

AKTIVIZACE PACIENTA S DIAGNÓZOU PARKINSONOVA CHOROBA

Ivetta Resutíková

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivetta Resutíková**
Osobní číslo: **H13691**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Aktivizace pacienta s diagnózou Parkinsonova choroba**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.
Vymezení pojmů z oblasti aktivizace nemocného a Parkinsonovy choroby.
Příprava metodiky praktické části.
Realizace výzkumu technikou rozhovoru.
Vytvoření a realizace aktivizačního programu.
Analýza, zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BEDNAŘÍK, Josef, Zdeněk AMBLER a Evžen RŮŽIČKA. Klinická neurologie: část speciální I. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-389-9.

BERGER, Jiří, Zbyněk KALITA a Igor ULČ. Parkinsonova choroba. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-859-1213-9.

BONNET, Anne-Marie a Thierry HERGUETA. Parkinsonova choroba: rady pro nemocné a jejich blízké. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0155-7.

DUBAYOVÁ, Tatiana. Parkinson's disease – psychological determinants of quality of life: proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit, 2010. ISBN 978-94-6070-026-2.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MULLER. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1552-6.

ROTH, Jan, Marcela SEKYROVÁ a Evžen RŮŽIČKA. Parkinsonova nemoc. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 80-85800-63-2.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Silvie Treterová

Ústav zdravotnických věd

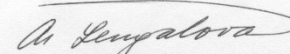
Datum zadání bakalářské práce:

9. prosince 2016

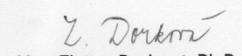
Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně
10.2.2014

.....
R

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá aktivizací pacientů s Parkinsonovou chorobou na standardním gerontopsychiatrickém oddělení. V teoretické části práce je popsána Parkinsonova nemoc, potřeby pacientů s tímto onemocněním a vhodné aktivizační techniky pro tyto nemocné. V praktické části jsou analyzovány rozhovory se všeobecnými sestrami, pracujícími na daném oddělení. V kazuistikách jsou zpracovány aktivizace pacientů s touto chorobou. Součástí je také praktický manuál pro všeobecné sestry s jednotlivými aktivizačními cvičeními vhodnými pro tyto nemocné na daném oddělení.

Klíčová slova: Parkinsonova choroba, aktivizace, potřeby, gerontopsychiatrické oddělení, všeobecná sestra

ABSTRACT

Bachelor thesis deals with the activation of patients with Parkinson's disease in the standard Geriatric Psychiatric department. The theoretical part describes Parkinson's disease, the needs of patients with this disease and the activation techniques for these patients. In the practical part are analyzed interviews with general nurses, working in the department. The case studies deal with the activation of patients with this disease. It also includes a practical manual for general nurses with individual activation exercises suitable for patients in a given in the department.

Keywords: Parkinson's disease, activation, needs, Geriatric Psychiatric department, general nurses

Poděkování

Děkuji Mgr. Silvii Treterové za odborné vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady, její čas a trpělivost.

Děkuji také všem respondentům, kteří se zapojili do výzkumného šetření.

V neposlední řadě děkuji svému manželovi, rodičům, celé rodině a všem kolegům za podporu během celého studia.

Ivetta Resutíková

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Aktivizace pacienta s diagnózou Parkinsonova choroba“ vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsou uvedeny v seznamu literatury.

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

OBSAH

OBSAH	9
ÚVOD.....	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PARKINSONOVA CHOROBA	13
1.1 HISTORIE	13
1.2 ETIOPATOGENEZE, PATOFYZIOLOGIE, EPIDEMIOLOGIE.....	13
1.3 DIAGNOSTIKA	14
1.4 KLINICKÝ OBRAZ	15
1.5 TERAPIE PARKINSONOVY CHOROBY.....	18
1.5.1 FARMAKOTERAPIE.....	18
1.5.2 NEFARMAKOLOGICKÉ POSTUPY.....	19
2 POTŘEBY PACIENTŮ S PARKINSONOVOU CHOROBU NA GERONTOPSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ	20
2.1 BIOLOGICKÉ POTŘEBY	20
2.2 PSYCHO-SOCIÁLNÍ POTŘEBY	24
3 AKTIVIZACE PACIENTŮ S PARKINSONOVOU CHOROBU NA GERONTOPSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ	25
3.1 FYZIOTERAPIE.....	25
3.2 LOGOPEDIE.....	26
3.3 ERGOTERAPIE	27
3.4 TRÉNINK KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ.....	27
3.5 ARTETERAPIE	28
3.6 REMINISCENCE	28
3.7 BAZÁLNÍ STIMULACE.....	29
3.8 VALIDACE.....	30
3.9 PRETERAPIE	30
3.10 MUZIKOTERAPIE	30
3.11 BIBLIOTERAPIE	31
3.12 AROMATERAPIE.....	31
3.13 PET TERAPIE	32
II. PRAKTICKÁ ČÁST	33
4 CÍLE PRÁCE A METODIKA VÝZKUMU	34
4.1 CÍLE PRÁCE	34
4.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	34
4.2.1 CHARAKTERISTIKA POLOŽEK ROZHOVORŮ.....	35
4.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ.....	35
4.4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	36
4.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	36

5	ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	37
6	KAZUISTIKY	58
6.1	KAZUISTIKA Č. 1.....	58
6.2	KAZUISTIKA Č. 2.....	60
6.3	KAZUISTIKA Č. 3.....	62
7	DISKUZE	64
	ZÁVĚR	67
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68

ÚVOD

Parkinsonova choroba je chronické neurodegenerativní onemocnění, které nelze vyléčit. Projevy nemoci postupně omezují pacienta v každodenním životě, ten se obává ztráty soběstačnosti, objevuje se u něho strach a úzkost z dalšího života. Spolu s farmakologickou terapií je pro pacienty s tímto onemocněním nezanedbatelné zařazení rehabilitace a aktivizačních technik mezi každodenní činnosti. V pozdních stádiích se choroba může projevit psychickými potížemi, úzkostmi, depresemi, demencí. Při zhoršování těchto projevů bývají hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení.

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala problematiku aktivizace pacienta s diagnózou Parkinsonova choroba na standardním gerontopsychiatrickém oddělení. Zaměřila jsem se zejména na to, jak se mohou všeobecné sestry podílet na aktivizaci pacientů v pozdních stádiích této choroby v Psychiatrické nemocnici. Ošetrovatelská péče u těchto pacientů má svá specifika, časově odlišné podávání léků spolu s omezením ve výživě, zpomalené tempo v motorice. Důležitým se stává empatický přístup veškerého personálu, jeho pozornost a ohleduplnost k nemocným a jejich individuálním potřebám.

V teoretické části je popsáno toto onemocnění, potřeby pacientů s touto nemocí a aktivizační techniky využitelné na daném oddělení. V praktické části zjišťujeme povědomost všeobecných sester týkající se aktivizačních technik a možností jejich aplikace v průběhu hospitalizace. V kazuistikách jsem se zaměřila na vytvoření a realizaci aktivizačního cvičení u pacientů s touto nemocí a vytvoření praktického manuálu pro všeobecné sestry pracující na zmíněném pracovišti.

Prací bych chtěla přispět k větší informovanosti všeobecných sester, týkající se aktivizačních technik a jejich využití u pacientů s Parkinsonovou chorobou ve zdravotnickém zařízení. Farmakologická terapie je pro tyto pacienty nezbytná, neméně důležitou je jejich aktivizace v oblasti motoriky a kognice. Ta přispívá ke zlepšení soběstačnosti, psychické a fyzické kondice.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PARKINSONOVA CHOROBA

*„Pro člověka, který trpí Parkinsonovou nemocí, jsou pouze dvě možnosti:
vzdát se, nebo bojovat“.*

Jan Roth

Parkinsonova choroba (dále v textu PCH) je chronické progresivní neurodegenerativní onemocnění. Vzniká při degenerativním zániku neuronů v substantia nigra, čímž dochází k nedostatku dopaminu ve striatu. Dopamin, obsažený v neuronech, přenáší nervové vzruchy striatálními drahami. Jeho chybění se projevuje hlavně poruchami hybnosti – extrapyramidovým hypokineticko-rigidním syndromem. V průběhu nemoci se přidružují poruchy vegetativní, afektivní, senzorické a kognitivní (Bednařík, Ambler, Růžička a kol., 2010, s. 582-583).

1.1 Historie

Jako první popsal Parkinsonovu chorobu anglický lékař Sir James Parkinson. V roce 1817 vydal knížku o 6 nemocných s kombinací, do té doby neznámých, příznaků. Po zveřejnění díla popsalo tuto kombinaci projevů více lékařů. Již v 19. století se lékaři pokoušeli o léčbu PCH belladonou, přípravkem na rostlinném podkladu. Dalším preparátem k léčbě byly léky s anticholinergním účinkem, které měly mnoho nežádoucích účinků. Až v roce 1958 známý farmakolog a biochemik Carlsson objevil v mozku, v bazálních gangliích látku dopamin. Na základě jeho objevu byla prokázána nedostatečná tvorba dopaminu v substantia nigra. Dalším významným objevem bylo použití nového léku levodopy, z které je mozek schopen vytvořit dopamin. Během let se však začaly objevovat při léčbě vedlejší účinky. Až v 70. letech minulého století se začaly vyrábět preparáty obsahující levodopu a dvě látky, benserazid a karbidopu, které jsou účinné v potlačování vedlejších nežádoucích potíží. Tyto léky jsou účinné, bezpečné a používané až do dnešní doby (Roth, Sekyrová a Růžička, 2005, s. 10-11).

1.2 Etiopatogeneze, patofyziologie, epidemiologie

V literatuře se setkáváme s několika hypotézami vzniku PCH, jednou z nich je tzv. endotoxická hypotéza, kdy dochází k poškození dopaminergních neuronů substantia nigra oxidativními ději. Během metabolismu dopaminu vznikají toxické volné radikály kyslíku a reaktivní formy železa. Další je hypotéza exotoxická, kdy látka metylfenyltetrahydropyrimidin

má selektivní neurotoxický účinek na dopaminergní buňky. Spolu s těmito vlivy se na vzniku podílí také genetická predispozice nebo chybná proteolýza. Ta je důležitým patogenetickým prvkem této choroby a ovlivňuje věkově vázaný výskyt (Bednařík, Ambler, Růžička a kol., 2010, s. 583).

„*Podkladem Parkinsonovy nemoci je snížení tvorby jednoho transmiteru, a to látky nazývané dopamin*“ (Roth, Sekyrová a Růžička, 2005, s. 16). Ten je uvolňován z bazálních ganglií do synapsí, spojů mezi výběžky buněk nervového systému. Následně dochází mezi transmiterem a receptory k přenosu informací, které ovlivňují pohyb celého těla. Při postupném úbytku dopaminu na synapsích je omezena činnost striata a následně hybnost těla (Roth, Sekyrová a Růžička, 2005, s. 15-16).

PCH je označována za plynule progresivní neurodegenerativní proces, u kterého hloubka postižení a tempo rozvoje ovlivňuje individuální typ onemocnění. Patologické změny zasahují postupně predilekční oblasti mozku, od prodloužené míchy až po neokortex. Byly definovány tři klinicko-patologické fenotypy PCH. U prvního je začátek v mladším věku, tvoří více než polovinu případů, průběh je typický, dlouhodobý. Druhý fenotyp je maligní rychlý průběh, tvoří asi čtvrtinu případů, demence se objevuje již v prvních letech onemocnění. Třetí začíná v pozdějším věku, pacienti přežívají kratší dobu, projevují se neuropatologické změny (Bednařík, Ambler, Růžička a kol., 2010, s. 578).

Choroba není vázána na společenskou vrstvu, stravování, vzdělání, očkování nebo trauma. Pacienti neumírají na vlastní onemocnění, ale na komplikace (pády, infekce). Prognóza onemocnění se výrazně zlepšila zavedením dopaminové léčby, čímž se prodloužila průměrná doba přežití pacientů s PCH asi na 14let. (Bednařík, Ambler, Růžička a kol., 2010, s. 583). Vzniká v průměru u nemocných mezi 55. a 65. rokem, může se projevit i dříve, kolem 40. roku, nebo po 75. roku. Lehce převažuje u mužů. Incidence, tj. výskyt nových případů nemoci, je 10 až 15 osob ze 100 000 jedinců v roce, narůstá s přibývajícím věkem (Bonnet a Hergueta, 2012, s. 12-14). Roth uvádí, že na 100 000 obyvatel připadá 100-300 pacientů (Roth, online, © 2012, s. 12).

1.3 Diagnostika

Diagnostikovat PCH je často obtížné, příznaky jsou variabilní, u pacientů se objevuje hypokineze, rigidita a třes. Základními vyšetřeními ke stanovení diagnózy je klinické neurologické vyšetření, anamnéza, laboratorní vyšetření, zobrazovací vyšetřovací metody, test

dopaminergní stimulace, k posouzení psychických poruch jsou používány screeningové testy a škály. Lékař hodnotí anamnézu osobní, rodinou, pracovní, farmakologickou, alergickou, ptá se pacienta na zvládání každodenních aktivit. Zjišťuje motorické, non-motorické, psychické potíže, subjektivní pocity pacienta. Dále hodnotí neurologické a laboratorní vyšetření (Jirák, 2013, s. 36-37). Ze zobrazovacích metod pacient podstupuje CT mozku k vyloučení ischemie nebo nádoru v místech bazálních ganglií. DaT SPECT ukáže, pomocí kontrastní látky, změny dopaminergního transportního systému. MR a PET jsou metody finančně více nákladné, proto v diagnostice PCH používané ojediněle. V praxi indikovaný je test dopaminergní stimulace, kdy lékař nasazuje dopaminergní léčbu s efektem potlačení příznaků PCH (Bareš, online, © 2011, s. 272-274). Správné a včasné stanovení diagnózy je podstatou vhodné a příznivé léčby (Bareš, online, © 2001, s. 24).

Při stanovení diagnózy a dále v průběhu choroby jsou sledovány motorické a non-motorické projevy a objevující se psychické potíže. K posouzení PCH a jejích komplikací, zejména v pozdních stádiích, používáme screeningové testy a škály. Je to škála Wearing-off Questionnaire 9 (WOQ-9), pacient odpovídá na 9 otázek týkajících se třesu, zpomalené hybnosti, ztuhlosti, zhoršené obratnosti, svalových křečí, změn nálad, úzkosti, myšlení a bolesti (Bareš, online, © 2011, s. 272-274). Škála Parkinson's disease sleep scale (PDSS) hodnotí spánek u PCH, kognitivní funkce hodnotí Mini-mental state examination (MMSE), Montrealský kognitivní test (MOCA test), test kreslení hodin (Bočková, online, © 2011, s. 28-31). Depresi hodnotí např. škála geriatrické deprese, Geriatric Depression Scale dle Yessavage (Jirák, 2013, s. 264).

1.4 Klinický obraz

PCH může z počátku, a to až několik let, probíhat bez příznaků. Časně příznaky onemocnění bývají zpravidla nespecifické, tj. poruchy čichu, bolesti ramen a zad, ztráta výkonnosti, pocity tíže končetin, obstipace, mikrografie, deprese, změny chování v REM spánku (Mysliveček, 2009, s. 239). Motorické příznaky se začínají objevovat až později, v důsledku vyčerpání uvolňování dopaminu, kdy jeho hladina klesne asi pod 30 % normy (Herman, Praško a Seifertová, 2007, s. 381). Příznaky jsou akineze, tremor, rigidita.

Při hypokinezi, bradykinezi a akinezi, zpomaleným a omezeným pohybům, dochází ke znehybnění těla po pohybu, později může dojít až k akinetické krizi, což je život ohrožující stav. Tremor, počítání peněz, se objevuje při uvolnění končetin, během pohybu mizí, při stresu je větší, ve spánku zaniká. Při rigiditě, fenoménu ozubeného kola, svaly kladou

odpor během celého pohybu, zpočátku bývá jednostranná, často spojena s hypokinezí (Mysliveček, 2009, s. 239).

Tyto tři hlavní projevy, akineze, rigidita a třes, jsou pojmenovány „parkinsonská triáda“.

PCH je popisována jako úbytek dopaminergních neuronů v oblasti bazálních ganglií, což ovlivňuje funkce motorické, asociační (kognitivní) a limbické (emociální). Během choroby pacient prochází čtyřmi fázemi nemoci. Ve fázi adaptační je pacientovi diagnostikována PCH, ten se učí žít s chorobou. Ve fázi vyrovnanosti se život po nastavení léčby zklidňuje. Ve fázi fluktuace hybnosti a dyskineze se dostávají pohybové potíže, dochází ke změnám celkové rovnováhy. Ve fázi invazivní už choroba neustupuje do pozadí, pacient má potíže motorické i non-motorické. Každá z uvedených fází má odpovídající projevy, odlišnou terapii. (Bonnet a Hergueta, 2012, s. 13-21).

Motorické projevy pozdních fází jsou dyskineze a fluktuace. Dyskineze jsou mimovolní nekoordinované pohyby, trhavé nebo krouživé. U fluktuací, změn v hybnosti, dochází ke stavům „off“ nebo „on“, objevuje se akinetický freezing, zamrznutí, wearing-off, což je reakce těla na zkracování účinku léků (Bareš, online, © 2008, s. 96-97).

Typickým příznakem je parkinsonská chůze, důsledek porušených automatismů pohybu. Je pomalá, s krátkými kroky, pohyby horních končetin nejsou v souběhu, těžiště těla se vychyluje dopředu, hrozí pád. Pacient je nucený k větší kontrole svých pohybů a tím se u něho více projevuje únava (Kolář, 2015, s. 30).

Spánek je nekvalitní, pacienta omezují noční akineze, ztuhlost, svalové křeče nebo bolest, dechové potíže, ranní bolestivé dystonie. Ve dne je častá nadměrná spavost (Plchová, online, © 2013, s. 305-306).

Poruchy polykání jsou spojené s malnutricí, s možnými aspiracemi, nebezpečné jsou tzv. tiché aspirace, hrozí bronchopneumonie (Kaniová, online, © 2014, 329-330).

Řeč se stává monotóní, tichá, nevýrazná, omezuje pacienta v komunikaci a v každodenních aktivitách. Příčinou poruch řeči, polykání a mimiky, hypomimie, je rigidita, bradykineze, hypokineze a akineze orofaciálního svalstva. Zmenšuje se písmo, stává se nečitelným, mluvíme o mikrografii (Zamišková, online, © 2010, s. 112-114).

Vegetativní projevy nejsou pro pacienty s PCH závažné, ale mají vliv na jejich diskomfort, úzkost, strach. Řadíme k nim hypertenzi, ortostatickou hypotenzi, nevolnost, nadýmání, poruchy mikce, zácpu, zvýšené slinění a pocení (Bonnet a Hergueta, 2012, s. 82).

Nejčastější psychickou poruchou je deprese. Ta se může objevovat v časném období, při podávání vyšších dávek levodopy, nebo také v pozdním období, kdy jsou pacienti omezo­váni v běžném každodenním životě. Častěji se vyskytuje u pacientů s výraznějším omezením v každodenních činnostech. Tyto psychické poruchy se vyskytují v různých stadiích a jejich úměrný vztah k průběhu nebyl prokázán. V pozdních stadiích nemoci, kdy se objevují těžké hypodopaminergní „off“ stavy a dochází k velkým poruchám hybnosti, objevují se úzkosti, deprese se prohlubuje. Při zlepšení stavu dochází ke zmírnění psychických poruch (Herman, Praško a Seifertová, 2007, s. 381).

V souvislosti s rozvojem psychických potíží, smutku, apatie, psychomotorického zpomalení, únavy, iritability, můžeme sledovat výskyt suicidiálních myšlenek. Objevují se však méně, než u jiných nemocí (Rektorová, 2009; Látalová, 2015, s. 108). K sebevraždám dochází častěji u pacientů s organickými poruchami. A to v době po zjištění diagnózy, v době teprve počínajících kognitivních změn, z důvodu strachu z dalšího zhoršování nemoci, ze strachu z nemo­hounosti (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 115).

Méně nápadné jsou u pacientů s PCH poruchy rozumových funkcí, ve větší míře se projevují až v pozdějších stadiích. Příčinou je nedostatek dopaminu, což způsobuje poškození drah bazálních ganglií a nedostatečný přenos informací mezi kůrou mozkovou a středním mozkem. Pacienti mají potíže s plánováním, uložením a udržením nových informací. K projevům poruch kognitivních funkcí patří apatie, zpomalenost motoriky i kognitivních funkcí, úzkost, náladovost, únava, později také deliria a halucinace (Bonnet a Hergueta, 2012, s. 124-125). Mění se aktivity během dne, mění se soběstačnost (Dostál, online, © 2013, s. 30).

K psychickým poruchám řadíme také demenci, je příznakem neurodegenerativních změn na mozku, postupně se zhoršují kognitivní funkce, mění se osobnost, pacient se stává ne­soběstačný (Kejklíčková, 2011, s. 60-61). Dochází k celkovému úbytku rozumových schopností a duševní bystrosti. „*Demence se objevuje v pozdních stadiích Parkinsonovy choroby u asi 10-20 % pacientů*“ (Lužný, 2012, s. 55). K hlavním projevům řadíme zpomalený psychický výkon, obtíže při zapamatování a při vybavování si paměťových stop, zpomalenou řeč. Někdy bývají přítomna nasedající deliria, bludné produkce nebo halucinace (Lužný, 2012, s. 55).

1.5 Terapie Parkinsonovy choroby

Do dnešní doby neexistuje léčebný postup, který by Parkinsonovu chorobu trvale vyléčil. Včasnou a správnou léčbou je možné pacientům poskytnout kvalitní život co nejdéle, oddálit projevy omezující soběstačnost. Farmakoterapie sama ovšem nestačí, je důležité zařadit do života režimové postupy, pravidelný pohyb. Oporou je pro pacienta kontakt s rodinou a přáteli. Nutná je komunikace s lékařem o projevech choroby a o dalších postupech, pacient má právo být lékařem informován (Roth, Sekyrová a Růžička, 2005, s. 43-45).

