

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Epilepsie v klinické praxi

bakalářská práce

Autor práce: Kateřina Žáková

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Schneider, Ph.D.

Jihlava 2020



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Kateřina Žáková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Epilepsie v klinické praxi
Cíl práce:	Zmapovat informovanost nelékařských zdravotnických pracovníků o problematice epileptických stavů.



PhDr. Michaela Schneiderová, Ph.D.
vedoucí bakalářské práce



PhDr. Vlasta Dvořáková, Ph.D.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku onemocnění epileptických stavů v klinické praxi. Obsahem je rozdělena do dvou částí (teoretické a empirické). Teoretická část je zaměřena na definici, charakteristiku záchvatů, etiologii, jejich příčiny, příznaky, léčbu a ošetrovatelskou péči. Navazující empirická část je založena na kvantitativním průzkumu pomocí nestandardizovaného dotazníkového šetření určeného vybraným zdravotnickým pracovníkům v nemocnici Jihlava. Cílem dotazníkové akce je zmapovat informovanost nelékařských zdravotnických pracovníků o sledovaném onemocnění.

Klíčová slova

Epilepsie, neurologické onemocnění, onemocnění mozku, epileptický záchvat, poruchy vědomí, pacient

Abstract

The bachelor thesis deals with the problematics of epileptic disease in clinical practice. The content is divided into two parts (theoretical and empirical). The general part is focused on the definition, characteristics of seizures, etiology, their causes, symptoms, treatment and nursing care. The follow-up empirical part is based on a quantitative survey using a non-standardized questionnaire survey designed for selected healthcare workers in the Jihlava hospital. The aim of the thesis is to map knowledge of non-medical health workers about the monitored disease.

Keywords

Epilepsy, neurology disease, brain disease, epileptic seizure, consciousness disorders, patient

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 2. prosince 2019

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Děkuji PhDr. Michaele Schneider, Ph.D. za odbornou pomoc, cenné rady, připomínky a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Děkuji všem respondentům, kteří ochotně vyplnili můj dotazník a poskytli mi tak své poznatky a zkušenosti, a v neposlední řadě děkuji svým rodičům a známým s trpělivostí, podporou a případnou pomocí.

Obsah

Úvod.....	11
1 Epilepsie.....	13
1.1 Definice	13
1.2 Etiopatogeneze	14
1.3 Patofyziologie	14
1.4 Klasifikace epileptických záchvatů.....	16
1.4.1 Parciální epileptické záchvaty	17
1.4.2 Generalizované epileptické záchvaty.....	18
1.4.3 Záchvaty s neznámým začátkem	19
1.4.4 Status epilepticus	19
1.5 Vybrané epileptické syndromy	20
1.6 Diagnostika	21
1.6.1 Anamnéza	21
1.6.2 Fyzikální vyšetření.....	22
1.6.3 Laboratorní vyšetření.....	22
1.6.4 Diagnostické vyšetřovací metody	22
1.7 Léčba epilepsie.....	24
1.7.1 První pomoc.....	25
1.7.2 Neinvazivní léčba	26
1.7.3 Invazivní léčba.....	27
1.8 Komplikace epilepsie	28
1.9 Vybrané specifika péče o pacienta s epileptickou diagnózou.....	29
2 Výzkumná část.....	32
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	32
2.2 Metodika výzkumu.....	32
2.3 Charakteristika vzorku respondentů.....	32
2.4 Vlastní výsledky výzkumu	33
2.5 Charakteristika výzkumného prostředí	33
2.6 Průběh a popis výzkumu	33
2.7 Diskuze.....	56
2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	59
Závěr	60
Seznam použité literatury	62
Seznam použitých zkratk	66
Seznam grafů	68

Seznam tabulek	69
Seznam příloh	70

Úvod

První informace o epilepsii lze datovat do období zhruba kolem roku 4500-1500 př.n.l. z indiánských pramenů. Samotná Ajurvédská medicína upozorňovala na nadpřirozené vlastnosti epilepsie, které byly velmi často asociovány s Bohem. Vlastní podstata terapie tedy byla tím pádem založena především na duchovní podstatě. Staří Babylóňané psali o příznacích a příčinách epilepsie již před více jak 3000 lety. Mysleli si, že epileptické záchvaty vznikají v důsledku působení zlých duchů, kteří útočili na jedince. Rozliční duchové tedy způsobovali značně rozmanité typy záchvatů, jako byly například noční či denní záchvaty, případně pak další příznaky, které epileptický záchvat doprovázely.

V letech 1770 až 221 př.n.l. vyšla v Číně kniha Huang De Nei Ching, v níž je popsán jak vypadá a jak se projevuje generalizovaný záchvat. Vzniklé záchvaty byly definovány podle toho, jaký zvuk pacient při záchvatu vydával, tedy kterému zvířeti se daný zvuk nejvíce podobal. Ve středověku byla v Evropě epilepsie pojmenována jako padavá choroba neboli padoucnice. Od té doby se problematika epilepsie díky modernizaci a technologizaci zdokonalila (Mytyzková, 2009).

Téma práce bylo vybráno na podkladě řady faktorů. Nejen kvůli důležitosti znalostí o onemocnění, ale taky zásadách první pomoci a následné péče o pacienta. V nejčastějším kontaktu s pacientem je to právě sestra, která nejen, že pacientovi dle ordinace lékaře podává medikaci a doprovází ho např. na vyšetření, ale vzhledem k nepředpokládatelným záchvatům jsou pacienti s touto diagnózou závislí na okamžité poskytnutí adekvátní pomoci všech zúčastněných osob. Během praxe na neurologickém oddělení v Nemocnici Jihlava jsem se setkávala s případy epilepsie a díky tomu jsem zjistila, že je velmi důležité rychlé reagování v případě akutního stavu, které však také musí být spojeno s dobrou teoretickou znalostí.

Výsledkem bakalářské práce v teoretické rovině je popsat problematiku epilepsie nelékařských zdravotnických pracovníků o sledovaném onemocnění. V empirické části pak zmapovat povědomí o sledovaném onemocnění. Vzhledem k neustálému posouvání v přístupu o interdisciplinární péči pacienta, mě v mé studii zajímalo, jak se vzhledem k vývoji a častým změnám ve zdravotnictví, mění i celková informovanost NZP nejen o vědomostech problematiky epilepsie, ale celkových informovaností a postupů.

Výběr byl ovlivněn zájmem o téma jako celku. Dnešní moderní medicína umožňuje velmi rychle reagovat na dosavadní zdravotní stav, který se může až dramaticky změnit. Proto mne zaujalo, jaký vývoj zaznamenalo onemocnění od svého zjištění.

1 Epilepsie

Epilepsie patří mezi nejčastější závažná neurologická onemocnění, a to nejen u dospělých ale i u dětských jedinců. Její incidence se ve vyspělých zemích pohybuje okolo 24-53/100 000 jedinců během jednoho roku. V rozvojových zemích je pak až trojnásobně vyšší. Prevalence aktivní epilepsie neboli průměrný počet pacientů s epilepsií, kteří prodělali epileptický záchvat v posledních pěti letech je v populaci 0,5-1 % (Brázdil, Hadač, Marusič, 2011).

Prognóza kompenzované epilepsie je v celku příznivá, záchvaty se většinou daří léčbou upravit a zejména u dětí lze docílit i úplného uzdravení. Méně příznivou prognózu mají nemocní s prokázaným organickým poškozením mozku podle neurologického nálezu nebo zobrazovacích metod a s psychickými změnami (Ambler, 2011).

1.1 Definice

Za epilepsii pokládáme již chronické, neboli dlouhodobé onemocnění mozku (Ošlejšková, 2009). V současné době můžeme epilepsii popsat mnoha různými definicemi. K nejvíce využívaným a výstižným patří:

Dle Ošlejškové (2009), se jedná o soubor podmínek, při kterých se záchvaty opakují bez zjištěné vnější vyvolávající příčiny. Náchylnost člověka k paroxysmálním dysfunkcím může vzniknout z přítomnosti organického postižení mozku nebo z genetické příčiny, které předurčují dráždivost neuronů změnami v iontových kanálech. Existuje rozšířený rozsah epilepsií od lezionálních, po ty čistě funkční, má mnoho různých příčin a jejich kombinací. Rozlišujeme epilepsie symptomatické, pokud dohledáme původ, např. vývojovou vadu mozku. Epilepsie kryptogenní, kdy strukturální původ předpokládáme, ale nejsme ji schopni rozpoznat, a idiopatické epilepsie, kdy příčinu nedohledáme, řada z nich má původ genetický. Přesné vymezení definice pojmu a nemoci epilepsie je věcí konvence a je formální. Žádný obecný termín nemůže ve skutečnosti pokrýt celé široké spektrum klinických projevů a nespočetných podob záchvatů a epilepsií. Jakýkoliv obecný termín, na kterém se dohodneme, bude vždy málo výstižný pro všechny detaily této obsáhlé skupiny onemocnění.

Dle Stehlíkové a Modré (2017), u některých jedinců epilepsie s věkem ustoupí, jde o prognosticky příznivé věkem vázané epileptické syndromy. Jindy záchvaty přetrvávají celý život. Typů epilepsie je totiž mnoho a každá z nich má jiný průběh, příčiny, prognózu i způsob léčby. Navíc i každý jednotlivý pacient je jiný. Dvě osoby s úplně stejnou epilepsií tak budeme hledat těžko. Rozhodně se proto nevyplácí přebírat například zkušenosti od jiných pacientů.

1.2 Etiopatogeneze

Jakákoliv léze mozku, která z části poškodí neuron, může být příčinou epileptických paroxysmů. Úplně zničený neuron nemůže odpovídat hypersynchronním výbojem. Může jít o poruchu funkce i normálního mozku v důsledku systémové poruchy jako je například hypoglykémie, důsledek poškození mozku nebo nedostatek kyslíku v tkáních či celém těle. Příčin je celá řada: perinatální hypoxie a ischemie, genetické poruchy, porodní trauma, kongenitální malformace a akutní infekce: encefalitidy, meningitidy, a vrozené metabolické poruchy. Metabolické encefalopatie, trauma mozku, nádory, cévní léze i arteriovenózní malformace.

Dále můžeme dělit onemocnění na epileptický syndrom se zjištěným původem, neznámou příčinou epilepsie, ale také existují i jednoznačně neprokazatelné příčiny (Ambler, 2011).

1.3 Patofyziologie

Na rozdíl od většiny jiných onemocnění neznamena epilepsie v první řadě destrukci fyziologických mechanismů, ale ve svém průběhu jejich nahrazení mechanismy jinými, patologickými. Epileptické záchvaty mohou vést k poškození mozkových struktur. Podkladem epilepsie na buněčné úrovni jsou funkční změny receptorů a iontových kanálů, ovlivňují funkci buněčné membrány, která je zvýšeně excitabilní. Další úroveň poruchy je porucha regulace mechanismů inhibice a excitace v komunikaci mezi neurony. Dochází nejenom k šíření abnormální aktivity, ale zejména k její synchronizaci. Tak vzniká patologická paroxysmální aktivita, v EEG ji nazýváme také výboje. Když se synchronizuje nadměrné množství patologicky aktivních neuronů, vzniká klinický záchvat. U primárně generalizovaných epilepsií je díky rychlému šíření záchvatového procesu bilaterálními kortiko-subkortikálními sítěmi přítomna synchronní

paroxysmální aktivita v rozsáhlých oblastech kortexu. U fokálních epilepsií vychází z iritační zóny a může se šířit po kortexu, až sekundárně generalizovat, to znamená rozšířit v podstatě do celého kortexu (Rektor, Ošlejšková, 2010).

Iritační zóna je síť vzájemně jak přímo, tak nepřímo propojených skupin funkčně pozměněných neuronů, více méně asynchronně generujících epileptickou aktivitu mezi záchvaty. Synchronizace jejich aktivit není dostatečná pro vyvolání klinického záchvatu, stačí však k produkci interiktálních výbojů v EEG, typické jsou hroty a komplexy hrotů a pomalých vln. Hrot snímáný EEG na skalpu je výsledkem synchronního výboje tkáně o rozsahu několika cm². Přesto převážná většina patologické aktivity v iritační zóně je asynchronní a synchronie se zvyšuje před klinickým záchvatem.

Oblast, ze které je generován klinický záchvat, nazýváme epileptogenní zónou nebo zónou počátku záchvatu (SOZ- seizure onset zone). Obvykle je součástí iritační zóny, která je rozsáhlejší. Epileptogenní zóna je oblast, která působí jako synchronizátor aktivity v širší oblasti s patologicky změněnou funkcí. Po překročení určitého časoprostorového prahu se synchronní výboje manifestují klinickým záchvatem a může dojít k šíření epileptického děje do dalších korových a podkorových struktur, které se mimo záchvat neprojevují epilepticky. Epileptický proces se šíří synaptickými procesy po určitých drahách, anebo extrasynapticky postupující změnou elektrického pole, způsobené změnou koncentrace iontů v extracelulární tekutině. SOZ může a nemusí být shodná se sympomatogenní oblastí, která je podkladem klinické manifestace záchvatu. Například SOZ v některých parietálních oblastech může být klinicky němá a záchvat se projeví frontální nebo temporální symptomatikou až po rozšíření epileptické aktivity do těchto oblastí. Lokalizace SOZ se většinou, ale ne vždy, shoduje s lokalizací epileptogenní léze. Vedle masivního strukturálního poškození mozku, které se projevuje záchvaty, jsou to také diskrétní léze, které se projevují hlavně nebo jedine záchvaty. V temporálním laloku je to nejčastěji hippocampální skleróza (meziální skleróza), což je vlastně jizva v nervové tkáni mozku a zmenšení hippocampu a přilehlých struktur a vzniká nejspíše jako důsledek záchvatů. Další častou příčinou jsou malformace kortikálního vývoje, jako jsou dysplazie, výskyty na jiných než typických místech vzniku, šedé hmoty a dysembrioplastický neuroepiteliální tumor. Malý gliom, gangliom či kavernom se také může dlouho projevovat pouze epileptickými záchvaty (Rektor, Ošlejšková, 2010).

Epileptický záchvat je definován jako ataka přechodných klinických příznaků, které se projevují abnormální nadměrnou neuronální aktivitou a zvýšenou neuronální synchronizací části mozkové tkáně. Epileptický záchvat má většinou krátké trvání od několika sekund po maximálně několik minut a je charakterizován rychlým nástupem změny chování, častými motorickými projevy, ale může zahrnout i jiné mozkové dysfunkce jako například změny povahy, nálady nebo emocí, které nemusí být jen excitační, protože mnohé záchvaty jsou provázeny i útlumovými změnami jako je ztráta vědomí, řeči nebo svalového napětí.

Záchvatovitý stav vždy ústí do dezorganizace jedné nebo více funkcí mozku. Ani u téhož pacienta nemusí být záchvaty stejné, některé se projevují jen jediným příznakem, jiné jsou komplexní i s časovou posloupností symptomů dle šíření epileptického výboje. Abnormální a nadměrná neuronální aktivita při záchvatu je kromě klinických souběžných projevů provázena i změnami na EEG, který je důležitým elektrofyziologickým vyšetřením v epileptologii (Ošlejšková, 2009).

1.4 Klasifikace epileptických záchvatů

Klasifikace záchvatů je založena na příznacích a chování pacienta v jejich průběhu. Je základním nástrojem pro komunikaci v klinické praxi i pro lepší porozumění mezi vědci a kliniky. Klasifikace epilepsií má více úrovní a kde je to možné, tam by měla být stanovena ve všech třech úrovních. Současně je nutné se vždy snažit určit i etiologii epilepsie nebo epileptického záchvatu. Prvním krokem je klasifikace typu záchvatu, zda jde o fokální, generalizovaný, nebo záchvat s neznámým začátkem. Druhou úrovní je určení typu epilepsie – typ fokální, generalizovaný, kombinovaný generalizovaný a fokální, a neznámý typ epilepsie. Třetím krokem je stanovení epileptického syndromu, který je určen typem záchvatu, EEG a nálezem na zobrazovacích metodách. Od doby, kdy se objeví první epileptický záchvat nebo se stanoví diagnóza epilepsie, bychom se měli snažit objasnit jejich etiologii. Etiologii můžeme rozdělit do následujících skupiny: strukturální, genetická, infekční, metabolická a autoimunitní etiologie, a pak skupina s neznámou etiologií. Epilepsie může být klasifikována i do více skupin (Hasík a kol. 2017).

