

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S EPILEPSIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JAROSLAVA HERINKOVÁ

Praha 2011

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S EPILEPSIÍ

Bakalářská práce

JAROSLAVA HERINKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2011



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

HERINKOVÁ Jaroslava
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 12. 4. 2010 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče u pacienta s epilepsií

Nursing Care of the Patient with Epilepsy

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská

V Praze dne: 29. 10. 2010

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům

V Praze dne 31.3.2011

ABSTRAKT

HERINKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská péče u pacienta s epilepsií*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, Praha. 2011. s. 61

Cílem bakalářské práce je prezentace pohledu na specifika ošetrovatelské péče u pacienta s diagnózou epilepsie. Objektem zkoumání byla specifika ošetrovatelského procesu vedeného u vybraného pacienta. Teoretická část práce je v prvních dvou kapitolách zaměřena na základní charakteristiku, diagnostiku, terapii onemocnění, psychologický a sociální aspekt a kvalitu života nemocného. Další kapitoly se zabývají specifiky ošetrovatelského procesu, a edukací pacienta. V praktické části jsme analyzovali deficit potřeb podle modelu I.Kingové, ke stanovení ošetrovatelských diagnóz jsme využili dysfunkční vzorce zdraví dle NANDA domén. Účinnost realizovaných intervencí byla posuzována dle dosažení stanovených cílů.

Klíčová slova: Epilepsie. Imogene Kingová. NANDA domény. Specifika ošetrovatelského procesu. Status Epileptiku. Psychika.

ABSTRACT

HERINKOVA, Jaroslava. *Nursing care of patients with epilepsy*. The University for Health Care Professional, o.p.s., Degree qualification: Bachelor. Tutor thesis: PhDr. Jana Hlinovska, Prague. 2011. p. 61

The aim of this work is a presentation looking at the specifics of nursing care for patients diagnosed with epilepsy. The object of the specifics of the nursing process led to the selected patient. The theoretical part is in the first two chapters focus on the basic characteristics, diagnosis, therapy, disease, psychological and social aspects and quality of life of the patient. Other chapters deal with the specifics of the nursing process, and patient education. In the practical part, we analyzed the deficit according to the needs of I.King model to determine the nursing diagnoses, we used the dysfunctional patterns of health according to the NANDA domains. The effectiveness of implemented interventions was assessed by the achievement of set targets.

Keywords: Epilepsy. Imogene. King. NANDA domains. Specifics of the nursing process. Status Epileptikus. Psyche.

PŘEDMLUVA

Ve své práci se věnuji problematice onemocnění epilepsie, jež je jedním z nejčastějších neurologických onemocnění u nás, ve snaze přiblížit potřebu kvalitní péče o nemocné s epilepsií.

Upozorňuje na fakt, že v okamžiku hospitalizace není nemocný jen pasivním příjemcem lékařské a ošetrovatelské péče, ale měl by být i aktivním partnerem ve změně životního stylu a návratu k aktivnímu životu. Epileptik je člověk jako každý jiný, má své zájmy, chce mít dobré zaměstnání a určité společenské postavení.. Existují sdružení a společnosti, které jim s různými problémy pomáhají.

Výběr tématu byl ovlivněn mojí manažerskou profesí na neurologické klinice v Praze. Podklady pro práci jsem čerpala z knižních i z internetových zdrojů.

Práce je určena každému, kdo má zájem se s touto problematikou seznámit, převážně je však cílena studentům ošetrovatelství, kteří v ní mohou najít podněty pro své další studium a klinickou praxi.

Velké poděkování patří vedoucí práce PhDr. Janě Hlinovské za odborné vedení a stálou podporu a připomínky při vypracování mé bakalářské práce.

Dále děkuji prof. MUDr. Karlu Šonkovi DrSc. za pomoc, kterou mi poskytl při zpracování teoretické části.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 EPILEPSIE	11
1.1 Definice.....	11
1.2 Výskyt.....	11
1.3 Patofyziologie	11
1.4 Klinické příznaky.....	12
1.5 Diagnostika	16
1.6 Léčba.....	20
1.7 Životosprávná opatření	22
1.8 Prognóza	22
2 ŽIVOT S EPILEPSÍ	23
2.1 Kvalita života	23
2.2 Sociální aspekt	23
2.3 Psychologický aspekt.....	24
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSTVÍ U PACIENTA S EPILEPSÍ.....	26
3.1 Základní charakteristika neurologického ošetřovatelství	26
3.2 Posuzování	26
3.3 Přehled nejčastějších sesterských diagnóz dle NANDA taxonomie	27
3.4 Plánování ošetřovatelské péče	27
3.5 Realizace.....	28
3.6 Vyhodnocení.....	28
3.7 Edukace.....	28
EMPIRICKÁ ČÁST	30
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S EPILEPSÍ.....	30
4.1 Kazuistika	31
4.2 Posouzení	32
4.3 Ošetřovatelské diagnózy	42
4.4. Plánování, vyhodnocení a realizace ošetřovatelského procesu	43
5 ZÁVĚR	58
Seznam použité literatury	60

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Epilepsie – stupně kompenzace.....	23
Tabulka 2 - Posuzování způsobilosti k řízení u lidí s epilepsií.....	25
Tabulka 3 - Hodnoty TT - měřené a zaznamenávané 6.2.2010.....	48

Seznam použitých zkratk

a	ampule
ARO	anesteziologicko – resuscitační oddělení
CT	počítačová tomografie
dg	diagnóza
DK	dolní končetiny
dx	vpravo
EEG	elektroencefalografické vyšetření
FF	fyziologické funkce
HK	horní končetiny
i. v.	intravenózní, do žíly
JIP	jednotka intenzivní péče
MR	magnetická rezonance
NÚL	nežádoucí účinky lék
OSP	ošetřovatelský proces
per os	perorální, ústy
PVK	periferní žilní kanyla
SD	sesterská diagnóza
SPECT	tomografická scintigrafie
SpO2	periferní saturace kyslíkem
Subj.	subjektivně
TF	tepová frekvence
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
VK	výsledná kritéria

ÚVOD

Během posledních desetiletí zaznamenává epileptologie neuvěřitelně bouřlivý vývoj oboru, který zasahuje všechny aspekty - od diagnostiky po terapii - a dotýká se i základních axiomů. Některé základní pojmy a pravidla se zdály být zcela neotřesitelné a navždy uzavřené. V diagnostice platilo, že pokud zornice při záchvatu nereagují, jde o epilepsii, zatímco pokud je reakce zachována, jde o hysterii. Platilo i to, že hysterik nebo simulant se při záchvatu nikdy nezraní. Diagnostický pokrok, který přinesla éra monitorace se odrazil i v novém pohledu na sémiologii záchvatů a na jejich klasifikaci. Největším překvapením, bylo zjištění, jak velké procento neepileptických záchvatů se skrývá pod diagnózou epilepsie.

Stálý rozvoj epileptologické diagnostiky a terapeutických možností znamená pro pacienty s epilepsií zvyšující se šanci na život bez záchvatů a bez větších omezení. Zlepšuje se informovanost pacientů i laické veřejnosti. Struktura diferencované epileptologické péče se osvědčila a dále se rozvíjí.

Cílem této práce je seznámení se s příznaky, diagnostikou, léčbou a některými specifiky ošetrovatelské péče u pacientů s epilepsií a v neposlední řadě důležitostí optimálně vedeného ošetrovatelského procesu. Neznalostí a neodborností můžeme pacienty výrazně poškodit. Naopak vhodnou ošetrovatelskou péčí s optimálním psychologickým přístupem významně přispíváme ke zlepšení a ustálení zdravotního stavu, potažmo ke zlepšení či alespoň zachování kvality života pacienta.

Vzhledem k vymezenému rozsahu práce a velké heterogenitě projevů a prognózy onemocnění u pacientů různého věku a různého stupně postižení zde nemůžeme zdaleka obsáhnout celou problematiku. V praktické části se zaměřujeme na specifika ošetrovatelské péče u vybraných pacientů s epilepsií. Volbou je aplikace modelu Imogene Kingové právě pro jeho orientaci na humánní a komplexní ošetrovatelskou péči s důrazem na individualitu jedince a nezastupitelnost interakčního procesu mezi sestrou a pacientem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 EPILEPSIE

1.1 Definice

Pojem **epilepsie** zahrnuje onemocnění charakterizované opakovaným výskytem většinou spontánních epileptických záchvatů. Tyto záchvaty jsou neprovokované a oddělené od sebe časovým odstupem 24 hodin. „Jeden epileptický záchvat tedy podle definice nepodmiňuje diagnózu epilepsie“.(Komárek, Marusič, 2010 s. 285)

Epileptický záchvat je časově omezená, většinou krátká změna klinického stavu podmíněná abnormálně excesivní a extrémně synchronizovanou mozkovou aktivitou. V některých případech může být záchvat patrný pouze v elektroencefalogramu (EEG) jako iktální elektrografický vzorec bez klinického doprovodu. V jiných případech jsou změny klinického stavu v průběhu záchvatu velmi diskrétní nebo velmi krátkého trvání. Jejich průkaz je podmíněn speciálním testováním pacienta v průběhu takového záchvatu. Epileptické záchvaty, které se objeví v souvislosti s přechodným akutním onemocněním mozku se označují jako akutní symptomatické záchvaty a nesplňují kriteria pro stanovení diagnózy epilepsie.

(Komárek, Marusič 2010)

1.2 Výskyt

Statistiky dlouhodobě udávají prevalenci epilepsie okolo 1%. „Rozdílná je rovněž incidence jednotlivých typů záchvatů.“ (Komárek, Marusič 2010 s.286). Častější výskyt aktivní epilepsie (alespoň 1 záchvat do roka) je u dětí a mladistvých a u starších lidí. Výskyt epilepsie závisí na kvalitě porodnické a neonatologické péče, na výskytu infekčních onemocnění centrální nervové soustavy a na míře mozkových traumat a jejich správném léčení. V oblastech s nízkou úrovní zdravotnictví a ve skupinách s nízkým sociálním postavením a vzděláním je výskyt epilepsie vyšší.

1.3 Patofyziologie

Z hlediska etiopatofyziologického a i klinického je zásadní rozdělení na 2 skupiny epilepsií – idiopatické a symptomatické.

Idiopatické epilepsie jsou podmíněny genetickou vlohou (zvýšená pohotovost k záchvatu), která je spuštěna nějakým podnětem. Genetická vloha se projevuje různě silně v různých věkových obdobích. Podnětem bývá alkohol, změna režimu spánku a bdění, stroboskopické světlo atd.

Symptomatické epilepsie vznikají nejčastěji ložiskovou lézí, která poškozuje mozkovou kuru. Zde je třeba v první řadě zdůraznit velké změny obsahu nitrolebí (intrakraniální krvácení, intrakraniální nádor), které vedou k postižení tlakem nebo přímou devastací a nebo nedokrvením a dalšími mechanismy k postižení mozkové kůry. Jedná se tedy o změny postihující prostor nad tentorium cerebelle. Proto je také epileptický záchvat nejčastějším příznakem akutně vzniklé expanse v supratentoriální části nitrolebního prostoru.. Dále je třeba připomenout vrozené malformace způsobené poruchou vývoje mozkové kůry. Odhaduje se, že až 20% ložiskových epilepsií je způsobeno jednou z forem tohoto postižení tzv. fokální kortikální dysplázií. Dále pak nespecifická glióza (zmnožení glie) a úbytek nervových buněk v mozkové kůře. Speciální formou této gliózy je meziotemporální (hipokampální) skleróza postihující hipocampus.

Vznik jednotlivých záchvatů (tedy nikoliv celého onemocnění epilepsie) je odlišný, jestli se jedná o konvulzivní (křečové) nebo nonkonvulzivní (bez křečové) záchvaty. U konvulzivních záchvatů jsou před záchvatem a při jeho rozvoji insuficientní inhibiční mechanismy v mozku bránící rozvoji a šíření synchronizované mozkové aktivity. Naopak u nonkonvulzivních záchvatů je zvýšená aktivita inhibičních thalamokortikálních okruhů, které vedou k nadměrnému synchronnímu výbojům kortikálních neuronů (v elektroencefalogramu hrot) s pauzami, které se projevují v elektroencefalogramu pomalou vlnou. (Seidl, 2004)

1.4 Klinické příznaky

„Základním klinickým projevem epilepsie jsou epileptické záchvaty. Ty se podle **klasifikace Mezinárodní ligy proti epilepsii** z roku 1981 dělí v závislosti na klinických projevech popsaných pacientem (nebo svědkem události) a na základě EEG nálezu na tři základní skupiny skupiny: 1) parciální (fokální, ložiskové) záchvaty, 2) generalizované záchvaty a 3) záchvaty neklasifikovatelné.“(Komárek, Marusič, 2010 s. 291)

Parciální záchvaty jsou způsobeny patologickou aktivitou části mozkové kůry jedné z hemisfér. Jejich projevy jsou různé a odpovídají místu postižené mozkové kůry. Následuje dělení a výčet typů parciálních záchvatů.

Parciální záchvaty

- **se simplexní symptomatikou** - (simplexní parciální záchvaty) jsou charakterizovány ložiskovými příznaky bez poruchy vědomí. Ložiskové příznaky jsou buď motorické nebo sensitivní nebo sensorické nebo psychické nebo vegetativní. Typickým a učebnicovým příkladem jsou klonické křeče poloviny obličeje nebo ruky („jacksonský“ záchvat). Méně jednoduchý pro diagnostiku je záchvat se zrakovými, sluchovými nebo čichovými projevy, se zvláštním pocitem v břiše nebo i s pocitem děja vu nebo děja vécu.. Tyto záchvaty trvají většinou sekundy, ale „jacksonský“ záchvat může trvat hodiny. Vždy je nebezpečí, že dojde k tzv. generalizaci. Generalizací se myslí rozšíření patologické aktivity mozkové kůry na celé hemisféry s klinickým projevem generalizovaného epileptického záchvatu.
- **s komplexní symptomatikou** - (komplexní parciální záchvaty) jsou vždy provázeny částečnou nebo úplnou poruchou vědomí. Nemocní mají na záchvat dokonalou nebo částečnou amnesii (pamatují si jen začátek záchvatu). Během parciálního záchvatu nemocný buď vykonává pohyby, které mohou být jednoduché zejména v orofaciální oblasti a nebo i dosti složité podobající se normálnímu chování, a nebo naopak nemocný přestává vykonávat svojí činnost (záraz). Parciální záchvaty trvají sekundy nebo minuty. Mohou však ve výjimečných případech trvat i hodiny a déle.