1.5.1 Farmakoterapie

Nejdůležitějším symptomatickým lékem ve farmakoterapii je levodopa. Nezbytné je omezení bílkovin ve stravě v době užití levodopy a časové rozvrhnutí jejího užívání během dne (Mach, online, © 2016, s. 6-7). Je doporučováno tento lék užít nejméně 30minut před jídlem nebo 45minut po jídle, důvodem je špatné vstřebávání levodopy v kombinaci s bílkoviny. Pokud mají pacienti potíže s užitím léku nalačno, můžou sníst pár soust chleba, piškotů, nedoporučuje se jogurt. Není dobré, ale omezit úplně příjem bílkovin, spíše přesunout tuto dávku do večerních hodin (Roth, Sekyrová a Růžička, 2005, s. 125). Agonisté vápníku jsou léky indikované zejména v počátečním stadiu choroby nebo v pozdním stadiu, v kombinaci s levodopou. Je prokázán jejich vliv na oddálení pozdních pohybových projevů, vyskytnout se však můžou vedlejší negativní účinky, hypotenze, nevolnost, zvracení (Roth, Sekyrová a Růžička, 2005, s. 51-52). Inhibitory monoaminoxidázy B, anticholinergika, adamantanové sloučeniny jsou další možnosti terapie zejména v počátečním stadiu PCH, kdy volba léků je individuální s ohledem na efekt a výskyt vedlejších účinků (Kaňovský, online, © 2006, s. 32-35). Invazivní metoda prováděná v pozdních stádiích je aplikace levodopy enterálně a kontinuálně. Při této metodě je zavedena jejunální sonda do tenkého střeva (perkutánní endoskopická gastrostomie), pumpou je aplikován gel levodopy. Pacientovi může být současně podáván gel do duodena a do žaludku tekutiny nebo výživa, PEG je dvoucestný. Zavedení sondy předchází, co možná největší, stabilizace stavu (úzkost, deprese, malnutrice). (Krones a kol., 2012; Stathis a kol., 2014; Klempíř, online, © 2015, s. 84-87). Při demenci je snahou nastavení optimální dávky dopaminergních antiparkinsonik. Nejsou vhodná anticholinergní antiparkinsonika (biperiden, benztropin, procyklidin), způsobují zhoršení demence. Z nových preparátů je podáván memantin a inhibitory acetylcholinesterázy (Lužný, 2012, s. 56). Projevy pozdního stadia velmi

ovlivňují kvalitu života, a to posturální instabilita, dyskineze, fluktuace, kognitivní poruchy, poruchy řeči, deprese, halucinace, demence, obstipace, urogenitální dysfunkce, ortostatická hypotenze, poruchy polykání, nechutenství, hubnutí, nespavost. Terapie těchto komplikací je obtížná, nutná je mezioborová spolupráce (Dostál, online, © 2013, s. 28-32).

1.5.2 Nefarmakologické postupy

Součástí komplexní terapie u PCH jsou pro pacienty neméně důležitá režimová opatření, fyzioterapie, psychoterapie, logopedie, ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, balneoterapie. Cílem těchto nefarmakologických postupů je usnadnění vykonávání potřebných aktivit, zlepšení kvality každodenního života. V rehabilitaci je snahou nastavení automatizmů pohybu, tím je možné oddálit postupné zhoršování kondice. Cvičení pohybového aparátu pozitivně působí na psychiku, emoce, kognitivní funkce. Pacient sám či s dopomocí provádí dýchací cvičení, udržuje pohyblivost velkých kloubů, což ovlivňuje koordinaci těla, chůzi, prevenci pádů. Do rehabilitace je zařazováno procvičování mimiky, nácvik polykání a logopedie. V rámci ergoterapie, arteterapie jsou procvičovány kognitivní funkce, jemná motorika. To vše lze doplnit balneoterapií (Ressner a Šigutová, online, © 2001, s. 31). V psychoterapii má pacient s PCH možnost ventilovat své emoce, své pocity. Naslouchající psychoterapeut se může stát velkou oporou, pacient nepotlačuje své pocity a tím předchází úzkosti, depresi a jiným psychickým potížím. Může pacientovi pomoci zvládnout informace od lékaře, týkající se jeho zdravotního stavu (Bonnet a Hergueta, 2012, s. 56-57). Hluboká mozková stimulace (DBS) je invazivní metoda, kdy se do subthalamických jader zavádí operačně dvě sondy a pod klíčkovou kost stimulátor. Provádí se u pacientů, kteří jsou schopni psychicky i fyzicky spolupracovat, dodržovat pooperační režim. Kontraindikací jsou deprese, demence, poruchy kognitivních funkcí (Baláž, online, © 2013, s. 229-230). Při DBS se lepší rigidita, akineze, třes, pohyby těla se ustálí během celého dne, vymizí bolesti. U pacienta dochází k velkému zlepšení, podávají se mnohem menší dávky levodopy, oddálí se další průběh choroby, někdy až o několik let, hodně se zlepši soběstačnost, spánek (Bonnet a Hergueta, 2012, s. 145-147).

Od roku 1994 existuje společnost Parkinson, snaží se parkinsonikům usnadnit jejich život, podávat nové informace související s chorobou. Pacienti i s rodinnými příslušníky se setkávají v Parkinson klubech, na ozdravných pobytech, na různých setkáních po celé ČR. Společnost vydává časopis Parkinson, který pacienty informuje v odborných tématech, i o životě jiných parkinsoniků.

2 POTŘEBY PACIENTŮ S PARKINSONOVOU CHOROBOU NA GERONTOPSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ

„Lásku, vlídnost a bratrský soucit potřebuje nemocný někdy více než všechny léky.“

Fjodor Michajlevič Dostojevskij

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí“ (Trachtová, 2004, s. 10). Pro člověka je potřeba nezbytná, má vliv na jeho život a vývoj. Každý jedinec má odlišné potřeby, které jsou uspokojovány odlišnými způsoby. Jejich nedostatek ovlivňuje emoce, myšlení, pozornost, chování. Můžeme je rozdělit na biologické, psychické a sociální (Trachtová, 2004, s. 10). Jejich kvantita a kvalita se mění podle věku, pohlaví, okolního prostředí, zdraví a dalších aspektů (Šamánková, 2011, s. 13).

Během života člověk stále uspokojuje potřeby, některé bez zamýšlení se nad jejich realizací, týká se to zejména potřeb fyziologických. Jejich deficit se prohlubuje v nemoci a ve stáří, mění se priority (Příbyl, 2015, s. 41). Míra uspokojování potřeb seniorů ovlivňuje kvalitu jejich života a soběstačnost, dochází k postupnému omezování se na saturaci potřeb fyziologických a na potřeby týkající se zajištění (Příbyl, 2015, s. 49).

U seniorů se mohou objevovat onemocnění s atypickým obrazem doprovázeným lehčími i těžšími psychickými poruchami. Častým jevem je výskyt více chorob dohromady, komorbidita, přidávají se také poruchy duševní. Pacienti se stávají nesoběstačnými, je nezbytná hospitalizace na gerontopsychiatrickém oddělení. *„Gerontopsychiatrie se zabývá diagnostikou, léčbou a rehabilitací duševních poruch u osob vyššího věku“* (Lužný, 2012, s. 11).

U pacientů s PCH se v průběhu choroby, zejména v pozdních stádiích dostávají do popředí také deprese, poruchy kognitivních funkcí, demence, halucinace, bludy, stavy neklidu a agrese. Přítomností těchto psychických poruch je snižována saturace potřeb, pacient se stává nesoběstačným, je nezbytná hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.

2.1 Biologické potřeby

Biologickou potřebou je výživa, častým jevem u gerontopsychiatrických pacientů je odmítnutí stravy. V popředí bývá léčba psychických potíží, řešení sociálních problémů. V souvislosti s tím, pak dochází k nedostatečnému příjmu potravy nebo malnutrici. S těmito potížemi přichází pacienti už z domácího prostředí. Příčinou může být porucha

příjmu potravy, porucha motoriky, porucha intelektu, porucha vědomí, somatické důvody. Nutriční péče může být opomíjena, ale je také důležitým faktorem pro rekonvalescenci. Sestra sleduje pacienty při jídle, musí být trpělivá, pracovat individuálně (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 168).

Stav výživy pacienta je důležitým ukazatelem soběstačnosti v péči akutní i chronické. U starších lidí má malnutrice velký vliv na celkový stav pacienta, na jeho kondici a imunitu. K hodnocení stavu výživy slouží klinické vyšetření, vyšetření laboratorních parametrů, dále hodnotící škály (Holmerová, 2014, s. 85).

U pacientů s PCH dochází k úbytku váhy a tukové tkáně ještě před propuknutím neurologických příznaků, v důsledku pohybových potíží pacienti omezují nakupování potravin, přípravu jídla, stravování. V pozdějších stádiích, kdy dochází také k úbytku kognitivních funkcí, se u pacientů s PCH projevuje deficit soběstačnosti, snižuje se potřeba příjmu tekutin a potravy. Častěji se vyskytují poruchy čichu, v důsledku pádů a nevyvážené stravy, zlomeniny a osteoporóza. Až u 80 % všech pacientů dochází k poruchám polykání – dysfagii. Příčinou může být porucha automatického polykání slin nebo porucha polykacího aktu (Klempíř, 2013, s. 35-36).

Poruchy polykání se můžou projevit v několika fázích (ústní, hltanové nebo jícnové). Jídlo se při těchto poruchách může dostat do dýchacích cest a způsobit plicní infekce (Bonnet a Hergueta, 2012, s. 107). Velmi nebezpečnou je tzv. tichá aspirace, neboť u pacientů, bez jakýchkoli příznaků, proniká strava a tekutiny opakovaně do dýchacích cest. Prvními příznaky takové aspirace bývá zpravidla zvýšená tělesná teplota, zahlenění či zhoršení celkového stavu pacienta (Klempíř, 2013, s. 14).

Důležitou prevencí aspirace je vzpřímené sezení s mírně skloněnou hlavou, vhodný je také tzv. Mendelsohnův manévr (v době polykání pacient drží manuálně hrtan nahoře, čímž jícen zůstane déle otevřený). Jestliže pacientovi dělá problém tuhá strava nebo tekutiny, lze stravu mixovat, tekutiny zahušťovat. Při dlouhodobém úbytku váhy lze stravu doplnit výživovými doplňky, které pacient popíjí – sipping. Při přetrvávajících velkých potížích s kousáním a polykáním je možno krátkodobě zavést nazogastrickou sondu. Jestliže tyto potíže trvají dlouho a neočekáváme zlepšení, je indikováno zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie (Kaniová, online, © 2014, s. 329-332).

Potíže s polykáním lze snížit, pokud před jídlem pacient vycucá rozdrčené kostky ledu nebo má k jídlu připravené něco studené a kyselé (citrónový sorbet), tím dojde ke snížení otoků v hrdle (Schwarz, 2008, s. 58).

Častěji se u pacientů vyskytuje zácpa, proto by strava měla obsahovat více vlákniny a vysokozbytkových potravin (ovoce, zelenina, obiloviny), ovocné šťávy, kompoty. Jídlo by mělo být rozděleno do 5 - 6 menších porcí během dne (Roth, Sekyrová a Růžička, 2005, s. 125).

Dýchání je základní lidská potřeba, při jejím neuspokojení dochází k ohrožení pacienta na životě. V rámci ošetrovatelské péče provádíme s pacientem dechová cvičení, aktivizujeme ho (Trachtová, 2004, s. 111).

U parkinsoniků vlivem změn v držení těla, vlivem změněného svalového tonusu dochází vždy ke změnám v dýchání. V pozdějších stádiích se objevují infekční respirační komplikace. Respirační fyzioterapie pomáhá v dýchání, zlepšuje aktivitu dýchacích svalů a ventilaci, působí na pohyb hrudníku, eliminuje dušnost (Zdařilová a kol., 2010; Bartusíková, Krhutová a Ressler, online, © 2016, s. 45-46). Velmi potřebné je pravidelné procvičování dýchání, udržení výkonu dýchacích cest z důvodu větší únavy při aktivitách pacienta (Kolar, 2015, s. 124).

Další lidskou potřebou je vyprazdňování. U každého jedince je individuální, propojená s jinými potřebami (fyziologickými i psychickými). U pacientů ve zdravotnickém zařízení bychom měli tolerovat jejich stud, intimitu. Při potížích s vyprázdněním nebo při inkontinenci může pacient trpět např. bolestí, zácpou, plynatostí. A v důsledku těchto potíží pak úzkostí, nervozitou, strachem, podrážděností (Trachtová, 2004, s. 95).

Při PCH se mohou objevit různé potíže s močením (urgentní močení, nucení na močení, inkontinence, nucení tlačit při močení). Při takových potížích je důležité vyšetření urologem. Už na počátku nemoci se vyskytuje zácpa, prevencí i terapií je dostatek tekutin, strava s vlákninou, pohyb (Bonnet a Hergueta, 2012, s. 103-105).

Hygiena a oblékání jsou potřeby, které chrání zdraví jedinců, jeví se individuálně. Jsou ovlivňovány rodinou, výchovou, kulturou. Důležitým aspektem, který mění tyto potřeby, může být omezená schopnost sebepečce u hybnosti (Šamánková, 2011, s. 117).

Jednou z obtížnějších je uspokojování potřeb hygieny a oblékání u pacientů s PCH. Riziko pádu je velké. Při hygieně je vhodnější použít žínku (navleče se na ruku), než houbu, lze

použit také kartáč s dlouhým držadlem. Existuje spousta pomůcek k usnadnění dentální hygieny (elektrický kartáček, zubní nit s držátkem). U oblékání je dobré nahradit knoflíky suchým zipem, vhodné je oblečení s pružným pasem, boty se suchým zipem (Schwarz, 2008, s. 35-41).

Spánek je fyziologickou potřebou organismu, kvalitní spánek je základem dobrého zdraví (Jirák, 2013, s.312). Ovlivňuje náš organismus, regeneruje a ochraňuje ho. Pro každého jedince je individuální, v době nemoci se jeho potřeba zvyšuje, pacient se více unaví při zvládání denních aktivit (Šamánková, 2011, s. 118).

Pacient s PCH mívá velmi často problémy se spaním, úzkost a strach je spojený s pohybem v lůžku (noční akineze). Může mít potíže s usínáním, často se budí (močení, dýchací potíže, bolesti). Tyto potíže ovlivňuje také větší odstup mezi dávkami antiparkinsonik v noci, léky mohou ovlivňovat spánek (Bonnet a Hergueta, 2012, s. 108-109). Potíže bývají ráno se vstáváním z lůžka, proto je vhodné užít antiparkinsonikum ještě v lůžku (Roth, Sekyrová a Růžičková, 2005, s. 124).

K základním biologickým potřebám radíme pohyb. Uspokojování této potřeby je u každého člověka jiné, každý má jiné nároky. Pohyb je důležitým aspektem soběstačnosti v oblasti každodenního žití, ovlivňuje i duševní aktivitu. Správnou pohyblivost umožňuje mechanika těla (správný postoj, rovnováha, koordinace). V období nemoci se pohybová aktivita mění a v souvislosti s těmito změnami může docházet ke změnám také v jiných oblastech, motilitě, plicní ventilaci, bolestech (Trachtová, 2004, s. 28-33).

Pohyb je pro pacienty s PCH potřebný, udržuje jejich pohybovou činnost a motoriku co nejvíce funkční. Podporuje koordinaci a rovnováhu těla, pohyby kloubů a aktivitu svalů, působí preventivně na ztuhlost těla. Pohyb může také zmírňovat bolest, psychické potíže (Bonnet a Hergueta, 2012, s. 70).

Pohyb a průběh každodenních aktivit je zpomalený, je ovlivněný terapií a únavou pacienta. Ten svou pomalost nevnímá, ale ostatní se vyrovnávají obtížně s těmito projevy, obtížně se přizpůsobují pacientovi (Bonnet a Hergueta, 2012, s. 39).

Při pohybu hrozí nestabilita, dochází k úrazům v souvislosti s pády. Pády mohou být ovlivněny dobou užití léku, ortostatickou hypotenzí, nevolností, vnějšími faktory atd. (Bonnet a Hergueta, 2012, s. 102).

Podle příčiny bolest rozdělujeme u geriatrických pacientů na nenádorovou (bolesti kloubů, zad, artritické bolesti, revmatologické bolesti, bolesti arterií dolních končetin atd.) a nádorovou (provázející nádorové onemocnění). Projevy stárnutí urychluje polymorbidita, snižuje se fyzická mobilita, objevují se chronická onemocnění, chronické bolesti, se kterými pak často souvisí výskyt depresí. Proto je možno vedle analgetik nasadit také antidepresiva, neboť ta kromě účinků antidepresivních, mají také účinky analgetické. Velmi důležitá je anamnéza bolesti, ptáme se na délku bolesti, na lokalizaci, na vyzařování bolesti, zda je trvalá, zda budí pacienta ze spánku (Rokyta, 2012, s. 22).

U pacientů s PCH rozlišujeme primární a sekundární bolesti. K bolestem primárním řadíme hlavně bolesti nohou nebo páteře, které částečně nebo zcela vymizí po podání levodopy. Bolesti sekundární se objevují zejména ve stavech „off“, jsou to zejména bolesti pohybového aparátu. Dále se přidružuje artróza, revma, bolesti starých lidí (Bonnet a Hergueta, 2012, s. 105-106).

2.2 Psycho-sociální potřeby

Významné je vnímání jedince jako celek tvořený biologickými, psychickými i sociálními potřebami. Nezanedbatelnou potřebou v péči je komunikace, emociální podpora, dotyk a oční kontakt. Komunikaci rozlišujeme verbální a neverbální, sestra projevuje zájem o nemocného, kontakt s nemocným doprovází slovem, umí naslouchat pacientovu vyprávění, sdílí s ním jeho prožitky. Pacienty potěší podání ruky, pozdravení, vyjádření úcty a zájmu. Při očním kontaktu si sestra všímá různých emocí, úzkosti, bolesti, radosti, strachu (Vojtová, 2014, s. 9).

Projevy PCH jsou pro pacienty omezující v kontaktu se společností, stydí se, mají pocit nejistoty. Důležitá je pro ně podpora rodiny a okolí, jejich trpělivý a klidný přístup. Není vhodná přehnaná péče a pomoc, soucit, to pacientovi neprospívá. Snahou by měla být pomoc v jeho aktivitách, v soběstačnosti, přizpůsobení denního režimu, respektování delšího času pro výkony (Roth, Sekyrová a Růžička, 2005, s. 122).

3 AKTIVIZACE PACIENTŮ S PARKINSONOVOU CHOROBOU NA GERONTOPSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ

„Tělesná cvičení a střídmost mohou tedy i ve stáří udržet něco z dřívější tělesné síly a svěžesti.“

Marcus Tullius Cicero

Cílem aktivizačních technik je podpora maximálního udržení kognitivních funkcí, mobility a soběstačnosti. Na gerontopsychiatrickém oddělení jsou sestavovány aktivizace šetrně, s ohledem na současný pacientův stav. Při plánování je podpořen pravidelný denní rytmus obohacený o aktivizační techniky (Jiráček, 2013, s. 236-237). Důležitou složkou ošetrovatelské péče je mobilizace, aktivizace, polohování a vertikalizace pacientů. Tím se snaží ošetrovatelský personál předejít sekundárnímu poškození (Kolář, 2015, s. 20).

Snahou aktivizace u pacientů s PCH je zlepšení pohybových aktivit v souvislosti s každodenními potřebami v oblasti sebeobsluhy a sebezpečí. U této skupiny pacientů se setkáváme často s pojmem „*disabilita znamená snížení funkčních schopností nemocného v konfrontaci s bariérami prostředí*“ (Bednář, online, © 2015, s. 6). V důsledku disability se stává důležitým nácvik běžných denních aktivit, stále větší význam získává ergoterapie, důležitá je rehabilitace kognitivních funkcí, logopedie, fyzioterapie, muzikoterapie (Bednář, online, © 2015, s. 6).

3.1 Fyzioterapie

*„Physiotherapia – z řeckého *fyssis* – síla přírodní a *therapeia* – léčení jako poskytnutí služby“* (Kolář, 2015, s. 14). Je zaměřená na pohybový aparát, na jeho léčení a následnou regeneraci dalších tělních systémů (Kolář, 2015, s. 14).

V první fázi PCH se u pacienta projevují nespecifické potíže, ztráta výkonnosti, bolesti zad a ramen, potíže se spánkem, začíná se projevovat svalová ztuhlost, třes, pomalost. Již v době prvních příznaků a stanovení diagnózy je nutný pohyb a cvičení. Důvodem je udržení si fyzické i psychické kondice. Objevují se u pacienta pocity beznaděje, smutku, zklamání, únava, omezení pohybu a nečinnost, což pomůžou vytěsnit pohybové aktivity, ty pozitivně ovlivňují fyzickou i psychickou kondici. Při cvičení je kladen důraz na držení těla a na správnost dýchání, do cvičení jsou zařazeny posilovací a protahovací cviky.

Ve druhé fázi choroby se vyskytují potíže s rovnováhou při chůzi, začíná docházet k pádům. Dochází k narušení každodenních činností, které zdravý člověk vykonává automaticky, např. manipulace s různými předměty, vstávání, otáčení se, chůze. Zařazujeme individuální cvičení a aktivizace, které pacientovi umožní minimalizovat konkrétní potíže v jeho životě. Ve třetí fázi se snažíme předcházet sekundárním komplikacím (svalovému oslabení, kontrakturám, imobilizaci), snažíme se udržet co nejvíce hybnost pacienta (Hoskovcová, online, © 2010, s. 2-4).

3.2 Logopedie

Logopedie je oborem, který „se věnuje výchově řeči, pečuje o správné používání řeči a v širším slova smyslu také o kvalitu mezilidské komunikace“ (Kejklíčková, 2011, s. 13). Zabývá se diagnostikou a reedukací řeči, je to schopnost, která nám umožňuje informovat se a mezi sebou dorozumívat (Kejklíčková, 2011, s. 15).

U pacientů s PCH se setkáváme s poruchou řeči, dysartrií, až v 75 %, hlavně v pozdních stádiích nemoci. „Dysartrie je porucha motorické realizace řeči na základě organického poškození centrální nervové soustavy“ (Kramerová, online, © 2010, s. 6). V počátku onemocnění jsou změny v řeči téměř neznatelné, postupně hlas slábne, horší se artikulace, mění se tempo řeči, zhoršuje se srozumitelnost. Již v počátku choroby, vedle pohybových cvičení, je potřeba započít s logopedickými aktivitami. Pravidelným logopedickým cvičením lze oddálit zhoršující se potíže řeči, nelze je však zastavit. V rámci logopedických aktivit můžeme využívat relaxační, artikulační techniky, respiraci, procvičovat hybnost mimiky a fonaci (Kramerová, online, © 2010, s. 7). Na začátku každého logopedického cvičení by mělo být krátké cvičení relaxační a dechové, propojené s nácvikem hlubokého nádechu a výdechu. Význam má také správné držení těla, vzpřímený sed a správná fyziologická poloha oblasti krku. U pacientů v pozdějších stádiích nemoci začínáme logopedická cvičení masážními technikami například orofaciální masáže a poté následuje procvičení mimického svalstva, kdy využíváme syčení, pískání a foukání. Poté teprve lze začít s krátkými artikulačními cvičeními (Bonnet a Hergueta, 2012, s. 111).

