

Parkinsonova choroba z pohledu všeobecné sestry

Svatava Klubusová

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Svatava KLUBUSOVÁ**

Osobní číslo: **H10378**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Parkinsonova choroba z pohledu všeobecné sestry**

Zásady pro vypracování:

Výběr a nastudování odborné literatury.

Vypracování struktury práce, osnovy a formulace cílů práce.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu pomocí dotazníkového šetření.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace výsledků průzkumu.

Vyhodnocení a finalizace bakalářské práce.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HOLMEROVÁ, Iva et al. Vybrané kapitoly z gerontologie. Vyd. 3. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

BENETIN, Ján a Petr VALKOVIČ. Parkinsonova choroba. Bratislava: Herba, 2009. ISBN 978-80-89171-65-1.

ROTH, Jan et al. Parkinsonova nemoc. Vyd. 4. Praha: MAXDORF, 2009. ISBN 978-80-7345-178-3.

RŮŽIČKA, Evžen et al. Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-048-7.

REKTOR, Ivan a Irena REKTOROVÁ. Parkinsonova nemoc a příbuzná onemocnění v praxi. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-026-2.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

7. února 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

24. května 2013

Ve Zlíně dne 7. února 2013


doc. Ing. Aněžka Lengalová, Ph.D.
děkanka

L.S.


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 4. 3. 2013

.....
Kučerová, I.

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užitje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou „Parkinsonovy choroby z pohledu všeobecné sestry“. V teoretické části rozebírám klinický obraz, diagnostiku a léčbu Parkinsonovy choroby. Dále se zaměřuji na úlohu sestry v jednotlivých specifických potřebách pacientů. V neposlední řadě popisuji sociální služby a organizace pro pacienty s Parkinsonovou chorobou. V průzkumné části práce jsou analyzovány jednotlivé odpovědi dotazníkového šetření, provedeného u všeobecných sester v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. ve Zlíně.

Klíčová slova: Parkinsonova choroba, role sestry, sociální problematika, potřeby, organizace.

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the field of "Parkinson's Disease from the nursing perspective". In the theoretical part I describe the clinical picture, diagnostics and treatment of Parkinson's disease. Next, I focus on the role of nurse in providing the nursing care to patients with specific needs. Last but not least, I describe the social services and organizations for patients with Parkinson's disease. In the practical part of the thesis, the individual answers of a questionnaire survey, acquired from nurses of Tomas Bata Regional Hospital in Zlin, are analyzed.

Keywords: Parkinsons Disease, the role of a nurse, social issues, needs, organizations.

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat svoji vedoucí práce Mgr. Zlatici Dorkové, Ph. D. za odborné vedení, konzultace a cenné rady, které mi při vedení bakalářské práce vždy s ochotou poskytla. Dále děkuji všem respondentům, které jsem během svého šetření oslovila za čas, který strávili nad vyplněním dotazníku. Velké díky patří také rodině a přátelům, kteří při mně po dobu studia stáli.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně dne 23. 5. 2013

Svatava Klubusová

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 9 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 1 PARKINSONOVA CHOROBA | 11 |
| 1.1 KLINICKÝ OBRAZ | 11 |
| Tremor (třes)..... | 11 |
| Rigidita (svalová ztuhlost)..... | 12 |
| Hypokineze (chudost pohybů)..... | 12 |
| Poruchy postoje a chůze | 13 |
| Hypomimie (snížená mimika v obličeji) | 14 |
| Dysartrie (porucha řeči)..... | 14 |
| Dysfagie (poruchy polykání)..... | 14 |
| Vegetativní dysfunkce | 14 |
| Psychické poruchy..... | 15 |
| 1.2 VYŠETŘENÍ PACIENTA S PARKINSONOVOU NEMOCÍ..... | 17 |
| Základní screening | 17 |
| Anamnéza | 17 |
| Škály na vyhodnocení onemocnění a vyšetřovací schémata..... | 18 |
| Jednotná stupnice pro hodnocení Parkinsonovy nemoci..... | 18 |
| Testy motorické výkonnosti | 18 |
| Reakce na dopaminergní podnět | 18 |
| Pomocná vyšetření | 19 |
| 1.3 LÉČBA PARKINSONOVY CHOROBY | 19 |
| Farmakologická léčba..... | 19 |
| Chirurgická léčba | 20 |
| Pohybová léčba..... | 21 |
| 2 ROLE SESTER V POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S PARKINSONOVOU CHOROBU V JEDNOTLIVÝCH OBLASTECH | 23 |
| 2.1 FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY | 23 |
| Nutriční péče | 23 |
| Spánek a odpočinek..... | 24 |
| Péče o osobní hygienu nemocného | 24 |
| Péče o kůži nemocného..... | 25 |
| Péče o vyprazdňování..... | 25 |
| Pomoc při oblékání a úpravu zevnějšku | 26 |
| 2.2 PSYCHICKÉ POTŘEBY | 26 |
| Psychická podpora během hospitalizace | 26 |
| Podpora sebeúcty a sebekoncepce..... | 27 |
| 2.3 SOCIÁLNÍ POTŘEBY | 27 |
| Komunikace..... | 27 |
| Pomoc a podpora rodiny..... | 28 |
| Úprava prostředí | 28 |
| 2.4 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY | 29 |
| Duchovní zdraví | 29 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| | Náboženské služby během pobytu ve zdravotnickém zařízení | 29 |
| 3 | SOCIÁLNÍ PÉČE A SLUŽBY PRO PACIENTY S PARKINSONOVOU CHOROBU | 31 |
| 3.1 | SOCIÁLNÍ POMOC | 31 |
| | Invalidní důchod | 31 |
| | Příspěvek na péči | 31 |
| 3.2 | SOCIÁLNÍ SLUŽBY | 33 |
| 4 | ORGANIZACE PRO PACIENTY S PARKINSONOVOU NEMOCÍ | 34 |
| 4.1 | EVROPSKÁ ASOCIACE SPOLEČNOSTÍ PRO PARKINSONOVU NEMOC | 34 |
| 4.2 | SPOLEČNOST PARKINSON V ČESKÉ REPUBLICE | 35 |
| II | PRAKTICKÁ ČÁST | 36 |
| 5 | METODOLOGIE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ | 37 |
| 5.1 | CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI | 37 |
| 5.2 | METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ | 37 |
| 5.3 | HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ A JEJICH ANALÝZA | 38 |
| 6 | VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ | 39 |
| 6.1 | VÝSLEDKY Z I. ČÁSTI DOTAZNÍKU | 39 |
| 6.2 | VÝSLEDKY Z II. ČÁSTI DOTAZNÍKU | 45 |
| 6.3 | VÝSLEDKY Z III. ČÁSTI DOTAZNÍKU | 60 |
| 7 | DISKUSE | 73 |
| 8 | DOPORUČENÍ PRO PRAXI | 76 |
| | ZÁVĚR | 77 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 78 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK | 81 |
| | SEZNAM OBRÁZKŮ | 82 |
| | SEZNAM TABULEK | 83 |
| | SEZNAM GRAFŮ | 84 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 85 |

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zabývám tématem „Parkinsonova choroba z pohledu všeobecné sestry“. Inspirací pro výběr tématu, mi byl příběh mého blízkého člověka, který touto chorobou onemocněl. Již během své studijní praxe jsem se s postiženými Parkinsonovou nemocí setkala na odděleních. Nikdy jsem však nezaregistrovala, jednotlivé specifické potřeby těchto pacientů. Teprve později, když tato choroba postihla člena naší rodiny, uvědomila jsem si, jak mnoho péče a pozornosti potřebují. Parkinsonova choroba se v současnosti řadí mezi nejvýznamnější neurologická onemocnění, jak svoji závažností a četností výskytu, tak i tempem rozvoje léčebných možností. V současné době se lidé dožívají vyššího věku a počet pacientů s tímto onemocněním narůstá. Domnívám se tedy, že je toto téma velmi aktuální.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V první, teoretické části se zabývám samotnými příznaky, diagnostikou a léčbou choroby. Nedílnou součástí této kapitoly je také role všeobecné sestry nebo pečovatele. Poukazuji zde na to, jak správně pečovat o tyto pacienty, a jaká jsou jednotlivá specifika ošetrovatelské péče. Do této kapitoly jsem také zařadila informace o sociální pomoci a sociálních službách, na které má každý pacient právo. Dále zde věnuji pozornost evropské organizaci EPDA a celorepublikové organizaci: „Společnost Parkinson“, jejichž úkolem je zlepšovat kvalitu života nemocných.

V praktické části své práce vyhodnocuji dotazníkové šetření, realizováno u všeobecných sester. Průzkum pomocí dotazníku jsem realizovala v léčebně dlouhodobě nemocných, dále pak na interním, geriatrickém a neurologickém oddělení v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. ve Zlíně. Prvním cílem této práce je zjistit úroveň znalostí o Parkinsonově nemoci u všeobecných sester. Druhým cílem je zmapovat, jak často se všeobecné sestry na oddělení setkávají s pacienty s Parkinsonovou chorobou. Jako třetí cíl jsem si stanovila identifikaci a popis jednotlivých zkušeností sester s pacienty s Parkinsonovou chorobou. Na základě výsledků šetření, jsem stanovila doporučení pro praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PARKINSONOVA CHOROBA

Parkinsonova choroba je chronické, pomalu se rozvíjející onemocnění mozku. Základním podkladem pro vznik Parkinsonovy nemoci je nedostatek dopaminu. Dopamin je látka, která funguje jako přenašeč nervových vzruchů a která se tvoří ve středním mozku, v tzv. černém jádru zvaném substantia nigra. Odtud je dopamin pomocí nervových vláken transportován do struktur bazálních ganglií. Důvodem nedostatku dopaminu je odumírání buněk, které mají za úkol dopamin vyrábět. (Roth et al., 2009, s. 10)

Pokud je dopaminu nedostatek, bazální ganglia nemohou dobře pracovat a dochází k poruše regulace hybnosti, tedy k projevům Parkinsonovy nemoci. Nemoc začíná obvykle mezi 50-60 rokem věku pacienta. I u starších lidí nebývá tato choroba zvláštností. Existuje také skupina pacientů s počátkem onemocnění před 40. rokem. V této věkové skupině se choroba vyskytuje ojediněle, vyskytuje se však předpoklad, že se nemoc projeví i v dalších generacích. Parkinsonova choroba se svým častým výskytem a závažností v dnešní době řadí mezi nejvýznamnější neurologická onemocnění. (Růžička et al., 2000, s. 11)

1.1 Klinický obraz

Z počátku onemocnění netrpí pacienti žádnými specifickými symptomy. Vyskytují se příznaky, které jsou snadno zaměnitelné s řadou jiných chorob. Jedná se například o poruchy spánku, ztrátu fyzické výkonnosti, pocit „těžkých nohou“, zmenšení písma, depresivní stavy, bolesti zad a nohou. Teprve později dochází k projevu čtyř základních symptomů, které tvoří *klidový třes, svalová ztuhlost, celková zpomalenost, chudost pohybu a poruchy postoje a chůze*. Dochází také k poruchám vegetativního nervstva a problémům s psychikou. (Roth et al., 2009, s. 25)

Dále zde uvádím a charakterizuji typické příznaky nemoci:

Tremor (třes)

Třes je pravidelný, rytmický, oscilující pohyb vytvářený postupnou stále se opakující kontrakcí agonistů a antagonistů. Vyskytuje se zejména na horních končetinách, především na prstech ruky. Může připomínat počítání peněz, nebo hnětení kuličky. Vzácností není ani třes dolních končetin. Velmi často jsou třesem postihnuty také mimické svaly. Třes aktivuje úsilí, tenze a mizí ve spánku a relaxaci. Například, jestliže pacient uchopí sklenici

s vodou, třes ustává, když ale pohyb zastaví u úst, aby se napil, třes se objeví. (Rektor a Rektorová, 1999, s. 32)

Klidový třes je typickým příznakem Parkinsonovy choroby (obr. č. 1). Neznamená to však, že vyskytne-li se u pacienta, automaticky se bude jednat o Parkinsonovu chorobu. Třes může být také nespecifickým symptomem řady jiných onemocnění. (Roth et al., 2009, s. 25)



Obr. 1 Klidový třes (Roth et al., 2009, s. 26)

Rigidita (svalová ztuhlost)

Projevuje se abnormálním zvýšením svalového napětí a ztuhlosti svalů, které při vykonávání aktivního či pasivního pohybu příslušné části těla kladou odpor. Rigidita u pacientů způsobuje bolesti svalů a křeče a dochází k ní již v počátečních stádiích onemocnění. (Růžička et al., 2000, s. 119)

Rigidita je na počátku onemocnění vnímána pacienty jako ztuhlost, sevření a tíha v jednotlivých částech těla. V pokročilém stádiu nemoci pak pacienti přirovnávají pocity „jako by se pohybovali v hluboké vodě“. (Benetin a Valkovič, 2009, s. 50)

Hypokineze (chudost pohybů)

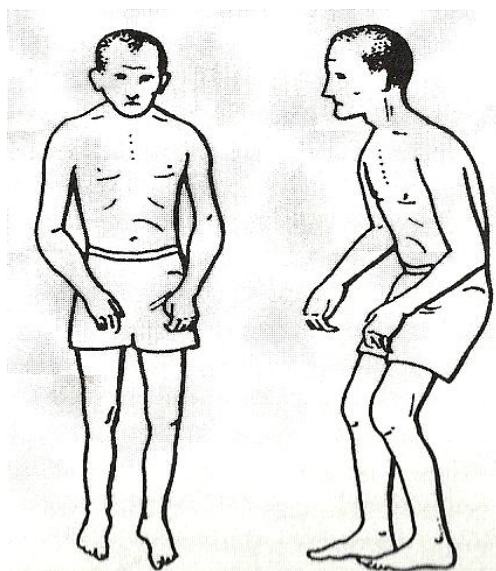
Do hlavních znaků hypokineze patří chudost a zmenšený rozsah pohybu, zpomalený průběh pohybu (bradykineze) a ztížený start ve vykonávání pohybu (akineze). Zpočátku se vyskytují hypokinetické projevy na končetinách především jednostranně nebo asymetricky. (Růžička et al., 2000, s. 117)

Velkou nepříjemností pro pacienta je také občas se vyskytující náhle přerušení pohybu tzv. freezing. Jedná se o situaci, kdy pacient uprostřed pohybu „ztuhne“ a na chvíli se není schopen pohybovat tam ani zpět. Freezing je hlavním projevem fluktuace. Při fluktuaci dochází ke střídání stavů zlepšení („ON stav“) a stavů zhoršení („OFF stav“) příznaků. Bohužel tyto „on/of fluktuace“ jsou obvykle nezávislé od režimu dávkování léků a ani při zvyšování jejich dávek neustupují. Svůj hybný projev nemocní často přirovnávají ke „zpomalenému filmu“. (Roth et al., 2009, s. 28)

Poruchy postoje a chůze

Tyto poruchy se vyskytují především u pokročilého stádia choroby. Chůze je šouravá s malými krůčky. Pro pacienta je typické sehnuté držení trupu, šíje a pokrčení dolních končetin (obr. č. 2). První symptomy, které může nemocný zaznamenat je zrychlování a zkracování kroku a porucha chůze v otáčkách. U některých nemocných to vypadá jako by se snažili drobnými krůčky utíkat dopředu. (Rektor a Rektorová, 1999, s. 30)

Z důvodů špatné pohyblivosti pacienta (nezvedá nohy dostatečně vysoko, rychlý pohyb dopředu) může velmi často docházet k pádům, které jsou vedoucí příčinou morbidity a mortality starých lidí s Parkinsonovou nemocí. (Berger, Kalita a Ulč, 2000, s. 96)



Obr. 2 Typické držení těla pacienta s PCH. (Růžička et al., 2000, s. 115)

Hypomimie (snížená mimika v obličeji)

Řadíme ji k velmi častým příznakům Parkinsonovy nemoci, jedná se o poruchy funkce mimických svalů v obličeji. Obvykle jsou to nejprve příbuzní, kdo si povšimne bezvýrazného obličeje pacienta, na kterém nelze vidět žádné projevy emocí. Obličej přirovnáváme k tzv. „*maskovitému obličeji*“ (Benetin a Valkovič, 2009, s. 50)

Dysartrie (porucha řeči)

Pacienti se nevyjadřují dostatečně hlasitě. Jejich slovní projev je monotónní a tichý (hypofonie). Dochází také ke změnám ve vyjadřování a velkým potížím s výslovností. Nemocní mluví pomalu, anebo se naopak vyjadřují „*drmolivou řečí*“. Pacientům je potom těžko porozumět a je s nimi velmi náročná komunikace. (Růžička et al., 2000, s. 110).

Dysfagie (poruchy polykání)

K dysfagii dochází u nemocných s Parkinsonovou chorobou zejména v důsledku menšího rozsahu pohybů čelisti při žvýkání a opakovaným pohybem jazyka vzad a vpřed, přičemž se sousto v ústech posunuje, ale k jeho polknutí dojde až po neúměrně dlouhém čase. Problémy pacientům také způsobuje velké množství slin v ústech, sousta vypadávající ven z úst a hromadění zbytků potravy pod kořenem jazyka, což může vyústit v jejich vdechnutí. Poruchy polykání nelze vyléčit ve smyslu odstranění její příčiny. Může se však předejít vzniku život ohrožujícím stavům (dušení, zápal plic v důsledků vdechnutí sousta) a co nejvíce zmírnit dysfagickou poruchu a její rozvoj. (Roth et al., 2009, s. 124)

Vegetativní dysfunkce

Vegetativní poruchy se vyskytují u pacientů postižených Parkinsonovou chorobou poměrně často a mají různý charakter. Je to především obstipace, která se mnohdy ještě díky lékům používaných k léčbě Parkinsonovy choroby zhoršuje. U nemocného dochází ke zpomalené střevní peristaltice, motilitě jícnu a vyprazdňování žaludku. Kromě obstipace se u gastrointestinálních potíží může vyskytnout také nauzea, refluxní ezofagitida, bolest v nadbříšku, pocit plnosti, břišní dyskomfort až zvracení. (Rektor et al., 2004, s. 43)

Dalším symptomem, který je pro pacienty obtěžující, je sklon k náhlým poklesům krevního tlaku. Jedná se o tzv. ortostatickou hypotenzi, která může člověka přivést až k pádům a omdlení. (Roth et al., 2009, s. 30)

U ortostatické hypotenze dochází k poklesu systolického tlaku o více než 20 mmHg nebo diastolického tlaku o více než 10 mmHg po postavení ze sedu či lehu. Ortostatická hypotenze se vyskytuje přibližně u 20 % pacientů s Parkinsonovou nemocí léčených levodopou. (Rektor et al., 2004, s. 39)

U Parkinsonovy choroby dochází také k poruchám nervů, které zásobují potní, slinné a mazové žlázy způsobují u pacientů zejména zvýšenou salivaci, zvýšené pocení a nadměrnou tvorbu mazu. Seborea neboli mazotok přispívá k maskovitému vzhledu obličeje, zvýšené šupinatosti kůže a tvorbě lupů. (Roth et al., 2009, s. 30; Rektor et al., 2004, s. 44)

Zejména v pozdějším stádiu onemocnění se vyskytují také urologické potíže. Hyperaktivitou detrusoru močového měchýře je nejčastěji vyvolána polakisurie - časté nucení na močení nebo nykturie - zvýšená frekvence a urgence močení v noci. Někdy může dojít až k urgentní inkontinenci či vzhledem k omezené pohyblivosti pacienta k funkční inkontinenci, kdy si pacient nestihne dojít na toaletu. (Rektor et al., 2004, s. 45; Rektor a Rektorová, 1999, s. 37)

Sexuální nedostatečností trpí 50-70 % nemocných Parkinsonovou chorobou. U mužů se nejčastěji jedná o erektilní dysfunkci a snížení libida. U žen dochází ke snížení sexuální touhy. Mimo vlastní onemocnění se na sexuálních problémech mohou podílet i nežádoucí účinky některých léků (anxiolytika, antidepressiva, digoxin a další), nebo psychologické a sociální faktory. Pokud jsou sexuální potíže způsobeny hybnými projevy Parkinsonovy nemoci, je pacientům doporučeno věnovat se sexuálním aktivitám, když se nachází ve stavu „ON“ tzv. dobrém stavu hybnosti. (Rektor a Rektorová, 1999, s. 39)

Až 96 % nemocných se v průběhu onemocnění setká s poruchami spánku. Obvykle se jedná o nemožnost usnout nebo ve spánku vytrvat. Pacienti se během noci vzbudí a nejsou schopni usnout znovu. *Poruchy se spánkem můžou u pacienta způsobovat deprese, stavy úzkosti, u dementních pacientů se ztrátou orientace časté psychotické symptomy (halucinace, paranoidní bludy).* (Rektor et al., 2004, s. 47)

Psychické poruchy

Jedná se zejména o depresi, úzkost a demenci. Deprese se vyskytuje nejméně u 50 % pacientů s Parkinsonovou nemocí. Je tak jedním z nejčastějších psychiatrických projevů, které Parkinsonovu nemoc provází. *Deprese se projevuje zvýšenou pasivitou, dochází ke ztrátě zájmů a radostí z oblíbených aktivit, snížením energie a zvýšenou unaveností.* Bývají

také přidruzeny další symptomy, jako jsou ztráta sebeúcty a sebedůvěry, výčitky, pocity viny, snížená schopnost se soustředit, neustále vracející se myšlenky na smrt nebo sebevražedné jednání. Vyskytují se poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu a ztráta libida. Deprese se může objevit již jako počáteční příznak Parkinsonovy nemoci nebo se může naopak vyskytnout v období pozdních komplikací a těžších stádiích. U většiny nemocných probíhají lehčí depresivní příznaky a asi u 10 % se může vyskytnout deprese těžkého stupně včetně sebevražedných tendencí. (Roth et al., 2009, s. 31; Růžička et al., 2009, s. 107)

Důsledkem neléčené deprese může být vyšší míra nespolupráce pacienta, a jeho negativní postoj k rehabilitaci (Rektor et al., 2004, s. 53).

