

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S EPILEPSIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARIE DVOŘÁKOVÁ

Praha 2018

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S EPILEPSIÍ

Bakalářská práce

MARIE DVOŘÁKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Stuchlíková

Praha 2018



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

DVOŘÁKOVÁ Marie
3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií

Nursing Care of Patients with Epilepsy

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolína Stuchlíková

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citovala 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 21. 3. 2018

Dvořáková Marie

ABSTRAKT

DVOŘÁKOVÁ, Marie. *Ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (BC). Vedoucí práce: PhDr. Karolína Stuchlíková. Praha. 2018. 78 s.

Téma této bakalářské práce je „Ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií.“ Teoretická část práce si klade za cíl shrnout dosavadní poznatky o tomto onemocnění. Zmiňuje epidemiologická data nemoci. Věnuje se rizikovým faktorům vzniku epilepsie, rozdělení, diagnostikou a léčbou. Práce zaznamenává, do jaké míry nemoc ovlivňuje život epileptiků a jak je o ně postaráno po sociální stránce. Jsou zde informace o sdruženích, která pomáhají nemocným se zařazením do normálního života. Teorie také zmiňuje specifika ošetrovatelské péče u lidí nemocných epilepsií. Praktická část práce prezentuje ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta s epilepsií. Ošetrovatelská péče je realizována metodou ošetrovatelského procesu. Na základě subjektivních a objektivních problémů pacienta byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle Nanda International. U ošetrovatelských diagnóz byly vytýčeny cíle a očekávané výsledky, byl vytvořen ošetrovatelský plán intervencí, popsána realizace a hodnocení. V závěrečné části práce jsou uvedena doporučení pro praxi určená všeobecným sestram, pacientům a jejich rodinným příslušníkům.

Klíčová slova

Epilepsie. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Pacient. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

DVOŘÁKOVÁ, Marie. *Nursing Care of Patients with Epilepsy*. Medical College. Degree: Bachelor (BC). Supervisor: PhDr. Karolína Stuchlíková. Prague. 2018. 78 pages.

The topic of this bachelor is „Nursing Care of patients with Epilepsy“. The theoretical part of the thesis aims to summarize the current knowledge of this disease. It mentions the epidemiological data of the disease. It describes the risk factors of epilepsy, types, diagnosis and treatment. The thesis records the extent to which the disease affects the life of epileptics and how it is taken care of from the social side. There is information about associations that help patients assimilate into normal life. The theoretical part also mentions the specifics of nursing care in people with epilepsy. The practical part presents the nursing proces in particular patient with epilepsy. Nursing care is implemented through the method of the nursing proces. On the basis of subjective and objective problems in patients, the nursing diagnoses according to Nanda Internationale were established. The nursing diagnoses set goals and expected results, a nursing plan of interventions was developer, application and evaluation were described. The final part of the thesis contains recommendations for procedures for general nurses, patients and their family members.

Keywords

Epilepsy. Nursing Care. Nursing process. Patient. General nurse.

PŘEDMLUVA

Epilepsie je druhým nejčastějším onemocněním mozku. Projevuje se výskytem spontánních a opakovaných záchvatů. Tyto záchvaty jsou vůlí neovlivnitelné a často přicházejí i s poruchou vědomí.

Téma epilepsie jsem si pro vytvoření ošetřovatelského procesu nezvolila náhodně. Několik roků jsem pracovala na neurologickém pracovišti, které tyto pacienty přijímalo velmi často. S některými jsme se setkala jen jednou, jiné záchranná služba přivázela opakovaně. Ve většině opakovaných případů se jednalo o nemocné s alkoholovou závislostí. Nelze žádného nemocného odsuzovat, že pije nadměrně alkoholické nápoje, protože nevíme, co ho v životě potkalo, a jaké tajemství ukrývá ve své třinácté komnatě.

V bakalářské práci mimo jiné, zmiňuji režimová opatření, která musejí nemocní dodržovat, pokud se chtějí vyvarovat dalšímu epileptickému záchvatu. Onemocnění sebou přináší také řadu omezení, která disciplinovaný člověk může zvládnout.

Práce je určena pro nelékařské zdravotní pracovníky, kteří nepracují v neurologickém oboru a mohou si touto bakalářskou prací rozšířit svoje znalosti.

Ráda bych touto cestou velmi poděkovala vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Karolíně Stuchlíkové, za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Obzvláště velké poděkování patří za osobní konzultaci ve Vsetíně.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD..... 9

1 EPILEPSIE 11

1.1 EPIDEMIOLOGICKÁ DATA EPILEPSIE 11

1.2 PROGNÓZA EPILEPSIE 12

1.3 RIZIKOVÉ FAKTORY EPILEPSIE 12

1.4 DĚLENÍ EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ 13

1.5 DIAGNOSTIKA EPILEPSIE **Chyba! Záložka není definována.**

1.6 LÉČBA EPILEPSIE 19

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ

S EPILEPSIÍ..... 23

2.1 AMBULANTNÍ PÉČE 23

2.2 NEMOCNIČNÍ PÉČE 23

2.3 DOMÁCÍ PÉČE 24

3 SOCIÁLNÍ PÉČE U PACIENTŮ S EPILEPSIÍ..... 25

3.1 PŘEDŠKOLNÍ A ŠKOLNÍ VĚK, ADOLESCENCE 25

3.2 ZAMĚSTNÁNÍ V DOSPĚLOSTI 26

3.3 SDRUŽENÍ POMÁHAJÍCÍ NEMOCNÝM 26

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES 28

4.1 FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU 28

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S EPILEPSIÍ ... 30

5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI 73

ZÁVĚR..... 75

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 76

SEZNAM PŘÍLOH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CT	počítačová tomografie
CNS	centrální nervová soustava
DK	dolní končetiny
EEG	elektroencefalografie
HK	horní končetiny
IJ	iktová jednotka
ILAE	mezinárodní liga proti epilepsii
i.v.	intravenózně
MR	magnetická resonance
NMR	nukleární magnetická resonance
PŽK	permanentní žilní katetr
SpO₂	saturace kyslíku

(VOKURKA a kol., 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Agitace	pohybový (motorický) neklid
Alterace	změna, poškození
Aura	stav často předcházející záchvatu
Automatizmy	stereotypní, stále se opakující bezcílné pohyby probíhající bez vědomé kontroly
Derealizace	pocit nereálnosti, cizoty okolního světa
Deja vecu	iluze prožitého
Dispenzarizace	aktivní preventivní vyhledávání
Epileptologie	obor zabývající se diagnostikou, léčbou a výzkumem epilepsie, součást neurologie
Fokální	ložiskový, lokální
Generalizovaný	rozšířený na celý organismus
Genetická predispozice	vrozený předpoklad
Hyperexcitabilita	zvýšená dráždivost
Hyperkalémie	zvýšená koncentrace draslíku v krvi
Iluze	falešný vjem, který neodpovídá skutečnosti
Kalosotomie	chirurgické přerušení spojení mezi pravou a levou mozkovou hemisférou
Konvulze	křeč (déle trvající bolestivé stahy)
Prodromy	příznaky ohlašující příchod nemoci
Propriocepce	schopnost nervového systému zaznamenávat změny vznikající ve svalech a uvnitř těla pohybem a svalovou činností
Pseudohalucinace	nepravá halucinace
Unciformní krize	záchvat provázený halucinacemi (obvykle čichovými nebo chuťovými)

(VOKURKA a kol., 2015)

ÚVOD

Pro tvorbu bakalářské práce bylo vybráno téma „Ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií.“ Toto neurologické onemocnění je jedním z nejstarších onemocnění vůbec a první zmínky o něm se datují do období kolem roku 4500 – 1500 let před n. l. I když tato choroba se léčí již tolik tisíc let, pořád lékaři přicházejí s novými poznatky. Je to dáno hlavně novými vyšetřovacími metodami, o kterých by se lékařům před třiceti lety mohlo jen zdát.

V teoretické části práce jsou zmíněna epidemiologická data onemocnění, rizikové faktory vzniku epilepsie, její prognóza a rozdělení epileptických záchvatů. Dále se práce věnuje diagnostice a léčbě epilepsie. V léčbě je nejdříve využívána změna životosprávy, poté konzervativní léčba a v poslední řadě chirurgická léčba. Ta je využívána u farmakorezistentních epileptiků, bohužel ne všichni jsou k chirurgické léčbě indikováni. Teoretická část práce také zmiňuje specifika ošetrovatelské péče a to jak ambulantní, nemocniční, tak i domácí. Je tu zmíněna i sociální péče o nemocné v České republice.

V praktické části je zpracován ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta, který prodělal 3 epileptické záchvaty. Po prostudování dostupné literatury bylo navrženo doporučení pro praxi.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zpracovat teoretické poznatky o epilepsii z odborné literatury základě vypracované odborné rešerše.

Cíl 2: Uvést specifika ošetrovatelské péče u pacientů s epilepsií z odborné literatury na základě provedené odborné rešerše.

Cíl 3: Poukázat na sociální péči poskytované v ČR.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zpracovat ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií.

Cíl 2: Navrhnout doporučení pro praxi.

Vstupní literatura:

BRÁZDIL, Milan, Jan HADAČ a Petr MARUSIČ. 2011. *Farmakorezistentní epilepsie*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. V Praze: Triton. ISBN 978- 80- 7387- 495-7.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 4. dopl. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. IBSN 978-80-905728-1-2.

SEIDL, Zdeněk. 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2.,přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. IBSN:978-80-247-5247-1.

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

Popis rešeršní strategie

O literární rešerši bylo požádáno u paní Mgr. Turečkové, v knihovně Vysoké školy zdravotnické o. p. s. v Praze. Klíčová slova byla epilepsie, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces, pacient a všeobecná sestra. Časově byla omezena od roku 2008 po současnost, s jazykovým zaměřením pro češtinu, slovenštinu a angličtinu. Základní prameny byly katalog Národní Lékařské knihovny, databáze kvalifikačních prací, Jednotná informační brána, Souhrnný katalog ČR a Discovery systém Summon. Rešerše zahrnuje celkem 42 záznamů a to 3 vysokoškolské práce, 16 knih a 23 článků či sborníků

K tvorbě bakalářské práce bylo využito celkem 19 knižních zdrojů, 10 internetových zdrojů, jedna bakalářské práce a 2 zdroje byly anglickém jazyce.

1 EPILEPSIE

Epilepsie je chronické onemocnění mozku, které se projevuje opakovanými záchvaty různého klinického obrazu. Tyto stavy začínají náhle, jsou vůlí neovlivnitelné. Projevují se změnou chování a jednání nemocného, často jsou spojeny s poruchou vědomí. Změny se mohou projevovat i v oblasti senzomotoriky a autonomních funkcí. Základním patologickým mechanismem je epileptické ložisko, ve kterém se nacházejí poškozené neurony. K poškození mozkových buněk dochází různými způsoby, například zánětlivým procesem, mozkovým nádorem, poraněním, při iktu. Některé poruchy vznikají již prenatálně, jiné v průběhu porodu, nebo postnatálně. Také v dětství, dospívání či ve stáří může dojít ke vzniku epileptických ložisek v mozku. Z toho vyplývá, že epilepsie je onemocnění, které může postihnout všechny věkové skupiny. Epileptickým záchvatem může reagovat i zdravý mozek po předchozí stimulaci (SEIDL, 2015).

Epileptická ložiska způsobují nekontrolovatelný elektrický výboj v šedé hmotě mozkové. Dochází k poruše mozkové aktivity. *Záchvat trvá několik sekund, minut někdy i hodin. Nemocný po odeznění záchvatu může být zcela bez potíží* (AMBLER 2011, s. 189).

Epilepsie sebou kromě záchvatů přináší i další přidružené zdravotní problémy. Nejčastěji se jedná o kognitivní poruchy. Jsou to poruchy učení a komunikace, poruchy pozornosti. Pacienti také často trpí depresemi a úzkostnými poruchami (AMBLER, 2011).

1.1 EPIDEMIOLOGICKÁ DATA EPILEPSIE

Epilepsie je druhé nejčastější onemocnění nervového systému, vyskytuje se na celém světě. Je to onemocnění, které může postihnout kteréhokoliv jedince (SEIDL, 2015).

Literární zdroje uvádějí, že alespoň jeden záchvat v životě proběhne asi u 5 % populace. Přitom opakovanými epileptickými záchvaty trpí asi 0,5 % dospělých lidí. Na celém světě je postiženo tímto onemocněním asi 50 milionů nemocných. Měsíčník Českého statistického úřadu v roce 2017 uvedl, že v naší republice žije asi 76 000 lidí s aktivní epilepsií, z toho farmakorezistentních pacientů je 20–30 000. U těchto nemocných se objevuje i řada psychických problémů v podobě úzkosti, deprese,

epileptické demence a jiné. Péče o tyto pacienty představuje nejenom zdravotnický problém, ale i sociální. Ekonomické zatížení je značné. Spousta pacientů vyžaduje opakované hospitalizace, někdy je nutno přistoupit k trvalé ústavní péči. V měsíčníku Českého statistického úřadu bylo otištěno, že v roce 2015 zdravotní pojišťovny vydaly na léčbu neurologických onemocnění celkově 8,5 mld. Kč (BRÁZDIL a kol., 2011), (STATISTIKA A MY ©, 2017).

1.2 PROGNOZA EPILEPSIE

Obecně platí, že čím dříve onemocnění propukne, a čím déle trvá výskyt záchvatů, tím větší může být jejich dopad na snížení kvality kognitivních schopností nebo popřípadě osobnostní změny pacienta (BRÁZDIL a kol., 2011, s. 142).

Farmakologickou léčbou se daří kompenzovat až 90 % nemocných, zbylých 10 % jsou nemocní, kteří jsou alespoň částečně rezistentní k farmakologické léčbě. Šest let po diagnostice epilepsie má ojedinělý záchvat pouze 40 % nemocných, po 20 letech léčby je to už 75 % nemocných. Pokud nemocným nepomáhá změna životosprávy s kombinovanou farmakologickou léčbou je navrhovaná léčba chirurgická (10 % populace nemocných), (BRÁZDIL a kol., 2011).

1.3 RIZIKOVÉ FAKTORY EPILEPSIE

Epileptická ohniska v mozku mohou být dlouhou dobu klinicky němá. Pak přichází vyvolávající podnět a nemoc se projeví. Podnětem může být nevyspaní, horečka, blikavé světlo na diskotéce. Pití alkoholu a užívání drog také často vyvolá epileptický záchvat. Nezanedbatelným rizikovým faktorem je také dědičná dispozice. Záchvatová pohotovost se zvyšuje u žen v období menstruace a v těhotenství. (BRÁZDIL, 2012), (SEIDL, 2015).

Hyperexcitabilitu nervové tkáně může zvyšovat také řada difuzně působících faktorů: hyperpyrexie, hypoxie, hyperhydratace, hypoglykémie, alkalóza, hypokalcémie, nedostatek pyridoxinu či fenylalaninu a jiné (BRÁZDIL, 2012, s. 101).

Intrakraniální krvácení nebo impresivní fraktury kalvy vedou ke vzniku posttraumatické epilepsie, která se může projevit s odstupem až 2let (SEIDL, 2015).

1.4 DĚLENÍ EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ

Rozdělení epileptických záchvatů mohou provádět lékaři z několika různých hledisek. Klasifikovat lze například podle popisu klinických projevů, podle anatomické klasifikace, nebo dle mezinárodní klasifikace (BRÁZDIL a kol., 2011).

ROZDĚLENÍ DLE ETIOLOGIE

Dle etiologie jsou záchvaty rozděleny na **primární, sekundární a kryptogenní**. **Primární záchvaty** se nejčastěji projeví v dětském věku, nejpozději v dospívání. Mozková tkáň těchto nemocných neprokazuje možné odchylky. Lékaři předpokládají, že za vznikem primárních epileptických záchvatů stojí genetická predispozice. I některá jiná onemocnění mozku se mohou projevit jako epileptický záchvat. Z patologického hlediska jsou označovány jako **sekundární**. Mohou se tak například projevovat nádory a záněty CNS, různá traumata (i poporodní) nebo krvácení. U tohoto druhu epilepsie lze diagnostikovat mozkovou lézi. Pokud nelze jednoznačně prokázat sekundární příčiny vzniku epilepsie hovoří se o **kryptogenní** epilepsii (BRÁZDIL a kol., 2011), (BRÁZDIL, 2012).

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ – ILAE

Tato mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů vznikla již v roce 1981 a je stále používaná. Záchvaty jsou v ní rozděleny na parciální, primárně generalizované a neklasifikovatelné. Neklasifikovatelné zahrnují všechny ostatní záchvaty, které nelze jinak zařadit. Hlavním důvodem je nedostatek informací o průběhu záchvatu (BRÁZDIL, a kol., 2011), (BRÁZDIL, 2012).

Parciální záchvaty se vyskytují až u 60 % případů. Vznikají většinou v mozkové kůře, ve spánkovém či čelním laloku. Může, ale také nemusí u nich dojít k poruše vědomí. Rozlišujeme tři základní typy parciálních záchvatů:

Prvním typem jsou **parciální záchvaty s elementární symptomatologií**. Do této skupiny jsou zařazeny záchvaty, při nichž dochází k různým projevům (motorickým, senzorickým, autonomním, nebo psychickým). Mezi motorické projevy patří toniccko-klonické a myoklonické křeče. Nemocný je v záchvatu orientovaný, odpovídá adekvátně a není narušena jeho pozornost. Někdy dochází ke stáčení očí, hlavy nebo celého těla na jednu stranu. Může být porušena řeč. Po prodělaném záchvatu může nastat tzv. Toddova paréza, která odezní během 2–24 hodin (BRÁZDIL, 2012).

