

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S EPILEPSIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARKÉTA DOBIÁŠOVÁ

Praha 2017

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S EPILEPSIÍ

Bakalářská práce

MARKÉTA DOBIÁŠOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.

Praha 2017



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

Dobiášová Markéta
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 3. 11. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií

Nursing Process in the Case of Patients with Epilepsy

Vedoucí bakalářské práce: prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.

V Praze dne: 3. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 1. 3. 2017

Markéta Dobiášová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu práce prof. MUDr. Zdeňku Seidlovi, CSc. za odborné vedení mé práce. Především za jeho spolupráci, ochotu, poskytnutí cenných rad, užitečných informací, podnětů a připomínek. Dále bych chtěla poděkovat celému pracovnímu kolektivu neurologického oddělení Fakultní nemocnice v Motole. Velké poděkování patří také moji rodině za podporu a pomoc při celém studiu.

ABSTRAKT

DOBIÁŠOVÁ, Markéta. *Ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc. Praha. 2017. 74 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena na historii, definici onemocnění, klasifikaci epileptických záchvatů, etiologii, patogenezi, diagnostiku a terapii epilepsie. Dále se zabývá první pomocí při epileptickém záchvatu a seznámením čtenářů s videoEEG monitorovací jednotkou. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče o pacienty s epilepsií. V praktické části je zpracován ošetrovatelský proces u pacientky s epilepsií na videoEEG monitorovací jednotce. Ošetrovatelský proces je proveden podle modelu Marjory Gordon. Ošetrovatelské diagnózy jsou stanoveny dle NANDA taxonomie II. Cílem je vytvoření individuálního ošetrovatelského plánu, jeho realizace a zhodnocení. Výstupem práce je doporučení pro praxi, které zahrnuje specifika v péči o pacienty s epilepsií.

Klíčová slova

Epilepsie. Marjory Gordon. NANDA taxonomie II. Neurologie. Ošetrovatelský proces. Pacient s epilepsií. Specifické zásady ošetrovatelské péče.

ABSTRACT

DOBIÁŠOVÁ, Markéta. *Nursing Process in the Case of Patients with Epilepsy*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc. Prague. 2017. 74 pages.

The topic of this bachelor's thesis is the nursing process in patients with epilepsy. The bachelor thesis is divided into two parts, the theoretical and the practical one. The theoretical part focuses on the history of epilepsy, definition of disease classification of epileptic seizures, etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment of epilepsy. It also deals with first aid in epileptic seizure and familiarizes readers with VideoEEG monitoring unit. The last chapter of the theoretical part deals with the specifics of nursing care for patients with epilepsy. In the practical part, the nursing process in a patient with epilepsy is processed at VideoEEG monitoring unit. The nursing process is based on Marjory Gordon Model. The nursing diagnoses are determined according to NANDA Taxonomy II. The purpose is to create an individual nursing plan, its implementation and evaluation. The aim of this thesis is practical recommendations, which include specifics of care for patients with epilepsy.

Keywords

Epilepsy. Marjory Gordon. NANDA Taxonomy II. Neurology. Nursing Process. Patient with Epilepsy. Specific Principles of Nursing Care.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	17
1 HISTORIE.....	19
1.1 Historie epilepsie.....	19
1.2 Významné historické osobnosti.....	19
1.3 Historie epileptochirurgie.....	19
2 EPILEPSIE.....	22
2.1 Definice epilepsie.....	22
2.2 Patogeneze epilepsie.....	22
2.3 Etiopatogeneze epilepsie.....	23
2.4 Klasifikace záchvatů.....	23
2.5 Diagnostika.....	27
2.5.1 Anamnéza.....	27
2.5.2 EEG.....	28
2.5.3 VideoEEG.....	28
2.5.4 Neurozobrazovací metody.....	29
2.5.5 Funkčně zobrazovací metody.....	29
2.5.6 Neuropsychologické vyšetření.....	29
2.5.7 Wada test.....	29
2.6 Léčba.....	29
2.7 První pomoc při epileptickém záchvatu.....	30
3 VIDEOEEG MONITOROVACÍ JEDNOTKA.....	32
3.1 Indikace k přijetí na videoEEG.....	32
3.2 Druhy monitorace.....	32
3.3 Provokace záchvatů.....	33
3.4 Testování pacienta.....	33

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S EPILEPSIÍ	35
4.1 Pohybový režim.....	35
4.2 Monitorace	35
4.3 Záchvat	36
4.4 Medikace.....	36
4.5 Psychická podpora.....	36
4.6 Při potvrzení diagnózy epilepsie... ..	36
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S EPILEPSIÍ	38
5.1 Identifikační údaje.....	38
5.2 Hodnoty a údaje zjišťované při příjmu dne 20. 1. 2017	39
5.3 Nynější onemocnění:	39
5.4 Anamnéza	40
5.5 Posouzení současného stavu ze dne 20. 1. 2017.....	42
5.6 Zhodnocení stavu pacientky dle modelu Gordonové ze dne 20.1.2017.....	45
5.7 Medicínský management	50
6 SITUAČNÍ ANALÝZA ke dni 20. 1. 2017	52
7 PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	53
8 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA TAXONOMIE II	54
9 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	64
10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	65
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Léková anamnéza (chronická medikace)	40
Tab. 2 Výsledky měření fyziologických funkcí.....	50
Tab. 3 Výsledky odběrů krve ze dne 22. 1. 2017	50
Tab. 4 Medikamentózní léčba.....	51

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

amp.	ampule
AV	arteriovenózní
biT	bitemporální
BMI	Body Mass Index
CNS	centrální nervová soustava
cps.	capsula (kapsle)
CT	počítačová tomografie
D	dech
DF	dechová frekvence
DK	dolní končetiny
dx.	dexter
EEG	elektroencefalografie
fMRI	funkční magnetická rezonance
FN	fakultní nemocnice
FTN	fakultní Thomayerova nemocnice
G	gauge
GCS	Glasgow Coma Scale
GTCS	generalizovaný tonicko-klonický záchvat
HK	horní končetiny
ID	invalidní důchod
inf.	infuze
mmHg	milimetr rtuťového sloupce
MR	magnetická rezonance
PŽK	periferní žilní katétr
s.c.	sub cutaneous
SPECT	single photon emission CT
T	tep
tbl.	tableta
TK	tlak krve
TT	tělesná teplota
μkat/l	mikrokatal/litr

UPT umělé přerušení těhotenství
ÚVN Ústřední vojenská nemocnice
VAS vizuální analogová škála
(VOKURKA a kol., 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

abortus	potrat
abúzus	nadměrné užívání
alergie	stav přecitlivělosti a nepřiměřené reakce organismu na určitou běžně se vyskytující látku
aminophyllin	lék rozšiřující průdušky
amnézie	částečná nebo úplná ztráta paměti
analgetika	léky proti bolesti
anestezie	znecitlivění
anestezie celková	uměle navozené celkové bezvědomí
antidepresiva	skupina léků užívaných k léčbě deprese
antiepileptika	skupina léků užívaných v léčbě epilepsie
antikoagulancia	léky snižující srážlivost krve
antiulceróza	léky užívané k léčbě peptického vředu
antipyretika	léky snižující horečku
apendektomie	operativní odstranění červovitého přívěsku
areflexie	vymizení, nepřítomnost reflexů
asfyxie	dušení způsobené nedostatkem vzduchu
astenický	slabý, se štíhlou postavou
automatismy	stereotypní opakující se bezcílné pohyby probíhající bez vědomé kontroly
autonomní	nezávislý na vůli
aura	stav často předcházející záchvat
barbituráty	skupina léků podávaných k tlumení křečí
benzodiazepiny	skupina léků ovlivňující vznik epileptického záchvatu s protikřečovými účinky
cerebrální	mozkový
cyanóza	namodralé zbarvení kůže a sliznic, které je důsledkem nedostatku kyslíku v krvi
defekt	nedostatek, ztráta, chybění, porucha, vada
degenerativní (onemocnění)	nemoci charakterizované postupující destrukcí určitých skupin nebo systémů buněk

depolarizace	ztráta napětí na buněčné membráně
detekovat	odhalit, zjistit
elektrostimulace	stimulace pomocí elektrického proudu
epileptický	týkající se epilepsie
epileptogenní	vyvolávající epileptický záchvat
epileptochirurgie	oblast chirurgie zabývající se operativní léčbou epilepsie
epileptologie	obor zabývající se diagnostikou, léčbou a výzkumem epilepsie
etiopatogeneze	popis vzniku nemoci zahrnující jak její příčinu, tak další procesy, které její vznik a rozvoj provázejí
eupnoe	normální, klidové dýchání
extenze	natažení
fatická porucha	porucha řeči tvorby, porozumění způsobená onemocněním mozku
farmakorezistentní	odolný vůči lékům
febrilní	horečnatý
flexe	ohnutí, ohýbání
fotostimulace	dráždění světelnými impulzy
fragment	zlomek
fyzilogie	věda studující funkci organismu a jednotlivých orgánů
halucinace	falešný vjem něčeho, co neexistuje
hemisféra	polokoule
hyperautorytmicita	opakované salvy relativně vysokých a za sebou jdoucích potenciálů
hyperbilirubinemie	zvýšená koncentrace bilirubinu v krvi
hyperexcitace	zvýšené vzrušení, podráždění
hypersynchronie	neurony vybíjející současně
hyperventilace	prohloubené a zrychlené dýchání, nadměrné dýchání
hypoglykémie	nízká hladina krevního cukru
hypokalcémie	nízká hladina kalcia (vápníku) v krvi
infekce	proniknutí choroboplodných zárodků do organismu
iluze	falešný vjem, neodpovídá skutečnosti, vychází z existujícího objektivního předmětu

implantace	vsazení, zasazení
incize	nařiznutí, chirurgické otevření
intrakraniální	nitrolební, nitrolebeční
intramuskulárně	do svalu
intravenózně	do žíly
invazivní	pronikající, vnikající
iritace	podráždění
izokorie	normální stav, kdy zornice obou očí mají stejnou velikost
kalva	klenba lebeční
kognitivní	(roz) poznávací, týkající se vnímání a myšlení
kortex	kůra
kortikální	korový
křeč	déletrvající bolestivé stahy (kontrakce) svalu nebo svalové skupiny
lateralizace	přesun, přemístění ke straně
léze	poškození orgánu či tkáně, které má za následek narušenou funkci
malformace	vrozená úchylnka tvaru vzniklá za nitroděložního vývoje zárodku
manifestace	projevení onemocnění dosud skrytého
menarché	první menstruační krvácení v životě ženy
metabolický	týkající se látkové přeměny
morfologický	týkající se tvaru
motorický	hybný
nauzea	nevolnost, pocit na zvracení
neurofyziologie	oblast fyziologie zabývající se činnostmi nervového systému
neuroleptika	skupina psychofarmak užívaná i ke zklidnění, k potlačení úzkosti
neuron	nervová buňka, základní stavební a funkční jednotka nervového systému
normocefalická	velikost hlavy dle normy
normotenze	normální tlak krve
normotermie	normální tělesná teplota
normotonus	normální napětí svalů

parciální	částečný
paroxyzmálnost	záchvatovost
patogenetický	týkající se patogeneze
patogeneze	souhrn procesů, které jsou odpovědí organismu na poškození a které vedou ke vzniku nemoci a jejich projevů
patologie	nauka o nemocech
peristaltika	vlnovitý pohyb stěn dutých orgánů
per rektum	skrz konečník
polarizace	základní stav na membránách živých buněk
posturální svaly	svaly, které se podílejí na udržení vzpřímené pozice
predispozice	skutečnost nebo stav usnadňující vznik určité poruchy
prenatální	před narozením
prodromy	příznaky ohlašující příchod nemoci
pseudohalucinace	nepravá halucinace
reziduum	zbytek
salivace	slinění
senzomotorická	smyslově-pohybový
senzorický	smyslový
sfenoidální	týkající se kosti klínové
simplexní	jednoduchý
sinusoida	druh pulzu, kdy křivka stoupá a klesá ve stejné délce
skalp	vrchní část hlavy, pokrytá vlasy
skleróza	zatvrdnutí tkáně
spasmus	křeč
stimulace	povzbuzení, dráždění
stereotaktický	přesné zaměření ložiska v mozku
subkutánně	aplikace léků do podkoží
synkopa	krátkodobá ztráta vědomí způsobená nedostatečným zásobením mozku kyslíkem
symptomatologie	soubor příznaků, kterými se může projevit určitá nemoc
temporální	spánkový
tonzila	patrová (krční) mandle
tumor	nádor
turgor	napětí kůže dané jejím „naplněním“ vodou

trauma	úraz, poranění
vakcinace	očkování
varixy	vakovité rozšířené, vinuté žíly; žilní městky
vegetativní projevy	příznaky vycházející z vegetativních funkcí, funkce organismu, které probíhají mimovolně – bez závislosti na vůli
vědomí	stav mysli, jehož základem je bdělost
vliwazell	univerzální vysoce savá komprese na středně až silně exsudující rány
(VOKURKA a kol., 2015), (www.centralnilekarna.cz), (www.slovník-cizich-slov.abz.cz/)	

ÚVOD

Epilepsie patří mezi nejčastější závažná neurologická onemocnění po cévních mozkových příhodách. Epilepsie je chronické onemocnění, kterým v Evropě trpí až 6 milionů obyvatel. V České republice postihuje toto onemocnění zhruba 100 000 obyvatel. Z hlediska populace, prodělá nejméně 5 % jeden epileptický záchvat za život. Avšak pouze u 0,5 % dochází k opakovaným epileptickým záchvatům. Léčba epilepsie je v první řadě medikamentózní. Bohužel zhruba 10 % epileptiků, je tzv. farmakorezistentních, což znamená, že nereagují na medikamentózní léčbu. Pro tyto pacienty je jednou z možností léčby epileptochirurgická operace. Příprava před samotnou epileptochirurgickou operací je dlouhodobá a zahrnuje rozličné množství vyšetření.

