



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Specifika ošetrovatelské péče u dítěte s epilepsií

Vypracovala: Andrea Kobzová

Vedoucí práce: Mgr. Andrea Schönbauerová

České Budějovice: 2015

Abstrakt

Epilepsie patří mezi nejčastější neurologická onemocnění. Může postihnout děti jakéhokoliv věku. Toto onemocnění nemusí vzniknout pouze na základě vrozené genetické predispozice, ale také vlivem traumatu, tumoru či jiného onemocnění. Epilepsie je doprovázena spoustou příznaků a stejně jako jiná onemocnění vyžaduje specifickou léčbu a péči. Základem efektivní ošetrovatelské péče u dítěte s epilepsií je komunikace. Uvedené onemocnění s sebou nese řadu omezení ve sportu, budoucím zaměstnání i v sociálním životě. Dětský pacient se s touto skutečností těžce smiřuje, a proto je třeba ho podporovat.

Tématem této bakalářské práce je: „Specifika ošetrovatelské péče u dítěte s epilepsií.“ Práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je zaměřena na charakteristiku epilepsie, její rozdělení, klinický obraz, diagnostiku, léčbu a životosprávu epileptiků. Velká část je věnována ošetrovatelské péči o dítě s epilepsií. V empirické části bakalářské práce byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak dětské sestry postupují při péči o pacienty s epilepsií. Druhým cílem bylo zjistit, jaké mají hospitalizované děti s epilepsií potřeby. Posledním, tedy třetím cílem bylo vytvořit edukační materiál pro sestry standardních dětských oddělení zaměřený na péči o dítě s epilepsií. K těmto cílům byly stanoveny tři výzkumné otázky: Jak dětské sestry postupují při péči o pacienty s epilepsií? Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o dítě hospitalizované s epilepsií? Jaké mají hospitalizované děti s epilepsií potřeby?

Ke zpracování empirické části výzkumného šetření byla zvolena kvalitativní metodika. Pro sběr dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Výzkumné šetření probíhalo se sestrami na Klinice dětské neurologie ve Fakultní nemocnici Brno, konkrétně na Pracovišti dětské medicíny, a v nemocnici v Motole. Před samotnou realizací rozhovorů bylo zažádáno o povolení u vrchní sestry daného oddělení. Sběr dat byl realizován v první polovině března 2015. Rozhovor byl tvořen identifikačními údaji sester, jako je věk, délka praxe, pohlaví a dosažené vzdělání. Dále pak předem připravenými otázkami týkajícími se ošetrovatelské péče o děti s epilepsií. Rozhovor obsahoval jedenáct otázek s možností pokládat i doplňující otázky k upřesnění

informací. Délka každého rozhovoru byla asi patnáct minut. Výzkumné šetření bylo anonymní. Se souhlasem sester byly informace zaznamenány na diktafon nebo doslovně přepsány v ruce, a to z důvodu nesouhlasu s nahráváním. Následně byly zpracovány do elektronické podoby, přičemž byly sestaveny tyto kategorie: Specifika hospitalizace, Doprovod, Specifika vyšetření, Potřeby dítěte, Režimová opatření, Specifika ošetrovatelské péče, Zajištění bezpečnosti, Zásady komunikace. Rozhovory byly přepsány do textového editoru Microsoft Office Word 2007 a schémata byla vytvořena v programu draw.io.

Na základě výzkumného šetření se dospělo k níže popsaným závěrům a odpovědím na výzkumné otázky. Z výzkumu jasně vyplynulo, že v oblasti hospitalizace je důležitý vzhled pokoje a náplň péče, přičemž byla zjištěna nutnost dodržování pravidelného denního režimu. Důraz byl kladen na zajištění bezpečnosti dítěte, a to vhodným umístěním epileptického dítěte, co nejbližší k sesterně, a s tím související vhodný výběr pokoje, kde by měl být nábytek s oblými hranami, lůžko s postranicemi a se signalizačním zařízením. Podle výpovědí lze soudit, že názory na hospitalizaci dětí s rodiči a bez rodičů nejsou jednotné. Ve většině případů bylo zmiňováno, že záleží na věku dítěte. Pokud jde o malé dítě, hospitalizace s rodičem je vhodná, u větších dětí však není nutná a děti ji ani nevyžadují. Dle výzkumného šetření bylo zjištěno, že pokud jde o přípravu na magnetickou rezonanci, je příprava u malých a velkých dětí opět rozdílná. Velké děti jsou připravovány pouze psychicky, popisuje se jim průběh vyšetření, co se s nimi bude dít a proč. Malé děti bývají v celkové anestezii, a proto je třeba rozsáhlejší příprava, jako je lačnění, premedikace, interní vyšetření, anesteziologické vyšetření a podobně. Při zjišťování potřeb dítěte lze tvrdit, že mezi nejdůležitější potřeby dítěte s epilepsií patří samostatnost a potřeby sociální. Velké omezení děti pociťují v tom, že se nemohou účastnit večerních radovánek, kurzů autoškoly, omezení děti pociťují také při sportu, nemohou vykonávat namáhavé sporty, adrenalinové sporty nebo sporty při nichž hrozí riziko pádu z výšky. S tím souvisí i dodržování režimových opatření, která podle výzkumu zahrnují dostatečný spánek a odpočinek, dostatečný příjem tekutin s vyloučením alkoholu a nápojů typu coca-cola, kofola. Výpovědi potvrdily nepravdivost výroků, které tvrdí, že by epileptici neměli jíst

čokoládu nebo kakao. Na základě výzkumného šetření je důležité během záchvatu sledovat jeho délku, jakou část těla záchvat poskytuje, frekvenci záchvatu, zda se dítě pomohlo, zda má pěnu u úst a všimnout si různých zvláštností (cyanóza, rozšíření zorniček, barva obličeje). Názor na péči během záchvatu nebyl tak jasný. Ne všechny výpovědi se shodovaly v tom, že se dítěti během záchvatu nemá bránit v pohybu. Dále by se mělo podle výpovědí většiny dotazovaných postupovat následovně: odstranit předměty, o které by se epileptik mohl zranit, podložit hlavu a dát dítě do zotavovací polohy. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je komunikace, která byla výzkumným šetřením charakterizována jako komunikace se zdravým dítětem.

Práce může být využita pro zlepšení informovanosti o péči zaměřené na dětské pacienty s epilepsií, a to nejen pro sestry ale i pro rodiče, kteří by si mohli na základě této práce rozšířit znalosti o dané problematice. Dále by také mohla být využita pro výuku v oboru ošetrovatelství.

Klíčová slova: epilepsie, dítě, sestra, ošetrovatelská péče, životospráva, komunikace, rodiče

Abstract

Epilepsy is one of the most common neurological conditions and can affect children of any age. It does not always have origins in congenital genetic predisposition and may be caused by a trauma, tumour or another disease. Epilepsy is accompanied by many symptoms and similarly to other conditions requires specific treatment and care. Basic element of an effective nursing care of epileptic children is communication. Epilepsy limits children's sport activities, future professional life and social life. Children patients have difficulties to accept this fact and it is necessary to support them.

This thesis called "Specifics of nursing care for epileptic children" consists of two parts, theoretical and empirical. The theoretical part describes epilepsy, its types, symptoms, diagnosis, treatment and regiment. A large part focuses on nursing care for epileptic children. The empirical part of this bachelor thesis has three aims. The first aim was to find out common nursing practices when caring for children epileptic patients. The second aim was to find out the needs of hospitalized epileptic children. The last aim was to create an educative material for nurses working at standard hospital wards specialized in epileptic children treatment. A research question was set for each of these aims: What procedures do nurses use when looking after patients with epilepsy? What are the specifics of nursing when looking after a child hospitalized with epilepsy? What needs do children hospitalized with epilepsy have?

The research for the empirical part was carried out using qualitative method of research. Nurses of the Clinic of Children Neurology in University Hospital Brno (Children's Medical Centre) and in the Motol Hospital in Prague were interviewed using the method of semi-structured interview to collect data. Before the interviews I asked the ward sister of each ward for permission. The data was collected in the first half of March 2015. Data such as age, gender, degree of education and length of experience of each nurse were also taken into account. The interview consisted of a set of 11 questions focusing on nursing care for epileptic children patients. If necessary, further questions were asked to clarify the answer. Each interview lasted approximately 15 minutes and the research was anonymous. If the nurse agreed, the interview was recorded on Dictaphone. Some interviews were written down word-by-word when the

nurse did not agree with recording. The interviews were then typed into Microsoft Word 2007 and data was divided into the following categories: Specifics of hospitalization, Accompanying persons, Specifics of medical examination, Child's needs, Regimen, Specifics of nursing care, Safety, Communication rules. Diagrams were created in draw.io software.

The research revealed facts and answers described below. It was revealed that when it comes to hospitalization, the look of the room and the care are very important, and that it is necessary to use a regular daily regimen. Emphasis was laid on children's safety; accommodating the child in a suitable room, preferably near the nurses' room; the furniture should have round edges; beds with side barriers; alarm. The interviewees' statements regarding hospitalization with or without a child's parent differ. Most interviewees replied that this depends on the child's age. It is suitable that a small child is accompanied by a parent during hospitalization, but this is not necessary in case of older children who sometimes do not even require this. The research also revealed that preparing a child for magnetic resonance also differs with age. Older children are only prepared psychologically when the staff explains them what will happen during the procedure and why. Small children are under general anaesthesia and the preparations are more demanding as they require fasting, premedication, internal tests, anaesthesiology tests, etc. When identifying the children's needs it was revealed that the most important needs of an epileptic child are independency and socialization. Children feel greatly limited because they cannot take part in evening parties, driving lessons, sports, they cannot do demanding and adrenalin sport activities or sports where they could fall from a height. They also have to use a regular regimen with adequate amount of sleep and rest, adequate intake of liquids, no alcohol and coke-like drinks. Interviewees' statements also disproved the common myth that epileptic patients should not eat chocolate or drink cocoa milk. The research revealed that during an epileptic fit it is important to measure its length, observe what part of the body the fit affects, what is its frequency, if he or she wets himself/herself, drooling. Unusual symptoms should also be watched for, such as cyanosis, dilated pupils and colour of the skin in the face. Not all interviewees confirmed that children should be prevented from movement

during a fit. Most of the interviewed nurses described the procedure as follows: remove all objects that could cause injury, put a pillow or something under the patient's head, put the body into a resting position. An important part of the nursing care is communication, which should have character of communication with a normal healthy child.

This thesis can be used to educate and widen the nurses and parents' knowledge about the care for epileptic children. It can be also used as a teaching material for nurse trainees.

Key words: epilepsy, child, nurse, nursing care, regimen, communication, parents

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Andrea Kobzová

Poděkování

Upřímné poděkování patří paní Mgr. Andree Schönbauerové za laskavé vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad a konzultací. Děkuji dětským sestřám z Fakultní nemocnice Brno a dětským sestřám z Fakultní nemocnice v Motole za ochotu při poskytování rozhovorů. Poděkování také patří mé rodině za trpělivost a podporu po celou dobu studia.

Obsah

ÚVOD.....	13
1 SOUČASNÝ STAV	14
1.1 Charakteristika epilepsie.....	14
1.2 Rozdělení epilepsií.....	15
1.2.1 Generalizované epilepsie	15
1.2.2 Fokální epilepsie.....	16
1.2.3 Epileptické encefalopatie.....	17
1.2.4 Zvláštní formy epilepsie	18
1.2.5 Status epilepticus	19
1.3 Diagnostika epilepsie.....	19
1.3.1 Rozdělení možných diagnostik.....	19
1.3.2 Diferenciální diagnostika	20
1.4 Klinický obraz epilepsie	21
1.5 Léčba epilepsie	22
1.5.1 Farmakologická léčba	23
1.5.2 Terapie status epilepticus	24
1.5.3 Životospráva	24
1.5.4 Ketogenní dieta	25
1.5.5 Chirurgická léčba	27
1.6 Ošetrovatelský proces u dítěte s epilepsií.....	27
1.6.1 Posuzování pacienta	27
1.6.2 Ošetrovatelský plán a jeho realizace	28
1.6.3 Intervence sestry	31
1.7 Základy ošetrovatelské péče u dítěte s epilepsií	32

1.7.1	<i>Diferencovaná péče o dítě</i>	32
1.7.2	<i>První pomoc při epileptickém záchvatu</i>	33
1.7.3	<i>Dítě a hospitalizace</i>	34
1.7.4	<i>Komunikace s dětským pacientem</i>	35
1.7.5	<i>Kvalita života s epilepsií</i>	36
2	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38
2.1	Cíl práce	38
2.2	Výzkumné otázky	38
3	METODIKA	39
3.1	Metodika práce	39
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	39
4	VÝSLEDKY VÝZKUMU	41
4.1	Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů	41
4.1.1	<i>Kategorie: Specifika hospitalizace</i>	41
4.1.2	<i>Kategorie: Doprovod</i>	44
4.1.3	<i>Kategorie: Specifika vyšetření</i>	45
4.1.4	<i>Kategorie: Potřeby dítěte</i>	47
4.1.5	<i>Kategorie: Režimová opatření</i>	49
4.1.6	<i>Kategorie: Specifika ošetrovatelské péče v souvislosti s epileptickým záchvatem</i>	52
4.1.8	<i>Kategorie: Zásady komunikace</i>	54
5	DISKUSE	57
6	ZÁVĚR	64
7	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	66
8	SEZNAM PŘÍLOHY	71

Seznam použitých zkratek

Tzn. – to znamená

Tzv. – tak zvaně

CNS – centrální nervová soustava

PŽK – permanentní žilní katétr

GSC – glasgow coma scale

EEG – elektroencefalografie

CT – počítačová tomografie

UZ – ultrazvukové vyšetření

MR – magnetická resonance

PET – pozitronová emisní tomografie

SPECT – tomografická scintigrafie

BMI – body mass index

KO – krevní obraz

OSN – Organizace spojených národů

ČR – Česká republika

ÚVOD

Epilepsii, známou v populaci pod názvem padoucnice, můžeme zařadit nejčastější mozková onemocnění (Skálová, 2013). Epilepsie dnes postihuje přibližně 1% populace. Opakující se epileptické záchvaty s sebou nesou riziko poškozování funkce mozku a ohrožení pacientova života (Gregora, 2007). Existuje velké spektrum rozdělení epileptických záchvatů, pro které vždy platí pravidla první pomoci při epileptickém záchvatu, které by měli znát nejen zdravotní pracovníci, ale i široká veřejnost. V některých případech jde o malé záchvaty, trvající sekundy, maximálně půl minuty. Jedná se o absence, lze je popsat jako zahledění nebo rázné ukončení činnosti. Tyto malé záchvaty se objevují převážně u dětí mezi pátým a sedmým rokem života. Rodiče si tohoto stavu nemusí hned všimnout nebo ho spojovat právě s poruchou mozku.

Myslím si, že je toto téma velmi zajímavé a podle mě veřejností málo diskutované. Epilepsie postihuje 1% populace a je to závažný problém, jenž zasahuje do všech oblastí kvality života dítěte. Z velkého množství literatury, použitého k vypracování bakalářské práce jsem ale zaznamenala, že spousta dětí sice chronicky epilepsií netrpí, ale často se stává, že se záchvat objeví v dětství jen jednorázově a nemusí to znamenat, že dítě bude epilepsií trpět. Je proto důležité toto téma řešit v souvislosti s ošetrovatelskou péčí, protože vyžaduje od sester náležitě znalosti, schopnosti, dovednosti, které je třeba nadále rozvíjet. Myslím, že toto téma je natolik zásadní, aby mu byla věnována větší pozornost.

V teoretické části jsou popsány druhy epileptických záchvatů, jejich diagnostika, klinický obraz epilepsie, možnosti léčby a životospráva u epileptiků. Dále byla konkrétně popsána ošetrovatelská péče u dětí s epilepsií. Empirická část práce poukazuje na znalosti a dovednosti sester o epilepsii a realizaci těchto jejich poznatků v praxi.

Cílem práce bylo zjistit, jak dětské sestry postupují při péči o pacienty s epilepsií a jaké mají hospitalizované děti s epilepsií potřeby. Na základě těchto zjištění byl vytvořen edukační materiál určený sestřám standardních dětských oddělení, pečujících o dítě s epilepsií.

1 SOUČASNÝ STAV

Epilepsie je různorodý soubor chronických neurologických poruch, charakterizovaný záchvaty. Některé definice vyžadují, aby se paroxysmy opakovaly a nebyly vyprovokované, ale jiné vyžadují pouze jeden záchvat v kombinaci s mozkovými změnami, které zvyšují pravděpodobnost budoucích záchvatů. Epileptický záchvat vyplývá z abnormální, nadměrné nebo hypersynchronní neuronové aktivity mozku (Nehra et al., 2013). Epilepsii můžeme zařadit nejčastější častá mozková onemocnění (Skálová, 2013). Jsou pro ni typické opakující se záchvaty. Neobvyklá elektrická aktivita se může objevit spontánně, poškozením mozku nebo má podklad v chorobě (Robertsová, 2012).

1.1 Charakteristika epilepsie

Epilepsie je závažné neurologické onemocnění mozku, které je charakterizované opakovanými epileptickými záchvaty, projevující se náhlou a přechodnou poruchou mozkové kortikální aktivity. Zevně se změny projevují jiným způsobem jednání a chováním spojeným s poruchou vědomí (Ambler, 2006, Seidl, 2008, Vigué, 2006). Vokurka a Hugo (2011, s. 115) popisují epilepsii jako: „skupinu poruch mozku, projevujících se opakovanými paroxysmy různého charakteru“, zatímco Muntau (2014, s. 496) upřesňuje epilepsii jako: „chronicky recidivující epileptické záchvaty, které vznikají bez zřetelné vnější příčiny jako následek abnormální elektrické aktivity mozkových drah.“ Podle Muntau (2014, s. 496) můžeme charakterizovat epileptický záchvat jako: „náhle vzniklou, časově ohraničenou, celkovou nebo částečnou poruchu mozkových funkcí s poruchou vědomí, abnormální motorickou aktivitou a nápadným chováním, které může být doprovázeno poruchou senzitivního či autonomního nervového systému.“ Pod pojmem epileptický ekvivalent rozumíme souhrn příznaků nebo jednotlivé příznaky, které se objeví u nemocného jedince s epilepsií místo epileptického záchvatu – jedná se nejčastěji o vegetativní příznaky nebo bolesti hlavy záchvatovité povahy (Vokurka, Hugo, 2011). Epilepsie dnes postihuje přibližně 1% populace. Opakující se epileptické záchvaty s sebou nesou riziko poškození funkce mozku a ohrožení pacientova života (Gregora, 2007). Epileptogenní ložisko je podnět vyvolávající epileptický záchvat. Těmito činiteli jsou například některé světelné

podněty, hluboké dýchání, což se využívá při vyšetření EEG, nebo některé léky (Vokurka, Hugo, 2011). Stožický a Pizingerová (2006, s. 344) říkají: „*Epileptogenní ložisko může vzniknout například po traumatu mozku. Záchvatovitá pohotovost je tím vyšší, čím je dítě mladší, což pravděpodobně souvisí s myelinizací struktur CNS.*“

1.2 Rozdělení epilepsií

Podle mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů dělíme záchvaty na jednoduché parciální bez poruchy vědomí, komplexně parciální s poruchou vědomí, parciální záchvaty přecházející do sekundárně generalizovaných tonicko – klonických záchvatů a generalizované záchvaty: absence, myoklonické, klonické, tonické, klonicko – tonické, atonické, neklasifikovatelné (Kršek, 2010).

1.2.1 Generalizované epilepsie

Mezi generalizované epilepsie řadíme benigní familiární novorozenecké křeče, které se vyskytují vzácně a jsou dědičné formy. Charakteristické pro ně jsou klonické, apnoické nebo tonické záchvaty. Tyto záchvaty se objevují druhý nebo třetí den života dítěte a odezní v průběhu prvního týdne. Je zde 15% riziko rozvoje epilepsie v průběhu života (Muntau, 2014).

Další druh epilepsie, který může dítě postihnout během prvních dnů života, jsou benigní nefamiliární novorozenecké křeče. Jedná se o onemocnění s klonickými nebo apnoickými záchvaty. Záchvaty spontánně odeznívají a mají dobrou prognózu (Muntau, 2014).