Záchvaty se sensorickými příznaky vznikají drážděním korových smyslových analyzátorů a mají projevy: zrakové, čichové, sluchové, chuťové nebo vestibulární. Působí příslušné pseudohalucinace nebo iluze. Některé příznaky jsou nemocnými popisovány jako pocity píchání, brnění, necitlivosti či mravenčení. Občas pacient udává i poruchu prostorového vnímání a propriocepce. Další příznaky jsou autonomní, které se projevují změnou frekvence srdce a dechu, pocením, může „naskočit husí kůže“, zčervenáním obličeje nebo nauzeou. Mohou se dostavit bolesti na hrudi, bolesti břicha nebo hlavy. Záchvaty s psychickými projevy zahrnují stavy, kdy se pacienti cítí mimořádně dobře, zažívají tzv. déja vecu nebo naopak derealizaci. Záchvaty ovlivňují úsudek, hodnocení reality, narušují vnímání, pozornost i paměť. Dostavují se poruchy kognitivních funkcí a halucinace, také deliria různých typů (SEIDL, 2015).

Druhým typem parciálních záchvatů jsou **záchvaty s komplexní symptomatologií**. Jejich klinický obraz je velmi pestrý. Začíná aurou, jejíž charakter odpovídá místu poškozených neuronů v mozku. Předzvěští mohou být různé halucinace nebo pseudohalucinace, například čichové, chuťové (unciformní krize), zrakové, sluchové, somatické (nepříjemné pocity stoupající do hrudi a krku), trvající jen několik vteřin. Také fatická porucha nebo iluze mohou být aurou. Seidl (2015) uvádí, že při vlastním záchvatu je nemocný pohledem nepřítomný, je zmatený a navykle provádí automatizmy nebo motorické projevy. Může například mlaskat, žvýkat, mnout si ruce, prohledávat vlastní kapsy nebo může provádět zapínání a rozepínání knoflíků. Pacientův obličej může vyjadřovat různé emoce – úzkost, strach ale i smích. Kdykoliv v průběhu záchvatu nastává porucha vědomí (kvalitativní i kvantitativní), po záchvatu má nemocný amnézii (BRÁZDIL a kol., 2011).

Třetí typ **parciálního záchvatu** jsou záchvaty **sekundárně generalizované**. Začínají jako parciální a mohou se rozšířit a sekundárně generalizovat. Mají několik fází, z nichž některá může chybět. První fází mohou být prodromy. Předcházejí záchvat i několik dní, nemocný i jeho okolí sledují změny chování projevující se poruchami spánku, chování, nálady. Pak může nemocného upozornit na záchvat aura. Poté probíhá vlastní záchvat s motorickými automatizmy a poruchou vědomí, po níž následuje amnézie. Po záchvatu nastává fáze spojená s únavou, bolestmi hlavy, spánkem, pocity zmatenosti a agresivity (BRÁZDIL a kol., 2011), (SEIDL, 2015).

Při **primárně generalizovaných záchvatech** dochází k zapojení obou mozkových hemisfér už v samém počátku záchvatu. Mohou být s křečemi nebo bez křečí.

Vědomí je porušeno a aura se nedostavuje. Mezi generalizované záchvaty patří **absence**, **myoklonické záchvaty**, **tonické záchvaty**, **klonické**, **atomické a tonické-klonické záchvaty** (BRÁZDIL, 2012), (SEIDL, 2015).

Absence se nejvíce vyskytují u dětí. Je to takové zahledění – prázdný strnulý pohled, někdy dochází ke stočením očních bulbů směrem vzhůru. Na malý okamžik přestane pacient vnímat svět, ustane ve všech aktivitách. Po skončení záchvatu, který může trvat méně než půl minuty, pokračuje ve svých činnostech. Na záchvat si nepamatuje, nereaguje v něm na okolí. Četnost těchto záchvatů může být až několik desítek denně. Absence se rozdělují do více skupin dle příznaků: s poruchou vědomí, s mírnou klonickou složkou, atomickou složkou, tonickou složkou a další (AMBLER, 2011), (BRÁZDIL a kol., 2011).

Myoklonické záchvaty jsou charakterizovány rychlými svalovými záškuby bez ztráty vědomí. Mohou trvat krátce. Patří ke klinickému obrazu řady neurologických onemocnění jako je například virová encefalitida, anoxie, Creutzfeldova-Jakobova choroba a jiné (BRÁZDIL a kol., 2011).

Tonické záchvaty se projevují jako spazmy trupového a lícového svalstva při současné flexi HK a extenzi DK. Jsou časté u dětí. Bývají příčinou pádů, při nichž dochází často ke zranění hlavy. Během tonických křečí nemůže pacient dýchat, je cyanotický. Po ochabnutí svalstva, často dochází i k uvolnění svěračů, kdy se pacient pomocí či pokálí. Od začátku záchvatu nastupuje i hluboká porucha vědomí (BRÁZDIL a kol., 2011).

Klonické záchvaty jsou definovány jako série opakujících se klonických křečí svalstva i bránice, mezi kterými nastává krátké svalové uvolnění. Bývá přítomna porucha vědomí. Záchvaty jsou typické v dětském věku jako febrilní křeče (BRÁZDIL a kol., 2011).

Atonické záchvaty se projevují náhlým poklesem nebo úplnou ztrátou svalového napětí, následným podklesnutím a pádem. Záchvaty přicházejí bez varování a je u nich vysoké riziko zranění. Bývá přítomna i různě dlouhá porucha vědomí (SEIDL, 2015).

Tonicko-klonické záchvaty byly dříve označovány jako „grand mal“. Je pro ně charakteristický dosti dramatický průběh, který může na sebe upozornit aurou. Pacient se náhle, s výkřikem sesune k zemi. Následuje tonická křeč, která postihuje všechno svalstvo a trvá obvykle asi půl minuty. Pacient je cyanotický v obličeji a sliní. Pak

následuje krátká relaxace a znovu tonická fáze. Období relaxace je stále častější, pak následuje klonická fáze záchvatu. Pacientovi stoupá krevní tlak i srdeční frekvence. Na konec záchvatu dochází k celkovému ochabnutí svalstva a uvolnění svěračů. Pacient je velmi vyčerpán a usíná. Vědomí nabývá asi za 10–15 minut a bývá zmatený. Na průběh záchvatu má amnézii. Únava a zmatenost může přetrvávat několik hodin i dnů. Nemocný si může při záchvatu pokousat jazyk, bolí ho hlava, může být pomočen či pokálen. Celková délka trvání tohoto záchvatu je uváděna 1–2 minuty (AMBLER, 2011), (BRÁZDIL a kol., 2011).

EPILEPTICKÝ STATUS

Epileptický status se může vztahovat na všechny předchozí záchvaty. U pacienta dochází ke kumulaci záchvatů, které trvají minimálně 30 minut. Mezi jednotlivými záchvaty nenabude nemocný vědomí. Tento stav hrozí poškozením centrálního nervového systému, rozvratem acidobazické rovnováhy, aspirací, plicními komplikacemi i smrtí. Status epilepticus je život ohrožující stav, který si vyžaduje urgentní léčbu za hospitalizace. Literární zdroje uvádějí, že smrtí končí 5–10 % pacientů (ALFRÉD T FRONTERA©, 2015), (BRÁZDIL, 2012).

1.5 DIAGNOSTIKA EPILEPSIE

Každý pacient s epileptickým záchvatem musí být pečlivě vyšetřen neurologem-epileptologem. Ten každý záchvat přesně posuzuje a pojmenovává. Ke správné diagnostice mu pomáhají anamnestická data. Pro diagnostiku jsou velmi cenné informace od očitých svědků záchvatu, popřípadě video záznam (BRÁZDIL a kol., 2011).

ANAMNÉZA

Odběr anamnézy provádí lékaři velmi pečlivě. V rámci **rodinné anamnézy** je třeba zjistit výskyt záchvatových stavů a poruch vědomí, kvůli zhodnocení možnosti genetické zátěže v rodině i v širším příbuzenstvu. V případě zjištění výskytu se lékař detailně zajímá o charakter a frekvenci záchvatů i jiná přidružená onemocnění příbuzného. Také se zjišťuje přítomnost migrén, febrilních křečí nebo například psychiatrických onemocnění (BRÁZDIL a kol., 2011).

V rámci **osobní anamnézy** se lékař vyptává na průběh těhotenství a porodu. Další informace jsou z oblasti prodělaných onemocnění (příušnice, těžká chřipka s vysokými horečkami a bolestmi hlavy, meningoencefalitidy), úrazy hlavy. U starších pacientů se

pátrá po možných cévních mozkových příhodách, operacích mozku nebo opakovaných narkózách. U žen se zjišťuje podrobná **gynekologická anamnéza** (počátek menarche, její pravidelnost, porody, potraty, gynekologické operace, antikoncepce, klimakterium), a u mužů je třeba vyloučit výskyt obtíží v sexuální oblasti (BRÁZDIL a kol., 2011).

Lékař také mapuje **sociální** situaci pacienta. Jeho vzdělání, zaměstnání (směny, práce v noci), bydlení, rodinný stav. Vztah k záchvatům má také užívání **návykových látek** (alkoholu, drog, léků). Nezbytnou součástí anamnézy je **alergická anamnéza**. Lékař také získává informace o předchozí **farmakoterapii**. Cíleně se ptá na benzodiazepiny, barbituráty, neuroleptika či antidepresiva. Pozornost je věnována výskytu nežádoucích účinků u těchto lékových skupin (BRÁZDIL a kol., 2011).

Dotazem na **nynější onemocnění** zjišťuje lékař veškeré zdravotní potíže a události, které mohly vést k záchvatu. Popis vlastního záchvatu jen těžko může pacient sám podat, je nutné vyzpovídat očitě svědky (délka záchvatu, způsob nabytí vědomí, a jiné), (BRÁZDIL, 2012).

OBJEKTIVNÍ NEUROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Neurologické vyšetření vede v rámci diferenciální diagnostiky k vyloučení či potvrzení neurologického onemocnění. Lékař se zpočátku soustředí na celkový psychický stav pacienta, jeho úroveň orientace, řeč a mentální funkce (pozornost, paměť). Podrobně vyšetřuje vestibulo-cerebelární systém, pozornost věnuje kožním defektům. Pokud byl pacient v bezvědomí, je třeba provést interní a kardiologické vyšetření (BRÁZDIL a kol., 2011).

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Základní biochemické vyšetření slouží ke zhodnocení hladin iontů, funkce jater a ledvin. Dále hematologické vyšetření, toxikologický screening, který může objasnit příčinu záchvatu. Mezi další laboratorní metody sloužící k diagnostice epilepsie řadíme endokrinologické, likvorologické vyšetření, metabolické, imunologické a genetické vyšetření. Po zahájení léčby, se provádí monitorace hladiny antiepileptik v krevním séru (FIKSA, 2016), (BRÁZDIL a kol., 2011).

ELEKTROENCEFALOGRAFIE (EEG)

Záznam EEG se používá pro zhodnocení patologické odchylky u epileptických záchvatů, je také indikován v řadě psychiatrických potíží. Je to funkční neinvazivní

metoda. Pomocí elektrod umístěných na povrchu hlavy je snímána elektrická aktivita mozku. Metoda slouží k vyloučení či potvrzení konvulzního záchvatu. Záznam EEG je využíván nejen k diagnostice, ale i k posouzení úspěšnosti léčby (u antiepileptik třetí generace). Záznam u epileptiků se může projevit bez abnormalit. Z toho důvodu se často využívají aktivační metody (hyperventilace, spánková deprivace, fotostimulace). Moderní metodou je dlouhodobé video-EEG monitorování. Jeho výhoda spočívá v tom, že zaznamenává současně EEG a klinické projevy záchvatu. Video monitoring se provádí standardně před plánovanou operací. U nejasných záchvatů nebo u farmakoresistentní epilepsie se záznam EEG může provádět semiinvazivně nebo invazivně. Tato vyšetření jsou prováděny pouze v přísně indikovaných případech ve specializovaných epileptochirurgických centrech (BRÁZDIL a kol., 2011), (ORTEL a kol., 2017).

ZOBRAZOVACÍ METODY

Zobrazovací technikou první volby je **magnetická resonance (MRI)**. Přináší jednoznačně nejpodrobnější zobrazení měkkých tkání mozku. V případě nejasného nálezu, je aplikována intravenózně nebo orálně kontrastní látka s obsahem gadolinia. Absolutní kontraindikací pro vyšetření MRI jsou nekompatibilní kardiostimulátory, neurostimulátory, kochleární implantáty, kovové střeptiny v očnici. Také některé starší osteosyntetické materiály (šrouby, dlahy, dráty), cévní svorky či rozsáhlá tetování mohou znamenat také problém (ORTEL a kol., 2017), (CENDES et al., 2016).

K vyloučení specifických morfologických změn (tumory, krvácení, kalcifikace) u větších dětí a dospělých je využíváno **počítačové tomografie (CT)**, které je také přínosné v akutních situacích. Provádí se vždy před plánovanou lumbální punkcí (likvorologické vyšetření). Mezi zobrazovací metody, zachycující funkční stav jednotlivých částí mozku s využitím radiofarmak, se řadí: **jednofotonová emisní tomografie (SPECT)**, **pozitronová emisní tomografie (PET) nebo funkční magnetická rezonance (fMRI)**. Těchto zobrazovacích metod je využíváno, pokud je třeba upřesnit rozsah epileptogenní zóny pro epileptochirurgický výkon. V některých případech se diagnosticky využívá i kombinace vyšetření **PET/CT** nebo **PET/MRI**. Nejvíce se dá vytěžít z těchto vyšetření, pokud má pacient právě záchvat (BRÁZDIL a kol., 2011), (ORTEL a kol., 2017).

NEUROPSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Psychologické vyšetření je v některých případech indikováno neurologem před začátkem léčby epilepsie. Psycholog hodnotí kvalitativní i kvantitativní úroveň kognice, charakterizuje osobnost nemocného a stanovuje prognózu onemocnění. Provádění testů pomáhá diagnostikovat, která oblast mozku pracuje disfunkčně. Neuropsychologické vyšetření je také vždy indikováno před epileptochirurgickou operací. Mnoho pacientů využívá dlouhodobou péči psychologa (BRÁZDIL a kol., 2011).

WADA TEST

Wada test je prováděn před epileptochirurgickým zákrokem. Zahrnuje testování paměti a řeči. Při wada testu se aplikuje barbiturát do vnitřní karotické tepny. Význam testu spočívá ve 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).

1.6 LÉČBA EPILEPSIE

Hlavním cílem léčby epilepsie je odstranění záchvatů, nebo alespoň omezení jejich četnosti a intenzity, a udržet nemocného v dobré tělesné a psychické kondici. V léčbě se nejedná jen o přijímání medikamentů, ale hlavně o respektování řady omezení, které mohou vést ke zlepšení onemocnění. Nutností je, aby pacient dodržoval správnou životosprávu a doporučení lékaře. Léčbu epilepsie dále můžeme rozdělit na léčbu konzervativní a chirurgickou (BRÁZDIL a kol., 2011).

ŽIVOTOSPRÁVA

Nemocnému je nejdříve doporučena řada režimových opatření, správná životospráva, vyvážená pestrá strava, aktivní životní styl. Ty by měly vést ke snížení záchvatového prahu. Epileptik musí dodržovat denní režim. Dbát na pravidelný a dostatečný spánek, vyloučit nadměrnou tělesnou a psychickou námahu. Má absolutní zákaz pití alkoholu. Nedoporučuje se navštěvovat sauny, solária, zakouřené a špatně osvětlené prostředí, diskotéky s blikavým světlem. Také by neměli nemocní dlouho sledovat televizi a počítač. V pracovní rovině nesmí nemocný pracovat na nočních směnách, ve výškách, u rotačních strojů, s otevřeným ohněm, nebo jako řidič z povolání. Zde všude jim hrozí při záchvatu úrazy a mohou ohrozit i ostatní lidi. Nemocní mohou provozovat rekreační sport. Zato létání, horolezectví nebo plavání se nedoporučuje.

Nemocný by si měl vést deník záchvatů (BRÁZDIL a kol., 2011), (NOVOTNÁ a kol., 2008), (ŠTEFANOVÁ, 2010).

V současnosti je doporučována při léčbě epilepsie ketogenní dieta. Princip tohoto stravování spočívá ve snížení příjmu sacharidů, které jsou nahrazeny tukem. Ukázkový jídelníček ketogenní diety (příloha A), (VITVAROVÁ ©, 2017).

FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Pokud nemocný dodržuje všechna protizáchvatová opatření a záchvat se opět dostaví, bývá zahájena farmakologická léčba. Lékaři pečlivě rozvažují, zda došlo v rámci diferenciální diagnostiky ke stanovení správné diagnózy. Jsou taktéž zvažovány psychosociální aspekty nemocného. Pozdější korekce chybné diagnostiky bývají obtížné (BRÁZDIL a kol., 2011).

Před začátkem léčby pomocí antiepileptik (AED) je nutné provést kompletní biochemické a hematologické vyšetření. Během léčby se tato vyšetření pravidelně kontrolují. To umožňuje lékařům monitorovat, zda pacient užívá léky, ale také sledovat možné vedlejší účinky podávaných antiepileptik. Léčba bývá zahájena monoterapií (příloha B), kterou je úspěšně léčeno až 70 % nemocných. Dávkování je přísně individuální. Dávka léku bývá postupně navyšována do podstatné redukce záchvatů, někdy dochází k jejich úplnému vymizení. S narůstající dávkou léku mohou narůstat i projevy lékové toxicity. Jedná se například o postižení paměti, poruchy učení, poruchy kognitivních funkcí, změny v chování, riziko atrofie mozečku, závratě, ospalost, kožní projevy, poškození kostní tkáně, poruchy jater, změny krevního obrazu. Pokud pacient dodržuje kompliance a monoterapie jedním lékem je nedostatečná, nahrazuje se lékem jiným. Až po dalším neúspěchu v léčbě bývá přistoupeno ke kombinaci dvou (někdy až tří) antiepileptik. Pokud do dvou let není zaznamenán úspěch farmakologické léčby, začíná se hovořit o farmakorezistentní epilepsii. Pak lékaři znovu provádějí revizi diagnózy, pořádají indikační konference. Na nich rozhodují, zda je nemocný indikován k operaci (BRÁZDIL a kol., 2011), (BRÁZDIL, 2012), (ŠIMKO, 2013).