Cílem bakalářské práce je podat utříděné informace o samotném onemocnění epilepsie. Popsat historii epilepsie a epileptochirurgie. Informovat, co dělat v případě epileptického záchvatu. Seznámit čtenáře s videoEEG monitorovací jednotkou a poskytnout informace o specifických ošetrovatelské péče o pacienty s epilepsií. Stěžejním cílem je zpracování ošetrovatelského procesu u konkrétního epileptického pacienta. Bakalářská práce se zabývá onemocněním epilepsie, které jako každé jiné onemocnění vyžaduje určité odborné znalosti.

V praktické části je zpracována ošetrovatelská anamnéza dle rozšířeného modelu Marjory Gordon, který se nazývá Model funkčních vzorců zdraví. Pro praktickou část byla vybrána pacientka, u které probíhalo invazivní EEG monitorování na videoEEG monitorovací jednotce, pacientka měla implantované hluboké mozkové elektrody. Cílem je sestavit ošetrovatelské diagnózy podle priorit pacientky, stanovit si konkrétní cíle a realizovat individuální ošetrovatelský plán s následným zhodnocením péče.

Vstupní literatura

SEIDL, Zdeněk. 2015. *Neurologie pro stadium i praxi*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5247-1.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. 2014. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4868-9.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3

Popis rešeršní strategie

Zvolenou rešeršní strategií byla tzv. strategie stavebních kamenů, která je v současnosti nejvíce využívána. V první řadě jsme určili klíčová slova bakalářské práce. Tato slova byla poskládána k sobě a následně byla vyhledána konkrétní literatura. Bylo využito jak synonym, tak souvisejících výrazů. Danou literatura byla pečlivě nastudována.

1 HISTORIE

Kapitola bude zaměřena na historii epilepsie a epileptochirurgie. Budou zmíněny významné osobnosti, které měli epilepsii.

1.1 Historie epilepsie

Epilepsie je onemocnění, které doprovází lidstvo již tisíciletí. Před více než 3000 lety v Mezopotámii byl popsán jeden z prvních záchvatů tonicko-klonických křečí. Epileptické záchvaty byly přisuzovány bohu měsíce. Kromě Mezopotámie byly záchvaty popsány též v Číně, Indii a Egyptě. Všechny tyto zmínky o záchvatech jsou znázorněny na egyptském papyru, na němž je vyobrazen muž, který má záchvat po předchozím úrazu hlavy. Prvním, kdo napsal knihu o epilepsii, byl Hippokrates. Odmítal názory, že epilepsie je božskou záležitostí, naopak tvrdil, že záchvaty způsobuje onemocnění mozku (www.emedicine.medscape.com), (www.fastfacts.com).

Od starověku je za patrona epilepsie považován svatý Valentin. Lidově byla epilepsie označována jako „svatá nemoc“, „božská nemoc“ nebo „hvězdná nemoc“, ale i dalšími názvy. Lidé věřili v boží sílu a uzdravení. Ale pod vlivem strachu z neznámého byla epilepsie často nazývána jako „ohavná nemoc“. Postižení trpící epilepsií, byli často společností odmítáni. Lidé se obávali, že nemoc je nakažlivá a to, že jí jedinec trpí je důsledkem moci ďábla (MORÁŇ, 2007).

1.2 Významné historické osobnosti

Mezi historicky významné osobnosti, které měli epilepsii, patřili: Sokrates, César, Herkules, Napoleon, Johanka z Arku, Karel IV. Dále Dostojevskij, lord Byron, Flaubert, van Gogh, Moliér (MORÁŇ, 2007).

1.3 Historie epileptochirurgie

Základy epileptochirurgie by nemohly vzniknout bez pochopení podstaty epilepsie. V době středověku byla epilepsie chápána jako magicko-mystická nemoc. Avšak teprve v době renesance došlo k rozvoji vědy zabývající se lokalizací funkcí mozku a to díky shromáždění praktických poznatků (DBALÝ, 2004).

Mezi 19. a 20. stoletím pak došlo k položení základů epileptochirurgie. Za počátek historie moderní epileptochirurgie považujeme 25. května 1886, když Victor Horsley odstranil kostní fragmenty muži, které mu způsobovaly záchvaty. Vývoj epileptochirurgie připomíná sinusoidu. Přes skromné začátky následovalo období, kdy došlo k vytracení nadšení z využití chirurgické léčby epilepsie. Ale po čase s přísunem nových anatomických a neurofyziologických poznatků došlo k obohacení a rozvoji epileptochirurgie na vyšší úroveň i vlivem nových diagnostických a chirurgických postupů.

Ve 20. století ve 20. a 30. letech Jean Talairach položil základy metody zanořených neboli hloubkových elektrod, které slouží ke snímání EEG aktivity. Výsledkem bylo, že stanovil epileptogenní zóny, následně, kde záchvat začíná, dále iritační zóny a v neposlední řadě lézionální zóny, což jsou oblasti morfologických změn, které vyvolávají epilepsii.

Od 20. století 90. let do současnosti dochází k obrovskému rozvoji epileptochirurgie. Vznikají specializovaná centra ve světě, ale i u nás, jež jsou součástí klinik neurochirurgie, ale tato centra spolupracují především s neurology, kteří jsou epileptologicky zaměřeni a mají zázemí pro diagnostiku a monitoraci pacientů s epilepsií. Technika operací se vyvíjí, upřednostňují se mikrochirurgické operační techniky. Velmi důležitou se stala navigace, pomocí níž dochází k řadě nových operačních postupů. Na tomto výrazném rozvoji se podílí diagnostické metody, které umožňují přesnější orientaci na mozku pacienta.

Počátky české epileptochirurgie se pojí se jménem profesora Zdeňka Kunce, který se začal epileptochirurgii věnovat. Dále se u nás epileptochirurgií zabýval Vilibald Vladyka, který byl prvním, jenž zpracoval stereotaktické formy diagnostiky a léčbu epilepsie. Později se stal jedním ze zakladatelů Oddělení stereotaktické a funkční neurochirurgie Nemocnice Na Homolce v Praze. Pro pacienty s farmakorezistentní epilepsií je důležité, že vznikají komplexní epileptochirurgická centra. První epileptochirurgické centrum se váže se jménem dětského neurologa Jiřího Dolanského, který z vlastní iniciativy založil toto centrum (DBALÝ, 2004).

V současné době jsou v České republice tato epileptochirurgická centra: Centrum pro epilepsie při 1. Neurologické klinice FN U sv. Anny Brno, FN Motol Praha – Neurologické oddělení, Neurologické oddělení Nemocnice Na Homolce Praha, Centrum pro epileptologii a epileptochirurgii FTN Praha a Neurochirurgická klinika ÚVN (DBALÝ, 2004).

2 EPILEPSIE

Tato kapitola se bude zabývat definicí, patogenezí, etiopatogenezí epilepsie, klasifikací záchvatů, diagnostikou a léčbou epilepsie. Poslední podkapitola bude věnována první pomoci při epileptickém záchvatu.

2.1 Definice epilepsie

Slovo epilepsie pochází z řeckého „epilepsao“ což znamená „být zachvácen“. Definic pro onemocnění epilepsie uvádí literatura hodně. Byly vybrány dvě. Podle Seidla zní definice epilepsie takto: *„Pro onemocnění epilepsií jsou typická opakování epileptických záchvatů jako náhlé vůlí neovlivnitelné, epizodické změny činnosti mozku. Zevně se projeví změnou jednání, chování, obvykle spojené s poruchou vědomí. Změny se mohou týkat sensorimotoriky a autonomních funkcí.“* (SEIDL, 2015, s. 247) Důležité je v definici „opakování epileptických záchvatů“, protože každý člověk může prodělat epileptický záchvat, ale to ještě neznamená, že se u něj budou záchvaty opakovat. Ojedinělý epileptický záchvat označujeme pouze za syndrom, který může být vyvolán naprostou řadou příčin jako je např. probíhající zánět CNS, krvácení do mozku či trauma nebo při rostoucím nádoru. Můžeme se setkat i s označeným epilepsie symptomatická. Pokud se odstraní příčina vyvolávající záchvat, záchvaty odezní.

Ambler uvádí: *„Epilepsie jako nemoc je charakterizována opakovanými epileptickými záchvaty. Nejdůležitějším klinickým kritériem je paroxysmálnost. Epileptický záchvat z hlediska fyziologického je náhlá a přechodná porucha mozkové kortikální aktivity, nekontrolovatelný elektrický výboj v šedé hmotě mozku, který trvá několik sekund, minut, výjimečně hodin a po jeho odeznění, v mezizáchvatovém období, může být nemocný zcela bez obtíží“* (AMBLER, 2011, s. 189).

2.2 Patogeneze epilepsie

Za základní patogenetický mechanismus je považováno epileptické ložisko neboli fokus či ohnisko. Epileptické ložisko je různě rozsáhlá populace neuronů, které mají patologickou elektrickou aktivitu. K patologii dochází, když je porušen klidový stav polarizace (tzv. paroxysmálně depolarizační posun) a zároveň dochází k akční depolarizaci na povrchové membráně neuronu, jenž následně způsobí jeho

hyperexcitabilitu. V ložisku dochází k neuronálním výbojům, které jsou abnormální a mají projevy hyperautorytmicity a hypersynchronie. Lokalizace výboje a jeho šíření udává charakter vlastního záchvatu. Výboj může být ohraničený, kdy se nešíří do okolí, klinické příznaky jsou dány lokalizací a funkčním významem odpovídající příslušné mozkové oblasti. Nebo naopak je výboj neohraničený, šíří se do dalších oblastí mozku a funkčně může postihnout prakticky celý mozek (AMBLER, 2011).

Pokud má epilepsie manifestovat musí existovat: epileptické ložisko, záchvatovitá pohotovost, což se dá zjednodušeně nazvat dispozicí mozku reagovat záchvatovitým projevem a epileptogenní podnět při němž dochází k zahájení manifestace záchvatu (NOVOTNÁ, ZICHOVÁ, NOVÁKOVÁ, 2008).

2.3 Etiopatogeneze epilepsie

Etiopatogenetické faktory můžeme rozdělit podle vývojových období člověka. Mezi etiopatogenetické faktory, které vedou ke vzniku parciálních i sekundárně generalizovaných záchvatů patří: v prenatálním období různorodé choroby matky v těhotenství, u novorozenců je to asfyxie, hypoglykémie, hypokalcémie, vrozené metabolické poruchy, hyperbilirubinemie, intrakraniální krvácení, trauma a další. U kojenců jsou to febrilní křeče, vrozené defekty a metabolické vady, infekce CNS. V dětství traumata, vrozené defekty, infekce CNS a AV malformace. U dospívajících a dospělých to jsou především traumata, nádory CNS, abstinční příznak při vynechání alkoholu či drog, infekce CNS a AV malformace. V pozdní dospělosti a ve stáří ještě navíc k předchozím faktorům patří cévní rezidua a degenerativní choroby (SEIDL, 2015).

2.4 Klasifikace záchvatů

Při vypracování bakalářské práce jsem narazila na problém klasifikace záchvatů. V současné době dochází k přepracování klasifikací záchvatů dle Mezinárodní ligy proti epilepsii, viz internetový odkaz (<http://www.ilae.org>). Pro moji práci vycházím z klasifikace, kterou použil ve své knize Neurologie pro studium i praxi prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.

Klasifikace záchvatů

I. Parciální epileptický záchvat (fokální – ložiskový)

Parciální záchvaty simplexní

Parciální záchvaty jsou takové, jejichž začínající klinické projevy a/ nebo EEG změny vypovídají pro začátek záchvatu v jedné části mozkové hemisféry. U tohoto typu záchvatů nedochází k amnézii. Během záchvatu je nemocný orientován, uvědomuje si průběh záchvatu, není narušena jeho pozornost a odpovídá adekvátně. Podrobněji rozdělujeme parciální epileptické záchvaty simplexní podle příznaků na motorické, senzorické, autonomní a psychické. Záchvaty motorické zpravidla zasahují jen pravou či levou polovinu těla. Nejčastější jsou záchvaty viditelné na obličeji a horní končetině. Záchvaty senzorické, během nichž dochází k pseudohalucinacím nebo iluzím. Záchvaty autonomní, pro něž jsou typické vegetativní projevy, jako je změna frekvence dechu, tepu, zčervenání, nauzea, pocení, bolesti hlavy, na hrudi a břicha jsou časté. Záchvaty psychické jsou charakteristické tím, že nemocní během záchvatu prožívají „snové stavy“, iluze slyšeného či viděného nebo naopak stavy derealizace, kdy důvěrně známé jim přijde náhle nové a neznámé. Navíc může docházet i k depersonalizaci, kdy nepoznávají osoby jim jinak známé.

