

Úvod

K napsání mé bakalářské práce, zabývající se problematikou epilepsie u dospělých mě inspirovala především má odborná praxe na oddělení Všeobecné neurologie ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Myslím si, že o tomto onemocnění má i v dnešní době mnoho lidí mylné představy, proto bych je ráda vyvrátila a alespoň částečně bych chtěla tuto problematiku objasnit.

S lidmi trpícími epilepsií se můžeme setkat každý den a ne jen na neurologických odděleních, proto je důležité být na tuto možnost připraveni. Základní znalosti první pomoci při epileptickém záchvatu by měli mít v povědomí nejen zdravotníci, ale i laická veřejnost. Lékařská i ošetrovatelská péče o pacienty s epilepsií je dlouhodobá a často i náročná, důležité je i dodržování tzv. režimových opatření, která by měla být pacientům opakovaně zdůrazňována.

Cíl

Před napsáním bakalářské práce jsem si stanovila několik cílů:

Prvním cílem mé práce je blíže nastínit okolnosti vzniku onemocnění, diagnostické postupy a možnosti léčby.

Druhým cílem je popsání základních principů první pomoci při epileptickém záchvatu.

Třetím cílem je zpracování 3 kazuistik podle rozšířeného modelu funkčního zdraví podle Marjory Gordonové a následné vypracování jednodenních plánů ošetrovatelské péče o pacienty hospitalizované na oddělení všeobecné neurologie ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové.

Čtvrtým cílem je sepsání důležitých režimových opatření, na která by měl každý epileptik pamatovat.

1. Teoretická část

1.1 Historie

Epilepsie je jedna z nejstarších známých neurologických chorob. První zmínku nalzáme v Chammurapiho babylonském zákoníku, jež vznikl kolem roku 4000 př.n.l. O 3600 let později se o nemoci ve svém spisu zmiňuje i Hippokrates, označuje epilepsii jako morbus sacer (svatou nemoc). Epilepsie je též často popisována v Novém zákoně. (8)

1.2 Co je epilepsie?

Epilepsie je chronické neurologické onemocnění, charakterizované opakujícími se záchvaty různého klinického obrazu a abnormálními el. výboji mozkových neuronů. (9,12)

1.3 Epileptogeneze

Základní podmínkou pro vznik epileptického záchvatu je přítomnost různě rozsáhlé a místně ohraničené populace tzv. epileptických neuronů v mozku. Toto místo literatura označuje jako epileptické ohnisko. Při vzniku funkční změny v neuronech hraje důležitou roli tzv. neurotoxická kaskáda, při jejímž spuštění se zvýšeně vyplavuje glutamát s následnou poruchou stavu klidové polarizace a akční depolarizace povrchové membrány neuronu. V epileptickém neuronu je přítomno abnormální rozložení sodíkových a draslíkových iontů uvnitř i vně buňky. Neméně důležitý je i deficit mozkových inhibičních neurotransmiterů, především kyseliny gamaaminomáselné či nadbytek excitačních aminokyselin (glutamát, aspartát). Všechny výše popsané změny pak vedou ke zvýšené dráždivosti neuronů. Vyšší vzrušivost nervové tkáně mohou podporovat i další difúzně působící faktory vnitřního prostředí jako jsou hyperpyrexie, hyperhydratace, hypoxie, hypoglykémie, hypokalcémie či alkalóza.

Některé vlivy z vnějšího prostředí mohou také podmiňovat záchvatovou aktivitu, jsou to tzv. epileptogenní podněty, nimi vyvolané záchvaty se nazývají reflexní. Mezi tyto faktory patří např.: blikající světlo, alkohol a některé léky. Epileptický záchvat můžou též vyvolat: usilovné přemýšlení, jídlo, určitá pracovní činnost, čtení či poslech hlasité hudby.

Další významnou složkou v záchvatovém mechanismu tvoří tzv. záchvatová pohotovost, což je celková schopnost mozku reagovat záchvatem, touto schopností je vybaven každý člověk.

Na epileptogenezi se také podílí určitá genetická predispozice a tzv. inzulty, které se podle jejich charakteru dělí na traumatické, hypoxicko-ischemické a infekční. Dle období vývoje ve kterém působily se označují jako prenatální, perinatální a postnatální. (5,9)

1.4 Etiologie

Literatura nejčastěji uvádí dělení epilepsie podle etiologie na:

- idiopatické (primární)
- symptomatické (sekundární)
- kryptogenní.

Idiopatické epilepsie jsou ty, u kterých žádné vyšetření neobjasní příčinu epileptických záchvatů. S vývojem nových pomocných vyšetřovacích metod jich ubývá. Nejvíce se manifestují v dětském věku a v adolescenci.

Symptomatické epilepsie mohou být podmíněny různými mozkovými postiženími ložiskového či difúzního typu. Traumatická, nádorová, zánětlivá, cévní, metabolická a toxická postižení mozku jsou nejčastějšími příčinami.

Kryptogenní epilepsie jsou pravděpodobně symptomatické a na jejich vzniku se podílejí faktory genetické i exogenní.(9,12)

1.5 Diagnostika

Diagnostika se opírá o podrobné anamnestické vyšetření s důrazem kladeným na osobní i objektivní anamnézu. Důležité je též neurologické vyšetření. Nedílnou součástí jsou i interní a laboratorní vyšetření(krevní obraz a diferenciální rozpočet leukocytů, krvácivost a srážlivost, C-reaktivní protein, mineralogram a lipidogram, glykémie, renální a jaterní testy, moč a sediment). Důležitou součástí dnešní diagnostiky jsou elektroencefalografie, computerová tomografie, magnetická rezonance a ultrazvukové vyšetření v kojeneckém věku.

Elektroencefalografie (EEG) je nejdůležitější z vyšetřovacích metod používaných pro diagnostiku epilepsie. Regstruje bioelektrické potenciály mozku.Záznam elektroencefalografu se nazývá elektroencefalogram a jedná se o křivku složenou z vln různé amplitudy a trvání. Před vyšetřením elektroencefalografem není nutná příprava, při vlastním vyšetření má pacient na hlavě čepici s elektrodami, které snímají elektrickou činnost mozku, kvůli lepší vodivosti se do vlasů na povrch hlavy aplikuje gel. Vyšetření se provádí v poloze v leže na zádech.Při vyšetření sestra vede pacienta a ten s ní aktivně spolupracuje(např.: otvírá a zavírá oči, hluboce dýchá) EEG nezatěžuje pacienta bolestivostí, trvá přibližně dvacet minut. Péče po vyšetření

není nutná, je nutné pouze umytí vlasů od gelu. Pro epileptologii je významné výše popsané standardní EEG, dále dlouhodobé EEG s videozáznamem a s možností fotostimulace a také EEG po zátěži.

Pro diferenciální diagnostiku a při těžkých epilepsiích a při zvažovaném epileptochirurgickém zákroku je důležitá Magnetická rezonance(MR), jejímž principem je rotace atomového jádra, které je zdrojem magnetického pole. Absolutní kontraindikací je implantovaný kardiostimulátor.

Při Computerové tomografii(CT) se měří absorpce průniku rtg záření vyšetřovaným objektem, z mnoha různých úhlů záření. Rozdílný absorpční profil prošlého záření v jednotlivých úhlech se registruje a obraz v počítači znázorňuje výsledné absorpční hodnoty v gradacích šedi.V epileptologii se využívá u akutních postižení mozku a při nemožnosti provést magnetickou rezonanci.

Níže uvedené vyšetřovací metody se využívají při těžce diagnostikovatelných epilepsiích na speciálních pracovištích.

Single photon emission computered tomography (SPECT) je radionuklidová zobrazovací metoda, sloužící ke zjišťování perfuze mozkové tkáně. Po aplikaci kontrastní látky intravenózní cestou se snímá průtok krve mozkem.

Positron emission tomography (PET) je radionuklidová zobrazovací technika, sloužící k detekaci poruch metabolismu mozkové tkáně. V Česku se provádí pouze v PET centru Nemocnice Na Homolce.

1.5.1 Diferenciální diagnostika

Slouží k odlišení epileptických záchvatů od záchvatů neepileptických. Někdy bývá složitá a obtížná, protože může dojít k výskytu obou typů záchvatů u téhož pacienta. Neepileptické záchvaty se dle etiologie dělí na:

Somaticky podmíněné(orgánové postižení): mdloba, změny srdečního rytmu, zástavy dechu, metabolické poruchy, poruchy spánku, křeče, toxické či lékové vlivy a další.

Psychicky podmíněné(bez orgánového postižení): záchvaty paniky, nevědomě navozené záchvaty, vědomě simulované záchvaty, poruchy osobnosti a chování.Terapie neepileptických záchvatů se odvíjí od jejich příčiny.(8,9)

1.6 Klasifikace epileptických záchvatů

Existuje několik typů klasifikací, mezi nejvíce užívané patří:

- Mezinárodní klasifikace (klasifikace záchvatů podle ILAE- Mezinárodní liga proti epilepsii)
- Semiologická klasifikace
- Anatomická klasifikace podle Mezinárodní klasifikace epilepsií z roku 1989

1.6.1 Klasifikace záchvatů podle ILAE:

Tato klasifikace dělí záchvaty na tři základní skupiny:

- Ložiskové (parciální, fokální)
- Generalizované
- Neklasifikované

Ložiskové záchvaty

Jedná se o záchvaty, jejichž první příznaky jsou způsobeny počáteční aktivací pouze části jedné mozkové hemisféry, dělíme je na jednoduché, komplexní a sekundárně generalizované.

Jednoduchý ložiskový záchvat

Může se vyskytnout v každém věku a tvoří asi 50 až 60% všech epileptických poruch. Mohou mít motorické (pohybové), nemotorické i autonomní příznaky (nejsou vůlí ovlivnitelné)

Parciální komplexní záchvat

Jeho výskyt není ohraničen věkem. Mozková dysfunkce postupně postihuje obě mozkové hemisféry (polokoule). Od jednoduchých parciálních záchvatů se odlišují postupným rozvojem příznaků a poruchou vědomí. Tento záchvat nezačíná náhle, ale postupně a může mu předcházet různé příznaky např. sensorické, autonomní nebo motorické. U většiny pacientů pozorujeme automatizmy nebo hlasové projevy. Často jsou též přítomny změny nálady.

Generalizované záchvaty

Jsou ty, jejichž klinický projev vychází z obou hemisfér již od počátku záchvatu stejně jako porucha vědomí. Na záchvatový děj si pacient nepamatuje, motorické příznaky a poruchy svalového napětí jsou vyjádřeny oboustranně.

Absence (petit-mal) je charakteristická náhlým zárazem, přerušením činnosti a nereaktivitou, která obvykle trvá maximálně 30 minut. Pacient má otevřené oči a strnulý výraz a někdy automaticky pokračuje v předchozí činnosti. Svalové napětí se nemění a i přes pozáchvatovou amnézii pacient pozná, že záchvat proběhl. Absence se dělí na typické (pouhý

záraz v činnosti bez motorických projevů) a atypické (příznaky klonické, tonické, ztráta svalového napětí či automatismy).