Při těchto cvičeních opakujeme nepravidelně samohlásky a souhlásky. Při správné výslovnosti je nutné zapojit svaly čelisti, jazyka, rtů a měkkého patra - A-I, A-O, E-I-O, LA-LA-LA, PA-PA-PA (Roth, Sekyrová a Růžička, 2005, s. 117-119).

3.3 Ergoterapie

Tento pojem vychází z řeckého původu, ergo znamená práce a therapia je léčení. Cílem této aktivity není pouze práce, jako taková, ale hlavně činnosti, které jsou potřebné v každodenním životě. (Krivošíková, 2011, s. 13).

„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním)“ (Česká asociace ergoterapeutů, online, © 2008).

Ergoterapie u pacientů s PCH je zaměřena na udržení soběstačnosti, nezávislosti, zvládnutí každodenních aktivit a oddálení progresu. Tyto každodenní činnosti provádí, i když jsou omezeni svou nemocí, aktivity pro ně mají velký význam. V rámci nácviku každodenních činností můžeme při ranní hygieně provádět masáž obličeje, hrudníku a horních končetin žínkou a teplou vodou, orofaciální cvičení u zrcadla. K čištění zubů je lepší použít elektrický kartáček (válcový úchop). Velkým usnadněním je přizpůsobení oblečení – kalhoty do gumy, místo knoflíků suchý zip, guma, volné střihy, pružné materiály, pohodlná obuv (suchý zip, mokasíny). Pacienti se snaží o provádění každodenních činností a i když jsou omezeni svou nemocí, mají pro ně tyto aktivity velký význam (Klusoňová, 2011, s. 143-147).

3.4 Trénink kognitivních funkcí

Kognitivní funkce jsou myšlení, paměť, intelekt, schopnost plánovat, pozornost. Paměť nám pomáhá informace vštípit, uchovat a vybavit. Myšlení nám slouží k rozpoznání dějů a skutečností. Intelekt nám pomáhá zpracovat a vyhodnotit informace. Pozornost nám třídí informace (Lužný, 2012, s. 12-17).

Trénink kognitivních funkcí přispívá k udržení soběstačnosti, ke zlepšení kvality života. Cílem je procvičování a obnovení kognitivních funkcí. Tréninkem kognitivních funkcí je posilována koordinace, paměť, orientace, pozornost. Důležitým aspektem by měla být odlehčenost a zábava při těchto činnostech, neboť opak pacienty odrazuje a demotivuje. Tyto tréninky je vhodné provádět v menších skupinách, kdy pacienti jsou v bližším kontaktu s ostatními a střídání činností (Klucká a Volfová, 2009, s. 19-21). Vhodné jsou deskové hry, křížovky, sudoku, rozhovor, puzzle a doplňovačky.

3.5 Arteterapie

„Arteterapie se zaměřuje na výtvarný projev, čímž ovlivňuje psychosomatické a psychické děje, vztahy mezi lidmi, terapii. Svými terapeutickými postupy v psychoterapii, komunikaci“ (Česká arteterapeutická asociace, online, © 2017).

Pro spoustu seniorů jsou tvořivé aktivity příjemným zpestřením, je vhodné jim dát ve výtvarné práci volný prostor, nesvazovat je svým názorem. Výsledkem v této činnosti je podpora v komunikaci a radost z vytvořeného díla. U pacientů s porušenou kognicí je vhodné vybírat jednoduché činnosti, používat předlohu, zajistit bezpečnost (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s. 131-132).

Je možno použít různé materiály k tvoření, papír, krabice, listí nebo suché květiny, hlínu, plastelínu, látky, vlnu. Dále ještě pastelky, fixy, barvy, tužky, lepidlo, krepový papír (Potměšilová a Sobková, 2012, s. 52).

3.6 Reminiscence

Pojem reminiscence znamená vzpomínání, rozpomínání. Při těchto aktivitách se snažíme formou vlídného rozhovoru pomáhat pacientům v adaptaci na pobyt v našem zdravotním zařízení. Pacienti vzpomínají, bilancují za použití předmětů spojených s jejich životy (Janečková a Vacková, 2010, s. 54-55).

Při reminiscenci není důležitý trénink paměti, ale oživení dlouhodobé paměti a vybavení si sebe sama. Pro sestry je to příležitost blíže poznat dřívější život pacienta. Tuto techniku lze provádět individuálně i skupinově. Na začátku by měl proběhnout rozhovor s pacientem, někdy i s rodinou. Vhodné je vzpomínání při denní péči, lze použít staré obrázky a dekorace, reminiscenční nástěnka, krabice, puzzle. Terapeut by měl umět naslouchat, měl by být empatický (Suchá, Jindrová a Hátlová, s. 93-95).

Do reminiscencí jsou zapojováni i pacienti s PCH trpící demencí, ta ne ně působí velmi pozitivně. Často se cítí osamělí, nejistí, nekomunikativní, izolování od ostatních. Ke stimulaci v rámci vzpomínkové reminiscenční terapie můžeme použít různé podněty od různých vůní, mletá káva, koláče, levandule, přes hmatové podněty (pohlazení, dotek, hlazení kočky, péče o vlasy, kožešiny), zvuky (hlas, déšť, zpěv, štěkání, zpěv ptáků, hvízdání vlaku), zrakové podněty (akvárium, staré časopisy, fotografie známých osobností), chutě (chléb

s máslem, vánočka, staré cukroví, povidla), pohyby (tanec, tleskání, houpání). Dlouhodobá paměť je u nich zachována, proto je vhodná vzpomínková reminiscence. Musíme mít na paměti, že pacienti s demencí mají pomalejší tempo, důležitá je trpělivost, cit, také non-verbální komunikace (Janečková a Vacková, 2010, s. 100-108). „*Čím je demence hlubší, tím je dopad reminiscenční terapie výraznější a zlepšení nápadnější*“ (Janečková a Vacková, 2010, s. 36). Proto je vhodné reminiscenci řadit do aktivizace dementních pacientů co nejvíce, může zpomalit rozvoj demence u geriatrických pacientů a také u pacientů v pozdních stádiích PCH (Janečková a Vacková, 2010, s. 36).

3.7 Bazální stimulace

V současné době je to koncept, hodně používaný v ošetrovatelské péči. Zaměřuje se na stimulaci lidských potřeb u jedinců s velkým deficitem komunikace, pohybu a vnímání. Je charakteristický individuálním přístupem ke každému jedinci, potřebná je spolupráce s rodinou, jsou používány biografické impulsy (hudba, fotografie, oblíbené chutě). Bazální stimulace využívána, zejména na jednotkách intenzivní péče (bezvědomí, vigilní koma, nedonošené děti), v geriatrických a psychiatrických zařízeních. Je založena na stimulaci smyslových orgánů a aktivizaci základního vnímání. Každodenní výkony u pacienta by měly být prováděny se záměrem stimulace smyslů, často však bývají vykonávány automaticky (Friedlová, online, © 2003).

Prvním krokem všech stimulací je iniciální dotek, kterým je prezentován začátek a konec stimulace. Základním prvkem je stimulace somatická, zaměřená na doteky povrchu těla (bez pocitu tlaku a stresu), samotnou stimulací může být koupel, masáž např. žínkou. Dalším prvkem je stimulace vibrační, používáme ruce, elektrické přístroje, hlas. Ke stimulaci auditivní (sluchové) je možné použít hlas, hudbu, vyprávění. Optická stimulace umožňuje vnímat okolí obohacené o fotografie, známé předměty, televizi, výzdobu. Zdravý člověk je stále v pohybu, stále zpracovává podněty. Vestibulární stimulací je ovlivňováno vnímání pohybu a rovnováhy např. houpavými pohyby. Olfaktorickou (čichovou) stimulací můžeme obnovit vzpomínky, situace. Orální stimulací aktivujeme požitky a rozkoš. U taktilně-haptické stimulujeme pomocí lidské ruky, používáme hrnky, hračky, kožešiny, chlad nebo teplo (Bazální stimulace, online, © 2010).

3.8 Validace

Základními prvky validace jsou porozumění, respektování a citlivé naslouchání. Nejvíce se zaměřuje na seniory s kognitivními poruchami a s demencí. Předmětem této metody je potřeba seniorů bilancovat, vyrovnat se s minulostí, uzavřít životní etapy. „*Úkolem pečovatelů je vzít na vědomí různé příčiny zvláštního chování starých lidí a tím dát jejich chování smysl a cenu, zhodnocovat všechny jejich projevy – validovat*“ (Kalvach, 2004, s. 449). U pacientů postupně zaniká kontrola nad vlastní osobou a realitou, chybí jim dotek, kontakt, rytmus. Proto je vhodné stimulovat jejich potřeby, vnímání. Můžou být použity validační techniky, jako je naslouchání projevu verbálnímu i nonverbálnímu, dotek, zrcadlení, delší oční kontakt, hudba, citlivý přístup. Pacienti mohou být zapojeni do validačních skupin, kde jsou objasňovány různé souvislosti, např. mezi chováním a emocemi. Validace pomáhá, méně či více, získat opět pocit sebe sama. Dojde ke zklidnění, spokojenosti, minimalizují se projevy deprese, úzkosti, stresu, neklidu. Nemoc zůstává, ale kvalita života se lepší (Kalvach, 2004, s. 449).

3.9 Preterapie

Zakladatelem preterapie je Garry Prouty, ta se zaměřuje na kontakt s jedinci, u kterých je složité vzájemně komunikovat. Uspokojování potřeb u těchto pacientů je obtížné, často má jejich chování autistické rysy, je narušeno životními prožitky nebo chorobou. Častým jevem v ošetrovatelské péči je fakt, že těmto pacientům se nedostává takové pozornosti, jako pacientům komunikujícím a upozorňujícím na sebe, jsou přehlíženy jejich neverbální projevy, není jim nasloucháno. Snahou preterapie je trpělivý přístup, reagování na nepatrné projevy, čímž je u pacienta povzbuzován kontakt se sebou, s jinými jedinci, také s realitou. Hlavním prvkem je kontakt a dotek (Kalvach, 2004, s. 449-450). V preterapii rozlišujeme několik technik kontaktní reflexe, situační, obličejovou, tělovou a slovní reproduktivní (Klevetová, online, © 2010).

3.10 Muzikoterapie

Muzikoterapie (hudební terapie) je obor, kde hudba léčí, působí psychoterapeuticky. Pomáhá k uzdravení, ovlivňuje psychiku, motoriku, emoce, komunikaci, mluvu. Muzikoterapeut může působit melodií, rytmem, zvukem (Gerlichová, 2014, s. 15). Stala se složkou podporuje seberealizaci, důvěru, radost, napomáhá vnímat vlastní tělo, zlepšuje jeho koordinaci. Může být aktivní nebo pasivní. O aktivní muzikoterapii hovoříme, pokud je pacient

zapojen do průběhu, ať zpěvem, instrumentálně, pohybem nebo improvizací přiměřenou jeho zdravotnímu a psychickému stavu. O pasivní muzikoterapie hovoříme při poslechu hudby (Kučerová, online, © 2006).

Čapková říká „*život je hudba a životní nutnost*“. Tělní systém pracuje v rytmu, pulzuje. U pacientů s PCH, kteří mají potíže s nastartováním, s pomalým tempem a dyskinézami, hudba podporuje práci neuronů, podporuje pohyb. U pacientů, kteří poslouchají hudbu, je popisováno méně pádů, menší ztuhlosti, jistější pohyb. Ne každá hudba usnadňuje pohyb, měla by to být hudba rytmická, např. písničky Svěráka a Uhlíře, lidové písně (Čapková, online, © 2010, s. 5-6). Na gerontopsychiatrickém oddělení pacienti často chtějí sledovat hudební televizní kanál, občas jim zahraje a zazpívá psycholog na kytaru lidové písničky, což má u pacientů velký úspěch.

3.11 Biblioterapie

„*Léčba knihou je podpůrnou psychoterapeutickou metodou*“ (Kořínková, online, © 2016). Velký význam této metodě přisuzovali už v dávné historii. Již Aristoteles se domníval, že předčítání básní působí na pacienty zklidňujícím účinkem. Biblioterapie byla hodně využívána také v minulém století v nemocnicích, kdy personál četl raněným vojákům. Biblioterapeutem by měl být člověk, který má znalosti psychologie, umí reagovat na různé citové situace pacientů (depresivní stavy, poruchy osobnosti, krizové situace). Na začátku by měl získat důvěru pacienta, dále pak vybrat vhodný text, který přečte (může číst i pacient). A po přečtení lze s pacientem ještě, podle jeho stavu, o textu mluvit, převést ho na situaci pacienta, hledat různé způsoby řešení (Kořínková, online, © 2016). Na gerontopsychiatrickém oddělení je využíváno nejvíce předčítání z povídkových knih starších titulů (Kája Mařík) s navazujícím rozhovorem. Pacienti sami většinou mají potíže se čtením (špatný zrak, demence). V dnešní moderní době lze použít také audioknihy.

3.12 Aromaterapie

Spolu s ubýváním kondice, ubývá ve starším věku i výkon smyslů, zhoršují se kognitivní funkce, dochází k pasivitě a izolaci. Známostou technikou v této aktivizaci je aromaterapie, nebo snoezelen, méně známá technika z Nizozemska. Je to spojení slov: „snuffelen“ - čichat, a „doezelen“ - dřímat. Při této technice lze stimulovat všechny smysly současně, nebo samostatně. Zpravidla probíhá individuálně v místnostech speciálně vybavených.

S dobrými výsledky je používána u těžších demencí seniorů (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s. 158).

V aromaterapii jsou využívány éterické oleje, oleje z různých částí rostlin. Působí blahodárně na organismus, na jeho fyzickou i psychickou kondici. Nejčastěji jsou používány ve formě inhalace, dále je možné jejich využití při masáži nebo v koupeli. Je důležité éterické oleje používat naředěné a sledovat jejich účinky. Např. grapefruit má účinky antidepresivní, dezinfikuje vzduch, mandarinka uvolňuje a osvěžuje (Grygárková, online, © 2014). Silice rostlin mají silné aroma, které v těle povzbuzuje např. chuť a aktivitu. Jsou používány v léčbě jako podpůrné prostředky. Někdy, ale mohou působit negativní obtíže. Silice mohou být inhalovány aromalampou nebo inhalátorem, při vdechování se dostávají do mozku a ovlivňují nervový systém (Zelená lékárna, online, © 2011). Pro pacienty s PCH je vhodný jinan dvoulaločný k podpoře paměťových funkcí, k podpoře spánku meduňka lékařská, levandule lékařská, mateřídouška úzkolistá, kozlík lékařský (Bylinářství Maya, online, © 2016).

3.13 Pet terapie

Tato aktivizační činnost lze využít pro všechny věkové skupiny, pozitivně ovlivňuje psychické i fyzické funkce v těle, dochází k jejich uvolnění. U seniorů uspokojuje jejich potřebu kontaktu, hlazení, doteku. Působí např. na úzkost, stres, krevní tlak, bolest, uvolňuje svalstvo, kondice pacientů se zlepšuje (Spektrum zdraví, online, © 2013). V souvislosti s těmito prožitky pacienti vzpomínají, aktivizují se kognitivní funkce, verbální i non-verbální projev (Velemínský, 2007, s. 276). Zvíře je vhodný stimul pro kontakt s jinými lidmi, pro rozhovor. I pro ošetřující personál jsou zvířata pozitivním stimulem, personál se denně setkává s utrpením a s emocemi (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s. 128). Canisterapie je „*léčba pomocí psa*“, kdy kontakt bezprostředně se psem působí pozitivně psychicky i fyzicky, působí na jedince všech věkových kategorií (Galajdová a Galajdová, 2011, s. 15). Canisterapie je motivací, výchovou i terapií, zlepšuje kvalitu života, je velmi individuální. Pes uvolňuje emoce, hněv mění ve zvědavost, odvádí pozornost od nemoci (Galajdová a Galajdová, 2011, s. 96). Felinoterapie, léčba kočkou, je příjemným zpestřením v době hospitalizace. Kontakt s kočkou stimuluje prožitky, hmat, uvolnění, prohrátí i zklidnění. (Velemínský, 2007, s. 276).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE PRÁCE A METODIKA VÝZKUMU

4.1 Cíle práce

- Rozhovorem se všeobecnými sestrami zjistit jejich povědomost o aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou na daném gerontopsychiatrickém oddělení.
- Rozhovorem se všeobecnými sestrami na daném gerontopsychiatrickém oddělení zjistit vhodný časový prostor pro aktivizační cvičení pacientů s Parkinsonovou chorobou.
- Vytvořit a realizovat denní aktivizaci u vybraných pacientů s Parkinsonovou chorobou na standardním gerontopsychiatrickém oddělení.
- Vytvořit praktický manuál pro všeobecné sestry s aktivizačním cvičením pro pacienty s Parkinsonovou chorobou na daném standardním gerontopsychiatrickém oddělení.

4.2 Charakteristika výzkumného šetření

Ve své bakalářské práci jsem použila kvalitativní metodu výzkumu. Šetření probíhalo formou strukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami pracujícími na standardním gerontopsychiatrickém oddělení. V rozhovorech jsem se zaměřila na povědomost všeobecných sester a na možnosti využití aktivizačních technik u vybrané skupiny pacientů, dále na realizaci vhodného časového prostoru pro tyto aktivizační techniky během denního harmonogramu na standardním gerontopsychiatrickém oddělení. Samotná realizace aktivizačního cvičení u pacientů s Parkinsonovou chorobou byla zdokumentována v kazuistikách.

Kvalitativní výzkum popisuje a vyhodnocuje různé jevy, jejich poznání a projevy, týká se chování, vzájemných vztahů, lidských životů. Součástí kvalitativního výzkumu je skupina lidí, respondentů, a badatel provádějící výzkumná šetření (Kutnohorská, 2009, s. 22-23).

V této práci jsme využili k získání potřebných informací metodu strukturovaného rozhovoru, při němž by tazatel měl vyjadřovat neutrální postoj, měl by být trpělivý. Otázky by měl pokládat takovým způsobem, aby byly maximálně jasné, co nejvíce směřovaly k hodnotným informacím (Hendl, 2016, s. 173-176).

Další využitá metoda je kazuistika, ta je v ošetrovatelství častým způsobem, jak popsat případovou studii jedné osoby. Její náplní je nastínění choroby, jejího průběhu, ošetrovatelské péče (Kutnohorská, 2009, s. 76).

4.2.1 Charakteristika položek rozhovorů

Strukturované rozhovory probíhaly na standardním gerontopsychiatrickém oddělení se všeobecnými sestrami. Rozhovor (viz Příloha I) byl složený ze 12 položek, položky č.1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 11 a 12 jsou otevřené, respondentky se mohly volně vyjádřit, nebyla jim nabízena žádná možnost odpovědi. Pokud respondentka odpověděla kladně na položky č.6 a 7, nabízela se mu podpoložka „a“. U položky č.9, v případě kladné odpovědi, byla respondentovi nabídnuta podpoložka „a“ a „b“, v případě záporné odpovědi podpoložka „c“. Položky č.1, 2 a 3 jsou směřované na vzdělání, délku praxe respondenta ve zdravotnictví a na gerontopsychiatrickém oddělení. Položky č.4, 5, 6, 7, 8 a 9 se orientují na účel a možnosti aktivizace u pacientů s Parkinsonovou chorobou na gerontopsychiatrickém oddělení. Položky č.10, 11 a 12 zjišťují možný časový úsek vhodný pro aktivizaci těchto pacientů.

4.3 Charakteristika respondentů

Strukturovaný rozhovor jsem vedla na gerontopsychiatrickém oddělení s osmi všeobecnými sestrami ve třísměnném provozu, jednou všeobecnou sestrou pracující na ranních směnách. Ve třech kazuistikách je zpracována aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou na gerontopsychiatrickém oddělení. Tyto kazuistiky jsou anonymní, z důvodu ochrany osobních dat. Pacienti byli na tomto oddělení hospitalizováni pro různé stupně psychických projevů Parkinsonovy choroby, zaměřila jsem se u nich na realizaci vhodných aktivizačních technik.

Výzkumné šetření bylo prováděno na gerontopsychiatrickém oddělení Psychiatrické nemocnice. Na tomto oddělení je 25 lůžek pro dlouhodobě hospitalizované pacienty nad 65 let s projevy psychotické choroby nebo s těžšími projevy demencí různých příčin. O pacienty pečuje lékař, na konzilia dochází lékaři specialisti, 9 všeobecných sester, 1 zdravotnický asistent, 8 ošetrovatelů, 1 sociální pracovnice, dále dochází na oddělení fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, aktivizační sestra.

4.4 Organizace výzkumného šetření

Sestavení otázek pro rozhovor se všeobecnými sestrami na gerontopsychiatrickém oddělení jsem konzultovala s vedoucí práce. V únoru 2017 proběhly dva rozhovory v podobě předvýzkumu a na základě získaných informací byly otázky upraveny. Během měsíce března 2017 proběhly rozhovory, které jsem nahrávala na diktafon a poté přepisovala. Délka rozhovoru byla asi 8 min. Dále jsem zpracovávala kazuistiky, prováděla aktivizaci pacientů se zmíněnou nemocí. V měsíci dubnu a květnu 2017 jsem zpracovávala získaná data a tvořila praktický manuál pro aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou.

