



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Parkinsonova nemoc – nedobrovolná životní změna

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Eliška Oltová

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kaas, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Parkinsonova nemoc – nedobrovolná životní změna jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2018

.....

Eliška Oltová

Poděkování

Ráda bych toto poděkování věnovala Mgr. Jirímu Kaasovi, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za předání cenných rad, připomínek, za podporu a čas, který mi po dobu psaní práce věnoval. Dále bych ráda poděkovala panu Ing. J. Mlsovi za možnost uskutečnit rozhovory s nemocnými, kteří navštěvují Parkinson klub v Českých Budějovicích. V neposlední řadě děkuji informantům za jejich rozhovory a své sestře Mgr. Dagmar Oltové za podporu při psaní bakalářské práce.

Parkinsonova choroba – nedobrovolná životní změna

Abstrakt

Hlavním cílem práce bylo zmapovat životní změny u osob s Parkinsonovou chorobou. V souvislosti s tímto cílem byly stanoveny tři výzkumné otázky, které zněly: Jak Parkinsonova choroba ovlivňuje biologickou stránku jedince? Jak Parkinsonova choroba ovlivňuje psychickou stránku jedince? Jak Parkinsonova choroba ovlivňuje sociální stránku jedince?

Empirická část bakalářské práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření, které bylo uskutečněno technikou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl rozdělen do čtyř částí. První část byla zaměřena na základní údaje o informantech. Druhá část byla zaměřena na dopad nemoci na biologickou stránku jedince. Třetí část se věnovala dopadu nemoci na psychickou stránku jedince a čtvrtá část dopadu nemoci na sociální stránku jedince. Výzkumný soubor tvořily osoby s Parkinsonovou chorobou, které navštěvují Parkinson klub v Českých Budějovicích. Získané výsledky byly zpracovány metodou otevřeného kódování, technikou „tužka-papír“.

Výsledky jsou prezentovány v podobě kategorií, které jsou dále členěny na určitý počet podkategorií. První kategorie se zabývá dopadem nemoci na biologické potřeby a zahrnuje podkategorie zaměřené na první příznaky nemoci, mobilitu, soběstačnost, spánek a stravování. Druhá kategorie se zabývá dopadem nemoci na psychické potřeby a zahrnuje podkategorie zaměřené na adaptaci na nemoc, náladu a životní hodnoty a priority. Třetí kategorie se zabývá dopadem nemoci na sociální potřeby a zahrnuje podkategorie zaměřené na volnočasové aktivity, profesní život, rodinné vztahy, vztahy s přáteli a na ekonomickou situaci. Obecně lze na základě zjištěných výsledků říci, že Parkinsonova choroba není jen fyzickou nemocí, neboť vedle potřeb tělesných výrazně ovlivňuje i psychosociální oblast nemocného.

Práce přináší ucelený pohled na problematiku Parkinsonovy nemoci a její dopad na každodenní život nemocného. Práce může posloužit každému, kdo chce získat podrobnější představu o běžném životě nemocného s Parkinsonovou chorobou a jeho potřebách.

Klíčová slova

Parkinsonova choroba; kvalita života; lidské potřeby; sestra; pacient; holistický přístup

Parkinson's disease – enforced life transformation

Abstract

The main goal of this thesis was to map the changes in the life of people diagnosed with Parkinson's disease. To shed light on this topic, three research questions were designated: How does the Parkinson's disease influence the biological site of the individual? How does the Parkinson's disease influence the mental site of the individual? How does the Parkinson's disease influence the social site of the individual?

The empirical part of this bachelor thesis was conducted by a method of qualitative research investigation, which was conducted by a technique of semi-structured interview. Each interview was separated into four different parts. The first part was focused on the basic information about the interviewee. The second part was focused on the impact of the disease on the biological site of the individual. The third part was dedicated to unravelling the impact of the disease on the mental site of the individual and the fourth part was revolving around the impact of the disease to the social site of the individual. The researched group consisted of people with Parkinson's disease, who are attending the Parkinson's club in České Budějovice. The obtained results were processed with the method of open coding, utilizing the technique “pen-paper”.

The results are presented in separate categories, which are further divided into a specific number of subcategories. The first category focuses on the impact of the disease on the biological needs and involves subcategories focused on the first signs of the disease, the mobility, self-sufficiency, sleep and eating. The second category concentrates on the impact of the disease on the mental needs and is composed of subcategories looking at the adaptation to the disease, the mood, life values and priorities. The third category focuses on the impact of the disease on the social needs and involves subcategories focused on the free time activities, the vocational life, the family relationships, the relationships with friends and on the economic situation. Based on the obtained results, it is possible to state that the Parkinson's disease is not only a physical illness, as it strongly affects the mental and social site of the patient as well.

This work brings a unified view on the topic of Parkinson's disease and its impact on the everyday life of the patient. This work can be used by anyone, who wants to obtain more thorough idea on the ordinary life of the patient diagnosed with Parkinson's disease and his/her needs.

Key words

Parkinson's disease; life quality; human needs; nurse; patient; holistic approach

Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav.....	10
1.1 Parkinsonova choroba	10
1.1.1 Základní charakteristika Parkinsonovy choroby.....	10
1.1.2 Příčina Parkinsonovy choroby	10
1.1.3 Příznaky Parkinsonovy choroby	11
1.1.4 Průběh Parkinsonovy choroby	13
1.1.5 Diagnostika Parkinsonovy choroby	14
1.1.6 Léčba Parkinsonovy choroby.....	15
1.2 Dopad Parkinsonovy choroby na kvalitu života	19
1.2.1 Dopad Parkinsonovy choroby na biologickou stránku nemocného.....	20
1.2.2 Dopad Parkinsonovy choroby na psychickou stránku nemocného	23
1.2.3 Dopad Parkinsonovy choroby na sociální stránku nemocného	25
1.3 Úloha sestry u nemocného s Parkinsonovou chorobou.....	28
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	29
2.1 Cíl práce	29
2.2 Výzkumné otázky.....	29
3 Metodika	30
3.1 Použité metody.....	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	31
4 Výsledky	32
4.1 Základní údaje o informantech.....	32
4.2 Výsledné kategorie.....	33
5 Diskuze	45
6 Závěr	51

7	Seznam použitých zdrojů.....	53
8	Přílohy.....	58

Úvod

Bakalářská práce se zabývá dopadem Parkinsonovy choroby na běžný život nemocných. Je známo, že v současné době existuje řada neurologických onemocnění a mezi jedno z nejčastějších v období pokročilého stáří patří právě Parkinsonova choroba. V době moderní medicíny se stále nenašel lék, který by Parkinsonovu chorobu vyléčil, avšak správnou léčbou lze příznaky choroby zmírnit. Nemocný se v průběhu této choroby setkává s různými překážkami jak v oblasti biologických potřeb, tak v oblasti psychických a sociálních potřeb. Nejčastějším příznakem nemoci je třes, dále se mezi prvními příznaky může vyskytnout svalová ztuhlost a poruchy hybnosti. Pro určení diagnózy je důležitá podrobná anamnéza nemocného, kterou od nemocného získává lékař. Důležitá je i role sestry, která má významný vliv při zlepšování kvality života nemocného a při hospitalizaci vypomáhá nemocnému při každodenních činnostech, včetně podávání léků dle ordinace lékaře. Opomenout nelze ani podporu rodiny a blízkých, kteří nemocnému dodávají sílu a naději.

Teoretická část práce je zaměřena na základní charakteristiku Parkinsonovy choroby, na popis příčin a základních příznaků nemoci a taktéž na její diagnostiku a léčbu. V další kapitole jsou popsány dopady Parkinsonovy choroby na kvalitu života nemocného, kde jsou jednotlivé podkapitoly zaměřeny na dopad nemoci na biologickou, psychickou a sociální stránku nemocného. V poslední kapitole je popsána úloha sestry u nemocného s Parkinsonovou chorobou.

Obsahem empirické části je zmapování životních změn u osob s Parkinsonovou chorobou.

Toto téma jsem si vybrala, protože mě zajímalo, jak tato choroba ovlivňuje životy nemocných a také z důvodu, že jsem se chtěla o Parkinsonově chorobě dozvědět více informací. Během své praxe v průběhu studia jsem se setkala s osobami, které jsou Parkinsonovu chorobou postiženy, a myslím si, že tato nemoc by měla být veřejnosti více známá, jelikož její výskyt stoupá. Je důležité vědět, co Parkinsonova choroba obnáší, jaké jsou její první příznaky a jak probíhá následná léčba, protože tato nemoc může postihnout každého z nás. Vzdělávat by se dle mého názoru měl i zdravotnický personál, aby nemocnému mohla být poskytnuta komplexní a kvalitní péče.

1 Současný stav

1.1 Parkinsonova choroba

1.1.1 Základní charakteristika Parkinsonovy choroby

Parkinsonova choroba představuje jedno z nečastějších neurologických onemocnění v pokročilém stáří (Dahlke, 2014). Seidl (2015, s. 123) definuje Parkinsonovu chorobu jako „*degenerativní progresivní onemocnění, jehož příčinou je postupný zánik buněk produkujících dopamin v substantia nigra*“. Onemocnění postihuje nejčastěji osoby po 50. roce věku, ale projevy prvních příznaků se mohou objevit i dříve. Prevalence onemocnění se s rostoucím věkem mění. Po 50. roce věku je prevalence onemocnění 1 pacient na 1000 obyvatel a po 60. roce věku je to již 1 pacient na 100 obyvatel. Muži bývají chorobou postiženi většinou 1,5krát častěji než ženy (Seidl, 2015). Onemocnění popsal jako první londýnský lékař James Parkinson v roce 1817. Další významnou osobností byl francouzský lékař A. Trousseau, který v roce 1865 dokázal existenci formy Parkinsonovy choroby bez třesu. Jako první popsal zpomalení spontánních pohybů (akineze). Francouzský lékař J. M. Charcot, v roce 1872 vysvětlil fenomén svalové ztuhlosti. V roce 1919 potvrdil K. Konstantin Tret'jakov místo původu nemoci v mozku a poškození substantia nigra. V polovině 20. století došlo k výraznému terapeutickému pokroku Parkinsonovy choroby, kdy po pokusech o léčbu alkaloidy obsaženými v rostlinách z čeledi lilkovitých (atropin, skopolamin), popsali v roce 1960 W. Birkmayer a O. Hornykiewicz úbytek dopaminu v mozku nemocných Parkinsonovou chorobou a dali světu lék zvaný levodopa – prekurzor dopaminu. Pět let před tímto objevem se začala provádět neurochirurgická léčba s cílem odstranit třes. V současné době vycházejí nové studie, které zkoumají příčiny nemoci a nové druhy léčby, které by mohly zpomalit rozvoj nemoci (Bonnet a Hergueta, 2012).

1.1.2 Příčina Parkinsonovy choroby

Parkinsonova nemoc je jedna z nejznámějších nozologických jednotek, které se zahrnují pod označení parkinsonismu (Mačák, Mačáková a Dvořáčková, 2012). Při onemocnění jsou postiženy dráhy extrapyramidálního systému, které pracují nezávisle na vůli a zodpovídají za regulaci svalového napětí, za nenásilné a koordinované pohyby, za regulaci rovnováhy a držení těla (Dahlke, 2014). Podstatou onemocnění je postupný

zánik neuronů, začínající v dospělém věku a pomalu se prohlubující. Postupný zánik neuronů se týká struktury zvané substantia nigra, která se nachází v mozgovém kmeni ve středním mozku (Bonnet a Hergueta, 2012). „*Substantia nigra je součástí bazálních ganglií (základních seskupení nervových buněk pod pláštěm mozkové kůry), zajišťuje vstup nervového vzruchu do těchto seskupení a zásobuje striatum (část bazálních ganglií) dopaminem*“ (Bonnet a Hergueta, 2012, s. 13). Dopamin působí jako neurotransmitter v centrální nervové soustavě, může se vyskytovat i na periférii (Heinz, Klaus a Lutz, 2012). Počet zaniklých buněk produkujících dopamin musí klesnout pod 20 %, aby se onemocnění klinicky projevilo (Seidl, 2008). Další příčiny onemocnění nejsou zcela známé. Na vzniku onemocnění se podílí pravděpodobně více faktorů. Významnou roli hrají zřejmě genetické faktory, které způsobují zvýšenou vnímavost k toxickým látkám v okolním prostředí (Mačák, Mačáková a Dvořáčková, 2012).

1.1.3 Příznaky Parkinsonovy choroby

Mezi základní příznaky Parkinsonovy choroby patří poruchy hybnosti, třes a svalová ztuhlost (Mlýnková, 2010). Tyto tři zásadní symptomy jsou označovány jako tzv. parkinsonská triáda (Bonnet a Hergueta, 2012)

Prvním ze zmíněných příznaků je **třes (tremor)**. Bonnet a Hergueta (2012) tvrdí, že třes nemusí být vždy hlavním příznakem Parkinsonovy choroby, i když se to v jiných literaturách často uvádí. Přesto se třes obvykle projevuje. Třes u nemocných s Parkinsonovou chorobou je pomalý a jeho frekvence je 4–8 oscilací za sekundu. Nejvýraznější je na akrálních segmentech končetin. Typický je klidový třes. Nejčastěji se třes objevuje na prstech rukou, připomíná počítání mincí nebo hnětení kuličky z chleba (Pfeiffer, 2007). Třes na akrech horních končetin mizí ve spánku. Mimo třesu na prstech rukou lze pozorovat i třes hlavy, jazyka a dolních končetin (Seidl, 2008). Třes hlavy není tak častý jako třes prstů a napodobuje pohyb, jako když s něčím nesouhlasíme. Při záměrném cíleném pohybu se třes zmenšuje nebo i mizí. Třes u Parkinsonovy choroby se také někdy nazývá jako třes akinetický, protože nehybnost třes zvětšuje. Pfeiffer, (2007) k tomuto dále uvádí, že i velký klidový třes během pohybu ustává nebo se alespoň zmenšuje, což je opak intenčního třesu, který je typický u roztroušené sklerózy mozkomíšní a většinou se přisuzuje mozečkové poruše.

Druhým zmíněným příznakem je **svalová ztuhlost (rigidita)**. Svalová ztuhlost způsobuje u nemocných s Parkinsonovou chorobou křeče, bolesti ve svalech a bolesti v kloubech. Kontrakce svalů způsobují omezení hybnosti v kloubech (Mlýnková, 2010).

Rigiditu lze pozorovat u pacientů v uvolněné poloze, když jim pohneme klouby (Bonnet a Hergueta, 2012). Při vyšetření se rigidita projevuje plastickým odporem při pokusu rychle pasivně protáhnout zkrácený sval. Větší svalové napětí se objevuje na axilárním svalstvu a všeobecně na flexorech. U rigidity se také objevuje fenomén ozubeného kola, kdy pohyb je opakovaně přibrzděn (Pfeiffer, 2007). Osoba postižena rigiditou nejčastěji popisuje ztuhlost jako pocit strnulosti, svalového napětí, svalové či šlachové bolesti. „*Rigidita, která přispívá k motorickým potížím, s postupujícím vývojem pak k ohnutí končetin a celkově k ohnutému držení šíje a trupu, je hlavním příznakem nemoci*“ (Bonnet a Hergueta, 2012 s. 20).

Posledním základním příznakem jsou **poruchy hybnosti (akineze)**. Dle Bonnet a Hergueta (2012) je akineze hlavním projevem nemoci, ale nejméně známým. Vyskytuje se u nemocných s Parkinsonovou chorobou na různé úrovni. Akineze se projevuje zpožděním při zahájení a při vykonávání pohybu – bradykineze, hypokineze (Bonnet a Hergueta, 2012). Pohybové omezení v průběhu nemoci vzrůstá. Počáteční zpomalení vede později k postupnému zhoršování výkonu každodenní činnosti a vzniká tzv. akinetický freezing (zmrznutí). Akinetický freezing jsou náhlé pohybové blokády zejména při chůzi, která má měnit směr nebo projít nerovným či úzkým prostorem (Pfeiffer, 2012). Osoba nemocná Parkinsonovou chorobou popisuje akinezi jako slabost, únavu, pomalost nebo neschopnost vykonat nějaký pohyb či více pohybů najednou. Akineze se týká zejména pohybů, které vyžadují zručnost. Problém nastává například při zavazování tkaniček u bot, při zapínání knoflíků nebo při hledání drobných peněz v peněžence. Časným projevem akineze je zhoršení písma „mikrografie“. Písmena se v průběhu psaní zmenšují. Když nemocný psaní přeruší, zvětší se písmo do normální velikosti (Bonnet a Hergueta, 2012). Další ztráta sdružených pohybů se projeví v mimice. Tzv. maskovitá tvář je bez mimických pohybů (Pfeiffer, 2012). Obličej vypadá jako maska, což je důsledek zpomalené funkce svalů obličeje. Na nemocném nejsou vidět žádné emoce, jako jsou strach, radost, pláč, úsměv. Tvář nemocných je často pokryta nadměrnou tvorbou kožního mazu. Dalším projevem poruchy sdružených pohybů je i porucha řeči, kdy je řeč pomalejší a méně srozumitelná. U nemocných se objevuje zvýšené slinění, poruchy polykání, hlas je tichý a monotónní. Někdy nejsme schopni rozumět, co nám pacient říká (Mlýnková, 2010). V pokročilejším stádiu onemocnění ztrácí nemocný schopnost koordinovat pohyby. Nemocný má problém vstát ze židle nebo se otočit v lůžku. Když se chce nemocný rozejít nebo vykonat složitější pohyb, musí na pohyb myslet, jako by ho dělal poprvé.