Myoklonické záchvaty jsou omezené na obličej, trup nebo končetiny. Často jsou přítomné v ospalosti nebo po probuzení.

Klonické záchvaty jsou definované jako skupina opakovaných svalových stahů. Trvání klonického záchvatu je většinou kratší než 2 minuty.

Tonické záchvaty se projevují náhlým vzestupem svalového napětí se změnou postavení končetiny. Pěsti bývají zatnuté. Mimické svalstvo je kontrahované a je přítomna i stažení žvýkacích svalů a oční bulby se stáčí vzhůru. Ze stoje následuje rychlý pád s rizikem zranění a při delším trvání se objevuje rozšíření zornic, cyanóza, slinění a pomočení.

Generalizovaný tonicko-klonický záchvat (grand-mal) je charakterizován náhlou ztrátou vědomí a upadnutím spolu s tonickými, generalizovanými stahy svalů, včetně dýchacích. V této fázi jsou zornice rozšířené a nereagují na osvit. Na tonickou fázi navazují klonické záškuby celého těla, které jsou oboustranné. Může přetrvávat nebo se objevuje nádechový stridor (pískot). Frekvence záškubů se snižuje a po posledních záškubech se znovu objevuje dýchání a různě dlouhou dobu pokračuje bezvědomí. Během záchvatu si někdy pacient pokouše jazyk či bukální sliznici, často dochází k úniku moče nebo stolice. Celý záchvat obvykle trvá maximálně tři minuty. Po záchvatu následuje spánek nebo fáze zmatenosti. Dále se může objevit změna velikosti zornic, inkontinence moče a stolice či změny srdečního rytmu.

Atonické záchvaty se projevují náhlým poklesem nebo ztrátou svalového napětí. Atonie zasahuje především svaly dolních končetin, ale může se manifestovat i pouhým poklesnutím hlavy a povolením dolní čelisti. Atonie dolních končetin vede k pádu, spíše pozvolného charakteru.(8,9,12)

Neklasifikované záchvaty

Jedná se o záchvaty, které se nepodaří blíže zařadit, jedná se například o některé novorozenecké křeče.

1.7 Prognóza

Epilepsie je onemocnění, které se dá nejen léčit, ale i vyléčit. Přibližně 75% nemocných se podaří plně kompenzovat a u více než 60% lze léčbu antiepileptiky ukončit. I v případě příznivé prognózy je však kvalita života pacientů trpících epilepsií poměrně značně narušena. Jedná se především o problémy při výběru zaměstnání, o omezení společenského uplatnění či ztížení výběru partnera. Mnoho žen má obavy z těhotenství a porodu. Z tohoto vyplývá snaha

o neustálé zlepšování lékařské i ošetrovatelské péče a též je nezbytná snaha o zlepšení společenské informovanosti. Díky farmaceutickému pokroku, kontinuální vzdělávací péči i vzniku patientských sdružení se kvalita života pacientů s epilepsií dynamicky rozvíjí.(10,12)

1.8 Léčba epilepsie

Pro léčbu epilepsie se užívají léky, tzv. antiepileptika, která se dělí do tří skupin:

Antiepileptika I. generace (např. Primidon a Fenytoin)

Antiepileptika II. generace (např. Karbamazepin, Valproát)

Antiepileptika III. generace (např. Lamotrigin, Topiramát)

Kvůli častým dlouhodobým nežádoucím účinkům antiepileptik I. a II. generace (časté lékové interakce, snížení plodnosti, vznik osteoporózy a sexuální dysfunkce) z těchto důvodů se používají antiepileptika III. generace s minimálními nežádoucími účinky.

Léčbu epilepsie dělíme na:

- akutní
- dlouhodobou

1.8.1 Akutní léčba

Velice důležitá je první pomoc při záchvatu a sledování v průběhu záchvatu.

Zásady první pomoci se u různých autorů liší, já jsem vycházela z bakalářské práce Lenky Šimůnkové (Informovanost středoškoláků o první pomoci u lidí s chronickým onemocněním – diabetes mellitus, epilepsie), použila jsem je pro jejich srozumitelnost a aktuálnost.

- při záchvatu odstranit předměty, které by mohly způsobit poranění
- pokud možno nepřesunovat pacienta z místa na místo
- podložit hlavu a uvolnit oděv kolem krku
- nebránit záškubům, křečím či automatismům, pokud nehrozí nebezpečí poranění
- neotvírat násilím ústa v tonicko-klonické křeči
- vyčkávat do konce záchvatu

Po záchvatu a při trvající poruše vědomí uložit pacienta do stabilizované polohy.

- pootevřít ústa, vyčistit dutinu ústní a předsunout dolní čelist
- vyčkat do opětovného nabytí vědomí
- při pozáchvatové dezorientaci uklidňovat pacienta
- fyzicky jej neomezovat v pohybu
- zjistit, zda nedošlo při záchvatu k poranění (nejčastěji jazyka, hlavy nebo obratlů)
- zjistit anamnézu, pokud se jedná o léčeného pacienta, který se neporanil, je při vědomí a je

orientovaný, není nutný převoz do nemocnice.

Převoz je nutný pokud se jedná o první záchvat, nebo jednali-se o kumulaci záchvatů. Těž je nutný při epileptickém statu, převládá-li dezorientace, nebo došlo-li k poranění vyžadující ošetření. Přesáhne-li záchvat časový interval 5 minut, je vhodné podání roztoku Diazepamu např. rektálně(k dostání jsou hromadně vyráběné přípravky obsahující diazepam pro rektální podání pod názvy Dizepam rectal tube a Stesolid).

Epileptický status

Jedná se o záchvat trvající déle než 30 minut, nebo se jedná o více záchvatů trvajících déle než 30 minut, mezi nimiž pacient nenabyl vědomí. Každý epileptický záchvat trvající déle než 5 minut je nutné považovat za hrozící status epilepticus. Do této fáze může přejít jakýkoliv typ záchvatu. Diferenciální diagnostikou je důležité odlišit neepileptický psychogenní záchvat, který může epileptický status napodobovat. Nejzávažnější je generalizovaný tonicko– klonický status epilepticus, proto musí být léčen jako akutní a život ohrožující stav. Je zde nutná hospitalizace na neurologické jednotce intenzivní péče (JIP) nebo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO). Prvořadé je zajištění a stabilizace fyziologických funkcí, sestra zajišťuje periferní žilní vstup. V co nejkratším intervalu se provádí základní vyšetření pro objasnění příčiny vzniku epileptického statu.(EEG, laboratorní vyšetření)

1.8.2 Dlouhodobá léčba

Dlouhodobou terapii lze rozčlenit do několika úseků:

- zahájení terapie
- průběh terapie
- ukončení terapie

Zahájení terapie

Rozhodnutí o zahájení dlouhodobé léčby po prvním epileptickém záchvatu je individuální a navazuje na diagnostiku. U většiny pacientů doporučuje většina autorů vyčkat s léčbou do první recidivy, čímž se naplní základní požadavek pro stanovení diagnózy epilepsie (opakovaný záchvat). Mohou však nastat některé prognosticky nepříznivé stavy, při nichž nasazujeme léčbu již po prvním záchvatu (např.: mentální retardace, neurologický či neuro- psychický defekt, prokázané strukturální odchylky mozku, nepříznivý typ záchvat. Pro zahájení léčby je nutné, aby byla diagnóza jistá. Léčba se začíná monoterapií (léčba pomocí jednoho antiepileptika), zpočátku se podávají nízké dávky antiepileptik, které se postupně

zvyšují až do klinického efektu, nebo do nástupu nežádoucích účinků. Vždy je nutná kontrola sérové hladiny léků (laboratorně). V této fázi je nutné poučit pacienta o správném užívání léků. Důležitá je pravidelnost v užívání, pokud si pacient zapomene vzít lék a jedná-li se o krátkou dobu, může si ho vzít dodatečně. Pokud se jedná o delší vynechání a blíží-li se další dávka, pak ji vynechá. Pokud k takovéto situaci dojde pouze ojedinele, neměly by nastat žádné komplikace.

Průběh léčby

Při správné indikaci bývá antiepileptikum první volby úspěšné u 40 až 60% pacientů. Pokud nedochází k očekávanému efektu léčby, autoři doporučují prvotní antiepileptikum vyměnit za další vhodné. Některé typy epilepsie se nepodaří zvládnout pouze monoterapií, v těchto případech je indikována racionálně vedená polyterapie (léčba pomocí kombinace antiepileptik) ve dvoj či maximálně trojkombinaci. Rizikovými pacienty pro polyterapii jsou děti s vrozenými vadami, senioři a psychiatrickí pacienti. Při výběru kombinované léčby by měla být zohledněna řada okolností, které se mohou rozdělit do dvou okruhů. Jedná se o faktory týkající se pacienta "patient-related" např. typ záchvatů, věk, pohlaví... a dále jsou to faktory týkající se vlastní medikace "treatment-related" např. spektrum účinnosti, mechanismy účinku, nežádoucí účinky. Při neúčinnosti terapie je nutné se vrátit zpět na začátek, tedy k určení typu záchvatu, k anamnéze a tím i k přehodnocení diagnózy a terapie.(12)

V neposlední řadě bych chtěla zmínit velice důležitou součást dlouhodobé terapie a tou jsou režimová opatření. Na jejich dodržování závisí vývoj a průběh onemocnění. Všechny důležité informace jsem popsala v edukaci, která je součástí příloh mé bakalářské práce.

Ukončení terapie

Za prognosticky příznivou situaci je považován rychlý nástup remise po započetí léčby, dobrá odpověď na monoterapii a nepřítomnost vedlejších účinků léčby (neurologické odchylky a poruchy myšlení či paměti). Ve většině případů léčba trvá alespoň dva až tři roky, poté, je-li pacient kompenzovaný, lékař rozhoduje o jejím vysazení. Ukončování léčby musí být postupné během několika měsíců. Období dvou let bez léčby a bez návratu záchvatu by mělo postačit k tomu, aby byl pacient považován za zdravého(13)

1.8.3 Chirurgická léčba epilepsie

Podle většiny autorů počet epileptochirurgických výkonů stále narůstá. Indikace k výkonu jsou různé, tou základní je farmakorezistentní (na léčbu nereagující) epilepsie se záchvaty přetrvávajícími nejméně dva roky. Na neurochirurgických operačních sálech se provádí několik typů výkonů:

Radikální výkony jako jsou např.: resekce epileptogenní zóny, rozšířená neurochirurgická operace nebo epilepto-chirurgický výkon spočívající v odstranění epileptogenního ložiska.

Mezi neradikální zákroky patří paliativní výkony např.: kolosomie a subpiální resekce.

Třetí skupinou jsou specifické výkony např. hemisferektomie.