Generalizované záchvaty

Jsou vyvolány patologickou aktivitou v obou hemisférách mozku současně a rozeznávají se následující typy: Generalizovaný tonicko-klonický záchvat, absence, Myoklonický záchvat, Klonický záchvat, Tonický záchvat a Atonický záchvat.

U generalizovaných záchvatů je třeba zmínit, že jsou záchvaty primárně generalizované (viz výše uvedené) a pak záchvaty sekundárně generalizované, které většinou bývají tonicko klonické nebo jen klonické. Sekundárně generalizované záchvaty jsou ty, které

vznikly rozšířením patologicky synchronizované aktivity neuronů jedné oblasti na celý mozek. Tedy změnou záchvatu parciálního na záchvat generalizovaný.

- **Generalizovaný tonicko-klonický záchvat** (velký záchvat, grand mal) je charakterizovaný následujícími příznaky: náhlá porucha vědomí s pádem a tonickou kontrakcí svalstva končetin, hlavy, hrudníku i bránice. Proto na začátku záchvatu je často přítomen výdechový zvuk tzv „cri épileptique“. Tonická kontrakce trvá desítky sekund, napětí je někdy dramatické a může být provázeno jemným chvěním excesivně napínaných svalů, což je mylně považováno někdy za klonickou křeč. Navazuje fáze klonická s rytmickými záškuby končetinových svalů. Frekvence těchto záchvatů se většinou zpomaluje a při tom se zvyšuje jejich amplituda. Celý záchvat trvá 1 – 3 minuty a navazuje na něj porucha vědomí a pak postparoxysmální zmatenost nebo spánek. Po dobu začátku záchvatu nebo po celou dobu jeho trvání nemocný nedýchá nebo je dýchání omezeno, takže je patrná cyanóza. Často dojde k pomocení nebo i k pokálení. Typická jsou pokousání. Napětí svalů je tak velké, že může dojít i ke zlomeninám zejména obratlů. Nebezpečná jsou zranění zejména hlavy při iniciálním pádu a nakonec i při klonické fázi záchvatu. Generalizovaný tonicko-klonický záchvat může být předcházen záchvatem parciálním. (Nevšímalová, 2002)
- **Absence** se nejvíce vyskytují v dětském věku a v adolescenci. Jedná se o sekundová strnutí bez pohybu, s omezením pohybu nebo s poklesem končetin a hlavy eventuálně s jednoduchými stereotypními pohyby v oblasti obličeje.
- **Myoklonický záchvat** je charakterizován jedním nebo opakovaným záškubem končetinových svalů. Pokud při tomto záchvatu dojde k podklesnutí dolních končetin záchvat se nazývá myoklonicko-astatický.
- **Klonický záchvat** je charakterizovaný opakovanými klonickými křečemi jejíž amplituda často v záchvatu narůstá.

- **Tonický záchvat** je charakterizovaný generalizovanou kontrakcí svalů, trvá většinou desítky sekund. „Generalizované tonické záchvaty jsou časté zejména během spánku.“ (Komárek, 1997 s. 37)
- **Atonický záchvat** je charakterizovaný náhlým vymizením svalového napětí. Může postihovat jen šíjové svaly a svaly na hlavě, nebo může být generalizovaný.

Zvlášť jsou klasifikovány tzv. věkově vázané epileptické syndromy týkající se dětského resp. novorozeneckého věku. Jejich vyjmenování přesahuje plánovaný záměr této práce, ale jeden typ je třeba zmínit a to jsou febrilní křeče.

Febrilní záchvaty jsou definované jako náhle vzniklé poruchy vědomí s generalizovanými křečemi při horečce nad 38. Vyskytují se jen u dětí a to převážně ve věku 6 – 36 měsíců, maximálně však do 6 let. Pro stanovení diagnózy febrilních křečí musí být vyloučena jiná příčina to je intrakraniální nádor, intrakraniální infekce, stav po úrazu atd. Křeče postihují obě strany těla stejně, jsou většinou klonické, mohou však mít složku tonickou. V EEG obvykle nejsou žádné typické epileptiformní grafoelementy. Febrilní křeče jsou poměrně časté – postihují až do 4 % dětí mladších 6 let. Samy o sobě mají benigní průběh, ale dítě, u kterého byly přítomny febrilní křeče je více ohroženo pozdějším vznikem jiného typu epilepsie.

Samostatně je třeba zmínit **auru**. „Auru charakterizují subjektivně pocíťované iktální vjemy, které mají sensorické, psychosenzorické nebo prožitkové rysy.“ (Komárek, Marusič, 2010 s. 294). Termín aura se v dřívější době začal používat jako označení pocitů pacienta před blížícím se velkým epileptickým záchvatem a její skutečný epileptický původ může být objektivizován elektroencefalografií. Jedná se o parciální záchvat se simplexní symptomatologií. Může se tedy vyskytovat bez následného rozvoje generalizovaného epileptického záchvatu. Má velký význam pro redukci možnosti poranění při záchvatu (nemocný si např. lehne, aby se nezranil pádem) a může tak upozornit okolí, že se blíží záchvat.

Status epilepticus je zvláštní stav, kdy se opakují epileptické záchvaty a činnost mozku mezi nimi se nedostává do normálního stavu. Prakticky každý typ záchvatu se

může opakovat tímto způsobem a tak status epilepticus může mít různé formy. Zásadně rozeznáváme status epilepticus **konvulzivní a nekonvulzivní**.

- **Konvulzivní** status je nepřehlédnutelný, život ohrožující stav. Opakují se generalizované záchvaty (tonicko-klonické nebo tonické nebo klonické) a nemocný mezi nimi nenabývá plného vědomí. Za tento generalizovaný grand mal status také považujeme situaci, kdy velký křečový záchvat trvá déle než 30 min. Většina velkých generalizovaných záchvatů se ukončí spontánně do 5 minut. Proto je třeba považovat každý záchvat trvající déle než 5 min za hrozící konvulzivní status epilepticus.
- **Nekonvulzivní** status epilepticus je charakterizován více či méně nápadnou změnou (kvalitativní nebo kvantitativní) myšlení a nálady a je prokazatelný EEG vyšetřením. Nekonvulzivní status epilepticus je díky velice malé specifitě a mnohdy i závažnosti příznaků často diagnostikován s velkou latencí od svého vzniku.
- Třetí v praxi se vyskytující možností statusu je prolongovaný parciální záchvat se simplexní motorickou symptomatikou, který je také nepřehlédnutelný, resp. nemocný na něj sám upozorňuje. (Komárek, Marusič, 2010)

1.5 Diagnostika

Anamnéza. Vzhledem k tomu, že záchvat je většinou pozorován jen u těch nejtěžších nemocných, tedy u nemocných s velmi častým výskytem záchvatů, je nejdůležitější anamnéza. Anamnéza v tomto případě musí být získána i od osob, které záchvaty pozorovaly, protože sám nemocný je schopen dobře popsat jen parciální záchvaty se simplexní symptomatologií. Na ostatní záchvaty má částečnou nebo úplnou amnézii. Fakta, která získáme v anamnéze samozřejmě musíme získat pozorováním nemocného v záchvatu.

Důležitý je popis záchvatu do nejmenších detailů. Uvědomit si, co předcházelo, jaké je chování nemocného před záchvatem, nebyla-li změněna jeho nálada atd. Pak je třeba přesný popis behaviorálních projevů a stupně případné změny vědomí. Motorické projevy mohou být generalizované nebo lokalizované na končetinu resp. na její část,

oblast výskytu křečí se může měnit. Je třeba sledovat motorické projevy – typ křečí, napětí svalů atd. Je třeba přibližně sledovat čas vzniku a trvání záchvatu a jeho eventuelních částí (např. tonická a klonická část). Samozřejmě je třeba při pozorování zachytit možná zranění (pád, opakované údery hlavou o podlahu). Stav po záchvatu (např. pozáchvatová zmatenost) nemají většinou význam pro stanovení diagnózy, ale přesto není možné je opomíjet. Extremně důležité pro rozdělení mezi primárně a sekundárně generalizované záchvaty je pozorování prvních příznaků vlastního záchvatu. Změna chování, změna nálady, náhlá neodůvodněná úzkost, čichová halucinace, lokalizované klonické křeče těsně před záchvatem, což se někdy právě nazývá aurou jsou známky, které nás výrazně vedou k podezření, že se jedná o sekundárně generalizovaný záchvat. Samozřejmě v popisu se nesmí opomenout případné opakování záchvatů, stav nemocného mezi záchvaty. (Seidl, 2004)

K anamnéze nutno dodat, že při podezření na epilepsii pátráme po možných dědičných souvislostech (traumatické anamnéze, febrilních křečích, eventuelním epileptickém onemocnění v dřívější době a také po nejasných stavech, které dříve nemusely být interpretovány jako epileptický záchvat). S ohledem na nepochybný záchvat v nedávné minulosti se hodnocení dotyčného nejasného stavu může považovat za epileptický záchvat. To má význam pro určení jak dlouho nemocný již záchvaty trpí. V anamnéze se samozřejmě pátrá po celkových onemocněních, které by záchvat mohly vyvolat – např. alkoholismus, diabetes mellitus respektive hypoglykemie při léčbě inzulinem atd. Popis celkové anamnézy se neliší od jiných onemocnění a přesahuje rozsah této práce.

Objektivní fyzikální vyšetření

Neurologické vyšetření v mezi záchvatovém období nevykazuje žádnou abnormitu a naopak nález nějaké abnormity svědčící pro postižení mozku naznačuje možnost, že záchvaty jsou sekundární nějaké ložiskové mozkové lézi. Celkové somatické vyšetření může upozornit na zchátralost organismu při nějakém onemocnění nebo závislosti a třeba na známky parenterálních aplikací při závislostech, což jsou stavy, které samy o sobě a nebo při abstinenci mohou záchvat vyvolat.

V období po generalizovaném záchvatu je patrná postparoxysmální zmatenost a někdy známky mírné centrální parézy (Toddova paréza).

Epilepsie u žen

Ženy a dívky ve fertilním je třeba chránit před neplánovaným těhotenstvím v době léčení antiepileptiky, protože některá z nich zvyšují významně teratogenní riziko. Dále je třeba brát v úvahu, že některá antiepileptika snižují spolehlivost hormonální antikoncepce. Naopak některá antikonceptiva mohou snížit plazmatickou hladinu antiepileptik. Míra kompenzace epilepsie (výskytu záchvatů) se může těhotenstvím zhoršit nebo zlepšit, ale ve většině případů zůstává nezměněna. Zhoršení nastává nejčastěji v 1. nebo 3. trimestru a potom během laktace. Po přechodu se některé typy epilepsií zlepší. (Nevšimalová, 2002)

Epilepsie ve stáří

Ve stáří výskyt epilepsie narůstá a převažují epilepsie vznikající v důsledku jiných onemocnění mozku - zejména cévních mozkových příhod, nádorů, neurodegenerativních onemocnění a také traumat.

Epilepsie po kraniocerebrálním traumatu.

Epilepsie se po kraniocerebrálním traumatu vyskytuje asi v 5%. Rozlišuje se časná posttraumatická epilepsie (během prvního týdne po úrazu) a pozdní posttraumatická epilepsie, která se zpravidla objevuje po 3 měsících. (Vohánka, et. al., 2010). Záchvaty mohou být parciální nebo generalizované. Riziko vzniku epilepsie je vyšší u těžkých poranění. Nejvyšší u tzv. penetrujícího poranění a menší u uzavřených poranění. U uzavřených poranění hlavy je riziko vzniku posttraumatické epilepsie zejména u kontuze, subdurálního hematomu a fraktury lebky, delší poruchy vědomí a věku nad 65 let.

Pomocná vyšetření

Elektroencefalografii (EEG) zavedl v roce 1929 Hans Berger a postupně se stala významným epileptologickým pomocným vyšetření (jednu dobu prakticky výsavním). Rozděluje se na základní EEG včetně provokace hyperventilací a fotostimulací, EEG po spánkové deprivaci a video-EEG. To jsou takzvaná skalpová EEG vyšetření – elektrody jsou přikládány jen na speciálně upravený povrch hlavy. Ve zvláštních indikacích (před případným epileptochirurgickým výkonem) se EEG monitoruje buď z povrchu mozku, (elektrokortikografie) nebo elektrodami zanořenými do hloubky mozku.

Co může EEG zjistit:

- Abnormitu pozadí nad celým povrchem nebo nad částí resp. polovinou lebky, což naznačuje nespecifikovanou abnormitu mozku a význam má zejména ložisková.
- Epileptiformní abnormální grafoelementy mezi záchvaty tzv. specifické interiktální grafoelementy. Jedná se o hroty, ostré vlny či komplexy hrot-vlna. Interiktálně se u epileptiků může paroxysmálně objevovat nespecifické grafoelementy. Přitom není na nemocném patrná žádná změna chování ani myšlení. Podrobné testování však ukázalo, že např. při sérii výbojů hrot-vlna je snižená reaktivita proti stavu při normální křivce (Faber, 1978)
- Iktální (při záchvatu) projevy, které jsou dobře interpretovatelné zejména při jiných záchvatech než jsou generalizované křečové záchvaty, u skalpového EEG vedou k artefaktům z aktivity svalů, pohybu pacienta a elektrod nebo i přerušení registrace. Uvedená nehodnotitelnost grafu mizí jednak ve stavu celkové anestezie a pak v případě použití elektrokortikografie nebo na záznamu ze zanořených elektrod. Iktální EEG záznam je velice významný pro rozhodování o epileptochirurgické léčbě (včetně identifikace epileptogenního ložiska) a v rozhodování, jestli se jedná o epilepsii resistantní na léčbu nebo o záchvaty, které nemají epileptický původ.