1.4.1 Parciální epileptické záchvaty

Tabulka 1 Parciální epileptické záchvaty

Parciální epileptické záchvaty	Jednoduché (simplexní) záchvaty		Patofyziologie	Klinické příznaky
		Motorické	Základním kritériem je umístění epileptického výboje, může se šířit do okolí, i sekundárně generalizovat. Záchvaty trvají několik minut, probíhají bez ztráty vědomí.	Postihují pravou nebo levou část poloviny těla, lokalizovaně nebo šířící se parestézie, bolesti.
		Psychické		Iluze, derealizace, nepoznávání známých lidí.
		Senzorické		Pseudohalucinace nebo iluze, parestezie, eventuálně bolesti.
	Záchvaty s komplexní symptomatologií (psychomotorický záchvat a temporální epilepsie)		Pacient má poruchu vědomí s náhlou amnézií. Záchvaty mohou sekundárně generalizovat. Trvají půl až tři minuty.	Aura- halucinace, iluze, prostý fokální záchvat. Zmatenost, dezorientace, nevhodné chování.

(Ambler 2011, Seidl 2015)

1.4.2 Generalizované epileptické záchvaty

Tabulka 2 Generalizované epileptické záchvaty

Generalizované epileptické záchvaty		Patogeneze	Klinické příznaky
	Absence- malý epileptický záchvat (petit mal)	Za den mohou proběhnout desítky až stovky záchvatů. U dětí mezi 3-7 rokem.	Strnutí po dobu max. jedné minuty, pohybové automatismy, stočení očí vzhůru, záškuby obličejového svalstva, polykání, svírání rukou v pěst apod.
	Myoklonické záchvaty	Jsou to náhlé generalizované záškuby svalů. Mohou být spojeny s tonicko-klonickými záchvaty.	Bez poruchy vědomí, záškuby šíje a horních končetin.
	Tonické záchvaty, tonické spazmy	Mohou být potlačeny omezením nebo změnou polohy, dětském věku.	Flexe DKK a extenze HKK, spazmy trupového a lícního svalstva, časté pády.
	Tonicko- klonické spazmy, velký záchvat (grand mal)	Typický, dramatický průběh záchvatu. Začínají výpadkem vědomí a tonicko-klonickými generalizovanými křečemi, trvají 1-3 minuty.	Snížený svalový tonus, inkontinence, obličejové křeče, pokousání, pozitivní reflex Babinského, amnézie, mydriáza, dezorientace, bolesti hlavy, tachykardie.

(Ambler 2011, Seidl 2015)

1.4.3 Záchvaty s neznámým začátkem

Jako záchvaty s neznámým začátkem se označují ty, které nelze z důvodu nedostatku informací zařadit do kategorie „fokální“ nebo „generalizovaný“. Jsou buď pojmenované jako „neklasifikované“, nebo jdou určit jejich další charakteristiky – záchvaty motorické, záchvaty tonicko-klonické, epileptické spasmy, záchvaty bez motorických projevů a zaráz v chování. Lékaři se běžně setkávají s tonicko-klonickými záchvaty, u kterých nebyl začátek zpozorován. Důvody pro to mohou být různé – pacient začátek zaspal nebo byl sám a žádní svědci si záchvatu nevšimli (Hadač, Ošlejšková a kol. 2017).

1.4.4 Status epilepticus

Epileptické záchvaty se někdy mohou tzv. nakupit v krátkých časových intervalech. Pokud pacient bude při vědomí v době mezi jednotlivými záchvaty, jde o sérii záchvatů. Pokud záchvat nebo série záchvatů bez návratu vědomí trvá déle než 5 minut, považujeme ho za tzv. status epilepticus, neboli epileptický stav, což je život ohrožující stav, který je nutno velmi intenzivně léčit. Dítěti či dospělému v této situaci proto ihned zavoláme záchranou službu. Status epilepticus je většinou těžký rozpoznat. Pokud například následuje jedna absence za druhou, vypadá pacient omámeně, zmateně a unaveně, reaguje chybně a může mít obtíže s artikulací. Takové epileptické stavy mohou trvat bez ošetření hodiny, dokonce dny, což je nebezpečné (Stehlíková, Modrá, 2017).

1.5 Vybrané epileptické syndromy

Tabulka 3 Vybrané epileptické syndromy

		Patogeneze	Klinické příznaky
Vybrané epileptické syndromy	Febrilní křeče	Tonicko-klonické záchvaty, záchvat u dítěte s horečkou vyskytující se mezi 6. měsícem a 5. rokem věku.	Křečové projevy, febrilní synkopy, poruchy vegetativních funkcí.
	Infantilní spazmy	Westův syndrom -u dětí mezi 4–12 měsícem věku. Denně mohou křeče proběhnout i 100krát. Syndrom bývá spojen s mentální retardací různého stupně. Až 50 % přechází v Lennoxův-Gastautův syndrom.	Křečové epileptické záchvaty, stahy krčních svalů, které přinutí hlavu sklonit se bradou k hrudi. Salaamové křeče-odmrštění paží a hluboké předklonění (vsedě).
	Lennoxův-Gastautův syndrom	Jedna z nejzávažnějších epileptických encefalopatií s počátkem v dětství. Vyskytuje se častěji u dívek ve věku u 1-8 let.	Mnohočetné typy záchvatů u jednoho pacienta, opožděná řeč a mentální retardace, atypické absence s částečnou ztrátou vědomí, časté pády.
	Akineticko-atonický myoklonický záchvat	Náhlé strnutí , ztráta extenzorového tonu DK, typický u dětí mezi 3–16 rokem života.	

(Seidl 2015, Štefánek 2014)

1.6 Diagnostika

Pro diagnostiku epilepsie je nutné udělat neurologické, interní, základní laboratorní a EEG vyšetření. Zobrazovací vyšetřovací metody mozku se dělají u dospělých vždy, u dětí podle rozhodnutí dětského neurologa. V neakutních situacích dáváme přednost magnetické rezonanci vyšetření mozku před CT vyšetřením (Kollár 2013). Pokud jde o první epileptický záchvat neprovokovaný nebo reflexní, je možné jej v případech přetrvávající predispozice s vysokým rizikem opakování dle nově přijaté definice považovat za epilepsii, případně i zahájit dlouhodobou léčbu antiepileptiky (Marusič, Krijtová 2015).

Doplňujícím funkčním vyšetřením je dále vyšetření mozkového prokrvení a metabolismu mozku jednofotonovou emisní tomografií (SPECT – iktálně nebo interiktálně), pozitronovou emisní tomografií (PET) a funkční magnetickou rezonancí. Pracoviště, která se diagnostikou a léčbou epilepsií specializovaně zabývají využívají i specializované neuropsychologické vyšetření (Ošlejšková, 2011).

1.6.1 Anamnéza

V osobní anamnéze zjišťujeme výskyt závažnějších onemocnění jako například ischemie, opožděný psychomotorický vývoj, hyperhydratace či meningocerebrální jizvy. Ptáme se na případné úrazy, febrilní křeče aneb křeče při teplotách. Ptáme se pacienta na emoce před samým záchvatem, průběh a okolnosti vlastního záchvatu – vše, co si naposledy pamatuje před samotným záchvatem. Zjistíme, zda se pacient pomočil, pokálel nebo pokousal. Vzhledem k amnézii na záchvat zjistíme údaje o ztrátě vědomí a křečích až z objektivní anamnézy, pokud ji máme k dispozici. Důležité je dále zjistit, kolik záchvatů proběhlo, kdy byl poslední, zda předcházelo nadměrné užití alkoholu, spánková deprivace nebo jiný rizikový faktor. Ptáme se na užívání léků. V rodinné anamnéze se ptáme na pre-, peri – a časnou postnatální anamnézu, to znamená průběh těhotenství matky, zralost plodu při porodu a okolnosti porodu, případné infekční onemocnění matky v průběhu těhotenství, dítěte v období jak novorozeneckém, kojeneckém, batolecím tak i pozdějším období. V sociální anamnéze hodnotíme vzdělání a v pracovní anamnéze v jakém pacient pracuje oboru. (Slezáková, 2014).

1.6.2 Fyzikální vyšetření

Sestra získává jak subjektivní tak objektivní údaje od pacienta. Mezi fyzikální vyšetření patří perkuse, inspekce, palpce a auskultace. Největší pozornost věnujeme částem těla spojeným s neurologickými problémy (Slezáková, 2014).

Neurologické vyšetření

Vyšetření hodnotí činnost nervového systému včetně lokalizace místa pravděpodobného nálezu. Pro provedení neurologického vyšetření potřebujeme neurologické kladívko se štětičkou, kovovým hrotem. Sensitivní nervy se testují jemnými dotyky štětičky na kůži. Lékař si při vyšetření musí všímat pacientových smyslových funkcí. U vyšetření se vyvolávají tzv. šlachové reflexe. Jde o automatické odpovědi nervového systému a svalů na podráždění. Nejznámější je tzv. českový (patelární) reflex kdy při úderu kladívkem na podkolenní vaz dojde k reflexnímu stažení stehenního svalu a vykopnutí končetiny. Každý reflex odpovídá funkci konkrétní oblasti míchy (Ošlejšková, 2011).

1.6.3 Laboratorní vyšetření

Zjišťujeme biochemické parametry – hladiny iontů, glykemický profil, ledvinové a jaterní testy, glykemický profil. Na hematologii vyšetříme koagulaci, krevní obraz a diferenciál. V indikovaných případech provedeme imunologické, endokrinologické, metabolické vyšetření a rozbor likvoru. U epilepsie jsou zvýšené hladiny kreatinkinázy a prolaktinu. Laboratorní testy jsou určeny především ke sledování hladin antiepileptické léčby- levetiracetamu a prolaktinu, nebo vyloučení jiných onemocnění (Marusič, Krytlová 2010).

1.6.4 Diagnostické vyšetřovací metody

Mezi nádstavbové vyšetření u epileptických stavů patří pomocné vyšetřovací metody, které diagnózu upřesňují a potvrzují. Význam zobrazovacích metod je v průkazu možného organického nálezu jako podkladu epilepsie, to znamená vyloučení jiného možného onemocnění. Pro monitorování průběhu onemocnění, vhodné a úspěšné léčby používáme funkční metody, nejčastěji EEG (elektroencefalografii). Perfuzní SPECT (jednofotonová emisní výpočetní tomografie) pomáhá odlišit primární a sekundární

epileptické ložisko. PET/CT neboli pozitronová emisní tomografie a počítačové tomografie má význam výzkumný s možností detailně sledovat regionální průtok a metabolismus mozku. Elektroencefalogram může být u pacientů s epilepsií normální. Při užití aktivačních metod, v dnešní době přesnějšího dlouhodobého monitorování EEG je nález EEG patologický více než v 90 % případů epilepsie (Seidl 2015).

Elektroencefalografie – EEG

Jde o bezbolestné vyšetření, kdy přístroj pomocí elektrod na hlavě pacienta zaznamenává elektrickou aktivitu mozku. Výsledkem je graf zvaný elektroencefalogram, česky je to grafický záznam elektrické aktivity mozku. Vyšetření EEG se provádí několika způsoby. Při běžném neboli bdělém EEG se pacientovi nasadí na hlavu čepice s elektrodami a v bdělém stavu se zaznamenává aktivita mozku. Sleduje se činnost mozku při otevřených a zavřených očích, hyperventilaci neboli hlubokém dýchání, fotostimulaci kdy lékař na vyšetřovaného posvítí blikavým světlem. Cílem metod je vyprovokovat epileptickou aktivitu a zaznamenat ji. U vyšetření dáváme pozor na to abychom nevyvolali samotný epileptický záchvat, sledujeme vyšetřovaného a v případě nevolnosti vyšetření přerušíme. Spánkové EEG může někdy ukázat více informací nežli EEG v bdělém stavu. U malých a neklidných dětí je to často jediná cesta, jak nahrát kvalitní elektroencefalogram. Na některých pracovištích pořizují spánkový EEG záznam poté, co je pacient záměrně ponechán určitou dobu vzhůru neboli po spánkové deprivaci.

V některých případech se rovněž používá video jako EEG monitorování, kdy je registrováno EEG a současně videozáznam. Cílem je zachycení epileptického záchvatu k upřesnění jeho charakteru, například k odlišení epileptického záchvatu od záchvatu jiného původu, nebo při potřebě přesnějšího zjištění místa záchvatu epileptické aktivity před plánovaným epileptochirurgickým výkonem. Vyšetření se provádí při hospitalizaci v centrech pro epilepsie a může trvat jeden, ale i několik dní. Elektrody musí být na hlavu připevněny silným lepidlem, opět se ale jedná o zcela nebolestivé vyšetření EEG záznam se záchvaty může ukázat různé formy epileptické tzv. epileptiformní aktivity jako například hroty, ostré vlny či jiné nestandardní křivky. Samotná epileptiformní aktivita na EEG však diagnózu epilepsie nedělá (Stehlíková, Modrá, 2017).

CT vyšetření (počítačová tomografie)

Počítačová tomografie dokáže detailně hodnotit tkáň jednotlivých orgánů. CT mozku je akutně indikována vždy, zejména je-li podezření na lézi CNS. Vyšetření můžeme provést buď nativně nebo s využitím kontrastní látky. Pro lepší znázornění cévnatých útvarů v mozku využijeme nitrožilně podaný jód. Lékař musí před CT pacienta upozornit o této skutečnosti, aby nedošlo k alergické reakci. Použití CT pro pacienty s epilepsií může být omezené, protože má průměrné rozlišovací schopnosti, umožní zobrazení pouze v transverzální rovině a je doprovázeno poměrně vysokou radiační zátěží (Brázdil 2011).

Magnetická rezonance

M. Brázdil a spol. uvádí, že MRI patří mezi nejcitlivější zobrazovací metodu pro identifikaci epileptických lézí. Mezi přednosti vyšetření patří absence ionizujícího záření a možnost zobrazování ve více různých rovinách. Pokud se nedaří léčbu správně aplikovat, doporučuje se znovu provést magnetickou rezonanci (2011). Mezi kontraindikace k provedení vyšetření patří kardiostimulátor, kochleární implantát, neurostimulátor a kovové špony v oku. Další kovové náhrady a předměty je nutné vyjmenovat, aby se k její přítomnosti bral zřetel (Pažourková, Svátková a spol., 2015).

Wada test

Vyšetření je oficiálně známé jako intrakarotická amobarbitální procedura sodíku (ISAP), ale běžně se používá přezdívka „Wada test“. Wada test zkoumá řeč a paměť na jedné straně mozku najednou. Paměť může být ovládána oběma stranami mozku. Wada vám pomůže zjistit, která strana vašeho mozku je zodpovědnější za to, že vám pomůže zapamatovat si, vytvořit a uložit vzpomínky. Pokud strana, která ovládá řeč nebo paměť, je zdrojem záchvatů, může chirurg ještě zvážit funkční MRI nebo jiné vyšetření (Kiriakopoulos, 2018).

1.7 Léčba epilepsie

Celková léčba epilepsie se stává z řady opatření, které by měly směřovat k co nejlepší kvalitě života. Epilepsie má negativní dopad na emoce, psychiku i využití volného času. Pravidelné užívání antiepileptik sebou nese i nežádoucí účinky, ale v mnoha případech

je správná životospráva účinná i bez farmakologické léčby. I přes to ale malému množství pacientů s epilepsií je indikována operační léčba (Stehlíková, Modrá 2016).

1.7.1 První pomoc

Pacient je při epileptickém záchvatu ohrožený poraněním vzniklým při pádu či křečích, neprůchodností dýchacích cest či nerozpoznáním případného kritického stavu jako jsou náhlé zástavy oběhu. Při nalezení pacienta, u kterého právě probíhá epileptický záchvat, zachováme klid a uklidníme přítomné. Z okolí člověka prožívajícího záchvat odstraníme všechny předměty, o které by se mohl poranit. Jestliže to nepřipadá v úvahu, nemocného co nejšetrněji odsuneme z jejich přímého dosahu. Podložíme postiženému hlavu něčím měkkým a uvolníme oděv u krku. Člověku prožívajícímu záchvat rozhodně nerozevíráme ústa a nic do nich nevkládáme. Nebráníme křečím a záškubům. Pokud člověk postižený záchvatem silně sliní, otočíme mu hlavu na stranu, aby se slinami neudusil. Dojde-li ke zvracení, otočíme na stranu nejen hlavu, ale celé tělo. Při postparoxysmální dezorientaci slovně pacienta uklidnit.

Po odeznění záchvatu osobu uložíme do zotavovací polohy, zajistíme přívod čerstvého vzduchu, zkontrolujeme, zda osoba dýchá, postiženého přikryjeme dekou a dohlédneme na něj až do doby, kdy se zcela probere a dokáže s námi normálně slovně komunikovat. Jde-li o člověka, který se už s epilepsií léčí, a nedošlo-li při záchvatu ke zranění, není důvod k akutnímu lékařskému ošetření. Lidi, kteří s epilepsií lékařsky sledováni nejsou, nebo ty, u nichž byl epileptický záchvat první v jejich životě, je nutné převézt k vyšetření do nemocnice. Rovněž pacienti, kteří mají po záchvatu známky poranění, by měli být převezeni k odbornému vyšetření. Zejména zde je velmi důležitá všímavost svědků záchvatu, kteří by měli být v případě potřeby schopni popsat lékaři co nejpřesněji průběh záchvatu, charakter křečí a stav pacienta po jeho skončení.

