

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

ŠÁRKA ZVOLÁNKOVÁ

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života s epilepsií

Šárka Zvolánková

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2016/2017

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Šárka Zvolánková**  
Osobní číslo: **Z15037**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Kvalita života 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

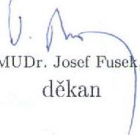
Seznam odborné literatury:

1. EHLER, Edvard. Neurologie. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2009. ISBN isbn978-807395-158-0.
2. KALINA, Miroslav. Akutní neurologie: intenzivní péče v neurologii. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-725-4100-5.
3. KOMÁREK, Vladimír. Epileptické záchvaty a syndromy. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-858-2456-6.
4. MORÁŇ, Miroslav. Praktická epileptologie. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-725-4352-0.
5. NOVOTNÁ, Irena, Lenka ZICHOVÁ a Danuše NOVÁKOVÁ. EEG, epilepsie a diferenciální diagnostika poruch vědomí. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. ISBN 978-80-7013-4726.
6. SEIDL, Zdeněk. Neurologie pro studium a praxi. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5247-1.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jitka Rusová, DiS.  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce: 23. července 2018

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 19. března 2018

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.

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

V Pardubicích dne .....

.....

Šárka Zvolánková

## **PODĚKOVÁNÍ**

Zejména bych chtěla poděkovala Mgr. Jitce Rusové, DiS. za cenné rady, věcné připomínky, trpělivost a lidský přístup při vedení této bakalářské práce. Mé poděkování patří též zaměstnancům nemocnice za spolupráci při získávání údajů pro průzkumnou část práce. V neposlední řadě bych také chtěla poděkovat své rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá problematikou „Kvalita života s epilepsií“. Práce se dělí na část teoretickou a část průzkumnou. Teoretická část obsahuje základní informace o epilepsii, klinických projevech, dělení epileptických záchvatů, diagnostice a léčbě zaměřující se na režimová opatření. Také se zaměřuje na kvalitu života. Průzkumná část prezentuje data získaná pomocí standardizovaného dotazníku QOLIE – 31 (Quality of Life in Epilepsy). Dotazník byl rozdán v poradně pro záchvatovitá onemocnění. Z výsledků šetření vyplývá, že epilepsie má negativní vliv na kvalitu života respondentů.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

dotazník QOLIE-31, epilepsie, kvalita života, výzkum

## **TITLE**

Quality of life with epilepsy

## **ANNOTATION**

Bachelor's work deals with the problems about " Quality of life with epilepsy ". Work is divided into part of theoretical and research part. Theoretical part includes basic information about epilepsy, clinical displays, division of epileptic fits, diagnostics and medical treatment focused on regime measure. It also focuses on quality of life. Research part presents data gained by standardized questionnaire QOLIE – 31 (Quality of Life in Epilepsy). Questionnaire was distributed in advisory centre for fit diseases. From the results, it follows that epilepsy has a negative influence on quality of life of the respondents.

## **KEYWORDS**

questionnaire QOLIE-3, epilepsy, quality of life, research

# OBSAH

Úvod.....	14
Cíl práce.....	15
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	16
1. Kvalita života.....	16
1.1 Vymezení pojmu .....	16
1.2 Individualita definice kvality života.....	17
1.3 Metody měření a hodnocení kvality života.....	18
1.4 Důležitost hodnocení kvality života v ošetrovatelství .....	19
2. Epilepsie.....	20
2.1 Charakteristika onemocnění.....	20
2.2 Incidence .....	21
2.3 Etiologie .....	21
2.4 Klasifikace epileptických záchvatů.....	22
2.4.1 Parciální (fokální) záchvaty .....	22
2.4.2 Generalizované záchvaty .....	24
2.4.3 Neklasifikovatelné záchvaty .....	25
2.5 Status epileptikus .....	26
2.6 Diagnostika .....	26
2.6.1 Anamnéza .....	26
2.6.2 Zobrazovací metody .....	27
2.6.3 Laboratorní vyšetření.....	27
2.6.4 Diferenciální diagnostika.....	27
2.7 Léčba.....	28
2.7.1 Farmakologická léčba .....	28
2.7.2 Chirurgická léčba.....	29
2.7.3 Nefarmakologická opatření.....	30



2.8	Epilepsie a způsobilost řízení motorových vozidel.....	31
2.9	Epilepsie a zbrojní průkaz.....	31
2.10	Epilepsie a mateřství.....	32
2.11	Epilepsie a sexuální dysfunkce.....	32
2.12	Epilepsie a psychiatrická problematika.....	33
2.13	Epilepsie a sociální problematika.....	34
II.	PRŮZKUMNÁ ČÁST.....	35
3.	cíl práce a výzkumné otázky.....	35
3.1	Metodika.....	36
3.2	Výsledky průzkumu a analýza dat.....	37
4.	Odpovědi na výzkumné otázky.....	73
5.	Diskuze.....	76
6.	Limity a doporučení pro další výzkumy.....	78
7.	Závěr.....	79
8.	Použitá literatura.....	80
9.	Seznam příloh.....	83
10.	Přílohy.....	84

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Pohlaví respondentů .....	37
Obrázek 2 Věk a pohlaví respondentů .....	38
Obrázek 3 Hodnocení celkové kvality života .....	39
Obrázek 4 Průměrná kvalita života s ohledem na věk a pohlaví .....	40
Obrázek 5 Pocitu elánu za poslední 4 týdny .....	41
Obrázek 6 Pocitu elánu za poslední 4 týdny v závislosti na pohlaví .....	41
Obrázek 7 Pocit elánu za poslední 4 týdny v závislosti na věku .....	42
Obrázek 8 Pocit nervozity za poslední 4 týdny .....	43
Obrázek 9 Pocit skleslé nálady za poslední 4 týdny .....	43
Obrázek 10 Pocitu klidu a míru za poslední 4 týdny .....	44
Obrázek 11 Množství energie za poslední 4 týdny .....	45
Obrázek 12 Pocit skleslosti a deprimovanosti za poslední 4 týdny .....	46
Obrázek 13 Pocit skleslosti a deprimovanosti v závislosti na pohlaví .....	46
Obrázek 14 Pocit skleslosti a deprimovanosti v závislosti na věku .....	47
Obrázek 15 Pocit vyčerpanosti za poslední 4 týdny .....	48
Obrázek 16 Pocit štěstí za poslední 4 týdny .....	49
Obrázek 17 Pocit únavy za poslední 4 týdny .....	50
Obrázek 18 Pocit únavy s ohledem na věk .....	50
Obrázek 19 Obavy z dalšího záchvatu za poslední 4 týdny s ohledem na pohlaví .....	51
Obrázek 20 Obtíže při přemýšlení nad problémy za poslední 4 týdny .....	52
Obrázek 21 Omezení společenského života za poslední 4 týdny .....	53
Obrázek 22 Kvalita života za poslední 4 týdny .....	54
Obrázek 23 Potíže s pamětí za poslední 4 týdny .....	55
Obrázek 24 Potíže s pamětí za poslední 4 týdny s ohledem na věk .....	55
Obrázek 25 Potíže se zapamatováním za poslední 4 týdny .....	56
Obrázek 26 Potíže soustředit se na čtení za poslední 4 týdny .....	57
Obrázek 27 Potíže soustředit se na činnost za poslední 4 týdny .....	58
Obrázek 28 Vliv epilepsie nebo antiepileptik na volný čas za poslední 4 týdny .....	59
Obrázek 29 Vliv epilepsie nebo antiepileptik na řízení auta za poslední 4 týdny .....	60
Obrázek 30 Obavy s možným záchvatem v následujícím měsíci .....	61
Obrázek 31 Starosti kvůli zranění při záchvatu .....	62
Obrázek 32 Starosti kvůli možnému záchvatu v následujícím měsíci .....	63

Obrázek 33 Starosti z nežádoucích účinků léků .....	64
Obrázek 34 Obavy ze záchvatů .....	65
Obrázek 35 Potíže s pamětí .....	66
Obrázek 36 Starosti kvůli omezení v práci .....	67
Obrázek 37 Starosti kvůli omezení společenského uplatnění.....	68
Obrázek 38 Starosti s vlivem antiepileptik na fyzické zdraví .....	69
Obrázek 39 Starosti s vlivem antiepileptik na duševní zdraví.....	70
Obrázek 40 Starosti s vlivem antiepileptik na fyzické/duševní zdraví.....	70
Obrázek 41 Ohodnocení vlastního zdravotního stavu .....	71

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Podrobnější charakteristika věkové struktury žen a mužů .....	38
Tabulka 2 Průměrné skóre .....	72

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

QOLIE	Quality of Life in Epilepsy
WHO	Světová zdravotnická organizace
SEIQoL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
SQUALA	Subjektive Quality of Live Analysis
WHOQoL	World Health Organization Quality of Life Assessment
EEG	Elektroencefalografie
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Computerová tomografie
MR	Magnetická rezonance
VNS	Vagus nerve stimulation
ZTP	Zvlášť těžké postižení
ZTP/P	Zvlášť těžké postižení s průvodcem
FLE	Epilepsie frontálního laloku
TLE	Epilepsie temporálního laloku
GABA	Kyselina gama-aminomáselná
SD	Sexuální dysfunkce

„Lásku, vlídnost a bratrský soucit potřebuje nemocný někdy více než všechny léky. “

(Fjodor Michajlovič Dostojevskij – spisovatel, epileptik)

## ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena zjišťování a posuzování kvality života respondentů trpících epilepsií. Dále na to, jak toto onemocnění ovlivňuje různé domény jejich života. Epilepsie se vyskytuje po celém světě bez ohledu na rasu, věk, socioekonomickou strukturu, nebo zeměpisnou polohu. Jedná se o onemocnění charakterizované poruchami, které se vyskytují v záchvatech. Tyto záchvaty jsou vůlí neovlivnitelné a často se mohou opakovat. Bývají obvykle spojeny s poruchami vědomí, změnou jednání a chování, není to však pravidlem. Změny se mohou týkat autonomních funkcí i senzomotoriky. (Moráň, 2003). Přibližně 5 % populace zažije jednou za život epileptický záchvat. Opakované záchvaty se pak týkají zhruba 0,5 % populace. Léčbou se pak daří kompenzovat 90 % případů (Seidl, 2015), přesto však jak nemoc, tak léčba ovlivňují kvalitu života pacientů trpících epilepsií. Tato choroba může být léčená jak medikamentózně – pravidelným užíváním antiepileptik, tak i chirurgicky, avšak nedílnou součástí léčby je dodržování režimových opatření, která mohou v některých případech pacientům přivodit omezení a zatížení v osobním životě, ale zároveň má toto omezení své nezastupitelné místo v léčbě a prevenci vzniku epileptického záchvatu. (Ambler, 2006)

Teoretická část nastiňuje problematiku tohoto onemocnění. Obsahuje kapitoly zabývající se kvalitou života, vymezením tohoto pojmu, také náhled pacienta na vlastní kvalitu života a jeho ovlivnění. Dále přináší informace o samotném onemocnění epilepsií např. etiologie, nejčastější příčiny, klasifikace epileptických záchvatů, diagnostika, léčba, režimová opatření atd. V průzkumné části je popisováno, jak může být kvalita života respondentů omezena nebo pozměněna, pokud trpí epilepsií. Cílem této práce bylo zjistit, jaký vliv má epilepsie na život respondentů. Kvalitu života mohou narušovat problémy psychického i fyzického charakteru. Toto bylo zjišťováno pomocí standardizovaného QOLIE – 31. Na konci průzkumné části je zobrazeno výsledné skóre, které celou tuto část shrnuje a vyhodnocuje.

Hlavním důvodem, proč jsem si toto téma vybrala je, že mě zaujala problematika epilepsie. Velice zajímavé mi přišlo, jak se dá závažné onemocnění z velké části ovlivnit dodržováním režimových opatření, přičemž jejich hlavní myšlenkou je klidný a pravidelný režim života člověka.

## **CÍL PRÁCE**

Cílem je zjistit kvalitu života pacientů trpících epilepsií s použitím standardizovaného dotazníku QOLIE 31.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

Aby bylo možné pojednat o kvalitě života epileptiků, je nejprve nutné objasnit pojem kvalita života. Tomuto pojmu jsou věnovány první odstavce teoretické části. Následující informace se budou věnovat problematice epilepsie, jakožto nemoci, která negativním způsobem ovlivňuje životy epileptiků. Vzhledem k záchvatovité povaze tohoto onemocnění mají pacienti problém např. se získáním či udržením pracovní pozice. S tím úzce souvisí např. i získání řidičského oprávnění. Mimo to je ale také život pacientů výrazně omezen v rovině osobní (záliby, kultura) a rodinné (hledání partnera, založení rodiny).

## 1. KVALITA ŽIVOTA

V této kapitole dojde k objasnění termínu kvality života a jak a podle čeho se hodnotí.

### 1.1 Vymezení pojmu

Neexistuje obecně přijímaná definice kvality života. „*Kvalita života to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů ve kterých žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životního stylu a zájmu*“, dle WHO (Světová zdravotnická organizace).

Kvalita života („quality of life“ – QoL) je komplexní, multidimenzionální a interdisciplinární pojem, navíc však problematický tím, že se používá i v běžném jazyce. V medicíně se někdy užívá termín „kvalita života týkající se zdraví“ („health-related quality of life“ – HRQoL), vztahující se k vlivu nemoci a její léčby na jedince. Pojem kvalita vyjadřuje jakost či hodnotu. Kvalitu života a životní spokojenost nelze považovat za synonyma, ale pouze jako blízké pojmy. Kvalita může být vyjádřena kvalitativními (vycházející z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje) a kvantitativními (objektivními, měřitelnými) ukazateli. Pokud chceme vymežit, na jaký druh hodnocení je kvalita zaměřená, musíme si určit jeho předmět a zároveň standart (normu), se kterou je předmět porovnáván. V případě kvality života je hlavním předmětem hodnocení samotný život, proto je velice důležité si zodpovědět základní otázku: kvalitu jakého života hodnotíme?

Přestože je hodnocení kvality života poměrně složitý proces, kvalita života v sobě vždy odráží pocit pohody vycházející z tělesného, sociálního a duševního stavu jedince. Nejčastějším objektem hodnocení je individuální život. Život jednotlivce nechápeme jen v úzkém významu biologické existence, ale jako pojem, který komplexně zahrnuje všechny projevy a činnosti (rodinný, pracovní, citový, společenský život apod.). Kromě života jednotlivce může být hodnocen i život skupiny, společnosti nebo i populace (úroveň společnosti). V ošetřovatelství



můžeme hovořit například o kvalitě života pacientů s onkologickým onemocněním nebo po cévní mozkové příhodě apod. (Gurková, 2011; Šamánková M. , 2011)

V běžné komunikaci se pojem kvalita života většinou pojí s pozitivním chápáním pojmu kvalita (kvalitní = dobrý). Avšak v odborném jazyce se termín kvalita života používá při popisu pozitivních i negativních aspektů života. Hodnocení, zda je, či není život kvalitní, je založené na porovnání našeho života se žádoucí, očekávanou úrovní existence, nebo porovnání s životem druhých lidí. Jaká je ale norma, či standart pro konstatování, že život jednotlivce je opravdu kvalitní (dobrý)? Proto vznikl model sestavený Centrem pro podporu zdraví (univerzita v Torontu). Model je složen ze tří hlavních životních domén – „být“, ve smyslu osobní charakteristiky člověka. „Náležet“ či „patřit někam“ tj. být ve spojení s konkrétním prostředím a „realizovat se“ ve smyslu dosáhnout osobních cílů. Každá z těchto zmíněných domén je blíže specifikována do subdomén, toto je popsáno v rámci přílohy A. (Gurková, 2011, str. 31; Šamánková, 2011, str. 21)

## **1.2 Individualita definice kvality života**

Problematika kvality života je zkoumána hlavně v posledních 20 letech. Zpočátku byla věnována pozornost hodnocení života chronicky nemocných a starých lidí, protože vlivem pokroku v léčbě dochází ke zvýšení počtu těchto pacientů a tím se i zvyšuje množství problémů, které lze zahrnout pod pojem kvality života. Kvalita života je zkoumána v několika vědních oborech (v medicíně, ošetrovatelství, psychologii, sociologii, pedagogice a v dalších). Jejich úhel pohledu, a tedy i teoretické vymezení toho jakými metodami ji lze měřit, je v některých případech až zásadně rozdílný. Proto koncept kvality života nemá všeobecně akceptovanou definici. Stává se tak předmětem mnohých interdisciplinárních rozprav bez všeobecně přijaté shody. Ukázalo se, že ryze medicínská kritéria při posuzování jedince na škále „zdraví – nemoc“ již nepostačí a je třeba identifikovat a zhodnotit také psychické, sociální a behaviorální determinanty lidského života. Navzdory tomu má koncept kvality života své nezastupitelné místo ve všech jednotlivých vědních disciplínách, avšak je mezi různými přístupy vyzdvižováno a zároveň napadáno. Na jedné straně můžeme zaznamenat velký nárůst studií (zahraničních i domácích) a s tím spojený vývoj nástrojů měření kvality života. Na druhou stranu tak zákonitě přibývají komplexnější (v některých případech komplikovanější) vymezení a modely. A to vede k přidávání a používání dalších příbuzných termínů, proto je až nemožné uvést termíny do souladu. Koncept kvality života, tak můžeme přirovnat k průsečíku (bodu) ve kterém se mezi sebou prolínají nejrůznější roviny a přístupy jeho vymezení. (Šamánková, 2011, str. 23)

### 1.3 Metody měření a hodnocení kvality života

Pro změření kvality života existuje velké množství metod. Například Křivohlavý rozlišuje metody pro měření kvality života podle toho, zda tuto kvalitu hodnotí jiná osoba. Dále pak metody, kde je hodnotitelem zkoumaná osoba. A nakonec metody smíšené. Mimořádným počinem z druhé skupiny metod je dnes nejrozšířenější metoda SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), která umožňuje měřit individuální kvalitu života. Klasické dotazníky hodnotící subjektivní kvalitu života užívané v České republice jsou SQUALA (Subjektive Quality of Live Analysis) a WHOQoL (World Health Organization Quality of Life Assessment). (Křivohlavý, 2002)

U této bakalářské byl pro hodnocení kvality života pacientů s epilepsií použit standardizovaný dotazník QOLIE – 31. Tento dotazník obsahuje 31 otázek, které jsou poté rozčleněny do sedmi různých oblastí. Každá z těchto oblastí zkoumá jiný negativní způsob, kterým epilepsie na člověka může působit. Každá oblast je ohodnocena určitým počtem bodů. Celkem je možné ze všech oblastí dohromady získat maximálně 100 bodů a minimálně 0 bodů. 100 bodů v podstatě představuje stav – nemoc mě neomezuje vůbec a na kvalitu mého života nemá vliv a 0 bodů – jsem nemocí absolutně omezen a na kvalitu mého života má zásadně negativní vliv. Celý dotazník je k nahlédnutí v rámci přílohy D. Na bázi tohoto dotazníku je postavena celá průzkumná část této bakalářské práce.

Zkoumání socioekonomických charakteristik a kvality života, přináší rozporuplná zjištění. Payne došel k podobným závěrům u celkové spokojenosti s kvalitou života. Zjistili, že výše skórovali muži, lidé v partnerském/manželském vztahu. S ohledem na věk hodnoty klesaly, když se věk zvyšoval, avšak parabolicky, takže nejméně spokojení z dotazníkového šetření vyšli lidé ve středním věku. Na spokojenost s kvalitou života měla větší vliv existence blízké osoby než zdravotní potíže. K vyšší celkové spokojenosti dále vede vyšší socioekonomický status a nepřítomnost zdravotních potíží. (Payne, 2005)

Podle *Křivohlavého* se ukazuje, že změna životní situace, která je způsobena **nemocí** se výrazně projeví na kvalitě života. Často se objevuje domněnka, že čím je lepší zdravotní stav, tím se zvyšuje hodnota kvality života. Avšak Moons se spolupracovníky zjistili, že kvalita života nemusí nezbytně záviset na zdravotním stavu, záleží na tom, jakou důležitost přisuzuje daná osoba zdravotnímu stavu. Někteří lidé se dovedou přizpůsobit onemocnění, tím že pozmění své plány a očekávání. (Křivohlavý, 2002; Moons, 2004)

K **očekávání pacientů** ve vztahu k lékařskému zákroku se vyjadřuje Vavrda. Lidé často přicházejí s očekáváním změny kvality života, a to s výrazně větším než lze skutečně dosáhnout. Nenahlíží přitom, že změna tělesného stavu je jen jedním z předpokladů změny kvality života a vztah mezi výsledkem léčby a změnou kvality života není bezprostřední. Je proto nutné pacientovi ozřejmit limity, které má zákrok z hlediska jeho očekávání. (Vavrda, 2005)

Od kvality života je nutné odlišit prožitek **osobní pohody**, ta zahrnuje dimenzi tělesnou, duševní, sociální a spirituální jako významnou složku zdraví. Při hodnocení osobní pohody se typicky sleduje míra pozitivní afektivity a životní spokojenosti. V řadě studií bývá osobní pohoda chápána jako součást kvality života, kdy se předpokládají dvě dimenze – subjektivní a objektivní pohoda. (Mandincová, 2011)

#### **1.4 Důležitost hodnocení kvality života v ošetrovatelství**

Ošetrovatelství je úzce spojeno s člověkem, který je vnímán jako holistická bytost, tedy jedinec se stránkou bio-psycho-sociální a spirituální. Smyslem a cílem ošetrovatelství je udržení, podpora a obnovení zdraví člověka. Dále pak rozvoj jeho samostatnosti a mírnění bolesti či utrpení nevléčitelně nemocným, příp. pomoc v klidném umírání. Ve snaze naplnění jednotlivých cílů, které odpovídají požadavkům jedince, s ním zdravotní sestra společně hledá možnosti, jak jich docílit. Proto se pojem kvalita života v tomto vztahu velice úzce prolíná se zdravím. Díky tomuto poznatku můžeme sestru definovat jako osobu, která svojí péčí pomáhá zlepšovat kvalitu života ošetrovaných. Tak jako se může měnit vnímání a definování fyzického a psychického zdraví jednotlivce v souvislosti s výskytem chronických či jiných onemocnění, může se měnit i subjektivně vnímaná kvalita života. Kvalita života tedy rozhodně není neměnným stavem, ale přesně naopak. Je naprosto závislá na čase, okolnostech i situacích ve kterých ji hodnotíme. V ošetrovatelství je kvalita života vnímána i jako hybná síla či motivace, která člověka směřuje ke zlepšení dosavadního stavu, k hledání lepšího. Je úzce spojena s onemocněními (např. epilepsií), která mohou mít v mnoha případech výrazný dopad na fyzický a psychický stav jednotlivce, na způsob jeho života a na naplňování hlubších potřeb ve smyslu seberealizace, sounáležitosti atd. (Olišarová, 2013)

## **2. EPILEPSIE**

V textu níže budou uvedeny základní informace o epilepsii - např. charakteristika onemocnění, incidence, etiologie, informace o epileptických záchvatech, diagnostice, léčbě a nefarmakologických opatřeních. Na konci této části jsou zmíněny možné komplikace vzniklé v osobním životě a možnostech epileptiků.

### **2.1 Charakteristika onemocnění**

Jedná se o onemocnění, při kterém dochází k neovlivnitelným změnám činnosti mozku, pro které je typické opakování epileptických záchvatů, které náhle začínají, mají určitou dobu trvání a rovněž se velmi rychle navracejí k normě. Epileptický záchvat považujeme za syndrom, který má původ v onemocnění mozku s biochemickými a elektrofyziologickými změnami, které se projevují souborem změn v chování nemocného, které jsou různého charakteru. Po odstranění příčiny odezní i epileptické projevy. Základním patogenetickým mechanismem je epileptické ložisko (ohnisko). Jde o různě rozsáhlé množství neuronů s patologickou elektrickou aktivitou. Tato patologie spočívá v porušeném stavu klidové polarizace a v akční depolarizaci povrchové membrány neuronu. Tento stav způsobuje hyperautorytmicity a hypersynchronie. Epileptické ohnisko může být klinicky němé, protože podléhá řadě inhibičních vlivů. Tyto vlivy představují záchvatový práh. Pokud se inhibiční vlivy sníží, dojde i ke snížení záchvatového prahu a vytvoří se epileptický výboj. Poté co vznikne epileptický výboj, záleží na tom, zda je ohraničený (nešíří se do okolí a symptomy se odvíjí od lokalizace výboje v příslušné oblasti mozku) či neohraničený (šíří se na další oblasti a může funkčně postihnout i celý mozek). Samotný záchvat vždy vychází z lokalizace a šíření výboje. (Ambler, 2006, str. 189)

Ne každý epileptický záchvat musí vyvolat klinickou symptomatologii může se projevit pouze patologickým záznamem na EEG. Některé záchvaty mají typický EEG obraz (např. petit mal, viz příloha B). Určitý neadekvátní/dráždivý podnět, může v některých případech vyvolat záchvat a stejný podnět u zdravého jedince záchvat nevyvolá. Za určitých podmínek může každý mozek reagovat epileptickým záchvatem, např. při stimulaci, po aplikaci některých farmak. (Seidl, 2015, str. 247)

## 2.2 Incidence

Údaje o výskytu nejsou zcela jednotné – incidence nově diagnostikovaných epilepsií 20–70 na 100 000 za jeden rok. (Kaňovský, 2007, str. 5)

Alespoň jednou v životě prodělá epileptický záchvat asi 5 % populace, avšak jen 0,5 % trpí opakovanými záchvaty. Do 20 roku věku dostane první záchvat 75 % epileptiků. Kompenzační léky lze epilepsií léčit v 90 %, zbylých 10 % jsou částečně rezistentní na medikamentózní léčbu. (Seidl, 2015, str. 247)

## 2.3 Etiologie

Jakékoli poškození mozku, které částečně poškodí neuron, může být příčinou epileptických záchvatů. Avšak úplně zničený neuron nemůže reagovat hypersynchronním výbojem. K poruchám funkce normálního mozku dochází v důsledku systémové poruchy např. při hypoglykémii, hypoxii nebo jako důsledek poškození mozku. Vlastních příčin je celá řada: perinatální hypoxie a ischemie, poporodní trauma, akutní infekce (encefalitida, meningitida), metabolické poruchy, trauma mozku, tumor, cévní léze. Další příčiny vzniku epilepsie můžeme rozdělit na *primární* (idiopatické, příčina zůstává neznámá), *sekundární* (symptomatické, zjištěná etiologie) a *kryptogenní* (sekundární příčiny, které nelze jednoznačně prokázat). Klasifikace epilepsie a jednotlivých záchvatů vychází z toho, zda se jedná o poruchu generalizovanou nebo parciální. (Ambler, 2006, str., 189,190)

Nejčastější příčiny epilepsie v *prenatálním* období nastávají při různých chorobách matky v těhotenství. V *perinatálním* období jsou to nejčastěji porodní trauma, hypoxie mozku, intrakraniální hemoragie, metabolické poruchy, infekce a malforace. *Novorozenci* jsou nejčastěji ohroženi hypokalcémií, hypoglykemií, asfyxií, převodněním, vrozenými metabolickými poruchami, hyperbilirubinémií, traumem, intrakraniálním krvácením atd. Pro *kojence* představují určité nebezpečí pro vznik epilepsie např. febrilní křeče, infekce CNS (centrální nervové soustavy), kongenitální defekty a vrozené metabolické poruchy, geneticky podmíněná a idiopatická epilepsie. V *dětském věku a při dospívání, či dospělosti* jsou nejčastější příčiny epilepsie např. trauma, kongenitální defekty, AV malforace, infekce CNS, nádor CNS, abstinční příznak při vynechání drog či alkoholu. „Odvykací syndrom“ může být doprovázen epileptickými záchvaty (tonicko-klonickými) hlavně mezi 7 a 48 hodinami po posledním užití alkoholu. (Ambler, 2006; Seidl, 2015)

## 2.4 Klasifikace epileptických záchvatů

Následující kapitola bude zaměřena na bližší specifikaci a popis jednotlivých typů epileptických záchvatů a jejich symptomatologii. Základní 3 typy záchvatů jsou parciální, generalizované a neklasifikovatelné.

