



Podobnosti se všemi nalezenými dokumenty

4 %

Zkoumaný dokument

Agenda	Závěrečná práce
Jméno souboru	ANETA_POKORNA_3CVS_BAKALARSKA_PRACE.pdf
Změněno	23. 3. 2023 20:48, Aneta Pokorná, DiS.
Informace o práci	Edukace osob s Parkinsonovou nemocí Aneta Pokorná, DiS., Vysoká škola zdravotnická
URL	https://is.vszdrav.cz/auth/th/ybb8s/ANETA_POKORNA_3CVS_BAKALARSKA_PRACE
Informace o souboru	https://is.vszdrav.cz/auth/plag/36b7acfb921de39/

is.vszdrav.cz, 29. března 2023 16.45

Podobnosti se v průběhu času mění, doporučuje se kontrola on-line.

Seznam vybraných podobných dokumentů:

< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o práci Informace o souboru Podobnosti	Závěrečná práce ZBP_.6605.pdf 16. 12. 2022 12:23, Mgr. Lucie Škorpíková Edukace osob s Parkinsonovou nemocí, Aneta Pokorná, DiS. Vysoká škola zdravotnická https://is.vszdrav.cz/auth/plag/77fafa45e7b7b028/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/77fafa45e7b7b028/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:39, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/824273ca7d95d1e4/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/824273ca7d95d1e4/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:54, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/cb62d1c5629f0c66/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/cb62d1c5629f0c66/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:54, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/6b9fbf1cb67a3f3a/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/6b9fbf1cb67a3f3a/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:55, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/846e11a37b2d43f2/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/846e11a37b2d43f2/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:55, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/318e18f2b9b442ab/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/318e18f2b9b442ab/

<p>< 5 %</p>	<p>Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti</p>	<p>Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:52, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/c93d1ba727b49c81/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/c93d1ba727b49c81/</p>
<p>< 5 %</p>	<p>Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti</p>	<p>Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:54, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/c30d45436b597ae6/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/c30d45436b597ae6/</p>
<p>< 5 %</p>	<p>Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti</p>	<p>Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:54, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/da2f7f0da968c2d2/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/da2f7f0da968c2d2/</p>
<p>< 5 %</p>	<p>Agenda URL Staženo Informace o souboru Podobnosti</p>	<p>Zdroj z Internetu https://www.zdravotnickyydenik.cz/2019/04/parkinsonikum-bude-od-leta-plne 25. 11. 2021 https://is.vszdrav.cz/auth/plag/d6843aec021f941c/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/d6843aec021f941c/</p>
<p>< 5 %</p>	<p>Agenda URL Staženo Informace o souboru Podobnosti</p>	<p>Zdroj z Internetu https://www.zdravotnickyydenik.cz/2019/04/parkinsonikum-bude-od-leta-24.3.2023 24. 3. 2023 https://is.vszdrav.cz/auth/plag/0e72d4e3a834247a/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/0e72d4e3a834247a/</p>
<p>< 5 %</p>	<p>Agenda URL Staženo Informace o souboru Podobnosti</p>	<p>Zdroj z Internetu http://www.zdravotnickyydenik.cz/2019/04/parkinsonikum-bude-od-leta-24.3.2023 24. 3. 2023 https://is.vszdrav.cz/auth/plag/e09895383f14d07b/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/e09895383f14d07b/</p>
<p>< 5 %</p>	<p>Agenda URL Staženo Informace o souboru Podobnosti</p>	<p>Zdroj z Internetu https://www.zdravotnickyydenik.cz/2019/04/parkinsonikum-bude-od-leta-plne 11. 5. 2019 https://is.vszdrav.cz/auth/plag/9287ae016b1ca209/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/9287ae016b1ca209/</p>

< 5 %	Agenda URL Staženo Informace o souboru Podobnosti	Zdroj z Internetu https://www.fnol.cz/neurologicka-klinika-specializovana-centra-sekce_729.html 20. 3. 2019 https://is.vszdrav.cz/auth/plag/156e5513f35a3b84/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/156e5513f35a3b84/
< 5 %	Agenda URL Staženo Informace o souboru Podobnosti	Zdroj z Internetu https://www.fnol.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-neurodegenerativnich-55.html 14. 4. 2018 https://is.vszdrav.cz/auth/plag/d26194edbbf31d56/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/d26194edbbf31d56/
< 5 %	Agenda URL Staženo Informace o souboru Podobnosti	Zdroj z Internetu http://www.fnol.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-neurodegenerativnich-o-55.html 13. 3. 2014 https://is.vszdrav.cz/auth/plag/4f370b4093301faf/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/4f370b4093301faf/
< 5 %	Agenda URL Staženo Informace o souboru Podobnosti	Zdroj z Internetu https://www.zdravotnickyydenik.cz/2019/04/parkinsonikum-bude-od-28.7.2019 28. 7. 2019 https://is.vszdrav.cz/auth/plag/ba231203f82472cc/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/ba231203f82472cc/
< 5 %	Agenda URL Staženo Informace o souboru Podobnosti	Zdroj z Internetu https://www.fnol.cz/old-redirect/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-neurodege-11.6.2020 11. 6. 2020 https://is.vszdrav.cz/auth/plag/2073e3e129a83e49/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/2073e3e129a83e49/
< 5 %	Agenda URL Staženo Informace o souboru Podobnosti	Zdroj z Internetu https://www.fnol.cz/kliniky-ustavy-oddeleni/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-1.5.2022 1. 5. 2022 https://is.vszdrav.cz/auth/plag/586d6657dee47c1e/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/586d6657dee47c1e/
< 5 %	Agenda URL Staženo Informace o souboru Podobnosti	Zdroj z Internetu https://www.fnol.cz/kliniky-ustavy-oddeleni/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-8.9.2020 8. 9. 2020 https://is.vszdrav.cz/auth/plag/7f2724d9c558bcb7/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/7f2724d9c558bcb7/

< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Document Store 2011-09-20_09_19_55.txt 20. 9. 2011 09:19, Mgr. Michal Petr https://is.vszdrav.cz/auth/plag/9b7ea589b8a535a1/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/9b7ea589b8a535a1/
< 5 %	Agenda URL Staženo Informace o souboru Podobnosti	Zdroj z Internetu http://www.spolecnost-parkinson.cz/info/uzitecne-informace/o-pn-obecne 24. 2. 2014 https://is.vszdrav.cz/auth/plag/88a6241703b696d1/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/88a6241703b696d1/
< 5 %	Agenda URL Staženo Informace o souboru Podobnosti	Zdroj z Internetu http://www.mudr.org/web/mmse-0 24. 2. 2016 https://is.vszdrav.cz/auth/plag/d06e1b47acbd71a8/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/d06e1b47acbd71a8/
< 5 %	Agenda URL Staženo Informace o souboru Podobnosti	Zdroj z Internetu http://www.mudr.org/web/mmse-0 28. 6. 2013 https://is.vszdrav.cz/auth/plag/1b8b5bfff2eac089/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/1b8b5bfff2eac089/
< 5 %	Agenda URL Staženo Informace o souboru Podobnosti	Zdroj z Internetu http://www.mudr.org/web/mmse-0 6. 11. 2017 https://is.vszdrav.cz/auth/plag/72d4891698867454/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/72d4891698867454/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály 5342-Eppinger_Anastassiya-Seminar_BP_Eppinger_Anastassiya_.docx 15. 1. 2022 19:39, Bc. Anastassiya Eppinger https://is.vszdrav.cz/auth/plag/6a3e87ce02c1fb64/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/6a3e87ce02c1fb64/
< 5 %	Agenda URL Staženo Informace o souboru Podobnosti	Zdroj z Internetu http://oldwww.upol.cz/fakulty/lf/struktura/pracoviste/neurologicka-klinika-lf-up-a-fn-olomouc/centra-lecebne-pece/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-neurodegenerativnich-onemocneni/ 18. 3. 2014 https://is.vszdrav.cz/auth/plag/b15afa0bde4a648c/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/36b7acfb921de39/b15afa0bde4a648c/

Podobné pasáže s výše uvedenými dokumenty jsou vyznačeny červeně

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5
EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S PARKINSONOVOU
CHOROBOU
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE
ANETA POKORNÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního

oboru/programu: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Gabriela Trejtnarová

Praha

2023

1

%z n°A

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Akademický rok: 2022/2023

Studentka: Aneta Pokorná, DiS.

UČO: 6605

Program: Všeobecné ošetřovatelství

Specializace: Všeobecné ošetřovatelství

Téma práce: Edukace osob s Parkinsonovou nemocí

Téma práce anglicky: Education of People with Parkinson's Disease

Vedoucí práce: Mgr. Gabriela Trejtnarová

Souhlasím se zadáním (podpis, datum):

Aneta Pokorná, DiS.

studentka

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Prohlašuji, že v souladu s 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné databázi kvalifikačních prací Thesis.cz provozovaného Masarykovou univerzitou (Fakulta informatiky MU), a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Dále souhlasím, aby toutéž cestou byly zveřejněny posudky vedoucího a oponenta bakalářské práce včetně záznamu o průběhu a výsledku obhajoby.

V Praze

dne 20. 3. 2023

Aneta POKORNÁ

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala

vedoucí práce Mgr. Gabriele Trejtnarové

za odborné vedení, trpělivost a pomoc při zpracování mé bakalářské práce. Dále

bych chtěla poděkovat MUDr. Kateřině Cajthamlové za její pomoc a pohled lékařky

při zpracování teoretické části práce.

ABSTRAKT

POKORNÁ, Aneta. Edukace pacienta s Parkinsonovou chorobou.

Vysoká škola

zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc). Vedoucí práce:

Mgr. Gabriela

Trejtnarová. Praha. 2023. 92 s.

Bakalářská práce se zaměřuje na edukaci pacienta s Parkinsonovou chorobou. Text je rozdělen

na teoretickou a praktickou část. Část teoretická

popisuje Parkinsonovu

chorobu z hlediska její epidemiologie, příznaků - motorických a nemotorických, příčin vzniku, prevence, diagnostiky a klasifikace, léčby a specifík v ošetrovatelské péči.

Kapitola uzavírající teoretickou část se zabývá popisem edukačního procesu.

Praktická část je věnována edukačnímu procesu pacienta s Parkinsonovou chorobou a začíná kazuistikou tvořenou informacemi o konkrétní pacientce s touto nemocí.

Na základě této kazuistiky byly na základě zjištěných a analyzovaných ošetrovatelských problémů stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA Taxonomie II, následně byly stanoveny cíle a podle nich vytvořeny tři edukační jednotky. Edukace proběhla v pěti krocích: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení.

První jednotka byla zacílena na důležitost stravy u pacientů s Parkinsonovou chorobou, následující jednotka pojednávala o bezpečném pohybu a udržení soběstačnosti a v poslední třetí jednotce byl tématem praktický nácvik pohybu s kompenzačními pomůckami mimo bytovou jednotku.

Cílem edukace je získání nových dovedností, které jsou prakticky uplatnitelné a zlepšují tak kvalitu života. Závěr práce je doplněn o doporučení pacientům, rodinným příslušníkům a všeobecným sestřám. Výstupem bakalářské práce je edukační leták se zaměřením na výživu a se vzorem vhodného týdenního jídelníčku.

Klíčová slova

Edukační proces. Ošetrovatelská péče. Parkinsonova choroba. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

POKORNÁ, Aneta. Educational Process in a Patient with Parkinson's Disease.

Medical College. Degree: Bachelor (Be). Supervisor:

Mgr. Gabriela Trejtnarová.

Prague. 2023. 92 p.

The bachelor thesis focuses on the education of patients with Parkinson's disease. The textual part of the work

is divided into theoretical and practical part. The theoretical part

describes Parkinson's disease from the point of view of its epidemiology, symptoms - motor and non-motor - as well as the causes, prevention, diagnosis and classification, treatment and specifics in nursing care. The chapter concluding the theoretical part deals with the description of the educational process.

The practical part of the thesis is dedicated to the educational process of a patient with Parkinson's disease and opens the topic with a description of a case study made up of information about a specific patient with the disease under study. Based on this case study, nursing problems were identified and analysed, and nursing diagnoses according to NANDA Taxonomy II were established. Afterward, goals were set based on this knowledge and three educational units were designed according to them. The education was carried out in five steps: assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation.

The first educational unit is focused on the importance of diet in patients with Parkinson's disease. The next unit discusses safe movement and maintaining self-sufficiency. In the last third unit, the central issue is practical exercise of movement with compensatory aids outside the housing unit.

The goal of education is the acquisition of new skills that are practically applicable and improve the quality of life of patients. The conclusion of the work is supplemented with recommendations for patients, family members and general nurses. The output of the bachelor thesis is an educational leaflet focusing on nutrition and a sample of a suitable weekly menu.

Keywords

Educational process. General nurse. Nursing care. Parkinson's disease.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

ÚVOD 13

1 PARKINSONOVA CHOROBA 15

1.1 EPIDEMIOLOGIE 17

1.2 PŘÍZNAKY PARKINSONOVY NEMOCI 18

1.2.1 MOTORICKÉ PŘÍZNAKY PARKINSONOVY NEMOCI 18

1.2.1.1 TRĚS - TREMOR 20

1.2.1.2 ZPOMALENOST 20

1.2.1.3 RIGIDITA 21

1.2.2 NEMOTORICKÉ PŘÍZNAKY PARKINSONOVY NEMOCI 22

1.2.2.1 ORTOSTATICKÁ HYPOTENZE 22

1.2.2.2 PSYCHICKÉ PROBLÉMY 23

1.2.2.3 PORUCHY SPÁNKU 23

1.3 PŘÍČINA VZNIKU 24

1.4 PREVENCE PARKINSONOVY NEMOCI 26

2 DIAGNOSTIKA A KLASIFIKACE PARKINSONOVY

NEMOCI 28

2.1 FARMAKOLOGICKÉ TESTOVÁNÍ 28

2.2 POMOCNÉ VYŠETŘENÍ 29

2.3 HODNOTÍCÍ STUPNICE DLE HOEHNOVÉ A YAHRA 30

2.3.1 PRESYNAPTICKÉ OBDOBÍ 30

2.3.2 ADAPTAČNÍ FÁZE 31

2.3.3 POKROČILÉ STADIUM 31

2.3.4 POZDNÍ STADIUM 31

2.4 ŠKÁLA AKTIVIT NEMOCNÝCH S PARKINSONOVOU NEMOCÍ 32

2.5 JEDNOTNÁ STUPNICE PRO HODNOCENÍ PARKINSONOVY

NEMOCI 33

2.6 KRÁTKÝ TEST POSOUZENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ 33

3 LÉČBA PARKINSONOVY NEMOCI 35

3.1 FARMAKOTERAPIE 36

3.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA 37

3.3 NEMEDIKAMENTÓZNÍ TERAPIE 38

3.4 VÝŽIVA BĚHEM NEMOCI 39

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ 41

4.1 PÉČE O PACIENTA S PARKINSONOVOU NEMOCÍ 41

4.1.1 PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ 41

4.1.2 PÉČE V NEMOCNIČNÍM PROSTŘEDÍ 43

4.1.3 PÉČE AMBULANTNÍ 43

5 EDUKAČNÍ PROCES 45

6 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ 47

6.1 EDUKAČNÍ PROCES PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBU 48

6.1.1 KA/LIS I IKA PACIENTA 48

6.1.2 1. FÁZE - POSUZOVÁNÍ 50

6.1.3 2. FÁZE - DIAGNOSTIKA 52

6.1.4 3. FÁZE - PLÁNOVÁNÍ 54

6.1.5 4. FÁZE - REALIZACE 56

6.1.5.1 1. EDUKAČNÍ JEDNOTKA 56

6.1.5.2 2. EDUKAČNÍ JEDNOTKA 62

6.1.5.3 3. EDUKAČNÍ JEDNOTKA 67

6.1.6 5. FÁZE - VYHODNOCENÍ 73

7 DISKUZE 75

7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI 77

ZÁVĚR 80

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 82

PŘÍLOHY

SEZNAM ZKRATEK

1. LF UK a VFN - 1. lékařská fakulta UK a Všeobecné fakultní nemocnice

ACE-CZ - Addenbrooke's Cognitive Examination

CT - Computer Tomograph

ČLS JEP - Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DBS - Deep Brain Stimulation
DNA - Deoxyribonukleová kyselina
E X P Y - Centrum extrapyramidových onemocnění
FOG - freezing, zamrznutí
LF MU - Lékařská fakulta Masarykovy univerzity
MAO-B - inhibitory monoaminoxidázy
MDS-UPDRS - Movement Disorder Society - Unified Parkinson's Disease Rating Scale
MKP - mírná kognitivní porucha
MMSE - Mini Mental State Examination
MoCA - Montreal Cognitive Assessment
MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí
MRI - Magnetic Resonance Imaging
MPTP - 1-methyl-4-fenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridin
NANDA - North American Association for Nursing Diagnosis International
NMS - Non-motoric symptoms
PAS - Parkinson Activity Scale
PD - Parkinsonova nemoc (Parkinson's Disease)
PS - parkinsonský syndrom
UPDRS - Unified Parkinson's Disease Rating Scale
UVB - ultrafialové sluneční záření (ultra violet, spektrum B)
(VOKURKA, HUGO et al., 2015)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Edukace - z latinského educio, educare - vychovávat, vypěstovat, širě chápaný proces výchovy a vzdělávání člověka a rozvíjení jeho osobnosti
Levodopa - prekursor dopaminu - účinná látka působící jako antiparkinsonikum
Neurodegenerativní onemocnění - onemocnění, které je charakterizováno postupnou ztrátou struktury či funkce neuronů včetně jejich odumírání
Parkinsonova choroba - neurodegenerativní onemocnění, které se projevuje triádou příznaků, jimiž jsou třes, rigidita (ztuhlost) a zpomalení pohybu
Triáda příznaků - třes, rigidita (ztuhlost) a zpomalení pohybu
(VOKURKA, HUGO et al., 2015)

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1 Typický postoj pacienta s Parkinsonovou chorobou 19
Obrázek 2 Znázornění třesu ruky v klidové poloze 20
Obrázek 3 Typické držení těla parkinsonika 21
Obrázek 4 Mozkové oblasti poškozené Parkinsonovou chorobou 26

Seznam tabulek

Tabulka 1 Klasifikace stadií dle Hoehnové a Yahra 31
Tabulka 2 Časná a pozdní fáze choroby 38
Tabulka 3 Barthelové test základních všedních činností 50
Tabulka 4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové 51
Tabulka 5 Screening rizika pádu dle Conleyové, upraveno Juráskovou 51
Tabulka 6 Nutriční screening 52
Tabulka 7 Kognitivní, afektivní a behaviorální cíle 55
Tabulka 8 Kompenzační pomůcky - čtyřbodové chodítko a vycházková hůl 65
Tabulka 9 Otázky ke znalostnímu textu 73

ÚVOD

Toto téma jsem si vybrala z důvodu mého pracovního zaměření a každodenního kontaktu s těmito nemocnými. Chtěla jsem uvést do praxe další pohled na tuto chorobu a její režimová opatření a zároveň poukázat na možnost zlepšení kvality života těchto pacientů. Parkinsonova choroba je jedno z nejčastějších onemocnění, které je progresivní a nevyléčitelné, jelikož se jedná o degeneraci pigmentových buněk v pars compacta substantiae nigrae v oblasti bazálních ganglií. Progres tohoto onemocnění a jeho příznaky tak snižují kvalitu života pacienta. Jelikož je etiologie této nemoci neznámá, stává se aktuálním tématem pro každého člověka. Většina klinických příznaků tohoto onemocnění je léčena farmakologicky, významnou roli mají ale v životě pacienta i terapie a léčebný režim. Nemocný se musí během onemocnění přizpůsobovat omezením či změnám, které tato nemoc přináší. Pro zachování

optimálního stavu jak v oblasti biologických potřeb, tak v oblasti psychických asociálních potřeb je potřebná souhra nejen celého odborného týmu, jenž o pacienta pečuje, ale i jeho rodiny a blízkých, se kterými je pacient v kontaktu. Sesterská role je zde důležitá nejen z pohledu dodržování léčebného režimu, ale i jako sestry - edukátorky pro zlepšování a udržení kvality života.

Teoretická část osvětluje problematiku této nemoci z pohledu její historie, zabývá se možnými příčinami vzniku, popisuje pestrou škálu příznaků, uvádí možnou prevenci a v neposlední řadě i klasifikaci s diagnostikou a léčbou. Předposlední kapitola teoretické části je věnována také výživě nemocných, jejíž role hraje v životě osob s Parkinsonovou nemocí velkou roli. Jako završení teoretické části byl zvolen soubor kapitol zabývajících se tématem specifik ošetrovatelské péče u pacientů, kde se věnují pohledu na nemocného z pozice péče ambulantní, nemocniční a domácí.

Obsahem praktické části bylo zmapovat aktuální potřeby u konkrétní osoby trpící touto nemocí, vyhodnotit aktuální možnosti, vytyčit cíle a provést potřebné intervence ve formě vhodně zvolených edukací. Byly zvoleny tři jednotky edukace týkající se výživy, vhodných opatření snižujících riziko pádu s využitím kompenzačních pomůcek a bezpečné chůze s těmito pomůckami. Každá edukace byla zakončena testem, ve kterém byly zhodnoceny získané dovednosti. V edukační části jsou uvedena i doporučení pro zlepšení a udržení kvality života. Výstupem bakalářské práce jsou

13
doporučení pro klienta, jeho rodinu, všeobecné sestry a edukační leták věnovaný tématu výživy.

Popis rešeršní strategie

Rešerše jsem zpracovávala ve spolupráci se Studijní a vědeckou knihovnou v Hradci Králové. Jako klíčová slova byla volena: Edukační proces. Ošetrovatelská péče. Parkinsonova choroba. Všeobecná sestra. Klíčová slova v anglickém jazyce jsou: Educational process. General nurse. Nursing care. Parkinson's disease.

Vyhledávání literatury probíhalo přes online katalog Studijní a vědecké knihovny v Hradci Králové a katalog Národní lékařské knihovny v Praze, využila jsem také Digitální depozitář Univerzity Karlovy a pro zahraniční tituly byla použita databáze PubMed. Vybrány byly nejen knihy, ale i odborné články, studie, časopisy a internetové zdroje. Celkem bylo vyhledáno 107 zdrojů.

14

1 PARKINSONOVA CHOROBA

Parkinsonova nemoc nese jméno podle Jamese Parkinsona, jenž byl praktickým lékařem ordinujícím v Londýně. Tato choroba byla poprvé popsána v roce 1817 jako „shaking palsy” neboli „třeslavá obrna”. Jedná se o neurodegenerativní onemocnění, které se projevuje triádou příznaků, jimiž jsou třes, rigidita (ztuhlost) a zpomalení pohybu (MENŠÍKOVÁ et al., 2015).

