

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Život nemocných s epilepsií

Iveta Petrová

Bakalářská práce

2014

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Iveta Petrová**  
Osobní číslo: **Z11231**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Život nemocných s epilepsií**  
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 výzkumného 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. Neurologie pro studenty lékařské fakulty. 5. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0894-4.
2. DOBIÁŠ, V. a kol. Prednemocničná urgentná medicína. Martin: Osveta, 2007. ISBN 80-8063-255-7.
3. KAŇOVSKÝ, P.; HERZIG, R. a kol. Speciální neurologie. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1664-9.
4. NEVŠIMALOVÁ, S.; RŮŽIČKA, E.; TICHÝ, J. et al. Neurologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-160-2.
5. SEIDL, Z.; OBENBERGER, J. Neurologie pro studium i praxi. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0623-7.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Markéta Paprštejnová  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012  
Termín odevzdání bakalářské práce: 14. července 2014

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Martina Jedlinská  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2014

**Prohlašuji:**

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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 10. 7. 2014

Iveta Petrová

**Poděkování:**

Chtěla bych tímto poděkovat své vedoucí práce Mgr. Markétě Papršteinové za odborné rady a poskytnutí pomoci k vypracování závěrečné práce. Současně i vrchní sestře neurologického oddělení za ochotu a vstřícnost při provádění výzkumného šetření.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce je věnována problematice „Život nemocných s epilepsií“. Práce se člení na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část se zaměřuje na bližší seznámení se s epilepsií, jejími projevy, diagnostikou, léčbou, první pomocí, psychosociální problematikou a s řadou režimových opatření. Výzkumná část popisuje pomocí anonymního dotazníkového šetření problémy nemocných trpících epilepsií v jednotlivých oblastech života. Výsledky jsou zpracovány v programu Microsoft Excel do grafů. Dotazník je obsahem přílohy E.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

epilepsie, pacient, řada omezení, léčba

## **TITLE**

The life of patients with epilepsy

## **ANNOTATION**

Bachelor thesis is devoted theme „The life of patients with epilepsy“. The work is divided into theoretical and research part. The theoretical part focuses on closer acquaintance with epilepsy, symptoms, diagnosis, first aid, psychosocial problems and with lots of regime measures. The research part describes using an anonymous questionnaire survey problems of patients with epilepsy in their individual areas of life. The results are processed in Microsoft Excel to graph. The questionnaire is found in Annex E of this bachelor thesis.

## **KEYWORDS**

Epilepsy, patient, lots of limitations, treatment

# OBSAH

ÚVOD.....	13
CÍLE PRÁCE .....	14
I. ČÁST TEORETICKÁ.....	15
1. Epilepsie .....	15
1.1 Definice.....	15
1.2 Historie .....	15
1.3 Epidemiologie .....	16
1.4 Patogeneze .....	16
1.5 Etiologie.....	17
2. Rozdělení epileptických záchvatů.....	19
2.1 Generalizované záchvaty .....	19
2.2 Parciální záchvaty .....	21
2.3 Status epilepticus.....	22
2.4 SUDEP.....	23
3. Diagnostika .....	23
3.1 Rozdělení neepileptických záchvatů dle diferenciální diagnostiky .....	24
3.2 Anamnéza .....	24
3.3 Laboratorní vyšetření.....	25
3.4 Klinické neurologické vyšetření .....	25
3.5 Neuropsychologické vyšetření.....	25
3.6 Psychiatrické vyšetření.....	26
3.7 Elektrofyziologické vyšetření .....	26
3.8 Zobrazovací vyšetření .....	27
4. Léčba .....	27

4.1	Medikamentózní léčba:.....	27
4.2	Chirurgická léčba .....	30
4.3	Alternativní léčba .....	31
5.	Psychosociální problematika .....	32
5.1	Psychické změny a epilepsie.....	32
5.2	Režimová opatření.....	33
6.	První pomoc při epileptickém záchvatu .....	37
7.	Společnost „E“ (klub epileptiků).....	38
8.	Prognóza .....	38
II.	ČÁST VÝZKUMNÁ.....	40
9.	Metodika .....	40
9.1	Výzkumné otázky.....	40
9.2	Metodika výzkumu.....	41
10.	Analýza dat .....	43
11.	Diskuze .....	76
12.	Závěr .....	80
13.	Soupis bibliografických citací.....	82
14.	Seznam příloh .....	86



## Seznam obrázků

Obrázek 1 Graf určující pohlaví respondentů .....	43
Obrázek 2 Graf určující věkové rozmezí respondentů .....	44
Obrázek 3 Graf znázorňující nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	45
Obrázek 4 Graf znázorňující pracovní zařazení respondentů .....	46
Obrázek 5 Graf zobrazující věk respondenta, kdy mu byla diagnostikována epilepsie .....	47
Obrázek 6 Graf zobrazující příčinu onemocnění epilepsií .....	48
Obrázek 7 Graf určující vyvolávající faktor epileptického záchvatu u mužů a žen .....	49
Obrázek 8 Graf určující nejčastěji vyskytující se epileptický záchvat u respondentů .....	50
Obrázek 9 Graf zobrazující frekvenci epileptických záchvatů .....	51
Obrázek 10 Graf znázorňující omezení v jednotlivých oblastech života nemocného s epilepsií .....	52
Obrázek 11 Graf popisující změnu chování blízkých osob k nemocnému s epilepsií .....	53
Obrázek 12 Graf zobrazující vnímání psychických změn u nemocných s epilepsií.....	54
Obrázek 13 Graf popisující psychické změny u mužů a žen .....	55
Obrázek 14 Graf zobrazující vliv epilepsie na zájmy a koníčky nemocného .....	58
Obrázek 15 Graf zobrazující vnímání změn mezi partnery .....	59
Obrázek 16 Graf znázorňující vliv onemocnění na možnost řízení motorových vozidel .....	60
Obrázek 17 Graf znázorňující vliv onemocnění na finanční situaci .....	61
Obrázek 18 Graf zobrazující vliv onemocnění na povolání respondentů .....	62
Obrázek 19 Graf zobrazující důvod změny zaměstnání .....	63
Obrázek 20 Graf znázorňující omezení nočních pracovních směn .....	64

Obrázek 21 Graf znázorňující spánkový režim u nemocných s epilepsií.....	65
Obrázek 22 Graf popisující dodržování spánkového režimu u mužů a žen .....	66
Obrázek 23 Graf znázorňující užívání léků na epilepsii.....	67
Obrázek 24 Graf popisující vnímání nežádoucích účinků léků na epilepsii.....	68
Obrázek 25 Graf určující dodržování omezení konzumace alkoholu .....	69
Obrázek 26 Graf popisující dodržování omezení konzumace alkoholu u mužů a žen .....	70
Obrázek 27 Graf popisující pravidelné kontroly u odborného lékaře .....	71
Obrázek 28 Graf znázorňující povědomí o existenci Klubu epileptiků .....	72
Obrázek 29 Graf zobrazující zdroje o existenci Klubu epileptiků .....	74
Obrázek 30 Graf zobrazující účast respondentů na akcích klubu epileptiků .....	75

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 Vnímání aury .....	56
Tabulka 2 Členové „ Klubu epileptiků“ .....	73

## **Seznam zkratek**

EEG - elektroencefalografie

i. v. - intravenózně

p. o. - perorálně

CT - výpočetní tomografie

MR - magnetická rezonance

AE - antiepileptika

HA - hormonální antikoncepce

CNS - centrálně nervový systém

RZP - rychlá zdravotnická pomoc

tj. – to jest

např. – například

apod. – a podobně

## ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma „**Život nemocných s epilepsií**“.

Epilepsie patří mezi závažná neurologická onemocnění. Řadí se na druhé místo hned po cévních mozkových příhodách. Toto onemocnění pacienta velmi obtěžuje, omezuje a i limituje v řadě aktivit a výrazně mění jeho život. V České republice trpí epilepsií více než 70 000 pacientů. Diagnóza tohoto onemocnění často představuje zlom pacientů s nutností dodržovat pravidelnou medikaci a režimová opatření. Ve spoustě případů znamená pro svého nositele pracovní i další omezení a nezřídka i dnes sociální stigma (Vojtěch, 2010; Tyrlíková, Bareš a kol., 2012; Moráň, 2003).

Důležitým předpokladem pro úspěšnou léčbu je dodržování antiepileptické životosprávy, která spočívá v pravidelném užívání medikace, dostatečném spánku a dalších režimových opatření. Velká pozornost je věnována při provádění některých činností, při kterých může dojít k náhlé poruše vědomí, která by mohla ohrozit život nemocného nebo ostatních lidí (Seidl, Obenberger, 2004).

Hlavním důvodem, proč jsem si toto dané téma vybrala je, že tato nemoc výrazně ovlivnila část mého osobního života.

Když bylo mému příteli 22 let, byla mu náhodně diagnostikována epilepsie. Od toho okamžiku se mu ze dne na den změnil výrazným způsobem jeho život. Nejvíce ho onemocnění epilepsií ovlivnilo především v oblasti profesní, protože do té doby pracoval jako řidič z povolání. Byl mu odebrán navždy řidičský průkaz skupiny C, dále má do dnešní doby zákaz práce na nočních směnách. Proto musel své zaměstnání změnit, což nebylo vůbec jednoduché, a to i pro řadu dalších omezení s tím souvisejících. V současnosti je zaměstnán na nižší pozici, než která by odpovídala dosaženému vzdělání, které získal.

Tímto bych ve své bakalářské práci chtěla zjistit, jaké problémy souvisí s onemocněním epilepsií u konkrétních nemocných v oblasti osobní, profesní a v oblasti léčebného režimu. Dále bych se chtěla zaměřit na přístup nemocných trpících epilepsií ke svému zdraví. Byla bych ráda, kdyby se mi podařilo nalézt odpovědi na otázky, které mne zajímají a mohla je porovnat s ostatními zdroji.

## **CÍLE PRÁCE**

### **Cíl 1.**

Zjistit, jaké problémy souvisí s onemocněním epilepsií u konkrétních nemocných v oblasti osobní, profesní a v oblasti léčebného režimu.

### **Cíl 2.**

Zjistit, jaký mají nemocní trpící epilepsií přístup ke svému zdraví.

# I. ČÁST TEORETICKÁ

## 1. Epilepsie

### 1.1 Definice

Epilepsie patří mezi nejčastější chronická neurologická onemocnění, jejichž charakteristikou je výskyt spontánních, opakujících se epileptických záchvatů různého klinického obrazu a abnormálními výboji mozkových neuronů. Epilepsie se projevuje změnami jednání a chování, které jsou spojené nejen s poruchou vědomí, ale i s poruchou senzomotoriky a autonomních funkcí (Novotná, Zichová, Nováková, 2007; Seidl, Obenberger, 2004).

O tomto onemocnění lze hovořit teprve tehdy, pokud se projeví přítomnost dvou a více záchvatů, které jsou důsledkem poruchy CNS. Epileptický záchvat je příznakem funkčního postižení určité části mozku nebo určitého systému mozku (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010; Kalina, 2000).

Jeho výskyt je asi v 10 - 40 případech na 100 000 obyvatel za rok a mortalita bývá kolem 20% (Dobiáš a kol., 2007).

*„Epileptický záchvat je definován jako ataka přechodných klinických příznaků, které jsou projevem abnormální a nadměrné elektrické aktivity nervových buněk a její patologicky zvýšené synchronizace“* (Ošlejšková, 2008).

### 1.2 Historie

Již od samého počátku existence lidstva byli lidé napadeni neurologickou chorobou zvanou epilepsie (padoucnice). Tato nemoc postihla miliony lidí, od těch nejchudších až po bohaté. Lidé ve Starověku si mysleli, že epileptické záchvaty byly způsobeny zlými duchy nebo démony, kteří takto napadali lidská těla.

O léčbu se pokoušeli kněží vyháněním démonů pomocí nejrůznějších modliteb a magie (Steven C. Schachter, M. D, 2006). První zmínka o epilepsii se objevila v Chammurapiho zákoníku (4000 let př. n. l) a v roce 400 let př. n. l se o ní zmiňoval řecký lékař Hippokrates

ve svém spisu jako o „svaté nemoci“. Zde však uvádí, že příčinou nemoci nejsou žádné nadpřirozené jevy, ale že se jedná o poruchu mozku. (Tyrliková, Bareš a kol., 2012).

Přesto pověra týkající se vzniku epilepsie přetrvávala po celá staletí. Dokonce i v dnešní době musí často lidé s epilepsií čelit různým předsudkům a diskriminacím v každodenním životě. Vedle Hippokrata se epilepsií podrobněji zabýval i Aristoteles, který jako první nastínil určitou spojitost mezi touto nemocí a genialitou nemocných osobností, mezi které patřili například Sokrates, Julius Caesar, Dostojevský, Byron, Van Gogh a řada dalších.

Zajímavostí je, že vazba genialita x epilepsie byla sledována především u lidí ze „západní kultury“, v jiných částech světa se význačné osobnosti trpící epilepsií objevily zcela výjimečně (Steven C. Schachter, M.D., 2006).

### **1.3 Epidemiologie**

Dle statistik se roční incidence epileptických záchvatů pohybuje asi kolem 130 případů na 100 000 obyvatel. Epilepsií trpí 0,5 – 1% obyvatelstva (každý stý až dvoustý člověk). V České Republice se vyskytuje asi 70 000 pacientů s chronickým onemocněním epilepsií.

Studie ukazují, že muži jsou epilepsií postiženi v průměru 1 - 2,5 krát častěji, než ženy. Výskyt epilepsie se zvyšuje po 60. roce věku (Vojtěch, 2010; Nevšimalová, Růžička, a kol., 2002; Zárubová, 2013).

### **1.4 Patogeneze**

Základní podmínkou pro vznik epileptického záchvatu je existence epileptických neuronů v mozku neboli epileptické ohnisko. Epileptický neuron se od zdravé nervové buňky liší funkční schopností generovat patologické výboje. Při dostatečném počtu dysfunkčních neuronů již okolí nedokáže efektivně transsynapticky modulovat jejich chování a patologické výboje jsou neurosami rytmicky a synchronně odpalovány.

Při vzniku funkční změny v nervových buňkách hraje důležitou roli neuroexcitotoxická kaskáda. Při spuštění této kaskády dojde ke zvýšenému vyplavování glutamátu s následnou poruchou stavu klidové polarizace a akční depolarizace povrchové membrány neuronu. V epileptickém neuronu lze následně pozorovat odchýlné rozmístění draslíkových i



sodíkových napětových kanálků a deficit membránové adenosintrifosfatázy. Neméně důležitý je nedostatek mozkových inhibičních neurotransmiterů (především kyseliny gamaaminomáselné) nebo nadbytek excitačních aminokyselin. Výsledkem těchto popsaných změn je zvýšená dráždivost neuronu. Zvýšenou dráždivost nervové tkáně může také způsobovat řada faktorů (hyperpyrexie, hypoxie, hyperhydratace, hypoglykémie, alkalóza, hypokalcémie a další). Vliv některých podnětů na záchvatovou aktivitu může být tak výrazný, že mluvíme o epileptogenním podnětu. Mezi tyto epileptogenní podněty patří přerušované světlo, alkohol nebo některé léky.

Další významnou roli v záchvatovém mechanismu tvoří záchvatová pohotovost. Jedná se o schopnost mozku reagovat záchvatem. Tato schopnost je dána každému z nás (Tyrliková, Bareš a kol., 2012).

## **1.5 Etiologie**

Příčinou epileptického záchvatu je nerovnováha mezi excitačními a inhibičními procesy centrálního nervového systému. Začne převažovat excitační složka. Na vzniku epileptického záchvatu se podílí 3 faktory. Prvním faktorem je pohotovost k záchvatu, druhým faktorem je vznik ohniska, které vyvolá záchvat a třetím faktorem je podnět, který spustí mechanismus záchvatu (Nevšimalová, Růžička a kol., 2002).

Epileptické záchvaty z hlediska etiologie lze rozdělit na symptomatické, idiopatické a kryptogenní.

### **Symptomatické záchvaty**

Příčina je prokázána. Vznikají na podkladě postižení mozku ložiskového a difuzního charakteru. Mezi nejčastější příčiny patří traumatické, nádorové, zánětlivé, cévní, degenerativní, metabolické a toxické postižení (Tyrliková, Bareš a kol., 2012).

### **Idiopatické záchvaty**

Vznikají na podkladě genetické dispozice. Všechna vyšetření pátrající po příčině jsou negativní. Vyskytují se pouze v dětském věku nebo adolescenci, zejména v předškolním a mladším školním věku se zvyšuje frekvence charakteru absencí (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010; Ošlejšková, 2008).

## **Kryptogenní záchvaty**

Existuje předpoklad pro stanovení příčiny, ale nelze je prokázat diagnostickými postupy. Na vzniku se podílí genetické a exogenní faktory.

## **Reflexní záchvaty**

Bývají vyvolány typickými stimuly, mezi které lze zařadit zrakové vjemy (např. blikající světlo včetně záblesků, dále záchvaty, které vyvolá přemýšlení, poslouchání hudby, horká voda) (Waberžinek, Krajíčková a kol., 2006).

## **Nejčastější příčiny epilepsie v různých věkových obdobích:**

**Perinatální období** - hypoxie mozku, porodní trauma, intrakraniální hemoragie, metabolické poruchy (hypoglykémie, hypokalcémie), dále infekce a malformace.

**Kojenecké období** - febrilní křeče, infekce, trauma, genetická dispozice

**Dospívání** - traumata, idiopatické záchvaty

**Období mladší dospělosti** - traumata, metabolické poruchy, tumory

**Období středního věku** - tumor, traumata, alkohol, cerebrovaskulární choroby

**Období staršího věku** - vaskulární afekce (CMP), tumor, trauma (Ambler, 2006).

## **2. Rozdělení epileptických záchvatů**

### **2.1 Generalizované záchvaty**

Postihují obě hemisféry mozku současně. Existuje předpoklad, že epileptické výboje začínají v mezodiencefalické retikulární formaci a pronikají difúzně po celém mozku. Epileptické výboje mohou být konvulzivní (křečové) i non- konvulzivní.

#### **Generalizované záchvaty se rozdělují na základní typy:**

Prvním typem je tonicko-klonický záchvat neboli grand mal, který má dramatický průběh. Začíná náhlou ztrátou vědomí s pádem, dochází k tonickým křečím postihující všechny svaly, nejprve se projeví flexní a poté extenzní charakter. Tonická křeč trvá obvykle 30-60 sekund, poté přechází do fáze generalizovaných klonických křečí, které postihují obličejové i žvýkací svalstvo. Může dojít i k pokousání jazyka. Křeče trvají většinou 1-2 minuty. Tonická křeč je způsobena déletrvajícím svalovou kontrakcí, klonickou křeč způsobuje střídání svalové kontrakce s relaxací. Poté následuje pozáchvatová fáze se svalovou hypotonií, při které může často dojít k inkontinenci moči a stolice. Nemocný se postupně probírá, pociťuje bolest hlavy, je unavený a má amnezii na celý proběhlý záchvat. Záchvat je provázen poruchami dechu, časně po záchvatu dojde i k apnoe. Obličej nemocného je brunátný a cyanotický. V průběhu epileptického záchvatu jsou mydriatické zornice a bývá přítomna tachykardie.

Epileptický záchvat grand mal se může projevit jako primární i sekundární generalizovaná epilepsie. Záchvatu Grand mall může předcházet soubor příznaků několik hodin před manifestací záchvatu. Nemocný pociťuje podrážděnost, únavu a někdy i bolest hlavy (Ambler, 2006).

#### **Absence**

Malý záchvat neboli petit mal, jde o záchvat, který se vyskytuje v dětském věku nejčastěji mezi 5-7. rokem. Tento záchvat může přecházet i do puberty, ale zcela vyjíměčně do dospělosti. Petit mal je charakterizován jako krátkodobé přerušení v činnosti, chování nebo řeči. Někdy se tento záchvat projeví pouhým zakoukáním se strnulým výrazem v obličejí. Dítě není schopno pokračovat v činnosti. Někdy dochází ke stočení očí vzhůru, k záškubům obličejového svalstva, svírání rukou v pěst apod. Délka záchvatu probíhá od několika sekund

do půl minuty, dochází k poruše vědomí, dítě nereaguje na žádné podněty, k pádu nedochází z důvodu zachovalého posturálního tonusu. Během dne může dojít k několika záchvatům. Prognoza je většinou příznivá (Ambler, 2004).

### **Chronický abusus alkoholu**

Tento záchvatovitý stav vzniká při abstinenci, většinou se záchvat vyskytuje mezi 7 - 48 hod. po požití alkoholu, lze jej zařadit mezi generalizované tonicko – klonické záchvaty (Ambler, 2006).

### **Myoklonické záchvaty**

Objevují se u řady epileptických syndromů. Jsou přítomny jednotlivé nebo vícečetné záškuby postihující symetricky končetiny. Při stožení se může u nemocného objevit podklesnutí v kolenou a může dojít i k pádu. Typická je juvenilní myoklonická epilepsie, která se vyskytuje v období puberty. Projevuje se typickými záškuby extenzory horních končetin, vzácně může dojít k poškození dolních končetin s pádem nemocného. Při dodržování léčebného režimu dojde k vymizení záchvatu do dvou let (Tyrlíková, Bareš a kol., 2012).

### **Klonické záchvaty**

Jde o opakované záškuby kosterního svalstva a často i bránice, mezi kterými nastává krátce svalová atonie. Je zde přítomna porucha vědomí. U těchto záchvatů je lepší prognóza, než u záchvatů tonických.