Pokud dojde k rozšíření aktivity i na druhou hemisféru, nastane sekundární generalizace, což vede ke ztrátě vědomí. Parciální záchvaty řadíme vždy mezi sekundární, jejichž primární příčinu ať už se jedná o nádor, cévní příčinu nebo zánět často zjistíme pomocí CT nebo MR vyšetření.

Parciální záchvaty s komplexní symptomatologií

Často je tento druh záchvatů označován postaru jako psychomotorický záchvat či temporální epilepsie. Vždy dochází k poruše vědomí a následně k amnézii. „*Porucha vědomí je definována jako neschopnost odpovídat normálně na zevní stimuly na podkladě zhoršeného uvědomování si situace nebo zhoršené schopnosti na ni reagovat*“ (DBALÝ, 2004, s. 43), (SEIDL, 2015).

Typická je přítomnost aury, která předchází záchvatu. Aurou je v tomto případě prostý fokální záchvat, iluze či halucinace nebo přechodná kvalitativní porucha vědomí, která je spojena se změnou chování, nemocný má na toto chování amnézii. Během samotného záchvatu je nemocný zmatený, pohledem nepřítomen a provádí stereotypně

automatismy. Tyto automatismy jsou vždy během záchvatu stejné, může se jednat o žvýkání, mlaskání, mnutí rukou a mnoho dalších. Délka trvání záchvatu je nejčastěji od půl minuty do 3 minut. Aura předcházející záchvatu trvá jen několik vteřin. Pokud se epileptická aktivita rozšíří do obou hemisfér, dochází k sekundární generalizaci. Nejčastější příčinou (ložiskem) je cévní malformace, skleróza, nebo tumor. Ložisko lokalizujeme za využití EEG s vnořenými elektrodami. Pomocí magnetické rezonance, stanovíme přesnou příčinu.

Parciální záchvaty sekundárně generalizované

Všechny primárně parciální záchvaty mohou sekundárně generalizovat do obou mozkových hemisfér. U sekundárně generalizovaného záchvatu rozlišujeme tyto fáze, některé však mohou chybět. První fází jsou tzv. prodromy, předcházejí záchvat a to od několika hodin až po několik dní. Projevují se jako porucha nálady, chování nebo spánku. Vnímá je jak nemocný, tak i jeho okolí. Druhou fází je aura, která předchází těsně záchvatu. Podle umístění epileptického ložiska dochází k různým typům aury. Může se jednat o auru zrakovou, sluchovou, čichovou nebo může mít podobu iluzí, halucinací či vegetativních projevů. Třetí fází je vlastní záchvat (neboli iktus), kdy jsou přítomny motorické (tzv. tonicko-klonické křeče) nebo senzitivní projevy, dochází při něm k poruše vědomí následované amnézií. Čtvrtou, poslední fází je fáze postparoxysmální, která je charakterizována jako období, které je spojeno s bolestmi hlavy, únavou, spánkem, ale může se jednat i o stavy agresivity a zmatenosti.

II. Primárně generalizované záchvaty

Rozlišujeme, zdali jsou s křečemi nebo bez křečí. Jedná se o záchvaty, při kterých dochází k zapojení obou hemisfér již v počáteční fázi záchvatu. Do generalizovaných záchvatů patří absence, myoklonické, tonické, klonické, tonicko - klonické a atonické záchvaty.

Absence – malý epileptický záchvat (PM – petit mal)

Dochází k náhlé ztrátě vědomí, přerušeni probíhající aktivity, prázdný strnulý pohled (zakoukání se) může docházet ke stočení očí vzhůru, zpomalení až přerušeni řeči. Během dne může probíhat až od desítky po stovky těchto záchvatů. Doba trvání záchvatu je do několika sekund až půl minuty a skončí stejně rychle, jak začne. Často jsou u dětí (SEIDL, 2015).

Myoklonické záchvaty

Jejich charakteristikou jsou náhlé, krátké omezené záškuby - kontrakce (např. obličeje, končetiny...), mohou se rychle opakovat, v sériích nebo relativně izolovaně. Nedochází ke ztrátě vědomí.

Tonické záchvaty – tonické spazmy

Tyto záchvaty jsou definovány jako pevná násilná svalová kontrakce trupového a lícního svalstva se současnou flexí horních končetin a extenzí dolních končetin. Často se vyskytují u dětí a mohou být příčinou jejich pádů.

Klonické záchvaty

Jedná se o nejčastější záchvaty vyskytujících se u dětí. Během záchvatu dochází vždy ke ztrátě vědomí. Typická je menší frekvence záškubů než je tomu u myoklonu.

Tonicko – klonické záchvaty (GM – grand mal)

Tyto záchvaty se objevují až po určité vyzrállosti centrální nervové soustavy, což je nejdříve kolem druhého až třetího roku věku. Začínají typicky výkřikem, bez varování a náhle. Mají tři fáze. A to fázi tonickou, klonickou a uvolnění. Během záchvatu nastává tonická kontrakce trupového svalstva, objeví se cyanóza v obličeji, dochází ke zvýšené salivaci a areflexii zornic. V průběhu generalizované tonické fáze dojde k jejímu postupnému přerušování krátkými relaxacemi, které jsou sledované tonickými kontrakcemi. Poté nastává fáze klonická, během ní stoupá srdeční tepová frekvence a krevní tlak. Tato fáze přechází do fáze uvolnění, kdy ochabují svaly a uvolňují se svěrače. Záchvat trvá celkově jednu až dvě minuty. Nemocný si často pokouše jazyk, pomoci se nebo pokálí.

Atonické záchvaty

Pro tyto záchvaty je charakteristický náhlý pád k zemi, který nastává z důvodu poklesu svalového tonu posturálních svalů. Délka trvání záchvatu je několik sekund a nemusí dojít ke ztrátě vědomí (SEIDL, 2015).

III. Status epilepticus

Stav, kdy nemocný mezi záchvaty nenabývá plného vědomí. Formou status epilepticus může probíhat každý typ záchvatu. Pokud se jedná o generalizovaný

tonicko-klonický status epilepticus, nastává, život ohrožující stav, dokonce 5 – 10 % případů končí smrtí, záleží na délce trvání křečí (SEIDL, 2015).

2.5 Diagnostika

Epilepsii můžeme diagnostikovat pomocí různých metod. Patří mezi ně EEG, videoEEG, neurozobrazovací metody, funkčně zobrazovací metody, neuropsychologické vyšetření a Wada test. Stěžejním vyšetřením ale i nadále zůstává anamnéza pacienta.

2.5.1 Anamnéza

Anamnézu můžeme rozdělit na rodinnou, osobní, sociální, alergickou, farmakologickou, nynější onemocnění a objektivní neurologické vyšetření.

Rodinná anamnéza se zaměřuje na onemocnění v rodině vzhledem k existenci vzájemných genetických predispozic. Pátráme zde po výskytu epilepsie v širokém příbuzenstvu. Informace získáváme nejen od pacienta, ale ideálně i od rodiny. Pokud se potvrdí epilepsie v rodině, zaměřujeme se na charakter a frekvenci záchvatů, přidružená postižení a daný průběh nemoci.

V **osobní anamnéze** nás zajímají okolnosti porodu pacienta, výskyt febrilních křečí, informace o vývojových meznících, prospěch ve škole, virových onemocněních, postvakcinačních komplikacích, údaje o úrazech hlavy a gynekologické údaje.

Sociální anamnéza mapuje sociální situaci pacienta, stav, vzdělání, profesi, zaměstnání, sociální dávky, invalidní důchod, škodlivé návyky a dále např. konfliktní situace.

Alergická anamnéza zjišťuje alergie na různé látky. Jako jsou např. léky.

Farmakologická anamnéza je zcela zásadní a podává informace o veškeré medikaci pacienta. Cíleně se zaměřujeme na benzodiazepiny, barbituráty, neuroleptika, antidepresiva a aminophyllin (BRÁZDIL, HADAČ, MARUSIČ, 2011).

Nynější onemocnění vytváří obraz všech onemocnění pacienta. Důležité jsou okolnosti záchvatu, přítomnost aury, průběh záchvatu, návrat vědomí a také např. pomočení a pokousání během záchvatu.

Objektivně neurologické vyšetření soustředíme se na celkový psychický stav, úroveň orientace, řeč, mentální funkce (paměť, pozornost...), kožní změny či třes končetin.

2.5.2 EEG

EEG neboli elektroencefalografie je metoda pomocí níž zaznamenáváme elektrickou aktivitu různých částí mozku. Můžeme tak nalézt různé abnormality a další změny související s epilepsií. Pacienti na toto vyšetření přicházejí ambulantně.

2.5.3 VideoEEG

Můžeme rozdělit na dlouhodobé videoEEG, semiinvazivní a invazivní. Toto vyšetření probíhá během hospitalizace pacienta v nemocnici.

Dlouhodobé videoEEG slouží k monitoraci pacienta, jejímž cílem je: „*Zachycení záchvatovitěho stavu typického pro monitorovaného pacienta a následná analýza*“ (BRÁZDIL, 2011, s. 82).

Semiinvazivní videoEEG je vyšetření s pomocí sfenoidální elektrod, které se zavádí oboustranně pod bázi lební. Výhodou této techniky je získání řady informací, které jsou klasickým záznamem zcela nebo částečně nedostupné. Např. zaznamenávají opakovaný výskyt epileptiformních výbojů. Jedná se o poměrně jednoduchý a bezpečný zákrok. Elektroda se zavádí pomocí jehlového zavaděče v lokální anestezii. Tyto elektrody zavádí lékař za asistence sestry nebo laborantky EEG.

Invazivní videoEEG je technika, která se využívá v případě, kdy neinvasivními technikami nejsme schopni vymezit epileptogenní zónu. K zavedení elektrod dochází na operačním sále v celkové anestezii. Elektrody jsou implantovány do předem vybraných cerebrálních struktur (BRÁZDIL, HADAČ, MARUSIČ, 2011).

2.5.4 Neurozobrazovací metody

Do neurozobrazovacích metod patří **počítačová tomografie** (CT), která umožňuje zobrazit měkké tkáně. Pomocí CT můžeme: „*Vyloučit hrubé nebo některé specifické morfologické změny.*“ (MORÁŇ, 2007, s. 32) Nevýhodou CT při diagnostikování epilepsie je nezachycení značného množství epileptogenních lézí. Na rozdíl od CT je **magnetická rezonance** (MR) citlivější a lépe rozlišuje jednotlivé epileptogenní léze. Výhodou je zachycení dřívějšího stádia změn ve strukturách mozku.

2.5.5 Funkčně zobrazovací metody

Mezi tyto metody patří **jednofotonová emistní tomografie** (SPECT) což je radioizotopové vyšetření zobrazující průtok izotopu v mozkových tkáních. Toto vyšetření přináší doplňující informace. A pomáhá určit zónu počátku záchvatu. Dále sem patří **funkční magnetická rezonance** (fMRI) metoda, která umožňuje detekovat anatomické oblasti v průběhu určitého úkolu. Např. lokalizace řečových, motorických a senzitivních center.

2.5.6 Neuropsychologické vyšetření

Účelem a smyslem vyšetření je diagnostika kognitivních schopností, předpoklad možných rizik po operaci a diagnostika osobnosti. Patří sem např. testy inteligence, testy laterality, specifické zkoušky podle jednotlivých mozkových laloků.

2.5.7 Wada test

Wada test se používá k hodnocení lateralizace řeči a paměťových funkcí. Významem je: „*Zjištění, zda u konkrétního nemocného je pro zachování paměťových funkcí dominantně důležitá pravá nebo levá hemisféra. Cílem je zabránit těžkým poruchám paměti po neurochirurgických zákrocích.*“ (BRÁZDIL, 2011, s. 153) Wada test využívá řadu paměťových a řečových vyšetření (BRÁZDIL, HADAČ, MARUSIČ, 2011).

2.6 Léčba

Dle Marusiče a kol. je cílem léčby: „*kompenzace záchvatů bez nepříjemných nežádoucích účinků terapie a optimální kvalita života*“ (MARUSIČ a kol., 2013, s. 22).