Zvláštnost je, že parkinsonikům se daří spíše rychlejší chůze o malých krůčcích nebo běh. Snáze jezdí např. na kole, protože pohyb vychází z flekčního postavení. Dle Pfeiffera (2007) jsou zvláštní paradoxní kineze, které jsou spojeny s emocionálním stavem negativního či pozitivního vzrušení. Slezáková (2014) popisuje paradoxní kineze jako zvláštní příznak, kdy nemocný, i přesto, že je nepohyblivý, je náhle schopen prudších pohybů při strachu, úzkosti či radosti (Slezáková, 2014). Například při poslouchání oblíbené hudby, je nemocný schopen provádět složité taneční kroky, ale po skončení hudby pohybová volnost mizí. Nemocní byli dlouhou dobu podezříváni z toho, že pohybové obtíže předstírají (Pfeiffer, 2012). Při akinezi hrají velkou roli vnější podněty z okolního prostředí, jelikož akinezi lze z části vyrovnávat smyslovými signály. Prostor, kde se nemocný pohybuje, je velmi důležitý a rušivé jsou překážky, jako je nízký nábytek, průchod dveřmi nebo slabé osvětlení. Sluchové podněty mohou také narušit pohyb, například když na nemocného někdo při chůzi mluví (Bonnet a Hergueta, 2012). V pokročilejším stádiu nemoci se objevují různé vazomotorické pocity, jako jsou chlad nebo pocit horka na končetinách, dysestezie, parestezie, zažívací bolesti a vegetativní obtíže (Pfeiffer, 2012).

Příznaky, které jsme v této podkapitole popsali, patří mezi tři hlavní příznaky Parkinsonovy choroby. Existují i vedlejší příznaky, ale ne tak známé. Sláma, et al. (2007) řadí mezi vedlejší příznaky Parkinsonovy choroby syndrom neklidných nohou, mentální dysfunkci a akatizi. Raboch et al. (2013) popisují akatizi jako pocit vnitřního neklidu (nucení k chůzi, přešlapování).

1.1.4 Průběh Parkinsonovy choroby

Roth et al. (2009) popisují časový rozvoj nemoci jako velmi individuální. Průběh onemocnění závisí na celé řadě faktorů a pouze některé se dají ovlivnit. Tvrdí, že vývoj projevů nemoci výrazně ovlivnila léčba, protože bez ní v minulosti nemocní umírali na komplikace celkové nehybnosti, neschopnosti příjmu potravy a dalších. Bonnet a Hergueta (2012) popisují ve své literatuře, že nemocný Parkinsonovou chorobou prochází čtyřmi vývojovými fázemi onemocnění, kdy první fáze zahrnuje první příznaky nemoci, nemocnému je oznámena diagnóza a začíná prožívat první rok s nemocí. Tato fáze se nazývá fází adaptační. Druhá fáze, která je někdy nazývaná jako „líbánky“, představuje tzv. klid po bouři. Nemocnému se díky léčbě vrátil život do starých kolejí. Tato fáze se nazývá fází vyrovnanosti. Třetí fáze je nazývaná fází

fluktuace hybností, kdy je u nemocného narušená celková rovnováha a přicházejí různé změny např. pohybové problémy. Poslední fáze je popisována jako fáze invazivní, kdy je nemocný nucen čelit znevýhodnění souvisejícímu s rozvojem axiálních příznaků, které se projevují hlavně obtížnou chůzí (Bonnet a Hergueta, 2012).

Roth et al., (2009) ve své literatuře popisuje průběh nemoci třemi fázemi. První fáze je nazývána jako počáteční stádium nemoci, kdy se nemoc rozvíjí pomalu od počátečních necharakteristických projevů. Dle autora pacienti v tomto stádiu uvádějí různé nespecifické potíže, jako jsou změny nálad, kloubní a svalové bolesti, zácpa, poruchy čichu a jiné. I objevení typičtějších příznaků nemusí vést k podezření, že nemocný trpí Parkinsonovou chorobou. Typické příznaky onemocnění se objeví až za několik měsíců nebo i roků. V této fázi dochází k určení diagnózy. Druhá fáze je nazývána jako rozvinutá nemoc a komplikace odpovědi na léčbu. Nemocnému je nutné s postupem času zvyšovat dávky léků, aby byl udržen jejich účinek na hybnost. V průměru po pěti až osmi letech se začínají objevovat pozdní komplikace, jelikož se odpověď na léčbu začne měnit. I když se na těchto komplikacích podílí léčba, hlavním faktorem vzniku je postup základního chorobného procesu. Třetí fází je pozdní stádium nemoci, kdy dochází k horšení základních příznaků nemoci a k rozvoji dalších projevů Parkinsonovy choroby. Vývoj hybných, vegetativních, případně i psychických pozdních komplikací, může výrazně ovlivňovat soběstačnost pacienta (Roth et al., 2009).

Oproti tomu Berlit (2007) ve své literatuře popisuje 5 stádií Parkinsonovy choroby. V této literatuře se navíc objevuje stadium č. 5, kdy je dle autora nemocný odkázán na kolečkové křeslo nebo upoután na lůžko se závislostí na druhé osobě. Roth et al. (2009) uvádí, že se průběh onemocnění může u jednotlivých pacientů značně lišit. Nikoli jen různou rychlostí rozvoje, ale také věkem počátku nemoci, rozdílným vyjádřením příznaků, rozdílnou reakcí na léčbu atd.

1.1.5 Diagnostika Parkinsonovy choroby

Při určení diagnózy je důležitý sběr anamnézy pacienta, kdy lékař zjišťuje základní projevy nemoci a ptá se na průběh onemocnění. Dále lékaře zajímají prodělaná onemocnění, ostatní doprovodné symptomy, různá traumata, záněty nebo prodělané operace (Hehlmann, 2010). Parkinsonova choroba je klinicky pravděpodobná, jestliže jsou přítomny dva ze tří základních příznaků. Dále má-li onemocnění plynule progresivní průběh, nebo nejsou nalezeny další příznaky, které by svědčily pro jiné

onemocnění a není-li prokázána jiná choroba, která by mohla vyvolávat parkinsonský syndrom (Bednařík et al., 2010).

Velmi důležitým kritériem pro určení diagnózy je příznivý účinek léčby L-DOPA, případně agonisty dopaminu (Seidl, 2008). V případě, že dojde po podání levodopy nebo agonisty dopaminu k ústupu motorických příznaků, znamená to, že je Parkinsonova choroba velmi pravděpodobná. U nemocného, který nebyl ještě léčen L-DOPA, lze považovat za test vlastní nasazení léčby, které se provede tak, aby pokud možno nedošlo k vedlejším nežádoucím účinkům. Při postupném zvyšování dávky by se mělo dosáhnout očekávaného efektu. V případě, že nedojde ke zlepšení stavu po čtyřtýdenním podávání L-DOPA, je nutno pochybovat o diagnóze Parkinsonovy choroby. U nemocného s anamnesticky nejasnou reakcí na dopaminergní léčbu se L-DOPA test provádí po přechodném vysazení všech antiparkinsonik (pokud jsou podávána) po dobu nutnou k tomu, aby se stav hybnosti nemocného výrazně zhoršil (z pravidla k tomu stačí 12 hodin). Před vlastním provedením testu je pacient zpremedikován domperidonem, aby bylo zabráněno periferním vedlejším účinkům L-DOPA (Bednařík et al., 2010). Domperidon je lék, který se využívá ve vnitřním lékařství ke zlepšení činnosti žaludku a střev (Roth et al. 2009). Před podáním L-DOPA je vyšetřen stav motoriky, který se dále vyšetřuje po nástupu účinku léků (cca za 30–45 minut). Stav motoriky se vyšetřuje opakovaně pomocí příslušné stupnice, která hodnotí stupeň hypokineze, rigidity, třesu a dalších projevů Parkinsonovy choroby. Zdali se motorické skóre po podání L-DOPA zlepší o více než 25 %, výsledek je považován za pozitivní. Test L-DOPA se provádí nalačno (Bednařík et al., 2010).

Mezi pomocná vyšetření, která se provádí při diagnostice Parkinsonovy choroby jsou řazeny laboratorní vyšetření, počítačová tomografie (CT), elektroencefalografie (EEG vyšetření), sonografie krčních tepen a nukleární magnetická resonance (Parkinson – Help z.s., 2017). Dle Slezákové (2014) je Parkinsonova choroba diagnostikována pomocí podrobné anamnézy, provedením fyzikálního vyšetření, biochemického vyšetření krve, CT, MRI, EMG, PET scan (pozitronová emisní tomografie) a hodnocením motorických a kognitivních funkcí nemocného v pravidelných intervalech.

1.1.6 Léčba Parkinsonovy choroby

Léčba Parkinsonovy choroby je pouze symptomatická, jelikož léčba vlastního onemocnění nebyla doposud nalezena. Léčba je tedy zaměřena na symptomy

nemocného a na minimalizaci jeho invalidizace (Fuller, 2008). Roth et al. (2009) uvádí, že k optimálnímu léčebnému působení u Parkinsonovy choroby nestačí užívat jen léky. Léky sice zmírňují chorobné projevy nemoci, ale nedokážou samy o sobě navrátit ztracené funkční schopnosti. Léčbu je třeba kombinovat s několika možnostmi. Nedílnou součástí léčebné péče o nemocného s Parkinsonovou chorobou jsou režimová opatření, rehabilitace, pohybová reedukace a také neurochirurgická léčba, která může pomoci v případech, kdy jsou jiné postupy léčby méně účinné (Roth et al. 2009). Dle Bednařika et al. (2010) by měla konkrétní strategie léčby daného pacienta odpovídat individuálním okolnostem, jako jsou věk, celkový stav nemocného, tíže postižení, aktivita nemocného, potřeba symptomatické úlevy a tolerance pro nežádoucí účinky.

Farmakoterapie

Dle Slezákové (2014) se v počátečních stádiích Parkinsonovy choroby podává selegilin (Jumex, Sepatrem), který stimuluje dopaminergní receptory, ale klinické příznaky neovlivňuje. Autorka uvádí, že lék je možné kombinovat s antiparkinsoniky – L-DOPA (levodopa) prekurzorem dopaminu. Lék účinkuje hlavně na dva základní příznaky, rigiditu a hypokinezi (Slezáková, 2014). Vlček et al. (2014) uvádí, že základem farmakologické léčby Parkinsonovy choroby jsou dopaminergní léky jako jsou L-DOPA (levodopa) a dopaminergní agonisté (Vlček et al. 2014).

Levodopa je nejúčinnějším lékem při léčbě Parkinsonovy choroby (Rektor, 2009). Vzhledem k tomu, že při Parkinsonově chorobě je v centrálním nervovém systému nedostatek dopaminu, je třeba dopamin substituovat. Jelikož dopamin neprostupuje hematoencefalickou bariérou, podává se jeho prekurzor levodopa, který jako aminokyselina bariérou prostoupí a poté je dekarboxylován na dopamin (Lüllmann, 2007). Lék je doporučováno užívat půl hodiny až hodinu před jídlem nebo po jídle, z důvodu aminokyselin přítomných v potravě. Levodopa je lék, který je většinou dobře snášen. Mezi jeho nežádoucí účinky patří například nevolnost, ortostatická hypotenze a vzácně se mohou objevit benigní supraventrikulární extrasystoly. Léčba je obvykle zahájena dávkou 50 mg levodopy jednou denně. Dávka léku je postupně zvyšována na dávku 200–300 mg za den ve dvou až třech dávkách. V pokročilých stádiích se dávka zvyšuje. Pro kontrolu dávek léků je dobré mít zavedený deník, do kterého se zaznamená klinický stav nemocného a podaná medikace (Rektor, 2009). Existují tři formy levodopy. Standardní forma s okamžitým uvolněním léčebné látky, rozpustná forma, kdy se levodopa ředí ve vodě, jelikož se lépe vstřebává a třetí formou je forma

s prodlouženým uvolňováním. Tyto tři formy lze kombinovat (Bonnet a Hergueta, 2012).

Do základní farmakologie patří také **agonisté dopaminu**. Bonnet a Hergueta (2012) popisují agonisty dopaminu jako látky, které přímo stimulují dopaminergní receptory podobně jako dopamin. Je prodloužena doba jejich působení a stimulace dopaminergních receptorů je stabilnější (Bonnet a Hergueta, 2012). V dnešní době existuje celá řada těchto látek, například pramipexol (Mirapexin) a ropinirol (Requip). Hlavní indikací k podávání agonisty dopaminu jsou komplikace u pacientů, kteří procházejí pokročilejším stádiem Parkinsonovy choroby. Další indikací je podávání agonisty v časném stádiu onemocnění, jelikož účinek agonisty nastupuje pomaleji a někdy nebývá tak vydatný. Velkou výhodou je, že při počáteční léčbě agonistou dopaminu se oddaluje potřeba léčby levodopou a snižuje se výskyt pozdějších komplikací. Kombinace agonisty s levodopou tlumí kolísání stavu hybnosti a umožňuje snížit dávky levodopy. Kontraindikací k užívání agonisty dopaminu je glaukom s uzavřeným úhlem (Roth et al. 2009). Mezi nežádoucí účinky při léčbě agonisty dopaminu je řazeno riziko vzniku psychotických projevů, zvýšená denní spavost, náhlá usnutí při různých činnostech nebo úporné otoky dolních končetin (Růžička, 2009).

V neposlední řadě je důležité zmínit inhibitory COMT, které se využívají jako přídatek k levodopě u pacientů s fluktuacemi pohybů (Bednařík et al. 2010). Dle Bonnet a Hergueta (2012) jsou inhibitory COMT látky, které snižují působení enzymu COMT, podílí se na degradaci levodopy a tím zvyšují dostupnost dopaminu pro mozek.

Rehabilitace

Dle Bednaříka et al. (2010) jsou nedílnou součástí léčby Parkinsonovy choroby režimová opatření, rehabilitace, cvičení a pohybová reedukace. Cílem těchto postupů je aktivní potlačení příznaků, které mohou být překonány, dále úprava režimu a tvorba náhradních stereotypů pro funkce, které se navzdory léčbě nepodaří plně obnovit (Bednařík et al. 2010). Rektor (2009) uvádí, že fyzioterapie, zejména cvičení je nedílnou součástí léčby u nemocných s Parkinsonovou chorobou. Tvrdí, že cvičení je vhodné provádět pod vedením terapeuta, ale nejdůležitější je v něm nepřestávat a trvale pokračovat. Odborně vzdělaný personál nemůže dovolit nemocnému, aby se přestal hýbat (Rektor, 2009). Fyzioterapie má místo pro nemocné s Parkinsonovou chorobou ve všech stádiích nemoci. Cílem fyzioterapie je zlepšení kvality života nemocného (Puršová a Roth, 2014). Dle Hoskovcové (2010) zlepšení kvality života nemocného

představuje především zvýšení nebo udržení soběstačnosti, zlepšení dýchání a celkové fyzické kondice. Fyzioterapii lze rozdělit do tří fází podle vývoje nemoci (Hoskovcová, 2010). V časně fázi nemoci je cvičení zaměřováno na zlepšení výkonnosti kardiovaskulárního, nervového i muskuloskeletálního systému, na správné držení těla a na správný stereotyp dýchání. Fyzioterapeuti pomáhají zlepšovat celkovou kondici pacienta. Nemocnému jsou doporučovány různé pohybové aktivity. Velmi důležité je motivovat nemocného k pohybu. Ve střední fázi nemoci je cvičení zaměřeno na korekci vadného držení těla. V této fázi se také objevuje porucha funkce ruky, jako je zhoršení úchopu, manipulace s předměty nebo zhoršení jemné motoriky. Nácvik těchto činností lze provádět s ergoterapeutem. Dále dochází k poruše funkce rovnováhy, kdy je cvičení zaměřeno na bilanci. Nemocný je učen různým pohybovým strategiím, ke zlepšení daného pohybu. V pozdní fázi se fyzioterapeuti věnují udržení pohyblivosti pacienta a snaží se zabránit vzniku druhotných komplikací. V této fázi je největším úkolem fyzioterapeuta motivovat nemocného k pohybu a motivovat jeho rodinu ke spolupráci (Puršová a Roth, 2014). Dle Hoskovcové (2010) fyzioterapie u nemocných zahrnuje fyzioterapeutické postupy prováděné individuálně, formou skupinového cvičení. Dále může být prováděna vodoléčba nebo ergoterapie, kde fyzioterapeut ve spolupráci s ergoterapeutem radí nemocnému, jak si přizpůsobit domácí a pracovní prostředí (Hoskovcová, 2010).

Neurochirurgická léčba

Dle Bareše (2010) je neurochirurgická léčba (funkční stereotaktická operace) indikovaná u části pacientů s pozdními komplikacemi, u nichž došlo k vyčerpání jakékoli medikamentózní léčby. Bednařík (2010) popisuje stereotaktickou operaci jako techniku, která umožňuje velmi přesné zasažení struktur v hloubi lebky na základě vyšetření zobrazovacími metodami a zaměřením pomocí souřadnicového systému. Mezi nejpoužívanější neuromodulační techniku patří hloubková mozková stimulace, z důvodu nízkého výskytu vedlejších účinků a komplikací (Bednařík, 2010). Hloubková mozková stimulace (deep brain stimulation – DBS) je díky stereotakticky zavedeným elektrodám do bazálních ganglií nejúčinnější metodou pro léčbu hybných symptomů a komplikací léčby u nemocných v pokročilém stádiu onemocnění (Rektor, 2009). Hlavním cílem pro zavedení elektrody je subthalamické jádro, jehož stimulací lze potlačit hlavní příznaky Parkinsonovy choroby. Dalším cílem je jádro vnitřního palida, při jehož stimulaci dochází k zmírnění jak základních příznaků, tak i polékových

komplikací Parkinsonovy choroby. Léčba DBS může vést k návratu těžce postižených nemocných do běžného života (Roth et al. 2009).