### **Tonické záchvaty**

Typickým projevem je náhlý hypertonus kosterního svalstva celého trupu, hlavy i končetin.

Dochází k náhlému pádu s možností poranění, protože postupně dochází k hluboké poruše vědomí. Vzhledem ke kontrakci dýchacích svalů je pacient cyanotický a dochází k pomočení. Charakter tohoto záchvatu může být flekční, extenční nebo smíšený. Záchvat odezní během několika desítek vteřin. Během spánku se často projevují generalizovanými tonickými záchvaty (Moráň, 2003; Tyrlíková a kol., 2005).

## **Atonické záchvaty**

Dochází ke ztrátě svalového tonu omezenou pouze na určitou část těla (šijové svalstvo s poklesem hlavy), nebo dojde ke generalizaci a nemocný náhle upadá na zem. Díky pomalému rozvíjení vzniká menší riziko poranění, než u tonického záchvatu. Nastává okamžitá ztráta vědomí, přičemž hrozí nebezpečí pádu. Délka záchvatu probíhá několik sekund. Jejich výskyt je mezi 1- 6. rokem života (Nevšimalová, Růžička, Tichý et al., 2002).

## **2.2 Parciální záchvaty**

Jsou charakterizovány epileptickým výbojem, který se může šířit do okolí nebo sekundárně generalizovat. Objevuje se u fokální léze mozku.

Rozlišujeme 3 základní typy parciálních záchvatů:

### **Parciální záchvaty se simplexní (elementární) symptomatikou neboli fokální epilepsie**

Příznaky mohou být **motorické**, kdy tonické nebo klonické křeče se projevují v jedné horní nebo dolní končetině nebo na polovině obličeje. Dále mohou být příznaky **senzitivní a senzorké**, které mohou mít projevy zrakové, čichové, sluchové, chuťové či vestibulární. Mezi **vegetativní** projevy patří změny barvy, pocení, poruchy zornicových reakcí. U simplexních parciálních záchvatů s psychickými projevy dochází k amnézii, kognitivním funkcím, dysfázii, deliriu různého typu a halucinaci. Ve frontální krajině mohou vzniknout záchvaty s deviací hlavy a bulbů směrem od ložiska. Tyto záchvaty probíhají několik minut a je při nich zachováno vědomí (Ambler, 2004; Bednařík, Ambler, Růžička, 2010; Moráň, 2003).

### **Parciální záchvaty s komplexní symptomatikou**

Neboli záchvaty psychomotorické, temporální nebo frontální (podle lokalizace ohniska). Před manifestací záchvatu nemocný pociťuje auru (předzvěst záchvatu), jejíž charakter odpovídá přesné lokalizaci epileptického výboje. Aura může mít různé projevy jako např. projevy čichové (unciformní krize), mezi které patří např. zápach spálené gummy, dále jsou to chuťové, zrakové, sluchové i somatické halucinace nebo pseudohalucinace. Mohou se dostavit i iluze již viděného, slyšeného, prožitého nebo nikdy neviděného, psychické poruchy, snové stavy, nebo i poruchy efektivit (strach, úzkost, tíseň). Vlastní záchvat je

charakterizován jako náhlá porucha chování a jednání. Vzniká jako náhlý stav zmatenosti, různé pohybové automatismy jako je chůze, běh, oblékání, svlékání apod., Často dochází k orálnímu automatismu (mlaskání, žvýkání, polykání). Řeč nemocného je nesrozumitelná až zmatená, na oslovení nemocný nereaguje, dochází k poruše vědomí. Délka záchvatu probíhá několik minut a dochází k úplné amnezii.

### **Temporální epilepsie**

Tento stav se projevuje krátkodobými stavy. Řadíme sem temporální absenci, která se podobá absenci (petit mal) a bývá značena jako nepravá absence. Je charakterizovaná krátkodobými zárazy v řeči nebo v jiné činnosti. Někdy má nemocný na proběhlý záchvat amnezii, jindy dokáže záchvat popsat (Ambler, 2006).

### **Parciální záchvaty sekundárně generalizované**

Jsou takové záchvaty, které přejdou do generalizovaného křečového záchvatu grand mal, nebo záchvaty, u kterých je fokální nález na EEG. Typickým příznakem pro určení tohoto záchvatu je aura. Vlastní průběh záchvatu bývá asymetrický, postihuje více jednu polovinu těla, než dojde k úplné generalizaci. Dalším příznakem bývají pozáchvatové výpadové projevy, především hemiparéza nebo afázie. Délka záchvatu může probíhat několik minut, hodin, ale i několik dnů. Tyto záchvaty mohou vést ke zhoršení zdravotního stavu (Ambler, 2006).

## **2.3 Status epilepticus**

Neboli nakupení záchvatů. Dochází ke kumulaci tonicko- klonických záchvatů, které se opakují v rychlém časovém úseku po dobu více, než 30 min. V této fázi nedochází k návratu vědomí. Tento stav vyžaduje hospitalizaci s následnou urgentní léčbou (Ambler, 2006).

Příčinou vzniku status epilepticus může být přerušení antiepileptické medikace, úraz hlavy, zánětlivé postižení CNS, nebo ischemické či hemoragické ikty a nádory.

Nejnebezpečnější je status epilepticus grand mall, při kterém se nemocný neprobere k vědomí, jedná se o jednotlivé záchvaty, které plynule přechází v další. Tento stav je velice závažný a život ohrožující. Je provázen příznaky jako je horečka, leukocytoza, acidoza, může

dojít až k energetickému vyčerpání, mozkové hypoxii a následnému edému mozku (Novotná, Zichová a kol., 2007; Bednařík, Ambler, Růžička, 2010).

## **2.4 SUDEP**

Tento název pochází z anglického slova Sudden Unexplained Death in Epilepsy a je definován jako nevysvětlitelné úmrtí při epilepsii. Příčina úmrtí není jasná, největší riziko představuje pro pacienty, kteří nereagují na léčbu, nebo pro pacienty odmítající léčbu z důvodu přetrvávajících záchvatů. U pacientů, které mají řídké záchvaty je riziko SUDEP nízké. Přestože je tato příhoda velice vzácná, doporučuje se zajistit informovanost všech pacientů, kteří se léčí epilepsií (Vojtěch, 2010).

Samostatnou skupinu tvoří novorozenecké záchvaty. Jejich výskyt je asi u 0,15 - 3,5% novorozenců. Jejich incidence klesá se zvyšující se porodní váhou. Projevují se klonickými záškuby různé intenzity a lokalizace (deviace očí, mrkání, třepení víček apod.), příčinou může být hypoxicko-ischemická encefalopatie, přechodná metabolická porucha, trauma při porodu nebo infekce. Tyto záchvaty většinou spontánně vymizí během několika dnů až týdnů (Moráň, 2003).

### **Neklasifikované záchvaty**

K identifikaci těchto záchvatů nestačí dostupné anamnestické informace ani údaje na EEG nález. Nelze určit, zda došlo ke generalizovanému nebo parciálnímu záchvatu (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010).

## **3. Diagnostika**

U každého člověka, který prodělal epileptický záchvat, je nutné provést základní i speciální neurologická vyšetření. Důležitou roli v diagnostice epilepsie hraje diferenciální diagnóza, pomocí které odlišujeme, zda se jedná o neepileptické poruchy vědomí nebo o jiné typy záchvatů.

### 3.1 Rozdělení neepileptických záchvatů dle diferenciální diagnostiky

**Febrilní záchvaty (febrilní křeče)** – výskyt je u kojenců nebo malých dětí do 2 – 3 let v souvislosti s horečkou. Principem vzniku je reakce nezralého mozku na změnu vnitřního prostředí. Pokud dojde k opakovaným křečím, může dojít k rozvoji epileptického procesu. Ve věku 5-6 let jde o záchvat provokovaný horečkou.

Afektivní respirační záchvaty se vyskytují u kojenců při prudkém pláči, kdy spouštěcím faktorem jsou emoce (bolest, vztek, úlek). Na emoce navazuje pláč a apnoe někdy i s křečemi.

**Synkopy** – mohou vznikat z různých příčin, většinou mají průběh bez křečí a svalových poruch. Nedojde k pozáchvatové zmatenosti, včetně bolesti hlavy. Příčinou synkop mohou být například cirkulační poruchy.

**Hypoglykemické stavy** – se mohou podobat generalizovaným nebo psychomotorickým záchvatům. Diagnózu potvrdí zjištění glykémie a účinek podané glukózy i.v.

**Tetanické křeče** – mají typický charakter karpopedálních spasmů, poté nastává porucha vědomí. Velmi častá je dechová nedostatečnost s kompenzační hyperventilací.

**Těhotenská gestoza** – projevuje se hypertenzí, proteinurií. Ve fázi eklampsie může dojít ke vzniku generalizovaných křečí.

**Psychogenní záchvaty** – sem se řadí např. panické ataky, vědomě navozené záchvaty atd., které mají návaznost na předchozí afekt. K pádu dochází na stranu, na které je očekávána záchrana. Nenastane bezvědomí, zornice jsou zachované, při vyšetření nemocný sevře víčka (Ambler, 2006).

V diagnostice potvrzených epileptických záchvatů je nejdůležitější anamnéza, dále klinické neurologické vyšetření, laboratorní vyšetření, nejdůležitějším vyšetřením je EEG vyšetření, zobrazovací metody, psychologické vyšetření a psychiatrické vyšetření

### 3.2 Anamnéza

Nynější anamnéza je důležitou součástí pro diagnostiku epilepsie, přesné anamnestické údaje jsou zásadními. Zahrnuje popis údajů epileptických záchvatů u pacienta, eventuelně popis záchvatů od svědků při ztrátě vědomí vzhledem k amnézii na proběhlý



záchvat (charakter pohybů či jiné záchvatovité projevy, stočení hlavy, postavení končetin, charakter křečí, délku trvání záchvatu a projevy zmatenosti). Při samotném hodnocení prvního záchvatu je nutné podrobně zjistit, zda byla přítomna porucha vědomí, křeče, neadekvátní automatické pohyby, schopnost komunikace, zmatenost, pomočení a co předcházelo záchvatu (alkohol, horečka, nedostatek spánku). Dále má význam rodinná anamnéza, která podává informace o výskytu záchvatovitého onemocnění nebo poruch vědomí v rodině, dále osobní anamnéza, která zahrnuje informace o průběhu těhotenství matky, porodu plodu, úrazy hlavy, záněty mozkových blan a mozku, prodělané křečové záchvaty v dětství při horečnatých stavech. Farmakologická anamnéza obsahuje informace o užívání léků. Pracovní anamnéza zahrnuje současné zaměstnání (druh a způsob vykonávané práce), která hraje důležitou roli v souvislosti s onemocněním, ale také s posouzením pracovní schopnosti. Sociální anamnéza zhodnocuje rodinné a sociální poměry (Moráň, 2003; Seidl, Obenberger, 2004).

### **3.3 Laboratorní vyšetření**

Sem patří biochemické vyšetření krve, které zhodnotí hladiny iontů a funkci jater a ledvin. Dále je nezbytně nutné provést vyšetření krevního obrazu včetně krvácivosti a srážlivosti a stanovení glykemického profilu (Seidl, Obenberger, 2004).

### **3.4 Klinické neurologické vyšetření**

Zahrnuje ostatní onemocnění, která mohou epilepsii napodobovat či podílet se na rizikových faktorech pro vznik epileptického záchvatu. Epilepsii mohou připomínat například různá psychiatrická onemocnění, mdloby, poruchy srdečního rytmu, cévní mozkové příhody apod. Podle charakteru onemocnění rozhodne neurolog o dalších diagnostických postupech (Vojtěch, 2010).

### **3.5 Neuropsychologické vyšetření**

Tohle vyšetření by mělo být prováděno u všech pacientů před zahájením léčby. Podrobné vyšetření se provádí u pacientů, u kterých je nutné zvažovat chirurgickou léčbu epilepsie. Výsledkem tohoto vyšetření je určení oblasti funkčního deficitu a předpověď rizika případného pooperačního zhoršení kognitivních funkcí (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010).

### **3.6 Psychiatrické vyšetření**

Je indikováno u pacientů s epilepsií, u kterých se projevují příznaky poruch nálady, myšlení nebo chování. Někteří pacienti jsou trvale sledováni neurologem a psychiatrem. V takovém případě je nutná určitá opatrnost při výběru vhodných léků, některé léky jako např. antidepressiva nebo antipsychotika mohou pacientům průběh epilepsie výrazně zhoršit a způsobit toxicitu či projevy nežádoucích účinků léků (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010).

### **3.7 Elektrofyziologické vyšetření**

#### **EEG (elektroencefalografie)**

Zakladatelem této vyšetřovací metody byl Hans Berger, který své zkušenosti s prvním EEG záznamem u člověka publikoval v roce 1929. V roce 1924 zachytil změny okcipitální aktivity po otevření očí (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010). Jedná se o neinvazivní vyšetření, při kterém do těla pacienta neproniká elektrický proud.

Princip tohoto nativního vyšetření spočívá ve snímání elektrických potenciálů vznikajících při činnosti nervových buněk přes neporušený povrch hlavy. V průběhu vyšetření dochází k zesílení a zaznamenávání potenciálů. Standardní záznam probíhá v klidné místnosti, pacient zaujímá polohu vleže se zavřenýma očima, na hlavě má připevněné elektrody a na pokyn laborantky otevírá oči a v závěru vyšetření hluboce dýchá. Během vyšetření se často používá k provokaci epileptických výbojů blikající světlo nebo pacient podstupuje EEG bez nevyspání, protože nálezy, které charakterizují epilepsii, se zmnožují ve spánku i při usínání (Vojtěch, 2010).

Délka vyšetření je 20-30min. Výsledkem EEG vyšetření je křivka, která je zobrazena na papíře (elektroencefalogram) nebo na obrazovce (Tyrliková a kol., 2005).

Na EEG křivce lze stanovit tzv. epileptiformní grafoelementy, mezi které patří hrot (spike, S), ostrá vlna (sharp, wave) a dále kombinace hrotů s pomalou vlnou tzv. hrot-vlna, nebo mnohočetné hroty a pomalá vlna (Ambler, Bednařík, Růžička a kol., 2004).

Moderní metodou pro registraci EEG včetně klinických projevů je tzv. dlouhodobé video – EEG monitorování, které je nejúčinnější k záchytu záchvatovitých abnormalit, k analýze

iktální semiologie a iktálního EEG. EEG monitorování je prováděno několik dní (Holterovo EEG) (Tyrliková a kol., 2005).

### **3.8 Zobrazovací vyšetření**

Lze sem zařadit CT a MR. Každý člověk, který trpí epilepsií, by měl alespoň jedno vyšetření podstoupit. CT se provádí u pacientů, u kterých je podezření na akutní postižení mozku. MR je indikována k vyloučení patologických ložiskových změn a u negativního nálezu na CT. Vyniká vysokým kontrastním rozlišením měkkých tkání (Vojtěch, 2010; Bednařík a kol., 2003).

Dalším pomocným vyšetřením je PET (pozitronová emisní tomografie), sloužící k detekci poruch metabolismu mozkové tkáně. Pomáhá určit úroveň metabolismu mozkové tkáně v jednotlivých mozkových regionech pomocí izotopů s krátkým poločasem rozpadu.

SPECT (jednofotonová emisní výpočetní tomografie) je využívána v moderní klinické praxi, používá se ke zjišťování poruch perfuze mozkové tkáně. Kontrastní látka se aplikuje do žilního řečiště a postupně se snímá průtok krve mozkem (Tyrliková a kol., 2005).

## **4. Léčba**

*„Cílem léčby pacientů s epilepsií je kompenzace neboli úplné potlačení výskytu epileptických záchvatů, eliminace nebo alespoň minimalizace výskytu nežádoucích účinků léčby, zachování nebo zlepšení kognitivního a behaviorálního profilu pacienta, zmenšení negativních sociálních dopadů a celkové zlepšení kvality života pacienta a jeho rodiny“ (Ošlejšková, 2008).*

Důležitou roli hraje nejen medikamentózní a chirurgická léčba, ale i režimová opatření, která by měla směřovat k co nejlepší kvalitě života obecně.

### **4.1 Medikamentózní léčba:**

Musí být správně zvolená podle typu epileptických záchvatů nebo syndromu.

Léčba epilepsie je ve většině případů dlouhodobá, někdy až celoživotní. Medikamentózní léčba musí být pravidelná, nikdy nesmí dojít k jejímu přerušení nebo

náhlému vysazení, protože hrozí riziko nahromadění záchvatů, které mohou vyústit ve status epilepticus (Tyrlíková, Bareš a kol., 2012; Vojtěch, 2010).

Při zahajování léčby musí být neurolog přesvědčen, zda opravdu trpí pacient epilepsií a že nešlo pouze o vyvolaný záchvat způsobený mimořádnými okolnostmi (intoxikace). Při nasazení farmakoterapie je nutné brát ohled na celou řadu faktorů, mezi které patří záchvat, etiologie, patogeneze, průběh, doba trvání nemoci, pohlaví, věk, dále kognitivní a afektivní stav, komorbidity, hmotnost. Důležitým faktorem je i mechanismus účinku léku včetně farmakologické anamnézy pacienta (Kadaňka, 2010).

Spočívá v pravidelném užívání antiepileptik. Tyto léky mají schopnost potlačovat záchvaty, ale nevyhladí příčinu epilepsie ani nezabraňují jejímu rozvoji po různých inzultech mozku. První účinná antiepileptika byla zavedena do praxe v polovině 19. století. Antiepileptická léčba bývá většinou zahajována lékem první volby v nejnižší dávce a postupně dochází ke zvyšování do té doby, dokud nedojde ke kontrole záchvatů nebo k projevům předávkování (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010; Ambler, 2011; Kadaňka, 2010).

Při dlouhodobé léčbě pomocí AE hrozí riziko vzniku vedlejších nežádoucích účinků, které závisí na velikosti podávané dávky (Moráň, 2003).

### **Dělení AE podle generace**

#### **AE 1. generace (Barbituráty, Hydantoiny, Sukcinimidy)**

Tyto léky se objevily v 1. polovině minulého století. Lze je zařadit mezi léky druhé volby vzhledem k jejich vyšší toxicitě a nízké účinnosti. Barbituráty se užívají k léčbě záchvatu grand mal, ale obsahují i nežádoucí účinky, mezi které se řadí útlum, ataxie, nystagmus, u starších pacientů způsobují kognitivní poruchy, neklid a stavy zmatenosti.

Hydantoiny jsou užívány k léčbě parciálních záchvatů. Avšak pokud se užívají dlouhodobě, mohou vzniknout nežádoucí účinky, mezi které patří poruchy rovnováhy, ataxie, závratě, třes, exantém a diplopie. Sukcinimidy jsou specifické léky, které jsou užívány pro léčbu absence, petit mal. Nežádoucími účinky jsou trávicí potíže, bolesti hlavy, dále útlum a změny v krevním oběhu (Ambler, 2011).

## **AE 2. generace** (Benzodiazepiny, Karbamazepin, Valproát)

Do praxe byla zavedena ve druhé polovině 20. stol. Do této generace jsou zařazena 3 antiepileptika, která lze považovat jako průlomová pro moderní léčbu epilepsie. Benzodiazepiny (diazepam) jsou užívány pro léčbu akutních křečí, febrilních záchvatů a status epilepticus. Aplikace těchto AE spočívá p. o. nebo rektálně. Výhodou je rychlá absorpce. Mezi nežádoucí účinky diazepamu patří únava zejména na začátku léčby, dále závratě, poruchy rovnováhy, nesrozumitelná řeč, bolest hlavy, deprese, zmatenost a svalová hypotonie. Může se objevit i riziko vzniku závislosti (při náhlém přerušeni léčby hrozí riziko vzniku akutního syndromu s křečemi).

### Karbamazepin (CBZ)

Používá se k léčbě parciálních záchvatů se sekundární generalizací nebo i bez ní. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří snížení vigility a pozornosti, alergické kožní reakce, které se projevují na počátku terapie při náhlém zvyšování, vzácně se může vyskytnout útlum krvetvorby, lymfadenopatie nebo příznaky připomínající lupus erythematosus.

### Valproát (VPA)

Tento lék se užívá u více než 60% pacientů, hlavní indikací jsou idiopatické generalizované syndromy, dětské juvenilní absence a parciální záchvaty. Nežádoucími účinky mohou být nauzea, zvracení, méně často tremor, hepatopatie až steatoza, padání vlasů, zvýšená tělesná hmotnost a hirsutismus (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010).

## **AE 3. Generace** (Lamotrigin, Gabapentin)

Na trh se dostaly koncem 20. století a začátkem tohoto století, mezi tyto AE patří nejčastěji užívané lamotrigin, gabapentin, a další.

### Lamotrigin (LTG)

Mezi hlavní indikace patří parciální záchvaty, primární generalizované záchvaty včetně juvenilní myoklonické epilepsie. Nežádoucími účinky jsou nauzea, únava, bolest hlavy, závratě, zastřené vidění, kožní reakce, které se projeví během prvních 8 týdnů po zahájení léčby.

## Gabapentin (GBP)

Používá se zejména k léčbě parciálních záchvatů a k tlumení neuropatické bolesti. K nežádoucím účinkům řadíme únavu, zvýšenou chuť k jídlu, zvýšenou tělesnou hmotnost, parestézii, nystagmus a méně často nauzeu a zvracení. Obecně nežádoucí účinky AE postihují nejen systémy a orgány jak už bylo uvedeno u jednotlivých AE, ale mají negativní vliv i na CNS, kam se řadí somnolence, zpomalené psychomotorické tempo, rozmazané vidění a poruchy koordinace (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010).