Zobrazovací metody

Klasické rentgenové vyšetření a pneumoencefalografie se při vyšetřování nemocných s epilepsií již vůbec nepoužívají.

Počítačová tomografie (CT) a **magnetická rezonance (MR)** jsou nezbytná vyšetření u každého nemocného s epilepsií a rozhodně se musí opakovat při jakékoliv změně stavu již dříve vyšetřeného nemocného s epilepsií. Tyto metody musí nejdříve vyloučit resp. odhalit nějakou strukturální příčinu epilepsie, kterou je nutné okamžitě léčit (nádor, hematom) Při další péči o nemocné s epilepsií se hledá eventuelní změna mozkové kůry a to zejména v oblasti temporálního laloku. V tomto směru je MR vyšetření citlivější než CT.

Dále se používají takzvaná funkční zobrazovací vyšetření. Je to jednak využití značených radioizotopů SPECT, kdy se látka aplikuje nemocnému v průběhu záchvatu nebo těsně po něm. Radiofarmakum se zvýšeně zachycuje v oblasti zvýšeného metabolického obratu, tedy v epileptickém ložisku a to je pak možné následně zjistit.

Funkční MR zase naopak dovoluje přesně identifikovat elokventní oblasti (např. pro řeč, pohyb), kterým je třeba se při epileptochirurgickém výkonu vyhnout. (Seidl, 2004)

Neuropsychologické a psychiatrické vyšetření

„Neuropsychologické vyšetření by mělo být provedeno optimálně u všech pacientů na začátku onemocnění ještě před zahájením léčby, v běžné praxi toho ale lze dosáhnout jen u malého počtu pacientů“. (Komárek, Marusič, 2010 s.311)

Vyšetření psychologické a případně psychiatrické je indikováno u pacientů, kde se objeví příznaky svědčící pro poruchu nálady, myšlení nebo chování.

1.6 Léčba

Léčení epilepsie lze rozdělit do dvou skupin. Jednak je to léčba směřující k zamezení výskytu záchvatů a pak léčba již vzniklého záchvatu a status epilepticus.

Zamezení vzniku záchvatů. V této části léčby je nutné zmínit, že nemocný musí být dobře vyšetřen a musí být dokonale seznámen se svojí chorobou (v případě dětí jeho rodiče, respektive opatrovníci). Je třeba nemocnému vysvětlit závažnost choroby, ale také její léčitelnost. Přesvědčit ho o účelnosti léčení a o nutnosti dokonalé adherence k léčbě. V tomto směru je dobré získat podporu okolí nemocného. Je také důležité zmínit, že léčba je dlouhodobá, pro mnoho nemocných celoživotní.

Léčba epileptického záchvatu. Při vlastním epileptickém záchvatu je důležitá zábrana poranění (pád, údery hlavy o podložku a další). Většinou zvládneme nemocného přidržovat a pozorovat včetně fotoreakce. Při prodlouženém záchvatu nebo při status epilepticus je aktivita směřovaná k zábraně hypoxie (kyslík, poloha), zajištění žilního vstupu, odběr krve na pozdější analýzu základní laboratoře, včetně vyšetření hladin event. antiepileptik a toxikologie s alkoholemii. Léčebně se podává Diazepam (u dospělých 10 – 20 mg), event. lze podat rectálně. Alternativně lze podat midfazolam. Pokud nedojde k zástavě záchvatu/statusu podává se fenytoin. To již musí být monitorované EKG pro možné arytmické nežádoucí účinky. Pokud nedojde k zastavení záchvatu resp. statusu do 30 až 60 min. je indikované zahájit na jednotce intenzivní péče nebo na ARO oddělení thiopentalovou celkovou anestesie a to nejméně na 12 hodin s následným postupným snižováním dávky. (EpiStop, 2010)

Farmakologická léčba

Z hlediska farmakologické léčby musí nemocný rozhodnutí jednoznačně akceptovat. Musí být informován, že závažné nepravidelnosti v podávání antiepileptik mohou v některých případech naopak riziko vzniku záchvatu zvýšit. Nemocný musí znát eventuelní rizika svých léků. Léčba se zahajuje postupným zvyšováním dávky a vytitrováním její optimální úrovně. To může trvat mnoho měsíců. Při titraci léčby je vždy třeba hledat kompromis pro nemocného mezi efektem léčby a přítomností eventuelních nežádoucích účinků léků, což jsou např. somnolence, celkové zpomalení, instabilita stoje a chůze, poruchy zraku, pocit na zvracení atd. Při titrování léčby se většinou periodicky kontroluje plazmatická hladina antiepileptika po dobu 2. – 3. měsíců. Při nedostatečném efektu léčby se buď přechází na jiný lék v monoterapii a nebo se zkouší postupně různé kombinace léků. V mnoha případech je možné po vymizení záchvatů léky vysadit. Děje se tak až po dostatečně dlouhém bezzáchvatovém období a při úzkostlivém udržování životosprávy. Snižování léku je velice pomalé a někdy trvá až několik let.

Farmaka zabraňující vzniku záchvatu se nazývají antiepileptika a v posledních desetiletí se objevilo mnoho nových látek a upřesňoval se také jejich význam u jednotlivých typů epilepsií. To, co odlišuje nová antiepileptika 3. generace od klasických, nicméně není účinnost, ale lepší tolerance, farmakodynamika a příznivější profil lékových interakcí. Vyjmenovávání jednotlivých léků a jejich indikace přesahují cíle této práce. Jsou včetně nežádoucích účinků, způsobu aplikace a eventuelních kontraindikací uvedeny v dokumentaci (příbalový leták, informace Státního zdravotního ústavu a další). Na antiepileptikum se skutečně kvalitativně vyšší účinností dosud marně čekáme. Profylaktické podávání antiepileptik po úrazu hlavy ve snaze zabránit vzniku posttraumatické epilepsie se neukázalo jako účinné a proto se již nepoužívá.

Epileptochirurgie

Pokud není možné farmakologicky výskyt záchvatu dostatečně eliminovat stav se nezývá farmakoresistentní epilepsie a je na místě uvážít epileptochirurgickou léčbu. Vždy je třeba jasně identifikovat, co má být předmětem výkonu. Většinou to jsou benigní nádory, cévní malformace, malformace kortikálního vývoje (ložiskové kortikální dysplázie) a hipokampální skleróza. Epileptochirurgické výkony většinou odstraňují oblast, ze které záchvaty vycházejí, případně okolní oblast kůry. Ve výjimečných případech se provádějí tzv. diskonekční operace, které mají snížit

frekvenci záchvatů až o polovinu. Zákrok nese minimální riziko a jako bonus často přináší zlepšení nálady nemocného. (Seidl,2004)

Stimulační léčba

Samostatnou terapeutickou metodou je stimulace nervus vagus. Je při tom implantován generátor do levé podklíčkové krajiny a elektroda na levý bloudivý nerv.

1.7 Životosprávná opatření

Životosprávná opatření jsou velice důležitá část léčby. Zahrnují jednak eliminaci možných provokačních momentů vzniku epileptického záchvatu, což je zejména spánková deprivace, fotostimulace (stroboskopické světlo v diskotékách), nevy laděná blikající zářivka nebo obrazovka, alkohol, zejména ve větším množství a excesivní duševní a fyzická zátěž. Význam těchto potenciálních provokačních momentů je velmi individuální, ale netestujeme, jak moc si může nemocný které opatření dovolit překročit. Snažíme se, aby nemocný respektoval všechna uvedená doporučení. Životosprávná opatření většinou doporučujeme ponechat i po vymizení záchvatů. Dříve doporučovaný zákaz čokolády se neukázal opodstatněný.

1.8 Prognóza

Prognóza epilepsie závisí na jejím typu, na věku vzniku, na komorbiditách, na životosprávě, na celkovém zdravotním stavu, na compliance k léčení a mnoha dalších faktorech. (Komárek, Marusič, 2010)

2 ŽIVOT S EPILEPSIÍ

2.1 Kvalita života

Epilepsie je soubor onemocnění s podobnou symptomatikou. Jednotlivé typy epilepsie se liší prognózou a typem léčení. V každém případě je třeba epilepsii brát jako vážné, potenciálně celoživotní onemocnění. Epilepsie zhoršuje kvalitu života a může snižovat možnost společenského uplatnění. V tomto ohledu by měli být pacienti posuzováni podle stupně její kompenzace (tabulka 2). Na druhou stranu nutno zdůraznit, že větší část nemocných může být léčena tak, že nemá záchvaty, případně se někteří nemocní choroby zcela zbaví.

Rozvoj medicíny zlepšil v posledních dekáдах stav nemocných s epilepsií a lze očekávat, že pokrok v tomto směru bude dále pokračovat.

Tabulka 1 Epilepsie – stupně kompenzace

I. Plně kompenzovaný	2 a více let bez záchvatů s terapií i bez terapie
II. Kompenzovaný	rok bez záchvatů s terapií i bez terapie
III. Částečně kompenzovaný	obvykle déle než 1 měsíc bez záchvatů (obvykle méně než 12 záchvatů do roka) epilepsie ovlivňuje kvalitu života
IV. Nekompenzovaný	záchvaty jsou častější než 1× do měsíce (obvykle více než 12 záchvatů do roka) epilepsie významně ovlivňuje kvalitu života

(Převzato z: Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií, EpiStop 2010)

2.2 Sociální aspekt

Problematika pracovního uplatnění je jedním z nejzávažnějších sociálních problémů lidí s epilepsií. Jejich znevýhodněné postavení na trhu práce dokazují i četné studie, z nichž vyplývá, že nezaměstnanost mezi lidmi s epilepsií je přibližně 2–3krát vyšší než je celková nezaměstnanost v populaci. U epileptiků se zároveň častěji vyskytuje práce na nižších pozicích, než které by odpovídaly dosaženému vzdělání a řada těchto osob odchází zbytečně či předčasně do důchodu.

Příčiny toho, proč epilepsie tolik komplikuje pracovní život, už není tak jednoduché pojmenovat. Frekvence a závažnost záchvatů hraje jistě svou roli, nicméně ne rozhodující. Důvody je třeba hledat v celém spektru problémů s epilepsií souvisejících. Roli hrají samozřejmě i omezení, která je nutné v souvislosti se záchvaty při volbě zaměstnání respektovat. Nejčastější z nich jsou omezení při získání řidičského průkazu (tabulka 3) nebo při práci na noční směny.

2.3 Psychologický aspekt

Člověk, který je postižen chronickým onemocněním si nese důsledky nejen po somatické stránce, ale i v oblasti psychické a sociální, často nejen sám, nýbrž i jeho nejbližší okolí. Tyto tři složky se navzájem prolínají a podmiňují se, proto logicky při ošetřování pacienta musíme brát v úvahu celou bio-psycho-sociální problematiku

Specifické pro epilepsii je, že při nemožnosti spolehlivě předvídat záchvaty, je postižený do jisté míry omezen ve svých pracovních i ostatních aktivitách každodenně po celý život. Důsledkem potom může být nedostatek financí, pocity méněcennosti, ztráta identity, obavy z vlastní budoucnosti. S onemocněním je spojena i velmi častá obava, že partner přítomnost nemoci a s ní spojené problémy neunes a do budoucna bude hledat útočiště v jiném vztahu se zdravým člověkem. Specifické pro tuto obavu je, že nemocný určitým způsobem přiznává svému zdravému partnerovi právo na „normální vztah s někým zdravím“ a „normální život“.

V praxi je tato obava spojena s pocity méněcennosti, s pochybami o vlastních kvalitách a sebelítostí. Tato sebelítost zároveň naznačuje, že nemocný svému partnerovi právo sice přiznává, ale tato možnost ho velmi straší a považoval by ji za krajně nepřijatelnou a nespravedlivou. Dle Schöntze bylo potvrzeno několik etap vyrovnání se s faktem chronického onemocnění, od šoku, depresí, popření a v optimálním případě tvorba programu k řešení krize (Křivohlavý, 2002). Někdy i samotná lékařská diagnostika epilepsie může činit jisté potíže. Neurolog má tendenci k nadhodnocování somatických nálezů, psychiatr zaměřuje pozornost směrem k psychice pacienta, výsledkem může být stanovení psychiatrické diagnózy jako je panická úzkostná porucha, asociativní porucha, amentně delirantní stav. Tito nemocní se pak dostávají na psychiatrii pro amentně delirantní stavy a jsou jim ordinována neuroleptika namísto antiepileptik.

Tabulka 2 Posuzování způsobilosti k řízení u lidí s epilepsií

	Skupina oprávnění 1 (A, B, B+E, AM a podskupiny A1 a B1)	Skupina oprávnění 2 (pracovně, OSVČ – např. taxi, sanitky, hasiči apod, C, C+E, D, D+E a T, C1, C1+E, D1 a D1+E)
Nemoci, vady a stavy vylučující způsobilost k řízení	Epilepsie, kdy délka bezzáchvatového období je kratší než 12 měsíců.	Nemoci, vady nebo stavy podle skupiny stanovené pro skupinu 1, pokud není dále stanoveno jinak.
	Stav po izolovaném nebo po prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena antiepileptická léčba, po dobu 12 měsíců.	Epilepsie po dobu 10 let bezzáchvatového období od vysazení antiepileptické léčby.
	Stav po izolovaném nebo po prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu, pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba, po dobu 6 měsíců.	Stavy po ojedinělém neprovokovaném epileptickém záchvatu, kdy nebyla nasazena antiepileptická léčba po dobu 5 let od tohoto záchvatu.
Nemoci, vady a stavy, u kterých lze uznat způsobilým k řízení na základě závěrů odborného vyšetření	Epilepsie v případech, kdy délka bezzáchvatového období je delší než 12 měsíců.	Nemoci, vady nebo stavy podle skupiny stanovené pro skupinu 1, pokud není dále stanoveno jinak.
	Epilepsie se záchvaty vyskytujícími se pouze ve spánku, v anamnéze se nevyskytly záchvaty v bdělém stavu a epilepsie trvá nejméně 12 měsíců.	Ojedinělý neprovokovaný epileptický záchvat, pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba a při neurologickém vyšetření nebyla nalezena žádná související mozková patologie a na EEG nebyla zaznamenána žádná epileptiformní aktivita, po 5 letech od tohoto záchvatu.
	Epilepsie se záchvaty, které neovlivňují schopnost řízení, v anamnéze se nevyskytly jiné záchvaty než takové, u kterých bylo prokázáno, že neovlivňují schopnost řízení, a epilepsie trvá nejméně 12 měsíců.	Epilepsie nebo stav po epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena antiepileptická léčba, po 10 letech od vysazení léčby; v případě prognosticky příznivých stavů, například benigní epilepsie s rolandickými hroty, po 5 letech od vysazení léčby.
	Epileptické záchvaty, které se vyskytnou v důsledku změny antiepileptické léčby indikované lékařem; v případě obnovení dříve účinné léčby nutné zachovat období 3 měsíců, kdy posuzovaná osoba neřídí.	Provokovaný epileptický záchvat způsobený rozpoznatelným příčinným faktorem, který se při řízení zpravidla nevyskytuje.
	Stavy po izolovaném epileptickém záchvatu nebo po prvním neprovokovaném záchvatu, kdy byla nasazena antiepileptická léčba, po 12 měsících od tohoto záchvatu. Pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba, po 6 měsících od tohoto záchvatu.	Nemoci, které provází zvýšené riziko epileptických záchvatů, přestože k samotným záchvatům ještě nedošlo; jde-li o strukturální poškození mozku, kdy je zvýšené riziko vzniku záchvatu, musí být riziko výskytu záchvatu nižší než 2 % za rok.
	Stavy po provokovaném epileptickém záchvatu způsobeném rozpoznatelným příčinným faktorem.	

