

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**EDUKACE PACIENTA S PARKINSONOVOU
CHOROBU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MICHAELA ŠIMONÍKOVÁ

Praha 2016

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**EDUKACE PACIENTA S PARKINSONOVOU
CHOROBU**

Bakalářská práce

MICHAELA ŠIMONÍKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Stuchlíková

Praha 2016



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00,

Šimoníková Michaela
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

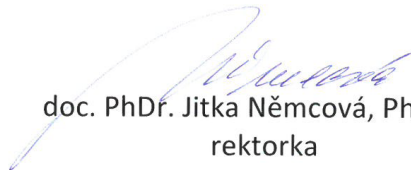
Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukace pacienta s Parkinsonovou chorobou

The Education in a Patient with Parkinson's Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolína Stuchlíková

V Praze dne: 11. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a že jsem řádně citovala všechny použité zdroje literatury, které jsem uvedla v seznamu použité literatury. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 05. 2016

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat PhDr. Karolíně Stuchlíkové za vedení mé bakalářské práce, za vlídný přístup, trpělivost a poskytnutí cenných rad. Dále bych chtěla poděkovat všem blízkým za toleranci a trpělivost při mém studiu a psaní mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

ŠIMONÍKOVÁ, Michaela. *Edukace pacienta s Parkinsonovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolína Stuchlíková, Praha 2016, 65 s.

Tématem bakalářské práce je edukace pacienta s Parkinsonovou chorobou. Bakalářská práce se dělí na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce charakterizuje Parkinsonovu chorobu, která zahrnuje prevalenci, incidenci, prognózu, příznaky, příčiny, diagnostiku, léčbu, komplikace choroby, specifika ošetrovatelské péče, ale i specifika sociální péče a edukaci u pacientů s Parkinsonovou chorobou. Všeobecná sestra neošetřuje jenom pacienty, ale poskytuje i péči o jeho příbuzné a tvoří tak funkční jednotku.

Nosnou částí práce je edukace pacienta s Parkinsonovou chorobou. Edukační proces jako součást ošetrovatelského procesu, navazuje na edukaci v preventivní péči těchto pacientů. Cílem edukace je získání vědomostí, jak žít s touto chorobou, režimová opatření, která se týkají pohybového režimu a taky využití volnočasových aktivit, aby se u pacientů podpořila jistota v péči v domácím prostředí.

Klíčová slova

Edukace. Edukační proces. Ošetrovatelská péče. Pacient. Parkinsonova choroba.

ABSTRACT

ŠIMONÍKOVÁ, Michaela. *The Education of Patient with the Parkinson's disease.*

The Medical University, o. p. s. The level of qualification: The Bachelor (B.S.).

The supervisor of work: PhDr. Karolína Stuchlíková, Praha 2016, 65 p.

The theme of the bachelor's work is the education of patient with the Parkinson's disease. The bachelor's work is divided into the theoretical and practical part. In the practical part is characterised the Parkinson's disease as well as prevalence, incidence, prognosis, symptoms, reasons, diagnostics, medical treatment, complications of disease, but also the specifics of nursing care and the specifics of social care of patients with the Parkinson's disease. The general nurse does not treat only the patients, but also their relatives, and makes up the functional unit.

The principal part of work is the education of patient with the Parkinson's disease. The educational process as the constituent of nursing process follows the education of these patients in the preventive care. The aim of education is to gain knowledge, attitude and practical skills how to live with the disease, regime measures that concern movement regime as well as making use of the leisure time activities to support the assurance of care about the patients in the domestic surroundings.

The key words

Education. Educational process. Nursing care. Patient. Parkinson's disease.

PŘEDMLUVA

Parkinsonova choroba patří mezi chronické progresivní neurodegenerativní onemocnění, které vzniká na podkladě zániku dopaminergních neuronů a projevy jsou způsobené především následným nedostatkem dopaminu. Etiologie této nemoci je neznámá. Téma Parkinsonova choroba je velmi diskutované a je stále aktuální. Edukaci a edukační proces jsem zvolila zejména proto, že pacienti podeceňují režimová opatření a léčbu tohoto onemocnění. Nemají dostatek vědomostí o tom, jak se dají zmírnit třesy nebo jak využít pomůcky, usnadňující jim třes. Je tedy na místě pacienty řádně edukovat a poskytnout jim co nejvíce informací o výživě, kompenzačních pomůckách, ale i volnočasových aktivitách, které jsou pro ně důležitá a mají vliv na jejich sociální a psychický život. Podklady pro tuto práci jsem čerpala z knižních, časopiseckých ale i internetových zdrojů.

Práce je určena studentům, všeobecným sestřám, pacientům, jejich rodinám a všem, kteří mají zájem o danou problematiku.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	15
1 PARKINSONOVA CHOROBA.....	16
1.1 HISTORIE PARKINSONOVY CHOROBY	16
1.2 PREVALENCE, INCIDENCE A PROGNÓZA PARKINSONOVY CHOROBY	17
1.3 PŘÍČINY PARKINSONOVY CHOROBY	18
1.4 PŘÍZNAKY PARKINSONOVY CHOROBY	18
1.5 DIAGNOSTIKA PARKINSONOVY CHOROBY	21
1.6 LÉČBA PARKINSONOVY CHOROBY.....	23
1.6.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA.....	23
1.6.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	25
1.6.3 ALTERNATIVNÍ LÉČBA	25
1.7 KOMPLIKACE PARKINSONOVY CHOROBY	26
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮS PARKINSONOVOU	
 CHOROBOU	27
2.1 AMBULANTNÍ PÉČE	27
2.2 NEMOCNIČNÍ PÉČE	28
2.3 NÁSLEDNÁ PÉČE	30
2.3.1 DOMÁCÍ PÉČE	31
3 SPECIFIKA SOCIÁLNÍ PÉČE U PACIENTŮ S PARKINSONOVOU	
 CHOROBOU	33
3.1 SOCIÁLNÍ PŘÍSPĚVKY	34
4 EDUKACE	35
4.1 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ	35
4.2 EDUKAČNÍ PROCES	36

4.3 VYUŽITÍ EDUKAČNÍCH METOD	37
5 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBU..	39
5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	63
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BG	bazální ganglia
BMI	Body Mass Index
CMP	cévní mozková příhoda
COMT	katechol – O- methyltransferáza
CT	počítačová tomografie
ČR	Česká republika
DG	diagnóza
EKG	elektroencefalografie
HK	horní končetina
LDK	levá dolní končetina
L-dopa	levodopa
LHK	levá horní končetina
MAO-B	monoaminoxidáza
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
P	puls
PET	pozitronová emisní tomografie
PDK	pravá dolní končetina
PHK	pravá horní končetina
PŽK	periferní žilní kanylace
RHB	rehabilitace
RTG	rentgenové vyšetření
SPECT	jednofotonová emisní výpočetní tomografie
T3	thyroxin
T4	trijodthyronin
Tbl	tablety
TK	tlak krve
TSH	tyreotropní hormon

(VOKURKA et al., 2013); (VOKURKA et al., 2015).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Agonista	stejně působící činitel
Akineze	nepohyblivost
Antidekubitní	pro dlouhodobě ležící pacienty, u kterých hrozí vznik dekubitů
Antidepresiva	psychiatrický lék užívaný ke zmírnění symptomů deprese
Anticholingerika	skupina látek blokující účinek acetylcholinu
Antiparkinsonika	léky požívané v léčbě Parkinsonovy choroby
Asytmetrie	nesouměrnost
Autonomní dysfunkce	obor funkčních poruch způsobených porušením regulace vaskulárního tonu
Bazální ganglia	společný název pro objemné šedé hmoty (těla neuronů) nacházející se uvnitř hemisfér
Bradykineze	celkové zpomalení pohybů
Bursitída	ortopedické onemocnění, znamená zánět některé bursy (tíhový váček vyplněný tekutinou)
Canisterapie	léčebný kontakt psa a člověka
Dekubit	proleženina
Demence	duševní nemoc
Diuretika	široká skupina léků, zvyšují výdej moči ledvinami
Dopamin	chemická látka, která přirozeně vzniká v mozku obratlovců
Dopaminergní	týkající se dopaminu
Dysautonomie	porucha funkce vegetativního nervového systému
Dysfagie	symptom spočívající v potížích při polykání
Dyskinéza	závada či porucha motoriky, pohybových schopností a dovedností
Etiologie	nauka o příčinách vzniku nemoci
Ergoterapie	rehabilitace s cílem navrátit pacienta do aktivního života
Fluktuace	nepravidelný či nesoustavný pohyb „sem a tam“

Freezing	náhlé přerušlení pohybu
Genetický	dědičnost
Geriatric	označování specializačního lékařského oboru
Hemiparéza	částečně ochrnutí jedné poloviny těla
Hluboká mozková stimulace	léčebná neurologická metoda, ovlivňuje funkce mozku
Holistický	přístup znamená celostní pohled na systém
Hypokineze	nedostatek volních i reflexních pohybů
Hypoparathyreóza	syndrom vzniklý neostatečnou sekrecí parathormonu
Hypothyreóza	snížená funkce štítné žlázy
Hypoxie	nedostatek kyslíku pro tělesný metabolismus
Chronický	dlouhotrvající, vleklý
Imobilní	osoby s dočasně nebo i trvale sníženými schopnostmi a dovednostmi samostatných pohybů
Incidence	podíl počtu nově hlášených nemocných jedinců ve sledované populaci
Inkontinentní	stav, kdy dochází k nechtěnému samovolnému úniku moči
Intenzita	síla, mohutnost
Klyzma	vpravení tekutiny konečníkem
Kognitivní	poznávací
Kompenzační	náhradní
Levodopa	prekurzor dopaminu, doplňuje dopamin v bazálních gangliích
Lewyho tělíska	histopatologický mikroskopický obraz vyskytující se v mozku
Logopedie	zabývá se problematikou narušené komunikační dovednosti
Metabolický	neboli látková přeměna (soubor všech enzymových reakcí – enzym – bílkovina
Morbidity	odborný pojem, jímž označujeme nemocnost nebo chorobnost lidí nebo zvířat

Mortalita	neboli úmrtnost, udává poměr zemřelých na dané onemocnění k celkovému počtu obyvatel v daném správním celku
Motorický	pohybový
Neuron	nervová buňka
Obstipace	zácpa
Parathormon	peptický hormon
Parkinsonská triáda	soubor všech 3 příznaků – třes, akineze, rigidita
Per os	léky podávány ústy
Posturální	přímený postoj
Prevalence	podíl počtu jedinců trpících danou nemocí a počet všech jedinců ve sledované populaci
Prognóza	odvozená výpověď o budoucím stavu objektivní reality
Progresivní/progrese	postupující, šířící se postup, šíření
Regulace	cílevědomá, systematická a průběžná řídicí či usměrňující činnost, která často využívá zpětnou vazbu
Rigidita	ztuhlost
Spontánní	dobrovolný
Striatum	hluboká oblast šedé hmoty uvnitř hemisfér
Substantia nigra	tmavě pigmentovaná šedá hmota neboli „černé jádro“
Substituční	záměna, náhrada
Symptom	příznak
Thinitus	odborné označení pro šelest v uších
Toxický	jedovatý
Tremor	třes
Turgor	napětí (např. kůže)
Vegetativní	funkce organismu probíhající mimovolně
Wilsnova nemoc	střídání mědi v játrech, které způsobuje poškození jater

(VOKURKA et al., 2013); (VOKURKA et al., 2015)

ÚVOD

Parkinsonova choroba patří mezi chronické progresivní neurodegenerativní onemocnění, které vzniká na podkladě zániku dopaminergních neuronů a projevy jsou způsobené především následným nedostatkem dopaminu. Etiologie této nemoci je neznámá. Počet případů s tímto onemocněním stále roste a každým rokem se zvyšuje průměrný lidský věk o 4 měsíce. To znamená, že stárnutí populace se vyspělých zemí se stává fenoménem dnešní doby. Nejčastěji postihuje osoby ve věku 50-60 let. Téma Parkinsonova choroba je velmi diskutované a je stále aktuální.

Cílem bakalářské práce je poskytnout základní informace o onemocnění Parkinsonova choroba a vystihnout specifika péče u nemocných s touto chorobou. Jako hlavní cíl si práce klade za úkol navrhnout a realizovat edukační proces u pacienta s Parkinsonovou chorobou.

Práce se skládá z části teoretické a praktické. Teoretická část bakalářské práce se věnuje vzniku onemocnění, jeho příznakům, příčinám, diagnostice, léčbě a komplikacím, které mohou nastat a ohrozit pacienty s tímto onemocněním. Specifika ošetrovatelské péče jsou zaměřena na péči ambulantní a s tím související péči v domácím prostředí a na péči v nemocničním prostředí. Další kapitola se zabývá vystižením specifík sociální péče. V bakalářské práci jsou též popsána teoretická východiska edukace.

Převážná část práce je věnována vlastnímu edukačnímu procesu u pacienta s Parkinsonovou chorobou. V edukačním procesu je použito všech jeho pěti fází a skládá se ze tří edukačních jednotek. Součástí práce jsou navržena doporučení pro praxi a to pro pacienta s Parkinsonovou chorobou, rodinu pacienta a pro všeobecné sestry.

1 PARKINSONOVA CHOROBA

Parkinsonova choroba je chronické progresivní onemocnění nervového systému. Základním podkladem pro vznik Parkinsonovy choroby je nedostatek dopaminu. Dopamin je látka, která funguje jako přenašeč nervových vzruchů a která je tvořena ve středním mozku, tzv. černém jádru zvaném substantia nigra = tmavě pigmentovaná šedá hmota. Odtud je dopamin pomocí nervových vláken transportován do struktur bazálních ganglií = společný název pro objemné šedé hmoty (těla neuronů) nacházející se uvnitř hemisfér. Důvodem nedostatku dopaminu je odumírání buněk, které mají za úkol dopamin vyrábět. Pokud je nedostatek dopaminu, bazální ganglia nemohou dobře pracovat a tím dochází k poruše regulace hybnosti, tedy k projevům Parkinsonovy choroby (ROTH et al., 2009).

Parkinsonova choroba se projevuje typickou poruchou hybnosti, která se nazývá extrapyramidový-hypokineticko-rigidní syndrom. Ten zahrnuje typické příznaky jako je třes, akineze a rigidita (RŮŽIČKA, 2006).

1.1 HISTORIE PARKINSONOVY CHOROBY

Jak už jsme zmínili, poprvé byla tato nemoc popsána v roce 1817. Popsal ji londýnský lékař Sir James Parkinson, po kterém je taky pojmenovaná. Tento londýnský lékař publikoval v roce 1817 knihu, která byla nazvaná „*O TŘESLAVÉ OBRNĚ*“. To, že existují formy nemoci bez třesu, dokázal v roce 1865 A. Trousseau a jako první popsal zpomalení u spontánních pohybů (akineze). J. M. Charcot vysvětlil v roce 1872 fenomén svalové ztuhlosti u této nemoci – třes, akineze a rigidita, které tvoří tři hlavní příznaky Parkinsonovy choroby (BONNET, 2012).

První léčebné pokusy, které byly zaměřeny na ovlivnění příznaků této choroby, se datují již v 19. století, kdy použili léčebný přípravek rostlinného původu například belladonna. Tato léčiva však měla nevalný efekt na tuto nemoc (ROTH et al., 2005).

V roce 1958 Carlsson objevil to, že se dopamin vyskytuje u nemocných ve velkém množství v bazálních gangliích. Na podkladě jeho prací se podařilo v roce 1960 ve Vídni prokázat, že Parkinsonova choroba je nemoc, která je způsobena nedostatkem dopaminu v substantia nigra (ROTH et al., 2008).

Dopaminergní neurony ze substantia nigra směřují do další struktury, které se nazývá striatum. Tento jev předpokládal E. Brissaud v roce 1895 a poté v roce 1915 E. Friedrich Lewy popsal to, čemu dnes říkáme Lewyho tělíska v substantia nigra.

K výraznému pokroku léčby došlo někdy až v polovině 20. století. Léčba byla zaměřena na alkaloidy, které byly obsaženy v rostlinách, konkrétně z čeledi lilkovitých například rulík zlomocný – atropin a skopolamin. Tyto výtažky jsou z farmakologického hlediska nejsilnější anticholinergika. V roce 1960 popsali W. Birkmayer a O. Hornykiewicz úbytek dopaminu v mozku nemocných s Parkinsonovou chorobou a dali světu lék, který je dnes nazýván levodopa (BONNET, 2012).

1.2 PREVALENCE, INCIDENCE A PROGNÓZA PARKINSONOVY CHOROBY

Parkinsonova choroba se řadí mezi časté a poměrně známé onemocnění. Prevalence ve věkové kategorii nad 60 let dosahuje až 1 %. Většinou nemoc začíná kolem 60 roku. Její výskyt přibývá se zvyšujícím se věkem u jedinců, ale není vyloučeno, že nemoc nepostihuje mladší jedince (AMBLER, 2011).

Parkinsonova nemoc postihuje tedy 84-187 osob ze 100 000 obyvatel, tím vzniká výsledek, že přibližně každý tisící člověk trpí touto chorobou. Mezi hlavní rizikový faktor se řadí věk. Takže u osob nad 65 let nemoc postihuje 1,4 osoby ze 100. Předpokládá se, že až 40 % nemocných nevyhledává lékařskou pomoc ani lékařskou péči, protože parkinsonismus se považuje se normální projev, který se obvykle vyskytuje ve stáří (REKTOR, 2003); (JANKOVIC, TOLOSA, 2007).

Počet nových případů Parkinsonovy choroby je 10 až 15 osob ze 100 000 za rok. Zvyšuje se s přibývajícím věkem o 0,3 % na 1000 osob od 55 do 65 let, 0,4 % na 1000 osob nad 85 let.

Průměrný věk osob s počínajícím onemocněním je mezi 55 a 65 lety, ale existují však formy, kdy nemoc začíná kolem 40 let. U těchto pacientů se vývoj a prognóza nemoci liší od počátku nemoci s pozdějším počátkem. Mírnou převahu této nemoci mají muži, dalo by se to vysvětlit tím, že muži jsou více vystaveni toxickým vlivům (BERGER, 2000); (RŮŽIČKA, 2006).

U každého nemocného s narůstajícím věkem se průběh nemoci liší. Průběh Parkinsonovy choroby je popsán jako poměrně rychlý rozvoj onemocnění.

Prognóza Parkinsonovy choroby je relativně příznivá. „Od počátku sedmdesátých let 20. století, kdy se levodopa stala základním lékem Parkinsonovy nemoci, se zcela změnila prognóza onemocnění. Život nemocných znovu nabyl smyslu, vrátili se ke svým rodinám, práci a zálibám. Na rozdíl od období před levodopou se průměrná doba života pacientů s Parkinsonovou nemocí téměř přestala lišit od zbytku zdravé populace“ (ROTH et al. 2009, s. 35).

Parkinsonova nemoc se vyskytuje téměř ve všech zemích, tedy na celém světě, jak v průmyslových, zemědělských tak i ve vývojových zemích. Je zjištěno, že výskyt u Afričanů a Japonců je nižší, kdežto u Indoevropanů je vyšší (ROTH et al., 2009).

1.3 PŘÍČINY PARKINSONOVY CHOROBY

„Parkinsonova nemoc vzniká na podkladě nadměrného odumírání buněk substantia nigra = neboli černá substance (svůj název získala podle černého zbarvení na řezech mozku, způsobeného nahromaděním melaninu), která je uložena ve středním mozku. Tyto buňky mají za úkol vyrábět dopamin. Chybějící dopamin naruší správnou činnost bazálních ganglií a tím dojde k projevům onemocnění“ (ROTH et al., 2005 s. 19).