Poměrně novým typem rychlé pomoci pro lidi, u kterých se dá čekat generalizovaný tonicko-klonický záchvat, a z nich pak zejména pro ty, kteří mají před záchvaty dlouhé tzv. aury nebo kteří mívají záchvaty s křečemi dlouhého průběhu nebo v nakupeních, je speciální balení diazepamů s aplikátorem do konečníku. Je k mání pod názvem Diazepam rectal tube. Diazepam působí protikřečově (Stehlíková, Modrá 2016).

1.7.2 Neinvazivní léčba

Hlavní metodou léčení epilepsie představuje v současné době podávání léků (Stehlíková, Modrá 2017). Farmakoterapie bývá úspěšná přibližně u 70–80 % pacientů, přičemž výběr vhodného antiepileptika se řídí daným epileptickým syndromem a charakteristikami pacienta (Bušek, 2013).

Antiepileptika jsou léky proti epilepsii, které snižují abnormální dráždivost nervových buněk a umožňují normální činnost mozku. V současnosti mají lékaři k dispozici celou řadu antiepileptik. Léčba se stanovuje individuálně podle typu epilepsie a podle dalších charakteristik pacienta. Taky rozhoduje, zda je vhodné začít farmakoterapii, kdy, který lék a v jakých dávkách bude nejúčinněji působit u konkrétního pacienta. Dávky antiepileptik se určují podle váhy pacienta. Jejich účinek se dostaví až po navýšení dávky do tzv. terapeutické hladiny. Na začátku je vám vysvětleno, jak se léčba léky může vyvíjet. Jste ujistěni, že pokud první nasazená medikace nepomůže ani, když dávku léku lékař zvýší, nasazuje se obvykle další medikace, u něhož se dávka rovněž dá postupně zvyšovat až do stavu, kdy se záchvaty přestanou vyskytovat, nebo jich alespoň bude méně, případně se zmírní jejich proces. Někdy může trvat až několik měsíců, než lékař najde lék, nebo kombinaci léků které budou danému pacientovi zcela vyhovovat. Léky je třeba užívat zpravidla buď po dobu několika let, nebo také i celoživotně. Je nutné brát předepsané léky denně a pravidelně, přesně podle stanovení lékaře. Cílem užívání je totiž udržet jejich hladinu v mozku trvale na takové úrovni, která bude stačit pro potlačení záchvatů. Absence léků je velmi riziková a může vést k provokaci epileptického záchvatu nebo ke shromáždění záchvatů, nebo i k epileptickému statu (Stehlíková, Modrá 2017).

Tabulka 4 Antiepileptika

Lék	Indikace
Kyselina Valproová	Lék první volby, GABAergní inhibice
Carbamazepin	Parciální záchvaty
Hydantoiny	Parciální záchvaty (dnes již méně využívané)
Clonazepam/ Nitrazepam	Novorozenecké záchvaty a infantilní spazmy
Benzodiazepamy	Při vlastním epileptickém záchvatu, febrilním křečím

(Ambler 2011)

Ketogenní dieta

Je to léčebná dieta, která se používá u pacientů s nedostatečnou odpovědí organismu na medikaci. Dieta spočívá v příjmu potravin s vysokým obsahem lipidů, nízkým obsahem sacharidů a dostatečným obsahem proteinů. Proto je vhodné jíst zejména následující potraviny: maso, vejce, smetana, máslo, tučné ryby, sýry nebo například zeleninu. Pacient by měl z jídelníčku vyloučit přílohy jako například brambory, rýže, těstoviny, obilniny a pečivo. Dieta není určena pro každého, vyžaduje odborné vedení neurologa nebo epileptologa. Pokud se u pacienta nevyskytnou komplikace, může ji držet přibližně dva roky (Stehlíková, Modrá, 2016).

1.7.3 Invazivní léčba

Chirurgická léčba epilepsie (tzv. epileptochirurgie) zahrnuje škálu operačních výkonů zaměřených na zmírnění či odstranění epileptických záchvatů u nemocných, u kterých v tomto směru selhala farmakologická terapie. Rozlišujeme výkony kurativní, prováděné s cílem epilepsii kauzálně vyléčit odstraněním části mozkové tkáně zodpovědné za vznik záchvatů nebo zabráněním šíření patologické elektrické aktivity do druhé hemisféry. Tento výkon se nazývá hemisferotomie. U pacientů, kde toto není možné, představují alternativu výkony paliativní, zaměřené na snížení frekvence záchvatů a taky na zmírnění jejich dopadu na pacientův život (výkony neurostimulační – např. stimulace bloudivého nervu, a některé diskonekční – např. kalosotomie). Možnost provedení chirurgické léčby by měla být zvážena u pacientů trpících tzv. farmakorezistentní epilepsií (Bělohávková, Ježdík, Jahodová, 2018).

Kontraindikace operační léčby epilepsie jsou souběžná progresivní závažná onemocnění, včetně neurodegenerativních a neurometabolických, chybějící motivace nemocného či jeho špatná spolupráce, vylučující provedení nezbytného předoperačního epileptologického vyšetření a zajištění adekvátní pooperační péče (Marusič, 2017). U chronických epileptiků zejména se známkami organického mozkového poškození se mohou vyvinout i epileptické povahové a psychické změny, které se projevují především psychickým tlumením, ulpívavostí, egocentrismem i různými psychopatickými projevy (Ambler, 2011).

Stimulace bloudivého nervu

Jeho stimulace neboli dráždění se k léčbě epilepsie používá po celém světě. Svou funkcí připomíná kardiostimulátor. Metoda nevyžaduje operaci mozku, protože se stimulátor zavádí pod kůži, nejčastěji v horní části hrudníku. Od stimulátoru vede elektroda zakončená přímo na bloudivém nervu po straně krku. Pomocí počítače se poté stimulátor naprogramuje, aby v pravidelných intervalech vysílal do bloudivého nervu elektrické signály. Frekvence stimulace je obvykle 30 sekund každých pět minut, intenzita stimulace záleží na toleranci u každého pacienta. Se stoupající tolerancí se při dalších návštěvách lékaře síla signálu postupně zvyšuje. Pacient zároveň dostane ruční magnet, kterým lze při přiblížení ke stimulátoru okamžitě spustit jednorázovou maximální stimulaci, což může být užitečné u pacient s aurou, kdy použití magnetu může zastavit počínající záchvat nebo alespoň zmírnit jeho průběh. Zavedení léčby se aplikuje u pacientů, u kterých se nedaří dostat epilepsii pod kontrolu pomocí antiepileptik, nebo nemohou podstoupit chirurgickou léčbu. Klasické léky oproti této metodě často ovlivňují více systémů v těle, a to i ty, které fungují normálně. Stimulace by tak měla omezit možné nežádoucí účinky, které se často vyskytují při dlouhodobém užívání klasických léků (Stehlíková, Modrá 2016).

1.8 Komplikace epilepsie

Náhlé nevysvětlené úmrtí při epilepsii (SUDEP) je náhlé úmrtí pacienta s epilepsií u kterého nebyla zjištěna příčina, tudíž nenastala ani utopením, úrazem, nebo epileptickým statem. Příčina nešla zjistit ani po posmrtných vyšetřeních. Dochází k němu asi u jednoho člověka s epilepsií z tisíce. Významným rizikem jsou špatně zaléčené záchvaty, jde zejména o generalizované záchvaty tonicko-klonické. U tohoto náhlého úmrtí zatím nebylo vypořádáno od svědků, jaká by mohla být příčina či projevy, pokud však byli přítomni, uváděli náznaky na generalizovaného tonicko-klonického záchvatu proběhlého v noci či ve spánku s tím, že smrt u člověka s epilepsií nastala při většině případů přímo při záchvatu nebo krátce po něm (Stehlíková, Modrá 2016).

1.9 Vybrané specifika péče o pacienta s epileptickou diagnózou

Při příjmu pacienta na oddělení se sestra seznamuje s pacientem a jeho zdravotním stavem. Každá sestra má povinnost sestavit si ošetrovatelský plán. Do ošetrovatelských postupů u epilepsie patří péče o spánek, hydrataci, hygienu a psychický stav. Sestra je povinna hodnotit úroveň soběstačnosti zaznamenává tak stav nemocného, popřípadě přehodnocuje. Pacient diagnostikovaný epilepsií musí být uložen na pokoj nejbližší k sesterně a jako každý jiný pacient musí mít po ruce signalizační zařízení kvůli možnosti vzniku neočekávaných komplikací (Burda a spol., 2016).

Péče o spánek

Častým spouštěčem záchvatů je spánková deprivace neboli nedostatek spánku (Stehlíková, Modrá 2017). V oblasti spánku a odpočinku je povinností sestry nemocného edukovat o pravidelném spánkovém rituálu, zákazu spát přes den, ponocovat, nebo ráno dospávat a dohlížet na jeho dodržování. Obecně se u dospělých osob uvádí 7–8 hodin. Podstatné může být podávání antiepileptik, která mohou změnit jak charakter, tak i kvalitu spánku (Slezáková a kol., 2012).

Péče o hygienu

Při hygieně je kladen důraz na péči o osobní a ložní prádlo, dutinu ústní a chrup, stříhání nehtů a mytí vlasů. Stav pokožky je nutné kontrolovat při pravidelné hygieně. Cílem hygienické péče je nejenom čistota pacienta, ale i předcházení mnoha komplikací z nedostatečné hygieny. Péče o kůži by neměla být podceňována. Pacientovi zajistíme kromě správně upraveného a vypnutého lůžka také antidekubitní pomůcky. Kůži budeme důkladně promazávat. Nedílnou součástí jsou také péče o rány, který si pacient mohl při epileptickém záchvatu způsobit (Burda a spol., 2016).

Péče o hydrataci a stravu

Strava epileptika není nijak omezená, avšak i jako u zdravého člověka by měla být pestrá a přiměřená, do jídelníčku by měl být zahrnut dostatečný příjem ovoce a zeleniny. Taky musíme brát v potaz, že pacienti mohou mít pokousaný jazyk, upravit tedy jídelníček na přání pacienta k zajištění komfortnosti. Důležitá je i konzumace nepřesolených a nekořeněných jídel. Černá káva je doporučována na překonání únavy při užívání antiepileptik. Důležité je brát zřetel na zvýšený příjem tekutin, nesprávný

pitný režim může přispět k vyvolání záchvatu (Slezáková, 2014). Nedoporučuje se maso. U dětí ketogenní dieta. Dalším vysoce rizikovým faktorem je abúzus alkoholu nebo jiných návykových látek. Je složité diskutovat, o množství takzvaně bezpečného alkoholu, zda vadí či nevadí jedna sklenička šampaňského či půl litr piva. Pro někoho to může být rizikové, obzvlášť pokud se k ní přidají další provokační faktory, o kterých dotyčný ani nemusí vědět. Proto je lepší snažit se vyhnout alkoholu, stejně jako ostatním provokačním faktorům jako jsou například drogy (Stehlíková a Modrá, 2017).

Péče o psychický stav

U pacienta může být nejen narušená orientace v místě, čase i osobě, ale i porucha vědomí (Slezáková 2014). Jak pro dospělé, tak pro děti s epilepsií je nebezpečné dlouhodobé a nadměrné fyzické i psychické zatížení. Všímáme si proto u pacienta možného zdroje stresu (Stehlíková a Modrá, 2017). Pacienti mohou být pomalí, ulpívaví, podráždění, plačtiví, vyskytuje se u nich vegetativní labilita a jsou sentimentální, proto se snažíme odvádět nejistoty, motivovat pacienta, komunikovat s ním, být trpěliví a vlídní. (Slezáková 2014). Z důvodu obsáhlosti možností provokačních neboli spouštěcích faktorů je vhodné zapisovat si kalendář záchvatů a do něj zaznamenávat nejen prodělané epileptické záchvaty, ale i další zdravotní potíže, případně i možné vedlejší účinky léků. Je důležité zjišťovat, co přivádí záchvat, ale také to, co naopak pomáhá se mu vyhnout, nebo jej zjistit předem, a tak se na něj připravit (Stehlíková a Modrá 2017).

Volnočasové činnosti

Při začínajících epileptických záchvatech je pacientům ze začátku doporučován klidový režim do doby než vyzkouší, jaký je jejich spouštěč epileptického záchvatu. Proto se nedoporučuje v průběhu prvních třech měsíců sportovat. Je důležité omluvit děti ve školním věku z tělesné výchovy. Vhodné sportovní aktivity jsou například míčové hry, pěší turistika či plavání. Nebezpečné je vodní lyžování, překážkový běh, cvičení na kruzích ve výškách, lyžování, jízda na koni, střelba a šermování (Slezáková, 2014).

Režimová opatření

U pacientů diagnostikovaných epilepsií musíme zkontrolovat a případně upravit zařízení bytu a míst, kde se nejčastěji pohybuje, obzvlášť pokud se u nemocného vyskytly záchvaty s pádem, křečemi a bezvědomím. Snažíme se odstranit předměty, o které by se

dítě mohlo při pádu poranit. Je rovněž bezpečnější, aby se nemocný vyhýbal výtahům, obzvlášť když nemá doprovod, nekoupal se bez dozoru, měl doprovod na delší výlety a podobně. Pacient by u sebe měl mít doklad nebo informaci o své nemoci a kontakt na osobu blízkou či lékaře. Důležitou roli vedle rodiny hrají také u dětí učitelé, vychovatelé, spolužáci nebo přátelé, proto se nebojme o problémech s epilepsií otevřeně hovořit (Stehlíková, Modrá 2017). Důležitý je také pracovní obor epileptika. Nesmí pracovat v rizikových provozech, kde by při eventuálním záchvatu mohlo dojít k úrazu, nebo ohrožení zdraví jeho okolí. Obecným pravidlem je, že pracovní riziko nesmí přesahovat riziko běžného života. Vždy však záleží na individuálním posouzení frekvence záchvatů a případné kompenzace choroby. Epileptici nesmějí pracovat pod vodou, výškách, v dolech, v kolejišti, u otevřených rotujících nekapotovaných strojů, nesmějí řídit motorová vozidla ani tramvaje a trolejbusy, nesmějí sloužit se zbraní. Nesmí také sloužit v nočních směnách (Ambler, 2011).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl práce: Zmapovat informovanost vybraných nelékařských zdravotnických pracovníků o onemocnění epilepsie.

Výzkumné otázky:

1. Jak respondenti subjektivně hodnotí své znalosti o problematice epileptických stavů?
2. Jaká je objektivní znalost respondentů o onemocnění epilepsie?

2.2 Metodika výzkumu

Do bakalářské práce jsem vybrala výzkumnou metodu kvantitativního šetření. Pro sběr informací byl použit anonymní dotazník (příloha č. 1), který obsahoval 22 otázek pro vybrané nelékařské zdravotnické pracovníky se zaměřením zjistit, zda jsou dostatečně informováni o onemocnění epilepsii. Dotazník (příloha č.1) obsahoval 4 otevřené otázky, 13 uzavřených otázek a 4 polouzavřené otázky. Šetření se dělí na čtyři části. První část je demografický dopis, který obsahuje představení a vysvětlení podstaty dotazníku. První část dotazníku také zahrnuje instrukce k vyplnění. Druhá část obsahuje 6 otázek zaměřených na sociodemografická data, která poskytují základní informace o vyšetřovaném. Třetí část výzkumu Další 6 otázek se vztahuje k dalším šesti otázkám, jde o zjišťující části. 4 část- vědomostní část je o samotné informovanosti vyšetřujících o daném onemocnění a obsahuje 10 otázek.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů

Výzkumného šetření se mohli zúčastnit určení nelékařští zdravotničtí pracovníci, a tedy Praktické a Všeobecné sestry včetně Porodních asistentek, které souhlasily se zařazením do výzkumného šetření. Respondenti pracují na vybraných odděleních zdravotnického zařízení, nemocnici Jihlava. Aby dotazník mohl být rozdán, musel být zkontrolován a odsouhlasen jak náměstkyní ošetrovatelské péče dané nemocnice, tak vrchní i staniční sestrou vybraného oddělení.

2.4 Vlastní výsledky výzkumu

Bakalářská práce je psaná v programu Microsoft Word 7. Pro lepší přehlednost a názornost jsou výsledky zpracovány do grafů a tabulek, které jsou doplněny komentářem. Tabulky a grafy jsou vypracované v internetovém programu Microsoft excel.