Léčba epileptického statu probíhá na oddělení intenzivní péče, měla by vést k rychlému ukončení záchvatu. Je nutné monitorovat vitální funkce, teplotu, i EEG pacienta. Pacientovi jsou podávány infuzní roztoky k úpravě acidobazické rovnováhy. Může být napojen na kyslík. *Specifická léčba je diazepam 5 mg i. v. po dvou minutách dalších 5 mg. Pokud se záchvaty opakují obvykle (do dvaceti minut) lze podat 50–100 mg*

diazepamu v infuzi 500 ml dextrózy či fyziologického roztoku. Pokud záchvaty i nadále trvají, aplikujeme hydantoináty (Phenytoin), i. v. (SEIDL, 2015, s. 253).

Farmakologická léčba může být ukončena nejdříve tři roky od posledního záchvatu, pokud se nezhoršil záznam EEG. Léky se vysazují postupně – týdny až měsíce. Dle Seidla (2015) se záchvaty znovu objeví u téměř poloviny nemocných do 24 měsíců.

CHIRURGICKÁ LÉČBA

Cílem chirurgického zákroku je odstranění epileptických ložisek, ve kterých dochází ke vzniku záchvatu, bez poškození okolní tkáně. Mezi kontraindikace epileptochirurgické léčby patří vícečetná ložiska a četné generalizované záchvaty, také výskyt ohniska ve funkčně významné oblasti mozku nebo progresivní mozková onemocnění. Také mentální retardace s IQ pod 70 patří mezi kontraindikace. Každý nemocný je lékaři zvažován individuálně. Riziko operace musí být vždy menší než očekávaný přínos pro nemocného (BRÁZDIL a kol., 2011).

Epileptochirurgické zákroky můžeme rozdělit na kurativní (předpokládá se úplné odstranění epileptických záchvatů) a paliativní (nelze očekávat úplné vyléčení). Mezi kurativní patří zákroky resekční. Řadíme mezi ně například: kalosotomie, hemisférektomie, mnohočetné subpiální transekce. Operačním paliativním zákrokem je i implantace stimulátoru na bloudivý nerv. Principem vagova stimulátoru (příloha C) je: *přímá elektrická stimulace levého bloudivého nervu prostřednictvím bipolární elektrody, která je napojena na implantabilní pulzní generátor, uložený v subkutánně v podklíčkové krajině. Tato metoda tedy nevyžaduje přímou operaci mozku. Dokáže snižovat počet epileptických záchvatů nebo je přímo zastavit* (BRÁZDIL a kol., 2011, s. 224).

Procházka (2010) uvádí, že dojde ke snížení záchvatů až u 50 % nemocných, s minimem komplikací a nežádoucích účinků na psychický stav člověka.

PRVNÍ POMOC

První pomoc při epileptickém záchvatu spočívá v zabránění poranění nemocného. Z jeho bezprostřední blízkosti odstraníme vše, o co by se mohl poranit. Chráníme mu hlavu před úrazem podložením něčeho měkkého – v terénu třeba svetrem. Uvolníme oděv, pokud je příliš těsný. Ve většině případů záchvat sám brzy odezní, není třeba nikterak zasahovat. Nikam neodcházíme a sledujeme průběh záchvatu, hlavně jeho délku. Pokud je postižený po záchvatu v bezvědomí, kontrolujeme jeho dýchání. Také zjišťujeme, jestli se při pádu nezranil. Pokud bezvědomí u postiženého přetrvává, uložíme ho do

stabilizované polohy. Postižený může být po záchvatu zmatený, agresivní. Je třeba ho uklidnit. Pokud nemocný není zraněný a dezorientovaný, není nutný převoz do nemocnice. Jedná-li se o první záchvat, vždy se volá zdravotnická záchranná služba. Další indikací k převozu do nemocnice je záchvat trvající déle než 5 minut nebo došlo při pádu ke zranění nemocného (EPISTOP ©, 2013), (KELNAROVÁ, 2012).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S EPILEPSIÍ

Epileptologická péče je v naší zemi zajišťována ve formě ambulantní a lůžkové péče. Je poskytována lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru neurologie nebo dětské neurologie. V ČR existují 4 centra vysoce specializované péče pro farmakorezistentní epilepsie (3 centra v Praze, 1 v Brně). Tato centra poskytují akutní intenzivní lůžkovou péči pro děti a dospělé, akutní standartní lůžkovou péči a specializovanou ambulantní péči pro děti a dorost. Dále tato pracoviště poskytují také superkonziliární službu v oboru epileptologie pro celou Českou republiku (EPILEPTOLOGICKÁ PÉČE, 2015).

2.1 AMBULANTNÍ PÉČE

Neurologické ambulance jsou zařazeny mezi ambulance specializované a poskytují péči, u které není nutná hospitalizace. Cílem primární ambulantní specializované péče je kompenzace nemocného na základě diagnostiky (SLEZÁKOVÁ, 2014).

Všeobecná sestra v ambulantní péči vykonává administrativní činnosti (evidence pacientů, shromažďování, třídění nálezů a výsledků klinických a laboratorních výsledků, vedení záznamů pro pojišťovny a další), diagnosticko-terapeutickou činnost (realizace výkonů dle ordinace lékaře – odběry biologického materiálu, podávání léků, infuze, monitorace účinků podaných léků a jiné) dispensární činnost (pravidelné prohlídky 1krát – 2krát ročně, se týkají pacientů s epilepsií, roztroušenou sklerózou, nádory, dětskou mozkovou obrnou, a jiných onemocnění) a preventivní činnost (je zaměřena na podporu zdravého životního stylu), (SLEZÁKOVÁ, 2014).

Ošetřovatelská péče všeobecné sestry v ambulantní péči také spočívá v technicky a metodicky správně provedeném záznamu EEG. Významné je také doplnění řady údajů od pacienta, ještě před samotným vyšetřením. Klinická výtěžnost EEG vyšetření je do jisté míry závislá na odborné úrovni sestry (NOVOTNÁ a kol., 2008).

2.2 NEMOCNIČNÍ PÉČE

Pokud je nemocný po záchvatu převezen zdravotnickou záchrannou službou do nemocnice, je přijat na urgentní příjem. Odtud je pak předán, dle svého stavu, na pracoviště neurologické kliniky a to buď na lůžko intenzivní péče, nebo na standartní

lůžkové oddělení. Všeobecná sestra nemocného ukládá do postele se zvýšenou polohou hlavy jako prevenci aspirace, nejlépe na tichý, klidný pokoj. Sestra musí dbát na prevenci úrazu, který může vzniknout při dalším možném záchvatu. Pacient musí mít po ruce signalizační zařízení, a v případě dalšího záchvatu jej použít. V rámci bezpečnosti je nutné, aby pacient nebyl uložen na standartním pokoji sám. Jestliže má pacient záchvat na standartním oddělení, přivolaná sestra sleduje délku, intenzitu záchvatu a jeho projevy. Je také přivolán lékař. Pokud je pacient v bezvědomí, je třeba zajistit průchodnost dýchacích cest a je převezen na monitorované lůžko, kde jsou dále sledovány jeho fyziologické funkce a je podána naordinovaná antikonvulzivní a antiepileptická terapie. Také je třeba zkontrolovat, zda u nemocného nedošlo v rámci záchvatu k úrazu (pokousaný jazyk). Sestra vše zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace (SLEZÁKOVÁ, 2014).

Pacientovi je podávána pestrá strava, s dostatečným příjmem ovoce a zeleniny, nepřesolená, nekořeněná. Je třeba věnovat pozornost příjmu tekutin. Vyšší příjem může vyvolat záchvat.

Sestra věnuje pozornost také hygieně pacienta. Pokud to jeho stav dovolí, je odvezen do sprchy na toaletním křesle a je pod stálým dohledem všeobecné sestry (SLEZÁKOVÁ, 2014).

Ošetřovatelská péče u pacientů s epilepsií zahrnuje také poskytnutí dostatečného množství informací týkajících se režimových opatření u tohoto onemocnění. Je třeba objasnit všechny nejasnosti nemocného a zodpovědně mu odpovídat na jeho dotazy. Při propuštění pacienta je ho potřeba znovu informovat o režimových opatření, nabádat ho k dodržování životosprávy, neuzívání alkoholu, a o dalších opatření týkajících se onemocnění (SLEZÁKOVÁ, 2014).

2.3 DOMÁCÍ PÉČE

Bezesporu velkou výhodou domácí péče je přirozené prostředí nemocného člověka. Do péče o nemocného se v nejlepších případech zapojuje jeho celá rodina. Rodina musí být lékařem i sestrou informována, o nutnosti pravidelného užívání léků, dodržování denního režimu a životosprávy. Také je třeba nemocnému zajistit bezpečné domácí prostředí, aby se při dalším záchvatu nemocný nezranil. Rodina a nejbližší přátelé musí být obeznámeni s první pomocí (NOVOTNÁ a kol., 2008), (BRÁZDIL a kol., 2011).

3 SOCIÁLNÍ PÉČE U PACIENTŮ S EPILEPSIÍ

Epilepsie je chronické onemocnění, které ovlivňuje nemocného v jeho každodenním životě. Všichni nemocní řeší svoje individuální problémy, ale problémy sociálního rázu jsou pro ně společné. V našem sociálním zabezpečení je pamatováno na takto nemocné děti i dospělé (BRÁZDIL a kol., 2011).

Posudkoví lékaři z Okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ) posuzují, zda nemocnému vznikl nárok pro přiznání sociální dávky. Mohou být přiznány také mimořádné výhody, příspěvky na úpravu bytu, příspěvky na automobil a další. Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ) zase rozhoduje o udělení stupně invalidního důchodu a také přiznané důchody vyplácí. Ministerstvo práce a sociálních věcí je nadřazeným orgánem OSSZ a ČSSZ, posuzuje zdravotní stav žadatelů v případě soudního nebo odvolacího řízení (BRÁZDIL a kol., 2011).

3.1 PŘEDŠKOLNÍ A ŠKOLNÍ VĚK, ADOLESCENCE

Děti s nekomplikovanou epilepsií a neporušeným intelektem nemají v předškolním a školním zařízení vážné problémy. Je třeba, aby pedagogický personál byl řádně rodiči poučen o projevech choroby a pomoci při záchvatu. V současnosti je preferováno začleňování nemocných dětí do běžného třídního kolektivu (vyhláška číslo 27/ 2016 o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, platná od 1. 9. 2016, novelizovaná k 1. 1. 2018). Dítě je do školy zařazeno dle spádovosti a doporučení vydaného pedagogicko-psychologickou poradnou. Může být dítěti také přidělen asistent, který mu pomáhá s výukou pod dohledem vyučujícího učitele (BRÁZDIL a kol., 2011), (MŠMT ©, 2018).

Děti s poruchami psychomotorického vývoje mohou buď navštěvovat specializovaná zařízení, nebo jsou vychovávány rodiči doma, absolvují individuální výuku. Osoba, která pečuje o takto nemocné dítě má nárok na rodičovskou dovolenou až do 7 let věku dítěte nebo může mít uznánu péči o osobu blízkou do 18 let věku dítěte. O finanční podporu rodina žádá na sociálním odboru místní části obce nebo magistrátu. Příspěvek je přidělován dle zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením (zákon č. 329/ 2011 Sb., novelizovaný k 1. 1. 2018) a dle zákona (číslo 108 /2006 Sb.) o sociálních službách, novelizace platná k 1. 1. 2018, (BRÁZDIL a kol., 2011), (ZÁKONY PRO LIDI ©, 2018).

Děti dle svého intelektu, schopností a nadání mohou pokračovat v dalším vzdělávání. Výběr povolání pro epileptiky je poněkud omezen. Rodiče mohou získat potřebné informace v pedagogicko-psychologických poradnách nebo mohou využít služeb informačních středisek Úřadu práce. Také ve speciálních pedagogických centrech při speciálních školách dostanou rodiče potřebné informace. Na svoje povolání se mohou připravovat adolescenti v praktických školách, odborných učilištích, v běžných středních školách s maturitou nebo také na vysokých školách (BRÁZDIL a kol., 2011).

3.2 ZAMĚSTNÁNÍ V DOSPĚLOSTI

Pokud epileptický záchvat dostane člověk v produktivním věku, znamená to pro něho velké změny i v pracovním životě. Nekompenzovaný nemocný nesmí vlastnit řidičský průkaz (vyhláška MZd č.277/ 2004Sb., novelizovaná vyhláškou číslo 271/ 2015 v aktuálním znění z 5. 11. 2015 o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, dále zákon 361/ 2000 Sb. o provozu na pozemních komunikacích – znění účinné do 20. 2. 2016), nesmí pracovat na nočních službách, ve výškách, v hloubkách, s otevřeným ohněm, u rotačních strojů, u běžících pásů, tak dále.

Farmakoresistentní nemocní mají problém najít si práci a hlavně si ji udržet. Takto nemocní lidé mají nárok na posouzení, zda nemají změněnou pracovní schopnost (zákon o zaměstnanosti 435/ 2004 Sbírky, novelizace platná od 1. 1. 2018) nebo invaliditu (zákon č. 155/ 1995, novelizovaný od 1. 2. 2018, o důchodovém pojištění) a tím i nárok na mimořádné výhody pro zdravotně postižené občany. Pro přiznání invalidního důchodu lze podat žádost nejdříve po dvanácti měsíční pracovní neschopnosti. Zdravotní způsobilost posuzuje lékař OSSZ, který posudky znovu po nějakém časovém úseku přezkoumává (BRÁZDIL a kol., 2011), (ZÁKONY PRO LIDI ©, 2018).

V naší zemi existují Výrobní družstva invalidů a chráněné dílny, které zaměstnávají zdravotně postižené, na zkrácený pracovní úvazek (BRÁZDIL, 2011).

3.3 SDRUŽENÍ POMÁHAJÍCÍ NEMOCNÝM

V naší republice vzniklo po roce 1990 několik občanských sdružení, která přispívají k větší povědomosti o epilepsii. Šíří informace mezi širokou veřejností, snaží se pomáhat nemocným při řešení sociálních problémů a problémů se zaměstnáním. Například se jedná o společnost České lékařské komory Jana Evangelisty Purkyně: Česká liga proti epilepsii. Je to dobrovolné sdružení lékařů a ostatních pracovníků ve zdravotnictví, kteří si kladou za cíl informovat o epilepsii. Dalšími sdruženími jsou:

EpiStop, Společnost „E“, nebo společnost Epi-rodina. Tyto neziskové organizace pomáhají nemocným také v navazování vztahů a kontaktů s okolím, zabývají se vyhledáváním práce pro nemocné a pořádají pro ně různé akce (kurzy, pobyty, přednášky, koncerty, semináře, kluby, vydávají časopis), (EPISTOP ©, 2017), (CENTRUM PRO EPILEPSIE BRNO ©, 2009).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetřovatelské péče (NĚMCOVÁ, BOROŇOVÁ, 2011, s. 69).

Ošetřovatelský proces lze také definovat jako logický, systematický přístup k celkové péči o pacienta. Jeho cílem je zhodnotit stav nemocného na základě sběru informací, logicky stanovit jeho individuální potřeby a problémy, naplánovat péči o nemocného a zrealizovat ji. V poslední řadě je třeba zhodnotit psychický a fyzický komfort nemocného po provedených intervencích. Ošetřovatelský proces vede sestry ke zvyšování efektivity a kvality péče při ošetřování nemocných. Přináší prospěch i pro chronicky nemocné a nemocné v terminální stádiu. Ošetřovatelský proces je přizpůsoben konkrétnímu pacientovi, jeho potřebám, momentálnímu zdravotnímu stavu a je vytvářen na základě holistického přístupu (NĚMCOVÁ, BOROŇOVÁ, 2011), (SLEZÁKOVÁ, 2014).

4.1 FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Ošetřovatelský proces má 5. fází, v každé hraje sestra zásadní roli. V první fázi **posuzování** sestra systematickým pozorováním a účinnou komunikací zjišťuje potřeby pacienta, jeho subjektivní a objektivní údaje, které jsou potřebné k založení databáze o nemocném. V této fázi má sestra nejvíce příležitostí navázat s pacientem osobní kontakt a blíže pacienta poznat. Poznává ho nejen po stránce medicínské, ale i po stránce osobnostní a sociální. Ostatní fáze ošetřovatelského procesu jsou přímo závislé na úplném sběru dat, proto vstupní anamnéza musí být co nejdůkladnější. Na základě nashromážděných informací sestra stanoví potřeby a problémy pacienta – formuluje aktuální a rizikové **ošetřovatelské diagnózy**. Aktuální diagnózy vyjadřují akutní změny ve zdravotním stavu nemocného. Rizikové diagnózy jsou takové, které se u pacienta mohou následně projevit a zhoršit průběh léčby. Ošetřovatelské diagnózy zahrnují pouze ty oblasti, které může všeobecná sestra sama svými schopnostmi a kompetencemi ovlivnit. Ošetřovatelskou diagnózu nesmíme zaměňovat za diagnózu lékařskou. Zatímco lékařská diagnóza označuje nemoc či poruchu zdraví, ošetřovatelská diagnóza stanovuje do jaké míry nemoc zasahuje do života nemocného člověka, jak mění například jeho soběstačnost. Ve fázi **plánování**, sestra společně s nemocným, určuje priority ve stanovení pořadí ošetřovatelských diagnóz od nejvyšší (život ohrožující) po nejnižší prioritu. Všeobecná sestra musí mít dostatek odborných vědomostí a zkušeností, aby

plánovala skutečně jen to, co je pro pacienta nejprospěšnější. Všeobecná sestra dále stanovuje krátkodobé a dlouhodobé cíle, určuje výsledná kritéria a ošetřovatelské intervence, kterými lze dosáhnout daných cílů. Ve fázi **realizace** všeobecná sestra vykoná naplánované ošetřovatelské intervence, které se mohou v rámci dynamického průběhu ošetřovatelského procesu kdykoliv změnit. Všechny intervence je nutno zaznamenat do ošetřovatelské dokumentace. Všeobecná sestra znovu posuzuje dosažitelnost vytýčených cílů pro každou ošetřovatelskou diagnózu zvlášť. V průběhu hospitalizace pacienta je třeba plán přizpůsobovat aktuálnímu stavu nemocného. Podstatou poslední, 5. fáze ošetřovatelského procesu, je **zhodnocení** zdravotního stavu nemocného na základě provedených intervencí. Všeobecná sestra kriticky zhodnotí, jestli vytýčené cíle byly splněny. Jestli-že byl cíl bezvýhradně splněn, ošetřovatelské intervence mohou být ukončeny. Pokud byl cíl splněn částečně, pokračuje sestra dále v intervencích. Při nesplnění cíle sestra přehodnocuje ošetřovatelský proces, modifikuje jej a navrhuje pokračování ošetřovatelských intervencí (MASTILIAKOVÁ, 2014), (SLEZÁKOVÁ, 2014).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S EPILEPSIÍ

Sběr dat pro realizaci tohoto ošetrovatelského procesu byl realizován na pracovišti Neurologické kliniky FN Brno. Před samotnou realizací bylo zažádáno o povolení ke sběru dat pro studijní účely na oddělení Organizace řízení FN Brno (příloha E, F). Ošetrovatelský proces byl vytvořen u pacienta, který byl přijat na Iktovou jednotku Neurologické kliniky s hlavní diagnózou symptomatická epilepsie v. s. toxonutritivní etiologie. Z důvodu ochrany osobních údajů pacienta, nejsou tyto údaje v anamnéze uvedeny. Data byla shromážděna na základě rozhovoru s pacientem. Další informace byly získány pozorováním pacienta, fyzikálním vyšetřením i nahlédnutím do zdravotnické dokumentace. Pacient byl sledován druhý den po přijetí 28. 1. 2018.

