

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

**Ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Martina Mikisková**

**Praha 2017**

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

## **Ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií**

Bakalářská práce

Martina Mikisková

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2017

# SCAN SCHVÁLENÍ NÁZVU PRÁCE (BEZ NADPISU)



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

**Mikisková Martina**  
**3. C VS**

## Schválení tématu bakalářské práce

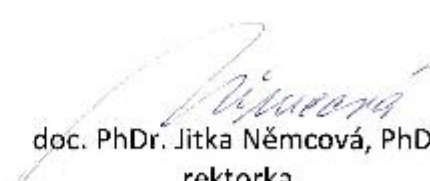
Na základě Vaší žádosti ze dne 4. 11. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií

*Nursing Proces in a Patient with Epilepsy*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 4. 11. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.  
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

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D. za odborné vedení, její čas a cenné rady, které mi byly přínosem při psaní bakalářské práce.

## ABSTRAKT

MIKISKOVÁ, Martina. *Ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií*. Vysoká škola zdravotnícká, o. p. s. Stupeň kvalifikácie: Bakalár (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. 2017. 58 stran

Tématem bakalárskej práce je ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií. Práce je rozdelená na časť teoretickú a časť praktickú. Teoretická časť práce sa zaoberá základnými charakteristikami epilepsie a jej diagnostikou. Zaoberá sa o terapiu, prvú pomoc a tiež dôležité režimové opatrenia, ktoré je dôležité dodržiavať. Praktická časť sa zaoberá ošetrovatelským procesom pacienta s epilepsií. Táto časť bola vypracovaná na základe údajov získaných od pacienta, z lekárskej a ošetrovatelskej dokumentácie. Ďalej sa skladá z anamnézy pacienta, stanovenia ošetrovatelských diagnóz, ktoré sú usporiadané podľa priorit, plánu ošetrovatelskej starostlivosti a popisu jeho realizácie a hodnotenia. V závere bakalárskej práce sú hodnotené výsledky ošetrovatelskej starostlivosti a odporúčania pre pacienta.

Kľúčové slová

Epilepsie. Ošetrovatelská starostlivosť. Pacient. Všeobecná sestra.

## **ABSTRACT**

MIKISKOVÁ, Martina. *Nursing Proces in a Patient with Epilepsy*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Prague. 2017. 58 pages.

The theme of the Bachelor Thesis is the nursing process in a patient with epilepsy. The Bachelor Thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part deals with the basic characteristics and diagnosis of epilepsy. It focuses on the therapy, the first aid and important regime measures to be followed. The practical part of the Bachelor Thesis focuses on the nursing process in a patient with epilepsy. This part was developed on the basis of the data obtained from a patient, a medical and nursing documentation. The text also consists of the patient's medical history, determining nursing diagnoses organized by priority, nursing care plan, its implementation and evaluation.

In the conclusion, the thesis evaluates the results of nursing care and recommendations for the patient.

### **Key Words**

Epilepsy, general nurse, nursing care, patient

## **PŘEDMLUVA**

S pacientem, který trpí epilepsií, jsem se blíže setkala během své praxe na neurologickém oddělení ve Vojenské nemocnici v Olomouci. Myslím si, že o tomto onemocnění má mnoho lidí i v dnešní době hodně mylných představ, a ráda bych tuto problematiku objasnila.



# Obsah

<b>I ÚVOD .....</b>	<b>13</b>
<b>1 EPILEPSIE .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 KLASIFIKACE A KLINICKÝ OBRAZ.....</b>	<b>16</b>
1.1.1 PROGNOZA.....	20
<b>1.2 DIAGNOSTIKA EPILEPSIE .....</b>	<b>20</b>
<b>1.3 TERAPIE .....</b>	<b>22</b>
1.3.1 ŽIVOTOSPRÁVA A REŽIMOVÁ OPATŘENÍ .....	23
1.3.2 FARMAKOTERAPIE.....	24
1.3.3 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	27
1.3.4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PO CHIRURGICKÉM VÝKONU .....	28
<b>1.4 PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORA .....</b>	<b>29</b>
<b>2 PRVNÍ POMOC PŘI EPILEPTICKÉM ZÁCHVATU.....</b>	<b>30</b>
<b>3 EPILEPSIE A ALKOHOL.....</b>	<b>31</b>
<b>4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S EPILEPSÍ .....</b>	<b>32</b>
<b>4.1 ANAMNÉZA.....</b>	<b>33</b>
<b>5 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH STANOVENÍ DLE PRIORITY .....</b>	<b>48</b>
<b>5.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:.....</b>	<b>48</b>
<b>5.2 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 1 .....</b>	<b>49</b>
<b>5.3 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 2 .....</b>	<b>51</b>
<b>5.4 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 3 .....</b>	<b>53</b>
<b>6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>57</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>58</b>

## Přílohy

### Rešerše

<b>Rešerše vypracována v:</b>	Vědecká knihovna v Olomouci Bezručova 659/2, Olomouc 779 11
<b>Téma práce:</b>	Ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií
<b>Příjmení a jméno studenta:</b>	Mikisková Martina
<b>Jazykové vymezení:</b>	čeština, slovenština
<b>Klíčová slova:</b>	Epilepsie, záchvaty, neurologie, antiepileptika, léčba epilepsie
<b>Časové vymezení:</b>	2007-2017
<b>Počet záznamů:</b>	21 (knihy: 14, články v odborném časopise: 7)
<b>Druhy dokumentů:</b>	Knihy, odborné články v odborném časopise
<b>Datum vypracování:</b>	říjen

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- i.m ..... intramuskulárně
- VAS ..... vizuální analogová škála bolesti
- EEG ..... elektroencefalografie
- ILAE ..... mezinárodní liga proti epilepsii
- ARO.....anesteziologicko-resuscitační oddělení
- UPV..... umělá plicní ventilace
- CT..... computer tomography
- MR..... magnetická resonance
- PŽK.....periferní žilní katetr
- (VOKURKA a kol., 2010)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Intravenózní** – způsob aplikace do krevního oběhu

**Intramuskulární** – způsob aplikace do svalu

**Chronický** – dlouhodobý

**Delirium tremens** (alkoholové delirium) – nejtěžší stádium abstinenčního syndromu, projevující se pocením, zrychlenou srdeční činností, nespavostí a nevolností

**Abstinence** – zdrženlivost

**Nervus vagus** – bloudivý nerv

**Tremor** – třes

**Sedace** – útlum

**Deprivace** – nedostatečné uspokojení důležité psychické či fyzické potřeby

**Abúzus alkoholu** – nadměrné užívání alkoholu

**Temporální** – spánkový

**Resekce** – operativní odstranění části orgánu

**Antikonvulzivní** – protikřečový

**Amnézie** – ztráta paměti

**Dezorientace** – ztráta orientace

**Prodromy** – příznaky ohlašující příchod nemoci

**Myoklonie** – krátké svalové záškuby

**Sutura** – zašití

(VOKURKA a kol., 2010)

## ÚVOD

S lidmi, kteří trpí epilepsií, se můžeme setkat na kterémkoliv oddělení, proto je potřeba tuto problematiku alespoň trochu znát. Hlavně umět poskytnout první pomoci. Péče o pacienty s epilepsií je dlouhodobá a dosti náročná obzvláště při dodržování tzv. režimových opatření, které pacienty omezují, a to se projeví obzvláště i v trávení jejich volného času. Každý pacient trpící tímto onemocněním by je měl znát a dodržovat, aby se předešlo zbytečným komplikacím.

Společnost čím dál více objevuje záliby v aktivitách, které nejsou pro epileptika vhodné, a je doporučeno se těmto aktivitám vyvarovat. Dnešní děti tráví mnohem více času sledováním televize nebo surfováním po internetových stránkách; podle statistiky z výsledků 1. ročníku výzkum proměny české společnosti 2015 (SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV AV ČR, 2015) bylo zjištěno, že nejběžnější a nejdéle trvající aktivitou je sledování televize. Mezi mladými lidmi do 25 let sleduje televizi každý třetí. K internetovým stránkám každý den zasedá 40 % lidí. Mezi mladými lidmi jsou to 2 lidé ze 3. Co se týče mladistvých, žijí noční život na nejrůznějších diskotékách, což je prostředí, kterému by se měl každý epileptik opět vyhýbat, ať už z důvodu blikajících světel, tak po stránce konzumace alkoholu, které toto místo hojně nabízí. Dospělí holdují divokému životnímu stylu, čím dál tím více vyhledávají adrenalinové sporty, jako jsou bungee jumping, rafting aj.

I když léčba v dnešní době velice pokročila, obzvláště farmakologická, která nabízí i menší počet vedlejších účinků antiepileptik, i tak je pacient neustále ovlivněn. Nemůže si užívat život a trávit čas, jak by si on sám přál, bez jakýchkoliv omezení a zákazů.

**Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Popis epileptických záchvatů

**Cíl 2:** Shrnout možnosti léčby a diagnostické postupy

**Cíl 3:** Shrnout důležitá režimová opatření epileptiků

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Zpracovat 1 kazuistiku podle rozšířeného modelu funkčního zdraví podle Marjory Gordonové

**Cíl 2:** Vybrat ošetrovatelské diagnózy a zpracovat dle NANDA taxonomie II 2015 - 2017

### **Vstupní literatura**

AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén, 2011. 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.

BAR, Michal a kol. *Speciální neurologie: pro studenty bakalářských oborů*. 1. vyd. Ostrava: Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2011. 171 s. ISBN 978-80-7368-961-2.

MORÁŇ, Miroslav. *Praktická epileptologie*. 2. vyd. Praha: Triton, 2007. 163 s. ISBN 978-80-7387-023-2.

