

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Plzeň 2012

Miroslav Ďuriš

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Miroslav Ďuriš

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

Podpora soběstačnosti u pacientů s Parkinsonovou chorobou
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Šrytrová

PLZEŇ 2012

Zadání bakalářské práce

Seznam literatury

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Michaele Šrytové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

OBSAH

ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Parkinsonova nemoc	13
1.1 Historie Parkinsonovy nemoci	13
1.2 Patofyziologie Parkinsonovy nemoci	13
1.2.1 Nedostatek Dopaminu	13
1.3 Incidence onemocnění	14
1.4 Příznaky Parkinsonovy nemoci	14
1.4.1 Tremor	15
1.4.2 Rigidita	15
1.4.3 Hypokineze	16
1.4.5 Vegetativní poruchy	17
1.4.6 Genetické dispozice	17
1.5 Diagnostika Parkinsonovy nemoci	17
1.6 Terapie Parkinsonovy choroby	18
1.6.1 Symptomatická léčba	19
1.6.2 Chirurgická léčba u Parkinsonovy nemoci	19
2 Ergoterapie u Parkinsonovy nemoci	21
2.1 Ergoterapie	21
2.1.1 Nácvik mluvení a grafomotoriky	22
2.1.2 Mobilita v lůžku	22
2.1.3 Přesuny	22
2.1.4 Domácí dovednosti	23
2.1.5 Zaměstnání	23
PRAKTICKÁ ČÁST	24
3 CÍL PRÁCE	24
4 HYPOTÉZY	25
5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	26
6 KAZUISTIKY	27
6.1 Kazuistika 1	27
6.1.1 Vstupní vyšetření ergoterapeutem	28
6.1.2 Závěr vstupního vyšetření	30
6.1.3 Ergoterapeutický plán	31
6.1.4 Terapeutická jednotka zaměřená na sebesycení	32
6.1.5 Terapeutická jednotka zaměřená na oblékání	33
6.1.6 Terapeutická jednotka zaměřená na lokomoci	34
6.1.7 Výstupní vyšetření ergoterapeutem	35
6.2 Kazuistika 2	36
6.2.1 Vstupní vyšetření ergoterapeutem	37
6.2.2 Závěr vstupního vyšetření	39
6.2.3 Ergoterapeutický plán	40
6.2.4 Terapeutická jednotka zaměřená na sebesycení	41
6.2.5 Terapeutická jednotka zaměřená na oblékání	42
6.2.6 Terapeutická jednotka zaměřená na lokomoci	43
6.2.7 Výstupní vyšetření ergoterapeutem	44
6.3 Kazuistika 3	45

6.3.1 Vstupní vyšetření ergoterapeutem.....	46
6.3.2 Závěr vstupního vyšetření.....	48
6.3.3 Ergoterapeutický plán.....	49
6.3.4 Terapeutická jednotka zaměřená na sebesycení.....	50
6.3.5 Terapeutická jednotka zaměřená na oblékání.....	51
6.3.6 Terapeutická jednotka zaměřená na lokomoci.....	52
6.3.7 Výstupní vyšetření ergoterapeutem.....	53
6.4 Kazuistika 4.....	54
6.4.1 Vstupní vyšetření ergoterapeutem.....	55
6.4.2 Závěr vstupního vyšetření.....	57
6.4.3 Ergoterapeutický plán.....	58
6.4.4 Terapeutická jednotka zaměřená na sebesycení.....	59
6.4.5 Terapeutická jednotka zaměřená na oblékání.....	60
6.4.6 Terapeutická jednotka zaměřená na lokomoci.....	61
6.4.7 Výstupní vyšetření ergoterapeutem.....	62
7 VÝSLEDKY.....	63
7.1 Vyhodnocení výsledků u klienta č. 1.....	63
7.2 Vyhodnocení výsledků u klienta č. 2.....	63
7.3 Vyhodnocení výsledků u klienta č. 3.....	63
7.4 Vyhodnocení výsledků u klienta č. 4.....	64
8 DISKUZE.....	65
8.1 Diskuze k hypotéze č. 1.....	66
8.2 Diskuze k hypotéze č. 2.....	66
8.3 Diskuze k hypotéze č. 3.....	66
9 ZÁVĚR.....	67
10 POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY.....	68
11 SEZNAM PŘÍLOH.....	70

Anotace

Příjmení a jméno: Ďuriš Miroslav

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Podpora soběstačnosti u pacientů s Parkinsonovou chorobou

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Šrytrová

Počet stran: číslované 70, nečíslované 5

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 16

Klíčová slova: soběstačnost, Parkinsonova nemoc, ergoterapie

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá využitím terapeutických jednotek, které jsou zaměřené na tři základní denní aktivity, u pacientů s Parkinsonovou nemocí. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část je zaměřena na Parkinsonovu nemoc jako takovou. Dále je v ní popsána ergoterapie u pacientů s tímto onemocněním. V praktické části jsou uvedené čtyři kazuistiky a stanovené hypotézy, ověřované v praxi.

Annotation

Surname and name: Ďuriš Miroslav

Department: Department of physiotherapy and occupational therapy

Title of thesis: Promoting self-sufficiency of patients with Parkinson's disease

Consultant: Mgr. Michaela Šrytrová

Number of pages: numbered 70 unnumbered 5

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 16

Key words: self-sufficiency, Parkinson's disease, occupational therapy

Summary:

This thesis deals with the use of therapeutic units that are focused on three basic activities of daily living of patients with Parkinson's disease. The work is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part focuses on Parkinson's disease itself. It also has described occupational therapy for patients with this disease. In the practical part of the four case studies are provided and hypotheses tested in practice.

Seznam zkratk:

ADL – aktivity denního života

pADL – osobní aktivity denního života

iADL – instrumentální aktivity denního života

BI – Barthel index

FIM – Funkční míra nezávislosti

KP – kompenzační pomůcka

L – DOPA – neurotransmitter dopaminu

LF – Lékařská fakulta

PAS – Parkinsonská škála aktivity

PN – Parkinsonova nemoc

UK – Univerzita Karlova

Seznam tabulek:

Tabulka 1 – výsledky testů vstupního vyšetření 1. klienta.....	30
Tabulka 2 – výsledky testů výstupního vyšetření 1. klienta.....	35
Tabulka 3 – výsledky testů vstupního vyšetření 2. klienta.....	39
Tabulka 4 – výsledky testů výstupního vyšetření 2. klienta.....	44
Tabulka 5 – výsledky testů vstupního vyšetření 3. klienta.....	48
Tabulka 6 – výsledky testů výstupního vyšetření 3. klienta.....	53
Tabulka 7 – výsledky testů vstupního vyšetření 4. klienta.....	57
Tabulka 8 – výsledky testů výstupního vyšetření 4. klienta.....	62

ÚVOD

Parkinsonova nemoc je velmi vážné degenerativní onemocnění, které postihuje v rozvinutých zemích 1 – 2 osoby z tisíce. Je to onemocnění, které velmi stěžuje člověku život nejen po stránce fyzické, ale hlavně po stránce psychické. V této práci je popsán vztah mezi člověkem a nemocí, která doslova „zastaví“ každého, kdo ji potká.

Neurologie je v dnešním světě na tak vysoké úrovni, že by si člověk před padesáti lety nedovedl představit, co dnes dokáže léčit. Avšak se najde nemoc, která i dodnes je naší vědě záhadou a ačkoliv dnešní věda umí z velké většiny zpomalit její progresi, nedokáže ji zcela zastavit. Existuje mnoho metod a oborů, které dokáží projevy této nemoci co nejvíce potlačovat. Jedním z nich je i ergoterapie, která by měla lidem s touto nemocí ukázat, jak s ní nadále žít co nejdéle. Pomocí různých metod a konceptů, by měl být ergoterapeut schopný dostatečně edukovat klienty s touto nemocí o možnosti užívání různých kompenzačních pomůcek, které jim život s touto nemocí usnadní. Dále může ergoterapie využívat mnoho terapeutických činností a technik jako je muzikoterapie, arteterapie, taneční terapie atd.

Tato práce je rozdělena na dvě části. Část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je popsána PN od období její historie, výskyt v populaci, diagnostiku až po její dnešní možnou léčbu. Další část teoretické části je věnována ergoterapii u této nemoci. V části praktické jsou stanoveny tři hypotézy, které jsou ověřeny na čtyřech kazuistikách a jejich potvrzení je uvedeno v diskuzi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Parkinsonova nemoc

1.1 Historie Parkinsonovy nemoci

V roce 1817 ve své knize „An Essay on the Shaking Palsy“, volně přeloženo jako „Esej o třaslavé obrně“ poprvé popsal James Parkinson do té doby neznámé nebo málo známé onemocnění. Brzy po zveřejnění jeho práce, byl výskyt nemoci potvrzen i dalšími lékaři a poté byla nemoc pojmenována po svém objeviteli. Stále ovšem existují pochybnosti, jestli nemocní opravdu v 1. polovině 19. století trpěli Parkinsonovou nemocí (dále jen PN). Problém, zda se PN vyskytovala dřív, než – li byla literárně popsána tkví v tom, že neexistuje žádný jasný důkaz o její dřívější existenci. Jisté je jen jediné. Od roku 1817 existuje přesný popis tohoto onemocnění a právě od tohoto data se začínali počítat první seriózní poznatky a výzkum nemoci. Ve výzkumu PN se objevují určité mezníky, které stojí za povšimnutí. V roce 1911 Funk syntetizoval L-DOPA, látku, která syntetizuje dopamin. V této době ovšem nebyla známa souvislost mezi dopaminem a PN. V roce 1913 našel Lewy v buňkách mozku zemřelých pacientů s PN mikroskopická tělíska, která se u ostatních nemocných nevyskytovala. Podle něj byla tato tělíska pojmenována. V r. 1919 popsal Tretjakov poškození jader středního mozku v substantia nigra u postižených PN. V roce 1958 Carlson objevil, že se v bazálních gangliích vyskytuje velké množství dopaminu. Na podkladě jeho objevu, se podařilo Ehringerovi a Hornykiewiczovi ve Vídni prokázat, že nedostatek dopaminu je hlavním kritériem pro vznik PN (Berger et al., 2000).

1.2 Patofyziologie Parkinsonovy nemoci

1.2.1 Nedostatek Dopaminu

Podkladem pro vznik PN je degenerace pigmentových buněk v jádru nazvaném „substantia nigra“ v mozkovém kmeni. Ten způsobuje nedostatek dopaminu v bazálních gangliích mozku, především v části nazvané „putamen“. Dopamin je neurotransmiter vyskytující se v centrálním systému. Jde o aromatickou aminokyselinu skupiny katecholaminů, která vzniká přeměnou aminokyseliny tyrosinu přes meziproduct L-DOPA. Míra aktivity tohoto enzymu je závislá na zpětných regulačních vazbách dopaminergní synapse, při které aktivace nesynaptických receptorů dopaminem způsobí útlum aktivity tyrosinhydroxylázy (Berger et al., 2000).

Významným vodítkem je, že část bazálních ganglií zvaná „striatum“ a jeho postsynaptický receptorový systém zůstává neporušený. Strukturální změny probíhají pouze v presynaptické nigrální oblasti. Nedostatek dopaminu se vyvíjí v dlouhé preklinické fázi. V této preklinické fázi se vyvíjí v dopaminergním systému dva kompenzační mechanismy, které dovedou deficit dopaminu nahradit. Presynaptické kompenzace, což znamená hyperprodukcii dopaminu ve zbývajících dopaminergních buňkách zvaných „pars compacta substantia nigra“. Postsynaptická kompenzace, již je supersenzitivita postsynaptických dopaminergních receptorů. Jestliže pokles dopaminu ve striatu dosáhne kritické hranice, tak poté kompenzační mechanismy nestačí a projeví se klinická symptomatika (Růžička et al., 2000).

U parkinsonovy nemoci odumírají buňky zvané „pars compacta substantia nigra“ a množství dopaminu transportovaného do striata se snižuje (Mumenthaler, 2001).