Popis případu:

Muž, 35let, cestou do zaměstnání v autě dostal křeče spojené s poruchou vědomí. V zaměstnání opět dostal záchvat, s pěnou u úst. Spolupracovníci zavolali zdravotnickou záchrannou službu. Po příjezdu zdravotníků byl při vědomí, lehce dezorientovaný. Byl mu zaveden permanentní žilní katetr a podány krystaloidy. Pacient uvedl, že se v dětství léčil s epilepsií, v současnosti léky nebere. Pacient přiznává, že včera vypil asi půl litru vodky. Záchranná zdravotnická služba převezla pacienta na nízkoprahový urgentní příjem Fakultní nemocnice Brno. Byl mu proveden odběr biologického materiálu. Pacient měl tremor horních končetin. Zanedlouho opět generalizovaný tonicko-klonický záchvat se ztrátou vědomí, s pokálením a pomočením. Během záchvatu měl narůžovělou pěnu u úst – kousl se do jazyka. Celková délka záchvatu byla asi 2 minuty. Při záchvatu bylo podáno Dormicum 5mg i. m. Pacient se probрал ze záchvatu asi z 15minut, na záchvat měl amnézii a byl zmatený. Po zklidnění bylo provedeno vyšetření CT mozku, s výsledkem: bez patologických změn. Pak byl pacient předán z urgentního příjmu na Iktovou jednotku Neurologické kliniky, kde byl hospitalizován.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:

Jméno a příjmení: P. S.

Pohlaví: muž

Věk: 35 let

Rasa: europoidní (bílá)

Vzdělání: střední

Stav: rozvedený

Státní příslušnost: cizí státní příslušník SR, samoplátce

Datum přijetí: 27. 1. 2018

Typ přijetí: neodkladné

Oddělení: Iktová jednotka Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Brno

Důvod přijetí udávaný pacientem: „Odpadol som.“

MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA HLAVNÍ:

G 409 NS Symptomatická epilepsie v. s. toxonutritivní etiologie

Medicínské diagnózy vedlejší:

- Chronický abúzus ethanolu.
- Iontová dysbalance (hypokalémie).
- Hepatopatie, v. s. toxonutritivní geneze.
- Trombocytopenie, v. s. toxonutritivní geneze.

Vitální funkce zjištěné při přijetí: 27. 1. 2018

TK: 155/85 mmHg	Výška: 175 cm
P: 92/minutu	Hmotnost: 75 kg
D: 18/minut	BMI: 24,5
TT: 38.2 °C	Pohyblivost: psychomotorický neklid, třes rukou, vratké nohy
SpO₂ 97 %	
Stav vědomí: pacient vigilní, spolupráce omezená, základními kvalitami orientován	Krevní skupina: neznámá

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:

Muž, 35let, slovenského původu přijatý pro epileptický záchvat s toxonutritivní etiologií. Byl přivezen zdravotnickou záchrannou službou na urgentní příjem FN Brno, kde prodělal další generalizovaný tonicko-klonický záchvat. Odtud byl pacient předán do péče Neurologické kliniky.

Informační zdroje:

Informace pro sestavení ošetrovatelského procesu byly získány rozhovorem s pacientem, dále bylo provedeno fyzikální vyšetření sestrou, a některé informace byly čerpány ze zdravotnické dokumentace.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela na zápal plic ve věku 62 let, s ničím se neléčila.

Otec: zemřel ve věku 68 let na CMP.

Sourozenci: 4, jsou zdraví, s ničím se neléčí.

Děti: nemá.

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: v dětství se prý léčil na epilepsii – v současnosti léky nebere, jinak prodělal běžná dětská onemocnění.

Hospitalizace a operace: žádné.

Úrazy: nekomplikovaná zlomenina předloktí (2016).

Transfúze: doposud žádné.

Očkování: pouze povinná očkování v dětství.

Farmakologická anamnéza:

Žádná.

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje.

Potraviny: neguje.

Chemické látky: neguje.

Jiné: neguje.

Abúzus:

Alkohol: prý 2– 3 del tvrdého alkoholu denně, včera vypil půl litru vodky.

Kouření: kouří od 15 roků, v současnosti udává 6 cigaret denně.

Káva: 1x denně černá káva.

Léky: neguje.

Drogy: neguje.

Jiné návykové látky: neguje.

Urologická anamnéza:

Bez obtíží, urologa nenavštěvuje, samovyšetřování varlat neprovádí.

Sociální anamnéza:

Stav: rozvedený.

Bytové podmínky: bydlí na ubytovně.

Vztahy, role, interakce v rodině: rodiče již nežijí, má čtyři sourozence na Slovensku, jezdí tam občas, s jednou sestrou udržuje bližší kontakty.

Vztahy, role, interakce mimo rodinu: bez narušení.

Záliby: na Slovensku choval koně, v současnosti nesportuje – nemá mnoho volného času kvůli zaměstnání.

Volnočasové aktivity: sleduje televizi.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: střední odborné.

Pracovní zařazení: zedník, i dříve pracoval na stavbách.

Vztahy na pracovišti: vládne tam velký stres a napětí protože jsou ve skluzu, tento víkend byli v práci i v neděli.

Spirituální anamnéza:

Je věřící, vyznání římsko-katolické, ale do kostela nechodí.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO ZDRAVOTNÍHO STAVU

ze dne 28. 1. 2018 (2. den hospitalizace)

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Necítí se dobře.“	Lebka: pokleповě nebolestivá, normocefalická, držení hlavy přirozené. Tvář: na levé tváři je hematom staršího data, mírně bolestivý. Na čele vpravo se

		<p>nachází drobná oděrka. Pacient udává tupou bolest hlavy dle VAS číslo 5.</p> <p>Oči: ve středním postavení, izokorické, bez známek zánětu nebo ikteru, občas je patrný třes víček, vidí dobře, brýle nepoužívá.</p> <p>Nos a uši: ve fyziologickém postavení, bez známek zánětu a sekrece, slyší dobře.</p> <p>Dutina ústní: zuby má vlastní, kariézní, jazyk je růžový, vlhký, pokousaný (už nebolí), plazí středem, zápach z úst po alkoholu a cigaretách.</p> <p>Krk je pohyblivý, bez bolesti, štítná žláza nehmatná. Pulzace obou karotid hmatná, náplň žil v normě.</p>
Hrudník a dýchací systém	„Dýchá se mi dobře.“	<p>Hrudník je symetrický bez známek deformit a patologií. Nalepeny hrudní svody na kontinuální sledování srdeční akce.</p> <p>Dýchání je pravidelné oboustranné, sklípkovité bez přítomnosti zvukových fenoménů. Počet dechů: 17/min Saturace krve kyslíkem 98 %.</p>
Srdeční a cévní systém	„Neléčím se.“	<p>Srdeční akce je pravidelná, ozvy jasné a ohraničené bez šelestů. Frekvence 92/min, pulz je dobře hmatný na artéria radialis dx., sin. TK 145/90 mmHg.</p> <p>Periferní žilní katetr s dvoucestným otočným ventilem zaveden dne 27. 1. 2018 – levá horní končetina, bez známek zánětu.</p>

Břicho a GIT	„Břicho mě nebolí, na operaci jsem nebyl.“ Je mi jen těžko.“	Břicho palpačně měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence. Poslechem je slyšet pohyb peristaltiky, játra mírně zvětšená. Neguje zvracení i nauzeu, jí i pije sám, dieta č. 4. Defekace: stolice pravidelná, poslední dnes ráno. Váží stále stejně, nehubne.
Vylučovací a pohlavní ústrojí	„Nemám problém.“	Moč: hustá, cihlově červená, zapáchající po acetonu, močí do močové láhve. Pacient se nadměrně potí, je cítit po cigaretách a alkoholu. Je měřen příjem a výdej tekutin.
Kosterní a svalový systém	„Nohy mě neposlouchají, podlamují se mi.“	Třes obou horních končetin. Dolní končetiny bez známek otoků a flebitidy. Riziko pádu v anamnéze. Test Barthelové 50 bodů, závislost středního stupně.
Kůže a její adnexa	„Nemám problém.“	Kůže je v obličeji zbarvená do červena, bez známek ikteru a zánětu. Po těle kůže dobře hydratovaná. Pacient se potí v obličeji i ruce má zpocené. Na tváři a nohou má hematomy staršího data. Kožní turgor je normální. Nehty působí udržovaně, prsty pravé ruky jsou zažloutlé od cigaret. Vznik dekubitů dle Nortonové v současnosti nehrozí (28 bodů).
Endokrinní systém	„Nemám problém.“	Patologické projevy poruchy endokrinního systému nejsou patrné.

Imunologický systém	„Nevím o ničem, bez problému.“	Lymfatické uzliny oboustranně nehmatné. Alergie pacient neudává. Tělesná teplota je 38,2 °C
Nervový systém	„Vidím a slyším dobře, ruce se mi netřepou, jsem zcela klidný.“	Pacient je při vědomí. Má chvílky, kdy mluví zmateně, neadekvátně. Patrný třes horních končetin a víček, v současnosti spolupracuje, Glasgow Coma Scale – 14.

Poznámky z fyzikálního vyšetření:

Pacient spolupracuje, je komunikativní, ale občas odpovídá neadekvátně. Třesou se mu ruce, občas je patrné i chvění víček. Má zavedený permanentní žilní katetr, pro aplikaci intravenózních léčiv. Vitální funkce jsou sledovány kontinuálně na centrálním monitoru. Je sledována bolest, tělesná teplota, bilance tekutin a jeho psychický stav.

Aktivity denního života ze dne: 28. 1. 2018			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování a příjem tekutin	doma	„Doma si sám vařím, v práci jen nějakou bagetku.“	Váha: 75 kg, Výška: 175 cm BMI: 24,5
	v nemocnici	„Teď moc chuť na jídlo nemám, bolí mě ta hlava.“	Pacient jí méně, jeho chuť je ovlivněna bolestí. BMI je v normě. Nauzea, zvracení 0
Příjem tekutin	doma	„Myslím, že piju vody dost i 2 litry. Dám si 2–3velký panáky vodky denně.“	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	„Tady vypiju dost, mám žízeň, čaj je	Hydratace pacienta je zajištěna nejen jeho

		nic – moc, panáka nedostanu.“	příjmem, ale i parenterálními kontinuálními infúzemi. Je sledována bilance tekutin. Kožní turgor v normě.
Vylučování moče a stolice:	doma	„ Bez problémů“	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	„Močím do bažanta.“	Pacient močí do močové lahve, z důvodu sledování výdeje tekutin. Moč zapáchá po acetonu. Poslední stolice dnes.
Spánek a bdění:	doma	„ Nemám problém s usínáním, dám si panáka a spím hned, ráno jsem odpočínutý“	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	„Tady se spí špatně, pořád tu něco bliká, pípá.“	Pacient se dnes v noci často budil, ráno se cítil nevyspalý.
Aktivita a odpočinek:	doma	„ Doma na Slovensku jsem jezdil na koni, chodil na houby. Tady nikam nechodím, podívám se večer na televizi a jdu spát.“	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	„Tady akorát ležím, k jídlu si sednu.“	Pacient má klidový režim, na posteli se otáčí sám. Je u něho patrný třes rukou, občas se mu chvějí víčka. Návštěvu zatím neměl.

Hygiena:	doma	„ Všechno si dělám sám, sprchuji se každý večer.“	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	„ Včera mě vykoupli.“	Pacient není schopen provádět hygienickou péči sám. Hygienu provádí všeobecná sestra za pomoci sanitářky. Převlékání lůžkovin podle potřeby.
Soběstačnost:	doma	„ Všechno si dělám sám.“	Nelze zjistit
	v nemocnici	„ Nohy mě teď neposlouchají, hlava bolí, jsem rád, že ležím.“	Pacient je v rámci lůžka soběstačný. Riziko pádu v anamnéze. Dle Bárthelové testu základních všedních činností – 50, je pacient středně závislý na péči jiné osoby.

Posouzení psychického stavu: 28. 1. 2018		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí:	„ Vnímám normálně“	Pacient je vigilní a lucidní.
Orientace:	„Dnes je to dobrý, po záchvatu jsem nevěděl co se děje.“	Pacient je orientovaný, má ale chvílky, kdy odpovídá neadekvátně.
Nálada:	„ Teď už je lepší, když jste přišla.“	Pacient verbalizuje smysl pro humor, ale do smíchu

			mu není, udává bolest hlavy.
Paměť:	staropaměť	„Pamatuji si všechno.“	Výbavnost z minulosti v normě.
	novopaměť	„Nepamatuji si, jak jsem se dostal do nemocnice.“	Krátkodobá paměť v normě.
Myšlení:		„S myšlením problémy nemám.“	Na otázky odpovídá přiléhavě, ale závislost na alkoholu zlehčuje.
Temperament:		„Joj temperament, já tedy mám.“	Pacient je komunikativní, působí extrovertně.
Sebehodnocení:		„ Nevím, přemýšlím o tom.“	Pacient od posledního záchvatu v dětství, žil život bez omezení.
Vnímání zdraví:		„Byl jsem zdravý, léky jsem nepotřeboval.“	Pacient si uvědomuje některá omezení, která mu přinese jeho onemocnění.
Vnímání zdravotního stavu:		„Nic, moC“	Pacient si uvědomuje, že by měl žít život s omezeními, jaké v dětství dodržoval.
Reakce na onemocnění a prožívání nemoci:		„Zase se to vrátilo.“	Pacient spolupracuje s ošetřujícím personálem.
Reakce na hospitalizaci:		„Tady je dobře.“	Spolupracuje.
Adaptace na onemocnění:		„Nezvyknu si na to, nikdo jiný to v rodině nemá. Proč zrovna já?“	Přiměřené zdravotnímu stavu.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, stres, obavy, strach):		„Bojím se tady těch bab.“ O půlnoci mi někdo říkal, že mi vezme krev, ale nikdo v místnosti nebyl.“	Pacient halucinace neguje.

Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatrogenie, sorrorigenie):	„Naposledy jsem byl v nemocnici ještě jako kluk. A pak jsem se léčil s alkoholem, ale po týdnu jsem odešel domů.“	Pacient měl problémy s alkoholem již v minulosti.
--	---	---

Posouzení sociálního stavu ze dne 28. 1. 2018			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace:	Verbální	„S komunikací nemám problémy.“	Komunikace přiměřená věku, vzdělání. Občas mluví česko-slovensky.
	Neverbální	„Nemám problém.“	Verbální a neverbální komunikace se shoduje, oční kontakt navazuje.
Informovanost:	o onemocnění	„ Vím, co je to za nemoc ta epilepsie, v dětství jsem se léčil a doléčil. Závislý na alkoholu nejsem, nevím, co mají.“	Pacient si sice pamatuje, na omezení, které v dětství měl, ale jeho současný životní styl tomu neodpovídá.
	o diagnostických metodách	„Říkali mi to.“	Pacient byl plně informován.
	o specifikách ošetrovatelské péče	„Hm.“	Pacient byl plně informován.

	o léčbě a dietě	„Všichni mi to říkají, že nemám pít.“	Pacient byl plně informován.
	o délce hospitalizace	„ Říkal doktor tak týden.“	Pacient byl plně informován lékařem.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární role (související s věkem a pohlavím):	„Chlap“	Muž, 35 let
	Sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):	„Rozvedený“	Rozvedený, bezdětný.
	Terciální role (související s volným časem a zálibami):	„ Jsem pořád v práci, nemám koníčka. Toho jsem měl doma – čtyřnohého:“	Nesportuje, volného času moc nemá kvůli zaměstnání.

MEDICÍNKÝ MANAGEMENT ze dne 28. 1. 2018

Ordinovaná vyšetření:

- Laboratorní vyšetření: biochemické vyšetření krve, hematologické vyšetření krve.
- Přístrojové vyšetření: EEG, RTG srdce + plíce.

Výsledky biochemického vyšetření krve, dne 28. 1. 2018	Naměřená hodnota	Referenční hodnoty ve FN Brno
Na	136	136-154 mmol/l
K	2,3	3,5-5,1 mmol/l

Cl	98	98-107 mmol/l
ALT	1,24	0,16-0,6 µkat/l
AST	2,51	0,16-0,6 µkat/l
Bilirubin celkový	28,8	2-21 µmol/l
GGT	4,82	0,08-0,6 µkat/l
P-Etanol	menší než 2,2	0,0 mmol/l

Ostatní hodnoty: příloha D

Výsledky hematologického vyšetření, ze dne 28. 1. 2018	Naměřená hodnota	Referenční hodnoty ve FN Brno
Leukocyty - WBC	8,020	4-10 x 10 ⁹
Erytrocyty - RBC	4,19	3,8-5,2 x 10 ¹² /l
Hemoglobin - HGB	137	120-160 g/l
Hematokrit - HCT	0,400	0,35-0,46 %
aPTT-R (koagulační test)	0,85	0,8-1,2 s
aPTT-s (koagulační test)	28,60	0,8-1,2 s
Fbg (fibrinogen)	5,32	1,8-4,2 g/l

Ostatní hodnoty: příloha E

Výsledky EEG: Nespecifický lehce abnormální, bez ložiskové, epi a paroxynální abnormality.

