



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Vliv epilepsie na těhotenství, porod a ošetrovatelskou péči
o novorozence v šestinedělí

Vypracovala: Markéta Patočková

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Bakalářská práce, která se nazývá „Vliv epilepsie na těhotenství, porod a ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí“, se zabývá problematikou žen s diagnózou epilepsie v období těhotenství, porodu, šestinedělí a následnou ošetrovatelskou péčí o novorozence.

Epilepsie je závažné neurologické onemocnění, které se projevuje epileptickými záchvaty. Postihuje lidi všech věkových kategorií – bez ohledu na pohlaví. Přibližně asi 300-400 dětí v České republice se narodí ženám, u kterých je stanovena diagnóza epilepsie ještě před otěhotněním (Zárubová, 2010). Teoretická část bakalářské práce popisuje onemocnění epilepsie, její patofyziologii a etiologii, zaměřuje se na klasifikaci epileptických záchvatů, zdůrazňuje hlavní úlohu sestry v diagnostice, léčbě a prevenci tohoto onemocnění. Dále se teoretická část zabývá vlivem epilepsie na těhotenství, porod, šestinedělí a ošetrovatelskou péčí o novorozence. Snaží se zdůraznit role porodní asistentky v jednotlivém období a specifika ošetrovatelské péče u žen s diagnózou epilepsie.

Cíl práce: Cílem bakalářské práce je zmapovat vliv epilepsie na těhotenství, porod a ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí. K tomuto cíli byla stanovena výzkumná otázka - „Jak epilepsie ovlivňuje těhotenství, porod a ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí?“ Druhý cíl je zaměřený na porodní asistentky a má za úkol zjistit znalosti porodních asistentek o problematice epilepsie v souvislosti s těhotenstvím, porodem a ošetrovatelskou péčí o novorozence v šestinedělí. K tomuto cíli je položena tato výzkumná otázka: „Jaké jsou znalosti porodních asistentek o problematice epilepsie v souvislosti s těhotenstvím, porodem a ošetrovatelskou péčí o novorozence v šestinedělí?“

Metodika: Výzkumné šetření bylo provedeno formou kvalitativního výzkumu. K získání potřebných informací byla zvolena technika hloubkového rozhovoru metodou dotazování. Výzkumné šetření probíhalo od ledna do března roku 2015. Získaná data byla následně analyzována metodou otevřeného kódování.

Výzkumný soubor: Bakalářská práce pracuje se dvěma výzkumnými soubory. První výzkumný soubor tvořilo 5 žen s diagnózou epilepsie, které byly maximálně rok od porodu. Druhý výzkumný soubor byl složen z porodních asistentek pracujících na gynekologicko-porodnickém oddělení nebo na oddělení fyziologických novorozenců.

Výsledky: Na základě výzkumného šetření byly vytvořeny 4 kategorie ve skupině žen s diagnózou epilepsie (Onemocnění epilepsie, Vliv epilepsie na těhotenství, Vliv epilepsie na porod a Vliv epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí) a 4 kategorie ve skupině porodní asistentky (Obecné informace o onemocnění z pohledu porodní asistentky, Informace o vlivu epilepsie na těhotenství z pohledu porodní asistentky, Informace o vlivu epilepsie na porod z pohledu porodní asistentky, Informace o vlivu epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí z pohledu porodní asistentky). K jednotlivým kategoriím jsou tvořeny podkategorie, kde jsou zakódovány výsledky. Kategorie a podkategorie jsou zobrazeny v přehledných schématech. Z výsledků vyplývá, že ženy s diagnózou epilepsie mohou prožít nekomplikované těhotenství, porod a šestinedělí. Vždy musí žena spolupracovat s neurologem, dodržovat předepsanou léčbu a následné jeho doporučení. Měla by své těhotenství plánovat s neurologem a následně také navštěvovat pravidelně svého gynekologa. O ukončení těhotenství rozhoduje gynekolog ve spolupráci s neurologem. S péčí o novorozence by vždy měla ženě pomoci blízká osoba. Porodní asistentky jsou informované o problematice epilepsie v souvislosti s těhotenstvím, porodem a ošetrovatelskou péčí o novorozence v šestinedělí. Míra informovanosti se vždy odvíjí od oddělení, na kterém pracují.

Závěr: Na základě výsledků z výzkumné části byl vytvořen pro matky s diagnózou epilepsie edukační materiál, který lépe přiblíží problematiku epilepsie v souvislosti s těhotenstvím, porodem a následnou ošetrovatelskou péčí o novorozence v šestinedělí. Práce byla také prezentována na neonatologických dnech 22. 5. 2015 v Českých Budějovicích.

Klíčová slova: epilepsie, těhotenství, porod, ošetrovatelská péče, novorozenec.

Abstract

This bachelor thesis titled “The Influence of Epilepsy on Pregnancy, Birth and Newborn Nursing Care in Puerperium” is focused on women diagnosed with epilepsy during their childbearing time, delivery, puerperium and the followed nursing care of the newborn.

Epilepsy is a serious neurological condition which is exhibited by epileptic seizures. It affects people of both genders and all ages. Approximately 300-400 children in the Czech Republic are born to mother who had been diagnosed with epilepsy even before getting pregnant (Zárubová, 2010). The theoretical part of this thesis describes epilepsy, its pathophysiology and aetiology, focuses on the classification of epileptic seizures and emphasises the major role of nurses regarding diagnostics, treatment and preventing interventions of this disease. This part is further concerned with the influence of epilepsy on pregnancy, delivery, puerperium and newborn nursing care. It also tries to emphasise the role of midwife during the individual stages and specifics of nursing care for women with diagnosed epilepsy.

Aim of work: The aim of this thesis is to map the impact of epilepsy on pregnancy, delivery and newborn nursing care during puerperium. The research question posed is: How epilepsy impacts pregnancy, delivery and newborn nursing care during puerperium? The second aim is focused on midwives and their level of knowledge about epilepsy in connection to pregnancy, delivery and newborn nursing care during puerperium with the posed question: What is the knowledge of midwives regarding epilepsy in connection with pregnancy, delivery and newborn nursing care during puerperium?

Methodology: Qualitative research was conducted using the technique of in-depth interviews and took place from January to March 2015. Obtained data was consequently analysed using the open coding method.

Research group: This thesis works with two research groups, first consisting of five women diagnosed with epilepsy having given birth within a year. The second comprised

of midwives working at Gynecology-Obsterics wards or Wards for physiological newborns.

Results: Four categories were obtained based on conducted research regarding the women with epilepsy (diagnosed epilepsy, influence of epilepsy on pregnancy, influence of epilepsy on delivery, influence of epilepsy on newborn nursing care) and four categories also applied for the midwives (General information on the illness from the point of view of the midwife, information on the impact of epilepsy on delivery from the point of view of the midwife, information on the impact of epilepsy on the newborn nursing care during puerperium from the point of view of the midwife). Subcategories with coded results were also created for each category and both displayed in well-arranged graphs. The results show that it is possible for women with diagnosed epilepsy to experience physiological pregnancy, delivery and puerperium. Consultations with a neurologist are necessary, following his advice as well as keeping to prescribed medication. Pregnancy should be planned with the neurologist and get regular check-ups with gynaecologist. Termination of pregnancy must be decided by the gynaecologist in collaboration with neurology specialist. A next of kid should always be helping the mother with newborn care. Midwives are knowledgeable regarding epilepsy in connection to pregnancy, delivery and newborn care during puerperium. The level of knowledge is always connected to the type of their working place.

Conclusion: Educational material was created for the epilepsy diagnosed mothers based on the obtained results from research part of the thesis, which will make them better prepared for the possible complications this diagnosis can cause during pregnancy, delivery and newborn nursing care in puerperium.

Key words: epilepsy, epileptic seizure, pregnancy, child delivery, newborn nursing care

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2015

Markéta Patočková

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Aleně Machové za ochotu, cenné rady a drahocenný čas, který mi věnovala.

Obsah

Úvod.....	11
1 Současný stav	13
1.1 Charakteristika onemocnění epilepsie	13
1.1.1 Patofyziologie v souvislosti s epilepsií	14
1.2 Etiologie epilepsie	15
1.3 Klasifikace epileptických záchvatů	16
1.3.1 Status epilepticus.....	18
1.4 Úloha sestry v diagnostice epilepsie.....	18
1.5 Úloha sestry v terapii epilepsie.....	20
1.5.1 První pomoc při epileptickém záchvatu	22
1.5.2 Úloha sestry v prevenci	23
1.6 Vliv epilepsie na těhotenství.....	24
1.6.1 Prekoncepční období	25
1.6.2 Prenatální období.....	26
1.7 Vliv epilepsie na porod.....	30
1.7.1 Úloha porodní asistentky u porodu ženy s epilepsií.....	31
1.8 Vliv epilepsie na šestinedělí	33
1.8.1 Ošetrovatelská péče u žen s epilepsií v souvislosti s kojením	34
1.8.2 Ošetrovatelská péče u žen s epilepsií v souvislosti s manipulací novorozence	35
2 Cíle práce a výzkumné otázky	37
2.1 Cíl práce.....	37
2.2 Výzkumné otázky	37
3 Metodika.....	38
3.1 Použitá metodika	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	39
4 Výsledky.....	42

4.1	Kategorizace výsledků rozhovorů s matkami s diagnózou epilepsie technikou otevřeného kódování- seznam kategorií.....	42
4.1.1	Kategorie Onemocnění epilepsie	42
4.1.2	Kategorie Vliv epilepsie na těhotenství	45
4.1.3	Kategorie Vliv epilepsie na porod.....	49
4.1.4	Kategorie Vliv epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí. 50	
4.2	Kategorie výsledků rozhovorů s porodními asistentkami technikou otevřeného kódování- seznam kategorií.	54
4.2.1	Kategorie Obecné informace o onemocnění z pohledu PA	54
4.2.2	Kategorie Informace o vlivu epilepsie na těhotenství z pohledu PA	56
4.2.3	Kategorie Informace o vlivu epilepsie na porod z pohledu PA	58
4.2.4	Kategorie Informace o vlivu epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí z pohledu PA	59
5	Diskuse	62
6	Závěr.....	67
7	Seznam použitých zdrojů	69
8	Seznam příloh.....	72

Seznam použitých zkratek

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
AFP	glykoprotein
CNS	centrální nervová soustava
CT	počítačová tomografie
CTG	kardiotokografie
EEG	elektroencefalografie
GBS	přítomnost Streptokoka skupiny B v pochvě ženy
HBsAg	hepatitida B
HIV	lidský virus
HCG	lidský choriogonadotropin
JIP	jednotka intenzivní péče
MRI	magnetická resonance
PA	porodní asistentka
PAPP-A	specifický těhotenský protein A
UZ	ultrazvukové vyšetření
TORCH	nejčastější původci vrozených infekčních onemocnění
TPHA	syfilis
VVV	vrozené vývojové vady

Úvod

Epilepsie je záchvatovité onemocnění mozku. Manifestuje se epileptickými záchvaty, které jsou náhlé a vůlí neovladatelné. V České republice incidence tohoto onemocnění stoupá. V dospělosti trpí epilepsií od 0,5 % do 1 % lidské populace (Kršek, 2006). Epilepsie postihuje osoby bez ohledu na pohlaví. Ženy s diagnózou epilepsie si často pokládají otázku, zda mohou donosit a porodit zdravé dítě (Zárubová, 2010).

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku žen s diagnózou epilepsie. Provází ženu s diagnózou epilepsie těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Upozorňuje a vymezuje určitá specifika, která by ženy s diagnózou epilepsie měly dodržovat. Vždy je důležité, aby ženy s diagnózou epilepsie své těhotenství plánovaly se svým neurologem a poradily se s ním na následujících režimových opatřeních během těhotenství, porodu a šestinedělí. Svá specifika má i ošetrovatelská péče o novorozence. Ženám s diagnózou epilepsie se doporučuje spolupráce další osoby v činnostech jako je koupání a přebalování novorozence. Kojení se ženám doporučuje, i když je zde možné riziko přenosu účinku antiepileptik na novorozence (Zárubová, 2010).

Toto téma jsem si vybrala, protože jsem se sama stala svědkem epileptického záchvatu přímo na porodním sále během své individuální praxe. Tento zážitek mě natolik ovlivnil, že jsem chtěla tuto problematiku blíže prostudovat a získat nové informace.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak epilepsie ovlivňuje u žen těhotenství, porod a následnou ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí. Dále jsme také chtěli zjistit znalosti porodních asistentek o problematice epilepsie v souvislosti s těhotenstvím, porodem a ošetrovatelskou péčí o novorozence v šestinedělí. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se věnuje problematice onemocnění epilepsie, jejími typy, projevy, výskytem, diagnostikou a léčbou. Zabývá se úlohou sestry v diagnostice, léčbě a prevenci tohoto onemocnění. Dále popisuje specifika problematiky epilepsie v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím. V těchto kapitolách je též zdůrazněna úloha porodní asistentky. Poslední kapitola se zabývá ošetrovatelskou péčí o novorozence u žen s diagnózou epilepsie. V praktické části jsou zpracovány výsledky z výzkumného šetření, které bylo prováděno u žen s diagnózou epilepsie a s porodními

asistentkami pracujícími na gynekologicko-porodnickém oddělení nebo na oddělení fyziologických novorozenců.

1 Současný stav

1.1 Charakteristika onemocnění epilepsie

Epilepsie je onemocnění, které je charakterizováno častými epileptickými záchvaty, které jsou náhlé a vůlí neovladatelné. Většinou se projeví změnou jednání a chování spojenou s poruchou vědomí. Pod pojmem epilepsie se ale neskrývá pouze jeden typ onemocnění, nýbrž soubor desítky onemocnění, které mají pouze jedno společné - vyvolat spontánní epileptický záchvat (Ambler,2006).

