

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta**

**„Ucelená“ rehabilitace u extrapyramidových onemocnění**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Jméno autora: Adéla Kremzová**

**Jméno vedoucího práce: MUDr. Drahoslava Tišlerová**

**2009**

**Adéla Kremzová**

## ABSTRAKT

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na problematiku „ucelené“ rehabilitace u extrapyramidových onemocnění. Pro široké spektrum extrapyramidových chorob a syndromů jsem se v této práci zaměřila hlavně na klienty s Parkinsonovou nemocí.

V teoretické části nejprve definuji pojem extrapyramidová onemocnění, dále popisuji problematiku Parkinsonovy nemoci z hlediska zdravotně sociálního. Poslední kapitola teoretické části věnuje „ucelené“ rehabilitaci a návaznosti jejích jednotlivých složek. Zmiňuji se zde také o Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví.

V praktické části jsem se zaměřila na zjišťování rozsahu, prostředků a výsledného efektu „ucelené“ rehabilitace z pohledu klientů s Parkinsonovou nemocí. Bylo proto vhodné použít kvalitativního výzkumu. Pro výzkum jsem použila metodu dotazování, techniku polostandardizovaného rozhovoru. Dále sekundární analýzu dat a případové studie - kazuistiky. Klienti byli pro tento výzkum vybráni z řad nemocných Parkinsonovou nemocí, kteří jsou registrováni v Centru extrapyramidových poruch Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Za cíl práce jsem zvolila odpovědět na následující otázky: 1. Zda klienti někdy absolvovali některou ze složek „ucelené“ rehabilitace popsanych v teoretické části této práce. 2. Jak byli spokojeni s provedením rehabilitace. 3. Zda jim schází některá z uvedených složek rehabilitace.

V diskusi uvádím srovnání odpovědí klientů na výše uvedené dotazy. Z kazuistik vyplývá, že klienti absolvovali nejvíce léčebnou složku rehabilitace. Ve většině případů byli s provedením spokojeni. V rámci sociální rehabilitace však někteří pociťovali nedostatek informací ohledně sociální pomoci.

Práce by mohla posloužit zájemcům o danou problematiku, zejména pro získání přehledu o návaznosti jednotlivých složek „ucelené“ rehabilitace u Parkinsonovy nemoci. Dále pak nemocným a jejich rodinám a v neposlední řadě i pracovníkům v pomáhajících profesích pro studijní účely.

## **ABSTRACT**

In my bachelor thesis I focus on the issues of the "integrated" rehabilitation in extrapyramidal disease. Due to large spectrum of extrapyramidal diseases and syndromes I mostly focused in my work on the clients afflicted with the Parkinson's disease.

In the theoretical part I first define the notion of extrapyramidal diseases, further I am describing the issues connected with the Parkinson's disease from the health and social point of view. The last chapter of the theoretical part is devoted to the "integrated rehabilitation" and the sequence of its individual components. I also mentioned the International Classification of Functioning, Disability and Health.

In the practical part I focused on ascertaining of the scope, means and the resulting effect of the "integrated" rehabilitation from the perspective of the clients afflicted with Parkinson's disease. Therefore, it was suitable to use qualitative research. I used the method of questioning and the technique of semi-standardized interview. Further to that the secondary data analysis as well as case studies – casuistry were used. The clients for this research were chosen among the patients with the Parkinson's disease, who are registered with the Center of extrapyramidal disorders of the General Teaching Hospital in Prague.

The aim of my work was to answer the following questions: 1. Whether the clients ever underwent some of the components of the "integrated" rehabilitation described in the theoretical part of this thesis. 2. How were they satisfied with the performance of the rehabilitation. 3. Whether they missed some of the said rehabilitation components. The client's answers to the above questions are stated in the explanation. The case studies show that the patients underwent mostly the treatment component of rehabilitation. In the majority of cases, they were satisfied with the way it was performed. Some of them, however, experienced lack of information on the social assistance within the framework of social rehabilitation.

The work could help to those people, who are interested in the issues in question, especially in order to get an overview of the sequence of individual components of the "integrated" rehabilitation in the Parkinson's disease. It could be further instrumental to the patients and their families and last but not least for study purposes of workers in helping professions.

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Ucelená“ rehabilitace u extrapyramidových onemocnění vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích: 11. 5. 2009

Podpis:

### Poděkování

Chtěla bych na tomto místě poděkovat MUDr. Drahoslavě Tišlerové za vedení této práce. Dále patří můj velký dík kolegům z Neurologické kliniky za trpělivost a podporu při studiu. Zejména pak as. MUDr. Petru Duškovi za pomoc při zpracování údajů pro sekundární analýzu dat a Mgr. Lence Vinckové za milé připomínky ohledně zpracování kasuistik jednotlivých klientů.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat panu Jaroslavu Markovi za poskytnutí technického zázemí.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1 Charakteristika onemocnění</b> .....	<b>10</b>
<b>1.2 Extrapyramidový systém</b> .....	<b>10</b>
<b>1.3 Rozdělení extrapyramidových onemocnění</b> .....	<b>10</b>
1.3.1 Hyperkinetické poruchy .....	10
1.3.2 Hypokinetické poruchy .....	11
<b>1.4 Parkinsonova nemoc a Parkinsonské syndromy</b> .....	<b>12</b>
1.4.1 Epidemiologie Parkinsonovy nemoci .....	12
1.4.2 Patogeneze Parkinsonovy nemoci .....	13
1.4.3 Etiologie Parkinsonovy nemoci .....	13
1.4.4 Klinický obraz Parkinsonovy nemoci .....	14
1.4.4.1 Tremor .....	14
1.4.4.2 Rigidita .....	15
1.4.4.3 Bradykineze, hypokineze, akineze .....	15
1.4.4.4 Posturální nestabilita a poruchy chůze .....	16
1.4.4.5 Jiné příznaky .....	17
1.4.5 Časový rozvoj Parkinsonovy nemoci .....	17
1.4.5.1 Počáteční stadium nemoci .....	18
1.4.5.2 Rozvinutá nemoc .....	18
1.4.5.3 Pozdní stadium nemoci .....	18
1.4.6 Onemocnění podobná Parkinsonově nemoci .....	19
1.4.7 Diagnostika Parkinsonovy nemoci .....	20
1.4.8 Léčba Parkinsonovy nemoci .....	21
1.4.8.1 Farmakologická léčba .....	22
1.4.8.2 Neurochirurgická léčba .....	22
1.4.8.3 Nové postupy v léčbě .....	23
<b>1.5 Parkinsonova nemoc a některá specifika</b> .....	<b>23</b>
<b>1.6 Organizace zabývající se Parkinsonovou nemocí</b> .....	<b>24</b>
1.6.1 Společnost Parkinson .....	24
1.6.2 Evropská asociace společností pro Parkinsonovu nemoc .....	25
<b>1.7 „Ucelená“ rehabilitace</b> .....	<b>26</b>
1.7.1 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností .....	27
1.7.2 Prostředky léčebné rehabilitace .....	29
1.7.3 Sociální prostředky rehabilitace .....	35
1.7.4 Pedagogické prostředky rehabilitace .....	37
1.7.5 Pracovní prostředky rehabilitace .....	37

<b>2. CÍL PRÁCE</b> .....	<b>38</b>
<b>3. METODIKA VÝZKUMU</b> .....	<b>39</b>
3.1 <i>Kvalitativní výzkum</i> .....	39
3.2 <i>Reliabilita a validita kvalitativního výzkumu</i> .....	39
3.3 <i>Použité techniky</i> .....	40
3.4 <i>Kritéria výběru</i> .....	40
3.5 <i>Charakteristika zkoumaného souboru</i> .....	41
3.6 <i>Práce se získanými daty</i> .....	41
3.7 <i>Sekundární analýza dat</i> .....	41
<b>4. VÝSLEDKY</b> .....	<b>42</b>
4.1 <i>Kazuistiky</i> .....	42
4.2 <i>Sekundární analýza dat</i> .....	79
<b>5. DISKUSE</b> .....	<b>81</b>
<b>6. ZÁVĚR</b> .....	<b>86</b>
<b>7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>87</b>
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA</b> .....	<b>93</b>
<b>9. PŘÍLOHY</b> .....	<b>94</b>



## ÚVOD

S klienty s Parkinsonovou nemocí se dostávám do kontaktu téměř denně. Pracuji jako fyzioterapeutka na Neurologické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Z podstaty své profese se účastním na rehabilitační péči těchto pacientů ve smyslu léčebné rehabilitace, která má u tohoto onemocnění neoddiskutovatelný význam. V poslední době je registrován nepatrný nárůst počtu pacientů trpících PN. Je tedy zřejmé, že péče o takto nemocné pacienty bude stále zapotřebí. Zajímalo mě, podívat se na problematiku Parkinsonovy nemoci z pohledu „ucelené“ rehabilitace, která má obzvláště u neurologických onemocnění velký význam.

Pro lepší srozumitelnost jsem v názvu práce ponechala upřesnění „ucelená“ rehabilitace. Dle WHO bychom měli používat název „rehabilitace“ pro tzv. rehabilitaci „ucelenou“ nebo také „komprehensivní“, ne tedy pouze pro její léčebnou část. Často se v praxi setkávám, a to i v řadách svých kolegů, s termínem rehabilitace, který ovšem označuje spíše fyzioterapii a léčebnou rehabilitaci. Ještě bude asi nějaký čas trvat, než se pojem rehabilitace dostane do povědomí lidí ve významu, který mu náleží.

Nicméně i přes toto nedorozumění v pojmu rehabilitace by se její složky měly navzájem doplňovat a navazovat na sebe. Podle mého názoru by spolu měli jednotliví pracovníci v oblasti rehabilitace komunikovat, předávat si informace a společně pomáhat klientovi řešit jeho nově vzniklou situaci.

Byla bych ráda, aby tato práce byla náhledem do uvedené problematiky, přiblížila zdravotně sociální následky Parkinsonovy nemoci i možnosti jejich řešení v běžné praxi.

# 1. SOUČASNÝ STAV

## *1.1 Charakteristika onemocnění*

Označení extrapyramidová onemocnění nebo extrapyramidové pohybové poruchy se používá pro pestrou skupinu syndromů a onemocnění vyznačujících se omezením volní a automatické hybnosti a abnormálním držením částí těla nebo mimovolními pohyby. Z popisného hlediska lze extrapyramidové poruchy rozdělit na hypokinetické, kdy je omezena volní hybnost, a hyperkinetické (dyskinetické) poruchy, které se vyznačují abnormálními mimovolními pohyby (37).

## *1.2 Extrapyramidový systém*

Extrapyramidový systém (bazální ganglia, jejich spoje, kmenová jádra a navazující dráhy) fyziologicky zajišťuje základní posturální a hybné mechanismy a pohybové automatismy (oproti pyramidovému systému, který řídí hybnost). Pro volní a mimovolní a automatické pohyby je však zapotřebí dokonalé souhry (nejen) obou systémů, proto má jejich oddělování spíše didaktický a historický význam (1).

## *1.3 Rozdělení extrapyramidových onemocnění*

Porucha funkce bazálních ganglií se klinicky projevuje dvěma typy onemocnění: skupinou hyperkinetických motorických poruch a syndromem hyertonicko-hypokinetickým (20).

### *1.3.1 Hyperkinetické poruchy*

Hyperkinetické poruchy jsou charakterizované přítomností tzv. hyperkinez. Takto se označuje přítomnost mimovolních abnormálních pohybů, které obtěžují nemocného v době klidu (ve spánku však mizí) a narušují hladký průběh cílených pohybů (20). Podle vzhledu abnormálního pohybu se hyperkinezy rozdělují následovně:

- *Tremor* – rytmický oscilační pohyb části těla způsobený střídavými stahy svalových agonistů a antagonistů. Jedná se o vůbec nejčastější extrapyramidový příznak, který se v podobě fyziologického tremoru může vyskytnout u každého zdravého jedince.
- *Chorea* – tvořena nepravidelnými náhodně se vyskytujícími pohyby různých částí těla, zpravidla s akrální převahou.
- *Balismus* – je variantou chorey s prudkými házivými pohyby větší amplitudy a rozsahu, vycházejícími z proximálních segmentů končetin.
- *Dystonie* – svalové stahy delšího trvání působící kroucení a repetitivní pohyby nebo abnormální postavení postižených částí těla. Volní pohyby jsou rušeny nadměrnými stahy zúčastněných svalů a zapojováním skupin normálně se na daném nepodílejících.
- *Myoklonus* – krátké synchronní záškuby svalů nepravidelné frekvence i amplitudy
- *Tiky* – rychlé, nepravidelně se opakující, ale stereotypní pohyby nebo vokalizace provázené uvolněním vnitřní tenze. Důležitým rysem tiků je jejich částečná ovlivnitelnost vůlí (37).

### 1.3.2 Hypokinetické poruchy

Mezi hypokinetické poruchy řadíme:

- *Rigiditu* – svalový tonus plastického rázu, kladoucí odpor aktivnímu i pasivnímu pohybu v celém jeho rozsahu.
- *Hypokinezi*, kterou dělíme dále na
  - *Akinezi* – porucha iniciace volních pohybů
  - *Bradykinezi* – zpomalený průběh pohybů (37).

## ***1.4 Parkinsonova nemoc a Parkinsonské syndromy***

Parkinsonský syndrom (dále PS) je porucha hybnosti charakterizována třesem, rigiditou, hypokinezi (bradykinezi) a posturálními abnormitami (poruchami stoje a chůze) (36).

Parkinsonova nemoc (dále PN) je nejčastější příčinou parkinsonského syndromu (dle Amblera 4/5 všech případů), který může být způsoben řadou dalších příčin (jiná degenerativní onemocnění, vaskulární, toxický, poúrazový, postencefalický Parkinsonský syndrom) (37). Parkinsonova nemoc je chronické, pozvolna se rozvíjející onemocnění, které není možné v současné době vyléčit; je však možné léčbou omezit či potlačit příznaky choroby (36). Parkinsonova nemoc a další extrapyramidová onemocnění představují jak svou závažností, tak frekvencí výskytu v populaci jednu z nejvýznamnějších oblastí oboru neurologie (24).

### ***1.4.1 Epidemiologie Parkinsonovy nemoci***

Prevalence PN se pohybuje mezi 84 až 187 postiženými na 100 000 obyvatel. U osob starších 60 let postihuje tato choroba více než 1 % této populace. Jedná se tedy o poměrně častou nemoc. Incidence nemoci je dle Rotha za 1 rok v České republice 5 - 24 případů na 100 000 obyvatel. Rozdíl výskytu Parkinsonovy nemoci mezi ženami a muži je mizivý, nicméně se jeví lehká převaha postižení u mužů (36). Nevšimalová udává průměrný věk na počátku PN je kolem 60 let. Přibližně kolem 10 % pacientů však onemocní již před 40. rokem věku. Počet úmrtí na PN v populaci je do čtyř případů na 100 000 obyvatel za rok (24). Roth udává stejné procento výskytu (10 %) u pacientů nad 70 let (36).

Tato čísla bohužel nejsou zcela přesná, protože i v současné době dochází občas k diagnostickým omylům, zvláště v časných stádiích nemoci, kdy příznaky ještě nejsou tak výrazné. K takovýmto diagnostickým chybám dochází v časných stádiích až v 20 % případů. Zdá se však, že v posledních 50 letech se počet nemocných s Parkinsonovou nemocí mírně zvyšuje. Není ovšem doposud jasné, zda se za tímto zjištěním skrývá pouze zlepšení diagnostiky a prodloužení průměrného věku v populaci (36). Dále se

předpokládá, že asi 40% nemocných nevyhledá lékařskou péči, protože považuje parkinsonskou symptomatiku za normální projev stáří **(34)**.

#### ***1.4.2 Patogeneze Parkinsonovy nemoci***

Parkinsonova nemoc je způsobena neostatečnou syntézou neuromediátoru *dopaminu* **(37)**. Dopamin se v mozku tvoří především ve středním mozku, v jádru zvaném *substantia nigra* (černé jádro). Odtud je výběžky těl nervových buněk tohoto jádra transportován do jiné oblasti bazálních ganglií, do tzv. *striata* (žíhaného jádra), odkud je dále uvolňován do synapsí. Pokud je dopaminu na synapsích nedostatek, striatum nemůže dobře pracovat a dochází k poruše regulace hybnosti, k projevům Parkinsonovy nemoci. Aby se nemoc skutečně projevila, musí být zničeno minimálně 50% buněk *substantia nigra* a dopamin ve striatu musí poklesnout minimálně o 80 % **(36)**.

#### ***1.4.3 Etiologie Parkinsonovy nemoci***

Příčina či příčiny PN dosud nejsou známy. Existují tři základní hypotézy vzniku tohoto onemocnění, z nichž však ani jedna se nepovažuje za plné a přesvědčivě prokázané vysvětlení. Je možné a v zásadě i dosti pravděpodobné, že jednotlivé etiologické představy nelze od sebe vzájemně oddělit, jedna může podmiňovat druhou a všechny dohromady mohou mít svou úlohu ve vzniku onemocnění **(37)**:

*a) Endotoxinový model* – v mozku pacientů (ve striatonigrálním komplexu) se vytvářejí látky, které působí na tento komplex jako jed **(36)**.

*b) Exotoxinový model* – látka poškozující buňky *substantia nigra* v mozku přichází ze zevního prostředí. Je to látka zvaná MPTP (1-methyl-4-fenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridin) **(37)**. Tato látka je schopna vyvolat stav klinicky neodlišitelný od Parkinsonovy nemoci. MPTP a jemu podobné jedy jsou směsí mnoha chemických produktů a průmyslových zplodin. Fakt, že Parkinsonovou nemocí onemocní pouze někteří lidé, se vysvětluje zvláštní citlivostí některých osob a jejich neschopností odstranit tyto látky z organismu dříve, než zapůsobí **(36)**.

c) *Genetický model* – PN se vzácně (do 10 % všech případů) vyskytuje soustředěna v rodinách. Častěji tomu bývá u osob, u kterých se nemoc projeví již v mladším věku **(36)**.

Učinit závěr v problému příčiny Parkinsonovy nemoci je není v současnosti možné **(36)**.

#### ***1.4.4 Klinický obraz Parkinsonovy nemoci***

Ve svém počátečním období, trvajícím asi 3 - 5 let, probíhá PN nepostřehnutelně. Různé fyziologické kompenzační mechanismy dovolují zachovat normální funkce, takže se příznaky PN neprojeví, dokud počet dopaminergních neuronů a hladina dopaminu ve striatu nepoklesnou pod hranici 20 - 30 % normy **(24)**. První obtíže pacientů jsou však obvykle necharakteristické. Jsou to především bolesti ramen a zad, pocity tíže končetin, pocit ztráty výkonnosti, poruchy spánku, zácpa, tichost a monotónost hlasu, zhoršení písma, deprese, pocit snížení sexuální výkonnosti atd. Tyto příznaky doprovázejí velmi mnohá onemocnění a nejsou tedy příliš specifické **(36)**.

Teprve později a to i o řadu měsíců, se objevují čtyři typické a základní příznaky nemoci: tremor, rigidita, bradykineze, akineze, hypokineze, posturální poruchy a jiné symptomy **(36)**.

##### ***1.4.4.1 Tremor***

*Tremor* lze definovat jako mimovolní, rytmický a kontinuální svalový pohyb o periodických oscilacích **(37)**. Třes se objevuje především na končetinách, hlava bývá postižena velmi vzácně. Začíná obvykle na prstech horních končetin a to asymetricky. Jeho frekvence je malá, 4 - 6 Hz. Třes je obvykle klidového charakteru, při volném pohybu a ve spánku mizí. Emoce jej mohou naopak zvýraznit. Jeho viditelnost vytváří klientům značné množství psychických a sociálních problémů **(36)**.

U pacientů s PN se kromě klidového třesu může objevit i posturální (statický) třes, zvláště při delším setrvání končetiny ve statické poloze, kdy může být považován za variantu klidového třesu. Celkově se příznak třesu vyskytuje u 80 - 90 % nemocných s PN. Existují tedy pacienti s PN, kteří nikdy netrpěli třesem **(39)**.

#### **1.4.4.2 Rigidita**

*Rigidita* je zvýšený svalový tonus, projevující se konstantně v celém rozsahu aktivně i pasivně prováděného pohybu jako zvýšená, plastická rezistence. Bývá přítomna již v počátečních stádiích Parkinsonovy nemoci, přestože si ji pacienti mnohdy ani neuvědomují. Je patrná spíše v axiálním svalstvu, kde se dá poměrně špatně zhodnotit (37). I tento příznak začíná většinou asymetricky. Často právě příznak svalové ztuhlosti přivádí pacienty poprvé k lékaři. Pacienti udávají pocity přeleželé, strnulé šíje, ztuhlého ramene, obtížně dovádí pohyb do krajních poloh. Mohou také napadat na jednu končetinu, kulhat pro ztuhlost a bolest (36).

Rigidita postihuje více flexorové než extenzorové svalstvo, což má mimo jiné za následek typické flexní držení šíje, trupu a končetin. V pokročilejších stádiích pacienta stojí každý pohyb více námahy, má pocit, že mu tělo klade při pohybech odpor. V pozdních stádiích se ztuhlost projeví i na mezižeberním svalstvu, což spolu s *bradykinezí* a *hypokinezí* (viz další kapitolu) způsobí omezení respiračních pohybů (37).

#### **1.4.4.3 Bradykineze, hypokineze, akineze**

*Bradykineze* je pohybové zpomalení, *hypokineze* představuje zmenšení rozsahu pohybů, *akinezí* se označuje neschopnost započít pohyb (37). Tyto projevy jsou nezávislé na míře svalové ztuhlosti, projevují se ztrátou či snížením schopnosti především započít pohyb, např. vyrazit ze stoje do chůze. Také takzvané automatické pohyby (např. souhyb horních končetin při chůzi) jsou omezeny, sníženy (36). Tyto příznaky se podobně jako tremor a rigidita manifestují asymetricky a v časných stádiích nemoci s maximem na akrech. Celá jemná motorika ruky je tak zpomalená a nevýkonná: oblékání trvá dlouho a pacient má obtíže či nedokáže zpínat knoflíky, uvázat si kravatu, navléknout si ponožky, zavázat tkaničky, nasoukat ruku do rukávu. Psaní mu trvá delší dobu, písmo je hůře čitelné. Obtížnou se stává i manipulace s přístrojem (37). Zhoršuje se také schopnost samostatného přetáčení pacienta na lůžku, proto se stává spánek méně

kvalitním. Nemocní tak proto někdy budí své partnery, aby jim s přetočením pomohli (36).

K těmto příznakům navíc typicky přistupuje neschopnost či alespoň obtíže při provádění více sdružených pohybů najednou. Pacienti s Parkinsonovou chorobou mívají často potíž v průběhu chůze si vytáhnout kapesník a vysmrkat se, při vstávání ze židle podat ruku osobě na přivítanou atd. Tyto obtíže mohou nepříjemně komplikovat výkon mnoha činností (37). Obvyklými hypokinetickými projevy jsou též zmenšení písma (*mikrografie*), maskovitý výraz obličeje (*hypomimie*) a tichá monotónní nemelodická řeč (*aprozodie, hypofonie*) (24). Porucha řeči (*dysartrie*) se vyskytuje u většiny pacientů. Je to především ztišení hlasu a nedostatečná melodičnost. Rychlost řeči je často zpomalena, ale někteří nemocní trpí v určitých okamžicích i zrychleným tokem drmolivé řeči, což vede k naprosté nesrozumitelnosti (36).