Příčiny, proč dochází k odumírání nervových buněk, doposud nebyly objasněny. Existují však hypotézy, podle kterých některé toxické látky obsažené například v umělých hnojivech nebo průmyslových zplodinách působí jako jedy poškozující buňky produkující dopamin. Některé studie uvádějí, že větší sklon k PN má tzv. typická osobnost. Jde o člověka spíše uzavřeného, systematického až pedantského, méně přízřusobivého, se sklonek k depresím. Přesvědčivé důkazy pro tyto teorie však chybí (ROTH et al., 2005).

Podobně o etiologii tohoto onemocnění uvažuje i Bonet a Hergueta: „V současnosti víme o dvou faktorech spojených s náchylností k Parkinsonově chorobě. Jsou to genetické faktory, tedy dědičně podmíněné a faktory životního prostředí, které souvisejí se znečištěním a škodlivinami prostředí, v němž žijeme. Kombinací těchto dvou faktorů dochází ke genetickoenviromentální integraci“ (BONET, HERGUETA, 2012, s. 16).

1.4 PŘÍZNAKY PARKINSONOVY CHOROBY

Parkinsonova choroba je typická dlouhodobým a plíživým příchodem, označuje se za proces, který začíná velmi nenápadně, pomalu ale postupně se zhoršuje.

V pozdějších a pokročilejších stádiích, které mohou trvat i několik měsíců, ale i roků se tyto symptomy velmi prohlubují a projevují se u člověka v plné síle (JIRÁK, 2009).

Výsledkem toho, že dochází k zániku dopaminergních neuronů v bazálních gangliích jsou z klinického hlediska tři základní projevy, které se označují jako parkinsonská triáda, kde zařazujeme příznaky jako je akineze (nepohyblivost), rigidita (svalové napětí) a třes (tumor) (BONNET, HERGUETA, 2012).

Klinický obraz u Parkinsonovy choroby se postupně vyvíjí a mění se s progresí onemocnění. Pacient zpočátku vyhledává lékaře s různými nespecifickými obtížemi, jako jsou hlad, změny nálad, nejasné bolesti, které nemocný neumí vyjádřit, porucha čichu, ale i zhoršení stability chůze. Tyto příznaky však mohou doprovázet úplně jiná onemocnění, a nejsou pro lékaře úplným vodítkem, aby mohli stanovit diagnózu u nemocného. Postupem, kdy se nemoc vyvíjí, tak se začíná objevovat parkinsonská triáda (AMBLER, 2011); (JIRÁK, 2009).

Třes

„Typický parkinsonský tremor je právě klidový, při pohybu mizí a objevuje se opět v cíli“ (BERGER, KALITA, ULČ, 2000, s. 29).

Třes nemusí být vždy přítomen, ale objevuje se u většiny pacientů v různé intenzitě. Nejčastěji ho lze pozorovat, když jsou svaly u nemocného uvolněné, v klidu a mizí během pohybu. Objevuje se, například když nemocný sedí s rukama položenými na stehnech, také ve stoje nebo při chůzi, nebrání však nemocným při jídle či oblékání. U nemocných se může kromě klidového třesu objevit i posturální neboli statický třes, který se projevuje zvláště při delším setrvání končetiny ve statické poloze. Charakter třesu se může v průběhu onemocnění měnit, ale nikdy nepostihuje hlavu a hlasivky. Třes postihující bradu, rty nebo jazyk se objevuje jenom vzácně u pokročilých forem Parkinsonovy choroby. U nemocných osob je okolo 80-90 %, existují však pacienti, kteří během vývoje nemoci nikdy netrpěli třesem (AMBLER, 2011); (RŮŽIČKA, 2004).

Rigidita

„Svalová ztuhlost se projevuje zvýšením normálního svalového napětí, které je potřebné k udržení vzpřímeného postoje a k provedení pohybu“ (ROTH et al., 2005, s. 47).

Svalová ztuhlost se taky projevuje zvýšením klidového napětí a ztuhlostí svalů, které kladou odpor v celém rozsahu příslušné části těla označované jako fenomén olovněné trubice. V pokročilejších stádiích nemoci je svalová ztuhlost příčinou bolesti a zvýšeného napětí v ramenou nebo zádech. Pacienti často napadají na jednu končetinu, kdy mají pocit přežehného krku a obtížně dokážou provést pohyb do krajní polohy. Postižená osoba popisuje nejčastěji ztuhlost jako pocit strnulosti, svalového napětí, svalové nebo šlachové bolesti (BONNET, 2012); (ŠINÁGLOVÁ, 2013).

Akineze

Akineze znamená nepohyblivost, kdy chybí pohyby kosterního svalstva, popřípadě některých svalů. Projevuje se tím, že dochází ke zpoždění při zahájení a při vykonávání pohybu. Bradykineze – zpomalení pohybů, hypokineze – nedostatek volných i reflexních pohybů. Tyto pohyby mohou vést až k úplnému či celkovému snížení hybnosti (BONNET, 2012).

Akineze, bradykineze a hypokineze bývají zdrojem největších obtíží u nemocných a projevuje se nejčastěji v chůzi, kdy je chůze u nemocného pomalá, váhává a kroky se zkracují. Mírné pohybové obtíže se však mohou ve chvílce proměnit v úplnou akinezi s různou délkou trvání (ŠINÁGLOVÁ, 2013).

Nemocní mají problémy též s rozcházením, kdy přešlapují na místě a nemohou vyrazit vpřed. Velmi problematické je náhlé přerušování pohybu (tzv. freezing). Tento pojem se označuje pro situaci, kdy nemocný jde a najednou „ztuhne, strne“ a není schopen udělat krok tam, ani zpět (RŮŽIČKA, 2006); (ŠINÁGLOVÁ, 2013).

Postižená osoba popisuje akinezi jako slabost, únavu, pomalost nebo neschopnost vykonat určitý pohyb, nebo dělat dvě věci zároveň. Nemocní s Parkinsonovou chorobou mají občas ztuhlosti, jako kdyby „odumřela“ končetina (BONNET, 2012).

Mimo tyto základní příznaky, které doprovázejí toto onemocnění, se mohou objevovat i další obtíže: poruchy vegetativního nervstva a problémy po psychické stránce. Demence se však objevují u nemocných až v posledních stádiích Parkinsonovy (ŠINÁGLOVÁ, 2013); (ŠINÁGLOVÁ, 2013).

Všechny tyto příznaky, které jsou typické u Parkinsonovy choroby, se ale nemusí vyskytovat u každého nemocného (ROTH et al., 2009).

1.5 DIAGNOSTIKA PARKINSONOVY CHOROBY

Diagnóza je určována především z anamnézy a klinického neurologického vyšetření. Kromě běžného neurologického vyšetření se lékař taky zaměřuje na specifické projevy, které jsou hlavní součástí této nemoci. V diagnostice je důležité nejprve vyloučit jiná onemocnění, která mají stejné příznaky (REKTOROVÁ, 2009).

Anamnéza

Při vyšetření anamnézy je důležitý popis příznaků nemoci pacientem, kdy se zjišťuje způsob rozvoje projevů. Lékař se nemocného ptá na motorické i non-motorické projevy, které pacient nemusí dávat do souvislosti s danou chorobou. Jsou podány otázky na prodělaná onemocnění, užívání léků, typ zaměstnání, výskyt podobných příznaků v rodině (RŮŽIČKA, 2004).

Základní screening

Základní screening se provádí nejčastěji již v ordinaci praktického lékaře. Jedná se o soubor 9 otázek (Příloha A).

Diagnostický postup

Diagnostika nemoci je podle Růžičky (2014) založena na cílené anamnéze a klinickém neurologickém vyšetření. Diagnostický postup lze rozdělit do tří kroků:

- V anamnéze a objektivním vyšetření se zjišťuje přítomnost jednotlivých hlavních motorických příznaků onemocnění - hypokineze, rigidita, klidový třes, případně posturální poruch a jediný příznak může znamenat časné stádium Parkinsonovy choroby. Diagnóza je pravděpodobná teprve tehdy, jsou-li přítomny alespoň dva příznaky.
- Rovněž je důležité vyloučit, aby symptomy jiného onemocnění nebyly považovány za projevy Parkinsonovy choroby.
- Ke klinickému potvrzení diagnózy přispívají některé typické rysy, například asymetrie příznaků, přítomnost klidového třesu či charakteristicky pomalý, progresivní průběh onemocnění. Rozhodující je zejména reakce na dopaminovou léčbu.

L-dopa test

Provádí se u pacienta, který ještě nikdy nebyl levodopou léčen. Testuje se jednorázovým podáním 1 tablety L-dopa a skórují se hybné příznaky Parkinsonovy choroby podle standardizovaných škál (KAŇOVSKÝ, FARNÍKOVÁ, 2011).

Pomocné vyšetřovací metody

Dále slouží speciální funkční zobrazovací technika PET a SPECT, které napomáhají v časně diagnostice Parkinsonovy choroby. Pomocí těchto zobrazovacích metod se sledují jednotlivé charakteristické změny na mozku pacienta a potvrdí se či vyloučí podezření na dané onemocnění. Při známkách deprese a kognitivní poruchy je vhodné psychiatrické a neuropsychologické vyšetření (REKTOROVÁ, 2009).

Význam u Parkinsonovy choroby mají i biochemická vyšetření, která mají zásadní význam pro odlišení od Wilsonovy nemoci. Dále se jedná o odlišení hypotyreózy (T3, T4, TSH) a hypoparatyreózy – parathormon a vápník v séru, vyloučení vápníku v moči za 24 hodin, které patří mezi laboratorní vyšetření (ŠINÁGLOVÁ, 2013).

Hodnocení Parkinsonovy choroby

Při těchto vyšetřeních a hodnoceních se zaměřujeme na specifické projevy této choroby. Zaměřujeme se zvláště na motorické příznaky. Posouzení těchto příznaků je důležité při volbě nemoci a taky její následné léčby.

- **UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale)**

Stupnice pro kvantifikaci stavu nemocného je potřebná pro zhodnocení dopaminergní odpovědi a také sledování vývoje stavu při Parkinsonové chorobě. Stupnice se skládá z 24 položek, které jsou ještě rozděleny do několika položek: hodnocení osobnosti, chování pacienta, hodnocení běžných denních činností, motorika a komplikace léčby.

- **Hoehn a Yahr Scale**

Tato stupnice se využívá pro určení stupně onemocnění. Stupnice byla popsána v roce 1967 v časopise Neurology. Hoehn a Yahr Scale obsahovala 5 stupňů, později přidaly stupně 0, 1,5 a 2,5 (Příloha B, C); (FARNÍKOVÁ-MENŠÍKOVÁ, 2013).

- **Schwab a England Scale**

Tato škála byla zveřejněna v roce 1969, která je zaměřena na odhad schopnosti pacienta s Parkinsonovou chorobou zvládnout běžné denní činnosti. Bod 100 % představuje nezávislost, 0 % představuje plnou závislost na svém okolí (Příloha D); (FARNÍKOVÁ-MENŠÍKOVÁ, 2013).

- **Parkinson Activity Scale**

Obsahuje 10 položek, které jsou rozděleny do 4 kategorií: přemístování se na židli z křesla, hypokinéza při chůzi, schopnost pohybovat se na posteli bez přikrývky

a s příkrývkou. Každá se hodnotí body od 0 – 4 (Příloha E). Nejvyšší počet bodů může být 40 a znamená žádné omezení Parkinsonovou chorobou. Škála aktivit se používá místo UPDRS, která je časově náročná (FARNÍKOVÁ-MENŠÍKOVÁ, 2013).

- **Webster Scale**

Webster Scale byla sestavena pro pacienty s Parkinsonovou chorobou na základě 10 klinických nálezů. Každý příznak se hodnotí 0 – 3 body, kdy 0 znamená normální funkci (Příloha F);(FARNÍKOVÁ-MENŠÍKOVÁ, 2013).

1.6 LÉČBA PARKINSONOVY CHOROBY

Na léčbu Parkinsonovy choroby doposud není znám léčebný postup, který by tuto nemoc vyléčil nebo alespoň zastavil jeho progresi, ale je však možnost dlouhodobě a účinně potlačovat její příznaky. Léčebné postupy by měly být zaměřeny na tom, aby se oddalovaly pozdní komplikace léčby.

Cílem všech léčebných postupů je nejen oddálit příznaky, ale dosáhnout co nejlepšího funkčního výsledky, čímž je kvalita života nemocného. Léčba není zaměřena jen na farmakoterapii, neurochirurgický zákrok, ale do léčebného postupu začleňujeme fyzioterapii i psychosociální podporu.

Všechny současné léčebné postupy směřují k substituční léčbě – náhrada chybějícího dopaminu a k obnovení dopaminergního přenosu (vyrovnává snižování zásob dopaminu v mozku (ROTH et al., 2009).

1.6.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

V současné době neexistuje žádný lék, který umí vyléčit Parkinsonovu chorobu, existuje však řada léků, které úspěšně potlačují příznaky nemoci, zejména motorické příznaky, mezi které řadíme třes, ztuhlost a zpomalenost (ROTH et al., 2009).

Levodopa

Prvním lékem pro léčbu Parkinsonovy choroby byl lék nazývaný levodopa, který byl vyvinut už v roce 1970. Tento lék se stal jedním z nejfrekventovanějších a patří mezi neúčinnější léčiva této nemoci. Od 60 let, kdy byl na trh zaveden lék levodopa zůstává dodnes základem léčby a taky lékem s největším účinkem na hlavní příznaky (BONNET, 2012).

Levodopa je aminokyselina, která se svým složením podobná základním stavebním jednotkám bílkovin. Vstřebává se z tenkého střeva, putuje do krevního oběhu

a po té přestupuje rozhraním mezi krevním oběhem a mozkovou tkání. Teprve, až se látka aminokyselina dostane do mozku, tak je přeměněna na dopamin (ROTH et al., 2009).

Účinek levodopy slouží jako kritérium k potvrzení diagnózy u složitých případech. Léčba levodopou má i jednu nevýhodu, kdy se postupem času zkracuje doba působení tohoto léku. Při užívání levodopy je větším problémem její dlouhodobé užívání, které má za následek pohybové obtíže, mezi které řadíme fluktuace a dyskinezy. Jedná se o zkracování efektu jednotlivých dávek léku nebo může docházet k jeho výpadku (on-off fenomén), což se projevuje jako střídání stavů dobré („ON“), a špatné („OFF“) hybnosti. Levodopa působí na třes, ztuhlost i bradykinezi, neúčinná je na posturální nestabilitu a nemotorické příznaky Parkinsonovy choroby. Na tuto léčbu reaguje pozitivně přibližně 75 % pacientů (REKTOR, 2009).

Agonisté dopaminu

Agonisté dopaminu se zařazují do skupiny látek, které procházejí z krevního oběhu do mozku a nevyžadují žádné další metabolické přeměny a mají podobný účinek jako dopamin. Agonisté dopaminu se vážou na dopaminové receptory v mozku.

Jedním z agonistů je Apomorfin – agonista dopaminu (má strukturu podobnou jako LEVODOPA). Jeho cílem je obejít vstřebávání v trávicím ústrojí a má tak za výsledek rychlou reakci (BONNET, 2012).

Agonisté dopaminu se používají v různých stádiích nemoci – raných i pokročilých. Bývají předepisovány většinou v rané fázi, ale užívají je hlavně mladší pacienti. S léčbou agonisty se začíná, když se u nemocných objeví funkční potíže nebo když mají nemocní málo příznaků. Vzácně se tyto léky podávají osobám, u nichž se Parkinsonova choroba objevila až po 70. roce. Ovlivňují ztuhlost, bradykinezu i třes (BONNET, 2012).

Inhibitory Monoaminoxidázy

Mechanismus spočívá v potlačení odbourávání dopaminu. Mezi zástupce řadíme Selegilin a Rasagilin (ROTH et al., 2009).

Inhibitory COMT

COMT je enzym, jehož úkolem je odbourávání levodopy a dopaminu. Jako inhibitory COMT jsou užívány látky entakapon a tolkapon. Výsledkem podání těchto látek je blokáda COMT, a tím zvýšení množství levodopy v krvi (REKTOR 2009).

Amantadin

Původně byl vyvinut jako protichřipkový lék – antivirotika. U časných fází ovlivňuje tři základní projevy a je možná oddálat podání L – DOPA, v pozdní fázi tlumí motorické komplikace.

Anticholinergika

Ovlivňují především tremor, méně rigiditu a skoro vůbec nepůsobí na bradykinezi. Jejich indikace bývá v časných fázích. V pozdějších fázích ke zlepšení posturální stability a zmírnění zhoršení stavu (ROTH et al., 2009).

1.6.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Důležitým pokrokem v terapii je hluboká mozková stimulace. Jedná se o chirurgický výkon, při kterém jsou do mozku zavedeny elektrody (frekvencí nad 100 Hz), které jsou vedeny ven z hlavy přes podpaží až na hrudník do stimulatoru. Tato metoda se využívá v pokročilejších stádiích nemoci, kdy už jsou přítomny komplikace. Provádí se především u pacientů, kteří špatně reagují na farmakologickou léčbu (BENETIN, 2009).

1.6.3 ALTERNATIVNÍ LÉČBA

Velmi důležité je pro osoby s Parkinsonovou nemocí, aby pravidelně cvičily a využívaly rehabilitace. Rehabilitační léčba je stejně tak důležitá jako pravidelné užívání léků. Dostatek pohybu při tomto onemocnění pomáhá udržet lepší fyzický stav pacienta a zároveň má pozitivní vliv na jeho emoční stabilitu (BONET, HERGUETA, 2012).

Fyzioterapie

Cílem fyzioterapie je udržování dobré fyzické a duševní zdatnosti. Fyzioterapeut pacienta instruuje, cvičí s ním, provádí s ním různé rehabilitační metody a učí pacienta, jak zacházet s rehabilitačními či kompenzačními pomůckami. Fyzioterapie směřuje k potlačení příznaků (PFEIFFER, 2006).

Nejčastěji používané postupy pohybové léčby jsou nácvik chůze, cvičení s míčem, cvičení jógy apodobně (HALOVÁ, 2007).

Ergoterapie

Ergoterapie navazuje na fyzioterapii a pomáhá obnovit postižené funkce. Cílem ergoterapie je dosažení maximálně možné soběstačnosti pacienta. Základem

je nácvik všech činností prováděných v běžném životě např. osobní hygiena, koupání, domácí práce (RESSNER, 2001).

Muzikoterapie

Muzikoterapie patří mezi léčebné metody, která používá jako terapeutický prostředek hudbu. Hudba je jedna z těch, která ovlivňuje vegetativní funkce člověka, mezi které patří – srdeční rytmus, krevní tlak, dýchání, svalový tonus a motorika (ČÁPKOVÁ, 2010).

Canisterapie

Canisterapie je léčebná metoda, která je založena na kontaktu se psem. U osob s Parkinsonovou chorobou je tato metoda často využívá a jejím cílem je zlepšení psychického stavu nemocných.

Logopedie

Při logopedii se nacvičují jednotlivé hlásky, cvičí se vytvoření co nejvyššího a nejnižšího tonu, postupně se cvičí jednotlivá slova a později věty. Cílem logopedie je dosažení co nejlepších komunikačních schopností (VOLŠICKÁ, 2008).

