

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Eva Motlová



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Úloha sestry v péči o klienty s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa

Vypracoval: Eva Motlová
Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Úloha sestry v péči o klienty s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa

Tato bakalářská práce se zabývá úlohou sestry v péči o klienty s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa. Parkinsonova choroba je progresivně degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy s postižením extrapyramidových drah projevující se především poruchou hybnosti, poruchou stoje a chůze, svalovou ztuhlostí a třesem. Podkladem pro vznik je nedostatek dopaminu v bazálních gangliích. Tuto nemoc popsal londýnský lékař James Parkinson roku 1817, po kterém dostalo toto onemocnění pojmenování (Roth, Sekyrová, Růžička a kol.,2009).

Toto onemocnění je druhou nejčastější neurodegenerativní chorobou po Alzheimerově demenci. Parkinsonova nemoc je velice časté onemocnění a vzhledem k věku a stárnutí populace bude počet nemocných s tímto onemocněním narůstat. Etiologie vzniku onemocnění není jednoznačně známa. K důležitým zásadám u těchto nemocných je nevzdávat se, spolupracovat s ošetřujícím lékařem, dodržovat režimová opatření, být aktivní, cvičit nebo navštěvovat různá setkání parkinsoniků a samozřejmě nedílnou součástí je ošetrovatelská péče. Na celkovém zdravotním stavu a míře obtíží se také velmi podílí psychický stav nemocného. Toto onemocnění se léčí především farmakologicky, symptomatickou léčbou, která tlumí příznaky ale neléčí příčinu. Další možností léčby je léčba neurochirurgická tzv. „stereotaktická“, která zlepšuje příznaky onemocnění ale jedná se o odstranění nežádoucích abnormalit funkcí.

V teoretické části bakalářské práce je popsána historie Parkinsonovy nemoci, anatomie a fyziologie centrální nervové soustavy, porucha bazálních ganglií, etiologie Parkinsonovy nemoci, klinické projevy Parkinsonovy nemoci a časový rozvoj onemocnění. V neposlední řadě se teoretická část zabývá úlohou sestry při diagnostice Parkinsonovy nemoci a úlohou sestry při léčebné péči Parkinsonově chorobě. V poslední kapitole teoretické části se jedná o ošetrovatelskou péči, kde dle klinických projevů byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA a k nim příslušné intervence.

V této práci byly vytyčeny tři cíle. Prvním cílem bylo zmapovat spokojenost klientů s ošetrovatelskou péčí v ambulanci neurologa. Druhým cílem bylo zmapovat

úlohu sester v zajištění denních aktivit u klientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa. Třetí cíl má zmapovat jakou úlohu hrají sestry při ošetrovatelské péči v ambulanci neurologa.

V praktické části bakalářské práce se jedná o výsledky kvalitativního výzkumného šetření, kde bylo použito hloubkového rozhovoru. Rozhovory byly poté doslovně přepsány a zpracovány technikou otevřeného kódování, metodou tužka a papír. K rozhovorům bylo použito výzkumných otázek, které byly určeny jak pro pacienty, tak pro sestry. Ze získaných rozhovorů a poté zpracování vznikly kategorie spokojenost s ošetrovatelskou péčí s podkategoriemi osobnost sestry, spokojenost s provozem a spokojenost s informacemi. Další kategorií je úloha sestry v zajištění denních aktivit u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa z pohledu pacientů s podkategoriemi svlékání, oblékání, chůze po rovině, chůze do schodů, osobní hygiena a stravování. Kategorie nazvaná Úloha sestry v zajištění denních aktivit u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa z pohledu sester obsahuje tyto podkategorie pomoc při vstávání, pomoc při chůzi, prevence pádů. Poslední kategorií je kategorie nazvaná Úloha sestry při ošetrovatelské péči u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa s podkategoriemi zajištění ošetrovatelské péče sestrou v oblasti pohybu, zajištění ošetrovatelské péče sestrou v oblasti výživy, zajištění ošetrovatelské péče sestrou v oblasti podávání léků.

Závěr bakalářské práce ukazuje, že sestry v neurologické ambulanci ví, v čem spočívá jejich úloha v péči o klienty s Parkinsonovou chorobou, znají toto onemocnění, příznaky, specifika tohoto onemocnění ale dle dotazovaných pacientů všechny sestry své úlohy neplní. V úvahu se musí vzít, že tři dotazovaní pacienti ze čtyř byli soběstační a pomoc zatím nepotřebují ani nevyžadují.

Výstupem této bakalářské práce je edukační materiál pro klienty s Parkinsonovou chorobou, který bude umístěn v čekárnách u ambulance neurologů, popř. u sester v neurologické ambulanci.

Abstract

The task of the nurse in care of Parkinson patients at neurology clinic

This bachelor thesis focuses on the task of nurses in care of Parkinson patients at neurology clinic. Parkinson disease is a progressive degenerative illness of central nervous system affecting extrapyramidal pathways. It leads mainly to movement problems, stance and gait disorder, muscle rigidity and tremor. It is caused by dopamine insufficiency in basal ganglia. This disease has been described by a London physician – James Parkinson – in 1817. It has been named after him (Roth, Sekyrová, Růžička et al., 2009).

This disease is the second most common neurodegenerative disorder after the Alzheimer dementia. Parkinson disease is a very often disease; due to age and population aging, the number of patients with this disease will increase. The aetiology of this disease is not clear. For the patients, it is important not to give up, cooperate with the treating physician, adhere to the regimen, be active, exercise or visit various Parkinson patients meetings. An important part of the patient care is the care provided by nurses. General health condition and problems level are closely associated with the psychic condition of the patient. This disease is treated pharmacologically, symptom treatment decreasing the disease signs, but it does not treat the cause. Further treatment options include neurosurgery, stereotactic treatment, improving disease symptoms and removing unwanted functions abnormalities.

The theoretic part of the bachelor thesis describes the history of Parkinson disease, anatomy and physiology of central nervous system, basal ganglia dysfunction, aetiology of Parkinson disease, clinical symptoms of Parkinson disease and time course of the disease development. Lastly, the theoretic part describes the task of nurses in Parkinson disease diagnostics and in treatment of Parkinson disease. The last chapter of the theoretical part describes nursing care with nursing diagnoses determined according to clinical symptoms, corresponding to NANDA, and adequate interventions.

This thesis consisted of three aims. The first aim was to map the satisfaction of the patients with the nursing care at neurology clinic. The second aim was to map the

position of nurse in ensuring daily activities of Parkinson patients at neurology clinic. The third aim is to map the position of nurses in nursing care at neurology clinic.

The practical part of the bachelor thesis describes the results of quantitative research using deep interview. Interview were recorded word by word and processed with open coding, pen and paper method. The interviews used research questions intended for both patients and nurses. By processing these interviews, we found the following categories: satisfaction with the nursing care with the subcategories of nurse's personality, satisfaction with procedures and satisfaction with the information provided. The further category was the position of nurses in ensuring daily activities of Parkinson patients at neurology clinic, as seen by the patients with the following subcategories: dressing of, dressing up, walking on levelled surface, walking on stairs personal hygiene and eating. The category called The position of nurses in ensuring daily activities of Parkinson patients at neurology clinic, as seen by nurses, contains the following subcategories: help when getting up, help when walking, prevention of falls. The last category is the position of nurse in nursing care of Parkinson patients at neurology clinic, with the following subcategories: ensuring of nursing care by the nurse in movement areas, eating and in the area of medication administration.

The conclusion of the bachelor thesis shows that neurology clinic nurses know their tasks in care of Parkinson patients, know this disease, symptoms and features of this disease. However, according to the interviewed patients, not all the nurses complete their tasks. It is necessary to note that three of the four interviewed patients were self-sufficient and do not need or require any help.

The result of this bachelor thesis is an education material for Parkinson patients that will be placed in neurology clinic waiting rooms, or neurology clinic nurses will have them at disposal.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5.5.2014

.....

.....

Eva Motlová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce Mgr. Aleně Machové za její trpělivost, vstřícnost a odborné vedené při vypracování mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod	11
1 Současný stav	13
1.1 Historie Parkinsonovy nemoci	13
1.2 Anatomie a fyziologie nervové soustavy, patofyziologie při onemocnění Parkinsonovou chorobou.....	14
1.3 Porucha bazálních ganglií	16
1.4 Etiologie Parkinsonovy choroby	17
1.5 Klinické projevy, časový rozvoj a stádia Parkinsonovy choroby.....	19
1.6 Úloha sestry při diagnostice Parkinsonovy choroby.....	23
1.7 Úloha sestry při léčebné péči Parkinsonovy choroby.....	29
1.8 Ošetrovatelská péče	31
2 Cíl práce, výzkumné otázky.....	36
2.1 Cíle práce.....	36
3 Metodika	37
3.1 Metodika výzkumu	37
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	37
4 Výsledky	39
5 Diskuze	55
6 Závěr	59
7 Seznam použitých zdrojů.....	60
8 Seznam příloh.....	63

Seznam použitých zkratk

CMP – cévní mozková příhoda

PN – Parkinsonova nemoc

CT – počítačová tomograf

MR – magnetická rezonance

BMI – body mass index

ADL – aktivity dailing living (Barthelův test základních všedních činností)

DBS – hluboká mozková stimulace

Úvod

Parkinsonova nemoc patří mezi extrapyramidová onemocnění nebo se toto onemocnění označuje jako extrapyramidová pohybová porucha, pro kterou je typické omezení volní a automatické hybnosti, abnormální držení těla nebo mimovolní pohyby. V České republice nyní žije 14-16000 nemocných Parkinsonovou chorobou a každoročně počet nemocných narůstá o 1000-1500 nových pacientů. V Evropě tímto onemocněním trpí každý tisící člověk (Roth, Sekyrová a Růžička, 2009).

Je zřejmé, že člověk se této nemoci obává, zvláště pokud se objevila u někoho v rodině. Tato nemoc je druhou nejčastější neurodegenerativní chorobou po Alzheimerově chorobě. Dle zjištění a stárnutí populace se počet lidí s tímto onemocněním má do roku 2030 zdvojnásobit.

Toto onemocnění je chronické, pomalu se rozvíjející a je nejčastější příčinou Parkinsonského syndromu. Ten se projevuje třesem, svalovou ztuhlostí a poruchami stoje a chůze. Podkladem vzniku tohoto onemocnění je nedostatek dopaminu v bazálních gangliích, při kterém je ale zachována odpovědnost receptorů, což je důležité pro úspěšnou symptomatickou léčbu. Pro vůbec úspěšnou léčbu je podstatné, aby pacient spolupracoval s ošetřující lékařem, na vše se u něj informoval a hlavně se nevzdával. U tohoto onemocnění velice záleží na psychickém stavu pacienta, který se odráží na míře závažnosti obtíží. Toto onemocnění se léčí farmakologicky, především se uplatňuje symptomatická léčba, která tlumí příznaky onemocnění, ale stále se hledají léčebné postupy, které by působily přímo na příčinu vzniku tohoto onemocnění nebo pozastavily progresi ale stále bez úspěchu. Do symptomatické léčby se řadí substituční léčba, kompenzační a další adjuvantní symptomatické postupy, které reagují na vedlejší komplikace. Další možností léčby je neurochirurgická metoda zvaná „stereotaktická“, při které je možné zlepšit příznaky onemocnění, kdy se nejedná o nápravu strukturální abnormality ale o odstranění nežádoucích funkcí. Neurochirurgové se pohybují v oblasti bazálních ganglií. Další důležitou součástí léčby jsou režimová opatření, fyzioterapie a samozřejmě ošetrovatelská péče. Ta spočívá v zajištění potřeb pacientů sestrou

v oblasti hygieny a oblékání, pohyblivosti, výživy a stravování, vyprazdňování moči a stolice, potřeb a poruch spánku. Nutná je komunikace s pacientem.

Laická veřejnost o této nemoci zatím mnoho neví ale vzhledem k tomu, že od 50. roku věku výskyt nemoci pomalu narůstá, je informovanost nutná, především ošetřujícího personálu. Pracuji na neurologickém oddělení, občas v neurologické ambulanci a dle mého názoru je důležité, aby sestra znala specifika tohoto onemocnění, věděla, jak přistupovat k těmto pacientům a hlavně jim uměla pomoci po všech stránkách. Dědičnost onemocnění není jednoznačně prokázána, ale Parkinsonova nemoc s počátkem v mladém věku vykazuje vyšší míru dědičnosti.

Jako téma své práce jsem si toto onemocnění vybrala z důvodu, že se vyskytlo u nás v rodině a proto mě také zajímalo, zda je dědičné, jaké jsou příčiny, jak se projevuje, zda se může objevit v mladém věku, jaké jsou možnosti léčby, dá se úplně vyléčit, mohou onemocnět moje děti?

1 Současný stav

1.1 Historie Parkinsonovy nemoci

První popis nemoci projevující se zpomalenými pohyby svalovou ztuhlostí s třesem končetin popsal James Parkinson. Londýnský lékař, který ve své knize nazvané *An Essay on the Shaking Palsy* (O třaslavé obrně), vydané roku 1817 poprvé popsal 6 případů onemocnění projevující se těmito příznaky (Roth, Sekyrová, Růžička a kol., 2009).

Tento popis příznaků onemocnění, které popsal James Parkinson, byl doplněn o příznaky rigidity muži jménem Charcotem a Gowersem a poté toto onemocnění pojmenovali po svém objeviteli – Parkinsonova nemoc (Růžička, Roth, Kaňovský et al., 2000).

Tato porucha je považována za čistě pohybovou dle Jamese Parkinsona, ale z jeho prací lze vyčíst, že alespoň jeden pacient s tímto onemocněním trpěl depresemi. Parkinson popíral, že tito pacienti trpí psychickými poruchami, ovšem prokázány byly ale až v 60. letech tohoto století. Již v roce 1867 začali úspěšně léčit tuto nemoc Charcot s Ordensteinem beladonou rostlinného původu s anticholinergním účinkem. Roku 1913 objevil Lewy v mozcích zemřelých typická tělíska, které pojmenoval Lewyho tělíska. Roku 1919 bylo poprvé zjištěno u zemřelých poškození v substantia nigra. Farmakolog a biochemik Carlsson zjistil, že se v oblasti bazálních ganglií nachází velké množství látky zvané dopamin. Díky němu se Ehringerovi a Hornykiewiczovi ve Vídni podařilo dokázat, že tato nemoc je způsobena nedostatkem dopaminu v substantia nigra. V roce 1961 byly první pokusy o léčbu L-DOPOU. Od roku 1967 se používá v kombinaci s inhibítorem enzymu dekarboxylázy. Což velmi pomohlo k odstranění nežádoucích účinků, jenž bylo při samostatné léčbě L-DOPOU. Zcela zásadní význam v historii Parkinsonovy nemoci má výzkum, který provedl v roce 1983 Langston. Týkalo se to látky, zkratka MPTP, jež se v USA v kombinaci této látky s heroinem otrávil skupina narkomanů. Bylo zjištěno, že při nesprávné výrobě heroinu vzniká v nadměrném množství právě látka MPTP (metyl-fenyl-tetrahydropyridin), která má neurotoxický

efekt na dopaminergních buňkách. Vyvinuly se příznaky neodlišitelné od Parkinsonovy nemoci a léčba stejnými preparáty byla účinná. Jedná se o jednu z možných příčin tohoto onemocnění (Růžička, Roth, Kaňovský et al., 2000).

Dne 11.4. 1755 se narodil James Parkinson, lékař jehož jméno nese nemoc – Parkinsonova nemoc. Na jeho počest byl vyhlášen den 11.4. jako světový den Parkinsonovy nemoci. Ke známým osobnostem postiženým touto chorobou patřil např. Adolf Hitler, papež Jan Pavel II., umělec Salvador Dali a mnoho dalších (www.parkinson, 2013).

1.2 Anatomie a fyziologie nervové soustavy, patofyziologie při onemocnění Parkinsonovou chorobou

Nervová soustava se skládá z nervových buněk, neuronů a z podpůrných buněk (gliových). Základní morfologickou jednotkou jsou neurony, které jsou propojeny se synapsí. Ty určují směr vedení vzruchu. Reflex zprostředkovaný reflexním obloukem je funkčním mechanismem nervové soustavy, který se skládá z nervového zakončení (receptoru) dostředivého neuronu, centrálního orgánu (mozek, mícha) a odstředivého neuronu, který končí ve výkonném orgánu. Nervová soustava (systema nervosum) se skládá ze dvou částí. Centrální nervová soustava, do které patří mozek (cerebrum) a mícha hřbetní (medula spinalis) a periferní nervová soustava, ta je tvořena ze tří skupin nervů (nervy míšní, hlavové, autonomní neboli vegetativní s částí sympatickou a parasympatickou) (Fiala, Valenta a Eberlová, 2008).

Centrální nervová soustava odpovídající za řízení hybnosti se dělí na pyramidový systém, který je tvořen motorickou kůrou a monosynaptickou kortikospinální dráhou a extrapyramidový systém skládající se z bazálních ganglií podkorových jader a jejich multisynaptických spojů včetně míšních drah a z oblastí kůry (Merkunová a Orel, 2008).