#### ***1.4.4.4 Posturální nestabilita a poruchy chůze***

Tyto symptomy společně s bradykinezí, akinezí a hypokinezí jsou zodpovědné za závažná funkční omezení pacientů s PN a mohou vést ke ztrátě soběstačnosti (37).

Flekční držení trupu a šouravá chůze drobnými kroky jsou nápadné, takřka patognomické projevy PN (39). Mnoho pacientů uvádí, že při chůzi či ve stoji, zvláště v předklonu mají pocit tahu dopředu (*propulze*) či dozadu (*retropulze*), který vychyluje těžiště těla (36). Poruchy rovnováhy ve stoji a pulze při chůzi, vedoucí až k pádům, významně omezují funkční schopnosti pacienta zvláště v pozdních stádiích nemoci. Na startu chůze se objevuje *hesitace* (pacient podupává na místě, ale není schopen vykročit), v průběhu chůze pak může docházet k *festinaci* (zrychlování a zkracování kroků) (39). Typickým projevem PN je také *freezing*, což je náhlé přerušování pohybu, zejména ve zúženém prostoru, před překážkou apod. Dále se setkáváme s pomalými nejistými otočkami, při kterých může dojít ke ztrátě rovnováhy a k pádu (37).



#### **1.4.4.5 Jiné příznaky**

Mimo výše uvedené hlavní příznaky se u Parkinsonovy nemoci v různé míře vyskytuje postižení vegetativního nervstva. Z vegetativních poruch bývá od časných stadií vyjádřena mastná šupinatá kůže v obličeji a kštici (*seborrhoea*). Další vegetativní poruchy se vyskytují v pozdních stadiích nemoci: poruchy polykání a trávení, hypersalivace, zvýšené pocení, ortostatická hypotenze, mikční a sexuální poruchy (24). Lidé s Parkinsonovou nemocí mívají často sklony k obstipaci, která je do jisté míry sužuje. Dále se mohou objevit potíže s močením a to buď v podobě nykturie nebo polakisurie. Příčinou je porucha nervosvalového ovládní močového měchýře (32).

Dále pacienti trápí psychické změny, z nichž bývá nejčastěji přítomna deprese, kterou prodělá v průběhu onemocnění nejméně 50 % pacientů, a to jako jeden z počátečních příznaků nebo kdykoli v průběhu onemocnění. Dalším příznakem jsou poruchy kognitivních funkcí, které mohou asi u 20 % nemocných po letech přerůst v globální kognitivní deficit dosahující až demence (24). Stavby zmatenosti či výslovné psychotické projevy bývají u nemocných téměř pravidelným vedlejším efektem antiparkinsonské léčby (37).

Kognitivní poruchy jsou problémem zdravotním i sociálním. Okolí nemocného by mělo znát situace, ve kterých nemocný zpravidla selhává, a mělo by se snažit pomoci mu v jejich překonání. Z léčebného hlediska není známa strategie, která by vzniku kognitivního deficitu mohla zabránit nebo by jeho rozvoj zpomalila (37).

Důležité je vědět, že jak povaha, tak intenzita obtíží mohou být výrazně odlišné u různých pacientů. Obvykle nebývají vyjádřeny všechny příznaky najednou (13).

#### **1.4.5 Časový rozvoj Parkinsonovy nemoci**

Vývoj nemoci je individuální a závisí na celé řadě faktorů, z nichž je jen část známá a ještě menší část se dá ovlivnit. Po tom, co byla v sedmdesátých letech 20. století uvedena do praxe léčba levodopou, se obraz Parkinsonovy nemoci a způsob jejího rozvoje zásadně změnil (36).

#### ***1.4.5.1 Počáteční stadium nemoci***

Onemocnění se obvykle rozvíjí pomalu od počátečních necharakteristických projevů. Teprve po různě dlouhém mezidobí (za několik měsíců) se objeví výše zmíněné typické příznaky Parkinsonovy nemoci (třes ruky nebo nohy v klidové poloze, svalová ztuhlost, pohybová chudost často zpočátku na jedné končetině nebo polovině těla). V tomto období již dochází k rozpoznání diagnózy. Příznaky nemoci se během následujících měsíců až let objeví i na druhostranných končetinách **(36)**. Během prvních 3-5 let, kdy je pacient již léčen, prožívá tzv. „lábánky“ s L-DOPA (viz kap. 1.4.7 Léčba PN), postupem času s progresí choroby se dávkování léků musí zvyšovat **(33)**.

#### ***1.4.5.2 Rozvinutá nemoc***

S postupem času bývá většinou nutné postupně zvyšovat dávky léků, aby se udržel jejich dobrý účinek na hybnost. Po různě dlouhé době 5 – 8 let se odpověď na léčbu začne měnit a začnou se objevovat tzv. pozdní komplikace – přechodné výpadky hybnosti a mimovolní pohyby **(36)**. Kromě hybných poruch vznikají v důsledku léčby také psychické problémy. Tyto komplikace jsou po 5 letech přítomny u více než 50 % pacientů **(33)**. Přestože se na těchto potížích spolupodílí léčba, hlavním faktorem jejich vzniku je postup základního onemocnění. Nemá proto smysl oddalovat racionálně vedenou léčbu nebo neužívat dostatečné dávky. Tyto komplikace by v daném stadiu rozvoje nemoci vznikly tak jako tak **(36)**.

#### ***1.4.5.3 Pozdní stadium nemoci***

Později dochází k dalšímu zhoršení základních příznaků a k rozvoji jiných projevů nemoci a to s individuálně velmi rozdílnou rychlostí. Obraz nemoci stále značně modifikuje léčba. U některých nemocných může dojít k rozvoji nejtěžších projevů, které se obtížně ovlivňují léčbou. Mezi ně patří zhoršení stability stoje a poruch chůze, jež mohou vést k pádům a ohrozit tak život pacienta **(36)**. Mezi pozdní hybné komplikace léčby patří zejména fluktuace, což značí střídání period zlepšení a zhoršení parkinsonské symptomatiky. Dělí se na:

- Akineze na konci dávky (wearing off, end-of-dose akinesia);
- Ranní akineze (morning akinesia);
- „on-off“ oscilace: náhlé nepředvídatelné „on-off“ stavy;
- freezing (jen částečně souvisí s léčbou, jde o projev progresu nemoci **(33)**).

Vývoj hybných, vegetativních a případně i psychických pozdních komplikací může v nejtěžších případech výrazně omezovat funkční soběstačnost pacienta **(36)**. Proto je důležité při každé kontrole u lékaře pečlivě odebrat anamnézu a aktivně se pacienta ptát na obtíže, výše zmíněné pozdní komplikace mohou výrazně ovlivnit kvalitu života **(33)**.

#### ***1.4.6 Onemocnění podobná Parkinsonově nemoci***

Dle Rotha a Kaňovského trpí určitá část pacientů (asi 20% z celkového počtu) sekundárními parkinsonskými syndromy. Jedná se o onemocnění, která svými příznaky napodobují projevy Parkinsonovy nemoci, ale pouze do určité míry. Ve skutečnosti se léčí jinak a mají i jinou prognózu. Tato skupina extrapyramidových chorob je příznačná difuznějším, rozsáhlejším postižením celých bazálních ganglií, oproti Parkinsonově nemoci **(36)**. Jedná se zejména o tato onemocnění:

- *Polékový parkinsonský syndrom* vzniká především při podávání takzvaných typických neuroleptik a jim příbuzných látek (léky k léčbě závažných duševních onemocnění). Tyto léky mohou nejen vyvolat obtíže podobné Parkinsonově nemoci, ale u nemocných Parkinsonovou nemocí mohou příznaky zhoršit. Je proto nutné, aby nejen lékař, ale i pacient znali léky, které by neměli nemocní s PN užívat **(36)**.
- *Cévní případně aterosklerotický parkinsonský syndrom* je poměrně častá diagnóza u velkého množství starších osob, především po 70. roce života. V této době je nutné rozlišit Parkinsonovu nemoc od parkinsonského syndromu, aby mohla být zahájena správná léčba **(37)**.
- *Progresivní supranukleární obrna* se projevuje (oproti PN) již v prvních letech poruchami stoje a chůze s četnými pády. Poměrně brzy se také rozvíjí demence.

Onemocnění rychle progreduje a vede k nesoběstačnosti. Bohužel nejsou zatím známy žádné možnosti léčby. Onemocnění však není příliš časté (36).

- *Multisystémová atrofie* je vzácné onemocnění s velkou variabilitou příznaků. Mohou se kromě typických parkinsonských příznaků vyskytovat těžké poruchy močení, poklesy krevního tlaku, a poruchy potence. U těchto nemocných však není vyjádřena porucha intelektu. Progrese nemoci je rychlá a léčebné možnosti mizivé (36).
- *Esenciální tremor* je snad nejčastějším onemocněním postihujícím bazální ganglia. Třes je však na rozdíl od PN rychlejší, statický i pohybový často se vyskytuje na hlavě, příp. i na hlasivkách. Typické je pro toto onemocnění krátkodobé ustoupení příznaků po požití malého množství alkoholu (36).

#### **1.4.7 Diagnostika Parkinsonovy nemoci**

Navzdory častému výskytu a většinou typickému obrazu onemocnění se v diagnóze mnohdy chybuje a pacientům se pak nedostává adekvátní léčby, která by mohla podstatně zlepšit jejich stav. Chybná diagnóza může však také vést ke zbytečné preskripci nákladných léků, které mohou vyvolávat nežádoucí účinky (39).

Diagnostický postup nejprve vyžaduje rozpoznání jednotlivých „kardinálních“ příznaků nemoci - hypokineze, třes, rigidita, posturální poruchy, případně dalších jiných příznaků. (viz kap. 1.4.4). Tyto příznaky se skládají do parkinsonského syndromu, který však kromě Parkinsonovy nemoci může být způsoben i řadou dalších příčin (37).

K diferenciální diagnostice Parkinsonovy nemoci slouží následující charakteristika:

Typické rysy Parkinsonovy nemoci:

1. jde o pozvolna, pomalu se zhoršující onemocnění
2. jsou přítomny nejméně dva ze tří hlavních příznaků:
  - tremor
  - rigidita
  - hypokineze
3. jsou přítomny nejméně dva ze tří vedlejších příznaků:

- hybné zlepšení po léčbě levodopou
  - asymetrie příznaků v době vyšetření či v počátku nemoci
  - třes jako první projev onemocnění
4. nejsou přítomny další příznaky svědčící pro jiné onemocnění
  5. není známa jiná vyvolávající příčina

Příznaky zpochybňující Parkinsonovu nemoc:

1. Při léčbě levodopou či agonisty dopaminu v dostatečné dávce po dostatečně dlouhou dobu se stav hybnosti nezlepšil.
2. U nemocného se vyskytly časté pády již v prvních 3-5 letech nemoci.
3. U nemocného se objevila těžká porucha paměti, orientace, chování již v prvních 3 - 5 letech nemoci.
4. U nemocného se projevila těžká porucha řeči již v prvních 3 - 5 letech.
5. Nemocný užívá neuroleptika (k léčbě některých duševních onemocnění)
6. U nemocného se projevíly mimovoní kroutivé či škubavé poruchy končetin, které vznikly nezávisle na léčbě.
7. U nemocného jsou přítomny některé další projevy, které lze posoudit pouze lékařským vyšetřením a které nepatří do obrazu Parkinsonovy nemoci **(36)**.

#### ***1.4.8 Léčba Parkinsonovy nemoci***

Ačkoli dosud není znám léčebný postup, který by onemocnění vyléčil nebo alespoň zastavil jeho progresi, je možné účinně a dlouhodobě potlačovat jednotlivé příznaky nemoci a zmírňovat její dopady na každodenní život pacienta **(36)**.

K optimálnímu léčení nestačí pouze užívat léky. Úspěšnější je taková léčba, která kombinuje užívání léků s dalšími postupy, jako jsou režimová opatření, rehabilitace, cvičení a pohybová reedukace. Důležitý je také přístup nemocného. Pacient nesmí pasivně spoléhat pouze na pomoc lékaře a užívání léků. Velmi důležitá je vlastní vůle k pravidelnému pohybu, cvičení, k aktivnímu překonání obtíží, hledání náhradních způsobů řešení při zdravotních komplikacích života **(36)**.

#### **1.4.8.1 Farmakologická léčba**

Ve farmakoterapii Parkinsonovy nemoci se uplatňují především symptomatické postupy, jimiž se potlačují příznaky onemocnění (37).

Léky pro léčbu Parkinsonovy nemoci se nazývají *antiparkinsonika*. Mezi základní antiparkinsonika, která nahrazují chybějící dopamin patří:

- Levodopa
- Agonisté dopaminu.

Nejčastěji se užívá levodopa. Její podání upravuje množství dopaminu v substantia nigra (3). Levodopa tak potlačuje základní příznaky onemocnění: tremor, bradykinezi, hypokinezi a rigiditu. Nepůsobí však na všechny příznaky stejně, některé příznaky nemusí na léčbu odpovídat vůbec. Jedná se o bezpečný lék, který pacienti celkem dobře snášejí. Jedinou překážkou v podávání může být glaukom s uzavřeným úhlem, proto je nutné, aby nemocný nejprve absolvoval oční vyšetření (36). Při déletrvajícím užívání se snižuje účinnost levodopy a mohou se objevit nežádoucí účinky - nauzea, zvracení, zácpa, halucinace, deprese, delirantní stavy, neklid a euforie (3).

Další skupinou léků jsou léky přídatné, které mění metabolismus levodopy a dopaminu, nebo působí na jiné systémy nervových přenašečů. Některé z nich například působí blokádu enzymů, které odbourávají v mozku dopamin. Na některé však není stanovena náhrada zdravotními pojišťovnami, a nejsou proto v ČR dostupné (36).

Poslední skupinou jsou léky, které ovlivňují vedlejší příznaky a komplikace Parkinsonovy nemoci. Patří sem např. antidepressiva, anxiolytika a sedativa (léky tlumící úzkost a strach), neuroleptika (zejm. atypická) (36).

#### **1.4.8.2 Neurochirurgická léčba**

K chirurgickému zákroku jsou indikováni nemocní, u kterých nebylo dosaženo léčebného efektu medikamentózní léčbou, nebo tato léčba není tolerována pro výrazné nežádoucí účinky (34). Podstatou neurochirurgické léčby je zmírnění patologicky zvýšené aktivity či naopak obnovení činnosti utlumených jader bazálních ganglií. Ovšem ne každý z příznaků nemoci je možno chirurgicky ovlivnit (36).

### **Stereotaktická léze**

Spočívá v zavedení elektrody do příslušných částí bazálních ganglií. Vysokofrekvenčním ohřátím se kolem konce elektrody poruší odpovídající oksek bazálních ganglií. Lze ji použít spíše jednostranně pro riziko poškození některých, částí mozku. Lze jí ovlivnit tremor, rigidita, bradykineze a polékové komplikace – dyskineze (36).

### **Hluboká mozková stimulace**

Do příslušného jádra bazálních ganglií je zavedena elektroda vysílající nízkonapěťový signál o frekvenci nad 100 Hz. Signál vzniká ve stimulatoru, který je uložen v podkoží hrudní krajiny (podobně jako kardiostimulátor). Příznivé efekty léčby mohou navrátit klienta s těžkým postižením do běžného života (36).

#### ***1.4.8.3 Nové postupy v léčbě***

V současné době probíhá několik studií v rámci klinického zkoušení léků. Dále se zdokonalují stimulatory pro hlubokou mozkovou stimulaci, zvažuje se i zavádění stimulace v dřívějších stadiích onemocnění. Celkem dobré jsou také zkušenosti s neurotransplantační léčbou. Zkoumá se také metoda transplantací kmenových buněk. Genová terapie je další zkoumanou metodou, ovšem zatím jen na pokusných zvířatech (36).

### ***1.5 Parkinsonova nemoc a některá specifika***

#### ***Parkinsonova nemoc a věk***

Průměrný věk počátku Parkinsonovy choroby je 57 let (18). Jedná se tedy o onemocnění staršího věku (38). Z populace starší 60 let trpí Parkinsonovou nemocí celé 1 %. Nijak vzácný není ovšem ani výskyt PN u klientů před 40. rokem věku (asi 10 % všech případů). Ve vyšších věkových skupinách, zejména po 70. roce věku je výskyt Parkinsonovy nemoci srovnatelný s časným výskytem (opět asi 10 % z celkového počtu) (36).

## ***Parkinsonova nemoc a změny psychiky***

- *Deprese* – dle Růžičky (37) prožije nejméně 50 % nemocných v průběhu onemocnění období deprese. Je to nejčastější psychiatrický projev provázející Parkinsonovu nemoc. Může se objevit jako jeden z počátečních příznaků onemocnění, nebo nastoupí až v těžších stádiích onemocnění. U většiny pacientů se jedná o lehčí depresivní symptomy, ale u menší části z nich (asi 10 %) obtíže dosáhnou těžkého stupně velké deprese včetně sebevražedných tendencí. Dle Rotha (30) je depresi nutno léčit antidepresivy, ovšem je třeba počítat s tím, že se účinek těchto farmak dostaví až za 3 – 6 týdnů.
- *Úzkost* – je obecným průvodním jevem každého chronického onemocnění. Obvykle doprovází depresi. U klientů s těžkými fluktuacemi hybnosti se v „off“ stavech objevuje akutní epizodická úzkost, která ustupuje zároveň se zlepšením hybnosti po podání léků (37).
- *Demence* – Prevalence demence se u Parkinsonovy nemoci projevuje dle Růžičky (37) mezi 10 % a 20 %. Postupuje mnohem pomaleji než demence u Alzheimerovy choroby. Nápadná je celková zpomalenost psychických procesů, apatie, sklony k depresím. Pomalu také postupuje i porucha kognitivních funkcí, snižuje se koncentrace pozornosti, člověk stále více váhá v myšlení a řeči (9). Bývají také často postiženy tzv. exekutivní funkce zajišťující plánovitou činnost, poměrně málo bývá postižena paměť (37).

## ***1.6 Organizace zabývající se Parkinsonovou nemocí***

### ***1.6.1 Společnost Parkinson***

Jedná se o neziskovou, občanskou humanitární organizaci. Společnost byla založena v roce 1994. Společnost sídlí v hlavním městě, ale má po republice své pobočky – Kluby. V klubech se mohou nejen nemocní bezplatně zaregistrovat. Pro klienty jsou pak pořádána cvičení, plavání, logoterapie, přednášky a besedy, výlety, vycházky a kulturní akce. Společnost zajišťuje a organizuje 14ti denní pobytové rekondiční zájezdy, kterých se účastní vyškolení odborníci. Pobyty jsou zaměřeny nejen na pohybové aktivity, ale i



na zlepšení psychického stavu, na utváření vztahů a spolupráce mezi jednotlivými klienty. Dále se těchto pobytů účastní i specialisté v oboru neurologie, kteří pořádají pro klienty různé besedy a přednášky. Společnost také vydává časopis Parkinson, který je určen nejen pro nemocné, ale také pro odborníky v dané oblasti, případně o zájemce (47).

Společnost dále pořádá různé akce. U příležitosti Světového dne Parkinsonovy nemoci (11. duben) se snaží Společnost zviditelnit kulturními a osvětovými akcemi tvořícími jednotlivé stupně programu „33 stupňů pro Parkinsonovu nemoc“, jehož cílem je zlepšení obecného povědomí o nemoci a životě s ní. Již tradičně pořádá Společnost benefiční výroční koncerty v Praze a další lokální prezentace. Akce sportovně společenské jsou přínosné pro účastníky, ale snaží se i poukázat na situaci těch klientů, kteří již zápasí se samoobsluhou či hledají péči bližních. V roce 2008 i 2009 se konal výstup parkinsoniků na horu Říp (17).

Společnost Parkinson je členem Národní rady pro zdravotně postižené. Garantem jí jsou odborníci z oboru neurologie, spolupracuje také s rehabilitačními zařízeními, Ministerstvem práce a sociálních věcí, Ministerstvem zdravotnictví a dalšími nevládními organizacemi. Společnost je také členem EPDA, Evropské asociace zdravotně postižených (47).

### ***1.6.2 Evropská asociace společností pro Parkinsonovu nemoc***

European Parkinson's Disease Association (dále EPDA) je nezisková, nepolitická organizace, která se věnuje péči o pacienty s Parkinsonovou chorobou. Její činnost je podporována orgány Evropské unie. EPDA podporuje nutnost multidisciplinární péče a holistického přístupu k člověku. Společnost také vydává časopis EPDA focus, pořádá mezinárodní konference, podporuje samostatné aktivity mladých pacientů, u kterých vznikla nemoc před 40. rokem života. Úzce spolupracuje se Světovou zdravotnickou organizací (2). V roce 1997 byla přijata Světová deklarace o Parkinsonově nemoci v Ženevě (příloha č. 5).

### 1.7 „Ucelená“ rehabilitace

Jedná se o současné pojetí rehabilitace, která již není chápána natolik stavovsky, tedy jako výhradně zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, který zahrnuje péči nejen zdravotnickou, ale také sociálně právní a pedagogicko psychologickou a právní (14).

Pojem ucelená rehabilitace je překladem anglického termínu *Comprehensive rehabilitation*. O ucelené rehabilitaci mluvíme tehdy, jestliže důsledky nemoci či postižení nemohou být řešeny čistě zdravotnickými prostředky a stav je trvalý nebo dlouhodobý, tedy nemoc či postižení není možné léčbou plně odstranit (43).

Světová zdravotnická organizace (WHO) stanovila v r. 1969 definici rehabilitace následovně: Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jednotlivce (jedince) k nejvyšší možné funkční schopnosti. Tato definice se později rozšířila: Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, překážek způsobených zdravotním stavem a usiluje o společenské začlenění postiženého jedince. V roce 1994 pak uvádí WHO (v publikaci Rehabilitace opřená o komunitu) rehabilitaci jako: proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti (15).

Z těchto definic jasně vyplývá, že již označení samo o sobě by mělo být bráno jako rehabilitace ucelená (43).

Aby byla rehabilitace ucelená, musí se definice skládat z několika (nejméně ze dvou) složek, jejichž provádění musí být vzájemně propojeno (koordinováno). Obvykle je první etapou rehabilitace léčebná, kterou zajišťují zdravotníci svými prostředky a ve zdravotnických zařízeních. Rehabilitace sociální pak bezprostředně navazuje na léčebnou část, protože každý jedinec má již od narození sociální vazby a do společnosti se opět vrací, pokud mu k tomu vytvoříme předpoklady. Rehabilitace pracovní, tedy příprava na pracovní uplatnění a vlastní zařazení do pracovního procesu, se týká především osob v produktivním věku. U dětí a mládeže se zdravotním postižením je velmi důležitá rehabilitace pedagogická (43). Ucelenost v rehabilitaci

znamená především včasnost, návaznost jednotlivých složek rehabilitace (léčebné, sociální, pedagogické a pracovní) na sebe a také komplexnost. Ucelené provádění rehabilitace je důležité nejen pro osobu se zdravotním postižením, ale ve svém důsledku efektivní i pro stát a celou společnost. Působení ucelené rehabilitace musí mít meziresortní charakter, což znamená, že její činnost a její výsledky budou mít dopad do oblasti sociální, zdravotní a do jiných oblastí (15).

