



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Parkinsonova choroba a výživa

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE VE
ZDRAVOTNICTVÍ**

Autor: František Růth

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Parkinsonova choroba a výživa*“ jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 4.5.2018

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Touto cestou bych rád poděkoval paní Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za vedení mé práce, za cenné rady a čas, který mi věnovala. Poděkování také patří všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumu.

Parkinsonova choroba a výživa

Abstrakt

Pro zpracování mé bakalářské práce jsem si vybral téma: Parkinsonova choroba a výživa. Pravda je taková, že při tomto onemocnění žádná speciální dieta není – neexistuje. Existují pouze doporučení pro dodržování zásad zdravého, pestrého a vyváženého jídelníčku.

Práce má dvě části. V teoretické části je popisována Parkinsonova nemoc jako taková, část její historie, léčba a výživa.

V praktické části práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Cílem práce bylo zmapovat výživu osob s Parkinsonovou chorobou v domově pro seniory. Součástí kvalitativního výzkumu bylo položení tří výzkumných otázek:

1. Dokáže strava ovlivnit nemocné?
2. Má na výživový stav pacienta s Parkinsonovou chorobou vliv způsob výživy?
3. Jaké jsou znalosti ošetřujícího personálu v péči spojené s výživou?

Sběr dat probíhal pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Respondenti byli seznámeni s tématem bakalářské práce. Následně proběhl rozhovor, který byl zaznamenán na diktafon a přepsán do textové podoby spisovnou češtinou. Výzkumný soubor tvořilo 10 pečovatelek, sester a pečovatelů z domova pro seniory. Tématy rozhovoru byla výživa, léky, problémy spojené s nemocí a péčí. K vytvořeným kategoriím náleží podkategorie, které obsahují kódy znázorňující data z odpovědí respondentů.

Z výsledku vyplývá, že běžná strava podávaná v domově pro seniory pravděpodobně nemůže nemocného a jeho nemoc nijak ovlivnit. Na výživový stav pacienta má způsob výživy velký vliv. Záleží na tom, v jaké úpravě se jídlo pacientovi podá. Co se týče znalostí ošetřujícího personálu, vědí, jak se o daného pacienta s nemocí postarat.

V diskuzi byla zhodnocena všechna získaná data a porovnána s jinými daty a autory, kteří se zabývali stejnou problematikou.

Klíčová slova: parkinsonova choroba, výživa, péče

Parkinson's disease and nutrition

Abstract

The topic of my bachelor thesis is 'Parkinson's disease and nutrition'. The truth is that there is no special diet for people suffering from this disease – it doesn't exist. There is only a recommendation to follow the principles of a healthy and balanced diet.

The thesis has two parts. The first - theoretical - part describes Parkinson's disease, parts of its history, medical treatment, nutrition and everything connected to it.

A method of qualitative research was chosen for the practical part. The aim of the thesis was to map the diet of people suffering from Parkinson's disease living in a nursing home. Three questions were asked as a part of the research:

1. Can the diet influence the patients?
2. Does the way of nutrition have an influence on nutritional condition of the patient?
3. What level of knowledge concerning nutrition do the nurses and attendants have?

Data was collected by semi-structured interviews. The respondents were informed about the topic of the bachelor thesis. The interviews were recorded with a voice recorder and rewritten. The research group consisted of ten attendants and nurses from the nursing home. The topics were nutrition, medication, problems connected with the disease and care. The established categories can be divided into sub-categories which contain codes standing for data from the responses of interviewed people.

The results show that the alimentation in the nursing home probably cannot affect patients and their condition. The way of nutrition has a big influence on the nutritional condition of the patients. What matters is the form in which the food reaches the patients. As for the level of knowledge, the nursing staff knows how to take care of the patients.

All data was evaluated and compared to other data and authors dealing with the same topic.

Key words: parkinson's disease, nutrition, care

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.2 Parkinsonova choroba.....	9
1.2.1 Bazální ganglia a substantia nigra	9
1.2.2 Substantia nigra	10
1.2.3 Dopamin	11
1.2.3.1 Funkce dopaminu.....	11
1.2.3.2 Pohyb	12
1.3 Projevy Parkinsonovy choroby.....	12
1.3.1 Psychiatrické příznaky	12
1.4 Vývoj nemoci.....	12
1.5 Historie Parkinsonovy choroby	13
1.6 Příčiny Parkinsonovy choroby (Etiologie).....	14
1.7 Epidemiologie Parkinsonovy choroby.....	14
1.8 Klinický obraz nemoci.....	15
1.9 Způsoby léčby.....	16
1.9.1 Farmakologická léčba	16
1.9.2 Neurochirurgická léčba	18
1.9.3 Fyzioterapeutická léčba	18
1.10 Nutriční problémy a zákrok (intervence)	19
1.10.1 Výživová doporučení pro pacienty s Parkinsonovou chorobou obecně	19
1.10.2 Vliv terapie na výživu	20
1.10.2.1 Vliv farmakologické terapie	20
1.10.2.2 Vliv neurochirurgické terapie.....	20
1.10.3 Poruchy výživy a metabolismu.....	21
1.10.3.1 Poruchy funkce GIT	21
1.10.3.2 Metabolismus.....	22
1.10.3.3 Problémy v oblasti úst.....	22
1.10.3.4 Demence a deprese ve vztahu k výživě.....	23
1.10.3.5 Obstipace	23
1.10.4 Dysfagie	24
1.10.4.1 Gastroparéza.....	25
1.11 Enterální výživa	25
1.12 Rady a speciální pomůcky pro stravování	26
2 Cíl práce a výzkumné otázky	28
2.1 Cíl práce.....	28

2.2 Výzkumné otázky	28
3 Metodika práce	29
3.1 Charakteristika výzkumného souboru	29
4 Výsledky	30
4.1 Kategorie - výživa	31
4.2 Kategorie - léky.....	35
4.3 Kategorie - problémy spojené s nemocí	37
4.4 Jídelníčky	41
4.4.1 První ukázka - mobilní pacient	41
4.4.2 Druhá ukázka - imobilní pacient.....	44
4.4.3 Třetí ukázka - pacient s diabetickou dietou	47
5 Diskuze	50
6 Závěr.....	53
7 Seznam použitých zdrojů	54
8 Přílohy	60
9 Seznam použitých zkratk.....	61

ÚVOD

Parkinsonova choroba je jedno z nejzákeřnějších neurodegenerativních onemocnění na světě. Pro tento druh onemocnění neexistuje žádná konkrétní dieta. Existuje jen soubor doporučení, podle kterých by se lidé trpící touto chorobou (či jejich blízcí, pečovatelé) měli řídit. V první řadě se jedná o pestrou, vyváženou stravu, bohatou na minerály a vitamíny. Nesmí se opomenout ani pitný režim, kde denní doporučená dávka je stejná jako u zdravého jedince - kolem 1,5 – 2 l. Doporučuje se prokládat jednotlivá sousta při krmení pacienta vodou, aby docházelo k lepšímu polykání sousta. Co se týče léků, nedoporučuje se užívání levodopy společně s bílkovinou – snižuje jeho účinnost.

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat výživu u osob s Parkinsonovou chorobou. Šetření bylo prováděno kvalitativní metodou pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Na základě analýzy získaných dat byly zjištěny znalosti ošetřujícího personálu o pacientech trpících Parkinsonovou chorobou a vyvozeny závěry.

1 SOUČASNÝ STAV

Bylo již vytvořeno bezpočet definic stáří. Někteří autoři definují stáří jako přirozenou degradaci organismu po dosažení vývojové fáze (zralosti a dospělosti). Z této definice, bohužel, nevyplývá zřejmý fakt, že stáří nemůže a není považováno za nemoc, ale za přirozený fyziologický proces. Stáří je přirozeným obdobím lidského života a je vztahováno k životnímu období dětství, mládí a k době zralosti (Pokorná, 2010). Dle Dvořáčkové (2012) se dá stáří a stárnutí označit za biologický specifický proces, který se dá charakterizovat tím, že je nakódovaný dlouhodobě, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a nechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se orientuje dle druhově specifického zákona. Propadá vlivům formativního prostředí.

1.2 Parkinsonova choroba

Parkinsonova choroba je neurodegenerativní onemocnění, příčiny nemoci nejsou doposud jasné. Souvisí s postupným zánikem neuronů. Zánik neuronů začíná ve věku dospělého a pomalu dochází k rozšíření. Je jednotlivý, týká se jen populací některých neuronů, konkrétně struktury neuronů zvané substantia nigra, která se nalézá v mozkovém kmeni ve středním mozku. Je součástí bazálních ganglií (seskupení základních nervových buněk mozkové kůry pod jeho pláštěm), umožňuje vstup nervového vzruchu do těchto seskupení a zásobuje část bazálních ganglií dopaminem. Zprostředkovává přenos vzruchů z bazálních ganglií do dalších vrstev mozku. V této části mozku neurony obsahují dopamin – přenašeč vzruchů nervových – dopaminergní. Hlavní funkcí bazálních ganglií je řídit pohyb, zpracovávat motorické poznatky, které přicházejí z celého mozku přes část bazálních ganglií (Bonnet, 2012).

1.2.1 Bazální ganglia a substantia nigra

V mozkových polokoulích v bílé hmotě se nacházejí mohutné podkorové útvary. Tyto útvary jsou tvořeny šedou hmotou (shluky těl neuronů). Nesou název bazální ganglia – jádra (Orel, 2009). K bazálním gangliím řadíme: nucleus caudatus (ocasaté jádro), nucleus lentiformis (čočkovité jádro), claustrum („proužek“) a corpus amygdaloideum (mandloňovité těleso). Nejmasivnější část tvoří nc. caudatus a nc. lentiformis. Nucleus lentiformis má tvar jehlanu trojbokého s konvexní a oválnou bází,

kteřá je otočená k hmotě bílé a odděluje nc. lentiformis a claustrum. Zevní (tmavší), vnitřní (barevně bledší) a mediální oddíl je rozdělen bílou sagitální lamelou na vlastní čočkovité jádro. Mezi hranou hlavy nc. caudatus a zevní částí nc. lentiformis se nachází šedé pruhy hmoty, dotvářející těleso s názvem žíhané těleso (corpus striatum). (nc. caudatus + zevní oddíl čočkovitého jádra). Ploché claustrum leží zevně a rovnoběžně se zevním oddílem čočkovitého jádra. Páskem bílé hmoty je claustrum odděleno od putamen. Pod nc. lentiformis je uloženo Corpus amygdaloideum – tvar frontálně postavené destičky. Bohaté mediátory p substance, serotonin, acetylcholin, kyselina gamaaminomáselná a dopamin jsou součástí neuronů žíhaného tělesa. Žíhané těleso je zapojeno pod vlivem vláken z kmene, neokortexu a talamu. Na žíhané těleso mají aferentní dráhy exitační vliv. Do vnitřního oddílu nc. lentiformis a do černého tělesa (nc. niger - mesencephalon) jdou eferentní dráhy, kde mají inhibiční vliv. Receptční částí celého systému bazálních ganglií je žíhané těleso. Složitým způsobem zapojení jader ovlivňuje řízení motoriky (Dylevský, 2009).

Talamus stimuluje vzruchy korové struktury hemisfér. V celém talamokortikálním systému vede dráždění žíhaného tělesa ke stimulaci a inhibici v systému corpus striatum – vnitřní oddíl nc. lentiformis. Útlum motoriky je obecným rysem činnosti bazálních ganglií. Důsledkem útlumu je formulace aktivity kůry motorické, tzn. ještě před začátkem vlastního pohybu (Dylevský, 2009).

1.2.2 Substantia nigra

Je umístěna ve středním mozku. Jedná se o souhrn těl neuronů, je tmavě zbarvena pigmentem neuromelaninem (derivát dopaminu) (Orel, 2009).

Aferentní dráhy:

dráha bledočerná – tr. Pallidonigralis

dráha žíhanočerná – tr. Strionigralis. Konec na pars reticularis. Na nigrální neurony a neurony pallida mají vlákna inhibiční vliv (Hanzlová, 2014).

Efferentní dráhy:

dráha černožíhaná – tr. Nigrostriatus (Hanzlová, 2014).

Vlákna vycházejí z pars compacta a převádějí dopamin, potřebný k běžné funkci striata. Příznaky parkinsonismu se objevují při jeho sníženém přísunu (Hanzlová, 2014).

dráha černosíťovaná – tr. Nigroreticularis

Z funkčního hlediska jsou vlákna inhibiční a vystupují z pars reticularis (Hanzlová, 2014).

dráha černolůžková – tr. Nigrothalamicus (Hanzlová, 2014).

Mezistopkové jádro – nucleus interpeduncularis je uloženo pod spodinou mezistopkové jámy – fossa interpeduncularis a jedná se o malé párové jádro. Do tzv. Limbického systému jsou zapojena jádra. Z uzdičkomezistopkové dráhy – tr. Habenulointerpeduncularis přicházejí aferentní vlákna. Do retikulární formace míří eferentní vlákna (Hanzlová, 2014).