### **Popis rešeršní strategie**

Do řešení strategie byly zadány tyto limity

**Časové vymezení: 2007 - současnost**

**Klíčová slova:** Epilepsie, záchvaty, neurologie, antiepileptika, léčba epilepsie

**Jazyk:** český, slovenský

**Číslo rešerše:** 839/2016

**Základní prameny:** Medvik (katalogy NLK, Bibliographia Medica Čechoslovaca, MEDLINE), Vědecká knihovna v Olomouci.

# 1 EPILEPSIE

Epilepsie je chronické onemocnění, kterým trpí zhruba 1 % populace. Jedná se o náhlou, přechodnou poruchu mozkové aktivity. Pro toto onemocnění je typické vůlí neovladatelné, nečekaně vznikající a náhle končící porucha vědomí nebo chování, která vznikla na podkladě epileptického výboje v mozku. Zahrnují pocity nejen tělesné, ale i psychické a neurologické, jako např.: porucha hybnosti, řeči. Příznaky jsou ovlivněné podle toho, kterou část mozku epileptický výboj postihne. Nejedná se pouze o jednu nemoc, znamená mnoho příznaků, které se odlišují prognózou, léčbou a typem záchvatu. (BAR, ŠKOLOUDÍK et al., 2011), (SEIDL, 2008)

Mozkové buňky reagují na impulzy, které přicházejí ze smyslových orgánů a okolních buněk a ty jsou svými výběžky spojeny, aby odpovídaly elektrickými výboji. V případě, že se tyto výboje vytváří nekontrolovatelně, abnormálně bez reakce na podráždění odpovídajícími vzruchy ve velkém množství spojených buněk, nastane epileptický výboj.

Epileptický výboj může vzniknout z mnoha příčin: vrozených, droga, nádorem, stavy po cévní mozkové příhodě aj. Každý epileptický záchvat může poškodit další neurony, které vytvářejí abnormální elektrické signály a zvětšují tak epileptické ohnisko. (BAR, ŠKOLOUDÍK et al., 2011)

Epileptické ohnisko – mnoho neuronů s patologickou aktivitou. Dochází k narušení stavu klidové polarizace v akční depolarizaci povrchové membrány neuronu, což způsobuje jeho zvýšenou dráždivost a tím pádem v ohnisku dochází k nekontrolovatelným neuronálním výbojům. (AMBLER, 2011)

Epilepsie se může vyskytovat v různých formách.

Primární epilepsie – je geneticky podmíněná. Příčina je neznámá nebo vznikla během nitroděložního vývoje. Paradoxem je, že mezi jednotlivými záchvaty se pacient může cítit zcela zdravý i výsledky vyšetření mohou být naprosto negativní. (SEIDL, 2008), (AMBLER, 2011), (BAR ŠKOLOUDÍK et al., 2011)

Symptomatická epilepsie (sekundární) - provází jiná onemocnění CNS (nádory, cévní malformace, úrazy). Po odstranění vyvolávající příčiny odezní i epileptické projevy. (AMBLER, 2011)

Epilepsie kryptogenní – příčina není prokázána. (AMBLER, 2011), (LABONEK, 2010)

## 1.1 Klasifikace a klinický obraz

Charakter epileptického záchvatu spočívá v tom, která část mozku je postižena epileptickou aktivitou. Rozeznáváme generalizovaný epileptický záchvat, který prakticky postihuje celý mozek. Druhý typ epileptického záchvatu označujeme jako fokální (parciální) epileptický záchvat. Mezi nejvíce užívané klasifikace epileptických záchvatů patří: Mezinárodní klasifikace (klasifikace záchvatů podle ILAE – mezinárodní liga proti epilepsii). Tato klasifikace dělí záchvaty do tří skupin.

- Generalizované
- Ložiskové
- Neklasifikované

**Generalizovaný epileptický záchvat** – tento typ záchvatu může i nemusí být doprovázen křečovými projevy. Rozlišují se 4 základní typy generalizovaných záchvatů. Tento typ záchvatu nedoprovází aura (předzvěst) ale mohou pacienta několik hodin před záchvatem doprovázet prodromy (únava, bolesti hlavy, podrážděnost apod.). (BAR, ŠKOLOUDÍK et al., 2011), (AMBLER, 2011)

**Tonicko-klonický, velký záchvat (grand mal)** – tento typ záchvatu může být doprovázen výkřikem, dále náhlou ztrátou vědomí, až pacient upadne. Pacient se může pomoct. Tonická křeč postihuje všechno svalstvo, kdy začíná flexí a přechází v extenzi. (BAR, ŠKOLOUDÍK et al., 2011), (AMBLER, 2011), (MORÁŇ, 2007)



Tonická křeč trvá přibližně 30-60 sekund. Postupně přechází v klonické křeče, které trvají zhruba 1 minutu, zde hrozí riziko pokousání jazyka, neboť postihuje žvýkací svalstvo. (BAR, ŠKOLOUDÍK et al., 2011)

Pozáchvatový stav bývá někdy doprovázen pomočením, pokálením, bolestí hlavy, amnézií, člověk se cítí dezorientovaný apod.). U dětí se tonicko-klonické křeče vyskytují jen velmi zřídka, častěji se jedná o tonické nebo klonické křeče. Pacient v postparoxysmálním období spíše polehává, je utlumený, střídá se období zlepšení, kdy je orientován s období zmatenosti. (BAR, ŠKOLOUDÍK et al., 2011)

**Absence (petit mal)** – vyskytuje se u dětí mezi 5. a 7. rokem, kdy se dítě na několik vteřin zastaví ve své činnosti, řeči či chování. Posturální tonus zůstává. Může být doprovázeno stočením očí vzhůru. Tento záchvat se může vyskytnout jednou či vícekrát za den.

**Infantilní spasmy** – tento typ záchvatu se obvykle vyskytuje u malých dětí okolo 6. měsíce, kdy dítě v rychlém časovém úseku předkloní hlavičku a rozhodí horní končetiny nebo naopak zkřížením na hrudník. Záchvat vzniká téměř každý den. Mírná převaha se vyskytuje u chlapců. Často doprovází děti, které trpí psychosomatickou retardací.

**Atonicko-myoklonické záchvaty** – výskyt u dětí mezi 1. a 6. rokem. Trvá zhruba jen několik sekund. Vznikají prudké, krátké křečové záškuby (myoklonie) nebo naopak náhlá ztráta tonu s pádem, krátkodobá porucha vědomí bez křečí. Do této skupiny spadají i juvenilní myoklonická epilepsie – vyskytuje se mezi 10. a 18. rokem. Charakteristický je jejich výskyt po probuzení (u snídaně, v koupelně) jako spouštěč se uvádí prudká změna osvětlení. (KOMÁREK, DOBEŠOVÁ, 2008)

**Parciální epileptické záchvaty (ložiskové)** – Pro tento typ záchvatu je lokalizován epileptický výboj, vzniká vlivem poškození mozku (metastáza, krevní sraženina...).

Epileptický výboj se může šířit do okolí nebo i sekundárně generalizovat. Rozeznáváme 3 základní typy parciálních záchvatů.

**Parciální záchvaty se simplexní (elementární) symptomatikou** – pacienti s tímto typem záchvatu jsou při vědomí.

**Parciální záchvaty s komplexní symptomatikou** – Vzniká zde aura (předzvěst) může mít charakter: čichový, chuťový, zrakový, sluchový i somatický. Vzniká zde náhlá porucha chování a jednání. Pacient může na okolí působit zmateně. Provádí pohybové automatismy (chůze, běh, ohmatávání, erotické pohyby). Mohou se objevit i orální automatismy (mlaskání, žvýkání). V důsledku tohoto chování může nemocný v dané chvíli působit ve společnosti nevhodným dojmem.

**Parciální záchvaty sekundárně generalizované** – Jedná se o záchvaty, které mají charakter grand mal, ale mají i fokální nález na EEG. Záchvat začíná epileptickými výboji v tomto ložisku. V samotném začátku záchvatu může nastat aura (předzvěst). Charakter záchvatu závisí na umístění epileptického ložiska v mozkové kůře. (AMBLER, 2011), (BAR, ŠKOLOUDÍK et al., 2011), (OŠLEJŠKOVÁ, REKTOR, 2010)

Rozeznáváme tyto druhy parciálních záchvatů:

- **Záchvat čelního laloku** – nastávají křeče končetin, myoklonické záškuby, které trvají krátkou dobu. Po záchvatu rychlý nástup vědomí. Vyskytuje se v menší míře než epilepsie spánkového laloku. Záchvat trvá rychle, nečekaně v kratším časovém intervalu zhruba do 1 minuty. Tento typ záchvatu dovede rychle vzplanout ve status epilepticus. (REKTOR, OŠLEJŠKOVÁ, 2010)

- **Záchvat spánkového laloku** – jsou delšího rázu, ale rozvíjí se pomalu, po záchvatu může přetrvávat porucha řeči a pacient se cítí zmatený, může vystupňovat až v agresi. Často se ve spojitosti s temporální epilepsií vyskytují i psychické změny. Nemocní

neustále mluví, vracejí se k jednomu téma a nedokáží v konverzaci přestat. Nejčastějším projevem epilepsie temporálního laloku je porucha vědomí. (OŠLEJŠKOVÁ, REKTOR, 2010)

- **Záchvaty vycházející z týlního laloku** – Obvykle manifestuje až po rozšíření do spánkového nebo čelního laloku. Projevují se zrakovými jevy jako například: záblesky, zrakové halucinace, geometrické obrazce. Poměrně častý je výskyt slepoty během záchvatu, dále dochází k nucenému mrkání. (REKTOR, OŠLEJŠKOVÁ, 2010)

- **Záchvaty v temenním laloku** – Špatně diagnostikována, ve většině případů se projevuje až po rozšíření do dalších oblastí, jako je frontální či temporální oblast. Nejčastější projev parietální epilepsie je brnění a mravenčení. (REKTOR, OŠLEJŠKOVÁ, 2010)

**Neklasifikované epileptické záchvaty** – Jedná se o záchvaty, které nelze blíže určit, například některé novorozenecké křeče. (BAR, ŠKOLOUDÍK et al., 2011)

Status epilepticus

„Status epilepticus je definován jako epileptický záchvat, který trvá více než 30 minut, nebo opakované záchvaty během 30 minut, kdy se pacient neprobírá k plnému vědomí.“ (AMBLER, 2011, s. 193)

Příčina je stejná, jako u klasického epileptického záchvatu. Vrozená dispozice, traumata, mozkové nádory, abscesy, chronický alkoholismus, traumata hlavy, přerušení antiepileptické medikace. Projevuje se nečekanou ztrátou vědomí, pádem na zem a svalovými křečemi, které mohou způsobit rozvrat vnitřního prostředí, tím pádem dochází k nerovnováze minerálů a v krajní situaci až selhání životně důležitých orgánů. Během záchvatu může dojít k zástavě dechu, což způsobí hypoxii mozku. Záchvat může doprovázet subfebrilie.

