

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Miroslava Hanzlíková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉ S EPILEPSIÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Holoubková, DiS., MBA

PLZEŇ 2017

Prohlášení

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

V Plzni dne 29. 3. 2017.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Janě Holoubkové, DiS., MBA za odborné vedení práce a poskytování rad. Dále děkuji vrchní sestře neurologické kliniky FN Plzeň paní Mgr. Lucii Posseltové, vrchní sestře neurologického oddělení Klatovské nemocnice paní Aleně Dvořáčkové a paní Kateřině Kubešové z neurologické ambulance za poskytnutí materiálních podkladů. V neposlední řadě děkuji respondentům.

Anotace

Příjmení a jméno: Hanzlíková Miroslava

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o nemocné s epilepsií

Vedoucí práce: Mgr. Jana Holoubková, DiS., MBA

Počet stran – číslované: 65

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 23

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 39

Klíčová slova: ošetrovatelská péče, pacient, epilepsie, epileptický záchvat, neurologie

Souhrn:

V mé bakalářské práci jsem se zabývala ošetrovatelskou péčí o pacienty s epilepsií. Epilepsie je onemocnění mozku, které se projevuje záchvaty.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem popisovala epilepsii, její historii, diagnostiku, klasifikaci, léčbu, prognózu, první pomoc a ošetrovatelskou péči. V praktické části jsem popisovala kazuistiky dvou pacientů s epilepsií. Informace jsem sbírala od listopadu 2016 do března 2017.

Annotation

Surname and name: Hanzlíková Miroslava

Department: Nursing and Maternity Assistance

Title of thesis: Nursing care of Patients with Epilepsy

Consultant: Mgr. Jana Holoubková, DiS., MBA

Number of pages – numbered: 65

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 23

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 39

Keywords: nursing, patient, Epilepsy, epileptic bout, Neurology

Summary:

I was occupied with a nursing for epileptic patients in my bachelor thesis. Epilepsy is a brain disease, which is signalized by bouts.

This thesis is divided into theoretical and practical parts. In theoretical part I specified and described Epilepsy, its history, diagnosis, classification, treatment, prognosis, the first-aid and nursing care. In practical part I described casuistries of two patients with Epilepsy. Information I was collecting since November 2016 till March 2017.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 DEFINICE	9
2 HISTORIE	9
3 ETIOPATOGENEZE	11
4 EPIDEMIOLOGIE	12
5 ANATOMIE	13
6 DIAGNOSTIKA.....	14
6.1 Anamnéza a klinické vyšetření	14
6.2 Klinické vyšetření	15
6.3 Laboratorní vyšetření	15
6.4 Elektroencefalografie (EEG)	16
6.5 Zobrazovací metody	17
7 KLASIFIKACE EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ	18
7.1 Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů (ILAE - International league against epilepsy)	18
7.2 Klasifikace epilepsií a epileptických syndromů	19
7.3 Sémiologická klasifikace	20
7.4 Anatomická klasifikace.....	20
7.5 Epileptické syndromy podle věkových období.....	20
8 POPIS EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ.....	20
8.1 Generalizovaný záchvat	20
8.2 Parciální záchvaty	21
9 LÉČBA EPILEPSIE	23
9.1 Životospráva	23
9.2 Farmakoterapie	24
9.3 Chirurgická léčba.....	26
9.3.1 Typy operací.....	26
9.4 Alternativní léčba.....	27
10 PROGNÓZA.....	27
11 PRVNÍ POMOC PŘI EPILEPTICKÉM ZÁCHVATU	28
12 SDRUŽENÍ A ORGANIZACE EPILEPTIKŮ	29
13 ŽENA A EPILEPSIE.....	29
14 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S EPILEPSÍÍ	30
14.1 Ošetřovatelský plán a realizace	30
14.2 Ošetřovatelské diagnózy u pacientů s epilepsií.....	33

14.3	Edukace	34
PRAKTICKÁ ČÁST		35
15 FORMULACE PROBLÉMU		35
16 CÍL VÝZKUMU		35
16.1	Dílčí cíle	35
16.2	Operacionalizace pojmů	35
16.3	Výzkumné otázky	35
17 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY		36
17.1	Metoda	36
17.2	Výběr případu	36
17.3	Způsob získávání informací	36
18 ORGANIZACE VÝZKUMU		37
19 KAZUISTIKA PRVNÍ		37
19.1	Identifikační údaje	37
19.2	Fyziologické hodnoty	38
19.3	Osobní anamnéza	38
19.4	Nynější onemocnění	38
19.5	Farmakologická anamnéza	38
19.6	Gynekologická anamnéza	38
19.7	Rodinná anamnéza	38
19.8	Alergická anamnéza	39
19.9	Abusus	39
19.10	Sociální anamnéza	39
19.11	Pracovní anamnéza	39
19.12	Hospitalizace	39
19.13	Ošetrovatelské diagnózy	40
19.14	Edukační činnost	42
19.15	Ošetrovatelský model dle Marjory Gordonové – přepis rozhovoru	43
20 KAZUISTIKA DRUHÁ		53
20.1	Identifikační údaje	53
20.2	Fyziologické hodnoty	53
20.3	Osobní anamnéza	53
20.4	Nynější onemocnění	54
20.5	Farmakologická anamnéza	54
20.6	Rodinná anamnéza	54
20.7	Alergická anamnéza	54
20.8	Abusus	54

20.9	Sociální anamnéza.....	54
20.10	Pracovní anamnéza.....	54
20.11	Hospitalizace	54
20.12	Ošetrovatelské diagnózy	56
20.13	Edukační činnost	57
20.14	Ošetrovatelský model dle Marjory Gordonové – přepis rozhovoru.....	58
DISKUZE		68
ZÁVĚR.....		71
LITERATURA A PRAMENY.....		73
SEZNAM ZKRATEK		76
SEZNAM PŘÍLOH		78
PŘÍLOHA A – OTÁZKY ROZHOVORU		79
PŘÍLOHA B – EDUKAČNÍ LETÁK		83
PŘÍLOHA C – INFORMOVANÝ SOUHLAS.....		84
PŘÍLOHA D – SOUHLAS S VÝZKUMEM OD INSTITUCE		85

ÚVOD

K napsání bakalářské práce o epilepsii mě dovedla moje praxe na neurologickém oddělení v Klatovské nemocnici. Obor neurologie mě celkově velmi zajímá, a tak jsem věděla, že se mu budu chtít věnovat i ve své závěrečné práci. Během služeb na neurologickém oddělení tvořili početnou skupinu pacientů právě epileptici. Epilepsie je onemocnění, které se objeví náhle, bez varovných signálů a zasáhne člověka v nevhodnou dobu. Onemocnění může vzniknout v dětském věku a tím způsobit určitou izolaci dítěte od svých vrstevníků. Pokud se nemoc objeví u dospělého člověka, je velmi nepříjemné se vyrovnat se zákazy, které se s epilepsií pojí. Člověk v produktivním věku, který je samostatný, se musí najednou přizpůsobit. Musí se přizpůsobit nemoci, opatřením, aby neměl další záchvat a vyrovnat se s následky zákazů. Musí se na neurčitou dobu vzdát vlastní nezávislosti a podřídit se.

V teoretické části se zaměřuji na charakteristiku onemocnění. Popisuji základní definici, diagnostiku, léčbu, klasifikaci záchvatů a v neposlední řadě prognózu onemocnění. Poslední kapitolu teoretické části věnuji ošetrovatelské péči o epileptiky a s tím spojené ošetrovatelské diagnózy.

V praktické části jsem využila kvalitativního výzkumu za pomoci případových studií. Zajímalo mě, jak se pacienti vyrovnávají s diagnózou a přizpůsobují jí svůj život.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE

„Epilepsie je onemocnění mozku manifestující se opakovanými záchvatovými projevy. Nejde o jednotné onemocnění, přesnějším pojmenováním jsou epileptické syndromy.“ (Kaňovský & Herzig, 2007, str. 5)

„Pro onemocnění epilepsií jsou typická opakování epileptických záchvatů jako náhlé, vůlí neovlivnitelné epizodické změny činnosti mozku. Zevně se projeví změnou jednání a chování, obvykle spojenou s poruchou vědomí. Příčinou jsou abnormální neuronální výboje v CNS se stereotypní manifestací a často typickým EEG záznamem.“ (Seidl, Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory, 2008, str. 109)

„Epileptický záchvat je obecně příznakem funkčního postižení určité části nebo určitého systému mozku. Klinicky jej lze definovat jako časově omezenou, většinou krátkou změnu klinického stavu podmíněnou abnormálně excesivní a extrémně synchronizovanou mozkovou aktivitou. V některých případech může být záchvat patrný pouze v EEG jako iktální elektrografický vzorec bez klinického doprovodu, v jiných případech jsou změny klinického stavu v průběhu záchvatu velmi diskrétní a/nebo velmi krátkého trvání a jejich průkaz je podmíněn speciálním testováním pacienta v průběhu takového záchvatu. Epileptické záchvaty, které se objevují v souvislosti s přechodným akutním postižením mozku, se označují jako akutní symptomatické záchvaty a nesplňují kritéria pro stanovení diagnózy epilepsie.“ (Bednařík, Ambler, & Růžička, Klinická neurologie, 2010, str. 285)

Na základě definice lze tedy říct, že pokud se u pacienta objeví jeden epileptický záchvat, nemusí se ještě jednat o epilepsii. Pokud se vyvinou během 24 hodin záchvaty dva, jsou v rámci stanovení diagnózy brány za jeden. (Bednařík, Ambler, & Růžička, Klinická neurologie, 2010, str. 285)

2 HISTORIE

Epilepsie je nejstarší známou neurologickou nemocí. První zmínku o ní nacházíme již kolem roku 400 před naším letopočtem. (Tyrlíková, Neurologie pro sestry, 2008, str. 99)

Patronem epilepsie je nazýván svatý Valentin. Základ jeho jména s největší pravděpodobností tvoří německé „fallen“, což znamená padat. V dřívějších dobách lidem při nemoci pomáhala právě víra v pomoc svatých. (Moráň, 2007, str. 12)

Mezi lidmi měla epilepsie několik názvů. Říkalo se jí „svatá nemoc“, „rajská nemoc“, „hvězdná nemoc“, „měsíční nemoc“, „božská nemoc“ a mnoho jiných názvů, často právě směřovaných k něčemu nadpozemskému. Zároveň ale byla také nazývána „ohavná nemoc“ nebo „nemoc, ze které se zvrací“. Z těchto názvů lze usoudit, že lidstvo epilepsie odpuzovala, vyvolávala negativní pocity. Ve středověku se pak můžeme setkat s názvy jako „svatý žal“, „svátost“, „božská síla“. V některých názvech vidíme odraz vnímání nemoci ostatními - „bolestné utrpení“, „velká úzkost“, „postižení neštěstím“. Všechny tyto názvy byly používány v době, kdy nebyl znám způsob léčby ani pravá příčina onemocnění. Jak už to tak v dřívějších dobách chodilo, byla nemoc vnímána jako součást božího trestu nebo varování. Proto si lze vysvětlit druhy pomoci nemocným. V pozdním středověku a renesanci můžeme na obrazech vidět znázornění epilepsie. Nemocný epilepsií buď leží, stojí anebo klečí u postavy sv. Valentina. Zajímavé je, že za epilepsii byl považován pouze velký záchvat. Malé záchvaty se nezdály být život ohrožující, a proto jim nebyla věnována taková pozornost. (Moráň, 2007, str. 13)

Epilepsii chtěli lépe poznat a najít způsob léčby mnozí významní lékaři. Patří mezi ně například Hippokrates, který si myslel, že epilepsie je přírodní a nikoliv svatá nemoc. Galén udával, že při záchvatu se objevují jevy, které vidí pouze nemocný (aura). Že alkohol může zvýšit riziko záchvatu, věděl už i Alexandros Tralleiský. Avicena přišel na to, že záchvaty vznikají v mozku a vedou ke ztrátě vědomí. I zvířata mohou trpět epilepsií a ne vždy můžeme léčit samotnou epilepsii, pouze její symptomy tvrdil Paracelsus. (Moráň, 2007, str. 16)

V historii trpěli epilepsií tyto osobnosti: César, van Gogh, Herkules, Johanka z Arku, Karel V., Lenin, Molière, Napoleon, Nobel nebo například Sokrates. (Moráň, 2007, stránky 14 - 15)

V dřívějších dobách byly uváděny různé kuriózní recepty pro léčbu. Padoucnici měl údajně vyléčit odvar z kořene pelyňku, který se užíval každý den ráno nalačno. Mezi další nápady patřilo jíst jen syrovou stravu nebo si nechat v létě zbičovat celý trup kopřivami. (Moráň, 2007, stránky 12 - 18)

3 ETIOPATOGENEZE

Epilepsii lze popsat jako primární nebo sekundární. U primární epilepsie je příčina neznámá, u sekundární příčiny známe, označuje se také jako symptomatická. (Ambler, 2011, str. 190)

Epileptické záchvaty se obvykle projevují krátce po probuzení. Nemoc obvykle začíná mezi pubertou a časnou dospělostí. Léky musí brát člověk doživotně. (Kotas & Ambler, 2010, str. 52)

Příčiny epileptických záchvatů v různých věkových skupinách

Mezi možné příčiny vzniku epilepsie v dětství patří: křeče při horečkách, úrazy, vrozené metabolické poruchy, poškození mozku v časném dětství, infekce centrální nervové soustavy. Mezi desátým a pětadvacátým rokem věku se může jednat o trauma, angiom nebo infekci CNS. Ve věku 25 – 60 let může epilepsii vyvolat chronický ethylismus, mozkové nádory, záněty nebo úrazy. Po šedesátém roce věku se pak jedná většinou o nádory nebo metastázy do mozku. (Berlit, 2007, str. 216)

Zjistilo se, že epilepsie má z genetického pohledu mnoho společného s paroxysmálními dystoniemi nebo parasomniemi. Již Hippokrates tvrdil, že epilepsie může být dědičná. Tissot pak uvedl, že genetické faktory mohou vést k rozvoji epilepsie. Pro každý typ epilepsie je typická různá genová složka. Idiopatické epilepsie jsou považovány za dědičné a symptomatické pak za získané, které ale také mají určitou genovou složku. (Moráň, 2007, stránky 20 - 23)

Riziko vzniku nemoci u dítěte zdravých rodičů je 2 – 3 %, pokud je jeden z rodičů epileptik, je riziko 5%. U obou nemocných rodičů je pak riziko 10 – 15%. (Stehlíková & Modrá, 2016, str. 7)

Mezi prenatální faktory ovlivňující vznik a rozvoj epilepsie patří: infekce, toxické látky, které matka užívá vědomě i nevědomě. Tyto faktory způsobí špatné umístění neuronů a jejich špatné propojení, což se pak projeví změnou mozku strukturální nebo funkční. Takto postižená tkáň je pak náchylná k tvorbě epilepsie.

K nejhoršímu perinatálnímu faktoru vzniku epilepsie patří hypoxie. Poškození plodu nedostatkem kyslíku během porodu. K dalším pak patří mozkové krvácení,

mechanické poškození při průchodu úzkými porodními cestami či kleštěmi, poškození infekcemi nebo metabolickými poruchami matky a novorozence.

K postnatálním faktorům pak řadíme cévní postižení mozku, nádorové nemoci, encefalopatie, traumata a infekční nemoci mozku. Epileptické záchvaty se projevují nejčastěji do jednoho roku po CMP. Tumor způsobuje epileptické záchvaty poškozením mozkové tkáně, jejím útlakem nebo drážděním okolí, částečně působí tumor toxicky při svém rozpadu. Co se týče druhů nádorů, více epileptogenně působí benigní nádory, které rostou pomaleji. Po operaci nádoru se může objevit záchvat, je vyvolán jizvami nebo změnou struktury mozkové tkáně. Poranění mozku může způsobit epilepsii časnou nebo pozdní. Délka bezvědomí nemá vliv na rozvoj epilepsie. Dalším a velmi častým faktorem je alkohol. U ethyliků se většinou jedná o kombinaci alkoholu a nedostatku spánku. V mnoha případech ani nedodržují režimová opatření a neberou léky. S epileptickým záchvatem se také můžeme setkat při hypoglykémii, méně často pak při hyperglykémii. Epileptogenně pak může působit i očkování. Je proto vhodné jej absolvovat v době dobré kompenzace. (Moráň, 2007, stránky 23 - 26)

Epilepsie a epileptické syndromy se z etiologického hlediska dělí na idiopatické, symptomatické a kryptogenní. U idiopatických epilepsií je hlavní genetická náchylnost. K propuknutí prvního záchvatu může stačit i zanedbatelný podnět nebo naopak až kombinace několika agresivních faktorů, jako je třeba nevyspání s kombinací blikajícím světlem. U symptomatických epilepsií hraje hlavní roli výrazná noxa jako je například tumor nebo krvácení. (Bednařík, Ambler, & Růžička, Klinická neurologie, 2010, stránky 286 - 287)

4 EPIDEMIOLOGIE

Epilepsie se objevuje po celém světě nehledě na věk, rasu, socioekonomickou strukturu nebo zeměpisnou polohu. Průběh epilepsie na jejím začátku je dobrým ukazatelem následného průběhu nemoci. Pokud je první remise dostatečně dlouhá, snižuje se opětovné objevení záchvatů. Z hlediska prognózy je také důležitý počet záchvatů před zahájením léčby. Ze studií víme, že druhý záchvat se vyskytne až u 80 % postižených prvním záchvatem. Nejrizikovější období pro vypuknutí druhého záchvatu je půl rok od prvního. Bez záchvatu po dobu více jak tři roky zůstane jen asi 30 až 40 % nemocných. (Moráň, 2007, str. 19)

Epilepsii řadíme mezi nejčastější neurologická onemocnění. Roční incidence záchvatů je cca 130 případů na 100 000 obyvatel. V nejvyspělejších zemích s výbornou úrovní péče o nemocné s parazitárním onemocněním, infekčním onemocněním a perinatální péčí klesá incidence k padesáti na sto tisíc obyvatel. V rozvojových zemích naopak stoupá až na 190 případů na sto tisíc obyvatel. Incidence je rozdílná také v různých věkových skupinách. Nejvyšší počet případů je u dětí do jednoho roku a u lidí starších 75 let. Co se týče typů záchvatů, největší výskyt u dětí do jednoho roku je generalizovaných záchvatů, u lidí starších 75 let je to pak výskyt parciálních záchvatů. Prevalence aktivní epilepsie je 8 – 9 případů na tisíc obyvatel. Ve věku do 15 let se objeví záchvat u pěti dětí ze sta. Přičemž nejčastěji věkově vázaným syndromem jsou febrilní křeče, které se objevují až u 4% evropské populace. (Bednařík & Brázdil, Učebnice obecné neurologie, 2013, str. 286)

5 ANATOMIE

Mezi hlavní funkce nervového systému patří funkce senzorické (příjem informací), motorické (hybná odpověď) a asociační – integrační (zpracování informací).