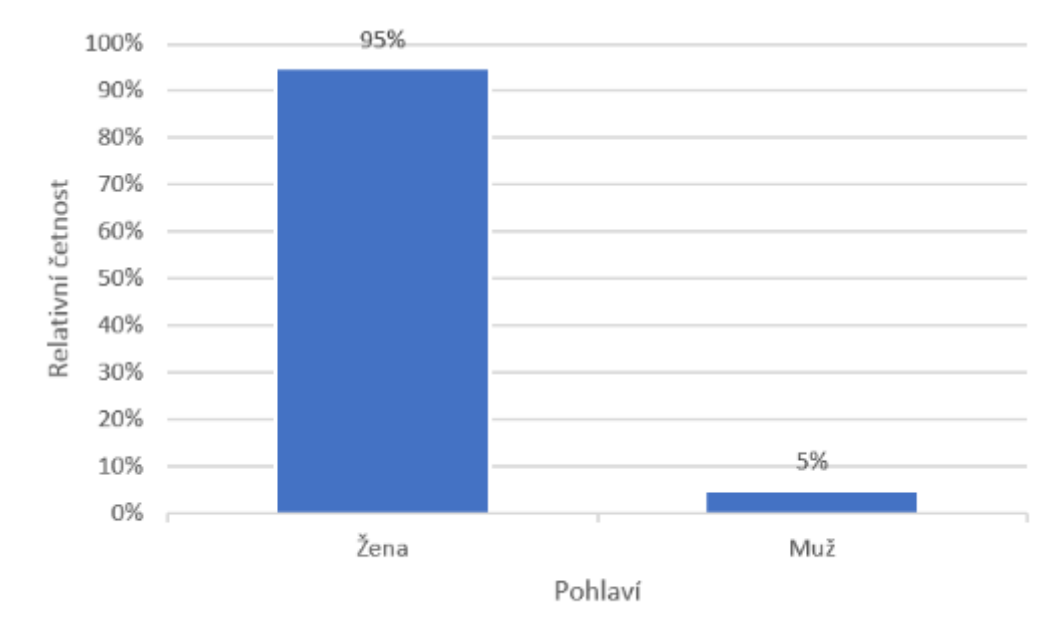
2.5 Charakteristika výzkumného prostředí

Výzkumné prostředí se odehrávalo v nemocnici Jihlava. Respondentům bylo dotazníkové šetření rozdáno na lůžkových oddělení, konkrétně obsahovalo chirurgické, interní, kardiologické, ortopedické a traumatologické, oční, gynekologické a otorinolaryngologické oddělení.

2.6 Průběh a popis výzkumu

Dotazníkové šetření probíhalo v nemocnici Jihlava, kde bylo rozdáno 100 dotazníků s prosbou o vyhotovení všech dotazníků. Zpětně mi tak bylo vyhotoveno všech 100 dotazníků.

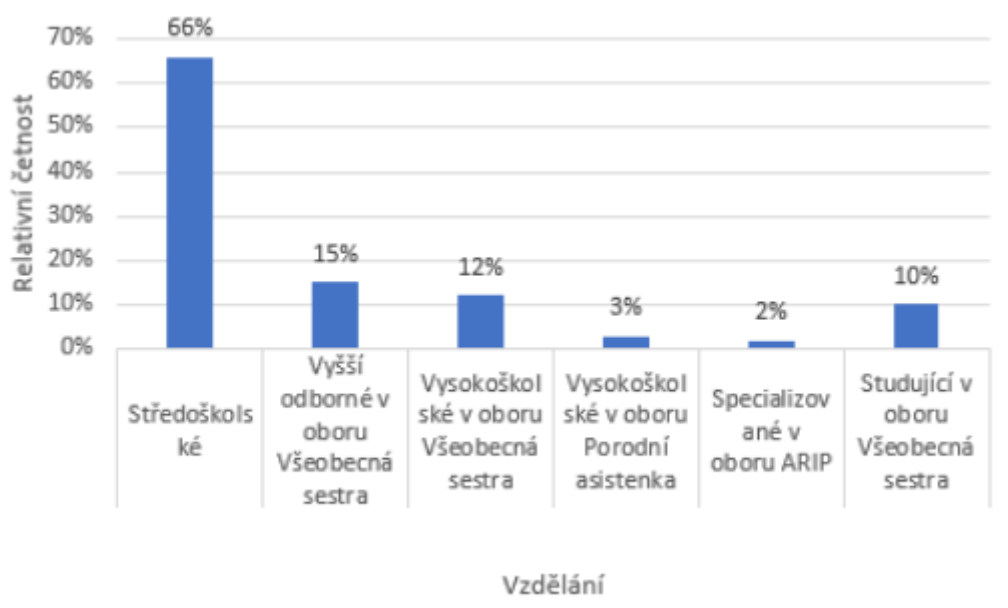
Otázka číslo 1: Pohlaví:



Graf 1 Pohlaví

Jak vyplívá z grafu číslo 1, 95 (95%) respondentů byly ženy, pouze 5 (5%) mužů bylo zachyceno v dotazníkovém šetření.

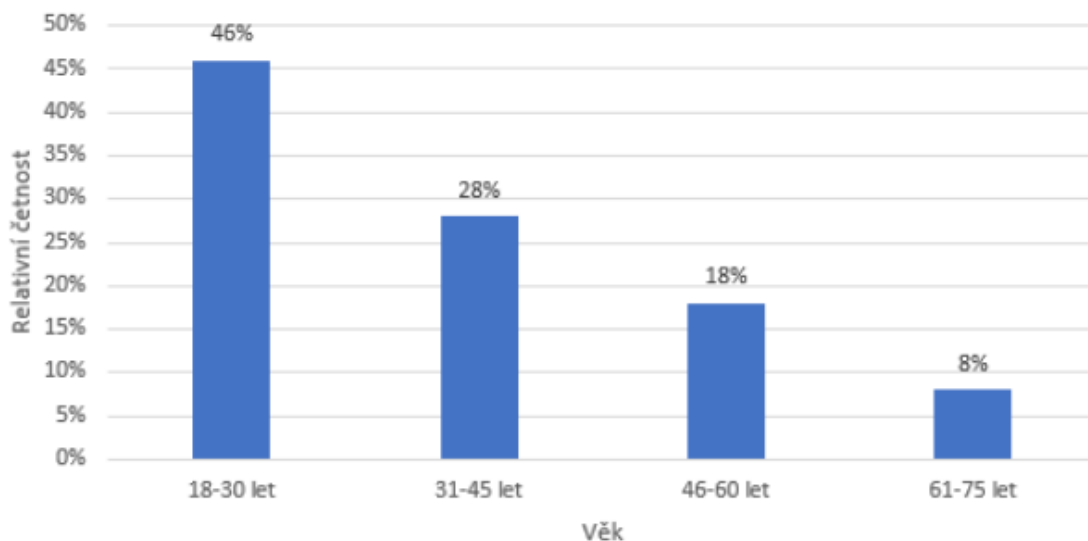
Otázka číslo 2: Dosažené vzdělání: (možno zvolit více odpovědí)



Graf 2 Vzdělání

Do otázky číslo 2, měli respondenti možnost dopsat název oboru v případě vyššího, než středního zdravotnického vzdělání. Do grafu jsou zaznamenány všechny odpovědi z dotazníku. U otázky na dosažené vzdělání 66 % (66) respondentů uvedlo, že byli absolventi střední zdravotnické školy, 15% (15) všech respondentů dosáhli vzdělání vyššího odborného v oboru Všeobecná sestra, 12% (12) všech respondentů jsou absolventi vysoké školy oboru Všeobecná sestra. 10% (10) respondentů stále studují obor Všeobecná sestra. 3 (3%) respondenti mají vystudovaný vysokoškolský obor Porodní asistentka a pouze 2 % (2) respondentů měli specializaci k oboru ARIP. Žádný z respondentů nestudoval jiný než z výše uvedených oborů a specializací.

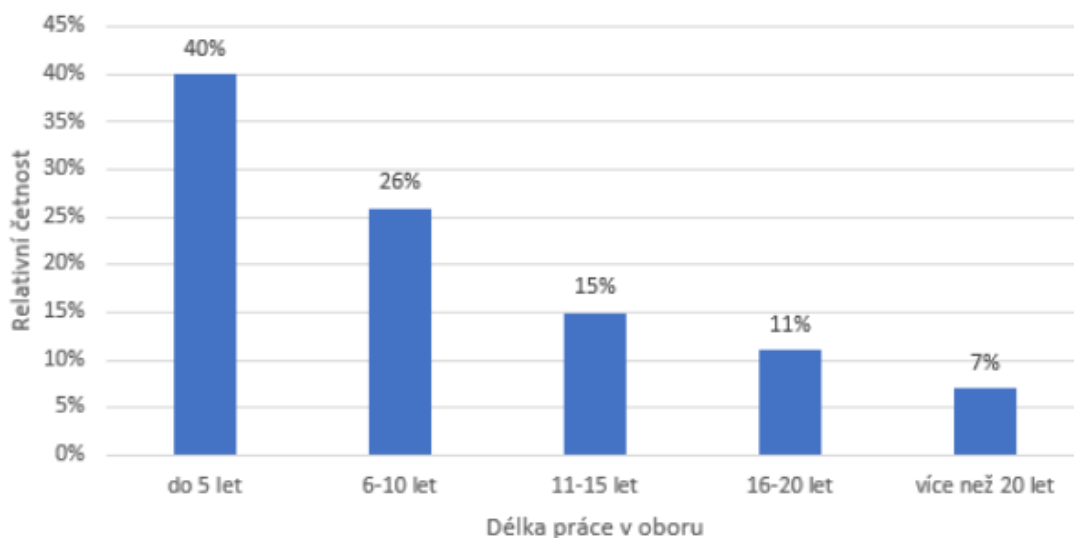
Otázka číslo 3: Věk:



Graf 3 Věk

Otázka byla otevřená, cílem otázky bylo zjistit, v jaké věkové skupině se vybraní NZP nacházejí. Až 46 respondentů (46%) udalo věk plné dospělosti, a tedy 18-30 let. 28% (28) respondentů se nachází v období mladého věku, 31-45 let. V rozmezí 46-60 let se nachází 18 respondentů (18%). 8 zbylých respondentů (8%) patří do kategorie 61-75 let.

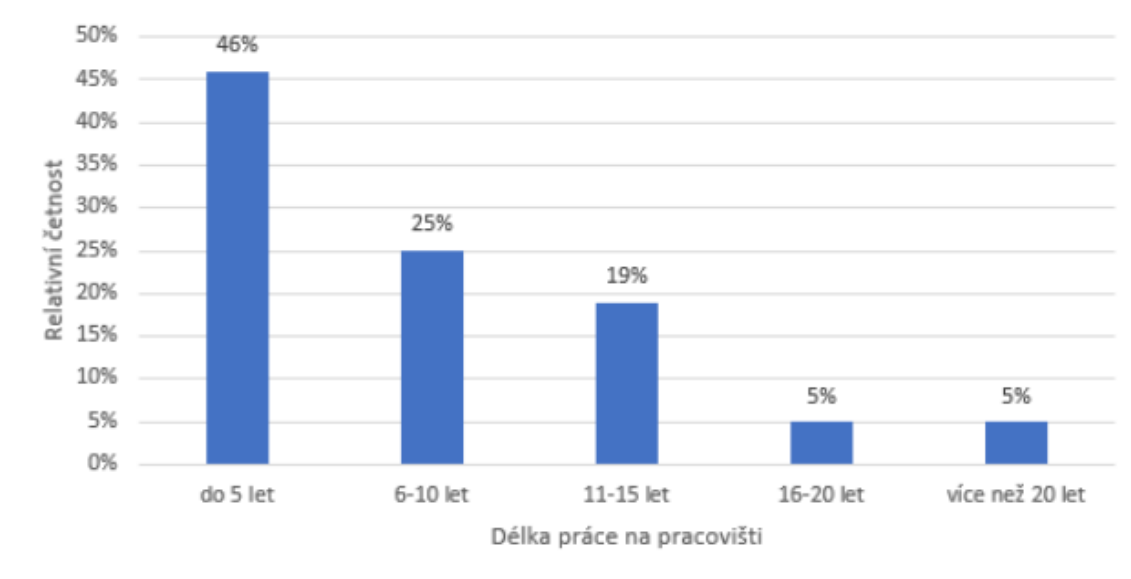
Otázka číslo 4: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?



Graf 4 Délka práce v oboru

Otázka byla otevřená a vyšetřující měli udat léta v zaokrouhlených číslech. 40% respondentů pracuje ve zdravotnictví pouze 0-5 let. 6-10 let pracuje ve zdravotnictví 26 respondentů, tedy 26%. 15% vyšetřovaných pracujících ve zdravotnictví 11-15 let. V rozmezí 16-20 let se nachází 11% vyšetřujících a pouhých 7% všech vyšetřovaných pracujících ve zdravotnictví více než 20 let.

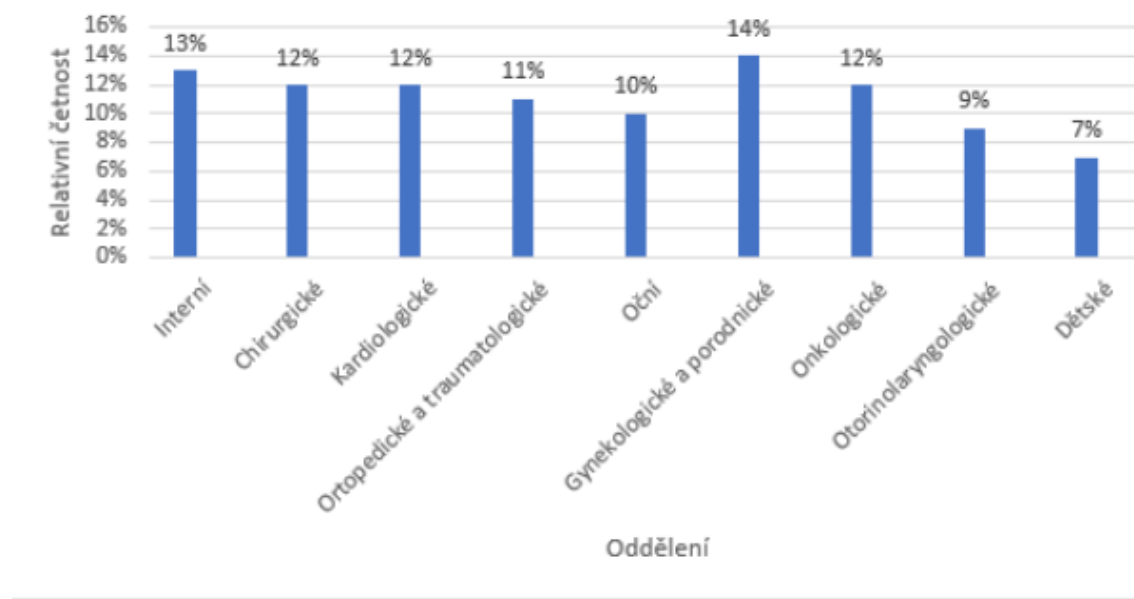
Otázka číslo 5: Jak dlouho pracujete na vašem současném pracovišti?



Graf 5 Délka práce na pracovišti

46% (46) všech respondentů pracuje na svém momentálním pracovišti do 5 let. 25% (25) respondentů udali jako odpověď 6-10 let, 19 respondentů, tedy 19% vybrali odpověď 11-15 let působení na svém současném pracovišti. 5 respondentů (5%) pracuje 16- 20 let na svém oddělení, a pouze 5 respondentů (5%) je na svém současném oddělení více než 20 let.

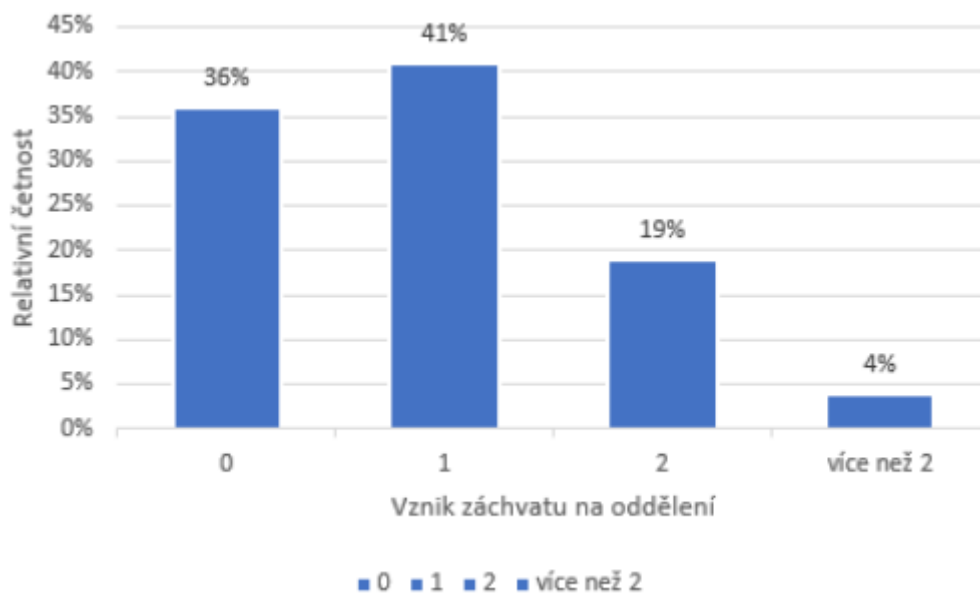
Otázka číslo 6: Oddělení, na kterém v současné době pracujete:



Graf 6 Oddělení

Graf nám říká, z jakých oddělení respondenti pochází. V případě že si respondenti nevybrali z odpovědí v dotazníku, mohli dopsat své oddělení zvlášť. Tyto odpovědi jsou také zahrnuty v grafu. Nejvíce respondentů pracuje na oddělení gynekologie a porodnice- 14% (14) respondentů, 13% (13) respondentů pracuje na interním oddělení. Vyrovnaný počet a tedy 12% (12) respondentů pracuje na oddělení chirurgie, kardiologie a onkologie. 11 respondentů (11%) je z ortopedického a traumatologického oddělení. 10% respondentů (10), je z oddělení očního a nejméně pak z oddělení otolaryngologie (9%, 9 respondentů) a dětského (7%, 7 respondentů).