### 2.4.1 Parciální (fokální) záchvaty

Mají ohnisko záchvatu v jedné hemisféře v určitém místě a toto místo je pak určujícím obrazem počátku záchvatovitého projevu. Podráždění se z daného místa rozšíří a vytvoří různorodý obraz epileptického záchvatu. Nedojde-li současně k poruše vědomí, tak hovoříme o tzv. simplexních záchvatech. Pokud současně dojde k poruše vědomí, pak jde o tzv. záchvaty parciální s komplexní symptomatikou. V praxi se může setkat také s tím, že pacient může mít i záchvat jen s částečně obluzeným vědomím. Rozlišují se tři základní typy parciálních záchvatů, tj. jednoduché fokální záchvaty, komplexní fokální záchvaty s poruchou vědomí, parciální záchvaty se sekundární generalizací (Kaňovský, 2007, str. 5)

#### Jednoduché fokální záchvaty (bez poruchy vědomí)

Jsou členěny na záchvaty s *motorickou symptomatikou*. Místo původu záchvatu se nachází v motorické oblasti. Fokální motorické záchvaty mohou zůstat přísně fokální nebo se mohou šířit do sousedních kortikálních oblastí. Příznaky při tomto záchvatu jsou např. rytmické záškuby na obličeji vpravo, ty se mohou dále rozšířit na pravou horní končetinu a eventuálně i na pravou dolní končetinu. Tyto klonické křeče také nazýváme *Jacksonské paroxysmy*. Záchvaty trvají různě dlouhou dobu, od několika sekund až půl hodiny. Tento typ záchvatů často vídáme u nemocných po cerebrovaskulární příhodě. Postižená končetina či lokalita může na přechodnou dobu zůstat ochrnutá několik minut až hodin, tak hovoříme o *Toddově paréze*. Pokud fokální projevy s klonickými záškuby trvají celé hodiny až dny, aniž by došlo k porušení vědomí, pak jde o tzv. *Epilepsia partialis continua*. (Kaňovský, 2007, str. 6)

Další záchvaty jsou *se senzitivními nebo senzorickými příznaky*. Somatosenzitivní záchvaty vycházejí z oblastí sensorické mozkové kůry. Jsou charakteristické pocity mravenčení, píchání, pocity různých dysestezií nebo snížené záchvatovité citlivosti. Příznaky vycházejí vždy ze stejné lokality, případně s postupným šířením. Senzorické záchvaty jsou zrakové, sluchové, čichové, chuťové, vestibulární. Zrakové příznaky mohou být např. záblesky, ale i složité vizuální projevy, a to podle toho, jak široká oblast je postižená. U sluchových záchvatů mohou postižení slyšet izolované zvuky či tóny, ale i melodie. Čichové vjemy bývají zpravidla nepříjemné. Chuťové vjemy mají rozmanitý ráz. Vestibulární vjemy jsou dány subjektivními

pocity závratě, rotační závratě, či pocitu pádu v prostoru nebo dokonce pocitem vznášení se. U všech výše uvedených příznaků musíme myslet na to, že mají opakující se a stereotypní ráz. To nám pomáhá odlišit epileptický původ. (Kaňovský, 2007, str. 7)

Dále mohou být záchvaty *s vegetativními příznaky*, které jsou např. vomitus, bledost, nucení na stolicí, piloerekce, mydriáza, inkontinence, pocení. Poslední z možných příznaků jednoduchých fokálních záchvatů jsou *psychické příznaky*. Do této skupiny zařazujeme záchvaty s deformacemi paměti se zážitky již viděného, slyšeného či již prožitého, tento stav je označován jako „*illusion du déjà vu*“. Také se mohou objevit poruchy kognitivní se snovými stavy, pocity derealizace. Objevují se poruchy zkreslených vjemů s deformacemi zrakovými (makropsie, mikropsie, monokulární diplopie), sluchovými (mikro, makroakuzie), ale i depersonalizace (stav je popisován, jako by osoba stála mimo své tělo). Rovněž mohou být přítomny různé halucinace spojené se smyslovými poruchami. (Kaňovský, 2007, str. 7)

### **Komplexní fokální záchvaty s poruchou vědomí**

Objevují se automatizmy, což jsou bezděčné pohyby, které se objevují ve stavu zastřené vědomí nebo v průběhu epileptického záchvatu či po něm. Pacient má amnézii na celou pohybovou aktivitu. Zmíněné automatizmy jsou buď pokračováním aktivity, kterou pacient zrovna prováděl, nebo může jít o zcela jinou aktivitu. *Pohybové automatizmy*, jako chůze nebo běh, oblékání nebo svlékání, ohmatávání, někdy i erotické pohyby. Nastávají *oroalimentární automatizmy*, tj. mlaskání, žvýkání, polykání. Nemocný je schopen při záchvatu i slovní produkce, mluví však většinou nesrozumitelně a vždy neadekvátně až zmateně, na oslovení nereaguje. *Mimikry* vyjadřují psychický stav nemocného, většinou strach a děs. Záchvat obvykle trvá několik minut a na průběh má nemocný kompletní amnézii. Při těchto stavech je současně přítomna porucha vědomí, kdy rozlišujeme dva stavy, tj. *jednoduchý parciální záchvat s následnou poruchou vědomí*, či *porucha vědomí od začátku záchvatu* – často jsou přítomny automatizmy. (Kaňovský, 2007, str. 7; Ambler, 2006, str. 192)

### **Parciální záchvaty se sekundární generalizací**

Označují výše uvedené záchvaty parciální, které přejdou do generalizovaného křečového záchvatu grand mal, nebo záchvaty, které mají charakter pouze grand mal, ale mají fokální nálezy v EEG a vlastní záchvat začíná epileptickými výboji v tomto ložisku. Lokalizační význam, který je typický pro sekundárnost záchvatu, má *aura (předzvěst)* - bezprostřední pocit před ztrátou vědomí. Aura může mít nejrůznější charakter, a to podle lokalizace epileptického

ohniska. Vlastní průběh sekundárního záchvatu grand mal může být *asymetrický* (postihuje více jednu polovinu těla, především na jeho začátku). Dalším rysem tohoto záchvatu jsou *pozáchvatové výpadové projevy*, především pozáchvatovitá hemiparéza nebo afázie. Tyto stavy obvykle trvají několik hodin, ale mohou probíhat jen pár minut nebo naopak několik dnů. Někdy může dojít ke zhoršení celkového stavu. (Kaňovský, 2007, str. 7; Ambler, 2006, str. 193)

## 2.4.2 Generalizované záchvaty

Při generalizovaných záchvatech je od počátku jasná spoluúčast hemisfér. Ve většině případů je od počátku změněno vědomí, motorické projevy jsou oboustranné, v EEG je aktivita od počátku generalizovaná. Nejznámější typ epileptického záchvatu je tzv. *grand mal (velký záchvat)*. Tyto záchvaty často začínají s iniciálním klonem, výkřikem, pádem na zem poté následuje několikasekundová *tonická fáze*, která později přechází do *klonické fáze* s hlubokou poruchou vědomí, která zpravidla trvá kolem dvou minut. Klonická fáze má další doprovodné vegetativní projevy, tj. zblednutí, cyanóza z porušené mechaniky dechu s apnoickou pauzou, pocení, slinění, někdy pomočení, pokálení, hypertenze, tachykardie. Po skončení záchvatu pacient většinou upadá do hlubokého spánku nebo může nastat různě dlouhý stav dezorientace, zmatenosti. Tento stav může trvat několik minut, ale i několik hodin a je doprovázen amnézií. Generalizované záchvaty mohou být myoklonické, klonické, tonické, tonicko-klonické, atonické, či absence záchvatu. (Ambler, 2006, str. 190; Kaňovský, 2007, str. 7,8)

**Absence** je charakterizovaná náhlou ztrátou vědomí, náhlým přerušением probíhající aktivity tzv. zakoukání, oči jsou otevřené, strnulý pohled, někdy dochází k pohledu vzhůru, pacient se zarazí v činnosti, kterou zrovna provádí např. zastaví se při chůzi, nereaguje na oslovení. Tento stav je označován za malý záchvaty (*petit mal*). Celý záchvat trvá pár sekund, maximálně půl minuty. Vědomí je porušeno, ale pacient nepadá na zem. Frekvence těchto záchvatů může být i několik desítek, ale i více, během dne. Záchvaty mají většinou dobrou prognózu.

1. *Typické absence* – doprovázená poruchou vědomí.
2. *Atypické absence* – může být doprovázená klonickou složkou (myoklony hlavy, víček, ramen, často vypadají jako tiky), absence s atonickou složkou (oslabení svalového tonu, s poklesem hlavy či rukou, nedochází k pádu), absence s tonickou složkou (zvýšení svalového tonu vede k záklonu hlavy až retropulzi trupu), absence s vegetativní složkou (doprovázeno změnou barvy v obličejí, změna zornic) a automatizmy (nejčastěji s polykáním, mlaskáním, špulením rtů, pohyby prstů) (Ambler, 2006, str. 191; Seidl, 2015, str. 261)



**Myoklonické záchvaty** jsou charakterizovány rychlými svalovými záškuby o různé frekvenci bez ztráty vědomí. Mohou být jedno či oboustranné. Na EEG nacházíme generalizované výboje nepravidelných komplexů. Další záchvaty, tedy **klonické** jsou nejčastěji u dětí. Od myoklonu se liší menší frekvencí záškubů. Záchvat je vždy provázen ztrátou vědomí. **Tonické záchvaty** jsou definovány jako náhlý hypertonus kosterního svalstva, který je často spojen s pádem a poraněním. Tonický záchvat může být flekční, exteční nebo smíšený, postihuje trupové a lícni svalstvo. Probíhá flexe horních končetin a extenze dolních končetin. Časté jsou u dětí a mohou být příčinou pádu. (Seidl, 2015, str. 112)

**Tonicko-klonické záchvaty** mají dramatický a dosti typický průběh. Začátek doprovází náhlá ztráta vědomí s pádem, následuje generalizovaná tonická křeč postihující všechno svalstvo. Křeč má nejdříve flexní charakter, který přechází v extenzní. Tonické křeče trvají obvykle 30 až 60 sekund a přechází ve fázi klonických křečí, které postihují také obličejové a žvýkací svalstvo (hrozí pokousání jazyka), křeče trvají 1-2 minuty. Následuje pozáchvatovitá fáze se svalovou hypotonií často doprovázena inkontinencí. Nemocný se začne postupně probírat a obvykle je dezorientovaný, na průběh záchvatu má pacient amnézii, také pociťuje bolesti hlavy, může se cítit vyčerpaný, či usíná. Během záchvatu dochází k poruchám dechu z důvodu probíhajících křečí, po záchvatu může nastat apnoe, nemocný je v obličeji nejdříve brunátný a postupně cyanotický. Vlastnímu záchvatu grand mal mohou předcházet prodromy, obvykle několik hodin před manifestací záchvatu, jsou nespecifické a mohou se projevat podrážděností, pocitem nevěle, únavou, bolest hlavy. Tento typ záchvatů se označuje jak velký záchvat (grand mal). Poslední druh generalizovaných záchvatů jsou **atonické**, které jsou charakterizované náhlou poruchou svalového napětí. Projevuje se prudká myoklonie, náhlá ztráta tonu s pádem, jen s krátkodobou poruchou vědomí, bez křečí. Celý záchvat trvá jen několik sekund. (Ambler, 2006, str. 190; Seidl, 2015, str. 255)

### **2.4.3 Neklasifikovatelné záchvaty**

Jsou záchvaty, které nejsme schopni pro neúplné údaje nebo nepřesně klasifikovatelné záchvaty zařadit do uvedeného klasifikačního schématu. (Kaňovský, 2007, str. 8; Seidl, 2015)

Všechny výše uvedené typy záchvatů jsou zobrazeny v přehledné tabulce v příloze C.

## 2.5 Status epilepticus

Je definován jako epileptický záchvat, který trvá více než 30 minut nebo opakované záchvaty během 30 minut, kdy se pacient neprobírá k plnému vědomí. Jde o velmi závažný stav, kdy po nahromadění záchvatů vzniká hypertermie, hypoglykémie, centrální anoxie, tachykardie, tachypnoe, kardiovaskulární hypotenze, mozková hypoxie z respirační hypoventilace a mozkový edém, což vede k poškození mozkových struktur. Jde o život nebezpečný stav s mortalitou 10-20 %, kdy je rozhodující délka trvání křečí. Závažnost stavu vyžaduje léčbu na JIP. Nejnebezpečnější je epileptický status grand mal, kdy jeden záchvat plynule přechází v další, aniž se mezi jednotlivými záchvaty nemocný probere k vědomí. Epileptický status se může rozvinout i u jiných typů záchvatů. Nejčastější epileptický status v dětském věku je status s absencí. (Kaňovský, 2007, str. 9; Seidl, 2015, str. 113)

## 2.6 Diagnostika

Při diagnostikování epilepsie je důležité zjistit, o jaký typ epileptického záchvatu se jedná a jaká je samotná příčina záchvatu. Nejdůležitější část je odebrání podrobné anamnézy (doprovázena fyzikálním vyšetřením). Pokud během záchvatu došlo k poruše vědomí, tak získáváme informace od svědků. Jinak posuzujeme záchvat, který se objevil jako zcela nový. První záchvat vždy vyžaduje kompletní neurologické vyšetření, zda není přítomna topická léze. Ta by nás směřovala k možnosti sekundárního záchvatového projevu. Zatímco u diagnostikované epilepsie postačí aktuální ošetření. (Ambler, 2006, str. 193)

### 2.6.1 Anamnéza

Mezi anamnestické údaje patří současné potíže v časovém sledu (tj. kdy vznikl záchvat, jak dlouho trval, okolnosti vzniku apod.) Do *osobní anamnézy* zahrnujeme např. závažnější onemocnění pacienta, výskyt epileptických záchvatů (kdy se vyskytl první a poslední, jak často se vyskytují, jaká je jejich charakteristika), užívání léků (antiepileptika, neuroleptika, antidepresiva, jejich dávkování, nežádoucí účinky) a hospitalizace (kolikátá v pořadí). *Rodinná anamnéza* je zaměřená na výskyt epilepsie v rodině a rizikové faktory vaskulárních onemocnění. (Slezáková, 2014, str. 102)

Základní okruhy v *sociální/pracovní anamnéze* se týkají např. přátelství (vyčleňování, posměch kamarádů), manželství (zvážit manželství s partnerem, který trpí onemocněním, jež vyvolává

postupné psychické změny nebo poruchy intelektu, riziko familiárního výskytu onemocnění). Anamnéza se také týká vzdělání a zaměstnání. Typ a frekvence záchvatů může pacienty zatěžovat a omezovat do té míry, že ovlivňuje i jejich možnost chodit do práce či dosáhnout určitého stupně vzdělání. Na to má také vliv, v jaké denní době se záchvat objevuje, či zda pacient během záchvatu padá. Význam má délka a charakter poruchy vědomí a čas, za který pacient nabyde plného vědomí. (Slezáková, 2014, str. 107)

### **2.6.2 Zobrazovací metody**

Další důležitá role v diagnostice je vyšetření pomocí EEG (elektroencefalografie). Negativní EEG nález (zejména v dospělosti) však epileptický záchvat nevyklučuje. K přesnějšímu vyšetření epileptických EEG změn se používají *aktivační testy* (vyšetření EEG probíhá např. při hyperventilaci, fotostimulaci, po déle trvajícím bdění nebo při spánku). Moderní metodou je dlouhodobé *video-EEG monitorování*, kde se současně registruje EEG a klinické projevy.

Mezi další zobrazovací metody zařazujeme MR (magnetická rezonance) a CT (computerová tomografie) vyšetření. K vyloučení patologických ložiskových změn se provází MR mozku, pokud existuje podezření, že se jedná o akutní situaci, je provedeno CT. (Ambler, 2006, str. 193)

### **2.6.3 Laboratorní vyšetření**

Další diagnostickou metodou, která se užívá je laboratorní vyšetření. Z hematologické laboratoře využíváme vyšetření krevního obrazu a současně i vyšetření srážlivosti a krvácivosti. Do biochemické laboratoře jsou odesílány vzorky, které zhodnotí funkci jater, ledvin a hladinu iontů. Také je důležité zjistit glykemický profil. (Seidl, 2008)

### **2.6.4 Diferenciální diagnostika**

Týká se především poruch vědomí. Je třeba vždy vyloučit neepileptické poruchy vědomí nebo jiné typy záchvatů. Nejčastější poruchy vědomí z neepileptického přičinění jsou např. *febrilní záchvaty/křeče*, nejčastěji se vyskytují u kojenců malých dětí do 2-3 let v souvislosti s teplotou. Jedná se reakci dosud nezralého mozku na změnu vnitřního prostředí. Opakované febrilní záchvaty zvyšují riziko vzniku epileptického procesu. Další porucha vědomí z neepileptického přičinění může být z *afektivní respirační záchvat*, který se nejčastěji vyskytuje u kojenců. Spouštěcím momentem je emoce, na niž navazuje pláč, apnoe s bezvědomím, někdy doprovázený křečemi, tyto příznaky označujeme jako hypoxický mechanismus. Porucha vědomí může také nastat při *synkopě*, která má průběh obvykle bez křečí, nevyskytuje se pozáchvatovitá zmatenost ani bolest hlavy. Jejich příčinou mohou být i cirkulační poruchy.

Diferenciální diagnostika nám také může pomoci odhalit *tetanické křeče*, které jsou většinou předcházeny parestéziemi, mají typický tonický charakter, který si nemocný uvědomuje a až po těchto spasmech následuje porucha vědomí. Také může nastat *těhotenská gestóza*, která se projevuje hypertenzí, edémy, proteinurií v období preeklampsie a v období eklampsie mohou být křečové záchvaty, bolesti hlavy a porucha vědomí. Poslední z této kategorie jsou *psychogenní (disociativní, konverzní) záchvaty*, které jsou vázané na předchozí afekt, není skutečné bezvědomí (zachována reakce zornic, svírání víček), pád na očekávané straně záchrany. (Slezáková, 2014; Kaňovský, 2007; Ambler, 2006)

## 2.7 Léčba

Ideálním cílem léčby by bylo úplné vyléčení epilepsie. Realistický cíl léčby epilepsie je vymizení záchvatů, pokud možno bez zhoršeného fyzického a psychického zdraví a výkonosti jedince, aby mohl žít bez významných společenských omezení. V některých případech se snažíme alespoň o redukci počtu záchvatů nebo zmírnění jejich intenzity.

### 2.7.1 Farmakologická léčba

Je zahájena, pokud je diagnostikována epilepsie nebo je vysoká pravděpodobnost opakování záchvatu. Četná záchvaty zvyšují riziko poranění pacienta. Farmakoterapie se vždy zahajuje *monoterapií*, která je úspěšná přibližně u 60 % pacientů, kteří po jejím zahájení nemají nežádoucí vedlejší účinky a jsou bez záchvatů. Zbýlých 40 % pacientů má záchvaty nebo nežádoucí účinky i při vhodně zvolené léčbě. Pokud nelze stav kompenzovat monoterapií musí se antiepileptika kombinovat. Dnes jsou používány *dvojkombinace*, maximálně *trojkombinace* antiepileptik. Výběr farmakoterapie je individuální, ve výběru se zohledňuje typ epileptického záchvatu, typ epileptického syndromu, pohlaví, věk, přidružené somatické a psychiatrické onemocnění, riziko interakce s jinou léčbou, profil nežádoucích účinků, zkušenost lékaře atd. Podle toho se volí optimální farmakoterapie pro daného pacienta. Mechanismus účinku antiepileptik působí komplexními mechanismy na různé cíle v CNS, tak aby ovlivnili dráždivost neuronů, které jsou zodpovědné za šíření epileptického záchvatu.

Antiepileptika mají tři základní principy působení, tj. *ovlivnění napěťově řízených iontových kanálů*: iontové kanály pro sodné a vápenaté ionty mají důležitý význam v šíření vzruchu po neuronu. Dalším mechanismem je *posílení synaptické inhibice*: přenos vzruchu neuronem může být ovlivněn tzv. inhibičními neurony. Nejdůležitějším mediátorem na inhibičním neuronu je GABA (kyselina gama-aminomáselná), jejíž účinek je spojován s otevíráním chloridových

kanálů. Třetí principem je *inhibice synaptické vzrušivosti*: hlavním vzrušivým mediátorem v CNS je glutamát a ten je pomocí účinku antiepileptik blokován. Pacienti, kteří nedosáhnou kompenzace epilepsie farmakoterapií do jednoho roku, mají být vyšetřeni v epileptologických centrech. Pokud i se správnou farmakoterapií není dosaženo kompenzace do dvou let, pacienti jsou tzv. *farmakorezistentní* a má být zvážena možnost epileptochirurgické nebo stimulační léčby. (Doležal, 2013, str., 47,48; Vlček, 2010)

### 2.7.2 Chirurgická léčba

Tato léčba se zařazuje mezi nejstarší léčebné metody. V průběhu minulého století byly dostupné pouze rozsáhlé resekcční výkony bez přesnější lokalizace možné morfologické léze na základě kliniky a EEG diagnostiky. Postupný rozvoj zobrazovacích morfologických a funkčních metod s dokonalejší EEG metodikou učinil operační léčbu přesnější, cílenější a efektivnější. K operační léčbě je indikována jen část nemocných s epilepsií, která splňuje přesná kritéria a přesně definované indikace. K operaci je indikováno 1–5 % pacientů trpících epilepsií. Po operačním výkonu dochází k redukci epileptických záchvatů o více než 50 % a to, až u 35–45 % pacientů.

Také se může provádět *stimulace bloudivého nervu* – bloudivý nerv (nervus vagus) je X. hlavový nerv. Zároveň to je nejdelší párový hlavový nerv, který vede z hlavy do krku, hrudní dutiny, a nakonec do dutiny břišní. Jeho stimulace či dráždění (vagus nerve stimulation, VNS) se k léčbě epilepsie používá po celém světě. Stimulátor svou funkcí trochu připomíná kardiostimulátor. Léčebná metoda nevyžaduje operaci mozku, protože stimulátor se zavádí pod kůži nejčastěji v horní části hrudníku. Od zavedeného stimulátoru vede elektroda zakončená přímo na bloudivém nervu, po straně krku. Stimulátor se po zavedení pomocí počítače naprogramuje, aby v pravidelných intervalech vysílal do bloudivého nervu elektrické signály. Intenzita stimulace je nastavena individuálně, dle potřeb pacienta a jeho tolerance. Pacient zároveň dostane ruční magnet, kterým lze při přiblížení ke stimulátoru okamžitě spustit jednorázovou maximální stimulaci, což nejvíce pomáhá pacientům s aurou, kdy může použitím magnetu zastavit začínající záchvat nebo alespoň zmírnit jeho průběh. Lékaři uvažují o zavedení léčby VNS u pacientů, u nichž se nedaří epilepsii dostat pod kontrolu pomocí samotných léků a kteří z nějakého důvodu nemohou podstoupit epileptochirurgický zákrok. (Stehlíková, 2015, str. 27)

### 2.7.3 Nefarmakologická opatření

Pacientům s epilepsií jsou také doporučována režimová opatření, která u některých typů epilepsie mohou stačit. Ve složitějších případech jsou nedílnou součástí komplexního přístupu a ke kompenzaci pomáhají. Režimová opatření se liší podle typu epilepsie a o jejich vhodnosti rozhoduje lékař. Pacienti musí vědět, že z různých důvodů může dojít k dekompenzaci epilepsie např. při průjmovitém onemocnění, zvracení, při interakci s jinými léky, vynechání dávky léku, proto je třeba pacienty na tyto možnosti upozornit a doporučit, co v takovém případě dělat.

U některých typů epilepsie je známým rizikovým provokačním faktorem spánková deprivace, časté probouzení, proto se pacientům doporučuje těmto stavům zamezit. Nedoporučuje se práce na noční směny a spát přes den. Pacient by měl chodit spát a vstávat v pravidelných časech. Také se nedoporučuje spát přes den.

Stravovací doporučení jsou např. přiměřené porce, pestrost, dostatečný příjem ovoce a zeleniny, nekořeněná a nepřesolená. Nedoporučují se těžké omáčky a maso. Potraviny jako čokoláda, kakao, červené papriky jsou dnes povoleny a pacienti je mohou běžně konzumovat. Také se musí upozornit na zvýšený příjem tekutin, který není vhodný. (Slezáková, 2014; Vlček, 2010)

Mezi dietní opření patří také doporučení nekonzumovat alkohol, dříve byla doporučována úplná abstinence. Dnes víme, že u některých typů epilepsie nemá malé množství alkoholu zásadní vliv na zdravotní stav, naopak jsou i typy epilepsie kde alkohol působí jako provokující faktor. (Vlček, 2010)

U některých farmakorezistentních pacientů (zejména dětských) je často používána *ketogenní dieta*. Základem této diety je strava bohatá na tuky a chudá na sacharidy s minimálním množstvím bílkovin. Při odbourávání tuků dochází ke vzniku ketolátek. Dieta je zahájena lačněním. Následně je pacient při několikadenní hospitalizaci převeden na dietu o poměru tuků vůči bílkovinám a sacharidům 4:1. Nyní je v ČR dostupný přípravek *KetoCal*, ten obsahuje potřebný poměr živin a je tak vhodný pro zahájení ketogenní diety. (Kudr, 2012)

Další opatření se týkají aktivity a odpočinku. V prvních třech měsících u začínající epilepsie se nedoporučuje žádný sport a děti je třeba osvobodit od povinné tělesné výchovy. Mezi vhodné sportovní aktivity zařazujeme plavání s doprovodným dozorem a míčové hry. Nevhodné aktivity jsou potápění, skoky do vody, surfování a vodní lyžování, cvičení na bradlech a kruzích ve výšce, bruslení, box, střelba, šermování a jízda koni. Nedoporučuje a zakazuje se návštěva diskoték. (Slezáková, 2014, str. 108)

Epileptici také musí upravit své pracovní zařazení. Nesmějí pracovat v rizikových provozech, tj. práce, kde by během záchvatu došlo k ohrožení nebo poranění nemocného a jeho okolí. Epileptici nesmějí pracovat ve výškách, pod vodou, v dolech, v kolejišti, u otevřených rotujících nekapotovaných strojů, nesmějí řídit tramvaje a trolejbusy, nesmějí sloužit se zbraní. Také nesmí plnit výše zmíněné noční směny. (Ambler, 2006)

## **2.8 Epilepsie a způsobilost řízení motorových vozidel**

Vzhledem k rozvoji motorismu a počtu pacientů s epilepsií, kteří vlastní řidičský průkaz, může mít lékařské rozhodnutí závažné důsledky pro pacienty. Rozhodnutí vychází z vyhlášek č. 253/2007 Sb. a č. 72/2011, o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel ze zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích

Pokud je epileptik řidič, či žadatel o řidičské oprávnění skupiny A, B a B+E, musí splňovat určité podmínky. Délka bezzáchvatového období je kratší než 12 měsíců. Stav po izolovaném, či prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena antiepileptická léčba, po dobu 12 měsíců. Stav po izolovaném nebo po prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu, pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba po dobu 6 měsíců. Stav po provokovaném epileptickém záchvatu způsobeném rozpoznatelným příčinným faktorem, jehož opakování při řízení je pravděpodobné.