1.2 Dopad Parkinsonovy choroby na kvalitu života

V této kapitole se zaměřujeme na dopad Parkinsonovy choroby na kvalitu života a na změny potřeb nemocného. Pro lepší pochopení problému nejprve vysvětlíme, co to kvalita života a lidské potřeby jsou.

Kvalita života je dle Čevely et al. (2012) předmětem zájmu medicíny, psychologie, ekonomiky, politologie a dalších věd. Pozornost byla v minulosti zaměřena na odstraňování a zmírňování útrap nemocných a chudých, později byla zkoumána spokojenost člověka s prací a nyní je zaměřená pozornost na měření a analýzu životní pohody a štěstí (Čevela et al., 2012). Gurková (2011) tvrdí, že kvalita není absolutní, ale relativní kategorií, jelikož může být vyjádřena kvalitativními a kvantitativními indikátory. Kvalitativní indikátory vycházejí z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje, zatímco indikátory kvantitativní jsou objektivní a měřitelné (Gurková, 2011). Šamánková et al. (2011) ve své literatuře popisují kvalitu života jako zcela individuální pojem. Autoři ve zmíněné publikaci popisují, že holistický přístup ke kvalitě života demonstruje model, který byl sestaven Centrem pro podporu zdraví Torontské univerzity. Model je opřen o tři základní životní domény – být, náležet a realizovat se (Šamánková et al. 2011).

Kvalita života úzce souvisí s lidskými potřebami. Dle Šamánkové et al. (2011) je lidská potřeba stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Při naplnění potřeby dochází k vyrovnání a obnovení změněné rovnováhy v organismu. Autoři tvrdí, že potřeby jsou nutné, užitečné a velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života. Množství a intenzita potřeb závisí na různých faktorech. Jedná se například o pohlaví a věk jedince, o kulturní a společenskou úroveň, o prostředí, ve kterém jedinec vyrůstal nebo ve kterém žije (Šamánková et al., 2011). Kelnarová et al. (2009) uvádějí, že o vytvoření hierarchie potřeb se zasloužil americký psycholog A. H. Maslow. Dle něho má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádaný. Motivy jsou uspořádány dle naléhavosti jejich uspokojení. Toto uspořádání zaručuje to, že

neuspokojené potřeby, které jsou hierarchicky nižší, převládnu nad potřebami hierarchicky vyššími. Pouze když je uspokojena potřeba, která je hierarchicky nižší, přijde na řadu potřeba, která je hierarchicky vyšší (Kelnarová et al., 2009). Kalvach et al. (2011) popisují pyramidu potřeb dle A. H. Maslowa, kde jsou potřeby seřazeny od nejnižších po nejvyšší. Jako první (tedy nejnižší potřeby) uvádí potřeby biologické a fyziologické (potřeba potravy, nápojů, spánku, odpočinku atd.) Jako druhé uvádí potřebu jistoty a bezpečí, ochrany, péče, pomoci. Třetí v pořadí je potřeba přátelských vztahů, lidské sounáležitosti a lásky. Ve čtvrtém pořadí je to potřeba úcty, potřeba uznání a kladného ocenění. Nejvyšší místo v žebříčku pyramidy potřeb zaujímá potřeba realizovat se, být produktivní či splnit svůj životní úkol apod. (Kalvach et al., 2011).

1.2.1 Dopad Parkinsonovy choroby na biologickou stránku nemocného

Dle Šamánkové et al. (2011) vyplývají biologické potřeby z podstaty člověka jako živé bytosti. Mezi ně patří například potřeba potravy, tekutin, hygieny, oblékání, spánku (Šamánková et al., 2011). Základním každodenním úkolem je snaha o co největší soběstačnost pacienta. Stejně důležité jako léčba je pro pacienta naučit se s nemocí žít a bojovat proti tělesným i duševním obtížím (Roth et al., 2009). Jak nastínil předchozí text, je Parkinsonova choroba spojena s omezením pohybu, s čímž souvisí i stránka soběstačnosti nemocného. Jak uvádí Roth et al. (2009), je nutno počítat s tím, že každý výkon (oblékání, hygiena, jídlo atd.) zabere pacientovi větší množství času, jelikož není schopen pohybovat se stejně rychle jako zdraví jedinci (Roth et al., 2009).

Parkinsonova choroba působí negativně na **mobilitu** nemocného. Dle Rotha a Růžičky (2014) patří mezi klasické projevy nemoci nejistota ve stoji, při chůzi a pády. V této oblasti má veliký význam fyzioterapie a pohybová reedukace. Část nemocných Parkinsonovu chorobou také trpí náhlými zárazy uprostřed prováděného pohybu (tzv. freezing). K tomuto dochází nejčastěji při chůzi, kdy si nemocní stěžují na pocit přimrznutí nohou k podlaze (Roth a Růžička, 2014). S ohledem na uvedené problémy v oblasti pohybu se jako aktuální nabízí otázka využívání kompenzačních pomůcek, se kterými se nemocný bude cítit bezpečněji. Baláž (2013) uvádí, že při poruchách rovnováhy a chůze lze doporučit kompenzační pomůcky, jako jsou hole, chodítka či zvýšená sedátka na toaletu. Lze doporučit i další pomůcky, které jakýmkoliv způsobem zlepšují kvalitu života nemocných (Baláž, 2013). Dle Rotha a Růžičky (2014) by z obvyklých tras pacienta měly být odstraněny předměty, které lze snadno shodit či převrhnout. Prostor by měl být dostatečně široký, koberce by měly být odstraněny

nebo připevněny, případně vybaveny protiskluzovou fólií a neměly by být příliš vysoké a měkké (Roth a Růžička, 2014). Dle Schwarze (2012) by věci denní potřeby, ručníky, nádoby, léky, mycí potřeby apod. měly být uloženy v úrovni mezi pasem a výškou očí. Nemocný se tím vyvaruje natahování nebo ohýbání, kdy by mohl upadnout. Ke zmírnění napětí při ohýbání či sklánění je možné využívat tzv. podavače (Schwarz, 2012).

V důsledku hybného postižení vzniká řada dalších problémů. Jedním z hlavních problémů, který souvisí s pohybem, je **oblékání**. Z důvodu pohybové zpomalenosti společně s třesem a zhoršením jemných pohybů prstů, je při oblékání hlavním problémem zapínání knoflíků. Vhodné je vyměnit knoflíky za větší či používat tzv. suché zipy (Roth et al. 2009). Dle Schwarze (2012) je třeba oděvy přizpůsobit zdravotnímu stavu nemocného. Oděvy, s nimiž má nemocný při oblékání problémy, vyměnit za oděvy jednodušší a ve větší velikosti (Schwarz, 2012). Puršová a Roth (2014) doporučují vyhýbat se příliš těsnému oblečení, zapínání na zádech, šněrovacím botám a knoflíkům. Snadnější zapínání či rozepínání zipu umožní kroužek do jezdce. Domácí obuv by měla být pevná přes patu a vzdušná. Venkovní obuv by se měla lehce nazouvat, měla by být měkká a pohodlná. Při obouvání je vhodné využít lžičky na obuv (Puršová a Roth, 2014).

Další biologickou potřebou, se kterou mají nemocní obtíže, je **spánek**. Dle Bonnet a Hergueta (2012) jsou poruchy spánku přítomny u tří čtvrtin nemocných. Nespavost souvisí především s pohybovými obtížemi. Akineze přináší obtíže s přetočením na lůžku, k tomu se přidává ztuhlost, dystonie (mimovolní stahování svalů) a křeče. Ranní dystonie vzniká následkem velkého časového odstupu od poslední večerní dávky dopaminergních léků. Nemocný s Parkinsonovou chorobou někdy prožívá při spánku potíže s velkou úzkostí. Úzkosti mohou být původem skutečných strachů ze spánku, se kterými se nemocný snaží bojovat neustálým dožadováním pocitu bezpečí od svého okolí, konkrétně žádá o otočení, o pomoc se pohnout apod. Parkinsonova choroba negativně ovlivňuje nejen spánek nemocného, ale i jeho blízkých (Bonnet a Hergueta, 2012). Dle Rotha et al. (2009) mohou mít nemocní problémy s nespavostí, obtížně usínají a brzy se budí. Někteří pacienti se v noci budí a následně propadají stavu úzkosti a zmatenosti, kdy nevědí, kde jsou (senzorická deprivace). Výrazné obtíže nastávají u některých pacientů po probuzení, kdy se nemohou z lehu posadit a postavit. V těchto případech obvykle pomáhá pevný kus nábytku u lůžka, o který se může nemocný zapřít. Výhodná může být i instalace madla vedle lůžka. Důležitá je také výška lůžka. Vhodná

výška je taková, kdy při posazení dolní končetiny nemocného dosáhnou v pravém úhlu na podlahu (Roth et al., 2009).

Na základě výše uvedených informací je pochopitelné, že se mohou problematickými stát i další oblasti sebeobsluhy, jako je například **osobní hygiena**. Obdobně, jako je tomu u oblékání, zabere i tato oblast nemocnému více času. Roth a Růžička (2014) uvádějí, že s ohledem na problém s jemnou manipulací s kartáčkem na zuby je vhodné používat kartáček elektrický, totéž platí i o elektrickém holicím strojku (Roth a Růžička, 2014). S ohledem na výše popsané lze taktéž v oblasti hygieny předpokládat, že mohou být nápomocny různé pomůcky jako například madla, protiskluzová podložka, sedátko do vany apod.

V oblasti biologických potřeb nelze opomenout též potřebu **jídla a pití**. I přesto, že u Parkinsonovy choroby není stanovena žádná zvláštní dieta, je důležité přijímat vyvážené a energeticky hodnotné jídlo. Je doporučováno jíst menší množství potravy ve více porcích. U nemocných je velmi častý pocit suchosti v ústech, který může být způsoben i některými léky. Někteří nemocní mohou trpět nechutenstvím. Nechutenství může být často způsobeno depresí, kterou je nutno léčit (Dostál, 2010). Problém s nechutenstvím může vést u nemocného k malnutrici a celkovému zhoršení zdravotního stavu (Dostál, 2013). Běžným a velmi obtížným problémem bývá zácpa. Na zácpu je dobrá tzv. vysokozbytková strava (zelenina, ovoce, obilniny). Vhodná může být i citrónová šťáva, švestkový kompot či švestková šťáva. Důležitý je dostatečný příjem tekutin, tj. 1,5 až 2 litry tekutin denně (Roth et al., 2009). Dle Kaniové et al. (2014) má až 80 % nemocných s Parkinsonovou chorobou poruchy polykání (dysfagie). Také je důležité zmínit, že vzhledem k poruchám koordinace horních končetin je typické, že nemocný není schopen se sám najíst. Dále bývá problémem udržení a transport potravy v ústech a následné bezpečné polknutí tak, aby nedošlo ke vdechnutí stravy. Z důvodu nedostatečného retního uzávěru dochází k tomu, že nemocným často jídlo, tekutiny či sliny vypadávají z úst - drooling (Kaniová et al., 2014). Dle Rotha et al. (2009) je třeba dbát na to, aby nemocný seděl při jídle vzpřímeně s nepokleslou hlavou. Vhodnou formou stravy jsou husté polévky či kaše, které se lépe polykají. Pro nemocného, který má výraznější třes rukou je lepší stravovat se lžící než vidličkou a na pití používat brčko či uzavřený hrníček. Stravování a stolování obecně zabere nemocnému více času než zdravé osobě. Je důležité dát nemocnému více času a nenechávat ho u stolu samotného, cítí se vyřazen ze společnosti a může se prohloubit pocit izolace (Roth et al., 2009).

V neposlední řadě otevřeme oblast **sexuálních potřeb**. Bonnet a Hergueta (2012) uvádějí, že se sexuálními problémy se častěji setkávají muži. Problémy se vyvíjejí paralelně s nemocí a doprovázejí je deprese (Bonnet a Hergueta, 2012). Část problémů může vzniknout na základě poruchy hybnosti nemocného. U mužů se může projevit porucha erekce. Pro partnery bývá problém změnit svou roli pečovatele či pečovatelky v roli milence či milenky (Roth et al., 2009). Vzrušením se zvyšuje intenzita třesu. Maskovitou tvář nemocného si mohou partneři vykládat jako nedostatek sexuálního zájmu. Vegetativní projevy (slinění, nadměrné pocení) mohou přispívat k nízkému sebevědomí a jsou partnery vnímány jako nepřitažlivé. Poruchy spánku v souvislosti s motorickými a vegetativními příznaky mohou být důvodem, proč spí páry odděleně (Kotková a Weiss, 2010). Roth et al. (2009) se domnívají, že část obtíží způsobuje stres, deprese, nejistota, rozpaky a jen menší část způsobuje nemoc. Sexu je vhodné se věnovat v době nejlepší hybnosti a pohody nemocného (Roth et al., 2009).

1.2.2 Dopad Parkinsonovy choroby na psychickou stránku nemocného

Mandincová (2011) uvádí, že dlouhodobá nebo nevyléčitelná nemoc rozbíjí dosavadní způsob života nemocného, vystavuje ho novým problémům či klade zvýšené nároky na adaptaci. Závažné onemocnění představuje jednu z největších životních zátěží, která nějakým způsobem ovlivní psychiku nemocného (Mandincová, 2011). Mimo hybného postižení, které se na kvalitě života nemocných podílí, mohou větší význam hrát nemotorické symptomy, zejména psychické faktory jako deprese, psychotické symptomy či kognitivní deficit (Rektorová, 2007).

Psychické problémy se u nemocných s Parkinsonovou chorobou objevují často, a to již v časných fázích onemocnění. Jedná se především o **deprese**, které jsou popisovány jako pocity nepřiměřeného smutku či zoufalství a jsou kvalitativně odlišné od běžných pocitů zármutku, které každý člověk zná. Mezi znaky deprese patří i pocit beznaděje, pocit úzkosti, podceňování se, viny apod. Mohou se také projevovat celkovou skleslostí, nadměrnou únavou, poruchami spánku, poruchou příjmu potravy a dalšími příznaky, které k depresi může přiřadit jen lékař (Roth et al., 2009). Dle Dostála (2013) mezi hlavní příznaky deprese patří především ztráta zájmu a potěšení z vykonaných aktivit, patologická smutná nálada, pokles energie. Tato patologická nálada má trvat alespoň dva týdny. I přes dobře kompenzovaný hybný stav se nemocný cítí nevykonný a unavený. Deprese podstatně snižuje kvalitu života nemocného (Dostál, 2013). Pozdě rozpoznaná neléčená deprese může vést až k pokusu o sebevraždu či

dokonané sebevraždě (Roth et al., 2009). Opakem deprese jsou **manické syndromy**, které se projevují neklidem, vybuzením či podrážděním, zrychlenou duševní činností a zrychlenou mluvou. Manické syndromy bývají způsobeny hlavně vlivem léků. (Bonnet a Hergueta, 2012).

Jak již bylo výše uvedeno, mezi psychické problémy spojené s Parkinsonovou chorobou patří **psychotické symptomy (psychóza)**. Dle Rektorové (2007) je psychóza definována jako porucha percepce a myšlení. Dle Dostála (2013) jsou psychotické projevy vždy symptomatické, to znamená, že jsou závislé na farmakologické léčbě nebo na přidruženém onemocnění (Dostál, 2013). Počátek psychotických projevů může být pozvolný a nevýrazný, takže může být často přehlédnut. Prvními projevy mohou být jakékoliv změny v průběhu spánku, například neobvyklý obsah snů (živé sny s příjemným dějem, jindy sny děsivé či noční můry). Pokud není léčba změněna včas, mohou se objevit zrakové halucinace (Roth et al., 2009). Dle Bonnet a Hergueta (2012) se častěji objevují halucinace zrakové, mohou ale být i sluchové nebo čichové. Občas se přidává i zmatenost (Bonnet a Hergueta, 2012). Dle Rotha et al. (2009) bývají halucinace často jednotného rázu – cizí osoby v bytě, hmyz a zvířata, která nejsou skutečná, nemocný je však za skutečná považuje. Objevují-li se halucinace, je potřeba vysadit či podstatně snížit určité dávky léků (Roth et al., 2009). Se stupněm závažnosti halucinace závisí i schopnost nemocného je kriticky vnímat. Pokud toho není nemocný schopen, mohou následovat bludy, například blud perzekuční (přesvědčení, že je nemocný pronásledován, sledován, hlídán), blud žárlivosti či blud ruinační (představa, že nemocný nemá prostředky pro svou existenci). Bludy nemusí být součástí halucinací, mohou se vyskytovat i samostatně v důsledku intenzivní úzkosti. Při zmírnění úzkosti bludy mizí (Bonnet a Hergueta, 2012).