K chirurgickému zákroku je vhodný pouze malý počet pacientů, nutná je proto včasná identifikace kandidátů, kteří jsou podrobeni předoperační rozvaze a předoperačnímu vyšetření.. Nejdůležitější součástí předoperačního vyšetření jsou metody magnetické resonance a elektroencefalografie. (8,9)

1.9 Epileptické syndromy

Epileptický syndrom vymezují následující kritéria: typický záchvatový projev, typický EEG nálezn a přítomnost v určitém věku. Klasifikace doporučená Mezinárodní ligou proti epilepsii dělí epileptické syndromy na generalizované a parciální, přičemž jsou obě vázané na dětský věk. Mezi prognosticky méně závažné generalizované epileptické syndromy autoři řadí např. juvenilní myoklonickou epilepsii oproti ní však stojí prognosticky závažné epileptické syndromy jako jsou Westův syndrom, Lennox-Gastatův syndrom nebo myoklonicko-astatické záchvaty.

2. Praktická část

2.1 Metodika

V praktické části jsem zpracovala 3 kazuistiky dle rozšířeného modelu funkčního zdraví podle Marjory Gordonové, dále jsem vypracovala jednodenní plány ošetrovatelské péče, přičemž jsem u každého pacienta vyzdvihla několik ošetrovatelských diagnóz, které jsem seřadila podle jednotlivých ošetrovatelských domén.

Další součástí této práce je edukace pro pacienty opouštějící oddělení, týkající se jejich životosprávy a režimových opatření.

Informace, které jsem zde použila jsem získala při anamnestických rozhovorech s pacienty, dále pak z lékařské a sesterské dokumentace. Strukturu posouzení a plán ošetrovatelské péče jsem vypracovala podle NANDA taxonomie II.

2.2 Kazuistika č. 1

Muž 36 let byl přijat 9.8.2008 na všeobecnou neurologii po prvním epileptickém záchvatu. Podle manželky spadl z postele a měl křeče dolních i horních končetin, poté upadl do několikavteřinového bezvědomí, sám nemocný si v době přijetí na oddělení na událost nepamatuje, stěžuje si na slabost dolních končetin a na bolest hlavy.

2.2.1 Anamnéza

Osobní anamnéza.: - 2003 operace na ORL - septoplastika

- prodělal běžná dětská onemocnění

Farmakologická anamnéza: - analgetika užívá při bolestech, jiné léky trvale neužívá

Alergická anamnéza: - pyl, prach

Rodinná anamnéza: - rodiče zdraví, 1 bratr zdrav, 2 děti zdravé

Sociální anamnéza: - žije v bytě s manželkou a s dětmi

Pracovní anamnéza: - pracuje jako recepční

2.2.2 Hlavní diagnóza

Epileptický záchvat typu grand-mal, tonické konvulze končetin nejasné etiologie

2.2.3 Vedlejší diagnózy

Nejsou přítomny

2.2.4 Ordinace

Při příjmu naordinoval lékař dietu č. 3 (racionální), jedná se o dietu při které není nutná zvláštní úprava ve výživě. Dle ordinace bylo kontrolováno vědomí a měřen dvakrát denně krevní tlak a tělesná teplota, též byla naordinována péče o periferní žilní katétr, který byl zaveden na neurologické ambulanci, zde též vykapalo 250 ml Fyziologického roztoku s 1 ampulí MGSO₄ 10% a 1 ampulí Apaurinu (anxiolitikum) Na oddělení již další infuze nebyla ordinována.

2.2.5 Vyšetření

- sedimentace krve – 9.8.2008
- krevní obraz – 9.8.2008
- biochemické vyš. krve – 9.8. 2008
- hemokoagulační vyšetření krve – 9.8.2008
- CT – 9.8.2008
- moč a sediment – 10.8.2008
- EEG – 10.8.2008
- EMG – 10.8.2008

2.2.6 Medikace

- Depakine Chrono 300 mg tbl. (antiepileptikum) 1-0-0 (ráno)
- Depakine Chrono 500 mg tbl. 0-0-1 (večer), po čtyřech dnech 1-0-1(ráno a večer) a Depakine Chrono 300 mg tbl. bylo vysazeno
- Novalgin tbl.(analgetikum) 1-1-1 při bolesti

.

2.2.7 Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou, 9.8.2008 30 minut po příjezdu

Vědomí - jasné, Glasgow Coma Scale 15

Orientace - orientován osobou, prostředím i časem

Celkový vzhled - upravený

Výška - 180 cm, váha - 80 kg, BMI – 24,7

Dýchání - eupnoe - pravidelné s frekvencí 15 dechů za minutu, bez stridoru

Puls - pravidelný, dobře hmatný, 60 tepů za minutu

Tlak krevní - 140/80 mm Hg

Tělesná teplota - 36,4°C

Dutina nosní - bez sekrece

Dutina ústní - jazyk ani bukální sliznice nebyly poraněny, chrup zdravý, bez zápachu z úst

Řeč - plynulá

Sluch - dobrý

Zrak - dobrý

Kůže - bez eflorescencí a hematomů

Poloha - aktivní

Chůze - nepřirozená, nejistota při chůzi

Postoj - strnulý

Rozsah pohybu kloubů- neomezený

Kompenzační pomůcky- ne

Chybění části těla- ne

Úroveň soběstačnosti podle Gordonové (0-5)- najíst se- 0

- umýt se- 0

- pohybovat se- 2

- obléci se- 0 (příloha B)

Zhodnocení rizika pádu podle Conleyové- pád v anamnéze-1

- pobyt prvních 24 hod. po přijetí- 1

- užívání léků- 1

- soběstačnost částečná- 2

5-13 bodů- střední riziko pádů- zavedení bezpečnostních opatření(dostupná signalizace, postranice na lůžku, zvýšený dohled, doprovod) příloha C

2.2.8 Posouzení v NANDA doménách

Podpora zdraví

Během svého života klient neprodělal žádná vážná onemocnění. Pravidelně navštěvuje obvodního lékaře při preventivních prohlídkách. Před nynějším onemocněním se cítil zdravý, obtíže neměl. Žádné léky trvale neužíval. Alkohol pije příležitostně, nekouří. Svoji kondici si udržuje pomocí aktivního sportování, rád navštěvuje posilovnu a hraje tenis.

Obtíže tohoto rázu nikdy předtím neměl, po záchvatu byl převezen na ambulanci

Neurologické kliniky v HK.

Výživa

Klient se stravuje pravidelně 4x až 5x denně, chuť k jídlu má dobrou, obtíže s polykáním nemá. Neužívá žádné vitaminy ani jiné doplňky stravy. Denně vypije asi 1,5 litru tekutin a to především minerální vody a ovocné čaje. Chrup má v pořádku a chodí na pravidelné prohlídky ke svému stomatologovi. Hmotnost je za posledních šest měsíců konstantní. Ošetřující lékař naordinoval nemocnému dietu č. 3. Kůži má klient v pořádku.

Vylučování a výměna

Stolici má klient pravidelnou (1x denně). Netrpí zácpou ani průjmem, žádných příměsí ve stolici si není vědom. Mikce je též v pořádku, klient neudává žádné obtíže při močení, nepozoroval ani příměsí v moči. Potí se přiměřeně při tělesné námaze a v teplém prostředí.

Aktivita a odpočinek

Klient sportuje pokud má dostatek volného času, rád hraje tenis a navštěvuje posilovnu, doma odpočívá u počítače či u televize. S usínáním nemá klient obtíže, v domácím prostředí spí asi 7 hodin denně, během noci se neprobouzí a ráno se cítí odpočatý, léky na spaní neužívá.

Vnímání a poznávání

Klient nemá problémy se sluchem ani se zrakem, čich i chuť jsou též v pořádku. Je orientovaný osobou, časem i prostředím, s učením nemá obtíže. Udává, že si nepamatuje několikaminutové období před ani po záchvatu, jinak má paměť podle svých slov v pořádku.

Vnímání sebe sama

Sám sebe klient označuje jako optimistu se smyslem pro zodpovědnost, s ostatními lidmi, podle svých slov vychází dobře. Se svým vzhledem je spokojen.

Vztahy

Klient pracuje jako recepční, bydlí společně se svou ženou a dvěma dětmi v panelovém domě. Má rád společnost, proto se často schází s přáteli.

Sexualita

V této oblasti klient neudává obtíže, s prostatou se neléčí.

Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Stresové situace klient zvládá podle svých slov dobře, pokud se necítí dobře a má nějaké problémy řeší je s manželkou. Uvolní se při poslechu oblíbené hudby.

Životní principy

Klient doufá v brzkou kompenzaci svého onemocnění, projevuje však obavy a nejistotu, neví co ho čeká v budoucnosti. Je věřící (katolické vyznání) a víra je důležitou součástí jeho života, při hospitalizaci nechce zajistit kontakt s knězem.

Bezpečnost – ochrana

Klient je umístěn na třílůžkovém pokoji v bezprostřední blízkosti sesterny. Při přijetí byl edukován o signalizačním zařízení, které má u lůžka a byl seznámen s jeho používáním. Pro jeho aktuální stav a riziko pádu má zajištěn doprovod na WC a při chůzi, klient ví, že nesmí chodit sám. Je pod zvýšeným dohledem zdrav. personálu. Intravenózní vstup je ošetřován za aseptických podmínek. Má alergii na pyl a na prach.

Komfort

Udává tupou bolest hlavy od doby po záchvatu, VAS – 8 (příloha E). Dle ordinace lékaře jsou podávána analgetika (Novalgin tbl.) 3x denně při bolesti. Také udává slabost obou dolních končetin, není si jistý při chůzi. Nauzeou netrpí.

Růst a vývoj

V této oblasti jsem nezaznamenala odchylky. Posun ve vývojových stádiích je fyziologický.

2.2.9 Plán ošetrovatelské péče na 24 hod., ošetrovatelské diagnózy:

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1.Porušená chůze – 0008

Diagnostická doména- Aktivita – odpočinek

Třída- Aktivita – pohyb

Porušená chůze je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka s omezením v samostatné chůzi.

Určující znaky

- zhoršená schopnost ujít požadovanou vzdálenost (na WC a zpět asi 40 met.)
- zhoršená schopnost chodit po schodech nahoru i dolu

Cíl

- klient umí zacházet se signalizačním zařízením pro přivolání sestry
- klient využívá dopomoci sestry při chůzi
- klient nechodí sám bez doprovodu

Intervence

- vysvětlí klientovi, že nesmí chodit sám
- zajisti dostupnou signalizaci
- vždy klienta doprovod a zajisti mu pomoc při chůzi
- sleduj slabost dolních končetin a při jakékoli změně informuj lékaře

Realizace

Klienta jsem edukovala o bezpečnostních opatřeních a zajistila jsem mu signalizační zařízení. Vždy jsem klienta při chůzi doprovodila. Během dne jsem sledovala slabost dolních končetin, klient mne průběžně informoval o svém stavu, klient udával zlepšení již první večer hospitalizace.

Zhodnocení

Podle klienta se slabost dolních končetin už během prvního dne zlepšovala, vždy při chůzi potřeboval doprovod druhé osoby, což jsem zajistila. Signalizaci využíval. Stanovené cíle byly splněny.