Prevalence úzkosti při Parkinsonově chorobě je 40 %. Úzkost neboli anxiety, může být jedním z nespecifických příznaků ohlašující příchod Parkinsonovy nemoci. Velmi často se vyskytuje společně s depresí. Je také podobně jako deprese považována za reaktivní symptom, anebo může být součástí vlastního onemocnění. Častěji se objevuje v tzv. „OFF“ stavu pacienta neboli zhoršeném stavu hybnosti. Úzkost u pacienta ustupuje zároveň se zlepšením hybnosti po dávce léků. (Benetin a Valkovič, 2009, s. 47)

Demence se u pacientů s Parkinsonovou chorobou vyskytuje zejména v pozdních stádiích nemoci. *Demencí rozumíme získanou a často progresivní multifokální neboli více-ložiskovou poruchu kognitivních funkcí, která způsobují významné zhoršení zvládnání sociálních, pracovních a běžných každodenních aktivit.* (Rektor et al., 2004, s. 50)

Ve výskytu demence hraje důležitou roli věk, a to zejména na začátku onemocnění. Parkinsonova choroba s časným začátkem (do 40 let) je provázena demencí podstatně méně než Parkinsonova nemoc s pozdním začátkem (po 60. letech). Demence u pacientů s Parkinsonovou chorobou má poměrně pomalý postup, mnohem pomalejší než je tomu například u Alzheimerovy nemoci. (Růžička et al., 2000 s. 108)

Rizikovými faktory pro vývoj demence u Parkinsonovy choroby je již výše zmíněný věk, délka trvání nemoci a stupeň tíže motorických příznaků. Stupeň demence může výrazně pozměnit i léčba antiparkinsoniky, s následným zhoršením motorických funkcí. (Berger, Kalita a Ulč, 2000, s. 97)

1.2 Vyšetření pacienta s Parkinsonovou nemocí

Diagnóza Parkinsonovy nemoci je určována především z anamnézy a klinického neurologického vyšetření.

V anamnéze a objektivním vyšetření se zjišťuje zpravidla výskyt základních příznaků Parkinsonovy choroby (hypokineze, rigidita, třes, posturální poruchy). Nález jediného symptomu může značit počáteční stadium, teprve však při nálezu nejméně dvou příznaků je diagnóza pravděpodobná. Dále se pak zjišťuje, zda jsou přítomny známky, které svědčí pro jinou příčinu parkinsonského syndromu. Ke klinickému potvrzení diagnózy Parkinsonovy nemoci pak přispívají některé typické rysy (asymetrie příznaků, klidový třes), pomalý progresivní průběh nemoci a reakce na dopaminergní léčbu. (Rektor et al., 2004, s. 12)

Vyšetřovací postupy se liší podle stadií onemocnění Parkinsonovy choroby. V časném stádiu, je hlavním cílem stanovit diagnózu Parkinsonovy choroby a případně vyloučit jiné příčiny parkinsonského syndromu. V pokročilém stádiu, kde již diagnózu známe je hlavním úkolem především rozpoznat a správně klasifikovat její pozdní projevy a komplikace. (Růžička et al., 2009, s. 134)

Základní screening

Základní screening se provádí nejčastěji již v ordinaci praktického lékaře. Jedná se o soubor 9 otázek. Odpoví-li pacient na 5 a více otázek kladně je u něj podezření na Parkinsonovu nemoc. (Růžička et al., 2009, s. 134)

Anamnéza

Při odebrání anamnézy je velmi důležité popis prvních projevů nemoci pacientem. Zjišťuje se způsob rozvoje příznaků, který by měl být pozvolný, bez náhlých zvrátů. Nemocného se lékař vyptává nejen na motorické projevy, ale také na non-motorické projevy, které pacient nemusí vůbec dávat do souvislosti s danou chorobou. Zjišťuje se, zda nemocný podstoupil dopaminergní léčbu a jaká byla na ni jeho reakce. Jsou aplikovány otázky na prodělaná onemocnění, užívání léků, typ zaměstnání, výskyt podobných příznaků v rodině. (Růžička et al., 2009, s. 135)

Škály na vyhodnocení onemocnění a vyšetřovací schémata

Vyšetření se zaměřují především na specifické projevy onemocnění. Jedná se zejména o motorické příznaky, ale také změny nálad a kognitivních funkcí, které mohou vzájemně ovlivňovat kvalitu života nemocného. (Růžička et al., 2009, s. 135)

Jednotná stupnice pro hodnocení Parkinsonovy nemoci

V této stupnici jsou v jednoduchých číslech vyjádřeny všechny motorické i non-motorické příznaky a lékaři tak mohou snadno posoudit účinek léčby a vývoj zdravotního stavu pacienta. V současné době se jedná o nejpoužívanější vyšetřovací schéma Parkinsonovy nemoci. Stupnice je rozdělena do 6 částí a pomocí škál můžeme zhodnotit jednotlivé projevy nemoci. (Růžička et al., 2009, s. 135).

Testy motorické výkonnosti

Nejčastěji se jedná o úkoly, při kterých se měří čas potřebný ke splnění úkolu, nebo se hodnotí výkon nemocného za předem danou dobu. Výsledky ukazují míru pohybového zpomalení, poruchy startu při chůzi, změny ve směru pohybu a postižení jemné motoriky. U některých úkolů se měří i kognitivní poruchy.

- **Zkouška stoj – chůze - sed:** Pacient má na povel co nejrychleji vstát ze židle, ujít určitou vzdálenost (6 metrů), otočit se a vrátit se zpět na židli. Výsledek je měřen v sekundách.
- **Zkouška kroky – sekundy:** Změří se čas a spočítá se počet kroků, když se obě čísla vynásobí, získá se výsledek. (Růžička et al., 2009, s. 137)
- **Zkouška pronace – supinace:** Nemocný střídavě klepe dlaní a hřbetem ruky o stehno. Měří se čas potřebný k provedení 20 cyklů pronace a supinace, každou rukou zvlášť.
- **Zkouška obratnosti prstů:** Pacient má za úkol co v nejrychlejší době ťukat palcem o všechny ostatní prsty. Měří se čas 10 opakovaných cyklů, každou rukou zvlášť. (Růžička et al., 2000, s. 138)

Reakce na dopaminergní podnět

Reakce na dopaminergní podnět je klíčovým diagnostickým ukazatelem Parkinsonovy choroby. Pokud pacient na dopaminergní stimulaci nereaguje, bude se nejspíše jednat o jiné onemocnění než je Parkinsonova choroba. Pokud na dopaminergní podnět reaguje

zlepšením stavu a ústupem motorických příznaků, mění se podezření na Parkinsonovu nemoc v klinickou jistotu. Dopaminergní odpovědavnost se zjišťuje především z anamnestických údajů, z odpovědi pacienta na dopaminergní medikaci či z jednorázových diagnostických testů. (Rektor et al., 2004, s. 19)

- **Test dopaminergní odpovědavnosti:** Provádí se za účelem ověření diagnózy Parkinsonovy choroby, nebo z důvodu jejích komplikací či atypických odpovědí na léčbu.
- **L-DOPA test:** Provádí se u pacienta, který ještě nebyl levodopou léčen. Testuje se jednorázovým podáním 1tbl. L-DOPA a skórují se hybné příznaky Parkinsonovy nemoci podle standardizovaných škál. (Kaňovský a Farníková, 2010, s. 244)
- **Apomorfinový test:** Test se provádí subkutánní aplikací apomorfinu. Do 20 minut od jeho podání by mělo dojít ke zlepšení hybného stavu pacienta. (Růžička et al., 2009, s. 140)

Pomocná vyšetření

Pomocná vyšetření CT, MRI, PET, SPECT, mají velký význam při zjišťování etiologických faktorů Parkinsonovy choroby. Pomocí těchto zobrazovacích metod se sledují jednotlivé charakteristické změny na mozku pacienta a potvrdí se či vyloučí podezření na dané onemocnění. (Rektor a Rektorová, 1999, s. 50)

Na několika pracovištích v České republice se také využívá tzv. DaTSCAN. Toto vyšetření pomáhá diagnostikovat především esenciální třes a psychogenní nebo polékový parkinsonismus.¹

1.3 Léčba Parkinsonovy choroby

Léčba Parkinsonovy choroby se v posledních letech dostává čím dál více do popředí zájmu klinické neurologie (Berger, Kalita a Ulč, 2000, s. 55).

Farmakologická léčba

Pro léčbu Parkinsonovy choroby se používá celá řada farmak. Farmaka, která jsou dostupná v České republice:

¹ Neurologie pro praxi. *Neurologové se ptají*. [on-line]. [cit. 2013-10-04]. Dostupné z: <<http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/06/16.pdf> =>.

- **Léky přímo nahrazující chybějící dopamin:** Levodopa (Isicom, Madopar, Nakom, Stalevo, Sinemet). Levodopa má za úkol upravovat hladinu dopaminu v substantia nigra. Jedná se o neúčinnější lék Parkinsonovy choroby. Z počátku se léčivo dává v nízkých dávkách a je účinné na většinu příznaků. S progresí onemocnění účinnost levodopy klesá, a to přesto, že je podávána ve větších dávkách. Její nejvyšší účinek nastupuje okolo 90 minut po podání. Velmi důležité je její přesné dávkování, omezuje se tak nežádoucí účinky léku, které jsou: nauzea, nechutenství, zvracení, obstipace, psychické poruchy, halucinace, deprese. (Rektor a Rektorová, 1999, s. 62).
- **Léky zasahující do metabolismu dopaminu:** Mění metabolismus levodopy a dopaminu, nebo působí na jiné systémy nervových přenašečů. Do této skupiny léků řadíme inhibitory katechol-O – methyltransferázy (Comtan, Tasmar) a inhibitory monoaminoxidázy typu B (Jumex, Niar, Cognitiv, Selegin).
- **Léky ovlivňující jiné transmitterové systémy:** Amantadin (Viregyt K, PK Merz) a anticholinergika (Kemadrin, Akineton)
- **Léky používané v léčbě vedlejších příznaků a komplikací Parkinsonovy choroby:** Domperidom (Motilium), antidepressiva, anxiolytika, sedativa, hypnotika a atypická neuroleptika. (Růžička a Roth, 2005, s. 8)

Chirurgická léčba

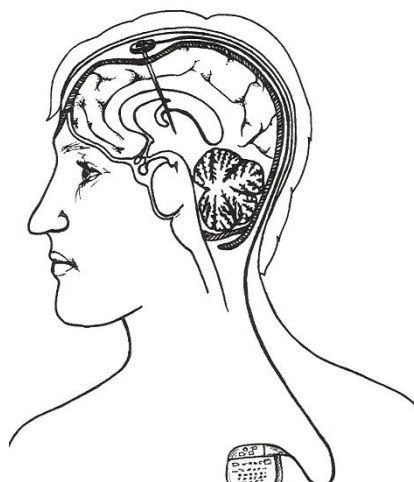
K chirurgickému zákroku je indikován nemocný, u kterého již byla vyčerpána možnost medikamentózní léčbou dosáhnout dostatečného efektu (Rektor a Rektorová, 1999, s. 96).

- **Hluboká mozková stimulace**

Hluboká mozková stimulace se v posledních letech z chirurgické léčby Parkinsonovy choroby osvědčila nejvíce. Podstatou hluboké mozkové stimulace je stimulace určité mozkové struktury pomocí zavedení elektrody nízko voltovým elektrickým signálem s frekvencí nad 100 Hz. (Benetin a Valkovič, 2009, s. 196)

Signál je vysílán stimulátorem, který má nemocný zaveden v podkoží na hrudníku (obr. č. 3). Nejvhodnějšími kandidáty pro tuto náročnou operaci jsou pacienti, s relativně včasným začátkem Parkinsonovy choroby s těžkými motorickými komplikacemi indikovanými levodopou. Pro pacienty s těžkou depresí a kognitivním deficitem se hluboká

mozková stimulace nedoporučuje. Tato operace se obvykle provádí u pacientů do 70 let věku. (Rektor et al., 2004, s. 31)



Obr. 3 Hluboká mozková stimulace (Berger, Kalita a Ulč, 2000, s. 88)

Pohybová léčba

Pohybová léčba je pro osoby s Parkinsonovou nemocí nedílnou součástí léčby. Z hlediska pohybového deficitu a tíže klinických příznaků můžeme podle Růžičky (2000, s. 212 – 213) rozdělit pacienty s Parkinsonovou nemocí do pěti skupin:

- **Pacienti bez viditelných obtíží.** Těmto pacientům se nabízí široká škála pohybových aktivit, jako jsou například aerobik, jízda na kole, turistika, běh, lyžování, jóga posilování a strečink. Omezení může způsobovat nadměrná únava či riziko zranění. Cvičitelé nebo rodinní příslušníci mohou poskytovat pacientovi dohled.
- **Pacienti s lehkými obtížemi.** Měli by mít jen menší fyzickou zátěž rozdělenou do krátkých časových úseků. Jejich pohybové aktivity se jinak prakticky neliší od pacientů v skupině číslo 1.
- **Pacienti s viditelným pohybovým problémem.** Vhodné pohybové aktivity pro tyto pacienty jsou procházky, jízda na kole – rotopedu, pohyb ve vodě s dohledem, některé prvky z jógy a především cvičení ve skupině nebo individuální pod dohledem fyzioterapeutů.
- **Pacienti s těžkou pohybovou poruchou.** Zde se především provádí pod dohledem zkušených fyzioterapeutů nebo dobře instruované rodiny individuální cvičení nemocného.

- **Pacienti upoutání na lůžko.** Tito pacienti díky dobré soustavné rehabilitační péči mohou částečně svůj pohybový stav zlepšit a tím zlepšit kvalitu svého života. Problémem u těchto pacientů jsou psychické změny, nemocný si pak dostatečně neuvědomuje, jaký pohyb dělá a proč.

Cvičit má pacient několikrát za den a důležitá je především pravidelnost. Cvičení je zahájeno nejprve relaxačními cviky. Pomocníkem pro zjednodušení cviků může být pacientům hudba nebo počítání si. K nácviku chůze poučí zdravotník pacienta, aby překračoval překážku nebo na podlaze namalované paralelní čáry. Dechová a relaxační cvičení napomáhají k rehabilitaci řeči. Velmi účinné je také hlasité recitování před zrcadlem. Na procvičení jemné motoriky je obvykle indikována ergoterapie, která pomáhá k navrácení pacientů do sociálního života. (Rektor a Rektorová, 1999, s. 101)

2 ROLE SESTER V POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S PARKINSONOVOU CHOROBOU V JEDNOTLIVÝCH OBLASTECH

Péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou je velmi náročná. Pacienti vyžadují velkou míru trpělivosti a tolerance. Ze svých vlastních zkušeností, které jsem získala jak při pečování o svého nemocného dědečka v domácnosti, tak během své klinické praxe na oddělení vím, jak významnou roli v životě nemocného hraje sestra či jiný pečující člověk. Je důležité, aby sestra i rodina nemocného dopřála pacientovi dostatek času na jednotlivé výkony a podporovala ho v jeho samostatnosti.

2.1 Fyziologické potřeby

Jsou základní lidské potřeby, které jsou pro život člověka nezbytné. V období nemoci, se tyto potřeby stávají více dominantními a mají vliv na celkové chování a jednání člověka. Teprve po uspokojení těchto primárních potřeb, může člověk uspokojovat další potřeby. (Tomagová et al., 2008, s. 21)

Nutriční péče

U pacientů s Parkinsonovou chorobou se velmi často objevují poruchy polykání. Pacient by měl při jídle sedět vzpřímeně a měl by mít na jídlo dostatek času. Průběh polykání může sestra pacientovi usnadnit tím, dá-li pacientovi vypít před jídlem sklenici studené vody. Z důvodu třesu, který je u nemocného přítomen je vhodné podávat pití v uzavřeném hrnku s brčkem. Jídlo je servírováno na hluboký talíř a na místo příboru je volena lžice. (Schwarz, 2008, s. 58)

Skladba jídla by měla být pestrá. Trpí-li nemocný obstipací, volíme nejčastěji vysoko zbytkovou stravu (Puršová a Roth, 2011, s. 15).

U pacienta se také může vyskytnout nechutenství a suchost v ústech. Sestra edukuje nemocného o neustálém příjmu malého množství tekutin, kterým se suchost v ústech zredukuje. Při nechutenství umožní nemocnému konzumaci jídel, které má rád. Při těžkých poruchách kousání a polykání je pevná strava nahrazena stravou mletou, tekutou nebo sippingem. U nemocných, kteří nejsou schopni žádného způsobu perorálního přijímání výživy, se zvažuje výživa sondou. Součástí nutriční péče je také péče o dutinu ústní a chrup. Ústa vytírá sestra pomocí speciálních štětiček, čistí zuby a pravidelně kontroluje-

me stav pacientovi protézy. Léky podává podle přesného časového rozpisu, jenž je určen lékařem. (Dostál a Chvístková, 2011, s. 17; Novotná a Laholová, 2009, s. 44)

Je-li nemocný léčen levodopou, sestra dbá o to, aby tuto medikaci nepodávala současně s potravinami, které obsahují větší množství bílkovin. Látka se potom velmi špatně vstřebává ze zažívacího systému pacienta. Proto je nutné, aby si pacient užil dávku levodopy vždy cca 45 minut před či po jídle. Časování jednotlivých dávek během dne je individuální podle trvání účinku. Klíčové je však medikaci dodržet, vždy ve stejnou dobu, snižujeme tím negativní účinky daného léku. (Roth a Růžička, 2005, s. 10)

Dle mého názoru je nutriční péče jedním z nejčastějších ošetrovatelských problémů v nemocnicích. Zdravotní personál často nemůže dopřát nemocnému tolik času, kolik na stravování potřebuje. Sama jsem si nejednou vyzkoušela, kolik času zabere podávání jídla u pacientů s Parkinsonovou chorobou. Pacienta jsem krmila necelou hodinu. To díky malému počtu zdravotníků a obvykle vysokému počtu pacientů není možné.

