



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE



3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství 3.LF UK

Ošetřovatelská péče o pacienta s diagnózou epilepsie

Nursing Care about the Patient with Diagnosis of Epilepsy

případová studie

bakalářská práce

Praha, červen 2011

Helena Seidelová
bakalářský studijní program: Ošetřovatelství
studijní obor: Všeobecná sestra

Autorka práce: Helena Seidelová
Bakalářský studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Jana Holubová
Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství 3.LF UK

Odborný konzultant: MUDr. Jana Kotašková
Pracoviště odborného konzultanta: Neurologická klinika FNM

Datum a rok obhajoby: 21.června 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická, nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK, jsou totožné.

Praha, červen 2011

Helena Seidelová

Poděkování

Děkuji paní magistře Janě Holubové za odborné vedení, cenné praktické rady, připomínky a čas, který mi věnovala při zpracování této případové studie.

Ráda bych poděkovala rovněž paní MUDr. Janě Kotaškové za odborné rady a věnovaný čas.

Dále děkuji za ochotu a spolupráci panu J.Š., pacientovi, jehož případem se ve své práci zabývám.

V neposlední řadě patří poděkování mému manželovi a rodině za podporu.

OBSAH

| | |
|---|----|
| 1. ÚVOD | 7 |
| 2. KLINICKÁ ČÁST | 8 |
| 2.1. Definice epilepsie | 8 |
| 2.2. Patofyziologie | 8 |
| 2.3. Etiopatogeneze | 9 |
| 2.4. Klasifikace epilepsie | 10 |
| 2.5. Klinický obraz | 13 |
| 2.6. Diagnostika | 15 |
| 2.7. Terapie | 17 |
| 2.8. Psychologická a sociální problematika | 17 |
| 2.9. Prognóza | 18 |
| 2.10. Epilepsie temporálního laloku | 19 |
| 2.11. Základy anatomie a fyziologie temporálního laloku | 19 |
| 2.12. Epilepsie meziálního temporálního laloku (MTLE) | 20 |
| 2.13. Chirurgická léčba epilepsie | 21 |
| 3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM | 22 |
| 3.1. Identifikační údaje nemocného | 22 |
| 3.2. Lékařská anamnéza | 22 |
| 3.3. Lékařské diagnózy | 23 |
| 3.4. Terapie 3. den hospitalizace | 23 |
| 4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST | 26 |
| 4.1. Ošetrovatelský proces | 26 |
| 4.2. „Funkční typ zdraví“ – model M. Gordonové | 27 |
| 4.3. Ošetrovatelská anamnéza, hodnocení nemocného | 29 |
| 4.4. Krátkodobý oš.plán ke 3. dni hospitalizace | 38 |
| 4.5. Dlouhodobý plán péče | 45 |
| 4.6. Psychologická a sociální část | 47 |
| 4.7. Edukační plán nemocného | 48 |
| 4.8. Prognóza nemocného | 53 |

| | |
|---|-----------|
| 5. ZÁVĚR | 54 |
| SEZNAM ZKRATEK | 56 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A JINÝCH ZDROJŮ... | 58 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 61 |

1. ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného J.Š. s diagnózou epilepsie, který byl hospitalizován na standardním oddělení neurologického oddělení po epileptochirurgické operaci.

Pracovala jsem několik let v příjmové neurologické ambulanci, kam byli přiváženi „Rychlou záchrannou službou“ pacienti s různými typy epilepsií a epileptických syndromů. V posledním roce jsem pracovala na specializovaném oddělení, které se zabývá diagnostikou a léčbou komplikovaných epilepsií a syndromů epilepsií.

S diagnózou epilepsie se sestry setkávají při ošetřování pacientů v různých oborech. Proto bych chtěla přiblížit jednotlivé typy této nemoci a klinické projevy.

Informace jsem získávala z několika zdrojů – ze zdravotnické dokumentace, od lékařů a od samotného pacienta.

V klinické části se zaměřuji na základní informace o diagnóze epilepsie – především definice onemocnění, jeho klasifikace, klinický obraz, diagnostika, terapie a prognóza. Samostatně se věnuji temporální epilepsii.

V ošetrovatelské části vycházím z metodiky ošetrovatelského procesu podle Marjory Gordonové, na základě které jsem sestavila ošetrovatelský plán, realizovala jednotlivé úkony ošetrovatelské péče a v závěru vyhodnotila splnění stanoveného plánu a účinnost jednotlivých opatření. V závěru ošetrovatelské části se krátce věnuji psychologickým a sociálním aspektům, edukaci nemocného a prognóze nemocného.

Svou práci doplňuji seznamem použitých zkratk použitých zkratk, seznamem použité literatury a jiných zdrojů a přílohami.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1. Definice epilepsie

„Epilepsie jsou skupinou onemocnění, která je klinicky charakterizovaná výskytem opakujících se epileptických záchvatů vůlí neovlivnitelných, epizodických změn činnosti mozku. Zevně se projeví změnou jednání a chování nebo poruchou vědomí. Změny se mohou týkat také sensorimotoriky a autonomních funkcí. Příčinou je porucha rovnováhy mezi exitačními a inhibičními mechanismy u určité skupiny neuronů, jejichž důsledkem jsou abnormální neuronální výboje v CNS, se stereotypní manifestací a často typickým EEG záznamem. Ne každý epileptický záchvat musí vyvolat klinickou symptomatologii, může se projevit subklinicky, pouze patologickým záznamem na EEG. Určitý neadekvátní podnět může v některých případech vyvolat záchvat. Stejný podnět u zdravého jedince k záchvatu nevede.

Za určitých podmínek může každý mozek reagovat epileptickým záchvatem (např. při stimulaci, po aplikaci některých léčiv).“ (9) Seidl, Z., Obenberger, J., 2004, s. 241

Slovo „**epilepsie**“ vychází pravděpodobně z řeckého slova *epilambáno*, což znamená „uchopuji, zachvacuji, napadám někoho“ (4). Epilepsie patří mezi nejčastější neurologická onemocnění, často s celoživotním trváním. Výskyt v populaci je 1% .

2.2. Patofyziologie

Základní termíny v patofyziologii epilepsie:

iktogeneze - označuje časovou posloupnost rozvoje epileptického záchvatu

Iktogenezi charakterizuje několik faktorů: záchvatovitá pohotovost - je podmíněná geneticky, mění se s věkem a stavem vnitřního prostředí. Další faktory jsou ohnisko, podnět, spouštěcí oblast (labilní), stavidla (místo bránící rozvoji a šíření záchvatu), modulace (např. dopamin).

epileptogeneze - znamená rozvoj nemoci epilepsie

Základem *epileptogeneze* je vznik epileptického agregátu inzultem. Po tomto zásahu dochází ke vzniku určitého množství epileptických neuronů cestou neuroexcitotoxické kaskády. Při zvýšeném vyplavování glutamátu a aspartátu se aktivují NMDA receptory, mění se koncentrace kalcia, natria a magnézia na buněčné membráně, dochází k poškození membrány a neuronu s následnou přestavbou ložiska se ztrátou neuronů, pučením mechových vláken a proliferací glie, které poté má z funkčního pohledu změněnou reaktivitu na chemické, mechanické či elektrické podněty. Ke klinické manifestaci je potřeba určitého množství epileptických neuronů pracujících synchronně. (6)

2.3. Etiopatogeneze

genetická (např. většina idiopatické generalizované epilepsie, dětské a juvenilní absence a juvenilní myoklonická epilepsie, idiopatická generalizovaná epilepsie s febrilními křečemi). Další vývoj genetiky v oblasti epilepsie může značně změnit klasifikaci epilepsie a vztah k lokalizaci vzniku záchvatů

prenatální faktory - při vývoji mozku - infekce, toxické látky

perinatální faktory - hypoxické poškození mozku při porodu, mozkové krvácení, mechanické poškození

postnatální faktory

- cévní poškození mozku (CMP, cévní malformace, mechanické dráždění okolní tkáně při pulzaci abnormálně konfigurované cévy)
- nádorová onemocnění - benigní, pomalu rostoucí - časté záchvaty
 - maligní, rychle rostoucí - ojedinělé záchvaty

- pooperační jizvy - změny neuronálních propojení a struktur
- po chemoterapii a radiační terapii - změna struktury a metabolismu mozkové tkáně
- poranění mozku
- toxicko-metabolické postižení mozku
 - *abúzus alkoholu* (pokles hladiny etylalkoholu vyvolá změnu dráždivosti neuronové membrány)
 - *selhání ledvin* - uremická encefalopatie (hypertenze, elektrolytový rozvrat, vysoká hladina endotoxických látek - léky, infekce)
 - *hypoglykemie, hyperglykemie* (první pomoc: korekce glykémie)
- hypo- a hyperkalcemie, hyponatremie, hypomagnezemie
- infekční nemoci mozku
- febrilní křeče
- spánková deprivace (6)

2.4. Klasifikace epilepsie

Klasifikace epileptických záchvatů, epileptických syndromů a epilepsií je nejednotná.

1) Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů /ILAE/ (1981)

2) Mezinárodní klasifikace epilepsií a epileptických syndromů (1989)

- obě uvedené klasifikace vycházejí z popisu klinických projevů, jsou v dnešní době nedostačující pro možné nepřesnosti v rozlišení generalizovaných a sekundárně generalizovaných záchvatů a nedostatečné rozlišení některých jednoduchých a komplexních parciálních záchvatů
- v praxi jsou přesto hojně používány především pro svou jednoduchost

3) Sémiologická klasifikace

Popisná, předpokládá, že většina přesně popsaných a definovaných záchvatů je projevem určitého specifického epileptického syndromu a neumožňuje přesnější diferenciaci pomocí EEG křivky.

4) Anatomická klasifikace

Používá se v předoperační diagnostice.

5) Přehled epileptických syndromů podle věkových období (6)

Ve fakultní nemocnici na neurologickém oddělení pro dospělé se používá klasifikace epilepsií podle Lüderse (vychází ze sémiologické klasifikace) a anatomická klasifikace, kterou jsem podrobněji rozdělila níže:

„KLASIFIKACE EPILEPSIÍ PODLE LÜDERSE – od roku 1998

- vytvořená na základě sémiologických projevů epileptických záchvatů

A. *Aury:*

- 1) somatosenzorické
- 2) vizuální
- 3) sluchové (auditorské)
- 4) čichové (olfaktorické)
- 5) chuťové (gustatorické)
- 6) psychické
- 7) abdominální (epigastrická)**
- 8) autonomní

B. *Autonomní záchvaty*

C. *Dialeptické záchvaty*

D. *Motorické záchvaty:*

- 1) Simplexní motorické (jednoduché)
 - a) myoklonické
 - b) tonické

- c) epileptické spazmy
- d) klonické
- e) tonicko-klonické
- f) verzivní
- 2) Komplexní motorické
 - a) hypermotorické
 - b) automotorické
 - c) gelastické

E. Speciální záchvaty:

- 1) atonické
- 2) astatické
- 3) hypomotorické
- 4) akinetické
- 5) negativní myoklonické
- 6) afazické“ (3)Dbalý, V., 2004, 45-46 s.

„ANATOMICKÁ KLASIFIKACE

- occipitální
- parentální
- temporální laterální
- **temporální meziální**
- cingulární
- operkulární
- primární motorické
- premotorické
- suplementární motorické
- frontopolární
- orbitofrontální
- fronto-intermediární“ (6)Moráň, 2003, 36 s.