Jednotlivé buňky nervového systému spolu komunikují pomocí výběžků, které mají na konci a jimiž se dotýkají. Toto spojení se nazývá synapse. Přečtení informace z jedné buňky na druhou pomocí synapse je umožněno uvolněním látky do mikroskopického prostoru mezi jednotlivými spoji. Látkám uvolňujícím se z těla nervových buněk,

říkáme transmitery (nervový přenašeč). Transmitter se zachytává na membráně druhé nervové buňky, na bílkovinné struktuře zvané receptor. Transmitter s receptorem umožňují přenos informace. Podkladem vzniku Parkinsonovy nemoci je snížení tvorby jednoho transmitteru – dopaminu (Roth, Sekyrová, Růžička a kol., 2009)

Dopamin se v mozku tvoří především ve středním mozku, v jádru zvaném substantia nigra. Nedostatek dopaminu v bazálních gangliích má pro hybné poruchy Parkinsonovy nemoci zásadní význam. V mozcích pacientů s tímto onemocněním bylo zjištěno, že kromě nedostatku dopaminu dochází i ke změnám jiných transmietrů např. serotonin, glutamátu, kyseliny gamaaminomáselné a systémů (Merkunová a Orel, 2008).

Pro správné pochopení vyvíjejících se klinických příznaků Parkinsonovy nemoci a předpoklady jejího vzniku musíme mít na zřeteli, aby došlo k projevům této nemoci, musí být minimálně 50 % buněk substantia nigra, které vyrábí dopamin zničeno a dopamin ve striatu musí poklesnout minimálně o 70-80 % z původního množství. U zdravých také dochází v průběhu stárnutí k určitému poklesu počtu těchto buněk a množství dopaminu, ale ne do této míry (Růžička, 2013).

Acetylcholin se vytváří z cholinu a acetyl- koenzymu A. Důležitý je intracelulární obsah cholinu. Hlavním podkorovým místem tvorby acetylcholinu je nucleus basalis Meynerti, má důležitou úlohu v paměťových mechanismech a směřuje do limbických oblastí. Interneurony ve striatu jsou hlavním zdrojem pro motorické funkce bazálních ganglií, nesou receptory D2, což znamená, že výdej acetylcholinu je tlumen dopaminem. Inhibice se ztrácí při jeho nedostatku a interneurony jsou následně hyperaktivní. Na příznacích Parkinsonovy nemoci se právě podílí cholinergní hyperaktivita (Růžička, Roth, Kaňovský et al. 2000).

Extrapyramidový systém, do kterého patří bazální ganglia, jejich spoje, kmenová jádra, navazující ascendentní a descendentní dráhy, umožňuje základní posturální a pohybové automatismy. Bazální ganglia si lze představit jako shluky šedé hmoty. Důležitá je ale spolupráce pyramidového, extrapyramidového systému a mozečku pro volní i mimovolní a automatické pohybové aktivity. Mezi bazální ganglia patří nukleus caudatus (ocasaté jádro) a nukleus lentiformis (čočkovité jádro), který se skládá

z putamen a globus pallidus, rozdělené na zevní a vnitřní část tzv. striatum je tvořeno z nukleus caudatus a putamen (Nevšimalová, Růžička a Tichý, 2005).

S bazálními ganglii úzce souvisí thalamus a jádra amygdalárního komplexu tzv. amygdala (corpus amygdaloideum). K poruchám hybnosti jako je tomu např. u Parkinsonského syndromu vede porucha bazálních ganglií (i některých motorických jader v oblasti mozkového kmene, zejména mesencefala) (Růžička, Roth, Kaňovský et al., 2000).

1.3 Porucha bazálních ganglií

Pod pojmem bazální ganglia označujeme jádra uložená v hloubi mozkových hemisfér, která velmi úzce souvisí anatomicky i funkčně s jádrem substantia nigra v mozkovém kmeni, s thalamem a s kůrou frontálních mozkových laloků (Školoudík, Bar, Zapletalová a kol., 2009).

Systém bazálních ganglií se formou paralelních zpětnovazebních okruhů uplatňuje při řízení hybnosti, regulaci kognitivních funkcí, osobnosti a chování. Postižení bazálních ganglií může být fokální či difúzní. Při postižení bazálních ganglií a jejich spojů zpravidla dochází k poruše funkce několika okruhů a ta vede ke vzniku motorických a psychických projevů. Závažnost potíží záleží na lokalizaci a rozsahu léze a nemusí být specifický pro danou chorobnou příčinu. Lze rozlišit motorický, okulomotorický, dorzolaterální prefrontální, laterální orbitofrontální a přední cingulátový (mediofrontální) okruh. Tyto okruhy propojují okruhy mozkové kůry, striata, palida a souvisejících jader, thalamu a zpětně mozkové kůry. Například dorzolaterální prefrontální syndrom je charakteristický postižením exekutivních funkcí, přední cingulátový se vyznačuje výraznou apatií až akinetickým mutismem a orbitofrontální syndrom odpovídá prefrontálnímu syndromu s desinhibovaným chováním a emoční labilitou (Preis, Kučerová a kol., 2006).

Vstupní jednotkou bazálních ganglií je striatum, které přijímá budivé glutamátergní aference z mozkové kůry. Výstupními jádry jsou vnitřní palidum a pars reticularis substantiae nigrae vysílající tlumivé spoje do thalamu, pedunkolopontinního jádra a prodloužené a spinální míchy. Putamen ovlivňuje činnost výstupních jader bazálních

ganglií prostřednictvím dvou drah. Normální činnost systému je dána funkční souhrou těchto drah. Přímá dráha vychází převážně ze středních ostnitých neuronů putamen. Jako mediatory využívají GABA, substance P a dynorfinu a na svém povrchu nesou glutamátové NMDA receptory a dopaminové receptory D1. Striatální neurony nepřímé dráhy používají mediatorů GABA a enkefalinu a vykazují povrchové receptory typu NMDA a D2. Klíčovou úlohu při modulaci funkce putamen a celého systému bazálních ganglií hraje dopaminergní dráha nigrostriatální. Dopamin působí excitačně na buňky receptorů D 1 a inhibičně na D2. Palidum a pars reticularis vydávají tlumivé GABAergní spoje do nukleus ventralis. Zde inhibují glutamátergí projekci, která pak dále směřuje do premotorické oblasti kůry. Pro plánování a iniciaci volního pohybu je suplementární motorická area, kdežto premotorická kůra frontálního laloku kontroluje stoj a držení těla. Hlavním úkolem bazálních ganglií tedy je výběr vhodných a inhibice nevhodných pohybových vzorců a synergismů (Nevšimalová, Růžička a Tichý, 2005).

1.4 Etiologie Parkinsonovy choroby

Příčiny vzniku tohoto onemocnění nejsou jednoznačně známy. Avšak Parkinsonova nemoc patří mezi nejčastější příčiny progresivního neurologického postižení u starších pacientů. Její výskyt se zvyšuje s narůstajícím věkem. Možné jsou čtyři základní hypotézy (exogenní, endogenní, genetické a apoptóza) (Richards a Edwards, 2004).

Mezi známé příčiny patří faktory postinfekční (vyskytuje se u osob, které prodělali tzv. „spavou nemoc“, epidemie tohoto onemocnění byla v roce 1916-1926), intrakraniální nádory, ischemie postižené části mozku (způsobená s největší pravděpodobností aterosklerózou), úrazy (např. při boxu, projeví se většinou až po dlouhé léčbě), toxické látky. Především léky skupiny fenothiazinové užívající se při léčbě schizofrenie působí tak, že blokují dopamin a může dojít k příznakům Parkinsonovy choroby. Z toxických látek, které působí škodlivě, lze zmínit ještě měď, ta způsobuje tzv. Wilsonovu nemoc, mangan a rtuť, oxid uhelnatý a MPTP (nečistota vznikající při ilegální výrobě opiátů) (Richards a Edwards, 2004).

V lidském mozku se fyziologicky vytvářejí různé látky, potenciálně škodlivé pro okolní struktury. Mozek má vyvinut detoxikační mechanismy, takže je schopen se těmto

nepříznivým efektům účinně bránit. Endotoxinová hypotéza spočívá v tom, že jsou dvě možnosti postižení. Buď se v mozku toxiny vytvářejí v nadměrném množství a množství detoxikačních mechanismů nestačí anebo jsou toxiny přítomny ve fyziologickém množství, ale detoxikační mechanismy jsou méněcenné. V případě, kdy toxiny vznikají v oblasti striatonigrálního komplexu nebo detoxikační mechanismy této oblasti nestačí, mohou se toxické projevy klinicky manifestovat symptomy Parkinsonovy nemoci. U pacientů s Parkinsonovou nemocí tedy dochází ve striatonigrálním komplexu k oxidativnímu stresu z nejasných příčin a ten způsobuje buněčnou smrt. Jako možná příčina Parkinsonovy nemoci, tedy oxidativního stresu, může být nedostatek detoxikačních mechanismů nebo primární nadprodukce volných radikálů kyslíku (Tyrlíková a Bareš, 2012).

Exotoxinová hypotéza má svůj význam především kvůli objevu účinků látky 1-metyl-4fenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridinu, zvané ve zkratce MPTP. Tato látka se objevuje ve stopovém množství v mnoha průmyslových zplodinách, v některých herbicidech a pesticidech. MPTP nemá toxický účinek, ale jako protoxin prochází přes hematoencefalickou bariéru a proniká do gliových buněk, kde se pomocí enzymu konvertuje na nestabilní meziprodukt MPDP⁺ a z něj na vlastní toxickou látku MPP⁺.

Existují tři možnosti, jak se dostanou exotoxiny do mozku a naruší funkci mitochondrií:

První možností je, že exotoxin se vyskytuje pouze za určitých okolností v určitém místě.

Druhou možností je přechod exotoxinů přes porušené detoxikační mechanismy.

Třetí možností je, že exotoxiny působí na poškozené mitochondrie (Tyrlíková a Bareš, 2012).

Než dojde k prvním projevům Parkinsonovy choroby, může to trvat i několik let, záleží na dávce toxinu a míře toxicity (Rektor, Rektorová a kol., 2003).

V současné době jsou zvažovány dvě možnosti etiopatogeneze Parkinsonovy nemoci. Jedná se o exces volných radikálů a postižení mitochondriálního komplexu I, takže se zkoumají geny, které mají vztah k těmto mechanismům. U juvenilního typu Parkinsonovy nemoci se mutace DNA dědí autosomálně. Není ale známo, jaký

konkrétní defekt způsobí změněná genetická informace. Může se jednat o více poruch (mitochondrií), defekt tvorby detoxikačních procesů, metabolismu železa, dopaminu, proteinu či jiných bílkovin). Mitochondriální typ přenosu mutace u Parkinsonovy nemoci se však nepodařilo přesvědčivě prokázat. Další možnou hypotézou etiopatogeneze Parkinsonovy nemoci je apoptóza. Pod tímto pojmem si lze představit programovanou buněčnou smrt, tedy fyziologickou smrt buňky podle určitých histopatologických kritérií (svraštění buňky, DNA fragmentace, kondenzace chromatinu, nedostatečná syntéza bílkovin). Apoptoickou kaskádu, tím se myslí zhroucení metabolických procesů a struktur buňky startují tzv. geny smrti, které jsou aktivovány neznámým dějem dochází k buněčné smrti. Apoptóza je odlišná od nekrózy (Růžička, Roth, Kaňovský et al., 2000).

V současné době je apoptóza u Parkinsonovy nemoci intenzivně zkoumána. Doposud není totiž zcela jasné, zda uvedené abnormality výše, nejsou projevy či následky Parkinsonovy nemoci nikoli původci (Růžička, Roth, Kaňovský et al. 2000).

1.5 Klinické projevy, časový rozvoj a stádia Parkinsonovy choroby

„Světová charta pacientů s Parkinsonovou nemocí (přijata dne 11.4.1997) formuluje právo nemocných na lékařskou péči se zaměřením na Parkinsonovu nemoc, odpovídající vyšetření a stanovení přesné diagnózy, přístup k sociálním službám, soustavnou léčebnou péči a spolurozhodování o léčbě“ (Schwarz, 2008, s.104).

Parkinsonova nemoc se řadí mezi tzv. Movement Disorders. To je mezinárodní název pro skupinu neurologických onemocnění, které vznikají většinou v důsledku poruchy bazálních ganglií (Langmeier a kol., 2009).

Parkinsonova nemoc je charakteristická tím, že se vyvíjí velmi pomalu až několik let. Roku 1967 Hoehnová a Yahr popsali sled stádií nemoci:

1. stádium – jednostranné postižení končetin
2. stádium – bilateralizace příznaků a poruchy stability stoje
3. stádium – změny chůze

1. stádium čili generalizované postižení je provázeno vážnými poruchami stoje a chůze a ve 2. stádiu je pacient neschopen samostatného pohybu a je upoután na invalidní vozík

nebo lůžko. Modifikovaná verze škály dle Hoehnové a Yahra se používá dodnes (Roth, Sekyrová, Růžička a kol., 2009).

V počátcích tohoto onemocnění, trvajícím přibližně 3-5 let, probíhá Parkinsonova nemoc bezpříznakově. Příznaky parkinsonovy nemoci se neprojeví, pokud počet dopaminergních neuronů a hladina dopaminu ve stratu neklesnou pod hranici 20 % - 30 % normy. Toto období se nazývá jako presymptomatické. Poté se obvykle začnou vyskytovat necharakteristické příznaky (kloubní a svalové bolesti, deprese apod.), které jsou tzv. prodromálními projevy, a s postupem času se teprve rozvíjí typická symptomatika. Průběh onemocnění, klinické projevy se mohou u jednotlivých pacientů lišit v souvislosti s věkem vzniku onemocnění. Z klinické praxe je známo, že někteří pacienti trpí převážně bradykinezi a rigiditou, popřípadě poruchami stoje a chůze, jiní zase třesem.

Klinická stádia PN

Podle věku na začátku onemocnění

1. juvenilní PN - do 21 let
2. PN s časným začátkem – do 40 let
3. Klasická PN – mezi 40. až 65. rokem věku
4. PN s pozdním začátkem – nad 65 let

Podle převládajících příznaků

1. tremor – dominantní
2. rigidita – akineze dominantní
3. ekvivalentní typ

Podle mentálního stavu

1. bez projevů demence
2. s demencí

Podle klinického průběhu a reakce na léčbu

1. pomalý rozvoj, setrvalá odpověď na L-DOPA
2. rychlé zhoršování, komplikovaná odpověď na L- DOPA (Roth, Sekyrová, Růžička a kol., 2009).

Hlavní symptomy tohoto onemocnění můžeme rozdělit na motorické a nonmotorické. Mezi motorické se řadí tremor, rigidita, bradykineze, hypokineze, akineze a posturální nestabilita a porucha chůze, toto jsou symptomy hlavní motorické a mezi vedlejší motorické patří ztráta sdružených a simultánních pohybů, hypomimie (snížený rozsah pohybů mimického svalstva), dysartrie (setřelá, tichá a mumlavá artikulace) a hypotonie (nedostatečná hlasitost), mikrografie (zmenšená velikost písma), dyskineze (mimovolní pohyby) nenavozené léčbou, akatize či „restless legs“ syndrom periodické pohyby ve spánku, abnormální chování ve spánku, porucha pohybů očí a víček. Do nonmotorických symptomů PN zařazujeme mentální dysfunkce, vegetativní dysfunkce, sensorická dysfunkce, senzitivní dysfunkce. Fluktuace hybnosti, dyskineze, mentální dysfunkce jsou motorické a nonmotorické symptomy PN navozené progresí onemocnění a léčbou (Waberžinek, Krajíčková a kol., 2005).

První klinické obtíže jsou především nespecifické – bolesti zad, ramen, poruchy spánku, obštipace, tichost, monotónnost, porucha písma, deprese a nižší potence. V této fázi onemocnění bývají často pacienti chybně diagnostikováni nejčastěji jako vertebrogení syndromy, syndromy karpálního tunelu, artritidy, burzitidy, někdy také počínající Alzheimerovou demencí, CMP (Seidl a Obenberger, 2004).

O měsíc později či za několik let se objeví hlavní příznaky onemocnění – tremor, rigidita, bradykineze, akineze, hypokineze, porucha stoje a chůze. Tyto příznaky vedou ke správně stanovené diagnóze. Ta je definitivně prokázána pozitivním terapeutickým efektem antiparkinsonské léčby (Seidl a Obenberger, 2004).

Tremor (třes) definujeme jako mimovolní, rytmický a kontinuální svalový pohyb o periodických oscilacích. Nejdříve se objevuje v klidu a při pohybu se zmírní nebo zmizí. Obvykle začíná u jedné ruky a během 2-3 let se rozšíří i na druhou. Frekvence třesu je obvykle pomalá, asi 4-6 kmitů za sekundu. Třes je pravidelný, zvyšuje se při stresu, únavě, chladu a neobjevuje se ve spánku. Lze ho také popsat jako „válení pilulky v dlani“. Může se rozšířit i na rty, tvář, jazyk a dolní končetiny. Typický třes u PN je klidový (Ambler, 2006).

Rigidita (svalová ztuhlost) je zvýšení svalového tonu, projevující se konstantně v celém rozsahu aktivně i pasivně prováděného pohybu jako zvýšená plastická rezistence (Ambler, 2006).

Může postihnout všechny kosterní klouby a svaly, nejčastěji ji lze pozorovat na trupu, krku a končetinách. Na končetinách se jedná o příznak tzv. ozubeného kola a postihuje pacienta tak, že mu dělá problém otáčení se v lůžku. Pro pacienta začínají být obtížné základní úkony jako je zapínání knoflíků. Při zhoršování stavu zaujímá pacient ohnutý postoj, kdy tělo a hlava jsou vysunuté dopředu. Každá sestra by měla být takovému pacientovi nápomocná a měla by mít dostatek času a trpělivosti, aby měl pacient jistotu, že na něj není vyvíjen nátlak (Haškovcová, 2012).