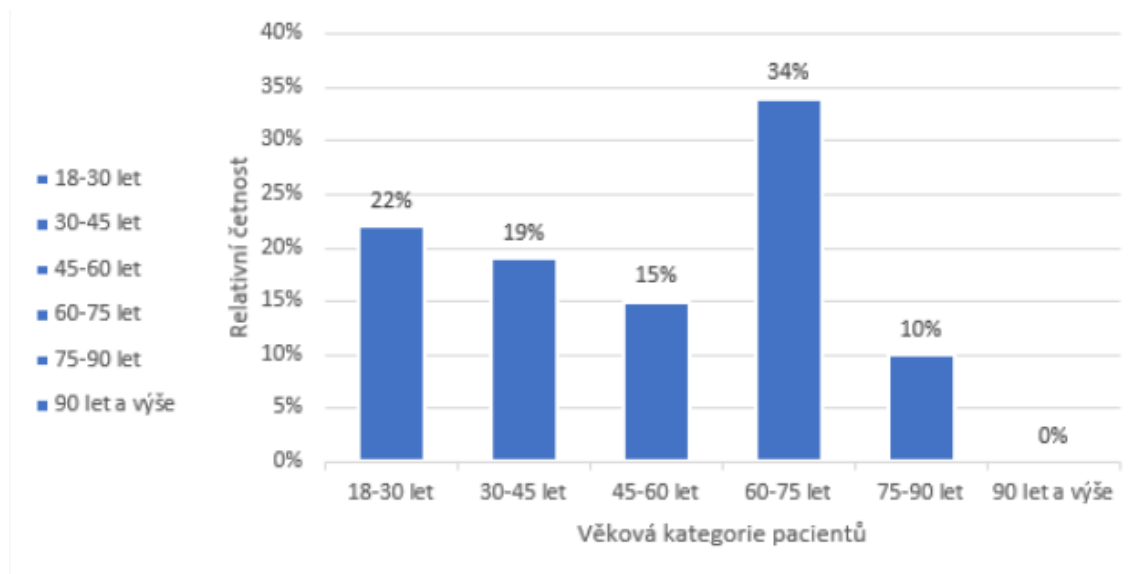
Otázka číslo 7: U kolika pacientů na vašem oddělení, vznikne v průběhu hospitalizace epileptický záchvat?



Graf 7 Vznik záchvatu na oddělení

Za účelem otázky bylo zjistit, kolik respondentů se setkalo s výskytem epileptického záchvatu na jejich oddělení. Otázka byla otevřená. Bylo zjištěno, že až 36 % respondentů (36 respondentů) se nikdy v průběhu hospitalizace nesetkalo s pacientem, u kterého proběhl epileptický záchvat. 41 (41%) respondentů se alespoň jednou za rok setká s pacientem, u kterého na oddělení vznikne epileptický záchvat. 19%, tedy 19 respondentů se 2x ročně setkají s epileptickým záchvatem na svém oddělení, a pouze 4 respondenti (4%) potkají více než 2 pacienty ročně s epileptickým záchvatem na svém pracovišti.

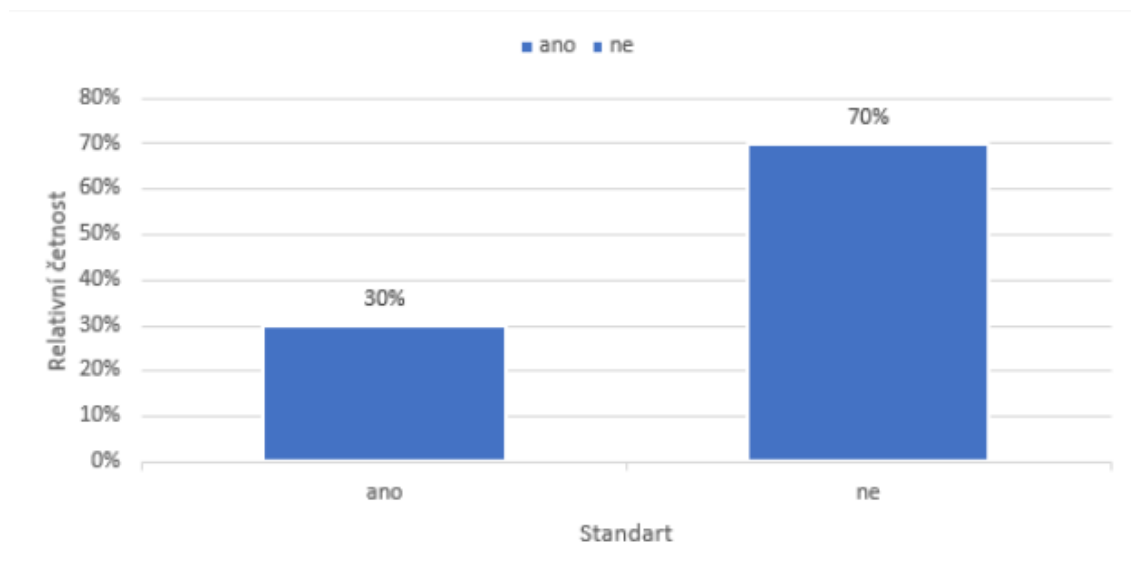
Otázka číslo 8: Jaká je nejčastější věková kategorie pacientů s epilepsií na vašem oddělení?



Graf 8 Věková kategorie pacientů

Dle grafu, nejčastější věková hranice epileptiků vyšla u věkové kategorie 60-75 let, kdy tuto odpověď zvolilo 34 respondentů (34%). Druhá nejčastější skupina s výskytem diagnózy epilepsie (22 respondentů, 22%) na oddělení je v mladém věku 18-30 let. 19 %, tedy 19 respondentů tvoří skupina pacientů ve věku od 30-45 let, 15 respondentů (15%) udalo věkové odvětví 45-60 let. Pouhých 10 respondentů (10%) vybralo odpověď s věkem 75-90 let. Nikdo nepovažuje věk 90 a výše za nejčastější věkovou kategorii pacientů s epilepsií na oddělení.

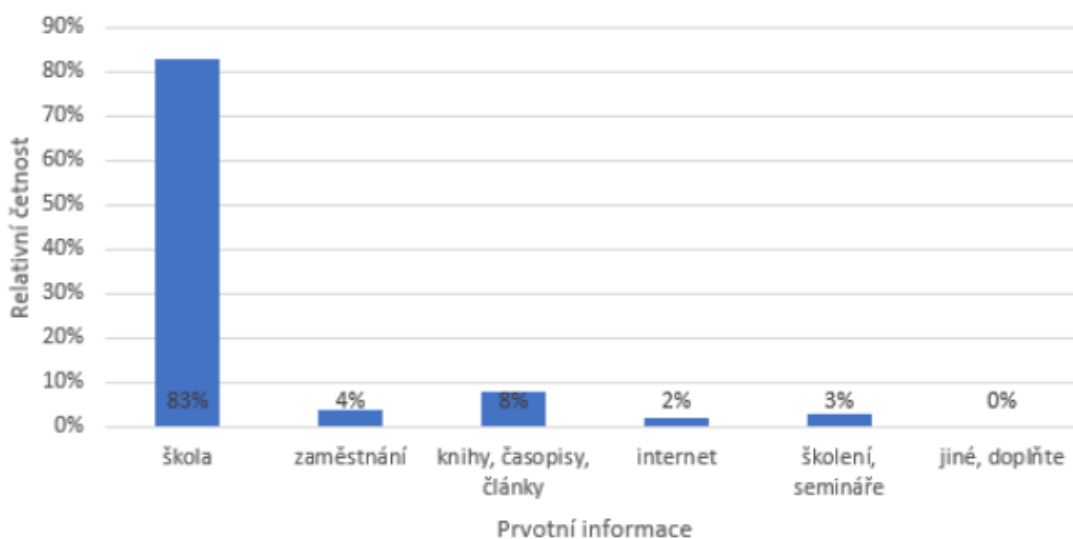
Otázka číslo 9: Máte na pracovišti vypracovaný standart zabývající se problematikou péče o pacienta s epilepsií?



Graf 9 Standart

Podle grafu má na pracovišti standart s problematikou péče o pacienta s epilepsií 30% respondentů (30 respondentů), zbylých 70 % respondentů na svém pracovišti nemají žádný standart o problematice péče pacienta diagnostikovaným epilepsií. V nemocnici Jihlava je vypracovaný standart o epileptickém statu.

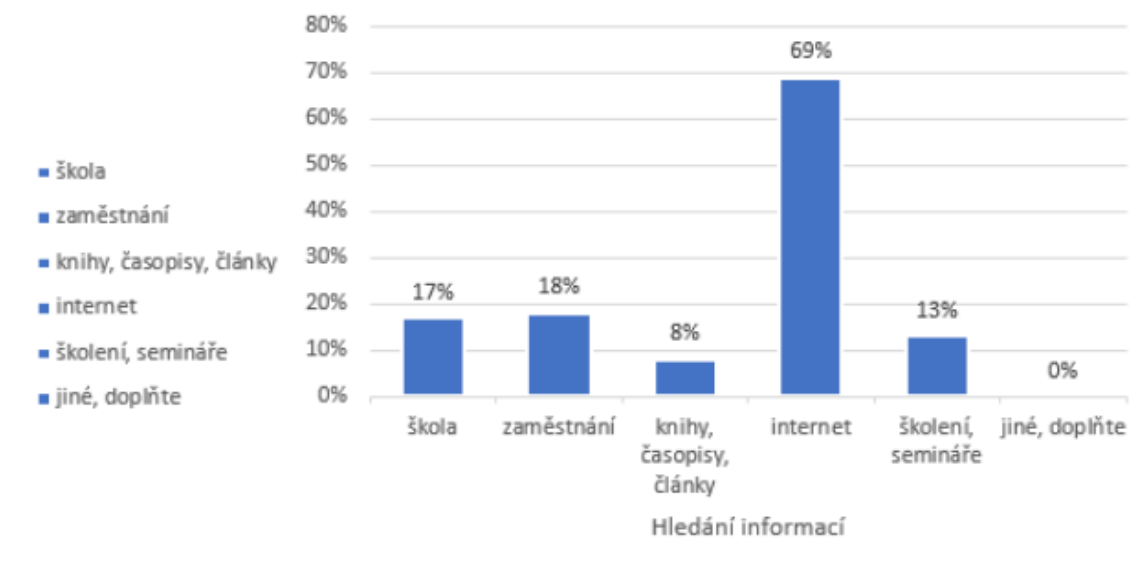
Otázka číslo 10: Kde jste získali prvotní informaci o problematice epilepsie?



Graf 10 Prvotní informace

Podle grafu získali první informaci o problematice epileptických stavů respondenti ve škole, a to až u 83 % případů (83 respondentů), 8 % respondentů pak tvoří samostudium knih, časopisů a článků, 4 respondenti (4%) se o této problematice dozvěděli v zaměstnání, pouhá 3 % respondentů, tedy 3 respondenti využili možnost školení či semináře, a 2 % případů použili jako zdroj internet, jedná se o dva respondenty.

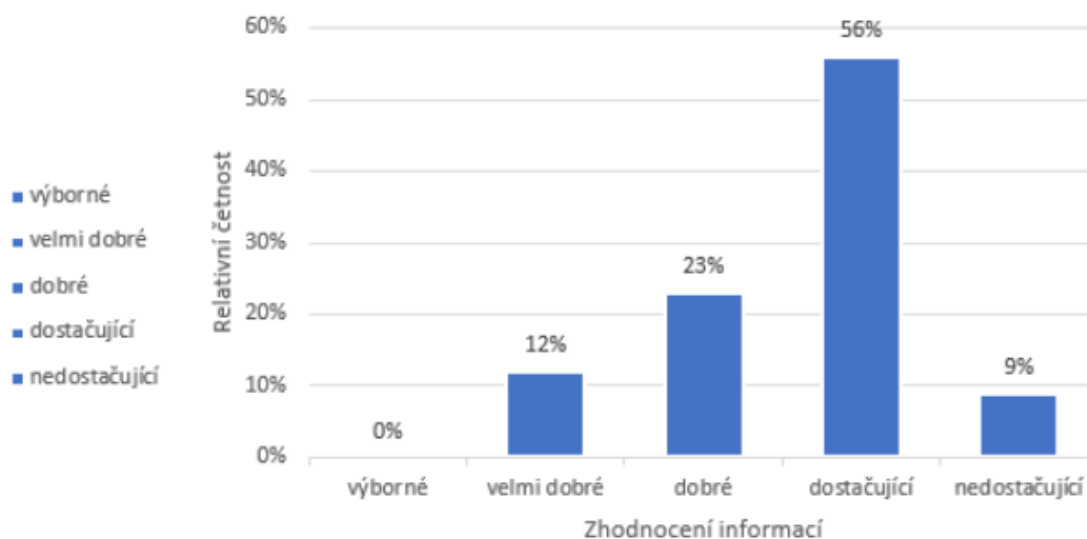
Otázka číslo 11: Kde byste hledali v případě potřeby informace o problematice epileptických stavů? (možno zvolit více odpovědí)



Graf 11 Hledání informací

Převážný počet respondentů (69 %, 69 respondentů) udalo, že by informace o epilepsii hledali na internetu, 18 (18 %) všech respondentů, by upřednostnili zeptat se v zaměstnání, edukaci v článkách, knihách a časopisech by hledalo 8 % všech respondentů tzn. 8 respondentů. Pouhých 5%, 5 respondentů by se informovalo ve škole, tento nízký počet respondentů lze předpokládat z důvodu provádění výzkumu u zaměstnanců s již ukončeným studiem. Ani jeden z respondentů by nevolil školení a semináře při vyhledávání informací o epileptických stavech.

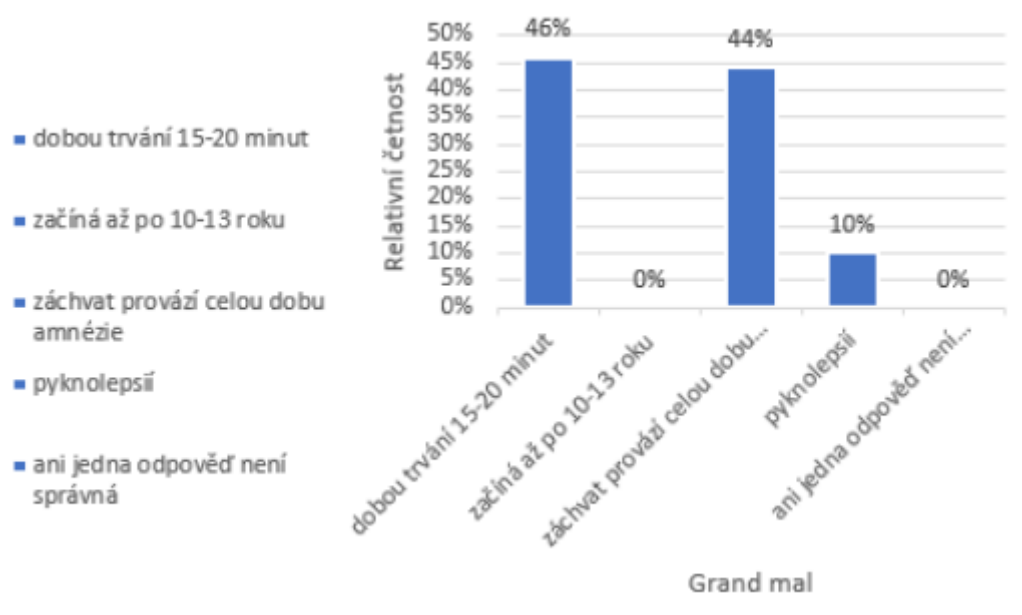
Otázka číslo 12: Jak byste zhodnotili své teoretické znalosti o epilepsii?