Výsledky RTG: Bez patologického nálezu.

Konzervativní léčba:

Dieta: 4

Pohybový režim: 4 (přísný klid na lůžku).

Medikamentózní léčba:

Novalgin 500 mg tbl. 0-1-1-1 (analgetikum, antipyretikum)

Infuzní terapie:

Fyziologický roztok 100 ml + Helicid 40 mg rychlost 100 ml/30 min

Fyziologický roztok 500 ml + Apaurin 100 mg rychlost 23 ml/hod.

Fyziologický roztok 1000 ml + 7,5% KCL 20 ml

rychlost 40 ml/hod.

Fyziologický roztok 100 ml + 1000 mg Novalginu při teplotě vyšší než 38,0 °C – rychlost podání 100 ml/30 min

Jiná terapie:

Thiamin 1 ampule i. m. (vitamín B1)

Situační analýza ze dne 28. 1. 2018

35letý muž byl přivezen zdravotnickou záchrannou službou na nízkoprahový urgentní příjem FN Brno dne 27. 1. 2018. Z urgentního příjmu byl pacient předán na Iktovou jednotku Neurologické kliniky pro kumulaci 3 generalizovaných epileptických paroxysmů. Po uložení na lůžko byl ihned napojen na monitorovací systém pro kontinuální sledování vitálních funkcí. Pacient přiznává trvalé požívání alkoholu. Dnes 28. 1. 2018 je pacient vigilní, spolupracuje, po většinu dne je orientovaný. Je u něho riziko pádu (4 body), dle Barthelové (50 bodů) je pacient středně závislý. Riziko vzniku dekubitů podle Nortonové, v současnosti nehrozí (28 bodů). Pacienta bolí hlava. Začíná se u něho projevovat psychomotorický neklid, v noci slyšel hlasy, mluví si sám pro sebe. Glasgow coma scale je 14 bodů. Pacient se nadměrně potí. Stále jsou pacientovi monitorovány fyziologické funkce: TK 158/85 mmHg, P 90/min, D 17/min, TT 38,2 °C. Pacient má zavedený permanentní žilní katetr s dvoucestným otočným ventilem na levé horní končetině. Je mu podávána intravenózní terapie k zabránění rozvoje delirantního stavu po odnětí alkoholu a terapie ke zlepšení biochemických parametrů, terapie k ochraně žaludeční stěny, analgetika a antipyretika. Pacientovi je měřen příjem a výdej tekutin, teplota, fyziologické funkce.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE II 2015–2017 A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT:

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle HERDMAN, Heather a Shigemi KAMITSURU, 2015. Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.

Aktuální diagnózy:

1) Akutní bolest (00132)

[Akutní bolest hlavy v souvislosti se záchvatovitým stavem projevující se hematomem a verbalizací bolesti].

2) Hypertermie (00007)

[Hypertermie v souvislosti s alkoholovou abstinencí projevující se zvýšenou teplotou, nadměrným pocením, tremorem].

3) Deficit sebeděče při koupání a hygieně (00108)

[Deficit sebeděče v oblasti koupání a hygieny v souvislosti s klidovým režimem, léčbou, sedativy, projevující se neschopností sám o sebe pečovat].

4) Deficit sebeděče při vyprazdňování (00110)

[Deficit sebeděče při vyprazdňování v souvislosti s klidovým režimem projevující se dopomocí při vyprazdňování na lůžku].

5) Zhoršená pohyblivost (00085)

[Zhoršená pohyblivost v souvislosti se záchvatovitým onemocněním a alkoholovou abstinencí projevující se nestabilitou, zvýšeným třesem horních končetin a víček].

6) Nedostatečné znalosti (00126)

[Nedostatečné znalosti z důvodu chybění informací o delirantním stavu, projevující se nedodržováním rad ošetřovatelského personálu].

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

1) Riziko pádu (00155)

[Riziko pádu z důvodu možnosti opakovaného epileptického záchvatu, v souvislosti s léčbou pomocí sedativ].

2) Riziko nerovnováhy elektrolytů (00195)

[Riziko nerovnováhy elektrolytů v souvislosti s nadměrným úbytkem tekutin pocením].

3) Riziko nevyváženého objemu tekutin (00025)

[Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin z důvodu rychlého přesunu parenterálních tekutin].

4) Riziko akutní zmatenosti (00173)

[Riziko akutní zmatenosti z důvodu odnětí alkoholu a možností potenciálního vzniku delirantního stavu].

5) Riziko násilí vůči druhým (00138)

[Riziko násilí vůči druhým z důvodu akutní zmatenosti pacienta v delirantním stavu].

6) Riziko infekce (00004) /PŽK/

[Riziko infekce z důvodu zavedeného invazivního vstupu].

7) Riziko zácpy (00015)

[Riziko zácpy z důvodu imobility].

Rozpracované ošetřovatelské diagnózy:

1. Akutní bolest (000132)

[Akutní bolest hlavy v souvislosti se záchvatovitým stavem projevující se hematomem a verbalizací bolesti].

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně 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:

- Změněná chuť k jídlu.
- Vyhledávání úlevové polohy.
- Bolestivý výraz obličeje.

Související faktory:

- Fyzikální původci zranění (následek pádu).

Priorita: Střední.

Cíl krátkodobý: Po podání analgetik pacient verbalizuje snížení intenzity bolesti dle hodnotící škály VAS o 3 stupně do 2 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacient neudává bolest do tří dnů.

Očekávané výsledky:

- Pacient dokáže zhodnotit svoji bolest dle hodnotící vizuální analogové škály (VAS 110) a následně zhodnocení sdělí sestře, do 1 hodiny.
- Pacient zná svoji úlevovou polohu a využívá ji, do 2 hodin.
- Pacient pocítuje úlevu po aplikaci analgetik, do 2 hodin.
- Pacient dodržuje klidový režim, ihned.
- Pacient v noci spí klidně, do 2 dnů.
- Pacient na konci hospitalizace neudává bolest.

Plán intervencí:

1. Informuj pacienta o hodnotící škále VAS – všeobecná sestra.
2. Posuď bolest ve spolupráci s pacientem (neverbální projevy bolesti, zhoršující faktory) změny bolesti během dne zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra.
3. Podávej analgetika dle ordinace lékaře s přihlédnutím k aktuálnímu stavu pacienta, zaznamenávej vždy podání léčiv do zdravotnické dokumentace – všeobecná sestra.
4. Zaznamenávej průběžně efekt podaných analgetik, do 2 hodin od podání medikace – všeobecná sestra.
5. Pomoz najít pacientovi úlevovou polohu, do hodiny – všeobecná sestra, fyzioterapeut.
6. Všímej si chování pacienta, změny zapisuj do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra.
7. Zajisti u nemocného během dne dodržování tělesného klidu – všeobecná setra.

8. Zajisti pacientovi klidné prostředí pro spánek, večer – všeobecná sestra.
9. Sleduj fyziologické funkce (TK, P, D, TT) a zaznamenávej do dokumentace, každé 4 hodiny. Výrazné změny ihned konzultuj s lékařem – všeobecná sestra.

Realizace 28. 1. 2018

6:00	Oslovení pacienta, monitorace vitálních funkcí a stavu vědomí: TK – 140/90 mmHg, P – 87/min, D – 19/min, SpO ₂ – 99 %, TT – 38,2 °C; GCS – 14 bodů. Společně s pacientem posouzena bolest hlavy číslo 5, na stupnici VAS (1–10). Proveden záznam do dokumentace.	M. D.
6:05	Rychlost infuze FR 100 ml + 1000 mg Novalginu, 100 ml/30 min, pacient informován o úlevové poloze	M. D.
8:10	Kontrola intenzity bolesti: pacient verbalizuje snížení bolesti na VAS 3, zaznamenáno do dokumentace	M. D.
9:20	Pacient informován o klidovému režimu	M. D.
10:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/90 mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 97 %, TT – 37,5 °C	M. D.
12:00	Zhodnocení bolesti: pacient udává bolest číslo VAS 3, proveden záznam do dokumentace.	M. D.
12:10	Dle ordinace lékaře podán Novalgin 500 mg, per os., proveden záznam do dokumentace.	M. D.
14:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/82 mmHg, P – 87/min, D – 18/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 37,2 °C	M. D.
14:10	Kontrola intenzity bolesti: VAS 3 zaznamenáno do dokumentace.	M. D.
16:45	Kontrola intenzity bolesti: VAS 3, pacient zaujímá úlevovou polohu.	M. D.
17:10	Dle ordinace lékaře podán Novalgin 500 mg. per os., proveden záznam do dokumentace.	M. D.
18:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 143/91 mmHg, P – 83/min, D – 18/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 37,5 °C	M. D.

20:00	Kontrola intenzity bolesti: VAS 2	M. D.
22:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 146/90 mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 38,0 °C	M. D.
23:00	Pacient spí.	M. D.

Realizace ze dne 29. 1. 2018

0:14	Rychlost infuze FR 100 ml + 1000 mg Novalginu, 100 ml/30 min	M. D.
02:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 149/84 mmHg, P – 92/min, D – 20/min, SpO ₂ – 96 %, TT – 38,6 °C	M. D.
4:00	Pacient se budí, je neklidný, VAS 1	M. D.
6:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 146/82 mmHg, P – 88/min, D – 18/min, SpO ₂ – 95 %, TT – 38,4 °C, Bolest VAS 1	M. D.
6:45	Rychlost infuze FR 100 ml + 1000 mg Novalginu, 100 ml/30 min	M. D.
8:45	Kontrola intenzity bolesti: VAS 1	M. D.
10:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/90 mmHg, P – 87/min, D – 17/min, SpO ₂ – 97 %, TT – 37,7 °C	M. D.
14:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/85 mmHg, P – 86/min, D – 18/min, SpO ₂ – 97 %, TT – 37,5 °C	M. D.
14:05	Kontrola intenzity bolesti: VAS 0	M. D.
18:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/89 mmHg, P – 87/min, D – 19/min, SpO ₂ – 96 %, TT – 36,9 °C	M. D.
18:01	Kontrola intenzity bolesti: VAS 1	M. D.
22:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/90 mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 97 %, TT – 37,6 °C	M. D.

Realizace ze dne 30. 1. 2018

2:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/88 mmHg, P – 87/min, D – 18/min, SpO ₂ – 97 %, TT – 36,5 °C	M. D.
6:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/89 mmHg, P – 85/min, D – 18/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 36,6 °C	M. D.
6:02	Kontrola intenzity bolesti: VAS 1	M. D.
6:08	Dle ordinace lékaře podán Novalgin 500 mg, per os, proveden záznam do dokumentace	M. D.
8:08	Kontrola intenzity bolesti: VAS 1	M. D.
10:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/91 mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98%, TT – 36,7 °C	M. D.
11:55	Kontrola intenzity bolesti: VAS 1	M. D.
14:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 136/90 mmHg, P – 85/min, D – 18/min, SpO ₂ – 97 %, TT – 36,6 °C	M. D.
17:58	Kontrola intenzity bolesti: VAS 0	M. D.
18:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/90 mmHg, P – 87/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 36,6 °C	M. D.
22:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/90 mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 97 %, TT – 36,8 °C	M. D.
22:02	Kontrola intenzity bolesti: VAS 0	M. D.

Realizace dne 31. 1. 2018

2:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 141/92 mmHg P – 84/min, D – 17/min, SpO ₂ – 97 %, TT – 36,7 °C	M. D.
6:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 137/90 mmHg P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 96 %, TT – 36,5 °C, VAS 0.	M. D.

Hodnocení 28. – 31. 1. 2018

- Pacient dokázal zhodnotit míru své bolesti dle VAS v krátké době.
- Při bolesti zaujímal pacient úlevovou polohu.
- Pacient dodržoval klidový režim.

- Krátkodobý cíl byl splněn, pacient udával snížení bolesti do 2 hodin.
- Pacient udává zmírnění bolesti po podání analgetik, na VAS 1 po dvou dnech.
- Pacient na konci sledovaného období neudával bolest, v noci spal klidně.
- Dlouhodobý cíl byl splněn.

2. Hypertermie (00007)

[Hypertermie v souvislosti s alkoholovou abstinencí projevující se zvýšenou teplotou, nadměrným pocením, tremorem].

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 6: Termoregulace

Definice: Tělesná teplota nad normálním rozmezím v průběhu dne v důsledku selhání termoregulace.

Určující znaky:

- Zarudlá kůže, teplá na dotek.
- Zmatenost.
- Bolest hlavy.
- Tělesná teplota zvýšená nad 37°C.

Související znaky:

- Dehydratace.
- Alkoholová abstinence.

Priorita: Střední.

Cíl krátkodobý: Hodnoty tělesné teploty pacienta nestoupnou nad 39°C, do 24 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacient má normální tělesnou teplotu do tří dnů.

Očekávané výsledky:

- Tělesná teplota pacienta nestoupne nad 38,9°C do 24 hodin.
- Nevyskytují se u pacienta žádné komplikace a projevy hypertermie (dehydratace, zmatenost, epileptický záchvat) – do 24 hodin.

- Pacient bude dostatečně hydratován – do 2 hodin.
- Hodnoty tělesné teploty pacienta budou ve fyziologických mezích, do tří dnů.
- Pacient má zajištěnu dostatečnou hygienickou péči – během celého dne.
- Pacient má hemodynamické parametry v normě – do tří dnů.

Plán intervencí:

1. Měř a zaznamenávej tělesnou teplotu, každé 2 hodiny – všeobecná sestra.
2. Sleduj srdeční pulz, dýchání, prováděj zápisy do dokumentace každou hodinu, o změnách informuj lékaře – všeobecná sestra.
3. Podávej antipyretika dle ordinace lékaře, prováděj záznam o podání 4x denně, do dokumentace – všeobecná sestra.
4. Prováděj fyzikální chlazení dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
5. Aplikuj dle ordinace lékaře infuzní terapii – všeobecná sestra
6. Prováděj odběry biologického materiálu dle ordinace lékaře, sleduj výsledky, informuj lékaře – všeobecná sestra.
7. Sleduj bilanci tekutin, zaznamenávej do dokumentace, po 6 hodinách – všeobecná sestra.
8. Aktivně nabízej pacientovi tekutiny – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
9. Sleduj kožní turgor a hydrataci sliznic pacienta – 3x denně, všeobecná sestra.
10. Prováděj důkladnou hygienickou péči, výměnu prádla dle potřeby pacienta – všeobecná sestra ve spolupráci se sanitářkou, zdravotnický asistentem.

Realizace dne 28. 1. 2018

6:00	Oslovení pacienta, monitorace vitálních funkcí a stavu vědomí: TK – 140/90 mmHg, P – 87/min, D – 19/min, SpO ₂ – 99 %, TT 38,2 °C; GCS – 14 bodů. Společně s pacientem posouzena bolest	M. D
------	--	------

	hlavy číslo 5, na stupnici VAS (1–10). Proveden záznam do dokumentace	
6:05	Rychlost infuze FR 100 ml + 1000 mg Novalginu, (při teplotě vyšší než 38,0°C) 100 ml/30 min	M. D.
6:06	Nabízení tekutin: vypil 150 ml čaje	M. D.
6:10	Odběr biologického materiálu na hematologické a biochemické vyšetření	M. D.
6:20	Provedena celková ranní toaleta na lůžku, výměna osobního a ložního prádla Kontrola kožního turgoru a hydratace sliznic: v normě Sledování otoků: bez otoku.	M. D.
6:35	Převaz PŽK, použito transparentní krytí, okolí klidné. Proveden zápis do dokumentace	M. D.
6:36	Rychlost infuze FR 100 ml + Helicid 40 mg rychlostí 100 ml/ 30 min	M. D.
6:41	Podáno fyzikální chlazení pomocí gelových polštářků, do třísel, 10 minut	M. D.
7:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/91 mmHg, P – 86/min, D – 18/min, SpO ₂ – 98 %	M. D.
7:10	Rychlost infuze FR 500 ml + Apaurin 100 mg 23 ml/hod	M. D.
7:15	Příjem tekutin: 150 ml	M. D.
7:20	Výsledky statimového vyšetření krve, příloha D, E, – informován lékař	M. D.
7:45	Rychlost infuze FR 1000 ml + 20 ml 7,5% KCL nastavena na 40 ml/hod	M. D.
8:00	Provedeno měření: TT – 37,7 °C	M. D.
8:02	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/90 mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98 %	M. D.

8:05	Podáno fyzikální chlazení pomocí gelových polštářků, do třísel, 10 minut.	M. D.
8:20	Pacientovi nabízeny tekutiny příjem: 150 ml	M. D.
9:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 135/91 mmHg, P – 85/min, D – 18/min, SpO ₂ – 96 %	M. D.
10:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/90 mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 97 %, TT – 37,5 °C	M. D.
10:05	Výměna prádla pacienta pro nadměrné pocení	M. D.
11:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 142/85 mmHg, P – 87/min, D – 17/min, SpO ₂ – 96 %	M. D.
11:08	Podán Novalgin 500 mg, per os, příjem tekutin: 150 ml	M. D.
12:00	Spočítány a zapsány bilance tekutin do dokumentace: příjem: 1260 ml, výdej: 900 ml + pacient se potí.	M. D.
12:03	Provedeno měření tělesné teploty: 37,3 °C	M. D.
12:04	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/84 mmHg, P – 82/min, D – 18/min, SpO ₂ – 98 %	M. D.
13:00	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
14:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/82 mmHg, P – 87/min, D – 18/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 37,2 °C	M. D.
14:11	Pacientovi nabízeny tekutiny příjem: 150 ml	M. D.
15:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 136/85 mmHg, P – 85/min, D – 18/min, SpO ₂ – 98 %	M. D.
15:12	Pacientovi nabízeny tekutiny příjem: 150 ml	M. D.
16:00	Provedeno měření tělesné teploty: 37,3 °C	M. D.
16:01	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 141/86 mmHg, P – 84/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 37,2 °C	M. D.
16:30	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.

17:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/82 mmHg, P – 87/min, D – 18/min, SpO ₂ – 98 %	M. D.
17:10	Podán Novalgin 500 mg, per os, příjem tekutin: 150 ml	M. D.
17:20	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
17:35	Provedena večerní hygienická péče. Vyměněno ložní prádlo, osobní prádlo. Kontrola kožního turgoru a hydratace sliznic: v normě. Sledování otoků: bez otoků.	M. D. P. M.
18:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 140/91 mmHg, P – 83/min, D – 18/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 37, 2 °C	M. D.
18:05	Spočítány a zapsány bilance tekutin: příjem: 1210 ml, výdej: 950 ml + pacient se potí.	M. D.
19:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 135/82 mmHg, P – 87/min, D – 18/min, SpO ₂ – 97 %	M. D.
20:02	Změřena tělesná teplota: 38,0°C, podáno fyzikální chlazení pomocí gelových polštářků, do třísel – 10 min	M. D.
20:03	Pacientovi nabízené tekutiny: příjem 150 ml vody	M. D.
20:04	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/82 mmHg, P – 87/min, D – 18/min, SpO ₂ – 98 %	M. D.
21:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/83 mmHg, P – 86/min, D – 18/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 37,2 °C	M. D.
21:05	Pacientovi nabízené tekutiny: příjem 150 ml vody	M. D.
21:55	Výměna osobního prádla pacienta pro nadměrné pocení.	M. D.
21:55	Pacientovi nabízené tekutiny: příjem 100 ml vody	M. D.
22:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 146/90 mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 38,3 °C	M. D.
22:10	Rychlost infuze FR 100 ml + 1000 mg Novalginu 100 ml/30 min	M. D.
22:15	Pacientovi nabízené tekutiny: příjem 100 ml vody.	M. D.

23:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/82 mmHg, P – 87/min, D – 18/min, SpO ₂ – 98 %	M. D.
23:58	Spočítány a zapsány bilance tekutin: příjem: 1200 ml, výdej: 1100 ml	M. D.

Realizace dne 29. 1. 2018

0:01	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 141/83 mmHg, P – 87/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98 %	M. D.
0:02	Změřena tělesná teplota: 38,6 °C	M. D.
0:10	Pacientovi nabízené tekutiny: příjem 150 ml vody.	M. D.
0:14	Rychlost infuze FR 100 ml + 1000 mg Novalginu 100 ml/30 min	M. D.
0:19	Podáno fyzikální chlazení pomocí gelových polštářků do třísel, 10 min	M. D.
1:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/82 mmHg, P – 87/min, D – 18/min, SpO ₂ – 98 %	M. D.
1:10	Podáno fyzikální chlazení pomocí gelových polštářků do třísel, 10 min	M. D.
2:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 126/84 mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98 %	M. D.
2:01	Změřena tělesná teplota: 36,9 °C	M. D.
2:02	Podáno fyzikální chlazení pomocí gelových polštářků do třísel, 10 min	M. D.
2:02	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
3:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 132/81 mmHg, P – 80/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98 %	M. D.
4:00	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.

4:01	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 140/83 mmHg, P – 87/min, D – 18/min SpO ₂ – 97 %	M. D.
4:02	Změřena tělesná teplota: 36,9 °C	M. D.
4:04	Podáno fyzikální chlazení pomocí gelových polštářků do třísel, 10 min	M. D.
5:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/82 mmHg, P – 87/min, D – 18/min, SpO ₂ – 98 %	M. D.
5:05	Pacientovi nabízené tekutiny: příjem 150 ml vody.	M. D.
5:45	Kontrola kožního turgoru a sliznic – v normě. Pacient bez otoků	M. D.
6:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/82 mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 36,9 °C	M. D.
6:02	Spočítány a zapsány bilance tekutin příjem: 1060 ml, výdej: 850 ml + pacient se potí	M. D.
6:05	Odběr biologického materiálu na hematologické a biochemické vyšetření	M. D.
6:10	Provedena celková ranní toaleta na lůžku, výměna osobního prádla a lůžkovin.	M. D. P. M.
6:25	Sledování kožního turgoru: v normě, sledování otoků: bez otoků	M. D.
6:30	Převaz PŽK, použito transparentní krytí, okolí klidné. Proveden zápis do dokumentace.	M. D.
6:32	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
6:42	Rychlost infuze FR 100 ml +1000 mg Novalginu 100 ml/30 min	M. D.
7:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 146/84 mmHg, P – 87/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98 %	M. D.
7:15	Rychlost infuze FR 500 ml + Apaurin 100 mg 23 ml/ hod	M. D.
7:30	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.

7:35	Výsledky statimového vyšetření krve, informován lékař	M. D.
8:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 136/86 mmHg, P – 83/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 36,8°C	M. D.
8:45	Rychlost infuze FR 1000 ml + 20 ml 7,5% KCL nastavena na 40 ml/hod	M. D.
9:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/85mmHg, P – 84/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98 %	M. D.
9:25	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
10:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/90 mmHg, P – 87/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 37,7 °C	M. D.
10:05	Podáno fyzikální chlazení pomocí gelových polštářků, do třísel 10 min	M. D.
10:15	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
11:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/90 mmHg, P – 87/min, D – 17/min, SpO ₂ – 97 %, TT – 36,6 °C	M. D.
11:45	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 250 ml	M. D.
12:00	Spočítány a zapsány bilance tekutin příjem: 1350 ml, výdej: 1000 ml	M. D.
12:05	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 136/84 mmHg, P – 85/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 36,9 °C	M. D.
12:50	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
13:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 136/84 mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 97 %	M. D.
13:45	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
14:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/85 mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 97 %, TT – 37,5 °C	M. D.
14:10	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
14:15	Podáno fyzikální chlazení pomocí gelových polštářků, do třísel 10 min	M. D.

14:45	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
15:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 135/90 mmHg, P – 87/min, D – 17/min, SpO ₂ – 97 %	M. D.
15:20	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
16:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/90 mmHg, P – 87/min, D – 17/min, SpO ₂ – 97 %, TT – 37,7 °C	M. D.
16:20	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
17:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/89 mmHg, P – 87/min, D – 19/min, SpO ₂ – 96 %, TT – 37,5 °C	M. D.
17:10	Podáno fyzikální chlazení pomocí gelových polštářků, 10 minut	M. D.
17:45	Provedena večerní hygienická péče: vyměněno ložní prádlo, osobní prádlo. Kontrola kožního turgoru a hydratace sliznic: v normě, sledování otoků: bez otoků	M. D. P. M.
17:56	Spočítány a zapsány bilance tekutin: Příjem: 1260 ml, výdej: 950 + pot.	M. D.
18:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/89 mmHg, P – 87/min, D – 19/min, SpO ₂ – 96 %, TT – 37,9 °C	M. D.
18:02	Podáno fyzikální chlazení pomocí gelových polštářků, 10 minut	M. D.
18:23	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
19:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/89 mmHg, P – 87/min, D – 19/min, SpO ₂ – 96 %	M. D.
19:10	Podáno fyzikální chlazení pomocí gelových polštářků, 10 minut	M. D.
19:15	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
20:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/92 mmHg, P – 84/min, D – 17/min, SpO ₂ -97 %, TT – 37,0 °C	M. D.
20:20	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
21:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/91 mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 97%	M. D.

21:32	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	
22:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 136/90 mmHg, P – 85/min, D – 18/min, SpO ₂ - 96 %, TT – 37,6 °C	M. D.
22:11	Podáno fyzikální chlazení pomocí gelových polštářků, 10 minut	M. D.
22:30	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
23:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 136/90 mmHg, P – 85/min, D – 18/min, SpO ₂ - 96 %, TT – 37,4 °C	M. D.
23:10	Podáno fyzikální chlazení pomocí gelových polštářků, 10 minut	M. D.
23:58	Spočítány a zapsány bilance tekutin: příjem: 1110 ml, výdej: 800 ml	M. D.
24:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/91 mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ - 97%, 37,0 °C	M. D.

Realizace z 30. 1. 2018

00:10	Podáno fyzikální chlazení pomocí gelových polštářků, 10 minut	M. D.
1:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 141/91 mmHg, P – 88/min, D – 18/min, SpO ₂ - 98 %	M. D.
2:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/87 mmHg, P – 87/min, D – 18/min, SpO ₂ - 97 %, TT – 36,6 °C	M. D.
3:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 137/90 mmHg, P – 85/min, D – 18/min, SpO ₂ - 98 %	M. D.
4:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/89 mmHg, P – 87/min, D – 18/min, SpO ₂ - 97 %, TT – 36,5 °C	M. D.
5:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/90mmHg, P – 84/min, D – 18/min, SpO ₂ - 99 %	M. D.
5:10	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.

6:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 134/86 mmHg, P – 85/min, D – 18/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 36,6 °C	M. D.
6:03	Spočítány a zapsány bilance tekutin: Příjem: 510 ml, výdej: 400 ml	M. D.
6:10	Odběr biologického materiálu na hematologické a biochemické vyšetření	M. D.
6:20	Celková ranní hygiena na lůžku, výměna osobního a ložního prádla	M. D. P. M.
6:20	Kontrola kožního turgoru a hydratace sliznic: v normě Sledování otoků: bez otoků	M. D.
6:30	PŽK– ex, zaveden nový na pravé HK, použito transparentní krytí, Proveden zápis do dokumentace	M. D.
6:35	Rychlost infuze FR 100 ml + Helicid 40 mg rychlost 100 ml/30 min	M. D.
7:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/90 mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98%	M. D.
7:15	Rychlost infuze FR 500 ml + Apaurin 100mg 23 ml/hod	M. D.
7:20	Výsledky statimového vyšetření, informován lékař	M. D.
7:25	Příjem tekutin: 200 ml	M. D.
7:35	Rychlost infuze FR 1000 ml + 20 ml 7,5% KCL nastavena na 40 ml/ hod	M. D.
8:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/89 mmHg, P – 85/min, D – 18/min, SpO ₂ – 98%, TT – 36,7 °C	M. D.
8:35	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
9:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/86mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 36,5 °C	M. D.
9:20	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
10:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 138/87mmHg, P – 87/min, D – 18/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 36,4 °C	M. D.
10:15	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.

11:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/92 mmHg, P – 86/min, D – 17/min SpO ₂ – 98 %, TT – 36,3 °C	M. D.
11:05	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
11:45	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 100 ml	M. D.
12:00	Spočítány a zapsány bilance tekutin: příjem 1360 ml, výdej: 1000 ml	M. D.
12:01	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/92 mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 36,3 °C	M. D.
12:10	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
13:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 141/91mmHg, P – 85/min, D – 18/min, SpO ₂ – 97 %	M. D.
13:13	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
14:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/91mmHg, P – 85/min, D – 18/min, SpO ₂ – 97 %, TT – 36,6 °C	M. D.
14:23	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
15:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/91mmHg, P – 85/min, D – 18/min, SpO ₂ – 97 %, TT – 36,6 °C	M. D.
15:23	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
16:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/91mmHg, P – 85/min, D – 18/min, SpO ₂ – 97 %, TT – 36,6 °C	M. D.
16:32	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 200 ml	M. D.
17:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/91mmHg, P – 85/min, D – 18/min, SpO ₂ – 97 %	M. D.
17:35	Provedena večerní hygienická péče. Vyměněno ložní prádlo, osobní prádlo Kontrola kožního turgoru a hydratace sliznic: v normě. Sledování otoků: bez otoků	M. D. P. M.
18:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 140/92 mmHg, P – 86/min, D – 17/min, SpO ₂ – 98 %, TT – 36,6 °C	M. D.
18:02	Spočítány a zapsány bilance tekutin: 1060 ml, výdej 700 ml	M. D.
18:10	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 200 ml	M. D.
19:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 140/89 mmHg, P – 87/min, D – 19/min, SpO ₂ – 97 %	M. D.

19:20	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 200 ml	M. D.
20:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 140/84 mmHg, P – 87/min, D – 19/min, SpO2 – 97 %, TT – 36,8 °C	M. D.
20:21	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
21:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 140/88 mmHg, P – 87/min, D – 19/min, SpO2 – 98 %, TT – 36,7 °C	M. D.
21:10	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
22:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/86 mmHg, P – 87/min, D – 19/min, SpO2 – 97 %, TT – 36,6 °C	M. D.
23:59	Spočítány a zapsány bilance tekutin: příjem: 1060 ml, výdej: 700 ml	M. D.
24:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 141/89 mmHg, P – 87/min, D – 19/min, SpO2 – 96 %, TT – 36,7 °C	M. D.

Realizace ze dne 31. 1. 2018

1:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 142/89 mmHg, P – 87/min, D – 19/min, SpO2 – 96 %	M. D.
2:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 141/85 mmHg, P – 86/min, D – 18/min, SpO2 – 96 %, TT – 36,3 °C	M. D.
3:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 141/89 mmHg, P – 87/min, D – 117/min, SpO2 – 96 %	M. D.
4:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 143/89 mmHg, P – 85/min, D – 19/min, SpO2 – 96 %, TT – 36,5 °C	M. D.
4:25	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
5:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 139/89 mmHg, P – 87/min, D – 19/min, SpO2 – 96 %	M. D.
5:35	Pacientovi nabízeny tekutiny: příjem 150 ml	M. D.
6:00	Změřeny FF a zaznamenáno do dokumentace: TK – 141/89 mmHg, P – 83, D – 19/min, SpO2 – 96 %, TT – 36,7 °C	M. D.
6:02	Spočítány a zapsány bilance tekutin: příjem: 670 ml, výdej: 500 ml	M. D.

Hodnocení 28. – 31. 1. 2018

- Hodnoty tělesné teploty pacienta se pohybovaly pod hranicí 39°C.
- U pacienta se nevyskytly žádné komplikace.
- Pacient byl dostatečně hydratován.
- Krátkodobý cíl byl splněn do 24 hodin.
- Pacient měl kožní turgor po celé sledované období v normě, bez otoků dolních končetin.
- U pacienta byla zajištěna dostatečná hygienická péče.
- Byly sledovány hemodynamické parametry, výsledky hlášeny lékaři.
- Pacient byl afebrilní do 3 dnů.
- Dlouhodobý cíl byl splněn.

3. Deficit sebepéče při koupání (00108)

[Deficit sebepéče v oblasti koupání a hygieny v souvislosti s klidovým režimem, léčbou, sedativy, projevující se neschopností sám o sebe pečovat].

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5. Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky:

- Zhoršená schopnost dostat se do koupelny.
- Neschopnost vykoupat se.

Související znaky:

- Slabost.
- Bolest.

Priorita: Střední.

Krátkodobý cíl: Budou saturovány všechny potřeby pacienta v oblasti hygieny, dvakrát denně.

Dlouhodobý cíl: Pacient má po dobu hospitalizace čistý zevnějšek.

Očekávané výsledky:

- Pacient zná důvody klidového režimu a dodržuje je, do 1 hodiny.
- Pacient dokáže hovořit o svých zvyklostech v oblasti hygieny, stále.
- Pacient spolupracuje při zajištění svých hygienických potřeb, stále.
- Pacient má čistý zevnějšek, ihned.
- Pacient bude mít zajištěnu hygienickou péči dle svých potřeb, vždy.
- Pacient bude provádět hygienu dle svých schopností sám, po změně pohybového režimu do 3 dnů.

Plán intervencí:

1. Naslouchej pacientovi, jeho přání ohledně hygieny – kdykoliv, všeobecná sestra.
2. Zajisti pacientovi odpovídající hygienickou péči, dle jeho potřeb – všeobecná sestra ve spolupráci se zdravotnickým asistentem, sanitářkou.
3. Dbej na soukromí pacienta, vždy – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitářka.
4. Připrav pacientovi hygienické pomůcky pro očištění rukou po močení do močové lahve – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitářka.
5. Po změně pohybového režimu dopomoz pacientovi vykonávat hygienickou péči sám – všeobecná setra.
6. Dbej na bezpečný převoz do koupelny – všeobecná sestra ve spolupráci se zdravotnickým asistentem, sanitářkou.
7. Prováděj zápisy o poskytnuté hygienické péči do dokumentace – všeobecná sestra.

Realizace dne 28. 1. 2018

6:00	Oslovení pacienta, monitorace vitálních funkcí a stavu vědomí: TK – 140/90 mmHg, P – 87/min, D – 19/ min, SpO ₂ – 99 %, TT 38,2 °C; GCS – 14 bodů. Společně s pacientem posouzena bolest hlavy číslo 5, na stupnici VAS (1–10). Proveden záznam do dokumentace	M. D.
6:20	Provedena celková ranní toaleta, výměna lůžkovin a osobního prádla ve spolupráci se sanitářkou	M. D. P. M.
7: 15	Umytí rukou před snídaní	M. D.
7:46	Hygienu rukou pacienta po močení	M. D.
8:45	Dopomoc pacientovi při vyprazdňování stolice podáním podložní mísy, provedena řádná hygiena po stolici, vyvětrání místnosti, proveden zápis do dokumentace	M. D.
9:45	Hygienu rukou pacienta po močení	M. D.
10:05	Výměna prádla pro nadměrné pocení	M. D.
11:29	Umytí rukou před obědem	M. D.
11:55	Hygienu rukou pacienta po močení	M. D.
12:55	Hygienu rukou pacienta po močení	M. D.
14:50	Hygienu rukou pacienta po močení	M. D.
17:14	Umytí rukou před večeří	M. D.
17:35	Hygienu rukou pacienta po močení	M. D.
17:36	Provedena večerní hygiena pacienta, vyvětrání pokoje	M. D. P. M.
20:25	Hygienu rukou pacienta po močení	M. D.