Léčba epilepsie zahrnuje tři složky, které se navzájem ovlivňují a doplňují. První z nich je životospráva jedná se o běžná režimová opatření ať už je to pravidelný režim

spánku a bdění, zákaz alkoholu, noční směn či pravidelné dodržování medikace. Za druhé je to farmakoterapie, kdy při diagnostice epilepsie dochází ke zvolení ideálního léku, případně ke kombinaci mezi dvěma až třemi léky. K ukončení farmakologické léčby dochází nejdříve po 3 letech bez záchvatů pacienta. Seidl uvádí, že: „do dvou let od vysazení léčby se záchvaty objeví téměř u poloviny pacientů“. (SEIDL, 2015, s. 262)

Antiepileptika můžeme rozdělit do tří generací. Do první generace patří např. barbituráty. Do druhé generace spadá např. Diazepam. A do třetí generace se řadí např. Topiramát, Lacosamid. Poslední složkou je chirurgická léčba. K ní dochází teprve po dvou letech neúspěšné snahy o kompenzaci epilepsie pomocí antiepileptik. Při chirurgické léčbě dochází k odstranění jednotlivých ložisek a tím zmírnění či odstranění záchvatů. Operačním řešením může být i implantace vagova stimulátoru, jeho principem je: „přímá elektrická stimulace levého bloudivého nervu prostřednictvím bipolární elektrody“. (BRÁZDIL, 2011, s. 224) Výhodou je, že tato operace nevyžaduje přímý zásah do mozku (BRÁZDIL, HADAČ, MARUSIČ, 2011).

2.7 První pomoc při epileptickém záchvatu

Epileptický záchvat může často vypadat dramaticky, především pro laiky. Proto je nutné, znát zásady první pomoci při epileptickém záchvatu, aby nedošlo k poranění postiženého nebo záchránce. Pokud jsme svědky epileptického záchvatu, je nutno dodržovat tyto zásady. Odstranit předměty, které by mohly způsobit poranění, podložit (popř. přidržet) hlavu a uvolnit oděv kolem krku. Přemístit pacienta na jiné místo jenom v nezbytných případech. Nezabraňovat záškubům, tonické křeči ani automatismům. V žádném případě nerozevírat násilím ústa, hrozí poranění hlavně záchránce. Počkat až dojde k ukončení záchvatu. Pokud přetrvává porucha vědomí, uložit postiženého do stabilizované polohy. Následně mu pootevřít ústa, vyčistit dutinu ústní a předsunout dolní čelist. Opět vyčkat zdali dojde k navrácení plného vědomí. Jestliže je postižený po záchvatu dezorientovaný, zmatený snažit se jej slovně uklidnit, není vhodné fyzické bránění v pohybu, pouze pokud by byla ohrožena jeho bezpečnost.

Po záchvatu zkontrolovat postiženého, jestli nedošlo k poranění to především hlavy, jazyka nebo obratlů. Zjistit anamnézu postiženého. Pokud se jedná o léčeného pacienta a nedošlo u něj k žádnému poranění, které by vyžadovalo ošetření, ani nepřetrvává dezorientace, není nutné jej transportovat do nemocnice. Oproti tomu je vyžadován

transport do nemocnice, pokud se jednalo o první záchvat pacienta v životě, přetrvává dezorientace, došlo-li k poranění, které je nutno ošetřit, dochází ke kumulaci záchvatů nebo pokud se jedná o status epilepticus (MARUSIČ a kol., 2013).

3 VIDEOEEG MONITOROVACÍ JEDNOTKA

Součástí oddělení neurologie ve FN Motol je i videoEEG monitorovací jednotka. VideoEEG monitorace je realizována na dvou pokojích, které jsou nadstandardně vybaveny. Každý pokoj je vybaven kamerou, která snímá pacienta 24h denně a zvukovým mikrofonom zachycující zvuk. Pacienti jsou objednáváni k videoEEG monitoraci na základě doporučení svého neurologa. Délka monitorace závisí na tom, za jakým účelem je pacient monitorován, na výskytu záchvatů a ostatních faktorech. Přibližně probíhá monitorování tři až pět dnů, ale u některých pacientů může trvat i čtrnáct dní.

3.1 Indikace k přijetí na videoEEG

Důvody k přijetí na monitorovací jednotku jsou především tyto čtyři. První skupinou jsou pacienti, u kterých je nutno zjistit, zdali jsou jejich záchvaty epileptického nebo neepileptického původu a toto rozlišení nebylo možné určit na podkladě anamnézy ani pomocnými vyšetřeními. Mezi neepileptické záchvaty patří nejčastěji záchvaty psychogenní, ale mohou jimi být i oběhové poruchy nebo různé druhy synkop. Druhou skupinou jsou pacienti, kteří mají epileptické záchvaty, ale nebylo u nich možné rozlišit, o který typ epileptického syndromu se jedná. Zjištění, jaký druh epileptického syndromu pacient má, je zcela zásadní pro správnou volbu jeho terapie. Třetí skupinu tvoří pacienti, u kterých se posuzuje kompenzace záchvatů, a to především v případě, kdy pacient žádá o způsobilost k řízení motorových vozidel. Během videoEEG je možné zachytit záchvaty, kterých si pacient nemusí být vědom, ale mohly by ovlivnit jeho schopnosti řízení motorových vozidel. Poslední, čtvrtou skupinou jsou pacienti, kteří jsou připravováni k operačnímu řešení epilepsie. Cílem jejich monitorace je zjištění epileptogenní zóny, což je oblast v mozku, ze které vycházejí záchvaty a kterou bude nutno odstranit, aby pak byl pacient bez záchvatů (PATEROVÁ, RICHTEROVÁ, SLEJŠKOVÁ, 2009).

3.2 Druhy monitorace

Na videoEEG monitorovací jednotce rozlišujeme tři základní druhy monitorace. Prvním typem monitorování je tzv. neinvazivní. Během této monitorace jsou využity skalpové elektrody. Druhým typem monitorace je tzv. semiinvazivní. Při tomto typu

monitorace jsou pacientovi zavedeny vpichem pod bázi lební tzv. sfenoidální elektrody. Třetím typem monitorování je tzv. invazivní, kdy má pacient elektrody umístěny přímo do mozku. Semiinvazivní a invazivní monitorace se využívá u pacientů, kteří jsou připravováni k operačnímu řešení epilepsie.

3.3 Provokace záchvatů

Během monitorace pacienta je možné využít různých metod k provokaci neboli vyvolání záchvatu. U epileptických záchvatů využíváme nejčastěji snížení nebo vysazení antiepileptické medikace. Pokud nedochází k záchvatu je možno využít tzv. spánkovou deprivaci, což znamená budit pacienta během noci. Mezi další techniky patří hyperventilace a fotostimulace. Pokud je podezření na neepileptické záchvaty, tzv. psychogenní provádí se provokační test. Během tohoto testu, který provádí lékař ve spolupráci s EEG laborantkou, je pacientovi aplikováno malé množství fyziologického roztoku buď intravenózně, nebo subkutánně. Pacientovi je sděleno, že mu je aplikována látka vyvolávající záchvat a zároveň, že máme látku, která záchvat ihned zastaví. Pokud u pacienta dojde k záchvatu, znamená to, že provokační test byl pozitivní. A jedná se nejspíše o záchvaty psychogenní (PATEROVÁ, RICHTEROVÁ, SLEJŠKOVÁ, 2009).

3.4 Testování pacienta

Testování pacienta je velice důležitou součástí práce sester na tomto oddělení. Testování slouží především ke zjištění, jaké neurologické funkce jsou porušeny během záchvatu a těsně po něm a pomáhá určit místo vzniku záchvatu v konkrétní části mozku.

Jako první je testována úroveň vědomí, schopnost hovořit a přiměřeně reagovat na podněty a schopnost zapamatovat si a později vybavit konkrétní informaci. Toto testování provádí sestra ihned po příchodu na pokoj při zachycení záchvatu, poté vyžaduje po pacientovi zapamatování si barvy, kterou mu sdělí. Po skončení záchvatu se sestra dotazuje na barvu, kterou si měl pacient zapamatovat. Následuje testování fatické poruchy a to jak je pacient schopen reagovat na cílené dotazy. Sestra chce po pacientovi, aby jí sdělil svoje jméno, místo, kde se právě nachází nebo nějaký časový údaj, jako je např. rok, roční období. Poslední součástí testování pacienta, je testování motoriky. Sestra vyžaduje po pacientovi zvednutí natažených horních končetin před sebe. Pokud není pacient schopen toto sám provést během záchvatu, provede pasivní

zvednutí HK sestry. Nicméně je nutné dbát během záchvatu především na bezpečnost pacienta, zabránit poranění nebo aspiraci a to hlavně u záchvatů generalizovaných tonicko-klonických. Vždy se musí kontrolovat připojení pacienta k EEG přístroji, správné nastavení kamery, a pokud u pacienta probíhá invazivní monitorování, je nutné zabránit mu, aby během záchvatu došlo k odstranění invazí (PATEROVÁ, RICHTEROVÁ, SLEJŠKOVÁ, 2009).

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S EPILEPSIÍ

Kromě pacientů, kteří jsou přijímáni plánovaně na videoEEG monitorovací jednotku, kterým byla věnována předchozí kapitola, je nutné zaměřit se na ošetrovatelskou péči u pacientů přijímaných na standardní pokoje. Pokud jsou pacienti přijímáni akutně, tedy neplánovaně na neurologické oddělení tak jsou většinou po proběhlém prvním epileptickém záchvatu. Níže budou popsány nejdůležitější zásady ošetrovatelské péče o takového pacienta.

4.1 Pohybový režim

Po přijetí pacienta na standardní lůžko, je zapotřebí zajistit především bezpečnost pacienta. Lůžko je nutné zaopatřit postranicemi a vysvětlit jejich význam pacientovi. Pacient je edukován, že nesmí sám opouštět lůžko z důvodu možné recidivy záchvatu a s tím spojeným rizikem pádu. Pokud by pacient potřeboval nutně opustit lůžko např. z důvodu použití WC, využije signalizační zařízení a vyčká příchodu ošetrovatelského personálu, který jej doprovodí. Jestliže jsou pacienti po záchvatu zmateni nebo výrazně utlumeni léky, dává se přednost použití močové lahve nebo podložní mísy. Vždy je nutné řídit se ordinací lékaře.

4.2 Monitorace

Při přijetí pacienta je hodnocena především úroveň vědomí dle Glasgow Coma Scale. Důležité je sledovat vývoj stavu vědomí, zdali nedochází k dezorientaci nebo k výraznému útlumu. U pacienta je nutný zvýšený dohled. V prvních hodinách po přijetí jej kontrolujeme dle ordinace lékaře, nejčastěji à 1h. Je nutné, aby ošetrovatelský personál byl připraven na možný vznik epileptického záchvatu a včas zajistil potřebnou pomoci. Dále je změřen aktuální krevní tlak, pulz a tělesná teplota. Všechny patologické hodnoty jsou nahlášeny ošetřujícímu lékaři (KAPOUNOVÁ, 2007), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2008), (QUEALLY, LAILEY, 2012).

4.3 Záchvat

Jestliže u pacienta nastane záchvat, je důležité nepanikařit a dodržet následující pravidla. Jeden člen ošetrovatelského personálu volá lékaře, druhá osoba je u pacienta a zajišťuje jeho bezpečnost a kontroluje průchodnost dýchacích cest. Pokud se jedná o záchvat s tonicko-klonickými křečemi, je nutné odstranit z pacientovy blízkosti, předměty o které by se mohl poranit např. nábytek. Sestra upraví lůžko pacienta do vodorovné polohy bez polštáře. Pacientovi nebránit v křeči, ani mu nevkładat nic do úst, hrozí riziko poranění pacienta či osoby zajišťující pomoc. Po odeznění křečí je vhodné uložit pacienta do stabilizované polohy a vyčkat až nabude vědomí. Dále zkontrolovat, zdali nedošlo u pacienta k poranění především úst, tváře a jazyka. Nezbytná je též kontrola životních funkcí. Dle ordinace lékaře podat medikaci.

4.4 Medikace

Všichni pacienti, kteří jsou přijímáni po prvním epileptickém záchvatu, by měli mít zajištěn žilní přístup pomocí intravenózní kanyly. Během záchvatu je kontraindikována medikace per os z důvodu vysokého rizika aspirace během jejího užití. Pokud není možné z nějakého důvodu zajistit žilní přístup nebo je-li intravenózní kanyla nefunkční, je pacientovi aplikována medikace buď intramuskulárně popř. per rectum, dle ordinace lékaře.

4.5 Psychická podpora

Pacienti jsou často vyděšeni, bojí se diagnózy epilepsie. Důležitou součástí práce sestry je za pomoci rozhovoru zjistit obavy pacienta a snažit se jej uklidnit. Následně je ujistit, že pro potvrzení diagnózy epilepsie jsou nutná ještě další pomocná vyšetření (nejčastěji EEG a MR) se kterými je seznámí lékař. Pokud je potvrzena diagnóza epilepsie sestra ve spolupráci s lékařem zajistí dostatek informací o onemocnění (KAPOUNOVÁ, 2007), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2008).

4.6 Při potvrzení diagnózy epilepsie...

Pokud u pacienta potvrdí diagnóza epilepsie, sdělí mu tuto skutečnost lékař. Sestra edukuje pacienta o nutnosti dodržovat léčebný režim a to především pravidelné užívání antiepileptik ve stejnou denní dobu v předepsaném množství. Dále edukuje pacienta o správné životosprávě, mezi niž patří zákaz konzumace alkoholických nápojů,

vyhýbání se stresovým situacím, dodržování pravidelného spánku, zákaz pracovat na noční směny. Pokud je pacient držitelem řidičského oprávnění, je mu udělen zákaz řízení motorových vozidel. Pacientovi je doporučeno vyhýbat se faktorům, který by mohly vyvolat záchvat, např. blikající světlo na diskotékách (KAPOUNOVÁ, 2007), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2008), (QUEALLY, LAILEY, 2012).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S EPILEPSIÍ

Praktická část se zabývá ošetrovatelským procesem, na jeho podkladě bylo provedeno posouzení pacienta, určení ošetrovatelských problémů a stanovení ošetrovatelských diagnóz dle Taxonomie II NANDA International 2015–2017. Ošetrovatelský proces byl realizován na Neurologické klinice 2. LF UK a FN Motol.