### **1.1.1 Prognóza**

Epilepsie se dá vhodnou léčbou dobře kompenzovat. Většinou u dětí lze docílit i úplného vyléčení. Tam, kde se prokázala organická porucha mozku (podle neurologického nálezu či EEG, CT nebo MR), je prognóza méně příznivá. (AMBLER, 2011)

U epileptiků chronické povahy se známkami organického mozkového poškození se mohou objevit i epileptické povahové a psychické změny, které se projevují psychickým zpomalením, sebestředností či ulpínavostí nebo různými psychopatickými projevy. (AMBLER, 2011)

## **1.2 Diagnostika epilepsie**

Hlavním úkolem je zjistit, zda se skutečně jedná o epileptický záchvat. Při diagnostice prvního epileptického záchvatu hrají důležitou roli anamnestické údaje, které zdravotníci mohou získat od svědků události (délka záchvatu, doba bezvědomí, křeče, schopnost komunikace, následná zmatenost, pomočení, co záchvatu předcházelo apod.). Zjišťujeme, zda se jedná o první epileptický záchvat, nebo zda se záchvat už dříve vyskytl. Během osobní anamnézy se snažíme dozvědět nejrůznější poškození, které se mohlo vyskytnout v období před narozením či během narození. Součástí farmakologické anamnézy se dotazujeme na abúzus alkoholu, drog či léků. (MORÁŇ, 2007)

Lékař by měl zjistit, co je důvodem epileptického záchvatu. Příčin může být mnoho, například: úraz hlavy s následujícím poranění mozku, infekce mozku, nejrůznější tumory, které způsobují útlak okolní tkáně. Příčina může být v perinatálním období (porodní traumata, hypoxie mozku nejrůznější malformace). Dále se může jednat o cévní anomálii či chronický abúzus alkoholu, který se často objevuje v odvykacím období, jde většinou o generalizované tonicko-klonické křeče.

Diagnostika prvního epileptického záchvatu vyžaduje vždy neurologické vyšetření, na rozdíl od již potvrzeného epileptického záchvatu, kdy je potřeba provést pouze akutní ošetření. (MORÁŇ, 2007)

Je důležité stanovit, zda se jedná o fokální či generalizovaný epileptický záchvat. Důležitou roli pro stanovení epileptického záchvatu je EEG (elektroencefalografie)

vyšetření, které by mělo být provedeno do 24 hodin po prvním epileptickém záchvatu, protože se tím zvýší záchyt z 34 % na 51 %. Je vhodné provést i EEG záznam po spánkové deprivaci, hyperventilaci či fotostimulaci, čímž se zvýší záchyt až na 61 %. (KRYJTOVÁ, MARUSIČ, 2010)

Dnes se často využívá video-EEG monitorování, kde se současně zaznamenává EEG a klinické projevy. I v případě, že byl EEG záznam negativní, nemusí být striktně u dospělých jedinců vyloučeno epileptické onemocnění. Další nedílnou součástí ke stanovení diagnózy je CT a MR. (KRYJTOVÁ, MARUSIČ, 2010)

### Elektroencefalografie (EEG)

EEG neboli elektroencefalografie je funkční vyšetřovací metoda. Jedná se o přístroj, který zaznamenává elektrickou aktivitu mozku, výsledkem vyšetření je graf tzv. elektroencefalogram. S pomocí tohoto přístroje lékař může odhalit místo vzniku epileptické aktivity v mozku. Jde o nebolestivé vyšetření. Pomocí elastické čepice jsou elektrody připevněny na hlavu. Elektrodami se zaznamená elektrická aktivita mozku, kterou EEG přístroj zesílí a zaznamená ve formě křivek. Není třeba mít oholenou hlavu. Vyšetření trvá 20-30 minut. (AMBLER, 2011), (NEUROLOGIE PRO PRAXI, 2010), (STEHLÍKOVÁ, MODRÁ, 2016)

### Počítačová tomografie (CT)

Patří mezi zobrazovací metody, kdy paprsek Roentgenova záření prochází hlavou pacienta, který je zachycen v přístroji, který dokáže pomocí počítače vykreslit vyšetřovaný obraz, prostřednictvím obrázku. Dokáže detekovat některé morfologické změny (krvácení, tumory, kalcifikace či některé kortikální malformace). (FERDA et al., 2009)

### Pozitronová emisní tomografie (PET)

Jedná se o funkční zobrazovací metodu, kdy je pacientovi nitrožilně podáno malé množství radioaktivní glukózy, která je vycytávána ve tkáních. Pomocí této metody lékař dokáže určit místo epileptického ložiska, kde je radioaktivní glukóza ve zvýšeném množství akumulována. (VOTRUBOVÁ et al., 2009)

## Jednofotonová výpočetní emisní tomografie (SPECT)

Tato metoda se v neurologii využívá ke stanovení epilepsie, onemocnění cév, demence a další. Pacientovi se aplikuje radioaktivní látka, která je zaznamenávána scintilační kamerou. (SEIDL, 2008)

Diagnózu epilepsie můžeme stanovit již po prvním epileptickém záchvatu. Při rozhodování, jakým směrem bude postupovat léčba, lékař posoudí rizika, zda se záchvaty mohou opakovat a porovnat dopad těchto záchvatů s rizikem nežádoucích účinků antiepileptik. Největší riziko, že se bude epileptický záchvat opakovat, bývá zhruba šest měsíců od prvního epileptického záchvatu. Během dvou let se záchvat opakuje u 40-50 % nemocných. Jako velice významný faktor, který způsobí pravděpodobnost rozvoje epilepsie, může být neurologická abnormalita, kde spadá například úraz v anamnéze, mentální retardace, ložiskový nález při zobrazovacích vyšetření. (KRIJTOVÁ, MARUSIČ, 2010)

### Spouštěcí mechanismy epilepsie

- Noční směny
- Blikající světla
- Náhlé vysazení antiepileptických léků
- Stres
- Hormonální změny (u žen menstruace)
- Těžká fyzická práce
- Únava... (ŠÁCHA, 2008).

## 1.3 Terapie

Správná diagnóza a přesná klasifikace je předpokladem úspěšné léčby epilepsie nebo epileptického syndromu. Při léčbě epilepsie je nutno dbát na užívání předepsaných léků a dodržovat vhodného způsobu životosprávy. Cílem léčby je odstranění epileptických

záchvatů nebo alespoň omezit počet záchvatů a jejich intenzitu. Vlivem moderní terapie je možné u 70 až 80 % pacientů dosáhnout dlouhodobého stavu bez záchvatů. Za vyléčeného se považuje člověk, který nedostal záchvat po dobu dvou let.

Druhy terapie:

- životospráva
- farmakoterapie
- chirurgická léčba

### **1.3.1 Životospráva a režimová opatření**

Epileptický záchvat se může vyskytnout kdekoliv, proto pacienti, u kterých začíná záchvat aurou, mohou adekvátním způsobem zareagovat. Například vzdálit se z nebezpečného místa, lehnout atd. Abychom předešli komplikacím a epileptickým záchvatům, doporučuje se dodržovat následná opatření.

Dbát na pravidelné užívání předepsaných léků, v pravidelných intervalech navštěvovat svého neurologa. Velice důležitým opatřením je dostatečný spánek v pravidelných intervalech, naopak vyvarovat se pospávání během dne, proto je nevhodné pracovat na noční směny, dále práce ve výškách nebo s běžícími stroji. Zákaz sloužit se zbraní (SLEZÁKOVÁ, 2014).

Lidé trpící tímto onemocněním by se měli vyhnout zejména dlouhodobému fyzickému a psychickému zatížení. Při začínajících epilepsiích se v prvních třech měsících nedoporučuje sport. Mezi vhodné sportovní aktivity můžeme zařadit například míčové hry. Mezi nevhodné sporty patří potápění, skok do vody, vodní sporty, cvičení ve výšce. Ze zimních sportů se nedoporučuje skákání na lyžích, rychlý sjezd. (SLEZÁKOVÁ, 2014)

Je vhodné vyvarovat se návštěvě diskoték vzhledem k blikajícimu osvětlení. Epileptický záchvat může vyvolat i prudký zvuk nebo při řešení složitých úloh. Doporučuje se sledovat televizi ve vzdálenosti nejméně 2,5 metrů v dobře osvětlené místnosti. Co se týče počítače, nehrát a nepracovat déle než 1 hodinu, zvláště při únavě, nevyspání a nalačno.

Michal Bar a kolektiv (2011) uvádí ve své literatuře absolutní zákaz požívání alkoholu, což je v rozporu s tvrzením Petry Stehlíková a kolektiv (2016), kde akceptovatelná dávka alkoholu u epileptika je maximálně 6 drinků za týden. Podrobněji se tato práce věnuje problematice alkoholu u epilepsie v kapitole č. 3.

Pacienti s epilepsií by se měli vyvarovat i nadměrnému příjmu tekutin v jakékoliv formě, protože příliš "zavodněný" mozek může snížit záchvatový práh a tím pádem vyvolat záchvat. Neznamená to ale snížit tekutiny pod standardní normu.