Při užívání AE je důležité vyšetření sérových hladin. Toto vyšetření spočívá v krevním odběru na vyšetření krevního obrazu, jaterních testů, iontů, atd. Krevní odběr se provede nejprve před nasazením léčby, dále 2-3 měsíce po nasazení a poté stačí pouze 1x ročně, pokud je pacient bez klinických potíží (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010).

Nutné je dávat velký pozor při ukončování léčby. Obvykle po 2-3 letech, pokud je nemocný kompenzovaný, lze přemýšlet o postupném vysazení léku. Ukončování antiepileptické léčby by mělo být postupné v několika měsících. Znovuobnovení záchvatu hrozí během vysazování léčby a především první rok po jejím ukončení. Pokud bude nemocný po dobu 2 let bez této léčby a bez relapsu záchvatu, lze jej považovat za zdravého (Waberžinek, Krajíčková, 2006).

Velké riziko představuje ale to, že je 40% pravděpodobnost, že se po vysazení léčby objeví u pacientů záchvat znovu. V takovém případě je nutné v léčbě znovu pokračovat (Vojtěch, 2010).

## 4.2 Chirurgická léčba

Podle dochovaných pramenů se zařazuje mezi nejstarší léčebné metody. V průběhu minulého století byly dostupné pouze rozsáhlé resekční výkony bez přesnější lokalizace možné morfologické léze na základě kliniky a EEG diagnostiky. Na konci minulého století umožnil rozvoj zobrazovacích morfologických a funkčních metod s dokonalejší EEG metodikou učinit operační léčbu přesnější, cílenější a samozřejmě i efektivnější. K operační léčbě je indikována jen část nemocných s epilepsií, která splňuje přesná kritéria a přesně definované indikace.

Uvádí se, že 1 – 5% pacientů s epilepsií je v průměru indikováno k operaci a u 35- 45% pacientů dochází po operačním výkonu k redukci záchvatů o více než 50%.

## Typy chirurgických výkonů

**Resekční výkony** – provádějí se nejčastěji v temporálním nebo frontálním laloku. Podstatou výkonu je resekce léze, včetně epileptogenní zóny.

**Subpiální resekce** – tyto výkony se provádí pouze minimálně. Epileptické ložisko je lokalizováno nepřesně.

**Callostomie** – provádí se pouze zřídka u věkově vázaných generalizovaných epileptických syndromů, u kterých hrozí riziko pádu s následkem poranění. Jedná se o paliativní výkon, který neodstraní epileptické ložisko ale pouze zabrání generalizaci.

**Hemisferektomie** – provádí se ojedinele při léčbě těžkých vývojových hemisferálních poruch u malých dětí.

**Vagová stimulace** (VNS vagus nerve stimulation) – spočívá v implantaci stimulatoru, jehož elektroda je ovinuta kolem levého vagu, která v pravidelném intervalu (30 sekund stimulace a 5 minut klidové fáze) tento nerv stimuluje. Indikací pro tento výkon jsou pacienti s parciálními záchvaty se sekundární generalizací a bez ní (Moráň, 2003).

### 4.3 Alternativní léčba

Tento způsob léčby je většinou praktikován lékaři s cílem nevyлéčit epilepsii, ale lépe toto onemocnění kompenzovat, což vede k příznivé kvalitě života pacienta s epilepsií.

**Jóga a meditace** – tato metoda je dobrá k prevenci záchvatů, které vznikají v důsledku stresu. Uvádí se, že stres může vyprovokovat epileptický záchvat až u 30% nemocných s epilepsií.

**Aromaterapie** – přispívá k relaxaci, omezení stresu. Heřmánek a levandule mohou napomoci ke kompenzaci epileptických záchvatů.

**Biofeedback** – tato metoda umožňuje zastavit nebo častěji zmírnit epileptický záchvat a zabránit sekundární generalizaci tehdy, kdy záchvat začíná pravidelnou auroou, kterou potlačí nemocný naučeným mechanismem (tlak na určitý bod, dále tření ruky nebo určitý pohyb apod.)

**EEG – biofeedback** - používá se od 70. let 20. stol., léčba je většinou dlouhodobá, vyžaduje 60 – 100 sezení. Nemocný se naučí cíleně soustřeďovat, relaxovat a dokáže reagovat na auru, která vyvolá záchvaty (Moráň, 2003).

## **5. Psychosociální problematika**

### **5.1 Psychické změny a epilepsie**

*„Melancholici se obvykle stávají epileptiky a epileptici melancholiky“.*

*Hippokrates*

Psychickými problémy trpí více než polovina nemocných s epilepsií, což může mít negativní vliv na kvalitu jejich života (Anders, Uhrová, Roth et al., 2005). Psychické poruchy se u nemocných s epilepsií vyskytují častěji, než u lidí v běžné populaci. Uvádí se, že aktuální prevalence psychických poruch se pohybuje kolem 40-60%.

#### **Krátkodobé, dočasné změny psychiky**

Před záchvatem mohou epilepsii provázet psychické změny jako například dráždivost, změny nálad, zhoršená soustředěnost, také se může objevit aura (předzvěst), při které dochází ke změně prožívání a vnímání. V období po záchvatu bývá často nemocný dezorientovaný, nesoustředěný, zpomalený.

#### **Trvalejší změny v psychice**

Sem patří změny primární, které jsou vyvolány samotným onemocněním a změny sekundární, které bývají způsobeny vedlejšími účinky medikamentózní léčby (ospalost, únava, snížená celková aktivita, apatie) (Juříková, 2010).

#### **Deprese**

Je nejčastější psychická porucha u nemocných s epilepsií, v epileptologii je specificky nazývána jako interictal mood disorder ( IDD) nebo také dysthymic – like disorder of epilepsy (DLDE), která je podobná s dysthymii (chronický průběh a mírnější intenzita depresivních symptomů, než u klasické deprese). Její výskyt je 4-5krát častější, než v běžné populaci. Probíhá chronicky a má několikaletý průběh. Pro svou neobvyklost je málo diagnostikována



a léčena. Mezi tyto typy deprese patří i reakce jako jsou prožitek smutku, pocity prázdnoty, energie, méněcennosti, mrzutost nebo i psychotické příznaky (paranoidita). Tyto poruchy spontánně nezmizí, pokud nebudou léčeny, může dojít k postupnému rozvoji změn osobnosti.

Její správné rozpoznání a léčba mohou vést ke zlepšení životní kondice a kvality života nemocných a k zabránění vzniku chronických depresivních a úzkostných příznaků (Anders, Uhrová, Roth et al., 2005).

## **Úzkostné poruchy**

Tyto poruchy patří mezi druhé nejčastější psychiatrické komorbidity (výskyt více nemocí) u pacientů s epilepsií hned po depresivních poruchách. Podle charakteru epilepsie má tyto příznaky 10-50% pacientů. Je důležité, aby úzkostné poruchy byly řádně diagnostikovány a léčeny, protože v minulosti jim nebyla věnována žádná pozornost a přehlížely se, i když mají významný vliv na kvalitní život nemocných. Zde platí přímá úměra mezi úzkostí a kvalitou života, s rostoucí úzkostí se kvalita života zhoršuje.

Úzkostné poruchy se dělí na iktální, postiktální a interiktální. Iktální úzkost se projevuje v průběhu epileptického záchvatu, postihuje až 20% pacientů a po ukončení záchvatu zmizí. Postiktální úzkost trvá několik hodin, vyjimečně i několik dnů po záchvatu, projevuje se u 45 % pacientů. Interiktální poruchy probíhají bez vazby k záchvatům, etiologie výskytu u pacientů není objasněna. U epileptiků se projevují obavy ze ztráty zaměstnání, z nepředvídatelnosti záchvatu, z následků záchvatu a komplikací.

Mezi rizikové faktory, které podněcují výskyt úzkostných poruch se řadí frekvence záchvatu, dále i nežádoucí účinky některých antiepileptik nebo komplikace při vysazování některého léku (Brázdil, 2012; Nežádal, 2010; Juříková, 2010).

## **5.2 Režimová opatření**

Hrají velice důležitou roli pro kompenzaci záchvatů. Základním pravidlem je vynechat činnosti a situace, u kterých by mohlo dojít v případě záchvatu k poškození zdraví. Režimová opatření zahrnují pravidelný spánkový režim, vyloučení alkoholu, extrémního fyzického a psychického zatížení, z pracovního hlediska je nutné vyloučit práci u běžících strojů, práci ve výškách, práci na nočních směnách, řízení motorových vozidel, svařování a další (Moráň, 2003).

## **Volný čas**

Pacienti by se měli vyhýbat pobytu ve výškách, v blízkosti ohně či vody. Sport je pro nemocného s epilepsií vhodný, stejně jako u zdravého člověka. Avšak některým sportům by se měl nemocný vyhýbat. Jedná se o vodní lyžování, surfování, potápění, skoky do vody, hod diskem, koulí či kladivem, střelba a také box. Při sportu je nutné používat ochranné pomůcky. Epileptické záchvaty celkově snižují efektivitu využití volného času a mohou způsobit i psychické změny (Moráň, 2003).

## **Příprava na zaměstnání**

Bývá velkým problémem. Závisí na typu a frekvenci záchvatů. Výběr zaměstnání je limitován obecnými omezeními, která jsou platná pro záchvatová onemocnění. V zaměstnání je nezbytně nutné informovat spolupracovníky a nadřízené o onemocnění epilepsií, aby byli schopni v případě epileptického záchvatu pomoci. V případě zatajení informací o nemoci dochází často k problémům až ke ztrátě zaměstnání. Opakované záchvaty v zaměstnání ztěžují práci, dále zhoršují výkonnost a tím i pracovní výsledky a následně i finanční ocenění. Úplný zákaz platí pro vykonávání profese řidiče z povolání. Nevhodná je i práce na noční směny. Pokud by chtěl zaměstnavatel nemocného kvůli epileptickým záchvatům na pracovišti propustit, může tak učinit pouze na základě potvrzení od neurologa, že nemocný nemůže nadále svou práci vykonávat. Nezaměstnanost u pacientů s epilepsií bývá vyšší, než v běžné populaci (Moráň, 2003; Waberžinek, Krajíčková, 2006, Valouchová, 2010).

## **Řízení motorových vozidel**

Je jedním výrazným sociálním omezením u dospělých pacientů s epilepsií. Od začátku roku 2011 vyšla v platnost novela vyhlášky 277/2004, která stanovuje podmínky pro přiznání způsobilosti k řízení motorových vozidel. Pro účely této vyhlášky se rozumí projev dvou nebo více epileptických záchvatů, ke kterým došlo u osoby v odstupu nejvýše 5 let (Marusič, 2010).

### ***Skupina oprávnění 1 (A, B, B+E, AM a podskupiny A1 a B1 )***

Pro tuto skupinu platí délka bezzáchvatového období požadovaného pro přiznání způsobilosti 12 měsíců.

## **Skupina oprávnění 2 (C, C+E, D, D+E, T, CI, CI+E, DI+E)**

V této skupině platí délka bezzáchvatového období požadovaného pro přiznání způsobilosti 10 let.

Délku bezzáchvatového období potvrzuje žadatel svým podpisem. Ke zdravotní způsobilosti lidí s epilepsií se bezprostředně musí vyjádřit neurolog na základě údajů z anamnézy, klinického obrazu (stav onemocnění a jeho postup, léčba a její výsledky), dále výsledky EEG vyšetření a posouzení vlivu antiepileptik. Na základě zhodnocení stavu může neurolog napsat vyjádření pro posuzujícího lékaře, které povede k návratu řidičského oprávnění (Marusič, 2010; Valouchová a kol., 2010).

## **Invalidita a epilepsie**

Nemocní s epilepsií trpí častými problémy v zaměstnání. Obvykle si myslí, že je to „jen pro záchvaty“. Ve skutečnosti nejspíš mají podstatný vliv i drobné kognitivní deficity a osobnostní problémy. Jsou i případy, kdy po úspěšné operaci mozku a vymizení záchvatů byl pacientům přiznán invalidní důchod, který pro ně znamenal značnou frustraci (Preiss, Kučerová a kol., 2006).

## **Epilepsie a spánek**

Pacienti s epilepsií trpí poruchami spánku mnohem častěji, než v běžné populaci. Nejčastějším příznakem poruchy spánku je nadměrná denní spavost. Příčinou je většinou nekvalitní noční spánek a souběh spánkových poruch.

Insomnie – u pacientů s epilepsií bývá častá, chronická a sekundární s četnými vlivy, jakými jsou noční záchvaty, antiepileptická léčba a psychiatrické nemoci (Nežádal, 2010).

Spánek ovlivňují i některá AE. Ovšem jejich nevýhodou je sedativní efekt, který má zhoršený vliv na ospalost během dne. Například Valproát (VPA) může díky zvýšené tělesné hmotnosti vyvolat nebo naopak zhoršit syndrom spánkové apnoe (Moráň, 2003).

Pravidelný spánkový režim spočívá přibližně ve stejnou dobu ráno vstávat, včetně sobot a nedělí a ve stejnou dobu chodit spát.

Cílem poruch spánku je kompenzace záchvatů nejen nočních, ale i denních, které mohou mít následný vliv (Kaňovský, 2007; Nežádal, 2010).

### **Dieta a epilepsie**

Pokud se pacientů projeví podezření na epilepsii, je nutný zákaz požívání alkoholu. V jídelníčku nejsou vhodná výrazně kořeněná jídla, dále koncentrovaná káva nebo čaj. U některých případů jsou přesně stanovené dietní režimy (ketogenní dieta, nebo dietní opatření u metabolických poruch) (Waberžinek, Krajíčková, 2006).

### **Hormonální antikoncepce a epilepsie**

U žen s epilepsií je důležité brát ohled na specifika, mezi které se řadí například poruchy menstruačního cyklu, infertilita a reprodukční endokrinní abnormality. HA u žen s epilepsií není nutná k vysazení, ale je důležité dodržovat určité zásady. Pokud žena trpí epilepsií, s největší pravděpodobností se mohou vyskytnout vedlejší kosmetické účinky AE, mezi které patří horší kvalita vlasů, zhrubění rysů a akné (Moráň, 2003; Waberžinek, Krajíčková, 2006).

### **Těhotenství a epilepsie**

V těhotenství u ženy s epilepsií se zvyšuje riziko vzniku vývojových vad až onemocnění dítěte epilepsií. Děti matek nemocných epilepsií se častěji rodí s vrozenými vadami (defekt mezikomorové přepážky, hypoplazie mitrální chlopně, apod).

Studie ukazují, že v 50- 80% těhotenství se průběh epilepsie matky nemění, dále v 10-40% se průběh může zhoršit, a asi v 10% naopak může dojít ke zlepšení. Je důležité informovat matku v těhotenství o užívání AE v doporučené dávce (Moráň, 2003).

### **Kojení a epilepsie**

Kojení u matek trpící epilepsií není kontraindikováno, ale nedoporučuje se dlouhodobě. U dětí, kterým byla během těhotenství matky podávána AE, se může po narození objevit abstinční syndrom. U kojících žen je nutné sledovat hladiny antiepileptik a nedoporučovat noční kojení (Waberžinek, Krajíčková, 2006).

## **Menopauza a epilepsie**

V tomto období může dojít k relapsu epilepsie v důsledku hormonálních změn, díky kterým dochází k útlumu progesteronu. Při menopauzi je doporučována substituce do té doby, dokud nedojde k útlumu i sekreci estrogenů (Moráň, 2003).

## **Epilepsie ve stáří**

Studie ukazují, že epilepsie ve stáří neustále roste. Ve více než 100 případech ze 100 000 postihuje lidi starší 60 let. Příčinou epileptických záchvatů je řada nemocí, které jsou typické pro starší věk. Nejvíce se uvádí cévní mozkové příhody, dále následují degenerativní nemoci, tumory a traumata. Ve stáří se většinou projevují parciální záchvaty nebo sekundárně generalizované s projevy tonicko-klonických křečí (Moráň, 2003).

## **6. První pomoc při epileptickém záchvatu**

Každý z nás se může setkat s člověkem, u kterého se projeví epileptický záchvat. Proto je bezprostředně nutné mu pomoci.

V případě, že se setkáme s člověkem, který má epileptický záchvat a nemáme k dispozici požadovaný lék, není vhodné s ním cokoli dělat, pouze musíme zabránit mechanickému poranění, především hlavy, uvolníme oděv kolem krku a jakmile to bude možné, uložíme nemocného do stabilizované polohy. Již průběh spuštěného epileptického záchvatu nelze nijak ovlivnit. Není vhodné násilím držet končetiny, rozevírat pěsti, ústa a vkládat do nich nějaký předmět, abychom zabránili pokousání. Dále je nevhodné provádět oživovací pokusy se snahou záchvat přerušit.

Po proběhlém epileptickém záchvatu necháme nemocného v klidu přijít k sobě bez jakéhokoliv třesení a volání. Důležité je být u nemocného do doby návratu vědomí. Je zakázané podávat těsně po záchvatu nemocnému tekutiny, protože hrozí riziko udušení. Pokud je nemocný po záchvatu zmatený, snažíme se jej uklidnit a citlivě usměrňovat (Moráň, 2003; Berlít, 2007; Kaňovský, 2007).

Nemocný, který je při příjezdu RZP nebo během vyšetření orientovaný, spolupracující a je schopen sdělit důležité anamnestické údaje po proběhlém epileptickém záchvatu, by neměl

být převážen do nemocnice. V opačném případě nemocný, který je dezorientovaný a není schopen sdělit anamnestické údaje, by měl být transportován na neurologické pracoviště (Kalina, 2000).

Cílem první pomoci při epileptickém záchvatu je pouze zabránit mechanickému poranění při křečích (pád bývá nečekaný a málokdy lze zabránit poranění) (Dobiáš a kol., 2007).

## **7. Společnost „E“ (klub epileptiků)**

Je nezisková organizace se sídlem v Praze 12, občanské sdružení založené roku 1990 rodiči a přáteli osob postižených epilepsií. Je jedinou profesionální sociálně zaměřenou organizací v České republice, která podporuje lidi s epilepsií a jejich blízké, a to s celostátní působností, bez ohledu na věk a rozsah postižení

Cílem této společnosti je zlepšit postavení lidí s epilepsií ve společnosti a zaměřit se na větší informovanost o této nemoci a životě s ní jak u nemocných s epilepsií, jejich blízkých ale také i u osob nebo organizací, které s nimi spolupracují.

*„Cílem je destigmatizace této nemoci, odstranění obav z ní, zlepšení přístupu okolí a rozšíření povědomí o poskytování první pomoci při epileptických záchvatech“.*

Dále poskytuje odborné sociální poradenství a sociálně aktivizační služby společně s navazujícími fakultativními činnostmi (kurzy, pobyty, přednášky, semináře, kluby, sportovně rehabilitační činnost, tiskové informační materiály (časopis Aura, informační kartičky první pomoci při epileptickém záchvatu, EEG test, ochrana proti úrazům).

V České republice se nachází několik klubů „E“, např. v Praze, Brně, Ústí nad Labem a v Ostravě (Červenková, 2010; Červenková, 2012).

## **8. Prognóza**

Při dodržování správné léčby lze dosáhnout příznivých výsledků. Záchvaty se daří většinou léčbou potlačovat a to zejména u dětí, kdy lze docílit i úplného vyléčení. Méně příznivá prognóza bývá u nemocných s prokázaným organickým poškozením mozku (CT, MR, EEG, dle neurologického nálezu) a s psychickými změnami. Při dobré kompenzaci

dochází až k úplnému vymizení záchvatů a úpravě EEG křivky (Ambler, 2004; Tyrlíková, Bareš a kol., 2012).

## **II. ČÁST VÝZKUMNÁ**

### **9. Metodika**

#### **9.1 Výzkumné otázky**

##### **Otázka č. 1**

Jaký vyvolávající faktor epileptického záchvatu se nejčastěji vyskytuje u našich respondentů ve výzkumu u mužů a u žen?

##### **Otázka č. 2**

Jaký má vliv onemocnění epilepsie na osobní život respondentů?

##### **Otázka č. 3**

Jaká omezení přináší onemocnění epilepsie respondentům v zaměstnání?

##### **Otázka č. 4**

Ovlivnilo onemocnění epilepsie respondenty po psychické stránce?

##### **Otázka č. 5**

Bude mít antiepileptická léčba vliv na zdravotní stav respondentů?

##### **Otázka č. 6**

Dodržují více léčebný režim muži nebo ženy?



## **9.2 Metodika výzkumu**

### **Typ výzkumu**

Ke zpracování praktické části bakalářské práce byl vytvořen vlastní nestandardizovaný dotazník, který byl zcela anonymní a nebyl spojen s finančním zatížením zdravotnického zařízení, ve kterém jsem výzkumné šetření prováděla. Dotazník obsahoval rozsah 27 otázek, ve kterém byly zahrnuty převážně otázky uzavřené (např. otázka č. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 14, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25 a 27), polootevřené (např. otázka č. 8, 12 a 26), k otázkám č. 6, 9, 11, 13, 15, 17 a 21 byly doplněny otevřené otázky pro kladnou odpověď.