4.5 Zpracování získaných dat

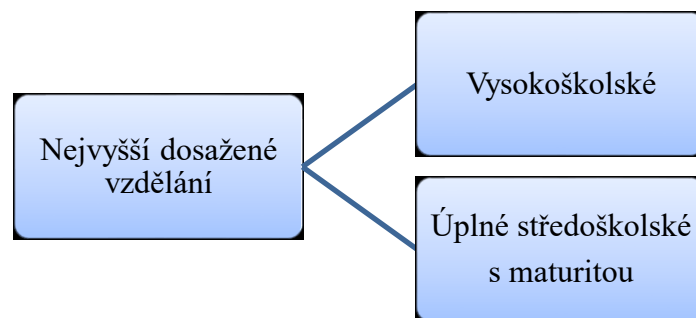
Informace, získané pomocí rozhovorů, byly zpracovány pomocí kódování. Výsledkem má být zobecněné východisko. Při zkoumání jsou porovnávána získaná data a dále zpracována do kategorií a podkategorií, tzv. hierarchické sítě. (Hendl, 2016, s. 249).

Rozhovory, získané od respondentů, byly přepsány (viz Příloha II) a v tištěné formě zpracovány. Data, která byla podobná, byla seřazena do kategorií a podkategorií. Pomocí programu Microsoftu Word 2016 byla vytvořena schémata.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

Položka č. 1: **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

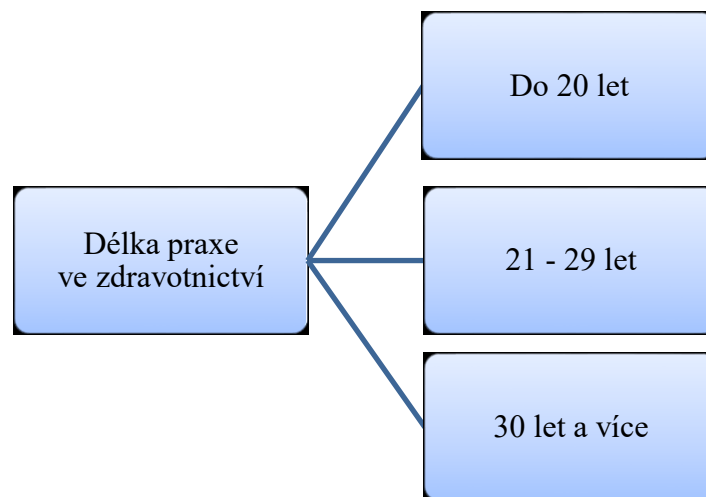
Schéma č. 1: Nejvyšší dosažené vzdělání



Položka č. 1 zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Respondentky R3, R4, R5, R6, R7, R8 a R9 jsou všeobecné sestry se středoškolským vzděláním ukončeným maturitou.. Respondentka R2 je všeobecná sestra se vzděláním vysokoškolským bakalářským a R1 má vzdělání vysokoškolské se zaměřením na psychoterapii.

Položka č. 2: **Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

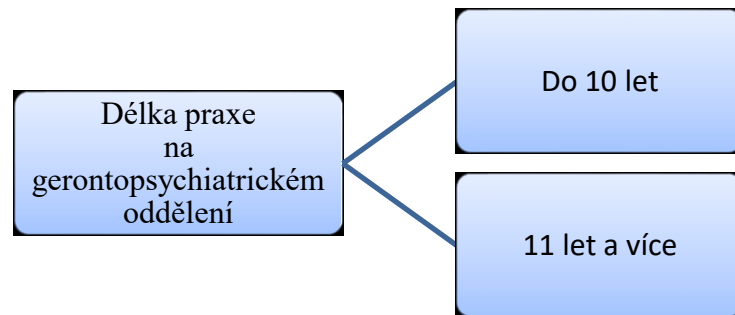
Schéma č. 2: Délka praxe ve zdravotnictví



Položka č. 2 zjišťovala u respondentek délku praxe ve zdravotnictví. Nejkratší dobu pracuje ve zdravotnictví R6, sedmnáct let. Respondentka R2 pracuje „*dvacet sedm let.*“, R3 a R8 „*dvacet tři let.*“. Respondentky R1, R4, R5, R7 a R9 ve zdravotnictví pracují třicet let a více.

Položka č. 3: Jak dlouho pracujete na gerontopsychiatrickém oddělení?

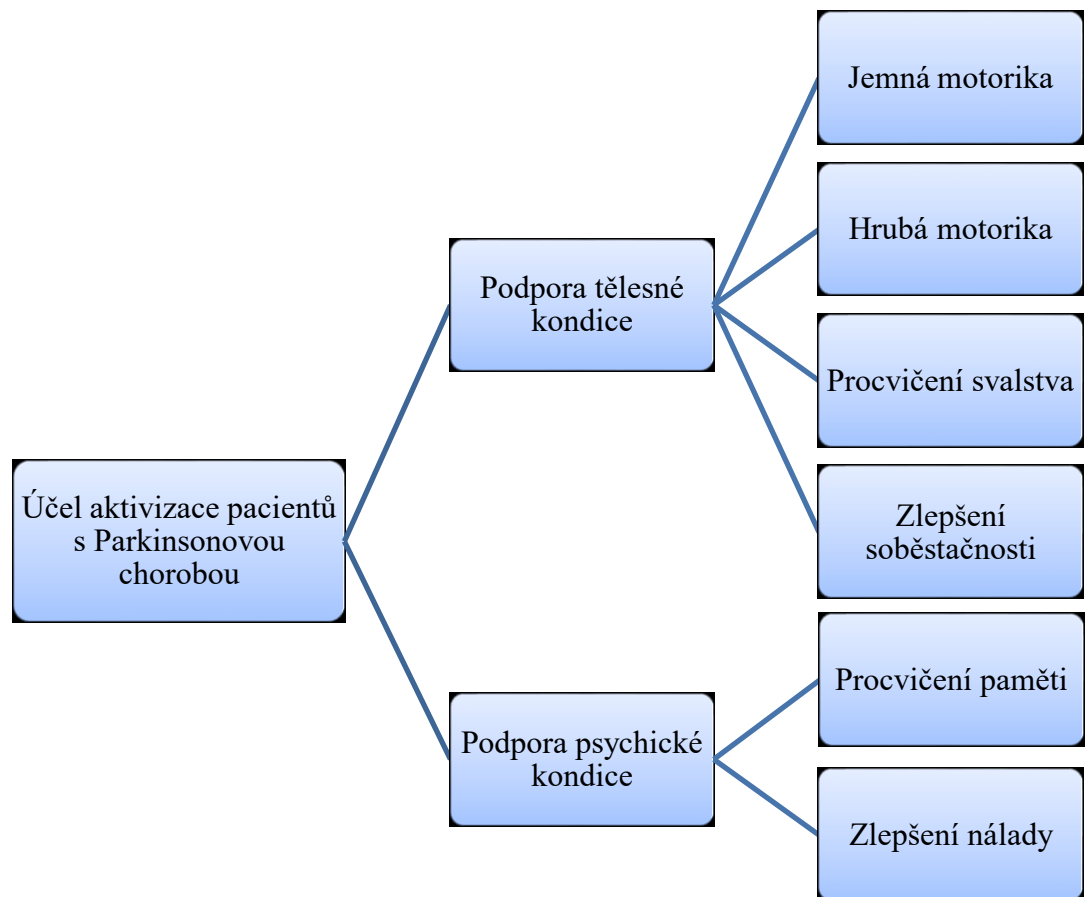
Schéma č. 3: Délka praxe na gerontopsychiatrickém oddělení



Položka č. 3 se zabývala délkou praxe respondentek na gerontopsychiatrickém oddělení. Jedenáct a více roků pracují na tomto typu oddělení R4, R5, R6, R7, R8 a R9. Do deseti let pracují na oddělení R1 a R3. Pouze R2 pracuje na oddělení kratší dobu, a to „*sedm let*“.

Položka č. 4: Jaký je, podle Vás, účel aktivizace u pacientů s Parkinsonovou chorobou?

Schéma č. 4: Účel aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou

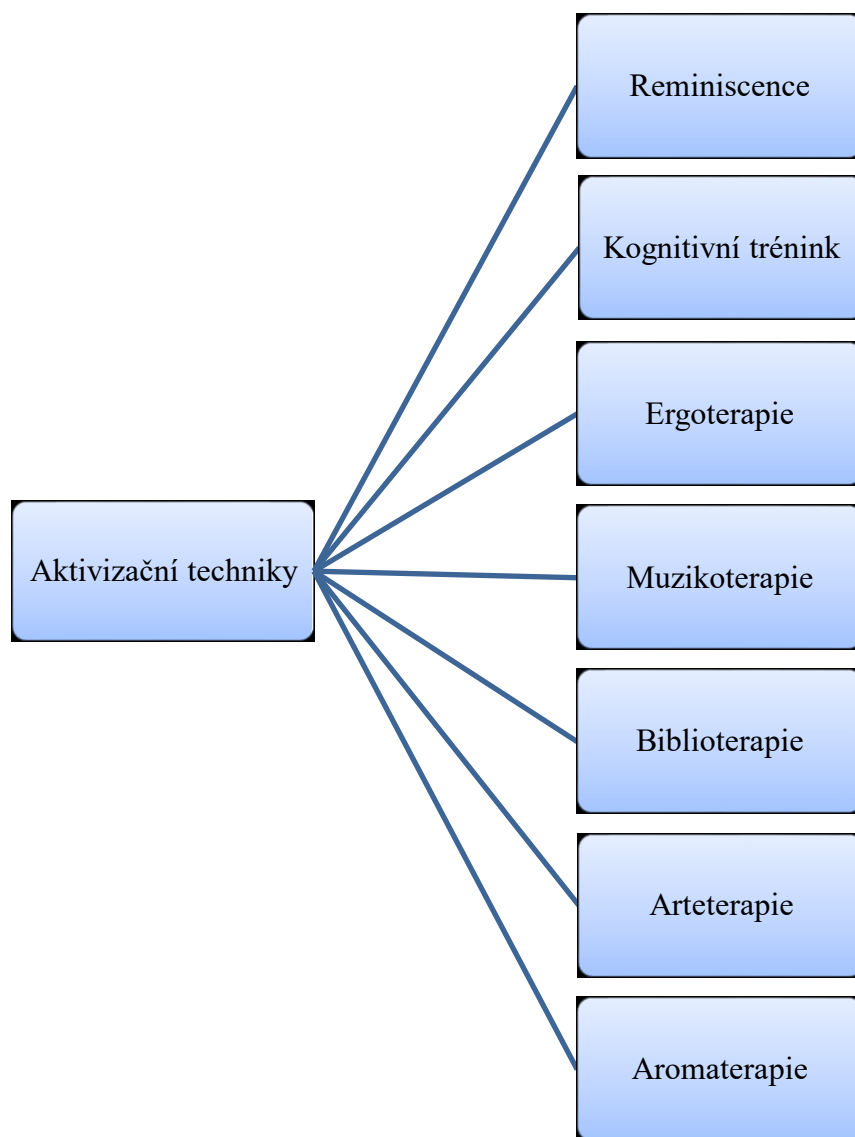


Položka č. 4 zjišťovala u respondentek jejich vědomosti o účelu aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou. Kategorie „účel aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou“ byla dále rozdělena na dvě podkategorie „podpora tělesné kondice“ a „podpora psychické kondice“. Odpovědi respondentek byly analyzovány a shrnuty ve schématu č. 4. Sedm respondentek vidí účel aktivizace v posílení motoriky, paměti a procvičení svalů u pacientů s Parkinsonovou chorobou. Tři respondentky uvedly, že aktivizace působí dále na zlepšení stavu pacienta. Respondentka R2 se domnívá, že účel aktivizace je v „procvičení jemné motoriky, i hrubé motoriky, procvičení svalů, aby nedocházelo ke zbytečnému

ztuhnutí, procvičení paměti“; R5 doplnila odpověď „ke zlepšení soběstačnosti“. Respondentka R9 uvedla ještě „zlepšení nálady“, R6 řekla „aby se pacienti cítili lépe“. Respondentka R1 uvedla „aktivizovat člověka jako takového, je s ním lepší spolupráce, lépe snáší terapii, má lepší chuť k jídlu“, R4 odpověděla „udržení si základních schopností a dovedností, aby pacient byl delší dobu schopen, aspoň, drobnosti udělat sám sobě, procvičit jemnou motoriku a hrubší motoriku, procvičit paměť. S pacientem cvičit, aby nezatuhl a aktivizovat ho k tomu, aby sám se snažil“.

Položka č. 5: Jaké znáte aktivizační techniky?

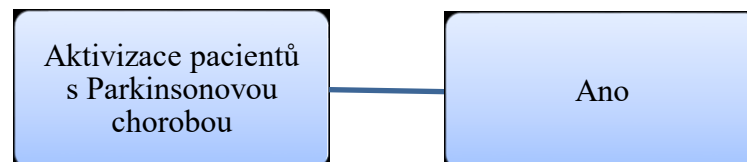
Schéma č. 5: Aktivizační techniky



Položka č. 5 se ptala respondentek na znalost aktivizačních technik. Všechny odpovědi respondentek byly analyzovány a vyhodnoceny ve schématu č. 5. Do kategorie „aktivizační techniky“ respondentky zařadily „ergoterapii“, „muzikoterapii“, „kognitivní trénink“, „reminiscenci“, „biblioterapii“, „aromaterapii“, „arteterapii“. Všechny respondentky uvedly aktivizační techniky, jako například R1 „*reminiscence, kognitivní trénink, ergoterapie, muzikoterapie, biblioterapie*“. Pouze jedna respondentka doplnila odpověď o činnosti některých aktivizačních technik, R3 uvedla „*v rámci ergoterapie vystřihovánky, skládanky, v rámci arteterapie malování*“, R4 doplnila „*posilování kognitivních funkcí*“.

Položka č. 6: **Probíhá na gerontopsychiatrickém oddělení aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou?**

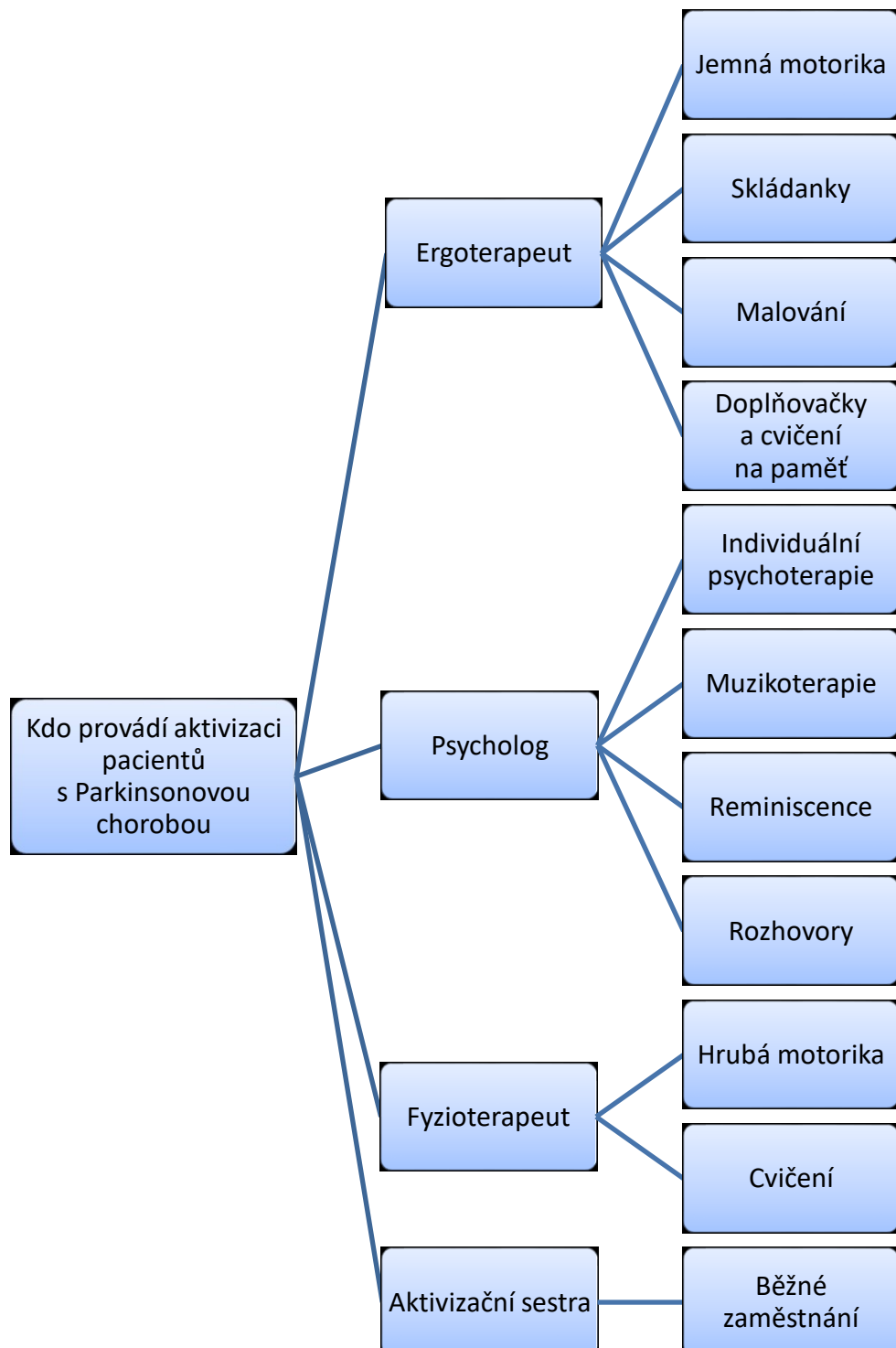
Schéma č. 6: Aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou



Položka č. 6 zjišťovala u respondentek, zda probíhá na gerontopsychiatrickém oddělení aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou. Všechny respondentky se shodly v odpovědi, R1 a R4 uvedly „*probíhá*“. Respondentky R2, R3, R6 a R7 zmínily „*Ano, probíhá*“, R5, R8 a R9 odpověděly „*ano*“. Následně byla všem respondentkám, které odpověděly kladně, položena položka č. 6a.

Položka č. 6a: Pokud ano, kdo aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou provádí a jaké aktivizační techniky používá?

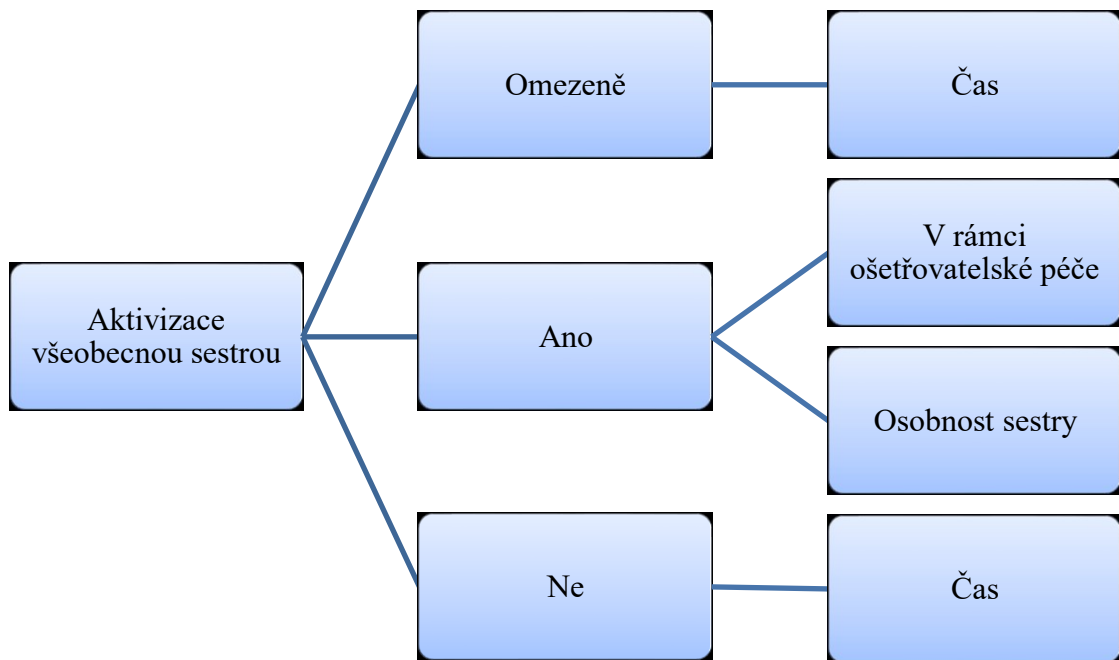
Schéma č. 6a: Kdo provádí aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou, používané aktivizační techniky



Položka č. 6a zkoumala, kdo na gerontopsychiatrickém oddělení provádí aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou a jaké používá aktivizační techniky. Odpovědi respondentek byly analyzovány a znázorněny ve schématu č. 6a. Byla vytvořena kategorie „kdo provádí aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou“ a podkategorie byla vytvořena z odpovědí respondentek, „ergoterapeut“, „psycholog“, „fyzioterapeut“ a „aktivizační sestra“. Z odpovědí vyplynulo, že respondentky také vyjmenovaly prováděné aktivizační činnosti, uvedly shodně „posilování jemné motoriky“ a „posilování paměti“. Dále uváděly „skládanky“, „hry“, „malování“, „různá cvičení“, „individuální psychoterapii“, „doplňovačky na posilování paměti“, „rozhovory“. R1 uvedla pouze „*ta ergoterapeutka*“, R2 odpověděla „*provádějí ergoterapeuti, psycholog, který dochází denně na oddělení. A fyzioterapeuti také dochází denně, a také máme aktivizační sestru. A s těch technik, ergoterapeuti používají různé skládanky na cvičení jemné motoriky, třeba malování, různá cvičení a doplňovačky na posilování paměti. Psycholog dělá u parkinsoniků, například, individuální psychoterapii, muzikoterapii, reminiscenci a podobně. Fyzioterapeut je hlavně zaměřený na hrubou motoriku. Na naše pracoviště ještě chodí aktivizační sestra, sice jenom 2 x týdně, má na starosti to běžné zaměstnávání*“, R3, R5, R6, R7 a R9 odpověděly podobně „*hlavně ergoterapeut, psycholog, fyzioterapeut*“, „*používají různé obrázky, skládanky, doplňovačky, různá cvičení paměti, potom individuální psychoterapii, fyzioterapeut se také zaměřuje na jemnou, hrubou motoriku*“. Respondentka R4 vnímá individuální a osobitý přístup u těchto terapeutů „*dochází psycholog, ergoterapeut, rehabilitační sestry nebo fyzioterapeuti a aktivizační sestra, která dochází nepravidelně. Techniky, psycholog podle jeho zaměření, většinou k tomu mají osobitý přístup, totiž každý psycholog pracuje jinak, někteří se věnují více kognitivním funkcím, reminiscenční terapii, někteří muzikoterapii*“, R9 ještě doplnila „*dále pacientky mohou sledovat televizi, poslouchat rádio, máme na oddělení časopisy, knížky, skládanky, hry*“.