Centrální nervový systém (CNS) tvoří mozek a mícha. Periferní nervový systém (PNS) se skládá z míšních, hlavových a autonomních nervů.

CNS se skládá z míchy (medulla spinalis), mozkového kmenu, který je tvořen prodlouženou míchou (medulla oblongata), mostem (pons Varoli) a středním mozkem (mesencephalon). Ke kmeni se připojuje mozeček (cerebellum). Mezimozek (diencephalon), mozkový podvěsek (hypophysis cerebri), mozkové polokoule (hemisphaerium cerebri) s bazálními gangliemi patří ke koncovému (přednímu) mozku. (Dylevský, Funkční anatomie, 2009, stránky 431 - 435)

Neuron je základní stavební částí nervového systému. Jedná se o vysoce specializované buňky, jejichž množství dosahuje až k několika trilionům. (Orel, 2015, str. 16)

Nervovou buňku (neuron) tvoří tělo (perikaryon), axon (neurit), který vede vzruchy odstředivě a dendrity, které vedou excitaci dostředivě. Neurity jsou na povrchu kryty dvojitou pochvou, která se skládá z vnitřní myelinové pochvy a zevní Schwannovy pochvy. Synapse jsou kontakty výběžků neuronů.

Glie jsou buňky, které nemají vlastnosti nervových buněk, ale mají s nimi podobné znaky. Jsou tři typy neurogliových buněk: astrocyty, oligodendroglie a mikroglie. (Dylevský, Funkční anatomie, 2009, stránky 432 - 433)

Vzruch vede na nesynaptickou část, dojde k její depolarizaci. To je podnět pro shlukování měchýřků, které obsahují neurotransmiter a vylejí svůj obsah do synaptické štěrbině. Dochází k otevření iontových kanálů a k depolarizaci. Tím vzniká vzruch šířící se jako vlna po výběžku neuronu. (Ehler, 2009, str. 4)

Nervosvalová ploténka je synapse, kdy dochází k přenosu vzruchu z motorického axonu na vlákno kosterního svalu. (Dylevský, Somatologie, 2000, str. 412)

6 DIAGNOSTIKA

Pro zjištění diagnózy epilepsie hraje největší roli anamnéza a objektivní popsání záchvatu. (Seidl, Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory, 2008, str. 110)

6.1 Anamnéza a klinické vyšetření

Neurologické vyšetření začíná anamnézou. Společně s anamnézou, klinickým vyšetřením a s výsledky ostatních vyšetření dospějeme k diagnóze. (Seidl, Neurologie pro studium i praxi, 2015)

Nejdůležitější pro stanovení správné diagnózy jsou správné a přesné anamnestické údaje. Dobré je získat i popis očitých svědků, jelikož sám pacient si mnohdy na okolnosti nemusí pamatovat. Ptáme se na pád, pomočení, bolesti ve svalech, pokousání jazyka a jiná poranění. Pátráme i po stavech, kterým nebývá přisuzována pozornost. Jsou to myoklonie, absence nebo aury. U nemocných dětí se matky dotazujeme na obtíže v těhotenství, během porodu a porodu. Pokud se v těchto obdobích objevilo něco patofyziologického, ptáme se na průběh a trvání. Nepostradatelné jsou i údaje o psychomotorickém vývoji a vývojových funkčních vadách, jako je dyslexie a dysgrafie. Zajímají nás i poruchy chování a změny nálad. Nezapomínáme ani na otázku stran genetiky, zda se v rodině vyskytuje epilepsie. Tato odpověď je většinou negativní, nicméně je důležité jí znát, abychom mohli určit některé geneticky podmíněné epileptické syndromy. (Bednařík, Ambler, & Růžička, Klinická neurologie, 2010, stránky 308, 309)

K objasnění diagnózy nám pomůže i farmakologická anamnéza. Ptáme se i na nadměrné užívání návykových látek, nejčastěji na alkohol, léky a drogy. (Moráň, 2007, str. 29)

U pacienta hodnotíme stav vědomí podlen Glasgow coma skóre. Hodnota 15 bodů znamená, že je pacient při vědomí, nejmenší počet tří bodů znamená, že je pacient v bezvědomí. (Fuller, 2008, str. 225)

6.2 Klinické vyšetření

Kompletní neurologické vyšetření pomůže objasnit neurologické onemocnění, u kterých může být epilepsie jen jedním z příznaků. Dalšími významnými vyšetřeními je interní, zejména kardiologické konzilium, kdy se vyšetřují poruchy rytmu a oběhové poruchy.

K dalším vyšetřením patří psychiatrické a psychologické vyšetření. (Moráň, 2007, str. 29)

Ideální by bylo, kdyby bylo neuropsychologické vyšetření provedeno u všech lidí, ještě před započítím potíží. Toho ale v praxi jen těžko dosáhnout. Toto vyšetření je důležité hlavně u nemocných s podezřením na psychogenně podmíněné záchvaty. Dále je samozřejmostí u pacientů, u kterých se uvažuje o chirurgické léčbě epilepsie. Výsledek nám může pomoci předpokládat případné zhoršení kognitivních funkcí po operaci.

Psychiatrické vyšetření je pak indikováno u pacientů, u kterých se objevují poruchy nálad, myšlení nebo chování. Při léčbě těchto problémů se musí vhodně vybírat antidepressiva a antipsychotika, neboť některá mohou epileptický záchvat vyvolávat nebo zhoršovat. (Bednařík, Ambler, & Růžička, Klinická neurologie, 2010, str. 311)

Neurologický náález bývá většinou normální, je ale důležité neurologické vyšetření vždy po záchvatu provést. „*U některých pacientů s epilepsií temporálního laloku můžeme pozorovat mírnou insuficienci motoriky v dolní části nervus facialis, která se projevuje zejména při spontánní expresi emocí a je patrná kontralaterálně k ložisku.*“ (Bednařík, Ambler, & Růžička, Klinická neurologie, 2010, stránky 308 - 309)

6.3 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření u diagnostiky epilepsie sestává z biochemického screeningu (hladina iontů, funkce jater, funkce ledvin, diabetologický screening, kde je vhodné doplnit

kromě glykémie a další markery). Je doplněnou rozbořem krevního obrazu. U pacientů, u kterých byla epilepsie diagnostikována a zahájena její léčba sledujeme profil hladiny epileptik. To platí u antiepileptik první a druhé generace. K laboratoři provedeme i parametry endokrinologické, metabolické a imunologické. (Moráň, 2007, str. 30)

6.4 Elektroencefalografie (EEG)

Elektroencefalografie je neinvazivní vyšetření elektrické aktivity centrálního nervového systému. Na povrchu hlavy jsou umístěné elektrody, které snímají signály z neuronů. Ty jsou poté zpracovány do křivky. (Nejedlá, 2010, str. 170)

EEG je důležitým vyšetřením v epileptologii. Je nezastupitelnou metodou pro důkladnou diagnostiku epilepsie. (Školoudík, Bar, & Zapletalová, 2009, str. 79)

Křivku EEG tvoří vlny různé výšky (amplitudy) a délky. Podle délky je dělíme na alfa, beta, theta a delta vlny. Alfa vlna je většinou u dospělých a zdravých osob při bdění, se zavřenými okama a v klidu. Beta rytmus se v klidu objevuje jako následek léčby barbituráty a benzodiazepiny. Theta vlny se objevují ve spánku a delta rytmy jen v hlubokém spánku za fyziologických podmínek. (Bednařík & Brázdil, Učebnice obecné neurologie, 2013, stránky 160 - 161)

Příprava pacienta před vyšetřením spočívá v edukaci, o jaké vyšetření se jedná a jak bude probíhat. Důležité je, aby měl pacient umyté vlasy bez přípravků typu gel nebo lak na vlasy. Vyšetření trvá asi 20 minut a probíhá v klidné místnosti vleže na lehátku. Při natáčení bdělého záznamu má pacient zavřené oči, následuje otevření a opětovné zavření očí, fotostimulace, hypoventilace nosem a ústy. (Novotná, Zichová, & Nováková, 2008, str. 8)

Péče po výkonu není nutná. (Nejedlá, 2010, str. 170)

Standardní EEG (nativní) je v současnosti pravidelně využíváno v neurologických ambulancích při diagnostice a sledování epilepsie. Na EEG hodnotíme abnormitu (ložiskovou či generalizovanou) a pozadí záznamu. (Moráň, 2007, str. 31)

V elektroencefalografii se setkáváme se třemi základními typy abnormit. Jsou jimi normální vzorce, abnormita pozadí, pomalá abnormita a epileptiformní abnormita. (Hovorka, Nežádal, & Bajaček, 2006, str. 7)

Hyperventilace nosem, kdy pacient dýchá povrchně a zrychleně. „*Podkladem aktivačního efektu je pravděpodobně mechanické dráždění čichových buněk rychlým proudem vzduchu a následně celé hippokampotemporální oblasti.*“ Hyperventilace ústy, kdy pacient dýchá zhluboka a pomalu ústy, nejlépe se zadržným nosem. „*Efektem je změna snížení $p\text{CO}_2$, pokles $p\text{H}$, alkalóza a následkem toho změna reaktivity arteriol mozku se zhoršením perfuze.*“ „*Další změnou je změna koncentrace Ca^{2+} a tudíž změna iritability membránových systémů.*“ Fotostimulace je prováděna světlem s vysokou intenzitou ve vzdálenosti 20 – 30 cm od pacienta se zavřenými očima. „*Může nastat trojí reakce: fotokonvulzivní, fotomyoklonická a dysrytmická, přičemž jen fotokonvulzivní je považována za signifikantní pro záchvatové onemocnění.*“ Spánková deprivace se provádí po probdění noci hned po ránu a trvá minimálně 40 minut. Nemocný je několikrát buzen, aby se předešlo přechodu z bdění do spánku a opačně. (Moráň, 2007, str. 31)

Video-EEG monitorace se indikuje při odlišení záchvatů epileptických od neepileptických; při upřesnění diagnózy (potom je umožněna ta správná léčba); při umístění a velikosti epileptogenní zóny u chirurgické léčby a při zjištění latentních záchvatů. (Bednařík, Ambler, & Růžička, Klinická neurologie, 2010, str. 310)

6.5 Zobrazovací metody

Pomocí zobrazovacích metod můžeme odhalit příčinu epilepsie, pokud se jedná o léze, které záchvaty způsobují. Magnetická rezonance by měla být provedena u všech epileptiků, zejména pokud pacient nereaguje na léčbu příznivě, při zhoršení stavu nebo při změně záchvatů. MR je využívanější než CT vyšetření, neboť má vyšší senzitivitu. Pokud se ale u pacienta objeví kontraindikace k vyšetření magnetickou rezonancí, provádí se CT vyšetření. To se provádí i v případě, že potřebujeme znát výsledky co nejdříve. (Bednařík & Brázdil, Učebnice obecné neurologie, 2013, stránky 310 - 311)

Mezi kontraindikace vyšetření magnetickou rezonancí patří implantovaný kardiostimulátor, cévní svorky, kovové stenty, umělé srdeční chlopně a endoprotézy. Nesmí se provádět u lidí s kovem v těle. K relativním kontraindikacím patří klaustrofobie a tetování na větší ploše kůže. (Nejedlá, 2010, str. 150)

Pokud chceme hodnotit metabolismus mozkové tkáně, provádíme vyšetření PET. Při podezření na lézi nebo malformaci využíváme angiografie mozkových cév. „*Kombinace PET, EEG, MEG a MR je schopna zcela detailní lokalizace ložiska*

v předoperační přípravě pacienta před epileptochirurgickým výkonem.“ (Moráň, 2007, str. 33)

7 KLASIFIKACE EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ

Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů se používá ke stanovení typu záchvatu. První klasifikace byla přijata roku 1969 a to Výborem mezinárodní ligy proti epilepsii. Pro klasifikace existuje šest kritérií. Jsou jimi klinický obraz, iktální a interiktální EEG, anatomický substrát, etiologie a věk. (Ošlejšková, 2009, str. 30)

7.1 Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů (ILAE - International league against epilepsy)

Parciální záchvaty (fokální, lokální)

Jednoduché parciální záchvaty (bez poruchy vědomí) se symptomy:

motorickými

senzitivními – objevují se např. blesky, akustické vjemy, čichové halucinace, chuťové halucinace

vegetativními – nevolnost, pocení, bledost, aura

psychickými – afekty, mráкотný stav, úzkost, déjà vu

Komplexní parciální záchvaty (psychomotorický záchvat s poruchou vědomí)

jednoduchý fokální záchvat s následnou poruchou vědomí

fokální záchvat s poruchou vědomí od začátku

Parciální záchvaty se sekundární generalizací

Generalizované záchvaty (konvulzivní, nekonvulzivní)

Absence

Myoklonické záchvaty

Klonické záchvaty

Tonické záchvaty

Tonicko – klonické záchvaty

Atonické záchvaty

Neklasifikovatelné

(Berlit, 2007, str. 214)

7.2 Klasifikace epilepsií a epileptických syndromů

Lokalizačně vázané

Idiopatické - začátek vázaný na věk (benigní dětská epilepsie s centrotemporálními hroty, dětská epilepsie s okcipitálními záchvaty, epilepsie vyvolaná čtením)

Symptomatické (Epilepsia parcialis continua, syndromy, které jsou charakterizovány záchvaty se specifickým vývojem, syndromy, které jsou založeny na záchvatovém typu)

Kryptogenní

Generalizované

Idiopatické (benigní novorozenecké familiární konvulze, benigní novorozenecké konvulze, benigní myoklonická epilepsie v dětství, absence v dětství, juvenilní myoklonie, epilepsie s tonicko – klonickými záchvaty)

Kryptogenní (Westův syndrom, Lennox-Gastautův syndrom, epilepsie s myoklonicko-astatickými záchvaty, epilepsie s myoklonickými absencemi)

Symptomatické (nespecifická etiologie, specifické syndromy a záchvaty)

Neurčené epileptické syndromy

S generalizovanými i fokálními záchvaty, epilepsie bez trvalého lokálního nebo generalizovaného začátku

Speciální syndromy

Situačně vázané záchvaty (febrilní křeče, izolovaný záchvat nebo status epilepticus, záchvaty při metabolickém a toxickém poškození organismu).

Izolované záchvaty (Moráň, 2007, stránky 41 - 42)

7.3 Sémiologická klasifikace

Epileptický záchvat

S přítomností aury, která může být: somatosenzorická, vizuální, auditorická, olfaktorická, gustatorická, psychická, epigastrická, autonomní. Absence a motorický záchvat (jednoduchý, komplexní).

Neklasifikovatelný záchvat

(Moráň, 2007, str. 42)

7.4 Anatomická klasifikace

Okcipitální, parietální, temporální laterální, temporální mediální, singulární, operkulární, primární motorické, frontopolární, orbitofrontální, fronto-intermediární.
(Moráň, 2007, str. 42)

7.5 Epileptické syndromy podle věkových období

Neonatální záchvaty a syndromy - od narození do tří měsíců

Infantilní záchvaty a syndromy - od čtyř měsíců do čtyř let

Dětské záchvaty a syndromy - od čtyř let do dvanácti roků

Juvenilní záchvaty a syndromy - od dvanácti do osmnácti let

Ostatní epileptické syndromy - adolescentní, bez věkové vazby (Moráň, 2007, stránky 42 - 43)

8 POPIS EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ

8.1 Generalizovaný záchvat

Od začátku záchvatu většinou dochází ke změně vědomí. Motorické projevy jsou oboustranné a v EEG je generalizovaná epileptická aktivita. (Moráň, 2007, str. 44)

Vyskytují se čtyři základní typy záchvatů:

Tonicko – klonický záchvat

Záchvat typu grand mal – velký záchvat, který začíná náhlou ztrátou vědomí, většinou doprovázenou pádem. Pokračuje křečí, která má charakter ze začátku flexní, poté

extenzní a postihuje veškeré svalstvo. Délka je obvykle 30 – 60 sekund. Následuje nástup klonických křečí, které se projevují křečemi v obličejí a postihují žvýkací svaly. Tato fáze trvá jednu až dvě minuty a nemocný si může pokousat jazyk. Jako další přichází fáze pozáchvatová, která je typická svalovou hypotonií, kdy dochází k inkontinenci, jak moče, tak i stolice. Babinskiho příznak je pozitivní a nemocný se probírá. Trpí amnézií na celý záchvat, je dezorientovaný, může mít bolesti hlavy a cítí se vyčerpaný. Při záchvatu i v pozáchvatové fázi se objevuje apnoe, nemocný je v obličejí cyanotický. Zornice jsou v mydriáze, bez fotoreakce. Srdeční tep je zrychlený. Před nástupem záchvatu typu grand mal se mohou objevit prodromy, většinou několik hodin před vypuknutím záchvatu. Mezi příznaky patří podrážděnost, únava, bolesti hlavy. Záchvat může mít i jenom tonický nebo klonický průběh. (Ambler, 2011, stránky 190 - 191)

Absence

Petit mal – malý záchvat, se většinou vyskytuje pouze v dětském věku, jen zřídka pokračuje až do dospělosti. Typické příznaky jsou náhlý záraz v určité činnosti, v chování nebo v řeči. Někdy se projevuje jako krátkou dobu trvající zahledění s bledostí a strnulým výrazem v obličejí. Délka záchvatu je několik sekund až půl minuty. Dochází k poruše vědomí, dítě neupadne, ale nereaguje na okolí. Může docházet i k více jak desítkám takovýchto malých záchvatů během dne.