1.3 Incidence onemocnění

PN je jedno z nejčastějších chronických neurodegenerativních onemocnění dospělého věku. V rozvinutých zemích postihuje 1- 2 osoby z tisíce, ve věku nad 60 let až 1 ze 100. PN tvoří asi 80 % všech případů parkinsonského syndromu. Dalších 10% představují symptomatické parkinsonské syndromy provázející jiná postižení mozku, například cévní onemocnění nebo polékové poruchy. Posledních 10 % je tvořeno degenerativními onemocněními mozku, které se vyznačují mimo 12 příznaky parkinsonského syndromu. Jsou to supranukleární obrna, chorea, atetóza, balismus, myorytmie, myoklonie nebo Alzheimerova choroba s extrapyramidovými rysy (Roth et al., 1999).

1.4 Příznaky Parkinsonovy nemoci

U PN je při prokazování této diagnózy zapotřebí prokázání tří příznaků. Je to hypokineze, rigidita a tremor. Jejich nástup a intenzita je různá. Ne všechny příznaky musí nastupovat současně a ne všechny základní příznaky se musí objevit. Většinou je začátek onemocnění zcela nenápadný. Jedná se zpočátku o bolesti zad, ramen, pocit únavy až vyčerpání, poruchy spánku, pocit těžkosti dolních končetin, tichý a monotónní hlas. Tři základní příznaky se většinou objeví v rozmezí několika měsíců či let. Po

několika letech trvání PN dochází u některých nemocných k pozdním komplikacím. Ty souvisejí se zvýšením chorobného procesu a s poruchou dalších systémů (cholinergního, serotogenního atd.) – kognitivní poruchy až demence, autonomní dysfunkce psychotické polékové projevy (Roth et al., 1999).

1.4.1 Tremor

Pacient si začne napřed všimnout třesu končetin nebo jejich ztuhlosti. Pokud tremor postihne pravou ruku u praváka, tak si při psaní můžeme všimnout roztrášeného a zejména ke konci věty menšího písma (mikrografie), (Jedlička, 2005).

Třes má kolísavou intenzitu. Prožívání emocí jako rozrušení, strachu, nemoci, ale i radosti třes zvyšuje. Během spánku se nevyskytuje vůbec. Časteji postihuje ruce než nohy a to na jedné straně nebo asymetricky na obou. Vzácně se objevuje na hrudních svalech, nebo v obličejové části. Třes je hrubý a pravidelný (Rektor et al., 2003).

Frekvence Parkinsonského tremoru je přibližně 5 Hz, je klidový. Při pohybu mizí a opět se začíná objevovat v cíli. Proto si pacient třesu všimá zvláště v klidové poloze končetin, jakmile pacient rukama aktivně hýbe, tak se třes zmírňuje. Je často patrný také při chůzi. Při statické zátěži (předpažení horních končetin) se třes zpravidla zmírňuje, někdy v nižší míře trvá stále. V pokročilejších stádiích třes přetrvává i při pohybu (Nevšímalová et al., 2002).

1.4.2 Rigidita

Rigidita se projevuje zvýšením svalového tonu. Jedná se o flexory, ale i extenzory, což způsobuje flekční držení trupu a končetin. Stupeň rigidity lze testovat pomocí vyšetřování elementárních reflexů posturálních, které jsou zvýšené až do tzv. „fenoménu ozubeného kola“. V pokročilejších stádiích se sdružuje rigidita a hypokineze (Jedlička et al., 2005).

Pacient si je svalové stuhlosti vědom. Při vyšetření ji cítí i lékař. Tato stuhlost je způsobena vysokým napětím svalů buď v klidu, nebo při pohybu. Za normálních podmínek se svaly, které pevně vedou pohyb napínají a svaly s opačným účinkem ochabují.

U PN je tomu tak, že svaly, které mají být v okamžiku klidu ochablé jsou napnuté stejně tak, jako svaly v pohybu. Rigidita se podílí na pomalosti provádění pohybu a na větší námaze, kterou musí pacientk provedení pohybu vynaložit (Rektor et al., 2003).

1.4.3 Hypokineze

Hypokineze se projevuje výraznou chudostí obličeje (hypomimie), zpomalením volních pohybů (bradykineze) a snížením až úplným vymizením souhybů končetin při chůzi (Ambler, 2004).

Podobné problémy má pacient při spánku, kdy může je obtížně změnit polohu, a ráno má protíže vstát z postele. Časté jsou také pulze při stoji a chůzi. Pacient se náhle rozeběhne malými kroky ve směru vychýlení svého těžiště. A to buď dopředu – propulze, dozadu - retropulze nebo do boku - lateropulze. Pacient často padá, jenže bez zábránové reakce. Mezi další příznaky patří hypomimie. Dochází k jejímu stupňování až k aminii, stavu, kdy v obličeji nejsou patrné žádné emoce. K chudosti fyziognomie přispívá též tichá, monotónní řeč bez intonace (Seidl et al., 2004).

U pacientů se také vyskytuje nápadné vymizení gestikulace, obtížné vstávání ze židle a otáčení na místě, pomalá chůze a zpomalení řeči a obtížné zdolávání různě vysokých překážek. Hlavním příznakem je ztížení startu zamýšleného pohybu. Nemocný neví jak pohyb začít. Když se dá do pohybu, dělá malé cupitavé kroky. Po chvíli se rozejde, nejprve nejistě, poté jistěji, ale stále drobnými, malými kroky. Pokud narazí při chůzi na nějaké, třeba i malé překážky nebo je hlasitě osloven, tak ztrácí rytmus a opět cupitá nebo se zastaví, nebo dokonce padá (Roth et al., 1999).

1.4.4 Poruchy psychiky

Tyto poruchy jsou u PN velmi časté. V začátcích nemoci se jedná hlavně o celkovou slabost a unavitelnost, psychickou labilitu a poruchy spánku. Častá je i ztráta sebevědomí. Mezi hlavní problém patří však deprese, jež patří mezi nejčastější psychiatrické komplikace které se vážou k PN. Z klinického hlediska bývá v popředí především úzkost, rozladění nálady, podrážděnost a pesimistický výhled do budoucna. Časté bývají i pocity viny, poruchy vnímání a sebevražedné sklony. Úbytkem intelektuálních funkcí trpí pouze malá část pacientů s PN. Většinou to bývá porucha orientace v prostoru a poruchy paměti (Nevšimalová et al., 2002).

1.4.5 Vegetativní poruchy

Jsou charakteristické zvýšeným sliněním, pocením, slzením očí a zvýšenou sekrecí kožního mazu, hlavně v obličeji. U některých nemocných můžeme pozorovat poruchu cévního systému a dýchání. Často jsou sníženy sexuální funkce. Jde především o ztrátu sexuální chuti a potence (Berger et al., 2000).

Parkinsonici mají často i zažívací obtíže. Řadíme mezi ně poruchy polykání, sníženou mobilitu GIT a zácpu. U parkinsoniků je patrný častý pokles krevního tlaku (Roth et al., 1999).

1.4.6 Genetické dispozice

Dnes je prokázáno, že hlavní příčinou PN je v některých případech genetická s autozomálně dominantní dědičností, nebo s některým jiným typem dědičnosti. Prokázala to studie dvojčat a rodin s průkazem Lewyho tělísek (Véle, 1997).

Možnost zvýšeného rizika PN je dána jednotlivou přítomností mnohočetných genetických defektů tzv. xenobioticko - metabolických cest. Nálezy spojují v patogenezi PN genetickou predispozici a vliv zevního prostředí. Genetická dispozice se projevuje zvýšením citlivosti nigrostriatálního systému, který obsahuje dopamin na poškození vnějšími faktory (Berger et al., 2000).

1.5 Diagnostika Parkinsonovy nemoci

Diagnostika spočívá na klinických projevech a neexistuje specifický laboratorní nebo biologický test, který by PN potvrdil. Někdy se mohou na počátku onemocnění příznaky projevit v určitých situacích. Důležité je vyšetřovat hypokinezi - například schopnost poklepávat ukazovákem a palcem o sebe a ten musí udržovat danou amplitudu tohoto pohybu nebo rytmicky poklepávat nohou. Další je test udržení rovnováhy - pacient by měl být schopen udržet rovnováhu poté, co je postrčen dozadu lehkým úderem do sternu. Příčinou PN je presynaptické postižení dopaminergního systému. Příznaky PN ustupují po podání dávky prekurzoru dopaminu L - 3,4 - dihydroxyfenilalaninu (L - DOPA). Nebo po podání některé látky ze skupiny agonistů dopaminu, účinkujících na receptory pro dopamin v „putamen“.

Odpovídavost na tento podměť (L - DOPA test), potvrzuje diagnózu PN (Růžička et al., 2002).

**Diagnostika Parkinsonovy nemoci je potvrzena při výskytu nejméně tří
znásledujících příznaků:**

- asymetrický začátek
- klidový třes
- dobrá reakce na L - dopu
- přetrvávající odpověď na L - dopu po 5ti letech
- L - dopou vytvořené choreatické dyskineze
- trvání nemoci více než 10 roků

Mezi další vyšetření patří:

- zobrazovací techniky - CT, MRI
- elektrofyziologické metody
- L - dopa test - podání apomorfinu
- pozitronová emisní tomografie - umožňuje rozpoznat chorobu ve středním věku (Rektor et al., 2003)

Diferenciální diagnostika

Příznaky u PN jsou typické a v podstatě nezaměnitelné. To ovšem neznamená, že všichni pacienti s touto symptomatikou mají PN. Parkinsonské příznaky mohou vyvolávat z 15 – 20 % sekundární parkinsonské syndromy. Platí však, že se nejedná pouze o porušení buněk tvořících dopamin v bazálních gangliích. Jde o větší postižení celých bazálních ganglií i jiných systémů. Z tohoto důvodu je důležité sjednotit specifická diagnostická kritéria PN (Růžička et al., 2002).

1.6 Terapie Parkinsonovy choroby

V naší době není znám žádný léčebný postup, který by dokázal zastavit progresi PN. Příznaky onemocnění lze dlouhodobě zmírňovat terapií jednotlivých příznaků. Hlavním cílem je co nejlepší vedení léčby, oddalující vznik fluktuací hybnosti, polékových dyskinezií a dalších pozdních komplikací (Nevšimalová et al., 2002).

1.6.1 Symptomatická léčba

V současné době se neví, kdy začít se symptomatickou léčbou. Hlavním lékem symptomatické léčby PN je L - DOPA. Obecně platí, že s léčbou pomocí léku L - DOPA by se mělo začít, když si pacient začne stěžovat na problémy s realizací denních aktivit. (Růžička et al., 2002).

Mezi běžně užívané léky patří:

L – DOPA – biologický prekurzor dopaminu. Terapie L - dopou začíná až když léčba jinými antiparkinsoniky nestačí vyrovnávat funkční pohybový deficit. Po pěti letech užívání L - DOPA, často i dříve, dochází k postupnému poklesu terapeutického účinku a objevují se pozdní motorické a psychické komplikace (Růžička et al., 2002).

Amantadin - jedná se o antagonistu glutamátových NMDA receptorů. U časně fáze PCH ovlivňuje tři základní příznaky a dovoluje oddálit podání L - DOPA. V pozdních fázích PCH tlumí motorické komplikace.

Anticholinergika - ovlivňují především tremor, méně rigiditu a skoro vůbec nepůsobí na bradykinezi. Jejich indikace bývá v časných fázích s převahou tremoru. V pozdějších fázích ke zlepšení posturální stability a zmírnění zhoršení stavu.

Inhibitory MAO - B selegilin - pokud se kombinuje s L - DOPA, tak prodlužuje její účinnost, umožňuje redukovat dávky L - DOPA a ovlivňuje fluktuace stavu (Mumenthaler, 2001).