Jiné podmínky platí pro řidiče, kteří řídí motorové vozidlo v pracovním vztahu, tedy je řízení motorového vozidla sjednáno v pracovní. Do těchto podmínek patří např. Stav po ojedinělém neprovokovaném epileptickém záchvatu, kdy nebyla nasazena antiepileptická léčba po dobu 5 let od tohoto záchvatu. Epilepsie po dobu 10 let bezzáchvatového období od vysazení antiepileptické léčby. Nemoci, vady nebo stavy stanovené pro skupinu 1, pokud není dále stanoveno jinak. (Seidl, 2015, str. 263)

## **2.9 Epilepsie a zbrojní průkaz**

Omezení držení zbrojního průkazu není pro většinu lidí s epilepsií natolik významné jako odebrání řidičského oprávnění. Přesto je pro výkon některých profesí zbrojní průkaz nezbytný. V současné době platí *vyhláška č. 493/2002 Sb.*, o posuzování zdravotní způsobilosti k vydání nebo platnosti zbrojního průkazu. Pro sběratelské a sportovní účely je u lidí s epilepsií stanovena minimální délka 1 roku bezzáchvatového období. Pro všechny další skupiny, tj.

lovecké účely, výkon zaměstnání, ochranu zdraví, života nebo majetku a provádění pyrotechnického průzkumu, je nutné, aby se epileptické záchvaty neprojevovaly po dobu 10 let od vysazení léčby. (Stehlíková, 2016, str. 25)

## **2.10 Epilepsie a mateřství**

Epilepsie sama o sobě není důvod, aby se ženy vzdaly myšlenky na dítě. Více než 90 % žen s epilepsií má zdravé dítě, prožily nekomplikované těhotenství a porod. U necelých 10 % mohou nastat komplikace, jak u matky, tak i u dítěte. Je potřeba se důkladně poradit s lékařem o účinku antiepileptik. Některé druhy by mohly představovat problém, z důvodu nežádoucích účinků. Větší riziko postižení pro plod představuje epilepsie samotná a některé typy záchvatů (zvláště tonicko-klonické a ty, které jsou spojené s poruchou vědomí). Jednak mohou vést k poranění a k porodnickým komplikacím, a navíc při křečích matky je plodu dodáváno omezené množství kyslíku. S větší frekvencí záchvatů stoupá riziko pro matku i plod, avšak komplikace nelze vyloučit ani při ojedinělém záchvatu. Výrazné riziko pro matku i plod vzniká především, vyskytnou-li se záchvaty nakupeně. Obecně je pro průběh těhotenství a pro nenarozené dítě dobré, je-li v průběhu těhotenství co nejnižší počet záchvatů. Pokud se záchvaty křečí objeví, snažíme se co nejvíce zkrátit jejich délku např. podáním diazepamu, pokud to zdravotní stav dovoluje. Naprosto nevhodné je vysazení léčby svévolně, bez porady s lékařem. Těhotná žena se musí léčit stejně důsledně a systematicky, jako žena, která těhotná není. Rizika vyplývající z přetrvávajících záchvatů jsou obecně vyšší než rizika spojená s podáváním antiepileptik během těhotenství. (Stehlíková, 2016, str. 17)

## **2.11 Epilepsie a sexuální dysfunkce**

Tato problematika je většinou podceňována. Diagnostika a léčba těchto sexuálních dysfunkcí (SD) má velký vliv na zlepšení kvality života epileptiků. Poruchy sexuálních funkcí jsou komplexním problémem. Na sexuální dysfunkce má vliv aktuální kompenzace epileptických záchvatů, typ epilepsie, dlouhodobá terapie antiepileptiky, lokalizace počátku záchvatů a také kulturní zvyklosti v dané populaci. SD jsou častěji u pacientů s vyšší frekvencí záchvatů a u farmakorezistentních pacientů, také jsou častěji u pacientů s fokálními epilepsiemi při srovnání s epilepsiemi generalizovanými. Sexuální dysfunkce se mohou objevovat v oblastech sexuální touhy, vzrušení a vyvrcholení. (Kuba, 2006)



## 2.12 Epilepsie a psychiatrická problematika

U pacientů s epilepsií se setkáváme kromě kognitivních deficitů též se změnami chování, změnami osobnosti, poruchy nálad. Bývá uváděno, že lidé s epilepsií obecně mají více psychiatrických komorbidit oproti běžné populaci. Nejčastěji se jedná o depresivní poruchy (40-60 % pacientů) nebo úzkostné poruchy (20-40 % pacientů), také se vyskytuje psychiatrická symptomatologie (2-8 % pacientů). Symptomatologie je častější u pacientů s TLE (epilepsie temporálního laloku) oproti FLE (epilepsie frontálního laloku). Například u pacientů s TLE jsou poruchy osobnosti charakteristické jako Gastautův-Geschwindův syndrom, ten bývá spojen s tendencemi k hypergrafii, nadměrné moralizování, hyposexuality. U pacientů s pravostrannou TLE udávají prohloubení emocionálního prožívání, tendence ke smutku, hypermoralizace, zatímco u pacientů s levostrannou TLE je popisováno spíše intelektualizování a sklon opakovaně se vracet k myšlenkám. Pro objasnění problematiky se používají testové metody, které se používají ke zhodnocení kvality nálady nebo komplexnější škály hodnotící kvalitu aktuálního psychického stavu a komplexní testy osobnosti. (Kulišťák, 2017, str. 321)

Nejčastějšími emočními poruchami jsou deprese a úzkostné stavy, často se vyskytují negativní emoční reakce, hostilita a hněvivost. Vyšší riziko agresivních výbuchů se vyskytuje u onemocnění frontálních laloků. Depresivní ladění může předcházet záchvatu, depresivní poruchy se vyskytují až u 20 % pacientů, kteří trpí temporální epilepsií. Rozvoj deprese u pacienta s epilepsií lze předpokládat při genetické predispozici, výskyt depresivní nebo úzkostné poruchy v RA (rodinné anamnéze) či OA (osobní anamnéze), pokud jsou záchvaty v rodinné anamnéze. Deprese se také může rozvinout na podkladě přímého vlivu epilepsie a záchvatu na CNS.

Snížený počet epileptických záchvatů byl pozorován u pacientů před nástupem deprese, také dochází ke snížení frekvence záchvatů po rozvoji psychotické ataky nebo deprese, ale nejedná se o pravidlo. U pacientů, kteří podstoupili operativní léčbu epilepsie je zaznamenán pokles depresivních příznaků s poklesem záchvatů.

Zvláštními stavy na pomezí psychiatrie a neurologie jsou tzv. psychogenní nonepileptické záchvaty (PNES). Jde o záchvatovité epizody, kdy se mění chování, které se od epileptického záchvatu liší tím, že chybí charakteristické klinické a elektrografické rysy. Vždy musí být vyloučena organická porucha, proto se doporučuje provést laboratorní vyšetření k vyloučení metabolických nebo toxických příčin záchvatu. (Dušek, 2015, str. 562)

### **2.13 Epilepsie a sociální problematika**

Onemocnění epilepsií významně ovlivňuje sociální aspekty života pacientů a jejich seberealizaci. Zasahuje a ovlivňuje výběr profese, nalezení partnera a založení rodiny, volnočasové aktivity, ovlivňuje možnost získat řidičský a zbrojní průkaz. Tyto dopady jsou mnohem větší u nekompenzovaných forem epilepsie spojených s mentálními limity. Důsledek tohoto onemocnění tedy neumožní plnou separaci od pečujících osob, a tím i dozrání osobnosti poté má vliv na převzetí vlastní zodpovědnosti. Neuropsycholog může epileptikům pomoci např. s vyšetřením v rámci posudkového řízení z důvodu přidělení invalidního důchodu, zhodnotit kognitivní a osobní potenciál míry samostatnosti vs. závislosti na péči druhých osob, přidělení průkazky ZTP/P, také pomáhá s hledáním pracovního uplatnění a sociální seberealizace pacienta při tom je užitečná spolupráce se sociálními pracovníky a optimálně i s rodinou. (Kulišťák, 2017, str. 322)

## II. PRŮZKUMNÁ ČÁST

### 3. Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem je zjistit kvalitu života pacientů trpících epilepsií, a to za použití standardizovaného dotazníku QOLIE 31.

#### Výzkumné otázky:

1. Jaká je kvalita života respondentů v jednotlivých oblastech hodnocených dotazníkem QOLIE-31 s ohledem na věk a pohlaví.
2. Trápí respondenty více vliv antiepileptik na fyzické či duševní zdraví?
3. Mají větší obavu ze záchvatu ženy nebo muži?
4. Jak respondenti hodnotí pocit elánu v závislosti na věku a pohlaví?

### 3.1 Metodika

Pro bakalářskou práci bylo zvoleno šetření pomocí kvantitativní metody, a to formou standardizovaného dotazníku (QOLIE-31). V této kapitole je popsán průzkum, výběr respondentů, metoda zpracování získaných informací, výsledky průzkumu a jejich vyhodnocení.

Respondenty v této práci byli pacienti s diagnostikovanou epilepsií, kteří jsou dispenzarizováni v poradně pro záchvatovitá onemocnění. Aby se mohli respondenti zapojit do dotazníkového šetření museli být starší 18 let a ochotni spolupracovat. Dotazníkové šetření bylo zcela dobrovolné a anonymní. Standardizovaný dotazník obsahuje 31 otázek, které respondenti mohli vyplnit přímo v čekárně u poradny nebo při jejich zájmu si mohli dotazník vzít domů, po vyplnění tento dotazník vložili do předem připraveného zapečetěného boxu. Celkem bylo rozdáno 40 dotazníků, vyplněných se jich vrátilo 40, ale 4 dotazníky museli být vyřazený kvůli neúplnému vyplnění. Návratnost tedy činila 100 %.

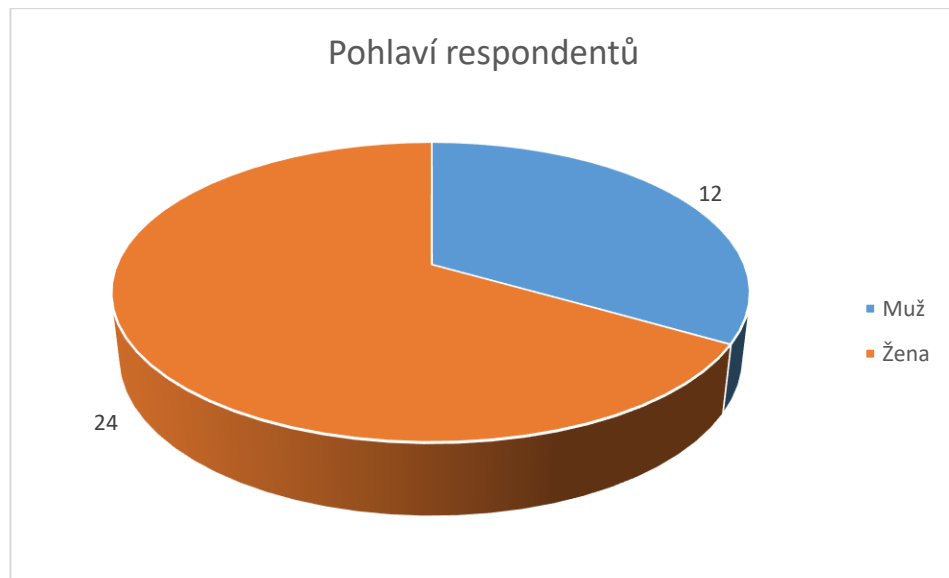
Standardizovaný dotazník QOLIE-31 v úvodu obsahuje dvě základní otázky, týkající se roku narození a pohlaví. Dotazník dále obsahuje 31 otázek, které se rozdělují do sedmi vícebodových podoblastí, tj. seizure worry (obavy ze záchvatů), overall quality of life (celková kvalita života), emotional well-being (emoční pohoda), energy/fatigue (energie/vyčerpání), cognitive functioning (kognitivní funkce), medication effects (účinky léku) a social functioning (sociální funkce). U každé otázky, která spadá pod více zmíněné oblasti je výběr možných odpovědí, kde si respondenti zvolí pouze jednu odpověď. Každá z těchto otázek mohla být vyhodnocena na škále od 1-4, 1-5 nebo 1-6. Tyto zvolené odpovědi podléhají předem určeným skórovacím číselným hodnotám od autorů dotazníku QOLIE-31 avšak otázka č. 31 nemá uvedeno oficiální skórování, viz příloha E. Číselné skórování bude uvedeno u jednotlivých otázek, z důvodu přehlednosti (skórování se liší svou hodnotou), také budou uvedeny i slovní odpovědi z dotazníku, ty budou uvedeny pro „zdůraznění“ kvality života odpovídající jednotlivým číselným hodnotám. Kompletní dotazník je přiložen v příloze D.

Průzkumné šetření probíhalo od července 2017 do února 2018. Ve vybraném zařízení, se souhlasem vedení. Pro zpracování získaných dat je použit Microsoft Excel 2016.

### 3.2 Výsledky průzkumu a analýza dat

Tato kapitola obsahuje grafické a slovní vyjádření k získaným datům z dotazníkového šetření.

#### Grafické znázornění počtu respondentů s ohledem na pohlaví



Obrázek 1 Pohlaví respondentů

V grafu na obrázku č. 1 vidíme, že z celkového počtu 36 respondentů bylo více žen. Z účastněných respondentů šetření byly přesně 2/3 ženy, 1/3 účastněných byli muži.

Po uvedení pohlaví respondentů bude popisováno, jak byli respondenti, dle věku rozdělení do skupin. Počet skupin pro věkové zařazení byl nejprve vypočítán pomocí statistického vzorce:

$$k \approx \sqrt{n}$$

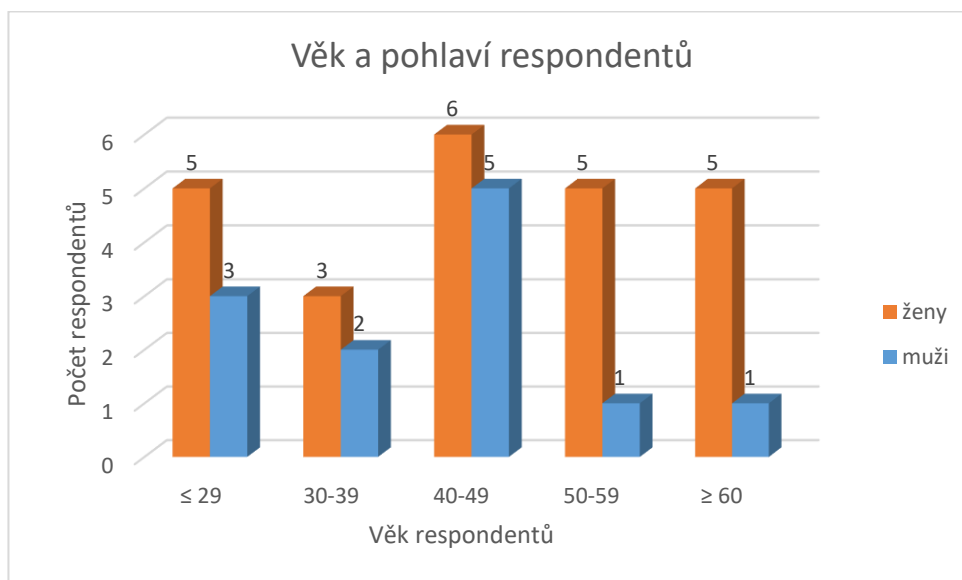
k = počet skupin

n = počet respondentů (36)

Po dosazení do vzorce bylo vypočítáno  $k = 6$ . Tato varianta byla poté otestována, zda vyhoví na kritérium minimálního počtu respondentů ve skupině, které jsem stanovila na 5. Toto kritérium nevyhovělo, a tak byl počet skupin snížen z 6 na 5. Po této změně, byl již požadavek splněn. Velikost intervalu věkové skupiny byl stanoven na 10 let. Tento interval nebyl dodržen pouze u hraničních skupin tzn. nejmladší (29 let a méně) a nejstarší (60 let a více) skupiny. (Novák, 2015)

## Grafické znázornění s ohledem na věk a pohlaví respondentů:

V jedné otázce respondenti uváděli svůj ročník narození, v další otázce volili pohlaví. Následující graf zobrazuje tyto odpovědi.



Obrázek 2 Věk a pohlaví respondentů

Graf na obrázku 2 znázorňuje věk respondentů s ohledem na pohlaví. V grafu se poměrně výrazně projevuje nižší počet mužů zejména v posledních dvou skupinách. V ostatních skupinách je počet mužů a žen přibližně vyvážen. Nejpočetnější skupina respondentů je ve věku 40-49 let, tj. 11 (31 %) respondentů. Nejstarším respondentem byla žena ve věku 78 let, nejstaršímu muži bylo 62 let, a naopak nejmladší respondent byl muž ve věku 20 let a nejmladší ženě bylo 20 let. Průměrný věk respondentů je 43 let, průměrný věk mužů je 39 let a průměrný věk žen 45 let.

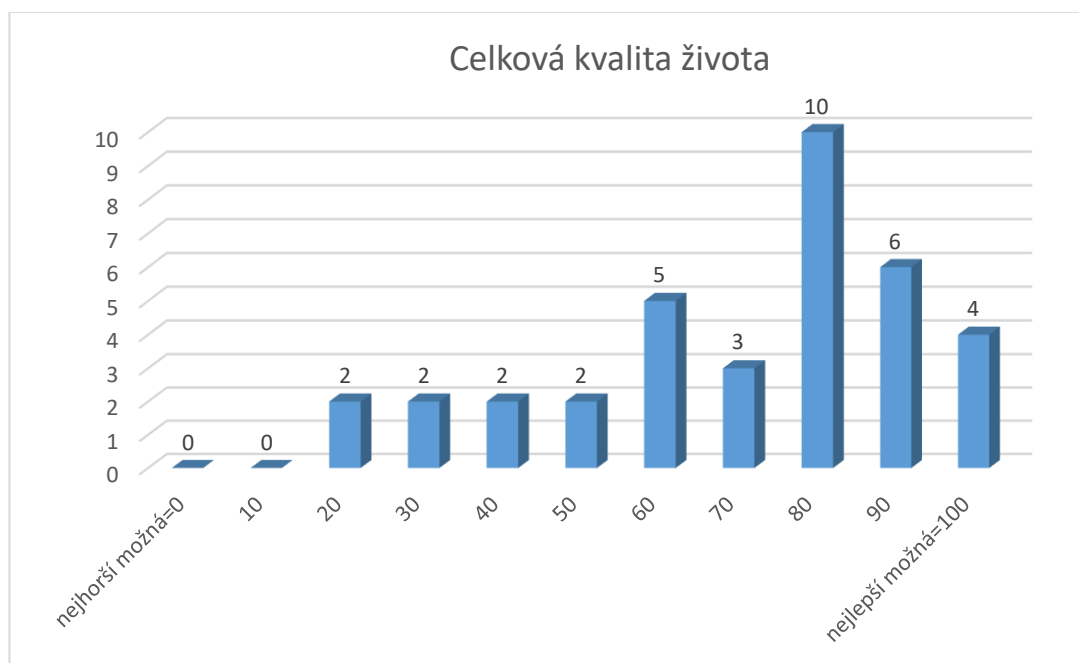
Tabulka 1 Podrobnější charakteristika věkové struktury žen a mužů

	Počet	Minimum	Maximum	Průměr
Věk žen	24	20	78	44,84
Věk mužů	12	20	62	39,25

Po představení respondentů bude pozornost věnována jednotlivým otázkám ze standardizovaného dotazníku. Odpovědi jsou vyhodnocovány dle pokynů dotazníku. Tyto pokyny jsou zobrazeny v příloze E.

### Otázka č. 1: Jak byste celkově hodnotil/a kvalitu svého života?

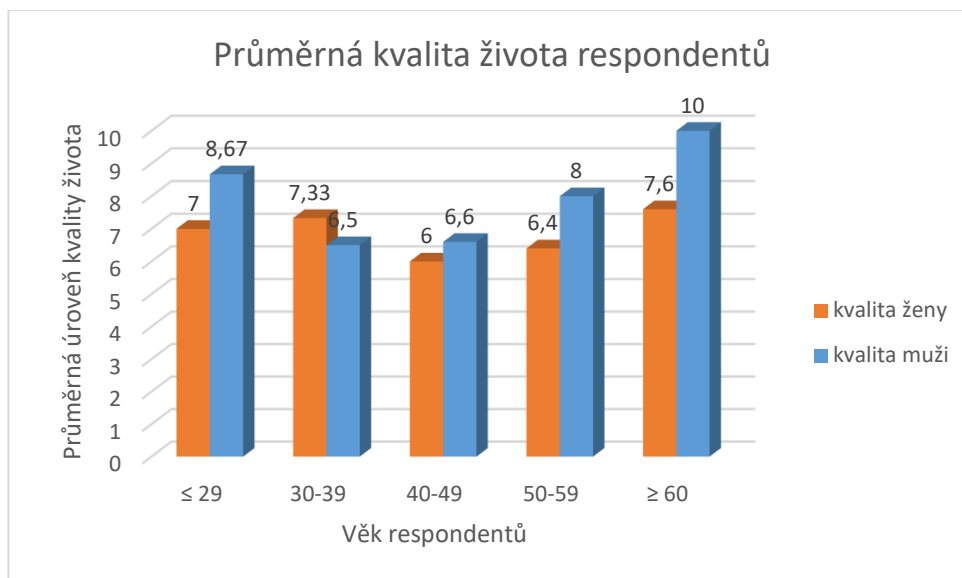
Respondenti hodnotili kvalitu života na škále od **0** (nejhorší možná kvalita života-stejně špatná nebo horší než být po smrti) do **10** (nejlepší možná kvalita života). Tyto hodnoty se dle pokynů (příloha E) převedou na kvalitu života uváděnou v procentech tak, že odpověď respondenta násobíme 10, odpovědi respondentů viz graf na obr. č. 3.



**Obrázek 3** Hodnocení celkové kvality života

Z grafu na obrázku 3 můžeme vyčíst, jak respondenti hodnotili svou kvalitu života. Nejhorší možné kvality života na hodnotě „0“ (0 %) a „1“ (10 %) nebyly zvoleny žádným respondentem. Nejnižší udávaná kvalita života byla odpověď „2“ (20 %), kterou zvolila žena ve věku 58 let a muž ve věku 42 let. Možnosti znázorňující horší kvalitu života tj. „3“ (30 %) a „4“ (40 %) byli vybrány shodným počtem respondentů a to 2 (5 %). Dvě ženy ve věku 20 let a ve věku 51 let zvolily mezní kvalitu života na hodnotě „5“ (50 %). Nejvíce respondentů 10 (28 %) uvedlo hodnotu „8“ (80 %). A 4 (11 %) respondenti uvedli nejlepší možnou kvalitu života tedy hodnotu „10“ (100 %). Průměrná procentuální kvalita života respondentů je 70 %.

Na další stránce bude zobrazena otázka č. 1, přičemž graf na obrázku bude znázorňovat, jaká je kvalita života respondentů s ohledem na věk a pohlaví respondentů.



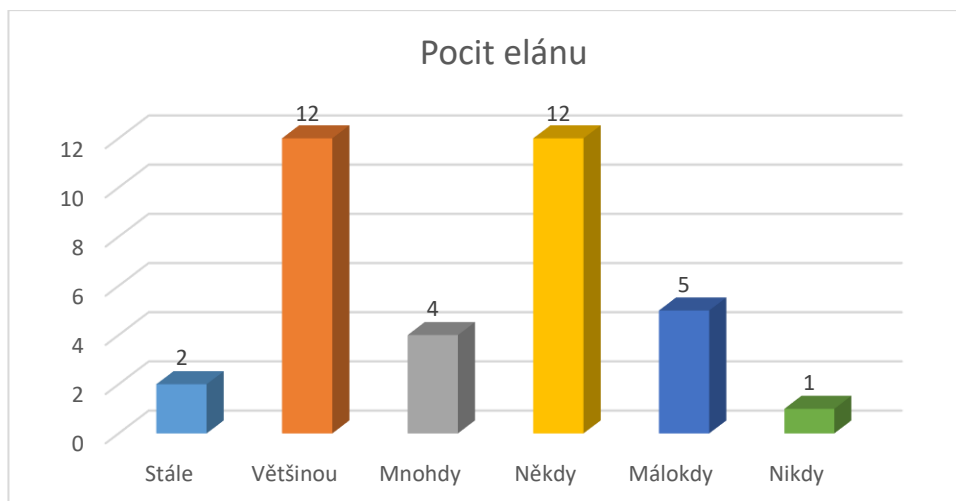
**Obrázek 4** Průměrná kvalita života s ohledem na věk a pohlaví

Graf na obrázku 4 znázorňuje, jak respondenti hodnotí kvalitu svého života. Z grafu vyplývá, že respondenti žijí navzdory nemoci poměrně kvalitní život – nejhorší průměrnou hodnotu ukazatele kvality života je 6 z 10 (tj. 60 % ze 100 %), kterou můžeme pozorovat u žen ve věku 40-49 let. Naopak nejvyšší hodnotu 10 (100 %) vidíme respondentů nad 60 let. Průměrná hodnota ukazatele kvality života pro muže i ženy činí 7,02 pro ženy 6,79 a pro muže 7,5. Tato data tedy můžeme, v rámci souboru respondentů, interpretovat tak, že muži žijí mírně kvalitnější život než ženy.

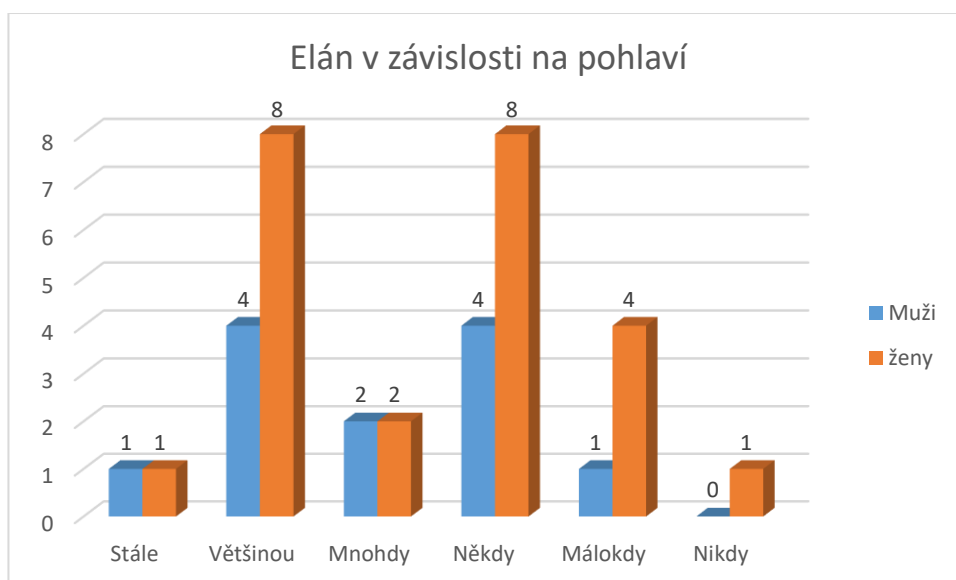
**Otázka č. 2:** Jak často za poslední 4 týdny jste se cítil/a plný/á elánu?

U této otázky měli respondenti na výběr ze šesti odpovědí. Možnost **stále** odpovídá skóre 100 %, možnost **většinou** odpovídá skóre 80 %, **mnohdy** 60 %, **někdy** odpovídá skóre 40 %, **málokdy** je 20 % a **nikdy** znamená 0 %.





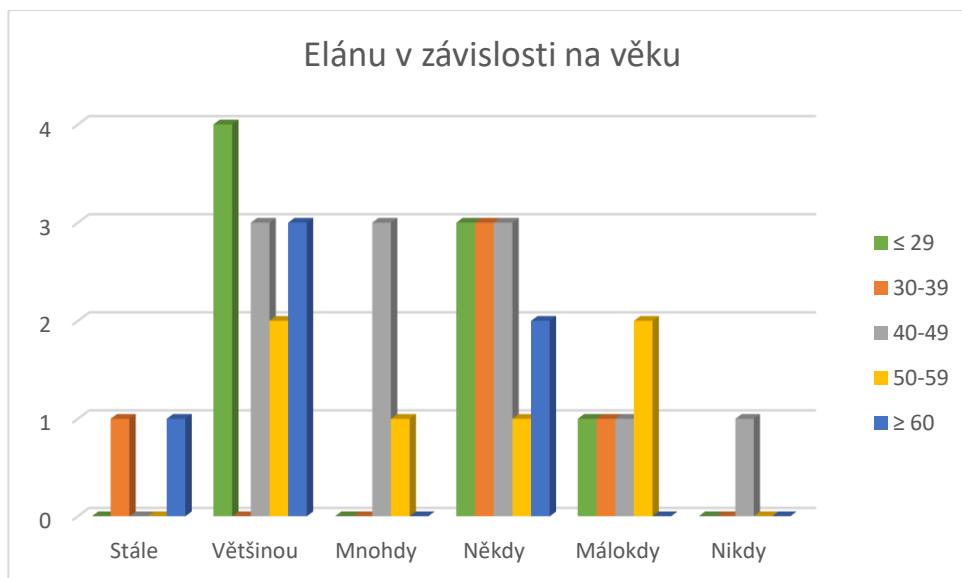
**Obrázek 5** Pocitu elánu za poslední 4 týdny



**Obrázek 6** Pocitu elánu za poslední 4 týdny v závislosti na pohlaví

V této otázce respondenti udávali, jak často se cítili plní elánu v proběhlých 4 týdnech.