### **Sledovaný soubor**

Celkem bylo osloveno 50 respondentů, kterými byli hospitalizovaní pacienti ve zdravotnickém zařízení. Pro možnost porovnání výsledků jsem záměrně oslovila skupinu 25 žen a 25 mužů. Nejnižší počet respondentů zastupovalo věkové rozmezí 41-50 let a naopak nejvyšší počet respondentů byl zastoupen ve věkové kategorii 31-40 let. Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků, návratnost byla 100%.

### **Technika sběru dat**

Před samotným výzkumem jsem provedla pilotáž u 5 osob trpících epilepsií pro ověření srozumitelnosti položeným otázkám v dotazníku. Zároveň jsem od těchto osob zjišťovala, zda byl pro ně dotazník dobře srozumitelný a zda jim takto položené otázky vyhovovaly, případně jestli by i doplnili nové otázky do dotazníku. Tito respondenti s vyplněním dotazníku až na některé položky neměli problém. S pomocí dvou respondentů byly do dotazníku doplněny ještě 2 otázky, další 3 otázky byly upraveny tak, aby byly lépe srozumitelné. Vyplněné dotazníky v rámci pilotního výzkumného šetření nebyly použity do vlastního výzkumného šetření.

Vlastní výzkum probíhal od začátku března do konce dubna 2014 a byl realizován na neurologickém oddělení nejmenované pražské nemocnice, kde byli na jednom oddělení hospitalizovaní muži a ženy. Vše proběhlo po předchozí domluvě s vrchní sestrou. Několikrát jsem ve svém volném čase pacienty navštívila v dopoledních hodinách. Osobně jsem jim dotazníky předala a vysvětlila důvod jejich vyplnění. Pacienti byli plně orientovaní, dotazníkovému šetření zcela porozuměli. Vyplněné dotazníky jsem si od nich ihned vybrala

zpět. Vzhledem k malému počtu respondentů na oddělení jsem stejným způsobem postupovala i na speciální ambulanci EEG.

### **Zpracování dat**

Výsledky výzkumného šetření byly vyhodnoceny v počítačovém programu Microsoft Office Excel 2007, ve kterém byly vytvořeny tabulky a sloupcové grafy s výsledky. Výsledky byly uvedeny v absolutní a relativní četnosti. Jednotlivé otázky byly vyhodnoceny a doplněny komentářem. Odpovědi z dotazníkového šetření byly zvýrazněny kurzívou.

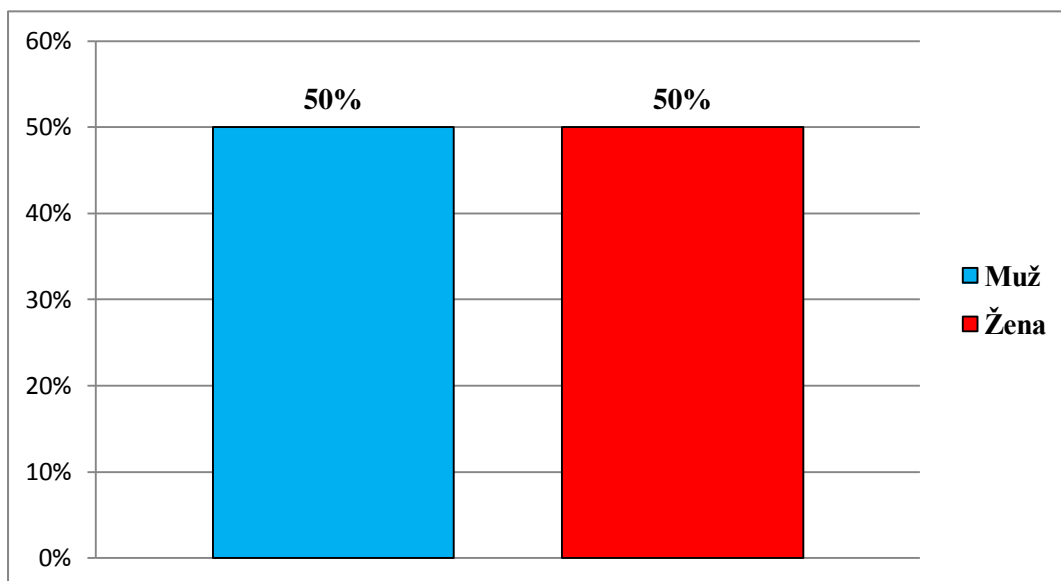
## 10. Analýza dat

### Otázka č. 1

Pohlaví

a) Žena

b) Muž



Obrázek 1 Graf určující pohlaví respondentů

Z celkového počtu dotazovaných respondentů se zúčastnilo výzkumu celkem 50 respondentů, z toho bylo 25 mužů (50 %) a 25 žen (50 %).

## Otázka č. 2

Kolik je Vám let?

a) 20 a méně

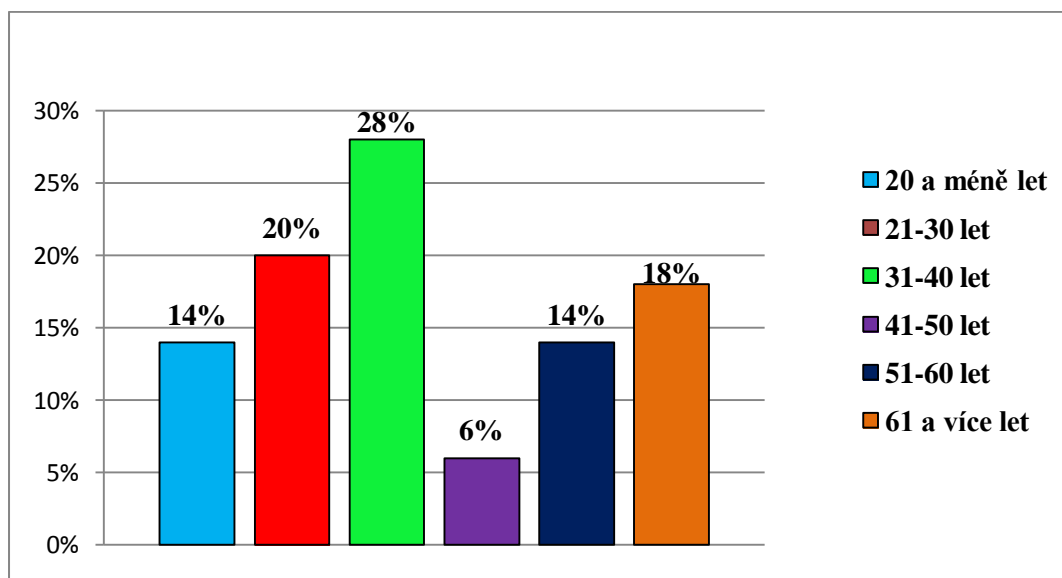
b) 21-30

c) 31-40

d) 41-50

e) 51-60

f) 61 a více



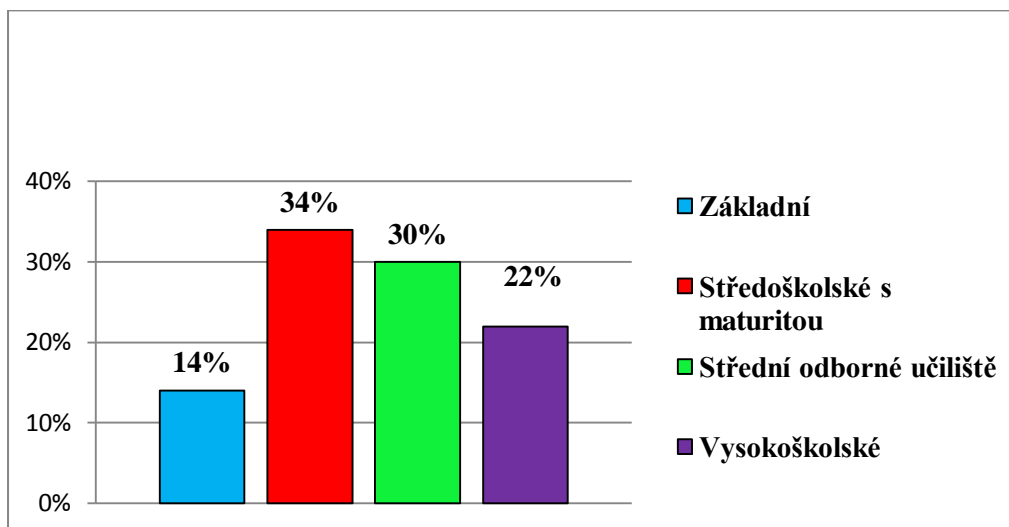
**Obrázek 2 Graf určující věkové rozmezí respondentů**

Celkový počet respondentů byl zastoupen ve všech věkových kategoriích. Nejvyšší počet tj. 14 respondentů (28 %) zastupovalo věkové rozmezí *31-40 let*. Druhou nejpočetnější skupinou bylo 10 respondentů (20 %) ve věkovém rozmezí *21-30 let*. Dále následovala skupina ve věku *61 a více let*, tj. 9 respondentů (18 %). Věkové skupiny *20 a méně let* a *51-60 let* byly zastoupeny stejným počtem respondentů, tj. 7 pacientů (14 %). Nejnižší počet tj. 3 respondenti (6 %) zastupovali věkové rozmezí *41-50 let*.

### Otázka č. 3

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Středoškolské s maturitou
- c) Střední odborné učiliště
- d) Vysokoškolské



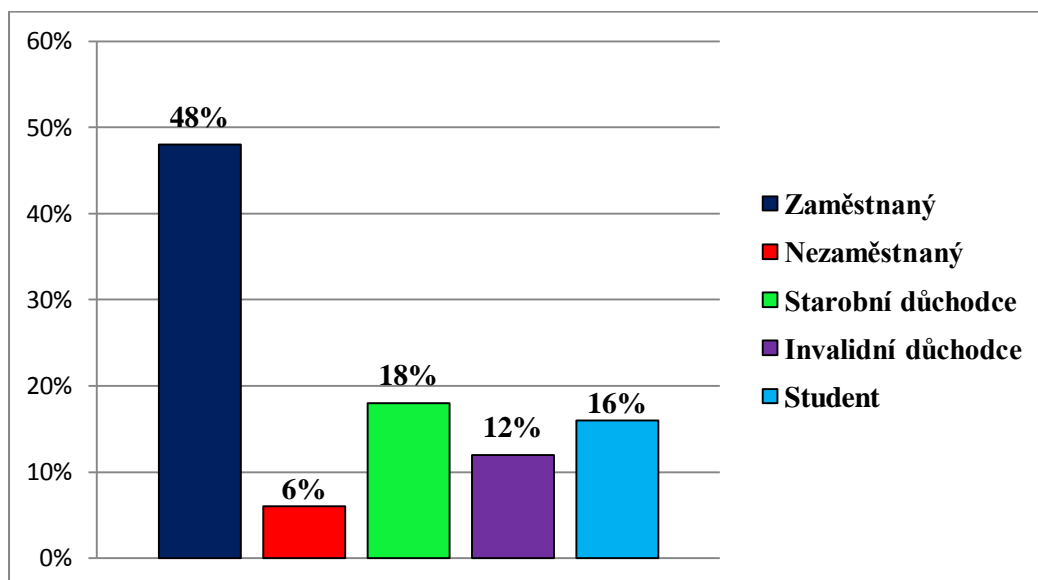
**Obrázek 3 Graf znázorňující nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**

Nejvyšší počet tj. 17 respondentů (34 %) mělo *středoškolské vzdělání s maturitou*. Druhou nejvyšší skupinu tvořilo 15 respondentů (30 %), kteří měli *výuční list*. Následovalo 11 respondentů (22 %) s *vysokoškolským vzděláním*. 7 pacientů (14 %) mělo vzdělání *základní*.

#### Otázka č. 4

V současné době jste:

- a) Zaměstnaný
- b) Nezaměstnaný
- c) Starobní důchodce
- d) Invalidní důchodce
- e) Student



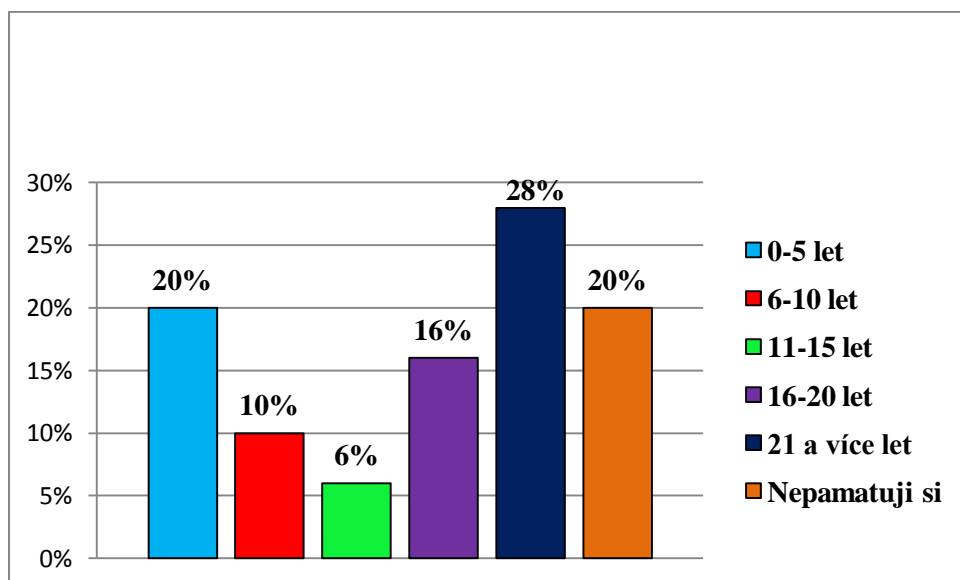
**Obrázek 4** Graf znázorňující pracovní zařazení respondentů

24 respondentů (48 %) bylo *zaměstnaných*, 3 respondenti (6 %) byli *nezaměstnaní*. Dále 9 respondentů (18 %) bylo ve *starobním důchodě*, 8 respondentů (16 %) byli *studenti* a 6 respondentů (16 %) byli *invalidní důchodci*.

## Otázka č. 5

V jakém věku Vám byla diagnostikována epilepsie?

- a) 0-5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-15 let
- d) 16-20
- e) 21 a více let
- f) Nepamatuji si



**Obrázek 5** Graf zobrazující věk respondenta, kdy mu byla diagnostikována epilepsie

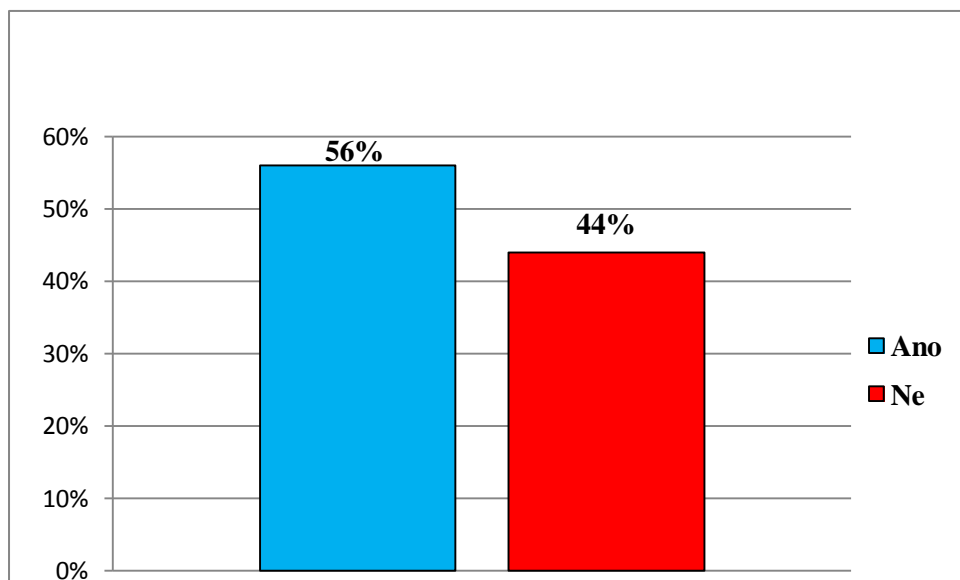
U nejvyššího počtu respondentů tj. 14 (28 %) byla epilepsie diagnostikována ve věku *21 a více let*. Stejný počet tj. u desíti respondentů (20 %) si období diagnostiky *nepamatovalo*, nebo jim byla epilepsie diagnostikována ve věku *0-5 let*. Osmi respondentům tj. (16 %) byla epilepsie diagnostikována ve věku *16-20 let*, pěti respondentům tj. (10 %) ve věku *6-10 let* a třem respondentům tj. (6 %) ve věku *11-15 let*.

### Otázka č. 6

Víte co bylo u Vás příčinou vzniku epilepsie?

a) Ano

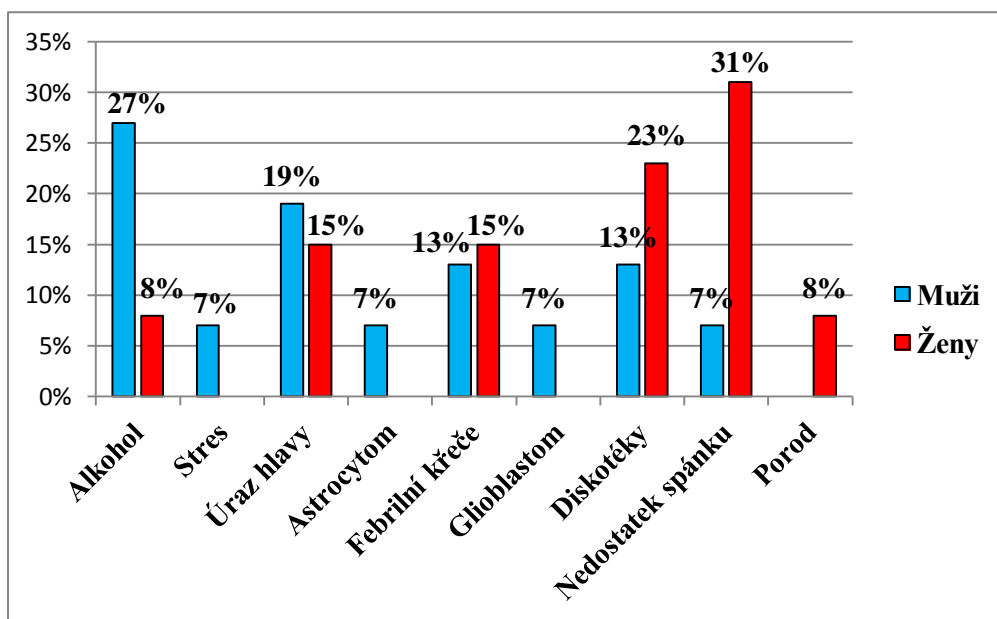
b) Ne



**Obrázek 6** Graf zobrazující příčinu onemocnění epilepsií

Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo, že 28 (56 %) jich *zná* příčinu vzniku epilepsie a 22 (44 %) *nezná*.





**Obrázek 7 Graf určující vyvolávající faktor epileptického záchvatu u mužů a žen**

Součástí otázky č. 6 bylo zjištění vyvolávajícího faktoru epileptického záchvatu u mužů a žen.

4 respondenti (27 %) uvedli jako nejčastější vyvolávající faktor epileptického záchvatu *konzumaci alkoholu*, 3 respondenti (19 %) uvedli *úraz hlavy*.

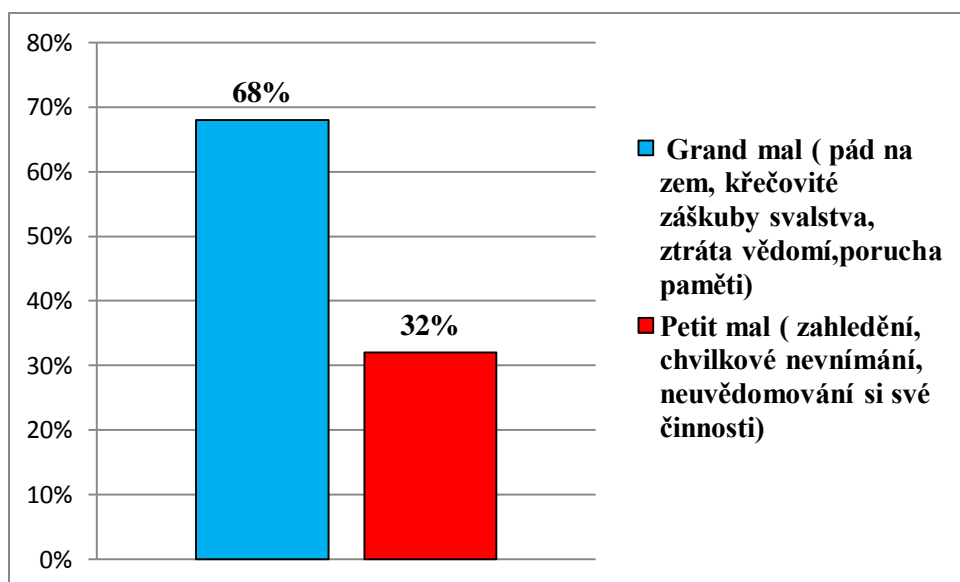
4 respondentky (31 %) uvedly jako nejčastější vyvolávající faktor epileptického záchvatu *nedostatek spánku*, 2 respondentky uvedly *vliv hluku a měnícího se světla na diskotékách*. Ostatní odpovědi byly uvedeny na obrázku č. 7.

### Otázka č. 7

Jak se u Vás projevuje epileptický záchvat?

a) Grand mal (pád na zem, křečovitě záškuby svalstva, ztráta vědomí, porucha paměti...)

b) Petit mal (zahledění, chvilkové nevnímání, neuvědomování si své činnosti...)