Spánek a odpočinek

Pacienti s Parkinsonovou chorobou se brzy budí a jsou pak během dne často unaveni, proto by se měl nemocný během dne aktivizovat. Aby se nemocnému dobře uléhlo a vstávalo z lůžka má být jeho velikost volena tak, aby při sedu dosáhl nohama na zem. Hrazdička, žebříček, madlo či přivázání provazu k pelesti lůžka usnadní pacientovi na lůžku pohyb. Z důvodů problému s otáčením, které pacienta během spánku doprovází, jsou doporučeny spíše lehké přikrývky a pevné rovné matrace. Dobrým pomocníkem proti noční dezorientaci je rozsvícené malé noční světlo v zásuvce. Nikdy nezapomínáme na signalizační zařízení, které musí mít pacient na dosah postele. (Roth et al., 2009, s. 130; Bonnet a Hergueta, 2012, s. 109)

Péče o osobní hygienu nemocného

Pacient z důvodu třesu či ztuhlosti si obvykle hygienu nezvládne provést. Při česání, mytí obličeje, koupání či sprchování často potřebuje pomoc. Sestra si vždy nejprve vhodně pomůcky k hygieně připraví a pak si teprve pacienta zavolá. Je-li schopen chůze, poskytne mu do koupelny pomoc. Nesmí totiž zapomenout, že hybný stav pacienta se může velmi rychle změnit a hrozí, že „ztuhne“ na místě, přestože byl ještě před chvílí v dobrém stavu hybnosti. V takové situaci, je dobré mít připravenou sedačku, kde počká, až se hybný stav pacienta opět urovná. Jestliže se pacient myje sám, může mu poskytnout

koupebný kartáč na dlouhé rukojeti, díky němuž se bez jakéhokoli ohýbání nemocný dobře umyje na celém těle. Výborné je také vyrobit nemocnému mýdlo na provázku, které mu sestra zavěsí na krk. Pacient má tak neustále mýdlo po ruce a nehrozí, že mu upadne z rukou. Nemocné částečně imobilní nebo upoutané na lůžko, dopraví sestra do koupelny na sedačce nebo na mobilní vaně. Vzhledem k tomu, že pacienti mají velmi často problémy s manipulací se zubním kartáčkem, doporučuje se pacientům používat elektronický typ kartáčku. Totéž se doporučuje i pro holicí elektrické strojky. (Macháčková a Kottová, 2009, s. 35; Roth a Růžička, 2005, s. 22)

Péče o kůži nemocného

Sestra sleduje barvu kůže, kožní turgor, kožní léze a otoky. Dbá o to, aby pokožka byla vždy čistá a suchá, zejména v oblasti genitálu u inkontinentních pacientů. Pokožku promazává ochrannými krémy. Vyhýbá se používání olejů, které kůži spíše vysušují, než hydratují. Má-li pacient naordinovanou infuzní terapii, sestra sterilně zabezpečuje místo vpichu a sleduje možný výskyt komplikací spojených s invazivním vstupem. Aplikuje-li pacientovi léčivo do podkoží, kontroluje, zda nedochází po aplikaci k hematomu nebo závažným reakcím. Jako prevenci proleženin u imobilních nemocných se využívá antidekubitových a molitanových podložek a pacienti se pravidelně každé 2 hodiny polohují. (Trachtová et al., 2004, s. 57; Poledníková et al., 2006, s. 127)

Pokud přes veškerá opatření je integrita kůže narušena, sestra zabraňuje jejímu zhoršení. Vznik dekubitů je klasifikován podle Northonové. Při ošetřování dekubitů se sestra řídí ordinací lékaře a pravidelně predilekční místa kontroluje. Všechny provedené úkony, pečlivě zapisuje do dokumentace pacienta. (Topinková, 2005, s. 29)

Péče o vyprazdňování

Sestra sleduje, jak často se nemocný vyprazdňuje, a zaznamenává bilanci tekutin. Vyprazdňuje-li se pacient na pojízdném klozetu na pokoji, zajistí potřebnou intimitu a soukromí. Při problémech s obstipací sestra podává stravu bohatou na vlákninu, dostatek tekutin, čípky nebo klyzma. Klyzma se volí spíše výjimečně, může být pro pacienta zatěžující. Vhodné je pravidelné podávání probiotik, jenž podporují správnou funkci střev. Dalším úkolem sestry v oblasti vyprazdňování je sledovat barvu moče, její zápach, příměsi a specifickou hmotnost. Jestliže k samovolnému vyprazdňování moče nedochází, informuje sestra

lékaře. Na základě jeho ordinací pak cévkuje, nebo podává diuretika. (Trachtová et al., 2004, s. 108; Dostál a Chvístková, 2010, s. 22)

Pomoc při oblékání a úpravu zevnějšku

Než začne nemocný s oblékáním, připraví sestra vše na hromádku a pokud je to možné naplánuje oblékání v době, kdy je účinná medikace. Z důvodu zvýšeného pocení je pro pacienta lepší přilnavé a savé oblečení z přírodních materiálů. Nebezpečné jsou široké, plandavé trika a kalhoty, které mohou způsobit shození předmětů, opaření se a pád. Zhoršení jemných pohybů prstů způsobuje potíže při zapínání knoflíků. Nejvhodnější je nahradit knoflíky za suché zipy. Pomocí klíčky či kroužku na zipu usnadníme pacientovi jeho rozepínání a zapínání. Boty by měly být bez tkaniček, nejlépe na suchý zip a na neklouzavých podrážkách. Nedoporučují se trepky, které sklouzávají z nohou. (Roth a Růžička, 2005, s. 21)

Nejdříve jsou oblékány slabší končetiny nebo nehybné části těla. Naopak to provedeme při svlékání, kde odložíme oděv ze silnější části těla. Jestliže se vyskytnou problémy s rovnováhou, pak sestra nemocnému doporučí, aby si při oblékání sedl na židli nebo postel. (Schwarz, 2008, s. 35)

2.2 Psychické potřeby

Tyto potřeby začínají nabývat na významu, jestliže jsou uspokojeny potřeby předcházející úrovně. Potřeba osvobodit se od strachu, mít soukromí a účastnit se na procesu rozhodování o sobě je velmi důležitá pro oblast psychiky. Neuspokojení potřeb v této kategorii, může vést k úzkosti, dezorientaci, k pocitu neschopnosti a degradaci osobnosti. (Tomagová et al., 2008, s. 22)

Psychická podpora během hospitalizace

Jedna z nelehkých situací, kdy se člověk dostává do neznámého prostředí je hospitalizace. Ovlivňuje psychiku každého člověka. Pacient přichází do nemocnice s určitým strachem a obavami. Tím spíše není-li dostatečně informován, jak bude hospitalizace probíhat. Pacienty s Parkinsonovou nemocí, jak již sem ve své práci uvedla, často provází pocity stresu, strachu a úzkosti. Je-li nemocný vystaven nevšední náročnější situaci, jako je například přijetí do nemocnice, mohou se tyto psychické projevy objevit ve zvýšené míře. Již na začátku hospitalizace je tedy nesmírně nutné, aby si sestra vytvořila s pacientem terapeu-

tický vztah a byla pacientovi psychologickou pomocí a podporou. Jejím hlavním úkolem je podat pacientovi dostatečné informace, pomáhat mu, aby si utvořil náhled na svoji aktuální životní situaci, a navrhnout možná řešení v problémech, se kterými si neví sám rady. (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007, s. 36)

Podpora sebeúcty a sebekoncepce

Snížená sebeúcta a sebekoncepce je především způsobena nežádoucími projevy onemocnění. Mezi tyto nežádoucí projevy řadíme například mimovolní pohyby těla, nadměrné pocení, salivace, problémy s komunikací. Ve společenském životě všechny tyto projevy člověka omezují a svazují. Mohou snižovat jeho sebevědomí a sociální postavení ve společenském životě. Snížená či úplná ztráta soběstačnosti způsobuje, že pacient potřebuje pomoc druhé osoby v běžných denních činnostech, nebo je na pomoc zcela odkázán. Neschopnost nemocného postarat se sám o sebe, často vyvolává pocity jako například „jsem tady na obtíž, nejsem již potřebný a užitečný“. Klíčovou rolí sestry v této oblasti je zmapovat hlavní stresové faktory, které na pacienta působí. Pomáhá mu se na nemoc adaptovat a zmírňovat obtíže, které jsou nemocí vyvolány. Dodává pacientovi optimismus a snaží se u něj zachovat pozitivní postoj. Snaží se zaplnit den nemocného aktivitami, jenž je schopen vykonávat, a které má rád. (Tóthová et al., 2009, s. 54; Bonnet a Hergueta, 2012, s. 70)

2.3 Sociální potřeby

Sociální potřeby se týkají především vztahů a zařazení člověka do společnosti. Uspokojování těchto potřeb, přináší pohodu a vede k rozvoji osobnosti. Naopak pokud tyto potřeby nejsou u jedince uspokojovány, může docházet ke stavům frustrace, nebo deprivace. (Tomagová et al., 2008, s. 16)

Komunikace

Snížená schopnost komunikace je obvykle způsobena buď samostatnou Parkinsonovou nemocí nebo vlivem dopaminergní léčby. Z důvodů časté ztráty výrazu tváře a strnutí obličejů, mají pacienti potíže jak ve verbální tak v neverbální komunikaci. Je velmi důležité, aby si zdravotníci uvědomovali, že tváří-li se pacient znuděně nebo nesouhlasně, nemusí to tak skutečně být. Na konverzaci s pacientem zajistí sestra vždy klidné prostředí, a vždy je k němu otočená tváří v tvář. Kontroluje, zda pacient všemu porozuměl a dopřejeme mu, vždy dostatek času na své vyjádření. Sestra se snaží se vyjadřovat v krátkých,

jasných větách, na které může pacient snadno odpovědět. Pokud se pacient nemůže vyjádřit verbálně, může pacienta vyzvat, aby se vyjádřil pomocí gesta, psanou formou anebo pomocí obrázků, které si dopředu připraví. (Kalvach et al., 2008, s. 56; Venglářová a Mahrová, 2006, s. 66)

Vyskytují-li se u pacienta poruchy sluchu či zraku, jsou pro něj zvoleny vhodné kompenzační pomůcky (brýle, naslouchátko). V oblasti komunikace je důležitá spolupráce pacienta s logopedem. Logopedická terapie představuje řadu technik, jak příznaky poruch řeči a komunikace zlepšit a oddálit. (Zamišková et al., 2009, s. 112)

Ze svých rozhovorů s pacienty v nemocnici, jsem byla informována o tom, že je velmi nesnadné nalézt logopeda specializujícího se na práci se seniory. Uváděli zejména to, že většina logopedů se specializuje hlavně na děti.

Pomoc a podpora rodiny

Od blízkých a rodiny pacienta se očekává, že se s nemocí svého blízkého vyrovnají a budou mu ve všem oporou. Jak lékař, tak sestra by měli rodině poskytnout všechny potřebné informace, jak se o nemocného starat v domácích podmínkách. Sestra by rodinným příslušníkům měla poskytnout informace a rady, jak se s nemocí blízké osoby vyrovnat a jak mu poskytnout citovou a praktickou podporu. V rámci edukace by měla poukazovat také na to, jak se bránit vyčerpání, které se často dostavuje při dlouhodobé péči o pacienta.

Úprava prostředí

Vzhledem k tomu, že pohyb a chůze se pro nemocného stává čím dál obtížnější, je vhodné přizpůsobit jeho potřebám prostředí. Nábytek by měl být stabilní a strategicky rozmístěn tak, aby byl pacientovi při chůzi snadno dostupný. Věci, které pacient denně používá, se ukládají v úrovni mezi pasem a výškou očí pacienta. Ke zmírnění sklánění a natahování se pro věci se používají podavače (dlouhé tyče s háčkem nebo kleštěmi na konci). Domácnost nemocného by měla být dobře osvětlena, bez koberců a prahů ve dveřích. Dochází-li k častým pádům, je nutné aplikovat na ostré hrany nábytku krytky. Sprchový kout v koupelně s lehkým závěsem a plastovým sedátkem usnadní pacientovi přístup do sprchy a zajistí větší bezpečí a pohodlí. Vhodné je také použít do koupelny protiskluzové podložky, vyšší mísu na toaletě a madla. (Schwarz, 2008, s. 21; Bonnet a Hergueta, 2012, s. 117)

Jestliže se v bytě nachází schody, je vhodné opatřit je na obou stranách bezpečnými držadly. To samé platí i o dlouhých chodbách. Při výraznějších hybných potížích je možné rozmístit po bytě signalizační zařízení, kterým je nemocný schopen oznámit, že spadl či se nemůže postavit. (Roth a Růžička, 2005, s. 27)

V nemocničním prostředí jsou obvykle pro pacienty se zhoršenou pohyblivostí potřebné úpravy provedeny a pacientům jsou také poskytnuty kompenzační pomůcky. Ne vždy, ale podle mého názoru, dochází ke správnému umístění pacienta na pokoj. Stává se, že pacienti jsou umístěni ve vzdálenější míře od pracovny sester a tudíž jim není poskytován takový dohled, jaký by potřebovali.

2.4 Spirituální potřeby

K spirituálním potřebám řadíme potřebu naděje, lásky, smyslu života, potřebu významu vlastní existence a vztah s Bohem.

Duchovní zdraví

Mezi základní duchovní potřeby řadíme potřebu lásky, smyslu života, potřebu vlastní existence, potřebu vztahu s Bohem, odpuštění, naději, a víru (Poledníková et al., 2006, s. 193)

Domnívám se, že při uspokojování duchovních potřeb pacientů, hraje také roli vztah ke spiritualitě samotného zdravotníka. Jsem toho názoru, že je-li zdravotník věřící, má větší pochopení pro tyto potřeby nemocného. Uspokojování spirituálních potřeb spočívá především v respektování víry nemocného, získávání informací o duchovních potřebách pacienta a zprostředkování návštěvy kněze, nebo jiného duchovního, dle jeho požadavků. Hodnocení duchovních stanovisek provádí sestra na konci celkového posouzení jedince, když už si vytvořila s pacientem a jeho blízkými vztah. (Tomagová et al., 2008, s. 169)

Cílem je dosáhnout u pacienta naleznutí duchovní síly, vyrovnanosti a zadostiučinění (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 204).

Náboženské služby během pobytu ve zdravotnickém zařízení

Modlitba, duchovní rozhovor a mše svatá může pro věřící pacienty znamenat velké povzbuzení a novou sílu v boji s jejich nemocí. V mnoha zdravotnických zařízeních, se dnes běžně setkáváme s knězem, nebo jiným duchovním, na kterého se můžeme v případě

potřeby odkázat. V některých nemocnicích jsou pro duchovní setkání vyhrazeny prostory, kde může pacient rozjímat, nebo s knězem pohovořit. (Špirudová et al., 2006, s. 63)

Při své zahraniční stáži v Polsku, jsem se setkala s nemocničními kaplemi, kde byly pro nemocné pravidelně slouženy bohoslužby. Nemocniční kaple mají také některé nemocnice u nás. Pokud to pacientův zdravotní stav nedovoluje a má zájem o setkání s duchovním, zajistí sestra jeho návštěvu k lůžku pacienta. Před jeho příchodem sestra pokoj nemocného dobře vyvětrá, zajistí intimitu, na stůl položí bílý ubrus, a zapálí svíci.

3 SOCIÁLNÍ PÉČE A SLUŽBY PRO PACIENTY S PARKINSONOVOU CHOROBOU

V této kapitole uvádím stručný souhrn sociální problematiky v České republice.

3.1 Sociální pomoc

Pacienti s Parkinsonovou chorobou mají právo zažádat o jednorázové, nebo pravidelné sociální dávky. Pacient by měl být svým ošetřujícím lékařem, odkázán na pomoc zdravotně sociální pracovníce, která ho s problematikou, týkající se sociálních dávek seznámí. (Roth et al., 2009, s. 153)

Invalidní důchod

Ze zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů; má nemocný s Parkinsonovou chorobou nárok na přiznání invalidního důchodu. Nárok pacienta na invalidní důchod je závislý stupni závažnosti zdravotního postižení, na míře snížení jeho pracovní schopnosti a na době pojištění. (Roth et al., 2009, s. 157)

Příspěvek na péči

Nárok nemocného na příspěvek na péči je stanoven zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. V tomto zákoně je uvedeno, že podstatou příspěvku na péči je přispět osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Příjemce se musí podrobit lékařskému vyšetření pro stanovení stupně závislosti a žadatel se musí podrobit sociálnímu šetření. Příspěvek je vyplácen každý měsíc a je nezbytné, aby na žádosti bylo vždy uvedeno, kým bude péče poskytována. (Danielová, 2009, s. 28)

Výše příspěvku závisí na stupni závislosti jedince a na jeho věku. U dospělých osob se pohybuje výše finančních příspěvků následovně:

- I. Stupeň - lehká závislost – 800 Kč.
- II. Stupeň - středně těžká závislost – 4.000 Kč.
- III. Stupeň - těžká závislost – 8.000 Kč.
- IV. Stupeň - úplná závislost – 12. 000 Kč.

Dávky pro osoby se zdravotním postižením

Dávky pro osoby se zdravotním postižením upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením (dále jen „zákon o poskytování dávek

osobám se zdravotním postižením“). Tyto dávky vyřizují krajské pobočky Úřadu práce České republiky. Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením upravuje: příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a průkaz osoby se zdravotním postižením.

- **Příspěvek na mobilitu**

Jedná se o opakující se nárokovou dávku, která je určena osobě, která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace (nebo které byly přiznány mimořádné výhody II. nebo III. stupně, a to po dobu platnosti průkazu ZTP nebo ZTP/P, nejdéle do 31. 12. 2015). Dále je tato dávka určena osobě, která se opakovaně v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována. Výše dávky činí 400 Kč měsíčně.

- **Příspěvek na zvláštní pomůcku**

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má mimo jiné těžkou vadu pohybového ústrojí. Pomůckou může být např. motorové vozidlo. Zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsluhu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím. Zvláštní pomůcka není zdravotnickým prostředkem, který je plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění anebo je osobě zapůjčen příslušnou zdravotní pojišťovnou. Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením rozlišuje, zda je o pomůcku v ceně do nebo přes 24 000 Kč a speciální úpravy má pro motorové vozidlo.

- **Průkaz osoby se zdravotním postižením**

Zákon umožňuje dva způsoby vydání průkazu osoby se zdravotním postižením, a to automatické v souvislosti s přiznáním příspěvku na péči či příspěvku na mobilitu a samostatné. Průkaz osoby se zdravotním postižením není samostatnou listinou, ale je součástí karty sociálních systémů. Jednou z funkcí karty je funkce průkazu osoby se zdravotním postižením.