1.7 KOMPLIKACE PARKINSONOVY CHOROBY

Parkinsonova choroba přináší mnoho komplikací. Mezi nejčastější komplikace patří psychické poruchy, mezi které zahrnujeme demenci, poruchy chování, delirium, deprese apod. Vyskytují se asi u 1/3 všech nemocných. Tyto poruchy se běžné léčí léky – antidepressiva. Jednou z komplikací je taky dysautonomie, kdy dochází k dysfunkci vegetativního nervového systému, vyskytuje se až u 80 % nemocných (BERGER, 2000); (DOSTÁL, 2010).

Dalšími přidruženými symptomy mohou být vznikající pocity strachu, ztráta motivace. Nemocní často trpí poruchou spánku, což vede k častému buzení, brzkému vstávání, zvýšená únava nemocného během dne. Jednou z vážných komplikací jsou pády, které vedou k morbiditě a mortalitě nemocných (BERGER, 2000).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S PARKINSONOVOU CHOROBOU

Ošetřovatelská péče u pacientů s Parkinsonovou chorobou je vysoce individuální, odvozuje se od stupně postižení pacienta. Ošetřovatelská péče je zaměřena na uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb, rehabilitaci, edukaci, spolupráci pacienta a jeho rodiny. Péče o pacienty je velmi náročná. Pacienti vyžadují velkou míru trpělivosti a tolerance. Je důležité, aby sestra i rodina nemocného dopřála pacientovi dostatek času na jednotlivé úkony a podporovala ho v jeho samostatnosti (ŠRAMKA, 2014).

2.1 AMBULANTNÍ PÉČE

Nemocní navštěvují neurologickou ambulanci podle potřeby dle objednání v ambulanci a dle ordinace lékaře, jak jim určí. Lékař při podezření na Parkinsonovu chorobu zajistí všechna potřebná vyšetření a poté se diagnostikuje nemoc. Dále je pak ordinace léčby.

Aby léčba byla účinná, je nutné dodržovat zásady užívání léků:

- léky užívat přesně dle ordinace lékaře,
- zapomene-li pacient užít tabletu nebo jednu z dávek, nemá to obvykle žádné důsledky (ROTH et al., 2009).

Je důležité, aby pacienti respektovali tato pravidla:

- vyhnout se překročení dávky, která je určena lékařem (aby pacient neměl představu zlepšení, když užije větší množství léků),
- vyhnout se užívání více léků najednou, v důsledku užívání více léků může dojít k vedlejším účinkům (BONNET, HERGUETA, 2012).

Při oznámení nemoci se při léčení doporučuje:

- nemocný musí počítat s pravidelnými lékařskými konzultacemi, které budou minimálně jednou za 4 až 6 měsíců,
- nemocný by si měl při návštěvě k lékaři připravit na konzultaci, měl by si psát poznámky, které lékař říká,
- nemocný by neměl zapomínat mluvit o účinnosti léčby, zda dochází k zlepšení či ne.

Pokud si nemocný během léčby všimá pouze příznaků, které by mohly naznačovat, že je léčba neúčinná, přivede to lékaře k tomu, že nemocnému navýší dávky léků příliš rychle, nebo v nadměrném množství. Neustálý kontakt s lékařem je důležitý k tomu, že se sledují příznaky a upravuje se léčebný postup (ROTH et al., 2009).

2.2 NEMOCNIČNÍ PÉČE

Pacienti trpící touto nemocí jsou velmi často přijímáni k hospitalizaci, ať už z důvodu zhoršení zdravotního stavu, z důvodu léčby nemoci či z nutnosti upřesnit, o jaký druh nemoci se jedná. Některými metodami druh nemoci nelze zjistit ambulantně, tak jsou pacienti hospitalizováni na neurologickém oddělení. Hospitalizace je pro pacienty velmi stresová situace. Na některé problémy vzniklé při hospitalizaci se jde předem připravit a usnadnit. Nemocní by měli mít však dostatek vědomostí o průběhu hospitalizace v nemocnici (ROTH et al., 2009).

Fyziologické potřeby patří mezi lidské potřeby, které jsou pro život člověka nezbytné. V období nemoci se potřeby stávají více dominantní a mají vliv na celkové chování a jednání člověka. Budou-li uspokojovány tyto potřeby, může člověk uspokojovat další (TOMAGOVÁ et al., 2008).

Péče o výživu

U pacientů s Parkinsonovou chorobou se velmi často objevují poruchy polykání, které se dají ovlivnit tím, že se dá pacientovi před jídlem vypít sklenice studené vody. Z důvodu třesu je vhodné podávat tekutiny s uzavřeným hrnkem a jako dopomoc se dává brčko. U pacientů, kteří jsou méně soběstační je možnost použití kompenzačních pomůcek například příbory s držáky, speciálně tvarované či plastové talíře, talířové obruby, jídelní protiskluzové podložky (SCHWARZ, 2008).

Je důležité dodržovat zásady racionální výživy – pestrost jídla, pravidelnost, celkový energetický příjem potravy, vyváženost základních živin, vitamínů, minerálů, stopových prvků a vlákniny. Velmi důležitý je však pitný režim (DOSTÁL, 2010).

U pacientů, kteří užívají levodopu mají naordinovanou nízkobílkovinou dietu. Tato dieta spočívá v omezení příjmu bílkovin a to ráno a na oběd (v době největší motorické aktivity). Těmto pacientům podáváme nejvíce bílkovin na večeři, kdy se nepředpokládá vysoká pohybová aktivita. Je známo, že levodopa bývá neúčinnější, když je užívána na lačno, asi půl hodiny před jídlem nebo hodinu po jídle.

Měla by být zapita vodou, minimálně 200 ml, tím se rychleji vstřebává v horní části střeva do krevního oběhu. Pokud se užije levodopa po jídle, vstřebávání do krevního oběhu bude podstatně nižší (DOSTÁL, 2010); (ROTH, 2006).

Péče o spánek a odpočinek

Pacienti s Parkinsonovou chorobou se brzy probouzí a pak jsou během dne unavení, proto by se měl nemocný během dne aktivizovat. Aby se nemocnému dobře vstávalo a uléhalo, je nutné, aby pacient z postele dosáhl nohama na zem. Existují hrazdičky, žebříčky, madla či přivázání provazu, které pomáhají pacientovi pohyb na lůžku.

Během spánku mají parkinsonici problémy s otáčením, proto se volí pevné, rovné matrace, které usnadňují otáčení, volí se i lehká deka. Dobrým pomocníkem proti noční dezorientaci je rozsvícené noční světlo (ROTH et al., 2009). Pokud nemocný tráví více času v posteli, umístí se čelem k oknu, na noční stolek se může dát kalendář, hodiny a fotky pro orientaci v čase (SCHWARZ, 2008).

Péče o hygienu

Pacienti obvykle nezvládnou toaletu provést sami z důvodu třesu či ztuhlosti. Při česání, mytí obličeje, koupání či sprchování často potřebují pomoc. Je vhodné připravit si sedačku, aby pacient neupadl. Pokud pacient zvládne alespoň z části sám osobní hygienu, je možné poskytnout koupelnový kartáč na dlouhé rukojeti, výborné je poskytnout mýdlo na provázku, které se zavěsí na krk, má mýdlo po ruce a nehrozí, že upadne. Imobilní pacienty doprovází všeobecná sestra do koupelny na sedačce nebo na mobilní vaně (MACHÁČKOVÁ, 2009).

Péče o kůži

Všeobecná sestra sleduje barvu kůže, kožní turgor, kožní léze a otoky. Dbá se o to, aby kůže byla čistá a suchá, zejména v oblasti genitálu u inkontinentních pacientů. Pokožka se promazává ochrannými krémy, vyhýbá se používání olejů, které kůži vysušují, než hydratují. Pokud má pacient infuzní terapii, všeobecná sestra sleduje místo vpichu a možný výskyt komplikací spojených s infuzním vstupem. Jako prevence dekubitů se používají u imobilních pacientů antidekubitní pomůcky. Pacienti se minimálně každé 2 hodiny polohují, případně dle potřeby pacienta, ale i dle ordinace lékaře (POLEDNÍKOVÁ, 2006); (TRACHTOVÁ, 2004).

Péče o vyprazdňování

Všeobecná sestra sleduje, jak často se nemocný vyprazdňuje, a zaznamenává se bilance tekutin. Pokud se pacient vyprazdňuje sám na pojízdném vozíku na pokoji, zajistí se intimita a soukromí. Při problémech s obstipací sestra podává stravu, která je bohatá na vlákninu, dostatek tekutin, čípky nebo klyzma, dle ordinace lékaře.

Dalším úkolem všeobecné sestry je sledovat barvu moče, její zápach, příměsí a specifickou hmotnost. Pokud nedochází k samovolnému vyprazdňování moče, všeobecná sestra informuje lékaře. Dle ordinace lékaře pak sestra podává diuretika, popřípadě cévkuje pacienta (DOSTÁL, 2010).

Dopomoc při oblékání

Hlavním problémem při oblékání je bradykineze, tremor a horšení jemné motoriky. Oblékání je vhodnější a snadnější ve fázi „ON“, kdy nemocnému působí léky. Nejprve se obléká slabší končetina, u svlékání je to naopak. Velkým problémem je zapínání knoflíků, proto se volí vyměnit je za větší nebo na suchý zip. Úchytka nebo kroužek na oblečení usnadňuje rozepínání i zapínání, nemocný tak cvičí i jemnou motoriku. Materiál oblečení je z přírodních látek, které dobře sají pot. Jako prevence rizika pádu se doporučují pevné boty s neklouzavými podrážkami a bez tkaniček (SCHWARZ, 2008).

2.3 NÁSLEDNÁ PÉČE

Pokud potřebuje pacient s Parkinsonovou chorobou po pobytu v nemocnici následnou péči, je odeslán na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných, kde bude léčen, rehabilitován a teprve pak se může vrátit domů. Pobyt na tomto oddělení je v současné době limitován délkou 3 měsíce. Pokud však ani po této době nedovoluje jeho zdravotní stav domácí léčbu, je ještě možností přeložení na ošetrovatelské lůžko, kde jeho délka pobytu bude neomezená. Odborníci se shodují, že senioři potřebují geriatrická oddělení, která by jim poskytovala akutní a specializovanou péči vzhledem k jejich věku. Počet těchto oddělení je však v současné době velmi nízký, stejně tak jako nedostačující počet míst v LDN. Do následné péče se zařazují i hospice, které poskytují péči nevyлéčitelně nemocným. Poskytují nejen zdravotní zázemí, ale i duchovní a psychickou podporu (HAŠKOVCOVÁ, 2010); (ROTH et al., 2009).

2.3.1 DOMÁCÍ PÉČE

Nejlepším místem, kde může geriatrický či vážně nemocný člověk prožít poslední období svého života, je rodinné prostředí. Po letech fyzických potíží však přijde chvíle, kdy se pro nemocného sebeobsluha stává nadmíru obtížná. Starost o domácnost je velmi náročná, únavná nebo pro mnohé nebezpečná, kdy může dojít k pádům z důvodu poruchy chůze. Jako prevence pádů odstraníme u dveří prahy a uspořádáme nábytek tak, aby se vytvořil volný průchod, ale zároveň aby byl dostupný pro nemocného. Je dobré mít osvětlený byt. Věci, které se používají, jako denní potřeby se ukládají v úrovni mezi pasem a výškou očí nemocného. K jednoduššímu pohybu pomůžou zábradlí. V koupelně se doporučuje závěs, sedák a madla, která usnadňují pohyb při umývání (BONNET, HERGUETA, 2012); (ROTH et al., 2009); (SCHWARZ, 2008).

Domácí péče se skládá z profesionální péče a laické péče. Laickou péčí se rozumí poskytování péče rodinnými příslušníky, přáteli nemocného anebo jinými dobrovolníky. Profesionální péče se zaměřuje hlavně na řešení individuálních ošetrovatelských problémů. Nemocný má většinou tendenci domácí péče oddalovat, protože nechce, aby se o něho starali jeho blízcí (BONNET, HERGUETA, 2012).

Domácí péče má za úkol nemocnému zajistit jak zdravotní tak i sociální péči. V rámci domácí péče je pacient i jeho blízcí členy týmu. Jejich společným cílem je zlepšení kvality života nemocného. Obrovskou výhodou domácí péče je možnost poskytování péče v rozsahu, který byl donedávna poskytován pouze hospitalizovaným pacientům. Tento přístup je velmi přínosný pro rodinné příslušníky (MISCONIOVÁ, 2006).

Rozlišujeme dva typy domácí péče: zdravotní a sociální.

Domácí zdravotní péče

Všeobecné sestry i lékaři domácí péče zajišťují zdravotní úkony, které mají předepsané lékařem, jsou však první, které mohou zpozorovat problémy pacienta nebo zdravotní potíže. Agentura informuje ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu pacienta. Domácí zdravotní péče je částečně hrazena zdravotní pojišťovnou.

Zdravotní úkony, které poskytuje zdravotní personál: odběry biologického materiálu, aplikace injekcí, aplikace insulínu včetně edukace, aplikace infúzí, převazy ran, převazy bérceových vředů, převazy dekubitů, jejich prevence, péče o stomie, péče o katetry, cévkování, péče o diabetiky, komplexní zdravotní péče

o imobilní pacienty, ošetrovatelská rehabilitace – mobilizace, vertikalizme nácvik chůze (BONNET, HERGUETA, 2012).

Domácí sociální péče

Domácí sociální péči zajišťuje pečovatelská služba, která zahrnuje pomoc při zvládnání běžných úkonů – oblékání, osobní hygiena, stravování, zajištění chodu domácnosti, doprovod k lékaři.

Pečovatelská služba nabízí péči v nácviku jednoduchých denních činností, jako je pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulace s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, také se podílí na podpoře soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů v psychické aktivizaci (BONNET, HERGUETA, 2012).

3 SPECIFIKA SOCIÁLNÍ PÉČE U PACIENTŮ S PARKINSONOVOU CHOROBOU

Služby sociální péče pomáhají nemocným osobám zajistit jak fyzickou, tak i psychickou soběstačnost. Jejich nejvyšším cílem je zapojit nemocného do běžného života společnosti a prevence sociálního vyloučení. V případě, že zapojení není možné, snaží se zajistit alespoň důstojné a klidné prostředí. Sociální služby jsou poskytovány ve třech formách, kde zařazujeme formy: terénní, pobytové a ambulantní. Všechny tyto tři bývají propojovány (ROTH et al., 2009).

Sociální péči zabezpečují různé instituce, jejich rozsah činností a podmínky poskytování služeb jsou uvedeny v daném zákoně o sociálních službách 254/2014 Sb. ve znění pozdějších předpisů (SBÍRKA ZÁKONŮ ČR, 2014).

Sociální služby jsou určeny osobám, které vyžadují pomoc od jiné osoby. Pomáhají zajišťovat pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování a při prosazování práv a zájmů. Dále pomáhají zajistit chod domácnosti, pomoc při ošetřování a výchově (MALÍKOVÁ, 2011).

Domovy pro seniory jsou určeny osobám se sníženou soběstačností, zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Tyto zařízení nabízí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o svoji osobu (ČEVELA et al., 2012).

Domovy se zvláštním režimem jsou celoroční pobytová zařízení určena pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, závislost na návykových látkách nebo pro osoby se stařeckou či Alzheimerovou demencí. Tyto domovy nabízejí ubytování, stravu a různé aktivity, které jsou přizpůsobeny potřebám nemocného. Tyto sociální služby jsou hrazené nemocným (BONNET, HERGUETA, 2012).

Domovy s pečovatelskou službou jsou většinou určeny pro relativně zdravé seniory, kteří nevyžadují komplexní ústavní péči, ale potřebují pomoc pouze při některých úkonech, jako například hygienická péče, pomoc při úklidu či nákupu (MLÝNKOVÁ, 2011).

Denní a týdenní stacionáře jsou určeny jedincům, kteří chtějí zůstat ve svém domácím prostředí, zároveň však nejsou soběstační a vyžadují dlouhodobější dohled během dne. Denní stacionáře využívají rodiny, které chtějí mít nemocného v domácím

prostředí, ale nedokážou mu poskytnout péči na 24h denně. Senior využívá zařízení denně nebo několikrát v týdnu. O nemocné se starají sociální pracovníci a podporou je zajištění celodenního programu, kdy součástí jsou i různá rehabilitační a kondiční cvičení, trénování paměti, hraní společenských her, rukodělné práce či jiné terapeutické činnosti (DUHA o.p.s, 2016).

3.1 SOCIÁLNÍ PŘÍSPĚVKY

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

Příspěvky na péči

Nárok nemocného na příspěvek na péči je stanoven zákonem o sociálních službách č. 254/2014 Sb. V tomto zákoně je uvedeno, že podstatou příspěvku na péči je dáno, že pomoc je potřebná člověku z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem je myšlen stav, který trvá déle než 1 rok a omezuje duševní, smyslové a fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost (SBÍRKA ZÁKONŮ ČR, 2014).

Nemocný s Parkinsonovou chorobou může také žádat o příspěvek na péči u obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Musí však absolvovat lékařské vyšetření a sociální zhodnocení stupně závislosti na pomoc jiní osoby:

- 1. stupeň → lehká závislost,
- 2. stupeň → středně těžká závislost,
- 3. stupeň → těžká závislost,
- 4. Stupeň → úplná závislost.

(ČEVELA et al., 2012); (SOCIÁLNÍ DÁVKY, 2014).

Stupeň závislosti je stanoven podle úkonů, které probíhají při každodenní péči o nemocného a podle jeho soběstačnosti. Od toho se pak odvíjí výše peněžitého příspěvku (BONNET, HERGUETA, 2012)

Celá žádost o příspěvek na péči probíhá v rámci správního řízení. Výsledkem správního řízení je rozhodnutí. Proti rozhodnutí je možné podat odvolání na krajský úřad. Příspěvek je vyplácen každý měsíc a je nezbytné, aby na žádosti bylo vždy uvedeno, kým bude péče poskytována (DANIELOVÁ, 2009).

4 EDUKACE

Pojem edukace pochází z latinského *educare*, které se v češtině překládá jako vést vpřed a vychovávat. Edukaci taky můžeme definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince, kdy je jeho cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech. Edukace je tzv. výchova ke vzdělání jedince. Výchova u jedince je ovlivňována a rozvíjí se jeho chování, zájmy, potřeby, návyky, ale i postoje, jak se ke všemu nemocní staví. Edukace ve zdravotnictví by měla nemocnému přispět k jeho prevenci a předcházení nemoci, navrácení zdraví a zlepšení kvality života nemocného (NEMCOVÁ et al., 2010).

ZÁKLADNÍ POJMY V EDUKACI

Vzdělávání – je proces, kdy se u jedince rozvíjí jeho návyky, schopnosti, dovednosti a taky vědomosti, jeho výsledkem je vzdělanost, vzdělání a kvalifikace.

Vzdělanost – jedná se o určitou výsledkovou úroveň vzdělání v sociální skupině, státě, či národě.

Edukant – osoba, která se něčemu učí, ve zdravotnictví bývá nejčastěji edukantem nemocný člověk.

Edukátor – osoba, která někoho edukuje, edukátorem bývá většinou lékař, všeobecná sestra či fyzioterapeut.

Edukační prostředí – místo, kde probíhá edukace.

Edukační standart – norma, která slouží pro udržení úrovně kvality edukace (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

4.1 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Edukace v ošetrovatelství je součástí zdravotní a o ošetrovatelské péče. Jedná se cílevědomý proces, jehož výsledkem jsou změny v oblasti poznávání a chování pacientů a jejich rodin. Pro edukaci v ošetrovatelství je charakteristický holistický přístup k člověku, který zahrnuje potřeby psychické, sociální, emocionální, duchovní a společenské. Edukace v ošetrovatelství má týmový charakter, kdy pacient vyžaduje společné úsilí zdravotnického týmu (NEMCOVÁ et al., 2010).