**Obrázek 8** Graf určující nejčastěji vyskytující se epileptický záchvat u respondentů

U většiny pacientů, tj. 34 (68 %) se projevoval epileptický záchvat typu *Grand mal*. U zbývajících pacientů, tj. 16 (32 %) se projevoval epileptický záchvat typu *Petit mal*.

### Otázka č. 8

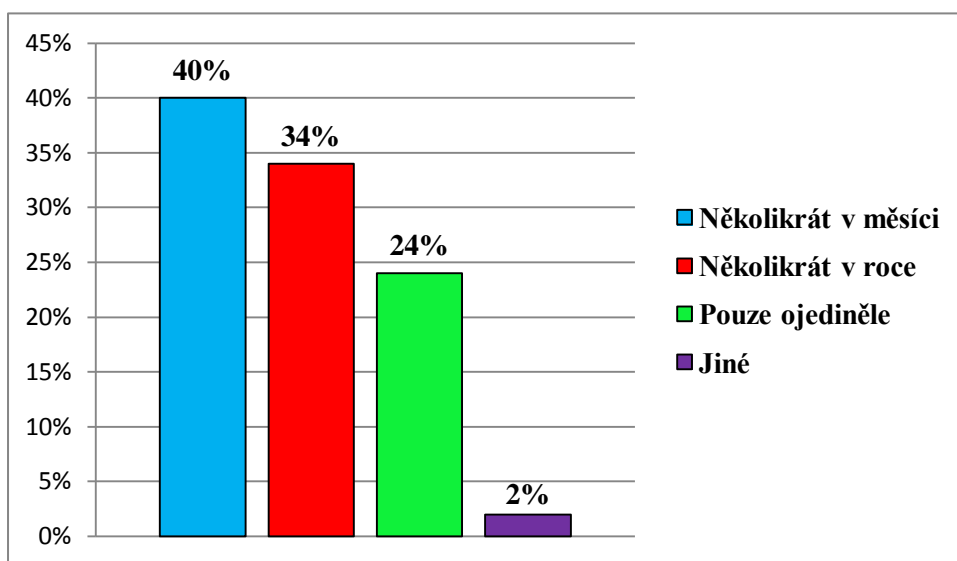
Jak často míváte epileptický záchvat?

a) Několikrát v měsíci

b) Několikrát v roce

c) Pouze ojedinele

d) Jiné:



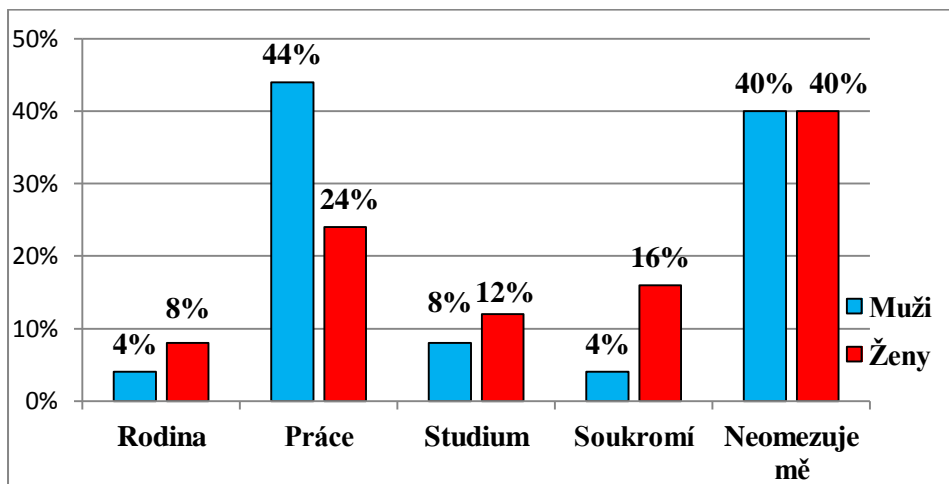
Obrázek 9 Graf zobrazující frekvenci epileptických záchvatů

Otázka č. 8 udává, jaká byla frekvence epileptického záchvatu u dotazovaných pacientů. Bylo zjištěno, že 20 pacientů (40 %) prožívá epileptický záchvat *několikrát v měsíci*, 17 pacientů (34 %) *několikrát v roce* a 12 pacientů (24 %) prožívá epileptický záchvat *pouze ojedinele*. Jen 1 pacient uvedl do položky „jiné“, že se u něj dostaví epileptický záchvat *několikrát do týdne*.

## Otázka č. 9

Epilepsie mě nejvíce omezuje v oblasti:

- a) Rodina
- b) Práce
- c) Studium
- d) Soukromí
- e) Neomezuje mě



Obrázek 10 Graf znázorňující omezení v jednotlivých oblastech života nemocného s epilepsií

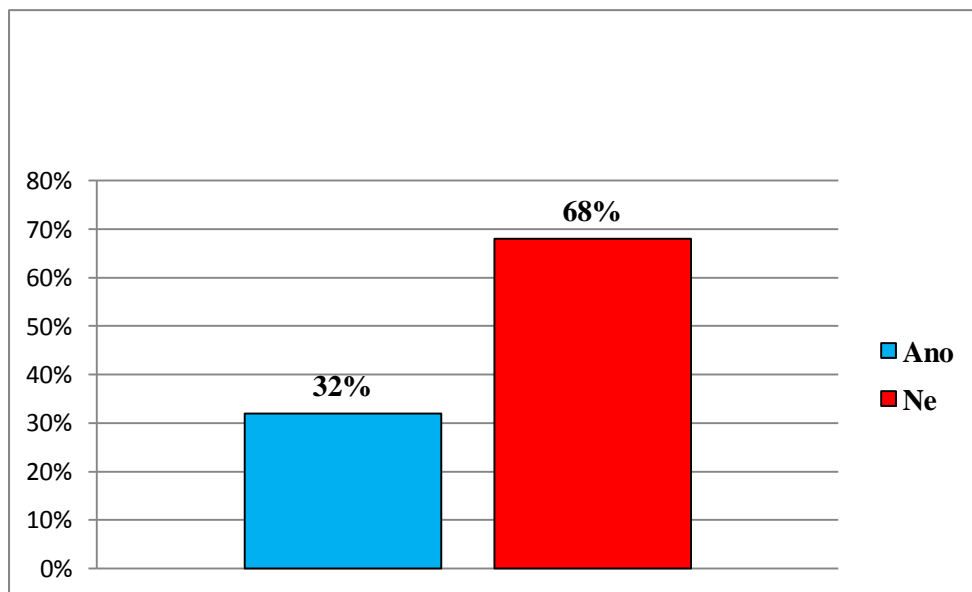
Z celkového počtu dotazovaných pacientů bylo zjištěno, že 11 mužů (44 %) nejvíce epilepsie omezuje v oblasti *zaměstnání*, a to převážně z důvodu *zákazu práce na nočních směnách* a dále mají obavy ze *studu*, že u nich dojde k záchvatu před ostatními na pracovišti, 10 mužů (40 %) žádné omezení *nepociťuje*, 2 muže (8 %) omezuje epilepsie v oblasti *studia* a omezení v *soukromém životě* a v *rodině* shodně uvádí 1 respondent (4 %). 10 žen (40 %) uvedlo, že žádné omezení *nepociťuje*, 6 žen (24 %) uvedlo své omezení v oblasti *zaměstnání* opět z důvodu *zákazu práce na nočních směnách*. 4 ženy (16 %) epilepsie omezuje v *soukromém životě* z důvodu rozchodu s partnerem, 3 ženy (12 %) v oblasti *studia* z důvodu častých absencí a poruchy pozornosti a 2 ženy (8 %) pociťují omezení v *rodinném životě* z důvodu přehnané starostlivosti.

### Otázka č. 10

Došlo ke změně chování rodinných příslušníků a přátel k Vaší osobě pokud srovnáte stav před a po onemocnění?

a) Ano

b) Ne



**Obrázek 11** Graf popisující změnu chování blízkých osob k nemocnému s epilepsií

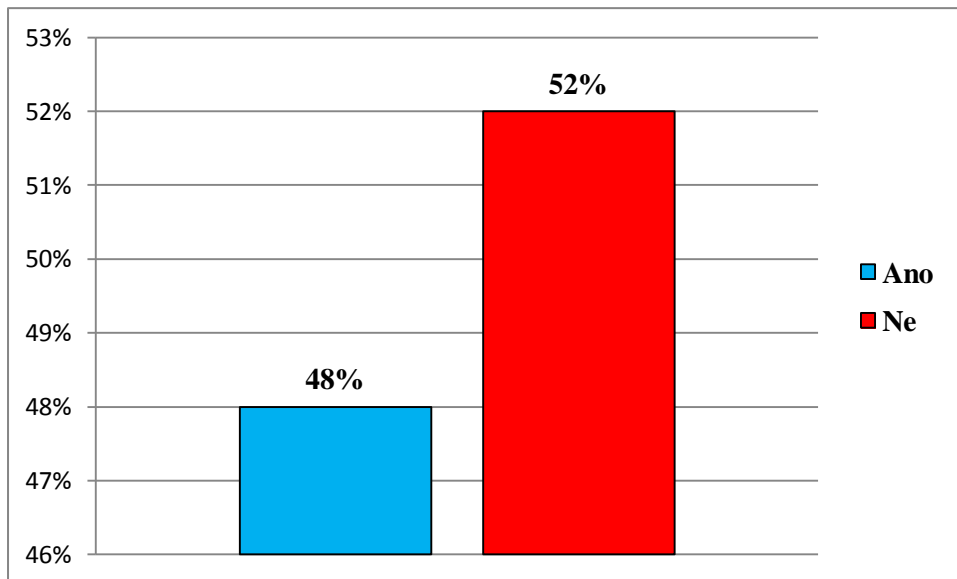
Z otázky č. 10 vyplynulo, že 34 respondentů (68 %) *nepocítilo* změnu chování okolí ke své osobě. 16 respondentů (32 %) tuto změnu *zaznamenalo*. Nejčastější důvody byly *odměřenost, pomlvy, a obavy blízkých osob z případného epileptického záchvatu na veřejnosti*.

### Otázka č. 11

Vnímáte na sobě psychické změny před nebo po proběhlém epileptickém záchvatu? (Pokud jste odpověděl ano, o jako psychickou změnu se jedná?)

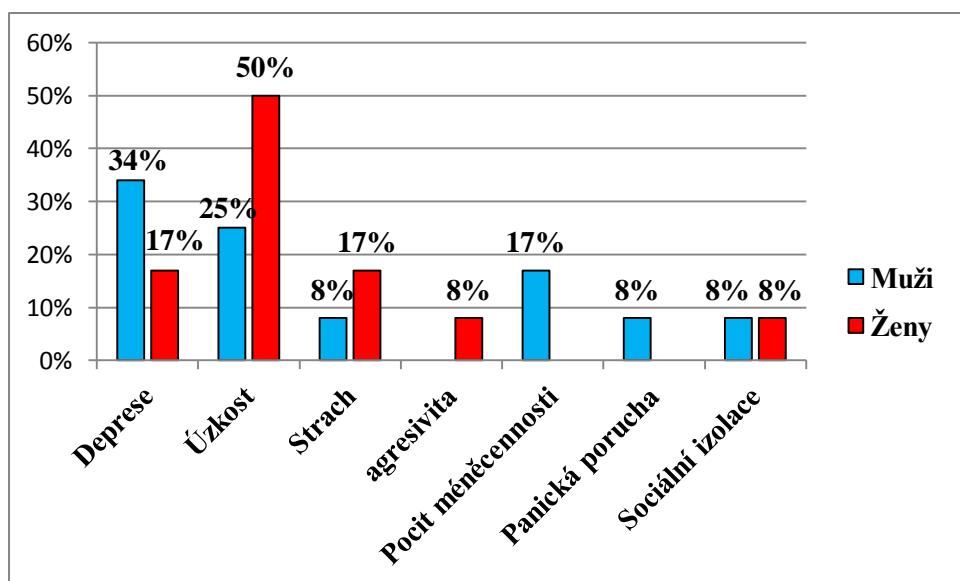
a) Ano

b) Ne



**Obrázek 12** Graf zobrazující vnímání psychických změn u nemocných s epilepsií

Z celkového počtu 50 respondentů vplynulo, že 24 respondentů (48 %) na sobě *pocítilo* psychické změny a dalších 26 respondentů (52 %) žádné psychické změny *nepocítili*.



**Obrázek 13** Graf popisující psychické změny u mužů a žen

Součástí otázky č. 11 bylo zjištění psychických změn u respondentů.

4 muži (33 %) pocítili *deprese*, 3 muži (25 %) *úzkost*, 2 muži (17 %) *pocit méněcennosti* a ve stejném počtu tj. 1 muž (8 %) prožil *pocit strachu*, *panickou poruchu* a *sociální izolaci*.

Nejčastější změnou u 6 žen (50 %) byl *pocit úzkosti*, shodně u 2 žen (17 %) přetrvával *strach* a *deprese*. 1 žena (8 %) uvedla ve stejné míře *pocit agresivity* a *sociální izolace*.

## Otázka č. 12

Pocitujete na sobě přicházející epileptický záchvat tzv. auru (předzvěst záchvatu)?

- a) Výpadky zrakového pole, mžitky
- b) Pískání v uších
- c) Iluze již viděného, slyšeného
- d) Křeče
- e) Pocit mravenčení, brnění končetin
- f) Zápach spálené gumy
- g) Jiné:
- h) Nic nepocituji

**Tabulka 1 Vnímání aury**

<b>Projevy</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost v %</b>
Výpadky zrakového pole, mžitky	4	8%
Pískání v uších	7	14%
Iluze již viděného, slyšeného	0	0%
Křeče	4	8%
Pocit brnění, mravenčení končetin	11	22%
Zápach spálené gumy	0	0%
Jiné	3	6%
Nic nepocituji	21	42%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Tabulka č. 1 udává přehled projevů aury u respondentů.



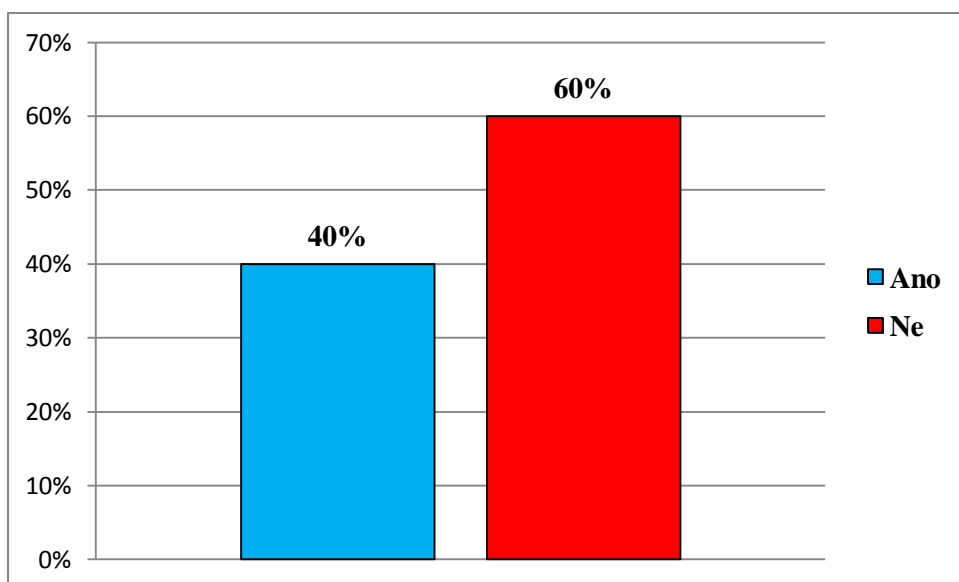
Největší počet respondentů tj. 21 (42 %) *nic nepocítilo*. 11 respondentů (22 %) pocítilo *pocit brnění, mravenčení končetin*, 7 respondentů (14 %) uvedlo *pískání v uších*, 4 respondenti *výpadky zrakového pole, mžitky a křeče*. Do položky „*jiné*“ uvedli 3 respondenti (6 %) *poruchu artikulace*. Žádný z respondentů nevedl *zápach spálené gumy*.

### Otázka č. 13

Ovlivnilo onemocnění Vaše zájmy a koníčky?

a) Ano

b) Ne



**Obrázek 14** Graf zobrazující vliv epilepsie na zájmy a koníčky nemocného

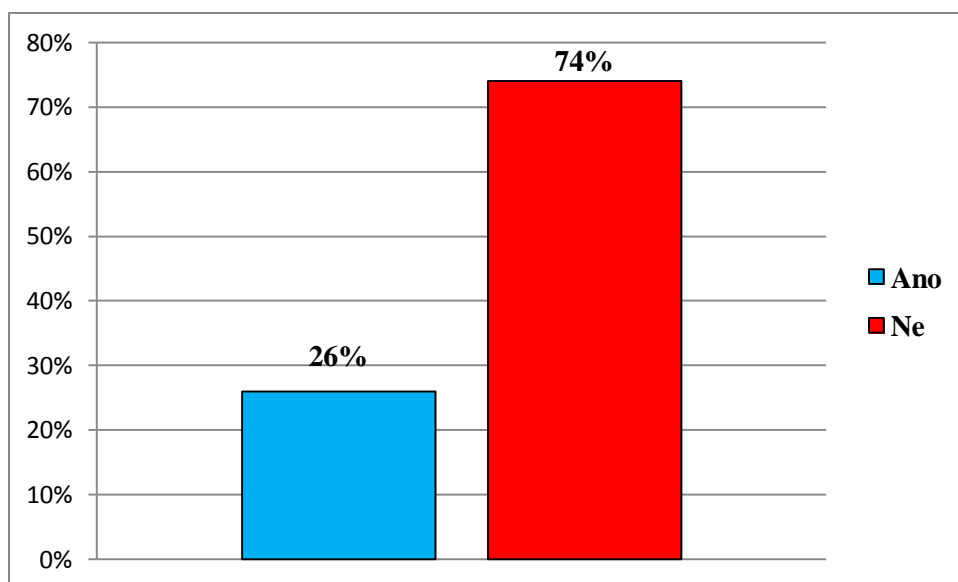
K této otázce se vyjádřilo 20 respondentů (40 %), že *byli nuceni omezit* koníčky a zájmy vlivem epilepsie a u 30 respondentů (60 %) *nedošlo k omezení žádnému*. Jako nejčastější omezení v oblasti zájmů a koníčků bylo respondenty uvedeno *jízda na kole, plavání, atletika, karate, kickboxing a rybaření*.

### Otázka č. 14

Pocít'ujete změnu v důsledku Vašeho onemocnění v partnerském životě?

a) Ano

b) Ne



**Obrázek 15** Graf zobrazující vnímání změn mezi partnery

Změnu v partnerském životě *pocítilo* 13 respondentů (26 %) a u 37 respondentů (74 %) zůstal partnerský život *beze změn*.

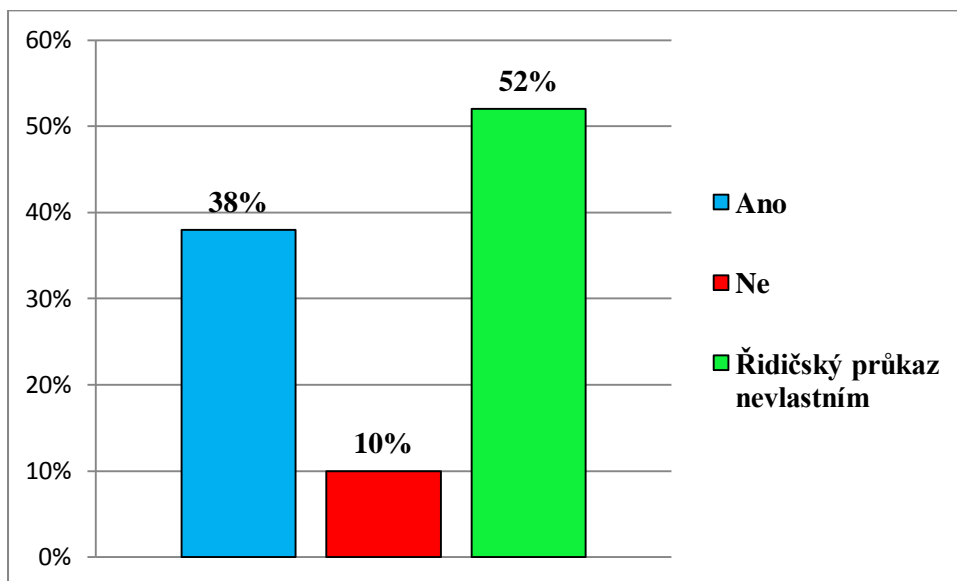
### Otázka č. 15

Byl Vám odebrán řidičský průkaz kvůli onemocnění epilepsií? (Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte, na jak dlouho Vám byl odebrán ŘP).

a) Ano

b) Ne

c) Řidičský průkaz nevlastním



**Obrázek 16** Graf znázorňující vliv onemocnění na možnost řízení motorových vozidel

Z Obrázku č. 16 vyplynulo, že 26 respondentů (52 %) řidičský průkaz vůbec *nevlastní*, 19 respondentům (38 %) *byl řidičský průkaz odebrán*, z toho 11 respondentům (58 %) na dobu *1 rok až 5 let* a 8 respondentům (42 %) byl však odebrán *bez možnosti jeho vrácení*.

