

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Edukační činnost sestry u pacientů s epilepsií

bakalářská práce

Autor práce: Markéta Křížková

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Klára Kubartová

Datum odevzdání práce: 13. 08. 2012

Abstrakt

Téma této bakalářské práce je: Edukační činnost sestry u pacientů s epilepsií. Slovo edukace znamená výchovu a vzdělávání. Epilepsie patří k nejčastějším neurologickým onemocněním. Proto sestra by měla být v této oblasti vzdělaná tak, aby mohla klienta účelně edukovat o dodržování léčebného režimu. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretickou část lze rozdělit na dvě části. V první části se zabývám samotným onemocněním epilepsie. V druhé části popisuji edukaci, její druhy, metody, cíle a fáze. Dále ještě popisuji roli sestry, jako edukátorky, a také obsah edukace u epileptika. Pro výzkumné šetření byl zvolen kvantitativní a kvalitativní výzkum. Kvantitativní šetření bylo provedeno technikou sběru dat dotazníkem pro sestry pracující na neurologickém oddělení. Výsledky z kvantitativního šetření byly znázorněny graficky a vyhodnoceny v diskuzi. Kvalitativní šetření bylo realizováno formou nestandardizovaných rozhovorů s klienty s epilepsií.

V bakalářské práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat znalosti všeobecných sester o metodách edukace pacientů s epilepsií. K tomuto cíli byla stanovena hypotéza: „Sestry znají metody, jak edukovat pacienty s epilepsií.“ Druhým cílem bylo zjistit vědomosti pacientů s epilepsií o léčebném režimu, kteří byli edukováni sestrou a k tomuto cíli byla stanovena výzkumná otázka: „Jaké vědomosti má klient s epilepsií o léčebném režimu po edukaci sestrou?“

Po zpracování výsledků z dotazníků můžeme říci, že hypotéza byla potvrzena. Sestry se orientují v metodách edukace. Ale domnívám se, že sestry nemají moc znalostí o edukaci, jako takové. V této oblasti je stále co zlepšovat.

Zjištěné výsledky z kvalitativního šetření upozornily na to, že mnoho sester není do edukace u klientů s epilepsií ani zapojována. Z rozhovorů vyplynulo, že klienti mají znalosti o léčebném režimu, ale zdají se jim strohé.

Jako výstup práce byl vytvořen informační materiál o základních informacích o léčebném režimu pro klienty s epilepsií (příloha 4). Dále ve své práci uvádím příklad

struktury edukačního plánu v ošetrovatelství (příloha 1). Ten by měl sestřám sloužit, jako podklad pro vedení edukace.

Abstract

The topic of this work is: Educational work of nurse with patients suffering from epilepsy. The word education means upbringing and education. Epilepsy is one of the most common neurological diseases. Nurses should, therefore, be educated in this field in such way that they could teach the patient to follow the treatment regime. The thesis is divided into theoretical and empiric part. In the first part I focus on the epilepsy itself. In the second part I describe the education, its kinds, methods, goals and phases. Furthermore, I describe the role of a nurse as an educator and the content of education of an epileptic patient. Quantitative and qualitative research solution was chosen. Quantitative researching was done with the use of data collecting technique of questionnaire for nurses working at the neurology ward. The results of quantitative research were presented in a chart and evaluated in discussion. Qualitative researching was made in the form of non-standardised interviews with clients suffering from epilepsy.

There were two objectives set by this bachelor thesis. The first one was to map general nurses' knowledge of the methods of education of patients suffering from epilepsy. A hypothesis was set: "Nurses know the methods of education of patients with epilepsy." The second aim was to ascertain the knowledge of patients with epilepsy, educated by nurse, about the treatment regime and a research question was set: "What is the knowledge of patient with epilepsy about the treatment regime after he has been educated by the nurse?"

After processing the results of questionnaire we can say that the hypothesis was confirmed. Nurses are well informed about the methods of education. But I think the nurses have little knowledge about education itself. There is certainly room for improvement.

The results of quantitative research pointed out that many nurses are not engaged in educating clients with epilepsy. The interviews showed that the clients have knowledge about the treatment regime but it seems plain to them.

As an output of this work, an informational material with basic information about treatment regime for patients with epilepsy was created (appendix 4). Furthermore, my

work shows some examples of the structure of educational plan in nursing (appendix 1). It should serve the nurse as a source for education administration.

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 13. 08. 2012

.....

Markéta Křížková

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Kláře Kubartové za odborné vedení a poskytnutí cenných rad při zpracování bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	3
1 Současný stav	4
1.1 Historie epilepsie	4
1.2 Epilepsie.....	4
1.3 Etiologie epilepsie.....	5
1.4 Klasifikace epileptických záchvatů	6
1.5 Diagnostika.....	9
1.6 První pomoc při epileptickém záchvatu.....	13
1.7 Léčba.....	14
1.8 Edukace.....	16
1.8.1 Druhy edukace	18
1.8.2 Metody edukace	19
1.8.3 Cíle edukace.....	20
1.8.4 Fáze edukace.....	21
1.8.5 Role sestry – edukátorky	24
1.8.6 Obsah edukace epileptika	25
2 Cíle práce a hypotézy	28
2.1 Cíle práce.....	28
2.2 Hypotézy	28
3 Metodika	29
3.1 Použité metody	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	29
4 Výsledky	31
4.1 Grafické vyhodnocení dotazníků.....	31
4.2 Rozhovory s klienty	45
5 Diskuze	53
6 Závěr	59

7	Seznam použitých zdrojů	60
8	Klíčová slova	66
9	Přílohy	67

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila proto, že bych se chtěla o této problematice co nejvíce dozvědět. Chtěla bych získat informace týkající se nejen epilepsie jako takové, ale i jak jsou klienti se svým onemocněním srozuměni.

Epilepsie patří k nejčastějším neurologickým onemocněním a představuje určitý zlom v životě nemocného. Tato nemoc s sebou přináší režimová opatření, která by měl nemocný dodržovat v rámci léčebného režimu. Sestra by měla být schopná, podat klientovi informace tak, aby jim porozuměl. Klient a sestra by měli mít mezi sebou vzájemnou důvěru, která je důležitá pro poskytování informací. S tím také souvisí, aby mezi sebou komunikovali. Klient by se měl zeptat na to, čemu nerozumí nebo mu není zcela jasné, a sestra aby mu uměla poskytnout odpověď. Spolupracující klient je nejdůležitější součástí toho, aby léčba byla co nejvíce úspěšná a nedocházelo k dekompenzaci onemocnění.

Sestra jako edukátorka, edukuje nemocného o léčebném režimu. Právě role sestry je nezastupitelná. Sestra je v každodenním styku s nemocným a informace, které získá napomůžou v jeho léčbě. Edukace je uskutečňována pomocí edukačního procesu, kde jsou stanoveny problémy nemocného. V mé práci se chci zabývat rolí sestry, jako edukátorky. Většinu informací právě poskytuje jen lékař. Je třeba, aby byla role sestry v oblasti edukace posilována.

Cílem mé práce bylo zmapovat znalosti sester o metodách edukace pacientů s epilepsií a následně zjistit vědomosti klientů o léčebném režimu, kteří byli edukováni sestrou.

V teoretické části práce jsem se zaměřila na epilepsii a její příčiny, klasifikaci, diagnostiku, léčbu a také na první pomoc při epileptickém záchvatu. Dále jsem se zabývala pojmem edukace. Jaké jsou druhy edukace, metody, fáze a její cíle. S edukací souvisí role sestry jako edukátorky, kterou také popisují ve své práci.

Praktická část byla orientovaná na kvantitativní a kvalitativní výzkum. Zkoumaným souborem byly sestry na neurologickém oddělení a klienti s epilepsií. Kvantitativní šetření bylo provedeno technikou sběrem dat formou dotazníků. Kvalitativní výzkum byl proveden metodou dotazování a ke sběru dat byl použit nestandardizovaný rozhovor.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Historie epilepsie

Nejstarší první dochované medicínské poznatky o epilepsii se tradují asi do roku 2080 před naším letopočtem, tedy do dob babylonských. Epilepsie byla lidově označována jako „svatá nemoc“, „božská nemoc“, „hvězdná nemoc“ a řadou jiných názvů, které většinou směřovali k něčemu nadlidskému, z nebe seslanému či nadpřirozenému. V souvislosti s tím vznikaly i názvy jako „ohavná nemoc“, nebo „nemoc, ze které se zvrací“. Pojmenování, která vznikala, vyjadřovala vztah lidstva k nemoci. Lidé se nadpřirozených jevů vždycky báli, a obávali se i epilepsie a lidí, které tímto onemocněním trpěli. Epilepsie byla vnímána jako nemoc, kterou seslali bozi, jako boží trest. První racionálnější pohled na epilepsii, jako na nemoc mozku, vznesl Hippokrates (1, 2, 3).

Již od starověku je považován svatý Valentin za patrona epilepsie a epileptiků. Nemoc epilepsie je v celém křesťanství doprovázena právě svatým Valentinem. I v pozdním středověku a renesanci je svatý Valentin ve spojení s epilepsií. Na řadě obrazů je svatý Valentin ztvárněn spolu s nemocným epilepsií stojícího, klečícího či ležícího právě u postavy Valentina. Původ jména svatého Valentina pravděpodobně souvisí s německým slovesem „fallen“ – padat. V daných dobách lidé považovali víru ve svatého v pomoci proti nemocem za důležité a mnohdy i za uzdravující (1).

Různou formou epilepsie trpěli i známé osobnosti z historie, jako například římský císař Gaius Julius Caesar, francouzský vojevůdce Napoleon Bonaparte či známý aténský filozof Sokrates a mnoho dalších (4).

1.2 Epilepsie

Epilepsie je nemoc, která je charakterizována opakovanými záchvaty různého typu. Je to chronické neurologické onemocnění, při němž dochází k epizodické změně činnosti mozku. Tyto změny se projeví poruchou vědomí, chování nebo poruchou senzitivních či motorických funkcí. Za základní patogenetický mechanismus je považováno epileptické

ohnisko. Jedná se o různě rozsáhlou populaci neuronů s patologickou elektrickou aktivitou. Epileptický záchvat je vyvolán jako následek abnormálních neuronálních výbojů v CNS se stereotypní manifestací, který trvá několik sekund, minut, výjimečně hodin. Po jeho odeznění může být nemocný zcela bez obtíží. Mozek kteréhokoliv člověka může za určitých podmínek reagovat epileptickým záchvatem na extrémní situaci (např. tzv. požití křečových jedů či elektrické dráždění mozku). Pokud je taková provokace záchvatu stereotypní a podnětem je situace, která nemá na jiné osoby žádný vliv, mluvíme o ní jako o epileptogenním podnětu. Záchvaty, které vznikají u nemocných s epilepsií, jsou zdánlivě zcela neprovokované a jejich příčina spočívá v nemocném samém (2, 5, 6).

Uvádí se, že 5% populace prodělá během života alespoň jednou nějaký epileptický záchvat, ale epilepsii přitom nemá. K této skupině se řadí například děti po febrilních křečích, lidé, kteří prodělali epileptické záchvaty při cévních mozkových příhodách, po operaci mozku nebo při úrazech hlavy. Ročně je nově diagnostikována epilepsie 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%. Nejvyšší výskyt epilepsie v lidské populaci je v prvních letech po narození zejména do tří let věku, a poté kolem období puberty. Období relativně nízkého výskytu epileptického záchvatu je od zhruba dvaceti let věku a poté výskyt epilepsie stoupá znovu ve stáří. První záchvat do 20. roku věku má 75% epileptiků a léky se daří kompenzovat až 90% epilepsií, zbylých 10% je k medikamentózní léčbě alespoň částečně rezistentních (2, 6, 7).

1.3 Etiologie epilepsie

Epilepsie může mít mnoho příčin a není to choroba s jedinou příčinou. Epileptické záchvaty se dělí dle etiologického hlediska na idiopatické, symptomatické a kryptogenní (7).

Idiopatické neboli primární epilepsie nemají přesně definovanou příčinu, může jít o velmi malé ložisko. Předpokládá se, že příčina je převážně dědičná neuronální abnormalita. Jsou věkově vázány, což znamená, že začínají v určitém věku a některé z nich v určitém

věku také skončí. Týká se asi 75% mladých dospělých a malého procenta dětí do tří let. Tato forma epilepsie začíná mezi druhým až čtrnáctým rokem (1, 4, 7, 8).

Synonymem epilepsie symptomatické je sekundární. Jejich příčina je známá a jejich ložisko je lokalizováno. Epileptický záchvat může být symptomem nebo jedním z projevů určitého definovaného poškození mozku. Příčinou onemocnění, které mohou způsobit onemocnění epilepsie, jsou například cévní postižení mozku, degenerativní onemocnění mozku, nádorová onemocnění, traumata a infekční onemocnění mozku. Do této skupiny lze i zařadit skupinu nemocných, jejichž mozek byl poškozen v období porodu. V prenatálním období jsou to například infekce či toxické látky, vědomě nebo nevědomě užívané matkou. Významným rizikem v perinatálním období je hypoxické poškození mozku v průběhu porodu (1, 4, 7, 8).

Kryptogenní epilepsie jsou nověji nazývané pravděpodobně symptomatické. To znamená, že mají blíže ke skupině symptomatické epilepsie, ale charakter onemocnění mozku nelze přesně definovat (1, 4, 7, 18).

1.4 Klasifikace epileptických záchvatů

Typ záchvatu závisí na způsobu postižení mozkové tkáně, zda – li jde o poruchu generalizovanou nebo lokalizovanou. Epileptické záchvaty se dělí na generalizované a parciální (5, 8).

Generalizované záchvaty se vyznačují tím, že epileptické výboje začínají hned od počátku náraz v obou mozkových hemisférách. Mohou být s křečemi nebo bez křečí. Většinou je od počátku změněné vědomí a postihují i motoriku (1, 5, 9).

Tonicko – klonické záchvaty vznikají náhle a typické je pro ně výkřik nemocného. Jsou spojeny s náhlou ztrátou vědomí s pádem. K pádu dochází v souvislosti s generalizovanou křečí, která postihuje všechno svalstvo a nejdříve je flexní a poté přechází v extenzní charakter. Tonická fáze je dlouhá asi 30 až 60 sekund a následně přechází do druhé fáze klonické. Klonicky generalizované křeče postihují žvýkáci a obličejové svalstvo a nemocný se může pokousat. Tato fáze trvá 1 až 2 minuty. Charakter tonické křeče je

déletrvající svalová kontrakce a charakter klonické křeče je střídání svalové kontrakce s relaxací. Po té následuje fáze pozáchvatová s celkovým ochabnutím svalů (hypotonií) s uvolněním svěračů často spojená s inkontinencí. Postupně se nemocný probírá a na průběh záchvatu má amnézii. Někdy mívá nemocný bolest hlavy, svalů, cítí se unavený, vyčerpaný a dochází i k pokousání jazyka. Záchvat je doprovázen řadou klinických příznaků mezi ně patří mydriatické zornice, tachykardie, poruchy dechu, cyanóza v důsledku porušení mechaniky dýchání, v křečové fázi i časné pozáchvatové fázi je apnoe. Takto popsaný záchvat může být projevem primárně i sekundárně generalizované epilepsie. Dříve se tento záchvat označoval také „grand mal“ nebo – li velký záchvat. Charakter generalizovaného záchvatu může být jen klonický nebo tonický, případně pouze myoklonie (1, 4, 5, 6).

Absence se objevují u dětí nad 3 roky věku. Jedná se o náhlou ztrátu vědomí s pohybovými automatismy, stočení očí vzhůru, záškuby obličejového svalstva, polykání, svírání rukou v pěst. Postižený se zarazí v činnosti, chování či řeči se strnulým pohledem a někdy nápadným zblednutím. Není schopen pokračovat v činnosti a předměty mu mohou vypadnout z ruky. Při záchvatu postižený nereaguje na okolí, ale nepadá neboť posturální tonus zůstává zachován. Doba trvání záchvatu je od několika sekund do půl minuty. Během dne může být těchto záchvatů desítky až stovky. U dětí, které chodí do školy, kumulované výpadky vědomí ruší pozornost. Tento záchvat se v minulých letech označoval jako „petit mal“, tzv. malé záchvaty (1, 4, 5, 6).

Infantilní spasmy se vyskytují u dětí v prvních třech letech, obvykle kolem šestého měsíce věku. Jsou charakteristické náhlou flexí horních končetin s rychlým předklonem hlavičky a trupu při současné extenzi dolních končetin. Délka trvání záchvatu je 5 – 10 vteřin. Jsou často spojovány s různě patologickými změnami CNS. Mentální retardace se vyskytuje u 70-90% postižených (1, 4, 5, 6).

Atonické záchvaty vznikají náhlou ztrátou tonu posturálních svalů s následným pádem a současně se vyskytne různě dlouhá porucha vědomí. Doba trvání záchvatu nepřesáhne několik sekund (1, 4, 5, 6).

Parciální záchvaty mají lokalizovanou oblast epileptického ložiska, ve kterém jsou přítomny patologicky fungující nervové buňky, které způsobují vznik epileptické aktivity. Podle toho, jaký má charakter epileptické ložisko, mohou se projevovat specifickými motorickými, senzitivními a sensorickými, vegetativními nebo psychickými příznaky. Rozdělují se na parciální záchvaty se simplexní symptomatikou, záchvaty s komplexní symptomatikou a na záchvaty sekundárně generalizované (4, 7, 8).

Parciální záchvaty se simplexní symptomatikou probíhají bez narušení vědomí a trvají několik minut. V průběhu záchvatu je postižený orientován. Jak již bylo zmíněno, záchvat se může projevovat různými příznaky. Pro motorické příznaky je charakteristické, že se jedná o tonické, častěji klonické křeče. Křeče se objevují v jedné horní nebo dolní končetině nebo na polovině obličeje. Motorické záchvaty vycházejí z ložiska, které je lokalizováno v gyrus precentralis kontralaterální hemisféry. Dané ložisko může zůstat na jednom místě, kdy je záchvat omezen, i jen na jeden segment končetiny nebo se šíří po celém precentrálním gyru po mozkové kůře, jako Jacksonovy motorické záchvaty. Při senzitivní symptomatice vznikají záchvaty iritací korových smyslových analyzátorů. Parestázie (mravenčení, brnění) nebo i bolesti mohou být omezené na jediné místo, například jeden z prstů protilehlé ruky, tak se mohou postupně šířit v podobě Jacksonovy senzitivní záchvaty. Vegetativní záchvaty jsou časté a projevují se změnou frekvence srdce, dechu, pocením, poruchou zornicových reakcí, bolestí na hrudi (1, 5, 9).