Mezi prvním a pátým rokem života dítěte může propuknout epilepsie s myoklonicko-astatickými záchvaty. Ta se projevuje náhlým začátkem s astatickými nebo myoklonickými záchvaty. Záchvat často přechází do Lennox-Gastatutova syndromu. Důležitou roli zde hraje genetická predispozice, s tím souvisí i fakt, že onemocněním bývají postiženi převážně chlapci. Zpočátku začíná epilepsie febrilními či afebrilními tonicko-klonickými záchvaty, mnohdy v kombinaci s absencemi a náhlým záchvatovitým stavem. Později přechází v záchvaty s náhlou ztrátou posturálního tonu a

bleskovým pádem na zem, kdy dítě ihned vstává a poruchu vědomí dítě neregistruje (Muntau, 2014).

Již zmíněná absence je označovaná jako petit mal, tudíž malý záchvat, vyskytující se nejčastěji u dětí mezi pátým a sedmým rokem života (Ambler, 2006). Převážný výskyt onemocnění je pozorován u dívek (Muntau, 2014). I když dítě nereaguje na okolí, posturální tonus je zachován, tzn. že nepadá. Dítě má strnulý výraz, někdy je přítomné i nápadné zblednutí. Není schopno pokračovat v činnosti, mohou mu vypadnout předměty z ruky. Délka trvání záchvatu je určována v sekundách až do půl minuty (Ambler, 2006).

Juvenilní myoklonická epilepsie se objevuje během dvanáctého až šestnáctého roku dítěte. Je charakterizovaná myoklonickými záškuby především horních končetin, které omezují dítě v běžných činnostech, jako je například čištění zubů, česání vlasů, oblékání a podobně. Jedná se o symetrické záškuby trvající dvě až tři sekundy. Pacienti to popisují jako elektrické impulsy. Později se přidávají generalizované tonicko-klonické záchvaty, které je obtěžují hlavně v ranních hodinách, ojediněle i v časně večerních. Jedná se o recidivující onemocnění (Stožický, Pizingerová, 2006, Muntau, 2014).

Tonicko-klonický, velký záchvat, označován jako grand mal, začíná bez varování, náhlou poruchou vědomí, pádem na zem a nepřírozeným výkřikem. Dítě má hlavu a oční bulvy stočené ke straně. Na obličeji se objevuje cyanóza, salivace a areflexie zornic (Gregora, 2007, Seidl, 2008). Podle Seidla (2008, s. 113) je „*generalizovaná tonická fáze přerušena krátkými relaxacemi sledovanými tonickými kontrakcemi. Stoupá krevní tlak a srdeční frekvence, následuje celkové ochabnutí svalů a uvolnění svěračů.*“ Záchvat trvá většinou 1 – 2 minuty. Typický je přechod do spánku, ojediněle se objevuje zmatenost. K vědomí se dítě probírá až po 10 – 15 minutách. Tato zmatenost nebo únava trvají hodiny až dny (Seidl, 2008). Podle Amblera (2006, s. 190) je: „*tonická křeč způsobena déletrvající svalovou kontrakcí, klonickou křeč charakterizuje střídání svalové kontrakce s relaxací.*“

1.2.2 Fokální epilepsie

Muntau (2014, s. 502) charakterizuje: „*Fokální epileptické záchvaty jsou takové záchvaty, které vedou k funkční poruše pouze v ohraničené části mozku.*“ Jsou přítomné

morfologické změny mozku. „Výskyt tzv. aury je typickým příznakem počínajícího fokálního epileptického záchvatu.“ Jestliže mluvíme o auře, jedná se o smyslový vjem, který nepochází z okolí, ale z nervové soustavy jedince. Je to stav, do kterého může přecházet jedinec s epileptickým záchvatem nebo i s migrénou (Vokurka, Hugo, 2013). Rozlišujeme tři typy fokální epilepsie: epilepsie s fokálně sensorickými záchvaty, epilepsie s fokálně motorickými záchvaty a benigní epilepsie s centrotemporálními hroty nazývaná také jako rolandická epilepsie (Muntau, 2014).

Epilepsie s fokálně sensorickými záchvaty vymezující se pálením, bušením, parestezií, svěděním, bolestí, může mít různou symptomatiku (zrakovou, čichovou, sluchovou, chuťovou). To záleží na tom, z jaké sensorické oblasti vychází (Muntau, 2014).

Epilepsie s fokálně motorickými záchvaty se projevují motorickými symptomy, jako jsou například klonické záškuby, myoklonie nebo zvýšením svalového tonu. Typickou formou motorického záchvatu je Jacksonský záchvat, který začíná záškuby v ohraničené oblasti těla a šíří se postupně do sousední části těla. Epileptický záchvat se rozšiřuje přes společnou část a postihuje celou polovinu těla. V případě, kdy nedochází k přechodu do generalizovaného záchvatu, je dítě při vědomí (Muntau, 2014).

Benigní epilepsie s centrotemporálními hroty, nazývaná také jako rolandická epilepsie, je nejčastější forma fokální epilepsie. Projevuje se mezi druhým a dvanáctým rokem života s dvakrát větší pravděpodobností výskytu u chlapců než u dívek. Jedná se o genetickou formu epilepsie s tím, že u 90% nosičů mutace nedochází k rozvoji záchvatů, je jen pozitivní EEG záznam (Muntau, 2014).

1.2.3 Epileptické encefalopatie

Typickými zástupci této skupiny jsou Westův syndrom a Lennox-Gastatův syndrom. Infantilní spazmy neboli Westův syndrom se vyskytují u kojenců v období čtvrtého až dvanáctého měsíce. Jedná se o symetrické krátkodobé kontrakce trupu, krku a končetin. Křeče mohou trvat i několik minut, jsou mezi nimi krátké intervaly. Často jsou záchvaty nakupeny krátce za sebou, jedná se tedy o záchvaty v sériích. Záchvatům může předcházet křik. Prognóza je nepříznivá (Seidl, 2008, Stožický, Pizingerová, 2006, Muntau, 2014). Seidl uvádí (2008, s. 114): „*Před pátým rokem věku 20% dětí umírá,*

80% jich přežívá s mentální retardací. V 50% přechází Westův syndrom plynule v syndrom Gastautův-Lennoxův.“ Rozeznávají se tři obrazy choroby: bleskové křeče, přikývnutí, salamové křeče (Muntau, 2014).

Bleskové křeče jsou generalizované, myoklonické záškuby, které vypadají jako předklon hlavy a trupu spojený s abdukcí a flexí horních končetin a flexí dolních končetin v kyčelních a kolenních kloubech. Tento stav může připomínat úlekovou reakci nebo pokus o vzpřímení. Přikývnutí je označováno jako blesková křeč, kdy se jedná o náhlý předklon hlavy, bez viditelných projevů na končetinách (Muntau, 2014).

Salamové křeče jsou popisovány jako (Muntau, 2014, s. 506): „*Krátké tonické ohnutí hlavy, trupu a horních končetin ze sedu spojené se spojením obou rukou před hrudníkem.*“

Lenox-Gastatův syndrom je typ záchvatu, který je častější u dívek. Postihuje hlavně jedince, jež mají poškozený mozek, a převládají zde u nich tonicko-astatické záchvaty. Vrchol výskytu je většinou ve věkovém období od tří do pěti let. Syndrom ve většině případů vzniká z Westova syndromu (Seidl, 2008, Muntau, 2014).

1.2.4 Zvláštní formy epilepsie

Posttraumatická epilepsie vzniká na základě strukturálních změn mozkové tkáně způsobené traumatem lebky nebo mozku. K rozvoji epilepsie při traumatu mozku dochází přibližně v 5 – 10%. Asi v 94% posttraumatických epilepsií se projevuje dva roky po úrazu. Minimální pravděpodobnost výskytu epilepsie je v průběhu dvou až deseti let od úrazu. Podle časového odstupu od traumatu dělíme časně a pozdní záchvaty. Časně se objevují týden po úrazu. Ostatní, které se objeví déle než týden od traumatu, označujeme za pozdní (Muntau, 2014).

Jako vzácnou formu záchvatu označujeme reflexní epilepsii. Ta je vyvolána senzitivními nebo senzomotorickými podněty, které se projevují záchvaty fokálními nebo méně často záchvaty typu grand mal. Fotogenní epilepsie je jedna z forem reflexní epilepsie, která vzniká při přerušovaném působení světelného podnětu, jako je například sledování televize nebo hladiny jezera (Muntau, 2014).

Další formou je audiogenní epilepsie způsobená akustickými podněty, jako je hudba. Jako poslední forma reflexní epilepsie je úleková epilepsie, kdy dochází

k rozvoji myotonických záškubů nebo tonického propnutí na základě úleku (Muntau, 2014).

1.2.5 Status epilepticus

Vítek a Vítková (2010, s. 80) definují: „*Status epilepticus dle mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů je záchvat trvající déle jak 30 minut nebo to jsou intermitentní záchvaty, mezi kterými pacient není při vědomí, trvající déle než 30 minut.*“ Jestliže záchvat trvá déle než pět minut, budí to podezření, zda se nejedná o počínající status epilepticus (Rektor, Ošlejšková, 2010). Generalizovaný tonicko – klonický status epilepticus je dramatický, život ohrožující stav (Rektor, Ošlejšková, 2010, Seidl, 2008). Status epilepticus způsobuje různé systémové komplikace. Na počátku systémovou hypertenzi, později se může vyskytnout selhávání kompenzačních a autoregulačních mechanismů s poklesem mozkové perfuze. U takových pacientů je třeba zajištění vitálních funkcí, ventilace oběhu, je nutná i intubace a uvedení do celkové anestezie (Kraus, 2011).

1.3 Diagnostika epilepsie

Pro rozpoznání, zda se jedná o záchvaty epileptické nebo neepileptické, je nejdůležitějším krokem správná diagnóza (Šlapal, 2012).

1.3.1 Rozdělení možných diagnostik

U pacienta po prodělaném epileptickém záchvatu je důležité diagnostikovat jak vlastní epileptický záchvat, tak příčinu záchvatu. Provádí se podrobný anamnestický rozbor obtíží, interní vyšetření a podrobné neurologické vyšetření (Vítková, 2006, Ambler, 2006). Do neurologického vyšetření zahrnujeme hodnocení stavu vědomí, amnézii, zda se dítě orientuje osobou, časem a prostorem, reakci zornic, řeč a porozumění. Současně také hledáme známky traumatu jako je pomočení nebo pokousání jazyka. Ke zhodnocení stavu vědomí používáme škálu GCS, kde hodnotíme otevření očí, verbální odpověď a motorickou reakci (Šeblová, Škulec, 2011). Velmi důležitá je objektivní anamnéza, která zahrnuje podrobný popis celého stavu od svědků, kteří byli při záchvatu přítomni. Dále je nepostradatelná osobní anamnéza, kde jsou pro nás důležité

okolnosti těhotenství a porodu, zda bylo dítě kříšeno, zda byl psychomotorický vývoj v normě a hodnota Apgar skóre (Ambler, 2006, Gregora, 2007). Důležité je také fyzikální vyšetření pohledem. Pokud se jedná o dítě s již léčenou epilepsií, provádí se odběr biologického materiálu na hladinu antiepileptik. Dále se provádí vyšetření očního pozadí a v některých případech i angiografické vyšetření. Důležitou diagnostickou metodou je CT a UZ mozku, avšak více důležité a populární je vyšetření EEG a zobrazovací MR. Cílem zobrazovacího vyšetření je rozlišit idiopatické záchvaty od symptomatických. CT vyšetření se provádí v akutních situacích, má úlohu screeningovou. MR se většinou doporučuje u ložiskových epilepsií s negativním nálezem CT (Gregora, 2007, Vítková, 2006). V mezizáchvatovém období má velký význam pozitivní nález specifických epileptických EEG grafoelementů, jako jsou například hroty, ostré vlny, komplexy hrotů. Protože jsou multifokální ostré vlny přítomny i u nedonošeného novorozence, neznamená pozitivní nález ihned potvrzení epilepsie. Je tedy lepší, pokud to dovolí závažnost stavu, dítě delší dobu sledovat, než okamžitě nasazovat antiepileptika (Ambler, 2006, Ošlejšková, 2011).

1.3.2 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika se týká poruchy vědomí. Nabízí se tady otázka, zda se jedná o epileptický záchvat a jestliže ano, jaká je jeho příčina. Vždy je nutné vyloučit neepileptické poruchy či jiné druhy záchvatů. Není vždy možné rozlišení epileptických a neepileptických záchvatů, proto pomáhá až dlouhodobé video – EEG monitorování (Ambler, 2006, Vítková 2006).

Může docházet k febrilním záchvatům, které se vyskytují u kojenců a malých dětí do dvou až tří let, související s teplotou. Jedná se o reakci dosud nezralého mozku na změnu vnitřního prostředí. Mají charakter kolapsu nebo jsou doprovázeny i křečemi. Při prudkém pláči se u kojenců může také vyskytovat afektivní respirační záchvat, který je vyvolán na základě bolesti, vzteku nebo úleku. Na pláč navazuje apnoe s bezvědomím a někdy jsou přítomné i křeče (Ambler, 2006).

Generalizovaným nebo psychomotorickým záchvatům se mohou podobat hypoglykemické stavy. Na základě zjištění hypoglykemie a rychlého účinku intravenózně podané glukózy lze potvrdit diagnózu (Ambler, 2006).

Typicky tonický charakter karpopedálních spazmů s následující poruchou vědomí mají tetanické křeče. Často se objevuje dechová insuficience s kompenzační hypoventilací (Ambler, 2006).

Mezi poslední patří záchvaty psychogenní, které jsou vázány na předchozí afekt. Charakteristické jsou pádem na stranu, kde očekávají záchranu, není skutečné bezvědomí, reakce zornic je zachována, při pokusu vyšetření zornic nemocný klade odpor a svírá víčka (Ambler, 2006).

1.4 Klinický obraz epilepsie

Klinický obraz epilepsie je různý podle typu záchvatu. Některé záchvaty se vyskytují v kombinaci s absencemi a náhlým záchvatovým stavem (epilepsie s myoklonickými – astatickými záchvaty). U některých záchvatů dochází k symetrickým záškubům (juvenilní myoklonická epilepsie), některé jsou zase typické výkřikem, cyanózou a možností různých vegetativních projevů, do kterých patří: centrální apnoe, areaktivní zornice, tachykardie, hypertenze a další. Někdy se mohou objevovat parestezie, svědění, bolest nebo teplotní vjemy (epilepsie s fokálně senzoričnými záchvaty). U některých je přítomná aura a to zejména u fokálních epilepsií (Muntau, 2014). Aura se vyskytuje asi u 10% případů. Jedná se o zvláštní pocit, trvající několik sekund před záchvatem. Aury lze rozdělit na senzitivní, kdy se jedná o poruchu čítí, která se projevuje mravenčením, brněním a svrběním. Senzorická aura se dále rozděluje na zrakovou (vidí blesky, plameny, osoby), sluchovou (slyší zpěv, pískání, zvuk zvonů), čichovou (cítí různé čichové vjemy) a chuťovou (různé chuti na jazyku). Dále se aura může projevovat útrobními pocity, jako je tlak v břiše, bolest žaludku a bušení srdce. V poslední řadě se objevuje psychická aura, která vyvolává pocity strachu a úzkosti (Vostálová, Fikarová, 2010). Absence jsou typické jejich četností a to až stokrát za den. Jde o poruchu vědomí se strnulým pohledem a ochabnutím obličejového svalstva, které náhle začíná a končí. Jde o to, že úkon, který dítě vykonává, je přerušen a jakmile dítě nabude vědomí, opět v dané činnosti pokračuje (Muntau, 2014).

Podle prokázaných studií je jisté, že i deprese má u epileptiků odlišný průběh. Rozděluje se podle typu záchvatu. Pokud má postižený depresi dvacet čtyři hodin před záchvatem, vyskytuje se hlavně úzkost. Nejsou tedy schopni se rozveselit, mívají pocit viny nebo dokonce suicidální myšlenky. Pokud trvá deprese dvacet čtyři hodin po záchvatu, jedná se o velmi častý jev, vyskytující se asi u 48% pacientů. Objevují se pocity nepohody, emoční podrážděnost a beznaděj. Přibližně 40 – 60% pacientů trpí depresemi mezi paroxysmy. Nejedná se o chronický průběh deprese, nýbrž o pouhou psychogenní reakci epileptického onemocnění. Klinický obraz je vázán na věk dítěte. V nižším věku dítěte je viditelný nezáměr o hry a kamarády, poruchy chování, stažení nebo naopak emoční inkontinence. Anxiozita v dětském věku může být tak výrazná, že se může stát provokatelem epileptických záchvatů (Matýs, 2009). Klinický obraz také záleží na druhu epilepsie, kdy u epilepsie s myoklonickými – astatickými záchvaty je typická ztráta posturálního tonu a náhlý pád na zem nebo kdy u epilepsie s tonicko – klonickými záchvaty je typický počáteční výkřik se zvýšením tonu na všech čtyřech končetinách, s následujícími rytmickými klonickými záchvaty. Každá epilepsie se projevuje jinými záchvaty, jako jsou záchvaty tonické, klonické, tonicko – klonické, tonicko – astatické nebo apnoické, jak bylo výše popsáno. (Muntau, 2014).

1.5 Léčba epilepsie

Velmi důležitá je diagnostika, od té se odvíjí další postup léčby (Šeblová, Škulec, 2011). Izolovaný epileptický záchvat, zejména pokud je symptomatický, neléčíme. Proto je třeba kompletní neurologické vyšetření. Léčíme až epilepsii jako nemoc, tj. při opakování epileptických záchvatů nebo tehdy, pokud se dá vývoj epilepsie předpokládat. A to za předpokladů, že sice proběhl jen jeden epileptický záchvat, ale je patologické EEG. Po prvním záchvatu, je třeba zjistit příčinu a indikovat kauzální léčbu (Ambler, 2006). Cílem léčby je podle EpiStopu (2014, s. 3) : „*kompenzace záchvatů bez nepříjemných nežádoucích účinků terapie a optimální kvalita života.*“ Důležitý je dialog s dítětem a rodiči o možnostech léčby a jejich očekávání. Při zahájení léčby je třeba informovat o předpokládané době léčby. Léčba je ve většině případů celoživotní,

jen u některých věkově vázaných epilepsií není (EpiStop, 2014). Pokud dítě pět let nedostane záchvat, považuje se za vyléčené (Velemínský, Velemínský ml., 2007).

1.5.1 Farmakologická léčba

Již v polovině devatenáctého století byla zavedena do praxe první účinná antiepileptická léčba (Rektor, Ošlejšková, 2010). Antiepileptika, někdy se používá název antikonzultiva, jsou léčiva užívaná při léčbě epilepsie. Mámě dvě skupiny těchto léků a to perorální a parenterální. Do perorálních patří například Biston, Convulex, Diazepam, Epilan D, Lyrica, Neurontin, Rivotril a další. Naproti tomu mezi parenterální léčiva patří Apaurin, Epanutin, Kepra, Rivotril (Kocinová et al., 2007). Podle Rektora a Ošlejškové (2010) se antiepileptika dělí na klasická, standartní, a na takzvaná nová antiepileptika. Je třeba, abychom si byli jisti, že pacient trpí epilepsií a nejde pouze o záchvat vyvolaný jinými okolnostmi například intoxikací. Proto se nedoporučuje začínat s terapií hned po prvním záchvatu. Upřednostňuje se monoterapie, to znamená, že se snaží vyhnout kombinacím více léků a přistupuje se nejdříve na léčbu jedním lékem. Mezi léky první skupiny patří Karbamazepin a Valproát, kdy jsou nutné kontroly sérových hladin antiepileptik. Pokud dojde k neúspěchu této léčby, nasazujeme nová antiepileptika, podávaná do kombinace. Jako přídatná antiepileptická terapie jsou toho času schválené Levetiracetam, Tiagabin, Lamotrigin a další. U obtížně léčitelných epilepsií se tyto léky různě kombinují. Lamotrigin spolu s Valproátem je účinnější, s tím ale také narůstá riziko nežádoucích účinků. Při úspěchu polyterapie je možné léky redukovat a dojít tak opět k monoterapii. Léky se indikují podle typu záchvatu a typu epileptického syndromu. Dávku upravujeme podle váhy dítěte. I když upřednostňujeme monoterapii, u dětí velmi často musíme přistupovat k polyterapii (Rektor, Ošlejšková, 2010). Antiepileptika je třeba užívat s jídlem nebo po jídle, nepřerušovat léčbu a užívat léky pravidelně. Při delší době užívání se může vyskytovat ospalost, podrážděnost, závratě, poruchy zraku a psychické změny. Je třeba kontroly KO a hladiny antiepileptik. Důležité je dodržování pravidelného denního režimu a dostatek spánku (Kocinová et al., 2007).