2. Úzkost - 00146

Diagnostická doména- Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Třída- Reakce na zvládání zátěže

Úzkost je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka s nejasným pocitem vnitřního nepokoje a s obavami, jejichž zdroj může být nespecifický nebo neznámý.

Určující znaky

- afektivní- nejistota a obavy z budoucnosti (zaměstnání)

Související faktory

- ohrožení nebo změna ve zdravotním stavu
- ohrožení nebo změna ve fungování role

Cíl

- klient si připustí svoji úzkost a hovoří o ní
- klientovi jsou podány základní informace o onemocnění (lékařem, sestrou)

Intervence

- buď klientovi na blízku, naslouchej mu a hovoř s ním, získej jeho důvěru
- edukuj klienta o onemocnění, léčbě a o režimových opatřeních ve spolupráci s lékařem, opakovaně klientovi vysvětli vše čemu nerozumí a při souhlasu klienta zapoj do edukace i jeho rodinu
- sleduj jeho fyzickou odpověď (palpitace, zrychlení pulsu, výraz obličeje...)

Realizace

Klientovi jsem naslouchala a hovořila s ním o jeho obavách, také jsem mu poskytla informace o jeho onemocnění, především v oblasti užívání léků. Manželku informoval lékař o onemocnění a o léčbě, já jsem zopakovala nejdůležitější informace, kterým nerozuměla.

Zhodnocení

Tento cíl byl splněn, klient otevřeně hovořil o svých obavách, jemu i manželce byly poskytnuty základní informace o onemocnění a léčbě. V příštích dnech hospitalizace bude edukace pokračovat, především v oblasti režimových opatření.

3. Akutní bolest - 00132

Diagnostická doména- Komfort

Třída- Tělesný komfort

Akutní bolest je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověk, který prožívá nepříjemnou bolest, jež má intenzitu od střední k prudké, má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců.

Určující znaky

- sdělení nebo označení bolesti

Související faktory

- poškozující agens (biologické, chemické, tělesné, psychologické)
- bolestivý výraz v obličeji

Cíl

- klient udává zmírnění nebo vymizení bolesti do jedné hodiny po podání analgetik
- klient užívá analgetika dle ordinace lékaře, dodržuje klidový režim

Intervence

- naslouchej klientovi při sdělení bolesti
- sleduj neverbální projevy bolesti (změny v chování, mimika obličeje, úlevová poloha, autonomní reakce)
- sleduj charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti, vše zaznamenej do karty bolesti
- sleduj faktory zhoršující bolest a snaž se jim předcházet
- využij podpůrných prostředků pro zmírnění bolesti (klid, vyvětraná místnost, přiměřená teplota prostředí)
- pokus se od bolesti odvést pozornost
- akceptuj reakci klienta na bolest
- dle ordinace lékaře podávej analgetika a sleduj jejich působení

Realizace

Pravidelně jsem sledovala charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti, také jsem si všímala neverbálních projevů. Vše jsem následně zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace. Pro zmírnění bolesti jsem vyvětrala místnost a zajistila klidné prostředí. Při hovoru s klientem jsem se snažila odvádět pozornost od bolesti. Podávala jsem analgetika dle ordinace lékaře, tedy třikrát denně při bolesti, vše jsem zaznamenávala do karty bolesti.

Zhodnocení

Zpočátku hospitalizace klient udával pozáchvatovou tupou bolest hlavy VAS – 8(příloha D), hodinu po podání analgetik udával zmírnění bolesti na VAS - 3, klidový režim dodržoval - stanovené cíle byly splněny.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

1. Riziko infekce - 00004

Diagnostická doména- Bezpečnost – ochrana

Třída- Infekce

Riziko infekce je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka zvýšeně ohroženého vstupem patogenních organismů do těla.

Rizikové faktory

- invazivní procedury (periferní intravenózní vstup)

Cíl

- klient nemá lokální ani celkové projevy infekce
- včasný záchyt případné infekce

Intervence

- sleduj výskyt místních či celkových projevů infekce dle Maddona (příloha D)
- dodržuj aseptický postup při manipulaci s per. žil. katétrem
- nejméně 1x za 24 hod. propláchni per.žilní katétr fyziologickým roztokem s heparinem(antikoagulancium),na 100ml fyz. roztoku 1 ml heparinu, do 5ml stříkačky
- dle potřeby vyměň krytí PŽK
- dodržuj doporučenou dobu kanylace (max. 5 dnů)
- při výskytu známek infekce ihned informuj lékaře, vše dle ošetřovatelského standardu platného ve FN HK

Realizace

Klientovi jsem dvakrát za den zkontrolovala intravenózní vstup (pohledem, pohmatem, dotykem a dotazem na bolestivost místa vpichu) jedenkrát jsem kanylu propláchnla 5ml roztoku

s heparinem, krytí nebylo nutné měnit.

Zhodnocení

U klienta se neobjevily místní ani celkové známky infekce. Cíle byly splněny.

2. Riziko pádů- 00155

Diagnostická doména- Bezpečnost – ochrana

Třída- Tělesné poškození

Riziko pádů je standardizovaný název ošetrovatelského problému dospělého nebo dítěte se zvýšenou náchylností k pádům, které mu mohou navodit zranění.

Rizikové faktory

- tělesné - akutní onemocnění
- obtíže při chůzi

Cíl

- minimalizace rizika pádu
- klient se nezraní

Intervence

- zajisti klientovi bezpečné prostředí
- pouč ho o používání signalizačního zařízení
- zajisti pomocné prostředky (postranice na lůžku)
- při chůzi mu zajisti dopomoc

Realizace

Klienta jsem poučila o používání signalizačního zařízení, při chůzi měl vždy doprovod, na lůžku byly postranice.

Zhodnocení

Riziko pádu bylo minimalizováno, díky zajištění signalizačního zařízení, pomocných

prostředků a díky dopomoci při chůzi. Klient se nezranil ani neupadl, cíle byly splněny.

2.2.10 Závěr

Nemocný byl hospitalizován na oddělení Všeobecné neurologie od 9.8.-20.8.2008, po dobu hospitalizace neprodělal další epileptický záchvat. Byla provedena základní vyšetření a též byla zahájena antiepileptická terapie. Ošetrovatelská péče byla zaměřena na uspokojování potřeb klienta, především v oblasti bezpečí a bolesti. Klient byl edukován a seznámen s režimovými opatřeními při jeho onemocnění. 20.8. byl propuštěn do domácího prostředí a byl objednan ke kontrole v epilep. poradně zde ve FN HK.

2.3 Kazuistika č. 2

Muž 23 let byl přijat na oddělení Všeobecné neurologie 7.8.2008 v 10 hodin po opakovaném epileptickém záchvatu typu grand – mal. V minulosti prodělal již dva epileptické záchvaty v dubnu 2008, tehdy byl poučen o onemocnění, odmítl však léčbu. Podle svědka spadl na ulici při chůzi, měl křeče všech končetin, při pádu se udeřil do hlavy. Nemocný si na událost nevzpomíná, udává bolest hlavy. Při pádu došlo k poranění hlavy v oblasti týla, rána byla ošetřena na chirurgické ambulanci.

2.3.1 Anamnéza

Osobní anamnéza.: - prodělal běžná dětská onemocnění

Farmakologická anamnéza: - léky trvale neužívá

Alergická anamnéza: - netrpí žádnou alergií

Rodinná anamnéza: - rodiče zdraví, 1 sestra se léčí s epilepsií

Sociální anamnéza: - žije v rodinném domě s rodiči a se sestrou

Pracovní anamnéza: - pracuje ve výškách - staví lešení

Abusus: - alkohol pije příležitostně, příležitostně též lehké drogy

2.3.2 Hlavní diagnóza

Stav po epileptickém záchvatu typu grand – mal při porušení antiepileptického režimu

2.3.3 Vedlejší diagnózy

Tržná rána v oblasti týla sešita 4 stehy

2.3.4 Ordinace

Při příjmu naordinoval lékař dietu č. 3 (racionální), jedná se o dietu při které není nutná zvláštní úprava ve výživě. Dále byl naordinován zvýšený dohled a dopomoc při chůzi. Krevní tlak a tělesná teplota byly měřeny dvakrát denně, též byla naordinována péče o periferní žilní katétr, který byl zaveden na neurologické ambulanci, zde též vykapalo 100 ml fyziologického roztoku s 1 ampulí MGSO₄ 10% a 1 ampulí Apaurinu. Na oddělení vykapala další infuze stejného složení.

2.3.5 Vyšetření

- sedimentace krve – 7.8.2008
- krevní obraz – 7.8.2008
- biochemické vyš. krve – 7.8. 2008
- CT – 7.8.2008
- moč a sediment – 8.8.2008
- EEG – 8.8.2008

2.3.6 Medikace

- Depakine Chrono 500 mg tbl. 1-0-1 (ráno a večer)
- Aulin tbl.(nesteroidní antirevmatikum) 1-1-1 při bolesti

2.3.7 Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou, 7.8.2008 30 minut po příjezdu

Vědomí - jasné, Glasgow Coma Scale 15

Orientace - orientován osobou, prostředím i časem

Celkový vzhled - upravený

Výška - 188 cm, váha - 80 kg, BMI – 25

Dýchání - eupnoe - pravidelné s frekvencí 16 dechů za minutu, bez stridoru

Puls - pravidelný, dobře hmatný, 72 tepů za minutu

Tlak krevní - 135/75 mm Hg

Tělesná teplota - 36,2°C

Dutina nosní - bez sekrece

Dutina ústní - jazyk ani bukalní sliznice nebyly poraněny, chrup zdravý, bez zápach z úst

Řeč - plynulá

Sluch - dobrý

Zrak - dobrý

Kůže - bez eflorescencí a hematomů

Poloha - aktivní

Chůze - přirozená

Postoj - vzpřímený

Rozsah pohybu kloubů- neomezený

Kompenzační pomůcky- ne

Chybění části těla- ne

Úroveň soběstačnosti podle Gordonové (0-5)- najíst se- 0

- umýt se- 0

- pohybovat se- 1

- obléci se - 0

Zhodnocení rizika pádu podle Conleyové- pád v anamnéze -2

- pobyt prvních 24 hod. po přijetí - 1

- užívání léků - 1

- soběstačnost částečná – 1

5-13 bodů- střední riziko pádů- zavedení bezpečnostních opatření(dostupná signalizace, postranice na lůžku, zvýšený dohled, doprovod)

2.3.8 Posouzení v NANDA doménách

Podpora zdraví

Podle svých slov vážněji nestonal. Svého obvodního lékaře pravidelně nenavštěvuje. Žádné léky trvale neužíval. Alkohol pije příležitostně, kouří asi deset cigaret denně, občas kouří marihuanu. Svoji kondici si udržuje při fotbale, chodí do posilovny.

V dubnu 2008 prodělal dva epileptické záchvaty s poruchou vědomí, po záchvatech byl převezen na ambulanci Neurologické kliniky v HK a poté byl hospitalizován na oddělení všeobecné neurologie, léčbu však odmítl, protože se cítil zdrav.