Položka č. 7: **Podílí se všeobecné sestry na aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou hospitalizovaných na gerontopsychiatrickém oddělení?**

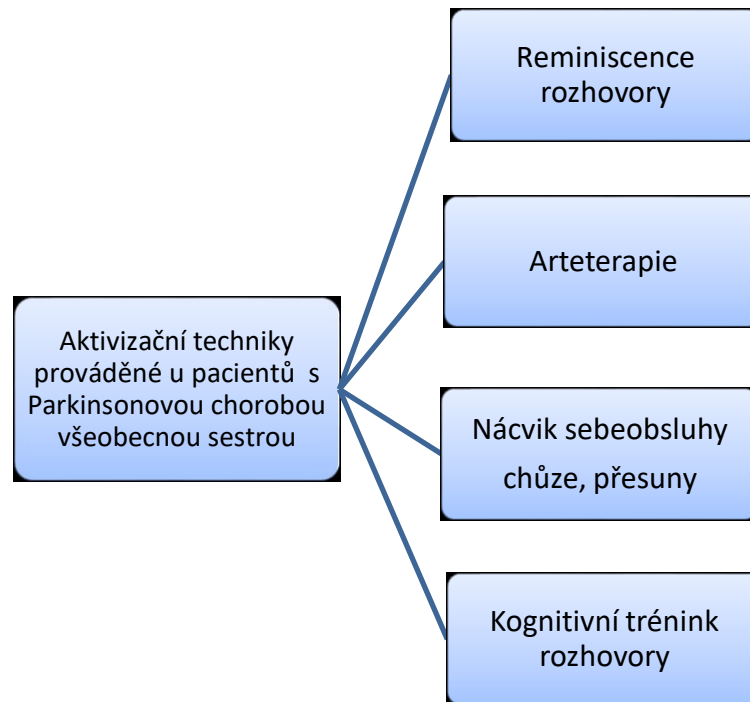
Schéma č.7: Aktivizace všeobecnou sestrou



Položka č. 7 zjišťuje podíl všeobecné sestry na aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou na gerontopsychiatrickém oddělení. Odpovědi všech respondentek byly analyzovány a zaznamenány ve schématu č. 7. Byla vytvořena kategorie „aktivizace všeobecnou sestrou“ a podkategorie „omezeně“, „ano“ a „ne“. R4, R6, R8 a R9 odpověděli v položce č. 7 „ne“, proto jim nebyla pokládána položka č. 7a. R1, R2, R3, R5 a R7 uvedli, že aktivizace všeobecnou sestrou je možná pouze v omezené míře, a to z důvodu nedostatku času. Respondentka R3 řekla „omezeně, z časových důvodů“, R5 si myslí „ano, v rámci ošetrovatelské péče“, R4 odpověděla „se podílí v rámci základní práce kolem pacientů v denním kontaktu při jejich hygieně, krmení. Nemůže, nemá čas dneska všeobecná sestra nebo sestra pracující na oddělení přímo, v přímé péči o pacienty věnovat se individuálně“, R1, jako jediná, se vyjádřila „ono je to různé, to záleží, jak je to těm sestram dané“.

Položka č. 7a: **Pokud ano, jaké aktivizační techniky u pacientů s Parkinsonovou chorobou provádí?**

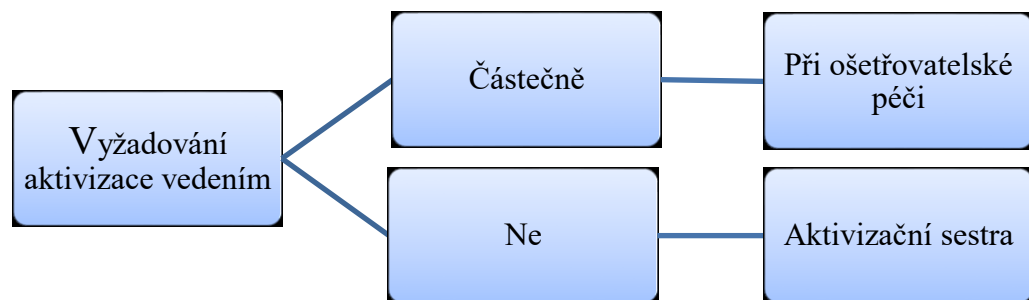
Schéma č. 7a: Aktivizační techniky prováděné u pacientů s Parkinsonovou chorobou všeobecnou sestrou



Položka č. 7a zkoumala aktivizační techniky prováděné u pacientů s Parkinsonovou chorobou všeobecnou sestrou. Odpovědi byly analyzovány a zaznamenány do schématu č. 7a. Byla vytvořena kategorie „aktivizační techniky prováděné u pacientů s Parkinsonovou chorobou všeobecnou sestrou“. Jedna respondentka vyjmenovala aktivizační techniky „reminiscence“, „arteterapie“ a „kognitivní trénink“. Čtyři respondenti uvedli aktivizační činnosti, které lze provádět u pacientů s Parkinsonovou chorobou ve spojení s ošetrovatelskou péčí, jako je dopomoc při chůzi, při přesunech pacientů s Parkinsonovou chorobou, např. z lůžka na křeslo, R1 zmínila „*prvky reminiscence, arteterapie, prvky kognitivního tréninku*“. R2 uvedl „*nácvik sebeobsluhy, přesuny z lůžka do křesla*“ R3 říká „*nácvik sebeobsluhy, chůze, paměť při běžném hovoru*“. „*při ošetrování dopomoc při pohybu, rozhovor*“ vzpomněl R5. „*hlavně nácvik chůze, procvičování paměti, s pacientem prostě hovoříme*“, myslí se R7.

Položka č. 8: Je vyžadována po všeobecných sestrách aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou na Vašem gerontopsychiatrickém oddělení jeho vedením (staniční sestrou, vrchní sestrou, primářem)?

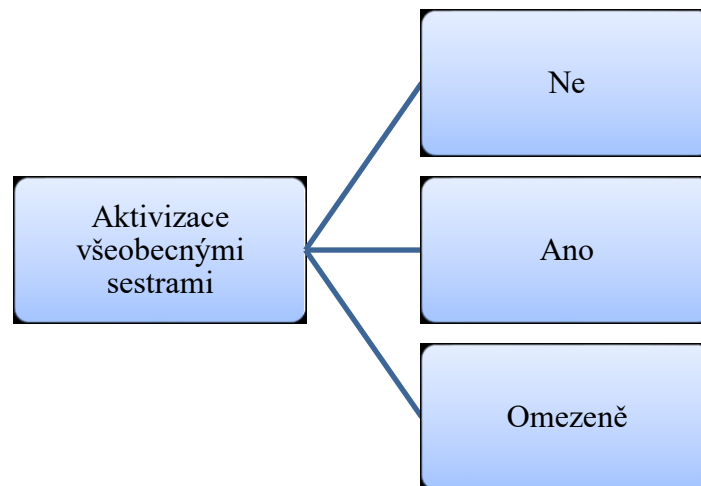
Schéma č. 8: Vyžadování aktivizace vedením



Položka č. 8 zjišťovala, zda je vyžadována po všeobecných sestrách aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou na gerontopsychiatrickém oddělení jeho vedením (staniční sestrou, vrchní sestrou, primářem). Vyhodnocené odpovědi byly analyzovány a znázorněny ve schématu č. 8. Byla vytvořena kategorie „vyžadování aktivizace vedením“ a dvě podkategorie „částečně“ a „ne“. Pět respondentek odpovědělo „ne“, R3 zmínila „*ne, protože je pro toto vyčleněna aktivizační sestra*“, R1 si myslí „*aktivizace naším vedením je vítaná, ale vyžadována není*“. Respondenta R5 udává „*do jisté míry ano, to vlastně patří k ošetrovatelství.*“ a R6 se zmiňuje „*je vyžadovaná, pokud zbude čas na tyto věci.*“ „*spíš v omezeném množství*“ říká R7.

Položka č. 9: **Myslíte si, že všeobecné sestry během denního harmonogramu na gerontopsychiatrickém oddělení mají prostor podílet se na aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou?**

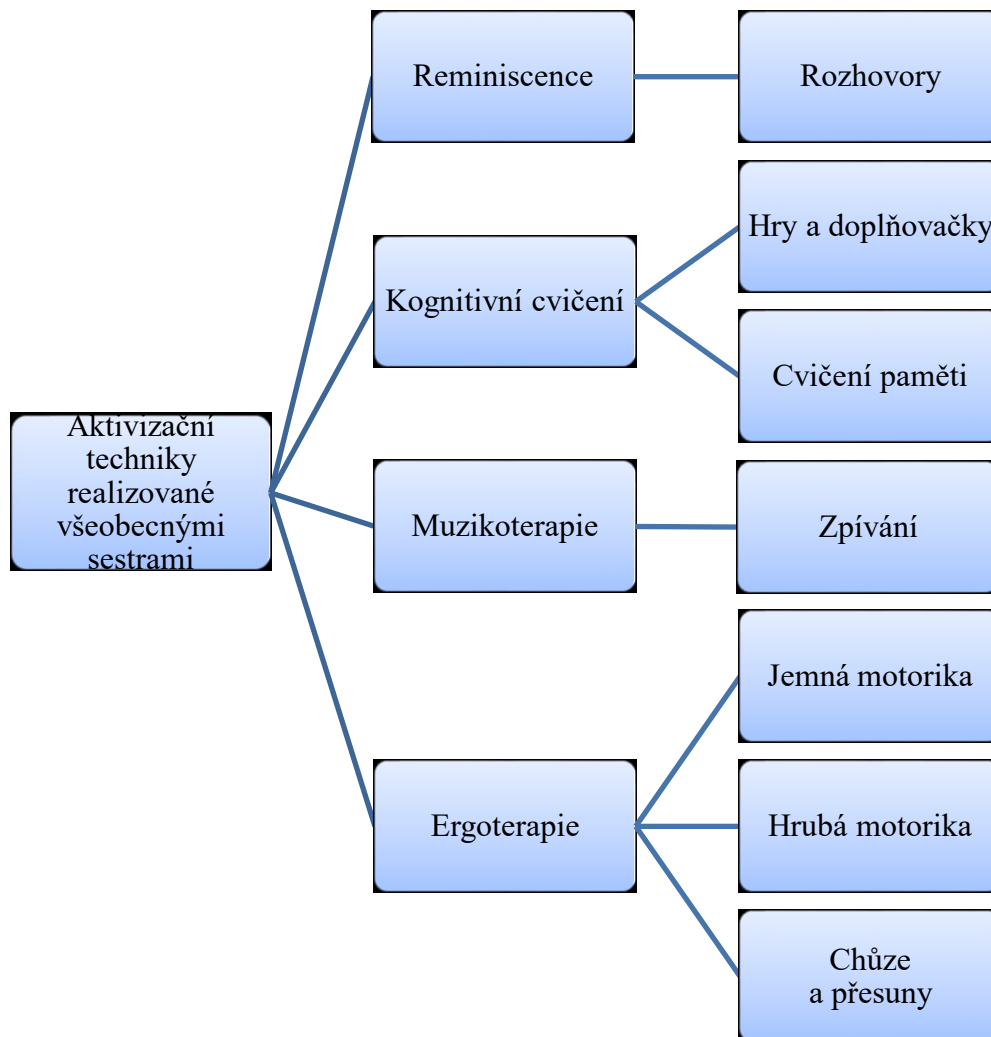
Schéma č. 9: Aktivizace všeobecnými sestrami



Položka č. 9 zjišťuje, zda všeobecné sestry během denního harmonogramu na gerontopsychiatrickém oddělení mají prostor podílet se na aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou. Všechny odpovědi respondentek byly analyzovány a znázorněny ve schématu č. 9. Všeobecná sestra nemá prostor během denního harmonogramu podílet se na aktivizaci, myslí si R2, R3, R7, R8 a R9. Těmto respondentkám nebyla pokládána položka č. 9a a 9b. Další respondentky se zmiňují, že v omezeném čase je to možné. U nich byla vynechána položka č. 9c. „*to záleží od jednotlivých dnů*“, uvádí R1. R4 se zmiňuje „*to záleží, zase, od jednotlivých dnů*“, R5 je přesvědčená „*určitě*“. Odpověď R6 byla „*určitě ano, v případě, že zbyde čas a všechna práce na oddělení je hotová, tak se sestry můžou věnovat těmto činnostem*“.

Položka č. 9a: Pokud ano, které aktivizační techniky by všeobecné sestry mohly realizovat u pacientů s Parkinsonovou chorobou?

Schéma č. 9a: Aktivizační techniky realizované všeobecnými sestrami

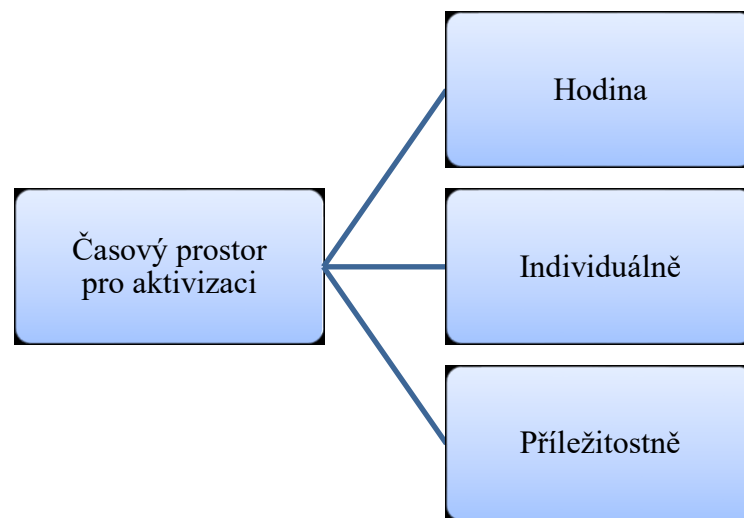


Položka č. 9a se ptá na aktivizační techniky, které by všeobecné sestry mohly realizovat u pacientů s Parkinsonovou chorobou. Odpovědi byly zaznamenány a analyzovány ve schématu č. 9a. Byla vytvořena kategorie „Aktivizační techniky realizované všeobecnými sestrami“ a podkategorie „reminiscence“, „kognitivní cvičení“, „muzikoterapie“ a „ergoterapie“. Pouze R1 uvedla aktivizační techniky, které by mohla všeobecná sestra realizovat u pacientů s Parkinsonovou chorobou, „já jsem pro tu reminiscenci a pro nějaká

kognitivní cvičení“. Respondentky R5 a R6 vyjmenovaly aktivizační činnosti vhodné k aktivizaci těchto pacientů, R5 se vyjádřila „*při chůzi, přesuny z lůžka do křesla, cvičení paměti při běžném rozhovoru“.* R6 zmínila „*různá cvičení, třeba procvičit jemnou a hrubou motoriku, mohly by je zaměstnat různými hrami nebo doplňovačkami na procvičení paměti, mohly by si s pacienty zazpívat“.*

Položka č. 9b: **Pokud ano, kolik času podle Vás, byste mohla strávit prováděním aktivizačních technik u pacientů s Parkinsonovou chorobou během denního harmonogramu?**

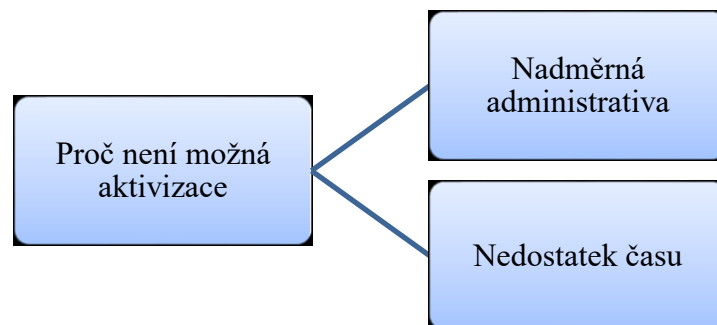
Schéma č. 9b: Časový prostor pro aktivizaci



Položka č. 9b zkoumá kolik času by všeobecná sestra mohla strávit prováděním aktivizačních technik u pacientů s Parkinsonovou chorobou na gerontopsychiatrickém oddělení během denního harmonogramu. Byla vytvořena kategorie „časový prostor pro aktivizaci“. „*ta hodinka by se našla*“ myslí si R1, R5 říká „*příležitostně*“. „*je to individuální*“ uvádí R6.

Položka č. 9c: Pokud ne, proč všeobecné sestry nemají prostor na realizaci aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou?

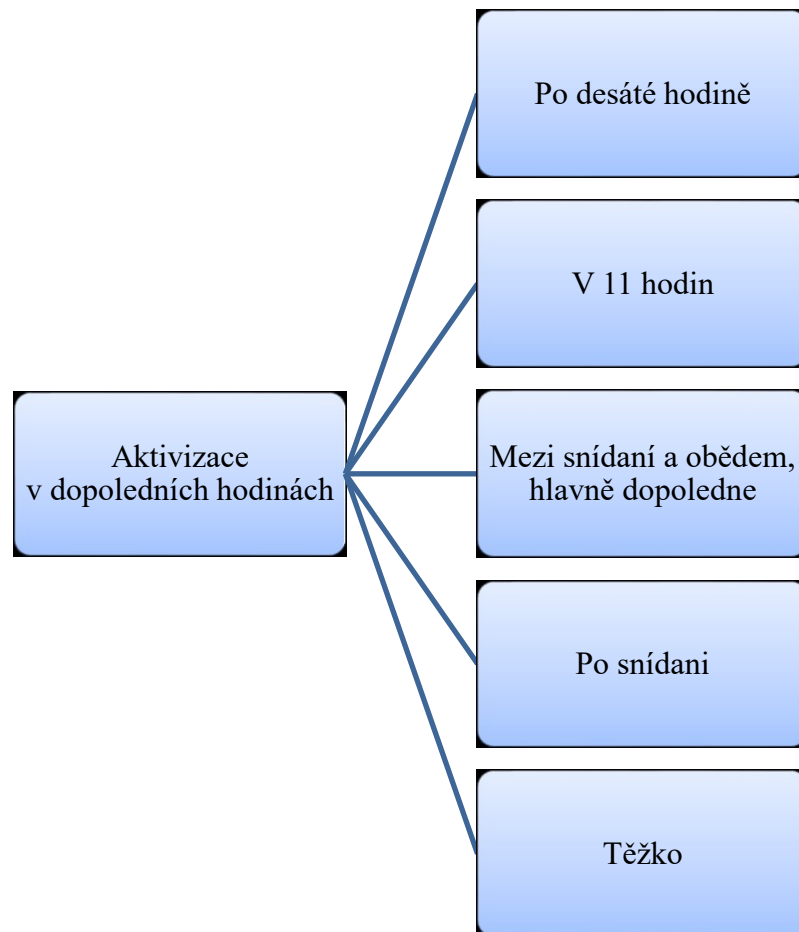
Schéma č. 9c: Proč není možná aktivizace



Položka č. 9c zkoumá proč všeobecné sestry nemají prostor pro realizaci aktivizace u pacientů s Parkinsonovou chorobou. Odpovědi byly zaznamenány a analyzovány ve schématu č. 9c. Respondentky uvádějí dva hlavní důvody „nadměrná administrativa“ a „nedostatek času“, R2 zmínila „*jsou přetíženy nadměrnou administrativou*“. Respondentka R3 si myslí „*právě s časových důvodů*“, R4 uvádí „*té práce je opravdu hodně a spíš jsou to jenom chvílky*“. „*jsme co nejvíc zatíženy administrativními pracemi*“ se vyjádřila R7. R8 říká „*hodně papírové práce a málo času na pacienty*“. R9 má podobný názor „*jsou zaneprázdněny psaním do počítače, v dokumentaci*“.

Položka č. 10: Pokud by měla aktivizace probíhat, jaký by byl vhodný časový prostor pro tyto činnosti u pacientů s Parkinsonovou chorobou v dopoledních hodinách v průběhu Vaší služby?

Schéma č. 10: Aktivizace v dopoledních hodinách

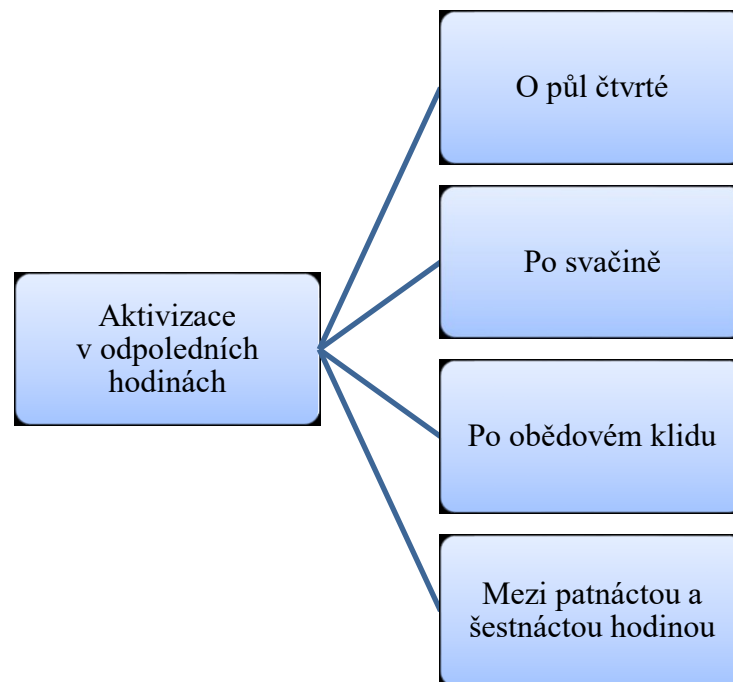


Položka č. 10 zjišťovala vhodný časový prostor pro aktivizační činnosti u pacientů s Parkinsonovou chorobou v dopoledních hodinách. Výpovědi respondentek byly analyzovány a znázorněny ve schématu č. 10. V této položce se odpovědi respondentek rozcházeły. Tři respondentky si myslí, že nejvhodnější doba je po snídani. Třem respondentkám se zdá vhodná doba po desáté hodině. Jedna respondentka se vyjádřila, že dopoledne není vhodný časový prostor pro aktivizaci. Naopak tomu, jedna respondentka zdůraznila, že „hlavně“ dopoledne je vhodná doba pro tyto činnosti. Dále jedna respondentka si myslí, že

vhodná doba je kdykoli mezi snídaní a obědem a další respondentka by byla pro aktivizační činnosti v 11 hodin. Respondentky R6 a R7 řekly „*po snídani*“, což odpovídá času, který uvedla R5, „*mezi devátou a desátou*“. „*Během dopoledne po desáté hodině*“ zmínily R1 a R2, R8 říká „*hlavně by to mělo být dopoledne*“, R3 odpověděla „*v dopoledních těžce*“, R4 si myslí „*dopoledne, mezi snídaní a obědem*“. „*v dopoledních hodinách tak asi v jedenáct hodin, před obědem*“ uvádí R9.