Parkinsonova nemoc patří mezi chronická onemocnění, která mohou vést k těžkému tělesnému, později i psychickému postižení. Cíle rehabilitace je tedy nutno měnit podle postupu nemoci. Nejdůležitější je co nejdříve udržení dobrého funkčního stavu, soběstačnosti v domácím prostředí a dle možnosti co nejdříve také umožnit zaměstnání (43).

### ***1.7.1 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností***

V roce 1980 vydala WHO pokusnou klasifikaci *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, která byla do češtiny přeložena jako Mezinárodní klasifikace poruch, disability a handicapů. Ta byla po letech úprav v r. 2001 schválena shromážděním Světové zdravotnické organizace. Název klasifikace se změnil v pozitivním smyslu na Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). (*International Classification of Functioning Disability and Health - ICF*) (43).

Tato poslední a definitivní verze hodnotí především funkční schopnost, kterou daný jedinec má při různých poruchách tělesných funkcí a struktur, které se projevují sníženou aktivitou některých činností nebo plnění úkolů na úrovni individua. Hodnotí ale ostatní orgány a funkce neporušené a tím i aktivity, které jsou projevem zdravé části organismu. MKF zdůrazňuje, že nehodnotí člověka jako takového, ale situace, ve kterých se nachází a které mohou být omezující (disabling), ve kterých je člověk omezen (disabled), ale jinak je zdravý. To vše závisí valnou měrou na faktoru prostředí, které může danou situaci vytvářet jako bariérovou nebo facilitující (15).

Do rehabilitace tak byly zavedeny nové pojmy, zejména pojem impairment, activity a participation. *Impairment* (porucha) označuje strukturální nebo funkční

poruchu, na úrovni orgánu nebo na úrovni orgánové soustavy. Jedině takováto porucha struktury či funkce nemusí nijak obtěžovat, může se však projevit při výkonu některých činností. Termín *activity* (*aktivita, schopnost*) určuje podstatu a rozsah konkrétního výkonu člověka. Omezení aktivity vzniká jako následek poruchy orgánu či orgánových soustav. Aktivita může být limitována ve své podstatě, trvání a kvalitě. *Participation* (*participace*) jako zapojení do života v různých situacích. Do participace se mohou promítnout obtíže na úrovni orgánů, aktivit (*disability*) a zdraví, a také faktory prostředí a společnosti. ICF klasifikace je klasifikace zdraví a zdraví určujících dominant **(15)**.

Pfeiffer a Švestková uvádějí, že MKF nehodnotí člověka, aby ho nějak označila, podobně jako MKN, ale hodnotí omezující (*disabilní*) situace ve kterých se nachází a ty se pokouší řešit. Dále se klasifikace snaží zjistit statistické údaje o problémech, které občany omezují. Kdy a kde se vyskytují (*frekvence a prevalence*), a ty pak systematicky odstraňuje. Snaží se zavést společnou řeč, společnou terminologii, která je při globalizujícím se světě nepostradatelná - a zvláště v EU. Proto je kladen tak velký důraz na definice pojmů. Klasifikace pomáhá při funkčním hodnocení stavu občanů při pomoci začlenit se do aktivního života především do pracovního procesu, eventuálně školy, a dosáhnout optimální kvality života **(31)**.

MKF má dvě části, každou se dvěma komponentami:

- Část 1 : Funkční schopnost a disabilita
  - a) Tělesné funkce a struktury
  - b) Aktivity a participace
- Část 2: Spolupůsobící faktory
  - a) Faktory prostředí
  - b) Osobní faktory

Každá komponenta může být vyjádřena jak z pozitivního, tak z negativního hlediska. Každá komponenta se dále skládá z různých domén a uvnitř každé domény z kategorií, které jsou jednotkami klasifikace. Zdraví a ke zdraví se vztahující stavy člověka jsou zaznamenány vyčleněním kódu příslušných kategorií a přidáním kvalifikátorů, numerických kódů. Ty pak upřesňují rozsah nebo velikost výkonu nebo zdravotního

postižení v dané kategorii, nebo rozsah příslušného vlivu faktoru prostředí, které je buď facilitující (usnadňující) nebo bariérové (omezující) (29).

### ***1.7.2 Prostředky léčebné rehabilitace***

Léčebné prostředky rehabilitace, jako významná složka rehabilitace „ucelené“, jsou zaměřeny jednak na odstranění zdravotních postižení a funkčních poruch a dále na eliminaci následků zdravotního postižení, včetně jeho sociální dimenze (16).

Léčebnou rehabilitaci můžeme rozdělit na vertikální, která vede k obnovení původního stavu organismu a horizontální, která je dlouhodobá a řeší problematiku poškození majících závažný a chronický charakter. Léčebná rehabilitace se tedy prolíná s vlastním léčením, v důsledku čehož mezi nimi nelze stanovit přesné hranice. V rámci léčebné rehabilitace se můžeme setkat s prvky psychoterapie (psychorehabilitace), arteterapie, muzikoterapie, logoterapie atp. Tyto aktivity mají interdisciplinární charakter (15).

Léčebná rehabilitace Parkinsonovi nemoci může výrazně zlepšit kvalitu života pacientů a může také zvýšit efektivnost vynaložených prostředků na farmakoterapii. Takto mohou lékaři a terapeuti působit na klienta nejen na úrovni motoriky, ale i psychiky (35).

Následně rozdělím prvky léčebné rehabilitace vzhledem k Parkinsonově nemoci:

### ***Fyzioterapie***

Fyzioterapie se zabývá pohybem léčbou pohybového ústrojí. Jejím cílem je zvětšení svalové síly, zvětšení rozsahu pohybu v jednotlivých kloubech, zlepšení koordinace a plynulosti pohybu např. chůze, jemné motoriky ruky, celkové zlepšení kondice, aby pacient zvládl přiměřenou zátěž kardiovaskulárního systému, která odpovídá jeho věku. Aby fyzioterapeut věděl, zda v průběhu rehabilitace dochází ke zlepšení fyzického stavu klienta, používá řadu testů a vyšetřovacích metod na začátku a v průběhu terapie a zároveň bere ohled na subjektivní vnímání stavu pacienta (44). Specifikem fyzioterapie u Parkinsonovy nemoci je zaměření se na základní příznaky tohoto onemocnění: hypokineze, rigidita, poruchy postury, rovnováhu při stojí

a chůzi, freezing a hesitace (35). Fyzioterapeut má k dispozici některé standardizované vyšetřovací testy, kterými může zhodnotit funkční postižení pacienta, svalovou sílu, stupeň rigidity apod. Pro běžnou praxi je vhodné použít hodnocení podle Hoehna a Yahra (příloha č.3 ). (41).

### Fyzikální terapie

U Parkinsonovy nemoci je vhodná masáž šíjových svalů třením, hnětením, lehkým poklepáváním. Masáž zpravidla odstraní bolest hlavy, kterou pacienti často trpí (z flekčního postavení hlavy). Celkově relaxačně působí také tření horní části zad až pod lopatky (kartáčem nebo dlaní). Důležité je též uvolnění a facilitace mimického svalstva (41).

### Dechová gymnastika

Patologické držení těla a zejména hrudníku, rigidita svalů v hrudní oblasti, hrudní kyfóza a zkrácení svalů v oblasti pletence ramenního způsobuje dechové potíže pacientů. Zvýšené pružnosti hrudníku a větší dechové kapacity je dosaženo pomocí dynamického dechového cvičení. Samozřejmě je nutné působit na tuto oblast i měkkými technikami. Sníží se tak i riziko obstrukční plicní nemoci, kterou jsou někteří pacienti s Parkinsonovou nemocí ohroženi (35).

### Léčebná tělesná výchova

#### *Klient se středně těžkým postižením*

Nejprve cvičí pacient s terapeutem individuálně. Poté, když je instruován, může se účastnit skupinového cvičení. V každé skupině jsou pacienti se stejnou (podobnou) mírou postižení, se stejnými (podobnými) klinickými příznaky, aby bylo možné udržet určité tempo a kvalitu cvičební jednotky. Z tohoto hlediska si lze rozdělit parkinsoniky na 3 skupiny:

1. Nemocní, u kterých převládá rigidita. Cviky jsou pak švihové, zaměřené na procvičení extenze a abdukce končetin a na vzpřímené držení těla. Vedení klientů musí být důrazné a energické (příloha č.4).

2. Nemocní, u kterých převládá malá svalová výkonnost. Cviky jsou pak zaměřeny na jednotlivé segmenty, jsou však obdobné jako u 1. skupiny. Je vhodný spíše individuální přístup.
3. Nemocní, u nichž převládá třes. Přístup by měl být čistě individuální. Lze poradit některé triky, které zmírňují třes, např. sednout si na ruce, zatížit paži apod. (41).

Důležité je mít na mysli, že akinezi lze překonávat rytmickými pohyby, zejména pustíme-li klientům ke cvičení hudbu, nebo udáváme-li alespoň rytmus. U pacientů dále využijeme prvky z jógy (42), případně tai-chi (35).

#### *Klient s těžkým postižením*

Ve stadiu pokročilé nemoci, kdy pacient není schopen prakticky žádného pohybu, se provádí cviky pasivně. Je nutné proto instruovat rodinu nemocného, jak správně cviky provádět. Terapeut by měl vysvětlit příbuzným, že je třeba trpělivosti. Klient potřebuje více času, aby některý úkon provedl. Rodina by neměla nemocného pokládat za líného a deprimovat jej hubováním (41).

Úkolem fyzioterapeuta je též instruovat klienta, jak zaujmout správné držení těla, zejména trénink u žebřin nebo u zdi, kdy se pacient rovně opře a uvědomí si všechny části svého těla. Dále je nutný nácvik chůze, a to jak s pomůckami, tak bez nich. Pakliže nemůže klient vykročit, je vhodné nastavit mu nějakou překážku, aby ji překročil, případně mu doporučíme hůl se speciálním nástavcem, který může překročit (41).

#### *Logoterapie*

U Parkinsonovy nemoci se vyskytuje porucha hlasu. Řeč má monotónní melodii, je tichá a má setřelou výslovnost. V rámci PN se tento typ poruchy řeči vyskytuje u 70-80 % nemocných. Existuje celá řada individuálních možností, které faktory mohou ovlivnit stav řeči. Mezi nejčastější patří:

- aktuální hybný stav, únava, fluktuace „on-off“ stavu
- aktuální psychický stav (deprese zvýrazní dysartrické projevy)
- medikace a řada efektů s ní spojených
- denní doba (někteří pacienti se během dne „rozmluví“, jiní jsou naopak už unavení)

Je tedy zřejmé, že určité kolísání hlasové síly a srozumitelnosti je pro lidi s PN běžné. Okolí si však takovéto situace často vykládá tak, že pacient mluví záměrně méně srozumitelně, že mu na jeho řečovém projevu nezáleží **(40)**.

Dysartrie se projevuje ve třech základních oblastech:

1. *Faciokineze* je pohyblivost svalstva odpovídající za mimiku, výslovnost, žvýkání a polykání.
2. *Fonorespirace* značí koordinaci dechu a hlasu.
3. *Fonetika* je zvuková stránka řeči. Patří sem melodie a intonace řeči, přízvuk a důraz, tempo řeči a umístění pauz do řečového projevu.

Pro každou oblast, která je u PN narušena má logoped speciální diagnostiku a terapii. Pokud je porušen i hlas, přichází v úvahu i foniatr **(40)**.

Na webových stránkách je také možnost najít seznam klinických logopedů, kteří jsou nejbližší bydlišti pacienta **(4)**.

Dalším problémem PN spadajícím do kompetence logopeda je porucha polykání. Někdy mohou být dokonce tyto obtíže jedním z prvních příznaků. Diagnostikou a terapií poruch se kromě logopeda zabývá celý tým odborníků (neurolog, radiolog, nutriční specialista, gastroenterolog a ORL specialista). Obtíže s polykáním by měl pacient oznámit svému neurologovi, který může změnou medikace obtíže zmírnit, pokud však obtíže přetrvávají, nebo se znovu objeví, je nutné zahájit logopedické (příp. i rentgenové, či jiné) vyšetření polykání. Dále pak nemocný absolvuje logopedickou terapii, jejímž cílem je zmírnění nebo pozastavení rozvoje polykacích poruch **(23)**.

### ***Balneoterapie***

Podstatou balneoterapie je působení klimatu s fyzioterapií, metodami fyzikální terapie a s režimovými opatřeními. Klientům s Parkinsonovou nemocí však proplácí pojišťovna



lázeňskou péči jen jedenkrát za rok (35). MUDr. Čapková ve svém příspěvku (22) radí nemocným, jak se také jinak dostat do lázní, a to na jinou diagnózu (bolesti páteře, arthrosa apod.) a zároveň doporučuje rekondiční pobyty pořádané Společností, které dle jejich slov v žádném případě nemají nahrazovat lázně.

### ***Ergoterapie***

Cílem ergoterapie je dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí a tím zvýšení kvality jejich života. Ergoterapeuti se snaží co nejdéle zachovat soběstačnost v ADL (z angl. Activities of Daily Living - běžné denní činnosti) s maximálním využitím všech kompenzačních pomůcek (19). Při hodnocení výkonu v ADL mluvíme o tzv. *personálních ADL*, kam řadíme jednodušší běžné denní činnosti jako např. oblékání, osobní hygienu, přesuny v koupelně, sebesycení, a o *instrumentálních ADL* jako např. nakupování, vaření, telefonování (12).

Ergoterapie by se neměla směřovat s pojmem sociální rehabilitace. Rozvíjí různé pracovní schopnosti člověka s postižením tak, aby mohl být klient začleněn do plnohodnotného života (15).

Ergoterapeut se významně podílí i na ergodiagnostickém vyšetření (analýza pracovních činností a zbytkového pracovního potenciálu) a předpracovní rehabilitaci (tréninku tolerance zátěže, vytrvalosti, nácviku pracovních dovedností apod.). Dále spolupracuje s ostatními odborníky a doporučuje vhodné pracovní a studijní začlenění osob po úraze či nemoci (7).

### ***Animoterapie (hipoterapie a canisterapie)***

*Hipoterapie* vychází z neurofyziologických základů. K těmto účelům využívá koně. Jedná se o propioceptivní neuromuskulární facilitační metodu (15). K základním principům hipoterapie patří sloučení fyzioterapie a psychoterapie, které tak na klienta působí zároveň (43).

*Canisterapie* je terapie prostřednictvím živého psa. Spadají sem jak obecné principy animoterapie, psi s profesionálním výcvikem. Takto vycvičený pes poskytuje osobám se zdravotním postižením zvýšení mobility, nezávislosti a psychické pohody **(43)**.

### ***Arteterapie***

Arteterapie používá umělecké prostředky k realizaci léčebných cílů. Umožňuje tak uvolnění tenzí, rozvíjí kreativitu a navozuje psychickou pohodu **(16)**.

### ***Muzikoterapie***

Do tohoto oboru spadají terapeutické a výchovné metody, které využívají hudby, rytmu, zvuků, tónů, zpěvu, často v návaznosti na pohyb či výtvarnou tvorbu. Používá se jak verbálních, tak neverbálních prostředků. Pomocí zvuků a tónů může muzikoterapeut uvolňovat napětí v různých částech těla **(43)**.

### ***Psychoterapie***

Podle Křivohlavého **(21)** je existence chronického onemocnění faktem, s nímž se ten, kdo nemocí trpí, musí vyrovnávat. U chronicky nemocných lidí lze pozorovat odchylky od chování zdravých lidí. Tyto změny se týkají sféry vnitřního prožívání a sociálního života. V oblasti vnitřního prožívání je ovlivněna kognitivní funkce. Člověk na nemoc často myslí, myšlenky k nemoci směřují zcela samovolně. Chronické onemocnění má vliv na sebepojetí člověka. Jeho identita je postižena nejvíce. Může dojít až k tzv. stavu *non-person*, nebo-li nebytí osobnosti. Člověk má dojem, že byl někým jiným, než došlo k onemocnění a nyní je také někým jiným. Ztrácí nejen osobní kompetenci, ale i vědomí osobní úcty a ceny. Tyto změny lidé přirozeně vnímají velmi těžce.

Základním cílem psychoterapie je znovuoživení integrity osobnosti člověka. Podle Smékala jsou cíle psychoterapie následující: je nutné naučit se s nemocí žít, pomoci člověku rozhodnout se a nést důsledky svého rozhodnutí a pomoci pacientovi najít, co se za symptomem skrývá a uvést to do pohybu **(15)**.

### ***Návaznost na další složky ucelené rehabilitace***

Aby byla léčebná rehabilitace složkou ucelené rehabilitace, musí existovat propojení na další složky a na odborníky odpovědné za tyto další složky **(43)**.

Na oblast *sociální rehabilitace* navazuje hlavně sociální pracovníce, která spolupracuje s místními úřady a pomáhá klientovi získat informace ohledně přiznání dávek na péči, zajištění bytových podmínek, pomůcek apod. Rehabilitační lékař musí dát často podklady pro posudkové lékaře. Ergoterapeuti a fyzioterapeuti pak cvičí klienta v dovednostech, které mu umožní návrat do domova a co největší soběstačnost. **(43)**.

Na oblast *pracovní rehabilitace* navazuje především práce ergoterapeutů (pomáhají s nácvikem pracovních dovedností), sociální pracovníce (jedná s úřady práce a se zaměstnavateli) **(43)**.

Na oblast *pedagogicko-výchovné rehabilitace* navazují speciální pedagogové, psychologové, ergoterapeuté apod. **(43)**.

### ***1.7.3 Sociální prostředky rehabilitace***

Dle Novosada je cílem sociální rehabilitace je existenční, resp. materiální zabezpečení a legislativní ochrana jedince s postižením, jeho začlenění do společnosti, uplatnění osobnostního potenciálu, (re)socializace, zajištění komunitní podpory, sociálních služeb, úpravy místních podmínek **(26)**.

U člověka jako společenské bytosti dochází v rámci lidské společnosti k procesu humanizace, socializace a personalizace. Samozřejmě to platí i o člověku s postižením. Záleží tedy na jeho společenském postavení, na roli, kterou ve společnosti zaujímá, na tom, jak je společností přijímán. Má-li být tento vztah vyvážený, je úkolem rehabilitace, aby byl člověk s postižením jednak schopen přijmout své postižení, nemoc, poruchu, či znevýhodnění a v maximální možné míře se integrovat do společnosti. Tím je zachována optimální kvalita jeho života, což vede k jeho životní spokojenosti (sociálnímu komfortu) **(15)**.

M. Sovák užívá v této souvislosti pojmů *defekt* a *defektivita*. Přidruží-li se totiž k defektu sociální dimenze, pak dochází k nežádoucí defektivitě (člověk je společnosti

na obtíž a je na ní zcela závislý. Rehabilitace tedy musí usilovat o prevenci defektivitu, resp. o to, aby k ní vůbec nedošlo. Člověk je nucen naučit se se svým postižením žít, přijmout jej jako výzvu a být v dobrém slova smyslu asertivní **(15)**.

Sociální prostředky rehabilitace řeší problémy, které platí jednak obecně pro všechny skupiny lidí se zdravotním postižením, ale také specifické problémy podle druhu a stupně postižení. Uplatňuje metodu *reedukace* (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností), *kompensace* (náhrada postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí) a *akceptace* (přijetí života s postižením). Děje se tak v různých institucích (zdravotnická zařízení, domovy sociální péče, neziskové organizace apod.) **(15)**.

Sociální práce s klientem ve zdravotnickém nebo jiném zařízení s pobytem má za úkol zjistit v jakých rodinných poměrech klient žije a zda je možný jeho návrat do domácího prostředí. Důležitým úkolem socioterapeutů je podpora klienta v jeho tíživé situaci. Podporu můžeme rozdělit na poradenskou činnost týkající se všech oblastí života se zdravotním postižením a zprostředkování služeb, které pomohou člověku se vyrovnat s nároky samostatného života **(25)**.

Zákon o sociálních službách definuje sociální rehabilitaci následovně: „Jedná se o soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Poskytuje se formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb“ **(48)**.

Klientům jsou (dle zákona č. 108/2006 Sb.) na základě sociálního šetření a posouzení revizním lékařem Úřadu práce určeny stupně závislosti a následně pak přiznán příspěvek na péči (viz přílohu č. 1). O příspěvek je možné zažádat na obecních úřadech s rozšířenou působností. Příspěvek je vyplácen měsíčně na účet, který uvede žadatel v žádosti **(48)**. Dále mají nemocní podle druhu a stupně postižení nárok na mimořádné výhody I., II., nebo III. stupně (dle vyhl. MPSV č. 182/1991 Sb.). Podle stupně získá klient průkaz TP, ZTP nebo ZTP/P (viz přílohu č. 2). Žádost se opět podává na úřad obce s rozšířenou působností. Podle stejné vyhlášky má klient dále

nárok na jednorázové peněžité dávky (příspěvek na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, příspěvky na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu) a na opakující se peněžité dávky (příspěvek na úhradu za užívání bazbariérového bytu a garáže, příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům) (45).

#### ***1.7.4 Pedagogické prostředky rehabilitace***

V praxi se jedná o nový pojem, který není definován v žádném právním předpise. Pedagogická rehabilitace je určena osobám, kterým jejich zdravotní stav neumožňuje dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky. Cílem pedagogické rehabilitace je dosáhnout u osob se zdravotním postižením co nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace. Vzhledem k věku pacientů s Parkinsonovou nemocí je součástí pedagogické rehabilitace oblast volného času a zájmové činnosti (43).

#### ***1.7.5 Pracovní prostředky rehabilitace***

Pracovní rehabilitace je dle zákona č. 1/1991 Sb. O zaměstnanosti chápána jako soustavná péče, poskytovaná občanům se změněnou pracovní schopností, směřující k tomu, aby mohli vykonávat dosavadní, nebo jiné vhodné zaměstnání (43). Je také potřeba si uvědomit, že Parkinsonovou nemocí onemocní relativně mladý člověk, u něhož je časem omezeno pracovní uplatnění (42).

Pracovní rehabilitace využívá nejrůznějších pracovních činností a zbylého pracovního potenciálu a vytváří tak předpoklad pro uplatnění jedince jak v pracovním tak v celém společenském životě. Při zařazení a volbě programu pracovní rehabilitace hrají jednu z důležitých úloh zkušenosti a vzdělání jedince. Nejdůležitějším cílem pracovní rehabilitace je pak plná sociálně ekonomická integrace lidí se zdravotním postižením (10).

Nejdůležitější je co nejdříve udržení dobrého funkčního stavu, soběstačnosti v domácím prostředí a co možná nejdéle umožnit zaměstnání (43).

## 2. CÍL PRÁCE

Za cíl práce jsem si zvolila popsat problematiku Parkinsonovy nemoci z hlediska „ucelené rehabilitace“. Rozhovor probíhal s klienty (případně s jejich rodinnými příslušníky), kteří jsou registrovaní v Centru extrapyramidových poruch při Neurologické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Jednalo se zejména o klienty hospitalizované. Pro praktickou ukázkou jsem zvolila kazuistiky i dvou ambulantně docházejících klientů.