Infantilní spasmy

Záchvaty typické pro kojence. Příznakem je rychlý a krátký předklon hlavičky a rozhození nebo naopak zkřížení horních končetin. Prognóza je většinou závažná a svědčí pro hlubší poškození mozku.

Atonicko – myoklonické záchvaty

Objevují se mezi prvním a šestým rokem věku. Dochází k náhlé poruše svalového tonu a krátkodobé poruše vědomí trvající jen několik málo sekund. (Ambler, 2011, str. 191)

8.2 Parciální záchvaty

Parciální záchvaty mají v začátku ložiskové projevy v EEG i klinicky. Mohou být doprovázeny poruchou vědomí. (Moráň, 2007, str. 46)

Parciální záchvaty se simplexní symptomatikou

Označovány také jako fokální. Mohou se projevovat motoricky – křeče lokalizované v jedné horní nebo dolní končetině nebo na polovině obličeje. Dalším projevem jsou senzitivní příznaky, kdy se objevuje parestézie nebo bolesti. V průběhu těchto záchvatů nedochází k poruše vědomí a doba jejich trvání je většinou několik minut.

Parciální záchvaty s komplexní symptomatikou

Podle lokalizace ohniska nazývány temporální, frontální nebo psychomotorické. Před vypuknutím záchvatu se objevuje aura, která trvá krátkou dobu. U nemocného se mohou objevovat halucinace, pseudohalucinace, iluze, psychické poruchy jako depersonalizace, snové stavy, efektivita. Záchvat probíhá náhlou poruchou vědomí a jednání. Může se jevit jako náhlý stav zmatenosti nebo neúčelného chování. Doprovází jej různé pohybové automatismy – chůze, běh, oblékání, svlékání, ohmatávání. Neobvyklé nejsou ani orální automatismy – mlaskání, žvýkání, polykání. Nemocný může mluvit, řeč je nesrozumitelná a zmatená, nereaguje na oslovení. Délka záchvatu je několik minut a nemocný si na něj napamatuje. Pokud se ale jedná o léčeného epileptika, může mít útržkovité vzpomínky.

Parciální záchvaty sekundárně generalizované

„Označují záchvaty parciální, které přejdou do generalizovaného křečového záchvatu grand mal, nebo záchvaty, které mají charakter pouze grand mal, ale mají fokální nález v EEG a vlastní záchvat začíná epileptickými výboji v tomto ložisku.“

Objevuje se aura. Vlastní záchvat se může projevovat asymetricky, kdy je více postižena jedna polovina těla. K dalším znakům patří pozáchvatové výpadové projevy jako je hemiparéza a afázie. (Ambler, 2011, stránky 191 - 193)

Status epilepticus

Status epilepticus je závažný stav, kdy na jeden epileptický záchvat navazuje druhý, aniž by došlo návratu vědomí po dobu alespoň 30 minut. Tento stav ohrožuje pacienta a vyžaduje okamžitou léčbu za hospitalizace. (Tyrlíková & Bareš, Neurologie pro nelékařské obory, 2012, str. 107)

U nemocného se může objevovat horečka, acidóza, leukocytóza, mozková hypoxie, edém mozku a energetické vyčerpání. (Ambler, 2011, str. 193)

K příčinám vzniku statu patří dekompenzace stavu nebo první manifestace epilepsie. Symptomatický status epilepticus může být vyvolán úrazem, nádorem, hypoxií, krvácením, ischemií, hypoglykemií nebo abstinenčním syndromem. Idiopatický status pak může mít febrilní příčinu. (Novotná & Herle, 2012, str. 69)

Rozlišuje se typ konvulzivní s křečovými projevy, nekonvulzivní bez křečových projevů, generalizovaný a parciální. (Tomek, 2012, str. 347)

Každý záchvat, který trvá déle jak pět minut, je považován za hrozící status epilepticus. Při příjmu pacienta se záchvatem se zajistí a stabilizují vitální funkce, zabrání se hypoxii, provede se základní vyšetření, zajistí se žilní vstup, provedou se odběry krve na základní laboratoř včetně toxikologie. Pokud se jedná o pacienta s hypoglykemií, podává se glukóza a thiamin. Dále se zastavuje záchvatový projev, zjišťuje se etiologie statu a udržuje se rovnováha vnitřního prostředí. Pacientovi se podává a antiedematózní léčba a je hospitalizován na jednotce intenzivní péče nebo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kde se monitoruje EEG. V závěru je snaha o zabránění recidivy záchvatů tím, že se nasadí dlouhodobá perorální terapie, která se ze začátku podává do sondy. Pokud status trvá déle než jednu hodinu, uvádí se pacient do medikamentózního kómatu. (Bednařík & Brázdil, Učebnice obecné neurologie, 2013, stránky 323 - 324)

9 LÉČBA EPILEPSIE

Cílem léčby je zvýšit kvalitu života nemocného. Ta se zvýší odstraněním záchvatů nebo alespoň snížením jejich frekvence. Patří sem správná životospráva, farmakoterapie nebo chirurgická léčba. (Tyrlíková & Bareš, Neurologie pro nelékařské obory, 2012, str. 109)

9.1 Životospráva

U epileptiků je velmi důležité, aby dodržovali pravidelný režim. Měl by být správný poměr mezi bděním a spánkem. Epileptik musí vyloučit alkohol, extrémní psychické i fyzické zatížení. Zároveň by ale nemělo docházet k velkému snížení aktivity, jako je například trávení celého dne pasivně. Nemocný dodržuje ideální přiměřenou aktivitu, má pravidelný a dostatečný příjem tekutin a vyvaruje se dlouhému pobytu na

slunci, při kterém dochází k přehřátí hlavy. Nezbytné je vyloučit práci u běžících strojů, práci ve výškách, práci v noci, řízení motorových vozidel a svařování. (Moráň, 2007, str. 72)

Je vhodné omezit sledování televize nebo obrazovky počítače, aby nedocházelo k fotostimulaci. (Bednařík, Ambler, & Růžička, Klinická neurologie, 2010, str. 313)

Záchvat může být vyvolán i výraznou únavou, nedostatkem vody, u žen v době menstruace nebo hypoventilací. Zároveň není vhodný jednorázový nadměrný příjem tekutin včetně příjmu alkoholu. (Ambler, 2011, str. 195)

9.2 Farmakoterapie

Antiepileptika (AED) sice nevyléčí příčinu epilepsie, ale dokáží potlačit záchvaty. (Bednařík, Ambler, & Růžička, Klinická neurologie, 2010, str. 314)

Léčba se zahajuje monoterapií s nižšími dávkami, pokud se u pacienta neobjevují záchvaty závažnějšího typu a ve vysoké frekvenci. Většinou se AED podávají v jedné nebo dvou dávkách během dne. (Štětkářová, 2015, str. 42)

Důležité je najít individuální antiepileptikum, které bude účinné na všechny typy záchvatů, léčený epileptik nebude trpět záchvaty, nebude mít interakci s jinými léky, bude rozpustné ve vodě a mít dlouhý poločas vylučování a přiměřenou cenu. Takovéto požadavky ale nesplňují všechna antiepileptika. Setkáváme se s tím, že je sice akceptovatelná cena, ale léky nesplňují všechna kritéria, nebo naopak je splňují za neúnosnou cenu. Léčba antiepileptiky je dlouhodobá, proto je důležité zvážit její začátek. Rozhoduje typ epilepsie, zejména jak by nemoc probíhala bez a s léky, míra poškození mozkové tkáně při dalším záchvatu. Záleží také, zda se jedná o první záchvat, nebo zda byly přítomny nějaké další, malé záchvaty v minulosti. Začátek léčby je také ovlivněn tím, jestli se jednalo o situačně vázaný záchvat, který byl vyvolán například nevyspaním, nadměrným příjmem alkoholu nebo také nadmořskou výškou. Před začátkem léčby antiepileptiky je důležité biochemické a hematologické vyšetření, neboť většina antiepileptik tyto parametry ovlivňuje. (Moráň, 2007, stránky 72 - 74)

Léčba se zahajuje nízkými dávkami, které se v případě dobré snášenlivosti navyšují. Dávka je zvyšována, pokud stále dochází k záchvatům až do dosažení optimální dávky. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří somnolence, nadměrná únava, dvojité nebo rozmazané vidění, může docházet ke zpomalení psychomotorického tempa, k poruše

koordinace nebo k nauze. Pacientovi je vyšetřována hladina antiepileptik a ostatních laboratorních parametrů, jako jsou například krevní obraz, jaterní testy, mineralogram apod. Pokud se léčba AED ukončuje, nesmí se ukončovat předčasně ani příliš rychle. (Bednařík, Ambler, & Růžička, Klinická neurologie, 2010, stránky 314 - 315)

Mezi základní antiepileptika první volby patří valproát (VPA), který se indikuje hlavně u idiopatických generalizovaných syndromů. Dále karbamazepin (CBZ), který se užívá u sekundárních generalizací. Lamotrigin (LTG) se podává u parciálních záchvatů se sekundární generalizací. K ostatním AED patří diazepam, který pro rychlé vstřebávání lze aplikovat intravenózně nebo rektálně. Indikací je status epilepticus, febrilní a novorozenecké záchvaty. Perorálně se užívá jako doplňková terapie při přechodném zhoršení kompenzace. Další látkou je etosuximid (ETS), který má antikonvulzivní účinek. Fenobarbital (PB) tlumí monosynaptické a polysynaptické transmise. Fenytoin (PHT) stabilizuje membrány centrálních a periferních nervů. Gabapentin (GBP) se váže na nesynaptické napěťově řízené kalciové kanály a indikuje se při parciálních záchvatech se sekundární generalizací nebo bez ní, dále u postherpetických neuralgií a k tlumení neuropatické bolesti. Klobazam je doplňková léčba při přechodném zhoršení kompenzace epileptických záchvatů, je kontraindikován u myasthenia gravis. Klonazepam (CZP) se nitrožilně aplikuje u status epilepticus a perorálně u myoklonických nebo atonických záchvatů. Levetiracetam (LEV) se indikuje u parciálních záchvatů. Oxkarbazepin (OXC) blokuje napěťové řízení sodíkových kanálů. Pregabalin (PGB) se podává při parciálních záchvatech, ale je kontraindikován nemocným mladším osmnácti let. Primidon (PRM) je opět indikován u parciálních záchvatů. Stiripentol může způsobovat zvýšení účinnosti jiných antiepileptik tím, že zpomalí rychlost jejich odbourávání v játrech. Tiagabin (TGB) se předepisuje pouze v kombinaci s dalšími antiepileptiky. Topiramát (TPM) zvyšuje účinek inhibičních neurotransmiterů a snižuje účinek excitačních neurotransmiterů. Nepodává se dětem mladším dvou let. Dalším antiepileptikem je vigabatrin (VGB) a zonisamid (ZNS). (Bednařík, Ambler, & Růžička, Klinická neurologie, 2010, stránky 318 - 323)

Antiepileptika mohou v kombinaci s jinými léky vyvolat negativní interakce. Mezi sebou mohou snižovat účinnost chemoterapeutik, imunosupresiv, kortikoidů nebo některých antibiotik. (Tyll, Dostálová, & Netuka, 2014, str. 255)

Farmakorezistence je pojem, za který označujeme stav, kdy se u pacienta i přes medikaci objevují záchvaty. Nejhorší prognózu ohledně farmakorezistence mají generalizované záchvaty, lépe jsou na tom parciální záchvaty. (Brázdil, Hadaš, & Marusič, 2011, stránky 11 - 20)

9.3 Chirurgická léčba

Operační léčba je jednou z nejstarších léčebných metod. S vývojem zobrazovacích a funkčních metod je navíc efektivnější, přesnější a cílenější. (Moráň, 2007, str. 91)

Indikací k epileptochirurgickému výkonu je farmakorezistence, za kterou je považováno, pokud pacient v průběhu dvou let od zahájení léčby trpí minimálně jedním záchvatem měsíčně s využitím minimálně tří antiepileptik. (Navrátil, 2012, str. 123)

Farmakorezistenci mohou způsobovat benigní tumory, vaskulární malformace, malformace kortikálního vývoje a hipokampální skleróza. Dále je k výkonu určen pacient, u kterého je určené ložisko, odkud záchvaty vycházejí. Operační léčba je zvolena, pokud lze po operaci očekávat zvýšení kvality pacientova života tím, že vymizí záchvaty a pokud možná rizika související s operací nepřevyšují očekávaný výsledek. (Bednařík, Ambler, & Růžička, Klinická neurologie, 2010, str. 325)

Kontraindikacemi jsou vícečetná ložiska, časté generalizované záchvaty, výskyt ohniska ve funkčně významné části mozku, psychický defekt – IQ pod 70, interiktální psychóza a progresivní onemocnění mozku.

K základnímu vyšetření před operací patří podrobná anamnéza, neurologické vyšetření, laboratorní vyšetření včetně stanovení hladiny antiepileptik, EEG vyšetření a MR mozku. K neinvazivnímu vyšetření se zařazuje interiktální EEG při bdění i spánku, video – EEG se zachycením alespoň tří typických záchvatů, psychologické a neuropsychologické vyšetření, PET, perimetr nebo funkční MR. Mezi invazivní vyšetření pak patří video – EEG interiktální a iktální s elektrodami, pooperační elektrokortigrafie a mapování kortikálních funkcí předoperačně a peroperačně. (Moráň, 2007, stránky 92 - 93)

9.3.1 Typy operací

Resekční výkony – provádějí se při strukturální lézi nejčastěji v temporálním a frontálním laloku. Cílem je resekce léze a epileptogenní zóny.

Subpiální resekce – nejčastěji se provádí při kortikálních dyspláziích u operací, kde není přesně lokalizované epileptické ložisko.

Callostomie – výkon aplikovaný u věkově vázaných generalizovaných epileptických syndromů s prudkými pády a s tím spojeným rizikem zranění. Jedná se o paliativní výkon.

Hemisferotomie – je vyjímečný výkon prováděný u těžkých vývojových poruch a to většinou jen u malých dětí.