Parciální záchvaty s komplexní symptomatikou se převážně liší od záchvatů se simplexní symptomatikou tím, že od počátku nebo v průběhu záchvatu většinou nastává kvalitativní nebo kvantitativní porucha vědomí s následnou amnézií. Záchvaty se také nazývají jako psychomotorické, temporální či frontální. Před vlastním záchvatem se někdy dostavuje krátce trvající aura nebo – li předzvěst záchvatu. Její charakter odpovídá konkrétní lokalizaci epileptického výboje. Jedná se o různé halucinace nebo pseudohalucinace, např. čichové, chuťové, zrakové, sluchové nebo i projevy somatické (nepříjemné viscerální pocity stoupající do hrudi i krku). Dále se mohou objevit iluze již viděného (pocit, že nemocný již neznámou osobu, či věc někdy viděl), slyšeného nebo

prožitého. Samotný záchvat je charakteristický náhlou poruchou chování a jednání. Nemocný je pohledem nepřítomen, zmatený. Je schopen v záchvatu komunikace, ale většinou mluví nesrozumitelně. Mohou se objevit různé pohybové automatismy, jako je běh nebo chůze, oblékání nebo svlékání. Automatismy provádí nemocný správně, bez neobratnosti, které jsou neúčelné. Často se vyskytují orální automatismy, kterými je mlaskání, žvýkání, polykání. Délka trvání záchvatu je obvykle několik vteřin až minut (1, 5, 9).

Parciální záchvaty sekundárně generalizované jsou záchvaty, které přejdou do generalizovaného záchvatu tonicko – klonických křečí, to znamená, že se druhotně rozšíří do obou mozkových hemisfér. Samotný průběh generalizovaného záchvatu tonicko – klonických křečí může být asymetrický, postihuje více jednu polovinu těla, zejména na jeho začátku. Jiným projevem sekundárně generalizovaného záchvatu jsou pozáchvatové výpadové projevy, hlavně pozáchvatová hemiparéza nebo afázie, které mohou trvat obvykle několik hodin nebo jen několik minut anebo naopak několik dnů. Po záchvatu může dojít ke zhoršení celkového stavu neurologického nálezu, který byl již před záchvatem (1, 5, 9).

1.5 Diagnostika

Vyšetřovací postup epilepsie v sobě zahrnuje vyšetření klinická, jako je například neurologické, neurozobrazovací morfologická a funkční, laboratorní a EEG. Pro správné určení diagnózy je také velmi důležitá anamnéza a objektivní popis záchvatu (10, 11).

Anamnéza spočívá ve sběru dat buď od samotného nemocného nebo od svědků. Jestliže se jednalo o záchvat s poruchou vědomí, je na místě vyslechnout svědka, který byl přítomen záchvatu (rodina, spolupracovníci). Je důležité zjistit za jakých okolností k záchvatu došlo, zda – li to bylo v bdělosti, ve spánku, po probuzení atd. Zjišťuje se, jaké měl nemocný poslední pocity před záchvatem a jaké si pamatuje. Ptáme se na přítomnost a povahu aury. Někteří nemocní mohou mít i několik dní předem nepříjemné pocity napětí – prodromy. Svědek by měl být schopen uvést dobu trvání záchvatu. Také by měl uvést stav

po záchvatu. Většinou se vědomí po epileptickém záchvatu vrací k normě s různě dlouhou fází amence. Dále by si měl všimnout postiktálních příznaků jako je např. fatická porucha, zmatenost a doby jejich trvání. Měl by se všimnout postavení končetin, strany stočení hlavy, charakteru křečí. Spíše než verbální projev svědka, je lepší pokud by průběh daného záchvatu zahrál. Mezi údaje, které jsou důležité při vyšetřování, patří charakter pohybů či jiných záchvatových projevů. Dále se zjišťuje zda – li je nemocný pokousán, pomočen či pokálen. Pokud došlo k poruše vědomí beze svědků, je anamnéza dosti obtížná. Jinak se posuzuje záchvat, který se objevil jako úplně nový projev, než opakovaný záchvat, který již je diagnostikován (5, 10, 12).

Další informace tvořící anamnézu jsou údaje v oblasti rodinné. Výskyt jiných neurologických nebo psychiatrických nemocí v rodině, prenatalním, perinatálním a postnatálním období, prodělané febrilní záchvaty, úrazy hlavy či zánět mozkových blan a mozku. K farmakologické anamnéze patří dotaz na abúzus alkoholu, užívání léků nebo drog (1, 10).

Anamnestická data odebírá nejen lékař, ale i sestra. Ošetřovatelskou anamnézu odebírá sestra na základě rozhovoru s nemocným, pozorováním, fyzikálním vyšetřením a z dosavadní dokumentace. Poté dané údaje zpracuje a sestaví ošetřovatelskou diagnózu, tedy pojmenování problému nemocného. Sestra v první fázi ošetřovatelského procesu sbírá informace týkající se stravování a příjmu tekutin, spánku a bdění, aktivity a odpočinku, hygienických návyků, soběstačnosti a vylučování. Dále posuzuje stránku psychologickou a sociální (13, 14).

Klinické neurologické vyšetření slouží k vyloučení ostatních onemocnění, která by mohla napodobovat epilepsii. Onemocnění, která mohou epilepsii připomínat jsou například různá psychiatrická onemocnění, mdloby, poruchy srdečního rytmu, nízká hladina glykémie. Při neurologickém vyšetření se vyšetřují šlachookosticové reflexy pomocí neurologického kladívka a poklepem. Vyšetřují se zda jsou výbavné či nikoli. Dále se provádí oční vyšetření, vyšetření kůže k vyloučení neurokutanních nemocí a zjišťují se známky stigmatizace, či vrozených chorob (celkový habitus, tvar a velikost a asymetrie

hlavy a končetin). Lékař rozhodne o dalších vyšetřovacích metodách dle charakteru onemocnění. K dalšímu vyšetření mohou přispět jiní specialisté, jako jsou například kardiolog, internista, psycholog či psychiatr (1, 10, 11, 14).

Elektroencefalografie je metoda, při které jsou snímány elektrické potenciály v mozku. EEG vyšetření má při diagnostice epilepsie nezastupitelný význam, ale uplatňuje se i v monitoraci léčby a při jejím ukončení. Při vyšetření se často používá provokace epileptických výbojů blikavým světlem nebo po nevspání. Jinou metodou je dlouhodobé monitorování video – EEG, kde se souběžně monitoruje EEG, EKG a dále je zaznamenáván obrazový a zvukový záznam. Videomonitoring se nehodí k běžnému sledování nemocných s epilepsií, protože je časově a ekonomicky velmi náročný. Provádí se v souvislosti s pochybnostmi o typu epilepsie, kde se uvažuje o operační léčbě. Jasný náález EEG se nemusí zjistit u všech nemocných s epilepsií (1, 5, 10, 11, 15, 16).

Sestra vysvětluje klientovi přípravu na vyšetření. Jedná se o vyšetření zcela bez bolestné. Informuje ho o tom, že před vyšetřením je třeba si umýt vlasy obyčejným šampónem a nesmí používat žádné tužidla, lak na vlasy. Klient se může před vyšetření normálně najíst a vzít si obvyklé léky. Na začátku vyšetření sestra nasadí klientovi na hlavu EEG čepici, která má uvnitř umístěny elektrody a kabely. Ty jsou spojeny s EEG přístrojem. Pomocí vodivého gelu, který se nanese na hlavu je zajištěn kontakt elektrod s povrchem hlavy (17).

Během vyšetření klient klidně leží se zavřenýma očima. Po dobu vyšetření je velmi důležitá komunikace mezi klientem a sestrou. Sestra v průběhu vyšetření několikrát žádá klienta o otevření a zavření očí a prohloubené dýchání nosem nebo ústy. Po vyšetření pouze sestra otře klientovi gel z hlavy a klient může odejít (17).

Zobrazovací metody jsou důležité v diagnostice epilepsie. Mezi zobrazovací metody patří počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR). Nemocný trpící epilepsií by měl být jednou z těchto metod vyšetřen. Zobrazovací metody se zpravidla neprovádějí u těhotných žen (1, 10, 16).

Počítačová tomografie (CT) se využívá zejména v akutních stavech, například při podezření na krvácení do mozku. V současnosti se v diagnostice epilepsie používá minimálně. Úlohou sestry je, aby nemocného správně edukovala o daném vyšetření. Vyšetření je zcela nebolestivé a trvá několik minut. Před vyšetřením je důležité, aby byl nemocný lačný. To znamená 4 hodiny před výkonem omezit perorální příjem tekutin jen na malé množství, ale nesmí přijímat žádnou pevnou stravu. Důležitá je dostatečná hydratace, protože v některých případech se vpravují kontrastní látky, které zobrazí v mozku cévnaté útvary. Kontrastní látka se podává intravenózně, proto je třeba zavést kanylu nejlépe do kubitální žíly. Při podávání kontrastní látky je důležité, aby nemocný upozornil lékaře, pokud je na něco alergický, zejména na jód, který tyto látky obsahují. Během výkonu musí nemocný spolupracovat s vyšetřujícím personálem, to se týká absolutního klidu, plnit pokyny nehýbat se, dýchat, nedýchat, nepolykat (10, 18).

Po výkonu je třeba, aby klient po dobu 24 hodin přijímal dostatek tekutin. Je to z důvodu vyloučení podané kontrastní látky ven z těla (18).

Magnetická rezonance (MR) je zobrazovací technika, která je první volbou při vyšetřování nemocných s epilepsií. Sestra seznámí nemocného, jak bude dané vyšetření probíhat. Informuje nemocného o tom, že je to bezbolestné vyšetření, pouze může být nepříjemné v souvislosti s uzavřenějším prostorem a hlukem, který přístroj vydává. Před vyšetřením je třeba, aby byl nemocný lačný. To by mělo být alespoň 4 hodiny před vyšetřením, omezit příjem tekutin pouze na malé množství a nepřijímat žádnou pevnou stravu. Vyšetření nemůže být prováděno, jestliže má nemocný v těle v operovaný kardiostimulátor, defibrilátor, ušní implantáty, cévní náhrady obsahující kov apod. Magnetizovaný materiál je kontraindikací k vyšetření a další kontraindikací může být nemocný trpící klaustrofobií nebo jeho vysoká tělesná hmotnost, která znemožňuje umístění do přístroje. V některých případech je aplikována kontrastní látka, proto je důležité znát, jestli nemocný netrpí nějakou alergií. Během vyšetření musí nemocný spolupracovat s vyšetřujícím personálem, plnit jeho pokyny a být v naprostém klidu. Po

výkonu, jestliže byla aplikována kontrastní látka, je třeba, aby pacient zvýšil příjem tekutin po celý den. Je to potřebné, pro vyloučení kontrastní látky z těla (10, 11, 18).

1.6 První pomoc při epileptickém záchvatu

Při epileptickém záchvatu se zpravidla nejedná o situaci ohrožující život. Je důležité především zabránit mechanickému poranění. Nemocný by neměl mít v dosahu předměty, o které by se mohl poranit nebo popálit v průběhu záchvatu např. ostré či žhnoucí předměty, jako je žehlička, nůž či skleněné předměty (19, 20).

Malý epileptický záchvat se může projevovat různě, nejčastěji dochází ke ztrátě kontaktu s okolím buď částečně nebo úplně. Nemocný může mít nepřítomný výraz, může opakovat slova, stáčet hlavu nebo oči na stranu, špatně odpovídat na otázky nebo vůbec, může provádět automatické pohyby. Podle chování nemocného je patrné, že neví co se sním v tu chvíli děje. Při takovém záchvatu není dobré nějak nemocného fyzicky omezovat. Nijak ho utišovat, přemlouvat či uklidňovat. Ba naopak na to může nemocný nevědomě negativně zareagovat. U nemocného je vhodné vyčkat do samého konce záchvatu, až je nemocný opět při plném vědomí a orientován (19, 20).

Při velkém epileptickém záchvatu dochází ke křečím končetin, dýchacích svalů a nemocný upadá do bezvědomí. Není vhodné nemocného nějakým způsobem křísit např. plácáním po tvářích, politím vodou, třesením. Násilně bránit křečím během záchvatu nemá smysl, jako je například držet končetiny, rozevírat pěsti apod. Při záchvatu dochází ke křečovitému stažení svalů hrtanu a dýchacích svalů. Proto není na místě pokoušet se o vytažení jazyka, jelikož není překážka v dýchacích cestách. Otevírat ústa a vkládat do nich nějaké předměty se nedoporučuje. Mohlo by dojít k tomu, že nemocný například vdechne vyložený zub či pokouše svého zachránce. Hrozba zapadnutí jazyka hrozí po skončení záchvatu, zůstane – li nemocný v hlubokém bezvědomí. Je důležité sledovat dobu trvání záchvatu a jeho průběh. Po skončení záchvatu křečí je vhodné nemocného uložit do stabilizované polohy, protože po záchvatu může nemocný silně slinit a je třeba, aby mu sliny volně odtékaly (1, 7, 10, 19, 20).

Odeznění záchvatu je většinou během několika minut a odezní sám od sebe. Po záchvatu je důležité sledovat stav vědomí, fyziologické funkce a prohlédnout, zda se nemocný neporanil. Lékařské ošetření je zapotřebí, jestliže se jedná o první záchvat u nemocného. Pokud se stav nemocného neupraví zhruba do čtvrt hodiny po záchvatu nebo jsou – li opakující se záchvaty několikrát po sobě po dobu 5 – 10 minut a během nich u nemocného nedochází k návratu vědomí, je třeba zavolat lékaře. Dále se záchranná služba volá pokud se nemocný nějak viditelně zranil nebo pokud je podezření na vnitřní poranění (1, 7, 10, 19, 20, 21).

1.7 Léčba

Léčba epilepsie je úprava životosprávy, farmakologická a chirurgická (1). *Životospráva* je nejpřirozenější způsob léčby epilepsie bez vedlejších účinků. Sestra by měla vysvětlit nemocnému určitá opatření, která by měl v běžném životě dodržovat. Nemocný by měl jíst pestrou stravu s dostatečným příjmem ovoce a zeleniny, nepřesolenou a nekořeněnou. Potraviny, které mohou vyprovokovat záchvat jsou zcela individuální. Každý nemocný může reagovat jinak na různé druhy potravin. Negativní vliv některých potravin se nepotvrdil a dietní opatření u epilepsie nemusí být. Nemocný má zcela abstinovat od alkoholu, sladkostí obsahujících alkohol (rumové pralinky) a má zákaz kouření. Epileptický záchvat mohou vyvolat i činnosti, jako je sledování televize, práce na počítači, čtení, přehnaná fyzická a psychická zátěž. Další faktor, který by mohl způsobit záchvat jsou stroboskopy na diskotékách. Při němž je nemocný vystaven světlu, které zhasíná a rozsvěcuje se. Posedávání v křesle a nicnedělání je také nevhodné. Přiměřená aktivita s pravidelným příjmem tekutin a vyvarování se přímému přehřátí hlavy je ideální. Dále je důležité dodržovat pravidelný režim spánku, vyhnout se spánku během dne a dodržovat režim večerního usínání a ranního vstávání. Faktory způsobující záchvat mohou být u každého epileptika zcela odlišné a specifické (1, 10, 13).

Při volbě povolání nejsou vhodné práce u běžících strojů, ve výškách, svařování či práce na směnný provoz (noční služby). Epileptici mají zákaz řízení motorových vozidel.

Zákaz řízení motorových vozidel podléhá vyhlášce ministerstva zdravotnictví č. 72/2011 Sb. Ze sportovních aktivit není vhodné horolezectví, potápění či boxování. Plavání pouze v přítomnosti druhé osoby. Jsou vhodné kolektivní sporty. Dále by měl nemocný u sebe nosit záznam o svém onemocnění. Blíže se o edukaci klienta o léčebném režimu zmiňují v kapitole 1.8.6 (1, 10, 13, 22).

Farmakologická léčba spočívá v podávání léků antiepileptik. Pro léčbu epilepsie se začíná jedním typem antiepileptika. Při užívání antiepileptik se postupně zvyšuje jejich dávka, dokud nedojde u nemocného k zabránění záchvatů a současně je nemocný bez vedlejších příznaků. U některých nemocných je třeba nasadit i několik různých antiepileptik. Nasazené antiepileptikum se musí přizpůsobit typu záchvatu, ale i věku nemocného, jeho pohlaví, jiným onemocněním. Antiepileptikum se musí užívat pravidelně a v zavedených dávkách. Léky, které se užívají jsou například Karbamazepin, Valproát (7, 10, 23, 24).

Pokud se nedaří záchvaty nemocného farmakologicky kompenzovat, nebo se to daří jen za cenu, že nemocný má výrazné nežádoucí účinky, hovoří se o farmakorezistenci (25).

Chirurgická léčba je indikována jen v určitých případech. Základní podmínkou pro chirurgickou léčbu epilepsie je, jestliže u nemocného nedošlo přibližně po dobu dvou let ke zkompenzování epilepsie pomocí medikamentózní léčby. Poté by měl být nemocný vyšetřen specialistou – epileptologem ve specializovaném epileptologickém centru. Je důležité dodat, že jen část vyšetřovaných bude zvažována k dalšímu předoperačnímu vyšetření v souvislosti s operačním výkonem pro epilepsii. Odborníci s různou specializací (neurochirurg, neuropsycholog, klinický fyziolog atd.), kteří nemocného vyšetřují, zvažují potenciální rizika a možný prospěch operace pro nemocného (10, 23).

Chirurgické výkony, které se provádějí jsou resekční výkony k odstranění epileptogenní zóny. Dále se provádí protěťí spojů, kterými se záchvat šíří z jedné mozkové polokoule do druhé, tzv. kalozotomie. Mnohočetné subpiální resekce se dělají u nemocných, u kterých leží epileptické ložisko v oblasti, kterou nelze odstranit (řečová nebo

pohybová oblast). Ještě to může být stimulace bloudivého nervu u těžkých případů epilepsie, kdy nepomůže operace na mozku (1, 10, 25).

1.8 Edukace

Edukace je pojem, kterým se v moderní pedagogice označuje souhrnně pojem „výchova a vzdělání“. Ekvivalentem slova edukace je anglický termín „education“. Pedagogika je věda a výzkum, která se zabývá vzděláním a výchovou. Předmětem pedagogiky je edukační realita. Termínem edukační realita se označuje každá skutečnost (prostředí, situace, proces aj.), kde dochází k edukačním procesům, fungování nebo vývoji edukačních konstruktů. Edukační konstrukty jsou teoretické výtvořiny určující, ovlivňující edukační proces. V souvislosti s edukační činností sestry to mohou být edukační plány, standardy, vzdělávací programy aj. Edukační proces je uskutečňován v edukačním prostředí. Průcha ve své knize Moderní pedagogika uvádí: „*Edukační proces je jakákoli činnost, jejímž prostřednictvím nějaký subjekt (T) instruuje (vyučuje) a nějaký subjekt (P) se učí*“ (26, s. 75). Subjekt, který nějakým způsobem vyučuje, poučuje se nazývá edukátor. Ve zdravotnictví by měl být edukátorem sestra nebo lékař, ale v jiných pracovištích to může být léčebný pedagog. Edukant je učící se subjekt edukačního procesu nezávisle na věku či typu prostředí. Lze ho označit jako objekt výchovy nebo jako příjemce výchovně – vzdělávacích cílů. Edukantem ve zdravotnickém prostředí může být zdravý nebo nemocný klient, ale i zdravotník, který si musí doplňovat znalosti a vědomosti v rámci celoživotního vzdělávání. Edukační prostředí jsou odlišná. Liší se typem zúčastněných subjektů a obsahem, formami, intenzitou edukačních procesů. Prostor, ve kterém probíhá edukace, by mělo být bez hluku, mít správnou teplotu a osvětlení a v nemocnici zajistit dostatečnou intimitu (26, 27, 29).