Grafy na obrázcích 5 a 6 zobrazují pocit elánu u respondentů, obrázek 6 zobrazuje také elán v závislosti na pohlaví. Můžeme říci, že ženy výrazně častěji převyšují muže v kategoriích „většinou“ (80 %) a „někdy“ (40 %), zatímco v ostatních kategoriích jsou vzhledem k poměrovému zastoupení počty stejné. Průměrné skóre u mužů je 60 % a 52,5 % u žen. Lze tedy říci, že v rámci souboru respondentů, mají muži o něco více elánu než ženy

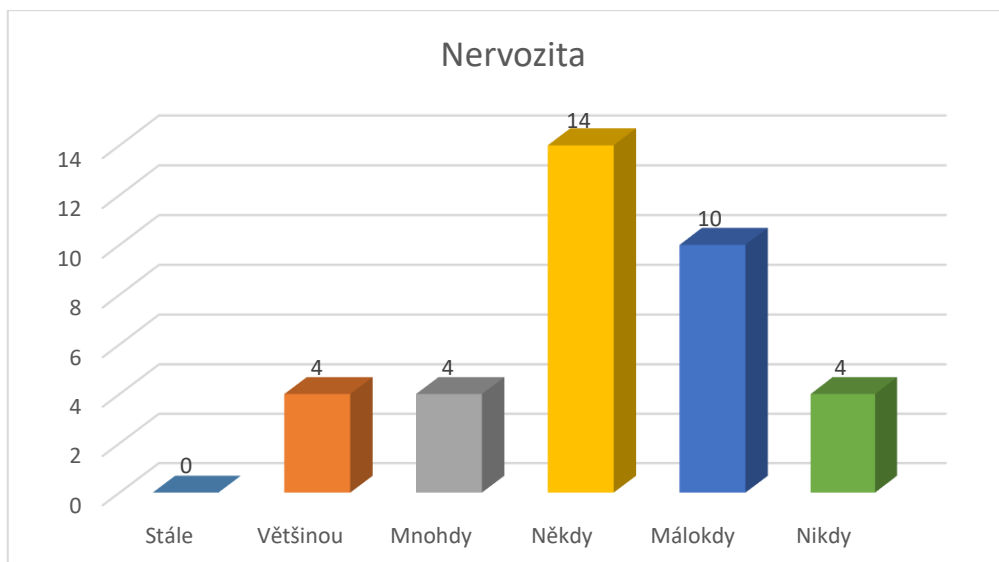


**Obrázek 7** Pocit elánu za poslední 4 týdny v závislosti na věku

Graf na obrázku 7 ukazuje pocit elánu v závislosti na věku respondenta. Lze říci že nejvíce elánu mají respondenti nad 60 let (průměrné skóre 70 %). Jako druzí nejlepší dopadli respondenti mladší 29 let s průměrným skóre 57,5 %. Nejhůře dopadla se skórem 48 % kategorie respondentů ve věku 30-39 let. Možnost „nikdy“ – oblast odpovídající 0 % zvolila jedna žena ve věku 41 let a naopak možnost „stále“ – oblast odpovídající 100 % vybrali muž ve věku 62 let a žena ve věku 34 let. Nejstarší věková skupina, tj. nad 60 let nejčastěji volila možnost „většinou“ – oblast odpovídající 80 %, tuto možnost také nejčastěji volila skupina ≤ 29 let. Odpověď „někdy“ zvolili respondenti ze všech věkových skupin a s odpovědí „většinou“ je nejčastěji volená.

**Otázka č. 3:** Jak často za poslední 4 týdny jste byl/a velmi nervózní?

Odpovědi **stále** odpovídají skóre 0 %, odpovědi **většinou** odpovídají skóre 20 %, **mnohdy** 40 %, **někdy** odpovídá skóre 60 %, **málokdy** je 80 % a **nikdy** znamená 100 %.

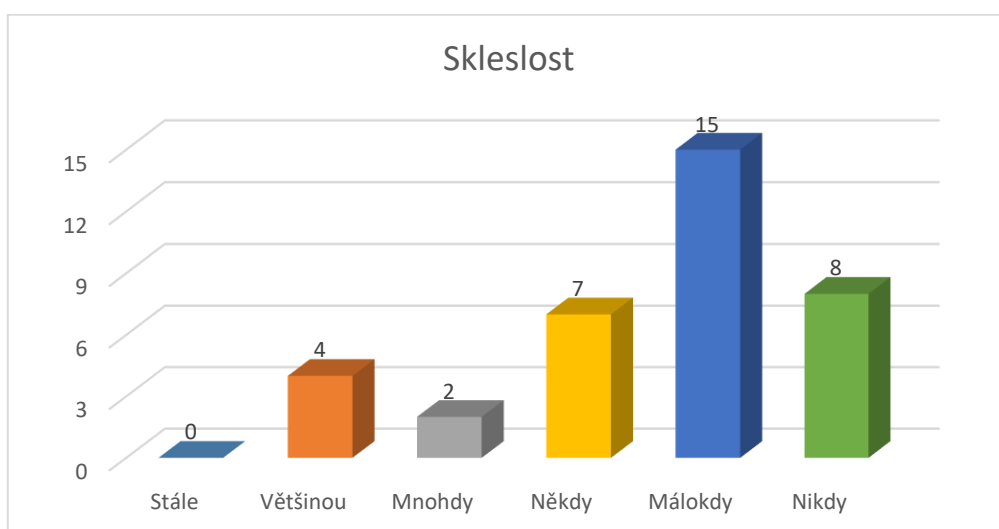


**Obrázek 8** Pocit nervozity za poslední 4 týdny

Z grafu na obrázku 8 vyplývá, že respondenti většinou spíše nemají problém s pocitem nervozity. Žádný z respondentů nezvolil možnost „stále“ (0 %) a naopak možnosti „málokdy“ (80 %) a „nikdy“ (100 %) vybralo dohromady 39 % respondentů a možnost „někdy“ (60 %) také 39 % respondentů a jen 22 % respondentů volilo možnost „většinou“ (20 %). Průměrné skóre je 63 %, což nejvíce odpovídá možnosti „někdy“.

**Otázka č. 4:** Jak často za posledních 4 týdny jste se cítil/a tak sklesle, že Vás nic nemohlo povzbudit?

Odpovědi **stále** odpovídají skóre 0 %, odpovědi **většinou** odpovídají skóre 20 %, **mnohdy** 40 %, **někdy** odpovídá skóre 60 %, **málokdy** je 80 % a **nikdy** znamená 100 %.

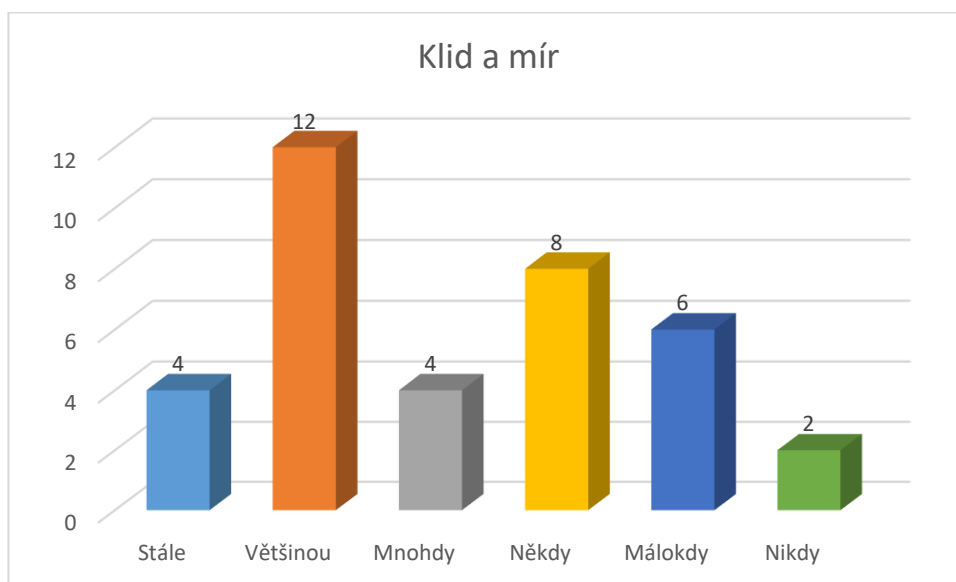


**Obrázek 9** Pocit skleslé nálady za poslední 4 týdny

Graf na obrázku 9 ukazuje pocit skleslosti za poslední 4 týdny. Podobně jako u předchozí otázky nevybral žádný z respondentů nejhorší možnost „stále“ (0 %) a naopak dohromady 64 % respondentů volilo dvě neoptimističtější možnosti, tj. nikdy (100 %) a málokdy (80 %). Můžeme tedy říct, že pocit skleslosti respondenti pocíťovali málokdy či vůbec. Průměrné skóre je 72 %. Toto skóre nejvíce odpovídá možnosti „málokdy“.

**Otázka č. 5:** Jak často za posledních 4 týdnů jste cítil/a klid a mír?

Odpovědi **stále** odpovídají skóre 100 %, odpovědi **většinou** odpovídají skóre 80 %, **mnohdy** 60 %, **někdy** odpovídá skóre 40 %, **málokdy** je 20 % a **nikdy** znamená 0 %.

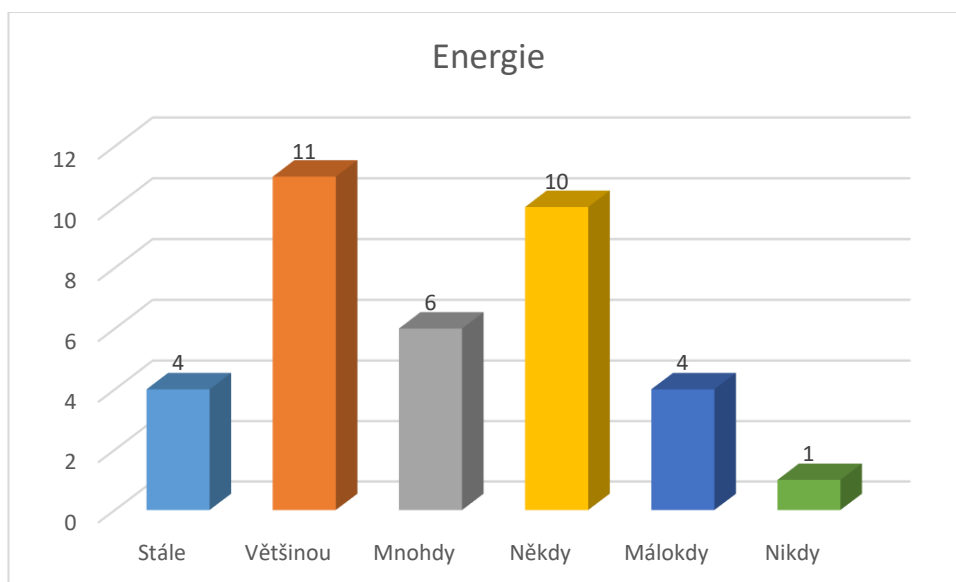


**Obrázek 10** Pocitu klidu a míru za poslední 4 týdny

Graf na obrázku 10 informuje o pocitu klidu a míru u respondentů v proběhlých 4 týdnech. Celkem 16 (44 %) respondentů volilo dvě neoptimističtější možnosti tj. „stále“ (100 %) a „většinou“ (80 %). Naopak dvě nejméně optimistické odpovědi tj. „málokdy“ (20 %) a „nikdy“ (0 %) volilo 8 (22 %) respondentů. Třetina respondentů pak volila možnosti „někdy“ (40 %) a „mnohdy“ (60 %). Průměrná hodnota pocitu klidu všech respondentů je 57 % což přibližně odpovídá odpovědi „mnohdy“. Celkově lze tedy říct, že respondenti odpovídali spíše kladně.

**Otázka č. 6:** Jak často za posledních 4 týdny jste měl/a hodně energie?

Možnost **stále** odpovídá skóre 100 %, možnost **většinou** odpovídá skóre 80 %, **mnohdy** 60 %, **někdy** odpovídá skóre 40 %, **málokdy** je 20 % a **nikdy** znamená 0 %.

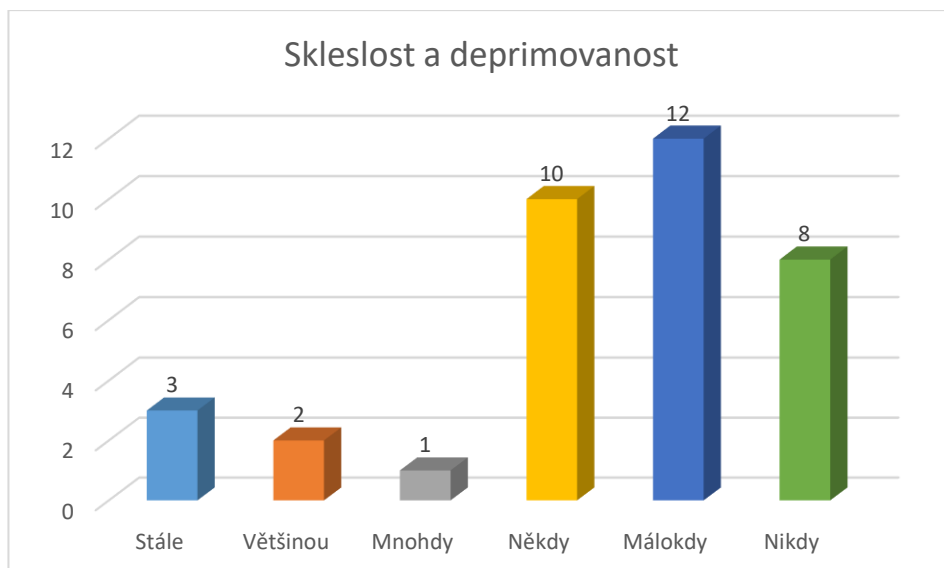


**Obrázek 11** Množství energie za poslední 4 týdny

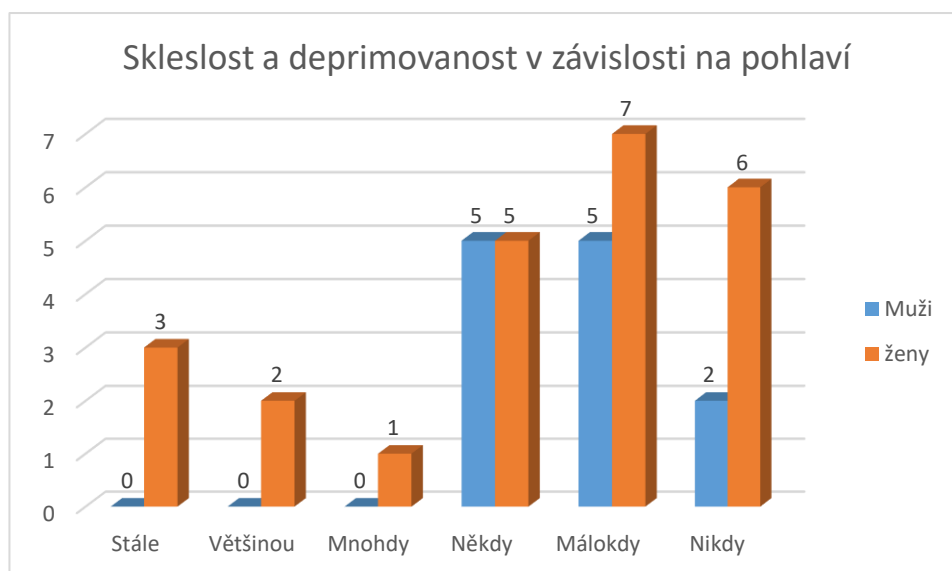
Graf na obrázku 11 znázorňuje, jak často v posledních 4 týdnech měli dotazovaní respondenti hodně energie. Celkem 15 (42 %) respondentů volilo možnosti „stále“ (100 %) a „většinou“ (80 %). Naopak dvě nejhorší možnosti volilo jen 5 respondentů (14 %). 44 % respondentů (16) pak volili jednu ze středních možností tj. „mnohdy“ (60 %) a „někdy“ (40 %). Variantu „nikdy“ volila jen jedna žena ve věku 41 let. Průměrná hodnota četnosti velkého množství energie je pak 59 % odpovídá odpovědi „mnohdy“, což lze vnímat optimisticky.

**Otázka č. 7:** Jak často za posledních 4 týdny jste se cítil/a skleslý/á a deprimovaný/á?

Odpovědi **stále** odpovídají skóre 0 %, odpovědi **většinou** odpovídají skóre 20 %, **mnohdy** 40 %, **někdy** odpovídá skóre 60 %, **málokdy** je 80 % a **nikdy** znamená 100 %.

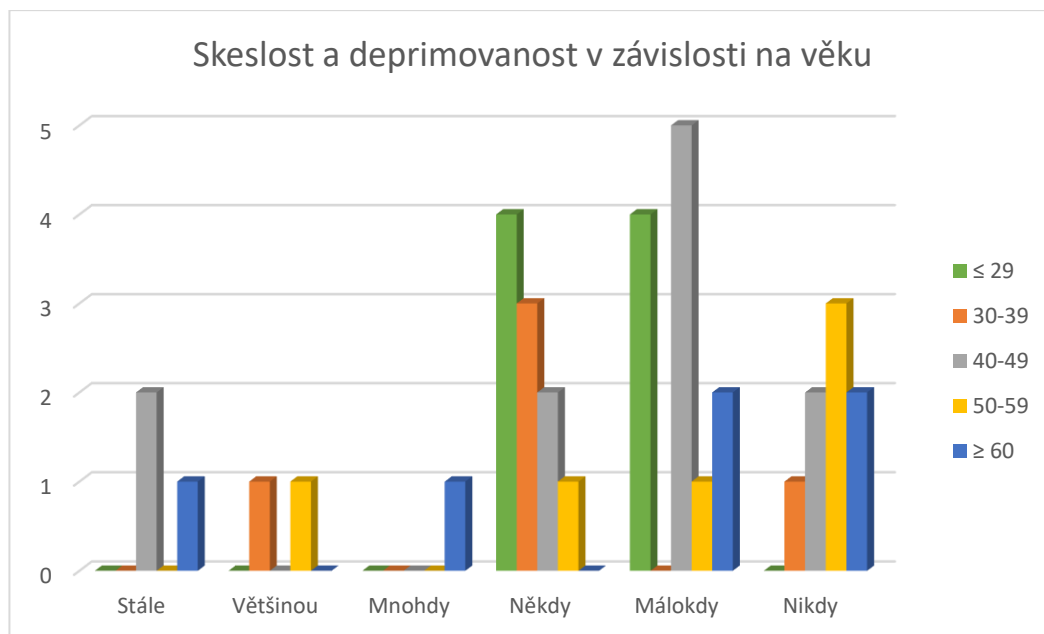


**Obrázek 12** Pocit skleslosti a deprimovanosti za poslední 4 týdny



**Obrázek 13** Pocit skleslosti a deprimovanosti v závislosti na pohlaví

Na grafech na obrázcích 12 a 13 vidíme, jak často v posledních 4 týdnech měli respondenti skleslou, přičemž graf na obrázku 13 zohledňuje i vliv pohlaví. Z hodnot můžeme konstatovat, že většina respondentů nemá sklony ke skleslosti a depresím bez ohledu na pohlaví. K výrazným (tj. stále, většinou, mnohdy) pocitům skleslosti a deprese docházelo pouze u 25 % žen. Průměrný pocit skleslosti u žen je 64 % tzn. odpovídající kategorii „někdy“. Průměrný pocit skleslosti u mužů je 75 % tzn. odpovídající kategorii „málokdy“.

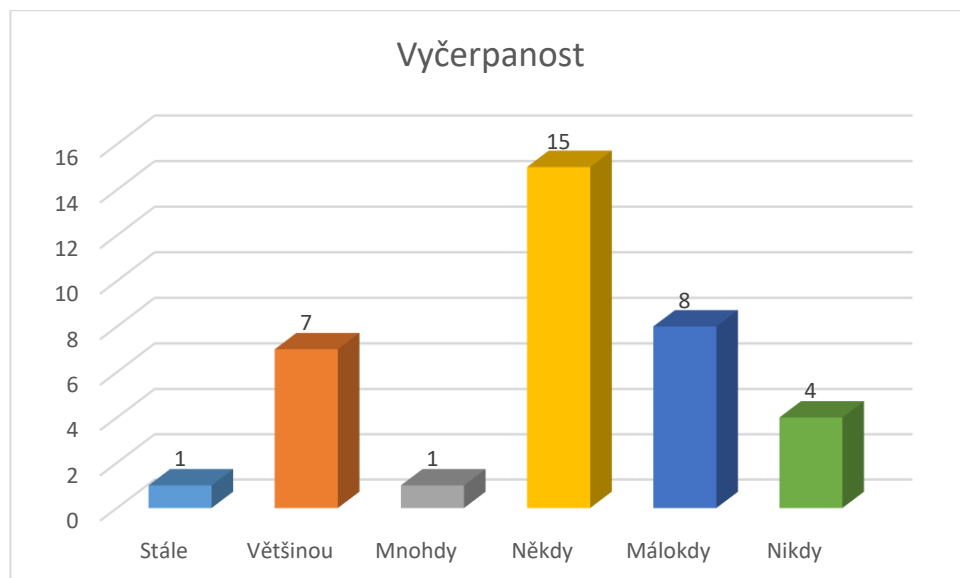


**Obrázek 14** Pocit skleslosti a deprimovanosti v závislosti na věku

Graf na obrázku 14 ukazuje pocit skleslosti v závislosti na věku respondenta. Z dat můžeme usoudit, že nejméně často pocit skleslosti zažívají respondenti ve věku 50-59 let. Jejich průměrné skóre je 77 %. Nejmladší skupina respondentů ( $\leq 29$  let) má průměrné skóre 70 %. Tito respondenti nejsou vůbec zastoupeni ve třech nejméně optimistických možnostech. Naopak nejvíce trpí skleslostí respondenti mezi 30-39 lety. Jejich průměrné skóre je 60 %, což přesně odpovídá možnosti „někdy“. Celkové průměrné skóre je 68 %.

**Otázka č. 8:** Jak často za posledních 4 týdny jste se cítil/a vyčerpaný/á?

Odpovědi **stále** odpovídají skóre 0 %, odpovědi **většinou** odpovídají skóre 20 %, **mnohdy** 40 %, **někdy** odpovídá skóre 60 %, **málokdy** je 80 % a **nikdy** znamená 100 %.



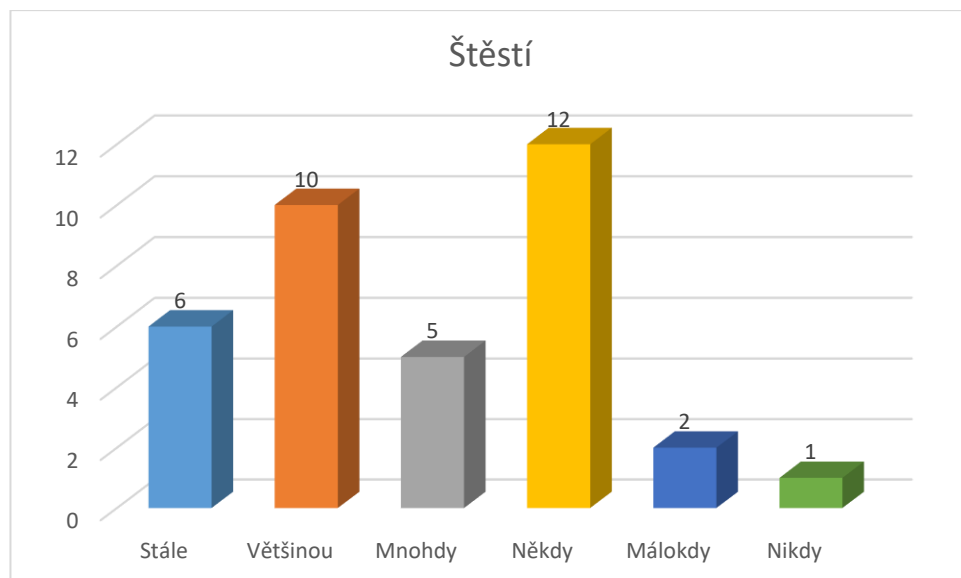
**Obrázek 15** Pocit vyčerpanosti za poslední 4 týdny

Na grafu na obrázku 15 vidíme stav vyčerpanosti respondentů za poslední 4 týdny. Celkem 75 % respondentů volilo 3 nejvíce optimistické odpovědi. Nejvíce respondentů tj. 15 (42 %) volilo možnost „někdy“ (60 %), možnost „málokdy“ (80 %) volilo 8 respondentů (22 %) a 4 respondenti volilo neoptimističtější možnost „nikdy“ (100%). Oproti tomu méně optimistické varianty volilo celkem 25 % respondentů. Možnost „většinou“ (20 %) volilo celkem 7 (19%) respondentů a možnosti „stále“ (0 %) a „mnohdy“ (40 %) volil každou jeden respondent – tj. 6 % a 6 %. Průměrná hodnota pocitu vyčerpanosti má hodnotu 59 % což odpovídá odpovědi „někdy“. Hodnotu „stále“ volila jedna žena ve věku 41 let.

**Otázka č. 9:** Jak často za posledních 4 týdny jste byl/a šťastný/á?

Odpovědi **stále** odpovídají skóre 100 %, odpovědi **většinou** odpovídají skóre 80 %, **mnohdy** 60 %, **někdy** odpovídá skóre 40 %, **málokdy** je 20 % a **nikdy** znamená 0 %.