Výživa

Klient se stravuje pravidelně 3x denně, chuť k jídlu má dobrou, obtíže s polykáním

nemá. Neužívá žádné vitaminy ani jiné doplňky stravy. Denně vypije asi 2 litry tekutin. Chrup má v pořádku a jedenkrát za rok chodí ke svému zubnímu lékaři. Hmotnost se za posledního půl roku nezměnila. Ošetřující lékař naordinoval nemocnému dietu č. 3. Kůži má klient v pořádku, pouze v oblasti týla ve vlasech má asi 2 cm dlouhou sešitou ránu.

Vylučování a výměna

Stolici má klient pravidelnou (2x denně). Netrpí průjmem ani zácpou, žádných příměsí ve stolici si nevšiml. Močení je též v pořádku, klient neudává žádné obtíže. Potí se přiměřeně při tělesné aktivitě.

Aktivita a odpočinek

Klient rád hraje fotbal a navštěvuje posilovnu, doma odpočívá u počítače a rád poslouchá hudbu. S usínáním nemá klient obtíže, v domácím prostředí spí asi 6 hodin denně, během noci se neprobouzí a ráno se cítí odpočatý, léky na spaní neužívá. Při hospitalizaci neudává obtíže.

Vnímání a poznávání

Se sluchem ani se zrakem obtíže neudává, čich i chuť jsou též v pořádku. Je orientovaný osobou, místem i časem, s učením obtíže neudává. Na několikaminutové období před ani po záchvatu si nevzpomíná, jinak má paměť podle svých slov v pořádku.

Vnímání sebe sama

Sám sebe klient označuje jako optimistu a flegmatika, podle svých slov není příliš zodpovědný. S lidmi vychází dobře. Se svým vzhledem je spokojen.

Vztahy

Klient pracuje ve výškách, staví lešení. O změně zaměstnání mluvit nechce. Bydlí se svými rodiči a sestrou v rodinném domě na okraji Hradce Králové.

Sexualita

V této oblasti klient neudává obtíže, s prostatou se neléčí.

Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Stresové situace klient zvládá podle svých slov dobře, pokud se necítí dobře a má

nějaké problémy obrací se na rodinu. Uvolní se při poslechu oblíbené hudby a s přáteli.

Životní principy

Klient se špatně smíruje se svou nemocí, stále si nepřipouští, že by se měl léčit, je spíše uzavřený, neví co bude dál. Nevěří v Boha, věří pouze sám sobě.

Bezpečnost – ochrana

Klient je umístěn na čtyřlůžkovém pokoji v bezprostřední blízkosti sesterny. Při přijetí byl edukován o signalizačním zařízení, které má u lůžka a byl seznámen s jeho používáním. Pro jeho aktuální stav a riziko pádu má zajištěn doprovod na WC a při chůzi, klient ví, že nesmí chodit sám. Je pod zvýšeným dohledem zdrav. personálu. Intravenózní vstup je ošetřován za aseptických podmínek. Žádnou alergii neudává.

Komfort

Udává pulsující bolest hlavy v oblasti týla, VAS – 7. Dle ordinace lékaře jsou podávána analgetika (Aulin tbl.) 3x denně při bolesti, zátylek leduje obkladem s ledem. Nauzeou netrpí.

Růst a vývoj

V této oblasti jsem nezaznamenala odchylky. Posun ve vývojových stádiích je fyziologický.

2.3.9 Plán ošetřovatelské péče na 24 hod., ošetřovatelské diagnózy:

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

1. Neefektivní léčebný režim - 00078

Diagnostická doména – Podpora zdraví

Třída – Management zdraví

Neefektivní léčebný režim je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka s nedodržením léčebného režimu a nenaplněním svých zdravotních potřeb.

Určující znaky

- pacient má potíže sladit preventivní opatření s léčbou a s projevy svého onemocnění.
- neredukuje rizikové faktory progresu onemocnění a jeho následků

Související faktor

- deficit ve znalostech

Cíl

- pacientovi jsou poskytnuty informace o onemocnění a o léčbě
- pacient chápe důležitost dodržování léčebného režimu
- pacient se aktivně zapojuje do léčebného režimu

Ošetrovatelské intervence

- vysvětlí pacientovi podstatu onemocnění, poskytne mu informace o léčbě
- hovoří s pacientem o léčebném režimu a vysvětlí mu jeho podstatu, nechá mu prostor na otázky, spolupracuje s lékařem
- zapojuje pacienta do léčebného režimu
- zapojuje rodinu do léčebného režimu

Realizace

Ve spolupráci s lékařem jsem klientovi podala důležité informace o jeho zdravotním stavu, lékař poučil pacienta o nutnosti dodržování léčby a já jsem doplnila informace o režimových opatřeních.

Hodnocení

Nemocnému byly podány základní informace o onemocnění a o léčbě, měl možnost klást otázky, na které jsem odpovídala, aktivně se zapojil do léčebného režimu, který první den hospitalizace dodržoval. Rodina nebyla přítomna, proto jsem jí nemohla zapojit do edukace. Stanovené cíle byly splněny, nutné je však pokračovat v edukaci v oblasti dodržování režimových opatření, též by bylo přínosné zapojit i rodinu.

2. Úzkost - 00146

Diagnostická doména- Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Třída- Reakce na zvládání zátěže

Úzkost je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s nejasným pocitem vnitřního nepokoje a s obavami, jejichž zdroj může být nespecifický nebo neznámý.

Určující znaky

- afektivní- nejistota a obavy z budoucnosti (zaměstnání)

Související faktory

- ohrožení nebo změna ve zdravotním stavu
- ohrožení nebo změna ve fungování role

Cíl

- klient si připustí svoji úzkost a hovoří o ní
- klientovi jsou podány základní informace o onemocnění (lékařem, sestrou)

Intervence

- buď klientovi na blízku, naslouchej mu a hovoř s ním, získej jeho důvěru
- opakovaně edukuj klienta o onemocnění, léčbě a o režimových opatřeních ve spolupráci s lékařem, vysvětli mu vše, čemu nerozumí a při souhlasu klienta zapoj do edukace i jeho rodinu
- sleduj jeho fyzickou odpověď (palpitace, zrychlení pulsu, výraz obličeje...)

Realizace

Klient je spíše zavřený, při rozhovoru jsem mu poskytla informace o jeho onemocnění, především v oblasti užívání léků a dodržování léčebného režimu, zdůraznila jsem, že nesmí požívat alkohol. Rodiče nebyly první den hospitalizace přítomni, proto jsem je do edukace nemohla zapojit.

Zhodnocení

Tento cíl byl splněn pouze částečně klient nebyl příliš otevřený, vždy při možnosti rozhovoru jsem s ním mluvila o jeho obavách. Základních informací o onemocnění a léčbě jsem mu podala. V příštích dnech hospitalizace bude edukace pokračovat, především v oblasti režimových opatření.

3. Akutní bolest - 00132

Diagnostická doména- Komfort

Třída- Tělesný komfort

Akutní bolest je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověk, který prožívá nepříjemnou bolest, jež má intenzitu od střední k prudké, má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců.

Určující znaky

- sdělení nebo označení bolesti

Související faktory

- poškozující agens (biologické, chemické, tělesné, psychologické)
- bolestivý výraz v obličeji

Cíl

- klient udává zmírnění nebo vymizení bolesti do jedné hodiny po podání analgetik
- klient přikládá ledový obklad na zátylek
- klient užívá analgetika dle ordinace lékaře, dodržuje klidový režim

Intervence

- naslouchej klientovi při sdělení bolesti
- sleduj neverbální projevy bolesti (změny v chování, mimika obličeje, úlevová poloha, autonomní reakce)
- sleduj charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti, vše zaznamenej do karty bolesti
- sleduj faktory zhoršující bolest a snaž se jim předcházet
- využij podpůrných prostředků pro zmírnění bolesti (ledový obklad, klid, vyvětraná místnost, přiměřená teplota okolí)
- pokus se od bolesti odvést pozornost
- akceptuj reakci klienta na bolest
- dle ordinace lékaře podávej Aulin tbl. a sleduj jeho účinnost

Realizace

Pravidelně jsem sledovala charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti, také jsem si všímala

neverbálních projevů. Vše jsem následně zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace. Pro zmírnění bolesti jsem přiložila ledový obklad, vyvětrala místnost a zajistila klidné prostředí. Při hovoru s klientem jsem se snažila odvádět pozornost od bolesti. Podávala jsem léky dle ordinace lékaře, tedy třikrát denně při bolesti, vše jsem zaznamenávala do karty bolesti.

Zhodnocení

Zpočátku hospitalizace klient udával pulzující bolest hlavy VAS – 7, 1 hodinu po podání Aulinu tbl. udával zmírnění bolesti na VAS - 2, pravidelně jsem měnila ledový obklad, klidový režim dodržoval - stanovené cíle byly splněny.

Potenciální ošetrovatelské diagnózy:

1. Riziko infekce- 00004

Diagnostická doména- Bezpečnost – ochrana

Třída- Infekce

Riziko infekce je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka zvýšeně ohroženého vstupem patogenních organismů do těla.

Rizikové faktory

- invazivní procedury (periferní intravenózní vstup)
- trauma (tržná rána v oblasti týla)

Cíl

- klient nemá lokální ani celkové projevy infekce
- včasný záchyt případné infekce

Intervence

- sleduj výskyt místních či celkových projevů infekce dle Maddona (příloha 6)
- dodržuj aseptický postup při manipulaci s per. žil. katétrem
- nejméně 1x za 24 hod. propláchni per.žilní katétr fyziologickým roztokem s heparinem (na 100ml Fyz. roztoku 1 ml heparinu, do 5ml stříkačky)
- dle potřeby vyměň krytí PŽK
- dodržuj doporučenou dobu kanylace (max. 5 dnů)
- při výskytu známek infekce ihned informuj lékaře, vše dle ošetrovatelského

standardu platného ve FN HK

- sleduj místní známky infekce v okolí rány na týle (pohledem)

Realizace

Klientovi jsem dvakrát za den zkontrolovala intravenózní vstup (pohledem, pohmatem, dotykem a dotazem na bolestivost místa vpichu) jedenkrát jsem kanylu propláchla 5ml roztoku s heparinem, krytí nebylo nutné měnit. Rána na hlavě byla bez zjevných známek infekce.

Zhodnocení

U klienta se neobjevily místní ani celkové známky infekce. Cíle byly splněny.

2. Riziko pádů - 00155

Diagnostická doména - Bezpečnost – ochrana

Třída - Tělesné poškození

Riziko pádů je standardizovaný název ošetrovatelského problému dospělého nebo dítěte se zvýšenou náchylností k pádům, které mu mohou navodit zranění.

Rizikové faktory

- tělesné - akutní onemocnění

Cíl

- minimalizace rizika pádu

- klient se nezraní

Intervence

- zajisti klientovi bezpečné prostředí

- pouč ho o používání signalizačního zařízení

- zajisti pomocné prostředky (postranice na lůžku)

- při chůzi mu zajisti dopomoc

Realizace

Klienta jsem poučila o používání signalizačního zařízení, při chůzi měl vždy doprovod, na lůžku byly postranice.