(Převzato z: Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií, EpiStop 2010)

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSTVÍ U PACIENTA S EPILEPSIÍ

3.1 Základní charakteristika neurologického ošetřovatelství

Neurologické ošetřovatelství patří mezi aplikované obory ošetřovatelství, zabývá se ošetřovatelskou péčí o pacienta s neurologickou diagnózou, kterou je i epilepsie. Tato péče je poskytována formou ambulantní specializované péče a péče ústavní, poskytované na neurologických odděleních a klinikách (VŠZ, 2011).

Cíle neurologického ošetřovatelství vycházejí z koncepce oboru ošetřovatelství a zaměřují se na poskytování ošetřovatelské péče pacientům a jejich rodinám ve zdraví i nemoci a na vykonávání činností, které přispívají k podpoře zdraví, uzdravení nebo klidnému a důstojnému umírání a smrti. Zahrnují i pomoc při získávání nezávislosti a soběstačnosti pacienta s neurologickým onemocněním v co nejkratším čase (VŠZ, 2011).

Využíváme metody ošetřovatelského procesu (OSP), preferujeme metodu týmovou, eventuelně metodu ošetřování kontaktní sestrou (Farkašová et al., 2005). „Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče“ (Kozierová et al., 1995, s. 162b). OSP je vlastně děj cyklický, neustále se modifikující, interakční proces mezi sestrou a pacientem.

OSP probíhá v pěti fázích:

3.2 Posuzování

Posuzování, jehož součástí je fyzikální vyšetření zaměřené především na části a systémy související s neurologickými problémy, ostatní systémy je možno vyšetřit pouze ve smyslu běžné prohlídky. Velice důležitou složkou posuzování se jeví odhad motivace pacienta ve smyslu spolupráce se sestrou, ochoty v dodržování léčebného režimu, získávání nových informací a dodržování zásad správné životosprávy, právě tyto hrají klíčovou úlohu při efektivním zvládnutí této choroby. Při posuzování a následném založení databáze jsou nám nápomocny hodnotící a měřící škály. Např. Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí je využitelná zejména u pacienta trpícího fokálními záchvaty s poruchou vědomí, generalizovanými záchvaty, u pacienta nacházejícího se ve status epilepticus (Slezáková, 2006). Posuzování a hodnocení je poměrně jednoduché, pomocí bodového systému, kdy určujeme 3 stupně poruchy vědomí - lehkou, střední a závažnou. Můžeme samozřejmě využít i další škály, např. při

hodnocení bolesti verbální škály číslem na stupnici 1 až 10, slovně od slabé po nesnesitelnou, dále vizuální škály (úsečky), na nichž nemocný umístí intenzitu bolesti posuvným jezdcem. Dotazníky hodnocení bolesti hodnotí nejen intenzitu, ale i charakter bolesti. Bolest u epileptika se může objevit při poranění způsobeném pádem či pokousání jazyka, při následných svalových bolestech způsobených záchvatem. Stupnice hodnocení psychického zdraví a Škála deprese pro geriatrické pacienty, tyto nám podávají informace o psychice pacienta, je možno je uplatnit i u mladšího epileptika. Pacient zatrhává odpovědi ano - ne, které hodnotíme dle příslušné legendy. Na základě těchto poznatků je sestra schopna pacientovi lépe porozumět, vést účinnou komunikaci, být empatická (Staňková, 2001). Samozřejmě mimořádně důležitým je Hodnocení faktorů pro riziko pádů, kde každá další z jedenácti zaškrtnutých položek udává zvýšené riziko pádu.

3.3 Přehled nejčastějších sesterských diagnóz dle NANDA taxonomie

Na základě posouzení stanovíme aktuální, potenciální či wellnes **sesterskou diagnózu (SD)**, dvou nebo trojnožkovou, mezi nimiž uvádíme např.

- Neefektivní zvládnání zátěže
- Nedostatek vědomostí o epileptickém záchvatu
- Narušená sebeúcta
- Narušená sociální interakce
- Sexuální dysfunkce
- Riziko úrazu při epileptickém záchvatu

(Slezáková, 2006).

3.4 Plánování ošetrovatelské péče

Na základě stanovených diagnóz spolu pacientem vytýčíme cíle s příslušnými výslednými kritérii (VK), stanovíme priority, cíle a očekávané výsledky, založíme písemný plán ošetrovatelské péče, vytýčíme zásahy, tedy reálné intervence specifické pro každou SD. (Kozierová et al., 1995).

3.5 Realizace

Realizací již prakticky uplatňujeme naplánované intervence jako nezávislé, součinné a závislé ošetrovatelské činnosti. Samozřejmostí je opětovné posuzování, eventuelně modifikace naplánovaných intervencí (Kozierová et al., 1995). Provedené intervence zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace v logické a časové posloupnosti, možno-li i s výsledným efektem, zápisy opatříme datem, časem, podpisem (Slezáková, 2006).

3.6 Vyhodnocení

Vyhodnocení provádíme vzhledem ke splnění cílů a účinnosti realizovaných intervencí. Zjišťujeme, zda byly krátkodobé, střednědobé nebo dlouhodobé cíle s objektivně měřitelnými VK splněny úplně, částečně nebo nesplněny. Poté určíme, zda mají ošetrovatelské intervence skončit, pokračovat, revidovat se nebo změnit. „Vyhodnocování je cílevědomá, organizovaná činnost. Jejím prostřednictvím se sestry stávají zodpovědnými za svou činnost a nepokračují v neúčinných zásazích, ale přijímají místo nich účinnější“ (Kozierová et al., 1995, s. 231).

3.7 Edukace

Edukace probíhá podobně jako ošetrovatelský proces ve fázích – posuzování, diagnostikování, plánování, realizace a vyhodnocení.. Během nich zjistíme ochotu a schopnost pacienta učit se novému, či prohlubovat dosavadní znalosti. Ve fázi plánování stanovíme reálné cíle, naplánujeme příslušné intervence k jejich splnění, které potom spolu s pacientem realizujeme. Všechny fáze potom mohou podléhat neustálému přehodnocování a modifikaci (Kozierová et al., 1995). Edukaci provádíme v oblasti způsobu užívání léků, životního stylu“

Edukace specifické pro epilepsii:

- Pravidelné užívání léků a sledování NÚL
- Znalost varovných příznaků před blížícím se záchvatem
- Nutnost přizpůsobení se denního režimu dobám užívání medikace
- Nutnost odpočinku, vyhýbání se psychickým stresům
- Vhodné sportovní aktivity a podmínky za kterých je možno sport provozovat
- Prevence úrazů

- Bezpečnostní opatření mimo domov
- Vhodnost či nevhodnost využívání léčitelských metod
- U žen možnost otěhotnění, nutnost sledování v průběhu gravidity
- Informace o výběru vhodného povolání, podmínkách, za kterých může vykonávat dosavadní povolání .
- Základní informace o odboru sociální péče, možnosti čerpání sociálních dávek.
- Informace o sdružení a klubech v oblasti integrace epileptiků do společnosti,
- internetové poradně

EMPIRICKÁ ČÁST

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S EPILEPSIÍ

Rozhodli jsme se uplatnit model ošetřovatelské péče podle Imogene Kingové, při diagnostice jsme vycházeli z klasifikace NANDA taxonomie II. Součástí diagnostiky a následně efektivního ošetřování je zevrubný sběr anamnestických údajů s důrazem na dodržování léčebného režimu a důkladné posouzení aktuálního fyzikálního stavu pacienta, při kterém jsem využili základů klinické propedeutiky.

Mohli bychom jistě využít model funkčního zdraví Majory Gordonové, který je základem taxonomie ošetřovatelských diagnóz. Stejně tak by připadalo v úvahu použití modelu ošetřovatelské péče podle Virginie Hendersonové pro ošetřování pacienta nacházejícího se ve fázi např. status epilepticus, tedy podstatně závislého na aktivitách ošetřovatelského personálu. Tento model je však více zaměřen na somatickou než následnou psychosociální péči včetně edukační složky, kterou považujeme za nezbytnou (Farkašová et al., 2005).

Zvolený model ošetřovatelské péče podle Imogene Kingové je považován za interakční, či jako systémový (Pavlíková, 2007), a proto se jeví jako nejvíce vhodný. Cílem modelu Kingové je nejen dosáhnout, obnovit, udržet či navrátit zdraví jedinci ale současně naplnit jeho společenské role. Pacient je podle tohoto modelu vnímán v kontextu personálním (jedinec), interpersonálním (rodina či skupina v širším slova smyslu) a sociálním (společnost). Sestra přistupuje k pacientovi prostřednictvím procesu interakce. Zásah sestry je chápán jako interaktivní proces ošetřovatelství. Tento model ošetřovatelské péče je universálním, plně orientovaným na humánní a komplexní ošetřovatelskou péči (Farkašová et al., 2005), je tedy velmi vhodným pro ošetřování nemocného s dg. epilepsie. Toto onemocnění totiž přináší významně negativní zásah jak do kvality života postiženého, tak jeho rodiny, ovlivňuje však i širší sociální vztahy, včetně společenského uplatnění pacienta. Vlivem nemoci je narušeno uspokojování pacientových potřeb, velmi často dochází k pocitu izolace, strachu a sníženého sebevědomí pacienta. Dobrá psychická kondice nemocného za současného striktního dodržování léčebného režimu sehrává významnou roli při léčbě pacienta. Pomocí zvoleného modelu ošetřovatelské péče je možno pacienta hlouběji poznat, navázat s ním kontakt a získat si jeho důvěru a pomoci mu tak překonávat jeho negativní pocity. Pozitivní stimulací pacienta můžeme nejen eliminovat negativní projevy psychiky,

můžeme mu případně pomoci i ve zdolávání depresí. Vhodným způsobem informovaný pacient snáze pochopí a přijme svoji roli na efektivní léčbě, svůj podíl na uspokojování běžných základních potřeb či výběru alternativního způsobu života. Empatický, otevřený a osobní přístup k pacientovi vyžaduje vytvoření interaktivního vztahu mezi sestrou a pacientem, ve kterém se oba účastníci vnímají, poznávají, komunikují a vzájemně se ovlivňují, samozřejmě vždy se zřetelem k cíli ošetřovatelského procesu. Je třeba dodat, že tento model klade vysoké nároky na humánní a vyspělý přístup všeobecné sestry. Za předpokladu navázání bezkonfliktního vztahu mezi všeobecnou sestrou a pacientem, kdy oba mají zájem na vzájemné spolupráci, by výsledkem zvoleného ošetřovatelského modelu mělo být efektivní dosahování stanovených cílů léčby (Archalousová et al., 2005). Dosažení cílů, byť i dílčích, přináší oběma zúčastněným pocit uspokojení, povzbuzení a je tak pobídkou k dalšímu pokračování v interaktivním procesu (Pavlíková, 2007), který by ostatně měl být základem každé ošetřovatelské péče (Farkašová et al., 2005).

Nasazením modelu Imogene Kingové a pečlivém zhodnocení fyzikálního stavu jsme získali kompletní informace o pacientovi, které nám byly vodítkem ke stanovení aktuálních i potenciálních ošetřovatelských diagnóz, stanovení cílů a výběru vhodných ošetřovatelských intervencí s důrazem na edukační složku ošetřovatelské péče.

4.1 Kazuistika

1. den (4. 9.2010) v 6:15 hod byl na naši JIP neurologické kliniky VFN v Praze 2 RZP předán pacient 30-letý pacient mužského pohlaví s dg. status epilepticus. Pacient uložen na lůžko, vyšetřen lékařem. Statimově jsme odebrali biologický materiál k hematologickému, biochemickému, imunologickému, mikrobiologickému a toxikologickému vyšetření (zjištěna elevace transamináz , zde možný podíl medikace a etanolu, toxikologické vyšetření negativní). Zaveden kontinuální monitoring FF (fyziologických funkcí): TK (tlak krevní) měřen zpočátku po 30 min., při přetrvávající stabilizaci po 1 hod, SpO₂ (periferní saturace kyslíkem) a TF (tepová frekvence) sledována průběžně se zápisy á 1 hod. TT (tělesná teplota) měřena v šestihodinových intervalech. Během dne jsme pozorně sledovali aktuální stav pacienta, souběžně prováděli celkové sesterské posouzení stavu. Provedli jsme bezpečnostní opatření zamezující poškození pacienta. V dopoledních hodinách 2x zvracel, podána 1 a (ampule) Torecanu i. v. (do žíly), pacient neaspiroval, zavedena nasogastrická sonda (NGS). Dle ordinace lékaře jsme podali jednorázově antiepileptikum Epanutin 250 mg

i. v. v 6:20 hod a 10 mg Apaurinu v 10: 30 hod, pro opakování záchvatu. Pro bolesti svalů podána 1 a. Novalginu i. v. v 15:00 hod. Vyměněna PVK (periferní žilní kanyla) v optimálnější lokalizaci, zaveden permanentní močový katétr (PMK). Pořízen elektokardiografický záznam srdeční činnosti, vstupní rentgen srdce a plic. Fyzioterapeutem dnes provedeno posouzení stavu a naplánování rehabilitační péče. Nutriční terapeut ve spolupráci s lékařem stanovil vhodnou dietu. Dnes podávány tekutiny převážně parenterální cestou, čaj pouze přes NGS a ústy po doušcích. Postupně bylo s pacientem i přes přetrvávající somnolenci možno navázat kontakt verbální komunikací. Objednáno vyšetření EEG (elektroencefalografické), termín stanoven zhruba za tři dny.