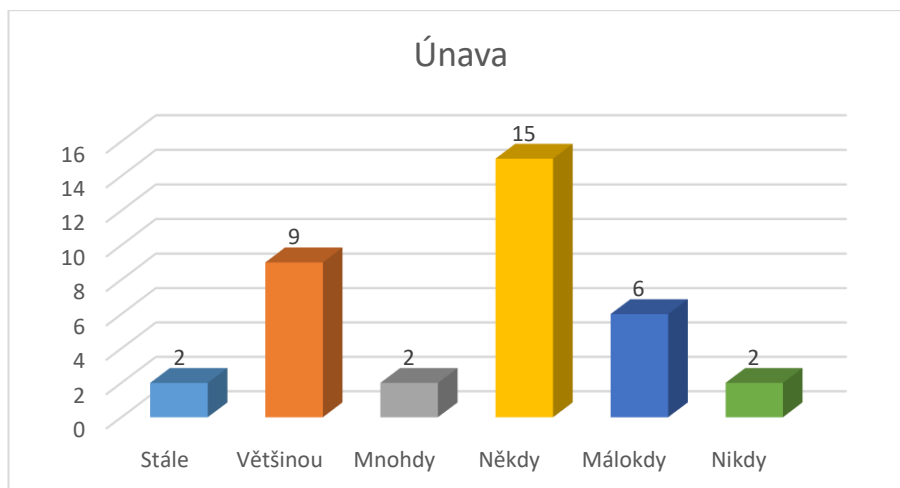


**Obrázek 16** Pocit štěstí za poslední 4 týdny

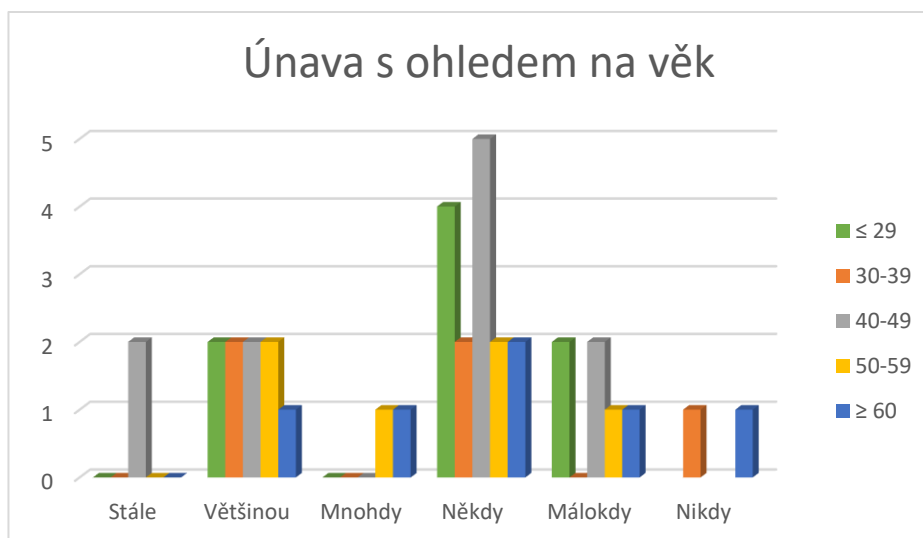
Z grafu na obrázku 16 můžeme vyčíst, jak často respondenti pociťovali štěstí v předchozích 4 týdnech. Pouze tři (8 %) respondenti volili dvě nejméně optimistické odpovědi, tj. „nikdy“ (0 %) a „málokdy“ (20 %). 12 respondentů (33%) volilo nepřiliš optimistickou variantu „někdy“ (40 %). „Stále“ (100 %) a „většinou“ (80 %) pociťovalo štěstí celkem 16 (44 %) respondentů. Variantu „mnohdy“ zvolilo celkem 5 (14 %) osob. Nejhorší variantu, tzn. „nikdy“ volil jeden muž ve věku 42 let. Průměrná hodnota pocitu štěstí je 62 % což odpovídá variantě „mnohdy“. Lze tedy říci, že respondenti jsou spíše šťastní.

**Otázka č. 10:** Jak často za poslední 4 týdny jste se cítil/a unavený/á?

Odpovědi **stále** odpovídají skóre 0 %, odpovědi **většinou** odpovídají skóre 20 %, **mnohdy** 40 %, **někdy** odpovídá skóre 60 %, **málokdy** je 80 % a **nikdy** znamená 100 %.



**Obrázek 17** Pocit únavy za poslední 4 týdny

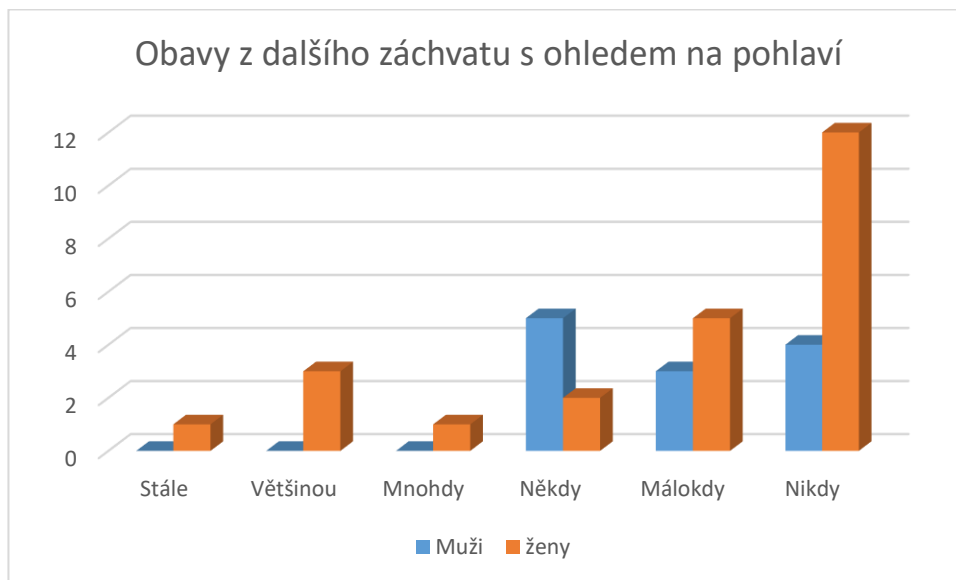


**Obrázek 18** Pocit únavy s ohledem na věk

Na grafech z obrázků 17 a 18 vidíme, jak často respondenti pociťovali únavu za poslední 4 týdny, přičemž na obrázku 18 je graf rozčleněn v závislosti na věku. Nejvíce respondentů - 15 (42 %) všech věkových kategorií zvolilo odpověď „někdy“ která odpovídá skóre 60 %. Odpověď „stále“ (0 %) zvolily pouze dvě ženy ve věku 41 a 46 let. Naopak odpověď „nikdy“ volil muž ve věku 62 let a žena ve věku 34 let. Nejstarší kategorie ve věku nad 60 let je rovnoměrně zastoupena ve všech odpovědích, kromě odpovědi „stále“. Devět respondentů (25 %) vybralo možnost „většinou“ (20 %). Nejlepšího průměrného skóre 60 % dosáhla nejstarší skupina respondentů – 60 a více let. Naopak nejhůře dopadla skupina ve věku 50-59 let s průměrným skóre 47 %. Celkové průměrné skóre je 54 %.

**Otázka č. 11:** Jak často za posledních 4 týdny jste se obával/a dalšího záchvatu?

Možnost **stále** odpovídá skóre 0 %, možnost **většinou** odpovídá skóre 20 %, **mnohdy** 40 %, **někdy** odpovídá skóre 60 %, **málokdy** je 80 % a **nikdy** znamená 100 %.

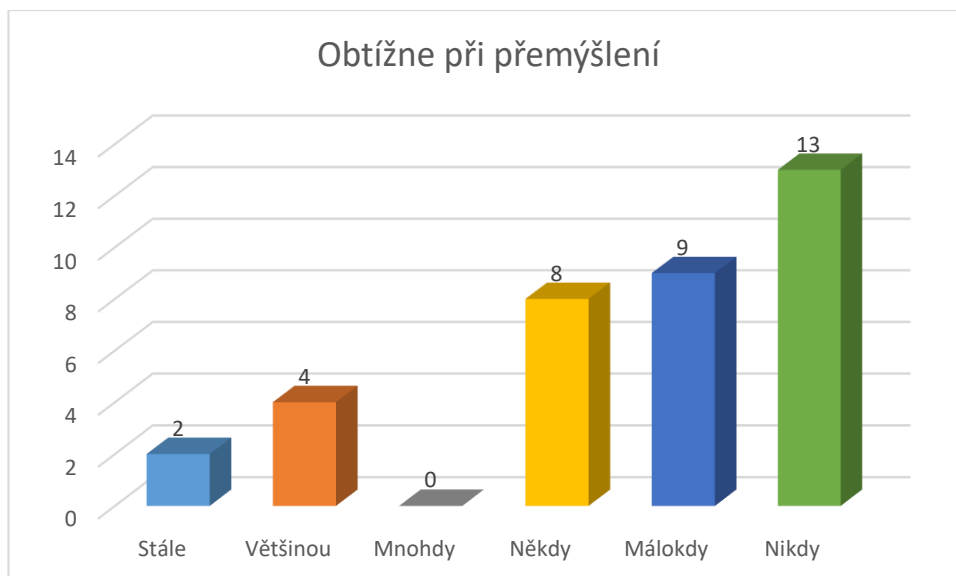


**Obrázek 19** Obavy z dalšího záchvatu za poslední 4 týdny s ohledem na pohlaví

Na obrázku 19 vidíme grafické znázornění obavy respondentů z dalšího záchvatu v závislosti na pohlaví. Jednoznačně nejčastější odpověď byla „nikdy“ (100 %), kterou zvolilo 16 (44 %) respondentů. Druhá nejčastější odpověď byla „málokdy“ (80 %), kterou si vybralo 8 (22 %) respondentů. 7 (19 %) respondentů volilo odpověď „někdy“ (60 %). Častější obavy z příštího záchvatu mělo jen 5 (14 %) respondentů. Další 3 (8 %) respondenti volili možnost „většinou“ (20 %) a po jednom (3 %) respondentovi získaly možnosti „stále“ (0 %) a „mnohdy“ (40 %). Stálou obavu z příštího záchvatu pocítovala jedna žena ve věku 46 let. Průměrné procento obavy ze záchvatu dosáhlo 77 %, což odpovídá odpovědi „málokdy“.

**Otázka č. 12:** Jak často za posledních 4 týdny pro Vás bylo obtížné přemýšlet nad problémy a řešit je?

Odpovědi **stále** odpovídají skóre 0 %, odpovědi **většinou** odpovídají skóre 20 %, **mnohdy** 40 %, **někdy** odpovídá skóre 60 %, **málokdy** je 80 % a **nikdy** znamená 100 %.



**Obrázek 20** Obtíže při přemýšlení nad problémy za poslední 4 týdny

Graf na obrázků 20 uvádí četnost obtíží při přemýšlení nad problémy za 4 týdny. 22 (61 %) respondentů volilo dvě neoptimističtější odpovědi – „nikdy“ (100 %) a málokdy (80 %). Naproti tomu dvě nejméně optimistické odpovědi – „stále“ (0 %) a „většinou“ (20 %) volilo dohromady jen 6 (17 %) respondentů. Variantu „někdy“ (60 %) vybralo 8 (22 %) respondentů. Průměrná procentuální odpověď je 72 %, čemuž nejlépe odpovídá varianta „málokdy“. Stále obtíže při přemýšlení a řešení problémů pocítovali dva respondenti – muž ve věku 62 let a žena ve věku 46 let.

**Otázka č. 13:** Jak často za posledních 4 týdny Vás omezoval zdravotní stav ve společenském životě?

Odpovědi **stále** odpovídají skóre 0 %, odpovědi **většinou** odpovídají skóre 20 %, **mnohdy** 40 %, **někdy** odpovídá skóre 60 %, **málokdy** je 80 % a **nikdy** znamená 100 %.

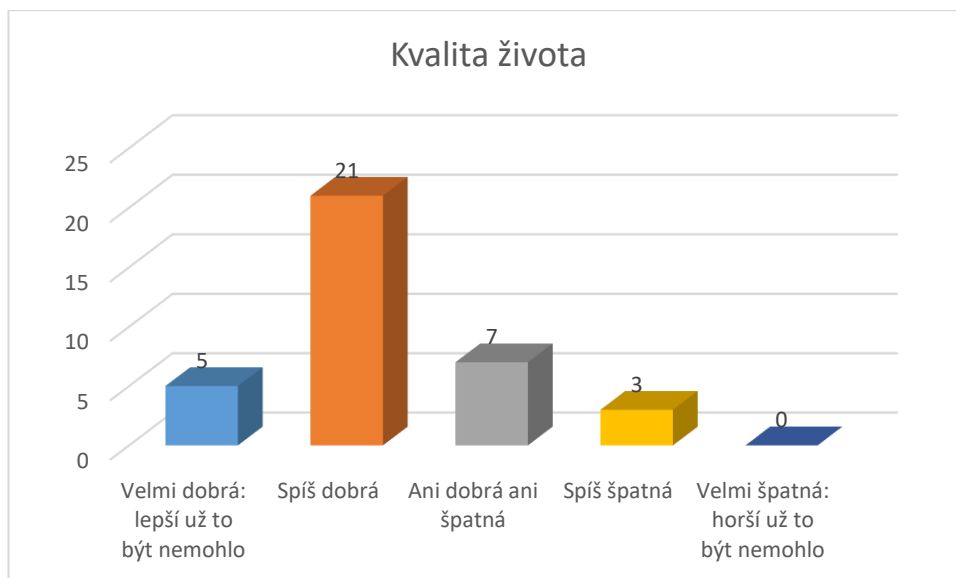


**Obrázek 21** Omezení společenského života za poslední 4 týdny

Graf na obrázku 21 zobrazuje, jak moc se respondent cítí omezen ve svém společenském životě. „Nikdy“ (100 %) se necítilo omezeno celkem 19 (53 %) respondentů. Naproti tomu „stále“ (0 %) se necítí omezen žádný (0 %) respondent. Možnost „málokdy“ (80 %) volilo 6 (17 %) respondentů, možnosti „někdy“ (60 %) a „většinou“ (40 %) volili každou 4 (12 %) respondenti. Variantu „mnohdy“ (40 %) pak vybrali 3 (8 %) respondenti. Průměrná procentuální odpověď je pak 78 %, což odpovídá variantě málokdy.

**Otázka č. 14:** Jaká byla kvalita vašeho života během posledních 4 týdnů?

Odpověď **velmi dobrá** (lepší už to být nemohlo) odpovídá skóre 100 %, odpověď **spíš dobrá** má skóre 75 %, odpověď **ani dobrá ani špatná** se rovná skóre 50 %, další možnost **spíš špatná** má skóre 25 % a **velmi špatná** (horší už to být nemohlo) odpovídá skóre 0 %.

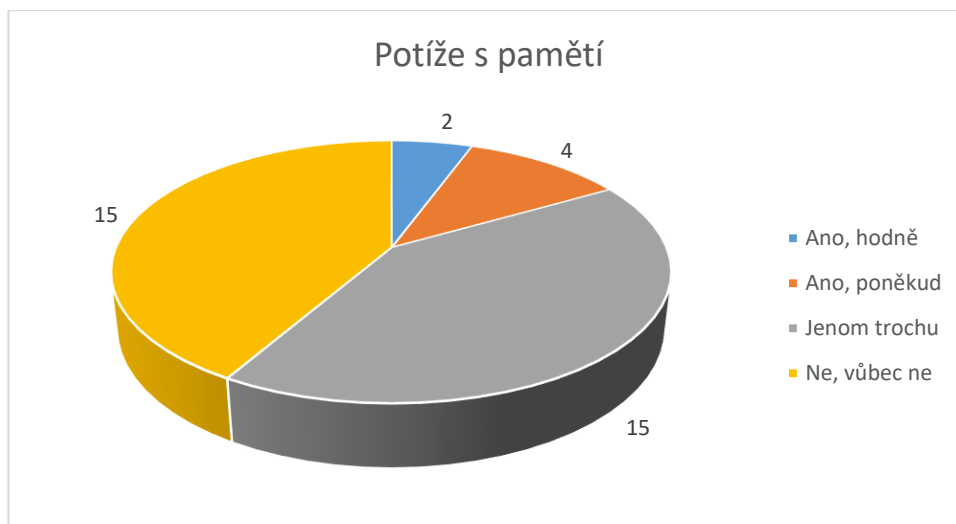


**Obrázek 22** Kvalita života za poslední 4 týdny

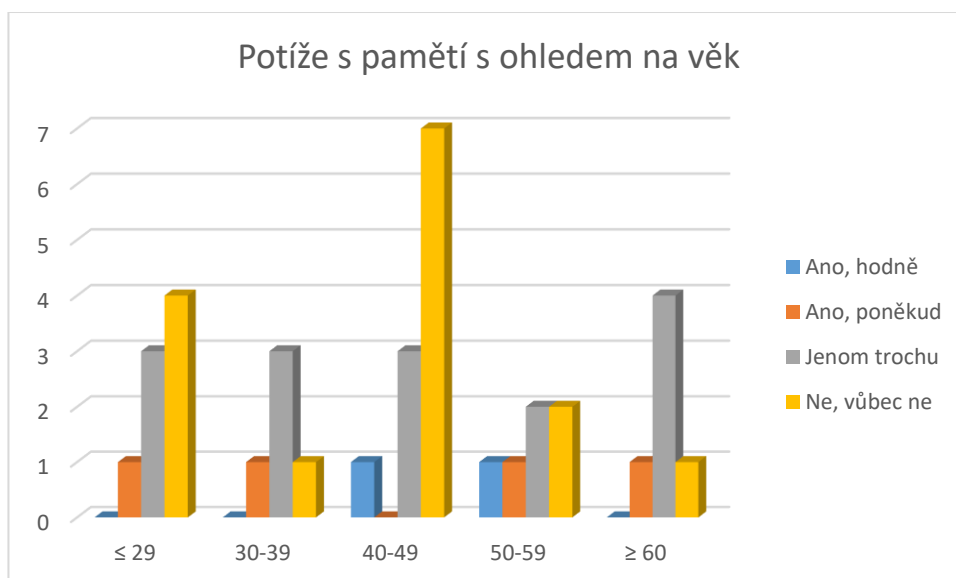
Graf na obrázku 22 ukazuje, jak respondenti hodnotili kvalitu svého života za poslední 4 týdny. Možnost „velmi špatná“ (0 %) nevybral žádný z respondentů naopak 5 (14 %) respondentů uvedlo, že kvalita jejich života byla velmi dobrá a nemohla být lepší (100%). K možnosti „spíš dobrá“ (75%) se přiklonila největší skupina respondentů a to 21 (58 %). Neutrální možnost „ani dobrá ani špatná“ (50 %) zvolilo 7 (19 %) respondentů. Méně optimistická možnost „spíš špatná“ (25 %) byla vybrána pouze 3 respondenty. Průměrná procentuální odpověď respondentů je 69 %, která se nejvíce blíží možnosti spíš dobrá.

**Otázka č. 15:** Měl/a jste během posledních 4 týdnů nějaké potíže s pamětí?

Odpověď **ano**, **hodně** odpovídá skóre 0 %, odpověď **ano**, **poněkud** má skóre 33,3 %, **jenom trochu** je skóre 66,7 % poslední možnost **ne**, **vůbec ne** se rovná skóre 100 %.



**Obrázek 23** Potíže s pamětí za poslední 4 týdny



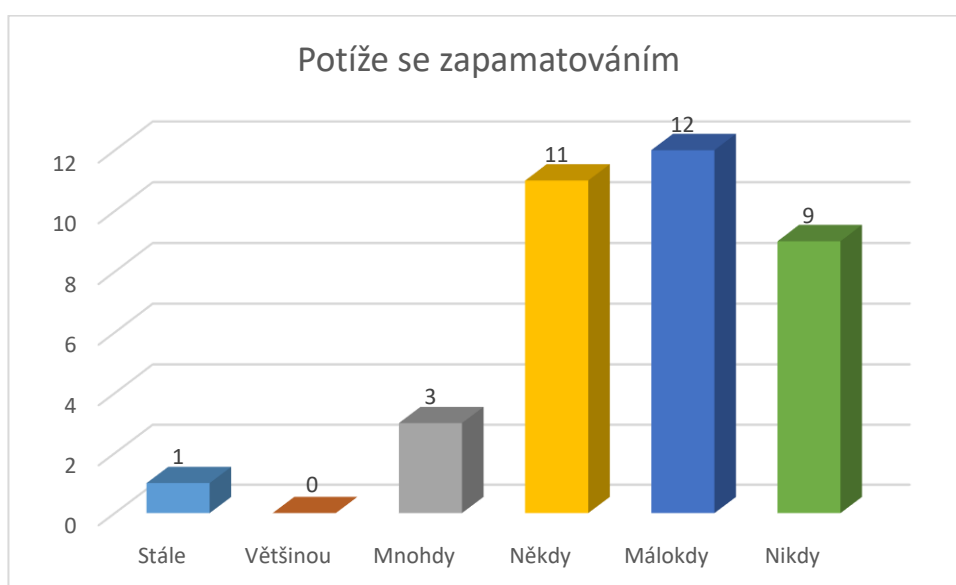
**Obrázek 24** Potíže s pamětí za poslední 4 týdny s ohledem na věk

Na grafech na obrázcích 23 a 24 můžeme vidět, zda v posledních týdnech měli respondenti potíže s pamětí, přičemž na obrázku 24 je graf rozčleněn v závislosti na věku. Hodně potíží (0 %) měly pouze 2 ženy, jedna ve věku 46 let a druhá ve věku 58 let. Možnosti „jenom trochu“ (66,7 %) a „ne, vůbec ne“ (100 %) byli vybráni respondenty ve všech věkových kategoriích a k oběma možnostem se přiklonil stejný počet respondentů a to 15 (42%). Respondenti ve věku 40-49 let nejvíce vybírali možnost „vůbec ne“. Průměrná procentuální odpověď respondentů je 71 %, a to nejvíce odpovídá možnosti „jenom trochu“. Nejlepší průměrné skóre 82 % má skupina respondentů ve věku 40-49 let. Druhé nejlepší skóre 79 % má skupina mladých respondentů (≤ 29 let). Nejhoršího průměrného skóre 61 % dosáhla skupina respondentů ve

věku 50-59 let. Nejstarší respondenti (60 let a starší) měli průměrné skóre 67 %. V rámci souboru respondentů lze tedy říci, že starší lidé mají o něco horší paměť oproti mladším.

**Otázka č. 16:** Jak často za poslední 4 týdny jste měl/a potíže si zapamatovat, co Vám lidé říkají?

Odpovědi **stále** odpovídají skóre 0 %, odpovědi **většinou** odpovídají skóre 20 %, **mnohdy** je 40 %, **někdy** odpovídá skóre 60 %, **málokdy** 80 % a **nikdy** znamená 100 %.



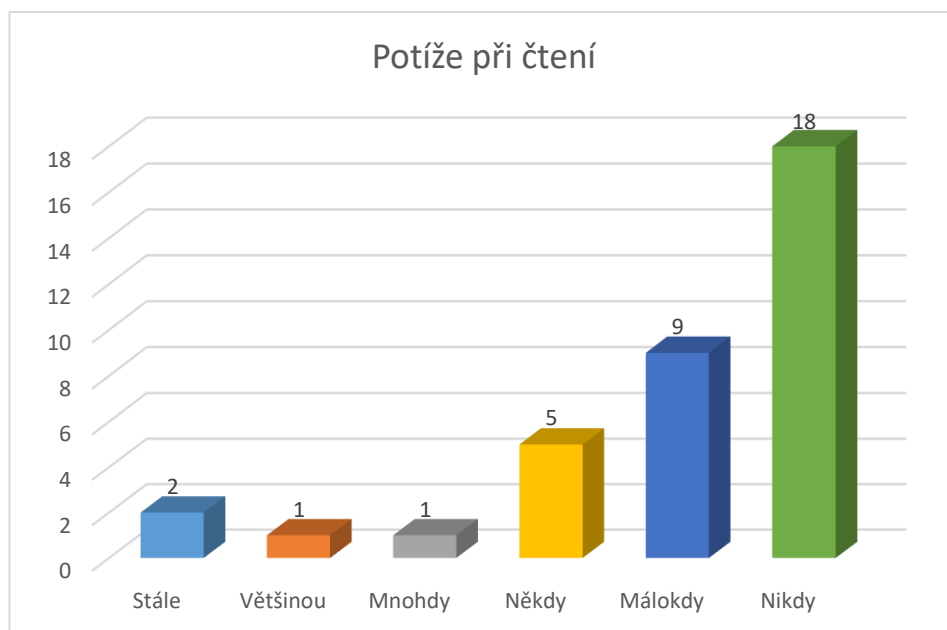
**Obrázek 25** Potíže se zapamatováním za poslední 4 týdny

Graf na obrázku 25 nám ukazuje, jak často měli respondenti potíže se zapamatováním v proběhlých 4 týdnech. Pouze jedna žena ve věku 58 let zvolila možnost „stále“ (0 %) oproti tomu možnost „nikdy“ (100 %) zvolilo 9 respondentů (25%). Nejčastější odpověď byla možnost „málokdy“ (80%), kterou zvolilo 12 (33%) respondentů, druhá nejčastější možnost „někdy“ (60%) byla vybrána 11 (31 %) respondenty. Méně optimistickou odpověď „mnohdy“ (40 %) vybrali 3 respondenti (8 %). Možnost „většinou“ (20 %) nebyla zvolena žádným respondentem. Průměrná procentuální odpověď respondentů je 73 %, tedy možnost málokdy.

**Otázka č. 17:** Jak často jste měl/a během posledních 4 týdnů potíže soustředit se na čtení?



Možnost **stále** odpovídá skóre 0 %, možnost **většinou** má skóre 20 %, **mnohdy** odpovídá skóre 40 %, **někdy** odpovídá skóre 60 %, **málokdy** 80 % a **nikdy** znamená 100 %.

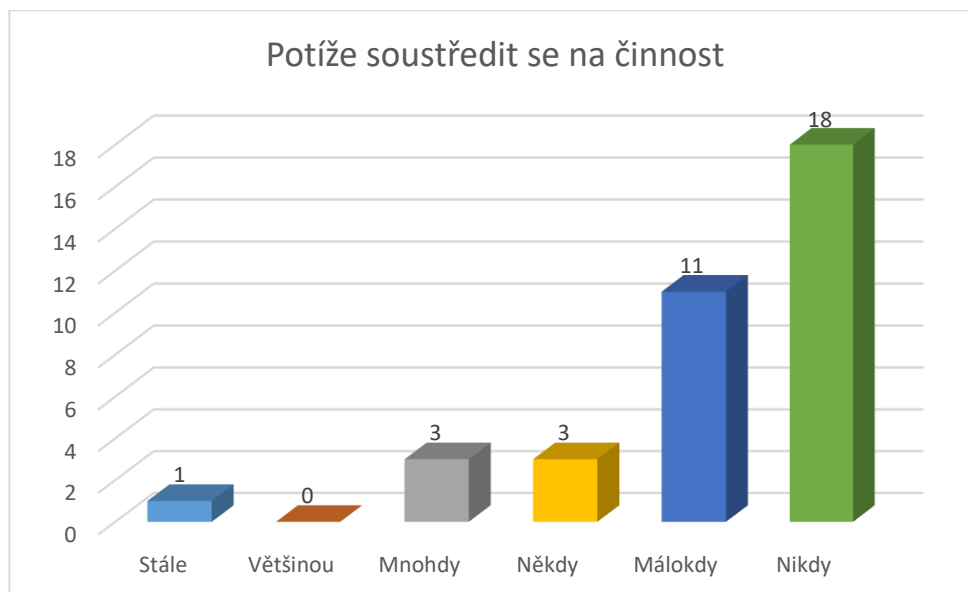


**Obrázek 26** Potíže soustředit se na čtení za poslední 4 týdny

Z grafu na obrázku 26 můžeme vyčíst, jak často měli respondenti potíže při soustředění se na čtení za poslední 4 týdny. Na první pohled vidíme, že nejčastěji volená možnost je „nikdy“ (100 %), tu zvolilo 18 (50 %) respondentů. Potíže „málokdy“ (80 %) a „někdy“ (60 %) dohromady zvolilo 39 % respondentů. Nejhorší možnou odpověď „stále“ (0%) zvolily dvě ženy ve věku 46 let a ve věku 58 let. Možnosti „většinou“ (20 %) a „mnohdy“ (40 %) zvolily také dvě ženy, nejmladší zúčastněná ve věku 20 let se přiklonila k možnost většinou a žena ve věku 35 let vybrala možnost „mnohdy“. Průměrná procentuální odpověď respondentů je 80 %, což přesně odpovídá možnosti „málokdy“.

**Otázka č. 18:** Jak často jste měl/a během posledních 4 týdnů potíže soustředit se v určité chvíli na provádění jedné věci?

Možnost **stále** odpovídá skóre 0 %, možnost **většinou** odpovídá skóre 20 %, **mnohdy** 40 %, **někdy** odpovídá skóre 60 %, **málokdy** je 80 % a **nikdy** znamená 100 %.