Vagová stimulace – jedná se o implantaci stimulátoru, jehož elektroda je ovinuta okolo levého vagu, kde v pravidelných intervalech stimuluje nervus vagus. (Moráň, 2007, stránky 93 - 94)

9.4 Alternativní léčba

O alternativní léčbu je v poslední době velký zájem. Dokáže zmírnit záchvatové projevy i negativní dopady záchvatů, nicméně vyléčit epilepsii schopna není. Jak bylo řečeno v předchozí kapitole, základem léčby epileptiků je farmakoterapie. Do oblasti alternativní léčby lze zařadit jógu a meditaci. Také sem lze zařadit aromaterapii, u které si ale pacient musí dávat pozor na bylinky s epileptogenním působením, jako je například rozmarýn, fenykl nebo šalvěj. Naopak zklidňujícím účinkem působí heřmánek a levandule. Biofeedback může zastavit nebo zmírnit záchvat, který začíná aurou. Nemocný totiž může potlačit příznaky tím, že si bude například třít ruce nebo tlačit na určitý bod. Další metodou je EEG – biofeedback, jehož princip opět vychází z obecného postupu biofeedbacku. Naučí nemocného cíleně relaxovat a soustředit se. (Moráň, 2007, str. 95)

10 PROGNOZA

Při správné léčbě je prognóza příznivá. Polovina epileptiků je plně kompenzována při monoterapii, další část pak při kombinaci dvou nebo tří léků. (Bar & Školoudík, 2011, str. 94)

Díky léčbě se dají záchvaty kompenzovat a hlavně u dětí lze docílit úplného vyléčení. U pacientů, u kterých je prokázáno organické poškození mozku je prognóza příznivá méně. Chroničtí epileptici mohou trpět změnami povahy a psychiky, které se projevují hlavně psychickým zpomalením, egocentrismem a i různými psychopatickými projevy. (Ambler, 2011, str. 197)

Příznivými faktory dobré prognózy jsou, pokud pacient nemá poškození mozku, je bez neurologického postižení, má normální intelekt, epilepsie se u něj projevila po druhém roce života, trpí nízkou frekvencí záchvatů a jedním typem záchvatů, při záchvatu nejsou přítomny tonicko – klonické křeče, dobře reaguje na terapii a záchvaty se vyskytují za mimořádných okolností. Pacienty dle kompenzace dělíme na plně kompenzované, kteří jsou dva a více let bez záchvatu s léčbou i bez léčby; na kompenzované, kdy jsou rok bez záchvatu s léčbou i bez léčby; na částečně kompenzované, kteří jsou bez záchvatu měsíc a epilepsie ovlivňuje kvalitu jejich života a na nekompenzované a tam řadíme pacienty, u kterých se záchvaty vyskytují častěji než jednou za měsíc a epilepsie značně ovlivňuje kvalitu jejich života. (Moráň, 2007, str. 96)

11 PRVNÍ POMOC PŘI EPILEPTICKÉM ZÁCHVATU

První pomoc při epileptickém záchvatu spočívá hlavně v zachování bezpečnosti pacienta. Při prvních známkách blížícího se záchvatu, jako je např. aura, uložíme nemocného na podlahu nebo na lůžko, abychom zabránili pádu. Z pacientova okolí odstraníme předměty, které by mu mohly způsobit poranění. Uvolníme oděv kolem krku a podložíme hlavu polštářem nebo kusem oděvu, abychom zabránili poranění. Na jiné místo postiženého přesunujeme pouze v nezbytném případě. Nebráníme záškubům ani neotevíráme pacientova ústa násilím a vyčkáme konce záchvatu. Pokud přetrvává porucha vědomí, vyčistíme ústa, aby nedošlo k aspiraci, a pacienta uložíme do stabilizované polohy. (Kelnarová, 2007, str. 62)

Vyčkáme návratu plného vědomí. Pacient může být po proběhlém záchvatu dezorientovaný, proto se mu snažíme vysvětlit, co se stalo a slovně jej uklidnit. Zjistíme, zda došlo k poranění, například poranění hlavy nebo pokousání jazyka. Poté zjišťujeme anamnézu. Zajímá nás, zda se jedná o léčeného epileptika. Pokud se jedná o léčeného epileptika, nepřetrvává dezorientace nebo není patrné poranění, nemusíme pacienta transportovat do nemocnice. Jedná-li se ale o první záchvat, o výskyt většího množství záchvatů, o status epilepticus nebo při záchvatu došlo k poranění, pacienta transportujeme do nemocnice. (Bednařík, Ambler, & Růžička, Klinická neurologie, 2010, str. 314)

Při záchvatu v nemocnici, za přítomnosti lékařů, spočívá první pomoc v podávání léků. K zásadám pomoci mimo nemocnici se tak přidává aplikace Diazepamu, Fenytoinu, monitoruje se krevní tlak, EKG, EEG. Podává se oxygenoterapie. Pokud se jedná o status

epilepticus, zavádí se medikamentózní kóma s Thiopentalem, Midazolamem nebo Propofolem. (Bednařík, Ambler, & Růžička, Klinická neurologie, 2010, str. 324)

12 SDRUŽENÍ A ORGANIZACE EPILEPTIKŮ

Společnost „E“

Jedná se o neziskovou organizaci, kterou založili přátelé a rodiče epileptiků. Bez ohledu na věk a rozsah nemoci poskytuje podporu pacientům s epilepsií a jejím blízkým už 25 let. „Cílem je destigmatizace této nemoci, odstranění obav z ní, zlepšení přístupu okolí a rozšíření povědomí o poskytování první pomoci při epileptických záchvatech.“ Organizuje různé kurzy, pobyty, přednášky, rehabilitační činnosti a zpracovává edukační materiály.

Společnost „E“ zahájila natáčení dokumentu Upadni a choď, který přibližuje problematiku života s epilepsií. (Společnost "E", 2007)

EpiStop

Spolek sdružuje osoby, které mají vztah k epileptikům. Jedná se jak o samostatné pacienty, tak i o zdravotníky. Jejich cílem je zlepšení postavení nemocných ve společnosti. (EpiStop, c1995-2017)

Česká liga proti epilepsii (ČLPE)

ČLPE je zástupce ILAE (International League Against Epilepsy) – mezinárodní ligy proti epilepsii. Jedná se o odbornou společnost, která sdružuje lékaře, farmaceuty a ostatní pracovníky ve zdravotnictví. (Česká liga proti epilepsii, c2005)

Mezinárodní den epilepsie

Den epilepsie připadá vždy na druhé pondělí v únoru. Je pořádán Mezinárodním úřadem pro epilepsii. Cílem je rozšiřovat povědomí veřejnosti o epilepsii. (Společnost "E", 2007)

13 ŽENA A EPILEPSIE

Těhotenství

U žen epileptiček se objevují poruchy menstruačního cyklu. Antiepileptika ovlivňují účinek hormonální antikoncepce, většinou se musí navýšit dávka estrogenů.

Častý je i výskyt syndromu polycystických ovarií. Vedlejšími účinky antiepileptik z kosmetického hlediska, jako je například akné a změna kvality vlasů. To může způsobit psychické problémy. Pokud je žena epileptička těhotná, objevují se vývojové vady plodu a s tím spojené možné ukončení gravidity. U žen nemocných epilepsií by mělo být těhotenství plánované, aby mohla být provedena genetická vyšetření a upravena medikace antiepileptiky. Těhotenství epileptičky je pak vedené jako rizikové. Ženě se podává kyselina listová, ve dvanáctém týdnu se provádí transvaginální ultrazvukové vyšetření a v šestnáctém týdnu vyšetření alfa fetoproteinu v séru. Pokud se epilepsie objeví až v těhotenství, zahajuje se léčba ideálně až po prvním trimestru. Při porodu je nutné vyvarovat se prodlužované hypoventilace. Bolest lze zmírnit aplikací epidurální anestezie. Císařský řez se indikuje v případě, že hrozí generalizovaný záchvat nebo status epilepticus. U pacientky, u které je epilepsie způsobena spánkovou deprivací, není vhodné noční kojení. Nicméně kojení má více pozitivních vlivů než negativních, a tak je plně indikováno. (Moráň, 2007, stránky 85 - 88)

Menopauza

U ženy v menopauze může epilepsie znovu vzplanout v souvislosti s hormonálními změnami. (Moráň, 2007, str. 88)

U epileptiček je větší riziko dřívějšího nástupu menopauzy. V souvislosti s poklesem hormonů se častěji objevuje osteoporóza a s ní spojená rizika, zejména fraktury. (Zárubová, Žena a epilepsie, 2010, str. 85)

V postmenopauze se může epilepsie zlepšit v případě, že se jedná o chronickou formu. (Zárubová, Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií, 2010, str. 42)

14 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S EPILEPSIÍ

14.1 Ošetřovatelský plán a realizace

Na otázky ohledně ošetřovatelské péče odpovídala vrchní sestra neurologického oddělení Klatovské nemocnice paní Alena Dvořáčková.

Jaká je role sestry při příjmu pacienta epileptika?

„Jelikož je pacient po záchvatu dezorientován, sestra musí zajistit hlavně bezpečnost pacienta pomocí signalizačního zařízení, postranic a zvýšeného dohledu.“

Jsou nějaké oblasti v ošetrovatelské péči, které jsou problematické?

„Pokud se jedná o ukázněného epileptika, který užívá léky alespoň z 90%, tak ne. I když u chronických pacientů se uvádí, že 40% nebere léky tak, jak by mělo. My předpokládáme, že je berou a pokud ano a dodržují režim, tak žádné problémy nejsou. Ale většina epileptiků, které nám vozí pořád, jsou právě ti neukáznění. Ať už nadužívají alkohol, léky nebo nedodržují režimová opatření, včetně ponocování. Samozřejmě pokud je alkoholik epileptik, tak i když léky užívá, tak záchvaty má. Navíc v momentě, kdy jej hospitalizujeme, se mohou dostavit abstinenci příznaky. Takže hospitalizace ani není žádoucí, když režim nedodržují a dodržovat nechtějí.“

Jaká vyšetření se při příjmu provádí?

„Při příjmu provádíme základní biochemické vyšetření krve jako je krevní obraz, jaterní screening, ledvinové a zánětlivé parametry, hladina glykémie a antiepileptik. Někdy se jedná o epileptiky diabetiky a tam se zjišťuje, jestli se jednalo o epileptický záchvat nebo výkyv hladiny cukru. CT mozku provádíme vždy. Musí se vyloučit, jestli pacient během záchvatu při pádu neutrpěl nějaké poškození, např. krvácení do mozku, nebo jestli není jiná příčina. A samozřejmě EEG.“

Jak se pacienti po záchvatu dostávají do nemocnice? Přiváží je rodina nebo RZP?

„Pacienty po záchvatu nám vozí zásadně RZP, rodina výjimečně. Setkáváme se i s tím, že si rodina pacienta nechce vzít domů, protože komplikací spojených s péčí o epileptika je mnoho. Navíc rodina nechápe, že pokud je pacient epileptik alkoholik, tak jej nelze léčit, když sám nechce. Jakmile pacient léčbu odmítne, tak my nemůžeme nic dělat.“

Jak dlouho trvá hospitalizace epileptika?

„Pokud je to jeden ojedinělý záchvat prvotní, tak po vyšetření, nastavení léčby – pokud se nastavuje, se propouští. Pokud je záchvatová aktivita a trvá, byť se u pacienta neprojevuje jinak, než na grafu, tak u nás zůstávají asi pět dní, aby se nastavila hladina léků.“

Jak často hospitalizujete pacienty s epilepsií?

„Záleží na okolnostech. Mnohdy se odvíjí přívoz pacientů podle počasí, pokud jsou meteosenzitivní pacienti. Záleží také, jestli jsou pacienti jen epileptici nebo epileptici alkoholici. Když je například Silvestr a podobné akce, přibývá záchvatů. Většinou nepřijedou přímo v ten den, ale za nějaký den, kdy nepijí a dostaví se abstinenční příznaky. Pak samozřejmě když pacienti vynechají léky. Jinak i ukáznění pacienti, kteří jen zapomenou pár dnů, nebo mají stres, zažívací potíže a léky nejsou v dávce, na kterou jsou zvyklí, mohou dostat záchvat. V průměru je to možná tak tři pacienti týdně. Ale hospitalizovaní nemusí být všichni. Pokud jsou to pacienti, kteří nemají další záchvat, tak je po observaci propouštíme domů. Hospitalizujeme je, pokud se záchvatů nakumuluje víc. Pokud je pacient ve statu, má záchvatů víc nepřerušovaně, měl by správně ležet na JIP, což tady úplně nebývá, protože multi JIP má málo lůžek a na epileptiky nejsou úplně odborníci. Takže se nechávají u nás s tím, že konzultujeme ARO a snažíme se zkompenzovat pacienty ve statu u nás. Potom samozřejmě hospitalizujeme úplně všechny pacienty, které přivezou s prvním záchvatem, kdy už je podezření, že můžou mít epilepsii. Po prvním vyšetření jako je CT mozku někdy zjistíme úplně jinou příčinu. Často to bývá tumor mozku, cévní poruchy, krvácení. Někdy se záchvat objevuje i v rámci změn po iktu, kdy pacienti mají jizvu a ta pak může způsobit tzv. sekundární epilepsii a vyvolat záchvaty. Pokud se nezjistí žádná jiná příčina, tak se natáčí EEG graf. Pokud se neobjeví nic, kdy by bylo třeba zahájit léčbu, tak pacienta jen sledujeme. Také se ještě může udělat tzv. aktivace, kdy je pacient 24 hodin vzhůru a nespí. Ráno by měl na EEG usnout a my vidíme graf po usnutí, a jak to vypadá v mozku po velké zátěži, zda tam není nějaká záchvatová aktivita.“

Jaký je největší problém při prvním záchytu epilepsie?

„Pacienti si vůbec nepamatují záchvat, takže si myslí, že rodina nebo okolí průběh zveličuje, oni sami jej bagatelizují, právě proto, že si jej nepamatují. Takže jakmile jim říkáme, že nesmí pracovat v riziku, ve výškách, řídit auto, neberou nás úplně vážně. Největší problém je asi právě řízení auta, jelikož v dnešní době se bez auta nikam nedostanete. Mnoho lidí říká, že přijde o práci, jsou to třeba i řidiči z povolání. Hodně malé procento lidí je schopno pojmout zákazy naplno napoprvé, většinou až po pár záchvatech pochopí.“

Jaký si myslíte, že je v dnešní době pohled veřejnosti na epileptika?

„Myslím si, že osvěta je malá, pořád je epilepsie tabu. A pokud pacient nemá ve svém okolí zdravotníka, tak rodina ani pořádně neví, jak se má zachovat. Navíc pokud je to evidovaný epileptik a dostane ojedinělý záchvat bez jakýchkoliv komplikací, nic se mu jinak nestane, tak v podstatě není důvod volat RZP a odvézt jej k hospitalizaci. Po odeznění záchvatu, pokud nemá jiné komplikace a je pod dohledem nějakého příbuzného, může zůstat doma. Ale osvěta je pořád malá.“

Vyskytují se záchvaty víc v létě nebo v zimě?

„Možná v létě víc, ale je to možná i tím způsobem, že v létě je delší dobu vidět, tak lidé delší dobu ponocují a nemají režim, jaký by měli mít. Nebo také jestli i alkohol tam hraje roli. Mnohdy nevyspaní hraje velkou úlohu. Pacient je zvyklý na určitou dobu, kdy jde spát a v létě, protože je dlouho světlo, tak nejde včas spát a vyvolá mu to záchvat.“

14.2 Ošetřovatelské diagnózy u pacientů s epilepsií

Během zjišťování ošetřovatelských diagnóz sestra zaznamenává problémy a potíže, které se u pacienta vyskytují, a poté si plánuje intervence. U pacienta s epilepsií se mohou vyskytnout tyto ošetřovatelské diagnózy (Slezáková, 2014, str. 109):

Nedostatečné znalosti (00126) – nedostatek informací ohledně epileptického záchvatu, určujícími znaky jsou: amnézie na události před záchvatem, potíže při užívání antiepileptik.

Situačně nízká sebeúcta (00120) – snižování sebeúcty související s narušeným obrazem těla k neurologickým změnám, určujícími znaky jsou: hodnocení sebe sama jako neschopnost vyrovnat se s událostmi v průběhu záchvatu, vyjadřování bezmocnosti a zbytečnosti.

Neefektivní zvládnání zátěže (00069) – problémy při zvládnání zátěže v souvislosti s nedostatečným časem na přípravu na úpravu životního stylu, určujícími znaky jsou: změna v obvyklých komunikačních vzorcích a potíže s organizováním informací.

Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031) – nedokonalá průchodnost dýchacích cest jako následek aspirace cizího tělesa během záchvatu, určujícími znaky jsou: vedlejší zvuky při dýchání, změny rytmu dýchání, dyspnoe a neklid.

Riziko pádů (00155) – riziko pádu při výskytu rizikového faktoru – epilepsie s pádem v anamnéze (Herdman, 2013, stránky 281 - 446) (Slezáková, 2014, str. 109)

14.3 Edukace

Edukaci můžeme realizovat v oblasti primární, sekundární nebo terciární prevence. V primární prevenci se věnujeme předcházení vzniku onemocnění. Cílem sekundární prevence je zamezit rozvoji nemoci a snaha o vyléčení. V terciární prevenci řešíme následky nemoci. (Svěráková, 2012, stránky 9, 23, 59)

V rámci prevence edukujeme pacienta, u kterého je riziko vzniku epilepsie např. z genetické zátěže, o zdravém životním stylu, neuzívání alkoholu, drog, nenadužívání léků, vyhýbání se výrazným světelným efektům a nutnosti dostatečného spánku a pravidelného režimu. Do edukace dále patří způsob, jak se vyhnout dalšímu záchvatu nebo jak zmírnit následky během záchvatu. Řadíme sem zákaz práce v rizikovém prostředí (výšky, hluk, pobyt na slunci...). Důležitá se i edukace rodiny o způsoby poskytnutí první pomoci při záchvatu.

PRAKTICKÁ ČÁST

15 FORMULACE PROBLÉMU

Epilepsie je onemocnění charakterizované opakovanými záchvaty s výskytem křečí. Podstatou křečí je prudké zvýšení elektrického výboje v mozkových neuronech, což v důsledku vyvolává mimosvalové kontrakce, poruchy vědomí a senzorické abnormality. (Slezáková, 2014, str. 107)

Diagnózu epilepsie se může dozvědět člověk kdykoliv během svého života. Není to onemocnění, které se objeví pouze v dětství a dospívání. Je to onemocnění, které může vzniknout v důsledku jiné choroby nebo úrazu. Právě proto jsem si toto téma vybrala. Ve své bakalářské práci bych chtěla popsat vyrovnání se s nemocí v dospělém věku a vyrovnání se s nemocí, která byla diagnostikována v dospívání. Porovnat život před onemocněním a po diagnostice. Budu se věnovat změnám, ke kterým došlo v životech nemocných. Jaké jsou tedy dopady onemocnění na životy epileptiků?

16 CÍL VÝZKUMU

1. Hlavním cílem mého výzkumu je zjistit dopad epilepsie na životy nemocných.

16.1 Dílčí cíle

1. Analyzovat problémy v adaptaci na nemoc.
2. Zjistit, jaký vliv má onemocnění epilepsií na život pacienta.
3. Zjistit, jak onemocnění epilepsií ovlivňuje psychiku pacienta.
4. Zpracovat kazuistiky u dvou nemocných epilepsií.
5. Navrhnout edukační leták pro epileptiky.

16.2 Operacionalizace pojmů

- Senzorické abnormality = smyslová zvláštnost
- Epileptický parox = epileptický záchvat

16.3 Výzkumné otázky

Abych dosáhla výše uvedených cílů, sestavila jsem následující výzkumné otázky.

1. Jaké máte potíže při adaptaci na nemoc?
2. Jaká režimová opatření dodržujete, abyste byl/a bez záchvatů?

17 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Pomocí tohoto druhu se budu moci věnovat dvěma nemocným podrobněji a budu zjišťovat jejich přístup k nemoci, pocity a individuální změny životního stylu, ke kterým museli přistoupit.