Co se týče řízení motorového vozidla, v ČR platí nařízení, že každé osobě, která prodělala alespoň jeden epileptický záchvat, má být řidičský průkaz odebrán. Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel upravuje Vyhláška č. 277/2004. Navrácení řidičského průkazu skupiny B může být člověku tehdy, zda je alespoň jeden rok bez záchvatů, s léčbou či bez léčby. Avšak konečné slovo má neurolog, zda hrozí riziko vzplanutí epileptického záchvatu, zároveň musí lékař posoudit, nakolik ovlivňují pozornost antiepileptika. Pacient trpící epilepsií by měl mít při sobě kartičku epileptika a léky – Diazepam rectal tube. (KOLLÁR, 2016), (AMBLER, 2011), (BAR et al., 2011), (ČECHOVÁ, KRATOCHVÍLOVÁ, 2009)

### 1.3.2 Farmakoterapie

Zahájení farmakologické léčby pomocí antiepileptik probíhá individuálně. Množství a druh antiepileptik ovlivňuje věk, typ záchvatu, etiologie a přidružené onemocnění. Nevhodně zvolené antiepileptikum může zhoršit frekvenci některých typů záchvatů. V případě, že si lékař na základě anamnestických údajů není jistý, že se skutečně jednalo o epileptický záchvat, o farmakologické léčbě neuvažuje. Ani po prvním proběhlém záchvatu není vhodné zahajovat léčbu, v případě existuje-li důvodné podezření na opakování záchvatu. (nález na EEG, MR či CT). Mezi faktory, které mají vliv na výběr antiepileptika, patří typ záchvatu, etiologie, dále možné vedlejší účinky, věk, pohlaví a cena léku. (BAR, ŠKOLOUDÍK et al., 2011), (AMBLER, 2011), (NOVOTNÁ et al., 2008)

Léčba začíná tzv. **monoterapií** (léčba jedním preparátem) – lékař naordinuje nízkou účinnou dávkou a dle potřeby dále navyšuje. V případě, že monoterapie nezabírá



anebo se vyskytly nežádoucí účinky, doporučuje se pokračovat v monoterapii, ale s jiným druhem léku, kdy se postupně vysadí první neúčinné antiepileptikum, jedná se tedy o tzv. **alternativní monoterapii**. Pokud i tato metoda selhala, je potřeba pacienta kompenzovat dvojkombinací vhodných antiepileptik. V případě, že nepomáhá i dvojkombinace, je potřeba zvážit, zda se nejedná o farmakorezistenci. Za farmakorezistentní epilepsii označujeme stav, kdy se po léčbě dvěma vhodnými antiepileptiky v dostatečné dávce nedosáhne bezzáchvatový stav nebo výrazné snížení frekvence záchvatů. V případě, že ani opakovaná monoterapie nezabírá, lékař přidává druhé, popřípadě třetí antiepileptikum do kombinace (**racionální polyterapie**). Doporučuje se užívat maximálně dvojkombinace. Délka trvání jedné monoterapie nebo kombinované terapie je individuální. Farmakoterapií se dosáhne úplného vymizení záchvatů nebo sníží záchvatů u většiny pacientů. (KUBA, 2012), (BAR, ŠKOLOUDÍK et al., 2011), (REKTOR, OŠLEJŠKOVÁ, 2010), (BRÁZDIL, 2009)

Volba alternativní monoterapie je vhodná v situacích, kdy selhala první monoterapie nebo byla špatně tolerována již při nízkých či průměrných dávkách a nedošlo ke snížení záchvatů. Dalším důvodem mohou být pacientky, které plánují těhotenství, a hrozí riziko z vyššího teratogenního účinku při polyterapii. (KRIJTOVÁ, MARUSIČ, 2011)

Polyterapie se volí v případě, že nedošlo ke kompenzaci dvěma či více antiepileptiky v monoterapii nebo je-li riziko zhoršení záchvatů při vysazení. (KRIJTOVÁ, MARUSIČ, 2011)

Prvním lékem při generalizovaném záchvatu se označuje kyselina valproová a její deriváty. Mezi vedlejší účinky se řadí gastrointestinální potíže, sedace, tremor, u těhotných žen vrozené vývojové vady. (AMBLER,2011)

Při parciálním záchvatu se volí lék carbamazepin. Prvotní dávka musí být vždy nízká. Podle sériových hladin se navyšuje. Mezi nežádoucí účinky patří exantém, ospalost, únava, rozmazané vidění, kardiální poruchy. (AMBLER,2011)

## **Rozdělení antiepileptik**

- Antiepileptika I. generace (např.: Phenaemal, Mysoline)

- vysoká toxicita

- nízká účinnost

- Antiepileptika II. generace: (např.: Carbamazepin)

- Antiepileptika III. generace: (např.: Zonisamid, Lakosamid)

- jsou účinnější, než předešlé preparáty

- mají mnohem menší množství nežádoucích účinků. (BAR, ŠKOLOUDÍK et al., 2011), (AMBLER, 2011), (KUBA, 2012), (MULTIMEDIÁLNÍ TRENAŽER PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATLESKÉ PÉČE, 2012), (REKTOR, STRÝČEK, 2015), (BRÁZDIL, 2009)

U antiepileptik I a II generace se vyšetřovala hladina antiepileptik v krvi. U antiepileptik III. generace se vyšetření hladiny neprovádí, pouze v případě, že pacient nespolupracuje či pacientka je gravidní, popřípadě při závažných onemocněních. Dle ILAE se vyšetření hladiny antiepileptik indikuje: (MORÁŇ, 2007)

- Při zahájení antiepileptické léčby

- Při projevech toxicity

- Při poruše metabolismu (jaterní a ledvinové onemocnění), (MORÁŇ, 2007).

Ukončení terapie je individuální a také by mělo probíhat postupně. Riziko znovuzplanutí záchvatu je vyšší u dospělých až o 30 % než u dětí. Čím déle farmakologická léčba trvala, tím pomalejší má být vysazování. Ukončení farmakologické léčby závisí na EEG vyšetření. Antiepileptická léčba trvá minimálně 2 roky od výskytu posledního záchvatu. V případě polyterapie dvěma či více antiepileptiky lze jeden preparát vysazovat 6 až 12 měsíců. Riziko znovuzplanutí při vysazování medikace je nejčastěji u dětských syndromů či epilepsie, která vznikla v adolescenci. (MORÁŇ, 2007)

### 1.3.3 Chirurgická léčba

Pacient podstoupí chirurgickou léčbu v případě, že selže medikamentózní léčba. Epileptochirurgické zákroky se dělí na dvě skupiny – výkony kurativní a výkony paliativní. Cílem kurativních zákroků je odstranění epileptického ložiska čili úplné odstranění epileptických záchvatů. Základním cílem paliativních zákroků je významné snížení počtu záchvatů či odstranění záchvatů pacienta nejvíce ohrožujících. Chirurgická léčba je vhodná pro pacienty, kteří splňují určitá kritéria. První z kritérií se uvádí farmakorezistence. Jako další důvod k operačnímu výkonu je ložisko v mozku, ze kterého vycházejí epileptické záchvaty, a pacient bude bez této části mozku schopen normálně žít a všechny funkce organismu budou nadále zachovány. Další, velmi významnou podmínkou, je motivace pacienta k tomuto postupu a zhodnocení jeho potenciální spolupráce.

#### Epileptochirurgické zákroky

Lze rozdělit do následujících skupin:

- **resekční zákroky** – Provádí se částečné odstranění mozku v místě, které vyvolávají epileptický záchvat. Nejčastěji se provádí resekce v temporálním (spánkovém) laloku. (KUBA, 2012)
- **hemisferektomie** – Provádí se u farmakorezistence nejčastěji v dětském věku, kdy je postižena celá mozková hemisféra. (KUBA, 2012)
- **kalosotomie** – Protěť corpus callosum patří mezi paliativní zákroky. Provádí se nejčastěji u generalizovaných atonických nebo tonických záchvatů. (KUBA, 2012)
- **stimulační metody**
  - Stimulace nervus vagus: Jedná se o paliativní operační výkon, kdy lékař provede implantaci generátor na levou stranu krku, který stimuluje bloudivý nerv. Tento zákrok nevyžaduje operaci mozku, provádí se u pacientů, kde není možné resekční operaci provést, nebo pokud se objevují epileptické záchvaty i po resekční operaci. (KUBA, 2012)

Hluboká mozková stimulace: Jedná se poměrně o novou metodu paliativní chirurgické metody. Nyní lze provést výkon, pomocí elektrod, které jsou zavedeny do struktur předního talamu. (KUBA, 2012)

#### **1.3.4 Ošetrovatelská péče po chirurgickém výkonu**

Hlavní ošetrovatelskou diagnózou v pooperačním období je bolest. Bolest hodnotíme dle stupnice VAS, která nás informuje o hranici snesitelnosti. V časném pooperačním období sledujeme a zaznamenáváme základní fyziologické funkce (TK, P, SpO<sub>2</sub>, reakci zornic, stav vědomí) každých 15 minut po dobu 2 hodin. Při stanovení bolesti informujeme lékaře, který v první řadě přistupuje k ordinaci opiátových analgetik. Např.: Dipidolor i.m. Aplikujeme ledové obklady na okolí operační rány, které bývá postiženo edémem, zajistíme vhodnou dietu (edém mandibulárního kloubu, snížená schopnost příjmu potravy), zajistíme klidné prostředí (eliminace hluku a světla). Po operaci edukujeme pacienta o vhodnosti klidového režimu, doporučuje se dechová rehabilitace a pasivní cvičení. Měli bychom předejít pooperačním komplikacím, jako je TEN či plicní embolie, včasnou mobilizací. Z počátku pacient cvičí na lůžku a následující den chodí i kratší vzdálenosti, popřípadě s dopomocí. V pooperačním období sledujeme invazivní vstupy a operační ránu, funkčnost katétru a provádíme pravidelné převazy, které jsou součástí pracovní náplně sestry. PŽK můžeme nechat nejdéle 72 hodin. Nesnažíme se odstraňovat krytí rány v první operační den, v případě prosakování překryjeme další vrstvou. Odstranění stehů se provádíme za 7 až 21 dní. Dále sledujeme sekret z drénu, jeho množství a charakter a také místo zavedení. Nedílnou součástí pooperační péče je sledovat vyprazdňování, do 6-8 hodin po operaci by se měl pacient vymočit. Do 3-4 dnů od operačního výkonu by měla odejít stolice. Zhodnotíme úroveň soběstačnosti a dle stavu pacienta dopomůžeme při hygienické péči. Sledujeme predilekční místa, aby se předešlo vzniku dekubitu. Jakmile odezní účinky anestezie, nastává postupná realimentace stravování, nejprve 0S (čajová) poté 0 (tekutá) a dále základní dieta pacienta, například 3 (racionální). Sestra zhodnotí soběstačnost pacienta podle Barthelové testu základních všedních činností a dle stavu pacienta, dopomůže s hygienickou péčí. Sestra kontroluje stav pokožky, provádí jemnou masáž a dostatečně promazává predilekční místa, podporuje nemocného ve zlepšení mobility a soběstačnosti. V případě, že pacient není schopen se sám přemístit na postel,

provádí polohování, v počátečních intervalech co 15-30 minut, později během dne co 2 hodiny a v noci po 3 hodinách. (KAŇOVSKÝ, HERZIG, 2007), (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013), (VYTEJČKOVÁ et al., 2015)

.