Průkaz TP, ZTP, ZTP/P náleží osobám, které jsou podle zákona o sociálních službách považovány pro účely příspěvku na péči za osoby závislé na pomoci jiné osoby a to v různých stupních závislosti. Osoba, která je držitelem některého z těchto průkazů,

má různé výhody, například při cestování ve veřejně dopravních prostředcích, přednostní vyřízení na úřadech a jiné.²

3.2 Sociální služby

Oblastí sociálních služeb se zabývá zákon o sociálních službách. V tomto zákoně č. 108/2006 Sb. se mezi sociální služby řadí sociální prevence, sociální poradenství a služby sociální péče. Sociální služby jsou rozdělovány na služby ambulantní, pobytové nebo terénní. Ambulantní služby pacienti každodenně sami navštěvují, nebo jsou na ně dopravováni. V těchto službách je nemocným poskytována pomoc s vyřizováním jejich osobních záležitostí, pomoc v oblasti osobní hygieny a stravování. Ambulantní služby neposkytují nemocnému ubytování.³

Ubytování nemocnému poskytují pobytové služby, kam patří například týdenní stacionáře, domovy pro seniory, pobytová zařízení pro seniory se zvláštním režimem a zdravotním postižením. V těchto službách je pacientům poskytována komplexní ošetrovatelská péče. Terénní péči o pacienty s Parkinsonovou chorobou je poskytována domácí péčí. Do domácí péče se zahrnují například domácí asistenti a rehabilitace. (Roth et al., 2009, s. 165)

Podstatou sociálních služeb je zachovat u nemocného co největší míru soběstačnosti a zařazení do společnosti (Holmerová et al., 2007, s. 35).

² Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Zdravotní postižení*. [on-line]. [cit. 2013-10-04]. Dostupné z: < <http://www.mpsv.cz/cs/8=>>.

³ Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Sociální služby*. [on-line]. [cit. 2013-10-04]. Dostupné z: < <http://www.mpsv.cz/cs/9=>>.

4 ORGANIZACE PRO PACIENTY S PARKINSONOVOU NEMOCÍ

Tato kapitola je zaměřena na evropskou organizaci EPDA a českou organizaci „Společnost Parkinson“. Podstata těchto organizací spočívá především ve zlepšování kvality života nemocných.

4.1 Evropská asociace společností pro Parkinsonovu nemoc

EPDA - European Parkinson's Disease Association. Je neziskovou, apolitickou organizací, jejímž úkolem je zastupovat práva a potřeby lidí trpících Parkinsonovou chorobou. Organizace je podporována Evropskou unií a jejím cílem je, aby se pacientům s Parkinsonovou nemocí dostalo v Evropě co nejlepší péče. Poukazuje na nezbytnost holistického přístupu k člověku a na důležitost multidisciplinárního týmu. Společnost pořádá mezinárodní konference, vydává časopis EPDA focus a podporuje mladé pacienty v jejich samostatných aktivitách. Úzce spolupracuje se Světovou zdravotnickou organizací.⁴

Charta Parkinsonovy nemoci

Charta byla vydána 11. dubna v roce 1997 organizací EPDA, ke světovému dnu Parkinsonovy nemoci. Charta Parkinsonovy nemoci obsahuje 5 základních principů, jejichž úkolem je zlepšit kvalitu života pacientů s Parkinsonovou chorobou a jejich blízkých.

Pacient s Parkinsonovou nemocí má právo:

- Na lékaře, který se Parkinsonovou chorobou zabývá
- Na stanovení přesné diagnózy
- Na nepřetržitou péči
- Na podporu společnosti
- Na aktivní spoluúčast při léčbě svého onemocnění. (Růžička et al., 2000, s. 10)

⁴ Parkinson klub Brno. *Evropská asociace Parkinsonovy nemoci*. [on-line]. [cit. 2013-10-04]. Dostupné z: <<http://www.parkinson-brno.cz/epda.php>>.

4.2 Společnost Parkinson v České republice

Společnost Parkinson byla založena v roce 1994. Je to nezisková, občanská a humanitární organizace. Společnost pomáhá zlepšit kvalitu života a nemocných a jejich rodin. Členy se, ale také mohou stát zdravotníci a ostatní, kterých se nemoc přímo nebo nepřímo dotýká. Společnost Parkinson se podle krajů dělí na jednotlivé kluby. V klubech se pravidelně konají besedy s odborníky, přednášky, výlety, kulturní akce, logopedická cvičení, tréninky paměti a rehabilitační tělocvik. Společenské a kulturní akce, které kluby pořádají, jsou příležitostí k celorepublikovým setkáním. Společnost Parkinson spolupracuje s odbornými rehabilitačními a neurologickými pracovišti. V roce 1996 se stala členem Evropské asociace společností pro Parkinsonovu nemoc a podílí se na její činnosti. Organizace vydává časopis Parkinson, který je určen především odběratelům, kteří nemohou z jakéhokoli důvodu kluby navštěvovat osobně. (Roth et al., 2009, s. 199)

Společnost Parkinson považuji za jednu z velmi prospěšných organizací. Domnívám se, že při pravidelném navštěvování tohoto klubu, dochází u nemocného k určité psychickému povzbuzení. Má možnost najít si nové přátele, odloučit se od negativních myšlenek a hlavně nalézt sílu, jak s daným onemocněním bojovat.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Cíle praktické části

1. Zjistit úroveň znalostí o Parkinsonově chorobě u všeobecných sester v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. ve Zlíně.
2. Zmapovat, jak často se všeobecné sestry na oddělení setkávají s pacienty s Parkinsonovou chorobou.
3. Identifikovat a popsat zkušenosti všeobecných sester s pacienty s Parkinsonovou chorobou.

5.2 Metodika průzkumného šetření

K realizaci průzkumného šetření jsem si zvolila Krajskou nemocnici T. Bati, a. s. ve Zlíně. Oslovovala jsem sestry z interního, geriatrického, neurologického oddělení a léčebny dlouhodobě nemocných. Je všeobecně známo, že na těchto odděleních je vyšší frekventovanost pacientů s Parkinsonovou chorobou, než na ostatních odděleních.

K realizaci průzkumu jsem si zvolila metodu anonymního a nestandardizovaného dotazníku. Jedná se o výzkumnou metodu kvantitativní. Výhodou této metody je, že lze získat informace od většího počtu dotazovaných. Nevýhoda této metody spočívá zejména v nejistotě dotazníkové návratnosti a neochotě respondentů dotazník vyplnit. Cílovou skupinu dotazníkového šetření tvořily všeobecné sestry z výše uvedených oddělení. Dotazníkové šetření probíhalo v období měsíce února 2013.

Dotazník se skládá ze tří částí. V úvodu dotazníku jsem respondenty seznámila s danou tematikou a s potřebnými informacemi k jeho vyplnění. První část dotazníku obsahuje identifikační údaje, které jsou potřebné k celkové analýze průzkumu. Druhá část dotazníku se skládala z vědomostních otázek o Parkinsonově chorobě. V třetí části dotazníku jsem se pak zaměřila na otázky z oblasti péče všeobecných sester o pacienty s Parkinsonovou chorobou. Jednotlivé otázky dotazníkových formulářů byly kladeny na základě stanovených cílů.

5.3 Hodnocení výsledků a jejich analýza

V této kapitole uvedu výsledky provedeného průzkumu. Z celkového počtu 85-ti dotazníků jich bylo vráceno 70. Jde o 85% návratnost. Těchto 70 dotazníků je považováno za 100 % a použila jsem je ke konečnému zpracování výsledků.

Na oddělení geriatrickej jsem rozdala 20 dotazníků. Z tohoto počtu jich bylo vráceno 15 (75 %). Na interní oddělení jsem rozdala 25 dotazníků, a to z důvodu většího počtu všeobecných sester. Navráčeno bylo 24 (96 %). Na neurologické oddělení jsem distribuovala 20 dotazníků a předáno mi jich bylo 16 (80 %). Léčebna dlouhodobě nemocných přijala 20 dotazníků. Z tohoto počtu mi bylo předáno dotazníků 15 (75 %).

Na všech odděleních jsem se setkala s dobrou spoluprací se staničními sestrami a ochotou všeobecných sester dotazníky vyplnit.

Výsledky získané z dotazníků jsem zpracovala pomocí počítačového programu Excel 2007, znázornila je pomocí tabulek a grafů a slovně ohodnotila.

6 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

6.1 Výsledky z I. části dotazníku

Otázka č. 1: Věk respondentů

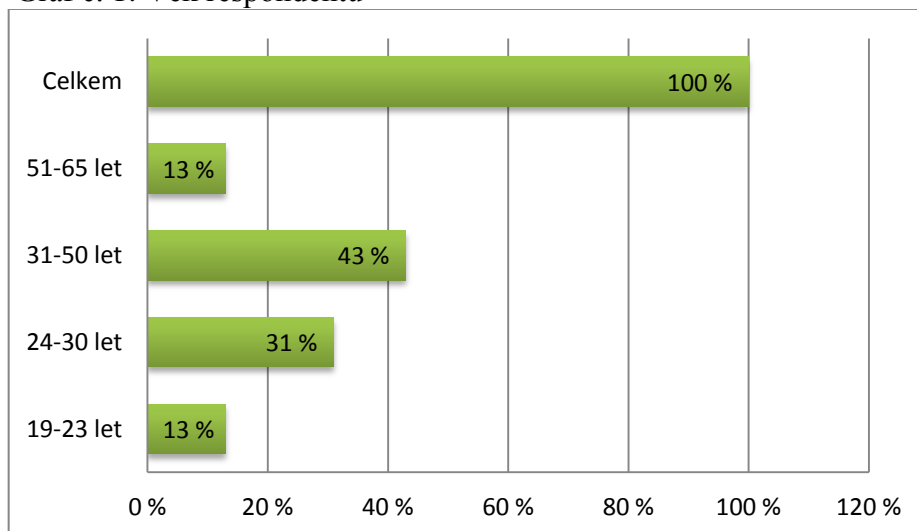
Přesné znění otázky v dotazníku: Kolik je vám let?

Otázka č. 1 zjišťovala, věk respondentů.

Tab. 1: Věk respondentů

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|----------------------|----------------------|
| 19-23 let | 9 | 13 % |
| 24-30 let | 22 | 31 % |
| 31- 50 let | 30 | 43 % |
| 51-65 let | 9 | 13 % |
| Celkem | 70 | 100 % |

Graf č. 1: Věk respondentů



Interpretace výsledků

Jak je patrné z tabulky a grafu č. 1 nejvíce respondentů patří do věkové skupiny od 31 do 50 let, konkrétně 30 osob, což je 43 %. Ve druhé skupině dotazovaných odpovědělo 22 osob, což je 31 %, a to ve věku od 24 do 30 let. Dále pak počet respondentů od 19 do 23 let tvořilo 9 osob, tedy 13 %. Věkovou skupinu od 51 do 65 let uvedlo také 9 dotazovaných,

tj. 13 %. První a poslední skupinu, tvoří stejný počet respondentů. Z tabulky a grafu vyplývá, že nejpočetnější skupinu tvořily všeobecné sestry ve věku 31 – 50 let.

Otázka č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

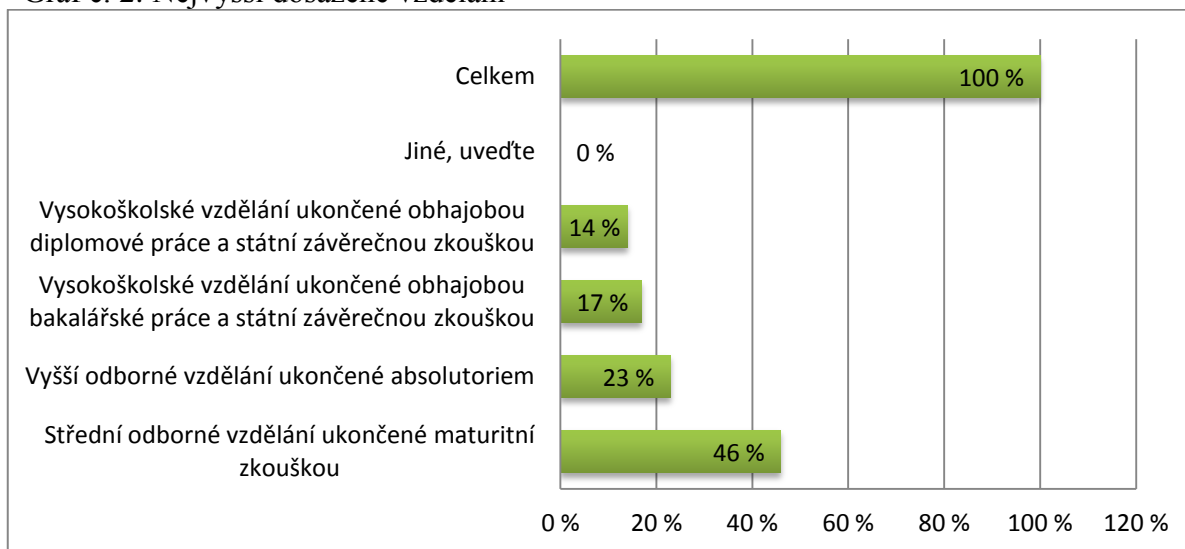
Přesné znění otázky v dotazníku: Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

Otázka č. 2 zjišťovala, nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.

Tab. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Střední odborné vzdělání ukončené maturitní zkouškou | 32 | 46 % |
| Vyšší odborné vzdělání ukončené absolutoriem | 16 | 23 % |
| Vysokoškolské vzdělání ukončené obhajobou bakalářské práce a státní závěrečnou zkouškou | 12 | 17 % |
| Vysokoškolské vzdělání ukončené obhajobou diplomové práce a státní závěrečnou zkouškou | 10 | 14 % |
| Jiné, uveďte | 0 | 0 % |
| Celkem | 70 | 100 % |

Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání



Interpretace výsledků

Z tabulky a grafu č. 2 vyplývá, že nejvíce respondentů tvořily všeobecné sestry se středním odborným vzděláním. Do této skupiny spadalo 32 osob, tedy 46 %. Vyšší odborné vzdělání, uvedlo pak 16 respondentů, což je 23 %. Skupinu s vysokoškolským vzděláním baka-

lářským, tvořilo 12 osob, tj. 17 %. Všeobecných sester, které mají vysokoškolské vzdělání magisterské, bylo 10, což je 14 %. Na otázku, zdali mají sestry ještě nějaké jiné vzdělání, nebyla zaznamenána žádná odpověď.

Otázka č. 3: Délka praxe ve zdravotnictví

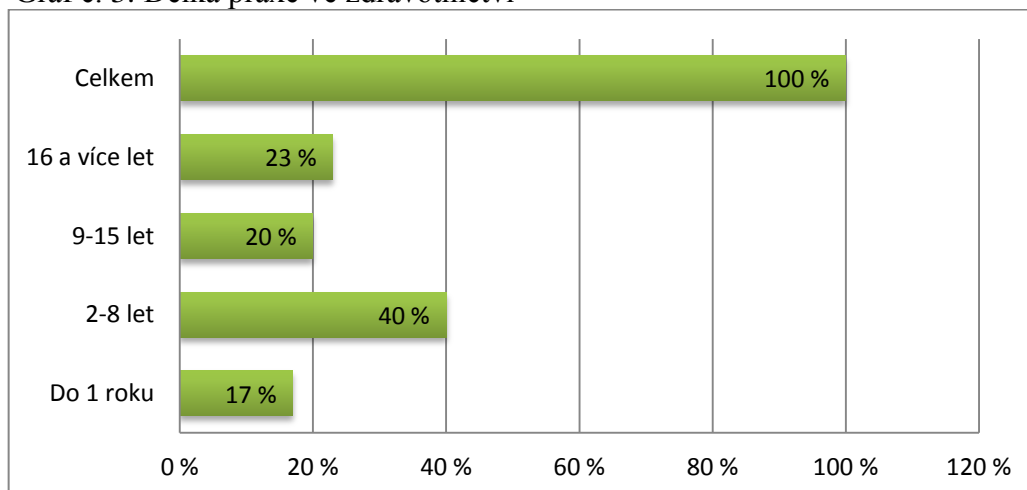
Přesné znění otázky v dotazníku: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Otázka č. 3 zjišťovala, jak dlouho sestry ve zdravotnictví pracují.

Tab. 3: Délka praxe ve zdravotnictví

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| Do 1 roku | 12 | 17 % |
| 2-8 let | 28 | 40 % |
| 9-15 let | 14 | 20 % |
| 16 a více let | 16 | 23 % |
| Celkem | 70 | 100 % |

Graf č. 3: Délka praxe ve zdravotnictví



Interpretace výsledků

Z předešlého grafu a tabulky můžeme vidět, že nejvíce všeobecných sester tj. 40 % pracuje ve zdravotnictví 2–8 let. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou jsou všeobecné sestry s délkou praxe ve zdravotnictví 16 a více let. Tato skupina byla zastoupena počtem 16 dotazovaných, což je 23 %. Dále pak 14 respondentů, tj. 20 % uvedlo, že jejich praxe ve zdravotnictví je v časovém rozmezí od 9 do 15 let. Nejmenší zastoupení zde měly všeobecné sestry, které pracují ve zdravotnictví do 1 roku. Tuto odpověď uvedlo celkem 12 dotazovaných, tedy 17 %.

Otázka č. 4: Typ oddělení

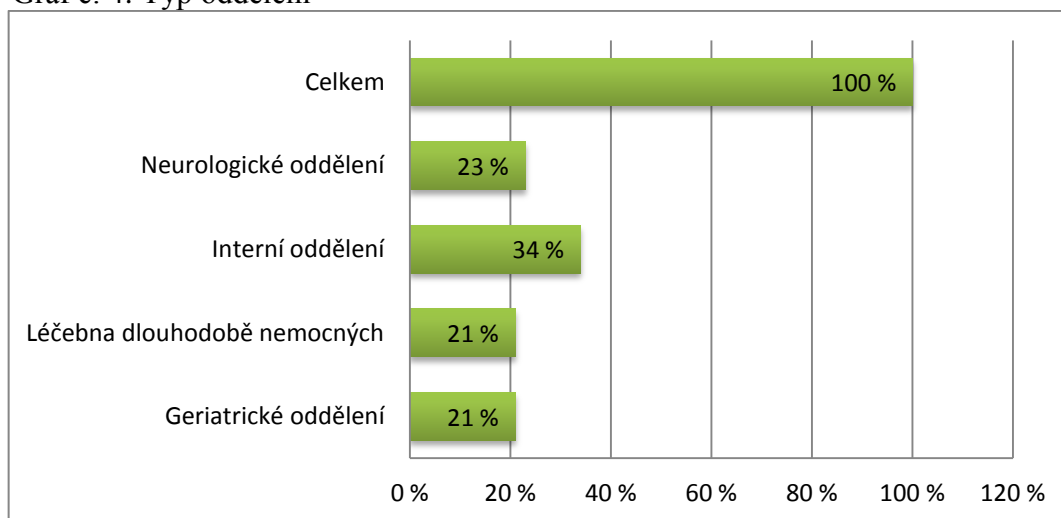
Přesné znění otázky v dotazníku: Typ oddělení, na kterém pracujete?

Otázka č. 4 zjišťovala, na jakém typu oddělení sestry pracují.

Tab. 4: Typ oddělení

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Geriatrické oddělení | 15 | 21 % |
| Léčebna dlouhodobě nemocných | 15 | 21 % |
| Interní oddělení | 24 | 34 % |
| Neurologické oddělení | 16 | 23 % |
| Celkem | 70 | 100 % |

Graf č. 4: Typ oddělení



Interpretace výsledků

V tabulce a grafu č. 4 uvádím jednotlivé zastoupení všeobecných sester na vybraných odděleních. Nejpočetnější skupinu tvořily všeobecné sestry z interního oddělení a to celkem 24 osob, což tvoří 34 %. Oddělení neurologie jako své pracoviště uvedlo 16 respondentů, tj. 23 %. Oddělení geriatry bylo zastoupeno 15 respondenty, jenž tvoří 21 %. Stejně početná skupina dotazovaných, pak byla z léčebny dlouhodobě nemocných. Toto oddělení uvedlo jako své pracoviště také 15 sester, tj. 21 %.