17.1 Metoda

Pro svoji práci jsem zvolila případovou studii, která je jedním z přístupů kvalitativního výzkumu. Je charakterizovaná obecně jako detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. (Hendl, 1997, str. 104)

Zvolila jsem kazuistiku s dvěma respondenty.

17.2 Výběr případu

Zvolila jsem dva respondenty, u kterých zpracuji kazuistiku. Výběr byl záměrný. Vybírala jsem na neurologickém oddělení Klatovské nemocnice. U každého respondenta budu sepisovat anamnézu, záznam od lékaře, záznamy vyšetření a podle modelu Marjory Gordonové se budu dotazovat respondentů na jejich život s nemocí. Jako respondenty zvolím dvě osoby. Jedna osoba má epilepsii od dospívání, byla několik let bez záchvatu, nyní je ale opět hospitalizovaná pro epileptický parox. Druhým respondentem bude muž, kterému byla epilepsie diagnostikována v dospělosti a nyní je hospitalizován po prvozáchytu. Budu popisovat, jaká režimová opatření pacienti dodržují, aby byli bez záchvatů, jaké plánují změny ve svém životě, aby je nemoc příliš neomezovala.

17.3 Způsob získávání informací

Informace jsem získávala rozhovorem, v němž jsem oslovila dva pacienty z neurologického oddělení, kteří trpí výše zmíněným onemocněním. V rámci výzkumu jsem nahlédla i do dokumentace. Oba respondenti byli předem poučeni a podepsali informované souhlasy, jejichž součástí je anonymita. Rozhovory jsem prováděla na neurologickém oddělení v soukromí na pokoji u pacientů od listopadu 2016 do prosince 2016. Mluvené slovo jsem si se souhlasem respondentů nahrávala na diktafon, subjektivní a objektivní poznatky jsem si zapisovala. Setkání trvalo asi čtyřicet minut a pokládala jsem otevřené otázky.

18 ORGANIZACE VÝZKUMU

Ze začátku popíši osobní, farmakologickou, rodinnou, sociální, alergickou anamnézu. Bude mě zajímat i abusus návykových látek a u ženy gynekologická anamnéza. Zaměřím se na stav před onemocněním a nynější stav. Dále budu vypisovat lékařský záznam z dokumentace, jako jsou ordinované léky, vyšetření, která u nemocného proběhla a doporučení lékaře. Poté se budu otázkami podle modelu Marjory Gordonové ptát nemocných na jejich vyrovnávání se s nemocí. Zajímá mě hlavně život před zjištěním diagnózy v porovnání se současným a pravidla, jakými se nemocní řídí, aby byli bez záchvatů. Dále se budu konkrétními individuálními otázkami dotazovat na život s epilepsií. Ptát se budu hlavně na životní styl, dodržování režimových opatření a největší těžkosti v nemoci.

V závěru výzkumu vytvářím edukační leták, který poskytnu neurologické ambulanci a oddělení, kde jsou nemocní epilepsií. V letáku uvádím základní fakta o epilepsii a popisují několik organizací, kde mohou pacienti s epilepsií najít pomocnou ruku.

19 KAZUISTIKA PRVNÍ

19.1 Identifikační údaje

Iniciály: NJ

Rok narození: 1983

Věk: 34 let

Pohlaví: žena

Stav: vdaná

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Povolání: pedikérka

Kontaktní osoba: manžel

Důvod přijetí: epileptický záchvat

Datum přijetí: 11. 12. 2016

19.2 Fyziologické hodnoty

Výška: 175 cm

Váha: 65 kg

Tlak: 145/80 mmHg

Puls: 82´

Dech: 22´

Tělesná teplota: 36,4 °C

19.3 Osobní anamnéza

Narozena z druhé gravidity, během porodu nebyly žádné potíže. Neutrpěla vážnější úraz nebo onemocnění. Je po gynekologické operaci 12/2016. Nemoci: epilepsie a arteriální hypertenze.

19.4 Nynější onemocnění

Pacientka léčená od 14 let pro epilepsii, poslední záchvat před šesti lety, jinak absence cca 1x měsíčně. Před týdnem drobný gynekologický zákrok, léky nevysazeny, jen změněna antihypertenzní terapie. Během dnešního dopoledne se objevilo cca dvacet absencí, následně dva záchvaty typu grand mal. Během druhého záchvatu pohmoždění pravého ramene. RTG bez traumatických změn, kontrola podle potřeby. Přijata k vyšetření stavu.

19.5 Farmakologická anamnéza

Lusopress 20mg 1-0-0 tbl. (hypotenzivum)

Valproát 500mg 1-0-1 tbl. (antiepileptikum, antikonvulzivum)

19.6 Gynekologická anamnéza

Dvakrát gravidita, dva porody. Začátkem tohoto měsíce (12/2016) gynekologický zákrok – konizace děložního čípku.

19.7 Rodinná anamnéza

Matka - 60 let, zdravá

Otec - 62 let, hypertenze, jinak bez potíží

Sestra - 38 let, zdravá

Děti – syn (19 let) a dcera (23 let), zdraví

19.8 Alergická anamnéza

Alergie na jód.

19.9 Abusus

Alkohol nepije, nikotinismus – 20 cigaret denně.

19.10 Sociální anamnéza

Žije s dětmi a manželem.

19.11 Pracovní anamnéza

Pracuje jako pedikérka.

19.12 Hospitalizace

Při příjmu lucidní, orientovaná, při vědomí, spolupracuje, bez klidové dušnosti, cyanosy a ikteru, normální kolorit kožní.

Vyšetření

EEG - záznam technicky a metodologicky správný, normální záznam

EKG - pravidelný sinusový rytmus

CT mozku – bez patologických ložisek

Laboratoř celkově

Biochemie: Glukosa sérum: 4.20; Urea: 3.3; AST: 0.62; ALT: 0.42; ALP: 0.63; Kreatinin: 78; Bilirubin celk.: 8.9; Natrium: 136; Kalium: 3.7; GMT: 0.36; Chloridy: 106; Bilirubin přímý: 2.6; CRP: 3.9; Osmolalita: 282.

Hematologie: Leukocyty: $9.6 \cdot 10^9/l$; hemoglobin: 108.0 g/l; hematokrit: 0.303 j.; erytrocyty: $3.46 \cdot 10^{12}/l$; trombocyty: $193 \cdot 10^9/l$; střední objem erytrocytů: 87.5 fl; Hemoglobin v Ery: 31.3 pg; Konc. Hb v Ery: 357.00 g/dl; střední objem trombocytů: 6.70 fl; Erytrocyty (RDW): 14.2 %

Terapie - ordinované léky a infuze

Tramal 100mg (analgetikum)

Valproát 500mg (antiepiletikum, antikonvulzivum)

Lusopress 20mg (hypotenzivum)

Fyziologický roztok (infuzní roztok krystaloidní)

Hartmannův roztok (infuzní roztok krystaloidní)

Epanutin (sympatomimetikum)

Algifen (analgetikum, spasmolytikum)

Thiamin (vitamin B₁)

Pyridoxin (vitamin B₆)

Calcium gluconicum (elektrolyt)

Diagnózy

G 409 (Epilepsie léčená s fokálními generalizovanými paroxysmy)

I 10 (Arteriální hypertenze)

Průběh hospitalizace

Léčená epileptička s paroxysmy typu absencí, přijata pro kumulaci absencí a dvakrát paroxysmus typu GTK, během hospitalizace již bez dalších záchvatů, afebrilní, při dimisi přiměřený neurologický nálezn.

Doporučení

Pokračovat v zavedené medikaci a režimových opatřeních, pravidelné kontroly spádovým neurologem.

19.13 Ošetrovatelské diagnózy

Riziko pádu (00155)

Riziko pádu jako následek epileptického záchvatu, rizikový faktor: pád v anamnéze.

Cíl: lůžko a okolí pacientky bude upravené a bezpečné, pacientka bude mít signalizační zařízení na dosah, pacientka po dobu hospitalizace neutrpí pád.

Intervence: zajistit bezpečnost v okolí lůžka, odstranit nebezpečné předměty v okolí pacientky, zajistit signalizační zařízení v blízkosti pacientky, zvýšený dohled, edukovat pacientku o prodromech před záchvatem.

Hodnocení: pacientka po dobu hospitalizace neutrpěla pád. Okolí pacientky je bezpečné a pacientka je edukována.

Nedostatek spánku (00096)

Nedostatek spánku v souvislosti se změnou zdravotního stavu.

Projevující se subjektivně: únavou

Projevující se objektivně: snížené psychomotorické tempo

Cíl: pacientka se bude cítit odpočatá a aktivně připravená k denním činnostem

Intervence: zajistit klid na pokoji, připravit pokoj před spánkem (vyvětrat, vypnout televizi), pacientku edukovat o možnostech relaxace před spánkem, nepít kofeinové nápoje ve večerních hodinách

Hodnocení: pacientka se cítí odpočatá a neudává potřebu spát přes den.

Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031)

Neefektivní průchodnost dýchacích cest v důsledku kouření.

Projevující se subjektivně: pociťovanou dušností.

Projevující se objektivně: přítomností vedlejších zvuků při dýchání a sníženou saturací krve kyslíkem.

Cíl: edukovat pacientku o kouření, seznámit ji s rizikem v souvislosti s kouřením, pacientka přestane kouřit.

Intervence: seznámit pacientku s negativním vlivem kouření na lidský organismus, poskytnout edukační materiál o kouření.

Hodnocení: pacientka omezila počet cigaret, které vykouří, plánuje přestat úplně.

19.14 Edukační činnost

Edukační cíl číslo jedna

Účel: Pacientka chce přestat kouřit a tím zlepšit svůj životní styl.

Cíl: Pacientka vyjmenuje důvody, proč přestat kouřit.

Pomůcky: edukační leták s radami, jak a proč přestat kouřit

Výukové metody: přednáška a diskuze

Druh cíle: afektivní

Specifický cíl: Pacientka plánuje přestat kouřit.

Hlavní body plánu: Motivace pacientky v absenci kouření.

Časová dotace: 15 minut

Hodnocení: Pacientka je motivována, aby přestala kouřit. Omezila počet cigaret za den, ale vzhledem k tomu, že kouří mnoho let, je si vědoma, že bude potřebovat více času.

Edukační cíl číslo dva

Účel: pacientka si doplní informace o epilepsii.

Cíl: pacientka popíše a definuje základní pojmy, které se vztahují k epilepsii.

Pomůcky: kniha o epilepsii

Výukové metody: přednáška, diskuze

Druh cíle: kognitivní

Specifický cíl: pacientka definuje základní pojmy související s epilepsií.

Hlavní body plánu: vysvětlení pojmů o epilepsii

Časová dotace: 40 minut

Hodnocení: pacientka vyjmenovala a definovala pojmy související s epilepsií.

Edukační cíl číslo tři

Účel: zlepšit stravování v rámci změny životního stylu a tím předejít vzniku nemocí spojených s nezdravým stravováním.

Cíl: pacientka si dokáže sestavit jídelníček dle zásad zdravého stravování.

Pomůcky: edukační leták se zdravými potravinami a jejich přípravou

Výukové metody: přednáška a diskuze

Druh cíle: psychomotorický

Specifický cíl: pacientka dokáže sestavit jídelníček dle zásad zdravé výživy.

Hlavní body plánu: prezentace zdravých potravin, popsání jejich přípravy a zkontrolování správnosti provedení.

Časová dotace: 30 minut

Hodnocení: Pacientka se aktivně zapojila do debaty o zdravých potravinách, předvedla svůj zájem a po propuštění z nemocnice chce změnit své stravovací návyky.

19.15 Ošetrovatelský model dle Marjory Gordonové – přepis rozhovoru VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ, SNAHA O UDRŽENÍ ZDRAVÍ

Jaká byla a je úroveň Vašeho zdraví?

„Cítila jsem se dobře, pak jsem prodělala malý gynekologický zákrok a pár dní poté se u mě zase objevily ty záchvaty. Do té doby jsem byla bez nich. Měla jsem léčenou epilepsii.“

Prodělala jste v posledním roce nějaké nachlazení?

„Obyčejnou rýmu, možná lehce zvýšené teploty, ale nic závažného.“

Měla jste absence v zaměstnání?

„Ne, všechno jsem zvládla při práci.“

Co všechno děláte pro udržení svého zdraví? Kouříte, užíváte drogy, alkohol?

„Alkohol nepiju, ten vůbec. Ten prostě k mému onemocnění nejde. Bohužel ale kouřím, zhruba tu krabičku denně. Snažím se to odbourat, ale nějak mi to nejde. Snažím se

dodržovat režim epileptika. Neponocuju, vyhýbám se blikajícím světlům, nechodím na žádné diskotéky. Stravu mám pestrou.“

Měla jste někdy vážnější úraz nebo nehodu?

„Na vážnější úraz si nepamatuju, měla jsem jen několikrát zlomené ruce.“

Měla jste problémy v minulosti s nalezením způsobu, jak dodržovat doporučení lékařů a sester?

„To ne. Spíš jsem měla takové psychické problémy. Přišli mi na to vlastně ve čtrnácti letech, když jsem byla v pubertě. Ale nějak jsem se s tím poprala. Díky svým rodičům asi hlavně.“

Co si myslíte, že způsobilo Vaší chorobu?

„Netuším. Nikdo v rodině jí nemá. Pátrala jsem po všech tetách a strýcích, ale nic jsem se nedozvěděla.“

Co jste udělala, když se objevily první příznaky?

„No tak to bylo na tělocviku. Nebylo to moc příjemné. Spolužáci nevěděli, co se mnou mají dělat. Naštěstí já si to nepamatuju. Takže já jsem se vlastně probrala na zemi mezi žíněnkami a míči. Když mi to spolužáci popisovali, tak jsem byla zděšená. O epilepsii jsem do té doby nic nevěděla. Takže mě vzali do nemocnice a podle EEG mi diagnostikovali epilepsii.“

VÝŽIVA, METABOLISMUS

Popište Váš typický denní příjem stravy? Užíváte nějaké doplňky stravy?

„Pravidelně snídám, nejvíc jím ale na noc, to mi nejvíc chutná. Zákaznice si plánuji tak, abych mezi nimi stíhala jídlo. Průběžně piji – vodu, čaj, vyjímečně kávu. Nemyslím si, že bych dělala nějaké dietní chyby. Jsem štíhlá, takže si dopřávám tak nějak všechno. Cholesterol mám také v pořádku. V zimě užívám antivirotika z té přírodní medicíny. Pomáhám si rakytníkem a echynaceou.“

Jaká je Vaše hmotnost v posledním období? Pociťujete úbytek nebo naopak příbytek váhy?

„Já to mám každý rok tak, že v zimě přiberu asi pět kilo a na jaře je zase zhubnu.“

Máte chuť k jídlu?

„Mám pořád stejnou chuť k jídlu.“

Máte nějaké dietní omezení?

„Nemám žádná omezení.“

Jaký je stav Vaší kůže? Máte poranění?

„Mám suchou kůži, protože při mojí práci se musím velmi často dezinfikovat, takže ta kůže vysušená je. Ale používám krémy.“

Máte problémy se zuby? Jak často navštěvujete zubního lékaře?

„Nemám. Zubního lékaře navštěvuji pravidelně. Docházím i na sundávání zubního kamene k dentální hygienistce. Každého půl roku.“

VYLUČOVÁNÍ

Míváte pravidelnou stolici?

„Ano, velice pravidelnou.“

Máte problémy s močením?

„Ne.“

Trpíte nadměrným pocením?

„V létě ano, v zimě ne.“

AKTIVITA, CVIČENÍ

Máte pocit dostatečné síly a životní energie?

„Ano, určitě. Akorát teď po těch záchvatech se cítím trochu zesláblá, ale to je tím onemocněním.“

Cvičíte?

„Necvičím.“

Jak trávíte svůj volný čas?

„Sice už mám děti dospělé, ale pořád u nás bydlí, takže se věnuji domácnosti. Mám psa, chodím s ním na procházky. Mám kočky. V létě trávím čas na zahrádce. Mám skleník a fóliovník, takže to mě baví. A běžné domácí činnosti. Samozřejmě nelezu nikde po výškách, kdybych náhodou dostala na střeše záchvat, tak abych nepadla. Vyhýbám se takovým nebezpečným věcem. Nechodím k pile, když se řeže dříví.“

SPÁNEK, ODPOČINEK

Máte pocit celkového odpočinku a připravenosti k denním činnostem?

„Když se dobře vyspím, tak funguji krásně celý den. Někdy mám pocit, že si potřebuji v poledne trochu pospat, tak si na chvíli lehnu. Třeba hodinku a jsem zase fit.“

Máte potíže se spánkem?

„Poslední dobou jsem měla problémy s usínáním, ale bylo to kolem úplňku, tak nevím, jestli to s tím nemělo spojitost. Užívám bylinné kapky na spaní.“

VNÍMÁNÍ, CITLIVOST, POZNÁVÁNÍ

Máte nějaké potíže se sluchem?

„Ne.“

Máte nějaké potíže se zrakem?

„Nevím o tom.“

Vnímáte v poslední době nějakou změnu paměti, zapamatování, vybavování?

„Neřekla bych, ani mi to okolí netvrdí.“

Rozhodujete se snadno nebo obtížně?

„Většinou chci také od někoho poradit. Nerada se rozhoduji sama.“

Jakým způsobem se nejsnadněji naučíte novou věc?

„Myslím, že se docela dobře zapracovávám. I když jsem chodila jako dítě na brigády, tak jsem nikdy neměla problém něco pochopit.“

Máte pocit bolesti nebo nepříjemných pocitů?