U vybraného vzorku klientů trpících touto progresivní nemocí mne zajímalo:

- Zda někdy absolvovali některou ze složek „ucelené“ rehabilitace popsaných v teoretické části této práce.
- Jak byli spokojeni s provedením rehabilitace.
- Zda jim schází některá z uvedených složek rehabilitace.

Dalším, byť nepřímým cílem, bylo zjistit, kolik je klientů v současné době registrováno v Centru extrapyramidových poruch při Neurologické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Protože jsem výzkum zaměřila kvalitativně, uvádím hypotézy až v závěru práce.

### 3. METODIKA VÝZKUMU

#### 3.1 Kvalitativní výzkum

Rozhodla jsem se použít kvalitativních metod výzkumu pro značné individuální rozdíly mezi klienty s Parkinsonovou nemocí. Jelikož se jedná převážně o pacienty seniorského věku, mají k základní nemoci ještě další přidružená onemocnění. Dále mají tito lidé rozdílná sociální zázemí a jejich potřeby jsou také velice individuální. Všechny tyto aspekty se pak promítají do rehabilitační péče.

Disman uvádí za cíl kvalitativního výzkumu odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím, vytváření nových hypotéz, nového porozumění, vytváření teorie. Jeho posláním je porozumění lidem v sociálních situacích **(8)**. Neexistuje však obecně uznávaný způsob, jak vymežit nebo dělat kvalitativní výzkum **(11)**.

Výzkum byl prováděn jako případová studie, což znamená detailní rozbor několika případů **(11)**.

Potřebné informace ke kasuistikám jsem získala rozhovorem se samotným klientem, případně s jeho rodinnými příslušníky. V jednotlivých kasuistikách se zaměřuji na odpovědi na výše popsané otázky.

Jestliže použijeme metodologii případové studie, nemáme pracovat pouze s typickými případy, ale také s extrémními případy nebo případy, které mají zvláštní informační význam. Každý případ vlastně znamená nový experiment, který je použit pro vyvrácení nebo verifikaci dosavadních poznatků **(8)**.

#### 3.2 Reliabilita a validita kvalitativního výzkumu

Standardizace v kvalitativním výzkumu je slabá, proto má kvalitativní výzkum poměrně nízkou reliabilitu. Výhodou slabé standardizace je volná forma otázek a odpovědí, která nevynucuje taková omezení, jaká existují v kvantitativním výzkumu. Potenciálně proto může mít kvalitativní výzkum vysokou validitu **(8)**.

Pro kontrolu reliability výsledků není možné využít standardní postupy. Cílem kvalitativního výzkumu není ověření teorie, ale její vytváření **(8)**.

Validita kvalitativního výzkumu je dána naprostou jasností analytického procesu, jehož logická správnost může být sledována i laikem (8).

### ***3.3 Použité techniky***

Pro ověření poznatků a zvýšení validity studie je vhodné využít triangulace, tzn. použít více přípustných metod sběru dat nebo více pozorovatelů (11).

Pro výzkum jsem použila metody polostandardizovaného rozhovoru, sekundární analýzu dat a případové studie – kazuistiky.

Rozhovor probíhal s klientem osobně, případně s členy jeho rodiny. Někdy jsem se dotazovala i zdravotnického personálu, převážně sester, logopedů, fyzioterapeutů a lékařů. Všichni byli velice ochotni odpovídat na mé dotazy.

Sekundární analýzou dat jsem si doplnila údaje o anamnéze vybraných klientů, a to jak z jejich zdravotnické dokumentace, tak z dokumentace vedené fyzioterapeuty, případně logopedy.

### ***3.4 Kritéria výběru***

Klienti byli pro tento výzkum vybráni z řad nemocných Parkinsonovou nemocí, kteří jsou registrováni v Centru extrapyramidových poruch Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Zaměřila jsem se na klienty s různým stupněm postižení, hodnotila jsem je podle standardizované škály Hoehn a Yahr (příloha č. 3), dále měli pacienti různé klinické projevy, byly u nich použity odlišné způsoby léčby a lišila se i stadia onemocnění. Klienti byli dále z různých měst České republiky.



### ***3.5 Charakteristika zkoumaného souboru***

Vybrala jsem celkem 10 osob z řad hospitalizovaných pacientů i ambulantně docházejících. Z ambulantně docházejících jsem vybrala 2 klienty zaregistrované ve společnosti Parkinson, kteří navštěvují 1x týdně rehabilitační cvičení v Praze v Žitné ulici. Ve skupině dotazovaných bylo celkem 5 žen ve věku od 48 let do 73 let a 5 mužů ve věku od 56 let do 75 let. Všichni zúčastnění nejprve museli souhlasit se záznamem a zpracováním informací pro tuto bakalářskou práci. Každý případ byl zpracován v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů, jména či identifikační čísla nebyla nikde v záznamu výzkumu použita.

### ***3.6 Práce se získanými daty***

Získaná data jsem zpracovala do kazuistik, které jsem řadila podle pořadí, v jakém jsem hovořila s jednotlivými klienty. Nejprve uvádím diagnózu a anamnestické údaje. U hospitalizovaných klientů také důvod přijetí na kliniku. Dále uvádím funkční zhodnocení pacienta a to na základě analýzy dat z chorobopisu klienta a z rehabilitační karty. Byl-li u klienta proveden některý ze standardizovaných testů (Mini mental scale, apod.), uvádím jej na konci funkčního zhodnocení. Dalšími položkami jsou jednotlivé složky „ucelené“ rehabilitace a to nejen na klinice, ale zejména v běžném životě klienta. Tyto informace jsem získala rozhovorem s klientem, případně s jeho příbuznými. Další položkou je subjektivní hodnocení složek ucelené rehabilitace klientem, jejich dostatečnost a smysluplnost. Na konec jsem zařadila krátké zhodnocení klientova případu.

### ***3.7 Sekundární analýza dat***

Na závěr práce uvádím počet klientů registrovaných v Centru extrapyramidových poruch. Pro lepší přehlednost jsem zjištěné údaje dala do grafů.

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Kazuistiky

#### Kazuistika č. 1

*Pan M. J., 1936*

Diagnóza:

Akineticko-rigidní syndrom s bilaterální rigiditou horší na dolních končetinách, klidovým i statickým třesem (nejvíce patrným na pravé horní končetině).

Osobní anamnéza:

V minulosti léčen pro hypertenzi, deprese.

Operace: tříselná kýla v r. 2000.

Klient nekouří, alkohol pije pouze příležitostně.

Farmakologická anamnéza:

Isicom 5 x 250 mg v 6-9-12-15-17, Sinemet 1 x 250 mg, Aricept 1 x 10 mg, Seroquel 25 mg 1/2-0-0-1.

Rodinná anamnéza:

Otec i matka byli zdraví, zemřeli stářím. Sourozence nemá.

Pracovní anamnéza:

Akademik, docent chemie (přicházel do styku s toxickými látkami), nyní ve starobním důchodu.

Parkinsonova nemoc mu byla diagnostikována v době, kdy již nebyl výdělečně činný.

### Sociální anamnéza:

Klient žije doma s manželkou, která se o něj stará. Je schopen s pomocí ženy jít i ven. Bydlí v Praze, ve druhém patře činžovního domu s výtahem. Byt mají v osobním vlastnictví. Klient má zažádáno o příspěvek na péči. Bohužel ještě neměl vyřízen průkaz ZTP, jeho žena nevěděla, kde je možnost o něj zažádat.

### Nynější onemocnění:

Pacient byl přijat pro úpravu léčby Morbus Parkinsoni. Léčený je od roku 1994. Nemoc se z počátku projevila třesem více vlevo. Stěžuje si na ztuhlost, freezing, instabilitu. Dle slov pacienta je asi 1/2 času chůze obtížná. Chodí většinu času s chodítkem, sám se většinou nepostaví, často padá (1x denně). Nyní užívá L-DOPA v 3-hodinových intervalech, nástup účinku po 1,5 hodině. Pacient nyní depresí netrpí, spí dobře, halucinace nemá. Zhoršená krátkodobá i dlouhodobá paměť.

### Důvod hospitalizace:

Klient byl přijat pro úpravu terapie.

### Funkční zhodnocení:

Pacient je orientovaný, hypomimický, řeč je plynulá, tichá. Mírně zhoršena dlouhodobá i krátkodobá paměť.

**Hlava:** Zrak v normě, oční pohyby normální. Čítí v obličeji symetrické, mimika symetrická bilaterálně. Sluch v normě bilat. Polyká bez problémů.

**Krk:** Axiální ztuhlost 2. Zvýšené napětí šíjových svalů bilat. Mírně omezené rotace a záklon.

**HKK:** Dotekové čítí normální, symetrické. Pasivní pohyby v plném rozsahu, svalová síla v normě. Reflexy jsou výbavné, symetrické. Pyramidové jevy iritační negativní bilat. Klidový i statický třes 3 vpravo, 1 vlevo. Rigidita 1 bilat. Dysdiadochokinéza 1-2 bilat, akinéza 1-2 vpravo, 3 vlevo.

**DKK:** Dotekové čítí v normě, symetrické. Pasivní pohyby v plném rozsahu. Snížena svalová síla ve všech segmentech, odpovídající orientačně stupni 3-4 svalového testu.

Reflexy výbavné bilaterálně. Pyramidové jevy iritační extenzorové negativní bilat., flexorové pozitivní bilat. Bez ataxie. Klidový i statický třes 1 bilat., rigidita 1-2 vpravo, 2 vlevo. Akinéza 2-.

**Sed, stoj, chůze:** Pacient se posadí sám, v sedu je poměrně stabilní. Samostatně se většinou nepostaví. Stoj je nestabilní, často doma padá. K chůzi používá 4 kolové chodítka, je však také schopen samostatné chůze, ovšem pouze pokud účinkují léky. Často se objevuje freezing a obtížná iniciace pohybů.

**MMSE:** 23

**Stupeň dle škály H&Y:** 3

Klient zvládá hospitalizaci bez problémů, manželka jej denně navštěvuje. Jednou, krátce po probuzení, byl klient chvíli zmatený místem, ale po chvíli si vzpomněl, kde se nachází.

#### Léčebná složka rehabilitace:

Klient od doby, kdy mu byla diagnostikována Parkinsonova nemoc (od roku 1994), pravidelně rehabilituje. Do června roku 2008 navštěvoval 1x týdně skupinové rehabilitační cvičení pořádané společností Parkinson v Sokole, v Žitné ulici v Praze. Bohužel od léta téhož roku se jeho stav postupně zhoršoval, takže již nebyl schopen se sám na cvičení dopravit. Proto mu jeho žena domluvila 3x týdně cvičení se sestrou z Home Care. Klient je schopen samostatné chůze, ovšem často ho funkčně omezují hesitace a freezing. Pro nácvik chůze používá chodítka. Psychologická rehabilitace u klienta neprobíhala, pouze byl opakovaně psychologem vyšetřován v rámci hospitalizace. Dříve však byl v péči psychiatra pro deprese. Logopedii absolvoval pouze v rámci hospitalizace na Neurologické klinice, dále s ním nácvik řeči prováděla logopedka 1x týdně v rámci péče pořádané společností Parkinson.

#### Sociální složka rehabilitace:

Sociální rehabilitace probíhala pouze v rámci návštěv společnosti Parkinson. Na pobyty pořádané touto organizací nejezdil. Bohužel zde ale klient nebyl plně obeznámen s možností žádosti o průkaz ZTP, který by mu ulehčil dopravu k lékaři. Poradila jsem

proto jeho ženě, která manželovi pomáhá vyřídit veškeré záležitosti, kam se má obrátit. O příspěvek na péči má již zažádáno. Během hospitalizace (ani předchozí) se klient nesešel se sociální pracovníci.

Pedagogická složka rehabilitace:

Probíhala pouze v rámci rehabilitačního cvičení společnosti Parkinson, dále v rámci nácviku stability stoje a chůze. Klient absolvoval i logopedii.

Pracovní složka rehabilitace:

Neproběhla u klienta vůbec, v době, kdy onemocněl Parkinsonovou chorobou, byl již ve starobním důchodu.

Subjektivní pocit, dostatečnost rehabilitace:

Klient vzpomínal na dobu, kdy mohl docházet na cvičení společnosti Parkinson. Po cvičení chodil s kolegy na sklenku vína, což bylo také moc hezké, ale bohužel je teď již nevídá, kvůli svému zhoršenému zdravotnímu stavu. Je ale rád, že s ním cvičí sestra z „Home Care“. Dále je mu velkou oporou jeho žena, která s ním snáší útrapy nemoci. Pomáhá mu jak fyzicky, tak jej psychicky posiluje.

Závěrečné zhodnocení:

Klient spolupracoval bez problémů. V rámci „ucelené“ rehabilitace absolvoval zejména její léčebnou složku, kterou si velmi pochvaloval. Sociální složku rehabilitace bych považovala za nedostatečnou, vzhledem k nedostatku informací, které měl klient zejména o možnosti zažádat si o průkaz ZTP. Na tento nedostatek si stěžovala hlavně klientova manželka, která svému muži se vším pomáhá. Klient je obeznámen s možností používání kompenzačních pomůcek, sám vlastní čtyřkolové chodítko. Pracovní složku nepovažuje klient vzhledem ke svému věku za důležitou.

## ***Kazuistika č. 2***

***Pan J. P., 1953***

### *Diagnóza:*

Výrazný hypokineticko-rigidní syndrom, febrilie.

### *Osobní anamnéza:*

St. p. apendectomii v r. 1966.

St. p. totální endoprotéze levého kolene v lednu 2005.

V r. 2004 zjištěna lymfadenopatie v mediastinu, biopsie s nálezem sarkoidózy.

Parkinsonova nemoc od r. 1984, v r. 2004 implantace DBS.

### *Farmakologická anamnéza:*

Nakom 250 mg 1 tbl. v 7-9-11-13-15-17-19 hod., Mirapexin 0,7 mg 1/2 tbl. v 7-13-19 hod., Sinemet CR 250 mg 1 tbl. na noc, Tritace 5 mg 1-0-0, Trittico 150 mg 1 tbl. na noc, Hylak 3 x 2 mg, Dorsiflex 1-0-1, Vankomycin 1g á 12 hod., PK-Merz inf. 1 x denně min. 2,5 hod.

### *Rodinná anamnéza:*

Matka zemřela v 70 letech na karcinom prsu, otec zemřel v 70 letech na infarkt myokardu. Má 2 děti, obě zdravé.

### *Pracovní anamnéza:*

Klient je lékař, internista. Od 1.7. 1997 je poživitelem plného invalidního důchodu.

### *Sociální anamnéza:*

Bydlí s manželkou a dcerou v rodinném domě v Českém Krumlově.

### Nynější onemocnění:

Parkinsonova nemoc trvá cca od r. 1984, prvním příznakem neobratnost a třes pravé horní končetiny s postupnou progresí. L-Dopa nasazena asi v r. 1990 s efektem. Cca od r. 1992 rozvoj pozdních hybných komplikací ve smyslu fluktuace hybnosti, wearing off, asi od r. 1999 choreatické dyskinezy. Pro progresi hybného postižení byl klient opakovaně hospitalizován na naší klinice. V r. 2004 provedena oboustranná implantace elektrod do jader STN bilat. Poté dlouhodobě dobře kompenzovaná hybnost, snížení fluktuací, trvající obtíže s těžkou dysartrií, apraxií. V únoru tohoto roku se objevil dekubitus nad stimulátorem, pacient s ranou odjel na dovolenou, poté byla provedena explantace neurostimulátoru.

### Důvod hospitalizace:

Klient s Parkinsonovou chorobou byl přijat překladem z nemocnice na Homolce po explantaci neurostimulátoru pro dekubitus a lokální infekci v okraji rány. Po operaci i přes navýšení medikace je pacient rigidní, nepohyblivý, proto přeložen na naši kliniku k úpravě medikace. V plánu je pokus o reimplantaci neurostimulátoru. Šance na navrácení hybnosti je dle ošetřujícího lékaře 90%.

### Funkční zhodnocení:

Při vědomí, orientován všemi kvalitami, febrilie 38 °C, snaží se spolupracovat. Výrazná dysartrie, pro kterou je obtížné odebírat anamnézu, ale lze. Rána pod klíčkem je klidná.

**Hlava:** Obtížně otevírá víčka pro blefarospasmus, pohyby bulby všemi směry. Čítí a mimika symetrické.

**Krk:** Šije rigidní, hybnost vážne všemi směry.

**HKK:** Stisk oslaben symetricky. Třes přítomen bilat. více vpravo, rigidita 3/3, akineze nelze, neprovede. Aktivní hybnost výrazně omezena pro celkovou ztuhlost. Reflexy nízké bilat.

**DKK:** Síla difuzně oslabena, třes klidový 1-2 bilat., rigidita 2/2. Reflexy nelze vybavit bilat. pyramidové jevy iritační a zánikové nepřítomny.

**MMSE:** objektivně nelze pro výraznou dysartrii a akinézu

### **Stupeň dle škály H&Y: t.č. 5, s neurostimulátorem 2-3**

Klient byl vyšetřen vleže na lůžku pro neschopnost vertikalizace. Po explantaci neurostimulátoru léčba plně nahrazena adekvátní dávkou levodopy, která je z neznámých důvodů neúčinná. Klient se propadl do stavu „akinetické krize“. Během hospitalizace se klientův hybný stav zlepšil minimálně, přetrvává výrazný hypokineticko-rigidní stav, objevuje se aktivní hybnost na HKK, mírně i na DKK.

Anamnéza i veškeré další informace jsou pro dysartrii obtížně odebíratelné.

#### Léčebná složka rehabilitace:

Klient intenzivně rehabilitoval v rámci hospitalizace. Před explantací neurostimulátoru byl plně soběstačný, zvládl se sám obsloužit, problém mu dělalo dle jeho slov akorát žehlení. Nyní v rámci akinetické krize probíhá fyzioterapie více pasivně. Klient má indikovanou i logoterapii pro výraznou dysartrii. Klient do této doby cvičil v rámci hospitalizace, poté sám doma na základě instrukcí. Několikrát také absolvoval lázeňskou léčbu, kterou si chválil.

#### Sociální složka rehabilitace:

Sociální pracovnice u klienta nebyla v průběhu žádného z pobytů v nemocnici. Od 1. 7. 1997 pobírá plný invalidní důchod. Vlastní také průkaz ZTP/P od r. 1997. Do té doby měl od r. 1983 průkaz ZTP. Klient je registrovaný v Klubu Parkinson v Českých Budějovicích.

#### Pedagogická složka rehabilitace:

Probíhala pouze v rámci osvojování si technik fyzioterapie.

#### Pracovní složka rehabilitace:

V rámci pracovní složky rehabilitace využil klient možnosti nejprve částečného a později plného invalidního důchodu. K jeho zájmům patřil hlavně sport (košíková, tenis, fotbal a další míčové hry), nyní si sport užívá pasivně jako divák. Dále se zajímá o historii, zeměpis a rád cestuje.



Subjektivní pocit, dostatečnost rehabilitace:

Po implantaci DBS cítil velké zlepšení, nyní mu dle jeho slov: „*Nezbývá než čekat, až mu budou moci lékaři reimplantovat neurostimulátor*“. Klient pociťuje rehabilitaci jako dostatečnou, doma cvičí sám. Jen by rád navštěvoval v místě bydliště logopeda, pokud se jeho momentální stav (zejména dysartrie) nezlepší. Je také registrován ve společnosti Parkinson v Klubu v Českých Budějovicích, žádné pořádané akce se Společností zatím neabsolvoval, ale v budoucnu počítá, že se bude pořádaných akcí aktivně účastnit. Zatím zvládá sám i cestování, proto necítí potřebu využívat nabídek klubu Parkinson.

Závěrečné zhodnocení:

Klient spolupracoval bez problémů. Kvůli dysartrii byla ztížena komunikace. Ze složek „ucelené“ rehabilitace absolvoval zejména složku léčebnou, sociální a pracovní. S jejich provedením byl spokojen. Nyní je bohužel ve stavu, kdy je odkázán na pomoc druhých, za normálních okolností zvládá úkony denní potřeby sám, případně s dopomocí ženy. Pedagogickou složku rehabilitace, zejména kognitivní trénink, nepovažuje za nutnou.

***Kazuistika č. 3***

***Paní L. K., 1935***

Diagnóza:

Parkinsonova nemoc, rigidita všech končetin i krku, klidový i posturální třes více patrný na horních končetinách, akineze končetin.

Diagnostikována v r. 1985.

Osobní anamnéza:

Art. hypertenze.

St. p. operaci varixů levé dolní končetiny v r. 1985.

St. p. cholecystectomii.

Farmakologická anamnéza:

Isicom 250 mg 1/2-1/2-1/4-1/2-1/2 v 6-9-12-15-18 hod., Sinemet 1 tbl. Ve 22 hod., Seropram 20 mg 1-0-0, Tenoretic 1/4-0-1/4, Seroquel 25 mg 1-0-1.

Rodinná anamnéza:

Matka zemřela v 68 letech na cévní mozkovou příhodu, otec zemřel stářím v 79 letech. Sourozence nemá.

Pracovní anamnéza:

Klientka vystudovala střední průmyslovou školu s maturitou a celý život pracovala jako projektantka. Rýsovala rozvody slaboproudu v budovách.

Sociální anamnéza:

Žije sama v bytě ve 4. patře činžovního domu s výtahem v Praze. Dcera žije také v Praze, pravidelně svou matku navštěvuje. Mezi klientčiny zájmy patřily zejména práce na zahrádce a ruční práce (pletení, háčkování), kterým se dnes již bohužel věnovat nemůže. Ovšem stále ráda luští křížovky, čte beletrii a literaturu faktu.

Poslední dobou, kdy se postupně zhoršoval klientčin klinický obraz, nechodila paní L. K. téměř vůbec ven. Sama si netroufá, protože má strach z pádů, jde proto pouze s dcerou, případně se zetěm. Je tedy proto značně izolovaná od okolního světa, což také tak subjektivně vnímá.

Nynější onemocnění:

Pac. s Parkinsonovou nemocí indikována k 24 hodinové léčbě Duodopou. Zhoršená hybnost je patrná na obou stranách, více vpravo. Léky, které pacientka užívá, zabírají hodinu po podání, přibližně 1/2 hodiny pak trvá uspokojivý hybný stav, následně wearing off. Výrazně znehybnující dyskinezy „peak of dose“ v poslední době ustoupily následkem mírného snížení L-dopy. Efekt L-dopy téměř z 50% chybí. Pacientka si na dyskineze nyní nestěžuje, pády cca 1x za měsíc. Spí dobře, živé sny nemá.

Důvod hospitalizace:

Přijata k úpravě terapie.

Funkční zhodnocení:

Pacientka orientovaná, hypokinetická, hypomimická. Řeč je plynulá.

**Hlava:** Zrak i sluch v normě, oční pohyby normální. Čítí mimického svalstva v normě, mimika symetrická bilaterálně.

**Krk:** Zvýšené napětí šíjových svalů, pohyby bez omezení, rigidita 2.

**HKK:** Dotekové čítí v normě symetricky, svalová síla v normě bilaterálně. Reflexy jsou bilaterálně snižené. Pyramidové jevy iritační negativní. Taxe v normě. Rigidita vpravo 2-3, vlevo 3, klidový i statický třes 1 bilat., dysdiadochokineze 3 vpravo, 2-3 vlevo, akineze 3 bilat.