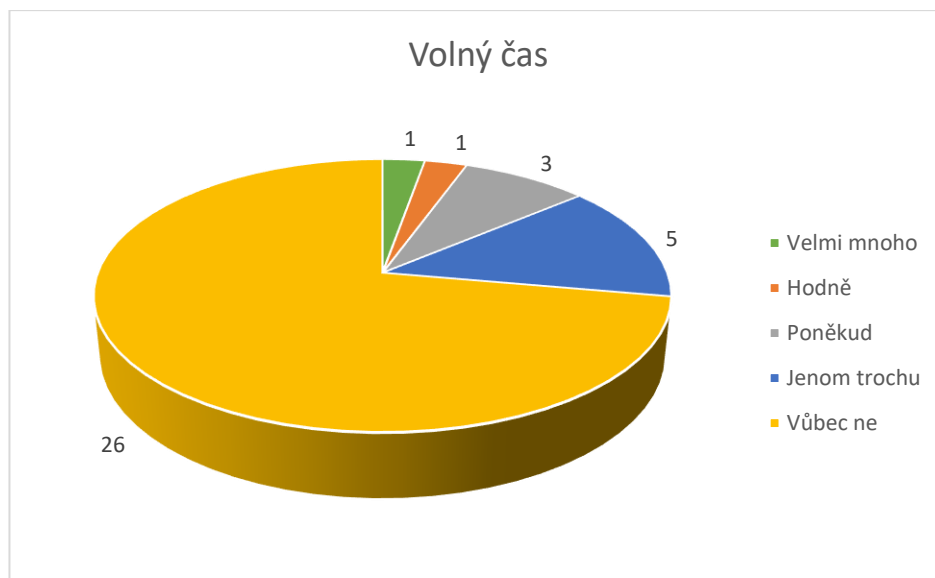


**Obrázek 27** Potíže soustředit se na činnost za poslední 4 týdny

Na grafu na obrázku 27 můžeme vidět, jak často měli respondenti potíže soustředit se na činnost za poslední 4 týdny. Jako u předchozí otázky, která se týkala problematiky soustředění se na čtení, můžeme i zde vidět, že shodný počet respondentů a to 18 (50 %) vybral možnost „nikdy“ (100 %). Druhá nejčastější odpověď „málokdy“ (80 %) zvolilo 11 (31 %) respondentů. Možnosti „mnohdy“ (40 %) a „někdy“ (60 %) zvolil stejný počet respondentů a to 3 (8 %). Nejhorší možnou možnost „stále“ (0 %) vybrala žena ve věku 58 let (stejně žena volila v otázkách č. 16 a č. 17).

**Otázka č. 19:** Jak moc Vám během posledních 4 týdnů epilepsie nebo antiepileptické léky dělali potíže při volném čase?

Odpověď **velmi mnoho** odpovídá skóre 0 %, odpověď **hodně** odpovídá skóre 25 %, **poněkud** má skóre 50 %, **jenom trochu** odpovídá skóre 75 %, poslední možnost **vůbec ne** odpovídá skóre 100 %.

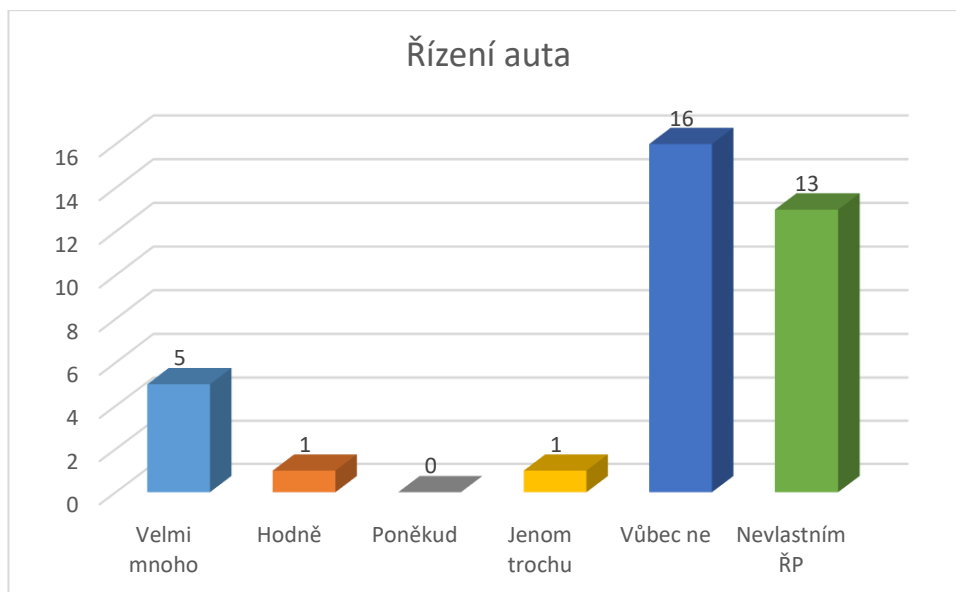


**Obrázek 28** Vliv epilepsie nebo antiepileptik na volný čas za poslední 4 týdny

Graf na obrázku 28 ukazuje, jaký vliv měla epilepsie nebo antiepileptické léky na volný čas respondentů v posledních 4 týdnech. Dohromady 31 (86 %) respondentů uvedlo, že epilepsie nebo antiepileptika mají na jejich volný čas vliv „jenom trochu“ (75 %) nebo „vůbec ne“ (100 %). Možnost „poněkud“ (50 %) zvolili 3 respondenti (8 %). Jedna žena ve věku 46 let uvedla možnost „velmi mnoho“ (0 %), další žena ve věku 58 let vybrala možnost „hodně“ (25 %).

**Otázka č. 20:** Jak moc Vám během posledních 4 týdnů epilepsie nebo antiepileptické léky dělali potíže při řízení auta?

Odpověď **velmi mnoho** odpovídá skóre 0 %, odpověď **hodně** odpovídá skóre 25 %, **poněkud** má skóre 50 %, **jenom trochu** odpovídá skóre 75 %, poslední možnost **vůbec ne** odpovídá skóre 100 %. Odpověď nevlastním ŘP respondenti uváděli do poznámky, proto nelze převést na skórování.



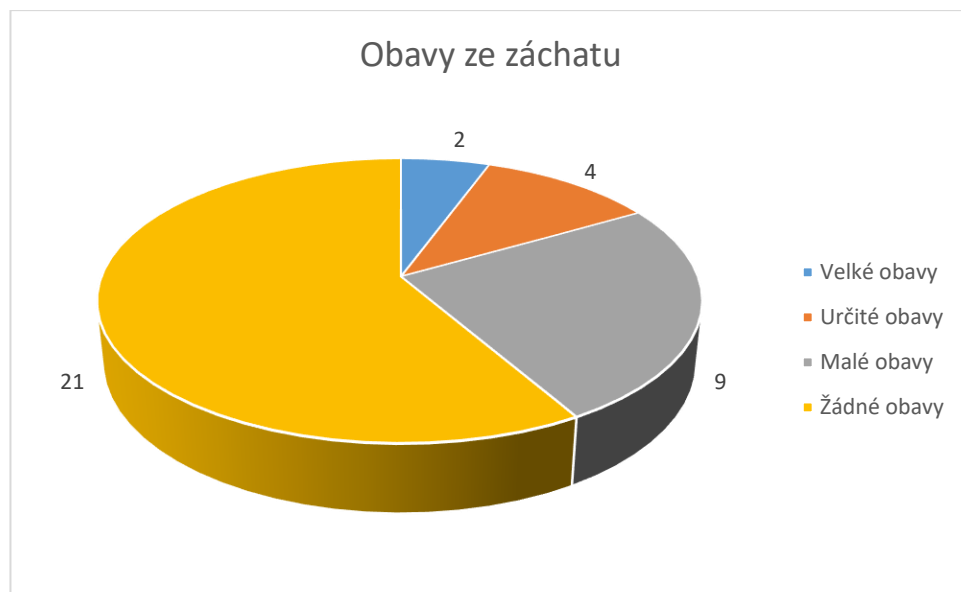
**Obrázek 29** Vliv epilepsie nebo antiepileptik na řízení auta za poslední 4 týdny

Z grafu na obrázku 29 můžeme vyčíst, jak respondenti hodnotí vliv epilepsie a antiepileptik na řízení auta za poslední 4 týdny. 13 (36 %) z dotazovaných respondentů nevlastní řidičský průkaz. Nejčastěji volená možnost „vůbec ne“ (100 %) byla vybrána 16 (44%) respondenty. Možnost „jenom trochu“ (75 %) vybrala jedna žena ve věku 35 let. Nejhorší možnosti „velmi mnoho“ (0 %) a „hodně“ (25%) zvolilo dohromady 6 (17 %) respondentů. Průměrná procentuální odpověď respondentů, kteří vlastní řidičský průkaz je 74 %, což odpovídá možnosti jenom trochu.

Na dalších 2 následujících stránkách bude zobrazení a zpracování otázek č. 21, 22, 23, týkající se obav a starostí respondentů, které jsou spojené s možným budoucím epileptickým záchvatem a zraněním, či společenským ztrapněním, k čemuž by mohlo dojít při probíhajícím záchvatu.

**Otázka č. 21:** Máte obavy, že budete mít příští měsíc záchvat?

Možnost **velké obavy** odpovídá skóre 0 %, možnost **určité obavy** odpovídá skóre 33,3 %, **malé obavy** odpovídají skóre 66,7 %, poslední možnost **žádné obavy** odpovídá skóre 100 %.

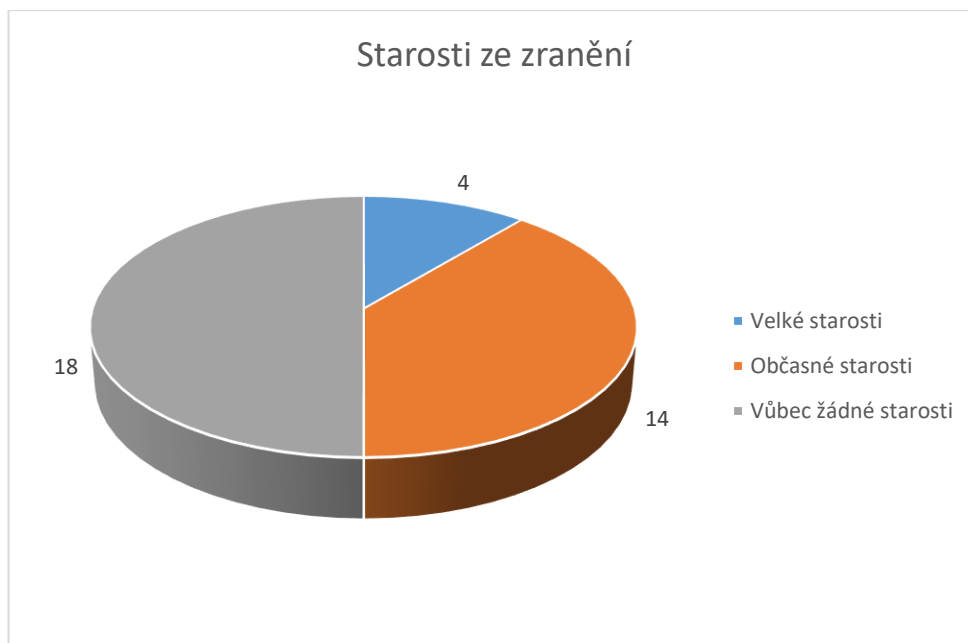


**Obrázek 30** Obavy s možným záchvatem v následujícím měsíci

Na grafu na obrázku 30 vidíme obavy respondentů týkající se epileptických záchvatů v následujícím měsíci. Dohromady 30 (83 %) respondentů vybralo možnosti „žádné obavy“ (100 %) a „malé obavy“ (66,7 %). Možnost „určité obavy“ (33,3 %) z dalšího záchvatu zvolili 4 respondenti (11 %). Dvě ženy ve věku 46 let a 58 let vybraly možnost „velké obavy“ (0 %). Průměrná procentuální odpověď respondentů je 79 %, to odpovídá možnosti malé obavy, dalo by se tedy říci, že respondenti se budoucího záchvatu, který by mohl nastat, příliš neobávají.

**Otázka č. 22:** Děláte si starosti, že se při záchvatu zraníte?

Odpověď **velké starosti** odpovídají skóre 0 %, odpověď **občasné starosti** mají skóre 50 %, **vůbec žádné starosti** odpovídá skóre 100 %.

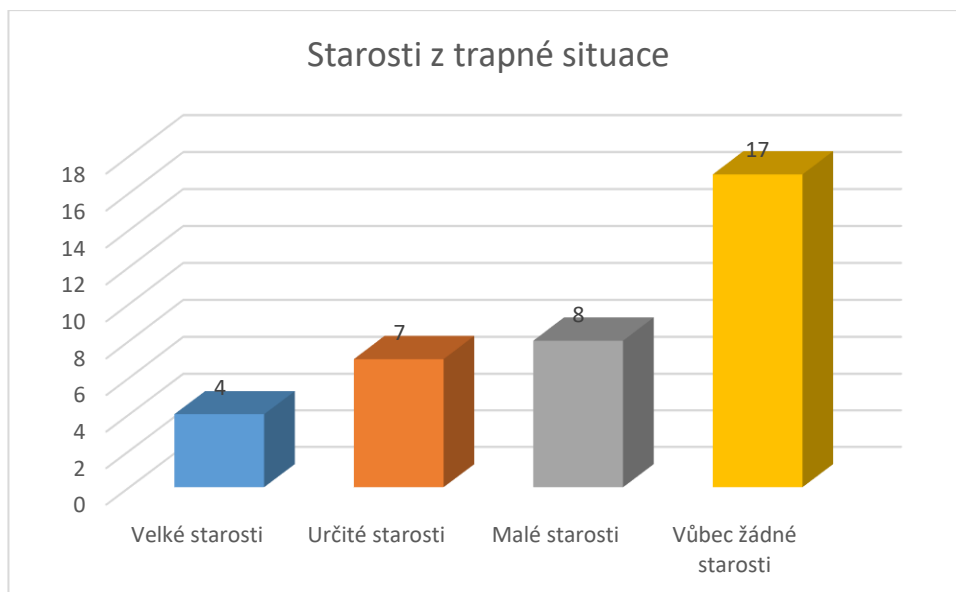


**Obrázek 31** Starosti kvůli zranění při záchvatu

Graf na obrázku 31 znázorňuje starosti respondentů týkající se možného zranění při záchvatu. Na první pohled vidíme, že převažují optimistické odpovědi tj. „vůbec žádné starosti“ (100 %), které zvolilo 18 (50%) respondentů a druhá nejčastější odpověď „občasné starosti“ označilo 14 (39 %) respondentů. Nejméně optimistickou odpověď tj. „velké starosti“ (0 %) vybrali 4 (11%) respondenti. Průměrná procentuální odpověď respondentů je 69 %, což nejvíce odpovídá možnosti občasné starosti.

**Otázka č. 23:** Dělá Vám starosti, že se můžete dostat do trapné situace nebo mít jiné společenské problémy, když budete mít příští měsíc záchvat?

Možnost **velké starosti** odpovídá skóre 0 %, možnost **určité starosti** odpovídá skóre 33,3 %, **malé starosti** odpovídají skóre 66,7 %, poslední možnost **vůbec žádné starosti** odpovídá skóre 100 %.

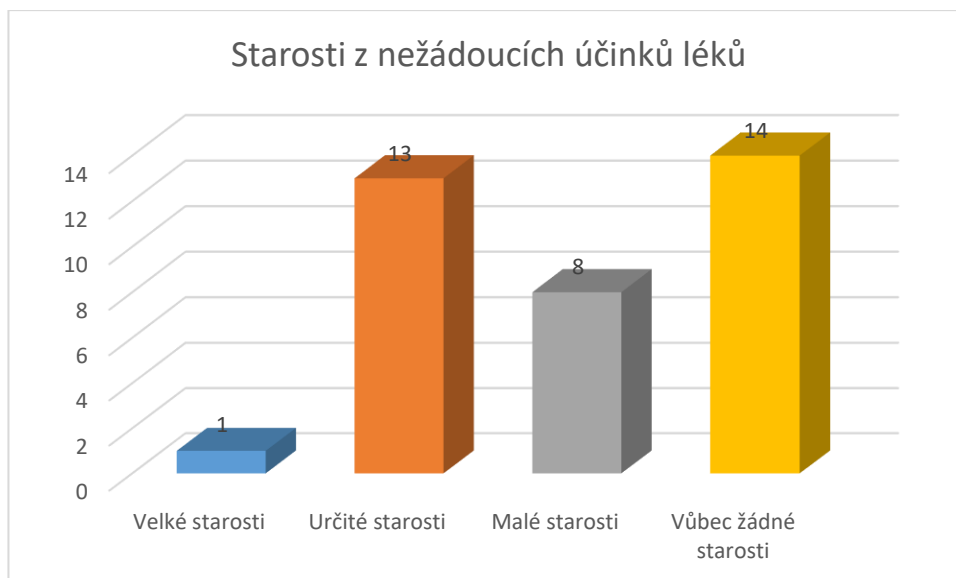


**Obrázek 32** Starosti kvůli možnému záchvatu v následujícím měsíci

V grafu na obrázku 32 je vyjádřena otázka, zda si respondenti dělají starost s tím, že by se mohli dostat do trapné situace nebo mít společenské problémy, pokud dostanou v následujícím měsíci záchvat. Při prvním pohledu na obrázek vidíme, že čím menší starosti tím více respondentů se přiklání k odpovědi. 4 respondenti uvedli nejhorší možnou odpověď tj. „velké starosti“ (0 %). Počet respondentů se nejvíce shodoval u možností „určité starosti“ (33,3 %) a „malé starosti“ (66,7 %), kde 7 (19 %) respondentů uvedlo „určité starosti“ a „malé starosti“ respondentů 8 (22 %). Nejlepší možná varianta „vůbec žádné starosti“ byla zvolena 17 (47 %) respondenty. Průměrná procentuální odpověď respondentů je 69 %, to odpovídá možnosti malé starosti.

**Otázka č. 24:** Dělá Vám starosti, že Vám léky, které užíváte, mohou uškodit, pokud je budete brát po delší dobu?

Možnost **velké starosti** odpovídá skóre 0 %, možnost **určité starosti** odpovídá skóre 33,3 %, **malé starosti** odpovídají skóre 66,7 %, poslední možnost **vůbec žádné starosti** odpovídá skóre 100 %.



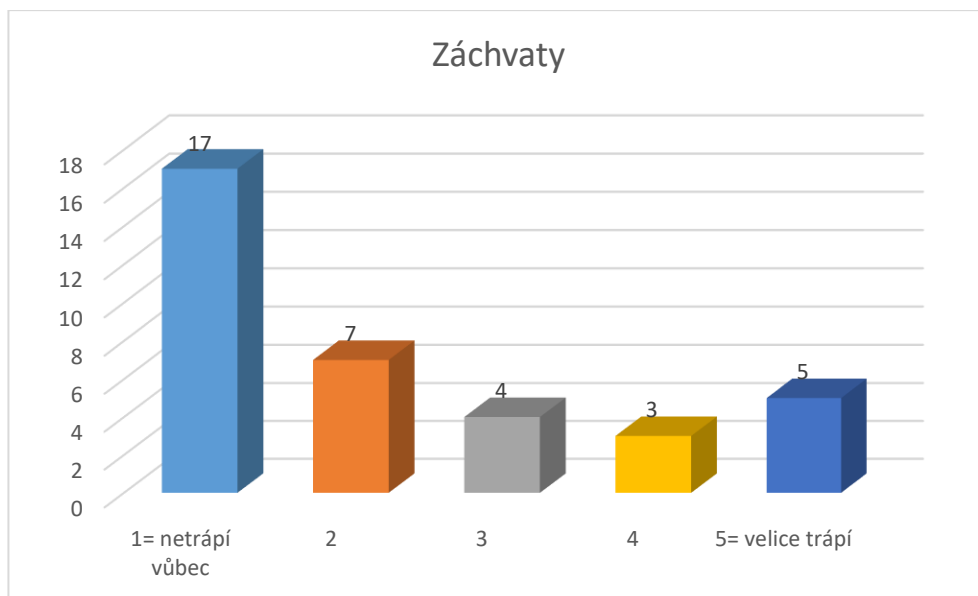
**Obrázek 33** Starosti z nežádoucích účinků léků

Graf na obrázku 33 znázorňuje, jaké starosti spojené s užíváním léku po delší dobu si dělají respondenti. Po prohlédnutí obrázku zjistíme, že nejvíce respondenti volili mezi určitými a vůbec žádnými starostmi spojenými s užíváním léků. Neoptimističtější a nejčastější uváděná možnost „vůbec žádné starosti“ (100 %) byla označena 14 (39 %) respondenty, druhá nejčastěji označovaná odpověď „určité starosti“ (33,3 %) byla vybrána 13 (36%) respondenty. Možnost „malé starosti“ (66,7 %) zvolilo 8 respondentů (22 %). Jediná žena ve věku 58 let označila možnost „velké starosti“ (0 %). Průměrná procentuální odpověď respondentů je tedy 66 % „malé starosti.“

**Otázka č. 25:** Do jaké míry Vás trápí záchvaty?

Možnost 1 (netrápí vůbec) odpovídá skóre 100 %, možnost 2 je skóre 75 %, možnost 3 má hodnotu skóre 50 %, 4 odpovídá skóre 25 %, možnost 5 (velice trápí) má hodnotu skóre 0 %.



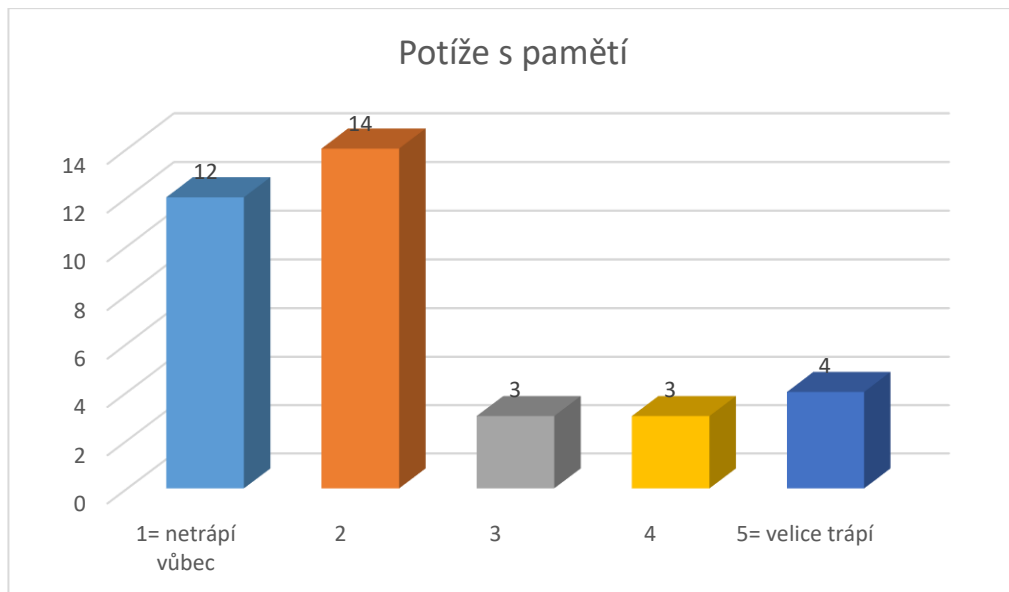


**Obrázek 34** Obavy ze záchvatů

Graf na obrázku 34 ukazuje, v jaké míře trápí respondenty záchvaty. U této otázky je na první pohled vidět, že převládá optimistická odpověď 1 „netrápí vůbec“ (100 %), kterou zvolilo 17 (47 %) respondentů naopak nejméně optimistická odpověď tj. 5 „velice trápí“ (0 %) byla vybrána 5 (14 %) respondenty. Druhá nejčastější odpověď „2“ (75 %), kterou zastupuje 7 (19 %) respondentů. Střední hodnotu, která je označena jako „3“ (50%) vybrali 4 (11%) respondenti. Předposlední odpověď „4“ (25 %) zvolilo nejméně respondentů a to 3 (8 %). Průměrná procentuální odpověď respondentů je 69 %, což nejvíce odpovídá možnosti 2, kterou bych mohli přirovnat k mále nebo mírné míře trápení se se záchvaty.

**Otázka č. 26:** Do jaké míry Vás trápí potíže s pamětí?

Odpověď 1 (netrápí vůbec) odpovídá skóre 100 %, odpověď 2 je skóre 75 %, 3 má hodnotu skóre 50 %, 4 odpovídá skóre 25 %, odpověď 5 (velice trápí) má hodnotu skóre 0 %.

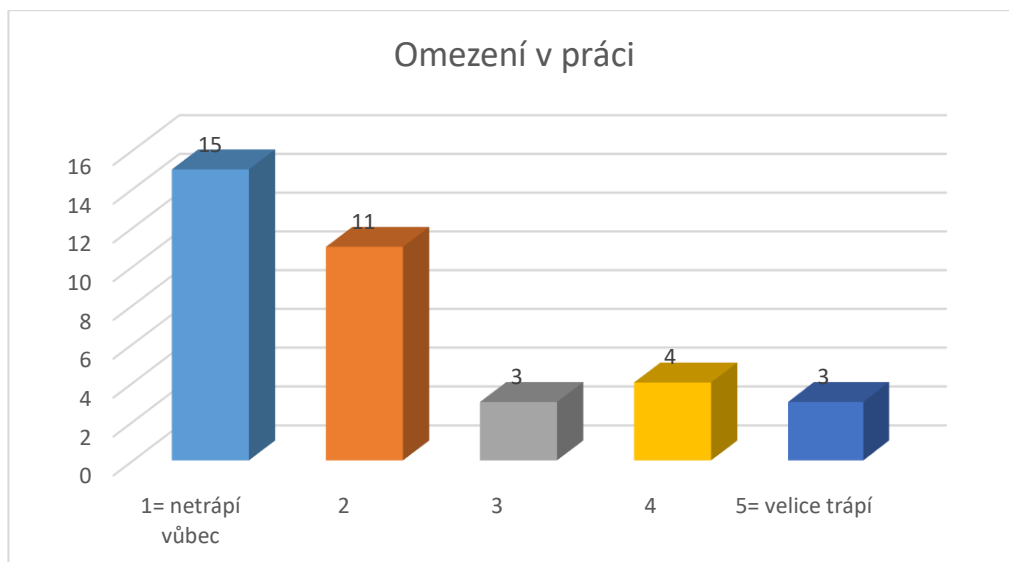


**Obrázek 35** Potíže s pamětí

Graf na obrázku 35 demonstruje, v jaké míře trápí respondenty potíže s pamětí. Celkem 26 (72 %) respondentů volilo dvě neoptimističtější možnosti tj. 1 „netrápí vůbec“ (100 %) a „2“ (75 %), kterou bychom mohli slovně pojmenovat „mírné trápení“. Naopak dvě nejméně optimistické odpovědi tj. „4“ (25 %), tu je možné slovně označit jako „trápí“ a 5 „velice trápí“ (0 %) volilo 7 (19 %) respondentů. Střední hodnotu „3“ (50 %) zvolili 3 (8%) respondenti. Průměrná procentuální odpověď respondentů je 69 %, to nejvíce odpovídá možnosti 2.

**Otázka č. 27:** Do jaké míry Vás trápí omezení v práci?

Možnost 1 (netrápí vůbec) odpovídá skóre 100 %, možnost 2 je skóre 75 %, možnost 3 má hodnotu skóre 50 %, 4 odpovídá skóre 25 %, možnost 5 (velice trápí) má hodnotu skóre 0 %.