Z výše uvedených informací vyplývá, že se mezi další psychické problémy řadí **kognitivní poruchy**. Poruchy rozumových schopností, nazývané jako kognitivní poruchy, bývají u nemocných nejčastěji nenápadné. Existují různé druhy poruch s různou intenzitou (Bonnet a Hergueta, 2012). Dostál (2013) uvádí, že kognitivní poruchy mírného stupně jsou časté již v časném stádiu onemocnění, tehdy však ještě nedosahují stupně demence. Dle Rektorové (2007) mohou v pozdním stádiu nemoci tyto poruchy progredovat do demence u 20–78 % nemocných (Rektorová, 2007). Demence bývá charakterizována jako deficit v alespoň dvou oblastech: orientace, pozornost, verbální schopnost, vizuospaciální orientace (zrakově – prostorová), počítání, exekutivní funkce (samostatné myšlení a jednání člověka), praxe, abstrakce,

úsudek. Tyto uvedené deficity vedou ke snížení intelektuálních schopností a ovlivňují běžné denní činnosti nemocného (Dostál, 2013). S rozvojem demence se snižuje kvalita života, zvyšuje se stres u pečovatele, zkracuje se doba setrvání nemocného v kruhu rodiny a urychluje se umístění nemocného do ústavu s ošetrovatelskou péčí. Demence ovlivňuje dobu přežití nemocného. Riziko demence je u nemocných s Parkinsonovou chorobou 1,7 – 5,9krát vyšší než u běžné populace stejného věku, vzdělání a pohlaví (Rektorová, 2007). Dostál (2013) uvádí, že rizikovými faktory demence jsou vyšší věk v době onemocnění, nízká sociokulturní úroveň a přítomnost deprese. U Parkinsonovy choroby má demence specifické rysy. Neuropsychologickou studií bylo prokázáno poškození všech typů paměti, nejvíce je poškozena pracovní a explicitní paměť, dále verbální a zrková, implicitní a procedurální (Dostál, 2013).

Užívání léků může u nemocných vyvolat **Syndrom poruchy dopaminové regulace**. Dle Rektorové (2007) jde o poruchu chování, která je charakterizována kompulzivním nadužíváním dopaminergní medikace, která má rysy závislosti na psychostimulanciích. Nemocní užívají vysoké dávky medikamentů navzdory přítomnosti těžkých dyskinéz a medikace může vyvolat poruchy nálady (hypománie, manické psychózy). Snížení či vysazení medikace vede k poklesu nálady či k depresi. Syndromem častěji trpí mladí muži. Dalšími rizikovými faktory jsou časný počátek onemocnění, genetická predispozice, farmakologická anamnéza, příznaky deprese (Rektorová, 2007).

U nemocných s Parkinsonovou chorobou se dále můžeme setkat s poruchami plánování, apatií, pomalostí, únavou, úzkostnými poruchami, závislostními poruchami a poruchami chování (Bonnet a Hergueta, 2012). I nejtěžší psychotické stavy, které jsou způsobeny léčbou Parkinsonovy choroby, mají dobrou prognózu a nevedou k trvalým duševním změnám (Roth et al., 2009).

1.2.3 Dopad Parkinsonovy choroby na sociální stránku nemocného

Šamánková (2011) uvádí, že sociální potřeby, které jsou obsaženy v teorii potřeb dle Maslowa, jsou potřeba lásky, sounáležitosti, potřeba někam patřit, být milován a moci někoho milovat. Tyto potřeby jsou důležité i v oblasti potřeb pro kvalitu a naplnění života v nemoci (Šamánková, 2011). Dle Dvořáčkové (2012) má každý jedinec potřebu někam patřit, mít svou roli v rodině, v práci a ve společnosti.

Jak nastínil předchozí text, Parkinsonovou chorobou mohou onemocnět i lidé mladšího věku, kdy onemocnění má největší vliv na rodinnou roli, zaměstnání

a finance. **Volnočasové aktivity a společenský život** musí pokračovat i po stanovení diagnózy. Během prvního roku onemocnění může nemocný reagovat šokem, což vede k určité izolaci. Nemocný má představu, že je lepší se příliš neunavovat, a že mnoho aktivit by mohlo mít škodlivé důsledky na rozvoj nemoci. Jiní se naopak chtějí rozptýlit, znásobují své aktivity a zapomínají na rodinné prostředí. Několik měsíců trvá, než nemocný nalezne určitou rovnováhu, co se týká organizace běžného života (Bonnet a Hergueta, 2012).

Parkinsonova choroba má dopad i na **partnerství**. Partner si musí rozmyslet, zda s nemocným chce nadále setrvat ve vztahu. Některé vztahy končí rozchodem. Rozchod je bolestivý, ale pro nemocného je rozchod lepší než vlekoucí se krize partnerství, s nehezkými doprovodnými jevy, jako je nevěra, ztráta lásky a hádky. Důležité je s partnerem hovořit, je možné, že bude nutné změnit životní cíle a sny (Parkinson – Help z.s., 2017). Bonnet a Hergueta (2012) uvádí, že úkolem okolí nemocného je vypořádat se s diagnózou, která změní jejich životy a plány. Je důležité se nemocnému přizpůsobit a změnit své chování a postoje vůči němu (Bonnet a Hergueta, 2012).

Pokud jsou v rodině přítomny **děti**, může dojít k ovlivnění vztahu mezi jimi a nemocným. Mladší děti se nemoci přizpůsobují snadněji, náctiletí se někdy na oba rodiče zlobí. Za zlobou bývá často schován jejich smutek a přání, aby byl rodič opět zdravý. Před svými přáteli bývají děti rozpačití. Pokud se jedná již o dospělé děti, které již s rodiči nežijí, mohou se též hněvat, protože si neuvědomují závažnost choroby. Tato skutečnost může vést k nereálnému pohledu na dopad nemoci na každodenní život (Parkinson – Help z.s., 2017).

Bonnet a Hergueta (2012) uvádí, že v prvních letech nemoci není s **pracovním omezením** problém až na větší unavitelnost či riziko nižší výkonnosti. V případě zaměstnání hrají roli faktory, které nelze ovlivnit (věk), dále faktory, které lze pravděpodobně ovlivnit (nové profesní zařazení, způsob dopravy do zaměstnání) a faktory, které ovlivnit lze (stres, osobní nasazení). Nemocný mívá ze zaměstnání radost, protože může dokázat, že je schopen pokračovat ve své činnosti. Práce je pro nemocného přínosná a vede k udržení společenského života, nemluvě o příjmech. Není povinností nemocného říci o své nemoci zaměstnavateli, ale je to vhodné z důvodu případné pracovní absence nebo dřívějších odchodů k lékaři (Bonnet a Hergueta, 2012).

Pokud se zdravotní stav zhorší natolik, že nemocný není schopen vykonávat stávající povolání, je třeba zvážit, zda nemocný nemá nárok na **invalidní důchod** (Roth

et al., 2009). Přijít o pravidelný finanční příjem a být odkázán na invalidní důchod může být pro člověka v produktivním věku nedůstojný pád (Parkinson – Help, z.s., 2017). Parkinsonova choroba sama o sobě nezaručuje přiznání invalidního důchodu. Musí být posouzen zdravotní stav nemocného a splněna potřebná doba pojištění (Roth et al., 2009). Invalidní důchod se rozlišuje na invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně, na invalidní důchod pro invaliditu druhého stupně a na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně. Rozdíl mezi jednotlivými stupni invalidity je závislý na míře poklesu pracovní schopnosti pojištěnce (Česká správa sociálního zabezpečení, 2017).

Roth et al. (2009) uvádějí, že pro nemocné a jejich rodiny je problematické získat informace o možnostech sociální pomoci a sociálních službách v ČR, neboť nevědí, na co mají nárok a kde hledat pomoc (Roth et al., 2009). Nemocní mohou pobírat **dávky pro osoby se zdravotním postižením**. Jednou z dávek je příspěvek na péči, který je určen osobám, které kvůli dlouhodobému nepříznivému zdravotnímu stavu potřebují pomoc jiné osoby se zvládnutím základních životních potřeb. Hodnotí se deset základních životních potřeb, jako jsou například mobilita, orientace, stravování, oblékání apod. Dle počtu nezvládaných činností (úkonů) se určí stupeň závislosti (Parkinson – Help z.s., 2017). Dále může být nemocnému přiznán průkaz osoby se zdravotním postižením, příspěvek na mobilitu nebo si může požádat o příspěvek na zvláštní pomůcku (Roth et al., 2009).

Pokud členové rodiny nezvládají péči o nemocného, je možné využít **sociální služby**. Sociální služby jsou poskytovány formou pobytovou, terénní a ambulantní (Roth et al., 2009). Péči v domácím prostředí zajišťuje pečovatelská služba, která nemocného navštěvuje a vypomáhá při zvládnutí běžných úkonů. Nemocný, který z různého důvodu nemůže zůstat ve svém přirozeném prostředí, musí vyhledat pobytové zařízení sociálních služeb (Bonnet a Hergueta, 2012). Pro poskytování pobytových sociálních služeb jsou zřizována zařízení různého charakteru, např. domov pro seniory (Roth et al., 2009).

Do domácnosti nemocného také může docházet všeobecná sestra v rámci **domácí zdravotní péče**. Všeobecná sestra zajišťuje zdravotní úkony předepsané lékařem a je zároveň psychickou podporou nemocného. Mimo jiné může upozorovat zdravotní potíže, problémy s každodenními činnostmi či nevhodnou péčí okolí (Bonnet a Hergueta, 2012).

1.3 Úloha sestry u nemocného s Parkinsonovou chorobou

Miertová et al. (2014) uvádějí, že péče o nemocného s Parkinsonovou chorobou vyžaduje komplexní a individuální přístup interdisciplinárního týmu. Kombinace farmakoterapie a různých typů péče jako je ošetrovatelská péče, rehabilitace či edukace je zaměřená na udržení soběstačnosti nemocného, na zmírnění klinických projevů nemoci, prevenci komplikací a docílení psychosociální pohody (Miertová et al., 2014). Dle Slezákové (2014) se ošetrovatelská péče musí opírat jak o medicínské, tak o humánní potřeby, aby došlo k uspokojení biologických, psychologických, sociálních a duchovních potřeb nemocného.

Na základě výše popsaného dopadu nemoci na bio-psycho-sociální oblast je zřejmé, že nemocný vyžaduje každodenní péči při zvládnání denních aktivit. Sestra má významnou roli při zlepšování kvality života nemocného. Dle Macháčkové a Kottové (2009) je jednou z úloh sestry podávat nemocnému léky dle časového rozpisu, který je určen lékařem. Dále sestra pomáhá nemocnému při změně polohy (vstávání, usedání), kdy je možno použít hrazdičku či žebříček, při oblékání a obouvání či při chůzi, kdy hrozí riziko pádu. V tomto případě sestra poučí nemocného o možných kompenzačních pomůckách. Opomenout nesmíme ani pomoc sestry při hygieně, vyprazdňování, stravování a při poruchách spánku (Macháčková a Kottová, 2009).

Jak již bylo výše uvedeno, zdravotní stav nemocného se může každým dnem měnit. Sestra by měla dát nemocnému dostatek času při zvládnání denních aktivit, podporovat nemocného v soběstačnosti. Také by měla u nemocného minimalizovat stres, strach a zajistit psychickou podporu. Dle Slezákové (2014) by měla sestra podporovat a zapojovat pacienta společně s jeho rodinou do procesu uzdravování, do obnovy a podpory zdraví. Sestra také musí rozpoznávat a řešit ošetrovatelské problémy, které se nemocného týkají, viz kapitola „Dopad Parkinsonovy choroby na kvalitu života“ (Slezáková, 2014).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zmapovat životní změny u osob s Parkinsonovou chorobou související s nemocí.

2.2 Výzkumné otázky

Jak Parkinsonova nemoc ovlivňuje biologickou stránku jedince?

Jak Parkinsonova nemoc ovlivňuje psychickou stránku jedince?

Jak Parkinsonova nemoc ovlivňuje sociální stránku jedince?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumu, jako technika sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor (viz příloha 1).

Rozhovor byl uskutečňován s osobami, které navštěvují Parkinson klub v Českých Budějovicích po předchozí telefonické domluvě s předsedou organizace, s panem Ing. Jaroslavem Mlsem. Rozhovory byly uskutečněny v Parkinson klubu v Českých Budějovicích v březnu 2018 a celkem se rozhovorů zúčastnilo osm informantů. Informanti byli seznámeni s tématem a cílem bakalářské práce. Dále byli dotazováni informováni, že rozhovor je zcela anonymní. Rozhovory byly uskutečňovány individuálně a zaznamenány písemnou formou na papír, neboť předseda organizace mi tuto metodu doporučil a informanti neposkytli souhlas s nahráváním rozhovorů na diktafon. Přepisy rozhovorů jsou k práci přiloženy formou volné přílohy na CD.

Rozhovor byl rozdělen do čtyř částí. První část byla zaměřena na základní údaje o informantech – pohlaví, věk, vzdělání, ekonomický status, dřívější povolání, rodinný stav a doba trvání nemoci. Otázky v druhé části byly zaměřeny na dopad nemoci na biologickou stránku jedince. V této části byly informantům kladeny otázky, které byly zaměřeny na první příznaky nemoci, problémy s mobilitou, kde jsme se dotazovali na využití kompenzačních pomůcek, vliv nemoci na soběstačnost, kde jsme se zaměřili na oblékání a osobní hygienu. Dále jsme se dotazovali na vliv nemoci na spánek a na změny v oblasti stravování. V třetí části rozhovoru byly informantům pokládány otázky zaměřující se na dopad nemoci na psychickou stránku jedince. V této části rozhovoru jsme se nemocných dotazovali na ovlivnění psychiky při seznámení se s nemocí a v průběhu nemoci, na vliv nemoci na náladu a sebevědomí nemocného, na priority nemocného a žebříček hodnot. Poslední část rozhovoru se týkala dopadu nemoci na sociální stránku jedince. Otázky byly zaměřeny na volnočasové aktivity, profesní život, rodinné vztahy, vztahy s přáteli a na ekonomickou situaci.

Získané výsledky byly zpracovány metodou otevřeného kódování, technikou „tužka-papír“. Na základě této metody vznikly tři kategorie, každá kategorie má určitý počet podkategorií. Struktura každé kategorie je v rámci výzkumné části znázorněna v podobě diagramu, na který navazuje podrobný slovní popis.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří osoby, které mají diagnostikovanou Parkinsonovu chorobu. Informanti byli vybráni na základě záměrného kriteriálního výběru. V rámci tohoto výběru, kde hlavním kritériem byla diagnostikovaná Parkinsonova choroba, byl telefonicky kontaktován předseda Parkinson klubu v Českých Budějovicích Ing. Jaroslav Mls. Předseda klubu mi umožnil uskutečnit rozhovory s osobami, které klub navštěvují. Rozhovoru se celkem zúčastnilo osm informantů, kteří jsou označeni I1 – I8. Informanti byli vždy dotázáni, zda se chtějí rozhovoru zúčastnit, či ne. Následně byli informováni o účelu rozhovoru a o možnosti odmítnout odpovědět na jakoukoliv z otázek. Informanti byli informováni o anonymitě rozhovoru.

4 Výsledky

4.1 Základní údaje o informantech

Tabulka 1: Základní kategorizace informantů

Informanti	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Ekonomický status	Dřívější povolání	Rodinný stav	Trvání nemoci
I1	muž	66 let	VŠ	starobní důchod	Řidič	ženatý	9 let
I2	muž	66 let	SŠ	starobní důchod	mistr ve výrobě	ženatý	4 roky
I3	muž	69 let	SŠ	starobní důchod	strojvedoucí	ženatý	14 let
I4	muž	63 let	SŠ	starobní důchod	slévač	ženatý	6 let
I5	muž	68 let	VŠ	starobní důchod	ředitel školy	ženatý	8 let
I6	žena	73 let	VŠ	starobní důchod	učitelka	rozvedená	13 let
I7	žena	49 let	SŠ	invalidní důchod	technický pracovník	vdaná	8 let
I8	žena	74 let	VŠ	starobní důchod	učitelka	vdova	22 let

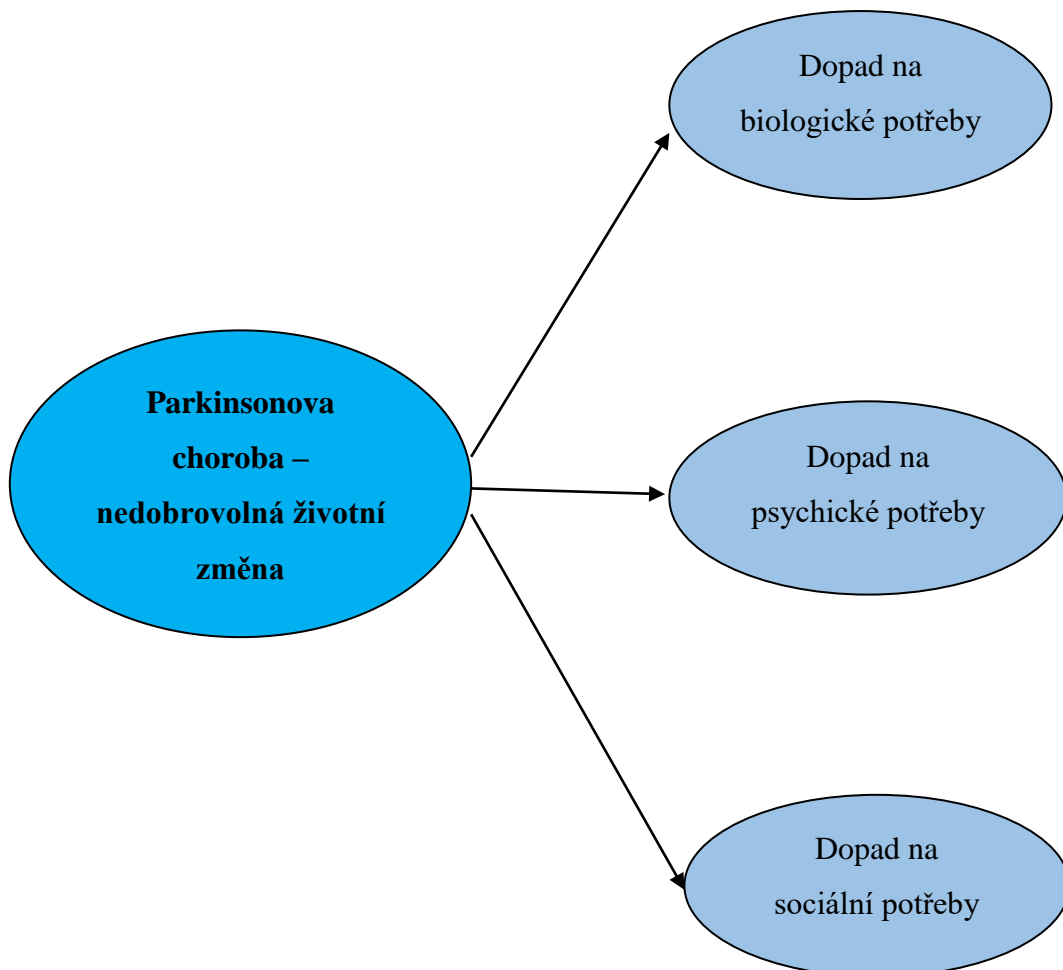
Zdroj: Vlastní výzkum

V uvedené tabulce (Tabulka 1) jsou shrnuté základní informace o informantech. Do výzkumu bylo zapojeno celkem 8 informantů. Informanty tvořilo pět mužů a tři ženy, kteří se pohybovali ve věkovém rozmezí od 49 do 74 let. Z dotazovaných informantů měli čtyři vysokoškolské vzdělání a čtyři středoškolské vzdělání. Sedm z osmi informantů je ve starobním důchodu, pouze jedna informantka I7 je v důchodu invalidním. Dřívější zaměstnání informantů bylo různé. Tři z dotazovaných informantů pracovali ve školství. Informanti I6 a I8 pracovali jako učitelky, informant I5 byl

ředitelem školy. Informant I1 pracoval jako řidič, I2 se živil jako mistr ve výrobě, I3 byl strojvedoucí, I4 pracoval jako slévač a I7 jako technický pracovník. Všichni dotazovaní muži (I1, I2, I3, I4, I5) jsou ženatí, informantka I6 je rozvedená, I7 je vdaná a I8 je vdova. Délka trvání nemoci se u informantů pohybuje v rozmezí od 4 do 22 let. Informant I2 má nemoc diagnostikovanou 4 roky, oproti tomu I8 má nemoc diagnostikovanou již 22 let. Informant I4 má nemoc diagnostikovanou 6 let, informanti I5 a I7 8 let, I1 9 let, I6 13 let a I3 14 let.