1.2.3 Dopamin

Jedná se o katecholamin, chemickou látku, vznikající přirozeně v mozku obratlovců. Nachází se také u většiny bezobratlých živočichů v nervové soustavě (Kerkut, 1973).

V jistých úsecích mozku dovoluje přenos impulzů a funguje jako neuropřenašeč. Vznik Parkinsonovy choroby je úzce spojen s poškozením dopaminových drah. Do souvislosti s jinými poruchami dopaminového systému se dává také vznik schizofrenie nebo bipolární afektivní poruchy (Vander, 2001).

Označuje se jako prolaktin inhibující hormon, dřev nadledvin ho tvoří v malém množství. Funguje jako neurohormon a je tvořen v hypotalamu (Vander, 2001).

1.2.3.1 Funkce dopaminu

Váže se na pět hlavních typů tzv. dopaminových receptorů (D1, D2, D3, D4, D5) v centrální nervové soustavě. Umožňuje přenos nervových impulzů z jedné nervové buňky na druhou a je uvolňován nervovými buňkami na synapsích, kde dochází k vázání na konkrétní receptory. Značí se nejméně šest nervových drah. Buňka, která produkuje dopamin, jej uvolní běžným způsobem závislým na vápenatých iontech. Dopamin se váže na dopaminové receptory a rozlije se do synaptické štěrby, poté dojde k opětovnému rychlému vstřebání opětovně do produkující buňky (Binder, 2009). Dávka amfetaminů také může způsobit uvolnění dopaminu (Smith, 2002).

1.2.3.2 Pohyb

Spojení mezi substantia nigra a částí zvanou striatum je důležitou dopaminergní drahou. Součástí bazálních ganglií je substantia nigra a její rolí je programování a plánování pohybu – ve chvíli, kdy se nekonkrétní myšlenka mění na akci řízenou vůlí. S dalšími pohybovými centry je tato část košatě propojena. Poruchami pohybu se projevuje Parkinsonova choroba, kterou může způsobit degenerace dopaminových center v oblasti substantia nigra (Ganog, 2010).

1.3 Projevy Parkinsonovy choroby

Charakteristickými projevy Parkinsonovy choroby jsou poruchy pohybů, tzv. extrapyramidový hypokineticko-rigidní syndrom. Skládá se z rigidity, hypokineze, posturální poruchy a třesu, souhlasný na dopaminergní způsob léčby. Další projevy jsou poruchy vegetativní, senzorické, afektivní a kognitivní (Růžička, 2006).

V pozdějších fázích onemocnění, a hlavně u případů, objevující se ve vyšším věku, bývají postižené i další části mozku. V některých případech bývá složité odlišit demenci u Parkinsonovi choroby a demenci s Lewyho tělísky, někdy se může kombinovat s Alzheimerovou chorobou nebo vaskulárním onemocněním mozku (Jirák, et al. 2009)

1.3.1 Psychiatrické příznaky

Pozdní stádia Parkinsonovy choroby provázejí zejména psychiatrické příznaky. Často jsou přítomny deprese, úzkost a zhoršení kognitivních výkonů (Lužný, 2012).

Méně časté jsou halucinace a delirantní představy. V širší míře jsou popsány spánkové poruchy, poruchy chování a poruchy sexuální (Bonnet, 2012).

1.4 Vývoj nemoci

Parkinsonova choroba je nemoc s pomalým vývojem. Pacient v průběhu let prochází spolu se svým okolím čtyřmi různými vývojovými fázemi (Bonnet, 2012).

První fáze – první příznaky, zjištění diagnózy a první rok s onemocněním. Jedná se o adaptační fázi, která je z emočního hlediska velmi intenzivní (Bonnet, 2012).

Druhá fáze („lábanky“) - připomíná klid po bouři. Díky léčbě se život vrací do normálu. Jedná se o fázi vyrovnanosti (Bonnet, 2012).

Třetí fáze - fluktuace hybnosti (výkyvy schopností motorických) a dyskineze, celková rovnováha je narušená, přicházejí změny, problémy s pohybem (Bonnet, 2012).

Nakonec poslední fáze - nutné čelit hendikepu souvisejícímu s rozmachem tzv. axiálních příznaků (chůze je obtížná). Nemoc začíná zabírat veškeré místo v životě (Bonnet, 2012).

1.5 Historie Parkinsonovy choroby

Parkinsonova choroba byla identifikována již ve starověké Indii. Nejstarší odkaz na tuto nemoc pochází z období 600 let před Kristem. Charaka navrhnul koherentní obraz Parkinsonovy choroby tím, že popisoval třes, tuhost, poruchy chůze. V 15. století bylo podstatným prvkem terapie podávání semena Mucuna nebo Atmagupta v prášku, který dle záznamů obsahuje 4-6% levodopy (Ovallath, 2013).

První popis Parkinsonovy choroby jako takové pochází z roku 1817. Nemoc se jmenuje podle svého objevitele, londýnského lékaře Jamese Parkinsona. V prvních padesáti letech existence onemocnění nebyla dostupná žádná efektivní terapie, ale neurologové nabádali k používání různých činidel, včetně kovů. Kolem roku 1867 Jean-Martin Charcot našel alkaloidy, které mohly být nějak nápomocné. Tato terapie byla přijata a stala se populární po dalších 75 let (Fahn, 2014).

Jean-Martin Charcot měl velkou zásluhu na rozšíření informací o Parkinsonově chorobě v globálním měřítku. Oddělil Parkinsonovu chorobu od roztroušené sklerózy a dalších poruch, pro které je charakteristický třes. Časná léčba byla založena na empirickém pozorování a již v 19. století byly používány anticholinergní léky. Objev dopaminergních deficitů a syntetické cesty dopaminu u Parkinsonovy choroby vedly k prvním lidským pokusům s levodopou. Pozdější anatomické, fyziologické a biochemické studie určily další farmakologické a neurochirurgické cíle pro Parkinsonovu chorobu a daly prostor moderním lékařům nabídnout řadu terapií zaměřených na zlepšení funkce organismu v této nemoci, která je stále nevléčitelná (Goetz, 2011).

1.6 Příčiny Parkinsonovy choroby (Etiologie)

Genetické faktory jsou odpovědné za vznik Parkinsonovy choroby v 10%. 90% případů vzniká z neznámých příčin. Předpokládá se, že environmentální faktory hrají důležitou roli ve vývoji onemocnění. Opakovaně bývají s Parkinsonovou nemocí spojovány expozice pesticidů. Rotenone a Paraquat indukují ztrátu dopaminergních neuronů v substantia nigra a striatum u zvířat. Dalším velmi známým toxinem je 1methyl-4-fenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridin (MPTP). MPTP toxicita dopaminergní byla objevena počátkem 80. let u několika lidí, kteří byli hospitalizováni kvůli syntetizování domácích opiátových léků. Přestože byly tyto modelové situace ve spojitosti s Parkinsonovou chorobou testovány, pravděpodobně nepředstavují hlavní problém vzniku Parkinsonovy choroby, kvůli vzácným expozicím v běžném prostředí. Současné výzkumy věnují pozornost vlivu dietních faktorů na vznik Parkinsonovy choroby (přírodní složky, sloučeniny vzniklé během přípravy,...) (Agim et al., 2015).

Palacios et al. (2012a) ve své studii uvádí, že spotřeba kofeinu je spojena se sníženým rizikem onemocnění Parkinsonovy choroby. Tato studie poukazuje na prospěšné účinky příjmu kofeinu u mužů. Co se týče žen, je prognóza nejistá – možná kvůli interakci hormonální substituční terapii. Studie brala v potaz věk, kouření a spotřebu alkoholu. Ze studie vyplývá, že vysoká spotřeba kofeinu má ochranný vliv na vznik Parkinsonovy choroby. Ke stejnému závěru došla Palacios et al. (2012a) i ve studiích o kouření. Dle této studie má kouření také ochranný vliv na vznik Parkinsonovy choroby. Co se týče alkoholu, byla studována sorta lidí, muži, kteří konzumovali 30 a více gramů alkoholu denně, a ženy, které konzumovaly 15 a více gramů alkoholu denně po dobu 13 let. Spotřeba piva, vína nebo likérů nebyla spojena s rizikem vzniku Parkinsonovy choroby. Výsledky této studie souvislost mezi příjmem alkoholu a rizikem Parkinsonovy choroby nepodporují (Palacios et al., 2012b).

1.7 Epidemiologie Parkinsonovy choroby

Prevalence neboli výskyt Parkinsonovy choroby v populaci se pohybuje v Evropě v rozmezí 84 až 187 postižených na 100 000 obyvatel, tzn. asi každý tisící obyvatel trpí Parkinsonovou chorobou. U osob starších 60 let postihuje více než 1 % seniorů. Čísla nejsou příliš přesná z důvodu občasných diagnostických omylů. Až v 20 % případů dochází k diagnostickým chybám v časných stádiích onemocnění. Výskyt

choroby mezi ženami a muži je vyrovnaný, nicméně lehce převládá postižení u mužů. Průměrný věk onemocnění je okolo 50 až 60 let. Výjimkou nejsou ani případy u starších věkových kategorií. Onemocnění před 40. rokem života není nijak vzácné (cca 10% všech případů) (Roth, 2009, s.15-16).

1.8 Klinický obraz nemoci

Motorické příznaky a jejich nástup u Parkinsonovy choroby jsou asymetrické. K nejčastějším počátečním příznakům patří klidový třes v horní končetině. Postupem času pacienti zaznamenávají příznaky spojené s progresivní bradykinezí a ztuhlostí. První bývá postiženo rameno, které se nemusí úplně otáčet. Postupně se axiální poloha ohne a kroky se zkracují. Některé non-motorické příznaky předcházejí motorickým příznakům u Parkinsonovy choroby. Velká část pacientů má výrazně snížené čichové funkce v době, kdy nastávají motorické příznaky. Pacienti si obvykle tohoto příznaku nevšimnou nebo si neuvědomují, že jde o příznak nemoci. Dalším příznakem bývá porucha chování s rychlým pohybem oka. V tomto stavu jedinci vykazují pohyby během spánku, které se většinou popisují jako kopání nebo údery. Mezi rizikové faktory patří zácpa a nadměrná ospalost přes den (Hauser, 2018). Mezi časné motorické příznaky patří třes, bradykineze, rigidita. Bradykineze označuje pomalý pohyb. Zahrnuje obtíže s plánováním, zahájením a provedením pohybu. Často může za ztěžování úkonů, ke které je třeba jemné motoriky (zapínání, používání nádobí,...). Mezi další příznaky bradykineze patří slintání kvůli poruše polykání a ztráta výrazu obličeje. Dále také tremor (třes), který je nejsnadněji rozpoznatelným příznakem Parkinsonovy choroby. Třes bývá jednostranný. Třesy na ruku se šíří z jedné ruky na druhou. Zbytek třesu u pacientů může zahrnovat třes rtů, brady, čelisti a nohou. Zřídka se třes týká krku nebo hlavy. Rigidita je charakterizována zvýšenou rezistencí, nejčastěji doprovázena jevem „ozubeného kolečka“ – nárazy svalů fixující segment, zvláště když je rigidita spojena s tremorem. Je přítomna v celém rozsahu pasivního pohybu končetiny (ohyb, rotace kolem kloubu). Může se objevovat proximálně (krk, ramena, boky) nebo distálně (zápěstí, kotníky). Je vnímána jako ztuhlost, těžkost či slabost. K dalším symptomům patří posturální nestabilita, která se objevuje v pozdní fázi Parkinsonovy choroby. Posturální nestabilita je nejčastější příčinou pádů a přispívá k riziku zlomenin kyčle (Jankovic, 2008). Pacientům často dělá problémy obejít „překážky“ v místnosti. Tomuto symptomu se říká „zamrznutí –

freezing“. Typické pro pacienty v pokročilejší fázích onemocnění je šouravá chůze o malých krůčcích s pomalými a nejistými otáčkami, kdy snadno může dojít k poruše rovnováhy a pádu (Roth, 2009).

Mezi non-motorické symptomy patří neuropsychiatrické projevy jako je deprese a kognitivní poruchy, poruchy spánku, autonomní dysfunkce, jako je střevní zácpa, a další, jako je únava a bolest. Non-motorické symptomy mohou být přítomny ve všech fázích onemocnění (Barbosa, 2013).

1.9 Způsoby léčby

1.9.1 Farmakologická léčba

Dopaminergní léčba modifikuje běh a klinický charakter nemoci. Ovlivnění je jak pozitivní (zpomalený vývoj nemoci a znehybnění nemocného), tak i negativní (geneze motorických i non-motorických komplikací pozdní etapy nemoci). Dopaminergní léčba zpětnovazebně ovlivňuje nigrální neurony, na těchto neuronech probíhá syntetizace dopaminu. Dále působí dopaminergní léčba přímo na dopaminových receptorech ve striatu. Na vzniku komplikací má podíl abnormální fungování receptorů NMDA a adenosinové receptory. Komplexní terapie je velmi komplikovaná záležitost, vyžadující spolupráci lékaře, pacienta a pacientovy rodiny (Kaňkovský, 2010).