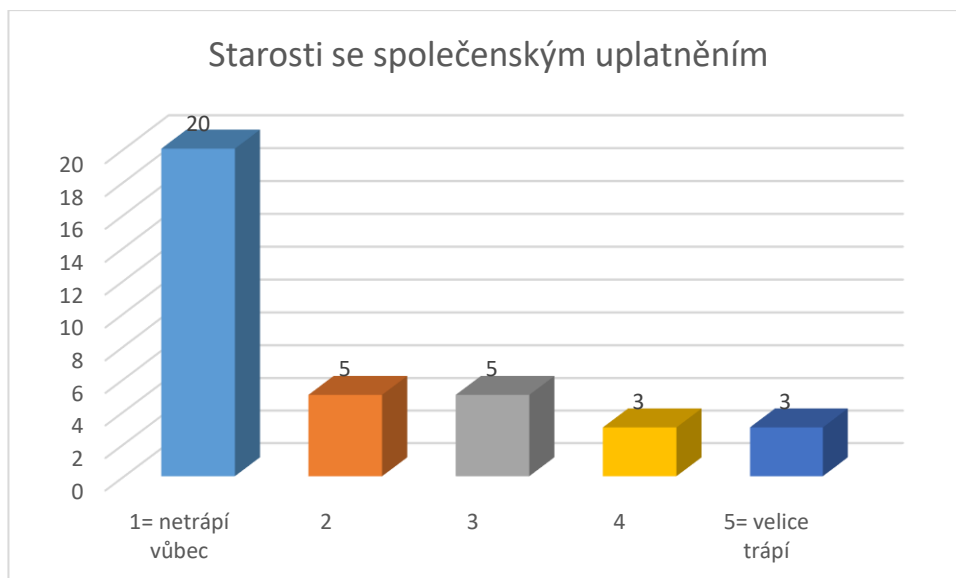


**Obrázek 36** Starosti kvůli omezení v práci

Na grafu na obrázku 36 je znázorněno, jak respondenty trápí omezení v práci. V grafu se poměrně výrazně projevují kladné odpovědi, 15 (42 %) respondentů uvedlo možnost 1 „netrápí vůbec“ (100 %), druhá nejčastější odpověď „2“ (75 %), slovně by šlo popsat jako „trápí mírně“ byla zvolena 11 (30 %) respondenty. Naopak negativní odpovědi tj. 5 „velice trápí“ (0 %) a „4“ (25%) opět můžeme slovně popsat jako „určité trápení“ byli dohromady zvoleny 7 respondenty (19 %). Neutrální možnost „3“ (50 %) označili 3 respondenti (8 %). Průměrná procentuální odpověď respondentů je 72 %, to nejvíce odpovídá možnosti „2“.

**Otázka č. 28:** Do jaké míry Vás trápí omezené společenské uplatnění?

Možnost **1** (netrápí vůbec) odpovídá skóre 100 %, možnost **2** je skóre 75 %, možnost **3** má hodnotu skóre 50 %, **4** odpovídá skóre 25 %, možnost **5** (velice trápí) má hodnotu skóre 0 %.

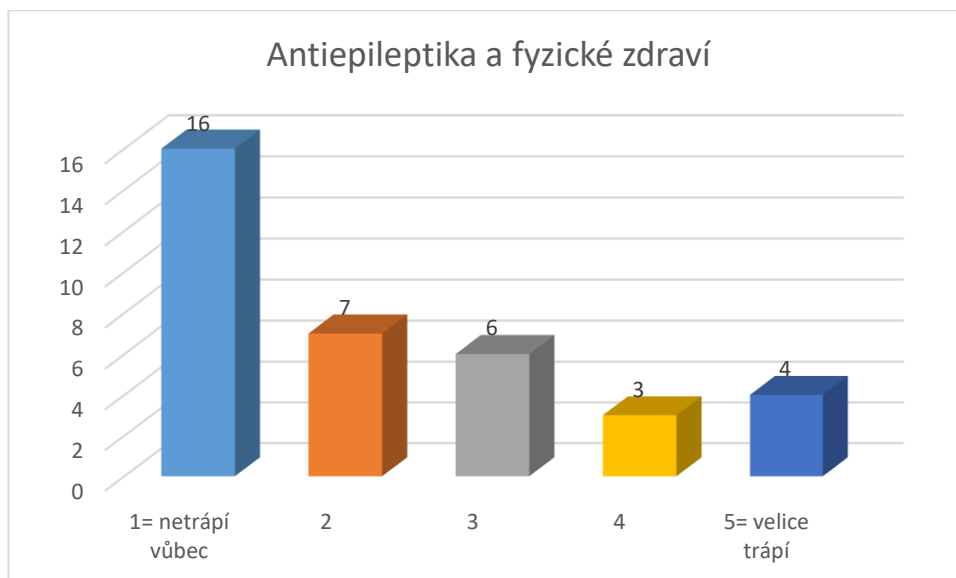


**Obrázek 37** Starosti kvůli omezení společenského uplatnění

Z grafu na obrázku 37 zjistíme, jak dotazované respondenty trápí omezené společenské uplatnění. Zde také na první pohled vidíme, že možnost 1 „netrápí vůbec“ (100 %) je zastoupena nejvíce respondenty a to 20 (56 %). 3 respondenti (8 %) vybrali nejhorší možnou možnost 5 „velice trápí“ (0 %), totožní respondenti uvedli stejnou odpověď u předchozí otázky č. 27 (Do jaké míry Vás trápí omezení v práci?), můžeme tedy říci, že pokud se respondenti trápí kvůli omezení v práci, tak se zároveň trápí kvůli společenskému uplatnění.

**Otázka č. 29:** Do jaké míry Vás trápí vliv antiepileptik na fyzické zdraví?

Odpověď **1** (netrápí vůbec) odpovídá skóre 100 %, odpověď **2** je skóre 75 %, **3** má hodnotu skóre 50 %, **4** odpovídá skóre 25 %, odpověď **5** (velice trápí) má hodnotu skóre 0 %.

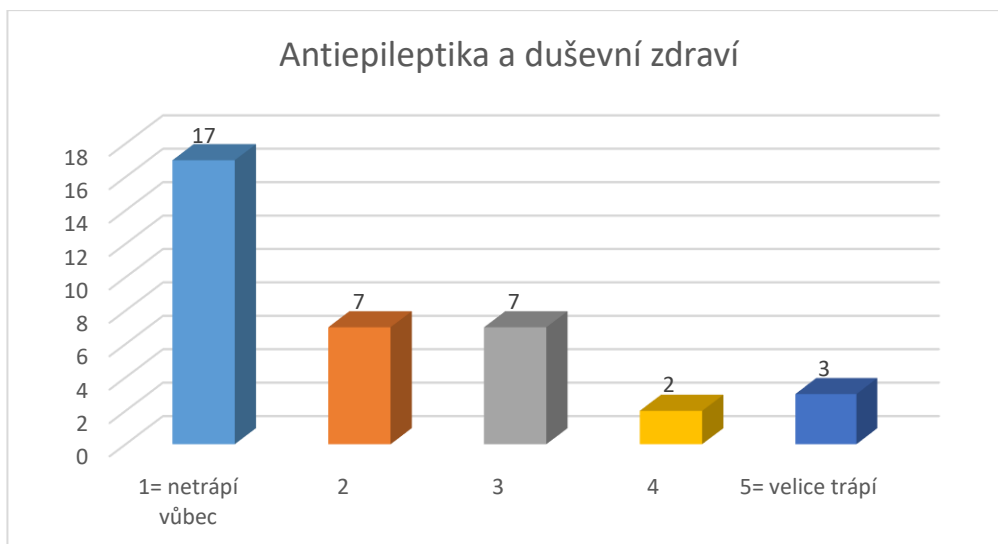


**Obrázek 38** Starosti s vlivem antiepileptik na fyzické zdraví

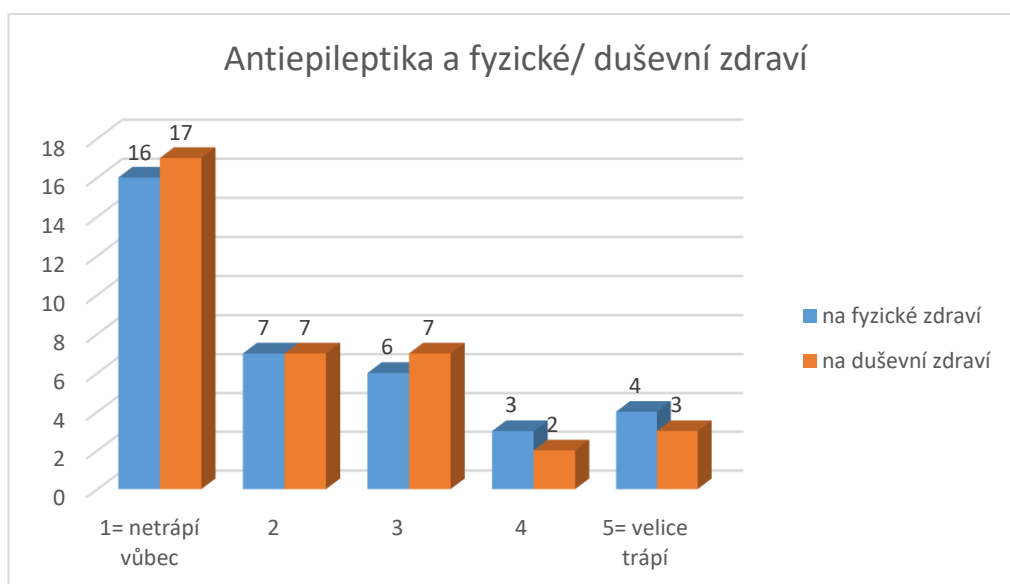
Graf na obrázku 38 ukazuje, jak respondenty trápí vliv antiepileptik na jejich fyzické zdraví. Dvě nejvíce optimistické odpovědi tj. 1 „netrápí vůbec“ (100 %) a „2“ (75 %) byli dohromady zvoleny 23 (64 %) respondenty. Neutrální možnost „3“ (50 %) byla vybrána 6 (17 %) respondentů. Dvě nejméně optimistické odpovědi „4“ (25%) a 5 „velice trápí“ (0%) dohromady zvolilo 7 (19%) respondentů. Průměrná procentuální odpověď respondentů zde je 69 %, to nejvíce odpovídá možnosti 2, kterou můžeme popsat jako „mírné trápení“.

**Otázka č. 30:** Do jaké míry Vás trápí vliv antiepileptik na duševní zdraví?

Odpověď **1** (netrápí vůbec) odpovídá skóre 100 %, odpověď **2** je skóre 75 %, **3** má hodnotu skóre 50 %, **4** odpovídá skóre 25 %, odpověď **5** (velice trápí) má hodnotu skóre 0 %.



**Obrázek 39** Starosti s vlivem antiepileptik na duševní zdraví



**Obrázek 40** Starosti s vlivem antiepileptik na fyzické/duševní zdraví

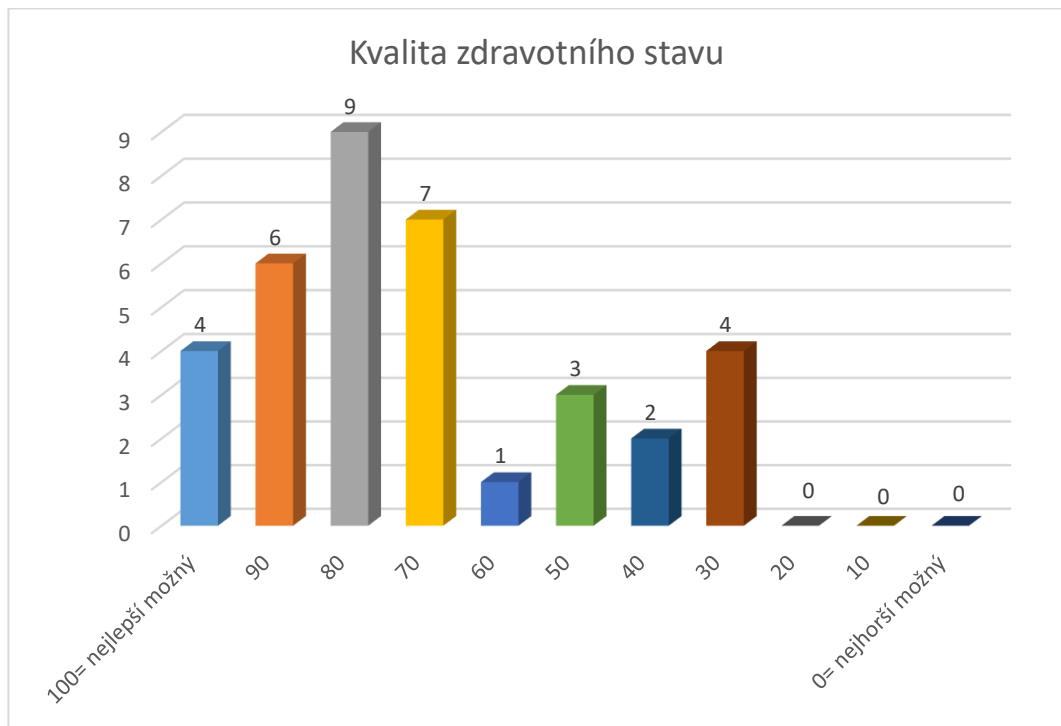
V předchozí otázce č. 29 bylo popisováno vyhodnocení, jak respondenty trápí vliv antiepileptik na jejich fyzické zdraví. Můžeme tedy porovnat, do jaké míry mají respondenti starosti o své fyzické a duševní zdraví v závislosti na užívání antiepileptik.

Z grafu na obrázku 40 můžeme pozorovat porovnání, jak respondenty trápí vliv antiepileptik na jejich fyzické zdraví a duševní zdraví. Zde vidíme, že respondenti zpravidla hodnotili míru své starosti či trápení téměř totožně v obou otázkách. Vidíme, že nejčteněji vybraná odpověď byla možnost 1 „netrápí vůbec“ (100 %) a to jak u vlivu na fyzické zdraví, tak i psychické zdraví. Nejméně vybraná odpověď je možnost „4“ (25 %), kterou si můžeme pojmenovat

„trápí“ a to také v obou zastoupených otázkách. Průměrná procentuální odpověď respondentů pro vliv na fyzické zdraví je 69 % a průměrná procentuální odpověď u vlivu na psychické zdraví je 73 %, obě naměřené průměrné hodnoty nejvíce odpovídají možnosti „2“, dalo by se tedy díky šetření říci, že respondenti mají jen malé starosti s vlivem antiepileptik na jejich vlastní zdraví.

**Otázka č. 31:** Jak dobrý nebo špatný je podle Vašeho mínění Vás zdravotní stav?

U této otázky respondenti vybírali ze stupnice hodnot kde **100** (označuje nejlepší možný zdravotní stav) a **0** (nejhorší možný). Tyto čísla nepodléhají žádnému skórování.



**Obrázek 41** Ohodnocení vlastního zdravotního stavu

Z grafu na obrázku 41 můžeme vyčíst, jak respondenti hodnotili vlastní zdravotní stav. Odpovědi týkající se nejhoršího ohodnocení zdravotního stavu tj. „0“, „10“ a „20“ nebyly zvoleny žádným respondentem. Nejnižší a nejhorší zvolená kvalita života byla odpověď „30“, kterou zvolili 4 respondenti ve věku 42-58 let. Nejčastěji vybíraná možnost byla hodnota „80“, která byla zvolena 9 respondenty (25%). Jako svůj nejlepší možný zdravotní stav označili 4 respondenti (11%). Na první pohled vidíme, že převládá spíše pozitivní hodnocení zdravotního stavu. Průměrná procentuální kvalita zdravotního stavu respondentů je 71 %.

**Tabulka 2 Průměrné skóre**

Oblast	Průměrné skóre										Průměrné skóre za oblast (vážený průměr)
	Ženy					Muži					
	29 a méně let	30-39	40-49	50-59	60 a více let	29 a méně let	30-39	40-49	50-59	60 a více let	
Obavy ze záchvatu	6,92	5,24	4,84	5,6	6,87	5,57	4,88	5,69	4,56	8	5,80
Celková kvalita života	9,8	9,8	7,99	9,03	10,92	11,31	10,15	9,24	10,85	14	9,78
Emoční pohoda	9,72	8,6	7,9	9,96	10,08	10	8,4	10,32	10,2	14,4	9,63
Energie/vyčerpání	6,84	6,4	4,6	6,36	7,08	8	6	6,96	7,8	12	6,68
Kognitivní funkce	20,19	18,8	18,8	18,75	21,15	21,63	16,95	23,01	22,12	21,6	20,34
Účinky léku	2,51	1,72	1,34	2,03	2,55	1,86	1,33	1,78	2,62	3	2,02
Sociální funkce	18,53	12,6	14,33	15,88	19,27	14,5	15,12	13,25	18,51	21	15,97
Suma	74,51	63,16	59,8	67,61	77,92	72,87	62,83	70,25	76,66	94	70,24
Počet osob ve věkové skupině	5	3	6	5	5	3	1	5	2	1	36

Tabulka 2 přehledně shrnuje výsledky z dotazníku, přičemž otázky člení do sedmi oblastí. Každá z těchto oblastí představují jiný způsob, jak může epilepsie omezit život respondentů. Každá oblast je ohodnocena určitým počtem bodů (viz příloha E). Dohromady lze ze všech oblastí získat celkem 100 bodů. Z tabulky lze vyčíst průměrné hodnoty za jednotlivé oblasti v závislosti na pohlaví a věkové skupině respondentů. Dále můžeme vyčíst průměrné hodnoty jednotlivých oblastí za všechny věkové kategorie (zcela vpravo). Na předposledním řádku (označen jako „suma“) je pak výsledná hodnota (skóre), která vznikla sečtením hodnot všech oblastí. Tuto hodnotu můžeme vnímat jako číslo, hodnotící kvalitu života. Toto je provedeno v rámci všech věkových skupin a pohlaví. V předposledním řádku zcela vpravo je pak vypočítána průměrná výsledná hodnota všech respondentů. Tato vznikla výpočtem váženého průměru, který zohledňuje různý počet osob ve věkových kategoriích v kombinaci s pohlavím. Počet osob v jednotlivých kategoriích můžeme vidět na posledním řádku. Nejlepší výsledné hodnoty 94 dosáhla kategorie mužů ve věku 60 a více. Tuto hodnotu musíme ale brát s rezervou, protože se v příslušné kategorii nacházel pouze jeden respondent. Velice nadprůměrné hodnoty 77,92 a druhé nejlepší pozice dosáhla kategorie žen ve věku 60 a více let. Velmi podprůměrně dopadla kategorie respondentů ve věku 30-39 let. A to jak u mužů, tak u žen. Výsledná hodnota byla 62,83 (1 respondent) u mužů a 63,16 u žen. Nejhůře dopadla kategorie žen ve věku 40-49 let s výslednou hodnotou 59,8. Průměrná výsledná hodnota za všechny respondenty je 70,24.



## 4. ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této části bude odpovězeno na každou ze čtyřech stanovených výzkumných otázek. 1. výzkumná otázka je velice obsáhlá, protože v ní musí být okomentována každá ze sedmi výzkumných oblastí dotazníku. Následující 3 otázky mají odpověď podstatně kratší.

### 1. Jaká je kvalita života respondentů v jednotlivých oblastech hodnocených dotazníkem QOLIE-31 s ohledem na věk a pohlaví.

**První oblast** – obavy ze záchvatu. Dle skórovacího manuálu byla tato oblast ohodnocena 8 body. Tohoto maximálního výsledku bylo dosaženo pouze ve věkové oblasti 60 a více let v rámci kategorie mužů. K tomuto výsledku musíme přistupovat s určitou rezervou, vzhledem k tomu, že v dané kategorii je pouze jeden respondent, který hodnotil svůj život ve všech oblastech velice pozitivně. Pokud se podíváme na stejnou věkovou kategorii u žen, zjistíme že zde bylo dosaženo také velmi pozitivního výsledku. Velice dobrých výsledků bylo dosaženo také v kategoriích respondentů mladších 29 let. Pokud se naopak podíváme na věkové kategorie 30-39, 40-49 a 50-59 tak zde můžeme vidět výrazně větší obavu ze záchvatu. U mužů dopadly nejhůře věkové kategorie 30-39 let 50-59 let. U žen to byla věková kategorie 40-49 let. V rámci kategorie žen by šly výsledky popsat křivkou paraboly která má nejnižší hodnotu (vrchol) v kategorii 40-49 let a na obě strany se hodnoty zlepšují. Podle mého názoru je to možná způsobeno tím, že starší lidé si na chorobu, a na omezení, která přináší, za celý život zvykli a přizpůsobili se jim. Další z důvodu by mohl být ten, že lidé ve věkové kategorii 60 a více let, jsou již většinou důchodci. Tudíž je nemoc neobtěžuje v zaměstnání a podobně. Naopak pracující lidé jsou v této rovině omezení více, a to se mohlo projevit i ve výsledcích. Porovnáme-li výsledky mužů a žen v této kategorii, tak zjistíme, že jsou velmi podobné (o něco lépe v této kategorii dopadly ženy).

**Druhá oblast** – celková kvalita života. Dle skórovacího manuálu byla tato oblast ohodnocena 14 body. Podobně jako u předchozí otázky (v kategorii žen) by bylo možné připodobnit dosažené hodnoty k parabolické křivce. Nejhůře dopadla kategorie 40-49 a to jak u mužů, tak u žen. Směrem od tohoto „vrcholu“ se hodnoty zlepšují nebo nezhoršují. Dle mého názoru to může být způsobeno tím, že lidé v tomto věku začínají pociťovat např. úbytek energie (souvislost se 4. oblastí) a podobné problémy se zvyšujícím se věkem. Z hlediska pohlaví dopadli v této kategorii lépe muži.

**Třetí oblast** – emoční pohoda. Dle skórovacího manuálu byla tato oblast ohodnocena 15 body. Pro kategorii žen můžeme opět použít přirovnání ke křivce paraboly s vrcholem ve

věkové kategorii 40-49 let – tato věková kategorie navíc dopadla v rámci této oblasti výrazně nejhůře. Dost špatně dopadla také kategorie mužů ve věku 30-39 let (pouze jeden respondent). Podle mého názoru je z výsledků možno usoudit že muži jsou emočně o něco odolnější.

**Čtvrtá oblast** – energie/vyčerpání. Dle skórovacího manuálu byla tato oblast ohodnocena 12 body. U žen i u mužů můžeme výsledky opět přirovnat ke křivce paraboly. Pouze s tím rozdílem že u mužů má „vrchol“ v kategorii ve věku 30-39 let a u žen v kategorii ve věku 40-49 let. Od tohoto vrcholu se výsledky v obou směru zlepšují. V rámci mužů je poměrně paradoxní to, že nejstarší kategorie má podle svého hodnocení výrazně více energie z této oblasti oproti kategorii 30-39 let. Tento paradox je ale způsoben vlivem, který byl popsán v rámci diskuze k první oblasti. V rámci žen se rovněž tento paradox objevil (nejvíce energie má nejstarší kategorie respondentů), ale s mnohem menším rozdílem než u mužů. Výrazně nejhůře dopadly opět ženy ve věku 40-49 let – ty v průměru nedosáhly ani poloviny možných bodů z této oblasti. Z hlediska pohlaví dopadli v této kategorii lépe muži. Pokud přihlédneme k věku respondentů a porovnáme např. mladé respondenty se starými tak nevidíme žádný výrazný rozdíl ze kterého by bylo možné dělat závěry.

**Pátá oblast** – kognitivní funkce. Dle skórovacího manuálu byla tato oblast ohodnocena 27 body(nejvíce). V rámci žen byly výsledky celkově poměrně vyrovnané a docházelo spíše k menším rozdílům v rámci věkových kategorií. U mužů již byly rozdíly větší, ale to mohlo být způsobeno tím, že v kategorii 30-39 let je pouze jeden respondent. Nejlépe dopadla kategorie mužů ve věku 40-49 let. Z hlediska pohlaví dopadli v této oblasti opět lépe muži.

**Šestá oblast** – účinky léků. Dle skórovacího manuálu byla tato oblast ohodnocena 3 body(nejméně). Vzhledem k věku zde opět můžeme pozorovat trend, který je možné popsat křivkou paraboly, která má u žen „vrchol“ v kategorii 40-49 let a u mužů v kategorii 30-39 let. V obou směrech se poté hodnoty zlepšují. Z těchto výsledků je obtížné dělat závěry, protože je nepravděpodobné, že by léky více negativněji působily např. na ženy věku 40-49 let než na ženy v jiných věkových kategoriích. Porovnáme-li výsledky v rámci pohlaví, zjistíme že průměrné hodnoty žen a mužů dopadly téměř identicky.

**Sedmá oblast** – sociální funkce. Dle skórovacího manuálu byla tato oblast ohodnocena 21 body. Opět zde můžeme pozorovat trend popsatelný parabolou s „vrcholem“ v kategorii 30-39 let u žen a 40-49 let v kategorii mužů. V obou směrech se pak hodnoty zlepšují, kromě kategorie 20-29 let u mužů, která mírně klesla. Z hlediska pohlaví dopadly v této oblasti lépe ženy.

## **2. Trápí respondenty více vliv antiepileptik na fyzické či duševní zdraví?**

Touto problematikou se zabývají otázky č. 29 (Do jaké míry Vás trápí vliv antiepileptik na fyzické zdraví?) a č. 30 (Do jaké míry Vás trápí vliv antiepileptik na duševní zdraví?). Dále tyto otázky interpretuje graf na obrázku 40. Průměrná procentuální odpověď na otázku č.29 je 69 % a průměrná procentuální odpověď na otázku č.30 je 73 %. Rozdíl je tedy 4 %. Lze tedy říci, že respondenty spíše více trápil vliv antiepileptik na jejich fyzické zdraví. Jedná se ale o velmi malý rozdíl, který nelze brát jako směrodatný pro jakékoliv závěry. Domnívám se, že by nastalou situaci bylo možné chápat tak, že respondenti mají obecně obavu o své zdraví a příliš nerozlišují mezi duševním a fyzickým.

## **3. Mají větší obavu ze záchvatu ženy nebo muži?**

Touto problematikou se zabývá otázka č. 11 (Jak často za posledních 4 týdnů jste se obával/a dalšího záchvatu?) a graficky tuto otázku interpretuje obrázek 19. Průměrná procentuální odpověď mužů je 78 % a průměrná procentuální odpověď žen je 76 %. Rozdíl průměrné procentuální odpovědi tedy činí 2 %. Tento rozdíl je podle mého názoru zanedbatelný a nelze podle něj určit jasný závěr. Podobně jako u předchozí výzkumné otázky, by v rámci těchto výsledků bylo možné říci, že jsou obě možnosti prakticky vyvážené.

## **4. Jak respondenti hodnotí pocit elánu v závislosti na věku a pohlaví?**

Touto problematikou se zabývá otázka č. 2 (Jak často za poslední 4 týdny jste se cítil/a plný/a elánu?) a graficky tuto otázku interpretuje obrázek 7. Dle průměrného skóre nejlépe respondenti starší 60 let. Jako druhá skončila věková kategorie mladší 29 let. Domnívám se, že v souboru respondentů pro tuto práci byli respondenti starší 60 let velmi optimističtí, a proto dosahovali tak dobrých hodnot. To že na druhém místě skončili mladí lidé není příliš překvapivé vzhledem k tomu, že mladí lidé mají obvykle velmi dobrou fyzickou kondici. Nejhůře dopadla kategorie ve věku 30-39. Což by podle mého názoru mohlo být např. tím, že lidé v tomto věku jsou většinou rodiči, kteří mají spíše mladší děti, které vyžadují mnoho pozornosti a času. Zároveň k tomu však musí chodit do práce, platit hypotéku atd. Toto vytížení by mohlo vyvolávat stres a ubírat elán.

## 5. DISKUZE

V této části práce proběhne diskuze ohledně výzkumných otázek práce. U každé výzkumné otázky budou zhodnoceny a okomentovány výsledky, kterých bylo dosaženo v předchozích částech. Ale zejména bude tato část obsahovat porovnání získaných výsledků s výsledky jiných bakalářských prací se stejnými, nebo podobnými výzkumnými otázkami.