Edukace ve zdravotnictví má přispívat k předcházení nemoci, udržení zdraví, navrácení zdraví a vede ke zkvalitnění života jedince.

Edukace má významnou roli v rámci primární, sekundární a terciální prevenci.

Primární prevence je zaměřena na relativně zdravé jedince, především na předcházení vzniku nemoci a k udržení zdraví a zlepšení kvality života.

Sekundární prevence probíhá u pacientů, kteří již nějakým onemocněním trpí. Snaží se u nich ovlivnit dřívější vědomosti, dovednosti a postoje tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení. Tato edukace je především zaměřena na dodržování léčebného režimu.

Terciální prevence je zaměřena na pacienty, kteří mají trvalé a nezvratné změny ve zdravotním stavu. Její snahou je zlepšení kvality života a snaží se předcházet možným komplikacím (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukace pacientů je považována jednou ze základních součástí ošetrovatelské péče. Edukace v ošetrovatelství má týmový charakter, kdy v čele stojí pacient a jeho rodina. Edukace vyžaduje úsilí mezi členy edukačního týmu, do kterého zařazujeme i lékaře, ti především léčí, né učí. Hlavní roli v celé edukaci má sestra, která by měla realizovat holistický přístup v péči o pacienta i jeho rodinu (NEMCOVÁ et al., 2010).

Sestra jako edukátor musí:

- mít dostatečné praktické a teoretické znalosti z oboru, ve kterém bude edukovat,
- navázat kontakt k pacientovi, získávat postupně jeho důvěru,
- komunikovat s pacientem, vyjádřit empatii, být ochotna pomoci pacientovi,
- edukovat pacienta, jak si zlepšit životní podmínky, ve kterých žije,
- umět dostatečně motivovat pacienta.

Sestra má za úkol edukovat i rodinu o následné péči v domácím prostředí, případně o vývoji nemoci v budoucnosti. Taktéž je důležité rodinu připravit na to, co může s následkem nemoci přijít a ukázat jim, jak pomoci blízkému a zlepšit jeho kvalitu života (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

4.2 EDUKAČNÍ PROCES

Edukační proces je činnost, která probíhá u každého z nás od narození až do konce života. V edukačním systému by měl pacient získávat nové vědomosti, chápat je a taky používat ve svém životě. Člověk by se měl naučit osvojit svoje určité dovednosti, jak v činnostech praktických, tak i v činnostech teoretických. Učení by mělo být záměrné nebo nezáměrné (NEMCOVÁ et al., 2010).

Edukační proces zahrnuje 5 fází:

Posuzování – při posuzování se zaměřujeme jak na pacienta, tak na jeho rodinu. Zařazujeme zde několik kategorií.

- pohlaví, věk, zaměstnání a vzdělání,
- posouzení fyzického stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb,
- profil rodiny,
- zdroje pomoci a podpory ze strany rodiny, sociálně-ekonomický stav,
- životní styl rodiny, náboženství, hodnoty a postoje,
- adekvátnost či neadekvátnost rodinných funkcí,
- porozumění současné situace rodinou.

Posouzení vychází z onemocnění pacienta a má velký význam pro stanovení cílů (NEMCOVÁ et al., 2010).

Edukační diagnostika – na základě získání informací z posouzení si sestra vypracuje edukační diagnózy, ve kterých nemá pacient dostatečné vědomosti.

Plánování – sestra stanovuje priority edukace, volí metody, vybírá obsah, plánuje učivo s ohledem na pedagogické principy a zásady výchovy. Hlavním cílem plánování je vytvořit smysluplné a měřitelné cíle, které jsou u pacienta realizovatelné.

Realizace – je praktické použití edukačního procesu. Při realizaci využíváme edukační jednotky, kterými pacienta edukujeme. Cílem této fáze je upevnit získané vědomosti, zručnosti a postoje.

Vyhodnocení – v poslední fázi edukačního procesu zjišťujeme, zda byly cíle edukace splněny či nesplněny. Na základě vyhodnocení cílů edukaci ukončíme, pokračujeme či reedukujeme (JUŘENÍKOVÁ, 2010); (NEMCOVÁ et al., 2010).

4.3 VYUŽITÍ EDUKAČNÍCH METOD

Metoda je řeckého původu, která znamená v obecném významu způsob dosažení určitého cíle. Můžeme ji tedy chápat, jako cílevědomé a pomyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly naplněny cíle učení. Při výběru edukačních metod přihlížíme k osobnosti edukanta, bereme tedy ohled na zdravotní stav pacienta, jeho dosavadní vědomosti, dovednosti, zkušenosti, ale i na jeho psychickou stránku ale i prostředí, ve kterém se nachází (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Rozdělení metod:

- **teoretické** – klasická přednáška, přednáška s diskuzí, cvičení a seminář,
- **teoreticko-praktické** – diskuzní metody, problémové metody, programová výuka, diagnostické a klasifikační metody, projektové metody,
- **praktické** – instruktáž, asistování, stáž, exkurze (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

5 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBOU

Kazuistika pacienta

Dne 15. 03. 2016 byl neplánovaně přijat 69 letý pacient na neurologické oddělení v nemocnici Zlín. V noci z neděle 13. 03. 2016 na pondělí zřejmě pacient upadl z postele, kdy byl nalezen manželkou. Pacient si ten den na nic nestěžoval. V pondělí večer si pacient začal stěžovat na trnoucí ruku, jako kdyby ji necítil, také za sebou potahuje LDK. Pacient trpí Parkinsonovu chorobou, která se podle manželky zhoršila po pobytu v psychiatrické léčebně. Pacient byl přivezen rychlou záchrannou službou pro celkovou slabost a nehybnost PHK do traumatologické ambulance. Při vyšetření měl pacient TK 140/90 mm HG, P 75 tepů/min. Po vyšetření byl pacient odeslán na jednu noc na neurologické oddělení. Po noci byl pacient stabilizovaný bez známek pro další hospitalizaci v nemocnici, poté byl odeslán do domácí péče. Pacient byl objednan ke svému neurologovi, kde bylo rozhodnuto o nutnosti opakované edukace vzhledem ke zhoršení stádia Parkinsonovy choroby.

1. FÁZE – POSUZOVÁNÍ

Jméno: P. A.

Pohlaví: muž

Věk: 69 let

Bydliště: Lukov

Rasa: europoidní (bílá)

Etnikum: slovanské (české)

Vzdělání: výuční list

Zaměstnání: OSVČ jako automechanik,
nyní v důchodu

Anamnéza:

Nynější onemocnění: Parkinsonova choroba, celková slabost, nehybnost LHK, bolesti ramen (bursitida ramen), zvýšený cholesterol, thinitus od mládí.

Osobní anamnéza: prodělané běžné dětské nemoci.

Alergická anamnéza: alergie neuguje.

Abúzy: kouření – v mládí na vojně, dnes už ne, káva – 1x denně, v mladším věku i víc, alkohol – příležitostně (1x za měsíc), závislost na jiných látkách: neudává.

Farmakologická anamnéza: OLANZAPIN 5mg (0-0-1 tbl), NAKOM (1-1-1tbl), CALMOLAN (1-0-1tbl).

Základní informace:

Tělesný stav	obezita, jinak bez závažných patologií
Mentální úroveň	dobrá, orientován místem, osobou i časem
Komunikace	přiměřená
Zrak, sluch	od mládí nosí brýle, zhoršený sluch
Řečový projev	srozumitelný, mírně huhňavý při vyjadřování
Paměť	krátkodobá je mírně narušená, dlouhodobá neporušená
Motivace	přiměřená, vyjadřuje zájem o nabytí vědomostí
Pozornost	přiměřená zdravotnímu stavu, zájem o svůj stav
Typové vlastnosti	pacient se hodnotí jako melancholik
Vnímavost	přiměřená
Pohotovost	reakce jsou přiměřené
Nálada	mírně negativní
Sebevědomí	střední úroveň, ve všem si nevěří
Charakter	hodný, milý, spolehlivý
Poruchy myšlení	myšlení není nijak porušeno
Chování	přívětivé
Učení	typ – emocionální
	styl – logické, auditivní, systematické
	postoj – jeví zájem o nové informace o své nemoci
	bariéry - strach

Posouzení fyzického stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb

posouzení podle Marjory Gordonové

- 1. Podpora zdraví:** pacient se léčí s výše uvedeným onemocněním. Nyní přichází do neurologické ambulance pro zhoršení stavu HK. Tato nemoc pacienta omezuje v běžných denních činnostech, kdy nemůže například nalít kávu, čaj, nezvedne těžké věci, které v mládí normálně dělal. Má strach, že mu všechno spadne, rozlije apod. Pacienta trápí třes v noci, kdy nemůže spát, vzbudí se ve 3.00 ráno a už nemůže usnout. Pacient má dodržovat dietu i z hlediska vysokého cholesterolu, ale dietu nedodržuje. Pacienta začala trápit i bolest ramen, která ho trápí v noci, kdy mu k tomu ještě nastane parkinsonský třes, vzhledem k bolestem začal chodit 2x týdně na akupunkturu. Pacient navštěvuje pravidelně neurologickou ambulanci.
- 2. Výživa:** pacient váží 101 kg, měří 175cm, jeho BMI je 32,98, což znamená obezita 1. stupeň u nemocného. Stravuje se nepravidelně, většinou jí nejvíce ráno, přes oběd moc ne a na večer se dojídá. Pacient jí všechno, ať je to zelenina nebo ovoce, dietní režim má z hlediska vysokého cholesterolu, dietu nedodržuje, preferuje tučná jídla. Má rád čokoládu, když si otevře, tak ji celou sní. Snaží se užívat vlákninu a hořčik, vzhledem k časté zácpě. Denně vypije asi 1,5 l tekutin, jednou denně si dá kávu, alkohol pije jen příležitostně a to většinou jenom pivo.
- 3. Vylučování:** pacient neudává v souvislosti s močením žádné potíže, potíže má s nadýmáním a se zácpou. Manželka mu připravuje domácí likér, který mu pomáhá s vyprazdňováním.
- 4. Aktivita, odpočinek:** pacient aktivně neprovozuje žádný sport. Denně spí asi 7 hodin (spí jenom do 3-4 hodin a pak už nemůže usnout). Při volném času pomáhá svému synovi při práci, kdy s ním jezdí v autě. Rád dělá ještě domácí práce kolem rodinného domu, dokud mu to stav dovoluje. Minimálně jednou za půl roku jezdí s manželkou do lázní, kdy pacient tvrdí, že mu teplo dělá dobře na svaly a netrpí pak tak často třesem a bolestí ramen. Na posledním pobytě byli ve Velkých Losinách.
- 5. Vnímání, poznávání:** pacient je při vědomí, orientovaný místem, časem, osobu. Pacient má zrakové problémy a zhoršen sluch.
- 6. Sebepojetí:** pacient se hodnotí spíše jako optimista. Rád pomáhá, když může. Podporu má nejvíc od manželky.

- 7. Role, vztahy:** pacient žije se svojí manželkou v rodinném domě na Zlínsku. Nyní se k nim nastěhovala jejich dcera. Mají velkou zahradu, kde rádi pracují. Pravidelně je navštěvuje syn se svojí manželkou a jejich dcerou. Vztahy se sousedy mají dobré. Sociální kontakt se svými blízkými je výborný.
- 8. Sexualita:** pacient se nechce vyjadřovat.
- 9. Zvládání zátěže:** pacient neudává žádné výrazné změny ve svém životě. V současné době ji zatěžují obavy, že se jeho stav bude zhoršovat. Trápí ho ještě to, že se třes začal objevovat i u jeho syna a bojí se, že to bude Parkinsonova choroba. Stresové situace řeší sám relaxací. Dalším z problémů je jeho dcera, která se k nim nastěhovala a byla 3x vdaná.
- 10. Životní hodnoty:** nejdůležitějším faktorem pro pacienta jsou dobré rodinné vztahy. Přáním je, aby syn netrpěl Parkinsonovou chorobou.
- 11. Bezpečnost, ochrana:** pacient se nejlépe cítí doma se svojí manželkou.
- 12. Komfort:** pacient se cítí někdy ve stresu, neklidný z důvodu nemoci.
- 13. Jiné (růst a vývoj):** růst i vývoj u pacienta je fyziologický.

Profil rodiny

Pacient je ženatý, bydlí v rodinném domě se svou manželkou. Manželka pracovala jako účetní, nyní v důchodu. Má jednoho syna, kterému se začaly projevovat třesy na HK. Pacient má taky dceru, která byla 3x vdaná a má tři děti, nyní bydlí u nich doma. Otec pacienta taky trpěl touto nemocí, ale zemřel na srdeční selhání v 84 letech. Maminka zemřela mladá, už ve 40 letech na silnou cukrovku. Pacient má dva bratry. Jednomu z bratrů byla také diagnostikována Parkinsonova choroba, tvrdí, že nemoc je genetická. Pacient vystudoval střední odbornou školu, po ukončení pracoval jako řidič kamionu, poté pracoval jako automechanik, kdy měli svoji firmu.

Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně – ekonomický stav

Vztahy v rodině jsou dobré, pravidelně je navštěvují syn se svou manželkou, vzájemně si pomáhají, jsou si oporou. Sousedské vztahy jsou taky dobré. Sociální zázemí a finanční situace v rodině je přiměřená.

Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje

Životní styl pacienta je velmi rozmanitý. Nedodržuje všechny základní prvky správné životosprávy. Stravuje se nepravidelně, jí hodně zeleniny a ovoce, rád si dopřeje hodně čokolády. Příjem tekutin je dostatečný (1,5l denně). Má problémy se spánkem, v noci

nespí, pacient říká, že by usnul kdekoli. Snaží se vykonávat domácí práce, které mu stav dovoluje, rád dělá něco se dřevem, nezvládá zvednout těžké věci, začnou se mu třepat končetiny a bolet ramena. Rád chodí na procházky, čte si.

Kultura: sledování televize, četba.

Náboženství: římskokatolické vyznání, navštěvuje s manželkou bohoslužby.

Hodnoty: zdraví a rodina je nejcennější co může být.

Postoj k nemoci: pacient trpí PCH už 3 rokem, nemá nejtěžší formu nemoci, ale bojí se, že se bude všechno zhoršovat.

Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí

Rodina pacienta spolupracuje, komunikuje, poskytuje pacientovi pomoc a podporu, nejvíce podpory mu dává manželka.

Porozumění současné situace rodinou

Manželka pacienta je informována o jeho nemoci, je ochotná spolupracovat a pacienta podporovat při terapii a dodržování režimových opatření. Rodina akceptuje léčebný postup.

Na zjištění vědomostí pacienta byl použit následující vědomostní vstupní test, který obsahoval následující otázky.

Vstupní test

Otázky	Ano/Ne
Víte co znamená Parkinsonova choroba?	Ano
Znáte režimová opatření u Parkinsonovy choroby?	Ne
Znáte negativní vlivy ovlivňující kvalitu výživy?	Ne
Znáte kompenzační pomůcky k využití při Parkinsonově chorobě?	Ne
Víte, na koho se obrátit v případě použití některé kompenzační pomůcky?	Ne
Znáte doporučené volnočasové aktivity, které jsou pro Vás vhodné?	Ne
Znáte vhodná cvičení při Parkinsonove chorobě?	Ne

Na základě vstupního testu jsme zjistili, že pacient má nedostatky ve vědomostech, které se týkají režimových opatření, nezná negativní vlivy, které ovlivňují kvalitu jeho výživy, a je potřeba edukovat pacienta o kompenzačních pomůckách a jejich využitích. Dále bylo vstupním testem zjištěno, že je nutno edukovat o volnočasových aktivitách a vhodných cvicích a cvičeních, které může vykonávat v rámci svého onemocnění v běžném životě.

Motivace pacienta: pacient projevuje aktivní zájem k získání nových vědomostí, které jsme uvedli ve vstupním testu. Rodina, zejména manželka jej v tom podporují. Má zájem učit se a získávat nové vědomosti a dovednosti.

2. FÁZE – DIAGNOSTIKA

Deficit vědomostí:

- o onemocnění,
- o komplikacích onemocnění,
- o dietním opatření,
- o režimových opatřeních,
- o léčbě onemocnění,
- o relaxačních pomůckách na udržení psychické pohody

Deficit v postojích:

- strach ze zhoršení zdravotního stavu
- nejistota ve schopnosti dodržet režimová opatření
- strach z možných komplikací

Deficit zručnosti:

- v dodržování životního režimu

3. FÁZE - PLÁNOVÁNÍ

Podle priorit: na základě vyhodnocení vědomostního vstupního testu jsme si stanovili priority edukačního procesu:

- o onemocnění
- o režimových opatřeních
- o dodržování zásad zdravého životního stylu
- o používání kompenzačních pomůcek při běžném životě

Podle struktury: tři edukační jednotky.

Záměr edukace:

- získat co nejvíce vědomostí o nemoci
- seznámit se s léčbou nemoci a dodržovat léčebný režim
- dodržovat změny ve stravovacích opatřeních
- seznámit se s kompenzačními pomůckami
- respektovat psychosociální pohodu

Podle cílů:

- **Kognitivní** – pacient nabyt vědomosti o životním režimu, o výživě u této choroby, o použití kompenzačních pomůcek, využití volnočasových aktivit, ale i vhodných cvičení u těchto pacientů.
- **Afektivní** – pacient má zájem získat nové vědomosti, je ochoten se zúčastnit jednotlivých sezení a aktivně spolupracovat. Je si vědomý změnit svůj dosavadní životní styl.
- **Behaviorální** – pacient je schopen dodržovat léčebný režim, dochází na pravidelné kontroly k lékaři, podílí se na změnách životního stylu, dodržuje dietní opatření, aktivně se zapojuje do fyzického pohybu – cvičení.

Podle místa realizace: neurologická ambulance, zabezpečit, soukromí a klid v místnosti.

Podle času: edukační proces je rozdělen do 3 dnů v ranních hodinách.

Podle výběru: výklad, vysvětlování, rozhovor, názorná ukázka, vstupní a výstupní test, diskuze.

Edukační pomůcky: obrázky, odborné brožury, knihy, papír, tužka, notebook.

Podle formy: individuální.

Typ edukace: prohlubující.

Struktura edukace

- 1. Edukační jednotka:** Výživa pacienta s Parkinsonovou chorobou
- 2. Edukační jednotka:** Režimová opatření týkající se pohybového režimu – úprava bytu, využití kompenzačních pomůcek
- 3. Edukační jednotka:** Pohyb a aktivita pacienta s Parkinsonovou chorobou

Časový harmonogram edukace

Čas jednotlivých edukačních jednotek byl domluven s pacientem při terapii v neurologické ambulanci.

- 1. Edukační jednotka:** 7. 4. 2016, od 10:00 do 11:00 (60 minut).
- 2. Edukační jednotka:** 14. 4. 2016, od 9:30 do 10:30 (60 minut).
- 3. Edukační jednotka:** 21. 4. 2016, od 9:00 do 10:30 (90 minut).

4. FÁZE – REALIZACE

1. edukační jednotka

Téma edukace: Výživa pacienta s Parkinsonovou chorobou.

Místo edukace: neurologická ambulance.

Časový harmonogram: 7. 4. 2016 od 10:00 do 11:00 (60 minut).

Cíl:

Kognitivní – pacient získal nové vědomosti o výživě u Parkinsonovy choroby. Zná vhodné potraviny, které pomáhají při chorobě, a ví, které negativní příznaky ovlivňující kvalitu výživy a zná dietní recepty u této choroby.