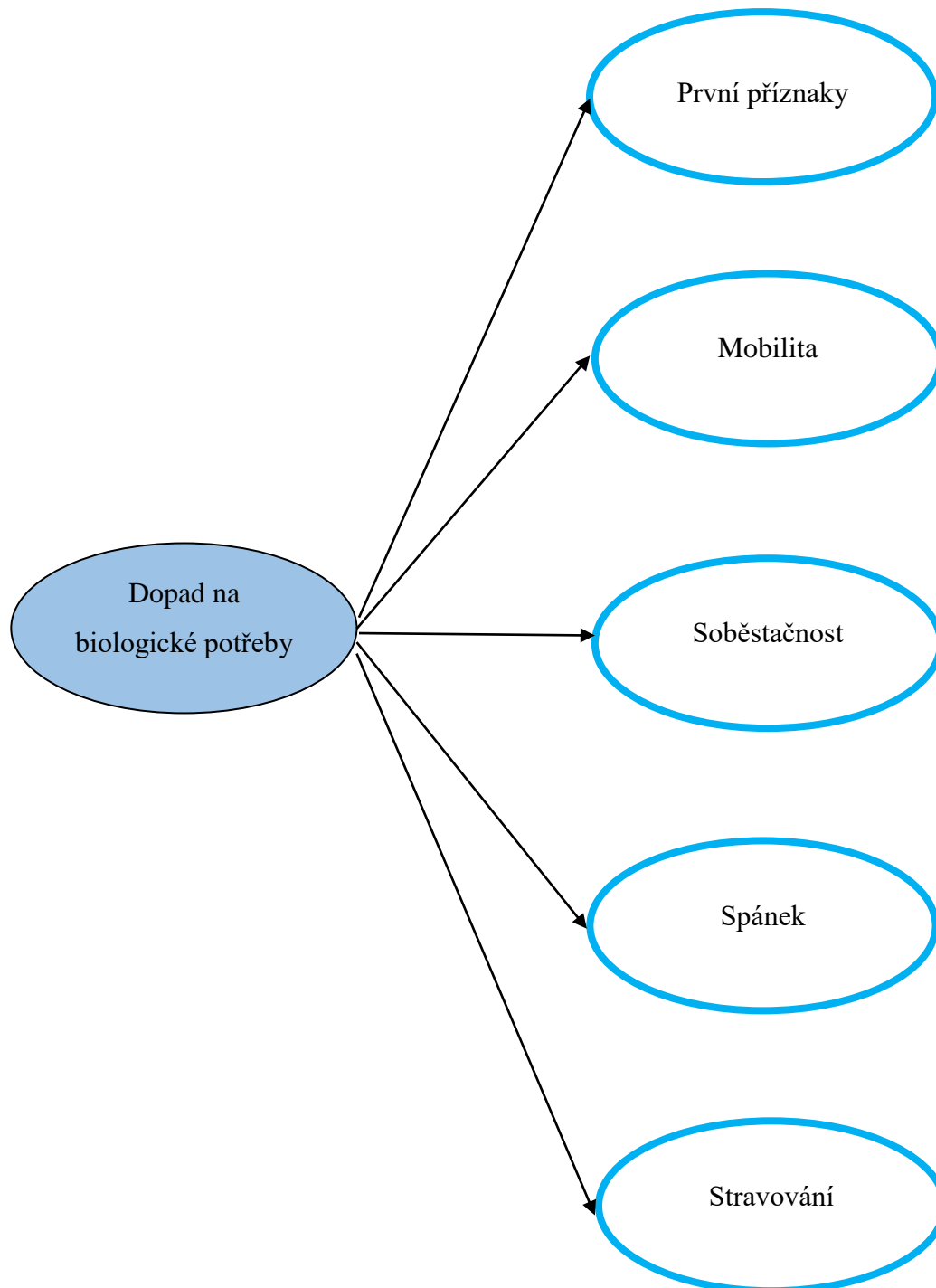
4.2 Výsledné kategorie

Zpracované výsledky byly rozděleny do tří hlavních kategorií, které budou dále podrobně popsány.



Kategorie 1: Dopad na biologické potřeby

Diagram: Dopad na biologické potřeby



Kategorie 1 se zaměřuje na dopad Parkinsonovy choroby na biologické potřeby nemocných. Kategorie je rozdělena do pěti podkategorií – první příznaky, mobilita, soběstačnost, spánek, stravování.

První příznaky

Šest dotazovaných informantů navštívilo lékaře poté, co zpozorovali třes ruky. Informant I5 docházel k neurologovi pro léky své matce, která ve 92 letech zemřela a měla diagnostikovanou Parkinsonovu chorobu. „*Když jsem jí začal chodit k neurologovi pro léky, tak jsem se zmínil, že se mi začala třást ruka. Řekl, že to mám po matce a vlastně mi Parkinsonovu chorobu diagnostikoval*“, sdělil. Informantka I7 příznaky nezpozorovala, prodělala boreliózu a nezabíraly jí žádné léky. „*Čirou náhodou mi zkusili dát léky na tuto chorobu a ono se mi udělalo dobře. V Praze na klinice mi tuto diagnózu potvrdili*“, uvedla. Informant I2 šel na kontrolu k internímu lékaři. Tuto situaci popisuje slovy: „*Vše začalo tím, že jsem šel k internímu lékaři na kontrolu s cholesterolem, kde mi lékař sdělil, že se mu něco nezdá. Doporučil mě k neurologovi, který mi určil diagnózu.*“

Mobilita

Všichni dotazovaní informanti uvedli zhoršení chůze a celkové zhoršení zdravotního stavu. Informant I3 sdělil, že „*nemoc ovlivnila snad úplně všechno. Chůze byla ze začátku taková, jako když se brodím vodou a já jsem se snažil překonávat ten odpor*“. Šesti respondentům se změnila rychlost chůze. I1, I5 a I6 odpověděli, že jejich chůze se zrychlila, naopak informanti I2, I7 a I8 uvedli zpomalení chůze. „*Rozejdu se a najednou běžím*“, uvedl informant I1. Pět informantů (I1, I4, I5, I6, I8) uvedlo, že při chůzi dělají cupitavé krůčky. „*Nemoc hodně ovlivnila moji chůzi, která je cupitavá*“, uvedl informant I1. Dva informanti (I1, I4) při chůzi zakopávají. Informanti I4, I5, I6 a I8 uvedli, že se pohybují v předklonu. Informant I4 sdělil: „*Začal jsem mít takové cupitavé krůčky a velmi mě začala přitahovat zem. Při chůzi často zakopávám a předkláním se. Kolikrát mám pocit, že padám*“. Šest informantů (I2, I3, I5, I6, I7, I8) odpovědělo, že ztratili sílu. „*Nemám takovou sílu jako dříve*“, uvedl informant I2. „*Už nemám takovou sílu jako dříve, ale vše se zlepšilo se správnou medikací*“, sdělil informant I8. „*Jsem ztuhlá, už mívám i problémy s přetáčením v posteli*“, doplnila informantka I6. Tři informanti (I5, I6, I7) mají dle sdělení problémy s rovnováhou. Informantka I7 sdělila: „*Chodila jsem, jako kdybych byla opilá*“. Čtyři informanti (I1, I3, I4, I8) využívají k chůzi kompenzační pomůcky – hůlku, příp. chodítko, které využívá informant I8. Častým příznakem Parkinsonovy choroby je třes, který potvrdilo sedm informantů. „*Cítím třes ruky, ale když začnu něco dělat, tak se to zmírní*“, sdělil informant I5.

Informant I3 uvedl: „Začal se u mě projevovat třes. Nejprve se mi začala třást ruka i noha na levé straně a časem se to přesunulo i na druhou stranu.“ Čtyři informanti (I3, I5, I7, I8) uvedli, že jejich problémy s mobilitou se zlepšily při správném užívání léků. Informantka I7 sdělila, že bez léků je zpomalená. Informant I5 doplnil: „Po změně léků jsem začal cvičit a nějakým způsobem lepší, ale problémy mám pořád.“ S mobilitou v souvislosti s nemocí souvisí i další problémy. Tři informanti mají problémy s jemnou motorikou. „Nemám takový cit v prstech, takže hůře uchopuji věci,“ sdělil informant I1. Informant I2 uvedl, že zhubl 15 kilo. Informant I4 sdělil, že mívá křeče v zádech, zadýchává se a potí se. „...navíc jsem začal mít křeče v zádech, to znamená, že ujdu 100 metrů, dostanu křeč a musím se někde posadit,“ řekl. „Kolikrát mám pocit, že běhám maraton, jak se při chůzi zapotím a zadýchám,“ doplnil informant I4.

Soběstačnost

Otázky ohledně soběstačnosti byly zaměřeny na oblast oblékání a osobní hygieny.

Pět informantů (I1, I2, I5, I6, I8) uvedlo, že jim oblékání zabere více času než dříve. Informant I8 sdělil, že oblékání mu trvá dlouho, ale jinak žádné problémy nemá. „Kdyby oblékání nebylo, tak je o polovinu méně problémů,“ řekl informant I4. Pět informantů (I1, I3, I5, I6, I7) má problémy se zapínáním knoflíků. Oproti tomu informant I4 sdělil, že se snaží zapínat co nejvíce knoflíků. „Celkově se snažím dělat co nejvíce manuální práce, abych si procvičoval jemnou motoriku, ale s tím třesem rukou to jde čím dál hůř,“ doplnil informant I4. Tři informanti (I3, I4, I5) mají při oblékání problémy s ohýbáním a další tři informanti (I2, I3, I4) uvedli, že mají problémy s rovnováhou. Dva informanti (I1, I3) mají problém se zavazováním tkaniček a informantka I7 občas není schopna zapnout sama zip. „Kolikrát mě musí zapnout manžel,“ uvedla informantka I7.

Šest informantů z osmi (I1, I2, I3, I4, I5, I6, I8) uvedlo, že na osobní hygienu potřebují více času. Informantům I3 a I4 při osobní hygieně vypomáhá manželka. Informantka I7 uvedla, že osobní hygienu zvládá dle zdravotního stavu, někdy sama a někdy vypomáhá manžel, ale vždy musí mít doma někoho, kdo na ni dohlédne. „Když chci do vany, tak mi při vylézání musí manžel pomoci,“ doplnila. Informant I4 má k dispozici sedátko do vany a informantka I7 využívá elektrický zubní kartáček kvůli třesu horních končetin.

Spánek

Problémy se spánkem negovali tři informanti (I1, I6, I8). „*Spím jako poleno, úplně stejně jako dříve,*“ sdělil informant I1. Zbýlých pět informantů uvedlo problémy se spánkem. Čtyři informanti (I2, I3, I4, I7) nemohou večer usnout. „*Bez léků na spaní neusnu,*“ doplnila informantka I7. Tři informanti (I2, I3, I4) se v noci často budí. Dva informanti (I3, I4) uvedli, že v noci často dochází na toaletu. „*Chodím často v noci na záchod, a když se vracím zpět, tak se mi občas stane, že ztratím orientaci,*“ uvedl informant I4. Informant I4 dále uvedl, že mívá živé sny. Informant I5 odpověděl, že se brzy budí. Dle sdělení spí 3–5 hodin a poté již neusne.

Stravování

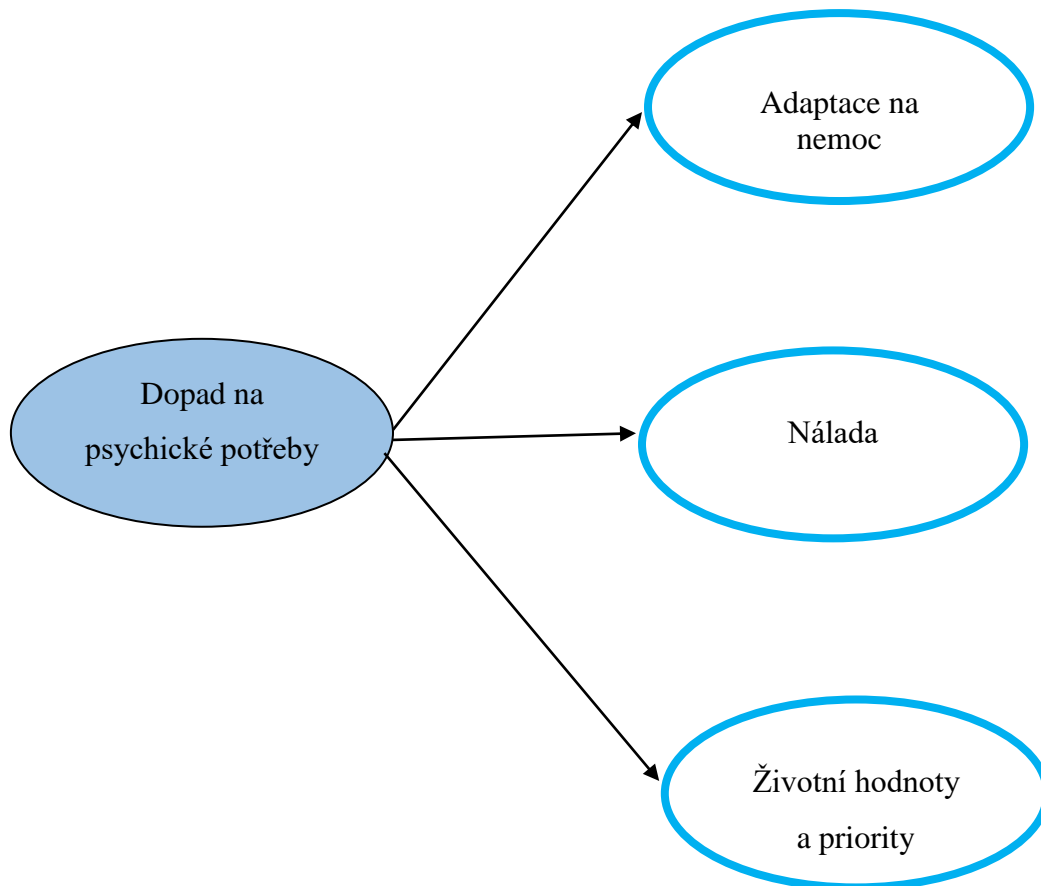
Otázky kladené informantům v oblasti stravování byly zaměřeny na stravování a vyprazdňování.

Pět informantů (I1, I3, I5, I6, I8) uvedlo, že žádné změny při stravování nenastaly. Informant I2 se začal pravidelně stravovat a přešel na vegetariánskou stravu. „*Přešel jsem na vegetariánskou stravu, protože vím, že bílkoviny nejsou vhodné pro mou nemoc,*“ doplnil informant I2. Informantky I7 a I8 uvedly, že přestaly jíst mléčné výrobky. Informant I4 se začal zdravěji stravovat. Tři informanti (I2, I3, I4) sdělili, že se snaží dodržovat pitný režim, pijí více vody.

Na otázku týkající se vyprazdňování pět informantů (I2, I3, I4, I6, I7, I8) sdělilo, že trpí zácpou. „*Často trpím zácpou, tak užívám léky proti zácpě,*“ uvedl informant I2. Informant I3 sdělil, že pitný režim se snaží dodržovat právě z důvodu, že trpí zácpou. Oproti tomu informanti I1 a I5 problémy se zácpou negovali. „*Problémy s vyprazdňováním zatím nemám,*“ doplnil informant I1.