Pro vznik epilepsie neexistuje jednotná příčina. Příčinou epilepsie mohou být například: abnormální neuronální výboje v CNS, které se často manifestují typickým EEG záznamem. Dále sem řadíme různé choroby matky v průběhu těhotenství, asfyxie nebo krvácení do CNS během porodu, vrozená metabolická onemocnění. K narušení mozkových buněk může dojít také při úrazech hlavy, mozkových mrtvicích nebo infekcích mozku. V pozdní dospělosti a stáří se přidávají ještě k předchozím příčinám cévní rezidua a choroby degenerativní (Seidl, 2008, Štefánek 2011a).

Provokačních faktorů pro vznik epileptického záchvatu je celá řada. Vždy je důležité, aby pacientka tyto faktory znala a snažila se jich cíleně vyvarovat. Mezi jeden z nejsilnějších provokačních faktorů patří porušený režim spánku. Epileptický záchvat může být vyvolán nočním ponocováním nebo spánkem v dobu, kdy na to dotyčný pacient není zvyklý. Nejrizikovější bývá těžká ospalost a přechodné stavy mezi spánkem a bděním (Kršek, 2006).

Kršek, (2006, s. 7) udává, že „právě v tuto dobu vzniká nejvíce epileptických záchvatů u pacientů s chronickou epilepsií.“ Mezi další provokační faktory řadíme stroboskopický efekt, kdy je pacient vystaven světlu s určitou frekvencí, zhasínání a rozsvěcení světla. Jako další rizikový faktor můžeme zahrnout požívání návykových látek - alkoholu, drog. U některých pacientů mohou hrát svou roli při vzniku záchvatu i emoce, jak pozitivní, tak i negativní (Kršek, 2006).

Pro epilepsii je důležité, že se epileptické záchvaty musí opakovat. Pokud člověk prodělal pouze jeden epileptický záchvat za život, tak to ještě neznamená, že musí mít epilepsii. Kršek, (2006, s. 3) udává, že „5-10 % lidské populace prodělá během života nějaký epileptický

záchvat, a přitom epilepsii nemá.“ Do této skupiny se řadí například děti po febrilních křečích, lidé, kteří prodělali jednorázové epileptické záchvaty při cévních mozkových příhodách, úrazech hlavy či po mozkových operacích. Největší výskyt epilepsie je v prvních letech po narození, především do tří let věku a pak kolem puberty. Zhruba od dvaceti let věku následuje dlouhé období relativně nízkého výskytu onemocnění a pak výskyt epilepsie stoupá znovu ve stáří (Kršek, 2006).

1.1.1 Patofyziologie v souvislosti s epilepsií

Mozek je částí centrální nervové soustavy a je uložen v lebeční dutině. Anatomicky se skládá z prodloužené míchy, mozečku, středního mozku, mezimozku a koncového mozku. V mozku se rozlišuje tzv. šedá a bílá hmota mozková. Šedá hmota, kterou tvoří převážně těla nervových buněk neuronů, pokrývá jako mozková kůra povrch velkého mozku a vytváří tak zvaná jádra, uložená uvnitř dalších oddílů mozku. Bílou hmotu tvoří výběžky nervových buněk - axony (Kršek, 2006).

Pro vznik epilepsie jsou významné neurony uložené v oblasti mozkové kůry. Každá nervová buňka je tvořena vlastní buněčnou membránou, která je elektricky nabitá. Všechny tyto nervové buňky věnují až 1/3 svého energetického metabolismu na to, aby si svůj elektrický náboj na membráně udržely. Ztráta tohoto elektrického náboje vede k úmrtí neuronu. Další velmi důležitou vlastností těchto nervových buněk je to, že jsou schopné elektrický náboj měnit v závislosti na vnějších podnětech. Konkrétně se jedná o schopnost neuronů vytvářet tzv. akční potenciály, které vypadají jako krátké impulzy. Tyto impulzy si mohou nervové buňky předávat mezi sebou a s jejich pomocí pak vzájemně komunikovat.

Na úrovni této komunikace funguje celá nervová soustava (Kršek, 2006).

Epilepsie do tvorby nervových vzruchů zasahuje tak, že při ní vznikají patologické akční potenciály. Jednoduše řečeno, jde o zvýšenou dráždivost některých mozkových oblastí. Jejím důsledkem je, že se elektrické impulzy nešíří obvyklým způsobem a při EEG vyšetření jsou zachyceny epileptické výboje. Epileptický výboj je tedy patologický impulz v mozku, který se šíří spoji mezi axony a ve svém důsledku může ovlivnit nervové pochody jako například: myšlení, paměť, hybnost, citlivost, smyslové vnímání. Klinický projev narušení zmíněných

mozkových funkcí epileptickým procesem nazýváme epileptickým záchvatem (Kršek, 2006; Powell 2010; Pfeiffer, 2007).

1.2 Etiologie epilepsie

Podle etiologie lze epilepsii rozdělit do tří skupin na idiopatické, symptomatické a kryptogenní (Kršek, 2006).

Idiopatické epilepsie, jiným názvem také primární epilepsie, jsou typicky věkově vázané. Obvykle jsou tato onemocnění spojena s normálním počátečním psychomotorickým vývojem dítěte, normálním nálezem na magnetické resonanci mozku a obvykle normálním neurologickým nálezem u pacientky. Nález poznáme na EEG, kde jsou poměrně přesně zachyceny specifikované záchvaty, které zařazují pacientky do jednotlivých syndromů. Předpokládá se, že příčina těchto epilepsií je genetická (Kršek, 2006; Filková a kol., 2005; Preiss a Přikrylová, 2006).

Symptomatická epilepsie, též také označována jako sekundární epilepsie. U těchto epilepsií je vznik záchvatů projevem tzv. symptomem nebo jedním z projevů určitého definovaného poškození mozku. Příčinou těchto epilepsií mohou být například úrazy mozku, cévní onemocnění, mozkové nádory, degenerativní onemocnění mozku, různé vrozené vývojové vady nebo záněty mozku. Patří sem i tzv. perinatální poškození mozku, kdy mozek trpěl během porodu nedostatkem kyslíku a následně došlo k jeho poškození (Kršek, 2006; Filková a kol., 2005; Preiss a Přikrylová, 2006).

Epilepsie kryptogenní neboli skryté jsou nověji nazývané symptomatické epilepsie. Znamená to tedy, že mají blíže ke skupině epilepsií symptomatických, ale na základě současných znalostí charakteru mozku je nedokážeme přesně definovat. S nárůstem znalostí o mozku a s rozvojem diagnostických technik se procento těchto epilepsií zmenšuje (Kršek, 2006; Preiss a Přikrylová, 2006).

1.3 Klasifikace epileptických záchvatů

Typy záchvatů závisí na způsobu poškození mozkové tkáně. Pro dělení epilepsií je důležité znát jejich klinický obraz v korelaci s EEG nálezem a CT nebo MRI vyšetření mozku. Dnes se nejčastěji záchvaty klasifikují na generalizované záchvaty a parciální záchvaty (Filková a kol., 2005).

Generalizované záchvaty vznikají naráz v obou mozkových hemisférách, automaticky to však neznamená, že by byl záchvatem napaden celý mozek. Tyto záchvaty se vyznačují buď kvalitativní, nebo kvantitativní poruchou vědomí (Kršek, 2006; Filková a kol., 2005).

Kvantitativní porucha vědomí je stav porušené bdělosti (vigility). Podle doby trvání a intenzity lze kvantitativní poruchy vědomí rozdělit takto:

- a. Mdloba - což je krátkodobé přechodné bezvědomí z různých příčin.
- b. Zúžené vědomí - při této poruše je pacientka otupělá, netečná, zpomalená, co se týče psychických reakcí.
- c. Mráкотy - pacientka sice vnímá, ale nedokáže jednat.
- d. Somnolence - představuje vystupňování zúženého vědomí. To znamená, že pacientka je spavá, pasivní, odpovědi z její strany jsou zpomalené. Vnějšími podněty však pacientku lze probudit. Je zachována reaktivita, to je variabilní způsob odpovědi.
- e. Sopor – je závažnější stav, kdy reakce na probuzení již vyžadují opakované stimuly o vyšší intenzitě. Nemocná odpovídá jedním slovem nebo jen špatně srozumitelným zvukovým projevem. Někdy se mohou vyskytnout příznaky poruch autonomního nervového systému, pokles TK, nepravidelný dech.
- f. Kóma – je nejzávažnější stav, kdy nemocná nereaguje na oslovení, může reagovat na bolestivé stimuly. Oči jsou zavřené. Chybí kortikální aktivita. Příznaky ze strany autonomního systému se mění podle hloubky kómatu, jsou přítomny změny vegetativních činností nebo žádné reakce (ireverzibilní kóma). Vyhasínají základní reflexy, např. zornice přestávají reagovat na osvit (Dostálová, 2013).

Kvalitativní poruchy vědomí zahrnují obluzené vědomí a mráкотné stavy. Obluzené vědomí zahrnuje tyto dva stavy - zmatenost a delirium (Dostálová, 2013).

Primárně generalizované záchvaty nemají jednoznačný fokální počátek. Vznikají náhle, poměrně rychle a bez jakýchkoliv varovných signálů. Mohou mít formu absencí, což si můžeme představit jako krátké zahledění s drobnou motorickou symptomatologií někdy

i v podobě automatizmů, které se většinou vyskytuje v dětství a v pozdějším věku mizí. Při těchto záchvatech s absencí se předpokládá cirkulace epileptické aktivity v okruhu mezi mozkovou kůrou a thalamem. Primárně generalizované záchvaty ale většinou probíhají pod obrazem generalizovaných tonicko-klonických křečí s různě dlouhým bezvědomím a dechovou poruchou, pěnou z úst, pokousáním jazyka, někdy pomočením a pokálením. Po záchvatu následuje postiktální zmatenost a amnézie na záchvat i na pozáchvatové období (Pfeiffer, 2007; Filková a kol., 2005; Berlít, 2007).

Sekundárně generalizované záchvaty mají v mozkové tkáni jasný fokální začátek, ze kterého se výboje rychle šíří po celé mozkové kůře. Fokální začátek je bez zjevných projevů a pocitů ve formě aury (Filková a kol., 2005).

Aura je stav, který může vzniknout několik vteřin před začátkem záchvatu. Nelze přesně popsat, o jaký stav se jedná, záleží totiž na lokalizaci epileptického ložiska. Podle lokalizace epileptického ložiska má aura rozmanitý klinický obraz. Pacientka se může cítit divně, velmi často je přítomna čichová halucinace, kdy pacientka začne cítit zápach spálené gummy. Autonomní aura má za příčinu epigastrické potíže, pocení, slinění. U některých pacientek se může vyskytnout optická halucinace, kdy pacientka vidí záblesky. V poslední řadě se mohou u pacientky projevit příznaky pocitové a sluchové aury. To si můžeme představit jako záškuby části těla, slyšení zvuků a hlasů. Po auru následují generalizované tonicko-klonické křeče s bezvědomím (Štefánek, 2011a).

Při parciálním záchvatu se předpokládá, že v mozku pacientky je oblast, ve které jsou přítomny dysfunkční, patologicky fungující buňky. Tyto buňky jsou zodpovědné za vznik epilepsie (Pfeiffer, 2007; Kršek, 2006).

Po většinu času bývá tato oblast kontrolována inhibičním lemem okolní mozkové tkáně, což je jakási přirozená obrana mozku proti šíření epileptické aktivity do okolních oblastí. Parciální záchvat lze tedy chápat jako selhání této obrany a rozšíření záchvatové aktivity do oblastí, ve kterých naruší normální fungování a vyvolá klinický obraz epileptického záchvatu. Tyto záchvaty se dají dále rozdělit na simplexní (jednoduché) záchvaty a komplexní (složitě) záchvaty. Při simplexních záchvatech nedochází k poruše vědomí, naopak při komplexních ano. U parciálních záchvatů nedochází ke generalizaci záchvatu do tonicko-klonických křečí s bezvědomím (Kršek, 2006; Filková a kol., 2005).

1.3.1 Status epilepticus

Je život ohrožující stav, při kterém epileptický záchvat neustává, ale plynule přechází v další. Záchvaty mohou být primárně generalizované, ale i ložiskové. Jsou doprovázené bezvědomím. Pacientka může, nebo nemusí nabýt jasného vědomí mezi jednotlivými záchvaty. Jako status epilepticus je dnes označován epileptický záchvat trvající déle než 20 minut. Pacientka je při tomto stavu ohrožena hypertermií, aspirací, poruchami elektrolytů a acidobazické rovnováhy či hypoxickou nekrózou mozku. (Pfeiffer, 2007, Filková a kol., 2005).

Antikonvulzivní terapii zahájíme podáváním i. v. benzodiazepinů (Diazepam 0,2 mg/kg i. v.). Při neúspěchu podáváme fenytocin 20 mg/kg i. v. Nevýhodou benzodiazepinů je jejich vedlejší účinek, který se může dostavit. Je to např. hypotenze, útlum dýchání. Podávání fenytocinu vede k srdeční arytmii a hypotenzii. Po poskytnutí neodkladné první pomoci je pacientka odvezena na JIP neurologického oddělení nebo oddělení ARO, kde je zajištěn monitoring jejích základních životních funkcí (Filková, 2005 a kol.; Seidl, 2008).

1.4 Úloha sestry v diagnostice epilepsie

Jako nejdůležitější metoda v diagnostice epilepsie je považována anamnéza, kdy se snažíme od pacientky zjistit co nejpodrobnější údaje o jejím zdravotním stavu, popřípadě prodělaném záchvatu. Pro zjištění nebo další upřesnění diagnózy využíváme EEG vyšetření, laboratorní vyšetření, klinické vyšetření, neinvazivní zobrazovací metody jako jsou MRI a CT (Slezáková, 2006).