1.6.2 Chirurgická léčba u Parkinsonovy nemoci

Farmakologická léčba není vždy dostačující, proto lékaři v pozdějších fázích léčby přistupují na řešení chirurgické.

Chirurgická léčba u PN má tři možnosti:

1. Thalotomie a pallidotomie.
2. Hluboká mozková stimulace.
3. Transplantace nigrální tkáně do striata - tato léčba je ve stadiu zkoumání a provádí se v několika centrech u pacientů, kde selhala farmakologická léčba (Berger et al., 2000).

Hluboká mozková stimulace

Jedná se o výkon s minimálním rizikem. Stimulační parametry a uložení elektrod je možné průběžně opravovat. Elektrody bývají zaváděny do příslušného jádra (postoventrální pallidum, ventrointermediální thalamus, ale i subthalamické jádro). Vysokofrekvenční stimulací (100 Hz) se vyvolává inhibice cílové tkáně, což pomáhá k ovlivnění parkinsonských příznaků (Růžička et al., 2002).

2 Ergoterapie u Parkinsonovy nemoci

2.1 Ergoterapie

Pacient nacvičuje sebesycení, hygienu, oblékání, zapínání knoflíků, suchých zipů atd. Pohyby, jež jsou prováděny při těchto činnostech se musí provádět s rozmachem. Mohou se prokládat uvolňovacími cviky zápěstí a prstů (vytřepávání).

U pacientů je důležitá podpora soběstačnosti. Nemělo by se na pacienta spěchat, i když veškeré úkony zaberou delší dobu. Při oblékání je největší problém celková zpomalenost a zhoršení jemných pohybů prstů. Z tohoto důvodu je dobré vyměnit malé knoflíky za velké nebo použít suché zipy. Kroužek na úchytce zipu nemocným usnadní jeho použití.

Zřetel musíme brát i při chůzi, kdy pacientům doporučíme pevné boty na neklouzavých podrážkách a nejlépe bez tkaniček. Přednost opět dáme suchému zipu. Oblečení by mělo být z přírodních savých materiálů. Je to z důvodu zvýšené potivosti. Při osobní hygieně se dává přednost elektrickému kartáčku před jemnou manipulací s kartáčkem klasickým. To samé platí o elektrickém holicím strojků.

Při příjmu jídla a pití mají nemocní někdy problém s polykáním. Polykání dobře stimuluje doušek studené vody. U pacientů s výrazným třesem se doporučuje používat spíše lžičku na místo příboru, hluboké talíře, či nerozbitné misky. Při pití používat brčko nebo uzavřený hrníček, aby nedocházelo k vylévání tekutiny.

Parkinsonici by měli mít ve svém bytě dostatečně široké trasy pro chůzi, aby nemuseli obcházet větší množství nábytku. Podlahy by neměly být kluzké a koberce by měli být opatřeny protiskluzovou fólií nebo připevněny k podlaze. Pokud je to možné, mělo by být provedeno i odstranění prahů. Všechny místnosti by měli být dostatečně osvětleny. Parkinsonici by měli mít správný typ židle nebo křesla, aby nedocházelo k podpoře vadného (flekčního) držení těla. Také z měkkých křesel se pacientům špatně vstává. Toalety by měli být opatřeny bezpečnostními madly a nástavcem na toaletní mísu z důvodu lepšího vstávání. Pro zjednodušení hygieny je dobré opatřit sprchový kout a vanu sedátko, či plastovými židlemi (Lewit, 1990, Hromádková et al., 2002).

2.1.1 Návčik mluvení a grafomotoriky

U parkinsonovy choroby dochází nejen ke zhoršení pohybu, ale i komplikace v komunikaci s okolím. Ústa ztrácí schopnost k rychlému a rytmickému střídání pohybů. Jsou hypomimická. Také je porušena koordinace pohybů. Horní končetina je chudá na pohyb, hypokinetická. Písmo se v průběhu psaní zmenšuje, je kostrbaté až nečitelné. Návčik verbální komunikace provádíme před zrcadlem. Skládá se ze cvičení mimiky obličeje, z dechového cvičení, cvičení motoriky mluvidel, kde se klient snaží cvičit pohyblivost rtů, čelisti, jazyka a pohyblivost měkkého patra. Dále nacvičuje artikulaci. A to hlavně správným vyslovováním samohlásek a souhlásek. K těmto cvičením využíváme hlasitého čtení knihy nebo vyprávění či řečnická cvičení. Před grafomotorickým cvičením je důležité uvolnění končetiny. Nejprve klient nacvičuje pohyby HK ve stoji na prázdno do prostoru. Potom ve stoji u velké plochy papíru nebo u tabule a nakonec u stolu. Návčik psaní provádí pacient napřed širší tužkou na velké plochu papíru. Nacvičuje horní oblouk, dolní oblouk, kruh, vlnovku a osmičku. Cvičením se snaží zlepšit koordinaci a pohybovou schopnost svalových skupin, jež se podílejí na psaní a mluvení. (Haladová et al., 2004, Hromádková et al., 2002)

2.1.2 Mobilita v lůžku

U pacientů s PN je ložní mobilita často narušena. Pacienti s PN často popisují potíže s nočním vylučováním moči, neboť kvůli snížené hybnosti svoji potřebu zadržují a tím si narušují rytmus vyprázdnění močového měchýře. Pro pacienty, kteří žijí sami může tato potíž znamenat přijetí na nemocniční lůžko, zatímco pro ty, co žijí s partnerem, to znamená každodenní péči o svého druha a to i narušení nočního života obou. Lidé s parkinsonovou chorobou mají tendenci „cestovat“ po matraci při otáčení z jednoho boku na druhý a to znamená, že potřebují více prostoru než obvykle. Tyto potíže vyplývají zejména z tuhosti trupu pacienta.

2.1.3 Přesuny

Největší potíží pacientů s PN je přesun ze sedu do stoje. Tato činnost ve většině případech vyžaduje fyzickou pomoc od druhé osoby. Obecně patří, že odpovídající prvky pohybu, které jsou potřebné ke zvednutí se ze sedu do stoje, jsou správné, avšak jsou provedeny v nesprávném pořadí. Někdy vedou k řadě neúspěšných pokusů. Pomocí

vhodně formulovaných verbálních podnětů, by měli být pacienti dobře edukováni o správném pořadí úkonů, k provedení správného nácviku vstávání.

2.1.4 Domácí dovednosti

V průběhu všech fází PN je vykonávání domácích úkolů jako je příprava jídla, práce v domácnosti a nakupování ovlivněna zejména špatnou zručností a poruchou rovnováhy. Možné kognitivní změny týkající se plánování, organizace a rozhodování může mít rovněž vliv na schopnost řídit domácí tvorbu a úkoly peněžního managementu. Pozornost by měla být věnována úpravě úkolů, např. nákup předem připravené zeleniny nebo předem připravené jídlo. Vhodné je i nakupování potravin na internetu nebo zaměstnání pomocné síly. K usnadnění přístupu k potravinám nebo nádobí je vhodná i reorganizace kuchyňských skříní, aby nejčastěji užívané předměty byly umístěny co nejvhodněji k potřebám pacienta.

2.1.5 Zaměstnání

Pro pacienty, kteří pracují na plný nebo částečný úvazek znamená diagnóza PN mnoho otázek. Nicméně s vhodným vedením, mohou někteří pacienti nadále pracovat i po mnoho let. Prozrazení diagnózy je velmi osobní věc a lidé se liší v načasování jejího zveřejnění z různých důvodů. Zaměstnanec není povinen hned hlásit zaměstnavateli diagnózu, ale dát nějaké informace kolegům často vede k lepší podpoře a pomoci na pracovišti. Pokud pacienti s PN mohou mít vliv na bezpečnost a ochranu zdraví na pracovišti, pak by zaměstnavatel měl být o tomto skutku informován, pro provedení hodnocení rizik na pracovišti. Zaměstnavatel potřebuje vědět o každém postižení zaměstnance, aby mohl provést přiměřené úpravy pracoviště. (Aragon et al., 2010)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍL PRÁCE

Cílem této práce je pomocí výzkumných metod zjistit vliv terapeutických jednotek v ergoterapii na dosažení maximální možné soběstačnosti u pacientů trpících Parkinsonovou nemocí.

4 HYPOTÉZY

V souladu se stanoveným cílem byly určeny tyto hypotézy:

1. Předpokládám, že pacientům, kteří pravidelně podstupují terapeutickou jednotku před samotným nácvikem činnosti se zvýší celková soběstačnost.
2. Předpokládám, že pacienti, kteří pravidelně nacvičují ADL činnosti, mají větší šanci dosáhnout vyšší úrovně soběstačnosti.
3. Předpokládám, že terapeutická jednotka, aplikovaná aspoň 3krát týdně, má pozitivní vliv na zvýšení úrovně soběstačnosti.

5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Po stanovení cíle, byly určeny tři hypotézy, které jsou ověřovány pomocí výsledků speciálních testů soběstačnosti. Jednalo se o Barthelův index soběstačnosti, funkční míra nezávislosti a Parkinsonskou škálu aktivity. Ty byly provedeny na čtyřech různých klientech v rozmezí cca. jednoho měsíce na neurologické klinice VFN v Praze. Každý z těchto respondentů měl diagnostikovanou PN ve stadiu pozdních hybných komplikací. Výzkum je prováděn pomocí kazuistik.

V každé kazuistice jsou uvedeny tři terapeutické jednotky zaměřené na sebesycení, oblékání a lokomoci. Tyto jednotky podstupovali klienti 3krát týdně po dobu cca jednoho měsíce. Na začátku a na konci sledování byly provedeny vyšetření pomocí testů soběstačnosti, aby se dal porovnat rozdíl. Výsledky výzkumu jsou znázorněny pomocí tabulek.

6 KAZUISTIKY

6.1 Kazuistika 1

Úvod, základní informace:

Klient: žena

Věk: 54 let

Lékařská diagnóza: M. Parkinson ve stadiu pozdních hybných komplikací

Délka onemocnění: cca. 10 let

Informace z příjmu:

54letá klientka byla přijata plánovaně pro zhoršení stavu při Parkinsonově nemoci – snížení efektu L – dopy.

Souhrn anamnézy:

Osobní anamnéza - klientka prodělala v dětství běžné nemoci, od roku 2002 trpí Parkinsonovou nemocí.

Rodinná anamnéza – klientka dříve bydlela se synem, nyní již syn nemá možnost se o matku dále starat.

Sociální anamnéza - klientka bude pravděpodobně převezena do ústavu následné péče v Sedlčanech.

Pracovní anamnéza – klientka pracovala dříve jako dělnice, nyní je v ID.

6.1.1 Vstupní vyšetření ergoterapeutem

Hodnocení soběstačnosti:

Klient: žena, 54 let

Dg.: M. Parkinson

Provedl: Miroslav Ďuriš

Dne: 30. 11. 2011

Pro zhodnocení úrovně soběstačnosti byly použity následující testy: Funkční vyšetření HK, Vyšetření mobility a participace, FIM, PAS, BI (všechny tyto testy jsou používány na neurologické klinice VFN v Praze, test vyšetření mobility a participace společně s Funkčním vyšetřením HK je upraven tamní ergoterapeutkou dle jejích potřeb).

Pro zhodnocení úrovně kognitivních funkcí byl využit Addenbrookský kognitivní test.

pADL:

Oblékání/svlékání:

Klientka se s dopomocí obleče na horní polovině těla, na dolní polovině potřebuje maximální asistenci. V případě nedodržení správného dávkování medikace, či nenavození účinku daných léků, je klientka odkázána pouze na pomoci zdravotnického personálu.

Sebesycení:

Klientka je schopna se sama najíst v případě, má-li vše nachystáno a připraveno tzn. úprava polohy, příprava jídla, pití. Velikým problémem je krájení sousta pomocí nože.

Hygiena:

Při koupeli je klientka nesoběstačná. Je potřebná asistence u hygieny jak horní poloviny těla, tak i dolní. Klientka je schopna při dostatečné instruktáži, si částečně umýt obličej a část trupu včetně stehen.