Podle míry intencionality v učení se rozlišuje edukační proces typu A, B, C. Edukační proces typu A je takový, v němž dochází k bezděčnému, spontánnímu učení. Což znamená, že klient aniž by si to uvědomoval si osvojuje nové vědomosti či poznatky. Opakem typu A

je edukační proces typu B. V tomto procesu dochází k intencionálnímu (záměrnému) učení. Klient vědomě usiluje o učení a využívá k tomu, jak svých vnitřních dispozic, tak vnějších prostředků. Třetím typem je edukační proces C. Tento proces obsahuje řízené učení. Jedná se o to, že je učení nějakým způsobem zvnějšku regulováno, organizováno (26).

Edukace v ošetrovatelství má nezastupitelnou úlohu v ošetrovatelství a je jeho důležitou součástí. Edukaci lze chápat, jako zdravotní výchovu jednotlivců, rodiny, skupiny a celé společnosti. Předpokladem edukace v ošetrovatelství je kvalifikovaná pomoc. Cílem edukace je pozitivně působit na chování nemocného, tak, aby jeho léčba onemocnění byla co nejvíce úspěšná. Dále by měla edukace vést k tomu, aby edukant (klient) převzal zodpovědnost za vlastní zdraví a nabyl nových vědomostí, zručností a postojů. Edukace v oblasti zdraví se provádí v edukačním procesu. Pomocí edukačního procesu, který je vytvořen záměrně, je, aby se klient učil. Vzniká vzájemná interakce mezi sestrou a klientem. Povinností sestry v edukačním procesu je příprava, realizace a hodnocení procesu v ošetrovatelství, obsah vzdělávání a spolu s klientem stanovit cíl, kterého je třeba dosáhnout. Zaujímá pozici koordinátora, iniciátora a organizátora edukačního procesu. Edukační proces v ošetrovatelství směřuje jedince ke správným hygienickým návykům, správnému stravování, vyhýbání se rizikovým faktorům. Dále lze do edukačního procesu v ošetrovatelství zahrnout i to, že učí jedince jak správně poskytnout první pomoc při úrazech a nehodách. Edukační proces probíhá v lidské společnosti již od narození, tedy již v prenatálním období až do stáří. Jedinec se stále učí nebo učení zprostředkovává jiným (27, 28, 29, 30, 31).

Výsledek edukačního procesu závisí na charakteristice edukanta, edukátora, edukačních konstruktů a místa. Charakteristiky edukanta lze rozlišit na kognitivní (inteligence, schopnosti, styly učení aj.), afektivní (postoje, motivace aj.), fyzické (věk, pohlaví, aj.) a na sociální a sociokulturní (vzdělanostní úroveň rodiny, etnická příslušnost aj.). Charakteristiky edukátora jsou – osobnostní (věk, zdravotní stav, temperament aj.) a profesní (zkušenost, zodpovědnost za úspěšnost edukanta aj.). Charakteristiky edukačních konstruktů jsou rozděleny na – kurikulární programy (orientace edukačních programů aj.),

učebnice (rozsah a obtížnost učiva, finanční dostupnost aj.) a evaluační nástroje (korespondence se standardy aj.). Charakteristiky místa jsou materiální vybavení a profil edukátora (26, 27).

1.8.1 Druhy edukace

Edukace se rozlišuje na tři druhy, na základní, reedukaci a komplexní. Dále lze ještě rozdělit edukaci v ošetrovatelství v rámci prevence na primární, sekundární a terciární. Edukaci lze realizovat individuálně nebo ve skupinách (28, 29, 31).

Základní edukací je, že jedinec je prvně seznámen s problematikou. Jsou mu předány nové vědomosti v dané oblasti. Například nově diagnostikované onemocnění. Navázáním na předchozí vědomosti lze nazvat edukací reedukační. Vědomosti, které klient má se dále prohlubují, rozvíjejí a i se opakují. Jsou poskytovány i nové informace vzhledem k měnícím se podmínkám. Komplexní edukace probíhá v edukačních kurzech. Klientovi jsou předávány vědomosti, budovány dovednosti a postoje. Tyto poznatky vedou k udržení nebo zlepšení zdraví. Edukátor v průběhu edukace zapojuje každého edukanta do procesu cvičení i aktivit (28, 29).

Primární edukace se zabývá zdravými jedinci. Její činností je především předcházet vzniku nemocí, ale také udržení a podpory zdraví a tím ke zkvalitnění zdravotního stavu (28).

Sekundární edukace probíhá u již nemocných jedinců. Je zaměřena na navrácení zdraví, na zabránění vzniku možných komplikací a na zabránění přechodu nemoci do chronického stádia (28).

Terciární edukace je zaměřena na jedince, kdy jsou trvalé ireverzibilní změny zdravotního stavu. Cílem je zlepšení kvality života a zabránit dalším možným komplikacím (28).

Individuální edukace respektuje osobnost edukanta (klienta), věk, vzdělanostní a kulturní úroveň, životní podmínky aj. Individuální edukace má určité výhody i nevýhody. Výhodou může být zpětná vazba a nevýhodou časová nebo ekonomická náročnost (31).

Skupinová edukace se uskutečňuje působením na skupinu. Zařazení jednotlivce do skupiny může být určeno věkem, profesí, zájmem o informace atd. Skupinová edukace má mnoho výhod. Například vytváří podmínky pro vzájemnou interakci, umožňuje diskuzi mezi jedinci ve skupině a není časově náročná. Mezi nevýhody patří nerespektování individuálních potřeb (31).

1.8.2 Metody edukace

Slovo metoda pochází ze slova řeckého původu „methodos“ a znamená cestu, postup. Metodu lze chápat jako postup, který směřuje k naplnění stanovených cílů. Vyučovací metoda je promyšlený postup práce sestry, kde se odehrává výchovně-vzdělávací, edukační a ošetrovatelská činnost. Pro volbu vhodné metody edukace se musí zohlednit osobnost edukanta (klienta), jeho dovednosti, zkušenosti a vědomosti. Dále se musí přihlížet na stanovené cíle, obsah, formu edukace a prostředí, ve kterém edukace proběhne. Nesmí se také opomenout na současný zdravotní a psychický stav edukanta (klienta) (28, 29).

Existuje mnoho klasifikací edukačních metod. Klasifikace dle J. Maňáka a V. Švece, kteří dělí metody na slovní, názorně – demonstrační a dovednostně – praktické. Mezi slovní metody můžeme zařadit vyprávění, vysvětlování, přednášku, práci s textem a rozhovor. Názorně – demonstračními metodami jsou předvádění a pozorování, práce s obrazem a instruktáž. K dovednostně – praktickým metodám patří vytváření dovedností, napodobování, manipulování, laborování a experimentování, produkční metody (32).

Slovní metody se nejčastěji používají při edukaci v ošetrovatelství. Správně formulovaná slova nemocného povzbuzují při zvládnutí onemocnění a dodávají mu sebedůvěru. Při vyjadřování by sestra měla mluvit spisovně, srozumitelně, vyhýbat se odborným výrazům a udržovat oční kontakt. Používá se, jak mluvená, tak tištěná či psaná řeč (29).

Pomocí názorně – demonstračních metod se nemocný dostává do přímého anebo je mu zprostředkován styk s předměty nebo jevy. Přímý styk s předměty či jevy, umožňuje

lepší zdravotně – výchovné působení. Edukant (klient) zaměřuje svou pozornost na daný předmět nebo jev (27, 29).

Dovednostně – praktické metody umožňují edukantovi (klientovi) jeho vlastní aktivní činnost. Výkonnost paměti úzce souvisí s jednáním. Neboť paměť uchovává až 90% z toho, co sám edukant (klient) dělá (27, 32).

Učební pomůcky a didaktická technika slouží k lepšímu pochopení učiva. Lze použít textové učební pomůcky např. učebnice, letáky, brožury nebo vizuální učební pomůcky to je např. fotografie, nástěnné obrazy. Jinými učebními pomůckami jsou auditivní (hudební a zvukové záznamy), audiovizuální (televizní pořady, výukové filmy) a počítačové edukační programy a internet (28, 29).

1.8.3 Cíle edukace

Cíl lze chápat, jako představu, čeho je třeba v činnosti dosáhnout. Správně stanovený cíl musí být přiměřený, jednoznačný a kontrolovatelný. Dále by měl mít určitou vnitřní konzistenci. Cíle jednotlivých edukačních lekcí musí být v souladu s hlavním cílem edukace. Další náležitostí, kterou by měl cíl mít, je, že musí být komplexní. To znamená, měl by zahrnovat celkovou stránku osobnosti, tedy oblast afektivní, kognitivní a psychomotorickou. Cíle lze rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé. Z hlediska struktury obsahu se dělí na obecné a speciální cíle (28, 29).

Obecné cíle plní celospolečenskou funkci výchovy a vzdělávání všech lidí v oblasti zachování a obnovy zdraví (29).

Speciální cíle vycházejí z obecných cílů. Jednotlivé cíle se podle psychických procesů učících se subjektů rozdělují na kognitivní, afektivní a psychomotorické (29).

Kognitivní cíle se zaměřují na poskytování informací, na vysvětlování. Obsahují oblast vědomostní, intelektuálních dovedností a poznávacích schopností. Jedná se o to, aby klient informacím rozuměl. Jsou označovány také jako vzdělanostní cíle neboť tyto cíle převažují při vzdělání. Ve zdravotní výchově je kognitivní cíl schopnost jedince na základě vědomostí a informací uvědomit si hodnotu svého zdraví (29).

Afektivní cíle zahrnují oblast vytváření postojů, hodnot a sociálně – komunikativních dovedností. V ošetřovatelství je to hodnocení postojů ve vztahu k nemoci nebo zdraví (29).

Behaviorální cíle, tedy psychomotorické cíle, tvoří oblast motorických dovedností a návyků za přítomnosti psychických procesů. Jejím cílem je získat způsobilost a dovednost, o něčem rozhodnout a realizovat to. Lze je nazvat jako cíle výcvikové, protože jsou hlavní náplní výcviků a výuky v praxi (29).

Nejznámější taxonomií vzdělávacích cílů je B. S. Bloomova. Tyto cíle lze aplikovat v ošetřovatelské edukaci, která právě nejčastěji využívá kategorii kognitivních, afektivních a psychomotorických cílů. Bloomova taxonomie má šest hierarchicky uspořádaných kategorií cílů v ošetřovatelství: znalost, pochopení, aplikace, analýza, syntéza a hodnocení (29).

1.8.4 Fáze edukace

V literatuře zaměřené na edukaci v ošetřovatelství se můžeme setkat s různými fázemi edukace, např. u H. Kuberová se vyskytuje pět fází edukace v ošetřovatelství – posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (29).

První fáze edukace v ošetřovatelství – posuzování. V této fázi se sbírají, třídí a analyzují informace o nemocném. Sběr informací se uskutečňuje pomocí rozhovoru, pozorováním, fyzikálním vyšetřením, dotazníkem a také z dokumentace. Mezi hlavní sběratele dat patří lékař a sestra. Sestra posuzuje vztah, který má jedinec k sobě samému, ke svému onemocnění, jeho postoje a žebříček hodnot. Dále sestra musí analyzovat jakou má klient schopnost učit se a jeho motivaci. Pro posuzování motivace je důležité pečlivě sledovat chování a neverbální projevy jedince (29).

Na první fázi navazuje druhá fáze diagnostická. Po získání informací týkající se nemocného, stanovuje sestra edukační diagnózu. Tedy problémy a potřeby, jejich příčiny a faktory, které je ovlivňují. Edukační diagnózy se dělí dle priorit a potřeb klienta. V prevenci primární se soustředí na zdravotní stav a změněné zdravotní návyky. V prevenci

sekundární se jedná o diagnózy, kde ve vztahu k potřebám jedince je třeba se něco naučit (29).

Ve třetí fázi plánování je důležitým aspektem vytvoření edukačního plánu (příloha 1). V rámci jeho sestavování se stanovují cíle, kterých chceme dosáhnout. Edukační plán musí být flexibilní, aby se mohl přizpůsobit nečekaným změnám. Dále je třeba naplánovat frekvenci a trvání edukačních činností. Edukační činnosti, které nám napomohou k vytyčenému cíli. Vhodný výběr edukačních metod je třeba zaměřit, aby vyhovovaly, jak danému nemocnému, tak i sestře a i obsahu edukace. Obsah edukace vychází z potřeb nemocného, tedy stanovenému cíli. Edukační cíle se stanovují ve spolupráci s nemocným. Je to důležité z hlediska, aby měl nemocný vnitřní motivaci, přesvědčení se podle nich chovat. Sestra musí jasně a správně formulovat cíl. Stanovené cíle by měly být formou doporučení a ne formou zákazů. Je důležité, aby se nemocný s daným cílem ztotožnil a přijal jej za svůj. Kritéria, které by měly splňovat cíle se týkají reálnosti času, prostředků ke splnění cíle a tělesného i psychického stavu nemocného. Dalšími předpoklady jsou, že cíle by měly být správně formulované, měřitelné, ověřitelné, prospěšné a slučitelné s právy lidí. Při plánování konkrétní edukační hodiny by sestra měla zohlednit tělesný a psychický stav nemocného. Ze začátku je vhodné začít tím, co nemocného zajímá, co ví. Po zvládnutí základů lze přejít k variantám a úpravám (29).

Ve fázi realizace by sestra měla aplikovat nejen své teoretické znalosti, ale měla by aplikovat i své praktické dovednosti. Aby byla edukace účinná, je třeba přizpůsobit její tempo edukovanému nemocnému dle jeho potřeb. Dalšími kroky v realizaci je motivace nemocného, poté následuje expozice, při níž dochází ke zprostředkování nových poznatků. Do této oblasti by se měl i nemocný aktivně zapojovat, nemělo by jít jen o předávání informací ze strany sestry. Po té navazuje fixace, kde je důležité, aby získané dovednosti či vědomosti byly opakovány a procvičovány. Měly by navazovat na předchozí dovednosti a vědomosti. Aplikace je posledním krokem. Jedná se o to, aby nemocný použil své vědomosti a dovednosti (28, 29).

V poslední fázi vyhodnocení sestra spolu s nemocným hodnotí dosažené výsledky, především to, jak změnil své chování a jednání. Hodnocení dosažených cílů je na základě hodnotících kritérií, která byla určena ve fázi plánování. Hodnocení by mělo nejdříve začít pozitivním a poté přejít k případné kritice. Je vhodné konkrétně uvést co se zdařilo, a co se naopak zdařilo méně. Při hodnocení je důležitá zpětná vazba. Sestra chválí nebo odměňuje klienta, což má pozitivní vliv na jeho učení. Pokud klient nedodrží zásady léčebného režimu, může dojít k určitým komplikacím a to je dostatečný trest pro jedince. Proto i trest má své místo v procesu učení a může přicházet ihned při nevhodném kroku (29).

I sestry by měly sebe samé v procesu hodnocení hodnotit jako realizátorky edukace. Hodnocení sestry by mělo vycházet i ze strany edukovaného klienta. Sestra by měla mít na vědomí, že každá nevhodně připravená, realizovaná nebo hodnocená edukace, by mohla vést k iatrogennímu účinku. Těmto komplikacím by měla předejít důkladnou a odbornou přípravou (29).

V jiné odborné literatuře zaměřené na pedagogiku v ošetrovatelství např. u V. Závodné lze najít fázi edukace tři – projektování, realizace a hodnocení (27).

Při projektování jde o fázi přípravnou. Jedná se o soubor otázek – Proč?, Koho?, Co?, Jak?, Jaké podmínky?, Jaký efekt? (27, 28).

V otázce "proč?" se pátrá po smyslu, účelu změny, které by se mělo dosáhnout. Otázka "koho?" se zabývá, kdo je subjektem edukace. Všimá si jeho pohlaví, věku, vzdělání, zdravotního a psychického stavu, jaké zaujímá postoje, názor na zdraví, jaký vyznává životní styl, jaké jsou jeho společensko – ekonomické poměry, jeho sociálně – kulturní zvyklosti. "Co?" se stane obsahem edukace v souvislosti k potřebám edukanta. "Jak edukovat?" je potřeba stanovit strategie a rozhodnout o vhodných metodách, které budou odpovídající k potřebám jedince. "Za jakých podmínek?" bude probíhat edukace. Jedná se o materiální, časové, organizační, prostorové a personální zajištění edukace. "S jakým efektem?" byl splněn stanovený cíl (27, 28).

Ve fázi realizace je třeba nemocného motivovat ke spolupráci při učení se něčemu novému. Sestra musí sledovat jeho výkony, chyby a případně změnit naplánovaný postup.

Dále musí pozorovat, jak informace nemocný chápe a od nich pokračovat k dalšímu postupu. Klient v nemocničním prostředí může dané činnosti vykonávat bez komplikací, ale pokud nebude již hospitalizovaný může motivace ztrácet na váze. Proto je velmi důležité průběžně motivovat a posilovat jeho vůli (27).

Cílem hodnocení je zhodnocení, posouzení stavu dosaženým edukačním procesem. Zhodnocením procesu se zjistí jeho úspěšnost. Na posouzení hodnocení lze rozhodovat o změně (27).

1.8.5 Role sestry – edukátorky

Sestra má několik rolí, které zastupuje v ošetřovatelství. Plní roli ošetřovatelky, pomocnice, komunikátora, učitelky, poradkyně, advokáta nemocného, vedoucí, manažerky, výzkumnice, edukátorky a je nositelka změn. Všechny role se vzájemně prolínají a poskytují péči jednotlivcům nebo skupině (33).

Sestra jako edukátorka by měla mít vědomosti, zkušenosti, odbornou způsobilost a odborné znalosti v oblasti edukace. Schopnost empatie, motivace, komunikace, týmové práce, patří k dalším vlastnostem, které by sestra měla mít. Měla by být morální, sebevědomá a umět se zhodnotit. Role edukátorky je mnohostranně zaměřená na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování jedince i skupiny na zachování a obnovu zdraví (29, 34).

Schopnost dobře komunikovat patří k dovednostem, které by sestra jako edukátorka, měla zvládnout. Komunikace slouží k vytvoření vztahu mezi sestrou a nemocným. Pomocí komunikace lze dosáhnout změny, která je potřebná. Prostřednictvím komunikace probíhá výměna informací v edukačním procesu. Edukaci podporují verbální i nonverbální dovednosti komunikace (29, 35).

1.8.6 Obsah edukace u epileptika

Sestra by měla edukovat nemocného o všem, co je pro něj vhodné a co ne. Vysvětlit mu, jakým situacím by se měl vyhýbat, sportům aj. Dále se zaměřit na stravování, užívání léků atd.

Sestra edukuje nemocného o dodržování pravidelného stravování, pestré stravě s dostatečným příjmem ovoce a zeleniny. Jídla by neměla být příliš kořeněná a přesolená (13).

Antiepileptika je třeba užívat v pravidelných intervalech a v doporučené dávce. Zapíjet je nejvhodněji vodou, ovocným čajem. Nevhodný k zapíjení je černý čaj, koncentrované džusy a grepový džus, které vysráží lék, ovlivní pH v žaludku a vstřebávání (36).