Anamnézu sepisuje s pacientkou buď lékař, nebo kompetentní sestra na základě subjektivního rozhovoru nebo objektivního pozorování, palpáce a poslechu. Velmi důležité je se od pacientky dozvědět okolnosti záchvatu, délku záchvatu a jeho intenzitu. Dále nás zajímá porucha vědomí a křeče. U křečí si jejich výskyt vždy necháme důkladně popsat rodinným příslušníkem, a pokud to stav pacientky dovolí, tak i ukázat. V poslední řadě nás zajímá způsob probuzení. V zásadě platí, že při prodělaném epileptickém záchvatu se vědomí vrací k normě přes dlouhé různé fáze amence, zatímco při synkopě nebo při psychogenním

neepileptickém záchvatu jsou pacientky plně orientované téměř okamžitě po návratu vědomí (Slezáková, 2006).

Klinické vyšetření se skládá z anamnézy a objektivního vyšetření. Anamnéza je vedena co nejpodrobněji. Pacientky se ptáme na osobní, rodinnou, farmakologickou, pracovní anamnézu. Nesmíme se zapomenout zeptat pacientky na její alergie (hlavně jod, který je součástí všech kontrastních rentgenových látek). Subjektivní anamnézu od pacientky je vždy lepší si ověřit objektivní osobou např. svědkem, rodiči, známými. Objektivní vyšetření provádí lékař. Cílem tohoto vyšetření je co nejpřesněji stanovit diagnózu. Při vyšetření začíná lékař od hlavy, vyšetřuje skupinově uspořádané mozkové nervy, dále se přesune na krk, horní končetiny, břicho a dolní končetiny. V poslední řadě vyšetřuje páteř, stoj a chůzi (Seidl, 2008).

Elektroencefalografie je pomocná vyšetřovací metoda, která zaznamenává bioelektrické mozkové potenciály. Cílem tohoto vyšetření je zaznamenat elektrickou aktivitu mozku. Základní činností mozkových buněk je velká míra nahodilosti ve vytváření jednotlivých elektrických impulsů. EEG záznam proto na první pohled vypadá jako něco velmi nepravidelného a neuspořádaného. Pokud by byla aktivita mozkových buněk příliš pravidelná, jednalo by se většinou o abnormální záznam, který může ukazovat možné onemocnění mozku. Při klinickém podezření na epilepsii a normálním EEG záznamu použijeme metodu spánkové deprivace. Spánek má odlišnou aktivitu EEG záznamu, než v bdělém stavu. Příprava na toto vyšetření není složitá. Sestra poučí pacientku, aby si před vyšetřením umyla vlasy obyčejným šampónem a nepoužívala žádná tužidla ani laky. Pacientka se ráno normálně nasnídá a vezme si běžné léky. Pokud by si lékař vyžádal omezit spánek během noci, poučí sestra pacientku o této informaci. Sestra seznámí pacientku s průběhem vyšetření. Informuje ji o tom, že vyšetření se provádí v EEG laboratoři a provádí je specializovaná sestra. Ta nasadí pacientce na hlavu EEG čepici, kde jsou zevnitř umístěny vodivé kontakty- elektrody. Čepice je kabely spojena s EEG přístrojem. Pro lepší kontakt elektrod s povrchem hlavy se používá speciální vodivý gel. Během vlastního vyšetření leží pacientka na lůžku, popřípadě sedí v křesle se zavřenýma očima. Dýchá nosem nebo ústy a je několikrát požádána o otevření a zavření očí. Vyšetření bývá většinou zakončeno blikajícím světlem před obličejem pacientky. Tento jev se nazývá fotostimulace (Společnost E, 2011a; Pfeiffer, 2007).

Mezi další zobrazovací metody při diagnostice epilepsie patří počítačová tomografie a magnetická resonance. Počítačová tomografie využívá rentgenové paprsky.

CT přístroj umí vyhodnotit celou řadu snímků, které jsou přeneseny do počítače. Lékař je proto schopen okamžitě na základě těchto snímků vyhodnotit situaci. CT záznam lze rozdělit na nativní snímek a snímek s kontrastem. Nativní snímek se provádí bez podání kontrastní látky, zatímco při snímku s kontrastem se do žíly pacientky aplikuje kontrastní látka. Příprava pacientky na toto vyšetření je snadná. Sestra uloží pacientku do vodorovné polohy na posuvné lůžko a vysvětlí jí, že se kolem ní začne pohybovat prstenec CT, který ji bude snímkovat. Při kontrastním snímku navíc sestra zavede pacientce kanylu, kam aplikuje kontrastní látku (Štefánek, 2011b).

Magnetická resonance je podobná CT vyšetření, avšak nepracuje s rentgenovým zářením. Využívá principu silného magnetického pole, které umožní zobrazit a rozlišit jednotlivé tkáně podle různého množství vodíku v nich obsažené. Oproti CT, které vytváří snímky velké části těla, vyšetřuje konkrétní místo. Příprava není zvláště náročná. Sestra uloží pacientku do vodorovné polohy, zajistí, aby u sebe neměla žádný magnetický materiál. Celkové vyšetření trvá kolem 30 minut (Štefánek, 2011c).

1.5 Úloha sestry v terapii epilepsie

Zvolit správnou léčbu u pacientky, která trpí epilepsií, je velice důležité, neboť správná medikace může pacientce nejen usnadnit život, ale také předcházet záchvatům. Proto je jako jeden z nezákladnějších bodů nutné provést kompletní neurologické vyšetření. Dalším důležitým vodítkem pro lékaře je zjistit příčinu záchvatu a na základě této příčiny indikovat kauzální léčbu. U některých pacientek stačí zvolit asi ten nejjednodušší přístup a tím je úprava jejich životosprávy. V dětství se totiž mohou vyskytovat nezávažné idiopatické syndromy, které se mohou léčit právě změnou životosprávy (Ambler, 2006; Kršek, 2006).

Hlavní úloha sestry v této problematice je srozumitelná a důkladná edukace nemocných. Sestra informuje pacientku o rizicích, které mohou zapříčinit vyvolání epileptického záchvatu. Mezi nejdůležitější bod patří spánková deprivace. Pacientka by měla od sestry vědět o pravidelném spacím režimu a ten také dodržovat. Nejenom nedostatek spánku, ale také nadměrná fyzická i psychická zátěž mohou být jedním z faktorů epileptického záchvatu. Sestra upozorní pacientku, aby se snažila vyvarovat jak fyzické, tak i psychické zátěži.

Ke každé pacientce musí setra přistupovat individuálně, neboť u každé pacientky může dojít k záchvatu na základě jiného provokačního faktoru. V poslední řadě je pacientka sestrou seznámena s dalšími provokačními faktory - kouření, alkohol, drogy, nadměrný stres a emoce. Pokud se pacientce podaří snížit, či dokonce zrušit tyto návyky, léčba bývá úspěšná (Kršek, 2006; Ambler, 2006).

U mnohých pacientek pouhá změna životosprávy nestačí, a proto musí podstoupit léčbu farmakologickou. Cílem této léčby je vybrat pro pacientku vhodné antiepileptikum. V dnešní době existuje 18 antiepileptik, které lze použít samostatně nebo v celé řadě kombinací. Vždy je potřeba, aby byla pacientka upozorněna lékařem, na přesně dané zásady racionální farmakoterapie, které je nutno dodržovat. V první řadě musí být pacientka podrobně vyšetřena. Toto vyšetření má za cíl potvrdit diagnózu, zjistit typ záchvatu. Pacientka je vyšetřena neurologem na základě porovnání anamnézy s klinickým nálezem a výsledky pomocných vyšetření. Důležité je zdůraznit, že ne u každé pacientky lze jednoznačně říci, o jaký typ onemocnění epilepsie se jedná. Až v průběhu nemoci a po získání většího množství informací může neurolog stanovit přesnou diagnózu. Farmakoterapie obvykle neléčí jeden epileptický záchvat, předepisuje se při opakovaných epileptických záchvatech. Vždy musíme zvážit věk pacientky, pohlaví, jiná onemocnění a další rizikové faktory. Antiepileptickou léčbu zahajujeme vždy jedním lékem první volby v co nejnižších dávkách a postupně zvyšujeme, dokud nedojde ke kontrole záchvatů, nebo k projevům předávkování. Léčbu sledujeme i podle sérových hladin antiepileptik (Kršek, 2006).

U generalizovaných záchvatů se dnes nejčastěji podává kyselina valproová a její deriváty. Pro parciální záchvaty se volí především Carbamazepin. Iniciální dávka musí být vždy nízká, má pomalu stoupat podle tolerance a sérových hladin. Optimální dávka bývá 200-600 mg denně ve třech dávkách. Sestra zná vedlejší účinky antiepileptik a seznámí s nimi také pacientku. Jako vedlejší účinky se uvádějí např. erytém, závratě, ospalost, únava, kardiální poruchy. Vzácně se mohou vyskytnout i psychotické stavy (Kršek, 2006; Ambler, 2006).

Klasická antiepileptika I. generace jako jsou barbituráty a hydantoiny se řadí vzhledem k vyšší toxicitě jako léky druhé volby. Hlavní indikací hydantoinů jsou parciální záchvaty simplexní, komplexní, generalizované. Pacientka zná od sestry nežádoucí účinky - poruchy rovnováhy, ataxie, závratě, třes, exantém. Z barbiturátů se užívá nejvíce fenobarbital. I zde je pacientka poučena o nežádoucích účincích - útlum, ataxie, kognitivní poruchy, neklid, potíže GIT, bolesti hlavy. Benzodiazepiny se používají jako lék při vlastním epileptickém záchvatu,

pro dlouhodobou medikaci se nepoužívají. Pro těžké epilepsie jsou dnes k dispozici antiepileptika III. generace. U těchto epilepsií se též zvažuje léčba chirurgická (Kršek, 2006).

Sestra musí také pacientce vysvětlit, že léčba musí být pravidelná, nikdy se nesmí náhle přerušit nebo vysadit, protože hrozí riziko nakupení se záchvatů nebo i epileptického statu. Je vždy řízena odborníkem a dávkování se řídí podle sérových hladin daného léku (Ambler, 2006).

Poslední možnou léčbou je chirurgická léčba epilepsie. Ta se používá v případě, že nezabrala standardní léčba pomocí antiepileptik. Je prováděna ve specializovaných centrech, pacientka musí podstoupit řadu podrobných vyšetření. Tato vyšetření určí, zda je pacientka vhodná pro epileptochirurgický výkon. Jedná se o tato vyšetření: EEG monitoring, MRI, podrobné neuropsychologické vyšetření. V některých případech ale tato vyšetření nestačí, a proto jsou dále indikovány: funkční magnetická rezonance, magnetická rezonanční spektroskopie, pozitronová emisní tomografie a jednofotonová emisní počítačová tomografie. Cílem těchto diagnostických vyšetření je detailně určit povahu epilepsie pacientky. Přesně definovat oblast mozku, která se na vzniku epileptických záchvatů podílí. Zhodnotí, zda je vůbec pro pacientku vhodná chirurgická léčba, a stanovuje riziko možných komplikací (Kršek, 2006; Ambler, 2006).

Ukončení léčby zvažujeme nejdříve po třech letech bez záchvatu a na EEG záznamu bez specifických epileptických grafoelementů. Nejdříve pomalu snižujeme dávku, a pokud to pacientky stav dovolí, dávku vysadíme. Do dvou let od vysazení léčby se ale záchvaty znovu objeví téměř u poloviny nemocných (Ambler, 2006).

1.5.1 První pomoc při epileptickém záchvatu

Je velmi důležité si uvědomit, že epileptický záchvat přichází náhle, velmi rychle a je vůlí neovladatelný. Důležitým bodem pro poskytování první pomoci u pacientky s epileptickým záchvatem je zabránit případnému zranění při záchvatu. To znamená, dopravit pacientku co nejrychleji na bezpečné místo např. z dosahu silničního provozu, odstranit z její blízkosti všechny předměty, o které by se v průběhu záchvatu mohla zranit. Nemocnou se nesnažíme

během záchvatu křísit a násilně bránit křečím jako například natahovat křečí ztuhlou končetinu nebo násilím otevírat čelist (Kršek, 2006; Společnost E,2011b).

Velmi nevhodná je také snaha vytáhnout nemocné jazyk z úst, aby nezapadl. Mylným důvodem k takovému postupu bývá zblednutí nebo promodrání pacientky při větších záchvatech, které ale nezpůsobuje překážka v dýchacích cestách, ale naopak funkce dýchacích svalů. Zapadnutí jazyka hrozí pouze v případě, že pacientka po záchvatu zůstane v hlubokém bezvědomí (Kršek, 2006). Co je ale v našich silách a čím můžeme pacientce opravdu pomoci, je uložit ji do vodorovné polohy a otočit jí hlavu na stranu. Optimální je stabilizovaná poloha na boku, protože pacientka může po záchvatu silně slinit, a právě stabilizovanou polohou na boku je zajištěn volný odtok slin a tím se zabrání případnému riziku jejich vdechnutí. Je to také prevence zapadnutí jazyka u pacientky v hlubokém bezvědomí se sníženým svalovým napětí (Berlit,2007).