Mezi další projevy tohoto onemocnění patří bradykineze (pohybové zpomalení), akineze (neschopnost započít pohyb) a hypokineze (zmenšení rozsahu pohybů), tyto projevy jsou nezávislé na míře svalové ztuhlosti. Spontánnost pohybů je zpomalená, nevýrazná. Pacientům dělají problémy tzv. automatické pohyby tj. pohyby, které děláme, aniž bychom na ně mysleli např. souhyby horních končetin při chůzi. Na těchto pacientech můžeme pozorovat chudou mimiku obličeje, řídké mrkání, tichou monotónní řeč, zmenšování písma apod. U těchto pacientů dochází také velmi často k tzv. zamrznutí pohybu (freezing). Jedná se o situaci, kdy nemocný uprostřed pohybu strne, ztuhne a není schopen na chvíli pohybu sem ani tam. Tito pacienti mívají také velmi často problémy se spánkem, vzhledem k omezenému pohybu, nejsou schopni se v noci přetočit ze strany na stranu, budí své partnery apod. Poruchy stoje a chůze patří též k projevům Parkinsonovy nemoci a pacientům velice komplikují život. Pro postoj je charakteristické sehnuté držení trupu, šíje a pokrčení končetin. U takto nemocných je vysoké riziko pádu neboť popisují, že při chůzi v předklonu mají pocit tahu dopředu či dozadu, který vychyluje těžiště těla. Tah je tak silný, že nemocný neudrží rovnováhu a jeho hybné reakce nejsou dostatečně rychlé výchylku trupu vyrovnat. Tento příznak se odborně nazývá pulze. V pokročilejších stádiích onemocnění mají nemocní typickou chůzi o drobných, šouravých krůčcích s nejistými, pomalými otočkami. Velmi často se stává těmto pacientům, že k tzv. zamrznutí dojde v úzkých prostorech, mezi dveřmi. Ve větších prostorech se cítí jistěji a toto se jim nestává. Chůze do schodů a ze schodů je

pro ně také snažší než chůze po rovině. U pacientů s Parkinsonovou chorobou existuje mnoho dalších příznaků, mezi ně se řadí tzv. maskovitý obličej, kdy nemocný působí apaticky, ale jedná se o to, že mimické svalstvo dobře nefunguje. Porucha řeči (dysartrie) se vyskytuje u většiny pacientů. Mluví tiše s nedostatečnou melodičností. Někdy drmolí hodně rychle za sebou, ale to jim není rozumět. Typické je zmenšování písma tzv. mikrografie, někdy od prvních písmen až ke konci textu (Roth, Sekyrová, Růžička a kol., 2009).

Nemocní mají sklon k zácpě, který se ještě někdy zhoršuje při užívání léků na Parkinsonovu nemoc. Také se u nich jedná o náhlý pokles krevního tlaku, který může zapříčinit pád a omdlení. Zejména při změně polohy, při prudkém vstávání apod. Velmi nepříjemný je pro pacienty další příznak, zvýšená tvorba mazu kůže především na obličejí, zvýšená tvorba slin a zvýšené pocení. U někoho se mohou vyskytnout problémy s močením a sexuální nedostatečností. Psychické problémy nejsou u těchto pacientů vzácností, jde především o deprese (pocity nepřiměřeného smutku či zoufalství). Mohou se projevat celkovou skleslostí, nadměrnou únavou, poruchou spánku, poruchou příjmu potravy a mnoho dalších, které může rozpoznat a přiřadit k depresi jen lékař, nikoli sestra. Rodina si často všimne, že něco není v pořádku, ale nemusí odhalit závažnost projevů. Deprese, která je rozpoznána pozdě a neléčená, může vést až k sebevražednému pokusu či dokonané sebevraždě. Důležité je tedy včas léčebně zasáhnout (Růžička, Roth, Kaňovský et al., 2000).

Pod vlivem mnohaleté léčby dochází u nemocných k tzv. pozdním hybným komplikacím, do kterých patří dyskineze (mimovolní pohyby) a to nejčastěji končetin, které nejdou ovlivnit vůlí (Schuler a Oster, 2010).

1.6 Úloha sestry při diagnostice Parkinsonovy choroby

Velmi důležitá je správná diferenciální diagnóza parkinsonského syndromu. U geriatrických pacientů s parkinsonským syndromem se o Parkinsonovu nemoc jedná jen

zřídka. U většiny pacientů se spíše jedná o sekundární parkinsonismus neboli pseudoparkinsonismus. Správné odlišení má specifický význam pro léčbu a průběh onemocnění. O pacienty s parkinsonským syndromem se v oblasti geriatrické stará tým lékařů, ergoterapeutů, rodin, specialistek pro inkontinenci, muzikoterapeuti, ošetrovatelské profese, fyzioterapeuti, psychoterapeuti, sociální pracovníci. U parkinsonských syndromů oproti Parkinsonově chorobě jde o špatnou odpověď na L-dopu, časnou nejistotu chůze a i stoje, silnou ortostatickou hypotenzi, rychle progredující časnou demenci a další neurologické příznaky (dysartrie, porucha polykání, pozitivní Babinskiho příznak, mozečková symptomatika atd.). Pro rozlišení je nejdůležitější odpověď pacienta na L – dopu (Schuler a Oster, 2010).

Parkinsonský syndrom je přítomen u 30 % 75 -85letých a přibližně u poloviny seniorů starších 85 let.

Diagnózu tohoto onemocnění by měl stanovit odborník v této oblasti, tedy neurolog.

Ten postupuje od anamnézy, pozorování až k neurologickému vyšetření, které se skládá

ze speciálních manévrů a zkoušek až po klinické farmakologické testy. Lékař musí rychle vyhodnotit, na základě získaných informací rozhodnout a mnohdy ve zlomcích sekundy jednat, zda li se jedná o akutní případ nebo ne (Čapková, 2009).

Všeobecně lze říci, že jak pacientovi tak lékaři, chybí dostatek času, od lékaře se tedy očekává, čím rychleji bude jednat, tím lépe. Velmi důležitá je pečlivá anamnéza, při které pacienti lékaři zodpoví mnoho otázek. Žádoucí je spolupráce pacienta s lékařem. Vyšetřovací postupy jsou odlišné v počátečních stádiích onemocnění a u pokročilé Parkinsonovy nemoci. Základní screening prováděný již v ordinaci praktického lékaře či při laickém pozorování, může mít své opodstatnění při podezření na Parkinsonovu nemoc. Jedná se o dotazník, kdy pacient odpovídá na 9 otázek. Pokud odpoví na 5 a více kladně, je podezření na toto onemocnění na místě (Čapková, 2009).

Z anamnestických údajů je důležitý prvý projev onemocnění, dále způsob rozvoje onemocnění a také zjišťujeme reakci na předchozí dopaminergní léčbu, pokud byla podávána. V rámci pozorování sestry zpracovává sesterskou anamnézu a je nápomocná

lékaři při fyzikálním vyšetření, při kterém se zaměřuje na pohybový systém, hlavu, krk a kůži. V anamnéze sestry zjišťuje potíže v časovém období (druh obtíží, trvání, příčiny vzniku, vedlejší obtíže apod.) V osobní anamnéze postupné zhoršování pohybu, zpomalení pohybů, prodělaná onemocnění, úrazy hlavy, cévní mozkové příhody, infekční nemoci, jaké pacient užívá léky (pokud ano, zda neuroleptika), z rodinné anamnézy nás zajímá výskyt podobných onemocnění v rodině a v sociální anamnéze s kým pacient žije, jaký mají mezi sebou vztahy, kde pracuje popř. kde dříve pracoval. Vědomí a řeč hodnotí lékař při rozhovoru, pokud se nejedná o nějakou poruchu, která může být ve smyslu kvalitativní nebo kvantitativní. Vědomí hodnotíme tak, že se pacienta zeptáme, jak se jmenuje, kde je, a kolikátého je. Při poruše vědomí používáme hodnocení Glasgow – Coma – Scale, kdy je stav posuzován na stupnici od 0-15. 15 je maximální počet a jedná se nejlepší stav. Při tomto vyšetření se hodnotí otevírání očí, slovní odpověď a motorická odpověď. U nestabilního pacienta vyšetřujeme po 5-10 minutách, u stabilizovaného po 4 hodinách a dle ordinace lékaře (Nejedlá, 2006).

Vlastní neurologické vyšetření se skládá z vyšetření stoje a chůze, kdy se pacient projde po ordinaci při otevřených a zavřených očích, hodnotí se sklony k pádům a výchyly do stran. Chůzi popisuje lékař buď paraparetickou s circumdukcí dolních končetin, ataktickou (nejistou o široké bázi), spastickou (drobné kroky po špičkách s koleny u sebe), kohoutí při paréze nervus peronem (přepadává špička dolních končetin), vestibulární (s tahem na stranu) či parkinsonskou (drobné krůčky při trnutém flekčním držení těla s chyběním souhybů končetin). Zcela specifické je vyšetření reflexů, ke kterému neodmyslitelně patří kladívko. Neurolog vyšetřuje reflex bicipitový, ten se provádí poklepem na šlachu m. biceps brachii a odpovědí je flexe předloktí, C6. Další reflex, který vyšetřuje je tricipitový, poklepem se provádí na šlachu m. triceps brachii, je dobré si vyšetřovanou končetinu podložit např. o opěradlo židle, aby byla volná, odpovědí je extenze předloktí, C7. Patelární reflex se provede poklepem na ligamentum patellae, lépe se vybaví, když pacient přehodí nohu přes nohu, odpovědí je extenze bérce, L3-4. Reflex Achillovy šlachy se provádí poklepem na Achillovu šlachu, odpovědí je plantární flexe nohy, L4-S2. Plantární kožní reflex se vyšetřuje podrážděním chodidla ostrým předmětem od paty nahoru po vnější straně, odpovědí je

plantární flexe S1. Posturální (břišní) reflex se vyšetřuje podrážděním příčných břišních svalů tupým předmětem, odpovědí je stažení břišních svalů. Do status praesens lékař zapíše reflexy výbavné či nikoli. Sestra je lékaři i pacientovi při vyšetření vždy nápomocná, pomůže pacientovi se svléknout, obléknout, pomoci při změně polohy, při vstávání z lehátka a dle požadavků lékaře při chůzi, pokud pacient používá kompenzační pomůcky (Nejedlá, 2006).

Lékař dále pokračuje vyšetřením hlavy a hlavových nervů, kdy pohledem hodnotí velikost, tvar, deformity či traumatické změny, poklepem lékař zjistí bolestivost hlavy. Pro vyšetření I. hlavového nervu (nervus olfactorius) se používají vonné látky např. káva, mýdlo tak, že pacient má zavřené oči a ke každé nosní dírce se přiloží vonná látka. Neměly by se používat dráždivé látky jako např. ocet, čpavek, dráždí zakončení trojklanného nervu. Při vyšetření II. hlavového nervu (nervus opticus) se hodnotí zraková ostrost, rozsah zorného pole a oční pozadí, což je v České republice v kompetencích očních lékařů, ale pro neurology je důležitý stav papily. Okohybné nervy (III. n.oculomotorius, IV.n. trochlearis a VI.n. abducens) vyšetřuje lékař společně, hodnotí postavení očních bulbů, dotazuje se pacienta na dvojité vidění(diplopii) a všímá si velikosti zornic (mioza je zúžení, mydriaza rozšíření) a jejich reakci na osvětlení, při osvětlení baterkou dojde k mioze, nazýváme fotoreakcí a při sledování prstu ke kořenu nosu dojde k oboustranné mioze. Vyšetřením V. hlavového nervu (n. trigeminus) zjišťuje lékař palpační bolestivost výstupů všech tří větví (maxily, mandibuly, nadočnicovém oblouku), k vyšetření motorické části vyzve lékař pacienta k pohybům horní a dolní čelisti. VII. hlavový nerv vyšetřuje lékař pro zhodnocení oboustranné souměrnosti mimiky, pacient je vyzván lékařem k otevření a zavření očí, zapískání, svraštění čela apod. Dále lékař vyšetřuje VIII. hlavový nerv (n. vestibulocochlearis), kde vyšetřuje jak sluchovou část tak rovnovážnou. IX., X., XI. Hlavový nerv se vyšetřuje v klidu a při fonaci (pacient řekne“a“) a sleduje se řeč a polykání, tvar a souměrnost patrového oblouku. XII. Hlavový nerv (n. hypoglossus) se vyšetří tak, že lékař vyzve pacienta k vypláznutí jazyka a sleduje se jeho postavení v dutině ústní či vychýlení do stran (Školoudík, Bar, Zapletalová a kol., 2008).

Lékař ještě pokračuje ve vyšetření končetin, kde si všimá tvaru, polohy a držení, dále hodnotí svalovou hmotu, zda se jedná o atrofii, hypotrofii nebo hypertrofii, svalový tonus, jestli jsou výbavné reflexy na končetinách zmíněné již výše. Zvýšení elementárních posturálních reflexů (pomalé natahování svalu při pohybu končetiny v určitém kloubu) lze pozorovat u pacientů s extrapyramidovým onemocněním. Jedná se o tzv. příznak ozubeného kola. Při vyšetření čítí se hodnotí citlivost jak povrchová tak hluboká, zjišťuje se na končetinách a trupu. K vyšetření páteře lékař vyzve pacienta k předklonu, záklonu, úklonu do stran a u krční páteře k rotaci, na páteři je možná lordóza, kyfoza, skolioza (Školoudík, Bar, Zapletalová a kol., 2008).

Diagnóza Parkinsonovy choroby se tedy určí podle anamnézy, fyzikálního vyšetření, biochemického odběru krve, CT, MR, EMG, PET vyšetření a hodnocení motorických a kognitivních funkcí v pravidelných intervalech (Slezáková, 2006).

Sestra s lékařem při fyzikálním vyšetření zjišťuje subjektivní potíže od pacienta a objektivně problémy získané inspekcí, auskultací, perkusí a palpací. Na hlavě a krku: při pohledu na stranu neotočí pouze hlavu ale celé tělo, maskovitý výraz obličeje, hypomimie a nadměrné slinění, bolest krku a krční páteře. Pacienti trpí často ortostatickou hypotenzí, v oblasti trávicího systému zácpou. Pohybový aparát: postoj (flexní držení trupu v předklonu), porucha rovnováhy, v pozdějších stádiích ztráta reflexů, chůze pomalá s drobnými šouravými krůčky, postupně se zrychluje, přičemž se pacient naklání dopředu, někdy se objevuje tzv. freezing. Pacienti jsou odkázáni na kompenzační pomůcky, celkově má pacient zpomalené pohyby, velké problémy mu dělá např. zapínání knoflíků, problémy při změně polohy, vstávání ze židle. Na horních končetinách se objevuje nejprve třes prstů, který se zvyšuje při emocionální zátěži, bolestivost a ztuhlost horních končetin. Na dolních končetinách je také patrný třes a ztuhlost. Na těle má pacient zvýšený svalový tonus a je unaven. Kůže je opocená, hlavně na hlavě a na tváři. Pacienti bývají často depresivní, mají zpomalené myšlení, zhoršenou paměť a jsou emočně labilní se sklony k afektu, demence. Úkolem sestry je zjistit, jak je pacient schopen se obstarat v běžném denním režimu. Ve stravování zda nemá poruchy příjmu potravy a tekutin, jaký má BMI, zda nemá poruchu polykání, zda je schopen se samostatně najíst. Ve vylučování poruchu vyprazdňování v souvislosti

s hypomobilitou a užíváním antiparkinsonik, někdy může být polakisurie, nykturie urgentní nebo funkční inkontinence. Spánek bývá většinou narušen v souvislosti s nemožností se otočit v lůžku (Slezáková, 2006).

Úloha sestry při vyšetření počítačové tomografie (CT) spočívá v edukaci pacienta, pacient je sestrou informován, kdy bude vyšetření prováděno, kde, sestra mu sdělí, že není žádné omezení, může jíst, pít, že se nemusí bát, jde o nebolestivé vyšetření, které trvá přibližně 5 minut. Sestra pacientovi vysvětlí, že bude uložen na vyšetřovací lůžko, kde se po dobu 5 minut nebude moci pohybovat a že se kolem něj bude otáčet CT. Dále zjistí, zda-li pacient všemu rozuměl, a zda nemá nějaké dotazy (Slezáková, 2006).

Úloha sestry při vyšetření magnetické rezonance (MR) je edukace pacienta. Sestra pacientovi vysvětlí, že jde o podrobnější vyšetření než je CT, má lepší rozlišovací schopnost, ale nevýhodou je, že trvá déle, přibližně 40 minut. Opět jde o nebolestivý výkon, ale s dobou trvání a hlukem, který je při samotném vyšetření pro pacienta znepríjemňující. Pacient může před vyšetřením jíst, pít. Kontraindikací vyšetření je kardiostimulátor, přítomnost kovu v těle, klaustrofobie a psychomotorický neklid pacienta (Waberžinek, Krajíčková a kol., 2006).

Úloha sestry při vyšetření Elektromyografie (EMG) spočívá v edukaci a vysvětlení vyšetření pacientovi. Sestra pacientovi vysvětlí, že jde o vyšetření, při kterém se zjišťuje porucha nervů a nervosvalového přenosu. Využívá se při tom elektrického dráždění nervových a svalových vláken. Vyšetření se může provádět buď metodou jehlovou (invazivní) nebo indukční (neinvazivní) (Vokurka, 2011).