L-DOPA

I v pokročilém stadiu nemoci je levodopa stále vnímána jako „zlatý standart“ léčby Parkinsonovy nemoci. Jedná se o prekurzor dopaminu, sama o sobě nemá L-DOPA léčivou molekulu. Přes střevní stěnu je aktivně transportována (vstřebání hlavně v jejunu a také v duodenu) a bez obtíží přestupuje přes hematoencefalickou překážku. Dochází ke štěpení v zaživacím traktu na neúčinné metabolity. Pepsinem a kyselinou chlorovodíkovou je rozkládána. Je metabolizována na periférii (pořadí dle metabolismu a jeho intenzity) dopa-dekarboxylázou (DDC), katechol-O-metyl transferázou (COMT) a monoamino-oxidázou B (MAO-B). V centrální nervové soustavě je metabolizována COMT, MAO-B, DDC a monoaminoxidázou A (MAO-A). Nezmetabolizovaný objem L-DOPA, který zbývá, se za pomoci hematogenního a extracelulárního transportu dostává k buňkám striata, kde je tato L-DOPA metabolizována na dopamin a má vliv na

dopaminergní receptory (zejména D2, ale i dalších tříd) jako suplement za endogenní dopamin. Léčba L-DOPA je považována za efektivní a bezpečnou. Za jediný nežádoucí závažnější účinek je považována ortostáza. Terapie systematické terapie L-DOPA pomocí tzv. preparátů standartních stimuluje dopaminergní receptory tzv. pulzním způsobem. Tento děj a tzv. re-setting („změna“ postavení dopaminergních receptorů) jsou příčinou vzniku tzv. wearing-off fenoménu (zkracování účinku dávky) a fluktuací, nejvíce charakteru on-off a dyskinezi (Kaňkovský, 2010).

Agonisté dopaminu

Skupina heterogenních molekul, společnou vlastností je afinita k dopaminovaným receptorům v mozku. Dle chemické struktury jsou preparáty děleny na ergolinové a non-ergolinové. Ergolinové preparáty mohou zapříčinit fibrotizaci, mezi projevy patří retroperitoneální fibróza a fibrotizace srdečních chlopní:

Bromokriptin – ergolinový preparát. K dosažení terapeutického efektu je třeba podávat vyšší dávky až kolem 30 mg denně, což zvyšuje riziko postranních psychiatrických účinků (halucinace, bludy) (Kaňkovský, 2010).

Dihydroergokriptin – modernější verze předchozí molekuly, ergolinová struktura. Za výhodu je považován celkem dlouhý biologický poločas (15-17 hodin). Nevýhodou je podávání vyšších dávek k dosažení terapeutického efektu (60-80 mg denně). Nežádoucím účinkem je ortostáza (Kaňkovský, 2010).

Kabergolin – starší preparát, ergolinová struktura. Má slabší dopaminergní efekt, ale je vyvážen biologickým poločasem (až 70 hodin). Nežádoucím účinkem může být ortostatická hypotenze (Kaňkovský, 2010).

Pramipexol – non-ergolinový agonista, poločas je 8-12 hodin, dobrá účinnost i v malých dávkách (1,5-5 mg). Nežádoucí účinek ortostatická hypotenze a komplikace psychiatrické (Kaňkovský, 2010).

Ropinirol – nejmodernější perorální preparát patřící do skupiny agonistů dopaminu, jedná se o non-ergolinový preparát. Terapeutická dávka se udává mezi 9-24 mg. Má poměrně dlouhý biologický poločas (až 18 hodin). Velmi nízká incidence negativních účinků psychiatrického charakteru. Zřejmě úplně bez fibrózních změn. Může se objevit ortostatická hypotenze (Kaňkovský, 2010).

Inhibitory monoaminoxidázy B – používány pouze selegilin a rasagilin

Inhibitory katechol-O-metyl-transferázy (COMT) – Tolcapone, Entacapone,...(Kaňkovský, 2010).

1.9.2 Neurochirurgická léčba

U výrazně komplikované a pokročilé etapy Parkinsonovy choroby, kdy ústní podání léků (jedná se o jakékoli léky, nejen L-DOPA) je problematické kvůli poruše vstřebávání v horní části GIT, je zaváděna duodenální sonda pomocí perkutánní gastrostomie a L-DOPA je dávana formou intraduodenální infuze. Pacient nosí celý den na těle připevněnou programovatelnou pumpu, která slouží k tomuto účelu (Kaňkovský, 2010). Chirurgický zákrok je vhodný pro pacienty se závažnou či rychle se zhoršující gradací této choroby. Klasická léčba (farmaceutická) již nezabírá. Může se jednat o palidotomii nebo stimulaci mozku (Prokšíková, 2013). Zákrok při stimulaci mozku obvykle trvá několik hodin, většinu času je pacient při vědomí. Do obou stran mozku se implantuje jedna elektroda. Aby implantace elektrod byla přesná, je hlava fixována v rámu. Pro zavedení elektrod je do obou stran lebky vyvrtán otvor. Poté jsou dráty od elektrod vedeny pod kůží a propojeny se zařízením, podobným kardiostimulátoru, který je umístěn na hrudi pod kůží (International Parkinson and Movement Disorder Society, 2016).

1.9.3 Fyzioterapeutická léčba

Nezbytnou součástí je léčebná rehabilitace, která je součástí komplexní péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou. Za největší obtíž je považováno zpomalení pohybů a neschopnost začít konkrétní pohyb (Hoskovcová, 2010). Pohybová léčba je u nemocných stejně důležitá jako dodržování braní léků. Rehabilitace zahrnuje skupinové cvičení, individuální cvičení, ergoterapii a vodoléčbu (Prokšíková, 2013). Fyzioterapie je stejně důležitá jako farmakoterapie. Je prevencí svalového oslabení, sociální izolace, omezený rozsah hybnosti. Může oddálit sekundární příznaky (kloubní ztuhlost, svalová slabost, pády,..) (Hoskovcová, 2010).

1.10 Nutriční problémy a zákrok (intervence)

Prokazatelně neexistuje žádná známá příčina Parkinsonovy nemoci, stanovit preventivní opatření proto zůstává obtížné. Jsou některé zajímavosti ve výzkumu související s pesticidy, žití na vesnici a bílou rasou. Co se týče jídla, možný vliv může mít rostlinná strava, spotřeba kávy (možná jen u mužů), cvičení a tabák (Ruscigno, 2016).

1.10.1 Výživová doporučení pro pacienty s Parkinsonovou chorobou obecně

Nejpotřebnějším opatřením u Parkinsonovy choroby z nutričního hlediska je zachování stabilního stavu výživy s dostatečným přísunem tekutin, bílkovin, vlákniny a energie (Svačina, 2008). Podle Dostála (2010) není u Parkinsonovy choroby zapotřebí zvláštní dietní opatření. Důležité je dbát na energicky hodnotné a a dobře vyvážené jídlo. Mezi obecné zásady Dostál (2010) řadí pestrost jídelníčku (živiny, vitamíny, stopové prvky). Příjem energie by měl být v rovnováze s výdejem. Potřebný je i dostatek vlákniny. Důležité je omezit příjem jednoduchých cukrů (sladkosti, sladké limonády) a také konzumovat potraviny s nízkým obsahem cholesterolu a satureovaných tuků, málo solí. Důležitý je dostatečný přísun tekutin, především vody. U alkoholických nápojů je nutná střídmost.

Podle Aiella et al. (2015) neexistuje žádná shoda ohledně změny hmotnosti při Parkinsonově chorobě způsobené změnou příjmu potravy nebo stravovacích návyků. Pacienti s Parkinsonovou chorobou ztrácejí váhu navzdory tomu, že mají dostatečný nebo dokonce vyšší přísun energie.

Nejúčinnější léčbou u pacientů s Parkinsonovou chorobou je stále levodopa. Naneštěstí aromatické neutrální aminokyseliny, které jsou obsažené v bílkovinách, mohou konkurovat tomuto léku intestinální absorpcí a transportem přes hematoencefalickou bariéru, a tím omezit účinnost levodopy. Současné poznatky doporučují nízkoproteinové dietní režimy s bílkovinou redistribucí – příjem bílkovin navečer zlepšuje odpověď na levodopu. Reakce bývají proměnlivé (Cereda, 2013).

1.10.2 Vliv terapie na výživu

1.10.2.1 Vliv farmakologické terapie

Obvyklé užívání léků je 15-20 minut před podáním pokrmu pro zajištění co nejlepšího vstřebání. Bývá doporučováno užívat levodopu ve stejný čas jako jídlo pro snížení vedlejších účinků, hlavně problémů se zažíváním. To, jak je strava složená, ovlivňuje rychlost vyprázdnění žaludku – čas, který potřebuje lék na to, aby se dostal ze žaludku do části střeva, kde se vstřebá, je různý (Chočenská, 2010).

Další faktor vedoucí k nepředvídatelné motorické kolísavosti je množství aminokyselin obsažených v krvi (Chočenská, 2010).

Bílkoviny snižují nebo konkurují vstřebání léku v části tenkého střeva (tam se levodopa vstřebá) a poté i při průniku do mozku. Vynechat bílkoviny by nebylo vhodné (jsou nepostradatelnou součástí výživy – aminokyseliny jsou stavebním materiálem hormonů, tkání, enzymů. Jsou nezbytné i v rámci imunitního systému organismu a zajišťují mnoho funkcí v těle. Pokud by měl pacient s Parkinsonovou chorobou málo bílkovin v přijaté potravě, jeho stav by se do budoucna nepochybně ještě zhoršil (Chočenská, 2010).

Snížení příjmu bílkovin ráno a dopoledne může zabránit nepředvídatelné motorické fluktuaci navýšit citlivost na léčbu. Bílkovinné jídlo je vhodnější zařadit v době, kdy pomalá reakce na léčbu nevádí tolik jako v jinou denní dobu. Na snídani a dopoledne je vhodnější konzumovat potraviny bohaté na sacharidy (ovoce, pečivo, džem, přesnídávky, med) a tuky (máslo, pomazánky), během dne konzumovat potraviny s menším obsahem kvalitních bílkovin (jogurty, vejce, mléko) a koncentrované bílkoviny (maso, tvrdé sýry, tvaroh) umístit do pozdního odpoledne a k večeři (Chočenská, 2010).

1.10.2.2 Vliv neurochirurgické terapie

Nemocní s Parkinsonovou chorobou mají vyšší riziko malnutrice díky symptomům Parkinsonovy choroby a vedlejším účinkům farmakoterapie. Jestliže farmakoterapie již není účinná, je třeba zvážit hlubokou mozkovou stimulaci (Baláž, 2013). Podle výzkumu Shearda, et al. (2013) šest účastníků (40%) bylo zhodnoceno

jako středně podvyživených (SGA-B). Osm z nich (53%) uvedlo, že ztratili váhu neúmyslně. V porovnání s účastníky, kteří byli podvyživení (SGA-A), byli mladší, měli kratší dobu onemocnění, vyšší tělesnou hmotnost a vyšší tukové zásoby. Shrnutím lze říci, že malnutrice zůstává neléčena a nerozpoznána navzdory ztrátě hmotnosti neúmyslně a příznakům výživového dopadu. Zlepšit stav výživy před hlubokou mozkovou stimulací může znamenat zlepšení výsledků chirurgů. Jako následek hluboké mozkové stimulace je popisován přírůstek hmotnosti. Nabývání na hmotnosti se pokládá za důsledek zlepšení pohyblivosti a snížení energetického výdeje (Picmausová, et al., 2012).

1.10.3 Poruchy výživy a metabolismu

Parkinsonova choroba je kromě motorických poruch doprovázena i non-motorickými změnami včetně poruch výživy a metabolismu. Jedná se o změny související s úbytkem tělesné hmotnosti, energetického výdeje, poruchy funkce gastrointestinálního ústrojí, dysfagie, poruchy funkce žaludku, poruchy funkce anorekta a kolon, hyposmie, metabolické a endokrinní vlivy. Zařazujeme i deprese a demenci (Picmausová et al., 2012).

1.10.3.1 Poruchy funkce GIT

Picmausová et al. (2012) říká, že již v časných stádiích Parkinsonovy choroby je narušena motilita gastrointestinálního traktu včetně jícnu, žaludku a střeva. Pacienti si většinou na tyto problémy nestěžují a necítí se být jimi podstatně omezováni. Proto bývají tyto symptomy z počátku přehlíženy. V dalších stádiích nemoci dochází ke zhoršování symptomů. Přitom právě různé dysfunkce GIT jsou nejspíše nejčastějším non-motorickým příznakem Parkinsonovy choroby. GIT je, z anatomického hlediska, inervován od jícnu po levou flexuru kolon pomocí n. vagus, ten je částečně odpovědný za jeho motilitu. Prvotní poškození u Parkinsonovy choroby vznikají v dorzálním motorickém jádru n. vagus a v nukleus olfactorius anterior.