2.5. Klinický obraz

Generalizované záchvaty – účast obou hemisfér, od počátku záchvatu změna vědomí, oboustranné motorické projevy

- *absence* – oči otevřené, ztráta vědomí, na stav si nemocný nevzpomíná
- *retropulzivní absence* – navíc vytočení očních bulbů vzhůru a záklon hlavy
- *absence s myoklonem* – rytmické klony hlavy, víček, ramenou, tzv. „ticky“
- *absence s automatismy* – polykání, mlaskání, pohyby prstů
- *absence se změnou svalového tonu* – podklesnutí s poruchou rovnováhy, nedochází k pádům
- *absence s vegetativní složkou* – změna zornic a změna barvy obličeje, občas pomočení
- *tonický záchvat* – náhlý hypertonus kosterního svalstva, s pádem, hluboké bezvědomí s cyanózou, bývá pomočení
- *klonický záchvat* – série opakovaných generalizovaných kontrakcí kosterního svalstva i bránice
- *tonicko-klonický záchvat (GTCS)* – začíná klonem s výkřikem, 30-40 sekund tonická fáze, poté asi minutu klonická fáze, následuje fáze generalizované atonie s hlubokým kómatem, fungují jen vitální funkce (dále: klony, cyanóza, inkontinence, areaktivní mydriáza, pocení, slinění, šlachovitá areflexie, hypertenze, tachykardie), může být i aura
- *myoklonický záchvat* – rychlé svalové záškuby
- *atonický záchvat* – pokles nebo plná ztráta svalového napětí, poté podklesnutí až pád, porucha vědomí

Fokální – parciální – ložiskové záchvaty – může nebo nemusí být přítomna porucha vědomí, případně tato vzniká až v průběhu záchvatu

- *simplexní parciální záchvat motorický* – ložisková motorická aktivita, která se nešíří
- *simplexní parciální záchvat senzitivní a sensorický* – projevy somatosenzorické, zrakové, čichové, sluchové, chuťové nebo vestibulární

- *simplexní parciální záchvat s vegetativními projevy* – projevuje se změnami barvy, pocením a poruchami zornicových reakcí
- *simplexní parciální záchvat s psychickými projevy* – projevuje se poruchou amnestickou, kognitivních funkcí, dysfázií, různým deliriem, halucinacemi
- *komplexní parciální záchvat* – automatizmy, motorické projevy, porucha vědomí od počátku nebo v průběhu, poté amnézie

Status epilepticus – nakupení série uvedených záchvatů, nemocný se neprobírá k vědomí nebo je obduzený, záchvat trvající déle než 30 minut

- *status epilepticus generalizovaný tonicko-klonický*
 - 1.fáze: stejná struktura jako GTCS, po sérii vzniká hypertermie, hypoglykemie, centrální anoxie, tachykardie, tachypnoe, pokles krevního tlaku
 - 2.fáze: prolongované kóma, třes prstů, svalů, může nastat poškození mozkové tkáně
- *status epilepticus generalizovaný tonický* – více u dětí a dospívajících, často provázen vegetativními projevy, doba trvání i několik dní
- *status epilepticus generalizovaný myoklonický* – myoklonické záškuby horních končetin, doba trvání až několik hodin
- *status epilepticus unilaterálních křečí* – jednotlivé záchvaty trvají 10 minut, status 2-5 dní, postihuje více mužské pohlaví, aktivace často infekční chorobou
- *status epilepticus absencí* – u dětí do 10 let, projevuje se negativizmem, apatií, autizmem, dezorientací, zmateností. Děti jsou považované neposlušné, nespolupracující
- *status epilepticus parciální* – u temporální lokalizace je projev jako u statusu absence, jednání je nesmyslně automatické. Trvání až několik hodin.

Charakteristiky podle lokalizace ložiska

- *frontální oblast* - postura, oroalimentární automatizmy
- *suplementární oblast* – rychle vznikající asymetrické postury, fonace
- *cingulární oblast* – stereotypní automatizmy (chůze, kopání, šermování..)

- *frontopolární oblast* – nepřítomný pohled, verze hlavy a očí, axiální klony
- *frontoorbitální oblast* – čichové halucinace, vegetativní doprovod, gesta
- *dorzolaterální frontální oblast* – adverze očí a hlavy, propulze, dysfázie
- *operkulární oblast* – klony v obličeji, tlak v epigastriu, poruchy řeči, slinění, vegetativní projevy, chuťové halucinace, žvýkací a polykací pohyby
- *motorická oblast* – motorické projevy, poruchy řeči, dysfázie, vokalizace
- *temporální oblast* – oroalimentární automatizmy: olizování, mlaskání; méně pohybové automatizmy: svlékání, iluze prožitého či viděného, snové představy; deprese, úzkost, derealizace, deperzonalizace, afekt, změna barvy, arytmie, pocení, iluze, sluchové a chuťové vjemy, nevolnost, vomitus, ...)
- *mediobazální oblast* – vegetativní, psychické, viscerální projevy
- *amygdala, unkus* – čichové a chuťové projevy
- *septohippokampální oblast* – poruchy paměti, rozpoznávání situace
- *gyrus temporalis superior* – sluchové projevy, halucinace
- *parietální oblast* – senzorické projevy, pálení, štípání, brnění, sexuální pocity, poruchy tělesného schématu, poruchy řeči, zrakové projevy, halucinace
- *occipitální oblast* – zrakové halucinace, slepota, nystagmus, poruchy vnímání barev, bolest hlavy, zvracení (6)

2.6. Diagnostika

1) Anamnéza – může významně přispět ke korekci zdravotního stavu pacienta, další terapie, popis záchvatu

2) Klinická vyšetření

- *komplexní neurologické* – potvrdí či vyloučí další neurologickou nemoc
- *psychologické, psychiatrické* - potvrdí či vyloučí psychogenitu nebo organicitu, nasměruje cíleně diagnostiku a terapii

3) Laboratorní vyšetření

- hladiny iontů, funkce jater a ledvin, glykemický profil, krevní obraz
- sérová hladina antiepileptik – při zahájení léčby a v jejím průběhu

- endokrinologické, imunologické, genetické

4) EEG

- základní vyšetření, zaznamenává bioelektrické potenciály vznikající činností mozku. Impulzy jsou snímány elektrodami z povrchu hlavy (neinvasivní), v některých případech zanořenými elektrodami do různých částí mozku při přípravě plánované neurochirurgické operace (invazivní EEG)
- standardní (nativní)
- hyperventilace nosem
- hyperventilace ústy
- fotostimulace
- po spánkové deprivaci
- dlouhodobé synchronizované videomonitorování
- dlouhodobé ambulantní EEG monitorování

5) Zobrazovací metody

- **CT** - k vyloučení tumorů, krvácení, kalcifikace, kortikální malformace, trauma
- **MR spektrometrie** - ke zhodnocení mozkového metabolismu, předoperační vyšetření
- **SPECT** - k hodnocení funkce mozkové perfuze pomocí vyzařování izotopu
- **PET** - hodnotí metabolismus mozkové tkáně pomocí značené glukózy
- **AG** - při podezření na vaskulární lézi či malformaci
- **PET, EEG, MR** - lokalizace ložiska k předoperačnímu vyšetření pro epileptochirurgický výkon (6)

6) Neuropsychologické vyšetření

- zhodnocení kvalitativní a kvantitativní kognitivní úrovně, lokalizace deficitu, charakteristika osobnosti, prognóza, psychická kondice na začátku a během léčby
- pro posudkovou problematiku
- **WADA test** - zjišťování lateralizace řečového centra (8)
 - paměťová zkouška

2.7. Terapie

U pacientů s epilepsií je v terapii nutný komplexní přístup sestavený z řady opatření, směřujících ke zvýšení kvality života. U každého pacienta s epilepsií indikuje lékař individuální léčbu na základě diagnózy, frekvence záchvatů, vedlejších účinků farmak a psychického stavu. Léčbu indikuje neurolog. Pokud je léčba epilepsie komplikovaná, pacient je zařazen do odborné ambulance pro záchvatovitá onemocnění. Zde je pacient dále sledován a léčen erudovaným lékařem v oboru epileptologie.

- režimová opatření

- pravidelné užívání léků, pravidelný spánek
- zákaz alkoholu, řízení motorového vozidla, práce ve výškách, práce s obráběcími a rotačními stroji
- zvýšená opatrnost u sportu
- alternativní medicína - vhodná je jóga, meditace

- medikamentózní - antiepileptika

- operační terapie - pokud selže medikamentózní léčba

- „První pomoc“ u pacienta s epileptickým záchvatem - zachovat klid, chránit nemocného před nebezpečnými předměty, uvolnit oděv, udržet volné dýchací cesty, nedávat nic mezi zuby, počkat, až nemocný nabude vědomí, nedávat hned tekutiny, přivolat záchrannou službu (6)

2.8. Psychologická a sociální problematika

Epilepsie je zpravidla dlouhodobé onemocnění, které více či méně ovlivňuje psychiku. Nejčastěji se jedná o poruchy nálad a úzkostné stavy.

Depresivní porucha - nejčastější, stanovuje neurolog ve spolupráci s psychiatrem.

Pokud nedojde ke zlepšení stavu vlivem antiepileptické terapie, zahajuje se léčba antidepressivy.

Interiktální depresivní porucha - asi u 60% nemocných s epilepsií

Příčiny: rodinná anamnéza, organická léze, parciální záchvat s ložiskem vpravo temporálně, špatná kompenzace záchvatů, vliv antiepileptik, nevhodné psychosociální zázemí.

Úzkostná porucha - vyskytuje se v kombinaci s depresí, obavy ze ztráty sebeovládání ve společnosti, zhoršení společenského a osobního uplatnění.

Poruchy kognice - zhoršení kognitivních funkcí ohrožuje většinu nemocných, mohou být způsobeny epileptickým procesem či některými antiepileptiky - porucha paměti, koncentrace, dezorientace.

Kvalita života pacienta s epilepsií

Důležitá je možnost realizace každodenních aktivit. Dalšími faktory jsou zdraví, samostatnost, nezávislost, zázemí ekonomické i sociální, vhodné zaměstnání a osobní vztahy. Podporu a další cenné informace lze najít v časopisu AURA, který vydává Společnost „E“. Tyto informace mohou eliminovat různé obavy z kontaktu na úřadech, výběru školy, zaměstnání – zhoršení uplatnění, pocit osamocení. (6)

2.9. Prognóza

Důležitým faktorem prognózy je etiopatogeneze a určení diagnózy epileptického syndromu. Průběh nemoci je ovlivněn způsobem léčby – životospráva, medikace, operační léčba, celkový zdravotní stav i socioekonomické prostředí.

Příznivé faktory:

- normální neurotopický nález
- není poškozen mozek
- normální inteligence
- bez poruchy osobnosti

- nízká frekvence záchvatů, jeden typ záchvatu, nepřítomnost tonicko-klonických záchvatů
- dobrá odpověď na terapii
- normální nebo lehce nespecificky abnormální EEG v začátku terapie nebo zlepšení po nasazení terapie

Nepříznivé faktory:

- začátek epilepsie v 1. roce života
- absence s klonickou komponentou, více než deset GTCS, status absence a GTC v anamnéze, parciální záchvaty, kombinace více typů,
- psychická nebo motorická retardace,
- porucha osobnosti,
- patologická MR,
- opožděný začátek léčby (6)

2.10. Epilepsie temporálního laloku

V další části stručně popisují epilepsii temporálního laloku, anatomii, kliniku a léčbu pro lepší přiblížení případové studie.

2.11. Základy anatomie a fyziologie temporálního laloku

Epilepsie temporálního laloku se vyskytuje ve 40-60% z celkového počtu epilepsií.