Přesuny a mobilita:

Klientka je dostatečně mobilní v lůžku, přesouvá se z boku na bok a je schopná se ve stavu ON (stav, kdy je účinek medikačních preparátů nejvyšší) i posadit. Při chůzi je klientka nestabilní a je potřeba asistence. Chůze je možná pouze ve chvíli, kdy účinek léků je maximální. V opačném případě je v důsledku rigidity chůze nemožná.

Vyměšování:

Klientka má k dispozici signalizační tlačítko, kterým přivolá sestru v případě potřeby mikce či stolice a ta klientku svépomocí přesune na gramofon. Někdy v důsledku rigidity, je možnost vyprázdnění pouze na podložní mísu.

iADL:

Za dobu hospitalizace, klientka neprováděla iADL činnosti, proto nebylo možné zjistit, zda je klientka schopna je provést. Z rozhoru s klientkou bylo možno se dozvědět, že většinu těchto činností klientka neprováděla ani doma.

Funkční hodnocení:**Vhled kůže:**

Kůže je nutričně velmi dobrá, riziko dekubitů mírné.

Úchopy:

Ve stavu ON bez potíží. Klientka zvládne provést většinu úchopů bez větších potíží. Ve stavu OFF (stav, kdy účinek léků je nejmenší, nebo žádný), má klientka potíže uchopovat některé drobnější předměty v důsledku rigidity.

Kognitivní funkce:

Dle Addenbrooského kognitivního testu není patrný větší deficit v oblasti kognitivních funkcí.

Psychosociální funkce:

Klientka je plačtivá, smutná.

Zájmy:

Četba, luštění křížovek, televize

6.1.2 Závěr vstupního vyšetření

Klient: žena

Věk: 54 let

Dg.: Morbus Parkinson

Zjištěno:

Klientka byla přijata na odd. rehabilitace Neurologické kliniky z důvodu ztráty odpovědi léku L-dopa. Klientka má potíže ve většině všedních denních činnostech. Nejvíce ji omezuje již zmíněná dekompenzace léků, které tlumily projevy rigidity a tím i celkově napomáhaly k vykonávání všedních denních aktivit.

Speciální testy	30. 11. 2011
Barthel index	75b
Functional Independence Measures	65b
Parkinson Activity Scale	15b

Tabulka 1 – Výsledky testů vstupního vyšetření

6.1.3 Ergoterapeutický plán

Silné stránky klienta:

Sociální stránka: podpora klientky ze strany syna

Slabé stránky klienta:

Fyzická stránka: lokomoce, klientka je v sedu i stojí velmi nestabilní

Psychická stránka: klientka plačtivá, smutná

Problémové oblasti

Lokomoce, přesuny, hygiena

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

Cíl: dosáhnout co největší soběstačnosti v pADL činnostech

- **nácvik pADL činností**
- **nácvik lokomoce – chůze**
- **nácvik hygieny**
- **zvětšení svalové síly hlavně DK**
- **nácvik oblékání**

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

Cíl: dosáhnout stavu, kdy klientka bude soběstačná ve většině ADL aktivitách

- **pokračování v KEP**
- **nacvičit činnosti zaměřené na IADL**

6.1.4 Terapeutická jednotka zaměřená na sebesycení

Typ terapie: individuální

Cíl terapie: nácvik sebesycení

Náplň terapie:

Klientka byla dostatečně edukována v oblasti užívání kompenzačních mechanismů, které by jí měly pomoci usnadnit příjem potravy. Klientka nacvičovala příjem potravy z hlubokých talířů, používání lžice místo vidličky a nože. Dále užívala při jídle protiskluzovou podložku, aby se zabránilo posunu talíře po stole. Při pití bylo doporučeno klientce užívat brčko či uzavíratelný hrníček s náustkem. Před každým nácvikem bylo provedeno uvolnění HKK klientky pomocí měkkých mobilizačních technik, několik cviků s thera-míčem a 1krát týdně klientka nacvičovala u ergoterapeutického stolu s nástavci, na kterém si vyzkoušela různé druhy úchopů a koordinaci pohybů ruky.

Délka terapie: 50 min. 3krát týdně

Předměty, které byly v průběhu použity: molitanové míčky, thera-míč, ergoterapeutický stůl s nástavci, protiskluzová podložka

Referenční rámec: biomechanický, neurovývojový

Přístup: ADL, stupňovaných aktivit, kompenzační

Reakce klienta:

Zpočátku byla klientka velmi smutná. Odmítala cokoli dělat, bála se. Po jednom týdnu terapií došlo ke změně postoje klientky k terapii a celkově se její nálada také výrazně zlepšila.

Silné stránky: veliké odhodlání klientky

Slabé stránky: lehký třes a rigidita

Doporučení:

U této klientky došlo k velikému obratu v jejím postoji k terapii. Doporučuji proto i nadále pokračovat v nácviku sebesycení právě tímto způsobem, který jsme po dobu všech terapií podstoupili. Terapeutická jednotka zaměřená na uvolnění rigidních svalů ruky má pozitivní vliv na samotný nácvik příjmu potravy.

6.1.5 Terapeutická jednotka zaměřená na oblékání

Typ terapie: individuální

Cíl terapie: nácvik oblékání

Náplň terapie:

Obsahem této terapeutické jednotky bylo co nejvíce usnadnit klientce oblékání jednotlivých dílů oblečení. Bylo jí doporučeno, aby se zaměřila hlavně na horní polovinu těla, neboť při nácviku oblékání dolní poloviny těla, byla klientka velmi nestabilní a hrozil pád. Nejprve bylo provedeno uvolnění rigidních svalů pomocí měkkých mobilizačních technik na HKK a poté začal samotný nácvik oblékání kabátu nebo košile. Klientka byla instruována o možnostech kompenzačních pomůcek, které by ji co nejvíce proces oblékání usnadnily. Tzn. užívání suchých zipů místo knoflíků, využívání suchých zipů na botách, vybírat oblečení s většími knoflíky, pořídit si lžici na obutí atd.

Délka terapie: 30 min. 3krát týdně

Předměty, které byly v průběhu použity: molitanové míčky, košile, kabát

Referenční rámec: biomechanický, neurovývojový

Přístup: ADL, stupňovaných aktivit, kompenzační

Reakce klienta:

Klientka spolupracovala velmi dobře. Stěžovala si na malou sílu v obou HKK a pomalou obratnost při oblékání kabátu.

Silné stránky: veliké odhodlání klientky

Slabé stránky: lehký třes a rigidita

Doporučení:

Klientce bylo doporučeno i nadále pokračovat v nácviku oblékání horní poloviny těla, dolní polovinu těla by měla klientka začít sama oblékat, až si bude jistá v sedu a bude v něm stabilní.

6.1.6 Terapeutická jednotka zaměřená na lokomoci

Typ terapie: individuální

Cíl terapie: nácvik vstávání ze židle, chůze, posazování

Náplň terapie:

Tato terapeutická jednotka je zaměřena na samotný nácvik vstávání, posazování se na židli a poté krátkodobou chůzi. Před samotným nácvikem byly prováděny s klientkou tzv. „startovací pohyby“, které napomohly k docílení klíčového pohybu. Jednalo se o kývavé pohyby vpřed a vzad vsedě, při kterých si klientka zároveň počítala do tří, a poté se snažila švihem postavit. Pro větší bezpečnost byla klientce poskytnuta zevní opora. Před nácvikem chůze bylo nutné provést znovu „startovací pohyby“ v podobě pochodování oběma DKK na místě po dobu několika sekund, a poté na pokyn, či tlesknutí se klientka rozešla. Nácvik posazování zvládala klientka nejlépe. Pouze byla upozorněna na možnost pádu při rychlém a nekontrolovatelném posazení.

Délka terapie: 20 min. 3krát týdně

Předměty, které byly v průběhu použity: židle, vhodná obuv

Referenční rámec: biomechanický, neurovývojový

Přístup: ADL, stupňovaných aktivit

Reakce klienta:

Chůze byla pro klientku nejnebezpečnější, proto se zpočátku bála a byla nejistá.

Silné stránky: veliké odhodlání klientky

Slabé stránky: rigidita, malá síla v DKK

Doporučení:

Doporučuji provádět nejprve nácvik stoje a chůze za přítomnosti druhé osoby, neboť je klientka stále nestabilní a mohlo by dojít k pádu a následnému úrazu.

6.1.7 Výstupní vyšetření ergoterapeutem

Provedl: Miroslav Ďuriš

Dne: 4. 1. 2012

Po necelém měsíci se klientky stav nijak zvláště nezlepšil. V oblastech všedních denních činností má klientka stále velké nedostatky, které lze řešit pouze opakovaným nácvikem těchto činností. Jednotlivé terapeutické jednotky zaměřené na lokomoci, sebesycení a oblékání mají také pozitivní vliv na celkový stav klientky.

Speciální testy	4. 1. 2012
Barthel index	80b
Functional Independence Measures	67b
Parkinson Activity Scale	20b

Tabulka 2 – Výsledky testů výstupního vyšetření

Zhodnocení postupu terapeutické činnosti:

Během 3 týdnů jsem navštěvoval tuto klientku a ne vždy se dala terapeutická jednotka provést úspěšně z důvodu dekompenzace léků potlačující projevy PN. Po třech týdnech zdá se stav klientky stejný. Bylo by třeba delší dobu podstupovat terapeutické jednotky, které nutí klientku k aktivitě a mají příznivý vliv na její celkový stav.

6.2 Kazuistika 2

Úvod, základní informace:

Klient: žena

Věk: 65 let

Lékařská diagnóza: M. Parkinson ve stadiu pozdních hybných komplikací

Délka onemocnění: od roku 1995

Informace z příjmu:

Klientka byla přijata z důvodu zhoršení celkového stavu při Parkinsonově chorobě, spojeném s výšnými vedlejšími účinky L – dopy, dyskinezami. Byla přeložena z odd. JIP na neurologické klinice VFN v Praze na odd. Rehabilitace neurologické kliniky téže nemocnice.

Souhrn anamnézy:

Osobní anamnéza - klientka prodělala v dětství běžné nemoci, od roku 1995 trpí Parkinsonovou nemocí a v roce 2010 prodělala operaci trávicího traktu.

Rodinná anamnéza – má syna, který ji pravidelně navštěvuje.

Sociální anamnéza - klientka žije v domově pro seniory.

Pracovní anamnéza – klientka byla dříve učitelkou, nyní je v invalidním důchodu.

6.2.1 Vstupní vyšetření ergoterapeutem

Hodnocení soběstačnosti:

Klient: žena, 65 let

Dg.: M. Parkinson

Provedl: Miroslav Ďuriš

Dne: 30. 11. 2011

Pro zhodnocení úrovně soběstačnosti byly použity následující testy: Funkční vyšetření HK, Vyšetření mobility a participace, FIM, PAS, BI.

Pro zhodnocení úrovně kognitivních funkcí byl využit Addenbrookský kognitivní test.

pADL:

Oblékání/svlékání:

Klientka je schopná se obléci s dopomocí na horní i dolní polovině těla. Je schopná si pomocí KP zapnout knoflíky u jednotlivých dílů oblečení. Dále jí nedělá potíže zapínání normálního ani suchého zipu. Objektivně lze však říci, že tyto činnosti značně stěžují již zmíněné dyskinézy, které se objevují závisle na podání léků.

Sebesycení:

V oblasti sebesycení dělá klientce potíže zejména krájení sousta nožem a kvůli mírnému třesu také přenesení sousta z talíře do úst. Pití tekutin jde klientce dobře. Nepotřebuje žádné speciální nástavce na nádoby či hrnečky. Klientka má někdy problémy s polykáním, proto ji navštěvuje logoped, který s ní tuto činnost nacvičuje.