**DKK:** Svalová síla mírně snižena, orientačně 4. stupeň svalového testu, dotekové čítí sym. Reflexy bilaterálně snižené. Pyramidové jevy iritační negativní. Taxe v normě. Statický třes 0 bilat., akineze 3-4 bilat.

**Stoj a chůze:** Držení těla mírně flekční, zvýrazněná hrudní kyfóza. Ve stoji bez titubací, chůze bradykinetická, krůčky malé 1-2, posturální instabilita 2. Zvládne sama bez dopomoci stoj ze sedu, sedne si také sama. K chůzi nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

**MMSE:** 27

**Stupeň dle škály H&Y:** 2-3

Klientka byla na klinice hospitalizovaná po dobu necelých 3 týdnů. Subjektivně pociťovala dobu hospitalizace jako příliš dlouhou, ale dle svých slov ji to nijak zvlášť neomezuje. Vzhledem k 24 hodinové aplikaci Duodopy má klientka zaveden PEG. Naučila se jej velmi rychle ovládat. Na otázku, zda ji obtěžuje při běžných denních činnostech odpovídá, že ani ne, je ráda, že je léčba úspěšnější, než byla doposud. Klientka si také velmi pochvalovala zdravotní sestru, která ji a její rodinu naučila zacházet s pumpou.

### Léčebná složka rehabilitace:

Pacientka měla během hospitalizace indikovanou fyzioterapii, která byla zaměřena zejména na její problémy s chůzí. Během dlouhé doby, co trpí touto nemocí, absolvovala fyzioterapii ambulantně v rámci kliniky, zejména pro bolesti bederní páteře. Dále je tomu asi 4 roky, co začala pravidelně navštěvovat rehabilitační cvičení pořádané společností Parkinson, v Žitné ulici. Jako jedna z mála dotazovaných absolvovala i logoterapii, také v rámci společnosti Parkinson a ještě rehabilitační plavání tamtéž, vše 1x týdně. S provedením byla velice spokojená. Na výše uvedené terapie ji vozil zeť, případně dcera. Momentálně z časových důvodů žádnou z terapií neabsolvoje. Psychoterapii neabsolvovala vůbec. Další terapie (animo-, arte- apod.) neabsolvovala nikdy. Se společností Parkinson byla již 4x na rekondičních týdenních pobytech (v loňském roce dokonce 2x). Rekondiční pobyty hodnotila velice pozitivně, ráda by jela na další, doufá, že jí to zdravotní stav dovolí.

### Sociální složka rehabilitace:

Klientka se teprve před dvěma lety dozvěděla od „pacientů na cvičení“ o možnosti zažádat si o příspěvek na péči, který pobírá asi 2 roky a náleží jí ve výši 4 000 Kč (II. stupeň). Dále klientka vlastní průkaz ZTP/P po dobu asi 4 let, před tím žádný neměla, také o něm nevěděla. Další příspěvek pobírá její zeť, který ji vozí autem. Jedná se o příspěvek na provoz motorového vozidla ve výši 9 500 Kč ročně. Nákupy přiveze klientce zeť autem; obědy má objednané u donáškové služby, kvůli medikaci musí obědovat v přesně vymezený čas, pokud jí služba donese oběd dříve, musí klientka počkat. Zvládne si pak sama oběd ohřát v mikrovlnné troubě, ovšem dle jejích slov: „Někdy se něco rozlije...“

### Pedagogická složka rehabilitace:

Neprobíhala prakticky vůbec, pouze v rámci instruktáže cvičení a logopedie.

#### Pracovní složka rehabilitace:

Jelikož byla klientce diagnostikována Parkinsonova nemoc až v důchodovém věku, neměla proto nikdy nárok na částečný nebo plný invalidní důchod, ani změněnou pracovní schopnost. Ovšem příznaky PN ji začaly trápit ještě poslední rok, kdy pracovala, ještě než se dostavila k obvodnímu neurologovi. V té době již byla postižena jemná motorika a klientka např. nebyla schopna „vyškrabat“ špatně narýsovanou přímkou, nebo psát na mechanickém psacím stroji. S opravami jí pomáhala kolegyně a k dispozici měla elektrický psací stroj, takže byla schopná dále plnit své pracovní povinnosti, bez jakékoli úlevy. Nyní ráda čte a chodí na procházky s dcerou, jít ven sama nemá odvalu.

#### Subjektivní pocit, dostatečnost rehabilitace:

Subjektivně vnímá pacientka rehabilitaci jako dostatečnou, moc se jí líbí akce pořádané společností Parkinson. Jen jí chyběly informace ohledně příspěvků, na které měla nárok dříve, ale nevěděla o nich. O Klubu Parkinson se dozvěděla teprve před čtyřmi lety v Centru extrapyramidových poruch od svého ošetřujícího lékaře. Předtím se léčila u obvodního neurologa.

#### Závěrečné zhodnocení:

Klientka spolupracovala bez problémů, ochotně zodpovídala všechny dotazy. Ze složek „ucelené“ rehabilitace absolvovala zejména léčebnou, sociální a pracovní složku. S jejich provedením byla spokojena, až na nedostatečnou informovanost ohledně příspěvku na péči a průkazy ZTP. Pedagogická složka léčebné rehabilitace byla uskutečněna v rámci instruktáže ke cvičení, které klientka zvládá bez obtíží. Klientka si dále velmi pochvalovala rehabilitační pobyty pořádané společností Parkinson.

#### ***Kazuistika č. 4***

***Paní M. S., 1942***

*Diagnóza:*

Morbus Parkinsoni, převládající rigidita, třes přítomen není.

Nově (před 3 měsíci) se objevily choreatické pohyby.

*Osobní anamnéza:*

Pacientka je léčena pro Parkinsonovu nemoc od r. 1996. Prvním příznakem bylo zhoršení chůze.

Od r. 2000 léčená pro hypertenzi, sledována u praktického lékaře.

Gonartróza levého kolene, plánovaná totální endoprotéza v 08/2009.

V r. 1988 hysterektomie.

*Farmakologická anamnéza:*

Isicom 125 mg (6-9-12-15-18-22 hod.), Akineton 1-1-1, Sinemet 125 mg 0-0-1, Ropinorol 16 mg 1-0-0, Trental 400 mg 1-0-1, Acecor, Amicloton.

*Rodinná anamnéza:*

Otec zemřel ve věku 75 let na infarkt myokardu, matka zemřela ve věku 76 let po fraktuře krčku. Má 2 sestry, ty jsou bez neurologických obtíží.

*Pracovní anamnéza:*

Toho času klientka pobírá starobní důchod, dříve pracovala jako kvalitářka. Nemoc ji nikterak v práci neomezovala. Později, když se klinické obtíže zhoršily, byla již ve starobním důchodu.

### Sociální anamnéza:

Klientka bydlí s manželem v rodinném domě na okraji Prahy. Je plně soběstačná. Ráda pracuje na zahrádce, což jí nedělá žádné problémy. Mají malého psa, o kterého se také ráda stará. Klientka je velmi aktivní.

### Nynější onemocnění:

S Parkinsonovou nemocí se léčí od roku 1996. Nejprve se zhoršila chůze. Třes přítomen nebyl, ztuhlost se objevila nejprve na levé straně. Příznaky odpovídaly na léčbu. Nyní se zhoršila chůze i stabilita. Stěžuje si na freezing (trvá 1-2 min.). Poslední měsíc pacientka i padá (7x). Léčba zabírá cca 1/2 hodiny po podání, wearing off cca po 2,5 hod. Ráno bývá ztuhlá. Choreatické pohyby se objevily před 3 měsíci, jsou přítomné na všech končetinách a většinu dne. Zhoršují se večer, pacientku dle jejích slov zvlášť neobtěžují.

### Důvod hospitalizace:

Pacientka byla přijata pro řešení kořenového iritačního syndromu L5/S1 vlevo. Poslední dobou si stěžuje na bolesti a parestezie vyzařující po zadní a zevní straně stehna a bérce do palce LDK. Vyvolávající faktor je chůze, úleva vsedě.

### Funkční zhodnocení:

Klientka je orientovaná, Psychomotorické tempo v normě.

**Hlava:** Zrak i sluch v normě, bez diplopie, pohyby bulbů normální ve všech směrech. Čítí v obličeji normální, symetrické, mimické pohyby v normě, bilat. Polyká bez obtíží.

**Krk:** Pohyby aktivně i pasivně ve všech směrech bez omezení, zvýšené napětí šíjového svalstva. Bez rigidity.

**HKK:** Dotekové čítí normální, symetrické, svalová síla v normě bilat. Hybnost pasivně i aktivně bez omezení. Reflexy jsou bilaterálně výbavné (ovšem jejich výbavnost je snížena neschopností pacientky relaxovat). Pyramidové irit. Jevy neg. Rigidity 1-2 bilat., dysdiadochokineze 1 bilat., akineze 2 bilat. Bilaterálně též dysmetrie.

**DKK:** Dotekové čítí normální, symetrické, snížená svalová síla v oblasti bérce a prstů LDK orientačně stupeň č. 4- dle svalového testu. Bolest levého kolene při delším stojí nebo chůzi pro gonartrózu. Reflexy jsou nevýbavné pro neschopnost relaxace. Pyramidové jevy iritační negativní. Akineze 1 bilat. Bez ataxie.

**Stoj a chůze:** Stoj je nestabilní. Klientka je schopna si sama sednout a následně se postavit, ovšem při vstávání se raději drží nábytku. Romberg II a III inklinuje k pádu, (subjektivně ji to táhne vpravo). Chůze 1, chodí samostatně, kroky malé, šoupavé, jen náznak souhybů, otáčení zpomalené.

Kvůli bolesti levého kolene používá vycházkovou hůl, aby noze odlehčila a na ortopedii jí lékař předepsal kolenní ortézu.

**MMSE:** 24

**Stupeň dle škály H&Y:** 3

Klientka je pozitivně laděná, jen ji trápí bolest kolene, těší se, až bude mít za sebou operaci. Bolesti zad po lytických infuzích ustupují, což jí dělá radost a „zvedá náladu“. Na choreatické pohyby končetin si zvykla a přestože ji občas trochu omezují v běžných denních činnostech (příprava jídla, úklid apod.), nevadí jí.

#### Léčebná složka rehabilitace:

V průběhu pobytu byla klientce indikována fyzioterapie. Probíhal nácvik stability stoje, chůze a individuální léčebná tělesná výchova. Nácvik aktivace hlubokého stabilizačního systému páteře, měkké a mobilizační techniky z důvodu bolestí zad.

Kromě hospitalizace nikdy neprobíhala žádná rehabilitace (prý ani v rámci ortopedie kvůli gonartróze). Dle slov klientky: „Ani ji nepotřebuji, co chci, to přeci zvládnou.“ Jedině snad po operaci pociťuje potřebu léčebné rehabilitace.

Klientka si však osvojila některé facilitační techniky pro nácvik chůze, které běžně používá.

#### Sociální složka rehabilitace:

Sociální rehabilitace neprobíhala prakticky vůbec. Se sociální pracovníci se klientka neseťkala.



Pedagogická složka rehabilitace:

Probíhala pouze v rámci instruktáže ke cvičení.

Pracovní složka rehabilitace:

Probíhala v rámci nácviku mobility. Klientka nikdy nepobírala částečný nebo plný invalidní důchod. Doma práci na zahrádce zvládá, péči o domácnost taktéž, jediné ji trochu omezuje chůze po schodech. Dle svých slov: „*Občas, když potřebuji na půdu a manžel není doma, vylezu nahoru po čtyřech a dolů pomalu sjedu po zadku vsedě. Žádné problémy s tím nemám.*“

Subjektivní pocit, dostatečnost rehabilitace:

Klientka je s rehabilitací spokojena, cítí se pak lépe. Zvládá veškeré cviky bez dopomoci. Cítí se dobře. Žádnou další složku rehabilitace dle svých slov nyní nepotřebuje: „*Snad až po operaci kolene*“.

Závěrečné zhodnocení:

Klientka spolupracovala bez problémů. Ochotně odpovídala na všechny mé dotazy. Ze složek „ucelené“ rehabilitace probíhala zejména složka léčebná. Klientka necítí potřebu žádné další složky rehabilitace. S průběhem léčebné rehabilitace byla spokojená.

***Kazuistika č. 5***

***Paní J. K., 1957***

*Diagnóza:*

Parkinsonova nemoc, trvá 6 let, semichorea.

Osobní anamnéza:

St. p. apendectomii

St. p. operaci kolene (3x – operované zkřížené vazy)

St. p. úrazu hlavy s bezvědomím před 6 lety.

Lehké astma, sledována alergologem

Farmakologická anamnéza:

Neupro 8 mg á 24 h, Stalevo 150 5x1 á 3 hod. Příležitostně 1/2 až 1 tableta Isicom 100 mg, PK Merz tbl., Doporučen Sinemet.

Rodinná anamnéza:

Matka zamřela na gynekologický karcinom, otec zemřel na karcinom střev. Dcera 25 let a syn 19 let, oba zdraví.

Pracovní anamnéza:

Dříve učitelka tělocviku a německého jazyka na střední škole, v současné době pracuje jako OSVČ a pořád v létě sportovní tábory pro děti. Dále je na částečný úvazek zaměstnána jako administrativní pracovnice.

Sociální anamnéza:

Klientka bydlí v rodinném domě poblíž Slavkova u Brna s manželem.

Nynější onemocnění:

Klientka je dispenzarizována v centru pro Parkinsonovu nemoc (začátek před 6 lety, levostranně) nyní ve stadiu pozdních hybných komplikací charakteru fluktuací, wearing off ve večerních hodinách a choreatických dyskinez na levé dolní končetině charakteru peak of dose. Pacientka nyní popisuje nárůst fluktuací ve smyslu výrazné rigidity v časných ranních hodinách, kolem poledně se objevují dyskinezy a odpoledne a zvláště večer výrazný wearing off až 30 minut těžký OFF stav. Efekt Neupro není již tak výrazný jako při poslední kontrole v květnu 2008. Subjektivně dále výrazně obtěžují

paresthesie LHK akrálně 1.-3. prstu charakteru intenzivního brnění, které budí i v noci. Pacientka trpí nespavostí, spí jen 3-4 hodiny denně, medikaci odmítá. Paresthesie se jen sporně zmírňují po Isicomu. Živé sny a psychotické jevy nepřítomny.

#### Funkční zhodnocení:

Je orientovaná, spolupracuje, psycho-motorické tempo v normě.

**Hlava:** zrak i sluch v normě, mimika obličeje symetrická, čítí symetrické, polyká bez problémů.

**Krk:** Hybnost aktivně i pasivně bez omezení. Zvýšené napětí šíjového svalstva.

**HKK:** Choreatické pohyby levé horní končetiny. Hybnost i síla horních končetin přiměřená symetricky. Pyramidové jevy iritační i zánikové nepřítomny. Lehký intenční a statický tremor vlevo. Diadochokineza sym. Parestezie 1.-3. prstu více akrálně, akcentovaný natažením n. medianus.

**DKK:** Síla norm. sym. Tonus norm. sym. Trofika norm. sym. Hybnost přiměřená symetricky. Taxe přesná, Pyr. jevy iritační i zánikové nepřítomny. Čítí v normě sym.

**Stoj a chůze:** Stoj v normě I-III. Chůze bez problémů, snížená synkinéza levé horní končetiny. Již 3x doma spadla, nepamatuje si přesně okolnosti a na jakou stranu, ale v bezvědomí nebyla.

**MMSE:** 30

#### **Stupeň dle škály H&Y: 2**

Klientka si dále stěžuje na zapomínavost čísel, místa, kde zaparkovala apod. I při OFF stavu je schopna sebeobsluhy. S průběhem hospitalizace je celkem spokojena, akorát špatně spí a to zejména kvůli kolegyni na pokoji, která je v noci značně neklidná.

#### Léčebná složka rehabilitace:

Léčebnou složku rehabilitace absolvovala vždy jen v rámci pobytu na klinice. Jelikož je sportovkyně (bývalá reprezentantka v basketbale), cvičí si sama. Klientka je také velice aktivní, co se týče získávání informací. Přes internet (společnost Parkinson apod.) si našla doporučené postupy na cvičení i na logopedii, kterou nikdy nenavštěvovala. Klientka je velice mladá, Parkinsonova nemoc jí byla diagnostikována ve 45 letech

věku. Na dotaz, jak nemoc zvládá a zda někdy vyhledala, nebo jí byla doporučena návštěva psychologa odpověděla: „Nemoc zvládám celkem dobře. *Byla mi doporučena nějaká antidepresiva, ale ta neberu. K psychologovi jsem odeslána nebyla, ale mám známého psychoterapeuta, který je mi k dispozici, pokud mám zrovna deprese.*“

#### Sociální složka rehabilitace:

Se sociální pracovníci v kontaktu zatím nebyla, sociální složka rehabilitace neprobíhala vůbec.

#### Pedagogická složka rehabilitace:

Pedagogická složka rehabilitace neproběhla, pouze v rámci instruktáže ke cvičení.

#### Pracovní složka rehabilitace:

Pracovní složka neproběhla vůbec. Dle klientky: „*Pole neorané*“. Klientka cítí svou nemoc jako velký společenský problém. Většina jejích známých ani netuší, že ji nemoc postihla. Poruchy chůze vysvětluje svému okolí jako následek operace kolenního kloubu. Bojí se, že má většina lidí spojenou Parkinsonovu chorobu s demencí a nechce tedy, aby ji tak okolí vnímalo, zvláště na malém městě, kde žije. Z práce raději dobrovolně odešla dle svých slov: „*Se štítem a ne na štítě*“. Nechtěla opustit své zaměstnání až v době, kdy bude „muset“. Nyní pracuje jako OSVČ, pořádá sportovní tábory pro děti a dále je zaměstnána u svého manžela jako administrativní pracovníce. Klientka vyjádřila obavu o svou budoucnost, dokud bude moci, ráda by se věnovala pořádání táborů. Až se její stav zhorší, neví, co bude dělat. Doporučila jsem ji posléze kontaktovat sociální pracovníci, bojí se však, že jí moc neporadí, obzvláště, když za ní ještě nikdy během pobytu nepřišla.

#### Subjektivní pocit, dostatečnost rehabilitace:

Klientka jako jediná z dotazovaných uvedla, že si pod pojmem rehabilitace představuje: „*Něco víc, než jen cvičení, ještě asi nějaká pomoc v oblasti sociální péče*“. Ovšem rehabilitace jí připadá naprosto nedostatečná. Představovala by si rehabilitaci jako

službu, která bude dostupná a samozřejmá, kterou si člověk nebude muset pracně shánět. V místě bydliště nedochází nikam, sama říká, že i proto, že situaci zatím zvládá svými silami a pohybu má vzhledem k pořádání sportovních akcí pro děti také dostatek. Byla by ráda, kdyby později měla možnost navštěvovat alespoň logopeda a psychologa. Sociální a pracovní složku rehabilitace neabsolvovala vůbec. Celkově hodnotí systém rehabilitace v České republice za nedostatečný, zejména pro nedostatek informací.

#### Závěrečné zhodnocení:

Klientka spolupracovala bez problémů, ochotně odpovídala na mé dotazy. Ze složek „ucelené rehabilitace“ absolvovala zejména léčebnou složku, se kterou není zcela spokojena. Jako bývalá reprezentantka v basketbale si na rozdíl od ostatních dotazovaných klade větší cíle, co se týče hybnosti. Pedagogickou složku absolvovala v rámci instruktáže ke cvičení. Pracovní a sociální složka rehabilitace neproběhla vůbec, což klientce vadí kvůli zhoršujícímu se průběhu nemoci. Klientka je dále nespokojena s množstvím informací, které dostala ohledně možnosti řešení dalšího vývoje nemoci. Je velmi mladá, proto bych zde kladla důraz na udržování co největší míry soběstačnosti, po co nejdelší možnou dobu.

#### ***Kazuistika č. 6***

##### ***Pan J. F., 1934***

#### Diagnóza:

Parkinsonova nemoc – hypokineticko-rigidní syndrom s převahou lat. sin., diagnostikována v r. 1987. Prvním příznakem byla porucha chůze ve smyslu hesitace a porucha řeči.

#### Osobní anamnéza:

Parkinsonova nemoc.

Vertebrogenní algický syndrom LS páteře při těžkých degenerativních změnách a víceetážové stenóze kanálu páteřního.

St. p. CMP s levostrannou hemiparézou v r. 1987.

St. p. úrazu pravého kolene při sportu s následnou operací v roce 1964.

Farmakologická anamnéza:

Aricept 10 mg 0-0-1, Nakom 250 mg 5x3/4 tbl. V 7-10-13-16-19 hod., Comtan 1 tbl. 5x denně společně s dávkou Nakomu, Sinemet 250 mg 1 tbl. Ve 22 hod., Anopyrin 100 mg 1-0-0, na bolesti Coxtral 1-0-1 (max. 14 dní), Lyrica 75 mg 1-0-1.

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel ve věku 91 let stářím, matka zemřela také stářím ve věku 86 let, sestra zemřela ve věku 52 let následkem karcinomu mammy, 2 synové zdraví.

Pracovní anamnéza:

Nyní pobírá klient starobní důchod, dříve pracoval jako technik.

Sociální anamnéza:

Klient žije s manželkou v bytě ve 2. patře bez výtahu v Rakovníku.

Nynější onemocnění:

Klient s Parkinsonovou nemocí ve stadiu pozdních hybných i psychických komplikací. Prvním příznakem v roce 1987 byla porucha chůze a řeči. Po nasazení L-Dopa nastalo zlepšení příznaků, ale rozvoj periorálních dyskinéz. V r. 2000 nasazen Permax, v r. 2002 Comtam, v r. 2004 hospitalizace pro bolesti pravé kyčle. V r. 2006 hospitalizován pro opakovaný freezing a pády.

Nyní udává klient nástup účinku léků za cca 1 a 1/4 hodiny, efekt již ale prakticky nepozoruje. Fluktuace hybnosti se ztuhlostí i mimovolním i pohyby, freezing denně v on i off stavu. Výrazná ranní akinéza. Pády až 5x za den, dopředu i dozadu, bez vážnějšího úrazu, většinou jen modřiny a oděrky. Spánek je špatný, usíná tak 1 hod. po lehnutí, budí se cca po 2 hod, převaluje se, nemůže spát. Živé sny výjimečně, spíše si nepamatuje. Od r. 2008 občasné pocity, že mu někdo stojí za zády, v noci po probuzení

pocity, že se předměty mění do podoby osob a zvířat. Náhled zachován. Tyto problémy trvají cca 1 týden, z této indikace vysazen amantadin a agonista dopaminu. Od té doby tyto pocity neměl nebo si na ně nepamatuje.

Od jara 2007 intermitentně bolesti v dermatomu L5 l. sin. Dle CT korespondující výhřez – oslabení nebylo, porucha čítí také ne. Klient absolvoval kořenový obstřík v r. 2007 s dobrým efektem, od té doby bez obtíží. V posl. 3 měsících však exacerbace bolestí v oblasti pravé kyčle, zde na klinice obstřík L4 vpravo pod CT kontrolou a analgetická terapie s efektem cca 50 %, nyní stále oblast pravé kyčle bolí a omezuje v mobilitě.