Zhodnocení

Riziko pádu bylo minimalizováno, díky zajištění signalizačního zařízení, pomocných prostředků a díky dopomoci při chůzi. Klient se nezranil ani neupadl, cíle byly splněny.

2.3.10 Závěr

Nemocný byl hospitalizován na oddělení všeobecné neurologie od 7.8.-15.8.2008, po dobu hospitalizace neprodělal další epileptický záchvat. Byla provedena základní vyšetření, opětovně byla zahájena antiepileptická léčba. Ošetrovatelská péče byla zaměřena na uspokojování potřeb klienta, především v oblasti bezpečí a bolesti a také na edukaci v oblasti dodržování režimových opatření. 15.8. byl propuštěn domů a byl objednan ke kontrole v epilep. poradně zde ve FN HK.

2.4 Kazuistika č.3

Žena 22 let byla přijata na oddělení všeobecné neurologie v Hradci Králové 25.8.2008 v 8 hodin ráno po prvním záchvatu epilepsie. Podle manžela spadla v koupelně, dále měla křeče dolních i horních končetin, poté upadla do asi půlminutového bezvědomí, nemocná si v době přijetí na oddělení na událost nepamatuje, udává tupou bolest hlavy.

2.4.1 Anamnéza

Osobní anamnéza.: - vážněji nestonala

- prodělala běžná dětská onemocnění

Farmakologická anamnéza: - léky trvale neužívá, pouze antikoncepci

Alergická anamnéza: - alergii neudává

Rodinná anamnéza: - rodiče zdraví, 2 mladší sourozenci zdraví

Sociální anamnéza: - žije v bytě s manželem, děti nemají

Pracovní anamnéza: - studuje vysokou školu v Hradci Králové

2.4.2 Hlavní diagnóza

první ataka epilepsie

2.4.3 Vedlejší diagnózy

nejsou přítomny

2.4.4 Ordinace

Při příjmu naordinoval lékař dietu č. 3 (racionální), tedy dietu při které není nutná zvláštní úprava ve výživě. Dle ordinace bylo kontrolováno vědomí a měřen třikrát denně krevní tlak a tělesná teplota, též byla naordinováno zavést periferní žilní katétr, který byl zaveden do hřbetu levé horní končetiny 25.8.2008 deset minut po přijetí na oddělení. Infuzní terapie nebyla ordinována.

2.4.5 Vyšetření

- sedimentace krve – 25.8.2008
- krevní obraz – 25.8.2008
- biochemické vyš. krve – 25.8. 2008
- CT – 25.8.2008
- moč a sediment – 26.8.2008
- EEG – 26.8.2008
- MR– 27.8.2008

2.4.6 Medikace

- Convulex 300 mg tbl. (antiepileptikum) 0-0-1 (večer)
- Novalgin tbl.(analgetikum) 1-1-1 při bolesti

.

2.4.7 Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou, 25.8.2008 30 minut po příjezdu

Vědomí - jasné, Glasgow Coma Scale 15

Orientace - orientována osobou, časem i místem

Celkový vzhled - upravená

Výška - 168 cm, váha - 57 kg, BMI – 20

Dýchání - eupnoe - pravidelné s frekvencí 16 dechů za minutu, bez stridoru

Puls - pravidelný, dobře hmatný, 74 tepů za minutu

Tlak krevní - 125/70 mm Hg

Tělesná teplota - 36°C

Dutina nosní - bez sekrece

Dutina ústní - jazyk ani bukální sliznice nebyly poraněny, chrup zdravý, bez zápachu z úst

Řeč - plynulá

Sluch - dobrý

Zrak – dobrý

Kůže - bez eflorescencí a hematomů

Poloha - aktivní

Chůze - přirozená

Postoj - vzpřímený

Rozsah pohybu kloubů- neomezený

Kompenzační pomůcky- ne

Úroveň soběstačnosti podle Gordonové (0-5)- najíst se- 0

- umýt se- 0

- pohybovat se- 1

- obléci se- 0

Zhodnocení rizika pádu podle Conleyové- pád v anamnéze-1

- pobyt prvních 24 hod. po přijetí- 1

- užívání léků- 1

- soběstačnost částečná- 2

5-13 bodů- střední riziko pádů- zavedení bezpečnostních opatření(dostupná signalizace, postranice na lůžku, zvýšený dohled, doprovod)

2.4.8 Posouzení v NANDA doménách

Podpora zdraví

Pacientka hodnotí svůj zdravotní stav jako narušený, především díky první atace epilepsie. Aby si udržela zdraví sportuje a dodržuje zásady zdravé výživy. V posledním roce neprodělala žádné vážné onemocnění ani úraz. Alkohol nepije a cigarety nekouří. Po epileptickém záchvatu byla hospitalizována na oddělení Všeobecné neurologie. Pacientka dodržuje všechna lékařská i ošetrovatelská nařízení a aktivně se podílí na léčbě.

Výživa

Pacientka má štíhlou postavu, za posledních 6 měsíců nezpozorovala změny na váze. Má stanovenou dietu č. 3. Stravuje se pravidelně 5x denně, vaří si sama. Za 24 hod. vypije asi 2 litry tekutin, ráda pije ovocné šťávy a minerální vody. Kůži má v pořádku, bez viditelných patologických změn. Při poranění se rány hojí dobře, bez větších obtíží. Po záchvatu neměla poraněnou bukální sliznici ani jazyk. Netrpí poruchou polykání ani pálením žáhy. Stomatologa navštěvuje pravidelně 2x za rok.

Vylučování a výměna

Pacientka nemá s močením ani s vyprazdňováním střeva žádné potíže. Stolice je pravidelná, netrpí zácpou ani průjmem. Prostředky k vyprazdňování neužívá. Pacientka nezvrací. Potí se přiměřeně v závislosti na tělesné aktivitě.

Aktivita a odpočinek

Pacientka pravidelně dvakrát týdně cvičí. Dopoledne chodí do školy, odpoledne se stará o domácnost. Žádným přidruženým onemocněním netrpí. Volný čas tráví aktivně i pasivně s manželem. Se spánkem obtíže nemá, spí celou noc, přes den obvykle nespí. Po probuzení se cítí odpočatá a léky na spaní neužívá.

Při hospitalizaci udává obtíže s usínáním, připisuje je svému aktuálnímu stavu a změně prostředí.

Vnímání a poznávání

Pacientka je plně orientována osobou, časem i místem. Má jasné a nezkreslené vědomí. Na záchvatové období si nevzpomíná. Řeč je plynulá a srozumitelná. Zrak, sluch, čich i chuť má v pořádku. Neudává potíže s pamětí ani s učením.

Vnímání sebe sama

Pacientka je tichá. Sama o sobě říká, že si méně důvěřuje, se svým vzhledem je částečně spokojená. Občas prožívá pocity úzkosti ve změněném prostředí. Tyto pocity jí pomáhá odstranit manžel a rodina.

Vztahy

Pacientka studuje vysokou školu v Hradci Králové, bydlí se svým manželem. Rodinné problémy nemá. Manžel jí pravidelně navštěvuje. Ve škole je spokojená. Chování k lidem je přátelské, ale často je ráda sama, protože říká, že je spíše samotářka. Spolupráce rodiny je dobrá.

Sexualita

Pacientka neudává obtíže v této oblasti. Menarche měla ve 12 letech, menstruace je

pravidelná a trvá asi 5 dnů, často bývá bolestivá. Užívá perorální antikoncepci, žádnou gynekologickou operaci neprodělala. U svého gynekologa byla na poslední preventivní prohlídce na jaře tohoto roku. Prsy si pravidelně sama nevyšetřuje.

Zvládání stresu – odolnost vůči zátěži

Pacientka se chová přátelsky. Podle jejích slov občas prožívá napětí, které vyvolává škola a v současnosti i její onemocnění. Toto napětí snižuje rozmluva s kamarádkou, s rodinou a relaxace. Stresové situace zvládá s podporou rodiny.

Životní princip

Pro pacientku je důležitou hodnotou zdraví, další důležitou prioritou jsou dobré rodinné vztahy. Důležité je pro ní i studium i její záliby. Jejím životním cílem je dostudovat vysokou školu a založit rodinu. Pacientka není věřící a kontakt s knězem nechce. Doufá ve zlepšení a kompenzaci svého onemocnění.

Bezpečnost – ochrana

Pacientka je umístěna na pokoji v blízkosti sesterny. Při přijetí byla edukována o signalizačním zařízení, které má u lůžka a byla seznámena s jeho používáním. Pro aktuální stav a riziko pádu má pacientka zajištěn doprovod na WC a při chůzi, ví, že smí chodit pouze s doprovodem. Je pod zvýšeným dohledem zdrav. personálu. Intravenózní vstup je ošetřován za aseptických podmínek. Alergii neudává.

Komfort

Udává tupou bolest hlavy od doby po záchvatu, VAS – 8. Dle ordinace lékaře jsou podávána analgetika (Novalgin tbl.) 3x denně při bolesti. Také udává obtíže s usínáním. Nauzeou netrpí.

Růst a vývoj

V této oblasti jsem nezaznamenala odchylky. Posun ve vývojových stádiích je fyziologický.

2.4.9 Plán ošetrovatelské péče na 24 hod., ošetrovatelské diagnózy:

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Porušený spánek - 00095

Diagnostická doména – Aktivita - odpočinek

Třída – Spánek - odpočinek

Porušený spánek je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s časem omezenou poruchou délky a kvality spánku.

Určující znaky

- insomnie
- usínání trvá déle než třicet minut

Související faktor

- úzkost
- přemítání před spaním
- akutní bolest

Cíl

- dostatečné využití podpůrných prostředků a signalizačního zařízení
- zlepšení psychické pohody, zmírnění bolesti
- zlepšení spánku

Intervence

- zajisti klidné prostředí a využij podpůrných prostředků (vyvětraná místnost, přiměřená teplota prostředí, klid, přiměřené osvětlení, čisté ložní prádlo)
- edukuj jí o signalizačním zařízení
- snaž se zajistit psychickou pohodu (hovoř s pacientkou a snaž se ji uklidnit, vše jí vysvětlí)
- podej analgetika dle ordinace a sleduj jejich účinnost
- pokud nebude moci klientka usnout, informuj lékaře a podej hypnotika dle jeho ordinace, sleduj jejich účinek

Realizace

Večer před spaním jsem vyvětrala pokoj, dále jsem zajistila klidné prostředí pro spánek

a také jsem vyměnila ložní prádlo, pacientku jsem poučila o signalizaci a odpověděla jsem jí na otázky, které mi kladla, snažila jsem se jí uklidnit. Podala jsem analgetika dle ordinace, protože pacientka udávala bolesti hlavy VAS – 7. Poté usnula. Léky na spaní jsem nepodala, protože je klientka nežádala.