„Ne, nic takového.“

SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA

Jste sama se sebou spokojena?

„Bylo by směšné říct, že jsem sama se sebou spokojená, to víte, že nejsem. Ale myslím si, že žiju plnohodnotným životem. Mám rodinu. Mám děti, které jsem si vždycky přála. Mám práci, která mě baví, vždy jsem chtěla být pedikérkou. Takže jsem tak nějak spokojená. Snažím se nechtít víc.“

Jak byste popsala sebe sama?

„Myslím si, že jsem usměvavá, sympatická, kamarádká, ráda chodím do společnosti se bavit.“

Máte změny tělesného vzhledu nebo omezení činností, které nemůžete vykonávat?

„Ne.“

Změny způsobu vnímání sebe sama nebo Vašeho těla od doby vzniku Vaší choroby?

„Řekla bych, že se víc soustředím na své zdraví. Snažím se, abych neměla záchvaty. Dřív jsem koukala víc na děti, teď na sebe.“

Existují záležitosti, které Vás rozčilují? Vyvolávají depresi? Co Vám proti tomu pomáhá?

„Samozřejmě. Denodenně. Občas mě rozčílí děti, manžel pořád. Ale v práci se vždy uklidním.“

ROLE, MEZILIDSKÉ VZTAHY

Bydlíte samostatně / s rodinou?

„S rodinou.“

Máte nějaké problémy v rodině?

„Ano, děti. Jako správná matka se jim snažím vkládat do života a jim se to nelíbí.“

Jakým způsobem se v rodině zvládají běžné problémy?

„Řeším je víc já, než manžel. To mě mrzí.“

Jak rodina prožívá Vaší nemoc/hospitalizaci?

„Myslím, že jsou rádi, že nejsem doma.“

Je na Vás rodina závislá? Jak to zvládáte?

„Ačkoliv tvrdí, že ne, tak si myslím, že je.“

Máte pocit osamělosti? Jak často?

„Mám spoustu kamarádů, dobré sousedy, o pár metrů dál bydlí moji rodiče, takže osamělostí vůbec netrpím.“

Jste celkově spokojena ve svém zaměstnání? Ve škole?

„Ano, velice.“

SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Užíváte antikoncepci?

„Ne.“

Kdy u Vás začala menstruace? Počet porodů a počet gravidit?

„To si přesně nepamatuji, ale problémy jsem nikdy neměla. Byla jsem dvakrát těhotná, mám dvě zdravé děti.“

STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Stala se nějaká větší změna ve Vašem životě v posledních letech?

„Ne, to ne.“

Kdo Vám nejvíce pomůže při řešení Vašich záležitostí? Je tato osoba vždy k dispozici?

„Rodiče, kamarádi, jsou vždy k dispozici.“

Prožíváte napětí dlouhodobě?

„Ne.“

Když máte větší nebo jakékoli problémy v životě, jak je zvládáte?

„Vždy jsem se se vším poprala, musím i teď.“

VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

Jaké důležité plány máte do budoucna?

„Chtěla bych být nápomocna dětem. Chci, aby si našli hezké bydlení, svého partnera. To je můj životní cíl.“

Jste věřící? Je pro Vás náboženství důležité?

„Ne.“

JINÉ

Kdy jste dostala první záchvat?

„Ve čtrnácti letech na hodině tělesné výchovy.“

Kde jste se dozvěděla nejvíce informací o nemoci?

„V nemocnici.“

Jak jste se vyrovnávala s nemocí/jaké byly první pocity?

„Mojí oporou byli rodiče, takže díky nim jsem to všechno zvládla.“

Byly vám poskytnuty informace, které jste potřeboval/a?

„Myslím si, že tenkrát asi ano. Sice nebyl internet, ale nějaké brožurky, takže jsem si je četla. Rodiče dokonce našli někoho se stejnou nemocí, tak jsme si povídali.“

Jak reagovala rodina, přátelé?

„Asi byli také v šoku, ale všichni mi byli oporou, nikdo mě neodsuzoval.“

Setkala jste se s negativním přístupem okolí?

„Ano, spolužáci se mi trochu posmívali. Mně se to stalo ve škole, takže chtěli vědět, jak mi bylo. Ale já to nevěděla, byla jsem v bezvědomí. Měla jsem i pokousaný jazyk, tak nechápali, jak se mi to mohlo stát. A takoví co mě neznali, tak se mi smáli. To jsem snášela docela těžce.“

Jak jste musela dosavadní život změnit?

„Měla jsem úlevu na tělocviku.“

Kolik jste měla záchvatů?

„Ten první byl nejhorší, pak jsem měla absence, kdy jsem prý jen koukala, ale to já si napamatuji.“

Jak často máte záchvaty?

„Dlouho nebylo nic, až teď se mi vrátil jeden ošklivý, při kterém jsem se pokousala a pomohla.“

Jak často chodíte na kontroly?

„Pravidelně podle objednání lékařky.“

Jak byste popsala nejhorší/poslední záchvat?

„Já si to napamatuju. Ale někdy mě bolí jazyk, jak si ho pokoušu, pak svaly, protože se klepu.“

Dělá vám problém dodržovat pravidelný režim?

„Nedělá, vůbec ne. To není zase tak hrozná nemoc, aby se nenechala nějak neovlivňovat.“

Jaká režimová opatření dodržujete? (jídlo, spánek, TV)

„Hlavně ten spánek dodržuji. A jídlo, zakládám si nejvíc na snídani, abych náhodou neměla ještě hypoglykémii. Trošku hřeším v létě, to pracuji na zahrádce na sluníčku.“

Jaké zákazy týkající se režimových opatření pro vás byly nejtěžší?

„To osvobození od tělocviku. To jsem brala jako hanbu, nikdo to tenkrát neměl. Pak rodiče nechtěli, abych nechodila na diskotéky, aby mě a světla nedráždila. Ale potají s kamarádkami jsme si dělaly mejdany. Těžké bylo vysvětlit to přítelovi, aby věděl, jak se má zachovat, kdyby se mi něco stalo.“

Jak se změnil život? Porovnejte běžný den před a po diagnóze epilepsie?

„Měla jsem o sebe strach a nechtěla jsem se ztrapňovat před ostatními, kdybych dostala záchvat. Tak jsem se asi trochu stranila.“

V čem vás epilepsie nejvíce omezuje?

„V takových těch adrenalinových činnostech.“

Jaké je vaše zaměstnání? Musela jste změnit zaměstnání po diagnostice? Ovlivnila výběr zaměstnání právě diagnóza? Máte nějaké „úlevy“?

„Chtěla jsem jít na zdravotní sestru, to byl takový můj sen. Ale nemohla jsem.“

Máte ŘP? (pokud ano: Jak se srovnáváte se zákazem řízení? – jízda do práce...)

„Nemám, bohužel.“

Máte nežádoucí účinky u některých léků?

„Na nic jsme nepřišli s paní doktorkou.“

Máte vlastní rodinu? Podporují vás?

„Ano, podporují mě velice.“

Změnily se zájmy před a po diagnóze?

„Ráda plavu, ale to pro mě není moc vhodné. Ale vždy tam se mnou někdo je.“

Musel/a jste se vzdát nějakých koníčků, oblíbených věcí?

„To úplně ne.“

Víte o nějakém sdružení/skupině E? Setkáváte se s nimi? Chtěl byste?

„Píšu si s pár lidmi, kteří mají také epilepsii. O žádném sdružení nevím a ani nechci.“

Ocenil/a byste edukační leták, který by vám dali při dimisi z nemocnice?

„To by mohlo být zajímavé.“

Jsou nějaké jiné záležitosti, o kterých byste se ráda zmínila?

„Nic mě nenapadá.“

20 KAZUISTIKA DRUHÁ

20.1 Identifikační údaje

Iniciály: MS

Rok narození: 1992

Věk: 24 let

Pohlaví: muž

Stav: svobodný

Vzdělání: studuje vysokou školu

Povolání: student

Kontaktní osoba: matka

Důvod přijetí: epileptický záchvat

Datum přijetí: 27. 11. 2016

20.2 Fyziologické hodnoty

Výška: 182 cm

Váha: 90 kg

Tlak: 130/73 mmHg

Puls: 75[˚]

Dech: 19[˚]

Tělesná teplota: 36,2 °C

20.3 Osobní anamnéza

Během posledního roku absolvoval dvakrát artroskopické vyšetření levého kolene. V dětství neměl vážnější úraz ani mnohokrát nestonal.

20.4 Nynější onemocnění

Přivezen RZP pro poruchu vědomí s paroxem generalizovaných křečí, bez zranění, jazyk si nepokousal, bez sfinkterové poruchy. Bylo aplikován Apaurinu i.v. Včera byl na svatbě, udává konzumaci alkoholu a nevyspání, dále psychická zátěž při zkouškách na vysoké škole. Podobný stav před asi dvěma lety - vyšetřen v nemocnici v Českých Budějovicích, dokumentaci nemá, trvalé léky neužívá.

20.5 Farmakologická anamnéza

Neužívá žádné léky.

20.6 Rodinná anamnéza

Matka - léčená epileptička

Otec – zdrav

Bratr - zdrav

20.7 Alergická anamnéza

Alergie nekuje.

20.8 Abusus

Nekuřák, alkohol nejméně jednou týdně, denně vypije tři šálky černé kávy.

20.9 Sociální anamnéza

Bydlí s rodiči, přes týden je na koleji.

20.10 Pracovní anamnéza

Studuje vysokou školu. Příležitostně brigády – skladník, noční doplňování zboží.

20.11 Hospitalizace

Přijat na doporučení RZP. Lucidní, orientován, při vědomí, spolupracuje, bez klidové dušnosti, cyanosy a ikteru, normosthenický, normální kolorit kožní.

Vyšetření:

CT mozku - mozková tkáň je symetrická, normálně konfigurovaná

EEG - lehce abnormální záznam

Laboratoř celkově:

Biochemie: Glukosa sérum: 5.30; Urea: 3.9; AST: 0.33; ALT: 0.24; Kreatinin: 88; Bilirubin celk.: 4.4; Natrium (Na): 141; Kalium (K): 4.6; GMT: 0.28; Chloridy (Cl): 107; Bilirubin přímý: 1.9; CRP: 5.1; Osmolalita: 288

Hematologie: LEUKOCYTY: 5.8 10⁹/l; HEMOGLOBIN: 152 g/l; HEMATOKRIT: 0.440 j.; ERYTROCYTY: 5.05 10¹²/l; TROMBOCYTY: 256 10⁹/l; Střed objem Ery: 87.2; fl Hemoglobin v Ery: 30.1 pg; Konc. Hb v Ery: 345 g/dl; ery STR.OBJEM TROMBO: 6.4 fl; Erytrocyty (RDW): 13.0 %

Diagnózy:

G 409 (Porucha vědomí s generalizovanými křečemi, v. s. EP paroxysmus GTK)

Z 866 (St. p. přechodné křečové aktivitě po vyčerpání v minulosti)

Z 878, Z 988 (2x ASK L kolene)

Terapie – ordinované léky a infuse

Fyziologický roztok (krystaloidní infuzní roztok)

Thiamin (vitamin B1)

Pyridoxin (vitamin B6)

Calcium gluconicum (elektrolyt)

MgSO₄ 10% (sympatomimetikum)

Průběh hospitalizace:

Pacient byl přijat k observaci po poruše vědomí s GTK, jazyk si nepokousal, bez sfinkterové poruchy. Během hospitalizace afebrilní, bez dalších záchvatů, neurologický nálezní přiměřený.

Doporučení:

Režimová opatření při epilepsii - neřídít motorová vozidla, pravidelný spánkový režim, nepít alkohol, nepobývat a nepracovat v riziku. Pravidelná kontrola spádovým neurologem, první cca za měsíc. Vhodné dovyšetření MR mozku si zajistí v místě bydliště.

20.12 Ošetrovatelské diagnózy

Riziko poškození (00035)

Riziko poškození sebe sama v souvislosti s epileptickým záchvatem.

Rizikový faktor: epilepsie

Cíl: pacient během záchvatu neutrpí poranění, příbuzní pacienta jsou edukováni o první pomoci při záchvatu.

Intervence: upravit okolí pacienta, odstranit nebezpečné předměty z okolí pacienta, edukovat rodinu o první pomoci během záchvatu.

Hodnocení: pacient během hospitalizace neutrpěl záchvat, rodina je edukována o poskytnutí první pomoci během případného záchvatu.

Efektivní léčebný režim (00082)

Pacient zvládá spojit léčebný režim epileptika se svým současným životem.

Projevující se subjektivně: vyslovením přáním zvládnout danou situaci,

Projevující se objektivně: organizováním činností dne podle nových pravidel

Cíl: pacient zapojí nový léčebný režim do svého současného života a tím se vyhne komplikacím spojeným s epilepsií.

Intervence: edukovat pacienta o zásadách, které by měl dodržovat, aby byl bez záchvatů, podporovat pacienta v rozhodnutích vedoucích k úspěšné prognóze.

Hodnocení: pacient začlenil nové návyky a činnosti do svého života, plánuje změnu ve svém pracovním životě.

Akutní zmatenost (00128)

Apatické jednání jako následek epileptického paroxu.

Projevující se subjektivně: sníženým soustředěním a zmateností místem.

Projevující se objektivně: změnou poznávacích funkcí a zvýšeným neklidem.

Cíl: pacient je při vědomí, je orientován; ví, kde se nachází a je schopný se soustředit.

Intervence: zjistit příčinu zmatenosti, pacienta uklidnit a zodpovědět otázky, které klade, zajistit zvýšený dohled.

Hodnocení: pacient je orientován všemi směry a je zajištěna jeho bezpečnost.

20.13 Edukační činnost

Edukační cíl číslo jedna

Účel: Pacient chce změnit svůj životní styl podle pravidel pro epileptiky a tím předejít dalším záchvatům.

Cíl: Pacient vyjmenuje zásady režimových opatření epileptiků.

Pomůcky: edukační leták s režimovými opatřeními, která je třeba dodržovat při epilepsii

Výukové metody: přednáška a diskuze

Druh cíle: kognitivní

Specifický cíl: pacient vyjmenuje zásady režimových opatření.

Hlavní body plánu: ukázka režimových opatření při epilepsii.

Časová dotace: 20 minut

Hodnocení: pacient vyjmenoval režimová opatření, která zařadí do svého současného života. Je velmi motivován skutečností, že pokud bude dodržovat režimová opatření, bude bez záchvatu.

Edukační cíl číslo dvě

Účel: zlepšit psychickou pohodu a naučit se vyrovnávat se stresovými situacemi.

Cíl: pacient předvede relaxační cviky.

Pomůcky: podložka, kniha s relaxačními cviky

Výukové metody: přednáška, prezentace cviků, diskuze

Druh cíle: psychomotorický

Specifický cíl: pacient správně předvede cviky.

Hlavní body plánu: prezentace cviků podle knihy a zkontrolování správnosti provedení

Časová dotace: 30 minut

Hodnocení: pacient se aktivně zapojil do cvičení a relaxační cvičení zařadil do svého denního režimu.

Edukační cíl číslo tři

Účel: přestat užívat alkohol a tím se vyhnout dalším záchvatům.

Cíl: pacient vyjmenuje důvody, proč přestat užívat alkohol.

Výukové metody: diskuze, přednáška

Druh cíle: afektivní

Specifický cíl: pacient plánuje přestat pít alkohol.

Hlavní body plánu: motivace pacienta v abstinenci.

Časová dotace: 15 minut

Hodnocení: Pacient je motivován abstinovat a tím předejít vzniku dalších záchvatů.

20.14 Ošetřovatelský model dle Marjory Gordonové – přepis rozhovoru

VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ, SNAHA O UDRŽENÍ ZDRAVÍ

Jaká byla a je úroveň Vašeho zdraví?

„Předtím vším to bylo úplně v pohodě, asi jako u každého člověka v mém věku. Po tom, co se mi ale stalo, se bojím, co bude dál, jestli se mi to stane znovu.“

Prodělal jste v posledním roce nějaké nachlazení?

„Taková ta běžná nachlazení jako je rýma a chřipka, ale antibiotika jsem nebral.“

Měl jste absence v zaměstnání nebo ve škole?

„Úplně absence bych neřekl, ale do školy jsem moc nechodil. Spíš jsem místo do školy chodil na brigády. Chtěl jsem být finančně nezávislý“

Co všechno děláte pro udržení svého zdraví? Kouříte, užíváte drogy, alkohol?

„Velkou výhodou vidím v tom, že nekouřím. Alkohol piju sice příležitostně, ale občas se to vymkne. Snažím se chodit do posilovny v rámci školy nebo spíš oboru, který studuji.“

Měl jste někdy vážnější úraz nebo nehodu?

„Nehodu ne. Vážnější úraz si také úplně napamatuji. Víím, že jsem měl otřes mozku párkrát, ale to bylo asi ještě v pubertě.“

Měl jste problémy v minulosti s nalezením způsobu, jak dodržovat doporučení lékařů a sester?

„Nikdy mi lékař ani někdo z nemocnice neřekl, že musím dodržovat něco, co by mě nějak hodně vadilo. Ale asi by mi nedělalo problém něco dodržet. Uvidím no, teď to asi začne.“

Co si myslíte, že způsobilo Vaší chorobu?

„Mamka je epileptička. Nevím, jestli to může hrát roli.“

Co jste udělal, když se objevily první příznaky?

„Minule se mi to stalo také po večírku. Nebylo mi ten den moc dobře, ale to jsem přičítal konzumaci alkoholu. Pak už si toho moc nepamatuju.“

VÝŽIVA, METABOLISMUS

Popište Váš typický denní příjem stravy? Užíváte nějaké doplňky stravy?