Afektivní – pacient má zájem o získání nových vědomostí, aktivně spolupracuje, klade otázky, verbalizuje pochopení a dostatečnost načerpaných vědomostí.

Forma: individuální.

Prostředí: ambulantní.

Edukační metody: rozhovor, diskuze, zodpovězení otázek, vysvětlování.

Edukační pomůcky: knihy, obrázky, písemné pomůcky, papír, notebook, karimatka, cvičební úbor.

Realizace 1. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) pozdravit pacienta, vytvořit vhodné prostředí a příjemnou atmosféru, povzbuzovat pacienta ke spolupráci a aktivnímu podílení na edukaci.
- **Expoziční fáze:** (40 minut) seznámit pacienta s výživou pacienta s Parkinsonovou chorobou.

Obecné výživové doporučení pro pacienty s Parkinsonovou chorobou

Pro pacienty s Parkinsonovou chorobou neexistuje žádná speciální dieta. Nejdůležitějším výživovým postupem je udržení nutričního stavu, sledovat celkový energetický příjem, vlákninu, bílkoviny a především příjem tekutin. Žádná dietní opatření však nevyлéčí Parkinsonovu chorobu, ale přesto má význam se výživou u těchto pacientů zabývat. U pacientů se totiž vyskytují poruchy výživy a metabolismu. Můžeme uvést změny energetického výdeje, poruchy zažívacího traktu, vliv terapie na výživu a další příznaky, které mohou ovlivnit výživový stav pacienta. U pacientů, kteří užívají levodopu v tabletách, se doporučuje ji užívat na lačno, asi půl hodiny před jídlem a nejdříve hodinu po jídle, je vhodné ji zapít asi 200 ml vody.

Potraviny, které napomáhají bojovat proti Parkinsonově chorobě

- **bílé fazole** – jsou velmi bohaté na levodopu, která má schopnost zlepšit klinické projevy, zlepšuje kvalitu života a snižuje riziko smrti v důsledku choroby,
- **čekanka** – vyniká vysokým obsahem vlákniny, působí detoxikačně, zamezuje ukládání nebezpečných kovů v těle, snižuje hladinu cholesterolu v krvi, salátová čekanka obsahuje vysoké množství kyseliny listové, která může mít neblahý vliv na rozvoj neurologických příznaků,
- **káva** – jeden a více šálků kávy denně snižuje riziko rozvoje choroby, zlepšuje paměť, obsahuje silný antioxidant – kyselinu chlorogenovou, která chrání buňky lidského těla proti volným radikálům a tím posiluje odolnost nervového systému,
- **kurkuma** – má příznivý vliv na funkci mozku, má protizánětlivé účinky a blahodárně působí na nervové buňky, podporuje funkci vnitřních orgánů a čistí krev, brzdí projevy stárnutí mozku a rozvoje stařecké demence či Parkinsonovy choroby,
- **zelený čaj** – má stimulační účinky podobně jako káva,

- **jablka** – obsahují dostatek vlákniny, která má antioxidační účinky, podporuje tak odolnost cév, umožňuje regeneraci červených krvinek.

Ketogenní dieta

Jednou z diet je ketogenní dieta, která je diskutovaná jako jedna z možností léčby Parkinsonovy choroby. Jedná se o dietu, při které je založeno jídlo na velmi omezeném příjmu cukrů. Převládá zde však vysoký obsah bílkovin., proto by mohla mít ketogenní dieta na pozitivní účinky na Vaši léčbu.

Zdravé recepty u Parkinsonovy choroby

1. Medová voda

Ingredience: nastrouhaný čerstvý zázvor, 1 lžička medu, z poloviny citrónu šťáva

Postup: svaříme vodu a po mírném vychladnutí zalijeme nastrouhaný zázvor, přidáme med a šťávu z citrónu, medová voda má detoxikační účinky, působí na pročištění jater a ledvin.

2. Limonáda z květů černého bezu

Ingredience: 12 květů černého bezu, 4 citróny, 1 kg cukru, 8l vody

Postup: vodu s cukrem převařit, nechat vychladnout, do ní přidat květy a rozkrájené citróny, nechá se to 7 dní kvasit v nádobě s kvasným uzávěrem, dát nejlépe do chladu.

3. Rybí pomazánka

Ingredience: 1 rybičky sardinky v oleji, 1 menší cibule, 2 vařené vejce, hořčice

Postup: do misky dáme všechny suroviny a ručním mixérem vše rozmixujeme, popřípadě dochutíme citrónem a solí, pomazánku pak podáváme na tmavé kousky chleba nebo jiné celozrnné pečivo.

4. Cuketák

Ingredience: cuketa, 15 dkg tvrdého sýra, 17 dkg měkkého salámu, 10dkg slaniny, 20 dkg hrubé mouky, prášek do pečiva, sůl, pepř, cibule, česnek, 3 vejce, olej, strouhanka

Postup: na hrubém struhadle nastrouháme větší oloupanou cuketu a tvrdý sýr, přidáme na kostičky nakrájený měkký salám a slaninu, dále hrubou mouku s jedním práškem do pečiva, sůl, pepř, nasekanou cibuli, lisovaný česnek (množství podle vlastní chuti), pár lžic oleje, 3 žloutky a trošku pažitky nebo petrželky, vše dobře promícháme a nakonec do vzniklé směsi nakonec vmícháme sníh z bílků, který si vyšleháme mixérem, nalijeme do vymazaného pekáče vysypaný strouhankou a pečeme asi 20 min.

Negativní příznaky ovlivňující kvalitu výživy

Negativními příznaky se myslí to, jaké komplikace mohou nastat u nemocných během výživy. Příznaky mohou být pro pacienty velmi nepříjemné a tím se ovlivňuje výživa nemocného.

Obstipace

Pacienti s Parkinsonovou nemocí se dříve či později potýkají s obstipací, tedy se snížením frekvence stolice na méně než třikrát za týden. Obstipace je někdy také chápána jako rizikový faktor vzniku Parkinsonovy choroby, protože se projevuje již 10 až 20 let před příznaky motorickými. Příznaky zácpy lze zmírnit dostatečným příjmem nesladkých tekutin, některé potraviny bohaté na vlákninu, šetrné rostlinné přípravky, dostatečný příjem tekutin, do jídelníčku se zařazují švestky, švestkový kompot, zakysané mléčné výrobky, teplé nápoje po ránu, dostatek ovoce a zeleniny, celozrnný chléb, některé minerální vody (Šaratice) apodobně.

Někteří pacienti trpící Parkinsonovou chorobou používají laktulosu, která je v ojedinělých případech doporučována. Jedná se o látku, která změkčuje střevní obsah a zvyšuje jeho obsah vody. Je však nutné se vyvarovat před nadměrným používáním projímadel. Při nadměrném užívání může dojít k zánětu střevní sliznice. Při dlouhodobém užívání těchto léků vede k jejich úbytku účinnosti a zhoršení zácpy. Při užívání je nutné kompenzovat léky s probiotiky (výrobky s mléčnými bakteriemi), která podporují správnou funkci střev.

Suchost v ústech

Suchost v ústech může být někdy brána jako jeden z prvních příznaků Parkinsonovy choroby. Suchost se vyskytuje velmi často u těchto pacientů. Pro nemocné je vhodné doporučit pít tekutiny po malém množství. Taky je vhodné žvýkat třeba žvýkačku, cumlat bonbony (pozor na zvýšení energetického vývoje) k dostatku tvorby slinných žláz. Nedoporučuje se používat ústní vody, které obsahují alkohol, protože tyto vody pak vysušují ještě více sliznice. Naopak u některých pacientů může docházet k nadměrné tvorbě slin v ústech. Časté slinění je přítomno asi u 78 % pacientů, u některých z nich však dochází ke slinění převážně v nočních hodinách. Pro zmírnění slinění pomáhají například kyselé nápoje, které mohou stimulovat i polykací svaly.

Nechutenství

Nechutenství se považuje za složitý problém, jak u nemocných pacientů, tak i u zdravé populace. Většina případů je způsobena depresí, kterou je nutné léčit

a pak se s náladou zlepšit chuť k jídlu. Při nechutenství je dobré zařadit do jídelníčku potraviny, které mají nemocní rádi a které jsou energeticky vydatné. K pozvednutí chuti je vhodné zařadit i procházky, čtení, ale i jiné aktivity. Když nechutenství přetrvává delší dobu, je možné stravu doplnit náhradní stravou, která je v podobě potravin jako je například Nutridrink.

Poruchy polykání

V pokročilých stádiích nemoci se může objevovat porucha polykání jako jedna z obtíží při stravování. Odborně hovoříme o dysfagii, kdy dochází k zaskakování potravy, potrava se vrací zpět z krku do úst a pacient potravu nemůže polknout. Při podávání stravy nebo při jídle se doporučuje vždy poloha vpolosedě. Potíže s polykání mohou vést k úbytku na váze, kdy pacient přijímá menší a menší porce potravy, nebo k vyhýbání se některým jídlům, může vést k nechutenství a až úplnému odmítání jídla. Nemocnému se doporučuje tuhou stravu namočit, nebo stále zapíjet, aby se mu lépe polykalo.

Fixační fáze: (10 minut) shrnutí všech informací, zodpovězení otázek pacienta. Zopakování a zdůraznění důležitých informací o výživě, dodržování pitného režimu a komplikací. Shrnutí možných způsobů výživy.

Hodnotící fáze: (5 minut) diskuze, zhodnocení zpětné vazby, kladení kontrolních otázek a vyhodnocení správných odpovědí.

Kontrolní otázky pro pacienta:

- Kdy se užívá levodopa?
- Které potraviny mohou napomáhat proti Parkinsonově chorobě?
- Jaké komplikaci při výživě mohou nastat?
- Znáte nějaké recepty k vaření u této nemoci?

Zhodnocení edukační jednotky:

Stanovené cíle byly splněny. Pacientovi byl dotazován čtyřmi kontrolními otázkami a jeho odpovědi na otázky byly správné a velice nás potěšily. Prokázal vědomosti v oblasti výživy, způsobu výživy a možných komplikací, ale dokázal vyjmenovat i potraviny, které mohou mít příznivý vliv na Parkinsonovu chorobu. Sám pacient při rozhovoru věděl, o které potraviny se jedná, a které má zařazené ve svém denním jídelníčku. Pacient se k edukaci stavěl aktivně, jevil zájem o otázky a přistupoval

k otázkám zodpovědně. Při diskusi došlo k potvrzení správné volby edukační jednotky. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 60 minut.

2. edukační jednotka

Téma edukace: Režimová opatření týkající se pohybového režimu – úprava bytu, kompenzační pomůcky.

Místo edukace: neurologická ambulance.

Časový harmonogram: 14. 4. 2016 od 09:30 do 10:30 (60 minut).

Cíl:

Kognitivní – pacient bude prokazovat adekvátní vědomosti o správné úpravě bytu, využití správných kompenzačních pomůcek, které mohou usnadnit životní režim nemocného.

Afektivní – pacient aktivně spolupracuje, má zájem o získání nových vědomostí, uvědomuje si jejich podstatu, verbalizuje dostatek vědomostí a spokojenost s podanými informacemi ze strany všeobecné sestry.

Forma: individuální.

Prostředí: ambulantní.

Edukační metody: výklad, rozhovor, zodpovězení na otázky pacienta, diskuze.

Edukační pomůcky: notebook, obrázky, internet, kniha, papír, tužka.

Realizace 2. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) přivítat se s pacientem, vytvořit vhodné edukační prostředí, příjemnou atmosféru, povzbuzovat pacienta ke vzájemné spolupráci, vysvětlit význam získaných vědomostí a informací.
- **Expoziční fáze:** (40 minut) seznámení pacienta s úpravou bytu a kompenzačními pomůckami, které jsou vhodné pro nemocného a usnadní mu tak hodně věcí v běžném životě.

Kompenzační pomůcky

Informace týkající se kompenzačních pomůcek získává pacient od svého lékaře, fyzioterapeuta i ergoterapeuta. Je vhodné, aby se pacientovi doporučil obchod se zdravotními potřebami, kde nabízejí katalogy kompenzačních pomůcek. Pacientovi

se můžou taky doporučit různé knihy, časopisy o pomůckách a radách pro pacienty s Parkinsonovou chorobou. Jednou z nejznámějších knih, která je příkladem souhrnných informací o Parkinsonově chorobě a kompenzačních pomůckách se jmenuje: *Parkinsonova nemoc, 1. Vydání, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe, autor: Shelley Peterman Schwarz.*”

Co jsou kompenzační pomůcky, jejich rozdělení

Kompenzační pomůcky kompenzují, nahrazují, či napomáhají v oblasti narušené soběstačnosti pacienta. Tyto pomůcky pomáhají nemocným zlepšit jejich soběstačnost, samostatnost v sebezpečí a hlavně jim napomáhají schopnost uspokojování potřeb.

Kompenzační pomůcky se dělí podle uplatnění na oblasti: úprava domácnosti, osobní hygiena, poruchy hybnosti, poruchy komunikace, oblékání, svlékání, sebenasycení, zhoršená schopnost přemístit se apodobně.

S výběrem těchto pomůcek nemocnému většinou pomáhá ergoterapeut. Pacienta vyšetří kompetentní osoba, zhodnotí jeho soběstačnost a podmínky prostředí, kde žije. Na základě toho se doporučí kompenzační pomůcky, které pacientovi usnadní, ulehčí od problémů a pomohou mu v sebezpečí. Ergoterapeut doporučuje a vybírá vhodnou pomůcku, pomáhá pacientovi s vyzkoušením. Pomůcky jsou nastavitelné, dle potřeby nemocného, bezpečné, funkční, flexibilní, jednoduché na obsluhu a finančně dostupné.

Soběstačnost pacienta s využitím kompenzačních pomůcek

Lidé trpící Parkinsonovou chorobou, v důsledku své choroby a přidružených příznaků, mají většinou problémy v oblasti: sebenasycení, oblékání, svlékání, osobní hygieny, komunikace a hybnosti. Důležitá je však i úprava domácího prostředí pacienta. Na zlepšení soběstačnosti se nepodílí jen pacient, ale celý ošetrovatelský tým, především fyzioterapeuti, ergoterapeuti, ale i všeobecná sestra, která musí vědět, jak pacientovi poradit a pomoci. Správnou a vhodnou volbou kompenzačních pomůcek se pacient stává soběstačnějším, ale zkracuje se i náročnost práce všeobecné sestry, proto se nesmí na tyto pomůcky zapomínat.

Využití kompenzačních pomůcek v oblasti deficitů pacienta

- **Osobní hygiena** – po probuzení je důležité provádět krátké cvičení na rozhýbání těla nemocného, dle stavu pacienta doprovázíme do koupelny. Díky hrozcím pádům je vhodné provádět hygienu vsedě u umyvadla, někteří mají problémy s uchopením předmětů z důvodu třesu, zde využíváme speciálně upravené předměty, jako jsou například – *elektrické holicí strojky, či elektrické zubní*

kartáčky, existují i *uchopovače* zubních kartáčků či holicích strojků, záleží však na tom, co nemocnému vyhovuje. Na celkovou hygienu používáme žínku, pro nemocné se doporučují *mycí kartáče s dlouhou rukovětí*, které jim usnadňují vlastní mytí dolních končetin, nebo si sami zvládnout umýt záda. Mýdlo využíváme tekuté, zabráňujeme vyklouznutí mýdla tuhého. Koupelna se vybavuje *protiskluzovou podlahou* či *protiskluzovými podložkami*, které brání upadnutí. Dále by měla koupelna obsahovat *madla* pro případnou oporu pacienta, *opěrky* vedle WC, a také nezbytné jsou *sedátka* do vany, či sprchového koutu. Pro lepší vstávání z toalety používáme *speciální zvýšená WC sedátka, či nástavce na WC*.

- **Sebenasycení** – před jídlem by se měl nemocný rozcvičit, aby uvolnil horní končetiny. Pacient by měl jíst malá sousta, pořádně rozkousat, nepodávat tuhou a suchou stravu, aby se nezalknul, měl by sedět ve zpřímené poloze, ne v předklonu. Pokud má nemocný problémy při konzumaci jídla z důvodu třesu či jiného příznaku choroby, doporučují se speciálně upravené pomůcky, například – *přístroje s držáky, tvarované talíře, nerozbitné plastové talíře, talířové obruby, shory uzavřený hrnek na pití, brčka, nebo jídelní protiskluzové podložky*. Pro zmírnění třesu rukou doporučujeme těžký ocelový přístroj, který tíhou snižuje třes. Pacient konzumuje menší porce, jí asi 5 – 6x denně, důležitý je dostatečný příjem tekutin cca 1,5 – 2litry denně. Léky obsahující L-dopu pacient užívá 30 – 45 minut před, či 45 – 60 minut po jídle. Na léky může pacient užívat *denní či týdenní dávkovače*.
- **Oblékání a svlékání** – pokud má nemocný problém s jemnou motorikou, usnadníme oblékání použitím *suchých zipů, oblečení s pružným pasem*, netrápíme se zapínáním drobných knoflíků, ale používáme *kroužky, či kličky* na zip a vyměníme malé knoflíky za velké. Důležitá je obuv nemocného, vhodné jsou pevné boty se *suchým zipem*, dbáme na předcházení pádů. Při zhoršení pohyblivosti doporučujeme *navlékače punčoch, ponožek a obouvací lžíce*. Při oblékání pacient využívá i *podavače* na manipulaci s oblečením. Oblečení by mělo být z příjemného materiálu, nejlépe bavlněné a dostatečně volné.
- **Komunikace** – komunikace se u pacientů zhoršuje díky příznakům choroby, obzvláště díky ztuhlosti svalů. Při potížích v oblasti psaní se doporučují *úchopové pomůcky na psaní*, nahrazujeme papír třeba počítačem, či používáme diktafon. Při obtížích s mluvou využíváme *zesilovače nebo obrázkové karty*.

Pro snadnější komunikace s okolím se používají *mobilní telefony s předvolbami, nebo s velkými tlačítky nebo handsfree.*

- **Celková hybnost** – dle pokročilosti nemoci se zhoršuje celková hybnost nemocného. Na kompenzaci v oblasti chůze existuje celá řada kompenzačních pomůcek a typů zařízení dle postižení. Na lehčí poruchy využíváme například – *hole, skládací nebo klasické, dále se doporučují berle všech typů.*
- **Úprava domácího prostředí** – pro úpravu bytu je vhodné *odstranit koberce*, o které může nemocný zakopnout, odstraníme *předměty*, které by mohly spadnout a ublížit, instalujeme *madla* v místech častého pobytu, v koupelnách taky, aby nemocný neupadl, zajišťujeme *dostatečný průchod* v bytě, *překážející* nábytek odstraníme, nábytek s *ostrými* hranami a *kolečky* se taky odstraní, všechny *potřebné věci se umístí v dosahu pacienta*, instaluje se *rampa*, pro snadnější a pohodlnější vchod do bytu, instalují se *ochranné krytky* na rohy nábytku. Doporučuje se využívání *adaptivních klíčových součástí, pevné matrace, polohovací lůžka, plenkové kalhotky či vložky.*

Hrazení kompenzačních pomůcek státem

Při žádosti o příspěvek na kompenzačních pomůckách řídí tzv. zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působení orgánů ČR v sociálním zabezpečení. Při žádosti záleží především na druhu a míře zdravotního postižení. Pacientům se dále poskytují mimořádné výhody dle postižení od I. do III. stupně, neboli TP, ZTP, ZTP/P.