Zhodnocení

Stanovené cíle byly splněny, zajistila jsem klidné prostředí pro spánek, klientka byla edukována o signalizačním zařízení a také jej použila. S pacientkou jsem hovořila o onemocnění, po rozhovoru byla klidnější, pouze udávala bolest hlavy, proto jsem podala analgetika dle ordinace, poté usnula.

2. Úzkost - 00146

Diagnostická doména - Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Třída - Reakce na zvládání zátěže

Úzkost je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka s nejasným pocitem vnitřního nepokoje a s obavami, jejichž zdroj může být nespecifický nebo neznámý.

Určující znaky

- afektivní- nejistota a obavy z budoucnosti (studium na VŠ)

Související faktory

- ohrožení nebo změna ve zdravotním stavu

- ohrožení nebo změna ve fungování role

Cíl

- klientka otevřeně hovoří o svých obavách

- klientovi jsou podány základní informace o onemocnění (lékařem, sestrou)

Intervence

- buď pacientce na blízku, naslouchej jí a hovoř s ní, získej její důvěru

- edukuj klientku o onemocnění, léčbě a o režimových opatřeních ve spolupráci s lékařem, opakovaně klientce vysvětli vše čemu nerozumí a při jejím souhlasu zapoj do edukace i rodinu

- sleduj její fyzickou odpověď (palpitace, zrychlení pulsu, výraz obličeje...)

Realizace

Klientce jsem naslouchala a hovořila s ní o jejích obavách, také jsem jí poskytla informace o onemocnění, především v oblasti užívání léků a režimových opatření. Manžel byl informován lékařem o onemocnění a o léčbě, já jsem zopakovala nejdůležitější informace, kterým nerozuměl.

Zhodnocení

Tento cíl byl splněn, klientka otevřeně hovořila o svých obavách, byly jí poskytnuty základní informace o onemocnění a léčbě. V příštích dnech hospitalizace bude edukace pokračovat, především v oblasti režimových opatření.

3. Akutní bolest - 00132

Diagnostická doména- Komfort

Třída- Tělesný komfort

Akutní bolest je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověk, který prožívá nepříjemnou bolest, jež má intenzitu od střední k prudké, má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců.

Určující znaky

- sdělení nebo označení bolesti
- bolestivý výraz v obličeji

Související faktory

- poškozující agens (biologické, chemické, tělesné, psychologické)

Cíl

- klientka udává zmírnění nebo vymizení bolesti do jedné hodiny po podání analgetik
- klientka užívá analgetika dle ordinace lékaře, dodržuje klidový režim

Intervence

- naslouchej klientovi při sdělení bolesti
- sleduj neverbální projevy bolesti (změny v chování, mimika obličeje, úlevová poloha, autonomní reakce)

- sleduj charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti, vše zaznamenej do karty bolesti
- sleduj faktory zhoršující bolest a snaž se jim předcházet
- využij podpůrných prostředků pro zmírnění bolesti (klid, vyvětraná místnost, přiměřená teplota prostředí)
- pokus se od bolesti odvést pozornost
- dle ordinace lékaře podávej analgetika a sleduj jejich působení

Realizace

Pravidelně jsem sledovala charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti, také jsem si všímala neverbálních projevů. Vše jsem následně zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace. Pro zmírnění bolesti jsem vyvětrala místnost a zajistila klidné prostředí. Při hovoru s klientkou jsem se snažila odvádět pozornost od bolesti. Podávala jsem analgetika dle ordinace lékaře, tedy třikrát denně při bolesti, vše jsem zaznamenávala do karty bolesti.

Zhodnocení

Zpočátku hospitalizace klientka udávala tupou bolest hlavy VAS – 7, 1 hodinu po podání analgetik udávala zmírnění bolesti na VAS - 3, klidový režim dodržovala. Analgetika (Novalgin tbl) jse podala celkem třikrát, dle ordinace - stanovené cíle byly splněny.

Potenciální ošetrovatelské diagnózy:

1. Riziko infekce - 00004

Diagnostická doména- Bezpečnost – ochrana

Třída- Infekce

Riziko infekce je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka zvýšeně ohroženého vstupem patogenních organizmů do těla.

Rizikové faktory

- invazivní procedury (periferní intravenózní vstup)

Cíl

- klientka nemá lokální ani celkové projevy infekce
- včasný záchyt případné infekce

Intervence

- sleduj výskyt místních či celkových projevů infekce dle Maddona
- dodržuj aseptický postup při manipulaci s per. žil. katétrem
- nejméně 1x za 24 hod. propláchni per.žilní katétre fyziologickým roztokem s Heparinem (na 100ml Fyz. roztoku 1 ml Heparinu, do 5ml stříkačky)
- dle potřeby vyměň krytí PŽK
- dodržuj doporučenou dobu kanylace (max. 5 dnů)
- při výskytu známek infekce ihned informuj lékaře, vše dle ošetřovatelského standardu platného ve FN HK

Realizace

Pacientce jsem dvakrát za den zkontrolovala intravenózní vstup (pohledem, pohmatem, dotykem a dotazem na bolestivost místa vpichu) jedenkrát jsem kanylu propláchnla 5ml roztoku s heparinem, krytí jsem neměnila.

Zhodnocení

U klientky se neobjevily místní ani celkové známky infekce. Stanovené cíle byly splněny.

2. Riziko pádů- 00155

Diagnostická doména- Bezpečnost – ochrana

Třída- Tělesné poškození

Riziko pádů je standardizovaný název ošetřovatelského problému dospělého nebo dítěte se zvýšenou náchylností k pádům, které mu mohou navodit zranění.

Rizikové faktory

- tělesné - akutní onemocnění

Cíl

- minimalizace rizika pádu
- klientka se nezraní

Intervence

- zajisti klientce bezpečné prostředí

- pouč jí o používání signalizačního zařízení
- zajisti pomocné prostředky (postranice na lůžku)
- při chůzi jí zajisti dopomoc

Realizace

Klientku jsem edukovala o používání signalizačního zařízení, při chůzi měla vždy doprovod, na lůžku byly postranice.

Zhodnocení

Riziko pádu bylo minimalizováno, díky zajištění signalizačního zařízení, pomocných prostředků a díky dopomoci při chůzi. Pacientka se nezranila ani neupadla - cíle byly splněny.

2.4.10 Závěr

Pacientka byla hospitalizována na oddělení Všeobecné neurologie od 25.8.-2.9.2008, po dobu hospitalizace neprodělala další epileptický záchvat. Byla jí provedena základní vyšetření a též byla zahájena antiepileptická léčba. Ošetrovatelská péče byla zaměřena na uspokojování potřeb nemocné a to především v oblasti bezpečí a bolesti. Klientka byla seznámena s léčbou a s režimovými opatřeními týkajícími se jejího onemocnění. 2.9. byla propuštěna do domácího prostředí a také byla objednána do epilep. poradny.

Závěr

Epilepsie patří mezi závažná, chronická, neurologická onemocnění. Zhoršuje kvalitu života, její diagnostika i léčba bývají často náročné. Nutné je též zajištění kvalitní ošetrovatelské péče při hospitalizaci. Ve své bakalářské práci jsem chtěla epilepsii přiblížit zdravotníkům, ale především laikům. Myslím, že jsem tento úkol splnila v teoretické části práce.

Dalším cílem bylo vypracování ošetrovatelského procesu u tří nemocných s epilepsií. Díky vstřícnosti pacientů a také díky spolupráci se zdravotnickým personálem byl tento cíl splněn. U jednotlivých klientů jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy za použití diagnostického algoritmu k rozlišení stavu potřeb podle NANDA taxonomie II. Mezi nejčastější ošetrovatelské problémy, které se vyskytly u tří nemocných o kterých jsem psala ve své práci patří: úzkost 00146, akutní bolest 00132, riziko infekce 00004 a riziko pádů 00155.

Čtvrtý cíl jsem také splnila, myslím si, že soupis režimových opatření je jednoduchý a přehledný. Doufám, že tato práce bude přínosem pro všechny, které tato problematika zajímá. Mě osobně obohatila vzájemná spolupráce s pacienty i se zdravotníky. Z odborné literatury jsem získala mnoho zajímavých poznatků.

Literatura

1. ABRAHAMS, P. Lidské tělo – atlas anatomie člověka. Praha: Ottovo nakladatelství ISBN: 80-7181-955-7.
2. ČIHÁK, R. Anatomie 3. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-1132-X.
3. DOENGES, M. Kapesní průvodce zdravotní sestry 2. vyd. Grada, 2001. ISBN: 80-2470-2428.
4. DOKLÁDAL, M. Anatomie člověka III – systém kožní, smyslový, nervový. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita, 1995. ISBN: 80-210-1169-6.
5. FABER, J. Epilepsie a epileptózy. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN: 80-85912-02-3.
6. KÁŠ, S. Neurologie pro praktické lékaře. Praha: Scienta Medica, 1993. ISBN: 80-85526-20-4.
7. BARTOŠOVÁ, B. Výkladový ošetrovatelský slovník. 1. vyd. Praha, Grada 2007. ISBN 978-80-247-2240-5
8. MAREČKOVÁ, J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1399-3.
9. MARUSIČ, P. Atlas epileptických záchvatů. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN: 80-7254-465-9
10. MORÁŇ, M. Praktická epileptologie. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN: 80-7254-352-0.
11. NEVŠÍMALOVÁ, S. RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J. Neurologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN: 80-7262-160-2.
12. TYRLÍKOVÁ, I. Neurologie pro sestry. Brno: DVPZ, 1999. ISBN: 80-7013-287-6.
13. WABERŽINEK, G., KRAJÍČKOVÁ, D. Základy speciální neurologie. Praha: Nakl. Karolinum, 2006. ISBN: 80-246-1020-5.
14. [www.neurologie pro praxi.cz](http://www.neurologie.propraxi.cz)

Přílohy

Příloha A – Seznam cizích slov a zkratk

Příloha B – Gordonova stupnice soběstačnosti

Příloha C – Riziko pádů dle Conleyové

Příloha D – Vizuální analogová stupnice

Příloha E – Stupnice tíže tromboflebitis

Příloha F – Režimová opatření

Příloha A - Seznam cizích slov

A

absence – krátká epizoda poruchy vědomí

akutní – s rychlým nástupem

alergie – porucha při které je tělo přecitlivělé na určité antigeny (alergeny)

alkalóza – stav, kdy je zásaditost tělních tekutin abnormálně vysoká

amnézie – úplná či částečná ztráta paměti

anamnéza – sběr dat o pacientovi?

anatomie – studium forem a struktury různých částí lidského těla

antiepileptika – léky bránící různým typům epileptických záchvatů

apnoe – dočasná zástava dechu

arytmie – porucha srdečního rytmu

aspartát – aminokyselina vyskytující se v bílkovinách

atonie – ztráta napětí svalu

automatismus – chování vyskytující se při epilepsii, kdy pacient provádí organizované pohyby nebo činnosti, aniž by si toho byl vědom

autonomní – vůlí neovladatelný

B

bilaterální – týkající se, nebo postihující obě strany těla, tkáně, orgánu či oba párové orgány

bukální – týkající se tváře, vnitřní strany tváře

C

cyanóza – modravé zbarvení kůže a sliznic, které je způsobeno nedostatečným množstvím kyslíku v krvi