1.10.3.2 Metabolismus

Mezi metabolické poruchy patří malnutrice, která vzniká na základě mnohých příčin. Je to onemocnění, kdy dochází ke zvýšení klidového metabolického obratu. Malnutrice znamená špatný výživový stav. Kognitivní deficit vede k neplnohodnotnému stravování. Poruchy čichu také mohou souviset se sníženou chutí k jídlu. Úbytek na váze se rozvíjí několik let před neurologickými příznaky Parkinsonovy choroby. Dochází především k odbourávání lipidové tkáně. Výsledky vědeckých studií nepotvrzují, že rigidita, třes a dyskineze zvyšují spotřebu energie (Klempíř, 2013).

Snížené BMI a malnutrice mají spojitost s menší kostní hustotou. Zvětšuje se riziko fraktur a tím i vyššího výskytu morbiditu a mortality u pacientů (Picmausová et al., 2012).

1.10.3.3 Problémy v oblasti úst

U pacientů s Parkinsonovou chorobou jsou velice časté pocity sucha v ústech. Zejména anticholinergika (Akineton, Benztropin), což jsou léčiva, mohou tento problém se suchostí v ústech způsobovat. Pokud nastane tento problém, je třeba pít dostatek tekutin a je třeba omezit množství kofeinu (konzumaci kávy, ale i dalších kofeinových nápojů, jako je například coca-cola, a konzumaci čokolády). Doporučené je cucání bonbónů pro podpoření tvorby slin. Ještě více sliznice vysušují ústní vody s příměsí alkoholu, takže je dobré se jim vyhnout (Dostál, 2010).

Až 78% pacientů má problémy se sliněním, i přes skutečnost, že zdraví jedinci vyprodukují stejné množství slin jako pacienti s Parkinsonovou chorobou (Picmausová, et al., 2012).

Jsou-li přítomny problémy se sliněním, je dobré žvýkat žvýkačku. Z polykání by se měl stát zvyk, kdy se pacient snaží posouvat sliny co nejdále do hrdla a polkne – zabrání se tak hromadění slin (Schwarz, 2008).

Syndrom pálení úst je popisován bolestivým pálením ve vnitřní části úst. V tomto syndromu může hrát roli stres, úzkost, deprese. Vysoká prevalence deprese a úzkosti u pacientů s Parkinsonovou chorobou může vysvětlovat vyšší prevalenci syndromu pálení úst (Zlotnik, et al., 2015).

1.10.3.4 Demence a deprese ve vztahu k výživě

Běžně se u pacientů trpících Parkinsonovou chorobou setkáváme s poruchami nálad. Prevalence deprese u osob trpících Parkinsonovou chorobou je v průměru 40 %. Deprese může dokonce předcházet vzniku motorických příznaků. Vznik váhového úbytku může být depresí také ovlivněn (Picmausová et al., 2012).

Podle Fukushima et al. (2012), který provedl studii na pacientech s Parkinsonovou chorobou, má na vznik deprese vliv vysoký příjem tuku a vitamínu B1. Podle něj nižší příjem tuku a vitamínu B1, ale vyšší příjem luštěnin může být spojen s nižším rizikem vzniku deprese u pacientů s vyšším vzděláním než u pacientů s nižším vzděláním.

Až v 50 % případů kognitivní dysfunkce progreduje až k demenci. Existuje možná souvislost mezi úbytkem hmotnosti a demencí obzvláště v pokročilých etapách onemocnění. Tato pozorování jsou v harmonii se vznikem malnutrice např. u Alzheimerovy nemoci (Picmausová et al., 2012).

1.10.3.5 Obstipace

Definice zácpy je snížený počet stolic na méně než tři stolice týdně. U pacientů s Parkinsonovou chorobou je tento symptom velmi častý. Prevalence je až 80%. U pacientů s Parkinsonovou chorobou je obstipace 2-4krát častější než u běžné populace (Picmausová, et al., 2012). Zácpa souvisí s poškozením motility tlustého střeva. Někdy může předcházet prvotním motorickým projevům Parkinsonovy choroby. Podle studie Honolulu-Asia Aging byl průměrný interval mezi sníženou pohyblivostí střev a symptomy Parkinsonovy choroby 10 let u mužů. Obecně se udává, že zácpa může předcházet motorickým příznakům Parkinsonovy choroby 10 až 20 let předem (Savica, et al., 2010).

Primární zácpa vzniká problematickým vyprazdňováním jako důsledek poruchy defekačního reflexu nebo anatomické překážky v části konečníku nebo nedostatečnou motilitou tlustého střeva (Martínek, 2012). Sekundární obstipace je způsobena organickými příčinami, farmaky či systémovými chorobami. Stravovací návyky je vhodné upravit při primární zácpě. Důležitý je dostatek vlákniny (30 g/den) a tekutin (2-

3 litry/den). Doporučené tekutiny jsou minerální či pramenitá voda, ovocné nebo bylinné čaje. Pacienti by se měli vyhýbat černému čaji, slazeným nápojům a kakau. Vláknu obsahují potraviny rostlinného původu. Jedná se např. o otruby, pohanku, celozrnný chléb (Adamová, et al., 2014).

Při servírování potravinových doplňků s vlákninou je potřeba věnovat zvýšenou pozornost dostatečnému příjmu tekutin. Zařazujeme švestkový kompot, švestky, teplé nápoje po ránu, zakysané mléčné výrobky. Ve výjimečných případech se doporučuje podávat laktulosa – látka změkčující střevní obsah a zvyšující obsah vody (Dostál, Chvístková, 2010).

1.10.4 Dysfagie

Dysfagie se definuje jako porucha polykání. Může zahrnovat poruchu polykání tekutin, slin, různé konzistence stravy nebo farmak. Termín je spjat s popisem narušeného přenosu sousta do žaludku z dutiny ústní. Může doprovázet různá onemocnění, může vznikat po úrazech či po operačním zákroku a bývá často seniorským problémem (Mandysová, et al., 2016).

Až 80% pacientů s Parkinsonovou chorobou postihuje dysfagie či její obtíže. S rozvojem nemoci se zvyšuje tendence ke zhoršování dysfagie. Pacienti mají problémy s bezpečným polykáním stravy, aby nedocházelo k aspiraci stravy. Tekutiny, jídlo či sliny jim často vypadávají z úst, tzv. drooling. Můžeme také pozorovat tzv. rocking (houpavý či vlnivý pohyb jazyka). Při tomto symptomu je zadní část jazyka zvednutá proti patru a tím brání soustu vstoupit do hltanu. Přední část jazyka pohybuje opakovaně soustem v ústech vzhůru a zpátky (Kaniová et al., 2014).

Důležité je, aby pacient načasoval příjem potravy v době dobrého hybného stavu pro dostatek svalové síly k rozžvýkání potravy. Je nezbytné zaujmout správnou polohu při stravování, vyhnout se záklonu hlavy a přijímání potravy vleže. Úprava stravy mixováním či kašovitá strava se podává při těžkých poruchách polykání. Další metodou může být podání sippingu, který zajistí dostatečný přísun všech živin (Dostál, Chvístková, 2010).

1.10.4.1 Gastroparéza

Gastroparéza pravděpodobně souvisí s těžkou motorickou poruchou a motorickým neklidem, který souvisí s progresí nemoci. Zpomalení pro vyprázdnění tekutin je u 37,5 % pacientů, vyprázdnění žaludku pro tuhou stravu u 87,5 % pacientů. Příznaky jsou žaludeční dyskomfort, časný pocit sytosti, pocit pálení žáhy, říhání a nevolnost. Tyto příznaky vedou ke snížení chuti k jídlu. Výsledkem může být až malnutrice (Picmausová, et al., 2012).

Resorpci levodopy také zabraňuje vyprazdňování žaludku jak jejím zpožděním, tak jejím rozložením dopa-dekarboxylázou dříve, než byla dopravena na místo vstřebání v duodenu a proximálním jejunu. Toto je jedním z důvodů vzniku motorických fluktuací (stav hybnosti kolísá v důsledku zkrácení účinku dávek levodopy) a snížení účinku léčby. Z tohoto důvodu se nedoporučuje užívat levodopu spolu s jídlem. Prostřednictvím jejunální aplikace levodopy se motorické fluktuace zlepšují (Picmausová et al., 2012).

1.11 Enterální výživa

Komplikací při Parkinsonově chorobě může být malnutrice a obtížné žvýkání či dysfagie. Enterální výživa se proto může stát řešením tohoto problému. Enterální výživa je taková výživa, kde dochází k podání roztoků s přesně daným zastoupením živin (cukry, tuky, bílkoviny, minerální látky, stopové prvky, vitamíny a prebiotika) do trávicího traktu. Enterální výživa je vždy lepším řešením než výživa parenterální. Je fyziologičtější, levnější, méně náročná (Urbaníková, 2014). Enterální výživa se indikuje u pacientů s funkčním gastrointestinálním traktem, kteří nejsou z nějakého důvodu schopni jíst ústy. Enterální výživa je podávána tam, kde je pacient schopen živiny zužítkovat a absorbovat (Zadák, 2008). Nutriční perorální suplementy se využívají v případě při začínajících obtížích s polykáním a při nedostatečném příjmu živin per os. Oddálení malnutrice a udržení dobrého stavu výživy zařídí sipping. Jelikož je sipping už připraven, je jednoduchý na používání a pro pacienty je používání tohoto přípravku jednoduché a komfortní. Sipping vyrábí několik firem s různým složením, provedení a příchutí (Dostál, 2010).

Sipping znamená jednoduchou metodu příjmu živin a energie formou speciálně kompletních nutričních potravin. Mají daný obsah vitamínů a stopových prvků, snadno

se vstřebají a jejich biologická dostupnost je dobrá. Některé neobsahují lepek ani laktózu (Dostál, Chvístková, 2010).

Někdy sippingy nestačí nebo nejsou možné, a proto se enterální výživa podává pomocí sond gastrickou nebo jejunální cestou. Nosogastriká sonda a perkutánně endoskopická gastrostomie (PEG) ústí do žaludku, méně častá je chirurgická cesta. PEG sonda převládá v domácím prostředí (Grofová, 2009). Po gastrostomickém zavedení se u některých dlouhodobě nemocných zavádí zhruba po 6-8 týdnech PEGu tzv. výživový knoflík (feeding button). Kosmetický efekt je výhodný, protože nepřesahuje nad úroveň stěny břišní. Je zde nižší riziko nežádoucího odstranění, a proto je pro pacienta diskrétnější (Grofová, 2009).

Žezulková et al. (2008) říká, že PEG je vhodný zejména pro pacienty vyžadující nutriční podporu dlouhodobě a pacienty, kteří mají problémy s polykáním. Do této kategorie spadají i pacienti s Parkinsonovou chorobou (Vytejková et al., 2013). U pozdních stádií Parkinsonovy choroby, kdy může dojít k poruše polykání a nezbytnosti podávat výživu enterální, PEG je rovněž indikován, lze využít kombinaci s intrajejunálním podáváním metylester L-DOPA formou gelu (Duodopa) (Bareš et al., 2014).

1.12 Rady a speciální pomůcky pro stravování

Existuje mnoho rad, které mohou pacientovi pomoci při stravování. Představovat problémy pro pacienta může již samotný nákup. Proto je dobré, ještě než pacient vyrazí na nákup, připravit si nákupní seznam s potřebnými surovinami a brát zřetel na časovou náročnost zamýšleného pokrmu, který se rozhodl připravit. Vaření má být lehce zvládnutelné. Možností je i dovážka jídla například od pečovatelské služby. Je dobré používat jednoduché náčiní. Například příbor by měl být těžký a mít velkou rukojeť. Těžký příbor zmírní třes a velká rukojeť se bude lépe držet. Při třesu je lepší preferovat stravu, kterou může pacient uchopit rukama. Lze použít misky s vyvýšenými kraji – jídlo se dostane snadněji na vidličku. Pokud jídlo vypadává, je možné použít dětský bryndáček s kapsou. Co se týče problémů s polykáním, je dobré si na jídlo vyhradit dvojnásobek času, než je běžné. Při pití je vhodné doplňovat sklenici jen do půlky. Místo nádob ze skla se doporučuje používání plastových (sportovní lahve), použití brčka (Schwarz, 2008).

Je třeba dbát, aby pacient při jídle seděl vzpřímeně. Při špatném polykání je možná stimulace velmi studeným douškem vody. Chybou bývá nechávat pacienta samotného u jídelního stolu, cítí se vyřazený. Léky je vhodné si dát na týden dopředu do krabiček na jednotlivé dny (Roth, 2009, s. 128-137).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl práce: Zmapovat problematiku výživy pacientů s Parkinsonovou chorobou v pečovatelské službě.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č.1:

Dokáže strava ovlivnit nemocné?

Výzkumná otázka č.2:

Má na výživový stav pacienta s Parkinsonovou chorobou vliv způsob výživy?

Výzkumná otázka č.3:

Jaké jsou znalosti ošetřujícího personálu v péči spojené s výživou?

3 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování mé praktické části bakalářské práce jsem zvolil kvalitativní metodu výzkumného šetření. Údaje byly získány pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který se uskutečnil s ošetřujícím personálem v domově pečovatelské služby v Praze. Dále byly poskytnuté jídelníčky zaznamenány v programu Nutriservis.