Graf 12 Zhodnocení znalostí

Až 56 respondentů (56%) považují své znalosti o onemocnění za dostačující, 23 % respondentů udalo, že jejich vzdělání je dobré, pouhých 12 % (12) respondentů si myslí, že jejich znalosti jsou velmi dobré, a bohužel 9% respondentů berou své znalosti jako nedostačující, jde o 9 respondentů. Žádný z respondentů neuvedl, že jeho informovanost je na výborné úrovni.

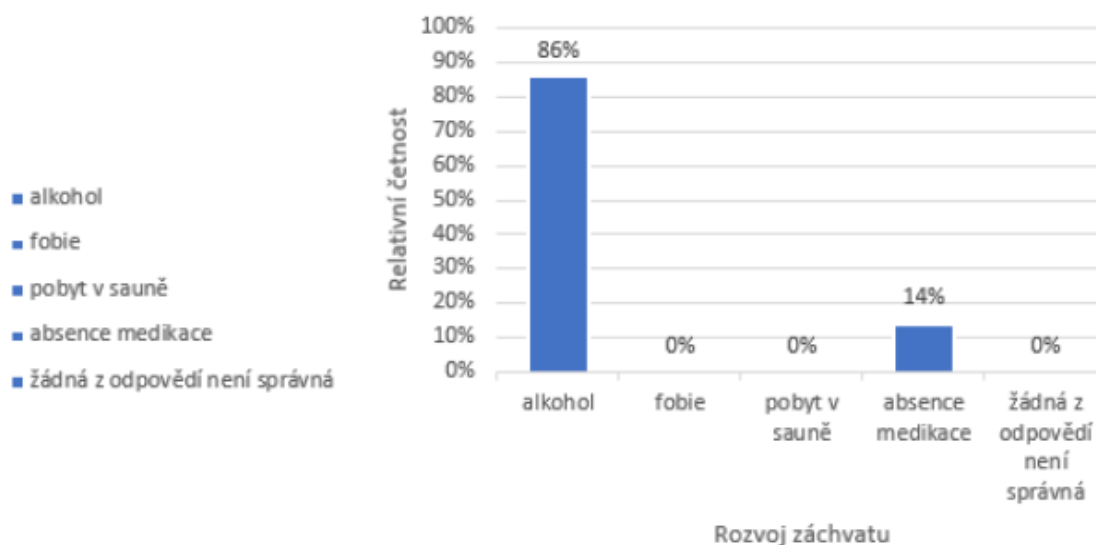
Otázka číslo 13: Grand mal je charakteristický:



Graf 13 Grand mal

Z grafu vychází, že skoro polovina (46 %) 46 respondentů udává, že Grand mal je charakteristický dobou trvání 15-20 minut, o 2 respondenty méně, 44 tudíž 44 % respondentů si myslí, že záchvat provází celou dobu amnézie. 10 % respondentů charakterizuje Grand mal pyknolepsií. Žádný z respondentů si nemyslí, že záchvat začíná až po 10-13 roku života. Za správnou odpověď považujeme amnézii během záchvatu, jen v ojedinělých případech si pacient může průběh záchvatu pamatovat.

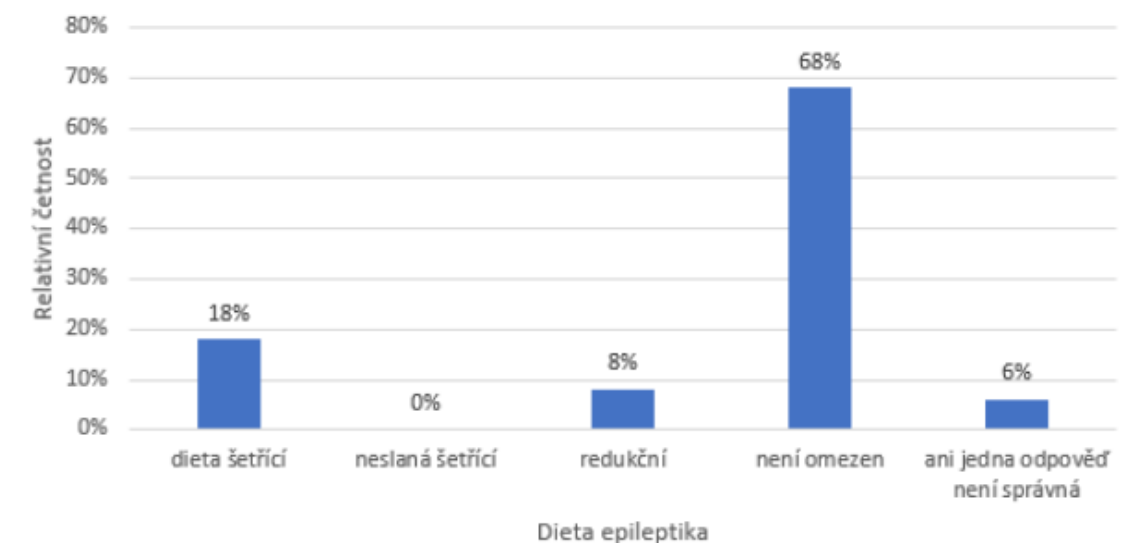
Otázka číslo 14: Uved'te faktor, podílející se na rozvoji epileptického záchvatu:



Graf 14 Rozvoj záchvatu

86 % respondentů udává, že alkohol může být příčina rozvoje epileptického záchvatu, 86 respondentů tak vybralo správnou odpověď. Absenci medikace uvedlo 14 % vyšetřujících. Žádný z respondentů si nemyslí, že pobyt v sauně nebo fobie může rozvíjet epileptický záchvat. Všichni respondenti se shodli, že buď alkohol, nebo absence medikace zapříčiňuje rozvoj epileptického záchvatu.

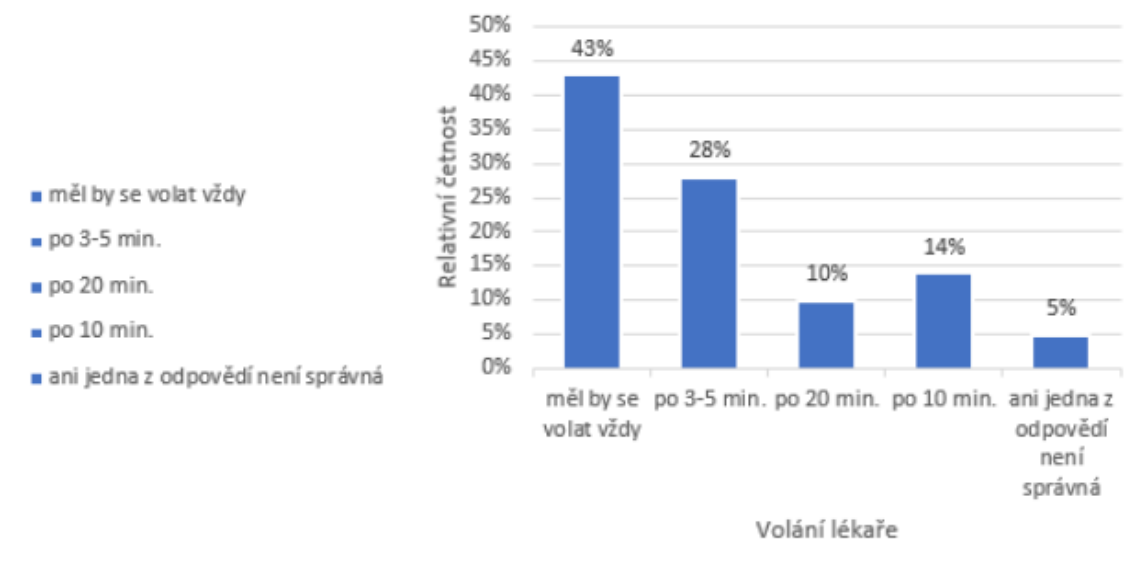
Otázka číslo 15: Nejčastější doporučená dieta epileptikům je:



Graf 15 Dieta epileptika

Až 68 % respondentů udalo správně, že lidé s diagnózou epilepsie nejsou nijak dietně omezení, správnou odpověď tedy vybralo 68 respondentů. 18 % (18) respondentů by pacientovi doporučili dietu šetřící, dietu redukční vybralo 8 % respondentů, tedy 8 vyšetřujících. 6% nelékařských zdravotnických pracovníků by volili jinou než z uvedených diet, a žádný z respondentů by nevolil dietu neslanou šetřící.

Otázka číslo 16: Po jakém časovém intervalu neustupujícího epileptického záchvatu byste měl/a volat lékaře?



Graf 16 Volání lékaře

43 % respondentů se shodlo, že by se lékař měl volat při každém epileptickém záchvatu, to ovšem není nutné, pokud to u pacienta zrovna nebyl první záchvat v životě. Druhá nejčastější a taky správnou odpověď udalo správně 28 % respondentů- volat záchrannou pomoc po 3-5 minutách. 14 % vyšetřujících udalo odpověď, volat pomoc po 10 minutách neustupujícího epileptického záchvatu. 10 % (10) respondentů by volali o pomoc až po 20 minutách záchvatu, a 5 % všech respondentů by volili jinou volbu než z uvedených, 5 respondentů ze 100.

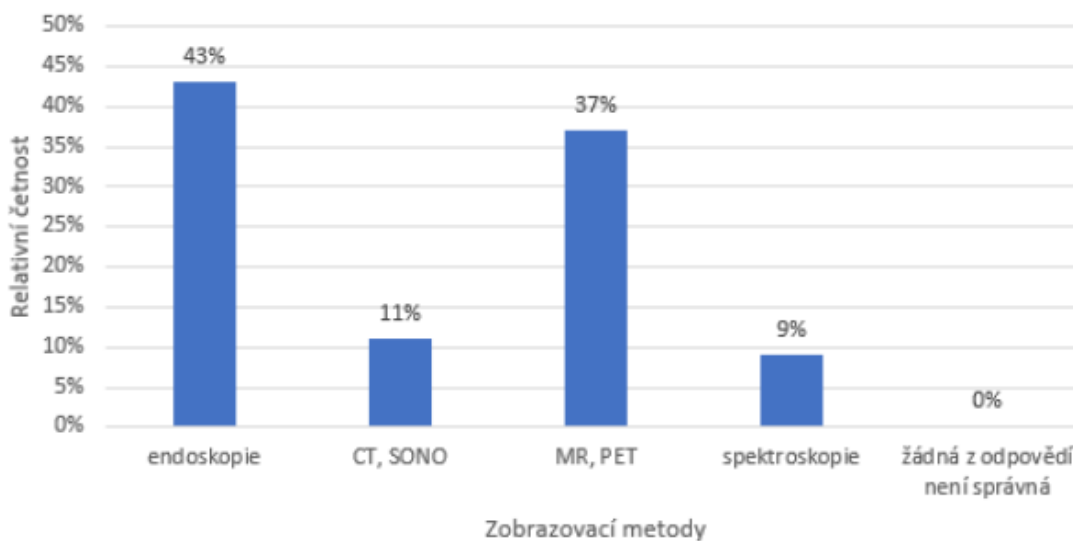
Otázka číslo 17: Doporučovaným druhem zájmové aktivity pro epileptiky je:



Graf 17 Aktivita epileptika

Dle grafu, by celých 71 % (71) respondentů epileptikům doporučili pěší turistiku. Tahle zvolená odpověď je správná, ovšem každý individuální epileptik by měl zvážit, zda se pouštět do delších tras. 19 % respondentů by nezvolilo žádnou z uvedených odpovědí, 10 vyšetřujících vybralo zájmovou aktivitu práci na počítači (10% respondentů). Ani jeden z respondentů nedoporučuje jízdu na koni, která sice může být prospěšná v rámci hipoterapie při dohledu, avšak u lidí s nekompenzovanou epilepsií je příliš velké riziko pádu a úrazu.

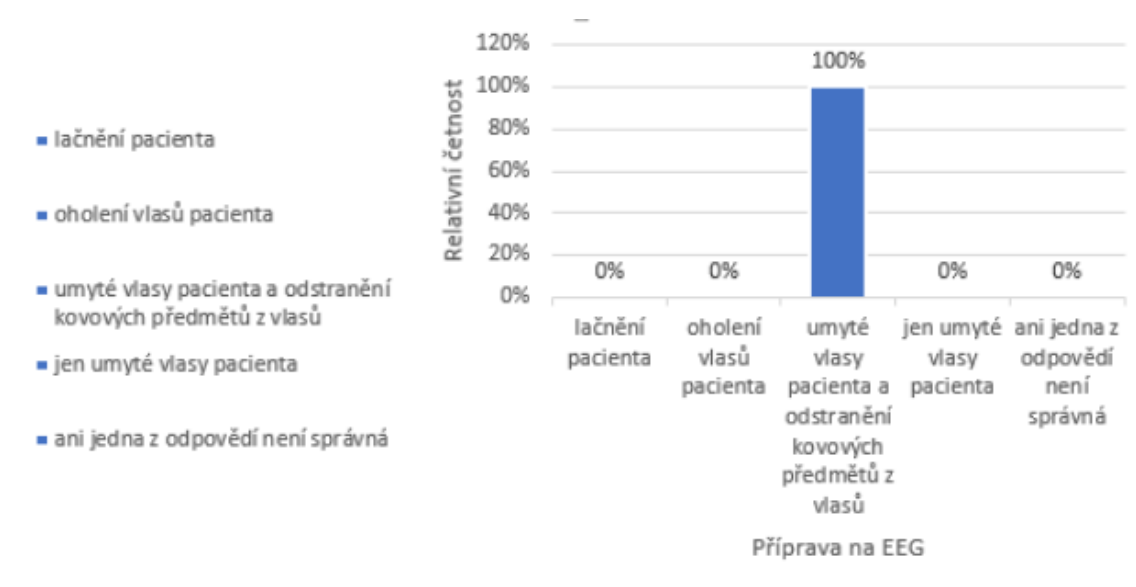
Otázka číslo 18: Která ze zobrazovacích metod se neprovádí u epileptických stavů?



Graf 18 Zobrazovací metody

Většina respondentů (43%) uvedla správně, že u epileptických stavů je vyloučena endoskopie. Druhý nejvyšší počet respondentů (37 %) uvedlo, že se u epileptických stavů neprovádí magnetická rezonance ani pozitronová emisní tomografie. Tyto dvě vyšetření patří k nejvyužívanějším zobrazovacím metodám u onemocnění epilepsie. 11 respondentů uvedlo ze se u epileptických stavů nevyužívá vyšetření CT a sonografie (11% respondentů).

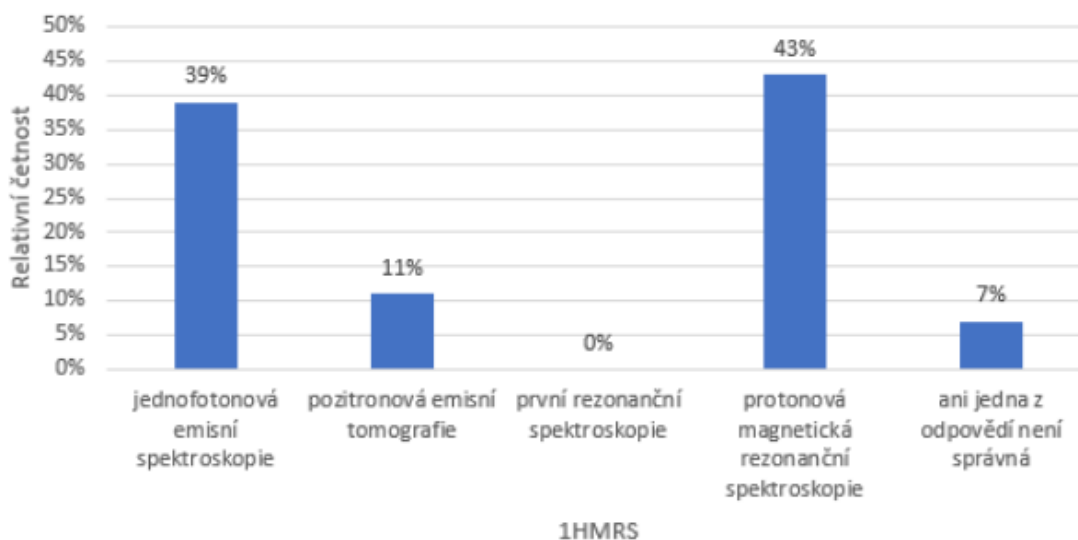
Otázka číslo 19: Příprava na EEG vyšetření je založena na:



Graf 19 Příprava na EEG

Dle grafu můžeme usoudit, že 100% respondentů je správně informováno o základní přípravě pacienta na EEG vyšetření, 100 respondentů totiž udalo správně, že příprava na EEG vyšetření spočívá v umytí pacientových vlasů včetně odstranění všech kovových částí.