Doporučit nemocnému abstinenci od alkoholu, který může mít výrazné nežádoucí účinky při kombinaci antiepileptik. Vyhýbat se faktorům, které mohou způsobit epileptický záchvat např. blikavé světlo, práce na počítači, stroboskopy na diskotékách. Dodržovat pravidelný režim bdění a spánku. Vyhnout se spánku během dne a dodržovat rytmus doby usínání a ranního vstávání (10, 12, 23).

Ve volném času může nemocný provozovat různé činnosti, ale je vhodné, aby při nich nebyl o samotě. Při plavání jsou minimální rizika, pokud je ve vodě osoba, která ví, že jste epileptik, a ví, jak se zachovat v případě záchvatu. Je vhodné říci o sobě plavčíkovi. Vodní sporty lze také provozovat, ale v přítomnosti jiné osoby. U pěší turistiky je třeba zvážit, zda jít delší trasu sám. Dále lze doporučit jízdu na kole, ale ne v hustém provozu (37).

K eliminaci stresu může sestra doporučit nemocnému jízdu na koni, která má psychologické účinky, tzv. hippoterapie. Dále to může být například jóga, která působí na koncentraci a zklidnění. Vhodné pohyby a klidné dýchání příznivě působí na organismus (37).

Sporty, které se nedoporučují jsou potápění, lyžování, horolezectví nebo boxování (37).

Sestra by měla být nápomocná nemocnému i ve výběru vhodného povolání. V zaměstnání je vhodné, aby nemocný sdělil své onemocnění nadřízenému,

spolupracovníkům, aby byli schopni poskytnout první pomoc při záchvatu. K zaměstnání, která nejsou vhodná pro epileptiky patří, práce ve výškách, u nechráněných strojů, dále je to práce na noční směny a nesmí pracovat jako řidiči. Zákaz řízení podléhá vyhláše ministerstva zdravotnictví (10).

V domácím prostředí se doporučují dveře, které se otevírají ven z místnosti. Dále je to nábytek, který by měl mít kulaté rohy bez skleněných výplní. V koupelně je vhodnější sprchový kout s madly (60% utonutí u epileptiků je ve vaně) (36).

Půjde – li nemocný ven, je vhodné, aby neměl oděv těsnící u krku. Je důležité mít s sebou správně vyplněnou kartu epileptika nebo alespoň seznam léků, jejich přesný název a sílu, kontakt na praktického lékaře, telefonní číslo na příbuzného, doklady s adresou (36).

Ženy, které trpí epilepsií si stěžují na zmnožení záchvatu v období menstruace. Při léčbě epilepsie u žen je důležitá spolupráce epileptologa s gynekologem. U žen, které jsou léčeny antiepileptiky, je zvýšené riziko vrozených vývojových vad. Proto těhotenství musí být plánováno, aby měl ošetřující neurolog čas upravit léčbu tak, aby byla rizika minimální. Je třeba alespoň 3 měsíce před plánovaným těhotenstvím užívat kyselinu listovou, například Acidum folicum 1 drg. ob den. V jejím užívání pokračovat minimálně do konce I. trimestru těhotenství. Matky trpící epilepsií, které užívají běžná antiepileptika, mohou normálně kojit. Jen se může objevit, vlivem přechodu léků do mateřské mléka, že dítě je více spavé a hůře saje. Ještě je vhodné matkám doporučit, aby krmení a ošetřování dítěte, prováděly na podlaze, která je vystlaná polštáři. Při koupání dítěte by měla být vanička umístěna na podlaze (10, 38).

Pro klienty trpící epilepsií existují různé společnosti a sdružení, které se zabývají epilepsií. Sestra by měla nemocného o těchto sdružení informovat a dát mu na ně kontakt. Pro nemocného jsou přínosná, neboť zjistí, že není sám, kdo má tuto nemoc. Pomůže mu to i po stránce psychické, kterou nemoc epilepsie, také postihuje. V České republice existuje například Společnost „E“. Společnost „E“ se zaměřuje na šíření informací o této nemoci, jak u nemocných, jejich blízkých, tak u široké veřejnosti. To vše z důvodu lepšího postavení lidí s epilepsií ve společnosti. Nakladatelskou činností Společnosti „E“ je

vydávání měsíčníku Aura. Občanské sdružení EpiStop je dalším sdružením, které se zabývá nemocí epilepsie. EpiStop vydal publikace, jako jsou například Žena a epilepsie, Minimální diagnostické a terapeutické standardy, Epilepsie u dospělých osob a jiné. Dále ještě u nás funguje Česká liga proti epilepsii (39, 40).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat znalosti všeobecných sester o metodách edukace pacientů s epilepsií.

Cíl 2: Zjistit vědomosti pacientů s epilepsií, kteří byli edukováni sestrou.

Výzkumná otázka:

1. Jaké vědomosti má klient s epilepsií o léčebném režimu po edukaci sestrou?

2.2 Hypotéza

H1: Sestry znají metody, jak edukovat pacienty s epilepsií.

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Pro empirickou část bakalářské práce bylo zvoleno kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření.

Kvantitativní výzkum byl proveden technikou sběrem dat formou dotazníků. Dotazníky byly určeny pro sestry pracující na neurologickém oddělení (příloha 2). Dotazník obsahoval 26 otázek a byl anonymní. Dotazník se skládal z 16 uzavřených otázek, z 5 polouzavřených otázek, z 3 otevřených otázek, 1 otázka byla s možností více odpovědí a 1 otázka byla filtrační. Část otázek se týkala identifikačních údajů, další část se zaměřuje na edukaci, její metody a využití pomůcek. Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Excel. Vyhodnocení dat bylo zobrazeno do grafů. Grafy jsou z vlastního zdroje. Výzkumné šetření probíhalo na přelomu období března a dubna roku 2012.

Šetření kvalitativního výzkumu probíhalo technikou nestandardizovaných rozhovorů s epileptiky. Rozhovor byl veden na základě připravených otázek (příloha 3). Rozhovor obsahoval 17 otázek. Otázky lze rozčlenit na část identifikačních údajů, na část v jakých oblastech byl klient edukován a na vědomosti klientů o léčebném režimu. Rozhovory byly přepsány do textu. Některé výsledky byly shrnuty do tabulek vlastního zdroje a některé byly sumarizovány pro přehlednost do textu. Výzkumné šetření probíhalo v březnu roku 2012.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumným souborem pro kvantitativní šetření byly sestry pracující na neurologickém oddělení. Osloveno bylo 5 pracovišť nemocnic, a to Nemocnice České Budějovice, Fakultní nemocnice Motol, Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, Nemocnice Tábor a Oblastní nemocnice Kladno. Nejdříve byly všechny pracoviště osloveny prostřednictvím internetu a poté byly dotazníky osobně rozdány do nemocnic. Celkem bylo rozdáno 100

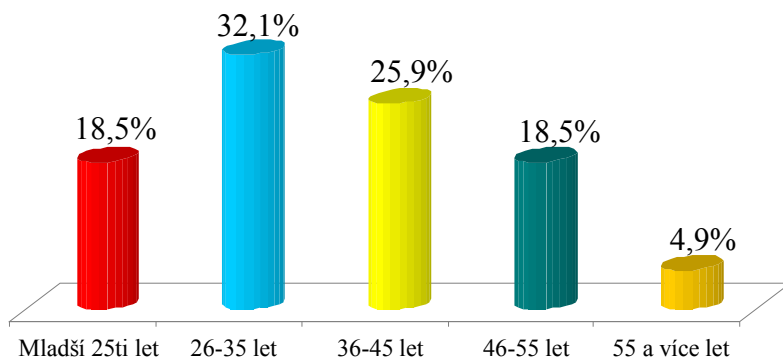
výtisků dotazníků. Z celkového počtu rozdaných dotazníků se jich vrátilo 89. Z důvodu chybného vyplnění nebo neúplnosti bylo 8 dotazníků vyřazeno. Celkový počet dotazníků ze kterých byla data zpracována byl 81.

U kvalitativního šetření bylo zkoumaným souborem 5 klientů s epilepsií, kteří byli edukováni sestrou o léčebném režimu u epilepsie. Získání výzkumného souboru bylo poměrně problematické, jelikož se jedná o oblast, kde sestra není tolik zainteresována. Tři respondenti byli ženského pohlaví a dva mužského. Každý rozhovor trval zhruba 30 – 60 minut. Na úvod rozhovoru jsem se každému klientovi představila a seznámila je za jakým účelem je veden rozhovor. Všichni klienti s rozhovorem souhlasili. K rozhovorům s klienty byly použity písemné poznámky. 3 respondenti byli z neurologické ambulance Fakultní nemocnice Motol a 2 respondenti byli z neurologické ambulance nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov. Rozhovory probíhaly po předchozí domluvě v neurologické ambulanci.

4 VÝSLEDKY

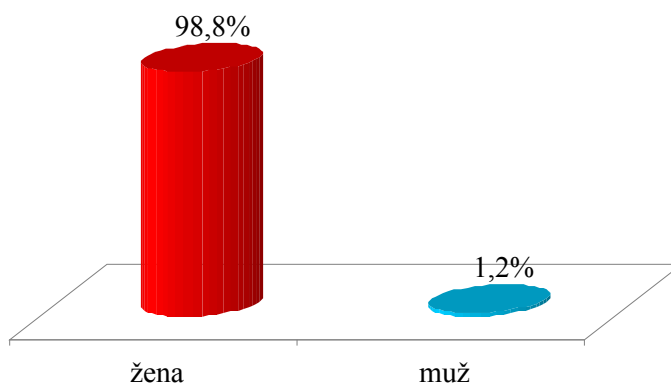
4.1 Grafické vyhodnocení dotazníků

Graf 1 Věk respondentů



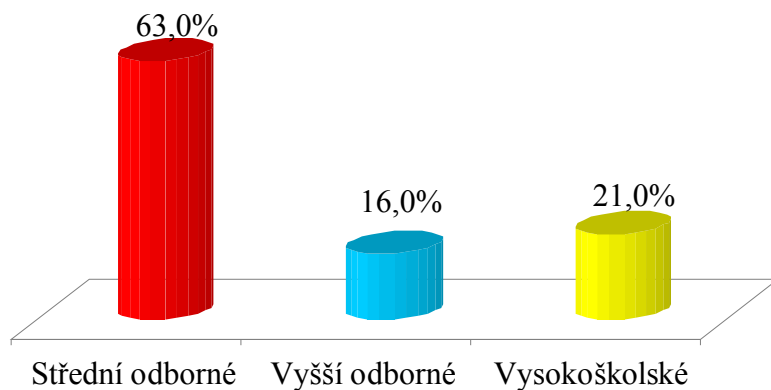
Z celkového součtu 81 respondentů (100%) bylo 15 respondentů (18,5%) ve věku mladší 25ti let, 26 respondentů (32,1%) bylo ve věku 26 – 35 let, ve věku 36 – 45 let bylo 21 respondentů (25,9%), 46 – 55 let bylo 15 respondentů (18,5%) a ve věku 55 a více let byli 4 respondenti (4,9%).

Graf 2 Pohlaví respondentů



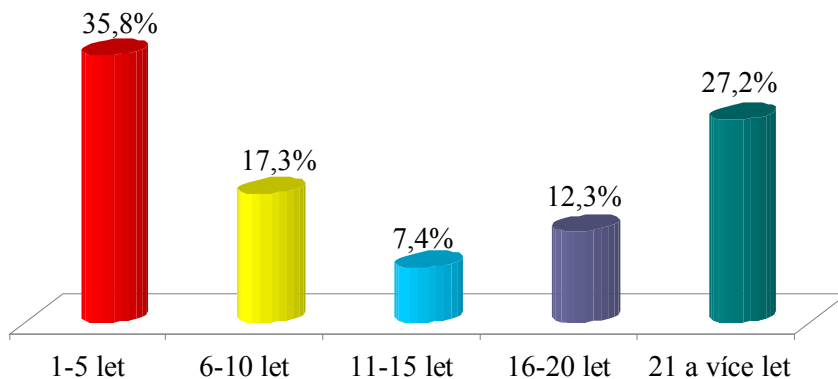
Graf 2 znázorňuje pohlaví respondentů. Z celkové počtu 81 respondentů (100%) bylo 80 (98,8%) žen a 1 (1,2%) muž.

Graf 3 Vzdělání respondentů



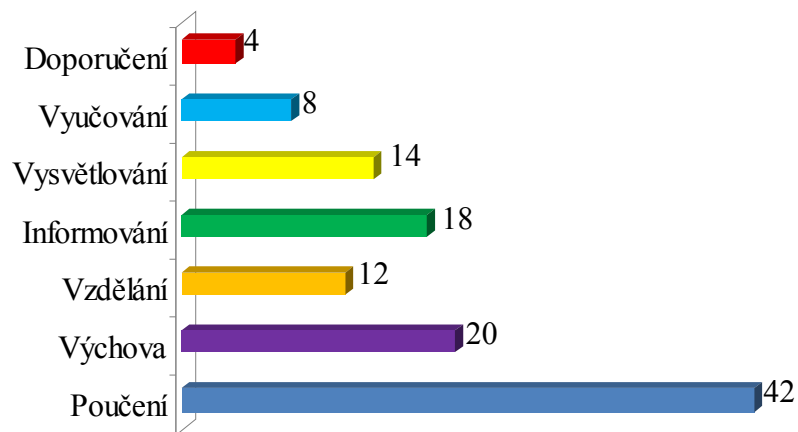
Z 81 respondentů (100%) mělo střední odborné vzdělání 51 respondentů (63,0%), vyšší odborné mělo 13 respondentů (16,0%) a vysokoškolské vzdělání mělo 20 respondentů (21,0%).

Graf 4 Délka praxe respondentů



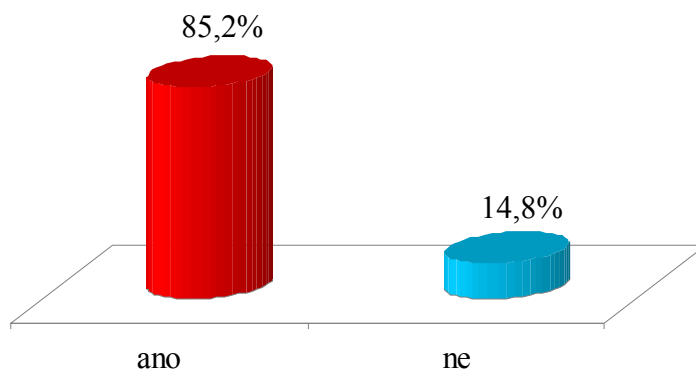
Z celkové počtu 81 respondentů (100%) mělo délku praxe 29 respondentů (35,8%) 1 – 5 let, 6 – 10 let pracuje 14 respondentů (17,3%), 11 – 15 let pracuje 6 respondentů (7,4%), 10 respondentů (12,3%) má praxi 16 – 20 let a 22 respondentů (27,2%) pracuje 21 a více let.

Graf 5 Pojem edukace



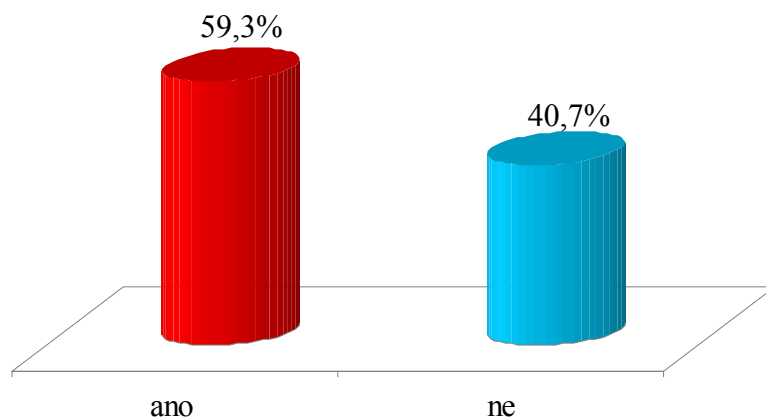
Graf 5 znázorňuje odpovědi na otázku, co si respondenti představí pod pojmem edukace. Z celkového počtu 118 odpovědí (100%) byla 4x (3,4%) odpověď doporučení, 8x (6,8%) odpověď vyučování, 14x (11,9%) odpověď vysvětlování, 18x (15,3%) byla odpověď informování, 12x (10,1%) vzdělání, 20x (16,9%) byla odpověď výchova a 42x (35,6%) odpověď poučení.

Graf 6 Edukace klienta s epilepsií



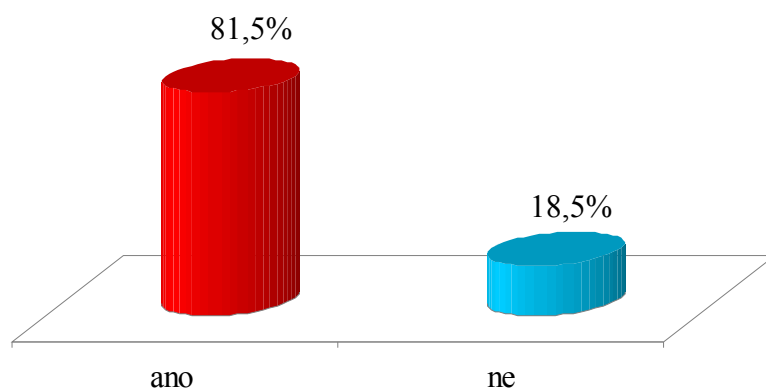
Graf 6 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jestli někdy edukovali klienta s epilepsií. 69 respondentů (85,2%) odpovědělo ano a odpověď ne označilo 12 respondentů (14,8%).

Graf 7 Účast na semináři týkající se edukace



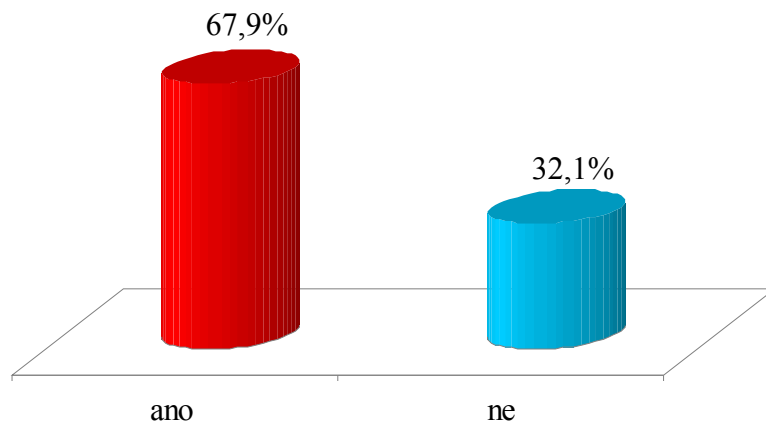
Graf 7 ukazuje odpovědi respondentů, jestliže se zúčastnili semináře týkající se edukace. 48 respondentů (59,3%) odpovědělo kladně tedy ano a ne odpovědělo 33 respondentů (40,7%).