#### Důvod hospitalizace:

Klient byl přijat k zahájení terapie Duodopou.

#### Funkční zhodnocení:

Klient je orientován, spolupracuje, řeč je setřelá, hůře srozumitelná. Klient je dále úzkostlivý.

**Hlava:** Mimika klidová i volní v normě, čítí v normě. Trofika v normě, bez fascikulací. Zrak a sluch přiměř.

**Krk:** Mírně omezeny lateroflexe a rotace, anteflexe volná.

**HKK:** Síla, tonus, trofika přiměřeny věku. Taxe s mírným třesem, výraznější vlevo. Klidový třes 1/1, rigidita 2/2, hypokinze 2/3.

**DKK:** Vyhaslé reflexy vlevo, vpravo oslabené. Síla a hybnost přiměřené bilat., bolest v oblasti pravé kyčle. Taxe přesná bilat. Rigidita 1/1, hypokineze 2/2. Taktilní čítí orientačně v normě.

**Stoj a chůze:** ve stoji a chůzi klient zaujímá flekční držení, chůze je pomalá a šouravá. Toho času bez freezingu. Vážnou otočky. Pull test 2.

**MMSE:** 24

**Stupeň dle škály H&Y:** 2-3

Klient zvládá hospitalizaci bez problémů, dochází za ním několikrát týdně jeho žena.

#### Léčebná rehabilitace:

Klient měl indikovanou fyzioterapii vždy jen v rámci hospitalizace na klinice. Byla mu doporučena též v rámci individuálního docházení, ale v místě jeho bydliště je to velice problematické. Psychoterapii neabsolvoval vůbec, pouze byl během jedné z minulých hospitalizací vyšetřen psychologem. Logopedii absolvoval vždy jen v rámci hospitalizace.

#### Sociální rehabilitace:

Sociální pracovnice klienta nekontaktovala nikdy, ani v průběhu hospitalizace. Nyní má zažádáno o příspěvek na péči a čeká na rozhodnutí.

#### Pedagogická rehabilitace:

Probíhala pouze v rámci instruktáže ke cvičení. Od roku 2000 má klient průkaz ZTP. O nároku na průkaz se dozvěděl od obvodního lékaře.

#### Pracovní rehabilitace:

Klientovi byla diagnostikována Parkinsonova nemoc v době, kdy byl ještě výdělečně činný. Nejprve mu byl přiznán částečný invalidní důchod, posléze plný invalidní důchod. Mezi klientovy zájmy patřilo hlavně chataření, ovšem teď již nemůže řídit a jeho žena sice má řidičské oprávnění, ale bojí se řídit, proto již na chatu nejezdí. Jinak v současné době klient rád čte.

#### Subjektivní pocit, dostatečnost rehabilitace:

Klient vnímá rehabilitaci jako nedostatečnou, zejména proto, že bydlí v malém městě, kde nejsou dostupné služby jako například v Praze. Na otázku, zda zvažoval nějakou službu, která by mu zajistila sestru, případně fyzioterapeuta, který by za ním docházel domů, odpověděl, že zatím vše zvládá s pomocí ženy.



Závěrečné zhodnocení:

Klient spolupracoval bez problémů. Ze složek „ucelené“ rehabilitace proběhla u klienta léčebná a pracovní složka. Sociální složku považuji za nedostatečnou zejména pro nízkou informovanost klienta ohledně možnosti příspěvku na péči, o který má v této době již zažádáno. Pedagogická složka rehabilitace proběhla v rámci nácviku technik fyzioterapie. Klient zatím necítí potřebu poskytování dalších služeb, zejména proto, že mu pomáhá jeho manželka.

**Kazuistika č. 7**

***Pan H. Z., 1942***

Diagnóza:

Parkinsonova nemoc

Osobní anamnéza:

M. Parkinsoni ve stadiu pozdních hybných komplikací,  
St. p. cholecystectomii.

Farmakologická anamnéza:

Requip 3x7 mg, Isicom 250 mg 8x1 á 2 hod., Comtam 8x1, Motilium d. p. při nevolnosti.

Rodinná anamnéza:

Otec i matka zemřeli stářím, sourozence nemá.

Pracovní anamnéza:

Nyní je v plném invalidním důchodu, dříve pracoval jako automechanik.

### Sociální anamnéza:

Klient pochází ze Zábřehu na Moravě. Bydlí s manželkou v rodinném domě, nemusí se do domu dostávat po schodech. Má 2 dospělé dcery, zdravé.

### Nynější onemocnění:

Od roku 1992 rozvoj hypertonicko-hypokinetického syndromu, prvním příznakem byl klidový třes pravé horní končetiny. L-dopa užíval od počátku s dobrým efektem.. V roce 1997 provedena termolýze pro třes, taktéž s dobrým efektem. Medikace je t.č. uspokojivě kompenzující, první ranní dávka účinkuje s odstupem cca 20 minut, dále během dne medikace á 2 hodiny dostatečná. Spánek klient udává jako dobrý, živé sny neguje. Nálada bez jasných depresivních rysů. Jinak udává obtíže s prostatou, nedokáže je blíže specifikovat, u urologa nebyl.

### Důvod hospitalizace:

Klient ve stadiu pozdních hybných komplikací přijat k provedení předoperačních vyšetření před DBS

### Funkční zhodnocení:

Klient je orientovaný všemi kvalitami, spolupracuje, psychomotorické tempo pomalejší.

**Hlava:** Zrak subjektivně normální, oční pohyby normální v plném rozsahu. Sluch v normě. Čítí v obličeji symetrické, mimika symetrická. Polyká normálně. Dysartrie, monotónní řeč, je mu však vše rozumět.

**Krk:** Zvýšené napětí šíjového svalstva, hybnost pasivně i aktivně omezena do rotací a úklonů bilat.

**HKK:** Hemichorea lat. vlevo. Síla normální sym. Hybnost přiměřená, tonus a trofika normální. Reflexy výbavné. Taxe přesná, diadochokineza horší vpravo, rigidita vyšší vpravo, čítí symetrické.

**DKK:** Hemichorea vlevo. Síla i hybnost přiměřeně bilaterálně. Reflexy výbavné. Taxe přesná. Čítí orientačně intaktní ve všech kvalitách.

Dyskinezy na levé polovině těla omezují denní činnosti jen výjimečně.

**Stoj a chůze:** Stoj stabilní. Při chůzi nepoužívá kompenzační pomůcky, jsou patrné choreaztické dyskinezy vlevo a chybějící synkinezy vpravo. Zvládne se posadit a postavit sám bez dopomoci.

**MMSE:** 25

**Stupeň dle škály H&Y:** 2-3

Klient snáší hospitalizaci bez problémů. V průběhu hospitalizace byl testován psychiatrem, logopedem, neurologem a psychologem před plánovanou implantací DBS.

Léčebná složka rehabilitace:

Klient rehabilitoval vždy jen v rámci hospitalizace, naučil se správnému provádění cviků, které si cvičí doma sám. Dyskinezy na levé polovině těla omezují při denních činnostech jen výjimečně. Logopedii absolvoval vždy jen v rámci hospitalizace. Ergoterapii neabsolvoval nikdy. Fyzioterapie byla zaměřena zlepšení stereotypu chůze.

Sociální složka rehabilitace:

Se sociální pracovníci klient nikdy nepřišel do kontaktu v rámci hospitalizace. Klient má již 2 roky průkaz ZTP, pomáhala mu s jeho vyřízením manželka.

Pedagogická složka rehabilitace:

Probíhala pouze v rámci instruktáže ke cvičení.

Pracovní složka rehabilitace:

Klient pracoval původně jako automechanik, nyní je v plném invalidním důchodu. Mezi jeho zájmy patřila vždy auta, sbíral také jejich modely. Tomuto koníčku se věnuje pořád, rád jezdí se zetěm na výstavy. Není již tak zručný v rámci sestavování modelů, ale vše teď dělá napůl se zetěm. Je rád, že má kolem sebe lidi, kteří jej v jeho boji s touto nemocí podporují a pomáhají mu.

Subjektivní pocit, dostatečnost rehabilitace:

Klient považuje rehabilitaci za dostatečnou, nemá pocit, že by mu nějak zvlášť pomáhala. Doma cvičí sám, logopeda dle svých slov nepotřebuje, cvičí si sám. Psycholog mu prý také nepomůže, dle jeho slov: „*Snažím se brát věci tak, jak přijdou*“. Významně jej podporuje jeho rodina, zejména manželka. Na dotaz, zda mu cvičení pomáhá například při ranní ztuhlost, odpovídá ano, ale zvládá je sám.

Závěrečné zhodnocení:

Klient spolupracoval bez problémů. Ochotně odpovídal na všechny mé dotazy. Ze složek „ucelené“ rehabilitace absolvoval částečně všechny. Zatím svou situaci zvládá s dopomocí manželky. Považuje rehabilitaci za dostatečnou, žádnou ze složek nepostrádá.

**Kazuistika č. 8**

***Paní V. V., 1936***

Diagnóza:

Parkinsonova nemoc, stadium pozdních hybných komplikací.

Osobní anamnéza:

Morbus Parkinsoni.

Generalizovaná osteoporóza, komplikovaná nestabilní kompresní frakturou těla obratle L2 s impresí do durálního vaku.

Polytopní VAS.

St. p. Collesově fraktuře pravé horní končetiny.

Hyperthyreóza na substituci.

Těžká artróza nosných kloubů.

Farmakologická anamnéza:

Comtan 200 mg 5x denně, Permax ½ tbl. 1-0-1, Isicom 250 mg 1375 mg/den, Rivotril 1x denně, Zoloft 50 mg 1x denně, Seroquel 25 mg 1-1-1, Helicid 20 mg 1-0-1, Letrox 125 mg 1x denně, Vigantol 2x denně, Tiapridal 2x denně, Novalgin 3x denně.

Rodinná anamnéza:

Matka zemřela v 76 letech na CMP, otec zemřel v 70 letech na CMP, má 2 sestry 60 a 65 let zdravé. Co se týče neurologické obtíže, otci se snad třásla ruka, ale na podrobnosti si nepamatuje.

Pracovní anamnéza:

Klientka je t. č. ve starobním důchodu, dříve pracovala jako fotografka ve Státním zkušebním ústavu.

Sociální anamnéza:

Klientka před čtyřmi lety ovdověla, od té doby bydlí v Domově pro seniory v Jablonci nad Nisou.

Nynější onemocnění:

V roce 1994 se objevil u klientky třes na pravé horní končetině, dle dokumentace převážně statický. Klientce byla stanovena diagnóza Parkinsonova nemoc s velmi pomalým průběhem. Postupně se přidala šouravá chůze a snížení synkinez, ale klientka není schopna tyto obtíže popsat a přesně časově zařadit. Rovněž není schopna přesně určit, kdy se obtíže objevily na druhé straně těla. Klientka byla od počátku onemocnění v péči obvodního neurologa v místě bydliště. Byla hospitalizována zde na klinice v r. 2004, kdy byl pozitivní L-Dopa test, následně navýšena dopaminergní terapie a nasazena antidepressiva. Od r. 2006 se objevily pseudohalucinace.

Nyní se klientka necítí dobře, udává bolest za krkem, bolest kolen, obtížně polykání, a bolest žaludku (akcentováno léky, ale neví jakými). Dále je výrazně spavá.

Úzkostné a depresivní ladění. Halucinace v posledních dnech neměla, dříve s náhledem vídala lesklé postavy. Kognitivní obtíže: občas zmatenost.

Důvod hospitalizace:

Klientka byla přijata překladem z Interního oddělení Nemocnice v Jablonci nad Nisou k optimalizaci antiparkinsonské medikace. Na interním oddělení byla hospitalizována pro akutně vzniklé stavy třesu celého těla a zmatenosti. Hospitalizaci snáší dobře, pouze má strach o svůj hybný stav.

Funkční zhodnocení:

Klientka je t. č. ležící, spavá, pro bolest za krkem omezeně mobilní. Orientována místem, časem, spolupracuje s mírnou latencí.

**Hlava:** Zrak subjektivně nezhoršen, sluch v normě. Mimika symetrická, čítí v normě. Subjektivně zhoršené polykání.

**Krk:** Antalgické omezení hybnosti, výrazně zvýšené napětí šíje. Výrazně předsunutá a flekční držení hlavy.

**HKK:** Hybnost přiměřená, neomezená ani pasivně. Reflexy normální, pyramidové jevy iritační a zánikové nepřítomny. Taxe přesná sym., diadochokinéza symetrická. Čítí neporušeno sym.

**DKK:** Tonus v normě, hybnost přiměřená sym. bez omezení. Lasseque 90 st. bilat. Taxe přesná. Reflexy výbavné. Čítí orientačně intaktní ve všech kvalitách.

**Stoj a chůze:** Teď pro bolesti za krkem nemůže, ale jinak je schopna samostatné chůze s francouzskými holemi. Sama se nyní neposadí, pouze s dopomocí, v sedu vydrží jen v semiflexi, je nestabilní.

**MMSE:** 25

**Stupeň dle škály H&Y:** 4

Hybnost je subjektivně vnímána velmi špatně, cítí se výrazně ztuhlá a slabá, fluktuace během dne nepozoruje. Dále je klientka depresivně laděná, dle svých slov je již dlouho v nemocnici.

#### Léčebná složka rehabilitace:

Klientce byla indikována fyzioterapie a logopedie v průběhu hospitalizace. Největší obavu měla klientka ze svého hybného stavu, bála se, aby mohla ještě někdy chodit. Jinak rehabilitovala ambulantně v rámci obtíží s bolestmi zad. Logopedii ambulantně neabsolvovala. Ergoterapii neměla nikdy. Psycholog za ní v rámci hospitalizace ještě nebyl.

#### Sociální složka rehabilitace:

V současné době je klientka již několik měsíců v nemocnici. Jinak je umístěna v Domově pro seniory v Jablonci nad Nisou. Klientka má nyní obavy o svou budoucnost. Trápí ji, že se již nebude moci věnovat svým zálibám, že nebude moci již nikdy chodit. Cítí se také dost unavená.

#### Pedagogická složka rehabilitace:

Probíhala pouze v rámci nácviku správného držení těla v souvislosti s problémy s páteří. Dále byla klientka instruována ohledně cvičení v rámci hospitalizace zde na klinice.

#### Pracovní složka rehabilitace:

Klientce byla Parkinsonova nemoc diagnostikována v době, kdy odcházela do důchodu. Před tím měla již částečný invalidní důchod kvůli problémům se zády. Klientka pracovala jako fotografka ve Státním zkušebním ústavu. Fotografování jí velice bavilo, je jí líto, že se již tomuto svému koníčku nemůže věnovat. K její dalším koníčkům patřilo také háčkování panenek, za které dostala v Liberci ocenění. Klientka je zároveň velice smutná z toho, že se již nemůže svým zálibám věnovat. Doufá jen, že bude moci chodit, aby nezůstala ležící na lůžku.

#### Subjektivní pocit, dostatečnost rehabilitace:

Klientka sama nepociťuje rehabilitaci jako dostatečnou. Dlouho již nebyla v Domově pro seniory, kde s ní dle jejích slov cvičili, ale velmi málo. V nemocnici, kde byla dosud měla indikovanou fyzioterapii, ale klientce také nepřišla dostatečná. Necítila výrazné

zlepšení. Cvičení a chůze 1 x denně jí připadají nedostatečné. Dále v rámci interní kliniky absolvovala psychologické vyšetření, které by dle jejích slov bylo vhodné častěji, nemá si s kým povídat, celé dny stráví v posteli. Stačila by jí i hodina denně, kterou by s ní někdo strávil rozhovorem o běžných věcech.

Závěrečné zhodnocení:

Klientka spolupracovala bez problémů. Byla dokonce ráda, že s ní po dlouhé době někdo déle hovoří. Klientka absolvovala všechny složky léčebné rehabilitace. Bohužel v rámci léčebné rehabilitace absolvovala pouze fyzioterapii. Sama však cítí potřebu psychoterapie. Dále se cítí sociálně izolovaná, doufá, že se tento stav změní, až se vrátí z nemocnice do Domova pro seniory.

**Kazuistika č. 9**

***Pan J. Š., 1943***

Diagnóza:

Parkinsonova nemoc od r. 2006, hypokineticko-rigidní syndrom s levostrannou převahou.

Osobní anamnéza:

Parkinsonova choroba 3 roky.

Vertebrogenní algický syndrom.

Varixy dolních končetin.

Chronická lymfocytární thyroditis na substituci, sledován na interní klinice.

Farmakologická anamnéza:

Euthyrox 150 mg 1-0-0, Isicom 250 mg 6-10-14-18/ 3/4-3/4-3/4-2/4, Mirapexin 0,18 1-1-0-1 v 6-10-14-18 hod. Vzhledem k hraničnímu MMSE nasazen Citalec 20 1-0-0, v závislosti na dalším vývoji budou zvažována kognitiva.



Rodinná anamnéza:

Matka zemřela v 60 letech na infarkt myokardu, otec zemřel v 65 letech následkem cévní mozkové příhody. Sestra zdravá, děti nemá.

Pracovní anamnéza:

Nyní je klient ve starobním důchodu, dříve pracoval jako instalatér.

Sociální anamnéza:

Klient žije sám. Pravidelně jej však navštěvuje jeho sestra.

Nynější onemocnění:

Klient trpí Parkinsonovou nemocí po dobu necelých 5 let. Momentálně dochází ambulantně na pravidelné kontroly 2x ročně do extrapyramidové poradny, pokud se neobjeví nějaké potíže. V loňském roce začaly klienta trápit potíže ve smyslu zhoršování chůze, stability, zvýšené ztuhlosti a zhoršování hybnosti levostranných končetin. Dále bylo zhoršeno depresivní ladění a zvýšená únava. Byla mu proto upravena medikace. Klient nyní cítí výrazné zlepšení, hybný stav je optimální, je spokojen. Psychické komplikace nejsou, spánek bez obtíží.

Funkční zhodnocení:

Klient je při vědomí, orientovaný, lucidní, spolupracuje.

**Hlava:** Zrak i sluch v normě, čítí v obličeji normální, mimické pohyby normální bilat. Polyká bez obtíží.

**Krk:** Hybnost aktivní i pasivní bez omezení, zvýšené napětí šíjových svalů.

**HKK:** Síla i hybnost přiměřená, reflexy výbavné symetricky, taxe přesná s intenčním tremorem vlevo, adiadochokineze vlevo, rigidita bilat. Více vlevo. Lehký statický tremor s levostrannou převahou.

**DKK:** Síla i hybnost přiměřená, reflexy výbavné symetricky, pyr. jevy iritační a zánikové nepřítomny. Taxe přesná ale pomalá. Čítí v normě.

**Stoj a chůze:** Stoj I-III a chůze s flekčním držením. Nepoužívá pomůcky k chůzi.

**MMSE: 28**

**Stupeň dle škály H&Y: 2**

Klient je t.č. bez obtíží. Plánovaná návštěva extrapyramidové poradny se uskuteční koncem dubna.

Léčebná složka rehabilitace:

Klient pravidelně rehabilituje. 1x týdně dochází do Sokola na rehabilitační cvičení. Sám potom denně cvičí doma. Žádnou jinou terapii pak neabsolvuje ani sám ani v rámci společnosti Parkinson.

Sociální složka rehabilitace:

Zatím žádná neproběhla, klient je zcela soběstačný, subjektivně ji ani nevnímá jako potřebnou.

Pedagogická složka rehabilitace:

Doposud neproběhla, pouze jako instruktáž ke cvičení.

Pracovní složka rehabilitace:

V době, kdy byla klientovi diagnostikována Parkinsonova nemoc, byl již ve starobním důchodu.

Subjektivní pocit, dostatečnost rehabilitace:

Klient se vyjádřil, že mu vše takto postačuje, je to samotář a vše, co potřebuje, si zařídí sám. Další cvičení nebo logopedii nepovažuje za nutné. Jeho sestra za ním pravidelně dochází, nepotřebuje však od ní žádnou pomoc, spíš si s ní rád popovídá. Vyhovuje mu také bydlení o samotě, rád se kouká sám na fotbal. Subjektivně svou situaci hodnotí jako uspokojivou. Je také velice spokojen s přístupem lékařů v Centru extrapyramidových poruch.

Závěrečné zhodnocení:

Klient spolupracoval bez problémů. Ze složek „ucelené“ rehabilitace absolvoval zejména léčebnou složku. S její provedením byl spokojen. Vzhledem k věku, kdy byla klientovi diagnostikována Parkinsonova nemoc nebylo nutné absolvovat pracovní složku rehabilitace. Jeho zdravotní stav mu nyní dovoluje zvládat veškeré denní činnosti. Další složky rehabilitace nyní nepotřebuje.

***Kazuistika č. 10***

***Paní P. O., 1962***

Diagnóza:

Hypertonicko-hypokinetický syndrom, Morbus Parkinsoni.

Osobní anamnéza:

Klientka je sledována v Centru extrapyramidových poruch od roku 1997.

Thyreopatie, poslední kontrola v normě.

Farmakologická anamnéza:

Euthyrox 1 denně, Madopar 1/2 - 4 x denně, Jumex 1-0-0.

Rodinná anamnéza:

Matka i otec bez neurologicky významných diagnóz, má mladšího sourozence s diagnózou dětská mozková obrna.

Děti klientka nemá.

Pracovní anamnéza:

Klientka pracuje v administrativě, nemá žádné pracovní úlevy, případně invalidní důchod.

### Sociální anamnéza:

Klientka bydlí doma s rodiči, v bytě ve 2. patře. Dům je s výtahem. Bydlí společně se svým bratrem, o kterého se rodiče starají.

Klientka je svobodná, bezdětná.

### Nynější onemocnění:

Parkinsonova nemoc byla u klientky diagnostikována před 13 lety, bylo jí v té době 35 let. Potíže se začaly objevovat plíživě jako třes nejprve na pravé horní končetině, posléze na pravé dolní končetině. Později se přidalo i levostranné postižení. Postupně se přidaly obtíže ve smyslu chorey velmi lehkého stupně. Klientka nyní pravidelně navštěvuje Centrum extrapyramidových poruch 2x ročně, v případě obtíží i častěji.

### Funkční zhodnocení:

Klientka je orientována všemi kvalitami, spolupracuje. Přítomná je hypomimie, tišší hlas.

**Hlava:** Zrak bez obtíží, sluch v normě. Čítí v obličejí symetrické, mimika v normě, bilat. Polyká bez obtíží.

**Krk:** Zvýšené napětí šíjového svalstva, předsunuté držení hlavy, bez omezení hybnosti.

**HKK:** Dotekové čítí v normě. Síla, hybnost v normě bilaterálně. Pohyby možné v plném rozsahu. Třes 1/1, rigidita 1-2/1. Reflexy výbavné, iritační a zánikové pyramidové jevy nepřítomny. T.č. bez dyskinez.

**DKK:** Dotekové čítí v normě sym., svalová síla a hybnost v normě. Pohyby bez omezení rozsahu. Reflexy výbavné bilaterálně, pyramidové jevy iritační i zánikové nepřítomny.

**Stoj a chůze:** Zvládne sama, stoj je stabilní, k chůzi nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Držení těla je v mírné semiflexi.

**MMSE:** 29

**Stupeň dle škály H&Y:** 1-2

Klientka je t.č. bez větších neurologických obtíží, plánovaná návštěva extrapyramidové poradny se uskuteční v květnu tohoto roku.