2. den (5. 9. 2010) - Bolesti svalů přetrvávají, somnolence ustoupila. PVK, PMK zatím ponechány. Plně kontaktní, FF stabilní, bez záchvatu. Pacient je subfebrilní, známky lokálního infektu nejsou přítomny. Příjem tekutin nadále parenterální cestou, příjem kašovitě stravy a čaje toleruje bez větších obtíží. NGS odstraněna v odpoledních hodinách.

3. den (6. 9. 2010) - Pacient je plně schopen perorálního příjmu, tablety polkne celé. PVK odstraněna, aplikována nová. Pacient již plně kontaktní, FF stabilní, bez záchvatu. V rámci lůžka naprosto soběstačný, aktivně rehabilitoval pod vedením fyzioterapeuta, v odpoledních hodinách byl s doprovodem ve sprše. PMK dopoledne klipován v pravidelných intervalech, v odpoledních hodinách odstraněn Pacient močí do močové lahve.

4. den (7. 9. 2010) - PVK odstraněna. Nadále bez záchvatu, unavený se již necítí. Je možný volný pohyb po oddělení, sám si dojde na WC. Odpoledne proběhlo vyšetření EEG.

5. den (8. 9. 2010) - dimise

4.2 Posouzení

Anamnestické údaje sbírány a doplňovány postupně nepřímo od kontaktní osoby, z dokumentace naší epileptologické poradny, posléze od samotného pacienta.

Sesterská anamnéza

Identifikační údaje

Jméno: xxx

Příjmení: xxx

Datum narození: 1980 xxx

Rodné číslo: xxxxxx/xxxx

Věk: 30 let

Pohlaví: mužské

Národnost: česká

Státní příslušnost: ČR

Stav: svobodný

Trvalé bydliště: xxx, ulice xxx

Přechodné bydliště: xxx, ulice xxx

Telefon: mobilní: xxx

kontaktní osoba (zaměstnavatel): xxx

Pojišťovna: 111

- **Osobní anamnéza:** Porod a poporodní vývoj normální, v dětství prodělal běžné dětské nemoci. 15.10.2008 kraniocerebrální poranění se subdurálním hematomem. Febrilní křeče neguje, s ničím dalším se neléčí.
- **Abusus:** Kouří asi 10 cigaret denně, marihuanu celkem pravidelně, alkohol- dříve 3 piva denně, nyní jedno.
- **Rodinná anamnéza:** Dle dostupných údajů bezvýznamná, epilepsie nebyla ani v širším příbuzenstvu.
- **Pracovní anamnéza:** Strojní mechanik.
- **Sociální anamnéza:** Žije převážně sám v zapůjčeném bytě, podstatnou část dětství vyrůstal v dětském domově, s rodinou se nestýká. Ekonomické poměry udává jako neuspokojivé.
- **Farmakologická anamnéza:** Depakine chrono 1- 0-1(antiepileptikum), Lamictal 100 mg 1-0-1(antiepileptikum)
- **Alergická anamnéza:** Negativní.
- **Krevní skupina:** A pozitivní.
- **Nynější onemocnění:** Dne 15.10.2008 utrpěl kraniocerebrální poranění se subdurálním hematomem vpravo a frontobazální kontuzí 4 cm vpravo, byl

hospitalizován ve FNKV a následně na chirurgii v Kladně. Byl bez obtíží do 5.8.2009, kdy se objevil generalizovaný tonicko - klonický záchvat, následně se projevila zmatenost a amnézie na záchvat. Od září 2009 je dispenzarizován v naší ambulanci. Léky pravidelně neužíval, v listopadu 2009 EEG vykazovalo normální nálezy. 4.9.2010 v ranních hodinách byl nalezen přáteli zmatený po vstání z postele, následovala porucha vědomí a klonické křeče, klonický záchvat se opakoval celkem třikrát, RZP podáno 3x10 mg Diazepamu, příjem proběhl přes CT vyšetření, kde klinicky přetrvávaly drobné záškuby levostranných končetin. Na CT snímku se objevil nálezy starších stacionárních postkontuzních změn temporálně a frontálně vlevo. Při příjmu vykazoval známky somnolence, neklidu, desorientace.

- **Lékařská diagnosa:** Stav po kumulaci záchvatů v rámci sekundární posttraumatické epilepsie.

Stav při přijetí

- **Přijat na:** JIP - Neurologická klinika, LF UK VFN.
- **Datum a čas přijetí:** 4.9.2010 v 6:15
- **Ošetřující lékař:** D. K.
- **Příjem:** Neplánovaný, akutní.
- **Stav vědomí:** Pacient somnolentní, při stimulaci výrazně neklidný.
- **Orientace:** Desorientovaný, nespolupracuje.
- **Komunikace:** Vykřikuje nesouvisle bez fatické poruchy či dysartrie.
- **Aktivita:** Neklidný, hrozí riziko poranění.
- **Fyziologické funkce:** TK 120/80, TF 78/min, sinusový rytmus, ventilace spontánní, podpora kyslíkem není potřeba, SpO₂ 96-98%, dechová frekvence kolem 30/min při neklidu, TT (tělesná teplota) 36.2°C.
- **Invaze:** PVK dx., 1.den, fixovaná, funkční, bez známek zánětu. lokalizace v loketní oblasti.
- **Medikace:** Quamatel)1 a i.v.(antiulcerózum), Epanutin)250 mg i. v (antiepileptikum). bolusově, nadále Depakine chrono1- 0-1(antiepileptikum), Lamictal)100 mg 1-0-1 (antiepileptikum), KCl 500 mg 1-0-1 (kaliový přípravek), Helicid)20 mg 1-0-1 (antacidum) per os (perorální, ústy).

Fyzikální assesment 4. 9. 2010 – získáván postupně během dne při zlepšujícím se stavu vědomí.

- **Celkový vzhled:** Habitus normosthenický, výška:1,73 cm, hmotnost: 69 kg, BMI:23, nechtěný úbytek nebo přírůstek hmotnosti později neguje. Pokožka - čistá, normální vlhkosti, bez exkoriací, jinak bez defektů, bez patologické pigmentace, bez cyanosy a ikteru. Na levé paži tetování. Hodnocení rizika vzniku dekubitů 23, tedy střední ohrožení. Test ošetřovatelské zátěže zpočátku 25, během dne snížen na 15.
- **Vědomí:** Glasgow Coma Scale 12 (středně těžká porucha vědomí), Mini Mental State Examination nelze provést vzhledem ke stavu pacienta.
- **Poloha:** Neklid, preferuje polohu na pravém boku.
- **Postoj a chůze:** Zatím nelze hodnotit. Stupnice hodnocení rizika úrazu 4 (riziko je přítomno).
- **Hlava a krk:** Hlava bez zevních známek poranění. Tvar lebky mesocefalický, lebka na poklep nebolestivá, vlasový porost přiměřený věku, vlasy čisté, bez známek parazitárního napadení. Náplň žil nezvětšena, karotidy tepou symetricky, Šije ameningeální.
- **Oči:** Skléry bílé, spojivky růžové, zornice isokorické, reagují na osvit, bulby jsou ve středním postavení, Brýle ani čočky ke korekci krátkozrakosti či dalekozrakosti nepoužívá.
- **Uši:** Bez výtoků, zevní zvukovod čistý, normální velikost a tvar ušních boltců, subj. na pohmat nebolestivé, tinitus neguje, slyší dobře.
- **Nos:** Symetrický, bez výtoků.
- **Dutina ústní a hrdlo:** Hrdlo klidné, tonsily nezvětšeny, bez zápachu, ústní hygiena uspokojivá, polykání tekutin nevázne, cení symetricky. Jazyk a vnitřní strana tváře pokousány. Jazyk vlhký, bez povlaku, plazí středem. Rty bez cyanózy, plné, nepopraskané, vlhké. Chrup sanován pouze částečně, přítomny kazy, bez snímatelné náhrady, bolest zubů udává občasnou.
- **Řeč:** Postupně normální, souvislá, výslovnost dobrá
- **Hrudník:** Symetrický, poklep plic plný, jasný, dýchání sklípkovité, bez vedlejších fenoménů, břišní typ dýchání, Škála měření vzniku komplikací v dýchacích cestách 7 (lehké ohrožení). Prsa nezvětšena, bez hmatných útvarů, hrudník přiměřeně maskulinně ochlupený.

- **Kardiovaskulární systém:** Akce srdeční pravidelná, plná, bez šelestu, ozvy dvě, ohraničené, palpatace 0, EKG sinusový rytmus, bez elevace úseku ST, tepová frekvence (TF) akt. 78/min - normokardie, krevní tlak (TK) aktuálně 120/80.
- **Břicho:** V nivěu hrudníku, měkké, prohmatné, nebolestivé, bez rezistence. Poslední stolice snad včera.
- **Genitálie:** Sekundární ochlupení maskulinního typu, předkožku přetáhnout lze, hypospadie, sekret nepřítomen, varlata ve skrotu, permanentní močový katétr odvádí žlutou koncentrovanou moč bez makroskopických příměsí, okolí zavedeného močového katétru klidné.
- **Konečník:** Okolí anu bez hemeroidů, defekaci udává nebolestivou, obstipacemi netrpí, poslední stolice včera, per rectum nevyšetřen.
- **Horní končetiny:** Na pravé horní končetině (PHK) zavedena periferní žilní kanyla, 1. den, fixována, sterilně kryta, okolí klidné, bez známek zánětu, výměna, nová zavedena na předloktí PHK. Svalová síla, trofika a tonus přiměřená, symetrická, taktilní cití udává v normě.
- **Dolní končetiny:** V bandážích, bez otoků a varixů, jizvy nevidím, uzliny v tříse nehmatám, pulsace hmatné do periferie. Svalová síla, trofika a tonus přiměřená, symetrická, taktilní cití udává v normě.
- **Páteř:** Vyšetřena vleže, pokleповě nebolestivá, symetrická.
- **Endokrinní systém:** Štítnice nezvětšena, zřejmě eufunkční. Teplo ani chlad ve zvýšené míře nepocítuje, glykémie v normě. Pacient je afebrilní.
- **Psychika:** Zřejmě vzhledem k pozáchvatovitému stavu a doznívajícímu účinku medikace bradypsychický, unavený, spolupráce dosud obtížná. Pacient se jeví spíše jako introvertní typ. Další posouzení, eventuálně zajištění intervence psychologem nebo psychiatrem provedeme zítra.

Sběr údajů podle modelu Imogene M. King 4. 9. – 5. 9. 2010

Interakce mezi sestrou a pacientem byla zpočátku obtížnější pro uzavřenou povahu pacienta, jeho očekávání kritiky ze strany ošetřujícího personálu, v neposlední řadě pro odeznívající útlum. Pacient postupně nabýval důvěry, komunikace se pozvolna zlepšovala, dosáhli jsme určité shody při společném stanovení cílů a ochoty pacienta spolupracovat při jejich dosažení.

1) Osobnostní systém

Vnímání zdravotního stavu:

Subjektivní údaje: „Normálně se cítím docela dobře. Žiju tak, jak umím, omezuju trochu pít piva, občas si zakouřím, i trávu. Léky jsem teď moc pravidelně nebral, nestačily mi na ně peníze. Já si myslím, že zase tak nepomáhají, na sto procent. Do ordinace docházím podle objednání. Tady v nemocnici jsem se ocitl, ani nevím jak. Teď nemůžu pořádně jíst, bolí mě jazyk. Spát chodím jak kdy, když si hraju hry na počítači, někdy nevím, kdy přestat. Chodím i do hospody, občas, na diskotéky, to málo. Jím dost nepravidelně, když mám hlad nebo si dám jedno pivo. Po záchvatu jsem unavený a už se mi moc nechce mluvit. Chci jen normálně fungovat.“

Objektivní údaje: Pacient neakceptuje informace o svém zdravotním stavu, diagnóze a možnostech potlačení nežádoucích stavů spojených s epileptickým onemocněním spolu s možnými komplikacemi. Zájem o spolupráci s lékaři a ostatním zdravotnickým personálem vykazuje jen sporadický. Zdraví pro něj není nejdůležitější hodnotou, zatím je považoval víceméně za samozřejmost, léky neužívá pravidelně, nedoceňuje význam pravidelného užívání medikace a dodržování životosprávy. Po proběhlém záchvatu se cítí unavený, trpí bolestí z pokousaného jazyka.

Růst a rozvoj osobnosti:

Subjektivní údaje: „Ten první záchvat po úrazu byl za dost dlouho, překvapil mě, další jsem nečekal. O epilepsii jsem věděl, že při ní sebou člověk hází a slintá a neví o sobě. Ze začátku jsem nevěřil, že by se mohlo jednat o vážnější problém, záchvaty jsem měl párkrát a nepřikládal jsem tomu pořád velkou váhu. Ale postupně se to začalo zhoršovat, ten poslední mi dal zabrat a teď už vidím, co je to za rizikovou nemoc. Začínám si to všechno uvědomovat, vy mi to tu pořád říkáte a o všem dostávám pořád informace o lékařské péči, která to může tak nějak utlumit. Začínám se bát budoucnosti, nevím, jestli všechno zvládnou sám, chci normálně žít, alespoň jako doted.“

Objektivní údaje: O důležitosti léčby je opakovaně informován, od užívání medikamentů v určenou dobu, pravidelných návštěv lékaře, nutnosti spolupráce se zdravotnickým personálem, po nepodceňování příznaků nemoci. Začíná velice pozvolna projevovat zájem o aktivní spolupráci a začíná si být vědom nutnosti změny životního stylu, zatím ještě vyhodnocujeme sílu tohoto odhodlání.