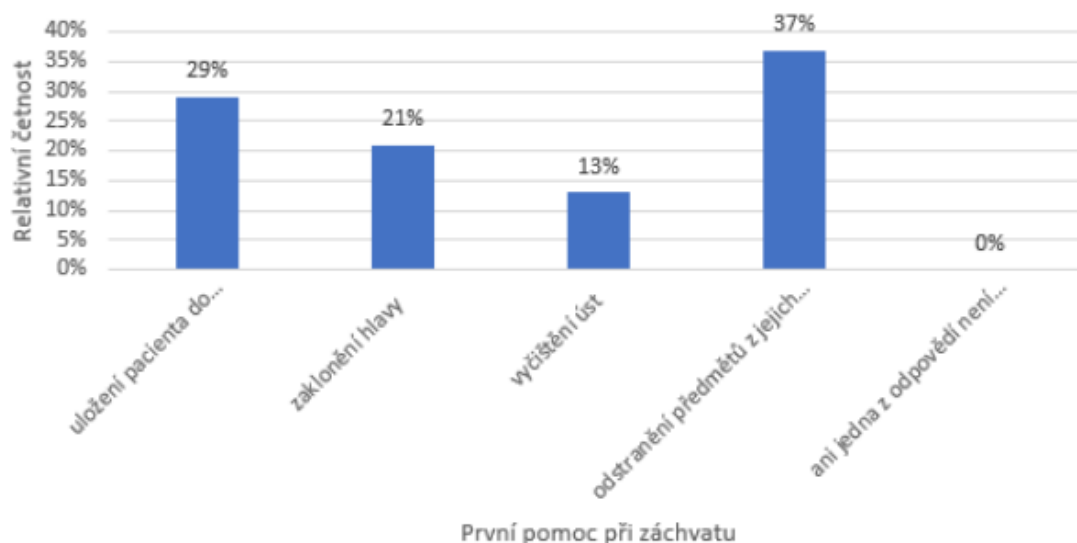
Otázka číslo 20: Definujte zkratku 1HMRS:



Graf 20 1HMRS

Největší skupina respondentů (43 %, 43 respondentů) zvolila správnou odpověď a to, že zkratka 1HMRS znamená protonová magnetická rezonanční spektroskopie, 39 %, 39 respondentů zvolili jako odpověď jednofotonovou emisní spektroskopii. 11 %, tedy 11 respondentů zvolilo pozitronovou emisní tomografii. Zbytek, tedy 7% (7 respondentů) respondentů by vybralo jinou než ze zvolených odpovědí.

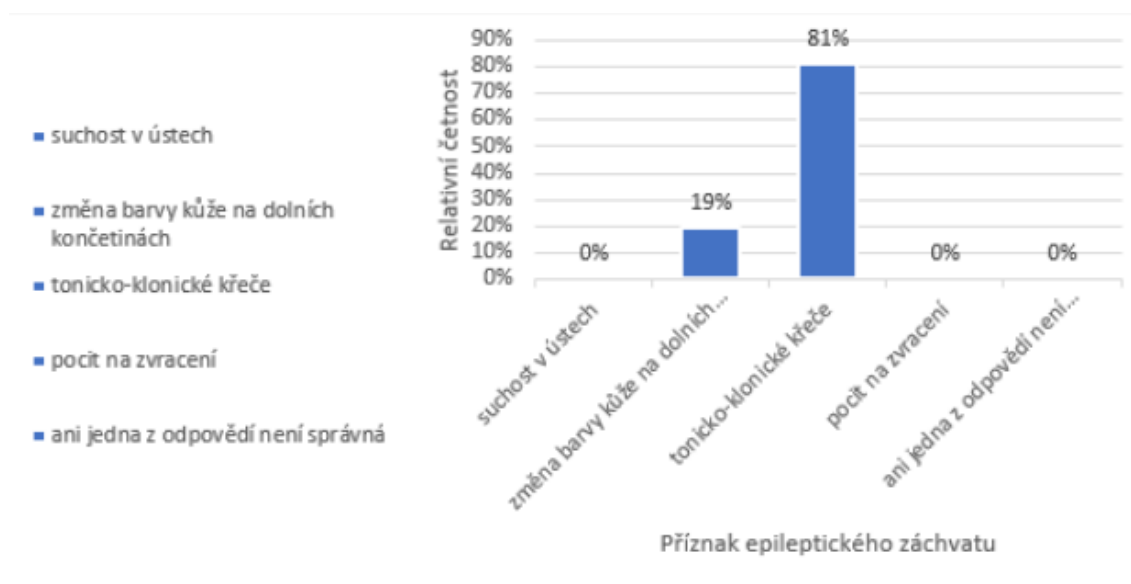
Otázka číslo 21: Pokud se vyskytne epileptický záchvat u nemocného v průběhu hospitalizace, kterou z následujících intervencí neprovedete:



Graf 21 První pomoc při záchvatu

Nejčastější odpověď, tedy 37 % (37 respondentů) uvedla odpověď- při výskytu epileptického záchvatu u nemocného v průběhu hospitalizace odstranit v první řadě z okolí postiženého předměty, o které by si mohl ublížit. 29 % všech respondentů by pacienta uvedli do antitrendelenburgové polohy, tuto odpověď považujeme za správnou. 21 % (21 respondentů), by pacientovi zaklonili hlavu, 13 % vyšetřujících by postiženému zaklonili hlavu. Ani jeden z respondentů by si nevybral jinou než z výše uvedených.

Otázka číslo 22: Hlavním příznakem epileptického záchvatu je:



Graf 22 Příznak epileptického záchvatu

Dle grafu až 81 % (81 respondentů) by poznalo hlavní příznak epileptického záchvatu, tonicko-klonické křeče. 19 % (19) respondentů si myslí, že hlavní příznak záchvatu je změna barvy kůže na dolních končetinách. Žádný z respondentů neuvedl jinou odpověď.

2.7 Diskuze

Cílem práce bylo zjistit, jak jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci informováni o problematice epileptických stavů. Dotazník byl rozdán vybraným nelékařským zdravotnickým pracovníkům na lůžkových oddělení nemocnice Jihlava, dotazník nebyl cíleně rozdaný na oddělení JIP a oddělení neurologie. V souladu s cílem byly vytvořeny dvě výzkumné otázky.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1: Jak respondenti subjektivně hodnotí své znalosti o problematice epileptických stavů?

K této výzkumné otázce se vztahuje otázka číslo 12. U otázky jak by respondenti zhodnotili své teoretické znalosti o epilepsii, měli na výběr z pěti možností odpovědi, na hodnotící škále 1-5, kdy 1-výborné a 5-nedostačující. Nejvíce respondentů (56%, 56 respondentů) odpověděli, že svoje znalosti hodnotí jako dostačující. To je neuspokojivé zjištění vzhledem k nutnosti informovanosti nejen nelékařského zdravotnického personálu o diagnóze epilepsii. 23 respondentů (23%), si přisuzují dobrou informovanost o onemocnění, což je jako střed o něco přívětivější. Žadný ze 100 respondentů neuvedl, že si myslí, že je jeho informovanost o onemocnění je na výborné úrovni a dokonce až 9 respondentů říká, že je jejich vzdělání o nemoci nedostačující. Graf nám ukázal velice špatné subjektivní hodnocení respondenta, kdy na žádném z výše uvedených oddělení nenajdeme ani jednoho pracovníka, který by řekl, že je výborně informován o znalostech epilepsie. Tyto získaná data mohou být ovlivněna například kritickým hodnocením samotného respondenta.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2 Jaká je objektivní znalost respondentů o onemocnění epilepsie?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky z dotazníku číslo 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22. Z první vědomostní otázky, Grand mal je charakteristický, uvedla skoro polovina (44%) respondentů, že záchvat provází celou dobu amnézie. Jen v ojedinělých případech si pacient může průběh záchvatu pamatovat. Šeblová a Knor (2013) ve své knize uvádí, že po probuzení trpí pacient zmateností, amnézií na incident. S tímto názorem koresponduje 44% odpovědí z dotazníkového šetření. Na otázku, která dieta je doporučována pacientům s diagnózou epilepsie uvedlo 68 respondentů (68%), že pacient není dietně omezen. To potvrzuje i Slezáková (2014), která tvrdí, že pacient

není nijak dietně omezený, důležité je pouze dodržovat správnou životosprávu. Stehlíková (2016) doporučuje, vyhýbat se zevním vlivům, které vyvolávají záchvaty jako např. alkoholu, dlouhé práci na PC nebo stroboskopickému světlu, stejně tak v mém průzkumu 86%, tedy 86 respondentů udalo alkohol jako faktor, podílející se na rozvoji epileptického záchvatu. Dle Strýčka a Šrámka (2018) obecně doporučeným postupem po neustupujícím epileptickém záchvatu je zavolání ZZS, pokud u pacienta přetrvává záchvat déle než 5 minut. Vojtová je názoru, že zavolat ZZS by se měla po déle než 3 minutách neustupujícího epileptického záchvatu. V mém výzkumu se nejvíce (43%) respondentů (43) shodlo na tom, že by se ZZS měla volat při každém epileptickém záchvatu, to však dle autorů není třeba, volat by se mělo jen v případě první epileptického záchvatu, či např. poranění pacienta, tudíž téměř polovina vyšetřovaných (43, 43% respondentů), by volali lékaře vždy, nehledě na druh a okolnosti epileptického záchvatu. Dle Modré a Stehlíkové (2016) také není nutný transport do nemocnice. Spolek EpiStop (2017), který též zastává názoru, že transport do nemocnice není nutný udává, že by se nemocný kromě výše uvedených, měl poslat do nemocnice i při kumulaci léků, či pokud přetrvává dezorientace nebo následují další záchvaty generalizované a hrozí tak status epilepticus. Marusič (2013) je také názoru, že by se lékař měl volat, jedná-li se o velký záchvat trvající déle než 5 minut. Správnou odpověď, a tedy že by se měl lékař volat 3-5 minut po neustupujícím epileptickém záchvatu zvolilo správně pouze 28% respondentů. Tato špatně zvolená odpověď může být ovlivněna nejen nedostatečnou informovaností, ale také určitě strachem o stav a zdraví nemocného, kdy si NZP nemusí být jistý, zda nejde o první epileptický záchvat, zda se např. pacient před nalezením o něco nezranil. Eva Matoušková (2016) ve své bakalářské práci udává, že pěší turistiku můžeme vřele doporučit, nejsou však vhodné dlouhé tratě bez doprovodu. Je třeba taky dbát na dostatečnou rezervu, pěší turistiku doporučuje i Slezáková (2014). 71% respondentů by v otázce: doporučovaným druhem zájmové aktivity pro epileptiky zvolilo správnou odpověď- pěší turistiku. Na otázku, která ze zobrazovacích metod se neprovádí u epileptických stavů udalo 11 (11%) respondentů odpověď CT a SONO. Brázdil i Seidl (2015) tuto odpověď vyvrátilo. Brázdil (2011) uvedl, že CT mozku je akutně indikována vždy, zejména je-li podezření na lézi CNS. Brázdil a kol. (2011) uvedl, že MRI patří mezi nejcitlivější zobrazovací metodu pro identifikaci epileptických lézí, tudíž celých 37 (37%) respondentů zvolili špatnou odpověď. Dle EpiStop (2017) se spektroskopie provádí u pacientů zařazených do epileptochirurgického programu. Také Dezortová a kol.(2017) uvedl, že nejdéle

studovanou nemocí pomocí 1H MR spektroskopie. MR spektroskopie doplňovala nálezy na EEG a MRI. Tito autoři tedy potvrzují, že spektroskopie je v diagnostice epileptických záchvatů používána, tudíž 9 (9%) respondentů jsou mylně informováni. Slezáková (2014) uvedla, že příprava na EEG vyšetření je založena jen na umytých vlasech a odstranění kovových částí z vlasů pacienta. Dle grafu lze usoudit, že 100% respondentů určili správný postup přípravy pacienta na EEG vyšetření a všichni respondenti jsou tedy schopni připravit pacienta na vyšetření EEG. U otázky, kde měli respondenti definovat zkratku 1HMRS, správnou odpověď protonovou magnetickou rezonanční spektroskopií zvolilo 43%, tedy 43 respondentů. Seidl (2015) popisoval, že magnetická spektroskopie může být prováděna s celou řadou jader, kdy se nejčastěji pracuje s jádrem vodíku a fosforu. 1HMRS detekuje aminokyselinu N- acetylasparát, který je pokládán za ukazatel přítomnosti žijících neuronů. U otázky: pokud se vyskytne epileptický záchvat u nemocného v průběhu hospitalizace, kterou z následujících intervencí neprovedete, Stehlíková a Modrá (2016) potvrzují, že za správnou odpověď můžeme považovat uložení do antitrendelenburgové polohy, protože ve své publikaci uvádí, že se pacient uvádí do zotavovací polohy. Dle grafu č. 22 by až 81 % respondentů poznali hlavní příznak epileptického záchvatu, tonicko-klonické křeče. Podle Marusiče a Krijtové (2010), definice epilepsie vyžaduje výskyt opakovaných (tzn. nejméně dvou) neprovokovaných epileptických záchvatů, první epileptický záchvat je konvulzivní, tedy primárně nebo sekundárně generalizovaný tonicko-klonický záchvat který je charakterizován tonicko- klonickými křečemi .

2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Mezi nejdůležitější kritéria informovanosti NZP o onemocnění je určitě jejich zájem o vzdělávání, školení a semináře. Zaškolovat by se měl nejen tým nelékařského zdravotnického personálu, ale také lékaři včetně managementu. Zdravotní sestry, ale např. i lékaři na neurologických odděleních jsou lépe informováni v problematice epileptických stavů, nebylo by jistě od věci zaškolovat NZP z jiných oddělení, kteří se také na svých odděleních potýkají s touto problematikou. Mnohé problémy by tak mohlo vyřešit školení těchto pracovníků. Pracovníci v nemocnicích, by si tak měli vzájemně pomáhat, na školeních tak rozvinout problematiku daných oddělení a taky udělit rady do praxe. Vzhledem k tomu, že mimo lékaře i sestra musí vědět, jak by měla pacienta i rodinu informovat nejen o problematice onemocnění, ale také o specifikách ošetrovatelské péče, měla by být dobře a správně informovaná. Bylo by nežádoucí, kdyby byly pacientovi podávány mylné informace.

Závěr

Cílem mé práce bylo zjistit informovanost sester o problematice epileptických stavů v klinické praxi. Cíl byl splněn pomocí dotazníkového šetření, který byl rozdán vybranému nelékařskému zdravotnickému personálu, a tedy Všeobecným sestrám, Praktickým sestrám a Porodním asistentkám na oddělení nemocnice. Ačkoliv dotazník neumožňuje prozkoumat informovanost vybraných vyšetřujících do hloubky, díky výhodě dotazníkového šetření jakožto velkého počtu respondentů, bylo možné jak subjektivně tak objektivně dobře zhodnotit informovanost respondentů o epilepsii. V teoretické části bakalářské práce je obecně popsána epilepsie, včetně specifík péče o pacienta s touto diagnózou, navazuje to na část výzkumnou, která je rozdělena na dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka se subjektivně zajímala o informovanost vybraných NZP. Zjistilo se, že 56 respondentů, tedy více než polovina (56%), ohodnotili své znalosti o epilepsii na škále od 1-5, kdy jedna je výborná znalost a pět nedostačující, pouze známkou 4-dostačující.

Druhá výzkumná otázka byla, jaká je objektivní znalost respondentů o onemocnění epilepsie, které byla vyhodnocena z vědomostní části dotazníku, z deseti otázek, které se týkali objektivní informovanosti NZP o problematice onemocnění. Nejlépe informováni jsou respondenti o faktoru, který se podílí na rozvoji epileptického záchvatu, protože žádný z respondentů nezvolil špatnou odpověď. Alkohol patří k nejznámějším faktorům, které se podílejí na vývoji epileptického záchvatu. Další 100% úspěšná odpověď, a tedy dobrá informovanost o problematikách epileptických stavů je v přípravě pacienta na EEG vyšetření. Mezi další úspěšně vyplněné odpovědi patří otázka: doporučovaným druhem zájmové aktivity pro epileptiky je? Celých 71 % respondentů by správně epileptikovi doporučili pěší turistiku, avšak měli by pacienta správně informovat o nutnosti společnosti při vzdálenějších trasách. Úspěšně také dopadla otázka, kterou z diet by respondent doporučil epileptikovi, kdy více než polovina respondentů (68), 68% by zvolili správnou dietu, která je bez omezení. K nejhorším výsledkům v dotazníku patří informovanost o zavolání ZZS při neustupujícím epileptickém záchvatu, při kterém není nutností ihned volat lékaře, přesto 43% respondentů by ho ihned zavolalo. Tuto odpověď lze tolerovat z důvodu mnohých okolností nebo případných komplikací, které při záchvatu mohou nastat a záchránce si jich nemusí všimnout. V tomto případě je určitě lepší zavolat ZZS.