5.1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X. Y.

Pohlaví: žena

Datum narození: XX. XX. 1985

Věk: 32

Adresa bydliště a telefon: Středočeský kraj

Adresa příbuzných: XX

RČ: 850000/0000

Číslo pojišťovny: Všeobecná pojišťovna, 111

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Zaměstnání: recepční ve sportovním areálu

Stav: svobodná

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 20. 1. 2017

Typ přijetí: plánované, překlad z neurochirurgie

Oddělení: neurologie

Ošetřující lékař: MUDr. X. Y.

Důvod přijetí udávaný pacientkou:

„Kvůli epilepsii. Na vyšetření před operací mozku“.

Medicínská diagnóza hlavní:

G 409 Epilepsie NS

Medicínské diagnózy vedlejší:

Implantace hlubokých elektrod

5.2 Hodnoty a údaje zjišťované při příjmu dne 20. 1. 2017

TK: 110/70 mmHg (normotenze)

Výška: 1,63 m

P: 68/min

Hmotnost: 56 kg

D: 15/min

BMI: 21 (norma)

TT: 36,5 °C

Pohyblivost: úplná, omezení režimem videoEEG

Stav vědomí: při vědomí, GCS: 15 b

Orientace místem, časem, osobou: plně orientovaná

Řeč, jazyk: řeč srozumitelná, hovoří plynule

Krevní skupina: B Rh pozitivní

5.3 Nynější onemocnění:

Pacientka přeložena z neurochirurgického oddělení po implantaci hlubokých elektrod (biT-dx. 6, sin. 3), výkon proběhl 19. 1. 2017 bez komplikací, pooperační průběh zcela bez komplikací, kontrolní CT mozku s uspokojivým nálezem.

Informační zdroje:

Chorobopis. Lékař. Ošetřovatelská dokumentace. Pacient.

5.4 Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka: 49 let, zdravá

Otec matky: 82 let, epilepsie

Otec: 63 let, zdrav

Sourozenci: 2 sestry, obě zdravý (1987, 1990)

Děti: nemá

Osobní anamnéza

Překonaná a chronická onemocnění: běžná dětská onemocnění

Hospitalizace a operace: Apendektomie (1989), UPT (2011)

Úrazy: ---

Transfúze: ---

Očkování: běžná; po vakcinaci proti tetanu měla svůj první záchvat epilepsie (GTCS) - 1997

Tab. 1 Léková anamnéza (chronická medikace)

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Timonil	Tbl.	600 mg	1-0-1	Antiepileptikum
Keppra	Tbl.	1000 mg	1-0-1	Antiepileptikum
Fycompa	Tbl.	8 mg	1 tbl. ve 20h	Antiepileptikum

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzy

Alkohol: neguje

Kouření: neguje

Káva: 1-2 šálky denně

Léky: neguje

Jiné návykové látky: neguje

Gynekologická anamnéza

Menarché: od 12 let

Cyklus: nepravidelný – téměř nemenstruuje

Trvání: nepravidelné

Intenzita, bolesti: 0

Poslední menstruace: nepamatuje si

Abortus: 0

UPT: 1x (2011)

Antikoncepce: od 1/2016 zavedené nitroděložní tělísko Jaydess

Samovyšetřování prsou: neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: leden 2016

Sociální anamnéza

Stav: svobodná

Bytové podmínky: žije sama v panelovém bytě

Vztahy, role a interakce: vztahy v rodině dobré, pravidelně se navštěvují; děti nemá

Záliby: sledování filmů, poslech hudby, čtení, jízda na kole, pečení a vaření

Volnočasové aktivity: žádným se nevěnuje

Pracovní anamnéza

Vzdělání: středoškolské s maturitou, obor: administrativa

Pracovní zařazení: recepční

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: od 25 let je i v ID 2. stupně

Vztahy na pracovišti: napjaté, necítí se součástí týmu, v současné době si hledá jinou práci

Ekonomické podmínky: plat hodnotí jako dostačující

Spirituální anamnéza

Religiózní praktiky: pacientka je ateistka

5.5 Posouzení současného stavu ze dne 20. 1. 2017

Popis fyzického stavu

HLAVA A KRK

Subjektivně: „*Hlava se mi zdá teď těžší, jak mám ty elektrody v hlavě a je to překryté obvazy, jako nějaký turban*“.

Objektivně: Hlava normocefalická, držení hlavy přirozené; mozková část -z temporální oblasti vyvedeny elektrody, překryta obvazy. Oční bulby pohyblivé, ve středním postavení; skléry bílé; spojivky růžové; zornice okrouhlé, izokorické, fotoreakce +/+ , oční kontakt udržuje.

Uši, nos bez sekrece, sluch v pořádku.

Dutina ústní bez patologie. Rty růžové, souměrné. Dásně růžové, sliznice dutiny ústní vlhká. Jazyk růžový, vlhký, bez povlaku; pláží ve střední čáře. Tonzily malé, hladké, růžové. Chrup zdravý, vlastní, sanován.

Krk bez otoků, souměrný, pulzace karotid symetrická, náplň krčních žil fyziologická, štítná žláza nehmátná, lymfatické uzliny nezvětšeny.

HRUDNÍK A DÝCHACÍ CESTY

Subjektivně: „S dýcháním nemám problém.“

Objektivně: Hrudník symetrický bez deformit, astenický, dýchání čisté, sklípkovité, D: 15/min, eupnoe. Prsní žlázy nezvětšeny.

SRDCE A CÉVNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „*Se srdcem jsem se nikdy neléčila ani nikdo v rodině s ním problém nemá. Mamka má křečové žíly*“.

Objektivně: Srdeční akce pravidelná, T: 68/min (norma). Pulz dobře hmatný. TK: 110/70 mmHg (normotenze). Dolní končetiny bez varixů a jiných patologických změn.

Na hřbetu pravé ruky je zavedena PŽK, okolí je klidné, bez známek zánětu. Katétr je fixován a překryt obinadlem.

BŘICHO A GIT

Subjektivně: „*Břicho mě nebolí. Na stolici chodím pravidelně.*“

Objektivně: Břicho měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, bez hmatné rezistence. Peristaltika střev přítomna. Bez nauzey, zvracení. Stolice pravidelná, bez patologické příměsi a zápachu. Dieta č. 3 – racionální.

MOČOVÝ A POHLAVNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „*Nemám obtíže s močením. Téměř nemenstruuji, mám zavedené nitroděložní tělíčko od ledna 2016*“.

Objektivně: S močením pacientka nemá obtíže. Moč je čirá, žlutá bez patologických příměsí. Musí si zazvonit o doprovod na WC kvůli riziku vzniku epileptického záchvatu. Zevní pohlavní orgány bez viditelných změn, bez výtoku, bez známek infekce.

KOSTERNÍ A SVALOVÝ SYSTÉM

Subjektivně: „*Jsem unavená z toho neustálého ležení v posteli. Bolí mě z toho záda.*“

Objektivně: Pohyblivost je neomezená, svalový aparát – normotonus. Čítí a stisk je na obou HK symetrické. DK bez otoků a beze změn, čítí neporušené. Stoj je pevný, chůze bez nápadností. Zaujímá aktivní polohu, páteř je bez patologických změn. Pacientka je v režimu videoEEG, kdy je přítomna 24h denně na lůžku, pouze si zvoní o doprovod na WC a do koupelny.

NERVOVÝ SYSTÉM A SMYSLY

Subjektivně: „Mám epilepsii, jinak nemám problémy s nervy. Nosím brýle na dálku, se sluchem nemám obtíže“. „Jsem na neurologii na monitoraci epilepsie, je rok 2017, a moje celé jméno je X. Y.“

Objektivně: Pacientka orientovaná místem, časem, osobou i prostorem. GCS: 15b. Spolupracuje, klidná, bez psychomotorického neklidu. Nosí brýle na dálku, sluch v pořádku, čich, chuť, hmat bez patologie.

ENDOKRINNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Nemám problém.“

Objektivně: Štítná žláza nezvětšena. V anamnéze nenacházím poruchy endokrinního systému.

IMUNOLOGICKÝ SYSTÉM

Subjektivně: „Nebývám často nemocná. Nejsem na nic alergická. Po očkování proti tetanu jsem měla svůj první velký záchvat s křečemi a bezvědomím“.

Objektivně: V anamnéze nenacházím výskyt alergií. Lymfatické uzliny jsou nebolestivé, nezvětšené. Tělesná teplota je normotermická (36,5 °C). Nynější stav zatím bez patologických změn. Očkování dle očkovacího kalendáře běžná. Po vakcinaci proti tetanu (1997) měla svůj první záchvat epilepsie (GTCS).

KŮŽE A JEJÍ ADNEXA

Subjektivně: „Nemám obtíže“.

Objektivně: Kožní turgor je přiměřený. Pokožka bez ikteru a cyanózy. Pocení v normě. Vlasy byly vyholeny před zavedením elektrod, vlasová část kryta obvazem. Nehty čisté, krátké, upravené.

Poznámky z tělesné prohlídky: Pacientka při vyšetření spolupracovala, byla klidná a snažila se srozumitelně odpovídat na otázky.

5.6 Zhodnocení stavu pacientky dle modelu Gordonové ze dne 20.1.2017

DOMÉNA 1. Podpora zdraví

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav jako částečně dobrý. Nikdy vážněji nestonala. Z rodiny jsou všichni členové zdraví. Pouze otec z matčiny strany má epilepsii. Pacientka chodí na preventivní zdravotní prohlídky. Neurologa navštěvuje pravidelně. Lékařská doporučení dodržuje důsledně. Nepije alkohol, neužívá žádné návykové látky. Antiepileptika užívá dle ordinace lékaře. V dětství prodělala běžná dětská onemocnění. Neměla žádný vážný úraz. Ve čtyřech letech podstoupila apendektomii. Běžná očkování proběhla podle očkovacího kalendáře. Po vakcinaci proti tetanu (1997) prodělala svůj první epileptický záchvat, který byl s bezvědomým a křečemi. V roce 2011 podstoupila UPT, kdy se bála vlivu antiepileptik na plod. Pro udržení zdraví se snaží dodržovat zásady zdravé výživy.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

DOMÉNA 2. Výživa

Pacientka se stravuje pravidelně. Je zvyklá jíst 5 krát denně. Za poslední tři měsíce nedošlo k žádnému výkyvu váhy, udržuje si stále stejnou hmotnost. Chuť k jídlu má dobrou, bez nauzey či zvracení. Má ráda kvalitní jídlo, ale s ohledem na finance si úplně nemůže koupit vše „bio“, jak udává. Potravu přijímá per os. Schopna se najíst sama. V nemocnici má dietu číslo 3 – racionální. Váží 56 kg, BMI je 21, což je norma. Příjem tekutin za 24h je normální. Udává, že vypije zhruba 1500 ml–2000 ml. Pocit žízně nemá. Kožní turgor dobrý. Dostatek tekutin během hospitalizace zajištěn dostatečně. Z nápojů preferuje zelený čaj a ochucené neperlivé vody. Alkohol nepije. Je zvyklá doma pít 1-2 šálky kávy denně.

Použitá měřicí technika: Body Mass Index – 21 (norma)

Ošetrovatelský problém: 0

DOMÉNA 3. Vylučování a výměna

Vylučování moče je bez problémů. Obtíže při močení neudává. Moč je čirá, žlutá bez patologických příměsí. Pacientka má fyziologickou barvu stolice, bez příměsí, normální konzistence. Frekvence vyprazdňování stolice je jednou za den, většinou ráno. Udává, že doma má jako vyprazdňovací návyk ranní kávu. Projímadla neužívá. Poslední stolicí měla dneska ráno. Pokud pacientka potřebuje jít na WC, musí použít signalizační zařízení a vyčkat na doprovod personálu, kvůli zvýšenému riziku epileptického záchvatu při vysazené antiepileptické medikaci. Stav kůže je dobrý. V temporální oblasti mozku má pacientka vyvedeny elektrody vpravo šest a vlevo tři. Dle rozšířené stupnice Nortonové pro hodnocení rizika vzniku dekubitů není pacientka ohrožena vznikem dekubitů (34 bodů). Kožní turgor je přiměřený. Pocení v normě, bez zápachu. Doma je zvyklá sprchovat se každý den, nyní tuto možnost postrádá. Pacientka má omezený režim pobytu mimo lůžko, proto jí není umožněno pravidelně se sprchovat, je zde zvýšené riziko pádu, které souvisí s epileptickým záchvatem a navíc riziko poškození zařízení, které snímá signály z elektrod.