Anatomicky – temporální lalok je ohraničen tvrdou plenou na spodině střední jámy mozkové. Lokalizace: gyrus temporalis superior – *Wernickeho řečová oblast, která zasahuje i do dalšího gyrusu* - gyrus temporalis medius; gyrus temporalis inferior, na zevní straně laloku je gyrus occipitotemporalis a gyrus

lingualis, gyrus hippocampi na bazální straně laloku. *Insula Reilli* – vycházejí odtud vegetativní příznaky. (2)

Temporální laloky obsahují:

1. asociační limbický kortex
2. hippokampální formace
3. amygdala
4. oblasti septální a preoptické (1)

Funkčně

- temporální lalok je součástí limbického systému
- v laloku jsou uloženy oblasti asociační, primární sluchový kortex a Wernickeho řečová oblast

KLO

- parciální simplexní záchvaty (senzorické, afektivní příznaky)
- komplexní záchvaty (amence nebo automatizmy s poruchou vědomí)
- sekundární generalizace (bezvědomí se záškubem až tonicko-klonický konvulzivní stav)

Etiologie

- perinatální traumata, tumory, stavy po meningoencefalitidách
- často hippokampální skleróza (2)

2.12. Epilepsie meziálního temporálního laloku (MTLE)

- podkladem je meziotemporální skleróza (MTS) /hippokampální skleróza (HS)
- úbytek neuronů v hippokampu, amygdale
- v hippokampu - skleróza - onemocnění progresivní

Příčina - iniciální inzult před 4.rokem věku, opakované křečové stavy, částečně i geneticky podmíněná

Příznaky - časté febrilní křeče v dětství, poté záchvaty s poruchami chování

KLO

- v úvodu **aura** (často **epigastrická**), výraz děsu, zmatenost, různé automatizmy (orální, paže, chůze) – 30-90 sekund

- po záchvatu zmatenost, agresivita, afázie

Terapie

- medikamentózní
- anteromeziální temporální lobektomie (2)

2.13. Chirurgická léčba epilepsie

Základní indikační kritéria: farmakorezistence, zhoršení kvality života, progresivnost onemocnění, vývojové hledisko (u dětí progresivní charakter epilepsie může znamenat větší riziko, porušení normálního vývoje) (2)

Komplikace epileptochirurgických operací:

dělíme podle několika hledisek:

- 1) - diagnostické výkony
 - terapeutické operace
- 2) - akutní
 - pozdní
- 3) - chirurgické
 - infekční (2)

Komplikace u Anteromeziální temporální resekce – ATR

- mortalita pod 1%
- hemiparéza nebo hemiplegie, spojené s homonymní hemianopnií a afázií v dominantní hemisféře 5-8%
- přechodná hemihyestezie a fatická porucha u dominantní hemisféry (2)

Úspěšnost chirurgické léčby temporální epilepsie

Po epileptochirurgické operaci u epilepsie temporálního laloku a meziotemporální epilepsie 65 – 80% pacientů nemá záchvaty a asi 1/3 z těchto pacientů stále užívá antiepileptika. (1)

3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM

3.1. Identifikační údaje nemocného

| | |
|---------------------------------------|------------------|
| Jméno: | J.Š. |
| Rok narození: | 1978 |
| Věk: | 32 let |
| Pohlaví: | muž |
| Stav: | svobodný |
| Vzdělání: | vysokoškolské |
| Povolání: | analytik |
| Osoba, kterou lze kontaktovat: | matka |
| Důvod přijetí: | pooperační pobyt |
| Datum přijetí: | 25.10.2010 |
| Oslovení: | pane Š. |

3.2. Lékařská anamnéza

RA: rodiče, starší bratr a mladší sestra bez záchvatových onemocnění

PSA: analytik

AA: negativní

TA: nekuřák, alkohol nepije, drogy nebere

FA: Kepra 1000 mg 1-0-1, Lamictal 100 mg 1-0-1, Rivotril 0,5 mg ½-1/2-1,
Cipralex 10 mg 1-0-0, Novalgin injekce max. a 8 hodin při bolestech
hlavy

OA: Perinatální anamnéza – porod koncem pánevním, nekříšen, nízká
porodní hmotnost; několikadenní pobyt v inkubátoru.

Záchvaty od roku 2007 (29 let)

Farmakorezistentní

úrazy: 0

NO: Nemocný s farmakorezistentní epilepsií při HS vlevo, přeložen z NCH, kde proveden elektivní výkon – anteromeziální temporální resekce vlevo - 21.10.2010, příznivý pooperační průběh, bez záchvatů, rána hojena per primam intentionem, klinicky bez lateralizace. Subjektivně cefalea VAS 4-5/10, s maximem temporálně vlevo, s dobrou odpovědí na Novalgin i.m. Nauzea: 0, bez vomitu, diplopii neguje

3.3. Lékařské diagnózy

- St.p. anteromeziální temporální resekci vlevo (21.10.2010)
- Meziotemporální epilepsie vlevo, epigastrická aura, záchvaty komplexní, parciální záchvaty ojediněle GTC, farmakorezistentní

3.4. Terapie 3. den hospitalizace

Cipralex 10 mg, 1-0-0 tbl.

Indikační skupina: antidepressivum

Nežádoucí účinky: může dojít ke zvýšení tělesné hmotnosti

Základní informace: pozornost u epilepsie, zvýšení záchvatů ihned hlásit lékaři, užívat s jídlem nebo nalačno, terapii nelze náhle přerušit, dávky se musí postupně snižovat po dobu několika týdnů (17)

Keppra 1000 mg, 1-0-1 tbl.

Indikační skupina: antiepileptikum

Nežádoucí účinky: somnolence, astenie, závrať

Základní informace: nepůsobí tlumivě, hůře se kombinuje se třemi a více antiepileptiky (21)

Lamictal 100 mg, 1-0-1 tbl.

Indikační skupina: antiepileptikum

Nežádoucí účinky: alergická vyrážka, zřídka: nespavost, nevolnost, zvracení, tremor

Základní informace: lék první volby při fokální epilepsii (22)

Myolastan 50 mg, 0-0-0-1 ve 22 hod.

Indikační skupina: myorelaxans

Nežádoucí účinky: tlumivé účinky, závratě, somnolence, svalová hypotonie

Základní informace: zpravidla indikace večer, na noc pro tlumivé účinky (18)

Novalgín tbl., inj.

Indikační skupina: analgetikum, antipyretikum

Kontraindikace: u pacientů se zhoršenou funkcí kostní dřeně a poruchou krvetvorby, rizikový lék u pacientů s průduškovým astmatem (19, 20)

Paralen 500 mg, 1-1-1 tbl.

Indikační skupina: analgetikum, antipyretikum

Kontraindikace: těžší onemocnění jater, při akutní žloutence (14)

Perfalgan 100 ml i.v.

Při tělesné teplotě nad 37,5°C, při bolesti hlavy dle VAS nad 5/10

Nežádoucí účinky: vzácné

Základní informace: věnovat pozornost užívání jiných léků s paracetamolem, opatrnost u nedostatečného zavodnění a poruchy výživy, pozornost při nemocech jater, ledvin a konzumaci alkoholu (12)

Rivotril 0,5 mg, ½ - ½ -1 tbl.

Indikační skupina: antiepileptikum

Nežádoucí účinky: působí tlumivě

Základní informace: neužívat alkohol, který zvyšuje tlumivé účinky na CNS (15)

Tralgit SR 100 mg, 1-0-1 tbl.

Indikační skupina: analgetikum, anodynum

Nežádoucí účinky: je velmi návykový

Základní informace: zvyšuje pohotovost ke křečím, u pacientů s epilepsií indikace z vážných důvodů, pozornost u pacientů závislých na opoidech, poranění hlavy, snížené vědomí (16)

4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

4.1. Ošetřovatelský proces

Metodologií ošetřovatelství je **ošetřovatelský proces**, který akceptuje vědecké metody a východiska pro určení a uspokojení individuálních potřeb klienta (pacienta), rodiny či komunity. Ošetřovatelský proces zahrnuje základní ošetřovatelské činnosti, které lze aplikovat ve všech zdravotnických a sociálních zařízeních v rámci různých teorií a modelů. Termín „ošetřovatelský proces“ poprvé použila paní Hallová v roce 1955. (5)

V českém ošetřovatelství je ošetřovatelský proces definovaný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR č.9/2004 v „Koncepti ošetřovatelské péče.“ Je jedinou pracovní metodou nelékařských zdravotnických pracovníků. (13)

Fáze ošetřovatelského procesu:

- 1. Posuzování:** zhodnocení nemocného sestrou při rozhovoru, pozorování, testování, měření, čtení dokumentace a další informace jsou podkladem pro určení problémů pacienta a stanovení ošetřovatelských diagnóz.
- 2. Ošetřovatelská diagnóza:** je stanovena analýzou získaných informací z ošetřovatelského hlediska. Označené ošetřovatelské problémy sestra řadí za sebou podle aktuální změny zdravotního stavu a potencionálního problému pacienta.
- 3. Plánování péče:** obsahuje cíle ošetřovatelské péče a navrhování vhodných opatření k jejich dosažení. Do plánu řešení problému je zahrnuto zapojení ošetřujícího týmu, pacienta i jeho rodiny.

4. Realizace plánu: je fáze uplatňování plánované ošetrovatelské péče za účelem dosažení ošetrovatelského cíle. Každý zúčastněný zajišťuje navržené ošetrovatelské činnosti, přípravu pacienta, prostředí a pomůcky.

5. Hodnocení: je objektivní zhodnocení efektu poskytnuté péče, zhodnocení fyzického, psychického a sociálního komfortu pacienta. Pokud byly stanovené ošetrovatelské cíle splněny, proces se ukončí. V případě nesplnění plánovaného cíle se plán péče přehodnotí. (11)

Výhody ošetrovatelského procesu:

Pro pacienta:

- 1) kvalitní plánovaná péče, která uspokojuje potřeby nejen jednotlivce, ale i rodiny, komunity, společnosti
- 2) návaznost poskytované péče a její kontinuita
- 3) pro pacienta je přínosné zúčastnit se aktivně na péči

Pro sestru:

- 1) sestra se systematicky, důsledně a aktivně vzdělává v ošetrovatelství
- 2) poskytuje sestře spokojenost v zaměstnání, samostatnou práci
- 3) umožňuje sestře odborný růst
- 4) vyvarování se rozporů se zákonem
- 5) sestře umožňuje splnění ošetrovatelské normy
- 6) umožňuje sestře splnění norem akreditovaného zdravotnického zařízení (5)

4.2. „Funkční typ zdraví“ – model M. Gordonové

Model M. Gordonové vznikl v 80. letech 20. století v USA. V 90. letech 20. století se začal používat v Evropě. Tento model představuje systémový přístup při

realizaci jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. Model splňuje požadavky na získání komplexních informací potřebných k sestavení aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz. Model lze použít v jakémkoliv systému zdravotní péče, v péči primární, sekundární, terciární a službách. Při rozhovoru či kontaktu s pacientem sestra identifikuje funkční a dysfunkční vzorce zdraví. Základní strukturu modelu tvoří 12 funkčních vzorců zdraví. Při dysfunkčním zdraví sestra postupuje podle fáze ošetrovatelského procesu. (5)

„Dvanáct vzorců zdraví M. Gordon obsahuje:

1. vnímání zdraví - udržování zdraví
2. výživa - metabolismus
3. vylučování
4. aktivita - cvičení
5. spánek - odpočinek
6. citlivost (vnímání) - poznávání
7. sebepojetí - sebeúcta
8. role - vztahy
9. reprodukce - sexualita
10. stres, zátěžové situace - zvládání, tolerance
11. víra - životní jistoty
12. jiné“ (7)Pavlíková, 2006, 101 s.