„Stimulační elektroda je připojena na zdroj elektrických pulzů a snímací elektroda na záznamové a zobrazovací zařízení. Elektrody se přikládají na předem očištěnou a odmaštěnou kůži tak, aby kožní odpor byl co nejmenší. Nerv se stimuluje elektrickým impulsem, stimulace vyvolá záškub ve svalu zásobeném stimulovaným nervem. Snímací elektroda je obvykle povrchová elektroda, je taktéž připevněna na kůži. Zaznamenává změny elektrického potenciálu ve svaly. Ty se přenášejí do procesoru a zpracovávají ve výslednou EMG křivku (Školoudík, Bar, Zapletalová a kol., 2008, s. 82)“.

Úloha sestry při vyšetření pozitronové emisní tomografie (PET) je edukace. Sestra pacientovi vysvětlí, že jde o vyšetření, při kterém se aplikuje do žíly radiofarmakum.

Omezení žádné před vyšetřením není, pacient může jíst, pít (Roth, Sekyrová, Růžička a kol., 2009).

1.7 Úloha sestry při léčebné péči Parkinsonovy choroby

Léčebná péče u pacientů s Parkinsonovu chorobou spočívá ve zvýšení hladiny dopaminu v bazálních gangliích, snížení hladiny acetylcholinu v bazálních gangliích, pozdržet nasazení L-DOPA, pro oddálení pozdějších komplikací, začínat s malou dávkou rozdělenou do několika denních dávek, začít 3krát $\frac{1}{4}$ až 3krát $\frac{1}{2}$ tablety Nakomu (Růžička, Roth, Kaňovský et al., 2000).

Pokud jde o počáteční stadium onemocnění doporučuje se léčba anticholinergiky např. Kemadrin, Akineton, eventuálně amantadin – Viregyt. Dle stavu pacienta je vhodné dávky zvyšovat či postupně vysazovat. L-DOPA je preparát, který na rozdíl od dopaminu prostupuje hematoencefalickou bariérou. Přibližně po 5-10 letech se objevují komplikace léčby. Při halucinacích někdy pomáhá retardovaná forma L-DOPA např. Lysenyl forte. Krajní možností je indikace chirurgické léčby tzv. stereotaktické metody, jde o hlubokou mozkovou stimulaci, při které jsou do určených mozkových oblastí zavedeny trvale tenké elektrody. Ty vysílají elektrické pulzy o vysoké frekvenci. U pacientů s Parkinsonovou chorobou je cílem vnitřní pallidum nebo subthalamické jádro (Rektor a Rektorová, 2003).

V České republice se na špičkové úrovni při léčbě Parkinsonovy choroby zabývají odborníci na Neurologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. V této době není ještě k dispozici kauzální terapie Parkinsonovy choroby a není možné zpomalit či zastavit průběh tohoto onemocnění ale příznaky lze efektivně ovlivnit symptomatickou léčbou a zlepšit tak celkový stav pacienta. Základními preparáty pro potlačení příznaků Parkinsonovy choroby jsou agonisté dopaminu a levodopa. Nasazení těchto preparátů je přísně individuální a lékař by měl zhodnotit, zda příznaky nemoci vedou k funkčnímu omezení pacienta. Počáteční léčba samotným agonistou dopaminu se pokládá za nejšetrnější postup. Agonisty dopaminu se nedoporučuje podávat pacientům s onemocněním srdce a cév, s poruchami paměti a u pacientů vyššího věku. Levodopa je nejúčinnější pro potlačení příznaků nemoci a nasazuje se tehdy pokud je potřeba

zlepšit zdravotní stav pacienta a dosavadní léčba nebyla účinná. Nesmí se nasazovat v plné dávce ale postupně dávky zvyšovat během několika dnů až týdnů (Roth, Sekyrová, Růžička a kol.,2009).

V posledním desetiletí se objevily nové formy léčby, např. systémové podávání kmenových buněk. Bohužel, tyto metody ani nedospěly do stádia klinických zkoušek (Růžička, 2013).

Další možností léčby je léčba neurochirurgická, do které lze zařadit stereotaktickou lézi. Jde o výkon, při kterém se příznak zmírňuje nebo odstraňuje tím, že se vysokofrekvenčním ohřátím koncem elektrody naruší odpovídající drobný okrsek bazálních ganglií. Výkon se provádí při plném vědomí pacienta, pouze se místně znecitliví kůže a okostice v místě, kde se k lebce dočasně po dobu operace připevňuje stereotaktický rám a navrtává otvůrek pro vstup tenké elektrody. Úkolem sestry je dostatečné poučení pacienta před výkonem, písemný souhlas s výkonem dát pacientovi přečíst, zodpovědět na případné dotazy a zajistit podpis. Důležitou součástí přípravy pacienta je splnění ordinací lékaře. V poslední době se používá šetrnější technika, při níž nedochází k poruše mozkové tkáně. Jedná se o „hlubokou mozkovou stimulaci“ (DBS). Při této metodě je do příslušného jádra stereotakticky zavedena elektroda vysílající nízkonapěťový signál o frekvenci nad 100 Hz. Tento signál vzniká v stimulátoru, který je velmi podobný kardiostimulátoru a je uložen také v podkoží hrudní krajiny. Tento operační výkon se skládá ze dvou částí. V té první části se zavádí elektrody do mozku, pacient musí spolupracovat, takže se nepoužívá celková narkóza. Dochází pouze ke znecitlivění kůže, podkožní tkáně místním anestetikem. Tento zákrok je velice náročný, trvá několik hodin a probíhá po celonočním vysazení všech léků, během výkonu se testují účinky stimulace, takže pacient musí odpovídat na otázky a provádět pohyby dle požadavků lékaře. Druhá část této metody je implantace stimulátoru, ta se provádí s týdenním odstupem v celkové narkóze (Růžička, Jech a Urgošík, 2000).

Velmi důležitou součástí léčby je spolupráce, správná životospráva, tělesná aktivita, cvičení a rehabilitace. Úkolem sestry při léčbě Parkinsonovy choroby by byla pečlivá edukace pacienta i jeho rodiny při užívání léků, stravování, dietním opatření a měl by

být seznámen i s léky, které by neměl dostat. Mohly by zhoršit stav hybnosti nebo průběh choroby. Jedná se o některá neuroleptika (Haloperidol, Tisercin, Moditen, Perfenazin, Levopromazin, Haldol, Largactil, Prochlorperazin, ORAP, IMAP), léky užívající se při zažívacích obtížích jako je Degan, Cerucal, Paspertin, léky na závratě, nevolnost, zvracení Torecan, Migranerton, Arlevert, léky při nedostatečném prokrvení ucha nebo mozku Stugeron, Cinnabene, Cinarizin, Arlevert, Sibelium. Léky na kašel a škytavku Prothazin, Promethazin, Phenergan, léky na vyšší tlak Crystepin, Aldomet, Dopamet, Dopegyt (Roth, Sekyrová, Růžička a kol. 2000).

1.8 Ošetřovatelská péče

Pacienti mající diagnózu Parkinsonova choroba trpí často deficity v různých oblastech. Úkolem sestry v ambulantní péči je edukovat, i jejich rodinné příslušníky, při hospitalizaci musí sestra zajistit denní potřeby. V oblasti pohybového ústrojí se nejčastěji jedná o diagnózu – zhoršená chůze (00088) v souvislosti se stuhnutím svalstva a s flekčním držením těla projevující se drobnými, pomalými krůčky (Marečková, 2010). Sestra při této ošetřovatelské diagnóze musí zajistit lůžko, upravit ho tak, jak vyhovuje pacientovi. V ambulantní péči sestra vysvětlí rodinnému příslušníkovi, jak zabezpečit lůžko proti pohybu, nainstalovat hrazdičku na postel, zajistit fyzioterapeuta, domluvit s ním individuální program nácviku chůze, naučit pacienta používat kompenzační pomůcky, opakovaně upozorňovat na možné riziko pádu a vysvětlit mu bezpečnostní opatření. Bezpečnostní opatření se týká vhodné obuvi, v domácnosti uspořádat nábytek tak, aby byl volný průchod celým domem, zbavit se kusových koberců, předejde se tak možnosti uklouznutí, zakopnutí nebo pádu, vylepšit osvětlení, u sprchového koutu vyměnit skleněnou výplň za lehký závěs, aby byl lepší přístup do sprchy. Věci jako ručníky, jídlo, léky dát do úrovně mezi pasem a výškou očí. Dále informovat rodinu o možnosti podavače, na trhu je celá řada, některé mají ergonomicky tvarované držadlo (Schwarz, 2008). Ošetřovatelská diagnóza, která u těchto pacientů není vzácná, je neefektivní péče o vlastní zdraví (00078) v souvislosti s nedostatkem informací projevující se zhoršením stavu (Marečková, 2010). Do intervencí sestry zařadíme podávání terapie dle ordinace lékaře. Pacientovi i rodině

musí být zdůrazněno, že se musí řídit přesně pokyny lékaře, týkajících se časování jednotlivých dávek léků v průběhu dne. Léčba pomocí levodopy má jeden specifický problém, levodopa se prakticky nevstřebává ze zažívacího systému, pokud je současně podána s potravou obsahující větší množství bílkoviny. Je tedy vhodné požit dávku levodopy asi 45 minut před jídlem, jíst menší množství ale častěji (Roth a Růžička, 2001).

Další ošetřovatelskou diagnózou v oblasti pohybového ústrojí je zhoršená tělesná pohyblivost (00085) v souvislosti s neurodegenerativním onemocněním projevující se svalovou ztuhlostí, třesem, narušenou schopností pohybu a mimovolnými pohyby (Marečková, 2010). Do intervencí sestry zařadíme zjistit funkční úroveň klienta podle klasifikace 0-4, sledovat, jak se pacient pohybuje v průběhu dne, nebo dotazem na rodinu apelovat, aby pacient 2krát denně cvičil program posturálních funkcí určený fyzioterapeutem, zajistit po konzultaci s lékařem kompenzační pomůcky a upozornit na úpravu domácího prostředí, z důvodu prevence pádu (Doenges a Moorhouse, 2001).

Ošetřovatelskou diagnózou deficit sebepečce při oblékání (00109) v souvislosti s neuromuskulárním poškozením projevující se zhoršenou schopností či neschopností se svléknout, obléknout, zapínat, rozepínat oděv, nazout si boty (Marečková, 2010). Tím se rozumí, že sestra musí pacientovi pomoci se zapínáním knoflíků, nazutí obuvi, boty by měly být na dobrých neklouzavých podrážkách a bez tkaniček, nejlépe na suchý zip, oblečení doporučit z přírodních látek sajících pot, je vhodné nosit trika dlouhým rukávem a límcem, místo košil, nebezpečné jsou široké rukávy, nebezpečí opaření (Doenges a Moorhouse, 2001).

Deficit sebepečce při koupání (00108) v souvislosti s neuromuskulárním poškozením projevující se neschopností se umýt (Marečková, 2010). Do intervencí sestry zařadíme být trpělivý, je potřeba pacientům dát dostatek času a prostoru pro své denní potřeby, mužům doporučit používat elektrický holicí strojek vzhledem k třesu, ráno dle ordinace vzít levodopu a poté vyčkat s hygienou, až se dostaví účinek. Rodině doporučit v koupelně vhodnější pro tyto pacienty kuchyňskou baterii, protože bývá delší a je umístěna dál od umyvadla, zajistit sedátko do vany či sprchového koutu, na WC je

možnost nastavit nástavec, je možní zakoupit si i zvedací klozetové křeslo (Schwarz, 2008).

Při jídle je pacient obvykle také znevýhodněn. Ošetrovatelská diagnóza u tohoto problému zní deficit sebezpečí při stravování (00102) v souvislosti neuromuskulárním poškozením projevující se neschopností připravit si jídlo, uchopit nádoby, polykat sousta, žvýkat sousta, otevřít nádoby či obaly, bezpečně přijímat stravu, přenést potravu, stravovat se společensky přijatelným způsobem (Marečková, 2010). Sestra pacientovi doporučí jíst menší množství jídla, častěji, většinou 5krát denně, vhodná je strava s vysokým obsahem vlákniny (zelenina, ovoce). U některých pacientů s poruchou polykání lze doporučit, aby pacient při jídle seděl vzpřímeně s nepokleslou hlavou, dobrý pro stimulaci polykání je doušek studené vody, stravu mixovat, aby měla kašovitou konzistenci, používat lžici místo vidličky. Při pití je vhodné brčko nebo ze shora uzavřený hrníček (Slezáková, 2006).

Ošetrovatelská diagnóza, která se u těchto pacientů vykytuje a je poměrně častá je zácpa (00011) v souvislosti s užíváním anticholinergik projevující se neschopností se vyprázdnit (Marečková, 2010). Intervence sestry spočívá v tom, že pacientovi poradíme zvýšit příjem tekutin, zavést zbytkovou stravu, vlákninu, zkusit „švestkový kompot“. Pokud tyto možnosti pacientovi nepomohou, může zkusit pít minerální vodu s obsahem síranu hořečnatého (šaratice) a podávat lactulosu, další postupy jsou již v kompetenci lékaře. Při úporné zácpě je možné dle ordinace lékaře provést klyzma (Doenges a Moorhouse, 2001). Pokud pacient udává problémy se sliněním, je dobré mu poradit, aby žvýkal žvýkačku, polykal pravidelně, aby si z toho udělal zvyk, polykat před každým promluvením.

Dalším příznakem Parkinsonovy choroby, který pacienta může doprovázet je ošetrovatelská diagnóza nespavost (00095) v souvislosti s medikací projevující se aktuální nespokojeností se spánkem (Marečková, 2010). Do intervencí, které by měla sestra zajistit, patří poradit rodině, aby pacient měl takové lůžko, ze kterého dosáhnou jeho nohy v pravém úhlu na podlahu, pevnou, rovnou a kompaktní matraci, lehkou deku místo peřiny, ta může pohyb v lůžku ztěžovat. Ve dne pacienta aktivizovat a omezit denní spánek. Je vhodné vyzorovat a od rodiny zjistit, jaké má pacient rituály před

spaním, kdy obvykle chodí spát, kolik hodin průměrně spí, kdy vstává a jaké má nároky na místo ke spaní, vyslechnout subjektivní potíže na kvalitu spánku, před spaním zajistit klidné prostředí, vyvětranou místnost, provést masáž zad, umytí rukou a obličeje, ustláni lůžka. Během dne omezit příjem čokolády, kofeinu a alkoholických nápojů, omezit příjem tekutin večer, podávat léky na bolest dle ordinace lékaře, pokud je pacient žádá (Doenges a Moorhouse, 2001).

Ošetrovatelský problém, který u těchto pacientů také nacházíme je zhoršená verbální komunikace (00051) v souvislosti se ztuhnutím obličejových svalů projevující se tichou, monotónní a hůře srozumitelnou řečí (Marečková, 2010). Do intervencí sestry při tomto ošetrovatelském problému patří při každém kontaktu s pacientem komunikovat, usmívat se, povzbuzovat ho, být dostatečně trpělivý při rozhovoru s nemocným, pokyny opakovat vícekrát za sebou, aby jim pacient porozuměl. Dále zajistit dostatek papírových kapesníků, při zvýšeném slinění by se pacient mohl cítit trapně, při komunikaci používat podpůrné pomůcky např. obrázky a podobně (Slezáková, 2006).

Úzkost (00146) v souvislosti se změnou zdravotního stavu projevující se lítostí je ošetrovatelský problém (Marečková, 2010), který je také poměrně častý a sestra by měla při tomto problému pacientovi domluvit návštěvu lékaře a domluvit se na terapii. Sestra podá léky dle ordinace lékaře, sestra by měla navázat s pacientem terapeutický vztah plný vstřícnosti a respektu, být mu k dispozici, naslouchat mu a hovořit s ním, uznat jeho strach, úzkost, neujišťovat a nepřít se pacientem, že bude vše pořádku, podat pacientovi přesnou informaci o situaci a pomoci mu pochopit reálný základ. Součástí péče je klidné, tiché prostředí, poslech uklidňující hudby, masáž zad, teplá koupel (Doenges a Moorhouse, 2001).

Poruchy močení nepatří mezi typické projevy Parkinsonovy nemoci, pouze u nejtěžších forem onemocnění a u starých pacientů, se může jednat o poruchu vegetativního nervstva. Porucha vyprazdňování moči se vyskytuje více u mužů důsledkem zbytnění prostaty, ale u obou pohlaví se může zhoršovat vlivem anticholinergik (ochabuje po nich močový měchýř). Vždy je lepší navštívit urologa, který může předepsat léky na zmírnění problémů s prostatou, ale některé tyto léky

můžou u pacientů a Parkinsonovou nemocí vyvolat nežádoucí účinky (Roth, Sekyrová, Růžička a kol., 2009). Ošetrovatelská diagnóza při tomto problému zní zhoršené vylučování moči (00016) v souvislosti s mnohočetnou kauzalitou projevující se naléhavým močením, inkontinencí moči (Marečková, 2010). Do intervencí zařadíme pacientovi poradit, že je možné si domů opatřit močovou lahev, klozetové křeslo atd. Zajistit dostatek pomůcek pro inkontinenci. Sestra by měla rodině vysvětlit a dbát na dostatečnou hygienu, popř. poradit, že je v dnešní době možnost domácí ošetrovatelské péče (Roth a Růžička, 2001).

U pacientů s Parkinsonovou chorobou občas dochází ke kolísání krevního tlaku, jedná se o ortostatickou hypotenzi, nejčastěji to bývá při vstávání z lehu do sedu ale také při delším stání. Sestra by v tomto případě měla změřit krevní tlak vleže, vsedě a ve stoje, hodnoty nahlásit lékaři a zjistit, zda pacient pije dostatečné množství tekutin. Snížený krevní tlak může způsobovat i levodopa a agonisté dopaminu, tento nežádoucí účinek lze utlumit přípravkem zvaným Motilium (Roth a Růžička, 2001).