Kategorie 2: Dopad na psychické potřeby

Diagram: Dopad na psychické potřeby



Kategorie 2 se zaměřuje na dopad Parkinsonovy choroby na psychické potřeby nemocných. Kategorie je rozdělena do tří podkategorií – adaptace na nemoc, nálada a životní hodnoty a priority.

Adaptace na nemoc

Otázky kladené informantům v oblasti adaptace na nemoc byly zaměřeny na psychický stav po oznámení diagnózy a na psychický stav v průběhu nemoci.

Informanti uvedli, že Parkinsonova nemoc má velký vliv na jejich psychiku. „*Jakákoliv nemoc ovlivní psychiku člověka,*“ uvedl informant I1. Informant I4 doplnil, že nemoc nejvíce ovlivnila psychiku, ale v současné době se to snaží korigovat. Informantka I6 doplnila, že nemoc psychiku velmi ovlivnila. „*Furt s tím nejsem*

srovnaná,“ uvedla. Čtyři informanti (I4, I5, I7, I8) sdělili, že si během nemoci prošli depresí. „*Vzalo mě to dost. Prošla jsem si depresí, takže kromě léků na moji nemoc užívám i antidepressiva,*“ sdělila informantka I8. Informant I5 uvedl, že si prošel depresí a často býval ve stresu. Stresem si celkem prochází tři dotazovaní informanti (I1, I4, I5). „*Často bývám ve stresu a jsem takový nervózní. Je to opravdu těžké a já bych to nepřál ani největšímu nepříteli,*“ sdělil při dotazování informant I4. Informant I5 sdělil, že stres a depresi způsobilo zejména to, že musel přestat se sportem. Dva informanti (I1, I3) kvůli nemoci přišli o řidičské oprávnění, informantovi I1 zůstalo pouze řidičské oprávnění skupiny B a informant I3 se řidičského oprávnění dobrovolně vzdal. Informant I2 sdělil, že již nedokáže být tak pohodový a radostný. „*Když jsem byl ještě zdravý, tak jsem měl plno plánů. Nemoc ty plány bohužel všechny zrušila, takže jsem byl zklamáný. S nemocí jsem se začal cítit méněcenný,*“ uvedl informant I3.

Po oznámení diagnózy se informant I2 snažil udržet zdravou mysl. „*Sice to bylo těžké, ale věděl jsem, že mám kolem sebe lidi, kteří mi pomůžou,*“ dodal. Podporu rodiny uvedl i informant I4. Informant I1 se po oznámení diagnózy bál, co bude dál, začal se cítit nejistý. „*Vlastně furt se bojím, co bude dál,*“ doplnil. Informant I3 diagnózu očekával. Informant I4 po oznámení diagnózy propadl otázkám typu: Proč se to muselo stát zrovna mně? Co jsem komu udělal? Informant I5 si nemoc ze začátku nepřipouštěl. „*Ale pak jsem si řekl, že je to vlastně lepší než třeba rakovina,*“ doplnil informant I5. Informantka I6 po sdělení diagnózy netušila, o co jde, tudíž to nijak neprožívala. Následně si začala shánět různé informace o nemoci. „*Já se s tím snažím vyrovnat, co to jde, ale smířená s tím furt nejsem, i po takové době,*“ dodala. Informantka I7 si po stanovení diagnózy říkala, že to bude asi omyl. „*Dlouho trvalo, než jsem si to připustila,*“ sdělila. Informantka I8 prožívala nejistotu. „*Před 22 lety jsem o té nemoci nevěděla vůbec nic. Následně jsem si vše začala zjišťovat. Mně na začátku vlastně kromě toho třesu nic jiného nebylo, takže mě to ani nijak neomezovalo,*“ doplnila.

Nálada

Šest informantů (I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7) sdělilo, že trpí výkyvy nálad. „*Jsem prchlivější, bývám podrážděný, ale zatím nejsem podrážděný jako ostatní,*“ uvedl informant I1. Podrážděnost uvedl i informant I4: „*Vše záleží na lécích. Kolikrát bývám z ničeho nic podrážděný, ale snažím se to nepřenášet na své okolí.*“ Informant I2 také uvedl, že výkyvy nálad se nesnaží dávat moc najevo, protože ostatní za to nemohou.

Informant I3 sdělil, že výkyvy nálad jsou spojené zejména se změnou pohyblivosti. „*Bohužel takovou náladu neumím ani popsat, ale je to něco mezi vztekem a zklamáním,*“ doplnil informant I3. Informantka I6 sdělila, že začala být více vztahovačná a obecně náladová. „*Když mi něco nejde, tak se na to prostě vykašlu. Dřív bych od rozdělané věci neodešla,*“ doplnila informantka I6. Dále uvedla, že vždy odpoledne chce být v klidu a hlavně sama. U informantky I7 se střídá depresivní nálada s optimistickou a impulzivní jednání s nicneděláním. „*Začala jsem doslova blbnout. Hodně jsem chodila nakupovat, začala háčkovat, ale až moc a ty nálady se měnily opravdu denně. Pak jsem pořídila rybičky a ptáčky. Naštěstí se to po úpravě medikace zlepšilo a blbnu o dost méně,*“ doplnila informantka I7.

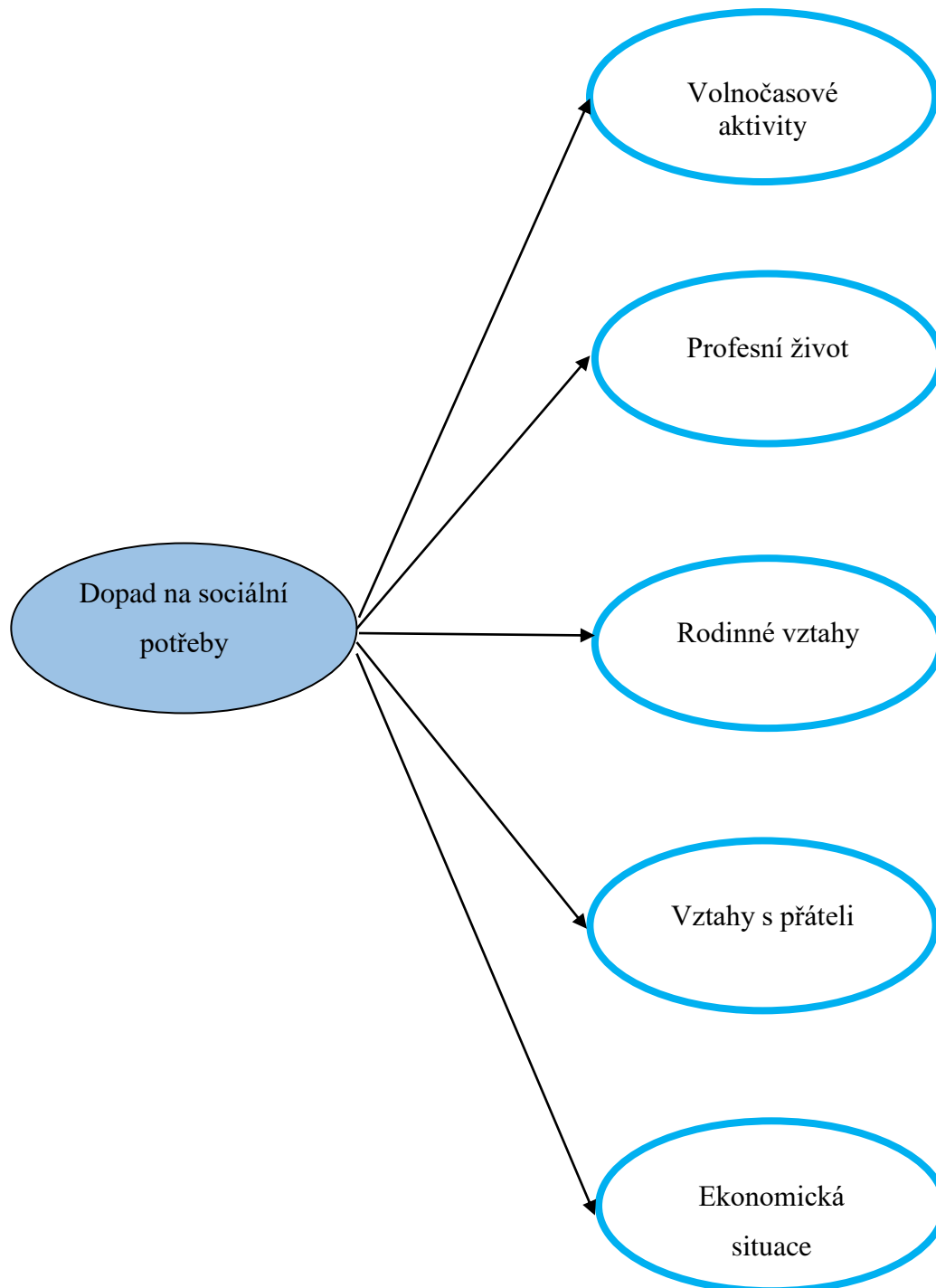
Informantka I8 uvedla, že jediným problémem byly deprese. „*Samozřejmě, že jsem měla někdy stavy, že jsem zbytečná, nemožná a že to vlastně všechno vzdám, že nic nemá cenu, ale nikdy to netrvalo dlouho,*“ doplnila informantka I8.

Životní hodnoty a priority

Tři informanti (I1, I2, I3) odpověděli, že začali více pečovat o své zdraví. Informant I1 přestal kouřit, omezil alkohol, začal chodit na procházky. „*Celkově jsem začal o sebe víc pečovat,*“ doplnil. Informant I3 o své zdraví dbal celý život. Nekouřil, nepil tvrdý alkohol. „*Momentálně se na své zdraví snažím dbát ještě více. Snažím se být pozitivní v rámci možností a trávit co nejvíce času se svými blízkými,*“ sdělil informant I3. Pět informantů (I2, I3, I4, I6, I7) si uvědomilo, že nejsou sami, že je důležité mít rodinu a zázemí, někoho, kdo pomůže. „*Uvědomila jsem si, že nejdůležitější je zdraví, a snad ještě důležitější je mít někoho, kdo vám pomůže,*“ uvedla informantka I6. Zdraví jako svou prioritu uvedl i informant I4: „*Když jsme byli mladí, tak jediná naše priorita byly např. peníze, postupem stárnutí to byla rodina, která furt samozřejmě převládá, ale nakonec je největší prioritou nemocného člověka zdraví a pohoda.*“ Dvě informantky (I7, I8) uvedly jako svou prioritu léky, bez nichž by nemohly fungovat. „*Ted' jsou pro mě nejdůležitější léky, bez nich bych byla troska,*“ uvedla informantka I7. Informanti I5 a I8 sdělili, že jsou rádi, za každý den, kdy se o sebe mohou postarat, kdy je jim dobře. „*Musím počítat s tím, že mám různá omezení. Hlavně jsem ráda za každý den, kdy se o sebe dokážu postarat a můžu nějak fungovat. To je pro mě to nejdůležitější,*“ uvedla informantka I8.

Kategorie 3: Dopad na sociální potřeby

Diagram: Dopad na sociální potřeby



Kategorie 3 se zaměřuje na dopad Parkinsonovy choroby na sociální potřeby nemocných. Kategorie je rozdělena do pěti podkategorií – volnočasové aktivity, profesní život, rodinné vztahy, vztahy s přáteli a ekonomická situace.

Volnočasové aktivity

Otázky kladené informantům v oblasti volnočasových aktivit byly zaměřeny na volnočasové aktivity a na společenský život nemocného.

„*Mým jediným koníčkem byla moje práce,*“ uvedl informant I1, který pracoval jako řidič a přišel o řidičský průkaz, kromě průkazu na automobil. Pět informantů (I2, I3, I5, I6, I7) uvedlo, že muselo přestat se sportem, případně sport omezit. Informant I5 jiné zájmy, než sport neměl. „*Musel jsem přestat se sportem. Já sport miloval, takže mě to velmi zasáhlo,*“ doplnil informant I5. Informant I2 již nemůže dělat dynamičtější sporty, jako je např. lyžování. „*Začal jsem docházet na skupinové cvičení s lidmi, kteří trpí stejnou nemocí jako já, kde cvičíme jemnou motoriku, procvičujeme svaly atd.,*“ sdělil informant I2. S lyžováním také musela přestat informantka I7, která v současné době chodí plavat. Informant I3 přestal jezdit na kole a ztratil způsobilost k řízení. „*Nikdo mi to nezakázal, sám jsem si řekl, že po 65 letech radši s řízením přestanu,*“ uvedl informant I3. Informant I4 uvedl, že vše je pro něj fyzicky náročnější, nemá již tolik síly. „*Snažím se chodit na procházky, i když toho moc neujdu. Chodím na masáže a začal jsem s plaváním,*“ doplnil informant I4. Na procházky začali také chodit informanti I3 a I6. Informantka I6 musela s procházkami přestat, protože ji začaly bolet nohy. „*Dříve jsem hodně sportovala a s tím jsem bohužel musela přestat. Začala jsem tedy chodit na procházky, ale začaly mě bolet nohy. Takže s tím jsem také musela přestat,*“ uvedla informantka I6. S volnočasovými aktivitami musela úplně přestat informantka I8 poté, co začala špatně chodit. Dva informanti (I6, I7) uvedli, že se snaží dál chodit do společnosti. „*Do společnosti se snažím chodit, co to jde, ale už to není takové jako dříve,*“ uvedla informantka I7. Informantka I8 si již netroufne do společnosti chodit tak často. „*Dříve jsem bývala ve společnosti lidí pořád, teď už tolik ne, a to mi chybí,*“ doplnila. Informant I5 uvedl, že když se nemoci poddal, přestal úplně chodit mezi lidi. „*Nechtěl jsem, byl jsem morous,*“ doplnil informant I5.

Profesní život

Čtyři informanti (I1, I3, I4, I6, I7) uvedli, že po stanovení diagnózy ukončili své zaměstnání. „*Když jsem se dozvěděl diagnózu, tak jsem byl jeden rok ve stavu nemocných a poté jsem šel do invalidního důchodu,*“ uvedl informant I3. Informant I4 zaměstnání ukončil, protože práce, kterou vykonával, byla fyzicky náročná. „*Šel jsem do invalidního důchodu a za pár let už do starobního,*“ doplnil informant I4. „*Když mi*

nemoc diagnostikovali, tak jsem odešla z práce,“ sdělila informantka I6 s tím, že věkem již byla ve starobním důchodu a ze zaměstnání odešla dobrovolně. Informantka I7 chtěla do zaměstnání nadále docházet, ale nezvládala to. *„Byla jsem pomalá, ale největší problém byl v tom, že jsem nestíhala brát pravidelně léky,*“ doplnila informantka I7. Dále uvedla, že byla rok v pracovní neschopnosti a poté odešla do invalidního důchodu. Tři informanty (I2, I5, I8) nemoc v profesním životě neovlivnila. Informant I2 sdělil, že mu nemoc byla diagnostikována již ve starobním důchodu. Informant I5 sdělil, že v profesi nijak omezen nebyl, pouze se mu třásla ruka. *„V kapse jsem nosil gumový míček a vždy, když se ruka začala třást, tak jsem míček začal mačkat,*“ dodal informant I5. Informantku I8 nemoc v zaměstnání nijak neovlivnila. *„Měla jsem pouze třes ruky a s tím jsem mohla učit dál,*“ doplnila informantka I8.

Rodinné vztahy

Sedm informantů z osmi uvedlo, že nemoc v rodině vztahy neovlivnila. *„Jsem rád, že to všichni z mých blízkých berou tak, jak to je,*“ uvedl informant I1. Informant I2 sdělil, že rodina mu s čímkoliv pomůže. *„Proto jsem na tom také psychicky dobře a nehroučím se,*“ doplnil. Informant I3 uvedl, že se stal závislejší na své ženě, ale zatím ne v oblasti soběstačnosti. *„Se ženou jsme začali řešit, co bude, když se stanu nepohyblivým. Oba dva jsme nemocný, ale oba zatím soběstačný,*“ sdělil informant I3. Informanti I4, I5, I6 se shodli, že rodina se jim snaží ve všem pomáhat. *„V rodině vše funguje tak jak má a jsem za to ráda,*“ sdělila informantka I6. *„Nejvíce mi pomáhal můj manžel, který už bohužel není mezi námi. Děti se mi snaží pomáhat, ale mně přijde, že ti furt nepochopili, co mám vlastně za nemoc,*“ uvedla informantka I8. Pouze informantka I7 sdělila, že rodina ze začátku nechápala situaci: *„Ze začátku to rodina moc nebrala. Já začala být unavená, zpomalená a jen jsem ležela. Nebyla jsem schopna nic dělat. Rodina si začala myslet, že jsem zlenivěla. Dokonce jsme museli omezit manželský život.*“ Informantka I7 dále uvedla, že si s manželem prošli velkou krizí a až po návštěvách psychiatra manžel pomalu začal chápat, co se děje a v současné době se informantce snaží pomáhat.

Vztahy s přáteli

Informanti I1 a I2 uvedli, že jim přátelé přibyli. *„Ti, co jsou staršího řádu, ti to chápali, asi věděli, že je to může potkat také. Ostatní ctili můj názor,*“ uvedl informant I1.