Realizace ze dne 29. 1. 2018

0:04	Hygienu rukou pacienta po močení	M. D.
5:45	Hygienu rukou pacienta po močení	M. D.
6:10	Provedena celková ranní toaleta, výměna lůžkovin a osobního prádla ve spolupráci se sanitářkou	M. D. P. M.
7:16	Umytí rukou před snídaní	M. D.
8:25	Hygienu rukou pacienta po močení	M. D.

10:02	Hygiena rukou pacienta po močení	M. D.
11:40	Hygiena rukou pacienta po močení	M. D.
11:45	Umytí rukou před obědem	M. D.
14:30	Hygiena rukou pacienta po močení	M. D.
16:26	Hygiena rukou pacienta po močení	M. D.
17:45	Provedena večerní hygiena pacienta, vyvětrání místnosti	M. D.
20:15	Hygiena rukou pacienta po močení	M. D.
22:21	Hygiena rukou pacienta po močení	M. D.

Realizace 30. 1. 2018

5:09	Hygiena rukou pacienta po močení	M. D.
6:20	Celková ranní hygiena: pacient převezen na mycím lůžku do sprchy	M. D. P. M.
7:25	Mytí rukou před snídaní	M. D.
8:32	Hygiena rukou pacienta po močení	M. D.
9:15	Dopomoc pacientovi při vyprazdňování stolice podáním podložní mísy, provedena řádná hygiena po stolici Vytřídění místnosti Proveden zápis do dokumentace	M. D.
9:45	Hygiena rukou pacienta po močení	M. D.
11:04	Hygiena rukou pacienta po močení	M. D.
11:30	Umytí rukou před obědem	M. D.
12:30	Hygiena rukou pacienta po močení	M. D.
14:20	Hygiena rukou pacienta po močení	M. D.
15:50	Hygiena rukou pacienta po močení	M. D.
17:05	Umytí rukou před večeří	M. D.
17:35	Provedena večerní hygienická péče: pacient byl zavezen k umyvadlu na toaletním křesle, sám pečuje o dutinu ústní. Vyměněno ložní prádlo, osobní prádlo	M. D. P. M.
20:20	Hygiena rukou pacienta po močení	M. D.

23:43	Hygiena rukou pacienta po močení	M. D.
-------	----------------------------------	-------

Realizace dne 31. 1. 2018

00 – 5:25	Pacient klidně spí	M. D.
5:30	Hygiena rukou pacienta po močení	M. D.
6:10	Provedena celková ranní toaleta, výměna lůžkovin a osobního prádla ve spolupráci se sanitářkou	M. D. P. M.
7:25	Mytí rukou před snídaní	M. D.
8:15	Hygiena rukou pacienta po močení	M. D.

Hodnocení dne 28. – 31. 1. 2018

- Pacient dodržoval klidový režim.
- Pacient dokázal říct, co mu vyhovuje v oblasti hygieny.
- Byly naplněny potřeby pacienta v oblasti hygienické péče.
- Krátkodobý cíl splněn.
- Dlouhodobý cíl, že po dobu hospitalizace bude mít pacient čistý zevnějšek, byl splněn částečně, a to z důvodu pokračující hospitalizace a ordinovaného klidu na lůžku.

Pokračující intervence: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

4. Deficit sebeděče při vyprazdňování (00110)

[Deficit sebeděče při vyprazdňování v souvislosti s klidovým režimem projevující se dopomocí při vyprazdňování na lůžku].

Doména 4. Aktivita/odpočinek.

Třída 5. Sebeděče.

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se vyprazdňování.

Určující znaky:

- Zhoršená schopnost přemístit se na toaletu.
- Neschopnost provést řádnou vyprazdňovací hygienu.
- Neschopnost provádět řádnou hygienu při a po vyprazdňování.

Související znaky:

- Bolest.
- Vyčerpanost.
- Klidový režim.

Priorita: Střední.

Cíl krátkodobý: Pacient má zajištěnu péči v oblasti pravidelného vyprazdňování moče a stolice, dle své potřeby.

Cíl dlouhodobý: Pacient je plně soběstačný při vyprazdňování, do tří dnů.

Očekávané výsledky:

- Pacient upozorňuje signalizačním zařízením na svoji potřebu vyprazdňování, ihned.
- Pacientovi je poskytnuta péče v oblasti vyprazdňování, ihned.
- Pacient má zajištěnu řádnou hygienu po vyprázdnění, ihned.
- Pacient dodržuje naordinovaný pohybový režim – ihned.
- Pacientova bilance tekutin je vyrovnaná – do 24 hodin.
- Pacient po změně pohybového režimu provádí péči o vyprazdňování dle svých schopností sám, do 2 dnů.

Plán intervencí:

1. Pouč pacienta o signalizačním zařízení a jeho použití při potřebě na toaletu – všeobecná sestra.
2. Informuj pacienta o klidovém režimu, který naordinoval lékař, ihned – všeobecná sestra.

3. Poskytni pacientovi dostatek času a soukromí pro vyprazdňování, vždy – všeobecná sestra.
4. Zajisti hygienickou péči po každém vymočení a vyprázdnění stolice – všeobecná sestra.
5. Sleduj příjem a výdej tekutin, zaznamenávej do dokumentace každých 6 hodin – všeobecná sestra.
6. Sleduj kůži pacienta, během dne – všeobecná sestra.
7. Sleduj frekvenci vyprazdňování stolice, její charakter.

Realizace dne 28. 1. 2018

6:00	Oslovení pacienta, monitorace vitálních funkcí a stavu vědomí: TK – 140/90 mmHg, P – 87/min, D – 19/min, SpO ₂ – 99 %, TT 38,2 °C; GCS – 14 bodů. Společně s pacientem posouzena bolest hlavy číslo 5, na stupnici VAS (1–10). Proveden záznam do dokumentace	M. D.
6:01	Pacient informován o signalizačním zařízení, má ho v dosahu	M. D.
6:02	Pacient informován o klidovém režimu	M. D.
6:20	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 250 ml	M. D.
6:23	Kontrola kožního turgoru: v normě	M. D.
7:50	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 250 ml	M. D.
8:45	Dopomoc pacientovi při vyprazdňování stolice podáním podložní mísy. Stolice formovaná. Provedena řádná hygiena po stolici. Proveden zápis do dokumentace, stolice formovaná	M. D.
9:45	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 200 ml	M. D.
11:55	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 300 ml	M. D.
12:00	Spočítány a zapsány bilance tekutin: příjem: 1200, výdej: 1000 ml + pacient se potí	M. D.
12:55	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 300 ml	M. D.
14:50	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 350 ml	M. D.
17:35	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 400 ml	M. D.
17:36	Kontrola kožního turgoru: v normě	M. D.

18:05	Spočítány a zapsány bilance tekutin: příjem: 1200 ml, výdej: 1050 ml	M. D.
20:25	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 350 ml	M. D.
22:15	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 300 ml	M. D.
23:46	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 450 ml	M. D.
24:00	Spočítány a zapsány bilance tekutin: příjem: 1200 ml, výdej: 1100 ml	M. D.

Realizace dne 29. 1. 2018

0:04	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 400 ml	M. D.
6:02	Spočítány a zapsány bilance tekutin příjem: 950 ml, výdej: 850 ml	M. D.
6:10	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 250 ml	M. D.
6:25	Sledování kožního turgoru: v normě. Sledování otoků: bez otoků.	M. D.
8:25	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 250 ml	M. D.
10:02	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 300 ml	M. D.
11:40	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 200 ml	M. D.
12:00	Spočítány a zapsány bilance tekutin příjem: 1350 ml, výdej: 1000 ml	M. D.
14:30	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 300 ml	M. D.
16:23	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 300 ml	M. D.
17:45	Kontrola kožního turgoru a hydratace sliznic: v normě Sledování otoků: bez otoků	M. D.
17:45	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 350 ml	M. D.
17:56	Spočítány a zapsány bilance tekutin: Příjem: 1260 ml, výdej: 950 ml + pot.	M. D.
20:15	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 300 ml	M. D.
22:20	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 300 ml	M. D.
23:46	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 200 ml	M. D.

23:58	Spočítány a zapsány bilance tekutin: příjem: 1110 ml, výdej: 800 ml	M. D.
-------	---	-------

Realizace ze dne 30. 1. 2018

5:09	Dopomoc pacientovi při močení – výdej 400 ml	M. D.
6:03	Spočítány a zapsány bilance tekutin: Příjem: 510 ml. výdej: 400ml	M. D.
6:20	Kontrola kožního turgoru a hydratace sliznic: v normě, sledování otoků: bez otoků	M. D.
8:32	Dopomoc pacientovi při močení – výdej 400 ml	M. D.
9:15	Dopomoc pacientovi při vyprazdňování stolice podáním podložní mísy, provedena řádná hygiena po stolici. Proveden zápis do dokumentace	M. D.
9:45	Dopomoc pacientovi při močení – výdej 300 ml	M. D.
11:04	Dopomoc pacientovi při močení – výdej 300 ml	M. D.
12:00	Spočítány a zapsány bilance tekutin: příjem 1360 ml, výdej: 1000 ml	M. D.
12:30	Dopomoc pacientovi při močení – výdej 400 ml	M. D.
14:20	Dopomoc pacientovi při močení – výdej 300 ml	M. D.
17:35	Kontrola kožního turgoru a hydratace sliznic: v normě. Sledování otoků: bez otoků	M. D.
18:02	Spočítány a zapsány bilance tekutin: 1060 ml, výdej 700 ml	M. D.
18:10	Dopomoc pacientovi při močení – výdej 400 ml	M. D.
20:20	Dopomoc pacientovi při močení – výdej 300 ml	M. D.
23:59	Spočítány a zapsány bilance tekutin: příjem: 1060 ml, výdej: 700 ml	M. D.
24:00	Zápis fyziologických funkcí: TK – 141/ 89mmHg, P – 87/min, D – 19/min, SpO2 – 96 %, TT – 36,7 °C	M. D.

Realizace ze dne 31. 1. 2018

5:30	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 500 ml	M. D.
6:02	Spočítány a zapsány bilance tekutin: příjem: 670 ml, výdej: 500 ml	M. D.
6:20	Kontrola kožního turgoru a hydratace sliznic: v normě, sledování otoků: bez otoků	M. D.
8:15	Dopomoc pacientovi při močení: výdej 500 ml	M. D.
8:55	Dopomoc pacientovi při vyprazdňování stolice podáním podložní mísy, provedena řádná hygiena po stolici Proveden zápis do dokumentace, stolice formovaná	M. D.

Hodnocení dne 28. – 31. 1. 2018

- Pacient upozorňoval na svoje vylučovací potřeby pomocí signalizace.
- Pacient dodržoval klidový režim.
- Pacientovi potřeby v oblasti vylučování byly vždy uspokojovány s ohledem na jeho soukromí, byla mu poskytnuta hygienická péče po vyprázdnění.
- Pacientův příjem a výdej tekutin byl vyvážený.
- Krátkodobý cíl byl splněn.
- Dlouhodobý cíl zatím splněn nebyl, z důvodu pokračujícího klidového režimu.

Pokračující intervence: 2, 3, 4, 6, 7.

CELKOVÉ ZHODNOCENÍ STAVU:

Třicetipětiletý pacient slovenské národnosti byl přijatý na Iktovou jednotku Neurologické kliniky FN Brno pro kumulaci třech, generalizovaných tonicko-klonických záchvatů s toxonutritivní etiologií. Druhý den hospitalizace bylo provedeno celkové zhodnocení zdravotního stavu nemocného. Na základě tohoto posouzení byly identifikovány problémy a poté stanoveny ošetrovatelské diagnózy. Bylo stanoveno 6 aktuálních ošetrovatelských diagnóz a 7 potenciálních, které byly seřazeny dle závažnosti. Ošetrovatelská péče se soustředila na pacienta, který měl naordinovaný klidový režim. V důsledku pádu ho bolela hlava a v souvislosti s alkoholovou abstinencí se u něho projevovala zvýšená teplota spojená s nadměrným pocením a tremorem horních končetin, občas pacient odpovídal na otázky neadekvátně. V důsledku naordinovaného

klidového režimu u něho vznikly deficity v oblasti sebek péče. Dle Barthelové byl pacient středně závislý. Ošetrovatelská péče mu byla poskytnuta v oblastech vyprazdňování a hygieny. Byl u něho sledován příjem a výdej tekutin (po 6 hodinách), který byl zajištěn nejen jeho vlastním pitím, ale i intravenózní terapií, která měla zabránit vzniku delirantního stavu a zlepšit hladinu elektrolytů v krevním séru. Pacient byl napojen na monitorovací zařízení a byly nepřetržitě sledovány jeho fyziologické funkce. Byly zapisovány každou 4 hodinu, tělesná teplota byla měřena à 2 hodiny a bilance tekutin byla sledována po 6 hodinách.

5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Epilepsie je onemocnění, které může postihnout každého z nás, naše příbuzné, známé či kamarády. Proto by bylo vhodné, aby široká veřejnost byla dostatečně informována o první pomoci.

Doporučení pro pacienty

Pro každého člověka, který se setká s tímto onemocněním jako pacient, v nemocnici lze doporučit, aby respektoval nařízený klid na lůžku. Nesnažit se sledovat televizi, počítač. Je třeba odpočívat a dodržovat pitný režim. S porozumění přijmout opatření, která sestry dělají pro zvýšení bezpečnosti nemocného. Od lékařů a ošetrujícího personálu může získat pacient spoustu informací o onemocnění, pokud sám bude chtít naslouchat. Po propuštění pacienta do domácího ošetrování, lze doporučit, aby nemocný pravidelně užíval léky, které mu lékař naordinoval. Je třeba také dodržovat pravidelný denní režim. Neměl by se dlouhodobě přetěžovat a to jak fyzicky tak psychicky. Vyváženou pestrou stravou a pravidelným, dostatečným příjmem tekutin, lze léčbě jen prospět. Pravidelná přiměřená sportovní aktivita může být jen pro dobro věci. Zato užívání alkoholu, kouření a drogy vyloženě škodí nemocnému.

Ženám epileptičkám, které by chtěli mít dítě, je třeba sdělit, aby svoje přání konzultovaly s lékařem a s ním naplánovaly dostatečně dopředu postup, jakým lze donosit a porodit zdravé dítě.

Doporučení pro rodinu

Rodinným příslušníkům lze poradit, aby se snažili ulehčit nemocnému jeho novou situaci. Mohou ho podporovat a motivovat v léčbě, doprovázet ho na pravidelné lékařské kontroly a vyšetření. V rámci bezpečnosti nemocného by se měli podílet na úpravě

prostředí, ve kterém nemocný žije, tak aby při případném záchvatu nedošlo ke zranění. Například taková obyčejná činnost jako je koupel ve vaně, skrývá v sobě spoustu nebezpečí. Nemocný by se měl koupat pouze pod dohledem nebo ke koupeli využívat sprchu. Spoustu informací o zajištění bezpečného domácího prostředí si mohou zájemci najít na internetu.

Doporučení pro všeobecné sestry

Při příjmu pacienta bych doporučila, aby se všeobecné sestry velmi podrobně seznámily s jeho epileptickou anamnézou. Pacienta je třeba uložit na klidný, tichý pokoj a zajistit mu bezpečnost a bezpečné prostředí. Poučit ho o pohybovém režimu a signalizačním zařízení. Také je třeba ho pravidelně kontrolovat. Při edukaci pacienta si zpětnou vazbou zjistit, jestli porozuměl danému tématu. Před plánovaným vyšetřením srozumitelnou formou vysvětlit pacientovi, co se bude dít a motivovat ho ke spolupráci. Je třeba nemocnému poskytnout psychickou oporu, a snažit se zapojit i jeho rodinu do péče. Před propuštěním pacienta je vhodné mu zopakovat režimová opatření, poskytnout mu informace o sdruženích, které pomáhají pacientům s epilepsií, popřípadě dodat kontakt na sociální pracovníky.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce si kladla za cíl seznámit s problematikou neurologického onemocnění jakým je epilepsie. Je to onemocnění v mnohých případech velmi závažné, omezující své nositele v mnoha ohledech. Dodržováním správné životosprávy, zdravého životního stylu, a pravidelné užívání antiepileptik, činí toto onemocnění v mnoha případech zvládnutelným. Na toto onemocnění se provádí řada studií a výzkumů u nás i v zahraničí. To nás může vést k optimistickým závěrům, že jednou lékaři najdou způsob, jak pomoci lidem, kteří v současnosti nedosahují plné kompenzace onemocnění.

V teoretické části byly zpracovány poznatky o epilepsii, byla uvedena specifika ošetrovatelské péče a také bylo poukázáno na sociální péči, která je poskytována těmto nemocným v naší zemi.

Praktická část práce se zaměřila na popis ošetrovatelského procesu u konkrétního pacienta s epilepsií. Ošetrovatelská péče byla realizována metodou ošetrovatelského procesu. Podle aktuálních potřeb pacienta byly sestaveny ošetrovatelské diagnózy dle Nanda Taxonomy Internacional 2015–2017. Byly rozpracovány 4 aktuální ošetrovatelské diagnózy. U těchto diagnóz byly stanoveny cíle, očekávané výsledky, plán intervencí, jejich realizace i hodnocení ošetrovatelské péče. Bylo také navrženo doporučení pro praxi. Cíle teoretické a praktické části práce byly splněny.