Použitá měřicí technika: Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice dle Nortonové (34 bodů, bez rizika)

Ošetrovatelský problém: 0

DOMÉNA 4. Aktivita / odpočinek

Doma je pacientka zvyklá spát 8-9h, při úplné tmě, v dobře vyvětrané místnosti. V nemocnici se často probouzí vinou osvětlení v pokoji, které musí být rozsvíceno, aby bylo možno pacientku sledovat na kameře. Dále má v pokoji umístěn počítač, který hučí a ruší její spánek. Jako nejhorší shledává zařízení, které má u sebe v lůžku. Při každém otočení si ho musí přendat na stranu, na které spí. Hypnotika neužívá. Přes den se snaží nespát, sleduje filmy, televizi nebo poslouchá hudbu. Ve volném čase doma ráda vaří a peče. Necvičí, kdyby měla s kým, tak by cvičila, ale samotnou ji to nebaví. Má ráda projížďky na kole. Pacientka je zaměstnaná jako recepční ve sportovním areálu a pobírá invalidní důchod druhého stupně. Srdeční rytmus pacientky je pravidelný 68/min, TK 110/70 mmHg. Pacientka je soběstačná, ale potřebuje dohled a zvýšenou kontrolu, kvůli možnému epileptickému záchvatu. Dle Barthelové testu 100 bodů. Pohybový režim v nemocnici má číslo III. Nutná je edukace o režimu videoEEG.

Použitá měřicí technika: Barthelové test ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech – 100 bodů (nezávislá)

Ošetrovatelský problém: Narušený spánek.

DOMÉNA 5. Percepce / kognice

Pacientka je při vědomí, plně orientovaná místem, časem a osobou. Glasgow Coma Scale 15 bodů. Sluch má dobrý. Nosí brýle na dálku. Řeč je plynulá, srozumitelná. Komunikace je bez omezení, pacientka chápe dotazy a odpovídá na ně adekvátně. Udává poruchy dlouhodobé paměti. Sděluje, že zapomíná, co se událo v jejím životě, když chodila na střední školu, nepamatuje si některé věci ze svého života. Krátkodobá paměť není porušena. Pozornost udržuje stálou.

Použitá měřicí technika: Glasgow Coma Scale – 15 bodů

Ošetrovatelský problém: Zhoršená paměť.

DOMÉNA 6. Sebepercepce

Pacientka si důvěřuje méně. Není spokojená v současné práci, cítí se méněcenně. Necítí se součástí týmu, má pocit, že ji ostatní přehlíží a možná, že se jí i trochu bojí, kvůli epilepsii. Až bude propuštěna z nemocnice, má v plánu najít si novou práci v chráněné dílně, kde se už byla podívat a ráda by zde začala pracovat. Pocity hněvu a zároveň smutku v ní vyvolává současná práce. Epilepsii nepovažuje za překážku, ale pokud by bylo možné operační technikou eliminovat její záchvaty, považuje to za „zázrak“. Se svým vzhledem je spokojena. Nyní doufá, že vlasy jí rychle dorostou, aby co nejdříve nebylo vidět, že byla v nemocnici na vyšetření. Sebehodnocení je podle ní těžké, je radši, když to posoudí ostatní. Při rozhovoru se několikrát rozesměje, je optimistka. Pokud se vyskytne nějaký problém, snaží se ho vyřešit pomocí rozhovoru s rodiči. Kamarádů nemá moc, je spíše uzavřenější povahy, jen tak někomu nevěří.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

DOMÉNA 7. Vztahy mezi rolemi

Pacientka je svobodná. Přítel se s ní před 6 lety rozešel, od té doby nemá partnera. Nyní bydlí sama v panelovém domě v bytě. Často navštěvuje svoje rodiče, ve kterých má velkou oporu. Dobré kontakty udržuje i se svými sestrami, se kterými se pravidelně stýká. Neudává problémy v rodině. Když se u pacientky projevila epilepsie, rodina se aktivně začala zajímat o toto onemocnění.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

DOMÉNA 8. Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka nemá děti. Před 6 lety neplánovaně otěhotněla se svým tehdejším přítelem, ale jelikož v té době užívala antiepileptika, obávala se jejich vlivu na plod, podstoupila umělé přerušování těhotenství. Menstruuje od svých 12 let. Chodí na pravidelné gynekologické prohlídky. Samovyšetření prsou neprovádí. Od ledna 2016 má zavedené nitroděložní tělíčko Jaydess. Menstruaci má nepravidelnou, téměř nemenstruuje.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

DOMÉNA 9. Zvládání / tolerance zátěže

Pacientka řeší stres a zátěžové situace především s rodiči, kteří jí jsou oporou. Napětí prožívá v současném zaměstnání, které chce do budoucna změnit. Za důležitou změnu v posledních dvou letech považuje to, že chce jít na operaci, která, jak doufá, omezí výskyt jejích záchvatů na minimum. Nyní je stresována elektrodami, které má v mozku, doufá, že brzy bude mít záchvat a elektrody se budou moci co nejdříve vyndat.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

DOMÉNA 10. Životní principy

V hierarchii hodnot má pacientka na prvním místě rodinu. Zastává názor, že člověk může být sice zdravý, ale pokud nemá nikoho poblíž sebe ať je to rodina či partner, tak zdraví není všechno. Nyní si nejvíce přeje, aby měla co nejdříve záchvat a implantované elektrody se mohly vyndat. Pacientka není náboženského vyznání. Celý život je ateistkou.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

DOMÉNA 11. Bezpečnost / ochrana

V temporální oblasti mozku má pacientka vyvedeny elektrody vpravo šest, vlevo tři. Celá mozková část je překryta sterilními čtverci, Vliwazell čtverci a převázána elastickým obinadlem. Na pravém hřbetu ruky má zavedený periferní žilní katétr velikosti G 18. Pacientka je ohrožena rizikem pádu (riziko pádu – 4 body). Alergie neguje. Tělesná teplota je v normě 36,5 °C.

Použitá měřicí technika: Klasifikace flebitis dle Maddona – 0 bodů

Klasifikace rizika pádu – 4 body

Ošetrovatelský problém: Narušená integrita tkáně.

Narušená integrita kůže.

Riziko infekce.

Riziko pádu.

DOMÉNA 12. Komfort

Pacientka udává bolesti hlavy a bolesti čelistních kloubů. Ke zmírnění bolesti jsou podávána analgetika. Per orální analgetika působí s dobrým efektem. Pacientka je plně informována o průběhu hospitalizace a o plánovaných testech. V pokoji se necítí dobře. Vadí jí velký hluk od počítače, těžké zařízení, do kterého jsou vyvedeny svody od jednotlivých elektrod. Spánek ji narušuje osvětlení, které musí být rozsvícené celou noc. Těší se, až bude doma a vyspí se ve své posteli.

Použitá měřicí technika: Vizuální analogová škála – intenzita číslo 3

Ošetrovatelský problém: Bolesti hlavy.

DOMÉNA 13. Růst / vývoj

Pacientka váží 56 kg, měří 1,63 m. Její BMI je 21, tedy v normě. Pacientka je astenického konstitučního typu. Tělesný vývoj, vývoj motoriky, psychický vývoj, vývoj kognitivních funkcí, sociálních a vyjadřovacích dovedností v normě.

Použitá měřicí technika: Body Mass Index – 21 (norma)

Ošetrovatelský problém: 0

5.7 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření:

Měřit fyziologické funkce 3x denně (krevní tlak, tepová frekvence, tělesná teplota)

Odběry krve a moče 22. 1. 2017 (hematologické - krevní obraz, koagulace; biochemické, moč - moč + sediment)

Tab. 2 Výsledky měření fyziologických funkcí

Datum	20. 1. 2017		
Čas	8:30	14:30	20:30
TK (mmHg)	110/70	115/75	120/75
P (min)	68`	70`	75`
TT (°C)	36,5	36,6	36,6

Tab. 3 Výsledky odběrů krve ze dne 22. 1. 2017

Hodnoty pacienta	Fyziologické hodnoty
GMT (gamaglutamyltransferáza) ↑ 00,80 μkat/l	00,14-00,68 μkat/l
CB (celková bílkovina) ↓ 61,70 g/l	65,00-85,00 g/l
CRP (C- reaktivní protein) ↑ 07,90 mg/l	00,00-05,00 mg/l

Hematologické a koagulace: bez patologie, fyziologické hodnoty

Biochemické (krev): bez patologie, kromě hodnot uvedených výše v tabulce

Biochemické (moč): bez patologických hodnot

Konzervativní léčba:

Dieta: č. 3 - racionální

Výživa: per os

Pohybový režim: pohybový režim omezen, nutno, aby pacientka byla snímána kamerou a připojena k zařízení snímající EEG, odpojení možné pouze na chvíli (WC, hygiena), proto režim III. a režim videoEEG

RHB: u pacientky neprobíhala rehabilitace

Tab. 4 Medikamentózní léčba

Název léku	Forma/cesta podání	Síla	Dávkování	Skupina
Timonil	Tbl.	600 mg	1-0-1	Antiepileptikum
Keppra	Tbl.	1000 mg	1-0-1	Antiepileptikum
Fycompa	Tbl.	8 mg	1 tbl. ve 20h	Antiepileptikum
Helicid	Cps.	20 mg	1-0-1	Antiulcerózum
Novalgin	Tbl.	500 mg	1-1-1 při bolesti	Analgetikum, antipyretikum
Fraxiparine	s.c.	0,3 ml	V 18 h	Antikoagulanc, nízkomolekulární heparin
FR 1/1 100 ml + 1 amp Rivotril	Inf.		Při záchvatu po konzultaci s ošetřujícím lékařem	Antiepileptikum

Od 22. 1. 2017 vysazen Timonil 600 mg, Fycompa 8 mg.

Od 23.1. 2017 vysazena Keppra 1000 mg.

Chirurgická léčba (výkon, kdy): 19. 1. 2017, implantace hlubokých elektrod (biT – dx. 6, sin. 3),

6 SITUAČNÍ ANALÝZA ke dni 20. 1. 2017

Pacientka, 32 let, s diagnózou epilepsie byla dnes plánovaně přeložena z neurochirurgického oddělení k videoEEG monitoraci na neurologické oddělení Fakultní nemocnice v Motole. Pacientka je po implantaci hlubokých mozkových elektrod (biT – dx. 6, sin. 3), které jí byly zavedeny 19. 1. 2017 na neurochirurgickém oddělení. Fyziologické funkce změřené po přijetí pacientky krevní tlak 110/70 mmHg (normotenze), počet pulzů 68/min, počet dechů 15/min, naměřená tělesná teplota 36,5 °C. Při překladau je pacientka při vědomí, orientovaná časem, místem a osobou, dle Glasgow Coma Scale 15 bodů. Pacientka je soběstačná, dle Barthelové testu 100 bodů. Dle rozšířené stupnice Nortonové pro hodnocení rizika vzniku dekubitů není pacientka ohrožena vznikem dekubitů (34 bodů). Na pravé horní končetině má zavedený 2. den periferní žilní katétr velikosti G 18, bez známek zánětu klasifikace dle Madonna 0 bodů. Mozkovou část hlavy má krytou obvazy a sterilními čtverci. Po překladau je pacientka uložena na pokoj s videoEEG monitorací. Lékař informuje pacientku, jak bude probíhat monitorace a postupné vysazování antiepileptické medikace. Vyškolené laborantky pacientce připojí elektrody do zařízení, které je propojeno s počítačem a snímá EEG signály a dále edukují pacientku o alarmovém zařízení a jeho využití, před, během či po záchvatu. Nedílnou součástí jejich edukace je, jak se pacientka může odpojit od zařízení, aby mohla v případě potřeby vstát z lůžka. Sestrou je pacientka edukována o signalizačním zařízení a nutnosti zaopatření lůžka postranicemi. Pacientka spolupracuje, je komunikativní. Udává mírné bolesti hlavy. Pro odstranění bolesti je pacientce podána perorálně 1 tableta Novalgin 500 mg (analgetikum).

7 PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA taxonomie II, definice a klasifikace 2015-2017. V bakalářské práci jsou rozděleny na aktuální a potencionální a jsou seřazeny dle priorit.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Akutní bolest (00132)
2. Narušený vzorec spánku (00198)
3. Narušení integrity tkáně (00044)
4. Narušení integrity kůže (00046)
5. Zhoršená paměť (00131)

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

1. Riziko pádů (00155)
2. Riziko infekce (00004)

8 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA

TAXONOMIE II

Ošetřovatelská diagnóza č. 1

Akutní bolest (00132)

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Definice

Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

Určující znaky:

- *vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (např. škála Wong bacer faces, vizuální analogová škála, numerická škála)*

Související faktory:

- *fyzikální původci zranění (např. absces, amputace, popálení, pořezání, zvedání těžkých předmětů, operace, trauma, přetrénování)*

Priorita: vysoká

Cíl krátkodobý: Pacientka udává sílu bolesti z VAS 3 na VAS 1 po podání analgetik do 1 hodiny.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá bolest (intenzita bolesti – 0) při propuštění z nemocnice.