Sexuální potíže udává asi jedna třetina pacientů, ošetrovatelská diagnóza by v tomto případě zněla sexuální dysfunkce (00059) v souvislosti se změnou tělesnou strukturou projevující se změnou v dosahování sexuálního uspokojování. Psaní může být pro tyto pacienty také problém, tak mu sestra doporučí obalit si tužku neklouzavým materiálem, který rozšíří její průměr, a tužka se tak lépe drží. Toto opatření, může někdy trochu tlumit třes. Řídit vozidlo pacient s Parkinsonovou nemocí může, ale rozhoduje o tom lékař, jedná se spíše o individuální záležitost, lepší je jezdit s doprovodem, v případě únavy možnost vystřídání (Schwarz, 2008).

U těchto pacientů se vyskytuje mnoho potenciálních ošetrovatelských diagnóz např. riziko sníženého objemu tekutin v organizmu (00028), riziko zácpy (00015), riziko syndromu nepoužívání (00040), riziko zátěže v roli pečovatele (00062), riziko infekce (00004), riziko pádů (00155), riziko narušení integrity kůže (00047), riziko sebepoškození (00139) a sociální izolace (00053) (Marečková, 2010). Třes, který je charakteristický pro toto onemocnění je pro pacienta velmi nepříjemný, málokdy způsobuje invaliditu, ale stává se pro pacienta příčinou studu a úzkosti. Někdy ovlivní i sociální život pacienta např. přestane chodit do restaurace apod. Důležitá je podpora

rodiny, ošetrovatelská péče, která spočívá v edukaci pacienta a jeho nejbližších. Sestra může pacientovi poradit, když se třes objeví, počkat, až ustane, poté pokračovat v činnosti. Třes lze omezit tím, že ruce a paže natáhne před sebe, nosit na zápěstí zátěžové pásky. Odlišná je ošetrovatelská péče v ambulantní a lůžkové části. Při hospitalizaci musí sestra zhodnotit celkový stav pacienta a zajistit mu pomoc v jeho denních aktivitách. V ambulantní péči se jedná o edukaci pacienta a rodiny. Sestra nesmí opomenout zdůraznit a zajistit fyzioterapii, která je pro takto nemocného velmi důležitá (Slezáková, 2006).

2 Cíl práce, výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat spokojenost klientů s ošetrovatelskou péčí v ambulanci neurologa.

Cíl 2: Zmapovat úlohu sestry v zajištění denních aktivit u klientů s Parkinsonovou chorobou.

Cíl 3: Zmapovat, jakou úlohu hrají sestry při ošetrovatelské péči v ambulanci neurologa.

Výzkumné otázky

1. Jak jsou klienti s Parkinsonovou chorobou spokojeni s ošetrovatelskou péčí v ambulanci neurologa?
2. Jakou úlohu hrají sestry při zajištění denních aktivit u klientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa?
3. Jakou úlohu hrají sestry při ošetrovatelské péči u klientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumné šetření bylo zvoleno kvalitativní, metodou dotazování a technikou hloubkového rozhovoru. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci květen až červen 2013 a to v nemocnici Havlíčkův Brod u sester pracujících v neurologické ambulanci. Výzkumné šetření povolila náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (příloha 5). Výběr sester byl záměrný. Sestry byly předem s tématem bakalářské práce a důvodem výzkumu seznámeny. U jedné sestry byl výzkum prováděn ze soukromé neurologické ambulance, kde výzkum povolila lékařka. Výzkumné šetření bylo prováděno i u pacientů s Parkinsonovou chorobou. Týkalo se to čtyř vybraných pacientů s touto diagnózou, pacienti byli seznámeni s důvodem výzkumu a s rozhovorem souhlasili. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a poté doslovně přepsány, vytištěny a důkladně několikrát přečteny. Výzkumné šetření u sestry 1 probíhalo v jejím domácím prostředí, u sestry 2 a 3 v ambulantní části neurologie po pracovní době a u sestry 4 v ambulanci EEG po pracovní době. Prostor byl klidný, ničím nerušený. Rozhovory (příloha 3) byly nahrávány na diktafon, s čím sestry souhlasily a poté doslovně přepsány. U pacientů rozhovory (příloha 2) probíhaly v jejich domácím prostředí na jejich přání. Pacienti byli ochotni spolupracovat, odpovídat na otázky a souhlasili s nahráváním rozhovoru na diktafon. Prostor pro rozhovor v jejich domácím prostředí bylo ve všech případech klidný, ničím a nikým nerušený. Rozhovory s pacienty s diagnózou Parkinsonova choroba byly velmi časově náročné, ale všichni pacienti byli velice ochotní. Rozhovory se sestrami i pacienty byly nahrávány na diktafon, doslovně přepsány (příloha 7) a následně zpracovávány technikou otevřeného kódování (příloha 4), metodou tužka a papír (Švaříček, Šedřová a kol., 2007).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek se skládal ze čtyř sester pracujících v neurologické ambulanci. 2 sestry byly podrobeny výzkumu z neurologické ambulance v nemocnici Havlíčkův

Brod, jedna z EEG a EMG laboratoře nemocnice Havlíčkův Brod a jedna ze soukromé neurologické ambulance.

4 Výsledky

Tabulka 1 identifikační údaje sester

Sestra	Věk	Délka praxe	Vzdělání
1	35	1 rok	VOŠ
2	58	15 let	SZŠ
3	34	1 rok	SZŠ
4	34	½ roku	VOŠ

V tabulce 1 jsou popsány identifikační údaje sester, se kterými byly prováděny rozhovory pro účel kvalitativního výzkumu. Sestra 1 ve věku 35 let pracuje v soukromé neurologické ambulanci 1 rok a její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné. Sestra 2 ve věku 58 let pracuje v neurologické ambulanci 15 let a její nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborné s maturitou. Sestra 3 ve věku 34 let pracuje v neurologické ambulanci 1 rok a její nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborné s maturitou. Sestra 4 ve věku 34 let pracuje v neurologické ambulanci ½ roku a její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné.

Tabulka 2 Identifikační údaje pacientů

Pacient	Věk	Délka onemocnění	Pohlaví
1	44	1 rok	žena
2	60	2 roky	muž
3	59	2 roky	muž
4	64	4 roky	žena

V tabulce 2 jsou popsány identifikační údaje pacientů, se kterými byly prováděny rozhovory. U první pacientky ve věku 44 let byla diagnostikována Parkinsonova choroba před rokem. U druhého pacienta ve věku 60 let byla diagnostikována Parkinsonova choroba před dvěma lety. U třetího pacienta ve věku 59 let byla diagnostikována Parkinsonova choroba před dvěma lety a u čtvrté pacientky ve věku 64 let byla Parkinsonova choroba diagnostikována před 4 roky.

4.1 Kategorie spokojenost s ošetrovatelskou péčí

Kategorie spokojenost (schéma 1) je zaměřena na spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí v ambulantní části neurologie. Do této kategorie byly zařazeny tři podkategorie: osobnost sestry, spokojenost s provozem a spokojenost s informacemi. Do jednotlivých podkategorií jsou zakódovány výrazy, kterými pacienti nejčastěji odpovídali při dotazu na sestru.

Na otázku: Jaký je Váš první dojem při kontaktu se sestrou v neurologické ambulanci pacienti odpovídali. P1 se k této otázce vyjádřil takto: „*Je tam velice příjemná sestra, dojem mám dobrý, před tím tam sestra také nebyla špatná, ale je tam dlouhé čekání, prosedím tam dost dlouho, jinak je to dobrý*“. P2 se velmi pomalým tempem a tichým hlasem vyjádřil: „*Ted' tam má paní doktorka novou sestru, tak jsem spokojený, tady s tou jo, nečekám tak dlouho jako dřív, dřív jsem čekal tak 3 hodiny, ted' tak kolem 2 hodin, dojem celkově dobrý*“. P3 velmi rychle bez rozmyšlení odpověděl: „*Pojďte dál, pomoc nepotřebuji*“. P4 se k prvnímu dojmu při kontaktu se sestrou vyjádřila takto: „*Dojem mám dobrý, příznivý, ted' je tam nová sestřička, tak je to lepší ale dlouho se tam čeká, čekám někdy 2 hodiny i déle*“. Z rozhovorů tedy vyplynulo, že podkategorie osobnost sestry vnímají pacienti celkově jakou dobrou, mají z ní dobrý dojem, je to příjemná sestra..

- příjemná sestra P1/1
- dobrý dojem P1/1; P2/1;P4/1

Další podkategorií, která zde vzniká, je spokojenost s provozem. Tato podkategorie je velice důležitá a téměř všichni pacienti ze čtyř se shodují na tom, že je tam dlouhé čekání. I když třeba místo 3 hodin čekají už jen dvě. V této podkategorii vznikly kódy dlouhé čekání, prosedím tam dost dlouho a čekání kolem 2 hodin.

- dlouhé čekání P1/2; P2/2; P4/2
- prosedím tam dost dlouho P1/2
- čekání kolem 2 hodin P2/2; P4/2

Podkategorie, která se zde v této kategorii také vyskytuje je spokojenost s informacemi. Je zaměřena na informace, které by měla sestra podávat pacientům v jednotlivých oblastech ošetrovatelské péče. Do této podkategorie byly zařazeny tyto

kódy: neinformovanost od sestry, informovanost od lékařky, nedostatek času. Do této podkategorie jsou zakódovány výrazy, kterými pacienti nejčastěji odpovídali.

Na otázku: Jak jste spokojeni s informacemi, které Vám podá sestra v oblasti stravování, užívání léků při tomto onemocnění? P1 váhavě a monotónním hlasem odpověděla: „*No to my s tou stravou neřikali vůbec nic, nikdo mi nic neřikal, co bych měla jíst a neměla, 3 krát denně беру Isicom, cítím to sama na sobě, hůř se mi chodí, bolí mě nohy, já jezdím také do Prahy do expy centra a tam mluvím jen s paní doktorkou, se setrou vůbec, tady chodím k dr. Polívkové, aby mě hlídala a upravovala léky ale léčí mě v Praze, do Prahy jezdím po půl roce*“. P2 po zamyšlení a delší době odmlčení se vyjádřil takto: „*Sestra mě neinformuje, spíše paní doktorka, ta nás poslala ještě k dr. Liškovi, že bych měl zhubnout, ale nejde to, pohyb bych měl mít, ale někdy to prostě nejde, bojuji s nadváhou, potřeboval bych tak 10 kilo zhubnout, sestra informace nepodává, paní doktorka o všem informuje*“. P3 suverénním hlasem odpověděl „*To nepotřebuji, to je jednoduchý, užívání léků mám v malíčku*“. P4 bez rozmýšlení hned odpověděla: „*Ale jo jsem spokojena, protože když se na něco zeptám, tak mně to vysvětlí, není tam čas na to povídání, ohledně stravování, užívání léků mi vše říká paní doktorka*“.

- neinformovanost od sestry P1/9; P2/13,15; P4/14
- informovanost od lékařky P1/9; P2/13; P4/14
- nedostatek času P4/13

Schéma 1 – Kategorie spokojenost s ošetrovatelskou péčí



4.2 Kategorie úloha sestry v zajištění denních aktivit u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa z pohledu pacientů

Velmi důležitou kategorií, která se zde nabízí, je úloha při zajištění denních aktivit u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa (schéma 2). Tuto kategorii můžeme pojmut jak ze strany pacienta, tak ze strany sester. Tato kategorie lze rozdělit na podkategorie a to na jednotlivé oblasti v ADL. Jedná se tedy o oblast oblékání, svlékání, pohybu, osobní hygienu a stravování. Otázka pro pacienty zněla: „Jak Vám sestra ve Vaší neurologické ambulanci pomohla např. při svlékání, oblékání oděvu?“ Na tuto otázku se P1 vyjádřil takto: „*Teď to zvládám sama, ale než mi nasadili Isicom tak mi to trvalo třeba i 20 minut, tak to mi sestra pomohla*“. P2 na tuto otázku odpověděl následujícím způsobem: „*To právě se mnou chodí manželka, ta mi pomáhá, tahle sestra je ale hodná, snaží se mi pomoci, ale ta druhá ne, té to bylo jedno*“. P3 stejně rychle a suverénně jako u předešlých otázek odpověděl: „*Všechno zvládám sám a pomoc nepotřebuji a doufám, že nikdy potřebovat nebudu*“. P4 klidným a rozvážným hlasem odpověděla: „*Nijak, oblékám a svlékám se sama*“.

Kódy jsou následující:

- zvládá sám P1/28; P3/20; P4/36
- pomáhá manželka P2/32

V podkategorii oblékání, svlékání byly zakódovány výrazy, kterými pacienti nejčastěji odpovídali.

Další podkategorii, která se objevuje v této kategorii je rozsah pohybu, konkrétně chůze po rovině, chůze do schodů. Otázka pro pacienty zněla: *Jak Vám sestra pomohla při chůzi po rovině?* Pacientka 1 odpověděla takto: „*No zatím chodím sama, pomoc nepotřebuji*“. Pacient 2 se vyjádřil takto: „*Zatím akorát pomáhá z lehátka a z toho schůdku, jinak jdu sám*“. Pacient 3 ihned odpověděl: „*Nepotřebuji pomoc*“. A pacient 4 odpověděl stručně takto: „*Chodím sama*“. V této podkategorii vznikly kódy, kterými pacienti nejčastěji odpovídali.

- chodím sám (a) P1/25; P2/29; P3/18; P4/32
- sestra mi pomáhá z lehátka a ze schůdku P2/29

Z rozhovorů se ukázalo, že v oblasti pohybu, konkrétně chůzi po rovině nepotřebuje pomoc žádný z oslovených pacientů, pouze jednomu pacientovi sestra pomáhá z lehátka, a ze schůdku.

Podkategorie chůze do schodů patří do Barthelova testu základních všedních činností. Těmto pacientům byla položena otázka: *Jak Vám sestra pomohla při chůzi do schodů?* Pacient 1 se vyjádřil takto: *„Je tam výtah, ale do schodů chodím sama“*. Pacient 2 odpověděl takto: *„Jezdím výtahem“*. Pacient 3 odpověděl: *„Chodím sám“*. Pacient 4 odpověděl následovně. *„Zvládám sama, výtahem nejzdím, chodím po schodech bez problémů“*. Do této podkategorie jsou zakódovány výrazy, kterými pacienti nejčastěji odpovídali.

- chodím sám (a) P1/26; P3/18;
- jezdím výtahem P2/30
- chodím do schodů bez problémů P4/33

V podkategorii chůze do schodů se ukázalo, že ve většině případů zvládají chůzi do schodů sami. V jednom případě jezdí pacient výtahem a jeden pacient odpověděl, že chůze do schodů mu nedělá žádný problém.

Podkategorie osobní hygiena patří též do Barthelova testu základních všedních činností a otázka pro pacienty na tuto oblast zněla: *„Jak zvládáte svou osobní hygienu?“* Pacient 1 se vyjádřil takto: *„No myji se sama, pomoc nepotřebuji“*. Pacient 2 odpověděl: *„Pomáhá mi manželka a někdy je to docela problém, budeme muset předělat koupelnu“*. Pacient 3 se vyjádřil: *„Zvládám sám, pomoc nepotřebuji“*. Pacient 4 se vyjádřil: *„Hygienu zvládám sama, ale zjistila jsem, že budeme muset předělat koupelnu“*.