Graf 8 Podávání informací na edukačních kartách



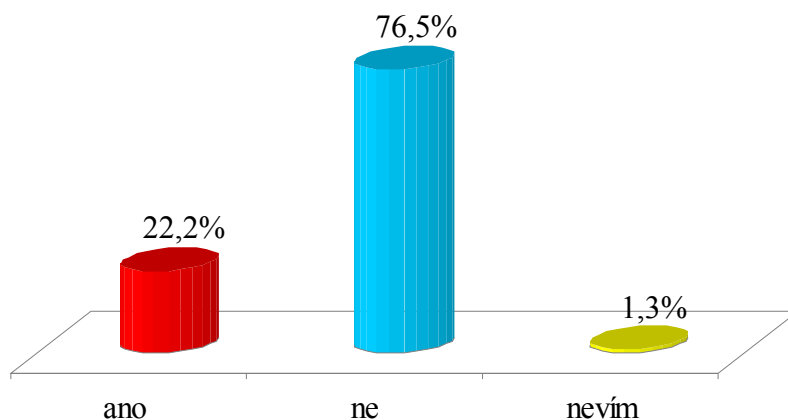
Graf 8 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jestli podávají informace na edukačních kartách. 66 respondentů (81,5%) odpovědělo ano a 15 respondentů (18,5%) ne.

Graf 9 Dostatek edukačního materiálu na oddělení



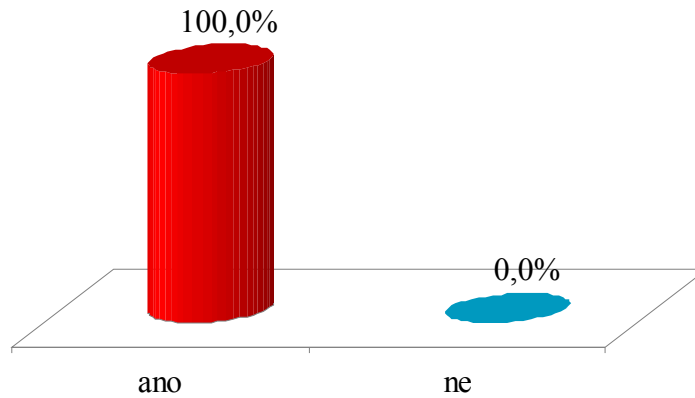
Graf 9 mapuje dostatek edukačního materiálu na oddělení týkající se epilepsie. 55 respondentů (67,9%) odpovědělo ano a 26 respondentů (32,1%) ne.

Graf 10 Místnost pro edukaci klienta



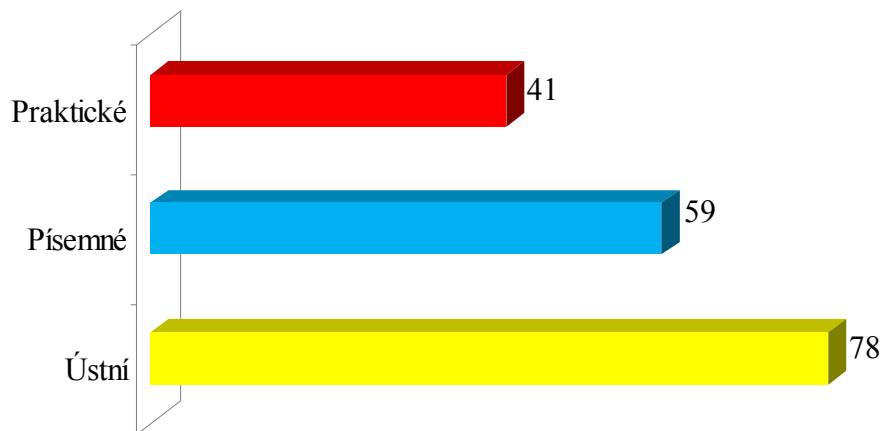
Graf 10 znázorňuje odpovědi na otázku, jestliže mají respondenti k dispozici místnost pro edukaci klienta. Ano, odpovědělo 18 respondentů (22,2%), 62 respondentů (76,5%) odpovědělo ne a 1 respondent (1,3%) odpověděl nevím.

Graf 11 Ověření poskytnutých informací



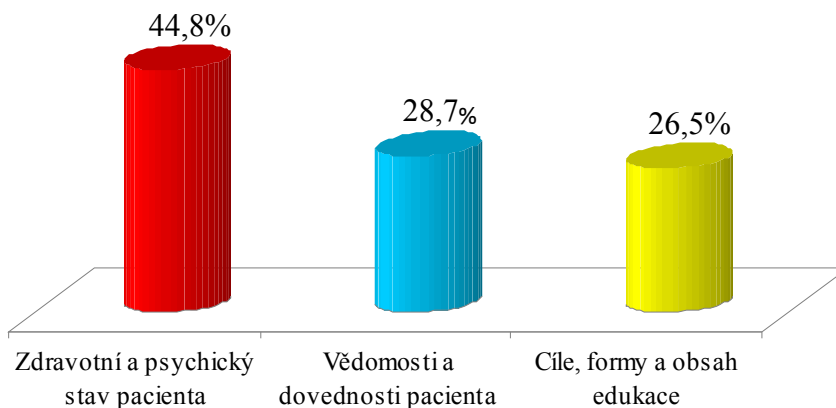
Graf 11 ukazuje odpovědi respondentů, jestli si ověřují u klienta, zda daným informacím porozuměl. 81 respondentů (100%) odpovědělo ano a žádný respondent odpověděl ne (0,0%).

Graf 12 Metody edukace



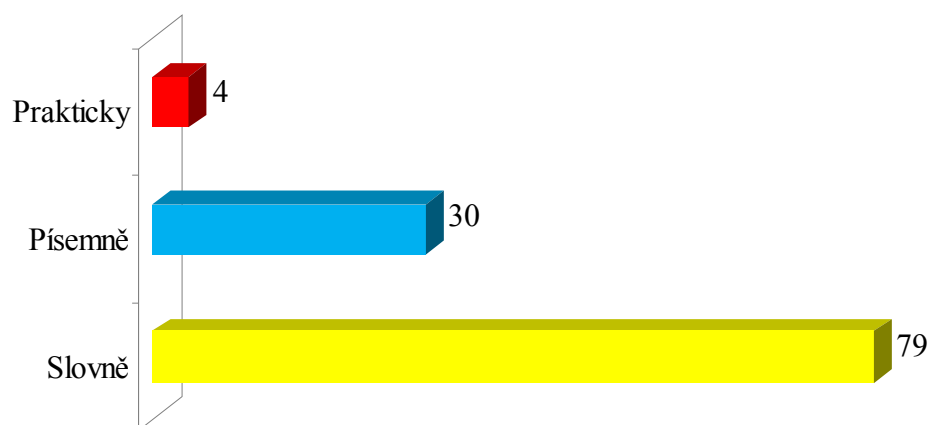
V grafu 12 jsou znázorněny odpovědi na otázku, jaké znají respondenti metody edukace. Z celkového součtu 178 (100%) odpovědí byla 41x (23,0%) odpověď praktické, písemné metody byly 59x (33,2%) a ústní metody uvedli 78x (43,8%).

Graf 13 Kritéria pro vhodnou volbu metody edukace



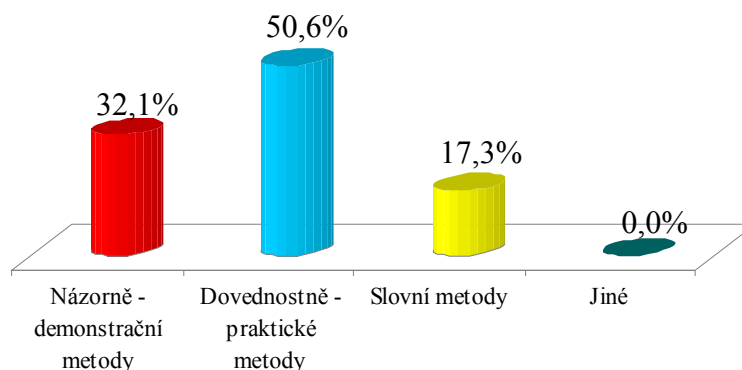
Graf 13 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jaká jsou kritéria pro vhodnou volbu metody edukace. Součet všech odpovědí bylo 181 (100%). Zdravotní a psychický stav označili 81x (44,8%), vědomosti a dovednosti označili 52x (28,7%) a 48x (26,5%) cíle, formy a obsah edukace.

Graf 14 Metody poskytování informací



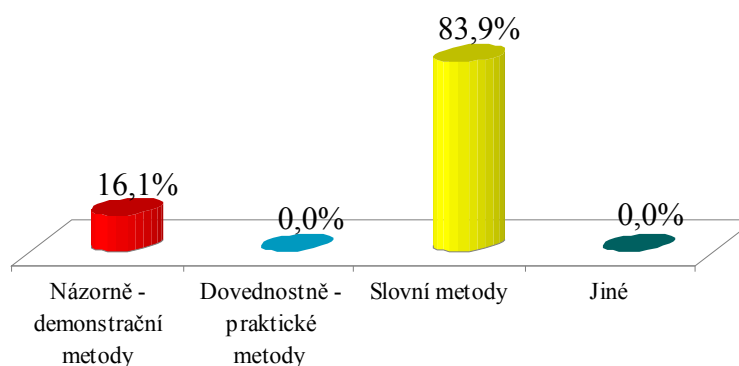
Graf 14 vypovídá o odpovědi na otázku, jakou metodou poskytují respondenti informace pacientům s epilepsií. Z celkového součtu 113 (100%) odpovědí, byla 4x (3,5%) odpověď prakticky, odpověď písemně byla 30x (26,6%) a 79x (69,9%) byla odpověď slovně.

Graf 15 Metoda umožňující klientovi jeho vlastní aktivní činnost



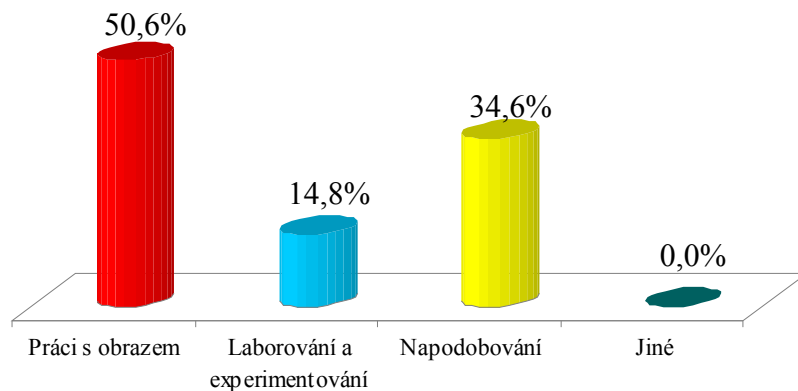
Graf 15 znázorňuje odpověď na otázku, jaká metoda umožňuje klientovi jeho vlastní aktivní činnost. Odpověď názorně – demonstrační metody označilo 26 respondentů (32,1%), dovednostně – praktické metody označilo 41 respondentů (50,6%), 14 respondentů (17,3%) označilo odpověď slovní metody a jiné neoznačil žádný respondent.

Graf 16 Metoda zahrnující práci s textem, rozhovor a přednášku



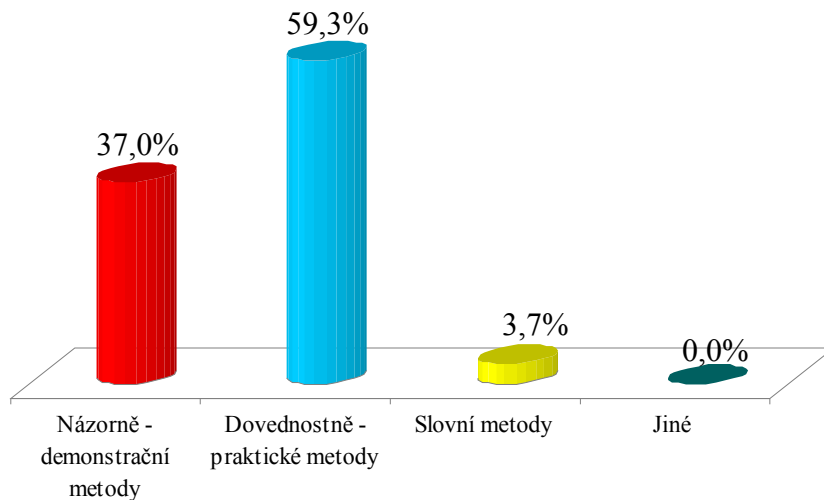
Z celkového počtu odpovědí 81 respondentů (100%), odpovědělo názorně – demonstrační metody 13 respondentů (16,1%), dovednostně – praktické metody neoznačil žádný respondent, 68 respondentů (83,9%) uvedlo slovní metody a žádný respondent neuvedl jiné.

Graf 17 Názorně - demonstrační metody



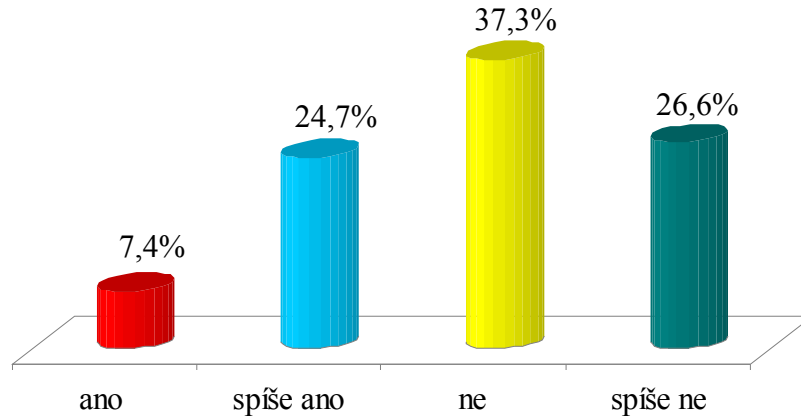
Z celkového počtu odpovědí 81 respondentů (100%), uvedlo práci s obrazem 41 respondentů (50,6%), možnost laborování a experimentování označilo 12 respondentů (14,8%), napodobování uvedlo 28 respondentů (34,6%) a jiné neoznačil žádný respondent.

Graf 18 Metoda zahrnující vytváření dovedností, napodobování nebo laborování a experimentování



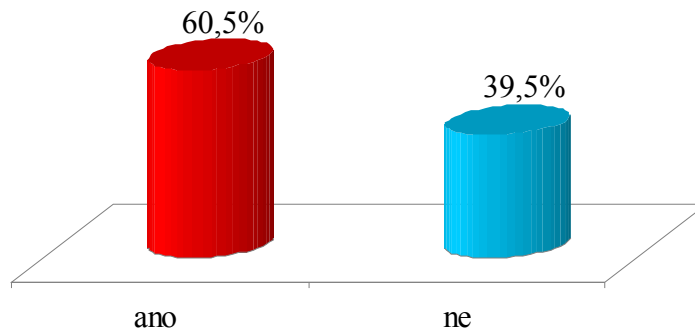
Z celkového počtu 81 respondentů (100%) označilo odpověď názorně – demonstrační metody 30 respondentů (37,0%), dovednostně – praktické metody uvedlo 48 respondentů (59,3%), 3 respondenti (3,7%) slovní metody a jiné neuvedl žádný respondent.

Graf 19 Výběr edukačních metod spolu s klientem



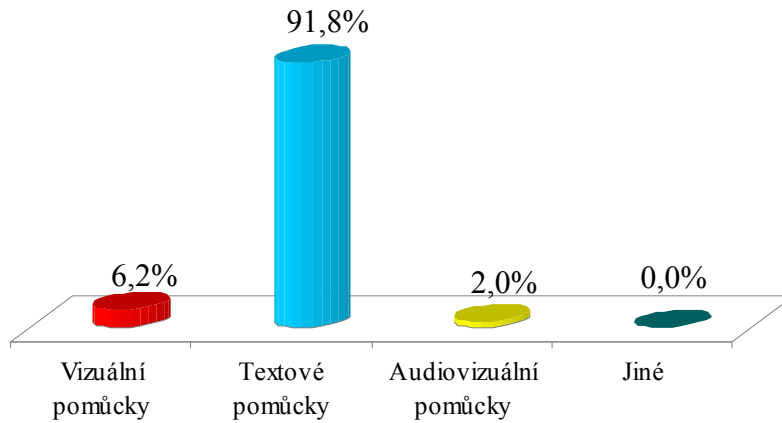
Na grafu 19 je zobrazeno, jak respondenti odpovídali na otázku, jestli vybírají edukační metody spolu s klientem. Odpověď ano uvedlo 6 respondentů (7,4%), spíše ano označilo 20 respondentů (24,7%), odpověď ne uvedlo 31 respondentů (37,3%) a spíše ne označilo 24 respondentů (26,6%).

Graf 20 Využití názorných pomůcek



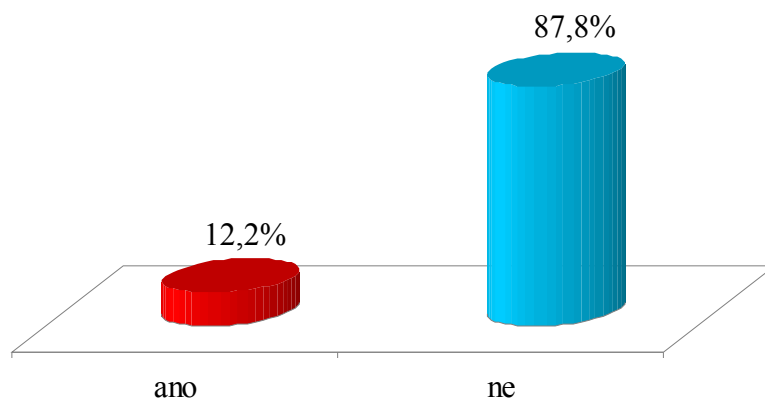
Graf 20 znázorňuje, jestli respondenti využívají názorné pomůcky k metodám edukace. 49 respondentů (60,5%) odpovědělo ano a 32 respondentů (39,5%) odpovědělo ne.

Graf 21 Využití pomůcek



Graf 21 znázorňuje, jaké pomůcky jsou používané. Vizualní pomůcky opověděli 3 respondenti (6,2%), textové pomůcky označilo 45 respondentů (91,8%), audiovizuální pomůcky uvedl 1 respondent (2,0%) a jiné žádný respondent neoznačil.

Graf 22 Uvítání i jiných názorných pomůcek



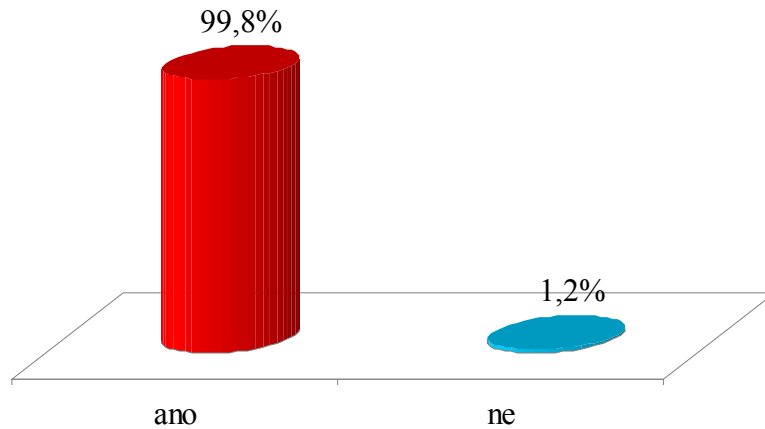
Graf 22 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda – li by uvítali i jiné názorné pomůcky, které na oddělení nemají. Z celkového součtu odpovědí 49 respondentů (100%), by jiné pomůcky uvítalo 6 respondentů (12,2%) a 43 respondentů (87,8%) by jiné neuvítali.