- 1. vnímání zdraví – udržování zdraví** obsahuje vnímání a udržování zdraví klientem (pacientem), jak zvládá rizika, jak dodržuje lékařská a ošetrovatelská doporučení
- 2. výživa – metabolismus** popisuje způsob a množství přijímání jídla a tekutin zahrnuje hodnocení stavu kůže, kožních defektů, stav vlasů, nehtů, sliznic, stav chrupu, tělesnou teplotu, výšku, hmotnost
- 3. vylučování** popisuje návyky nebo potíže při vylučování, defekaci, vylučování kůží (pot)

4. **aktivita - cvičení** popisuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, zahrnuje běžné denní aktivity – sebeděče, soběstačnost, obsahuje faktory bránící těmto aktivitám
5. **spánek - odpočinek** popisuje způsob spánku, jeho kvantitu a kvalitu, zahrnuje oddech, relaxaci během 24 hod.
6. **citlivost (vnímání) – poznávání** popisuje schopnost smyslového vnímání a poznávání, vnímání bolesti, orientace, používání pomůcek, poznávací (kognitivní) schopnosti
7. **sebepojetí - sebeúcta** popisuje, jak jedinec vnímá sám sebe, neverbální projevy
8. **role - vztahy** popisuje životní role, mezilidské vztahy
9. **reprodukce - sexualita** – zahrnuje reprodukční období, sexualitu, problémy
10. **stres, zátěžové situace - zvládání tolerance** popisuje způsob tolerance a zvládání stresu, podpora rodiny
11. **víra - životní hodnoty** popisuje vnímání životních hodnot, cílů včetně náboženského vyznání a toho, co přesahuje smyslové vnímání
12. **jiné** - zahrnuje vše, co nám sdělí pacient a nelze zařadit do předchozích vzorců (7)

4.3. Ošetřovatelská anamnéza, hodnocení nemocného

Uvedenou ošetřovatelskou anamnézu jsem zpracovala podle modelu „Funkčního typu zdraví“ Marjory Gordonové. Pan J.Š byl přeložen 25.10.2010

z jiného zdravotnického zařízení z neurochirurgické jednotky intenzivní péče po epileptochirurgické operaci k pooperačnímu pobytu na standardní neurologické oddělení pro dospělé.

Anamnézu jsem získala při rozhovoru s panem J.Š. 3. den hospitalizace na neurologickém oddělení. Pacient byl 6. den po epileptochirurgické operaci. Další údaje jsem získala pozorováním nemocného, měřeními fyziologických funkcí, ze zdravotnické dokumentace a konzultacemi s lékařem a ošetrovatelským týmem.

1. vnímání zdraví - udržování zdraví

Pan J.Š. mi podrobně o sobě vyprávěl.

Před třemi roky se dozvěděl svoji diagnózu od neurologa, kam byl odeslán svým praktickým lékařem k odbornému vyšetření. V té době mu bylo 29let, pracoval již několik let jako analytik. Do té doby měl o této nemoci málo informací. Více informací získal od neurologa a na doporučení dále z časopisu Aura, vydávaného Společností „E“, kde se zájmem čerpal další potřebné poznatky a rozšířil si tak své vědomosti o epilepsii. Jeho zdravotní stav se přes intenzivní lékovou terapii i změnu životního denního režimu zhoršoval, velice ho omezoval jak v práci, tak v osobním životě. V práci mívával výpadky paměti, nepamatoval si dílčí drobná zadání nebo ve stavu záchvatu provedl nějaké změny v počítačovém programu a nedokázal to hned vysvětlit. Rovněž v osobním životě se projevovala nemoc ztrátami paměti, kdy poté docházelo k nedorozuměním. Nemohl si posedět dlouho do noci s přáteli, aby se vyvaroval spánkové deprivaci, po které by měl záchvaty. Když měl velký záchvat s bezvědomím a křečemi, vyděsil tím své okolí. Snažil se upravit svůj životní styl a dodržovat doporučené lékařské pokyny.

Potřeboval mít pravidelný spánek a častěji odpočívat. Měl různě dlouhé absence od několika sekund až do půl hodiny - výpadky paměti a někdy i celkové záchvaty s bezvědomím. Je nekuřák a nepije alkohol. Začal mít na spoustu věcí

jiný náhled. Všiml si zdánlivě obyčejných věcí kolem sebe – květin, lidí, různých příjemných drobností. Dokázal se více radovat a vážit si relativního zdraví.

Pan J.Š. velmi dobře vnímal, že v době od operace dosud neprodělal žádný epileptický záchvat. Velmi dobře spolupracoval s ošetřujícím personálem. Řídil se jeho pokyny a osvojoval si potřebné dovednosti po edukaci – o bolesti, riziku pádu, dodržování pokynů v oblasti hygienické péče. Dělal vše pro to, aby se operační rána zahojila bez komplikací a co nejdříve se vrátil domů. Uvědomoval si, že bude muset omezit svůj běžný denní režim a zpočátku se více přizpůsobit momentálnímu zdravotnímu stavu spojenému se zvýšenou únavou, aby se brzy zotavil, začal zase chodit do práce a byl ve společnosti svých přátel. Těšil se, že se mu výrazně zlepšil zdravotní stav.

2. výživa - metabolismus

Pan J.Š měří 176 cm a váží 65 kg. Má rád pestrou stravu, doplňoval si ji pravidelně jogurty, ovocem, zeleninou a cereáliemi. Zajímal se o dodržování životosprávy.

Od doby rozvoje onemocnění kávu přestal pít, neboť mu způsobovala nevolnost. Stejně tak přestal pít i alkoholické nápoje, protože si byl vědom, že konzumace alkoholu může být jedním ze spouštěcích faktorů vzniku záchvatu a pití alkoholických nápojů je kontraindikováno s léky, které užíval. Pije různé druhy nealkoholických nápojů v množství 3 - 4 litry denně.

Pan J.Š má od dospívání na obličeji a na zádech akné. Nechodil na žádnou terapii ke kožnímu lékaři, ani nevyhledal kosmetickou pomoc pro ošetření akné v obličeji. Žádné kosmetické přípravky nepoužívá z nedostatku informací.

Pacient uvedl, že nemá dietní omezení. Z údajů o výšce a hmotnosti jsem vypočítala hmotnostní index neboli BMI. Hodnota byla 20 bodů, což odpovídalo

hmotnostnímu indexu na dolní hranici normy. Po dobu pobytu v nemocnici dostával stravu bez dietního omezení. V tomto případě měl z nabídky nemocniční kuchyně možnost výběru oběda ze dvou jídel.

Na pokoji byl k dispozici ve džbánu ovocný čaj, který byl několikrát za den pravidelně doplňován. Pití ovocného čaje z nemocnice pan Š. kombinoval s nealkoholickými nápoji, které mu přinášely jeho návštěvy.

3. vylučování

Doma jedl pestrou stravu. Rád jedl mnoho zeleniny, ovoce, cereálie a jogurty. Stolici měl pravidelnou.

Pil zvýšené množství nealkoholických nápojů v množství 3-4 litry denně. Neměl obtíže při močení.

Aby měl pan J.Š. stravu, na kterou byl zvyklý, doplňoval si ji z donesených potravin od návštěv. Pestrá strava přispívala k tomu, že měl konzistentní a pravidelnou stolici.

Na dotaz, zda má obtíže při vylučování moče, uváděl, že je bez obtíží. Denně vypil více jak 3 litry tekutin. Z důvodu případné momentální časové vytíženosti personálu měl pan J.Š. na lůžku zavěšenou močovou láhev s krytem, kterou mohl v případě potřeby močení využít, a to i v nočních hodinách. Moč v láhvi byla světle žlutá, čirá.

U pana J.Š. hrozilo riziko pádu. U lůžka měl zvonek, kterým si přivolal doprovod ošetřujícího personálu na toaletu. Všechny místnosti, ve kterých se pohyboval, byly dobře osvětlené. Na toaletě byla madla, k dispozici měl rovněž zvonek. Pan J.Š. měl dostatek času pro vykonání potřeby na toaletě a nebyl stresován kvůli nedostatku času personálu. Měl tak zabezpečeno soukromí.

Doprovod z toalety si přivolal zvonkem, až když si potřeboval umýt ruce a lehnout si na lůžko.

4. aktivita - cvičení

Doma pravidelně cvičil k udržení tělesné kondice. Začal cvičit tai-či, které mu pomáhalo uvolňovat napětí a lépe se koncentrovat. Dříve rád plaval. Avšak začalo převažovat svalové napětí a pocity strachu, úzkosti z vyvolání záchvatu. Míval nepříjemnou představu, že by se mohl topit i v plaveckém bazénu z důvodu neschopnosti pohybu. Sportovních aktivit, které provozoval dříve i na slunci, musel rovněž zanechat. Obvyklý pobyt na slunci mu působil snadnější přehřátí, bolest hlavy, a měl tak opět větší obavy z vyvolání záchvatu. Jeho koníčkem je jízda na kole, která mu zdravotní obtíže ani nepříjemné obavy nikdy nevyvolala. Nosí chrániče a nejedí sám.

Denní aktivita při pobytu v nemocnici byla částečně omezená vlivem únavy a kolísavé bolesti hlavy po operačním zákroku. Soběstačnost je zhodnocena dle Barthelova testu (tabulka v příloze č.3), pacient je mírně závislý - z důvodu potřebného doprovodu druhé osoby. Po chodbě na oddělení chodil v doprovodu návštěvy. Samostatně nechodil z důvodu rizika pádu. Na pokoji byla TV, občas sledoval televizní pořady. Čtení knih nebo časopisů ho velmi unavovalo, proto četbu vynechal a raději si povídal s ostatními pacienty na pokoji nebo odpočíval na lůžku.

5. spánek - odpočinek

Pan J.Š. uváděl, že se ráno doma pravidelně budil kolem 4. hodiny, vždy tak brzy vstával a byl schopen vykonávat aktivní činnosti. Během dne se u něho postupně zvyšovala únava. Ve všední den po práci obvykle zůstával doma, již

nikam nechodil, spíše odpočíval. Chodil spát kolem 20. hodiny. Spal klidně a dobře, noční záchvaty neměl.

V nemocnici vzhledem k větší únavě i bolestem hlavy odpočíval častěji na lůžku. Snažil se dodržovat svůj pravidelný režim, chodil spát mezi 20.-21. hodinou. Spánek měl narušený vlivem změny prostředí a bolesti hlavy, která byla kolísavé intenzity. Lékařem měl indikována analgetika. Léky na spaní neužíval.

6. citlivost (vnímání) - poznávání

Pan J.Š. mi popisoval své postupně se zhoršující smyslové vnímání od doby vzniku své nemoci až po výrazně zhoršené v období několika měsíců před neurochirurgickou operací. Stále více jej obtěžovaly poruchy vědomí různého stupně, kdy docházelo k dezorientaci spojené s místem, časem, událostmi, osobou. Vzhledem k tomu, že pracuje jako analytik, pociťoval jako velkou překážku v zaměstnání dočasnou, ale opakovanou poruchu paměti – měl problém vzpomenout si na řadu činností i samotných kontaktů s ostatními kolegy. Měl narušené schopnosti řešit zadané úkoly a problémy, někdy nebyl schopen vysvětlit svou práci, kterou vykonal při narušeném vědomí. Proto zadané úkoly více preferoval v písemné formě. Před záchvatem vnímal výraznou únavu, poté následovalo „točení hlavy“, náhlá nevolnost od žaludku a „otupělost“. Okolní přítomní se domnívali, že je při vědomí. Avšak v tomto stavu nebyl vůbec schopen odpovídat, ani reagovat pohybem a nic si nepamatoval. Délka trvání byla několik sekund. Někdy tento stav byl i s pádem a křečemi, poté byl dezorientován. Než nabyl plného vědomí, uplynulo asi půl hodiny. Vše ho značně vyčerpávalo. Pociťoval bezmoc a vztek na sebe, jeho nálada byla někdy kolísavá.