## Obrázek č. 16

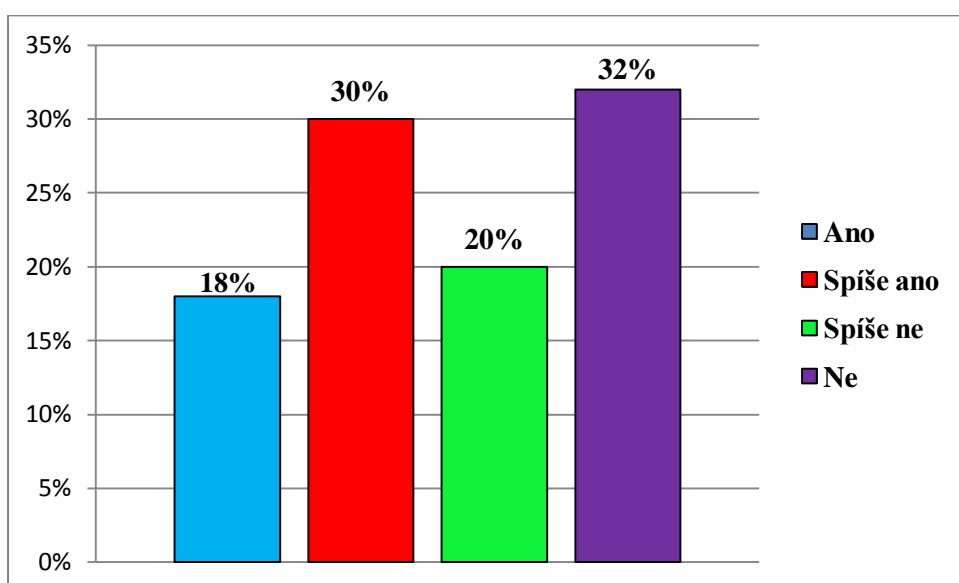
Zhoršilo onemocnění epilepsií Vaší finanční situaci?

a) Ano

b) Spíše ano

c) Spíše ne

b) Ne



**Obrázek 17 Graf znázorňující vliv onemocnění na finanční situaci**

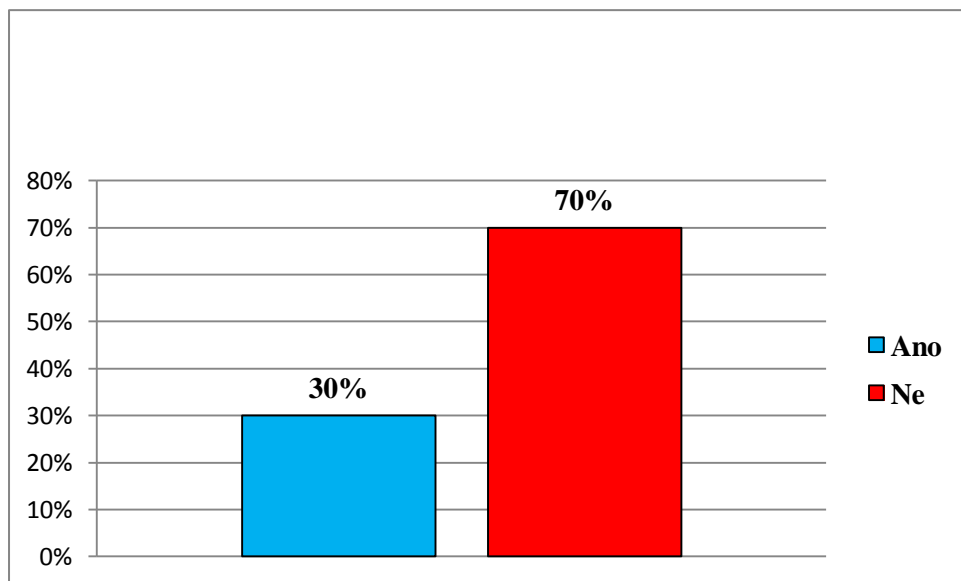
Onemocnění *nemělo* u 16 respondentů tj. (32 %) *žádný vliv* na jejich finanční situaci. 15 respondentů (30 %) zvolilo odpověď *spíše ano*, 10 respondentů (20 %) odpovědělo *spíše ne* a u 9 respondentů (18 %) se finanční situace *výrazně zhoršila*.

### Otázka č. 17

Donutilo Vás onemocnění epilepsií změnit zaměstnání, nebo Vás omezilo již při výběru budoucího povolání? (Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte důvod omezení).

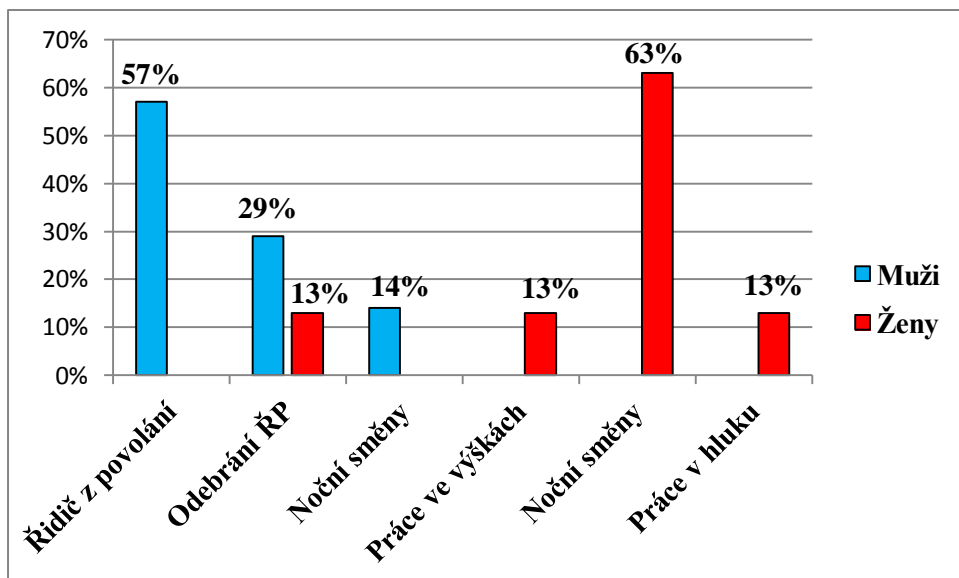
a) Ano

b) Ne



**Obrázek 18 Graf zobrazující vliv onemocnění na povolání respondentů**

35 respondentů (70 %) *nebylo nuceno* v důsledku onemocnění změnit své zaměstnání. 15 respondentů (30 %) *muselo svou práci změnit*.



**Obrázek 19** Graf zobrazující důvod změny zaměstnání

Součástí otázky č. 17 bylo zjištění důvodu při změně zaměstnání.

4 muži (57 %) změnili své zaměstnání z důvodu, že nemohli pracovat jako *řidiči z povolání*. 2 muži (29 %) přišli o pracovní místo z důvodu *odebrání ŘP* a 1 muž (14 %) nemohl pracovat *na nočních směnách*.

5 žen (63 %) přišlo o své zaměstnání díky *nočním směnám*, 3 ženy (13 %) měly zákaz práce *v hlučném prostředí, ve výškách* a jedné z nich byl *odebrán ŘP*.

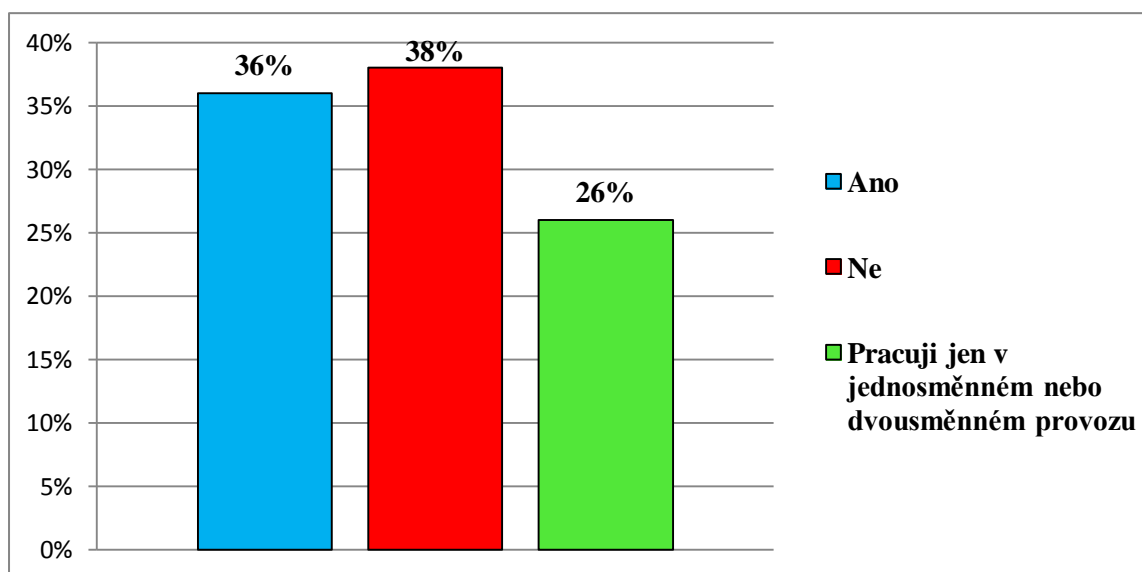
### Otázka č. 18

Bylo Vám zakázáno kvůli onemocnění epilepsií pracovat na noční směny?

a) Ano

b) Ne

c) Pracuji jen v jednosměnném nebo dvousměnném provozu



**Obrázek 20** Graf znázorňující omezení nočních pracovních směn

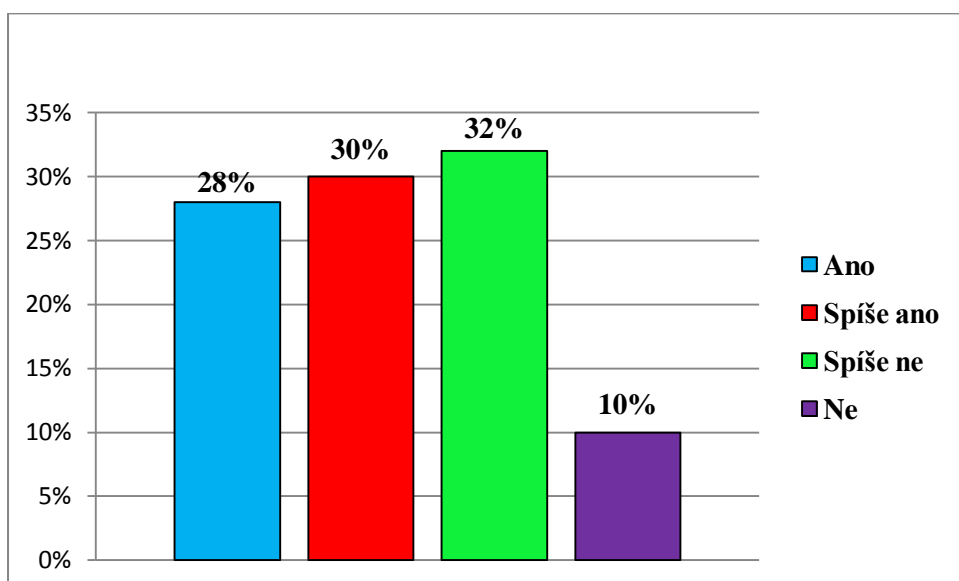
19 (38 %) respondentů uvedlo, že díky onemocnění epilepsií *nebyli nuceni* vzdát se práce na nočních směnách. 18 (36 %) respondentů *se muselo* vzdát práce v noci a 13 (26 %) dotazovaných uvedlo, že *pracovali v jednosměnném nebo v dvousměnném provozu*.



### Otázka č. 19

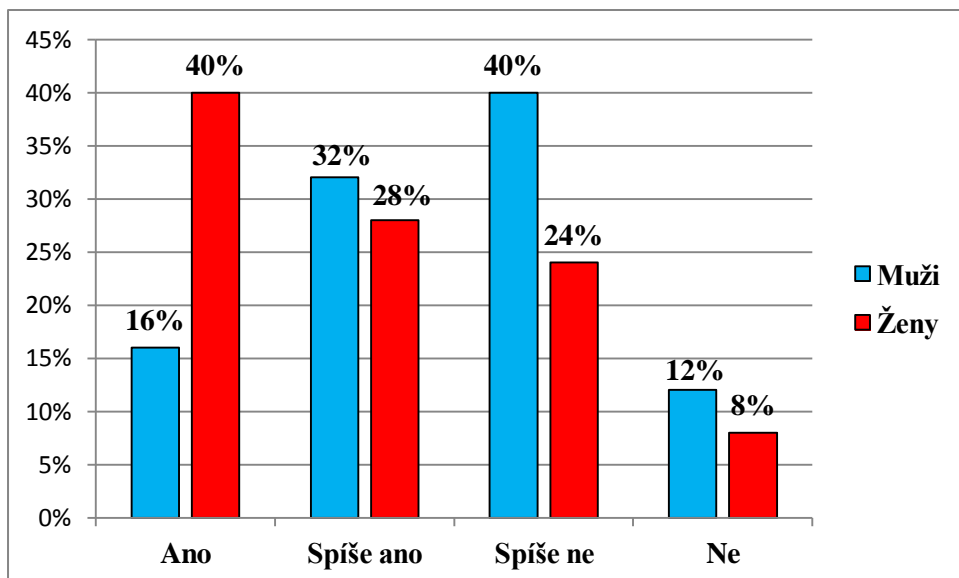
Dodrżujete pravidelný spánkový režim?

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



**Obrázek 21** Graf znázorňující spánkový režim u nemocných s epilepsií

16 (32 %) dotazovaných uvedlo, že spánkový režim *spíše nedodrżuje*. 15 (30 %) spánek *spíše dodrżuje*, 14 (28 %) dotazovaných uvedlo, že spánkový režim *dodrżuje* a 5 (10 %) dotazovaných režim spánku *nedodrżuje*.



**Obrázek 22** Graf popisující dodržování spánkového režimu u mužů a žen

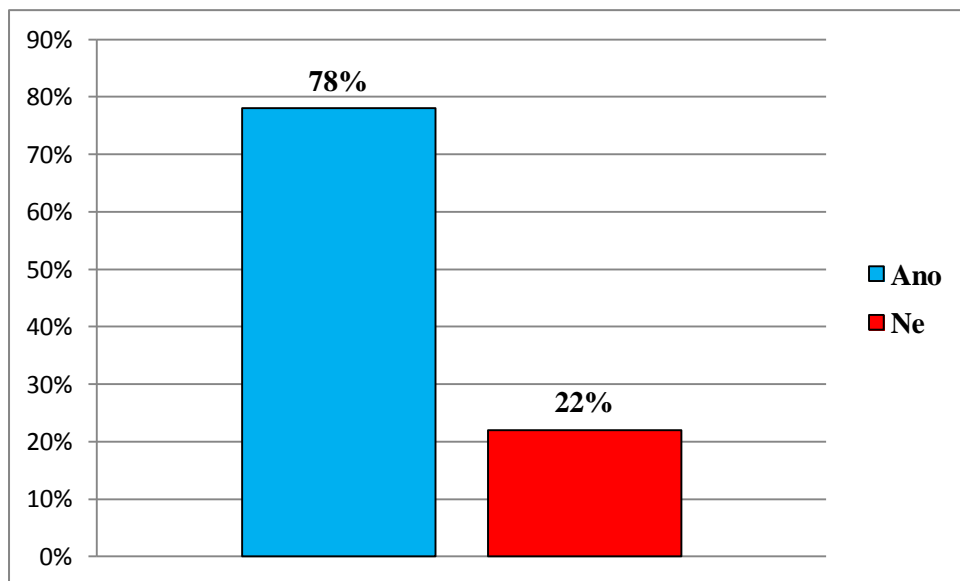
10 (40 %) dotazovaných žen uvedlo, že *dodrzuje* pravidelný spánkový režim, zatímco u mužské populace vyplynulo, že *dodržují* pravidelný spánek pouze 4 (16 %) dotazovaní.

## Otázka č. 20

Užíváte pravidelně léky na epilepsii předepsané lékařem? (Pokud jste odpověděl/a ne, pokračujte na otázku č. 22).

a) Ano, léky užívám pravidelně

b) Ne, dle ordinace lékaře léky na epilepsii neužívám, dodržuji režimová opatření



**Obrázek 23** Graf znázorňující užívání léků na epilepsii

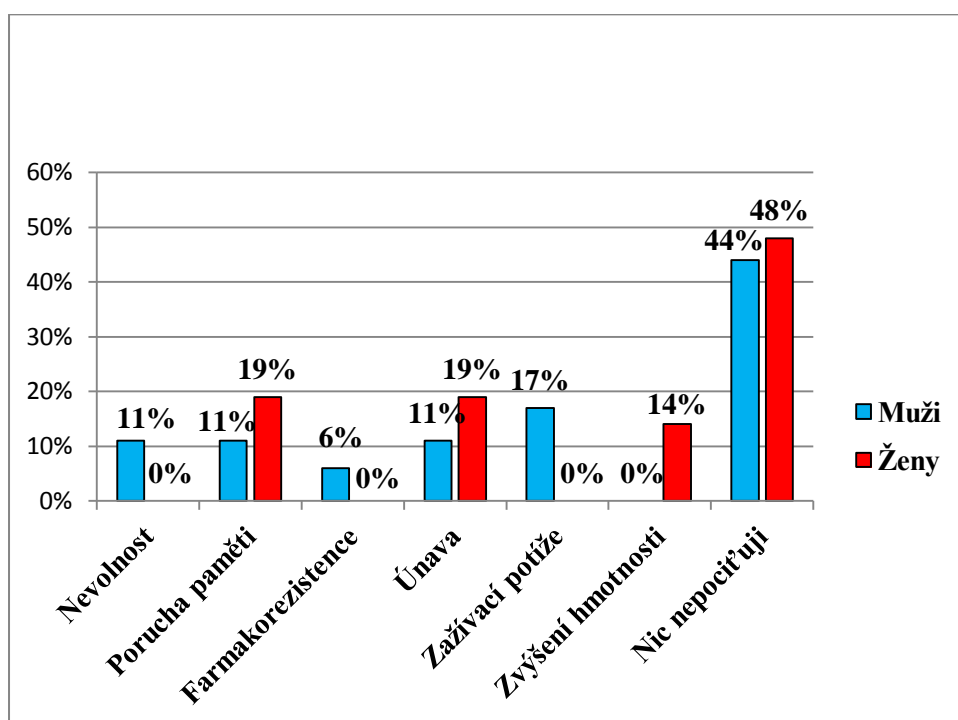
Z celkového počtu respondentů *užívalo pravidelně* antiepileptika dle ordinace lékaře 39 (78 %) respondentů a 11 (22 %) respondentů léky dle ordinace lékaře *neužívali*, pouze dodržují režimová opatření.

## Otázka č. 21

Vnímáte nějaké nežádoucí účinky antiepileptik? (např. zvyšování hmotnosti, únava, alergická reakce, zhoršení paměti, zažívací potíže..) (Pokud jste odpověděl/a ano, prosím uveďte, jaké nežádoucí účinky pocítujete).

a) Ano

b) Ne



**Obrázek 24** Graf popisující vnímání nežádoucích účinků léků na epilepsii

10 (48 %) dotazovaných žen a 8 (44 %) dotazovaných mužů nežádoucí účinky antiepileptik nepocítili, 4 (19 %) ženy a 2 (11 %) muži pocítili *únavu*, 4 (19 %) ženy a 2 (11 %) muži udali *poruchu paměti*, 3 (17 %) muže trápily *zažívací potíže*, 3 (14 %) ženy udaly *zvýšení tělesné hmotnosti*. Pouze 1 (6 %) z dotazovaných respondentů uvedl *farmakorezistenci*. Žádný z mužů nevedl problém s přibýváním hmotnosti a naopak žádná z žen nevedla jako nežádoucí účinek *nevolnost*, *zažívací potíže* a *farmakorezistenci*.