Položka č. 11: **Pokud by měla aktivizace probíhat, jaký by byl vhodný časový prostor pro tyto činnosti u pacientů s Parkinsonovou chorobou v odpoledních hodinách v průběhu vaší služby?**

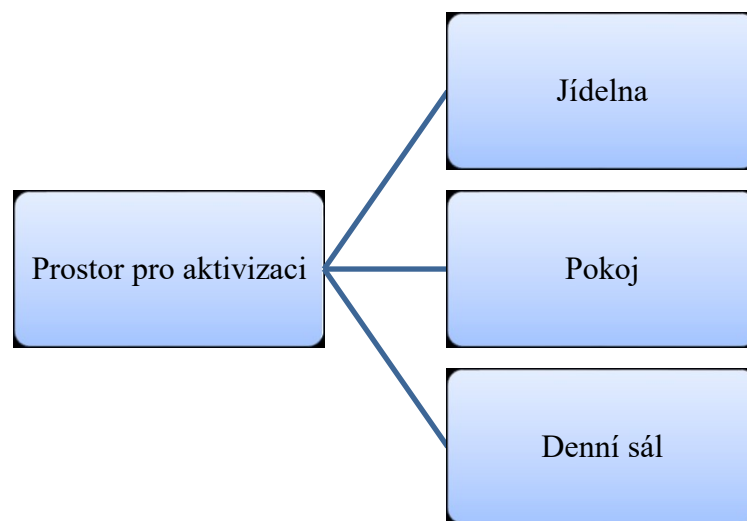
Schéma č. 11: Aktivizace v odpoledních hodinách



Položka č. 11 se zaměřila na vhodný časový prostor pro aktivizační činnosti u pacientů s Parkinsonovou chorobou v odpoledních hodinách. Odpovědi respondentů byly analyzovány a znázorněny ve schématu č. 11. U této položky sedm respondentek odpovědělo shodně, z toho čtyři uvedly dobu „po odpolední svačině“ a tři považují vhodnou dobu od 15-16 hodin, což je čas po odpolední svačině. Dvě respondentky uvádějí dobu od 14-15 hodin. Vhodný časový prostor „po odpolední svačině“ považují za nejvhodnější R2, R6, R7 a R9. R1 si myslí „kolem půl čtvrté odpoledne“, R4 a R5 uvádí „někdy kolem třetí, maximálně do čtvrté hodiny“. „Někdy po obědovém klidu“ říká R3 a R8 se vyjádřila „kolem druhé, třetí“.

Položka č. 12: **Kde na Vašem gerontopsychiatrickém oddělení by, podle Vás, byl vhodný prostor k aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou?**

Schéma č. 12: Prostor pro aktivizaci



Položka č. 12 se zaměřila na vhodný prostor na gerontopsychiatrickém oddělení k aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou. Odpovědi jsou znázorněny ve schématu č. 12. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že nejvhodnějším prostorem pro aktivizační činnost je jídelna. Všechny respondentky shodně odpověděly „v jídelně“, R1, R3 a R6 doplnily ještě pokoj, vhodný k individuálním aktivizačním činnostem „*individuální psychoterapie na pokoji*“, R4 uvedla, jako jediná, „*je vhodný i denní sál.*“, prostor pro muzikoterapii, reminiscenci a rozhovory ve skupině.

6 KAZUISTIKY

6.1 Kazuistika č. 1

Oslovení: Pacientka byla oslovoována příjmením, „ paní “.

Věk užívatelky: 67 let

Délka pobytu ve zdravotnickém zařízení: 5 měsíců

Osobní anamnéza: zranění stehenních svalů po autonehodě busu (1989), vaginální hysterektomie (2009), fraktura Collesi dexter (2010), Arteriální hypertenze kompenzovaná, klinicky odeznělý Centrální vestibulární syndrom (2013), Parkinsonova choroba (2013), Osteoporóza, Smíšená úzkostná a depresivní porucha.

Lékařská diagnóza: Jiná duševní porucha poškození mozku, s jeho dysfunkcí a somatickou nemocí, Organická porucha s bludy (podobná schizofrenii), Parkinsonova choroba, hypertenze.

Farmakologická terapie: Stalevo 100/25/200mg á 1 tbl. v 6-11-18-22 hod. (antiparkinsonikum), Anopyrin 100mg 0-1-0 (antitrombotikum), Zorem 5mg ½-0-0 (antagonista vápníku), Cipralel 10mg 1-0-0 (antidepresivum SSRI), Kventiax 25mg 0-0-0-1 (antipsychotikum), Trittico 75mg 0-0-0 2/3 (antidepresivum).

Testy a hodnotící škály: Barthelové test všedních činností – 35 bodů (vysoce závislý), MMSE – 11 bodů (středně těžká kognitivní porucha), základní nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku – 6 bodů (nutné vyšetření nutričním terapeutem), screening pro určení zvýšeného rizika pádu – 11 bodů (střední riziko).

Pohybový režim: pacientka během dne posazována do křesla v denní místnosti, chodí pouze v doprovodu druhé osoby ve vysokém chodítku, chůze je nejistá, je u ní vysoké riziko pádu.

Anamnéza: Parkinsonova choroba jí byla diagnostikována v roce 2013. V roce 2012 docházelo u pacientky opakovaně ke kolapsovým stavům, ke zhoršujícím se závratím, k potížím při otáčení, k omezeným rotacím, ke strnulé chůzi. Pacientce byl nasazen Nakom mite a byla poučena o trvalé rehabilitaci. Během dvou let se stav pacientky jevil poměrně stabilizovaný, docházela na pravidelné kontroly, žila s manželem ve společné domácnosti. V červnu 2016 se rozvinula středně těžká depresivní porucha. Během krátké doby se opakovaně u pacientky objevuje psychomotorický neklid, halucinace, amentní stavy. Po do-

mluvě s manželem a dcerami, byla doporučena hospitalizace v Psychiatrické nemocnici z důvodu psychické dekompenzace, anxiózně-depresivního stavu.

Ošetrovatelské diagnózy: Zhoršená tělesná pohyblivost, zhoršená chůze, porušené polykání, deficit sebeděče při koupání, oblékání, stravování, vyprazdňování, zhoršený komfort, úzkost, sociální izolace, riziko bezmocnosti, riziko pádů.

Hospitalizace: V listopadu 2016 byla přeložena na gerontopsychiatrické oddělení Psychiatrické nemocnice. Byla nutná dopomoc při všech úkonech každodenních činností. Podávána dieta č. 3, racionální kašovitá, příjem tekutin byl u pacientky nižší, proto tekutiny zahušťovány Nutilisem a nabízeny ošetrovatelským personálem. Často se objevovalo nucení na močení a stolici, pacientka vykřikuje, hlučná, na toaletu voděna personálem často. V době hospitalizace negativistická, svéhlavá, obtížná spolupráce, dekompenzována. Na gerontopsychiatrické oddělení dochází denně fyzioterapeutka, ergoterapeutka, psychologka. Aktivizační techniky byly prováděny nepravidelně, z počátku byla velmi svéhlavá, hlučná, náladová, plačtivá, často zmatená, někdy se u ní, při snaze o aktivizaci, objevovaly stavy agresivity slovní i brachiální. Nerada se zapojovala do skupinových aktivizací, péče vyžadovala velmi individuální přístup, po celou dobu hospitalizace byla velmi je fixovaná na svou rodinu, manžela a dcery, kteří za ní docházely téměř denně. Během dvou měsíců hospitalizace se Parkinsonova choroba klinicky stabilizovala, psychomotorika byla zpomalená, dyskineze, hypomimie, bez třesu, zlepšila se spolupráce i spánek, ale stavy negativismu v menší míře přetrvávaly. Z aktivizačních technik jsem se vzhledem k jejímu psychickému i fyzickému stavu zaměřila na procvičení velkých kloubů, úchop věcí.

Aktivizace: S pacientkou jsem prováděla cvičení posilující jemnou motoriku a sebeobsluhu. Aktivizační cvičení jsem naplánovala na 15 hodin, ve 14 hodin užívá Nakom mite 100/25mg 1 tbl. Dopoledne cvičí s fyzioterapeutem a pozdější čas nebyl vhodný, na návštěvu chodí pravidelně manžel. Aktivizace probíhala v jídelně u stolu, seděla. Jednotlivá cvičení jsem jí vždy první předvedla a dále jsem cvičila s ní, nebo jí dopomáhala se správným provedením. Jako první jsem zařadila krátké dechové cvičení. Seděly jsme, ruce byly položené na stehnech, zhluboka jsme se nadechli nosem a pomalu vydechovaly ústy, což pacientka zvládla. Druhým cvikem dochází k uvolňování velkých ramenních kloubů, pomohla jsem jí navléct na ruky froté žínky (viz Příloha III), aby hladce kroužila po stole, zprvu s rukama u sebe dopředu a od sebe, přes plochu stolu, směrem zpátky. Třetím cvikem bylo otevírání a zavírání pěstí, dále jsem zařadila otáčení balónky v dlaních a „pochodování“ prstů po stole směrem dopředu (od sebe) a směrem zpátky (viz Příloha III).

Dalším cvikem byly položené ruky na stole a oddalování palců od prstů, pak ještě opakované otáčení dlaní na stole. Na závěr pacientka modelovala z plastelíny hada.

Pacientka při aktivizaci byla snaživá, cviky prováděla v pomalém tempu. Vzhledem ke kognitivní poruše, ne úplně přesně. Aktivizace byla doplněna rozhovorem, chtěla si povídat. Opakovaně se ujišťovala, zda „to dělá dobře“, někdy jsem jí lehce dopomohla, byla ráda za pochvalu. Při cvičení se jevila klidná.

6.2 Kazuistika č. 2

Oslovení: Pacientku jsem oslovovala „paní“.

Věk uživatelky: 87 let

Délka pobytu ve zdravotnickém zařízení: 4 měsíce

Osobní anamnéza: Morbus Parkinson (2012), Diabetes Mellitus 2. typu (2012).

Lékařská diagnóza: Organická depresivní porucha, Anamnesticky delirium nasedající na demenci, Diabetes Mellitus II. typu na dietě a perorálních antidiabetických, Sekundární parkinsonismu, hypertenze.

Farmakologická terapie: Prestarium neo Combi 1-0-0 tbl. (antihypertenzivum), Lokren 20mg ½-0-0 tbl. (antihypertenzivum), Nakom 1 tbl. v 6, 10, 14,18 hodin (antiparkinsonikum), Citalec 10 mg 1-0-0 (antidepresivum), Siofor 850mg 0-1/2-1/2 tbl. (perorální antidiabetikum), Akineton 1/2-1/2-0 tbl. (antiparkinsonikum), Madopar 0-0-1 tbl. (antiparkinsonikum), Mirtazapin 0-0-0-1 (antidepresivum).

Testy a hodnotící škály: Barthelové test všedních činností – 50 bodů (závislost středního stupně), MMSE - 17 bodů (středně těžká kognitivní porucha), základní nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku – 9 bodů (nutné vyšetření nutričním terapeutem), screening pro určení zvýšeného rizika pádu – 8 bodů (střední riziko).

Pohybový režim: Pacientka je chodící, občas je chůze nejistá a je nutná dopomoc druhé osoby, pacientce v pohybu pomáhá tzv. „rázování“, během dne sedává na denním sále s ostatními pacienty.

Anamnéza: místy Parkinsonova choroba jí byla diagnostikována v roce 2012, kdy se začala projevovat ztuhlost končetin, občas třes. Nasazen Nakom s efektem. Stav pacientky se stabilizoval. V roce 2015 došlo ke zhoršení stavu, objevil se psychomotorický neklid, obtíže při chůzi, třes, deprese. Doporučena návštěva psychiatrické ambulance, kde do terapie při-

dán Citalec a Mirtazapin. Na konci roku 2016 opakovaně zhoršení stavu, zmatenost, zvýšený třes rukou a brady několik měsíců, snížená chuť k jídlu, potíže s vyprazdňováním, časté močení, zácpa. Doporučena hospitalizace v Psychiatrické nemocnici. Pacientka žije v rodinném domku sama, manžel jí zemřel před 4 roky, denně za ní dochází neteř, synové dochází za pacientkou nepravidelně.

Ošetřovatelské diagnózy: úzkost, strach, deficit sebepečce při stravování, vyprazdňování, oblékání, koupání, zhoršená pohyblivost, zmatenost, zácpa, riziko pádu.

Hospitalizace: V prosinci 2016 byla pacientka přijata k zaléčení, režimové terapii a rehabilitaci na gerontopsychiatrické oddělení psychiatrické nemocnice, důvodem bylo zhoršení psychického stavu, soběstačnosti, zmatenost. Pacientka je nesoběstačná, nutná dopomoc při všech úkonech každodenních činností, podávána dieta č. 9, diabetická, někdy má potíže při polykání, proto podávána kašovitá strava, jí menší porce, nemá chuť na jídlo. Pacientka je diabetička, proto nutný dohled nad příjmem potravy, pravidelně 3x denně sledována glykemie. Příjem tekutin byl u pacientky nižší, proto tekutiny nabízeny ošetřovatelským personálem, sledován příjem tekutin. Hygienu a oblékání sama nezvládne, v noci spává, budí se po 4.hodině.

Aktivizace: Pro pacientku jsem si připravila aktivizační cvičení pro posílení grafomotoriky a kognitivních funkcí. Podobně, jako v 1. kazuistice, pacientka užívá Nakom ve 14 hodin, proto jsem aktivizaci naplánovala na 15 hodinu. Probíhala v jídelně, pacientka seděla u stolu. Cvičení jsem jí ukázala a dále podle jejích schopností jsem jí dopomáhala. Nejprve položila dlaň na arch a jezdila s ním po stole, čímž se ruka uvolnila, jde provádět současně s oběma rukama, dále na velký arch papíru, položený na stole, malovala tužkou velké kruhy (viz Příloha IV), oblouky, vlnovky, ležaté osmičky, což opakovala asi 5x. Toto cvičení lze provádět také u tabule, jenže pacientka je při stoji nejistá, je uvolněnější, pokud sedí. Dále jsem předmalovala na A4 kruhy, osmičky, vlnovky. V druhé polovině aktivizačního cvičení jsem se zaměřila na kognitivní cvičení. Připravila jsem si pracovní listy, karty s příslovím, puzzle (viz Příloha IV).

Pacientka spolupracovala, cvičení prováděla v pomalejším tempu, opakovaně se ujišťovala o správném provedení, občas jsem jí dopomohla, byla ráda za pochvalu. Po aktivizaci byla spokojená, usměvavá. Podobná grafomotorická cvičení je dobré provádět také ve stoji u tabule nebo u papíru na zdi, což by tato pacientka nezvládla z důvodu nestability. Parkin-

sonikům se obtížně drží pero nebo tužka, proto je vhodné pro tato cvičení použít silné fixy nebo psací potřeby upravit, aby se jim lépe drželi.

6.3 Kazuistika č. 3

Oslovení: Pacientku jsem, s jejím svolením, oslovovala jménem, „paní Maruško“.

Věk užívatelky: 78 let

Doba pobytu ve zdravotnickém zařízení: 6 měsíců

Osobní anamnéza: Morbus Parkinson (2015), Extrapyramidový syndrom, stav po excizi basaliomu horního rtu (2000), stav po operaci katarakty, Inkontinence.

Lékařská diagnóza: Jiná duševní porucha způsobená poškozením mozku, Organická halucinóza, Morbus Parkinson, Polyneuropathie, Dráždivý tračník.

Farmakologická terapie: Nakom mite 1 tbl. v 7, 11, 15, 19 hodin (antiparkinsonikum), Derin 25 mg 1-0-1 (antipsychotikum), Mirtazapin 30 mg 0-0-0-1 (antidepresivum).

Testy a škály: Barthelové test všedních činností – 30 bodů (vysoce závislý), MMSE – 13 bodů (středně těžká kognitivní porucha), základní nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku – 5 bodů (nutné vyšetření nutričním terapeutem), screening pro určení zvýšeného rizika pádu – 13 bodů (střední riziko).

Pohybový režim: Pacientka si chodí sama po oddělení, chůze typická pro toto onemocnění tzv. „parkinsonská“, objevují se zárazy, pomalé tempo. Při pohybu pomáhá pacientce „rázování“.

Anamnéza: Parkinsonova choroba jí byla diagnostikována v listopadu 2015. U pacientky se objevovaly ztuhlosti, zejména pravé končetiny, následně třes končetin, nasazen byl Nakom mite. Doma pravidelně cvičila, ráda luštila křížovky. Po 3 měsících opět zhoršení ztuhlostí, třesu, dyskinezií, nespavost, Nakom mite byl dále navýšen. Během roku byl stav pacientky stabilizovaný, žije ve společné domácnosti s manželem, děti dojíždí za rodiči na návštěvy. V říjnu 2016 se opět projevilo zhoršení stavu, objevil se psychomotorický neklid, zmatečnost, nespavost, halucinace, celková progresse stavu. Byla jí doporučena hospitalizace v Psychiatrické nemocnici.

Ošetřovatelské diagnózy: zhoršená tělesná pohyblivost, únava, deficit sebepečce při oblékání, hygieně, stravování, vyprazdňování, porušené polykání, zhoršená tělesná pohyblivost, močová inkontinence, zhoršená chůze, riziko pádu, strach, úzkost.

Hospitalizace: Pacientka byla přijata na gerontopsychiatrické oddělení z důvodu dekompenzace stavu, nesoběstačnosti, noční halucinace. Z počátku s ní byla obtížná spolupráce, byla negativistická, nespolupracovala, po týdnu pobytu na oddělení se stav postupně začal zlepšovat, podávána byla dieta 3, racionální. U pacientky byla nutná dopomoc při všech úkonech sebek péče, je inkontinentní. V noci z počátku byla neklidná, často halucinace, stavy zmatenosti, proto dávana postranice, jako prevence pádu. Během dne byla spavější, projevovala se u ní únava a chůze byla nejistá. Při aktivizacích sestrami, ale i fyzioterapeutem, psychologem a ergoterapeutem, z počátku byla negativistická, nespolupracovala, v průběhu hospitalizace se spolupráce zlepšila.

Aktivizace: U této pacientky jsem se zaměřila na dechové cvičení, procvičení mimických svalů a artikulační cvičení. Aktivizaci jsem zařadila na 11 hodin dopoledne, probíhala na pokoji. Cviky jsem první předvedla a pacientka je opakovala po mně. Při dechovém cvičení stála vzpřímeně, přidržovala se nočního stolku. Zhluboka se nadechla ústy a vydechla ústy. Dále při nádechu nosem zvedala paže nahoru a při výdechu dolů. U dalšího cviku pacientka vzpřímeně seděla, hlavu držela nahoru a zhluboka se nadechla a silně ústy vyfoukla. U dalších cviků jsem spojila dechové cvičení s mluvou. Nádech a při výdechu se zavřenými ústy mmmmmm, následoval nádech a plynulé zesilování mmmmmm. Potom nádech a při výdechu syčení ssssss, dále nádech, výdech, zesilování a zeslabování ssssss. K procvičení mimiky jsme s pacientkou zkoušely široký úsměv, cenění zubů, vyplazování jazyka (viz Příloha V), kruhové olizování úst jazykem, našpulení rtů (viz Příloha V), nafouknutí tváří při zavřených ústech, imitace žvýkání, mlaskání. Na začátek artikulačního cvičení jsem zařadila procvičení svalů jazyka, úst, čelistí. Pacientka v pomalém tempu opakovala po mě samohlásky A, E, I, O, U v nahodilém pořadí.

K těmto cvičením jsem vzala jako pomůcku zrcadlo, které pomáhalo kontrolovat správné provedení cviků. Ty nebyly provedeny úplně správně, ale pacientka se velmi snažila.

7 DISKUZE

Pacienti v pozdních stádiích Parkinsonovy choroby jsou často hospitalizováni na gerontopsychiatrickém oddělení, důvodem jsou psychické potíže s různými projevy. Důležitou součástí ošetrovatelské péče u těchto pacientů je jejich aktivizace ošetrovatelským personálem.

Cílem č. 1 mé bakalářské práce bylo zjistit rozhovorem se všeobecnými sestrami na gerontopsychiatrickém oddělení jejich povědomost o aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou na daném gerontopsychiatrickém oddělení.

Analýzou bylo zjištěno, že zejména všeobecné sestry pracující ve zdravotnictví více, jak 30 let, mají zájem zařadit a realizovat aktivizační techniky do denního režimu. Všeobecné sestry pracující méně roků ve zdravotnictví, jsou aktivizaci nakloněny, ale myslí si, že pro nedostatek času není prostor pro realizaci aktivizace na daném oddělení. Ve skupině respondentů má vzdělání středoškolské s maturitou 7 respondentů, vysokoškolské bakalářské vzdělání má 1 respondent a vzdělání vysokoškolské se zaměřením na psychologii má 1 respondent. Ve zdravotnictví pracují všichni déle, jak 20 let. Na gerontopsychiatrickém oddělení jsou od 7 do 28 roků.

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že účel aktivizace všeobecné sestry dokáží popsat a všechny jsou schopné vyjmenovat některé aktivizační techniky, nejčastěji uváděly ergoterapii, psychoterapii, kognitivní trénink, arteterapii, muzikoterapii, biblioterapii a aromaterapii.

Respondentky se shodly, že aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou na gerontopsychiatrickém oddělení probíhá. Respondentky byly schopny vyjmenovat, kdo za tímto účelem pacienty navštěvuje na daném oddělení, ergoterapeut, psycholog, fyzioterapeut, aktivizační sestra. Odpovědi na druhou část položky se lišily, s aktivizačních činností nejčastěji uváděly procvičování jemné a hrubé motoriky, procvičování paměti.