Epileptický záchvat většinou trvá několik minut a obvykle sám od sebe ustane také během několika minut. Většina epileptických záchvatů nepotřebuje odbornou lékařskou pomoc. Lékaře voláme v případě, že se jedná o první záchvat určitého druhu u konkrétní pacientky nebo pokud záchvat trvá neobvykle dlouho, než je pacientka a její okolí zvyklé. Také záchrannou službu voláme v případě, že se záchvaty opakují několikrát po sobě, nebo když se stav pacientky neupraví do normálu do 15-ti minut po záchvatu. Samozřejmě také vždy, když jsou u pacientky patrné známky zranění nebo vnitřního krvácení (Kršek, 2006, Štefánek 2011a).

Pacientka by měla být také poučena lékařem nebo sestrou, že by si měla pečlivě každý epileptický záchvat zaznamenávat, včetně okolností, za kterých se objevil, jak dlouho trval a jaké byly jeho projevy. Na základě těchto informací může lékař snadněji určit diagnostiku, léčbu nebo případnou změnu léčby (Kršek, 2006).

1.5.2 Úloha sestry v prevenci

Pokud je u pacientky zjištěna epilepsie, měla by se snažit zmenšit riziko záchvatů. Vyléčit postižené buňky, které způsobují epilepsii, samozřejmě nelze, je však možné vyrovnat se s danou situací a zmenšit riziko záchvatů (Štefánek, 2011a).

Svou důležitou roli tu hraje hlavně edukace, kterou pacientce zajišťuje lékař nebo sestra. Nejdůležitějším bodem je dodržovat pravidelný spánkový režim, vyvarovat se alkoholu, snažit se dodržovat správnou životosprávu, pokusit se vyhýbat psychickému a fyzickému vyčerpání (Štefánek, 2011a). Dalším bodem prevence je také fakt, že pacientky s epilepsií by neměly řídit motorová vozidla, protože epileptický záchvat za volantem ohrožuje nejen život pacientky a jejich spolujezdců, ale také další účastníky silničního provozu. Podmínky pro udělení řidičské způsobilosti upravuje vyhláška (Vyhláška č. 72 o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, 2011).

1.6 Vliv epilepsie na těhotenství

Každý budoucí rodič si přeje, aby se mu narodilo krásné a zdravé dítě. Celé těhotenství a následně také porod hraje velkou roli v psychice zdravé matky. I matky s epilepsií si přejí otěhotnět a donosit zdravé dítě, ale řada z nich se těhotenství obává. Často si kladou otázku, zda vůbec budou schopné donosit a porodit zdravé dítě (Zárubová, 2010).

Rizika spojená s těhotenstvím u žen s epilepsií jsou často přeceňována. Epilepsie ani léčba antiepileptiky není kontraindikace těhotenství. Většina žen s epilepsií může prožít nekomplikované těhotenství a porodit zdravé dítě. Jsou ale možná rizika spojená s vlastním onemocněním nebo léčbou antiepileptik. Proto je velmi důležité, aby neurolog a gynekolog uměli ženě řádně poradit, validně ji informovat a správně o ženu pečovat (Zárubová, 2004).

Zárubová, (2004, s. 325) udává, že „těhotenství může epilepsii buď zhoršit, a to asi v 17-46 %, nebo zlepšit u 5-24 % pacientek.“ U většiny pacientek nemusí mít žádný vliv. Toto je velmi individuální (Zárubová, 2004).

K zhoršení epilepsie dochází nejčastěji v prvním a třetím trimestru a během laktace. Výjimečně může být epilepsie vázána pouze na těhotenství a šestinedělí. Tu nazýváme gestační epilepsie. Může ale také nastat případ výskytu prvního epileptického záchvatu až v těhotenství. V tomto případě epilepsie však bude pokračovat i po skončení těhotenství (Zárubová, 2004; Zárubová, 2010).

V České republice zatím neexistuje přesně dané doporučení nebo standard, který by stanovoval, v jakém rozsahu se mají provádět neurologické kontroly. Péči o ženy

s epilepsií, které plánují mateřství, si tedy můžeme rozdělit do těchto období: prekoncepční období, prenatalní období, porod a nakonec šestinedělí. (Kuba, 2006).

1.6.1 Prekoncepční období

Toto období je velice důležité z důvodu ovlivnění rizik v budoucím těhotenství. Hlavním úkolem neurologa je zvážit rizika onemocnění a určit další postup. Proto je pro ženy velice důležité, aby své těhotenství plánovaly a vždy se o dalším postupu poradily s odborníkem (Kuba, 2006; Zárubová, 2004).

Největším problémem u žen s epilepsií v souvislosti s těhotenstvím je vysazení antiepileptik, nebo snížení dávky léku před obavou ublížení plodu. Ženy si mnohdy vůbec neuvědomí, že vysazením nebo snížením dávky mohou ublížit nejen sobě, ale také právě plodu. V souvislosti s hledáním rizik a určení přesné diagnózy, musí být žena komplexně neurologicky vyšetřena včetně zobrazovacích metod. Je možné minimalizovat vliv epilepsie a její léčby na plod tím, že optimálně zkompenzujeme epileptické onemocnění matky. Budeme se snažit, aby žena měla co nejnižší intenzitu záchvatů nebo byla úplně bez záchvatů, pokud to její stav dovolí. Léčbu zvolíme monoterapií, nejnižší účinnou dávkou, která bude ženě vyhovovat a bude nejvhodnější pro její typ epilepsie. Při první kontrole také provedeme EEG vyšetření zejména v případech, kde si lékař není epilepsií jednoznačně jistý. Provádí se také kontrola laboratorních hodnot. To je krevní obraz, jaterní a renální testy, mineralogram, včetně stanovení hořčíku a železa a hladinu antiepileptik. Dále se provádí MRI mozku. V případech, kde je MRI kontraindikována, nahradíme ji za CT mozku. V poslední řadě je nutné provést genetické vyšetření včetně TORCH. Genetické vyšetření se provádí, aby se zjistilo, zda dítě může mít nějakou vrozenou vývojovou vadu, nebo zda může epilepsii zdědit (Zárubová, 2004; Zárubová, 2010). Zárubová, (2004, s. 326) uvádí, že „u epilepsie otce se zvyšuje riziko, že dítě bude mít epilepsii.“

Správný neurolog by měl ženu správně edukovat o možnosti teratogenity antiepileptik, i když údaje o teratogenitě antiepileptik stále ještě nejsou konzistentní (Filková a kol., 2005). Užívání jednoho antiepileptika v těhotenství představuje riziko výskytu vrozené vývojové vady u plodu 4-6 %, což je 2-3 krát větší než u zdravých žen v celé populaci (Adab and

Chadwick, 2006). Především užívání valproátu zvyšuje riziko vrozených vývojových vad u plodu, pokud pacientka překročí dávku 1000 mg/den. Také kombinace dvou a více antiepileptik riziko zvyšuje. Zvláště pak kombinace právě valproátu s amotriginem a jiné kombinace valproátů, benzodiazepinů a karbamazepinů. Pokud žena v těhotenství musí brát antiepileptika, snažíme se zvolit monoterapii, která pacientce nejlépe zkompenzuje epilepsii. Dávky rozdělujeme do průběhu 24 hodin tak, aby plazmatické koncentrace kolísaly co nejméně (Zárubová, 2004; Kuba, 2006).

Vrozené vývojové vady u plodu dělíme na takzvaně velké vrozené vývojové vady a malé vady. Velké vrozené vývojové vady jsou takové vady, které potřebují chirurgické řešení a ohrožují plod. Patří mezi ně například srdeční vady, rozštěpy neurální trubice, obličej a patra, vady urogenitální a skeletální (Adab and Chadwick, 2006). Malé vady jsou definovány jako odchylky od normálního vzhledu. Tyto vady ale nemají vliv na kvalitu života. Zasahují zpravidla střední partie obličej a prstů. Z příkladů bychom uvedli například široký kořen nosu, dlouhý horní ret, nízko posazené ušní boltce, nepravidelné zuby, nízká porodní váha. Porodní asistentka by měla znát všechny možnosti vrozených vývojových vad a poučit o nich pacientku (Filková a kol., 2005).

Další důležitou informací, kterou ženě podá lékař nebo právě porodní asistentka, je snížení teratogenity antiepileptik podáváním kyseliny listové a vitamínů B6 a B12 (Hájek, 2004). Některá antiepileptika působí jako induktoři jaterních enzymů např. fenobarbital, fenytoin, primidon. Pro matku a plod to má určité nevýhody. Podávání těchto antiepileptik může vést u matky a plodu k úbytku vitamínu K a snížit tvorbu koagulačních faktorů závislých na vitamínu K. Hypokoagulační stav může vést k většímu krvácení v průběhu porodu. U plodu hrozí riziko intrakraniální hemoragie nebo krvácení do viscerálních orgánů. Aby se těmto stavům předcházelo, užívají těhotné ženy s epilepsií vitamín K od 38. týdne těhotenství až do porodu (Filková a kol., 2005).

1.6.2 Prenatální období

Jak už bylo zmíněno v předchozí kapitole, ženy s epilepsií by měly své těhotenství plánovat nejméně 3-6 měsíců dopředu. Vše by měly důkladně probrat se svým neurologem,

ale také s gynekologem. Neurolog by měl přesně určit na základě podrobného vyšetření typ onemocnění a správně zvolit léčbu. Nastávající maminka by měla chodit na pravidelné prohlídky ke svému gynekologovi, který jí provede všechna důležitá vyšetření, ale nesmí také zapomínat na pravidelné návštěvy svého neurologa (Zárubová, 2010).

Těhotenství ženy s epilepsií je do jisté míry vedeno jako rizikové, záleží však na intenzitě a typu záchvatů (Filková a kol., 2005). Žena s epilepsií absolvuje běžná pravidelná a nepravidelná vyšetření. První prenatalní návštěva poradny by se měla uskutečnit nejpozději do konce 12. týdne. Kromě komplexního prenatalního vyšetření porodní asistentka změří ženě zevní pánevní rozměry a vystaví těhotenskou průkazku. Žena navštíví poradnu zhruba desetkrát. Cílem prenatalní poradny je zachytit známky rizika či ohrožení u matky či plodu. Mezi pravidelná vyšetření, která se provádějí vždy při návštěvě poradny, řadíme: podrobný sběr anamnestických dat a problému těhotné, zevní vyšetření, určení váhy a změření krevního tlaku, chemická analýza moči a bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix score. Od 24. týdne gravidity se také pravidelně detekují známky vitality plodu (Doporučené postupy v perinatologii, 2010).

Prenatalní poradnu vede porodní asistentka. Zaznamenává anamnézu a problémy těhotné, udělá zevní vyšetření, změří tlak, určí váhu a zkontroluje moč. Vaginální vyšetření, stanovení cervix score a ultrazvukové vyšetření provádí lékař (Gregora a Velemínský, 2007; Doporučené postupy v perinatologii, 2010).

Dále žena podstupuje řadu nepravidelných vyšetření, které se provádějí vždy v určitém týdnu a trimestru. Patří sem především vyšetření krve a moči. Těhotenství ženy se kromě týdnů dělí i na trimestry. První trimestr začíná oplozením a končí v 13. týdnu těhotenství. V tomto období dochází k bouřlivému vývoji zárodku v děloze matky. Začínají se vyvíjet jednotlivé orgány plodu, a proto je plod v tomto období velmi citlivý na působení nejrůznějších škodlivin. S postupem týdnů se u ženy začínají vyskytovat příznaky jako nevolnost, zvracení, zvýšené slinění, změny chuti a nálady, plynatost, pálení žáhy a únava. Druhý trimestr se datuje od konce 13. týdne a končí ve 26. týdnu. V tomto období začíná žena cítit první pohyby svého plodu. Prvorodičky kolem 20. týdne, vícero dičky okolo 18. týdne. V tomto trimestru se v 16. týdnu provádějí první těhotenské náběry, při kterých se stanovuje, krevní skupina a Rh faktor, vyšetřují se titry erytrocytárních protilátek, stanovuje se hematokrit a počet erytrocytů, leukocytů, trombocytů a hladiny hemoglobinu. Dále provádíme sérologické vyšetření HIV a HBsAG a protilátek proti syfilis. V poslední řadě se provádí biochemický screening VVV a vyšetření močového sedimentu střední porce moči

na přítomnost cukru, bílkoviny, krve, bakterií a jiných látek (Doporučené postupy v perinatologii, 2010; Gregora a Velemínský, 2007).

Mezi 18. až 20. týdnem se provádí první ultrazvukový screening plodu. Do tohoto trimestru můžeme ještě zahrnout screening poruch glukózové tolerance. Ten se provádí mezi 24. -28. týdnem (Doporučené postupy v perinatologii, 2010).

Třetí trimestr začíná od 27. týdne a končí porodem plodu. Do tohoto trimestru do 30. -32. týdne zahrnujeme opět vyšetření titru erytrocytárních protilátek u žen Rh negativních a s krevní skupinou 0, stanovuje se hematokrit a počet erytrocytů, leukocytů, trombocytů hladina hemoglobinu, sérologické vyšetření protilátek proti syfilis, HBsAg a HIV- pouze výběrově. V tomto termínu se také provádí druhý ultrazvukový screening. Ve 36. -37. týdnu se odebírá kultivace z pochvy k detekci streptokoků skupiny B. Od 36. týdne až do porodu provádíme jednou týdně kardiokografický non-stress test (Doporučené postupy v perinatologii, 2010; Gregora a Velemínský, 2007).

Ženy s epilepsií jsou častěji posílány na genetické vyšetření než zdravé ženy. Ačkoliv teratogenita antiepileptik stále ještě nebyla zcela potvrzena, musíme brát na vědomí možná rizika (Kuba, 2006).