6.2 Výsledky z II. části dotazníku

V druhé části dotazníku měli respondenti možnost vybrat si ze 4 možných odpovědí, přičemž jen jedna odpověď byla vždy správná. Jak již jsem uvedla v úvodu praktické části, tato část dotazníku prověřovala vědomosti všeobecných sester o Parkinsonově chorobě.

Otázka č. 1: Charakteristika Parkinsonovy choroby

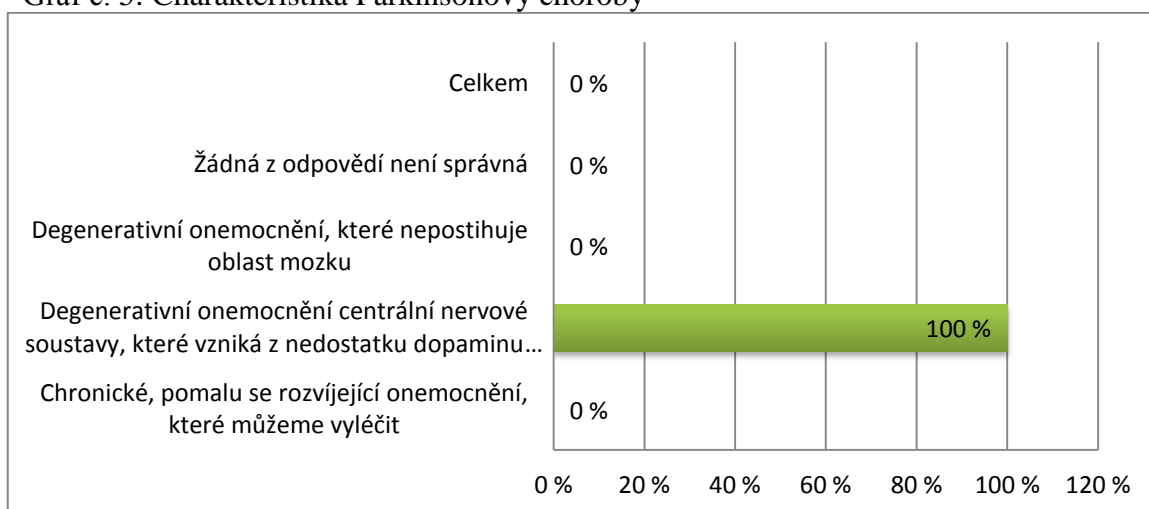
Přesné znění otázky v dotazníku: Parkinsonova choroba je?

Otázka č. 1 zjišťovala, zdali sestry umí uvést charakteristiku Parkinsonovy choroby.

Tab. 5: Charakteristika Parkinsonovy choroby

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| Chronické, pomalu se rozvíjející onemocnění, které můžeme vyléčit | 0 | 0 % |
| Degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy, které vzniká z nedostatku dopaminu v mozku - látky přenášející nervové vzruchy | 70 | 100 % |
| Degenerativní onemocnění, které nepostihuje oblast mozku | 0 | 0 % |
| Žádná z odpovědí není správná | 0 | 0 % |
| Celkem | 70 | 100 % |

Graf č. 5: Charakteristika Parkinsonovy choroby



Interpretace výsledků:

Na otázku, co je Parkinsonova choroba, odpovědělo správně 100 % respondentů, tedy 70 osob. Správná odpověď této otázky zní: Parkinsonova choroba je degenerativní onemocnění CNS, které vzniká z nedostatku dopaminu v mozku – látky přenášející nervové vzruchy. Na zbývající možnosti neodpověděl ani jeden respondent. Ze 100 % správné odpovědi je tedy patrné, že sestry vědí, čeho se Parkinsonova choroba týká a umí uvést charakteristiku Parkinsonovy choroby.

Otázka č. 2: Příznaky Parkinsonovy choroby

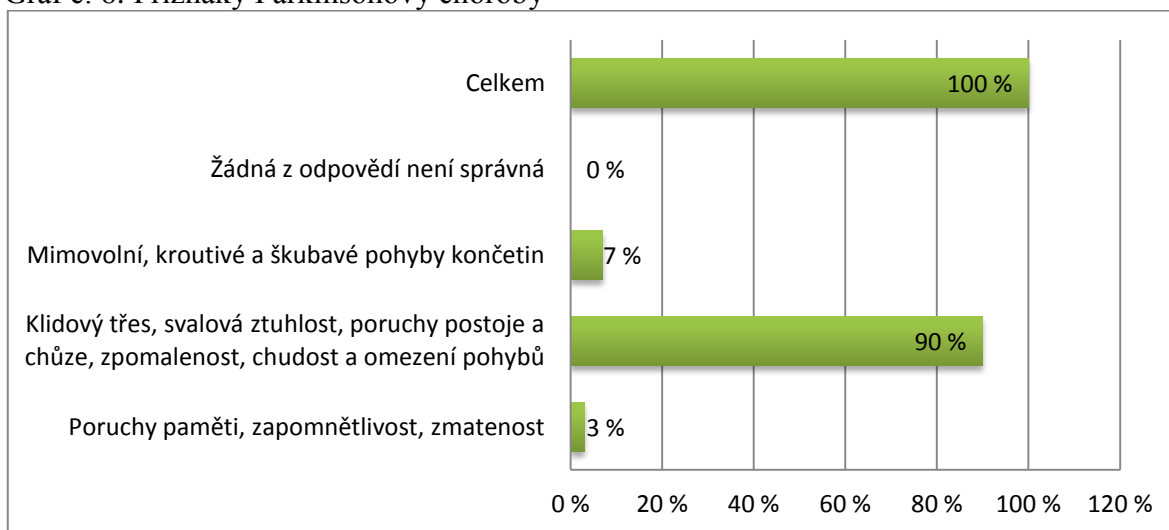
Přesné znění otázky v dotazníku: Mezi typické příznaky Parkinsonovy choroby patří

Otázka č. 2 zjišťovala, zdali sestry umí charakterizovat hlavní příznaky Parkinsonovy choroby.

Tab. 6: Příznaky Parkinsonovy choroby

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Poruchy paměti, zapomnětlivost, zmatenost | 2 | 3 % |
| Klidový třes, svalová ztuhlost, poruchy postoje a chůze, zpomalenost, chudost a omezení pohybů | 63 | 90 % |
| Mimovolní, kroutivé a šubavé pohyby končetin | 5 | 7 % |
| Žádná z odpovědí není správná | 0 | 0 % |
| Celkem | 70 | 100 % |

Graf č. 6: Příznaky Parkinsonovy choroby

**Interpretace výsledků**

V otázce č. 2 měli respondenti vybrat typické příznaky Parkinsonovy choroby. První možnost, která zněla, že mezi typické příznaky patří poruchy paměti, zapomnětlivost a zmatenost byla označena dvěma respondenty, což jsou 3 %. Zřejmě si toto onemocnění respondenti zaměnili s Alzheimerovou chorobou, která se právě těmito příznaky vyznačuje. Druhou a správnou odpověď, která říká, že typickými příznaky jsou klidový třes, svalová

vá ztuhlost, poruchy postoje a chůze, zpomalenost, chudost a omezení rozsahu pohybů, označilo celkem 63 respondentů, tedy 90 %. Možnost, že mezi typické příznaky patří mimovolní, kroutivé a šubavé pohyby končetin uvedlo 5 respondentů, tedy 7 %. Možnost „žádná z odpovědí není správná“, nebyla žádným respondentem označena.

Otázka č. 3: Výskyt Parkinsonovy choroby podle věku

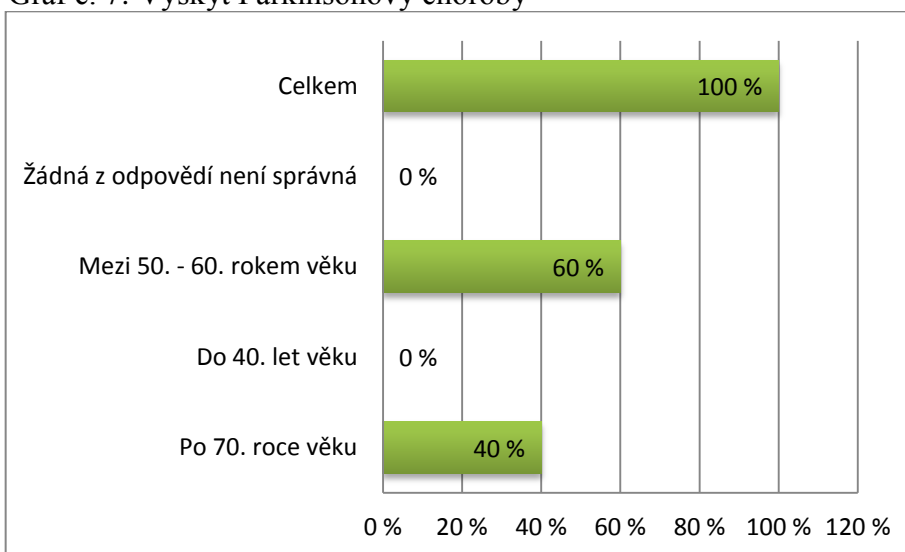
Přesné znění otázky v dotazníku: Parkinsonova choroba se nejčastěji vyskytuje.

Otázka č. 3 zjišťovala, zdali sestry ví, ve kterém věku je pacient Parkinsonovou chorobou nejčastěji postižen.

Tab. 7: Výskyt Parkinsonovy choroby

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Po 70. roce věku | 28 | 40 % |
| Do 40. let věku | 0 | 0 % |
| Mezi 50. - 60. rokem věku | 42 | 60 % |
| Žádná z odpovědí není správná | 0 | 0 % |
| Celkem | 70 | 100% |

Graf č. 7: Výskyt Parkinsonovy choroby



Interpretace výsledků

Správná odpověď na tuto otázku je, že Parkinsonova choroba se nejčastěji vyskytuje mezi 50. – 60. rokem věku. Odpověď zaznamenalo celkem 42 respondentů, což je 60 %. Druhou nejpočetnější odpovědí bylo, že se nemoc vyskytuje po 70. roce věku. Tuto odpověď uvedlo 28 osob, tj. 40 %. Ostatní možnosti neuvedl žádný z respondentů.

Otázka č. 4: Výskyt Parkinsonovy dle pohlaví

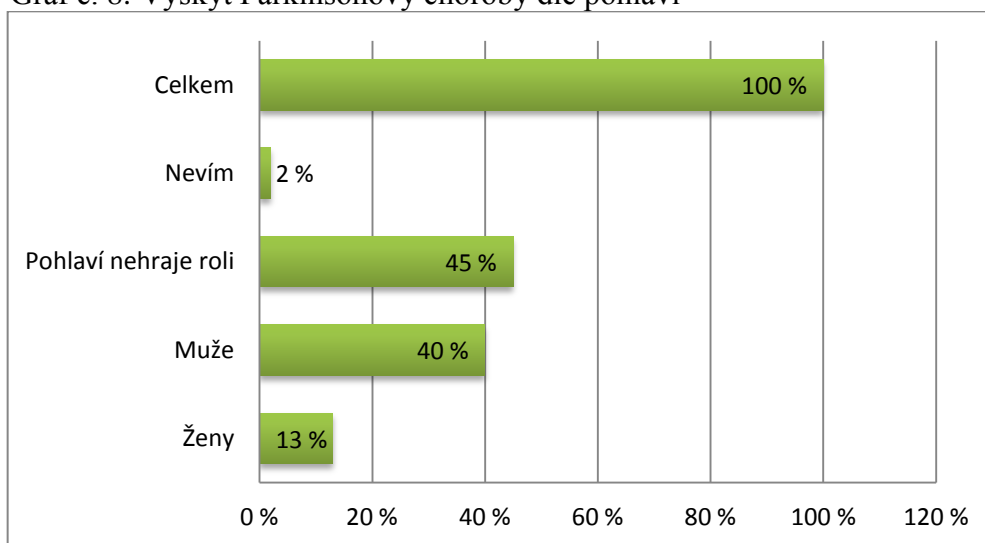
Přesné znění otázky v dotazníku: Parkinsonova choroba postihuje častěji.

Otázka č. 4 zjišťovala, zdali sestry ví, které pohlaví Parkinsonova choroba postihuje častěji.

Tab. 8: Výskyt Parkinsonovy choroby dle pohlaví

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ženy | 9 | 13 % |
| Muže | 28 | 40 % |
| Pohlaví nehraje roli | 31 | 45 % |
| Nevím | 2 | 2 % |
| Celkem | 70 | 100 % |

Graf č. 8: Výskyt Parkinsonovy choroby dle pohlaví



Interpretace výsledků

V tomto dotazu uvedlo až 31 respondentů, tedy 45 %, že pohlaví nehraje u Parkinsonovy nemoci roli. Správnou odpovědí ale je, že Parkinsonova choroba postihuje častěji muže. Tuto možnost uvedlo celkem 28 dotazovaných, což je 40 %. Variantu, že nemoc postihuje častěji ženy, zaznamenalo 9 všeobecných sester, tj. 13 %. V této otázce se také nabízela možnost „nevím“, kterou označili 2 osoby, tedy 2 %.

Otázka č. 5: Chůze při Parkinsonově nemoci

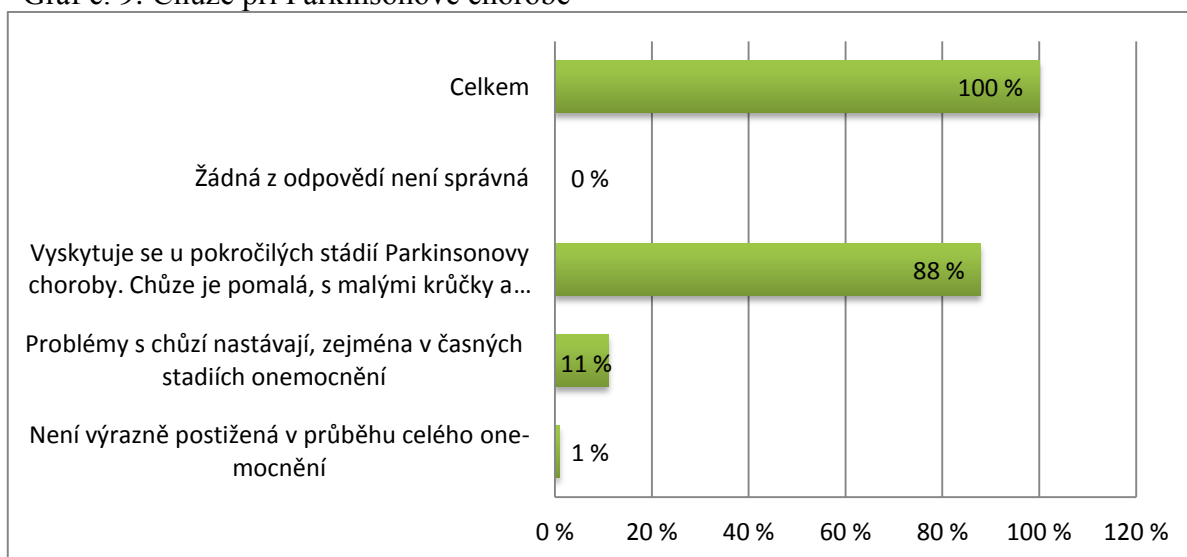
Přesné znění otázky v dotazníku: Chůze při Parkinsonově nemoci.

Otázka č. 5 zjišťovala, zdali sestry ví, kdy se u pacientů s Parkinsonovou chorobou nejčastěji vyskytují problémy s chůzí.

Tab. 9: Chůze při Parkinsonově chorobě

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| Není výrazně postižená v průběhu celého onemocnění | 1 | 1 % |
| Problémy s chůzí nastávají, zejména v časných stádiích onemocnění | 8 | 11 % |
| Vyskytuje se především u pokročilých stádií Parkinsonovy choroby. Chůze je pomalá, s malými krůčky a obtížným otáčením se na místě | 61 | 88 % |
| Žádná z odpovědí není správná | 0 | 0 % |
| Celkem | 70 | 100 % |

Graf č. 9: Chůze při Parkinsonově chorobě



Interpretace výsledků

Správná odpověď na tuto otázku zní: Problémy s chůzí se vyskytují u pokročilého stádia Parkinsonovy nemoci. Chůze je pomalá s malými krůčky a obtížným otáčením se na místě. Tuto možnost uvedlo 61 dotazovaných, tedy 88 %. U 8 respondentů, což je 11 %, byla

uvedena odpověď, že se problémy s chůzí vyskytují zejména v časných stádiích onemocnění. Že chůze není výrazně postižená v průběhu celého onemocnění, uvedl 1 respondent, tedy 1 %.

Otázka č. 6: Pojem „ON – OFF fluktuače“.

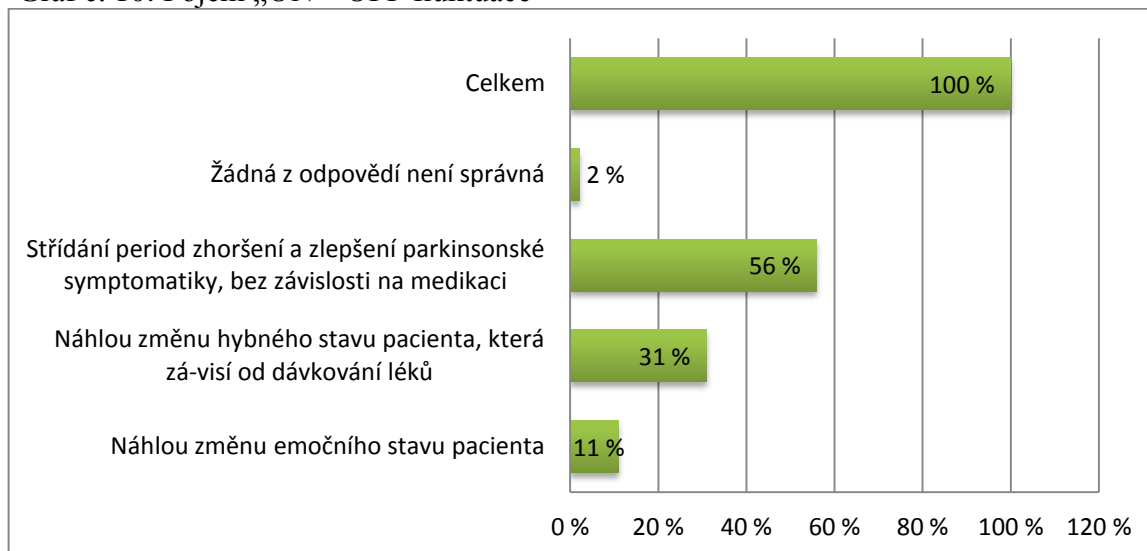
Přesné znění otázky v dotazníku: Pojem „ON – OFF fluktuače“, která se může vyskytovat zejména u pokročilého stádia Parkinsonovy choroby, jako komplikace znamená?

Otázka č. 6 zjišťovala, zdali sestry umí vysvětlit pojem „ON – OFF fluktuače“.

Tab. 10: Pojem „ON – OFF fluktuače“

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Náhlou změnu emočního stavu pacienta | 8 | 11 % |
| Náhlou změnu hybného stavu pacienta, která závisí od dávkování léků | 22 | 31 % |
| Střídání period zhoršení a zlepšení parkinsonské symptomatiky, bez závislosti na medikaci | 39 | 56 % |
| Žádná z odpovědí není správná | 1 | 2 % |
| Celkem | 70 | 100 % |

Graf č. 10: Pojem „ON – OFF fluktuače“



Interpretace výsledků

Pojem „ON – OFF“ fluktuače znamená střídání period zhoršení a zlepšení parkinsonské symptomatiky, bez závislosti na medikaci. Tuto správnou odpověď, jak je zřejmé z výše uvedeného grafu označilo 39 respondentů, což je 56 %. Variantu odpovědi, že „ON – OFF“ fluktuače je změna hybného stavu nemocného, která je závislá na dávkování léků uvedlo

celkem 22 osob, tj. 31 %. 11 % respondentů pak uvedlo, že „ON – OFF“ fluktuace je změna emočního stavu pacienta. Z nabízených odpovědí, byla také uvedena možnost, že žádná z odpovědí není správně. Tato možnost byla označena jednou osobou, tedy 2 %. U této otázky jsem si nebyla jista, zda většina respondentů zvolí správnou odpověď. Tato otázka je náročnější, přesto ji k mému překvapení více než polovina sester zodpověděla správně.