Jednorázové příspěvky

Na stupni postižení a zhoršení soběstačnosti lze, aby si pacient zažádal o peněžitý příspěvek od státu. Příspěvky slouží ke zlepšení následků postižení, soběstačnosti, pohybu, či na zlepšení zdravotního stavu. Některé z pomůcek hradí pojišťovna, buď zcela, nebo z části.

Fixační fáze: (10 minut) důkladné opakování podstatných informací souvisejících s používáním kompenzačních pomůcek, shrnutí opakovaných poznatků, ujasnění případných nesrovnalostí.

Hodnotící fáze: (5 minut) zhodnocení zpětné vazby při diskuzi, kladení kontrolních otázek pacientovi a vyhodnocení jejich správných odpovědí.

Kontrolní otázky pro pacienta:

- Umíte vysvětlit pojem kompenzační pomůcky?
- Kdo nemocnému doporučuje kompenzační pomůcky?
- Vyjmenujte některé z kompenzačních pomůcek, které usnadní soběstačnost nemocného.
- Je možné získání finančního příspěvku na tyto pomůcky?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle pro pacienta byly splněny. Pacient byl dotazován několika kontrolními otázkami, jeho správné odpovědi na otázky svědčily o jeho pozornosti. Prokázal základní vědomosti o kompenzačních pomůckách (co jsou kompenzační pomůcky, jak se rozdělují, jednotlivé druhy pomůcek, možnost využití příspěvku od státu). Pacient přistupoval k edukaci odpovědně, velmi se soustředil na danou problematiku, která může nemocnému pomoci v osobním životě. Projevoval zájem o získání nových vědomostí. Pacient se zapojoval do diskuze, a při rozhovoru vyjmenoval některé kompenzační pomůcky, které zná, nebo které má doma, což nás potěšilo. V rámci diskuze jsme se utvrdili, že obsah 2. edukační jednotky byl vybrán správně. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 60 minut.

3. edukační jednotka

Téma edukace: Pohyb a aktivita pacienta s Parkinsonovou chorobou

Místo edukace: neurologická ambulance:

Časový harmonogram: 21. 4. 2016 od 9:00 do 10:30 (90 minut).

Cíl:

Kognitivní – pacient bude prokazovat vědomosti a využití volnočasových aktivit, bude znát metody, kterými lze pomáhat při Parkinsonově chorobě a jak si zpříjemnit chvíle ve svém volném čase, bude prokazovat vědomosti v oblasti rehabilitace, kdy bude vědět, které cviky jsou vhodné u Parkinsonovy choroby.

Afektivní – pacient spolupracuje aktivně, projevuje zájem o získání nových vědomostí, uvědomuje si jejich podstatu, verbalizuje dostatek vědomostí, porozumění a spokojenost s podanými informacemi ze strany všeobecné sestry.

Behaviorální – pacient se naučil vykonávat předvedené cviky, je schopen si je zapamatovat a předvést.

Forma: individuální.

Prostředí: ambulantní.

Edukační metody: výklad, demonstrace, rozhovor, zodpovězení na otázky pacienta, diskuze.

Edukační pomůcky: notebook, obrázky, internet, kniha, papír, tužka, kniha, karimatka, cvičební úbor.

Realizace 3. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) přivítat se s pacientem, vytvořit vhodné edukační prostředí, vytvořit příjemnou atmosféru, povzbuzovat pacienta ke vzájemné spolupráci, vysvětlit význam získaných vědomostí.
- **Expoziční fáze:** (70 minut) seznámit pacienta s volnočasovými aktivitami, naučit vhodné rehabilitační cviky, které jsou vhodné při Parkinsonově chorobě.

Charakteristika volnočasových aktivit

Pro účel této edukační jednotky můžeme volný čas a volnočasové aktivity s tím spokojené definovat jako aktivity, za které obecně nepovažujeme zaměstnání, ale aktivity, které nám přináší potěšení, uspokojení, ale i uspokojení s určitým stupněm vnitřní motivace. Jsou to aktivity, při kterých máme možnost vlastní volby, zda se jich chceme nebo nechceme účastnit. Hrají významnou roli v našem životě a není zde žádná povinnost, co se týče výběru nebo hranice, které by výběr omezovaly. Volnočasové aktivity mohou být jak aktivní, tak inaktivní, jako jsou například sport nebo jiné venkovní aktivity, dále to může být také čtení, dívání se na televizi, kulturní akce, společenské aktivity nebo koníčky. Volnočasové aktivity byly popsány jako naplnění šesti životních potřeb člověka, v životě pacienta s Parkinsonovou chorobou zastávají tyto potřeby významnou roli. Mezi šest základních potřeb řadíme potřeby: psychologické, vzdělávací, sociální, relaxační, psychosociální a estetické.

Psychologické potřeby – zahrnují budování a podporu sebevědomí, mít pocit užitečnosti a smysluplnosti.

Vzdělávací – jedná se o potřebu člověka učit se novým věcem, učit se nové dovednosti, poznávání sama sebe, ale i pochopení lidem kolem nás.

Sociální – jsou pro sociální interakci a budování nových společenských vztahů.

Relaxační – je významnou pro pacienty s Parkinsonovou chorobou, učí, jak se pacienti mají uvolnit, odbourat stres podobně.

Psychosociální – jsou to potřeby, které jsou fyzickou výzvou, jak se udržet co nejvíce a nejdéle být fit a zdrav.

Estetické – jedná se o potřeby, které zahrnují okolí, kde jsou vykonávány volnočasové aktivity.

Léčebná rehabilitace u Parkinsonovy choroby

V rehabilitaci je obecně důležité opakování pohybu či určité činnosti, aby se pacienti dostali do pohybového automatizmu. Využíváme to nejen u rehabilitace celkové motoriky a hybnosti končetin, ale jedná se například i o motoriku mluvidel, tedy řeči. Ve většině případů dochází ke zhoršení stavu pacienta, protože pravidelně necvičí, nebo nejsou dostatečně motivováni. Proto je nutné, aby byla rehabilitace opakována v sériích cvičení. Léčebná rehabilitace působí na úrovni motoriky, ale i psychiky, zejména pak působí i na emoční stránku pacienta.

Metody léčebné rehabilitace

1. Fyzioterapie (pohybová léčba)

Fyzioterapie klade důraz na celkovou motoriku u pacientů s Parkinsonovou chorobou, je zaměřena na příznaky zpomalení pohybu, svalovou ztuhlost, na rovnováhu při stoje a chůzi. Rehabilitační léčbou se většinou snažíme urychlit provedení pohybu a snížit svalovou ztuhlost pacienta. Cílem je taky zvýšit celkovou výkonnost pacienta. Při rehabilitaci bylo prokázáno, pokud bude správně prováděna, že cvičení vede k urychlení pohybu a zrychlení provedení nacvičovaného pohybu, proto má smysl provádět rehabilitaci co nejvíce to půjde.

Pohybová terapie, prováděná jen několikrát nebo jen jednou týdně a navíc mnohdy v turnusu 5 až 8 cvičebních jednotek, nemá zásadní význam pro další stav pacienta do budoucna, pokud nebude i návodem k pravidelné každodenní pohybové aktivitě pacienta. Fyzioterapie ovlivňuje nejvíce a pozitivně zpomalení pohybu, proto je tak velmi důležitá pro Parkinsonovu chorobu.

Některé postupy užívané v pohybové léčbě

a) nácvik chůze

U pacientů s Parkinsonovou chorobou se projevují zkracující kroky nebo mají šouravou chůzi. Při nácviku chůze jsou důležité zejména rytmické prvky při cvičení. Velmi často se nacvičuje při hudbě, pochodu nebo za rytmických a rázných povelů terapeuta. Důležitým je terapeut, který má za úkol pomáhat držet délku kroku, pravidelnost chůze,

zvedání kolen, souhyby horních končetin a zamezuje hlavně postupnému zkracování kroku a návratu ke špatnému stereotypu chůze. Důležitým prvkem jsou i cvičení na zlepšení a vzpřímení stoje na zlepšení stability stoje a chůze. Na stabilitu stoje a chůze se provádí nácvik otoček v chůzi, nebo mohou pomáhat i cviky prováděné ve stoji. U nestabilních pacientů se používá jako dopomoc opory například židle.

b) cvičení s míčem a eventuálně s míčem a šátkem

Jde o cvičení, kdy pacienti sedí v kruhu a přehazují si s míčem, nebo se jej jenom podávají. Používá se i šátek, kdy se míč vloží do šátku, který za cípy drží dvě osoby, míč se pak může převalovat nebo předávat dalším osobám s šátky v řadě. se o cvičení, které napomáhá ke zlepšení stability.

c) dechová gymnastika

Dechové obtíže u pacientů souvisí většinou se ztuhlostí svalů, která postihuje i svaly hrudníku, hlasivek ale i hrtanu. Při protažení a relaxaci hrudníku se dosahuje ke zvýšení pružnosti hrudníku a zlepšení dechové kapacity. Při zlepšení dechu souvisí i řečové funkce, mezi které řadíme hlasitost, intonace hlasu, tempo řeči, kvalita hlasu a správná artikulace pacienta.

d) cvičení s prvky jógy

Toto cvičení má příznivý účinek nejen na motoriku, ale působí silně i na emoční stránku pacienta. Jóga pracuje více s relaxací a je hlavně prováděna pomalu. Cvičení se dá provádět v sedě na židli či ve stoje s oporou. U tohoto cvičení se tedy využívá relaxačního efektu, který je u parkinsoniků velmi důležitý a může tak pomáhat překonávat svalovou ztuhlost. Cvičení mají taky příznivý vliv na emoční stránku, ale hlavně na dech, prohlubují jej a uvolňují.

2. Masáže

Pomocí masáží se snažíme snížit svalovou ztuhlost parkinsoniků. Výhodnější je masáž relaxačního typu a masáž povrchová.

3. Rehabilitace řeči a polykání

Postižení řeči je pro mnohé pacienty závažným problémem, který jim omezuje sociální kontakty, nebo znemožňuje některé denní úkony, mezi které řadíme například nakupování, telefonování. Pacient může mít taky problémy s intonací řeči, se zárazy, tichým hlasem a sníženou artikulací. Poruchy řeči lze cvičit pravidelným opakováním řeči, aby se dostala do automatizmu. Řečová cvičení se provádějí od nácviku hlásek.

Cvičení jsou většinu zaměřeny na zvýšení maximální síly hlasu při vyslovování hlásky a na udržení co nejdéle doby. Dále je taky pacient cvičen na vytvoření co nejvyššího a nejnižšího tónu při dané hlásce. Během tohoto cvičení se můžou objektivizovat jednotlivá cvičení s pacientem: měří se délka udržení hlasu na stopkách, může se měřit i frekvence dosažených tónů hlasu během nácviku. Postupně se pak učí jednotlivá slova, zejména ty, které se špatně vyslovují, a pak teprve věty, ve kterých se dává důraz na různá slova.

4. Ergoterapie

Ergoterapie navazuje na fyzioterapii. Ergoterapie je terapeutický prostředek, který využívá postupy a činnosti, které pomáhají k obnově postižených funkcí. Cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti pacientů na jiných osobách. Působí velmi příznivě na emoční motivační složku, pracuje se tak se seberealizací a sebeuspokojením pacientů. Při ergoterapii se nacvičují běžné denní činnosti, například oblékání, zapínání knoflíků, ale můžou taky pracovat na zahrádce, vyrábí drobné předměty z různých materiálů v ergoterapeutických dílnách, můžou se učit taky batikovat, malovat, modelovat z hlíny, aranžovat květiny, učí se používat různé pomůcky. U pacientů s Parkinsonovou chorobou se procvičuje drobná jemná motorika, kdy lze využít nácvik psaní, kdy je nutný postup přes pohyby v lokti až k zápěstí. Jednou z významných prací je modelování z plastelíny, kdy se cvičí jemná motorika. Existují i velké obkreslovací šablony.

5. Muzikoterapie

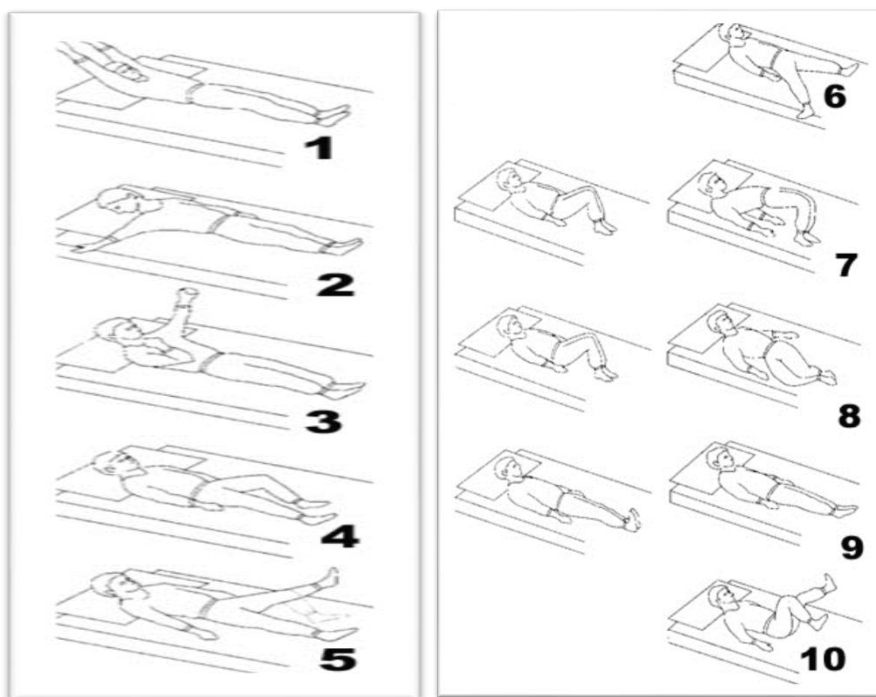
Muzikoterapie působí příznivě na celkové motorické funkce, na emoční stránku pacienta, ale zlepšuje i celkovou kvalitu života.

Rytmická hudba

- usnadní cvičení i denní aktivity, tím se zachovává hybnost kloubů, páteře, dobrá svalová kondice,
- pomůže udržet svalovou paměť, která je ohrožena věkem, nemocí,
- obstará postrčení, které potřebují, aby se například rozešli, aby dokončili práci jak fyzickou tak i psychickou,
- prodlouží se léta pohyblivosti, kterou nemoc ohrožuje,
- ovlivňuje psychickou stránku pacienta, snižuje u nich nervozitu, bolest, ale pomáhá i nemocným, kteří jsou sami.

Pacientovi jsou předloženy a vysvětleny vhodné cviky při Parkinsonově chorobě:

1. Jednou nebo oběma pažemi švihněte do vzpažení a podívejte se za nimi. Položte paže zpět.
2. Jednou paží švihněte do upažení a podívejte se za rukou. Vraťte paži zpět. Totéž proveďte s druhou paží.
3. Ohněte lokty, ruce sevřete v pěst a proveďte pohyb, jako když boxujete směrem ke stropu.
4. Pokrčte koleno, přitáhněte ho na břicho a pak položte dolní končetinu zpět. Snažte se, aby byl pohyb oběma směry veden stejně rázně. Střídejte s druhou končetinou.
5. Předchozí cvik si ztížíte: koleno po pokrčení prudce natáhněte směrem ke stropu a pak teprve položte nohu. Pohyb provádějte na tři doby. Je průpravou k chůzi.
6. Švihněte celou dolní končetinou do unožení a volně ji položte zpět. Totéž proveďte druhou končetinou.
7. Pokrčte obě kolena, chodidla položte celou plochou na podložku a nadzvedněte pánev.
8. Dolní končetiny pokrčené v kolenou přetácejte ze strany na stranu.
9. Procvičte hlezenní klouby napínáním a přitahováním špiček chodidel.
10. Přitáhněte obě dolní končetiny pokrčené v kolenou k břichu a pohybujte jimi, jako byste jeli na kole.



Pacientovi postupně předvádíme cviky podle předložených cviků, demonstrujeme a pacient se učí a předvádí jednotlivé cviky. Každý cvik opakujeme 3x.

Fixační fáze: (10 minut) důkladné a pečlivé zopakování informací, které souvisí s volnočasovými aktivitami, shrnutí opakovaných poznatků, zopakování cviků, ujasnění případně nesrovnalostí ohledně aktivit nebo cvičení.

Hodnotící fáze: (5 minut) zhodnocení zpětné vazby při diskuzi, kladení kontrolních otázek a vyhodnocení jejich správných odpovědí.

Kontrolní otázky pro pacienta:

- Umíte vysvětlit vlastními slovy, co jsou volnočasové aktivity?
- Víte, které metody patří do léčebné rehabilitace?
- Které cviky mohou napomoci u Parkinsonovy choroby?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle u třetí edukační jednotky byly splněny. Pacient byl dotazován 3 kontrolními otázkami, jeho správné odpovědi byly rozsáhlé a osvědčila se jeho pozornost. Pacient prokázal základní vědomosti o volnočasových aktivitách, dokázal vyjmenovat druhy léčebné rehabilitace. Nejvíce nás překvapily cviky, které jsme spolu zkoušeli a názorně předváděli dle předložených obrázků. Pacient přistupoval k edukaci zodpovědně, projevil aktivní zájem o dané téma, když něco z uvedených informací nevěděl, aktivně se zajímal o jejich správnosti. V rámci společné diskuze jsme utvrdili, že obsah 3. edukační jednotky byl vzhledem k jeho zdravotnímu stavu dostatečný a určený správně. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 60 minut.

5. FÁZE – VYHODNOCENÍ

V rámci závěrečného vyhodnocení edukačního procesu, pacient vyplnil vědomostní test, jehož otázky se shodují se vstupním testem ve fázi posuzování.

Výstupní test

Otázky	Ano/Ne	Ano/Ne
Víte co znamená Parkinsonova choroba?	Ano	Ano
Znáte režimová opatření u Parkinsonovy choroby	Ne	Ano

Znáte negativní vlivy ovlivňující kvalitu výživy?	Ne	Ano
Znáte kompenzační prostředky k využití při Parkinsonově chorobě?	Ne	Ano
Víte, na koho se obrátit v případě potřeby některé kompenzační pomůcky?	Ne	Ano
Znáte doporučené volnočasové aktivity?	Ne	Ano
Znáte vhodné cvičení při parkinsonove chorobě.	Ano	Ano

- Pacient získal podstatné vědomosti o Parkinsonově chorobě, kdy jsme se zaměřili na výživu, kompenzační pomůcky a volnočasové aktivity.
- Pacient prokazuje dostatečné vědomostí v oblasti výživového opatření, výživy, vhodné potraviny, které jsou spojeny s danou nemocí a pochopil, důležitost těchto informací.
- Pacient prokazuje vědomosti o kompenzačních pomůčkách, které mohou nemocnému pomoci při Parkinsonově chorobě.
- Pacient získal vědomosti v oblasti volnočasových aktivit, využití cviků, které jsou součástí této nemoci, a pochopil důležitost těchto informací.
- Pacient verbalizuje spokojenost se získanými vědomostmi.
- Pacient získal kladný postoj k edukační jenotce, ale taky zručnost v oblasti cviků, které jsme se učili.
- Edukace proběhla celkem ve třech edukačních jednotkách, které byly pro pacienta pochopitelné a srozumitelné. Pacient prokazoval po celou dobu edukace soustředění, zájem a bez problémů spolupracoval, což dokazovalo pozitivní zpětnou vazbou v podobě časových dotazů, v případě nepochopení se ihned ptal.
- Edukační cíle (kognitivní, afektivní a behaviorální) se podařilo splnit, edukace je ukončena, na základě splněných cílů.
- Na základě odpovědi edukanta, které uvedl ve výstupním testu, a na základě splněných stanovených cílů usuzujeme, že realizace edukačního procesu byla úspěšná.
- Edukace byla účinná a zlepšila celkový psychický stav a zejména vědomosti pacienta.