„To je těžké. Většinou sním to, co mi mamka uvaří, někdy zajdu do menzy, do fast foodu a tak. Žádné doplňky stravy neberu.“

Jaká je Vaše hmotnost v posledním období? Pociťujete úbytek nebo naopak příbytek váhy?

„Držím si asi tak nějak svojí váhu bez významnějších úbytků nebo naopak.“

Máte chuť k jídlu?

„Jo, to já mám pořád.“

Máte nějaké dietní omezení?

„Ne, nic takového.“

Jaký je stav Vaší kůže? Máte poranění?

„Kůže je v pohodě. Občas možná nějaké oděrky ze sportu. Hraju florbal, tak to občas mívám spálenou kůži. V létě mám sedřená místa často. Hodně sportuji venku, tak se někdy něco stane.“

Máte problémy se zuby? Jak často navštěvujete zubního lékaře?

„Se zuby nemám problémy, občas nějaký kaz. Nikdy jsem neměl nějaký zánět, který by se musel řešit nějak víc. Na preventivní prohlídky chodím pravidelně.“

VYLUČOVÁNÍ

Míváte pravidelnou stolici?

„Většinou jo, jenom když mám stres nebo cestuji někam do zahraničí. To mívám zácpu.“

Máte problémy s močením?

„Vůbec ne.“

Trpíte nadměrným pocením?

„Neřekl bych.“

AKTIVITA, CVIČENÍ

Máte pocit dostatečné síly a životní energie?

„To mám. Asi by bylo divné, kdybych ve svém věku neměl.“

Cvičíte?

„Cvičím hodně. Většinou sezónně. V létě jsem venku pořád. Jelikož je sport součástí mého studia, je to taková příjemná povinnost. Plavu, jezdím na kole, na bruslích.“

Jak trávíte svůj volný čas?

„Jak kdy. Někdy sportem, jindy zase hraním her. Ty hraju hodně. Také jsem dost často s kamarády, protože jich mám hodně. A chodím na brigády.“

SPÁNEK, ODPOČINEK

Máte pocit celkového odpočinku a připravenosti k denním činnostem?

„Někdy jsem vyšřavenej, někdy jsem až moc nabitej.“

Máte potíže se spánkem?

„Ne, to ne. Neděje se mi, že bych se budil najednou bez příčiny.“

VNÍMÁNÍ CITLIVOSTI, POZNÁVÁNÍ

Máte nějaké potíže se sluchem?

„Ne.“

Máte nějaké potíže se zrakem?

„Také ne.“

Vnímáte v poslední době nějakou změnu paměti, zapamatování, vybavování?

„Ve škole se soustředím hůř. Když mě čeká nějaká těžká zkouška, mám pocit, že mi učení nejde vůbec a nic si nepamatuji.“

Rozhodujete se snadno nebo obtížně?

„Obtížně. Jsem váha, tak to bude asi tím.“

Jakým způsobem se nejsnadněji naučíte novou věc?

„Opakováním. Učím se špatně, takže když si něco hodně opakuji a nejlépe když to vidím, jde to líp.“

Máte pocit bolesti nebo nepříjemných pocitů?

„Ani ne.“

SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA

Jste sám se sebou spokojen?

„To je těžký odpovědět, ale dělám všechno pro to, abych byl sám se sebou spokojený.“

Jak byste se popsal?

„Úplně obyčejný kluk, který studuje pajdu se zaměřením na tělák a zemák. Myslím si, že jsem hodně vstrícnej, když můžu, tak pomůžu a rád. Jsem kamarádský a umím pobavit.“

Máte změny tělesného vzhledu nebo omezení činností, které nemůžete vykonávat?

„Nemám. Nevšímám si ničeho, co by mě omezovalo zatím. Ale na internetu jsem četl nějaká omezení, která epileptici musí dodržovat, tak toho se docela děším. V některých oblastech mého života to asi bude těžké. Třeba pravidelný režim jako je dostatek spánku. Pracuji na brigádách v noci, jezdím autem. Nevím, jak to vyřeším.“

Změny způsobu vnímání sebe sama nebo Vašeho těla od doby vzniku Vaší choroby?

„Pociťuju určitě. Jsem sice v nemocnici, ale je to divné. Bojím se, abych někomu nebo i sobě při záchvatu neublížil. Taková nejistota je ve mně.“

Existují záležitosti, které Vás rozčilují? Vyvolávají depresi? Co Vám proti tomu pomáhá?

„Deprese ne. Někdy se rozčilím, ale nejsem nějak výbušný. Pomáhá mi odreagování se. Běhání, hraní her, takový ty přirozený endorfíny.“

ROLE, MEZILIDSKÉ VZTAHY

Bydlíte samostatně nebo s rodinou?

„Přes tejdén na koleji s kámošem sám. O víkendu se ségrou a mamkou doma.“

Máte nějaké problémy v rodině?

„Někdy v souvislosti s mamky diagnózou. To jsme pak se ségrou odkázaný sami na sebe. Ale jsme velký, takže to zvládáme. Možná byly problémy v dětství, kdy nás opustil táta. Jinak máme dobrý vztahy s mamkou i se ségrou.“

Jakým způsobem se v rodině zvládají běžné problémy?

„Tím, že je doma převaha ženských, tak se o všem furt povídá, což mi úplně nevyhovuje. Je ale pravda, že se pak všechno vyřeší a zvládne.“

Jak rodina prožívá Vaší nemoc/hospitalizaci?

„Mamka se lekla. Ta je vyděšená. Říkali jí, že to zdědit nemůžeme. I já jsem se dočetl, že to není dědičný, tak mě to dost překvapilo. I mamku. Tohle nečekala. Ale uklidňuje mě tím, že když budu dodržovat nějaký režim, že to bude v pohodě. Asi se tím ale uklidňuje ona sama. Segra tady za mnou ještě nebyla, ale už jsme si volali. Ta je mamce oporou teď.“

Je na Vás rodina závislá? Jak to zvládáte?

„Myslím si, že úplně přirozeně, jak jsou na sebe lidé v rodině závislí.“

Máte pocit osamělosti? Jak často?

„Teď jo. Ještě když vidím ty těžký případy, co tady jsou. Zase mě to ale nedovoluje nějak vyšilovat, když vím, že jsou na tom lidi hůř.“

Jste celkově spokojen ve svém zaměstnání? Ve škole?

„Vybral jsem si, co mě baví. Trošku mě děsí, jak povolání skloubím s nemocí, ale to nějak vyřeším.“

STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Proběhla nějaká větší změna ve Vašem životě v posledních letech?

„Určitě. Oproti třeba střední se toho u mě změnilo hrozně moc. Jsem víc samostatný, víc si věřím.“

Kdo Vám nejvíce pomůže při řešení Vašich záležitostí? Je tato osoba vždy k dispozici?

„Určitě máma. Ta je vždycky k dispozici.“

Prožíváte napětí dlouhodobě?

„Dlouhodobě ne, ale někdy je ho víc, někdy míň.“

Když máte větší nebo jakékoli problémy v životě, jak je zvládáte?

„Pustím si nějakou hezkou hudbu, hraju hry, jdu si zaběhat, sejdu se s kamarádama.“

VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

Jaké důležité plány máte do budoucna?

„Priorita je určitě dodělat vejšku. Pak bych rád našel nějaké uplatnění, nějakou práci. Snad se mi to povede.“

Jste věřící? Je pro Vás náboženství důležité?

„Myslím si, že jsem k tomu ještě nedospěl a asi ani nevím, jestli dospěju.“

JINÉ

Kdy jste dostal první záchvat?

„To je asi dva roky zpátky. Bylo to podobný jako teď. Pili jsme s kamarádama alkohol, moc jsem nespál a najednou jsem byl v sanitce.“

Kde jste se dozvěděl nejvíce informací o nemoci?

„Od mamky hodně. Ta se tomu dost věnuje. Dost si o tom zjišťovala. Víím, že jí mají i nějaká slavní lidé. To mě asi motivuje, že víím, že se s tím dá žít. Ale ty ústupky budou asi hodně složité. Nejsem zvyklý se nějak omezovat. Když mi kamarádi řeknou, abych šel na pivo, tak jdu. Ale abych odpověděl na původní otázku, tak nejvíc jsem čerpal zatím na internetu. Takovým těm diskuzím a zkušenostem se vyhýbám, s tím nemám dobré zkušenosti normálně, natož s takovouhle vážnou diagnózou.“

Jak jste se vyrovnával s nemocí/jaké byly první pocity?

„Šok určitě. Pamatuju si naposled byt doma a pak najednou rychlá. Je ale fakt, že jsem chvíli čekal, že se mi stalo něco horšího, takže se mi trochu ulevilo asi. Ale mám stavy, kdy si říkám proč já.“

Byly vám poskytnuty informace, které jste potřeboval?

„Já se hodně ptám, mamka taky, takže zatím víím všechno, co potřebuji.“

Jak reagovala rodina, přátelé?

„Mamka vyděšeně, segra nevím a u kamarádů to člověk přes internet špatně pozná. Píší mi, že mi přejou ať se uzdravím, ať jsem silnej a tak. S pár kámošema jsem si i volal. Podporujou mě, než aby mě ubíjeli negativníma myšlenkama.“

Setkal jste se s negativním přístupem okolí?

„Zatím ne, ví to jen ti nejbližší. Možná se to už rozkřiklo, ale ke mně se dostávají jen ty pozitivní zprávy.“

Jak jste musel dosavadní život změnit?

„Změním to, co musím. Budu muset. Děsí mě to, ale musím.“

Kolik jste měl záchvatů?

„Dva.“

Jak často máte záchvaty?

„Zatím po dvou letech.“

Jak často chodíte na kontroly?

„Říkali, že na další kontrolu půjdu za měsíc.“

Jak byste popsal nejhorší/poslední záchvat?

„Oba dva беру za hrozný. Je to určitě tím, že si je nepamatuju, nic mi nebylo a najednou jsem v záchrance a říkají něco o epilepsii.“

Dělá vám problém dodržovat pravidelný režim?

„Určitě jo.“

Jaká režimová opatření dodržujete? (jídlo, spánek, TV)

„Snažím se mít pravidelný spánek, nespát přes den, neřídít auto, nehrát hry. Snažím se teď být hodně v klidu.“

Jaké zákazy týkající se režimových opatření pro vás byly nejtěžší?

„Úplně všechno, než si na to zvyknu. Možná mě to překvapí a nebude to tak hrozný.“

Jak se změnil život? Porovnejte běžný den před a po diagnóze epilepsie?

„Předtím jsem vůbec nic neřešil a zdraví vůbec ne. Teď jsem si ale uvědomil, že nejsem nesmrtelný a že musím dodržovat určitý věci, abych byl v pohodě, a to být chci.“

V čem vás epilepsie nejvíce omezuje?

„Všechny ty věci, který musím omezit, nebo vynechat mě děsí, ale nejsou to věci, které jsou nějak závažné a nesplnitelné.“

Jaké je vaše zaměstnání? Musel jste změnit zaměstnání po diagnostice? Ovlivnila výběr zaměstnání právě diagnóza? Máte nějaké „úlevy“?

„Zatím chodím jen na brigády, ale s nočníma službami je konec, budu si muset najít něco jinýho.“

Máte ŘP? (pokud ano: Jak se srovnáváte se zákazem řízení?)

„Mám a řidičák mě na tom štví nejvíc. Ale říkal mi doktor, že jsou určitý pravidla, za kterých se řidičák vrací. Tak budu dělat všechno pro to, abych ho získal zpět.“

Máte nežádoucí účinky u některých léků?

„Pociťuju únavu. Ale to je možná i tím, že jsem furt v posteli v nemocnici, doma to bude jiný.“

Máte vlastní rodinu? Podporují vás?

„Rodinu vlastní nemám, nedávno jsem se rozešel s přítelkyní, se kterou jsem byl hodně dlouho. Jinak mamka a ségra mě podporují hodně.“

Změnily se zájmy před a po diagnóze?

„Budu muset najít nějaké zájmy místo původních, abych přišel na jiný myšlenky.“

Musel jste se vzdát nějakých koníčků, oblíbených věcí?

„Určitě se nějakých budu muset vzdát.“

Víte o nějakém sdružení/skupině epileptiků? Setkáváte se s nimi? Chtěl byste?

„Asi bych se s nima nechtěl setkávat, všeobecně nemám rád nemocný lidi. Bojím se, že bych poznal někoho, kdo dodržuje režimová opatření a pořád má záchvaty, to by mě demotivovalo.“

Ocenil byste edukační leták, který by vám dali při dimisi z nemocnice?

„Každá informace je dobrá.“

Jsou nějaké jiné záležitosti, o kterých byste se rád zmínil?

„Těším se, co mi život přinese a udělám všechno pro to, abych si ho i nadále užíval.“

DISKUZE

Pro provedení kvalitativního výzkumu praktické části jsem zvolila rozhovor se dvěma respondenty, u kterých jsem pomocí kazuistik popsala jejich případy. První respondentka byla žena ve věku 34 let, u které byla epilepsie diagnostikována v dospívání a nyní po několika letech se u ní objevil epileptický záchvat. Respondentka pracuje jako pedikérka. Druhým respondentem byl muž ve věku 24 let, který studuje a epilepsie mu byla diagnostikována nově. Pro stanovení a zjištění hlavního cíle a dílčích cílů jsem využila strukturovaný rozhovor a otázky podle modelu Marjory Gordonové. Otázky tak byly rozdělené do dvanácti kapitol. Do dvanácté poslední kapitoly jsem zahrnula otázky, které byly konkrétní k epilepsii a způsobu, jak se respondenti s nemocí vyrovnávají. Informace jsem získávala od respondentů, ošetřujícího lékaře a z dokumentace.

Prvním dílčím cílem bylo analyzovat problémy v adaptaci na nemoc. První respondentka odpověděla, že nepocítovala výraznější problémy v adaptaci na nemoc. Epilepsie jí byla diagnostikována ve 14 letech, takže největší potíže jí dělalo vysvětlení diagnózy spolužákům. Uvádí, že dříve se o nemoci moc nevědělo a spolužáci se jí často ptali na záchvat, který prodělala ve škole. Byli i tací, kteří se jí smáli, a to pro ni nebylo jednoduché. Říká, že se chvíli stranila okolí, protože se bála, aby nedostala další záchvat. Vždy ale našla pomocnou ruku u rodičů, kteří jí byli velkou oporou. Seznámili ji se stejně nemocným dítětem, takže těžkosti se daly zvládnout lépe. Z režimových opatření, která se s epilepsií pojí, jí nejvíce vadilo osvobození od tělesné výchovy, které dříve nebylo tak časté a brala jej jako hanbu. Ostatní opatření jí problém nedělala. Říká, že epilepsie jí neomezuje v životě, že si i přes diagnózu plní sny, ale musí dělat ústupky. Informace, které potřebovala o nemoci vědět, jí byly poskytnuty v nemocnici a usnadnily jí zvládnutí onemocnění. Epilepsie jí nutí věnovat se více sama sobě a nezanedbávat se. Snaží se udělat si na sebe čas a neodbývat se. S druhým respondentem se shodli, že s dodržováním režimových opatření nemají významné problémy a že od doby diagnostikování nemoci je v nich určitá nejistota, kdy se objeví další záchvat. Druhý respondent se nejvíce informací dozvěděl od matky, která je léčená epileptička a z internetu. V nemocnici mu ale také zodpověděli všechny otázky, na které se zeptal. Zatím se neseťkal s negativním přístupem okolí, snaží se vyčlenit jen pozitivní reakce, ve kterých jej kamarádi podporují a nabízejí pomoc. Na rozdíl od první respondentky mu režimová opatření dělají problém dodržovat. Neví, jak zvládne změnit svůj život podle pravidel, která epileptici dodržovat musí, ale ví, kde v případě potřeby najde pomoc.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jak epilepsie ovlivňuje život pacienta. Respondenti se shodli, že nemoc nepovažují za omezující handicap. Pokud nemoc respektují a neberou ji za banalitu, dá se s ní bez větších omezení žít. Nejvíce jim vadí omezení v zájmových aktivitách, kdy nesmějí provozovat rizikové činnosti. Shodli se s prací Markéty Papršteinové, která psala kvalifikační práci na téma Život nemocných s epilepsií z roku 2014, kde respondenti uvádějí, že onemocnění výrazně neovlivnilo jejich koníčky, ale největší omezení našli právě v zájmových sportech.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jak epilepsie ovlivňuje psychiku pacienta. Respondenti se shodli, že nejhorší byl začátek života s epilepsií, kdy se museli vyrovnat se zákazy. První respondentka se stranila okolí, bála se, že dostane záchvat a bude terčem posměchu. O diagnóze se dozvěděla na základní škole, kdy byla v pubertě, a tak pro ni právě hrozící posměch spolužáků byl nepříjemný. Druhý respondent nepociťoval strach z posměchu, ale šok s přijetím nemoci. Bojí se, že přijde o přátele, protože s nimi už nebude chodit tak často ven a na aktivity, na které chodil. Zároveň ale uvádí, že ti praví přátelé při něm budou stát a budou mu obrovskou oporou. Markéta Papršteinová ve své bakalářské práci popisuje výskyt psychických změn u poloviny respondentů, přičemž nejčastější psychickou změnou byla úzkost a deprese. Ani jeden z mnou oslovených respondentů tuto negativní změnu nevnímal.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zpracovat kazuistiku u dvou nemocných epilepsií. Nemocné jsem oslovila na neurologickém oddělení Klatovské nemocnice, kde byli po záchvatu hospitalizováni. Oba respondenti byli seznámeni s výzkumem a podepsali informovaný souhlas s použitím informací v bakalářské práci. Vzor informovaného souhlasu je přiložen v příloze C. Výzkum v Klatovské nemocnici mi potvrdila náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, paní magistra Veselá a dokumentací mě provedla vrchní sestra neurologického oddělení paní Alena Dvořáčková. Souhlas s výzkumem je přiložen v příloze D. U respondentů jsem sepsala identifikační údaje, anamnézu a poté jsem se jich ptala podle modelu Marjory Gordonové na jejich život a soužití s nemocí. Do dvanácté kapitoly jsem přidala otázky, které se týkají konkrétně epilepsie. Rozhovory probíhaly v soukromí na pokoji u pacientů.