Očekávané výsledky:

1. Pacientka je schopná hovořit o bolesti a jejích projevech.
2. Pacient zná účinky léků podávaných proti bolesti.
3. Pacientka zvládne stanovit stupeň bolesti dle stupnice VAS.
4. Pacient udává snížení bolesti po podání analgetik do 1 hodiny.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Posuď charakter bolesti ve spolupráci s pacientkou (lokalizace, charakter, nástup, trvání, četnost, intenzitu – stupnice VAS 0-10). Výsledek zaznamenej do dokumentace.
2. Podávej analgetika dle ordinace lékaře. Monitoruj jejich efekt a zaznamenej do dokumentace.
3. Sleduj neverbální projevy bolesti.
4. Monitoruj fyziologické funkce (TK, DF, TT).
5. Sleduj účinky a vedlejší účinky léků.

Realizace (21. 1. -22. 1. 2017):

S pacientkou byly probrány možnosti, jak řešit bolest. Byla seznámena s hodnotící škálou VAS a jejím používáním. Byl posouzen stav bolesti, sledována lokalizace, intenzita a její charakter. Dále byly sledovány neverbální projevy bolesti. Pacientka stanovila svoji bolest na stupnici VAS intenzitou číslo 3. Dle ordinace lékaře jí byla podána analgetika (1 tbl. Novalgin 500 mg per os). Pravidelně byly zapisovány stavy bolesti do ošetrovatelské dokumentace. Byl hodnocen efekt podaných analgetik. Analgetická terapie je účinná bez jakýchkoliv nežádoucích účinků.

Hodnocení (23. 1. 2017 - 4. den hospitalizace):

Pacientka pochopila vznik bolesti a je informována, že v případě jakékoliv bolesti má ihned informovat sestru. Po podání analgetik pacientka verbálně udává snížení bolesti z VAS 3 na VAS 1. Analgetika byla podávána dle potřeb pacientky a ordinace ošetřujícího lékaře. Pacientka spolupracuje při sledování a zaznamenávání bolesti. Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl zatím trvá, pacientka je stále hospitalizována a i přes podávaná analgetika udává i nadále bolesti.

Ošetrovatelská diagnóza 2

Narušený vzorec spánku (00198)

Doména 4: Aktivita/ odpočinek

Třída 1: Spánek/ odpočinek

Definice: Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

Určující znaky:

- *potíže s usínáním*

- *nespokojenost se spánkem*
- *pocit nedostatečného odpočinku*
- *nechtěné probouzení*

Související faktory:

- *okolní bariéry (např. okolní hluk, vystavení dennímu světlu/ tmě, okolní teplota/ vlhkost, neznámé prostředí)*

Priorita: Vysoká

Cíl krátkodobý: Pacientka spí alespoň 7 hodin nepřerušovaným spánkem v noci.

Cíl dlouhodobý: Pacientka verbálně udává zlepšení spánku.

Očekávané výsledky:

1. Pacientka večer usíná do 1h.
2. Pacientka chápe význam spánku.
3. Pacientka udává zlepšení spánku a odpočinku.
4. Pacientka se po probuzení bude cítit odpočatá.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Posuď příčiny a související faktory s narušeným vzorcem spánku.
2. Posuď souvislost narušeného spánku se základním onemocněním.
3. Zajisti vhodné prostředí ke spánku (vyvětrej, ztlum světlo).
4. Pozoruj pacientku při spánku a dokumentuj délku spánku.
5. Snaž se eliminovat rušivé vlivy při spaní použitím osobních pomůcek (ochrana sluchu – špunty do uší).

Realizace (21. 1. -22. 1. 2017):

Sestra zjistila, jaké jsou příčiny narušující spánek pacientky. Před usnutím pacientky sestra zajistila vhodné prostředí ke spánku tím, že vyvětrala místnost a ztlumila světlo. Sestra navrhla pacientce možnost využití špuntů do uší, které by eliminovaly hluk v místnosti vydávaný počítačem. Sestra sledovala a zaznamenávala délku spánku pacientky do ošetrovatelské dokumentace. Každé ráno se sestra dotazovala pacientky, zdali došlo ke zlepšení spánku a jestli se pacientka cítí více odpočatá.

Hodnocení (23. 1. 2017 - 4. den hospitalizace):

Pacientka sdělila sestře, co narušuje její spánek. Byla ráda, že se sestra snaží uzpůsobit prostředí zlepšující její spánek. Špunty do uší odmítla. Pacientka udává zlepšení spánku, cítí se odpočatě, dlouhodobý cíl byl splněn. Dle ošetrovatelské dokumentace spí pacientka alespoň 7h během noci, krátkodobý cíl byl splněn.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 3

Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11. Bezpečnost/ ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Definice: *Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/ nebo vazů.*

Určující znaky:

- *poškozená tkáň*

Související faktory:

- *chirurgický zákrok*

Priorita: vysoká

Cíl krátkodobý: U pacientky nedojde k infekci v místě vyvedení hlubokých mozkových elektrod na hlavě.

Cíl dlouhodobý: U pacientky nedojde k infekci v místě extrakce hlubokých mozkových elektrod při propuštění.

Očekávané výsledky:

1. Pacientka zná projevy infekce.
2. Pacientka má místo vyvedení hlubokých mozkových elektrod asepticky kryté.
3. Po dobu hospitalizace je místo vyvedení hlubokých mozkových elektrod udržováno v suchu a čistotě.
4. Okolí místa vyvedení hlubokých mozkových elektrod je bez známek infekce.
5. Pacientka nemá zvýšenou tělesnou teplotu.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Seznam pacientku s projevy infekce (zarudnutí, bolest, zvýšená tělesná teplota).

2. Kontroluj místo vyvedení hlubokých mozkových elektrod, stav jeho okolí a zaznamenej do dokumentace.
3. Pravidelně převazuj za aseptických podmínek místo vyvedení hlubokých mozkových elektrod.
4. Sleduj možný výskyt infekce a výskyt známek zánětu ihned ohlas lékaři.
5. Prováděj pečlivě hygienu rukou.
6. Zajisti čisté lůžko a ložní prádlo.

Realizace (21. 1. -22. 1. 2017):

Pacientka byla edukována o projevech, které mohou nastat v případě vzniku infekce v místě zavedení hlubokých mozkových elektrod. Byla rovněž poučena o nutnosti udržovat okolí elektrod v suchu. Pravidelně byly prováděny převazy s následným hodnocením vzhledu a stavu okolí místa zavedení hlubokých mozkových elektrod. Všechna hodnocení byla zapsána do ošetřovatelské dokumentace. Místo zavedení hlubokých mozkových elektrod je klidné, bez známek infekce.

Hodnocení (23. 1. 2017 - 4. den hospitalizace):

Pacientka zná a chápe zásady péče o místo vyvedených hlubokých mozkových elektrod, a také, umí poznat projevy infekce, které mohou nastat. Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka je bez známek infekce. Dlouhodobý cíl zatím trvá, pacientka je i nadále hospitalizována a elektrody jí ještě nebyly extrahovány.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 4

Narušená integrita kůže (00046)

Doména 11. Bezpečnost/ ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Definice: Změna v epidermis a/ nebo dermis.

Určující znaky:

- *průnik cizího tělesa kůží*

Související faktory:

- *farmaka*

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Periferní žilní katétr je funkční, není nutná jeho dřívější výměna, než dle standardu.

Cíl dlouhodobý: Během hospitalizace nedojde k rozvoji infekce v souvislosti se zavedeným periferním žilním katétrem.

Očekávané výsledky:

1. Pacientka zná důvod zavedení periferního žilního katétru.
2. Pacientka chápe péči o periferní žilní katétr.
3. Pacientka dokáže rozpoznat známky infekce.
4. Pacientka nemá zvýšenou tělesnou teplotu.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Vysvětlí pacientce důvod zavedení PŽK.
2. Edukuj pacientku v péči o PŽK.
3. Edukuj pacientku o projevech infekce (zarudnutí, bolest, otok, zvýšená tělesná teplota).
4. Dodržuj aseptické postupy při zavádění PŽK.
5. Sleduj průchodnost PŽK.
6. Dodržuj aseptické postupy při aplikaci léků.
7. Pozoruj známky infekce v okolí PŽK.
8. Zruš PŽK ihned při výskytu infekce.
9. Vyměň nebo zruš PŽK po uplynutí 5 dní dle standardu oddělení.
10. Prováděj pečlivě hygienu rukou.
11. Zajisti čisté lůžko a ložní prádlo.

Realizace (21. 1. -22. 1. 2017):

Pacientce byl vysvětlen důvod zavedení periferního žilního katétru. Byla edukována v péči o PŽK a seznámena s projevy infekce. Místo vpichu a průchodnost katétru byly pravidelně kontrolovány a stav zaznamenán do ošetrovatelské dokumentace. Během manipulace s katétrem byly dodrženy aseptické postupy.

Hodnocení (23. 1. 2017 - 4. den hospitalizace):

Pacientka zná důvody zavedení periferního žilního katétru. Umí pečovat o katétr a pozná projevy infekce. Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl trvá, pacientka je i nadále hospitalizována.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 5

Zhoršená paměť (00131)

Doména 5. Percepce/ kognice

Třída 4. Kognice

Definice: Neschopnost zapamatovat si nebo vybavit si informace či behaviorální dovednosti.

Určující znaky:

- *zapomnětlivost*
- *neschopnost vybavit si události*

Související faktory:

- *neurologické poškození (např. pozitivní EEG, CT, MRI, neurologické nálezy, úraz hlavy, záchvatové poruchy)*

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Nalezení možností, technik a metod jak může pacientka zlepšit a udržet si dlouhodobou paměť.

Cíl dlouhodobý: Pacientka zná možnosti a postupy jak procvičovat dlouhodobou paměť.

Očekávané výsledky:

1. Pacientka si uvědomuje problémy s pamětí.
2. Pacientka spolupracuje se svojí rodinou a snaží se vybavit si vzpomínky ze svého života.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Zjistí, jaký je názor pacientky a jejich blízkých na problém zhoršené paměti.
2. Určí, jaké faktory souvisejí se zhoršením paměti.
3. Zhodnotí psychický stav pacientky.
4. Snaž se zajistit setkání pacientky s rodinou, na kterých se budou vzpomínat a vyvolávat zážitky z minulosti
5. Pokus se posílit paměť pacientky pomocí křížovek, zápisků, diáře, které kladou zvýšené nároky na paměť.
6. Zajisti pacientce dostatek spánku a odpočinku.
7. Sleduj chování pacientky.

Realizace (21. 1. -22. 1. 2017):

Sestra vedla rozhovor s pacientkou a následně i s její rodinou, jak vnímá problematiku zhoršené paměti a zjistila, jaké faktory souvisejí s jejím zhoršením. Sestra pozorovala pacientčino chování. Společně s rodinou sestra zajistila a vytvořila vhodné prostředí pro „oživení“ vzpomínek, které si pacientka nepamatovala a velice ji to trápilo. Sestra navrhla pacientce několik metod, které ji pomohou posilovat paměť, jako je např. vedení si deníku, vytváření zápisků a luštění křížovek. Zároveň sestra pečovala o spánek a pravidelný odpočinek pacientky.

Hodnocení (23. 1. 2017 - 4. den hospitalizace):

Na pacientce bylo znát, že je pro ni toto téma velmi citlivé. S pomocí její rodiny se podařilo, aby si pacientka vzpomněla na události v jejím životě, které si buď nepamatovala, nebo si je pamatovala pouze útržkovitě. Pacientka byla nadšená z nápadu vést si deník. Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 1**Riziko pádů (00155)**

Doména 11. Bezpečnost/ ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory:

- pády v anamnéze
- žije sám
- farmaka

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka bude bez pádu během hospitalizace.

Očekávané výsledky:

1. Pacientka bude bez pádů a poranění.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Zajisti bezpečné prostředí pro pacientku.

2. Zkontroluj funkčnost signalizačního zařízení a umístí jej na dosah ruky pacientky.
3. Vysvětlí pacientce nutnost zaopatření lůžka postranicemi.
4. Nastav snímání pacientky videokamerou dle pokynů ošetřujícího lékaře.
5. Zesílí zvuk na videokameře během noční směny dle pokynů ošetřujícího lékaře.

Realizace (21. 1. -22. 1. 2017):

Sestra zajistila bezpečné prostředí pro pacientku a to tak, že zkontrolovala funkčnost signalizačního zařízení a umístila jej na dosah ruky pacientky. Následně pacientce vysvětlila, že je nutné, aby měla lůžko 24h denně zaopatřené postranicemi. Videokamera byla nastavena na snímání pacientky dle ordinací lékaře. Během noční směny byl zesílen zvuk na videokameře dle pokynů ošetřujícího lékaře.

Hodnocení (23. 1. 2017 - 4. den hospitalizace):

Pacientka chápe, že je ohrožena rizikem pádu především vzhledem ke svoji diagnóze – epilepsie. Pacientka ví, proč musí mít postranice 24h denně a že má používat signalizační zařízení a vyčkat příchodu sestry. Dlouhodobý cíl zatím trvá, pacientka je i nadále hospitalizována.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 2

Riziko infekce (00004)

Doména 11. Bezpečnost/ ochrana

Třída 1. Infekce

Definice: *Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.*

Rizikové faktory:

- *invazivní postupy*
- *změna integrity kůže*

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: U pacientky během hospitalizace nedojde k rozvoji infekce.