Rozhovor se skládal z 10 předem připravených otevřených otázek, na které respondenti odpovídali dle vlastního názoru a zkušeností.

Celkem bylo uskutečněno 10 rozhovorů s ošetřujícím personálem. Všichni respondenti byli seznámeni s názvem práce. Rozhovory byly provedeny se souhlasem respondentů, zaznamenány na diktafon a přepsány do textové podoby ve spisovné češtině.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili sestry, pečovatelky a pečovatelé z domova pro seniory z oddělení pro osoby s Parkinsonovou nemocí. Polostrukturované rozhovory probíhaly metodou osobního dotazování. Výzkum byl realizován v období 20.11.2017 – 22.12.2017. Původním plánem bylo také zkoumání pacientů s Parkinsonovou chorobou v domácím prostředí z pohledu výživy. Bohužel nebyla nalezena ochota ke spolupráci, jak ze strany pacientů s Parkinsonovou chorobou, tak jejich rodinných příslušníků.

4 VÝSLEDKY

Rozhovor se skládal z 10 otevřených otázek. Otázky byly následující:

Výživa

- 1) Jakou stravu pacienti dostávají a proč? (mletá x pevná,...)
- 2) Na co si dávat pozor při krmení pacientů?
- 3) Jaké výživové doplňky pacienti dostávají?
- 4) Jakým potravinám by se měli vyhýbat a proč?

Léky

- 5) Kdy se podávají léky?
- 6) Lze pozorovat zlepšení stavu pacienta po podání léků?

Problémy spojené s nemocí

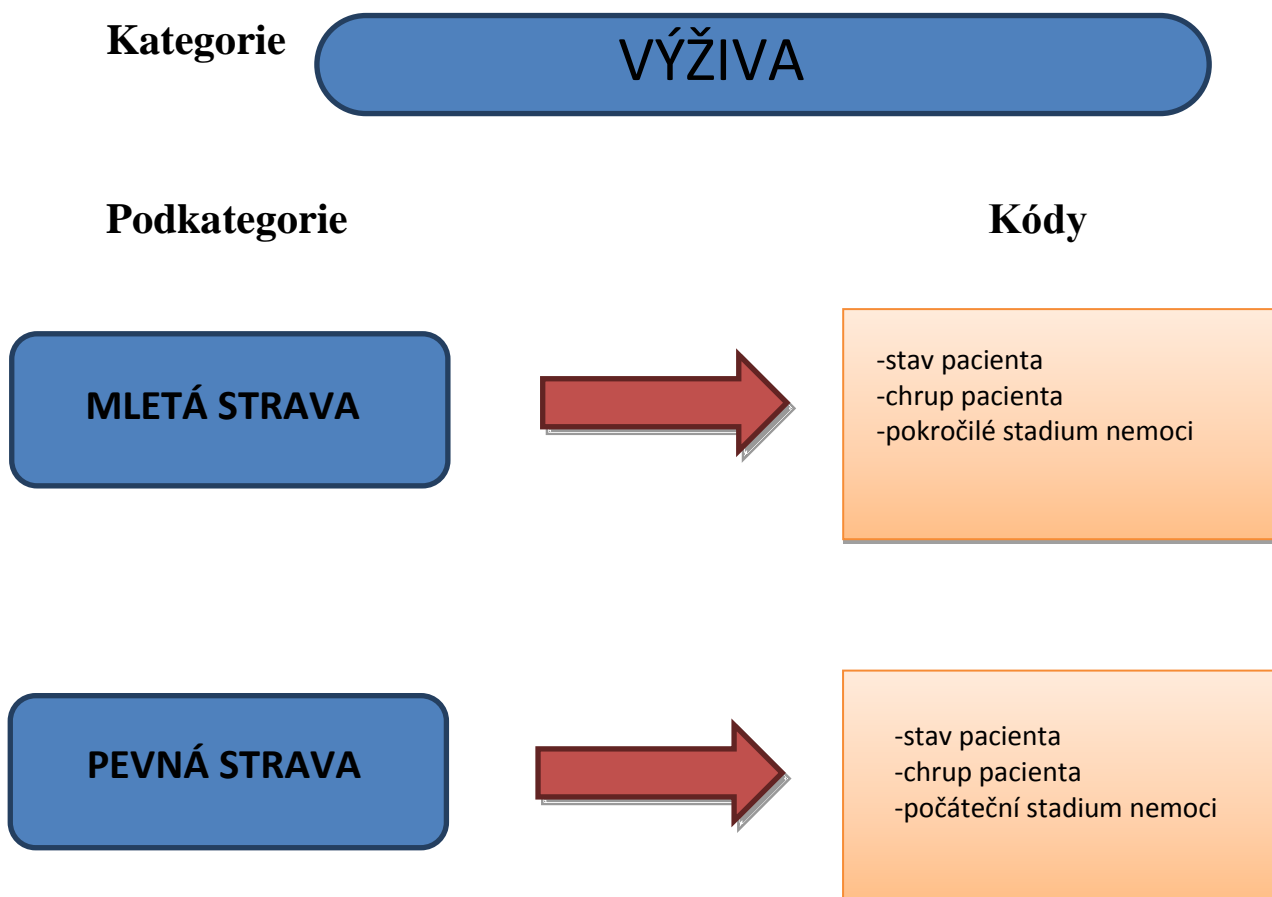
- 7) Jak si myslíte, že může strava ovlivnit nemocné?
- 8) Dysfagie u pacientů
- 9) Kolik a jaké tekutiny by měli pacienti vypít?

Péče

- 10) Co je pro pacienta lepší, ústavní nebo domácí péče?

4.1 Kategorie - výživa

SCHÉMA Č.1: Výživa



Odpovědi u všech dotázaných respondentů na otázku č. 1 se shodují. Ošetřovatelé, sestry i pečovatelky v polostrukturovaném dotazníku uvedli, že strava, kterou pacient dostává, se odvíjí od jeho celkového stavu (např. jedná-li se o pokročilou fázi Parkinsonovy choroby s typickým průběhem spojeným s problémy v oblasti úst, pacienti dostávají mletou stravu po celý den) a od toho, zda daný pacient má chrup či nikoliv. „Pacienti s chrupem většinou dostávají pevnou stravu č.3 – racionální nebo č.9 – diabetickou. Pacienti bez chrupu mletou variantu těchto dvou diet,“ říká jedna z ošetřovatelek. Respondentka č. 3 dodává, že někteří pacienti s pokročilou fází Parkinsonovy choroby ve svých „lepších dnech“ jsou schopni jíst i stravu pevnou, ale samozřejmě se jedná o měkké potraviny jako je banán, či doměkka uvařené brambory bez toho, aby se strava mixovala.

Kategorie

VÝŽIVA

Podkategorie

Kódy

**POLOHA PACIENTA PŘI
KRMENÍ**



-krmení v sedě
-krmení v polosedě
-není třeba polohovat

PROBLÉMY PŘI KRMENÍ



-rýže
-prokládání doušky vody
-suchá jídla
-aspirace

Při krmení pacientů (jedná se o pacienty, kteří jsou upoutáni na lůžku, a proto nejsou schopni samostatného krmení) je potřeba dávat pozor na to, v jaké poloze se pacient nachází během krmení. 9 dotázaných se shodlo, že je potřeba usadit pacienta do sedu, dávat pozor na vdechnutí jídla a dodávají, že je potřeba jednotlivá sousta prokládat doušky studené vody pro lepší spolknutí sousta a protože pacientům často docházejí sliny na rozmělnění jídla. Pouze jeden dotázaný si myslí, že je jedno, v jaké poloze se pacient nachází při krmení. 10 z 10 dotázaných se shoduje, že je potřeba dávat pozor na drobné kousky potravy, které by mohli pacienti vdechnout. Jedná se například o rýži. Mezi nejčastější odpovědi patřilo, aby se pacientům nepodávala suchá jídla – opět hrozí riziko aspirace.

Kategorie

VÝŽIVA

Podkategorie

Kódy

SIPPING



-různé druhy
-různé příchutě

**ŠKROBOVÁ
ZAHUŠŤOVADLA**



-neovlivní chuť pokrmu

Co se týče otázky ohledně doplňků stravy, všichni dotázaní zmínili sipping, který je v tomto pečovatelském domě v několika variantách (džusové, krémové,..) a příchutích (vanilka, čokoláda,...) a polovina dotázaných dodala škrobová zahušťovadla, která se přidávají do jídla. Tato zahušťovadla chuť jídla neovlivní.

Kategorie

VÝŽIVA

Podkategorie

Kódy

MOŽNOST ASPIRACE



-rýže
-malé kousky v polévce

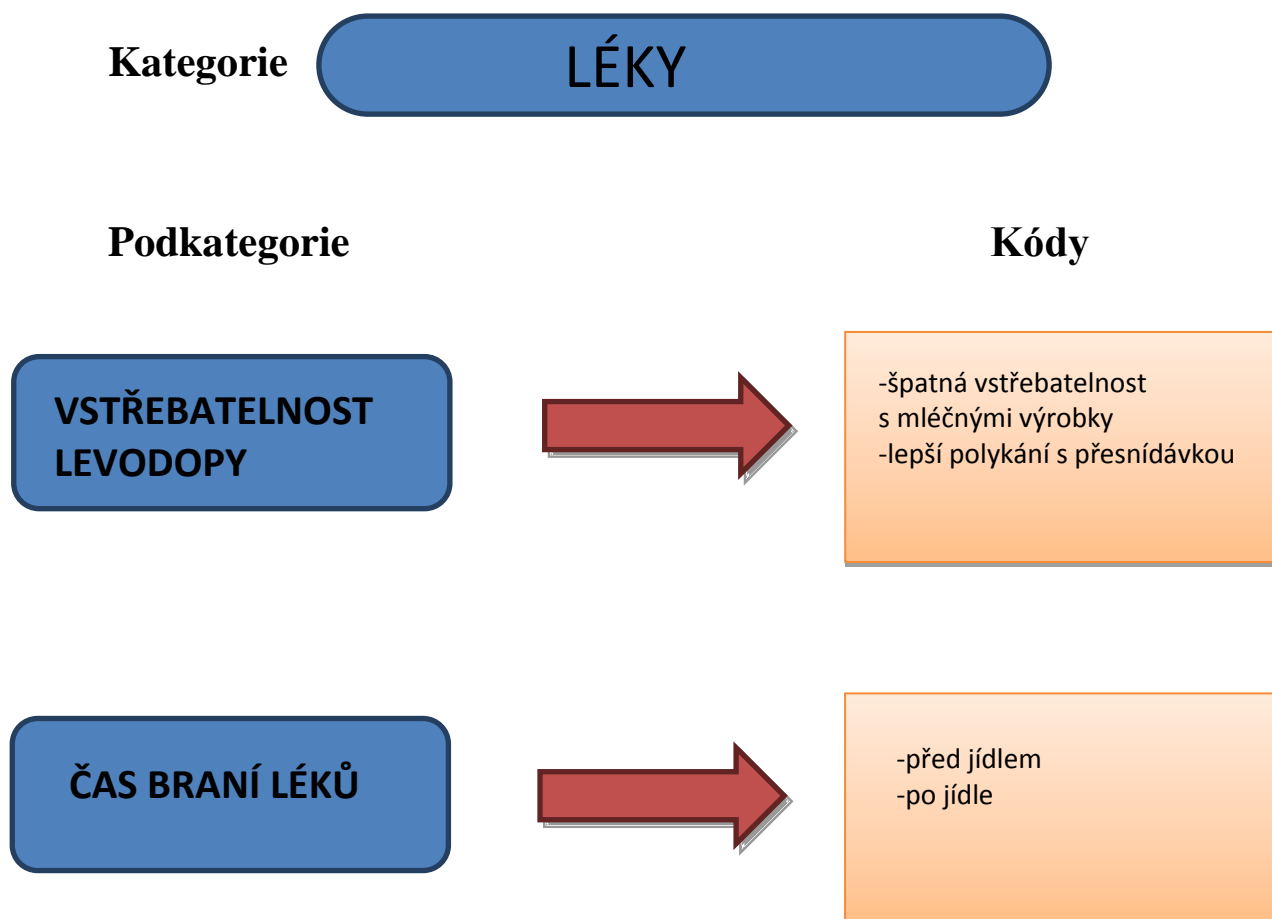
**SUCHÉ A DRÁŽDIVÉ
JÍDLO**



-čemu se vyhýbat
-sušenky a keksy
-kořeněná jídla

Co se týče jídel, kterým by se měli pacienti vyhýbat, respondenti odpovídali různě. 10 z 10 respondentů zmínilo, že by se pacienti měli vyhýbat rýži kvůli možnosti aspirace. 2 respondenti z 10 zmínili, že by se pacienti měli vyhýbat dráždivému a suchému jídlu, jako jsou např. sušenky či různé keksy, jako příklad u dráždivého jídla zmínili jídla kořeněná. Doplnili také, že by se měli vyhýbat malým kouskům v polévce, opět kvůli možné aspiraci. „Spousta parkinsoniků, ale i starších lidí, kteří mají problémy v dutině ústní, se vyhýbají rýži a dráždivým pokrmům,“ říká sestra na oddělení parkinsoniků. A opět záleží na celkovém stavu pacienta, a také na tom, zda má daný pacient zuby či zubní protézu, shodují se.