Hygiena:

Klientka je do koupelny přepravována na vozíku, na kterém je i následně provedena celková hygiena. Je schopná si samostatně umýt obličej, trup a s malými potížemi si umyje i DKK. Většinou ji ovšem umyje sestra z důvodu nedostatku času, který je potřeba této klientce věnovat.

Přesuny a mobilita:

Klientka se dokáže samovolně posadit v lůžku. Dokáže se sama přesouvat z boku na bok a celkově je v lůžku dobře mobilní. Tento stav je způsoben právě dyskinezami, které v určitém slova smyslu klientce naopak pomáhají, než omezují. V případě přesunů z lůžka na židli nebo na pojízdný vozík, je zapotřebí pomoc druhé osoby, která klientce zajišťuje zevní oporu. Klientka je nestabilní ve stoje a v chůzi.

Vyměšování:

V oblasti vyměšování, je klientka nesoběstačná, z důvodu nemožnosti přesunu na vozík. Proto v případě potřeby zavolá pomocí signalizačního tlačítka sestru, která ji pomůže s přesunem na vozík, nebo ji položí na podložní mísu.

iADL:

Za dobu hospitalizace, klientka neprováděla iADL činnosti, proto nebylo možné zjistit, zda je klientka schopna je provést. Doma tyto činnosti běžně prováděla do doby, kdy se u ní začaly projevovat první vedlejší účinky léku L-dopa.

Funkční hodnocení:**Vhled kůže:**

Kůže je suchá, riziko dekubitů je zvýšené.

Úchopy:

Jemná motorika klientky je na dobré úrovni. Klientka zvládá většinu druhů úchopů. Pouze ve stavu OFF je provedení některých druhů úchopů nemožné.

Kognitivní funkce:

Dle Addenbrookského kognitivního testu je znatelný deficit pouze v oblasti časové orientace.

Psychosociální funkce:

Klientka je velmi pozitivně naladěná, má pozitivní přístup k hospitalizaci.

Zájmy:

Četba, televize.

6.2.2 Závěr vstupního vyšetření

Klient: žena

Věk: 65 let

Dg.: Morbus Parkinson

Zjištěno:

Klientka byla přeložena z odd. JIP neurologické kliniky na odd. rehabilitace pro zlepšení stavu účinků léku L-dopa. Klientka má potíže ve většině oblastech ADL aktivit ovšem největší potíží je spojená s lokomocí a následnému přesunu.

Speciální testy	30. 11. 2011
Barthel index	80b
Functional Independence Measures	69b
Parkinson Activity Scale	24b

Tabulka 3 – Výsledky testů vstupního vyšetření

6.2.3 Ergoterapeutický plán

Silné stránky klienta:

Sociální stránka: podpora klientky ze strany rodiny

Slabé stránky klienta:

Fyzická stránka: lokomoce, bradykinéze

Psychická stránka: někdy má klientka zhoršenou náladu

Problémové oblasti

Lokomoce, přesuny, sebesycení

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

Cíl: dosáhnout co největší soběstačnosti v pADL činnostech

- **nácvik pADL činností**
- **nácvik lokomoce – chůze**
- **nácvik oblékání**
- **nácvik sebesycení**

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

Cíl: dosáhnout stavu, kdy klientka bude soběstačná ve většině ADL aktivitách

- **pokračování v KEP**
- **nacvičit činnosti zaměřené na iADL**

6.2.4 Terapeutická jednotka zaměřená na sebesycení

Typ terapie: individuální

Cíl terapie: nácvik sebesycení

Náplň terapie:

Terapie probíhala 3krát týdně v pokoji, ve kterém je klientka umístěna. Nejdříve bylo provedeno uvolnění rigidních svalových skupin na HKK a uvolnění bradykinézi pomocí thera-míče, o hmotnosti 1 kilogramu. S ním bylo provedeno několik cviků, které měli za cíl zvýšit hybnost HKK. Poté byla klientka edukována o existenci různých kompenzačních pomůcek, které jí usnadní nácvik příjmu potravy. V průběhu terapie klientka začala se samotným nácvikem sebesycení specifikované hlavně na krájení sousta nožem a mazání másla na chléb.

Délka terapie: 50 min. 3krát týdně

Předměty, které byly v průběhu použity: molitanové míčky, thera-míč.

Referenční rámec: biomechanický, neurovývojový

Přístup: ADL, stupňovaných aktivit, kompenzační

Reakce klienta:

Klientka měla pozitivní přístup terapii, efektivně spolupracovala

Silné stránky:

Psychická stránka: pozitivní přístup k terapii

Slabé stránky: třes, bradykineza, rigidita

Doporučení:

U této klientky bych doporučil používat místo nože lžíci, protože i přes velkou snahu klientky není možné zcela kompenzovat třes a bradykinezu, která jí v krájení sousta nožem brání.

6.2.5 Terapeutická jednotka zaměřená na oblékání

Typ terapie: individuální

Cíl terapie: nácvik oblékání

Náplň terapie:

Tato terapeutická jednotka byla zaměřena na nácvik oblékání horní a dolní poloviny těla. Před nácvikem bylo provedeno uvolnění rigidních svalů pomocí měkkých mobilizačních technik na HKK a ovlivnění bradykinéze pomocí thera-míče. Nácvik oblékání probíhal tak, že klientka si nejprve oblékla horní a poté dolní polovinu těla vsedě. Poté se s dopomocí terapeuta snažila obléknout ve stoje, ale to jí dělalo značné potíže v důsledku nestability. Obouvání bot nedělalo klientce naopak žádné potíže a to i bez použití obouvací lžice. Byla instruována o možnosti používání kompenzačních pomůcek a jejich účelu.

Délka terapie: 30 min. 3krát týdně

Předměty, které byly v průběhu použity: molitanové míčky, kabát, župan, kalhoty, boty

Referenční rámec: biomechanický, neurovývojový

Přístup: ADL, stupňovaných aktivit, kompenzační

Reakce klienta:

Klientka spolupracovala velmi dobře, byla velmi aktivní.

Silné stránky: velmi pozitivní přístup k terapii

Slabé stránky: třes, rigidita, bradykinéze

Doporučení:

Klientka by měla nadále pokračovat v nácviku oblékání jak horní, tak dolní poloviny těla. Měla by tento nácvik provádět zatím vsedě, neboť ve stoje není dostatečně stabilní a mohl by hrozit pád. Před samotným nácvikem je důležité uvolnit rigidní skupiny svalů a až poté začít s nácvikem činnosti.

6.2.6 Terapeutická jednotka zaměřená na lokomoci

Typ terapie: individuální

Cíl terapie: nácvik vstávání ze židle, chůze, posazování

Náplň terapie:

U této jednotky měla klientka za úkol se co nejlépe připravit na nácvik chůze, který je důležitý pro přesun např. do koupelny. Protože byla klientka dobře mobilní v lůžku, nebylo potřeba nacvičovat vstávání z lehu do sedu. Před nácvikem vstávání z lůžka do stoje bylo potřeba klientku edukovat o potřebě využití startovacích a kývavých pohybů vedoucích k samotnému postavení se. Vlivem dyskinéz měla tento začáteční úkon klientka usnadněný. Po postavení bylo potřeba klientce poskytovat zevní oporu a pro chůzi opět využít startovacích pohybů. Chůze klientce šla obtížně a ušla zhruba pět kroků. Posazování bylo jednodušší a také rychlejší, ovšem tvrdé a neomalené. Proto byla klientka instruována o možnosti hrozícího pádu a správném postupu posazení, které několikrát zopakovala.

Délka terapie: 20 min. 3krát týdně

Předměty, které byly v průběhu použity: židle, vhodná obuv

Referenční rámec: biomechanický, neurovývojový

Přístup: ADL, stupňovaných aktivit

Reakce klienta:

Klientka spolupracovala dobře, jen v některých úkonech např. chůzi si byla nejistá.

Silné stránky: pozitivní přístup k terapii

Slabé stránky: rigidita, bradykinéze

Doporučení:

Klientce bylo doporučeno pokračovat v nácviku chůze, vstávání a posazování pouze za přítomnosti druhé osoby k eliminaci možného pádu. Je potřeba před každým nácvikem zvolit vhodnou obuv.

6.2.7 Výstupní vyšetření ergoterapeutem

Provedl: Miroslav Ďuriš

Dne: 5. 1. 2012

Speciální testy	5. 1. 2012
Barthel index	82b
Functional Independence Measures	75b
Parkinson Activity Scale	28b

Tabulka 4 – Výsledky testů výstupního vyšetření

Zhodnocení postupu terapeutické činnosti:

Po skončení šetření není patrný velký rozdíl mezi výsledky vstupního a výstupního vyšetření. Klientka má potíže ve většině ADL aktivitách i nadále. Terapeutické jednotky byly podstupovány 3krát týdně po dobu zhruba jednoho měsíce což je zřejmě nedostačující.

6.3 Kazuistika 3

Úvod, základní informace:

Klient: muž

Věk: 62 let

Lékařská diagnóza: M. Parkinson

Délka onemocnění: cca.15 let

Informace z příjmu:

Klient byl přijat na odd. Rehabilitace neurologické kliniky pro zhoršení celkového stavu při Parkinsonově nemoci. Byl přeložen z odd. JIP neurologické kliniky.

Souhrn anamnézy:

Osobní anamnéza - klient prodělal v dětství běžné nemoci, před cca. 15 lety mu byla diagnostikována PN

Rodinná anamnéza – bydlí s manželkou, má syna, který ho pravidelně navštěvuje

Sociální anamnéza - klient bydlí v bytě, který není bezbariérově upravený, v domě se nachází pouze výtah. Klient bydlí ve 2. patře

Pracovní anamnéza – klient pracoval dříve jako vysokoškolský profesor na 1. LF UK

6.3.1 Vstupní vyšetření ergoterapeutem

Hodnocení soběstačnosti:

Klient: muž, 62 let

Dg.: M. Parkinson

Provedl: Miroslav Ďuriš

Dne: 2. 5. 2011

Pro zhodnocení úrovně soběstačnosti byly použity následující testy: Funkční vyšetření HK, Vyšetření mobility a participace, FIM, PAS, BI.

Pro zhodnocení úrovně kognitivních funkcí byl využit Addenbrookský kognitivní test.

pADL:

Oblékání/svlékání:

Klient se dokáže obléci na horní polovině. Je potřeba mu pomoci pře oblékání kalhot a obuvi. Velké potíže klientovi způsobuje bradykineze, díky které není schopen se obléci na dolní polovině těla. Klient nemá potíže se zapínáním knoflíků ani zipů.

Sebesycení:

V oblasti sebesycení je klient téměř soběstačný. Drobné potíže mu dělá otevírání jogurtů nebo lahví. Při používání příboru nemá větší potíže. Při pití užívá speciální nástavec na hrneček s náustkem kvůli mírnému třesu.

Hygiena:

Klient je převážen do koupelny na vozíku. Dokáže si sám umýt obličej, tělo a stehna. Potřebuje pomoci při hygieně zad a chodidel.

Přesuny a mobilita:

V oblasti mobility je klient velmi omezený, neboť stupeň bradykinéze a rigidity je vysoký. I přesto je klient dobře mobilní v lůžku, kde se sám přesouvá z jednoho boku na druhý a dokáže se i sám posadit. Vstávání a chůze bez zevní opory je však nemožná.

Vyměšování:

Klient je plně kontinentní. Při potřebě na stoličce zavolá pomocí signalizačního tlačítka sestru, která mu donese podložní mísu a pomůže mu na ní se položit. V případě potřeby mikce užívá klient močovou láhev.

iADL:

Před hospitalizací klient běžně prováděl instrumentální denní činnosti zahrnující, vaření, telefonování, nakupování, obsluha elektrospotřebičů atd. Během hospitalizace provádí pouze telefonování.

Funkční hodnocení:**Vhled kůže:**

Kůže je nutričně velmi dobrá, na pravém chodidle v oblasti paty je patrný dekubit, který klient měl již před přeložením z odd. JIP.