První genetické vyšetření, které může žena podstoupit, se provádí v 11. -13. týdnu a slouží k detekci Downova syndromu a dalších VVV. Jedná se o ultrazvukové změření šíjového projasnění a stanovení proteinů PAPP-A a beta HCG v séru matky. Další možné vyšetření k odhalení VVV se provádí ve druhém trimestru mezi 16. -18. týdnem tzv. trippel test. V tomto případě měříme AFP, hCG a estriol v séru matky. Toto vyšetření má ale nevýhodu v tom, že má vyšší falešnou pozitivitu a výsledky jsou známy až příliš pozdě. Výsledkem screeningového vyšetření je stanovení rizika převážně Downova syndromu a rozštěpu neurální trubice. To může být buď stejné jako v populaci, nižší a vyšší. U žen s vyšším rizikem je poté ještě možnost invazivních metod. Jedna z nich, zvaná biopsie choriových klků, se provádí v prvním trimestru. Biopsie choriových klků je výkon, kdy se tenkou jehlou pod ultrazvukovou kontrolou odebere přes břišní stěnu matky vzorek tkáně. Dalšími invazivními metodami je amniocentéza a kondocentéza. Amniocentéza by měla být provedena po 15. týdnu. Je to výkon, při kterém se odebere opět tenkou jehlou pod ultrazvukovou kontrolou 20 mililitrů plodové vody na genetické vyšetření. Kondocentéza neboli odběr krve z pupečnicku, se provádí po 20. týdnu těhotenství. Jelikož se jedná o invazivní metody, je nutné počítat s možnými riziky. Ty se pohybují kolem 1 %. V případě objevení chromozomální aberace nebo malformace plodu, je těhotná žena spolu s partnerem

pozvána na konzultaci. Zde si společně s lékařem objasní diagnózu, zhodnotí klady a zápory problému. Popřípadě může dát lékař ženě kontakt na lékaře, kteří mají zkušenosti s péčí o postižené děti, případně s rodiči postižených dětí. Rozhodnutí je pouze na ženě, zda bude chtít v těhotenství pokračovat, nebo jej přerušit ze zdravotních důvodů. V České republice má žena právo ukončit těhotenství do 12. týdne, v případě těžkých postižení u plodu lze těhotenství ukončit až do 24. týdne (Gregora a Velemínský, 2007; Doporučené postupy v perinatologii, 2010).

Není prokázáno, že by u žen s epilepsií byly zaznamenány častější spontánní potraty. Mezi nejčastější problémy epilepsie během těhotenství jsou uváděny tyto:

1. Úmyslné snižování nebo vysazení dávek antiepileptik za předpokladu ochrany svého dítěte před možnými vrozenými vývojovými vadami.
2. Pokles hladiny antiepileptik v důsledku zhoršení absorpce z gastrointestinálního traktu nebo zvýšeného těhotenského zvracení. Pokud pacientka intenzivně zvrací do hodiny po podání antiepileptik, měla by tuto dávku opakovat. Jestliže se u pacientky vyskytují ranní nevolnosti či zvracení, doporučuje se dávku antiepileptik přesunout z ranního užívání na odpolední či večerní. U některých pacientek je nutná hospitalizace k lepšímu zkompenzování jejich stavu. Hladina fenobarbitalu klesá už v prvním trimestru, zatímco hladiny karbamazepinu a fenytoinu spíše ve třetím trimestru. Hladiny valproátu a amotriginu klesají v průběhu celého těhotenství. U valproátu a karbamazepinu se mění poměr volné a celkové hladiny ve volné frakce. Účinnost antiepileptik je tedy zachována i při nižší celkové plazmatické koncentraci. Hladiny lamotriginu je důležité sledovat jednou za měsíc, ostatní antiepileptika kontrolujeme jedenkrát za trimestr.
3. Postupující gravidita - větší váha, zvětšení distribučního objemu a zvýšení clearance.
4. Změny ve spektru plazmatických bílkovin, snížení albuminu.
5. Spánková deprivace.
6. Psychosociální vlivy.
7. Druh a intenzita záchvatů (Zárubová, 2010).

Jako prevenci před vrozenými vývojovými vadami podáváme ještě před otěhotněním kyselinu listovou 5 mg/den a v tom také pokračujeme alespoň celý první trimestr a poté následně 3 měsíce před porodem (Australian Prescriber, 2008). V pokročilém těhotenství může být jednou z obav preeklampsie a eklampsie (Filková a kol., 2005).

1.7 Vliv epilepsie na porod

„Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce porozením z organismu matky“ (Roztočil, 2008, s. 109). Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování stanovuje, že porodem se definuje ukončení těhotenství, při kterém se narodí živé, nebo mrtvé dítě. Pokud novorozenec dýchá, nebo jeví alespoň jednu známku ze známek života, jedná se o porod živého plodu (MZCR, 2012). Mezi známky života novorozence řadíme srdeční akci, dýchání, pohyb svalstva a pulzaci pupečníku (Čech a kol., 2007). Pokud ale plod nejeví tyto známky a má více jak 500g, mluvíme o porodu mrtvého plodu. Nelze-li určit porodní hmotnost novorozence, mluvíme o mrtvě narozeném plodu tehdy, pokud je narozený po 22. dokončeném týdnu těhotenství. Nelze-li určit délku těhotenství, musí být plod nejméně 25 cm dlouhý, a to od temene hlavy k patě, aby splňoval podmínku pro porod mrtvého plodu. Pokud by ale váha byla menší jak 500g, jedná se o potrat (MZCR, 2012).

Než budeme mluvit o porodních dobách, rádi bychom zmínili další důležité součásti porodu. Jedná se o porodní síly a porodní cesty. Mezi porodní síly řadíme takové síly, které pomáhají za spontánního porodu vypudit plodové vejce z dutiny děložní. Označujeme je těmito názvy - kontrakce, břišní lis a zemská gravitace. Kontrakce jsou samovolné, vůlí neovládané stahy myometria. Lze je sledovat pohledem, pohmatem nebo na CTG monitoru. Břišní lis se označuje jako aktivní, vůlí ovladatelný stah svalů břišních a bránice. Nejvíce se využívá po zajištění branky, tedy na začátku druhé doby porodní. Zemská gravitace napomáhá k pasivní dilataci porodních cest (Roztočil, 2008; Zwinger, 2004).

Porodní cesty se dají označit jako prostor, jímž během porodu prochází plod. Dělíme je na měkké porodní cesty a tvrdé porodní cesty. Tvrdé porodní cesty jsou tvořeny kostěnou pávní, jež má 4 roviny. Je to pánevní vchod, šíře, úžina a východ (Roztočil, 2008).

Měkké porodní cesty jsou tvořeny svalovinou a vazivem. Skládají se z dolního děložního segmentu, děložního hrdla, pochvy, zevních rodidel a pánevního dna. V průběhu porodu plod tyto tkáně postupně rozpíná a tím umožňuje průchod ven (Roztočil, 2008).

Průběh porodu si můžeme rozdělit do čtyř dob porodních. První fáze je pojmenována jako první doba porodní neboli otevírací doba. Ta začíná nástupem pravidelných kontrakcí a končí úplným rozvinutím porodní branky. Díky kontrakcím dochází k rozvoji dolního děložního segmentu. Děložní hrdlo se zkracuje, až zcela vymizí. Splývá vnitřní a zevní branka

a tím vzniká tzv. porodnická branka. Za pomoci kontrakcí se branka otevírá, až se plně rozvine. Druhá doba porodní, jinak řečeno také vypuzovací doba, začíná zánikem branky a končí porožením plodu. Plod prochází porodními cestami způsobem, který nazýváme porodní mechanismus. Hlavička vykonává tyto pohyby - flexe, vnitřní rotace, reflexe a zevní rotace. Po porodu hlavičky dochází k porodu ramének, trupu a končetin. V třetí době porodní dochází k porodu placenty, pupečníku, plodových obalů, retroplacentárního hematomu a dochází k poporodní retrakci myometria. Po porodu a řádné kontrole placenty je rodička uložena do vodorovné polohy, zkontrolují se základní životní funkce, krvácení a zavinování dělohy a nastává poslední doba porodní (Roztočil, 2008; Čech, 2007).

1.7.1 Úloha porodní asistentky u porodu ženy s epilepsií

Porod by měl být v očích matky jednou z nejradostnějších událostí jejího života, a proto by se měl zdravotnický personál snažit vytvořit jí ty nejlepší podmínky (Peychl, 2005). U žen s epilepsií nemusí být vlastní porod komplikovanější než u žen bez epilepsie. Těsně před porodem se žena sejde se svým neurologem, který jí vypracuje zprávu pro porodníka. V této zprávě je zaznamenáno, jakým druhem epilepsie žena trpí, jakými typy záchvatů, jaké antiepileptika užívá a v poslední řadě způsob vedení porodu. Většině žen trpících epilepsií je dovoleno rodit spontánně. Pokud má žena od svého neurologa schválený porod vaginálně, snažíme se ho vést co nejšetrnějším způsobem, zbytečně dlouho ho neprodlužujeme, aby nedocházelo k spánkové deprivaci ženy (Zárubová, 2010).

Spontánní porod vede buď lékař (porodník), nebo kompetentní porodní asistentka. Porodní asistentka provází ženu celým porodem. Během první doby porodní je jejím hlavním úkolem měření fyziologických funkcí po 2-3 hodinách, tělesné teploty po 6 hodinách. Sleduje fyzický i psychický stav ženy, ke každé ženě přistupuje individuálně, celý porod jí pomáhá a v případě přítomnosti partnera jej také začlení do průběhu porodu. Porodní asistentka sleduje a dokumentuje ozvy plodu. Každé 2 hodiny točí porodní asistentka CTG záznam a každých 15 minut poslouchá ozvy plodu. Vaginálně vyšetřuje buď lékař, nebo porodní asistentka každé 2 hodiny. Porodní asistentka pracuje také s těhotenskou průkazkou, kde si zkontroluje krevní skupinu, Rh faktor, protilátky, HIV, HBsAg, TPHA, GBS odběr.

Dle ordinace lékaře může ženě provést klyzma, aplikovat analgetika nebo léky na posílení kontrakcí- oxytocin. V případě, že nedojde k samovolnému protržení vaky blan, může porodní asistentka se souhlasem ženy provést dirupci vaku blan (Sák a kol., 2008). Epidurální analgezie není u žen s epilepsií kontraindikací, proto ji může porodní asistentka ženě nabídnout, aby si žena mohla během porodu odpočinout. Porodní asistentka nesmí zapomenout také na to, že žena s diagnózou epilepsie musí i během porodu pokračovat ve vlastní antiepileptické léčbě v pravidelných intervalech. Pokud není možné, aby žena přijímala léky per os, zvolí porodní asistentka po domluvě s lékařem aplikaci i. v. Je dobré, aby žena měla při porodu vedle sebe nějakou blízkou osobu, která je seznámena s jejím zdravotním stavem a která bude ženě dobrou psychickou podporou (Zárubová, 2010). V druhé době porodní buď porodní asistentka vede porod, nebo asistuje lékaři (Sák a kol., 2008).

Některé ženy s epilepsií ale nemohou родit přirozeně, a proto musí podstoupit císařský řez. Primární indikací k císařskému řezu jsou pacientky, které mají vysoké riziko generalizovaných záchvatů nebo epileptického statusu, protražovaných nebo komulativně se vyskytujících parciálních záchvatů a pacientky se záchvaty provokovanými hypoventilací. Bohužel se mnohem častěji setkáme s ženami s epilepsií po císařském řezu. Důvodem jsou většinou obavy lékařů k provokaci generalizovaných záchvatů v důsledku stresu, únavy a spánkové deprivace. V případě záchvatu podáme do zajištěné žíly pomalu 10 mg diazepam. Jestliže křeče neustanou, můžeme po chvílce aplikovat stejnou dávku ještě jednou (Zárubová, 2010).

Těsně po porodu zkontroluje porodní asistentka základní fyziologické funkce, zavínání dělohy a krvácení a uloží ženu na lůžko. Porodní asistentka také poučí ženu, aby si po porodu co nejvíce odpočinula. Doporučuje se 4-5 hodin kontinuálního spánku. Nedostatek spánku, stres a poporodní vyčerpání mohou být faktory k provokaci epileptického záchvatu. Po porodu také kontrolujeme hladinu léku v krvi a na základě zjištěných výsledků lékař upravuje jejich terapii (Zárubová, 2010).

1.8 Vliv epilepsie na šestinedělí

„Šestinedělí je období po ukončení těhotenství a porodu, kdy anatomické a fyziologické těhotenské změny vymizí a organismus se vrací do stavu před otěhotněním“ (Čech a kol., 2007, s. 151.).

Dalším důležitým momentem je nástup laktace. Laktace se rozbíhá 2-3 dny po porodu, u žen po císařském řezu je tato doba přibližně o jeden den delší. Tvorba mléka je hormonálně podmíněna dvěma hormony- prolaktinem a oxytocinem. Kojení je jedním z důležitých faktorů zdravého růstu a vývoje dítěte. Mléko je svým bohatým složením nenahraditelné. Zásadou úspěšného kojení je kojit nejlépe hned nebo do 30 minut od porodu. Matka by měla své dítě kojit, kdykoliv si řekne. Správná technika a způsob kojení přispívají nejen k emocionální rovnováze novorozence, ale také upevňují vztah novorozence s matkou (Roztočil, 2008).