Očekávané výsledky:

1. Pacientka zná a dokáže rozpoznat příznaky infekce.
2. Pacientka má funkční PŽK bez známek infekce.

3. O místo vyvedených hlubokých mozkových elektrod je pečováno přísně asepticky.
4. Pacientka nemá zvýšenou tělesnou teplotu.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Edukuj pacientku o projevech infekce (zarudnutí, bolest, otok, zvýšená tělesná teplota).
2. Sleduj místo a okolí zavedení invazivního vstupu.
3. Kontroluj funkčnost invazivního vstupu.
4. Kontroluj pravidelně místo vyvedených hlubokých mozkových elektrod.
5. Prováděj pravidelné převazy místa vyvedených hlubokých mozkových elektrod, zhodnot' a zaznamenej do dokumentace.
6. Prováděj výměnu PŽK dle standardu oddělení každých 5 dnů nebo dříve pokud se vyskytnou projevy infekce.
7. Pravidelně měř tělesnou teplotu pacientce.

Realizace (21. 1. -22. 1. 2017):

Pacientka byla edukována o projevech infekce a seznámena s preventivními postupy, aby nedošlo ke vzniku infekce. Během manipulace s PŽK a při převazech místa okolí vyvedení hlubokých mozkových elektrod byly dodrženy aseptické postupy a zajištěny aseptické podmínky.

Hodnocení (23. 1. 2017 – 4. den hospitalizace):

Pacientka porozuměla preventivním opatřením zabraňujícím vzniku infekce, které dodržovala. Pacientka zná projevy infekce, které mohou nastat. PŽK a místo vyvedených hlubokých mozkových elektrod je bez známek infekce. Dlouhodobý cíl zatím trvá, pacientka je i nadále hospitalizována.

9 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacientka byla plánovaně přeložena z neurochirurgického oddělení po zavedení hlubokých mozkových elektrod na oddělení neurologie k invazivní videoEEG monitoraci. U pacientky bylo stanoveno pět aktuálních ošetrovatelských diagnóz a dvě potencionální dle jejich priorit. Tyto diagnózy byly podrobně rozpracovány. Vytyčili jsme si cíle a následně naplánovali ošetrovatelské intervence. Poté byla na podkladě těchto intervencí realizována individuální ošetrovatelská péče. U každé ošetrovatelské diagnózy jsme posléze provedli její zhodnocení. První aktuální diagnózou, která byla rozpracována, je akutní bolest. Krátkodobý cíl byl u této diagnózy splněn. Dlouhodobý cíl trvá, pacientka v době zhodnocení byla stále hospitalizována a i přes podávaná analgetika udává bolest. Druhou diagnózou byl narušený vzorec spánku. Krátkodobý cíl i dlouhodobý cíl byl splněn. Třetí diagnózou byla narušená integrita tkáně. U této diagnózy byl krátkodobý cíl splněn, dlouhodobý nikoliv, protože v době zhodnocení měla pacientka stále ještě zavedené elektrody. Čtvrtou diagnózou byla narušená integrita kůže. Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý nesplněn, pacientka v době zhodnocení byla stále hospitalizována. Pátou diagnózou byla zhoršená paměť. U této diagnózy byl splněn jak krátkodobý cíl, tak i ten dlouhodobý. První stanovenou potencionální diagnózou je riziko pádů. Dlouhodobý cíl trvá, pacientka v době zhodnocení nebyla propuštěna. Druhou diagnózou je riziko infekce. Dlouhodobý cíl trvá, pacientka v době zhodnocení nebyla ještě propuštěna. Poskytnutou ošetrovatelskou péčí můžeme hodnotit jako efektivní. Některé dlouhodobé cíle nebyly splněny, ale většinou z důvodu ještě neukončené hospitalizace pacientky. Krátkodobé cíle byly splněny všechny. Během hospitalizace měla pacientka své tři typické epileptické záchvaty, obrazu GTCS. Všechny tyto záchvaty byly zachyceny na videoEEG. U pacientky je i nadále nutné pokračovat v efektivní ošetrovatelské péči, která by měla být zaměřena především na bezpečnost pacientky a monitoraci bolesti.

10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Důležitou součástí bakalářské práce tvoří doporučení pro praxi, z kterého mohou budoucí čtenáři čerpat informace a inspiraci. Doporučení pro praxi vychází ze zkušeností z praxe ve Fakultní nemocnici v Motole na neurologickém oddělení a opírá se o odbornou literaturu. Tato část je rozdělena na doporučení pro praxi, pro všeobecné sestry, pacienty a rodinu.

Doporučení pro všeobecné sestry

- Seznámit se podrobně s anamnézou pacienta (především epileptickou).
- Důkladně informovat pacienta o průběhu monitorace na lůžku videoEEG.
- Srozumitelně edukovat pacienta.
- Ověřit si zpětně od pacienta, zdali porozuměl předaným informacím.
- Znat zásady první pomoci při epileptickém záchvatu.
- Zajistit bezpečí pacienta, především během záchvatu.
- Pravidelně kontrolovat pacienta na videokameře ze sesterny. Pokud je pacient odpojený od videoEEG, zkontrolovat jej nejpozději do 5 min na pokoji.
- Spolupracovat s ostatními členy týmu v péči o pacienta (lékaři, laborantky videoEEG, ošetřovatelé, sanitáři).
- Spolupracovat s rodinou pacienta a snažit se je zapojit do péče.
- Motivovat pacienta ke spolupráci.
- Poskytnout pacientovi psychickou podporu.
- Doporučit pacientovi kontakty na sociální pracovníci.
- Nabídnout možnost duchovním služeb během hospitalizace.
- Chápat celoživotní vzdělávání jako nutnou součást zdravotnické profese.
- Být profesionálem, pracovat se zájmem a poskytovat, tak kvalitní ošetrovatelskou péči.

Doporučení pro pacienty

- Dodržovat doporučená režimová opatření.
- Pravidelně užívat předepsanou medikaci a to především antiepileptickou.
- Vyvarovat se konzumace alkoholických nápojů.
- Neužívat žádné návykové látky.

- Chodit na pravidelné kontroly ke svému neurologovi.
- Nebát se otevřeně hovořit o svých starostech, obavách či potřebách.
- Spolupracovat se zdravotnickým personálem.
- Navštívit sdružení lidí se stejným onemocněním.

Doporučení pro rodinu

- Vyhledat si dostatek informací o dané nemoci.
- Dodržovat s pacientem léčebná opatření a vytvářet klidné a příjemné prostředí.
- Motivovat nemocného k dodržování léčebného režimu.
- Spolupracovat se zdravotníky a podílet se na péči o pacienta.
- Komunikovat s nemocným a psychicky ho podporovat.
- Informovat se na kontakty na sociální pracovníci.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byl ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií. Bakalářská práce byla rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části bylo cílem poskytnout přehledně uspořádané informace o onemocnění epilepsie. Čtenáři se dozvěděli definici epilepsie, nejčastější příčiny vzniku epilepsie, klasifikaci záchvatů, diagnostiku onemocnění a možnosti léčby. Byla popsána historie jak epilepsie, tak i epileptochirurgie, která je v současné době hodně rozšířená a často využívána u farmakorezistentních epileptiků. Čtenářům bylo vysvětleno, jak poskytovat první pomoc při epileptickém záchvatu, který vypadá často velmi dramaticky, ale dodržením určitých zásad, je každý schopen poskytnout adekvátní pomoc, aniž by při tom ohrozil člověka při záchvatu nebo sebe jako zachránce. Dále se čtenáři měli možnost seznámit s videoEEG monitorovací jednotkou, která je součástí oddělení neurologie ve FN Motol v Praze. Poslední kapitola teoretické části byla zaměřena na specifika ošetrovatelské péče u pacientů s epilepsií, v našem případě na pacienta, přijatého do nemocnice po proběhlém prvním epileptickém záchvatu v životě. Stěžejním cílem bylo zpracování ošetrovatelského procesu u konkrétního epileptického pacienta.

V praktické části byl zpracován ošetrovatelský proces u pacientky, která byla na videoEEG monitorovací jednotce neurologického oddělení FN Motol a probíhalo u ní invazivní EEG monitorování, kdy pacientka měla implantované hluboké mozkové elektrody. Ošetrovatelská anamnéza byla zpracována dle modelu funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon. Stanovení ošetrovatelských diagnóz proběhlo dle NANDA taxonomie II, definice a klasifikace 2015-2017. Diagnózy byly rozděleny na aktuální a potenciální a byly seřazeny dle priorit pacientky. Poté byly rozpracovány. V závěru praktické části bylo sepsáno doporučení pro praxi, určené pro všeobecné sestry, pro pacienta a pro rodinu pacienta.

Cíle stanovené na začátku bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMBLER, Zdeněk. 2011. *Základy neurologie*. 7. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-707-3.

BÁRTLOVÁ, Sylva. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.

BRÁZDIL, M., J. HADAČ a P. MARUSIČ, 2011. *Farmakorezistentní epilepsie*. 2. doplněné a aktualizované vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-495-7.

BRODIE, M. J., S. C. SCHACHTER and P. KWAN. *Fast Facts: Epilepsy* [online]. 5th ed. Oxford: Health Press, 2012 [cit. 2017-01-10]. Dostupné:<http://www.fastfacts.com/fast-facts/Epilepsy-Revised-5th-edn> ISBN 978-1-908541-12-3.

Centrální lékárna [online]. c2017 [cit. 2017-03-21]. Dostupné z: <http://www.centralnilekarna.cz/kompresse-vliwazell-nester-vys-absorp--10x10cm-25ks~z2851351.html>

DBALÝ, Vladimír. 2004. *Epileptochirurgie dospělých*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0598-2.

KAŇOVSKÝ, Petr a Roman HERZIG, 2007. *Speciální neurologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1664-9.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KO, David Y. *Epilepsy and Seizures* [online]. [cit. 2017-01-11]. Dostupné z: <http://emedicine.medscape.com/article/1184846-overview#a2>

KOLEKTIV AUTORŮ. 2008. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2548-2.

MARUSIČ, P. a kol., 2013. *Soubor minimální diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií*. EpiStop 2013. ISBN 978-80-90379-6-5.

MORÁŇ, Miroslav. 2007. *Praktická epileptologie*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-023-2.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. 10. vyd. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NOVOTNÁ, I., L. ZICHOVÁ a D. NOVÁKOVÁ, 2008. *EEG, epilepsie a diferenciální diagnostika poruch vědomí*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 978-80-7013-472-6.

PATEROVÁ, R., A. RICHTEROVÁ a S. SLEJŠKOVÁ. Ošetrování pacientů na monitorovací jednotce - video EEG monitoring. In: *Cesta k modernímu ošetrovatelství*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 1999-. 2009, X., s. 28-29.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada ISBN 80-247-1211-3.

PREISS, Marek a Hana PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ. 2006. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0843-4.

QUEALLY, Cathy a Sara LAILEY. Care of the person with epilepsy in the hospital environment--getting it right. *British Journal of Neuroscience Nursing* [online]. 2012, 8(1): 14-20. (7p) [cit. 2017-02-05]. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/bjnn.2012.8.1.14>. ISSN 1747-0307.

REKTOR, Ivan a Hana OŠLEJŠKOVÁ, 2010. *Stručná epileptologie pro praxi*. Olomouc: Solen. Neurologie pro praxi. Vol. 11, suppl. D. ISBN 978-80-87327-38-8.

SEIDL, Zdeněk. 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2733-2.

SEIDL, Zdeněk. 2015. *Neurologie pro stadium i praxi*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada ISBN 978-80-247-5247-1.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4868-9.

Slovník cizích slov [online]. c2005-2017 [cit. 2017-03-09]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

TÓTHOVÁ, Valérie, 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualizované vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

TRACHTOVÁ, E., G. TREJTNAROVÁ a D. MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. nezměněné vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

VÍTEK, Jiří a Marie VÍTKOVÁ. 2010. *Teorie a praxe v edukaci, intervenci, terapii a psychosociální podpoře jedinců se zdravotním postižením se zaměřením na neurologická onemocnění*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-210-9.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO a kol., 2015. *Praktický slovník medicíny*. 11. aktualizované vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-464-7.

PŘÍLOHY

Příloha A – Rešeršní protokol.....	II
Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	III

Příloha A – Rešeršní protokol

Ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií

Markéta Dobiášová

Jazykové vymezení: Čeština, angličtina

Klíčová slova v češtině: Epilepsie, ošetrovatelské péče, ošetřování, ošetrovatelský proces, zdravotní sestry, neurologie

Klíčová slova v angličtině: Epilepsy, Nursing Process, Nursing Care

Časové vymezení: V českých zdrojích: 2009-2015 články, 2002-2015 knihy

V zahraničních zdrojích: 2009-2015

Druhy dokumentů: Knihy, články, abstrakta, kvalifikační práce

Počet záznamů: České zdroje: 44 záznamů / plné texty: 14

Zahraniční zdroje: 16 záznamů/ plné texty: 16

Základní prameny: Medvik (knihovny Medvik+Bibliographia medica Českoslovaca), CINAHL, Theses, Google

Zpracovala: Národní lékařská knihovna

Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 1. 3. 2017

.....
Markéta Dobiášová