Pan J.Š. vnímal velmi pozitivně, že od operace (6. den) dosud neprodělal žádný záchvat. Pan Š. viděl a slyšel dobře. Věděl, ve které nemocnici se nachází, na kterém je oddělení. Na pokoji i na oddělení se orientoval dobře. Z důvodu rizika pádu se pro zvýšení své bezpečnosti pohyboval s doprovodem jiné osoby.

Pacient udával tupou vystřelující bolest ve spánkové oblasti, kde byl operován. Intenzita bolesti byla kolísavá, byla zmírňována analgetiky. Přesto se 3. den hospitalizace bolest vystupňovala do výše 5. Pacient si navíc stěžoval na bolesti zad i celého těla, vyhledával úlevovou polohu, nejlépe na zádech. Pociťoval velkou únavu, proto více odpočíval, ale přes den nespál, aby si tak nenarušil noční spánek.

Stěžoval si na ztuhlost končetin, která již byla výraznější večer, tedy 2. den hospitalizace, a ani ráno se stav nezlepšil. Pan J.Š. říkal, že se snažil „ztuhlost rozchodit“, nicméně stav přetrvával.

Měl zhoršenou výslovnost, tedy i částečně omezenou komunikaci, než byl zvyklý. Toto vnímal jako možnou komplikaci po operaci. Proto mluvil velmi pomalu, slova opakoval nebo některá obtížně vyslovitelná napsal. I přes tyto různé obtíže a komplikace se snažil komunikovat, komunikace se mu dařila.

7. sebepojetí - sebeúcta

Pan J.Š. byl zvyklý spoléhat sám na sebe. Sdělil mi, že je více labilní. Měl občas stavy „výbuchů, agresivitu vůči sobě nebo k věcem“. Důvodem agresivity vůči sobě bylo silné psychické napětí, které se uvolňovalo tím, že si způsobil fyzickou bolest, potom se vždy stáhl do sebe. Uvědomoval si, že to není v pořádku. Aby své napětí lépe zvládal, hledal jiné možnosti. Začal chodit na tai-či, nechal si „aktivovat k uvolnění body na těle“ (patrně akupresura), a také mu výrazně pomáhaly masáže. Z důvodu zhoršení nemoci a rozhodnutí pro operační řešení se přestěhoval do bytu k matce. Až se jeho zdravotní stav zlepšil, chce být opět nezávislý a spoléhat sám na sebe. Pacient tvrdí, že je optimistický.

Při rozhovoru se mi pan J.Š. jevil jako klidný, uvolněný. Udržoval se mnou oční kontakt. Přestože měl problémy s komunikací, nedával najevo, že je mu to na překážku. V dané chvíli pro něho bylo podstatné, že od operace již

neprodělal žádný epileptický záchvat. To, že má nepříjemné bolesti a v noci špatně spí, vnímal jako přechodnou záležitost, která se během krátké doby začne zlepšovat. Měl operační ránu, která začínala na čele a přecházela do vlasové části. Kvůli operaci měl v temporální oblasti oholené vlasy, neměl z toho žádný negativní pocit, protože mu vlasy dorostou. Těšil se domů, na přátele. I z toho lze usuzovat, že není uzavřený člověk, ale má rád společnost přátel.

8. role - vztahy

Pan J.Š. měl dlouholetý vztah, který však s přítelkyní v minulém roce ukončili, protože v jejich vztahu již převažovalo spíše jen kamarádství. Přesto zůstali nadále přáteli a občas se vídají. Vzhledem k tomu, že měl v posledních měsících častější zdravotní obtíže, rozhodl se podstoupit navrhovanou operaci. Přestěhoval se k matce, rodina mu poskytla vhodné zázemí a potřebnou podporu k rozhodnutí pro operační řešení. Má o několik let mladší sestru, která studuje fyzioterapii, radí mu a spolu s matkou mu bezprostředně pomáhá. V rodině mají hezké vztahy. Má mnoho přátel, kteří vědí, jakou má nemoc a respektují ho.

V nemocnici ho krátce navštěvovala rodina a přátelé. Po návštěvě bylo znát, že na něho měla kladný vliv, byl spokojený. S ošetřujícím personálem vycházel přátelsky, bez konfliktu. K rozhovoru se mnou byl velmi vstřícný, otevřený. Bylo z něho patrné, že má ke mně důvěru.

9. reprodukce - sexualita

Měl dlouholetý vztah. Nyní se chce soustředit na zlepšení svého zdravotního stavu. V současné době tuto oblast neřeší, ale v budoucnu si chce založit rodinu, mít děti.

10. stres, zátěžové situace - zvládnání, tolerance

V osobním životě pro něho byla stresující především skutečnost, že jako dosud zdravý mladý člověk se musel smířovat s nemocí, obtížemi, které tato nemoc přináší, i s nejistotou do budoucnosti.

Pan J.Š. mi sdělil, že v jeho zaměstnání se střídají období klidu s obdobími velkého pracovního vypětí. Především v těchto obdobích se o to více stresoval ve chvílích, kdy se zdravotně i psychicky necítil v pohodě. Toto se projevovalo obzvláště když se začaly příznaky nemoci projevovat častěji i v práci a nebyl z tohoto důvodu schopen odvádět pracovní výkon tak, jak byl doposud zvyklý a jak se očekávalo. Pan J.Š. měl ale štěstí na spolupracovníky i pochopení u nadřízených. Zaměstnavatel mu umožnil klouzavou pracovní dobu nebo mu zadával jiný druh práce.

Pan J.Š. byl při rozhovoru klidný a hovorný. Přizpůsobil se podmínkám na oddělení, dobře spolupracoval, bez problémů zvládal potřebné dovednosti, aktivně se podílel na léčbě a zajímal se průběžně o svůj zdravotní stav. Přestože měl bolesti, dokázal se ovládat a byl trpělivý. S personálem a s ostatními pacienty vycházel dobře. S přístupem personálu na oddělení byl spokojený.

11. víra - životní hodnoty

Při rozhovoru mi sdělil, že víru pojímá jako víru v sebe, víru ve zlepšení svého zdravotního stavu a že postupnými kroky ve svém životě si dokáže splnit svá přání a představy o své další budoucnosti. Přeje si mít lepší zdravotní stav. Během dvou let si plánuje koupit byt a také si přeje mít svou vlastní rodinu.

Pan J.Š. byl informován, že je v nemocnici poskytována duchovní služba. Duchovní pečují o pacienty nejen věřící, poskytují službu bez rozdílu víry

pacienta, ale i pacientům s potřebami spirituální péče bez vyznání. Pan J.Š. je ateista, o tuto službu neprojevil zájem.

12. jiné

Ostatní informace týkající se zdravotního stavu nebyly sděleny.

4.4. Krátkodobý oš. plán ke 3. dni hospitalizace

Ošetrovatelské diagnózy jsou stanovené ke 3. dni hospitalizace na 24 hodin podle aktuálnosti na základě zdravotního stavu pacienta a podle jeho potřeb.

- 1. Bolest akutní z důvodu operace**
- 2. Porušená komunikace z důvodu zhoršené výslovnosti po operačním výkonu**
- 3. Riziko infekce z důvodu porušené kožní integrity po chirurgickém výkonu**
- 4. Porucha spánku z důvodu bolesti, změny prostředí**
- 5. Riziko pádu a poranění z důvodu neurologického onemocnění, medikace**

1. Bolest akutní z důvodu operace

Cíl:

- sledovat stupeň bolesti minimálně 3x denně
- zmírnit bolest do 1 hodiny od užití analgetika o 2 stupně dle VAS
- naučit pacienta sledovat bolest s použitím dovednosti VAS

Ošetrovatelský plán:

- zhodnot' bolest (lokalizace, charakter, intenzita, nástup, trvání)
- akceptuj pacientovo líčení bolesti

- usiluj spolu s pacientem o prevenci bolesti
- dokumentuj záznam
- informuj lékaře a zajisti jeho ordinace
- analgetika podávej v pevných časových intervalech, vždy dříve, než odezní účinek předchozí dávky
- sleduj účinek analgetik a zaznamenej do dokumentace
- ošetřuj operační ránu šetrně, vhodnými pomůckami, asepticky

Realizace:

Ráno po probuzení v 7.45 hod. si pan J.Š. stěžoval na zvýšenou bolest hlavy ve spánkové oblasti vlevo, k tomu vnímal bolesti zad a mírné bolesti celého těla. Bolest hlavy byla tupá, pulzující a propagovala do okolí. Ukázala jsem pacientovi pomůcku – pravítko pro zhodnocení intenzity bolesti dle VAS na jedné straně byly vyznačeny stupně od 0-10 bodů. Vysvětlila jsem mu, jakým způsobem může vyznačit intenzitu bolesti. Porozuměl mi a označil stupeň bolesti ve výši 5. Ostatní bolesti uváděl mezi stupněm 2-3. Zároveň jsem mu změřila tělesnou teplotu. Naměřila jsem zvýšenou hodnotu 37,5°C. Ihned jsem informovala ošetřujícího lékaře.

V 8.00 hodin, po vyšetření, jsem pacientovi podala naordinované léky Tralgit SR 100 mg p.o. (1-0-1) a Novalgin 1 tbl. p.o. (1-1-1) zároveň s chronickou medikací dle pokynů lékaře, Keppra 1000mg 1 tbl., Lamictal 100 mg, Rivotril 0,5 mg ½ tbl, Cipralex 10 mg 1 tbl. Pacientovi jsem doporučila klid na lůžku a požádala jej, aby mě ihned informoval, kdyby došlo k dalšímu zhoršení. Z důvodu vedlejších účinků léku Tramal (zvyšuje pohotovost ke křečím u pacientů s epilepsií) měl na pokyn lékaře zvýšený dohled. V 9 hod. jsem zkontrolovala účinek nově naordinovaných léků. Pan J.Š. uváděl snížení bolesti dle VAS na stupeň 1-2 a výraznou úlevu.

V 9.15 hod. jsem pacientovi ošetřila operační ránu za přítomnosti lékaře. Převaz byl proveden šetrně, bolesti se nezhoršily.

Ve 12.30 hodin jsem dala panu J.Š. naordinovaný lék na bolesti Novalgin 1 tbl.p.o., uváděl dle VAS stupeň bolesti 3, lehl si v klidu na lůžko. Ve 13.30 hodin jsem pacienta zkontrolovala. Uvedl, že se cítí výrazně lépe a bolest je jen velmi

mírná, označil dle VAS stupeň ve výši 1. Po 15. hodině měl bolest kolísavou, ale snesitelnou mezi stupněm 1-2. Bolesti zad a končetin přetrvávaly, byly snesitelné, také mezi stupněm 1-2. Analgetika odmítal. Odmítnutí analgetik jsem uvedla do ošetřovatelského záznamu.

K večeru v 17 hodin se bolest opět zhoršovala, pan J.Š. uvedl dle VAS stupeň 3. Proto jsem mu ihned dala naordinovaná analgetika Novalgin 1 tbl. a Tramal SR 100 mg 1 tbl. p.o. Požádala jsem pana J.Š., aby mne přivolal zvonkem v případě zhoršení bolesti nebo kdyby měl známky počínajícího epileptického záchvatu, protože dostal lék, který může mít jako vedlejší účinek i riziko epileptického záchvatu. Tuto informaci akceptoval. Opět si lehl na lůžko. Po půl hodině jsem se zeptala, zda má bolesti. Pan J.Š. mi sdělil, že se bolest nezhoršuje a cítí se lépe v klidu na lůžku. Po další půlhodině mi při kontrole řekl, že má již výraznou úlevu a bolest poklesla na stupeň 1. Zároveň jsem edukovala pacienta, aby opět mne včas informoval v případě změně bolesti k horšímu.