Úchopy:

Klient zvládá většinu úchopů, pouze pinzetový úchop a úchop do špetky mu dělá potíže.

Kognitivní funkce:

Dle Addenbrookského kognitivního testu není patrný větší deficit v oblasti kognitivních funkcí. Pouze v oblasti časové orientace není klient orientován.

Psychosociální funkce:

Klient je odmítavý ke většině aktivitám, které podle něj nemají smysl.

Zájmy:

Četba, luštění křížovek, studování odborných článků

6.3.2 Závěr vstupního vyšetření

Klient: muž

Věk: 62 let

Dg.: Morbus Parkinson

Zjištěno:

Klient byl přeložen z odd JIP neurologické kliniky VFN v Praze na odd. Rehabilitace téže nemocnice z důvodu zhoršení celkového zdravotního stavu. Klient má potíže hlavně v oblasti lokomoce, oblékání a částečně i v oblasti příjmu potravy.

Speciální testy	2. 5. 2011
Barthel index	65b
Functional Independence Measures	68b
Parkinson Activity Scale	17b

Tabulka 5 – Výsledky testů vstupního vyšetření

6.3.3 Ergoterapeutický plán

Silné stránky klienta:

Sociální stránka: klient má silnou oporu v manželce a synovi

Slabé stránky klienta:

Fyzická stránka: lokomoce, bradykinéze, rigidita

Psychická stránka: klient je někdy nevrlý ke zdravotnickému personálu

Problémové oblasti

Lokomoce, přesuny, oblékání, sebesycení, hygiena

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

Cíl: dosáhnout co největší soběstačnosti v pADL činnostech

- **nácvik pADL činností**
- **nácvik lokomoce – chůze**
- **nácvik hygieny**
- **nácvik sebesycení**
- **nácvik oblékání**

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

Cíl: dosáhnout stavu, kdy klientka bude soběstačná ve většině ADL aktivitách

- **pokračování v KEP**
- **nacvičit činnosti zaměřené na IADL**

6.3.4 Terapeutická jednotka zaměřená na sebesycení

Typ terapie: individuální

Cíl terapie: nácvik sebesycení

Náplň terapie:

Klient byl instruován o možnostech užívání kompenzačních pomůcek, které v jeho případě nebyly nutné používat, neboť většinu úkonů, spojených s příjmem potravy, klient zvládal dobře. Problém nastával při otevírání jogurtu či lahve s pitím. V tomto případě bylo klientovi doporučeno používat nástavec na víčka lahví k usnadnění jejich otevírání a k otevření jogurtu užívat jiného úchopu víčka, než který užíval klient doposud. Krájení soust příborem šlo klientovi velice dobře a stejně tak i pití ze sklenice bez nutnosti užívat nástavec s náustkem. Před samotným nácvikem samozřejmě předcházelo uvolnění rigidních svalů pomocí měkkých mobilizačních technik a zmírnění příznaků bradykinéze pomocí thera-míče.

Délka terapie: 50 min. 3krát týdně

Předměty, které byly v průběhu použity: molitanové míčky, thera-míč, nástavec na víčka od lahví.

Referenční rámec: biomechanický, neurovývojový

Přístup: ADL, stupňovaných aktivit, kompenzační

Reakce klienta:

Klient spolupracoval velmi dobře, bylo vidět, že prováděná činnost ho baví a že jí dělá kvůli dosažení nějakého cíle.

Silné stránky: podpora klienta synem a manželkou

Slabé stránky: lehký třes, rigidita, bradykineze

Doporučení:

Klientovi bylo doporučeno dále nacvičovat příjem potravy, užívat při tom vhodné KP a dodržovat postup posloupnosti jednotlivých úkonů.

6.3.5 Terapeutická jednotka zaměřená na oblékání

Typ terapie: individuální

Cíl terapie: nácvik oblékání

Náplň terapie:

Náplní této terapeutické jednotky je s klientem nacvičit oblékání horní a dolní poloviny těla. Vzhledem k vysokému stupni rigidity a bradykinéze se klient zaměřil na oblékání pouze horní poloviny těla, a to v poloze vsedě. Před samotným nácvikem oblékání bylo opět provedeno uvolnění rigidních svalových skupin na HKK pomocí měkkých mobilizačních technik. Klient nacvičoval oblékání košile a županu, který si snažil uvázat i kolem pasu. V důsledku bradykinéze a rigidity to šlo klientovi pomaleji, ale jinak větší potíže neměl. Klient byl zároveň poučen o možnosti užívání kompenzačních pomůcek, které mu usnadní oblékání i na dolní polovině těla.

Délka terapie: 20 min. 3krát týdně

Předměty, které byly v průběhu použity: molitanové míčky, košile, župan

Referenční rámec: biomechanický, neurovývojový

Přístup: ADL, stupňovaných aktivit, kompenzační

Reakce klienta:

Klient spolupracoval dobře.

Silné stránky: opora v rodině

Slabé stránky: lehký třes, rigidita, bradykinéze

Doporučení:

Klient by měl nacvičovat oblékání častěji. Nejprve je zapotřebí nacvičit řádné oblékání horní a posléze i dolní poloviny těla, což vzhledem k větší rigiditě a bradykinézi půjde velmi těžce.

6.3.6 Terapeutická jednotka zaměřená na lokomoci

Typ terapie: individuální

Cíl terapie: nácvik vstávání z lůžka, chůze, posazování na lůžko

Náplň terapie:

Při této terapeutické jednotce bylo hlavním cílem klienta postavit do vertikální polohy. Chůze nebyla skoro možná z důvodu velké bradykinéze. Před nácvikem postavení se z lůžka klient prováděl startovací pohyby, které ovšem neměly téměř žádný vliv na vstání. Klient se nedokázal postavit sám a musela mu být poskytnuta zevní opora dvou terapeutů, kteří ho postavili s pomocí chodítka. Chůze klient nedocílil. Po chvíli stání se klient opět posadil s dopomocí terapeutů. Při posazování se klient vůbec nesnažil tlumit tvrdý dopad do lůžka a nekontrolovatelně se několikrát posadil. Opět ho museli korigovat 2 terapeuti.

Délka terapie: 20 min. 3krát týdně

Předměty, které byly v průběhu použity: chodítko, vhodná obuv

Referenční rámec: biomechanický, neurovývojový

Přístup: ADL, stupňovaných aktivit

Reakce klienta:

Klient dobře spolupracoval. Po skončení nácviku oblékání měl špatnou náladu, protože mu nešla chůze, což si nedokázal přiznat.

Silné stránky: velké odhodlání klienta chodit

Slabé stránky: rigidita, bradykineze

Doporučení:

Klient by měl nacvičovat pouze posazování. V případě dopomoci minimálně dvou osob je schopen se postavit a ve vysokém chodítku i krátkodobě chodit. Je potřeba spolupráce s fyzioterapeutem.

6.3.7 Výstupní vyšetření ergoterapeutem

Provedl: Miroslav Ďuriš

Dne: 27. 5. 2011

Speciální testy	27. 5. 2011
Barthel index	70b
Functional Independence Measures	70b
Parkinson Activity Scale	20b

Tabulka 6 – Výsledky testů výstupního vyšetření

Zhodnocení postupu terapeutické činnosti:

Tento klient po dobu cca. 1 měsíce se dokázal výrazně zlepšit v oblasti oblékání a sebesycení, avšak lokomoce a samostatná chůze je stále nemožná bez dopomoci. V oblasti hygieny se klient také výrazně zlepšil, protože mu sestry dávaly větší šanci nacvičovat si umytí většiny částí těla sám.

6.4 Kazuistika 4

Úvod, základní informace:

Klient: muž

Věk: 57 let

Lékařská diagnóza: M. Parkinson ve stadiu pozdních hybných komplikací

Délka onemocnění: od roku 1992

Informace z příjmu:

Klient byl přijat na odd. rehabilitace neurologické kliniky pro zjištění nefukčnosti hluboké mozkové stimulace, která mu byla zavedena před 5 lety.

Souhrn anamnézy:

Osobní anamnéza – klient prodělal v dětství běžné nemoci, od roku 1992 trpí Parkinsonovou nemocí a před pěti lety mu byla zavedena hluboká mozková stimulace.

Rodinná anamnéza – klient žije sám, m pouze bratra, kterého nevidá.

Sociální anamnéza – klient žije v domově pro seniory, který je bezbariérově upraven

Pracovní anamnéza – dříve pracoval jako bezpečnostní technik, nyní je v invalidním důchodu.

6.4.1 Vstupní vyšetření ergoterapeutem

Hodnocení soběstačnosti:

Klient: muž, 57 let

Dg.: M. Parkinson

Provedl: Miroslav Ďuriš

Dne: 3. 5. 2011

Pro zhodnocení úrovně soběstačnosti byly použity následující testy: Funkční vyšetření HK, Vyšetření mobility a participace, FIM, PAS, BI.

Pro zhodnocení úrovně kognitivních funkcí byl využit Addenbrookský kognitivní test.

pADL:

Oblékání/svlékání:

Klient je po stránce oblékání a svlékání plně soběstačný. Kvůli značným dyskinézám má někdy potíže se zapínáním knoflíků či navlékáním ponožek. Ve stavu OFF je možnost obléci se naprosto nemožná.

Sebesycení:

Klient se dokáže sám najíst i napít. Někdy má potíže při krájení sousta nožem vlivem dyskinézy, které jsou u něj značné. Ve stavu OFF je opět schopnost příjmu potravy nemožná.

Hygiena:

Klient je zcela soběstačný v oblasti hygieny, pokud je ve stavu ON. Ve stavu OFF má klient značné obtíže s hygienou jak horní, tak dolní poloviny těla.

Přesuny a mobilita:

Klient je zcela mobilní v lůžku. Dokáže se sám přesouvat z jednoho boku na druhý a je schopen se sám posadit a vstát. Je schopen samostatné chůze bez pomoci

druhé osoby. Pokud je ve stavu OFF je klient upoután na lůžko a není schopen jakéhokoliv pohybu.

Vyměšování:

V oblasti vyměšování je klient soběstačný. Je schopen se sám přesunout na záchod, nepotřebuje asistenci. V případě, že se je klient ve stavu OFF, je zapotřebí plná asistence druhé osoby.

iADL:

Tyto denní činnosti vykonává klient bez značných potíží, pokud se nachází ve stavu ON.

Funkční hodnocení:

Vhled kůže:

Kůže je nutričně velmi dobrá, riziko dekubitů mírné.

Úchopy:

Klient zvládá všechny druhy úchopů bez potíží. Nemá problémy ani v jednotlivých fázích úchopu. Pokud je ve stavu OFF dělají mu úchopy značné potíže.

Kognitivní funkce:

Dle Addenbrookského kognitivního testu není patrný větší deficit v oblasti kognitivních funkcí.

Psychosociální funkce:

Klient je velmi pozitivně naladěný, má smysl pro humor.

Zájmy:

Luštění křížovek, televize, vyšívání, háčkování

6.4.2 Závěr vstupního vyšetření

Klient: muž

Věk: 57 let

Dg.: Morbus Parkinson

Zjištěno:

Klient byl přijat na odd. rehabilitace neurologické kliniky z důvodu nefunkčnosti účinku hluboké mozkové stimulace, která mu byla před pěti lety zavedena. Klient nemá potíže téměř v žádných denních aktivitách pouze pokud se nachází v ON stavu. Pokud ovšem je ve stavu OFF jsou jeho problémy v provádění těchto aktivit značné.