1.5.2 Terapie status epilepticus

Jedná se o akutní stav, kdy si pokládáme několik otázek. Zda se jedná o záchvat konvulzivní či non-konvulzivní, generalizovaný či parciální. Zda se jedná o nahromadění několika záchvatů nebo o progredující a život ohrožující stav. Jaký je stav pacienta, zda by mohlo dojít k metabolickému či kardiovaskulárnímu selhání. Jestli je status projevem již známého onemocnění nebo uvádí jiné onemocnění a další podobné otázky. Je třeba zahájit rychlou a intenzivní léčbu. Status nejvíce ohrožující život pacienta je generalizovaný konvulzivní status (Rektor, Ošlejšková, 2010). Důležité je zajištění vitálních funkcí a monitorování. Musíme zavést žilní vstup, kam budeme aplikovat Diazepam intravenózně, jež budeme opakovat po pěti minutách, pokud je bolusové podání účinné, pokračujeme kontinuálně Diazepam 3 mg/kg/den. Dále podáváme Phenytoin, Phenobarbital, Midazolam, Valproát a to v dávkách 20mg/kg/5 min, poté pak 1-2 mg/kg/hod. Pokud trvají křeče déle, než čtyřicet minut od začátku terapie jedná se o Thiopentalové koma (Černá, 2007).

1.5.3 Životaspráva

Epilepsie snižuje kvalitu života dítěte i rodiny. Špatně léčená epilepsie má negativní vliv na kognitivní vývoj dítěte (Daniel, 2012). Velmi důležité je dodržování režimového opatření, což může být u dětí, zejména některých věkových kategorií, problém (Brázdil, Hadač, Marusič, 2011). Podle Procházky (2010, s. 131): „*Režimová opatření hrají zásadní roli v léčbě zejména adolescentů s idiopatickou generalizovanou (juvenilní myoklonickou) epilepsií.*“ Vzhledem k tomu, že je epilepsie chirurgické onemocnění, vyžaduje od pacientů celoživotní přizpůsobení a řadu omezení (výběr povolání, volnočasové aktivity), dodržování režimu (například spánku), bezpečností opatření a pravidelné užívání antiepileptik (Marusič, Krijtová, 2011).

Pacient trpící epilepsií musí bezpodmínečně dodržovat zákaz pití alkoholických nápojů. I malé množství alkoholu je pro epileptika nebezpečné a může vyvolat záchvat. Dále je důležitý pitný režim a to ve smyslu vyhýbat se nadměrnému příjmu tekutin (nápoje, polévky...). Nadměrné zavodnění mozku snižuje záchvatový práh a může vyprovokovat záchvat. Neznamená to ale omezit příjem tekutin pod normu. Pacient by neměl jíst nadměrně kořeněná a solená jídla, protože také vyžadují větší přísun tekutin.

V minulosti se uváděla dietní omezení, jako nejíst čokoládu nebo kakao, to ale bylo neopodstatněné. Dětem s epilepsií se proto doporučuje pestrá strava s dostatečným příjmem ovoce a zeleniny. Důležitý je pravidelný režim spánku a bdění. Noční spánek má odpovídat věku a potřebám pacienta. Spánek by měl být vždy stejně dlouhý a dítě by mělo chodit ve stejnou hodinu spát a ve stejnou hodinu vstávat. Vhodný není ani spánek po obědě. Z těchto všech důvodů není pro děti do budoucna vhodný směnný provoz. Záchvat mohou vyvolat i podněty z okolí, jako jsou například přerušované světelné podněty, kterým je člověk vystavován při jízdě autem nebo vlakem. Dále pak blikající světla, která jsou na diskotékách. Nebezpečné jsou odrážející se sluneční paprsky od hladiny vody nebo mihotavé osvětlení televizní obrazovky. Záchvaty mohou být vyvolané i prudkými, překvapujícími zvuky, doteky určité části těla, čtením, psychickými pochody (řešení složitých úloh). Epileptici hůř snášejí dlouhotrvající fyzickou námahu. Je tedy důležité dbát na vhodný výběr sportu. Za nevhodné sporty pro pacienta s epilepsií jsou považovány: jízda na koni, hod kladivem, oštěpem, šerm, střelba, box, vytrvalostní běh, skákání na lyžích, sjezd na lyžích, skoky do vody, potápění. Při plavání je nutné, aby mělo dítě dozor. Epileptik by se měl vyvarovat blízkosti nebezpečných strojů, ohni a výškám (Kollár, 2010).

Z pohledu poškození jsou ve výhodě ti pacienti, kteří mají před záchvatem auru, mohou tedy na záchvat nějak zareagovat anebo se vzdálit z nebezpečného místa, lehnout si na zem a podobně. V ČR platí, že každé osobě, která měla alespoň jeden epileptický záchvat, je řidičský průkaz odebrán. Řidičský průkaz lze vrátit až po dlouhém bezzáchvatovém období. Vrácení řidičského průkazu profesionálním řidičům není možné, výjimkou může být řízení traktoru bez transportu osob. Po záchvatu musí jedinec odevzdat řidičský průkaz a pak se následně jeden rok sleduje klinický stav pacienta a EEG, nakonec se dělá EEG vyšetření po spánkové deprivaci (Kollár, 2010).

1.5.4 Ketogenní dieta

Podle Daniela (2012, s. 24): „*Praxe jednoznačně ukazuje, že terapie ketogenní dietou bývá úspěšná.*“ U poloviny pacientů dosahuje kolem 50% redukce záchvatů (Daniel, 2012). Ketogenní dieta s vysokým obsahem tuků a naopak s velkým omezením cukrů, navozující stav hladovění, byla vytvořena již ve dvacátých letech minulého století.

Jestliže dítě přijímá stravu s vysokým obsahem tuků, jeho tělo pak využívá k tvorbě energie výhradně tuky, které se v játrech zpracovávají na mastné kyseliny a ketony. Při nedostatku cukru jsou právě ketolátky hlavní zdrojem energie pro mozek (Brožová, Hadač, 2013). Podle Brožové a Hadače (2013, s. 89): „*Zavedení ketogenní diety by mělo být zváženo po selhání dvou až tří správně zvolených a dávkovaných antiepileptik především u dětí se symptomatickými generalizovanými epilepsiemi.*“ Dieta je však účinná i u pacientů s ložiskovými epilepsiemi a často se indikuje u pacientů s častou frekvencí záchvatů (dva a více týdně). Ve většině případů děti dobře snáší ketogenní dietu, nejsou však vyloučené vedlejší účinky ketogenní diety. Mezi časně vedlejší účinky patří gastrointestinální příznaky – zvracení nebo nauzea, metabolická acidóza, hypoglykemie, dehydratace, nechutenství, ospalost. Do pozdních vedlejších účinků můžeme zařadit nefrolitiázu, zácpu, hypercholesterolemii a zpomalení růstu, který může být způsoben vlivem nižšího obsahu bílkovin ve stravě. Ketogenní dieta musí být sestavena individuálně pro každého pacienta. Musíme brát ohled na nutriční požadavky organismu a přitom dodržet princip diety. To znamená vysoký obsah tuků a přitom omezený přísun sacharidů se současně dostatečným příjmem bílkovin. Je důležité určit si tři parametry, jako je energetický příjem, který se stanoví podle věku, váhy a celkové pohybové aktivity. Mezi další parametr patří určení množství potřebných bílkovin, což závisí na věku dítěte. K zajištění normálního somatického vývoje je třeba, aby byl příjem bílkovin vyšší, čím je dítě mladší a naopak. Jako poslední parametr je určován poměr diety. To vyjadřuje, na kolik gramů tuků připadne jeden gram sacharidů a bílkovin dohromady. U větších dětí se začíná většinou s poměrem 4 : 1. Znamená to, že na čtyři gramy tuku ve stravě připadne jeden gram cukrů a bílkovin. U menších s poměrem 3 : 1. Taková strava není plnohodnotná, a proto musí být obohacena o vitamíny, stopové prvky a minerály. Je doporučeno po dobu diety neužívat Valproát. Účinnosti diety a tedy redukce záchvatů je popisována více než u poloviny pacientů, jež dietu dodržovali. Rodiče také zaznamenali zlepšení behaviorálních funkcí a redukcí množství antiepileptik (Ryzí, 2011). Dietu je dobré držet tři roky, pokud se ale netoleruje nebo ji dítě nedodržuje, ukončuje se dříve (Brožová, Hadač, 2013).

1.5.5 Chirurgická léčba

Je důležité vědět, že ne u každého pacienta je možná chirurgická léčba. U většiny se předpokládá, že by tento typ léčby neměl šanci na úspěch nebo by byl spojen s řadou rizik. Chirurgická terapie je indikována u farmakorezistentních pacientů. Nezbytnou podmínkou je ověření, zda pacient opravdu trpí farmakorezistentní epilepsií. Hlavním cílem předoperační diagnostiky je stanovení příčin epilepsie, určení oblasti mozku zodpovědné za vznik záchvatů a také to, zda je tato část mozku odstranitelná bez jakýchkoliv následků. Ve většině případů se ale dochází k závěru, kdy je v mozku více míst, které mohou za vznik záchvatu nebo záchvaty vychází z důležitých center, které jsou zodpovědné například za hybnost končetin. V tomto případě pak nelze epileptochirurgii realizovat. Existuje řada předoperačních vyšetření. Všichni pacienti nepodstupují ta samá vyšetření. Lékař rozhoduje na základě povahy onemocnění, věku dítěte, schopnosti dítěte a podobně. Mezi předoperační vyšetření patří nejvíc známé EEG, které zaznamenává elektrickou aktivitu mozku, MR zobrazující anatomickou strukturu mozku, PET, která zobrazuje metabolismus mozku, SPECT, kde zjistíme průtok krve mozkiem a další vyšetření (Kršek, 2012). Nejlepší operační výsledky s nejmenším rizikem komplikací jsou při operacích na temporálním laloku. Pacienti jsou bez záchvatů dlouhodobě asi kolem 70 – 80% (Rektor, Ošlejšková, 2010).

1.6 Ošetrovatelský proces u dítěte s epilepsií

Děti, které trpí epilepsií, mohou být přijaté na různá pediatriká oddělení. Proto je podstatné, aby sestra znala nejdůležitější specifika léčby, životosprávy, projevy epilepsie a zásady první pomoci při záchvatu (Slezáková et al., 2012 a).

1.6.1 Posuzování pacienta

Hlavním cílem sestry je sesbírat od dítěte a od rodičů anamnestická data. Zaměřuje se na rodinu a prostředí, ve kterém dítě žije. Sestra také posuzuje vývojové potřeby dítěte. Informace zjistíme od samotného dítěte, rodičů, zdravotních pracovníků (sestry, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, psycholog, logoped a další) a také z výsledků vyšetření (nutriční skóre, výška, hmotnost, BMI). Údaje jsou shromažďovány na

základě pozorování, kdy sestra pozoruje dítě při činnostech, sleduje klinické příznaky u dítěte, jako jsou bolest, bledost, namáhavé dýchání a podobně. Dále rozhovorem nebo fyzikálním vyšetřením. Pro sběr údajů je důležitý dostatek času. Dítě i rodiče potřebují čas alespoň na částečnou adaptaci (Sedlářová et al., 2008).

Ve fázi plánování ošetrovatelského procesu si sestra stanoví priority, definuje si také cíle a měřitelná kritéria. To vše se mění v závislosti na průběhu léčby. Ošetrovatelský plán sestry musí být v souladu s léčebným postupem. To znamená, že nemůže sestra plánovat nácvik chůze, když lékař ordinuje klid na lůžku. Sestra může využívat hodnotící škály, jako je například hodnotící škála pro bolest (Sedlářová et al., 2008).

Sestra začíná realizovat činnosti, které si naplánovala. Důraz klade na propojení plánu ošetrovatelské péče s realizací. Činnosti neboli intervence dělíme na závislé a nezávislé. Závislé jsou podle ordinace lékaře a nezávislé vycházejí z aktivity sestry. Intervence mohou být také vzájemné. To znamená spolupráci v rámci zdravotnického týmu. Intervence musí být zapsány v záznamu realizace (Sedlářová et al., 2008).

Hodnocení ošetrovatelské péče, je poslední fází ošetrovatelského procesu, kde dochází k porovnávání ošetrovatelského plánu s vlastní realizací ošetrovatelské péče. Zjistíme tedy, zda se sestra dopracovala k předem určenému cíli. Závěry jsou důležité. Na jejich základě se ošetrovatelské zásahy buď ukončí, nebo se v nich dále pokračuje (Sedlářová et al., 2008).

1.6.2 Ošetrovatelský plán a jeho realizace

Při vnímání a posuzování zdravotního stavu je důležité zjistit co nejvíce informací a to buď od rodičů, nebo od doprovázející osoby (Slezáková et al, 2012 b). Jde především o informace týkající se tělesných pohybů, změny zbarvení, pocitů a vjemů, které předcházely záchvatu. Co dítě dělalo před začátkem záchvatu. Informace o průběhu záchvatu. Jaká část těla byla postižena záchvatem jako první, jak dlouho záchvat trval, zda dítě ztratilo vědomí, jak padalo, jestli dítě slinilo a mělo pěnu u úst. Je dobré vědět, jak dítě prožívá pozáchvatové období. Jestli je dítě spavé, pomočené, dezorientované, zmatené, má bolesti hlavy nebo svalů, anebo zda se objevuje amnézie na období před záchvatem (Boledovičová et al., 2006). Sestra zjistí informace o předchozím zdravotním

stavu dítěte a také o předchozích neurologických problémech. Zjišťuje informace, zda je dítě již léčené pro epilepsii. Jakou má farmakoterapii a jak dlouho ji užívá. Zda je možné, že by došlo k vynechání léků. Jestli nedošlo k požití nežádoucích poživatin (alkohol). Zda dítě dodržuje léčebný režim, tzn. dodržování denního režimu a spánku (Slezáková et al., 2012 b).

Pokud jde o polohu a pohybový režim, sestra nechá, mimo dobu záchvatu, dítě zaujímat aktivní polohu. Pokud dojde k záchvatu, ukládá sestra dítě do polohy na boku, zajistí dýchací cesty záklonem hlavy, odstraňuje z dosahu předměty, o které by se mohlo dítě poranit. Do úst sestra nic nevkládá a zabezpečí hlavu proti úrazu. Křeče nechá volně odejít (Slezáková et al., 2012 b).

Sestra sleduje dobu trvání záchvatu, vědomí, dýchání – pokud je přítomna cyanóza, svědčí to o nedostatečném dýchání, dále sleduje, na které části těla křeče začaly, jaké křeče to jsou, zda tonické nebo klonické, došlo-li k pomočení nebo pokálení, reakce a chování po záchvatu, dítě může být zmateno – sestra dává pozor na úraz po záchvatu. Sestra po proběhlém záchvatu informuje lékaře a provede záznam, kde bude jasný popis a délka trvání záchvatu (Slezáková et al., 2012 b). Musí sledovat srdeční akci, jak dítě dýchá, u dívek je důležité hlídat menstruační cyklus. Je třeba sledovat vedlejší účinky antikonvulziv, jako je zvracení, poruchy krvetvorby, jater, alergické projevy a ospalost (Boledovičová et al., 2006).

V oblasti hygienické péče sestra zhodnotí úroveň soběstačnosti dítěte a po probuzení provádí hygienu. Po záchvatu nechá dítě dospat, jen v případě pomočení nebo pokálení poskytne čisté prádlo a provede hygienu. Je důležité, aby nenechala dítě bez dozoru. Mohlo by dojít k dalšímu záchvatu, a tak i k úrazu (Slezáková et al., 2012 b).

Pokud mluvíme o výživě, hrozí riziko aspirace (může vážnout polykací akt), proto sestra nepodává po záchvatu tuhou stravu. Volí se nedráždivá dieta a to přísný zákaz alkoholu, i výrobků s malým procentem alkoholu, jako například rumové pralinky. Nedoporučuje se káva, čokoláda, kakao. Je důležité informovat děti o rizicích souvisejících s požitím alkoholu. Při vyprazdňování zhodnotí sestry možnost sebepečce dítěte. Zmíní možnost umyvadla s vodou k hygieně rukou. Pokud jde o vyprazdňování na posteli, sestra zvolí vhodnou polohu a zajistí soukromí (Slezáková et al., 2012 b).

Pro dodržení potřebného spánku a odpočinku sestra dohlídne na denní režim dítěte. Důležitý je dostatečný spánek. Není dobré pospávání během dne a nedoporučuje se noční bdění, jako jsou diskotéky a noční sledování televize (Slezáková et al., 2012 b). Lehký spánek přes den provokuje epileptický záchvat (Slezáková et al., 2012 a).

V oblasti psychosociálních potřeb se sestra snaží dítě zaměstnat, popřípadě vyhledá spolupráci s učiteli, psychologem (Slezáková et al., 2012 b).

Před tím než lékař propustí dítě do domácí péče, musí informovat dítě i rodinné příslušníky o nutnosti dodržování léčebného režimu. Pokud bude záchvat trvat nejdéle deset minut, není nutná hospitalizace, výjimkou je nakupení záchvatů. Někdy lékař doporučí při záchvatu podání Diazepamu per rektum. Je nutné informovat o příčinách vyvolávajících záchvat a to především u větších dětí. Mezi tyto příčiny patří: delší pobyt v prostředí, kde není vyvětraný vzduch, dlouhý pobyt na slunci, teplé nebo hlučné prostředí, přetěžování fyzických sil, blikající světlo, které se objevuje na diskotékách, na počítači nebo v televizi. Sestra i lékař upozorňují dítě a jeho rodinu na rizika koupání v bazénu či rybníku a odcházení z domu na delší vzdálenosti bez doprovodu. Důležité je zdůraznit zákaz pití alkoholu. Sestra zmíní nutnost mít léky vždy při ruce, v dávce, kterou dítě potřebuje a informuje o důležitosti pravidelnosti užívání antiepileptik. Úprava terapie je možná jen pod dohledem lékaře. Jsou nutné pravidelné prohlídky u neurologa. Dítě nebo rodiče by měli u sebe nosit průkaz epileptika a zaznamenávat každý záchvat a aury. Sestra poučuje jak dítě, tak rodinu o nutnosti informovat své okolí o tom, že dítě trpí epilepsií. Dítě může provádět jakýkoliv sport. Jediný sport, který se nedoporučuje, je plavání. Sestra poskytne rodině a dítěti informační zdroje o nemoci, jako jsou brožury, poradny, internet a podobně. Na závěr sestra zhodnotí informovanost dítěte a rodičů (Slezáková et al, 2012 a, Slezáková et al., 2012 b).

Sestra seznamuje dítě a rodiče s problémem při výběru povolání. Nedoporučuje se práce ve výškách, na strojích, z důvodu rizika úrazu, práce na vodě nebo s elektrickým proudem. Není vhodné zaměstnání, kde se pracuje na směny nebo v noci. Epileptici nesmí být držitelem zbrojního průkazu a zbraně. Dítě bude moci být držitelem řidičského průkazu tehdy, pokud bude bez záchvatu a jeden rok bez léčby. Tím, že splní

tato kritéria, sice bude moci být držitelem řidičského průkazu, ale nikoliv řidičem z povolání (Slezáková et al., 2012 b).

1.6.3 Intervence sestry

Sestra u dítěte vykonává závislé i nezávislé intervence. Při záchvatu se v první řadě zaměřuje na udržení průchodnosti dýchacích cest a zabránění úrazu. Pokud je to možné, otočíme dítě do polohy na bok, aby se minimalizovalo riziko ucpání dýchacích cest. Je možné dát dítěti mezi zuby kapesník, nic jiného do úst nevkládáme. Odstraníme nábytek a jiné předměty, které by mohly vést k úrazu. Dítě se nesnažíme držet a ani ho během záchvatu nepřenášíme. Pokud je dítě na posteli, je vhodné zdvihnout bočnice a postel zabrzdit. Dítěti uvolníme oděv a vyndáme zpod hlavy polštář. Po celou dobu záchvatu dítě sledujeme. Jestliže je dítě v nemocnici, připravíme pomůcky na endotracheální intubaci pro případ, že by dítě po ústupu záchvatu nedýchalo, případně podáváme kyslík. Je třeba vyčistit dutinu ústní od sekretu. Také je možno zavést vzduchovod. Kontrolujeme fyziologické funkce. Zavedeme PŽK. Dle ordinace lékaře podáváme Diazepam buď intravenózně, nebo per rektum. Je možné také podat intravenózně Epanutin rychlostí 50 mg / min ve fyziologickém roztoku, větší rychlost by mohla způsobit bradykardii. Fenobarbital se podává tehdy, pokud křeče neustupují. Pokud u dítěte v průběhu záchvatu došlo k pomočení, po jeho odeznění dítě umyjeme a převlékneme. Uložíme ho do postele v poloze se zvýšením pod hlavou jako prevenci aspirace. Zkontrolujeme dítě, zda nedošlo k poranění. Pokud ano, dítě ošetříme. Po probuzení dítěte mu pomůžeme se zorientovat, kontrolujeme stav vědomí a umožníme mu klidné prostředí (Boledovičová et al., 2006).

Sledujeme příznaky blížícího se záchvatu. Je důležité dítě edukovat, aby se při pocitech aury posadilo a zavolalo pomoc. Důležité je poskytnout dítěti signalizační zařízení tak, aby na něj dosáhlo. Nezbytné je získání podrobné anamnézy s důkladným popisem stavů, které mohou způsobit poruchu elektrolytové a acidobazické rovnováhy, infekci, krvácení, vedlejší účinky léků, u děvčat menstruace. Startovacím důvodem záchvatu může být předmenstruační retence tekutin (Boledovičová et al., 2006).

Dle ordinace lékaře podáváme antikonvulziva a připravíme dítě na vyšetření jako je EEG, CT, MR. Zhodnotíme s rodiči a dítětem rizika prostředí, ve kterém dítě

přebývá, a zahájíme různá preventivní opatření. Rodinu informujeme o důležitosti pravidelného užívání léků. S rodinou a dítětem vytvoříme určitý denní režim, který budou dodržovat. Důležité pro denní režim je pravidelnost. Proto se začátek a konec spánku může posunout pouze o jednu hodinu. Doporučíme rodičům, aby dbali na správné stravování dítěte a to, aby vyloučili ze stravy přesolená jídla, kávu, coca - colu a nedávali dítěti naráz pít velké množství tekutin. Velký pozor by měli rodiče dávat při výběru aktivit dítěte. Není vhodné plavání a koupaní, dále jízda na kole nebo letecké sporty. Upozorníme rodiče, aby brali zřetel na toto onemocnění při výběru povolání. Dítě nesmí vykonávat práci, kde se dělá na směny, kde je riziko úrazu, vysoká teplota nebo jiné senzorické podněty. Potřebné je naučit rodiče, učitele a blízkou veřejnost, která přijde do styku s dítětem, jak poskytovat první pomoc při epileptickém záchvatu (Boledovičová et al., 2006).

1.7 Základy ošetrovatelské péče u dítěte s epilepsií

Sedlářová et al., píše (2008, s. 16): *„Dětská sestra má své nezastupitelné místo v oboru pediatrie. Podílí se v rámci svých kompetencí na komplexní péči o dítě od narození až do skončeného 19. roku života ve všech zdravotnických zařízeních. Dětská sestra organizuje a řídí ošetrovatelskou péči v pediatrii. Ve své činnosti se zaměřuje na spolupráci s rodinou.“*

1.7.1 Diferencovaná péče o dítě

Zárubová et al. (2009, s. 12) uvádí: *„Koncepte péče v epileptologii vychází ze standardu diagnostických a léčebných výkonů – Epilepsie, schváleném Výborem České neurologické společnosti dne 4. 4. 1998 a publikované v odborném periodiku Česká slovenská neurologie a neurochirurgie 1998; 61/94, No 4: s. 222-223. Na základě tohoto standardu je péče rozdělena na tři základní stupně.“*

Péči o pacienty s kompenzovanou epilepsií nebo také péči o pacienty, u nichž bylo dosaženo kompenzace, po vyčerpání veškerých možností nazýváme primární ambulantní péčí. Provádí ji dětský ambulantní neurolog.

Sekundární ambulantní péče je poskytována pacientům s obtížně kompenzovatelnou epilepsií nebo s diagnostickými problémy. Provádí ji dětský neurolog s důkladnými znalostmi v epileptologii a funkční odborností v elektroencefalografii.

Terciární péče je poskytována farmakorezistentním pacientům nebo pacientům s nevyřešitelnými diferenciatně diagnostickými problémy. Je poskytována v Centru pro léčbu epilepsie nebo Centru pro chirurgickou léčbu epilepsie (Zárubová et al. 2009).

1.7.2 První pomoc při epileptickém záchvatu

Nejdůležitějším úkolem při probíhající epileptickém záchvatu je dokázat poskytnout první pomoc, proto je třeba znát její pravidla, které je nutné dodržet před převozem do nemocnice. Nejprve dbáme na to, aby se dítě neporanilo a neublížilo si. Tomu zabráníme tak, že odsuneme nábytek nebo veškeré věci z jeho blízkosti. V průběhu záchvatu není dobré dítě bránit v pohybu nebo se je snažit usměrnit. Je důležité zabránit tomu, aby se dítě udusilo nebo zadávalo zvratky či hleny. Pokud dítě zvrací, obrátíme ho na bok a udržujeme ho v této pozici, než záchvat ustane. Je-li během záchvatu přítomna cyanóza a dítě přestane dýchat, je správné otočit dítě opět na bok, aby došlo k uvolnění dýchacích cest. Tím zabráníme zapadnutí jazyka (Vigué, 2006). Po celou dobu zajišťujeme průchodnost dýchacích cest. Není doporučeno násilné otevírání úst při křeči mimického svalstva, uvolňovat jazyk, nevkládat žádné předměty do úst, protože tím může dojít ještě k vážnějšímu zranění, než je skousnutí jazyka. Aplikuje se Diazepam intravenózně nebo rektální klyzma DOL, jestliže záchvat trvá déle a je silnější, anebo pokud lékař doporučí jeho podání. Záchvat necháme proběhnout a křečím nebráníme. Je dobré zajistit maximální klid v okolí, to znamená ztlumit silné světlo nebo vypnout hudbu (Gregora, 2007). Ve většině případů začne dítě dýchat poté, co záchvat skončí. Oživování srdce a dýchání z úst do úst po skončení záchvatu se provádí jen ve výjimečných případech. Je důležité vědět, že se v žádném případě nedělá v průběhu záchvatu. Obvykle záchvat končí sám od sebe a není třeba dítě resuscitovat nebo mu dávat umělé dýchání (Vigué, 2006). Pokud dítě usne, nebudíme ho, pouze kontrolujeme, zda jde o spánek a reaguje na podněty adekvátně nebo není-li v bezvědomí (Gregora, 2007).

1.7.3 Dítě a hospitalizace

Hospitalizace dítěte a hospitalizace dospělého se od sebe zásadně liší v několika bodech. Jsou různé reakce na prožívání příjmu a pobytu v nemocnici, riziko negativní reakce na hospitalizaci, strach z výkonu a další. Postup při příjmu dítěte a dospělého má důležitý rozdíl a to ten, že souhlasy s hospitalizací či jakýmkoliv výkonem podepisují rodiče. Děti a mladiství do osmnácti let jsou doprovázeni rodiči – zákonnými zástupci. Pokud není dítě starší šesti let, lze ho hospitalizovat s dospělou osobou. Nejčastěji s rodičem, ale může i s babičkou nebo starším sourozencem. Dospělý doprovod může být také velkým přínosem v komunikaci mezi dítětem a personálem. Pokud není možné, aby bylo dítě hospitalizováno s dospělým člověkem, musí personál zajistit dítěti informace o zvláštěnostech návyků oddělení (způsob hygieny, přijímání jídla, vyprazdňování, spánek apod.). Sestra zjišťuje, jak je dítě doma oslovováno, na co je zvyklé nebo jaké oslovení má nejraději. Pokud je to možné, poprosíme rodinu, aby donesla dítěti oblíbenou hračku. Sestra sleduje nebo se zeptá, jaké má dítě vztahy s ostatními dětmi, zda bylo již někdy hospitalizováno a jak zvládá povinnosti ve škole. Rodiče požádáme o učebnice a sešity do školy, aby se dítě mohlo připravovat i v nemocnici (Vytejšková et al., 2011).

Při příjmu je dítě převlečeno do svého přineseného prádla. Pokud nemá své, dostane ústavní. Povinností sestry je zkontrolovat vlasy, nehty, kůži a při zjištění jakékoliv odchylky od normálu učiní záznam do dokumentace. To znamená, že při zjištění jakéhokoliv hematomu, opruzeniny, vyrážky, podlitiny, rány či deformity, je třeba vše dokumentovat. Jakékoliv zjištění, které je zaznamenáno, se dává k podpisu zákonnému zástupci. Šaty a boty většinou sestra dává osobě, která dítě přivezla. K standardním postupům při přijetí dětského pacienta patří: uložení dítěte na lůžko, pomoc v orientaci, seznámení s ostatními dětmi na pokoji, poučení zákonných zástupců o možnostech návštěv, telefonické kontakty na oddělení a seznámení s Chartou práv dítěte. Pokud se jedná o hospitalizaci dítěte s dospělým člověkem, jsou oba seznámení s domácím řádem oddělení a dalšími důležitými pokyny (Vytejšková et al., 2011).

1.7.4 Komunikace s dětským pacientem

Komunikace s dětským pacientem je specifická. Pokud sestra chce, aby dítě spolupracovalo, je nutná efektivní komunikace ze strany zdravotního personálu. K tomu, aby byla komunikace efektivní, musí personál vědět a znát vývojové charakteristiky a zvláštnosti každého vývojového období od narození až do období adolescence (Plevová, Slowik, 2010). Právě komunikace může sestře pomoci s navázáním vzájemného vztahu. Pokud bude sestra dobrým komunikátorem, dosáhne tak i dobré spolupráce s dítětem (Venglářová, Mahrová, 2006).

Sestra se postupně stává pro dítě nejen zdravotníkem ale i nejbližší kontaktní osobou a partnerem ve hře. Může pro ně být náhradou kamarádů nebo někdy i rodičů. Komunikace s dítětem a rodiči vyžaduje vysokou dávku trpělivosti, důslednosti, upřímnosti, lidskosti, schopnost naslouchat a zároveň i profesionální vystupování. U dětí platí dvojnásob poslouchat nejen ušima, ale i očima. Neverbální komunikace může zdravotnímu personálu mnohé prozradit. Důležitá je i dávka empatie (Plevová, Slowik, 2010). V neverbální komunikaci hraje velkou roli oblast mimiky, oční kontakt a úsměv. Je dobré, aby sestra zvolila vhodný postoj, to znamená stejnou výšku na úrovni dítěte. Vhodné je podřepnout si nebo se vzájemně posadit. Je třeba dávat pozor na dotyk. Ten může jak uklidnit, tak rozrušit. Součástí ošetrovatelské péče nebo samotným prvkem komunikace se může stát pohlazení, podržení za ruku nebo i nošení v náručí. Prvkem komunikace je i vnější vzhled personálu. Emocionální naladění dítěte lze změnit pouhým vykukováním králíčka z kapsy (Venglářová, Mahrová, 2006).

Příležitostí ke komunikaci může sloužit samotné procházení se s dítětem, například když se dítě učí chodit. Avšak pokud dítě bude běhat po ordinaci a sestra ho začneme honit, bude to brát jako impuls ke hře. Na dítě působí i úprava prostředí. Pokud bude mít místnost vymalovanou na bílo a na zdech anatomické nákresy, nebude to na dítě působit dobře. Naopak pokud se bude pracoviště co nejbarevnější a nejzábavnější, může toho sestra dobře využít při komunikaci s dětským pacientem. Zdravotnický personál, setkávající se s dětskými pacienty by měl vědět, že dítěti se nikdy nemá lhát. Trpělivě dítěti vše vysvětlujeme s ohledem na jeho věk. Je dobré na základě vhodných otázek zjistit, zda jsme byli pochopeni. Používá se pouze jednoduchý slovník a krátké,

srozumitelné věty, nepoužíváme žádné odborné výrazy. Sestra nebo lékař musí dítě připravit na bolest a nikdy mu netvrdit opak. Dávají mu tím najevo, že jsou tu s ním a dítě není samo. Jestliže je to možné, je třeba dítě chválit a vyhledávat důvody, za co ho lze pochválit. Pro navázání kontaktu je velkým pomocníkem využití hraček, obrázků, knih nebo rozhovor o něčem, co dítě zajímá. Pokud je to možné, začleňuje se do celého procesu rodič. Velký pozor se klade na to, aby dítě nebylo vynecháno z konverzace. Nikdy se nemá mluvit o něm, ale s ním. Mezi nejčastější chyby patří lhaní, zlehčování, přístup k dítěti jako k malému dospělému. Direktivní přístup k dítěti sice může mít krátkodobý účinek, ale celkově působí spíše napětí a stres. Na dětské otázky se musí odpovídat a neodpovídat například: „tomu bys ještě nerozuměl“. Mezi chyby také patří kárání dětí nebo srovnávání je s jinými dětmi. Špatné je také projevování lítosti. (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.7.5 Kvalita života s epilepsií

Moráň uvádí (2007, s. 102): „*Kvalita života je charakterizována jako pocit štěstí a životní satisfakce.*“ Pro porozumění dopadu epilepsie a zlepšení péče o postižené pacienty je nezbytné identifikovat faktory, které předpovídají kvalitu života s epilepsií. Ukázalo se, že právě mezi nejdůležitější příznaky, které ovlivňují kvalitu života při epilepsii, jsou demografické proměnné, jako věk, pohlaví a sociálně – ekonomické postavení a klinické proměnné, včetně záchvatů, četností, trvání onemocnění a účinků antiepileptik (Tlustá et al., 2009).

Mezi faktory ovlivňující kvalitu života řadíme faktory neurobiologické epileptické (typ epileptického syndromu, typ záchvatů) a faktory neurobiologické neepileptické (výskyt více nemocí jako psychiatrických nebo somatických). Jako další faktory známe faktory farmakoterapeutické, kam řadíme poruchy kognice, psychiky, reaktivity a emocí. Dalšími faktory, které ovlivňují kvalitu života, jsou faktory psychosociální, kam řadíme poruchy sebehodnocení, nedostatek životních dovedností, nedostatečná atraktivnost, pracovní a sociální omezení a další (Moráň, 2007). Jako nejdůležitější faktory popisuje Moráň tělesné, duševní a sociální zdraví, dále pak samostatnost, nezávislost, dobré osobní vztahy. Ošetřující lékař spolu s dítětem a rodiči posuzuje a hodnotí kvalitu života. Existuje celá řada dotazníků pro zhodnocení. V těchto

dotaznících se objevují otázky zaměřené na frekvenci a tíži epileptických záchvatů, psychické změny v období záchvatu nebo mezi záchvaty, omezení v denních aktivitách, zda se objevuje strach ze záchvatu, vedlejší účinky antiepileptik, poruchy paměti a myšlení, pocity smutku nebo nedostatku energie a další podobné typy otázek (Moráň, 2007).

Zbytečné trauma působí dětem i rodičům známé mýty o epilepsii. Mezi nejrozšířenější mýty patří, že je epilepsie přenosná, že se jedná o psychiatrické onemocnění a postihuje intelekt pacienta. Dále se rozšiřují mýty o tom, že by epileptici neměli mít děti a že epilepsii nelze léčit (Fialová, 2014). Z vyprávění Zuzany Vilímové víme, že nejdůležitější a nejtěžší je nemoc přijmout, už jen z toho důvodu, že nemoc představuje velký nápor na psychiku. Často se objevují pocity sebelítosti, křivdy a bezmoci. Zuzana Vilímová tvrdí, že psychoterapie, kterou díky epilepsii podstoupila, jí pomohla vymanit se z takzvaného ublíženeckého postoje. Říká, že tělo úzce souvisí s psychikou a průběh onemocnění se může zlepšovat i zhoršovat s tím, jak lidé přemýšlí a jak přijímají sami sebe (Anon, 2011).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit, jak dětské sestry postupují při péči o pacienty s epilepsií.

Cíl 2: Zjistit, jaké mají hospitalizované děti s epilepsií potřeby.

Cíl 3: Vytvořit edukační materiál pro sestry standardních dětských oddělení zaměřený na péči o dítě s epilepsií.

2.2 Výzkumné otázky

V bakalářské práci byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jak dětské sestry postupují při péči o pacienty s epilepsií?

Výzkumná otázka 2: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o dítě hospitalizované s epilepsií?

Výzkumná otázka 3: Jaké mají hospitalizované děti s epilepsií potřeby?

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metodika. Pro sběr dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Výzkumné šetření probíhalo se sestrami na Klinice dětské neurologie ve Fakultní nemocnici Brno, konkrétně na Pracovišti dětské medicíny, a v nemocnici v Motole. Před samotnou realizací rozhovorů bylo zažádáno o povolení u vrchní sestry daného oddělení.

Sběr dat byl zrealizován v první polovině března 2015. Rozhovor byl tvořen identifikačními údaji sester, jako je věk, délka praxe, pohlaví a dosažené vzdělání. Dále pak předem připravenými otázkami, týkajícími se ošetrovatelské péče o děti s epilepsií. Rozhovor obsahoval jedenáct otázek s možností pokládat i doplňující otázky k upřesnění informací. Délka každého rozhovoru byla přibližně patnáct minut. Výzkumné šetření bylo anonymní. Se souhlasem sester byly informace zaznamenány na diktafon nebo doslovně přepsány v ruce, z důvodu nesouhlasu s nahráváním. Následně pak byly zpracovány do elektronické podoby, kdy byly sestaveny tyto kategorie: Specifika hospitalizace, Doprovod, Specifika vyšetření, Potřeby dítěte, Režimová opatření, Specifika ošetrovatelské péče, Zajištění bezpečnosti, Zásady komunikace. Rozhovory byly přepsány do textového editoru Microsoft Office Word 2007 a schémata byla vytvořena v programu draw.io.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry, pracující na Klinice dětské neurologie ve Fakultní nemocnici v Brně na Pracovišti dětské medicíny a na dětském neurologickém oddělení v nemocnici v Motole. Výzkumné šetření tvořilo celkem šestnáct sester, z toho deset sester z Fakultní nemocnice Brno a šest sester z nemocnice v Motole. Respondenti museli splňovat tato kritéria: délka praxe minimálně dva roky, ochota spolupracovat a poskytnout dostatečné informace.

Tabulka č. 1 – Identifikační údaje sester

Sestra	Vzdělání	věk	délka praxe	Pohlaví
S1	VOŠ	25 let	2, 5 let	Žena
S2	SZŠ - obor dětská sestra	49 let	7 let	Žena
S3	SZŠ	47 let	28 let	Žena
S4	VOŠ	26 let	3 roky	Žena
S5	SZŠ - obor dětská sestra	38 let	17 let	Žena
S6	SZŠ + specializace v diagnostice nervového systému	48 let	10 let	Žena
S7	SZŠ - obor dětská sestra, certifikovaný kurz EEG a EMG	40 let	15 let	Žena
S8	SZŠ + PSS	45 let	7 let	Žena
S9	SZŠ	46 let	28 let	Žena
S10	SZŠ + PSS	59 let	32 let	Žena
S11	VŠ (Mgr.)	38 let	5 let	Žena
S12	SZŠ - obor dětská sestra	39 let	20 let	Žena
S13	SZŠ	30 let	6 let	Žena
S14	SZŠ - pomaturitní studium v Brně: elektronika diagnostického systému EEG a evokované potenciály	52 let	4 roky	Žena
S15	VOŠ	26 let	3,5 let	Žena
S16	SZŠ	28 let	2,5 let	Žena

V tabulce č. 1 jsou uvedeny identifikační údaje týkající se dotazovaných sester. Věková hranice respondentek byla od 25 let do 59 let, jejich průměrný věk je tedy 40 let. Hlavním kritériem bylo, aby sestry splňovaly délku praxe na dětském neurologickém oddělení minimálně dva roky. Toto kritérium všechny dotazované sestry plnily. Nejkratší doba praxe byla dva a půl roku a nejdelší třicet dva let. Průměrná délka praxe je 11,9 let. Dosažené vzdělání sestry uváděly od střední školy až po vysokou školu. Čtyři sestry uvedly dosažené vzdělání střední zdravotnickou školu (S3, S9, S13, S16), tři sestry střední zdravotnickou školu obor dětská sestra (S2, S5, S12), jedna sestra střední zdravotnickou školu + specializaci v diagnostice nervového systému (S6). Jedna sestra uvedla střední zdravotnickou školu obor dětská sestra + certifikovaný kurz EEG a EMG, tři sestry vystudovaly střední zdravotnickou školu + pomaturitní studium (S8, S10, S14) a tři sestry vyšší odbornou školu (S1, S4, S15). Jedna sestra uvedla magisterské vysokoškolské vzdělání (S11).

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů

Informace, které byly získány od šestnácti respondentek, byly systematicky uspořádány do sedmi kategorií, které byly následně členěny do dalších podkategorií. Při zpracování dat byly použity i přímé citace z rozhovorů.

4.1.1 Kategorie: *Specifika hospitalizace*

Schéma 1 Specifika hospitalizace



a) Náplň péče

O důležitosti prevence záchvatů se zmiňují sestry S1, S4, S6, S8, kdy nejvýstižněji popisuje sestra S1: „*To znamená chodit spávat ve stejnou dobu, aby se nedíval moc na televizi. Když tady máme vánoční stromek a světýlka, tak ho od toho hnát, aby se do toho nedíval....nesedět u televize a u tabletů.*“ Důraz na pravidelný denní režim kladou převážně sestry S1, S5 a S8, uvádím nejobsáhlejší odpověď: „*Všeobecně je to stejné, akorát u toho epileptika se samozřejmě musí dodržovat určitý režim. To znamená chodit spávat ve stejnou dobu, aby se nedíval v noci na televizi.*“ (S1) Na otázku, jaká je náplň

péče o dítě na oddělení se sestry S6, S8, S10, S14, S16 shodly na tom, že je důležité dbát na bezpečnost dítěte. Sestra S8 vypovídá: „*Epileptici by měli být co nejbliže k sesterně. Je důležité předcházet úrazům. Dodržovat režimová opatření. Ukázat jim a vysvětlit, jak se používá signalizační zařízení.*“ Sestry S14 a S16 se shodují na označení epileptiků červeným náramkem, jako riziko pádu a tím i zvýšený dohled na zajištění bezpečnosti dítěte. Sestry S3, S6, S11 a S13 se zmiňují o možnosti odpoledních aktivit s paní učitelkou nebo herní terapeutkou, které na oddělení chodí každé odpoledne a vymýšlí dětem různé aktivity. Dále sestry uváděly možnost vyšetření, která se dětem provádějí, hlavně v dopoledních hodinách a dále pak podávání naordinovaných léků a infuzí. Sestra S2 na otázku, jaká je náplň péče o dítě na oddělení odpověděla: „*Úplně stejná, jako u jiných dětí, prostě klasická. Důležité je, aby neměl záchvat.*“

b) Vzhled pokoje

Velkou roli v pokoji pro epileptika právě hraje dobrý výběr lůžka, to zmiňovaly sestry S1, S4, S6, S7, S8, S11, S12, S13, S14, S15, S16. Vždy odpovídaly, že je nutné u těchto pacientů vybírat postele, které mají postranice. Sestra S7 a S8 nabízí také možnost využití síťových lůžek. Dále se sestry S10, S11 a S13 shodly na tom, aby měly děti k dispozici signalizační zařízení, která budou umět využít. Sestra S4 popisuje vybavení a uložení postele: „*Určitě postele s postranicemi. Uložit epileptika na co nejbližší pokoj k sesterně, úplně nejlépe ke dveřím, aby k němu byl rychlý a okamžitý přístup. Dále taky poskytnout a vysvětlit dítěti, jak používat a zacházet se signalizačním zařízením.*“

Vzhled a výběr pokoje je pro epileptika ze strany bezpečnosti důležitý. Sestry S5, S8, S12, S14 odpovídaly podobně a to, že by na pokojích neměly být žádné ostré předměty, jako jsou ostré hrany stolů, židlí, skříní. Sestra S5 však popírá reálnost této představy: „*Úplně nejideálnější by bylo mít nábytek se zakulacenými hranami, což bohužel tady na oddělení nemáme.*“ S bezpečností souvisí znemožnění otevírání oken, jak popisuje sestra S14: „*Hlavně zabezpečená okna, aby šla maximálně sklápěčka.*“ Z důvodu bezpečnosti sestry S1 a S3 hlídají děti, aby neběhaly po chodbách. Sestra S1 tuto výpověď obohacuje o to, že dbá na děti, aby nosily papuče, a když se vytírá podlaha, tak je hlídá o to víc. Sestra S6 se zmínila, že děti nemohou být sami ve vaně

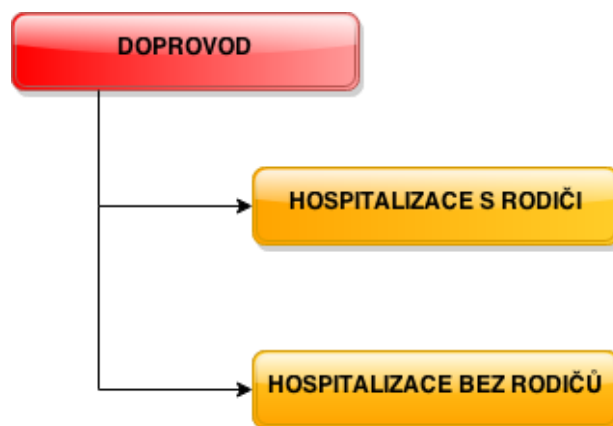
nebo v bazénu a pokud ano, tak pouze v doprovodu dospělé osoby. Sestra S14 dodává: *„Mít zavřené dveře na vyšetřovnu, aby tam dítě nemohlo jít a něco třeba neudělat.“* Sestry S5, S10 a S11 ve své odpovědi obohatily o to, že děti pravidelně kontrolují. V porovnání s ostatními sestrami se sestra S9 na otázku: *„Jakým způsobem zajišťujete u dětí bezpečnost?“* vyjádřila následovně: *„Nevím... Asi nijak zvlášť. Jsme tady my nebo tady často bývají s maminkami, které si je ohlídkají.“* Dále sestry popisují, že není zcela úplně vhodné mít na pokoji televizi a počítač. Upřesňují, že tyto aktivity nejsou dětem zakázané, pouze přiměřeně dovolené. Uvádím odpověď sestry S10: *„Pouze pokud má dítě pozitivní reakci na fotostimulaci, tak by v pokoji neměla být televize nebo počítač, jinak je to celkem stejné.“*

Sestry S7, S13 a S15 se zmiňují o vybavení pokoje s možností monitorace. Sestra S13 popisuje pokoj: *„My tady máme i jipové pokoje, kdy je lůžko s postranicemi nebo zábranami, pak mají signalizační zařízení – takový ten telefon u lůžka, kterým nás volají a klasicky vybavený monitor. Pokud jde o pokoj standardní, tak máme přenosný monitor, který dáváme na noční stolek. U všech postelí máme kyslík a nachystané kyslíkové masky.“*

Jako poslední věc sestry zmiňovaly nutnost vhodného uložení dítěte. Sestra S1 říká: *„Tak epileptik by určitě neměl být na pokoji například s autistickým dítětem, protože dělá nepořádek, vstává brzo ráno a dělá hluk. Tak takhle by to právě být nemělo. Je třeba, aby se dodržoval režim, třeba například v osm hodin se zhaslo, děti klidně spaly, a v sedm se vzbudily.“* S tím souhlasí i sestra S1, která potvrzuje, že je důležité zajištění nerušenosti epileptika, aby mohl celou noc spát, z důvodu, že by náhlé probuzení mohlo vyprovokovat záchvat. Sestra S4 popisuje uložení dítěte: *„Když jsou tu bez rodičů, tak se dávají ty děti ke dveřím, aby byly na dosah.“* Sestra S6 tuto odpověď doplňuje a říká, že je vhodné epileptika umístit co nejbližší k sestrám, kdyby došlo k záchvatu, tak aby ho sestra slyšela, zřejmě bez ohledu na to, zda jsou rodiče přítomni či ne.

4.1.2 Kategorie: Doprovod

Schéma 2 Doprovod



a) Hospitalizace s rodiči

Sestry na otázku: „Jaké máte zkušenosti s dětmi hospitalizovanými s doprovodem a bez doprovodu dospělé osoby?“ odpovídaly ne úplně jasně. Šest sester se nakonec dobralo výsledku, že je lepší, když tady s nimi rodiče jsou, avšak pouze tři z nich tuto pravdivost potvrdily přesvědčivě. Příkladám ukázky rozhovorů sester S9, S12 a S13. „*Určitě je dobře, když tady jsou. Děti to lépe snáší. Sice je pravda, že když tady mají rodiče, tak si trochu vymýšlí a zkouší, ale i tak je pořád lepší, když zde jsou.*“ (S9) Uvádím i úryvek odpovědi sestry S12: „*Tak rodiče asi více zaznamenávají záchvaty, když jsou nějaké absence a není to nějaký viditelný záchvat, tak lépe zaznamenávají počet záchvatů. Jako rodiče jsou v tomto případě dobří, zejména u epileptiků.*“ Sestra S13 ve své dlouhé odpovědi zahrnuje: „*Jinak asi je jako dobře, že tady ty doprovody jsou, že si děti opatří, nakrmí a takhle a my jen na to dohlížíme.*“ Sestra S16 poukazuje na to, že hodně záleží na rodičích. Podobně to popisuje sestra S11, která odpovídá, že jsou někdy rodiče pomoci a někdy je to s nimi zase horší. Zmiňuje se také o možných problémech v komunikaci s rodiči. Nakonec se ale stejně přiklání k odpovědi, že je lepší, když jsou rodiče na oddělení přítomni. Sestra S8 uvedla názor, že je přítomnost rodiče spíš přínos, avšak potvrzuje názor, že se děti s rodiči jinak chovají a že je občas těžší spolupráce s rodiči.

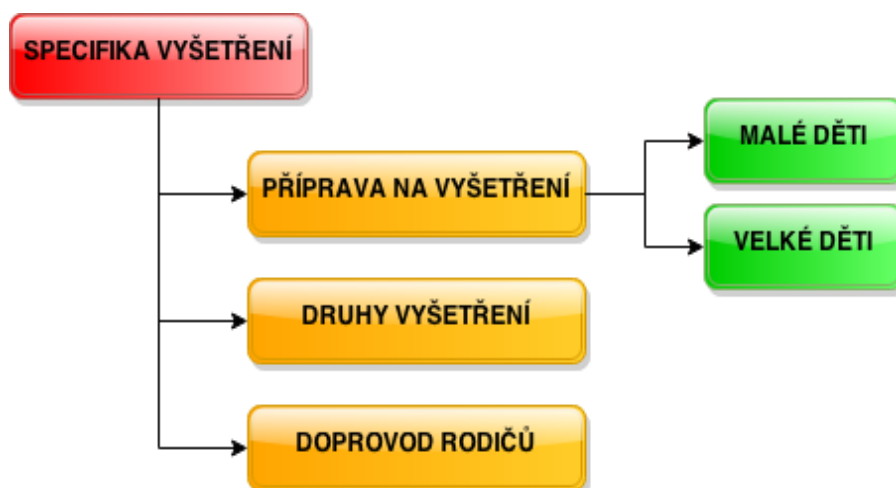
b) Hospitalizace bez rodičů

O tom, že je lepší, když jsou děti hospitalizovány v nemocnici bez doprovodu, se zmiňují pouze sestry S2 a S3. Odpověď S2 zní: „*No tak je dobré, když tady jsou a hlídají ty děti, hodně nám tím pomůžou. Ale stejně si myslím, že je lepší, když jsou tady bez rodičů. Člověk je pro ně větší autoritou a tolik si nedovolí, než když tady mají maminku.*“

Sedm sester se nepřiklání ani k jedné skupině (S4, S5, S6, S7, S10, S14, S15). Sestry S7 a S10 kladou důraz na věk dítěte. U malých dětí souhlasí a myslí si, že hospitalizace s rodiči je na místě. U větších dětí říkají, že je to zbytečné a že ani sami děti tam rodiče nechtějí. Sestra S15 odpovídá podobně, jen dodává, že také záleží na psychomotorickém vývoji dítěte. Sestra S4 říká, že je to individuální. Sestra S5 se zase zmiňuje, že jsou rodiče někdy pomocí a někdy přítěží. Podobně také pak vypovídají sestry S6 a S14.

4.1.3 Kategorie: Specifika vyšetření

Schéma 3 Specifika vyšetření



a) Příprava na vyšetření

Na otázku: „Jaká specifická vyšetření děti podstupují a jak je na ně připravujete?“ se sestry zaměřovaly převážně na přípravu EEG vyšetření a MR. Sestry S3, S9, S14 a S16 se shodují, že příprava na vyšetření EEG není žádná, kdy sestra S7 dodává: „*Na EEG je připravujeme jen tak, že jim to vysvětlíme, aby se toho děti nebály. Takže spíš taková psychická příprava.*“ Sestry S7 a S14 uvádějí možnost zabavit děti nějakými hrami nebo jim pustit pohádku na DVD. Sestra S9 vyjadřuje stejný názor a poukazuje na EEG vyšetření po spánkové deprivaci, kdy je důležité dbát na to, aby děti v noci nespaly. Sestry S4, S7, S15, S16 vypovídají o tom, že vyšetření MR u malých dětí se dělá v celkové anestezii, a proto je důležitá předoperační příprava. To nejvíce popisuje sestra S4: „*Dále je to tedy MR, kdy je důležité, aby na sobě neměly nic kovového a byly podepsány souhlasy a předoperační příprava jako jsou odběry krve, interní vyšetření, konzultace s anesteziologickým doktorem. To právě proto, že se u malých dětí dělá MR v celkové anestezii.*“ Sestra S5 nerozdělovala určitá vyšetření, ale popisovala přípravu obecně. Její odpověď tedy zní: „*Pouze jim vysvětlíme, co se s nimi bude dít, jak dlouho se to bude odehrávat a podobně. Je to pro ně celkem dost stresující. Malé děti lze uklidnit dudlíkem, lahví nebo je mohou rodiče chovat.*“ Jediná sestra S12 se zmínila o přípravě dítěte před vyšetřením evokovaných potenciálů, kdy se děti premedikují, aby spaly a spolupracovaly.

b) Druhy vyšetření

Všechny sestry uvedly v odpovědích vyšetření EEG a MR, pouze sestry S5, S11 a S14 o MR nemluvily. Asi polovina respondentek se dále zmínila o vyšetření, jako je video EEG, EEG po spánkové deprivaci, noční EEG, evokované potenciály, oční vyšetření a odběry krve. Sestra S6 navíc uvedla možnost dlouhodobé EEG monitorace, polysomnografie a UZ mozku. Sestry S6, S9 a S13 se shodují na CT vyšetření. Sestra S15 vyjmenovala dosud zmíněná vyšetření a navíc vyšetření PET/CT (vyšetření, které spojuje dvě diagnostické metody v jednu a to pozitronovou emisní tomografií a počítačovou tomografií) a dále také EKG a ECHO, což vypověděla i sestra S13. Sestry S12 a S13 poukazují na vyšetření lumbální punkce, z důvodu možnosti metabolických

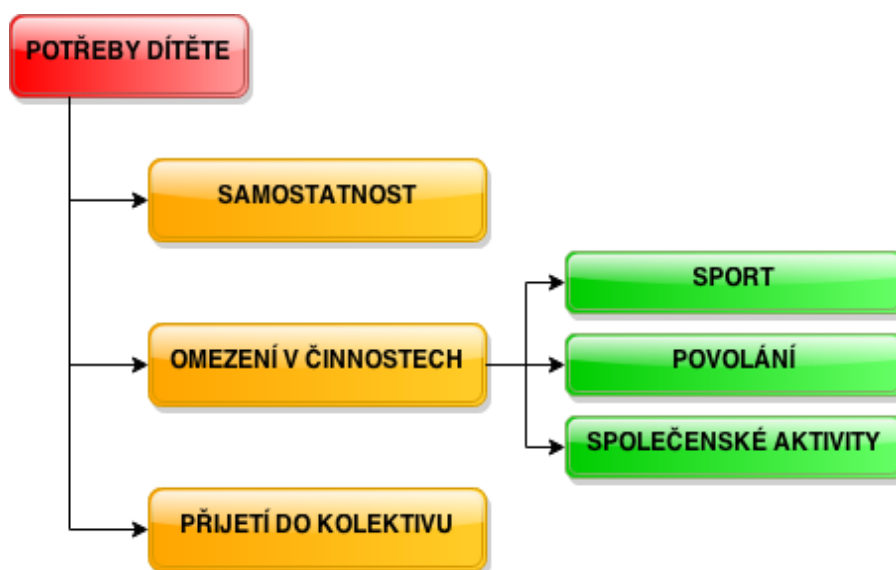
vad nebo prokázání zánětu. Sestra S5 říká: „*Někdy se u nejasné epilepsie dělá i vyšetření kardiologem a vyšetření psychologem.*“ Dále se v odpovědích objevila možnost ORL vyšetření (S3) nebo genetického vyšetření (S1).

c) Doprovod rodičů

Sestry S3, S4, S6, S7, S8, S10, S15 a S16 uvádějí, že rodiče mohou doprovázet děti na vyšetření. Sestra S8 a S15 souhlasí s doprovodem rodičů nejen na vyšetření EEG, ale i na MR, kdy sestra S6 se k jejich tvrzení přidává, ale také konstatuje a podotýká nutnost srozumět rodiče s tím, že dávka záření není pro organismus dobrá, ale pokud i přesto chtějí dítě doprovázet, nebrání jim. Sestry S4 a S7 uvedly možnost doprovodu dítěte na MR, ale pouze v tom případě, když dítě není uspané. Sestra S16 tuto verzi doprovodu dítěte na MR popírá a tvrdí, že je možné doprovodit dítě pouze do předsálí. Ve výpovědi sestry S6 zaznamenáváme názor, kdy je lepší, když jde dítě na vyšetření samo bez doprovodu. Uvádím její odpověď: „*Ano, určitě mohou. Někdy to teda je spíše kontraproduktivní, že si zde třeba necháme pětileté dítě s maminkou a dítě se pořád vrtí a něco ho ruší, tak se někdy rozhodne, že je lepší, když si maminka odejde a počká. Sestřička je pro děti větší autorita a většinou lépe spolupracují.*“

4.1.4 Kategorie: Potřeby dítěte

Schéma 4 Potřeby dítěte



a) Samostatnost

O potřebě samostatnosti vypovídaly sestry S8, S12, S13 a S16. Sestra S16 uvedla: *„Nejvíce mají takovou potřebu si všechno udělat samy, všude chodit samy, což ony nemohou, ve většině případů právě potřebují dozor.“* Sestra S8 popisuje potřebu samostatnosti rozsáhleji: *„Tak já myslím, že jim nejvíce vadí, že nemohou dělat úplně všechno, tak jako jiné děti. Myslím tím ty sporty a být nějakým způsobem samostatné. Aby nemusely při jakékoliv činnosti mít nad sebou nějaký dozor.“* Sestry S12 a S13 ve svých odpovědích zmiňovaly, co nejvíce dětem vadí a to právě bylo, že musejí být hlídané se zvýšeným dozorem.

b) Omezení v činnostech

Sestry S2, S6, S7, S8, S13 a S15 se shodují, že největším problémem v uspokojení potřeb dítěte s epilepsií je omezení v určitých činnostech. Sestry S5 a S7 zaznamenávají nespolupráci v dodržování pravidelného režimu a to především u dětí pubescentního věku. Největším důvodem je zákaz večerních návštěv klubů, diskoték, ponocování a podobně. Adolescenti si podle výpovědí sester S2, S5, S7 nejvíce stěžují na zákaz řízení motorových vozidel a s tím související zákaz absolvování kurzů autoškoly. Nejčastější omezení sestry považují v oblasti sportu. To vypovídaly sestry S2, S6, S8, S13.

c) Přijetí do kolektivu

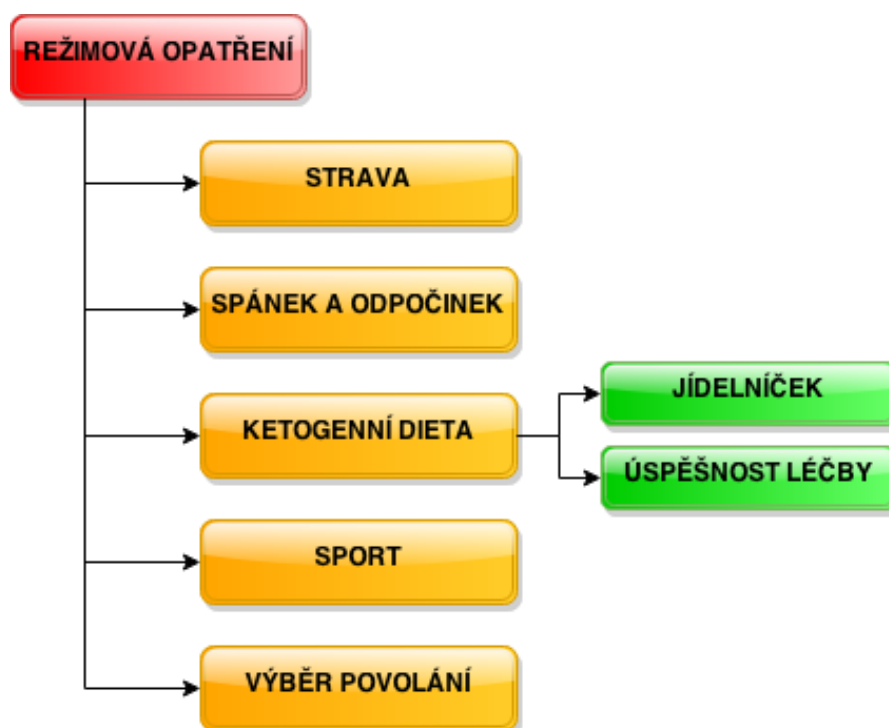
Sestry S1, S3, S5, S6, S8, S11 a S12 ve svých odpovědích poukazovaly na potřebu sociální a společenské. Sestra S1, S3 a S11 odpovídají, že se děti stydí za své onemocnění a mají strach, aby nedostaly záchvat před spolužáky. Sestra S6 říká: *„Tak já si myslím, že nejvíce jim asi chybí taková ta kolektivnost s dětmi. Přeci jen onemocnění u dětí je pro ně trochu stresující. Bojí se toho, aby je kamarádi nezavrhli.“* Potvrzuje to i sestra S5, která odpovídá: *„Když už jde o ty větší, tak tam je to podstatně horší, aby ony šly jakoby s dobou a kolektivem.“*

Sestra S14 se zaměřila na potřeby, které jsou pro ně důležité přímo v nemocnici. Poukazuje na nedostatek pohybu, který v nemocnici nemají už jen z důvodu nasazení

kontinuálních infuzí. Sestry S4, S9, S10 se shodly na tom, že nemají žádné zvláštní potřeby. Některé sestry nevěděly, co na tuto otázku odpovědět, uvádím příklad sestry S10: „*No nevím, jaké by měly mít potřeby. Tak jako každé dítě, které je v nemocnici, chce jít domů, nebaví ho to tady a chce jít ven. Jinak nevím, co bych na to odpověděla.*“

4.1.5 Kategorie: Režimová opatření

Schéma 5 Režimová opatření



a) Strava

Sestra S3, S5, S6 a S12 potvrzují nepravdivost výroků, které tvrdí, že by epileptici neměli jíst čokoládu nebo kakao. Uvádím výpověď sestry S12: „*To už jsou spíš takové fámy. Byly doby, kdy se nesměla jíst čokoláda, ale dnes už to není. Pouze alkohol. Kdysi se nemělo kakao, čokoláda, že to prý vyvolávalo záchvat, ale dnes si myslím, že není známá žádná potravina, která by měla vyvolávat záchvat.*“ Sestra S7 tvrdí: „*Čokoláda může být dráždivá, ale že by to způsobovalo záchvat, tak to ne.*“ Většina sester (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S10, S11, S12, S14, S15, S16) klade důraz na to vyvarovat se alkoholu a drogám, kdy sestra S16 k tomu dodává, že je důležité vyhnout se nápojům

typu coca-cola, kofola a podobně. Sestra S2 poukazuje na důležitost pravidelného pitného režimu.

b) Spánek a odpočinek

Všechny sestry považují za nejdůležitější pravidelný denní režim a to hlavně pravidelný a dostatečný spánek a odpočinek. Sestry S6, S11, S12, S13, S16 kladou důraz na to, aby děti chodily ve stejnou dobu spávat a ve stejnou dobu vstávaly. Není vhodné, když větší děti chodí spávat přes den nebo po obědě, to tvrdí sestry S3 a S7: „*Neměly by spát po obědě nebo odpoledne, to je u těch větších dětí.*“ (S7) „*Hlavně spánek. Nemá chodit spát po obědě, mají chodit spát jen v noci. Nebudit je přes noc. Hlavně tady toto.*“ (S3) Důležité je, aby děti neponocovaly, na tomto tvrzení se shodují sestry S9, S12, S13, S16, uvádím odpověď sestry S9: „*Pravidelný denní režim, neponocovat. Ty starší děti by neměly chodit na diskotéky, vždy je z toho záchvat.*“

c) Ketogenní dieta

Ve Fakultní nemocnici v Brně mají sestry větší zkušenosti s nasazením ketogenní diety. Všechny se odkazovaly na konkrétního lékaře, který se ketogenní dietou zabývá a nasazuje ji. Zatímco sestry z nemocnice v Motole takové zkušenosti nemají, konkrétně sestra S12, jež odpovídala: „*Ted' se tady postupně nabírají děti na tu ketogenní dietu. Nevím no, většinou sem vždycky přišly, to byl nástup a dál jsou v ambulancích, takže co se s nimi děje dál, jestli má úspěch nebo ne, to já už nevidím.*“ Druhá sestra z nemocnice Motol tuto odpověď popírá a tvrdí: „*Já myslím, že jsme tady ani nikoho právě s ketogenní dietou neměli. Moc často se to asi nedává.*“ (S16) Sestry z Fakultní nemocnice Brno se poměrně shodují v názorech, jakou stravu mají děti jíst, jestliže se jim nasadí právě ketogenní dieta. Sestra S1 popisuje: „*Nejprve musí hladovět, pak se jim dávají šíleně tučná jídla, kdy na snídani dostanou samotnou slaninu, protože nemohou mít žádný cukr a nastartuje se to jenom někomu. Takže se to opravdu nasazuje jenom těm, kteří jsou farmakorezistentní.*“ Sestry S2, S5, S6, S7 tuto odpověď potvrzují a samy uvádějí: „*jí hlavně takové smetanové, kalorické věci*“ (S2), „*Takže ke snídani dostanou třeba špek s mrkví nebo samotnou šunku bez pečiva. Ono je to vlastně*

kaloricky stejné, ale jde hlavně o to, aby to obsahovalo hlavně ty tuky“ (S5) Sestry S2, S6, S7 a S8 se vyjadřují o úspěšnosti nasazení této diety. Sestry S2 a S6 jasně potvrdily úspěšnost nasazení ketogenní diety. Sestry S7, S8 sice souhlasí, ale přiklání se k názoru, že je účinná asi u poloviny pacientů, kteří jsou buď bez záchvatu, nebo se počet záchvatů zredukoval a u ostatních se buď účinnost neprojevila, nebo není účinná.

d) Sport

Všechny sestry se shodly na omezení epileptiků ve sportu, pouze S5 a S6 se nevyjádřily. Omezení epileptika v nějakém vrcholovém sportu zmínily sestry S2, S4, S8, S9, S10, S11. Zákaz plavání a jízdy na kole, v případě, že není epileptik pod dozorem, zmiňovaly sestry S3, S7, S9, S14, zatímco ale sestra S1 toto tvrzení popírá a odpovídá: *„Sport se doporučuje, ale pouze nějaký lehký, fotbal moc ne, ale třeba jízdu na kole může.“* Dále se zde objevovaly odpovědi jako zákaz sportů, které vyžadují velkou zátěž (S2), nedělat namáhavé sporty (S3). Sporty, kde by bylo riziko pádu z výšky (S7), parašutismus (S9), kanoistika (S11), tandemové seskoky (S15). Sestra S8 uváděla zákaz řízení aut nebo zálibu adrenalinových sportů a sestra S12 uvedla sporty, kde je nějaká fyzická zátěž, anebo kde si můžou ublížit. V poslední řadě si sestry S1 a S13 vzpomněly na hokejisty a fotbalisty, kteří na odděleních bývají a následně mají sport zakázaný.

e) Výběr povolání

Pouze u sester S8, S9, S10, S11 a S16 byla zaznamenána zmínka o omezení v budoucím povolání dítěte. Odpovědi byly různé, jako například: *„Nedoporučuje se jim třeba povolání zedníka nebo prostě veškerá povolání, která jsou na směny.“* (S8) *„Neměli by pracovat ve výškách nebo tam, kde hrozí úraz. S elektrickým proudem nebo jako řidič z povolání.“* (S10) Práci ve výškách nedoporučuje i sestra S9 a přidává nevhodnost práce na pile. Sestra S11 řekla jen, že je to problematické ve výběru povolání a sestra S16 odpověděla, že není pro epileptiky vhodný směnný provoz.

Mimo tyto podkategorie se sestry ještě zaměřovaly na to, aby se děti vyhýbaly provokativním faktorům, jako jsou různá světla, která by mohla vyprovokovat záchvat. U větších právě vyhnout se diskotékám (S1, S7, S12). Objevily se i odpovědi, které poukazyvaly na důležitost pravidelného užívání léků v přesných časových intervalech (S1, S5, S8, S13). Sestry S2, S6, S7, S10, S12, S15 zmínily otázku sledování televize nebo hraní počítačových her. Sestry S2, S7, S12, S15 odpovídaly, že se děti mohou dívat na televizi a hrát počítačové hry v omezeném množství a sestry S6 a S10 se shodovaly na tom, aby se děti nedívaly na televizi a nehrály hry na počítači, pokud jsou pozitivně fotosenzibilní.

4.1.6 Kategorie: Specifika ošetrovatelské péče v souvislosti s epileptickým záchvatem

Schéma 6 Specifika ošetrovatelské péče



a) Ošetrovatelská péče v průběhu záchvatu

V průběhu záchvatu sestry popisují, v jaké poloze má pacient být a co se s ním smí a nesmí dělat. Sestry S3, S4, S5, S6, S7, S8, S10 se vyjadřovaly podobně a to tak, že je vhodné, aby bylo dítě v poloze na boku a mělo podloženou hlavu. Dvě sestry (S9, S14) souhlasily s držením dítěte během záchvatu a čtyři sestry se s tímto tvrzením neztotožnily (S4, S6, S12, S15). Všechny sestry se shodly na tom, že se dětem nedává nic do dutiny ústní, jako tomu tak dřív bývalo. Devět sester (S1, S4, S6, S7, S8, S10,

S12, S14, S16) uvedlo jako nutnost pro zajištění bezpečnosti odstranění předmětu, o které by se mohlo dítě poranit. Sledování pacienta a jeho záchvatu zmiňovaly sestry S1, S2, S5, S6, S11, S12, S14, S15, S16. Všechny sestry kromě sester S9, S10, S14 zdůraznily v rámci první pomoci potřebu zavolat lékaře. Sestra S1 odpovídá: „*Když ten záchvat trvá delší dobu než minutu, tak voláme lékaře hned nebo pokud je to první ze třech záchvatů u toho dítěte.*“ Sestra S4 zase tvrdí: „*A pokud záchvat trvá nad jednu minutu, tak voláme lékaře.*“ Sestra S7 se nepřiklání ani k jednomu časovému intervalu a popisuje: „*Prvotní je zabránit poranění. Být tam přítomna, případně zavolat lékaře, pokud ten záchvat bude trvat déle třeba než pět minut.*“ Sestra S5 neuvádí žádný časový interval a situaci popisuje odlišně: „*Jedna sestra musí být vždy u pacienta a druhá volá lékaře kvůli medikaci.*“ Ostatní sestry uvádí pouze, že zavolají lékaře a více situaci nerozebírají.

b) Sledování

Ve většině případů sestry odpovídaly, že je nutné vědět, jak dlouho záchvat trval, sestry S1, S4, S7, S11, S12, S13 se o této nutnosti nezmínily. Mimo sester S1, S2, S3, S7, S14 odpovídaly, že je důležité sledovat, jak záchvat probíhal. Některé i popisovaly, jak je rozhodující znát jakou část těla, na jaké straně nebo na jaké končetině, paroxysmy postihují. Další věc, kterou je třeba sledovat, jsou různé zvláštnosti (zda je dítě cyanotické, barva obličeje, rozšíření zorniček,...) To popisují sestry S3, S6, S8, S9, S12. Uvádím nejdelší odpověď: „*Měla by si všimnout různých zvláštností, třeba barvy obličeje, rozšíření zorniček, jestli jsou křeče na jedné straně nebo na druhé.*“ (S6) Dále se objevovaly odpovědi: „*Sledovat, jestli se pomočil, jestli má pěnu u úst.*“ (S1) „*Sledují se vitální funkce, jestli dítě dýchá. Poté teda sledovat, jestli se pacient probírá.*“ (S6) „*Sledovat, zda se dítě nepomočilo nebo nepokálelo, případně ho umýt.*“ (S8) Sestry S5 a S7 uvedly sledování frekvence záchvatu.

c) Péče po záchvatu

Podle výpovědí sester S1, S2, S3, S4, S5, S6, S9, S14 začíná péče po záchvatu především uložením dítěte do lůžka a zajištěním jeho bezpečnosti, například

postranicemi, jak popisuje sestra S5: „*Když už záchvat odezní, uložíme ho do postele a dáme nahoru postranice.*“ Dále se sestry shodovaly na zvýšeném pozorování dětí (S3, S4, S5, S6, S7, S9, S12, S14, S15) a kontrole fyziologických funkcí (S2, S4, S5, S8, S11, S13, S14, S15, S16). Sestry S4, S6, S9 a S11 zmínily podání medikace dle ordinace lékaře, kdy sestry S10 a S14 souhlasí a dále přidávají sledovanost účinnosti podaného léku. Sestry S1, S4, S5, S12, S14, S15 uvádějí potřebu hygieny v případě, že se dítě pomočí nebo pokálí. Sestry S2 a S8 dodávají, že dětem vysvětlují, co se stalo, protože si zpravidla na záchvat nepamatují. Sestra S5 navíc popisuje uložení dítěte po záchvatu: „*Vždy si je dáváme na pokoj naproti sesterně, pro lepší sledovanost pacienta.*“

4.1.8 Kategorie: Zásady komunikace

Schéma 8 Zásady komunikace



a) Dítě epileptik

Zatímco sestry S1, S2, S3, S9 na otázku: „Jaká jsou specifika v komunikaci s dítětem s epilepsií?“ odpověděly, že je s nimi komunikace úplně normální, dalších devět sester (S4, S5, S6, S7, S8, S10, S13, S15, S16) uvedlo, že se s dětmi baví podle toho kolik jim je let a tudíž podle psychomotorického vývoje. Sestra S6 tuto otázku rozebírá: „*Komunikace je specifická podle vývoje dítěte. Někdy se právě stává, že je epilepsie přidružené onemocnění mentální retardace. Takže je občas komunikace dost obtížná.*“

Důležitá je také právě komunikace s rodiči.“ Sestra S14 dále popisuje způsob komunikace: „No tak jak jsem říkala, ty děti jsou méně chápající, tak se jim vše musí říkat vícekrát.“

b) Po záchvatu

Podle sester S2, S9, S11, S12, S13, S14, S15, S16 se po záchvatu zaměřují hlavně na to, jestli je dítě při vědomí a do jaké míry je orientované. Pokládají dítěti různé otázky, na které má odpovídat. Sestry S9, S12, S13, S14, S16 zmiňují například otázku, jak se dítě jmenuje, sestry S11, S12, S13, S15, S16 podávají otázku, jestli si dítě záchvat pamatuje, kdy sestra S16 ještě uvádí, že se ptá dítěte, jestli si nepamatuje, co dělal před záchvatem nebo jestli nepociťoval auru. Sestra S14 se děti ptá na různé barvy, aby je poznaly a ona zjistila, zda jsou při vědomí a orientovaní. Sestra S2 dodává ukazování prstů, kdy má dítě rozpoznat, kolik jich vidí. Dvě sestry (S2, S8) uvedly, že si děti na záchvat nepamatují. Ve srovnání s ostatními sestrami se sestry S1 a S7 shodly na tom, že nechají dítě odpočinout, spát, a pak je s nimi komunikace zase dobrá.

c) Se sníženým intelektem

Názory na komunikaci s epileptikem se sníženým intelektem se liší. To především v názorech, zda epileptik vůbec snížený intelekt má. Sestry se rozpovídaly o tom, jak moc je dítě intelektově postiženo a samotné komunikaci věnovaly v odpovědích méně pozornosti. Jedna skupina sester (S1, S11, S13, S16) tvrdí, že epileptik, jako takový intelektově postižený není, ale podotýkají, že se právě epilepsie pojí s jinými diagnózami, jak popisuje sestra S11: *„Některé děti mají epilepsii a mají vystudovanou třeba vysokou školu. Některé ano, protože se pojí s jinými diagnózami (například tuberkulózní skleróza, mentální retardace a různá neurometabolická onemocnění).“* Druhá skupina sester (S5, S7, S10) se přiklání k názoru, že je intelekt epileptika snížen zejména u farmakorezistentních epileptiků, jako popisuje sestra S5: *„Ano, trochu ano. Nejvíce ho ovlivňuje u farmakorezistentních epileptiků. Čím více je záchvatů, tím více je snížený intelekt.“* To potvrzuje i sestra S10: *„Pokud jde o farmakorezistentní epilepsii, tak tam určitě postižení je. Mozek je totiž neustále bombardován záchvaty.“* Třetí

skupina sester (S3, S8, S9, S12) je přesvědčena, že epilepsie určitě snižuje intelekt dítěte. Sestra S8 konkretizuje odpověď: „*Záleží tedy na věku dítěte. Jsou hodně právě spojené s psychomotorickou poruchou. Pokud se právě epilepsie objeví již v kojeneckém věku, tak to hodně ovlivňuje intelekt, protože mozek ještě není pořádně vyvinutý.*“ Sestry S14, S15 se k tomuto tématu vyjádřily, ale nesouhlasí ani s jednou skupinou. Sestra S14 odpověděla: „*Intelekt ne, ale samozřejmě množství léků může zpomalit nebo ovlivnit chování. Nedá se říct, že by epileptici byli hloupí nebo nemohli studovat vysokou školu. Spíše jsou takoví zpomalenější, ale jak říkám, ovlivňuje to právě množství léků.*“ Zatímco sestra S15 svou odpověď podala takto: „*Podle toho, na jakém místě zasahuje mozek. Ony jsou třeba normální a pak se mohou mentálně zhoršovat.*“

5 DISKUSE

Téma bakalářské práce zní: „Specifika ošetrovatelské péče u dítěte s epilepsií.“ Výzkumné šetření bylo provedeno na základě polostrukturovaných rozhovorů, které poskytnuly sestry z Fakultní nemocnice v Brně a z nemocnice v Motole. Jak jsem již výše zmiňovala, výzkumný soubor tvořilo šestnáct sester, jejichž praxe v oboru je minimálně dva roky, mají různé stupně dosaženého vzdělání a všechny pracují na dětském neurologickém oddělení.

Cílem práce bylo zjistit, jaké potřeby mají děti, které trpí epilepsií. Dále bylo zjišťováno, jak sestry pečují o dětské pacienty s epilepsií, co vše je třeba znát, vědět, umět a jakým způsobem zmíněné praktikovat.

První kategorie s názvem Specifika hospitalizace obsahovala náplň péče a vzhled pokoje. Podle Sedlářové et al. (2008) má dětská sestra v pediatrii nezastupitelné místo, organizuje a řídí ošetrovatelskou péči a ve své činnosti se zaměřuje na spolupráci s rodinou. Vzhledem k častým záchvatům sestry často uváděly nutnost zajištění bezpečnosti, některé považovaly za vhodné označení dítěte červeným náramkem jako riziko pádu. Dále byl popisován vzhled pokoje. Z výpovědí lze hodnotit, že by měl mít oblé hrany stolků, skříní, nemožnost otevírání oken. Měl by mít postele s postranicemi a signalizačním zařízením. Nejlepší je umístit dětského pacienta co nejbližší k sesterně. Dítě by mělo mít dozor při koupeli a dohled po celý den, aby byl zachován jeho klidový režim a maximálně se snížilo riziko úrazu či pádu. S tím souvisí i důsledná edukace sestry. Podobně o tom píše i Kuba (2009), který otázku bezpečnosti doplnil o uložení dítěte s epilepsií do domácího prostředí a další doporučení. Pokoj dítěte by měl být umístěn poblíž dalších členů rodiny, dveře od pokoje by se během noci měly nechat otevřené. V rámci zajištění bezpečnosti se namísto výtahu doporučuje používat schodiště, přidržovat se zábradlí a pohybovat se u zdi. Výtah je pro epileptika nebezpečným prostředím. V případě, že by došlo k záchvatu, se dítě může výrazně poranit a nemusela by mu být včas poskytnuta pomoc. Kuba (2009) dále poukazuje na nevhodnost volně položených rohožek nebo koberců. Nedoporučuje nábytek s ostrými rohy a skleněný nábytek. Důležitá je i pevná obuv a protiskluzné podlahy. Dále popisuje vzhled dveří a to, že by se měly otevírat směrem ven z místnosti, ideální

jsou posuvné dveře, u dveří šatních skříní, pak umístění zrcadel na vnitřní straně. Kuba také zmiňuje důležitost zakrytí radiátorů. Koupelna by měla být vybavená madly, protiskluzovou podložkou a sprchovým koutem, protože k 60% utonutí dochází ve vaně. Lůžko epileptického dítěte by mělo být přístupné ze dvou stran. Při vaření by se mělo dávat pozor na to, aby se vařilo zejména na zadních plotnách. Je vhodné mít sporák se sklokeramickou deskou, hlavně ne plynový sporák. Pokud chce mít rodina ubrusy na stolech, musí se pevně přichytit. V rámci bezpečnosti by epileptik neměl mít „uplé“ oblečení. Měl by při sobě nosit kartičku epileptika a seznam užívaných léků.

Následující kategorie se zabývala otázkou, zda je lepší hospitalizace dítěte s doprovodem nebo bez doprovodu rodičů či osoby blízké. Podle Vytejškové et al. (2011) mají děti a mladiství do osmnácti let možnost být doprovázeni rodiči – zákonnými zástupci. Pokud není dítě starší šesti let, lze ho hospitalizovat s dospělou osobou. Právo dítěte na doprovod rodičů při hospitalizaci je součástí Charty práv hospitalizovaného dítěte. Z výzkumu, který uvádí Vyoral (2013), vyplývá, že sestry často nepracují v jejím souladu, porušují ji hlavně v souvislosti s prováděním léčebných a diagnostických výkonů či dodržováním léčebného režimu. V roce 1989 byla valným shromážděním OSN vyhlášena Úmluva o právech dítěte, která je založena na několika základních právech, například právo na přežití a rozvoj, právo na ochranu, právo na zapojení se do společnosti a další (Unicef, 2004-2015). Přestože Úmluva o právech dítěte říká, že má dětský pacient právo na přítomnost rodičů nebo jiné blízké osoby během noci, zákroku, vyšetření, během uvádění do celkové anestezie a bezprostředně po probírání z ní, v období, kdy je dítě v kómatu nebo v průběhu resuscitace (Charta práv, 2008), vyplynulo z našeho výzkumného šetření, že v praxi sestry tato doporučení nerespektují. Sestry z nemocnice v Motole se zmínily o tom, že není možné, aby na oddělení s dětmi byli přijati rodiče, a to z důvodu oprav oddělení. Rodiče v nemocnici mohou celou noc sedět na židli, ale nemají zde pro ně lůžka. Jiné sestry se zase zmiňovaly, že ne na všechna vyšetření a zákroky rodiče pouští, rodiče nejsou přítomni například u MR nebo lumbální punkce. Přesto část sester v rozhovorech uvedla, že je lepší, pokud jsou spolu s dětmi hospitalizovaní i rodiče a to z následujících důvodů: děti lépe snáší hospitalizaci, rodiče pomáhají sestrám s péčí o dítě. Některé sestry také

zmínily problematiku komunikace s rodiči. Udávají, že v řadě případů jsou rodiče pomoci, ale nevyvrací, že to může být i naopak. Vždy záleží na rodičích a na komunikaci s nimi. Některé sestry se shodly na tom, že je lepší, když jsou děti hospitalizovány bez rodičů. A to z toho důvodu, že se děti v přítomnosti rodičů chovají jinak a sestry jsou pro ně bez jejich přítomnosti větší autoritou. Jiné sestry se nepřiklonily ani k jednomu názoru a kladou důraz na věk dítěte, kdy rozeznávají menší děti, u kterých je vhodná hospitalizace s rodiči a větší děti, u kterých přítomnost rodičů není potřeba a děti ji ani nevyžadují.

V kategorii Specifika vyšetření byla zjištěna rozdílná příprava malých a velkých dětí na vyšetření. Pokud jde o vyšetření EEG, nejedná se o žádnou specifickou přípravu. Jestliže se jedná o přípravu na MR, je podle výpovědí sester třeba znát schopnosti dítěte. Sestry uvádějí, že ne všechny malé děti musí být v celkové anestezii, některé jsou zdatné a nemusí být uspané. Ve většině případů ale uspané jsou, přičemž za důležité se považují: premedikace, podepsané souhlasy a předoperační příprava, jako jsou odběry krve, interní vyšetření, konzultace s anesteziologickým lékařem. Mixa (2012) ve svém článku píše, že pokud je to možné, je dobré dítě na pobyt v nemocnici připravit. Sedlářová et al. (2008) ve své knize poukazuje na strach, který děti prožívají před nepříjemným zákrokem nebo vyšetřením. Popisuje důležitost důvěry dětského pacienta. Velmi důležitá je spolupráce s rodiči, a to z toho důvodu, že se objevují případy, kdy chtějí být rodiče za ty hodné. Nadměrně soucítí s dítětem a přitakávají mu: „*Nedivím se, že pláčeš, je to hrozné, to se nedá vydržet*“ (s. 128). V této chvíli sestra ztrácí důvěru nejen dítěte, ale i rodiče, proto je důležité s dětmi neustále komunikovat, vysvětlovat a rozebírat, co se bude dít a proč se to bude dít. Vhodné je odvádění pozornosti, a to například zpěvem oblíbené písničky, vyprávěním pohádek, příběhů, počítáním, matematickými hádankami, vtipy, rádiem, pokud dítě nechce hovořit, doporučují se jiné strategie, jako soustředění se na pomalé a rytmické dýchání nebo vši silou mačkat mamince ruku. Důležitou částí předoperační přípravy je předoperační lačnění. Jak uvádí Mixa (2012) poslední tuhá strava se podává večer před výkonem. Mléčnou stravu na bázi kravského mléka, lze podávat šest hodin před anestézií. Kojení se toleruje čtyři hodiny před úvodem do anestezie a neperlivé minerálky, sladké čaje a jablečný džus je

možné podávat dvě hodiny před anestezií. Příjem per os pak lze obnovit za tři až čtyři hodiny po odeznění anestezie. Podle výpovědí sester se děti na vyšetření připravují následujícím způsobem. Vysvětlí se jim, co se s nimi bude dělat, protože je to pro ně situace dost stresující, malé děti lze uklidnit dudlíkem nebo lahví. Zkontroluje se, zda děti na sobě nemají nic kovového, podepíší se souhlasem a provede se předoperační příprava.

Další zkoumanou problematikou byla oblast Potřeb hospitalizovaných dětí s epilepsií. Z rozhovorů vyplynulo, že největší potřebou dítěte s epilepsií je samostatnost. To znamená, že si děti chtějí vše udělat samy, sportovat, nechťejí být hlídané a mít nad sebou dozor. Sestry také kladly důraz na rozdílné potřeby dětí v různém věku. Stejného názoru je Sikorová (2011), která píše, že se potřeby vyvíjejí a mění s věkem a na jejich utváření má vliv rodina a škola. Popisuje, že pokud jsou v batolecím a kojeneckém věku uspokojovány nižší potřeby (základní fyzické, jistoty a bezpečí), jsou pak přirozeně rozvíjeny potřeby vyšší. Škola zase rozvíjí potřebu poznávání, budování a seberealizace nebo také potřeby v sociální a citové oblasti. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že u dětí pubescentního věku je největším problémem zákaz návštěv večerních klubů, diskoték a ponocování. Adolescenti si nejvíce stěžují na zákaz řízení motorových vozidel či na omezení ve výběru budoucího povolání. Neuspokojenou potřebou, a to ve všech věkových kategoriích, je sport. Neuspokojení potřeb dítěte významně ovlivňuje jeho subjektivně vnímanou kvalitu života. To popisuje Tlustá et al. (2009): nejdůležitější příznaky, které ovlivňují kvalitu života při epilepsii, jsou demografické proměnné, jako věk, pohlaví a sociálně – ekonomické postavení a klinické proměnné, včetně záchvatů, jejich četností, trvání onemocnění a účinků antiepileptik. Sikorová (2012) rozděluje potřeby dítěte na potřeby biologické, psychické, sociální a vývojové. V případě, že dojde k neuspokojování jedné nebo i více potřeb krátkodobě intenzivně nebo dlouhodobě v menší míře, reaguje na danou situaci člověk prožitky nedostatku, nouze či omezení. Tento stav se nazývá frustrace, přičemž dospělý člověk umí určit příčinu své frustrace, dítě však nikoliv. U frustrovaného dítěte dochází ke změnám nálady (je lítostivé, plačtivé, nudí se, může být agresivní), sebepojetí (je nevyrovnané, nevěří si, ale před druhými se vychloubá a

podobně), komunikace (nekomunikuje, vyhýbá se úkonům, odmlouvá), poznávacích funkcí (je nesoustředěné, nemá zájem o poznání). Dle mého názoru a výsledků výzkumného šetření se u dětí s epilepsií jedná převážně o neuspokojení potřeb sociálních, děti nemohou vykonávat sport bez dozoru a některý sport ani s dozorem nebo se nemohou chodit bavit v nočních hodinách s vrstevníky a podobně. To vše je pro ně omezující a může být i frustrující. Dítě prožívá strach z toho, aby nedostalo záchvat před spolužáky, kamarády či jinými dětmi. Z rozhovorů vyplynulo, že v rámci hospitalizace má dítě tendenci stranit se kolektivu a izolovat se. Tím dochází k významnému deficitu v oblasti sociálních potřeb.

V kategorii Režimová opatření bylo zjištěno, že nejdůležitější je dodržování pravidelného denního režimu, zejména se jedná o pravidelný a dostatečný spánek a odpočinek. Pro děti je velmi důležité dodržovat pravidelnost, chodit spát a vstávat ve stejnou dobu. Sestry uváděly nevhodnost spánku po obědě nebo přes den, některé sestry se shodly na tom, že je důležité, aby děti neponocovaly. Kollár (2010) toto potvrzuje a dodává, že z tohoto důvodu není pro děti do budoucna vhodný směnný provoz. Dále bylo zjištěno, že názory, které říkají, že epileptici nesmí jíst čokoládu nebo kakao, jsou mylné. Sestry zdůrazňovaly přísný zákaz pití alkoholu, vyhnout se nápojům typu coca-cola, kofola a podobně. Jako další byl ještě uváděn pravidelný pitný režim. Kollár (2010) ve svém článku píše: Pacient trpící epilepsií musí bezpodmínečně dodržovat zákaz pití alkoholických nápojů. V minulosti se uváděla dietní omezení jako nejíst čokoládu nebo kakao, to ale bylo neopodstatněné. Kollár (2010) dále uvádí zajímavost, kdy udává, že je důležitý pitný režim, a to ve smyslu vyhýbat se nadměrnému příjmu tekutin (nápoje, polévky,...). Nadměrné zavodnění mozku totiž snižuje záchvatový práh a může vyprovokovat záchvat. To ale neznamená omezit příjem tekutin pod normu. Autor uváděl také vyhnout se příliš soleným a kořeněným jídlům a zdůrazňoval dostatečný příjem ovoce a zeleniny. V této souvislosti byly zjišťovány zkušenosti sester s ketogenní dietou. Dvě sestry potvrdily úspěšnost diety a dvě potvrdily úspěšnost asi u poloviny pacientů. Podle Daniela (2012) dochází u 50% pacientů na ketogenní dietě redukce záchvatů až na polovinu.

V následující kategorii byla vyhodnocena Specifika ošetrovatelské péče v souvislosti s epileptickým záchvatem. Pokud jde o péči v průběhu záchvatu, sestry odpovídaly, že je vhodné, aby bylo dítě uloženo do zotavovací polohy na boku a mělo podloženou hlavu, nedávalo se mu nic do úst, odstranily se z dosahu předměty, o které by se mohlo poranit a zavolat lékaře. To vše popisují i Vigué (2006) a Gregora (2007). Sestry dále zmiňovaly nedržet dítě v průběhu záchvatu, avšak některé sestry naopak uvedly, že je vhodné dítě v průběhu záchvatu držet. Vigué (2006) tuto možnost vyvrací a popisuje, že v průběhu záchvatu není dobré dětem bránit v pohybu nebo se je snažit usměrnit. Z výzkumného šetření lze hodnotit jako důležité sledování průběhu záchvatu. Zejména to, jak záchvat probíhal, jak dlouho trval, jakou část těla paroxysmy postihovaly, frekvenci záchvatu, vitální funkce, zda se dítě pomočilo, jestli mělo pěnu u úst a sledování různých zvláštností (barva obličeje, cyanóza, rozšíření zorniček). Podobně to uvádí také Boledovičová et al. (2006), kdy popisuje, že je důležité vědět informace o průběhu záchvatu, konkrétně jaká část těla byla postižena záchvatem jako první, jak dlouho záchvat trval, zda dítě ztratilo vědomí, jak padalo, jestli slinilo a mělo pěnu u úst.

V oblasti komunikace bylo zjištěno, že je třeba s epileptikem komunikovat podle jeho věku a psychomotorického vývoje. To potvrzuje Plevová, Slowik (2010), kteří píší, že k tomu, aby byla komunikace efektivní, musí personál vědět a znát vývojové charakteristiky a zvláštnosti každého vývojového období od narození až do období adolescence. Jak dále ve své knize autorky popisují, je důležité se řídit pravidly, která vedou k úspěšné komunikaci. Jedná se o pravidla jednoduchosti, stručnosti, zřetelnosti, vhodného načasování a přizpůsobivosti. Je důležité, aby informace sdělovaná dětskému pacientovi byla jasná, stručná, používat by se měla běžná slovní zásoba. Je nutné jasně vyjádřit podstatu věci. Dbá se na výběr vhodného místa a času na sdělení informace, během komunikace je důležité sledovat dítě. V případě rozrušení je vhodné dát dítěti čas na oddech. V názorech, zda epilepsie postihuje intelekt, se sestry s literaturou neshodují. Výpovědi sester byly různé. Jedna skupina sester zastávala názor, že epileptik nemá snížený intelekt, ale může mít, protože se epilepsie může vázat i k jiným diagnózám. Druhá skupina sester uváděla, že je intelekt snížený zejména u

farmakorezistentních epileptiků. Třetí skupina jasně odpověděla, že epileptici mají snížený intelekt. Dále prosazovaly názor, že vlivem léků se může zpomalit nebo ovlivnit chování dítěte. Fialová (2014) vyvrací tu možnost, že by epileptik měl snížený intelekt a udává to jako mýtus. To, že epilepsie nesnižuje intelekt, prosazuje i Válková (2014). Ve své podstatě se ale komunikace s epileptickým dítětem neliší od komunikace s dítětem zdravým. To vyplynulo z rozhovorů, kdy většina respondentek na otázku: „Jaká jsou specifika v komunikaci s dítětem s epilepsií?“, odpovídala podobně a to, že komunikace je úplně normální jako s jinými dětmi.

6 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u dítěte s epilepsií. Předpokladem studie bylo, že její výzkumná šetření mohou přispět ke zlepšení informovanosti v péči zaměřené na dětské pacienty s epilepsií nejen pro sestry, ale i pro rodiče.

Pro splnění záměru bakalářské práce byly stanoveny tři cíle. Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metodika. Zkoumaný soubor tvořilo celkem šestnáct respondentek, a to deset respondentek z Fakultní nemocnice Brno a šest respondentek z nemocnice v Motole. Polostrukturovaný rozhovor obsahoval jedenáct otázek s možnostmi pokládat i doplňující otázky k upřesnění informací.

Prvním cílem bylo zjistit, jak dětské sestry postupují při péči o pacienty s epilepsií. Na základě tohoto cíle byla zvolena otázka: Jak dětské sestry postupují při péči o pacienty s epilepsií? Tato otázka byla vyhodnocena na základě výpovědí sester vztahujících se k náplni péče, vzhledu pokoje, péči o dítě během záchvatu i po něm a komunikaci s dítětem. Sestry popisovaly denní harmonogram oddělení. Zmiňovaly se o vhodnosti pokoje pro umístění epileptika. Popisovaly ošetrovatelskou péči během záchvatu i po něm. A kladly velký důraz na komunikaci s dítětem, která je velkým zprostředkovatelem informací a tvorby vazby mezi sestrou a dětským pacientem.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké mají hospitalizované děti s epilepsií potřeby. Stanovená výzkumná otázka k tomuto cíli zní: Jaké mají hospitalizované děti s epilepsií potřeby? Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že největší neuspokojenou potřebou dětí je samostatnost a dále na ni navazující potřeby sociální. Podle výzkumu lze soudit, že největším problémem v uspokojení potřeb je omezení ve sportu a v sociálním životě, děti mají zakázané velké spektrum sportů a z hlediska dodržování režimového opatření pak omezení účastnit se večerních radovánek s přáteli a podobně.

Třetím cílem bylo vytvořit edukační materiál pro sestry standardních dětských oddělení zaměřený na péči o dítě s epilepsií. Výzkumná otázka pro tento cíl zní: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o dítě hospitalizované s epilepsií? V souvislosti s výzkumným šetřením byla vytvořena brožura, která zahrnuje specifika ošetrovatelské péče o dítě s epilepsií, určená sestrám standardních dětských oddělení. Zahrnuje

základní informace o epilepsii, péči, kterou je třeba poskytnout během záchvatu a po něm. Dále pak brožura uvádí zmínku o životosprávě, jež je pro epileptiky velmi důležitá, a popisu ošetrovatelského procesu u dítěte s epilepsií.

Práce může být využita pro zlepšení informovanosti o péči zaměřené na dětské pacienty s epilepsií nejen pro sestry ale i pro rodiče, kteří by si mohli na základě této práce rozšířit znalosti o této problematice.

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

AMBLER, Zdeněk (2006). *Základy neurologie*. 6. vyd. Praha: Galén, s. 351. ISBN 80-7262-433-4.

ANON (2011). Jak se žije s epilepsií? Aktivně! *Nemocniční speciál*. Praha: Medical tribune, 2011, roč. 6, č. 5, s. 4, ISSN 1214-8911.

BOLEDOVIČOVÁ, Mária et al. (2006). *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 2. vyd. Martin: Osveta, s. 208. ISBN 80-8063-211-1.

BRÁZDIL, M., J. HADAČ a P. MARUSIČ (2011). Farmakorezistentní epilepsie. 2. vyd. Praha: Triton, s. 301. ISBN 978-80-7387-495-7.

BROŽOVÁ, Klára a Jan, HADAČ (2013). Ketogenní dieta. *Neurologie pro praxi*. Březsko: Solen, roč. 14, č. 2, s. 89-91. ISSN 1213-1814.

ČERNÁ, Petra (2007). *Naléhavé situace v pediatrii*. 1.vyd. Olomouc: Solen, s. 92. ISBN 978-80-903776-1-5.

DANIEL, David (2012). Nová možnost léčby epilepsie – pomocí diety. *Zdravotnické noviny*. Praha: Mladá fronta, roč. 61, č. 24, s. 24. ISSN 1805-2355.7.

EpiStop (2014). Obecné zásady terapie epilepsie. Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií. *Corpus et psyché*. Praha: Framakon Press, roč. 5, č. 1, s. 3-6. ISSN 1804-4921.

FIALOVÁ, Marie (2014). Mýty o epilepsii zraňují především děti a dospívající. *Kongresový list*. Praha: Ambit Media, roč. 2014, č. 2, VI. příloha. ISSN 0044-1996.

GREGORA, Martin (2007). *Péče o dítě od kojeneckého do školního věku*. 2. vyd. Praha: Grada, s. 139. ISBN 978-80-247-2030-2.

CHARTA PRÁV (2008). Charta EACH [online]. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: www.detivnemocnici.cz/charter/ch_all.html

- KOCINOVÁ S et al., (2007). *Přehled neužívanějších léčiv: příručka pro střední zdravotnické školy*. 6. vyd. Praha: Informatorium, s. 97. ISBN 978-80-7333-095-8.
- KRAUS, Josef (2011). Náhlá a neočekávaná ohrožení života v dětské neurologii. *Pediatric pro praxi*. Březsko: Solen, roč. 12, č. 5, s. 332 – 335. ISSN 1213-0494.
- KRŠEK, Pavel (2010). Epileptické a neepileptické záchvaty u dětí. *Pediatric pro praxi*. Březsko: Solen, roč. 11, č. 2, s. 106-109. ISSN 1213-0494.
- KRŠEK, Pavel (2012). Chirurgická léčba epilepsie u dětí. In: fnmotol [online]. [cit. 2014-12-30]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-deti/klinika-detske-neurologie-uk-2-1f-a-fn-motol/chirurgicka-lecba-epilepsie-u-deti/>
- KOLLÁR, Branislav (2010). Životaspráva a režimové opatrenia pri epilepsii. In: zzz.sk [online]. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://www.zzz.sk/?clanok=8779>
- KUBA, Robert (2009). Epilepsie a denní aktivity. In: epilepsycenter [online]. [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: <http://www.epilepsiebrno.cz/denni-aktivity.html>
- MARUSIČ, Petr a Hana, KRIJTOVÁ (2011). Kompenzovaný pacient s epilepsií – cesta a cíl. *Neurologie pro praxi*. Březsko: Solen, roč. 12, č. 6, s. 407-410. ISSN 1213-1814.
- MATÝS, Jaroslav (2009). Pedopsyhiatrická péče o děti somaticky nemocné. *Lékařské listy*. Praha: Mladá fronta, roč. 58, č. 15, s. 17-21. ISSN 1805-2355.
- MIXA, Vladimír (2012). Současný pohled na anestezii dětí. *Pediatric pro praxi*. Březsko: Solen, roč. 13, č. 2, s. 103-106. ISSN 1213-0494.
- MORÁŇ, Miroslav (2007). *Praktická epileptologie*. 2. vyd. Praha: TRITON, s. 163. ISBN 978-80-7387-023-2.
- MUNTAU, Carolina Ania (2014). *Pediatric*. 6. vyd. Praha: Grada, s. 588. ISBN 978-80-247-4588-6.

- NEHRA, Ashima et al. (2013). Is epilepsy a cause of cognitive decline in developing brain. *Activitas nervosa superior*. Praha: Neuroscientia, roč. 55, č. 3, s. 112-117. ISSN 1802-9698.
- OŠLEJŠKOVÁ, Hana (2011). Neepileptické záchvaty imitující epileptické v dětství a adolescenci. *Neurologie pro praxi*. Březsko: Solen, roč. 12, Suppl E, s. 146-152. ISSN 1213-1814.
- PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK (2010). *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 247. ISBN 978-80-247-2968-8.
- PROCHÁZKA, Tomáš (2010). Epilepsie u dospělých: klasifikace a léčba. *Psychiatrie pro praxi*. Březsko – Konice: Solen, roč. 11, č. 4, s. 149-151. ISSN 1213-0508.
- REKTOR, Ivan a Hana, OŠLEJŠKOVÁ (2010). Stručná epileptologie pro praxi. *Neurologie pro praxi*. Březsko: Solen, roč. 11, Suppl. D, s. 51, ISBN 978-80-87327-38-8.
- ROBERTSOVÁ, Alice (2012). *Kompletní lidské tělo*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group, s. 512. ISBN 978-80-242-2958-4.
- RYZÍ, Michal (2011). Současné možnosti terapie Lennox – Gastautova syndromu. *Neurologie pro praxi*. Březsko: Solen, roč. 12, č. 1, s. 43-44. ISSN 1213-1814.
- SEDLÁŘOVÁ, Petra et al. (2008). *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 245. ISBN 978-80-247-1613-8.
- SEIDL, Zdeněk (2008) *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 168. ISBN 978-80-247-2733-2.
- SIKOROVÁ, Lucie (2012). *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 184. ISBN 978-80-247-3592-4.
- SIKOROVÁ, Lucie (2011). *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 208. ISBN 978-80-247-3593-1.

- SKÁLOVÁ, Andrea (2013). Co zaznělo na kongresu Evropské neurologické společnosti. *Lékařské listy*. Praha: Mladá fronta, roč. 2013, č. 7, s. 23-25. ISSN 1805-2355.
- SLEZÁKOVÁ et al. (2012 a). *Ošetrovatelství pro střední zdravotní školy I: Interna*. 2. vyd. Praha: Grada, s. 211. ISBN 978-80-247-3601-3.
- SLEZÁKOVÁ et al. (2012 b). *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy II: Pediatrie, chirurgie*. 2. vyd. Praha: Grada, s. 249. ISBN 978-80-247-3602-0.
- STOŽICKÝ, František a Kateřina PIZINGEROVÁ (2006). *Základy dětského lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, s. 359. ISBN 80-246-1067-1.
- ŠEBLOVÁ, Jana a Roman ŠKULEC (2011). Diferenciální diagnostika kolapsových stavů a přechodných poruch vědomí. *Medicína pro praxi*. Konice: Solen, roč. 8, č. 6, s. 265-267. ISSN 1214-8687.
- ŠLAPAL, Radomír (2012). Migréna nebo epilepsie – dilema ambulantního dětského neurologa. *Neurologie pro praxi*. Březsko: Solen, roč. 13, č. 4, s. 219-220. ISSN 1213-1814.
- TLUSTÁ, Eva et al. (2009). Clinical and demographic characteristics predicting QOL in patients with epilepsy in the Czech Republic: How this can influence practice. *Seizure*. Amsterdam: Elsevier, roč. 18, č. 2, s. 85-89. ISSN 1059-1311.
- UNICEF (2004-2015). Úmluva o právech dítěte. In: Unicef [online]. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: www.unicef.cz/aktualne/82292-umluva-o-pravech-ditete
- VÁLKOVÁ, Hana (2014). Z klinik na léčbu epilepsie vznikne pět specializovaných center. In: [idnes.cz/zpravy](http://zpravy.idnes.cz/vzniknou-centra-lecby-epilepsie-doc-domaci.aspx?c=A140929_162345_domaci_hv) [online]. [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/vzniknou-centra-lecby-epilepsie-doc-domaci.aspx?c=A140929_162345_domaci_hv
- VELEMÍNSKÝ, Miloš a Miloš VELEMÍNSKÝ ml (2007). *Dítě: 3x333 otázek dětského lékaře*. 1. vyd. Praha: Triton, s. 267. ISBN 978-80-7254-929-0.

- VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 143. ISBN 80-247-1262-8.
- VIGUÉ, Jordi (2006). *Zdraví dítěte*. 1. vyd. Čestlice: Rebo, s. 293. ISBN 80-723-4535-4.
- VÍTEK, Jiří a Marie, VÍTKOVÁ (2010). *Teorie a praxe v edukaci, intervenci, terapii a psychosociální podpoře jedinců se zdravotním postižením se zaměřením na neurologické postižení*. 1. vyd. Brno: Paido, s. 250. ISBN 978-80-7315-210-9.
- VÍTKOVÁ, Marie (2006). *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, s. 302. ISBN 80-7315-134-0.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO (2011). *Praktický slovník medicíny*. 10. vyd. Praha: Maxdorf, s. 519. ISBN 978-80-7345-262-9.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO (2013). *Kapesní slovník medicíny*. 3. vyd. Praha: Maxdorf, s. 188. ISBN 978-80-7345-369-5.
- VOSTÁLOVÁ, Marta a Jana, FIKAROVÁ (2010). Ošetrovatelská péče o uživatele s epilepsií. *Aura*. Praha: Společnost "E", č. 2014, s. 18-22. ISSN neuvedeno.
- VYORAL KRAKOVSKÁ, Radka (2010). Informovanost rodičů o právech hospitalizovaných dětí. *Pediatric pro praxi*. Březsko: Solen, roč. 14, č. 6, s. 392-394. ISSN 1213-0494.
- VYTEJČKOVÁ, Renata et al. (2011). *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 228. ISBN 978-80-247-3419-4.
- ZÁRUBOVÁ et al., (2009). Současné možnosti péče o pacienty s epilepsií. *Praktický lékař*. Praha: Česká Lékařská společnost J. E. Purkyně, roč. 89, č. 1, s. 11-13. ISSN 0032-6739.

8 SEZNAM PŘÍLOHY

Příloha 1 – Struktura otázek k rozhovoru

Příloha 2 – Tabulka: sledování pacientů na ketogenní dietě

Příloha 3 – Edukační materiál pro sestry standardních dětských oddělení zaměřený na péči o dítě s epilepsií.

Příloha 4 – Přepisy rozhovorů (CD)

Příloha 1 – Struktura otázek k rozhovoru

Identifikační údaje:

Vzdělání

Věk

Délka praxe

Pohlaví

- 1) Jaká je náplň péče o dítě na oddělení?
- 2) Jak by měl vypadat pokoj, kam uložíte epileptika?
- 3) Jaké máte zkušenosti s dětmi hospitalizovanými s doprovodem a s dětmi hospitalizovanými bez doprovodu dospělé osoby?
- 4) Jaká specifická vyšetření děti podstupují a jak je na ně připravujete?
- 5) Jaké má hospitalizované dítě s epilepsií potřeby?
- 6) Jaká režimová opatření by děti s epilepsií měly dodržovat?
- 7) Jak by měla sestra postupovat, pokud dítě dostane epileptický záchvat?
- 8) Co všechno sestra sleduje při probíhajícím záchvatu?
- 9) Jakým způsobem zajišťujete u dětí bezpečnost?
- 10) Jakou ošetrovatelskou péči poskytujete dítěti po záchvatu?
- 11) Jaká jsou specifika v komunikaci s dítětem s epilepsií?

Zdroj: vlastní

Příloha 2 – tabulka: sledování pacientů na ketogenní dietě

Tabulka 1. výsledky sledování 150 pacientů na ketogenní dietě léčených v John Hopkins Hospital (Freeman et al., 1998)

Počet pacientů	Frekvence záchvatů Počet pacientů na dietě	Doba od nasazení diety		
		3 měsíce	6 měsíců	12 měsíců
150	Bez záchvatů	4 (3 %)	5 (3 %)	11 (7 %)
	> 90 %	46 (31 %)	43 (29 %)	30 (20 %)
	50–90 %	39 (26 %)	29 (19 %)	34 (23 %)
	< 50 %	36 (24 %)	29 (19 %)	8 (5 %)
	Dieta pokračuje	125 (83 %)	106 (71 %)	83 (55 %)
	Dieta ukončena	25 (17 %)	44 (29 %)	67 (45 %)

Zdroj: Brožová, Hadač (2013)

Příloha 3 – Edukační materiál pro sestry standardních dětských oddělení zaměřený na péči o dítě s epilepsií.

EPILEPSIE A DÍTĚ



Co je to epilepsie?

- běžný a různorodý soubor chronických neurologických poruch, charakterizovaný záchvaty (Nehra et al., 2013)
- nejčastější mozkové onemocnění (Skálová, 2013)
- typické jsou opakující se záchvaty (Skálová, 2013)
- neobvyklá elektrická aktivita, která se může objevit spontánně, poškozením mozku nebo má podklad v chorobě (Robertsová, 2012)



Rozdělení epilepsií

Podle mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů dělíme záchvaty na:

- » jednoduché parciální bez poruchy vědomí,
- » komplexně parciální s poruchou vědomí
- » parciální záchvaty přecházející do sekundárně generalizovaných tonicko – klonických záchvatů
- » generalizované záchvaty: absence, myoklonické, klonické, tonické, klonicko – tonické, atonické, neklasifikovatelné (Kršek, 2010)



Epileptický záchvat

Muntau (2014, s. 496) charakterizuje epileptický záchvat jako: „*Náhle vzniklou časově ohraničenou, celkovou nebo částečnou poruchu mozkových funkcí s poruchou vědomí, abnormální motorickou aktivitou a nápadným chováním, které může být doprovázeno poruchou senzitivního či autonomního nervového systému.*“

Epileptický ekvivalent

Rozumíme tím souhrn příznaků nebo jednotlivé příznaky, které se objeví u nemocného s epilepsií místo epileptického záchvatu – jedná se nejčastěji o vegetativní příznaky nebo bolesti hlavy záchvatovité povahy (Vokurka, Hugo, 2011).

Epileptogenní ložisko

Je podnět, vyvolávající epileptický záchvat. Mohou to být například:

- některé světelné podněty
- hluboké dýchání (využívané při vyšetření EEG)
- některé léky (Vokurka, Hugo, 2011)

Co dělat při záchvatu?

- zajistit polohu na boku
- podložit hlavu
- odsunout nábytek a veškeré věci v jeho blízkosti, o které by se mohl poranit
- sledovat stav pacienta
- sledovat probíhající záchvat, aby ho byla sestra schopna popsat
- zavolat lékaře
- zajistit klid – ztlumit silné světlo, vypnout hudbu

Během záchvatu sleduj:

- dobu trvání záchvatu
- průběh záchvatu

- jakou část těla, na jaké straně nebo na jaké končetině, paroxysmy postihují
- možné zvláštnosti – cyanózu, barvu obličeje, rozšíření zorniček
- vitální funkce
- frekvenci záchvatů
- zda se dítě nepomočilo nebo nepokálelo – případně ho umýt

Toto během záchvatu nedělej!

- bránit dítěti v pohybu
- násilně otevírat ústa
- vkládat předměty do úst
- oživování a dýchání z úst do úst (pokud je třeba, dělej až po záchvatu)



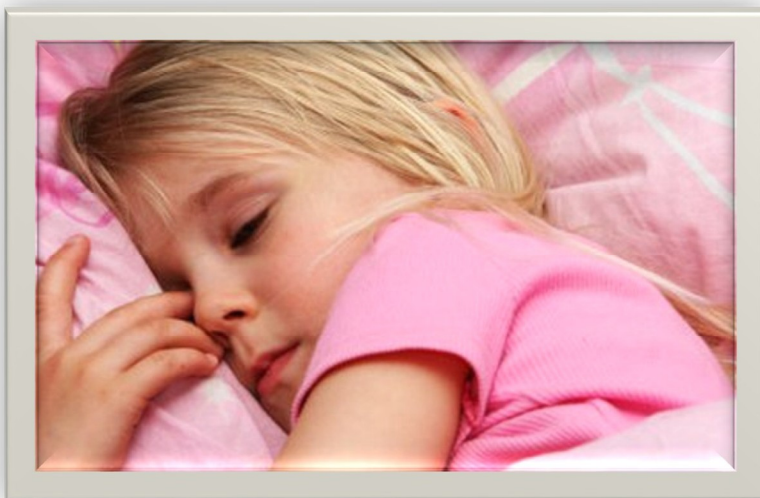
Výběr pokoje:

- postel s postranicemi
- zajistit, aby na pokoji nebyly skříně, stoly a předměty s ostrými rohy
- možnost monitorace
- signalizační zařízení
- uložit epileptika co nejbliže k sesterně
- vhodné je, aby epileptici byly spolu na pokoji



Základním krokem k léčbě epilepsie je právě dodržování **životosprávy**:

- dostatek spánku a odpočinku, neponocovat
- pestrá strava – vyhnout se slaným a kořeněným pokrmům
- pravidelný pitný režim – pozor na zvýšené množství příjmu tekutin - nadměrné zavodnění mozku snižuje záchvatový práh a může vyvolat záchvat
- zákaz pití alkoholických nápojů
- vyhnout se provokujícím faktorům (odrážející sluneční paprsky od hladiny vody,....)
- vhodný výběr sportu



Ketogenní dieta, jedna z možností léčby farmakorezistentní epilepsie, je založena na příjmu potravin s velkým obsahem tuku a omezením cukru.

Jídelníček	1. den	2. den	3. den
Snídaně	15g šunky, zelená paprika	3 míchaná vejíčka, 2 plátky slaniny	Nízkotučný tvaroh se skořicí
Svačina	4 vejce natvrdo bez žloutku	150 g šunky	celá okurka
Oběd	Stek na přírodní způsob, okurkový salát	Rybí filety, kedlubna	Kuřečí plátky na přírodní způsob
Svačina	Proteinovo - syrovátkový koktejl	Tvaroh odtučněný	Nízkotučný cottage sýr
Večeře	Tuňák ve vlastní šťávě	Bílý šmakoun, gril. Lilek	Uzená makrela

Ošetrovatelský proces

Posouzení

- sestra sesbírá anamnestická data od rodičů a od dítěte
- sestra posuzuje vývojové potřeby dítěte
- informace jsou získané od dítěte, rodičů, zdravotních pracovníků (sestra, sociální pracovník, fyzioterapeut,

psycholog, logoped a další) nebo z výsledků vyšetření (nutriční skóre, hmotnost, výška, BMI)

- sestra sleduje klinické příznaky, jako je bledost, bolest, namáhavé dýchání...

Diagnostika

- na základě sesbíraných anamnestických údajů stanoví sestra ošetrovatelské problémy u dítěte
- následně přiřadí vhodnou ošetrovatelskou diagnózu nejlépe podle systému NANDA

Plánování

- sestra si stanoví cíle a měřitelná kritéria
- ošetrovatelský plán sestry musí být v souladu s léčebným postupem
- mohou se využívat hodnotící škály, jako je například hodnotící škála pro bolest

Realizace

- sestra realizuje činnosti, které si naplánovala
- činnosti neboli intervence jsou závislé a nezávislé
- závislé vycházejí z ordinací lékaře

- nezávislé vycházejí z aktivity sestry
- intervence musí být zaznamenány v záznamu realizace

Hodnocení

- jde o porovnání ošetrovatelského plánu s vlastní realizací ošetrovatelské péče
- zjišťuje se, zda se sestra dopracovala k předem určenému cíli – podle toho se ošetrovatelské zásahy buď ukončí, nebo se v nich dále pokračuje (Sedlářová et al., 2008)

Seznam použitých zdrojů:

KRŠEK, Pavel (2010). Epileptické a neepileptické záchvaty u dětí. *Pediatric pro praxi*. Březsko: Solen, roč. 11, č. 2, s. 106-109. ISSN 1213-0494.

MUNTAU, Carolina Ania (2014). *Pediatric*. 6. vyd. Praha: Grada, s. 588. ISBN 978-80-247-4588-6.

NEHRA, Ashima et al. (2013). Is epilepsy a cause of cognitive decline in developing brain. *Activitas nervosa superior*. Praha: Neuroscientia, roč. 55, č. 3, s. 112-117. ISSN 1802-9698.

ROBERTSOVÁ, Alice (2012). *Kompletní lidské tělo*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group, s. 512. ISBN 978-80-242-2958-4.

SEDLÁŘOVÁ, Petra et al. (2008). *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 245. ISBN 978-80-247-1613-8.

SKÁLOVÁ, Andrea (2013). Co zaznělo na kongresu Evropské neurologické společnosti. *Lékařské listy*. Praha: Mladá fronta, roč. 2013, č.7, s. 23-25. ISSN 1805-2355.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO (2011). *Praktický slovník medicíny*. 10. vyd. Praha: Maxdorf, s. 519. ISBN 978-80-7345-262-9.