#### Léčebná rehabilitace:

V současné době klientka rehabilituje 1x týdně v rámci rehabilitačního cvičení se společností Parkinson, v Sokole v Žitné ulici v Praze 2. Další složky léčebné rehabilitace dosud nikdy neabsolvovala (cíleně jsem se ptala i na logopedii, psychoterapii, ergoterapii). Se cvičením je spokojená.

#### Sociální rehabilitace:

Se sociální pracovníci se doposud klientka nesetkala. Průkaz ZTP nevlastní, ani žádnou jinou službu v oblasti sociální rehabilitace nevyužívá. Klientka pro svůj zdravotní stav nezvládá plně nároky městské hromadné dopravy, proto ji do zaměstnání a na rehabilitační cvičení vozí, případně doprovází některý z rodičů. Oba rodiče jsou již v důchodovém věku.

#### Pedagogická rehabilitace:

Proběhla pouze v rámci edukace cvičení u Parkinsonovy nemoci.

#### Pracovní rehabilitace:

Klientka nemá žádné úlevy v zaměstnání, sama zvolila takovou práci, kterou je schopna zvládat s ohledem na svůj zdravotní stav. Pracuje v administrativě a práce na PC jí nedělá žádné potíže. Sama chce dle svých slov pracovat tak dlouho, jak jen to bude možné, aby nemusela opustit práci. Mezi její záliby patřilo a stále patří čtení, zejména historických románů.

#### Subjektivní pocit, dostatečnost rehabilitace:

Klientka hodnotí rehabilitaci jako dostačující, žádnou jinou složku nepostrádá. Je sice registrovaná ve společnosti Parkinson, ale kromě rehabilitačního cvičení 1x týdně na žádné Společnosti pořádané akce nedochází. Spíše je ráda sama, případně se svou rodinou, snaží se doma pomáhat při péči o svého bratra, co jí síly a zdravotní stav dovolí. S rodiči vychází bez problémů, matka jí pomáhá, pokud něco nezvládá (náročnější práce v domácnosti apod.). Doufá, že její zdravotní stav bude co nejdéle

příznivý a nebude potřebovat další odbornou pomoc. V případě potíží však dle svých slov ví, kam se má obrátit.

#### Závěrečné zhodnocení

Klientka spolupracovala bez problémů, ochotně odpovídala na mé dotazy. Ze složek „ucelené“ rehabilitace absolvovala zejména léčebnou složku. Tu hodnotí velmi kladně. Sociální složku rehabilitace hodnotím jako nedostatečnou, zejména pro budoucnost, kdy klientce nebudou moci pomáhat rodiče. Pracovní složka rehabilitace bude v budoucnu jistě také nutná vzhledem k charakteru onemocnění. Sama klientka zatím necítí potřebu absolvovat jinou rehabilitaci než léčebnou.

#### **Zhodnocení spolupráce s klienty:**

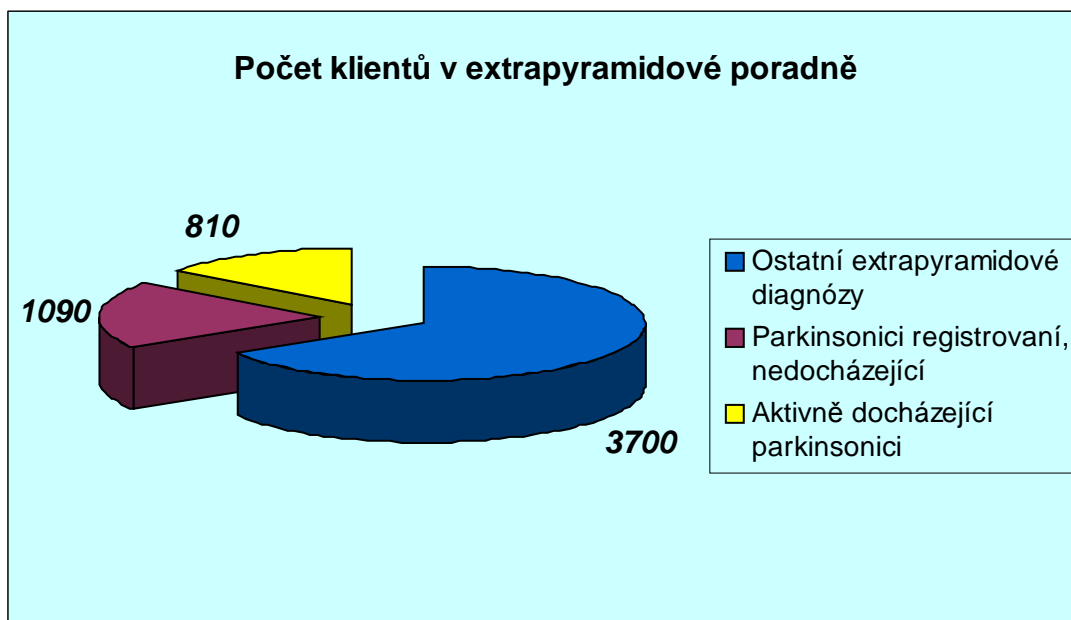
S klienty se mi pracovalo bez obtíží, nikdo z dotázaných klientů neodmítl rozhovor. Hospitalizovaných klientů jsem se dotazovala buď na pokoji, pokud jsme byli sami, nebo na cvičebně, abychom měli na rozhovor dostatek prostoru a času. Rozhovor probíhal většinou opakovaně. U kazuistiky č. 1 jsem měla možnost dotázat se i manželky klienta, jinak jsem hovořila v rámci hospitalizace pouze s klienty samotnými. U dvou posledních kazuistik ambulantně docházejících klientů probíhal rozhovor po skončení rehabilitačního cvičení v Sokole. U klientky č. 10 jsem měla možnost hovořit i s její matkou, která ji na cvičení doprovází. Nikdo z dotázaných klientů neodmítl rozhovor.

V přílohách uvádím pro lepší srozumitelnost vysvětlivky k funkčnímu vyšetření klientů a k jejich farmakologické anamnéze.

## 4.2 Sekundární analýza dat

V rámci sekundární analýzy spisové dokumentace mě zajímalo, kolik je v současné době registrováno klientů v Centru extrapyramidových poruch. Celkový počet všech klientů v Centru s různými diagnózami v Centru je 5600. Z toho je 1900 klientů s Parkinsonovou nemocí. Z těchto 1900 osob jich 810 pravidelně do centra dochází. Pro lepší přehlednost jsem data zobrazila ve formě grafu č. 1.

Graf č. 1

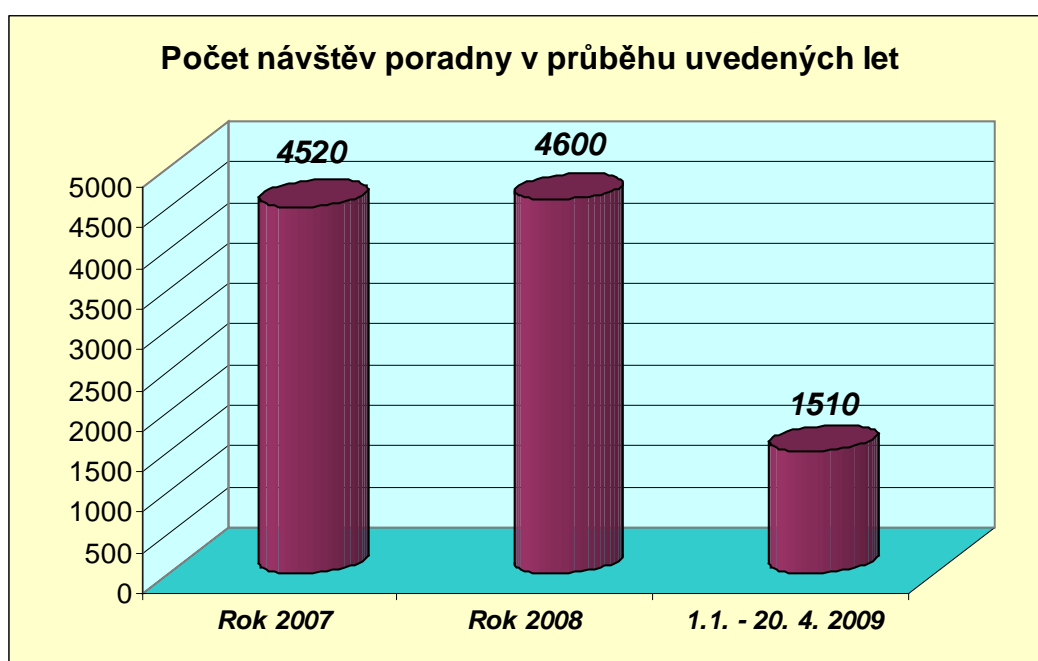


(Zdroj: Vlastní výzkum)

### *Počet návštěv klientů s PN v extrapyramidové poradně*

Dále mě zajímalo kolik klientů ročně navštíví poradnu. Získala jsem údaje za rok 2007, 2008 a poslední údaj k 20. 4. 2009. V roce 2007 to bylo 4520 návštěv, v roce 2008 již 4600 návštěv a k 20. 4. 2009 zatím 1510 návštěv. Pro přehlednost uvádím v grafu č. 2.

*Graf č. 2*



*(Zdroj: Vlastní výzkum)*



## 5. DISKUSE

Výzkumná část bakalářské práce měla za cíl zjistit, zda se u vybraných jedinců s Parkinsonovou nemocí uplatňuje přístup „ucelené“ rehabilitace, jak byl popsán v teoretické části. Z rozhovorů s vybranými jedinci, až na jednu dotazovanou klientku (kazuistika č. 5), vyšlo najevo, že klienti nemají ponětí o tom, co je to vůbec „ucelená“ rehabilitace. Jak jsem předpokládala z praxe, téměř všichni považovali rehabilitaci za cvičení (vždyť i cvičení, na které někteří dochází 1x týdně v rámci společnosti Parkinson se jmenuje „rehabilitační“). Ovšem i výše zmíněná respondentka dovedla přiřadit k léčebné složce rehabilitace jen její sociální složku.

První otázka zněla, zda klienti někdy absolvovali některou ze složek rehabilitace: Z rozhovorů s klienty vyplynulo, že v největší míře absolvovali *léčebnou složku rehabilitace*. Všichni z dotazovaných absolvovali fyzioterapii. Většina z nich je pak schopna cvičit si doma sama. Toto zjištění jsem předpokládala vzhledem ke své praxi a k teoretickým poznatkům. Dle ROTHY je při léčbě Parkinsonovy nemoci nutno podávání léků kombinovat s dalšími postupy, zejména s rehabilitací a cvičením (36). Dále pak 6 klientů absolvovalo logopedickou péči. Z toho 2 klienti v rámci služeb nabízených společnostmi Parkinson, ostatní během hospitalizace na klinice. Lázeňskou léčbu absolvoval pouze 1 klient. Takto nízká účast koreluje s faktem, že nemocný s Parkinsonovou chorobou má nárok na lázeňskou léčbu pouze 1 x za život. Dále se 1 korespondentka účastnila rekondičních pobytů pořádaných společnostmi Parkinson. Ta by ovšem podle ČAPKOVÉ neměla lázeňskou péči nahrazovat, ale spíše ji splňovat (22). Nikdo z dotazovaných neabsolvoval psychoterapii jako takovou, pouze 3 klienti byli vyšetřeni psychologem v rámci kliniky. Klientka (kazuistika č. 5) uvedla, že má známého psychoterapeuta, kterého může kdykoli kontaktovat.

Neurologická klinika není rehabilitační zařízení jako takové. Největší důraz je zde kladen na diagnostiku a léčbu klientů (46). Na klinice v rámci multidisciplinárního týmu pracují, kromě lékařů a ošetrovatelského personálu, fyzioterapeuté, logopedi, psycholog, nutriční terapeut, sociální pracovník. Bohužel zatím nemá klinika k dispozici ergoterapeuta, který by jistě do značné míry pomohl zlepšit klientům životní podmínky

v rámci ADL. Ergoterapii také nikdo z dotazovaných neabsolvoval, ani v rámci společnosti Parkinson, která ji nabízí na svých stránkách jako jednu ze služeb poskytovanou klientům (47). Dle VOTAVY je u klientů s Parkinsonovou nemocí nejdůležitější, co nejdelší udržení dobrého funkčního stavu, soběstačnosti v domácím prostředí a dle možnosti také co nejdéle umožnit zaměstnání (42). Nikdo z dotazovaných pak neabsolvoval jiné „terapie“ spadající do léčebné složky rehabilitace.

Co se týče *sociální složky rehabilitace*, dle mého názoru neprobíhala v souladu s definicí. Dle NOVOSADA: „Cílem sociální rehabilitace je existenční, resp. materiální zabezpečení a legislativní ochrana jedince s postižením, jeho začlenění do společnosti, uplatnění osobnostního potenciálu, (re)socializace, zajištění komunitní podpory, sociálních služeb, úpravy místních podmínek“ (26). Nikdo z klientů nebyl informován o možnosti sociálního poradenství. Pacienti se téměř neorientují v systému sociální péče a v nabídce sociálních služeb. Bohužel někteří klienti neměli podanou žádost o příspěvek na péči, protože nevěděli o jeho existenci, případně se o ní dozvěděli pozdě, a to ještě z řad nemocných, případně jim pomohli členové rodiny nebo známí. Zde bych důrazně apelovala na absenci sociálních pracovníků. Zejména u kazuistiky č. 3, kdy se klientka dozvěděla o možnosti zažádat si o příspěvek na péči od ostatních nemocných. Oceňuji, že si klienti mezi sebou předávají informace, ovšem tuto činnost by měl provádět sociální pracovník. Např. u kazuistiky č. 1 nevěděla manželka klienta, kam se obrátit se žádostí o průkaz ZTP pro svého muže. Nikdo z dotazovaných se dále nezmněl o možnosti úpravy bytu, zejména pak zhotovení bezbariérových přístupů. Pobyt nemocných doma by byl jistě jednodušší, pokud by měli klienti dostatek informací, na jejichž základě by si mohli zpřístupnit vstup do bytu a pohyb doma si zjednodušit pomocí kompenzačních pomůcek. Vhodné by také bylo upravit koupelny a sprchové kouty, použít protiskluzovou dlažbu apod. V neposlední řadě je třeba neopomíjet sociální kontakty klientů, které jsou jistě snazší ve větším městě, zejména pak v klubu společnosti Parkinson, ať již během navštěvování cvičení či jiných akcí, přednášek a výletů.

V rámci *pracovní složky rehabilitace* měli 3 klienti přiznán částečný nebo plný invalidní důchod. U některých byla nemoc diagnostikována až v době, kdy již pobírali dávky starobního důchodu. Ovšem nedostatek v rámci pracovní rehabilitace bych viděla u kazuistiky č. 3, která s klinickými projevy Parkinsonovy nemoci, které ji v době, kdy byla výdělečně činná omezovaly v některých úkonech, neměla v zaměstnání žádné úlevy a náročnější úkony za ni prováděla kolegyně. Na druhou stranu je nutné zdůraznit, že se jedná o dobu před 20ti lety. Další zajímavou zkušeností je kazuistika č. 5, kdy respondentka uvádí, že raději zaměstnání opustila dobrovolně ještě před tím, než se klinické projevy nemoci začnou projevovat do takové míry, že je již nebude zvládat.

*Pedagogická složka rehabilitace* probíhala u všech klientů zejména v rámci nácviku léčebné tělesné výchovy. Dále lze dle JANKOVSKÉHO do této složky zařadit též psychoterapii (15), o které jsem psala v rámci léčebné rehabilitace. Dále bych do této složky zařadila vzhledem k věku klientů také možnost využití kognitivního tréninku, nebo-li aktivního procvičování paměti (27). Taková služba ovšem nebyla nabídnuta žádnému z dotazovaných. Jistě bude pro klienty velice náročné zorganizovat svůj volný čas také vzhledem k medikaci, kterou by měli dodržovat v přesných intervalech i 7 x denně.

Druhá otázka zněla, zda byli klienti s absolvovanou rehabilitací spokojeni: Ve většině případů byli klienti spokojeni, a to zejména s léčebnou složkou rehabilitace (kromě kazuistiky č. 8, která ji ovšem absolvovala v posledním půl roce v rámci interní kliniky). Další dotazovaná (kazuistika č. 5) měla pocit nedostatečnosti rehabilitace, a to ve všech jejích složkách. Zde bych přisuzovala nespokojenost zejména věku klientce, která byla ještě výdělečně činná a dále pak sportovnímu založení klientky. Na sociální složku rehabilitace si stěžovali klienti, kteří nevěděli, kde si mohou zažádat o dávky na péči.

Třetí otázka zněla, zda klientům schází některá ze složek rehabilitace: Ve většině případů scházela klientům právě sociální složka rehabilitace, a to zejména pro nedostatek informací. Jedné respondentce (kazuistika č. 5) scházela návaznost všech složek rehabilitace.

Výše uvedená zjištění ukazují na neprovázanost jednotlivých složek rehabilitace. Ty na sebe nenavazují, klienti jsou často odkázáni jen na informace, které si sami zjistí, případně jim je sdělí na společných setkáních (rehabilitační cvičení, výlety pořádané společností Parkinson apod.) ostatní pacienti. Nejvíce známou je klientům léčebná složka rehabilitace. Podle mého názoru je to také proto, že ji vždy indikuje lékař.

Podle PFEIFFERA chybí v České republice koordinátor rehabilitace, tzv. „*case manager*“ (28). Podle mého názoru by jej alespoň pro praxi mohl zastupovat ergoterapeut, který klienta neklasifikuje pouze podle klinických příznaků, ale bere v potaz také aktivity běžného denního života a vztahy klienta a to jak doma, tak i na pracovišti, v okolí bydliště apod. Vhodné by také podle mě bylo, kdyby někdo z multidisciplinárního týmu navštívil klienta v místě jeho bydliště a zjistil, které konkrétní činnosti jeho disability nedovolí vykonávat a podle tohoto šetření následně navrhl plán „ucelené“ rehabilitace.

Pro budoucí práci v oblasti rehabilitace má jistě velký význam „Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví“ (29). Bohužel ještě její používání není běžnou součástí praxe. Takto klasifikovaný klient bude pak moci procházet jednotlivými složkami rehabilitace, pracovníci z řad multidisciplinárního týmu budou moci snáze vyhodnotit jeho nynější stav, úspěšnost předchozí rehabilitace a snáze budou moci stanovit případně upravit rehabilitační plán. Toto vše bude snazší nejen v rámci České republiky, ale i Evropské unie.

Z výsledků sekundární analýzy dat vyplývá, že počet klientů registrovaných v Centru extrapyramidových poruch, není zdaleka zanedbatelný. Počet návštěv v poradně se mírně zvýšil, což by odpovídalo i postupnému zvyšování se výskytu Parkinsonovy nemoci v populaci (36). Stejně tak tomu naznačují i statistické údaje společnosti Parkinson. Do budoucna lze ještě předpokládat nárůst nemocných (47). Péče o klienty s tímto onemocněním je tak jistě odůvodnitelná i pro budoucnost.

Cílem této práce není v žádném případě zobecňování zjištěných údajů na populaci osob trpících Parkinsonovou nemocí v České republice. Chtěla jsem se zaměřit na konkrétní klienty, zjistit jejich subjektivní hodnocení a následně vytvořit hypotézy, které by se daly dalším výzkumem ověřit.

Ještě na závěr bych se chtěla zmínit o publikaci „Parkinsonova nemoc“, která vyšla letos v lednu v nakladatelství Maxdorf. Jedná se o 4. přepracované a dle mého názoru velice zdařilé vydání. Čtenáře seznamuje jak s možností farmakoterapie, tak samozřejmě nezapomíná ani na instruktáž ke cvičení, představuje možnosti logoterapie, radí pacientům a jejich rodinám, jak si počínat v běžném životě, nezapomíná ani na rodinné příslušníky a další osoby, které pečují o nemocné a v neposlední řadě se zabývá sociální problematikou, kterou podává čtenáři srozumitelnou formou s užitečnými odkazy a kontakty (36). Z mnou dotazovaných klientů věděla o existenci tohoto přepracovaného vydání jedna klientka. Tato kniha má jistě své místo v oblasti „ucelené“ rehabilitace.

Z výsledků této práce lze vyvodit následující závěry, které by se daly potvrdit nebo vyvrátit jako hypotézy pro případný další výzkum:

1. Jednotlivé složky rehabilitace u klientů s Parkinsonovou nemocí na sebe nenavazují.
2. V České republice je nedostatek sociálních pracovníků zabývajících se problematikou Parkinsonovy nemoci.
3. Většina klientů s Parkinsonovou nemocí je spokojena s prováděním rehabilitace.

## 6. ZÁVĚR

Jako každé chronické progresivní onemocnění se i Parkinsonova nemoc a její následky odrazí do všech aspektů života nemocného. Je tedy nutné léčit, pozastavit průběh a minimalizovat následky, nejen co se zdravotní oblasti klientova života týče. Své místo má i oblast sociální, která je do značné míry ovlivněna klinickými projevy nemoci (zejména pak strachem z případných pádů, freezingem, hesitacemi). Ovlivněn je samozřejmě i pracovní život klienta, pokud se u něj objeví nemoc v mladším, produktivním věku. Volnočasové aktivity klienty jsou pak následkem nemoci také značně omezeny. Do všech těchto oblastí by měla zasahovat a usnadňovat je „ucelená“ rehabilitace.

Tato práce poukazuje na neprovázanost jednotlivých složek rehabilitace. Jsme zatím jedna z mála zemí, která nemá Zákon o rehabilitaci. Klienti s Parkinsonovou nemocí, ale i s jiným chronickým onemocněním jsou často odkázáni na pomoc svých bližních. Shánějí si informace o možnostech řešení své situace sami., zejména pokud žijí v menších městech, kde nesídlí ani klub společnosti Parkinson.

Výsledky této práce se mohou dle mého názoru uplatnit v praxi při sestavování rehabilitačního plánu nebo při výuce budoucích pracovníků v oblasti rehabilitace.

## 7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1) AMBLER, Z. – BEDNAŘÍK, J. – RŮŽIČKA, E. a kol. *Klinická neurologie, část obecná*. 2. vyd. Praha: Triton, 2008. 976 s. ISBN 978-80-7387-157-4.

2) *About EPDA* [online]. [cit. 2009-01-02].

Dostupné z: <<http://www.epda.com/about.html>>.

3) *About Parkinson's* [online]. [cit. 2008-12-19].

Dostupné z: <<http://www.michaeljfox.org/parkinsons/index.php>>.

4) *Adresář logopedických pracovišť*. [online] Asociace klinických logopedů České republiky [cit. 2009-02-15]

Dostupné z: <<http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?ph=31>>.

5) BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla* [online]. Verze 3.3 11.11.2004. [cit. 2008-12-19].

Dostupné z: <<http://boldish.cz/citaceúcitace1.pdf>>.

6) BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citace u jednotlivých typů dokumentů* [online]. Verze 3.0 11.11.2004. [cit. 2008-12-19]. Dostupné z: <<http://boldish.cz/citaceúcitace1.pdf>>.

7) *Co je ergoterapie? Čím se ergoterapeut zabývá?* [online]. Česká asociace ergoterapeutů. [cit.2008-12-09].