Tabulka 1 Pomůcky, které by uvítali respondenti na oddělení

Názorné pomůcky	Počet odpovědí
Video	4
Výukové filmy	2
Celkem	6

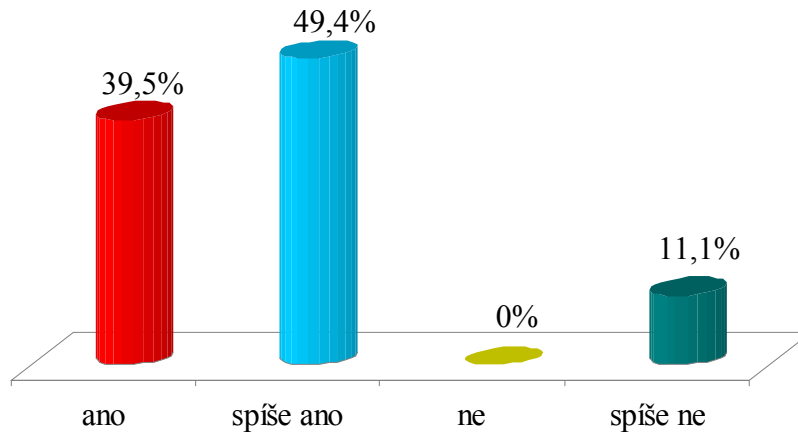
Tabulka 1 znázorňuje, jaké jiné názorné pomůcky by respondenti uvítali na oddělení. Z celkové počtu 6 odpovědí, byla 4x odpověď video a 2x odpověď výukové filmy. Tabulka doplňuje data zobrazená v grafu 22.

Graf 23 Důležitost edukace sestrou ve zdravotnictví



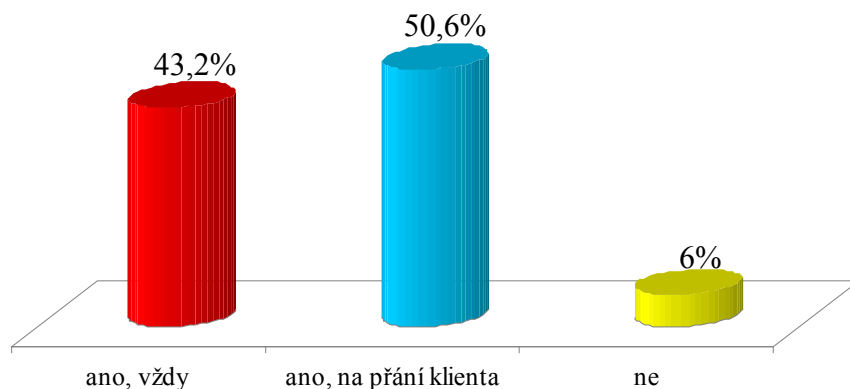
Na grafu 23 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku, jestli si myslí, že je edukace sestrou ve zdravotnictví důležitá. Z celkového součtu 81 (100%) respondentů, odpovědělo 80 respondentů (99,8%) ano a 1 respondent (1,2%) odpověděl ne.

Graf 24 Zájem klientů o edukaci sestrou



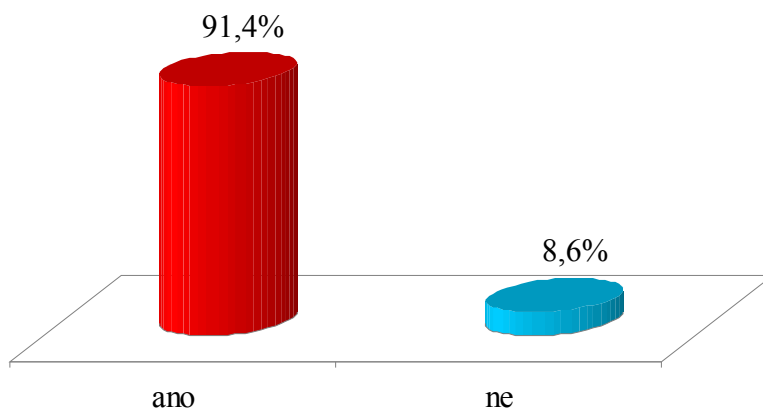
Grafu 24 vypovídá o tom, jestli mají klienti zájem o edukaci sestrou. 22 respondentů (39,5%) odpovědělo ano, spíše ano odpovědělo 40 respondentů (49,4%), odpověď ne nevedl žádný respondent a spíše ne označilo 9 respondentů (11,1%).

Graf 25 Zapojení rodiny do edukace



Z grafu 25 vyplývá, že 35 respondentů (43,2%) se snaží ano, vždy zapojovat do edukace klienta rodinu, 41 respondentů (50,6%) uvedlo ano, na přání klienta a 5 respondentů (6%) označilo ne.

Graf 26 Záznam o edukaci



Graf 26 znázorňuje, je – li veden záznam o edukaci. 74 respondentů (91,4%) odpovědělo ano a 7 respondentů (8,6%) uvedlo ne.

4.2 Rozhovory s klienty

Rozhovor 1

Klient H.K. je věku 20ti let a s epilepsií se léčí 5 let. Je studentem vysoké školy. Klient byl o léčebném režimu informován za přítomnosti rodičů na pokoji, kde byl hospitalizován. Informace byly předány klientovi slovní metodou a byli doplněny předáním různých informačních materiálů, týkající se epilepsie a léčebného režimu. V oblasti léčebného režimu klient uvedl, že byl edukován o spánku, užívání léků, zaměstnání a sportování. Co se týká režimu spánku mi klient sdělil: *„Spánek by měl být pravidelný, tzn. že mám chodit spát a vsávat ve stejnou dobu a mít dostatek spánku.“* Mnoho informací o vhodných potravinách mi klient nesdělil: *„Žádné vhodné potraviny mi nebyly doporučeny.“* Klient ani tuto oblast nevedl, že v ní byl edukován. Další oblastí byly informace týkající užívání léků. Klient uvedl jasně a stručně, že je má užívat pravidelně nejlépe po 12ti hodinách. Dále uvedl, že má zákaz alkoholu a jiných návykových látek například drog. V souvislosti s epilepsií mu byly doporučeny sporty, u kterých je vyloučen opakovaný náraz do hlavy. Následovala otázka, v které jsem se klienta ptala, jaké má informace o vhodnosti zaměstnání. Klientova odpověď byla následující: *„U nějakých zaměstnání by hodně záleželo na situaci. Ale k zaměstnáním, které už nebudu moci vykonávat patří třeba povolání profesionálního řidiče například řidič kamionu, autobusu apod.“* Klient žádné relaxační techniky nevyužívá, a ani o žádné se nezajímá v souvislosti s epilepsií. Jsou činnosti, které mohou způsobit epileptický záchvat. Klient byl s některými činnostmi srozuměn, jako je nepravidelný denní režim a nedostatek spánku. Dále jsem se v rozhovoru klienta zeptala, jestli zná nějaká sdružení týkající se epileptiků. Jeho odpověď mě poněkud zaskočila. Žádné sdružení nezná, a ani žádné kontakty od sestry nedostal. Možné komplikace, které jsou důvodem návštěvy lékaře, uvádí epileptický záchvat. Poslední položenou otázkou byla, jak vnímá informace o léčebném režimu poskytnuté sestrou. Jeho odpověď byla: *„Velmi dobře, vždy mi dokáže všechno vysvětlit.“*

Rozhovor 2

31letá klientka M.B. se léčí s epilepsií 10 let. Momentálně je bez zaměstnání a dříve pracovala, jako sociální pracovnice. Klientka je v prvním trimestru těhotenství. Informace týkající se léčebného režimu byly klientce poskytnuty v konzultační místnosti neurologického oddělení. Metody, které byly využity k předání informací byly slovní a klientce byly poskytnuty informační materiály, týkající se nejen epilepsie. Edukace týkající se oblastí léčebného režimu zahrnovala oblast spánku, sportování, užívání léků, zaměstnání, relaxování a navíc informace, týkající se oblasti těhotenství. Klientky jsem se zeptala, jaké má informace o těhotenství u epilepsie. Odpověděla mi: *„Snižili mi dávku antiepileptik, protože to vysoké množství, které běžně užívám, by ohrozilo plod a mohla bych mít dítě s rozštěpem patra. Ještě musím užívat kyselinu listovou. Porod mi byl doporučen normálně přirozenou cestou.“* Na otázku ohledně spánkového režimu, který jí byl doporučen klientka odpověděla: *„Dostatečný spánek, bez zbytečného ponocování“*. Dále jsem se v rozhovoru klientky ptala, zda jí byly doporučeny nějaké vhodné potraviny, které by měla užívat. Uvedla, že žádné vhodné potraviny jí doporučeny nebyly. V této oblasti klientka žádné informace neměla. Co se týká užívání léků – antiepileptik, klientka řekla, že se mají užívat pravidelně a nesnesou se s alkoholem. Rozhovor pokračoval otázkou, týkající se vhodných sportů, které jí byly doporučeny. Na otázku odpověděla slovy: *„Sporty, které nemají být pro mě příliš vysilující. A dále musím cítit hranici přes kterou nemůžu jít.“* Informace, které klientce byly poskytnuty ohledně zaměstnání zněly: *„Hlavně nesmí jít o noční směny, práci ve výškách a u mašin či strojů.“* K relaxačním technikám, které klientka využívá, patří například četba, poslech hudby. Následovala otázka ohledně činností, které by mohly klientce způsobit epileptický záchvat. Na ní odpověděla: *„Ponocování v zakouřeném prostředí se stroboskopickými světly, prostě velká únava a vyčerpání.“* Dále jsem se klientky zeptala, jestli zná nějaké sdružení epileptiků a zda – li někdy dostala na některé sdružení kontakt. Klientka uvedla: *„Neměla jsem nikdy zájem, chci si žít svým stylem života. Nedávat moc najevo, že mám nějaké zdravotní problémy.“* Jako možné komplikace, které jsou důvodem návštěvy lékaře klientka uvedla:

„V mém případě jen těhotenství. Jinak docházím na pravidelné kontroly do specializovaného pracoviště v Praze.“ Závěrečná otázka byla, jak vnímá informace o léčebném režimu poskytované sestrou klientka. Klientka jen zavrtěla hlavou a rázným hlasem řekla: *„Zdály se mi, že jsou nedostačující a domnívám se, že sestry nemají moc znalostí.“*

Rozhovor 3

Klientka E.B. je věku 45ti let a s epilepsií se léčí již 20 let. Klientka je v invalidním důchodu. Informace o léčebném režimu jí byly poskytnuty v nemocničním pokoji prostřednictvím slovní metody tedy ústně, a také, jako v předešlých rozhovorech jí byly předány informační materiály o epilepsii. Mezi oblasti, o kterých byla klientka edukována patřila oblast spánku, stravování, užívání léků, sportování, zaměstnání a oblast relaxování. Na každou danou oblast jsem klientce položila otázky. První otázku jsem položila klientce ohledně spánkového režimu. Klientka se ani nijak dlouho nerozmýšlela a její odpověď byla: *„Že by měl být pravidelný. To se týká toho, že mám chodit spát každý den ve stejnou dobu.“* Dále se rozhovor týkal potravin, které byly klientce doporučeny. Klientka uvedla jen ty, které jsou doporučovány obecně u léčebného režimu, jako je pestrá strava, ovoce, zelenina apod. Nějaké konkrétní potraviny klientka neuvedla. Klientka již dlouhou dobu užívá antiepileptika a mezi hlavní zásady jejich užívání klientka uvedla: *„Užívat je pravidelně a nekonzumovat alkohol.“* U epilepsie je důležité vědět, jaké sporty jsou vhodné a jaké ne. Proto se následující otázka týkala sportů, které byly klientce doporučeny. Jako vhodné sporty uvedla: *„Ne moc náročné na námahu, nevhodné sporty, u kterých hrozí pády a zranění. Doporučili mi procházky, ale vždy v doprovodu druhé osoby.“* Kvůli epilepsii je klientka v invalidním důchodu. Ale i jí jsem také položila otázku týkající se zaměstnání. Klientka na ní odpověděla: *„Nepracovat se stroji, kde hrozí riziko poranění. V mém případě je to jednoduché, když žádné zaměstnání nemám.“* Dále jsem se klientky zeptala, jaké využívá relaxační techniky. Mezi její relaxační techniky patří četba, procházky nebo ruční práce. Další důležitou otázkou, kterou jsem klientce položila se týkala činností, které

by jí mohly způsobit epileptický záchvat. Na její odpověď jsem nemusela čekat dlouho a zněla: „*Pohybovat se v místnosti, kde je ostré blikající světlo, dlouhodobé sledování TV, stres, nedostatek spánku a odpočinku.*“ I v tomto rozhovoru jsem se nedozvěděla o žádných sdruženích epileptiků. Klientka žádné sdružení epileptiků nezná, a ani nechtěla na žádné sdružení kontakt. Jako možné komplikace, které mohou být důvodem k návštěvě lékaře klientka uvedla, pokud se budou vyskytovat epileptické záchvaty. Konečná otázka zněla, jak vnímá informace o léčebném režimu poskytnuté sestrou. Klientka odpověděla trochu nejistě slovy: „*Informace se mi zdají strohé, uvítala bych rozšířenější informace.*“

Rozhovor 4

40ti letá klientka J.M. s diagnózou epilepsie žije 7 let. Klientka je v invalidním důchodu. Klientce byly informace o léčebném režimu sděleny v konzultační místnosti neurologického oddělení. Informace byly klientce poskytnuty slovně a klientka si i sama aktivně vyhledala informace o epilepsii prostřednictvím internetových stránek. K oblastem, o kterých byla klientka edukována v rámci léčebného režimu patřila oblast spánku, oblast užívání léků, oblast sportování, oblast týkající se zaměstnání a oblast relaxování. Rozhovor pokračoval otázkou ohledně spánkového režimu, jaký jí byl doporučen. Na tuto otázku klientka odpověděla: „*Pravidelný spánek zhruba s osmi hodinami spánku.*“ Ptala jsem se klientky, jestli jí byly doporučeny nějaké vhodné potraviny. O žádných vhodných potravinách se nezmínila. Klientce jsem položila otázku, která se týkala užívání léků – antiepileptik a o jakých zásadách jí sestra informovala. Klientka uvedla: „*Mám je užívat pravidelně. Dále mi bylo doporučeno nepít alkohol a bylo mi zakázáno řízení motorových vozidel.*“ Jako vhodné sporty, které byli klientce doporučeny, uvedla pilates nebo jógu. Tyto sporty se klientce velmi zalíbily a chodí na ně pravidelně. Působí na ní velice pozitivně, cítí se klidnější. Informace, které byly klientce sděleny o vhodném zaměstnání, by měly být s minimem psychické a fyzické námahy. Mezi relaxační techniky, které klientka využívá patří četba nebo relaxační hudba, kterou si pouští každý večer. Následovala otázka, která se týkala činností, které by mohly klientce způsobit epileptický

záchvat. Na ní klientka odpověděla: „*Bylo mi řečeno, že by to mohla být psychická nepohoda.*“ Dále klientka uvedla, že žádná sdružení týkající se epilepsie nezná, a ani žádný kontakt na ně nedostala. Nemá zájem se nějak v této činnosti aktivizovat. Jako komplikace týkající se epilepsie, které jsou důvodem návštěvy lékaře klientka uvedla: „*Úraz následkem pádu kvůli epileptickému záchvatu. Jinak k lékařům chodím při delších neurologických problémech.*“ Na závěr rozhovoru jsem se klientky zeptala, jak vnímá informace o léčebném režimu poskytnuté sestrou. Její odpověď byla: „*Informace od sestry, které mi poskytla považuji za nedostatečné. Mnoho informací jsem si našla sama na internetu.*“

Rozhovor 5

Klient J.Z. je ve věku 25 let a s epilepsií se léčí 15 let. Klient pracuje jako telefonní operátor. Informace o léčebném režimu klientovi byly poskytnuty v nemocničním pokoji lůžkového oddělení neurologie. Pro sdělení informací o léčebném režimu byla zvolena metoda slovní, tedy předání informací ústně a tyto informace byly doplněny informačními materiály. Do oblastí o kterých byl klient edukován zařadil oblast spánku, stravování, užívání léků, sportování a oblast zaměstnání. Klientovi byl doporučen pravidelný spánek a dostatečně dlouhý. Následující otázka se týkala potravin, které byly klientovi doporučeny. Na tuto otázku klient odpověděl: „*Byli mi sděleny spíše nevhodné potraviny, které bych neměl konzumovat. Je to čokoláda nebo ve větší míře mléko.*“ V souvislosti s užíváním léků antiepileptik klient uvedl následující: „*Léky mám užívat ve stejnou denní dobu. Dále mi bylo řečeno, že nesmím pít alkohol.*“ Sporty, které byly klientovi doporučeny odpověděl slovy: „*V podstatě všechny, pomínu – li adrenalinové a vodní sporty.*“ Otázka týkající se vhodného zaměstnání u epilepsie, klient uvedl: „*Ne práce ve výškách nebo na noční směny. Dále se mám vyvarovat i práci s počítačem. Jelikož nemám kvůli epilepsii ani řidičák, nemůžu dělat nic tímto směrem.*“ Co se týká otázky využívání relaxačních technik, tak klient uvedl, že žádné relaxační techniky nevyužívá. Činnosti, které by mohly klientovi způsobit epileptický záchvat uvedl následující: „*Jestliže mám nedostatek spánku a mám se snažit nekoukat moc dlouhou dobu na monitor PC nebo na televizi.*“ Žádné sdružení

epileptiků klient nezná, ani o nich nic nehledal na internetu. Jako důvod návštěvy lékaře klient uvedl zhoršení jeho zdravotního stavu. Poslední otázkou byla, jak klient vnímá informace o léčebném režimu poskytnuté sestrou. Jeho odpovědí byla: „*Sestřička mi vysvětlila vše, čemu jsem neporozuměl.*“

Tabulka 2 Obecné informace

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5
Věk	20 let	31 let	45 let	40 let	25 let
Pohlaví	Muž	Žena	Žena	Žena	Muž
Doba trvání onemocnění	5 let	10 let	20 let	7 let	15 let
Zaměstnání	Student	Nezaměstnaná	Invalidní důchod	Invalidní důchod	Telefonní operátor

Respondenti byli dva mužského pohlaví a tři ženského pohlaví. Věk respondentů byl v rozmezí od 20 do 45 let. Z pěti respondentů jsou dva v invalidním důchodu, jeden studuje, jeden pracuje jako telefonní operátor a jeden respondent je nezaměstnaný. Doba trvání onemocnění se pohybuje od 5 do 20 let.

Tabulka 3 Předání počátečních informací o léčebném režimu

R= respondent	R1	R2	R3	R4	R5
Místo předání informací	Nemocniční pokoj	Konzultační místnost	Nemocniční pokoj	Konzultační místnost	Nemocniční pokoj
Metody předání informací	Slovní metoda + informační materiály	Slovní metoda + informační materiály	Slovní metoda + informační materiály	Slovní metoda + samostudium prostřednictvím internetu	Slovní metoda + informační materiály

Z celkového počtu 5 respondentů uvedli 3 respondenti, že předání informací proběhlo v nemocničním pokoji, kde byli hospitalizováni. Zbylí dva respondenti byli informováni

v konzultační místnosti oddělení. Čtyři respondenti uvedli, že byli informováni slovní metodou a byli jim předány informační materiály. Jeden respondent byl informován slovní metodou, ale ještě si dohledal informace na internetu.

Tabulka 4 Oblasti o kterých byl klient edukován sestrou

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5
Oblast spánku	1	1	1	1	1
Oblast stravování			1		1
Oblast týkající se užívání léků	1	1	1	1	1
Oblast sportování	1	1	1	1	1
Oblast týkající se zaměstnání	1	1	1	1	1
Oblast relaxování		1	1	1	
Jiné		1			

Tato tabulka znázorňuje v jakých oblastech byli klienti edukováni. Všech 5 respondentů bylo edukováno v oblasti spánku, v oblasti týkající se užívání léků, v oblasti sportování a v oblasti týkající se zaměstnání. Dále byli respondenti 3 a 5 edukováni v oblasti stravování. Respondenti 2, 3 a 4 byli edukováni o oblasti relaxování.

Tabulka 5 Hodnocení poskytnutých informací o léčebném režimu sestrou

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5
Informace považují za dostatečné	1				1
Informace považují za nedostatečné		1	1	1	

V této tabulce je znázorněno, jak respondenti vnímají poskytnuté informace o léčebném režimu sestrou. Respondenti 1 a 5 uvedli, že informace považují za dostatečné. Zbylí respondenti 2, 3 a 4 považují informace poskytnuté sestrou za nedostatečné.

Shrnutí:

Respondenti 1, 3 a 5 uvedli, že jim byl doporučen pravidelný spánek. Respondentka 2 uvedla, že spánek by měl být dostatečný bez zbytečného ponocování a respondentka 4

vedla, že by měl být spánek pravidelný zhruba s osmi hodinami spánku. Respondenti 1, 2, 3 a 4 uvedli, že žádné vhodné potraviny jim nebyly doporučeny. Respondent 5 uvedl, že mu byly sděleny spíše nevhodné potraviny, které by neměl konzumovat (čokoláda a ve větší míře mléko). Všichni respondenti uvedli, že se léky – antiepileptika mají užívat pravidelně a nesmějí konzumovat alkohol. Respondent 1 uvedl, že mu byly doporučeny sporty u kterých je vyloučen opakovaný náraz do hlavy. Respondentka 2 uvedla sporty, které nemají být pro ni vysilující a musí cítit hranici. Respondentka 3 uvedla sporty, u kterých hrozí pády a zranění a neměly by být moc náročné na námahu. Respondentka 4 uvedla, že jí byly doporučeny pilates a joga. A respondent 5 uvedl, že mu byly doporučeny všechny sporty kromě adrenalinových a vodních sportů. Respondent 1 uvedl, že nesmí vykonávat zaměstnání profesionálního řidiče. Respondentka 2 uvedla, že se jedná o práci na noční směny, ve výškách a u mašin či strojů. Práce se stroji uvedla i respondentka 3. Respondentka 4 uvedla, že by se mělo jednat o zaměstnání s minimem fyzické a psychické námahy. Respondent 5 uvedl zaměstnání ve výškách, na noční směny, vyvarovat se práce s počítačem a nemůže řídit. Respondenti 1 a 5 uvedli, že žádné relaxační techniky nevyužívají. Respondentky 2 a 4 uvedly že, jako relaxační techniky využívají četbu a poslech hudby. A respondentka 3 uvedla četbu, procházky nebo ruční práce. Respondent 1 uvedl činnosti, které by mu mohly způsobit epileptický záchvat a to nepravidelný denní režim a nedostatek spánku. Respondentka 2 uvedla ponocování, stroboskopy, velká únava a vyčerpání. Respondentka 3 uvedla blikající světlo, dlouhodobé sledování televize, stres, nedostatek spánku a odpočinku. Respondentka 4 uvedla psychickou nepohodu. Respondent 5 uvedl nedostatek spánku, nedívat se dlouho na monitor PC nebo na televize. Všech pět respondentů žádné sdružení epileptiků nezná. Respondenti 1 a 3 uvedli, jako důvod návštěvy k lékaři epileptický záchvat. Respondentka 2 uvedla těhotenství. Respondentka 4 uvedla úraz v souvislosti s pádem u epileptického záchvatu, delší neurologické problémy. A respondent 5 uvedl zhoršení zdravotního stavu.

5 DISKUZE

Má bakalářská práce je zaměřena na edukační činnost sestry u pacientů s epilepsií. Na základě toho, byly vytvořeny dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat znalosti všeobecných sester o metodách edukace pacientů s epilepsií. K tomuto cíli byla stanovena hypotéza „Sestry znají metody, jak edukovat pacienty s epilepsií.“ Byl vytvořen anonymní dotazník pro sestry pracující na neurologickém oddělení, který sloužil k potvrzení či vyvrácení dané hypotézy. Pro výzkum bylo osloveno pět zdravotnických zařízení, a to Nemocnice České Budějovice, Fakultní nemocnice Motol, Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, Nemocnice Tábor a Oblastní nemocnice Kladno. Druhým cílem bylo zjistit vědomosti pacientů s epilepsií o léčebném režimu, kteří byli edukováni sestrou. Ke stanovenému cíli byla vytvořena výzkumná otázka „Jaké vědomosti má klient s epilepsií o léčebném režimu po edukaci sestrou?“ S respondenty byl veden nestandardizovaný rozhovor.

V následujícím textu se budeme věnovat výsledkům z kvantitativního šetření. V dotazníku byly první čtyři otázky zaměřené na identifikační údaje respondentů (Graf 1 – 4). Věk respondentů jsme rozdělili do pěti kategorií (Graf 1). Nejvíce zastoupenou kategorií mělo ve věku 26 – 35 let 26 respondentů (32,1%). V kategorii mladší 25ti let mělo zastoupení 15 respondentů (18,5%) a tentýž počet 15 respondentů (18,5%) tvořili i v kategorii 46 – 55 let. Poměrně velkou kategorií tvořilo 21 respondentů (25,9%) ve věku 36 – 45 let. V malé míře byla zastoupena kategorie ve věku 55 a více let 4 respondenty (4,9%). Majoritní část dotazovaných bylo ženského pohlaví 80 (98,8%) a pouze 1 (1,2%) mužského pohlaví (Graf 2). Stále přetrvává trend, že v oboru ošetrovatelství jsou ve větší míře zastoupeny pouze ženy a muži se vyhýbají ošetrovatelské profesi. Gračko (41) ve svém článku uvádí, že muž do profese sestry nejenže patří, ale je součástí již od raného vývoje ošetrovatelství jeho součástí. Myslíme si, že muž do ošetrovatelské profese patří. Ať už je to třeba kvůli jeho fyzické síle či díky jeho osobnosti, která „narušuje“ jen čistě ženský kolektiv. Graf 3 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Více než polovina dotazovaných dosáhlo vzdělání střední odborné 51 (63,0%), vyšší odborné uvedlo 13 (16,0%) a vysokoškolského vzdělání dosáhlo 17 (21,0%). 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 péči. Poslední identifikační otázkou v dotazníku byla délka praxe (Graf 4). Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s délkou praxe 1 – 5 let 29 (35,8%), druhou nejpočetnější skupinou byla délka praxe 21 a více let 22 (27,2%), respondentů s délkou praxe 6 – 10 let bylo 14 (17,3%), s délkou praxe 11 – 15 let 6 (7,4%) respondentů a s délkou praxe 16 – 20 let bylo 10 (12,3%) respondentů.

V dotazníku jsme se respondentů ptali, co si představí pod pojmem edukace (Graf 5). Majoritní část respondentů uvedla 42x (35,6%) odpověď poučení, 4x (3,4%) odpověď doporučení, 8x (6,8%) odpověď vyučování, 14x (11,9%) odpověď vysvětlování, 18x (15,3%) byla odpověď informování, 12x (10,1%) vzdělávání a 20x (16,9%) byla odpověď výchova. Magurová a Majerníková (31) ve své knize uvádí, že pod pojmem edukace rozumí výchovu a vzdělávání. Naše výzkumné šetření ukázalo, že pod pojmem edukace si respondenti nejčastěji představí poučení. Z grafu 6 vyplývá, že nadpoloviční většina 69 (85,2%) respondentů edukovalo klienta s epilepsií a pouze 12 (14,8%) respondentů needukovalo. Toto zjištění je trochu zarážející neboť bylo pro mě problematické v kvalitativním výzkumném šetření najít respondenty, kteří byli edukováni sestrou. Můžeme spekulovat o tom, co si pod touto otázkou respondenti představili. Drlíková (42) ve svém článku uvádí, že edukace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče a kritériem kvality péče. Z grafu 7 můžeme vyčíst, že 48 (59,3%) respondentů se zúčastnilo semináře a 33 (40,7%) respondentů se nezúčastnilo. Poněkud nás tento výsledek zarazil, že poměrně velká část respondentů se semináře nezúčastnila. V dnešní době, kdy ošetrovatelský personál získává větší kompetence je to překvapivé zjištění. Podávání doplňujících informací na edukačních kartách je znázorněno na grafu 8. Ze všech dotazovaných odpovědělo ano 66 (81,5%) respondentů a odpověď ne označilo 15 (18,5%) respondentů. Můžeme se zamýšlet na tím, co si respondenti pod pojmem edukační karty představili. Domníváme se, že si spíše představili písemné záznamy, jako jsou letáky, různé brožury apod. V desáté otázce jsme se respondentů ptali, jestli mají k dispozici místnost pro edukaci

klienta. U 62 (76,5%) respondentů zazněla odpověď ne, 18 (22,2%) respondentů uvedlo zápornou odpověď a 1 (1,3%) respondent dokonce uvedl odpověď, že neví. Místo, kde edukace probíhá je důležitou součástí samotného edukačního procesu. Závodná (27) ve své knize uvádí, že optimální prostředí pro edukaci musí mít správné osvětlení, teplotu, musí být bez hluku a v nemocničním prostředí zaručovat intimitu. Myslíme si, že nemocniční prostředí by mělo mít k dispozici místnost, kde se uskuteční edukace. Především zajištění intimity patří k důležitým aspektům ve zdravotnictví. Jestli si respondenti ověřují u klientů zda daným informacím porozuměli znázorňuje graf 11. Všechny 81 (100%) dotazovaných respondentů odpovědělo ano. Což bylo pro nás velmi milým zjištěním. Dobře edukovaný pacient odchází z nemocnice s jistotou a schopností se sám o sebe postarat. Snižuje se u něj pocit úzkosti z nové situace, ví, kam se obrátit o pomoc a radu, kde konzultovat nejasnosti (42). Pokud má klient informace, kterým porozuměl, vytváří se kvalitní vztah mezi ním a zdravotníkem. Pro zdravotníka by to mělo být běžnou rutinou provádět zpětnou vazbu u klienta.

Následujících sedm otázek bylo stanoveno pro vyvrácení či potvrzení hypotézy „Sestry znají metody edukace, jak edukovat klienty s epilepsií.“

V otázce číslo dvanáct jsme se respondentů ptali, jaké znají metody edukace (Graf 12). Tato otázka byla otevřená. Nejpočetnější odpovědi byly ústní metody 78x (43,8%), druhotnou odpovědí byly metody písemné 59x (33,2%) a metody praktické byly uvedeny 41x (23,0%). Hornáková a Magurová (43) ve svém článku uvádějí, že schopnost vzdělávat jiné pokládáme za nejstarší a nejpřirozenější vlastnost člověka. Pro vykonávání každé lidské činnosti je potřeba mít dostatek vědomostí nebo zručností. Zdravotničtí pracovníci se ve svém povolání setkávají s různými skupinami pacientů, to vyžaduje nezbytné vcítění se do jejich situace. Vyjma odborného vzdělání a potřebných zkušeností je proto nutné, aby při kontaktu s klientem dokázali vhodně komunikovat. Domníváme se, že vhodně zvolená metoda může dovést klienta na správnou cestu v dodržování léčebného režimu. Graf 13 nám znázorňuje, jak respondenti volili kritéria pro vhodnou volbu metody edukace. V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí. Ze tří odpovědí byly všechny tři odpovědi

správné. Respondenti odpovídali následovně: zdravotní a psychický stav pacienta označili respondenti 81x (44,8%), vědomosti a dovednosti pacienta označili respondenti 52x (28,7%) a nejméně byla označována odpověď cíle, formy a obsah edukace 48x (26,5%). Tady je znázorněno, že oblast edukace neberou mnozí respondenti v potaz a jsou zde určité mezery. Dále jsme se respondentů ptali, jakou metodou poskytují informace klientům s epilepsií (Graf 14). Nejčtenější odpovědí byla odpověď slovně 79x (69,9%), následovala odpověď písemně 30x (26,6%) a nejméně početnou odpovědí byla odpověď prakticky 4x (3,5%). V odborné literatuře autorka Kuberová (29) uvádí, že při edukaci v ošetrovatelství se metoda slovní používá nejčastěji. Toto tvrzení se potvrdilo i v našem výzkumu. V otázce patnácté jsme cíleně zjišťovali vědomosti o metodách edukace otázkou, jaká metoda umožňuje klientovi jeho vlastní aktivní činnost (Graf 15). V této otázce polovina 41 (50,6%) respondentů uvedla odpověď dovednostně – praktické metody. To můžeme považovat za uspokojivé zjištění. V následující otázce jsme se ptali, do jaké skupiny metod by respondenti zařadili práci s textem, rozhovor nebo přednášku (Graf 16). Z celkového součtu 81 (100%) odpovědí, byla označena 68 (83,9%) respondenty odpověď slovní metody. Tento výsledek můžeme považovat za velice uspokojivý. Otázkou číslo sedmnáct jsme se ptali respondentů, co by zařadili mezi metody názorně – demonstrační. V možnostech odpovědí byla práce s obrazem, laborování a experimentování, napodobování a možnost jiné. Práci s obrazem uvedlo celých 41 (50,6%) respondentů. Tento výsledek není zcela jednoznačný, jak vyplývá z grafu 17, ale lze ho brát za pozitivní zjištění. V otázce číslo 18 jsme se respondentů ptali, do jaké skupiny metod by zařadili vytváření dovedností, napodobování nebo laborování a experimentování (Graf 18). Odpověď dovednostně – praktické metody odpovědělo celkem 48 (59,3%) respondentů. Tady bychom se ještě chtěli zmínit o procentuálním vnímání sděleného pomocí smyslů. G. Petty (44) uvádí, že informace do našeho mozku vstupují 87% očima, 9% ušima a 4% jinými smysly. Proto je vhodné předkládat informace vizuálně.

Výsledek z grafu 19 nám ukazuje, že 31 (37,3%) respondentů nevybírá edukační metody spolu s klientem, spíše ne odpovědělo 24 (26,6%), ano označilo 6 (7,4%)

respondentů a spíše ano uvedlo 20 (24,7%) respondentů. Je to pro nás nemilé zjištění, že poměrně velké část respondentů nezapojuje klienta do výběru metod. Kdy se musí brát v úvahu dovednosti, zkušenosti a vědomosti klienta, jak uvádí odborná literatura (28, 29). Využití pomůcek, které jsou používané znázorňuje graf 21. Nejvíce zastoupené jsou pomůcky textové, kdy je uvedlo 45 (91,8%) respondentů. Vizuální pomůcky uvedli 3 (6,2%) respondenti, audiovizuální 1 (2,0%) a jiné neuvedl žádný respondent. V dotazníku jsem se ptali, jestli je edukace sestrou ve zdravotnictví důležitá (Graf 23). Milým zjištěním pro nás bylo, že 80 (99,8%) respondentů odpovědělo kladně. Toto zjištění je v souladu s výsledkem průzkumu Rakové a Čičákové (45), které se zaměřily na postoj sester k edukaci pacientů jako potřebné součásti ošetrovatelského procesu. 50 (100%) sester vyjádřilo kladný postoj k tomuto výroku. Vedení záznamu o každé uskutečněné edukaci pacienta zjišťovaly ve svém průzkumu Raková a Čičáková (45). Z celkového počtu 50 vyjádřilo svůj kladný postoj 42 (84%) sester. S tímto tvrzením souhlasíme i v našem průzkumu. Majoritní část 74 (91,4%) respondentů uvedla, že vede záznam o edukaci a 7 (8,6%) uvedlo ne (Graf 26).

Domníváme se, že na základě provedeného výzkumu byla hypotéza „Sestry znají metody, jak edukovat pacienty s epilepsií“ potvrzena.

Druhá část výzkumu byla provedena kvalitativním výzkumným šetřením, kde zkoumaným souborem bylo 5 respondentů s epilepsií. Ke sběru dat byla použita metoda dotazování a technikou sběru dat byl nestandardizovaný rozhovor. V rozhovorech jsme s respondenty procházeli jednotlivé oblasti o léčebném režimu. Na začátku rozhovoru jsme zjišťovali, kde byly respondentům předány informace o léčebném režimu. Z rozhovorů vyplynulo, že to byl nejčastěji nemocniční pokoj a poté konzultační místnost (tabulka 3). Raková a Čičáková (45) ve svém průzkumu uvádějí, že nejčastějším místem realizace edukace v klinickém prostředí je pokoj pacienta. S tímto tvrzením souhlasíme také. Pravidelný spánkový režim je nedílnou součástí dodržování životosprávy u epileptika, jak uvádí odborná literatura (16). Z našich rozhovorů vyplynulo, že všem respondentům byl doporučen pravidelný spánkový režim bez zbytečného ponocování. Kršek (7) uvádí, že

dřívější názory na možný negativní vliv některých jídel se nepotvrdily a dietní opatření proto u naprosté většiny epilepsií nejsou na místě. Toto tvrzení se nám potvrdilo i v rozhovorech s respondenty. Ti uvedli, že žádné potraviny jim nebyly doporučeny. Pouze v rozhovoru 5 uvedl respondent, že mu byly spíše nedoporučeny některé potraviny. Šetření ukázalo, že všichni respondenti mají užívat antiepileptika pravidelně a nesmějí konzumovat alkohol. Výsledek průzkumu se shoduje s Vojtěchem (10), který doporučuje nemocným abstinenci od alkoholu. Z rozhovorů vyplynulo, že respondenti vědí o sportech, které jsou pro ně vhodné. Jejich odpovědi se shodují s odbornou literaturou (37). Dále rozhovory odkryly zjištění, že žádný z respondentů nezná sdružení týkající se epilepsie. Je to pro nás překvapivé zjištění. Domnívali jsme se, že budou alespoň respondenti nějaké sdružení znát. Je to zarážející v době, kdy existují internetové stránky těchto sdružení. Myslíme si, že kontakt s některými sdruženími by byl pro respondenty přínosný. V závěru rozhovoru byla respondentům položena otázka, jak vnímají informace o léčebném režimu poskytnuté sestrou? Dva respondenti uvedli, že informace považují za dostatečné a tři respondenti se shodli, že je považují za nedostatečné. Na druhou stranu je poněkud zarážející, že z rozhovorů bylo patrné, že respondenti celkem mají informace o léčebném režimu. Je otázkou, co tři respondenty vedlo k této odpovědi. Můžeme spekulovat o faktoru, který v tom hrál roli. Mohla to být neprofesionalita, nedůvěra nebo nedostatek času či nesympatie? Domníváme se, že určitě jeden z faktorů k tomu přispěl. Myslíme si, že je to zjištění, které dělá dojem, že nejsou sestry dostatečně kvalifikované. Na závěr můžeme konstatovat, že výzkumná otázka byla zodpovězena.

6 ZÁVĚR

Epilepsie je chronické neurologické onemocnění, které sebou přináší i určitá omezení. Sestry by si měly uvědomit, že jejich role je nepostradatelná. Měly by umět klientovi poskytnout srozumitelné a jasné informace, které jsou důležitou složkou onemocnění, jako je epilepsie. Proto sestra by měla vést klienta k určitým návykům.

Cílem kvantitativního šetření bylo zmapovat znalosti všeobecných sester o metodách edukace pacientů s epilepsií. Pro splnění cíle jsem si stanovila jednu hypotézu „Sestry znají metody, jak edukovat pacienty s epilepsií.“ Ke sběru dat jsem použila anonymní dotazník, který byl určen pro sestry pracující na neurologickém oddělení. Po zpracování výsledků z dotazníků můžeme říci, že hypotéza byla potvrzena. Sestry se orientují v metodách edukace. Ale domnívám se, že sestry nemají moc znalostí o edukaci, jako takové. V této oblasti je stále co zlepšovat.

Cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo zjistit vědomosti pacientů s epilepsií o léčebném režimu, kteří byli edukováni sestrou. K tomuto cíli jsem si stanovila jednu výzkumnou otázku „Jaké vědomosti má klient s epilepsií o léčebném režimu po edukaci sestrou?“ Ke splnění cíle jsem použila metodu dotazování a technikou sběru dat byl nestandardizovaný rozhovor. Rozhovor jsem vedla s 5ti respondenty, kteří se léčí s epilepsií. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že respondenti mají vědomosti o léčebném režimu. Ale z některých rozhovorů vyplynulo, že respondenti považují informace od sestry za strohé a nedostačující.

Má bakalářská práce by měla sloužit k vytvoření informačního materiálu o základních informacích o léčebném režimu u pacientů s epilepsií (příloha 4). Dále ve své práci uvádím příklad struktury edukačního plánu v ošetrovatelství (příloha 1). Ten by měl sloužit sestram, jako podklad pro vedení edukace.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. MORÁŇ, M. *Praktická epileptologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 137 s. ISBN 80-7254-352-0.
2. *Tisková zpráva 2007 Společnosti „E“: Národní den epilepsie 30. září* [online]. Společnost „E“: 2007 [cit. 14.11.2011]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/media/dokumenty/tiskova-zprava/NDE2007.doc>
3. PREISS, M., KUČEROVÁ, H. a kol. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-0843-4.
4. JANÁSOVÁ, P. Epilepsie u dětí. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 5, 46 s. ISSN 1210-0404.
5. AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4, 80-246-1258-5.
6. SEIDL, Z. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
7. KRŠEK, P. Základní info o epilepsii. In: *Er-sme.cz* [online]. 24.7.2006 [cit. 14.11.2011]. Dostupné z: http://www.er-sme.cz/sme/upload/file/clanky_letaky_publicace/zakladni_info_o_epilepsii_MUDr._Krssek.doc.
8. JUŘÍKOVÁ, L. Epilepsie a epileptické záchvaty. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 2, 73-74 s. ISSN 1210-0404.

9. SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.
10. VOJTĚCH, Z. *Epilepsie dospělých osob: Základní informace*. 1. vyd. Praha: Občanské sdružení EpiStop, 2010. 39 s. ISBN 978-80-903979-2-7.
11. VOJTĚCH, Z. *EEG v epileptologii dospělých*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 680 s. ISBN 20-247-0690-3.
12. NEŠPOR, E. Diferenciální diagnostika epilepsie. In *Neurologie 2003*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 246-247 s. ISBN 80-7254-431-4.
13. SLEZÁKOVÁ, Z. *Neurologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2006. 165 s. ISBN 80-8063-218-9.
14. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 20-247-1150-8.
15. NEŠPOR, E. Epileptik v terénní péči. *Lékařské listy: příloha zdravotnických novin*, 2008, roč. 57 , č. 18, s. 4-5. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/epileptik-v-terenni-peci-387147>. ISSN 0044-1996.
16. NEVŠÍMALOVÁ, S. Epilepsie In *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén 2002. Kapitola 25, 217 – 225 s. ISBN 80-7262-160-2.
17. Epilepsie a EEG test. In: *Spolecnost-e.cz* [online]. Praha: Společnost „E“ / Czech Epilepsy Association, 2011 [cit. 28.11. 2012]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/media/tiskoviny/zlutaky/epilepsie-a-eeg-2012.pdf>

18. HEJNA, D., HYKOVÁ, L. NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE. *Standard ošetrovatelské péče č. 030: přehledy vyšetření a příprava nemocných k radiologickým, kardiologickým a radioizotopovým vyšetřením a výkonům*. 2. vyd. České Budějovice, 2009.
19. Epilepsie – První pomoc při záchvatech. In: *Spolecnost-e.cz* [online]. Praha: Společnost „E“ / Czech Epilepsy Association, 2011 [cit. 20.12. 2011]. Dostupné z: http://www.spolecnost-e.cz/media/tiskoviny/zlutaky/epilepsie_prvni_pomoc_2011.pdf
20. Rubrika pro pacienty / Často kladené dotazy / První pomoc při záchvatu *Epilepsie.cz* [online]. [cit. 20.12. 2011]. Dostupné z: <http://www.epilepsie.cz/pro-pacienty/rubrika/24-Prvni-pomoc-pri-zachvatu/index.htm>
21. ČECHOTOVÁ, E., KRATOCHVÍLOVÁ, M. Epilepsie. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 3, 63-64 s. ISSN 1210-0404.
22. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 72/2011 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel s podmínkou a náležitosti lékařského potvrzení osvědčujícího zdravotní důvody, pro něž se za jízdy nelze na sedadle motorového vozidla připoutat bezpečnostním pásem.
23. Epilepsie – Základní informace. In: *Spolecnost-e.cz* [online]. Praha: Společnost „E“ / Czech Epilepsy Association, 2011 [cit. 14.11.2011]. Dostupné z: http://www.spolecnost-e.cz/media/tiskoviny/zlutaky/epilepsie_zakladni_informace_2006.pdf

24. BERLIT, P. *Memorix neurologie*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2007. 464 s. ISBN 978-80-247-1915-3.
25. DBALÝ, V. Epileptochirurgie. In *Neurochirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. Kapitola 14, 527 – 561 s. ISBN 80-7262-319-2.
26. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 3. upr. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2005. 481 s. ISBN 80-7367-047-X.
27. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-806-3193-X.
28. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
29. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
30. MÍČKOVÁ, I. Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 12, 44 – 45 s. ISSN 1210-0404.
31. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, E. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
32. MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Výukové metody*. 2. vyd. Brno: Paido, 2005. 219 s. ISBN 80-731-5039-5.

33. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství: systémový přístup I.díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
34. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetřovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-182-4.
35. TUTKOVÁ, J. Komunikace sestry – pacient. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 1, 22-23 s. ISSN 1210-0404.
36. NOVOTNÁ, I. Epilepsie a bezpečnost všedního dne. In: *Er-sme.cz* [online]. 2008 [cit. 17.1. 2012]. Dostupné z: http://www.er-sme.cz/sme/upload/file/clanky_letaky_publicace/epilepsie_a_bezpecnost_vsedniho_dne_MUDr._Novotna.doc
37. Epilepsie – Volný čas a sport. In: *Spolecnost-e.cz* [online]. Praha: Společnost „E“ / Czech Epilepsy Association, 2011 [cit. 9.1. 2012]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/media/tiskoviny/zlutaky/epilepsie-volny-cas-a-sport-2012.pdf>
38. EpiStop – Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií. In: *Občanské sdružení Epistop* [online]. 2010 [cit. 10.1. 2012]. Dostupné z: <http://www.epistop.cz/index.php/clanky/epistandardy>
39. *Společnost „E“* [online]. [cit. 19.1. 2012] Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/>
40. *Občanské sdružení EpiStop* [online]. © 1995 – 2012 [cit. 19.1. 2012] Dostupné z: <http://www.epistop.cz/>

41. GRAČKO, M. Muž v profesi sestry. *Sestra*. 2012. roč. 22 č. 1, 21-22 s. ISSN 1210-0404.
42. DRLÍKOVÁ, K. Reeducace jako nedílná součást edukace. *Sestra*. 2008. roč. 18, č. 5, 12 s. ISSN 1210-0404.
43. HORŇÁKOVÁ, A., MAGUROVÁ, D. Využití edukačních metod při výuce komunikace v přípravě budoucích zdravotnických pracovníků. *Sestra*. 2010. č. 1, 34 s. ISSN 1210-0404.
44. PETTY, G. *Moderní vyučování*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 380 s. ISBN 80-7178-978-X.
45. RAKOVÁ, J., ČIČÁKOVÁ, L. Postoj sester k edukaci v nemocničním prostředí. *Sestra*. 2009. roč. 22, č. 4, 28 – 29 s. ISSN 1210-0404.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Edukace

Sestra

Klient

Epilepsie

9 SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Příklad struktury edukačního plánu v ošetrovatelství
- Příloha 2 Dotazník pro sestry
- Příloha 3 Otázky k rozhovorům s klienty
- Příloha 4 Informační materiál o základních informacích o léčebném režimu u klientů s epilepsií

Příloha 1 Příklad struktury edukačního plánu v ošetrovatelství

1. fáze edukačního plánu – posuzování	
Informace o edukantech, posouzení schopnosti učit se, potřeba učit se u klienta	
2. fáze edukačního plánu – diagnostika	
Edukační diagnóza: Deficit vědomostí	
Nedostatek zručnosti	
Nedostatek motivace	
3. fáze plánování	
<i>Téma edukační jednotky</i>	
<i>Cíl a výsledná kritéria</i>	
Stanovení priorit ve výuce, stanovení učebního záměru	
Obsah edukace	
Afektivní cíl:	
Výsledné kritérium:	
Kognitivní cíl:	
Výsledné kritérium:	
Behaviorální cíl:	
Výsledné kritérium:	
<i>Forma edukace</i>	
<i>Metody:</i>	<i>Edukační prostředky a pomůcky:</i>

<i>Místo edukace</i>	<i>Čas edukace</i>
<i>Plánování metodického postupu:</i>	
Úvod:	
Motivační fáze:	
Expoziční fáze:	
Fixační fáze:	
Hodnotící fáze:	
Rychlá diagnostika:	
4. fáze realizace:	
Téma edukačního setkání:	
<i>Metodický postup a realizace edukace:</i>	
Úvod:	
Motivační fáze:	
Expoziční fáze:	
Fixační fáze:	
Hodnotící fáze:	
Rychlá diagnostika:	
5. fáze hodnocení edukačního plánu	
Průběžné vyhodnocení cíle a výsledných kritérií:	
Hodnocení edukačního setkání:	
Hodnocení z pohledu edukanta:	
Hodnocení z pohledu edukátora:	
Reakce edukanta na edukaci:	
Spokojenost, nespokojenost s realizací edukace, s postojem sestry	
Postřehy, návrhy, připomínky	
Jiné	
Reakce edukátorky na edukaci:	

Postřehy, návrhy, připomínky

Nedostatky v edukaci

Nezájem edukanta nebo edukant není schopný hovořit

Edukant odmítl edukaci

Chování edukanta

Jiné

(Zdroj: Magurová, Majerníková, 2009)

Příloha 2 Dotazník pro sestry

Vážený pane, vážená paní,

jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Zde studuji obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Tento dotazník bude sloužit k výzkumnému šetření pro mou bakalářskou práci na téma: „Edukační činnost sestry u pacientů s epilepsií.“ Odpovědi zakroužkujte. Za Váš čas a ochotu děkuji.

Markéta Křížková

1. Kolik je Vám let?

- a) Mladší 25ti let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 – 55 let
- e) 55 a více let

2. Pohlaví

- a) Žena
- b) Muž

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední odborné (SZŠ)
- b) Vyšší odborné (VOŠ)
- c) Vysokoškolské (Bc., Mgr.)

4. Jaká je délka Vaší praxe?

- a) 1 – 5 let
- b) 6 – 10 let

- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) 21 a více let

5. Co si představíte pod pojmem edukace (prosím vypište)?

.....
.....

6. Edukoval(a) jste někdy klienta s epilepsií?

- a) Ano
- b) Ne

7. Zúčastnil(a) jste se semináře týkající se edukace?

- a) Ano
- b) Ne

8. Podáváte doplňující informace na edukačních kartách?

- a) Ano
- b) Ne

9. Máte dostatek edukačního materiálu na oddělení týkající se epilepsie?

- a) Ano
- b) Ne

10. Máte na oddělení k dispozici místnost pro edukaci klienta?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

11. Ověřujete si u klienta zda daným informacím porozuměl?

- a) Ano
- b) Ne

12. Jaké znáte metody edukace (prosím vypište)?

.....
.....

13. Jaká jsou kritéria pro vhodnou volbu metody edukace (můžete označit více možností):

- a) Zdravotní a psychický stav klienta
- b) Vědomosti a dovednosti klienta
- c) Cíle, formy a obsah edukace

14. Jakou metodou poskytujete informace klientům s epilepsií (prosím vypište)?

.....
.....

15. Jaká metoda umožňuje klientovi jeho vlastní aktivní činnost?

- a) Názorně – demonstrační metody
- b) Dovednostně – praktické metody
- c) Slovní metody
- d) Jiné (prosím doplňte).....

16. Do jaké skupiny metod byste zařadili práci s textem, rozhovor nebo přednášku?

- a) Názorně – demonstrační metody
- b) Dovednostně – praktické metody
- c) Slovní metody
- d) Jiné (prosím doplňte).....

17. Mezi názorně – demonstrační metody byste zařadili?

- a) Práci s obrazem
- b) Laborování a experimentování
- c) Napodobování
- d) Jiné (prosím doplňte).....

18. Do jaké skupiny metod byste zařadili vytváření dovedností, napodobování nebo laborování a experimentování?

- a) Názorně – demonstrační metody
- b) Dovednostně – praktické metody
- c) Slovní metody
- d) Jiné (prosím doplňte).....

19. Vybíráte edukační metody spolu s klientem?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

20. Používáte k metodám edukace názorné pomůcky?

- a) Ano
- b) Ne (*přejděte k otázce č. 23*)

21. Jaké pomůcky používáte?

- a) Vizualní pomůcky (fotografie, nástěnné obrazy)
- b) Textové pomůcky (učebnice, letáky)
- c) Audiovizualní pomůcky (výukové filmy, video)
- d) Jiné (prosím doplňte).....

22. Uvítali byste i jiné názorné pomůcky, které na oddělení nemáte?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste odpověděl/a ano, napište prosím jaké.....

23. Myslíte si, že je edukace sestrou ve zdravotnictví důležitá?

- a) Ano
- b) Ne

24. Mají klienti zájem o edukaci sestrou?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

25. Snažíte se do edukace klienta zapojovat rodinu?

- a) Ano, vždy
- b) Ano, na přání pacienta
- c) Ne

26. Vedete záznam o edukaci ?

- a) Ano
- b) Ne

Příloha 3 Otázky k rozhovorům s klienty

1. Kolik je Vám let?
2. Jste muž/žena?
3. Jak dlouho máte epilepsii?
4. Jaké máte zaměstnání?
5. Kde Vám sestra podala informace o léčebném režimu, který byste měl/a dodržovat?
6. Jakou metodou/jaké metody využila sestra k tomu, aby Vás informovala o léčebném režimu u epilepsie?
7. O jakých oblastech léčebného režimu Vás sestra edukovala?
 - oblast spánku
 - oblast stravování
 - oblast týkající se užívání léků
 - oblast sportování
 - oblast týkající se zaměstnání
 - oblast relaxování
 - jiné
8. Jaký spánkový režim Vám byl doporučen sestrou?
9. Jaké vhodné potraviny Vám byly doporučeny sestrou?
10. O jakých zásadách Vás informovala sestra v souvislosti s užíváním léků – antiepileptik?
11. Jaké vhodné sporty Vám byly doporučeny?
12. Jaké informace Vám sestra poskytla týkající se vhodnosti zaměstnání s diagnózou epilepsie?
13. Jaké využíváte relaxační techniky?
14. Jaké jsou činnosti, které by Vám mohly způsobit epileptický záchvat?
15. Znáte nějaká sdružení týkající se epileptiků? Dostal/a jste od sestry tyto informace, kontakt na některá taková sdružení?

16. Jaké jsou možné komplikace týkající se epilepsie, na které upozornila sestra, že jsou důvodem návštěvy lékaře?

17. Jak vnímáte informace o léčebném režimu poskytnuté sestrou?

Příloha 4 Informační materiál o základních informacích o léčebném režimu u klientů s epilepsií

Základní informace o léčebném režimu u klientů s epilepsií

DODRŽOVAT PRAVIDELNÝ REŽIM SPÁNKU



NUTNOST ODPOČINKU, RELAXACE



DOSTATEK

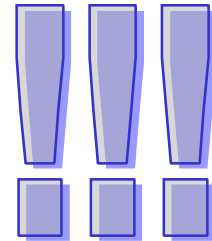


STRAVA NĚ PŘÍLIŠ



UŽÍVAT V PRAVIDELNÝCH INTERVALECH, V DOPORUČENÉ DÁVCE A ZAPÍJET NEJVHODNĚJI VODOU!

A HLAVNĚ



PŘI SPORTECH BYSTE NEMĚL BÝT SÁM.





VYVAROVAT SE PŘÍMÉMU PŘEHŘÁTÍ HLAVY,

PROTO JE DŮLEŽITÉ NOSIT POKRÝVKU HLAVY

**NEDOPORUČUJE SE PRACOVAT NA NOČNÍ SMĚNY
ČI PRÁCE VE VÝŠKÁCH**

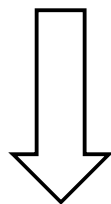


Bližší informace o epilepsii na internetových stránkách:

- www.spolecnost-e.cz
- www.epistop.cz
- www.epilepsie.cz

Nebo v odborné literatuře:

- MORÁŇ, M. *Praktická epileptologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003.
- SEIDL, Z. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008.
- AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2006.



V PŘÍPADĚ JAKÝCHKOLIV NEJASNOSTÍ SE OBRÁŤTE NA SESTRU, KTERÁ VÁM JISTĚ POMŮŽE