Speciální testy	3. 5. 2011
Barthel index	40b
Functional Independence Measures	45b
Parkinson Activity Scale	5b

Tabulka 7 – Výsledky testů vstupního vyšetření ve stavu OFF

6.4.3 Ergoterapeutický plán

Silné stránky klienta:

Psychická stránka: klient má velmi pozitivní náhled na jeho onemocnění

Slabé stránky klienta:

Fyzická stránka: ve stavu OFF je upoután na lůžko

Problémové oblasti

Lokomoce, přesuny, hygiena, příjem potravy, oblékání, vyměšování

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

Cíl: dosáhnout co největší soběstačnosti v pADL činnostech

- **nácvik pADL činností**
- **nácvik lokomoce – chůze**
- **nácvik hygieny**
- **nácvik sebesycení**
- **nácvik oblékání**

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

Cíl: dosáhnout stavu, kdy klientka bude soběstačná ve většině ADL aktivitách

- **pokračování v KEP**

6.4.4 Terapeutická jednotka zaměřená na sebesycení

Typ terapie: individuální

Cíl terapie: nácvik sebesycení

Náplň terapie:

Klient prováděl tuto jednotku ve stavu OFF, neboť stavu ON nebylo možné kvůli nefunkčnosti hluboké mozkové stimulace docílit. Nejprve bylo provedeno uvolnění rigidity pomocí měkkých mobilizačních technik, které nemělo žádný účinek na stuhlost svalových skupin. Klient zkoušel i rytmické pohyby HKK podle rytmu, který udával terapeut, ovšem taktéž bez valného výsledku. Klient nebyl schopný si sám namazat máslo na chléb, ani jíst sám lžící pokud nebyl pod vlivem léků, které tento stav tlumily. Byly využity i některé KP jako protiskluzová podložka, nebo nástavec na lžici pro zvětšení úchopu.

Délka terapie: 50 min. 3krát týdně

Předměty, které byly v průběhu použity: molitanové míčky, protiskluzová podložka, bubínek na udávání rytmu

Referenční rámec: biomechanický, neurovývojový

Přístup: ADL, stupňovaných aktivit, kompenzační

Reakce klienta:

Klient dobře spolupracoval. Mrzelo ho, že dané činnosti nezvládl tak, jak by chtěl.

Silné stránky: pozitivní přístup k terapii

Slabé stránky: rigidita, bradykinéze,

Doporučení:

Ve stavu OFF lze doporučit jen málo věcí, které by tomuto klientovi napomohly ke zlepšení soběstačnosti v oblasti příjmu potravy. Užívání vhodných kompenzačních pomůcek může napomoci jen velmi málo. K dosažení lepšího výsledku je zapotřebí konzultace s lékařem a upravení stavu medikací.

6.4.5 Terapeutická jednotka zaměřená na oblékání

Typ terapie: individuální

Cíl terapie: nácvik oblékání

Náplň terapie:

V této terapeutické jednotce měl klient za úkol nacvičit si oblékání košile a kalhot ve stavu OFF. Tento stav však opět způsobil, že činnost zaměřená na oblékání ve stavu OFF není téměř vůbec možná. Klient byl instruován o možnosti použití kompenzačních pomůcek při nácviku oblékání. Bylo provedeno uvolnění svalových skupin pomocí měkkých mobilizačních technik. Klient byl schopen se s dopomocí obléknout aspoň na horní polovině těla, tzn. košili. Kalhoty si vzhledem k velké bradykinézi nebyl schopen obléknout.

Délka terapie: 20 min. 3krát týdně

Předměty, které byly v průběhu použity: molitanové míčky, košile, kalhoty

Referenční rámec: biomechanický, neurovývojový

Přístup: ADL, stupňovaných aktivit, kompenzační

Reakce klienta:

Klient byl velmi trpělivý. Během nácviku oblékání spolupracoval.

Silné stránky: pozitivní přístup k terapii

Slabé stránky: rigidita, bradykinéze

Doporučení:

Klientovi bylo doporučeno i nadále pokračovat v nácviku oblékání horní poloviny těla, dolní polovinu těla by měl klient začít sama oblékat, až bude jeho stav upraven medikací.

6.4.6 Terapeutická jednotka zaměřená na lokomoci

Typ terapie: individuální

Cíl terapie: nácvik vstávání ze židle, chůze, posazování

Náplň terapie:

V této terapeutické jednotce by se měl klient věnovat nácviku vstávání ze židle, samotné chůze a posazování zpět na židli. Klient tuto činnost nacvičoval opět ve stavu OFF tzn., že byl naprosto neschopný bez pomoci se postavit ani chodit. Klient zkoušel se rozejít na počítání a počátečním pochodováním na místě, ale nic nevedlo k pozitivnímu výsledku.

Délka terapie: 20 min. 3krát týdně

Předměty, které byly v průběhu použity: židle, vhodná obuv, bubínek

Referenční rámec: biomechanický, neurovývojový

Přístup: ADL, stupňovaných aktivit

Reakce klienta:

Klient se snažil spolupracovat co nejvíce, ale protože mu činnost nešla, neměl z toho dobrý pocit.

Silné stránky: pozitivní přístup k terapii

Slabé stránky: rigidita, bradykineze

Doporučení:

Pro dosažení co největší soběstačnosti v oblasti lokomoce, je zapotřebí konzultace s lékařem, který by měl upravit medikaci potřebnou pro utlumení příznaků bradykinéze a rigidity.

6.4.7 Výstupní vyšetření ergoterapeutem

Provedl: Miroslav Ďuriš

Dne: 27. 5. 2011

Speciální testy	27. 5. 2011
Barthel index	95b
Functional Independence Measures	110b
Parkinson Activity Scale	35b

Tabulka 8 – Výsledky testů výstupního vyšetření ve stavu ON

Zhodnocení postupu terapeutické činnosti:

Na začátku terapií byl klient dekompenzován a jeho stav byl v oblasti ADL činností velmi špatný. Klient měl potíže ve všech ADL činnostech. Po několika týdnech byl jeho stav prudce zlepšen z důvodu opravení hluboké mozkové stimulace, která mu na začátku terapií nefungovala. Od té chvíle klient zvládal všechny činnosti bez značných potíží a zcela nezávisle na zdravotnickém personálu.

7 VÝSLEDKY

7.1 Vyhodnocení výsledků u klienta č. 1

Datum provedení testů: 30. 11. 2011

- **BI – 75b**
- **FIM – 65b**
- **PAS – 15b**

Datum provedení testů: 4. 1. 2012

- **BI – 80b**
- **FIM – 67b**
- **PAS – 20b**

7.2 Vyhodnocení výsledků u klienta č. 2

Datum provedení testů: 30. 11. 2011

- **BI – 80b**
- **FIM – 69b**
- **PAS – 24b**

Datum provedení testů: 5. 1. 2012

- **BI – 82b**
- **FIM – 75b**
- **PAS – 28b**

7.3 Vyhodnocení výsledků u klienta č. 3

Datum provedení testů: 2. 5. 2011

- **BI – 65b**
- **FIM – 68b**
- **PAS – 17b**

Datum provedení testů: 27. 5. 2011

- **BI – 70b**
- **FIM – 70b**
- **PAS – 20b**

7.4 Vyhodnocení výsledků u klienta č. 4

Datum provedení testů: 3. 5. 2012

- **BI – 40b**
- **FIM – 45b**
- **PAS – 5b**

Datum provedení testů: 27. 5. 2012

- **BI – 95b**
- **FIM – 110b**
- **PAS – 35b**

8 DISKUZE

Tato práce se zabývala možnostmi zvýšení, nebo aspoň podpoření soběstačnosti klientů s Parkinsonovou chorobou. V rámci odborné stáže, jsem navštívil jedno z nejlepších pracovišť, které se zabývá extrapyramidovými onemocněními a mohl se setkat s velikou škálou klientů, kteří touto nemocí trpí. Nejenom s klienty, ale i se známými doktory a profesory, kteří mi poskytli mnoho cenných informací o této nemoci.

Cíl práce a stanovené hypotézy měli potvrdit, že terapeutické jednotky, které klienti pravidelně podstupují, mají z velké části vliv na vývoj celkové soběstačnosti klienta.

Ve výzkumné části jsou uvedeny tři hypotézy, které byly ověřovány ve čtyřech kazuistikách u čtyř různých klientů různého pohlaví. Tyto kazuistiky obsahovaly objektivní zhodnocení soběstačnosti klienta a vstupní a výstupní vyšetření pomocí speciálních testů soběstačnosti.

Z výzkumu vyplývá, že většina testovaných klientů, má značné potíže v oblasti provádění všedních denních aktivit a to před i po provedení terapeutické jednotky několikrát týdně. Ačkoliv není v této práci výzkum rozvinut do obřích rozměrů, lze snadno vyčíst, že většina klientů se stejnou diagnózou, není stejná. Každý parkinsonik je naprosto individuální a hlavně jeho stav se z minuty na minutu mění.

Ergoterapeut si nemůže nastavit čas terapie podle sebe, ale podle aktuálního stavu svého klienta.

8.1 Diskuze k hypotéze č. 1

Hypotéza č. 1 – Předpokládám, že pacientům, kteří pravidelně podstupují terapeutickou jednotku před samotným nácvikem činnosti, se zvýší celková soběstačnost.

Cílem této hypotézy bylo zjistit, zda má terapeutická jednotka aplikovaná před nácvikem činnosti vliv na zvýšení soběstačnosti.

Dle výsledků jednotlivých testů u čtyř pacientů je možné zjistit, že se celková soběstačnost zvýší jen o nepatrný rozdíl několika bodů - viz. výsledky, avšak i to znamená zvýšení soběstačnosti vlivem terapeutické jednotky.

Tato informace **potvrzuje mou první hypotézu**, že pacientům, kteří pravidelně podstupují terapeutickou jednotku před samotným nácvikem činnosti, se zvýší celková soběstačnost.

8.2 Diskuze k hypotéze č. 2

Hypotéza č. 2 – Předpokládám, že pacienti, kteří pravidelně nacvičují ADL činnosti, mají větší šanci dosáhnout vyšší úrovně soběstačnosti.

Cílem této hypotézy bylo zjistit, zda pravidelné nacvičování ADL činností, může vést ke zvýšení celkové soběstačnosti.

Pokud porovnáme výsledky jednotlivých testů před nácvikem a po jednom měsíci zjistíme, že k nepatrnému rozdílu ve zvýšení celkové soběstačnosti došlo - viz. výsledky.

Tato informace tudíž **potvrzuje mou druhou hypotézu**, že pacienti, kteří pravidelně nacvičují ADL činnosti, mají větší šanci dosáhnout vyšší úrovně soběstačnosti.

8.3 Diskuze k hypotéze č. 3

Hypotéza č. 3 – Předpokládám, že terapeutická jednotka, aplikovaná aspoň 3krát týdně, má pozitivní vliv na zvýšení soběstačnosti pacienta.

Cílem této hypotézy bylo zjistit, zda aspoň 3krát týdně aplikovaná terapeutická jednotka, má pozitivní vliv na zvýšení soběstačnosti pacienta.

Terapeutická jednotka byla u klientů aplikována 3krát týdně, vždy v rozestupu jednoho dne. Po srovnání výsledků provedených testů, po jednom měsíci lze vidět nepatrné zvýšení úrovně soběstačnosti – viz. výsledky.

Tato informace **potvrzuje i můj třetí hypotézu**, že terapeutická jednotka aplikovaná aspoň 3krát týdně má pozitivní vliv na zvýšení soběstačnosti klienta.

9 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo seznámit čtenáře s možnostmi usnadnění způsobu života klientů s PN. Dále snaha edukovat klienty o různých možnostech využití KP a technik které ergoterapie nabízí, a které jim usnadní soužití s touto nemocí.

Tuto práci jsem si vybral proto, abych se mohl více dozvědět o této stále tajemné chorobě, na kterou umírají po celém světě statisíce lidí. Zjistil jsem, že je třeba být součástí multidisciplinárního týmu, neboť snaha jediného terapeuta je takřka zbytečná.

Veliký podíl na zlepšení stavu klienta s PN má spolupráce ergoterapeuta společně s fyzioterapeutem a logopedem. Tito tři pracovníci jsou schopni alespoň částečně dokázat klientovi s PN usnadnit jeho trápení s touto nemocí, ale musí spolu vzájemně komunikovat a provádět věci účelně.