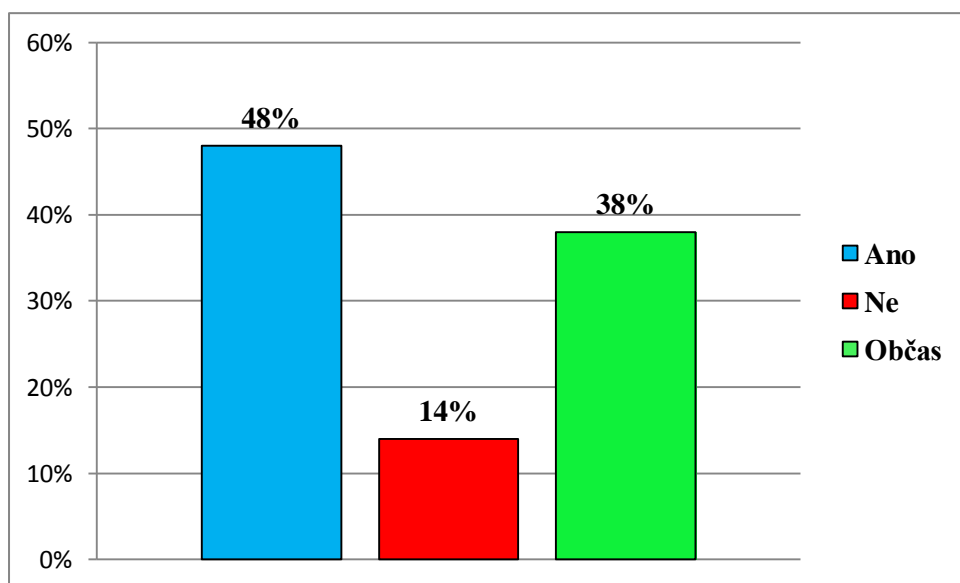
## Otázka č. 22

Dodržujete omezení konzumace alkoholu?

a) Ano

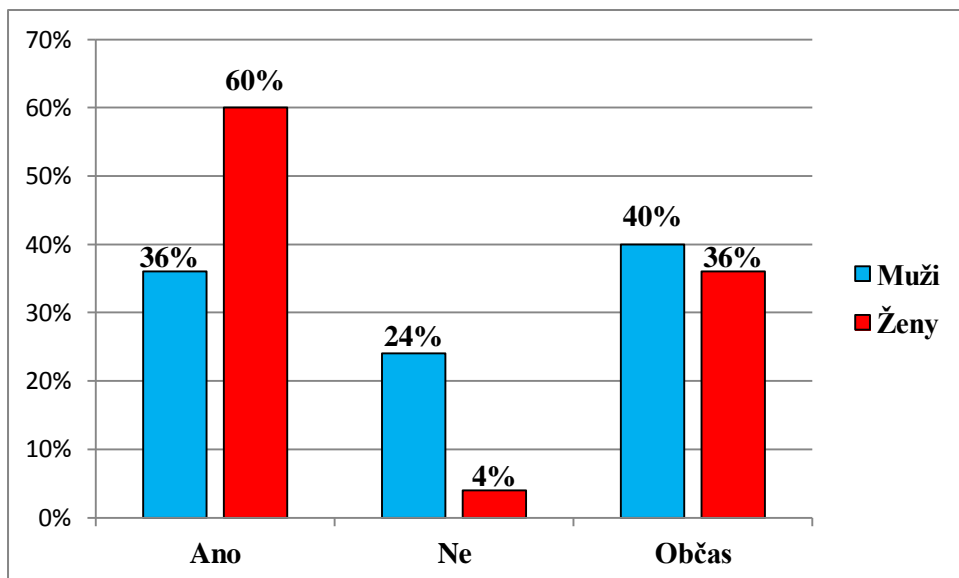
b) Ne

c) Občas



**Obrázek 25** Graf určující dodržování omezení konzumace alkoholu

24 (48 %) respondentů uvedlo, že *nejsou* konzumenty alkoholu, 19 (38 %) dotazovaných alkohol konzumují *občas* a 7 (14 %) respondentů konzumuje alkohol *bez omezení*.



**Obrázek 26 Graf popisující dodržování omezení konzumace alkoholu u mužů a žen**

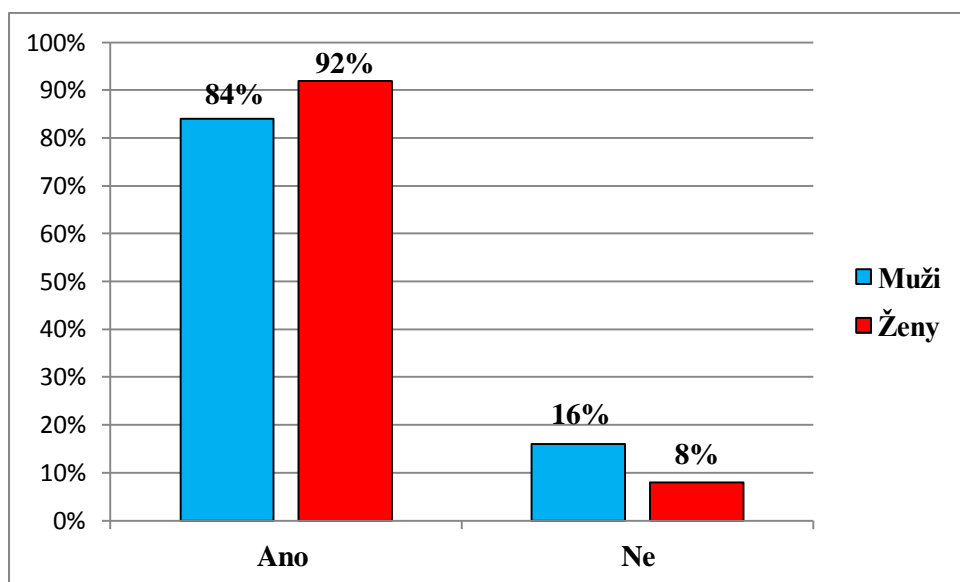
Při srovnání dodržování omezení konzumace alkoholu u žen a mužů bylo zjištěno, že u žen jich toto *omezení dodržuje* 15 (60 %) a u mužů 9 (36 %).

### Otázka č. 23

Chodíte na pravidelné prohlídky k neurologovi?

a) Ano

b) Ne



**Obrázek 27** Graf popisující pravidelné kontroly u odborného lékaře

Při dotazu na pravidelné kontroly u neurologa odpovědělo 23 (92 %) žen a 21 (84 %) mužů *kladně* a 4 (16 %) muži a 2 (8 %) ženy na pravidelné kontroly *nechodí*.

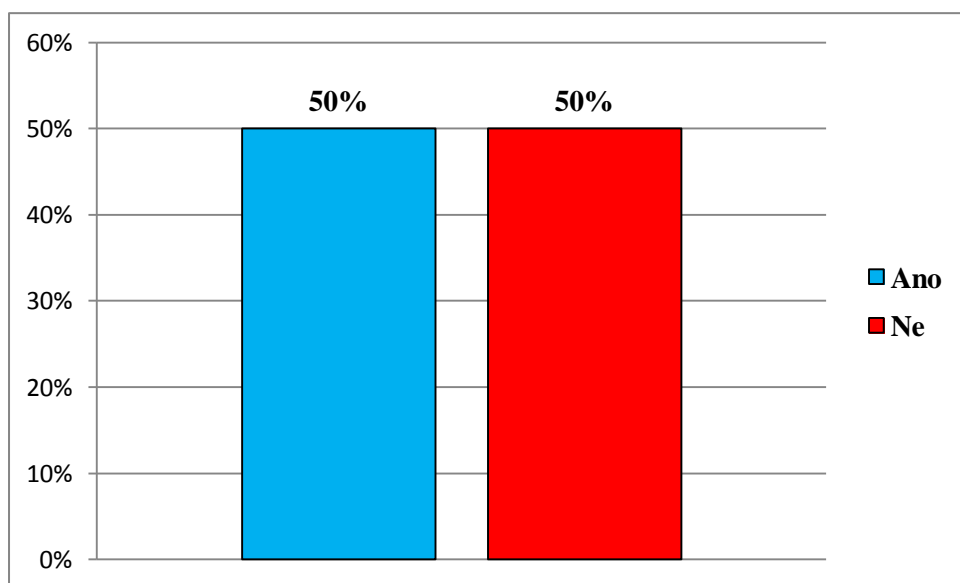
### Otázka č. 24

Víte, že existuje tzv. KLUB EPILEPTIKŮ?

a) Ano

b) Ne

Pokud jste odpověděl/a ne, na otázku č. 25, 26 a 27 neodpovídejte.



**Obrázek 28** Graf znázorňující povědomí o existenci Klubu epileptiků

25 (50 %) mužů a 25 (50 %) žen v dotazníku uvedlo, že o existenci KLUBU EPILEPTIKŮ vědí.



### Otázka č. 25

Jste jeho členem?

a) Ano

b) Ne

**Tabulka 2 Členové „ Klubu epileptiků“**

Člen „Klubu epileptiků“	Muži		Ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	2	18%	6	43%
Ne	9	82%	8	57%
<b>Celkem</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Členy KLUBU EPILEPTIKŮ byli mezi dotazovanými 6 (43 %) žen a 2 (18 %) muži.

## Otázka č. 26

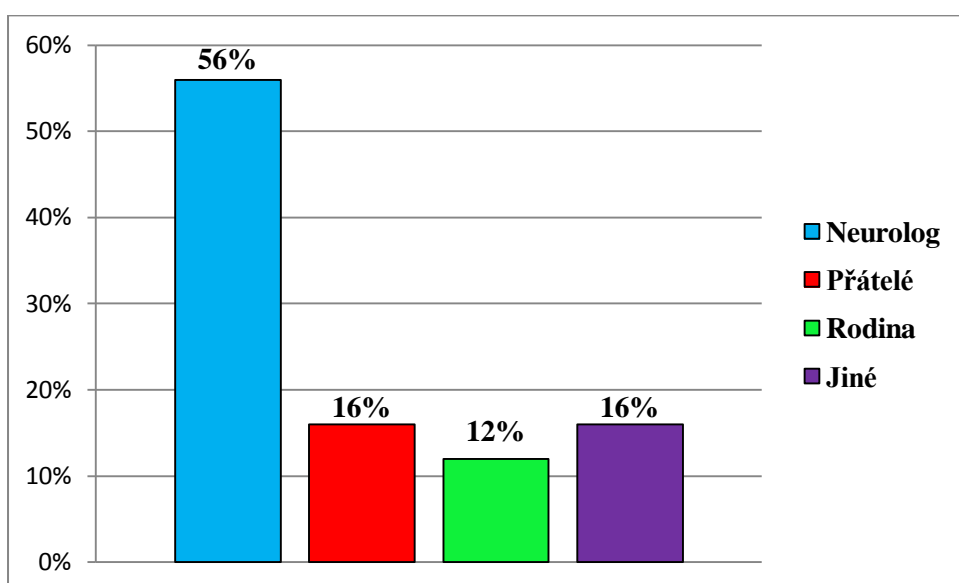
Kdo Vám podal informace o KLUBU EPILEPTIKŮ?

a) Neurolog

b) Přátelé

c) Rodina

d) Jiné:



Obrázek 29 Graf zobrazující zdroje o existenci Klubu epileptiků

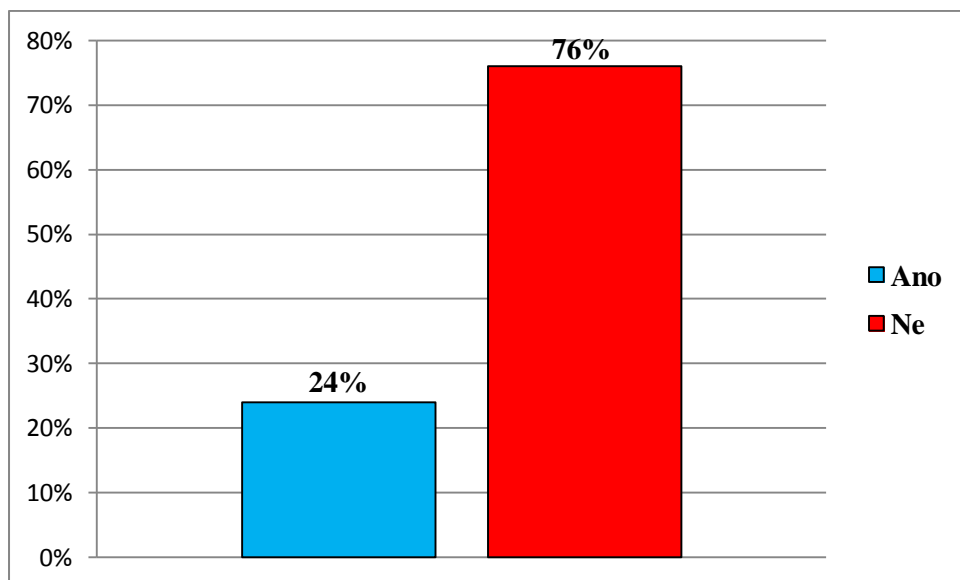
14 (56 %) respondentů získalo informace o KLUBU EPILEPTIKŮ od *neurologa*, 4 (16 %) respondenti od *přátel*, 4 (16 %) respondenti uvedli do položky „*jiné*“ *internet, letáky* a 3 (12 %) respondenti tyto informace získali od *rodiny*.

### Otázka č. 27

Účastníte se akcí, které pořádá KLUB EPILEPTIKŮ?

a) Ano

b) Ne



**Obrázek 30** Graf zobrazující účast respondentů na akcích klubu epileptiků

19 (76 %) respondentů uvedlo, že se akcí pořádaných KLUBEM EPILEPTIKŮ *neúčastní* naopak 6 (24 %) respondentů tyto akce *navštěvuje*.

## 11. Diskuze

V praktické části své práce zodpovídám na jednotlivé výzkumné otázky, které jsem si stanovila již v úvodu. Zjištěné výsledky dále konfrontuji s daty, které udává odborná literatura.

### **Výzkumná otázka č. 1: Jaký vyvolávající faktor epileptického záchvatu u mužů a žen se ve výzkumu u respondentů nejčastěji vyskytuje?**

Výsledek výzkumu ukázal, že 50 % respondentů mužského i ženského pohlaví zná příčinu, která u nich vyvolala epileptický záchvat. V našem výzkumu jsme zjistili, že u 27 % mužů způsobuje epileptický záchvat konzumace alkoholu. Naopak u 31 % žen byl epileptický záchvat vyvolán nedostatkem spánku. Tohle tvrzení se u obou pohlaví shoduje s odbornou literaturou, ve které uvádí Bednařík, Ambler, Růžička (2010), že za nejčastější provokační faktory epileptických záchvatů jsou považovány spánková deprivace a abúzus alkoholu.

Lze tedy říci, že dodržováním omezení konzumace alkoholu a dostatečným spánkem se výrazně snižuje riziko vzniku epileptických záchvatů.

### **Výzkumná otázka č. 2: Jaký má vliv onemocnění epilepsií na osobní život respondentů?**

Z výzkumného šetření jsme zjistili, že osobní život u mužů a žen epilepsie nijak neovlivňuje ve 40 % případů. Co nás však překvapilo je to, že ze zbývajících počtu respondentů, tj. 60 % mužů uvádí své největší omezení v zaměstnání, a to z důvodu zákazu práce na nočních směnách a dále mají obavy, že dostanou záchvat přímo na pracovišti. Také ženy na prvním místě uvedly omezení v zaměstnání, dále pak v oblasti soukromého života. Zde dokonce 4 respondentky uvedly, že partner neunesl jejich onemocnění a vztah ukončil rozchodem. Své omezení ženy pocítily také při studiu, kdy nejčastější komplikací byly časté absence a porucha pozornosti. Změnu chování okolí ke své osobě negativně pocítilo 32 % respondentů. Nejčastěji se jednalo o odměřenost, pomluvy a obavy blízkých osob z případného epileptického záchvatu na veřejnosti.

Ošlejšková (2008) uvádí, že epilepsie může mít pro pacienta dalekosáhlé důsledky, například ve formě ztráty speciálních pracovních oprávnění (řízení motorových vozidel apod.) a někdy i ztráty zaměstnání. Nelitostná realita zhoršení možnosti společenského uplatnění, problémy v získávání i udržení partnerů a přátel může u nemocného vyústit až do ztráty sebeúcty. Dále Bajaček (2005) uvádí, že mezi nejčastěji postižené oblasti patří nejen interpersonální, ale i rodinné vztahy, ve kterých se pacient nachází. Dochází zde k rozpakům i obavám před výskytem záchvatů při společenských akcích a i ke sníženému sebevědomí. Součástí osobního života jsou i zájmy a koníčky. Ve výzkumném šetření jsme došli k podobným závěrům, které uvádí odborná literatura. Zjistili jsme, že 40 % respondentů bylo nuceno své zájmy a koníčky omezit. Ve většině případů se jednalo o omezení sportovních aktivit, především plavání, jízdy na kole, kickboxingu, rybaření apod.

Vojtěch (2010) uvádí, že ve volném čase by se měli pacienti vyhýbat činnostem, při kterých by v případě epileptického záchvatu hrozilo vážné poškození zdraví. Ze sportovních aktivit zmiňuje jako nevhodný sport box, potápění a horolezectví. Samozřejmostí je nezbytně nutné používat ochranné pomůcky (přilby).

### **Výzkumná otázka č. 3: Jaká omezení přináší onemocnění epilepsie u respondentů v zaměstnání?**

Valouchová a kol. (2010) uvádějí, že problematika v oblasti zaměstnání je jedním z nejzávažnějších sociálních problémů lidí trpících epilepsií. Nezaměstnanost mezi lidmi s epilepsií je asi 2-3 krát vyšší, než celková nezaměstnanost v populaci. Nejčastějším omezením, na které je při volbě zaměstnání třeba brát ohled je získání řidičského průkazu nebo práce na nočních směnách. To zcela odpovídá závěrům našeho šetření, při kterém jsme došli ke stejným výsledkům. Finanční situace se v souvislosti s onemocněním zhoršila u 48 % respondentů. Prakticky u 80 % respondentů, kteří vlastnili řidičský průkaz, došlo k jeho odebrání na dobu jednoho roku, pěti let nebo k odebrání bez možnosti jeho vrácení. Stejně tak se muselo práce na nočních směnách vzdát 49 % respondentů. Zcela změnit své dosavadní zaměstnání muselo 30 % osob a to z důvodu opět ztráty řidičského průkazu a zákazu práce na nočních směnách.

Závěrem lze tedy konstatovat, že situace v oblasti zaměstnání epileptiků se jeví tím nejzávažnějším problémem.

#### **Výzkumná otázka č. 4: Ovlivnilo onemocnění epilepsií respondenty po psychické stránce?**

Účelem této otázky bylo zjistit, zda má onemocnění epilepsií nějaký vliv na psychickou stránku člověka. Zjistili jsme, že 52 % respondentů není onemocněním epilepsií ovlivněno vůbec. Na druhou stranu ti, kteří pociťují, že nemoc ovlivnila jejich psychickou stránku, uvádějí problém se stavy deprese (častěji muži) a stavy úzkosti (především ženy).

Brázdil (2012) ve svém odborném článku publikuje prakticky stejné závěry, tedy výskyt úzkostných poruch u 10 - 50 % pacientů a depresivní příznaky u 40 - 60 % nemocných. Dále uvádí, že dle řady autorů jsou úzkostné poruchy hned po depresivní poruše druhou nejčastější psychiatrickou komorbiditou u pacientů s epilepsií. Byl také prokázán vztah mezi výskytem úzkostných poruch a kvalitou života pacientů s epilepsií. Tady platí, že čím výraznější je úzkost, tím je kvalita života horší. Zajímavé je, že výskyt příznaků úzkosti zhoršuje kvalitu života nemocných dokonce více, než samotné epileptické záchvaty.

#### **Výzkumná otázka č. 5: Má nějaký vliv antiepileptická léčba na zdravotní stav respondentů?**

Všechna antiepiletika mají bohužel řadu vedlejších nežádoucích účinků, mnohdy i velmi závažných. Dle odborného článku Tyrlíková, Brázdil (2007) uvádějí, že až 61% pacientů pociťuje v průběhu léčby antiepileptiky nežádoucí účinky. V našem výzkumném šetření jsme zjistili, že 78 % respondentů, kteří tyto léky užívají jich téměř polovina (46 %) žádné nežádoucí účinky nepociťuje. Oproti tomu muži, kteří na sobě negativní účinek léků vnímají, nejčastěji uvádějí zažívací potíže, poruchu paměti a únavu. Ženy pociťují únavu, poruchu paměti a zvýšení tělesné hmotnosti. Překvapilo nás, že 1 respondent uvedl jako nežádoucí účinek antiepileptik farmakorezistenci. Waberžinek, Krajíčková a kol. (2006) uvádějí, že farmakorezistence se vyskytuje u 20 % nemocných trpících epilepsií, kterou se nedaří medikamentózní léčbou zvládnout.

Podle Novotné, Zichové, Novákové (2007) mezi nejčastější nežádoucí účinky antiepileptik patří gastrointestinální (nauzea, zvracení, průjem, zácpa a váhový přírůstek) a psychické (porucha paměti, labilita nálad, únava apod.). Odborné výsledky odpovídají tomu, co se nám podařilo zjistit ve výzkumném šetření.

### **Výzkumná otázka č. 6: Dodržují více léčebný režim muži nebo ženy?**

Do této výzkumné otázky byly zahrnuty položky spánkový režim, konzumace alkoholu, užívání léků a pravidelné prohlídky u neurologa. Snažili jsme se zjistit, jaký mají respondenti přístup ke svému zdraví. Z dotazovaných mužů jich dodržuje nebo se více méně snaží dodržovat spánkový režim 48 %, omezení konzumace alkoholu 36 %, pravidelné prohlídky u neurologa 84 %. Z dotazovaných žen jich spánkový režim dodržuje 68 %, omezení konzumace alkoholu 60 %, pravidelné prohlídky u neurologa 92 %. Obě oslovené skupiny dodržují pravidelnou medikaci v počtu necelých 80 %. Zbývající počet respondentů dodržuje režimová opatření bez užívání medikace dle ordinace lékaře, protože tito respondenti prožívají epileptický záchvat pouze ojediněle, tudíž není potřeba, aby pravidelně užívali léky.

Naše závěry se shodují s údaji internetového zdroje, ve kterém Brázdil a kol. (2009) uvádějí, že pokud se u nemocných vyskytne pouze ojediněle epileptický záchvat, pak často ani není nutné, aby pravidelně užívali léky. Přesto je ale nezbytné, aby dodržovali režimová opatření snižující riziko opětovného výskytu záchvatu. Podle Kaňovský, Herzig a kol. (2007) je základem úspěšné léčby důsledné dodržování životosprávy (dostatek spánku, zákaz konzumace alkoholu, pravidelné užívání léků a další).