Každou změnu jsem zaznamenala do dokumentace.

Zhodnocení:

Stupeň bolesti byl sledován minimálně 3x denně. Bolest se podařilo zmírnit do 1 hodiny po podání analgetik o 2 stupně. Pacient se naučil sledovat stupeň bolesti dle VAS.

Cíl byl splněn.

2. Porušená komunikace z důvodu zhoršené výslovnosti po operačním výkonu

Cíl:

- zavést metodu komunikace, která umožní lepší vyjádření potřeb nemocného

Ošetřovatelský plán:

- udržuj oční kontakt

- buď klidná, vstřícná, trpělivá a dej čas nemocnému k vyjádření

- zaved' jiný způsob komunikace - psaní
- zhodnot' schopnost číst a psát
- zajisti psací potřeby
- proved' záznam do dokumentace

Realizace:

Když jsem s panem J.Š. komunikovala, udržovala jsem při rozhovoru oční kontakt, mluvila klidným tónem a snažila se o to, aby pacient nebyl stresován časem. Pan J.Š. při hovoru nebyl schopen vyslovit některá slova, měl snahu se rychle opravit, ale vždy to bylo ještě horší a nesrozumitelnější. Proto jsem mu navrhla, že nemusí spěchat, aby zkusil v klidu a pomalu vyslovovat jednotlivá slova nebo je zkusil znovu opakovat. Navrhla jsem mu, že může potřebná slova psát. Z anamnézy jsem věděla, že vidí dobře a nemá problémy s hybností pravé horní končetiny, tento stav trval i nadále. Ptala jsem se, zda má psací potřeby. Měl vlastní psací pomůcky. Psací potřeby měl vždy připravené pro komunikaci s ošetřujícím personálem, ostatními pacienty a návštěvami. Provedla jsem záznam do dokumentace.

Zhodnocení:

Pacient byl při komunikaci klidný, měl časový prostor a dle potřeby pro srozumitelnější komunikaci používal psací pomůcky.

Cíl byl splněn.

3. Riziko infekce z důvodu porušené kožní integrity po chirurgickém výkonu

Cíl:

- snižovat riziko infekce

Ošetřovatelský plán:

- dodržuj řádnou hygienu rukou
- udržuj suché a čisté lůžko

- sleduj tělesnou teplotu 3x denně nebo dle potřeby, proved' záznam
- ránu převazuj denně nebo dle potřeby (1x denně za přítomnosti lékaře)
- edukuj pacienta o ošetřování defektu
- zajisti pomůcky pro ošetřování
- ošetřuj operační ránu šetrným způsobem
- dodržuj aseptické postupy převazu
- zhodnoť a zaznamenej rozsah rány
- sleduj známky projevu infekce
- použivej vhodné přípravky pro hojení
- edukuj pacienta o zákazu mytí vlasů do zhojení operační rány
- proved' záznam o převazu

Realizace:

Před každou prací s pacientem jsem si umyla a vydezinfikovala ruce předepsaným způsobem, abych nepřenesla žádnou infekci. Ráno při úpravě lůžka jsem kontrolovala, zda je čisté a suché povlečení, aby se předešlo komplikacím při hojení rány. Dle ordinace v 7.45 hod. jsem pacientovi naměřila zvýšenou tělesnou teplotu 37,5°C, informovala jsem lékaře. Pacientovi jsem dala lék dle ordinace lékaře, který měl antipyretický a analgetický účinek - Novalgin 1 tbl. p.o. v 8.00 hod. V 9.00 hodin jsem zkontrolovala tělesnou teplotu, naměřenou hodnotu 36,7°C jsem zapsala do dokumentace a informovala lékaře o poklesu tělesné teploty. Připravila jsem si pomůcky k ošetření operační rány. Provedla jsem řádnou hygienu rukou. V 9.15 jsem informovala pacienta o provedení kontroly, ošetření a převazu operační rány. Za přítomnosti lékaře jsem provedla převaz operační rány šetrným a septickým způsobem. Rána byla klidná, bez zarudnutí a sekrece, vykazovala známky hojení, epitelizace. Použila jsem k ošetření rány roztok Betadine a sterilní krytí. Z důvodu nekomplikovaného hojení byl pacient edukován o zákazu mytí hlavy a vlasové části. Převaz rány a edukaci jsem zaznamenala do dokumentace.

V poledne jsem změřila tělesnou teplotu, měla hodnotu 36,5°C. V 19 hod. jsem naměřila pacientovi tělesnou teplotu 36,8°C. Hodnoty jsem aktuálně zaznamenala do dokumentace.

Zhodnocení:

Operační rána nevykazovala známky infekce.

Cíl byl splněn.

4. Porucha spánku z důvodu bolesti, změny prostředí**Cíl:**

- nepřerušovaný spánek 6 hodin
- bolest neruší spánek

Ošetrovatelský plán:

- zajisti přiměřené osvětlení
- před spaním vyvětrej pokoj, uprav lůžko
- zajisti klid na pokoji
- podávej analgetika dle ordinace lékaře
- sleduj účinek léků
- zhodnot' spánek

Realizace:

Po 19. hod. jsem rozsvítila noční světla na pokojích i na chodbě oddělení, upravila panu J.Š. lůžko a vyvětrala pokoj. Na pokoji byl klid. Požádala jsem jej, aby mne zavolal zvonkem v případě zhoršení bolesti, pocitu teploty nebo při jiných obtížích. Měl zvýšený dohled z důvodu večerní dávky léku Tralgitu, který může mít zvýšenou pohotovost ke křečím. Po 20. hod. jsem dala panu J.Š. nově naordinovaný lék Myolastan 50 mg, protože chtěl jít spát. Kontrolovala jsem pana J.Š. po dvou hodinách na pokoji tak, abych ho nerušila ve spánku. Po 21. hodině již spal. Asi ve 22. hod. ho probudily bolesti hlavy převážně v oblasti operace. Označil jako stupeň bolesti 3 (stupnice 0-10) na vizuální analogové škále, dostal analgetikum Paralen 500 mg p.o., při kontrole po uplynulé hodině již spal. Po třech hodinách, přibližně kolem 2. hodiny, pacienta opět vzbudila bolest hlavy,

kdy již označil stupeň 4 dle VAS, ihned jsem mu aplikovala Novalgin 1 amp. i.m., po půl hodině se bolest zmírnila na stupeň 2 a podařilo se mu po chvíli usnout. Od 5. hodiny se lehce budil a již jen do rána pospával.

Zhodnocení:

Pacient se v noci vzbudil po 1 hodině spánku a po 3 hodinách spánku z důvodu bolesti. Přestože analgetika bolest zmírnila, spánek nebyl kvalitní.

Cíl nebyl splněn.

5. Riziko pádu a poranění z důvodu neurologického onemocnění, medikace

Cíl:

- nedojde k pádu pacienta
- nedojde k poranění pacienta

Ošetrovatelský plán:

- zkontroluj, zda má pacient identifikační náramek červené barvy (riziko pádu)
- zhodnoť riziko pádu
- edukuj pacienta o riziku pádu
- zajisti k ruce signalizaci
- uprav prostředí tak, aby bylo bezpečné
- nabídní močovou láhev k lůžku
- zajisti přiměřené osvětlení
- zajisti zvýšený dohled z důvodu změny medikace
- zajisti doprovod
- zajisti edukaci fyzioterapeutem

Realizace:

Ráno jsem zkontrolovala pacientovi identifikační náramek červené barvy, což viditelně označovalo pacienta s rizikem pádu. Dle tabulky jsem pacienta

zhodnotila do kategorie rizika pádu. Ráno jsem pacienta edukovala o riziku pádu a požádala její, aby si zazvonil v případě potřeby doprovodu na toaletu, provedení hygieny, a aby samostatně nechodil, že bude mít dle potřeby zajištěný doprovod druhé osoby. Provedla jsem kontrolu, zda je funkční signalizační zařízení u lůžka. Zkontrolovala jsem, zda jsou zajištěná kolečka u stolku a u lůžka. Na stolku nebyly žádné nebezpečné předměty. V okolí lůžka nebyla rozlita žádná tekutina, která by mohla způsobit uklouznutí a pád. Pacient nevstával z lůžka, když se na pokoji vytíralo. Močová láhev s uzávěrem byla k dispozici zavěšená u lůžka. Na chodbičce, toaletě a v koupelně bylo zajištěno stálé osvětlení a na chodbách oddělení také. Pro chůzi po oddělení měl obuv, která nebyla kluzká, dobře držela na noze, aby se předešlo pádu z důvodu nevhodné obuvi. Zvýšila jsem dohled nad pacientem z důvodu nové analgetické léčby – lék Tramal, který u něho může zvýšit pohotovost k epileptickému záchvatu, k pádu. Zajistila jsem mu konzultaci a cvičení s rehabilitační fyzioterapeutkou dle ordinace lékaře, protože měl obtíže s pohyblivostí dolních končetin. Po celý den nedošlo k žádnému pádu.

Zhodnocení:

Pacient po dobu 24 hodin neměl pád.

Cíl byl splněn.

4.5. Dlouhodobý plán péče

Čtvrtý den hospitalizace byl pacient nevyspalý. V 7.30 hod. pan J.Š. uváděl bolesti hlavy dle VAS na stupni 4, dostal léky proti bolesti, měl naordinovaný další lék Paralen. Když potřeboval doprovod, zazvonil na ošetřující personál signalizačním zařízením. Stěžoval si na „ztuhlost končetin“ při chůzi. V 8.30 hod. se mu bolest snížila na stupeň 1, byla velmi mírná, snesitelná. Protože mu bylo lépe, provedl ranní hygienu tak, aby si nenamočil obvaz na ráně. Stále měl obtíže při verbální komunikaci, a proto se vyjadřoval i písemně. Po 9. hodině mu byla převázána operační rána. Tato byla klidná, bez sekrece a známek

infekce. Ve 12.30 hod. měl pacient bolesti v oblasti operace na stupni 3, dostal naordinovány léky a odpočíval na lůžku. Po hodině mu bolest poklesla na stupeň 1. V 18 hodin měl bolesti hlavy dle VAS ve výši stupně 2, dostal předepsaná analgetika. Po hodině bolesti přetrvávaly jen velmi mírně na stupni 1. Krevní tlak a tělesná teplota měly fyziologické hodnoty. Pan J.Š. šel spát v obvyklou dobu kolem 21. hodiny. Pacient byl během 24 hodin bez pádu.

Ráno v pátý den hospitalizace pacient uváděl, že spal dobře, „ztuhlost dolních končetin“ je menší. Dostával pravidelně předepsané léky a bolest hlavy kolísala mezi 1.-2. stupněm dle VAS. Chodil v doprovodu jiné osoby. Při komunikaci používal dle potřeby písemnou formu. Operační rána se dobře hojila, nevykazovala známky infekce. Odpoledne měl návštěvu a dobrou náladu. Říkal, že se cítí lépe. Tělesnou teplotu měl v mezích normy. Pacient neměl žádný pád po dobu 24 hodin.

Šestý den byl ráno pacient vyspalý a uvedl, že „ztuhlost končetin“ je jen mírná. Bolesti hlavy měl mírné, snesitelné na stupni 1, dostával naordinovaná analgetika. Operační rána se hojila. Ve verbální komunikaci stále přetrvávaly obtíže a pan J.Š. podle potřeby psal, co potřebuje.

Sedmý den se pan J.Š. cítil dobře. Byl vyspalý, neměl žádný pád a pocit „ztuhlosti končetin“ vymizel. Bolesti byly ve výši stupně 1-2, analgetika byla účinná, i když bolest přetrvávala, ale pacienta neobtěžovala. Operační rána byla klidná. Pacient dodržoval edukační doporučení.