Vzhled těla:

Subjektivní údaje: „*S mou postavou nejsem tak nespokojený, jen bych chtěl mít větší svaly, měl bych asi chodit do posilovny nebo cvičit doma, jsem líný. Chtěl bych být pořádný chlap, ale to je asi jedno, stejně nehledám žádnou holku. Aby mě tak viděla slintat. A ostatní taky. Další tetování nechci, ten drak mi stačí a líbí se mi. Ta cévka mi vadí, dost, pálí mě to.*“

Objektivní údaje: Svě tělo vnímá celkem neutrálně, větší nespokojenost nepocítuje. Má pouze obavy ze vzhledu a projevů během záchvatu, zejména z pohledu ostatních lidí. Nauzeu nekuje, vomitus již není přítomen. Nově zavedená intravenózní linka je funkční, v příznivější lokalizaci, bez známek zánětu, zatím nutná pro infuzní terapii a možné zajištění akutní medikace, močový katétr odstraníme v nejbližší době. Stolice je pravidelná, jedenkrát za jeden až dva dny. Pro bolest jazyka zatím plánujeme příjem pouze tekuté a kašovitě stravy.

Vnímání času a prostoru:

Subjektivní údaje: „*Svůj čas dělím mezi práci a zábavu. Pracuju jako pomocný technik v jedné menší firmě, po návratu ze zaměstnání bývám unavenej, jak kdy, takže je to dost individuální. Zábavou mám na mysli navštěvování zábavních podniků, jako jsou diskotéky a hospody. Občas si zahraju nějakou hru na počítači, vysedávám tam celkem často. Chtěl jsem si udělat řidičák, mohl bych se autem podívat někam dál, ale to zatím asi nepůjde.*“

Objektivní údaje: Pacient byl před onemocněním zvyklý žít plnohodnotně. Řidičský průkaz nevlastní, jako újmu považuje, že si ho v dohledné době nebude moci udělat. Jeho aktivitu zatím nezměnily ani příznaky nemoci. Nyní je jeho prostor omezen na nemocniční lůžko a bezprostřední okolí lůžka, předpokládáme pouze dočasně. V rámci lůžka se pohybuje bez obtíží, předpokládáme, že následná vertikalizace proběhne bez větších obtíží.

2) Interpersonální systém

Interakce:

Objektivní údaje: S nemocným se dařilo navazovat kontakt pouze postupně vzhledem k jeho introvertní povaze, zpočátku odpovídal celkem neochotně, polovičatě. Později se komunikace stávala otevřenější, nabývala důvěrnějšího charakteru. Jako optimální se projevil empatický až „mateřský“ přístup.

Komunikace:

Subjektivní údaje: „Společnosti se nevyhýbám, ale i přesto mám spíš známé než přátele. Život v dětském domově mě naučil starat se hlavně sám o sobě, a tak to ve mně i tak nějak zůstalo. Rodinu mám, nestýkám se s ní, za „otce“ snad můžu považovat šéfa v práci, staršího kolegu, který mi vždycky dobře poradí co a jak.“

Objektivní údaje: Pacient zpočátku s personálem příliš nekomunikuje, je nejistý, upozaduje se. Vlastní rodinu má, zde jsou vazby zcela přetřhány, s účastí rodiny počítat nelze, určité zázemí našel ve svém nadřízeném. Používá verbální i neverbální způsoby komunikace. Komunikační vazbu hodnotíme v rámci možností, jako dostačující. Komunikace probíhá nekonfliktně, pacient jedná s náznakem submisivity. Pacient se zdá spíše negativně psychicky laděn, vzhledem ke krátké době posuzování budeme ještě hodnotit.

Transakce:

Subjektivní údaje: „Je mi jasné, že nemoc, která mě postihla, nelze možná úplně vyléčit, ale stejně doufám, že se těch záchvatů úplně zbavím. Léky bych asi měl začít pravidelně brát, jak vás tak poslouchám, ale stejně doufám, že se bez nich jednou obejdu. A měnit můj způsob života se mi zase tak moc nechce, ale možná trochu jo.“

Objektivní údaje: Transakce mezi ošetrovatelským personálem a pacientem není zcela dostatečná. Nemocný komunikuje víceméně jen se sestrou. Komunikace s ostatním ošetrovatelským personálem zatím vázne.

Role rodinná:

Subjektivní údaje: „Holku nemám, holky jsou zlatokopky, takže ani žádnou nechci. Chci zůstat sám. Jak jsem už říkal, rodinu v podstatě nemám. Někdy jsem děsně sám.“

Objektivní údaje: Pacient své rodinné role neseřadil, protože není členem rodiny jako takové. Vyrůstal v dětském domově. Jako náhradní rodinu vnímá svého zaměstnavatele, přesto se cítí osamělý. Zaměstnavatel se na pacientův zdravotní skutečně pravidelně dotazuje, opakovaně se zajímá o vhodnou medikaci a životosprávu pacienta. Je zřejmé, že pacientův zdravotní stav mu není lhostejný, zde pozorují určitou citovou vazbu.

Role profesní:

Subjektivní údaje: „*Pracuju jako strojní mechanik, od té doby, co jsem dokončil učňák.*“

Objektivní údaje: Pomocný technik, t. č. pacient.

Role společenská:

Subjektivní údaje: „*Jsem zaměstnaný, teď nemocný a s křečema.*“

Objektivní údaje: Strojní mechanik, t. č. pacient.

Stres:

Subjektivní údaje: „*Pořád mám málo peněz, než bych potřeboval, proto jsem si léky nevyzvedával a nejedl je pravidelně. Teď mám strach, jak budu zvládat práci a ten řidičák bych si taky rád udělal. Známost s holkou bych taky vypustil, nestojí mi za to, sex mi často chybí.*“

Objektivní údaje: Stresem je nedostatek financí, obava z projevů onemocnění a neexistence vhodného partnera.

3) Sociální systém

Autorita:

Subjektivní údaje: „*Autorita, co to je? I když naopak v dětském domě jsem se musel umět prosadit, tak od přírody nejsem autoritativní normálně.*“

Objektivní údaje: Nemocný respektuje opatření a omezení daná zdravotnickým personálem. Za svůj léčebný režim není zatím spoluodpovědný, místy zaujímá submisivní postoj. Občas vykazuje známky náladovosti. Na personál je spolehnutý.

Síla, moc:

Subjektivní údaje: „Životem se cítím celkově unavenej. Vztahy mi zatím moc nevycházejí. Jedu od výplaty k výplatě, bere mi to energii. Nemůžu si dopřát, co bych všechno chtěl. A teď se cítím děsně unavenej.“

Objektivní údaje: Působí unaveným, odevzdaným, dojmem.

Postavení:

Subjektivní údaje: „Zaměstnání pořád vykonávám stejně, pořád mám kolem sebe své známý. Jen mám pocit, že některých známých se straním nebo oni mě.“

Objektivní údaje: Vznikem nemoci se postavení pacienta v zaměstnání výrazně nezměnilo.

Rozhodování:

Subjektivní údaje: „Má rozhodování se nijak nevážou k mé nemoci, tedy prozatím a doufám, že moc ne ani v budoucnu. Většinu věcí dělám stejně jako dřív, asi jsem moc do teď opatrný nebyl, ale teď mám pocit, že kolem sebe někoho budu potřebovat. Asi se poradím s Karlem.“

Objektivní údaje: Rozhodování o svém zdravotním stavu v životě a okolnostmi s nimi spojenými nebral dosud příliš vážně, nyní hledá „opěrný bod“ ve svém nadřazeném.

4.3 Ošetřovatelské diagnózy

Aktuální sesterské diagnózy (SD):

SD 1 - 00078 Neefektivní léčebný režim v souvislosti s nedůvěrou k účinnosti léčebných opatření projevujících se sdělením, že preventivní a léčebná opatření nedodrží.

SD 2 - 00069 Neefektivní zvládnání zátěže v souvislosti s poruchou ve vyhodnocování hrozby projevující se nedostatečným řešením problémů.

SD 3 - 00093 Únava v souvislosti se stavem po záchvatu projevující se subjektivní i objektivní unaveností a ospalostí.

SD 4 - 00132 Akutní bolest jazyka Akutní bolest jazyka v souvislosti s poškozujícím agens tělesným projevující se sdělením a označením bolesti a bolestivým výrazem v obličeji.

SD 5 - 00119 Chronicky nízká sebeúcta v souvislosti s pocíťovanými neurologickými změnami a ztrátou kontroly projevující se nejistotou, pasivitou a izolací.

SD 6 - 00059 Sexuální dysfunkce v souvislosti s postrádáním blízké osoby, projevující se neschopností dosáhnout požadovaného uspokojení vztahu s blízkou osobou.

Potenciální sesterské diagnózy (SD):

SD 7 - 00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedenými invazivními vstupy.

SD 8 - 00039 Riziko aspirace v souvislosti s poruchou vědomí.

SD 9 - 00038 Riziko traumatu v souvislosti se záchvatovým stavem.

SD 10 - 00054 Riziko osamělosti v souvislosti s citovým strádáním při neexistenci blízkých osob.

4.4. Plánování, vyhodnocení a realizace ošetrovatelského procesu

S ohledem na specifika ošetrovatelské péče na klinickém pracovišti, kde byla realizována ošetrovatelská péče nerozlišujeme termín sestra dle platné legislativy v České republice, ale užíváme jednotný termín sestra.

Sesterská diagnóza 1 4. 9. 2010 v 6:30 hod

Subjektivně: 0

Objektivně: Pacient s dg. záchvatový stav vykazuje známky poruchy vědomí a neklidu.

00038 Riziko traumatu v souvislosti se záchvatovým stavem.

Cíl: Zabránit vzniku poškození při neklidu pacienta.

VK:

Pacient:

- má zabezpečené prostředí bez přítomnosti rizikových faktorů - do 15 min
- je základně zorientován místem i časem - do 3 hod
- ovládá signalizační zařízení - do 3 hod
- se chová přiměřeně v rámci osobní bezpečnosti - do 24 hod
- zná opatření na prevenci úrazu - do 24 hod

Intervence:

- zabezpečit lůžko postranicemi – sestra, denně
- nastavit lůžko do snížené polohy – sestra, dle potřeby
- vypodložit postranice polohovacími polštáři – sestra, ihned
- poskytnout pacientovi k dispozici signalizační zařízení – sestra, do 3 hod
- naučit pacientku manipulaci s ním – sestra, do 3 hod
- zjistit, jak se chová pacient v rámci osobní bezpečnosti – sestra, do 24 hod
- posoudit faktory, vztahující se k individuální situaci a míru hrozícího nebezpečí – sestra, do 24 hod
- zjistit, zda je pacient časem, osobou a místem orientován – sestra, průběžně
- uklidnit nemocného, který trpí motorickým neklidem – sestra, ihned

- včas, dle ordinace lékaře, provádět opatření proti záchvatům a křečím – sestra, průběžně
- pečovat o klidné a tiché prostředí, omezovat stimulaci – sestra, průběžně
- mít pacienta neustále pod dohledem – sestra, průběžně
- poučit pacienta o opatřeních na prevenci proti úrazu – sestra, do 24 hod

Realizace:

1. den (4. 9. 2010) - denní služba

6:30 hod

Pacienta jsem uložila na lůžko, zahájila kontinuální monitoring FF.

Lůžko jsem opatřila postranicemi, které jsem vypodložila polohovacími polštáři.

Nastavila jsem lůžko do snížené polohy.

Zjistila jsem míru orientace pacienta místem, časem a osobou, zatím neorientován.

Odstranila jsem z dosahu pacienta předměty, o které by se mohl poranit.

Pacienta jsem informovala, kde se nachází.

10:30 hod

Podala jsem 10 mg Apaurinu dle ordinace lékaře při opakujícím se záchvatu.

Během záchvatu jsem pacienta fyzicky neomezovala, nevkládala nic do úst, pouze upravila polohovací polštáře a na pacienta dohlížela.

Po odeznění křečí jsem pacienta uložila do polohy na boku.

v průběhu dne

Pacientovi jsem dala k dispozici signalizační zařízení a vysvětlila mu jeho funkci.

Opakovaně jsem pacienta informovala o čase a místě, kde se nachází, průběžně vyhodnocovala jeho orientaci.

Pacienta jsem uklidňovala, v rámci možností jsem se snažila o vytvoření klidného a tichého prostředí.

Pacienta jsem měla pod neustálým dohledem.

17:20 hod

Poučila jsem pacienta o některých opatřeních na prevenci úrazu.

18:30 hod

Průběžné hodnocení stavu při předání pacienta. K poškození pacienta během pobytu na našem oddělení nedošlo, další záchvat se již neopakoval, nyní se cítí unavený. Místem, časem a osobou je již orientován plně. Pacient ovládá signalizační zařízení, o opatřeních na prevenci proti úrazu je zatím pouze základně poučen, v rámci

osobní bezpečnosti se ještě přiměřeně nechová, má opakovanou tendenci opouštět lůžko, riziko poškození přetrvává. **Cíl nesplněn**, pokračovat v intervencích.

2. den (5. 9. 2010) - denní služba

6:45 hod

Převzetí pacienta: Dle záznamu pacient spal klidně, lůžko neopouštěl, další záchvaty se neobjevily. Stále se cítí unavený.

10:00 hod

Posoudila jsem míru orientace pacienta.

Společně jsme probrali rizikové faktory prostředí a opatření na prevenci proti úrazu.

14:00 hod

Ubezpečila jsem se o vědomostech pacienta ohledně znalostí opatření na prevenci proti úrazu.