### **Výzkumná otázka č. 1: Jaká je kvalita života respondentů v jednotlivých oblastech hodnocených dotazníkem QOLIE-31 s ohledem na věk a pohlaví.**

Pro porovnání byla použita bakalářská práce Zývalová (2007), která uvádí: *„Pacienti ve věkové skupině nad 60 let měli nejnížší obavy ze záchvatů. Naopak u skupin pacientů v produktivním věku jsou obavy ze záchvatů vyšší. Další výraznou skutečností jsou hodnoty energičnosti, které byly u všech věkových skupin pacientů nejnížší oproti ostatním oblastem kvality života. Nejvíce vyčerpaná se cítila skupina ve věkovém rozmezí 51–60. Vyčerpanost byla téměř shodná u pacientů v mladších věkových skupinách. Hodnoty celkového skóre byly nejnížší u pacientů nad 60 let, což lze přisoudit stáří.“* Tato práce se s komentářem Zývalové shoduje. V mé práci rovněž dopadli senioři, v rámci otázky týkající se strachu ze záchvatu, nejlépe. Rovněž se práce shodují v tom, že nejhůře hodnocená byla oblast energie/vyčerpání. Rozdíl byl pouze v posledním údaji. V mé práci měla, dle svých odpovědí, nejstarší kategorie respondentů největší množství energie (v rámci pohlaví). Tato paradoxní skutečnost mohla být způsobena tím, že tím že senioři v mém souboru respondentů byli velmi optimističtí a aktivní.

Zývalová (2007) dále uvádí: *„U oblastí „Obavy ze záchvatů“, „Emoční pohoda“, „Energičnost“, „Kognitivní funkce“ a „Účinky léků“ měli muži nepatrně vyšší skóre, tzn. hodnotili svou kvalitu života v jednotlivých oblastech pozitivněji. Pouze v oblasti „Sociální funkce“ měly vyšší skóre ženy. Nejvýraznější byly rozdíly v oblastech obavy ze záchvatů, únavy/energie a obavy z medikace – ve všech těchto oblastech muži dosahovali vyšší skóre. Při hodnocení celkového skóre, nemělo pohlaví pacientů s epilepsií statisticky významný vliv na kvalitu života“.*

Naše výsledky se s těmito výsledky Zývalové spíše shodují. Rozdíl byl pouze v oblastech „obava ze záchvatu“, kde v mé práci lépe dopadli ženy a u Zývalové muži. Dále pak v oblasti „celková kvalita života“, kde z mých výsledků vyplývá, že lépe skončili muži, ale u Zývalové jsou výsledky za jednotlivé pohlaví v této oblasti vyrovnané. Pokud porovnáme číselné

hodnoty, tak celkové skóre Zývalové u mužů i žen vyšlo 69,87. V mé práci to bylo pak 68,7 u žen a 73,3 u mužů. Tedy rozdíl mezi výsledky za jednotlivá pohlaví je necelých 5 bodů. Můžeme tedy říct, že v rámci statistické chyby jsme se Zývalovou dosáhli stejného výsledku. Šlo by tedy souhlasit s vyjádřením Zývalové, že pohlaví nemělo u pacientů s epilepsií statisticky významný vliv na kvalitu života.

## **Výzkumná otázka č 2: Trápí respondenty více vliv antiepileptik na fyzické či duševní zdraví?**

V bakalářské práci od Boháčové (2015) se uvádí: „*Epileptici udávali více strach z možných nežádoucích účinků antiepileptik na psychické zdraví než na zdraví fyzické*“. Boháčová (2015) měla průměrnou procentuální odpověď 73 % na otázku č. 29. A průměrnou procentuální odpověď 66 % na otázku č.30. Rozdíl tedy činí 7 %. To vše při počtu 62 respondentů. Tvzení Boháčové je nepochybně pravdivé, nicméně se domnívám, že stejně jako u mé práce, zde není rozdíl tak markantní, aby z něj šlo dělat jasné závěry. Celkově bych zhodnotila výsledky obou prací za srovnatelné, pokud budeme uvažovat i vliv statistické chyby a různorodost respondentů.

## **Výzkumná otázka č. 3: Mají větší obavu ze záchvatu ženy nebo muži?**

Boháčová (2015) ve své práci uvádí: „*Z našeho výzkumu bylo zjištěno, že se epileptického záchvatu obávají více muži než ženy*.“ Průměrná procentuální odpověď je u Boháčové (2015) 34 % u mužů a 52 % u žen. Při porovnání příslušných výsledků této práce s výsledky v práci Boháčové (2015) můžeme pozorovat výrazné rozdíly. Domnívám se, že to může být způsobeno mnoha aspekty. Např. to že respondenti Boháčové trpěli formou epilepsie se závažnějšími záchvaty (např. grand mal). Nebo naopak, že soubor respondentů pro tuto práci byl převážně složen z epileptiků postižených mírnější formou. Dále by mohlo záležet na optimismu či naopak pesimismu jednotlivých respondentů. Může záležet také na aspektu, kdy byla epilepsie diagnostikována, nebo jak dlouhá doba od diagnostikování uplynula.

#### **Výzkumná otázka č. 4: Jak respondenti hodnotí pocit elánu v závislosti na věku a pohlaví?**

Bernardová (2018) ve své bakalářské uvádí: „*Nejvíce elánu měli muži ve věku 30-49 let. Naopak nejnižší skórování a tudíž stav, kdy jim chyběl elán, měly ženy ve věkovém rozmezí 30-49 let. Téměř shodné hodnoty, které vypovídají o tom, že elán okolo 50 % měli muži ve věku 18-29 let ženy ve věku 18-29 let.*“ Při porovnání s touto bakalářskou prací si hned u první věty můžeme všimnout výraznější kolize. Bernardová uvádí že nejlepší hodnoty dosáhla kategorie mužů ve věku 30-49. V mé práci dosáhla tato věková kategorie hodnot naopak nejhorších. Práce Bernardové se naopak s mou shoduje v tom že ženy ve věku 30-49 let v práci Bernardové a ženy věku 30-39 a 40-49 let v mé práci, dosáhly špatných hodnot. Moje práce přibližně souhlasí s prací Bernardové v tom, že mladí lidé dosáhli přibližně průměrné hodnoty okolo 50 %, v mé práci byl průměrný výsledek mladých lidí 57,5 %.

## **6. LIMITY A DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ VÝZKUMY**

Podstatným limitem této práce je poměrně malé množství respondentů – výzkumy této práce není možné zobecňovat. Zjištěné výsledky se vztahují pouze k této práci, ale mohou použity pro srovnání s jinými výzkumy podobného tématu. Limitem by také mohlo být nerovnoměrné zastoupení respondentů v jednotlivých věkových kategoriích a nestejný počet mužů a žen. Dalším významným limitem je složitost celkového tématu. Epilepsie je velmi složité onemocnění, které ovlivňuje život celého spektra populace, bez ohledu na pohlaví a věk. Proto je velmi složité ji komplexně posoudit. V této práci bylo nahlíženo na epilepsii zejména jako činitele ovlivňujícího život pacienta. Další výzkumy by mohly být zaměřeny např. na dílčí problémy které epilepsie způsobuje. Jimi může být např. sport a záliby epileptiků, navazování mezilidských vztahů, či sexualita epileptiků.

## 7. ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsem se pokusila, dle svých možností, co nejlépe a co nejobektivněji zhodnotit, jakým způsobem a do jaké míry ovlivňuje epilepsie kvalitu života lidí, kteří touto chorobou trpí. Velká pozornost byla také věnována zohlednění vlivu pohlaví a věku pacientů. Hlavní část práce je členěna zejména do dvou hlavních kapitol. Části teoretické a části průzkumné. V části teoretické jsem se snažila zejména vysvětlit a popsat epilepsii jako nemoc, která výrazně omezuje a komplikuje život pacientů. V této části jsem se také pokusila stručně popsat jednotlivé druhy záchvatů, dále pak diagnostiku a samotnou léčbu epilepsie. Je zároveň specifikován a definován pojem „kvalita života“. V rámci teoretického pojednání jsem se rovněž snažila popsat vliv epilepsie na rodinnou, sociální a psychickou stránku člověka. Ale i možné komplikace, které epilepsie přináší v souvislosti se získáním úředních osvědčení např. k řízení motorového vozidla či použití střelné zbraně. Část průzkumná je založena na standardizovaném dotazníku QOLIE – 31, který svým charakterem přesně odpovídá požadavkům a cílům, které moje práce vyžaduje. Tento dotazník obsahuje 31 otázek, které jsou poté rozčleněny do sedmi různých oblastí. Každá z těchto oblastí zkoumá jiný negativní způsob, kterým epilepsie na člověka může působit. Každá oblast je poté ohodnocena určitým počtem bodů. Celkem je možné ze všech oblastí dohromady získat maximálně 100 bodů a minimálně 0 bodů. 100 bodů v podstatě představuje stav – nemoc mě neomezuje a na kvalitu mého života nemá vliv a 0 bodů – jsem nemocí absolutně omezen a kvalita mého života je výrazně negativně ovlivněna. Celkem bylo v nejmenované nemocnici rozdáno pacientům s epilepsií 40 dotazníků, z nichž se 36 vrátilo ve stavu, který umožňoval jejich následné použití jako podkladu bakalářské práce. Následně byly tyto dotazníky vyhodnoceny a interpretovány pomocí grafů a slovních komentářů. V závěru průzkumné části jsou potom jednotlivé otázky, dle skórovacího manuálu, přerozděleny do příslušných oblastí, které jsou v podstatě pro tyto otázky nadmnožinou. Následně byla tato výsledná i „oblastní“ data interpretována pomocí tabulky, která zohledňuje jednotlivé kategorie věku i pohlaví. Přestože se domnívám, že soubor respondentů, kterým jsem svou práci podložila, není natolik různorodý a velký, abychom ho mohli považovat za reprezentativní, tak bych řekla, že řada výsledků je logická a odpovídá pravdě. To jsem se pokusila, v rámci diskuze, podložit i porovnáním s jinými bakalářskými pracemi na podobné téma. Na druhou stranu se domnívám, že některé z výsledků naopak objektivní ani logické nejsou a mohou platit pouze v rámci, mnou použitého, souboru respondentů. Jako příklad tohoto bych uvedla, že nepokládám za běžnou záležitost to, že respondenti starší 60 let budou mít více energie než respondenti podstatně mladší, což z mých výsledků vyplývá.

## 8. POUŽITÁ LITERATURA

AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, c2006. ISBN 80-726-2433-4.

BERLIT, Peter. *Memorix neurologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024719153.

BERNARDOVÁ, Terezie. *Kvalita života u pacientů s epilepsií*. Pardubice, 2018. Bakalářská práce (bc.). Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství, 18. 6. 2018.

BOHÁČOVÁ, Markéta. *Kvalita života s epilepsií*. Praha, 2015. Bakalářská práce (bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství, 8.6.2015.

DOLANSKÝ, Jiří. *Současná epileptologie*. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-101-3.

DOLEŽAL, Martin. *Farmaceutická chemie léčiv působících na centrální nervový systém*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2382-5.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 9788024748269.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

KAŇOVSKÝ, Petr a Roman HERZIG. *Speciální neurologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 9788024416649.

KUBA, Robert, 2006. Sexuální dysfunkce u pacientů s epilepsií. In: *Neurologiepropraxi.cz*. [online]. 1. 11. 2006. [cit. 9.7. 2018]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2006/04/06.pdf> Path: Domů, Archív, Neurologie pro praxi, 2006, č. 4.

KUDR, Martin, 2012. Role ketogenní diety v léčbě farmakorezistentní epilepsie. In: *Edukafarm.cz* [online]. 3/2012 [cit. 6.7. 2018]. Dostupné z: [Http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/18/22\\_epilepsie.pdf](Http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/18/22_epilepsie.pdf). Path: Domů, Periodika, FarmiNews, 3 / 2012

KULIŠŤÁK, Petr. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3068-7.



KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024738116.

MAREL, Miloslav, 2014. Zlepšení kvality života pacientů s CHOPN – chiméra, nebo reálný cíl? In: *Remedia.cz* [online]. 6/2014 [cit. 6.7. 2018]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Okruhy-temat/Respiracni-onemocneni/Zlepseni-kvality-zivota-pacientu-s-CHOPN-chimera-nebo-realny-cil/8-1o-1Ge.magarticle.aspx>. Path: Úvodní stránka, Okruhy témat, Respirační onemocnění

MOONS, P. (2004). Why call it health-related quality of life when you mean perceived health status? [Online]. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 3(4), 275-277 [ABSTRACT]. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2004.09.004>

MORÁŇ, Miroslav. *Praktická epileptologie*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-352-0.

MUMENTHALER, Marco, Claudio L. BASSETTI a Christof J. DAETWYLER. *Neurologická diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2298-6.

NOVÁK. Třídění statistických dat. In: *fbiw.uniza.sk/kkm* [online]. 17. 4. 2015. [cit. 9.7.2018]. Dostupné z: <http://fbi.uniza.sk/kkm/files/zamestnanci/novak/4%20Spracovanie%20statisticckych%20udajo v.pdf> Path: Home, Zamestnanci, doc. Ing. Ladislav Novák PhD., 4 Spracovanie štatistických údajov.

OLIŠAROVÁ, Věra, DOLÁK, František a TÓTHOVÁ, Valérie. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. In: *Casopis-zsfju.zsf.jcu.cz*. [online]. 15. 3. 2013. [cit. 9.7.2018]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20130321134930700275.pdf>. Path: Domů, Časopis Kontakt 2013.

OŠLEJŠKOVÁ, Hana, 2011. [online]. Dětská neurologie. Epilepsie-typy epileptických záchvatů. 27. 7. 2011. [cit. 6. 7. 2018]. Dostupné z: <https://telemedicina.med.muni.cz/pdm/detska-neurologie/index.php?pg=epilepsie--typy>. Path: Domů, Dětská medicína, Dětská neurologie, Epilepsie, Typy epileptických záchvatů

PAYNE, Jan. Kvalita života a zdraví. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi: [učebnice pro lékařské fakulty]. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2015. ISBN 978-802-4752-471.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory.* Praha: Grada, 2008. ISBN isbn9788024727332.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii.* Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 9788024748689.

STEHLÍKOVÁ, Petra a MODRÁ, Eva, Základní informace o epilepsii. In: *Spolecnost-e.cz* [online]. 2015 [cit. 5.7.2018]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/wp-content/uploads/2010/05/Z%C3%A1kladn%C3%AD-informace-o-epilepsii-web.pdf>. Path: Domů, O epilepsii, Co je epilepsie.

STEHLÍKOVÁ, Petra a POKORNÁ, Zuzana a BUŠEK, Petr a ORLÍKOVÁ, Hana a MODRÁ, Eva, Žijeme s epilepsií. In: *Spolecnost-e.cz* [online]. 2016 [cit. 5.7.2018]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/wp-content/uploads/2010/05/%C5%BDijeme-s-epilepsi%C3%AD-1.pdf>. Path: Domů, O epilepsii, Jak žít s epilepsií.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

VAVRDA, Vladimír. *Otázky soudobé psychoanalýzy: tradice a současnost.* Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2005. Edice 21. ISBN 8071066729.

VLČEK, Jiří a Daniela FIALOVÁ. *Klinická farmacie I.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3169-8.

ZÝVALOLOVÁ, Aneta. *Hodnocení kvality života pacientů s epilepsií pomocí dotazníku QOLIE-31.* Hradec Králové, 2007. Diplomová práce (bc.). Univerzita Karlova v Praze, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Katedra sociální a klinické farmacie, 6. 6. 2007.

## **9. SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha A:** Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto

**Příloha B:** Záznam petit mal záchvatu na EEG

**Příloha C:** Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů

**Příloha D:** Dotazník QOLIE-31

**Příloha E:** Skórovací manuál pro QOLIE-31

## 10. PŘÍLOHY

### Příloha A: Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto

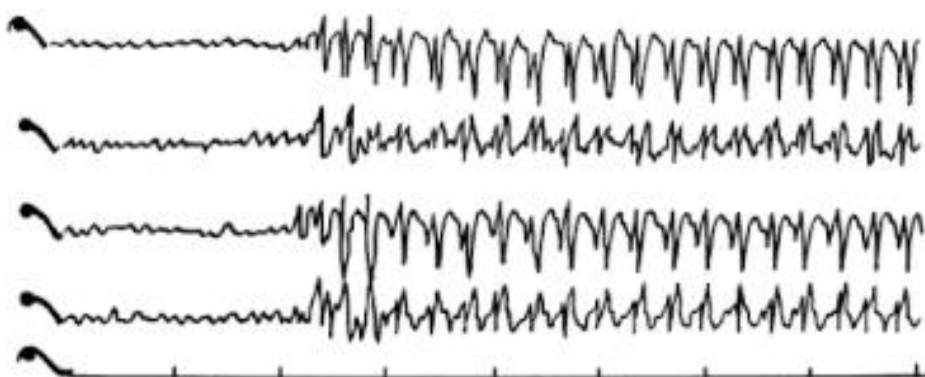
**Tab. 1** Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto

<p><b>1. BÝT (BEING)</b> – osobní charakteristiky člověka</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• fyzické bytí – zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled</li><li>• psychologické bytí – psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola</li><li>• spirituální bytí – osobní hodnoty, přesvědčení, víra</li></ul>
<p><b>2. PATŘIT NĚKAM (BELONGING)</b> – spojení s konkrétním prostředím</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• fyzické napojení – domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita</li><li>• sociální napojení – rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)</li><li>• komunitní napojení – pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)</li></ul>
<p><b>3. REALIZOVAT SE (BECOMING)</b> – dosahování osobních cílů; naděje a aspirace</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• praktická realizace – domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování</li><li>• volnočasové realizace – relaxační aktivity podporující redukci stresu</li><li>• růstová realizace – aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny</li></ul>

podle [2, 3] – University Toronto; Heřmanová a kol., 2012

(Marel, 2014)

### Příloha B: Záznam petit mal záchvatu na EEG



(Seidl, 2015, str. 261)

## Příloha C: Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů

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

(Ošlejšková, 2011)

## Příloha D: Dotazník QOLIE-31

CZECH QOLIE

### KVALITA ŽIVOTA U EPILEPSIE

(QOLIE)-31 (Verze 1.0)

Nepište do  
tohoto  
sloupce

Vážené respondentky,

Vážení respondenti,

Jmenuji se Šárka Zvolánková, jsem studentka 2. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto standardizovaného dotazníku zaměřeného na kvalitu života pacientů s epilepsií, který poslouží jako podklad pro zpracování mé bakalářské práce na téma „Kvalita života s epilepsií“.

Vyplnění dotazníku je zcela dobrovolné a anonymní. Pro zachování anonymity vložte vyplněný dotazník do zapečetěného boxu, o jehož umístění Vás bude informovat sestra.

Děkuji za Váš čas!

Šárka Zvolánková

pohlaví:       muž    žena      rok narození \_\_\_\_\_

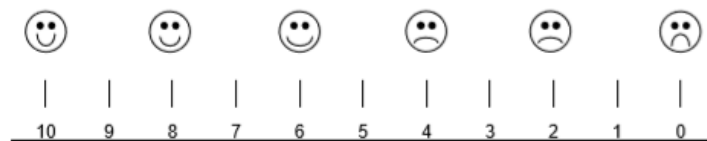
#### POKYNY

Tento průzkum je zaměřen na Vaše zdraví a každodenní činnosti. Odpovězte na každou otázku zakroužkováním odpovídajícího čísla (1,2,3...).

Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, zvolte prosím nejlepší odpověď, kterou můžete a na okraj připište poznámku nebo vysvětlení.

1. Jak byste celkově hodnotil/a kvalitu svého života?

(Zakroužkujte dole na škále jedno číslo)



nejlepší možná  
kvalita života

nejhorší možná  
kvalita života  
(stejně špatná  
nebo horší než  
být po smrti)

Další otázky se týkají toho, jak se **CÍTÍTE** a jak se Vám dařilo během **posledních 4 týdnů**. U každé otázky označte, prosím, jednu odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a.

Nepište do  
tohoto  
sloupce

Jak často za **poslední 4 týdny**...

(Na každém řádku zakroužkujte jedno číslo)

	stále	větší- nou	mnohdy	někdy	málok- dy	nikdy
2. Cítil/a jste se plný/á elánu?	1	2	3	4	5	6
3. Byl/a jste velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
4. Cítil/a jste se tak sklesle, že Vás nic nemohlo povzbudit?	1	2	3	4	5	6
5. Cítil/a jste klid a mír?	1	2	3	4	5	6
6. Měl/a jste hodně energie?	1	2	3	4	5	6
7. Cítil/a jste se skleslý/á a deprimovaný/á?	1	2	3	4	5	6
8. Cítil/a jste se vyčerpaný/á?	1	2	3	4	5	6
9. Byl/a jste šťastný/á?	1	2	3	4	5	6
10. Cítil/a jste se unavený/á? záchvatu?	1	2	3	4	5	6
12. Bylo pro Vás obtížné přemýšlet nad problémy a řešit je (jako např. něco plánovat, rozhodovat nebo se učit nové věci)?	1	2	3	4	5	6
13. Omezoval Vás zdravotní stav ve společenském životě (jako jsou návštěvy u přátel nebo blízkých příbuzných)?	1	2	3	4	5	6

Nepište do  
tohoto  
sloupce

14. Jaká byla **KVALITA VAŠEHO ŽIVOTA** během **posledních 4 týdnů** (tj. jak se Vám dařilo)?

(Zakroužkujte  
jedno číslo)

1	velmi dobrá: lepší už to být nemohlo
2	spíš dobrá
3	ani dobrá ani špatná
4	spíš špatná
5	velmi špatná: horší už to být nemohlo

Copyright © Trustees of Dartmouth College



Další otázka se týká **PAMĚTI**.Nepište do  
tohoto  
sloupce

(Zakroužkujte jedno číslo)

	ano, hodně	ano, poněkud	jenom trochu	ne, vůbec ne
15. Měl/a jste během posledních 4 týdnů nějaké potíže s pamětí?	1	2	3	4

Zakroužkujte jedno číslo označující, **jak často** jste měl/a během **posledních 4 týdnů** potíže si něco *zapamatovat* nebo **jak často** Vám tyto potíže s pamětí vadily v běžné práci nebo v životě?

	stále	větši- nou	mnohdy	někdy	málok- dy	nikdy
16. Potíže si zapamatovat, co Vám lidé říkají	1	2	3	4	5	6

Následující otázky se týkají případných problémů se **SOUSTŘEDĚNÍM**. Zakroužkujte jedno číslo označující, **jak často** jste měl/a během **posledních 4 týdnů** potíže se soustředit nebo **jak často** Vám tyto potíže vadily v běžné práci nebo v životě.

	stále	větši- nou	mnohdy	někdy	málok- dy	nikdy
17. Potíže soustředit se na čtení	1	2	3	4	5	6
18. Potíže soustředit se v určité chvíli na provádění jen jedné věci	1	2	3	4	5	6

Další otázky se týkají Vašich případných problémů s určitými **ČINNOSTMI**. Zakroužkujte jedno číslo označující, **jak moc** Vám během **posledních 4 týdnů** epilepsie nebo antiepileptické léky dělaly potíže při následujících činnostech...

	velmi mnoho	hodně	poněkud	jenom trochu	vůbec ne
19. Volný čas (jako např. zájmy, vycházení z domu)	1	2	3	4	5
20. Řízení auta	1	2	3	4	5

Další otázky se týkají Vašich **POCITŮ** ohledně **záchvatů**.

## CZECH QOLIE

(Na každém řádku zakroužkujte jedno číslo)

Nepište do  
tohoto  
sloupce

	velké obavy	určité obavy	malé obavy	žádné obavy
21. Máte obavy, že budete mít příští měsíc záchvat?	1	2	3	4
	velké starosti	občasné starosti	vůbec žádné starosti	
22. Děláte si starosti, že se při záchvatu zraníte?	1	2	3	
	velké starosti	určité starosti	malé starosti	vůbec žádné starosti
23. Dělá Vám starosti, že se můžete dostat do trapné situace nebo mít jiné společenské problémy, když budete mít příští měsíc záchvat?	1	2	3	4
24. Dělá Vám starosti, že Vám léky, které užíváte, mohou uškodit, pokud je budete brát po delší dobu?	1	2	3	4

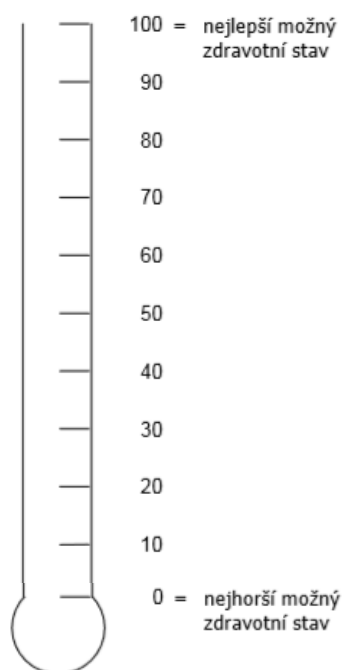
U každého z těchto **PROBLÉMŮ** zaškrtněte jediné číslo označující, **do jaké míry vás trápí**, na stupnici od 1 do 5, kde 1 = netrápí vůbec a 5 = velice trápí.

	netrápí vůbec				velice trápí
25. Záchvaty	1	2	3	4	5
26. Potíže s pamětí	1	2	3	4	5
27. Omezení v práci	1	2	3	4	5
28. Omezené společenské uplatnění	1	2	3	4	5
29. Vliv antiepileptik na fyzické zdraví	1	2	3	4	5
30. Vliv antiepileptik na duševní zdraví	1	2	3	4	5

CZECH QOLIE

31. Jak dobrý nebo špatný je podle Vašeho mínění Váš zdravotní stav? Na stupnici teploměru, který zde vidíte, je nejlepší možný zdravotní stav 100 a nejhorší možný zdravotní stav je 0. Označte, prosím, jaký je podle Vás Váš zdravotní stav tak, že zakroužkujete jedno číslo na stupnici. **Při odpovědi na tuto otázku považujte, prosím, epilepsii za součást svého zdravotního stavu.**

*Nepište do tohoto sloupce*



## Příloha E: Skórovací manuál pro QOLIE-31

**TABLE 2  
QOLIE-31 SCORING FORM**

Scale/Item Numbers	Response						Subtotal	Final Score, 0-100 point scale
	1	2	3	4	5	6		
<b>Seizure Worry</b>								
11.	0	20	40	60	80	100	_____	
21.	0	33.3	66.7	100	—	—	_____	
22.	0	50	100	—	—	—	_____	
23.	0	33.3	66.7	100	—	—	_____	
25.	100	75	50	25	0	—	_____	
							TOTAL: _____	+ 5 = _____
<b>Overall Quality of Life</b>								
1.	(multiply response by 10)						_____	
14.	100	75	50	25	0	—	_____	
							TOTAL: _____	+ 2 = _____
<b>Emotional Well-Being</b>								
3.	0	20	40	60	80	100	_____	
4.	0	20	40	60	80	100	_____	
5.	100	80	60	40	20	0	_____	
7.	0	20	40	60	80	100	_____	
9.	100	80	60	40	20	0	_____	
							TOTAL: _____	+ 5 = _____
<b>Energy/Fatigue</b>								
2.	100	80	60	40	20	0	_____	
6.	100	80	60	40	20	0	_____	
8.	0	20	40	60	80	100	_____	
10.	0	20	40	60	80	100	_____	
							TOTAL: _____	+ 4 = _____
<b>Cognitive</b>								
12.	0	20	40	60	80	100	_____	
15.	0	33.3	66.7	100	—	—	_____	
16.	0	20	40	60	80	100	_____	
17.	0	20	40	60	80	100	_____	
18.	0	20	40	60	80	100	_____	
26.	100	75	50	25	0	—	_____	
							TOTAL: _____	+ 6 = _____

**TABLE 4**  
**FORMULA FOR CALCULATING QOLIE-31 OVERALL SCORE**

---

<b>QOLIE-31 Scale</b>	<b>Final Scale Score</b>		<b>Weight</b>		<b>Subtotal</b>
Seizure worry	_____	×	.08	=	_____ (a)
Overall quality of life	_____	×	.14	=	_____ (b)
Emotional well-being	_____	×	.15	=	_____ (c)
Energy/fatigue	_____	×	.12	=	_____ (d)
Cognitive functioning	_____	×	.27	=	_____ (e)
Medication effects	_____	×	.03	=	_____ (f)
Social functioning	_____	×	.21	=	_____ (g)
OVERALL SCORE: Sum subtotals (a) through (g) =					_____

---