5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pro pacienty:

- Pravidelně docházet na neurologickou ambulanci dle objednání a v případě zhoršení zdravotního stavu.
- Dodržovat předepsanou léčbu lékařem.
- Plnit další ordinace předepsané odborným lékařem.
- Pacient s Parkinsonovou chorobou by měl dbát na své zdraví, předcházet komplikacím spojených s touto nemocí.
- Pacient by měl také zachovávat zásady správné životosprávy a udržovat psychosociální pohodu, zejména relaxaci (volnočasové aktivity).
- V případě jakýchkoliv potíží fyzických, psychických, sociálních či duševních by se měl obrátit na pomoc rodiny, zdravotnických pracovníků či jiných organizací.
- Využívat veškeré dostupné informace, které jsou spojeny s Parkinsonovou chorobou.
- Žít aktivní život, chodit na procházky do přírody, sportovat, zda mu to zdravotní stav dovolí.
- Číst odbornou literaturu, knihy, časopisy, navštěvovat internetové stránky.
- Navštěvování odborných seminářů a přednášek, zkusit i společnosti, kde jsou zaměřeny na skupinovém sezení parkinsoniků.
- Využívat dostupné pomůcky usnadňující pohyb a život pacientů s Parkinsonovou chorobou.
- Pacienti by měli cvičit, které jim napomůže ve zlepšení jejich kvality života.

Pro rodinu:

- Rodina by měla pacienta podporovat v léčebném režimu. Hlavně by měla pro pacienta vytvářet příjemné prostředí, aby se cítil pacient dušené zdravý.
- Rodina by měla být pacientovi na blízku, podporovat ho a eventuálně dopomáhat při cvičení.
- Dopomáhat pacientovi při běžných domácích činnostech.
- Nejdůležitější pro pacienta je, aby mu rodina byla oporou ve všech směrech.

Pro všeobecně sestry:

- Všeobecná sestra musí mít znalosti o daném onemocnění, jako jsou příčiny, projevy, diagnostika, léčba.

- Měla by mít plnohodnotné vědomosti o realizaci edukačního procesu a umět je využít.
- Všeobecná sestra by měla aktivně využívat edukační proces u pacientů s Parkinsonovou chorobou.
- Měla by v edukačním procesu postupovat systematicky, ohleduplně a zajistit spolupráci pacienta eventuálně rodiny.
- Podílet se na celoživotním vzdělávání.
- Účastnit se kvalifikačních kurzů a seminářů.
- Čtení odborné literatury, časopisů včetně internetových zdrojů.
- Sledovat nové trendy v péči o pacienty s Parkinsonovou chorobou.

ZÁVĚR

Individuální a kladný přístup k pacientovi pomáhá snížit jeho obavy a strach z nemoci, kterou trpí. Je vhodné tedy efektivně a včas pacienta edukovat. Edukace je velmi důležitá v oblasti léčení nemocného. Pomocí edukace předáváme nemocnému nové informace, učíme ho novým věcem a pomáháme mu celkově zvládnout jeho onemocnění.

Cílem bakalářské práce bylo shrnout základní informace o onemocnění Parkinsonova choroba a vystihnout specifika péče u nemocných s touto chorobou.

Hlavním cílem této práce bylo navrhnout a realizovat individuální edukační proces u pacienta s Parkinsonovou chorobou. Dalším cílem bylo edukovat pacienta základní problematikou u správné životosprávy, využití kompenzačních pomůcek, které jí usnadní pohyb, využití volnočasových aktivit, vhodná cvičení k uvolnění svalů a dalšího. Pacient udával, že podané informace rozdělené do 3. edukačních jednotek byly pro něj srozumitelné. Pacient během edukačního procesu projevoval aktivní zájem, zapojoval se do diskuze. Z porovnání vstupního a výstupního testu vyplývá, že edukační proces byl realizován úspěšně. Všechny cíle bakalářské práce byly splněny.

Parkinsonova choroba je nevléčitelnou a velmi významně však ovlivňuje kvalitu života a to nejen pacienta, ale i jeho rodinu a příbuzné. Z tohoto hlediska je tedy velmi důležité, aby do péče o tyto pacienty byla zapojena i rodina, která má na pacienta velmi pozitivní vliv. Má-li pacient s tímto onemocněním kolem sebe své blízké, a má v nich oporu, bude se s tímto onemocněním vyrovnávat a sžívat mnohem snadněji, než kdyby byl na všechno sám.

Bakalářská práce může být využita jako zdroj teoretických informací o Parkinsonově chorobě, specifikách ošetrovatelské i sociální péče a edukaci určenou pro pacienty, či zdravotnické pracovníky. Dále může sloužit jako podklad k individuální edukaci pacientů s Parkinsonovou chorobou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AARSLAND, Dag. Jeffrey CUMMINGS, Daniel WEINTRAUB a K. Ray CHAUDHURI, 2013. *Neuropsychiatric and cognitive changes in Parkinson's disease and related movement disorders: diagnosis and management*. Cambridge: Cambridge University Press, ISBN 978-1-107-03922-3.

AMBLER, Zdeněk, 2011. *Základy neurologie: (učebnice pro lékařské fakulty)*. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-707-3.

ANON. Dysfunkce bazálních ganglií. [online]. [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/diferencialni-diagnoza-tresu-154097>.

ANON. Příspěvek na péči 2014. [online]. [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <http://socialni-davky-2014.eu/prispevek-na-peci-2014/>.

BERGER, Jiří, KALITA, Zbyněk, ULČ, Igor, 2000. *Parkinsonova choroba*. Praha: Maxdorf, ISBN 80-85912-13-9.

BONNET, Anne-Marie a Thierry HERGUETA, 2012. *Parkinsonova choroba: Rady pro nemocné a jejich blízké*. Praha: Portál, ISBN: 978-80-2620-155-7.

BENETÍN, Ján a Peter VALKOVIČ, 2009. *Parkinsonova choroba*, 1.vyd. Bratislava: Herba, ISBN 978-80-89171-65-1.

ČÁPKOVÁ, Ludmila, 2010. Nepleťte si toaletu s čítárnou! *Parkinson: časopis Společnosti Parkinson*, ISSN 1212-0189.

ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3901-4.

DANIELOVÁ, Jaroslava, 2009. *Příspěvek na péči a dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením*. Bakalářská práce, České Budějovice, Jihočeská univerzita,

Teologická fakulta, Katedra praktické teologie. Vedoucí bakalářské práce Jana Šimečková.

DOSTÁL, Václav a Ema CHVÍSTKOVÁ, 2010. *Výživa u Parkinsonovy nemoci*, Praha: Mladá fronta, ISBN 9788020423627.

Duha o.p.s [online]. 2015 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.pomocseniorum.cz/>.

EPDA – European Parkinson’s Disease Association. About the EPDA. [online]. [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <http://www.epda.eu.com/en/about-the-epda/>.

FARNÍKOVÁ-MENŠÍKOVÁ, Kateřina, 2013. Pre-motorické a non-motorické příznaky Parkinsonovy choroby. Bakalářská práce, Olomouc, Lékařská fakulta univerzity Palackého v Olomouci.

HALOVÁ, Miroslava, 2007. *Nemocný v domácí péči I: věnována nemocným odkázaným na pomoc druhých, jejich ošetřovatelům a rodinám; zvláště pak nemocným Parkinsonovou chorobou, lidem po cévní mozkové příhodě a lidem s roztroušenou sklerózou*, Javorník: Miroslava Halová – MAJ.ZJ, ISBN 978-80-239-7316-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2 Praha: Havlíček Brain Team, ISBN 978-80-87109-19-9.

JANKOVIC, J. a Eduardo TOLOSA, 2007. *Parkinson’s Disease and Movement disorders*. 5. Vyd. Philadelphia: Lippincott Williams a Wilkins, ISBN 13: 978-0-7817-7881-7.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, ISBN – 978-80-247-2454-6.

JURÁŠKOVÁ, B. – HOLMEROVÁ, I. ZIKMUNDOVA, K, 2003. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. Vydání, Praha: Česká Alzheimerová společnost, ISBN 80-86541-12-6.

KALVACH, Zdeněk, Alice Onderková, 2006. *Stáří*. vyd. 1 Praha: Galén, ISBN 807-262-455-5.

KAŇOVSKÝ, P., FARNÍKOVÁ, K., 2010. *Farmakoterapie pokročilé Parkinsonovy nemoci ve světle doporučených postupů*. Neurologie pro praxi, ISSN 1213-1814.

MACHÁČKOVÁ, Dagmar a Marie KOTTOVÁ, 2009. *Pacienti s „Parkinsonem“ vyžadují individuální péči*. Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky, ISSN 1210-0404.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada, ISBN 978-802-4731-483.

MISCONIOVÁ, Blanka, 2006. [Online] [cit. 2016-0201]. Dostupné z: (www.domacipece-info/historie-domaci-pece.cz).

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1.vyd. Praha: Grada, ISBN 978-802-473-872-7.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA, Jiří TICHÝ a kol., 2005. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: karolinum, ISBN 978-80-2460-502-3.

NEMCOVA, et al, 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, ISBN 978-80-8063-321-9.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: NAVA TISK. ISBN 978-80-904955-9-3.

NOVOTNÁ, Jana a Jitka LAHOLOVÁ, 2009. *Výživa ve stáří*. Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky, ISSN 1210-0404.

Parkinsonova choroba, nemoc – cvičení, cviky pro parkinsoniky. *ZbynekMlcoch*. 2009. [online]. [cit. 2016-04-17]. Dostupné z:

<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/texty/zdravi/parkinsonova-choroba-nemoc-cviceni-cviky-pro-parkinsoniky>.

POLEDNÍKOVÁ, L'ubica et al., 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetřovařelstvo*. Martin: Osveta, ISBN 80-8063-208-1.

Postgraduální medicína. Diferenciální diagnoza třesu. [online]. [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualnimedicina/diferencialni-diagnoza-tresu> 154097.

PREIFFER, Jan, 2006. *Neurologie v rehabilitaci*. Pro studium a praxi. Grada, ISBN 978-80-247-1135-5.

REKTOR, Ivan a Irena REKTOROVÁ. 2003. *Centrální poruchy hybnosti*. 1. vydání Praha: Triton, ISBN 9788072544189.

REKTOR, Ivan, 2009. *Léčba Parkinsonovy nemoci*. Neurologie pro praxi. ISSN 1213-1814.

REKTOROVÁ, Irena, 2009. *Současné možnosti diagnostiky a terapie Parkinsonovy nemoci*. Neurologie pro praxi. ISSN 1213-1814.

RESSNER, Pavel, ŠIGUTOVÁ Dana, 2001. *Léčebná rehabilitace u Parkinsonovy nemoci*. Neurologie pro praxi. ISSN 1213-1814.

ROTH, Jan, Marcela, SEKYROVÁ a Evžen RŮŽIČKA. 2005. *Parkinsonova nemoc*. Praha 4: Maxdorf. ISBN 80-7345-044-5.

ROTH, Jan, 2006. *Monogenně podmíněné formy Parkinsonovy nemoci*. Neurologie pro praxi. ISSN 1213-1814.

ROTH, Jan a Petra HAVRÁNKOVÁ, 2008. *Vztah motorických a non-motorických symptomů Parkinsonovy nemoci k dopaminergní terapii: část první*. Neurologie pro praxi, ISSN 1213-1814.

ROTH, Jan, Marcela, SEKYROVÁ a Evžen RŮŽIČKA, 2009. *Parkinsonova nemoc*. Praha 4: Maxdorf, ISBN 978-7345-178-3.

RŮŽIČKA, Evžen et al., 2004. *Parkinsonova nemoc: doporučené postupy diagnostiky a léčby. II. Pozdní stádium*. Praha: Galén, ISBN 80-7262-298-6.

RŮŽIČKA, Evžen A Jan ROTH, 2006. *Parkinsonova nemoc. Postgraduální medicína*, ISBN 1212-4184.

ČESKO, 2014. Zákon č. 254 ze dne 22. října 2014, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. **107**, 3050 – 3054. ISSN 1211-1244. Dostupný z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2014&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=4>.

SCHWARZ, Shelley PETERMAN, 2008. *Parkinsonova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2321-1.

ŠINÁGLOVÁ, Zdeňka, 2013. *Ošetrovatelská péče v neurologii: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, ISBN 978-80-7464-249-4.

ŠRAMKA, Miron, 2014. *Vybrané kapitoly z neurologie pro studijní obor ošetrovatelství*. Samosato, spol. s.r.o., Plachého, ISBN 978-80-89464-24-1.

TOMAGOVÁ, Martina et al., 2008. *Potřeby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, ISBN 978-80-8063-270-0.

TRACHOTVÁ, Eva et al., 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ISBN 80-7013-324-4.

Vitalia. Parkinsonova choroba. [online]. [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <http://www.odpovedi.eu/parkinsonova-choroba-priznaky-lecba-konopi-parkinson> 3728.

VOKURKA, M. a kol., 2013. *Kapesní slovník medicíny*. Praha: MAXDORF, ISBN 978-80-7345-369-5.

VOKURKA, M. a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. Praha: GRADA, ISBN 80-247-1367-5.

VOLŠICKÁ, J., 2008. *Parkinsonova nemoc a canisterapie*. Čapopis Parkison. ISSN 1804-7122.

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A - Dotazník – Parkinsonova nemoc.....	I
PŘÍLOHA B - Modified Hoehn a Yahr Scale	II
PŘÍLOHA C - Hoehn a Yahr Scale.....	III
PŘÍLOHA D - Schwab a England Scale	IV
PŘÍLOHA E - Parkinson Activity Scale	V
PŘÍLOHA F - Webster Scale	VII
PŘÍLOHA G - Organizace pro pacienty s Parkinsonovou chorobou.....	IX
PŘÍLOHA H - Parkinsonova choroba.....	X
PŘÍLOHA CH - Protokol o provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	XII
PŘÍLOHA I - Literární rešerše	XIII
PŘÍLOHA J - Čestné prohlášení	XVI

PŘÍLOHA A - Dotazník – Parkinsonova nemoc

1. Je pro Vás obtížné vstát ze židle?
2. Je Vaše písmo menší, než bylo dříve?
3. Říkají Vám lidé, že mluvíte slabším hlasem než dříve?
4. Máte zhoršenou rovnováhu při chůzi?
5. Stává se Vám, že se zarazíte při průchodu dveřmi, jako by Vám přimrzly nohy?
6. Zdá se být výraz Vaší tváře oproti dřívějšímu otupělý?
7. Třesou se Vám ruce nebo nohy?
8. Je pro Vás obtížné zapínat knoflíky?
9. Šoupáte při chůzi nohama a děláte malé kroky?

Je – li nejméně na **pět otázek kladná odpověď**, je diagnóza Parkinsonovy choroby pravděpodobná.

Zdroj: ROTH, Jan, Marcela, SEKYROVÁ a Evžen RŮŽIČKA, 2009. *Parkinsonova nemoc*. Praha 4: Maxdorf, ISBN 978-7345-178-3.

PŘÍLOHA B - Modified Hoehn a Yahr Scale

Stádium 0	bez známek onemocnění
Stádium 1	jednostranné postižení
Stádium 1,5	jednostranné postižení s axiálními projevy (poruchy řeči, držení těla)
Stádium 2	oboustranné postižení bez poruch rovnováhy
Stádium 2.5	mírné pokročilé oboustranné postižení s počínající posturální poruchou (stále je schopen při záklonu trupu udělat krok vzad pro udržení stoje)
Stádium 3	středně pokročilé oboustranné postižení s viditelnou posturální instabilitou (stále je nezávislý na okolí)
Stádium 4	těžké postižení, pacient je schopen samostatného stoje a chůze
Stádium 5	těžké postižení, pacient je upoután na mechanický vozík nebo lůžko

Zdroj: FARNÍKOVÁ-MENŠÍKOVÁ, Kateřina, 2013. Pre-motorické a non-motorické příznaky Parkinsonovy choroby. Bakalářská práce, Olomouc, Lékařská fakulta univerzity Palackého v Olomouci.

PŘÍLOHA C - Hoehn a Yahr Scale

- Stádium 1
- příznaky se projevují pouze na jedné straně
 - jsou mírné
 - nezpůsobují disabilitu
 - třes se projevuje obvykle na jedné končetině
 - okolí si povšimne změn v postuře, lokomoci, výrazu obličeje
- Stádium 2
- příznaky se projevují na obou stranách
 - minimální disabilita
 - postižena je postura i chůze
- Stádium 3
- dochází k výraznému zpomalení pohybu i těla
 - lehké poruchy rovnováhy ve stoji a při chůzi
 - generalizovaná středně těžká porucha
- Stádium 4
- příznaky jsou výrazné
 - chůze je omezena jen na krátké vzdálenosti
 - rigidita i bradykinéza
 - neschopen žít sám
 - tremor může být méně výrazný než u předchozích
- Stádium 5
- kachektický stav
 - plná invalidita
 - neschopen stát ani chodit
 - odkázaný na trvalou ošetrovatelskou péči

Zdroj: FARNÍKOVÁ-MENŠÍKOVÁ, Kateřina, 2013. Pre-motorické a non-motorické příznaky Parkinsonovy choroby. Bakalářská práce, Olomouc, Lékařská fakulta univerzity Palackého v Olomouci.

PŘÍLOHA D - Schwab a England Scale

- 100 %** Zcela nezávislý. Schopen vykonávat všechny činnosti bez zpomalení, obtíží nebo porušení. V podstatě normální. Není si vědom žádných těžkostí.
- 90 %** Zcela nezávislý. Schopen vykonávat všechny činnosti a určitým stupněm zpomalení obtíží nebo narušení. Činnosti mohou trvat až dvakrát déle. Začíná si být vědom obtíží.
- 80 %** Zcela nezávislý ve většině aktivit. Činnosti mohou trvat asi dvakrát déle. Vědom si svých obtíží a pomalosti.
- 70 %** Některé činnosti trvají troj – až čtyřnásobnou dobou. Běžnými činnostmi je vázán po většinu dne.
- 60 %** Jistý stupeň závislosti. Je schopen vykonávat většinu činností, ale extrémně pomalu s velkým vypětím. Dělá chyby, některých činností neschopen.
- 50 %** Větší závislost. Nutná pomoc při polovině činností, pomalý. Problémy se všemi aktivitami.
- 40 %** Velmi závislý. Schopen pomáhat se všemi činnostmi, ale jen několik je schopen vykonávat samostatně.
- 30 %** S úsilím občas vykoná nebo začne vykonávat několik činností. Potřebuje rozsáhlou pomoc.
- 20 %** Neschopen samostatných činností. Do určité míry schopen pomáhat při některých činnostech. Těžce invalidní.
- 10 %** Zcela závislý, bezmocný. Úplně invalidní.
- 0 %** Vegetativní funkce jako polykání a vyměšování těžce postiženy. Upoután na lůžko.

Zdroj: FARNÍKOVÁ-MENŠÍKOVÁ, Kateřina, 2013. Pre-motorické a non-motorické příznaky Parkinsonovy choroby. Bakalářská práce, Olomouc, Lékařská fakulta univerzity Palackého v Olomouci.