Vyhodnocení stavu. Pacient je orientován místem, časem i osobou. V rámci osobní bezpečnosti se chová přiměřeně, prokazuje dobré znalosti v rámci bezpečnostních opatření nutných v prevenci proti úrazu. Do budoucna projevuje snahu eliminovat možná nebezpečí poranění. **Cíl splněn.**

Sesterská diagnóza 2 4. 9. 2010 v 7:30 hod

Subjektivně: 0

Objektivně: Pacient má zaveden PVK, PMK. Nejsou přítomny lokální a celkové známky infektu.

00004Riziko infekce v souvislosti se zavedenými invazivními vstupy při závažném onemocnění.

Cíl: Eliminace možnosti vzniku celkové infekce a infekce v oblasti invazivních vstupů.

VK:

Pacient:

- chápe příčiny vzniku infekce - do 12 hod
- ví o způsobech prevence - do 12 hod
- pozná a neprodleně ohlásí subjektivní a objektivní příznaky infekce - do 12 hod
- je bez klinických příznaků celkové i lokální infekce - do odstranění invazivních vstupů

Intervence:

- sledovat denně místa invazivních vstupů a pravidelně je asepticky ošetřovat sestra, každodenně
- eventuelně každý 3. den zavést novou PVK – sestra, á 3 dny, případně dle potřeby
- udržovat uzavřený drenážní systém PMK – sestra, průběžně
- sledovat průběžně celkový stav pacienta včetně měření a zaznamenávání FF sestra, průběžně
- sledovat množství a charakter moči – sestra, průběžně
- odebírat biologický materiál pacienta k vyšetření a sledovat laboratorní nálezy, neprodleně s nimi seznamovat lékaře – sestra, každodenně
- dbát o dostatečný příjem tekutin, racionální výživy a vitamínů – sestra, každodenně
- poučit pacienta o rozpoznání subjektivních a objektivních příznaků infekce, jejich neprodleném nahlášení a o prevenci infekce – sestra, do 12 hod
- v případě nutnosti podávat antibiotika a antipyretika dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinky včetně nežádoucích – sestra, průběžně
- chránit pacienta před nosokomiální infekcí, tedy používat bariérovou techniku ošetřování - celý ošetřující personál, průběžně
- připomenout pacientovi nutnost správné výživy a dostatečného odpočinku sestra, do 12 hod

Realizace:

1. den (4. 9. 2010) - denní služba

7:30 hod

Zkontrolovala jsem místa invazivních vstupů a odebrala biologický materiál v rámci vstupních vyšetření.

Změřila jsem TT - 36,4⁰ C.

8:30hod

Zabezpečila jsem konzultaci nutričního terapeuta.

Konzultovala jsem vhodnou dietu, dle doporučení jsem prozatím pacientovi objednala kašovitou stravu.

10: 50hod

Zavedla jsem NGS a dala na spád. Lékaři jsem asistovala při auskultaci hrudníku, bez známek aspirace.

12:00 hod

Změřila jsem TT - 36,6°C.

12:20 hod

Pro zvracení a celkový stav jsem zatím pacientovi dodávala tekutiny pouze parenterální cestou, zkontrolovala jsem stav DÚ- pokousaný jazyk a bukální sliznice.

17:20 hod

Poučila jsem pacienta o příznacích infekce, o jejich rozpoznání a nutnosti nahlášení příznaků.

17:40 hod

Změřila jsem TT - 36,6 ° C.

Ubezpečila jsem se o vědomostech pacienta ohledně infekce.

v průběhu odpoledne

Pravidelně jsem sledovala místo vstupu PVK, PMK, NGS, hodnotila množství, vzhled moče, množství a charakter žaludečního obsahu.

18:30 hod

Průběžné hodnocení stavu při předání pacienta. Pacient je afebrilní, vzhledem ke svému stavu prokazuje zatím uspokojivé vědomosti v oblasti příčin, příznaků a nepodceňování infekce. Moč je mírně koncentrovaná, odpady z NGS minimální, cca 20 ml, charakteru žaludeční šťávy. **Cíl nesplněn**, pokračovat v intervencích.

2. den (5. 9. 2010) - denní služba

6:45 hod

Převzetí pacienta: Dle záznamu pacient spal klidně, další záchvaty se neobjevily. TT v 6 hod 37,3 ° C, cítí se unavený.

8:00 hod

Asepticky jsem vyměnila sterilní krytí PVK a zkontrolovala místo zavedení, klidné, bez známek zarudnutí.

Zkontrolovala jsem polohu NGS a nově zafixovala

9:00 hod

Zkontrolovala jsem stav DÚ- pokousaný jazyk a bukální sliznice bez viditelných známek infekce v DÚ.

Asistovala jsem lékaři při auskultačním poslechu plic, nález na plicích bez vedlejších fenomenů.

12:00 hod

Podala jsem pacientovi kašovitou stravu.

14:00 hod

Ubezpečila jsem se o vědomostech pacienta ohledně infekce, zodpověděla dotazy.

16:00 hod

Odstranila jsem NGS dle pokynů lékaře.

v průběhu dne

Opakovaně jsem hodnotila okolí invazivních vstupů a vzhled moči - bez příznaků infektu.

Sledovala jsem TT v kratších intervalech (tabulka 3).

Tabulka 3 Hodnoty TT - měřené a zaznamenávané 6. 2. 2010

<i>hod</i>	<i>8:00</i>	<i>9:50</i>	<i>12:00</i>	<i>15:00</i>	<i>18:00</i>
<i>TT/^oC</i>	37,1	36,6	36,5	36,8	37,0

18:30 hod

Průběžné hodnocení stavu při předání pacienta. Pacient má mírně zvýšenou TT, nemá známky lokální nebo celkové infekce. Je schopen perorálního příjmu kašovité stravy bez větších obtíží, nausea ani vomitus nejsou přítomny. **Cíl nesplněn**, pokračovat v intervencích.

3. den (6. 9. 2010) - denní služba

6:30 hod

Převzetí pacienta: Pacient je již afébrilní, dle záznamu zatím negativní výsledky vstupního mikrobiologického vyšetření, klinicky stav nezměněn.

9:30 hod

Asepticky jsem zavedla novou PVK, odstranila dosavadní.

Zkontrolovala jsem okolí zavedeného PMK - klidné, bez výtoku.

v dopoledních hodinách

Klipovala jsem PMK v dvouhodinových intervalech.

12:00 hod

Změřila jsem a zapsala TT - 36,2°C

15:00 hod

Dle ordinace lékaře jsem odstranila PMK.

Pacientovi jsem dala k dispozici močovou lahev.

18:10 hod

Změřila jsem a zapsala TT - 36,7 ° C.

Zkontrolovala jsem vzhled moči, světlá, bez makroskopických příměsí.

19:00 hod

Průběžné hodnocení stavu při předání pacienta. Pacient nevykazuje klinické známky lokální ani celkové infekce, moči bez obtíží do močové láhve. **Cíl nesplněn**, pokračovat v intervencích.

4. den (7. 9. 2010) - denní služba

6:30 hod

Převzetí pacienta: Klinický stav nezměněn, pacient se unavený necítí.

8:30 hod

Zkontrolovala jsem stav DÚ- pokousaný jazyk a bukální sliznice bez viditelných známek infekce v DÚ, pozvolna dochází k hojení.

Asistovala jsem lékaři při auskultačním poslechu plic, nález na plicích bez vedlejších fenoménů.

8:50 hod

Dle pokynů lékaře jsem odstranila PVK.

12:00 a 18:10 hod

Změřila jsem a zapsala TT - 36,2°C a 36,7°C.

19:00 hod

Vyhodnocení stavu při předání pacienta: Pacient nevykazuje klinické známky lokální ani celkové infekce, všechny invazivní vstupy byly odstraněny. **Cíl splněn.**

Sesterská diagnóza 3 5. 9. 2010 v 10:00 hod

Subjektivně: „ Žiju tak, jak umím, omezuju trochu pití piva, občas si zakouřím, i trávu. Léky jsem teď moc pravidelně nebral, nestačily mi na ně peníze. Já si myslím, že zase tak nepomáhají, na sto procent. Do ordinace docházím podle objednání. Spát chodím jak kdy, když si hraju hry na počítači, někdy nevím, kdy přestat. Chodím i do hospody, občas, na diskotéky, to málo. Jím dost nepravidelně, když mám hlad nebo si dám jedno pivo. “

Objektivně: Pacient neakceptuje informace o svém zdravotním stavu, diagnóze a možnostech potlačení nežádoucích stavů spojených s epileptickým onemocněním spolu s možnými komplikacemi, nedoceňuje význam pravidelného užívání medikace a dodržování životosprávy.

00078 Neefektivní léčebný režim v souvislosti s nedůvěrou k účinnosti léčebných opatření projevujících se sdělením, že preventivní a léčebná opatření pacient nedodržuje.

Cíl: Akceptování potřebné změny životního stylu v souladu s požadavky terapeutického programu.

VK:

Pacient:

- pozná faktory provokující záchvat - do 12 hod
- pozná a vyjmenuje nutná opatření k dodržování léčebného režimu - do 24 hod
- pochopí nutnost dodržování léčebného režimu - do 24 hod
- verbalizuje potřebu aktivně se podílet na terapii - do 3 dnů
- projeví snahu zapojit se do řešení problémů, které brání začlenění léčebného režimu - do 3 dnů

Intervence:

- zjistit, jak je pacient obeznámen se stavem a nároky léčby – sestra, do 24 hod
- zjistit, jak pacient pohlíží na léčebný režim a co od něj očekává – sestra, do 24 hod
- povšimnout si dostupnosti zdrojů poskytujících pomoc – sestra, do 24 hod
- použít terapeutických komunikačních dovedností k efektivnímu řešení –sestra, průběžně

- objasnit kroky, potřebné k dosažení požadovaných cílů – sestra, do 24 hod
- uzavřít s pacientem smlouvu o účasti na péči – sestry, do 3 dnů
- pomoci pacientovi najít způsob, jak zlepšit začlenění léčebného režimu sestra, do 3 dnů
- akceptovat pacientovo hodnocení vlastních silných stránek a limitů – sestra, do 3 dnů
- povzbuzovat pacienta při projevené snaze směřující ke zlepšení schopností sestra, průběžně
- zprostředkovat nemocnému informace, nebo poradit, kde je získat – sestra, do 2 dnů
- pomoci pacientovi najít způsob, jak sledovat probíhající léčebný režim sestra, do 3 dnů
- mobilizovat dostupné podpůrné systémy, zde nepříbuzné blízké osoby –sestra, do 3 dnů
- zdůraznit význam pacientových znalostí a chápání potřeb léčby, jakož i následku vlastního jednání a výběru – sestra, průběžně

Realizace:

1. den (5. 9.2010) - denní služba

10:00 hod

V rámci rozhovoru o dodržování prevence proti úrazu jsem vyslechla pacientovo vyjádření o dodržování léčebného režimu a jeho názory na léčbu.

Zjistila jsem, jak pacient pohlíží na léčebný režim a co od něj očekává.

14:10 hod

Poučila jsem pacienta o faktorech provokujících záchvat.

Poučila jsem pacienta o nutnosti pravidelného užívání medikace a vedlejších účincích léků.

Poučila jsem pacienta o nutných opatřeních, týkajících se žádoucího životního stylu.

Poučila jsem pacienta o trpělivosti v dosahování očekávaných výsledků.

14:10 hod

Podala jsem informace o nutnosti, způsobu léčby a dodržování životního stylu podpůrné osobě- nadřízenému pacienta, který projevil konstruktivní zájem o spolupráci.

Nadřízenému jsem zdůraznila význam pacientových znalostí a chápání potřeb léčby, současně následků vlastního jednání a konání. Společně jsme vyhodnotili dostupnost

možných zdrojů.

18:30 hod

Průběžné hodnocení stavu při předání pacienta. Pacient je poučen o faktorech provokujících záchvat, nutnosti dodržování léčebného režimu, kontaktovala jsem a poučila i podpůrnou osobu pacienta. Pacient doposud neverbalizoval potřebu aktivně se podílet na terapii. **Cíl nesplněn**, pokračovat v intervencích.

2. den (6. 9. 2010) - denní služba

11:00 hod

Pacienta jsem požádala, aby mi vyjmenoval faktory provokující záchvat a opatření nutná k dodržování léčebného režimu, doplnila a upřesnila jsem informace.

S pacientem jsme probrali možnosti a úskalí další léčby.

Pacienta jsem požádala, aby na papír popsal své pozitivní a negativní vlastnosti, popsal své slabé a silné stránky, jak ze svého pohledu vnímá možnosti další léčby.

16:00 hod

Přečetla jsem si vyjádření pacienta, společně jsme probrali jeho náhled na svou osobu, vizualizaci do budoucnosti.

Uzavřela jsem slovně s pacientem smlouvu o účasti na péči, zatím v oblasti pravidelného užívání léků a vynechání pití alkoholu.

Pochválila jsem pacienta za spolupráci.

18:30 hod

Pacienta jsem informovala o existenci Sdružení a společnosti epileptiků, internetové poradně

Povzbudila jsem pacienta v úsilí o spolupráci.

19:00 hod

Průběžné hodnocení stavu při předání pacienta. Pacient projevuje zájem o spolupráci, o své chorobě prokazuje poměrně dobrou informovanost. Verbalizuje vůli změnit svůj životní styl zatím pouze v určitých oblastech, o svých schopnostech dosud pochybuje, přítomnost a pomoc podpůrné osoby je nezbytná. **Cíl nesplněn**, pokračovat v intervencích

3. den (7. 9. 2010) - denní služba

15:00 hod

V přítomnosti podpůrné osoby jsme probrali další možnosti léčby, začlenění léčebného

režimu do života pacienta. Nadřízený opětně projevil eminentní zájem o zdravotní stav pacienta, přislíbil pomoc při řešení finančních problémů, psychickou podporu i podporu při dodržování optimálního životního stylu.

17:00 hod

Pohovořila jsem s pacientem o vizualizaci do budoucnosti, povzbudila ho.

19:00 hod

Vyhodnocení stavu při předání pacienta. Pacient verbalizuje vůli změnit svůj životní styl stále pouze v určitých oblastech, o svých schopnostech nadále pochybuje. **Cíl nesplněn**, pokračovat v intervencích.