Z odpovědí respondentek vyplynulo, že všeobecné sestry si myslí, že nemají mnoho prostoru na aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou. Jako důvod uvádějí zejména hodně administrativní práce a málo zbývajících času. Ale i přesto 5 respondentek uvedlo, že v omezené míře jsou sestry schopny se podílet na aktivizaci, zejména v rámci ošetrovatelské péče.

Bylo zjištěno, že aktivizace všeobecnou sestrou na tomto oddělení je jeho vedením opomíjena. Ale dle sdělení respondentek pravidelně na toto oddělení dochází ergoterapeut, psycholog, fyzioterapeut, nepravidelně aktivizační sestra a biblioterapeut. Nejčastěji dochází na dané oddělení ergoterapeut, fyzioterapeut a psycholog, pracují s pacienty ve skupinách, ale zaměřují se také na individuální činnosti. Aktivizační sestra a biblioterapeut přichází na oddělení nepravidelně, zpravidla se věnují pacientům ve skupinách.

Položky č. 9, 10 a 11 jsou zaměřeny na to, zda všeobecné sestry mohou v průběhu denního harmonogramu na gerontopsychiatrickém oddělení najít vhodný časový prostor pro aktivizace v dopoledních a odpoledních hodinách, jaké aktivizační techniky by byly vhodné.

U všeobecných sester převažuje názor, že nemají v průběhu služby časový prostor na provádění aktivizačních technik. Časový prostor by se mohl najít, ale pouze příležitostně, podle momentální zaneprázdněnosti všeobecných sester, uvedli 4 respondenti. Dále vyplynulo, že všeobecné sestry jsou schopny, v průběhu služby, provádět aktivizace vyplývající z ošetrovatelské péče, např. nácvik chůze, nácvik sebeděže.

Názory respondentek na nejvhodnější dobu pro aktivizaci v dopoledních hodinách se různí. Častěji uváděný byl čas po snídani a také mezi 10,30-11 hodin před obědem.

Jako nejvíce vhodný čas respondentky uvedly dobu po svačině, po 15 hodině, ačkoli tato může být narušena návštěvami pacientů.

Nejvhodnějším prostorem pro provádění aktivizačních cvičení se jeví jídelna (ergoterapie, arteterapie, kognitivní trénink). Jako další prostor uvedli denní sál vhodný spíše pro skupinové aktivizace (muzikoterapie, reminiscence, biblioterapie), dále pokoje pacientů (individuální aktivizace).

Cílem č. 3 bylo vytvoření a realizace aktivizace u vybraných pacientů s Parkinsonovou chorobou na standardním gerontopsychiatrickém oddělení. Jednotlivé případy jsou popsány ve třech kazuistikách. Na počátku jsem aktivizační činnosti naplánovala, poté provedla a zhodnotila. U prvního pacienta jsem se zaměřila na aktivizační cvičení procvičující zejména jemnou motoriku, svaly a klouby horních končetin. S druhou pacientkou jsem dělala grafomotorické cvičení. Pro třetí pacientku jsem připravila dechovou gymnastiku, cvičení mimických svalů a artikulační cvičení. Pacienti s Parkinsonovou chorobou na tomto typu oddělení, jsou při zapojování se do aktivizací omezeni poruchami kognitivních funkcí, zejména demencí. Při aktivizaci jsem si ověřila, jak nesmírně je důležitý individuální přístup k pacientům s Parkinsonovou chorobou, ne vždy jsou ochotni spolupracovat,

o to víc však při aktivizaci jsou vděční za individuální kontakt. Cvičení neprovádí úplně přesně, což se dá vzhledem k diagnóze očekávat, uvolněnější se cítí, pokud mohou sedět. Spolupráce s nimi je obtížnější, vyžaduje trpělivý a empatický přístup sestry. Realizace aktivizačních technik, přizpůsobených pacientům s různými stupni kognitivních poruch, má své nezastupitelné místo v ošetrovatelské péči.

Cílem č. 4 bylo vytvoření praktického manuálu pro všeobecné sestry s aktivizačním cvičením pro pacienty s Parkinsonovou chorobou na daném standardním gerontopsychiatrickém oddělení (viz Příloha IV). Jsou zde popsány aktivizační techniky (ergoterapie, trénink kognitivních funkcí, muzikoterapie, arteterapie, aromaterapie, biblioterapie). A k nim vybrány aktivizační činnosti vhodné pro pacienty v pozdních stádiích Parkinsonovy choroby. Z ergoterapeutických činností jsem zařadila do praktického manuálu dřevěné puzzle, dřevěnou skládačku, ježka v kleci, domino, plátěný sáček s přeměty různých tvarů, velký arch papíru s kruhem, fixy, křídly, plastelínu a balónky. V arteterapii jsou použity mandaly, pastelky, kniha s pracovními náměty. K tréninku kognitivních funkcí jsou to skládačky, pexeso, puzzle a křížovky. V muzikoterapii jsou zařazeny CD s hudbou a mluveným slovem, kniha s texty písní. V biblioterapii jsou použity knihy „Osudy dobrého vojáka Švejka za světové války“, „Klapzubova jedenáctka“, „Robinson Crusoe“ a různé časopisy. Z aromaterapie je zde aromalampa a éterické oleje, vonné tyčinky.

ZÁVĚR

Bakalářská práce v teoretické části popisuje Parkinsonovu chorobu, potřeby pacientů s tímto onemocněním na gerontopsychiatrickém oddělení a aktivizační techniky vhodné pro tyto pacienty. Praktická část se zabývá problematikou aktivizace u parkinsoniků na již zmíněném oddělení Psychiatrické nemocnici. Rozhovorem byla zjišťována povědomost všeobecných sester o účelu aktivizace a jejich technikách vhodných pro tyto nemocné, nalezení vhodného časového prostoru pro aktivizaci. Na závěr byl vytvořen praktický manuál s aktivizačními technikami, které mohou všeobecné sestry nabízet těmto pacientům na daném oddělení.

Pro pacienty s Parkinsonovou chorobou je velmi důležité zařazení rehabilitace, cvičení a režimových opatření. Ty pomáhají snížit omezení v každodenním životě a oddálit zhoršování stavu. Velkou oporou pro pacienty jsou rodinní příslušníci, jejich trpělivý přístup. Tito jedinci často bývají hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních a tím izolováni od příbuzných a od domácího prostředí, což je pro ně stresující. Aktivizační činnosti, které ovlivňují fyzický i psychický stav, snižují stres, jsou pro parkinsoniky velmi důležité.

Analýzou informací získaných z rozhovorů, které proběhly se všeobecnými sestrami na gerontopsychiatrickém oddělení v Psychiatrické nemocnici, vyplynulo, že jsou jim pojmy „aktivizace“ a „aktivizační techniky“ známé a uvědomují si důležitost začlenění těchto činností do denního režimu pacientů, protože to u nich pozitivně ovlivňuje soběstačnost, fyzický i psychický stav. Zejména všeobecné sestry pracující ve zdravotnictví déle, než 30 let jsou vstřícné aktivizačním technikám, cítí jejich důležitost. Všeobecné sestry pracují kratší dobu ve zdravotnictví se těmto technikám nebrání, ale stěžují si na velké množství administrativní práce a málo času. Ale současně přiznávají, že pro všeobecné sestry na gerontopsychiatrickém oddělení je problematické najít pevně daný čas pro tyto aktivizace. Jsou však ochotné pacienty s Parkinsonovou chorobou aktivizovat, když jim to čas dovolí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BEDNAŘÍK, Josef, Zdeněk AMBLER a Evžen RŮŽIČKA, 2010. *Klinická neurologie: část speciální I*. Praha: Triton. 707 s. ISBN 978-80-7387-389-9.
- BONNET, Anne-Marie a Thierry HERGUETA, 2012. *Parkinsonova choroba: rady pro nemocné a jejich blízké*. Praha: Portál. 159 s. ISBN 978-80-262-0155-7.
- GALAJDOVÁ, Lenka a Zdenka GALAJDOVÁ, 2011. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Praha: Portál. 167 s. ISBN 978-807-3678-791.
- GERLICOVÁ, Markéta, 2014. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80247-4581-7.
- HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HERMAN, Erik, Ján PRAŠKO a Dagmar SEIFERTOVÁ, 2007. *Konziliární psychiatrie*. Praha: Medical Tribune CZ. 604 s. ISBN 987-80-903708-9-0.
- HOLMEROVÁ, Iva, 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada, 176 s. ISBN 987-80-247-5439-0.
- JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek v práci se seniory*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-7367-581-3.
- JIRÁK, Roman, 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.
- KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 825 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KEJKLÍČKOVÁ, Ilona, 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.
- KLEMPÍŘ, Jiří, 2013. *Poruchy výživy u Parkinsonovy a Huntingtonovy nemoci*. Praha: Mladá fronta. 46 s. ISBN 978-80-204-2834-9.
- KOLÁŘ, Pavel a Miloš MÁČEK, 2015. *Základy klinické rehabilitace*. Praha: Galén. s. 167. ISBN 978-80-7492-219-0.
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. Výzkum v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, Sestra, 2009. ISBN 978-802-4727-134.

LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO, 2015. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4305-9.

LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton. 159 s. ISBN 978-80-7387-573-2.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MYSLIVEČEK, Jaromír, 2009. *Základy neurovědy.2.*, Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-088-1.

POTMĚŠILOVÁ, Petra a Petra SOBKOVÁ, 2012. *Arteterapie a artefletika nejen pro sociální pedagogy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 111 s. ISBN 97880-244-3120-8.

PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Maxdorf: Praha. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.

ROKYTA, Richard, 2012. *Léčba bolesti ve stáří*. Praha: Mladá fronta. 103 s. ISBN 978-80-204-2662-8.

ROTH, Jan, Marcela SEKYROVÁ a Evžen RŮŽIČKA, 2005. *Parkinsonova nemoc*. 3. vyd. Praha: Maxdorf. 181 s. ISBN 80-7345-044-5.

SCHWARZ, Shelley Peterman, 2008. *Parkinsonova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada. 109 s. ISBN 978-80-247-2321-1.

SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ, 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál, 2013, 173 s. ISBN 978-80-262-0335-3.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. Sestra, 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

TRACHTOVÁ, Eva, 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

VELEMÍNSKÝ, Miloš, 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.

VOJTOVÁ, Hana, 2014. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Prachatice: Institut vzdělávání. ISBN 978-80-260-5804-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

BALÁŽ, Marek, 2013. Hluboká mozková stimulace u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online]. 2013, č.14(5), s. 229-231 [cit. 2017-03-09]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/05/03.pdf>

BAREŠ, Martin, 2001. Diagnostika a klinické příznaky parkinsonovy choroby. *Neurologie pro praxi* [online]. 2001, č.1, s. 22-24 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/Bares.pdf>

BAREŠ, Martin, 2008. Pozdní komplikace Parkinsonovv nemoci – wearing-off – a další motorické fluktuace. *Neurogie pro praxi*. [online]. 2008, č. 9(2), s. 96-99 [cit. 2017-03-26]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2008/02/10.pdf>

BAREŠ, Martin. 2011. Nejčastější chyby a omyly v diagnostice a léčbě Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online]. 2011, č.12(4), s. 270-275. [cit. 2017-03-05]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/04/13.pdf>

BARTUSÍKOVÁ, Kamila, Zdeňka KRHUTOVÁ a Pavel RESSNER, 2016. Respirační fyzioterapie jako součást léčby Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online]. 2016, č.17(1), s. 45-48 [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2016/01/09.pdf>

BEDNÁŘ, Michal, 2015. Žádný robot nemůže nahradit vlastní pohybovou aktivitu nemocného. *Parkinson* [online]. 2015, č.45, s. 5-7 [cit. 2017-03-11]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/res/data/041/004406.pdf>

BOČKOVÁ, Martina, 2011. Nemotorické škály u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online]. 2011, č.12, s. 28-31 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/08.pdf>

ČAPKOVÁ, Ludmila, 2010. Rytmus a pohyb. *Parkinson* [online]. 2010, č. 32, s. 5-6 [cit. 2017-03-21]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/res/data/000131.pdf>

DOSTÁL, Václav, 2013. Pozdní komplikace Parkinsonovy choroby. *Neurologie pro praxi* [online]. 2013, č. 14(1), s. 28-32 [cit. 2017-03-16]. Dostupné z: http://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201301-0007_Pozdni_komplikace_Parkinsonovy_choroby.php

HOSKOVCOVÁ, Martina, 2010. Léčebná rehabilitace u Parkinsonovy nemoci. *Parkinson* [online]. 2010, č.32, s. 2-4 [cit. 2017-03-21]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/res/data/000131.pdf>

KANIOVÁ, Marie, 2014. Poruchy polykání u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online]. 2014, č. 15(6), s. 329-332 [cit. 2017-03-26]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2014/06/10.pdf>

KAŇOVSKÝ, Petr, 2006. Léčba počátečního stadia Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. [online]. 2006, č. 1, s. 32-35 [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2006/01/13.pdf>

KLEMPÍŘ, Jiří, 2015. Terapie Parkinsonovy nemoci levodopou v kontinuální enterální infuzi. *Neurologie pro praxi* [online]. 2015, č.16(2), s. 84-87 [cit. 2017-03-06]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2015/02/07.pdf>

KOŘÍNKOVÁ, Marcela. *Biblioterapie pomáhá a léčí*. Impulsy: Inspirace, náměty a trendy dětského čtenářství [online]. 2016, č. 4 [cit. 2016-10-26]. Dostupný z: <http://impulsy.kjm.cz/impulsy-clanek/biblioterapie-pomaha>

KRAMEROVÁ, Michaela, 2010. Proč logopedie u osob s Parkinsonovou nemocí. *Parkinson* [online]. 2010, č. 32, s. 6-8 [cit 2017-03-18]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/res/data/000131.pdf>

MACH, Vojtěch, 2016. Co je dobré vědět o Parkinsonově nemoci – nejen pro nově diagnostikované pacienty. *Parkinson* [online]. 2016. č.48, s. 6-11. [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/res/archive/048/005274.pdf?seek=1461561848>

PLCHOVÁ, Lenka, 2013. Poruchy spánku u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online]. 2013. č. 14(6), s. 305-308 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/06/08.pdf>

RESSNER, Pavel a Dana ŠIGUTOVÁ, 2001. Léčebná rehabilitace u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online]. 2001. č. 1, s.31 [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2001/01/10.pdf>

ROTH, Jan, 2012. *Výskyt Parkinsonovy nemoci*. *Parkinson* [online]. 2012, č. 36, s. 12-14 [cit. 2017-03-07]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/res/data/000135.pdf>

ZAMIŠKOVÁ, Gabriela, 2010. Poruchy polykání. *Neurologie pro praxi*. [online]. 2010, č. 11(2), s. 112-116[cit. 201703-10]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/02/10.pdf>

WEBOVÉ STRÁNKY:

Bazální stimulace. Příručka pro nejbližší osoby pacientů ošetřovaných v konceptu bazální stimulace. 2010. [online]. [cit.2017-03-22]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Ivetta/Desktop/vademecum-bazalni-stimulace.pdf>

FRIEDLOVÁ, Karolína, © 2004-2015. O bazální stimulaci [online]. [cit. 2017-03-14]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>

Bylinářství Maya, ©2011 [online]. [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://www.bylinky-maya.cz/news/parkinson-bylinky-na-zacpu-zhorsovani-pameti-spatny-spanek/>

Česká arteterapeutická asociace, © 2017 [online]. [cit. 2017-03-05]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>

Česká asociace ergoterapeutů, © 2008. [online]. [cit. 2017-04-08]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageHierarchyID=42&PageIndex=1&PageID=1&n ode=34&ParentPageID=37>

GRYGÁRKOVÁ, Simona, © 2014. Aromaterapie - použití. *Celostnimediceina.cz* [online]. [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: <http://www.celostnimediceina.cz/aromaterapie-pouziti.htm>

KLEVETOVÁ, Dana, 2010. Technika preterapie. [online]. [cit. 2017-03-08]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/technika-preterapie-455><http://www.spektrumzdravi.cz/lecebne-pusobeni-zvirat-na-nase-zdravi-i-psychiku006>

KUČEROVÁ, Marcela, 2006. Využití muzikoterapie v geriatrii. [online]. [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vyuziti-muzikoterapie-v-geriatrii-278893>

Spektrum zdraví, 2013. *Léčebné působení zvířat na naše zdraví i psychiku*. [online]. [cit. 2017-04-05]. Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/lecebne-pusobeni-zvirat-na-nase-zdravi-i-psychiku>

Zelená lékárna. 2011. Aromaterapie. Dostupné z: <http://www.zelena-lekarna.net/aromaterapie#pouziti>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Atd.	A tak dále
CT	Výpočetní tomografie
Č.	číslo
DaT SPECT	Jednofotonová emisní výpočetní tomografie
DBS	Deep brain stimulation (hluboká mozková stimulace)
Hod.	Hodiny
mg	Miligram
MMSE	Mini-mental state examination
MOCA test	Montrealský kognitivní test v
MR	Magnetická rezonance
Např.	Například
PDSS	Parkinson's disease sleep scale
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PET	Pozitronová emisní tomografie
PCH	Parkinsonova choroba
PM	Psychomotorický
REM	Rapid eye movement (rychlé pohyby očí)
TBL	Tableta
Tzv.	Tak zvané
WOQ-9	Wearing-off Questionnaire 9

SEZNAM SCHÉMÁT

Schéma č. 1: Nejvyšší dosažené vzdělání

Schéma č. 2: Délka praxe ve zdravotnictví

Schéma č. 3: Délka praxe na gerontopsychiatrickém oddělení

Schéma č. 4: Účel aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou

Schéma č. 5: Aktivizační techniky

Schéma č. 6: Aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou

Schéma č. 6 a: Kdo provádí aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou, používané aktivizační techniky

Schéma č. 7: Aktivizace všeobecnou sestrou

Schéma č. 7 a: Aktivizační techniky prováděné u pacientů s Parkinsonovou chorobou všeobecnou sestrou

Schéma č. 8: Vyžadování aktivizace vedením

Schéma č. 9: Aktivizace všeobecnými sestrami

Schéma č. 9 a: Aktivizační techniky realizované všeobecnými sestrami

Schéma č. 9 b: Časový prostor pro aktivizaci

Schéma č. 9 c: Proč není možná aktivizace

Schéma č. 10: Aktivizace v dopoledních hodinách

Schéma č. 11: Aktivizace v odpoledních hodinách

Schéma č. 12: Prostor pro aktivizaci

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I – Podklad ke strukturovanému rozhovoru se všeobecnými sestrami

PŘÍLOHA P II – Přepis strukturovaného rozhovoru

PŘÍLOHA P III – Kazuistika č. 1, vlastní fotodokumentace

PŘÍLOHA P IV – Kazuistika č. 2, vlastní fotodokumentace

PŘÍLOHA P V – Kazuistika č. 3, vlastní fotodokumentace

PŘÍLOHA P VI – Manuál pro aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou

PŘÍLOHA P VII – Žádost o umožnění rozhovoru

PŘÍLOHA P VIII – Žádost o umožnění přístupu k informacím

**Otázky pro strukturovaný rozhovor se všeobecnými sestrami
na gerontopsychiatrickém oddělení**

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
3. Jak dlouho pracujete na gerontopsychiatrickém oddělení?
4. Jaký je, podle Vás, účel aktivizace u pacientů s Parkinsonovou chorobou?
5. Jaké znáte aktivizační techniky?
6. Probíhá na gerontopsychiatrickém oddělení aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou?
 - a) Pokud ano, kdo aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou provádí a jaké aktivizační techniky používá?
7. Podílí se všeobecné sestry na aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou hospitalizovaných na gerontopsychiatrickém oddělení?
 - a) Pokud ano, jaké aktivizační techniky s pacienty s Parkinsonovou chorobou provádí?
8. Je vyžadována po všeobecných sestrách aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou na Vašem gerontopsychiatrickém oddělení jeho vedením (staniční sestrou, vrchní sestrou, primářem)?
9. Myslíte si, že všeobecné sestry během denního harmonogramu na gerontopsychiatrickém oddělení mají prostor podílet se na aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou?
 - a) Pokud ano, které aktivizační techniky by všeobecné sestry mohly realizovat u pacientů s Parkinsonovou chorobou?
 - b) Pokud ano, kolik času podle Vás, byste mohla strávit prováděním aktivizačních technik u pacientů s Parkinsonovou chorobou během denního harmonogramu?
 - c) Pokud ne, proč všeobecné sestry nemají prostor na realizaci aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou?
10. Pokud by měla aktivizace probíhat, jaký by byl vhodný časový prostor pro tyto činnosti u pacientů s Parkinsonovou chorobou v dopoledních hodinách v průběhu Vaší služby?
11. Pokud by měla aktivizace probíhat, jaký by byl vhodný časový prostor pro tyto činnosti u pacientů s Parkinsonovou chorobou v odpoledních hodinách v průběhu Vaší služby?
12. Kde na Vašem gerontopsychiatrickém oddělení by podle Vás byl vhodný prostor k aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou?

PŘÍLOHA P II – Přepis strukturovaného rozhovoru

Přepis rozhovoru č. 1

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

„Pražská psychoterapeutická fakulta, psychoterapie. Skládala jsem zkoušky u doc. Skály.“

2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

„43 roků.“

3. Jak dlouho pracujete na gerontopsychiatrickém oddělení?

„10 let.“

4. Jaký je, podle Vás, účel aktivizace u pacientů s Parkinsonovou chorobou?

„Účel aktivizace? Ten význam aktivizace je nesmírně důležitý, protože nejenom medikamenty a jiná terapie, ale aktivizovat člověka jako takového, je s ním lepší spolupráce, lépe snáší terapii, má lepší chuť k jídlu a prostě tyto věci, když se doplňují, ten člověk se cítí daleko déle člověkem.“

5. Jaké znáte aktivizační techniky?

„Jsou to reminiscence, kognitivní trénink, ergoterapie, muzikoterapie, biblioterapie.“

6. Probíhá na gerontopsychiatrickém oddělení aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou?

„Probíhá, máme tady ergoterapii, nyní tu máme bezvadnou ergoterapeutku, protože si umí získat pacienty, a tady je právě nesmírně vidět, jak si je umí získat, jaký je ten vztah té ergoterapeutky a toho klienta, že je umí získat, a i ti pasivní začnou třeba cvičit a dobře spolupracují.“

a) Pokud ano, kdo aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou provádí a jaké aktivizační techniky používá?