Bakalářskou práci lze využít pro všeobecné sestry a studenty zdravotnické školy, kteří mají zájem seznámit se blíže s touto problematikou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ALFRÉD T FRONTERA. 2018. *EEG in Status Epilepticus* [on-line]. © 2018 [cit. 2018-01-28]. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/1138728-overview>.
- AMBLER, Zdeněk. 2011. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-3.
- BRÁZDIL, Milan, Jan HADAČ A Petr MARUSIČ. 2011. *Farmakoresistentní epilepsie*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-495-7.
- BRÁZDIL. M., 2012, Epilepsie. In TYRLÍKOVÁ, Ivana a Martin BAREŠ a kol. *Neurologie pro nelékařské obory*. Vyd.2., rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 100-110. ISBN 978-80-7013-540-2.
- BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3557-3.
- CENDES, Fernando, William H THEODORE, Benjamin H BRINKMANN, Vlastimil SULC a Gregory D CASCINO, 2016. *Neuroimaging of epilepsy*. Handbook of clinical neurology, 136(-), 985-1014.
- ČESKÁ LIGA PROTI EPILEPSII, 2018. *Dokumenty, zákony, vyhlášky*. [on-line]. ©2017 [cit. 2018-2-15]. Dostupné z <http://www.elpe.cz/dokumenty.htm>.
- EPISTOP. 2017. *Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií*. [on-line]. EpiStop © 2017 [cit. 2018-2-15]. Dostupné z http://www.elpe.cz/Epistandardy_2017_web.pdf.
- CENTRUM PRO EPILEPSIE BRNO, 2018. *Brno Epilepsy Center*. [on-line]. Brno, ©2009 [cit. 2018-01-01]. Dostupné z: <http://www.epilepsiebrno.cz/>.
- EPILEPTOLOGICKÁ PÉČE V ČR. 2015. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, 2015 (8), 324-334. ISSN 1211-0868.
- FIKSA., Jan., 2016. Epilepsie In BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., s. 443–447. Sestra (Grada Publishing, a.s.). ISBN 978-80-247-4343-1.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed.2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. Přeložil: Pavla Kudlová. Praha: Grada Publishing, a.s. IBSN 978-80-247-5412-3.

KELNAROVÁ, J. a kol., 2012. *První pomoc I: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, Publishing. a.s. IBSN 978-80-247-4199-4.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2014. *Posouzení stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a. s. IBSN 978-80-247-5376-8.

NĚMCOVÁ, Jitka a Jana BOROŇOVÁ. 2011. *Repetitorium ošetrovatelství (programový text)*. Plzeň: Maurea. IBSN 978-80-902876-7-9.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 4. dopl. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. IBSN 978-80-905728-1-2.

MŠMT, 2018. *Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žák nadaných, ve znění účinném do 1. 1. 2018* [on-line]. ©2013–2018 [cit. 9. 3. 2018] dostupné z <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/vyhlaska-c-27-2016-sb-o-vzdelavani-zaku-se-specialnimi-2>.

NOVOTNÁ, Irena, Lenka ZICHOVÁ a Danuše NOVÁKOVÁ. 2008. *EEG, epilepsie a diferenciální diagnostiky poruch vědomí*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. IBSN 978-80-7013-472-6.

OREL, Miroslav a Roman PROCHÁZKA. 2017. *Vyšetření a výzkum mozku: pro psychology, pedagogy a další nelékařské obory*. Praha: Grada Publishing, a.s. IBSN 978-80-247-5539-7.

PROCHÁZKA, Tomáš, 2010. *Epilepsie u dospělých: klasifikace a léčba. Psychiatrie pro praxi*. 11(4), 149-151. ISSN 1213-0508.

SEIDL, Zdeněk. 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. IBSN:978-80-247-5247-1.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada Publishing, a.s. IBSN 978-80-247-4868-9.

- SPOLEČNOST „E“, činnost *sdržení*. [on-line]. ©2008 [cit. 2016-11-30]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/>.
- STATISTIKA A MY: *měsíčník českého statistického úřadu* [on-line]. Praha: Jiří Bartoš – SLON, ©2017, 7(7-8) [cit. 2018-01-11]. ISSN ISSN 1804-7149. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2017/08/svetovy-den-mozku/>.
- ŠIMKO, Julius. 2013. *Osteopatie u epileptiků*. Olomouc: Solen. IBSN 978-80-7471-034-6.
- ŠTEFANOVÁ, Barbora. 2010. *Ošetrovatelská péče u pacienta s epilepsií*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetrovatelství.
- VAGUS NERVUS STIMULATION [on-line]. © 2014 [cit. 2018-01-19]. Dostupné z: <http://www.vnsterapie.cz/>.
- VITVAROVÁ, T. *Ketogenní dieta: Kompletní průvodce pro začátečníky*. [on-line]. © 2017 [cit. 2017-12-25]. Dostupné z <https://cs.medlicker.com/1089-ketogenni-dieta/>.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO a kolektiv. 2015. *Velký lékařský slovník*. 10., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. IBSN 978-80-7345-456-2.
- ZÁKONY PRO LIDI [on-line]. AION. ©2018 [cit. 2018-03-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/clanek/kontakty.htm>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Ukázkový jídelníček ketogenní diety	I
Příloha B – Racionální farmakoterapie epileptických záchvatů	II
Příloha C – Implantace generátoru a elektrody pro stimulaci bloudivého nervu	III
Příloha D – Výsledky biochemického vyšetření krve	IV
Příloha E – Výsledky hematologického vyšetření krve	V
Příloha F – Žádost o umožnění sběru dat	VI –VII
Příloha G – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce	VIII
Příloha H – Rešerše	IV
Příloha I – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	X

Příloha A – Ukázkový jídelníček ketogenní diety.

SNÍDANĚ	OBĚD	VEČEŘE
Smažená vejce se zeleninou a houbami	Burger se salsou, sýrem	Steak s vejcem, salát
Omeleta se šunkou a sýrem, zelenina	Šunkové a sýrové řezy s ořechy	Bílé ryby, vejce, špenát
Sýrová omeleta, rajčata	Kuřecí salát s olivovým olejem, a sýrem Feta	Losos s chřestem připravovaný na másle
Omeleta s avokádem, salsa, papriky, cibule a koření	Nadívané kuře	Steak, vejce, houby, salát
Vejce, rajče, omeleta s kozím sýrem a bazalkou	Mandlové mléko, arašídové máslo, kakaový prášek, stévia koktejl	Masové kuličky, sýr Čedar a zelenina

Zdroj : (VITVAROVÁ©, 2017)

Příloha B – Racionální farmakoterapie epileptických záchvatů.

Typ záchvatu	Léky 1. volby	Léky 2. volby*
Parciální anebo sekundárně generalizované tonicko-klonické	karbamazepin, gabapentin, levetiracetam, lamotrigin, valproát, topiramát	eslikarbazepin, lakosamid, retigabin, pregabalin, zonisamid
Primárně generalizované tonicko-klonické záchvaty	lamotrigin, topiramát, valproát	levetiracetam
Absence	etosuximid**, lamotrigin valproát	topiramát
Myoklonické záchvaty	Lamotrigin*** valproát	benzodiazepin levetiracetam

Zdroj: (BRÁZDIL, HADAČ, MARUSIČ a kol. 2011, s. 180)

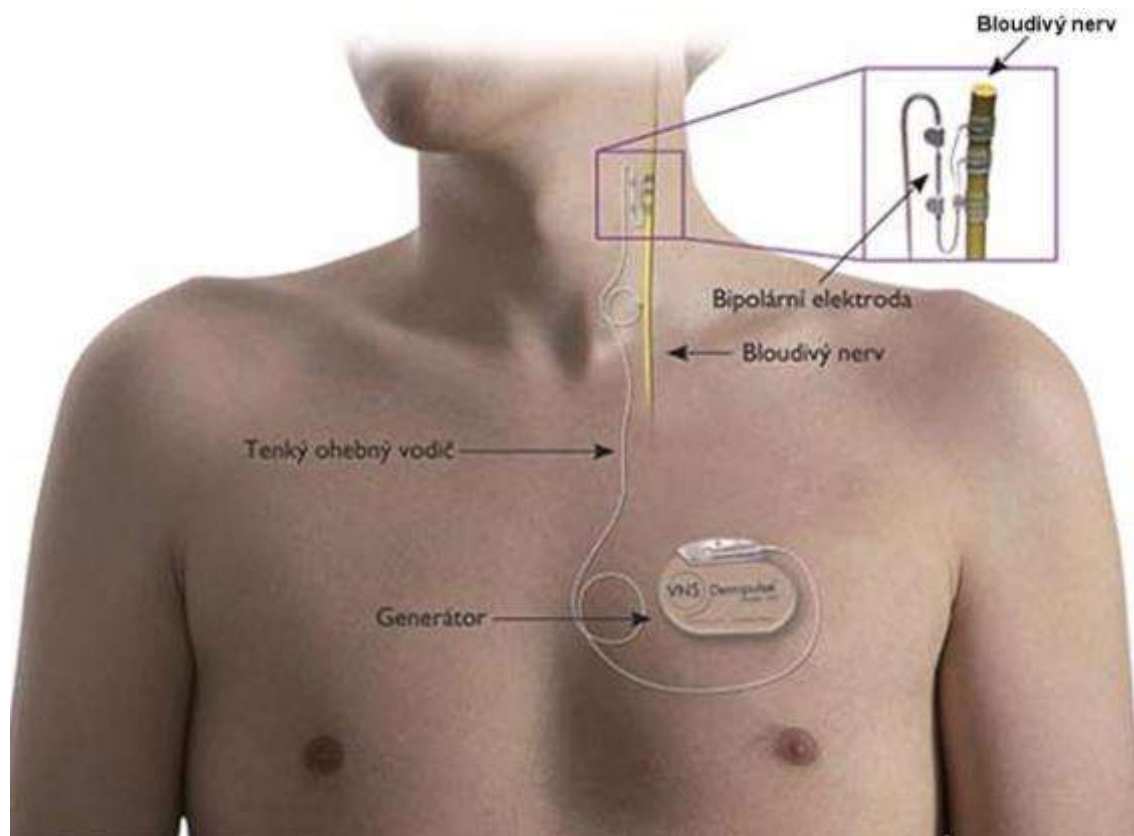
Poznámka: léky jsou řazeny abecedně a lze zvolit kterýkoli z nich.

* léky 2. volby mohou být zvoleny jako lék 1. volby s ohledem na aktuální zdravotní stav, kondici nemocného a epileptický syndrom

** jen u syndromu dětských absencí

*** ne u těžké dětské epilepsie

Příloha C – Implantace generátoru a elektrody pro stimulaci bloudivého nervu



Autor: Cardion s.r.o., patientská brožura

Příloha D

Výsledky biochemického vyšetření krve ze dne 28. 1. 2108	Naměřená hodnota	Referenční hodnoty ve FN Brno
Urea	2,1	1,7-8,3 mmol/l
Kreatinin	57	45-84 μ mol/l
Na	136	136-154 mmol/l
K	2,3	3,5-5,1 mmol/l
Cl	98	98-107 mmol/l
ALT	1,24	0,16-0,6 μ kat/l
AST	2,51	0,16-0,6 μ kat/l
Bilirubin celkový	28,8	2-21 μ mol/l
GGT	4,82	0,08-0,6 μ kat/l
ALP	1,50	0,67-2,15 μ kat/l
CRP	31,0	0-0,5 mg/l
Glukóza	7,3	3,9-5,6 mmol/l
CKD-EPI	2,10	1-2,4 ml/s
P-Etanol	Menší než 2,2	0,0 mmol/l
Etanol	Menší než 0, 1	0

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha E

Výsledky hematologického vyšetření	Naměřená hodnota	Referenční hodnoty ve FN Brno
Leukocyty - WBC	8,020	4-10 x 10 ⁹
Erytrocyty - RBC	4,19	3,8-5,2 x 10 ¹² /l
Hemoglobin - HGB	137	120-160 g/l
Hematokrit - HCT	0,400	0,35-0,46 %
Střední objem erytrocytu - MCV	94,7	84-96 fl
Trombocyty - PLT	88,0	150- 350 x 10 ⁹ /l
Střední hmotnost hemoglobinu v erytrocytu - MCH	32,7	28-34 Pg
Střední koncentrace hemoglobinu v erytrocytech- MCHC	345,0	320-360g/l
Distribuční šíře velikosti erytrocytů - RDW	13,3	10-15,2 %
Střední objem erytrocytu- MPV	7,32	7,8-11,0 fl
PLTm	ověřeno	
Protrombinový čas - INR	0,98	0,8-1,2 s
aPTT-R (koagulační test)	0,85	0,8-1,2 s
aPTT-s (koagulační test)	28,60	0,8-1,2 s
Fbg (fibrinogen)	5,32	1,8-4,2 g/l

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha F – Žádost o umožnění sběru dat



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
 Jiráskova 20, 602 00 Brno
 tel. 532 231 111

**OBOR ORGANIZAČNÍCH PRÁVNÍCH
 VĚCI A PERSONALISTIKY (OPV)**
 Vědomí: JUDr. Alena Těšáková MBA
 tel. 532 232 001, fax 532 232 228
 e-mail: tobisova.alena@fnbrno.cz

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY
v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: MARIE DUBČANOVÁ
 Datum narození: 7.3.1975 Telefon: 777 648 388 E-mail: Dubcova.Staceja@seznam.cz
 Adresa trvalého bydliště: SKALICKÁ 59, TÍŠOV 666 03
 Přesný název školy/fakulty: ÚS ZDRAVOTNICKÉ OPV, PRVNÍ, DUBČANOVÁ
 Obor studia: PSYCHOLOGIE
 Forma studia: prezenční kombinovaná

Téma závěrečné práce: Vztah mezi procesem a pacientem s epilezií

Účel žádosti:
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/podněrné práce
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel (uveďte):

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:
 ANO Pracoviště/Jméno zaměstnance FN Brno: NE
 (informace slouží k posouzení žádosti v případě datazukové akce – benefit pro zaměstnance FN Brno a rodinné příslušníky)

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/šetření a **předem má souhlas konkrétního pracoviště**, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlášení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlášení do zdr. dokumentace“.

Dotazníková akce pro pacienty FN Brno pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník:
 Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníka: od: do:
 Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat:

A vyplnění žádosti je nutno doložit vztah vzhledem k tomu, že:

Nahlášení do zdravotnické dokumentace

Předpokladaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: 2 ks
 Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od 1.12.2012 do 20.1.2014
 Pracoviště, ze kterého/kterých bude zdravotnická dokumentace pacientů: NEUROLOGIE
 Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci: Informace k postavení OS. procesu u pacientů s epilezií, život pacientů s touto nemocí

Ostatní

kazistika – počet: 1
 vedení rozhovoru s pacientem FN Brno – počet pacientů: 1 z kterého pracoviště: NEUROLOGIE
 vedení rozhovoru se zaměstnancem FN Brno – počet zaměstnanců: povolání: z kterého pracoviště:
 statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, účte agentury (např. porodnost), přístrojích
 jiné specifikace:

Za které období budou data zjišťována:
 Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od do:
 Pracovník, kde bude sběr dat probíhat:
 Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci? ANO NE

Poznámka: Žadatel bere na vědomí, získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu FN Brno pro jiný účel je považováno za neoprávněné.

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění, po účely této žádosti. Za tímto se zachová důvěrnost v širším smyslu, a tudíž se žadatel zavazuje k součinnosti s prováděním vyšetření a sběrem dat/informací. V případě že žadatel učiní FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke sdělení příslušnému vedoucímu zaměstnanci příslušnému oddělení FN Brno, který žádost o sběr dat/zpracování informací ve FN Brno přeal. Přeznamení výsledky s uvedením jména fakultní nemocnice Brno je nutné poskytnout jeho souhlasem.

Vyplněnou žádost odešlete do FN Brno:

- a) **elektronicky** (bez vašeho podpisu, který je nahrazen tím, že odesíláte žádost ze své e-mailové adresy) na adresu: Kostovova.Jarmila@fnbrno.cz
- b) nebo **v listinné formě** (s vaším podpisem na žádosti) na adresu:
 Fakultní nemocnice Brno
 Oddělení organizace řízení – Jarmila Kostovová
 Jihlavská 20,
 625 00 Brno

Datum: 12. 11. 2017 Podpis: 

Vyplňuje a potvrzuje FN Brno:

Oddělení organizace řízení, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení
 Zaevidováno na OOR dne: 13. 11. 2017 pod číslem: 2017/1016/STO/FNBRNO-1536
 Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:
 souhlas/nesouhlas - útvar: NR
 Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti ředitele FN Brno postoupeno dne: 14. 11. 2017
 Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: útvaru: na pozici:
 Žadatel je rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno: z útvaru:
 V Brně dne: 14. 11. 2017
 Fakultní nemocnice Brno
 Jihlavská 20, 625 00 Brno
 referent/vedoucí OOR

Oddělení organizace řízení, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení
 V případě placené služby dle Ceníku EO č. 45/2013-09.5:
 souhlas žadatele s placenou službou nesouhlas žadatele s placenou službou,
 požadavek na storno žádosti ze strany žadatele
 Způsob platby: na pokladně FN Brno fakturou na účet FN Brno
 Částka: připsána na účet FN Brno dne:
 Žádost uzavřena dne: 16. 11. 2017
 Fakultní nemocnice Brno
 Jihlavská 20, 625 00 Brno
 podpis vedoucího/referenta OOR

Příloha G – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
 Dušková 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
 PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
 který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Marie Douřáková	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník: 2017/18
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacientů s epilepsií	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Neurologická klinika FN Brno	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Karolína Stuchlíková	
Vyjadřuje vedoucí práce k finančnímu zajištění pracoviště při realizaci Ošetrovatelského procesu	Ošetrovatelský proces <input type="checkbox"/> bude spojen s finančním zajištěním pracoviště <input checked="" type="checkbox"/> nebude spojen s finančním zajištěním pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	
Souhlas zaměstnance pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	

podpis *K. Stuchlíková*
 Fakulta zdravotní péče Brno
 Žitná 20, 625 00 Brno
 p.o. 18

Ve Skalské dne 25.1.2018

Stuchlíková
 podpis vedoucího

*Soubor č. 2017/156815/FN/BRNO - 1826
 byla poslá administrativně Mgr. Michálovou
 vložena do...*

Fakulta zdravotní péče Brno
 Žitná 20, 625 00 Brno
Michálová 18



Ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií

Klíčová slova:

epilepsie, epileptické záchvaty, ošetrovatelský proces
epilepsy, epileptic seizure, nursing care

Rešerše č. 2/2018

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 42 záznamů (vysokoškolské práce – 3, knihy – 16, články a sborníky – 23)
Časové omezení:	do roku 2008
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	8. 1. 2018

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- databáze kvalifikačních prací (www.thesis.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Discovery systém Summon (www.nlk.cz)

Příloha I – 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 21. 3. 2018