Při porovnání subjektivních a objektivních znalostí respondenta, subjektivní hodnocení samotného respondenta vyšlo hodnocením 4-dostačujícím. Z objektivního hodnocení byl udělaný průměr z deseti vědomostních otázek. Průměrné hodnocení ze všech deseti otázek, vyšlo na 60,1% úspěšnosti, které spadá do kategorie 2- vzdělání chvalitební.

Z výsledku výzkumu vyplynulo, že subjektivní hodnocení respondenta je horší, než to objektivní. Tyto výsledky mohou považovat za příznivé z důvodu, že objektivita hodnocení respondenta je důležitější, než samotné subjektivní hodnocení.

Časnost výskytu záchvatových onemocnění jak s poruchou, tak i bez poruchy vědomí způsobuje, že s nimi ve své klinické praxi přichází do styku snad každý lékař i sestra kteréhokoliv zaměření. Mnohokrát jsou tyto stavy diagnostickým problémem, který vyžaduje multidisciplinární přístup a spolupráci lékařů z různých odborů. Informovanost nejen sester, ale všech osob, kteří s onemocněním mohou přijít do styku je tedy velice důležitá.

Seznam použité literatury

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

BEDNAŘÍK, Josef, Zdeněk AMBLER a Evžen RŮŽIČKA 2010. *Epilepsie - příznaky* [online]. [cit. 2019-11-30]. Dostupné z: http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=22&cname=Neurologie&letter=E&termId=3399&tname=Epilepsie+-+p%C5%99%C3%ADznaky&h=empty#jump

BĚLOHLÁVKOVÁ, Anežka, Petr JEŽDÍK a Alena JAHODOVÁ 2018. *Chirurgická léčba epilepsie u dětí: současné trendy* [online]. [cit. 2019-11-30]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2018/02/03.pdf>

BRÁZDIL, Milan a kol., 2011. *Farmakorezistentní epilepsie. 2. doplněné a aktualizované vydání*. V Praze: Triton. 301 stran. ISBN 978-80-7387-495-7.

BRÁZDIL, Milan 2016. *Příznaky epilepsie: Od „nepamatování“ až po křeče* [online]. [cit. 2019-11-29]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/priznaky-epilepsie-od-nepamatovani-az-po-krece/>

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ, 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. 1.vyd. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.

BUŠEK, Petr., 2013. *Epilepsie* [online]. [cit. 2019-11-01]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/03/06.pdf>

ČECHOTOVÁ, Eva a Martina KRATOCHVÍLOVÁ, 2009. *Epilepsie*. [online]. [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/epilepsie-415951>

HASÍK, Juljo, Pavel SRNSKÝ, Josef ŠKOLA, Karel ŠTĚPÁNEK a Petr VLK. *STANDARDY PRVNÍ POMOCI* [online]. 2017 [cit. 2019-12-01]. Dostupné z: <https://www.cervenykriz.eu/cz/standardy/standardy-prvni-pomoci-2017.pdf>

KIRIAKOPOULOS, Elaine., 2018. *Wada test* [online]. [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <https://www.epilepsy.com/learn/treating-seizures-and-epilepsy/surgery/tests-surgery/wada-test>

KOLLÁR, Branislav., 2013. *Problematika diferenciálnej diagnostiky epileptických a neepileptických záchvatových stavov v klinickej praxi. Prvé vydanie*. Bratislava: Veda. 124 stran. ISBN 978-80-224-1297-11.

MARUSIČ, Petr a Hana KRIJTOVÁ., 2015. *Diagnostika epileptických záchvatů* [online]. [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2015-3-8/diagnostika-epilepticky-zachvatu-52138>

MARUSIČ, Petr a Hana KRIJTOVÁ., 2010. *První epileptický záchvat – diagnostický postup a indikace k zahájení terapie* [online]. [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/06/07.pdf>

MARUSIČ, Petr a Hana OŠLEJŠKOVÁ., 2017. *Nové klasifikace epileptických záchvatů a epilepsií ILAE 2017* [online]. [cit. 2019-11-16]. Dostupné z: http://www.clpe.cz/klasifikace_prehled_NPP_2018.pdf

MYTYZKOVÁ, Anna., 2009. *Neurální podstata epilepsie* [online]. Informační systém Masarykovy univerzity (IS MUNI). [cit. 2013-12-20]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/195614/prif_m/Neuralni_podstata_epilepsie.doc

NEČAS, Tomáš., 2017. *Febrilní křeče* [online]. [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2017-3-6/febrilni-krece-mene-je-nekdy-vice-60986>

OŠLEJŠKOVÁ, Hana., 2009. *Epileptické a neepileptické záchvaty v dětství a adolescenci*. Plzeň: Adela. Editio medicinae. ISBN 9788087094068.

PAŽOURKOVÁ, Marta aspol., 2015. *Význam magnetické rezonance v diagnostice epilepsie* [online]. [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2015-4/vyznam-magneticke-rezonance-v-diagnostice-epilepsie-52735/download?hl=cs&fbclid=IwAR1buzrYm7hp99Xp8wliC_Ggh9eEYCAO8wnkvnQtUM1GN1A5DcLC4WFcDUE

První pomoc při epileptickém záchvatu.,2013.EpiStopz.s. [online]. Praha, [cit. 2019-12-01]. Dostupné z: <https://www.epistop.cz/prvni-pomoc-2>

REKTOR Ivan., 2010. *Stručná epileptologie pro praxi* [online]. [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: http://www.neurologiapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4636&magazine_id=3

REKTOR, Ivan a Hana OŠLEJŠKOVÁ.,2010 *Stručná epileptologie pro praxi*. vyd. Olomouc: Solen s.r.o., Lazická 297/51, 77900 Olomouc, 2010. 51 s. Neurologie pro praxi 2010;11(suppl. D). ISBN 978-80-87327-38-8.

RYZÍ Michal.,2011. *Současné možnosti terapie Lennox-Gastautova syndromu* [online]. [cit. 2019-11-01]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/01/12.pdf>

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

SLEZÁKOVÁ, Zuzana.,2014.*Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024748689.

SLEZÁKOVÁ a kol., 2012 . *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy II:Pediatrie, chirurgie*. 2. vyd. Praha: Grada, s. 249. ISBN 978-80-247-3602-0.

Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií: EpiStop. Praha: [EpiStop], [2017]. ISBN 978-80-906982-0-8.

STEHLÍKOVÁ, Petra a Eva MODRÁ., 2016. *Epilepsie: základní informace o epilepsii*. Praha: Společnost "E". ISBN 9788090643215.

STEHLÍKOVÁ, Petra a kol., 2016. *Epilepsie: žijeme s epilepsií. Vydání první*. Praha: Společnost "E"/Czech Epilepsy Association. 44 s. ISBN 978-80-906432-0-8.

STRÝČEK, Ondřej., ŠRÁMEK, V.,2018. *Nová Definice status epilepticus a možnosti jehofarmakologické léčby. Anesteziologie a intenzivní medicína*. [online]. [cit.2018-01-01].Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/anesteziologieintenzivni-medicina/2018-4-8/nova-definice-status-epilepticus-a-moznosti-jehofarmakologicke-lecby-105653>.

ŠEBLOVÁ, Jana a KNOR, Jiří. et al. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ, ed., 2014. *Intenzivní medicína. 3., přeprac. a rozš. vyd.* Praha: Galén. ISBN 9788074920660.

ŠTEFÁNEK Jiří, 2014. *Westův syndrom.*, [online]. [cit. 2019-11-01]. Dostupné z: <https://www.stefajir.cz/?q=westuv-syndrom>

OŠLEJŠKOVÁ, Hana., 2011. *Diagnostika epilepsie* [online]. [cit. 2019-11-16]. Dostupné z: <https://telemedicina.med.muni.cz/pdm/detska-neurologie/index.php?pg=epilepsie--diagnostika-epilepsie>

VOJTOVÁ, Libuše Terezie., 2010. *Jak pomoci při epileptickém záchvatu* [online]. [cit. 2019-12-01]. Dostupné z: <http://www.kurzprvnipomoc.cz/clanky/clanky/jak-pomoci-pri-epileptickem-zachvatu.htm>

Seznam použitých zkratk

Apod.	A podobně
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervový systém
CT	Computer tomography (počítačová tomografie)
Diff.	Differential diagnosis (diferenciální rozpočet leukocytů)
DKK	Dolní končetiny
DNET	Dysembrioplastický neuroepiteliální tumor
EEG	Elektroencefalografie, elektroencefalogram
HKK	Horní končetiny
ISAP	Intracarotid sodium amobarbital procedure (intrakarotická amobarbitální procedura sodíku)
JIP	Jednotka intenzivní péče
KO	Krevní obraz
LGS	Lennoxův- Gastautův syndrom
MRI	Magnetická rezonance
NZP	Nelékařský zdravotnický personál
Např.	Například
PET	Pozitronová emisní tomografie
PET/CT	Positron emission tomography–computed tomography (pozitronová emisní počítačová tomografie)
SOZ	Seizure onset zone (zóna počátku záchvatu)
SPECT	Single-Photon Emission Computed Tomography (jednofotonová emisní výpočetní tomografie)

SUDEP	Sudden Unexpected Death in Epilepsy (náhlé úmrtí v epilepsii)
Tzv.	Takzvaný
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
¹ HMRS	Proton Magnetic Resonance Spectroscopy (protonová magnetická rezonanční spektroskopie)

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví

Graf 2 Vzdělání

Graf 3 Věk

Graf 4 Délka práce v oboru

Graf 5 Délka práce na pracovišti

Graf 6 Oddělení

Graf 7 Vznik záchvatu na oddělení

Graf 8 Věková kategorie pacientů

Graf 9 Standart

Graf 10 Prvotní informace

Graf 11 Hledání informací

Graf 12 Zhodnocení znalostí

Graf 13 Grand mal

Graf 14 Rozvoj záchvatu

Graf 15 Dieta epileptika

Graf 16 Volání lékaře

Graf 17 Aktivita epileptika

Graf 18 Zobrazovací metody

Graf 19 Příprava na EEG

Graf 20 1HMRS

Graf 21 První pomoc při záchvatu

Graf 22 Příznak epileptického záchvatu

Seznam tabulek

Tabulka číslo 1 Klasifikace parciálních záchvatů

Tabulka číslo 2 Klasifikace generalizovaných záchvatů

Tabulka číslo 3 Vybrané epileptické syndromy

Tabulka číslo 4 Antiepileptika

Seznam příloh

Příloha číslo 1: Dotazník

Příloha číslo 2: Žádost o povolení distribuce nemocnice Jihlava

DOTAZNÍK ZAMĚŘENÝ NA EPILEPSIE V KLINICKÉ PRAXI

Vážená kolegyně/ vážený kolego,

jmenuji se Kateřina Žáková, a v současné době studuji 3. ročník, prezenční formy bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, obor Všeobecná sestra, na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na problematiku epileptických stavů. Dotazník je anonymní a dobrovolný. Zjištěná data budou využita pro zpracování závěrečné (bakalářské) práce.

Instrukce k vyplnění:

Zakroužkujte VŽDY jen jednu odpověď, pokud u otázky nebude uvedeno jinak, popř. na vytečkované řádky doplňte vlastními slovy. Pokud se stane, že budete chtít odpověď změnit, přeškrtněte svoji původní odpověď a novou zakroužkujte.

Předem děkuji za čas strávený nad vyplněním dotazníku.

Kateřina Žáková

katkazakova96@gmail.com

Část zaměřená na sociodemografické data:

Pohlaví: Muž Žena

Dosažené vzdělání: (možno zvolit více odpovědí)

- a) SZŠ b) VOŠ, v oboru c) VŠ, bakalářské studium v oboru
d) VŠ-magisterské studium, v oboru e) Specializace v oboru-
f) stále studuji, doplňte.....

Věk: let (zaokrouhlete v celých letech)

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví? let (zaokrouhlete v celých letech)

Jak dlouho pracujete na Vašem současném pracovišti? let (zaokrouhlete v celých letech)

Oddělení, na kterém v současné době pracujete:

- a) chirurgické c) gynekologické a porodnické d) ortopedické a traumatologické
e) interní g) kardiologické h) onkologické ch) jiné, doplňte

Část zjišťující:

U Kolika pacientů na vašem oddělení, vznikne v průběhu hospitalizace epileptický záchvat? Doplňte:
.....cca/ rok pacientů

Jaká je nejčastější věková kategorie pacientů s epilepsií na vašem oddělení?

- a) 18-30 let b) 30-45 let c) 45-60 let d) 60-75 let e) 75-90 let f) 90 let a výše

Máte na pracovišti vypracovaný standard zabývající se problematikou péče o pacienta s epilepsií?

- a) Ano, doplňte název b) Ne, nemáme

Kde jste získali prvotní informaci o problematice epilepsie?

- a) škola b) zaměstnání c) knihy, časopisy, články d) internet e) školení, semináře
f) jiné, doplňte.....

Kde byste hledali v případě potřeby informace o problematice epileptických stavů?: (možno zvolit více odpovědí)

- a) škola b) zaměstnání c) knihy, časopisy, články d) internet e) školení, semináře
f) jiné, doplňte.....

Jak byste zhodnotili své teoretické znalosti o epilepsii?

- a) 1– výborné b) 2– velmi dobré c) 3– dobré d) 4– dostačující e) 5- nedostačující

Vědomostní část:

Grand mal je charakteristický :

- a) dobou trvání 15-20min. b) začíná až po 10-13 roku c) záchvat provází celou dobu amnézie
d) pyknolepsií e) ani jedna odpověď není správná

Uveďte, faktor podílející se na rozvoji epileptického záchvatu:

- a) alkohol b) fobie c) pobyt v sauně d) absence medikace e) žádná z odpovědí není správná

Nejčastěji doporučovaná dieta epileptikům je:

- a) dieta šetřící b) šetřící neslaná c) redukční d) není omezen e) ani jedna odpověď není správná

Po jakém časovém intervalu neustupujícího epileptického záchvatu byste měl/a zavolat lékaře?

- a) měl by se volat vždy b) po 3-5 min. c) po 20 min. d) po 10 min. e) ani jedna odpověď není správná

Doporučovaným druhem zájmové aktivity pro epileptiky je:

- a) jízda na koni b) pěší turistika c) práce na počítači d) cyklistika e) ani jedna odpověď není správná

Která ze zobrazovacích metod se neprovádí u epileptických stavů?

- a) endoskopie b) CT, SONO c) MR, PET d) spektroskopie e) žádná z odpovědí není správně

Příprava na EEG vyšetření je založena na:

- a) lačnění pacienta b) oholení vlasů pacienta c) umyté vlasy pacienta, odstranění kovových předmětů z vlasů
d) jen umyté vlasy pacienta e) ani jedna odpověď není správná

Definujte zkratku IHMRS:

- a) jednofotonová emisní spektroskopie b) pozitronová emisní tomografie c) první rezonanční spektroskopie
d) protonová magnetická rezonanční spektroskopie e) ani jedna z odpovědí není správně

V čem spočívá první pomoc v nemocnici u pacienta s epileptickým záchvatem?

- a) okamžité podání medikace b) odstranění předmětu v jejich blízkosti, o které by se mohli poranit
c) zaklonění hlavy d) vyčištění úst e) ani jedna odpověď není správná

Hlavním příznakem epileptického záchvatu je:

- a) suchost v ústech b) změna barvy kůže na dolních končetinách c) tonicko – klonické křeče
d) pocit na zvracení e) ani jedna odpověď není správná

Mgr. Jarmila Cmuntová
Náměstkyně ošetrovatelské péče
Nemocnice Jihlava
Vrchlického 59
Jihlava
586 33

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní náměstkyně ošetrovatelské péče,

dovolujeme se na Vás obrátit s žádostí o povolení výzkumného šetření v nemocnici Jihlava. Jmenuji se Kateřina Žáková, narozena dne V současné době studuji 3. ročník prezenční formy, bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra na Katedře zdravotnických studií Vysoké školy polytechnické Jihlava, ul. Tolstého a č.p.1556/16.

Cílem práce je zmapovat problematiku epileptických stavů v klinické praxi. Výzkumné šetření bude probíhat formou anonymního, dobrovolného nestandardizovaného dotazníkového šetření (přiložen k žádosti). Bakalářská práce bude zpracována pod vedením PhDr. Michaely Schneiderové, Ph.D.

Výsledky průzkumu Vám rády poskytneme. Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S poděkováním za vstřícnost

Kateřina Žáková

Kontaktní adresa:
Kateřina Žáková

Vyjádření instituce:

- ☐ Souhlasím
☒ Nesouhlasím, uveďte popř. důvod

V Jihlavě dne 11.2.2019