Parkinsonova choroba je charakterizována jako neléčitelné neurodegenerativní onemocnění bazálních ganglií. Je známa svojí typickou symptomatikou, projevující se zvýšeným tonusem svalů (Rigor), omezenou pohyblivostí (Akinese) a případným třesem. Tato kombinace symptomů je označena jako Parkinsonova choroba (MATTLE, MUMENTHALER, 2011).

Mezi první příznaky se řadí třes, jenž je zjevný hlavně v klidovém stavu, ustupuje přitom při volném pohybu a také ve spánku. Existují faktory, jež tento třes zhoršují, patří mezi ně stres, únava, mentální úsilí, ale také zívání. Třes je nejznámějším projevem Parkinsonovy nemoci, který je znám zejména mezi širokou veřejností. Paradoxem ovšem je, že více než 50 % nemocných ho nemá. Jako další motorický příznak je známa rigidita - svalová strnulost projevující se svalovými bolestmi a křečemi. Svaly tak kladou odpor při aktivním i pasivním pohybu. Napětí ve svalectech může být tak velké, že omezuje rozsah pohybu kloubů (DUŠEK et al., 2013).

Tato nemoc bývá často na první pohled diagnostikována dle následujících symptomů: lehký předklon, malé krůčky, třes, zpomalení reakcí a hypomimie až amimie = maskovitý výraz tváře (TREPPEL, 2012).

Podle stadia dle Hoehn & Yahr skóre z roku 1967 jsou tyto tři symptomy (Akinese, Rigor a Tremor) u parkinsonika v různém stupni projevu. Pozdější stadia této nemoci jsou doprovázena ještě zvýšeným výskytem nemotorických symptomů a posturální nestability (BRÜHLMANN et al., 2014).

„Všichni znají Parkinsonovu nemoc, ale jakmile je stanovena diagnóza, stojí

proti sobě realita a zcela odlišná představa o nemoci. Očekáváme zemětřesení, ale to se nedostaví, alespoň ne vždycky, nebo to není to jediné. Parkinsonova nemoc je

15
komplexní, rafinovaná a je těžké si na ni zvyknout. Člověk to většinou nezvládne sám. Musí si nechat pomoci." (BONNET, HERGUETA, 2012)

U časných stadií nemoci lze vhodnou léčbou dosáhnout zlepšení motorických problémů a kvality života. Podmínkou však je, že nemocný pravidelně užívá léky, jeho motorické projevy nemoci jsou minimální, v průběhu dne nekolísají nebo mohou zcela vymizet. Klasickým průběhem této nemoci je zhoršení reakce na léčbu po 5-8 letech a začnou se projevovat příznaky tzv. pozdních hybných komplikací (DUŠEK et al., 2013).

Tato nemoc je však velmi individuální a vyznačuje se velmi pomalou progresí příznaků. Jejich popis lze nalézt v škále z roku 1967 od Hoehnové a Yahra, a to v pěti stadiích V některé moderní literatuře se ale uvádějí jiné fáze nemoci: presymptomatické, adaptační, časná stadium, pokročilé stadium a nakonec pozdní stadium.

Presynaptické období odpovídá stavu, kdy deficit dopaminu zůstává latentní díky fyziologickým kompenzačním mechanismům, jako je zvýšený metabolický obrat dopaminu (bohužel tímto oxidativním stresem se prohlubuje poškození).

Několikanásobně se zvyšuje tvorba dopaminu v zachovalých nigrostriatových neuronech, zvyšuje se i jeho zpětné presynaptické vychytávání. Obsah dopaminu ve striatu klesá až na 20-30 % normálního množství.

V adaptační fázi se začínají objevovat první non-motorické příznaky (prodromální projevy: deprese, anxieta, porucha čichu atd.). V časně fázi nastupují klasické motorické příznaky postihující jednu stranu těla pacienta. V této době byla zaznamenána pozitivní reakce na léčbu levodopou (krom třesu) a nastává tzv. „období líbánek“, kdy se podstatně zmírní nebo zcela vymizí motorické příznaky.

Pokročilé stadium lze očekávat po prvních pěti letech a více. Průkazné je svojí zkrácenou odezvou na dávky levodopy (wearing-off efekt), čímž dochází k navyšování dávky. Komplikace při pohybu mají zpravidla tendence projevovat se fluktuacemi (zprvu předvídatelné vzhledem k jednotlivým dávkám léčby, poté už nepředvídatelné kolísání) a dyskinezi (KOZÁKOVÁ, 2020).

Pozdní stadium lze určit po deseti a více letech nemoci. Zde dochází k navýšení intenzity příznaků a jejich rozšíření na obě strany těla, zhoršení stability stoje, zhoršení

16
chůze. Objevují se poruchy kognice až na hranici demence. Tímto se pacient stává stále závislejší na kompenzačních pomůčkách, přestává být soběstačný a zvyšuje se potřeba umístit pacienta do péče ošetřovatelů. V tomto stadiu bývá zaznamenán větší počet zlomenin jako následek pádu. Objevuje se zde dysartrie, dysfagie, a to vede k dušení a aspirační pneumonii. Průměrná doba přežití od diagnostiky nemoci je 14 let. Hlavní příčinou úmrtí je pneumonie, následují kardiovaskulární příhody, cévní mozkové příhody a onkologická onemocnění (KOZÁKOVÁ, 2020).

1.1 EPIDEMIOLOGIE

V případě tohoto onemocnění se jedná o druhou nej častější degenerativní chorobu centrálního nervového systému a odhaduje se, že v pěti nej lidnatějších

zemích

západní Evropy a deseti státech s nejvyšším počtem obyvatel na světě žilo v roce 2005 4,1-4,6 milionů lidí starších 50 let postižených Parkinsonovou nemocí

(SPOLEČNOST

PARKINSON, 2014).

V roce 2013 uváděla publikace Parkinsonova nemoc z různých pohledů (DUŠEK et al., 2013) v České republice 15 000 osob s Parkinsonovou nemocí.

Tisková zpráva Ministerstva zdravotnictví (2019) potvrzovala postupný nárůst pacientů s touto nemocí až na 50 000 osob. Tím pádem nejde o zanedbatelný počet nemocných. Prognózy uvádějí, že celkový počet se ve světě

do roku 2030 zdvojnásobí

na 8,7 až 9,3 milionů. Průměrný věk propuknutí nemoci je přibližně

60 let. Obvykle

k němu dochází u lidí starších 50 let, nicméně

se může objevit i u mladších dospělých

osob mezi 30. a 50. rokem (vzácně i u mladších)

(SPOLEČNOST PARKINSON, 2014).

U mladších osob bývá diagnostika této nemoci obtížnější, neboť jejich lékaři neočekávají Parkinsonovu nemoc. Tito lidé mohou mít delší cestu k diagnóze, někdy navštěvují více lékařů a podstupují několik testů, než lékaři dospějí ke správnému závěru. Stejně jako u Parkinsonovy choroby diagnostikované později v životě je i tato diagnostika provedena na základě anamnézy a fyzického vyšetření osoby. Není neobvyklé, že ztuhlost paží nebo ramen je připisována artritidě nebo sportovním zraněním, a nikoliv Parkinsonově chorobě (FOUNDATION FOR PARKINSON'S RESEARCH, 2020).

17

1.2 PŘÍZNAKY PARKINSONOVY NEMOCI

Z pohledu sociální práce lze parkinsoniky zařadit mezi osoby se zdravotním postižením a lze je definovat jako osoby mající „dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními“ (MATOUŠEK et al., 2013, s. 387).

Nejvýraznějšími projevy u této nemoci je triáda příznaků, jimiž jsou třes, rigidita (ztuhlost) a zpomalení pohybu. Tyto symptomy poprvé zaznamenal a pojmenoval v roce 1817 jako „shaking palsy“ neboli „třeslavá obrna“ doktor James Parkinson (MENŠÍKOVÁ et al., 2015).

Proto z všeobecně známých příznaků a prvním z pozorovaných příznaků bývá třes končetin pozorovatelný zejména v klidovém stavu. Jeho ústup je zřetelný ve spánku nebo při volném pohybu. Faktory, jež jej mohou zhoršit, jsou stres, mentální úsilí, únava, chůze a také zívání. Třes je výrazným faktorem Parkinsonovy nemoci, ačkoliv paradoxem ovšem je, že více než 50 % nemocných ho nemá (DUŠEK et al., 2013).

1.2.1 Motorické příznaky Parkinsonovy nemoci

V případě této nemoci se většina počátečních příznaků manifestuje jednostranně. Tato nemoc se vyznačuje základními příznaky poruch motorických schopností a psychickými komplikacemi s postupným snížením funkční soběstačnosti. Progrese nemoci významně ovlivňuje destrukci posturálních reflexů, vede následně tak ke zhoršení stability stoje a k poruše chůze. Mezi další rozvíjející se příznaky patří axiální symptomy (hypomimie, hypofonie, aprosodie a flekční držení trupu). V průměru po pěti letech se objeví zhoršená odpověď na léčbu. Jedná se o tzv. fázi s pozdními komplikacemi. Poslední stadium zahrnuje kognitivní dysfunkci, vegetativní poruchy a těžkou poruchu stoje a chůze (BONNET, HERGUETA,

2012).

Podle odborníků patří k motorickým projevům Parkinsonovy choroby obtížné zahájení pohybu, celková zpomalenost a snížený rozsah pohybu spojený s neobratností, třesem a ztuhlostí, kdy se střídají tzv. stavy on a off čili dobrá a špatná hybnost v průběhu

dne. Parkinsonici

mají také sehnuté držení trupu a šíje či potíže s udržení

rovnováhy. Pacienty ovšem mohou trápit i nemotorické příznaky, jako jsou deprese,

18

úzkosti a další psychické změny, často mají bolesti, únavu, zácpu či se potí. Postupně se mohou objevit zásadní problémy s chůzí, řečí i každodenními úkony. Typickým příznakem je šouravá a cupitavá chůze, kdy jsou kroky krátké a chůze vypadá, jakoby lidé „dobíhali své těžiště.“

Obrázek 1 Typický postoj pacienta s Parkinsonovou chorobou

Zdroj: GOWERS,

1886

„Vrchní polovina těla je rychlejší než nohy, které neposlouchají,“ sdělil k tomu pacient, který nemocí trpí od svých 42 let. „Včera jsem začal cupitat na návštěvě u našich přátel. Abych nespádl, zachytil jsem se jejich skleněné vitríny, která spadla a rozbila se,“ uvedl tento nemocný v rámci výstavy fotografií, jež je k vidění ve vstupní hale Ministerstva zdravotnictví a která na nemoc upozorňuje. Zde se postižení svěřili s nej různějšími

svými problémy. Například zdůraznili, že mimovolní pohyby, jež

nemohou nijak koordinovat, jsou výsledkem vedlejších účinků léků a má je téměř

polovina nemocných po pěti nebo deseti letech užívání léčiv: „Jsou to nepravidelné pohyby připomínající trochu tanec, někdy jsou trhavé a mohou se objevit na kterékoliv části těla.“

U některých postižených se dokonce podle psychiatricky Terezy Uhrové (Neurologická klinika 1. LF U K a VFN) projevuje zvýšená sexualita či patologické hráčství.

„V důsledku léčby vzroste u některých pacientů riziko impulzivních poruch, kdy může převažovat impulzivita, takové to zbrklé jednání, ale problémem je, pokud

19 se rozvine porucha typu gamblerství, hypersexuality, kompulzivního nakupování nebo přejídání. Tyto poruchy pak mají velmi devastující ráz, jsou

i pacienti, kteří

se zadlužili

a kteří pak skončí doživotně v exekucích.

Vyzvedávání placených služeb například

v sexuální oblasti může i u dříve asketického jedince vést k útratám celoživotních úspor a je to něco, o čem se pacienti dost často stydí mluvit,“ dodala Uhrová s tím, že i z tohoto se ovšem nemocný může nakonec zkompenzovat, a to dokonce bez odvykací léčby

(ZDRAVOTNICKÝ DENÍK, 2019).

1.2.1.1 Třes Tremor

Tato porucha pohyblivosti může postihnout ruce i nohy, bývá avšak dominantnější na jedné straně těla. Projevuje se zejména v klidu jako tzv. klidový třes, v případě jeho progresu je zřetelný také v držení těla a na rukou, které jsou nataženy před tělem. Ovlivňuje tak mnoho základních denních činností, protože se třes může projevit při držení skleničky na pití, kartáčku při čištění zubů, hřebenu, telefonování atd. Ovlivněn není jen denní režim nemocného, ale nepříjemné situace se tak stávají i na veřejnosti (BONNET, HERGUETA, 2012).

Obrázek 2 Znázornění třesu ruky v klidové poloze

Zdroj: in ZAJÍČKOVÁ, 2017

1.2.1.2 Zpomalenost

Tato pohybová porucha nazývaná též akineze, bradykineze či hypokineze může vést k celkovému snížení hybnosti. Dochází k ovlivnění gestikulace a následně komunikace s okolím a též vykonání složitějších pohybů dělá nemocnému následně již obtíž. Zhoršena je jemná motorika nebo poloautomatické pohyby a následně tak i sebeobsluha, jako je zavazování bot, zapínání knoflíků, uvazování kravaty či hledání

20 drobných v peněženke. Opakování pohybu například při čištění zubů, holení, mytí vlasů apod. může pacientovi vytvářet potíže. Dalším projevem akineze je tzv. mikrografie, kdy se v průběhu psaní zmenšuje písmo. Chůze je taktéž ovlivněna, a to tím, že se stává pomalou a váhavou, kroky jsou zkrácené a rozpohybování nemocnému zabere určitý čas (BONNET, HERGUETA, 2012).

1.2.1.3 Rigidita

Toto postižení je též nazýváno jako svalová ztuhlost a značí odpor svalů, jenž se objeví ve chvíli, kdy se nemocný chce pohybovat. Postiženy jsou končetiny a jejich zakončení (zápěstí, kotník), ale také svaly páteře, ramen a kyčlí. Postupem času tak dochází k ohnutí končetin a celkovému ohnutému držení těla. U pozdějších stadií může docházet k poruchám rovnováhy a následně i k pádům nemocného. Také může dojít k náhlým blokádam při chůzi, kterým se říká „freezing“ neboli zmrznutí. Může nastat při chůzi v užších prostorách, při změně směru chůze nebo před cílem (BONNET, HERGUETA, 2012).

Rigidita je velmi výrazný motorický příznak a může se projevovat svalovými bolestmi a křečmi. Svaly tak kladou odpor při aktivním i pasivním pohybu. Napětí ve svalech může být tak velké, že omezuje rozsah pohybu kloubu (DUŠEK et al., 2013).

Typical appearance of Parkinson's disease

Obrázek 3 Typické držení těla parkinsonika

Zdroj: ZDRAVI.CZ, 2016

21

1.2.2 Nemotorické příznaky Parkinsonovy nemoci

Non-motorické symptomy (Non-motoric symptoms, NMS) jsou nyní také

považovány za nedílnou součást projevů této nemoci. Lze dle nich definovat premotorickou fázi onemocnění a mají významný vliv na kvalitu života pacienta. Tato problematika zahrnuje širokou škálu příznaků kognitivního či neuropsychiatrického charakteru a lze sem začlenit i časté problémy se spánkem a dysautonomie. Poruchy kognice a neuropsychiatrické příznaky jsou v případě této nemoci různé, a to od stavů úzkosti, apatie, únavy přes rysy obsedantně-kompulzivního a impulzivního chování, jako je gambling, až po depresi a demenci (MARRAS, CHAUDHURI, 2016). Kognitivní poruchy tak výrazně ovlivňují pracovní a sociální vztahy. Denní aktivity, které vyžadují současné zapojení kognitivních funkcí a motorických dovedností, tedy tzv. „duál tasks“, činí pacientům výrazné problémy. Příkladem může být telefonování během chůze nebo vyjmenovávání položek z nákupního seznamu. Zatímco deficit v aktivitách „duál task“ není přímo spojen se zvýšenou pravděpodobností pádů, je však spojen s parametry chůze, jež jsou zase spojeny se zvýšeným rizikem pádu (mj. kratší kroky, zkrácení švihové fáze) (WILD et al., 2013). Mezi další nemotorické příznaky patří podle Sioka Bee a Allisona Williamse příznaky postižení autonomního systému (ortostatická hypotenze, sexuální dysfunkce, dysfunkce peristaltiky, porucha funkce močového měchýře, váhový úbytek, poruchy termoregulace), sensitivního a sensorického systému (parestézie, poruchy čichu, bolest, vnitřní napětí, pocity ztuhlosti, řezání nebo pálení, pocity neklidu, nutkání k pohybu), neuropsychiatrické příznaky (deprese, apatie, úzkost, premorbidní osobnost, poruchy spánku a živé sny) a tzv. nespecifické příznaky (pocity tíhy končetin, vyčerpanost) (BEE, WILLIAMS, 2013).

1.2.2.1 Ortostatická hypotenze

Mezi nejběžnější projevy kardiovaskulární autonomní dysfunkce u PS pacientů patří ortostatická hypotenze. Pacient má při změně polohy těla problémy regulovat svůj krevní tlak, dochází tak ke krátkodobé závratí (např. ortostáza - změna polohy z polohy leže do stoje). Následkem toho je nestabilní chůze a únava, čímž se zvyšuje riziko pádu a úmrtnost starších pacientů (KOZÁKOVÁ, 2020).

22

1.2.2.2 Psychické problémy

Depresivní epizody se vyskytují v jakékoliv fázi nemoci a jejich prevalence je odhadována na 40-60 % parkinsoniků. Jejím hodnocením se zabírají různé dotazníkové škály, jako jsou Hamilton Rating Scale for Depression, Beck Depression Inventory nebo Hospital Anxiety and Depression Scale (MUELLER et al., 2018).

U Parkinsonovy nemoci je velký rozsah úzkostných poruch, který zahrnuje sociální fobie, záchvaty paniky, agorafobie atd. Při porovnání s běžnou populací je výskyt úzkostné poruchy zaznamenán dvakrát častěji. Úzkost sama o sobě může být určena jako rizikový faktor pro depresi. Všeobecně jsou mezi rizikové faktory úzkosti řazeny: mladší věk, ženské pohlaví a výskyt motorických poruch (KOZÁKOVÁ, 2020).

Na základě zkušeností s parkinsoniky byla vytvořena speciální škála hodnocení úzkosti u pacientů s PD o 12 položkách, ale i zde lze využít dotazníky pro širší skupinu pacientů jako Hamilton Anxiety Rating Scale (MUELLER et al., 2018).

Odhadem u 50-80 % pacientů se po 10 letech od nástupu nemoci (průměrně) objeví demence. Nejčastějším projevem bývá porucha plánování, zmatenost a nedostatečná pozornost. Následuje stadium pomalého zpracování duševních informací a vizuálních halucinací. Studie zjistily téměř šestinásobné riziko demence u pacientů s PD než u běžné populace (KOZÁKOVÁ, 2020).

U pacientů s touto nemocí je také častý výskyt apatie. Taje definována jako ztráta motivace, emocí a vymizení jednání za určitým cílem (HASSAN et al., 2014). Pacient se staví negativně k provádění každodenních aktivit, vykazuje nedostatek intelektuálních zálib a iniciativy ve smyslu interpersonálních kontaktů, emociální oploštění (ZIROPADJA et al., 2012).

1.2.2.3 Poruchy spánku

Narušení spánkového rytmu trápí až 88 % populace pacientů v pokročilé fázi nemoci. Ačkoliv byly dříve poruchy spánku (např. nadměrná ospalost, spánkové ataky) u parkinsoniků z velké části připisovány farmakům, nynější teorie je taková, že jsou nedílnou součástí této nemoci. Skála, jež hodnotí potíže se spánkem, je např. Scales for Outcomes in Parkinson's Disease-Sleep, zde je sledován noční (5 položek) i denní spánek (6 položek) (KOZÁKOVÁ, 2020).

23

1.3 PŘÍČINA VZNIKU

Roku 1817 popsal lékař James Parkinson onemocnění, které nazval „shaking palsy“ (třesavá obrna) a které následně Charcot pojmenoval „maladie de Parkinson“. Až v roce 1960 se Ehringerovi a Hornykiewiczovi podařilo ve Vídni prokázat, že Parkinsonova nemoc je způsobena nedostatkem dopaminu v určitých jádrech v oblasti mozku. Až v roce 2003 uvedl německý anatom Heiko Braak návrh rozdělit toto onemocnění do různých stadií (RUSINA, MATĚJ, 2014).

Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění, jehož příčiny nejsou dosud jasné. Pro Parkinsonovu chorobu je typický postupný zánik neuronů, jenž se může odvíjet z různých příčin:

začíná v dospělém věku a pomalu se rozšiřuje,

je dílčí, protože se týká jen některých populací neuronů, konkrétně neuronů struktury zvané substantia nigra nacházejících se v mozkovém kmeni ve středním mozku.

Substantia nigra je součástí nazálních ganglií (základních seskupení nervových buněk pod pláštěm mozkové kůry) (BONNET, HERGUETA, 2012).

Na vznik PD byl prokázán vliv užívání heroinu a dalších toxických látek, také virová infekce či opakované zhmoždění hlavy (PARKINSON-HELP, 2017).

Morbus Parkinson je nyní považován již za geneticky podmíněné onemocnění.

Je lokalizováno 20 lokusů a 14 genů, u nichž byly identifikovány mutace zodpovědné za monogenní typ dědičnosti (5-10 % onemocnění, přenos jedním genem) (GRAMBALOVÁ, 2015).

Odhaduje se, že onemocnění začíná cca pět let před nástupem motorických symptomů. V době první manifestace příznaků zaniká 60 % neuronů v substantia nigra a dochází k poklesu dopaminu ve striatu o 80 % (BEE, WILLIAMS, 2013).

MUDr. Petr Dušek vyjmenovává faktory, které zvyšují vznik tohoto typu onemocnění. Jedná se o vysoký věk, mužské pohlaví, pití studniční vody a kontakt s herbicidy a pesticidy. Faktory, jež by toto riziko snižovaly, naopak jsou: dlouhodobé

užívání nesteroidních protizánětlivých léčiv, kuřáctví a pití černé kávy (DUŠEK et al., 2013).

Akumulace a-synukleinu, mitochondriální dysfunkce, autofagické poškození a oxidační stres jsou běžnými nálezy u PD. Přesné patologické mechanismy nemotorických symptomů PD jsou však relativně nejasné. Všechny tyto mechanismy potenciálně podporují apoptózu nebo nekrózu (JANKOVIC, TAN, 2020).