Informant I2 uvedl, že o nemoci zatím moc lidí neví, svěřil se pouze svým nejbližší, ale dost přátel mu přibylo. Informanti I3, I5 a I8 sdělili, že jim někteří přátelé ubyli. „*Dříve jsem navštěvoval většinu mých přátel, ale teď se na to necítím a oni ke mně na návštěvu nechodí. Až na jednoho,*“ doplnil informant I3. Informant I5 sdělil, že se s přáteli pravidelně scházeli. „*Jenže já jsem se začal za sebe stydět a stranit se lidí. Přestal jsem s nimi na nějaký čas komunikovat. Nakonec se vše zlepšilo, ale ti, co za to nestáli, odešli,*“ odpověděl informant I5. Informantka I7 uvedla, že někteří přátelé odešli a někteří zůstali. „*Jak se říká, v nouzi poznáš přítele, tak je to pravda,*“ uvedla a dále doplnila: „*Já měla to štěstí, že jsem poznala plno skvělých lidí, kteří trpí stejnou nemocí jako já a popravdě, je mi mezi nimi nejlépe.*“ Přátelé informanta I4 nemoc přijali jako fakt, o své přátele nepřišel. Informantka I6 se se svými přáteli navštěvuje, ale již ne tak často. Informantka I8 uvedla, že s přáteli se již tolik nestýká, ale kontakty nepřerušila.

Ekonomická situace

Pět informantů (I2, I3, I5, I6, I8) z osmi uvedlo, že nemoc ekonomickou situaci významně neovlivnila. „*Ekonomickou situaci jsme zvládli celkem dobře. Bydlení máme svoje, takže jsme neměli ani nijak narušené výdaje,*“ sdělil informant I3 a dále sdělil, že pobírá příspěvek na mobilitu. Informant I5 šel po ukončení zaměstnání rovnou do starobního důchodu, takže ekonomická situace ovlivněna nebyla. Informant I6 si bude žádat o průkaz ZTP. Informantka I8 šla ze zaměstnání rovnou do starobního důchodu. „*Pobírám příspěvek na péči a vlastním kartičku ZTP. Jediné, co využívám ze sociálních služeb je to, že si nechávám vozit obědy a někdy si nechám i nakoupit,*“ sdělila. Informanti I1 a I4 uvedli, že nemoc ekonomickou situaci ovlivnila. Informant I1 sdělil, že ekonomickou situaci nemoc ovlivnila snad nejvíce. „*Odešel jsem do invalidního důchodu, ale do důchodu starobního jsem měl ještě asi 4 roky. Platím hypotéku, žena nemocná, já nemocný, teď jsem nemohl jezdit. Bylo to celkem těžké, vlastně furt je, ale člověk se s tím nějak naučí žít,*“ doplnil a dále uvedl, že je v invalidním důchodu II. stupně a má průkaz ZTP. Informant I4 uvedl, že se museli trochu uskromnit. „*Já jsem ukončil pracovní poměr a do rodinný kasy jsem přispíval pouze invalidním důchodem. Museli jsme se trochu uskromnit, ale vše se dá zvládnout,*“ sdělil informant I4 a dále doplnil, že žádné jiné příspěvky nepobírá. Informantka I7 si dle sdělení přilepšila. „*Já jsem v práci brala míň, než беру teď. Mám invalidní důchod, pobírám příspěvek na péči a na mobilitu,*“ uvedla informantka I7.

5 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zmapování životních změn u osob s Parkinsonovou chorobou. V souvislosti s tímto cílem byly stanoveny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla: „**Jak Parkinsonova choroba ovlivňuje biologickou stránku jedince?**“ Informantů jsme se dotazovali na první příznaky nemoci, které je dovedli k lékaři. Z rozhovorů vyplynulo, že většina informantů začala pozorovat třes ruky. Informant I5 uvedl, že jeho matka měla diagnostikovanou Parkinsonovu chorobu. „*Když jsem jí začal chodit k neurologovi pro léky, tak jsem se zmínil, že se mi začala třást ruka. Řekl, že to mám po matce a vlastně mi Parkinsonovu chorobu diagnostikoval,*“ sdělil. Jak uvádí Mlýnková (2010), tak mezi hlavní příznaky Parkinsonovy choroby patří právě třes, poruchy hybnosti a svalová ztuhlost, ale Bonnet a Hergueta (2012) ve své literatuře uvádějí, že třes nemusí být vždy hlavním příznakem nemoci. Tvrzení, že i genetické faktory mají velký vliv na vznik onemocnění, potvrzují ve své literatuře Mačák, Mačáková a Dvořáčková (2012), kteří uvádějí, že významnou roli hrají zřejmě genetické faktory, které způsobují zvýšenou vnímavost k toxickým látkám v okolním prostředí. Tento fakt potvrzuje i Parkinson's Disease Guide (2015), kde autoři uvádějí, že přesná příčina Parkinsonovy choroby není známá, ale výzkumy ukazují na kombinaci genetických a enviromentálních faktorů. Z výzkumného šetření vyplývá, že Parkinsonova choroba významně ovlivňuje mobilitu jedince. Tuto skutečnost potvrdili všichni dotazovaní informanti. Tvrzení, že Parkinsonova choroba ovlivňuje mobilitu jedince, potvrzují i Roth a Růžička (2014). Ve své publikaci uvádějí, že mezi klasické projevy nemoci patří nejistota ve stoji, při chůzi a pády. Kurt et al. (2018) doplňují, že jedním z nejčastějších příznaků poruchy mobility je změna rychlosti chůze nebo rovnováhy. Tuto skutečnost potvrdil informant I1, který sdělil: „*Rozejdu se a najednou běžím*“. Skutečnost potvrdil také informant I3, který dodal: „*nemoc ovlivnila snad úplně všechno. Chůze byla ze začátku taková, jako když se brodím vodou a já jsem se snažil překonávat ten odpor*“. S ohledem na výše uvedenou skutečnost, že osoby s Parkinsonovou chorobou trpí třesem a mají problémy s mobilitou, byly další otázky zaměřeny na oblast oblékání a osobní hygieny, jelikož tyto dvě oblasti jsou dle našeho názoru pro nemocné nejobtížnější. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že oblékání zabere nemocným více času. Z osmi dotazovaných informantů má pět informantů problémy se zapínáním knoflíků. Toto tvrzení potvrzují ve své literatuře Roth

et al. (2009), kteří uvádějí zapínání knoflíků jako hlavní problém v souvislosti se zhoršením jemné motoriky rukou. „*Kdyby oblékání nebylo, tak je o polovinu méně problémů,*“ řekl informant I4. Dva informanti (I1, I3) sdělili, že mají problém se zavazováním tkaniček. Informantka I7 dodala, že občas není schopna zapnout sama zip. „*Kolikrát mě musí zapnout manžel,*“ uvedla informantka I7. Dle našeho názoru je zapínání knoflíků a zipů problematické obecně u starších osob, natož u osob s Parkinsonovou chorobou. Myslíme si, že nemocní by se měli knoflíkům, zipům a také tkaničkám vyhýbat, jelikož je tato činnost může velmi unavit. Tkaničky jdou nahradit obuví na suchý zip, případně obuví nazouvací, oděvy s knoflíky nahradit oděvy, které se oblékají přes hlavu a zipy u kalhot vyměnit za kalhoty na gumu, případně připevnit na jezdec např. kroužek od klíčů, nemocnému se bude se zipem lépe manipulovat. Ohledně osobní hygieny zodpovědělo šest informantů z osmi, že potřebují více času, obdobně jako u oblékání. Roth a Růžička (2014) uvádějí, že s ohledem na problém s jemnou manipulací s kartáček na zuby je vhodné používat kartáček elektrický. Informantka I7 uvedla, že kvůli třesu horních končetin elektrický kartáček využívá. Další otázka v této oblasti se týkala vlivu nemoci na spánek. Dle našeho názoru může být spánek v souvislosti s nemocí narušený. Toto tvrzení nám potvrdilo pět informantů z osmi. Informantka I7 sdělila, že neusne bez léků na spaní. Dva informanti uvedli, že v noci chodí často na toaletu „*Chodím často v noci na záchod, a když se vracím zpět, tak se mi občas stane, že ztratím orientaci,*“ dodal informant I4. Problémy se spánkem potvrzují i Bonnet a Hergueta (2012), kteří uvádějí, že poruchy spánku jsou přítomny u tří čtvrtin nemocných. Nespavost souvisí především s pohybovými obtížemi (Bonnet a Hergueta, 2012). Tvrzení o poruchách spánku potvrzují i Roth et al. (2009), kteří uvádějí, že nemocní mohou mít problémy s nespavostí, obtížně usínají a brzy se budí. Toto potvrdil informant I5, který sdělil, že se brzy budí, spí 3–5 hodin a poté již neusne. Faludi et al. (2015) uvádějí, že vhodná léčba poruch spánku u Parkinsonovy choroby pomůže zlepšit kvalitu života nemocného. V další otázce jsme se dotazovali, zda nemoc ovlivnila způsoby stravování nemocných a zda mají problémy s vyprazdňováním. Na otázku ohledně stravování odpovědělo pět informantů z osmi, že u nich žádné změny při stravování nenastaly. Dostál (2010) uvádí, že je důležité přijímat vyvážené a energeticky hodnotné jídlo. Toto tvrzení se částečně shoduje s odpovědí informanta I2, který uvedl: „*Přešel jsem na vegetariánskou stravu, protože vím, že bílkoviny nejsou vhodné pro mou nemoc.*“ Dle našeho názoru je také důležité, aby nemocní dodržovali pravidelný pitný režim. Tři informanti sdělili, že se snaží dodržovat pitný režim a začali

pít více vodu. Na otázku týkající se vyprazdňování pět informantů sdělilo, že trpí zácpou. „Často trpím zácpou, tak užívám léky proti zácpě,“ uvedl informant I2. O tom, že nemocní s Parkinsonovou chorobou trpí zácpou, píše i Roth et al. (2009). Zácpu uvádějí i Pedrosa Carraso et al. (2018), kteří tvrdí, že zácpa se vyskytuje až u dvou třetin všech pacientů s Parkinsonovou chorobou a tím dochází k psychickému a sociálnímu utrpení a následně ke snížení kvality života nemocných.

Parkinsonova nemoc neovlivňuje pouze oblast biologickou, ale působí i na oblast psychickou. Na tuto oblast byla zaměřena druhá výzkumná otázka: „**Jak Parkinsonova choroba ovlivňuje psychickou stránku jedince?**“ Dle našeho názoru je psychická stránka jedince stejně důležitá jako stránka biologická a sestry by se měly zabývat nejen viditelnými příznaky, jako např. třes a ztuhlost, ale i dopadem nemoci na psychiku nemocného, jelikož psychika má také významný vliv na kvalitu života nemocného. Opomenout se dle našeho názoru nesmí ani podpora rodiny a přátel, nemocný se nesmí cítit sám, měl by cítit podporu ostatních. Důležitá je i multidisciplinární spolupráce. Informantů jsme se dotazovali na psychický stav po oznámení diagnózy a na psychický stav v průběhu nemoci. Je známo, že každá nemoc má negativní vliv na psychický stav člověka. V tomto nás utvrdili všichni informanti. Toto ve své literatuře udává i Mandincová (2011) která uvádí, že závažné onemocnění představuje jednu z největších životních zátěží, která nějakým způsobem ovlivní psychiku nemocného. Informantka I6 dodala, že se s nemocí ještě stále nesrovnala. Na otázku, která zněla: „Jak jste se cítil, když jste byl seznámen s nemocí?“ odpověděl informant I2 „*Sice to bylo těžké, ale věděl jsem, že mám kolem sebe lidi, kteří mi pomůžou.*“ Informant I1 se po oznámení diagnózy bál, co bude dál, začal se cítit nejistý. „*Vlastně furt se bojím, co bude dál,*“ doplnil. Informantce I7 dlouho trvalo, než si připustila, že je nemocná. Roth et al. (2009) popisují, že u nemocných s Parkinsonovou chorobou se často objevují psychické problémy, především deprese. Z výsledků našeho výzkumného šetření vyplynulo, že čtyři informanti si během nemoci deprese prošli. „*Vzalo mě to dost. Prošla jsem si depresí, takže kromě léků na moji nemoc užívám i antidepressiva,*“ sdělila informantka I8. Kim et al. (2018) uvádí, že deprese je příznakem Parkinsonovy choroby a významně ovlivňuje denní aktivity nemocných. Jak uvádí odborníci, zabývající se Parkinsonovou nemocí, jako například Bonnet a Hergueta (2012), Roth et al. (2009), Dostál (2013) a další, tak nemocní trpí i změnami nálad. Toto vyplynulo i z výsledků našeho výzkumného šetření, kde šest informantů sdělilo, že trpí výkyvy nálad. Informant I1 sdělil, že bývá prchlivější a podrážděný. Informant I3 popsal své nálady

jako něco mezi vztekem a zklamáním. Oproti tomu informantka I7 sdělila: „*Začala jsem doslova blbnout. Hodně jsem chodila nakupovat, začala háčkovat, ale až moc a ty nálady se měnily opravdu denně. Pak jsem pořídila rybičky a ptáčky. Naštěstí se to po úpravě medikace zlepšilo a blbnu o dost méně.*“ Dle našeho názoru je důležité mít v této oblasti dostatek informací o nemoci, ale myslíme si, že tato nemoc není veřejnosti dostatečně známá. Prevalence stoupá a lidé by měli vědět, co tato nemoc obnáší, jak rozpoznat první příznaky a kdy jít k lékaři. Vzdělávat by se měl i zdravotnický personál, který nemocnému poskytuje potřebnou péči. Je důležité, aby tato péče byla kvalitní a nemocný psychicky a fyzicky nestrádal. Každá nemoc s sebou přináší také změnu určitých životních hodnot a priorit. Z výsledků našeho výzkumu vyplynulo, že většina informantů si uvědomila, že nejdůležitější je mít oporu ve své rodině. Tři informanti začali více dbát o své zdraví, a dokonce dvě informantky uvedly jako svou prioritu léky. „*Ted' jsou pro mě nejdůležitější léky, bez nich bych byla troska,*“ uvedla informantka I7.

Po interpretaci výsledků vztahujících se k tělesné a duševní stránce, pohlédneme na rovinu sociální. K této oblasti se vztahovala třetí a zároveň poslední výzkumná otázka, která zněla: „**Jak Parkinsonova choroba ovlivňuje sociální stránku jedince?**“. Šamánková (2011) uvádí, že sociální potřeby jsou důležité v oblasti potřeb pro kvalitu a naplnění života v nemoci. V této oblasti jsme se zaměřili na zjištění, jak nemoc ovlivnila volnočasové aktivity a společenský život nemocných, profesní život, rodinné vztahy, vztahy s přáteli a ekonomickou situaci nemocných. Bonnet a Hergueta (2012) uvádí, že volnočasové aktivity a společenský život by měly pokračovat i po stanovení diagnózy. Informant I1 uvedl, že jediným koníčkem byla jeho práce, se kterou musel v souvislosti s nemocí přestat. Pět informantů sdělilo, že museli přestat se sportem, případně sport omezit. Například informant I5 dodal, že jiné zájmy, než sport neměl. „*Musel jsem přestat se sportem. Já sport miloval, takže mě to velmi zasáhlo,*“ doplnil informant I5. Informant I2 sdělil, že již nemůže dělat dynamičtější sporty, ale začal docházet na skupinové cvičení s lidmi, kteří trpí stejnou chorobou. Dva informanti sdělili, že začali chodit plavat a tři informanti odpověděli, že začali chodit na procházky. Debû et al. (2018) uvádějí, že cvičení a různě přizpůsobené programy zaměřené na fyzickou aktivitu mohou přispět ke zlepšení stavu osob s Parkinsonovou chorobou. Dle našeho názoru by nemocný neměl zapomínat na volnočasové aktivity, a pokud není schopen vykonávat stejné aktivity jako před stanovením diagnózy, měl by si najít jiné koníčky. Volnočasové aktivity jsou dle našeho názoru důležité pro psychickou pohodu nemocného a umožňují nemocnému zapojovat se i nadále do

společnosti. Nemoc sama o sobě neuzavírá nemocného doma. Pokud by se nemocný uzavíral doma a vyhýbal se společnosti, existuje zde dle našeho názoru velké riziko vzniku deprese. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že informanti již nechodí do společnosti tak často. „*Dříve jsem bývala ve společnosti lidí pořád, teď už tolik ne, a to mi chybí,*“ sdělila informantka I8. Někomu přátelé ubyli a někomu přibyli. Například informantka I7 sdělila, že poznala plno skvělých lidí, kteří trpí stejnou nemocí. V oblasti profesního života uvádí Bonnet a Hergueta (2012) ve své literatuře, že v prvních letech nemoci není s pracovním omezením problém. Tuto skutečnost nepotvrdili čtyři informanti, kteří uvedli, že po stanovení diagnózy své zaměstnání ukončili. „*Když jsem se dozvěděl diagnózu, tak jsem byl jeden rok ve stavu nemocných a poté jsem šel do invalidního důchodu,*“ uvedl informant I3. Informant I4 ukončil své zaměstnání z důvodu fyzické náročnosti. „*Šel jsem do invalidního důchodu a za pár let už do starobního,*“ doplnil. Informantka I7 chtěla do zaměstnání nadále docházet, ale neovládala to. „*Byla jsem pomalá, ale největší problém byl v tom, že jsem nestíhala brát pravidelně léky,*“ doplnila informantka I7. Dále uvedla, že byla rok v pracovní neschopnosti a poté odešla do invalidního důchodu. Ukončení zaměstnání po stanovení diagnózy dle našeho názoru závisí také na tom, jaké povolání nemocný vykonával a jaké měl příznaky. Také záleží na psychickém stavu nemocného, zda se i nadále cítí na to, aby chodil do zaměstnání. Pokud nemocný není ve starobním důchodu, může si zažádat o důchod invalidní. Nárok na invalidní důchod ve své literatuře uvádějí i Roth et al. (2009). Roth et al. (2009) také hovoří o možnosti využití sociálních služeb, v případě, že členové rodiny neovládají péči o nemocného. Myslíme si, že sociální služby jsou vhodnou službou pro nemocné a pro pečující osoby. Sociálních služeb je několik a záleží na nemocném, zda chce opustit svůj domov a žít např. v domově pro seniory či být ve svém domácím prostředí a využívat služby terénní, např. pečovatelskou službu. Zbylí čtyři informanti měli diagnostikovanou nemoc již ve starobním důchodu. Zajímavé bylo sdělení informanta I5, kterého nemoc v profesi nijak neomezovala, pouze se mu třásla ruka. „*V kapse jsem nosil gumový míček a vždy, když se ruka začala třást, tak jsem míček začal mačkat,*“ sdělil. Další otázka byla zaměřena na rodinné vztahy. Dle našeho názoru je pro nemocného podpora rodiny velmi důležitá. Bonnet a Hergueta (2012) uvádí, že je důležité se nemocnému přizpůsobit a změnit své chování a postoje vůči němu. V našem výzkumu uvedlo sedm informantů, že nemoc jejich rodinné vztahy neovlivnila. Z výsledků vyplynulo, že většina blízkých vzala tuto skutečnost jako fakt a snaží se pomáhat, jak jen to jde. Informant I2 sdělil, že díky své