Kódy, které vznikly, jsou následující:

- zvládám sám (a) P1/30; P3/22; P4/39
- pomoc nepotřebuji P1/30; P3/22
- pomáhá mi manželka P2/36
- budeme muset předělat koupelnu P2/36; P4/36

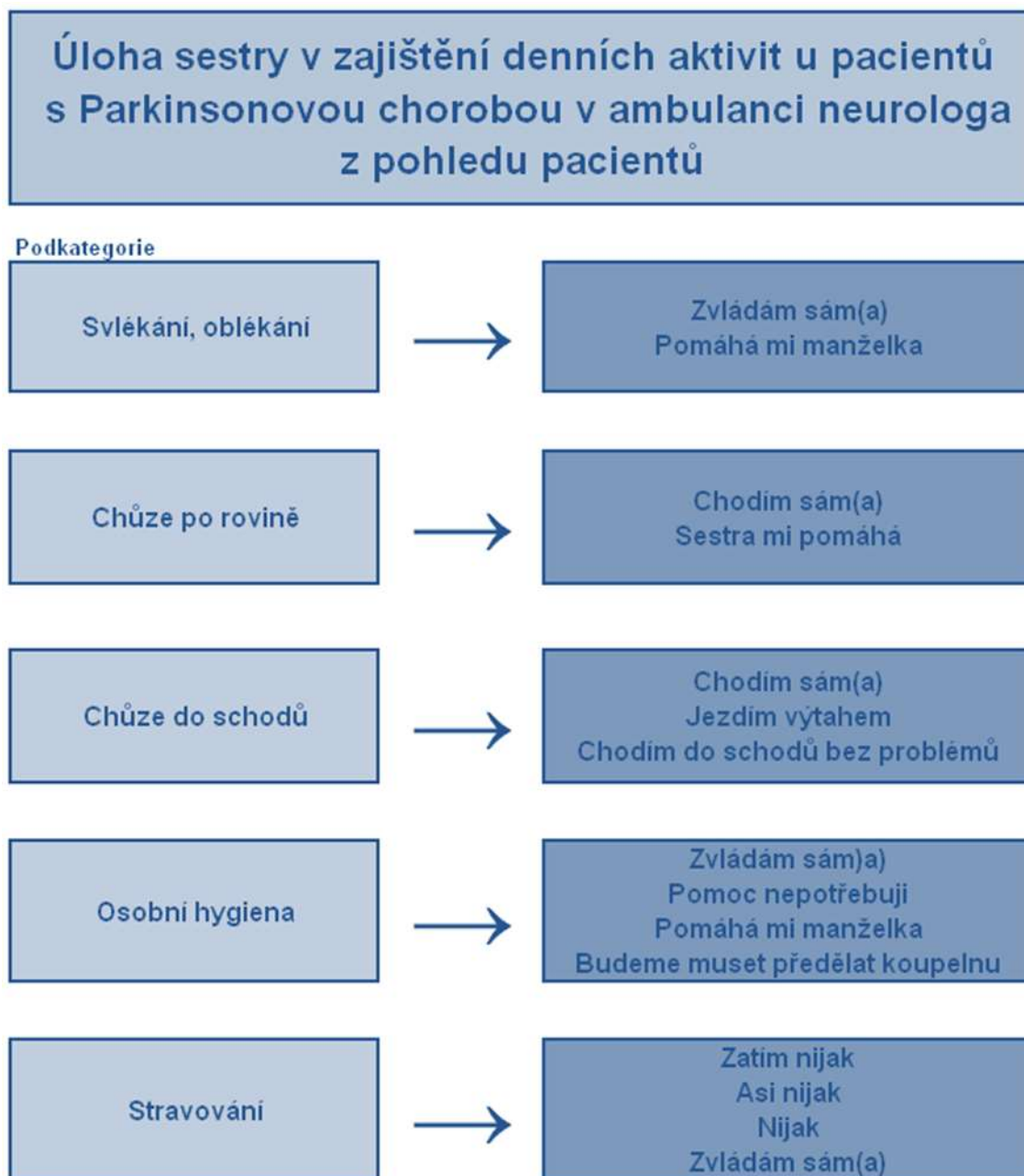
Oblast stravování patří též do Barthelova testu základních všedních činností, proto stravování je další podkategorií v této kategorii. Otázka pro pacienty zněla: *„Jak Vám*

sestra pomohla při příjmu potravy a tekutin?“. Pacient 1 odpověděl následovně: „*zatím nijak, zvládám vše, pomůcky žádné nemám*“. Pacient 2 se vyjádřil takto: „*to nevím asi nijak, pomoc nepotřebuji*“. Pacient 3 odpověděl: „*Nijak nepotřebuji*“. A pacient 4 odpověděl: „*To nepotřebuji, zvládám sama, v čekárně mají ten barel s vodou, tak si můžu natočit, ale většinou si беру svačinu*“. Do této podkategorie jsou zakódovány výrazy, kterými pacienti nejčastěji odpovídali

- *zatím nijak* P1/27
- *asi nijak* P2/31
- *nijak* P3/19
- *zvládám sám (a)* P4/34

Z rozhovorů vyplynulo, že ani v jednom případě pacientům sestra v oblasti stravování nepomohla a pomoc ani jeden pacient nepotřebuje.

Schéma 2 – Kategorie úloha sestry v zajištění denních aktivit u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa z pohledu pacientů



4.3 Kategorie úloha sester v zajištění denních aktivit u pacientů s Parkinsonovou chorobou z pohledu sester

Další kategorií, která se zde objevuje ze strany sester, je úloha v zajištění denních aktivit u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa (schéma 3). Tuto kategorii můžeme rozdělit na tři podkategorie a to: pomoc při vstávání, pomoc při chůzi, prevence pádů. Na otázku: „*Jak pomáháte zajistit denní aktivity pacientů s Parkinsonovou chorobou a jak pomáháte pacientům při přesunu do ordinace?*“. Sestra 1 odpověděla takto: „*Hm rozhodně na pacienty nechvátám, pokud jsou bez doprovodu rodinného příslušníka tak vyjdu do čekárny, pomohu jim jak vstát, tak je podpírám, pokud je to nutný, pokud mají stav zarázu tak je uklidňuji, že není kam chvátat, že je dostatek času*“.

Sestra 2 se k těmto otázkám vyjádřila takto. „*No pomáháme jim, pomáháme jim vstát ze sedačky, řekneme jim pomalinku si pojdte, pokud vrávorá nebo špatně jde, vezmu ho pod paži, převedu ho do ordinace*“. Sestra 3 se vyjádřila takto: „*Bud' pacienty dovedeme, nebo dovezeme, zajistíme jim bezpečnost, uložíme je na lůžko*“. A sestra 4, která se rozhovoru plně věnovala, a byl pro ni velice zajímavý odpověděla takto: „*Vyjdu do čekárny, pomůžu mu z čekárny, přivedu ho, posadím, nejdřív mu vysvětlím, co s ním budeme dělat, jak ho bude lékař vyšetřovat, pomůžu mu svléknout oděv jak je třeba, mám ho samozřejmě stále na očích, neodcházím z ordinace, když ho tam mám, nebo je vezu na sedačce, záleží jak je potřeba a jak se s pacientem domluví, nebo je třeba jenom jistím, pokud chtějí sami, vždy záleží na domluvě*“.

V podkategorii pomoc při vstávání byly zakódovány výrazy, kterými sestry nejčastěji odpovídaly

- nechvátám na pacienty S1/ 1; S2/1
- pokud jsou bez rodinného příslušníka, pomohu jim vstát S ½; S2/1

Na tuto podkategorii a otázku na pomoc při přesunu do ordinace sestry odpověděly odlišně. Pouze v jednom případě sestra nejdříve zjistí, zda je s pacientem doprovod a dle toho se řídí. Jen také v jednom případě se sestra s pacientem domluví a ve zbylých dvou případech pacientům prostě nějak pomůžou, buď dovézt, nebo převézt na sedačce.

Pomoc při chůzi je další podkategorií. Z odpovědí sester vyplynulo:

- podpírám pacienty S1/2
- vezmu pacienta pod paži S2/2
- jistím pacienta S4/4
- domluva s pacientem S4/5

Každá sestra má svůj systém, ale je odlišný u sester v soukromé ambulanci a v ambulanci v nemocnici. Z odpovědí sester také vyplynulo, že vždy záleží na aktuálním zdravotním stavu pacienta a dle toho se sestry řídí.

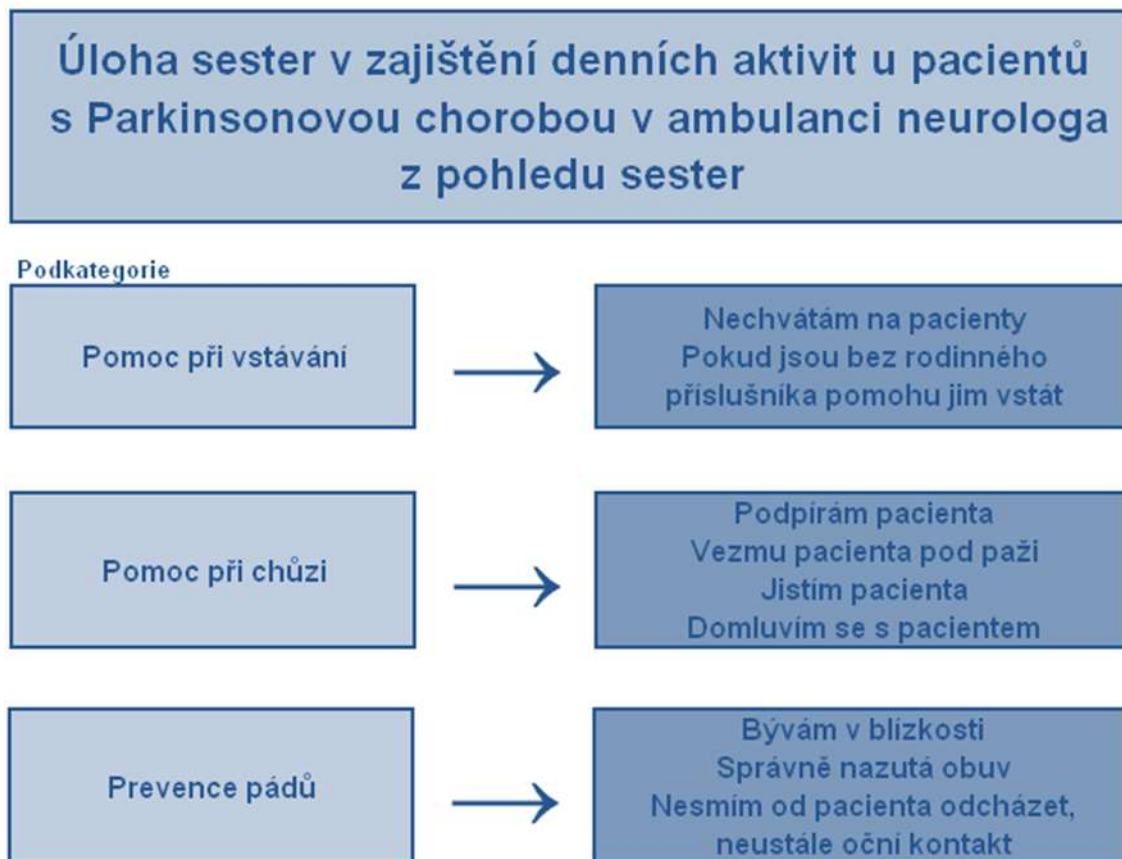
Další podkategorií vzniklou v této kategorii je prevence pádů. Otázka pro sestry zněla: *„Jak se podílíte na prevenci pádů u těchto pacientů?“* Sestra 1 odpověděla: *„Bývám v blízkosti, pokud vidím, že jsou na tom pohybově v tuto chvíli hůře, tak je podpírám nebo dopomáhám s kompenzačními pomůckami, s hůlkou“*. Sestra 2 se vyjádřila takto: *„No podívám se, jestli má správně obuté boty, nebo jestli nemá nějak skopnutou pantofli, aby šel dobře“*. Sestra 3 odpověděla: *„Zajistíme bezpečnost, aby měli dobře obuté boty, aby se dobře uložili, dobře se převedli, eventuelně nějaké doprovody, když je potřeba, samozřejmě dle stavu“*. Sestra 4 se vyjádřila následovně: *„Takže většinou teda buď sedí, nebo leží, nesmím od nich odcházet, musím u nich být nebo prostě mít jednu stranu zajištěnou, aby nespadli, ale neustále na ně musím koukat a mít oční kontakt“*.

Kódy jsou následující:

- bývám v blízkosti S1/5
- správně nazutá obuv S2/4; S3/3
- nesmím od pacientů odcházet, neustále mít oční kontakt S4/8,9

Podkategorie prevence pádů je velice důležitá a z rozhovorů vyplynulo, že sestry vědí, jak mají pacientovi zajistit bezpečnost v ambulanci části neurologie.

Schéma 3 – Kategorie úloha sester v zajištění denních aktivit u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa z pohledu sester



4.4 Kategorie úloha sester při ošetrovatelské péči u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa

Tato kategorie měla za úkol zjistit, zda sestry ví, jakou úlohu hrají při ošetrovatelské péči u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa (schéma 4). Tuto kategorii můžeme rozdělit na podkategorie: zajištění ošetrovatelské péče sestrou v oblasti pohybu, zajištění ošetrovatelské péče sestrou v oblasti výživy, zajištění ošetrovatelské péče sestrou v oblasti podávání léků. V podkategorii zajištění ošetrovatelské péče sestrou v oblasti pohybu byly zakódovány výrazy, kterými sestry nejčastěji odpovídaly. Na otázku: „*Jak zajišťujete přesun těchto pacientů do ordinace při deficitu sebezpečí?*“ se sestry vyjádřily takto: Sestra 1 se vyjádřila následovně: *Pokud pacient potřebuje pomoc, sedí v čekárně a vidím, že má problém, že je na tom dnes fyzicky hůř, vyjdu, vysvětlím mu, že není kam chvátat, uklidním ho a pomůžu mu jak vstát, tak ho doprovázím do ordinace, někteří pacienti pomoc využijí, jiní ne*“. Sestra 2 odpověděla na tuto otázku takto: *„no pokud jsou to starší pacienti kolem 80 let, tak většinou je přiveze saniták na sedačce bez rodinného příslušníka, takže my si ho převezeme do ordinace a pomůžeme mu svléknout, zout boty a přesunout ho k lékaři, samozřejmě záleží na tom, jak ten pacient v tom daném okamžiku na tom je*“. Sestra 3 stručně odpověděla: *„Převážíme na sedačce, pokud zvládneme samy nebo zavoláme sanitáře*“. A sestra 4 se vyjádřila takto: *„Takže, když ty lidi přijdou, přijdou v doprovodu nebo po svých nohách, tak jim pomůžeme z toho sedu, oni mají nejhorší ten stav se rozejít, takže musíme počkat, aby oni zkoordinovali ten třes, aby se ustálil, jinak samozřejmě na sedačce*“.

Vzniklé kódy jsou tyto:

- uklidním pacienta S1/30; S4/38
- pomůžu mu vstát S1/31; S4/38
- doprovázím do ordinace S1/31
- převezeme do ordinace na sedačce S2/16; S3/18; S4/39
- pomůžeme svléknout S2/16

V podkategorii zajištění ošetrovatelské péče sestrou v oblasti výživy byly zakódovány výrazy, kterými sestry nejčastěji odpovídaly. Při dotazu „*Jakou*

doporučujete stravu těmto pacientům?“ Sestry odpovídaly následovně: Sestra 1: „*Tak spíše kašovitou, aby to pacient zvládl sám*“. Sestra 2: „*My tady nic takového neděláme*“. Sestra 3: „*Záleží na stavu pacienta ale, pokud má poruchu polykání tak kašovitou stravu*“. Sestra 4: „*To je docela dobrý, to nevím, to záleží na tom, co jsou zvyklí jíst a co ne, je potřeba, aby měli pravidelnou stravu, teplou stravu, záleží, zda mají zubní protézu apod.*

Další otázka, která byla sestřím podána, zněla: „*Jaké pomůcky a rady doporučujete pacientům při stravování a příjmu tekutin?*“ Sestra 1 odpověděla: „*No tak pomůcky zřejmě při pití brčko, při stravování lepší lžice než příbor, hluboký talíř nebo mistička*“ Sestra 2 se vyjádřila takto. „*Na pití brčka, plastové hrníčky, jíst z hlubokých talířů, používat spíše lžici*“. Sestra 3 stručně odpověděla: „*Plastové lahve, brčka, jíst spíše lžici*“. Sestra 4 se vyjádřila: „*No tak jsou to různé hrníčky na přichycení, speciální příbory*“. Jednou z otázek, která byla sestřím položena, zněla takto: „*Na jaká jídla upozorníte pacienta, aby se jich vyvaroval?*“ Sestra 1 odpověděla: „*To budou mléčné výrobky, kvůli vstřebávání L-Dopy, i strava v souvislosti s podáváním léků by měla mít určitý řád a režim*“ Sestra 2: „*Jídla, která dráždí ke kašli, suchá jídla, tvrdá*“ Sestra 3 odpověděla: „*Na mléčné výrobky, ryby*“. Sestra 4 odpověděla: „*Určitě ořechy, tvrdé plody, suchá jídla*“. Ze vzniklých odpovědí sester vyplynuly výrazy, kterými sestry nejčastěji odpovídaly. Jedná se o tyto kódy:

- kašovitá strava S1/40, S3/24
- pomůcky – brčko na pití tekutin, lepší lžice než příbor a raději hluboký talíř S1/43,44; S2/25; S3/23
- vyvarovat se- mléčné výrobky, suchá jídla, tvrdá, ryby S1/47; S2/27; S3/25; S4/53

Další podkategorií, která zahrnuje oblast ošetrovatelské péče je nazvána zajištění ošetrovatelské péče v oblasti podávání léků. Sestřím byla položena následující otázka: „*Co zdůrazňujete pacientům s tímto onemocněním při podávání léků?*“ Sestra 1 odpověděla: „*Tak v první řadě by měli respektovat časový plán léků, před léky nejíst mléčné výrobky, dodržovat to tak, jak to naordinuje lékař*“ Sestra 2: „*Pacienti odcházejí od lékaře přímo ven, jsou dostatečně informováni, nikdo se mě na nic nikdy*