D

defekt - postižení

diagnostika – proces určení příčiny nemoci

diazepam – dlouhodobě účinkující benzodiazepin podávaný perorálně či injekčně k léčbě akutní úzkosti, epilepsie a svalových spazmů

diferenciální diagnostika – diagnóza onemocnění, jehož příznaky sdílí více různých nemocí

dysfunkce – porucha či patologická funkce orgánu

E

epileptogeneze – vznik epilepsie

epileptogenní – schopný vyvolat epileptické křeče

epilepsie – onemocnění mozku, které je charakterizováno opakovanými záchvaty s náhlým začátkem

epileptický status – výskyt opakovaných epileptických záchvatů, aniž by mezi nimi došlo k obnovení vědomí

etiologie – příčina konkrétní nemoci

exogenní – pocházející z vnějšku

extenze – natažení či napnutí, zejména pohyb svalů napřimující končetinu

F

farmaka – léky

farmakorezistentní – odolný vůči léčbě

fertilita - plodnost

flexe – ohnutí kloubu tak, že kosti jsou k sobě přiblíženy

fokální - ložiskové

G

generalizovaný - celkový

genetický - dědičný

glukóza – jednoduchý cukr, v těle je uložena ve formě glykogenu

glutamát - aminokyselina

glykémie – hladina krevního cukru

grand – mal – tonicko – klonické křeče

H

hemisferektomie – typ neurochirurgické operace

hyperhydratace – zvýšené dodání vody do organismu

hyperpyrexie – zvýšení tělesné teploty nad 41,1°C

hypoglykemie – nedostatek glukózy v krvi

hypokalcemie – abnormálně nízká hladina vápníku v krvi

hypotenze – abnormálně nízký arteriální krevní tlak

hypoxie – nedostatek kyslíku ve tkáních

CH

chronický – popisující onemocnění s dlouhodobým průběhem

I

idiopatický – týkající se onemocnění či stavu, jehož příčina není známa nebo který vzniká spontánně

indikace – závažný důvod k názoru, že určitý diagnostický či terapeutický zákrok je nutný

infuze – vpravení tekutin do žíly

inhibice – zabránění či omezení činnosti orgánu, svalu

inkontinence – nesprávný a mimovolní únik moči

interakce – spolupůsobení

insomnie – neschopnost usnout nebo spát dostatečně dlouhou dobu

inzult – poranění či tělesné trauma

ischemie – nedostatečný průtok krve do části těla způsobený konstrikcí či blokádou krevních cév, které ji zásobují

K

klonické křeče – rytmické pohyby končetin při epileptickém záchvatu

kolosomie – typ mozkové operace

kompensace – proces vyrovnání funkční či strukturální poruchy

komplexní - celkový

kontrakce – zkrácení svalu jako reakce na motorický nervový impulz

konvulzivní - křečovitý

kryptogenní – nejasného původu

kumulace – nahromadění

L

léze – oblast tkáně s funkčním postižením způsobeným nemocí nebo poraněním

lipidogram – laboratorní vyšetření tuků v krvi

M

mineralogram – laboratorní vyšetření minerálů v krvi

monoterapie – léčba jedním lékem

motorika – volní svalová aktivita

mydriáza – rozšíření zornice

myoklonus – náhlý svalový stah

N

neurotoxický – jedovatý nebo škodlivý pro nervové buňky

neurotransmitter – chemická látka jež přenáší vzruchy

O

oční bulbus – oční koule

osteoporóza – ubývání kostní tkáně, které vede ke křehkosti a lomivosti kostí

P

paliativní – léčba, která přináší přechodné zmírnění příznaků nemoci, ale neléčí ji

parciální - částečný

perinatální – týkající se období, které začíná několik týdnů před porodem, zahrnuje porod a končí něko-

lik týdnů po porodu

polyterapie – léčba více léky najednou

postnatální – týkající se období po porodu

posturální – týkající se postoje

predispozice – tendence k postižení určitým onemocněním

prenatální – týkající se období před porodem

prognóza – hodnocení budoucího vývoje a vyústění pacientovi nemoci

R

recidiva – znovuvzplanutí onemocnění

rektum - konečník

relaps – návrat příznaků nemoci poté, co bylo dosaženo zotavení

remise – zmírnění závažnosti příznaků

resekce – chirurgické odnětí jakékoli součásti některé části těla

retardace – zpomalení procesu

S

sekundárně - druhotně

semiologie - symptomatologie

senzorický – týkající se vstupního oddílu nervového systému, který vede informace od receptorů k mozku a míše

simulovaný - předstíraný

somatický – týkající se těla

stabilizovaná poloha – poloha v rámci první pomoci, pacient leží na boku, dolní končetina, která je dále od podložky, je ohnuta v kolenní a v kyčelní a paže bližší k podložce je za tělem

symetrický – vzájemně souměrný

subiální resekce – typ neurochirurgické operace

T

terapie - léčba

tetanie – křeče a záškuby svalů

tonický – vyznačující se setrvalým napětím svalů

V

vazomotorický – týkající se řízení svalových stěn, především tepen a jejich průsvitu

Z

záchvat – náhlé postižení nemocí

Seznam zkratk

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení
CT – computerová (počítačová) tomografie
EEG – elektroencefalografie
JIP – jednotka intenzivní péče
MR – magnetické rezonance
PET – pozitronová emisní tomografie
PŽK – periferní žilní katétr
VAS – vizuální analogová stupnice
VŠ - vysoká škola
SPECT – single photon emission computered tomography

Příloha B

Úroveň sobestačnosti podle Gordonové

- Funkční úroveň: **0** – nezávislý
 1 – vyžaduje pomocný prostředek
 2 – potřebuje minimální pomoc / dohled jiné osoby
 3 – potřebuje pomoc, pomůcky, zařízení
 4 – potřebuje úplný dohled
 5 – potřebuje úplnou pomoc, sám není schopen

najíst se_

umýt se_

vykoupat se_

obléci se_

pohybovat se_

uvařit si_

nakoupit si_

udržovat domácnost_

Příloha C

Zhodnocení rizika pádu u pacienta (dle Conleyové, upraveno Juráskovou 2006)

Anamnéza		Vyšetření	
3	DDD (dezorientace, demence, deprese)	0	soběstačnost úplná
2	věk 65 let a více	2	soběstačnost částečná
1	pád v anamnéze	3	nesoběstačnost
1	pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkové oddělení	0	spolupracující
1	zrakový / sluchový problém	1	částečně spolupracující
1	užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, antihypertensiva, laxantia)	2	nespolupracující
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo oš. personálu)			
3	Míváte někdy závratě?		
1	Budíte se v noci a nemůžete usnout?		
1	Máte v noci nucení na močení?		
Celkem (0 – 4 body bez rizika, 5 – 13 bodů střední riziko, 14 – 19 bodů vysoké riziko)			

Příloha D

Klasifikace tíže tromboflebitis (podle Maddona)

Stupeň

Reakce

- 0** není bolest ani reakce v okolí
- I.** pouze bolest, není reakce v okolí
- II.** bolest a zarudnutí
- III.** bolest, zarudnutí, otok nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
- IV.** hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

Hodnocení: Od bodu I – II – vyjmout i.v. katétr, zhodnocení zapište do Záznamu vývoje stavu pacienta.

Příloha E

Využití analogové stupnice intenzity bolesti VAS

Slouží pro zjištění momentálního stavu, jak moc to právě bolí, a pro sledování dynamických změn v čase.

Na papír se nakreslí 10 cm dlouhá čára (vodorovná či svislá) a na ní body 0 až 10, přičemž 0 znamená, že pacient nemá bolest a 10 je nejvyšší možná bolest. Pacient touto cestou informuje sestru o své aktuální bolesti.

Příloha F

Režimová opatření při epilepsii

1. K základním požadavkům celkové léčby patří důsledné užívání léků, dbejte proto především na pravidelnost.
1. Pravidelně též navštěvujte svého neurologa.
1. Důležitou a nedílnou součástí léčby epilepsie je i přiměřená životospráva. Spánkový režim by měl být pravidelný, proto chodte spát pokud možno ve stejnou hodinu, nutností je dodržovat režim dne a noci, proto nespěte přes den.
1. Dietní opatření se týkají především absolutního zákazu požívání alkoholu! Ve stravě nejsou vhodná příliš kořeněná jídla, silná černá káva a čaj a dále větší množství čokolády a kaka. Další omezení nejsou nutná. Jezte tedy zdravě, důležitý je dostatek minerálů a vitaminů, dodržujte též pitný režim, tedy nejméně 1,5 litru tekutin denně.
1. Fyzická aktivita prospívá každému člověku. Zlepšuje tělesnou kondici i psychiku, proto sportujte, nutné je však dodržovat základní bezpečnostní pravidla. Jistější pro vás bude mít s sebou doprovod, který zná pravidla první pomoci, ochranná helma je také důležitá. Některé sporty nejsou při Vašem onemocnění bezpečné, proto se jim raději vyhýbejte, jedná se o horolezectví nebo potápění.
1. Aktivity jako jsou počítačové hry, videohry nebo diskotéky nejsou zakazovány, jestliže však trpíte fotosenzitivní zrakovou epilepsií, určitě se jim zdaleka vyhněte.
1. Pracovní omezení jsou důležitá. Neměli byste pracovat ve směnném provozu, ve výškách, u rotačních strojů, v blízkosti otevřeného ohně a všude tam, kde by během záchvatu mohlo dojít k ohrožení Vás či Vašeho okolí. Zcela zakázáno je vykonávání profese řidiče z povolání!
1. Řízení motorových vozidel je posuzováno individuálně vzhledem k době, která uplynula od Vašeho posledního záchvatu.
1. Další opatření se týkají vyhýbání se známým podnětům, které u Vás vyvolávají záchvaty např. zrcadlení na vodní hladině, koupele v horké vodě, přerušované světlo.
1. Mějte při sobě kartičku epileptika a léky. Údaje by měly obsahovat Vaše jméno, kontakt na příbuzné, ošetřujícího lékaře, informace o lécích, které užíváte – název, dávkování, síla. Mějte u sebe Diazepam rectal pro případ záchvatu. Pokud jedete do zahraničí, vybavte se dostatečnou zásobou léků v

originálním balení a vezměte si s sebou zprávu s informacemi o Vašem zdravotním stavu přeloženou do jazyka země, kterou hodláte navštívit.

1. Důležitá je také vhodná úprava v domácím prostředí (neklouzavé podlahy, nábytek s kulatými rohy a bez skla, v koupelně mějte protiskluzové podložky)
Pokud je to možné nebuďte doma sami, nejezděte výtahem a na schodech se držte při zdi.

Toto jsou základní režimová opatření, které by měl každý epileptik znát. Všechny informace týkající se Vašeho onemocnění Vám vždy poskytne Váš ošetřující neurolog, existuje také mnoho odkazů na internetových stránkách.