Kojení má řadu výhod nejen pro matku, ale i pro novorozence. Pro matku je přínosem, že oxytocin, který se při kojení vyplavuje, napomáhá k lepšímu stahování dělohy. Kojení ženu ochraňuje před rakovinou prsu, vaječníků a osteoporózou a v neposlední řadě má i výhody ekonomické. Kojení též podporuje psychiku matky a napomáhá k lepšímu sblížení s novorozencem. Díky kojení je novorozenec chráněn před infekcemi, převážně před infekcí trávicího traktu, infekcí dýchacích cest a močových cest. Dále novorozence chrání před průjmivými onemocněními a alergiemi. Kojení nechrání novorozence jen v novorozeneckém a batolecím období, ale chrání jej také před nemocemi tzv. pozdějšího věku. Mezi ně řadíme nejčastěji obezitu, cukrovku, chudokrevnost a aterosklerózu. Mateřské mléko obsahuje stovky významných látek, jako jsou například obranné látky, tuky, cukry, bílkoviny, vitamíny, minerální a stopové prvky. V prvních dnech po porodu se tvoří žene kolostrum. Má žlutou barvu a je pro novorozence velmi imunologicky bohaté. Chrání nejen před okolními vlivy, ale pomáhá také ke správnému osídlování střevního traktu. Přední mléko, které se z prsu vylučuje na začátku kojení, je bohaté na mléčný cukr a vodu. Novorozence rychle zasytí a uhasí jeho prvotní žízeň. Zadní mléko se uvolňuje až na konci kojení. Je hustší a velmi bohaté na tuky, které jsou zdrojem energie pro novorozence. Proto se matkám nedoporučuje kojit velmi krátce, ale mnohem lepší je vyprázdnit úplně jedno prso a druhé prso vyprázdnit až dalším kojením (Fendrychová, 2011).

1.8.1 Ošetrovatelská péče u žen s epilepsií v souvislosti s kojením

Ženám, které trpí epilepsií, se kojení doporučuje, přestože epileptika částečně pronikají do mateřského mléka. Novorozenec byl však vlivům antiepileptik vystaven po celou dobu gravidity, takže není důvod, proč by žena neměla kojit. Naopak u nekojených novorozenců, může dojít po porodu k rychlému snížení hladiny léku v krvi a následně pak k abstinčním syndromu. Ten se může projevit letargií, dráždivostí, apnoe, pocením, sliněním, kolísáním teploty, břišní koliky a poruchami příjmu potravy. Jsou ale antiepileptika jako benzodiazepiny, fenobarbital a primadon, které se dostávají do mléka ve větší míře. Na novorozenci se toto může projevit usínáním při kojení a celkovým útlumem. Dítě není dostatečně nakojeno a po velmi krátkém intervalu bude opět stravu vyžadovat. V takovém případě se doporučuje ženám střídání kojení a umělé výživy. Dlouhodobé kojení více jak půl roku se, ale kvůli vlivům antiepileptikům nedoporučuje. Dítě odstavujeme individuálně podle typy antiepileptik (Roztočil, 2008; Zárubová, 2010).

Hlavním úkolem porodní asistentky v této oblasti je seznámit ženu s vlivem antiepileptik na novorozence, popsat kladné a záporné stránky kojení a naučit ženu správně kojit. Porodní asistentka poučí ženu, jakým způsobem má správně pečovat o své prsy, o důležitosti správné hygieny, a o typu spodního prádla, které je nejvhodnější používat. Společně zvolí nejvhodnější a nejbezpečnější polohu. Ukáže ženě správnou techniku kojení a vysvětlí ženě správné přisátí a sání novorozence. V případě, že by ženě kojení nešlo, může porodní asistentka ženě představit pomůcky, které lze během kojení používat. Porodní asistentky se vždy řídí porodnickými standardy a strategií- deset kroků k úspěšnému kojení-Baby friendly hospital. Vysvětlí ženě, aby novorozence přikládala dle jeho potřeby. V případě problémů s kojením může ženě nabídnout také alternativní způsoby krmení. Ty jsou například krmení novorozence lžičkou, kapátkem, stříkačkou, kádinkou nebo lahvičkou (Koudelková, 2013).

1.8.2 Ošetrovatelská péče u žen s epilepsií v souvislosti s manipulací novorozence

Manipulace s novorozencem u žen s epilepsií a u žen zdravých není zcela totožná. Přeci jen musíme myslet na epileptický záchvat, který žena může prodělat, a na bezpečí novorozence. Ošetrovatelskou péči si můžeme rozdělit na péči během hospitalizace a na domácí péči (Zárubová, 2010).

V nemocnici žena stráví většinou po vaginálním porodu 3 dny a po císařském řezu 5- 7 dní (Koudelková, 2013). Matka je společně s novorozencem hospitalizována na oddělení šestinedělí. Ošetrovatelská péče o ženy s diagnózou epilepsie se od péče o ženy zcela zdravé příliš neliší. Přesto ale porodní asistentka musí mít vždy na paměti, že má takovou pacientku na oddělení (Zárubová, 2010).

Úkolem porodní asistentky na tomto oddělení je naučit ženu pečovat o novorozence a manipulovat s ním. Seznámit ji s vyšetřeními, která budou jejímu miminku vykonána. Naučit maminku správně kojit a odpovídat mamince na všechny její případné dotazy. Po celou dobu hospitalizace musí být porodní asistentka matce oporou a musí jí zajistit co nejlepší komfort, aby si žena dostatečně odpočinula a tím mohla předcházet případnému vzniku epileptického záchvatu. Ženě je porodní asistentkou nabídnut samostatný pokoj, většinou nadstandard. Porodní asistentka ženu nejprve seznámí s chodem oddělení a dále jí ukáže správnou manipulaci s novorozencem. Vysvětlí ženě, že dítě nesmí v žádném případě zůstat bez dohledu matky nebo zdravotnického personálu. To znamená, pokud bude chtít žena odejít z pokoje, odveze novorozence na sesternu. Novorozenec by měl být ošetřován v postýlce. Toto by měla porodní asistentka zdůraznit hlavně ženám, které mají časté epileptické záchvaty. Pokud bude žena s epilepsií přebalovat novorozence na přebalovacím pultě, vždy je dobré, aby tuto činnost nedělala sama, ale měla pomoc třetí osoby (Neonatologické oddělení, 2013; Zárubová, 2010).

Dalším důležitým bodem, který musí porodní asistentka zmínit, je správné držení novorozence. Matka musí vždy novorozence držet za dva pevné body v náruči v kontaktu s lidským tělem, tak se nejlépe zamezí pádu novorozence. Pádu se také dá zamezit, pokud bude novorozenec přenášen v zavinovačce. U koupele by měla matce pomáhat opět třetí osoba, v nemocnici porodní asistentka, která jí nejprve první koupel náležitě předvede, v domácím prostředí rodina. Porodní asistentka ženě předvede správné držení novorozence během koupele - hlavička se opírá o předloktí matky, prsty zároveň přidržují vzdálenější

ramínko a horní část paže dítěte, druhá ruka podepírá zadeček a přidržuje vzdálenější stehýnko. Seznámí ji s péčí o pupeční pahýl a může doporučit oleje a krémy, které může žena používat. Žena je dále také poučena, že na sesternu vždy přijíždí s novorozencem v postýlce. Novorozenec je během noci ponechán na starost porodním asistentkám. Je to proto, aby si žena lépe během noci odpočinula a nemusela se budít na kojení. Ženě je vysvětleno porodní asistentkou, že bude pro svého novorozence odšťikávat mléko, kterým bude během noci novorozenec krměn (Neonatologické oddělení, 2013; Fendrychová, 2011).

Před odchodem z nemocnice je žena buď lékařem, nebo porodní asistentkou informována o domácí péči o novorozence. Vždy se ženám doporučuje spolupráce další osoby, která bude ženě na blízku a pomůže jí se vším, co bude potřebovat. Při kojení porodní asistentka zmíní, že pokud bude novorozenec krměn lahvičkou, měla by maminka sedět na zemi, opřená zády o zeď a s polštáři z obou stran. Pokud je pro matku pohodlnější ležet při kojení na posteli, měla by zaujmout střed širokého lůžka, aby byl novorozenec chráněn před eventuálním pádem matky. Porodní asistentka zdůrazní, aby rodiče nenechávali spát novorozence vedle sebe v posteli. Toto platí hlavně pro ženy, které mají noční záchvaty. Jak už bylo zmíněno v předchozím odstavci, při přebalování je lepší dítě pokládat na bezpečné místo, nejlépe na široké lůžko nebo do postýlky a při koupání by vždy měla pomáhat druhá osoba. Novorozenec by se neměl přenášet na ruce, ale vždy v autosedačce se zajištěnými pásy. O těchto věcech by měl vždy buď lékař, nebo porodní asistentka ženu a rodinu řádně edukovat a seznámit ji s možnými riziky, která by mohla ohrožovat život jejich novorozence (Zárubová, 2010).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapovat vliv epilepsie na těhotenství, porod a ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí.

Cíl 2: Zjistit znalost porodních asistentek o problematice epilepsie v souvislosti s těhotenstvím, porodem a ošetrovatelskou péčí o novorozence v šestinedělí.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem ovlivňuje epilepsie těhotenství, porod a ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí?

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou znalosti porodních asistentek o problematice epilepsie v souvislosti s těhotenstvím, porodem a ošetrovatelskou péčí o novorozence?

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Výzkum bakalářské práce byl vytvořen pomocí kvalitativní metody. Tato metoda se vyznačuje tím, že pracuje s malým souborem respondentů. Pro sběr dat byla zvolena metoda dotazování a technika hloubkového rozhovoru. Výzkumná část je rozdělena na dvě části. V první části jsou dotazovány ženy s diagnózou epilepsie (Příloha 1) a druhá část se zabývá porodními asistentkami, které pracují na gynekologicko-porodnickém oddělení nebo na oddělení fyziologických novorozenců (Příloha 2).

Rozhovor pro ženy s diagnózou epilepsie obsahoval 11 otázek, které se skládaly z dalších podotázek. Rozhovory byly vedeny telefonicky po předešlé domluvě se ženami na oddělení. Rozhovory trvaly většinou 20-30 minut. Rozhovor se ženami byl veden podle připravených otázek. Úvodní otázky byly identifikační - zaměřené na věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav, graviditu, paritu a zaměstnání před otěhotněním. Pro následující otázky byl zvolen typ zjišťovacích otázek a ty se zabývaly onemocněním epilepsie, vlivem epilepsie na těhotenství, porod a ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí. Rozhovory byly zcela anonymní, oslovené klientky s účastí souhlasily a byly ujistěny, že získané informace budou sloužit pouze ke zpracování bakalářské práce.

Rozhovor s porodními asistentkami zahrnoval 13 hlavních otázek, které obsahovaly další podotázky. Rozhovory byly doslovně ručně přepsány. Skládaly se z identifikačních otázek, které byly zaměřené na věk, nejvyšší dosažené vzdělání, na konkrétní oddělení, kde porodní asistentky pracují, a na zkušenosti s tímto oddělením. Další otázky se zabývaly informacemi od porodních asistentek ohledně onemocnění epilepsie, vlivu epilepsie na těhotenství, porod a ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí. Rozhovory probíhaly opět zcela anonymně na základě souhlasu vrchních sester nemocnic a výsledky sloužily pouze k účelům bakalářské práce.

Získané informace od jednotlivých klientek a porodních asistentek byly průběžně zapisovány a ukládány do počítače. Údaje byly pečlivě prostudované, přečtené. Technikou otevřeného kódování v ruce byly podrobeny analýze metodou papír a tužka (Příloha 4, 5 a 7) (Švaříček, Šedřová a kol., 2007).

Výzkumné šetření probíhalo od ledna do března roku 2015.

Na základě výzkumného šetření byly vytvořeny 4 kategorie ve skupině žen s diagnózou epilepsie a 4 kategorie ve skupině porodní asistentky.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro bakalářskou práci byly vytvořeny dva výzkumné soubory. První výzkumný soubor se skládal z 5 žen s diagnózou epilepsie a druhý výzkumný soubor z 5 porodních asistentek.

Výběr výzkumného souboru byl předem určen. Ženy s diagnózou epilepsie musely být maximálně rok od porodu. Porodní asistentky pracovaly v nemocnici České Budějovice a v nemocnici v Kolíně. Pro porodní asistentky bylo kritériem zaměstnání na gynekologicko-porodnickém oddělení nebo na oddělení fyziologický novorozenců.

První soubor se skládal z 5 žen s diagnózou epilepsie (Tabulka 1) ve věku od 28-35 let. 1 z oslovených klientek měla základní vzdělání, 2 střední odborné, 1 střední s maturitou a 1 vysokoškolské. 2 z oslovených klientek jsou svobodné a 3 vdané. Počet těhotenství se pohybuje v rozmezí 1-3 a počet porodů 1-2. Před otěhotněním pracovaly K2 jako zdravotnický laborant, K3 jako prodavačka v obchodě, K4 jako ekonomka na střední škole a K5 jako administrativní pracovnice. K1 byla před otěhotněním v invalidním důchodu kvůli nemoci.

Tab. 1 Identifikační údaje respondentů (matky s diagnózou epilepsie)

Respondent	Klientka 1	Klientka 2	Klientka 3	Klientka 4	Klientka 5
Věk	33let	32 let	28 let	35 let	31 let
Vzdělání	Střední odborné	Střední odborné	Střední s maturitou	Vysokoškolské	Základní
Stav	Vdaná	Svobodná	Svobodná	Vdaná	Vdaná
Počet těhotenství	3	2	1	2	3
Počet porodů	2	2	1	1	2
Zaměstnání	Invalidní důchod	Zdravotnický laborant	Prodavačka v obchodě	Ekonomka na střední škole	Administrativní pracovník

Zdroj: Vlastní zpracování

Druhý výzkumný soubor tvoří 5 porodních asistentek (Tabulka 2) ve věku od 29-58 let. 1 z oslovených porodních asistentek má střední vzdělání s maturitou, 1 je diplomovaný specialista, 2 mají vysokoškolské vzdělání- bakalářské a 1 magisterské. PA1 pracuje na gynekologicko-porodnické JIP, PA2 na oddělení šestinedělí, PA3 na porodním sále, PA4 na oddělení fyziologický novorozenec a PA5 na rizikovém oddělení. Zkušenosti na daném oddělení se pohybují od 3-15 let.