„Ta ergoterapeutka, tak nynější ergoterapeutka, ta s nimi cvičí, cvičí cviky, kdy se i protáhnou, jsou pak takový aktivnější, ergoterapie probíhá před obědem, pak jsou individuální, speciální ergoterapie, kdy třeba nacvičují jemnou motoriku, nějaký kognitivní cvičení, a to bývá většinou v odpoledních hodinách, taky ty individuální terapie.“

7. Podílí se všeobecné sestry na aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou hospitalizovaných na gerontopsychiatrickém oddělení?

„Ono je to různé, to záleží, jak je to těm sestram dané. Ti co mají vztah k lidem, tak samozřejmě tu aktivizaci můžou dělat, třeba, i při běžných úkonech, při měření tla-

ku, já nevím, vůbec, když jsou v bližším kontaktu s tím člověkem. A pak jsou samozřejmě, a to jsou mladší ročníky, kdy se zapomnělo na vztah ke klientovi, kteří si oddělají svoje, ale takový ten osobní vztah nebo lidštější vztah tam není. “

a) Pokud ano, jaké aktivizační techniky s pacienty s Parkinsonovou chorobou provádí?

„Jestliže je to možné dají se zařadit prvky reminiscence, arteterapie, prvky kognitivního tréninku. “

8. Je vyžadována po všeobecných sestřích aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou na Vašem gerontopsychiatrickém oddělení jeho vedením (staniční sestrou, vrchní sestrou, primářem)?

„Já si myslím, že aktivizace naším vedením je vítaná, ale vyžadována úplně není, ale samozřejmě to záleží od individuálního přístupu té jednotlivé sestry, pokud se chce věnovat, tak jí bráněno není, je to vítáno. “

9. Myslíte si, že všeobecné sestry během denního harmonogramu na gerontopsychiatrickém oddělení mají prostor podílet se na aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou?

„To záleží zase od jednotlivých dnů, záleží, kolik je příjmů, jaká je medikace u těch klientů, ale pokud je klidnější, tak samozřejmě ten prostor je. Není to pravidlo. “

a) Pokud ano, které aktivizační techniky by všeobecné sestry mohly realizovat u pacientů s PCH?

„Já si myslím, že je to hodně reminiscence, kdy ten klient si uvědomí, že si něco pamatuje, něco zná. A uvědomí si, že ne všechno zapomněl. Já jsem pro tu reminiscenci a pro nějaká kognitivní cvičení. “

b) Pokud ano, kolik času podle Vás, by jste mohla strávit prováděním aktivizačních technik u pacientů s Parkinsonovou chorobou během denního harmonogramu?

„Jestli je to myšleno při běžné službě, pokud budeme personálně obsazeni dobře tak si myslím že ta hodinka by se našla. “

c) Pokud ne, proč všeobecné sestry nemají prostor na realizaci aktivizace pacientů s PCH?

10. Pokud by měla aktivizace probíhat, jaký by byl vhodný časový prostor pro tyto činnosti u pacientů s Parkinsonovou chorobou v dopoledních hodinách v průběhu Vaší služby?

„Zatím to vypadá, že nejlepší čas je kolem půl jedenácté dopoledne. “

11. Pokud by měla aktivizace probíhat, jaký by byl vhodný časový prostor pro tyto činnosti u pacientů s Parkinsonovou chorobou v odpoledních hodinách v průběhu vaší služby?

„No to už je složitější, protože po obědě jsou unavení. Pak jsou návštěvy a není tam takový prostor. Pokud by to šlo, tak kolem půl čtvrté odpoledne.“

12. Kde na Vašem gerontopsychiatrickém oddělení by podle Vás byl vhodný prostor k aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou?

„Tak na našem oddělení je jediný prostor, a to je jídelna. Je snad možné, když by byla individuální psychoterapie na pokoji, ale jídelna se jeví jako nejlepší.“

Přepis rozhovoru č. 2

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

„Vysokoškolské, bakalářské.“

2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

„Už to bude 27 let.“

3. Jak dlouho pracujete na gerontopsychiatrickém oddělení?

„Posledních 7 roků.“

4. Jaký je, podle Vás, účel aktivizace u pacientů s Parkinsonovou chorobou?

„Účel aktivizace? Procvičení jemné motoriky, i hrubé motoriky, procvičení svalů, aby nedocházelo ke zbytečnému ztuhnutí, procvičení paměti.“

5. Jaké znáte aktivizační techniky?

„Aktivizační techniky? Ergoterapie například, arteterapie, muzikoterapie, aroma terapie, na paměť kognitivní trénink, reminiscenční terapie taky, biblioterapie mě napadá.“

6. Probíhá na gerontopsychiatrickém oddělení aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou?

„Ano, probíhá,“

- a) Pokud ano, kdo aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou provádí a jaké aktivizační techniky používá?

„Na našem pracovišti, hlavně, tu aktivizaci provádějí ergoterapeuti, psycholog, který dochází denně na oddělení. A fyzioterapeuti také dochází denně, a také máme aktivizační sestru. A s těch technik, ergoterapeuti používají různé skládanky na cvičení jemné motoriky, třeba malování, různá cvičení a doplňovačky na posilování paměti. Psycholog dělá u parkinsoniků, například, individuální psychoterapii, mu-

zikoterapii, reminiscenci a podobně. Fyzioterapeut je hlavně zaměřený na hrubou motoriku. Na naše pracoviště ještě chodí aktivizační sestra, sice jenom 2 x týdně, má na starosti to běžné zaměstnávání, aby se nenudili. To je tak všechno“.

7. Podílí se všeobecné sestry na aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou hospitalizovaných na gerontopsychiatrickém oddělení?

„Jak už jsem zmínila, v omezené míře.“

- a) Pokud ano, jaké aktivizační techniky s pacienty s Parkinsonovou chorobou provádí?

„Například nácvik sebeobsluhy, přesuny z lůžka do křesla, to ano. Cvičení paměti při běžném rozhovoru s pacientem, sestra, když pracuje s pacientem tak mluví s ním, vyptává se, co měl na oběd.“

8. Je vyžadována po všeobecných sestrách aktivizace pacientů s Parkinsonovou chorobou na Vašem gerontopsychiatrickém oddělení jeho vedením (staniční sestrou, vrchní sestrou, primářem)?

„Od sester ani ne, máme aktivizační sestru. Aktivizační sestra dochází 2 x týdně. Sestry spíše provádí nácvik chůze, přesuny z lůžka do křesla, nácvik sebeobsluhy, ale jinak prostor není.“

9. Myslíte si, že všeobecné sestry během denního harmonogramu na gerontopsychiatrickém oddělení mají prostor podílet se na aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou?

„Myslím, že nemají. Za našich podmínek.“

- a) Pokud ano, které aktivizační techniky by všeobecné sestry mohly realizovat u pacientů s PCH?

- b) Pokud ano, kolik času podle Vás, by jste mohla strávit prováděním aktivizačních technik u pacientů s Parkinsonovou chorobou během denního harmonogramu?

- c) Pokud ne, proč všeobecné sestry nemají prostor na realizaci aktivizace pacientů s PCH?

„Protože jsou přetíženy nadměrnou administrativou, různými úkoly. Muselo by být tak dvakrát tolik sester, aby na to byl čas. Protože musí plnit jiné úkoly ošetrovatelské péče, administrativy je opravdu hodně.“

10. Pokud by měla aktivizace probíhat, jaký by byl vhodný časový prostor pro tyto činnosti u pacientů s Parkinsonovou chorobou v dopoledních hodinách v průběhu Vaší služby?

„Určitě ne brzo ráno, ale až po snídani a po podání ranních léků, hlavně těch anti-parkinsonik, takže během dopoledne po desáté hodině.“

11. Pokud by měla aktivizace probíhat, jaký by byl vhodný časový prostor pro tyto činnosti u pacientů s Parkinsonovou chorobou v odpoledních hodinách v průběhu vaší služby?

„Odpoledne, jako nejlepší dobu bych viděla čas po odpolední svačince, kdy pacienti nejsou ještě příliš unaveni, nesměřovala bych do příliš večerních hodin.“

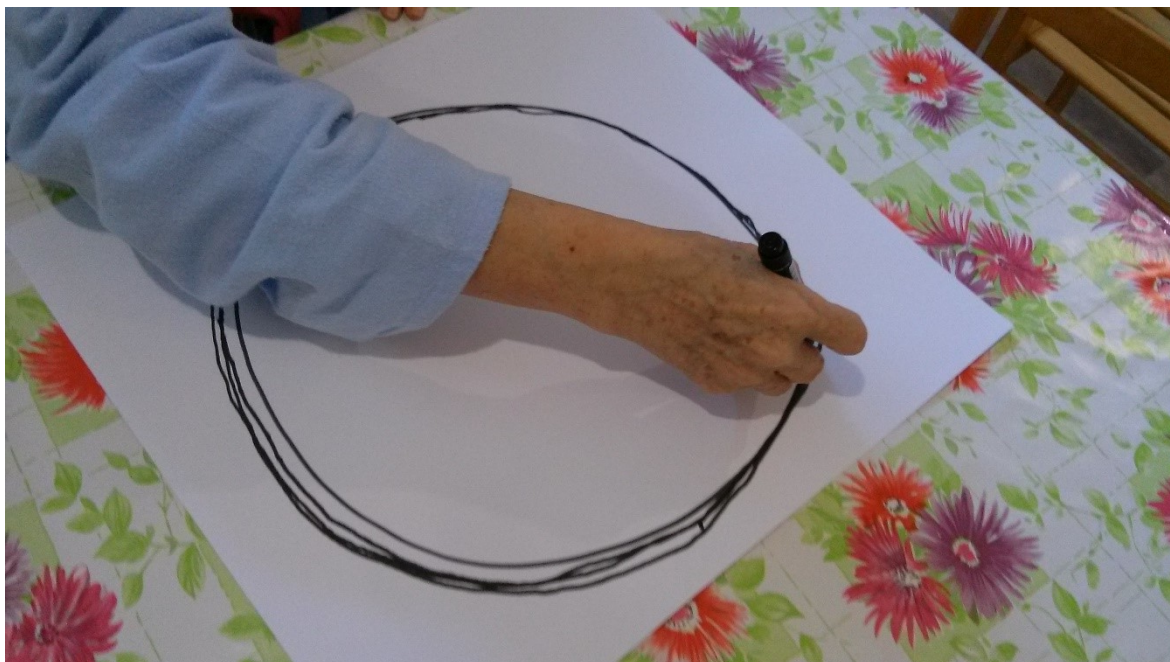
12. Kde na Vašem gerontopsychiatrickém oddělení by podle Vás byl vhodný prostor k aktivizaci pacientů s Parkinsonovou chorobou?

„U nás na oddělení asi je nejlepší prostor je v jídelně, je to prostorná, světlá místnost.“

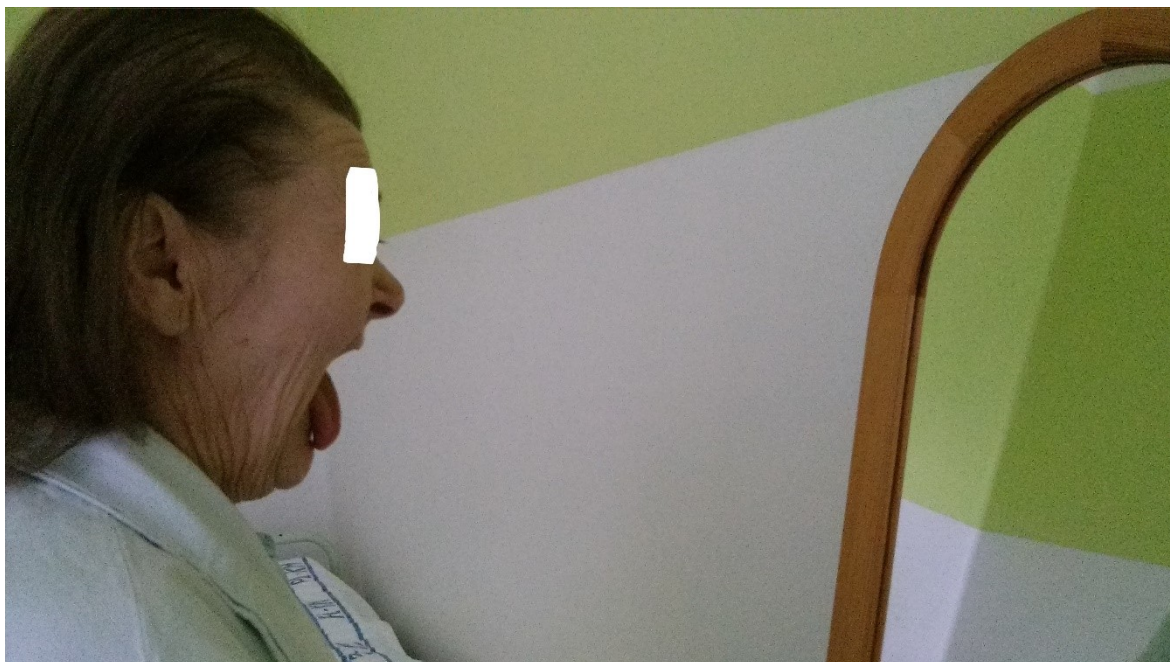
PŘÍLOHA P III – Kazuistika č. 1, vlastní fotodokumentace



PŘÍLOHA P IV – Kazuistika č. 2, vlastní fotodokumentace



PŘÍLOHA P V – Kazuistika č. 3, vlastní fotodokumentace



ERGOTERAPIE

Je aktivizační technikou, která pomáhá jedinci udržet soběstačnost v běžných denních činnostech, v profesních činnostech a ve volnočasových aktivitách. Pomáhá obnovit, částečně nebo zcela, jemnou i hrubou motoriku, uchopení, sílu svalů, kognitivní funkce. Ergoterapie je zaměřená na individuální nácvik každodenních činností – obnovení soběstačnosti, posiluje jemnou motoriku – nácvik úchopení a manipulace, a kognitivní funkce – doplňovačky, pexeso, puzzle, stolní hry.

Dřevěné puzzle, dřevěná skládačka, ježek v kleci, domino

Tyto předměty pomáhají pacientovi posílit jemnou motoriku, trpělivost, soustředění. Posilují také kognitivní funkce. Jsou pro ně příjemným zpestřením při pobytu ve zdravotnickém zařízení.

Plátěný sáček s předměty různých tvarů

Předměty jsou uschovány v plátěném pytlíku a pacient by měl hádat jejich správné tvary.

Žínky

Ty umožňují pacientovi procvičení velkých kloubů horních končetin. Při sezení u stolu má pacient žínky nasazené na rukách a opisuje velké kruhy na ploše stolu.

Velký arch papíru s kruhem, fixy, křídly

Pro pacienty na gerontopsychiatrickém oddělení je zpravidla obtížný stoj u tabule, kde by mohli křídou opisovat velké kruhy, proto je vhodné namalovat kruh na velký arch papíru. Pacient může sedět u stolu, cítí se jistější a maluje kruhy na papír. Křídly i fixy jsou záměrně silné, parkinsonikům se lépe drží v ruce.

Plastelína

Je vhodná pro posílení jemné motoriky, koordinace. Pacient může válet oběma rukama na stole hada, ale i tvořit tvary.

Balónky

S balónky může pacient také procvičovat jemnou motoriku, úchop a koordinaci. Vhodné je koulet jimi po stole, nebo přendávat z dlaně do dlaně.

ARTETERAPIE

Tato technika zahrnuje zejména výtvarné činnosti, malování a tvoření. Uvolňuje u pacientů emoce, procvičuje kognici a jemnou motoriku. Je to vhodná technika pro individuální i kolektivní aktivizaci a komunikaci. Je možné použít pastelky, barvy. Pro potřeby tvoření lze použít různé materiály, látky, vlny, přírodní materiály a různé jiné.

Mandaly

Jsou to, zpravidla, předtištěné kruhové omalovánky. Pro některé jedince mohou být symbolem rovnováhy. Při jejich malování lze navodit relaxaci, malovat lze podle vlastní fantazie. Vhodné pro malování jsou pastelky se širším průměrem, nebo lze průměr pastelek vhodně přizpůsobit omotáním (obinadlem, látkou).

Zdroj: AUTOR NEUVEDEN, © 2010, *Cesta k duze*. [online]. [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://cestakduze.webnode.cz/mandaly/predlohy-mandal/>

Kniha „Tvořit se dá ze všeho!“

Je námětem pro méně či více zdatné pacienty, je třeba dbát na vhodně vybrané náměty pro pacienty s Parkinsonovou chorobou. Při vytváření různých výrobků musíme dbát na bezpečnost, všechny chválit a podle možností pomáhat.

PEDEVILLA, Pia, 2014. *Tvořit se dá ze všeho!: přírodní materiály: přes 200 nápadů na celý rok*. Ostrava: Bookmedia, 2014. 143 s. ISBN 978-80-88036-15-9.

TRÉNINK KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

Každodenní aktivizace pacienta s Parkinsonovou chorobou je velmi důležitá. Ovlivňuje jeho soběstačnost, hybnost, paměťové funkce a psychickou pohodu. Pro pacienty je při aktivizaci důležité příjemné prostředí a klidný přístup.

Puzzle

Procvičuje paměť, soustředění, jemnou motoriku. Jsou zde použity retro obrázky, které lze skládat, jako puzzle.

Zdroj: AUTOR NEUVEDEN. © 2017, [online]. [cit. 2017-03-11]. Dostupné z: https://www.google.cz/search?q=retro+foto&source=lnms&tbm=isch&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwiYsvLi3vLTAhWHECwKHTinB3sQ_AUIBigB&biw=1366&bih=662

Skládačka

Jsou to známá přísloví a pranostiky na kartách rozdělená na dvě části. Je nutné je správně skládat. Pacienti si procvičují paměť a myšlení.

Pexeso

Je to hra pro nejméně dva hráče, kartičky se otočí lícem na stůl a hráči hledají dvě shodné karty. Pexeso lze využít i k jiným aktivitám, např. rozhovory na téma obrázků na kartách, otáčení karet a zapamatování si obrázků na kartách.

Doplňovačky a křížovky

Pro trénink kognitivních funkcí jsou vhodné pracovní listy s doplňováním a spojováním slov, čídel, obrázků a křížovky.

BROŽEK, Ľuba a Barbora POLÁKOVÁ, 2016. *Dejme mozky dohromady: skupinová kognitivní rehabilitace a reedukace jazykových funkcí*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-094-3.

FRANKOVÁ, Vanda a Eva VYŠKOVSKÁ, 2010. *Program Mates: manuál pro skupinovou práci se seniory s poruchami paměti*. Praha: Maxdorf, 35 s. ISBN 978-80-7345-205-6

ŠEVČÍKOVÁ, Jana, 2017. *Velká kniha pro malé luštitelé speciál 2017*. Ostrava: Turpress.

MUZIKOTERAPIE

Hudba přispívá k duševní pohodě jedinců, ovlivňuje pozitivně psychiku. U pacientů s Parkinsonovou chorobou působí příznivě na jejich motoriku, dává ráz jejich pohybu. Jsou zde piložena 3 CD v rázovitém rytmu, dále 2 CD s mluveným slovem známých herců a zpěvník.

CD „Staropražské písničky“

CD „20 let písniček z pořadu Hodina zpěvu“ J. Uhlíř, Z. Svěrák

CD „Zpívánky holka modrooká“

CD „Pohádky Boženy Němcové“ vypráví Věra Galatíková

CD „Loupežnické pohádka“ vypráví Vlastimil Brodský

Knih „Zpívánky“

SATURKOVÁ, Jitka, 2016. *Zpívánky*. Praha: Česká televize, 2014. 90 s. ISBN 978-80-7404-189-1.

AROMATERAPIE

Vonné silice jsou pro pacienty příjemným zpestřením, mají uvolňující účinky, působí na psychiku, usměrňují bolest a jiné potíže. Uvolňující účinky mají silice pomeranče, levandule, dezinfekční účinky má eukalyptus.

Aroma lampa

Aroma tyčinky

BIBLIOTERAPIE

Čtení knih je pro pacienty příjemným zpestřením, přispívá k duševní pohodě. Pacienti s Parkinsonovou chorobou na gerontopsychiatrickém oddělení čtou sami velmi málo z důvodu zhoršeného zraku a koncentrace, zhoršené motoriku a objevujícího se třesu, ale poslech čtení knih mají rádi.

Kniha „Osudy dobrého vojáka Švejka za světové války“

Kniha „Klapzubova jedenáctka“

Kniha „Robinson Crusoe“

Časopisy

BASS, Eduard, 2000. *Klapzubova jedenáctka*. Praha: BB art, 2000, 119 s. ISBN 80-7257-160-5

HAŠEK, Jaroslav, 1983. *Osudy dobrého vojáka Švejka za světové války*. Praha: Československý spisovatel, 1983, 507 s.

HLINKA, Bohuslav, 1983. *Robinson Crusou: mýtus a skutečnost*. Praha: Práce.



Kognitivní trénink



Arteterapie



Muzikoterapie



Biblioterapie





Aromaterapie

PŘÍLOHA P VII – Žádost o umožnění rozhovoru

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ROZHOVORU

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění rozhovoru na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Ivetta Resutiková		
Téma bakalářské práce	Aktivizace pacienta s Parkinsonovou chorobou		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Silvie Treterová		
	 podpis		
Skupina respondentů	Všeobecné sestry na stardadním gerontopsychiatrickém oddělení		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
ODDĚLENÍ 7A, 7B, 19A	Souhlasím	Nesouhlasím	
	Souhlasím	Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne ..1.3.-04.-2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
V KROMĚŘÍŽI
prim. MUDr. Petr MOŽNÝ
ředitel



.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P VIII – Žádost o umožnění přístupu k informacím

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Iveta Resutíková	
Téma bakalářské práce	Aktivizace pacienta s Parkinsonovou chorobou	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Silvie Treterová	
	 podpis	
Skupina respondentů	Pacienti s Parkinsonovou chorobou na standardním gerontopsychiatrickém oddělení	
Pračoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
ODDĚLENÍ 7A, 7B, 19A	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.


Ve Zlíně dne 13-04-2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
V KROMĚŘÍŽI
prim. MUDr. Petr MOŽNÝ
ředitel


.....
razítko a podpis zástupce zařízení