Otázka č. 7: Účinek léčivé látky Levodopy (L-DOPY)

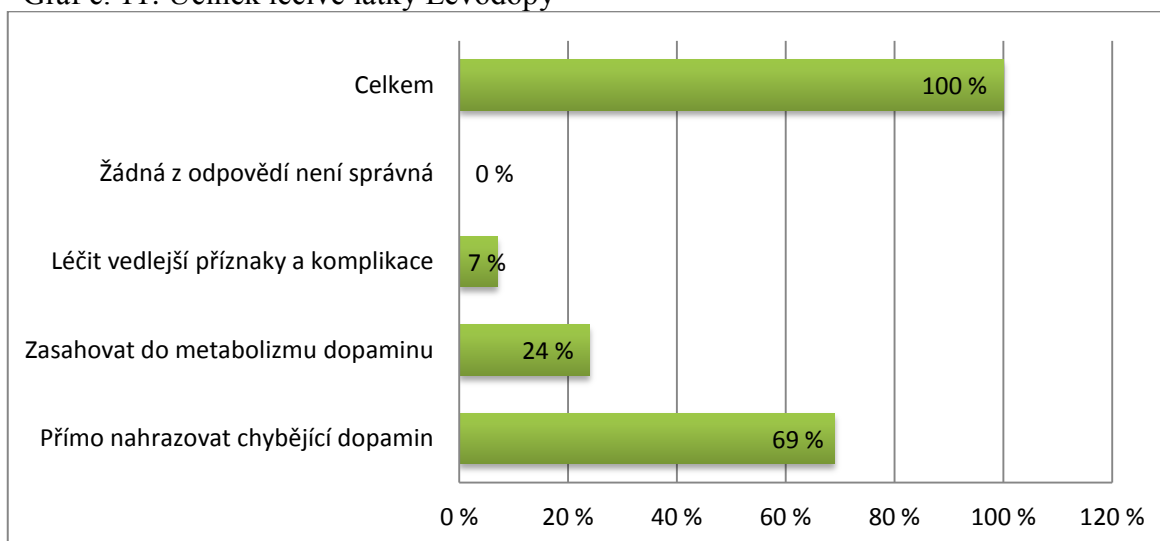
Přesné znění otázky v dotazníku: Levodopa (L-DOPA), která výrazně zlepšuje kvalitu života většiny pacientů v pokročilém stádiu Parkinsonovy choroby má za úkol?

Otázka č. 7. Zjišťovala, zdali sestry znají hlavní účinek Levodopy (L-DOPY).

Tab. 11: Účinek léčivé látky Levodopy

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Přímo nahrazovat chybějící dopamin | 48 | 69 % |
| Zasahovat do metabolismu dopaminu | 17 | 24 % |
| Léčit vedlejší příznaky a komplikace | 5 | 7 % |
| Žádná z odpovědí není správná | 0 | 0 % |
| Celkem | 70 | 100 % |

Graf č. 11: Účinek léčivé látky Levodopy



Interpretace výsledků

Levodopa má za úkol přímo nahrazovat chybějící dopamin. Tuto odpověď uvedlo celkem 48 všeobecných sester, tj. 69 %. Tato odpověď byla správná. Další skupina respondentů odpověděla, že úkolem levodopy je zasahovat do metabolismu dopaminu. Těchto respondentů bylo celkem 17, tedy 24 %. Možnost, že levodopa má za úkol léčit vedlejší příznaky a komplikace uvedlo 5 osob, což je 7 %. Možnost, že ani jedna z odpovědí není správná, neuvedl ani jeden respondent. Většina respondentů tedy ví, v čem funkce této léčivé látky spočívá.

Otázka č. 8: Příklady léků levodopy

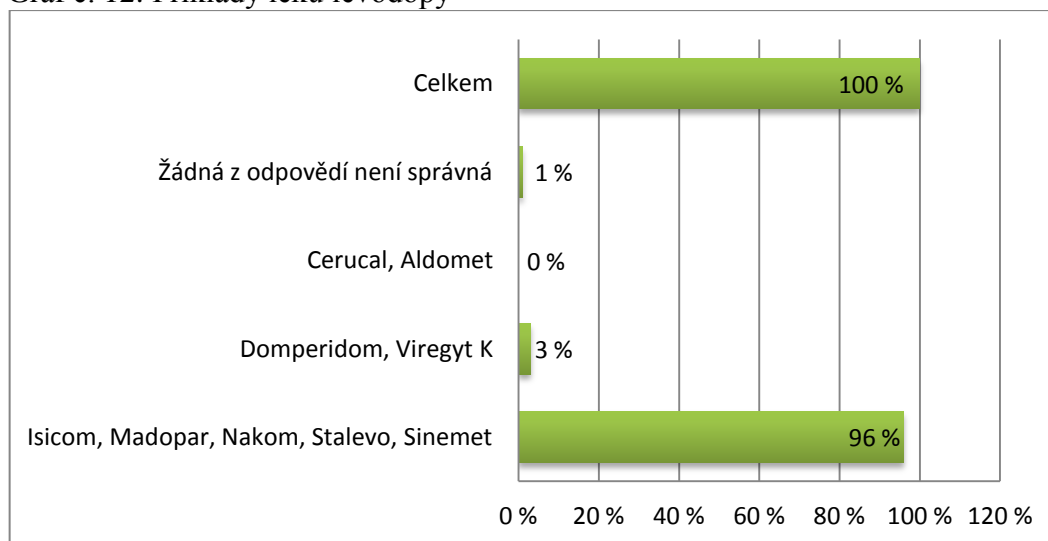
Přesné znění otázky v dotazníku: Mezi léky obsahující levodopu řadíme?

Otázka č. 8 zjišťovala, zdali sestry znají farmaka, v nichž je levodopa obsažena.

Tab. 12: Příklady léků levodopy

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| Isicom, Madopar, Nakom, Stalevo, Sinemet | 67 | 96 % |
| Domperidom, Viregyt K | 2 | 3 % |
| Cerucal, Aldomet | 0 | 0 % |
| Žádná z odpovědí není správná | 1 | 1 % |
| Celkem | 70 | 100 % |

Graf č. 12: Příklady léků levodopy



Interpretace výsledků

Zde bylo správnou odpovědí Isicom, Madopar, Nakom, Stalevo, Sinemet. Na tuto odpověď většina dotazovaných odpověděla správně. Respondentů, kteří tuto možnost zvolili, bylo celkem 67, což je 96 %. Zbylé 3 % tvořily 2 osoby, které odpověděly, že léky, jenž obsahují levodopu jsou Domperidom a Viregyt K. Další možná nabízená farmaka byly Cerucal a Aldomet, zde nebyla zaznamenána žádná odpověď. Jedna osoba odpověděla, že není správná ani jedna z odpovědí. Myslím si, že v této položce je vidět, s jakými farmaky se

sestry na oddělení nejvíce setkávají. Uvedené preparáty v první odpovědi jsou jim tudíž známy podstatně více, než farmaka v jiných možnostech.

Otázka č. 9: Hluboká mozková stimulace

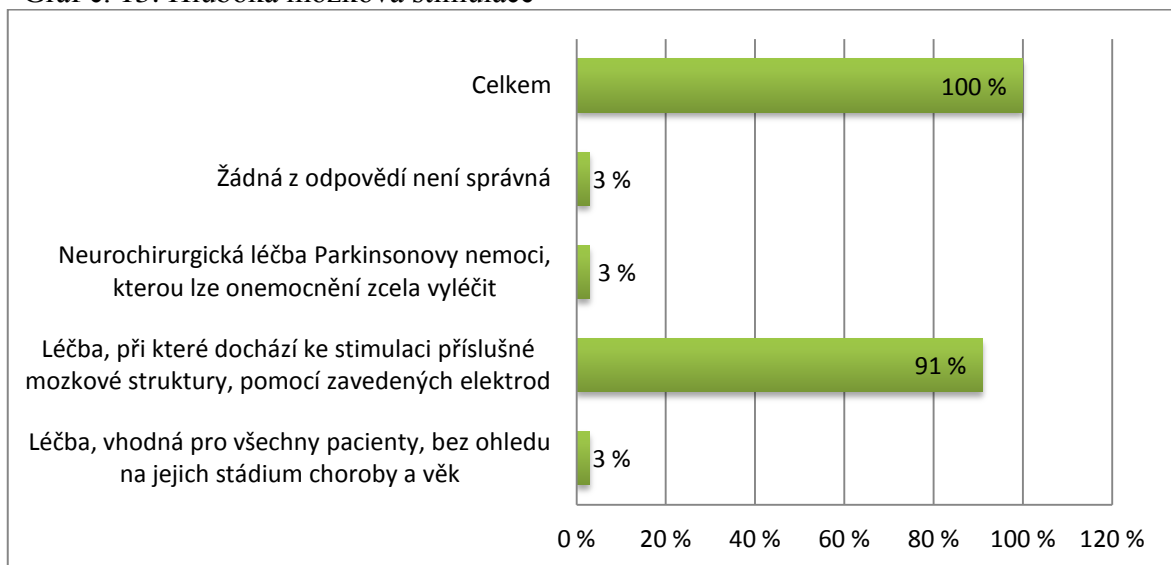
Přesné znění otázky v dotazníku: Hluboká mozková stimulace je?

Otázka č. 9 zjišťovala, zdali sestry umí uvést charakteristiku hluboké mozkové stimulace.

Tab. 13: Hluboká mozková stimulace

| | Absolutní čet- nost | Relativní čet- nost |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Léčba, vhodná pro všechny pacienty, bez ohledu na jejich stádium choroby a věk | 2 | 3 % |
| Léčba, při které dochází ke stimulaci příslušné mozkové struktury, pomocí zavedených elektrod | 64 | 91 % |
| Neurochirurgická léčba Parkinsonovy nemoci, kterou lze onemocnění zcela vyléčit | 2 | 3 % |
| Žádná z odpovědí není správná | 2 | 3 % |
| Celkem | 70 | 100 % |

Graf č. 13: Hluboká mozková stimulace



Interpretace výsledků

Na poslední otázku vědomostního testu, odpovědělo správnou odpovědí 91 % respondentů, což je 64 osob. Správná odpověď zněla, že hluboká mozková stimulace je léčba, při které dochází ke stimulaci příslušné mozkové struktury, pomocí zavedených elektrod. Možnost

odpovědi, že hluboká mozková stimulace je neurochirurgická léčba, kterou můžeme onemocnění zcela vyléčit, byla označena 2 respondenty, tedy 3 %. Že je to léčba vhodná pro všechny nemocné bez ohledu na věk a stádium choroby uvedli taktéž 2 osoby, tj. 3 %. Stejný počet respondentů, jako u předchozích dvou možností, označil v dotazníku odpověď, že žádná z uvedených možností není správná. Z celkového počtu 70- ti respondentů má tedy přehled o moderních metodách neurochirurgické léčby Parkinsonovy choroby 64 respondentů. Považuji to za velmi dobrý výsledek.

6.3 Výsledky z III. části dotazníku

Zde uvádím výsledky z průzkumu, týkající se péče o pacienty s Parkinsonovou nemocí. U otázky č. 4 a 5 byla možnost uvést více odpovědí. Otázka č. 6 byla otázkou polootevřenou. Otázky č. 7 a č. 8 jsem stanovila jako otázky otevřené.

Otázka č. 1: Výskyt pacientů na odděleních

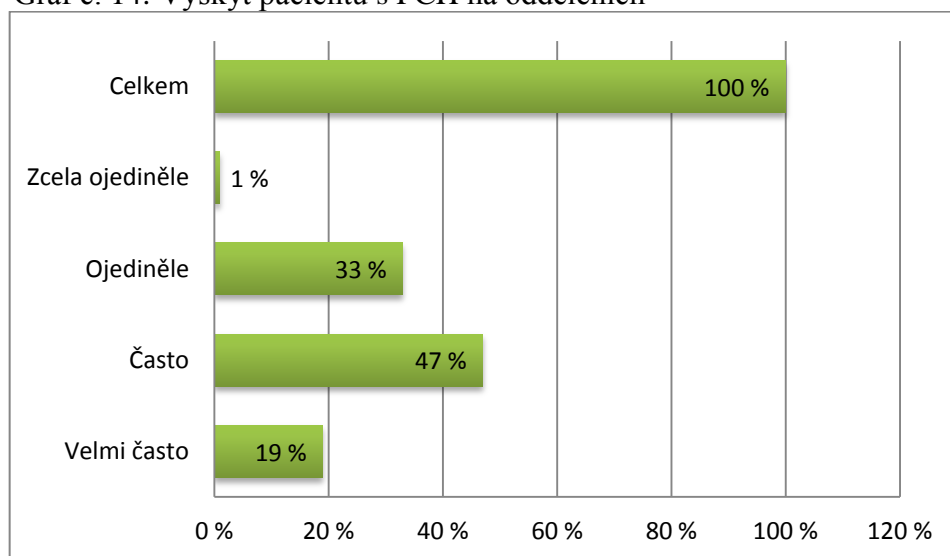
Přesné znění otázky v dotazníku: Jak často se s pacienty s Parkinsonovou chorobou na Vašem pracovišti setkáváte?

Otázka č. 1 zjišťovala, jak často se sestry s pacienty s Parkinsonovou chorobou setkávají na odděleních.

Tab. 14: Výskyt pacientů s PCH na odděleních

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| Velmi často | 13 | 19 % |
| Často | 33 | 47 % |
| Ojediněle | 23 | 33 % |
| Zcela ojediněle | 1 | 1 % |
| Celkem | 70 | 100 % |

Graf č. 14: Výskyt pacientů s PCH na odděleních



Interpretace výsledků

V této otázce byla nejfrekventovanější odpověď, že se všeobecné sestry s pacienty setkávají často. Tuto možnost uvedlo celkem 33 sester, což je 47 %.

Na druhém místě uváděli respondenti, že se s nemocí setkávají ojediněle. Tato skupina byla zastoupena 23 respondenty, tj. 33 %. Odpověď: „velmi často“, pak uvedlo 13 dotazovaných, tedy 19 %. A pouze 1 sestra, tj. 1 %, uvedla, že se s pacientem s Parkinsonovou chorobou setkala zcela ojediněle. Z těchto odpovědí respondentů soudím, že z důvodů poměrně vysoké frekventovanosti je Parkinsonova choroba aktuálním tématem.

Otázka č. 2: Parkinsonova choroba a celoživotního vzdělávání

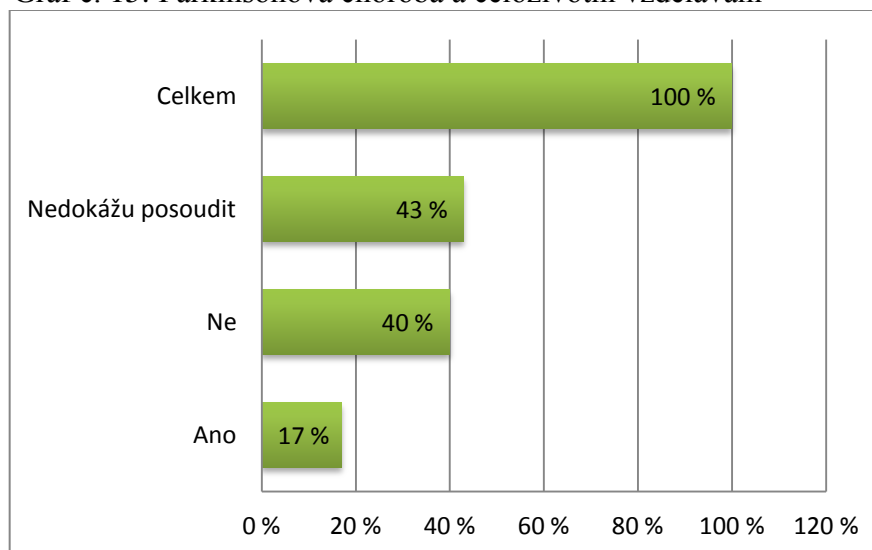
Přesné znění otázky v dotazníku: Domníváte se, že v rámci celoživotního vzdělávání je tématu „Parkinsonova choroba“ věnována dostatečná pozornost?

Otázka č. 2 zjišťovala, zda je podle sester tématu o Parkinsonově chorobě věnována dostatečná pozornost.

Tab. 15: Parkinsonova choroba a celoživotní vzdělávání

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 12 | 17 % |
| Ne | 28 | 40 % |
| Nedokážu posoudit | 30 | 43 % |
| Celkem | 70 | 100 % |

Graf č. 15: Parkinsonova choroba a celoživotní vzdělávání



Interpretace výsledků

Až 40 % dotazovaných, tedy 28 všeobecných sester uvedlo, že se domnívá, že není Parkinsonově chorobě věnována dostatečná pozornost v rámci celoživotního vzdělávání. 30 respondentů, což je 43 %, uvedlo, že tuto situaci nedokáže posoudit. Jednalo se tedy o většinu respondentů. Odpověď ano, zaznamenalo celkem 12 lidí, tj. 17 %.

Otázka č. 3: Vzdělávací akce týkající se Parkinsonovy choroby

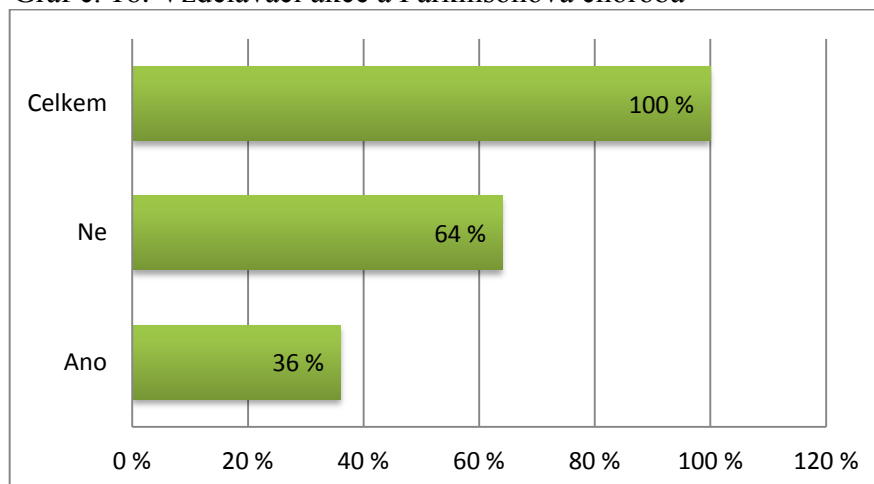
Přesné znění otázky v dotazníku: Zúčastnili jste se nějaké vzdělávací akce, která se týkala Parkinsonovy choroby?

Otázka č. 3 zjišťovala, zdali se sestry zúčastnily vzdělávací akce o Parkinsonově chorobě.