4.2 Kategorie - léky



Na otázku kdy se podávají léky? mě respondenti (ošetřovatelé a ošetřovatelky) odkázali na hlavní sestru, protože oni sami nemohou podávat a nepodávají pacientům léky. „Antiparkinsonika by se neměla podávat s mléčnými výrobky, kvůli špatné vstřebatelnosti levodopy. Co se týče času braní léků, nezáleží, zda je to na prázdný žaludek či na plný žaludek. Máme vyzkoušeno, že léky spolu s přesnídávkou lépe kloužou do krku,“ vysvětlila hlavní sestra.

Kategorie

LÉKY

Podkategorie

Kódy

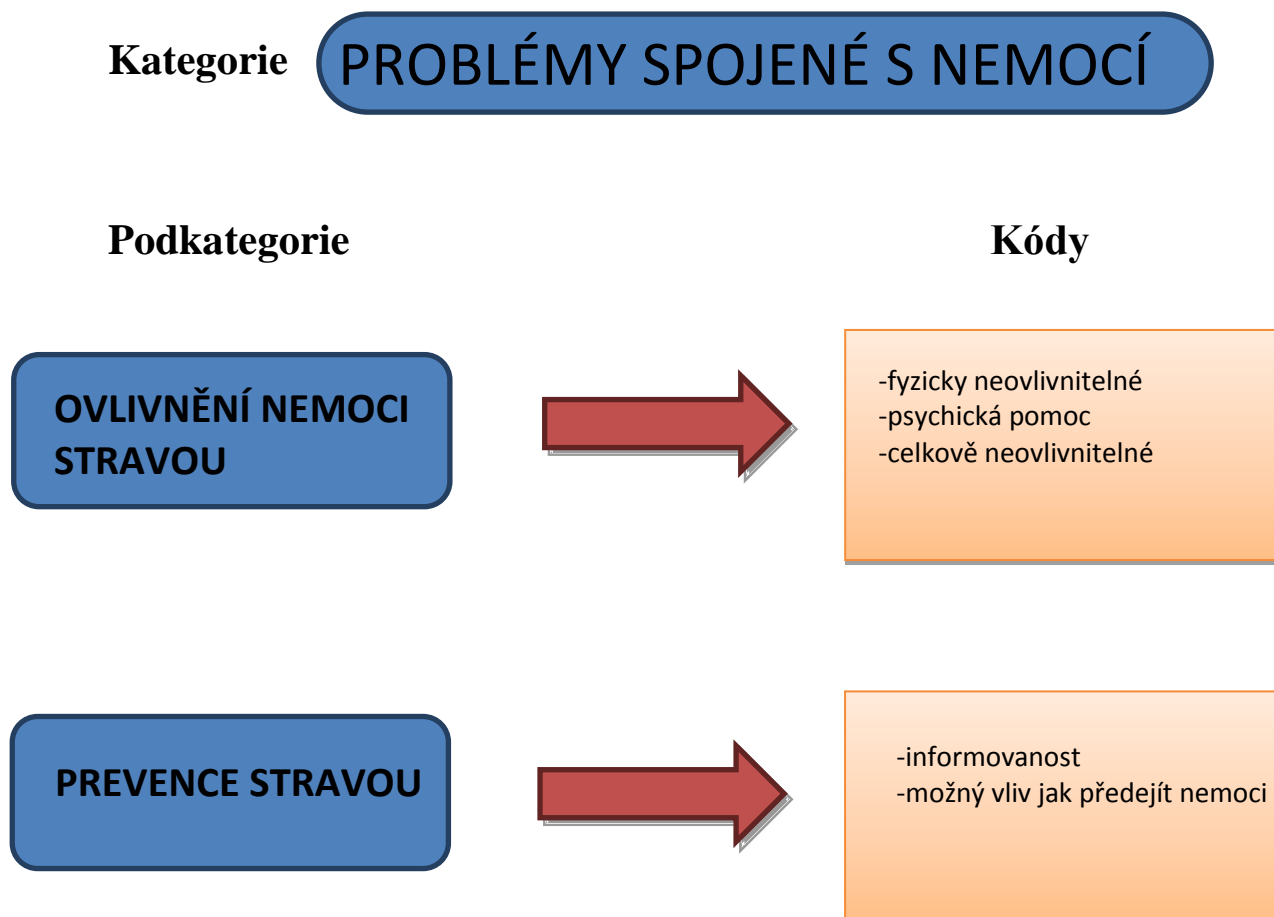
**ZMĚNY PO POŽITÍ
LÉKU**



-viditelné zlepšení
-tuhnutí končetin
-záleží na druhu léku

Na otázku, zda-li se dají po použití léků pozorovat změny u pacienta, odpověděli 3 respondenti, že dojde k rychlé změně stavu s viditelným zlepšením oproti stavu před podáním léku, 5 respondentů odpovědělo, že pacientům po podání léku tuhnou končetiny a 2 respondenti odpověděli, že záleží na druhu léku, které pacient užívá a jak na ně reaguje.

4.3 Kategorie - problémy spojené s nemocí



Na otázku, jestli strava může ovlivnit nemocné, respondenti odpovídali spíše záporně. 6 z 10 dotázaných si myslí, že fyzické tělo strava ovlivnit nemůže, ale psychiku nemocného ano. Zbytek respondentů si myslí, že strava pacienty nijak výrazně neovlivňuje. Jeden z respondentů dodává, že strava možná může pomoci v prevenci vzniku Parkinsonovy choroby a samozřejmě dalších onemocnění, a tak je potřeba, aby lidé byli informováni o možnostech, jak se před případnou nemocí chránit.

Kategorie

PROBLÉMY SPOJENÉ S NEMOCÍ

Podkategorie

Kódy

DYSFAGIE



-potíže s polykáním
-problém
-seniorský věk

ŘEŠENÍ DYSFAGIE



-mletá strava
-sipping

Všichni respondenti odpověděli, že dysfagie neboli problémy spojené s polykáním jsou u pacientů s pokročilou Parkinsonovou chorobou rozhodně problémem, a nejen u nich, ale i u seniorů obecně, a proto se jim podává mletá strava pro zjednodušení krmení. Někdy ani tato strava nestačí a proto se doplňuje sippingem. Všichni dotázaní věděli, co dysfagie znamená.

Podkategorie

Kódy

KOLIK TEKUTIN

-2 litry denně

JAKÉ TEKUTINY

- voda
- ovocný, bylinný čaj
- neslazené minerální vody
- nezáleží, jaké tekutiny

Na otázku, kolik tekutiny by měli pacienti vypít za jeden den, odpověděli všichni respondenti kolem 2 litrů denně. V otázce, jaké tekutiny by měli vypít, se už rozcházel a odpovídali různě. 3 respondenti uvedli, že je jedno, jaké tekutiny pacienti vypijí, ale vzápětí uvedli, že by se měli vyhýbat černému čaji kvůli zácpě. Dalších pět uvedlo, že nejvhodnější by byla asi voda nebo ovocný či bylinkový čaj. 2 respondenti uvedli vodu a neslazené minerální vody. Všichni respondenti uvedli, že se tekutiny (možství, které vypijí) hlídá jen u některých pacientů, kteří mají s pitným režimem problémy.

Kategorie

PROBLÉMY SPOJENÉ S NEMOCÍ

Podkategorie

Kódy

ÚSTAVNÍ PÉČE



-pravidla
-dohled
-denní stacionář

DOMÁCÍ PÉČE



-stav pacienta
-prostředí
-možné nebezpečí úrazu

Na otázku, co je pro pacienty lepší, zdali ústavní či domácí péče, všichni dotázaní odpověděli, že záleží na stavu daného pacienta. „Když to jde, jsou doma, tam hrozí rizika pádů nebo nedodržování braní léků. V ústavní péči mají pevný řád a dozor. Možností je i denní stacionář, kam pacient může docházet dle potřeby. Záleží na tom, jestli se o sebe dokáže pacient postarat,“ říká sestra. Dotázaní dodávají, že kdyby se jednalo o jejich blízké, rozhodně by se snažili, aby zůstali co nejdéle v domácí péči.

4.4 Jídelníčky

Jelikož neexistuje žádná dieta pro pacienty s Parkinsonovou chorobou, pacienti, kteří se mohou sami najíst a mají dentici, dostávají dietu č.3, to znamená racionální, popřípadě č.9 – diabetickou, trpí-li diabetem mellitem.

4.4.1 První ukázka - mobilní pacient

Na ukázkou přikládám jídelníček pacienta s Parkinsonovou chorobou, který je soběstačný, má chrup, třesou se mu ruce, je mobilní a dokáže se sám najíst. Pacient netrpí nechutenstvím, rodina mu 1x za týden přinese jídlo z domova. Pacient odebírá stravu 3x denně: snídani, oběd, večeři. Netrpí podvýživou ani obezitou či nadváhou. Za poslední tři měsíce se mu nesnížila chuť k jídlu, ani nedošlo k žádnému hmotnostnímu úbytku. Trpí mírnou demencí.

Výška	Váha	BMI	Bazální metabolismus
176 cm	77 kg	24,9 (ideální hmotnost)	2 162,8 kcal

SNÍDANĚ	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
50 g šunka dušená	79	8,8	4,5	0,7	0
80 g rohlík	229,6	7,84	2,9	46	2,4
10 g máslo	73,5	0,07	8,26	0,05	0
CELKEM	382,1	16,71	15,77	46,75	2,4

Oběd: polévka vločková, hlavní chod: dušené vepřové kostky s těstovinami

OBĚD	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
100 g vývar z kostí hovězích	40	3,6	3	1	?
10 g slepičí vejce	15	1,24	1,09	0,09	0
2 g sůl	0	0	0	0	0
5 g petržel	2	0,21	0,02	0,45	0,17
5 g ovesné vločky	18,5	0,66	0,35	3,40	0,27
10 g mrkev	2,10	0,10	0,02	0,73	0,28
20 ml mléko polotučné	8,40	0,70	0,30	1	?
5 g máslo	36,75	0,03	4,13	0,03	0
1,1 g kmín mletý	4,56	0,14	0,15	0,66	0,42
10 g celer	2,40	0,13	0,03	0,73	0,18
50 g vepřové maso	110	8,65	9,10	0	0
1,5 g sůl	0	0	0	0	0
1,1 g kmín	4,56	0,14	0,15	0,66	0,42
1 g protlak	0,99	0,03	0,01	0,24	0
2 g hl. mouka	6,86	0,23	0,03	1,46	0
5 g máslo	36,75	0,03	4,13	0,03	0
80 g těstoviny	287,20	9,52	2,80	55,52	2,72
CELKEM	571,47	25,31	25,15	65,42	4,15

Večeře: Ovesná kaše se skořicí a jablky

VEČEŘE	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
50 g ovesné vločky	180,50	6,55	3,45	34,05	2,70
80 g jablko	34,40	0,32	0,32	10,40	1,60
20 ml mléko polotučné	8,40	0,70	0,30	1,00	?
2 g skořice	5,20	0,08	0,04	1,59	1,06
2 g rozinky	5,62	0,05	0,01	1,43	0,14
CELKEM	231,97	7,68	4,11	47,82	5,40

	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
DENNÍ SOUČET	1182, 07	49, 66 g	45, 04 g	159, 22 g	11, 91 g

Reálný příjem u pacienta: Pacient nemá s jídlem problém a snědl veškerá naservírovaná jídla, která dostal.

4.4.2 Druhá ukázka - imobilní pacient

Další pacient je imobilní a bez cizí pomoci se není schopen posadit, natož se najíst. Trpí silnou demencí. Pacient je bez vlastního chrupu a zubní protézu nosí nepravidelně. Trpí silnou dysfágií. Dostává mixovanou formu diety č.3. Pacient trpí podvýživou. Pacient je bez rodiny, konzumuje jen pokrmy, které dostává v pečovatelském domě. Pacient většinou vynechává polévky a konzumuje pouze hlavní jídlo. Odebírá jídlo 3x denně: snídaně, oběd, večeře. Co se týče tekutin, tento konkrétní pacient nemá s příjmem žádné problémy. Sám jsem byl přítomen, když pacient žádal personál o doplnění prázdné lahve (používá dětskou láhev s pítkem) čajem. Na první pohled je zřejmé, že pacient trpí podvýživou, v posledních 3 měsících klesla jeho hmotnost o více než 3 kg, proto dostává 1x denně sipping pro dodání potřebných živin. U pacienta se objevila rakovina, postupem času odmítal jakkukoliv stravu včetně sippingu.