Pátým a posledním dílčím cílem bylo sestavení edukačního materiálu. Zvolila jsem edukační leták, kde jsem sepsala definici onemocnění, příčinu vzniku, popsala jsem epileptický záchvat, první pomoc při záchvatu, doporučené postupy, jak být bez záchvatu a

organizace, kde mohou epileptici najít pomocnou ruku. Leták jsem dala k dispozici neurologické ambulanci a neurologickému oddělení Klatovské nemocnice.

Cíl mé bakalářské práce jsem splnila. Obdivuji respondenty, jak se s nemocí vyrovnávají a žijí s ní bez výrazných potíží. Bylo zřejmé, že pokud nemoc respektují, dá se s ní žít, aniž by je významně omezovala v kvalitě života. Oba respondenti byli velmi pozitivní a odhodlaní nenechat se omezovat. Bylo to pravděpodobně způsobeno i tím, že našli pomoc ve svém okolí a všechny otázky, které chtěli znát, jim ošetřující lékař zodpověděl a tím jim poskytl jistotu.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala ošetrovatelskou péčí o nemocné epilepsií. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem popsala definici onemocnění, diagnostiku, léčbu, klasifikaci záchvatů a prognózu. Závěrečnou kapitolu jsem věnovala ošetrovatelské péči o epileptiky a s tím spojené ošetrovatelské diagnózy. Praktickou část jsem popsala pomocí kvalitativního výzkumu. Vybrala jsem si dva respondenty, u kterých jsem zaznamenala pomocí kazuistiky jejich případ. Kazuistiky jsem zpracovávala pomocí rozhovoru s respondenty, se kterými jsem mluvila během jejich hospitalizace na neurologickém oddělení v Klatovské nemocnici, kam byli přijati po epileptickém paroxu. Jednalo se o ženu, která má epilepsii diagnostikovanou již několik let a o muže, u kterého byla diagnostikována nedávno. Porovnávala jsem, jak se s přijetím nemoci vyrovnávali. Ukázalo se, že epilepsie je závažná a zákeřná choroba, ale pokud se jí člověk nepoddá, nebude jej tolik omezovat. Musí se jen naučit s ní žít a respektovat ji. Tímto velmi děkuji mým respondentům a přeji jim hodně sil v životě. V praktické části jsem si stanovila hlavní cíl a pět dílčích cílů. Na závěr praktické části jsem vypracovala edukační leták, kde jsem shrnula základní fakta o epilepsii, popsala první pomoc a vyjmenovala několik organizací, kde může epileptik najít pomocnou ruku a útěchu. Edukační materiál je přiložen v příloze B.

LITERATURA A PRAMENY

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

BAR, Michal a David ŠKOLOUDÍK. *Speciální neurologie: pro studenty bakalářských oborů*. Ostrava: Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. ISBN 978-80-7368-961-2.

BEDNAŘÍK, Josef a Milan BRÁZDIL. *Učebnice obecné neurologie*. Brno: Masarykova univerzita Brno, 2013. ISBN 978-80-210-3309-2.

BEDNAŘÍK, Josef, Zdeněk AMBLER a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie: část speciální 1*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-389-9.

BERLIT, Peter. *Memorix neurologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1915-3.

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

ČESKÁ LIGA PROTI EPILEPSII [online]. c2005 [cit. 2017-02-13]. Dostupné z: <http://www.clpe.cz>

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Olomouc: Epava, 2000. ISBN 978-80-86297-05-7.

EHLER, Edvard. *Neurologie*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2009. ISBN 978-80-7395-158-0.

EPISTOP. *Občanské sdružení EpiStop* [online]. c1995-2017 [cit. 2017-02-26]. Dostupné z: <http://www.epistop.cz>

FULLER, Geraint. *Neurologické vyšetření snadno a rychle*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1914-6.

KUDLOVÁ, Pavla, HERDMAN, T. Heather, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-718-4549-3.

HOVORKA, Jiří, Tomáš NEŽÁDAL a Michal BAJAČEK. *EEG abnormita*. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-734-5093-3.

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

KELNAROVÁ, Jarmila. *První pomoc I: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2182-8.

KOTAS, Rudolf a Zdeněk AMBLER. *Essential general neurology*. Praha: Maxdorf, 2010. Jessenius. ISBN 978-80-7345-226-1.

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

NAVRÁTIL, Luděk. *Neurochirurgie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2068-8.

NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7333-078-1.

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

NOVOTNÁ, Martina, HERLE, Petr, ed. *Neurologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, 2012. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-87553-31-2.

OREL, Miroslav. *Nervové buňky a jejich svět*. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5070-5.

OŠLEJŠKOVÁ, Hana. *Epileptické a neepileptické záchvaty v dětství a adolescenci*. Plzeň: Adela, 2009. Editio medicinae. ISBN 978-80-87094-06-8.

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

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

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

SPOLEČNOST „E“. *Czech Epilepsy Association, o. s.* [online]. 2007 [cit. 2017-02-26]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz>

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

SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠKOLOUDÍK, David, Michal BAR a Olga ZAPLETALOVÁ. *Obecná neurologie pro studenty bakalářského směru*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009. ISBN 978-80-7368-608-6.

ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana. *Moderní farmakoterapie v neurologii*. Praha: Maxdorf, 2015. Moderní farmakoterapie. ISBN 978-80-7345-453-1.

TOMEK, Aleš. *Neurointenzivní péče: praktická příručka*. Praha: Mladá fronta, 2012. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2659-8.

TYLL, Tomáš, Vlasta DOSTÁLOVÁ a David NETUKA. *Neuroanestezie a základy neurointenzivní péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3148-6.

TYRLÍKOVÁ, Ivana. *Neurologie pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2008. ISBN 80-701-3287-6.

TYRLÍKOVÁ, Ivana a Martin BAREŠ. *Neurologie pro nelékařské obory*. Vyd. 2., rozš. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-540-2.

ZÁRUBOVÁ, Jana. *Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií I-VII*. 2., souhrnné a upr. vyd. standardů I-VII. Praha: Maxdorf, 2010. EpiStop. ISBN 80-734-5008-9.

ZÁRUBOVÁ, Jana. *Žena a epilepsie*. Praha: Maxdorf, 2010. EpiStop. ISBN 80-734-5041-0.

SEZNAM ZKRATEK

CNS	Centrální nervová soustava
PNS	Periferní nervová soustava
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
CMP	Cévní mozková příhoda
MR	Magnetická rezonance
CT	Počítačová tomografie
PET	Pozitronová emisní tomografie
MEG	Magnetoencefalografie
ILAE	International league against epilepsy
AED	Antiepileptika
IQ	Intelligenční kvocient
ČLPE	Česká liga proti epilepsii
RZP	Rychlá záchranná pomoc
JIP	Jednotka intenzivní péče
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
VPA	Valproát
CBZ	Karbamazepin
LTG	Lamotrigin
ETS	Etosuximid
PB	Fenobarbital
PHT	Fenytoin

GBP Gabapentin
CZP Klonazepam
LEV Levetiracetam
OXC Oxkarbazepin
PGB Pregabalin
PRM Primidon
TGB Tiagabin
TPM Topiramát
VGB Vigabatin
ZNS Zonisamid
pH Vodíkový exponent
pCO₂ Parciální tlak oxidu uhličitého

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – otázky rozhovoru
- Příloha B – edukační leták
- Příloha C – souhlas od respondentů
- Příloha D – souhlas s výzkumem od instituce

PŘÍLOHA A – OTÁZKY ROZHOVORU

VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ, SNAHA O UDRŽENÍ ZDRAVÍ

Jaká byla a je úroveň Vašeho zdraví?

Prodělal/a jste v posledním roce nějaké nachlazení?

Měl/a jste absence v zaměstnání nebo ve škole?

Co všechno děláte pro udržení svého zdraví? Kouříte, užíváte drogy, alkohol?

Měl/a jste někdy vážnější úraz nebo nehodu?

Měl/a jste problémy v minulosti s nalezením způsobu, jak dodržovat doporučení lékařů a sester?

Co si myslíte, že způsobilo Vaši chorobu?

Co jste udělal/a, když se objevily první příznaky?

VÝŽIVA, METABOLISMUS

Popište Váš typický denní příjem stravy? Užíváte nějaké doplňky stravy?

Jaká je Vaše hmotnost v posledním období? Pociťujete úbytek nebo naopak příbytek váhy?

Máte chuť k jídlu?

Máte nějaké dietní omezení?

Jaký je stav Vaší kůže? Máte poranění?

Máte problémy se zuby? Jak často navštěvujete zubního lékaře?

VYLUČOVÁNÍ

Míváte pravidelnou stolici?

Máte problémy s močením?

Trpíte nadměrným pocením?

AKTIVITA – CVIČENÍ

Máte pocit dostatečné síly a životní energie?

Cvičíte?

Jak trávíte svůj volný čas?

SPÁNEK - ODPOČINEK

Máte pocit celkového odpočinku a připravenosti k denním činnostem?

Máte potíže se spánkem?

VNÍMÁNÍ CITLIVOSTI, POZNÁVÁNÍ

Máte nějaké potíže se sluchem?

Máte nějaké potíže se zrakem?

Vnímáte v poslední době nějakou změnu paměti, zapamatování, vybavování?

Rozhodujete se snadno nebo obtížně?

Jakým způsobem se nejnadhěji naučíte novou věc?

Máte pocit bolesti nebo nepříjemných pocitů?

SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA

Jste sám/a se sebou spokojen/a?

Jak byste popsal/a sebe sama?

Máte změny tělesného vzhledu nebo omezení činností, které nemůžete vykonávat?

Změny způsobu vnímání sebe sama nebo Vašeho těla od doby vzniku choroby?

Existují záležitosti, které Vás rozčilují, vyvolávají depresi? Co Vám proti tomu pomáhá?

ROLE, MEZILIDSKÉ VZTAHY

Bydlíte sám/a nebo s rodinou?

Máte nějaké problémy v rodině?

Jakým způsobem se v rodině zvládají běžné problémy?

Jak rodina prožívá Vaší nemoc/hospitalizaci?

Je na Vás rodina závislá? Jak to zvládáte?

Máte pocit osamělosti? Jak často?

Jste celkově spokojen/a ve svém zaměstnání? Ve škole?

SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Máte uspokojivé sexuální vztahy?

Ženy: Užívání antikoncepce?

Ženy: Kdy začala menstruace? Počet porodů a počet gravidit?

STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Někjaká větší změna ve Vašem životě v posledních letech?

Kdo Vám nejvíce pomáhá při řešení Vašich záležitostí? Je tato osoba vždy k dispozici?

Prožíváte dlouhodobě napětí?

Když máte větší nebo jakékoli jiné problémy v životě, jak je zvládáte?

VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

Jaké důležité plány máte do budoucna?

Jste věřící? Je pro Vás náboženství důležité?

JINÉ

Kdy jste dostal/a první záchvat?

Kde jste se dozvěděl/a nejvíce informací o nemoci?

Jak jste se vyrovnával/a s nemocí, jaké byly první pocity?

Byly vám poskytnuty informace, které jste potřeboval/a?

Jak reagovala rodina, přátelé?

Setkal/a jste se s negativním přístupem okolí?

Jak jste musel/a změnit dosavadní život?

Kolik jste měl/a záchvatů?

Jak často máte záchvaty?

Jak často chodíte na kontroly?

Jak byste popsal/a nejhorší/poslední záchvat?

Dělá vám problém dodržovat pravidelný režim?

Jaká režimová opatření dodržujete? (jídlo, spánek, TV)

Jaké zákazy týkající se režimových opatření pro vás byly nejtěžší?

Jak se změnil Váš život? Porovnejte běžný den před a po diagnóze epilepsie?

V čem vás epilepsie nejvíce omezuje?

Jaké je vaše zaměstnání? Musel/a jste změnit zaměstnání po diagnostice? Ovlivnila výběr zaměstnání právě diagnóza? Máte nějaké „úlevy“?

Máte ŘP? (pokud ano: Jak se srovnáváte se zákazem řízení? – jízda do práce...)

Máte nežádoucí účinky u některých léků?

Máte vlastní rodinu? Podporují vás?

Změnily se zájmy před a po diagnóze?

Musel/a jste se vzdát nějakých koníčků, oblíbených věcí?

Víte o nějakém sdružení, skupině epileptiků? Setkáváte se s nimi? Chtěl/a byste?

Ocenil/a byste edukační leták, který by Vám dali při dimisi z nemocnice?

Jsou nějaké jiné záležitosti, o kterých byste se rád zmínil/a?

PŘÍLOHA B – EDUKAČNÍ LETÁK



EPILEPSIE

Definice

Epilepsie je onemocnění mozku, které se projevuje záchvaty, které vůlí nelze ovlivnit.

Příčina vzniku

Za vznikem epilepsie stojí toxické látky užívané v těhotenství vědomě i nevědomě, infekce prodělané během těhotenství, hypoxie plodu nebo mechanické poškození mozku během porodu, cévní mozková příhoda, nádory mozku. Určitý podíl může mít i genetika.

Jak vypadá epileptický záchvat

Během epileptického záchvatu se může objevit porucha vědomí a křeče. Jedná se tak o tzv. velký záchvat. Malý záchvat se pak může projevovat třeba jen jako zastavení se v určité činnosti, chování nebo řeči. Může se jednat i jen o strnulý výraz v obličeji. Před určitým druhem záchvatu se může objevit aura.

Jak být bez záchvatu

Hlavní je dodržovat rady lékaře, brát předepsané léky a dodržovat režimová opatření. Mít správný poměr mezi spánkem a bděním, vyloučit alkohol, extrémní psychické i fyzické zatížení, mít dostatečný příjem tekutin, vyvarovat se dlouhému pobytu na slunci, nepracovat ve výškách ani v noci a neřídít motorová vozidla. Vhodné je omezit sledování televize nebo obrazovky počítače.

První pomoc při záchvatu

Při prvních známkách blížícího se záchvatu uložíme nemocného na podlahu nebo lůžko, abychom zabránili pádu. Z okolí odstraníme předměty, které by mohly způsobit poranění. Nebráníme záškubům, neotevíráme ústa a vyčkáme konce záchvatu. Pokud přetrvává porucha vědomí, vyčistíme ústa, aby nedošlo k aspiraci, nemocného uložíme do stabilizované polohy. Pokud se nemocný během záchvatu poranil, je zmatený nebo trvá porucha vědomí, voláme RZP.

Organizace

Společnost „E“, EpiStop, Česká liga proti epilepsii

PŘÍLOHA C – INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:

Ošetrovatelská péče o nemocné s epilepsií

STUDENT:

Hanzlíková Miroslava

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

mireehan@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

Mgr. Jana Holoubková, DiS., MBA

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

holoubkj@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE:

Cílem studie je zjistit, jaká je léčba a průběh onemocnění u pacientů trpících epilepsií.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....

Datum:

Podpis studenta:.....

Datum:

PŘÍLOHA D – SOUHLAS S VÝZKUMEM OD INSTITUCE

Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce

Jméno a příjmení studentky: Miroslava Hanzlíková

Název vysoké školy: Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta: Fakulta zdravotnických studií

Katedra: Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Studijní obor/ročník: všeobecná sestra, 3. ročník

Název bakalářské práce: Ošetřovatelská péče o nemocné s epilepsií

Cíl bakalářské práce: Cílem je zjistit, jaká je léčba a průběh onemocnění u pacientů trpících epilepsií.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jana Holoubková, DiS., MBA

Kontakt: holoubkj@kos.zcu.cz

Termín průběhu výzkumu: listopad a prosinec 2016

Oddělení, kde bude probíhat sběr informací: Neurologické oddělení, Klatovská nemocnice a. s.

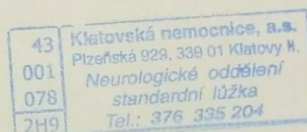
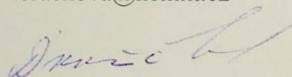
Metoda získávání informací: pomocí rozhovoru a zpracování kazuistiky u 2 pacientů.

Žádám o možnost poskytnutí informací o léčebných metodách, ošetřovatelských postupech, zobrazovacích metodách, radioterapeutických metodách, laboratorních výsledcích.

Informace mně bude poskytovat oprávněný zdravotnický pracovník Klatovské nemocnice a.s., kterým je: Alena Dvořáčková

Kontakt: dvorackova@nemkt.cz

Podpis:

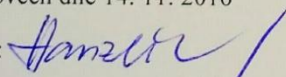


Žádost podává studentka: Miroslava Hanzlíková

Kontakt: mireehan@seznam.cz

v Klatovech dne 14. 11. 2016

Podpis:



Souhlasím s průběhem výzkumné části bakalářské práce dle výše uvedených požadavků.

Jméno a příjmení: Mgr. Vladislava Veselá, náměstkyně pro ošetřovatelskou péči

Kontakt: vesela@nemkt.cz

Podpis:

