

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2013**

**Monika Formánková**



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

**Monika Formánková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V EDUKAČNÍM PROCESU U  
EPILEPTICKÝCH PACIENTŮ**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Patrik Burda

PLZEŇ 2013

## Prohlášení

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

V Plzni dne 20. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. Patrikovi Burdovi za odborné vedení práce a poskytování rad. Dále moc děkuji všem respondentům za vyplnění dotazníků.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Formánková Monika

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Role všeobecné sestry v edukačním procesu epileptických pacientů

Vedoucí práce: Mgr. Patrik Burda

Počet stran – číslované: 86

Počet stran – nečíslované: 26

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: Epilepsie – edukace – všeobecná sestra – ošetrovatelská péče – diagnózy – edukační proces

### **Souhrn:**

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku epilepsie a edukace pacientů všeobecnými sestrami. V teoretické části se zabýváme medicínským managementem epilepsie, souvislostmi mezi epilepsií a těhotenstvím. Také jsme zmínili problematiku dětského věku, psychiky a emocí, které se vztahují k epilepsii. Kapitola Ošetrovatelská péče o pacienta s epilepsií se věnuje ošetrovatelskému plánu a potencionálním ošetrovatelským diagnózám. Další velkou kapitolou je Edukační činnost sestry, kde se zabýváme různými oblastmi edukace, ale i rolí všeobecné sestry v edukačním procesu a praktickou edukací pacienta s epilepsií.

Praktická část výzkumu mapuje edukační proces epileptiků, jak ze stran všeobecných sester, tak ze stran pacientů trpících epilepsií. Pro účely práce byl zvolen kvantitativní výzkum pomocí anonymních dotazníků. Cílem bylo zjistit formu a obsah edukace, jakou osobou jsou pacienti edukováni, zda informacím rozumí a zda se orientují v režimových opatřeních.

## **Annotation**

Surname and name: Formánková Monika

Department: Nursing

Title of thesis: The role of nurse in the educational process of epileptic patients

Consultant: Mgr. Patrik Burda

Number of pages – numbered: 86

Number of pages – unnumbered: 26

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 30

Keywords: Epilepsy – education – general nurse – nursing care – diagnosis – educational process

### Summary:

This thesis is focused on the issue of the epilepsy and education of the patients by general nurses. In the theoretical part we deal with medical aspect of epilepsy, the contexts between epilepsy and pregnancy. We also mentioned the issue of the childhood, the psyche and emotions relating to epilepsy. The chapter about nursing care for the patient with epilepsy is dedicated to a nursing plan and potential nursing diagnosis. Another large chapter is about educational activity of the nurse, where they are engaged in various parts of education, but also the role of nurses in the educational process and practical education of patients with epilepsy.

The practical part of the research maps the educational process of patients with epilepsy from the point of view of nurses and also from the side of the patients suffering from epilepsy. For the purposes of the thesis there was elected to the quantitative research using anonymous questionnaires. The goal was to determine the form and content of education of the patients, who they are educated by and if they understand the information and if they are oriented in regime measures.

# Obsah

ÚVOD .....	10
1 EPILEPSIE .....	12
1.1 Etiologie .....	12
1.2 Klasifikace epileptických záchvatů .....	13
1.2.1 Parciální (fokální, ložiskové, lokalizované) záchvaty .....	13
1.2.2 Generalizované záchvaty .....	13
1.2.3 Status epilepticus .....	14
1.3 Diagnostika .....	15
1.3.1 Vyšetřovací metody .....	15
1.3.2 Úloha sestry .....	15
1.4 Léčba .....	16
1.4.1 Úprava životosprávy .....	16
1.4.2 Farmakologická léčba .....	17
1.4.3 Chirurgická léčba .....	17
1.5 Prognóza .....	17
1.6 První pomoc při záchvatu .....	18
2 EPILEPSIE A TĚHOTENSTVÍ .....	19
3 MALÝ EPILEPTIK V RODINĚ .....	20
3.1 Rodina a její vliv .....	20
3.2 Epilepsie a škola .....	21
3.3 Úloha pedagogů .....	22
3.4 Vyhlídky do budoucna .....	22
4 PSYCHIKA, EMOCE A EPILEPSIE .....	23
4.1 Změny v psychice nemocného .....	23
4.2 Poruchy psychiky a emocí .....	24
4.3 Psychologická péče, psychoterapie .....	24
4.4 Společnost „E“ .....	25
5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO S EPILEPSÍ .....	26
5.1 Ošetřovatelský plán a jeho realizace .....	26
5.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy u pacienta s epilepsií .....	27
6 EDUKAČNÍ ČINNOST SESTRY .....	29
6.1 Základní pojmy v edukaci .....	29



6.2	Druhy edukace.....	30
6.3	Výukové cíle edukace .....	31
6.4	Výukové metody edukace .....	34
6.5	Materiální didaktické prostředky.....	35
6.6	Zhodnocení a dokumentace edukace.....	36
6.7	Všeobecná sestra v roli edukátorky.....	37
6.8	Edukace epileptika .....	38
7	FORMULACE PROBLÉMU .....	40
8	CÍLE PRÁCE .....	40
9	HYPOTÉZY.....	40
10	METODIKA .....	41
11	VZOREK RESPONDENTŮ.....	41
12	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	42
12.1	Výsledky výzkumného šetření mezi všeobecnými sestrami .....	42
12.2	Výsledky výzkumného šetření mezi pacienty .....	65
13	DISKUSE.....	87
	ZÁVĚR .....	95
	POUŽITÉ INFORMAČNÍ ZDROJE.....	96
	SEZNAM GRAFŮ.....	98
	SEZNAM ZKRATEK.....	100
	SEZNAM PŘÍLOH.....	101
	PŘÍLOHA 1 .....	102
	PŘÍLOHA 2 .....	106
	PŘÍLOHA 3 .....	109

## ÚVOD

K napsání této bakalářské práce mě vedly především vlastní zkušenosti ze strany přítele, pomocníka a rádce při procesu adaptace na tuto nemoc. Víím, jak je pro člověka s epilepsií obtížné přizpůsobit se opět běžnému životu a především k výrazným změnám životního stylu neodmyslitelně patřícím k této nemoci. Všechna onemocnění ať už akutní nebo chronická, představují určitou ztrátu zdraví, což je pro nemocného, rodinu a okolí velká psychická zátěž, vyžadující mnoho sil, trpělivosti, empatie a podpory.

V teoretické části práce jsem se zaměřila především na charakteristiku nemoci, její medicínský management zahrnující příčinu nemoci, rozdělení epileptických záchvatů, diagnostiku, léčbu a prognózu nemoci. Zabývám se také problematikou první pomoci při epileptickém záchvatu, kterou by měli být všichni, bez ohledu na věk, vzdělání nebo jiné faktory schopni poskytnout. Vzhledem k tomu, že je epilepsie spíše záležitostí dětského věku, věnovala jsem pozornost také malým dětem, vlivu rodiny a především školy, spolužáků na vývoj a psychiku nemocného dítěte a na nezastupitelnou roli učitelů v efektivní integraci nemocného dítěte do společnosti zdravých dětí. Především pro zdravotníky jsou určeny kapitoly týkající se psychických změn v meziobdobí záchvatů, nebo možnostem využití služeb svépomocných skupin, dále je to kapitola věnovaná ošetrovatelské péči o hospitalizovaného pacienta.

Poslední kapitola je věnována edukační činnosti sestry. Edukace znamená výchova, vzdělávání. Aby zdravotníci mohli nemocného edukovat, jsou nezbytné nejen odborné znalosti a dovednosti, ale také charakterové vlastnosti, které umožní smysluplnější, plynulejší a efektivnější edukaci. Pojem edukace není odborné veřejnosti neznámý, nicméně se často v mnoha zdravotnických zařízeních setkáme spíše pouze s edukací ze stran ošetřujícího lékaře a tudíž opomíjením důležitosti edukace nemocných ze stran všeobecných sester. I v dnešní době, kdy jsou sestry nuceny se vzdělávat a získávat nové poznatky, které jim umožní stát se ještě samostatnějšími, zodpovědnějšími a rovnocennými členy zdravotnického týmu, jsou to stále právě sestry, ke kterým mají nemocní blízký vztah, jsou „hned po ruce“ a s otázkami se spíše obrátí na ně, proto by měla být role sestry-edukátorky upevňována a posilována.

Za zmínku stojí i různé pohledy na tuto problematiku. Přestože je epilepsie druhé nejčastější a v naší populaci velmi rozšířené neurologické onemocnění, společnost si stále někdy neví rady, jak k lidem trpícím epilepsií mají přistupovat. Mezi laickou veřejností také stále existuje mnoho otázek a mýtů, na které jak doufám odpoví tato práce, která by

měla přinést ucelený pohled na tuto nemoc nejen samotným nemocným, rodinám, nebo přátelům, ale i laikovi, který se náhodou setkal s epileptikem, zdravotníkům, a všem osobám, které mají zájem a chtějí se o této nemoci něco dozvědět.

Praktická část práce je zaměřena na kvantitativní výzkum mapující proces edukace epileptiků. Pro lepší a objektivnější zhodnocení výsledků dotazníkového šetření bylo cílem zmapovat proces edukace, jak ze stran všeobecných sester, tak ze stran samotných epileptiků.

V dotaznících určených sestřám mě zajímalo, zda mají přehled o edukaci jako takové, dále samotný průběh edukace, využití materiálů a pomůcek, v jakých oblastech pacienty edukují a jak ony sami hodnotí podmínky pro edukaci pacientů.

V dotaznících pro pacienty byly některé cíle stejné. Rozdílným cílem bylo zjistit míru informovanosti pacientů o jejich nemoci, zda se skutečně v této problematice orientují, jak by měli.

# 1 EPILEPSIE

Epilepsie je chronické neurologické onemocnění charakterizované opakovanými náhle vzniklými epileptickými záchvaty různého charakteru, při nichž dochází ke změně chování, jednání, vnímání, pocitování, řeči a hybnosti spojené s poruchou vědomí. Epileptický záchvat trvá zpravidla několik vteřin a do tří minut by měl odeznít.

Epilepsie je po migréně druhé nejčastější neurologické onemocnění postihující téměř 3 – 5 % populace, v ČR cca 80-100 000 osob. Epileptický záchvat alespoň 1krát v životě prodělá asi 5% populace a jen 0,5% trpí opakovanými epileptickými záchvaty. Ročně je tato nemoc diagnostikována u jedné osoby z 2000. V České republice se epilepsie vyskytuje zhruba u 0,5-1% dospělé populace a u dětí je to 2-3%. Dále se uvádí, že 75% epileptiků prodělá svůj první záchvat do 20. roku věku, 90% epilepsií se daří kompenzovat pomocí léků a zbylých 10% je buď částečně, nebo zcela rezistentní na medikamentózní léčbu.

Podstatou vzniku záchvatu je porucha rovnováhy mezi excitací a inhibicí místně ohraničených poškozených neuronů v mozku, které se označují jako epileptické ložisko, fokus. Poškození neuronů vede k nadměrné aktivitě a vytváření patologických výbojů. Při omezení výboje vznikne parciální záchvat, při rozšíření na celý mozek vznikne sekundárně generalizovaný záchvat.

Záchvatovitý práh je komplexní schopnost mozku reagovat na extrémní situaci záchvatem. V dětství je výše záchvatovitého prahu kvůli nezralosti centrálního nervového systému (dále jen CNS) nižší (tedy velké riziko), v dospělosti stoupá (nižší riziko) a po 60. roce opět klesá.

Na vyvolání záchvatu mají vliv epileptické podněty, které nabývají vysoké intenzity a vyvolají záchvat. Zařazujeme sem vlastní vyvolávající příčinu (spánková deprivace, alkohol, přerušovaná světla aj.), vlivy zevního prostředí a vnitřní stav organismu. (1,2)

## 1.1 Etiologie

Vyvolávajících příčin epilepsie je celá řada a proto mluvíme o multifaktoriální etiologii, i proto že epileptickými záchvaty se projevují i jiná onemocnění poškozující mozek.

Mezi vnitřní faktory řadíme genetickou predispozici, vrozené vývojové vady, metabolické vady a dysfunkce iontových kanálů. Mezi vnější faktory pak infekční a toxické vlivy během těhotenství, prenatální a perinatální poškození, vysoké horečky a febrilní křeče, cévní malformace, ischemické poškození, akutní infekce (meningitidy,

encefalitidy), degenerativní onemocnění CNS, kraniocerebrální poranění, nádorové onemocnění, ale také závislosti na drogách, alkoholu.

Epilepsie se dělí podle Mezinárodní klasifikace epilepsií a epileptických záchvatů - ICEES z roku 1989 na idiopatickou (primární), kde nelze žádným vyšetřením přesně definovat příčinu, symptomatickou (sekundární) s prokázanou a lokalizovanou organickou příčinou a kryptogenní (pravděpodobně symptomatická). (1,2)

## **1.2 Klasifikace epileptických záchvatů**

Díky velkým úspěchům ve výzkumu a objevech prodělali klasifikace epileptických záchvatů a epilepsií mnoho změn. Pro lepší a snazší orientaci v této problematice přikládám Klasifikaci epileptických záchvatů, epilepsie a epileptických syndromů, sémiologickou klasifikaci a přehled epileptických syndromů podle věkového období v přílohách na konci této práce.

### **1.2.1 Parciální (fokální, ložiskové, lokalizované) záchvaty**

Parciální záchvaty jsou nejčastějším typem záchvatu postihující minimálně 60% všech epileptiků. Tyto záchvaty jsou vždy sekundární, nicméně se elektrické výboje mohou rozšířit do celého mozku a sekundárně generalizovat.

U parciálních simplexních záchvatů je vědomí zachované, probíhá bez amnézie, nemocný je orientován, adekvátně reaguje a přítomnost záchvatu si uvědomuje. Dle lokalizace epileptického ohniska se objevují motorické, senzitivní a senzorké, autonomní nebo psychické symptomy.

U záchvatů parciálních komplexních je přítomna porucha vědomí s následnou amnézií. Pro tyto záchvaty jsou typické orální a motorické automatizmy- bezúčelné mimovolní opakované pohyby. V obličeji mají skelný, nebo vyděšený pohled, často se promítají emoce jako úzkost, strach, bezradnost aj.

### **1.2.2 Generalizované záchvaty**

U generalizovaných záchvatů začíná výboj na obou mozkových hemisférách, motorické projevy jsou oboustranné a vědomí je od počátku změněné. Mají charakter konvulzivní (tonické, klonické, tonicko-klonické a myoklonické křeče) a nekonvulsivní (atonické, akinetické a absence).

U tonických záchvatů dochází k náhlému napětí svalstva trupu a hlavy za současné flexe horních a extenze dolních končetin s hlubokou poruchou vědomí a pádem. Klonické záchvaty se projevují krátkou ztrátou vědomí a záškuby končetin a trupu. Myoklonické záchvaty představují krátké a rychlé svalové záškuby především horních končetin bez ztráty vědomí. Atonický záchvat charakterizuje celková ztráta posturálního tonu s následným poklesnutím nebo pádem, přičemž díky pomalé progresi je menší riziko poranění.

Absence- malý epileptický záchvat- petit mal PM se objevují nejčastěji u dětí mezi 5-7 rokem. Vyznačují se náhlou ztrátou vědomí, svalový tonus je zachován, oči jsou otevřené, ale chybí vegetativní a motorické projevy. Dochází ke krátkému zárazu při činnosti provázeným strnulým výrazem a drobnými pohyby v obličeji.

Tonicko-klonický záchvat- velký epileptický záchvat- grand mal GM začíná typickým výkřikem, bezvědomím s pádem na zem a následnou tonickou křečí (ztuhlost) nejdříve ve flexi potom v extenzi s extenčně-pronačním držením horních končetin a hlavou v záklonu-opistotonus. Tato fáze trvá 30-60 sekund a poté přechází do klonické křeče (záškuby), ta trvá 1-2 minuty. Objevuje se pěna u úst, dochází k pomočení a pokálení. Intenzita a frekvence se postupně snižuje, až nastane jejich úplná relaxace s hlubokým komatem. Pacienti se probírají za 10-15 minut, mají amnézii a bývají zmatení, unavení, můžou trpět závratěmi, bolestmi hlavy, svalů.

### **1.2.3 Status epilepticus**

Status epilepticus je označení pro kterýkoli záchvat trvající déle než třicet minut, nebo pro sérii velkých záchvatů probíhajících rychle za sebou bez nabytého vědomí. Jde o velmi nebezpečný život ohrožující stav doprovázený horečkou, poklesem bílých krvinek, zrychlením tepu, zvýšením tlaku, acidózou, energetickým vyčerpáním, mozkovou hypoxií z respirační hypoventilace a mozkovým edémem. Závažnost stavu vyžaduje léčbu na JIP.

Dle typu záchvatů hovoříme o status epilepticus generalizovaný tonicko-klonický, generalizovaný tonický, generalizovaný myoklonický, parciální, status epilepticus unilaterálních křečí a status epilepticus absencí. (2,3,4,5)

## **1.3 Diagnostika**

### **1.3.1 Vyšetřovací metody**

Prvním krokem diagnostiky je přesné odebrání anamnestických údajů od nemocného ale i objektivní popis záchvatu. Zjišťujeme okolnosti a průběh vlastního záchvatu. U některých typů epilepsie se záchvaty ohlašují prodromy a auroy. Prodromy se zpravidla objevují několik hodin až dnů před záchvatem. Patří sem například změny nálad, bolesti hlavy, končetin aj. Aura, je stav těsně předcházející záchvatu epilepsie projevující se různými sensorickými vjemy.

Mezi laboratorní vyšetření zařadíme krevní obraz a základní biochemické vyšetření krve a vyšetření moče chemicky. Z funkčních metod se využívá elektroencefalografie (dále jen EEG), magnetoencefalografie (dále jen MEG). Ze zobrazovacích metod je to především počítačová tomografie (dále jen CT), magnetická rezonance (dále jen MR) nebo pozitronová emisní tomografie (dále jen PET) a perfuzní SPECT. Neuropsychologické vyšetření a dlouhodobější psychologická péče je vhodná u většiny případů. (1,5)

### **1.3.2 Úloha sestry**

Pacienti jsou často nuceni podstupovat celou řadu vyšetření, aby diagnostika nemoci byla co nejpřesnější. Správné poučení, správná příprava pacienta, správné provedení vlastního vyšetření jsou důležité pro získání spolehlivého záznamu, bez nutnosti vyšetření opakovat. Povinností sestry je nemocného informovat o samotném vyšetření, ale také za jakým účelem se provádí, uklidnit nemocného a objasnit všechny nejasnosti. Důležité je seznámit nemocného s přípravou na vyšetření. V našem případě podstupují epileptici nejdříve EEG. Zde je nutné, aby pacient měl umyté vlasy pouze šamponem a nepoužíval žádné jiné přípravky jako gely, laky, tužidla nebo balzámy. Dále podstupují CT. Pokud bude použita kontrastní látka, musíme se ujistit, zda pacient není alergický na jod, podají se 2 tablety dithiadenu, jako prevence alergické reakce. Dále je nutné, aby pacient byl lačný. Pokud jde pacient na MR je nezbytné ho informovat o sundání veškerých kovových předmětů z těla a naprostém klidném ležení při vyšetření. Je vhodné nemocné upozornit, na hluk a stísněný prostor. Před CT a MR vyšetření s kontrastní látkou je nutný podepsaný informovaný souhlas nemocného. (6)

## 1.4 Léčba

Cílem komplexní léčby je odstranit, nebo alespoň omezit frekvenci a intenzitu epileptických záchvatů, nežádoucí účinky léků, a udržení co nejkvalitnějšího způsobu života s plnohodnotným zařazením do společnosti. Důležité je vyhýbat se podnětům, které mohou vyvolat záchvaty, stresu, alkoholu a dbát na pravidelný a kvalitní spánek.

### 1.4.1 Úprava životosprávy

Nejpřirozenější, nejlevnější a nejsnadnější způsob léčby je úprava životosprávy. Je potřeba, aby nemocný pochopil důvody opatření a řídil se jimi. Základním pravidlem je udržet pravidelný životní rytmus, vyhýbat se provokačním faktorům, jako nepravidelný spánek, alkohol, drogy, přílišná fyzická i psychická námaha.

Důležitým bodem je pravidelný spánek s vyloučením spánku přes den, kdy i lehký spánek provokuje epileptický záchvat, dodržovat stejný čas večerního usínání a ranního vstávání. Stejně tak je důležitý výběr polštáře. Vhodným typem jsou anatomické, pevné tvarované polštáře, které zajistí jednak správné postavení páteře a zároveň fungují preventivně proti udušení při případném záchvatu v noci.

Negativní účinky některých potravin nebyly prokázány, ale i přes to by se mělo dbát na dostatečný příjem tekutin a na lehkou nedráždivou stravu- zvýšený příjem ovoce a zeleniny, pestrost stravy s vyloučením přesolených a příliš kořeněných potravin a samozřejmě přísný zákaz konzumace alkoholu, a to i v podobě sladkostí- př. rumové pralinky, zvláště s přihlédnutím na vzájemnou interakci s podávanými léky. Zde nastává chyba na straně nemocných. Mylně se domnívají, že vysazení jedné dávky a momentální pití alkoholu neuškodí. Proto je důležité nemocného poučit o pravidelném užívání léků v přesně naordinovaných dávkách.

Dalším bodem je vyvarování se velké fyzické i psychické námaze. Je důležité omezit aktivity, kde předpokládáme nižší přísun kyslíku (horolezectví, lyžování ve vysokých nadmořských výškách, potápění), kdy je vysoké riziko úrazu a situace, kdy může dojít k přehřátí organismu (nepobývat dlouho ve velkém teple a na přímém slunci, nebo v saunách). Dlouhodobé působení stresu, fyzické přetížení, vyčerpání, duševní i fyzická únava vede k vyvolání záchvatu.

Je třeba si uvědomit, že ani dlouhodobé sledování televize, nebo dlouhá práce na počítači není vhodná. Je třeba do značné míry omezit aplikace, kde se rychle střídají světlé a tmavé plochy, jak je tomu u akčních her. Nevhodné je i dlouhé čtení, nebo jen



posedávání v křesle a nic nedělání; obecně platí, že jakákoli monotematická činnost může vyvolat epileptický záchvat.

Důležitá je vhodná volba zaměstnání. Je celá řada povolání, která s sebou nesou rizika a je třeba brát ohled na možná omezení. Není vhodné pracovat v hlučném, nebo prašném prostředí, je třeba vyloučit práci ve výškách, u zdrojů sálavého tepla, svařování, u zdrojů vysokého napětí, otevřeného ohně, otevřených rotačních strojů, vrtaček, běžících pásů, řízení motorových vozidel a vůbec všechny zaměstnání, kde hrozí těžké poranění. Nemocní trpící epilepsií mají přísný zákaz práce na směnný provoz. (7)

#### **1.4.2 Farmakologická léčba**

Jak již bylo zmíněno epileptický záchvat alespoň 1krát v životě prodělá asi 5% populace a jen 0,5% trpí opakovanými epileptickými záchvaty, proto první záchvat není obvykle důvodem pro zahájení terapie. Léčba se vždy zahajuje tzv. monoterapií- jedním lékem, co v nejnižší dávce. Postupně se dávka zvyšuje, pokud je terapie neúčinná, přechází se na kombinaci více antiepileptik tzv. polyterapii. S každým dalším lékem či jejich kombinací však šance na úspěch léčby klesá, proto je nutné nemocného poučit o pravidelném a přesném užívání léků. Při vysazování léčby je nezbytné postupné snižování dávky během několika měsíců. (1)

#### **1.4.3 Chirurgická léčba**

Chirurgická léčba je indikována u malého počtu nemocných. Hlavními předpoklady je resekce jednoho ložiska jako zdroje záchvatů a naděje na významné zlepšení kvality života nemocného po operaci. Nejčastěji se k chirurgickému řešení přistupuje u nemocných s farmakorezistentní epilepsií. Provádějí se resekční výkony (prokázaná strukturální léze), subpinální resekce, callostomie (výkon na drahách šíření výboje), hemisferektomie a elektrická stimulace nervus vagus- VNS.

Nemocní i po úspěšné léčbě musí užívat antiepileptika i přesto, že záchvaty již nemají. Nutné je klinické a EEG vyšetření, sledování hladin antiepileptik v séru. O vysazení léků se může uvažovat až po dvou letech, v příznivém stavu. (8,9)

### **1.5 Prognóza**

Prognózu epilepsie není jednoduché jednoznačně definovat. Epilepsie se dá léčit a dokonce vyléčit, přičemž záleží na jejím typu a na mnoha dalších faktorech. Až u 75%

nemocných dochází ke kompenzaci a u více než 60% je možné terapii antiepileptiky zastavit. Epilepsii lze z tohoto pohledu rozdělit do čtyř skupin. První skupinu s výbornou prognózou tvoří syndromy dětského věku, které samy vymizí v období puberty- zhruba 20-30% pacientů. Druhou skupinu se daří kompenzovat jedním, prvně nasazeným lékem a časem je možné léčbu vysadit. Tuto skupinu tvoří 30-40% pacientů. Třetí skupina už má prognózu méně příznivou. Tvoří ji 10-20% pacientů, záchvaty jsou ovlivnitelné jen částečně a je nutná kombinace více léků. Terapie je dlouhodobá, nebo trvalá. Až 30% pacientů patří do čtvrté skupiny, kdy je možné pouze omezit počet záchvatů. Zařazení do skupin nikdy není definitivní, a lze o tom hovořit pouze na úrovni pravděpodobnosti. Pokud došlo k chirurgickému řešení, přibližně 2/3 pacientů po operaci jsou bez záchvatů, u 20% se frekvence podstatně snížila. U 2/3 pacientů záchvaty po dvou letech vymizí úplně a u 20% se četnost sníží.

Další otázkou je kvalita života nemocného. I přes vymizení záchvatů, dochází k jejímu narušení v pracovní, společenské, ale i vztahové oblasti, proto je nezbytné stálé zlepšování lékařské a ošetrovatelské péče a všeobecné informovanosti v této problematice. (5,7,10)

## **1.6 První pomoc při záchvatu**

Epileptický záchvat je velmi častá a nijak neobvyklá příhoda, která sama o sobě neohrožuje život postiženého, proto je důležité zbavit se strachu a nepodléhat v dané situaci panice. Důležité je si pamatovat, že pozáchvatové období je pro postiženého psychicky velmi náročné, proto je nutné zachovat taktní přístup a v žádném případě hned od postiženého neodcházet. Průběh záchvatu nemůžeme a ani se nesnažíme ho ovlivnit.

Generalizované záchvaty křečí jsou nejdramatičtější záchvaty. Pokud záchvatu předchází aura, doporučíme postiženému uložení na podlahu, abychom předcházeli případnému pádu na zem a poranění. Vhodné je i podložení hlavy např. mikinou. Zajistíme bezpečné prostředí okolo postiženého, odstraníme nebezpečné předměty, o které by mohlo dojít k úrazu. Pokud předměty nemůžou být z jakýchkoli příčin odstraněny, snažíme se je co nejvíce obložit. V žádném případě nesmíme nechat postiženého o samotě, protože je nutné sledovat průběh záchvatu. Nedoporučuje se vkládání roubíku ani jiných věcí do úst, nebo násilně omezovat křečové pohyby. Po odeznění křečí ukládáme postiženého do stabilizované polohy a dohlížíme na něj do úplného probrání a adekvátní slovní komunikace.

Při absenci není první pomoc nutná, v některých případech lze klidným, pomalým promlouváním, nebo dotykem záchvat přerušit. U jednoduchých ložiskových záchvatů jde o nekomplikovaný průběh, kdy první pomoc také není nutná.

Ložiskové záchvaty komplexní jsou charakterizované především psychomotorickým záchvatem. Pokud nehrozí poranění, nebo to není nezbytně nutné, postiženého neomezujte. Hrozí prudší a horší průběh záchvatu a po záchvatové agrese. Můžeme k němu klidně pomalu promlouvat, aby se uklidnil.

Pokud došlo k poranění, zajistíme ošetření. Nedáváme nic pít. Postiženého uložíme do stabilizované polohy, nebo ho necháme ležet. Usne-li, necháme ho prospat, nebudíme ho násilím. Důležitým faktorem je uklidnění a psychická podpora. Zůstaneme u něj, dokud se úplně nevzpamatuje.

Status epilepticus je velmi nebezpečný život ohrožující stav, který vyžaduje okamžité přivolání záchranné služby. Principy první pomoci jsou stejné jako u generalizovaných záchvatů křečí. (11,12)

## **2 EPILEPSIE A TĚHOTENSTVÍ**

U žen má epilepsie svá specifika, kterým se musí lékařská péče přizpůsobit. Často kladené otázky jsou, zda žena trpící epilepsií může otěhotnět a zda existuje nějaké riziko pro plod. U většiny žen, kterým lékař potvrdil vhodnost otěhotnění, probíhá těhotenství bez větších komplikací a porodí zdravé dítě. Přesto existují některá rizika spojená s účinky léků užívaných během těhotenství. Nepříznivě na psychiku ženy také působí riziko přerušení těhotenství, možný vznik vývojových vad, nebo vyšší riziko onemocnění dítěte epilepsií.

Žena by měla těhotenství plánovat. Před otěhotněním je nutné, aby podstoupila kromě pravidelných neurologických a gynekologických kontrol také genetické vyšetření, které zhodnotí riziko dědičnosti epilepsie, riziko vzniku vývojových vad. V průměru dosahuje riziko vzniku epilepsie u dítěte zdravých rodičů 2-3%, pokud je jeden rodič nemocný, jde o 6% riziko a v situaci, kdy jsou oba rodiče nemocní, jde o 12% riziko. Vše samozřejmě závisí na typu epilepsie a genetické charakteristice, protože ne všechny epilepsie jsou geneticky podmíněné.

Nezbytnou součástí je úprava medikace, kterou provádí genetik. V podstatě jde o snížení antiepileptik na minimální možnou dávku s omezením léků s vysokou teratogenitou (plodu škodlivý, způsobují vývojové vady), nasazení kyseliny listové tři měsíce před početím a tři měsíce v době těhotenství. Dále je nutné pacientku poučit o

nutnosti užívání léků i během gravidity, protože epileptický záchvat může vyvolat samovolný potrat.

Během těhotenství jsou doporučovány častější kontroly hladin antiepileptik, neurologické kontroly jednou za měsíc a gynekologické prohlídky matky i plodu. Je nutné lékaře informovat o každém prodělaném záchvatu, žádné informace nezatajovat. Pokud šlo o záchvat s následným pádem, je třeba udělat kontrolní neurologické a gynekologické vyšetření. Pokud epilepsie vznikla v průběhu těhotenství, je vhodné zahájit terapii až po prvním trimestru. Porod je veden přirozeně, císařský řez se provádí jen při vysokém riziku generalizovaných záchvatů, nebo epileptického statu. Kojení je plně indikováno i přes podávání antiepileptik (4-6 měsíců převažují kladné vlivy antiepileptik nad negativními) s výjimkou nočního kojení u epilepsií, které jsou provokovány spánkovou deprivací. (5)

### **3 MALÝ EPILEPTIK V RODINĚ**

Epilepsie se řadí do nejčastějších neurologických onemocnění dětského věku. Uvádí se, že epilepsií trpí až 5% dětí a až 75% epilepsií začíná v dětství. Čím déle postižení trvá, tím je postižení vážnější a málo ovlivnitelné.

Už v dětském věku prožíváme řadu konfliktů, ať je to mezi sourozenci, ve školkách, nebo školách a přitom nás to zásadně neohrožuje. Konflikty bychom neměli vnímat příliš negativně, protože jsou důležitými aspekty našeho vývoje- tím jak se s nimi vyrovnáme, vytváří do jisté míry naši osobnost. Nemoci, které vznikají v dětství, už tak dost náročném období, mohou dítě velmi negativně ovlivnit. Dítě je traumatizováno především diskriminací a sociální izolací plynoucí z jeho nemoci a/nebo nadměrnou, byť dobře míněnou, ochranou ze strany pečovatелů, která brání dítěti ve spontánní aktivitě, přirozeném projevu a rozvoji. Největším přínosem pro většinu dětí s epilepsií je jejich maximální možná integrace do společnosti zdravých dětí.

#### **3.1 Rodina a její vliv**

Rodina hraje v životě zdravého i nemocného dítěte velkou roli, má rozhodující význam na celkový rozvoj osobnosti dítěte, zvláště v nejranějším období a to v oblasti tělesné, duševní a sociální. Bývá také určitým vzorem pro utváření mezilidských vztahů a hodnot. Pokud dítě onemocní, rodina se ocitá v komplikované životní situaci. Dochází ke změně dosavadního způsobu života, se kterou se všichni musejí vyrovnat. V tomto období je důležité poskytnout rodině důležité informace, a nechat dostatek prostoru pro

konverzaci, aby rodiče měli možnost vyjádřit své možné obavy. Vhodné je také nabídnout kontakty na svépomocné skupiny, nebo na sociální i psychologické služby.

Ve starší literatuře se setkáme s pojmem „epileptická osobnost“. Změny osobnosti dítěte připisuje hyperprotektivě rodičů a závislosti dítěte na jejich péči. Rodiče mívají velké obavy o nemocné dítě, což vede k závislosti dítěte na pozornosti rodičů, jeho sobeckosti a nesamostatnosti. Tato hypotéza ovšem nikdy potvrzena nebyla. Opačná situace nastává, pokud kladou rodiče na dítě vysoké nároky. Dítě je nemusí zvládat, může se projevit pocit méněcennosti, což může vést k malému sebevědomí. Situace je horší, pokud je v domácnosti ještě zdravé dítě. V tom případě je krajně nevhodné nemocné dítě protěžovat a učinit z něj střed pozornosti. Výchova by tedy neměla být příliš ochránářská, shovívavá, ale ani tvrdá, nebo přísná.

Je důležité, aby každý člen rodiny podporoval druhého. Zvládnutí této situace pomůžou i diskuse o epilepsii, o možných obavách, o změnách v životě. Správnými informacemi a pozitivním přístupem se lze vyhnout klasickým problémům. Doporučuje se vyzdvihovat hlavně přednosti a dovednosti dítěte, na kterých by se měly stavět další kompromisy, hlavně co dítě smí a nesmí dělat.

### **3.2 Epilepsie a škola**

Děti trpící epileptickými záchvaty navštěvují běžnou mateřskou i základní školu. Integrace dětí s epilepsií do běžných škol je žádoucí jak na straně rodičů nemocných dětí, tak na straně speciálních pedagogů. Většina dětí nevyžaduje žádnou zvláštní pomoc, prospívání tak zpravidla odpovídá schopnostem dítěte. Umístění v běžné škole ho přirozeně rozvíjí což je důležité pro další vývoj, pracovní a společenské uplatnění. Musíme si uvědomit, že záleží na individuálních schopnostech každého jedince a pokud bude epileptik umístěn ve zvláštní škole, může dojít ke ztrátě motivace, nebo ke špatné stimulaci dítěte. Nejčastěji jsou to právě učitelé, kdo pozoruje změny ve výkonech, nebo chování dítěte. Proto je nutné před učitelem nic netajit a informovat ho o všech důležitých aspektech nemoci, které do značné míry ovlivní i přístup ostatních k nemocnému dítěti.

Možným problémem může být soustředění, které je u epileptiků horší, než u zdravých dětí. Dlouhé soustředění, nebo dlouhodobé monotónní činnosti vedou ke vzniku záchvatu. Dalším problémem jsou předsudky a obavy. Učitelé si nejsou jisti, co všechno může záchvat vyvolat, jak k těmto dětem přistupovat, nebo se jen obávají, že nebudou schopni adekvátně reagovat na potřeby nemocného dítěte, nebo mu pomoci při záchvatu. Často je

to způsobeno právě neznalostí problematiky této nemoci. Proti mohou být i rodiče zdravých dětí, kteří se obávají, jak děti budou reagovat při pohledu na záchvat spolužáka a jaké to pro ně bude mít důsledky.

Vhodné je tedy uspořádat ve třídě sezení se specialistou (psycholog, sociální pracovník), který by dětem poskytl informace o nemoci, co se může stát a co při záchvatu dělat. Nutné je také nechat dětem dostatek prostoru pro možné dotazy, postřehy a adekvátně dětem odpovědět. Informace je samozřejmě nutné přizpůsobit věku. (13,15)

### **3.3 Úloha pedagogů**

Pedagogové hrají 2 velké role a to hlavně v kontrole nemocného dítěte ve škole, tedy když není pod dohledem rodičů a v přístupu spolužáků k nemocnému dítěti po záchvatu. Je důležité mít na paměti, že se děti budou chovat jako učitel, proto je nutné, si zachovat klid a být schopen nemocnému dítěti pomoci. Pedagog musí do jisté míry akceptovat a tolerovat chování dítěte způsobené vlastním onemocněním, ale zároveň ho musí vést k společensky vhodnému chování. Vlivem užívaných léků jsou epileptici často unavení, apatičtí se sníženou koncentrací. Pedagogové si musí uvědomit, že za takové chování dítě nemůže a nesmí být za něj trestán. Je potřebné snížit stimulaci dítěte, mnohé intenzivnější podněty mohou nemocné dítě vyčerpávat. Nezbytný je citlivý a kvalifikovaný přístup pedagogů k nemocnému dítěti, i proto že nemocné dítě se nemůže naučit tolik jako zdravé dítě, i přesto že jsou obě stejně inteligentní. Spolužáci a děti obecně umějí být značně necitlivý, hrubý, netolerantní a neodpustí si sem tam nevhodné poznámky, což se na nemocném dítěti projeví buď ještě větší uzavřeností, nebo naopak hrubostí až agresivitou vůči druhým. Pedagog by měl podporovat nemocného a usměrňovat chování spolužáků. (14)

### **3.4 Vyhlídky do budoucna**

Při správné léčbě, dodržování režimových opatření, a s ohledem na typ záchvatu je vyhlídka na zvládnutí tohoto onemocnění velmi dobrá. Je dokonce pravděpodobné, že se záchvaty věkem zlepší (sníží se četnost, vážnost) nebo samy dokonce vymizí. Je důležité včas diagnostikovat epilepsii a co nejdříve ji začít léčit. Inteligence nesmí být jediným měřítkem úspěchu, důležité jsou ostatní vlastnosti a schopnosti, které epileptikům umožní vystudovat školu, nebo si zvolit povolání, které oni sami chtějí. Jsou ovšem povolání, které

jsou nevhodná. Jsou to hlavně ta, kde je velké nebezpečí úrazu, nebo práce ve směnném provozu. (13,15)

## **4 PSYCHIKA, EMOCE A EPILEPSIE**

Epilepsie je dlouhodobé onemocnění spojené se změnami psychiky, kterým je nutné věnovat odpovídající psychologickou péči, která umožní celkové zhodnocení psychického stavu, efektivity léčby a možné vedlejší účinky podávaných léků. Až polovinu epileptiků trápí psychické problémy, které je negativně ovlivňují mnohem více než samotné záchvaty. Toto je záležitost velmi individuální a hraje zde významnou roli celková psychická kondice, premorbidní osobnost, sociální zázemí, profesní uplatnění a další psychosociální faktory.

### **4.1 Změny v psychice nemocného**

Pro lepší orientaci si můžeme změny rozdělit podle délky trvání na krátkodobé (omezeny pouze na záchvat) a dlouhodobé. Epileptický záchvat představuje pro mozek velké zatížení, které často vyvolá poruchy vědomí, vnímání, chování a emocí, pocity úzkosti a bezmoci. Typická je pozáchvatovitá agrese a podrážděnost, nebo naopak únava, ospalost a vyčerpání. Někteří pacienti mohou mít i problémy s pamětí, nebo pozorností, jiní zase mohou být lehce zmatení. Je nutné zdůraznit, že vše se řídí hlavně typem a příčinou epileptického záchvatu.

Mezi dlouhodobější psychické změny patří změny v emočním prožívání, kdy dochází k výkyvům nálad (atypická deprese, úzkostné poruchy), změny v pozornosti, paměti a učení (vybavování, specifické poruchy učení), změny v myšlení a řeči. Výrazné jsou změny chování, osobnosti a přizpůsobení se v důsledku organického poškození. Může se vyskytovat uzavřenost, samotářství, potlačení emočních projevů, letargie, nečinnost, ale také agresivita, podrážděnost, výbušnost, egocentrismus. U dětí se často setkáváme se lhaním, krádežemi nebo záškoláctvím.

Lidé s epilepsií mají také problémy s navázáním mezilidských vztahů, trpí menší sociální izolací, nedostatkem profesních možností, a podstatnou část tvoří společenské předsudky, které existují i přes současné vědecké poznatky o podstatě nemoci, a které vedou ke sníženému sebehodnocení a sebevědomí, proto je nutné zvyšovat informovanost veřejnosti.

## 4.2 Poruchy psychiky a emocí

U nemocných s epilepsií se vyskytují psychické poruchy častěji než v běžné populaci. Aktuální prevalence depresivní poruchy u nemocných s epilepsií je 40-60% oproti 2-4% v běžné populaci, prevalence úzkostných poruch u epileptiků je 20-40% oproti 3-7% v běžné populaci a psychotických poruch 2-8% oproti 1% u osob netrpících epilepsií.

Depresivní porucha je nejčastější psychickou poruchou s výskytem 4-5 krát častější než u ostatní populace. Interiktální depresivní porucha je chronický stav trvající řadu let, obvykle předchází epilepsii, není závislá na záchvatu a rozvine se až u 60% nemocných. Iktální deprese bývá součástí epileptického záchvatu s krátkým trváním. Peri- a postiktální deprese může záchvatu předcházet, nebo na něj navazovat. Vyskytuje se až u 50% nemocných.

Úzkostná porucha je často kombinována s depresivní poruchou. Úzkost spolu s poruchami paměti se často vyskytují u pacientů po chirurgickém výkonu. Úzkostná aura je označována jako záchvatový příznak. Periiktální úzkostná porucha stejně jako depresivní porucha může záchvatu předcházet, nebo na něj navazovat. Interiktální úzkost u epileptiků má stejný charakter jako úzkost ostatní populace.

Pro panickou poruchu je typický začátek mezi 20. a 30. rokem s pozitivní rodinou anamnézou, velmi různorodým průběhem a trváním v rozmezí minut až hodin. U epileptiků se panická porucha vyskytuje až 7krát častěji. Psychoterapií a podáním antidepressiv a anxiolytik se dá úspěšně zvládnout. (5)

## 4.3 Psychologická péče, psychoterapie

Základem efektivní psychologické péče je ochota nemocného ke spolupráci s psychologem, psychoterapeutem. Je totiž potřebné získat co nejvíce informací o samotné nemoci, ale i různých okolnostech, které mohou ovlivnit průběh, nebo prognózu onemocnění. Psychologickým vyšetřením lze určit do jaké míry a v jakých oblastech nemoc zasáhla do života nemocného a jakým směrem je třeba vést další terapii. Jde o zjištění toho, co se vlivem nemoci změnilo, ale i toho co zůstalo nemocí nezměněno, a na čem je třeba stavět, aby se jeho život co nejméně lišil od života zdravých lidí. Dále je potřebné porozumění a pochopení okolí pacienta, aby nedocházelo k sociální izolaci těchto lidí.

Psychoterapie je soubor verbálních, neverbálních a paraverbálních komunikačních dovedností které pomáhají řešit pacientovi problémy, ale také vedou k pozitivnímu



ovlivnění nemoci. Psychoterapie poskytuje podporu, doprovázení, různé techniky, které podporují uzdravení, pomáhá také porozumět souvislostem spojených s nemocí, nebo nabízejí podporu ve změně, které vedou k odstranění obtíží a zlepšení kvality života. Důležitým aspektem psychoterapie je kladný vzájemný vztah nemocného a terapeuta, který poskytuje pocity bezpečí a jistoty, porozumění, vcítění, důvěru, které jsou nezbytné pro efektivní terapii. (16)

#### **4.4 Společnost „E“**

Společnost „E“ je občanské sdružení, které jako jediné v České republice aktivně pomáhá lidem s epilepsií a jejich rodinám. Posláním Společnosti „E“ je zlepšení postavení lidí s epilepsií ve společnosti.

Společnost „E“ nabízí poradenskou činnost v právní, sociální, ale i zdravotní, nebo psychologické oblasti určené nejen pro nemocné trpící epilepsií, ale také rodinám, nebo třeba zaměstnavatelům, učitelům, ale také zdravotníkům, nebo jiným zájemcům, kteří mají zájem se dozvědět nové informace o dané problematice.

Další odbornou aktivitou společnosti je organizace přednášek a seminářů. V tomto směru se zaměřuje především na větší informovanost o epilepsii a tím možnosti lepšího přístupu veřejnosti k lidem s tímto onemocněním.

V rámci publikační činnosti Společnost „E“ vydává měsíčník Aura- informace o epilepsii, různé tiskové zprávy a články. Každoročně také aktualizují své informační tématické sešity, které jsou zaměřeny na různé oblasti života s epilepsií.

Nedílnou součástí je klubová činnost, která umožňuje člověku kontakt s někým kdo má podobné zájmy, zážitky a starosti. Zájmových činností se ujímají dobrovolně vedoucí klubu, kteří také pořádají společné zájmové akce a programy.

Společnost „E“ nabízí také denní stacionář, který poskytuje poradenskou činnost, pořádá společenská setkání, nabízí výuku anglického jazyka i jiných aktivit, jako aranžování, vaření, manuální práce, nebo kurz šachů. (17)

## 5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO S EPILEPSIÍ

### 5.1 Ošetřovatelský plán a jeho realizace

Poloha a pohybový režim nemocného se řídí jeho aktuálním stavem a stupněm soběstačnosti. Podle toho sestra provede příslušná opatření. Vhodné je nemocného uložit na menší klidný pokoj. Dále je třeba zajistit nemocného proti pádu, tedy zabrzdit a co nejvíce snížit lůžko, opatřit ho postranicemi obloženými polštáři a signalizační zařízení umístit na dosah ruky a edukovat nemocného o jeho použití zejména při příchodu aury, a to stisknout a posadit se.

V průběhu hospitalizace sestra průběžně sleduje příznaky onemocnění, jako jsou prodromy nebo aura, orientačně hodnotí výsledky vyšetření, dále sleduje základní fyziologické funkce (při měření teploty nepoužívat skleněné teploměry- hrozí poranění nemocného), účinky podávaných léků, dodržování léčebných opatření, funkčnost intravenózního vstupu.

Úkolem sestry při záchvatu, je hlavně zajistit průchodnost dýchacích cest a bezpečnost nemocného. Je důležité odsunout nábytek nebo jiné předměty a podložit pacientovi hlavu. Pokud je pacient na lůžku sklopíme ho do vodorovné polohy, polštář odstraníme a zvedneme postranice jako prevence pádu a poranění. Je-li to možné, uložíme pacienta na bok k udržení průchodnosti dýchacích cest a prevenci aspirace. Po odeznění záchvatu je nutná kontrola základních životních funkcí, především frekvenci dýchání, krevní tlak a pulz, sledujeme stav vědomí, zkontrolujeme, zda nedošlo k poranění tváří, úst a jazyka, nebo modřinám a tržným ranám, podle potřeby ho ošetříme. Je vhodné nemocnému zvednout horní polovinu těla o 30% (prevence aspirace), zajistit klidné prostředí s minimálním výskytem nežádoucích vzruchů, dopřát nemocnému klid na lůžku, uklidnit ho, že je vše v pořádku a pomoci mu s orientací. Po stabilizaci nemocného informovat lékaře o proběhlém záchvatu a zaznamenat ho do dokumentace.

Pokud se jedná o status epilepticus je taktéž potřeba zajistit bezpečnost a průchodnost dýchacích cest nemocného (v případě nutnosti podat O<sub>2</sub>). Dalším krokem je vyšetřit hladinu glykémie, zajistit intravenózní vstup, dle ordinace lékaře aplikovat diazepam (Aparin, Seduxen) intravenózně, nebo rektálně ve formě čípků. Sestra musí dále zajistit monitorování srdeční činnosti (časté změny po prodělaném záchvatu), kontrolovat vitální funkce, odebrat krev na hladiny antiepileptik. Po odeznění záchvatu je vhodné nemocnému

zvednou horní polovinu těla, dopřát klid na lůžku, uklidnit ho, že je vše v pořádku a pomoci mu s orientací.

Péče o základní potřeby jako je hydratace a výživa spočívá především v edukaci nemocného, jaké potraviny, tekutiny jsou vhodné a které ne. V této oblasti pouze sledujeme dodržování dietního režimu a dbáme na dostatečný příjem tekutin. Nebezpečím může být tuhá strava po záchvatu, kdy je polykací akt stále oslaben a může dojít aspiraci.

Při zajištění vyprazdňování moče a stolice se vše řídí aktuálním stavem nemocného. V případě vyprazdňování na lůžku, je vhodné nemocnému nabídnout umyvadlo s vodou, nebo aspoň mokrá hadřík k otření rukou.

Hygienické potřeby jsou také zajištěny dle stavu nemocného. Pokud došlo při záchvatu k pomočení, nebo pokálení zajistí sestra hygienu a čisté prádlo. V ostatních případech se hygiena provádí až po spontánním probuzení, jinak hrozí záchvat. Důležitá je přítomnost sestry v koupelně kvůli riziku úrazu při opakování záchvatu.

V oblasti spánku a odpočinku je povinností sestry nemocného edukovat o pravidelném spánkovém rituálu, zákazu spát přes den, ponocovat, nebo ráno dospávat a dohlížet na jeho dodržování.

V péči o psychosociální potřeby je pro nemocného důležité být plně informován o své nemoci, správné životosprávě a užívání léků, ale také naplnění pocitu jistoty a bezpečí, pozitivní vliv na psychiku má psychická podpora jak od zdravotníků, tak od blízkých, nebo okolí nemocného. Důležité je navázat úzký a kvalitní vztah mezi sestrou a nemocným, projevit ochotu, zájem o nemocného, profesionální, empatický a plně individuální přístup k nemocnému.

Do domácí péče odchází informovaný nemocný po důkladné edukaci lékařem a sestrou. Do edukačního procesu je nutné zapojit i rodinu nemocného, kterou je nejdůležitější edukovat v poskytování první pomoci a úpravě domácího prostředí. Nemocní s epilepsií jsou trvale dispenzarizováni, proto je nutné je poučit o nutnosti pravidelných kontrolách u ošetřujícího lékaře. Více o edukaci nemocného s epilepsií se zmiňují v kapitole 7. 8 Edukace epileptika. (18,19,20)

## **5.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy u pacienta s epilepsií**

Podle klinického obrazu nemoci, lze předpokládat přítomnost těchto ošetřovatelských diagnóz v NANDA doménách.

Riziko aspirace 00039 hrozí zejména při podávání tuhé stravy po záchvatu, kdy ještě může být polykací akt oslaben. Je tedy důležité podat stravu vhodné konzistence a teploty - ne moc horkou, ne moc studenou, zajistit dostatečně vysokou polohu při stravování a dopřát nemocnému dostatek času.

Riziko pádů 00155, Riziko traumatu 00038, Riziko porušení kožní integrity 00047 a Oslabené dýchání 00033 souvisejí s epileptickým záchvatem. Pokud dojde k poklesu saturace, musí se zahájit kyslíková terapie. Důležité je zajistit bezpečné prostředí nejen při hospitalizaci, ale i v domácím prostředí. Sestra zajistí úplné zabrzdění lůžka, postranice, signalizační zařízení na dosah ruky a odstraní z pokoje předměty, které by mohly být příčinou poranění. Edukuje nemocného o prevenci úrazu, o vhodné obuvi a o úpravě domácího prostředí (zakrýt ostré rohy, odstranit háčky, protiskluzové podložky do koupelny, aj.).

Sociální izolace 00053 souvisí s negativními reakcemi okolí, vyhýbáním se společnosti, nebo strachem z přijetí. Situačně snížená sebeúcta 00120 může souviset s pocitem opuštění blízkými, pocitem ztráty kontroly nad svým životem a vlastním zdravím. Riziko osamělosti 00054 souvisí s citovou, mentální deprivací a sociální izolací. V těchto případech je důležitá psychická podpora jak ze strany sestry, tak ze strany rodiny nemocného, proto je důležité zajistit kontakt s rodinou a přáteli. Musíme vytvořit vzájemný vztah, vyjádřit naši ochotu mu pomoci a nemocného povzbuzovat k ventilaci svých pocitů, obav, naslouchat mu a v žádném případě stížnosti nemocného nekomentovat, nekritizovat a neodsuzovat. Stejně tak se snažíme nemocného pobízet k aktivitě a zajistíme odbornou péči psychologa.

Neefektivní zvládnání zátěže 00069 se může vyskytovat v souvislosti se změnami v životním stylu, pocitem nejistoty, strachem nebo s malou vírou v sebe sama, že danou situaci zvládne. Nejdůležitější intervencí sestry je vytvořit atmosféru vzájemné důvěry, přesvědčit pacienta, aby ventiloval své problémy a poskytnout mu podporu a pomoc při jejich řešení.

Deficitní znalost 00126 se vyskytuje především v souvislosti s nedostatečnou nebo žádnou edukací ze stran zdravotnického personálu a neochotou získat informace ze strany nemocného. Potencionálními oblastmi, kde jsou deficitní znalosti, je např. onemocnění, epileptický záchvat, terapie, první pomoc při záchvatu nebo také úprava životosprávy aj. Intervencí u této diagnózy je především edukace nemocného podle didaktických zásad edukace.

Únava 00093, Porušená interpretace okolí 00127, Akutní zmatenost 00128 a Porušené myšlení 00130 se projevují zejména v období po záchvatu, proto je důležité vytvořit klidné prostředí, uklidnit nemocného, ujistit ho že je vše v pořádku, informovat ho o proběhlém záchvatu, pomoci mu se zorientovat a zajistit dohled nad jeho bezpečím.

V konkrétních případech se dále můžou vyskytovat například Neefektivní léčebný režim 00078, Nedostatek zájmových aktivit 00097, Riziko intoxikace 00037, ale také Ochota ke zlepšení léčebného režimu 00162, Ochota doplnit deficitní vědomosti 00161, nebo Ochota zlepšit zvládání zátěže 00158 aj. (21,22)

## **6 EDUKAČNÍ ČINNOST SESTRY**

Edukace je důležitou, nezbytnou a velmi náročnou součástí celého ošetrovatelského procesu. Edukace vytváří prostor pro osvojení nových poznatků, vědomostí, postojů, návyků a dovedností v různých oblastech péče o vlastní nemoc a nutí pacienta přebírat odpovědnost za vlastní zdraví na sebe. Cílem edukace je pacientovo osvojení teoretických, praktických dovedností, získání nových návyků. V současné době je bohužel výuka pacientů mnohdy stále ještě nadstandard, v mnoha zdravotnických zařízeních jde o pouhou formalitu a dochází k opomíjení edukace.

### **6.1 Základní pojmy v edukaci**

Edukace je odvozena z latinského slova *educare*, což znamená vést vpřed, vychovávat. Souhrnně se pod pojmem edukace skrývá výchova a vzdělávání, protože bez výchovy nelze vzdělávat a bez vzdělávání nelze vychovávat. Je důležité, aby edukace byla provedena systematicky a srozumitelně.

Výchova je záměrná činnost, působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn, jak po tělesné tak duševní stránce. Výchova může být poskytována vědomě (např. výchova ve školách, výchova pacienta) a nevědomě (vzájemné působení vrstevníků, sociálních skupin, vliv rodičů).

Vzdělávání je proces vedoucí k osvojení, upevnění, nebo rozvoji jistých vědomostí, dovedností, postojů, návyků nebo schopností, který probíhá nejčastěji během výuky, ale také získáváním zkušeností během života. Výsledkem efektivního vzdělávání je vzdělanost, kvalifikace.

Učení znamená získávání a předávání vědomostí, zkušeností, dovedností, ale i postojů, návyků nebo hodnot v průběhu celého života jedince. Učení můžeme rozdělit na spontánní

učení, kdy poznatky získáváme vlastními zkušenostmi, na neformální učení, kam se řadí předávání zvyklostí, nebo hodnot v rodině a společnosti, a na formalizované učení a vzdělání, které probíhá v institucích- školách.

Edukátor je jakákoli osoba, která vykonává edukaci. Pokládá se za subjekt výchovy a vzdělávání. Edukatorem ve zdravotnictví je lékař, všeobecná sestra, sestry specialistky, ale také fyzioterapeut, nebo nutriční terapeut.

Edukant je jakákoli osoba, která je edukátorem vyučována. Označuje se jako subjekt učení, přičemž nezáleží na prostředí, kde edukace probíhá. Edukantem ve zdravotnictví může být dítě, dospělý nebo starý člověk, zdravý i nemocný, ale i rodinný příslušníci, nebo skupina a komunita.

Edukační realita je skutečný a objektivní stav aktivit, procesů, situace a prostředí, ve kterém probíhá edukace, nebo fungují edukační konstrukty.

Edukační konstrukty jsou všechny vzdělávací programy, edukační plány, zákony, normy a předpisy, edukační standardy a materiály, které určují a ovlivňují edukační proces, jeho kvalitu a efektivitu.

Edukační prostředí určuje prostředí, ve kterém probíhají edukační procesy. Charakter prostředí je dán nejen různými situacemi a rozdílným typem zúčastněných edukantů, ale také obsahem a formou edukačních procesů. Dále prostředí ovlivňují prostorové faktory, jako je osvětlení, prostor, barva, nábytek, zvuk, dále pak psychosociální faktory, z nichž nejdůležitější je vztah mezi edukátorem a edukantem, atmosféra a klima edukace. (23)

## **6.2 Druhy edukace**

Edukaci ve zdravotnictví můžeme rozdělit na základní, reedukační a komplexní. V souvislosti s prevencí pak na primární, sekundární a terciární, a podle způsobu realizace na individuální a skupinovou.

Při základní edukaci je edukant poprvé seznamován s danou problematikou a jsou mu předávány nové vědomosti a dovednosti. Edukace by měla poskytovat pouze prvotní, základní a nejdůležitější informace. Nejčastěji se tato edukace využívá při nově diagnostikovaném onemocnění, což pro edukanta znamená i změnu v psychice, a proto je důležité nezahrnout edukanta v této fázi velkým množstvím informací najednou, protože je nemusí pochopit, zapamatovat si, natož je umět aplikovat.

Reedukační edukace navazuje na předchozí vědomosti a dovednosti, které se opakují, rozvíjí, prohlubují. Vzhledem ke změnám ve zdravotním stavu, nebo vývoji medicínských poznatků, poskytujeme edukantovi i nové informace.

Komplexní edukace poskytuje edukantovi, nebo jeho rodině ucelené vědomosti, dovednosti, nebo postoje v souvislosti s udržením, nebo zlepšením zdraví. Realizuje se především v kurzech, rekondičních pobytech, v ambulancích aj. Tato metoda se využívá hlavně u chronicky nemocných, kdy je potřeba, aby za své zdraví, převzali odpovědnost, starali se o něj a naučili se vést co nejkvalitnější život.

Primární edukace je souhrn činností, zaměřující se především na prevenci nemocí a zdravotních rizik. Součástí primární edukace jsou také aktivity na posilování, podporu, rozvíjení anebo udržení zdraví a zdravého životního stylu.

Sekundární edukace probíhá u nemocných jedinců. Jejím cílem je navrácení zdraví, snaha zabránit rozvoji komplikací spojených s jejich onemocněním, nebo přechodu nemoci do chronického stádia. Nejčastěji jde o edukaci v oblasti léčebného režimu, soběstačnosti a prevence.

Terciární edukace je určená pro nemocné, u kterých nastaly nezvratné změny ve zdravotním stavu. Terciární edukace se orientuje na zkvalitnění života jedince se snahou zabránit rozvoji dalším možným komplikacím.

Individuální forma edukace je jednou z nejpoužívanějších forem. Je přizpůsobena osobnosti edukanta, jeho věku, znalostem, kultuře, životnímu stylu. Probíhá nejčastěji v ordinacích, ambulancích nebo u lůžka. Výhodou je bezpochyby stanovení edukačního plánu a obsahu v souladu s individuálními potřebami edukanta, dále také úzká spolupráce mezi edukantem a edukátorem, vysoká efektivita učení, a zpětná vazba. Značnou nevýhodou této formy je časová a tím i ekonomická náročnost pro edukátora.

Se skupinovou formou edukace se setkáme především u svépomocných skupin, nebo v lázeňství. Jde o rozčlenění edukantů do menších skupin podle společných kritérií (věk, pohlaví, onemocnění, povolání aj.). Výhodou této metody pro edukanty je bezpochyby možnost diskuze a vzájemného předávání vědomostí a zkušeností mezi sebou. Mezi nevýhody patří zejména nerespektování individuálních potřeb.(24)

### **6.3 Výukové cíle edukace**

Teprve, když si edukátor konkrétně uvědomí, čeho má být ve výuce dosaženo, může smysluplně volit cestu k dosažení tohoto stavu. Výukový cíl a jeho formulace vhodně

upravená pro edukanty, významně ovlivňuje učební činnost edukantů. Výukový cíl je tedy pozitivní změna ve vědomostech, praktických dovednostech, postojů a hodnot, proto musí být správně stanoven. Cíle mají být jednoznačné (jedna možná interpretace), kontrolovatelné (hodnocení výsledku výuky), přiměřené (splnitelný cíl přizpůsobený schopnostem edukanta), komplexní (zahrnuje celou stránku osobnosti) a měli by splňovat podmínku vnitřní konzistence (soudržnost, podřízenost a závislost cílů). Plní orientační, motivační (dosažení cíle), realizační (stanovení cílů pomáhá dosáhnout výsledku) a regulační funkci.

Cíle lze rozdělit na nižší a vyšší, z časového hlediska na krátkodobé a dlouhodobé, podle struktury obsahu na obecné a speciální a podle psychických procesů na kognitivní (vědomostní), afektivní (postoje, city, hodnoty) a psychomotorické (výcvikové, praktické dovednosti).

### **9. 3. 1 Taxonomie kognitivních cílů**

Kognitivní cíle zahrnují poznávání, vnímání, rozpoznání a hodnocení určitého objektu nebo situace. Předpokladem úspěchu je porozumění informacím. Nejznámější taxonomií je Bloomova taxonomie kognitivních cílů zahrnující šest úrovní řazených hierarchicky.

Znalost- edukanti si informace získané během edukace pamatují, jsou schopni si je vybavit a použít je v praxi. Na této úrovni se využívají slovesa jako vybrat, zakřížkovat, definovat, zařadit, přiřadit, seřadit, porovnat, popsat, vysvětlit, vybrat, určit a podobně.

Porozumění- edukanti porozumí sděleným informacím, dokážou je převést do jiné podoby, interpretovat vlastními slovy nebo odlišit podstatné od nepodstatného. Zde se používají především slovesa jako opsat, objasnit, odlišit, vyznačit, shrnout, uvést příklad, opravit, zkontrolovat, vysvětlit svými slovy a podobně.

Aplikace- edukanti používají principy, pojmy, teorie, myšlenky v konkrétních situacích. Mezi nejvyužívanější slovesa patří aplikovat, demonstrovat, interpretovat, používat, plánovat, navrhnout, diskutovat a podobně.

Analýza- edukanti jsou schopni pochopit, určit a objasnit principy, vztahy, zákonitosti mezi jednotlivými částmi celku a rozdělit ho na menší části. Lze užít tyto slovesa: analyzovat, uspořádat, rozdělit, rozebrat, vyloučit, klasifikovat, porovnat, zahrnout apod.

Syntéza- na této úrovni jsou edukanti schopni skládat z jednotlivých částí velký celek, vytvářet vlastní návrhy, plány nebo hypotézy. Vhodnými slovesy jsou: kombinovat,



zahrnout, dát do souvislosti, navrhnout, vymyslet, vytvořit, upravit, modifikovat, sjednotit, vyvodit závěry atp.

Hodnotící posouzení- edukant by měl umět posoudit hodnotu materiálů, dokumentů, způsobů řešení problémů podle stanovených kritérií. Vhodnými slovesy mohou být: posoudit, zhodnotit, kritizovat, debatovat, ocenit, porovnat, prověřit, zdůvodnit nebo obhajovat.

### **9. 3. 2 Taxonomie afektivních cílů**

Afektivní cíle zobrazují osobnostně-motivační, sociálně- komunikativní, emoční a hodnotové faktory, ovlivňuje emoce, zájmy, vytváření postojů, přesvědčení, názorů, hodnot a dovedností a jejich zařazení do hodnotového žebříčku edukanta. Taxonomii 5 úrovní afektivních cílů vypracoval D. R. Krathwohl.

Přijímání- vnímavost- edukanti věnují svoji pozornost na určité podněty, poznatky, fakta, přijímají je a jsou schopni je preferovat nad ostatními podněty. Možnými slovesy této úrovně jsou: akceptovat, uznat, přijmout, žádat, požadovat, poslechnout, pozorovat, věnovat pozornost.

Reagování- dobrovolná aktivní činnost, zájem a reagování edukantů na určitý jev, které jim přináší uspokojení. Vhodnými slovesy jsou: vyjádřit se, diskutovat, zapojit se, oznamovat, usilovat, zkoušet, dohodnout se, odpovídat a podobně.

Oceňování hodnoty- usiluje, aby se u edukanta vytvořil kladný postoj, zájem, přesvědčení o hodnotě, uznání a preferování hodnot. Zde se používají slovesa jako tvrdit, vybrat si, dokončit, uvádět, pokusit se, pomáhat a podobně.

Integrovaní hodnot- edukanti vytvářejí hodnotový systém, organizují, klasifikují a začleňují ho mezi všeobecně uznávané hodnoty. Zde lze užít například dodržovat, změnit, spojit, obhajovat, začlenit, řešit, nebo rozhodnout se.

Integrace hodnot v charakteru- edukanti si vytvářejí osobní žebříček hodnot, které získávají pevné místo v charakteru edukanta. Slovesa, jež lze použít jsou: prosazovat, dát najevo, ovlivňovat, ověřit si, vyřešit, navrhnout aj.

### **9. 3. 3 Taxonomie psychomotorických cílů**

Výsledkem psychomotorických cílů je osvojení motorických dovedností, návyků a zručnosti, ale také způsobilost o něčem rozhodovat a uskutečnit to za přítomnosti

psychických procesů. Jednou z používaných taxonomií je taxonomie psychomotorických cílů podle R. H. Davea.

Napodobení- imitace- edukanti na této úrovni po impulsu (výzvě) pozorují příslušnou činnost a vědomě ji začínají napodobovat.

Manipulace- praktická cvičení- edukanti jsou už schopni vykonat požadovanou činnost podle slovního návodu a zvolit vhodnou nebo požadovanou činnost. Procvičováním dané činnosti dochází k jejímu zdokonalení.

Zpřesňování. Edukanti dokážou vykonávat požadovanou činnost téměř samostatně s mnohem větší přesností, pohyby jsou koordinovanější a tím pádem má činnost větší účinnost.

Koordinace- edukanti vykonávají činnost zcela samostatně, koordinovaně, přesně a rychleji.

Automatizace- v této fázi se objevují automatizované prvky, které vedou k maximální účinnosti příslušné psychomotorické dovednosti při vynaložení minimální energie. (23,25)

## **6.4 Výukové metody edukace**

Pojem výuková metoda lze vysvětlit jako určitou promyšlenou cestu a působení na edukanta, které směřuje k dosažení stanovených výukových cílů. Při výběru edukační metody musíme věnovat pozornost osobnosti edukanta jeho vědomostem a dovednostem, ale také stanoveným cílům, obsahu a formě edukace a prostředí, kde by měla probíhat. Edukace by měla být založena na vzájemné spolupráci edukátor-edukant, přičemž jsou edukátorem akceptovány somatické, psychické a sociální zvláštnosti edukantů.

Teoretické metody jsou nejvhodnější k předávání teoretických poznatků, principů či teorií. Prohlubuje a doplňuje vědomosti, ale také předává nové poznatky. Mezi tyto metody patří klasická přednáška, přednáška s diskuzí, cvičení a seminář.

Metody teoreticko-praktické se zaměřují na získání nových poznatků, ale taky na analýzu problémů a jejich řešení. Do těchto metod zařazujeme diskusní metody, programované výuky, diagnostické a klasifikační metody a projektové metody.

Metody praktické učí praktickým postupům práce, a patří sem instruktáž, mentoring, asistování, rotace práce, stáž, exkurze a létající tým. (25)

## 6.5 Materiální didaktické prostředky

V edukaci využíváme různých pomůcek k snadnějšímu splnění cílů a ke zvýšení efektivity edukace. Člověk přijímá 80% informací zrakem, 12% informací sluchem, 5% informací hmatem a 3% informací pomocí ostatních smyslů. Pro výuku však platí jiné pravidlo: 12% informací přijímáme zrakem, 80 % sluchem, 5% hmatem a 3% ostatními smysly.

V současné době se setkáme s nespočtem rozdílných definic učebních pomůcek. Obecně platí, že učební pomůcka je jakákoli věc, která usnadňuje edukátorovi výuku, pomáhá mu v lepší názornosti určité situace, propojuje teorii s praxí, rozšiřuje a doplňuje informace, ale také motivuje edukanta a pomáhá mu se lépe naučit a zapamatovat informace, popřípadě nacvičit zručnost v potřebné dovednosti (aplikace injekce).

Textové učební pomůcky patří ve zdravotnictví mezi nejčastěji používané pomůcky. Samozřejmostí je jejich kombinace s jinými pomůckami. Zahrnujeme sem učebnice, informační letáky, brožurky, pracovní listy, sešity, nebo časopisy a noviny. Jejich výhodou je snadná dostupnost a manipulace s nimi. Pozitivum je i samotný tištěný text, ke kterému si můžeme psát poznámky, podtrhnout důležité části a můžeme k němu kdykoli vrátit a znovu prostudovat. Nevýhodou je malá zpětná vazba od edukanta, informace mohou být neaktuální až zastaralé a není zde prostor pro možné otázky, nebo dovysvětlení pojmů atd.

Vizuální učební pomůcky se využívají především tam, kde potřebujeme, aby edukant viděl názornou ukázkou. Používají se tabule, diapojektor nebo epiprojektor a mezi pomůcky patří fotografie, obrazy, plakáty, folie pro dataprojektor, ale i různé modely, trenažéry a zdravotnický materiál. Jejich výhoda spočívá v jejich názornosti a možnosti použití u většího počtu edukantů. Ve většině případů už není možné se po odprezentování vrátit k pomůckám, a nevýhodou je i malá zpětná vazba edukanta a také nákladnost pomůcek.

Auditivní učební pomůcky se ve zdravotnictví prakticky nevyužívají. Zprostředkovávají sluchové vjemy pomocí CD nebo MP3 přehrávačů nebo rádia. Značnými nevýhodami jsou absence vizualizace a pasivita edukantů, která vede ke ztrátě pozornosti.

Audiovizuální učební pomůcky. Vzhledem k tomu, že zprostředkovávají vizuální a sluchové vjemy se používají především tehdy, pokud je důležité, aby si edukant osvojil praktické dovednosti a zručnost v dané problematice a uměl je aplikovat do praxe. Jde o pouštění televizních pořadů, výukových spotů, filmů pomocí televize, videa, nebo DVD

přehrávače. Velkou výhodou je použitelnost u většího počtu edukantů a velkou nevýhodou je jejich finanční náročnost. (25)

## **6.6 Zhodnocení a dokumentace edukace**

Hodnotit můžeme různé oblasti edukačního procesu. Jednou z oblastí je hodnocení edukačních cílů. Zde je nutné zjistit a zhodnotit spolu s edukantem dosažené výsledky, které se hodnotí dle kritérií stanovených již při plánování cílů. Sledujeme, do jaké míry byly cíle splněny, zda lze edukaci ukončit, nebo je potřeba v ní pokračovat (zopakovat, doplnit informace).

Při hodnocení edukačních intervencí nás zajímají především informace týkajících se zvolné edukační metody. Klademe si otázky, zda byla edukace přizpůsobena individuálně pacientovi, jestli byl pacient partner a podílel se na sestavení edukačních cílů.

Pokud hodnotíme obsah a formu edukace zaměřujeme se na způsob vykonání edukace (individuální nebo skupinová edukace), zda byly správně stanoveny edukační potřeby, vhodně formulované edukační cíle a intervence, zda nedochází k jejich vzájemnému vyloučení.

V oblasti hodnocení výukových metod a prostředků nás zajímá, zda byly použité vhodné výukové metody, jestli byly prakticky orientované a pro pacienta jasné a srozumitelné.

Při hodnocení spokojenosti pacienta s edukací se pacientů dotazujeme na jejich názory. Přínosné jsou hlavně sdělení, které informace považuje pacient za přínosné, které považuje za méně přínosné nebo dokonce neúčinné. Vhodné je se pacientů dotázat, jaké informace postrádaly, a ve kterých by měli zájem se více orientovat. Zajímá nás, zda edukace pro ně byla srozumitelná a prakticky orientovaná.

Formativní hodnocení slouží především k odhalování chyb, obtíží a nedostatků edukantů v průběhu edukace, které dávají zpětnou vazbu o pokrocích edukanta. Edukátor na základě získaných informací, může pozměnit, přizpůsobit edukační plán potřebám edukanta. Sumativní hodnocení se provádí při hodnocení vědomostí a pokroků edukanta za určitý časový úsek, nejčastěji tedy před propuštěním z nemocnice. Hodnocením musí být zakončena každá edukace.

Dokumentace edukačního procesu je nutností a musí být přesná, srozumitelná a kontinuální, musí být informovaný celý zdravotnický tým a také slouží jako ochrana proti trestnímu stíhání. V záznamu musí být zaznamenána úroveň znalostí, dovedností a

motivace k edukaci na začátku i na konci, bariéry v edukaci, případná nedoslýchavost, nevidomost, nebo jiné omezení, které ovlivňují edukaci, cíl a obsah edukace, metody edukace, formy edukace, splnění cílů. Pokud pacient edukaci odmítl, je také nutné provést záznam a uvést důvody odmítnutí, pokud je edukována rodina, taktéž se provede záznam. Nedílnou součástí záznamu edukačního procesu je datum edukace a podpis edukátora. (22)

## **6.7 Všeobecná sestra v roli edukátorky**

Současně s rozvojem ošetrovatelství jako vědního oboru, dochází ke změnám v rolích sester, ale i pacientů. Pacienti jsou už v dnešní době bráni ne jako pasivní příjemci, ale jako aktivní účastníci při plánování a realizaci ošetrovatelské péče. Sestry jsou zase v dnešní době nuceny získávat nové vzdělání, zkušenosti, které jim umožní stát se ještě samostatnějšími, zodpovědnějšími a rovnocennými členy zdravotnického týmu. Pro sestru je nezbytně nutné, aby se orientovala v problematice svého oddělení, a měla dobré teoretické znalosti a praktické dovednosti a uměla je aplikovat do ošetrovatelského a edukačního procesu. Edukace se tak stává jednou z nejdůležitějších a nedílnou součástí práce sestry.

Pro naplnění role edukátorky a úspěšné vykonání edukace, je potřeba mít kromě odborné způsobilosti, odborných znalostí a dovedností také charakterové předpoklady. Tím se myslí hlavně trpělivost a tolerance (zde je potřeba si uvědomit individualitu člověka a zohlednit, ať už jeho zdravotní nebo psychický stav, úroveň myšlení, chápání, řeči, ale také charakterové vlastnosti nebo postoj k učení, strach, nebo obavy ze získávání nových, neznámých odborných poznatků), důslednost a zodpovědnost. Musí mít dobré verbální a neverbální komunikační schopnosti, musí umět motivovat pacienta, což vede ke změnám a pozitivnímu ovlivnění jeho chování. Motivace je jedním z nejdůležitějších faktorů, které ovlivňují edukaci. Potřebné jsou i sociální (empatie, pozitivní vztah k lidem, projev snahy a ochoty pomáhat) a autoregulační předpoklady.

Sestra jako edukátorka plní řadu funkcí, z nichž nejzákladnějšími jsou: poskytování potřebných informací edukantovi s ohledem na své kompetence (zdravotní stav, ošetrovatelské výkony, postup vyšetření, rizikové faktory, správná životospráva, chod oddělení, práva a povinnosti pacientů aj.), předávání vlastních zkušeností, nebo zkušeností jiných pacientů, poskytování edukačních materiálů, pomáhat udržet optimální úroveň zdraví edukantů, působit na edukanta tak, aby předcházel chorobám- prevence, pomáhat

edukantovi pečovat o sebe samotného v období choroby a rozvíjet u edukanta dovednosti se zaměřením na péči o rodinu.

Naplněním role edukátorky musí sestra zjišťovat individuální znalosti a dovednosti vztahující se k udržení a obnovení zdraví, předávat informace pacientovi, rodině, ale i kolegyním a studentům na vhodné úrovni, vytváří prostředí, které motivuje a podporuje učícího se pro osvojení si nových znalostí a dovedností. Dále organizuje nebo se podílí na osvětových kampaních a hodnocení jejich výsledků a aplikuje přijatelné a vhodné kulturní, etické a profesionální normy.

Mezi základní činnosti edukátorky patří zejména zjištění a diagnostikování problémů a potřeb edukanta, poskytování přiměřených informací, které je nutno si zpětnou vazbou ověřit, zlepšuje znalosti a dovednosti edukanta a hodnotí jeho schopnosti.(24)

## **6.8 Edukace epileptika**

Obsah edukace epileptiků je značně široký. Protože poskytované informace na sebe navazují a vzájemně se prolínají, je nezbytná výborná spolupráce mezi lékařem a sestrou, aby nemocnému byly poskytnuty jednotné informace. Vzhledem k individualitě nemocných, možným psychickým změnám při nově diagnostikovaném onemocnění a dalším okolnostem, je důležité, aby sestra uměla poskytnout i takové informace, které jsou jen částečně, nebo nejsou vůbec v jejích kompetencích, což souvisí s blízkým vztahem mezi nemocným a sestrou, neboť spolu přicházejí do úzkého kontaktu častěji než nemocný s lékařem (pacienti se spíše obrátí s dotazem na sestru než na lékaře). Základem úspěšné edukace je uvedení nemocného do problematiky, vysvětlení všech nejasností a zodpovězení všech dotazů.

Sestra by měla nemocného edukovat především v nutnosti úpravy životosprávy. Základním pravidlem je udržet pravidelný životní rytmus, vyhýbat se provokačním faktorům, jako nepravidelný spánek, alkohol, drogy, přílišná fyzická i psychická námaha. Dalšími body je pravidelný kvalitní spánek s vyloučením spánku přes den, strava, dostatečný příjem tekutin, vhodné fyzické i psychické aktivity a volba zaměstnání. Nutné je také nemocného informovat o nutnosti pravidelného užívání léků. Blíže o úpravě životosprávy se zmiňují v kapitole 2. 4. 1 Úprava životosprávy.

Sestra by též měla edukovat nemocného a jeho rodinu ve správném postupu poskytnutí pomoci při záchvatu, o vhodnosti založení epileptického deníku a záznamů epileptických záchvatů, kam se zaznamenávají všechny záchvaty a aury, jejich četnost, intenzita a

okolnosti, které záchvatu předcházel, předkládat jej lékaři, a samozřejmě jsou pravidelné kontroly ošetřujícího lékaře.

Dalším krokem je nemocného informovat o možnosti domácí péče, poskytnou informace nebo kontakt na sociálního pracovníka, společnosti a sdružení pro epileptiky, na svépomocné skupiny (společnost „E“) nebo na psychologické poradny.

Nezbytnou součástí je úprava domácího prostředí. Na ostré rohy nábytku se doporučují ochranné plastové krytky, velkým nebezpečím je nábytek se skleněnou výplní, vitríny ve skříních, ale také skleněné nebo porcelánové dekorace, které by se mohly při pádu rozbít a poranit nemocného. Prosklené dveře je vhodné buď vyměnit za jiné, nebo vyměnit obyčejné sklo za nerozbitné nebo bezpečnostní folii. Dále se doporučuje pořídit si dveře, které se otvírají z místnosti ven, aby se pro případ nutnosti mohlo dostat dovnitř místnosti. V patrovém rodinném domě je také vhodné pořídit si zábrany vstupu na schody. V koupelně se zásadně nedoporučuje vana (60% utonutí u epileptiků je ve vaně), ale sprchový kout s madly a protiskluzovou podložkou.

Stejně jako bezpečnost doma je důležitá i bezpečnost venku. Mezi velmi rizikové sporty a tudíž zakázané patří: horolezectví, volné lezectví, létání, parašutismus, potápění, box aj. Jako středně rizikové sporty, u kterých je dohled nezbytný, můžeme označit tyto sporty: plavání, jízda na kole, jízda na koni, vodní lyžování, surfování, plachtění, in-line brusle, skateboard aj. Sport s nízkým rizikem jsou především vytrvalostní sporty jako maraton, běžky, pěší turistika aj. Sporty s minimálním nebo žádným rizikem jsou například fotbal, basketbal, baseball, nebo běhání, i když jsou hodně kontroverzním a diskutovaným tématem. Zásadou je: sportovat s mírou, nepřeceňovat své síly a při sportování nikdy nebýt sám.

Každý epileptik by měl u sebe nosit kartičku epileptika, seznam léků, název a sílu, telefonní čísla na ošetřujícího lékaře a nejbližší příbuzné a v neposlední řadě by měl mít u sebe vždy doklady totožnosti. (7,26,27)

## **7 FORMULACE PROBLÉMU**

Epilepsie je chronické onemocnění, přinášející s sebou řadu změn, které vedou k zásadnímu, negativnímu ovlivnění života nemocného, jeho rodiny a blízkých osob. I přes všechna omezení, lze žít kvalitní a plnohodnotný život. K tomu je ovšem potřeba edukace nemocných o vhodném spánkovém režimu, stravě, sportovních aktivitách, ale také o výběru zaměstnání, úpravě domácího prostředí, nebo v poskytování první pomoci při záchvatu, užívání léků. Většinu informací o dané problematice poskytuje lékař. Sestra je ale v každodenním a úzkém styku s nemocným, proto by měla být role sestry- edukátorky upevňována a posilována.

## **8 CÍLE PRÁCE**

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat edukační proces u pacientů s epileptickými záchvaty. Především mě zajímalo, jakou osobou byli pacienti informováni, jakou formou edukace probíhala a jakých oblastí se edukace týkala. Dále jsem se také zajímala, do jaké míry jsou nemocní informováni, zda jsou s poskytnutými informacemi spokojeni a zda se orientují v režimových opatřeních.

## **9 HYPOTÉZY**

H1: Nejčastější formou edukace sester je rozhovor

Kritérium: Více než 60% respondentů označí ústní formu edukace

H2: Většina sester pozitivně hodnotí podmínky potřebné pro edukaci pacientů

Kritérium: Více než 60 % respondentů pozitivně ohodnotí podmínky potřebné pro edukaci pacientů

H3: Pacienti považují edukaci ze strany sester za dostatečnou

Kritérium: Více než 60% pacientů na otázky 7,9,10,12 odpoví kladně

H4: Za nejčastější problém v rámci edukace považují pacienti nedostatek času

Kritérium: Více než 60% respondentů uvede nedostatek času jako nejčastější problém v rámci edukace

H5: Pacienti se orientují v nutných režimových opatřeních

Kritérium: Více než 60% pacientů zodpoví správně otázky 19,20,21,22



## **10 METODIKA**

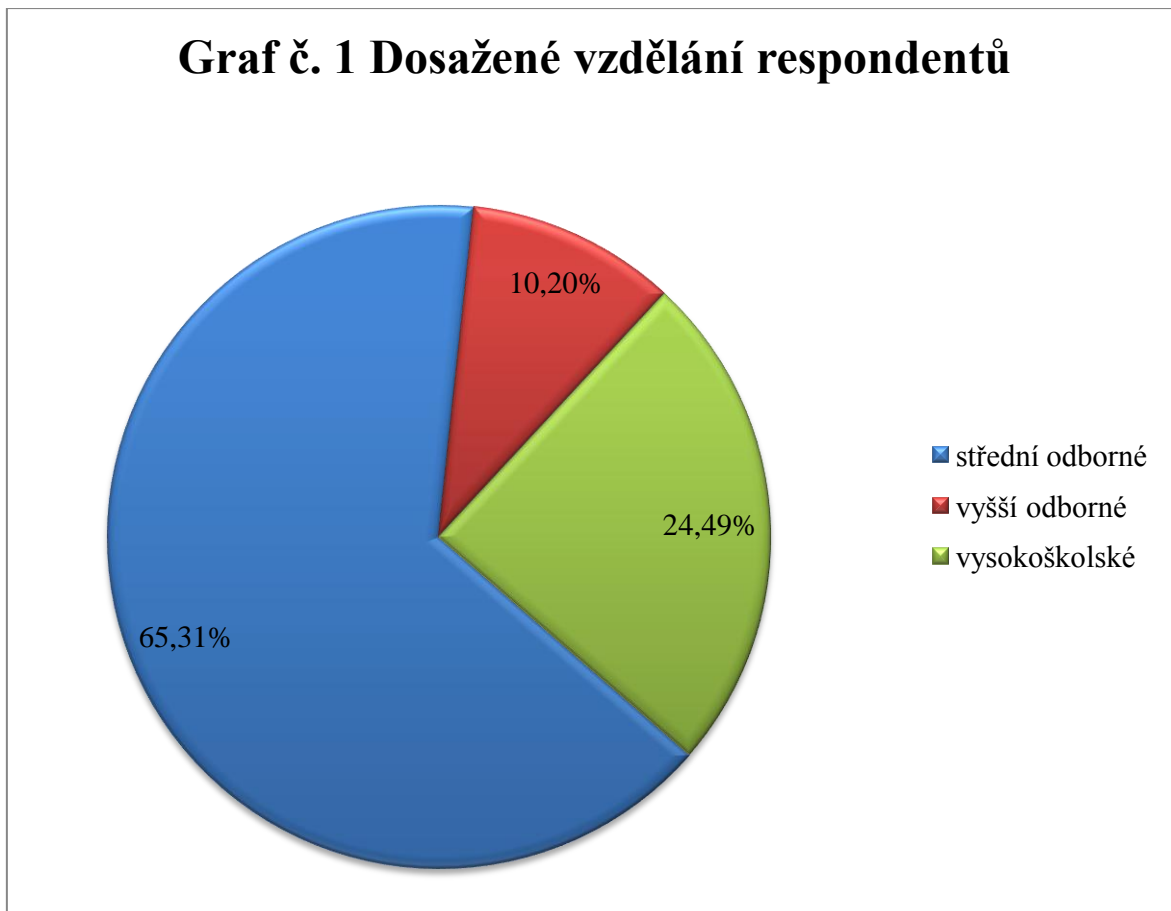
Pro výzkumné šetření byla použita kvantitativní dotazníková metoda. Výzkum probíhal od listopadu do prosince 2012 na neurologické klinice/ oddělení ve FN Plzeň, Nemocnici Na Homolce, ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a v Nemocnici České Budějovice se souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Dotazníky byly zcela dobrovolné a anonymní. Byly vytvořeny dva typy dotazníků. První dotazník byl určený všeobecným sestřám pracujícím na neurologickém oddělení a druhý pacientům hospitalizovaným na neurologickém oddělení. Dotazník pro sestry obsahuje 23 otázek, z toho 17 uzavřených a 6 polootevřených. Dotazníky určené pacientům obsahují 22 otázek, z toho 17 uzavřených a 5 polootevřených. Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Excel. Vyhodnocení dat bylo zobrazeno do grafů.

## **11 VZOREK RESPONDENTŮ**

Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků, z toho 55 dotazníků bylo určeno všeobecným sestřám pracujícím na neurologickém oddělení a 55 dotazníků pacientům léčených s epilepsií. Z celkového počtu 110 dotazníků se vrátilo 52 dotazníků od sester, a 50 dotazníků od pacientů. Z důvodu nesprávného vyplnění nebo neúplnosti byly vyřazeny 3 dotazníky od sester. Celkový počet dotazníků je tedy 99, od sester 49 a od pacientů 50, což odpovídá celkové návratnosti 90%.

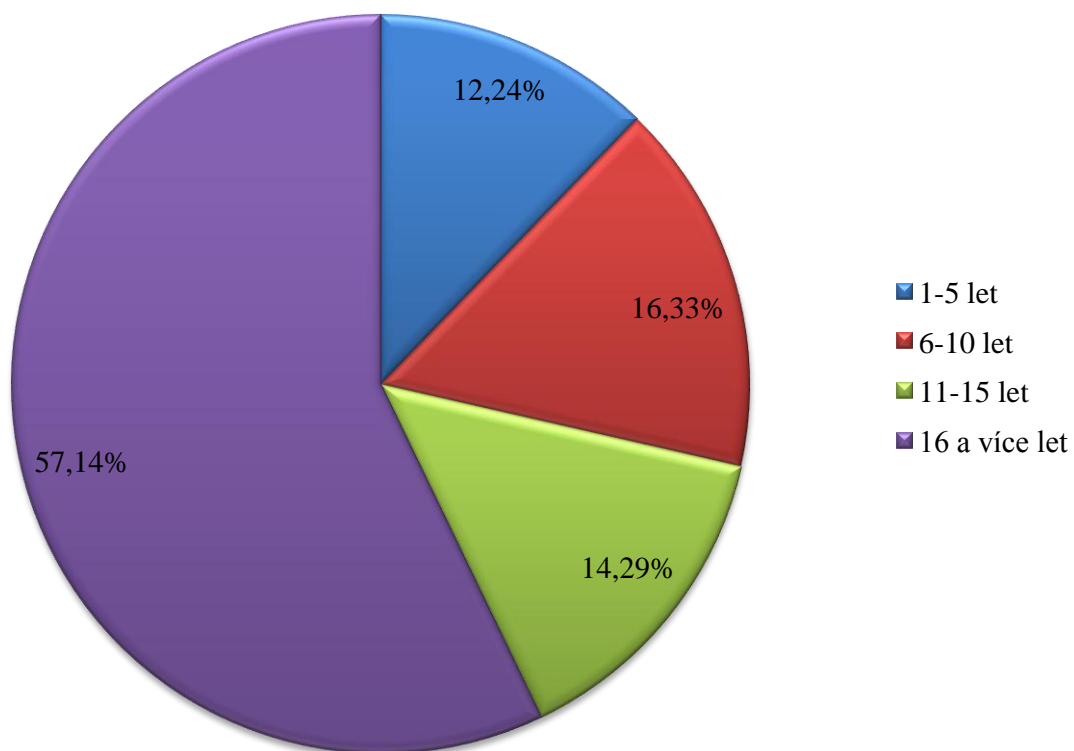
## 12 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

### 12.1 Výsledky výzkumného šetření mezi všeobecnými sestrami



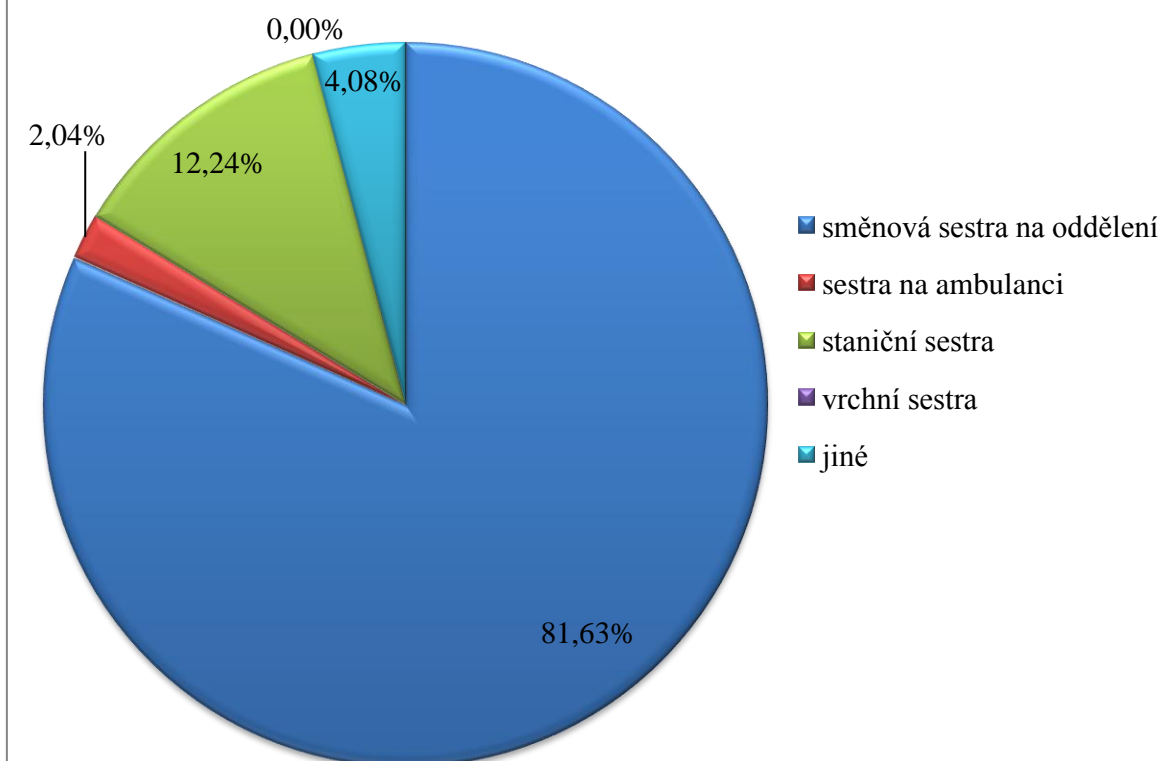
Graf č. 1 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku: „Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“. Největší zastoupení bylo ze strany všeobecných sester se středoškolským vzděláním a to 32 (65,31%). Sester s vyšším odborným vzděláním bylo 5 (10,20%) a sester s vysokoškolským vzděláním 12 (24,49%).

**Graf č. 2 Délka praxe respondentů**



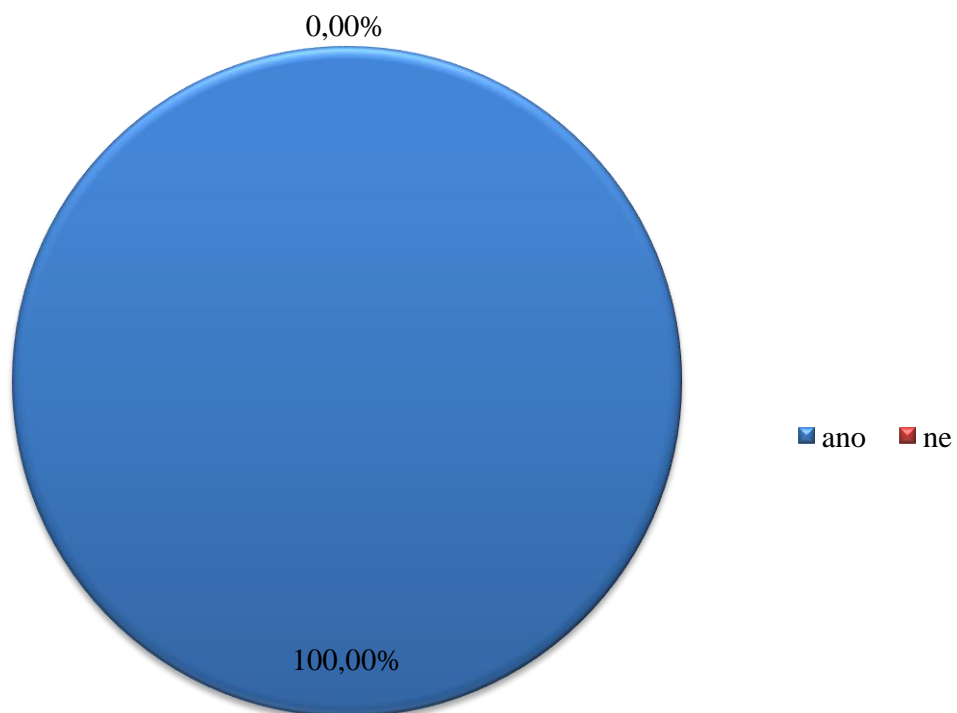
Druhá otázka zněla takto: „Jaká je délka Vaší praxe na neurologickém oddělení?“. Výzkum ukázal, že 6 respondentů (12,24%) má praxi dlouhou 1-5 let, 8 respondentů (16,33%) má praxi 6-10 let, 11-15 let pracuje 7 respondentů (14,29%) a 28 respondentů (57,14%) pracuje 16 a více let.

### Graf č. 3 Pracovní pozice respondentů



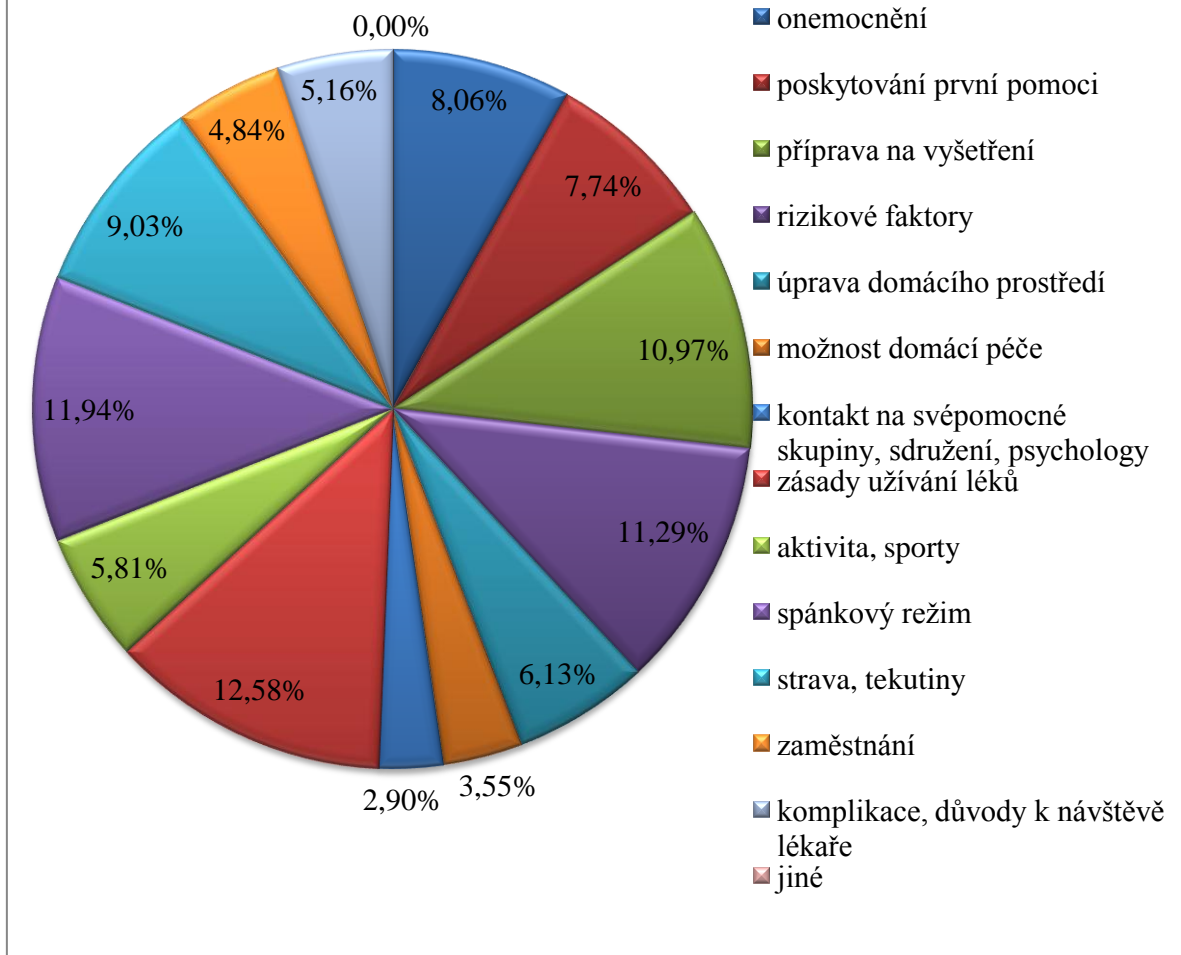
Graf č. 3 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku: „V jaké pozici pracujete?“. 40 respondentů (81,63%) pracuje jako směnová sestra na oddělení, 1 respondent (2,04%) pracuje na ambulanci, 6 respondentů (12,24%) pracuje na pozici staniční sestry, žádný respondent neoznačil možnost vrchní sestry, ale 2 respondenti (4,08%) zvolili možnost jiné, kde uvedli sestru v jednosměnném provozu.

### Graf č. 4 Edukace klientů s epilepsií



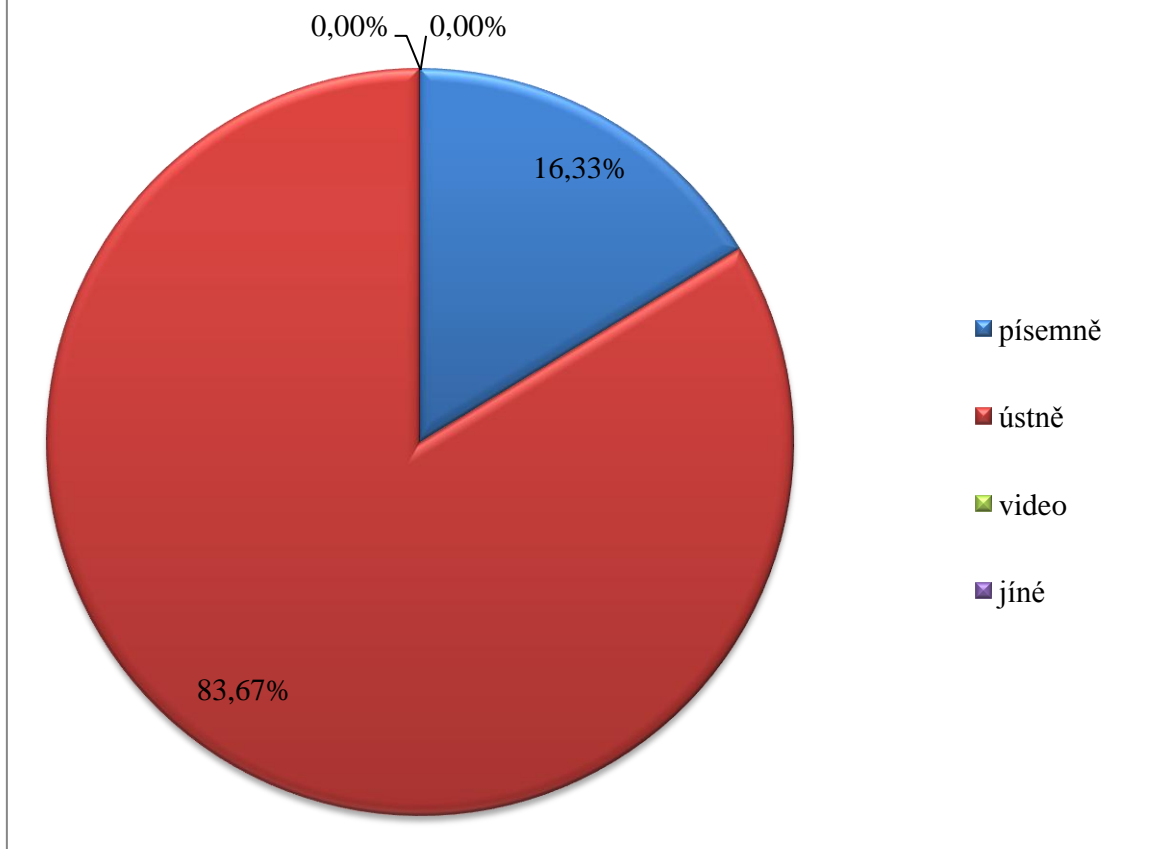
Na otázku, zda edukují klienty s epilepsií, odpovědělo všech 49 respondentů (100,00%) kladně, tedy ano.

**Graf č. 5 Oblasti edukace klientů**



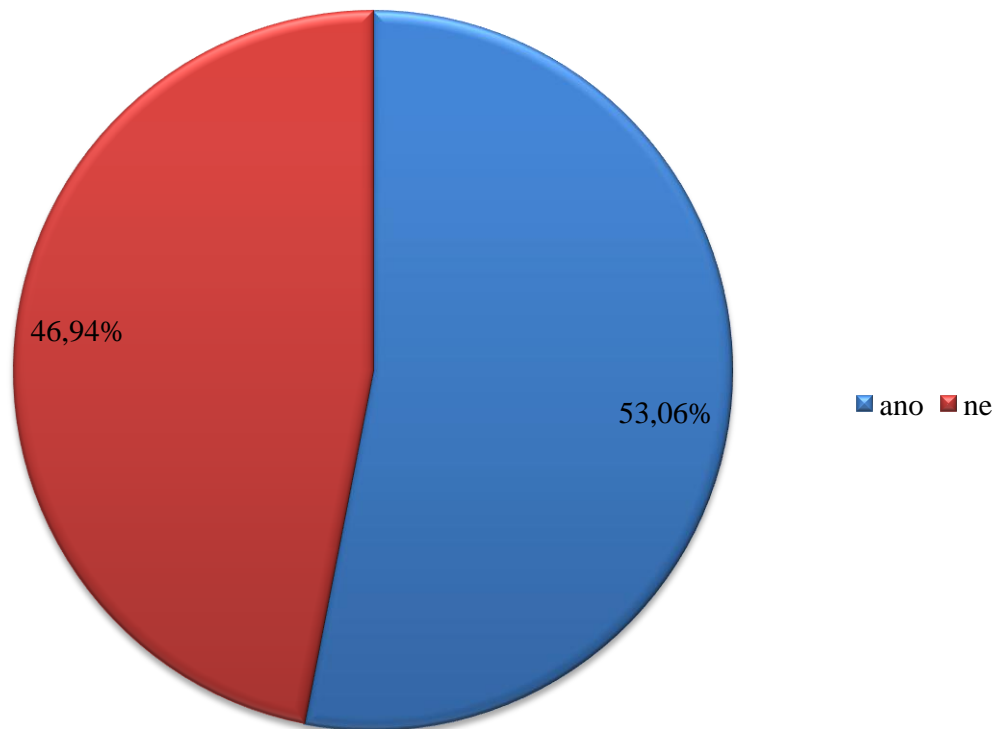
U otázky: „V jaké oblasti edukujete klienta?“ bylo možno označit více odpovědí. V oblasti onemocnění edukuje 25 respondentů (8,06%), v poskytování první pomoci edukuje 24 respondentů (7,74%). O přípravě na vyšetření edukuje 34 respondentů (10,97%), 35 respondentů (11,29%) edukuje o rizikových faktorech spojených s epilepsií. 19 respondentů (6,13%) označili možnost úpravy domácího prostředí a 11 respondentů (3,55%) označilo možnost domácí péče. 9 respondentů (2,90%) poskytují kontakty na svépomocné skupiny, sdružení, nebo psychology. O zásadách užívání léků edukuje 39 respondentů (12,58%), 18 respondentů (5,81%) edukuje nemocné o vhodných aktivitách a sportech, 37 respondentů (11,94%) edukuje o spánkovém režimu. V oblasti stravy, tekutin edukuje 28 respondentů (9,03%), o vhodném zaměstnání poskytuje informace 15 respondentů (4,84%). O komplikacích, nebo důvodech k návštěvě lékaře edukuje 16 respondentů (5,16%). Žádný respondent neoznačil možnost jiné.

### Graf č.6 Metody edukace



Graf č. 6 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku: „Jakou metodou provádíte edukaci?“. 8 respondentů (16,33%) edukuje klienty písemnou formou, 41 respondentů (83,67%) edukuje ústně. Žádný respondent nevyužil možnosti videa ani jiné.

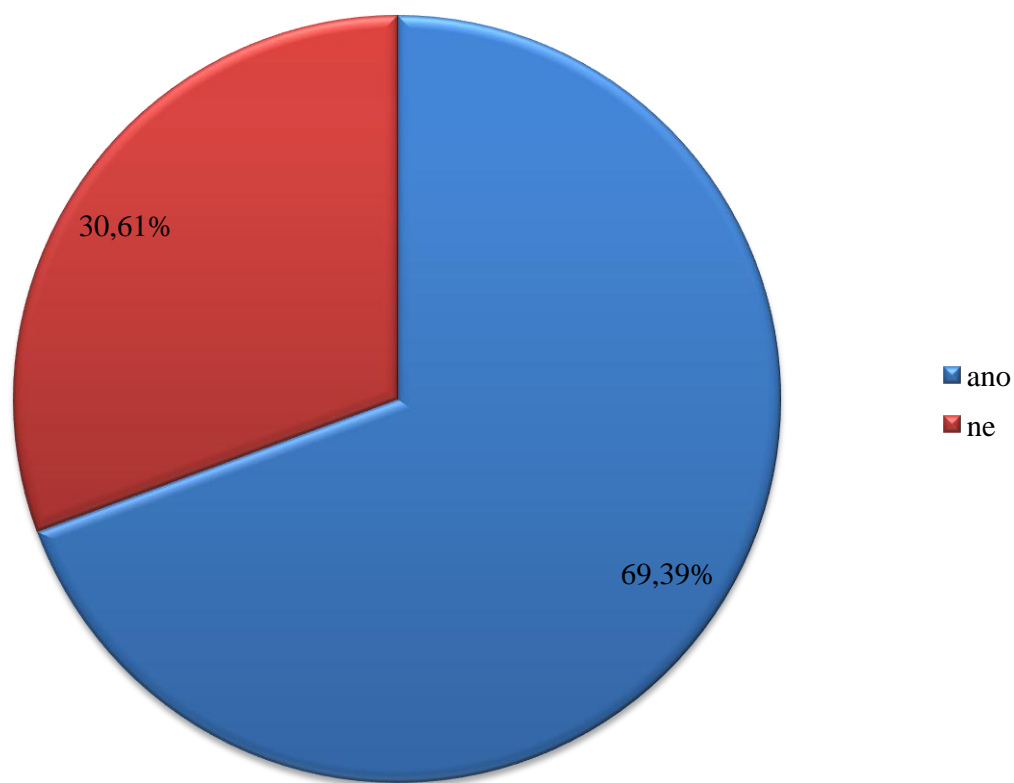
**Graf č. 7 Podíl klienta ne výběru edukační metody**



Na otázku, zda se klient podílí na výběru edukační metody, odpovědělo 26 respondentů (53,06%) ano, ne odpovědělo 23 respondentů (46,94%).

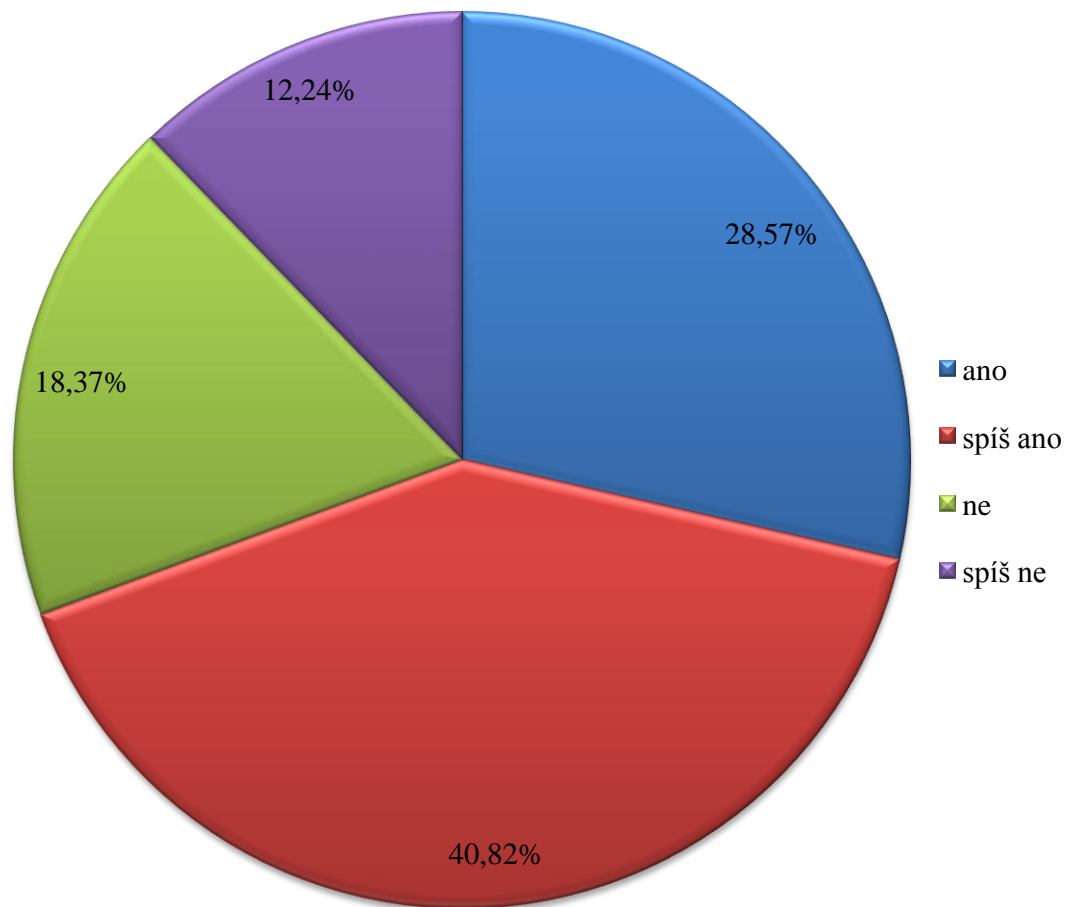


**Graf č. 8 Využití edukačních materiálů**



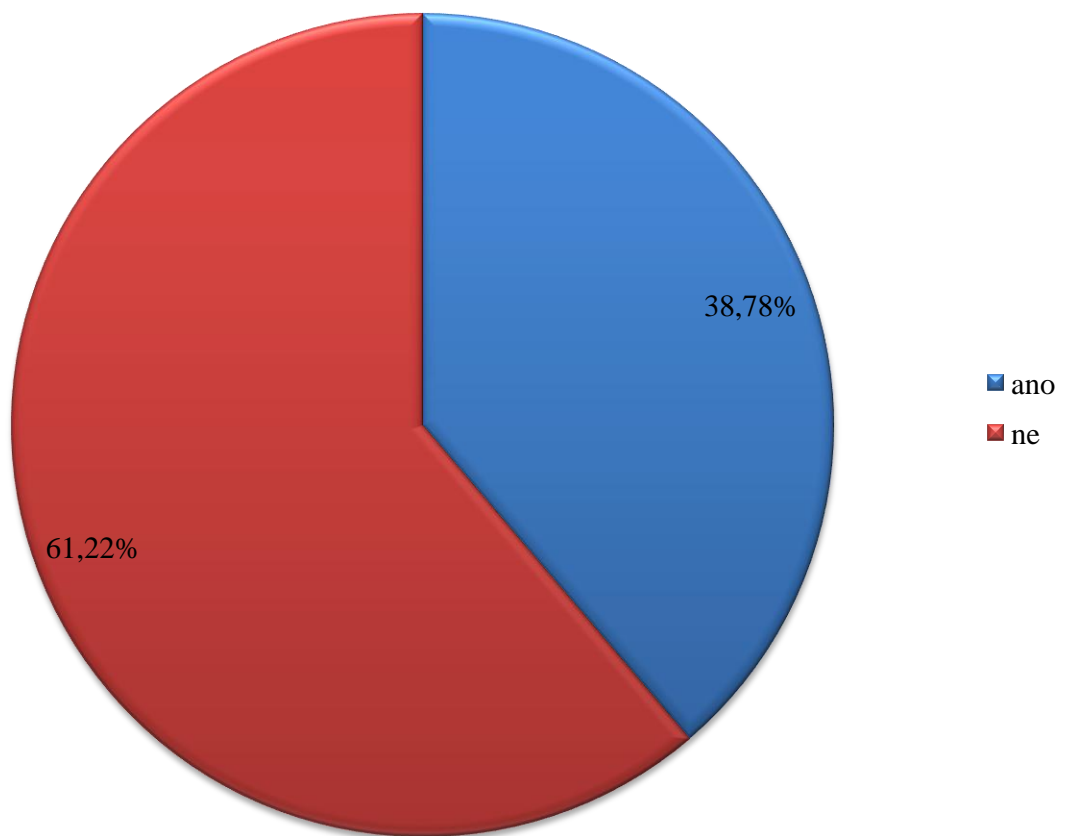
Na otázku, zda využívají při edukaci edukační materiály, odpovědělo 34 respondentů (69,39%) ano, 15 respondentů (30,61%) edukační materiály určené epileptikům nevyužívá.

**Graf č.9 Dostatek edukačních materiálů**



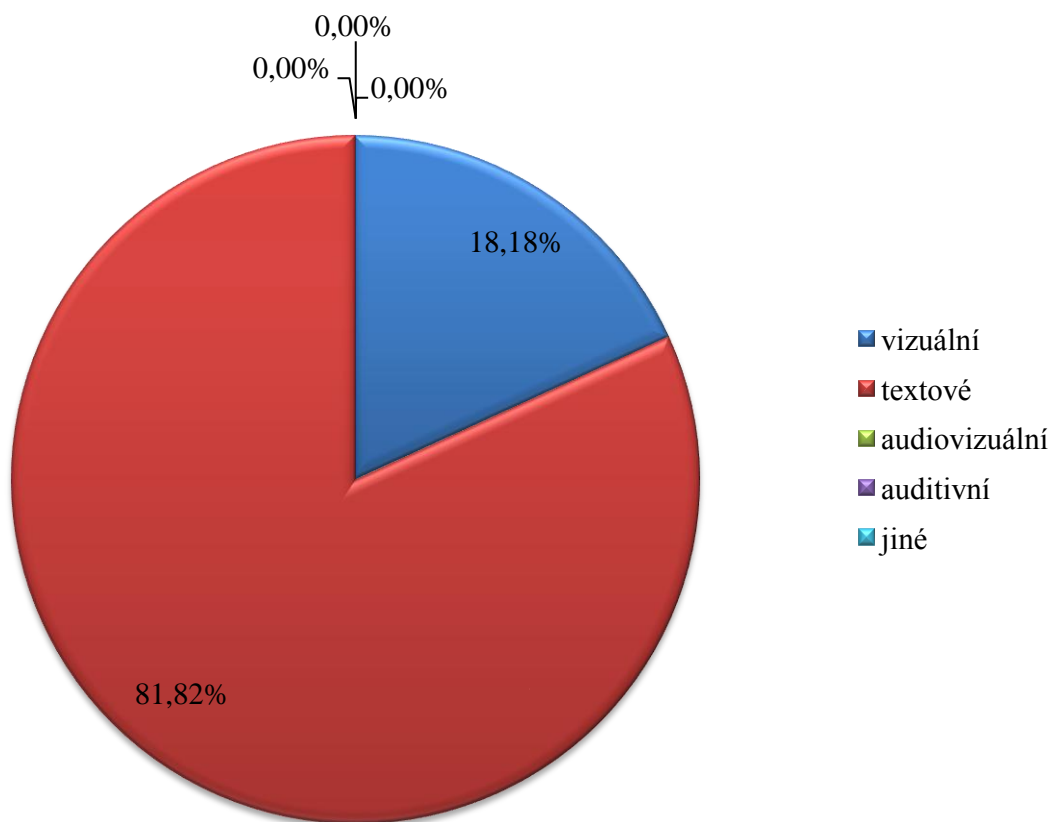
Na otázku, zda mají dostatek edukačních materiálů na oddělení, odpovědělo 14 respondentů (28,57%) ano, 20 respondentů (40,82%) spíše ano, ne odpovědělo 9 respondentů (18,37%) a spíše ne odpovědělo 6 respondentů (12,24%).

**Graf č. 10 Využití názorných pomůcek**



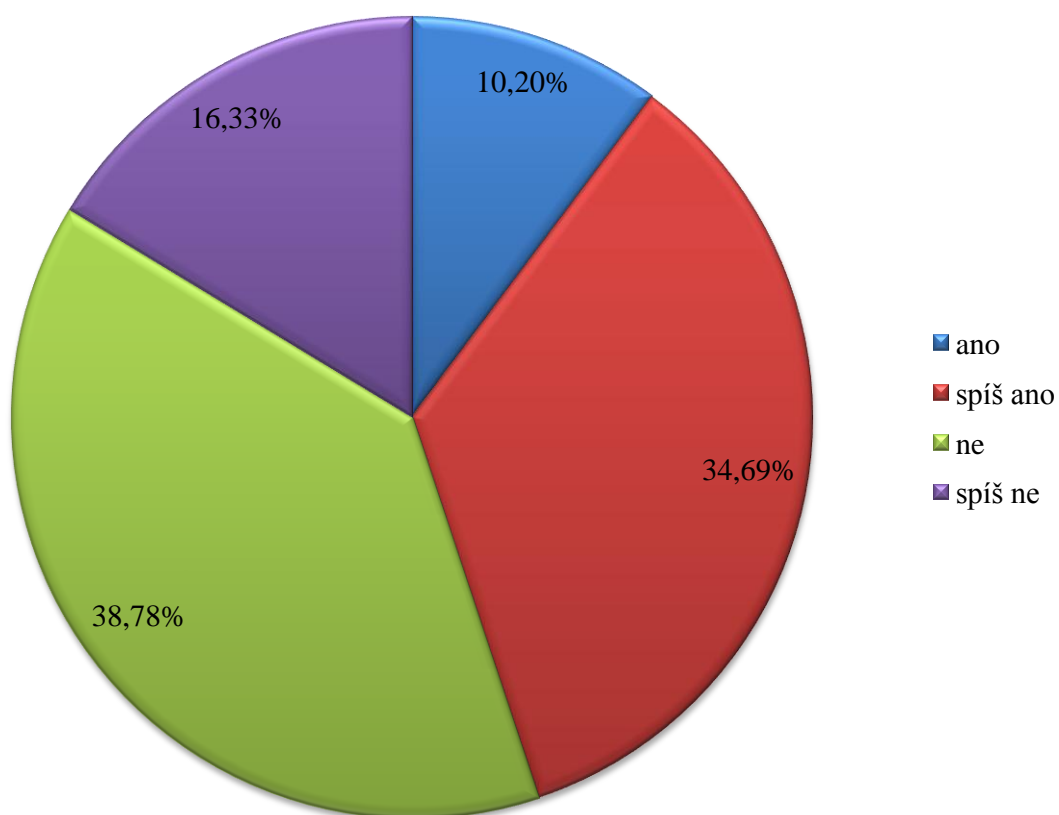
Graf č. 10 ukazuje, zda respondenti využívají při edukaci názorné pomůcky. 19 respondentů (38,78%) využívá k edukaci názorných pomůcek, 30 respondentů (61,22%) názorné pomůcky nevyužívá.

### Graf č. 11 Druhy názorných pomůcek



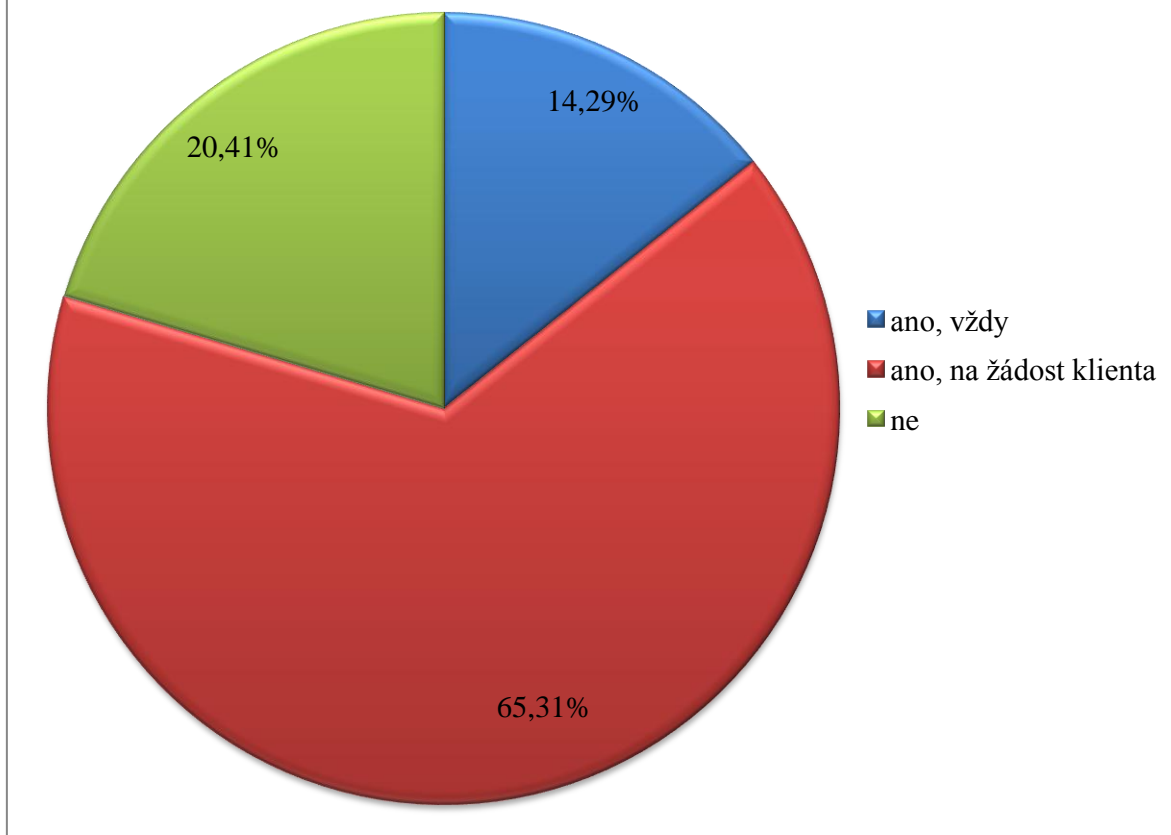
Graf č. 11 ukazuje, jaké používají respondenti pomůcky. Zde byla možnost označit více odpovědí. Vizuelní pomůcky označili 4 respondenti (18,18%). Nejčastějším typem názorných pomůcek jsou textové, které označilo 18 respondentů (81,82%). Audiovizuelní, auditivní a možnost jiné nebyly označeny ani jednou.

**Graf č. 12 Stanovení cílů spolu s klientem**



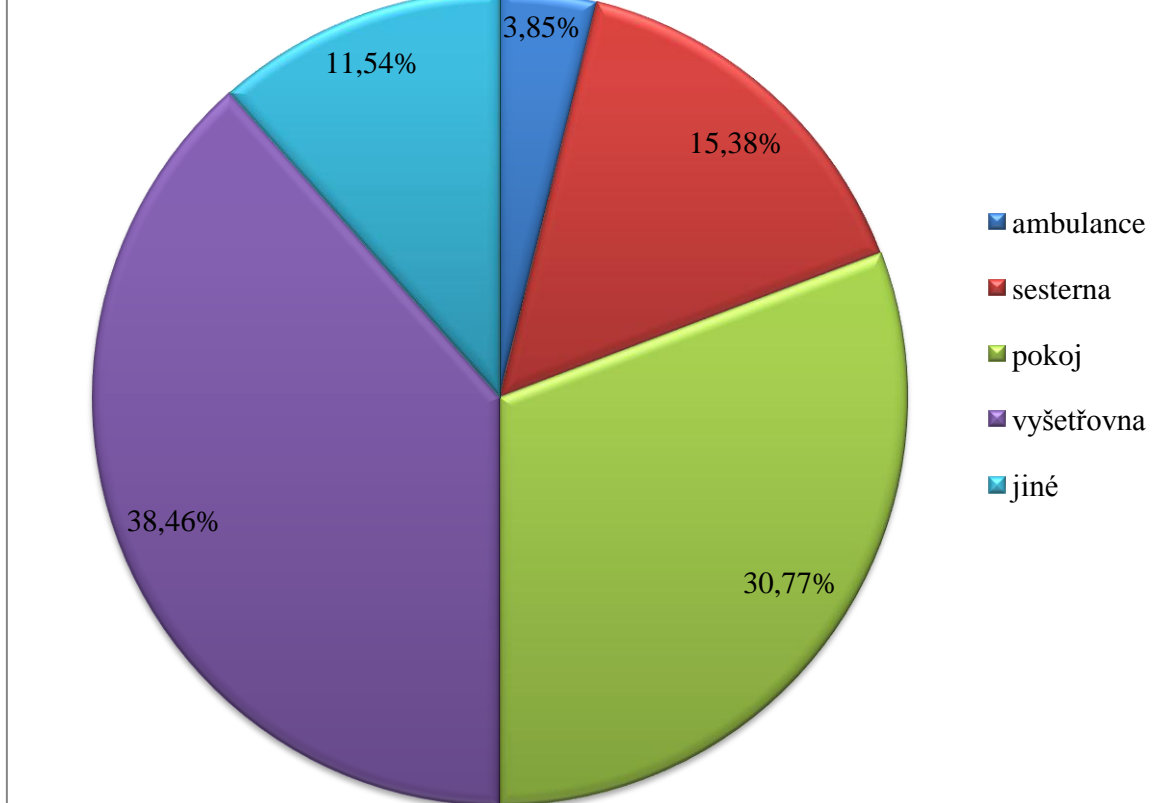
Na otázku, zda stanovují cíle edukace s klientem, odpovědělo 5 respondentů (10,20%) ano. Spíše ano označilo 17 respondentů (34,69%). 19 respondentů (38,78%) nestanovuje cíle s klientem, 8 respondentů (16,33%) označilo možnost spíše ne.

**Graf č. 13 Zapojení rodiny do edukace**



Graf č. 13 znázorňuje zapojení rodiny klienta do edukace. 7 respondentů (14,29%) zapojuje rodinu vždy, většina respondentů 32 (65,31%) zapojuje rodinu pouze na žádost klienta a 10 respondentů (20,41%) nezapojuje rodinu nikdy.

### Graf č. 14 Místo pro poskytování informací



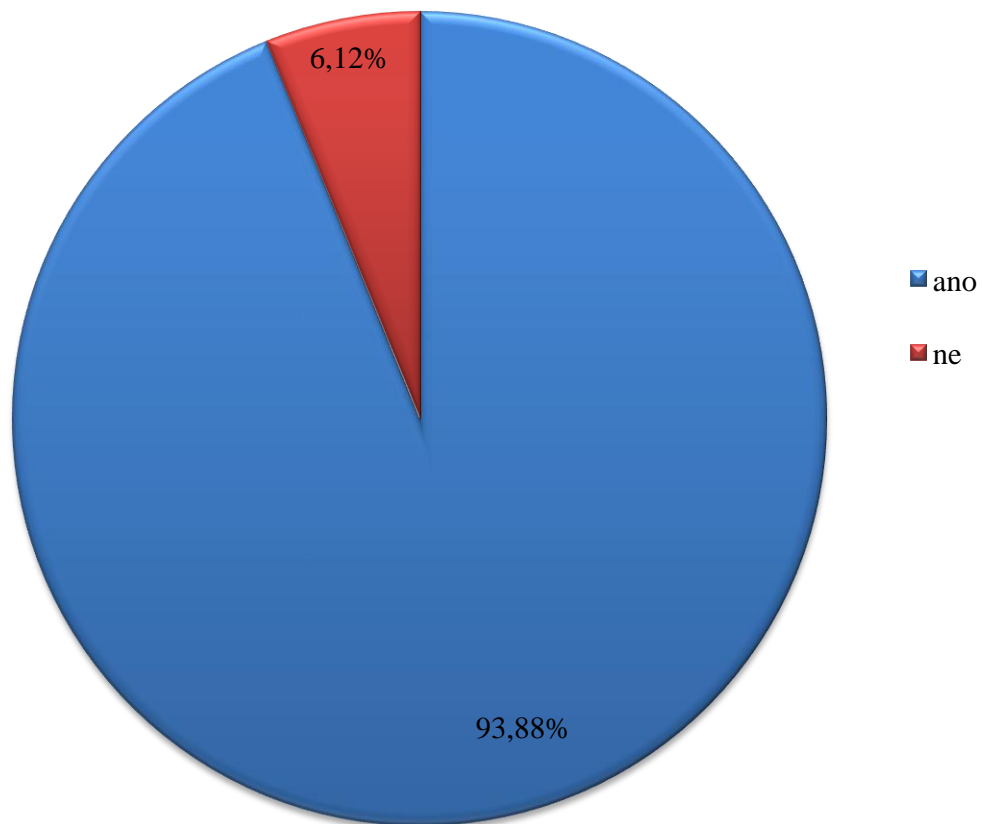
Graf č. 14 znázorňuje odpovědi na otázku: „Kde provádíte edukaci klientů?“. Zde byla možnost označit více odpovědí. Z grafu vyplývá, že 2 respondenti (3,85%) edukují klienty na ambulanci, 8 respondentů (15,38%) na sesterně. Na pokoji edukuje 16 respondentů (30,77%), na vyšetřovně pak 20 respondentů (38,46%). 6 respondentů (11,54%) zvolilo možnost jiné.

**Tab1. Odpovědi možnosti jiné**

místo poskytování	počet odpovědí
společenská místnost	4
jídlna	1
v soukromí	1

Tabulka doplňuje graf č. 14 o možnosti jiné. 4 respondenti označili společenskou místnost, jeden respondent jídelnu a jeden respondent v soukromí.

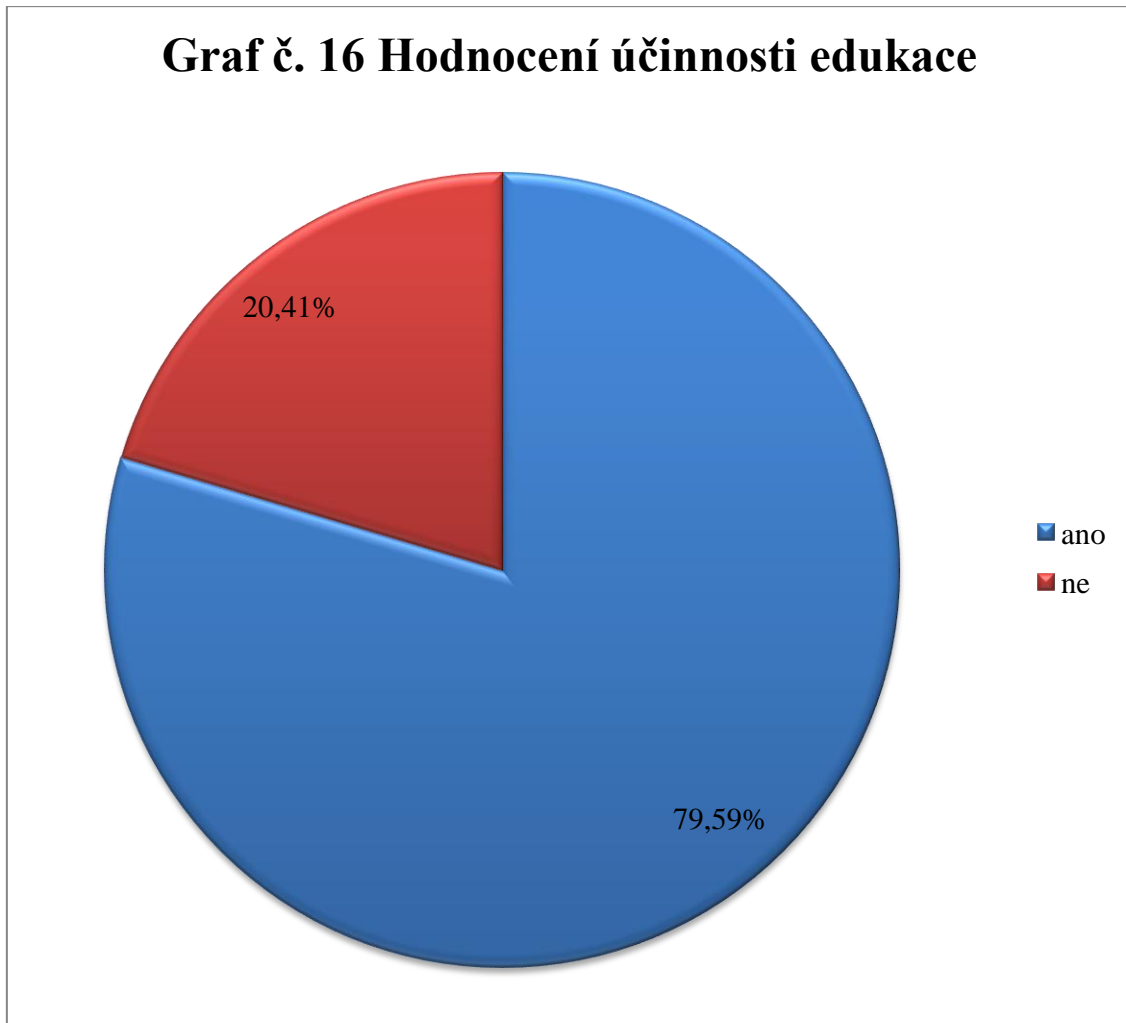
**Graf č. 15 Ověření poskytnutých informací**



Na otázku, zda si ověřují zpětnou vazbou porozumění informacím, odpovědělo 46 respondentů (93,88%) ano a 3 respondentů (6,12%) odpovědělo ne.

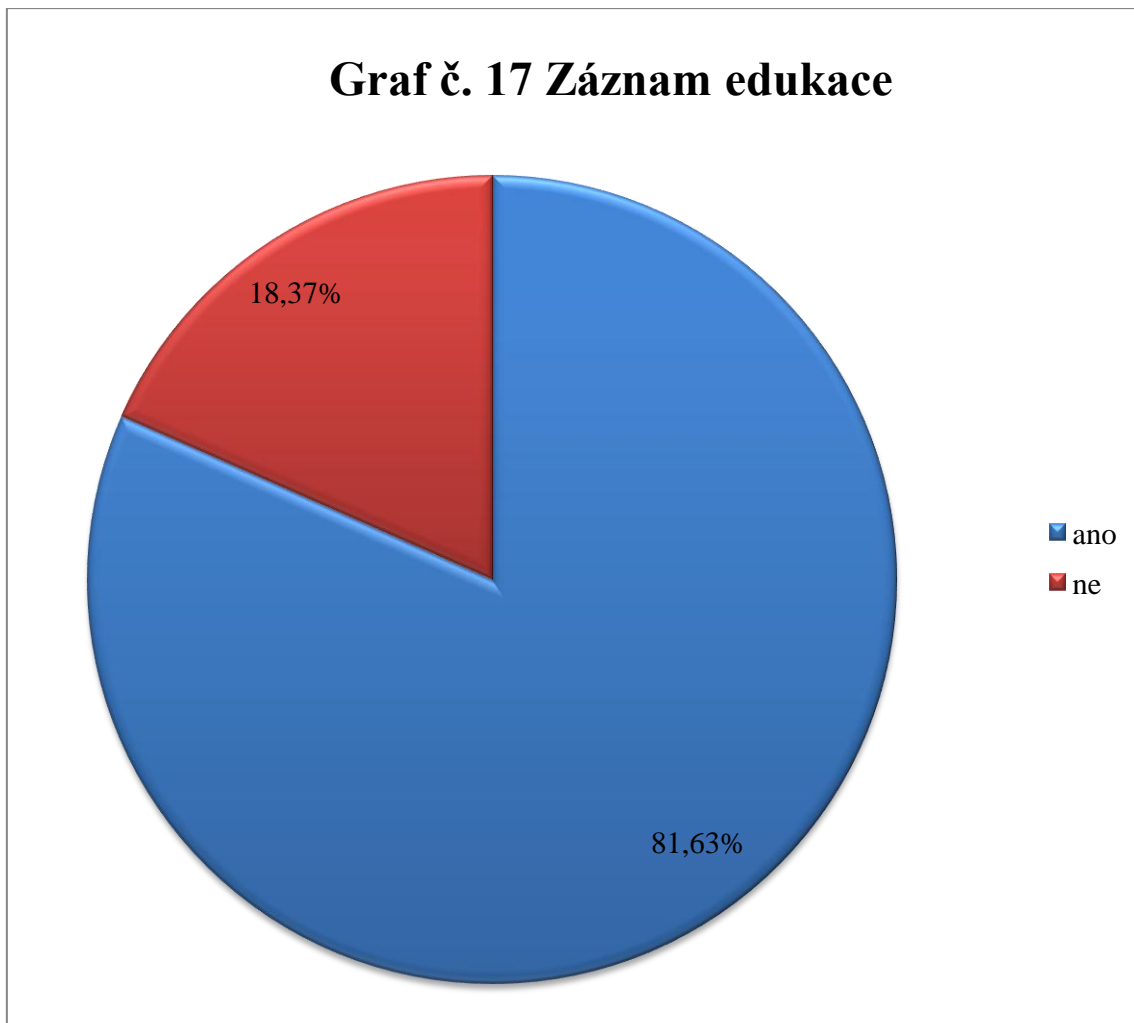


**Graf č. 16 Hodnocení účinnosti edukace**



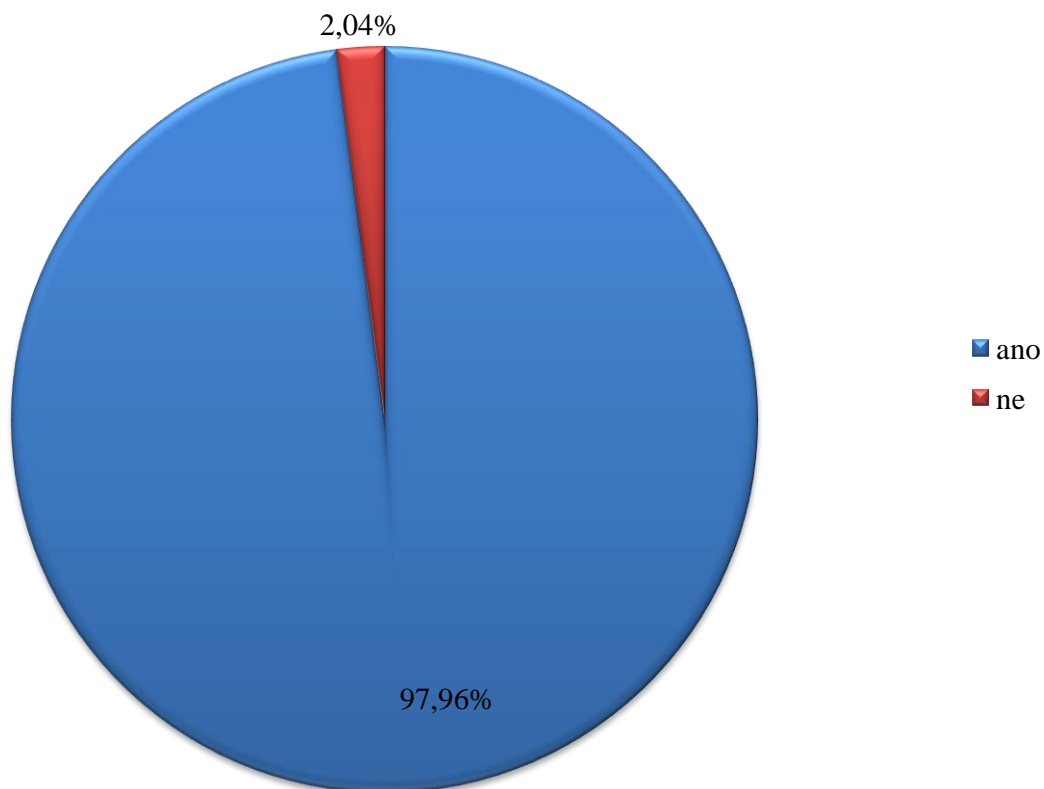
Graf č. 16 znázorňuje odpovědi na otázku, zda hodnotí účinnost edukace spolu s klientem. 39 respondentů (79,59%) odpovědělo ano, ne odpovědělo 10 respondentů (20,41%).

**Graf č. 17 Záznam edukace**



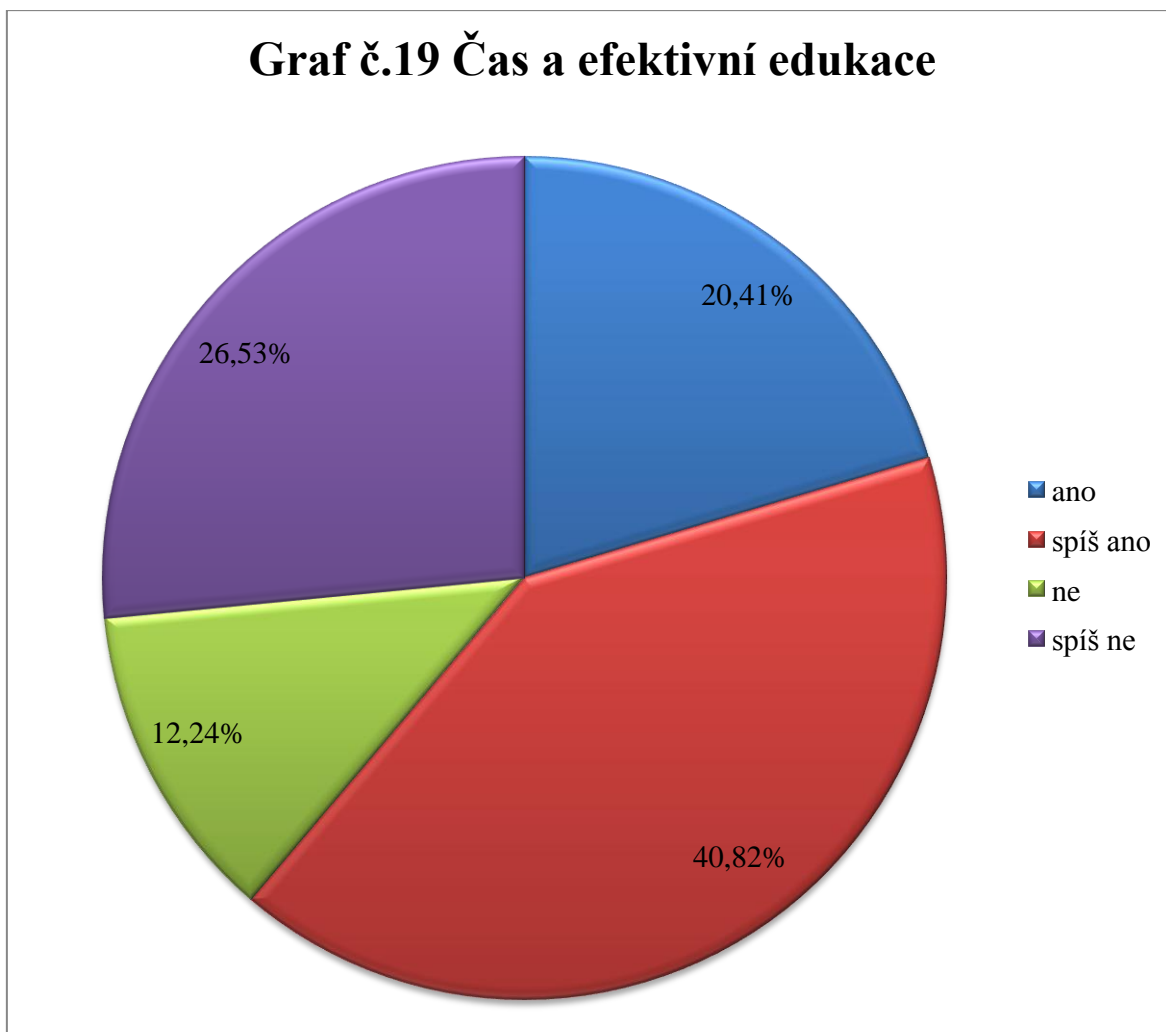
Graf č. 17 znázorňuje odpovědi na otázku, zda vedou záznam edukace. Záznam edukace vede 40 respondentů (81,63%), 9 respondentů (18,37%) záznam nevede.

**Graf č. 18 Důležitost sestry v edukačním procesu**



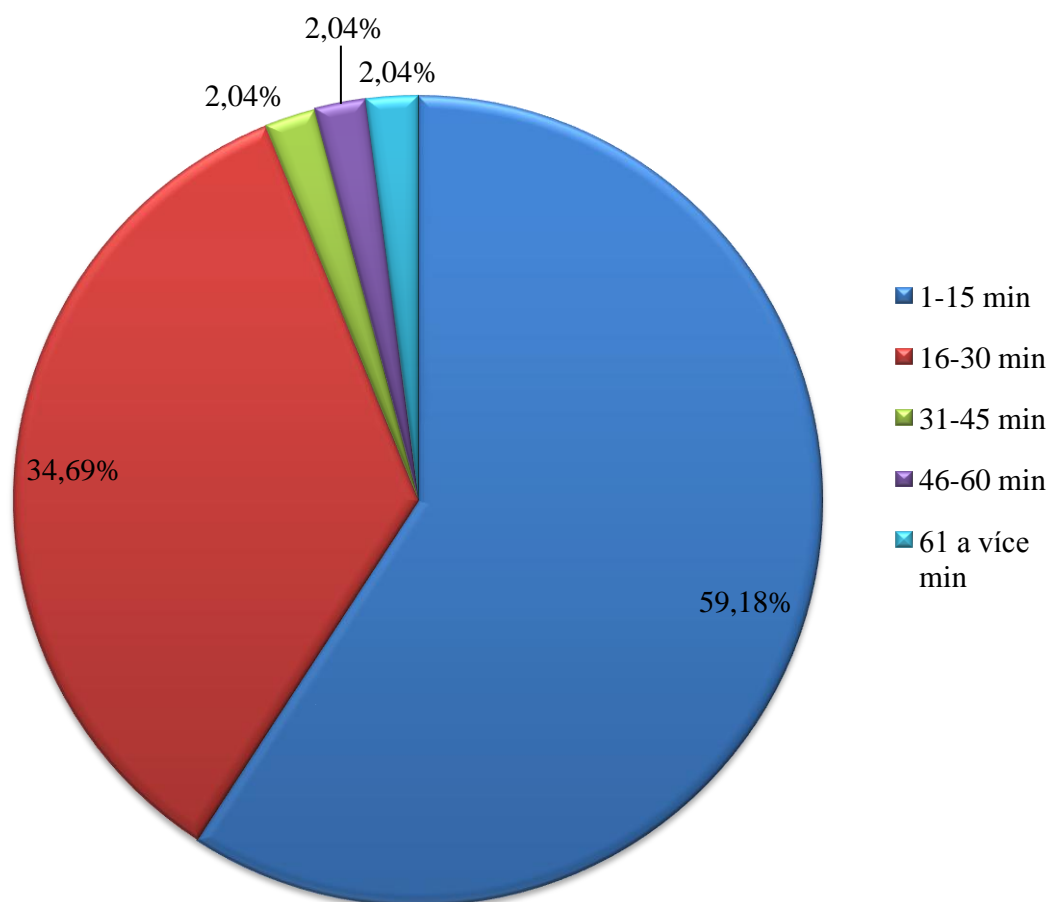
Otázka č 18 zněla takto: „Myslíte si, že role sestry je v edukační činnosti důležitá?“. Z grafu vyplívá, že většina-48 respondentů (97,96%) považuje roli sestry v edukačním procesu za důležitou a jen 1 respondent (2,04%) ji za důležitou nepovažuje.

**Graf č.19 Čas a efektivní edukace**



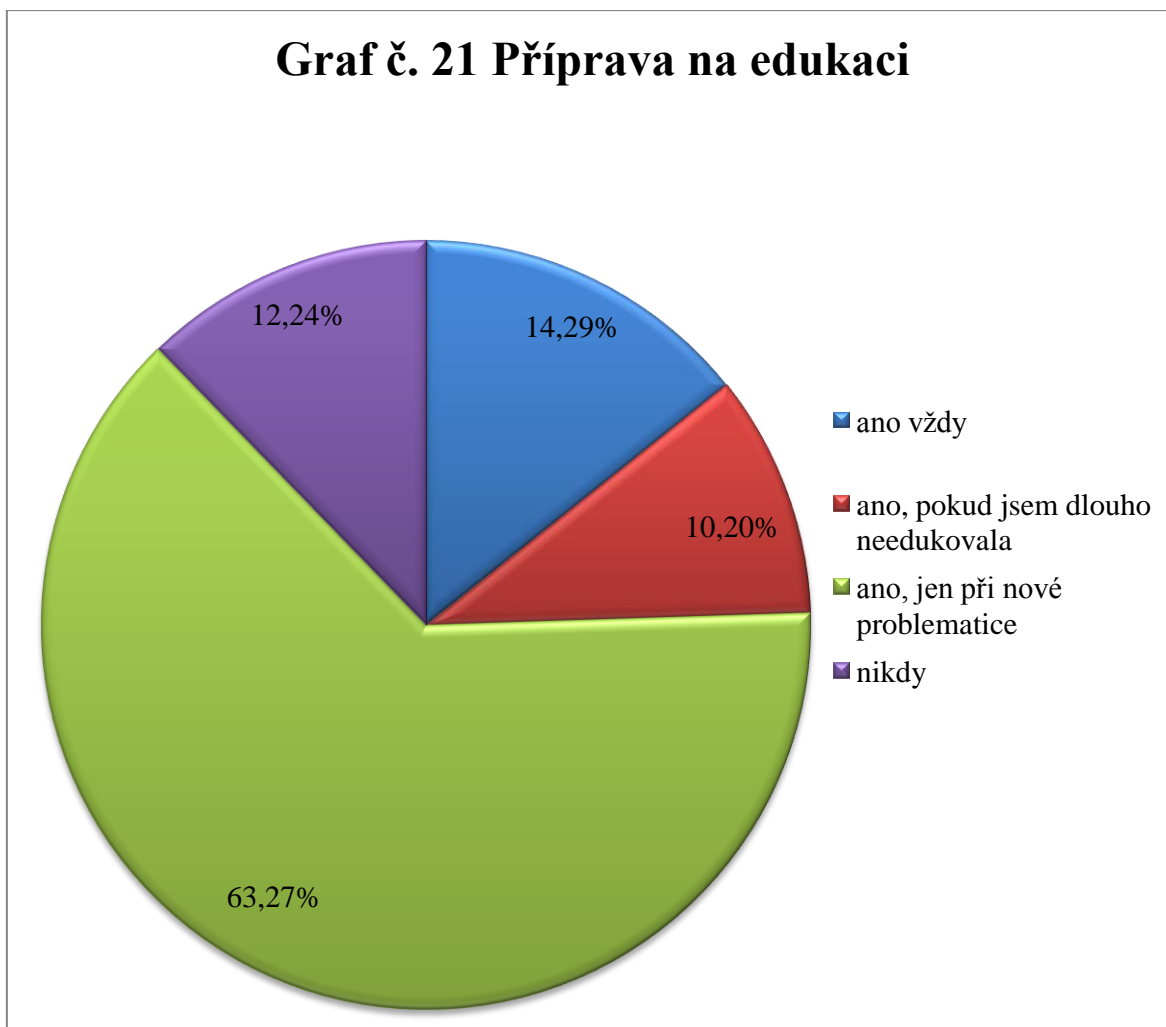
Graf č 19 zobrazuje odpovědi na otázku: „Domníváte se, že máte dostatek času pro efektivní edukaci?“. 10 respondentů (20,41%) označilo možnost ano, 20 respondentů (40,82%) odpovědělo spíše ano, negativně hodnotilo 6 respondentů (12,24%), spíše ne odpovědělo 13 respondentů (26,53%).

**Graf č. 20 Časové rozhraní edukace**



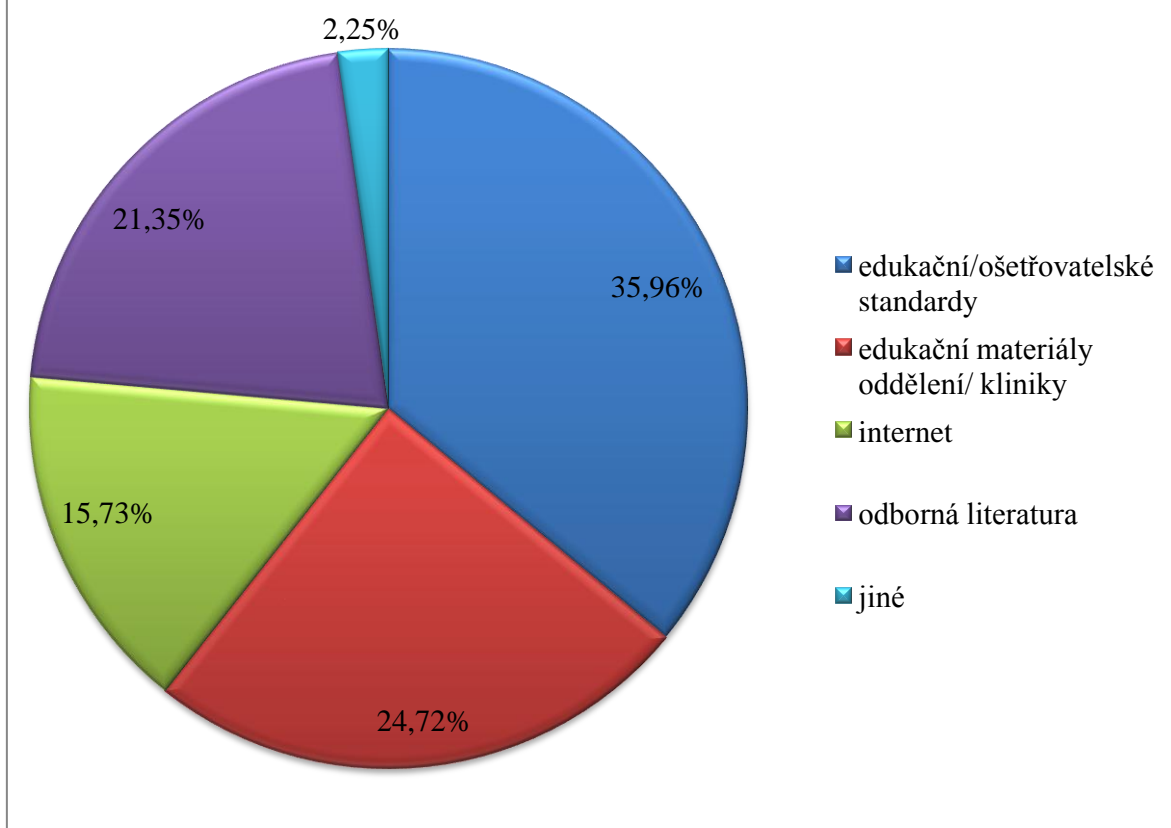
Graf č. 20 znázorňuje odpovědi na otázku: „Kolik času trávíte edukací klienta?“, kde je patrné, že 29 respondentů (59,18%) tráví edukací 1-15 minut, 17 respondentů (34,69%) edukuje 16-30 minut. 31-45 minut edukuje 1 respondent (2,04%), 46-60 minut edukuje také 1 respondent (2,04%) a možnost 61 a více zvolil 1 respondent (2,04%).

**Graf č. 21 Příprava na edukaci**



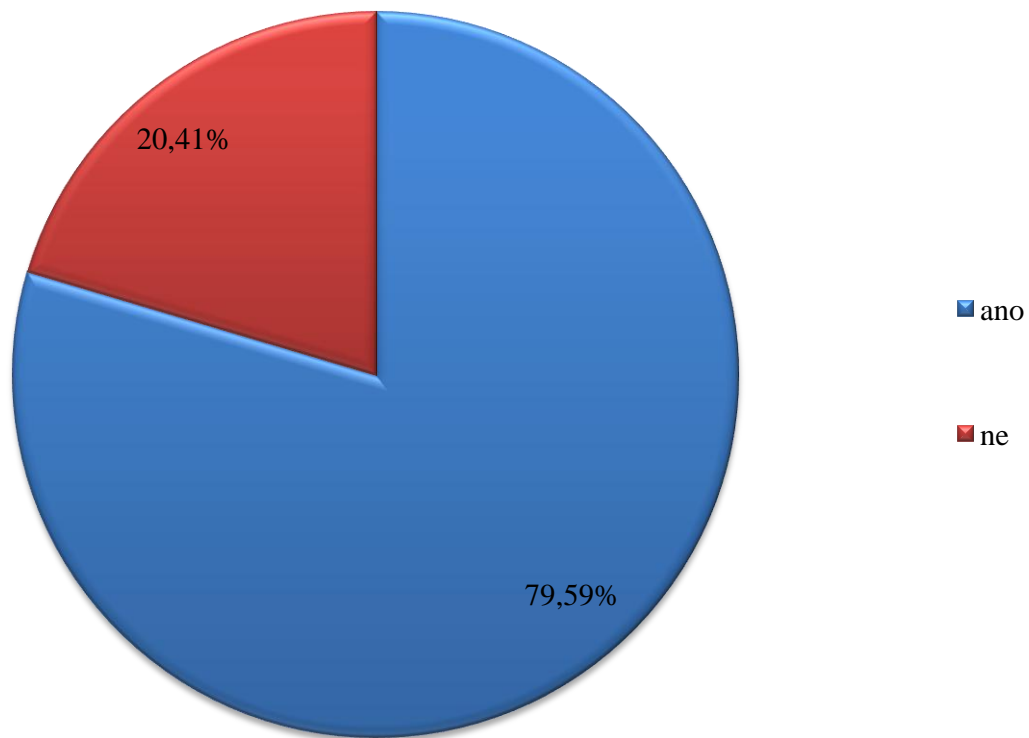
Na otázku: „Připravujete se na edukaci?“ odpovídali respondenti takto: 7 respondentů (14,29%) se na edukaci připravuje vždy, 5 respondentů (10,20%) se připravuje jen, pokud dlouho needukoval/a. Při nové problematice se připravuje 31 respondentů (63,27%) a 6 respondentů (12,24%) se nepřipravuje nikdy.

### Graf č. 22 Zdroj informací pro edukaci



Graf č. 22 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku:“ Kde získáváte informace pro edukaci klienta?“. Zde byla možnost označit více odpovědí. Jako zdroj informací uvedlo 32 respondentů (35,96%) edukační /ošetrovatelské standardy, 22 respondentů (24,72%) využívá edukační materiály oddělení/kliniky, internet používá 14 respondentů (15,73%), odbornou literaturu 19 respondentů (21,35%) a 2 respondentů (2,25%) uvedli možnost jiné.

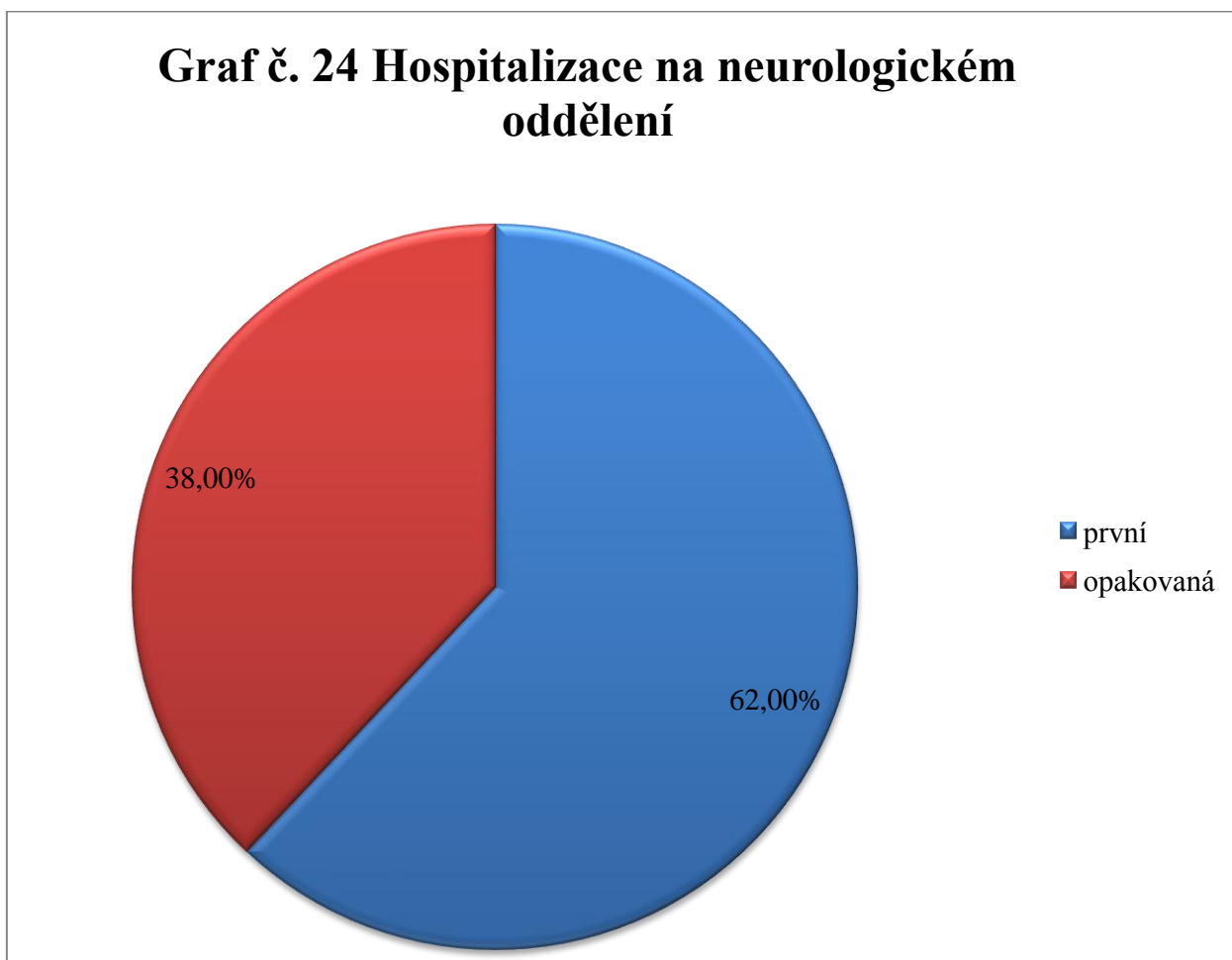
**Graf č. 23 Výukové akce, semináře v edukaci klientů**



Na otázku, zda by respondenti uvítali výukové akce nebo semináře v edukaci klientů, odpovědělo 39 respondentů (79,59%) ano, 10 respondentů (20,41%) odpovědělo ne.

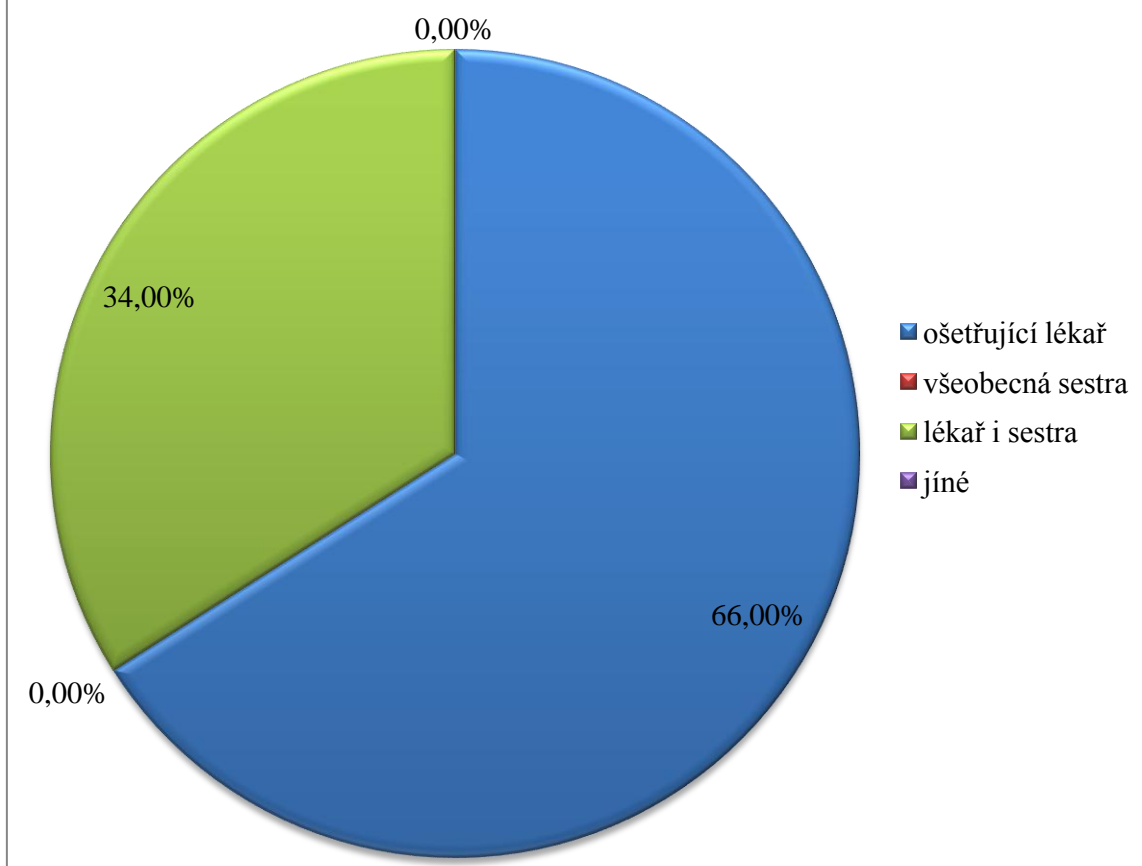


## 12.2 Výsledky výzkumného šetření mezi pacienty



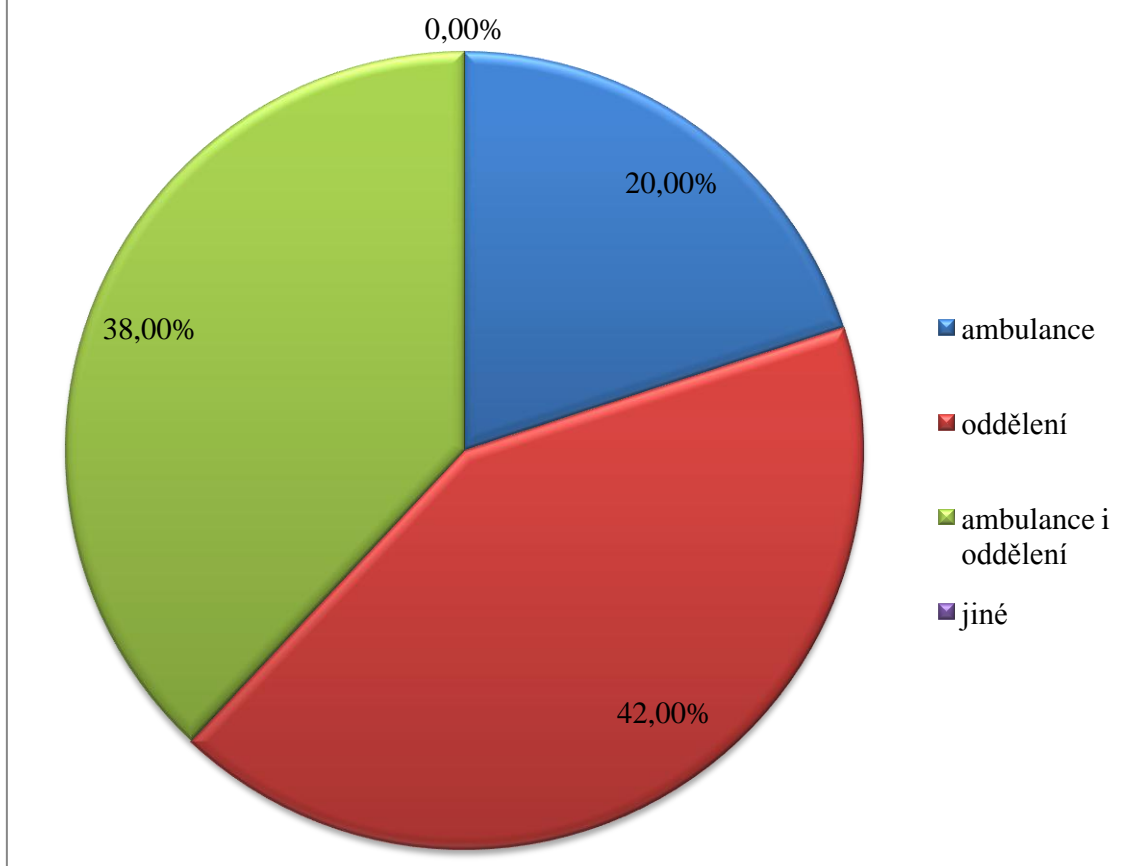
Na otázku: „Jste hospitalizován/a na neurologickém oddělení s touto nemocí:“ odpovídali takto: 31 respondentů (62,00%) byla hospitalizováno na neurologickém oddělení poprvé a 19 respondentů (38,00%) bylo hospitalizováno opakovaně.

**Graf č. 25 Poskytování informací**



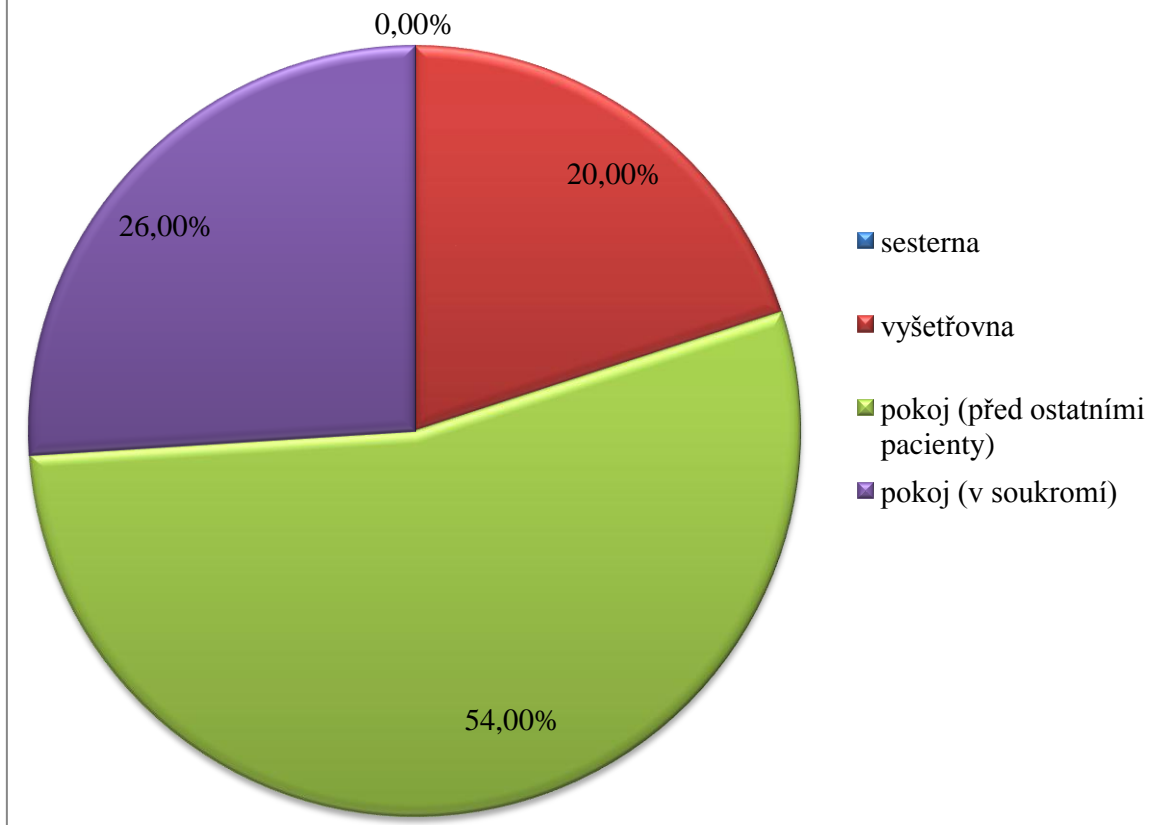
Otázka zněla: „ Kdo Vám poskytl informace o onemocnění?“. Z výzkumu vyplívá, že 33 respondentů (66,00%) bylo edukováno jen ošetřujícím lékařem. 17 respondentů (34,00%) bylo edukováno lékařem i sestrou. Možnost všeobecné sestry a jiné nebyla zvolena ani jednou.

**Graf č. 26 Místo poskytování informací**



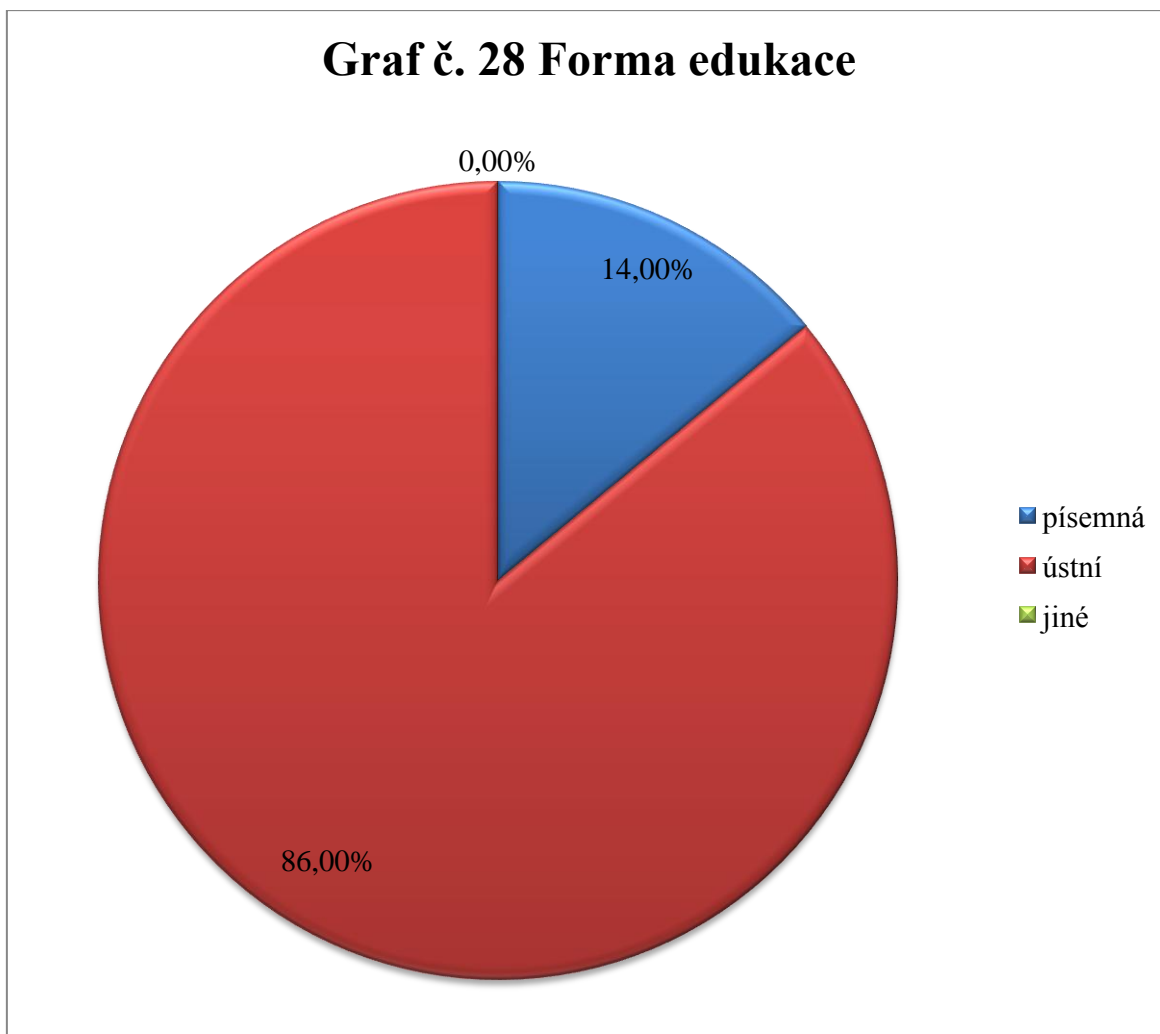
Graf č. 26 zobrazuje odpovědi na otázku, kde jim byly informace poskytnuty. 10 respondentů (20,00%) bylo edukováno v ambulanci, 21 respondentů (42,00%) na oddělení během hospitalizace a 19 respondentů (38,00%) v ambulanci i na oddělení. Možnost jiné nebyla nikým využita.

**Graf č. 27 Prostředí při poskytování informací**



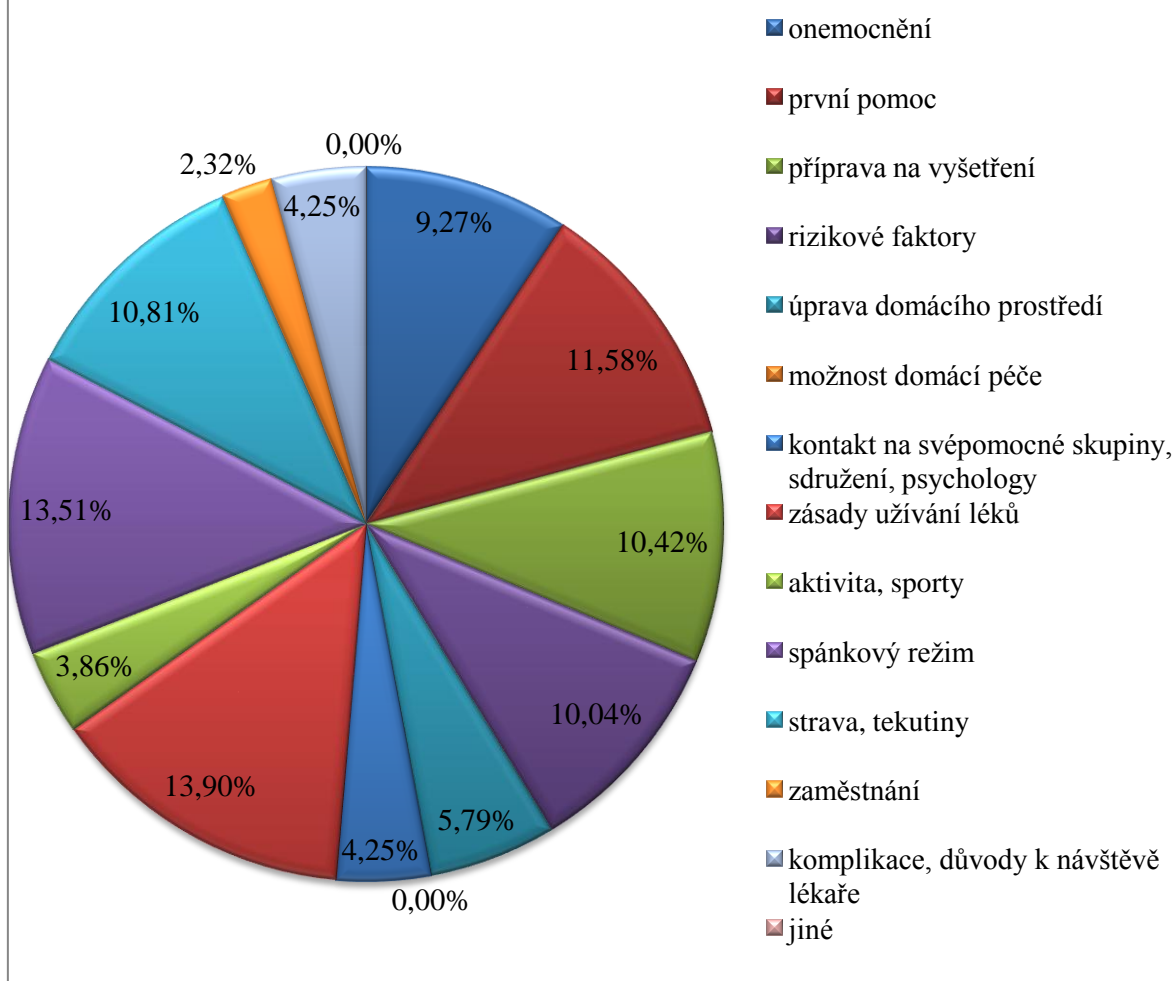
Graf 27 znázorňuje, v jakém prostředí byly informace poskytnuty. Sesternu neodpověděl žádný z respondentů. Vyšetřovnu odpovědělo 10 respondentů (20,00%). Nejvíce respondentů 27 (54,00%) odpovědělo, že jim byly informace poskytnuty na pokoji před ostatními pacienty a 13 respondentů (26,00%) bylo edukováno na pokoji v soukromí.

**Graf č. 28 Forma edukace**



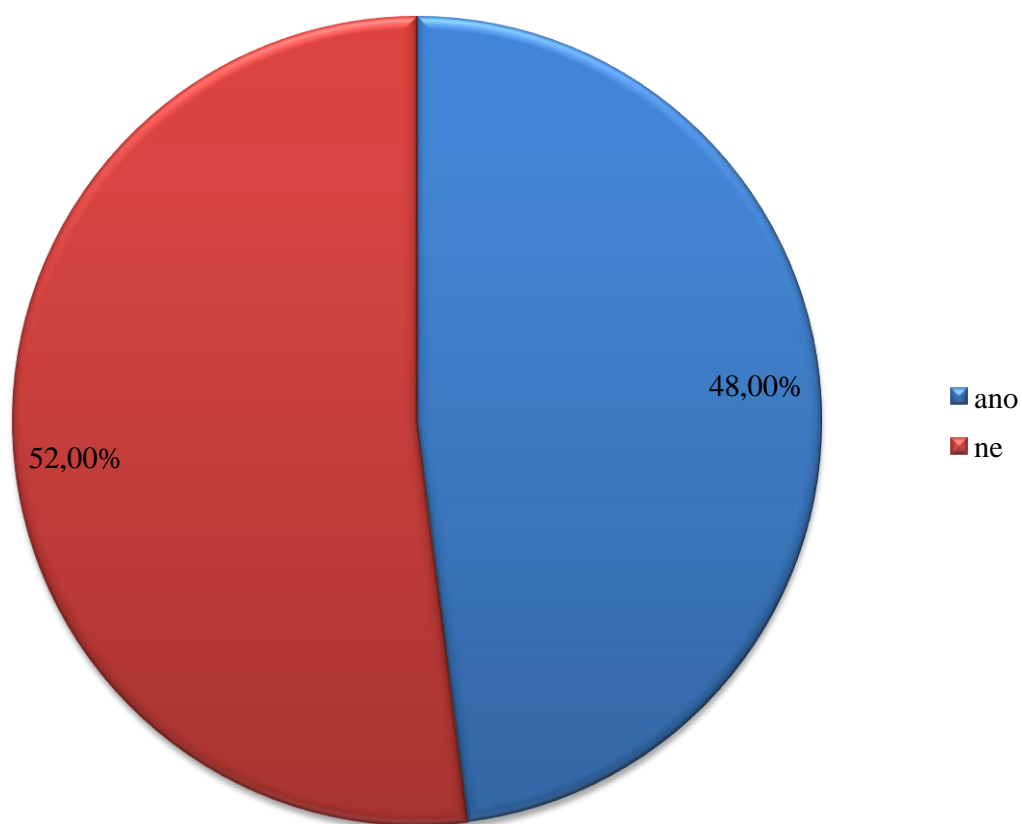
Odpovědi na otázku: „Jakou formou Vám byly informace poskytnuty?“ zněly takto: 7 respondentů (14,00%) bylo edukováno písemnou formou a 43 respondentů (86,00%) ústně. Možnost jiné nebyla nikým zvolena.

### Graf č. 29 Oblasti edukace



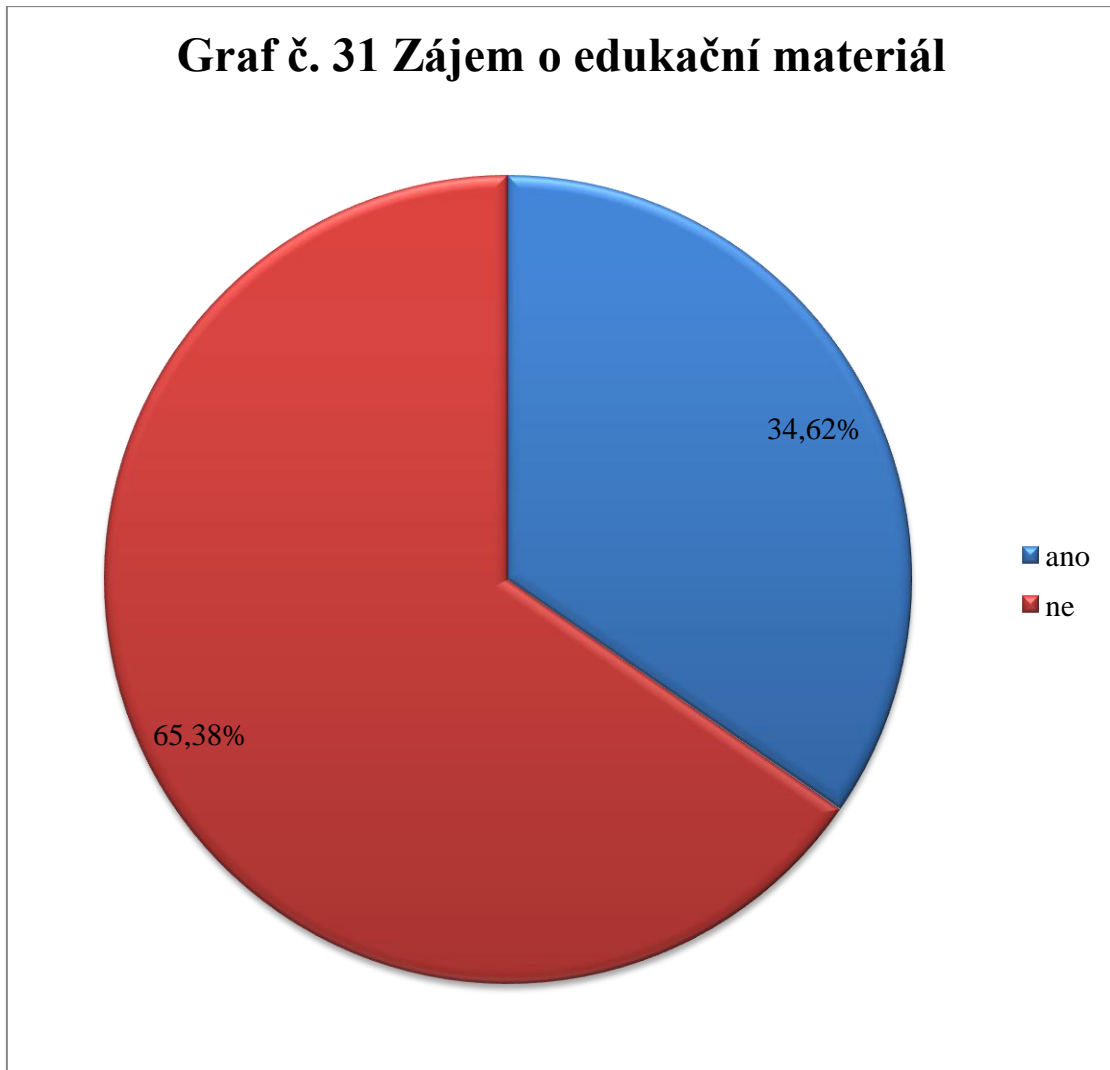
Graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, v jakých oblastech je sestra informovala. Zde byla možnost označit více odpovědí. Z grafu vyplývá, že 24 respondentů (9,27%) bylo informováno o onemocnění, 30 respondentů (11,58%) bylo informováno o první pomoci při záchvatu a 27 respondentů (10,42%) o přípravě na vyšetření. O úpravě domácího prostředí bylo informováno pouze 15 respondentů (5,79%). Žádný respondent nebyl informován o možnostech domácí péče. Kontakt na svépomocné skupiny, sdružení, psychology byl poskytnut 11 respondentům (4,25%). O zásadách užívání léku bylo informováno 36 respondentů (13,90%). O aktivitách, sportech 10 respondentů (3,86%). 35 respondentů (13,51%) bylo informováno o spánkovém režimu. Stravu a tekutiny označilo 28 respondentů (10,81%), zaměstnání označilo jen 6 respondentů (2,32%). 11 respondentů (4,25%) bylo poučeno v oblasti komplikací a důvodech k návštěvě lékaře. Možnost jiné nebyla ani tady využita.

**Graf č. 30 Poskytnutí edukačních materiálů**



Na otázku, zda respondentům poskytla sestra edukační materiály, odpovědělo 24 respondentů (48,00%) ano a 26 respondentů (52,00%) ne.

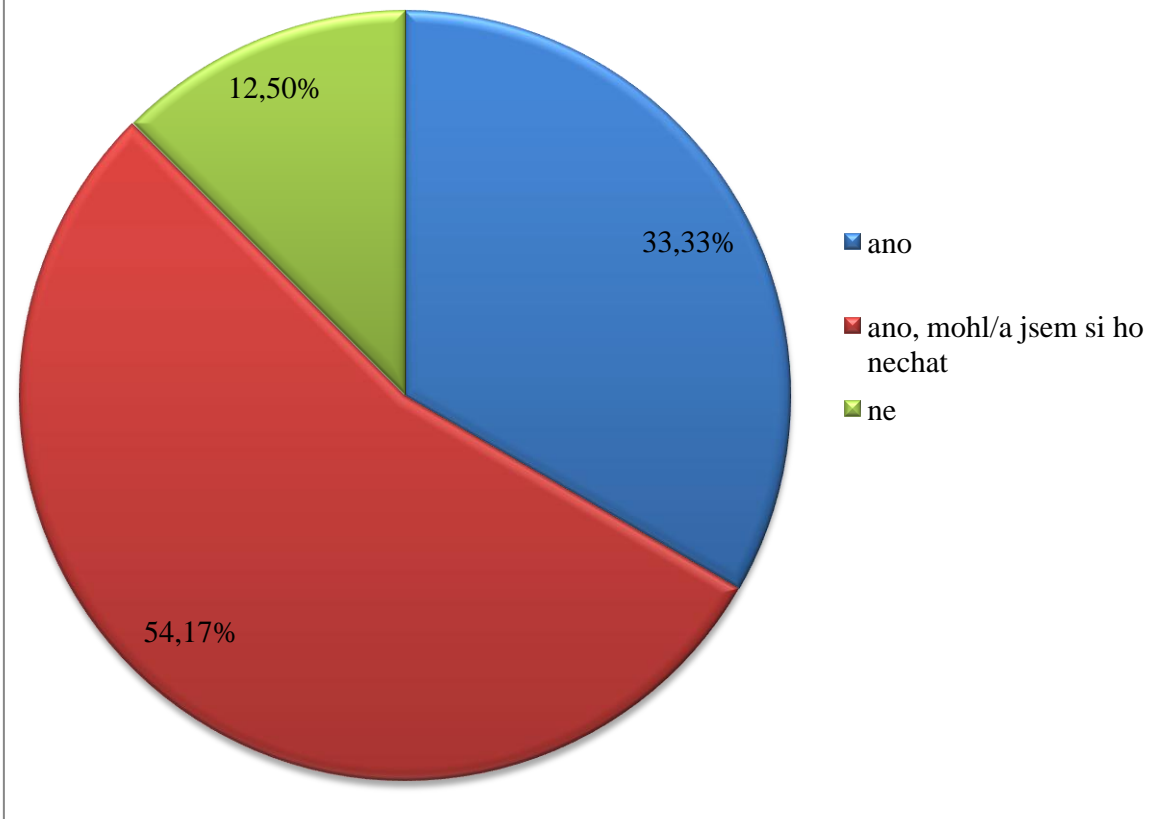
**Graf č. 31 Zájem o edukační materiál**



Respondenti, kteří edukační materiál nedostali, odpovídali na otázku, zda by edukační materiál uvítali. 9 respondentů (34,62%) odpověděli kladně- ano. 17 respondentů (65,38%) odpovědělo ne.

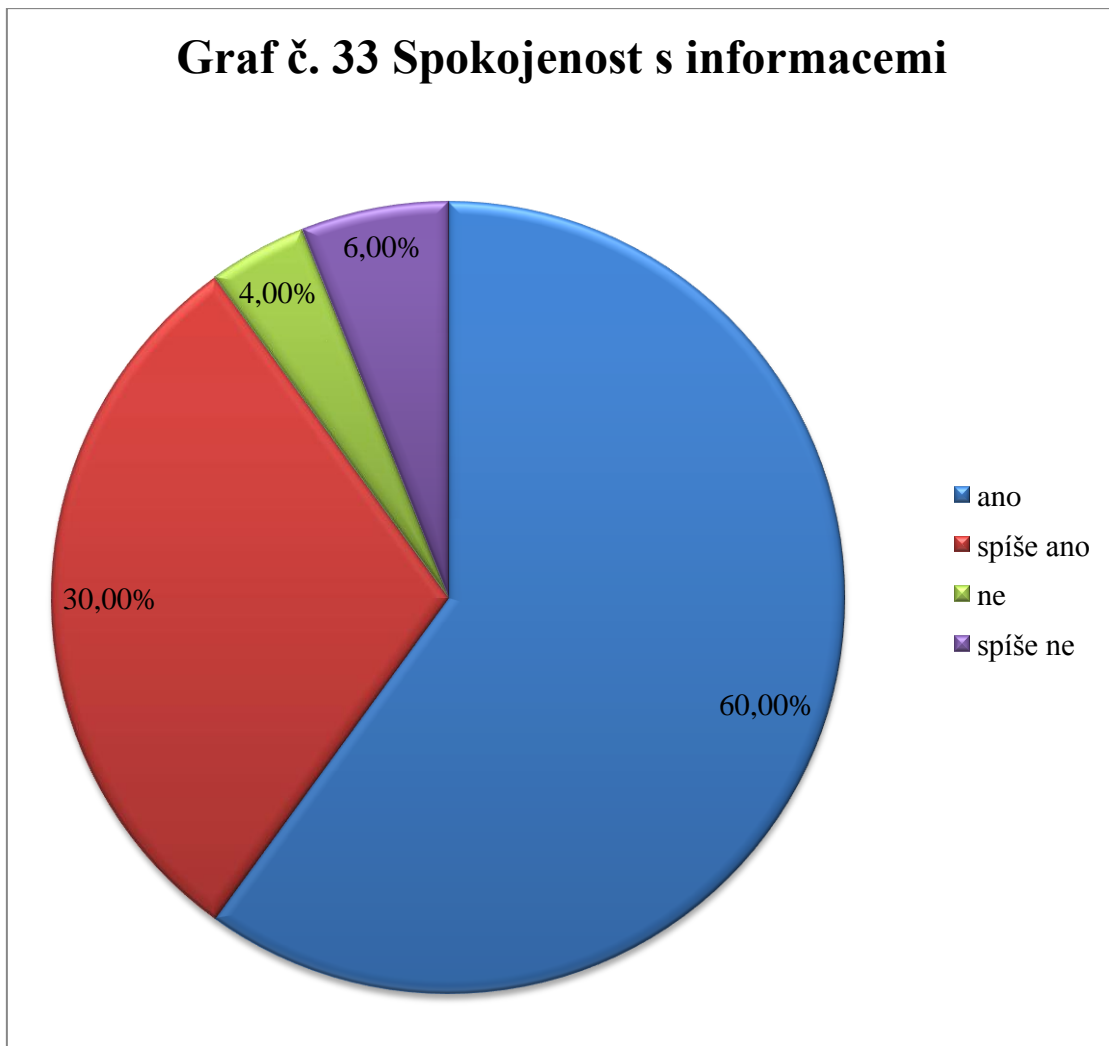


**Graf č. 32 Možnost prostudování materiálu**



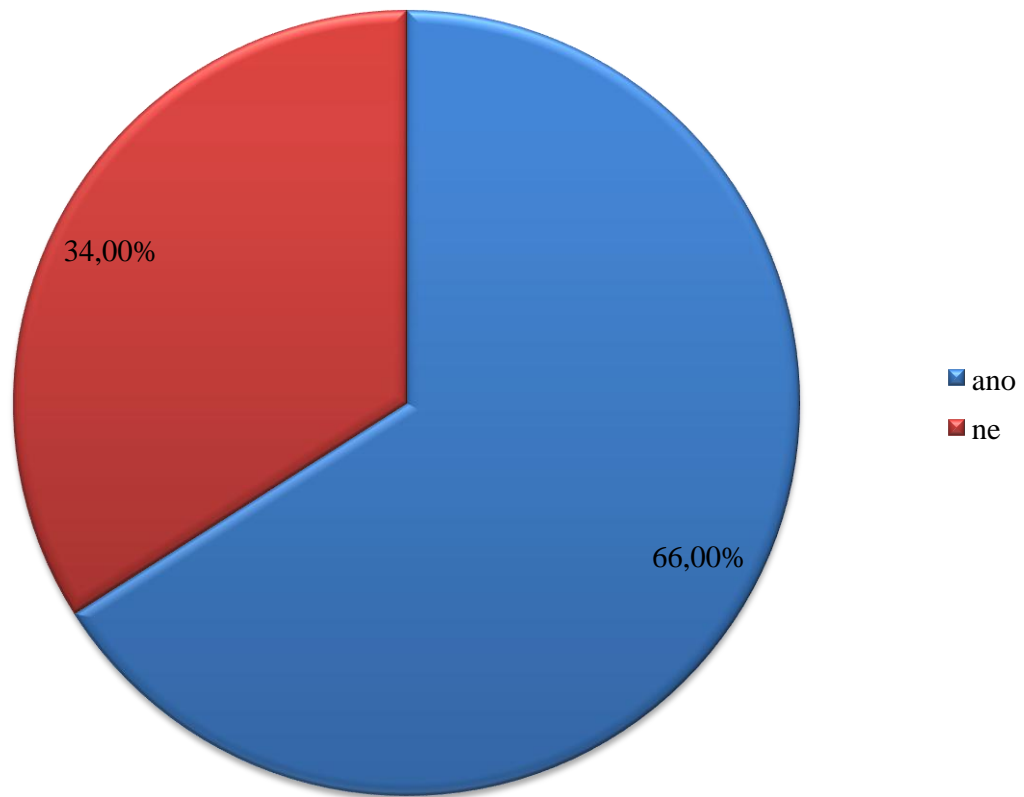
Respondenti, kteří edukační materiály dostali, byli dotazováni, zda měli dostatek času k jeho prostudování. 8 respondentů (33,33%) poskytnutý čas vyhovoval. 13 respondentů (54,17%) si mohlo edukační materiál ponechat a jen 3 respondenti (12,50%) nebyly s poskytnutým časem spokojeni.

**Graf č. 33 Spokojenost s informacemi**



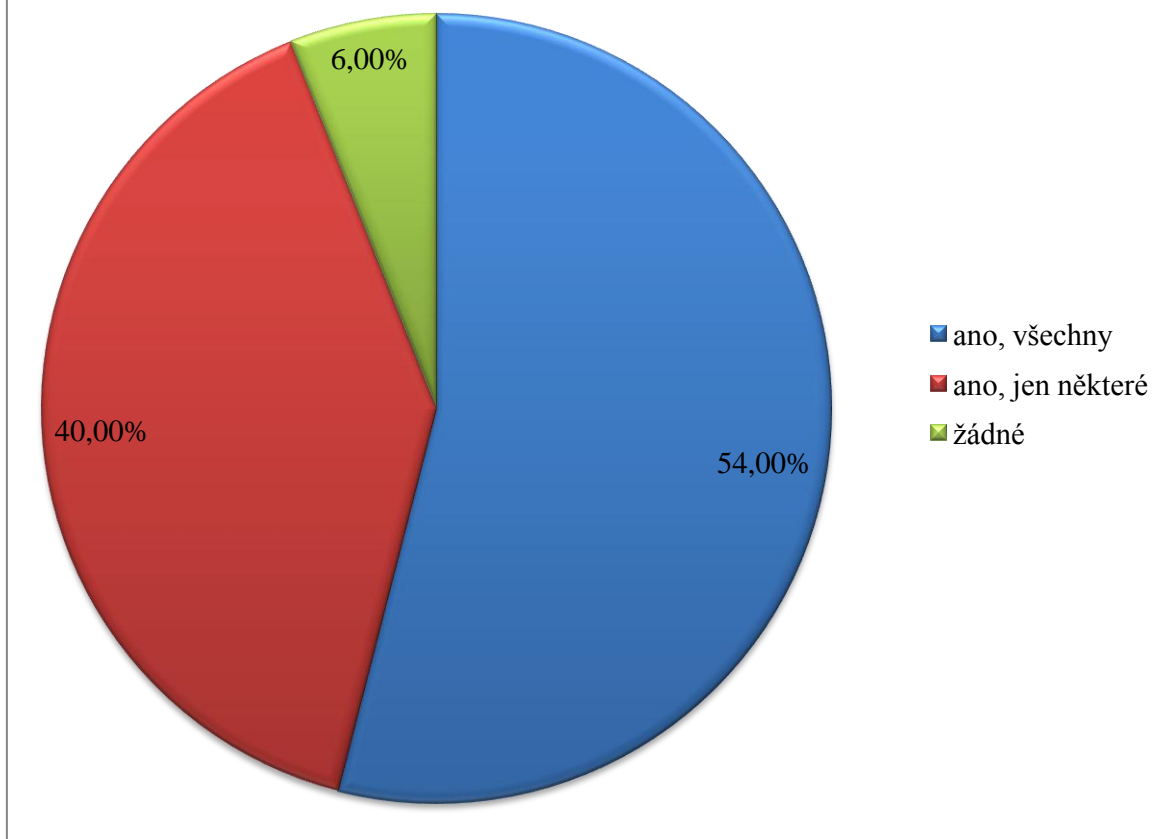
Graf č. 33 zobrazuje odpovědi na otázku, zda považují respondenti informace za dostatečné. 30 respondentů (60,00%) považuje poskytnuté informace za dostatečné. 15 respondentů (30,00%) označilo spíše ano. Za méně dostatečné je považují 2 respondenti (4,00%) a zcela nedostatečné 3 respondenti (6,00%).

**Graf č. 34 Hledání informací z jiných zdrojů**



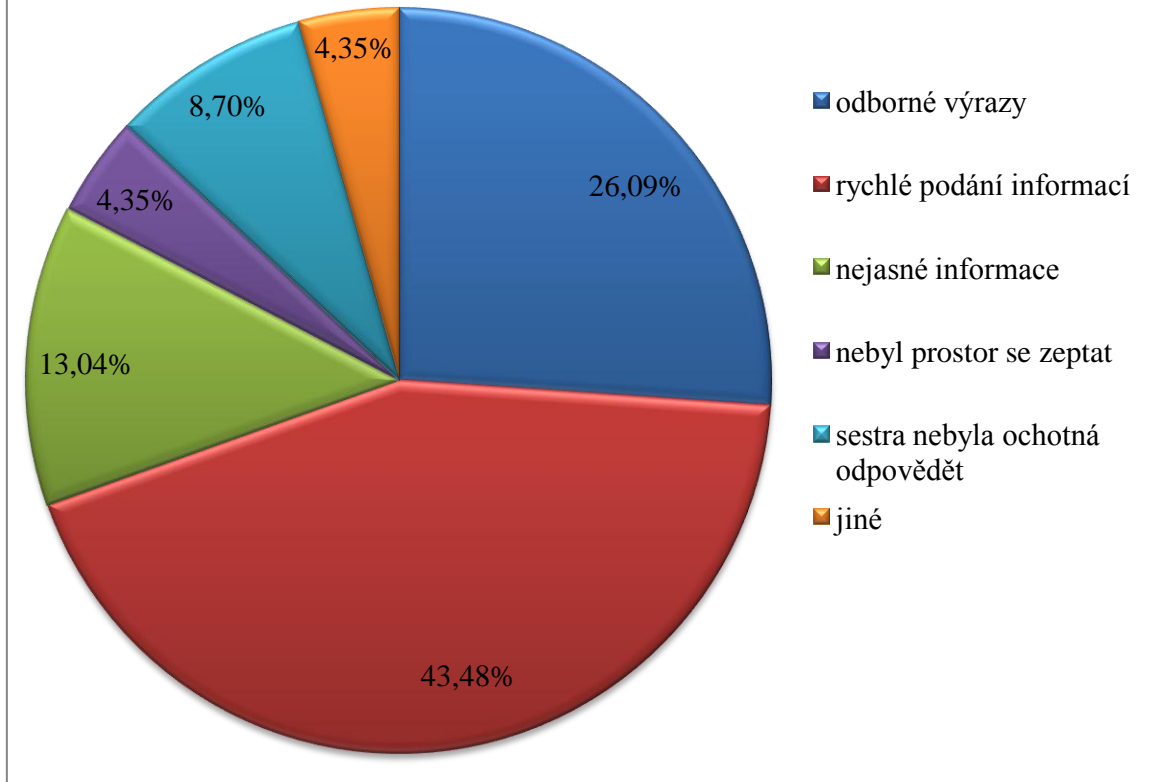
Na otázku, zda si hledali další informace, odpovědělo 33 respondentů (66,00%) ano, 17 respondentů (34,00%) si další informace z jiných zdrojů již nehledalo.

**Graf č. 35 Srozumitelnost informací**



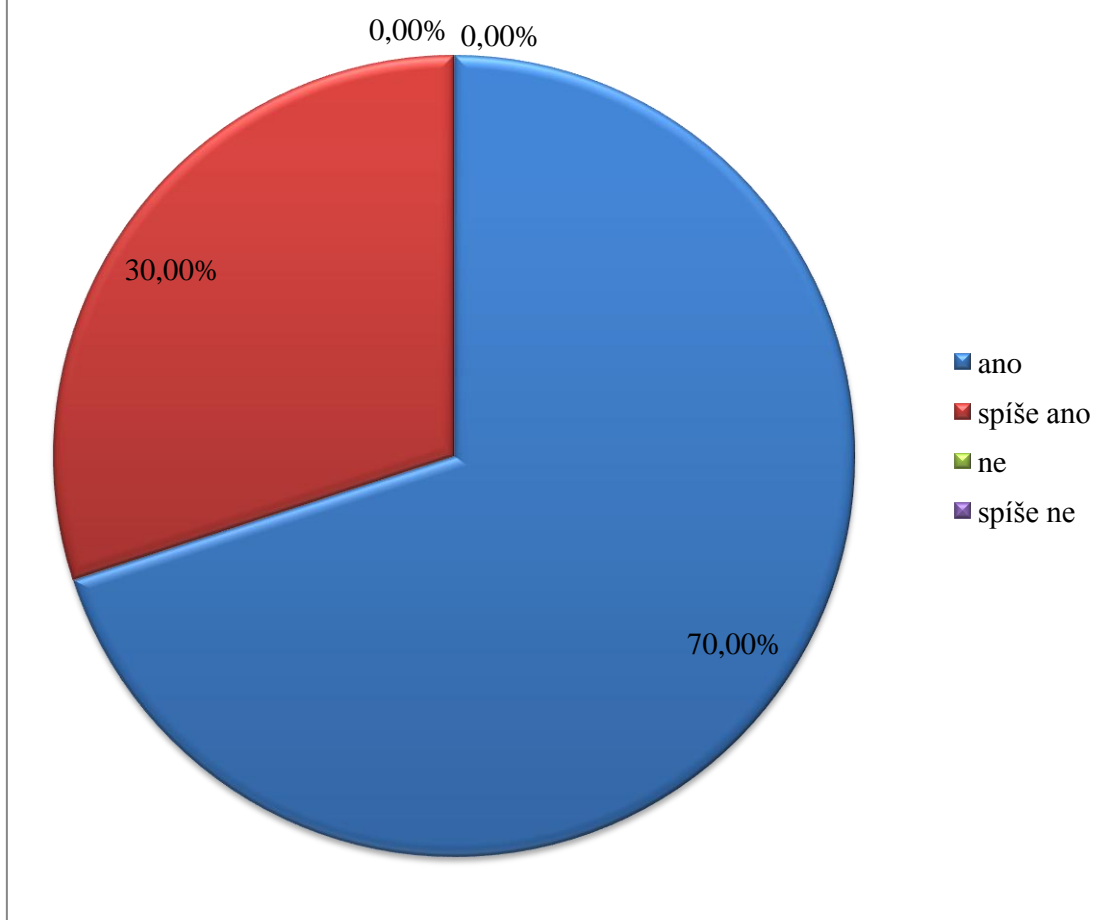
U otázky: „ Byly pro vás informace srozumitelné?“ 27 respondentů (54,00%) označilo informace za srozumitelné. 20 respondentů (40,00%) rozumělo pouze některým informacím a 3 respondenti (6,00%) dokonce nerozuměli žádným informacím.

**Graf č. 36 Důvody nepochopení**



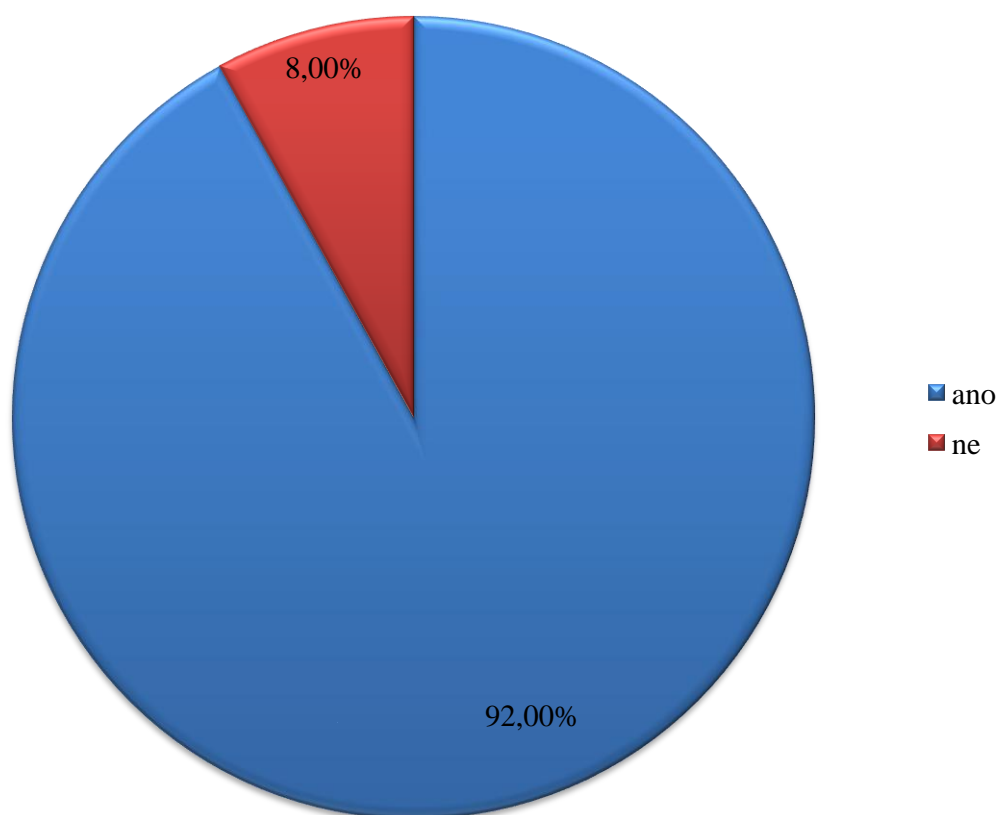
Na otázku, proč se domnívají, že informacím nerozuměli, označilo 6 respondentů (26,09%) použití odborných výrazů. 10 respondentům (43,48%) vadilo rychlé podání informací. 3 respondentům (13,04%) přišli informace nejasné, 1 respondent (4,35%) označil odpověď- nebyl prostor se zeptat. 2 respondentům (8,70%) nebyla sestra ochotna odpovědět a 1 respondent (4,35%) využil možnosti jiné s odpovědí nevysvětlení souvislostí.

**Graf č. 37 Čas a prostor pro dotazy**



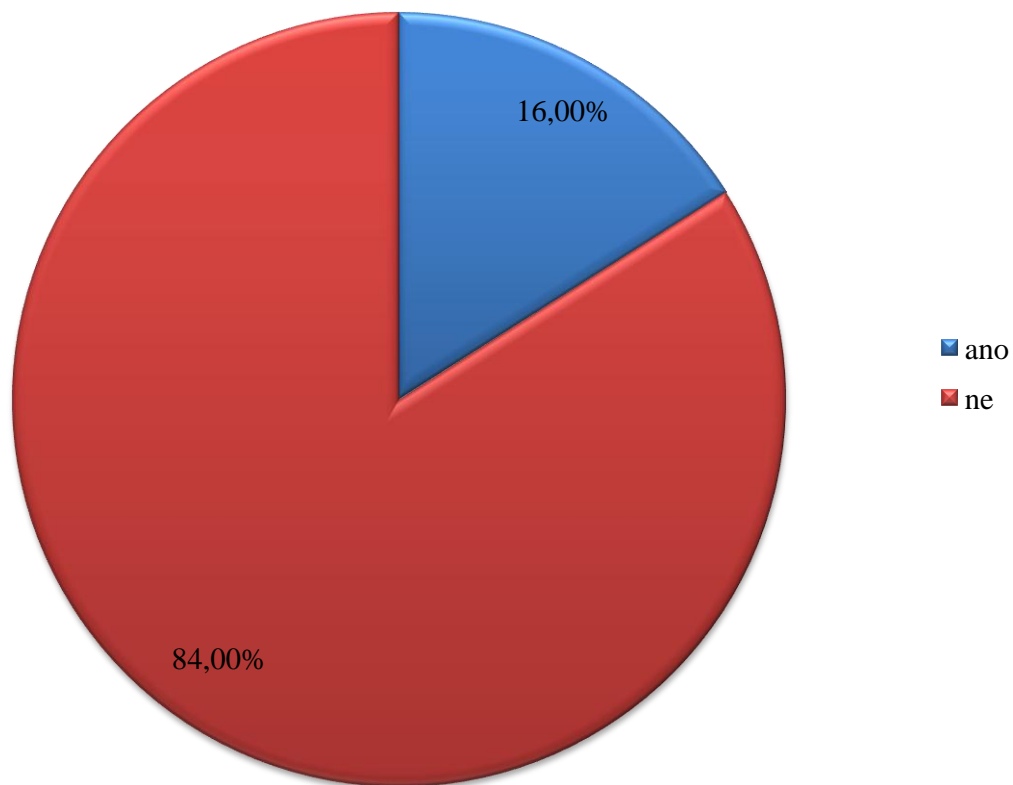
Respondenti odpovídali na otázku, zda byl při edukaci dostatek času a prostoru pro dotazy, kdy 35 respondentů (70,00%) hodnotí čas pro dotazy za naprosto dostačující. 15 respondentů (30,00%) označilo odpověď spíše ano. Možnost ne a spíše ne nebyla ani jednou označena.

**Graf č. 38 Zodpovězení otázek pacientů**



Graf č. 38 znázorňuje odpovědi na otázku, zda jim sestra odpověděla na všechny dotazy. 46 respondentům (92,00%) byly zodpovězeny všechny otázky, a pouze 4 respondentům (8,00%) se odpovědi nedostalo.

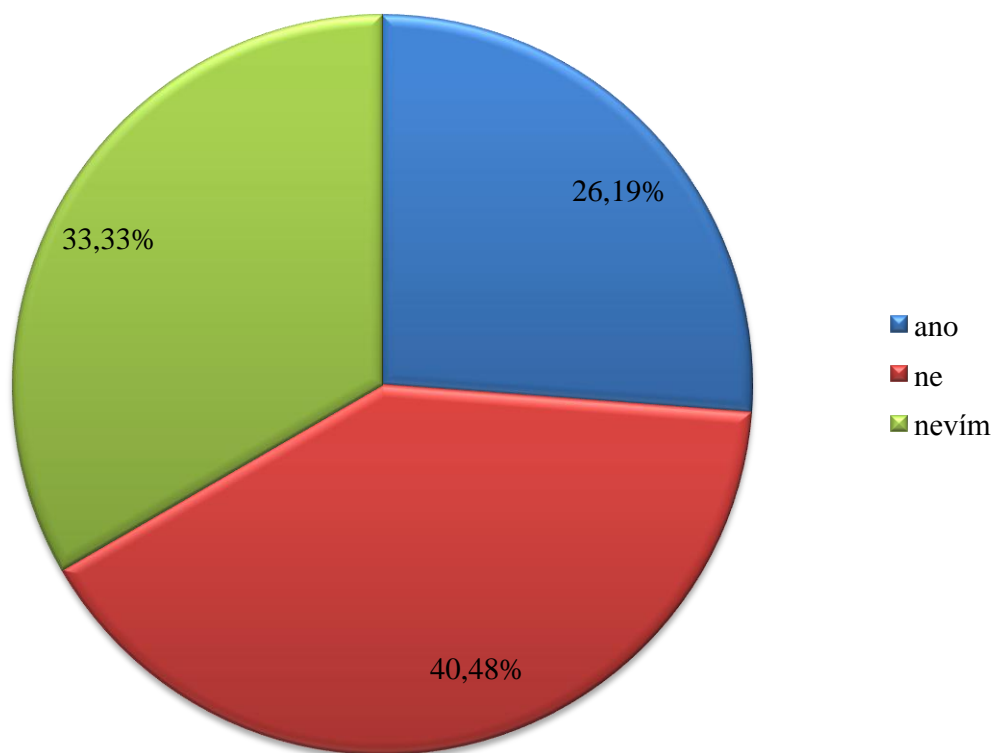
**Graf č. 39 Přítomnost příbuzných při edukaci**



Graf č. 39 znázorňuje odpovědi na otázku, zda byly při edukaci přítomni blízcí. U 8 respondentů (16,00%) byly při edukaci přítomni příbuzní, u 42 respondentů (84,00%) příbuzní nebyli.

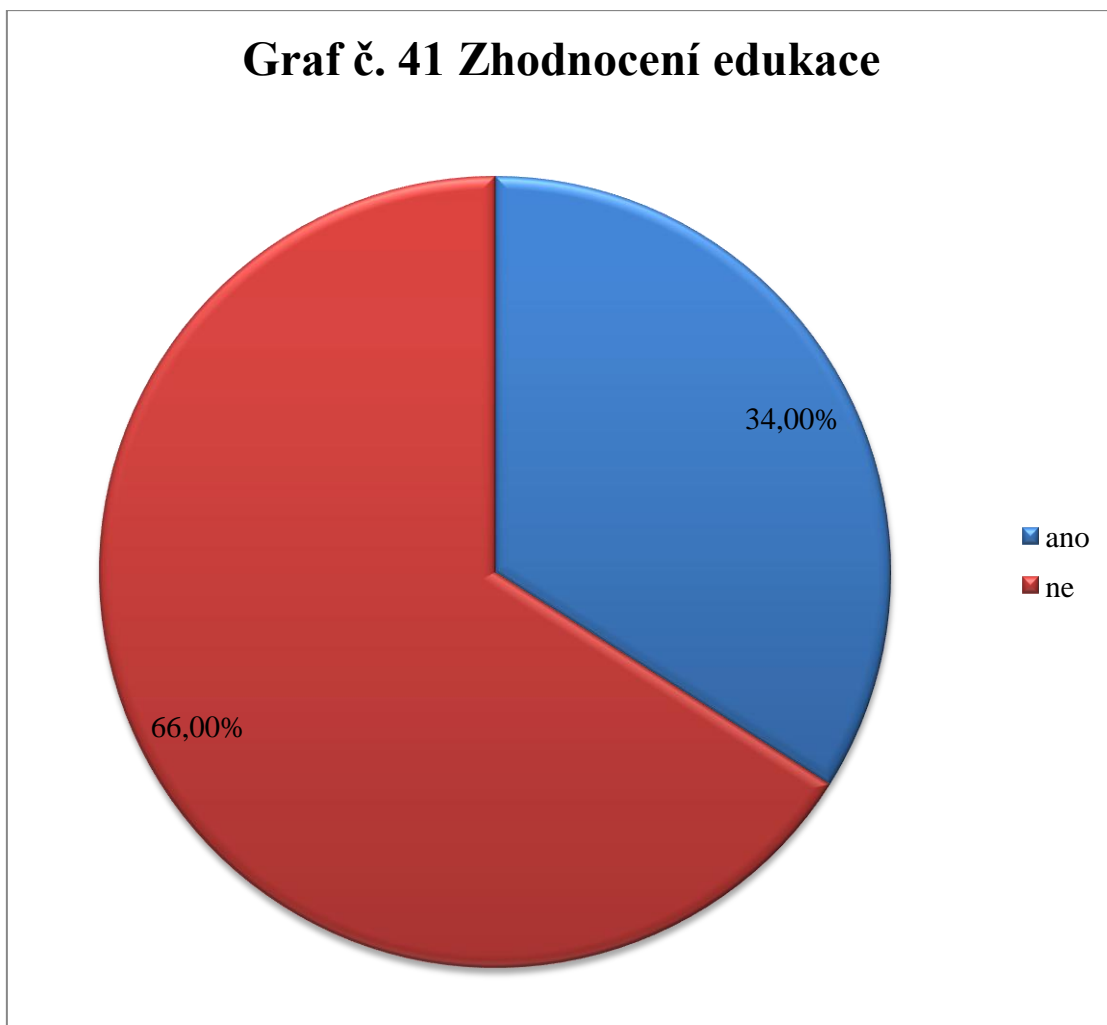


**Graf č. 40 Využití možnosti přítomnosti příbuzných**



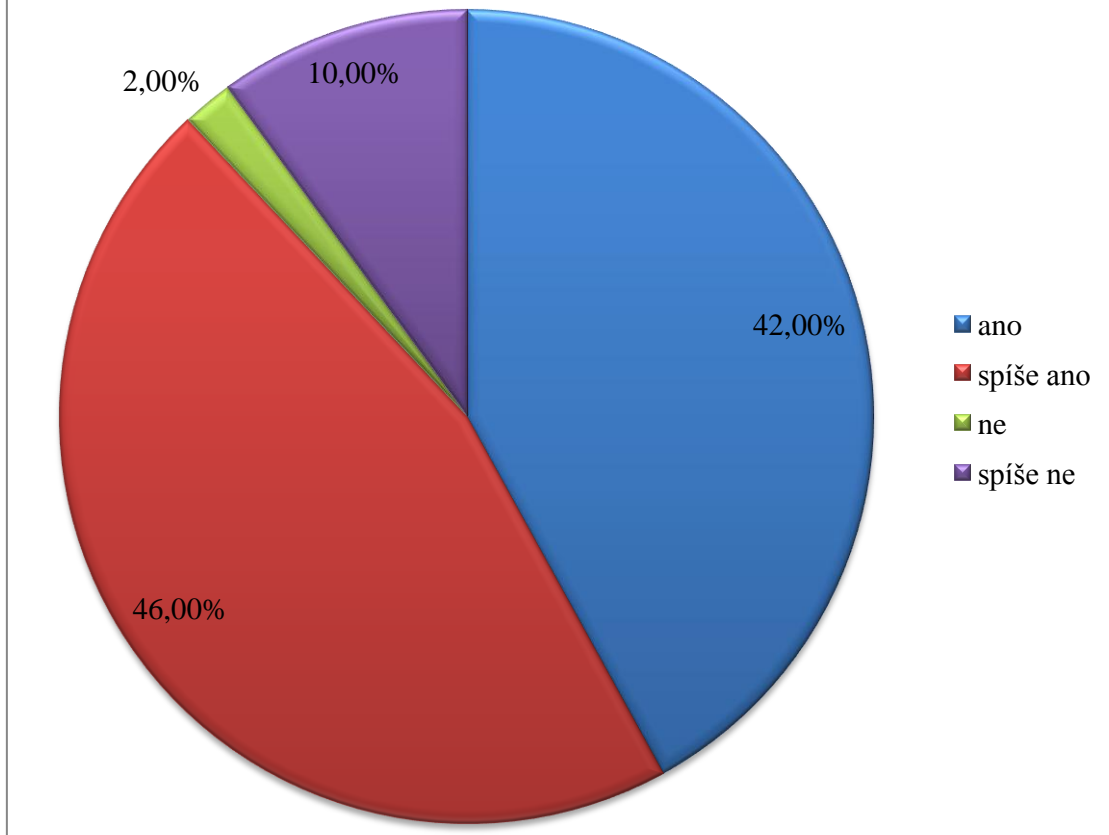
Respondentů, u kterých nebyli přítomni příbuzní, jsme se dotazovali, zda by jejich přítomnost uvítali. 11 respondentů (26,19%) by jejich přítomnost uvítalo, 17 respondentů (40,48%), by tuto možnost nevyužilo a 14 respondentů (33,33%) označilo možnost nevím.

**Graf č. 41 Zhodnocení edukace**



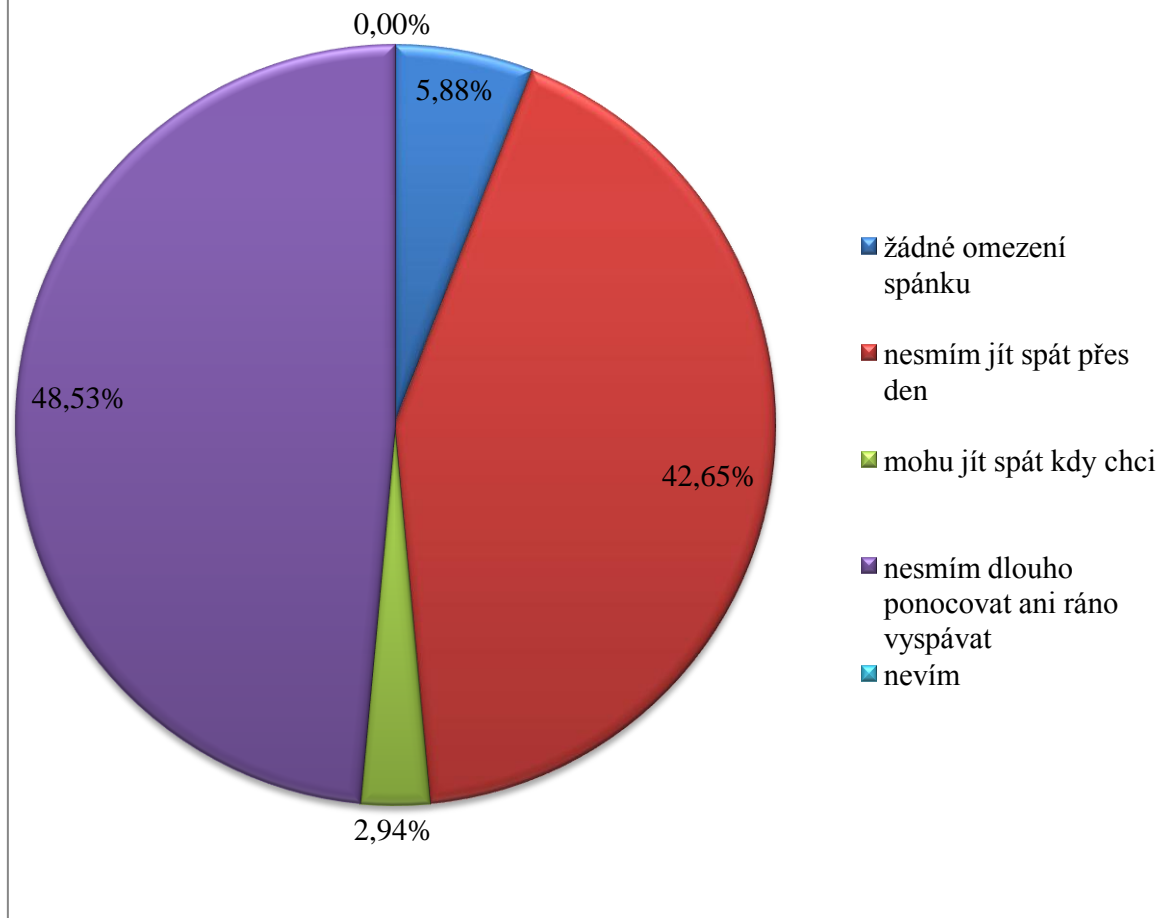
Graf č. 41 znázorňuje odpovědi na otázku, zda s nimi zhodnotila sestra výsledek edukace. Zhodnocení edukace proběhlo u 17 respondentů (34,00%). U 33 respondentů (66,00%) ke zhodnocení nedošlo.

**Graf č. 42 Orientace v režimových opatřeních**



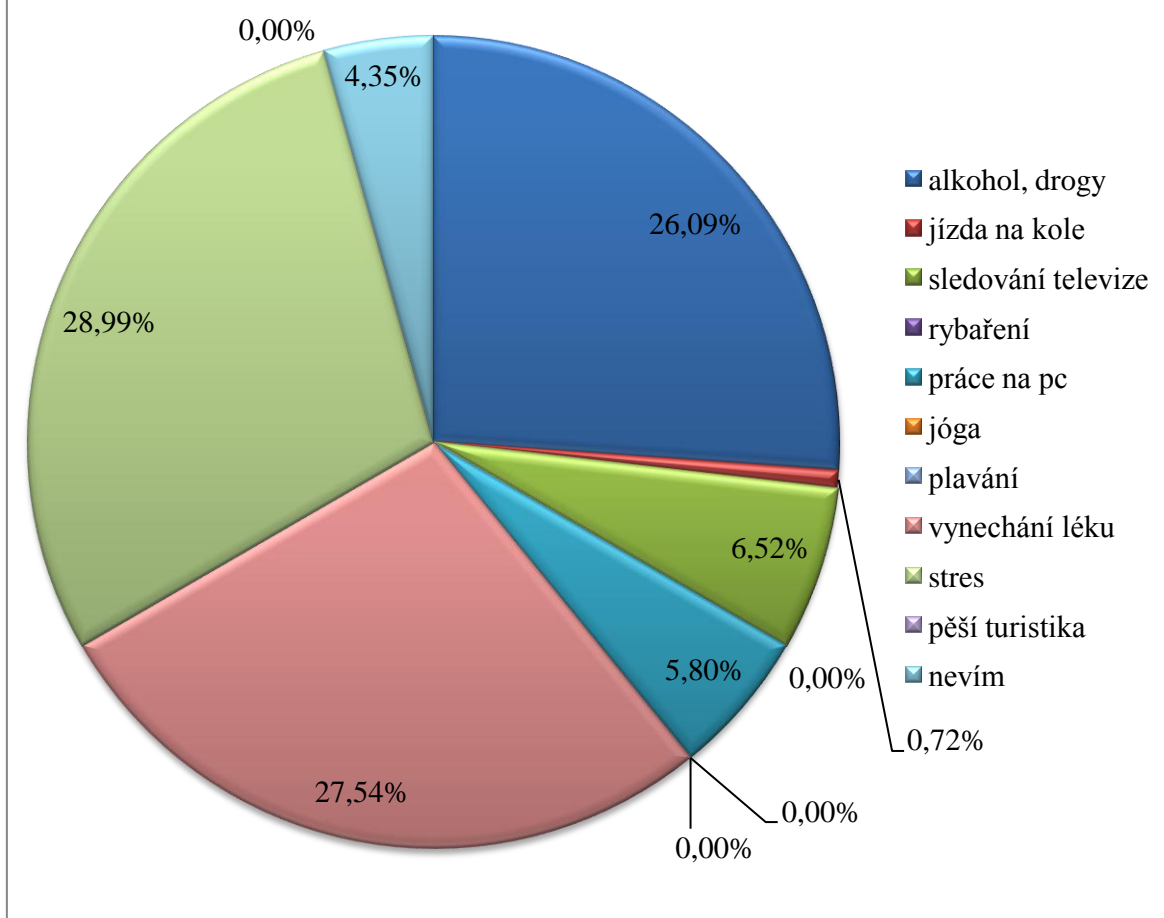
Na otázku, zda se podle získaných informací orientují v režimových opatřeních spojených s nemocí, odpovědělo 21 respondentů (42,00%) ano. Spíše ano označilo 23 respondentů (46,00%). 1 respondent (2,00%) se v režimových opatřeních neorientuje vůbec a 5 respondentů (10,00%) označilo spíše ne.

### Graf č. 43 Spánkový režim



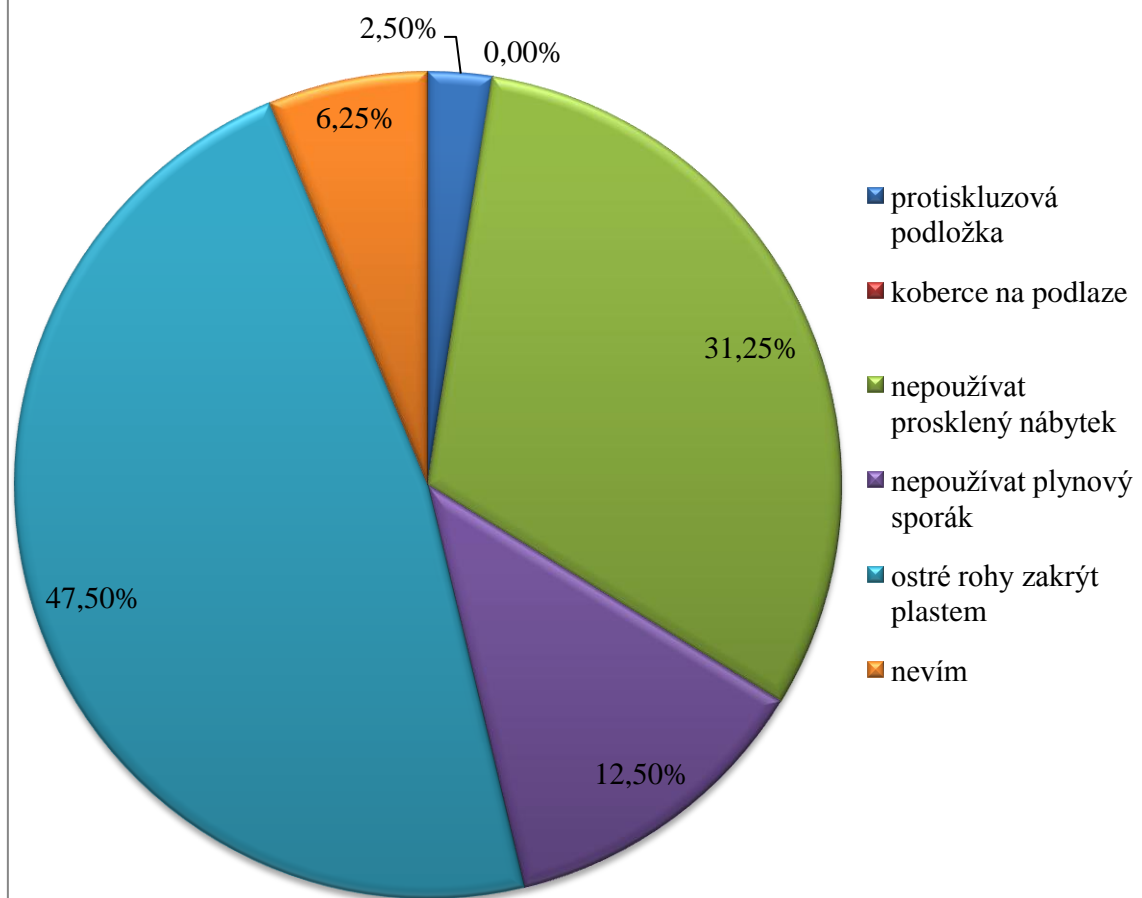
Graf č. 43 znázorňuje odpovědi na otázku: „jaký spánkový režim byste měl/a dodržovat?“. Zde byla možnost označit více odpovědí. 4 respondenti (5,88%) odpověděly, že nemají žádné omezení spánku, 29 respondentů (42,65%) uvedlo, že nesmí spát přes den. 2 respondenti (2,94%) si myslí, že mohou jít spát, kdy chtějí. 33 respondentů (48,53%) označilo odpověď- nesmím dlouho ponocovat ani ráno dlouho vyspávat. Možnost nevím, nebyla označena ani jednou.

**Graf č. 44 Činnosti způsobující záchvat**



Graf 44 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, které činnosti by jim mohly vyvolat epileptický záchvat. I zde byla možnost volby více odpovědí. 36 respondentů (26,09%) označilo alkohol a drogy. 1 respondent (0,72%) označil jízdu na kole. 9 respondentů (6,25%) uvedlo sledování televize. Práci na PC označilo 8 respondentů (5,80%). Vynechání léku jako rizikovou situaci uvedlo 38 respondentů (27,54%) a stres 40 respondentů (28,99%). 6 respondentů (4,35%) nedokázalo na tuto otázku odpovědět a označilo možnost nevím. Možnosti rybaření, jóga, plavání a pěší turistika nebyly ani jednou označeny.

### Graf č. 45 Úprava domácího prostředí



Graf č. 45 znázorňuje odpovědi na otázku: „Jaké jsou vhodné úpravy domácího prostředí?“. I zde byla možnost označit více odpovědí. Pouze 2 respondenti (2,50%) označili jako vhodnou úpravu domácího prostředí používání protiskluzové podložky. 25 respondentů (31,25%) odpovědělo, že by se neměl používat prosklený nábytek, 10 respondentů (12,50%) označilo nepoužívání plynového sporáku. Zakrýt ostré rohy plastem označilo 38 respondentů (47,50%). Na tuto otázku nebylo schopno odpovědět 5 respondentů (6,25%) a využilo možnosti nevím.

## 13 DISKUSE

Jak již bylo zmíněno, praktická část práce je zaměřena na kvantitativní výzkum mapující proces edukace epileptiků. Pro lepší a objektivnější zhodnocení výsledků dotazníkového šetření bylo cílem zmapovat proces edukace, jak ze stran všeobecných sester, tak ze stran samotných epileptiků.

Graf 1 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání. Majoritní skupinu tvořili respondenti se středoškolským vzděláním (32, 65,31%). Sester s vyšším odborným vzděláním bylo pouze 5 (10,20%), třetí skupinu tvořilo 12 (24,49%) sester s vysokoškolským vzděláním. Markéta Křížková ve své bakalářské práci z roku 2012 na straně 53 uvádí: „*Skutečnost, že poměrně nízké procento má vysokoškolské vzdělání je zarážející. Je to v rozporu se současným trendem, který propaguje vysokoškolské vzdělání zdravotnického personálu. To se může odrazit v poskytování ošetrovatelské péče.*“ Dle mého názoru se tento výsledek dal očekávat. Tento trend sice existuje, nicméně je zřejmé, že na oddělení pořád pracují a budou ještě několik let pracovat ve větší míře středoškolské sestry. Nijak nepopírám důležitost vysokoškolského vzdělání sester, ale přiznejme si, že praxe v nemocnici je od teoretické výuky rozdílná, ne vše co se ve škole učí, lze přenést do praxe ať už z finančních, časových, nebo organizačních důvodů. Domnívám se, že samotná praxe přinese daleko větší poznatky a praktické dovednosti, ale hlavně oproti teoretické výuce přináší vlastní zkušenosti, které jsou k nezaplacení. Proto si nemyslím, že by středoškolské vzdělání mělo zásadní nebo dokonce negativní vliv na poskytování ošetrovatelské péče.

Druhá otázka byla zaměřena na délku praxe respondentů. Průzkum prokázal, že 6 respondentů (12,24%) má praxi dlouhou 1-5 let, praxe 8 respondentů (16,33%) je dlouhá 6-10 let. 7 respondentů (14,29%) pracuje 11-15 let a 28 respondentů (57,14%) 16 a více let. Tento výsledek se s ohledem na vzdělání respondentů dal očekávat a není nijak překvapující.

Pozitivním, ale pochybným zjištěním byla kladná odpověď všech 49 respondentů (100%) na otázku, zda edukují klienty s epilepsií. Pokud předpokládáme, že sestry byly upřímné a uvedly pravdu, je to velmi milé zjištění. I přesto, že edukační činnost sestry je nedílnou součástí ošetrovatelské péče, domnívám se, že většina z respondentů pravdu neuvedla. Mojí domněnku potvrdil i průzkum mezi pacienty. V něm respondenti odpovídali na otázku, kdo jim poskytl informace. Z celkového počtu 50 respondentů, uvedlo ošetřujícího lékaře jako jediný zdroj informací 33 respondentů (66,00%). Pouze 17 respondentů (34,00%) uvedlo ošetřujícího lékaře a všeobecnou sestru. Lze jen spekulovat o

tom, co všechno si sestry pod pojmem edukace představují a skutečně praktikují. Z toho vyplývá nutnost posilování role edukátorky a edukace ze strany sestry.

Nejčastějšími oblastmi edukace ze strany sester jsou zásady užívání léků, spánkový režim, rizikové faktory spojené s epilepsií a příprava na vyšetření. Tyto možnosti označila více než polovina respondentů. Další velkou skupinu tvoří samotné onemocnění, které je v kompetenci ošetřujícího lékaře a ne sestry, proto si myslím, že by se sestry měli této oblasti vyhýbat a věnovat se spíše ošetrovatelské části. Negativním zjištěním pro mě byl nízký počet označení možnosti poskytnutí první pomoci. Záchvat je bohužel nedílnou součástí epilepsie, postihuje všechny nemocné, proto se domnívám, že by tato možnost měla být naopak jednou z nejčastěji označených. První pomoc by měl každý epileptik a jeho rodina ovládat. Méně než polovina respondentů edukuje nemocné o úpravě domácího prostředí, vhodných aktivitách, sportech, stravě a tekutinách. Zajímalo by mě, když respondenti informují pacienty o možnostech domácí péče, tak jaké informace dostávají, nebo přesněji jaké konkrétní služby by nemocní s epilepsií měli využít. Zarazilo mě, že pouze 9 (2,90%) respondentů poskytuje kontakt na svépomocné skupiny, sdružení, nebo psychology. Dle mého názoru mají právě tyto instituce lepší možnosti pro edukaci pacientů, především díky svému cílenému zaměření. Konkrétně Společnost E pořádá výukové akce, vydává edukační brožury a sdružuje rodiny a nemocné s epilepsií, což je i pro nemocné výhodnější především kvůli vlastním zkušenostem ostatních členů. V nemocnici by klientům měly být poskytnuty základní a nejdůležitější informace s odkázáním na konkrétní sdružení. 15 respondentů (4,84%) edukuje nemocné o vhodném zaměstnání. Číslo mi nepřijde nijak vysoké, ani nízké. V této souvislosti je potřeba informace přizpůsobit jednotlivcům. Tato oblast by neměla být vynechána u mladších jedinců, kde je předpoklad širšího záběru ve volbě zaměstnání. O komplikacích, nebo důvodech návštěvy informuje pouze 16 respondentů (5,16%). Pacienti nejčastěji označili zásady užívání léků, spánkový režim a poskytování první pomoci. Tyto možnosti označilo více než 30 respondentů. Další skupinu tvoří strava, tekutiny, příprava na vyšetření, rizikové faktory a vlastní onemocnění. V těchto oblastech bylo edukováno okolo 20 respondentů. Početně menší skupinu, okolo 15 respondentů, tvoří oblasti domácího prostředí, kontakty na svépomocné skupiny, komplikace a vhodné aktivity a sporty. O zaměstnání bylo informováno 6 respondentů (2,32%). O možnostech domácí péče nebyl informovaný ani jeden respondent. Je to velmi zajímavé zjištění, neboť podle průzkumu 11 sester (3,55%) edukuje pacienty o možnostech domácí péče. Označení jednotlivých oblastí



se mezi sestrami a pacienty přibližně shodují. Na pár výjimek se liší maximálně o pár počtů odpovědí, což považuji za velmi pozitivní výsledek.

Nejčastějším zvoleným místem pro edukaci je vyšetřovna. 8 respondentů (15,38%) edukuje na sesterně a 2 respondenti (3,85%) na ambulanci. 16 respondentů (30,77%) edukuje na pokoji před ostatními pacienty a 20 respondentů (38,46%) na vyšetřovně. 6 respondentů (11,54%) využilo možnost jiné, z toho 4 napsali společenskou místnost, jednou byla označena jídelna a taktéž soukromí. Pacientů jsem se také dotazovala, v jakém prostředí jim byly informace poskytnuty. Žádný respondent neoznačil sesternu. 10 respondentů (20,00%) bylo edukováno na vyšetřovně. 77 respondentů (54,00%) bylo edukováno na pokoji před ostatními pacienty a jen 13 respondentů (26,00%) bylo edukováno na pokoji v soukromí. Z průzkumu vyplívá určitá snaha všeobecných sester o zachování soukromí pacienta, což je velmi milé zjištění, nicméně je pořád co zlepšovat. Samotné prostředí, ve kterém edukace probíhá, významně ovlivňuje samotný proces edukace, soustředění a motivaci na obou stranách.

Nejčastější metodou edukace je ústní forma, kterou označilo 41 respondentů (83,67%). Písemně edukuje pouze 8 respondentů (16,33%). Tento výsledek potvrdil průzkum mezi pacienty, kdy 43 respondentů (86,00%) bylo edukováno ústně a jen 7 respondentů (14,00%) bylo edukováno písemně. Tento výsledek potvrdil i výzkum Markéty Křížové z roku 2012 a je v souladu s tvrzením autorky Kuberové, která ve své knize „Didaktika ošetrovatelství“ také uvádí slovní metodu jako nejčastěji používanou při edukaci v ošetrovatelství. Osobně si myslím, že nejlepší metodou edukace je ústní forma spojená s poskytnutím edukačních materiálů. Jednak proto, že při výuce až 80% informací přijímáme právě sluchem a snáze si je zapamatujeme, ale také je prostor se hned při nejasnostech zeptat. Domnívám se, že i osobní kontakt pozitivně ovlivňuje psychiku pacienta a celý edukační proces. Doplněním edukace o edukační materiál s možností si ho ponechat je žádoucí. Pacienti tak mají po ústní edukaci více klidu a času věnovat se právě písemné formě. Navíc je to další prostor pro pochopení problematiky, možnost znovu si dané informace přečíst a zapamatovat. Navíc písemná forma umožňuje pacientovi objevit další otázky, které si může zaznamenat a při další návštěvě se zeptat.

34 respondentů (69,39%) při edukaci využívá edukační materiály, nicméně 15 respondentů (30,61%) materiály nepoužívá. Zarazil mě i výsledek průzkumu mezi pacienty na podobnou otázku, tedy zda jim byl sestrou poskytnut edukační materiál. 24 pacientům (48,00%) byl poskytnut, nicméně většina pacientů (26; 52,00%) edukační materiály nedostala. S touto souvislostí jsem se sester dotazovala, zda na oddělení mají dostatek

edukačních materiálů určených epileptikům. 14 respondentů (28,57%) odpovědělo ano, 20 respondentů (40,82%) spíše ano, možnost ne zvolilo 9 respondentů (18,37%) a spíše ne odpovědělo 6 respondentů (12,24%). Na otázku, zda měli pacienti materiál dostatečně dlouho k jeho prostudování, více než polovina (13; 54,17%) odpověděla ano, mohl/a jsem si ho nechat. 8 respondentů odpovědělo (33,33%) ano a 3 respondenti (12,50%) s poskytnutým časem spokojeni nebyli. V dnešní době je spousta možností, edukační materiály by měli být součástí každé edukace. Na každém oddělení by mělo být dostatek materiálů a vždy by měla být možnost si materiál ponechat.

Většina pacientů (30; 60,00%) byla s poskytnutými informacemi spokojena a považuje je za dostatečné. 15 respondentů (30,00%) je považuje za spíše dostatečné. 2 respondenti (4,00%) informace označili za nedostačující a 3 respondenti (6,00%) je označili za spíše nedostatečné. S tímto výsledkem jsem spokojena, věřím, že sestry poskytují kvalitní informace a nic pacientům nezamlčují. Za negativní odpovědi jsem ráda, neboť to dokazuje individuální potřeby člověka dozvědět se něco nového. I když byly pacienti s informacemi spokojeni, převážná většina respondentů (33; 66,00%) si hledala další informace z jiných zdrojů a jen 17 respondentů (34,00%) si další informace nehledalo. Tento výsledek poukazuje na to, že pacienti nejsou pasivní v získávání informací a nevystačí si pouze s informacemi od zdravotnických pracovníků. Jsou aktivní a mají zájem o další informace. Myslím si, že lidská zvědavost je silná a lidé si přeci jen hledají další informace, nebo jen ověřují již získané, doplňují je, eventuálně si jen hledají osobní zkušenosti, příběhy lidí s epilepsií. Už kvůli tomu se domnívám, že by při každé edukaci měl být poskytnut kontakt na svépomocné skupiny nebo sdružení, kde se lidem dostane pravdivých informací více než na internetových blozích.

Pacientů jsme se dotazovali, zda považují informace za srozumitelné. Pro 27 respondentů (54,00%) byly všechny poskytnuté informace srozumitelné. 20 respondentů (40,00%) porozumělo jen některým informacím. Pro 3 respondenty (6,00%) nebyly srozumitelné žádné informace. Na otázku, proč se domnívají, že informacím nerozuměli, většina (10; 43,48%) označila rychlé podání informací. 6 respondentům (26,09%) vadili odborné výrazy, 3 respondenti (13,04%) označili informace za nejasné, u 1 respondenta (4,35%) nebyl prostor se zeptat a 2 respondentům (8,70%) nebyla sestra ochotná odpovědět. 1 respondent (4,35%) zvolil možnost jiné s odpovědí- nevyjasnění souvislostí. Myslím si, že v dnešní době, stále není takový časový prostor pro edukaci, jak by měl a proto mě nepřekvapuje nedostatek času, jako největší problém při edukaci. Je nutné pořádkem situaci zlepšovat, ale s ohledem na náročnost zavedení jakékoli změny, je to běh na

dlouhou trať. Lze jen spekulovat o tom, proč a na jaké otázky nebyla sestra ochotna odpovědět, ale předpokládám, že nejčastějším důvodem mohly být kompetence sester, jaké informace mohou sestry poskytovat, které ne, ale také to mohla být pouhá neznalost daného problému. Nicméně 35 respondentů (70,00%) pozitivně hodnotilo čas a prostor pro dotazy, a jen 15 respondentů (30,00%) mělo výhrady. 46 respondentům (92,00%) byly sestrou zodpovězeny všechny dotazy a pouze 4 respondentům dotazy zodpovězeny nebyly.

Závěrečná část dotazníku pro pacienty byla zaměřena na znalosti pacientů o režimových opatřeních. 21 respondentů (42,00%) se domnívá, že na základě získaných informací své nemoci plně rozumí. 23 respondentů (46,00%) se orientují jen částečně. 5 respondentů (10,00%) uvádí, že své nemoci spíše nerozumí a 1 respondent (2,00%) dokonce nerozumí vůbec. Pro ověření znalostí jsem se dotazovala, jaký spánkový režim by měli dodržovat. U této otázky byly 2 správné odpovědi. Možnost nesmím spát přes den, odpovědělo 29 respondentů (42,65%) a možnost nesmím dlouho ponocovat ani ráno vyspávat, odpovědělo 33 respondentů (48,53%). Pouze 18 respondentů (40,91%) označilo obě možnosti. Velmi závažným zjištěním pro mě byla odpověď 4 respondentů (5,88%), kteří odpověděli, že nemají žádné omezení spánku a 2 respondentů (2,94%), kteří uvedli, že mohou jít spát, kdy chtějí. Výsledek je poněkud překvapivý, protože většina pacientů, ale i sester uvedla, že tato oblast byla součástí edukace. Nevím, zda se tedy respondenti pořádně nevěnovali zadání otázky, nebo jim tyto informace poskytnuty nebyly.

Další kontrolní otázka byla zaměřená na činnosti způsobující záchvat. V této otázce bylo 5 správných odpovědí. 36 respondentů (27,27%) označilo alkohol a drogy, 28 respondentů (28,79%) vynechání léku a stres uvedlo 40 respondentů (30,30%). I když většina pacientů a sester uvedla, že tato oblast byla součástí edukace, práci na PC a sledování televize, jako rizikové faktory, uvedlo jen nepatrné množství respondentů a to 9 respondentů (6,25%) televizi a PC 8 respondentů (5,80%). Překvapivá byla odpověď jízda na kole jako riziková činnost jednoho respondenta (0,72%). Velmi závažným zjištěním byla skutečnost, že 6 respondentů (4,35%) nedokázalo na tuto otázku odpovědět a označilo možnost nevím. Dále mě také nemile překvapilo zjištění, že žádný respondent v dotazníku neoznačil všechny správné odpovědi. Nejčastější vyskytující se kombinací bylo vynechání léku, alkohol, drogy a stres. Z dotazníku vyplývající nutností je důležité poukazovat i na omezení práce na PC a sledování televize v rámci úpravy životosprávy. Nicméně jsem s výsledkem spokojena, ale stále existují oblasti, kde je co zlepšovat.

Třetí a poslední otázka dotazníku pro pacienty, zjišťovala, jaké informace mají o úpravě domácího prostředí. I zde bylo více možných odpovědí, musíme přihlídnout k trochu

zavádějící možnosti protiskluzové podložky. Tato možnost by se dala aplikovat ve všech domácnostech i tam, kde jsou „zdravé“ osoby, jako prevenci úrazu v koupelně, proto tuto možnost nepovažuji v této souvislosti za významnou. Průzkum prokázal dobré znalosti pacientů v této oblasti. 25 respondentů (31,25%) označilo nepoužívání proskleného nábytku, 10 respondentů (12,50%) označilo odpověď nepoužívat plynový sporák a 38 respondentů (47,50%) označilo odpověď ostré rohy zakrýt plastem. Všechny správné odpovědi označilo pouze 9 respondentů. Přesto se pacienti v této oblasti orientují, otázkou ale zůstává, zda se všichni pacienti těmito radami řídí.

Všeobecných sester jsme se dotazovali, jak hodnotí roli sestry v edukačním procesu. Z celkového počtu 49 respondentů, označilo 48 respondentů (97,96%) roli sestry edukátorky jako důležitou a pouze jeden respondent (2,04%) ji označil za nedůležitou. Je to velmi překvapivé ale hlavně pozitivní zjištění. S tímto výsledkem souhlasí i výzkum Markéty Křížové, který porovnává s průzkumem Rakové a Čičákové, kterým také vyšel tento výsledek.

Závěrečná část dotazníku pro sestry byla zaměřena na hodnocení časových podmínek pro edukaci pacientů. 10 respondentů (20,41%) se domnívají, že mají dostatek času pro efektivní edukaci. 20 respondentů (40,82%) hodnotí situaci spíše kladně. 6 respondentů (12,24%) je spíše nespokojeno a 13 (26,53%) není s poskytnutým časem spokojeno vůbec. I přes většinu kladných odpovědí na hodnocení časových podmínek, na otázku, kolik tráví času edukací, bylo až překvapivě hodně odpovědí 1-15 minut. Takto odpovědělo 29 respondentů (59,18%). 17 respondentů (34,69%) edukuje 16-30 minut. Možnosti 31 – 45 min. a 46 – 60 min. využil jeden respondent (2,04%). Milé, ale celkem pochybné překvapení byla odpověď jednoho respondenta (2,04%), který edukuje 61 a více minut. Z výzkumu je patrné, že sestry nemají dostatek času, není v jejich silách během směny pokrýt veškeré činnosti, které musí splnit a to především kvůli organizačním a finančním důvodům. Dle mého názoru rozhraní 15 minut se nedá ani zdaleka považovat za dostatek času pro efektivní edukaci, což se mi potvrdilo i z průzkumu mezi pacienty, kteří jako největší problém viděli právě rychlé podání informací kvůli nedostatku času. Edukace je náročný proces, který musí probíhat v klidném, příjemném prostředí a hlavně by si na něj měl zdravotník udělat dostatek času. Vzhledem k obsahu edukace by se mělo časové rozhraní pohybovat zhruba okolo 45-60 minut, což je ideální čas, pro stanovení cílů, pro samotné předání informací, ověření pochopení informací, pro otázky pacientů, zhodnocení edukace, ale i diskuzi o daném tématu edukace.

Dále byly všeobecné sestry dotazovány, kde získávají informace potřebné pro edukaci pacientů. Nejčastěji zmiňovaným zdrojem byly edukační a ošetrovatelské standardy, které označilo 32 respondentů (35,96%), 22 respondentů (24,72%) uvedlo edukační materiály oddělení/kliniky. Z odborné literatury čerpá 14 respondentů (15,73%), z internetu čerpá 19 respondentů (21,35%) a možnost jiné byla zvolena 2 respondenty (2,25%), kde byla zmíněna staniční sestra.

Poslední zjišťovanou věcí byl zájem respondentů o výukové akce, nebo semináře v oblasti edukace pacientů. Výsledek mě moc potěšil. 39 sester (79,59%) by semináře uvítalo a pouze 10 sester (20,41%) o ně zájem nemělo. Pozitivně hodnotím aktivní zájem sester o semináře a jsem ráda, že je nevidí jen jako povinnost, kterých se musí účastnit.

V této práci bylo stanoveno 6 pracovních hypotéz, které se po zpracování výsledků dotazníků buď potvrdily, nebo nepotvrdily.

První hypotéza byla formulována takto: „Nejčastější formou edukace sester je rozhovor“. K této hypotéze byly přiděleny otázky č. 4,6,8 dotazníku pro sestry a otázky č. 5,7 z dotazníku pro pacienty. Bylo stanoveno kritérium: Více než 60% respondentů označí ústní formu edukace. Hypotéza byla na základě zpracování výsledků potvrzena, jak ze strany všeobecných sester, kdy ze všech 49 respondentů (100%) edukuje pacienty 41 respondentů (83,67%) ústní formou edukace s poskytnutím edukačních materiálů, tak ze stran pacientů, kdy z celkového počtu 50 respondentů (100%) bylo ústně pomocí rozhovoru edukováno 43 respondentů (86,00%). Edukační materiál dostalo 24 respondentů (48,00%).

Ke druhé hypotéze „Většina sester pozitivně hodnotí podmínky potřebné pro edukaci pacientů“ se vztahovaly otázky č. 9,19,22 a kritérium: Více než 60% respondentů pozitivně ohodnotí podmínky potřebné pro edukaci pacientů. Hypotéza byla na základě výsledků potvrzena. Podle hodnocení samotných všeobecných sester je na odděleních k využití dostatečné množství edukačních materiálů pro edukaci pacientů s epilepsií. Pozitivně také zhodnotily potřebný čas pro edukaci a materiály k podkladům pro edukaci, kde nejčastěji čerpají z edukačních a ošetrovatelských standardů a edukačních materiálů oddělení/kliniky.

Ke třetí hypotéze „Pacienti považují edukaci ze strany sester za dostačující“ bylo stanoveno kritérium: Více než 60% respondentů na otázky 7,9,10,12 odpoví kladně (ano, spíše ano). Tato hypotéza potvrzena nebyla. Většina pacientů (45; 70,00%) odpověděla kladně na otázku, zda považují informace poskytnuté sestrou za dostačující. Na otázku, zda byly poskytnuté informace pro ně srozumitelné, také většina pacientů (47; 94,00%) odpověděla kladně. Pacienti, kterým byl poskytnut edukační materiál, taktéž kladně

ohodnotily poskytnutý čas pro prostudování materiálu. Bohužel z celkového počtu 50 (100%) respondentů edukační materiál většina respondentů (26; 52,00%) neobdrželo, proto hypotéza není potvrzena. Vzhledem k poslednímu výsledku, kde se odpovědi lišily pouze o 2 respondenty, domnívám se, pokud by byl průzkum uskutečněn mezi větším počtem respondentů, bylo by více respondentů, kteří materiál obdrželi, a hypotézu by bylo možné potvrdit.

Čtvrtá hypotéza zní „Za nejčastější problém v rámci edukace považují pacienti nedostatek času“. K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 12,13,14,15 a kritérium: Více než 60% respondentů uvede nedostatek času jako nejčastější problém v rámci edukace. Tato hypotéza potvrzena nebyla. Z výsledků šetření vyplynul rozpor mezi odpověďmi respondentů. 23 respondentů (46,00%) poskytnutým informacím nerozumělo a jako nejčastější důvod uvedlo rychlé podání informací, kvůli nedostatku času, nicméně pro většinu respondentů byly všechny informace srozumitelné, všech 50 respondentů (100,00%) bylo s poskytnutým časem pro dotazy spokojeno a 49 respondentům (92,00%) bylo sestrou na dotazy odpovězeno. Problém u této hypotézy mohl být na mé straně, kdy byla nejspíš špatně formulovaná otázka, na straně pacientů, kteří se buď nevěnovali zadání otázky, nebo jen nepochopení souvislostí mezi otázkami.

Pátá hypotéza zní: „Pacienti se orientují v nutných režimových opatřeních“. K této hypotéze bylo stanoveno kritérium: Více než 60% respondentů zodpoví správně otázky 19,20,21,22. Tato hypotéza byla potvrzena. Podle vlastního názoru se 44 respondentů (88,00%) domnívá, že se ve své nemoci orientují, což potvrzují i správné odpovědi týkajících se spánkového režimu, činností způsobujících epileptický záchvat a úpravy domácího prostředí. Většina pacientů na tyto otázky odpověděla správně, nicméně ne všichni označili všechny správné možnosti v dané otázce, malá část 11 respondentů nedokázala na činnosti a úpravu prostředí odpovědět. I přes pozitivní výsledek, je nutné si ověřit, zda jsou informace srozumitelné, zda ví, jaké opatření by měli dodržovat, protože stále jsou oblasti, kde mají pacienti rezervy a které jsou nutné zlepšit.

## ZÁVĚR

V této práci byly stanoveny 2 hlavní cíle. Prvním cílem bylo „Zmapovat edukační proces u pacientů s epileptickými záchvaty“. Dílčími cíli bylo „Zjistit, jakou osobou jsou pacienti informováni“, „Jakou formou edukace probíhá“ a „Jakých oblastí se edukace týká“. Druhým cílem bylo „Zjistit do jaké míry jsou nemocní informováni“. Dílčími cíli bylo „Zjistit, zda jsou pacienti s poskytnutými informacemi spokojeni“ a „Zjistit, zda se pacienti v režimových opatřeních orientují“. Tyto cíle jsme zjišťovali formou anonymních dotazníků, pomocí kterých jsme stanovené cíle splnili.

Přestože výsledky našeho výzkumu byly převážně pozitivní, jsou stále oblasti, ve kterých mají všeobecné sestry rezervy a je potřeba se na ně zaměřit a zlepšit. Stále by měla být zvyšována snaha o zapojení sester do edukačního procesu. Je nutné také zaměřit edukaci směrem k rodinám pacientů, ale především aktivně zapojovat pacienty do procesu edukace, a to převážně ke společnému stanovení cílů a výběru metod. Je také potřeba prosazovat a používat edukační materiály, které napomáhají k efektivní edukaci. Dle mého názoru, jelikož proces edukace probíhá velmi individuálně, měly by se všeobecné sestry připravovat na každou edukaci, kterou vykonávají, a ne jen při nové problematice, nebo pokud již dlouho needukovaly, i vzhledem k novým poznatkům v tomto oboru. Pokud jde o oblasti edukace, byly výsledky uspokojivé, nicméně i zde jsou rezervy. Všeobecné sestry by měli všem pacientům poskytovat stejné, ucelené informace a to ve všech možných oblastech, do kterých epilepsie zasahuje. Je také důležité vytvořit vhodné prostředí a vytvoření soukromí při poskytování informací. Myslím si, že informace o důležitosti, zásadách, metodách i dalších oblastech edukace, ale i praktické návody, podklady, by měli být nezbytnou součástí každého vzdělávacího kurzu určeného všeobecným sestram.

Tato práce může být použita jako podklad pro vytvoření edukačního materiálu, nebo vytvoření struktury edukačního plánu. Dále by se prostřednictvím této práce, mohl vytvořit seminář týkající se edukace epileptiků, který by i podle výzkumu valná většina respondentů uvítala. Výsledky tohoto průzkumného šetření budou nabídnuty nemocnicím, které umožnili dotazníkové šetření a prezentovány na odborných konferencích. Dále tuto práci mohou využít i studenti oboru ošetrovatelství jako studijní materiál.

Výstupem práce je vytvoření desatera zásad epileptika, které je určeno nejen nemocným, ale i rodinným příslušníkům popř. kamarádům, spolupracovníkům. Po dohodě s vrchní sestrou budou umístěni do čekáren neurologických ambulancí a budou také nabídnuty soukromím ordinacím.

## POUŽITÉ INFORMAČNÍ ZDROJE

1. SEIDL, Zdeněk a OBENBERGER, Jiří. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.
2. AMBLER, Zdeněk. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. 5. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 399 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0894-4.
3. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
4. TYRLÍKOVÁ, Ivana a kol. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 288 s. ISBN 80-7013-287-6.
5. MORÁŇ, Miroslav. *Praktická epileptologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 137 s. ISBN 80-725-4352-0.
6. *Sestra a urgentní stavy*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008. 549 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2548-2.
7. Společnost „E“. *Epilepsie: Základní informace*. 1. vyd. Praha: Společnost „E“. 1997. 7s. Edukační materiál pro epileptiky
8. PLAS, Jaroslav. *Speciální chirurgie: Neurochirurgie*. 1. vyd. Editor Miroslav Zeman. Praha: Galén, c2000. 111 s. Scripta (Galén). ISBN 80-726-2075-4.
9. NÁHLOVSKÝ, Jiří. *Neurochirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 581 s. ISBN 80-726-2319-2.
10. SHACKLETON, Darian Peter. *Living with epilepsy: long term prognosis and psychosocial outcomes*. Leiden: Universiteit Leiden, 2002. 167 s. ISBN 90-77017-65-8.
11. KELNAROVÁ, Jarmila. *První pomoc I: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 112 s. ISBN 978-802-4721-828.
12. Společnost „E“. *Epilepsie- první pomoc při záchvatech*. 1. vyd. Praha: Společnost „E“, 2011. 6 s. Edukační materiál pro epileptiky
13. Společnost „E“. *Epilepsie: Epilepsie a dítě*. 1. vyd. Praha: Společnost „E“, 1997. 7 s. Edukační materiál pro epileptiky
14. FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.



15. PIPEKOVÁ, Jarmila, ed. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
16. SPOLEČNOST „E“. *Epilepsie a psychologická péče*. Praha: Společnost „E“, 2004. 10 s. Edukační materiál pro epileptiky
17. *Společnost „E“* [online]. [cit. 4. 9. 2012] Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz>
18. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty- interna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 188, [4] s. Sestra. ISBN 978-802-4717-753.
19. *Sestra a urgentní stavy*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008. 549 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2548-2.
20. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 350 s., [16] s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-1830-9.
21. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
22. SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Neurologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, c2006. 165 s. ISBN 80-806-3218-9.
23. NEMCOVÁ, Jana. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Editor Edita Hlinková. Martin: Osveta, c2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
24. MAGUROVÁ, Dagmar a MAJERNÍKOVÁ, Ludmila. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
25. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 77 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-712.
26. SPOLEČNOST „E“. *Epilepsie a ochrana proti úrazům*. Praha: Společnost „E“, 2007. 6 s. Edukační materiál pro epileptiky
27. SPOLEČNOST „E“. *Epilepsie – Volný čas a sport*. Praha: Společnost „E“, 2011. 4 s. Edukační materiál pro epileptiky
28. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2007. 568 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2240-5.
29. KŘÍŽKOVÁ, Markéta. *Edukační činnost sestry u pacientů s epilepsií*. Č. Bud., 2012. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta
30. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

## **SEZNAM GRAFŮ**

- Graf č. 1 Dosažené vzdělání respondentů
- Graf č. 2 Délka praxe respondentů
- Graf č. 3 Pracovní pozice respondentů
- Graf č. 4 Edukace klientů s epilepsií
- Graf č. 5 Oblasti edukace klientů
- Graf č. 6 Metody edukace
- Graf č. 7 Podíl klienta ne výběru edukační metody
- Graf č. 8 Využití edukačních materiálů
- Graf č. 9 Dostatek edukačních materiálů
- Graf č. 10 Využití názorných pomůcek
- Graf č. 11 Druhy názorných pomůcek
- Graf č. 12 Stanovení cílů spolu s klientem
- Graf č. 13 Zapojení rodiny do edukace
- Graf č. 14 Místo pro poskytování informací
- Graf č. 15 Ověření poskytnutých informací
- Graf č. 16 Hodnocení účinnosti edukace
- Graf č. 17 Záznam edukace
- Graf č. 18 Důležitost sestry v edukačním procesu
- Graf č. 19 Čas a efektivní edukace
- Graf č. 20 Časové rozhraní edukace
- Graf č. 21 Příprava na edukaci
- Graf č. 22 Zdroj informací pro edukaci
- Graf č. 23 Výukové akce, semináře v edukaci klientů
- Graf č. 24 Hospitalizace na neurologickém oddělení
- Graf č. 25 Poskytování informací
- Graf č. 26 Místo poskytování informací
- Graf č. 27 Prostředí při poskytování informací
- Graf č. 28 Forma edukace
- Graf č. 29 Oblasti edukace
- Graf č. 30 Poskytnutí edukačních materiálů
- Graf č. 31 Zájem o edukační materiál
- Graf č. 32 Možnost prostudování materiálu

- Graf č. 33 Spokojenost s informacemi
- Graf č. 34 Hledání informací z jiných zdrojů
- Graf č. 35 Srozumitelnost informací
- Graf č. 36 Důvody nepochopení
- Graf č. 37 Čas a prostor pro dotazy
- Graf č. 38 Odpovězení otázek pacientů
- Graf č. 39 Přítomnost příbuzných při edukaci
- Graf č. 40 Využití možnosti přítomnosti příbuzných
- Graf č. 41 Zhodnocení edukace
- Graf č. 42 Orientace v nemoci
- Graf č. 43 Spánkový režim
- Graf č. 44 Činnosti způsobující záchvat
- Graf č. 45 Úprava domácího prostředí

## **SEZNAM ZKRATEK**

**CNS**- centrální nervový systém

**ICEES**- International classification of epilepsy and epileptic syndromes

**PM**- petit mal- malý epileptický záchvat

**GM**- grand mal- velký epileptický záchvat

**EEG**- elektroencefalografie

**EMG**-elektromyografie

**CT**- computed tomography

**MRI**- magnetic resonance paging- magnetická rezonance

**PET**- Pozitronová Emisní Tomografie

**SPECT**- Single photon emission computed tomography- Jednofotonová emisní výpočetní tomografie

**VNS**- vagus nervus stimulation- stimulace nervus vagus

**NANDA**- North American Nursing Diagnosis Association - severoamerická asociace pro sesternské diagnózy

**CD**- compact disc

**DVD**- Digital Video Disc

**MP3**- Motion Pictures Experts Group (MPEG)

**FN**- fakultní nemocnice

**Aj.** - a jiné

**Atp.** - a tak podobně

**Např.** - například

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Klasifikace epilepsie, záchvatů, sémiologická klasifikace, klasifikace věkově vázaných syndromů

Příloha 2 Dotazník pro všeobecné sestry

Příloha 3 Dotazník pro pacienty

# PŘÍLOHA 1

Tab. 1: Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů 1981 (ILAE)

<b>1. Ložiskové (parciální, fokální, lokalizované)</b>
1.1. Ložiskové jednoduché (simplexní) s příznaky <ul style="list-style-type: none"><li>• motorickými</li><li>• senzitivními a senzorickými</li><li>• autonomními</li><li>• psychickými</li></ul>
1.2. Ložiskové komplexní <ul style="list-style-type: none"><li>• ložiskové jednoduché s následnou poruchou vědomí<ul style="list-style-type: none"><li>- s jednoduchými klinickými projevy a následnou poruchou vědomí</li><li>- s automatismy</li></ul></li><li>• s iniciální poruchou vědomí<ul style="list-style-type: none"><li>- pouze porucha vědomí</li><li>- s automatismy</li></ul></li></ul>
1.3. Ložiskové se sekundární generalizací <ul style="list-style-type: none"><li>• jednoduché ložiskové se sekundární generalizací</li><li>• komplexní ložiskové se sekundární generalizací</li><li>• jednoduché ložiskové s přechodem do komplexních, a poté se sekundární generalizací</li></ul>
<b>2. Generalizované</b>
2.1. Absence <ul style="list-style-type: none"><li>• typické</li><li>• atypické</li></ul>
2.2. Myoklonické
2.3. Klonické
2.4. Tonické
2.5. Tonicko-klonické
2.6. Atonické
<b>3. Neklasifikovatelné</b>

Zdroj: <http://telemedicina.med.muni.cz/pdm/detska-neurologie/res/f/tab1a-mezinarodni-klasifikace-epilepticky-zachvatu-ilae-1981.jpg>

Tab. 2.: Mezinárodní klasifikace epilepsií a epileptických syndromů (1989)

<b>1. Ložiskové (fokální, parciální) epilepsie a epileptické syndromy</b>
<b>1.1. Idiopatické věkově vázané</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• benigní epilepsie dětského věku s centrotemporálními hroty</li> <li>• epilepsie dětského věku s okcipitálními výboji</li> <li>• primární reflexní epilepsie se záchvaty vyprovokovanými čtením</li> </ul>
<b>1.2. Symptomatické</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dětská varianta chronické progresivní epilepsia partialis continua (Koževnikov)</li> <li>• záchvaty se specifickými provokačními faktory</li> <li>• jiné epilepsie a epileptické syndromy podle lokalizace a etiologie</li> </ul>
<b>1.3. Kryptogenní</b>
<b>2. Generalizované epilepsie a epileptické syndromy</b>
<b>2.1. Idiopatické</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• benigní familiární novorozenecké křeče</li> <li>• benigní novorozenecké křeče</li> <li>• benigní infantilní myoklonická epilepsie</li> <li>• epilepsie s typickými absencemi (pyknolepsie)</li> <li>• juvenilní absence</li> <li>• juvenilní myoklonická epilepsie</li> <li>• epilepsie s generalizovanými tonickými/klonickými záchvaty po probuzení</li> <li>• jiné generalizované idiopatické epilepsie neuvedené výše</li> <li>• epilepsie se záchvaty vyprovokovanými spec. faktory (např. reflexní epilepsie)</li> </ul>
<b>2.2. Kryptovenní a/nebo symptomatické syndromy</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Westův syndrom – infantilní spasmy</li> <li>• Lennox Gastautův syndrom</li> <li>• epilepsie s myoklonicko-astatickými záchvaty (Dooseho syndrom)</li> <li>• epilepsie s myoklonickými absencemi</li> </ul>
<b>2.3. Symptomatické</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• s nejednotnou etiologií</li> <li>• časná myoklonická encefalopatie</li> <li>• časná infantilní epileptická encefalopatie se suppression burst vzorcem</li> <li>• jiné symptomatické generalizované epilepsie neuvedené výše</li> <li>• specifické etiologicky vyhraněné syndromy (např. při malformacích CNS nebo vrozených vadách metabolismu)</li> </ul>
<b>3. Epilepsie a epileptické syndromy nezařaditelné jako ložiskové či generalizované</b>
<b>3.1. Epilepsie s generalizovanými i ložiskovými záchvaty</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• novorozenecké křeče</li> <li>• maligní infantilní myoklonická epilepsie</li> <li>• epilepsie s kontinuálními výboji hrot-vlna v pomalém spánku</li> <li>• získaná epileptická afázie (Landau-Kleffnerův syndrom)</li> <li>• jiné epilepsie neuvedené výše</li> </ul>
<b>3.2. Epilepsie s nedefinovatelnými záchvaty</b>
<b>4. Zvláštní syndromy</b>
<b>4.1. Vyprovokované záchvaty</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• febrilní záchvaty</li> <li>• záchvaty vyprovokované akutní metabolickou či toxickou noxou</li> </ul>
<b>4.2. Izolovaný záchvat či status epilepticus</b>

Zdroj: <http://telemedicina.med.muni.cz/pdm/detska-neurologie/index.php?pg=epilepsie-epilepticke-syndromy>

**Tab. 3: Sémiologická klasifikace záchvatů**

<p><b>1. Epileptický záchvat</b></p> <p><b>1.1. Aura</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Somatosenzorická</li><li>- Vizuální</li><li>- Auditorská</li><li>- Olfaktorická</li><li>- Gustatorická</li><li>- Psychická</li><li>- Epigastrická</li><li>- Autonomní</li></ul> <p><b>1.2. Absence</b></p> <p><b>1.3. Motorický záchvat</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Jednoduchý</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Klonický</li><li>- Tonický</li><li>- Tonicko-klonický</li><li>- Atonický</li><li>- Myoklonický</li><li>- Verzivní</li></ul></li><li>- <b>Komplexní</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Hypomotorický</li><li>- Automotorický</li><li>- Hypermotorický</li></ul></li></ul> <p><b>2. Neklasifikovatelný záchvat</b></p>
--

Zdroj: MORÁŇ, Miroslav. *Praktická epileptologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 137 s. ISBN 80-725-4352-0.



**Tab. 4: Klasifikace věkově vázaných a ostatních epileptických syndromů podle věkových kategorií**

<p><b>I. Od narození do cca 3.měsíců</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• benigní idiopatické novorozenecké křeče – 5. dne (BINNC)</li> <li>• benigní familiární novorozenecké křeče (BFNNC)</li> <li>• časná myoklonická encefalopatie (EME či NNME)</li> <li>• časná infantilní epileptická encefalopatie – Ohtahara (EIEE)</li> </ul>
<p><b>II. Od 4. měsíce do 4. roku</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Westův syndrom (WS)</li> <li>• Lennoxův-Gastautův syndrom (LGS)</li> <li>• myoklonicko-astatická epilepsie – Doose (MAE)</li> <li>• benigní myoklonická epilepsie (BME)</li> <li>• maligní myoklonická epilepsie (SME)</li> <li>• febrilní záchvaty (FC)</li> </ul>
<p><b>III. Od 4. do 12.roku</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dětská absence (CAE)</li> <li>• myoklonická absence (MA)</li> <li>• benigní epilepsie s rolandickými či centrotemporálními hroty BERS nebo BECT)</li> <li>• benigní epilepsie s okcipitálními výboji (BEOP)</li> <li>• benigní psychomotorická epilepsie (BPE)</li> <li>• Landauův-Kleffnerův syndrom (LKS)</li> <li>• epilepsie s kontinuálními výboji v synchronním spánku (ESES)</li> </ul>
<p><b>IV. Od 12. do 18.roku</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• juvenilní absence (JAE)</li> <li>• juvenilní myoklonická epilepsie (JME)</li> <li>• epilepsie s velkými záchvaty při probouzení (GMA)</li> </ul>
<p><b>V. Ostatní epileptické syndromy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koževníkovův v Rasmussenův syndrom (KS, RS)</li> <li>• fotosenzitivní epilepsie</li> <li>• „reading“ epilepsie</li> <li>• epilepsie s extrémními somatosenzorickými evokovanými potenciály</li> <li>• unilaterální záchvaty (US/HHE)</li> <li>• benigní parciální záchvaty v dospívání (BPSA)</li> <li>• dětské velké záchvaty (CGMS)</li> <li>• Aicardiho syndrom (AS)</li> <li>• progresivní myoklonické epilepsie (PME)</li> <li>• syndrom frontální epilepsie</li> <li>• syndrom temporální epilepsie</li> <li>• syndrom mesiotemporální limbické epilepsie MTLE)</li> </ul>

Zdroj: <http://telemedicina.med.muni.cz/pdm/detska-neurologie/res/f/tab5-klasifikace-vekove-vazanych-a-ostatnich-es.jpg>

# PŘÍLOHA 2

## Dotazník pro všeobecné sestry

Vážená kolegyně, vážení kolegové,

studuji 3. ročník oboru všeobecná sestra na Západočeské univerzitě v Plzni. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela dobrovolný, anonymní a bude sloužit pouze pro výzkumné účely mé bakalářské práce na téma: „ Role všeobecné sestry v edukačním procesu u epileptických pacientů.“ Odpovědi prosím zakřížkujte, je jedna možná odpověď, pokud není určeno jinak. Současně Vás prosím o co největší upřímnost při jeho vyplňování. Děkuji za Vaši trpělivost, čas a spolupráci.

Monika Formánková

- 1) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - Střední odborné (SZŠ)
  - Vyšší odborné (VOŠ)
  - Vysokoškolské (Bc., Mgr.)
- 2) Jaká je délka Vaší praxe na neurologickém oddělení?
  - 1 – 5 let
  - 6 – 10 let
  - 11 – 15 let
  - 16 a více let
- 3) V jaké pozici pracujete?
  - směnová sestra na oddělení
  - sestra na ambulanci
  - staniční sestra
  - vrchní sestra
  - jiné (prosím vypište) .....
- 4) Edukujete pacienta s epilepsií?
  - Ano
  - Ne
- 5) V jaké oblasti edukujete klienta? (možno více odpovědí)

<input type="checkbox"/> Onemocnění	<input type="checkbox"/> Zásady užívání léků
<input type="checkbox"/> Poskytování první pomoci při záchvatu	<input type="checkbox"/> Aktivita, sporty
<input type="checkbox"/> Příprava na vyšetření	<input type="checkbox"/> Spánkový režim
<input type="checkbox"/> Rizikové faktory spojené s epilepsií	<input type="checkbox"/> Strava, tekutiny
<input type="checkbox"/> Úprava domácího prostředí	<input type="checkbox"/> Zaměstnání
<input type="checkbox"/> Možnost domácí péče	<input type="checkbox"/> Komplikace, důvody k návštěvě lékaře
<input type="checkbox"/> Kontakt na svépomocné skupiny, sdružení, psychology	<input type="checkbox"/> Jiné, prosím vypište.....
- 6) Jakou metodou provádíte edukaci?
  - Písemně
  - Ústně
  - Video
  - Jiné, prosím vypište.....
- 7) Podílí se klient na výběru edukační metody?
  - Ano
  - Ne
- 8) Využíváte při edukaci edukační materiály?
  - Ano
  - Ne

- 9) Máte na oddělení dostatek edukačních materiálů týkajících se epilepsie?
- Ano
  - Spíš ano
  - Ne
  - Spíš ne
- 10) Využíváte názorných pomůcek?
- Ano
  - Ne
- 11) Pokud ano, jaké pomůcky používáte? (možno více odpovědí)
- Vizuální (fotografie, plakáty, obrazy...)
  - Textové (letáky, brožury, sešity...)
  - Audiovizuální (výukové filmy, pořady...)
  - Auditivní (mluvené slovo)
  - Jiné.....
- 12) Stanovujete cíle edukace spolu s klientem?
- Ano
  - Spíš ano
  - Ne
  - Spíš ne
- 13) Zapojujete do procesu i rodinu klienta?
- Ano vždy
  - Ano, na žádost klienta
  - Ne
- 14) Kde provádíte edukaci klientů? (více možností)
- V ambulanci
  - Na sesterně
  - Na pokoji před ostatními pacienty
  - Na vyšetřovně
  - Jinde.....
- 15) Ověřujete si zpětnou vazbou (dotazem, předvedením), zda klient informacím porozuměl?
- Ano
  - Ne
- 16) Hodnotíte účinnost edukace spolu s klientem?
- Ano
  - Ne
- 17) Vedete záznam edukace?
- Ano
  - Ne
- 18) Myslíte si, že role sestry je v edukační činnosti důležitá?
- Ano
  - Ne
- 19) Domníváte se, že máte dostatek času pro efektivní edukaci?
- Ano
  - Spíš ano
  - Ne
  - Spíš ne
- 20) Kolik času trávíte edukací klienta?
- 1-15 min
  - 16-30 min
  - 31-45 min
  - 46- 60 min
  - 60 a více minut

21) Připravujete se na edukaci?

- Ano vždy
- Ano, pokud jsem dlouho needukovala
- Ano, jen při nové problematice
- Nikdy

22) Kde získáváte informace pro edukaci klienta? (možno více odpovědí)

- Edukační / ošetrovatelské standardy
- Edukační materiály oddělení /kliniky
- Internet
- Odborná literatura
- Jiné.....

23) Uvítali byste seminář/ výukové akce v edukaci klientů?

- Ano
- Ne

# PŘÍLOHA 3

## Dotazníky pro pacienty

Vážená paní, Vážený pane.

Jsem studentkou 3. ročníku ošetrovatelství, oboru všeobecná sestra na Západočeské univerzitě v Plzni a tímto Vás žádám o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží pouze pro výzkumné účely mé bakalářské práce na téma: „Role všeobecné sestry v edukačním procesu u epileptických pacientů.“ Vyplnění dotazníku je zcela dobrovolné a anonymní. Současně Vás prosím o co největší upřímnost při jeho vyplňování. Děkuji za Váš čas, trpělivost a spolupráci.

Monika Formánková

- 1) Jste hospitalizován/a na neurologickém oddělení s touto nemocí:
  - poprvé
  - opakovaně
- 2) Kdo Vám poskytl informace o onemocnění?
  - ošetřující lékař
  - všeobecná sestra
  - lékař i sestra
  - jiné, prosím vypište.....
- 3) Kde Vám byly poskytnuty informace?
  - V ambulanci
  - Na oddělení během hospitalizace
  - V ambulanci i na oddělení
  - Jinde.....
- 4) Pokud jste hospitalizován/a na oddělení, v jakém prostředí Vám byly informace poskytnuty?
  - Na sesterně
  - Na vyšetřovně
  - Na pokoji před ostatními pacienty
  - Na pokoji v soukromí
- 5) Jakou formou Vám byly informace poskytnuty?
  - Písemně
  - Ústně
  - Jiné.....
- 6) V jakých oblastech Vás sestra informovala? (více možných odpovědí)

<input type="checkbox"/> Onemocnění	<input type="checkbox"/> Zásady užívání léků
<input type="checkbox"/> Poskytování první pomoci při záchvatu	<input type="checkbox"/> Aktivita, sporty
<input type="checkbox"/> Příprava na vyšetření	<input type="checkbox"/> Spánkový režim
<input type="checkbox"/> Rizikové faktory spojené s epilepsií	<input type="checkbox"/> Strava, tekutiny
<input type="checkbox"/> Úprava domácího prostředí	<input type="checkbox"/> Zaměstnání
<input type="checkbox"/> Možnost domácí péče	<input type="checkbox"/> Komplikace, důvody k návštěvě lékaře
<input type="checkbox"/> Kontakt na sociální skupiny, sdružení, svépomocné skupiny, psychology	<input type="checkbox"/> Jiné.....
- 7) Poskytla Vám sestra edukační materiál? (leták, brožurka...)
  - Ano
  - Ne
- 8) Pokud ne, uvítali byste je?
  - Ano
  - Ne

- 9) Měl/a jste materiál dostatečně dlouho k jeho prostudování?
- Ano
  - Ano, mohl/a jsem si ho nechat
  - Ne
- 10) Považujete informace za dostatečné?
- Ano
  - Spíš ano
  - Ne
  - Spíš ne
- 11) Hledal/a jste si další informace?
- Ano
  - Ne
- 12) Byly pro vás informace srozumitelné?
- Ano, všechny (na otázku 13. neodpovídejte)
  - Ano, jen některé
  - Žádné
- 13) Proč se domníváte, že jste informacím nerozuměl/a?
- Odborné výrazy
  - Rychlé podání informací
  - Nejasné informace
  - Nebyl prostor se zeptat
  - Sestra nebyla ochotna odpovědět
  - Jiné.....
- 14) Byl při edukaci dostatek času a prostoru pro Vaše dotazy?
- Ano
  - Spíš ano
  - Ne
  - Spíš ne
- 15) Odpověděla Vám sestra na všechny vaše dotazy?
- Ano
  - Ne
- 16) Byli při edukaci přítomní Vaši blízcí?
- Ano
  - Ne
- 17) Pokud ne, uvítali byste jejich přítomnost?
- Ano
  - Ne
  - Nevím
- 18) Zhodnotila s Vámi sestra výsledek edukace?
- Ano
  - Ne
- 19) Domníváte se, že na základě získaných informací své nemoci rozumíte?
- Ano
  - Spíš ano
  - Ne
  - Spíš ne
- 20) Jaký spánkový režim byste měl/a dodržovat? (více možných odpovědí)
- Nemám žádné omezení spánku
  - Nesmím spát přes den
  - Mohu jít spát, kdy chci
  - Nesmím dlouho ponocovat ani ráno vyspávat
  - Nevím

21) Jaké jsou činnosti, které by Vám mohly způsobit epileptický záchvat? (více možných odpovědí)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Užívání alkoholu, drog | <input type="checkbox"/> Plavání        |
| <input type="checkbox"/> Jízda na kole          | <input type="checkbox"/> Vynechání léků |
| <input type="checkbox"/> Sledování televize     | <input type="checkbox"/> Stres          |
| <input type="checkbox"/> Rybaření               | <input type="checkbox"/> Pěší turistika |
| <input type="checkbox"/> Práce na pc            | <input type="checkbox"/> Nevím          |
| <input type="checkbox"/> jóga                   |   |

22) Jaké jsou vhodné úpravy domácího prostředí? (více možných odpovědí)

- Používat protiskluzovou podložku
- Opatřit podlahy koberci
- Nepoužívat prosklený nábytek
- Nepoužívat plynový sporák
- Ostré rohy zakrýt plastem
- Nevím