Dostupné z: <<http://www.ergoterapie.org/modules.php?name=informace>>.

- 8) DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
- 9) DUŠKOVÁ, J. – JIRÁK, R. – MALÁ, E. *Demence*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-6.
- 10) GÚTH, et al. *Pracovní ehabilitácia*. Rehabilitácia 1. Bratislava: 2009, časopis Vol. 46, No 1, 2009. s. 10-18. ISSN 0375-0922
- 11) HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- 12) CHLUMECKÁ, J. - KRIVOŠÍKOVÁ, M. Náplň práce ergoterapeuta. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: 2006, časopis 1/2006, roč 16., s. 34, ISSN 1210-0404.
- 13) *Jaký je vývoj Parkinsonovy nemoci?* [online]. [cit. 2009-01-30]. Dostupné z: <<http://www.desitin.cz/index.php/article/detail/2615>>.
- 14) JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 168 s. ISBN 80-7254-730-5.
- 15) JANKOVSKÝ, J. – PFEIFFER, J. – ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta JU, 2005. 1. vyd. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
- 16) JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 160 s. ISBN 80-7066-941-1.



- 17) *Kdo jsme, co děláme?* [online]. [cit. 2009-03-29].  
Dostupné z: <<http://www.parkinson-cz.net/ostatní/vyzva//prospekt00040409.pdf>>
- 18) KOLIBÁŠ, E. – PIDRMAN, V. *Změny v jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.
- 19) *Koncepce oboru ergoterapie*. [online]. [cit. 03-27-2009].  
Dostupné z: <[http://www.ergoterapie.cz/files/koncepce\\_oboru\\_ergoterapie.pdf](http://www.ergoterapie.cz/files/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf)>
- 20) KRÁLÍČEK, P. *Úvod do speciální neurofyzologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 230 s. ISBN 80-246-0350-0.
- 21) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- 22) *Lázně či rekondice?* [online]. [cit. 2009-03-15].  
Dostupné z: <[http://www.parkinson-cz.net/forum3/n\\_lazne.php](http://www.parkinson-cz.net/forum3/n_lazne.php)>.
- 23) LEBEDOVÁ, Z. *Poruchy polykání*. In ROTH, J. a kol. *Parkinsonova nemoc*. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 222s. ISBN 978-80-7345-178-3.
- 24) NEVŠÍMALOVÁ, S. - RŮŽIČKA, E. - TICHÝ, J., et al. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 367 s. ISBN 80-7262-160-2.
- 25) MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
- 26) NOVOSAD, L. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 1997. 50 s. ISBN 80-7083-268-1.

- 27) *Parkinsonova nemoc a psychiatrická problematika*. [online]. [cit. 2009-01-30]  
Dostupné z: <[http://www.parkinson-cz.net/forum3/n\\_psychiatr.php](http://www.parkinson-cz.net/forum3/n_psychiatr.php)>
- 28) PFEIFFER, J. *Systém moderní rehabilitace*. In TROJAN, S. a kol. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 195-228. ISBN 80-247-1296-2.
- 29) PFEIFFER, J. – ŠVESTKOVÁ, O. - *Národní rada zdravotně postižených. WHO, Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
- 30) PRAŠKO, J. – PRAŠKOVÁ, H. – PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 180 s. ISBN 80-7038-078-0.
- 31) *Programové cíle Národní rady osob se zdravotním postižením ČR na období 2008-2012*. [online]. [cit. 2009-03-29].  
Dostupné z: <<http://www.nrzp.cz/userfiles/file/skok032008.doc>>
- 32) REKTOR, I. – REKTOROVÁ, I. *Parkinsonova nemoc a příbuzná onemocnění*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. 152 s. ISBN 80-7254-026-2.
- 33) REKTOR, I. *Parkinsonova nemoc: Doporučené postupy diagnostiky a léčby. II. Pozdní stadium*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 59 s. ISBN 80-7262-298-6.
- 34) REKTOR, I. - REKTOROVÁ, I. *Centrální poruchy hybnosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 195 s. ISBN 80-7254-418-7.
- 35) RESSNER, P. – ŠIGUTOVÁ, D. *Léčebná rehabilitace u Parkinsonovy choroby: Neurologie pro praxi*. Praha: 2001, časopis 1/2001, roč. , s. 31-35. ISSN - 1213-1814.

- 36) ROTH, J. – RŮŽIČKA, E. – SEKYROVÁ, M. *Parkinsonova nemoc*. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 222 s. ISBN 978-80-7345-178-3.
- 37) RŮŽIČKA, E. – ROTH, J. – KAŇOVSKÝ, P. *Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 293 s. ISBN 80-7262-048-7.
- 38) RŮŽIČKA, E. *Parkinsonova nemoc a věk*. Parkinson. Praha: 2004, č. 16, s. 12-14. ISSN 1212-089.
- 39) RŮŽIČKA, E. et al. *Parkinsonova nemoc: Doporučené postupy diagnostiky a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 120 s. ISBN 80-7262-298-6.
- 40) RŮŽIČKOVÁ, H. *Porucha hlasu, řeči a komunikace u Parkinsonovy nemoci*. In ROTH, J. a kol. *Parkinsonova nemoc*. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 222s. ISBN 978-80-7345-178-3.
- 41) SEKYROVÁ, M. *Léčebná tělesná výchova v neurologii*. In HROMÁDKOVÁ, J. a kol. *Fyzioterapie*. 1. vyd. Jinočany: H&H Vyšehradská, s. r. o., 2002. s. 169-255. ISBN 80-86022-45-5.
- 42) VOTAVA, J. *Pohybová soustava z klinického hlediska – část speciální*. In TROJAN, S. a kol. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vyd. Praha: Grada, 2005 s. 124. ISBN 80-247-1296-2.
- 43) VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
- 44) VOTAVA, J. a kol. *Základy rehabilitace*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 139 s. ISBN 80-7184-385-7.

45) Vyhláška ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb., se kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení. In *Úplné znění č. 702, Sociální zabezpečení 2009*. Ostrava: Sagit, 2009. s. 133-148. ISBN 978-80-7208-717-4.

46) *Výroční zpráva Neurologické kliniky VFN*. [online]. [cit. 2009-01-28].  
Dostupné z: <[http://www.neuro.lf1.cuni.cz/docs/vyrocní\\_zprava\\_2007.pdf](http://www.neuro.lf1.cuni.cz/docs/vyrocní_zprava_2007.pdf)>

47) *Výroční zpráva společnosti Parkinson*. [online]. [cit. 2009-03-15].  
Dostupné z: <[http://www.parkinson-cz.net/ostatni/vz07\\_v.pdf](http://www.parkinson-cz.net/ostatni/vz07_v.pdf)>

48) Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, v platném znění. In *Úplné znění č. 702, Sociální zabezpečení 2009*. Ostrava: Sagit, 2009. s. 149-188. ISBN 978-80-7208-717-4.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Extrapyramidová onemocnění

Neurologie

Parkinsonova nemoc

Rehabilitace

## **9. PŘÍLOHY**

***Příloha č. 1*** – Výše příspěvku na péči

***Příloha č. 2*** – Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené osoby

***Příloha č. 3*** – Škála dle Hoehnové a Yahra

***Příloha ač. 4*** – Skupinová cvičební jednotka u Parkinsonovy nemoci

***Příloha č. 5*** – Světová deklarace o Parkinsonově nemoci

***Příloha č. 6*** – Přehled indikačních skupin léků u dotazovaných klientů

***Příloha č. 7*** – Slovníček zkratk a odborných výrazů

***Příloha č. 8*** – Vysvětlivky k vyšetřování hybnosti

## **Příloha č. 1**

### **Výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let za kalendářní měsíc:**

1. 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
2. 4000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
3. 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
4. 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)

*(Zdroj: Zákon č. 108/2006, o sociálních službách, v platném znění)*

## **Příloha č. 2**

### **Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany:**

#### **1. Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP):**

- a) nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sezení vázáno na zakoupení jízdenky,
- b) nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních.

#### **2. Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP):**

- a) nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem),
- b) sleva 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a 75 % sleva v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

#### **3. Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P):**

- a) nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě,
- b) u úplně nebo prakticky nevidomých nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa, pokud je doprovází průvodce.

**4.** Dále může být držitelům průkazů ZTP a ZTP/P poskytnuta sleva poloviny vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní podniky. Při poskytování slev držitelům průkazů ZTP/P se poskytuje sleva poloviny vstupného i jejich průvodci.

*(Zdroj: Vyhláška 182/1991 Sb., v platném znění)*



## **Příloha č. 3**

### **Funkční hodnocení Parkinsonovy nemoci, škála podle Hoehnové a Yahra:**

**Jméno:**

**Rodné číslo:**

**Diagnóza:**

**Datum:**

- 0** nejsou evidentní žádné klinické příznaky
- 1** pouze jednostranné postižení
- 2** pouze oboustranné postižení
- 3** první příznaky poškození posturálních a vzpřimovacích reflexů při vyšetření, nebo anamnestické údaje o porušení rovnováhy, pádech, atd. Omezení hybnosti je mírně až středně těžké.
- 4** plně vyvinuté těžké onemocnění, které značně omezuje hybnost
- 5** připoutání na lůžko

*(Zdroj: Sekyrová in Fyzioterapie)*

## Příloha č. 4

### Skupinová cvičební jednotka u Parkinsonovy nemoci

#### Sed na židli:

1. Švihnout jednou horní končetinou (dále HK) do vzpažení, podívat se za rukou, položit ruku zpět na stehno. Totéž opakovat i druhou rukou.
2. Švihnout jednou HK do upažení, podívat se za rukou, položit zpět a opakovat i druhou HK.
3. Ohnout obě horní končetiny (dále HKK) v loktech, sáhnout na ramena a rázně zpět.
4. Ohnout obě HKK v loktech, ruce zkřížit na ramena a opět natáhnout zpět.
5. Švihnout oběma HKK do vzpažení, podívat se nahoru, vrátit zpět a podívat se dolů.
6. Pohyby hlavou. Úklony, rotace, předklon a mírný záklon.
7. Tlesknou oběma rukama nad hlavou, podívat se vzhůru a pak tlesknout za zády a podívat se dolů.
8. Předpažovat a zapažovat střídavě pravou a levou.
9. Posadit se více k okraji židle, rukama se chytit za sedadlo. Střídavě přednožovat.
10. Střídavě unožovat pravou a levou s důrazem na patu.
11. Střídavě zvedat pravé a levé koleno. K tomu přidat předpažení opačné HK, když jde ruka zpět, jde švihem.
12. Kolena od sebe, provádět předklony (ruce k zemi) a záklony (ruce za hlavu).
13. Nacvičovat vztyk ze sedu do stoje.

#### Leh na zádech:

1. Střídavě přitahovat a propínat špičky.
2. Střídavě unožovat natažené dolní končetiny.
3. Střídavě krčit a natahovat dolní končetiny.
4. Střídavě zvedat natažené horní končetiny do vzpažení.
5. Rychle boxovat horními končetinami proti stropu.
6. Pokrčené dolní končetiny a kolena otáčet střídavě na obě strany.
7. Pokrčené DKK, plosky opřené o podložku a střídavě, rytmicky vykopávat.
8. Poloha stejná, střídavě, každou nohou zvlášť „šlapat na kole“.

#### Leh na boku:

1. Spodní DK pokrčená, svrchní nataženou unožovat.
2. Svrchní DK švihem pokrčit před tělo a zpět do zanožení.
3. Svrchní horní končetina do vzpažení a zpět.
4. Schoulit se do klubíčka a 3 x nádech a výdech.

#### Leh na břiše:

1. Střídavě, rytmicky pokrčovat klenu a vracet zpět.
2. Zvedat křížem horní a dolní končetinu proti sobě a zpět.
3. HKK u těla a zvedat od podložky a zároveň stahovat lopatky dolů.
4. Rytmicky stahovat hýždě s výdrží a povolit.

#### Stoj u žebřin:

1. Stojím zády k žebřinám, přitisknout se a zpevnit břicho s výdrží a povolit.
2. Bokem k žebřinám 1 rukou se drží a úklon na druhou stranu, ruka se sune po noze.
3. Čelem k žebřinám, drží se oběma rukama a střídavě přenášet váhu na paty a na špičky.
4. Čelem k žebřinám, zášlap dozadu, podívat s za rukou.
5. Stále čelem, výpady do strany.
6. Stát bokem k žebřinám, koleno dopředu a zanožovat, střídavě.

7. Stát čelem k žebřinám, švih nohou do strany a zpět překřížit druhou nohu. Rytmičky opakovat.

Stoj v prostoru se švihadlem:

1. Švihadlo přeložené napůl, HKK nahoru nad hlavu s nádechem a zpět vydechnout.
2. Předpažit HKK se švihadlem a přetáčet trup střídavě na obě strany.
3. Poloha stejná, dělat před tělem se švihadlem pomyslné kruhy.
4. Držet složené švihadlo za zády a kmitat nataženýma rukama do zapažení.

*(Zdroj: Rehabilitační cvičení pro parkinsoniky v Žitné ulici v Praze)*

## **Příloha č. 5**

### **Světová deklarace o Parkinsonově nemoci**

My, členové pracovní skupiny Parkinsonovy nemoci, vyzýváme vlády všech zemí a všechny poskytovatele zdravotní péče: Zapojte se do aktivit, které omezí dopady Parkinsonovy nemoci na pacienty i na celou společnost. Podporujte účinná opatření pro šíření znalostí a osvěty o Parkinsonově nemoci. Parkinsonova nemoc postihuje všechny kultury a rasy na celém světě. Ovlivňuje každodenní život pacientů i jejich blízkých.

- Celosvětově je počet nemocných odhadován na 6,3 milionu.
- Nejméně jeden z deseti pacientů je mladší než padesát let.

Parkinsonova nemoc způsobuje problémy při přenosu povelů z mozku ke svalům a s postupujícím časem se stav pacienta dále zhoršuje. Vnímání a myšlení přitom není narušeno. Již více než 40 let je známo, že pohybové problémy nemocných jsou způsobeny úbytkem buněk, které produkují nervový přenašeč dopamin. Prvotní příčina tohoto úbytku je ale dosud neobjasněná, takže veškerá snaha o prevenci je zatím marná. V současnosti máme k dispozici možnost zmírnit symptomy a prodloužit aktivní život postižených pomocí léků, chirurgických zákroků a fyzioterapie. Vhodnou strategií léčby a koncepce služeb můžeme účinně zvýšit kvalitu života nemocných, snížit náklady a celkové dopady na společnost.

### **Světová charta pacientů s Parkinsonovou nemocí**

*(přijata dne 11. 4. 1997) formuluje právo nemocných na:*

- odbornou lékařskou péči se zaměřením na Parkinsonovu nemoc
- odpovídající vyšetření a stanovení přesné diagnózy
- přístup k sociálním službám
- soustavnou léčebnou péči
- spolurozhodování o léčbě

### **Žádáme vlády a zodpovědné instituce všech zemí světa:**

- Podporujte realizaci požadavků této charty pomocí všech dostupných prostředků.
- Zvyšujte informovanost veřejnosti o Parkinsonově nemoci. Přispějte k odstranění jejího stigma a zamezte diskriminaci nemocných na pracovištích.

- Zlepšujte kvalitu života nemocných odpovídající péčí a vzděláváním. Podle studie efektivnosti nákladů se to celkově vyplatí.
- Zajistěte péči o pacienty ve všech stádiích onemocnění.
- Podporujte spolupráci neurologů a zdravotníků při hledání cest, jak zpřístupnit potřebnou péči všem lidem postiženým Parkinsonovou nemocí.
- Zřizujte poradenská centra vhodná pro konzultace, jak zvládnout nežádoucí účinky léčby, zejména u pacientů vyššího věku.
- Pro lepší pochopení důsledků Parkinsonovy nemoci podporujte spolupráci lékařů a zdravotníků s občanskými organizacemi, které hájí zájmy pacientů.
- Zapojte všechny etnické a kulturní skupiny pacientů, aby překonaly negativní postoje ve společnosti k chronickým neurologickým a psychiatrickým nemocem. Pomáhejte státům s méně vyvinutou péčí o parkinsoniky.
- Umožněte a podporujte výzkum nových metod léčby a prevence Parkinsonovy nemoci a rozvoj mezioborových vědeckých týmů.

Pracovní skupina Parkinsonovy nemoci (2003)

*Pracovní skupinu Parkinsonovy nemoci založila Světová zdravotnická organizace*

*(World Health Organisation, WHO) v Ženevě dne 27. května 1997*

*(Zdroj: [http://www.parkinson-cz.net/ostatni/vyzva/Deklarace\\_PN\\_color.pdf](http://www.parkinson-cz.net/ostatni/vyzva/Deklarace_PN_color.pdf))*

## Příloha č. 6

### Přehled indikačních skupin léků užívaných dotazovanými klienty

*Acecor* – antihypertenzivum, antiarytmikum

*Akineton* - antiparkinsonikum

*Amicloton* – diuretikum, antihypertenzivum

*Anopyrin* – analgetikum, antipyretikum, antirevmatikum

*Aricept* – psychostimulans

*Citalec* - antidepresivum

*Comtan* - antiparkinsonikum

*Coxtral* – nesteroidní antirevmatikum

*Dorsiflex* – centrální myorelaxans

*Euthyrox* – hormon štítné žlázy

*Helicid* - antiulcerózum

*Hylak* – digestivum, střevní eubiotikum

*Isicom* – antiparkinsonikum

*Jumex* - antiparkinsonikum

*Letrox* – hormon štítné žlázy

*Lyrica* - antiepileptikum

*Madopar* - antiparkinsonikum

*Mirapexin* - antiparkinsonikum

*Motilium* – prokinetikum, antiemetikum

*Nakom* - antiparkinsonikum

*Neupro* - antiparkinsonikum

*Novalgín* – analgetikum, antipyretikum

*Permax* - antiparkinsonikum

*PK – Merz infuze/tablety* - antiparkinsonikum

*Requip* - antiparkinsonikum

*Ropinorol* - antiparkinsonikum

*Seropram* - antidepressivum  
*Seroquel* – antipsychotikum, neuroleptikum  
*Sinemet* – antiparkinsonikum  
*Stalevo* - antiparkinsonikum  
*Tenoretic* – antihypertenzivum, diuretikum  
*Tiapridal* – antipsychotikum, neuroleptikum  
*Trental* – reologikum, vasodilatans  
*Tritace* – antihypertenzivum  
*Trittico* – antidepressivum  
*Vankomycin* – protistafylokokové antibiotikum  
*Vigantol* – vitamin D  
*Zoloft* – antidepressivum

(Zdroj: *Medical Tribune Pharmindex Brevír*. 16. vyd., Praha: 2007)



## Příloha č. 7

### Slovníček zkratk a odborných výrazů

- Akineze* – neschopnost či zhoršená schopnost pohybu
- Apraxie* – neschopnost účelných pohybů
- Ataxie* – porucha koordinace pohybů
- Axiální* – týkající se osového orgánu - páteř
- Bilat., bilaterálně* - oboustranně
- Blefarospasmus* – tonická křeč svěrače očního víčka
- Bradykineze* – zpomalení pohybu
- DBS STN* – Deep brain stimulation of subthalamic nucleus – hluboká mozková stimulace subthalamického jádra
- Dekubitus* - proleženina
- Diadochokinéza* – schopnost koordinovaně provádět pohyby
- DK, DKK* – dolní končetina, končetiny
- EPDA* – European Parkinson's Disease Association
- Febrilie* - horečka
- Fluktuace* – výraznější kolísání hybného stavu
- Freezing* – náhlá zástava pohybu
- Hesitace* – neschopnost započít s pohybem, projevuje se především přešlapováním na místě
- HK, HKK* – horní končetina, končetiny
- Hypokineze* – zmenšený rozsah pohybu
- Hypomimie* – snížená schopnost vyjadřovat emoce výrazem obličeje
- Kognitivní* – vztahující se k poznávacím procesům
- MMSE* – mini mental scale – test kognitivních funkcí
- OFF stav* – stav špatné hybnosti
- ON stav* – stav dobré hybnosti
- Parestezie* – poruchy čítí ve smyslu mravenčení apod.

*PEG* – perkutánní endoskopická gastronomie – pro enterální výživu (do tenkého střeva)

*PN* – Parkinsonova nemoc

*PS* – Parkinsonský syndrom

*Pulze* – ztráta rovnováhy a tah těla do určité strany, může vést až k pádu  
*Pyramidové jevy iritační/zánikové* – patologické reflexy

*Rigidita* – svalová ztuhlost

*Škála H&Y* – stupnice pro hodnocení míry postižení u Parkinsonovy nemoci

*Tremor* – třes

*UPDRS* – United Parkinson's disease Rating Scale – Jednotná škála pro hodnocení Parkinsonovy nemoci

*Wearing off* – akineze na konci dávky L-DOPY

## **Příloha č. 8**

### **Vysvětlivky k vyšetřování hybnosti klienta, upraveno dle UPDRS**

#### ***Klidový třes***

0 = nepřítomen

1 = nepatrný a zřídka přítomný

2 = třes je stálý malé amplitudy nebo je větší amplitudy a intermitentní

3 = větší amplitudy, přítomen pro většinu času

4 = značné amplitudy, přítomen po většinu času

#### ***Akční nebo posturální třes rukou***

0 = nepřítomen

1 = nepatrný, přítomný jen za pohybu

2 = nevelké amplitudy, přítomný jen za pohybu

3 = nevelké amplitudy, přítomný při statické zátěži stejně jako za pohybu

4 = značné amplitudy, narušuje stravování

#### ***Rigidita***

0 = nepřítomna

1 = nepatrná, zjiitelná pouze při aktivaci pohybem druhostranné končetiny

2 = mírná až střední

3 = značná, ale je ještě zachován plný rozsah pohybu

4 = těžká omezuje rozsah pohybu

#### ***Držení postavy ve stoji***

0 = normálně vzpřímený

1 = ne zcela vzpřímený, nepatrně nahnbený postoj

2 = mírně nahnbený, bez pochyby abnormální postoj

3 = těžce nahnbený s kyfózou

4 = značné flekční držení, postoj je extrémně abnormální

#### ***Chůze***

0 = normální

- 1 = chodí pomalu, může mít krátký šouravý krok
- 2 = chodí s obtížemi, ale vyžaduje jen malou nebo žádnou oporu
- 3 = těžká porucha chůze vyžadující oporu
- 4 = nechodí vůbec ani s oporou

***Posturální stabilita***

- 0 = normální
- 1 = retropulse, ale vyrovná bez pomoci
- 2 = chybí posturální odpověď, mohl by upadnout, kdyby jej vyšetřující nezachytil
- 3 = velmi nestabilní, tendence ke spontánní ztrátě rovnováhy
- 4 = neschopen stát bez opory

***Bradykineze a hypokineze těla***

- 0 = žádná
- 1 = minimální zpomalení, činí dojem uvážlivého pohybu
- 2 = zpomalení a pohybová chudost mírného stupně
- 3 = středně těžké zpomalení a chudost či nízká amplituda pohybů
- 4 = značné zpomalení, chudost či nízká amplituda pohybů

(Zdroj: [http://is.muni.cz/th/128123/lf\\_m/Priloha\\_V.\\_-\\_UPDRS.pdf](http://is.muni.cz/th/128123/lf_m/Priloha_V._-_UPDRS.pdf))