Poznal jsem spoustu klientů s PN, kteří vědí, že jednoho dne se už možná nedokážou vlastními silami ani postavit na vlastní nohy, ale fascinovala mě na nich jedna věc...touha žít svůj život takový, jaký jim byl dán a schopnost radovat se z každého nového dne, kdy tu jsou s námi.

Myslím, že se mi vcelku podařilo splnit cíl práce, ale naopak se také ukázalo, že ergoterapie jako taková, není schopna pacientům s PN dostatečně pomoci.

10 POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

1. AMBLER, Z. aj. *Klinická neurologie*. 1. část obecná. Praha: Triton, 2004. 976 s. ISBN 80 – 7254 – 556 – 6.
2. ARAGON, A., KINGS, J. *Occupational therapy for people with Parkinson's*, 1. vydání, Londýn: 2010. 77s. ISBN – 978 – 1 – 905944 – 16 – 3.
3. BERGER, J. - KALITA, Z. – ULČ, I. *Parkinsonova choroba*. Praha: Maxdorf, 2000. 147 s. ISBN 80 – 85912 – 13 – 9.
4. HALADOVÁ, E. a kolektiv. *Léčebná tělesná výchova - cvičení*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 135 s. ISBN 80 – 7013 – 384 – 8.
5. HROMÁDKOVÁ, J. a kolektiv. *Fyzioterapie*. 1 vyd. Jihočany: H&H Vyšehradská, s.r.o., 2002. 428 s. ISBN 80 – 86022 – 45 – 5.
6. JEDLIČKA, P. – KELLER, O. a kol. *Speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén a Karolinum, 2005. 424 s. ISBN 80 – 7262 – 312 – 5 (Galén), ISBN 80 – 246 – 1079 – 5 (Karolinum).
7. LEWIT, K. *Manipulační léčba v rámci léčebné rehabilitace*. Praha: Nakladatelství dopravy a spojů, 1990. 428 s. ISBN 80 – 7030 – 096 – 5.
8. MUMENTHALER, M. – MATTLE, H. *Neurologie*. Praha: Grada, 2001. 649 s. ISBN 80 – 7169 – 545 – 9.
9. NEVŠÍMALOVÁ, S. aj. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén a Karolinum, 2002. 368 s. ISBN 80 – 7262 – 160 – 2 (Galén), ISBN 80 – 246 – 0502 – 3 (Karolinum).
10. REKTOR, I. – REKTOROVÁ, I. a kolektiv. *Centrální poruchy hybnosti v praxi*. Praha: Triton, 2003. 196 s. ISBN 80 – 7254 – 418 – 7.
11. ROTH, J. – SEKYROVÁ, M. – RŮŽIČKA, E. a kolektiv. *Parkinsonova nemoc*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 1999. 142 s. ISBN 80 – 85800 – 63 – 2.
12. RŮŽIČKA, E. – ROTH, J. – KAŇOVSKÝ, P. aj. *Dyskinetické syndromy a onemocnění*. Extrapiramidová onemocnění II. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 293 s. ISBN 80 – 7262 – 154 – 8.

13. RŮŽIČKA, E. – ROTH, J. – KAŇOVSKÝ, P. aj. *Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy*. Extrapiramidová onemocnění I. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 256 s. ISBN 80 – 7262 – 048 – 7.
14. SEIDL, Z. – OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2004. 364 s. ISBN 80 – 7254 – 640 – 6.
15. VÉLE, F. *Kineziologie pro klinickou praxi*. Praha: Grada, 1997. 266 s. ISBN 80 – 7169 – 265 – 5.
16. VELÍSKOVÁ, J. *Terapie Parkinsonovy choroby*. Causa Subita, 2000, roč. 3, č. 11, 10 – 11 s.

Internetové zdroje: www.google.com
www.wikipedia.com

11 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – člověk s Parkinsonovou nemocí

Příloha 2 – flekční držení trupu

Příloha 3 – schéma parkinsonské chůze

Příloha 4 – Parkinsonská škála aktivity

Příloha 1 – člověk s Parkinsonovou nemocí



Člověk s Parkinsonovou nemocí (www.wikipedia.com)

Parkinson's Disease



Flekční držení trupu (www.google.com)

Příloha 3 – Schéma parkinsonské chůze

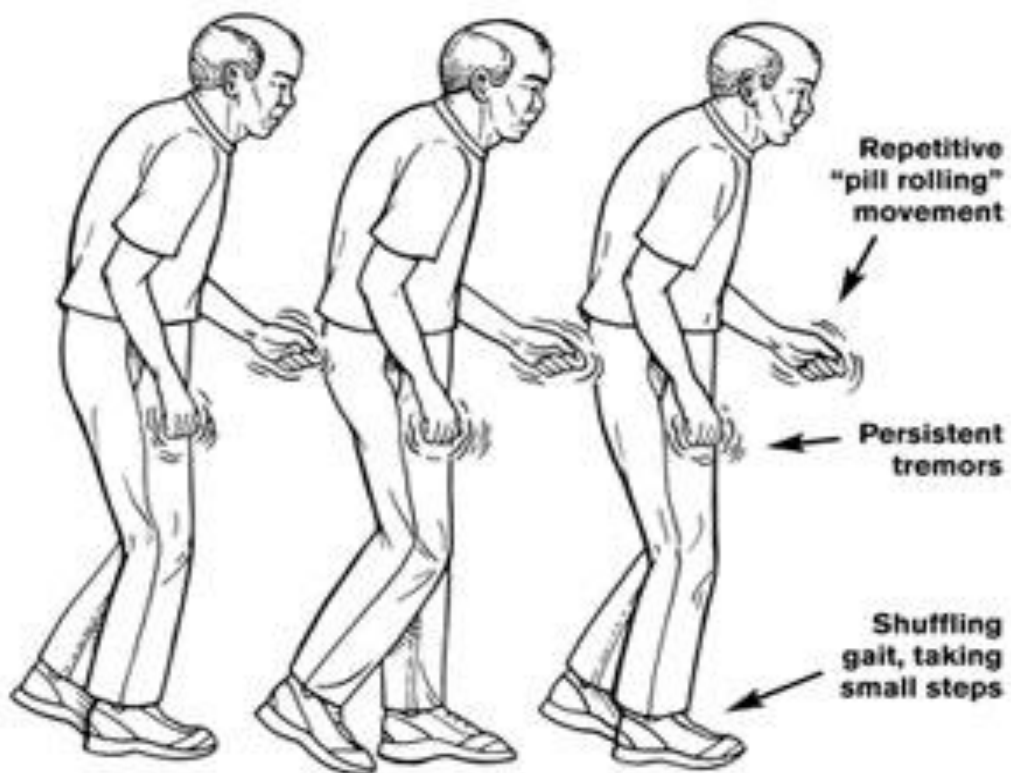


Schéma parkinsonské chůze (www.google.com)

Příloha 4 – Parkinsonská škála aktivity

I. Přemístění na židli 1. Vstávání (z křesla, první pokus bez pomoci rukou, druhý s pomocí rukou)	- normální, bez zjevných obtíží - bez pomoci rukou s mírnými obtížemi - bez pomoci rukou až po několika pokusech nebo nemožné, s použitím rukou snadné - s pomocí rukou obtížné (několik pokusů) - závislost na dopomoci druhé osoby	4 3 2 1 0
2. Sedání (první pokus bez pomoci rukou, pokud je zapotřebí druhý pokus s použitím rukou)	- normální, bez zjevných obtíží - bez pomoci rukou mírné obtíže - bez pomoci rukou s tvrdým dosednutím, nebo usednutí do nepohodlné pozice, s pomocí rukou bez obtíží - i s pomocí rukou tvrdé dosednutí nebo usednutí do nepohodlné pozice - závislost na dopomoci druhé osoby	4 3 2 1 0
II. Hypokinéza při chůzi 3. Zahajování chůze (angl. gait initiation) (provádí se až po předchozí zkoušce)	- normální, bez zjevných obtíží - váhavé rozcházení nebo prudké zrychlení - neočekávané zastavení pohybu s nebo bez prudkého zrychlení po 5 a méně sekundách - neočekávané zastavení pohybu s nebo bez prudkého zrychlení po více jak 5 sekundách - závislost na dopomoci druhé osoby při rozcházení	4 3 2 1 0
4. Otáčení o 360 stupňů	- normální, bez zjevných obtíží - váhavé zahájení nebo krátké prudké zrychlení - neočekávané zastavení pohybu s nebo bez prudkého zrychlení po 5 a méně sekundách - neočekávané zastavení pohybu s nebo bez prudkého zrychlení po více jak 5 sekundách - závislost na dopomoci druhé osoby	4 3 2 1 0
III. Pohyblivost na posteli 5. Položení na záda (pacient je vyzván, aby se položil na záda)	- normální, bez zjevných obtíží - jedna obtíž: buď se zvedáním DKK nebo s pohybem těla, nebo položení do nepohodlné pozice - dvě z uvedených obtíží: se zvedáním DKK nebo pohybem těla nebo s dosažením pohodlné pozice - obtíže se zvedáním DKK + s pohybem těla + s dosažením pohodlné pozice - závislost na dopomoci druhé osoby	4 3 2 1 0

6. Otáčení na stranu	<ul style="list-style-type: none"> - normální, bez zjevných obtíží - jedna obtíž: buď s otáčením, nebo s posunováním trupu, nebo s dosažením pohodlné pozice - dvě z obtíží: buď s otáčením, nebo s posunováním trupu, nebo s dosažením pohodlné pozice - obtíže s otáčením + s posunováním trupu + s dosažením pohodlné pozice - závislost na dopomoci druhé osoby 	<p style="text-align: center;">4 3 2 1 0</p>
7. Vstávání (pacient je vyzván, aby se zdvihl a posadil na okraj postele)	<ul style="list-style-type: none"> - normální, bez zjevných obtíží - jedna obtíž: s pohybem DKK nebo trupu, nebo s dosažením pohodlné pozice - dvě z obtíží: s pohybem DKK nebo trupu, nebo s dosažením pohodlné pozice - obtíže s pohybem DKK + s pohybem trupu + s dosažením pohodlné pozice - závislost na dopomoci druhé osoby 	<p style="text-align: center;">4 3 2 1 0</p>
IV. Pohyblivost na posteli s přikrývkou 8. Položení a zakrytí přikrývkou	<ul style="list-style-type: none"> - normální, bez zjevných obtíží - jedna obtíž: buď s pohybem těla, nebo s upravením přikrývky, nebo s dosažením pohodlné pozice - dvě z obtíží: s pohybem těla, nebo s upravením přikrývky, nebo s dosažením pohodlné pozice - tři obtíže: s pohybem těla + upravením přikrývky + s dosažením pohodlné pozice - závislost na dopomoci druhé osoby 	<p style="text-align: center;">4 3 2 1 0</p>
9. Přetočení na bok	<ul style="list-style-type: none"> - normální, bez zjevných obtíží - jedna obtíž: buď s otáčením těla, nebo s upravením přikrývky, nebo s dosažením pohodlné pozice - dvě z obtíží: buď s otáčením těla, nebo s upravením přikrývky, nebo s dosažením pohodlné pozice - tři obtíže: s otáčením těla + upravením přikrývky + s dosažením pohodlné pozice - závislost na dopomoci druhé osoby 	<p style="text-align: center;">4 3 2 1 0</p>
10. Vstávání zpod přikrývky (pacient je vyzván, aby se zdvihl a posadil na okraj postele)	<ul style="list-style-type: none"> - normální, bez zjevných obtíží - jedna obtíž: buď s pohybem těla, nebo s upravením přikrývky, nebo s dosažením pohodlné pozice - dvě z obtíží: s pohybem těla, nebo s upravením přikrývky, nebo s dosažením pohodlné pozice - tři obtíže: s pohybem těla + upravením přikrývky + s dosažením pohodlné pozice - závislost na dopomoci druhé osoby 	<p style="text-align: center;">4 3 2 1 0</p>