Tab. 2 Identifikační údaje respondentů (porodní asistentky)

Respondent	PA 1	PA 2	PA 3	PA 4	PA 5
Věk	58 let	26 let	30 let	35 let	40 let
Vzdělání	Diplomovaný specialista	Bakalářské	Bakalářské	Magisterské	Střední s maturitou
Oddělení	JIP	Šestinedělí	Porodní sál	Novorozenecké	Rizikové
Zkušenosti	15 let	3 roky	4 roky	8 let	15 let

Zdroj: Vlastní zpracování

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů s matkami s diagnózou epilepsie technikou otevřeného kódování- seznam kategorií.

- Onemocnění epilepsie
- Vliv epilepsie na těhotenství
- Vliv epilepsie na porod
- Vliv epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí

4.1.1 Kategorie Onemocnění epilepsie

V kategorii Onemocnění epilepsie byly zhotoveny tři podkategorie: „Vznik a průběh epilepsie“; „Diagnostika“ a „Léčba“. Kategorie je zaměřená na vznik epilepsie u oslovených klientek, průběh onemocnění a následnou léčbu. Odpovědi klientek byly podrobeny analýze dat a na jejich základě byla zhotovena kategorie Onemocnění epilepsie.

Schéma 1 popisuje, jakým typem epilepsie trpí oslovené klientky a jak se konkrétně v jejich případě epileptický záchvat projevuje. K1,K2,K4,K5 trpí primární epilepsií. „*Svůj úplně první záchvat jsem prodělala ve 4 letech ve školce*“, uvádí K1. Záchvat se projevoval křečemi, pěnou u pusy a následným bezvědomím. Díky léčbě pomocí antiepileptik byla klientka 15 let bez záchvatu. „*Další záchvat se objevil v mých 19 letech, když jsem ukončovala odborné vzdělání v důsledku velkého stresu*“. Poslední tonicko- klonický záchvat prodělala klientka před 2 roky opět v důsledku většího stresu. „*V současné době mám pouze malé epileptické záchvaty, které se projevují zakoukáním, chvilkovým nevnímáním okolí a křečmi u pusy, trvají několik sekund a opakují se třikrát až čtyřikrát za den, ale já je nevnímám.*“ „*Epilepsii mi diagnostikovali v 7 letech v důsledku výpadků, které se projevovaly při čtení*“, udává K2. Klientka dodává: „*Četla jsem větu,*

výpadek, a za dvě až tři sekundy jsem začala číst znovu.“ Svůj velký tonicko-klonický záchvat prodělala v roce 2006 a projevoval se křečemi, záškuby celého těla a následným pádem na zem. Po úspěšné léčbě klientka další velký tonicko-klonický záchvat neměla. „Pokud mi klesne hladina dávky antiepileptik v krvi, objeví se mírné, nepatrné kmitání očí, roztěkanost, nesoustředěnost a menší výpadky paměti.“

K3 má zjištěnou poúrazovou epilepsii. Klientka v roce 2010 prodělala vážnější dopravní autonehodu, při níž došlo ke krvácení do mozku. „První epileptický záchvat jsem prodělala rok od autonehody na diskotéce.“ Klientka popisuje: „Záchvat se projevil náhlým zakoukáním, pádem na zem a chvilkovým bezvědomím.“ Po odeznění záchvatu klientka normálně vstala, ale ze záchvatu si nic nepamatovala. Další záchvat se opakoval za týden. Díky léčbě je nyní klientka bez záchvatů. U K4 se na epilepsii přišlo v 5 letech. „Prý jsem si hrála ve školce s hračkami, když si učitelka všimla kmitání očí, třesu rukou, zakoukáním, na oslovení jsem nereagovala.“ Další záchvat se opakoval za dva dny a projevoval se stejně. U klientky K5 se epilepsie projevila na základní škole. „Při hodině tělocviku se mi zatočila hlava, dostala jsem závrať a omdlela, nyní mám záchvaty tak za 5-10 let.“

Schéma 1: Vznik a průběh epilepsie

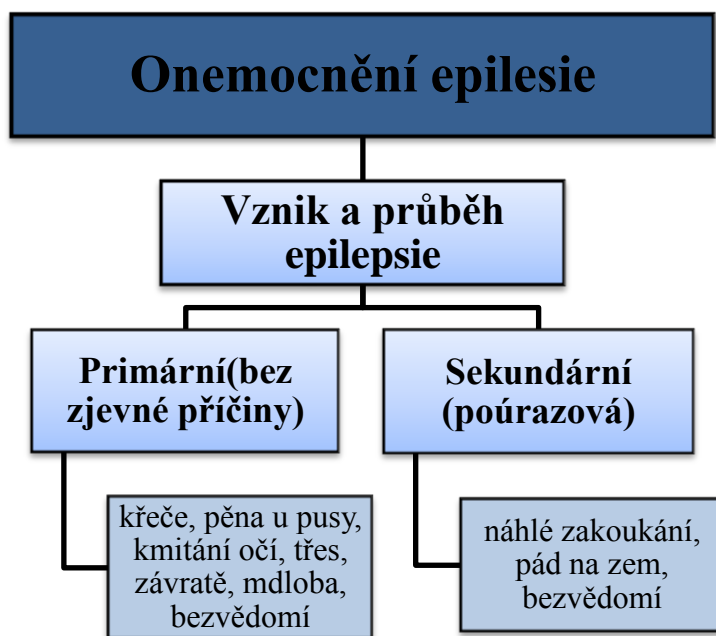


Schéma 2: Diagnostika

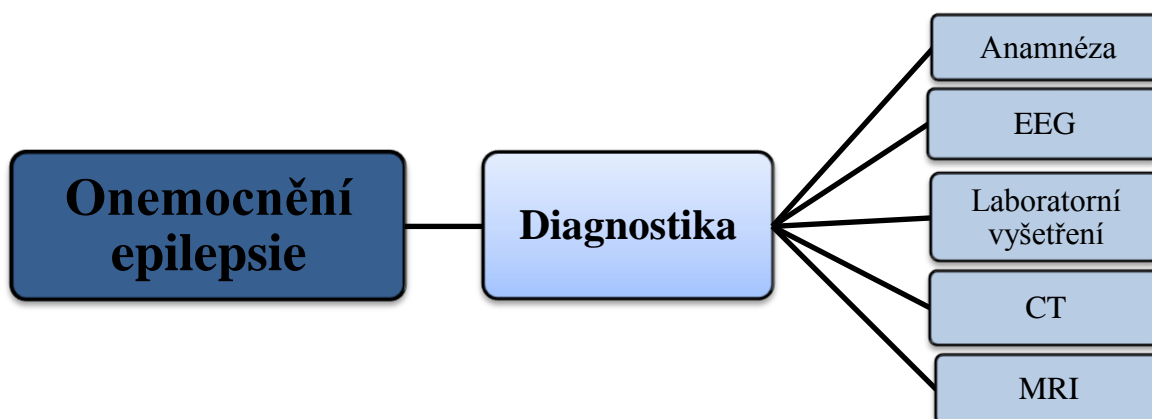


Schéma 2 znázorňuje vyšetření, které ženy musely podstoupit. Na základě výsledků těchto vyšetření byla ženám diagnostikována epilepsie. K1 popisuje: „Po záchvatu jsem navštívila neurologa, který mi na základě popsaného záchvatu svědkyní- učitelkou ze školky naordinoval EEG, laboratorní vyšetření a CT, na základě těchto vyšetření mi diagnostikoval epilepsii.“ K3 udává: „ Po záchvatu jsem normálně vstala a nic si nepamatovala, kamarádka zavolala záchrannou službu a ta mě odvezla do nemocnice, na základě běžných neurologických vyšetření a důkladné anamnézy diagnostikovali lékaři poúrazovou epilepsii.“ K4 se opakovaly záchvaty hned dva dny po sobě, proto preventivně navštívila svého neurologa. Ten provedl neurologické vyšetření a naordinoval EEG, laboratorní vyšetření, CT a MRI. K5 říká: „Z neurologického vyšetření mi byla potvrzena epilepsie.“

Schéma 3: Léčba

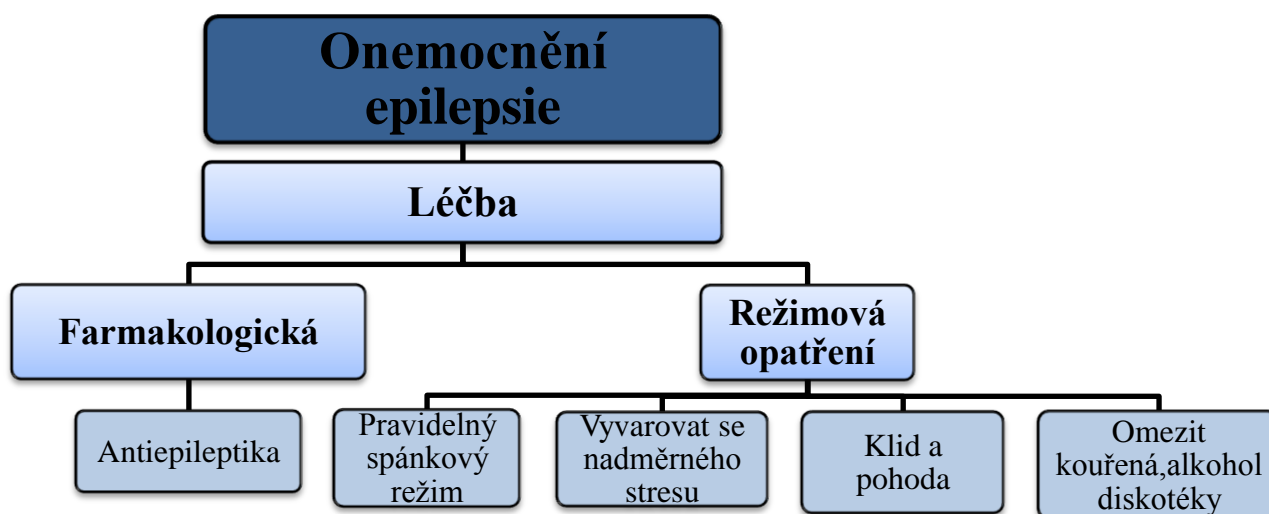


Schéma 3 znázorňuje možnosti léčby epilepsie. Všechny oslovené klientky v současné době užívají antiepileptickou léčbu a jsou bez velkých tonicko-klonických záchvatů. „Díky léčbě jsem 15 let bez velkého záchvatu“, udává K1. „Od roku 2006, po velkém tonicko-klonickém záchvatu mi naordinovala neuroložka antiepileptika, od té doby jsem neprodělala žádný velký záchvat,“ říká K2. Některé klientky by měly kromě farmakologické léčby dodržovat také určitá režimová opatření. Důležité je, aby je klientka znala a snažila se jich vyvarovat. „Byla zvolena léčba antiepileptiky, kterou jsem dobře snášela, díky lékům nyní nemám záchvaty. Byla jsem také poučena o režimových opatřeních, které bych měla dodržovat. V hlavní řadě musím dodržovat pravidelný spánkový režim, vyvarovat se kouření, alkoholu, nepřetěžovat organismus a pokud možno nechodit často na diskotéky,“ popisuje K3. K4 uvádí: „Antiepileptika beru od dětství až do současné doby, snášela jsem je od začátku dobře, díky léčbě nemám pravidelné záchvaty.“

4.1.2 Kategorie Vliv epilepsie na těhotenství

Tato kategorie se zaměřuje na Vliv epilepsie na těhotenství u oslovených klientek. Vznikla propojením těchto podkategorií: „Plánování těhotenství“, „Vyšetření a prožívání těhotenství“, „Doporučení v těhotenství a „Strach v těhotenství“. Odpovědi klientek byly podrobeny analýze dat a na jejich základě byla zhotovena kategorie Vliv epilepsie na těhotenství.

U žen s diagnózou epilepsie je důležité plánovat své těhotenství. V rámci otázky: „S kým jste plánovala své těhotenství?“ jsem se snažila zjistit, zdali oslovené klientky s někým konzultovaly myšlenku budoucího těhotenství. K1 odpověděla: „Své těhotenství jsem plánovala s manželem a následně také s neuroložkou. Jelikož jsem měla poslední velký záchvat před 2 roky a jiné komplikace nenastaly, těhotenství bylo povoleno.“ K2 popisuje: „Těhotenství jsem plánovala s manželem a neuroložkou. Od neuroložky jsem měla těhotenství povolené. Byla jsem více hlídána během těhotenství, to znamená, že jsem se musela více pozorovat, a v případě, že by nastala nějaká změna (např. známky záchvatu, zvýšená únava) okamžitě přijet na kliniku neuroložky.“ „Otěhotněla jsem neplánovaně v roce 2014. Při průkazu těhotenství jsem nejprve zavolala své neuroložce a seznámila ji se situací.“

Neuroložka si mě pozvala k sobě, udělala kontrolní neurologické vyšetření a EEG, vše bylo v pořádku,“ oznamuje K3. K4 plánovala těhotenství s přítelem a také s neuroložkou. Neuroložka s těhotenstvím neměla problém. K5 plánovala těhotenství pouze s manželem.