Tab. 16: Vzdělávací akce a Parkinsonova choroba

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 25 | 36 % |
| Ne | 45 | 64 % |
| Celkem | 70 | 100 % |

Graf č. 16: Vzdělávací akce a Parkinsonova choroba



Interpretace výsledků

Ze 70 dotazovaných všeobecných sester více než polovina uvedla, že se nikdy vzdělávací akce na téma „Parkinsonova choroba“ nezúčastnila. Uvedlo to přesně 45 sester, což je 64 %. 25 všeobecných sester svoji účast na vzdělávací akci o Parkinsonově chorobě potvrdila. Tento počet činí 36 %. Zastupuji názor, že by bylo pro všeobecné sestry přínosem, kdyby měly možnost účastnit se přednášky či sezení k tomuto tématu. Navazuji tím také na odpovědi k otázce číslo dvě, kde sestry uvedly, že si myslí, že tomuto tématu není věnována dostatečná pozornost, nebo to nedokážou posoudit. Naskytuje se však otázka, zda by sestry této možnosti využily či nikoli.

Otázka č. 4: Multidisciplinární tým tvoří

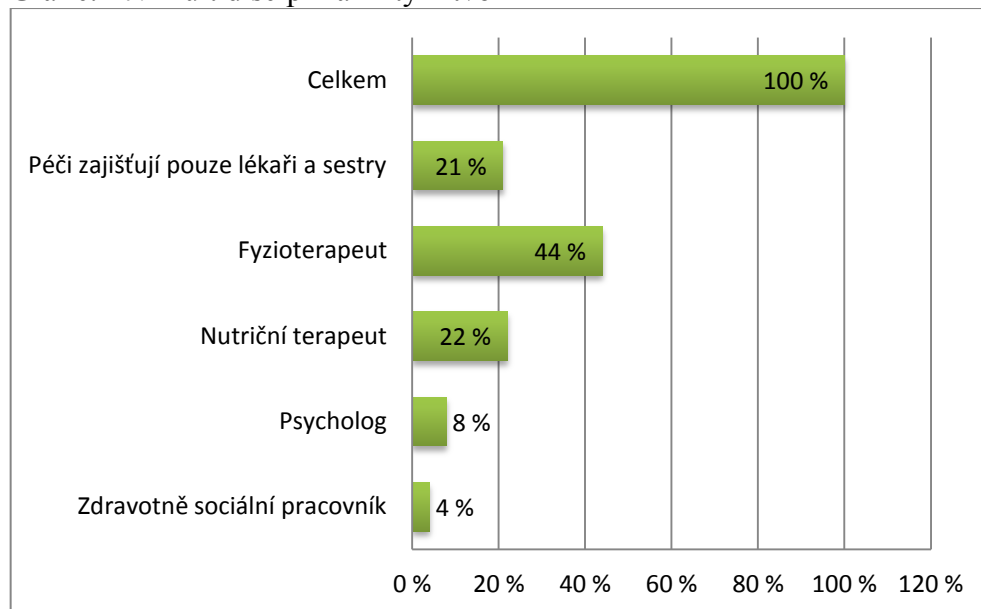
Přesné znění otázky v dotazníku: Součástí multidisciplinárního týmu v péči o pacienty s Parkinsonovou chorobou na Vašem pracovišti jsou kromě sester a lékařů?

Otázka č. 4 zjišťovala, jaké osoby multidisciplinárního týmu, poskytují pacientům s Parkinsonovou chorobou péči.

Tab. 17: Multidisciplinární tým tvoří

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Zdravotně sociální pracovník | 4 | 4 % |
| Psycholog | 8 | 8 % |
| Nutriční terapeut | 21 | 22 % |
| Fyzioterapeut | 42 | 44 % |
| Péči zajišťují pouze lékaři a sestry | 20 | 21 % |
| Celkem | 95 | 100% |

Graf č. 17: Multidisciplinární tým tvoří



Interpretace výsledků

Z výše uvedené tabulky a grafu pozorujeme, že součástí multidisciplinárního týmu jsou nejčastěji fyzioterapeuti. Tato možnost obsahovala celkem 42 odpovědí, tedy

44 %. Druhou nejčastější osobou multidisciplinárního týmu je uveden nutriční terapeut. Ten byl zaznamenán 21 odpověďmi, tedy 22 %. Možnost, že péče je zajišťována pouze sestrami a lékaři, byla označena celkem 20 krát, tj. 21 %. Psycholog jako součást týmu na pracovišti byl uváděn pouze 8 krát, to činí 8 %. Nejmenší zastoupení měl zdravotně sociální pracovník, který byl uveden asi 4 % z dotazovaných odpovědí, tedy 4 krát. Odpovědi u této otázky mě velice zajímaly. Důvod byl především ten, že já osobně jsem se setkala pouze s tím, že práci zajišťovaly sestry, lékaři a fyzioterapeuti. S dalšími uvedenými pracovníky jsem se během své praxe v KNTB nikdy nesetkala.

Otázka č. 5: Denní aktivita zabírající nejvíce času

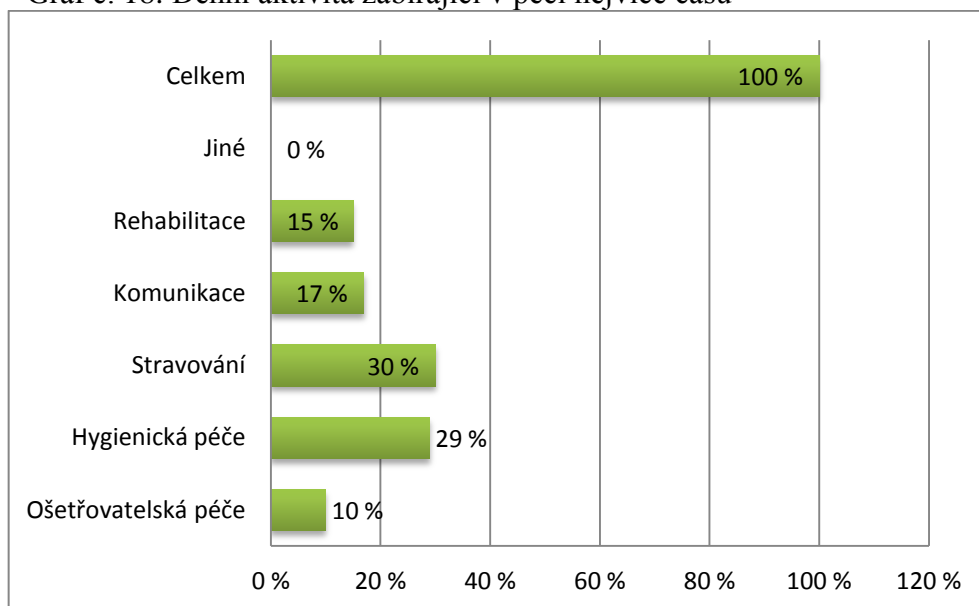
Přesné znění otázky v dotazníku: Která z denních aktivit Vám u pacientů s Parkinsonovou chorobou zabírá nejvíce času?

Otázka č. 5 zjišťovala, která z denních aktivit je pro sestry nejvíce časově náročná.

Tab. 18: Denní aktivita zabírající v péči nejvíce času

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| Ošetrovatelská péče | 16 | 10 % |
| Hygienická péče | 48 | 29 % |
| Stravování | 51 | 30 % |
| Komunikace | 28 | 17 % |
| Rehabilitace | 25 | 15 % |
| Jiné | 0 | 0 % |
| Celkem | 168 | 100 % |

Graf č. 18: Denní aktivita zabírající v péči nejvíce času



Interpretace výsledků

V této položce je uváděno, že nejvíce časově náročnou z denních aktivit je stravování. Bylo zde uvedeno celkem 51 odpovědí, což je 30 %. Jako druhá nejnáročnější aktivita na čas byla uvedena hygienická péče. Tato možnost odpovědi byla zaznamenána počtem 48

respondentů, což tvoří 29 %. Na třetím místě byla uváděna komunikace. Tuto skupinu tvořilo 28 odpovědí, tedy 17 %. Dále pak byla uváděna rehabilitace, tu tvořilo celkem 25 odpovědí, tj. 15 %. Nejméně na čas náročnou aktivitou pro sestry, je podle tabulky a grafu ošetrovatelské péče. Tato varianta byla označena celkem 16 krát, tj. 10 %. Jiné denní aktivity nebyly uvedeny. S uvedenými odpověďmi respondentů se shodují a tento výsledek, jsem celkem předpokládala. Domnívala jsem se však, že více odpověďmi bude zastoupena rehabilitace. Tu považuji taktéž za jednu z velmi časově náročných aktivit.

Otázka č. 6: Zvýšená pozornost sestry v některých oblastech péče

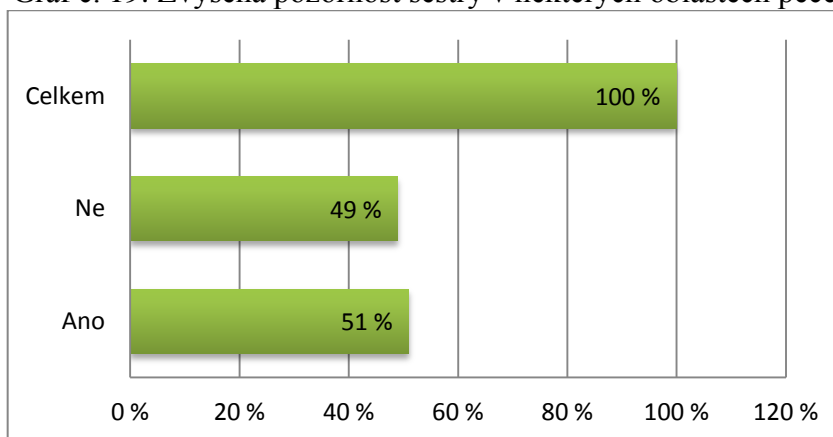
Přesné znění otázky v dotazníku: Domníváte se, že jsou oblasti, kterým by všeobecná sestra měla věnovat zvýšenou pozornost?

Otázka č. 6 zjišťovala, zdali sestry považují za důležité, věnovat se některým oblastem péče důkladněji.

Tab. 19: Zvýšená pozornost sestry v některých oblastech péče

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 36 | 51 % |
| Ne | 34 | 49 % |
| Celkem | 70 | 100 % |

Graf č. 19: Zvýšená pozornost sestry v některých oblastech péče



Interpretace výsledků

U otázky č. 6 měli respondenti zaznamenat, zdali jsou oblasti, kterým by všeobecná sestra, měla věnovat při péči o pacienta s Parkinsonovou chorobou zvýšenou pozornost. Pokud zaznamenali respondenti odpověď ano, byla jim kladena ještě otázka, o jaké konkrétní oblasti se jedná. Možnost „ANO“, uvedlo 36 respondentů. Tedy 51 % dotazovaných se domnívalo, že by pacientům s Parkinsonovou chorobou, měla být věnována zvýšená pozornost při péči v určitých oblastech. Uváděli zde zejména oblast vyprazdňování, rehabilitace, pitného režimu a nácviku mimického svalstva. Naopak možnost „ne“, uvedlo 34 respondentů, což tvoří 49 %. Obě dvě možnosti odpovědí tvořily přibližně stejný počet

respondentů. Při kladení tohoto dotazu, jsem byla přesvědčena, že většina respondentů bude uvádět právě možnost „ANO“.

Otázka č. 7: Více času při uspokojování potřeb

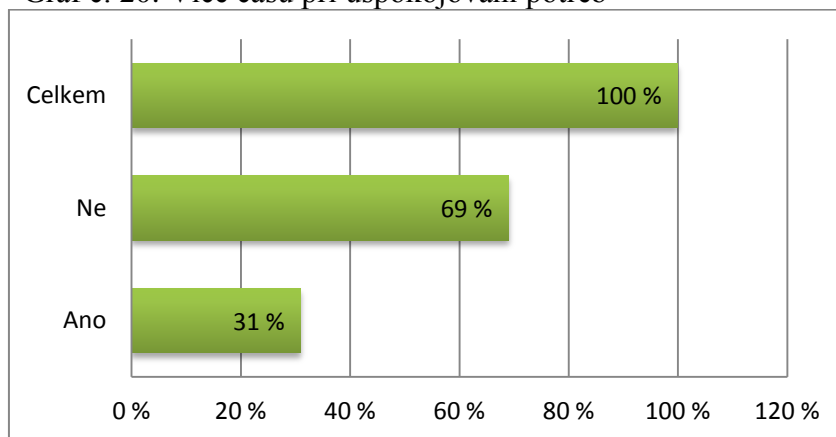
Přesné znění otázky v dotazníku: Věnujete pacientům s Parkinsonovou chorobou více času při uspokojování jejich potřeb než pacientům s jiným onemocněním?

Otázka č. 7 zjišťovala, zdali sestry pacientů s Parkinsonovou chorobou věnují více času, než pacientům s jiným onemocněním.

Tab. 20: Více času při uspokojování potřeb

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Ano | 22 | 31 % |
| Ne | 48 | 69 % |
| Celkem | 70 | 100 % |

Graf č. 20: Více času při uspokojování potřeb



Interpretace výsledků

Skupinu, která věnuje více času při uspokojování potřeb pacientům s Parkinsonovou nemocí, než pacientům s jiným onemocněním, tvoří 22 respondentů. Což je 31 % z celkového počtu dotazovaných. Dalších 48 respondentů, tj. 69 % uvedlo, že více času pacientům s Parkinsonovou chorobou, než jiným pacientům nevěnuje. Tuto odpověď často doplňovaly poznámkami, že je to z časových důvodů a především z nedostatku personálu.

Otázka č. 8: Parkinsonova choroba a zkušenosti sester

Přesné znění otázky v dotazníku: Jaká je Vaše osobní zkušenost v péči o pacienty postižené Parkinsonovou chorobou?

Otázka č. 8 zjišťovala, zkušenosti sester v oblasti péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou.

Interpretace výsledků

Tato otázka byla pro respondenty otázkou otevřenou. Mohli tak předat osobní názory a zkušenosti. Na tuto otázku odpovědělo ze 70 dotazovaných 22 osob, což je 15,4 %. Zde uvedu některé z jednotlivých odpovědí respondentů:

„Péče o tyto pacienty je velice náročná, pacienti vyžadují individuální přístup, prognóza onemocnění je nejistá. Část pacientů je opakovaně hospitalizována, je na ně bohužel málo času.“

„Bohužel pacienti jsou často neukáznění v braní léků – nedodržují časový harmonogram.“

„Pacienti s touto chorobou vyžadují hodně trpělivosti a času, který ačkoli bychom jim chtěli poskytnout, poskytnout nemůžeme. Neumožňuje to zařízení z důvodu nízké personální kapacity.“

„Velmi náročná péče ať po stránce fyzické tak psychické. Je nutné mít s těmito pacienty velkou trpělivost, nutno dodržovat dávky L-DOPA. Nutná spolupráce s neurologem. Je nutné dodržovat jejich denní rituály, každá změna má na ně negativní dopad.“

Otázka č. 9: Názory a připomínky

Přesné znění otázky v dotazníku: Prosím o uvedení Vašich názorů a připomínek k tomuto tématu.

Otázka č. 9 zjišťovala názory a připomínky sester k tématu „Parkinsonova choroba“.

Interpretace výsledků

Poslední otázka dotazníku byla také otevřená. Dotazovaní zde mohli volně uvést své připomínky a názory k danému tématu. Tato možnost byla využita pouze dvěma respondenty:

„Tato nemoc je velmi rozšířená, bylo by dobré se o ní dozvědět více“.

„Zajímavé téma, ale málo známé, bylo by dobré věnovat mu více pozornosti.“

7 DISKUSE

Pomocí dotazníkového šetření, které jsem v KNTB ve Zlíně provedla, jsem zjistila následující údaje. Nejpočetnější skupinu tj. 24 osob, tvořili respondenti z interního oddělení. Oddělení neurologie uvedlo 16 respondentů. 15 osob, pak uvedlo jako své pracoviště, oddělení geriatrické a stejný počet pak uvedl, jako své pracoviště LDN. Nejčastější věk respondentů byl od 31 do 50 let. Dále pak největší zastoupení respondentů měli pracovníci ve věku od 24 do 30 let. Sester, které vyplnily dotazník, bylo ve věku 19 – 23 let celkem 9. Stejně početnou skupinu pak tvořily sestry ve věku 51- 65 let. Nejčastějším vzděláním sester je střední odborné vzdělání. Dále je pak často uváděno vzdělání vyšší odborné a vzdělání vysokoškolské. Je zajímavé, že počet sester s bakalářským stupněm vzdělání, je přibližně stejný, jako počet sester s magisterským vzděláním. Zde jsem se mylně domnívala, že sestry, které mají vysokoškolské studium magisterské, je podstatně méně. Doba praxe respondentů je nejčastější od 2 do 8 let. Na druhé místo pak respondenti uváděli délku praxe od 16 let a více.

Cíl č. 1: Zjistit úroveň znalostí o Parkinsonově chorobě u všeobecných sester v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., ve Zlíně.

Jeden z prvních cílů, který jsem si pro svoji bakalářskou práci zvolila, bylo zmapovat úroveň znalostí o Parkinsonově chorobě z pohledu všeobecných sester z KNTB ve Zlíně. Je všeobecně známo, že dobré teoretické znalosti, jsou základem pro poskytování kvalitní péče o pacienta. Analýzu a výsledky vědomostního dotazníku, který byl pro splnění tohoto cíle nezbytný, jsem uvedla v grafech a tabulkách číslo 1 – 9 v jeho II. části. Dle výsledků testu vyšel vědomostní dotazník pozitivně. Kromě otázky č. 4, kde většina respondentů, zvolila špatnou odpověď, byly všechny otázky větším množstvím dotazovaných zodpovězeny správně. Úroveň znalostí sester je tedy velmi dobrá. Nejlepší výsledky testu podávaly sestry zejména z LDN a neurologického i geriatrického oddělení. Domnívám se, že je to dáno, zejména z důvodů nejfrekventovanějšího setkávání se s pacienty s Parkinsonovou chorobou. Co se týká vzdělanosti, sestry s vyšším či vysokoškolským stupněm studia uspěly v testu lépe, než respondenti, kteří měli pouze střední odborné vzdělání s maturitou. Ukázalo se také, že vliv na znalosti má určitým způsobem i délka praxe ve zdravotnictví. Nejslabší výsledky podávaly sestry, které pracují ve zdravotnictví do jednoho roku. Sestry s víceletou praxí odpovídaly na dotazy podstatně lépe.

Cíl č. 2: Zmapovat, jak často se všeobecné sestry na oddělení setkávají s pacienty s Parkinsonovou chorobou.

Druhým cílem jsem chtěla vyzkoumat, jak často se sestry s pacienty s Parkinsonovou chorobou setkávají na odděleních. Tento cíl jsem pečlivě analyzovala v III. části svého dotazníku v otázce č. 1. Pomocí tohoto šetření, jsem dospěla k závěru, že 33 respondentů, což činí 47 %, se s pacienty s Parkinsonovou nemocí setkávají často. 13 respondentů, tj. 19 % uvedlo, že se s takto nemocnými pacienty setkává velmi často. Tyto dvě odpovědi volili především respondenti z geriatrického, neurologického oddělení a oddělení LDN. Ojedinele se s pacienty s Parkinsonovou chorobou setkala 23 sester, tedy 33 %. Tato možnost byla zaznamenána sestrami, zejména na interním oddělení. Na možnost, že se s pacienty sestry setkávají zcela ojedinele, odpověděla jedna osoba, tedy 1 %. Ukázalo se, že Parkinsonova choroba je aktuálním tématem a je důležité, aby se sestry v této oblasti vzdělávaly.

Cíl č. 3: Identifikovat a popsat zkušenosti všeobecných sester s pacienty s Parkinsonovou chorobou.

Třetí cíl jsem si stanovila, z důvodu zjištění zkušeností sester s péčí o pacienty s Parkinsonovou chorobou. Ke zjištění tohoto cílu, jsem stanovila otázky v III. části dotazníku. Jednalo se o otázky číslo 4 – 9. V otázce č. 8, jsou zobrazeny, jednotlivé vybrané odpovědi respondentů.