#### **1.4 Psychosociální podpora**

Psychosociální podpora slouží nejen pacientovi samotnému ale i jeho rodině, která přichází do kontaktu jednak s neurologem, ale i s psychologem či sociálním pracovníkem. V české republice je celkem pět center pro epilepsii, která splňují požadavky na personální, přístrojová a dispoziční vybavení. Každé epileptické centrum má k dispozici určitý počet sociálních pracovníků, kteří pomáhají pacientům při získání podpory ze systému sociální péče ohledně sociálních dávek, příspěvků či určitých výhod, výběru školy pro dítě trpící epilepsií a také zprostředkovává pracovní poradenství. (BRÁZDIL, 2009)

## 2 PRVNÍ POMOC PŘI EPILEPTICKÉM ZÁCHVATU

Stane-li se člověk svědkem epileptického záchvatu, je důležité zachovat klid. Z blízkého okolí člověka odstraníme veškeré předměty, které by byly důvodem jeho poranění. Jestliže to nepřipadá v úvahu (např.: předměty příliš velké, horké...), nemocného co nejšetrněji odsuneme z jejich přímého dosahu. Podložíme postiženému hlavu něčím měkkým a uvolníme oděv u krku. Nebráníme fyzicky klonické či tonické křeči, nerozevíráme násilím ústa a nic do nich nevkládáme, nepáčíme čelist atd. V případě, že člověk během záchvatu silně sliní, otočíme mu hlavu na stranu, aby se slinami neudusil. Dojde-li ke zvracení, otočíme nejen hlavu, ale i celé tělo na stranu. V případě že, člověk nedýchá, zahájíme kardiopulmonální resuscitaci a okamžitě voláme záchrannou službu. V případě přetrvávající poruchy vědomí uvedeme pacienta do stabilizované (zotavovací) polohy. Pootevřeme ústa, vyčistíme dutinu ústní, předsuneme dolní čelist – zabezpečíme volné dýchací cesty. Postiženého přikryjeme přikrývkou a dohlížíme na něj. (ŠINÁGLOVÁ, 2013), (BAR, ŠKOLOUDÍK, 2011)

V případě, že se u člověka dříve vyskytl epileptický záchvat a nedošlo při záchvatu ke zranění, není důvod k akutnímu lékařskému ošetření. U lidí, u kterých je záchvat první v jejich životě, je nutné provést transport do nemocnice. (MORÁŇ, 2007)

Pacienti, kteří mají před záchvaty tzv. auru, mohou využít speciální balení diazepamů s aplikátorem do konečníku (5 či 10 mg). Je k mání pod názvem Diazepam recta tube. Diazepam působí antikonvulzivně. Vydává se na předpis neurologa či praktického lékaře. (REKTOR, OŠLEJŠKOVÁ, 2010)

### 3 EPILEPSIE A ALKOHOL

Jak již bylo uvedeno, někteří autoři nepovažují konzumaci alkoholu za rizikové, ale převládá názor, že nutnost abstinence alkoholu při epilepsii je důležitá. U pacientů, kteří nadměrně pijí alkohol, je riziko vzniku epilepsie poměrně vyšší. U chronických alkoholiků se epileptické záchvaty vyskytují až 3krát častěji, než je výskyt epileptických záchvatů u běžné populace. Záchvat prodělá 4-7 % pacientů, kteří jsou závislí na alkoholu. Poměrně bezrizikové jsou pro vznik epileptického záchvatu množství přibližně 50 g, což odpovídá 2 drinkům. Člověk, který pije 51-100 g denně, se riziko epilepsie 3 krát zvyšuje. U dávek více jak 200 g za den se riziko zvyšuje až 15-20krát. Popíjení malého množství alkoholu není rizikovým faktorem pro zvýšení frekvence epileptických záchvatů. Rizikem je spíše akutní otrava alkoholem nebo náhle vysazení alkoholu. Epileptický záchvat nejčastěji vzniká při vysazení nebo snížení dávky alkoholu. U pacientů, kde byla uvedena příčina abúzus alkoholu, se záchvaty často objevují 7-48 hodin po posledním požití alkoholu. Nejčastěji se jedná o generalizované tonicko-klonické záchvaty. Přibližně u 31 % hospitalizovaných pacientů pro epileptické záchvaty se vyvine delirium tremens. První epileptický záchvat u chronických alkoholiků se často objeví po 10 letech od počátku alkoholizmu. U alkoholové epilepsie je možné stanovit tři stádia. (TYRLÍKOVÁ, 2013)

U alkoholové epilepsie se stanovují 3 stádia.

Stádium se objevuje u jedinců, kteří anamnesticky netrpí dlouhou dobu abúzem alkoholu. Výskyt záchvatu nastává po náhlém vysazení alkoholu. V období abstinence se epileptické záchvaty nevyskytují. Úplná zdrženlivost v pití alkoholu může způsobit vymizení epileptických záchvatů.

Stádium se vyskytuje u lidí obzvláště starších, kteří ve své anamnéze vykazují dlouhodobé pití alkoholu. Záchvaty se vyskytují i mimo náhlém vysazení alkoholu ale i mimo abstinenci.

Stádium epileptické záchvaty se vyskytují i u pacientů, kteří dlouhodobě abstinují. (TYRLÍKOVÁ, 2013)

## 4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S EPILEPSIÍ

Základní údaje o pacientovi

Identifikační údaje:

Tabulka 1: Základní údaje o pacientovi

<b>Jméno a příjmení:</b> M. P.	<b>Pohlaví:</b> žena
<b>Datum narození:</b> 1978	<b>Věk:</b> 39
<b>Adresa bydliště:</b> Olomouc	<b>Číslo pojišťovny:</b> 205
<b>Příbuzní, adresa příbuzných:</b> matka, Olomouc	<b>Zaměstnání:</b> nezaměstnaná
<b>Rodné číslo:</b> 780000/0000	<b>Státní příslušnost:</b> ČR
<b>Vzdělání:</b> střední odborné učiliště	<b>Datum přijetí:</b> 21. 2. 2016
<b>Stav:</b> svobodná	<b>Typ přijetí:</b> akutní
<b>Oddělení:</b> Neurologické oddělení	<b>Ošetřující lékař:</b> MUDr. R.D. Ph.D.
<b>Vstup:</b> stabilizace stavu	<b>Svéprávnost:</b> plná

Důvod přijetí udávaný pacientkou: „Dnes ráno jsem jela na kole do obchodu, chtěla si kolo zaparkovat, pak si nic nepamatuji, probrala jsme se až na neurologii.“

Medicínská diagnóza hlavní:

- Epilepsie s generalizovanými záchvaty s tonicko-klonickými křečemi

Medicínské diagnózy vedlejší:

- Otevřená rána levého kolena, chirurgicky ošetřená
- Otevřená rána na bradě, chirurgicky ošetřená



Hodnoty a údaje zjišťované dne: 21. 2. 2017

Tabulka 2: Posouzení celkového stavu

<b>Krevní tlak:</b> 138/85	<b>Výška:</b> 167 cm
<b>Puls:</b> 75/min	<b>Hmotnost:</b> 61 kg
<b>Dech:</b> 20/min	<b>BMI:</b> 21,9
<b>Tělesná teplota:</b> 36,7	<b>Pohyblivost:</b> bolest levého kolene při chůzi
<b>Stav vědomí:</b> při vědomí <b>GCS:</b> 15	<b>Orientace místem, časem, osobou:</b> plně orientována
<b>Řeč, jazyk:</b> srozumitelná, plynulá	<b>Krevní skupina:</b> A Rh +

Informační zdroje: lékařská dokumentace, ošetrovatelská dokumentace, rozhovor s pacientkou

#### 4.1 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

*Matka:* 60 let, zdravá

*Bratr:* 40 let, morbus darier

*Otec:* 65 let, sledován pro srdeční šelest

*Děti:* Nemá

Osobní anamnéza:

Překonaná onemocnění: běžné nemoci

Chronická onemocnění: neudává

Hospitalizace a operace:

- 2015 stav po apendektomie
- 2015 hospitalizována pro závislost na alkoholu

Úrazy: 2006 stav po zlomenině klíční kosti

Léková anamnéza:

Tabulka 3: Medikace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Keppra	Tableta	500 mg	1,5-0-1,5	Antiepileptika
Lamictal	Tableta	100 mg	1,5-0,1,5	Antiepileptika
Xarelto	Tableta	20 mg	1-0-0	Antikoagulancia
Pentomer retard	Tableta	400 mg	1-0-1	Vazodilatancia
Citalec	Tableta	20 mg	1-0-0	Antidepresiva
Moprilic	Tableta	20 mg	1-0-0	Antacida

Alergická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické léky: neguje

Jiné: neguj

*Abúzy:*

*Alkohol:* Posledních 6 let vypije zhruba 2 piva denně a 2-3 panáky tvrdého alkoholu

*Kouření:* kuřačka, vykouří 1 krabičku denně

*Káva:* 5-6 krát denně turecká káva

*Léky:* neguje

*Jiné návykové látky:* Od svých 20 let začala pravidelně po dobu 4 let kouřit marihuanu, poté na nějaký čas přestala. Nyní uvádí, že si příležitostně zakouří.

Gynekologická anamnéza:

Menarche: ve 12 letech

Poslední menstruace: 13. 1. 2017

Porody: 0

Potraty: 0

Poslední gynekologická prohlídka: před 3 roky

Samovyšetření prsu: neprovádí

Sociální anamnéza:

*Stav:* svobodná

*Bytové podmínky:* Bydlí doma sama

Vztah, role a interakce:

*V rodině:* Od svých 20 let nemá dobrý vztah se svými rodiči. Dříve se stýkala s určitým okruhem lidí, kteří kouřili marihuanu, a to byl důvod, proč marihuanu začala kouřit, chtěla to zkusit. Od jisté doby se s nimi neseťkává, jiné přátele nemá. Z rodiny je v kontaktu pouze s bratrem, ale bydlí daleko.