Výška	Hmotnost	BMI	Bazální metabolismus
165 cm	38 kg	14 (těžká podvýživa)	900,97 kcal

SNÍDANĚ	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
60 g veka tuková	166,20	5,22	0,60	35,88	1,80
150 ml káva bílá	66	4,05	2,40	6,75	?
10 g rama máslová	63	0,05	7,00	0,05	0
CELKEM	295,20	9,32	10,00	42,68	1,80
+ 200 ml Nutridrink protein	300	18	10,40	33,40	0,01

Oběd: polévka – hovězí vývar, hlavní chod: mleté maso s bramborovou kaší

OBĚD	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
264 g hovězí maso	388,08	54,91	17,16	0	0
0,6 g sůl	0	0	0	0	0
6,9 g mražená zelenina	2,07	0,13	0,01	0,41	0,25
0,30 g petrželová nať	0,12	0,01	0	0,03	0,01
63 g kosti morkové - hovězí	207,90	3,53	21,55	0	0
80 g mleté maso (hov.+ vepř.)	208,80	8	19,20	0	0
100 g bramborová kaše	104	2,70	2,80	19,50	0
CELKEM	910,97	69,28	60,71	19,94	0,26

Večeře: ovesná kaše s jablky a skořicí

VEČEŘE	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
50 g ovesné vločky	180,50	6,55	3,45	34,05	2,70
80 g jablko	34,40	0,32	0,32	10,40	1,60
20 ml mléko polotučné	8,40	0,70	0,30	1,00	?
2 g skořice	5,20	0,08	0,04	1,59	1,06
CELKEM	228,50	7,65	4,12	47,04	5,36

	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
DENNÍ SOUČET	1733,7	78,11	62,68	229,18	14,07

Reálný příjem u pacienta: Jídelníček zaznamenává skladbu jídel v pondělní den. Pacient měl jeden z „horších“ dnů, kdy u něj docházelo ke stavům „zamrzávání“ a z pokrmů, které mu byly servírovány, snědl jen několik soust. Ptal jsem se ošetřovatelky, jak pak tyto situaci řeší. Bylo mi odpovězeno, že pacient upíjí nutridrink a odpoledne mu namaže chléb (bez kůrky) s máslem.

4.4.3 Třetí ukázka - pacient s diabetickou dietou

Na oddělení pro osoby s Parkinsonovou chorobou podávají dvě základní diety plus jejich úpravy. Jednou z nich je dieta č.9 – diabetická. Na ukázkou přikládám jídelníček pacientky s touto dietou.

Sledovaná pacientka je imobilní, s vážnou demencí a vlastním chrupem. U pacientky se neobjevila snížená chuť k jídlu. Pacientka sní všechna naservírovaná jídla. Odebírá 3 jídla denně – snídane, oběd, večeře. Jídelníček je téměř totožný s dietou č.3 – racionální.

Výška	Hmotnost	BMI	Bazální metabolismus
158 cm	56 kg	22,4 (ideální hmotnost)	1 084,96 kcal

SNÍDANĚ	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
50 g šunka dušená	79	8,8	4,5	0,7	0
80 g rohlík	229,6	7,84	2,9	46	2,4
10 g máslo	73,5	0,07	8,26	0,05	0
CELKEM	382,1	16,71	15,77	46,75	2,4

Oběd: polévka vločková, hlavní chod: dušené vepřové kostky s těstovinami

OBĚD	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
100 g vývar z kostí hovězích	40	3,6	3	1	?
10 g slepičí vejce	15	1,24	1,09	0,09	0

2 g sůl	0	0	0	0	0
5 g petržel	2	0,21	0,02	0,45	0,17
5 g ovesné vločky	18,5	0,66	0,35	3,40	0,27
10 g mrkev	2,10	0,10	0,02	0,73	0,28
20 ml mléko polotučné	8,40	0,70	0,30	1	?
5 g máslo	36,75	0,03	4,13	0,03	0
1,1 g kmín mletý	4,56	0,14	0,15	0,66	0,42
10 g celer	2,40	0,13	0,03	0,73	0,18
50 g vepřové maso	110	8,65	9,10	0	0
1,5 g sůl	0	0	0	0	0
1,1 g kmin	4,56	0,14	0,15	0,66	0,42
1 g protlak	0,99	0,03	0,01	0,24	0
2 g hl. mouka	6,86	0,23	0,03	1,46	0
5 g máslo	36,75	0,03	4,13	0,03	0
80 g těstoviny	287,20	9,52	2,80	55,52	2,72
CELKEM	571,47	25,31	25,15	65,42	4,15

Večeře: Ovesná kaše se skořicí a jablky

VEČEŘE	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
50 g ovesné vločky	180,50	6,55	3,45	34,05	2,70
80 g jablko	34,40	0,32	0,32	10,40	1,60
20 ml mléko polotučné	8,40	0,70	0,30	1,00	?
2 g skořice	5,20	0,08	0,04	1,59	1,06
2 g rozinky	5,62	0,05	0,01	1,43	0,14
CELKEM	231,97	7,68	4,11	47,82	5,40

DENNÍ SOUČET	1182,07 kcal	49,66 g B	45,04 g T	159,22 g S	11,91 g V
---------------------	---------------------	------------------	------------------	-------------------	------------------

Reálný příjem u pacientky: Pacientka nemá se servírovanou stravou žádný problém. Sní veškerá naservírovaná jídla a cítí se dostatečně nasycena.

5 DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat výživu u osob s Parkinsonovou chorobou. Zkoumaný soubor tvořilo celkem 10 zaměstnanců v domově pro seniory (sestry, pečovatelé, pečovatelky), výzkum se uskutečnil v Praze v domově pro seniory. Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvalitativní pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl proveden se všemi pečovatelkami, sestrami a pečovateli na oddělení pro osoby s Parkinsonovou chorobou. Zaměřoval se na čtyři hlavní okruhy týkající se výživy, léků, problémů spojených s nemocí a poslední okruh se týkal individuálního názoru respondentů na domácí a ústavní péči.

První okruh se týká výživy u pacientů s Parkinsonovou chorobou. Pro toto onemocnění neexistuje speciální dieta jako např. pro diabetes mellitus. Pro Parkinsonovu chorobu se indikuje klasická racionální dieta č.3. I přesto je důležité, co takto nemocný člověk konzumuje za potraviny. Důležitá je pestrá, vyvážená a bohatá strava. Zdravotní stav každého člověka do určité míry je závislý na složení a kvalitě potravy, kterou přijímá, a u člověka s chronickým onemocněním to platí dvojnásob. Proto je potřeba výživě u pacientů s Parkinsonovou chorobou věnovat zvětšenou pozornost (Dostál, et al., 2010). Respondenti v okruhu témat výživy odpovídali většinou tak, jak by se pravděpodobně měli zachovat lidé, pečující o seniora obecně. Na to, jakou stravu by měli pacienti konzumovat, na co si dávat pozor při krmení, či jakým potravinám by se měli vyhýbat odpovídali víceméně jednotně. Respondenti uváděli jako největší problém u osob s Parkinsonovou chorobou pokrm rýži, která je obecně problémem u nemocných seniorů, kde hrozí riziko aspirace. Dále uváděli, že by se měli vyhýbat suchým a kořeněným pokrmům kvůli problému s polykáním. Pozornost při krmení by se měla upírat na polohu pacienta, který by měl být v sedu nebo polosedu. K otázce, jaké doplňky stravy se používají, odpovídali respondenti Nutridrinky neboli sipping. S tím souhlasí Tomáška (2008), který tvrdí, že v době onemocnění tyto přípravky zvyšují příjem živin a energie, aniž by docházelo k potlačení příjmu potravy.

Další okruh otázek se týkal témat ohledně léků. Respondenti, kteří nemají oprávnění k podávání léků, se k tématu, „kdy se léky podávají?“ nevyjádřili a odkázali mě na sestru. Dle sester je jedno, v jakou dobu a kdy se léky pacientům podávají, důležité je, aby to nebylo s mléčnými výrobky, které oddalují vstřebávání levodopy. Zároveň dodávají, že v tomto konkrétním zařízení na oddělení pro osoby

s Parkinsonovou chorobou se osvědčilo podávání léků společně s přesnídávkou. Lék poté lépe klouže do krku a pacient nemá takový problém lék pozřít. Roth (2009) nesouhlasí, že nezáleží na čase braní levodopy. Říká, že je nutno léky obsahující levodopu užívat minimálně 30-45 minut před jídlem či 45-60 minut po jídle a není vhodné konzumovat je s mléčnými výrobky. Je obecně známo, že levodopa působí účinněji, pokud je užívána na lačný žaludek, cca 30 minut před jídlem nebo 60 minut po jídle, tvrdí Dostál (2010). Zlepšení stavu po požití léku je u každého pacienta velmi individuální, shodují se dotázaní respondenti. Také záleží na druhu léku, který pacient bere. Každý pacient na léky, které bere reaguje jinak, individuálně. U někoho lze zlepšení vnímat, u někoho zase ne. Nejčastěji po požití léku dochází k tuhnutí končetin a lze pozorovat celkovou změnu oproti stavu před požitím léku.

Předposlední okruh otázek jsem nazval problémy spojené s nemocí, kde jsem se respondentů ptal, jak si myslí, že může strava ovlivnit nemocné. Většina respondentů odpovídala, že je strava příliš ovlivnit nemůže (alespoň ne po fyzické stránce, ale po psychické stránce nějaká změna může nastat), což se domnívám, že může být způsobeno tím, že jsou s pacienty v neustálem kontaktu a vidí, jak na dané věci, v tomto případě potravu, reagují. Jedna z odpovědí také byla, že když propukne nemoc výživa již nemůže pomoci, ale prevence pomocí výživy může být důležitou součástí, jak předejít onemocnění. *„Myslím, že je výživa neovlivní. Ale prevence výživou pro vznik této choroby určitě nějaký význam má. Proto by bylo dobré aby byli lidé více informováni o případné prevenci“* říká jeden z respondentů z mého rozhovoru. Pro Parkinsonovu chorobu neexistuje žádné dietní opatření, proto by se měli pacienti nebo jejich dozor řídit běžnými dietními opatřeními. Mnou sledovaní pacienti odebírali stravu jen 3x denně z důvodu dostačujícího nasycení a odmítání nabízených svačtin. Samotní pacienti s Parkinsonovou chorobou říkají, že porce jsou dostatečně velké a zasytí je na dlouhou dobu. Dysfagie neboli problémy s polykáním je podle všech respondentů velkým problémem u všech pacientů a nejen u osob trpících Parkinsonovou chorobou, ale i u ostatních seniorů a podle tohoto symptomu se také rozhoduje o formě jídla, kterou pacienti dostanou, zdali pevnou, mixovanou, mletou. Forma stravy (podle individuality pacienta) může pacientovi trpící Parkinsonovou chorobou alespoň částečně zjednodušit proces krmení, kdy například mixovaná strava odstraní problémy s příliš velkými kusy soust a pacient se nemusí tolik namáhat, aby dané sousto dopravil do žaludku. Na tom, že dysfagie zhoršuje kvalitu života se shoduje i práce *Poruchy*

polykání u Parkinsonovy nemoci od Kaniové, et al. (2014) - dysfagie výrazně zhoršuje kvalitu života u pacientů s Parkinsonovou chorobou, zhoršuje příjem potravy, zvyšuje riziko malnutrice. V otázce tekutin se respondenti shodují, že je potřeba pitného režimu stejná jako u zdravého člověka kolem 1,5 – 2 litry denně s tím, že se množství vypitých tekutin sleduje jen u vybraných pacientů. Mnou sledovaní pacienti s příjmem tekutin neměli žádný problém a denní doporučený příjem tekutin splňují nebo se mu dostatečně přibližují. Doporučuje se pít čisté, neslazené vody či vodou ředěné zeleninové či ovocné šťávy. Alkohol by se měl konzumovat s rozumem a mírou, nejlépe vůbec. Je dobré se vyhýbat přespříliš slazeným nápojům. Pro správnou funkci organismu je nutný denní příjem tekutin kolem 1,5 až 2 litrů, kde je nutné zdůraznit podstatu rovnoměrnosti, pravidelnosti a stálosti, co se týče příjmu tekutin (Vybíhalová, 2010).

Posledním tématem, na které respondenti odpovídali, je péče. Ve významu zdali je vhodnější ústavní nebo domácí péče. Všichni respondenti se shodují na tom, že dokud je to možné, je pro pacienta dobré být v domácím prostředí. Znají to tam, mají tam vlastní soukromí, klid a cítí se být doma, ve svém prostředí. Také dodávají, že pokud by se jednalo o jejich blízké, známé nebo rodinné příslušníky, určitě by chtěli, aby zůstali doma tak dlouho, dokud se sami o sebe dokáží postarat a nebo někdo se o ně postará a poskytne plnohodnotnou péči. Tématem domácí nebo ústavní péče se zabývá i práce „*Domácí péče versus ústavní péče pro seniory z hlediska ošetřovatelství*“ od Sládečkové (2014) - již mnoho let se věnuje velká pozornost péči o seniory z důvodu celosvětového stárnutí populace. Téměř všichni lidé si přejí, aby mohli strávit celé stáří doma ve svém prostředí. Tato myšlenka je podporována i mnoha odborníky, kteří se problematikou stáří zabývají a poukazují na výhody, které to obnáší jak pro daného seniora, tak i pro společnost. Proto je paradoxem, že mnoho starých lidí je umístěno v různých zdravotních a sociálních zařízeních, a to i přes velkou nabídku různých terénních služeb, umožňující seniorům ve svém domácím prostředí setrvat.