PŘÍLOHA E - Parkinson Activity Scale

1. PŘEMÍSTOVÁNÍ NA ŽIDLÍ

Vstávání (z křesla, první pokus bez pomoci rukou, druhý s pomoci rukou)

- 4- normální, bez zjevných obtíží
- 3- bez pomoci rukou s mírnými obtížemi
- 2- bez pomoci rukou až po několika pokusech nebo nemožné, s použitím rukou snadné
- 1- s pomoci rukou obtížné
- 0- závislost na dopomoci druhé osoby

Sedání (z křesla, první pokus bez pomoci rukou, druhý s pomoci rukou pokud je potřeba)

- 4- normální, bez zjevných obtíží
- 3- bez pomoci rukou s mírnými obtížemi
- 2- bez pomoci rukou s tvrdým dosednutím nebo usednutím do nepohodlné pozice, s pomoci rukou bez obtíží
- 1- i s pomoci rukou tvrdé dosednutí nebo usednutí do nepohodlné pozice
- 0- závislost na dopomoci druhé osoby

2. HYPOKINÉZA PŘI CHŮZI

Zahajování chůze (po předchozí zkoušce)

- 4- normální, bez zjevných obtíží
- 3- váhavé rozcházení nebo prudké zrychlení
- 2- neočekávané zastavení pohybu s nebo bez prudkého zrychlení po 5 a méně sekund
- 1- neočekávané zastavení pohybu s prudkým zrychlením po více jak 5s
- 0- závislost na dopomoci druhé osoby při rozcházení

Otáčení o 360 %

- 4- normální, bez zjevných obtíží
- 3- váhavé zahájení nebo krátké prudké zrychlení
- 2- neočekávané zastavení pohybu s nebo bez prudkého zrychlení po 5 a méně sekund
- 1- neočekávané zastavení pohybu s nebo bez prudkého zrychlení po více jak 5 sekund
- 0- závislost na dopomoci druhé osoby

3. POHYBLIVOST NA POSTELI

Položení se na záda

- 4- normální, bez zjevných obtíží
- 3- jedna obtíž: buď se zvedáním DKK, nebo s pohybem těla, nebo položení do nepohodlné pozice
- 2- dvě obtíže: buď se zvedáním DKK, nebo s pohybem těla, nebo položení do nepohodlné pozice
- 1- tři obtíže: se zvedáním DKK, s pohybem těla a položení do nepohodlné pozice

Otočení ze strany na stranu

- 4- normální, bez zjevných obtíží
- 3- jedna obtíž: buď s otáčením, nebo s posunováním trupu, nebo s dosažením pohodlné pozice
- 2- dvě obtíže: buď s otáčením, nebo s posunováním trupu nebo s dosažením pohodlné pozice
- 1- obtíž s otáčením, s posunováním trupu i s dosažením pohodlné pozice
- 0- závislost na dopomoci druhé osoby

Vstávání (vyzván k posazení se na okraj postele)

- 4- normální, bez zjevných obtíží,
- 3- jedna obtíž: s pohybem DKK nebo trupu, nebo s dosažením pohodlné pozice
- 2- dvě obtíže: s pohybem DKK nebo trupu, nebo s dosažením pohodlné pozice
- 1- obtíž s pohybem DKK, s pohybem trupu i s dosažením pohodlné pozice
- 0- závislost na dopomoci druhé osoby

4. POHYBLIVOST NA POSTELI S PŘIKRÝVKOU

Položení se a přikrytí přikrývkou

- 4- normální, bez zjevných obtíží
- 3- jedna obtíž: buď s pohybem těla, nebo s upravením přikrývky, nebo s dosažením pohodlné pozice
- 2- dvě obtíže: s pohybem těla, s upravením přikrývky, nebo s dosažením pohodlné pozice
- 1- obtíž s pohybem těla, s upravením přikrývky i s dosažením pohodlné pozice
- 0- závislost na dopomoci druhé osoby

Vstávání z pod přikrývky (vyzván k posazení se na okraj postele)

- 4- normální, bez zjevných obtíží
- 3- jedna obtíž: buď s pohybem těla, nebo s upravením přikrývky nebo s dosažením pohodlné pozice
- 2- dvě obtíže: s pohybem těla, s upravením přikrývky
- 1- obtíž s pohybem těla, s upravením přikrývky i s dosažením pohodlné pozice
- 0- závislost na dopomoci druhé osoby

Přetočení na bok

- 4- normální, bez zjevných obtíží
- 3- jedna obtíž: buď s otáčením těla, nebo s upravením přikrývky, nebo s dosažením pohodlné pozice
- 2- dvě obtíže: s otáčením těla, s upravením přikrývky, nebo s dosažením pohodlné pozice
- 1- obtíž s otáčením těla, s upravením přikrývky i s dosažením pohodlné pozice
- 0- závislost na dopomoci druhé osoby

MAX. SKÓRE: 40

Zdroj: FARNÍKOVÁ-MENŠÍKOVÁ, Kateřina, 2013. Pre-motorické a non-motorické příznaky Parkinsonovy choroby. Bakalářská práce, Olomouc, Lékařská fakulta univerzity Palackého v Olomouci.

PŘÍLOHA F - Webster Scale

1. Bradykinéza rukou

- 0- žádné projevy
- 1- pozorovatelné zpomalení supinace a pronace, počínající obtíže s manipulací s nástroji, zapínáním knoflíků, při psaní
- 2- výraznější zpomalení supinace a pronace na jedné nebo na obou stranách, výraznější postižení funkcí rukou, mikrografie
- 3- vážné zpomalení supinace a pronace, neschopnost psát, zapínat knoflíky, znatelné obtíže s prací s různými předměty

2. Rigidita

- 0- Nezaznamenaná
- 1- přítomná rigidita krku a zad, lehká rigidita na jedné nebo obou horních končetinách
- 2- výraznější rigidita krku a zad, projevuje se, když pacient není pod vlivem léku
- 3- těžká rigidita krku a zad, nedá se ovlivnit medikamentózně

3. Postura

- 0- normální, hlava je flektována méně než 10 cm
- 1- hlava je flektována více než 12,5 cm
- 2- hlava je flektována více než 15 cm, jedno nebo obě ramena jsou ve flexi, ale stále pod pasem
- 3- hlava je flektována více než 15 cm, jedno nebo obě ramena jsou pod pasem, viditelná flexe ruky, začínající flexe kolen

4. Souhyb horních končetin při chůzi

- 0- obě horní končetiny jsou v souhybu
- 1- jedna HK zaostává
- 2- jedna HK se nepohybuje vůbec při chůzi
- 3- chybí souhyb obou horních končetin

5. Chůze

- 0- správná chůze, délka kroku je od 45-105 cm
- 1- zkrácený krok od 35-45 cm, zpomalené otáčení, vyžaduje si víc kroků
- 2- zkrácený krok od 15-30 cm
- 3- šouravá chůze, kroky menší než 7,5 cm, občasné zadržávání, chůze po špičkách, otáčení velmi pomalé

6. Tremor

- 0- nezaznamenaný
- 1- třes hlavy nebo horních končetin při zkoušce „prst-nos“, je menší než 2,5 cm
- 2- třes hlavy nebo horních končetin při zkoušce „prst-nos“, je menší než 10 cm, tremor není konstantní, dokáže si udržet kontrolu nad ním
- 3- třes hlavy nebo horních končetin při zkoušce „prst-nos“, je větší než 10 cm, tremor je konstantní, nedokáže psát ani se nakrmit

7. Mímika

- 0- normální
- 1- znatelná imobilita, ústa jsou zavřena, počínající známky anxiety a deprese
- 2- značná imobilita, emoce projev při výraznějším podráždění, rty jsou často od sebe, výrazné známky anxiety a deprese

8. Seborrhea

- 0- žádná
- 1- zvýšené pocení
- 2- kůže je mastná, tužší sekrece
- 3- tvář i kůže jsou pokryta hustým sekretem

9. Řeč

- 0- čistá, jasná, srozumitelná
- 1- ztráta rezonance, slyšitelná, lehce srozumitelná
- 2- značná chraptivost a dystonie, stejná výška tónu, těžko srozumitelná
- 3- chraptivost a tichost, téměř nesrozumitelná

10. Soběstačnost

- 0- bez omezení
- 1- jen malé nedostatky při denních činnostech, vyžaduje si pomoc při určitých činnostech, zpomalení při každé činnosti, musí si řídit denní program

Hodnocení:

- 0-10 nemoc v počátcích
- 11-20 středně těžká symptomatika
- 21-30 těžká postižení

Zdroj: FARNÍKOVÁ-MENŠÍKOVÁ, Kateřina, 2013. Pre-motorické a non-motorické příznaky Parkinsonovy choroby. Bakalářská práce, Olomouc, Lékařská fakulta univerzity Palackého v Olomouci.

PŘÍLOHA G - Organizace pro pacienty s Parkinsonovou chorobou

Celosvětově organizace kladou důraz na čtyři principy:

Zabezpečnost – zajištění přístřeší, ošacení, čistá voda, strava.

Autonomie – jedná se o zachovávání rozhodovacích kompetencí, ochrana soukromí.

Důstojnost – služby by měly respektovat osobnost člověka, brát ohled na stud člověka, zahrnuje se zde i prevence nevhodného zacházení či násilí.

Smysluplnost – služby napomáhají při hledání životní náplně, působí preventivně proti komunikační a senzorické deprivaci.

Evropská asociace společnosti pro Parkinsonovu chorobu

Evropská asociace byla založena v červnu roku 1992 v Mnichově. EPDA je nezisková organizace bez politické a náboženské příslušnosti, jejímž cílem je zajištění dobrých podmínek a pomoc v nemoci pro pacienty s Parkinsonovou chorobou a jejich rodiny.

Klub Parkinson

Je jedinou institucí přímo zaměřenou na Parkinsonovu chorobu. Jednou týdně se členové klubu scházejí a provádí se rehabilitační cvičení pod vedením fyzioterapeutky. Nepravidelně se konají přednášky a besedy týkající se tématu Parkinsonovy choroby.

Domovinka – denní stacionář

Stacionář je určen pro osamělé, špatně pohyblivé seniory a seniory postižené demencí různého typu, kteří vyžadují stálou péči a dohled. Pokud rodina nemůže zajistit denní dopravu do zařízení, může se obrátit na pečovatelskou službu, jež je schopna dopravu zařídit. Klientům je ve stacionáři poskytována celodenní strava, možnost odpočinku na vlastním lůžku a různorodý denní program zaměřený na aktivizaci seniorů.

Zdroj: About the EPDA. EPDA – European Parkinson's Disease Association. [online]. [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <http://www.epda.eu.com/en/about-the-epda/>.

Zdroj: JURÁŠKOVÁ, B. – HOLMEROVÁ, I. ZIKMUNDOVA, K, 2003. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. Vydání, Praha: Česká Alzheimerová společnost, ISBN 80-86541-12-6.

PŘÍLOHA H - Parkinsonova choroba

Dysfunkce bazálních ganglií

⇒ tonus, postoj, iniciace pohybu, mimovolní pohyby
⇒ nerovnováha transmiterů (GABA, acetylcholin, dopamin)
⇒ hypokineticko-hypertonický sy x hyperkineticko-hypotonický sy

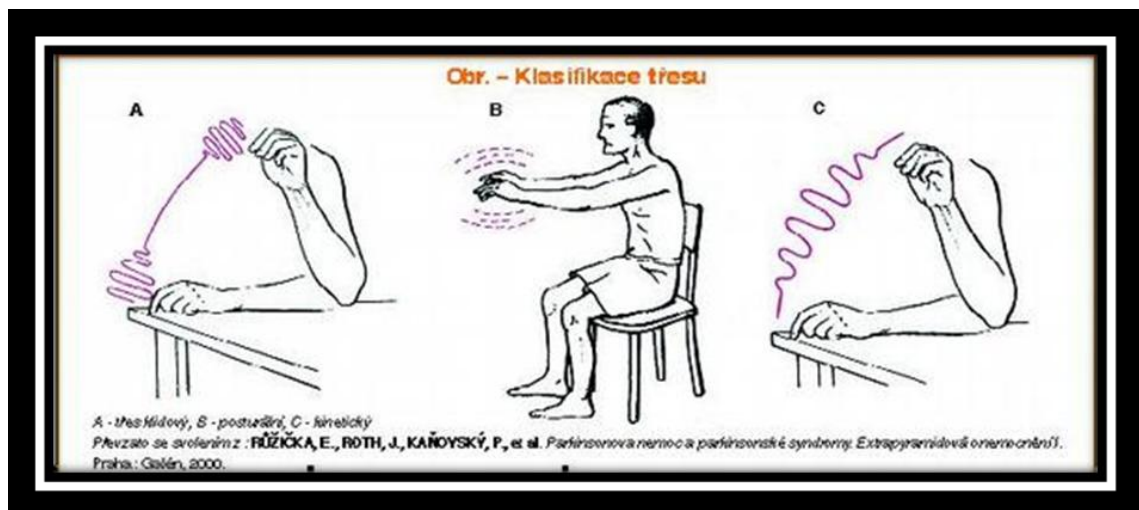
Parkinsonova nemoc
Degenerace nigrostriatálních dopaminergních neuronů

- bradykinéze
- třes
- rigidita (mask-like face)
- porucha rovnováhy, začátek pohybu, změna směru
- poruchy autonomního nervového systému
- zácpa
- dysfagie
- zvýšené slinění, pocení
- poruchy kontinence
- porucha intelektu, pomalá reakce na otázku
- psychosociální: úzkost, deprese
- demence – pozdní stádia



The diagram illustrates a person with Parkinson's disease from a side profile. Labels point to various symptoms: 'Tremor' at the hand, 'Masklike facies' on the face, 'Stooped posture' at the upper back, 'Rigidity' at the torso, 'Arms flexed at elbows and wrists' at the arms, 'Hips and knees slightly flexed' at the lower body, and 'Short shuffling steps' at the feet.

Zdroj: ANON. Dysfunkce bazálních ganglií. [online]. [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/diferencialni-diagnoza-tresu-154097>.



Zdroj: Diferenciální diagnostika třesu. Postgraduální medicína [online]. [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualnimedicina/diferencialni-diagnoza-tresu-154097>.



Zdroj: Vitalia. Parkinsonova choroba. [online]. [cit. 2016-04-16]. Dostupné z:<http://www.odpovedi.eu/parkinsonova-choroba-priznaky-lecba-konopi-parkinson> 3728.

PŘÍLOHA CH - Protokol o provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Příjmení a jméno studenta	Šimoníková Michaila	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3. VSV
Téma práce	Edukace pacienta s Parkinsonovou chorobou	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Zlínská nemocnice a. s. , neurologické oddělení	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Karolína Stuchlíková	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci edukačního procesu	Edukační proces <input checked="" type="checkbox"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím	podpis <i>Stuchlíková</i>
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	podpis <i>[Signature]</i>

Praze dne 9.12.2015

Havlíčková náměstí 600
762 75 Zlín (9)

Šimoníková
.....
podpis studenta

PŘÍLOHA I - Literární rešerše

TITULNÍ LIST K REŠERŠI			
Číslo rešerše	1352		
Název	Edukace pacienta s Parkinsonovou chorobou		
Překlad názvu			
Charakteristika	retrospektivní		
Použité prameny	BMČ, Clavius knihovny KNTB, a. s., Zlín, Theses		
Druh dokumentů	knihy, články, sborník		
Časové rozpětí	2000 - 2016		
Jazyk(y)	čeština		
Počet záznamů	14	Počet stran (A4)	2
Klíčová slova	MeSH: vzdělávání pacientů jako téma, MeSH: Parkinsonova nemoc, MeSH: ošetřovatelský proces		
Charakteristika žadatele			
Způsob zadání	elektronicky		
Účel rešerše	Bakalářská práce		
Datum zadání	30. 5. 2016		
Termín zpracování			
Datum zpracování	21. 6. 2016		
Zpracoval(a)	Manuela Mahdalová Středisko vědeckých informací Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Zlín		

Manuela Mahdalová
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Středisko vědeckých informací
Havlíčkovo náměstí 600
762 75 Zlín

Rešeršní historie:

11. MeSH: vzdělávání pacientů jako téma	1905 záznamů
12. MeSH: Parkinsonova nemoc	1025 záznamů
13. MeSH: ošetrovatelský proces	381 záznamů
14. 11 AND 12	5 záznamů
15. 12 AND 13	0 záznamů

1.

MACH, Vojtěch. Agonisté dopaminu bez řízeného uvolňování, aneb "staré je dobré". *Corpus et psyché*, 2011, roč. 2, č. 2, s. 6. ISSN: 1804-4921.

2.

SCHWARZ, Shelley Peterman. *Parkinsonova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe : péče, léky, komunikace s lékaři, nákupy, strava, jazyk a řeč, mluvení a psaní, bydlení, bezpečnost, volný čas, cestování, rekreace*. Vyd. 1. české. Praha : Grada, 2008. 109 s. ; 21 cm. ISBN: 978-80-247-2321-1.

3.

ROTH, J. Operace u nemocného s Parkinsonovou nemocí - praktické rady. *Parkinson*, 2003, č. 13, s. 16. ISSN: 1212-0189.

4.

RESSNER, Pavel — ŠIGUTOVÁ, Dana. Léčebná rehabilitace u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*, 2001, Roč. 2, č. 1, s. 31-35. ISSN: 1213-1814.

5.

SLADKÁ, Jaroslava. Parkinsonova nemoc - "pohyb směrem k pohybu". *Medicína*, 1999, roč. 6, č. 2, s. 8.

Bonnet, Anne-Marie. *Parkinsonova choroba : rady pro nemocné a jejich blízké*. Anne-Marie Bonnet, Thierry Hergueta ; [z francouzského originálu ... přeložila Abigail Kozlíková]. Vyd. 1. Praha : Portál, 2012. Rádci pro zdraví. 159 s. : .

Dostál, Václav. *Výživa u Parkinsonovy choroby*. Václav Dostál, Ema Chvístková. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2010. Lékař a pacient. 50 s. : .

Jiráček, Roman. *Demence a jiné poruchy paměti : komunikace a každodenní péče*. Roman Jiráček, Iva Holmerová, Claudia Borzová a kolektiv. 1. vyd. Praha : Grada, 2009. Sestra. 164 s. : .

Benetín, Ján. *Parkinsonova choroba*. Ján Benetín, Peter Valkovič. Vyd. 1. Bratislava : Herba, 2009. 224 s. : .

Roth, Jan. *Parkinsonova nemoc*. Jan Roth, Marcela Sekyrová, Evžen Růžička a kol. 4. přeprac. a rozš. vyd. Praha : Maxdorf, 2009. 222 s. : .

Pidrman, Vladimír. *Změny jednání seniorů*. Vladimír Pidrman, Eduard Kolibáš. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 189 s. : .

Rektor, Ivan. *Centrální poruchy hybnosti v praxi = Movement disorders*. Ivan Rektor, Irena Rektorová a kol. 1. vyd. Praha : Triton, 2003. 196 s. : .

Ambler, Zdeněk. *Neurologické poruchy ve vyšším věku : základní principy jejich farmakoterapie*. Zdeněk Ambler. Vyd. 1. Praha : Triton, 2000. Levou zadní ; sv. 54. 186 s. : .

Berger, Jiří. **Parkinsonova choroba.** Jiří Berger, Zbyněk Kalita, Igor Ulč.
Praha : Maxdorf, 2000. 147 s. : .

Růžička, Evžen. **Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy.** Evžen Růžička,
Jan Roth, Petr Kaňovský et al. 1. vyd. Praha : Galén, 2000. Extrapyramidová
onemocnění sv. 1. 293 s. : .

PŘÍLOHA J - Čestné prohlášení

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Edukace u pacienta s Parkinsonovou chorobou“ v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

v Praze dne 31. května 2016

Šimoníková Michaela