4. den (8. 9. 2010) - denní služba

9:30 hod

S lékařem jsme informovali pacienta o plánovaném propuštění a předání do další péče. Přehodnotili jsme pacientův náhled na svou osobu, projevila jsem uznání jistého dosaženého pokroku ve způsobu uvažování.

14:00 hod

Vyhodnocení stavu při propuštění pacienta. Při propuštění byly podány doplňující informace o dalším způsobu léčby, předání pacienta do další péče. Pacient odešel v doprovodu nadřízeného. Pacient verbalizoval vůli změnit zásadním způsobem svůj životní styl, projevil zájem o další spolupráci se zdravotnickým personálem, pozitivně akceptoval nabídku pomoci od svého nadřízeného. Na budoucnost nahlíží s mírným optimismem. **Cíl splněn.**

Sesterská diagnóza 4 5. 9. 2010 v 10:00 hod

Subjektivně: „Chtěl bych být pořádný chlap, ale to je asi jedno, stejně nehledám žádnou holku. Aby mě tak viděla slintat. A ostatní taky.“

Objektivně: Pacient se projevuje pasivně, typicky introvertně s náznaky submissivity, oční kontakt neudržuje.

SD č. 4: 00119 Chronicky nízká sebeúcta v souvislosti s pocíťovanými neurologickými změnami a ztrátou kontroly projevující se nejistotou, pasivitou a izolací.

Cíl: Slovní vyjádření zvýšeného smyslu pro sebeúctu ve vztahu k současné situaci.

VK:

Pacient:

- označuje své problémy - do 24 hod
- vyjadřuje volně své pocity a přání - 24 hod
- vyjmenuje a uznává alespoň své 3 pozitivní vlastnosti - do 2 dnů
- pozitivně se vyjadřuje o sebe samém - do 3 dní
- umí přijímat nabídky pomoci od jiných - do 3 dní

Intervence:

- odhadnout osobnost pacienta – sestra, do 24 hod
- povzbuzovat pacienta k volnému vyjádření všech svých pocitů - celý ošetrovatelský tým, do 3 dnů
- v klidu si vyslechnout vyjádření pacienta - celý ošetrovatelský tým, průběžně
- nekritizovat pacientovy výroky - celý ošetrovatelský tým, průběžně
- poučit pacienta o vlivech pozitivního psychického rozpoložení vzhledem k jeho onemocnění - sestra, do 24 hod
- poukazovat na pozitivní vlastnosti pacienta a jeho potenciál směrem k zvládnání daných situací - celý ošetrovatelský tým, průběžně
- projevovat důvěru ve schopnosti pacienta, povzbuzovat jej a chválit i za sebemenší pokroky - celý ošetrovatelský tým, průběžně
- povzbuzovat pacientův pozitivní pohled na sebe sama – celý ošetrovatelský tým, průběžně
- usměrňovat nesprávné názory pacienta vzhledem k své osobě - celý ošetrovatelský tým, průběžně
- zapojovat aktivně pacienta do léčebného a ošetrovatelského plánu – celý ošetrovatelský tým, průběžně
- vést pacienta k vytváření cílů do budoucnosti a pomoci mu získat nadhled nad současnou situací – sestra, do 3 dnů
- pomoci pacientovi při vytváření realistických plánů do budoucnosti – sestra, do 3 dnů poučit pacienta o asertivitě – sestra, do 3 dnů

Realizace:

1. den (5. 9. 2010) - denní služba

10:00 hod

Vyslechla jsem si pacientovo vyjádření a projevila jsem pochopení a účast.

Pochválila jsem pacienta za vyjádření svých pocitů a nastínila jsem možnosti řešení problémů, informovala jsem ho o možnosti vyhledat pomoc psychologa.

Poukázala jsem na významnou roli psychiky v léčbě a prognóze onemocnění.

Poukázala jsem na pozitivní vlastnosti pacienta a projevila důvěru v jeho schopnosti.

Zhodnotila jsem osobnost pacienta - známky submisivity nejistoty.

Požádala jsem pacienta, aby až se nebude cítit unavený, na papír napsal alespoň tři své pozitivní vlastnosti, čeho si na sobě cení.

19:00 hod

Průběžné hodnocení při předání pacienta. Pacient se v současnosti projevuje ve vztahu k ošetřujícímu personálu jako submisivní osobnost, vykazuje známky nejistoty. Svou osobu hodnotí spíše negativně, náhled do budoucnosti odevzdaný. **Cíl nesplněn, pokračovat v intervencích.**

2. den (6. 9. 2010) - denní služba

6:30 hod

Převzetí pacienta: Dle záznamu pacient s ošetřujícím personálem komunikoval bez problémů. Udává, že v noci spal dobře, cítí se odpočínutý.

7:00 hod

Doporučila jsem mu, aby se neohlížel za chybami v minulosti, snažil se najít něco pozitivního ve svém minulém konání.

Seznámila jsem pacienta s prvky asertivity, včetně přijímání pomoci od druhých bez pocitu provinění.

11:00 hod

Požádala jsem pacienta, aby mi napsal, čeho si na sobě cení a jaké má plány do budoucnosti.

Pomohla jsem mu na sobě najít pozitivní vlastnosti a napsané nechala v jeho dosahu, aby si je opakovaně pročítal.

Nastínila jsem možnou vizualizaci do budoucnosti.

16:00 hod

Přečetla jsem si vyjádření pacienta, společně jsme probrali jeho náhled na svou osobu, vizualizaci do budoucnosti.

v průběhu odpoledne

S pacientem jsem byla v neustálé interakci, povzbuzovala ho.

Pochválila jsem pacienta za spolupráci.

18:30 hod

Povzbudila jsem pacienta v dalším úsilí o spolupráci, ocenila jsem jeho rostoucí se otevřenost.

Posoudila jsem celkový stav pacienta a projevy jeho chování.

19:00 hod

Průběžné hodnocení stavu při předání pacienta. Pacient projevuje zájem o spolupráci, o své chorobě prokazuje poměrně dobrou informovanost. Verbalizuje vůli změnit svůj životní styl zatím pouze v určitých oblastech, o svých schopnostech dosud pochybuje, své problémy označuje, pocity a přání nedokáže dát plně najevo. **Cíl nesplněn**, pokračovat v intervencích.

3. den (7. 9. 2010) - denní služba

15:00 hod

V přítomnosti podpůrné osoby jsme probrali další možnosti léčby, začlenění léčebného režimu do života pacienta. Nadřízený přislíbil psychickou podporu pacienta, pomoc při řešení problémů.

17:00 hod

Pohovořila jsem s pacientem o vizualizaci do budoucnosti, povzbudila ho.

19:00 hod

Vyhodnocení stavu při předání pacienta. Pacient o svých schopnostech nadále pochybuje, své pozitivní vlastnosti je schopen akceptovat, pocity a přání nedokáže dát plně najevo. **Cíl nesplněn**, pokračovat v intervencích.

4. den (8. 9. 2010) - denní služba

9:30 hod

S lékařem jsme informovali pacienta o plánovaném propuštění a předání do další péče. Přehodnotili jsme pacientův náhled na svou osobu, projevila jsem uznání jistého dosaženého pokroku ve způsobu uvažování.

Povzbudila jsem pacienta ve volném vyjadřování svých přání a pocitů.

Pacienta jsem si pozorně vyslechla a zhodnotila dosažené pokroky.

14.00 hod

Vyhodnocení stavu při propuštění pacienta. Při propuštění byly podány doplňující informace o dalším způsobu léčby, předání pacienta do další péče. Pacient odešel v doprovodu nadřízeného. Pacient projevil zájem o další spolupráci se zdravotnickým personálem, pozitivně akceptoval nabídku pomoci od svého nadřízeného, projevil přání ohledně své budoucnosti, svou osobu hodnotí neutrálně. Na budoucnost již nahlíží s mírným optimismem. . **Cíl splněn**

Zhodnocení ošetrovatelské péče

Příjem 4. 9. 2010, 6:15 hod

Propuštění 8.9. 2010, 14:00 hod

Pacient byl přijat s dg, status epilepticus na JIP. Při příjmu byl omezen pohyblivostí v rámci lůžka a odkázán na parenterální výživu a výživu enterální cestou NGS. Během pobytu na oddělení nedošlo k poškození pacienta. 4. den byly všechny invazivní vstupy odstraněny, klinické známky místního ani celkového infektu nebyly přítomny.

Pacient projevil vůli změnit zásadním způsobem svůj životní styl i zájem o další spolupráci se zdravotnickým personálem, pozitivně akceptoval nabídku pomoci od svého nadřízeného. Před propuštěním byly podány doplňující informace o dalším způsobu léčby a předání pacienta do další péče.

SD byly vhodně stanoveny, naplánované intervence realizovány a účinné

5 ZÁVĚR

V teoretické části jsme se pokusili obsáhnout základy vědomostí o možných příčinách, diagnostice, léčbě, prognóze a specifických zásadách ošetrovatelské péče u pacienta s epilepsií.

Změna společenského povědomí bývá dlouhým procesem, ale v případě epilepsie můžeme konstatovat, že i u nás pomalu přestává být stigmatem a množství lidí s epilepsií, kteří vedou všestranně plnohodnotný život, stále narůstá. V diagnostice a léčbě epileptiků došlo ke změnám, které dříve trvaly staletí. Změny ve společenském přijetí epileptiků sledují tento trend s jistou latencí. Z toho plyne, že epileptik před 20 lety uzavřený jako nevléčitelný dnes může být plně vyléčitelný. Ale naléhavě je nutno doporučit, aby každý nekompenzovaný epileptik alespoň jednou za několik let absolvoval konzultaci ve specializovaném centru.

V praktické části jsme se snažili poukázat na typickou bio-psycho-sociální problematiku jedince s tímto onemocněním. V textu blíže rozebrané ošetrovatelské diagnózy byly pro epilepsii specifické. U některých byly nutné okamžité ošetrovatelské intervence, realizované krátkodobě, některé diagnózy bychom v rámci hospitalizace sotva vyřešili, např., sexuální dysfunkce. Cíle, VK, intervence a realizace se u většiny diagnóz navzájem prolínaly. Potvrdil se nesmírný vliv psychiky při tomto onemocnění. Je proto jen ku prospěchu, že s pohledem na člověka jako holistickou bytost se všemi příslušnými potřebami se zdravotníci čím dále více zabývají i psychickou stránkou chronického onemocnění všeobecně. Tento fakt potom samozřejmě přináší benefit i pro pacienta s epilepsií.

Prostřednictvím modelu Imogene Kingové jsme určili deficitní potřeby pacienta, plánováním a realizací se podařilo stanovených cílů dosáhnout. U pacienta došlo terapií, vhodnými režimovými opatřeními a důslednou ošetrovatelskou péčí v poměrně krátké době k významnému zlepšení zdravotního stavu

Doporučení pro vedoucí management v klinické praxi

- Zorganizovat odborný seminář na téma epilepsie a ošetrovatelská péče u pacientů s epilepsií , umožnit bližší seznámení s problematikou.
- Podporovat kontinuální vzdělávání všeobecných sester v epileptologické problematice - medializací práce, přednáškovou a publikační činností.

Doporučení pro všeobecné sestry a nelékařský zdravotnický personál

- Zajistit dostatečnou informovanost pacienta o vhodné životosprávě a důležitosti
- správného a pravidelného užívání antiepileptik.
- Dbát na prevenci úrazů a celkovou bezpečnost pacienta.
- Vyhradit si na pacienta dost času, jednat vždy trpělivě, dle etických zásad.
- Využívat zásad **interakce** s důrazem na vzájemné působení, jednání a oboustrannou aktivitu všeobecné sestry a pacienta.
- Dbát zejména o **psychiku pacienta**, vést ho a povzbudit ve vizualizaci budoucnosti.

„Ve skutečnosti neexistuje beznadějný stav. Existuje jen člověk, který ztratil naději“

(Walker)

Seznam použité literatury

1. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. 2005 *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.
2. DOENGERS, M. E., MOORHOUSE, M. F. 2001 *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha 7: Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
3. FABER, J.; *Vigilance, sleep, petit mal and EEG as manifestations of programmed brain regulation*. Acta Univ. Carol. Med., Monogr. LXXXVII, Praha 1978.
4. FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovatel'stvo - teória*. Martin: Osveta, 2005. 214 s. ISBN 80-863-182-4.
5. KOMÁREK, V.; MARUSIČ, P. Epilepsie. In: BEDNAŘÍK, J.; AMBLER, Z.; RŮŽIČKA, E. *Klinická neurologie, část speciální*. Praha Triton 2010 strana 283- 332. ISBN: 978-80-7387-389-9
6. KOMÁREK, V.;1997 *Epileptické záchvaty a syndromy*. Galén, 37 s. ISBN 80-85824-56-6
7. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 1995. 1457 s. ISBN 80-217-0528-0.
8. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247- 0179-0.
9. NEVŠÍMALOVÁ, S.; RŮŽIČKA, E.; TICHÝ, J. et al. *Neurologie*. Praha GALEN, KAROLINUM, 2002. ISBN 80-7262-160-2

10. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I.; *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací* Plzeň: Maurea, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0
11. PAVLÍKOVÁ, S. 2007 *Modely ošetrovatelstva v kocke*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-1918-4.
12. SEIDL, Z.; OBENBERGER, J.; *Neurologie pro studium i praxi*. Praha, Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0623-7
13. SEIDL, Z.; *Neurologie pro studenty bakalářského a magisterského studia zdravotnických oborů*. Praha: Sinfon CZ, 2005
14. SEIDL, Z.; *Neurologie pro nelékařské obory*. Praha, Grada. Publishing. ISBN 978-80-247-2733-2
15. VOHÁŇKA, S.; SMRČKA, M.; BEDNAŘÍK, J.; MECHL, M.; Úrazy CNS. In: BEDNAŘÍK, J.; AMBLER, Z.; RŮŽIČKA, E.; *Klinická neurologie, část speciální*. Praha Triton 2010 strana 233-282. ISBN: 978-80-7387-389-9
16. VŠZ, o.p.s *Repetorium ošetrovatelství (programovaný text)*, 2011, ISBN 978-80-902876-7-9.

Internetové odkazy:

Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií.

2010 [online]. Dostupné na internetu: <http://www.epistop.cz>