*Záliby:* Sleduje televizi, četba, surfování po internetu

Volnočasové aktivity: žádné neudává

Pracovní anamnéza:

*Vzdělání:* kadeřnice

*Pracovní zařazení:* momentálně nepracuje

*Čas působení zařazení:* často střídala zaměstnání, dříve prodavačka, uklízečka

*Ekonomické podmínky:* podpora v nezaměstnanosti

Spirituální anamnéza:

*Religiózní praktiky:* pacientka je ateistka

Shrnutí informací o pacientce

Pacientka dne 21. 2. 2017 jela na kole do obchodu, chtěla si kolo zaparkovat, pak si na nic nepamatuje, probrala se až na chirurgii, kde jí provedli suturu brady a levého kolene, pak si opět nic nepamatuje, probrala se na lůžku na neurologii. Cítí se zmatená, vyčerpaná, úzkostná. Udává, že dochází k psychologovi, na psychiatrii se nikde neléčí. Pro závislost na alkoholu byla léčena v roce 2015. Neurologickou ambulanci nenavštěvuje. Léky neužívá v pravidelných intervalech.

Posouzení současného stavu ze dne 21. 2. 2017

Popis fyzického stavu

Hlava a krk

Subjektivně: „Hlava mě bolí, ale bolest není zas tak velká, aby se nedala snést.“

Objektivně: Poklepově hlava nebolestivá, bolest tváře, kde je tržná rána brady vel. asi 3-4 cm, zornice izokorické, reagují na osvit, bez nystagmu, uši a nos bez výtoku, jazyk plazí středem, krk palpačně nebolí, bez známek poranění, bez hmatné krepitace a bez difigurace, hybnost všemi směry bez omezení

Hrudník a dýchací systém

Subjektivně: „*Nepocituji žádné potíže.*“

Objektivně: Symetrický, palpačně nebolestivý, bez známek poranění hrudní stěny, bez hmatné krepitace a bez podkožního emfyzému, dýchání sklípkové, čisté, akce pravidelná

Srdce a cévní systém

Subjektivně: „*Nepocituji výrazné potíže.*“

Objektivně: Bez cyanózy, srdeční rytmus je pravidelný 75/minutu, krevní tlak 138/85, dolní končetiny bez otoků, pulzace hmatná

Břicho a GIT

Subjektivně: „*Nic mě netrápí, pouze stres mi způsobí průjem.*“

Objektivně: Břicho měkké, bez hmatné rezistence, nebolestivé, stolice – momentálně má průjem

Vylučování a pohlavní ústrojí

Subjektivně: „*Nepocituji výrazné potíže.*“

Objektivně: bez patologického nálezu

Pohybový aparát

Subjektivně: „*Cítím se slabá a unavená.*“

Objektivně: Přes den spíše polehává

Nervový systém

Subjektivně: „*Cítím se unaveně.*“

Objektivně: Stoj bez poruchy, chůze bez poruchy, páteř pokleповě nebolestivá, reflexy s normální odpovědí, mimika symetrická bez porušení, dávkový reflex výbavný, sluch orientačně bez hypakusy.

Endokrinní systém

Subjektivně: „*Nepocítuji žádné potíže.*“

Objektivně: Štítná žláza nezvětšená

Imunitní systém

Subjektivně: „*Alergii nemám.*“

Objektivně: tělesná teplota v normě 36,7 °C, bez zvětšených uzlin

Kůže a její adnexa

Subjektivně: „*Mám suchou kůži.*“

Objektivně: Kůže je suchá

### **Posouzení psychického stavu**

Vědomí

Objektivní: GCS 15 bodů

Orientace

Objektivní: Pacientka je orientována v místě, čase a prostoru

<p>1. Podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uvědomování si zdraví</li> <li>• Management zdrav</li> </ul>	<p>Subjektivní: <i>„Přes den se dívám na televizi, nebo polehávám. V domácím prostředí hodně času věnuji sledování televize, surfování na internetu, hlavně před spaním, poté jsem druhý den unavená a jdu si přes den lehnout, piji kávu 5-6 krát za den, co se týče cigaret, vykouřím za den přibližně 1 krabičku.,,</i></p> <p>Objektivní:</p> <p>Pacientka přes den sleduje televizi nebo odpočívá v lůžku.</p> <p>Ošetrovatelský problém:</p> <p>Rizikové chování (časté sledování televize, internet, pospávání během dne)</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>2. Výživa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Příjem potravy</li> <li>• Trávení</li> <li>• Vstřebávání</li> <li>• Metabolismus</li> <li>• Hydratace</li> </ul>	<p>Subjektivní: <i>„Za den vypiji přibližně 1 litr vody, většinou minerálku, a každý den si dám zhruba dvě piva a 2-3 panáky tvrdého alkoholu, před rokem jsem se léčila na závislost na alkoholu, ale léčba mi nepomohla, kávu piji pouze turka, a to 5-6 krát za den, zde v nemocnici piji pouze vodu, káva ani čaj mi tu nechutná, ani chuť k jídlu tu nemám, stres z pobytu v nemocnici mi vždy způsobí průjem.“</i></p> <p>Objektivní: břicho měkké, bez hmatné</p>

	<p>rezistence, nebolestivé, stolice-momentálně má průjem,</p> <p>Výška 167 cm</p> <p>Hmotnost 61 kg</p> <p>BMI: 21,9</p> <p>Dieta č. 3 racionální</p> <p>pacientka vypije 1 litr minerální vody za den</p> <p>Ošetrovatelský problém:</p> <p>Nechutenství</p> <p>Riziko zhoršené funkce jater</p> <p>Riziko dehydratace</p> <p>Riziko abstinčního příznaku</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funkce močového systému</li> <li>• Funkce gastrointestinálního systému</li> <li>• Funkce kožního systému</li> <li>• Funkce dýchacího systému</li> </ul>	<p>Subjektivně: <i>„Momentálně mám strach a cítím se ve stresu, proto mě vždy v nemocnici trápí průjem. V domácím prostředí problém se stolicí nemám, pouze když mě trápí stres, co se týče kůže, mám ji poměrně hodně suchou.“</i></p> <p>Objektivní:</p> <p>Stolice řídká, za den 5krát</p> <p>Suchá kůže</p>



	<p>Ošetrovatelský problém:</p> <p>Průjem</p> <p>Snížený objem tekutin (dehydratace)</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spánek, odpočinek</li> <li>• Aktivita, cvičení</li> <li>• Rovnováha energie</li> <li>• Kardiovaskulární pulmonální reakce</li> <li>• Sebepéče</li> </ul>	<p>Subjektivně: <i>„Zde v nemocnici sleduji televizi nebo polehávám, protože cítím při chůzi bolest levého kolene v důsledku mého pádu. Doma hodně času trávím u televize, surfuji na internetu nebo si čtu dlouho do noci, druhý den jsem unavená, což je důvod mého pospávání přes den.“</i></p> <p>Objektivní: Pacientka přes den sleduje televizi nebo odpočívá v lůžku. Plně soběstačná.</p> <p>Ošetrovatelský problém:</p> <p>Únava</p> <p>Bolest levého kolene při chůzi</p> <p>Nespavost</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>5. Percepce/kognice</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pozornost</li> <li>• Orientace</li> </ul>	<p>Subjektivní: <i>„Nejsem moc komunikativní typ, jsem spíš introvert, o onemocnění epilepsie moc toho nevím, a nevím, co je pro mě důležité.“</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognice</li> <li>• Komunikace</li> </ul>	<p>Objektivní:</p> <p>Pacientka mluví tiše a pomalu, při komunikaci je málo sdílná, vzhledem k celodennímu sledování televize není dostatečně informována o režimu, který by měla jako epileptik dodržovat. Orientována všemi kvalitami, kognitivní funkce zachovány.</p> <p>Ošetrovatelský problém:</p> <p>Nedostatečná znalost režimového opatření epileptika</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>6. Sebepercepce</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sebepojetí</li> <li>• Sebeúcta</li> <li>• Obraz těla</li> </ul>	<p>Subjektivní: <i>„Nikoho nemám, jsem sama, nikdo mě nepochválí, za nic nestojím, to je také důvod, proč piji alkohol.,“</i></p> <p>Objektivní: Pacientka je uzavřená, moc nekomunikuje</p> <p>Ošetrovatelský problém:</p> <p>Beznaděj</p> <p>Cítí se osamocena</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>7. Vztahy mezi rolemi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Role pečovatelů</li> </ul>	<p>Subjektivně: <i>„Nejsem v kontaktu s rodinou, pouze s bratrem. Ani přátele už nemám. Dříve jsem měla mnoho přátel,</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rodinné vztahy</li> <li>• Plnění rolí</li> </ul>	<p><i>ale nebyli to opravdoví přátelé. Oni byli důvod, proč jsme začala kouřit marihuanu a izolovala se od své rodiny.,,</i></p> <p>Ošetrovatelský problém:</p> <p>Absence členů rodiny</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>8. Sexualita</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexuální funkce</li> <li>• Reprodukce</li> </ul>	<p>Subjektivně: <i>„Partnera nemám a nechci se k tomuto tématu vyjadřovat.,,</i></p> <p>Ošetrovatelský problém: žádný</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>9. Zvládání/tolerance zátěže</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posttraumatické reakce</li> <li>• Reakce na zvládání zátěže</li> <li>• Neurobehaviorální stres</li> </ul>	<p>Subjektivně: <i>„Zde v nemocnici jsem ve stresu, necítím se tu dobře, těším se domů. Doma mě občas trápí stres, a to proto, že se cítím sama a nikoho nemám, nemám si s kým popovídat, pouze s bratrem, ale ten bydlí daleko, moc často se nevidíme, jen si někdy zavoláme.,,</i></p> <p>Objektivně: Pacientka je uzavřená, moc nemluví</p> <p>Ošetrovatelský problém:</p> <p>Úzkost</p> <p>Cítí se opuštěná</p>