Osmý den hospitalizace byly pacientovi při ošetření rány, která byla klidná bez známek infekce, vytaženy stehy, po konečné dezinfekci byla rána překryta sterilním krytím. Pacient měl jen mírné bolesti hlavy, mohl již bez problémů chodit, lépe mluvil, dodržoval edukační pokyny. Byl informován lékařem, že další den bude propuštěn z hospitalizace.

Devátý den hospitalizace – u pacienta přetrvávaly jen velmi mírné bolesti. Cíl při léčbě bolesti byl splněn. Operační rána byla zhojena a pacient si mohl umýt vlasy. Cíl v ošetřování operační rány byl splněn. V komunikaci přetrvávaly jen drobné obtíže, vyslovování slov bylo téměř bez obtíží, cíl byl splněn. Po celou dobu hospitalizace neměl pacient žádný pád, cíl byl splněn. Do konce hospitalizace měl tělesnou teplotu v mezích normy. Spal klidně a spánek měl kvalitní, cíl byl splněn. Pacient byl v 15 hodin propuštěn do domácího ošetřování v doprovodu své matky.

Z dlouhodobého hlediska bude pan J.Š. dodržovat edukační pokyny a omezení pro pacienty s epilepsií (viz edukační plán, bod 4.7).

4.6. Psychologická a sociální část

Postižení epilepsií je závažným zásahem do kvality života jedince. U pana J.Š. jde o mladého člověka, donedávna prakticky úplně zdravého, úspěšného ve svém zaměstnání, s mnoha plány pro další život včetně založení rodiny.

Stanovením diagnózy epilepsie nastal v jeho životě důležitý mezník – své další životní aktivity a plány bude muset realizovat s ohledem na svou nemoc, v některých případech i korigovat. Doživotně bude nemocí do určité míry limitován.

Situace je a bude pro pana J.Š. náročná i z hlediska psychického. Bude se muset smířit s tím, že přes svůj mladý věk bude mít některá omezení, ať už ve formě aktivit či životního stylu.

Důležitým prvkem je i nejistota směrem k budoucnosti. Tato je a bude přesto, že pacient si mnoho informací o své nemoci nastudoval a byl edukován lékařským i ošetrovatelským personálem. Neví, jakým způsobem a v jakém čase se bude jeho onemocnění vyvíjet, neví, jakým způsobem jej bude limitovat

v zaměstnání, o které by mohl díky nemoci i přijít a poté obtížně hledat jiné. Neví, jakým způsobem se mu podaří naplnit své plány o budoucím rodinném životě včetně výchovy dětí.

Pro zvládnutí všech těchto situací bude potřebovat psychickou odolnost a snahu neoddávat se svému stavu, ale s nemocí bojovat. Důležité bude rodinné zázemí, které mu v současné době vytváří matka, u které nyní žije. Toto řešení však nepovažuje za konečné, rád by jednou žil vlastním rodinným životem.

Jak jsem pana J.Š. poznala, je plný odhodlání ve spolupráci s lékaři i ošetřovatelským personálem věnovat maximální úsilí budoucímu zlepšení svého stavu, nebo alespoň jeho zhoršování oddálit po co nejdelší dobu. V tomto úsilí mu přeji hodně úspěchů.

Pacient byl propuštěn do domácího ošetřování.

4.7. Edukační plán nemocného

Edukace v průběhu hospitalizace

Dobře edukovaný pacient i jeho rodina, která má zájem, lépe spolupracuje a aktivně se podílí na léčbě. Pacient mnohem lépe zvládá péči o sebe podle svých schopností a možností. Je důležité edukaci průběžně opakovat a zjistit tak dovednosti pacienta i jeho rodiny. Zpětnými dotazy i praktickým provedením dobře zjistíme, zda nám pacient porozuměl a získané dovednosti provádí správným způsobem. Zároveň odpovídáme na dotazy ze strany pacienta.

Téma edukace č. 1 : použití signalizačního zařízení

Použitá metoda: ústně, signalizační zařízení u lůžka, na toaletě, ve sprchovém koutě, ukázka, nácvik

Realizace: „U lůžka máte signalizační zařízení pro přivolání ošetřujícího personálu dle potřeby. V případě, kdy budete potřebovat pomoc, doprovod, pokud budete mít bolesti, budete mít zhoršený zdravotní stav – zvýšenou tělesnou teplotu, záchvat a jiné obtíže. Signalizační zařízení jsou rovněž označena na toaletě a ve sprchovém koutě.“

Reflexe pacienta: pacient rozuměl, vyzkoušel si funkčnost zařízení, uměl používat signalizační zařízení dle potřeby.

Téma edukace č. 2: léčba bolesti

Použitá metoda: ústně, pomůcka - pravítko s VAS

Realizace: „Pane Š., abychom bolest dobře léčili, budu k tomu potřebovat Vaši spolupráci, kterou Vám vysvětlím. Požádám Vás, abyste mne zavčas informoval, když budete mít jakékoliv bolesti. Bolest je potřebné zavčas léčit, abyste zbytečně dlouho netrpěl. Když už je bolest silná, trvá mnohem déle, než se zmírní do snesitelné výše. Mám k tomu pomůcku - pravítko s posuvnou červenou svíslou čárou. Na pravítku je vyznačena stupnice s čísly od 0 -10. Stupeň 0 znamená – žádná bolest, 1-3 mírná bolest, 4-5 střední bolest, 5-7 silná bolest, 8-9 velmi silná bolest, 10 – nejvyšší možná bolest. Vyznačíte mi velikost bolesti. Podle výše bolesti budete užívat léky proti bolesti, které Vám lékař naordinuje, aby byla bolest byla snesitelná nebo nebyla žádná.“

Reflexe nemocného: pacient si edukaci vyslechl, porozuměl jí, s používáním metody souhlasil a dokázal ji používat.

Téma edukace č. 3: použití jiné komunikační metody - písemná

Použitá metoda: ústně, psací pomůcky

Realizace: „Pane Š., protože máte obtíže při vyslovování některých slov, mám pro Vás návrh řešení pro lepší komunikaci, a to písemnou formu. Potíže se zrakem a hybností rukou nemáte. Myslím si, že tato metoda bude vhodná, nebudete ve stresu, že Vám budu já i ostatní, se kterými mluvíte, obtížně rozumět. Snažte se mluvit v klidu, pomalu. Případně potřebná slova napíšete. Budu ráda, když tento návrh přijmete a pochopíte, že bude přínosný. Případně byste se mohl

pokusit o jinou metodu, kdyby Vám tato nevyhovovala a navrhoval byste jiné možnosti.“ Pan J.Š. u sebe psací pomůcky měl.

Reflexe nemocného: pan J.Š. tuto metodu uvítal, bez problému ji používal při komunikaci s personálem, s ostatními pacienty a s návštěvami

Téma edukace č. 4: riziko pádu

Použitá metoda: ústně

Realizace: přišla jsem za panem J.Š., sdělila jsem mu, že z důvodu své nemoci, dřívějším pádům a užívaným lékům je u něho riziko pádu, a tím možnost způsobit si úraz.

„Z těchto důvodů od Vás potřebuji spolupráci, abychom předešli zbytečnému pádu a zranění. Pokud budete něco potřebovat nebo budete chtít odejít z lůžka, přivoláte ošetřující personál signalizačním zařízením. Budete mít zajištěný doprovod. Zkontroluji si, zda máte obuv, která dobře drží na noze a není kluzká.

Když budete vstávat z lůžka, nespěchejte, aby se Vám nezatočila hlava a neměl jste závrať. Pokud byste se potřeboval přidržovat při vstávání z lůžka či při chůzi, raději se držte částí, které jsou pevné, zajištěné, nikoli pohyblivé“.

Reflexe nemocného: přestože ze svých zkušeností věděl, že z těchto důvodů je poranění u něho možné, edukaci si se zájmem vyslechl, zpětnými dotazy jsem zjistila, že instrukcím rozumí, spolupracoval, měl zájem, aby se brzy vrátil domů.

Téma edukace č. 5: ošetřování operační rány

Použitá metoda: ústně

Realizace: Pacientovi jsem sdělila, kdy bude mít převaz operační rány a požádala jej, aby byl v té době na lůžku. S lékařem jsem přišla na pokoj, aby si zkontroloval stav operační rány a informoval o tom pacienta. Pacient si položil hlavu na pravou stranu, aby byl přístup k ošetření. Když jsem měla odlepit náplast, pacienta jsem o tom informovala a při postupném ošetřování dostával průběžné informace, co zrovna dělám. Lékař sdělil pacientovi, že rána se hojí dobře a je nutné, aby si nemyl hlavu, že další pokyny mu vysvětlí sestra.

Reflexe nemocného: pan J.Š. při převazu spolupracoval, projevoval zájem o péči o ránu, zpětným dotazem – odpovídal správně, jak má postupovat při porušení obvazu

Téma edukace č. 6: předcházení infekci – zákaz mytí hlavy, vlasové části

Použitá metoda: ústně

Realizace: „Pane Š., vysvětlím Vám, proč je nutné, abyste si nemyl hlavu a vlasovou část, dokud Vám nebudou vyndány stehy a rána se zcela nezahojí. Chápu, že je pro Vás velmi nepříjemné několik dnů si ještě nemýt hlavu. Je to potřebné, aby se do rány nedostala infekce, která by mohla způsobit komplikace při hojení – otevření rány, hnisání. Tím by se prodloužil Váš pobyt v nemocnici. Při hygieně obličeje postupujte tak, abyste si nenamočil obvaz. Pokud by se tak stalo, nebo se Vám odlepovaly náplasti, je potřebné, abyste o tom informoval ošetřující personál a měl ránu ošetřenou a krytou novým obvazem.“

Reflexe nemocného: pacient si vyslechl pokyny, zpětným dotazem – odpovídal správně, jak má postupovat při porušení obvazu, tyto pokyny dodržoval, rána se hojila bez komplikací

Edukace pana J.Š. při propouštění z nemocnice do domácího ošetřování

Edukovala jsem pacienta, že půjde na kontrolu k praktickému lékaři do tří dnů od propuštění z hospitalizace a předá mu propouštěcí zprávu a doklad o pracovní neschopnosti. Pracovní neschopnost ošetřující lékař doporučuje na dva měsíce nebo dle zdravotního stavu. Předala jsem mu recepty s předepsanými léky. Zpětným dotazem jsem se zeptala, zda rozumí. Pan J.Š. chápal. Řekla jsem pacientovi, aby se objednal na kontrolu ke svému neurologovi, který ho bude mít v další péči. Propouštěcí zprávu dostane neurolog poštou. Zpětným dotazem jsem se zeptala, zda má telefonní číslo na svého neurologa a porozuměl dalšímu pokynu. Další propouštěcí zprávu dostal pacient. Zprávy a doklad o pracovní neschopnosti jsem uložila do obálky, na kterou jsem napsala, komu jsou dokumenty určeny. Pacientovi jsem sdělila, že pokud by měl komplikace v oblasti

operační rány, aby to konzultoval na neurochirurgické ambulanci v nemocnici, kde byl operován, aby doma dodržoval klidový režim, další omezení pro epileptiky, plnou zátěž může mít po třech měsících od propuštění tak, jak mu to vysvětlil lékař. Zpětnou vazbou jsem zkontrolovala, zda všem pokynům od lékaře rozuměl a zná omezující opatření pro pacienty s epilepsií. Zopakovala jsem mu, že po třech měsících bude mít kontrolní vyšetření EEG u svého neurologa, který mu vystaví žádanku. Za půl roku bude mít kontrolní vyšetření na magnetické rezonanci ve zdejší nemocnici, žádanku si před vyšetřením vyzvedne v neurologické ambulanci. Je potřebné, aby se objednal asi dva měsíce před termínem. Bude průběžně chodit na kontroly ke svému neurologovi. Za rok se objedná k neuropsychologickému vyšetření, které bude zde v nemocnici, a poté bude mít kontrolu u specialisty ve zdejší epileptologické poradně. Ukázala jsem mu, že všechna tato doporučení má přehledně vypsána ve své propouštěcí zprávě, kde jsou uvedena telefonní čísla pro objednání a místa, kde budou jednotlivá vyšetření. Pan J.Š. si vyslechl potřebné pokyny a řekl, že „je toho hodně“, zapíše si vše do diáře. Bylo to však pro něho srozumitelné a přehledné.