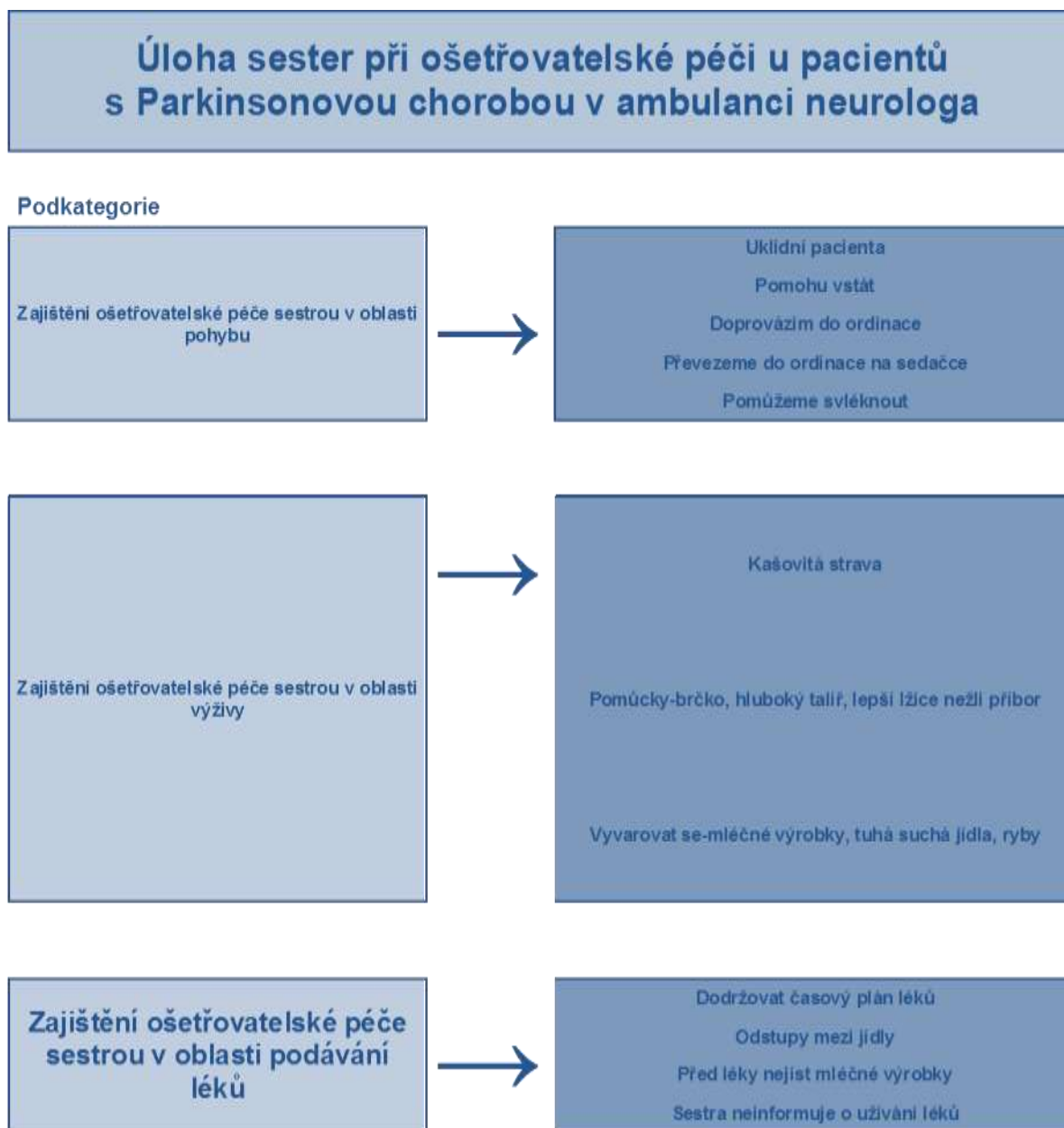
nezeptal, sama neinformuju“. Sestra 3: *„ Určitě dodržovat časový odstup a nezajídat léky bílkovinami“.* Sestra 4: *„ Při podávání léků dodržovat časové intervaly“.* Otázka, která byla sestřám ještě v této oblasti podána, zněla: *„ Jaké informace podáváte pacientům při užívání léků?“* Sestra 1: *„ Dodržování časového harmonogramu a jídla.* Sestra 2: *„ Žádné informace nepodáváme“.* Sestra 3: *„ My nepodáváme“.* Sestra 4: *„ Dodržovat časový harmonogram užívání léků a jídla“.*

Vzniklé kódy v této podkategorii jsou:

- dodržovat časový plán léků, odstupy mezi jídly, před léky nejíst mléčné výrobky S1/50,51; S3/26; S4/54
- sestra neinformuje o užívání léků S2/30; S3/27

Z odpovědí v této podkategorii vyplynulo, že sestry ví, jak informovat pacienty o podávání léků a prevenci komplikací při této nemoci, ale dvě sestry ze stejné ambulance pacienty vůbec neinformují.

Schéma 4 – Kategorie úloha sester při ošetrovatelské péči u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa



5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá úlohou sestry v péči o klienty s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa. Jejimi cíli bylo zmapovat spokojenost klientů s ošetrovatelskou péčí v ambulanci neurologa, zmapovat úlohu sester v zajištění denních aktivit u klientů s Parkinsonovou chorobou a zmapovat, jakou úlohu hrají sestry při ošetrovatelské péči v ambulanci neurologa.

Pro splnění těchto cílů byla zvolena kvalitativní forma výzkumu u sester v neurologické ambulanci a u pacientů technikou hloubkového rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a poté doslovně přepsány, zpracovány technikou otevřeného kódování, metodou papír a tužka. Na základě těchto podkladů byly vytvořeny kategorie a jejich podkategorie. Celkem vznikly čtyři kategorie a to: Spokojenost s ošetrovatelskou péčí, Úloha sester v zajištění denních aktivit u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa z pohledu pacientů, Úloha sester v zajištění denních aktivit u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa z pohledu sester, Úloha sester při ošetrovatelské péči u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa. Kategorie Spokojenost s ošetrovatelskou péčí byla rozšířena o tři podkategorie: Osobnost sestry, Spokojenost s provozem, Spokojenost s informacemi. Kategorie Úloha sester v zajištění denních aktivit u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa z pohledu pacientů byla rozdělena na pět podkategorií: Svlékání, Oblékání, Chůze po rovině, Chůze do schodů, Osobní hygiena a Stravování. Třetí kategorie, která se týká Úlohy sester v zajištění denních aktivit u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa z pohledu sester, byla rozdělena na tři podkategorie: Pomoc při vstávání, Pomoc při chůzi, Prevence pádů. Poslední kategorie nazvaná úloha sester při ošetrovatelské péči u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa byla rozdělena na tyto podkategorie: Zajištění ošetrovatelské péče sestrou v oblasti pohybu, Zajištění ošetrovatelské péče sestrou v oblasti výživy, Zajištění ošetrovatelské péče sestrou v oblasti podávání léků.

Na soubor otázek, který se vztahoval k výzkumné otázce „Jak jsou klienti s Parkinsonovou chorobou spokojeni s ošetrovatelskou péčí v ambulanci neurologa?“

pacienti odpovídali tak, že vznikly již zmíněné podkategorie. Vyjadřovali se celkem kladně, co se týká osobnosti sestry, všichni odpověděli, že je příjemná, že z ní mají dobrý dojem, ale ke spokojenosti s provozem se vyjádřili 3 pacienti ze čtyř, že se tam čeká dost dlouho, třeba i dvě hodiny. Ke spokojenosti s podáváním informací se tři pacienti vyjádřili tak, že je sestra neinformuje vůbec, že jim vše vysvětluje paní doktorka, v jednom případě pacientka odpověděla, že tam na to není čas na to „povídání.“ Můj názor je takový, že sestra si svoji práci musí umět dobře zorganizovat, tak, aby měla na pacienta vždy čas. Důležité ale je, že se pacient dozví to, co potřebuje. Svou roli zde také zaujímá komunikace, přičemž právě sestra by měla umět naslouchat pacientům. To je pro pacienty velice příjemné a milé.

V literatuře se uvádí (Kutnohorská, 2007), že sestra zde má být pro pacienta a mělo by tomu tak být, respektovat pacienta, cítit s pacientem a být blízko pacienta. Pečovatelské jednání ale v ošetrovatelské praxi mohou ovlivnit faktory: individuální hodnotové orientace, vzdělání, vztah k ošetrovatelské práci a vlastní zkušenost s péčí o ostatní. Dle mého názoru vzdělání je také velice důležité pro práci sester, které se může odrážet v chování a jednání .

Ke splnění druhého cíle byla vytyčena kategorie úloha sester v zajištění denních aktivit u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa z pohledu pacientů. Na první podkategorii, která se týká svlékání oblékání, se pacienti ve třech případech vyjádřili tak, že pomoc nepotřebují, pouze v jednom případě pacient potřebuje pomoc a to mu pomáhá manželka. Další oblastí, ke které se pacienti vyjadřovali, byla chůze po rovině. K té se opět tři pacienti vyjádřili tak, že pomoc nepotřebují, že chodí sami. Pouze v jednom případě sestra pacientovi pomáhá a to z lehátka dolů a ze schůdku, který je u něj. Chůzi do schodů zvládají tři pacienti ze čtyř bez problémů, pouze jeden pacient jezdí výtahem. Podkategorie, která je nazývána osobní hygiena, se pacienti vyjádřili tak, že tři pomoc s osobní hygienou nepotřebují vůbec a v jednom případě pacientovi pomáhá manželka a i to je velmi obtížné, takže kvůli své diagnóze budou muset předělat koupelnu. K podkategorii stravování se všichni čtyři pacienti vyjádřili tak, že pomoc s příjmem potravy a tekutin nepotřebují a nepotřebují ani žádné pomůcky. Kategorie úloha sester v zajištění denních aktivit u pacientů s Parkinsonovou

chorobou v ambulanci neurologa z pohledu sester zjišťuje, zda sestry ví, jak pacientům s touto diagnózou pomoci a zda jsou ochotné jim pomoci. První podkategorií, která vznikla, je pomoc při vstávání. Na tu dvě sestry odpověděly, že důležité je na pacienty nechvátat, a zbylé dvě odpověděly, že záleží, jestli je s nimi rodinný příslušník, a když ne, tak pacientovi pomůžou vstát. Podkategorie pomoc při chůzi je velmi individuální a dle odpovědí všech sester záleží na aktuálním zdravotním stavu pacienta a domluvě s ním, zda pomoc žádá či potřebuje. Jedna sestra odpověděla, že pacienta jistí, druhá ho podpírá, třetí ho vezme pod paží a poslední se s ním domluví. Prevence pádů je podkategorií, která je velice důležitá a každá sestra by měla vědět bez ohledu na diagnózu, jak pacienta před nimi ochránit. Z výpovědí sester, vyloučeno, že každá sestra pacientovi pomoc poskytne, a na ošetrovatelské péči v oblasti pohybu se podílí každá. Jen je rozdíl v povaze a osobnosti sester, protože 2 sestry z dotazovaných počkají, pacienta uklidní a poté dle stavu se s ním domluví, zda to zvládnou přejít či potřebují kompenzační pomůcku nebo oporu sestry. Dvě sestry se shodly na tom, že je důležité, aby měl pacient správně nazutou obuv, jedna sestra odpověděla, že je v blízkosti pacienta a dle aktuálního zdravotního stavu pacienta ho buď přidržuje, nebo podpírá. Poslední sestra se vyjádřila tak, že musí mít s pacientem neustále oční kontakt, nesmí od něj odcházet.

Ze všech získaných odpovědí vyloučeno, že sestry ví, jak těmto pacientům pomoci, jak k nim přistupovat.

Pacienti, kteří byli vybráni k tomuto výzkumu, byli ve třech případech soběstační, pouze v jednom případě se o pacienta starala manželka.

Poslední kategorií, která vznikla je úloha sester při ošetrovatelské péči u pacientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa. První podkategorií je zajištění ošetrovatelské péče sestrou v oblasti pohybu. Ze získaných odpovědí sester v této podkategorii vyplývá, že každá svoji úlohu plní, dvě sestry vzhledem k diagnóze počkají, pacienta uklidní, domluví se, třetí sestra zjistí, jestli má doprovod rodinného příslušníka a když je třeba tak pacienta převezme na sedačce, čtvrtá sestra pacienta převezme na sedačce nebo si zavolá na pomoc sanitáře. Druhou podkategorií v této oblasti je zajištění ošetrovatelské péče sestrou v oblasti výživy. Dvě sestry ví a doporučí

pacientovi kašovitou stravu, třetí tvrdí, že ona nic takového v ambulantní části nedělá a poslední neví, jakou by doporučila stravu těmto pacientům, ale určitě pravidelnou, teplou a záleží, zda mají zubní protézu apod. S pomůckami, které by sestry měly těmto pacientům poradit a pomoci je získat, nemají problém, ví o nich a jsou schopny pacienty informovat, ale svou úlohu v této oblasti neplní. Jídlům, kterým by se měli tito pacienti vyvarovat sestry ví také dobře, ale opět o nich pacienty neinformují.

Poslední podkategorií je zajištění ošetrovatelské péče sestrou v oblasti podávání léků. Sestry dle odpovědí ví, jak pacienty informovat v oblasti podávání léků v ambulantní části ale dvě ze čtyř to nedělají, protože pacienti odcházejí přímo od lékaře a na nic se jich nezeptají a ony samy jim informace neposkytují. Dle mého zjištění je rozdíl, zda se jedná o sestry ze soukromé ambulance a z neurologické ambulance v nemocnici. Sestry, které pracují v neurologické ambulanci v nemocnici, tak mají svou vyšetřovací místnost a lékař také, takže pracují odděleně. V soukromé ambulanci sestra pracuje v jedné místnosti s lékařkou, tudíž slyší, co lékařka pacientům sděluje a ta se jim opravdu snaží říci a informovat je co nejvíce, takže sestra buď lékařku doplní anebo se pacienti ptají sami. Velice záleží na tom, jak jsou sestry s lékaři domluvené a na jejich vzájemné spolupráci, která se samozřejmě odráží na celkovém stavu pacienta.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že sestry ví, jaká je jejich úloha v ambulantní péči o klienta s Parkinsonovou chorobou, ale rozdíl je v tom, zda pracují v soukromém zařízení či nemocničním.

Výsledkem této práce je edukační materiál pro klienty s Parkinsonovou chorobou, pro které jsou informace ohledně jejich onemocnění důležité a mnohdy si na své dotazy v ordinaci lékaře nevzpomenou, nebo se bojí na něco zeptat.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá úlohou sestry v péči o klienty s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa. Pro toto téma byly vytyčeny 3 cíle, které byly plněny kvalitativním výzkumným šetřením, technikou hloubkového rozhovoru. Rozhovory byly následně zpracovány technikou otevřeného kódování, metodou tužka, papír.

Prvním cílem bylo zmapovat spokojenost klientů s ošetrovatelskou péčí v ambulanci neurologa. Druhým cílem bylo zmapovat úlohu sestry v zajištění denních aktivit u klientů s Parkinsonovou chorobou. Třetí cíl měl zmapovat, jakou úlohu hrají sestry při ošetrovatelské péči v ambulanci neurologa.

Závěr, který se týká spokojenosti s ošetrovatelskou péčí u klientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa lze dle výsledků rozdělit na spokojenost s osobností sestry, spokojenost s provozem a spokojenost s informacemi. S osobností sestry byli dotazovaní spokojeni, byla hodnocena kladně, k provozu se vyjádřili tak, že musí dlouho čekat a spokojenost s informacemi hodnotili tak, že jim informace sestra nepodává, nýbrž lékař, a že na to není čas. Závěr ke druhému cíli, kde jsme mapovali úlohu sestry v zajištění denních aktivit u klientů s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa jednak z pohledu pacientů, jednak z pohledu sester lze říci, že dotazovaní klienti zatím pomoc nepotřebují, pouze v jednom případě klientovi pomáhá v některých úkonech manželka a z pohledu sester většinou záleží na domluvě mezi sestrou a pacientem.

Všeobecně lze závěrem této bakalářské práce říci, že úloha sester v péči o klienty s Parkinsonovou chorobou je sestrám jasná, o této nemoci mají znalosti, ví jak k těmto pacientům přistupovat, ale jen některé postupují tak, jak by měly. Na druhou stranu je nutné si uvědomit, že se jedná o psychicky náročnou práci, která vyžaduje dostatek času, trpělivosti, vstřícnosti a pochopení pro obě strany.

Výstupem této bakalářské práce je edukační materiál pro klienty s Parkinsonovou chorobou (příloha 6), který bude umístěn do čekáren neurologických ambulančí těmto pacientům a jejich rodinám k dispozici.

7 Seznam použitých zdrojů

- AMBLER, Z. 2006 . *Základy neurologie*. Praha: Galén. šesté přepracované vydání. 351 s. ISBN 80-726-2433-4.
- ČAPKOVÁ, L., 2009. *Jak se dělá diagnóza*. Parkinson. roč. 29, č. 9, s. 5. ISSN1 1212-0189.
- ČEVELA, R., Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie*. Praha : Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
- DOENGES, M.,E., MOORHOUSE, M., F.: 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada,. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
- EPDA. [online] . 25.2.2014. Dostupné z: <http://www.epda.eu.com/en/about-the-epda/>
- FIALA, P., J. VALENTA a L. EBERLOVÁ. 2008.. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. Praha: Karolinum. 173 s.. ISBN 978-80-246-1491-5.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
- KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- LANGMEIER M.,a kol., 2009. *Základy lékařské fyziologie*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-2526-0.
- MAREČKOVÁ, J., 2010. *Ošetrovatelské diagnózy*. Praha: Grada. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
- MERKUNOVÁ, A. a M. OREL, 2008. *Anatomie a Fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
- NEJEDLÁ, M., 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1150-8.
- NEVŠÍMALOVÁ, S., E. RŮŽIČKA a E. TICHÝ, 2002. *Neurologie*. Praha: Galén. 367 s. ISBN 80-7262-160-2.