	Priorita: střední
<p>10. Životní principy</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hodnoty</li> <li>• Přesvědčení</li> <li>• Soulad hodnot/přesvědčení/jednání</li> </ul>	<p>Objektivně: Pacientka v této oblasti není sdílná</p> <p>Ošetrovatelský problém: žádný</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>11. Bezpečnost – ochrana</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infekce</li> <li>• Fyzické poškození</li> <li>• Násilí</li> <li>• Environmentální rizika</li> <li>• Obranné procesy</li> <li>• Termoregulace</li> </ul>	<p>Subjektivně: <i>„Byla mi zavedena kapačka do ruky.,,</i></p> <p>Objektivní: Pacientka má 1 den zavedenou PŽK.</p> <p>Ošetrovatelský problém:</p> <p>Riziko infekce</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>12. Komfort</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tělesný komfort</li> <li>• Komfort prostředí</li> <li>• Sociální komfort</li> </ul>	<p>Subjektivní: <i>„Momentálně mě silně bolí levé koleno, špatně se mi chodí, ale zvládnou chodit sama bez pomoci.,,</i></p> <p>Objektivní: Pacientka na stupnici 0-10 udává bolest č. 6. Lokalizace levé koleno. Bolest je tupá, zejména při pohybu.</p> <p>Měřicí technika:</p> <p>VAS (vizuální analogová škála bolesti) na stupnici 0-10</p>

	<p>Ošetrovatelský problém:</p> <p>Akutní bolest</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>13. Růst/vývoj</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Růst</li> <li>• Vývoj</li> </ul>	<p>Pacientka neuvádí žádné informace</p> <p>Ošetrovatelský problém: žádný</p> <p>Priorita: 0</p>

### Medicínský management

Ordinovaná vyšetření

EEG

Krevní obraz:

- Leukocyty  $4,9 \times 10^9$  l
- Erytrocyty  $3,9 \times 10^9$  l
- Hemoglobin 115g/l
- Hematokrit 0,340
- Trombocyty  $153 \times 10^9$  l

Biochemie:

ALT 0,67 ukat/l

AST 0,77 ukat/l

GGT 1,28 ukat/l

C-reaktivní protein 1

### **Konzervativní léčba**

Dieta: 3 – racionální

Pohybový režim: volný

Výživa: perorální

Medikamentózní léčba:

Per os:

- Keppra 500 mg
- Xarelto 20 mg
- Lamictal 100 mg

Infuzní terpaie:

500 ml 0,9 % NaCl + Novagin 500 mg + MgSO<sub>4</sub> 10% 2/den

Novalgin i.v 1-1-1 dlp

Chirurgická léčba: neindikována

## Situační analýza

Žena, 38 let, dne 21. 2. 2017 přijata na neurologické oddělení v Olomouci. Na oddělení byla přivezena z chirurgické ambulance kolem 10. hodiny ranní, pro opakovaný epileptický záchvat. Pacientce byla diagnostikována epilepsie s generalizovanými záchvaty tonicko-klonickými křečemi. Dne 22. 2. 2017 se pacientka jeví uzavřeně, komunikuje jen minimálně, cítí se unaveně. Stěžuje si na bolest levého kolena. VAS 5 v 10.15 hodin. Stěžuje si na problémy se spánkem, špatně usíná a v noci se často budí. Přes den sleduje televizi a pospává. Pacientka má 1 den zavedenou PŽK v levém předloktí, dle stupnice Maddona stupeň klasifikace je 0 (žádné bolesti ani reakce v okolí). Trpí průjemem z důvodu hospitalizace v nemocnici. Je plně soběstačná.

Identifikovatelné ošetrovatelské problémy:

Rizikové chování (časté sledování televize, internet, pospávání během dne)

Nechutenství

Riziko zhoršené funkce jater

Riziko dehydratace

Riziko abstinčního příznaku

Průjem

Únava

Nespavost

Bolest levého kolene při chůzi

Nedostatečná znalost režimového opatření epileptika

Beznaděj

Cítí se osamocena

Úzkost

Cítí se opuštěna – neschopnost zvládat zátěž v rodině

## **5 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH STANOVENÍ DLE PRIORIT**

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I. Taxonomie, II. dle NANDA INTERNATIONAL, 2015-2017. Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

### **5.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy:**

Akutní bolest (00132)

Nedostatečná znalost (00126)

Stresový syndrom z přemístění (00114)

Nespavost (00095)

Únava (00093)

Neefektivní management zdraví (00078)

Úzkost (00146)

Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002)

Riziko zhoršené funkce jater (00178)

Snížený objem tekutin (00027)

Průjem (00013)

Riziko infekce (00004)

Beznaděj (00124)



Narušená osobní identita (00121)

Zhoršený postoj (00238)

Zhoršená sociální interakce (00052)

V následujících podkapitolách budou zpracovány vybrané ošetřovatelské diagnózy

## **5.2 Ošetřovatelská diagnóza č. 1**

Akutní bolest (00132)

Doména č. 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 znak:** vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (např.: vizuální analogová škála bolesti) Pacientka udává bolest číslo 5 na stupnici 0-10.

**Související faktor:** Fyzikální původci zranění (pád na zem)

**Priorita:** střední

**Cíl krátkodobý:** Patientce se zmírní bolest do 2 hodin

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka je bez výrazných známek bolesti do 3 dnů

Očekávané výsledky:

Pacientka umí pospat charakter a intenzitu bolesti na hodnotící vizuální analogové škále bolesti na stupnici 0-10 do 1 hodiny

Pacientka při výskytu bolesti informuje všeobecnou sestru v případě objevení bolesti – do 1 hodiny

Pacientka dodržuje farmakologický režim dle ordinace lékaře – denně

Pacientka v noci klidně spí – do 3 dnů

Pacientka neudává klidovou bolest ani bolest při chůzi – do 3 dnů

Ošetrovatelské intervence:

Edukuj pacientku o numerologické škále bolesti na stupnici 0-10, všeobecná sestra do 30 minut

Posud' bolest ve spolupráci s pacientkou (lokalizaci, charakter, nástup, trvání, účinek analgetik a intenzitu dle stupnice VAS) zhoršující faktory, změny během dne zapiš do ošetrovatelské dokumentace-všeobecná sestra, během dne

Sleduj chování pacientky a jejích změn během hospitalizace – všeobecná sestra, průběžně

Edukuj pacientku o dalších nefarmakologických metodách, které pomohou snížit bolest (ledové obklady, omezit pohyb levého kolene) - všeobecná sestra, po celou dobu hospitalizace

Zhodnot' vliv bolesti na spánek a celkovou tělesnou a duševní pohodu-všeobecná sestra, 1 za den před usnutím

Podej analgetika dle ordinace lékaře, poté posud' účinek a zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra

Zjišťuj, zda důvod nespavosti není právě bolest – všeobecná sestra, každý den před spánkem

Edukuj pacientku o nevhodnosti pití kávy před spánkem – všeobecná sestra, 1 za den

Realizace:

22. 2. 2017

Posouzení bolesti ve spolupráci s pacientkou, sledování chování pacientky a jejích změn během hospitalizace, pacientka je edukována o možnosti nefarmakologického tišení bolesti, která má vliv na její snížení. Dotazují se na výskyt bolesti před spánkem, jsou podávána analgetika dle stavu pacientky a ordinace lékaře – všeobecná sestra, zápisy jsou prováděny v dokumentaci

Hodnocení:

Efekt: částečný

Pacientka chápe příčinu bolesti a je plně informována do 1 dne a ví, že v případě komplikací má vše sdělit všeobecné sestře. Uvádí ústup bolesti po podání analgetik z 5 na intenzitu 1 dle VAS v průběhu prvního dne hospitalizace, při chůzi bolest přetrvává v klidu bez bolesti. Pacientka zná metody snižující bolest do 1 dne. Pacientka aktivně spolupracuje při sledování intenzity bolesti.

Krátkodobý cíl byl splněn.

Dlouhodobý cíl splněn nebyl, je potřeba pokračovat v naplánovaných intervencích (1,3,4,5,6,7)

### **5.3 Ošetřovatelská diagnóza č. 2**

Nedostatečná znalost (00126)

Doména č. 5 Percepce/kognice

Třída 4. Kognice

**Definice:** Absence nebo nedostatek kognitivních informací souvisejících s konkrétním tématem

**Určující znak:** Nedostatečné znalosti (Pacientka uvádí, že nezná doporučení, která by měl epileptik dodržovat)

**Související faktor:** Nedostatek informací (pacientka tráví mnoho času u televize, počítače a poleháváním během dne)

**Priorita:** střední

**Dlouhodobý cíl:** Pacientka umí vyjmenovat do konce hospitalizace opatření, které by měl epileptik dodržovat, aby předešel zbytečným komplikacím

Očekávané výsledky:

Pacientka chápe informace týkající se její onemocnění, nemoci léčby a všemu dostatečně rozumí do konce hospitalizace

Pacientka se podřídí změnám na svém životním stylu do 1 měsíce

Pacienta vyjmenuje nejdůležitější opatření, které by měla zařadit do svého života do 1 dne

Pacientka zná důvod pravidelné návštěvy neurologické ambulance do 1 dne

Pacientka zná důvod pravidelného užívání antiepileptik do 30 minut

Ošetřovatelské intervence:

Zjistí úroveň znalostí pacientky s ohledem na to, v čem bude potřeba nemocného edukovat – všeobecná sestra, do 2 dnů

Edukuj pacientku o správné vzdálenosti při sledování televize a vyvarování se příliš častému sledování televize a počítače – všeobecná sestra, do 30 minut

Edukuj pacientku o nevhodnosti příliš častého spánku přes den a nedostatečného spánku přes noc – všeobecná sestra, do 30 minut

Edukuj pacientku o nevhodnosti pití alkoholu a jeho vlivu na epilepsii a další zdravotní komplikace – všeobecná sestra, do 1 dne

Edukuj pacientku o nutnosti pravidelného užívání antiepileptik – všeobecnou sestrou, do 1 dne

Edukuj pacientku o nutnosti pravidelné kontroly v neurologické ambulanci – všeobecná sestra, do 1 dne

Poskytni pacientce prostor pro zpětnou vazbu a ujisti se, zda všemu dostatečně rozuměla – všeobecná sestra, do 1 dne

Realizace:

Edukovala jsem pacientku o opatření, které by měla dodržovat vzhledem k jejímu onemocnění a provedla záznam do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra.

Hodnocení:

Dlouhodobý cíl: Zatím nebyl splněn. Dle potřeby přetrvávají veškeré naplánované intervence.

