

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

EVA KOPŘIVOVÁ

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Epilepsie a režimová opatření

Eva Kopřivová

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva Kopřivová**
Osobní číslo: **Z16223**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Epilepsie a režimová opatření**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

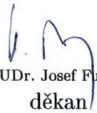
Seznam odborné literatury:

1. AMBLER, Z.; BEDNAŘÍK, J.; RŮŽIČKA, E. a kol. *Klinická neurologie: část obecná*. 2. vyd. Praha: Triton, 2012, 980 s. ISBN 978-80-7387-157-4.
2. AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 7. vyd. Praha: Galén, 2011, 350 s. ISBN 978-80-7262-707-3.
3. BEDNAŘÍK, J.; AMBLER, Z.; RŮŽIČKA, E. *Klinická neurologie: část speciální*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010, 1430 s. ISBN 978-80-7387-389-9.
4. SEIDL, Z. *Neurologie pro studium i praxi*. 2.vyd. Praha: Grada, 2015, 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
5. TYRLÍKOVÁ, I.; BAREŠ, M. a kol. *Neurologie pro nelékařské obory*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2012, 305 s. ISBN 978-80-7013-540-2.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Hana Ochtinská**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2017**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2019**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 25. 4. 2019

Eva Kopřivová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí této bakalářské práce Mgr. Haně Ochtinské za její cenné rady, trpělivost a volný čas, který mi věnovala při vedení této bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří mi umožnili tento průzkum provést, za jejich ochotu a čas při vyplnění dotazníků.

ANOTACE

Bakalářská práce se věnuje problematice onemocnění epilepsie a režimovým opatřením. V teoretické části je popsáno onemocnění epilepsie, její historie, typy záchvatů, diagnostika a formy léčby. Další část se zabývá režimovými opatřeními u tohoto onemocnění. Vliv na pracovní, osobní život nemocných a nutné opatření v rámci bezpečnosti nemocných.

V průzkumné části byla použita metoda kvantitativního sběru dat - dotazník, který vyplňovali respondenti s již diagnostikovanou epilepsií. Cílem bylo zjistit oblasti omezení běžného života pacientů s epilepsií v souvislosti s dodržováním režimových opatření.

KLÍČOVÁ SLOVA

Epilepsie, epileptické záchvaty, režimová opatření, sport

TITLE

Epilepsy and regime measures.

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with the problem of epilepsy disease and regime measures. The theoretical part describes the epilepsy disease, its history, types of seizures, diagnostics and forms of treatment. The next part deals with regime measures in this disease. Influence on working, personal life of patients and necessary measures in patient safety. In the exploratory part was used the method of quantitative data collection, the questionnaire, which was filled in by respondents already diagnosed with epilepsy. The aim was to find out the areas of limitation of common life of patients with epilepsy in connection with adherence to regimen measures.

KEYWORDS

Epilepsy, epileptic races, modular measures, sport

OBSAH

Úvod.....	11
Cíl práce.....	13
I Teoretická část.....	14
1 EPILEPSIE	14
1.1 Historie.....	15
1.2 Epidemiologie	15
1.3 Etiologie, patogeneze	16
1.4 Charakteristika záchvatu	17
1.4.1 Parciální epileptický záchvat, fokální záchvaty.....	17
1.4.2 Generalizované záchvaty	18
1.4.3 Epileptické syndromy	18
1.4.4 Status epilepticus	19
1.5 Diagnostika	20
1.5.1 Anamnéza a objektivní nález.....	20
1.5.2 Rodinná anamnéza.....	20
1.5.3 Osobní a Farmakologická anamnéza	20
1.5.4 Sociální a pracovní anamnéza.....	20
1.5.5 Vyšetřovací metody	21
1.5.6 Neurologické klinické vyšetření	21
1.5.7 Zobrazovací metody	22
1.5.8 Psychologické vyšetření	24
1.5.9 Psychiatrické vyšetření	24
1.6 Léčba	24
1.6.1 Cíle léčby	25
1.6.2 Farmakoterapie	25

1.6.3	Chirurgická léčba	25
1.6.4	Prognóza	26
1.6.5	Komplikace - SUDEP – sudden unexpected death in epilepsy	27
1.7	Režimová opatření a úloha NLZP	27
1.7.1	Epilepsie a životospráva	28
1.7.2	Epilepsie a spánek.....	28
1.7.3	Epilepsie a alkohol.....	28
1.7.4	Epilepsie a sociální problematika	28
1.7.5	Epilepsie a volný čas.....	29
1.7.6	Epilepsie a sport.....	29
1.7.7	Epilepsie a alternativní léčba	30
1.7.8	Epilepsie a řízení motorových vozidel.....	30
1.7.9	Bezpečný život s epilepsií – předcházení úrazům	30
II	Průzkumná část	31
2	Metodika průzkumu	31
2.1	Průzkumné otázky	31
2.2	Realizace sběru dat.....	32
2.3	Způsob vyhodnocení získaných dat	32
3	Výsledky průzkumného šetření	33
	DISKUZE	48
	ZÁVĚR	56
	Literatura.....	58
	Přílohy.....	61

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Pohlaví respondentů.....	33
Obrázek 2 - Věk respondentů	33
Obrázek 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání	34
Obrázek 4 – Výskyt prvního epileptického záchvatu	35
Obrázek 5 - Počet informovaných respondentů neurologickým lékařem.....	35
Obrázek 6 - Typy záchvatů.....	36
Obrázek 7 - Počet záchvatů za posledních 12 měsíců	37
Obrázek 8 - Aura před záchvatem	37
Obrázek 9 - Typy aury	38
Obrázek 10 – Vědí respondenti příčinu záchvatů?	38
Obrázek 11 - Faktory vyvolání záchvatu	39
Obrázek 12 – Kdo informoval o režimových opatřeních respondenty.....	40
Obrázek 13 - Vyhledání dalších informací	40
Obrázek 14 - Hledání informací-zdroje	41
Obrázek 15 – Subjektivní pocit respondentů o informovanosti o onemocnění.....	41
Obrázek 16 - Dodržování režimových opatření.....	42
Obrázek 17 - Omezují režimová opatření běžný život	43
Obrázek 18 - Omezující režimová opatření	43
Obrázek 19 - Možnost pracovních změn	44
Obrázek 20 - Omezení zájmů, aktivit	45
Obrázek 21 - Omezené zájmy.....	45
Obrázek 22 - Sport.....	46
Obrázek 23 - Jiné sporty respondentů.....	46
Obrázek 24 - Provozování sportu	47

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AED	antiepileptika
ARAS	ascendentní retikulární aktivační systém
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
CNS	centrální nervová soustava
CT	počítačová tomografie
EcoG	elektrokortikogram
EEG	elektroencefalografie
EKG	elektrokardiografie
GABA	gaba-aminomáselná kyselina
GTCS	generalizovaný tonicko-klonický záchvat
ILAE	mezinárodní liga proti epilepsii
JIP	jednotka intenzivní péče
LP	lumbální punkce
MR	magnetická rezonance
NGS	nasogastrická sonda
NZLP	nelékařský zdravotnický personál
PET	pozitron emisní tomograf
PŽK	periferní žilní katetr
SEEG	stereoencefalografie
SPECT	tomografická scintigrafie
SUDEP	náhlé úmrtí epileptiků
VNS	vagová stimulace

ÚVOD

Tato bakalářská práce je věnovaná onemocnění epilepsie a režimovým opatřením, kterými se snažíme předcházet vzniku epileptických záchvatů. V průzkumné části jsou dispenzarizovaní respondenti s již diagnostikovanou epilepsií. Zabývá se informovaností těchto pacientů o epilepsii a jejich přístupu k dodržování režimových opatření.

Epilepsie je chronické onemocnění mozku. Výskyt i ojedinělého epileptického záchvatu je alarmující situace v životě každého člověka. Epilepsie představuje vedle individuálního problému také problém celospolečenský (Rektor, Ošlejšková, 2010, s. 6).

Příznakem epilepsie je epileptický záchvat. Přes pečlivou anamnézu, klinická a pomocná vyšetření zůstává až v 50 % příčina epilepsie neobjasněna. Epilepsii či epileptický syndrom jako chorobu charakterizují vedle typu záchvatů (obvykle více druhů záchvatů) i další okolnosti jako je věk nebo některé určité klinické příznaky (Seidl, 2015, s. 251).

Incidence epilepsie je největší u dětí (v prvních měsících života), klesá v dospělém věku a opět roste ve starším věku nad 70 let (Moráň, 2007, s. 19). Hlavní cíl léčby je zvýšení kvality života pacientů s epilepsií. Ideální je dosažení odstranění záchvatů, nebo alespoň omezení frekvence a intenzity záchvatů (Tyrlíková, Bareš, 2012, s. 109).

Epilepsii může dostat kdokoliv z nás v jakémkoliv okamžiku života. Neuvědomujeme si, jak časté je to onemocnění. Někdo má několik záchvatů denně, jiný jeden za měsíc nebo za rok. Mít epilepsii neznamená, že člověk nemůže dělat vše, co by chtěl. Lidé s epilepsií mohou pracovat, sportovat, cestovat a mít rodinu (Stehlíková, 2016, s.1).

Důležité je obdržet informace o onemocnění a vědět o určitých režimových opatřeních. Jako první by měl nemocné informovat lékař a poté má důležitý úkol všeobecná sestra. Ta informuje, edukuje nemocného a vede pacienta k dodržování režimových opatření. Mezi ně patří užívání medikace, pravidelný spánek a bdění, zákaz alkoholu, vyvarování se některým sportům, bezpečnosti domova a jiné. Mnozí pacienti ale nemají dostatečné informace o těchto opatřeních, a proto u nich vznikají opakované záchvaty. Opakem je skupina pacientů, kteří mají informaci dostatek, ale nejsou jim srozumitelné. Bohužel i když má pacient dostatek informací, jsou některé typy záchvatů nekontrolovatelné, farmakorezistentní a i přes operační řešení nezvládnutelné. Těmto pacientům se snaží jak lékaři, tak sestry usnadnit začlenění se do běžného života co nejvíce. Onemocnění epilepsie pacientům často komplikuje život nejenom pracovní, ale i osobní. Jeden z mnoha příkladů je nežádoucí událost, která se stala v nemocnici

kraje Vysočina na Neurologickém oddělení, kdy pacient přišel o řidičský průkaz z důvodu diagnózy epilepsie.

CÍL PRÁCE

Cíle pro teoretickou část:

Popsat onemocnění epilepsie, epileptické záchvaty a nastítnit život s epilepsií.

Cíl pro průzkumnou část:

Zjistit oblasti omezení běžného života pacientů s epilepsií v souvislosti s dodržováním režimových opatření.

Dílčí cíle:

Zjistit, jaké epileptické záchvaty se nejčastěji vyskytují u pacientů zahrnutých do průzkumného vzorku.

Zjistit, informovanost a dodržování režimových opatření.

Zjistit, jak ovlivňuje diagnóza epilepsie respondenty v pracovním a soukromém životě.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 EPILEPSIE

„Epilepsie jsou skupinou onemocnění klinicky charakterizovaných výskytem rekurentních, většinou spotánních epileptických záchvatů“ (Bednařík, Ambler, Růžička et al. ,2010, s. 285).

„Epilepsie je onemocnění charakterizované opakovanými záchvaty s výskytem křečí. Podstatou křečí je prudké zvýšení elektrického výboje v mozkových neuronech, což v důsledku vyvolává mimosvalové kontrakce, poruchy vědomí a senzorické abnormality“ (Slezáková, 2014, s.107).

„Epilepsie je chronické onemocnění způsobené excesivní patologickou synchronní aktivitou mozkové kůry a projevující se opakovanými záchvaty“ (Rektor, Ošlejšková, 2010, s.6).

„Epilepsie je chronické neurologické onemocnění, charakterizované opakovanými záchvaty různého klinického obrazu a abnormními výboji mozkových neuronů“ (Tyrlíková, Bareš, 2012, s.100; Novotná, Zichová, Nováková, 2008, s. 19).

Epilepsie je heterogenní skupinou nozologických jednotek (epilepsií a epileptických syndromů), které začínají z různých příčin, v různém věku a projevují se různými typy epileptických záchvatů, o různé frekvenci, často s variabilním průběhem a individuálně reagující na léčbu (Štětkářová a kol., 2015, s. 37). Opakování epileptických záchvatů je typické pro onemocnění epilepsií. Epileptické záchvaty jsou náhle vůlí neovlivnitelné, epizodické změny činnosti mozku. Projevují se změnou chování, jednání a poruchou vědomí. Změny se týkají autonomních a senzomotorických funkcí. Příčinou je porucha mezi excitačními a inhibičními mechanismy u skupiny neuronů, které způsobují abnormální výboje v CNS. Určitý podnět může v některých případech záchvat vyvolat, ale stejný podnět u zdravého jedince k záchvatu nevede (Seidl, 2015, str. 249). Záchvaty jsou způsobeny výbojem v elektrické činnosti určité části nervových buněk a mohou se projevovat poruchami vědomí a vnímání, křečemi, vegetativními projevy a psychickými příznaky (Vokurka, Hugo et al. ,2015, s. 221).

1.1 Historie

Epilepsie neboli padoucnice je nejstarší neurologická choroba. První zmínka o této chorobě je uvedena již v 4000 let starém Chammurapiho babylonském zákoníku. Epilepsie se objevuje i v Novém zákoně, kdy Ježíš uzdravil posedlého chlapce. Lidově byla epilepsie nazývána „svatá nemoc“, „božská nemoc“ nebo „hvězdná nemoc“. Tyto názvy směřovaly nejčastěji k něčemu nadlidskému, nadpřirozenému, z nebe seslanému. Některé názvy vypovídají o vnímání nemocných okolím – „velká úzkost“, „bolestné utrpení“ či „postižení neštěstím“. V křesťanství doprovází epilepsii svatý specialista, svatý Valentin. Křesťané v té době epilepsii proto říkali „hoře svatého Valentina“, „slabost svatého Valentina“ nebo „pomsta svatého Valentina“. Základ jeho jména je spojováno s německým slovem „fallen“ – padat. Je mnoho obrazů, kde je zobrazen nemocný s epilepsií stojící, klečící nebo ležící u postavy svatého Valentina. Postava ležící zdůrazňuje to, že za epilepsii byl považován „velký“ záchvat s pádem a bezvědomím, nikoliv menší záchvat bez tak dramatického průběhu. V této době nebyla známa příčina onemocnění, natož účinná léčba. Padoucnice se léčila odvarem z kořene pelyňku, doporučovalo se jíst pouze syrovou stravu, olivový olej. V létě si nemocný nechal zbičovat trup kopřivami. V historii se někteří lékaři snažili epilepsii lépe poznat. Hippokrates již věděl, že epilepsie je přírodní a ne svatá nemoc a že záchvaty začínají v mozku. Galén popsal, že jsou projevy, které cítí jen nemocný – aura a Alexandros Tralleiský zjistil, že alkohol může zvýšit riziko vzniku epileptického záchvatu. Mezi zajímavé historické osobnosti, které trpěli některou formou epilepsie patří Karel IV. (14. 5. 1316 – 29. 11. 1378), Johanka z Arku (6. 1. 1412 – 30. 5. 1431), Napoleon I. Bonaparte (15. 8. 1769 – 5. 5. 1821) (Tyrliková, Bareš, 2012, s. 100; Moráň, 2007, s. 12-18).

1.2 Epidemiologie

V populaci 5 % osob prodělá jednou v životě epileptický záchvat, ale jen 0,5 % trpí opakovanými záchvaty. U 75 % epileptiků proběhne první záchvat do 20 let věku. Kompenzace epilepsie léky se daří až v 90 %, v 10 % jsou pacienti částečně rezistentní k medikamentózní léčbě. Po šesti letech od diagnózy epilepsie má 40 % ojedinelý či žádný záchvat správně léčených pacientů, po 20 letech léčby 75 % (Seidl, 2015, s. 247). Incidence epileptických záchvatů je 130 případů na 100 000 obyvatel. Ve vyspělých zemích 45/100 000, naopak v rozvojových zemích může dosahovat až 190/100 000. Liší se také v závislosti na věku, vysoká je v časném dětství do jednoho roku, během dospělosti klesá a druhého vrcholu dosahuje ve stáří u lidí ve věku nad 75 let. Generalizované záchvaty se vyskytují ve skupině dětí do 1 roku věku (67/100 000), parciální záchvaty jsou nejvíce u skupiny nad 75 let (98/100 000).

Prevalence se uvádí 6/1000 obyvatel (Rektor, Ošlejšková, 2010, s. 6-7; Bednařík, Ambler, Růžička et al., 2010, s. 286; Štětkařová et al., 2015, s. 37).

1.3 Etiologie, patogeneze

Epilepsii lze považovat za poruchu komplexních systémů CNS – poruchu funkce mozku. Na rozdíl od jiných onemocnění neznamená destrukci fyziologických mechanismů, ale ve svém průběhu nahrazení patologickými mechanismy na podkladě celulární úrovně. Vznikají funkční změny receptorů a iontových kanálů, které ovlivňují buněčnou membránu a jsou zvýšeně excitabilní (Rektor, Ošlejšková, 2010, s. 9). Podmínka vzniku epileptického záchvatu je existence různě rozsáhlé ohraničené populace „epileptických neuronů“ v mozku – epileptické ohnisko. „Epileptický neuron“ se zásadně liší od zdravé nervové buňky, je schopen generovat patologické výboje (Tyrliková, Bareš, 2012, s. 100). Novotná (2008, s. 19) uvádí, že aby se epilepsie manifestovala, musí existovat epileptické ohnisko - populace epileptických neuronů, záchvatová pohotovost – sklon mozku reagovat záchvatovým projevem a epileptogenní podnět, který spustí manifestaci záchvatu. Epilepsii a epileptické záchvaty způsobují poškozené neurony, částečně izolované, s redukcí axosomatických inhibičních synapsí (mediátory GABA, glycin). Epileptické ložisko tvoří zrcadlové ložisko v druhé hemisféře mozku, terciální ložisko je v oblasti mozku s vysokou epileptologickou pohotovostí – amygdala, hipokampus. Paroxysmální výboje se propagují do struktur kmene – ARAS a thalamu. Dochází k impulzům do obou mozkových hemisfér a následné ztrátě vědomí. Záchvatová pohotovost je podmíněna geneticky, je individuální a podléhá vnitřním i zevním podmínkám organismu. Provokační momenty (spánková deprivace, menze, etylalkohol, psychické afekce) se prolínají se zevními okolnostmi (oslunění, toxické prostředí) a s vnitřním stavem organismu (hypoglykémie, únava, dehydratace) (Seidl, 2015, s. 248). Etiopatologické faktory vzniklé prenatálně jsou různé choroby matky v těhotenství. U novorozenců asfyxie, hyperkalcemie, hypoglykémie, vrozené metabolické poruchy, trauma, intrakraniální krvácení. U kojenců nejčastěji febrilní křeče, infekce CNS, kongenitální poruchy. V dětství AV malformace, trauma a infekce CNS. V dospívání a dospělosti jsou to nádory CNS, trauma, abstinenční příznaky při vynechání alkoholu a drog. V pozdní dospělosti a ve stáří navíc přibývají k předchozím degenerativní poruchy a cévní rezidua (Seidl, 2015, s. 247-248). Geneticky podmíněná (idiopatická) epilepsie má vrozenou náchylnost k záchvatům, projevovat se může v různých věkových obdobích. U strukturální metabolické (symptomatické) epilepsie dominuje lokalizované (vrozené nebo získané) či difúzní metabolické poškození mozku (Štětkařová et al., 2015, s.37). Parciální záchvaty způsobuje epileptogenní podnět opakování záchvatů, závisí to na období vývoje

mozku v době jeho působení. Epileptický proces se někdy manifestuje až s latencí např. v návaznosti na asfyxii, febrilní křeče (Seidl, 2015, s. 247). O sekundární epileptogenezi hovoříme tehdy, když vzniká sekundární epileptické ohnisko v důsledku dlouhodobého „bombardování“ patologickými výboji. Rizikem je vznik víceložiskové epilepsie a zmenšení naděje na vyléčení (Tyrlíková, Bareš, 2012, s. 101).

1.4 Charakteristika záchvatu

„Epileptický záchvat je elektrofyziologicky dokumentován jako nekontrolovatelný, abnormální, synchronní výboj skupiny gangliových buněk v mozku, klinické projevy odráží oblast mozku, kde výboj začal – epileptické ložisko čili fokus“ (Seidl, 2015, s.248-249).

„Záchvat je definován jako přechodný výskyt symptomů vznikajících v důsledku abnormální synchronní (epileptické) neuronální aktivity v mozku“ (Marusič et al., 2018, s.33).

„Je nutné vyloučit jiné patologické stavy, zvláště takové, které jsou spojeny s poruchou vědomí (ortostatická hypotenze, kardiální arytmie). Jeden epileptický záchvat ještě není epilepsií. Pro tu je typické až jejich opakování“ (Seidl, 2008, s.110).

Záchvaty se dělí dle návrhu Mezinárodní ligy proti epilepsii (ILAE) z roku 2010 podle klinického projevu a rozsahu postižení na generalizované - současný začátek v obou hemisférách mozku a fokální - začátek v části jedné hemisféry (Štětkařová a kol., 2015, s. 41). Od roku 2017 je nová klasifikace záchvatů a epilepsií ILAE (Příloha 1)

1.4.1 Parciální epileptický záchvat, fokální záchvaty

Parciální záchvaty tvoří nejčastější typ záchvatů a vyskytují se u 60 % epileptických pacientů (Tyrlíková, Bareš, 2012, s.102). Při parciálním-fokálním epileptickém záchvatu může být vědomí zachováno – simplexní záchvat. Tento záchvat může být doprovázen příznaky motorickými, senzorickými, autonomními a psychickými u parciálního záchvatu s komplexní symptomatologií je vědomí porušeno. Oba tyto záchvaty mohou sekundárně generalizovat (Seidl, 2015, s. 110-113). Typické příznaky simplexního záchvatu jsou klonické záškuby obličejového svalstva nebo ruky, event. následované „jacksonským“ šířením (popsán poprvé v 19. století britským neurologem J. H. Jacksonem) na další části těla. Mohou jím být pocity tlaku v epigastriu, pocity již prožitého či viděného, pseudohalucinace sluchové, čichové či zrakové. Trvají sekundy až desítky sekund. Parciální záchvaty komplexní jsou charakterizovány částečnou nebo úplnou poruchou vědomí. Pacienti si na celý průběh záchvatu nepamatují, někdy si pamatují iniciální část – auru. U některých komplexních záchvatů

dominuje „negativní symptomatologie“- nehybné zírání v průběhu záchvatu nebo záraz v činnosti. Komplexní parciální záchvaty trvají desítek sekund až několik minut (Bednařík, Ambler, Růžička et al., 2010, s. 292; Pugnerová, Kvintová, 2016, s.192-196).

1.4.2 Generalizované záchvaty

Generalizované záchvaty postihují obě hemisféry mozku současně. Generalizovaný epileptický záchvat může být s křečemi nebo bez křečí. **Absence** jsou záchvaty typické pro dětský věk provázeny zakoukáním, event. mrkáním či jinými drobnými pohyby v obličeji. Pacient v průběhu záchvatu nereaguje a na období záchvatu se nepamatuje. Aura může být senzitivní - pocity mravenčení, bodání, pálení, apatie nebo senzoričká (zraková) vidění blesků, hvězd, kruhů, spirál. **Myoklonické záchvaty** představují rychlé svalové záškuby bez ztráty vědomí. Mohou být jedno - či oboustranné. Pokud pacient stojí, může dojít k podklesnutí a pádu pacienta. **Záchvaty atonické** se demonstrují poklesem svalového tonu – pokles hlavy, povolení čelisti, pokles končetin, pád. **Tonické záchvaty – tonické spazmy (Westův syndrom)** jsou tonické spazmy trupového a lícniho svalstva při současné flexi horních a extenzi dolních končetin. **Záchvaty klonické** jsou charakterizovány opakovanými svalovými záškuby. Postiktální fáze bývá krátká. Některé generalizované záchvaty začínají klonickou fází a přecházejí do GTCS. **Generalizovaný tonicko-klonický záchvat (generalized tonic-clonic seizure, GTCS)** může být předcházen záchvatem parciálním. Začíná náhle, bez varování, typicky výkřikem. Jsou způsobeny forsírovanou expirací při masivní tonické kontrakci trupového svalstva. Během záchvatu jsou oči otevřené, bulby stočeny nahoru, zornice nereagují na osvit a jsou mydriatické, horní i dolní končetiny natažené a ústa pevně sevřená v důsledku křečí žvýkacích svalů. Objevuje se cyanóza v obličeji, salivace. Generalizovaná tonická fáze je přerušena krátkými relaxacemi sledovanými tonickými kontrakcemi. Stoupá krevní tlak a srdeční frekvence. Následuje celkové ochabnutí svalů s uvolněním svěračů. Celkově záchvat trvá 1-2 minuty. Častý je přechod do spánku, vzácněji následuje zmatenost, kdy může být nemocný nebezpečný pro své okolí. K vědomí se probírá obvykle za 10-15 minut (Seidl, 2008, s. 110-113, 2015, s.254-255; Tyrlíková, Bareš, 2012, s. 104-105).

1.4.3 Epileptické syndromy

Westův syndrom, Lennoxův-Gastautův syndrom (LGS), Myoklonicko-astatická epilepsie-Doose (MAE), Dravetové syndrom (SMEI), Dětské absence (CAE), Juvenilní absence (JAE), Epilepsie pouze s GTCS, Juvenilní myoklonická epilepsie (JME), Benigní parciální epilepsie s rolandickými hroty (BERS), Landauův-Kleffnerův syndrom (LKS) a syndrom

s kontinuálními hroty a vlnami ve spánku (CSWS) (Marusič, Brázdil, Hadač, Hovorka et al., 2017, s. 23).

1.4.4 Status epilepticus

„Generalizovaný konvulzivní status je definován jako situace, kdy záchvatová aktivita přetrvává bez přerušení déle než 30 minut, nebo se v této době vyskytnou dva nebo více záchvatů bez návratu k plnému vědomí v mezidobí“ (Bednařík, Ambler, Růžička et al., 2010, s. 323).

Kterýkoliv typ epileptického záchvatu se může vyskytnout ve formě epileptického statu. Většina epileptických záchvatů spontánně skončí do 5 minut, s delším trváním pravděpodobnost spontánního ukončení klesá. Opakované křeče provází zvýšení krevního tlaku, zrychlení pulsu a stoupá tělesná teplota. Generalizovaný tonicko-klonický status má nevyšší morbiditu a mortalitu, proto je vždy považován za život ohrožující stav. Závažnost stavu vyžaduje léčbu na JIP, monitorace vitálních funkcí, EEG (Seidl, 2015, s. 257; Pfeiffer, 2012, s. 283). Pro stanovení diagnózy je důležitý nález na EEG. U dětí je výskyt epileptického statu častější než v dospělosti, ale naštěstí je poněkud nižší mortalita (Marusič, Brázdil, Hadač, Hovorka et al., 2017, s. 27).

Algoritmus postupu u epileptického statu

Hospitalizace pacienta na oddělení JIP nebo ARO s možností řízené ventilace. Stabilizace vitálních funkcí, zabránění hypoxii – poloha, oxygenace, zajištění PŽK, odebrání základní laboratoře včetně plazmatické koncentrace antiepileptik, event. toxikologické vyšetření. Objasnění etiologie statu – CT, MR nebo LP – likvor, kauzálně léčit status. Udržení rovnováhy vnitřního prostředí, antiedematózní terapie dle etiologie. Včasná léčba komplikací – hypoglykémie, hypotenze, hypertermie, arytmie. Nutná EEG monitorace k hodnocení účinnosti léčby epileptického statu. Včasné nasazení dlouhodobé terapie, zpočátku do NGS (Marusič, Brázdil, Hadač, Hovorka et al., 2017, s. 27-28).

1.5 Diagnostika

Diagnostika u pacientů s epilepsií se zabývá anamnézou - rodinnou, osobní, farmakologickou, sociální a pracovní.

1.5.1 Anamnéza a objektivní nález

Pro stanovení přesné diagnózy jsou zásadní anamnestické údaje. Jedná se o řízený rozhovor mezi lékařem a nemocným nebo jeho blízkými příbuznými – lékařská anamnéza a anamnéza ošetrovatelská, kterou provádí sestra (Nejedlá, 2015, str. 11).

1.5.2 Rodinná anamnéza

V rámci rodinné anamnézy je nutné sledovat možnost výskytu záchvatových stavů a poruch vědomí kvůli zhodnocení možnosti genetické zátěže, také typu dědičnosti ještě před genetickým vyšetřením (Moráň, 2007, s. 29).

1.5.3 Osobní a Farmakologická anamnéza

V osobní anamnéze je snahou zjistit možný časný nebo pozdní inzult mozku, který by mohl být podkladem pro rozvoj epilepsie. Osobní anamnéza může odhalit přítomnost prenatálního, perinatálního či postnatálního poškození. Cíleně se dotazujeme na obtíže matky v těhotenství, okolnosti porodu (spontánní, klešťový, údaj o křížení), zralost plodu při porodu (předčasný porod, v termínu). Na období perinatální, na výskyt febrilních záchvatů, jejich charakter a trvání, nebo na proběhlou meningitis, encefalitis, závažné trauma nebo operace CNS. Důležité jsou údaje o psychomotorickém vývoji, o vývojových funkčních poruchách jako je dyslexie, dysgrafie, poruchy chování, nálady nebo poruchy kognitivních funkcí. Je třeba zjistit veškeré dosavadní zdravotní potíže, které mohou souviset s prvním záchvatem. Kdy byl výskyt prvního a posledního epileptického záchvatu, charakteristika záchvatů, abúzus alkoholu, drog. Ve farmakologické anamnéze zjišťuje lékař užívání léků antiepileptik, neuroleptik, antikonvulziv, antidepresiv. V jakém dávkování má pacient léky, zda léky pravidelně užívá a s jakým účinkem (Slezáková, 2014, s. 107; Seidl, 2015, s. 249).

1.5.4 Sociální a pracovní anamnéza

Sledujeme, jaké má pacient vzdělání a zaměstnání. Pracovní anamnéza v této fázi navádí na následné vyjádření k pracovnímu zařazení a pracovní schopnosti postiženého s epilepsií (Moráň, 2007, s. 29). Závisí na typu záchvatů, jejich frekvence, výskytu v denní nebo noční době, zda pacient během záchvatu padá. Sociální anamnéza se zaměřuje na pacienta - zda je vyčleňován ze společnosti, nepochopen okolím (posměch kamarádů). V manželství hrozí krize

ve vzájemných vztazích, onemocnění epilepsie vyvolává postupné psychické změny nebo poruchy intelektu (Slezáková, 2014, s. 107-108).

Praktický postup u posuzování záchvatových poruch

Vyšetřující lékař většinou nemá možnost sám záchvaty pozorovat. Kromě údajů od pacienta je nutné získat popis očitých svědků, protože tento popis nemusí pacient vzhledem k iktální poruše vědomí udávat přesně. Jaká je povaha poruchy, její frekvence, délka trvání, provokace, případně rodinný výskyt jsou pro interpretaci záchvatu rozhodující. Dále se snažíme zjistit, zda pacient zažil záchvat při plném vědomí, při porušeném vědomí či byl v bezvědomí. Zda má pacient pro období záchvatu amnézii, nebo bylo svědkem pozorováno abnormální chování před záchvatem. Zajímá nás, jestli se objevily zvláštní pohyby, popřípadě porušení koordinace – ataxie. Jestli měl pacient zvláštní poruchy citlivosti nebo vznikly záchvatovité bolesti. Ze smyslových orgánů se ptáme na čichové senzace, zrakové či sluchové poruchy před záchvatem nebo během záchvatu. Zda před záchvatem byla pozorována nauzea, zvracení, pocení. Během záchvatu jestli došlo k pomočení, pokálení a jestli pacient usnul po záchvatu (Mumenthaler, Bassetti, Daetwyler, 2008, s. 122).

1.5.5 Vyšetřovací metody

Mezi základní vyšetřovací metody u pacientů s epilepsií patří neurologické klinické vyšetření, dále zobrazovací EEG vyšetření, pomocné vyšetření CT, MRI vyšetření, které diagnózu epilepsie upřesňují a potvrzují. U častých nekontrolovatelných záchvatů se používá Video EEG, Iktální Spect vyšetření a PET vyšetření.

1.5.6 Neurologické klinické vyšetření

V této fázi je lékařovou snahou vyloučit ostatní onemocnění, která mohou epilepsii napodobovat či která mohou být příčinou vzniku epileptických záchvatů. Mezi nemoci, které mohou epilepsie někdy připomínat, patří různá psychiatrická onemocnění, mdloby, poruchy srdečního rytmu, cévní mozkové příhody, migréna, nízká hladina krevního cukru (Vojtěch, 2010, s. 11). V rámci diferenciální diagnózy je důležité odlišit bezvědomí způsobené poruchami kardiálního rytmu a poruch oběhu. Současně je třeba mít na paměti, že se mohou vyskytnout epileptické záchvaty kardiologicky např. konvulzivní synkopa. Naopak příčinou epilepsií (tzv. symptomatických) mohou být např. mozkové nádory, cévní onemocnění mozku a řada dalších neurologických chorob (Moráň, 2007, s. 29). Neurologický nález bývá u pacientů s epilepsií obvykle normální, ložiskový nález naznačuje strukturální etiologii a je významný prognosticky. Neurologické vyšetření specialistou je jen počátkem vyšetřovacího postupu. Podle charakteru

onemocnění lékař rozhodne o dalších vhodných vyšetřovacích postupech (Štětkářová et al., 2015, s. 38).

1.5.7 Zobrazovací metody

Význam zobrazovacích metod je v průkazu možné organicity (patologického ložiska) jako podkladu epilepsie – vyloučení sekundarity (Seidl, 2015, s. 249).

CT - computer tomography

Vyšetření CT se provádí u pacientů s epilepsií, u kterých nelze z technických důvodů nebo ze zdravotní kontraindikace provést vyšetření MR, a také v situacích, kdy hrozí nebezpečí z prodlení – u pacientů, u nichž je podezření na akutně probíhající postižení mozku (Bednařík, Ambler, Růžička et al., 2010, s.311).

MRI – Magnetic resonance imaging

Magnetická rezonance má vyšší senzitivitu i specifitu než CT vyšetření. MR mozku by mělo být ideálně provedeno u všech pacientů s epilepsií, obzvláště u pacientů s fokálním začátkem nebo u pacientů s ložiskovým nálezem v neurologickém nebo neuropsychologickém vyšetření. Dále by měla být provedena magnetická rezonance u pacientů se záchvaty rezistentními na terapii, při změně záchvatů či dekompenzaci onemocnění. MR vyšetření se používá u pacientek vyžadujících zobrazovací vyšetření mozku v těhotenství (Bednařík, Ambler, Růžička et al., 2010, s.310).

Perfuzní SPECT

Pomáhá odlišit primární a sekundární epileptické ložisko (Seidl, 2015, s. 249).

Iktální SPECT

Iktální SPECT je metoda, která využívá, že při záchvatu je tkáň epileptogenní zóny prokrvena více než zdravá mozková kůra. Jde o vyšetření organizačně velmi náročné, vyžaduje hospitalizaci pacienta a video EEG monitoraci. Při epileptickém záchvatu se do žíly vpraví radioaktivně značená látka, která se v mozku naváže v závislosti na prokrvení. Po skončení záchvatu je možno získat obraz mozku a na něm odlišit více prokrvené místo. Mezi záchvaty bývá prokrvení epileptogenní zóny naopak nižší než ve zdravé tkáni (Vojtěch, 2010, s.18).

PET

PET vyšetření má význam výzkumný s možností sledovat detailně regionální průtok a metabolismus mozku. PET mozku je vyšetření, při kterém se do žíly vpraví radioizotopem značený cukr a následně se snímá jeho rozložení v mozku, které může být mezi záchvaty v epileptogenní zóně menší než v okolní mozkové kůře. Jde o nebolestivé vyšetření, které nelze provádět při čerstvě zjištěném nebo zhoršeném diabetu mellitu (Vojtěch, 2010, s. 17-18).

EEG - Elektroencefalografie

Je základním diagnostickým přístrojovým vyšetřením v epileptologii, při které se zaznamenávají bioelektrické potenciály mozku. Grafický záznam křivky se nazývá elektroencefalogram. EEG vyšetření využíváme pro monitorování průběhu choroby, vhodnosti a úspěšnosti terapie. Do klinické praxe ji zavedl Hans Berger, který v roce 1924 zachytil změny okcipitální aktivity při otevření očí, v roce 1929 publikoval první práci o elektroencefalografické aktivitě lidského mozku. Rutinní EEG záznam v bdělém stavu s použitím provokačních testů - fotostimulace a hyperventilace může zachytit specifické epileptické grafoelementy – hroty, komplexy hrot - vlna, ostré vlny nebo nespecifické projevy – příměs pomalých vln. EEG nález může pomoci rozlišit, zda jde o záchvaty parciální, nebo generalizované (Bednařík, Ambler, Růžička et al., 2010, s. 309). U části pacientů nezachytíme specifické epileptické grafoelementy ani při opakovaném vyšetření. Optimálně by mělo být provedeno do 24 hodin od záchvatu (Štětkářová et al., 2015, s. 38).

Video – EEG monitorace

Video – EEG monitorace se používá u refrakterních epilepsií. Je to dlouhodobá EEG monitorace a je indikována v situacích, kdy se snažíme odlišit záchvaty epileptické od neepileptických. Upřesnění semiologické elektro-klinické diagnózy umožní upřesnění epileptického syndromu. Znalost semiologie záchvatů může přispět k následné předoperační rozvaze. Dlouhodobé invazivní předoperační monitorování subdurálními nebo hloubkovými - stereotaktickými elektrodami za účelem lokalizace a rozsahu epileptogenní zóny (Bednařík, Ambler, Růžička et al., 2010, s.310).

SEEG – stereoencefalografie snímá přímo naloženými elektrodami určitý povrch mozku během neurochirurgického výkonu. U EcoG elektrokortigramu jsou elektrody v kontaktu s povrchem mozku (Marusič, 2018, s.19).

1.5.8 Psychologické vyšetření

Neuropsychologické vyšetření by mělo být provedeno u všech pacientů na začátku onemocnění před zahájením léčby. Přednostně u pacientů se subjektivními nebo objektivními poruchami psychických funkcí a u pacientů s podezřením na neepileptické psychogenně podmíněné záchvaty. Neuropsychologické vyšetření zhodnotí kvantitativní a kvalitativní úroveň, potvrdí či vyloučí organicitu v rámci diferenciální diagnostiky epileptických a neepileptických záchvatů, charakterizuje osobnost a stanoví prognózu s možným doporučením neuropsychologické rehabilitace (Bednařík, Ambler, Růžička et al., 2010, s. 311). Nutné je také u všech pacientů před chirurgickým řešením epilepsie, protože může pomoci určit oblast funkčního deficitu a riziko případného pooperačního zhoršení kognitivních funkcí. Zvláštním vyšetřením je tzv. Wadův test, při kterém je vyražena na 3 až 5 minut jedna hemisféra intrakaroticky podaným, ultrakrátce působícím barbiturátem (většinou se užívá Amytal). Testujeme pak samostatně funkce druhé hemisféry a zjišťujeme dominanci, lateralizaci fatických center a zejména paměťových funkcí. Testujeme schopnost zachovat paměť v případě, že by byl jeden hippokampus operativně odstraněn (Rektor, Ošlejšková, 2010, s. 35).

1.5.9 Psychiatrické vyšetření

Psychiatrické vyšetření je indikováno u pacientů s epilepsií, u kterých se projeví příznaky poruchy nálad, myšlení nebo chování. Psychotická porucha bývá spojena s kvalitativní nebo kvantitativní poruchou a může se vyskytovat iktálně nebo postiktálně. Interiktální psychóza se vyskytuje časově nezávisle na záchvatech. V klinickém obraze dominují zrakové i sluchové halucinace, bludy, dezorganizované chování. Někteří pacienti jsou v trvalé péči neurologa a psychiatra a v takových případech je důležitá koordinace při výběru vhodných léků. Některá antidepresiva a antipsychotika mohou průběh epilepsie zhoršit (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 409).

1.6 Léčba

„Léčba epilepsie prodělala v uplynulých letech významný vývoj, který jednoznačně zlepšil prognózu pacientů s tímto onemocněním, avšak zároveň podstatně zvýšil náročnost vedení terapie pro ošetřujícího lékaře. Současná péče o pacienty s epilepsií vyžaduje komplexní a racionální přístup, léčbu je vždy nutno individuálně přizpůsobit potřebám konkrétního pacienta. Při volbě farmakoterapie je plně na místě preferovat maximální účinnost a maximální bezpečnost antiepileptika. V případě nedostatečného efektu farmakoterapie je pak na místě včas zvážit operační léčbu epilepsie“ (Brázdil, 2011, s. 478).

1.6.1 Cíle léčby

Kompenzace je jedním ze základních cílů léčby epilepsie – při vymizení záchvatů dochází jednoznačně ke zlepšení kvality života pacienta. Snažíme se o kompenzaci záchvatů bez přijatelných nežádoucích účinků terapie (Marusič, Krljotová, 2011, s. 393). Snažíme se odstranit záchvaty, nebo alespoň omezit jejich frekvenci a intenzitu dále ovlivnit případné psychické obtíže a sociální dopad onemocnění (Štětkářová et al., 2015, s. 41).

1.6.2 Farmakoterapie

Farmakoterapie je u většiny pacientů s epilepsií hlavní léčebnou metodou. Léčba se zahajuje, pokud je diagnóza epilepsie jistá, nebo je pravděpodobná, a rizika, která plynou z opakování záchvatů, převyšují rizika terapie (Štětkářová et al., 2015, s. 42). Farmakoterapie musí být správně zvolená dle typu epileptických záchvatů, je pravidelná a dlouhodobá. Každý další záchvat přichází snáze než předchozí, protože se upevňuje nebo rozšiřuje primární ložisko. Léky jsou účinné, a i když někdy nelze epilepsii zcela potlačit, lze ji zmírnit na minimum. Výjimkou je sekundární epilepsie (Pfeiffer, 2012, s. 288).

Antiepileptika - antiepileptic drugs, AED

Antiepileptika mají schopnost potlačit záchvaty, nevyлéčí ale příčinu epilepsie. Většina nemocných dobře reaguje na antiepileptika. Dlouhodobá profylaxe není indikována po akutních inzultech mozku např. operacích, kraniocerebrálních traumatech, cévních příhodách. Léčba se zahajuje jedním lékem (monoterapie), dávka se postupně zvyšuje do podstatné redukce či vymizení záchvatů. Volba AED je individuální a je závislá na typu epilepsie a epileptických záchvatů a na individuálním profilu pacienta. Nemocný záchvaty zaznamenává do „záchvatového kalendáře“ (Příloha 2). Před léčbou se analyzují výsledky biochemie a krevního obrazu, srážlivosti a krvácivosti. Hladina v séru je kontrolou užívání léku, rozhoduje ale klinický stav pacienta. Ukončení léčby se zvažuje po třech letech bez záchvatu, EEG musí být bez specifických epileptických grafoelementů (Štětkářová et al., 2015, s. 42; Seidl, 2015, s. 26).

1.6.3 Chirurgická léčba

Při selhání medikamentózní léčby zvažujeme léčbu chirurgickou. Základní předpoklad pro chirurgickou léčbu epilepsie je epilepsie farmakorezistentní. Při potlačení záchvatů očekáváme zvýšení kvality života, případná rizika operačního zákroku nepřevyšují jeho očekávaný přínos. Důležitá je pozitivní motivace nemocného, případně jeho zákonného zástupce. Kontraindikací operační léčby jsou souběžná progresivní onemocnění nemocného, včetně neurometabolických a neurodegenerativních onemocnění. Chybějící motivace nemocného nebo jeho špatná

spolupráce vylučují provedení předoperačního epileptologického vyšetření a zajištění adekvátní pooperační péče (Marusič, Brázdil, Hadač, Hovorka et al., 2017, s.27-28). Za farmakorezistentního pacienta je považován pacient s epilepsií, pokud se do dvou let od zahájení léčby nepodaří dosáhnout uspokojivé kompenzace záchvatů při použití dvou a nejlépe tří správně volených antiepileptik podávaných v maximálních dávkách (Bednařík, Ambler, Růžička et al., 2010, s. 325). Základní podmínkou operačního zákroku je spolupráce pacienta. K předoperační lokalizaci ložiska slouží jak EEG povrchové, tak se zanořenými elektrodami. Z nich snímáme aktivitu i pooperačně. Využíváme interiktální i iktální SPECT. Resekce primárního fokusu dostává až v 50 % záchvaty pod kontrolu, nebo je zcela odstraní (Brázdil, 2011, s. 478-479). Resekční výkony jsou výkony prováděné při strukturální lézi, nejčastěji ve frontálním a temporálním laloku (Seidl, 2015, s. 263).

Subpiální resekce. Jsou výkony prováděny minimálně, nejčastěji při kortikálních dysplaziích a v rámci non-lezionárních epilepsií. U těchto epilepsií je ložisko lokalizováno nepřesně, nebo leží v oblasti s rizikem významného postoperačního defektu.

Callostomie se provádí u věkově vázaných generalizovaných epileptických syndromů s prudkými pády a rizikem poranění.

Hemisferektomie je výkon aplikovaný při terapii Rasmussenovy encefalidity a u těžkých vývojových hemisferálních poruch, nejčastěji u malých dětí.

Vagová stimulace VNS - vagus nerve stimulation se provádí u pacientů, u kterých resekční operace není možná nebo selhala. Implantuje se stimulátor (podobný kardiostimulátoru) do n. vagus. Elektroda je ovinuta kolem levého vagu a pravidelných intervalech stimuluje tento nerv. Předpokladem efektu je zpětná desynchronizace centrálních mozkových struktur a tím zabránění rozvoji epileptické hypersynchronie. Tento stimulátor snižuje počet záchvatů v průměru o 50 % a má významný psychotropní efekt (Schneiderova, 2014, s. 287; Brázdil, 2018, s.29).

1.6.4 Prognóza

Epilepsie je chronickým, několikaletým často i celoživotním onemocněním. Prognóza tohoto onemocnění závisí na příčině. Pokud se jí podaří odstranit, může být epilepsie vyléčena. Chronické onemocnění epilepsií často zhoršuje kvalitu života pacienta, omezuje jej v některých činnostech, modifikuje volbu povolání, osobnost pacienta, partnerské vztahy (Rektor, Ošlejšková, 2010, s. 43).

1.6.5 Komplikace - SUDEP – sudden unexpected death in epilepsy

Náhlé neočekávané úmrtí. Je vzácné a častější u nekompensovaných generalizovaných záchvatů. Pacient s epilepsií je nalezen mrtev a ani pitva neodhalí příčinu smrti. Příčiny jsou pravděpodobně respirační a kardiální. U dětí je naštěstí výskyt SUDEP nižší než v dospělosti (Rektor, Ošlejšková, 2010, s.43; Vojtěch, 2010, s.10).

1.7 Režimová opatření a úloha NLZP

Cílem režimových opatření je eliminace faktorů provokujících epileptické záchvaty a eliminace rizikových situací. Epilepsie je dlouhodobé chronické onemocnění a vyžaduje od člověka někdy i přizpůsobení celoživotní. U každé osoby s epilepsií jsou součástí léčby režimová opatření. Ta mají za úkol omezit nebo vyloučit možné faktory a rizikové situace vyvolávající epileptické záchvaty. Pacienti s epilepsií by se měli snažit vést normální život. Nesmyslné zákazy a přehnaná péče je pro pacienty zhoubná. Určitá omezení jsou závislá na povaze a četnosti záchvatů. Tito lidé by se měli snažit vyhýbat situacím a činnostem, u kterých by v případě záchvatu hrozilo vážné poškození zdraví. Dodržováním životosprávy a aktivního zdravého životního stylu, vyvážené stravy, psychické a fyzické kondice si mohou pacienti sami částečně pomoci ke stavu bez záchvatů (tzv. kompenzovanému stavu) (Vojtěch, 2010, s. 33). NZLP, dále všeobecná sestra, by měla zjistit provokující faktory, které záchvaty vyvolávají. Zda se jedná o nedostatek spánku, konzumace alkoholu, drog, chyby v životosprávě – neužívání antiepileptik, blikavé světlo, sledování televize, hra na počítači. Všeobecná sestra tyto faktory zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. Pacientovi popíše, jak si tyto faktory bude zaznamenávat do tzv. záchvatového kalendáře (Příloha 2), může zde zaznamenávat i další zdravotní potíže, sledovat účinek antiepileptik, kdy se může přechodně vyskytovat únava, ospalost, nežádoucí účinky dle příbalového letáku. U žen je vhodné zaznamenat dny menstruace, protože některé záchvaty se vážou na toto období. Tyto záznamy bude pacient konzultovat při kontrole s lékařem. Dle ordinace lékaře všeobecná sestra odebere biologický materiál na hladiny antiepileptik v krvi. Příliš nízké hladiny antiepileptik signalizují neúčinnost léčby, při vysokých hladinách projevy intoxikace (Slezáková, 2015, s. 112-113; Společnost „E“, 2016, s. 21).

Všeobecná sestra vysvětlí pacientovi význam změn v běžném životě. Důležité je, aby objasnila pacientovi a hlavně jeho rodině první pomoc u epileptického záchvatu:

Nejprve odstraníme předměty, které mohou způsobit poranění a nepřesouváme pacienta na jiné místo. Nebráníme záškubům nebo tonické křeči. Uvolníme postiženému oděv, který je příliš

těsný – šála, kravata. Chráníme hlavu před úrazem. Nerozevíváme násilím ústa vyčkáme konce záchvatu. Během záchvatu nenecháváme postiženého o samotě, sledujeme průběh záchvatu, zvláště časové trvání záchvatu. Při přetrvávající poruše vědomí – zotavovací poloha, pootevřeme ústa, vyčistíme dutinu ústní, předsuneme dolní čelist. Vyčkáme návratu k plnému vědomí. Pokud má pacient po záchvatu postparoxysmální dezorientaci, slovně pacienta uklidníme. Neomezujeme jej v pohybu. Zjistíme event. poranění pacienta - pokousání jazyka, poranění hlavy nebo obratlů. Převoz do nemocnice je indikován v případech, pokud jde o první epileptický záchvat, kumulace záchvatů, status epilepticus, přetrvává dezorientace nebo došlo k poranění, které vyžaduje ošetření (EpiStop, 2017, s. 18; Pugnerová, Kvitová, 2016, s. 200; Kelnarová, Toufarová, Sedláčková, Číková, 2013, s. 62).

1.7.1 Epilepsie a životospráva

Strava by měla být pestrá, přiměřená, nepřesolená, nekořeněná. S dostatečným příjmem ovoce a zeleniny. Někdy se doporučuje u dětí ketogenní dieta, nedoporučují se těžké omáčky a maso. V literatuře je zařazena do životosprávy i zásada v pravidelnosti užívání antiepileptik. Každé vysazení léků je hrubá chyba. Vynechání jedné dávky může vést ke zvýšenému počtu záchvatů (Slezáková, 2015, str. 110).

1.7.2 Epilepsie a spánek

Spouštěčem záchvatů je často spánková deprivace (nedostatek spánku). Striktně se doporučuje pravidelný spánkový režim, dostatek spánku. Pravidelná doba usínání, zejména v noci a zákaz střídavých pracovních směn. Důležité je omezení fází usínání a probouzení během dne (např. odpolední spánek po obědě) na co nejmenší míru. Pravidelný a dostatečný spánek je tedy základem péče pacienta (Společnost „E“, 2016, str.21).

1.7.3 Epilepsie a alkohol

Dalším vysoce rizikovým faktorem je nadměrné užívání alkoholu nebo jiných návykových látek. Všeobecná sestra informuje pacienta, že nesmí jíst ani rumové či punčové bonbóny, vdechovat alkoholické výpary, nepoužívat kolínskou vodu. Prospěšností zdravé stravy je také pravidelné a dostatečné pití tekutin. Ovšem pozor na zvýšený příjem tekutin, který někdy může záchvat vyprovokovat (Slezáková, 2015, s. 108).

1.7.4 Epilepsie a sociální problematika

Nadměrné dlouhodobé psychické a fyzické zatížení je pro pacienta s epilepsií nebezpečné. Pacient by se měl vyhýbat stresu pomocí dodržování denního režimu, tento režim by si měl každý uzpůsobit dle vlastních potřeb a možností. U některých nemocných se záchvaty projevují

bez varování, u některých lze si všimnout, že přicházejí za určitých okolností. To znamená i zjistit, zda lze pokračovat v zaměstnání a zda se dál může věnovat svým zájmům např. sportování. Z pracovního hlediska je nutné vyloučit práci ve výškách, práci u běžících a otevřených strojů, práce na noční směny a řízení motorových vozidel. Neschopnost být profesionálním vojákem z důvodu velké fyzické a psychické zátěže, cvičení, nočních směn a zacházení se střelnými zbraněmi. Výhodou je pro pacienty s těžší epilepsií, tzv. chráněné dílny, kde množství vykonané práce je dáno schopnostmi nemocných. Další zákonnou možností je zařadit nemocného se sníženou pracovní schopností do běžného zaměstnání, ale s úlevami. Toto ne vždy funguje pro neochotu zaměstnavatelů (Moráň, 2007, s. 103-104; Společnost „E“, 2016, str.21).

1.7.5 Epilepsie a volný čas

Některé epileptické záchvaty (fotosenzitivní epilepsie) vyvolává specifická stimulace – provokační faktory. Kontrast světlo – tma, blikající či plápolající světlo, stroboskopy na diskotékách, práce či hraní her na počítači, dlouhodobé sledování televize. Těmto faktorům by se měl nemocný vyvarovat. Cestovat letadlem pouze v doprovodu druhé osoby, kdy se nedoporučují dlouhé noční lety. Doporučuje se hodinu před letem užít antiepileptika, aby je pacient případně nevyzvrátil (Vojtěch 2010, s. 33; Slezáková, 2015, s.108).

1.7.6 Epilepsie a sport

Sport je vhodný pro nemocného s epilepsií stejně jako pro zdravého jedince. Sport prospívá jak pro udržení fyzické kondice, tak po stránce psychické. Individuální sporty přinášejí rizika a pro nemocné s epilepsií jsou kontraindikované. Nevhodné sporty jsou ty s nebezpečím pádu – parašutismus, horolezectví, cvičení na bradlech a kruzích ve výšce, hod diskem, koulí, střelba, šerm, box. Středně rizikové sporty vyžadují dohled (doprovod druhé osoby) – plavání, jízda na kole, jízda na koni, in-line bruslení. Z lehké atletiky se nedoporučuje vytrvalostní a překážkový běh. Ze zimních sportů skok na lyžích, rychlý sjezd, bruslení. Sporty s nízkým až nulovým rizikem jsou kontaktní sporty – volejbal, fotbal. Všechna omezení je nutné stanovovat citlivě a přizpůsobovat celkovému stavu pacienta v závislosti na charakteru záchvatů. Mnohé aktivity se po poradě s lékařem a se správným přístupem nemocného dají provozovat i nadále. Nelze tedy plošně říci, že pacient nesmí od A až do Z, ale může sportovat s omezením a opatrností, dále pak jen s dohledem (Slezáková, 2015, s. 108; Stehlíková, Modrá, 2016, s.32-41).

1.7.7 Epilepsie a alternativní léčba

Meditace a jóga naučí pacienta předcházet situacím, kdy vzniká záchvat v důsledku stresu. Aromaterapie pomáhá také snížení stresu, relaxaci pacienta a v kombinaci s masáží je prospěšná obecně. Biofeedback je metoda, která umožní zmírnit nebo zastavit záchvat, a tím zabránit generalizaci v případě, že záchvat začíná aurou, kterou nemocný potlačí určitým naučeným mechanismem (určitý pohyb, tlak na určitý bod). EEG - biofeedback naučí nemocného cíleně relaxovat, soustředit se a tím reagovat na auru, která uvádí jeho záchvaty (Ptáček, Novotný et al., 2017, s. 53).

1.7.8 Epilepsie a řízení motorových vozidel

Podmínky pro přiznání způsobilosti řízení motorových vozidel jsou stanovené vyhláškou 72/2011. Rozlišuje se řidič „profesionál“ a „amatér“. Řidič „amatér“ musí být bez záchvatu 12 měsíců, jsou však některé výjimky. Pro řidiče „profesionála“ jsou podmínky přísnější, posuzuje je specializované pracoviště – profesionální řidič by neměl mít v EEG záznamu epileptické grafoelementy a podmínkou je 10 let bez záchvatů. V jednotlivých případech často bývá praktický lékař konfrontován s nutností vyjádřit se ke zdravotní způsobilosti řízení motorových vozidel (Seidl, 2015, s. 263, Novotná, 2014, s. 24).

1.7.9 Bezpečný život s epilepsií – předcházení úrazům

Pacient s epilepsií, který má časté záchvaty provázené ztrátou vědomí, je vystaven nebezpečí úrazu. Při vaření je doporučováno používat mikrovlnnou troubu než „klasický sporák“. Hořáky sporáku se doporučují používat spíše zadní než přední. Nejlepší variantou je pořídit do domácnosti indukční troubu. Vyhneme se přenášení horkých jídel či tekutin. Rukojeti pánví a hrnců otáčíme od sebe, aby bylo menší riziko zachycení o ně při záchvatu. Při žehlení používáme bezšňurovou žehličku. Na rohy nábytku použijeme plastové ochrany. Pacient s epilepsií by se neměl zamykat v koupelně ani na WC, dveře by se měly otevírat směrem ven. V koupelně, pokud nemá nemocný dohled, nenapouští plnou vanu a používá protiskluzové podložky. Vhodná je instalace alarmu s čidly na otřesy, s jejichž pomocí je přivolána pomoc příbuzných (Společnost „E“, 2016, 29-31).

Nemocné a jejich rodiny je vhodné informovat i o patientských organizacích, klubech, webových stránkách a jiných dostupných zdrojích informací (Novotná, 2014, s.24).

II PRŮZKUMNÁ ČÁST

2 METODIKA PRŮZKUMU

Pro průzkumnou část bakalářské práce je zvolena metoda kvantitativního průzkumu. Metoda pracuje s množstvím vzorku, který v tomto případě tvořilo 30 respondentů. Výběr respondentů byl zaměřen na pacienty s již diagnostikovanou epilepsií, ne na pacienty s prvním epileptickým záchvatem. Data byla nasbívána pomocí anonymního dotazníku, který byl vytvořen a konzultován s vedoucí bakalářské práce (Příloha 3). Dotazník byl sestaven tak, aby otázky na sebe navazovaly a pomohly nalézt odpovědi na zvolené cíle této práce. Důvodem kvantitativního průzkumu bylo zjistit, zda se mé předpoklady získané z praxe shodují s výsledky dotazovaných respondentů. Dotazník obsahuje 23 otázek. Kromě dotazů, které mi měly pomoci odpovědět na průzkumné otázky, obsahuje úvod také základní informace o pohlaví, věku respondentů a dosaženého vzdělání. U 15 otázek respondenti vybírali pouze z jedné možnosti odpovědi. Jedna otázka byla otevřená a u ostatních, sedmi otázek, mohli respondenti zvolit více odpovědí. Otázky jsou zaměřené na typy záchvatů, jejich četnost a zda předchází záchvatu aura. V dotazníku se také snažím zjistit, od koho jsou respondenti informováni ohledně režimových opatření, mají - li respondenti subjektivní pocit dostatečnosti informací o režimových opatřeních a které zdroje používají k vyhledávání případných informací. Dalším důležitým zjištěním bylo dodržování režimových opatření a určení toho, které je nejvíce omezuje. Otázky jsou zaměřené i na život s epilepsií, především na oblast pracovní a osobní. Sběr dat probíhal od listopadu 2018 do konce ledna 2019.

2.1 Průzkumné otázky

Budou se vyskytovat u pacientů zahrnutých do průzkumného vzorku nejčastěji generalizované tonicko-klonické záchvaty?

Mají respondenti informace o režimových opatřeních a dodržují tato opatření?

Bude diagnóza epilepsie ovlivňovat respondenty v pracovním a soukromém životě?

2.2 Realizace sběru dat

Nejprve byl proveden pilotní průzkum u tří respondentů – tyto dotazníky nebyly zařazeny do průzkumného šetření. Dotazníku respondenti rozuměli a nikdo k němu neměl žádnou připomínku. Dotazník tedy již nebyl upravován. Dotazníkové šetření probíhalo v akreditované nemocnici Kraje Vysočina. Nejprve byli požádáni pracovníci daných oddělení o provedení průzkumu. Následně byla podána žádost o provedení průzkumu, která byla odpovědným pracovníkem nemocnice - náměstkyní ošetrovatelské péče schválena. Dotazníky jsem osobně doručila příslušným vedoucím pracovníkům, kteří ochotně předali dotazníky na daná oddělení. Rozdáno bylo 40 dotazníků, 20 na neurologickém oddělení a 20 v EEG laboratoři nemocnice Kraje Vysočina. Při dotazech se respondenti mohli obracet na staniční sestru nebo všeobecnou sestru neurologického oddělení, v EEG laboratoři na specializovanou laborantku. Pacient byl seznámen s dotazníkem a vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné. Vyplněné dotazníky respondenti vhazovali do uzavřených schránek na neurologické ambulanci a neurologickém oddělení, tím byla zachována anonymita respondentů. Odpovědi byly získány od 35 dotazovaných, návratnost dotazníků byla 87,5 %, neúplně vyplněno bylo 5 dotazníků, tyto dotazníky byly vyřazeny. Do průzkumné části bylo zahrnuto 30 dotazníků.

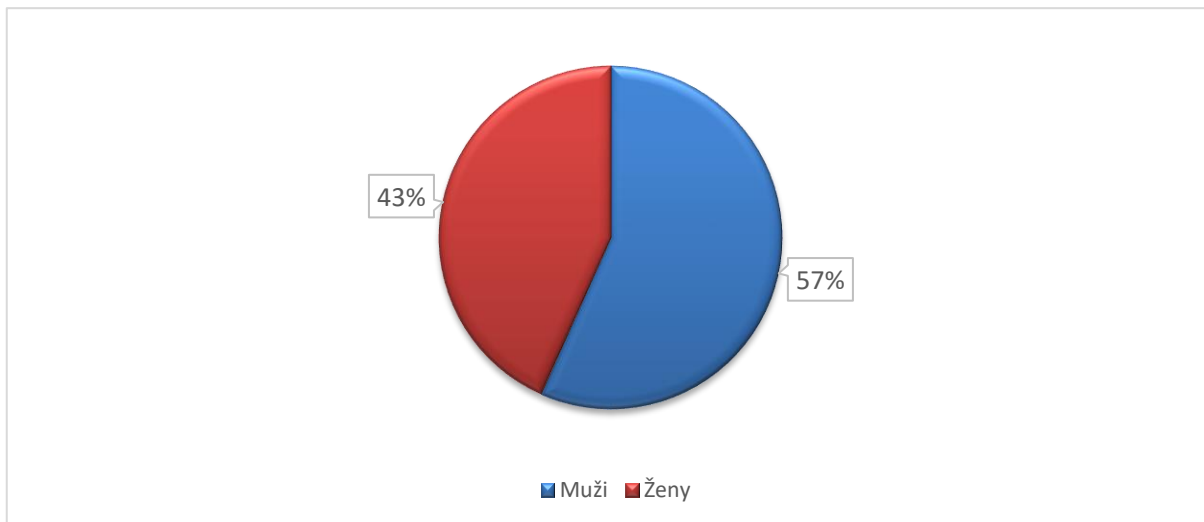
2.3 Způsob vyhodnocení získaných dat

Všechny dotazníky byly zkontrolovány a zařazeny do průzkumného šetření. Odpovědi respondentů jsou zaznamenány pomocí grafů v programu Microsoft Excel 2010 a Microsoft Word 2010.

3 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Z průzkumné části byly zjištěny následující informace.

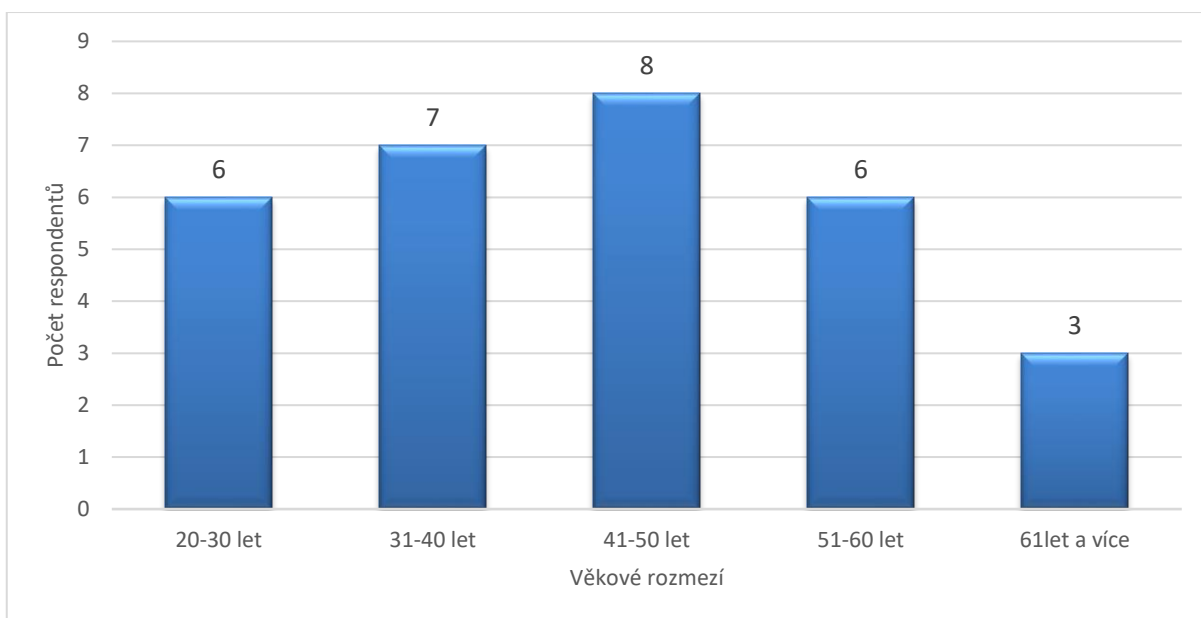
Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?



Obrázek 1 - Pohlaví respondentů

První otázka byla zaměřena na pohlaví respondentů. Je patrné, že dotazník vyplnilo více mužů než žen. Dotazník vyplnilo 17 (57 %) mužů a 13 (43 %) žen.

Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

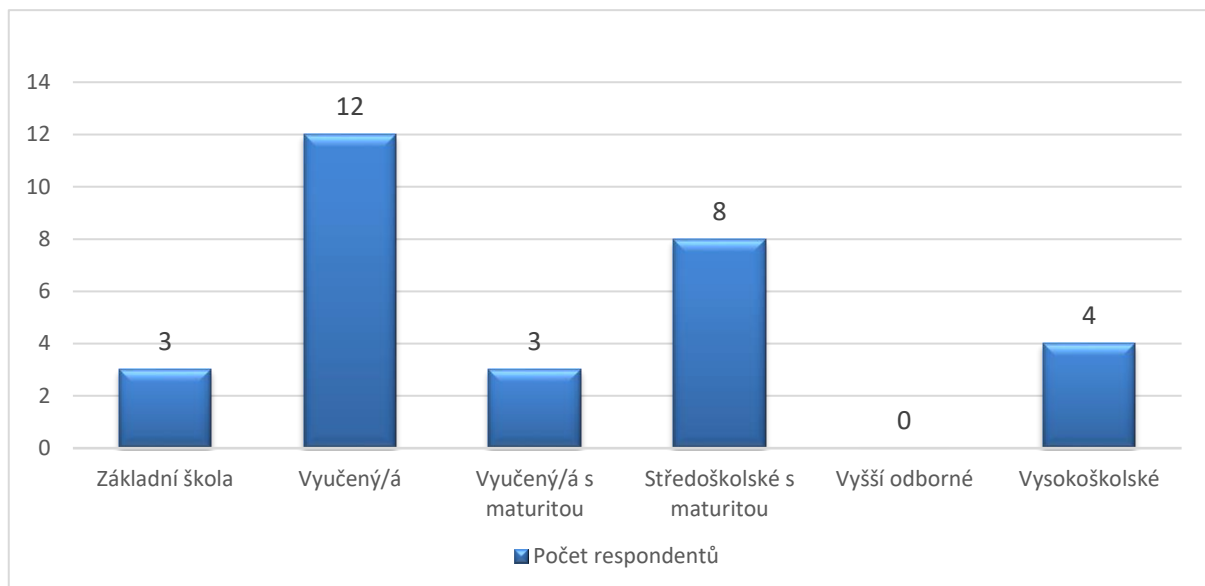


Obrázek 2 - Věk respondentů

Průzkumného dotazníkového šetření se účastnili respondenti, kteří již dovršili 20 let věku. Na dotazník odpovědělo nejvíce věkové rozmezí 41-50 let a to 8 (27 %) respondentů. Věkové

rozmezí 31-40 let bylo zastoupeno 7 (23 %) respondenty, 6 (20 %) respondentů bylo mezi lety 20-30, stejný počet 6 (20 %) respondentů ve věkovém rozmezí 51-60 let a 3 (10 %) respondenti ve věku 61 let a více.

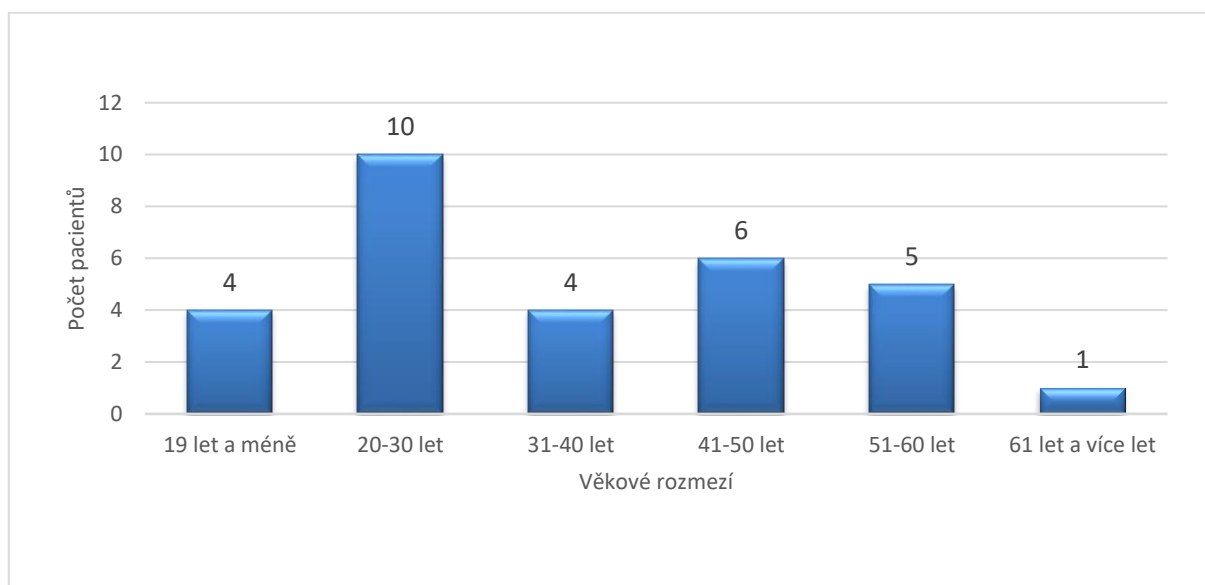
Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Obrázek 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání

V této otázce bylo zjišťováno nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvyšší počet respondentů bylo vyučených - 12 (40 %), dále měli respondenti vzdělání středoškolské - 8 (27 %), 4 (13 %) respondenti mají vysokoškolské vzdělání, 3 (10 %) respondenti jsou vyučeni s maturitou a 3 (10 %) absolvovali pouze základní studium. Nikdo z respondentů neměl vyšší odborné vzdělání.

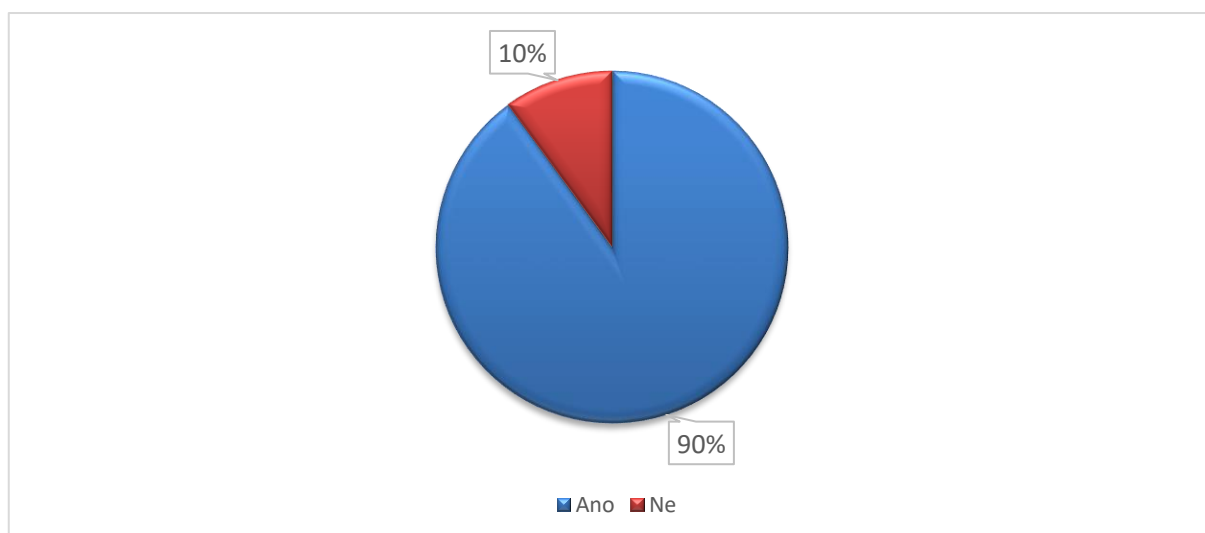
Otázka č. 4: V kolika letech se vyskytl Váš první epileptický záchvat?



Obrázek 4 – Výskyt prvního epileptického záchvatu

V této otázce měli respondenti vybírat z šesti věkových rozmezí, ve kterých se u nich vyskytl první epileptický záchvat. Nejčastěji označovaným rozmezím bylo mezi 20-30 lety, označilo jej 10 (33 %) respondentů, 6 (20 %) respondentů označilo 41-50 let, 5 (17 %) respondentů označilo rozmezí 51-60 let, 4 (13 %) respondenti označili 31-40 let a stejné množství respondentů označilo 19 let a méně. Jeden respondent (3 %) uvedl rozmezí 61 let a více.

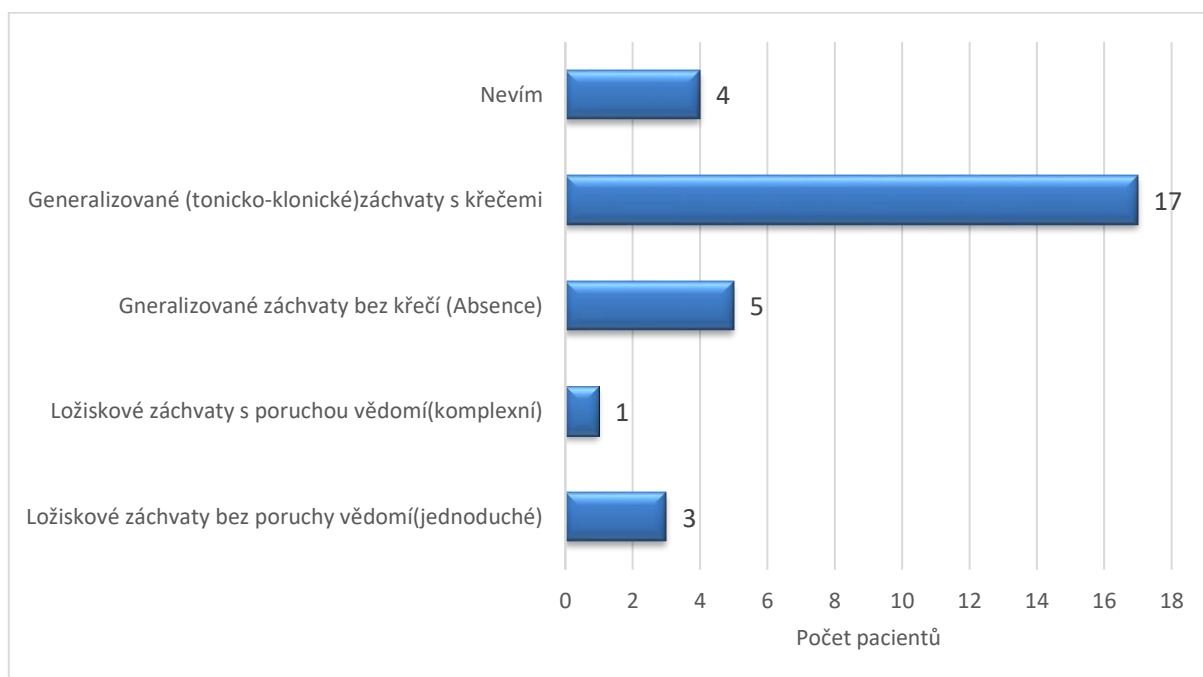
Otázka č. 5: Informoval Vás o typu Vašich záchvatů neurologický lékař?



Obrázek 5 - Počet informovaných respondentů neurologickým lékařem

Z výsledků je patrné, že 27 (90 %) respondentů bylo neurologickým lékařem informováno o typu epileptického záchvatu a pouze 3 respondenti (10 %) informováni nebyli.

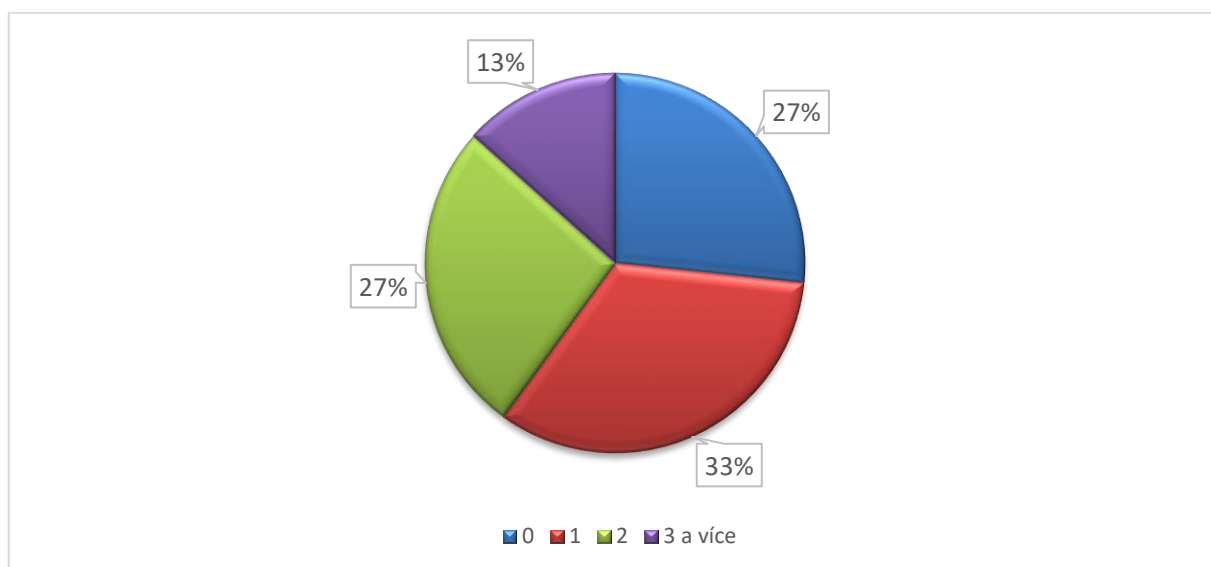
Otázka č. 6: Jaké záchvaty míváte?



Obrázek 6 - Typy záchvatů

Tato otázka je zaměřena na typy epileptických záchvatů u respondentů. Nejvíce, 17 (57 %) respondentů, mívá generalizované záchvaty s křečemi, dále 5 (17 %) má generalizované záchvaty bez křečí, 4 (13 %) respondenti neví typ epileptického záchvatu, 3 (10 %) respondenti mají ložiskové záchvaty bez poruchy vědomí a jeden (3 %) mívá ložiskový záchvat s poruchou vědomí.

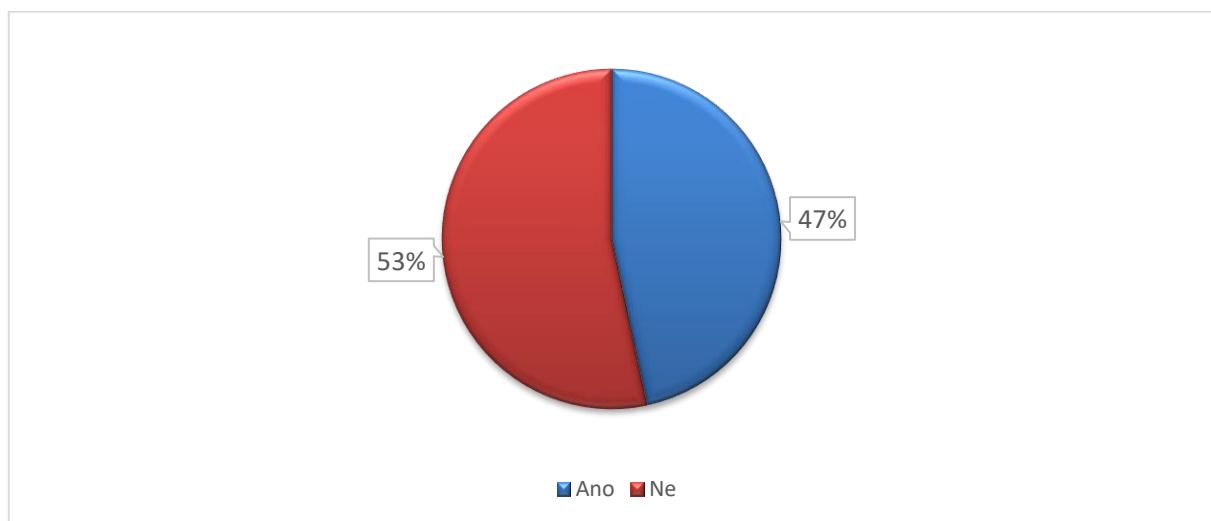
Otázka č. 7: Kolik záchvatů jste měl/a za posledních 12 měsíců?



Obrázek 7 - Počet záchvatů za posledních 12 měsíců

Za posledních 12 měsíců mělo 10 (33 %) respondentů jeden epileptický záchvat, 8 (27 %) respondentů 2 záchvaty a stejně 8 (27 %) respondentů žádný záchvat. Během posledních 12 měsíců prodělali 4 (13 %) respondenti 3 a více epileptických záchvatů.

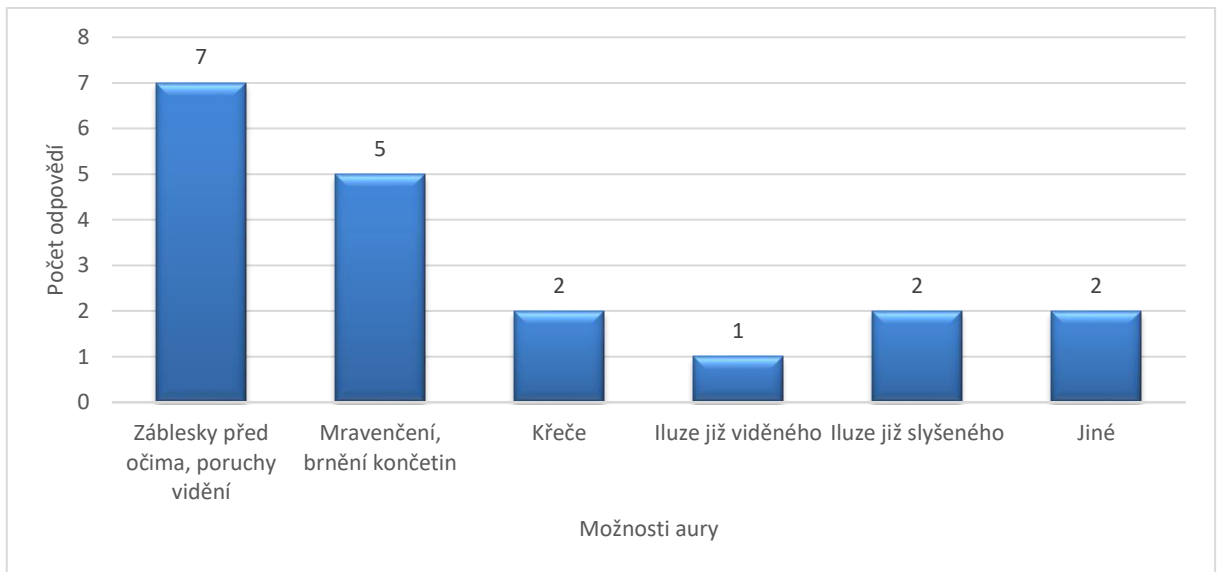
Otázka č. 8: Vyskytla se u Vás před epileptickým záchvatem tzv. AURA – předzvěst?



Obrázek 8 - Aura před záchvatem

Na otázku č. 8 odpovědělo 16 respondentů (53 %), že se u nich předzvěst záchvatu nevyskytuje. U 14 (47 %) respondentů se aura před epileptickým záchvatem vyskytuje.

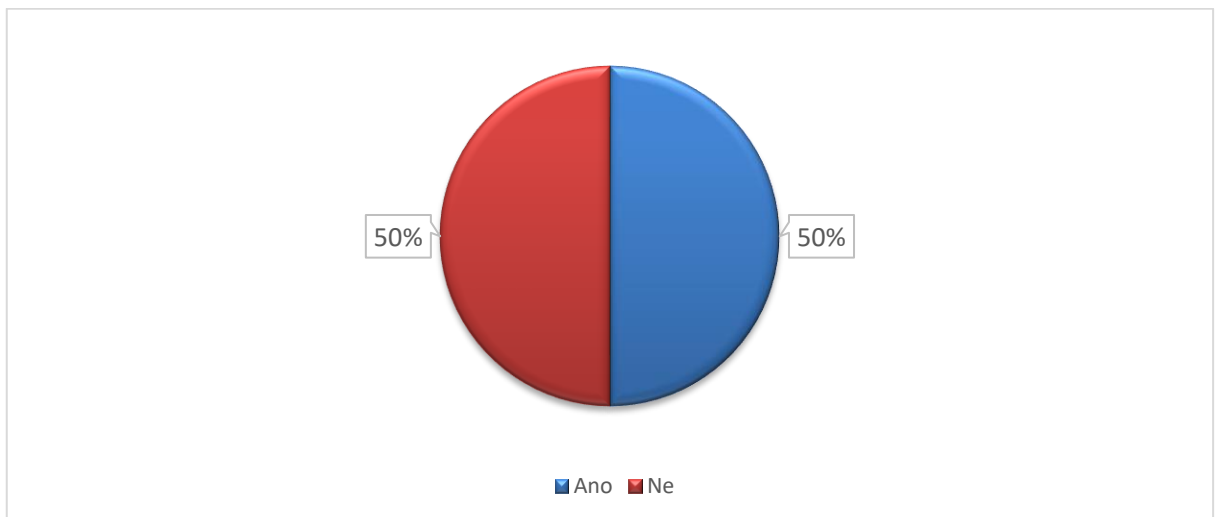
Otázka č. 9: Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 8 Ano, projevuje se AURA některými z těchto příznaků? (Možnost zaškrtnutí více odpovědí.)



Obrázek 9 - Typy aury

Nejčastěji se u respondentů vyskytují záblesky před očima, poruchy vidění, a to u 7 respondentů. Mravenčení, brnění končetin má 5 respondentů. U 2 respondentů se projevuje aura křečemi, iluze již slyšeného a jiné. Pouze 1 respondent má iluzi již viděného.

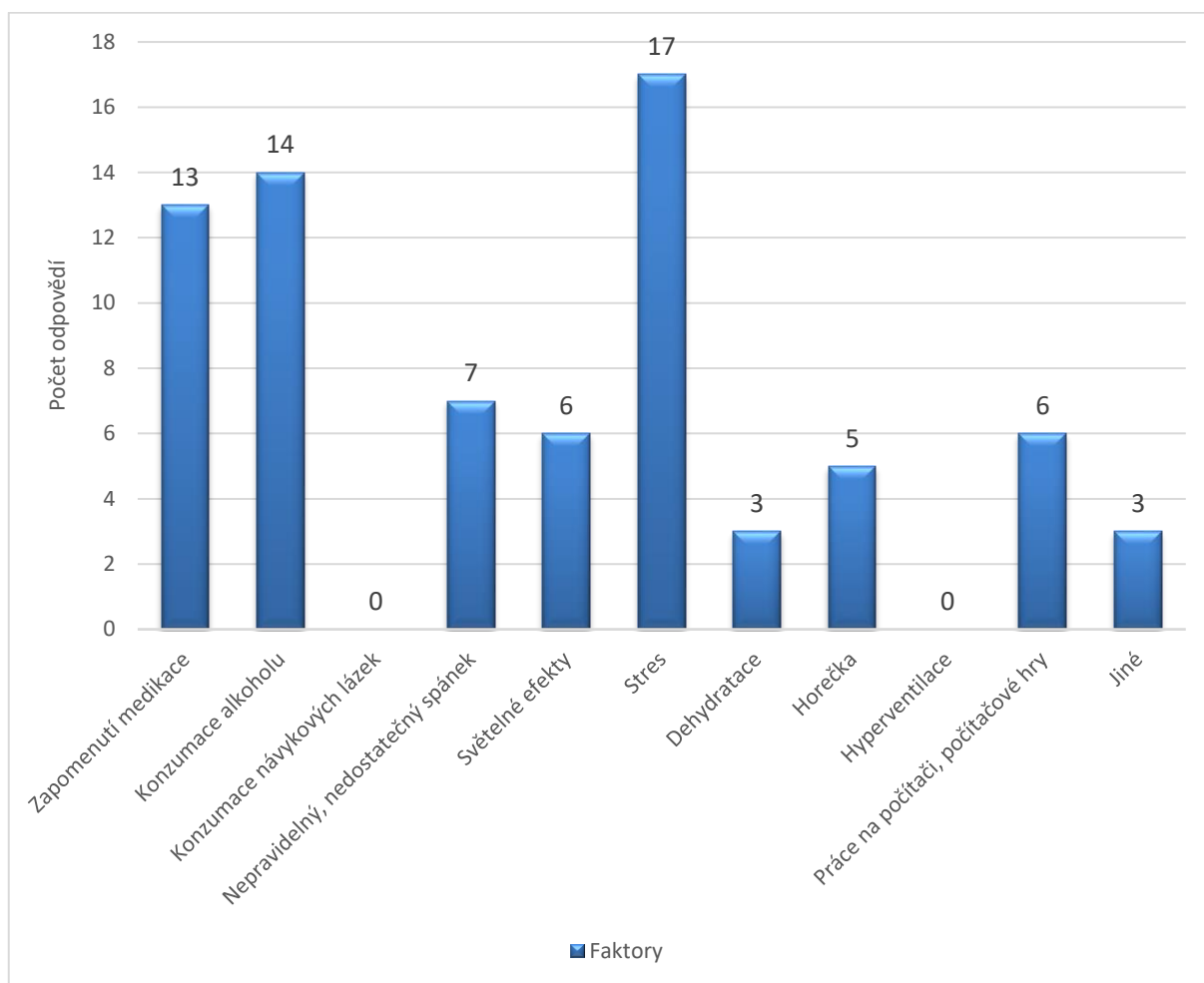
Otázka č. 10: Znáte příčinu, která u Vás záchvat vyvolává?



Obrázek 10 – Znájí respondenti příčinu záchvatů?

Z celkového počtu 30 respondentů zná 15 (50 %) příčinu záchvatu a stejný počet 15 (50 %) respondentů příčinu záchvatu nezná.

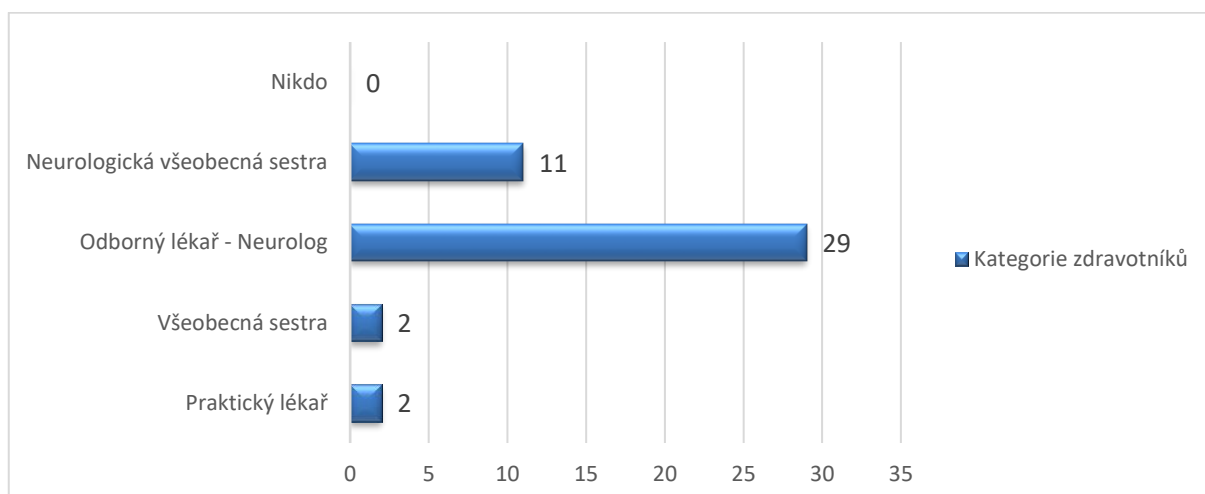
Otázka č. 11: Přispěly některé z těchto faktorů k vyvolání epileptického záchvatu?



Obrázek 11 - Faktory vyvolání záchvatu

V této otázce mohli respondenti označit více možností. U 17 respondentů se vyskytuje záchvat po stresu, u 14 respondentů po konzumaci alkoholu, u 13 respondentů se záchvat vyskytuje při zapomenutí medikace a u 7 respondentů vlivem nepravidelného spánku. Světelné efekty a práci na počítači popsalo 6 respondentů. U 5 respondentů je to horečka, u 3 respondentů dehydratace a jiné: leknutí, nádor, houkání sanitky. Žádný z respondentů neoznačil konzumaci návykových látek a hyperventilaci.

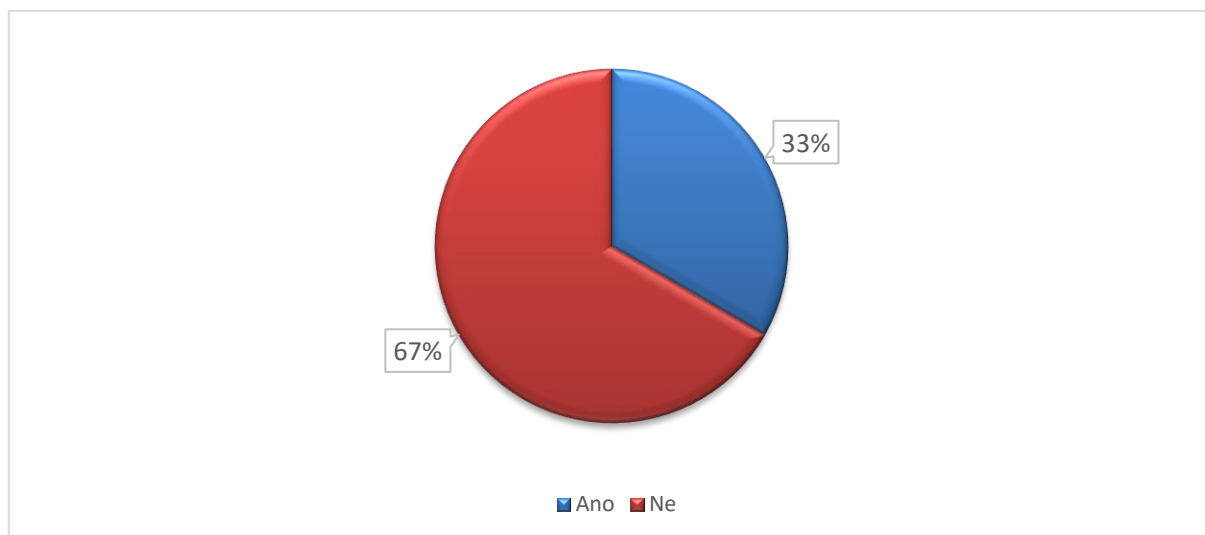
Otázka č.12: Kdo vás informoval o režimových opatřeních?



Obrázek 12 – Kdo informoval o režimových opatřeních respondenty.

U této otázky opět mohli respondenti označit více odpovědí. Neurolog informoval o režimových opatřeních 29 respondentů, 11 respondentů informovala neurologická všeobecná sestra, a stejně po 2 respondentech informoval praktický lékař a všeobecná sestra.

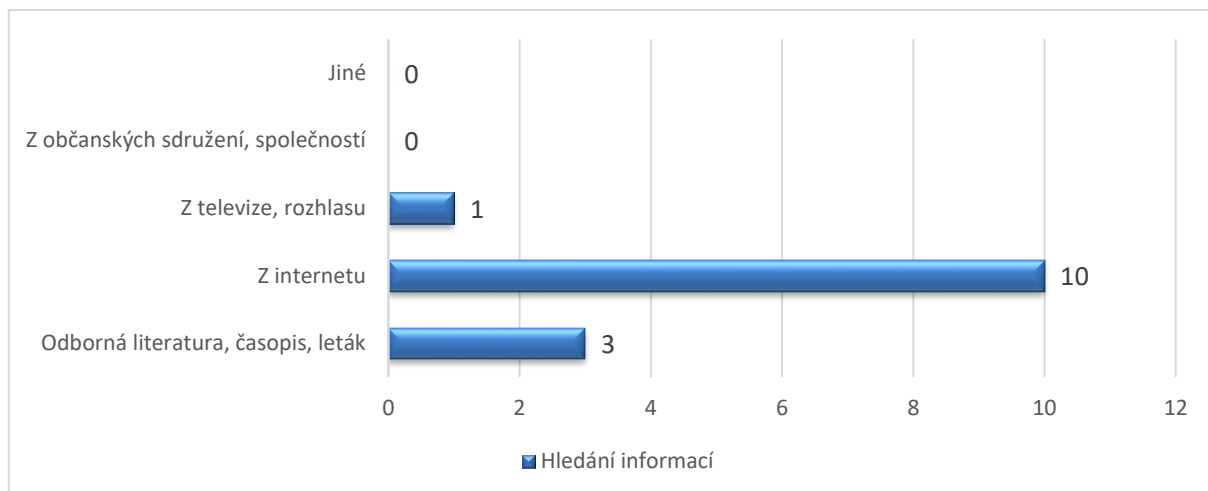
Otázka č. 13: Bylo nutné vyhledat si sám/a další informace o onemocnění a režimových opatřeních?



Obrázek 13 - Vyhledání dalších informací

Další informace o onemocnění si nevyhledávalo 20 respondentů (67 %), 10 respondentů (33%) si další informace o onemocnění a režimových opatřeních vyhledalo.

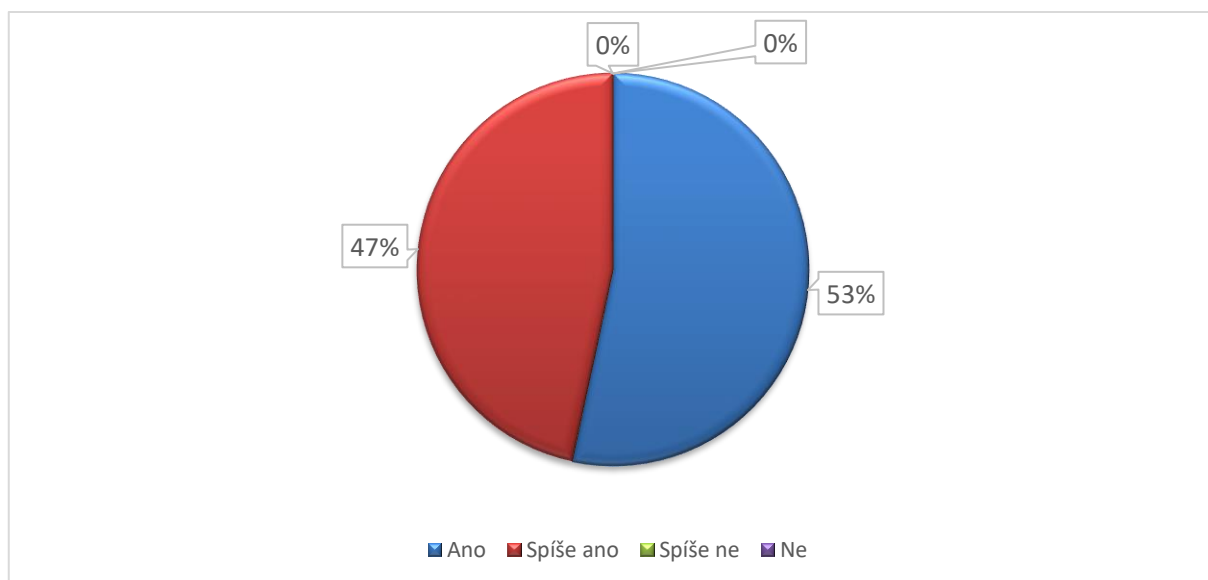
Otázka č. 14: Pokud jste na otázku č. 13 odpověděl/a Ano, kde jste získal/a další informace o režimových opatřeních?



Obrázek 14 - Hledání informací-zdroje

Také v této otázce mohli respondenti označit více odpovědí. Nejčastěji, a to 10 respondentů, vyhledalo informace na internetu. Dále 3 respondenti vybrali možnost, že informace zjišťovali z odborné literatury, časopisů a letáků. Jeden respondent uvedl, že informace hledal v televizi a rozhlase. Nikdo se neinformoval u občanských sdruženích a společností.

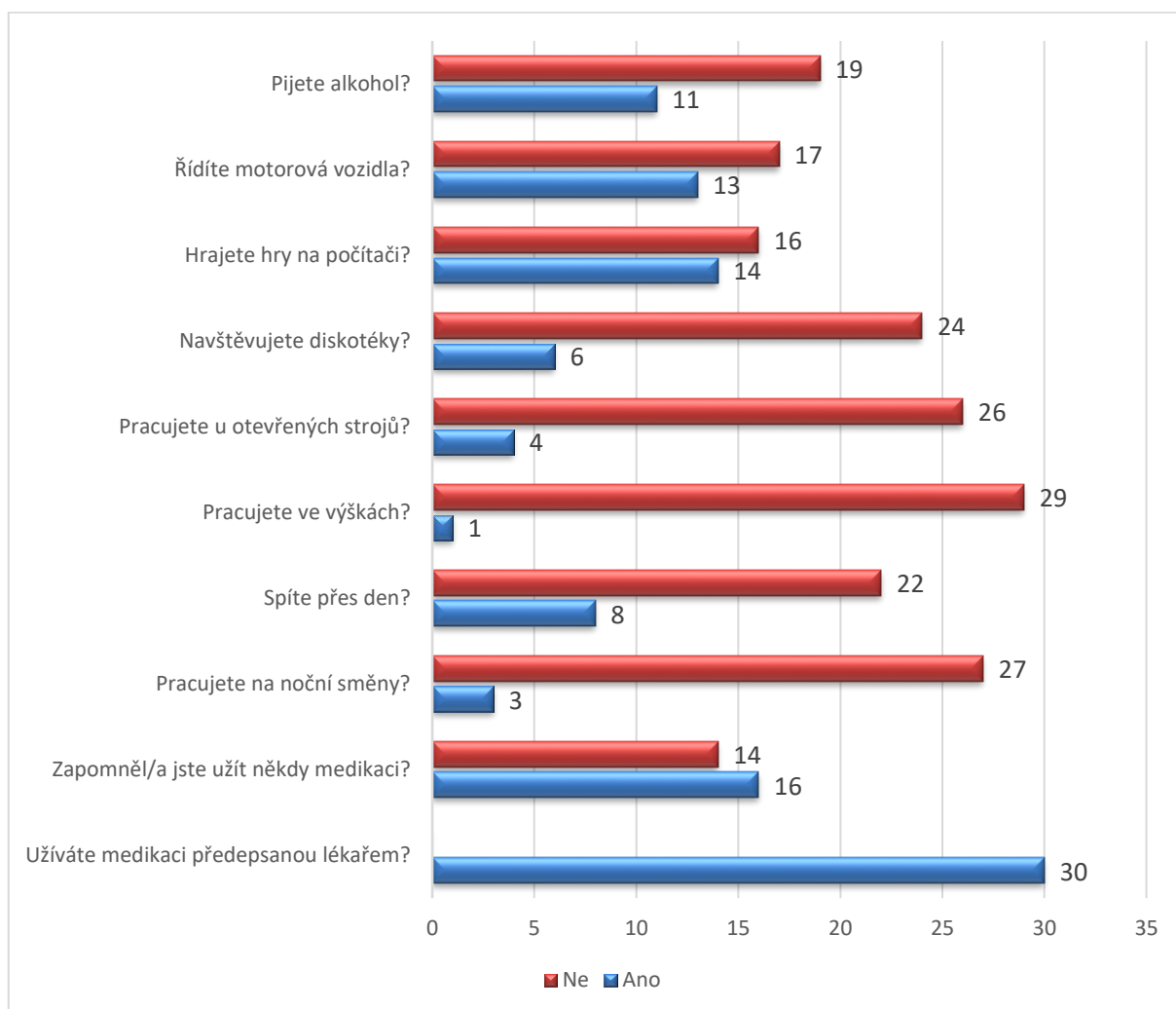
Otázka č. 15: Domníváte se, že máte informace o vašem onemocnění?



Obrázek 15 – Subjektivní pocit respondentů v informovanosti o onemocnění

Na tuto otázku odpovědělo 16 (53 %) respondentů, že mají dostatečné informace o onemocnění, 14 (47 %) odpovědělo spíše ano. Spíše ne a ne neudal nikdo z 30 respondentů.

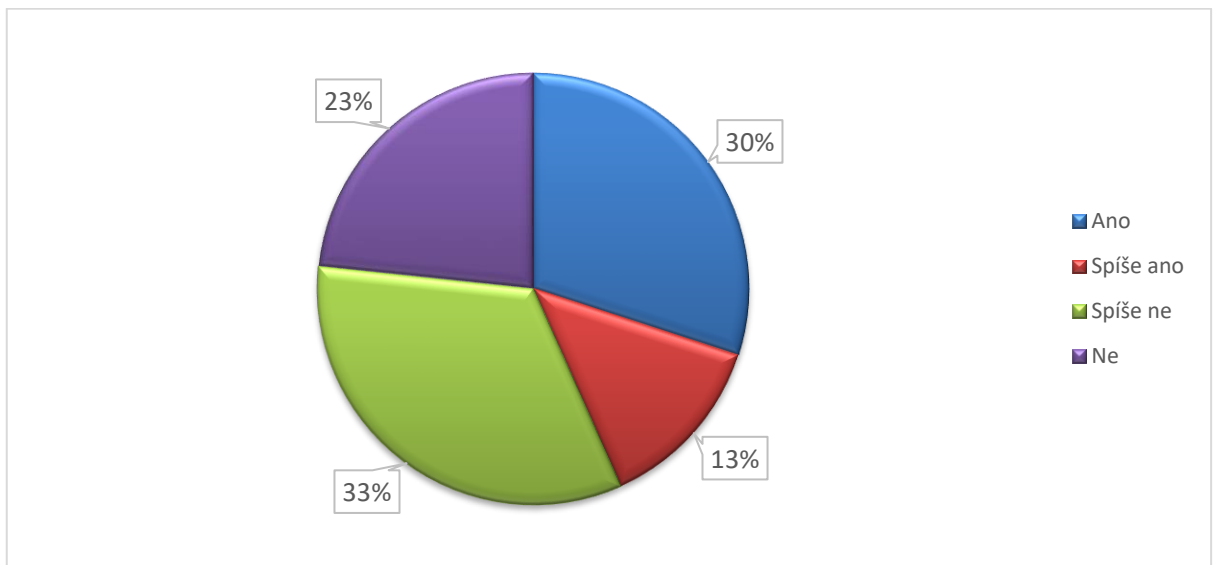
Otázka č.16: Odpovězte prosím na dané otázky.



Obrázek 16 - Dodržování režimových opatření

Tato otázka byla zaměřena na režimová opatření a jejím cílem bylo zjistit, zda respondenti tato opatření dodržují. V této otázce respondenti odpovídali na dotazy ano/ne. Všech 30 respondentů odpovědělo, že užívá medikaci předepsanou lékařem. Druhá otázka byla, zda někdy zapomněli užít medikaci, 16 respondentů přiznalo, že ano, a 14 respondentů odpovědělo ne. Na noční směny pracují 3 respondenti, 27 respondentů tak nepracuje. Na otázku, zda spí přes den, odpovědělo 8 respondentů ano a 22 ne. Práci ve výškách odsouhlasil 1 dotazovaný respondent, 29 respondentů uvedlo ne. U otevřených strojů pracují 4 respondenti a 26 respondentů u nich nepracuje. Diskotéky navštěvuje 6 respondentů, 24 dotazovaných je nenavštěvuje. Hru na počítači hraje 14 respondentů a 16 respondentů hry na počítači nehraje. Motorová vozidla řídí 13 respondentů a 17 je neřídí. Poslední otázka byla zaměřena na konzumaci alkoholu, 11 epileptiků alkohol konzumuje a 19 respondentů odpovědělo, že nekonzumuje. Vzhledem k pohlaví alkohol konzumují 2 ženy a 9 mužů.

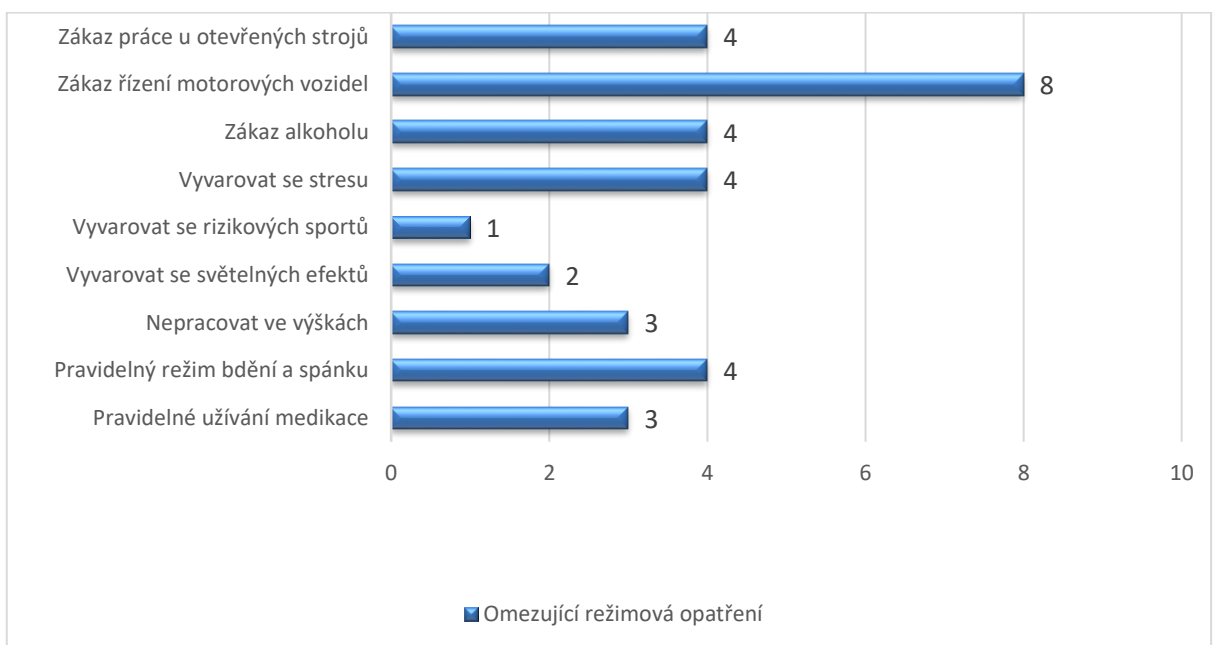
Otázka č. 17: Omezují Vás režimová opatření v běžném životě?



Obrázek 17 - Omezují režimová opatření běžný život?

Ze všech respondentů jich odpovědělo na tuto otázku 10 (33 %) spíše ne, 9 (30 %) odpovědělo ano, 7 (23 %) respondentů volilo odpověď ne a 4 (13 %) zvolilo spíše ano.

Otázka č. 18: Pokud jste na otázku č. 17 odpověděl/a Ano, Spíše ano – která režimová opatření Vás nejvíce omezují?

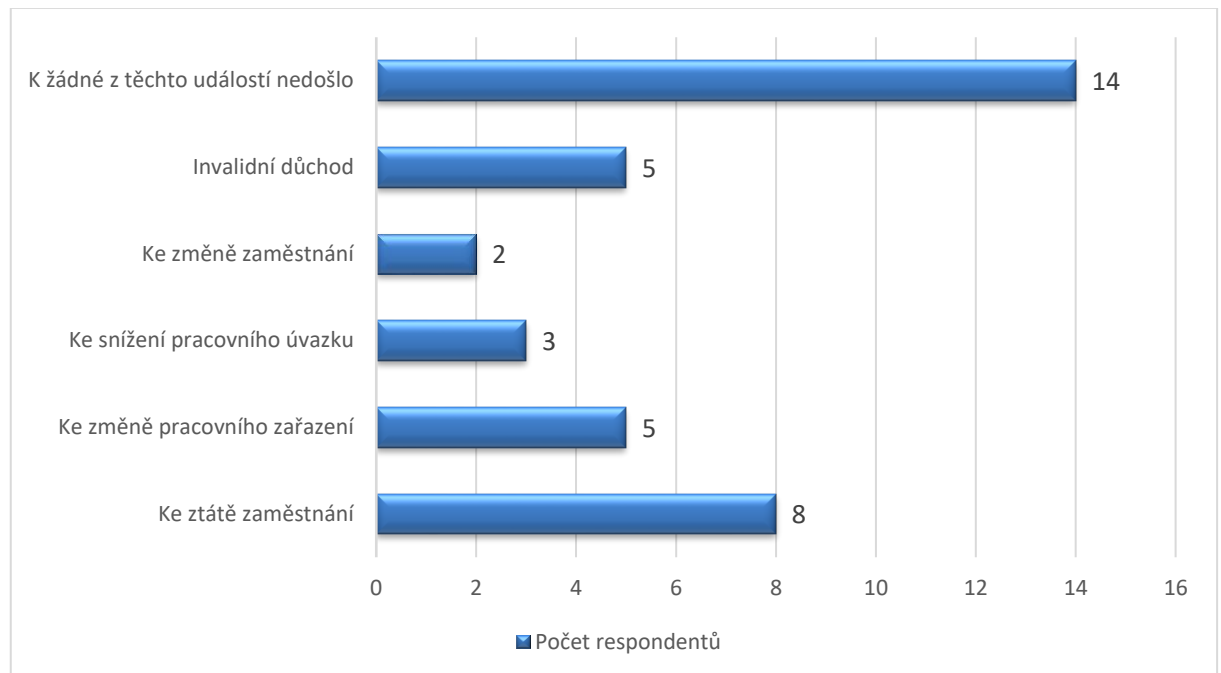


Obrázek 18 - Omezující režimová opatření

V této otázce mohli respondenti zatrhnout více odpovědí. Zákaz řízení motorových vozidel omezuje 8 respondentů, u 4 respondentů je to pravidelný režim bdění a spánku, vyvarování se

stresu, zákazu alkoholu a zákazu práce u otevřených strojů. Omezení nepracovat ve výškách a pravidelné užívání medikace zvolili 3 respondenti. Vyvarování se světelných efektů omezuje 2 dotazované a vyvarovat se rizikovým sportům uvedl 1 respondent. Odpověď Jiné nezvolil žádný respondent.

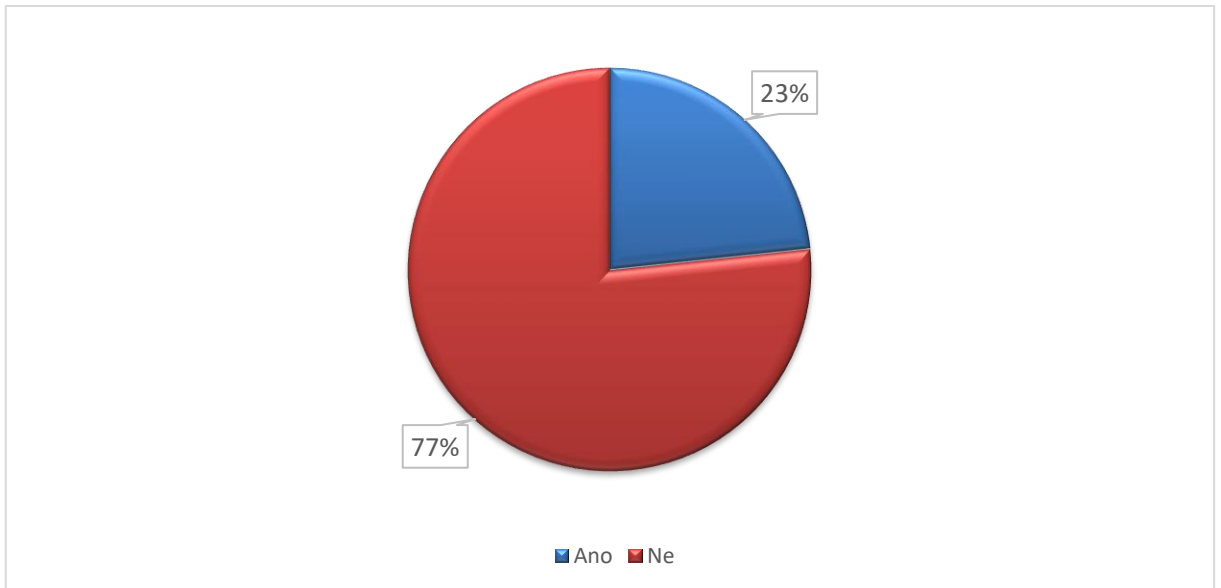
Otázka č. 19: Došlo u Vás z důvodu Vašeho onemocnění k některé z těchto událostí?



Obrázek 19 - Možnost pracovních změn

U této otázky mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí. U 14 respondentů k žádné změně v zaměstnání nedošlo, 8 respondentů odpovědělo, že došlo ke ztrátě zaměstnání, u 5 ke změně pracovního zařazení a stejné množství, 5 respondentů, zodpovědělo, že museli odejít do invalidního důchodu. U 3 respondentů došlo ke snížení pracovního úvazku a 2 respondenti změnili zaměstnání z důvodu onemocnění epilepsie.

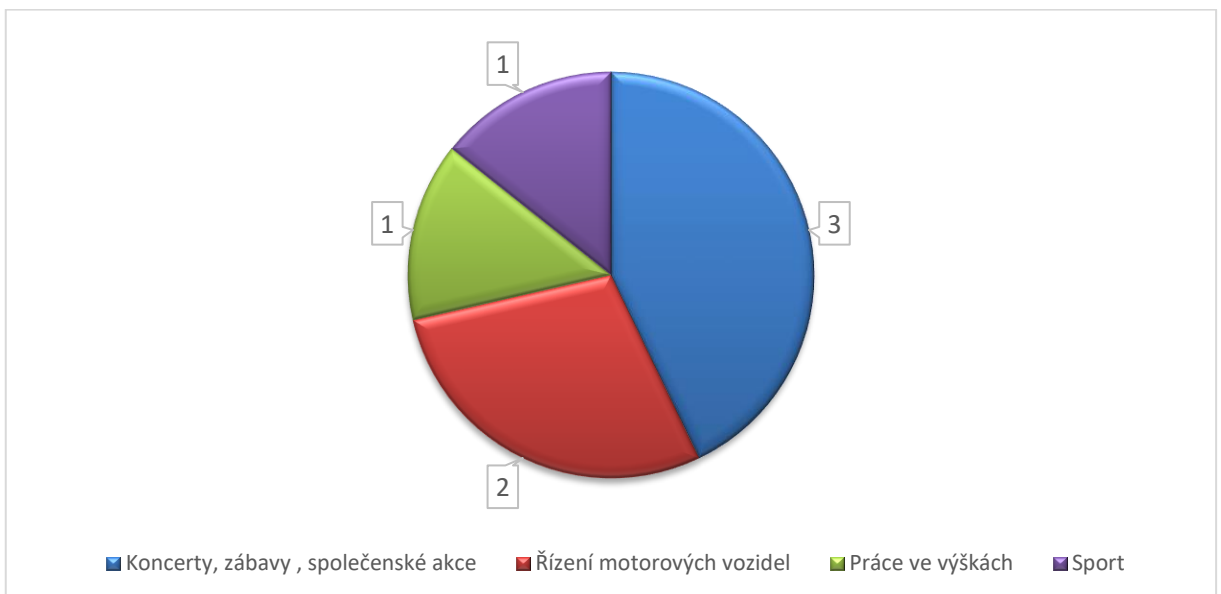
Otázka č. 20: Musel/a jste v důsledku onemocnění epilepsií omezit své zájmy, aktivity ve volném čase?



Obrázek 20 - Omezení zájmů, aktivit

Celkem 23 (77 %) respondentů odpovědělo, že neomezili své zájmy, ale 7 (23 %) respondentů muselo omezit v důsledku onemocnění své aktivity.

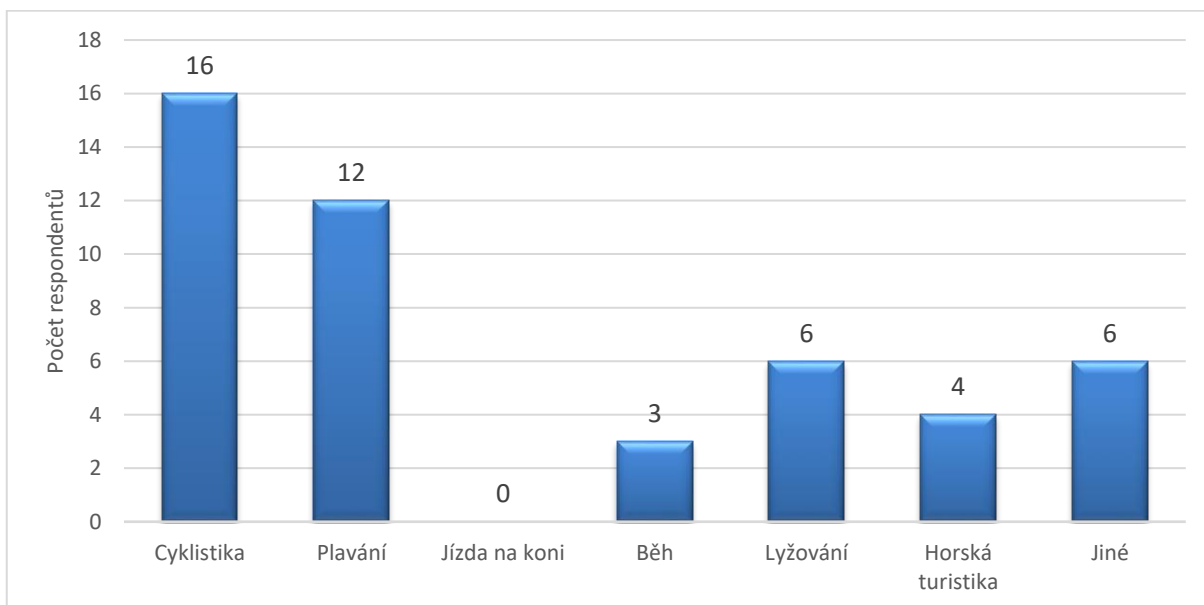
Otázka č. 21: Pokud jste odpověděli na otázku č. 20 Ano, jaké zájmy jste omezil/a.



Obrázek 21 - Omezené zájmy

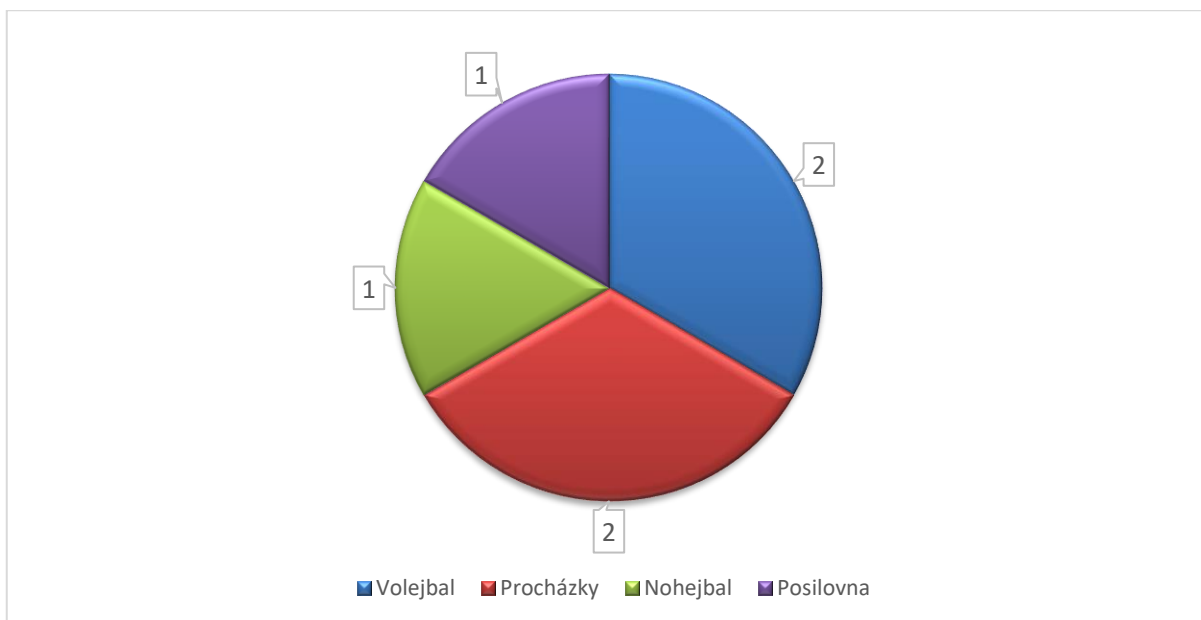
V této otázce měli dotazovaní uvést, které zájmy museli omezit. Omezit koncerty, zábavy a společenské akce museli 3 respondenti, 2 respondenti uvedli řízení motorových vozidel, 1 respondent uvedl práce ve výškách a 1 respondent napsal sport.

Otázka č. 22: Provozujete některý z těchto sportů?



Obrázek 22 - Sport

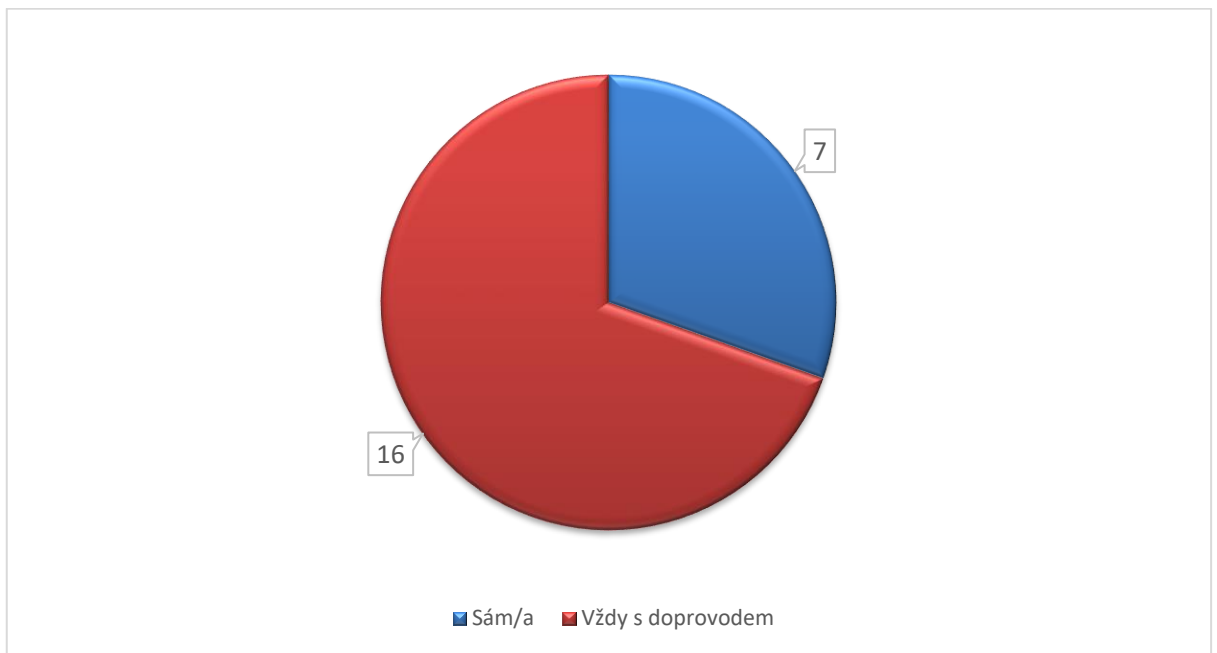
Epileptici provozují ze sportů cyklistiku, a to 16 respondentů, 12 epileptiků uvedlo plavání, 6 respondentů provozuje lyžování a jiné sporty (viz druhý graf k této otázce), 4 respondenti uvedli horskou turistiku a 3 respondenti provozují běh. Z celého počtu respondentů nikdo neuvedl jízdu na koni.



Obrázek 23 - Jiné sporty respondentů

Mezi jiné sporty uvedli 2 respondenti volejbal, stejný počet chodí na procházky, 1 respondent uvedl nohejbal a 1 respondent chodí do posilovny.

Otázka č. 23: Tento sport provozujete?



Obrázek 24 - Provozování sportu

Cílem této otázky bylo zjistit, zda epileptici dodržují sportování s doprovodem v případě možného záchvatu. Vždy s doprovodem sportuje 16 dotazovaných, bez doprovodu sportuje 7 respondentů.

DISKUZE

V této části jsou prezentovány výsledky průzkumné části bakalářské práce. Cílem práce bylo zjistit, jaký dopad má epilepsie na běžný život člověka v souvislosti s dodržováním režimových opatření.

Tato práce je porovnávána s bakalářskou prací Rostislava Noska z Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice z roku 2014 s názvem Režimová opatření u epileptiků. Prováděl kvantitativní metodu výzkumu, kterou realizoval pomocí dotazníku, ten obsahoval 14 otázek. Respondenti pocházeli z ordinace odborného lékaře – neurologa. Zařazeno do výzkumu bylo 31 dotazníků. Dotazník byl zaměřen na dodržování režimových opatření a informovanosti pacientů.

Další z prací, se kterou je porovnávána tato práce, byla bakalářská práce Ivety Petrové z Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Práce Život nemocných s epilepsií byla obhájena v roce 2014. Dotazník obsahoval 27 otázek, 18 otázek uzavřených a 9 otázek otevřených. Výzkum probíhal u hospitalizovaných pacientů, celkem vyplněných dotazníků bylo 50.

Třetí prací pro porovnání výsledků byla použita bakalářská práce od Jany Tobolové z Fakulty přírodovědně - humanitní a pedagogické Technické univerzity v Liberci s názvem Využití volného času lidí s epileptickým onemocněním, obhájena roku 2009. Výzkum byl prováděn ve zdravotnických zařízeních v Praze. Počet dotazníků bylo 150, vráceno 134 a použito 131. Dotazník obsahoval 18 otázek.

Průzkumná otázka č. 1: Zjistit, jaké epileptické záchvaty se nejčastěji vyskytují u pacientů zahrnutých do průzkumného vzorku.

K první průzkumné otázce se vztahovaly otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 a 10. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že nejvíce, 17 (57 %) respondentů, mívá generalizované tonicko-klonické záchvaty. Při důkladnějším rozboru se jedná o 11 mužů a 6 žen. Muži jsou zastoupeni 5 respondenty ve věkovém rozmezí 51–60 let, 4 respondenti ve věku 41–50 let a 2 respondenti ve věku 31–40 let. Další zhodnocení u mužů se týkalo dosaženého vzdělání, nejvyšší počet 8 respondentů je vyučených, 2 respondenti mají středoškolské vzdělání s maturitou a 1 respondent má základní školu. U žen se generalizované tonicko-klonické záchvaty vyskytují u 6 respondentek. Ve věkovém rozmezí 20–30 let se jedná o 2 respondentky, dále ve věku mezi 31–40 lety také o 2 respondentky a stejný počet 2 respondentek byl ve věkovém rozmezí 61 let a více. Při průzkumu dosaženého vzdělání u žen je v této práci zjištěno, že stejný počet po 2

respondentkách uvádí základní školu, vyučení a středoškolské vzdělání s maturitou. Rektor (2010, s. 14) ve své publikaci popisuje, že generalizované záchvaty ohrožují pacienta traumatem, v případě nahromadění záchvatů i metabolickým rozvratem, kardiálním selháním a často aspirací. Nemůžeme říci, že jde o nejčastější typy záchvatů, ale v důsledku jsou nejrizikovější. Generalizované záchvaty bez křečí – Absence má 5 (17 %) pacientů. Jedná se o 3 ženy a 2 muže. U 2 žen je věk mezi 31–40 lety, a 1 respondentka je ve věkovém rozmezí 20–30 let. Dosažené vzdělání u respondentek je u 2 středoškolské s maturitou a u 1 respondentky vysokoškolské. Muži jsou zastoupeni ve věkovém rozmezí 20–30 let, 1 respondent je vyučen s maturitou a druhý má vysokoškolské vzdělání. Jaký typ záchvatu mají, neví 4 (13 %) pacienti, jedná se o 2 muže a 2 ženy. Ženy jsou ve věkovém rozmezí 20–30 let a 31–40 let, dosažené vzdělání mají vysokoškolské a středoškolské s maturitou. Muži mají věkové rozmezí 41–50 let a 51–60 let, oba respondenti vyučení. Jednoduchými záchvaty trpí 3 (10 %) respondenti. Jednalo se o 2 muže a 1 ženu. Muži jsou ve věkovém rozmezí 41–50 let a 61 let a více, oba respondenti jsou vyučení. Žena je ve věku 41–50 let, dosažené vzdělání má vysokoškolské. Poslední 1 (3 %) pacient mívá komplexní záchvaty, je to žena ve věku 31–40 let se středoškolským vzděláním s maturitou. Když se zaměříme na výskyt záchvatů ve věkové kategorii 61 let a více, zjišťujeme, že toto věkové rozmezí uvedli 3 respondenti, 2 ženy a 1 muž. Muž trpí jednoduchými záchvaty a obě ženy generalizovanými (tonicko-klonickými) záchvaty s křečemi. Moráň (2007, s. 64) uvádí, že u pacientů starší populace jde klinicky o záchvaty parciální nebo sekundárně generalizované do tonicko-klonických záchvatů. Parciální záchvaty jsou popisovány parestéziemi, pocity nepřítomnosti, poruchami chování a myšlení. Někdy mohou být stavy zaměněny za psychiatrické stavy. Z výsledků mé práce vyplývá, že se výsledek shoduje s literaturou.

Petrová měla ve své práci rozděleny záchvaty na Grand mal (pád na zem, křečovitě záškuby svalstva, ztráta vědomí, porucha paměti) a Petit mal (zahledění, chvilkové nevnímání, neuvědomování si své činnosti). Svým šetřením zjistila, že u 34 (68 %) respondentů se projevuje epileptický záchvat typu Grand mal a 16 (53 %) respondentů mívá záchvat typu Petit mal. Z mého průzkumu vyplývá, že respondenti trpí generalizovanými tonicko – klonickými záchvaty, což se shoduje s výsledky v bakalářské práci Petrové.

Otázka č. 4 se v mé práci zabývala tématem, v kolika letech se u respondentů vyskytl první epileptický záchvat. Zjištěno bylo, že se nejčastěji vyskytoval ve věku 20–30 let. Jednalo se o 10 respondentů, 4 ženy a 6 mužů. Za posledních 12 měsíců mělo záchvat 10 respondentů, a to 1 epileptický záchvat. Jednalo se o 7 mužů a 3 ženy. Dalším záměrem bylo zjištění, zda se

u pacientů vyskytuje Aura – předzvěst epileptického záchvatu. Z mé práce je patrné, že se aura vyskytuje u 14 (47 %) dotazovaných pacientů, 16 (53 %) pacientů auru nemívá. Aura se u 7 respondentů projevuje záblesky před očima, poruchami vidění. U 5 respondentů se aura projevuje mravenčením a brněním končetin, u 2 respondentů křečemi a také u 2 respondentů iluzemi slyšeného, 1 respondent mívá auru vyjádřenou iluzí viděného.

V bakalářské práci Petrové 42 % respondentů nic nepocítuje, 22 % má pocit brnění, mravenčení končetin, 14 % pískání v uších, po 8 % výpadky zorného pole a křeče. Posledních 6 % pacientů má jiné příznaky, které autorka neuváděla. Iluze viděného, slyšeného a zápach spálené gumy respondenti nemívají. Z průzkumu a porovnání prací je patrné, že pokud respondenti mívají Auru před záchvatem, je nejčastěji vyjádřena poruchami vidění nebo mravenčením a brněním končetin.

Otázka č. 10 se zajímala o to, zda respondenti znají příčinu, která u nich záchvat vyvolává. Z průzkumu vyšlo, že polovina (15 epileptiků) zná příčinu záchvatu a stejný počet příčinu nezná.

Průzkumná otázka č. 2: Zjistit informovanost a dodržování režimových opatření.

Tato průzkumná otázka byla rozdělena na dvě části. První část se zabývala informovaností dotazovaných ohledně režimových opatření. Od koho byli respondenti informováni, zda si museli vyhledat další informace a kde je čerpali. Druhá část byla věnována přístupu pacientů k dodržování režimových opatření.

K první části průzkumné otázky se v práci vztahují otázky č. 12, 13, 14 a 15. Stehlíková (2016, s. 2) poukazuje na to, že informace jsou na počátku onemocnění epilepsie velmi důležité. Pokud má nemocný na začátku dostatek informací, je pro něj snazší přijmout diagnózu. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 16 (53 %) respondentů má informace o onemocnění a 14 (47 %) respondentů zodpovědělo spíše ano. Žádný z respondentů neuváděl odpověď spíše ne ani ne.

V práci Tobolové má dostatek potřebných informací o onemocnění a omezeních 102 respondentů, informace nemá 8 respondentů a nezajímá se 21 respondentů.

V práci Noska na otázku, zda mají respondenti dostatek informací ohledně režimových opatření, odpovědělo 24 (77 %) pacientů ano a 7 (23 %) odpovědělo spíše ano. Možnosti spíše ne nebo ne nezvolil nikdo z nich.

Z průzkumu a srovnávání prací vyplývá, že respondenti mají informace o režimových opatřeních.

Morán (2007, s.29) uvádí, že pro pacienta je důležité informace získat nejenom od specialisty - neurologa, ale také od praktického lékaře, všeobecné sestry, sociální pracovnice. V mé práci bylo o režimových opatřeních 29 respondentů informováno odborným lékařem – neurologem, dále pak nemocné informovala neurologická všeobecná sestra, a to 11 respondentů. Po 2 informoval nemocné praktický lékař a všeobecná sestra.

Nosek uvádí, že všem 31 (100 %) respondentům bylo režimové opatření doporučeno lékařem.

Otázka zaměřená v mé práci na to, zda bylo nutné vyhledat další informace o onemocnění a režimových opatřeních, odpovědělo 20 (67 %) respondentů ne a 10 (33 %) respondentů ano. Informace na internetu vyhledalo 10 respondentů, odbornou literaturu, časopisy, letáky uvedli 3 respondenti, 1 respondent zjišťoval další informace v televizi, rozhlasu. Nikdo se neinformoval u občanských sdružení a společností.

V dotazníku Noska všichni - 31 oslovených respondentů uvedlo, že získali informace od zdravotníků – neměl specifikováno, 15 z nich informace dohledalo v literatuře a 11 na internetu.

Při srovnání prací bylo zjištěno, že respondenti si dohledávají informace o onemocnění a režimových opatřeních. Jako zdroj informací používají pacienti internet, odbornou literaturu, časopisy, letáky a televizi. Nutné je však upozornit nemocné, že některé informace z webových stránek nejsou pravdivé, a doporučit jim pouze kvalitní zdroje. Myslím, že je velká škoda, že si nikdo z respondentů nevyhledává další informace v občanských sdruženích a společnostech. Propracované publikace např. společnosti „E“ by respondentům pomohly nalézt mnoho odpovědí na dotazy.

K druhé části průzkumné otázky se v práci vztahuje otázka č. 11 a 16. Otázka č. 11 zjišťovala, které faktory přispívají k vyvolání epileptického záchvatu. Faktory a rizikové situace, které mohou vyvolat epileptický záchvat, popisuje společnost „E“ (2016, s. 21). Jedná se o zapomenutí medikace, nedostatek spánku, stres, užívání alkoholu, nadměrné dlouhodobé psychické a fyzické zatížení, teplota, nedostatek tekutin, dále specifické stimulační faktory – světlo, tma, blikající světlo, stroboskop. V otázce č. 11 mohli respondenti označit více možností. Záchvat po stresu mívá 17 respondentů, u 14 respondentů vznikne záchvat po konzumaci alkoholu, u 13 respondentů při zapomenutí medikace a u 7 respondentů vlivem nepravidelného spánku. Stejný

počet, 6 respondentů, popsalo světelné efekty a práci na počítači. U 5 respondentů je to horečka, u 3 respondentů dehydratace a jiné - leknutí, nádor, houkání sanitky. Žádný z respondentů neoznačil konzumaci návykových látek a hyperventilaci. Otázka č. 16 byla zaměřena na režimová opatření a jejím cílem bylo zjistit, zda respondenti dodržují tato opatření. Otázka byla rozdělena na 10 dotazů pro respondenty. Respondenti odpovídali na dotazy ano nebo ne, tím jsem mohla zjistit, zda režimová opatření dodržují. Moráň (2007, s. 71) uvádí režimová opatření v kategorii životospráva, shodují se s autorkou Stehlíkovou. Stehlíková (2016, s. 22) popisuje, že režimová opatření by měl epileptik přijmout za své a cíleně je dodržovat. Dále popisuje, že správným dodržováním těchto opatření si mohou pacienti sami částečně pomoci ke stavu bez záchvatů. V mé práci celkem 30 (100 %) respondentů odpovědělo, že užívá medikaci předepsanou lékařem. Při dotazu, zda respondenti někdy zapomněli užít medikaci, 16 (53 %) přiznalo, že ano, a 14 (47 %) odpovědělo ne. Na noční směny pracují 3 respondenti (10 %), 27 (90 %) v ní nepracuje. Na dotaz, zda spí přes den, odpovědělo 8 (27 %) respondentů ano a 22 (73 %) ne. Práci ve výškách uvedl 1 (3 %) respondent ano, 29 (97 %) uvedlo, že ne. U otevřených strojů pracují 4 (13 %) respondenti a 26 (87 %) jich u nich nepracuje. Diskotéky navštěvuje 6 (20 %) respondentů a 24 (80 %) je nenavštěvuje. Další dotaz se týkal toho, zda dotazovaní hrají hry na počítači, 14 (47 %) odpovědělo ano a 16 (53 %) respondentů ne. Motorová vozidla řídí 13 (43 %) respondentů a 17 (57 %) je neřídí. Poslední dotaz byl zaměřen na alkohol, 11 (37 %) epileptiků alkohol konzumuje a 19 (63 %) nekonzumuje. Alkohol konzumují 2 ženy a 9 mužů. Zajímavý je rozbor dotazníku dvou žen s epilepsií, které uvedly že alkohol konzumují. V následném rozboru bylo zjištěno, že obě ženy jsou ve věkovém rozmezí 20–30 let, nejvyšší dosažené vzdělání je u jedné respondentky základní, u druhé středoškolské s maturitou. U obou pacientek se objevil první záchvat v 19 letech a méně, obě také byly informovány neurologickým lékařem o typu svého záchvatu, který byl generalizovaný tonicko-klonický záchvat s křečemi. U jedné se před záchvatem vyskytovala aura – iluze slyšeného, druhá pacientka auru před záchvatem nemívá. Obě znají příčinu, která u nich záchvat vyvolává. Respondentky se shodují ve faktorech vyvolání záchvatu, a to zapomenutí medikace a konzumace alkoholu. Respondentky byly informovány o režimových opatřeních odborným lékařem – neurologem. Jedna z pacientek si informace dohledala z internetu. Obě shodně napsaly, že je režimová opatření v běžném životě spíše neomezují. U obou nedošlo ke změně v pracovním životě. Jedna pacientka musela omezit své zájmy, druhá nikoliv. Jedna respondentka provozuje plavání, cyklistiku a posilovnu, druhá volejbal. Jedna provozuje sport sama, cvičí bez doprovodu v posilovně. Druhá provozuje sport vždy s doprovodem.

V bakalářské práci Noska uváděli respondenti, která režimová opatření porušují. Neužívání léků uvedlo 9 (36 %) pacientů, stejný počet uvedl konzumaci alkoholu, 5 (20 %) uvedlo nedostatečný spánek, 1 (4 %) řízení vozidla.

Petrová v dotazníku zjišťuje, zda respondenti dodržují omezení konzumace alkoholu. Celkem 24 (48 %) respondentů uvedlo, že nejsou konzumenty alkoholu, 19 (38 %) alkohol konzumuje občas a 7 (14 %) pacientů konzumuje alkohol bez omezení. Při srovnání omezení konzumace alkoholu dle druhu pohlaví zjistila, že omezení dodržuje 15 (60 %) žen a 9 (36 %) mužů.

V práci Tobolové dodržuje omezení spojená s epilepsií 105 respondentů, nedodržuje 26 respondentů.

I zde je zjištěno, že přestože jsou nemocní informováni a vědí, jaká režimová opatření mají dodržovat, tato režimová opatření porušují. Pacienti vědí, které faktory u nich přispívají k vyvolání záchvatu, a přesto se jim nesnaží vyvarovat. Je nutné jim opakovaně vysvětlovat, že pokud nebudou režimová opatření dodržovat, bude se jejich stav zhoršovat a může dojít k nakupení záchvatů. Společnost „E“ (2016, s. 22) uvádí, že vždy je nutné dodržovat správnou životosprávu a užívat předepsané léky. Pouhá režimová opatření bez léčby nestačí a stejně tak by nestačilo polykat pouze tablety a přitom konzumovat pravidelně alkohol nebo málo spát. Stejného východiska ohledně léků a alkoholu uvádí ve své knize Morán (2007, s. 71), popisuje, že se opakovaně stává, že nemocný raději bere léky, aby si nemusel odpustit alkohol a ponocování na diskotékách se stroboskopem a vydýchaným vzduchem.

Průzkumná otázka č. 3: Zjistit, jak ovlivňuje diagnóza epilepsie respondenty v pracovním a soukromém životě.

Této průzkumné otázce jsou věnovány otázky č. 17, 18, 19, 20 a 21. Na otázku, zda respondenty omezují režimová opatření v běžném životě, odpovědělo z celkového počtu 30 respondentů 9 (33 %) ano, 4 (13 %) spíše ano, 10 (33 %) spíše ne a 7 (23 %) respondentů odpovědělo ne.

V práci Noska na otázku, zda ovlivňují režimová opatření kvalitu života z celkového počtu 31 respondentů, 3 (10 %) respondenti uvedli, že režimová opatření ovlivňuje jejich kvalitu života velmi často, 7 (22 %) ovlivňuje často, 6 (19 %) uvedlo, že pouze zřídka. Odpověď téměř nikdy zvolilo 13 (39 %) respondentů a 3 (10 %) tázaní jsou přesvědčeni, že režimová opatření jejich kvalitu života nikdy neovlivňují.

V mé práci byla otázka č. 17 věnována tomu, která režimová opatření nejvíce omezují respondenty. V této otázce mohli respondenti zatrhnout více odpovědí. Zákaz řízení

motorových vozidel omezuje 8 respondentů, u 4 respondentů je to pravidelný režim bdění a spánku, vyvarování se stresu, zákazu alkoholu a zákazu práce u otevřených strojů. Omezení nepracovat ve výškách a pravidelné užívání medikace zvolili 3 respondenti. Vyvarování se světelných efektů omezuje 2 dotazované a vyvarovat se rizikovým sportům uvedl 1 respondent. Odpověď jiné nezvolil žádný respondent. Z mé práce vyplývá, že 56 % respondentů režimová opatření neomezují a 44 % dotazovaných respondentů režimová opatření omezuje. Z režimových opatření, které je omezují, byl respondenty uváděn zákaz řízení motorových vozidel (8 respondentů).

Na otázku, zda respondenti museli omezit své zájmy, aktivity ve volném čase, odpovědělo v mé práci 77 % respondentů ne a ano uvedlo 23 % respondentů. V otevřené otázce č. 21 měli epileptici napsat, které zájmy museli omezit, 3 respondenti uvedli, že museli omezit koncerty, zábavy a společenské akce, 2 respondenti uvedli řízení motorových vozidel, 1 respondent uvedl práce ve výškách a 1 respondent napsal sport.

U Petrové se vyjádřilo 60 % respondentů, že onemocnění neovlivnilo jejich zájmy, koníčky a 40 % bylo nuceno koníčky omezit. Jako nejčastější omezení v oblasti zájmů a koníčků bylo respondenty uvedena jízda na kole, plavání, atletika, karate, kickboxing a rybaření.

Z porovnání prací je zjištěno, že většina respondentů nemusela vzhledem k onemocnění své zájmy omezit. V mé práci 3 respondenti zájmy museli omezit, jedná se o 2 ženy a 1 muže, ve věkové kategorii 20–30 let. Tito mladí lidé omezili v důsledku epilepsie návštěvy koncertů, zábav a společenských akcí. V práci Petrové respondenti uváděli omezení zájmů ve sportu.

Otázka č. 19 byla v mé práci zaměřena na to, zda z důvodu onemocnění došlo u respondentů ke změně v pracovním životě. Žádnou změnu v zaměstnání uvedlo 14 respondentů, 8 respondentů odpovědělo, že došlo ke ztrátě zaměstnání, u 5 respondentů ke změně pracovního zařazení, stejné množství, 5 respondentů, zodpovědělo, že museli odejít do invalidního důchodu. U 3 respondentů došlo ke snížení pracovního úvazku a 2 respondenti změnili zaměstnání z důvodu onemocnění epilepsie.

V práci Petrové 35 respondentů nebylo nuceno změnit své zaměstnání a 15 muselo svoji práci změnit.

Většina dotazovaných nemusela v důsledku onemocnění změnit svoji práci, ale u některých respondentů došlo ke změnám v pracovním životě. Na to poukazuje i Stehlíková (2016, s. 23), omezení v pracovním uplatnění je u lidí s epilepsií velice časté.

Jedním z cílů této práce bylo zjištění, zda respondenti s epilepsií sportují a jaký sport provozují, zda sportují sami, nebo vždy s doprovodem. Vojtěch (2010, s. 33) udává, že pacienti s epilepsií mohou provozovat většinu sportů. Sporty, kterým se mají pacienti vyvarovat je horolezectví, potápění a kontaktní sporty např. box. Plavat by měli nejlépe v mělké vodě a v doprovodu jiné osoby, při cyklistice je nutné používat přilbu. Tomuto cíli se věnovaly otázky č. 22, 23. Výsledkem je zjištění, že nejvíce epileptiků provozuje ze sportů cyklistiku, a to 16 respondentů, 12 epileptiků uvedlo plavání, po 6 respondentech provozuje lyžování a jiné sporty, 4 respondenti uvedli horskou turistiku a 3 respondenti běh. Z celého počtu respondentů nikdo neuvedl jízdu na koni. U 16 dotazovaných byla kladná odpověď sportování s doprovodem, 7 respondentů sportuje samo. Dobrým zjištěním pro mě bylo, že respondenti sportují, a to nejčastěji s doprovodem. Stehlíková (2016, s. 32) píše, že aktivní využívání volného času sportem prospívá každému člověku včetně lidí s epilepsií, neboť přináší nejen lepší kondici, ale i psychickou pohodu. U každého onemocnění, epilepsii nevyjímaje, je však třeba dostatek vědomostí, jaká bezpečnostní pravidla je nutno dodržovat, aby se minimalizovala možnost úrazu a aby osoby s epilepsií přílišné obavy naopak zbytečně neomezovaly.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnuje onemocnění epilepsie, a zabývá se pacienty trpícími tímto onemocněním. Hlavním cílem bylo zjistit oblasti omezení běžného života pacientů s epilepsií v souvislosti s dodržováním režimových opatření. Teoretická část se věnuje historii onemocnění epilepsie, epidemiologii, patogenezi a etiologii tohoto onemocnění. Dále popisuje rozdělení epileptických záchvatů, diagnostiku a léčbu onemocnění s nutností dodržování režimových opatření. Konec teoretické části je zaměřen na psychosociální problematiku pacientů s epilepsií, jak tato diagnóza omezuje pracovní a soukromý život pacienta. V průzkumné části, pomocí vytvořeného dotazníku, se zjišťují nejčastější typy epileptických záchvatů respondentů, jejich informovanost o onemocnění a režimových opatřeních i do jaké míry diagnóza epilepsie ovlivňuje jejich běžný život.

Dobrym zjištěním bylo, že většina respondentů je informována od odborného lékaře neurologa o typu svých záchvatů i o režimových opatřeních. Podstatné bylo zjištění faktorů, které u pacientů vyvolaly záchvat. K této otázce č. 11 byla přiřazena další otázka č. 16, respondenti na ni odpovídali ano nebo ne. Díky těmto otázkám bylo zjištěno, že ve skutečnosti respondenti některá režimová opatření nedodržují. Z praxe je zřejmé, že konzumace alkoholu společně s antiepileptiky vyvolává často záchvaty. Když se k tomu přidá stres a nevyspání, lze říci, že k záchvatu u nemocného dojde. Zájmy většina respondentů neomezila a je dobrým zjištěním, že nemocní s epilepsií sportují, a to převážně s doprovodem. Diagnóza epilepsie člověku změní život – někomu více, někomu méně. Zasahuje lidem do navykklého způsobu bytí v různých rovinách. Někoho vyvede z míry nutnost dlouhodobé léčby a dodržování režimových opatření, lidé se cítí znejistění ohledně vyhlídek do budoucna, někomu znesnadní pracovní uplatnění, jinému možná zkomplikuje vztahy (Společnost „E“, 2016, s.1).

Praktickým výstupem této bakalářské práce je edukační materiál vlastní tvorby, zaměřený na epilepsii a režimová opatření, který je součástí přílohy 4. Vytvořený edukační materiál je ve formě informativní prezentace. Tato prezentace může být použita pro nemocné na informativních obrazovkách v čekárnách ambulancí.

V úvodu této práce byla zmíněna nežádoucí událost, která se stala na Neurologickém oddělení v nemocnici kraje Vysočina, kdy pacient přišel o řidičský průkaz z důvodu diagnózy epilepsie. Tento pacient byl diagnostikován s prvním epileptickým – generalizovaným tonicko-klonickým záchvatem s křečemi. Záchvatu předcházela dlouhodobá konzumace alkoholu s nedostatkem spánku. Pacient byl profesionální řidič, neurologický lékař poslal hlášení na

příslušný odbor dopravy a pacientovi byl odebrán řidičský průkaz. Dle výsledku z EEG vyšetření byla pacientovi nasazena léčba antiepileptiky. Pacient byl propuštěn domů, kde se s ním rozešla přítelkyně. Za dva dny volala na neurologické oddělení Policie ČR, že je kontaktovala přítelkyně pacienta. Pacient si vzal plynovou pistoli a „jde si to vyřídit“ s neurologickým lékařem, protože mu „zničil celý život“. Nejenom, že se s ním rozešla přítelkyně, bohužel přišel i o zaměstnání, protože pracoval jako profesionální řidič. Nakonec pro nemocniční pracovníky vše dobře dopadlo, pacient byl personálem spatřen venku před oddělením a policie ho zajistila. Z toho vyplývá, že diagnóza epilepsie silně ovlivňuje respondenty v pracovním a soukromém životě. Záleží vždy ale na jednotlivci, jak se s touto diagnózou vyrovná a přijme případné změny.

„I se životem, do něhož vstoupila epilepsie, se dá nakládat smysluplně a prožít ho radostně a spokojeně. Možná je někdy obtížné tomu věřit, nicméně zkušenosti řady lidí s epilepsií a jejich blízkých to potvrzují.“ (Stehlíková, 2016, s. 1)

LITERATURA

BEDNAŘÍK, Josef, Zdeněk AMBLER a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie. Část speciální I*. Praha: Triton, 2010, 1430 s. ISBN 978-80-7387-389-9.

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

BRÁZDIL, Milan. Léčba epilepsie-update. *Medicína pro praxi*. 2011, **8**(11), 478-480 s. ISSN 1214-8687.

BRÁZDIL, Milan. Neurostimulace v léčbě farmakorezistentní epilepsie. *Neurologie pro praxi*. 2018, **19**(1), 28-31 s. ISSN 1213-1814.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA, Jan LIBIGER a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015, 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

KELNAROVÁ, Jarmila, Jana TOUFAROVÁ, Zuzana ČÍKOVÁ, Eva METĚJKOVÁ a Jana VÁŇOVÁ. *První pomoc II*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-4200-7.

MARUSIČ, Petr a Hana KRIJTOVÁ. Kompenzovaný pacient s epilepsií – cesta a cíl. *Neurologie pro praxi*. 2011, **12**(6), 407-410 s. ISSN 1213-1814.

MARUSIČ, Petr, Milan BRÁZDIL, Jan HADAČ, Jiří HOVORKA a et al. *Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií*. 1. Praha: EpiStop, 2017, 56 s. ISBN 978-80-906982-0-8.

MARUSIČ, Petr. Resekční chirurgická léčba epilepsie. *Neurologie pro praxi*. 2018, **19**(1), 16-21 s. ISSN 1213-1814.

MORÁŇ, Miroslav. *Praktická epileptologie*. 2.doplněné vydání. Praha: Triton, 2007, 168 s. ISBN 978-80-7387-023-2.

MUMENTHALER, Marco, Claudio BASSETTI, Christof DAETWYLER a Petr KAZIL. *Neurologická diferenciální diagnostika*. Překlad 5.přepracovaného a doplněného vydání. Praha: Grada, 2008, 376 s. ISBN 978-80-247-2298-6.

NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2015, 240 s. ISBN 978-80-247-9953-7.

- NOVOTNÁ, Irena, Lenka ZICHOVÁ a Dana NOVÁKOVÁ. *EEG, epilepsie a diferenciální diagnostika poruch vědomí*. Brno: NCO NZO, 2008, 81 s. ISBN 978-80-70-472-6.
- NOVOTNÁ, Irena. Epilepsie a jiné poruchy vědomí. *Practicus*. 2014, **13**(6), 22-24 s. ISSN 1213-8711.
- PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: Pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2010, 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
- PTÁČEK, Radek a Miroslav NOVOTNÝ. *Biofeedback v teorii a praxi*. Praha: Grada, 2017, 168 s. ISBN 978-80-271-9861-0.
- PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVITOVÁ. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada, 2016, 296 s. ISBN 978-80-271-9520-6-0.
- REKTOR, Ivan a Hana OŠLEJŠKOVÁ. *Stručná epileptologie pro praxi: Neurologie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2010, 51 s. ISBN 978-80-87327-38-8.
- SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
- SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2015, 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014, 368 s. ISBN 978-80-247-4417-8.
- SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetřovatelství v Neurologii*. Praha: Grada, 2014, 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.
- STEHLÍKOVÁ, Petra a Eva MODRÁ. *Epilepsie: základní informace o epilepsii*. Praha: Společnost "E", 2016, 36 s. ISBN 978-80-906432-1-5.
- STEHLÍKOVÁ, Petra. *Epilepsie: žijeme s epilepsií*. Praha: Společnost "E", 2016, 44 s. ISBN 978-80-906432-0-8.
- ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana a kol. *Moderní farmakoterapie v neurologii*. Praha: Maxdorf, 2015, 486 s. ISBN 978-80-7345-453-1.
- TYRLÍKOVÁ, Ivana, Martin BAREŠ a kol. *Neurologie pro nelékařské obory*. Brno: NCO NZO, 2012, 305 s. ISBN 978-80-7013-540-2.

VOJTĚCH, Zdeněk. *Epilepsie u dospělých osob*. 1. Praha: EpiStop, 2010, 40 s. ISBN 978-80-903979-2-7.

VOKURKA, Martin, Jan HUGO a kol. *Velký lékařský slovník*. 10.vydání. Praha: Maxdorf, 2015, 1140 s. ISBN 978-80-7345-456-2.

Elektronické zdroje

SPOLEČNOST. E. In: *spolecnost-e.cz* [online]. 2017 [cit.2019-02-07]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/>

Základní informace o epilepsii [online]. Praha: Společnost "E", 2016 [cit. 2019-02-07]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/>

Bakalářské práce

NOSEK, Rostislav. *Režimová opatření epileptiků* [online]. Pardubice, 2014 [cit. 2019-02-08]. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/58100>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií.

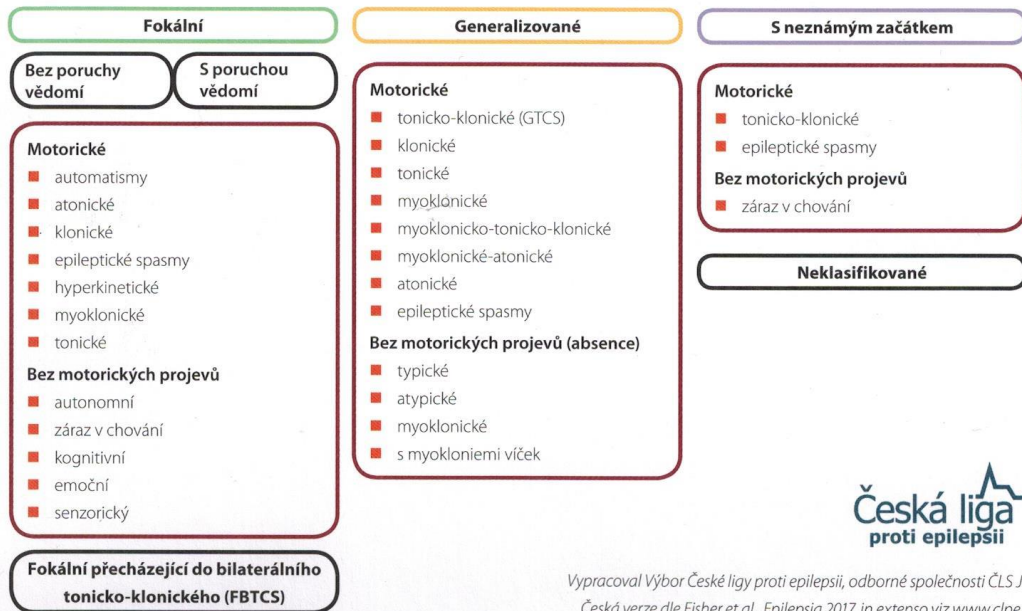
PETROVÁ, Iveta. *Život nemocných s epilepsií* [online]. Pardubice, 2014 [cit. 2019-02-08]. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/57537>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií.

TOBOLOVÁ, Jana. *Využití volného času lidí s epileptickým onemocněním* [on line]. Liberec, 2009[cit.2019-02-08]. Dostupné z: <https://dspace.tul.cz/bitstream/handle/15240/1751>. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci Katedra pedagogiky a psychologie

PŘÍLOHY

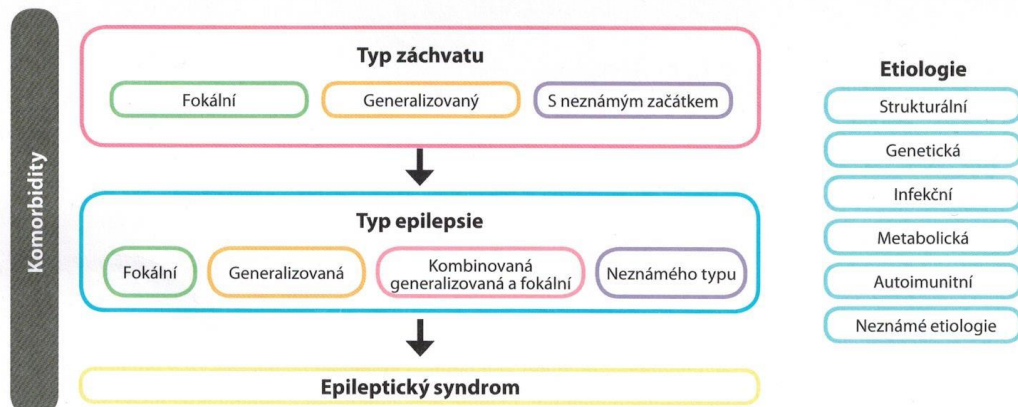
Příloha 1- Klasifikace záchvatů ILAE 2017	62
Příloha 2 - Záchvatové kalendáře.....	64
Příloha 3 - Dotazník.....	66
Příloha 4 - Informativní prezentace	75

Klasifikace záchvatů ILAE 2017



Vypracoval Výbor České ligy proti epilepsii, odborné společnosti ČLS JEP
 Česká verze dle Fisher et al., Epilepsia 2017, in extenso viz www.clpe.cz

Klasifikace epilepsií ILAE 2017



Vypracoval Výbor České ligy proti epilepsii, odborné společnosti ČLS JEP
 Česká verze dle Schaffer et al., Epilepsia 2017, in extenso viz www.clpe.cz

Pravidla pro použití klasifikace ZÁCHVATŮ

Začátek záchvatu: Rozhodněte, zda je začátek záchvatu fokální, nebo generalizovaný. Pokud nemáte dostatek informací nebo pokud se nemůžete s jistotou rozhodnout, klasifikujte jako záchvat s neznámým začátkem.

Porucha vědomí: U fokálních záchvatů rozhodněte, zda lze určit případnou poruchu vědomí. Pokud nikoli, tak poruchu vědomí v klasifikaci daného záchvatu neuvádějte. Porucha vědomí se hodnotí, pokud se objeví kdykoli během záchvatu. V češtině doporučujeme uvádět klasifikaci poruchy vědomí odděleně (za čárkou), např. „záchvat fokální emoční, s poruchou vědomí“.

Rozhoduje začátek: Fokální záchvat klasifikujte podle prvního výrazného příznaku. „Záraz v chování“ ale použijte v klasifikaci pouze pokud je dominujícím příznakem celého záchvatu.

Motorický/bez motorických příznaků: Fokální záchvat (s poruchou/bez poruchy vědomí) může být dále klasifikován jako motorický/bez motorických příznaků. Lze takto klasifikovat fokální záchvat i bez určení poruchy vědomí.

Poznámky:

Výrazy „motorický“ a „bez motorických příznaků“: Mohou být vypuštěny, pokud lze z typu záchvatu jednoznačně dovodit. Např. záchvat fokální tonický namísto záchvat fokální motorický tonický.

Přídavný popis záchvatových projevů: Doporučuje se přidat detailní popis všech významných symptomů a projevů, které se objeví v průběhu záchvatu. Tím ale nedochází ke změně v klasifikaci záchvatu. Např. záchvat fokální emoční, bez poruchy vědomí (s tonickou křečí pravé horní končetiny a hyperventilací).

Bilaterální vs. generalizovaný: Výraz „bilaterální“ se použije pro záchvat tonicko-klonický, který se objeví při šíření fokálního záchvatu do obou hemisfér. Výraz „generalizovaný“ se použije pro záchvaty, které začínají v obou hemisférách současně. Výraz „sekundárně generalizovaný“ se v této klasifikaci již neuvádí.

Pravidla pro použití klasifikace EPILEPSIÍ

Klasifikujte všechny typy záchvatů, které se u pacienta vyskytly. Klasifikace epilepsie vychází z klasifikace záchvatů.

V některých případech se mohou u jednoho pacienta objevit záchvaty fokální i generalizované, např. u syndromu Dravetové. Multifokální i hemisferální epilepsie se řadí mezi epilepsie fokální.

Na každé úrovni klasifikace se můžete vyjádřit k etiologii, tedy i na úrovni záchvatu.

Lze použít i více než jednu etiologii současně, např. genetická a strukturální u fokální epilepsie na podkladě tuberózní sklerózy. Výraz „**idiopatická generalizovaná epilepsie**“ je možné nadále používat, ale pouze výhradně pro jednu z věkově vázaných epilepsií – dětské absence (CAE), juvenilní absence (JAE), juvenilní myoklonickou epilepsii (JME) nebo epilepsii pouze s GTCS.

V charakteristice průběhu/prognózy epilepsií se nadále již nepoužívá výraz „benigní“. Nově se zavádějí výrazy „**epilepsie se spontánní remisí**“ (angl. self-limited) a „**farmakoresponzivní epilepsie**“.

Rovněž se již nepoužívají výrazy „maligní“ nebo „katastrofická“. Doporučuje se používání termínu „**epileptická encefalopatie**“ nebo „**vývojová a epileptická encefalopatie**“, případně přesné určení genetické příčiny, např. CDKL5 encefalopatie.

U každého pacienta je nutné popsat i případné **komorbidity související s epilepsií**.

Tisk tohoto materiálu byl podpořen společností Eisai.



Zdroj: Vypracoval Výbor české ligy proti epilepsii, odborné společnosti ČLS JEP Česká verze dle Schaffer et al, Epilepsia, 2017, in extenso viz www.clpe.cz

Příloha 2 – Záchvatové kalendáře

JMÉNO PACIENTA

R. Č. | | |

ZÁCHVATY	od r.	PID od r.	ŘP
TERAPIE AED			
TYP ZÁCHVATŮ			
klasifikace	popis		značka
aura			
fokální			
fok. komplexní			
sek. generalizovaný			
prim. generalizovaný			

VYŠETŘENÍ	datum	kde	souhrn
EEG			
CT			
MRI			

TYP EPILEPTICKÉHO SYNDROMU		
idiopatický	symptomatický	neurčeno

OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ: TELEFON:

ZÁZNAM ZÁCHVATŮ

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Leden	▶ ☼																																
Únor	▶ ☼																																
Březen	▶ ☼																																
Duben	▶ ☼																																
Květen	▶ ☼																																
Červen	▶ ☼																																
Červenec	▶ ☼																																
Srpen	▶ ☼																																
Září	▶ ☼																																
Říjen	▶ ☼																																
Listopad	▶ ☼																																
Prosinec	▶ ☼																																

POUČENÍ: Každému dni v roce odpovídá svisle postavený obdélníček, rozdělený vodorovnou čarou na dvě části – do horní části se zapisují záchvaty noční, do dolní ve dne.
Malý záchvat se označuje odlišně od velkého podle dohody s lékařem nebo zvyku pacienta.



DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Eva Kopřivová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia, obor Ošetřovatelství na Fakultě zdravotnických studií v Pardubicích. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí průzkumné práce na téma **Epilepsie a režimová opatření**. Dotazník je zcela anonymní a údaje budou použity pouze ke zpracování mé závěrečné práce. Prosím zaškrtněte jednu uvedenou odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji Vám za ochotu a Váš věnovaný čas.

Kopřivová Eva

1. Jaké je Vaše pohlaví?

a) Žena

b) Muž

2. Jaký je Váš věk?

a) 20-30 let

b) 31-40 let

c) 41-50 let

d) 51-60 let

e) 61 let a víc

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní škola
- b) Vyučený/á
- c) Vyučený/á s maturitou
- d) Středoškolské s maturitou
- e) Vyšší odborné
- f) Vysokoškolské

4. V kolika letech se vyskytl Váš první epileptický záchvat

- a) 19 let a méně
- b) 20-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41-50 let
- e) 51-60 let
- f) 61 let a více

5. Informoval Vás o typu Vašich záchvatů neurologický lékař?

- a) Ano
- b) Ne

6. Jaké záchvaty míváte?

a) **Ložiskové záchvaty bez poruchy vědomí (jednoduché)**

- projevy záškuby či křeče, zvláštní pocity čichové, chuťové, zrakové, sluchové, iluze

b) **Ložiskové záchvaty s poruchou vědomí (komplexní)**

- vědomí zastřené-mrákotný stav, zmatenost, neúčelné pohyby např. přežvýkování, polykání, manipulace s předměty či oblečením

c) **Generalizované záchvaty bez křečí (Absence)**

- krátká ztráta vědomí bez křečí

d) **Generalizované (tonické-klonické) záchvaty s křečemi**

- ztráta vědomí, pád, křeče všech končetin, trupu, obličeje poté rytmické záškuby svalstva

e) **Nevím**

7. Kolik záchvatů jste měl/a za posledních 12 měsíců?

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3 a více

8. Vyskytuje se u Vás před epileptickým záchvatem tzv. AURA – předzvěst?

- a) Ano
- b) Ne (pokračujte na otázku č. 10)

9. Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 8 Ano projevuje se Aura některými z těchto příznaků? (možné zaškrtnout více odpovědí)

- a) Záblesky před očima, poruchy vidění
- b) Mravenčení, brnění končetin
- c) Křeče
- d) Iluze již viděného
- e) Iluze již slyšeného
- f) Jiné _____

10. Znáte příčinu, která u Vás záchvat vyvolává?

- a) Ano
- b) Ne

11. Přispěly některé z těchto faktorů k vyvolání epileptického záchvatu?

(možné zaškrtnout více odpovědí)

- a) Zapomenutí medikace
- b) Konzumace alkoholu
- c) Konzumace návykových látek
- d) Nepravidelný, nedostatečný spánek
- e) Světelné efekty (diskotéky, pouť)
- f) Stres – dlouhodobé tělesné nebo duševní přetížení
- g) Dehydratace
- h) Horečka
- ch) Hyperventilace
- i) Práce na počítači, počítačové hry
- j) Jiné _____

12. Kdo Vás informoval o režimových opatřeních?

(možné zaškrtnout více odpovědí)

- a) Praktický lékař
- b) Všeobecná sestra
- c) Odborný lékař – Neurolog
- d) Neurologická všeobecná sestra
- e) Nikdo

13. Bylo nutné vyhledat si sám/a další informace o onemocnění a režimových opatření?

- a) Ano
- b) Ne (pokračujte na otázku č. 15)

14. Pokud jste na otázku č. 13 odpověděl/a Ano, kde jste získal/a další informace o režimových opatřeních

(možné zaškrtnout více odpovědí)

- a) Z odborné literatury, časopisů, letáků
- b) Z internetu
- c) Z televize, rozhlasu
- d) Z občanských sdružení, společností
- e) Jiné _____

15. Domníváte se, že máte informace o Vašem onemocnění?

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

16. Odpovězte prosím na dané otázky, odpověď ANO nebo NE zakřížkujte.

	ANO	NE
Užíváte medikaci předepsanou lékařem?		
Zapomněl/a jste užít někdy medikaci?		
Pracujete na noční směny?		
Spíte přes den?		
Pracujete ve výškách?		
Pracujete u otevřených strojů?		
Navštěvujete diskotéky?		
Hrajete hry na počítači?		
Řídíte motorová vozidla?		
Pijete alkohol?		

17. Omezují Vás režimová opatření v běžném životě?

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

18. Pokud jste na otázku č. 17 odpověděl/a Ano, Spíše ano-odpovězte, která

režimová opatření Vás nejvíce omezují

(možné zaškrtnout více odpovědí)

- a) Pravidelné užívání medikace
- b) Pravidelný režim bdění a spánku
- c) Nepracovat ve výškách
- d) Vyvarovat se světelných efektů
- e) Vyvarovat se rizikových sportů
- f) Vyvarovat se stresu
- g) Zákaz alkoholu
- h) Zákaz řízení motorových vozidel
- ch) Zákaz práce u otevřených strojů
- i) Jiné_____

19. Došlo u Vás z důvodu Vašeho onemocnění k některé z těchto událostí?

(možné zaškrtnout více odpovědí)

- a) Ke ztrátě zaměstnání
- b) Ke změně pracovního zařazení
- c) Ke snížení pracovního úvazku
- d) Ke změně zaměstnání
- e) Invalidní důchod
- f) K žádné z těchto událostí nedošlo

20. Musel/a jste v důsledku onemocnění epilepsií omezit své zájmy, aktivity ve volném

čase?

- a) Ano
- b) Ne (pokračujte na otázku č. 22)

21. Pokud jste odpověděli na otázku č. 20 Ano, napište, jaké zájmy jste omezil/a.


22. Provozujete některý z těchto sportů?

- a) Cyklistika
- b) Plavání
- c) Jízda na koni
- d) Běh
- e) Lyžování
- f) Horská turistika
- g) Jiné _____

Pokud jste zaškrtnli v otázce č. 22 některý sport-odpovězte na otázku č. 23



23. Tento sport provozujete?

- a) Sám/a
- b) Vždy s doprovodem




Lékař mi řekl, že mám
EPILEPSII
Co to znamená?



Co je to epilepsie - lidově „padoucnice“

- 
- Jedná se o skupinu chorob, pro které jsou typické opakované epileptické záchvaty
- 

Lékař mi doporučí dodržovat režimová opatření.

- 
- Co to je???

Režimovými opatřeními

- 
- Předcházíme opakování záchvatů
- 

Dodržujte!

- ▶ Užívejte předepsané léky!
- ▶ Abstinujte!
- ▶ Dodržujte pravidelný rytmus spánku a bdění!
- ▶ Vyvarujte se blikajících předmětů!
- ▶ Vyvarujte se hladovění!
- ▶ Vyvarujte se stresu!

Jaké zaměstnání nemohu vykonávat

- ▶ **Nelze vykonávat**
- ▶ Práce s nočními směnami
- ▶ Řidič z povolání
- ▶ Práce ve výškách
- ▶ Práce u strojů, které by mohly způsobit vážné zranění

Mám epilepsii a vzali mi řidičský průkaz, jak to bude dál???

- ▶ **A. po prvním záchvatu** pokud není nutné nasadit specifickou léčbu, trvá zákaz řízení motorových vozidel po dobu 6 měsíců
- ▶ **B. po prvním epileptickém záchvatu**, je-li nutná specifická léčba trvá zákaz řízení motorových vozidel po dobu 1 roku
- ▶ **C. při zásadní změně léčby** pro její dosavadní neúčinnost trvá zákaz řízení na dobu změny léčby a další 3 měsíce po skončení této změny

Mohu při epilepsii sportovat???

Samozřejmě!!!

Jen je třeba dbát určitých omezení

- ▶ Není vhodné provozovat vrcholový sport
- ▶ Vyhýbat se horolezectví, adrenalinovým sportům, šermu, střelbě
- ▶ Zvýšenou pozornost je třeba mít u plavání, jezdeckví a při jízdě na kole
VŽDY S HELMOU!!!!

Mohu při epilepsii sledovat televizi nebo pracovat s počítačem?

- ▶ Dělejte si přestávky - nesledujte počítač nebo monitor déle jak 1 hodinu
- ▶ V místnosti mějte více zdrojů světla, jeden poblíž obrazovky
- ▶ Obrazovku sledujte z dostatečné vzdálenosti
- ▶ Používejte speciální filtry nebo tmavé brýle

Máte zájem o kontakt s ostatními pacienty s touto nemocí?

- ▶ Kam se obrátit???

Existuje řada spolků a skupin

- ▶ Centrum pro epilepsii PRAHA
- ▶ Centrum pro epilepsii BRNO
- ▶ Klub „E“
- ▶ PRAHA - tel. 241722136
- ▶ BRNO - tel. 546 212 12

Novinky v léčbě a výzkumu epilepsie

- ▶ Časopis AURA
- ▶ Lze objednat na adrese:
Společnost „E“
Praha 4
Tel./fax.: 241 722 136

Informativní prezentace

- ▶ Je součástí bakalářské práce Epilepsie a režimová opatření pod Fakultou zdravotnických studií Univerzity Pardubice
Katedry ošetřovatelství
- ▶ Vypracovala: Eva Kopřivová
- ▶ Vedoucí práce: Mgr. Hana Ochtinská
- ▶ Rok obhajoby bakalářské práce: 2019

Informativní prezentace

- ▶ Zdroje
- ▶ MARUSIČ, Petr, Milan BRÁZDIL, Jan HADAČ, Jiří HOVORKA a et al. *Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií*. 1. Praha: EpiStop, 2017, 56 s. ISBN 978-80-906982-0-8.
- ▶ STEHLÍKOVÁ, Petra a Eva MODRÁ. *Epilepsie: základní informace o epilepsii*. Praha: Společnost "E", 2016, 36 s. ISBN 978-80-906432-1-5.

Informativní prezentace

- ▶ Děkujeme za pozornost