6 ZÁVĚR

Má bakalářská práce se věnovala problematice výživy u nemocných lidí s Parkinsonovou chorobou. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat problematiku výživy u Parkinsonovy choroby. Výzkum byl prováděn kvalitativní metodou pomocí vytvořeného polostrukturovaného rozhovoru.

V bakalářské práci byly stanoveny 3 výzkumné otázky:

1. Dokáže strava ovlivnit nemocné?

Běžná strava, kterou pacienti dostávají v domově pro seniory, nemůže pacienty ovlivnit, ať už kladně či záporně ve vztahu k jejich onemocnění.

2. Má na výživový stav pacienta s Parkinsonovou chorobou vliv způsob výživy?

Ano, je důležité, v jaké formě pacient stravu dostane. Trpí-li dysfagií a navíc ztrátou dentice, těžko bude konzumovat běžnou racionální stravu s velkými kusy potravy, proto se určitým pacientům jídlo mixuje, aby nedostávali velké a tvrdé kusy, které by obtížně konzumovali.

3. Jaké jsou znalosti ošetřujícího personálu v péči spojené s výživou?

Pracovníci v tomto konkrétním zařízení mají výborné znalosti obecně o lidech trpících Parkinsonovou chorobou a vědí, jak s pacienty zacházet, jak při ošetřovatelské činnosti, tak z hlediska výživy a všeho, co k výživě a stravování patří.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAMOVIČ, Z., et al., 2014. Obstipace. *Interní medicína* [online]. **16**(3), 113-115 [cit. 2018-02-12]. Dostupné z:
<https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2014/03/07.pdf>
2. AGIM, S., CANNON, J., 2015. Dietary Factors in the Etiology of Parkinson's Disease. *BioMed Research International* [online]. 1-16 [cit. 2017-12-30]. DOI: 10.1155/2015/672838. ISSN 2314-6133. Dostupné z:
<http://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/672838/>
3. AIELLO, M., et al., 2014. Body weight and food intake in Parkinson's disease. A review of the association to non-motor symptoms. *Appetite* [online]. 34(84), 204-211 [cit. 2018-02-07]. Dostupné z:
https://www.email.cz/download/k/hUesFbi88kc-QBSBdZACu5UIblcyq-7D6u40v0tahrnzEeqqUINjLRaFWI8iEWQbH51wpws/Body_weight_and_food_intake_in_Parkinson.pdf
4. BARBOSA, Egberto Reis., 2013. Non-motor symptoms in Parkinson's disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* [online]. **71**(4), 203-204 [cit. 2018-02-12]. DOI: 10.1590/0004-282X20130001. ISSN 0004-282x. Dostupné z:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2013000400203&lng=en&tlng=en
5. BAREŠ, M., et al., 2014. Léčba Parkinsonovy nemoci: Mírná kognitivní porucha v léčbě pokročilé Parkinsonovy nemoci – indikována je metylester L-DOPA (Duodopa®). *Neurologie pro praxi* [online]. 15(2), 95-97 [cit. 2018-02-05]. Dostupné z:
http://www.neurologiapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6849&magazine_id=3
6. BAREŠ, M., 2010. Současné trendy v léčbě Parkinsonovy nemoci. *Psychiatrie pro praxi* [online]. **11**(2-3), 70-73 [cit. 2018-04-18]. Dostupné z:
<http://www.solen.sk/pdf/21f1d9496aa76cfaddf53b4132471381.pdf>

- 7.. BALÁŽ, M., 2013. Hluboká mozková stimulace u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online]. 14(5), 229-231 [cit. 2018-02-08]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/05/03.pdf>
8. BINDER, Marc D.; HIROKAWA, Nobutaka; WINDHORST, Uwe. *Encyclopedia of Neuroscience*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag GmbH, 2009.
9. BONNET, A., HERGUETA, T., 2012. *Parkinsonova choroba: rady pro nemocné a jejich blízké*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0155-7.
10. CEREDA, E., et al., 2013. Controlled-protein dietary regimens for Parkinson's disease. *Nutritional Neuroscience* [online].13(1), 29-32 [cit. 2018-02-07]. DOI: 10.1179/147683010X12611460763760. ISSN 1028-415x. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/147683010X12611460763760>
11. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
12. DOSTÁL, V., CHVÍSTKOVÁ, E., 2010. *Výživa u Parkinsonovy nemoci*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2362-7.
13. DYLEVSKÝ, I, 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3240-4.
14. FUKUSHIMA, T., et al., 2012. Nutritional effects on depressive symptoms in Parkinson's disease patients. *E-SPEN Journal* [online].7(2), e64-e68 [cit. 2018-02-15]. DOI: 10.1016/j.clnme.2012.02.002. ISSN 22128263. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212826312000139>
15. *Ganong's review of medical physiology*. 2010. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Medical. ISBN 978-00-716-0568-7.
16. GROFOVÁ, Z., 2009. Přehled přípravků enterální výživy pro domácí použití. *Nemocniční lékarenství* [online]. 3(3), 169-171 [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2009/03/12.pdf>
17. HANZLOVÁ, J. 2014. Centrální nervový systém. *Základy anatomie nervový systém a čivy*[online]. Brno: Masarykova Univerzita. [cit. 2018-01-31]. Dostupné z:

https://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/zaklady_anatomie/zakl_anatomie_IV/pages/centralni_nervovy_system.html

18. HAUSER, R., 2018. Parkinson Disease Clinical Presentation. *Medscape* [online]. New York: Medscape [cit. 2018-02-12]. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/1831191-clinical>

19. HOSKOVCOVÁ, M., 2010. Pohyb u Parkinsonovy nemoci z pohledu odborníka: Léčebná rehabilitace u Parkinsonovy nemoci. *Parkinson* [online]. **13**(32), 2-5 [cit. 2018-02-07]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/res/archive/063/006877.pdf?seek=1514171108>

20. Hluboká mozková stimulace u Parkinsonovy nemoci: základní informace pro pacienty., 2016. *Movement Disorders* [online]. 31(2), 1 [cit. 2018-02-07]. Dostupné z: <https://www.movementdisorders.org/MDS-Files1/Education/Patient-Education/Deep-Brain-Stimulation-for-Parkinsons-Disease/pat-Handouts-DBS-Czech-v1.pdf>

21. CHOČENSKÁ, E., 2010. Parkinsonova choroba a vliv bílkovin ve stravě. *Sestra* [online]. **15**(6), 1 [cit. 2017-11-30]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/parkinsonova-choroba-a-vliv-bilkovin-ve-strave-452682>

22. JIRÁK, R, et al., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

23. JANKOVIC, J., 2008. Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* [online]. 79(4), 368-376 [cit. 2018-02-12]. DOI: 10.1136/jnnp.2007.131045. ISSN 0022-3050. Dostupné z: <http://jnnp.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jnnp.2007.131045>

24. KANIOVÁ, M. et al., 2014. Poruchy polykání u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*[online]. 15(6), 329-332 [cit. 2017 12 25]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2014/06/10.pdf>

25. KERKUT, G. A. Catecholamines in invertebrates. *Br Med Bull.* 1973, roč. 29, čís. 2, s. 100-3.

26. KLEMPÍŘ, J., 2013. *Poruchy výživy u Parkinsonovy a Huntingtonovy nemoci*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2834-9.

27. KAŇOVSKÝ, P. et al., 2016. Friedrich Heinrich Lewy, jeho tělíska a jejich nemoc. *Neurologie pro praxi*, roč. 17, č. 4, s. 263-267. ISSN: 1213-1814.

28. KAŇOVSKÝ, P., FARNÍKOVÁ, K., 2010. Mění se tvář parkinsonské neurodegenerace. *Sanquis (Praha)*, roč. 2010, č. 84-85, s. 96-98. ISSN: 1212-6535.

29. KAŇKOVSKÝ, P., 2010. Farmakoterapie pokročilé Parkinsonovy nemoci ve světle doporučených postupů. *Neurologie pro praxi* [online]. 11(4), 244-249 [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/04/10.pdf>

30. MANDYSOVÁ, P., ŠKVRŇÁKOVÁ, J., 2016. *Diagnostika poruch polykání z pohledu sestry*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0158-0.

31. OREL, M., FACOVÁ, V., A KOL. 2009 *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada. ISBN 8024726173.

32. PALACIOS, N., et al., 2012. Caffeine and risk of Parkinson's disease in a large cohort of men and women. *Movement Disorders* [online]. **27**(10), 1276-1282 [cit. 2017-12-30]. DOI: 10.1002/mds.25076. ISSN 08853185. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/mds.25076>

33. PALACIOS, N., et al., 2012. Alcohol and risk of Parkinson's disease in a large, prospective cohort of men and women. *Movement Disorders* [online]. 2012, **27**(8), 980-987 [cit. 2017-12-30]. DOI: 10.1002/mds.25050. ISSN 08853185. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/mds.25050>

34. PICMAUSOVÁ, J. et al., 2012. Poruchy výživy a metabolismu u Parkinsonovy nemoci. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. **75**(2), 179-184 [cit. 2017-12-25]. Dostupné z: <http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/poruchy-vyzivy-a-metabolizmu-u-parkinsonovy-nemoci-37559?id=37559&rate=5>

35. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.

36. PROKŠÍKOVÁ, V., 2013. Fyzioterapie u Parkinsonovy nemoci. *Dlouhověkost bez léků* [online]. Praha: IKEM. [cit. 2018-02-07]. Dostupné z: <http://www.dlouhověkostbezleku.cz/mod/forum/discuss.php?d=123>
37. ROTH, J. et al., 2009. *Parkinsonova nemoc*. 4., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf. Medica. ISBN 978-80-7345-178-3.
38. RUSCIGNO, M., 2016. Nutrition's Impact Parkinson's Disease. *Today's Dietitian* [online]. 18(5), 43-45 [cit. 2018-02-07]. Dostupné z: <http://www.todaysdietitian.com/newarchives/0516p42.shtml>
39. SAVICA, R., et al., 2010. When Does Parkinson Disease Start? *Archives of Neurology* [online]. **67**(7), - [cit. 2018-02-12]. DOI: 10.1001/archneurol.2010.135. ISSN 0003-9942. Dostupné z: <http://archneur.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archneurol.2010.135>
40. SHEARD, Jamie M., et al., 2013. Nutritional status in Parkinson's disease patients undergoing deep brain stimulation surgery: A pilot study. *The journal of nutrition, health & aging* [online]. **17**(2), 148-151 [cit. 2018-02-08]. DOI: 10.1007/s12603-012-0386-4. ISSN 1279-7707. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s12603-012-0386-4>
41. SMITH, 2002. C. U. M. Elements of Molecular Neurobiology. 3. vyd. Chichester: John Wiley & Sons.
42. SLÁDEČKOVÁ, P., 2014. *Domácí péče versus ústavní péče o seniory z hlediska ošetřovatelství*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
43. SVAČINA, Š., 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada ISBN 978-80-247-2256-6.
44. TOMÍŠKA, M., 2008, Nutriční podpora formou sippingu. *Interní medicína* [online]., 6(10), 285-290 [cit. 2018-04-18]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/06/06.pdf>
45. URBANÍKOVÁ, J., 2014 Enterální výživa. *Praktické lékařství* [online]. **10**(2), 79-81 [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/savepdfs/lek/2014/02/08.pdf>

46. VANDER, Arthur J., 2001. *Human Physiology: The Mechanism of Body Function*. 8. vyd. [s.l.]: The McGraw–Hill Companies.
47. VYTEJČKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.
48. VYHÝBALOVÁ, L., 2010. Pitný režim ve stáří. *Sestra* [online]. **20**(6), 136-136 [cit. 2018-04-18]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pitny-rezim-ve-stari-452683>
49. ZADÁK, Z., 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2844-5.
50. ZLOTNIK, Y., et al., 2015. Disorders of the Oral Cavity in Parkinson's Disease and Parkinsonian Syndromes. *Parkinson's Disease* [online]. **2015**, 1-6 [cit. 2018-02-14]. DOI: 10.1155/2015/379482. ISSN 2090-8083. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/pd/2015/379482/>
51. ŽEŽULKOVÁ, J., MATOUŠEK, D., 2008. PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie. *Sestra* [online]. 18(3),244-249 [cit.2018-02-03]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/peg-perkutanni-endoskopicka-gastrostomie-353949>

8 PŘÍLOHY

Rozhovory a jídelníčky jsou přiložené na CD.

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

NMDA – látka odvozená od aminokyseliny aspartátu

COMT – catechol-O-methyltransferase

MAO-B – Monoamine oxidase B

DDC – dopa decarboxyláza

GIT – gastrointestinální trakt

BMI – index tělesné hmotnosti