rodině je na tom psychicky dobře a nehroučí se. Informantka I8, která je již vdovou, sdělila, že jí nejvíce pomáhal manžel. Pouze informantka I7 popsala, že rodina ze začátku nechápala situaci, ve které se nachází. Parkinson-Help z.s. (2017) uvádí, že si partner musí rozmyslet, zda s nemocným chce nadále setrvávat ve vztahu. Informantka I7 sdělila, že si s manželem prošli krizí, a dokonce chtěla od něj odejít. Tato situace se dle našeho názoru může stávat právě z důvodu nízké informovanosti o této nemoci. Důležité je informovat i mladší ročníky, neboť nemoc nepostihuje pouze seniory. Poslední otázkou jsme se dotazovali na vliv nemoci na ekonomickou situaci nemocného. Parkinson-Help z.s (2017) uvádí, že přijít o pravidelný finanční příjem a být odkázán na invalidní důchod může znamenat pro člověka v produktivním věku nedůstojný pád. Většině informantů z našeho výzkumného šetření byla nemoc diagnostikována již ve starobním důchodu. Pouze tři informanti, museli z důvodu nemoci odejít do pracovní neschopnosti a poté do invalidního důchodu, ale jak uvádí Roth et al. (2009), tak Parkinsonova choroba sama o sobě nezaručuje přiznání invalidního důchodu. Pět informantů uvedlo, že jejich ekonomická situace nebyla nijak zvláště ovlivněna. Oproti tomu informant I1 sdělil, že nemoc ekonomickou situaci zasáhla velmi. *„Odešel jsem do invalidního důchodu, ale do důchodu starobního jsem měl ještě asi 4 roky. Platím hypotéku, žena nemocná, já nemocný, teď jsem nemohl jezdit. Bylo to celkem těžké, vlastně furt je, ale člověk se s tím nějak naučí žít,“* dodal.

Výsledky empirické části poukazují na to, že Parkinsonova choroba má výrazný dopad nejen na biologickou stránku nemocného, ale také na stránku psychickou a sociální. Výzkum také ukázal, že na nemocného je vždy třeba nahlížet individuálně, neboť má každý jiné příznaky a jiné potřeby. Důležité je nemocné podporovat, být jim oporou a poskytovat jim komplexní kvalitní péči v rámci multidisciplinárního týmu. Významnou roli hraje také sestra, která by měla poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči a zaměřit se na oblasti, které nemocný nezvládá. Sestra může nemocnému dopomáhat zejména v oblasti biologických potřeb, především při chůzi, osobní hygieně, oblékání, vyprazdňování a při poruchách spánku. Je důležité, aby sestra věnovala nemocnému dostatek času při zvládání denních aktivit. Opomenout se však nesmí ani psychická stránka nemocného. Sestra by měla nemocného psychicky podporovat a zapojovat vedle nemocného též rodinu do procesu adaptace na nemoc s touto nelehkou nemocí.

6 Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „Parkinsonova choroba – nedobrovolná životní změna“ se zabývala problematikou osob s Parkinsonovou chorobou a dopadem choroby na jejich kvalitu života. Cílem práce bylo zmapovat životní změny u osob s Parkinsonovou chorobou související s nemocí. V souvislosti s tímto cílem byly stanoveny tři výzkumné otázky, které zněly: „Jak Parkinsonova choroba ovlivňuje biologickou stránku jedince?“ „Jak Parkinsonova choroba ovlivňuje psychickou stránku jedince?“ „Jak Parkinsonova choroba ovlivňuje sociální stránku jedince?“

V rámci zpracování výsledků bylo zjištěno, že Parkinsonova choroba výrazně ovlivňuje kvalitu života a potřeby nemocných. Nemoc má dopad nejen na stránku biologickou, ale i na stránku psychickou a sociální. V oblasti biologických potřeb informanti uvedli, že choroba nejvíce ovlivnila jejich mobilitu a soběstačnost v oblasti oblékání a osobní hygieny. Informanti dále uvedli problémy v oblasti spánku a změny ve stravování. V oblasti psychických potřeb se již odpovědi informantů značně odlišovali, ale obecně z rozhovorů vyplynulo, že nemoc velmi ovlivnila psychiku každého z nich. Většina dotazovaných se na nemoc hůře adaptovala. Nejhorší byla situace po stanovení diagnózy, kdy se informanti snažili s nemocí vyrovnat. Někteří informanti si během nemoci prošli depresí a stresem a většina trpí výkyvy nálad. Informanti po stanovení diagnózy také změnili své priority a životní hodnoty. Ve třetí oblasti, kde jsme se zaměřili na dopad nemoci na sociální potřeby, se odpovědi informantů též lišili, ale z výsledků vyplynulo, že nemoc ovlivnila volnočasové aktivity a společenský život, rodinné vztahy, vztahy s přáteli a také ekonomickou situaci nemocných.

V teoretické části byla zmíněná úloha sestry o nemocného s Parkinsonovou chorobou. Na základě odborné literatury a výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že péče o nemocného s Parkinsonovou chorobou vyžaduje komplexní, individuální a holistický přístup. Sestra dopomáhá nemocnému při každodenních aktivitách a výrazně tak zlepšuje kvalitu jeho života. Při hospitalizaci je jednou z hlavních úloh sestry podávat nemocnému léky dle časového rozpisu. Při péči o nemocného je důležité, aby byl edukován nemocný, ale také jeho rodina, která je nedílnou součástí v péči o nemocného.

Práce přináší ucelený pohled na problematiku Parkinsonovy nemoci a její dopad na každodenní život nemocného, díky čemuž může sloužit jako informační materiál sestřám pečujícím o osoby s Parkinsonovou chorobou, ale též studentům ošetrovatelství a všem, kteří chtějí do problematiky každodenního život takto nemocných blíže nahlédnout.

7 Seznam použitých zdrojů

- BALÁŽ, M., 2013. *Péče o pacienta s pokročilou Parkinsonovou nemocí z pohledu lékaře* [online]. [cit. 2017-12-20]. Dostupné z: http://parkinsonbrno.cz/clanky/pn_z_pohledu_pecovatele.pdf
- BAREŠ, M., 2010. *Současné trendy v léčbě Parkinsonovy nemoci* [online]. [cit. 2017-11-25]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/21f1d9496aa76cfaddf53b4132471381.pdf>
- BEDNAŘÍK, J. et al., 2010. *Klinická neurologie: část speciální I*. Praha: Triton. 707 s. ISBN: 978-80-7387-389-9.
- BERLIT, P., 2007. *Memorix neurologie*. 4. vydání. Praha: Grada. 464 s. ISBN: 978-80-247-1915-3.
- BONNET, A., HERGUETA T., 2012. *Parkinsonova choroba: rady pro nemocné a jejich blízké*. Praha: Portál s.r.o. 160 s. ISBN: 978-80-262-0155-7.
- ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
- DEBÛ, B. et al., 2018. *Managing Gait, Balance, and Posture in Parkinson's Disease*. Current neurology and neuroscience reports. 18 (5), 23, doi: 10.1007/s11910-018-0828-4.
- DAHLKE, R., 2014. *Nemoc jako řeč duše: [význam a naděje chorobopisů]*. Brno: CPress. 263 s. ISBN: 978-80-264-0368-5.
- DOSTÁL, V., 2010. *Výživa u Parkinsonovy choroby* [online]. [cit. 2017-12-21]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/res/archive/063/006875.pdf?seek=1514170932>
- DOSTÁL, V., 2013. *Pozdní komplikace u Parkinsonovy choroby* [online]. [cit. 2017-12-21]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/89b66d9d34c138cc3d7012f543449814.pdf>
- DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

- FALUDI, B. et al., 2015. *Sleep disturbances in Parkinson's disease: characteristics, evaluation and therapeutic approaches*. Orvosi hetilap. 156(27), 1091–9, doi: 10.1556/650.2015.30191.
- FULLER, G., 2008. *Neurologické vyšetření snadno a rychle*. Praha: Grada. 256 s. ISBN: 978–80–247–1914–6.
- GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada. 224 s. ISBN: 978-80-247-3625-9.
- HEHLMANN, A., 2010. *Hlavní symptomy v medicíně: praktická příručka pro lékaře a studenty*. Praha: Grada. 464 s. ISBN: 978–80–247–2612–0.
- HOSKOVCOVÁ, M., 2010. *Léčebná rehabilitace u Parkinsonovy nemoci* [online]. [cit. 2017-11-16]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/res/data/000131.pdf>
- Invalidní důchody*, 2017. [online]. Česká správa sociálního zabezpečení. [cit. 2018-12-22]. Dostupné z: <http://www.lekarske-posudky.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/invalidni-duchody.htm>
- KAINOVÁ, M. et al., 2014. *Poruchy polykání u Parkinsonovy nemoci* [online]. [cit. 2017-12-21]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2014/06/10.pdf>
- KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN: 978-80-247-4026-3.
- KELNAROVÁ, J. et al., 2009. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 240 s. ISBN: 978-80-247-2830-8.
- KIM, Y. et al., 2018. *Depression and posture in patients with Parkinson's disease*. Gait & Posture. 61, 81–85, doi: 10.1016/j.gaitpost.2017.12.026.
- KOTKOVÁ, P., WEISS, P., 2010. *Sexuální dysfunkce u Parkinsonovy nemoci* [online]. [cit. 2017-12-21]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/02/12.pdf>

KURT, E. E., et al., 2018. *Effects of Ai Chi on balance, quality of life, functional mobility, and motor impairment in patients with Parkinson's disease*. *Disability and rehabilitation* [online]. 40(7), 791-797, [cit. 2018-04-16]. doi: 10.1080/09638288.2016.1276972.

LÜLLMANN, H. et al., 2012. *Barevný atlas farmakologie*. 4. vydání. Praha: Grada. 384 s. ISBN: 978-80-247-3908-3.

MAČÁK, J. et al., 2012. *Patologie*. 2., dopl. vydání. Praha: Grada. 347 s. ISBN: 978-80-247-3530-6.

MACHÁČKOVÁ, D., KOTTOVÁ, M., 2009. *Pacienti s „Parkinsonem“ vyžadují individuální péči* [online]. [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pacienti-s-parkinsonem-vyzaduji-individualni-peci-417227>

MANDINCOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada. 128 s. ISBN: 978-80-247-3811-6.

MIERTO VÁ, M. et al., 2014. *Ošetrovatel'stvo v neurologii* [online]. [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <http://osevneu.jfmed.uniba.sk/>

MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství 2. díl*. Praha: Grada. 320 s. ISBN: 978-80-247-3185-8.

Parkinson a partnerství, 2017. [online]. Parkinson-Help z.s. [cit. 2017-22-12]. Dostupné z: <https://parkinson-help.cz/parkinsonova-nemoc-pn/parkinson-u-mladych/parkinson-a-partnerstvi/>

Parkinson a práce, 2017. [online]. Parkinson-Help z.s. [cit. 2017-22-12]. Dostupné z: <https://parkinson-help.cz/parkinsonova-nemoc-pn/parkinson-u-mladych/parkinson-a-prace/>

PEDROSA CARRASCO, A. J. et al., 2018. Management of constipation in patients with *Parkinson's disease*. *NPJ Parkinson's disease*. 4:6, doi: 10.1038/s41531-018-0042-8

PFEIFFER, J., 2007. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada. 352 s. ISBN: 978-80-247-1135-5.

PURŠOVÁ, M., ROTH, J., 2014 [online]. *Parkinsonova nemoc: komplexní fyzioterapeutický pohled*. [cit. 2017-11-25]. Dostupné z: https://parkinson-help.cz/wp-content/uploads/2014/11/Parkinsonova-nemoc-Komplexn%C3%AD-fyzioterapeutick%C3%A1-pohled_final-n%C3%A1hled-pod-k%C3%B3dem-CZ1405204427052014.pdf

RABOCH, J. et al., 2013. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. 468 s. ISBN: 978-80-246-1985-9.

REKTOR, I., 2009. *Neurologie pro praxi: Léčba Parkinsonovy choroby* [online] 10(6): 340–346. [cit. 2017-11-24]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/06/04.pdf>

REKTOROVÁ, I., 2007. *Psychiatrické symptomy Parkinsonovy nemoci: Diagnostika a léčba* [online]. [cit. 2017-12-22]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/05/08.pdf>

ROTH, J. et al., 2009. *Parkinsonova nemoc*. 4. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf s.r.o. 222. s. ISBN: 978-80-7345-178-3.

ROTH, J., RŮŽIČKA, E., 2014. *Život s Parkinsonovou chorobou – základní informace pro nemocné a jejich rodiny* [online]. [cit. 2017-12-20]. Dostupné z: http://parkinson-help.cz/wp-content/uploads/2014/11/%C5%BBivot-s-Parkinsonovou-nemoc%C3%AD_final-n%C3%A1hled-s-k%C3%B3dem_CZ1406220672-06-2014.pdf

Rozpoznání nemoci, 2017. [online]. Parkinson-Help z.s. [cit. 2017-11-12]. Dostupné z: <https://parkinson-help.cz/parkinsonova-nemoc-pn/roznani-nemoci/>

RŮŽIČKA, E., 2009. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie: Doporučený postup při zahájení léčby Parkinsonovy nemoci* [online]. [cit. 2017-11-24]. Dostupné z: http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/doporuceny-postup-pri-zahajeni-lecby-parkinsonovy-nemoci-33222?confirm_rules=1

SEIDL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 168 s. ISBN: 978-80-247-2733-2.

SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. přeprac. a dopl. vydání. Praha: Grada. 384 s. ISBN: 978-80-247-5247-1.

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

SLÁMA, O. et al., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. 362 s. ISBN: 978-80-7262-505-5.

SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN: 978-80-247-4868-9.

ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 136 s. ISBN: 978-80-247-3223-7.

VLČEK, J. et al., 2014. *Klinická farmacie II*. Praha: Grada. 256 s. ISBN: 978-80-247-4532-9.

What Causes Parkinson's Disease? 2015. [online]. Parkinson's Disease Guide. [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: https://www.partnersinparkinsons.org/Content/Media/pdf/Parkinsons_Disease_Guide.pdf

8 Přílohy

Příloha 1 - Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha 1 - Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

Základní údaje o informantech:

Pohlaví

Kolik je Vám let?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jaké je Vaše zaměstnání?

Jaký je váš rodinný stav?

Jak dlouho máte diagnostikovanou Parkinsonovu chorobu?

Vlastní rozhovor:

1. Jak Parkinsonova choroba ovlivňuje biologickou stránku jedince?

- a. Jak nemoc ovlivnila vaše fyzické zdraví?
- b. Jak nemoc ovlivnila vaši mobilitu?
- c. Používáte nějaké kompenzační pomůcky? Jaké?
- d. Máte problémy s oblékáním?
- e. Jak nemoc ovlivnila váš spánek?
- f. Jak nemoc ovlivnila vaši osobní hygienu?
- g. Jak nemoc ovlivnila vaše způsoby stravování? (+ vyprazdňování)
- h. Chtěl/a byste k této oblasti doplnit ještě něco, co jsme nezmínili?

2. Jak Parkinsonova choroba ovlivňuje psychickou stránku jedince?

- a. Jak nemoc ovlivnila vaši psychiku?
- b. Jak jste prožíval, když jste byl seznámen s vaší nemocí?
- c. Jak se změnila vaše psychika v průběhu života s nemocí?
- d. Jak nemoc ovlivnila vaše nálady?
- e. Jak nemoc ovlivnila váš žebříček hodnot?
- f. Jaké jste měl priority dříve a jaké dnes?
- g. Chtěl/a byste k této oblasti doplnit ještě něco, co jsme nezmínili?

3. Jak Parkinsonova choroba ovlivňuje sociální stránku jedince?

- a. Jak nemoc ovlivnila vaše volnočasové aktivity a společenský život?
- b. Jak nemoc ovlivnila váš profesní život?
- c. Jak nemoc ovlivnila vaše rodinné vztahy?

- d. Jak nemoc ovlivnila vaše vztahy s přáteli?
- e. Jak nemoc ovlivnila vaši ekonomickou situaci?
- f. Chtěl/a byste k této oblasti doplnit ještě něco, co jsme nezmínili?