## **5.4 Ošetrovatelská diagnóza č. 3**

Nespavost (00095)

Doména č. 4 Aktivita/odpočinek

Třída: 1. Spánek/odpočinek

**Definice:** Narušení množství a kvality spánku poškozující fungování

**Určující znak:** Potíže s usínáním

Potíže se spaním

**Související faktory:**

Nevhodná spánková hygiena (v noci se často budí, polehává přes den, pije velké množství kávy)

Stresory (hospitalizace)

Priorita: střední

**Krátkodobý cíl:** Pacientka spí minimálně 7 hodin – od 2 dne hospitalizace

**Dlouhodobý cíl:** Pacientka se bude cítit plná energie – do konce hospitalizace

**Očekávané výsledky:**

U pacientky došlo ke zlepšení spánku a během noci se neprobudí – do 1 dne

Pacientka slovně odpoví na důvod narušeného spánku – do 1 dne

Pacientka usíná ve 22.00 hodin a spí minimálně 7 hodin denně – do 1 dne

Pacientka omezí pití kávy ve večerních hodinách – do konce hospitalizace

**Ošetřovatelské intervence:**

Informuj pacientku o zásadách správné hygieny a proved záznam do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra, dle potřeby

Edukuj pacientku o nevhodnosti pospávání během dne – všeobecná sestra, průběžně

Sleduj pacientku během dne a snaž se jí zapojit do denních aktivit – všeobecná sestra, za 1 den či dle potřeby

Monitoruj spánek pacientky a zapiš do ošetřovatelské dokumentace – všeobecnou sestrou, dle potřeby

Posud' konzumaci kávy před spaním a její vliv na usínání – všeobecná sestra, do 1 dne

Vyvětrej, zajisti klid a minimální osvětlení na pokoji ve večerních hodinách – všeobecná sestra, každý večer

Realizace:

Pacientka je edukována o spánkové hygieně a je proveden záznam do ošetřovatelské dokumentace – všeobecnou sestrou

Pacientčiny aktivity jsou přes den sledovány a zapsány do ošetřovatelské dokumentace – všeobecnou sestrou

Pacientka je edukována, o nevhodnosti pití kávy před spánkem a ve večerních hodinách – všeobecnou sestrou

Hodnocení:

Pacientka byla dostatečně informována o zásadách správné spánkové hygieny.

Krátkodobý cíl: nelze hodnotit, trvá

Dlouhodobý cíl: stále trvá

Dle potřeby přetrvávají veškeré naplánované intervence

## Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče

Hospitalizace (21. 2. 2017 do 24. 2. 2017) pacientky přispělo ke stabilizaci jejího zdravotního stavu a obohacením jejích nedostatečných znalostí z oblasti režimového opatření, s kterým i po opakované hospitalizaci v nemocnici nebyla dostatečně seznámena. Podle zpětné vazby od pacientky mohu říci, že byla dostatečně edukována o režimovém opatření, kterému dostatečně nerozuměla. Z počátku se pacientka zdála uzavřená, nekomunikativní ale během hospitalizace se její psychický stav stabilizoval.

Ošetrovatelský proces byl realizován podle modelu Marjory Gordon. Provedlo se posouzení zdravotního stavu pacientky, poté se stanovily ošetrovatelské diagnózy, naplánoval se ošetrovatelský plán, který byl uskutečněn zdravotnickým personálem. Realizace zdravotní péče proběhla dle plánu péče. Snaha zdravotnického personálu byla, aby se problémy se spánkem zmírnily.

Veškeré naplánované ošetrovatelské cíle byly splněny.

Celkovou péči lze hodnotit jako efektivní, pacientka spolupracovala. Během hospitalizace pacientky nedošlo k dalšímu epileptickému záchvatu.



## 6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s epilepsií bylo stanoveno doporučení pro pacientku po hospitalizaci:

- Pravidelně navštěvovat ambulanci svého neurologa
- Vyhledat centrum či sdružení zaměřující se na pacienty s epilepsií
- Dodržovat režimová opatření
  - vyhýbat se alkoholu
  - vyhýbat se kouření marihuany
  - chodit spát v pravidelných intervalech
  - omezit sledování televize a počítače
- Aktivní trávení volného času – procházky v přírodě, společnost – divadlo, kino

## ZÁVĚR

Epilepsie patří mezi závažná onemocnění. Ovlivňuje život pacienta téměř ve všech jeho oblastech omezuje pacienta jednak ve výběru jeho zaměstnání, tak i ve výběr volnočasových aktivit. V bakalářské práci bylo úmyslem nastínit problematiku tohoto onemocnění.

Cílem bakalářské práce v teoretické části bylo popsat epileptické záchvaty, shrnout možnosti léčby a diagnostické postupy a sepsat důležitá režimová opatření, na které by měl každý epileptik pamatovat, a hlavně je dodržovat. Cílem bakalářské praktické části bakalářské práce bylo zpracovat kazuistiku podle rozšířeného modelu funkčního zdraví podle Marjory Gordonové. U vybrané pacientky byly identifikovány ošetrovatelské diagnózy za použití NANDA taxonomie II. 2015-2017. Celkem bylo stanoveno šestnáct ošetrovatelských diagnóz, z nichž byly následně rozpracovány tyto tři: akutní bolest (00132), nedostačená znalost (00126), nespavost (00095).

Tato bakalářská práce může být využita jako zdroj informací pro zdravotnické pracovníky nebo studenty nelékařských oborů.

Stanovené cíle bakalářské práce byly splněny.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AMBLER, Zdeněk, 2011 *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-707-3.
- BAR, M a kol., 2011. *Speciální neurologie: pro studenty bakalářských oborů*. 1. vyd. Ostrava: Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. ISBN 978-80-7368-961-2.
- BRÁZDIL, Milan. 2009 Moderní racionální terapie epilepsie. *Neurologie pro praxi*, (10), 95-100. ISSN: 1213-1814.
- DOBEŠOVÁ, Jana a Vladimír KOMÁREK. 2008. Epileptické a neepileptické záchvaty v dospívání. *Neurologie pro praxi*. (9), 334-338. ISSN: 1213-1814.
- ELIÁŠOVÁ, Martina a Martin VOLDŘICH, 2009. Interní onemocnění - náhlé příhody v neurologii. *Sestra*. (19), 22. ISSN: 1210-0404.
- FERDA, J. a kol., 2009. *Multidetektorová výpočetní tomografie: technika vyšetření*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-608-3.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
- KRIJTKOVÁ, Hana a Petr MARUSIČ, 2010 První epileptický záchvat – diagnostický postup a indikace k zahájení terapie. *Neurologie pro praxi*. (11), 389-390. ISSN: 1213-1814.
- KUBA, Robert, 2012 Léčba farmakorezistentní epilepsie. *Praktické lékařství*. (8), 71-75. ISSN: 1801-2434
- KAŇOVSKÝ P. a kol., 2007. *Obecná neurologie, speciální neurologie*. Vydavatelství UP v Olomouci 2007 (vybrané kapitoly). ISBN 978-80-244-1663-2; ISBN 978-80-1664-9.
- MORÁŇ, Miroslav, 2007. *Praktická epileptologie*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-023-2.
- NOVOTNÁ, Irena. a kol, 2008. *EEG, epilepsie a diferenciální diagnostika poruch vědomí*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 978-80-7013-472-6.
- NANDA INTERNATIONAL, 2015-2017. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

OŠLEJŠKOVÁ, Hana a REKTOR Ivan, 2010. Stručná epileptologie pro praxi. *Neurologie pro praxi*, supplement. D. (4), 7-46. ISBN:978-80-87327-38-8.

REKTOR, Ivan a Ondřej STRÝČEK, 2011. Novinky ve farmakologické léčbě epilepsie. *Neurologie pro praxi*. (16), 70-72. ISSN: 1213-1814.

SEIDL, Zdeněk, 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2733-2.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4868-9.

STEHLÍKOVÁ, Petra a Eva Modrá, 2016. *Epilepsie: základní informace o epilepsii*. Vydání první. Praha: Společnost "E". ISBN 978-80-906432-1-5.

ŠINÁGLOVÁ, Zdeňka, 2013. *Ošetrovatelská péče v neurologii: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-249-4.

VOTRUBOVÁ, J. a kol., 2009. *Klinické PET a PET/CT*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-619-9.

VYTEJČKOVÁ, R. a kol., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3421-7.

*Antiepileptika* [online]. Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče (2012). [cit. 20. 11. 2016]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/terapie.aspx?tid=24>

*Co je to epilepsie?* [online]. Nemocnice na Homolce (2012). [cit. 2. 12. 2016]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/cs-CZ/oddeleni/specializovana-centra/centrum-pro-epilepsie/pro-pacienty/co-je-to-epilepsie.html>

ČECHOVÁ, Eva a Martina KRATOCHVÍLOVÁ, 2009. *Epilepsie. Sestra* [online]. Březen 2009, roč. 9, č. 3 [cit.11.11.2016]. ISSN: 2336-2987. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/epilepsie-415951>

KOLLÁR, Milan, 2016. *Životospráva a režimové opatrenia pri epilepsii* [online]. [cit. 18. 12. 2017]. Dostupné z: <https://www.zzz.sk/clanok/8666-zivotosprava-a-rezimove-opatrenia-pri-epilepsii>

LABONEK, Milan, 2010. *Neurosalvezza s.r.o Mudr. Milan Labonek neurologická ordinace a EEG laboratoř* [online]. [cit. 1. 2. 2017] Dostupné z: [http://neurosalvezza.webnode.cz/o-neurologickych-chorobach/epilepsie-padoucnice-/](http://neurosalvezza.webnode.cz/o-neurologickych-chorobach/epilepsie-padoucnice/)

ŠÁCHA, Pavel, 2008. *Celostnímedicina.cz Informační server o zdraví z pohledu celostní, přírodní, alternativní medicíny* [online]. [cit. 16. 2. 2017]. Dostupné z: <https://www.celostnimediceina.cz/epilepsie.htm>

ŠTEFÁNEK, Jiří, 2008. *Status epilepticu* [online]. [cit. 17. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/?q=status-epilepticus>

.

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem .....

v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne .....

.....  
Jméno a příjmení studenta