- PREIS, M., H. KUČEROVÁ a kol., 2006. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-0843-4
- REKTOR, I., I. REKTOROVÁ a kol., 2003. *Centrální poruchy hybnosti v praxi*. Triton. ISBN 80-7254-418-7.
- RICHARDS, A., S. EDWARDS, 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
- ROTH, J., M. SEKYROVÁ, E. RŮŽIČKA, a kol., 2009 . *Parkinsonova nemoc*, 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. 222 s. ISBN 978-80-7345-178-3.
- RŮŽIČKA, E., *Život s Parkinsonem*, 2013. *Zdravotnické noviny*, č.9, s. 20 . ISSN neuvedeno.
- RŮŽIČKA, E., J. ROTH A P. KAŇOVSKÝ, 2000. *Parkinsonova nemoc a Parkinsonské syndromy*. Extrapiramidová onemocnění I. Praha: Galén. 293 s. ISBN 80-7262-048-7.
- SEIDL, Z., a J. OBENBERGER, 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.
- SCHULER, M. a P. OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
- SCHWARZ, P., S. 2008. *Parkinsonova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada.. 112 s. ISBN 978-80-247-2321-1.
- SLEZÁKOVÁ, Z. 2006. *Neurologické ošetřovatelství*. Martin: Osveta. 165 s. ISBN 80-8063-218-9.
- . 2009. Jak se dělá diagnóza. *Parkinson*. roč. 29, č. 9, s. 5. ISSN1 1212-0189.
- ŠKOLOUDÍK, D., M. BAR, O. ZAPLETALOVÁ a kol., 2009. *Obecná neurologie pro studenty bakalářského směru*. Ostravská univerzita v Ostravě. 101s. ISBN 978-80-736-8608-6.
- ŠVAŘÍČEK, R. a K. ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TYRLÍKOVÁ, I. A M. BAREŠ, 2012. *Neurologie pro nelékařské obory*. NCONZO. 305 s. ISBN 978-80-7013-540-2.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2011 . *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf. 519 s. ISBN 978-80-7345-262-9.

WABERŽINEK, G., D. KRAJÍČKOVÁ, a kol, 2005. *Základy obecné neurologie*. Praha: Karolinum. 241 s. ISBN 80-246-08030.

WABERŽINEK, G., D. KRAJÍČKOVÁ a kol., 2006. *Základy speciální neurologie*. Praha: Karolinum. 396 s. ISBN 80-246-1020-5.

8 Seznam příloh

Příloha 1 - Praktické rady pro nemocné a jejich rodinné příslušníky

Příloha 2 – Výzkumné otázky pacienti

Příloha 3 – Výzkumné otázky sestry

Příloha 4 – Technika otevřeného kódování, metoda tužka a papír

Příloha 5 – Souhlas s výzkumným šetřením

Příloha 6 – Edukační materiál pro klienty s Parkinsonovou chorobou

Příloha 7 – Přepisy rozhovorů CD

Příloha 1 - Praktické rady pro nemocné a jejich rodinné příslušníky:

1. Zachovat si optimismus
2. Snažit se najít způsob, jak snížit stres a na první místo postavit sebe a své potřeby
3. Pokusit se nebýt rozhozen z viditelných příznaků nemoci, najít způsob, jak si s nimi poradit
4. Zachovat si smysl pro humor
5. Obklopit se starostlivými, milujícími a pečujícími členy rodiny, přáteli a kolegy v práci
6. Podělit se o své pocity s ostatními
7. Zachovat si pozitivní postoj, pokusit se nestagnovat, nelitovat se a neizolovat se od přátel
8. Ujasnit si priority, pravidelně se pohybovat
9. Zajistit si dostatek času pro sebe na jídlo, pití, oblékání, chůzi, mluvení, psaní.
10. Uvažovat o návštěvě skupiny Parkinsoniků
11. Kontaktovat místní klub Parkinsoniků
12. Zůstat flexibilní, dělat kompromisy
13. Požádat svého lékaře o doporučení na zkušeného ergoterapeuta a fyzioterapeuta. Pravidelná pohybová aktivita a cvičení jsou vhodná k uvolnění zvýšeně napnutého svalstva a zatuhlých kloubů, někdy mohou pomoci překonat hypokinezi.

Pohyb má na organismus pozitivní vliv. Udržuje pružnost svalů, zachovává nebo zvětšuje kloubní rozsah, zlepšuje prokrvení vnitřních orgánů, a tím podporuje metabolismus, zlepšuje tělesnou kondici a tím dochází

k posílení srdečně-cévního systému, zvyšuje plicní ventilaci, pozitivně působí na psychiku a snižuje úbytek svalové síly.

Zásadní rady pro rodinné příslušníky:

- Podporovat soběstačnost pacienta.
- Pomáhat pouze v případech jasné neschopnosti.
- Nepospíchat.
- Přizpůsobit denní režim možnostem pacienta.
- Nevyřazovat sebe a pacienta ze společenského života.
- Podporovat fyzické aktivity pacienta.
- Neznevažovat obtíže pacienta, ale vědět, že nadměrný soucit ho oslabuje.

Zdroj

SCHWARZ, P., S. 2008. *Parkinsonova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha : Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-2321-1.

Příloha 2- Výzkumné otázky pacienti

Jak jsou klienti s Parkinsonovou chorobou spokojeni s ošetrovatelskou péčí v ambulanci neurologa?

Jaký je Váš první dojem při kontaktu se sestrou v neurologické ambulanci?

Jakou pomoc Vám nabídne sestra při výzvě do ordinace?

Jak jste spokojena s informacemi od sestry v oblasti předcházení komplikacím choroby?

Za jak dlouho jste vyzván do ordinace po vstupu do čekárny? Jste objednan na určitý čas?

Jak Vám dává sestra najevo, že máte dostatek času při přemístění z čekárny do ordinace?

Jak jste spokojen s informacemi, které Vám podává sestra v oblasti stravování, užívání léků při tomto onemocnění?

Jak k Vám přistupuje sestra při Vaší telefonické výzvě zhoršení stavu a jak jste spokojen s přístupem sestry?

Jak Vás sestra informuje o důležitosti pohybu, cvičení u této nemoci a jak jste spokojen s těmito informacemi a přístupem sestry?

Jak Vám sestra poradí s vylepšením domácnosti pro zlepšení Vašeho pohybu a prevenci pádu a jak jste s informacemi spokojen?

Jaký je Váš celkový dojem ze sestry ve Vaší neurologické ambulanci, jste spokojen s přístupem sestry?

Máte nějaký návrh, co byste v neurologické ambulanci zlepšil?

Jak Vám sestra pomohla zajistit základní všední činnosti?

Jak Vám sestra pomohla při chůzi?

Jak Vám sestra pomohla při chůzi do schodů?

Jak Vám pomohla sestra při příjmu potravy a tekutin?

Jak Vám pomohla při oblékání?

Jak Vám sestra pomohla s použitím WC?

Zdroj : vlastní

Příloha – 3 Výzkumné otázky sestry

Jak pomáháte zajistit denní aktivity klientů s Parkinsonovou chorobou?

Jak pomáháte pacientům při přesunu do ordinace? Pokud to nezvládají?

Jak dáváte pacientům najevo dostatek času?

Jak se podílíte na prevenci pádu u těchto pacientů?

Jak informujete pacienty o možnosti využití domácí ošetrovatelské péče?

Jak se podílíte na běžné denní aktivitě oblékání, svlékání, hygieně, přípravě stravy, podávání léků, vyprazdňování?

Jak informujete pacienty co si počít s třesem? Co jim radíte, že by měli udělat?

Co doporučujete pacientům s poruchou spánku?

Jak pacienty motivujete k pohybu?

Jak spolupracujete s rodinnými příslušníky a v jakých oblastech ošetrovatelské péče? Co jim radíte při úpravě bytu? Jaké oblečení by měli mít? Obuv?

Jak se podílíte na ošetrovatelské péči v oblasti pohybu?

Jak zajišťujete přesun těchto pacientů do ordinace při deficitu sebepéče?

Jak pomůžete těmto pacientům přesunout se na vyšetřovací lůžko lékaře?

Co s kompenzačními pomůckami, se kterými k Vám pacient přijde? Necháte mu je u sebe po celou dobu návštěvy?

Jak se podílíte na ošetrovatelské péči v oblasti výživy?

Jakou doporučujete stravu těmto pacientům?

Jak by měl vypadat jídelníček u těchto pacientů?

Jaké pomůcky a rady doporučujete pacientům při stravování a příjmu tekutin?

Jaká by měla být konzistence a struktura jídla?

Na jaké jídla upozorníte pacienta, aby se jich vyvaroval?

Jak se podílíte na ošetrovatelské péči v oblasti podávání léků?

Co zdůrazňujete pacientům s tímto onemocněním při podávání léků?

Jaké informace podáváte pacientům při užívání léků?

Jak se podílíte na vyšetření pacientů s Parkinsonovou chorobou? Jak lékaři asistujete při vyšetření těchto pacientů?

Jak zajistíte dostatek času těmto pacientům při vyšetření?

Jak edukujete tyto pacienty při podávání stravy, podávání léků atd.

Zdroj : vlastní

Příloha 4 – Technika otevřeného kódování, metoda tužka a papír

P1/
Pacientka ~~32~~ Morbus Parkinson diagnostikován od podzimu roku 2012.

Rozhovor byl velice emotivní, neboť pacientce v prosinci roku 2012 tragicky zahynul 20 letý syn, takže jsem nechtěla pacientku moc zatěžovat, obává se prognózy při tomto onemocnění.

Otázka:

Jaký je Váš první dojem při kontaktu se sestrou v neurologické ambulanci?

Jakou pomoc Vám nabídne sestra při výzvě do ordinace?

1. „Je tam příjemná sestra, dojem mám dobrý, před tím tam sestra také nebyla špatná, je tam

2. dlouhé čekání, že tam prosedím dost dlouho ale jinak jako je to dobrý“.

3. „Já se zatím přesouvám sama“

Jak jste spokojena s informacemi od sestry v oblasti předcházení komplikacím této choroby?

4. „tak jako sestra moc neinformuje, spíše paní doktorka“.

Za jak dlouho jste vyzvána do ordinace? Jste objednaná na určitý čas?

5. „Na určitý čas jsem objednaná ale většinou 1-2 hodiny někdy i déle čekám“.

Jak Vám dá sestra najevo dostatek času při přemístění z čekárny do ordinace?

6. „no to se většinou přesunu rychle, jde to“.

Jak jste spokojena s informacemi, které Vám podá sestra v oblasti stravování, užívání léků při tomto onemocnění?

7. „No to my s tou stravou nefikali vůbec, nikdo mi nefikal co bych měla a neměla jíst, 3 krát

8. denně po 6 hodinách beru Isicom, cítím to sama na sobě, hůř se mi chodí, už mě bolí nohy, já

9. jezdím také do Prahy do expy centra a tam mluvím jen s paní doktorkou, se sestrou vůbec,

10. tady chodím k dr. Polívkové, aby mě hlídala a upravovala léky ale léčí mě v Praze, do Prahy

11. jezdím po půl roce“.

Jak k Vám přistupuje sestra při Vaší telefonické výzvě zhoršení stavu a jak jste spokojen s přístupem sestry?

12. „Jo to byli moc ochotný, vzali mě, než jsem dostala ten Isicom tak jsem měla velké

13. problémy, třeba když jsem šla do kopce tak jsem nemohla, stačilo málo a šmajdala jsem, paní

14. doktorka Polívková mě hned vzala a sestra velmi ochotná, hned mi předala paní doktorku a

15. ona volala do Prahy“.

Jak Vás sestra informuje o důležitosti pohybu, cvičení u této nemoci a jak jste spokojen s těmito informacemi a přístupem sestry?

16. „na cvičení nechodím, doma také necvičím, jako, že by mi radili ohledně nějakého cvičení to

17. ne“

Příloha 5- Souhlas s výzkumným šetřením

Žádost o zrealizování výzkumného šetření v Nemocnici Havlíčkův Brod, p.o. v souvislosti s bakalářskou prací

Vážená paní náměstkyně,

obracím se na Vás s prosbou o povolení výzkumného šetření v rámci bakalářské práce na téma Úloha sestry v péči klienty s Parkinsonovou chorobou v ambulanci neurologa. Zavazuji se, že zachovám mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvím v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Výzkumné šetření je realizováno formou rozhovorů se všeobecnými sestrami pracujícími na neurologické ambulanci.

Děkuji za Vaše vyjádření.

V Kochánově 19. 6. 2013

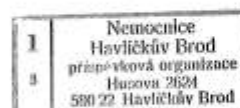
Eva Motlová

Vyjádření

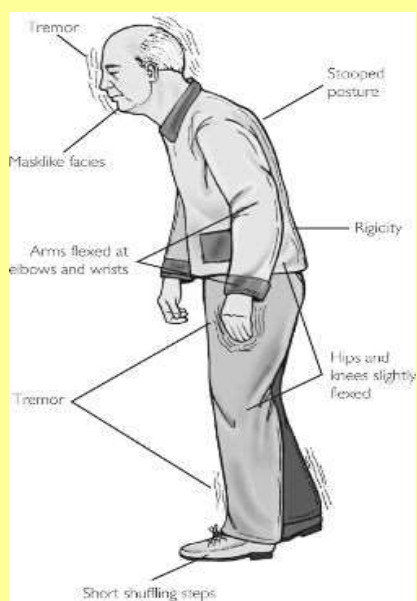
S realizací výzkumného šetření v Nemocnici Havlíčkův Brod, p.o. formou rozhovoru souhlasím.

Dne 20. 6 . 2013

mgr. ~~Lada Nováková~~
.....
náměstkyně ošetrovatelské péče



Co je Parkinsonova choroba?



Parkinsonova choroba

MOTTO

Pacient trpící Parkinsonovou nemocí má právo :

- **Na lékaře, který se zabývá léčbou Parkinsonovy nemoci**
- **Na stanovení přesné diagnózy**
- **Na nepřetržitou péči**
- **Na aktivní spoluúčast při léčbě svého onemocnění**
- **Na podporu společnosti**

Co je Parkinsonova choroba?

- **Parkinsonova nemoc je chronické neurodegenerativní onemocnění, které se pomalu rozvíjí a nelze vyléčit**
- **Je nejčastější příčinou Parkinsonického syndromu**
- **Podkladem pro vznik je nedostatek dopaminu v bazálních gangliích, při kterém je zachována odpovědnost receptorů, což je důležité pro symptomatickou léčbu**

Jak se projevuje?

- První příznaky bývají většinou necharakteristické tj. bolesti zad, ramen, pocity těžkých končetin, poruchy spánku, zácpa
- O několik měsíců později se teprve objeví čtyři základní příznaky Parkinsonovy choroby, jedná se o :
 - Třes (tremor)
 - Svalovou ztuhlost (rigiditu)
 - Celkovou zpomalenost a chudost pohybů (bradykineze, akineze, hypokineze)
 - Poruchy stoje a chůze
 - Velice často toto onemocnění doprovází i projevy psychické

Jaké jsou možnosti léčby?

- Uplatňuje se především léčba farmakologická
- V počátečním stádiu se doporučuje léčba anticholinergiky např. **Kemadrin, Akineton, Viregyt**
- Další možností léčby je léčba neurochirurgická (stereotaktická) tj. **DBS (hluboká mozková stimulace)**, při níž se elektroda zavede do oblasti bazálních ganglií, ta je napojena na neurostimulátor, který je implantován do podkoží na hrudníku
- Poslední možností je implantace buněčné tkáně do oblasti bazálních ganglií, tato metoda se v České republice téměř neprovádí z etických důvodů

Jaké jsou možné komplikace Parkinsonovy choroby a léčby?

- demence
- deprese
- úzkost
- poruchy řeči, paměti
- polékové dyskineze
- ortostatická hypotenze
- poruchy močení
- sexuální poruchy
- zácpa
- poruchy polykání
- poruchy chůze a pády
- poruchy termoregulace a pocení
- noční problémy
- bolesti a poruchy citlivosti

Jaká jsou opatření pro klienty a jejich rodinné příslušníky?

1. Zachovat si optimismus
2. Snažit se najít způsob, jak snížit stres a na první místo postavit sebe a své potřeby
3. Pokusit se nebýt rozhozen z viditelných příznaků nemoci, najít způsob, jak si s nimi poradit
4. Zachovat si smysl pro humor
5. Obklopit se starostlivými, milujícími a pečujícími členy rodiny, přáteli a kolegy v práci
6. Podělit se o své pocity s ostatními
7. Zachovat si pozitivní postoj, pokusit se nestagnovat, nelitovat se a neizolovat se od přátel
8. Ujasnit si priority, pravidelně se pohybovat
9. Zajistit si dostatek času pro sebe na jídlo, pití, oblékání, chůzi, mluvení, psaní.
10. Uvažovat o návštěvě skupiny Parkinsoniků
11. Kontaktovat místní klub Parkinsoniků
12. Zůstat flexibilní, dělat kompromisy
13. Požádat svého lékaře o doporučení na zkušeného ergoterapeuta a fyzioterapeuta. Pravidelná pohybová aktivita a cvičení jsou vhodná k uvolnění zvláště napnutého svalstva a zatuhlých kloubů.

Seznam léků, které nesmí pacient s Parkinsonovou chorobou dostat

-neuroleptika (hlavní přípravky – Haloperidol, Plegomazin, Tisercin, Moditen, Prochlorperazin, Perfenazin, Orap, Imap)

- thietylperazin (Torecen)

- metoklopramid (Degan, Cerucal, Paspertin, Migpriv, Migranerton)

- blokátory vápníkových kanálů (Cinarizin, Stugeron, Cinabene, Cinedil, Cerepar, Arlevert)

- antihistaminikum (Prothazin, Promethazin, Phenergan)

- antiarytmikum (Cordarone, Sedacoron)

- některá antihypertenziva (Dopegyt, Dopamen, Crystepin)

- při narkóze (Halotan)

Seznam použitých zdrojů

RŮŽIČKA, E., ROTH J., KAŇOVSKÝ P. et al., 2000. *Parkinsonova nemoc a Parkinsonské syndromy*. Extrapiramidová onemocnění I. Praha : Galén.293 s. ISBN 80-7262048-7.

SCHWARZ, P., S. 2008. *Parkinsonova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha : Grada. 112 s. ISBN 80-8063-218-9.