Z průzkumu této části vyplývá, že pilířem pro zajišťování péče na oddělení jsou tedy nejčastěji sestry a lékaři, fyzioterapeuti a v některých případech i nutriční terapeuti. Bohužel, alarmující je fakt, že psychologové a zdravotně sociální pracovníci mají na péči o pacienty velmi nízký podíl. Přičemž si myslím, že zde je jejich úloha nezastupitelná a velmi potřebná. Nejnáročnější denní aktivitou je tedy, zejména oblast stravování, hygieny a komunikace. Domnívám se, že komunikaci uvedli respondenti, především pro to, že pacient má zejména v těžkých stádiích choroby, problémy s vyjadřováním. Považuji za velmi důležité, aby byly pacientům na oddělení k dispozici pomůcky, díky nimž se nemocný může vyjádřit i mimoslovní komunikací. Zde je, ale také nezbytné, aby se sestry s nimi naučily pracovat. Velmi často jsou totiž pomůcky na oddělení k dispozici, ale sestry je obvykle nepoužívají. Zvýšenou pozornost věnují sestry oblastem jako je vyprazdňování, dodržování pitného režimu a přesnému podávání léků. Průzkum dále ukazuje, že většina sester se z časového hlediska věnuje nemocným s Parkinsonovou chorobou stejně, jako pacientům

s jiným onemocněním. Přesto, že uvádí, že by se těmto pacientům chtěly věnovat intenzivněji, jejich pracovní vytíženost jim to neumožňuje. Sestry poukazují zejména na důležitost individuálního přístupu a také na potřebu zvýšeného dohledu na pacienta (především z důvodu rizika pádu). Dále sestry v dotazníku zmiňují, že farmakologická léčba se musí u pacienta striktně dodržovat a že někteří nemocní jsou v tomto směru nezodpovědní. Nejpočetnější zastoupení mělo v dotazníkovém šetření, však jedno slovo. Tím slovem byla „trpělivost“, tedy lidská vlastnost, která je v péči o tyto pacienty opravdu nutností.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Ve své bakalářské práci jsem zjišťovala úroveň znalostí o Parkinsonově chorobě u všeobecných sester, které pracují na interním, neurologickém, geriatrickém oddělení a v léčebně dlouhodobě nemocných v KNTB ve Zlíně. Z výsledků průzkumu vyplývá, že úroveň teoretických znalostí u všeobecných sester o Parkinsonově chorobě je velmi dobrá. Problémy se vyskytly především v neznalosti, že Parkinsonova choroba postihuje častěji muže. Průzkum dále ukazuje, že většina všeobecných sester se s pacienty s Parkinsonovou chorobou na svém pracovišti setkává často. V popisu a identifikaci svých zkušeností, uváděly sestry nejčastěji odpovědi, že péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou je velice náročná a vyžaduje individuální přístup. Mnoho sester, také uvedlo, že je tato tematika velice zajímavá a chtěly by se o ní dozvědět více. Cíle mé bakalářské práce byly tedy splněny. Na základě pozitivních výsledků průzkumu, jsem se rozhodla předat výsledky dotazníkového šetření vedení Krajské nemocnice T. Bati a. s. ve Zlíně.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byla Parkinsonova choroba z pohledu všeobecné sestry. Z výsledků šetření vyplývá, že sestry mají o Parkinsonově chorobě velmi dobré znalosti. Dále výsledky průzkumu ukazují, že se sestry s pacienty na svých odděleních setkávají často. V bakalářské práci byly také identifikovány a popsány jednotlivé vybrané zkušenosti sester.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá samotnými příznaky choroby, diagnostikou a léčbou. Součástí této kapitoly je také role všeobecné sestry nebo pečovatele. Uvádím zde specifika ošetrovatelské péče v jednotlivých potřebách. Do teoretické části své práce jsem také zařadila informace o sociální pomoci a sociálních službách, na které má každý pacient právo. Dále pak uvádím stručnou charakteristiku jednotlivých organizací, jejichž úkoly je zlepšovat kvalitu života nemocného. Jedná se zejména o evropskou organizaci EPDA a celorepublikovou organizaci: „Společnost Parkinson“.

V praktické části své práce, vyhodnocuji dotazníkové šetření, realizováno u všeobecných sester. Průzkum pomocí dotazníku, byl realizován v léčebně dlouhodobě nemocných, dále pak na interním, geriatrickém a neurologickém oddělení v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. ve Zlíně. V praktické části jsou obsaženy zdroje dat, způsob šetření, jednotlivé analýzy a výsledky průzkumu.

Výsledky mé bakalářské práce budou poskytnuty vedení Krajské nemocnice T. Bati a. s. ve Zlíně.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Tištěné zdroje:

- 1) BENETIN, Ján a Peter VALKOVIČ, 2009. *Parkinsonova choroba*. Bratislava: Herba. ISBN 978-80-89171-65-1.
- 2) BERGER, Jiří, Zbyněk KALITA a Igor ULČ, 2000. *Parkinsonova choroba*. Praha: MAXDORF. ISBN 80-85912-13-9.
- 3) BONNET, Anne-Marie a Thierry HERGUETA, 2012. *Parkinsonova choroba: rady pro nemocné a jejich blízké*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0155-7.
- 4) DANIELOVÁ, Jaroslava. *Příspěvek na péči a dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením*. České Budějovice, 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Teologická fakulta, Katedra praktické teologie. Vedoucí bakalářské práce Jana Šimečková.
- 5) DOSTÁL, Václav a Eva CHVÍSTKOVÁ, 2010. *Výživa u Parkinsonovy nemoci*. Praha: Mladá fronta. ISBN: 13-978-80-204-2362-7.
- 6) DVOŘÁK, Jiří a Alena ŠMEJKALOVÁ, 2008. *Zákon o sociálních službách*. Parkinson: odborný časopis společnosti Parkinson. Roč. 6, č. 19. ISSN 1212-0189.
- 7) HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum - Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- 8) HOLMEROVÁ, Iva et al., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Vyd. 3. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.
- 9) IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ, 2005. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1212-1.
- 10) KALVACH, Zdeněk et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
- 11) KAŇOVSKÝ, Petr a Kateřina FARNÍKOVÁ, 2010. *Farmakoterapie pokročilé Parkinsonovy nemoci ve světle doporučených postupů*. Neurologie pro praxi: odborný časopis pro lékaře. Roč. 11, č. 4. ISSN 1213-1814.
- 12) KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- 13) MACHÁČKOVÁ, Dagmar a Marie KOTTOVÁ, 2009. *Pacienti s „Parkinsonem“ vyžadují individuální péči*. Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Roč. 11, č. 4. ISSN 1210-0404.

- 14) NOVOTNÁ, Jana a Jitka LAHOLOVÁ, 2009. *Výživa ve stáří*. Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Roč. 11, č. 1. ISSN 1210-0404.
- 15) POLEDNÍKOVÁ, Lubica et al., 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetřovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-208-1.
- 16) PURŠOVÁ, Martina a Jan ROTH, 2011. *Parkinsonova choroba – komplexní fyzioterapeutický pohled*. Praha: Novartis.
- 17) REKTOR, Ivan a Irena REKTOROVÁ, 1999. *Parkinsonova nemoc a příbuzná onemocnění v praxi*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-026-2.
- 18) REKTOROVÁ, Irena, 2009. *Současné možnosti diagnostiky a terapie Parkinsonovy nemoci*. Neurologie pro praxi: odborný časopis pro lékaře. Roč. 10, č. 1. ISSN 1213-1814.
- 19) ROTH, Jan et al., 2009. *Parkinsonova nemoc*. Vyd. 4. Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-178-3.
- 20) ROTH, Jan a Evžen RŮŽIČKA, 2005. *Život s Parkinsonovou nemocí: informace a praktické rady pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Novartis.
- 21) RŮŽIČKA, Evžen et al., 2000. *Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-048-7.
- 22) RŮŽIČKA, Evžen et al., 2004. *Parkinsonova nemoc: doporučené postupy diagnostiky a léčby. II. Pozdní stádium*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-298-6.
- 23) SCHWARZ, Shelley Peterman, 2008. *Parkinsonova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2321-1.
- 24) ŠPIRUDOVÁ et al., 2006. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1213-X.
- 25) TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.
- 26) TOTHOVÁ, Valérie et al., 2009. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-286-1.
- 27) TOMAGOVÁ, Martina et al., 2008. *Potřeby v ošetřovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-270-0.
- 28) TRACHTOVÁ, Eva et al., 2004. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-324-4.

- 29) VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
- 30) ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.
- 31) ZAMIŠKOVÁ, Eva et al., 2009. *Poruchy řeči u Parkinsonovy choroby*. *Neurologie pro praxi: odborný časopis pro lékaře*. Roč. 11, č. 2. ISSN 1213-1814.

Internetové zdroje:

- 32) Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Zdravotní postižení*. [on-line]. [cit. 2013-10-04]. Dostupné z: < <http://www.mpsv.cz/cs/8> =>.
- 33) Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Sociální služby*. [on-line]. [cit. 2013-10-04]. Dostupné z: < <http://www.mpsv.cz/cs/9> =>.
- 34) Parkinson klub Brno. *Evropská asociace Parkinsonovy nemoci*. [on-line]. [cit. 2013-10-04]. Dostupné z: < <http://www.parkinson-brno.cz/epda.php> =>.
- 35) Neurologie pro praxi. *Neurologové se ptají*. [on-line]. [cit. 2013-10-04]. Dostupné z: <<http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/06/16.pdf> =>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

| | |
|--------|--|
| CT | Computed Tomography, počítačová tomografie |
| CNS | Centrální nervový systém |
| č. | číslo |
| ČR | Česká republika |
| EPDA | European Parkinson's Disease Association |
| et al. | kolektiv autorů |
| Hz | hertz |
| KNTB | Krajská nemocnice T. Bati, a. s. |
| LDN | Léčebna dlouhodobě nemocných |
| L-DOPA | levodopa |
| MRI | Magnetic resonance imaging, magnetická rezonance |
| obr | obrázek |
| PCH | Parkinsonova choroba |
| PET | Pozitronová emisní tomografie |
| s. | strana |
| SPECT | Single Photon Emission Computed, jednofotonová emisní výpočetní tomografie |
| tab. | tabulka |
| tj. | to jest |
| tbl. | tableta |
| tzv. | takzvaný/á |
| TP | tělesně postižený |
| ZTP | zdravotně tělesně postižený |
| ZTP/P | zdravotně tělesně postižený, potřebující průvodce |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|--|----|
| Obr. 1 Klidový třes | 12 |
| Obr. 2 Typické držení těla pacienta s PCH..... | 13 |
| Obr. 3 Hluboká mozková stimulace | 21 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tab. 1: Věk respondentů | 39 |
| Tab. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání | 41 |
| Tab. 3: Délka praxe ve zdravotnictví | 43 |
| Tab. 4: Typ oddělení | 44 |
| Tab. 5: Charakteristika Parkinsonovy choroby | 45 |
| Tab. 6: Příznaky Parkinsonovy choroby | 47 |
| Tab. 7: Výskyt Parkinsonovy choroby | 49 |
| Tab. 8: Výskyt Parkinsonovy choroby dle pohlaví | 50 |
| Tab. 9: Chůze při Parkinsonově chorobě | 51 |
| Tab. 10: Pojem „ON – OFF fluktuace“ | 53 |
| Tab. 11: Účinek léčivé látky Levodopy | 55 |
| Tab. 12: Příklady léků levodopy | 56 |
| Tab. 13: Hluboká mozková stimulace | 58 |
| Tab. 14: Výskyt pacientů s PCH na odděleních | 60 |
| Tab. 15: Parkinsonova choroba a celoživotní vzdělávání | 62 |
| Tab. 16: Vzdělávací akce a Parkinsonova choroba | 63 |
| Tab. 17: Multidisciplinárního tým tvoří | 64 |
| Tab. 18: Denní aktivita zabírající v péči nejvíce času | 66 |
| Tab. 19: Zvýšená pozornost sestry v některých oblastech péče | 68 |
| Tab. 20: Více času při uspokojování potřeb | 70 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|---|----|
| Graf č. 1: Věk respondentů | 39 |
| Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání | 41 |
| Graf č. 3: Délka praxe ve zdravotnictví | 43 |
| Graf č. 4: Typ oddělení | 44 |
| Graf č. 5: Charakteristika Parkinsonovy choroby..... | 45 |
| Graf č. 6: Příznaky Parkinsonovy choroby | 47 |
| Graf č. 7: Výskyt Parkinsonovy choroby..... | 49 |
| Graf č. 8: Výskyt Parkinsonovy choroby dle pohlaví..... | 50 |
| Graf č. 9: Chůze při Parkinsonově chorobě | 51 |
| Graf č. 10: Pojem „ON – OFF fluktuace“ | 53 |
| Graf č. 11: Účinek léčivé látky Levodopy | 55 |
| Graf č. 12: Příklady léků levodopy | 56 |
| Graf č. 13: Hluboká mozková stimulace | 58 |
| Graf č. 14: Výskyt pacientů s PCH na odděleních | 60 |
| Graf č. 15: Parkinsonova choroba a celoživotní vzdělávání..... | 62 |
| Graf č. 16: Vzdělávací akce a Parkinsonova choroba | 63 |
| Graf č. 17: Multidisciplinární tým tvoří..... | 64 |
| Graf č. 18: Denní aktivita zabírající v péči nejvíce času | 66 |
| Graf č. 19: Zvýšená pozornost sestry v některých oblastech péče | 68 |
| Graf č. 20: Více času při uspokojování potřeb | 70 |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. I: Dotazník

PŘÍLOHA I. DOTAZNÍK

Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Svatava Klubusová a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Zabývám se bakalářskou prací na téma „Parkinsonova choroba z pohledu všeobecné sestry“. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, jehož výsledky budou součástí mé bakalářské práce. Odpovědi budou ve výsledku vyjádřeny v procentech nebo číslech, a tudíž zcela anonymně. Pokud není uvedeno jinak, zaznačte vždy jen jednu odpověď.

Předem Vám děkuji za spolupráci a čas, který jste dotazníku věnovali.

Nyní prosím o zaškrtnutí vhodných odpovědí.

I. Část dotazníku

1. Kolik je vám let:

- a) 19 – 23 let
- b) 24 – 30 let
- c) 31 – 50 let
- d) 51 – 65 let

2. Uvedte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Střední odborné vzdělání ukončené maturitní zkouškou
- b) Vyšší odborné vzdělání ukončené absolutoriem
- c) Vysokoškolské vzdělání ukončené obhajobou bakalářské práce a státní závěrečnou zkouškou
- d) Vysokoškolské vzdělání ukončené obhajobou diplomové práce a státní závěrečnou zkouškou
- e) Jiné, uveďte:

3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví:

- a) Do 1 roku
- b) 2 – 8 let
- c) 9 – 15 let
- d) 16 a více let

4. Typ oddělení, na kterém pracujete:

- a) Geriatrické oddělení
- b) Léčebna dlouhodobě nemocných
- c) Interní oddělení
- d) Neurologické oddělení

II. Část dotazníku

1. Parkinsonova choroba je:

- a) Chronické, pomalu se rozvíjející onemocnění, které můžeme vyléčit
- b) Degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy, které vzniká z nedostatku dopaminu v mozku - látky přenášející nervové vzruchy
- c) Degenerativní onemocnění, které nepostihuje oblast mozku
- d) Žádná z odpovědí není správná

2. Mezi typické příznaky Parkinsonovy choroby patří:

- a) Poruchy paměti, zapomnětlivost, zmatenost
- b) Klidový třes, svalová ztuhlost, poruchy postoje a chůze, zpomalenost, chudost a omezení rozsahu pohybů
- c) Mimovolní, kroutivé a šubavé pohyby končetin
- d) Žádná z odpovědí není správná

3. Parkinsonova choroba se nejčastěji vyskytuje:

- a) Po 70. roce věku
- b) Do 40. let věku
- c) Mezi 50. -60. rokem věku
- d) Žádná z odpovědí není správná

4. Parkinsonova choroba postihuje častěji:

- a) Ženy
- b) Muže
- c) Pohlaví nehraje roli
- d) Nevím

5. Chůze při Parkinsonově nemoci:

- a) Není výrazně postižená v průběhu celého onemocnění
- b) Problémy s chůzí nastávají zejména v časných stádiích onemocnění
- c) Vyskytuje se u pokročilých stádií Parkinsonovy choroby. Chůze je pomalá, s malými krůčky a obtížným otáčením se na místě
- d) Žádná z odpovědí není správná

6. Pojem „ON - OFF fluktuační“, která se může vyskytovat zejména u pokročilého stádia Parkinsonovy choroby, jako komplikace znamená:

- a) Náhlou změnu emočního stavu pacienta
- b) Náhlou změnu hybného stavu pacienta, která závisí od režimu dávkování léků
- c) Střídání period zhoršení a zlepšení parkinsonské symptomatiky, bez závislosti na medikaci
- d) Žádná z odpovědí není správná

7. Levodopa (L-DOPA), která výrazně zlepšuje kvalitu života většiny pacientů v pokročilém stádiu Parkinsonovy choroby má za úkol:

- a) Přímo nahrazovat chybějící dopamin
- b) Zasahovat do metabolismu dopaminu
- c) Léčit vedlejší příznaky a komplikace
- d) Žádná z odpovědí není správná

8. Mezi léky obsahující Levodopu řadíme:

- a) Isicom, Madopar, Nakom, Stalevo, Sinemet
- b) Domperidom, Viregyt K
- c) Cerucal, Aldomet
- d) Žádná z odpovědí není správná

9. Hluboká mozková stimulace je:

- a) Léčba vhodná pro všechny pacienty, bez vzhledu na jejich stádium choroby a věk
- b) Léčba, při které dochází ke stimulaci příslušné mozkové struktury, pomocí zavedených elektrod
- c) Neurochirurgická léčba Parkinsonovy nemoci, kterou lze onemocnění zcela vyléčit
- d) Žádná odpověď není správná

III. Část dotazníku

1. Jak často se s pacienty s Parkinsonovou chorobou na Vašem pracovišti setkáváte?

- a) Velmi často
- b) Často
- c) Ojedinele
- d) Zcela ojedinele

2. Domníváte se, že v rámci celoživotního vzdělávání je tématu „Parkinsonova choroba“ věnována dostatečná pozornost?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nedokážu posoudit

3. Zúčastnili jste se nějaké vzdělávací akce, která se týkala Parkinsonovy choroby?

- a) Ano
- b) Ne

4. Součástí multidisciplinárního týmu v péči o pacienty s Parkinsonovou chorobou na Vašem pracovišti jsou kromě sester a lékařů (můžete uvést i více odpovědí) :

- a) Zdravotně sociální pracovník
- b) Psycholog
- c) Nutriční terapeut
- d) Fyzioterapeut
- e) Péči zajišťují pouze lékaři a sestry

5. Která z denních aktivit Vám u pacientů s Parkinsonovou chorobou zabírá nejvíce času?

- a) Ošetrovatelská péče
- b) Hygienická péče
- c) Stravování
- d) Komunikace
- e) Rehabilitace
- f) Jiné, uveďte:

6. Domníváte se, že jsou oblasti, kterým by všeobecná sestra měla věnovat zvýšenou pozornost při péči o výše uvedené pacienty?

- a) Jestliže ano, uveďte prosím jaké:.....
- b) Ne

7. Věnujete pacientům s Parkinsonovou chorobou více času při uspokojování jejich potřeb než pacientům s jiným onemocněním?

- a) Ano
- b) Ne

8. Jaká je Vaše osobní zkušenost v péči o pacienty postižené Parkinsonovou chorobou?

.....

.....

.....

.....

9. Prosím o uvedení Vašich názorů a připomínek k tomuto tématu:

.....

.....

.....

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.