Edukace u pacientů s epilepsií je velmi důležitá. Epilepsie významně zasahuje do života nemocného. Aby se zdravotní stav nezhoršoval, nemocní musí dodržovat celou řadu omezení a životosprávu. Musí mít pravidelný spánek, pravidelně brát léky, nevynechat dávku léků. Nemohou vykonávat práci v noci, mnoho druhů práce nesmí vykonávat nebo jen s omezením, dohledem. Nesmějí pracovat s nebezpečnými stroji ani řídit motorová vozidla. Mají omezené sporty. Mají zakázáno pít alkoholické nápoje. Je toho mnoho, co pacienti s touto nemocí nesmějí. Nejlépe se tyto pokyny dozvědí od svého lékaře – neurologa, další informace se mohou dozvědět z letáků, které vydávají občanská sdružení, jako Společnost „E“, která vydává časopis AURA, řadu informací a zkušeností lze získat v dnešní době i na internetových stránkách.

4.8. Prognóza nemocného

„Hlavním cílem komplexní protizáchvatové léčby by mělo být zlepšení kvality života, nikoli pouze potlačování záchvatů. Pro hodnocení kvality života v budoucím období bude třeba věnovat pozornost především následujícím otázkám :

- frekvence a tíže epileptických záchvatů
- psychické změny v období záchvatu
- psychické změny v mezizáchvatovém období
- omezení v soukromém životě
- omezení běžných denních aktivit
- strach z možného následujícího záchvatu
- nežádoucí účinky antiepileptik
- ekonomické omezení díky epilepsii
- abúzus návykových látek ke zlepšení psychiky
- poruchy paměti a učení
- pocity smutku, sklíčenosti, nedostatku energie“ (6) Moráň, M. 2003. 81 s.

Pan J.Š. byl před propuštěním do domácího prostředí edukován o dalším postupu při léčbě nemoci, o omezeních, o životním způsobu. Další vývoj jeho onemocnění závisí ve značné míře na dodržování těchto doporučení. Pacient bude trvale sledován v odborné epileptologické poradně

Prognózu nemocného hodnotím poměrně dobře. Operační výkon proběhl úspěšně, pooperační průběh rekonvalescence byl příznivý. Z důvodu získání dalších informací pro zpracování této práce jsem se s panem J.Š. setkala ještě i v době po několika měsících od propuštění z nemocničního prostředí. Sdělil mi, že dodržuje veškerá doporučení, žádný další záchvat neprodělal, nastoupil do práce a zatím je bez vážnějších obtíží (pouze přetrvávají občasné mírné bolesti hlavy).

5. ZÁVĚR

Problematiku péče o pacienta s diagnózou epilepsie jako téma pro svou práci jsem zvolila především z důvodu své předchozí praxe a vztahu k neurologické problematice :

- mám dlouholeté zkušenosti s pacienty s touto diagnózou z příjmové neurologické ambulance,
 - pracovala jsem na lůžkovém neurologickém oddělení,
- tedy měla jsem možnost využít při zpracování práce svých praktických zkušeností.

Za cíl své práce jsem si vytkla zpracovat v ucelené formě problematiku epilepsie, s důrazem na ošetrovatelské hledisko.

Považovala jsem za potřebné nejdříve popsat problematiku z klinického hlediska, v další části se pak věnuji anamnéze nemocného a ošetrovatelskému procesu podle metodiky Marjory Gordonové – tedy stanovení ošetrovatelského plánu, jeho realizaci a vyhodnocení, posléze též i vyjádření mého názoru na prognózu nemocného.

Zpracováním této práce jsem si utřídila řadu informací, které jsem již o problematice měla, ale i získala informace nové. Veškeré poznatky jsem pak zpracovala v ucelené formě. Budu ráda, pokud tuto práci v budoucnu využijí v rámci dalšího vzdělávání studenti ošetrovatelství či případně někdo z ošetrovatelského personálu.

Tím, že jsem se této problematice z důvodu zpracování své práce věnovala intenzivně po delší dobu, uvědomila jsem si v plném rozsahu, o jak závažnou nemoc se jedná, jaké problémy a následná omezení mohou pacienti trpící touto nemocí do budoucna mít, jak náročné je zvládnutí nemoci a její léčby pro pacienty i pro jejich okolí.

V úplném závěru si dovoluji popřát nejen “svému“ pacientovi co nejméně budoucích obtíží a hodně síly při boji s touto nemocí.

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|--------|---|
| AA | alergická anamnéza |
| AG | angiografie |
| AMPA | receptory systému, neurotransmitér |
| ATPáza | adenosin trifofatáza, enzym |
| BMI | Body Mass Index |
| CMP | cévní mozková příhoda |
| CNS | centrální nervový systém |
| CT | počítačová tomografie |
| č. | číslo |
| ČR | Česká republika |
| dg. | diagnóza |
| EEG | elektroencefalografie |
| FA | farmakologická anamnéza |
| GABA | kyselina gama-aminomáselná, neurotransmitér |
| GTC | generalizované záchvaty |
| GTCS | generalizovaný záchvat tonicko-klonických křečí |
| HS | hippokampální skleróza |
| ILAE | International League Against Epilepsy |
| KLO | klinický obraz |
| MTLE | meziotemporální epilepsie temporálního laloku |
| mg | miligramy |
| MR | magnetická rezonance |
| MTS | meziotemporální skleróza |
| např. | například |
| NCH | neurochirurgie |
| NMDA | N-metyl-D-aspartát, neurotransmitér |
| NO | nynější onemocnění |
| OA | osobní anamnéza |
| oš. | ošetřovatelská |
| p.o. | per os |

| | |
|-------|--|
| PET | pozitronová emisní tomografie |
| SPECT | jednofotonová emisní počítačová tomografie |
| St.p. | stav po |
| TA | toxikologická anamnéza |
| VAS | vizuální analogová škála (Visual Analogue Scale) |
| WADA | test pro zjišťování lateralizace řečového centra podle J. Wady |

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A JINÝCH ZDROJŮ

Publikace:

1. BRÁZDIL, M., HADAČ, J., MARUSIČ, P. a kol. *Farmakorezistentní epilepsie*. Praha: TRITON, 2004. 271 s. ISBN 80-7254-562-0
2. DBALÝ, V. *Epileptochirurgie dospělých*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 168 s. 12 s. příloh. ISBN 80-247-0598-2.
3. DBALÝ, V. *Epileptochirurgie dospělých*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 168 s. 12 s. příloh. ISBN 80-247-0598-2. Cit. 45 – 46 s.
[108] LÜDERS, H. O., ACHARYA, J., BAUMGARTNER, C., et al. Semiological Seizure Classification. *Epilepsia*, 1998, 39: 1006-1013,
[110] LÜDERS, H. O., COMAIR, Y. G.: *Epilepsy Surgery*. Lippincott Williams Wilkins, 2001.
4. FABER, J. *Epilepsie a epileptózy*. Praha : Maxdorf-Jessenius, 1995. 271 s. ISBN 80-85912-02-3.
5. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl - Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 188 s. ISBN 80-246-0249-9.
6. MORÁŇ, M. *Praktická epileptologie*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003. 144 s. ISBN 80-7254-352-0.
7. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
8. PREISS, M. a kol. *Klinická neuropsychologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 408 s. ISBN 80-7169-443-6
9. SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 364 s. ISBN 80-24-0623-7.
10. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 280 s. 4s. příloh. ISBN 978-80-247-1148-5
11. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 354 s. ISBN 80-246-1091-4

Internet:

12. <http://www.b-ms.cz/produkty/vpois/perfalgan/pil-perfalgan--0908.pdf> - Windows Internet Explorer [online]. [cit.2011-05-16]. Dostupné z: <<http://www.b-ms.cz/produkty/vpois/perfalgan/pil-perfalgan--0908.pdf>>.
13. MZČR. Věstník 9/2004 - Windows Internet Explorer [online]. [cit.2011-05-16]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html>.
14. PEARS, Healt, Cybers, s.r.o. PARALEN 500 12x500MG Tablety : Lékárna.cz - Windows Internet Explorer [online]. c2010, poslední revize: 16.4.2010 [cit. 2011-05-16]. Dostupné z: <<http://www.lekarna.cz/paralen-500-12x500mg-tablety/>>.
15. PEARS, Healt, Cybers, s.r.o. RIVOTRIL 2MG 100x2MG Tablety: Lékárna.cz - Windows Internet Explorer [online]. [cit.2011-05-16]. Dostupné z: <<http://www.lekarna.cz/rivotril-2mg-tbl-100x2mg/>>.
16. PEARS, Healt, Cybers, s.r.o. TRALGIT SR 100 10x 100MG Tabl. s řízeným uvol.: Lékárna.cz - Windows Internet Explorer [online]. c2010. [cit.2011-05-16]. Dostupné z: <<http://www.lekarna.cz/tralgit-sr-100-10x100mg-tabl-s-rozenym-uvol/>>.
17. PETERKOVÁ, M. Cipralex – PŘÍBALOVÝ LETÁK, ÚČINKY, NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY, DÁVKOVÁNÍ – PSYCHOWEB.CZ - Windows Internet Explorer [online]. Poslední revize 23.7.2008 [cit.2011-05-16]. Dostupné z: <<http://www.psychoweb.cz/leky-a-letaky/cipralex---pribalovy-letak-ucinky-nezadouci-ucinky-davkovani/>>.

18. *SANOFI – AVENTIS. Sanofi-aventis České republice – Myolastan R (tetrazepam) - Windows Internet Explorer [online]. c2011, poslední revize 2.1.2011 [cit.2011-05-16]. Dostupné z: <http://cz.sanofi-aventis.com/produkty/myolastan_pil.pdf>.*
19. *SANOFI – AVENTIS. Sanofi-aventis České republice – Novalgin (metamiz..) - Windows Internet Explorer [online].Poslední revize: 17.12.2008 [cit.2011-05-16]. Dostupné z: <http://cz.sanofi-aventis.com/produkty/novalgin_tbl_pil.pdf>.*
20. *SANOFI – AVENTIS. Sanofi-aventis České republice – Novalgin R (metamiz...) - Windows Internet Explorer [online].Poslední revize: 9.2.2011 [cit.2011-05-16]. Dostupné z: <http://cz.sanofi-aventis.com/produkty/novalgin_inj_pil.pdf>.*
21. *SIMONPHARMA, a.s. KEPPRA tbl 50x 1000mg - Windows Internet Explorer [online]. c2010 [cit.2011-05-16]. Dostupné z: <<http://www.docsimon.cz/zbozi/lamictal-tbl-30x-100mg>>.*
22. *SIMONPHARMA, a.s. LAMICTAL tbl 30x 100mg - Windows Internet Explorer [online]. Poslední revize 25.6.2008 [cit.2011-05-16]. Dostupné z: <<http://www.docsimon.cz/zbozi/lamictal-tbl-30x-100mg>>.*

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1** Ošetrovatelský záznam
- Příloha č. 2** Plán ošetrovatelské péče
- Příloha č. 3** Barthelův test všedních dovedností