Vyloučena není ani teorie, že Parkinsonova nemoc je považována za multifaktoriální onemocnění, kde mohou hrát roli genetické i environmentální faktory. Mezi rizikové faktory PD se řadí vyšší věk, genetický faktor (zejména u early-onset PD) a mužské pohlaví. Bylo prokázáno, že environmentální faktory mají jak negativní, tak i pozitivní vliv ve vývoji a rozvoji této nemoci. Zatím nebyl zjištěn jejich specifický vztah k PD a žádný toxin nezpůsobuje typický PS (STOKER et al., 2018).

Dlouhodobou expozicí toxických látek, jako jsou třeba pesticidy a herbicidy (např. rotenon a paraquat), může být způsoben vznik PD (KHAN et al., 2019). Tyto látky jsou blízké neurotoxickému 1-methyl-4-fenylpyridiniu. Jeho prokurzor je MPTP (1-methyl-4-fenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridin), jenž vzniká jako nečistota při syntéze analgetika desmethylprodinu.

Byla zkoumána expozice těžkými kovy (např. železem, mědí, olovem, hliníkem a zinkem), ale vztah mezi nimi a PD zůstává nejasný. Rada studií také mluví o možném pozitivním vlivu nikotinu a kofeinu (KIEBURTZ, WUNDERLE, 2013).

Parkinsonova nemoc má dlouhodobý dopad na každý aspekt života jedince, ale i jeho rodiny. Je proto nezbytné, aby byla diagnostikována včas a byla zahájena správná léčba (EPDA, 2012).

25

MOZKONÉ OBLASTI POŠKOZENÉ PARKINSONOVOU CHOROBOU

Obrázek 4 Mozkové oblasti poškozené Parkinsonovou chorobou

Zdroj: MONGIA, 2019

1.4 PREVENCE PARKINSONOVY NEMOCI

U prevence Parkinsonovy choroby je třeba věnovat pozornost snížení jednotlivých rizikových faktorů. V případě výživy by se jednalo o vysoký příjem nasycených tuků

a nedostatek mikronutrientů (životně důležité látky) (WANG et al., 2014). Další studie poukázovala opět na důležitost správné stravy, a to poukazem na skutečnost, že muži, jejichž strava obsahovala vysoký obsah flavonoidů (ovoce a bobulí), přežili nemoc déle; pacienti s příjmem flavonoidů měli také o 47 % nižší riziko úmrtí (ZHANG et al., 2022).

Mezi účinné prevence patří i vyvarování se konzumace drog u stimulantů amfetaminového typu (např. metamfetamin; hovorově známý jako pervitin nebo krystal) bylo zjištěno, že vedou k 2,8násobnému riziku této nemoci (CURTIN et al., 2014).

Mezi další rizikové faktory patří sedavý způsob života (fyzická nečinnost). Lidé, kteří vykonávali fyzickou aktivitu > 6 hodin týdně, měli o 43 % nižší riziko rozvoje Parkinsonovy choroby než osoby, které se těmto aktivitám věnovaly < 2 hodiny týdně. K dalším faktorů vzniku by patřila i tzv. boxerská encefalopatie - závažné poškození

mozku vyvolané opakovanými údery, kdy se v mozku začne hromadit tzv. tau protein, jenž narušuje činnost nervové tkáně a brání neuronům ve své funkci a nakonec je usmrcuje (WIRDEFELDT et al., 2015).

Rovněž intoxikace následujícími látkami může vést k rozvoji této nemoci: hliník, olovo, kobalt, insekticidy, rotenon (pyranofurochromonový derivát, jehož základní struktura je odvozena od isoflavonů), látky znečišťující ovzduší - prachové částice s převládající velikostí částic o průměru 2,5 um zvyšují o 13 % riziko onemocnění (SHI et al., 2020).

Bylo zjištěno že, intoxikace oxidem uhelnatým vedly k progresu této nemoci či že vdechování manganu - výparů vzniklých při svařování vedly k rozvoji tzv. manganového parkinsonismu (RACETTE et al., 2016).

27

2 DIAGNOSTIKA A KLASIFIKACE PARKINSONOVY NEMOCI

Parkinsonova nemoc je považována za neurodegenerativní nevléčitelné onemocnění, přesto

je nutné stanovit správnou diagnózu, odlišit sekundární parkinsonské syndromy či jiné entity napodobující Parkinsonovu nemoc a nasadit správnou léčbu ve správný

čas. Pro správnou diagnostiku v diferenciálně-diagnostickém a terapeutickém procesu je nutné provedení

systematické anamnézy, komplexního neurologického vyšetření se správně indikovanými pomocnými vyšetřeními, nasazení

symptomatické léčby, případně vysazení již překonané nebo neúčinné léčby, stanovení dostatečné dávky především dopaminergní léčby, správné rozpoznání účinnosti léků či jejich neúčinnosti

a hlavně nedostatek času lékařů věnovat se potížím pacienta.

Dle doktora Bareše jsou uváděny jako nej častější chyby při diagnostice nedostatek času, který lékař klientovi věnuje. Lékař má pátrat i po snadno přehlédnutelných příznacích nemoci, a to zejména těch nemotorických (BAREŠ, 2011).

2.1 FARMAKOLOGICKÉ TESTOVÁNÍ

Mezi hlavní ověření Parkinsonovy nemoci patří tzv. diagnostický test ověření odpovědi na dopaminergní podnět s jasným zlepšením motorické symptomatiky. Zde se jedná o postupné nasazení účinné dávky levodopy nebo agonisty dopaminu u doposud neléčeného pacienta nebo při akutním podání dávky levodopy (obvykle 200-250 mg v přípravku Isicom, Madopar nebo Nakom) po alespoň dvanáctihodinovém vysazení všech antiparkinsonik u již léčených pacientů (BAREŠ, 2011).

Pokud není testem levodopy Parkinsonova choroba prokázána, lze využít metodu vyšetření SPÉCT. Výsledek pak může prokazovat úbytek presynaptických dopaminergních zakončení ve striatu, např. kdy tremor nemusí být způsoben parkinsonským syndromem, ale psychogenní poruchou. SPÉCT ovšem nedokáže odlišit Parkinsonovu nemoc a jiné neurodegenerativní poruchy, mezi které patří například progresivní supranukleární obrna nebo multisystémová atrofie (RUSINA, MATĚJ, 2014).

28

2.2 POMOCNÉ VYŠETŘENÍ

Jako pomocné vyšetření pro určení míry závažnosti onemocnění se používají i tzv. screeningové testy k hodnocení kognice u pacientů s PD. Pacienti s Parkinsonovou chorobou často také trpí řadou různých kognitivních poruch. Soběstačnost pacienta může být přitom zachována, ale jedna či více kognitivních funkcí začíná vykazovat nedostatečné výsledky. Tento stav je nazýván jako mírná kognitivní porucha (MKP). Zahrnuje poruchy pozornosti, paměti, vady řeči nebo problém se orientovat v prostoru (WILDetal., 2013).

Existuje zde riziko progresu do demence a omezení běžných denních činností a sociálních, zájmových a pracovních schopností jedince (MURAKAMI et al., 2004), (HUMMELOVÁ-FANFRDLOVÁ et al., 2009).

U poruch kognice je důležitá včasná diagnostika, která je podmínkou úspěšné léčby, a naordinování vhodných intervencí. Screeningové testy zde mohou také dopomoci k objevení počátečního stadia této nemoci. Pro úplné vymezení kognitivní poruchy je však potřeba kompletní neuropsychologické vyšetření (NIKOLAI et al., 2014).

Další vyšetření jsou na místě při netypickém obrazu a podezření na sekundární parkinsonský syndrom (CT nebo MRI mozku, vyšetření metabolismu mědi a další diferenciálně diagnostické testy) (BAREŠ, 2011).

Pacienti mohou být i odesíláni na sonografii krčních tepen, kde se vyšetřuje průchod krčních cév, aby bylo zajištěno správné zásobování mozku krví. Tímto je možné zařadit mezi pomocná vyšetření pro určení choroby i MRI, které se používá k vyloučení ostatních diagnóz, jež se projevují parkinsonským syndromem a které jsou na snímcích vidět (RUSINA, MATĚJ, 2014).

Diagnostikovat Parkinsonovu nemoc není jednoduché. Doposud nebyl vytvořen test, jenž by přímo dokázal potvrdit nemoc. U pacientů je proto důležité posouzení doprovodných symptomů, které s největší pravděpodobností prokazují Parkinsonovu nemoc. Důležitá je přítomnost aspoň dvou klinických příznaků, a to hypokineze, svalová rigidity, klidového třesu nebo posturální instability, kterou nezpůsobuje primární poškození zraku, a dále vegetativní poruchy či psychické změny.

29

Nejdůležitějším vyšetřením tak zůstává klinické pozorování a fyzikální vyšetření pacienta neurologem (RUSINA, MATĚJ, 2014).

Jak bylo popsáno výše, v případě Parkinsonovy nemoci jsou postiženy kognitivní funkce. Přičemž vymezení hranic mezi přirozenou involuční změnou a poruchou kognitivních funkcí je velmi obtížné. Pokud je úbytek kognitivních funkcí pozvolný, časem se je senior schopen přizpůsobit a s aktivitami denního života většinou nemá problém. Kognitivními poruchami jsou označovány projevy postižení vyšších kôrových funkcí: paměti, schopnosti učení, všeobecného zpracování informací, chápání souvislostí, abstraktního a logického myšlení a uvažování, rozhodování, plánování a organizování činností, motivace, poznávání, používání předmětů a orientace v čase a prostoru (POKORNÁ et al., 2013).

2.3 HODNOTÍCÍ STUPNICE DLE HOEHNOVÉ A YAHRA

Pro lepší diagnostiku této nemoci byly vyvinuty různé hodnotící škály, dotazníky a testy. Mezi nejznámější a jeden z prvních patří Hoehn & Yahr skóre, tato stupnice stadií Parkinsonovy nemoci byla navržena americkými neurology již v roce 1967 a poskytuje dobrý přehled o stupni závažnosti Parkinsonovy nemoci. V této škále je popsáno pět stadií nemoci dle její závažnosti. V případě prvního stadia má pacient pouze jednostranné postižení, u posledního stadia se jedná o závažné poškození motoriky a posturální stability (EPDA, 2012).

Rozvoj nemoci je však velmi individuální a vyznačuje se velmi pomalou progresí příznaků. V některé moderní literatuře se ale uvádějí jiné fáze nemoci: presymptomatické, adaptační, časné stadium, pokročilé stadium a nakonec pozdní stadium.

2.3.1 Presynaptické období

Odpovídá stavu, při němž deficit dopaminu zůstává latentní, a to díky fyziologickým kompenzačním mechanismům, jako je zvýšený metabolický obrát dopaminu (bohužel tímto oxidativním stresem se prohlubuje poškození). Dochází k několikanásobnému zvýšení tvorby dopaminu v zachovalých nigrostriatových neuronech a zvýšení i jeho zpětného presynaptického vychytávání. Obsah dopaminu

ve striatu klesá až na 20-30 % normálního množství.

30

2.3.2 Adaptační fáze

Zde se začínají objevovat první non-motorické příznaky (prodromální projevy: deprese, anxieta, porucha čichu atd.). Následně se v časně fázi objevují klasické motorické příznaky postihující jednu stranu. Zde je velice dobrá reakce pacienta na léčbu levodopou (krom třesu) a nastává „období líbánek“, kdy se podstatně zmírní nebo zcela vymizí motorické příznaky. Toto stadium následuje zpravidla po pěti letech a více, je zde zaznamenána zkrácená odezva na dávku (wearing-off efekt). Z toho vyplývá navýšení její dávky.

2.3.3 Pokročilé stadium

Toto stadium následuje zpravidla po pěti letech a více, je zde zaznamenána zkrácená odezva na dávku (wearing-off efekt), z čehož vyplývá navýšení její dávky, které má kolísavou odezvu v hybných komplikacích.

2.3.4 Pozdní stadium

Je datováno do období po deseti letech a více letech nemoci. Nemoc je rozšířena na obě poloviny těla, dochází tak k zhoršení stability stoje, zhoršení chůze a také k rozvoji kognitivních dysfunkcí a k závislosti na pečující osobě (KOZÁKOVA, 2020).

Tabulka 1 Klasifikace stadií dle Hoehnové a Yahra

Stadium 0

Stadium 1

bez příznaků nemoci

jednostranné příznaky onemocnění

jednostranné a axiální postižení

oboustranné postižení bez poruchy rovnováhy

oboustranné postižení s mírnou poruchou rovnováhy, schopen vyrovnat sloj

při zkoušce zvrácení trupu

mírné až středně těžké oboustranné postižení, posturální nestabilita, soběstačný

těžká nezpůsobnost, je ještě schopen chodit nebo stát bez pomoci

odkázán na vozík nebo upoután na lůžko, vstává jen s dopomocí

Stadium 1,5

Stadium 2

Stadium 2,5

Stadium 3

Stadium 4

Stadium 5

Zdroj: in PLICHTOVÁ, 2013

31

2.4 ŠKÁLA AKTIVIT NEMOCNÝCH S PARKINSONOVOU NEMOCÍ

Tato jednoduchá škála pro osoby trpící Parkinsonovou nemocí (Parkinson Activity Scale - PAS) je přehlednou pomůckou hodnotící motorický projev pacienta s Parkinsonovou nemocí.

Vyhodnocuje celkem 10 položek, které jsou rozděleny do 4 kategorií:

1. přemístění na židli,

2. hypokinéza při chůzi,

3. pohyblivost na posteli,

4. pohyblivost na posteli s přikrývkou.

Tímto testem je možné odhalit obtíže s kontrolou rovnováhy při zvedání se ze židle do stoje a naopak, je tak možnost zjistit projevy hesitace, festinace, freezingu při pohybu při otáčení se nebo zahájení chůze a často se projevují problémy s vykonáváním komplexnějších aktivit, jako je například ulehnutí pod přikrývkou (NIEUWBOER et al., 2000).

Skórování v PAS je od 0 po 4 body, kdy 0 bodů značí závislost na dopomoci druhé osoby při provádění úkolu, 1 bod značí tři obtíže při provedení úkolu, 2 body dvě obtíže, 3 body pouze jednu obtíž, 4 body znamenají normální bezproblémové provedení úkolu. Bodové ohodnocení se tedy může pohybovat v rozpětí 0-40 bodů (OPAVSKY, 2003).

I tato škála má však nevýhodu, jelikož neobsahuje bodové hodnocení specifikující tíži motorického deficitu jedince a subjektivní hodnocení zadavatele testu, není

standardizován parametr používaných pomůcek pro testování - výška židle, což ve výsledku může ovlivnit výsledek PAS. Výhoda se však naskytá v nižší časové náročnosti a přitom vysoké reliabilitě (SANTOS et al., 2015).

Toto testování může být provedeno i v domácím prostředí pacienta a zároveň zahrnuje jeho běžné aktivity (KEUS et al., 2009).

32

2.5 JEDNOTNÁ STUPNICE PRO HODNOCENÍ PARKINSONOVY NEMOCI

Další je Jednotná stupnice pro hodnocení Parkinsonovy nemoci (Unified Parkinson's Disease Rating Scale, UPDRS), která vznikla v roce 1987 a v roce 2001 byla aktualizována na verzi MDS-UPDRS. Neurolog sleduje schopnosti nemocného ve čtyřech oblastech, které hodnotí na škále 0 - normální až 4 - závažné postižení.

Jedná se o tyto oblasti:

1. Mentální aktivita, chování a nálada.
2. Aktivita každodenního života.
3. Vyšetření motorických schopností.
4. Komplikace léčby (SPOLEČNOST PARKINSON, 2019).

2.6 KRÁTKÝ TEST POSOUZENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

Krátký test posouzení kognitivních funkcí (Mini Mental State Examination - MMSE), je nejčastěji používaným krátkým dotazníkem ve vědeckých studiích.

Podobně jako MoCA hodnotí paměť, orientaci místem, časem, pozornost a pracovní paměť, řečové a jazykové schopnosti, zrakové prostorové funkce. Na rozdíl od MoCA však nezkoumá exekutivní funkce (ORLÍKOVA et al., 2014).

Tento test patří mezi komplexní orientační testy a je nejrozšířenějším nástrojem pro globální hodnocení kognitivních funkcí seniorů. Lze jej využít k záchytu

a ke sledování progresu demence a efektu léčby.

V Česku je jeho použití podmínkou

pro zahájení a monitorování léčby kognitivity. Zahrnuje celkově 10 úloh,

kteří hodnotí

orientaci pacienta v čase a prostoru, krátkodobou paměť, početní schopnosti, pozornost, čtení, psaní, řeč a konstrukčně-praktické dovednosti.

Testem lze dobře odlišit

středně

těžkou demenci od normálního stárnutí.

Administrace testu je 5-10 minut. Nejlepší dosažený výsledek je 30 bodů. Skóre 26-25 boduje hraniční nález, 24-18 lehký stupeň demence, 17-6 středně těžký, 5 a méně těžký stupeň demence. Díky relativní jednoduchosti úkolů však nelze

spolehlivě identifikovat osoby s mírnou kognitivní poruchou.

Dalším nedostatkem je ovlivnění výsledku vzděláním a věkem a chybějící zkouška na prověření exekutivních funkcí. Je tedy vhodné jej doplnit testem kreslení

33

hodin.

Osoby s vyšším vzděláním mohou dosahovat

dobrych výsledků i v případě

již probíhajícího postižení. Naopak osoby s nižším vzděláním mohou mít nižší skóre, i když se nejedná o funkční pokles. Nejcitlivějším ukazatelem Parkinsonovy nemoci jsou úlohy časová orientace, sedmičkový test a vybavení tří slov. Existuje více podob, které se administrují a vyhodnocují různými způsoby. Použití testu je zpoplatněno (JIRÁK et al., 2013).

U testů zabývajících se testováním paměti je jednoduchou zkouškou orientace v čase a prostoru. Dříve je zhoršená orientace v čase: den v týdnu, měsíc, roční období, rok. Zkouška by měla proto zahrnovat i čas dne. Pro pacienty bývá také obtížné určení časových intervalů (např. kolik času uplynulo od posledního vyšetření, od začátku vyšetření, od začátku hospitalizace). Časová orientace je častou součástí formálních testů (MMSE, ACE-CZ, MoCA). Méně a později bývá narušena orientace v místě.

Důvodem je možnost využití určitých ukazatelů a nápovědy z okolí. Normální orientace nemusí vylučovat přítomnost zřetelné paměťové poruchy (JIRÁK et al., 2013).

U jednoduchých paměťových testů na anterográdní paměť se uplatňují všechny fáze paměťového procesu: vstípení, uchování a vybavení informace. Zde je velmi důležité zajistit si soustředění pacienta ve fázi učení. V opačném případě hrozí znehodnocení výsledků ve fázi vybavení. Testování verbálních informací: 3-5 nesouvisejících slov (např. lopata, šátek, váza - MMSE). Testování vizuálních informací: ukázat několik předmětů a později nechat vybavit nebo zkopírovat geometrické tvary a pak si je vybavit) (JIRÁK et al., 2013).

34

3 LÉČBA PARKINSONOVY NEMOCI

Parkinsonova choroba patří mezi neurodegenerativní a nevléčitelné onemocnění, u kterého je důležitá včasná léčba pro oddálení příznaků nemoci a zkvalitnění života pacientů. Zde hraje významnou roli včasná a přesná diagnostika, vyhodnocení rizik a vyloučení doplňujících kritérií - věku a komorbidit. Toto onemocnění je charakteristické širokým spektrem komplikací vážně zasahujících do fyzických, psychických až sociálních stránek pacienta. Nastavení správné farmakologické léčby je složité a individuální, při zachycení této nemoci v rané fázi bývá léčebný efekt velký. Pozdější fáze jsou doprovázeny zhoršováním motoriky a nedostatečným účinkem léků. Příznaky, jež jsou řazeny jako nemotorické (zejména léčba demence a deprese), vyžadují komplexní a multidisciplinární přístup, jehož úkolem je zachování a zkvalitnění života pacientů a jejich pečovatелů (WORTH, 2013).

Dle neuroložky Anne-Marie Bonnet a psychologa Thierry Hergueta je léčebný přístup zaměřen primárně na substituční léčbu, zde se jedná o substituci dopaminem a tím o obnovení dopaminergního přenosu. Levodopa se jako prekurzor dopaminu v organismu transformuje na dopamin, pro léčbu jsou ale i vhodné tzv. agonisté dopaminu napomáhající stimulaci dopaminergních receptorů a účinkům podobným léčbě dopaminem. V první řadě ale stojí kvalita života nemocného a oddálení progresu nemoci. Kromě medikamentózní léčby jsou proto využívány i další postupy ke zmírnění příznaků nemoci (BONNET, HERGUETA, 2012).

Pro úspěšnou terapii je vhodná kombinace farmakologické léčby a nefarmakologických postupů. Medikace může mít vliv na biologickou podstatu nemoci, nevede ale k návratu ztracených funkčních schopností. Je proto důležité do léčby zapojit fyzioterapii, cvičení a pohybovou aktivitu (ROTH, RUZICKA, 2014). Důležité je také dodat, že léčba Parkinsonovy nemoci vede primárně k zmírnění příznaků onemocnění a tím ke zlepšení kvality života nemocného. Na počátku léčby se jedná hlavně o oddálení pozdních hybných komplikací a zachování co největší mobility pacienta. Včasná léčba je také rozhodující pro určení mírného průběhu nemoci (DUŠEK et al., 2013).

V České republice

může být základní péče prováděna v terénu,

sítí terénních
neurologů,

komplikované stavy a vzácnější poruchy předpokládají přesnou

35

diagnostiku založenou především na klinické zkušenosti s velkými soubory nemocných.

Pro vrcholnou diagnostiku a léčbu neurodegenerativních onemocnění
a vysoce specializovanou (převážně ambulantní) péči o tyto nemocné jsou
vyčleněny nadregionální superkonsiliární pracoviště, která

provádějí i specializovaná

školení v dané problematice a věnují se vědecko-výzkumné činnosti.

Činnost

center

je multidisciplinární a zahrnuje jak klinické obory (neurologie, neurofyzologie, neurochirurgie, neuropsychologie, psychiatrie), tak i metody morfologické (neuropatologie) a funkční diagnostiky (zobrazovací metody)

(FAKULTNÍ

NEMOCNICE OLOMOUC, 2019)

V České republice funguje pražské Centrum extrapyramidových onemocnění (EXPY), které pracuje při 1. lékařské fakultě UK, poskytuje osobám s Parkinsonovou nemocí superkonsiliární diagnostické a terapeutické služby. Spolupracuje s logopedy,

laboratoří psychologie a rehabilitačním oddělením (NEUROLOGICKÁ KLINIKA UK A VFN, 2019).

V Brně bylo založeno Centrum pro abnormální pohyby a parkinsonismus, které nabízí komplexní terapii osobám s PN. Spolupráce zde probíhá s neurorehabilitačním oddělením a klinickým logopedem. Centrum funguje v rámci Fakultní nemocnice u sv. Anny (CENTRUM PRO ABNORMÁLNÍ POHYBY A PARKINSONISMUS, 2019).

3.1 FARMAKOTERAPIE

Mezi hlavní léčiva pro pacienty trpící touto nemocí patří přirozený prekurzor tvorby dopaminu L-DOPA, mezi další léky je zařazeno používání agonistů dopaminu. L-DOPA napomáhá tvorbě dopaminu v mozku. Tento typ léčiva nepotřebuje pro svoji potřebnou funkci enzymatické zpracování a působí přímo na receptorech striata. Tento typ léčby ale nelze doporučit u starších osob s poruchami kognice, neboť hrozí riziko, že tyto léky mohou vyvolávat psychotické stavy (KAŇOVSKÝ, FARNÍKOVÁ, 2010).

Ve farmakoterapii se využívají léky léčící i symptomy této nemoci, mezi ně se řadí inhibitory MAO-B (inhibitory monoaminoxidázy), jež mohou slabě utlumit začínající symptomy Parkinsonovy nemoci, nejsou ale vhodné u pokročilejšího stadia nemoci. Častý symptom Parkinsonovy nemoci třes bývá tlumen anticholinergiky,

36 jež tlumí i hypersalivaci a zmírňují rigiditu. Tyto léky mají ale negativní vliv na kognici a jsou indikovány pouze u pacientů mladších bez kognitivního deficitu.

Ve farmakoterapii je možnost využít léčiv, jež by posílila účinek hlavního léku - L-DOPY a mohou se užívat současně, jedná se například o inhibitor katechol-Ometyltransferázy. Rovněž antagonisté glutamátových receptorů mají mírný symptomatický účinek a jsou využívány jak v monoterapii, tak v kombinované terapii. Pro potlačení začínajících symptomů jsou vhodné inhibitory MAO-B (inhibitory monoaminoxidázy), bohužel nejsou vhodné u pokročilejšího stadia nemoci (SALEEBY, KOLLIAS, 2014).

3.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA

U pokročilých stadií nemoci mohou být využívány další možnosti léčby, jako jsou hloubková

mozková stimulace (DBS: deep brain stimulation),

levodopa v gelové formě

(pumpa) a apomorfin (agonista dopaminu v injekční formě). Díky tomu je možné zajistit rovnoměrné dávkování a nedochází k výkyvům účinku (ROTH, RUZICKA, 2014).

Metoda hluboké mozkové stimulace je nedílnou součástí terapie u pokročilých stadií této nemoci. Elektrody jsou chirurgicky umístěny v Ncl. subthalamicus. Pod klíční kostí je také implantován stimulátor pro kontrolu. Tímto mohou být ovlivněny třes, akinezie a rigidita. Operace s sebou nese i rizika, mezi nejčastější komplikace patří nevratné poruchy řeči (DIENER et al., 2012).

Chirurgická léčba je indikována pouze v některých vážných případech (SEIDL, 2015).

Pro tento zákrok je doporučován věk pacienta méně než 70 let, dobrá reakce na dopaminergní léčbu s výraznými motorickými příznaky, ale bez kognitivní poruchy. Účinnost této terapie je prokázána tím, že dochází k omezení dyskineze, zlepšování motorického výkonu, snižování potřeby dopaminergních léků, zvyšování nezávislosti v každodenním životě a zlepšování kvality života (MÁLEK, 2019).

37

3.3 NEMEDIKAMENTÓZNÍ TERAPIE

Dle profesora Evžena Růžičky je z medicínského hlediska důležité, že onemocnění probíhá velmi odlišně v návaznosti na to, jaká je pohybová aktivita nemocného. Léčbou této nemoci lze potlačit příznaky, protože nahrazují neuromediátory, ale nelze plně odstranit příčinu nemoci. Jediný možný prokazatelný způsob zpomalení progresu onemocnění je intenzivní aktivní pohyb. Existuje velice blízký vztah mezi pohybem, konkrétně chůzí, a kognitivními funkcemi, schopností mentální činnosti. Aktivní pohyb člověka je poté zárukou toho, že zdravotní i celkový stav nemocného bude prognosticky lepší (ZDRAVOTNICKÝ DENÍK, 2015).

Pro pacienty s Parkinsonovou nemocí tvoří rehabilitace a režimová opatření další důležitou složku léčby. Základem je udržet pacienta přiměřeně aktivního, protože díky

tomu si zachovává rozsah pohybu. To mu umožňuje udržet se delší dobu soběstačným. Významné je např. trénování chůze či vstávání ze židle (HOJDAROVÁ et al., 2013). Pravidelný pohyb v časně fázi může pomoci oddálit nástup příznaků, a to poruchy chůze, kloubní ztuhlost, pády aj. ve chvíli, kdy se začínají objevovat poruchy stability a kdy se chůze orientuje typicky podle specifických problémů pacientů. V časně fázi je také možné natrénovat určitou strategii, která zaujímá roli při freezingu (náhlém přerušeni pohybu) nebo festinaci (mimovolněm urychlení tempa chůze) (KYMLOVÁ, 2012).

Pacientům s Parkinsonovou nemocí je umožněno využít fyzikálních cvičení v rámci lázeňských pobytů např. termoterapie nebo vodoléčby (PURSOVÁ, ROTH, 2014).

Tabulka 2 Časná a pozdní fáze choroby

Časná fáze choroby Pozdní fáze choroby

zlepšení celkové kondice nácvik manipulace s předměty
edukuje o správnosti držení těla nácvik udržení pohyblivosti
pravidelné cvičení - zlepšuje se nácvik udržení soběstačnosti
kardiovaskulární výkonnost
a muskuloskeletální systém
cvičení vhodného držení těla
nácvik jemné motoriky

Zdroj: PURSOVÁ, ROTH, 2014

38

3.4 VÝŽIVA BĚHEM NEMOCI

Parkinsonova choroba se projevuje i v oblasti výživy a metabolismu, k změnám dochází z důvodu změn energetického výdeje, jenž za nedostatečné výživy vede k následným úbytkům váhy. Mezi příznaky, které jsou zpočátku pacienty přehlíženy, lze zařadit celkové poruchy funkce gastrointestinálního traktu. Jedná se o poruchy motility v důsledku poruchy inervace z centrálního nervového systému.

Jde o důsledek působení Parkinsonovy choroby na oblast dorzálního motorického jádra nervu vagu a v nucleus olfactorius anterior, neboť inervace gastrointestinálního traktu je z velké části inervována prostřednictvím nervus vagus. Dle nových poznatků byly zjištěny degenerace v intramurálních gangliích trávicího traktu. Parkinsonici také často udávají pocit sytosti, žaludeční dyskomfort, nauzeu a potíže s vyprazdňováním. Tato takzvaná gastroparéza patří mezi nespecifické příznaky Parkinsonovy nemoci a vede, jak bylo výše uvedeno, k malnutrici pacienta. Osoba takto postižená trpí ageuzií, která vede k dysbalanci energetického příjmu a výdeje. V oblasti žaludku se nachází Meissnerův a Auervachův plexus, jenž je příbuzný s Cajalovými buňkami, které bývají postiženy neurodegenerativním procesem v souvislosti s Parkinsonovou chorobou (PICMAUSOVÁ et al., 2012).

Příznaky Parkinsonovy nemoci mohou snižovat možný příjem potravy přirozenou cestou, je proto důležité zvolit správnou konzistenci a typ potravy či využít možnosti konzultací u výživových specialistů, kde dojde k sestavení plnohodnotného a stravitelného jídelníčku. Terapeut bere ohled na ovlivnění účinku léku - levodopa by měla být užívána nalačno nebo alespoň s třicetiminutovým odstupem od jídla bohatého na bílkoviny. Pacientovi by mohla být nabídnuta suplementace chybějících živin potravinovými doplňky - sipping. Pokud má pacient závažnou poruchu polykání, je potřeba vyšší forma nutriční podpory a může dojít až k zavedení sondy do žaludku, která kompenzuje krátkodobou nemožnost přijmout tekutiny a stravu ústy. U pacientů s Parkinsonovou nemocí je doporučováno průběžné hodnocení nutričního stavu (DUŠEK et al., 2013).

V nejlepším případě by měla být odborná nutriční péče dostupná ve všech lůžkových zdravotnických zařízeních a v domech poskytujících pečovatelskou službu. Pokud tato možnost není, lze využít podpory specializovaných nutričních ambulancí

39

a center, jejichž seznam je k nalezení na stránkách Společnosti klinické výživy a intenzivní metabolické péče ČLS JEP (KLEMPÍŘ, 2013).

V rámci výživy lze zařadit i poruchy polykání, které se vyskytují v pozdějších stádiích Parkinsonovy nemoci. V důsledku toho vzniká nerovnováha mezi příjmem a výdejem energie a z toho plynoucí malnutrice. Riziko aspirace je pak vyšší než u zdravé populace (ARGOLO, NÓBREGA, 2013).

„Dobrý den,

na stránkách zájmového sdružení pro pacienty s Parkinsonovou chorobou (spolecnostparkinson.cz) najdete velmi podrobné informace o doporučeních ke stravě při této chorobě v článku Jak zvolit nejlepší výživově bohatou stravu pro pacienty trpící Parkinsonovou chorobou.

Kromě specifického doporučení konzumace zdrojů quercetinu (snižuje poškození DNA) a opatrnosti při konzumaci kravského a kozího mléka vzhledem k obsahu kaseinu, který u citlivých může konkurovat absorpci levodopy, u těchto pacientů doporučujeme smíšenou vegetariánskou stravu (lacto-ovo-pisco) s dostatkem prebiotické vlákniny, polysacharidu a probiotik. Samozřejmě je abstinence od alkoholu.

Funkce stravy je však zde pouze podpůrná, nikoli zásadní jako u jiných chorob např. diabetu, jaterních chorob atp.

Hezký den a hodně úspěchů!

MUDr. Kateřina Cajthamlová

www.cajthamlova.cz”

40

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ

4.1 PÉČE O PACIENTA S PARKINSONOVOU NEMOCÍ

4.1.1 Péče v domácím prostředí

Pro osoby trpící touto nemocí má domácí péče velký význam, takže pokud mají tyto osoby někoho, kdo se o ně chce a může postarat, je to nej lepší řešení. Je prokázáno, že domácí prostředí má vliv na duševní pohodu a tedy i příznaky osoby s PN.

Před rozhodnutím věnovat se pacientovi s Parkinsonovou nemocí v domácím prostředí je třeba si ujasnit aktuální zdravotní stav osoby, tedy průběh a příznaky nemoci.

U pokročilých stadií nemocí je nutné počítat se zhoršenými stavy orientace, hybnosti a je vhodné, aby pečující osoba věděla, jak je podstatné tyto stavy rozpoznat.

Podle těchto symptomů je vhodné přizpůsobit okolí pacienta a zvolit vhodné aktivity tak, aby nemocný nebyl nadměrně přetěžován. Dostatečné informace o specifických této nemoci a následné pochopení situace parkinsonika jsou základem dobré péče.

Za nej důležitější jsou považovány tyto rady:

požádejte o poskytnutí co největšího množství informací a případných

zkušeností z řad lékařů i samotných nemocných,

důležitá je důvěra v lékaře a zavedenou léčbu - pokud z nějakých důvodů nefunguje, konzultujte s neurologem alternativy,

přiznejte si skutečnost, že Parkinsonova nemoc je progresivní typ nemoci,

pečlivě vybírejte zařízení se sociálními službami a tam požádejte o možné

přijetí. Tento proces je zdoluhavý a je možné, že jej nemusíte využít, ale je

dobré si jej „pojistit“ pro nenadálou situaci v rodině - pokud potřebujete ústavní péči (VERNEROVÁ, 2013),

kontaktujte agenturu domácí péče, která by se mohla v případě vaší nepřítomnosti o pacienta postarat (může ji předepsat praktický lékař); tyto

agentury je možné využít i jako doplňkovou domácí péči,

sestry z domácí péče vás mohou školit k základním pečovatelským úkonům,

mějte kontakt se svým praktickým lékařem a vyjasněte si cíle péče,

41

kontaktujte podpůrné služby z vašeho okolí - poskytovatele odlehčovacích služeb, stacionáře apod.,

využijte možnosti finanční podpory pečujících osob (NEZBEDA, 2016).

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je uvedena možnost pro

neformální pečující, kteří se starají o své rodinné příbuzné, využívat odlehčovací služby

či odborné sociální poradenství. Ostatní sociální služby definované tímto zákonem

nezahrnují pečovatele jako jednu z cílových skupin. Rodinní pečující mají zájem o to,

aby i jim byly poskytovány sociální služby. Za nejvíce potřebné považují mít

dostatečnou psychologickou podporu, poradenství při řešení nepříznivých životních

situací a pomoc v případě nemožnosti poskytovat péči např. z důvodu nemoci

pečujícího (GEISLER et al., 2015).

Například z pohledu sociální práce jsou osoby s Parkinsonovou nemocí řazeny

mezi osoby se zdravotním postižením, které lze definovat jako osoby mající

„dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci

s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními". (MATOUŠEK et al., 2013, s. 387)

V domácím prostředí je možnost využít škálu rehabilitačních pomůcek, které mají nezastupitelné místo v případě předcházení vzniku komplikací a sekundárních změn způsobených imobilitou. Jejich cílem je i udržení maximální soběstačnosti nemocného a pečujících osob. Mezi tyto pomůcky patří například polohovací lůžka, ortézy, polohovací klíny a vaky, bezpečnostní pásy na lůžko či vozík, chodítka či jiné opory chůze, elektrický zvedák, antidekubitární podložky a madla či opěrky v místech, kde hrozí zvýšené riziko pádu. Pro běžné denní činnosti se doporučuje zápěstní objímka (stabilizuje ruku) či speciální vybavení pro práci s počítačem, pro lepší samoobsluhu během jídla se používají speciálně tvarované talíře a příbory, kelímky s plastovým úchytem, pro oblékání a obouvání prodloužené lžice do bot či zapínače a rozepínače knoflíků apod.

Tato doporučení se týkají hlavně osob s již rozvinutou poruchou hybnosti, časté potíže psychického charakteru je nutné řešit individuálně a způsoby jejich řešení tak nelze generalizovat.

42

Dle portálu MPSV došlo od roku 2022 k navýšení příspěvku na mobilitu, finanční podpora pro pečovatele a nemocného může být poté tvořena těmito položkami: Invalidní důchod 1. až 3. stupně (výše je individuální).

Příspěvek na péči v 1. až 4. stupni (880 Kč až 19 200 Kč pro osobu nad 18 let).

Příspěvek na mobilitu (900 Kč).

Příspěvek na zvláštní pomůcku (výše je individuální) (MPSV, 2022).

Pro získání více informací, případně samotné podpory existuje také možnost připojit se či navštívit Parkinson kluby. Tyto kluby byly zakládány za účelem udržování pohybových a sociálních aktivit osob s Parkinsonovou nemocí. Nabízejí možnost navštěvovat skupinová cvičení, plavání, logopedii a další akce. Členství je umožněno nejenom osobám s Parkinsonovou nemocí, ale i rodinným příslušníkům či osobám blízkým a též lékařům (SPOLEČNOST PARKINSON, 2019).

4.1.2 Péče v nemocničním prostředí

Tento typ péče je nabízen na odděleních nebo klinikách, a to na základě doporučení praktického nebo specializovaného lékaře. Lůžková péče se dělí na intenzivní, standardní následnou a dlouhodobou. V tomto případě je pozornost upřena na diagnostiku, léčbu a následné komplikace nemoci. V případě ošetrovatelské péče již lze začít s edukací pacienta tak, aby u něj došlo k postupnému rozvoji soběstačnosti, prevenci následků nemoci a k udržení a podpoře zdraví. Všeobecná sestra zde poskytuje jak základní, tak speciální a intenzivní ošetrovatelskou péči, a to metodou ošetrovatelského procesu (KUDLOVÁ, 2015).

4.1.3 Péče ambulantní

U této formy péče není potřeba hospitalizace pacienta. Je poskytována ve třech variantách: primární, specializované a stacionární.

1. Primární - zde je poskytnuta prevence, diagnostika symptomů, jejich léčba a následná posudková péče. Zajištěna je praktickým lékařem pro dospělé a lékařem pro děti a dorost.

2. Specializovaná - liší se dle svého rámce oboru zdravotní péče, např. existuje diabetologická nebo podiatrická ambulance.

43

3. Stacionární - v případě pacientů, u nichž zdravotní stav a prognóza nemoci vyžadují opakovanou denní ambulantní péči, je poskytována metodou denního stacionáře, kde je možnost intenzivnější terapeutické práce bez nutnosti hospitalizace. Jedná se tak o ambulantní formu léčení bez nutnosti hospitalizace (KUDLOVÁ, 2015).

Při přijetí pacienta do ambulance lékaře je důležitá pro určení diagnózy anamnéza vyšetřované osoby. Sestra zde hraje roli pomocníka lékaře - vysvětluje klientovi smysl otázek a také sbírá informace pro ošetrovatelskou anamnézu. Sestra s lékařem tak zjišťují základní projevy nemoci, všechny poruchy s ní spojené a ptají se na průběh choroby. Při sběru anamnézy kladou důraz na prodělané nemoci a rizikové prostředí či genetickou zátěž (KRÁLOVÁ, 2012).

U osob trpících Parkinsonovou chorobou je průkazný nedostatek dopaminu. Tato látka, jež je produkována dopaminovými centry mozku, stimuluje pohyb a svaly. Její

nedostatečná sekrece je způsobena neurodegenerativním postižením dopaminergních neuronů. Odpověď na tzv. dopaminergní stimul je důležitá při určení diagnózy Parkinsonovy choroby. Jedná se poté o jistý průkaz nemoci (EDPA, 2013).

Úloha sestry zde spočívá v tom, že po tom, kdy sestra podá tabletu L-DOPA, se příznaky zmírní a test je pozitivní a hodnocení výsledku testu probíhá dle škály UPDRS.

44

5 EDUKAČNÍ PROCES

Pojem edukace znamená (z latinského educare, educare - vychovávat, vypěstovat) širě chápaný proces výchovy a vzdělávání člověka a rozvíjení jeho osobnosti (SLEZÁKOVÁ et al., 2017).

Jako edukaci můžeme označit typ lidské činnosti, který spočívá ve vzájemné součinnosti edukátora a edukovaného směřující k určitým cílům. Celý proces směřuje k určitému zamýšlenému a očekávanému výsledku. Nynější typy edukací užívají definici cílů v rovině kognitivní, afektivní a psychomotorické (TOMOVÁ, NIKODÉMOVA, 2014).

Výukové cíle jsou děleny dle oblasti rozvoje osobnosti vzdělávané osoby a jsou zaměřeny na stránku:

Kognitivní (vzdělávací), kde jsou spojeny s osvojením vědomostí a intelektuálních dovedností.

Afektivní (postojovou) - zabývají se emocionální oblastí, zde dochází k osvojení postojů a vytváření hodnotové orientace.

Psychomotorickou (výcvikovou) - směřující k osvojování dovedností například tělesného pohybu, manipulace s předměty a nástroji apod. (ZORMANOVÁ, 2014).

Edukace je pro lepší přehled a kontrolu dělena do více fází:

1. Fáze posuzování

Edukátor odhaluje potencionál, dovednosti a slabá místa edukované osoby, zjišťuje její stávající zvyky a vytváří si tak obraz o edukovaném člověku. K získání informací je možné využít různých testů, škál, pozorování a samozřejmě i rozhovoru s danou osobou či jejím okolím. Na základě takto získaných informací si stanovuje cíle.

2. Fáze projektování

V této fázi se edukátor zabývá rozvrhem cíle, výběrem formy edukace, zvolením vhodných pomůcek a časovým naplánováním a nakonec vytvořením edukačního plánu.

45

3. Fáze realizace

Důležitým faktorem před samotnou realizací edukace je motivace edukovaného, jenž musí být ochotný nové informace vstřebávat a zpracovat je do běžného dne. Proto je dalším krokem opakování a tím i procvičování informací, kde se zároveň ověří, jak edukovaný dokáže využít dané informace a vědomosti v praxi.

4. Fáze prohlubování a upevnění učiva

V této fázi se získané učivo opakuje a dochází k jeho fixaci v paměti a k automatizaci. Jedná se o podstatný krok v edukaci, ale ve zdravotnictví bývá často opomenut.

5. Fáze zpětné vazby

Tato fáze se zabývá hodnocením a výsledky edukanta, ale i edukátora. Hodnocení napomáhá ke zlepšení další edukace a odhalení nedostatků (JURENIKOVA, 2010).

Edukace je celoživotní rozvíjení osobnosti člověka působením formálních (školních) institucí i neformálního prostředí (rodina, nemocnice, přátelé). Jejím cílem je osvojení si nových poznatků, získání nových znalostí, dovedností, vytváření nových hodnotových, postojových, citových a volních struktur osobnosti a dosažení změny chování (DERNÁROVÁ et al., 2021)

46

6 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Role sestry se během jejího působení na pacienta postupně rozvíjela a nyní sestry se aktivně podílejí na ošetrovatelském procesu, kde zastávají řadu významných rolí. Mezi tyto role lze zařadit roli asistentky lékaře, koordinátorky ošetrovatelské péče a zároveň působení v oblasti výchovy a vzdělávání pacientů (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

Tento typ vzdělání je specifický z důvodu specifčnosti vyučované osoby.

V oboru zdravotnictví je tématem péče o zdraví, edukace proto probíhá s osobou,

jejíž aktuální zdravotní stav může být ohrožen nebo je již nemocí postižena. Výjimku tvoří případ primární prevence, kde učební jednotky probíhají i se zdravým klientem. Důraz je tedy kladen na soulad s metodami péče a na empatii a vhodnou volbu učitele - edukátora pro konkrétního klienta. Vhodnou volbou edukace dochází ke snížení stresu a strachu pacienta, což se může velice pozitivně odrazit na jeho celkovém zdravotním stavu a na průběhu hospitalizace (MANDYSOVÁ, 2016).

Na vzdělání u zdravotnického personálu je v posledních desetiletích kladen velký důraz a taktéž, pokud je pacient dostatečně proškolen a informován o své diagnóze a následném léčebném režimu, může se, a to i včetně své rodiny, podílet na zdokonalení ošetrovatelského procesu a také na zefektivnění léčebného procesu. Dochází tak ke zkrácení doby léčení, odstranění či snížení nežádoucích jevů, zkrácení doby rekonvalescence a zlepšení kvality života. Pomocí edukace tak dochází k zvýšení zájmu pacienta o jeho zdravotní stav a zároveň se předchází zvýšeným nákladům na zdravotní péči. Prostřednictvím edukace lze dosáhnout aktivního přístupu pacienta k léčbě a rekonvalescenci, zároveň je pacient obeznámen s příčinami svého onemocnění a způsobem léčby či způsobem zmírnění následků nemoci. Pacient je oprávněn získat potřebné informace o léčebném procesu. Pacientovi je tak udělena zodpovědnost za své zdraví a role sestry v tomto procesu je nedirektivním způsobem pomoci v nové situaci se lépe orientovat a účinně zvládnout léčbu a hospitalizaci.

Edukaci je možné dle jejího zaměření rozdělit na primární, sekundární a terciární.

Primární edukace je soubor činností, které předcházejí vzniku nemoci či jiných komplikací, sekundární edukace je vztažena na osoby, u nichž je již problém identifikován, a jejím cílem je tedy přispět k vyléčení onemocnění a zamezit případnému dalšímu rozvoji komplikací. V tomto stupni edukace by mělo dojít

47
i ke změně nevhodného chování či návyků pacienta tak, aby došlo ke zlepšení léčebného procesu. Terciární stupeň se zabývá úkony, které by přispěly k předcházení recidivy choroby nebo zabránily prohloubení onemocnění s cílem zachování kvality života (SVĚRÁKOVÁ, 2012).

6.1 EDUKAČNÍ PROCES PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBU

6.1.1 Kazuistika pacienta

Identifikační údaje: J. K.

Medicínské diagnózy hlavní

Morbus Parkinson, v roce 2005 pacientce byla v návaznosti na pozitivní výsledek testu na L-Dopu stanovena diagnóza Parkinsonovy nemoci. První příznaky zaznamenala, jakmile zpozorovala mírný třes na pravé horní končetině, kdy byl problém delší dobu udržet předměty. Postupně se zhoršovala chůze - došlo ke zkrácení kroku a vymizely souhyby horních končetin. Dané obtíže ji dovedly až do extrapyramidové poradny na oddělení neurologie, kde jí byla v roce 2005 definitivně diagnostikována Parkinsonova nemoc. Odmítla absolvovat léčebné pobyty a zvolila variantu rehabilitace na blízké klinice. Toto rehabilitační cvičení je předepisováno, jakmile se objeví větší progres onemocnění, a dochází po něm k výraznému zlepšení celkového stavu a snížení potřebného množství medikace.

Medicínské diagnózy vedlejší

Středně těžké deprese - 20 let, léčena ambulantně na psychiatrii, spouštěčem této nemoci byla změna prostředí - stěhování a onemocnění, aleje zde i cyklická návaznost na změny ročního období.

Anamnéza

Osobní

Probantka je narozena 22. 5. 1943. Rodinná anamnéza vzhledem k vzniku Parkinsonovy nemoci bezvýznamná, v rodině se nevyskytují žádná neurologická onemocnění. Oba rodiče byli zdraví, pacientka měla sestru, která zemřela před rokem,

48
a to v důsledku pádu. Její sestra trpěla neurologicky podmíněným narušením rovnováhy a obtížemi s chůzí spojenými s útlakem míšního kanálku v oblasti hrudní páteře.

Probantka v dětství prodělala běžné dětské nemoci, jinak bez vážných onemocnění a úrazů. Sledována z důvodu léčby deprese, která zesiluje s podzimním obdobím.

Pro zachování psychické a fyzické odolnosti se J. K. v domácím prostředí denně věnuje protahovacímu cvičení celého pohybového aparátu.

Rodinná

Žije ve společné domácnosti s manželem narozeným 1. 6. 1940, v panelovém domě ve čtvrtém patře bez výtahu, společně mají dvě dcery a čtyři vnoučata. Hlavně obě dcery jsou zapojeny do úkonů, které se týkají administrativy - vyzvednutí pošty a následné vyřízení různých plateb. Jedna z dcer je zdravotní sestra a domluvila své matce návštěvu ergoterapeuta a zajistila tak potřebné kompenzační pomůcky. Vnoučata se aktivně podílejí na obstarávání velkých nákupů, tři vnoučata mají vlastní vůz a bydlí ve vzdálenosti do 5 kilometrů. Zálibou probantky je setkávání se s přáteli v Klubu seniorů a jednou týdně navštěvuje skupinová cvičení organizovaná Parkinson klubem v Hradci Králové.

Sociální

J. K. absolvovala střední ekonomickou školu, vykonala maturitní zkoušku, později pracovala jako účetní. Tuto činnost vykonávala až do svého odchodu do důchodu (nejprve invalidního, v současnosti starobního). Žije s manželem, jenž je ve věku 83 let.

Z hlediska sociálních kontaktů je J. K. velmi společensky založená a přátelská žena. Podílí se se svým manželem v rámci Klubu seniorů na pořádání oslav k jednotlivým svátkům v roce. Udává, že důležitou součástí týdne je pro ni obden si jít sednout do cukrárny a popovídat si se svojí kamarádkou z bývalé školy.

Farmakologická

Psychofarmaka, antiparkinsonika a antacida.

49

Spirituální

Není věřící.

Epidemiologická

Běžné dětské nemoci.

Předchozí hospitalizace a vyšetření

Provedeno standardní neurologické vyšetření na potvrzení Morbus Parkinson.

6.1.2 1. FÁZE - POSUZOVÁNÍ

Ošetřovatelské hodnotící techniky při příjmu pacientky

a) Hodnocení soběstačnosti

Tabulka 3 Barthelové test základních všedních činností

Činnost Provedení činnosti / hodnocení Body

Příjem potravy a tekutin Samostatně a bez pomoci 10

Oblékání Samostatně a bez pomoci 10

Osobní hygiena Samostatně nebo s pomocí 5

Koupání S pomocí 5

Použití WC S pomocí 5

Kontinence moče Částečně inkontinentní 5

Kontinence stolice Plně kontinentní 10

Přesun lůžko - židle S malou pomocí 10

Chůze po rovině S chodítkem 5

Chůze po schodech S dopomocí 10

Celkový počet bodů: 70

Stupeň závislosti: 65-95 bodů - lehká závislost

Zdroj: vlastní zpracování

Dle tohoto testu pacientka spadá do skupiny lehké závislosti na dopomoci.

Probantka šije vědoma nutnosti využití chodítka při delší chůzi a pomoci při hygieně.

Vzhledem k prognující nemoci a riziku ztráty motorických schopností je

doporučeno pravidelné cvičení a procházky, které probantka denně provádí.

Na základě konzultace s ergoterapeutem jsou v koupelně instalována madla

pro zachycení při výstupu ze sprchy a madla jsou upevněna i na stěně jako dopomoc

při zvedání/posazování se na WC.

50

b) Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Tabulka 4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Kritéria Hodnocení Body

Schopnost spolupráce úplná 4

Věk >60 1

Stav pokožky suchá 1

Další nemoci ucpávání tepen 2

Tělesný stav

Stav vědomí

zhoršený 3

Aktivita doprovod 3

Pohyblivost částečně omezená 3

Inkontinence převážně moč 4

Počet bodů: 25

Zdroj: vlastní zpracování

Nebezpečí vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně. Probantka je dle hodnocení Nortonové s rizikem vzniku dekubitů. Pohyb v rámci lůžka neomezen, na lůžku se sama polohuje. Sedá si na lůžku, s dopomocí přeseďá na WC židli a pro delší trasy využívá chodítka, případně doprovodu.

c) Riziko pádu

Tabulka 5 Screening rizika pádu dle Conleyové, upraveno Juráskovou

Rizikové faktory pro vznik pádu Body

Pobyt prvních 24 hodin po přijetí na lůžkové oddělení

0

Zrakový / sluchový problém 1

Užívání rizikových léků 1

Soběstačnost Částečná 2

Schopnost spolupráce Spolupracující 0

Přímý dotaz na pacienta

Máte v noci nucení na močení?

Ano 1

Celkem bodů: 6 - střední riziko pádu

Zdroj: vlastní zpracování

Pacientka byla poučena o riziku pádu a o jeho prevenci. Využívá kompenzačních pomůcek a pohybových opatření, probantka je orientovaná a spolupracující.

51

d) Nutriční screening

Tabulka 6 Nutriční screening

Oblast hodnocení Výsledek Body

BMI 27,3 kg/m²

0

Ztráta hmotnosti v posledních třech měsících

méně než 3 kg 0

Příjem stravy - velikost porcí y4 - 3

Á - % 3

Celkem bodů: 3

Nutriční riziko: 3 a více bodů

Zdroj: vlastní zpracování

Probantka si stěžuje na intoleranci některých potravin - větší porce, potraviny s větším obsahem tuku a bílkovin nebo hůře stravitelné vlákniny například ve formě syrové zeleniny. Po této stravě se cítí dyskomfortně a je pro ni lepší metoda menších porcí vícekrát za den. Pro zvýšené riziko nevyvážené stravy byla probantce doporučena návštěva nutriční sestry.

6.1.3 2. FÁZE - DIAGNOSTIKA

Problémy probantky:

imobilita - zpomalená chůze, třes,

nevyvážená strava,

snížená schopnost sebeobsluhy,

osamělost z důvodu imobility,

psychické problémy - úzkosti,

častý pocit chladu - studené ruce,

stresová inkontinence moči.

J. K. udává, že ji nejvíce omezuje její snížená možnost samostatného pohybu

na delší trasy, rovněž je pro ni problémem se stýkat s více lidmi a trávit delší čas mimo domov. Pro J. K. jsou i činnosti běžného dne velice časově náročné - sebeobsluha např. zapnutí knoflíků nebo nazutí obuvi je činností vyžadující delší čas, náročnější pro ni bývají cesty mimo domov do neznámého prostředí. Doma však pociťuje klid a u sebe v pokoji provozuje pravidelné cvičení na zachování rozsahu kloubní pohyblivosti. J. K. by si však přála dosáhnout jistější chůze na delší vzdálenosti.

52

Vlivem kombinace léků se cítí často unaveně a bez chuti do života a zároveň ve zvýšené míře spí. Z důvodu „šouravé“ chůze je nucena návštěvy svých kamarádek plánovat v domácím prostředí nebo nedaleko svého domu, a své pravidelné procházky proto plánuje s dostatečnou časovou rezervou a za doprovodu manžela.

Nemoc omezuje paní J. K. v oblasti sebezpečí, není schopna provést drobné manuální práce nebo jejich provedení vyžaduje více času. Příkladem je make up nebo barvení vlasů, které jsou pro J. K. důležité a příprava vyžaduje více času než dříve. Z hlediska sebezpečí je náročná osobní hygienická péče, byť je vybaven umakartovým jádrem bez sprchového koutu, pro vstup do sprchy potřebuje paní J. K. dohled, a to i při možnosti se zachytit madla na stěně.

Problémem je i částečná inkontinence moči, kde opatření pro nechtěný únik moči jsou již konzultována s obvodním lékařem a uvažuje se o využití jednorázových inkontinenčních pomůcek. Paní J. K. také často trápí pocit chladu na periferních oblastech končetin - chladné málo pohyblivé prsty nebo studené nohy. Paní J. K. to odůvodňuje nedostatečnou možností pohybu.

Ošetrovatelské diagnózy

Pro lepší přehled aktuální ošetrovatelské péče bylo zvoleno hodnocení klientky dle schématu ošetrovatelských diagnóz, jež jsou stanoveny a vypracovány dle systému NANDA INTERNATIONAL (2016).

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

00088 Porušená chůze z důvodu základního onemocnění projevující se zhoršeným rozsahem kloubů.

00085 Zhoršená pohyblivost z důvodu medikace ovlivňující pohyb a z důvodu základního onemocnění.

00162 Ochota ke zlepšení léčebného režimu, probantka je motivována lépe zvládat léčbu onemocnění a prevenci komplikací.

00002 Nedostatečná výživa, probantka si je vědoma nevhodně složeného jídelníčku a nemá dostatek informací ke správnému sestavení stravy.

00008 Neefektivní termoregulace vlivem stáří, nízkého krevního tlaku a snížené pohyblivosti.

53

00108 Deficit sebezpečí při koupání z důvodu zhoršené pohyblivosti kloubů a snížené reakční schopnosti.

00109 Deficit sebezpečí při oblékání z důvodu zhoršené pohyblivosti prstů a rukou.

00017 Stresová inkontinence moči z důvodu věku a ochabnutí svalů pánevního dna.

00163 Snaha zlepšit výživu z důvodu vědomosti nutnosti nutriční podpory při Parkinsonově nemoci.

Z tohoto výčtu je patrné, že se klientka nachází ve stavu, kdy je nutná edukace v těchto odvětvích:

Deficit vědomostí

o pohybových pomůckách na udržení soběstačnosti,

o onemocnění,

o komplikacích onemocnění,

o dietním opatření,

o režimových opatřeních.

Deficit v postojích

strach ze zhoršení zdravotního stavu,

nejistota ve schopnosti dodržet režimová opatření,

strach z možných komplikací.

Deficit zručnosti

ochota zlepšit aktuální zdravotní stav,

snaha vytvořit pravidelný tréninkový plán,
v dodržování životního režimu.

6.1.4 3. FÁZE - PLÁNOVÁNÍ

Dle požadavků probantky a jejích aktuálních potřeb byly stanoveny priority tohoto edukačního procesu.

54

Prioritou bude seznámit klientku se způsoby, jak vyřešit problematiku:

onemocnění,

režimového opatření,

nutričního hlediska,

používání kompenzačních pomůcek v běžném životě.

Byly zvoleny tři edukační jednotky s těmito záměry:

prezentovat co nejvíce informací o nemoci,

doporučit změny ve výživové oblasti,

ukázat, jaké jsou možnosti zajištění bezpečného pohybu,

ukázat možnosti ovládnutí kompenzačních pomůcek určených pro pohyb.

Cíle edukace

Správně stanovený výchovně-vzdělávací cíl vystihuje kompetence, tj. vědomosti a dovednosti edukantů, které u nich sestra edukátorka očekává po edukaci (ZORMANOVÁ, 2014).

Tabulka 7 Kognitivní, afektivní a behaviorální cíle

Kognitivní Afektivní Behaviorální

edukovaný nabyl

vědomosti o životním

režimu

klient je motivován

získávat nové vědomosti

řídí se dietními opatřeními

zná výživová opatření

projevuje snahu aktivně

spolupracovat

absolvuje pravidelné

prohlídky u svého lékaře

umí používat kompenzační

pomůcky

vykazuje známky změn

životního stylu

klient dodržuje předepsaný

léčebný režim a

implementuje edukační

rady do svého životního

stylu

je orientován v oblasti

vhodných volnočasových

aktivit

aktivně provozuje

doporučené vycházky

Zdroj: ZORMANOVÁ, 2014

Místo realizace edukace: klidné domácí prostředí, kde bude probíhat nácvik

s kompenzačními pomůckami.

Metoda výuky: výklad, vysvětlování, kontrolní rozhovor, ukázka dané činnosti.

55

Podle času: edukační proces je rozdělen do tří dnů - jelikož se jednalo převážně o domácí prostředí, hodina výuky byla vždy domluvena s klientkou, aby nedošlo ke křížení výuky a podání pravidelné medikace.

Edukační pomůcky: edukační leták, odborná literatura, kompenzační pomůcky, notebook a psací potřeby.

Typ edukace: klientka má již elementární znalost o této nemoci, jednalo by se tedy o prohlubující edukaci, kde je snahou rozšířit znalosti a zlepšit aktuální stav.

Soupis edukačních jednotek:

1. Důležitost vhodné stravy u pacienta s Parkinsonovou chorobou.
2. Bezpečný pohyb s kompenzačními pomůckami.
3. Návčik pohybu s kompenzačními pomůckami určenými pro pohyb mimo bytovou jednotku.

Časový harmonogram edukace je závislý na aktuálním stavu klientky a je domluven vždy na konci jednotlivých lekcí.

6.1.5 4. FÁZE - REALIZACE

6.1.5.1 1. edukační jednotka

Téma edukace: důležitost vhodné stravy u pacienta s Parkinsonovou chorobou.

Místo edukace: domácí prostředí.

Časový harmonogram: 9. 1. 2023 od 10.00 do 10.45 (45 minut).

Cíl

Kognitivní: získání nových znalostí.

Afektivní: klientka má osobní zájem získat nové informace a je motivována spolupracovat, klást otázky a odpovídat na možné dotazy týkající se tématu.

Psychomotorický cíl: klientka se naučí vybírat pro ni prospěšné a zdravé potraviny a zná, jaké z nich jsou možnosti přípravy pokrmů.

Forma edukace: individuální u klientky doma.

56

Prostředí: během návštěvy v domácím prostředí.

Edukační metody: pohovor, diskuze, zodpovězení dotazů a vysvětlení možných nejasností.

Edukační pomůcky: leták, knihy, obrázky, nabídka pokrmů pro ochutnání.

Realizace 1. edukační jednotky

Motivační fáze (5 minut): uvítání pacienta a poděkování za účast, je třeba zajistit klidné prostředí a vysvětlit nutnost spolupráce a aktivní podílení se na edukaci.

Expoziční fáze (20 minut): pacientovi bude vysvětlena nutnost správnosti výživy u této nemoci, důraz je kladen na jednoduchost a účelnost provedení a přizpůsobení se pacientovým návykům, bude nabídnut vzorový jídelníček (viz příloha A) a letáček (viz příloha C) s přehledem vhodných potravin.

Obecné výživové doporučení pro pacienty s Parkinsonovou chorobou různorodá a vyvážená strava,

není doporučována určitá specifická dieta,

dbát na dostatečný příjem tekutin a vlákniny,

pozor na kontraindikace stravy s léky - riziko u bílkovin,

vhodná úprava pokrmů - z důvodu zhoršené jemné motoriky či polykání,

tablety levodopy užívat nalačno půl hodiny před jídlem a nejdříve hodinu po jídle.

Potraviny, které napomáhají bojovat proti Parkinsonově chorobě

Banány

Díky vysokému obsahu tryptofanu pomáhají při potížích se spánkem, zmírňují úzkost a deprese. Na rozdíl od rafinovaného cukru je ovocný cukr v banánech vázán na životně důležité prvky jako mangan, selen, měď, bor a molybden a velké množství minerálů, jako je draslík, který je jednou z nej důležitějších látek pro činnost neurotransmiterů.

57

Bobulové ovoce

Lesní borůvky jsou jednou z potravin, které odstraňují z těla těžké kovy, a představují tak nej prospěšnější potravinu pro mozek, všeobecně tmavé ovoce je důležité pro svůj obsah tzv. flavonoidů, což jsou rostlinné sloučeniny s antioxidačními účinky. Bylo zjištěno, že lidé konzumující tmavě zbarvené ovoce mají nižší riziko úmrtí, jelikož flavonoidy se svojí antioxidační aktivitou - utlumením zánětlivých procesů, které v mozku probíhají, se mohou podílet i na snížení symptomů Parkinsonovy nemoci. Sběr bobulovitého ovoce je také všeobecně uklidňující technikou a zároveň dokonalým návčikem jemné motoriky.

Zelený čaj

Tento nápoj obsahuje methylxantiny, aminokyseliny, kofein, těkavé látky, polyfenoly, zároveň díky obsahu polyfenolových antioxidantů chrání neurony. V něm obsažené katechiny zároveň posilují imunitní systém.

Bílé fazole

Hlavní účinnou složkou fazolek je L-DOPA, zlepšuje klinické projevy nemoci a následně tak kvalitu života (WILLIAM, 2017).

Všeobecnější doporučené i mléčné výrobky, které obsahují cenná probiotika, jako zdroj vlákniny celozrnné pečivo a těstoviny. Tzv. sipping - popíjení je pro osoby s Parkinsonovou nemocí velice důležitým zdrojem živin, v tomto případě je doporučována tekutá výživa například v podobě Nutridrinků.

Za vhodný zdroj bílkovin jsou považovány netučné ryby, kuřecí, telecí, krůtí a libové hovězí maso.

Nevhodné potraviny

Z důvodu rizika zácpy jsou uváděny tyto potraviny:

čokoláda,

kakao,

bílé pečivo,

alkohol - způsobuje dehydrataci a následně zácpu.

58

Z důvodu rizika nevstřebání medikamentů je nevhodná i strava bohatá na velké množství bílkovin.

Komplikace během výživy (Parkinsonici a strava)

Jak uvádí přednostka 3. lékařské fakulty Griinerová Lippertová: u pacientů s Parkinsonem není potřeba žádná speciální diety, avšak často se potýkají se ztrátou chuti k jídlu, nevolností, zácpou a z důvodu snížené motility střev i pocitem plnosti.

Tyto stavy mohou způsobit úbytek váhy. Z důvodu rizika zácpy je vhodné upřednostňovat potraviny bohaté na dostatečný obsah vlákniny a dostatečný pitný režim. Léky je u nemocných vhodné podávat buď půl hodiny před, nebo 1-1,5 hodiny po konzumaci bílkovin (GRÜNEROVÁ LIPPERTOVÁ, 2018).

Malnutrice

V oblasti výživy nelze opomenout nej častější riziko spojené s nedostatečně vyváženou stravou, a to riziko nepoměru mezi množstvím živin, které tělo potřebuje, a tím, co přijímá. Přesto, že u Parkinsonovy choroby nebyla zatím stanovena žádná zvláštní dieta, je důležité přijímat vyvážené a energeticky hodnotné jídlo. Na základě zkušenosti pacientů je vzhledem k rozpisu léků výhodnější přijímat menší porce stravy vícekrát za den. Léky mohou způsobovat i pocit sucha v ústech či nechutenství a obstipaci. Tyto problémy pak mohou vést k malnutrici a zhoršení zdravotního stavu (DOSTÁL, 2013).

Proto je vhodné pacienta informovat o vhodných potravinách, jejich načasování a působení léků. Další významnou pomocí může být v terapii Parkinsonovy nemoci nutriční terapeut. Ukazatelem soběstačnosti pacienta bývá proto často stav jeho výživy, malnutrice vede obzvláště u starších lidí ke zhoršené kondici a snížené imunitě. Stav výživy se hodnotí na základě klinických vyšetření, vyšetření laboratorních parametrů a dále hodnotících škál. Parkinsonici často trpí úbytkem váhy a tukové tkáně, a to ještě před vypuknutím neurologických příznaků, často jsou jejich pohybové potíže spojeny se sníženým nákupem potravin, jejich zpracováním a následně přípravou pokrmů. Pokročilá stadia této choroby jsou spjata s úbytkem kognitivních funkcí, kdy dochází k projevům deficitu soběstačnosti, snížení příjmu tekutin a potravy. Dochází i k poruchám čichu, v důsledku nevyvážené stravy i k pádům, zlomeninám a osteoporóze (HOLMEROVÁ, 2014).

59

Podle Centra klinických neurověd MTJDr. Jiřího Klempíře je malnutrice nej závažnějším doprovodným příznakem Parkinsonovy choroby, dochází zde ke zvýšení klidového metabolického obrátu. Parkinsonici jsou často následkem projevů nemoci, jako jsou třes, rigidita, omezení v možnosti nakupování, přípravy jídla a stravování. Tyto poruchy mají často za následek ztrátu zaměstnání, a tedy i nízký příjem, což vede k nesprávné konzumaci potravin, které jsou z nutričního hlediska nevyhovující (KLEMPÍŘ, 2013).

Dysfagie

Až 80 % pacientů má s Parkinsonovou chorobou poruchu polykání (dysfagie).

V pozdějších stadiích nemoci mívá nemocný i problémy se sám najíst - poruchy koordinace horních končetin, problémem poté bývá pro pacienta i udržet potravu v ústech, následně její transport a bezpečné polknutí tak, aby nedošlo ke vdechnutí stravy (KANIOVÁ et al., 2014).

Porucha polknout potravu se může manifestovat v několika fázích (ústní, hltanové nebo jícnové). Příčina zde může být na úrovni sníženého automatického polykání slin nebo nefunkčnosti polykacího aktu.

Jako velmi nebezpečná se zde jeví tzv. tichá aspirace. Existuje zde riziko, že se jídlo opakovaně dostane do dýchacích cest a způsobí plicní infekce. Mezi prvotními příznaky aspirace bývá zvýšená teplota, zahlenění, zhoršení celkového stavu pacienta (KLEMPÍŘ, 2013).

Jako jednu z významných prevencí těchto stavů lze navrhnout vzpřímené sezení s mírně skloněnou hlavou. Osvědčil se i tzv. Mendelsohnův manévr, kdy v době polykání pacient drží manuálně hrtan nahore, čímž zůstane jícen déle otevřený. Pokud pacientovi dělá problém pevná strava či tekutiny, je možnost tuhou stravu rozmixovat a konzistenci tekutin za pomoci speciálních zahušťovadel změnit. Proti dlouhodobému úbytku váhy lze bojovat podáváním speciálních výživových doplňků, které pacient popíjí - sipping. V některých dlouhotrvajících případech problémů s kousáním a polykáním je možné krátkodobě zavést nazogastrickou sondu, případně u dlouhodobých obtíží je indikována perkutánní endoskopická gastrostomie (KANIOVÁ et al., 2014). U pacientů s Parkinsonovou nemocí je důležité sledovat bilanci tekutin a vyprazdňování.

60

Obstipace

Z důvodu snížené motility střev trpí tito lidé často zácpou, jako prevence jsou doporučovány dostatek tekutin, přiměřený pohyb a strava bohatá na vlákninu. Pokud se tento problém vyskytne, podávají se čípky nebo nálev. Důležité je zajistit snadnou dostupnost toalety v nočním čase, kdy se mohou vyskytnout potíže s přesunem na toaletu z lůžka a podobně (BALÁŽ, 2013).

Z hlediska množství je doporučováno určité množství vlákniny (30 g/den) a tekutin (2-3 litry/den). Jako tekutiny jsou doporučeny minerální či pramenitá voda, ovocné nebo bylinné čaje. Omezit by se měla konzumace černého čaje, slazených nápojů a kakaa. Za zdroj vlákniny lze považovat potraviny rostlinného původu. Lze uvést jako příklad otruby, čekankový sirup, pohanku, celozrnný chléb (ADAMOVIČ et al., 2014).

Fixační fáze (10 minut)

Zde budou shrnuty všechny informace k danému tématu, zodpovězeny možné otázky. Zároveň budou zopakovány a zdůrazněny některé informace týkající se kontraindikace stravy s léky, dodržování pitného režimu a komplikací s nedostatečnou výživou. Budou nastíněny možné způsoby výživy.

Hodnotící fáze (10 minut)

Zde je místo pro diskusi a zpětnou vazbu od edukované, jsou kladeny kontrolní otázky a následně vyhodnoceny správné odpovědi.

Kontrolní otázky pro edukovanou:

S jakým odstupem od jídla by se měla užívat levodopa?

Které potraviny napomáhají bojovat proti Parkinsonově chorobě?

Jaké hlavní riziko může souviset s nedostatečně vyváženou stravou?

Na koho se můžete obrátit v případě nejasností okolo výživy?

Zhodnocení edukační jednotky

Byla zvolena varianta čtyř jednoduchých otázek kopírujících výklad o výživě a komplikacích spojených s touto nemocí. Edukovaná splnila stanovené cíle, dokázala přesně popsat, s jakým odstupem od jídla je třeba užívat léky, vyjmenovala vhodné

61

potraviny a zná hlavní riziko malnutrice spojené s touto nemocí. Zároveň ví, že pokud by si nebyla jista vhodností určitých pokrmů, může se se svým problémem obrátit na nutričního terapeuta.

Jako jeden z pozitivních cílů bylo objednáno J. K. k nutričnímu terapeutovi, který bude vyhodnocovat její nutriční stav.

Edukovaná tak prokázala znalost v oblasti výživy, k výuce se stavěla aktivně a kladla doplňující otázky a projevovala zájem se o daném tématu ještě více dozvědět.

Na základě pozitivního přístupu a zájmu edukované o edukační jednotku byla vyhodnocena tato výuka jako úspěšná.

Rozsah edukační jednotky byl 45 minut.

6.1.5.2 2. edukační jednotka

Téma edukace: bezpečný pohyb a udržení soběstačnosti v rámci bytu (s kompenzačními pomůckami).

Místo edukace: domácí prostředí.

Časový harmonogram: 16. 1. 2023 od 10:00 do 10:45 (45 minut).

Cíl

Kognitivní: Edukovaná pacientka zná, jak se může bezpečně pohybovat v bytě i mimo něj. Ví o kompenzačních pomůckách, které to umožňují.

Afektivní: Při edukaci je vidět aktivní spolupráce a zájem o vědomosti ze strany edukované, při zpětné vazbě klientka pokládá otázky a je motivována k zodpovídání kontrolních dotazů.

Psychomotorický cíl: klientka ovládá bezpečnou chůzi v domácím prostředí, ví, kde je vhodné se při pohybu přidržit a jak fungují kompenzační pomůcky

Forma edukace: individuální u klientky doma.

Prostředí: během návštěvy v domácím prostředí.

Edukační metody: vysvětlení problematiky rizika pádu, rozhovor o bezpečném pohybu, zodpovězení otázek pacientky, diskuse.

62

Edukační pomůcky: kompenzační pomůcky na vyzkoušení, notebook, obrázky, kniha.

Realizace 2. edukační jednotky

Motivační fáze (5 minut): přivítání se s klientkou a poděkování za účast, vytvoření klidného prostředí a atmosféry, motivace ke vzájemné spolupráci a vysvětlení významu nově získaných informací.

Expoziční fáze (20 minut): poukázání na potřebu bezpečného pohybu a pocitu bezpečí, zdůraznění rizika pádu a jeho následných komplikací, kladení důrazu na snadné použití pomůcek a jejich zařazení do běžného života.

Kompenzační pomůcky pro pacienty s Parkinsonovou chorobou

Primárním cílem kompenzačních pomůcek je napomáhat podpoře schopností, které jsou v důsledku nemoci omezené, případně byla jejich funkce už ztracena. Jsou používány za účelem zjednodušení každodenních úkonů. V dnešní době je na trhu velké množství kompenzačních pomůcek. Je důležité si uvědomit, že pomůcky se mají přizpůsobovat pacientovi, ne naopak. Při jejich výběru je potřeba zhodnotit mnoho faktorů, mezi něž patří mobilita pacienta, věk, míra samoobsluhy. V České republice je na výběr z mnoha firem, jež umožňují nemocným vyzkoušet pomůcku, a pokud zcela nevyhovuje, mohou ji vrátit a vyměnit za jinou (KOCOUROVA, 2017).

Kompenzační pomůcky a jejich využití při cvičení

V rané fázi nemoci je kladen důraz na zlepšení a zachování stávající výkonnosti nervového, kardiovaskulárního a muskuloskeletálního systému, a to při správném držení těla a optimálním stereotypu dýchání. Zde hraje roli i fyzioterapie, která napomáhá pacientovi zlepšovat celkovou kondici a zároveň mu jsou i doporučovány vhodné pomůcky a různé pohybové aktivity do domácího prostředí. Významnou roli v počátcích nemoci hraje i motivace nemocného.

Ve střední fázi nemoci se cvičení zaměřuje na korekci vadného držení těla. V této fázi dochází k poruše funkcí ruky, jako jsou zhoršení úchopu, manipulace s předměty nebo zhoršení jemné motoriky. Zde hraje svoji roli také funkce ergoterapeuta, který může pacientovi pomoci zdokonalit jemnou motoriku. Tato fáze je také charakteristická poruchou rovnováhy, v takovém případě je z důvodu rizika pádu doporučováno věnovat

63

se cvičení, které je zaměřeno na balanci. Nemocný je edukován o využití různých pohybových strategií.

Během pozdní fáze nemoci se fyzioterapeuti věnují udržení pohyblivosti, kdy se snaží zabránit vzniku druhotných komplikací. V tomto případě je nej větším úkolem motivovat nemocného k pohybu a jeho rodinu ke spolupráci (PURSOVA, ROTH, 2014).

Na výběr vhodných pomůcek se zaměřuje ergoterapeut, což je specialista, který dokáže posoudit jemnou motoriku pacienta a jeho nároky na běžné denní činnosti, poté také fyzioterapeut, a to z hlediska schopnosti samostatného pohybu a rozvoje fyzických schopností nemocného, ale i odborný personál specializovaných prodejen.

S ergoterapeutem má klientka již zkušenosti a byly jí již doporučeny cvičební pomůcky, se kterými J. K. denně cvičí. V případě J. K. se jedná minirotoped a posilovač rukou.

Podle e-mailového vyjádření pana Martina Továřka, zástupce prodejny

rehabilitačních pomůcek REHASPORT TRADE s. r. o. v Praze, doporučuje do domácího prostředí tyto pomůcky: „Dobrý den, zde jsou masážní a terapeutické pomůcky, které by Vám mohly pomoci. Míčky na míčkování, masážní ježci pro rehabilitaci, Thera-Band Hand Exerciser - posilovač rukou, Thera-Band Hand Xtrainer - posilovač prstů a dlaně či cosiMed, terapeutická hmota. Důležité však je, abyste podstupoval rehabilitace a konzultoval cvičení s neurologem kvůli lékům a podobně.“

Mobilita nemocných s Parkinsonovou chorobou

Již dle prvních příznaků této nemoci je zřejmé, že Parkinsonova choroba působí negativně na mobilitu nemocného.

Dle předních českých neurologů Rotha a Růžičky se její projevy manifestují takto:

nejistota v chůzi,

nejistota ve stoji,

časté pády,

freezing: náhlé zaražení uprostřed prováděného pohybu.

64

S přihlédnutím k výše uvedeným problémům je nutné v oblasti pohybu využít kompenzačních pomůcek, se kterými se bude nemocný cítit bezpečněji (ROTH, RŮŽIČKA, 2014).

Kompenzační pomůcky a běžný život osob s Parkinsonovou chorobou

Z pohledu lékaře Marka Baláže z Centra pro abnormní pohyby a parkinsonismus

I. neurologické kliniky LF M U Fakultní nemocnice u sv. Anny je vhodné poznamenat

i to, že velký účinek na zachování mobility nemocných má i vliv rodinného a domácího prostředí (BALÁŽ, 2013).

Doporučováno je následující:

Čtyřbodové pevné chodítko: stabilita na delší vzdálenost.

Výcházkové hole: vhodné na krátké vzdálenosti či pro chůzi v domácím prostředí.

Posilovače prstů a dlaně či celé ruky: na nácvik pevného úchopu.

Odstranění překážek: odstranit nestabilní předměty, které lze převrhnout či shodit.

Zajištění rovné plochy: odstranění kobereců nebo jejich připevnění.

Madlo na zeď: pomocník pro osoby se sníženou pohyblivostí.

Protiskluzová podložka: do míst, kde hrozí riziko smeknutí - hladké povrchy.

Pevná pohodlná obuv: doporučováno její rychlé a pohodlné nazutí - suchý zip.

Tabulka 8 Kompenzační pomůcky - čtyřbodové chodítko a vycházková hůl

ltyrbodové pevné chodítko Výcházková hůl

Ideální pro častý transport s možností jeho rozložení

Pro krátké úseky na doma nebo

u prvotních stadií Parkinsonovy choroby

Nášlapy pro najetí na obrubník Lehká hliníková konstrukce

Bovdenové brzdy s aretací Proti skluzové nástavce

Nastavitelná výška držadel Nastavitelná výška rukojeti

Pohodlné polstrované sedátko pro

odpočinek + odnímatelná zádová opěrka

Epoxidový nátěr

Držák na berli nebo hůl a nastavitelná

výška držadel

Snadný transport a uchování

Pohodlné polstrované sedátko pro

odpočinek a odnímatelná zádová opěrka

Široký výběr motivů

Zdroj: KOCOUROVA, 2017

65

Úprava domácího prostředí

Pro zvýšení bezpečnosti jsou nemocným s touto chorobou doporučovány změny v jejich domácím prostředí. Tyto někdy drobné změny mají velký dopad na celkový životní komfort a bezpečnost osob.

V případě paní J. K. došlo po konzultaci s ergoterapeutem a ošetřujícím lékařem k několika změnám, které ve smyslu zvýšení bezpečnosti a usnadnění pohybu pozměnily její domácnost. Jednalo se například o odstranění koberců, neboť paní J. K. trpí typickou „šouravou“ chůzí a jakákoliv neočekávaná vyvýšení podlahy by pro ni mohla být rizikem pádu. Bylo doporučeno odstranit předměty, které nejsou pevně fixovány a mohly by spadnout a ublížit, v případě J. K. se jednalo o velkou vázu. Nábytek s kolečky byl odstraněn a na ostré strany nábytku byly přidělané krytky. Na místa častého pohybu byla nainstalována madla.

Pro zajištění bezpečné hygieny byla umístěna v koupelně madla a pro bezpečné sprchování byla nainstalována sedačka do sprchového koutu a pro lepší bezpečnost je sprchování prováděno pod dohledem manžela.

Na základě konzultace a doporučení fyzioterapeuta ví J. K., jaké má používat kompenzační pomůcky pro usnadnění běžného života. Základem je že, si paní J. K. vždy pro ranní a večerní hygienu vyhradí dostatek času. Používá elektrický kartáček a na lepší uchopení hřebenu používá speciální násadu.

Její oblečení je již upraveno pro snadné zapínání, malé knoflíky byly nahrazeny většími a na zipy byly nasazeny kroužky. Většina odění je tvořena pohodlným bavlněným oblečením, její obuv je opatřena převážně suchým zipem a jejímu nazutí napomáhá prodloužená lžice.

Jednorázové příspěvky + hrazení kompenzačních pomůcek státem

V případě domácí péče může být tímto stavem ovlivněna finanční situace celé rodiny. Úřady České republiky nabízejí možnost finanční podpory pro pečovatele a nemocného. Výše příspěvků je uvedena v kapitole Péče v domácím prostředí.

66

Fixační fáze (10 minut)

Zopakování podstatných informací o bezpečném pohybu a kompenzačních pomůčkách, následné shrnutí naučeného a vyjasnění nesrovnalostí.

Hodnotící fáze (10 minut)

Zpětná vazba od edukované - vyjasnění případných nejasností a představení krátkého dotazníku pacientce a jeho vyhodnocení.

Kontrolní otázky pro pacientku:

K čemu slouží kompenzační pomůcka?

Kdo může pomoci s výběrem správné kompenzační pomůcky?

Je možnost získat příspěvek od státu?

Jaké znáte kompenzační pomůcky pro chůzi?

Je možné si vyzkoušet kompenzační pomůcku?

Zhodnocení edukační jednotky

Během edukační jednotky prokázala klientka motivaci a ochotu učit se novým věcem. Klientka také uvažuje o několika pomůčkách pro zlepšení jemné motoriky např. o Thera-Band Hand Exerciser - posilovači rukou. Klientka již několik pomůcek, které jí slouží k pohybu vlastní - vycházkovou hůl, čtyřbodové pevné chodítko, na které čerpala podporu od státu. Klientku daná problematika zaujala a zapojovala se do diskuze a tuto edukaci považuje pro svůj život za velice aktuální. Pozitivním závěrem je i to, že rovněž dojde ke zhodnocení dosavadních bytových poměrů a možné reorganizaci prostoru, v němž se klientka pohybuje. Rozsah edukační jednotky byl 45 minut.

6.1.5.3 3. edukační jednotka

Téma edukace: nácvik pohybu s kompenzačními pomůckami určenými pro pohyb mimo bytovou jednotku.

Místo edukace: venkovní prostředí před domem klientky, vnitřní schodiště domu.

Časový harmonogram: 23. 1. 2016 od 14:00 do 14:45 (45 minut).

67

Cíl

Kognitivní - klientka dokáže využívat kompenzačních pomůcek při chůzi po schodech, bude si vědoma potřeby pohybu jakožto prevence ztuhlosti svalů, zná pohybová omezení u Parkinsonovy choroby.

Afektivní - klientka je dostatečně motivována a aktivně spolupracuje při získávání nových dovedností a uvědomuje si jejich důležitost v běžném životě.

Psychomotorický - klientka si osvojí dovednost chůze s čtyřbodovým chodítkem po rovině a styl chůze s vycházkovou holí v případě krátkých tras

či schodiště. J. K. dokáže rozeznat a vhodně zareagovat na možné problémy při chůzi, které se vyskytují při této nemoci.

Forma edukace: individuální.

Prostředí: venkovní.

Edukační metody: přednáška, demonstrace, nácvik, rozhovor a zodpovězení na otázek pacientky.

Edukační pomůcky: notebook, vycházková hůl, čtyřbodové pevné chodítko, obrázky, kniha, cvičební úbor/pohodlné oblečení.

Realizace 3. edukační jednotky

Motivační fáze (5 minut): Přivítání se s klientkou a poděkování za účast na edukaci, zajištění bezpečného a klidného prostředí, poukázání na důležitost a praktičnost získaných vědomostí a motivování k spolupráci.

Expoziční fáze (20 minut): Seznámení klientky s důležitostí nej přirozenějšího pohybu - chůze, podpora samostatnosti klientky, popis možností kompenzačních pomůcek při venkovní chůzi.

Pohybové potíže parkinsoniků

Problémy s motorikou se u nemocných často prvotně projevují asymetricky, a to na jedné straně těla. Rozvíjí se rigidita, jež může být axiální či akcentovaná na končetinách. Občas je možné vysledovat i tzv. fenomén ozubeného kola, pokud pacient provede pasivní pohyb, dochází během jeho průběhu k zarážkám jako

68 u ozubeného kola. Dalším příznakem komplikujícím pohyb je tremor, který je akcentovaný na horních končetinách ve formě tzv. počítání mincí.

Pro parkinsoniky je problémem i iniciace pohybu, tento jev je často zřetelný při transferech ze sedu do stoje a také při započítí chůze. Někdy dochází i k přešlapování na místě (tzv. hezitace) či naprostému přerušení pohybu, tzv. freezingu (FOG, zamrznutí). K těmto jevům dochází až u 60 % nemocných po několika letech nemoci. Během chůze je nebezpečný i jev zvaný festinace, kdy dojde náhle k zrychlení pohybu nohou po podložce, a to z důvodu náhlého výskytu překážky či zúženého prostoru před pacientem, což v tomto případě pro pacienta znamená stresovou situaci. Chůzi po schodech parkinsonici snášejí bez větších problémů, neboť pravidelné střídání schodů je pro pacienta rytmem, kterého se může držet. U parkinsoniků je znám i výskyt posturální instability, která je však velmi individuální. Jejím rizikem je, že je častým důvodem pádů a úrazů (SVEINBJORNSDOTTIR, 2016).

V rámci péče o pacienty s Parkinsonovou nemocí je velmi důležitá

multidisciplinární spolupráce, obzvlášť z toho důvodu, že Parkinsonova choroba je komplexní onemocnění, je tato spolupráce mezi jednotlivými odborníky žádoucí. Péče o pacienta by tak měla zohledňovat jeho aktuální potřeby a cíle, základní tým by měli tvořit nutriční terapeut, neurolog se specializací na poruchy pohybového aparátu, ergoterapeut, specializovaná sestra, fyzioterapeut, psychiatr nebo neuropsycholog, sociální pracovník a logopéd (RADDER et al., 2020).

Praktický nácvik chůze

Inspirací byla publikace fyzioterapeuta Pavla Koláře, dle něž se konkrétní cvičení má odvíjet od individuálních projevů daného pacienta a mělo by být přizpůsobováno průběhu onemocnění, medikaci, aktuálnímu kognitivnímu tempu. Jakýkoliv aktivní pohyb působí na pacientův stav velmi pozitivním způsobem, a to nejen z hlediska fyzické kondice, ale i z hlediska psychiky. Dochází tak k prevenci svalového oslabení, zhoršování kondice a sociální izolace, mimoto také k zachování dostatečné výkonnosti kardiovaskulárního, nervového a imuskuloskeletálního systému (KOLÁR, 2020).

Pro nácvik chůze po rovině bylo zvoleno čtyřbodové chodítko, které je pro nemocné s Parkinsonovou nemocí velice vhodnou kompenzační pomůckou, a to hlavně

69 z důvodu častých poruch s rovnovahou. Jak je již uvedeno v knize od fyzioterapeuta Pavla Koláře, ztráta stability může vést k druhotným komplikacím, například úrazům vlivem pádu. Je proto doporučováno jednoduchými cviky a pravidelným pohybem stabilitu nacvičovat. Kolářem je též doporučováno prodlužovat krok, držet rytmus chůze, držet vzpřímený postoj a dodržovat fáze krokového cyklu. Pro nemocné s Parkinsonovou nemocí bývá chůze po rovině problémem, pokud se zde vyskytují překážky či se prostor zužuje, proto se, aby nedošlo k zamrznutí či hezitaci, doporučuje tlesknutí dlaněmi, tlesknutí do stehů či lehký krok vzad a pak nové vykročení

(KOLÁŘ, 2020).

Naplánována byla chůze po rovině s oporou čtyřbodového chodítka, z důvodu strachu z pádu byla klientka během cesty doprovázena. Naplánována byla trasa 100 metrů po chodníku před domem klientky. Klientka zvládla tuto trasu ujit za 15 minut, během chůze byla provedena krátká přestávka pro zkontrolování vzpřímené chůze. Pro udržení rytmu chůze, který je pro nemocné s Parkinsonovou chorobou velmi důležitý, bylo klientce doporučeno počítat kroky nebo si udávat rytmus stranami (pravá, levá).

Klientka bydlí ve třetím patře činžovního domu, z tohoto důvodu byl nutný nácvik chůze po schodech. Na chůzi ze schodů bylo využito opory vycházkové hole, kdy se klientka jednou rukou přidržovala zábradlí a druhou rukou udržovala balanc pomocí hole. Jak bylo uvedeno v kapitole výše, edukovaná pacientka nepocitovala při chůzi po schodech výrazné obtíže, neboť mohla sledovat rytmus chůze.

Klientka uvedla, že ačkoliv se cítí unavena, bude se snažit v pravidelných intervalech do budoucna tuto trasu absolvovat.

Self-management u osob s Parkinsonovou chorobou

Jak bylo uvedeno u předchozí kapitoly, motivace a snaha posunout své cíle, tzv. self-management, je u osob s PD důležitým prvkem terapie. Ze studie zaměřené na cílevědomost parkinsoniků vyplynulo, že je potřeba vést nemocné ke stanovování specifických, měřitelných, dosažitelných a časově ohraničených cílů. Nemocní jsou pak motivováni si sami stanovovat specifické a individuální plány pro zlepšení zdraví a budují tak i zdravý vztah se svými pečujícími. Tímto dochází i k rozvoji silných stránek, lepší socializaci, zlepšení kvality života a vnímání nemoci (LJJVI et al., 2020).

70

Pobyt ve venkovním prostředí

O tom, jak je důležitý pobyt mimo uzavřené prostory, se zmiňuje psycholog Jan Krajhanzl, který označuje vztah k přírodě a životnímu prostředí jako osobnostně stabilní vlastnosti prožívání a chování jedince k přírodě a životnímu prostředí.

Zastává názor, že člověk má přirozenou potřebu kontaktu s přírodou, tuto potřebu lze rozdělit na nižší a vyšší. Lidé s vyšší potřebou projevují snahu o přiblížení se přírodě, příroda člověka láká a kontakt s ní ho naplňuje, naopak člověk s nižší potřebou kontaktu je k přírodě lhostejný. Rovněž lidé s vyšší potřebou kontaktu s přírodou mají v přírodě lepší orientaci a není pro ně problém pobývat v přírodě v různých ročních obdobích.

Přírodou se může rozumět mimolidský svět spojený především s biosférou. Pro někoho může být potřeba kontaktu s přírodou uspokojena procházkou po louce a v lese, někomu naopak stačí městský park a záhon tulipánů, pro jiné je naplňující pobyt v divoké přírodě.

Dle psychologa Jana Krajhanzla se život ve velkoměstě a nedostatek přírody může projevit nejen na vnímání globálních změn, ale i na lidské psychice. „Čas strávený v přírodě snižuje stres a klasická studie ze začátku 80. let ukázala, že pokud má nemocniční pokoj výhled do zeleně, pacienti udávají méně bolestí než pacienti s výhledem do vydlážděného dvora. Tuto potřebu kontaktu s přírodou je možné se učit zvýšit a pravidelným kontaktem s venkovním světem podporovat.“ (KRAJHANZL, 2014)

Za významné pozitivum pobytu venku lze považovat pobyt na slunci, a to hlavně kvůli syntéze vitamínu D. Vitamin D je důležitý z hlediska imunity a též jako prevence opakovaných infekcí a jeho potřeba je nyní hojně diskutovaným tématem (MARATOVÁ et al., 2018).

Pro vytvoření postačující denní dávky (800 IU) vitamínu D stačí již 15-20 minut opalování na slunci bez nanesení ochranného faktoru s mírným zarudnutím kůže. Následně je doporučeno nanést na kůži ochranné faktory a vyhýbat se nejprudšímu slunci (BROULÍK, 2018).

71

Pracovníci Státního zdravotního ústavu v Praze Bischofová a Rupiích pokládají za významný zdroj vitamínu D jeho syntézu v kůži, a to díky působení UVB záření. V zimním období je potřeba tento vitamín doplnit ve stravě (BISCHOFOVÁ, RUPRICH, 2017).

Pro probantku byla zvolena procházka kolem zahradnické kolonie, kde je možné pozorovat změny ročního období v podobě a stále se měnících rostlinných

motivů. Benefitem takovýchto pravidelných procházek bude nejenom zlepšení psychického stavu, jak uvádí odborný text výše, ale i lepší spánek, trávení a aktivace tvorby vitamínu D.

Fixační fáze (10 minut)

Upozornění na problémy, které se mohou vyskytnout během chůze, a předcházení jim, nácvik rovného postoje a chůze po rovině a ze schodů, zodpovězení dotazů.

Hodnotící fáze (10 minut)

Zahájení diskuze, předložení dotazníku a jeho vyhodnocení.

Kontrolní otázky pro pacienta:

Jaké se mohou vyskytnout problémy při chůzi po rovině?

Jak řešit situaci, kdy dojde k zamrznutí či hezitaci?

Proč je vhodné čtyřbodové chodítko?

Zhodnocení edukační jednotky

V případě třetí edukační jednotky došlo plně k naplnění stanovených cílů.

Kontrolní otázky byly s přehledem správně zodpovězeny, klientka umí správně reagovat v krizových situacích spojených s pohybem a ovládá chůzi s čtyřbodovým chodítkem a vycházkovou hůl. Přístup klientky byl motivovaný a zodpovědný. Jelikož klientka byla dříve odkázána na vycházkovou hůl a doprovod, je nyní s chodítkem více jistá a schopná samostatně absolvovat kratší trasy.

Následnou diskusí bylo ověřeno, že edukační jednotky byly zvoleny ve správném pořadí a s ohledem na fyzický a psychický stav klientky. Rozsah této edukace byl 60 minut.

72

6.1.6 5. FÁZE - VYHODNOCENÍ

Posledním úkolem klientky v edukačním procesu bylo vyplnění znalostního testu, otázky v testu byly totožné s otázkami ve vstupních testech ve fázi posuzování.

Tabulka 9 Otázky ke znalostnímu textu

Otázky Ano/Ne Ano/Ne

Víte, že existují potraviny, které napomáhají bojovat proti Parkinsonově chorobě?

Ano Ne

Víte, na koho se obrátit v případě nejasností ohledně výživy?

Ano Ne

Je vám známo, že s výběrem správné kompenzační pomůcky vám může odborný personál pomoci?

Ano Ne

Víte o možnosti získání příspěvku od státu na kompenzační pomůcky?

Ano Ne

Umíte pojmenovat problémy, které mohou vzniknout při běžné chůzi?

Ano Ne

Dokážete správně reagovat na možné problémy při chůzi po rovině?

Ano Ne

Znáte benefity čtyřbodového chodítka? Ano Ne

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení testu

Klientka zodpověděla na všechny testové otázky ano a prokázala tak důležité vědomosti o Parkinsonově chorobě.

Edukace byla zaměřena na výživu, kompenzační pomůcky a bezpečný pohyb po rovině a ze schodů, který byl pro pacientku velmi důležitou částí edukace.

Edukovaná prokázala znalosti v oblasti výživy a vhodného dávkování léků v souvislosti s různými potravinami a dokázala vyjmenovat vhodné potraviny, jež jí mohou pomoci s touto nemocí.

Klientka zná kompenzační pomůcky určené pro její onemocnění a dokáže prakticky užívat kompenzační pomůcky v běžném životě.

Poslední edukace byla zaměřena na praktický trénink chůze po rovině a schodišti. Klientka zde prokázala schopnost aplikovat získané informace

do praxe - při zamrznutí lehký krok vzad a pak nové vykročení.

Klientka byla velice spokojena s propojením praktické a teoretické výuky, která byla koncipována dle jejích zdravotních potřeb.

73

Jednotky byly vedeny srozumitelně a s cílem okamžitého praktického využití, edukátorka motivovala klientku k vytyčování cílů a tak k aplikaci konceptu self-managementu. Edukátorka byla s edukovanou pacientkou během výuky stále v kontaktu a dotazovala se na její zpětnou vazbu, případně nejasnosti. Cíle edukace (kognitivní, afektivní a behaviorální) byly splněny a na základě jejich naplnění je edukace úspěšně splněna.

Dle správně vyplněného testu a velké motivace klientky k výuce došlo u klientky ke zlepšení psychického stavu a získání větší sebedůvěry.

74

7 DISKUZE

Po pečlivém zpracování zahraniční i české literatury, která se zabývá

Parkinsonovou nemocí, byl zpracován praktický edukační proces pro pacientku, jež trpí touto nemocí. Během studia literatury bylo také třeba se zamyslet nad tím, jaké obtíže jsou pro osoby s Parkinsonovou nemocí nejvíce významné a co lze z pozice sestry vlivem edukace ovlivnit.

Parkinsonova choroba se řadí mezi neléčitelné nemoci centrální nervové soustavy, jejíž terapie je velmi individualizovaná a je zaměřena na příznaky onemocnění a zachování soběstačnosti nemocného. Hlavním záměrem edukace bylo navýšit bezpečnost pohybu v domácím prostředí i mimo něj a minimalizovat riziko pádu. Edukační proces byl realizován komplexně, aby zahrnoval všechny důležité aspekty nemoci a popsal její úskalí. V souvislosti s komplexností tématu by tato práce mohla mít i pokračování v průzkumných otázkách.

Z hlediska budoucí návaznosti na tuto práci existuje také velký potenciál v rozepsání druhé edukační jednotky, která se zabývala Bezpečným pohybem a udržením soběstačnosti v rámci bytu. Tato jednotka by mohla být ještě rozdělena a více rozpracována do dalších jednotek se zaměřením na využití kompenzačních pomůcek v běžných denních činnostech. Hlavním rámcem mé edukace bylo však zajištění bezpečného pohybu a prevence pádu.

Edukační proces trval tři dny a skládal ze tří edukačních jednotek po 45 minutách. Cíle tohoto procesu byly splněny, ale velkou zásluhu na jejich splnění měla především velice bystrá a motivovaná klientka. V rámci časté medikace a únavy klientky byly jednotky koncipovány jako krátké, poutavé a intenzivní a zároveň co nejdříve využitelné. Je možné, že v případě osoby s nižší mírou motivace, bystrosti či ve stavu s nižším působením léků by nemusely být splněny všechny cíle edukace. Je proto důležité podotknout, že časové rozvržení a individualizace edukace jsou v případě Parkinsonovy choroby důležitými aspekty.

Edukace je uzákoněna jako proces dle novelizace vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která proběhla v prosinci roku 2015, podle níž má všeobecná sestra oprávnění vykonávat edukační činnost ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravovat pro pacienty

75

informační materiály. Sestra nemá dle tohoto zákonného předpisu jen pozici edukátorky, ale během edukace také úzce spolupracuje s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, nutričním terapeutem, zdravotně-sociálním pracovníkem a sociálním pracovníkem. Tuto spolupráci podporuje i Bartlová (2013), která ve své knize Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví poukazuje na to, že bez týmové spolupráce není možné poskytnout kvalitní zdravotní péči. Hlavní výhodou této spolupráce tkví v tom, že jeden problém je nahlížen z více úhlů odborného pohledu. Pro příklad z této práce lze uvést využití kompenzačních pomůcek z pohledu fyzioterapie, ergoterapie a všeobecné sestry. Jedná se tedy o multioborovou spolupráci na téma zajištění bezpečného pohybu klienta, která může být nahlížena z více rovin. V případě fyzioterapie by se jednalo o rozvoj a udržení svalových skupin, u ergoterapie by se jednalo o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních činností a v případě všeobecné sestry se jedná primárně o podporu zdraví a splnění cílů edukace. Při zachování komunikace se členy ošetrovatelského týmu je výsledkem holistický pohled na klientův aktuální stav.

Všeobecná sestra by měla mít dostatečné povědomí o příčinách, projevech, diagnostice a léčbě Parkinsonovy choroby. Edukační proces by měl být veden srozumitelně, s dostatečnou časovou rezervou a dle potřeb klienta. Klient by měl mít možnost se sám zapojit do edukace a mnohé věci si sám za pomoci sestry vyzkoušet. Sestra by měla pacienta motivovat, jednat empaticky, s úctou a trpělivostí. Je vhodné, aby pro některá témata měla sestra již zajištěn kontakt s odborníky či společnostmi, jež se danou problematikou blíže zabývají. V této práci by se mohlo jednat o společnost Parkinson-Help z. s. nebo výživové poradce. Klient pak kromě nově nabytých znalostí může čerpat z benefitu získání důležitých kontaktů.

V případě delší časové dotace by nácvik mohl být zaměřen například na více cviků k protažení svalstva před samotným nácvikem chůze či na používání kompenzačních pomůcek pro posílení úchopu, který je pro bezpečnou chůzi taktéž důležitý. Mohla by být také zvolena možnost rekapitulace předešlých kapitol v rozsahu 2-3 dnů.

Z odpovědí v kontrolním otazníku, které byly k dispozici, vyplývá, že edukace probíhala ústní formou, a proto je výstupem empirické části práce návrh edukačního letáku. Leták by měl poukázat na často opomíjené téma stravování osob

76 s Parkinsonovou nemocí. Leták by tak měl přispět k povědomosti ohledně možného vzniku rizik, která jsou spojena s nevhodně zvolenou stravou.

Důležitá je tak spolupráce nejenom mezi členy ošetrovatelského týmu, ale i mezi rodinou a pacientem. Právě podpora od pacientových nejbližších ve správném stravování a pohybovém režimu je velice důležitým faktorem léčby.

Z výše uvedeného vyplývá doporučení dodržovat nejen předepsanou medikamentózní léčbu, ale i vhodné stravování a udržení fyzické kondice.

7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Parkinsonova nemoc se vyskytuje nejčastěji ve věku 58-62 let, z důvodu stárnutí populace se bude jednat o stále aktuálnější téma, přičemž přesná etiologie nemoci není dosud známá. Jde o nemoc, která postihuje nejen pohybovou stránku člověka, ale i jeho psychiku a následně osobní život. Nemocní jsou v důsledku své nemoci odkázáni na pomoc svých bližních, případně na odbornou péči ve specializovaných zařízeních. Následná doporučení jsou určena pro osoby s touto nemocí a jejich rodinné příslušníky a zdravotnický personál.

Doporučení pro pacienty

Výživa

Dbejte na dostatek vlákniny a tekutin.

Faktor správné výživy a jejího načasování je nadmíru důležitý.

Z hlediska farmakokinetiky je levodopa účinnější, pokud je aplikována nalačno.

Pokud máte problémy s jemnou motorikou, lze pro dodržení pitného režimu využít plastový hrnek s otvorem na nos, při kterém není nutné se hluboko zaklánět.

Při jídle lze využít speciální tvarovaný talíř a příbory, případně nůž s těžkou rukojetí.

Pro otevírání plastové láhve lze použít speciální otvírač.

Doporučuje se podávat jídlo s vyšším obsahem bílkovin až k večeři.

Zaznamenávejte si účinky ne/vhodného jídla, případně si vedte stravovací deník.

Též zvažte návštěvu nutričního poradce.

77

Pohyb

Provádějte dle svých možností pravidelné vycházky.

Zařadte do svého denního programu cvičení s kompenzačními pomůckami na posílení rukou.

Zabezpečte si domácnost proti pádu, odstraňte vysoké koberce či nestabilní předměty.

V rizikových místech domácnosti je vhodné instalovat madla a protiskluzové podložky.

Informujte se u svého lékaře o možnostech rehabilitačního pobytu a léčby.

Informujte se o možnostech setkání parkinsoniků či o návštěvě nejbližších Parkinson klubů.

Oblečení

Nevolte příliš těsné oblečení, malé knoflíky či zapínání na zádech.
Pořídte si pro snadnější zapínání zipu kroužek do jezdce.
Šňůrky u oblečení můžete zvýraznit a zabezpečit koncovkou.
Využijte možnosti koupě tzv. „provlékače“ knoflíků - pomáhá při zapínání knoflíků u košile.

Používejte k nazutí obuvi prodlouženou lžici.
Volte místo tkaničkové obuvi obuv na suchý zip.

Osobní hygiena

Vyhraňte si na osobní hygienu dostatek času.

Je vhodné místo klasického kartáčku používat kartáček elektrický.

Místo klasického holení používejte elektrický holicí strojek.

Pokud Vám dělá posazení na toaletu problém, zvažte možnost zvýšeného sedátka na WC.

Pro větší pohodlí je doporučeno instalovat sedátko do vany.

Případně se zeptejte svého ergoterapeuta na doporučení vhodné pomůcky.

Dopřejte nemocnému dostatek času na jeho sebezpečí.

78

Doporučení pro rodinu

Obeznamte se s příznaky nemoci a potřebami nemocného.

Povzbuzujte nemocného a oceňujte jeho pokroky ve vytyčených cílech.

Motivujte jej k pohybu a zachování soběstačnosti.

Plánujte spolu nákup vhodných potravin a sestavení jídelníčku.

Vytvořte pro nemocného bezpečnou domácnost.

Doporučení pro všeobecné sestry

Před edukací navažte kontakt s organizacemi, jež se věnují této problematice.

Pokud je to možné, navštivte zařízení, kde se věnují této problematice, a získajte tak praktické informace z běžného života nemocných.

Kontaktujte odborníky v oblastech, na které zaměřujete edukaci (ergoterapie, fyzioterapie, nutriční terapeut).

Při sebevzdělávání dbejte na aktuální a ověřené informační zdroje a odbornou literaturu.

Získejte pro pacienta co nejvíce propagačního materiálu a ukázek pomůcek.

Vedte edukační proces tak, aby byl pro pacienta běžně použitelný a velké míře efektivní.

Pro edukaci vytvořte klidné a ničím nerušené prostředí.

Během edukace pohlížejte na pacienta s holistickým přístupem a jednejte empaticky, mile a s vzájemným respektem.

Mluvte tak, aby vám pacient rozuměl, vyvarujte se nadužívání odborné terminologie.

Používejte prezentace, letáky, brožury či pomůcky tak, aby pacient měl lepší představu o dané činnosti.

79

ZÁVĚR

Bakalářská práce se snaží vystihnout ty nej podstatnější informace o této progresivní neurologické chorobě. V práci byly použity zdroje z české a zahraniční literatury, některé zahraniční studie byly dostupné jen z webových stránek. Text je rozdělen na části teoretickou a edukační, v nichž jsou naučnou, ale zároveň praktickou formou vysvětleny záležitosti týkající se běžného života parkinsonika. V teoretické části naopak nalezneme čtenář popis nemoci včetně její historie, příčin vzniku, projevů, diagnostiky a léčby. V jednotlivých kapitolách byly popsány příznaky ať již motorického, či psychického charakteru, se kterými se musí nemocný a jeho okolí během této choroby potýkat. V této obecné části je i kapitola zabývající se výživou pacienta, kde jsem ve spolupráci s MTJDr. Cajthamlovou nastínila důležitost faktoru stravy u této nemoci. Poznatky a doporučení z této kapitoly lze nalézt i v praktické části. Na základě získaných informací z teoretické části jsem podrobila analýze osobu, u níž byla tato nemoc diagnostikována, a aplikovala na ní vhodnou formu edukace zaměřenou na její aktuální potřeby. Onemocnění se projevuje hlavně náročností v oblasti postupné ztráty soběstačnosti, a tedy snížením kvality života, proto cílem třetí části edukace bylo motivovat edukovanou osobu, jež měla obavy z chůze a hrozila jí sociální izolace, k jednoduchému tréninku chůze s novým chodítkem a vycházkovou

holí. V tomto bodě zároveň docházelo k rozvoji self-managementu a vytyčování cílů, které jsou u těchto osob z hlediska pozitivního vnímání sebe sama a motivace důležité. Jelikož se jedná o komplexní onemocnění, je pro mnoho lidí náročné nejenom psychicky, ale i finančně. V této souvislosti v části edukace, kde pojednávám o kompenzačních pomůckách, navrhuji klientce možnost zažádat si o příspěvek na kompenzační pomůcky.

V edukaci zaměřené na výživu pojednávám o často přehlížené nutnosti správného dávkování léků mezi jídlem a na nebezpečí některých potravin.

Spolupráce s mojí klientkou pro mě byla velice obohacující a inspirující.

Cíle edukace se nám podařilo splnit, i když objektivní změny v případě tréninku chůze vzhledem k pokročilosti budou měřitelné až v delším časovém úseku. Teoretické

80 poznatky byly pro moji svěřenkyni velkým přínosem, a to jak z teoretického, tak z praktického hlediska

V tomto případě považuji tuto edukaci za velice podstatnou a vedoucí ke zlepšení života nemocné s Parkinsonovou chorobou.

81

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAMOVÁ, Z. et al., 2014. Obstipace. Interní medicína pro praxi, 16(3), 113-115. ISSN 1212-7299.

ARGOLO, N. a A. C. NÓBREGA, 2013. Dysphagia complaint and gender in Parkinson's disease. European journal of neurology, 20(3), e42. ISSN 1468-1331.

BALÁŽ, M. , 2013. Péče o pacienta s pokročilou Parkinsonovou nemocí z pohledu lékaře. Parkinson, (41), 10-13. ISSN 1212-0189.

BAREŠ,

M. , 2011. Nejčastější chyby a omyly v diagnostice a léčbě Parkinsonovy nemoci. Neurologie pro praxi, 12(4), 270-275. ISSN 1213-1814.

BARTLOVÁ, S., 2013. Týmová spolupráce ve zdravotnictví. In: VÉVODA, J. et al. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Praha: Grada, s. 40-65. ISBN 978-80-247-4732-3.

BEE, T. S. a A. WILLIAMS, 2013. The effects of Parkinson's disease on caregivers and people with Parkinson's disease: a literature review. Proceedings of Singapore Healthcare, 22(3), 191-197. ISSN 2010-1058.

BISCHOFOVÁ, S. a J. RUPRICH, 2017. Víte, že potravin obohacených vitamínem D není na trhu mnoho? [online]. Centrum zdraví, výživy a potravin Brno, Státní zdravotní ústav Praha [cit. 2023-03-06]. Dostupné z: http://szu.cz/uploads/CZVP/4_Vitamin_D_Fortifikovane_potraviny.pdf

BONNET, A. a T. HERGUETA, 2012. Parkinsonova choroba: rady pro nemocné a jejich blízké. Praha: Portál. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0155-7.

BROULIK, P., 2018. Vitamin D v klinice a praxi. Medicína po promoci. Časopis postgraduálního vzdělávání lékařů, 19(1), R11-R12. ISSN 1212-9445.

BRUHLMANN, S. et al., 2014. Leitfaden für die Physiotherapie bei Morbus Parkinson [online], [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: https://www.parkinson.ch/fileadmin/parkinson/docs/fachpersonen_dt/leitfaden_fuer_physiotherapie_zusammenfassung_2014_parkinson_schweiz.pdf

82

CENTRUM PRO ABNORMÁLNÍ POHYBY A PARKINSONISMUS, 2019 [online], FN u sv. Anny v Brně [cit. 2023-02-26]. Dostupné z: <https://iweb3.fnusa.cz/pro-pacienty-a-navstevy/pracoviste/ambulance-3-2/ambulance-3-2-2/#tab-id-2>

CURTIN, K. et al., 2014. Methamphetamine/amphetamine abuse and risk of Parkinson's disease in Utah: A population-based assessment. Drug and Alcohol Dependence, (146), 30-38. ISSN 0376-8716.

DERŇÁROVÁ, L., 2021. Potřeby dítěte s diabetes mellitus. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2076-5.

DIENER, H. C. et al., 2012. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, Parkinson-Syndrom-Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. ISBN 978-3-13132-415-3.

DOSTÁL, V., 2013. Pozdní komplikace u Parkinsonovy choroby [online], [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/89b66d9d34cl38cc3d7012f543449814.pdf>

- DUŠEK, P. et al., 2013. Parkinsonova nemoc z různých pohledů. Praha: Společnost Parkinson, 2013. ISBN 978-80-260-4860-2.
- EPDA, 2012. Život s Parkinsonovou nemocí, stanovení přesné diagnózy, léčby a péče. Salisbury: European Plastics Distributors Association (EPDA).
- EPDA, 2013. About the EPDA [online]. European Parkinson's Disease Association [cit. 2023-03-09]. Dostupné z: <http://www.epda.eu.com/en/about-the-epda/>
- FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC,
2019. Centrum pro diagnostiku a léčbu neurodegenerativních onemocnění [online], [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://www.fnol.cz/kliniky-ustavy-oddeleni/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-neurodegenerativnich-onemocneni>
- FOUNDATION FOR PARKINSON'S RESEARCH, 2020. About Parkinson's: YoungOnset Parkinson's Disease [online]. The Michael J. Fox Foundation for Parkinson s research [cit. 2023-02-22]. Dostupné z: <https://www.michaeljfox.org/news/young-onset-parkinsons-disease>
- 83
- GEISSLER, H. et al., 2015. Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osoba bariérách pro poskytování neformální péče v ČR. Praha: Fond dalšího vzdělávání.
- GLENMARK PHARMACEUTICALS DISTRIBUTION, 2016. Non-motorické příznaky Parkinsonovy nemoci. Přeložila Andrea RUSOVA. Olomouc: Solen. Dobrá rada pro lékaře. ISBN 978-80-7471-161-9.
- GOWERS, W. R., 1886. A Manual of Diseases of the Nervous System. London: J & A Churchill.
- GRAMBALOVA, Z., 2015. Neuropatie u Parkinsonovy nemoci. Olomouc. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Lékařská fakulta.
- GRŮNEROVÁ LIPPERTOVÁ, M. , 2018. Téma: Výživa a životospráva při Parkinsonově nemoci. Parkinson, (55), 4-7. ISSN 1212-0189.
- HASSAN, A. et al., 2014. Correlations of apathy and depression with postural instability in Parkinson disease. Journal of the Neurological Sciences, 338(1/2), 162-165. ISSN 0022-510X.
- HOJDAROVÁ, M. , J. VINŠOVÁ a P. DUŠEK, 2013. Možnosti farmaceutické péče o pacienta s Parkinsonovou chorobou. Praktické lékařství, 9(1), 13-15. ISSN 1803-5329.
- HOLMEROVÁ, I, 2014. Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče. Praha: Grada. ISBN 987-80-247-5439-0.
- HUMMELOVÁ-FANFRDLOVÁ, Z. et al., 2009. Česká adaptace Addenbrookského kognitivního testu (ACE-CZ). Československá psychologie, 53(4), 376-388. ISSN 0009-062X.
- JANKOVIC, J. a E. K. TAN, 2020. Parkinson's disease: etiopathogenesis and treatment. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 91(8), 795-808. ISSN 0022-3050.
- JIRÁK, R. et al., 2013. Gerontopsychiatrie. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2873-5.
- 84
- JUŘENIKOVÁ, P., 2010. Zásady edukace v ošetrovatelské péči. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KANIOVÁ, M. et al., 2014. Poruchy polykání **u Parkinsonovy nemoci. Neurologie pro praxi, 15(6), 329-332. ISSN 1213-1814.**
- KAŇOVSKÝ, P. a K. FARNÍKOVÁ, 2010. Farmakoterapie pokročilé Parkinsonovy nemoci ve světle doporučených postupů. Neurologie pro praxi, 11(4), 244-249. ISSN 1213-1814.
- KEUS, S. H. et al., 2009. Clinimetric analyses of the modified Parkinson Activity Scale. Parkinsonism & Related Disorders, 15(4), 263-269. ISSN 1353-8020.
- KHAN, A. U., M. A K R A M , M. DANIYAL a R. ZAINAB, 2018. Awareness and current knowledge of Parkinson's disease: a neurodegenerative disorder. International Journal of Neuroscience, 129(1), 55-93. ISSN 0020-7454.
- KIEBURTZ, K. a K. B. WUNDERLE, 2013. Parkinson's disease: Evidence

- for environmental risk factors. *Movement Disorders Journal*, 28(1), 8-13. ISSN 0885-3185.
- KLEMPÍŘ, J., 2013. Poruchy výživy u Parkinsonovy a Huntingtonovy nemoci. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2834-9.
- KLEMPÍŘ, J., 2015. Terapie Parkinsonovy nemoci levodopou v kontinuální enterální infuzi. *Neurologie pro praxi*, 16(2), 84-87. ISSN 1213-1814.
- KOCOUBOVÁ, V., 2017. Rehabilitační a kompenzační pomůcky [online]. Praha: Alfa Human Service [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/pomucky-a-hracky/rehabilitacni-a-kompenzacni-pomucky>
- KOLÁŘ, P. et al., 2020. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-500-9.
- KOZÁKOVÁ, R., 2020. Podpůrná a paliativní péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2896-9.
- KRAJHANZL, J., 2014. Psychologie vztahu k přírodě a životnímu prostředí. Brno: Lipka. 85
- KRÁLOVÁ, H., 2012. Parkinsonova nemoc: ošetrovatelská problematika pokročilého stádia. Hradec Králové. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.
- KUDLOVÁ, P., 2015. Ošetrovatelská péče v diabetologii. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5367-6.
- KYMLOVÁ, J., 2012. Možnost fyzikální terapie u Parkinsonovy choroby. *Parkinson*, 16(37), 26-27. ISSN 1212-0189.
- LPM, K. E. et al., 2020. Factors influencing self-management in Parkinson's disease: A cross-sectional study. *Geriatric Nursing*, 41(3), 254-260. ISSN 0197-4572.
- MÁLEK, N., 2019. Deep Brain Stimulation in Parkinson's Disease. *Neurology India*, 67(4), 968-978. ISSN 0028-3886.
- MANDYSOVÁ, P., 2016. Příprava na edukaci v ošetrovatelství Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-971-5.
- MARATOVÁ, K. et al., 2018. Pediatrie pro praxi: Vitamin D a jeho suplementace u dětských pacientů se zánětlivým střevním onemocněním. *SOLEN*, 19(4), 3-4. ISSN 1213-0494.
- MARRAS, C. a K. R. CHAUDHURI, 2016. Nonmotor features of Parkinson's disease subtypes. *Movement Disorders Journal*, 31(8), 1095-1102. ISSN 0885-3185.
- MATOUŠEK, O. et al., 2013. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATTLE, H. a M. MUMENTHALER, 2011. Kurzlehrbuch: Neurologie. 13. vyd. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. ISBN 978-1-60406-136-9.
- MENŠÍKOVÁ, K., M. BAREŠ a P. KAŇOVSKÝ, 2015. Atypické parkinsonské syndromy. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-223-7.
- MENŠÍKOVÁ, K., M. BAREŠ a P. KAŇOVSKÝ, 2015. Atypické parkinsonské syndromy. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-223-7.
- MONGIA, S. S., 2019. Parkinson's Disease [online], [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: <http://www.parkinsondisease.in>
- 86
- MPSV, 2022. Tisková zpráva: březen 2022 [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2023-03-09]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/web/cz/rok-2022?p_r_p_categoryId=2776945&p_r_p_resetCur=true
- MPSV, 2023. Sociální práce a sociální služby [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-prace-a-socialni-sluzby>
- MUELLER, C. et al., 2018. Assessment and Management of Neuropsychiatric Symptoms in Parkinson's Disease. *CNS Drugs*, 32(7), 621-635. ISSN 1172-7047.
- MURAKAMI, T., M. SHOJI, Y. EVIAI et al., 2004. Pael-R is accumulated in Lewy bodies of Parkinson's disease. *Annals of Neurology*, 55(3), 439-442. ISSN 1531-8249.
- MURAYSHID, M. et al., 2020. Early Detection of Parkinson's Disease - Simulation and Assessment. *Journal of Technology Science & Engineering*, 1(1), 1-6. ISSN 2337-5779.
- NANDA International, 2016. Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

- NEUROLOGICKÁ KLINIKA U K A VFN, 2019. Centrum extrapyramidových onemocnění (EXPY) [online], [cit. 2023-02-22]. Dostupné z: <https://neurologie.lfl.cuni.cz/1LFNK-180.html>
- NEZBEDA, O., 2016. Průvodce smrtelníka: prakticky o posledních věcech člověka. Praha: Paseka. ISBN 978-80-7432-747-6.
- NIEUWBOER, A. et al., 2000. Development of an activity scale for individuals with advanced Parkinson disease: Reliability and „On-Off” variability. *Physical Therapy*, 80(11), 1089-1096. ISSN 0031-9023.
- NIKOLAI, T., H. ŠTĚPÁNKOVÁ a O. BEZDÍČEK, 2014. Mírná kognitivní porucha a syndrom demence - vyšetření kognitivních funkcí. *Medicína pro praxi*, 11(6), 275-277. ISSN 1214-8687.
- OPAVSKÝ, J., 2011. Bolest v ambulantní praxi. Od diagnózy k léčbě časných bolestivých stavů. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-247-6.
- 87
- ORLÍKOVÁ, H., A. BARTOŠ, M. RAISOVÁ a D. ŘÍPOVÁ, 2014. Montrealský kognitivní test e(MoCA) k záchytu mírné kognitivní poruchy a časně Alzheimerovy nemoci. *Psychiatrie*, 18(1), 18-25. ISSN 1212-6845.
- PARKINSON-HELP, 2017 [online], [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: <https://parkinson-help.cz/>
- PICMAUSOVÁ, J., M. HALUZÍK a E. RŮŽIČKA, 2012. Poruchy výživy a metabolismu u Parkinsonovy nemoci. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 75(2), 179-184. ISSN 1210-7859.
- PLICHTOVÁ, K., 2013. Možnosti ovlivnění aerobní kapacity u pacientů s Parkinsonovou nemocí. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Rehabilitační klinika.
- POKORNÁ, A. et al. Ošetřovatelství v geriatrici: Hodnotící nástroje. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.
- PURSOVÁ, M. a J. ROTH, 2014. Parkinsonova nemoc: Komplexní jzykoterapeutický pohled. Praha: Novartis. ISBN neuvedeno.
- RACETTE, B. A. et al., 2016. Dose-dependent progression of parkinsonism in manganese-exposed welders. *Neurology*, 88(4):344-351. ISSN 0028-3878.
- RADDER, D. et al., 2020. Physiotherapy in Parkinson's Disease: A Meta-Analysis of Present Treatment Modalities. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 34(10), 871-880 ISSN 1545-9683.
- REKTOR, L., 2013. Nová léková forma pro léčení Parkinsonovy nemoci na obzoru. *Parkinson*, 17(41), 30. ISSN 1212-0189.
- ROTH, J. a E. RUZICKA, 2014. Život s Parkinsonovou chorobou - základní informace pro nemocné a jejich rodiny [online], [cit. 2023-03-16]. Dostupné z: http://parkinson-help.cz/wp-content/uploads/2014/11/%C5%BBivot-s-Parkinsonovounemoc%C3%AD_final-n%C3%Alhled-s-k%C3%B3dem_CZ1406220672-06-2014.pdf
- ROTH, J. a E. RUZICKA, 2014. Život s Parkinsonovou nemocí: základní informace pro nemocné a jejich rodiny [online], [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: http://parkinson-help.cz/wp-content/uploads/2014/11/%C5%BBivot-s-Parkinsonovounemoc%C3%AD_final-n%C3%Alhled-s-k%C3%B3dem_CZ1406220672-06-2014.pdf
- RUSINA, R. a R. MATĚJ, 2014. Neurodegenerativní onemocnění. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3300-8.
- SALLEBY, Y. M. a H. KOLLIAS, 2014. Parkinson's disease: Symptoms, diagnosis and treatment. *American Fitness*, 24-28. ISSN 0893-5238.
- SANTOS, M. P. et al., 2015. Parkinson Activity Scale: Cross-cultural adaptation and reliability of the Brazilian version. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(1), 89-95. ISSN 1444-1586.
- SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5247-1.
- SHI, L. et al., 2020. Long-term effects of PM2.5 on neurological disorders in the American Medicare population: a longitudinal cohort study. *Lancet Planetary Health*, 4(12), E557-E565. ISSN 2542-5196.
- SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0214-3.
- SPOLEČNOST PARKINSON, 2014. Máme doma Parkinsona: aneb Parkinson

- do kapsy [online]. Praha: Společnost Parkinson, o.s. [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=MED00199492>
- SPOLEČNOST PARKINSON, 2019 [online], [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/>
- STOKER, T. B., K. M. TORSNEY a R. A. BARKER, 2018. Emerging Treatment Approaches for Parkinson's Disease. *Frontiers in Neuroscience*, 12. ISSN 1662-453X.
- SVEINBJORNSDOTTIR, S., 2016. The clinical symptoms of Parkinson's disease. *Journal of neurochemistry*, 139(1), 318-324. ISSN 1471-4159.
- SVĚRÁKOVÁ, M. , 2012. Edukační činnost sestry: úvod do problematiky. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.
- 89
- TOMOVÁ, Š. a H. NIKODÉMOVA, 2014. Několik poznámek ke vzdělávání sester v oblasti edukace pacientů. Cesta k modernímu ošetřovatelství [online], [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/o-nas/odboma-verejnost/konference-a-seminare/sbomiky-prispevku-z-predchozi-ch-konferenci/>
- TREPEL, M. , 2012. Neuroanatomie, Struktur und Funktion. München: Urban & Fischer Verlag. ISBN 978-3-43741-299-8.
- VERNEROVA, E., 2013 Parkinsonova nemoc z pohledu pečovatele. *Parkinson*, 52(41), 8-9. ISSN 1212-0189.
- VOKURKA, M., J. HUGO et al., 2015. Velký lékařský slovník. 10. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.
- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- WANG, A., Y. LIN, Y. W. U a D. ZHANG, 2014. Macronutrients intake and risk of Parkinson's disease: A meta-analysis. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(5), 606-666. ISSN 1447-0594.
- WILD, L. B. et al., 2013. Characterization of cognitive and motor performance during dual-tasking in healthy older adults and patients with Parkinson's disease. *Journal of Neurology*, 260(2), 580-589. ISSN 0340-5354.
- WILLIAM, A., 2017. Mystický léčitel: Léčivá síla ovoce a zeleniny. Metafora. ISBN 978-80-7625-433-6.
- WIRDEFELDT, K. et al., 2015. Physical activity and risk of Parkinson's disease in the Swedish National March Cohort. *Brain: A Journal of Neurology*, 138(2), 269-275. ISSN 0006-8950.
- WORTH, P. F., 2013. How to treat Parkinson's disease in 2013. *Clinical Medicine*, 13(1), 93-96. ISSN 1470-2118.
- ZAJÍČKOVÁ, S., 2017. Analýza synchronizace pohybu osob s Parkinsonovou chorobou. Praha. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze. Fakulta biomedicínského inženýrství. Katedra biomedicínské techniky.
- 90
- ZDRAVI.CZ, 2016. Dysfunkce bazálních ganglií [online], [cit. 2023-03-09]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/diferencialni-diagnoza-tresu-154097>
- ZDRAVOTNICKÝ DENÍK, 2015. Dvojrozhovor o fyzioterapii i Parkinsonově nemoci: Evžen Růžička a Ota Gal [online], [cit. 2023-02-22]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/09/dvojrozhovor-o-fyzioterapii-i-parkinsonove-nemoci-evzen-ruzicka-a-ota-gal/>
- ZDRAVOTNICKÝ DENÍK,
- 2019. Parkinsonikům bude od léta plně proplácen lék s levodopou, vzniknou i nová specializovaná centra** [online], [cit. 2023-02-28], Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/04/parkinsonikum-bude-od-leta-plne-proplacen-lek-levodopou-vzniknou-i-nova-specializovana-centra>
- ZHANG, X. et al., 2022. Intake of Flavonoids and Flavonoid-Rich Foods, and Mortality Risk Among Individuals With Parkinson Disease: A Prospective Cohort Study. *Neurology*, 98(10), e1064-e1076. ISSN 0028-3878.
- ZIROPADJA, L. et al., 2012. Apathy and depression in Parkinson's disease: The Belgrade PD study report. *Parkinsonism and Related Disorders*, 18(4), 339-342. ISSN 1353-8020.
- ZORMANOVÁ, L., 2012. Výukové metody v pedagogice. Praha: Grada. ISBN 978-80-

247-4100-0.

ZORMANOVÁ, L., 2014. Obecná didaktika. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4590-9.

91

PŘÍLOHY

Příloha A - Týdenní vzorový jídelníček pro osoby s Parkinsonem I

Příloha B - Kompenzační pomůcky pro osoby s Parkinsonovou nemocí III

Příloha C - Edukační leták o vhodné skladbě výživy pro pacienty s Parkinsonovou nemocí V

Příloha D - Jednotná škála pro hodnocení Parkinsonovy nemoci VI

92

Příloha A - Týdenní vzorový jídelníček pro osoby s Parkinsonem

Medová voda (recept z ajurvědy)

nastrouhaný čerstvý zázvor

1 lžička medu

šťáva z poloviny citronu

Vzor jídelníčku na týden

Pondělí

Snídaně: Kefírové vafle s malinami

Svačina: Smoothie kiwi a jablko

Oběd: Dušené fazole s pošírovaným vejcem

Svačina: Pomeranč

Večeře: Rybí pomazánka, celozrnný chléb

Úterý

Snídaně: Špaldový koláč s oSTRUŽINAMI a tvarohem

Svačina: Kešu ořechy a ovoce

Oběd: Rýžový talíř s lososem, avokádem a paprikou

Svačina: Banán

Večeře: Tvaroh s jarní cibulkou na celozrnné bagetce

Středa

Snídaně: Borůvkové muffiny s tvarohovou náplní

Svačina: OSTRUŽINOVÉ smoothie s ovesnými vločkami

Oběd: Indické kari z červené čočky

Svačina: Salát coleslaw s podmáslem

Večeře: Pohankový nákyp s broskví

I

Čtvrtek

Snídaně: Probiotická panna cotta s kefirem

Svačina: Mrkvový salát s jablkem s ořechy a citrónovou šťávou

Oběd: Krémová fazolová polévka se zeleninou

Svačina: Bílý jogurt a sušené švestky

Večeře: Quiche s bylinkami a kozím sýrem

Pátek

Snídaně: Řecký jogurt s ovocem

Svačina: Pražené mandle

Oběd: Klasická čočka na kyselo se sázeným vejcem

Svačina: Pomelo

Večeře: Tvarohové knedlíky se skořicí

Sobota

Snídaně: Banány šlehané s tvarohem

Svačina: Jablko

Oběd: Finská rybí polévka

Svačina: Kefírové placky s kroupami

Večeře: Krutí sendvič s avokádem

Neděle

Snídaně: Snídaňová quesadilla s pečenými fazolemi, šunkou a vejci

Svačina: Smoothie mango a maracuja

Oběd: Kuskus s kuřetem

Svačina: směs sušeného ovoce a oříšků

Večeře: Cottage sýr s celozrnným rohlíkem

II

Příloha B - Kompenzační pomůcky pro osoby s Parkinsonovou nemocí

Čtyřbodové pevné chodítko

Zdroj: <https://www.zijtekvalitne.cz/>

Vycházková hůl

O

o

o

o

o

Zdroj: <https://www.zijtekvalitne.cz/>

III

Zdroj: <https://www.zijtekvalitne.cz/>

IV

Příloha C - Edukační leták o vhodné skladbě výživy pro pacienty

s Parkinsonovou nemocí

Edukační leták o vhodné skladbě výživy

Kvalitní oleje

zelenina 2- 4 porce

ovoce 1 - 2 porce

přílohy

5 - 8 porcí

Sušené ovoce, oříšky, semínka

Libové maso, ryby, sýry,

luštěniny

Ovoce a zelenina

Celozrné pečivo a

y< těstoviny, tmavá rýže

Probiotické výrobky

1 - 2 porce

Zelený čaj

5 - 7 porcí 5 - 9 porcí

Neperlivá Sipping - tekutá výživa

voda

5 - 9 porcí

Zdroj: vlastní zpracování

V

Příloha D - Jednotná škála pro hodnocení Parkinsonovy nemoci

Škála UPDRS

Jednotná škála pro hodnocení Parkinsonovy nemoci

Jl*fi» HCCfi - H B

M M

1 OOP* O f / t M

trvání iciku

vhodmach

on off cn 0 on on on oft on otf on on 00 on on on

i Posnien .íuleKiu

2 Porucha rnysleni

z

:

Dopi mz

: Motivace/iniciativa

mílu 1 - 1-4 lni lil - Ml

.i Rec

6 Safvace

7 Potýkáni

K Psáni lukou

1

10

<rsjeni |ídla .i manipulace s příborem1

10 Oblékali

1 Osobní hygiena

1?

13

Obtáčení na pití, i přikrývání se?

13 Pády (bez vztahu k -tree/mou")

14 F-Mving za chu/e

15 Chůze

16 Třes

17 Senzorické obtíže souvis, s PN

urtaut 8-17 Imniim - Sz?l

18 Řec

19

70

M.mika19

70 Klidový iřes hlava. rty. brada

HK piavá 1

levá

D X pravá

leva

?1 Hkcnl ci nosturalm tics HK pravá

leva

>? Rigidita Šije

HK. pravá

levá

D.K. pravá

levá

73 Nepářil praly pravá

levá

Zdroj: SPOLEČNOST PARKINSON,