## 12. Závěr

V teoretické části bakalářské práce jsme se snažili shrnout všechny podstatné informace, které se týkají onemocnění epilepsií. Díky výběru tohoto tématu jsem získala hlubší pohled na tuto problematiku. V teoretické části byly stanoveny 2 cíle.

V prvním cíli jsme se chtěli pokusit zjistit, jaká nejčastější omezení přináší onemocnění epilepsií nemocným lidem v některých oblastech jejich života. Došli jsme k závěru, že v osobním životě více než polovina respondentů musela omezit své zájmy a koníčky, téměř třetina pocítila změnu v chování okolí ke své osobě. Vlivem onemocnění došlo u necelé poloviny respondentů k psychickým poruchám, projevíly se u nich především deprese a stavy úzkosti. V profesním životě jim přineslo onemocnění velké problémy s uplatněním na trhu práce. Dále jsme zjistili, že v oblasti léčebného režimu každý druhý až třetí respondent užívající antiepileptika vnímá jejich nežádoucí účinky. Jedná se především o poruchu paměti, únavu a zažívací potíže.

Ve druhém cíli nás zajímalo, jaký mají nemocní s epilepsií přístup ke svému zdraví. Závěrem bylo zjištěno, že většina respondentů se snaží dodržovat léčebný režim tak, aby došlo ke zlepšení jejich zdravotního stavu a tím ke zvýšení kvality života. Přesto však existují i tací, kteří si dle našeho názoru plně neuvědomují, že nedodržováním režimových opatření u nich může dojít k výraznému zhoršení zdravotního stavu a tím i k celkovému zhoršení, což se výrazně projeví i v ostatních oblastech jejich života. Mráková (2008) uvádí ve svém internetovém článku, že každý epileptik by se měl ke svému onemocnění chovat velice zodpovědně, epileptici musí dlouhodobě užívat antiepileptika, dodržovat pravidelný spánek, vyhnout se alkoholu a dalším faktorům, které by mohly vyvolat epileptický záchvat.

Tato práce mi pomohla více nahlédnout do problematiky života nemocného s epilepsií. Dala mi odpověď na řadu otázek, které mě zajímaly. Měla jsem možnost poznat, jaká omezení tato nemoc lidem přináší a jak je pro ně mnohdy těžké se s tímto onemocněním vyrovnat. Závěrem bych chtěla apelovat na všechny nemocné, aby toto závažné neurologické onemocnění v žádném případě nebrali na lehkou váhu a snažili se zodpovědně přistupovat ke svému zdraví, protože jedině tak mohou být v boji s nemocí úspěšní.



Na závěr bych chtěla uvést citát, který si myslím, že by nemocné trpící epilepsií mohl povzbudit ve zvládnání této nemoci.

***„Tohle není neštěstí, ba naopak, je štěstí, že to snáším statečně“.***

***Marcus Aurelius***

## 13. Soupis bibliografických citací

### KNIHY

1. AMBLER, Z. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. 5. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0894-4.
2. AMBLER, Z.; BEDNAŘÍK, J.; RŮŽIČKA, E. a kol. *Klinická neurologie: část obecná*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-556-6.
3. AMBLER, Z.; BEDNAŘÍK, J.; RŮŽIČKA, E. a kol. *Klinická neurologie: část obecná*. 2. Vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-157-4.
4. AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 6. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-433-4.
5. AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 7. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-707-3.
6. ANDERS, M.; UHROVÁ, T.; ROTH, J. et al. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-306-0.
7. BEDNAŘÍK, J. a kol. *Učebnice obecné neurologie*. 1. vyd. Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, 2003. ISBN 80-210-3309-6.
8. BEDNAŘÍK, J.; AMBLER, Z.; RŮŽIČKA, E. *Klinická neurologie: část speciální*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-389-9.
9. BERLIT, P. *Memorix neurologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1915-3.
10. DOBIÁŠ, V. a kol. *Prednemocničná urgentná medicína*. 1. vyd. Martin: Osveta, spol. s. r.o., 2007. ISBN 80-8063-255-7.

11. KADAŇKA, Z. *Učebnice speciální neurologie*. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5320-5.
12. KALINA, M. *Akutní neurologie: intenzivní péče v neurologii*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-100-5.
13. KAŇOVSKÝ, P.; HERZIG, R. a kol. *Obecná neurologie*. 1. vyd. Olomouc: Lékařská fakulta Univerzity Palackého, 2007. ISBN 978-80-244-1663-2.
14. MORÁŇ, M. *Praktická epileptologie*. Brno: Triton, 2003. ISBN 80-7254-352-0.
15. NEVŠÍMALOVÁ, S.; RŮŽIČKA, E.; TICHÝ, J. et al. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-160-2.
16. NOVOTNÁ, I.; ZICHOVÁ, L.; NOVÁKOVÁ, D. *EEG, epilepsie a diferenciální diagnostika poruch vědomí*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2007. ISBN 978-80-7013-472-6.
17. PREISS, M.; KUČEROVÁ, H. a kol. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-0843-4.
18. SEIDL, Z.; OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0623-7.
19. TYRLÍKOVÁ, I. a kol. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-287-6.
20. TYRLÍKOVÁ, I.; BAREŠ, M. a kol. *Neurologie pro nelékařské obory*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2012. ISBN 978-80-7013-540-2.
21. VALOUCHOVÁ, L. a kol. *Epilepsie a zaměstnání*. Praha: EpiStop, 2010. ISBN 978-80-903979-1-0.

22. VOJTĚCH, Z. *Epilepsie u dospělých osob*. 1. vyd. Praha: EpiStop, 2010. ISBN 978-80-903979-2-7.

23. WABERŽINEK, G.; KRAJÍČKOVÁ, D. a kol. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1020-5.

## ČLÁNKY

24. BAJAČEK, M. *Kvalita života pacientů s epilepsií*. *Lékařské listy*. 2005, č. 47, s. 2. ISSN 1805-2355.

25. BRÁZDIL, M. *Epilepsie a úzkostné poruchy*. *Neurologie pro praxi*, 2012, roč. 13, č. 2, s. 92-96. ISSN 1803-5280.

26. ČERVENKOVÁ, A. *Ze Společnosti „E“*. *Aura*, 2012, č. 230, s. 10.

27. JUŘÍKOVÁ, L. *Epilepsie a epileptické záchvaty*. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 2, s. 73-74. ISSN 1210-0404.

28. MARUSIČ, P. *Změny v posuzování způsobilosti k řízení motorových vozidel u pacientů s epilepsií*. *Neurologie pro praxi*, 2010, roč. 11, č. 6, s. 432-433. ISSN 1213-1814; 1803-5280.

29. NEŽÁDAL, T. *Migréna a poruchy spánku u pacientů s epilepsií*. *Lékařské listy*, 2010, roč. 59, č. 9, s. 9-13. ISSN 1805-2355.

30. OŠLEJŠKOVÁ, H. *Epilepsie a její léčba*. *Praktické lékařství*, 2008, roč. 4, č. 2, s. 55-59. ISSN 1801-2434; 1803-5329.

31. TYRLÍKOVÁ, I.; BRÁZDIL, M. *Nežádoucí účinky nových antiepileptik*. *Neurologie pro praxi*, 2007, roč. 15, č. 2, s. 70. ISSN 1803-5280.

32. ZÁRUBOVÁ, J. *Podarí se zbavit epilepsii společenského stigma?* Medical tribune, 2013, roč. 9, č. 7, s. 6, ISSN 1214-8911.

### **INTERNETOVÉ ZDROJE**

33. BRÁZDIL, M. a kol. Centrum pro epilepsie Brno. *Je potřeba dodržovat zvláštní režim? Jak se epilepsie léčí?* [online]. 2009. vyd. Akademické centrum pro epileptologii a epileptochirurgii [cit. 2014-06-28]. Dostupné z: <http://www.epilepsiebrno.cz/epilepsie-jak-se-leci.html>

34. MRÁKOTOVÁ, A. Zdravě.cz. *Epilepsie* [online]. 2008 [cit. 2014-06-28]. Dostupné z: <http://epilepsie.zdrave.cz/epilepsie/>

35. SPOLEČNOST „E“ : Czech Epilepsy Association, o. s. *Kdo je Společnost „E“?* [online]. 2010 [cit. 2014-03-11]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/spolecnost-e/kdo-je-spolecnost-e/>

36. SCHACHTER, S C. Epilepsy Foundation: epilepsy therapy project. *History of Epilepsy* [online]. vyd. National non-profit company, 2006 [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: <http://www.epilepsy.com/epilepsy/history>

## **14. Seznam příloh**

Příloha A EEG přístroj

Příloha B Průběh EEG vyšetření

Příloha C Normální EEG záznam při otevírání a zavírání očí

Příloha D Generalizovaný epileptický záchvat na EEG záznamu

Příloha E Dotazník

## Příloha A: EEG přístroj



Zdroj: Internetové stránky <http://www.cmp-brno.cz/Elektroencefalografie-EEG.html>

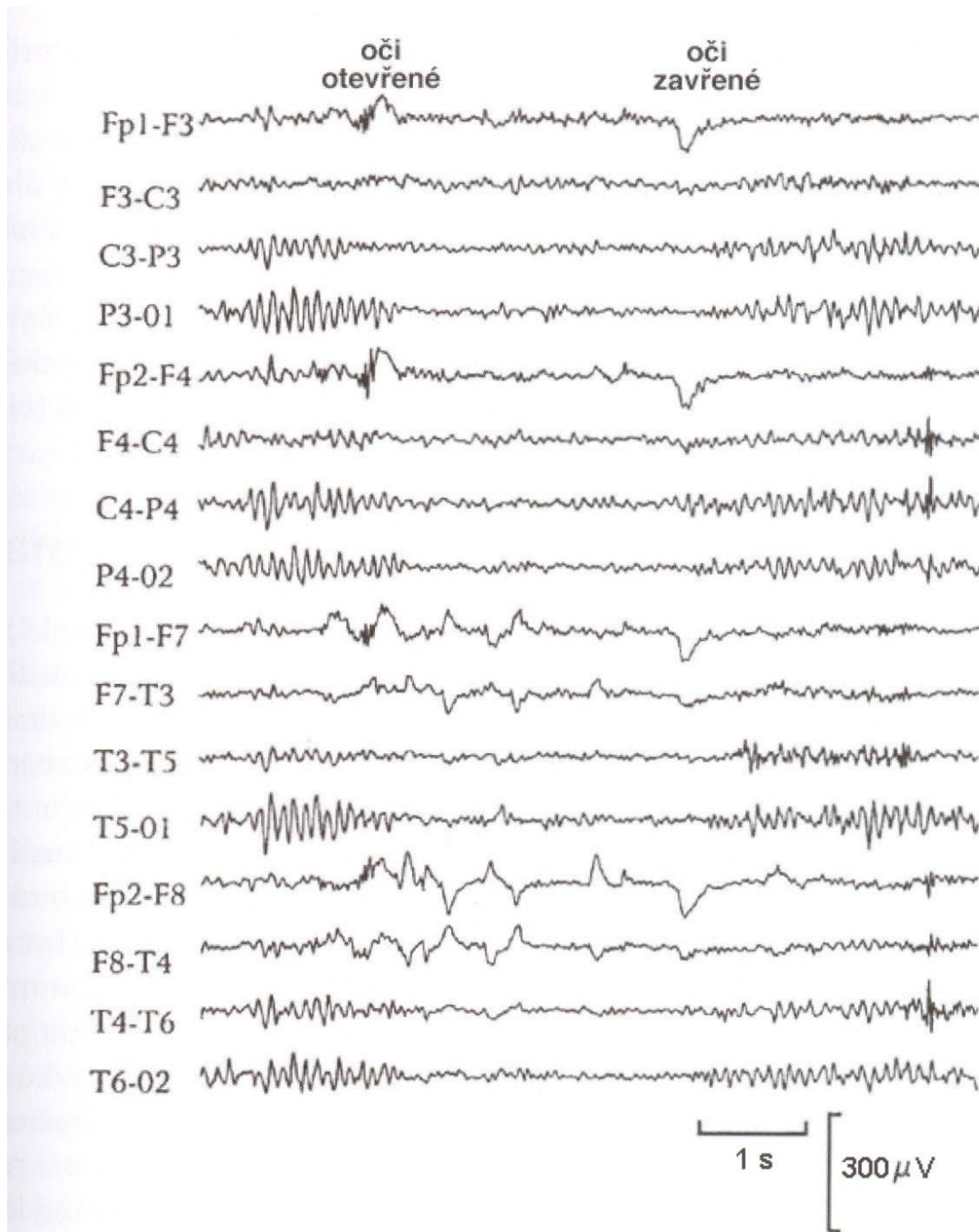
## **Příloha B: Průběh EEG vyšetření**



Zdroj: Internetové stránky <http://www.khn.cz/index.php?volba=oddeleni&kat=4&i=118>

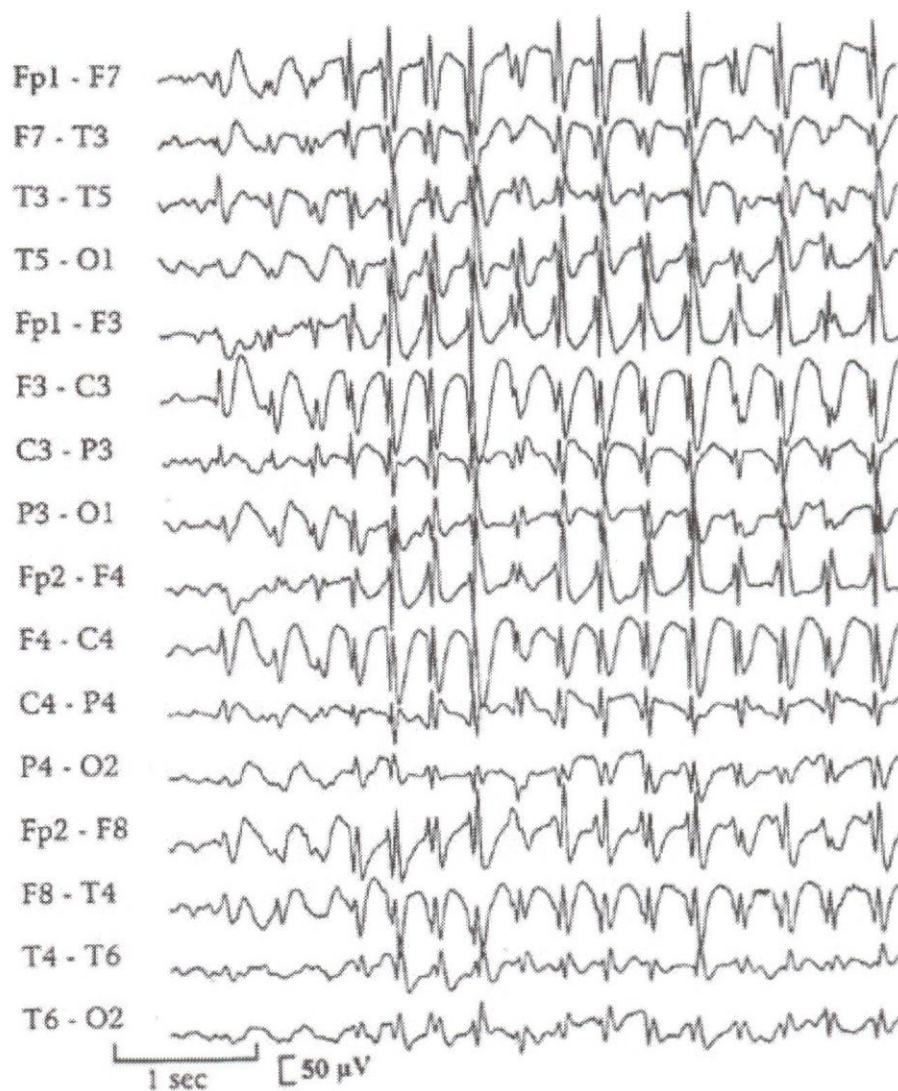


**Příloha C:** Normální EEG záznam při otevírání a zavírání očí



Zdroj: Ambler, 2008.

**Příloha D:** Generalizovaný epileptický záchvat na EEG záznamu



Zdroj: Ambler, 2008.

## **Příloha E: Dotazník**

**Vážená paní, vážený pane,**

jmenuji se Iveta Petrová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice obor Všeobecná sestra. Jednou z podmínek pro ukončení studia je úspěšná obhajoba bakalářské práce.

Jako téma jsem si zvolila „**Život nemocných s epilepsií**“.

Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Výsledky budou použity výhradně pro účely mé bakalářské práce. Prosím, věnujte mi několik minut času k vyplnění dotazníku. Vámi zvolenou odpověď prosím zakroužkujte, případně i doplňte.

Děkuji za Vaši spolupráci a cenný čas.

Iveta Petrová

**1) Pohlaví**

- a) Žena
- b) Muž

**2) Kolik je Vám let?**

- a) 20 a méně let
- b) 21 – 30
- c) 31 – 40
- d) 41 – 50
- e) 51 -60
- f) 61 a více let

**3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Základní
- b) Středoškolské s maturitou
- c) Střední odborné učiliště
- d) Vysokoškolské

**4) V současné době jste:**

- a) Zaměstnaný
- b) Nezaměstnaný
- c) Starobní důchodce
- d) Invalidní důchodce
- e) Student

**5) V jakém věku Vám byla diagnostikována epilepsie?**

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) 21 a více let
- f) Nepamatuji si

**6) Víte, co bylo u Vás příčinou vzniku epilepsie?**

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte prosím, co u Vás vyvolalo epileptický záchvat:  
(například nedostatek spánku, nepravidelné užívání léků, hluk, úraz hlavy, alkohol, blikající světla, horečnaté stavy v dětství.....)

.....

**7) Jak se u Vás projevuje epileptický záchvat?**

- a) Grand mal (pád na zem, křečovitě záškuby svalstva, ztráta vědomí, porucha paměti.....)
- b) Petit mal (zahledění, chvilkové nevnímání, neuvědomování si své činnosti.....)

**8) Jak často míváte epileptický záchvat?**

- a) Několikrát v měsíci
- b) Několikrát v roce
- c) Pouze ojedinele
- d) Jiné:

.....

**9) Epilepsie mě nejvíce omezuje v oblasti:**

- a) Rodina
- b) Práce
- c) Studium
- d) Soukromí
- e) Neomezuje mě

Pokud jste odpověděl/a, že Vás onemocnění epilepsie omezuje v některé oblasti, uveďte prosím důvod omezení:

.....

**10) Došlo ke změně chování rodinných příslušníků a přátel k Vaší osobě pokud srovnáte stav před a po onemocnění?**

- a) Ano
- b) Ne

**11) Vnímáte na sobě psychické změny před nebo po proběhlém epileptickém záchvatu?**

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste odpověděl/a ano, o jakou psychickou změnu se jedná? (například deprese, strach, úzkost, pocit méněcennosti, sociální izolace, panická porucha....)

Uveďte:

.....

**12) Pociťujete na sobě přicházející epileptický záchvat tzv. auru (předzvěst)?**

- a) Výpadky zrakového pole, mžitky
- b) Pískání v uších
- c) Iluze již viděného, slyšeného
- d) Křeče
- e) Pocit mravenčení, brnění končetin
- f) Zápach spálené gumy
- g) Jiné: .....
- h) Nic nepociťuji

**13) Ovlivnilo onemocnění Vaše zájmy a koníčky?**

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte, jaké koníčky jste musel/a omezit: .....

**14) Domníváte se, že se změnil v důsledku onemocnění Váš partnerský život?**

- a) Ano
- b) Ne

**15) Byl Vám odebrán řidičský průkaz kvůli onemocnění epilepsií?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Řidičský průkaz nevlastním

Pokud jste odpověděl/a ano, napište, na jak dlouho Vám byl ŘP odebrán: .....

**16) Zhoršilo onemocnění epilepsií Vaši finanční situaci?**

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

**17) Donutilo Vás onemocnění epilepsií změnit zaměstnání, nebo Vás omezilo již při výběru budoucího povolání?**

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte důvod omezení:

.....

**18) Bylo Vám zakázáno kvůli onemocnění epilepsií pracovat na noční směny?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Pracuji jen v jednosměnném nebo dvousměnném provozu

**19) Dodržujete pravidelný spánkový režim?**

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

**20) Užíváte pravidelně léky na epilepsii předepsané lékařem?**

- a) Ano, léky užívám pravidelně
- b) Ne, dle ordinace lékaře léky na epilepsii neužívám, dodržuji režimová opatření.

Pokud jste odpověděl/a ne, pokračujte na otázku č. 22

**21) Vnímáte nějaké nežádoucí účinky antiepileptik?(např. zvyšování hmotnosti, únava, alergická reakce, zhoršení paměti, zažívací potíže..... )**

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste odpověděl/a ano, prosím uveďte, jaké nežádoucí účinky pocítujete:

.....

**22) Dodržujete omezení konzumace alkoholu?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Občas

**23) Chodíte na pravidelné prohlídky k neurologovi?**

- a) Ano
- b) Ne

**24) Víte, že existuje tzv. KLUB EPILEPTIKŮ?**

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste odpověděl/a ne, na otázku č. 25, 26 a 27 neodpovídejte.

**25) Jste jeho členem?**

- a) Ano
- b) Ne

**26) Kdo Vám podal informaci o existenci KLUBU EPILEPTIKŮ?**

- a) Neurolog
- b) Přátelé
- c) Rodina
- d) Jiné (uveďte) .....

**27) Účastníte se akcí, které pořádá KLUB EPILEPTIKŮ?**

- a) Ano
- b) Ne