Schéma 4: Plánování těhotenství

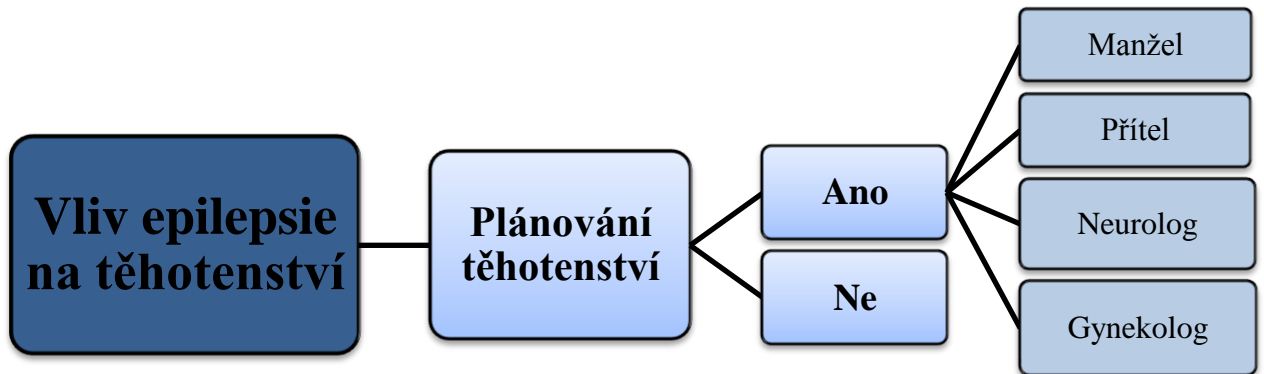


Schéma 5: Vyšetření a prožívání těhotenství

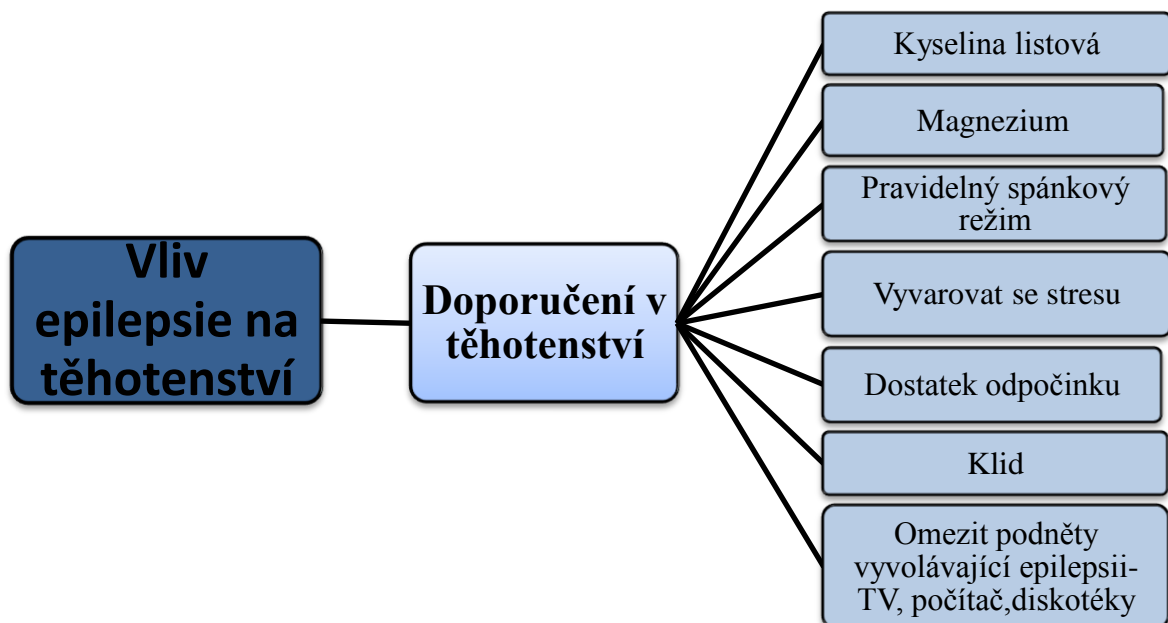


Schéma 5 znázorňuje, jak oslovené klientky prožívaly svá těhotenství a zdali musely v těhotenství kvůli své diagnóze podstupovat některá speciální vyšetření. K1,K3,K5 uvádějí, že těhotenství probíhalo bez problémů. Většinou si klientky stěžovaly pouze na těhotenské problémy jako časté ranní nevolnosti, pálení žáhy. U klientek K2 a K4 probíhalo těhotenství

s většími komplikacemi. K2 hlavně u druhého těhotenství měla problémy s otoky dolních končetin. Po porodu prvního dítěte se jí také objevily křečové žíly. Během těhotenství nosila bandážové punčocháče. U klientky K4 probíhalo těhotenství nejprve bez problémů, ale ve 30. týdnu prodělala epileptický záchvat, který se projevoval zakoukáním, záškuby celého těla a nakonec pádem na zem. „Po záchvatu mě přítel okamžitě odvezl do nemocnice.“ V nemocnici natočili klientce CTG monitor, provedli UZ vyšetření plodu, natočili EKG a poté bylo svolané neurologické konzilium. Vše bylo v pořádku. „Zůstala jsem v nemocnici dva dny na pozorování.“

Klientky během svého těhotenství absolvovaly běžná gynekologická pravidelná i nepravidelná vyšetření, která podstupují všechny těhotné ženy. K1-K4 popsaly, že podstoupily též genetický UZ jako prevenci VVV vad u plodu. „V těhotenství jsem každé tři měsíce navštěvovala také svoji neuroložku, která se ptala na současný průběh těhotenství, problémy a stesky,“ uvádí K1 a K4.

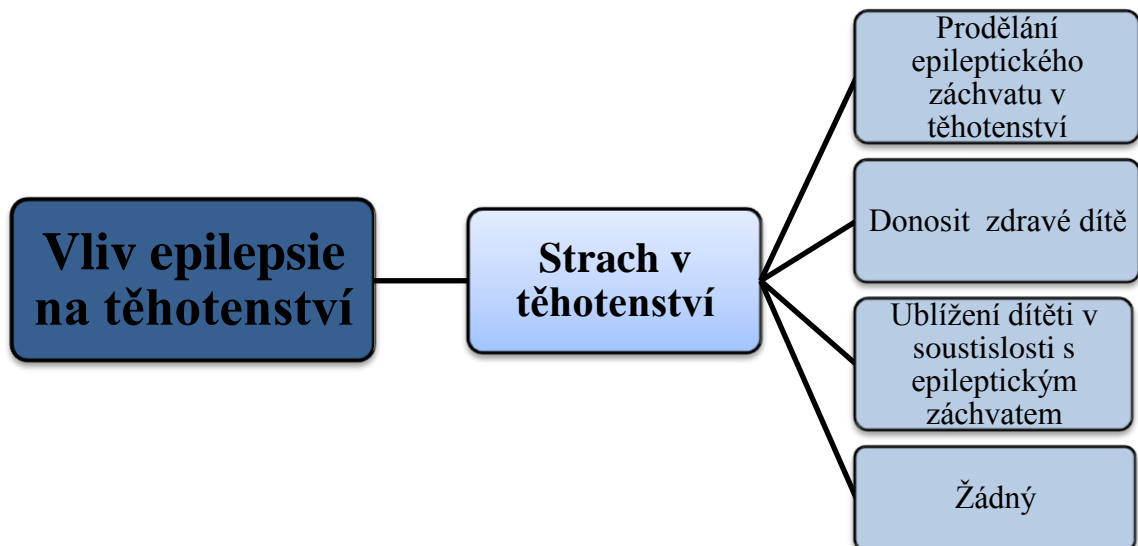
Schéma 6: Doporučení v těhotenství



Všechny oslovené klientky dostaly od svého neurologa nebo gynekologa doporučení, která by měly dodržovat celé těhotenství. Vše znázorňuje schéma 6. Všechny klientky preventivně užívaly kyselinu listovou jako prevenci VVV vad u plodu. „Celé těhotenství jsem také užívala Magnezium, které mi předepsal gynekolog jako prevenci výskytu křečí,“

uvádí K5. K1 zdůrazňuje: „*Neuroložka mi zdůraznila, abych dodržovala pravidelný spánkový režim, zbytečně neponocovala a vyvarovala se stresu.*“ K2 také měla od své neuroložky doporučený pravidelný spánek, odpočinek, klid a pohodu. „*Snažila jsem se dodržovat všechno, co mi neuroložka doporučila. To znamená pravidelný spánkový režim, omezit časté sledování TV nebo počítačové obrazovky, zakázala jsem si diskotéky, snažila jsem se být ve vnitřní pohodě a nepřipouštěla jsem si žádné možné problémy,*“ popisuje K3. „*Hlavně mi lékař zdůrazňoval pravidelný spánkový režim,*“ popisuje K4. Právě na pravidelný spánek kladli lékaři největší důraz, neboť nedostatek spánku může být hlavním spouštěčem epileptického záchvatu.

Schéma 7: Strach v těhotenství



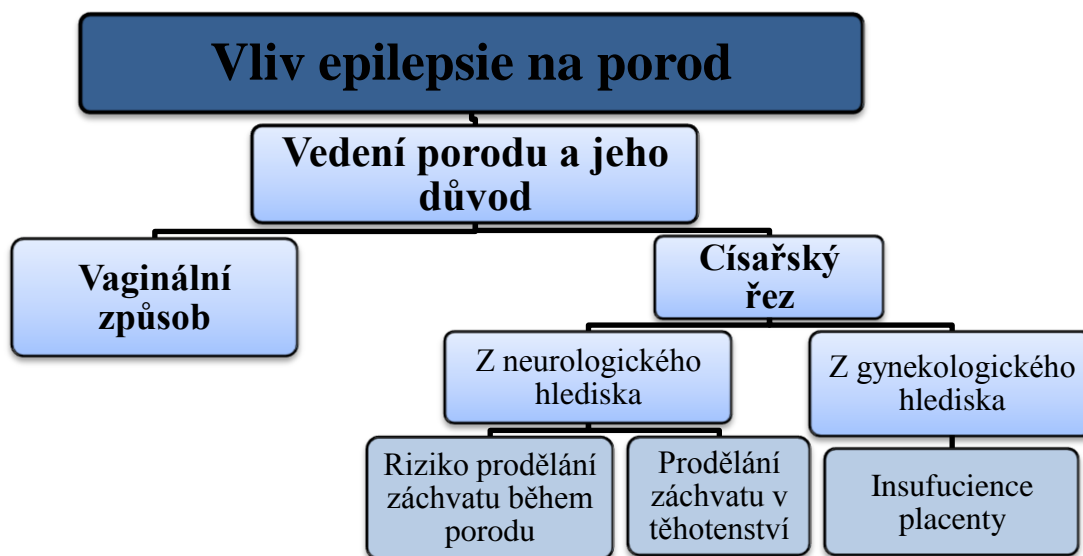
Odpovědi jednotlivých klientek na otázku „Z čeho jste měla největší strach?“ se nepatrně lišily. Vše důkladně zobrazuje schéma 7. „*Většinou jsem si strach nepřipouštěla, ale díky předešlé zkušenosti, kdy jsem prodělala potrat, jsem se bála, abych mohla donosit zdravé dítě,*“ udává K1. K3 a K5 si strach v těhotenství v souvislosti s epilepsií nepřipouštěly a celé těhotenství si užívaly. „*Na celé těhotenství jsem se velmi těšila a snažila jsem se dodržovat vše, co mi lékaři doporučili, abych předešla záchvatu,*“ uvádí K3. „*Z počátku jsem strach neměla, ale po prodělání epileptického záchvatu v těhotenství jsem si uvědomila, jak snadno bych mohla ublížit svému dítěti,*“ uvádí K4. „*Můj největší strach byl z prodělání epileptického záchvatu během těhotenství a tím následného ublížení nebo zabití svého plodu,*“ udává K2.

4.1.3 Kategorie Vliv epilepsie na porod

Tato kategorie se zaměřuje na Vliv epilepsie na porod u oslovených klientek. Zabývá se samotným vedením porodu a hlavními důvody, proč tomu tak bylo. Tato kategorie obsahuje jednu podkategorie „Vedení porodu a jeho důvod“. Odpovědi klientek byly podrobeny analýze dat a na jejich základě vznikla kategorie Vliv epilepsie na porod.

Oslovené K3 a K5 rodily vaginálním způsobem. U K2 a K4 byl porod ukončen císařským řezem. K1 u prvního dítěte rodila císařským řezem, druhé dítě porodila vaginálním způsobem. K2 a K4 měly doporučený císařský řez od svého neurologa. U K2 z důvodu zvýšeného rizika prodělání záchvatu během porodu a u K4 z důvodu prodělání záchvatu během těhotenství. K4 uvádí: „*Domlouvala jsem se s neuroložkou na porodu vaginálním, ale po prodělání záchvatu jsem od ní dostala doporučení k porodu císařským řezem. Měla jsem celkovou analgezií, z porodu si toho moc nepamatuji, probudila jsem se až na JIP.*“ K2 říká: „*Den před plánovaným porodem jsem byla přijata na oddělení gynekologie. Operace byla v celkové analgezií, po výkonu jsem ležela na JIP.*“ U K1 první porod probíhal císařským řezem z důvodu gynekologického kvůli insuficienci placenty. „*Od neuroložky jsem měla doporučeno родit vaginálně, ale novorozence nevyživovala placenta, tak jsem nakonec rodila císařem, ale druhé dítě jsem porodila spontánně.*“ U druhého dítěte si myslela, že bude родit také císařským řezem, i neuroložka byla téhož názoru, ale nakonec porodila vaginálně. „*I lékař se divil, jak rychle jsem porodila druhé dítě a bez žádných komplikací.*“ K3 popisuje: „*Porod byl poměrně rychlý, trval zhruba 7-8 hodin. Lékař chtěl porod zrychlit, a tak mi nabídl pustit vodu, já ale nesouhlasila. Léky na bolest jsem také nevyužila. Porod jsem zvládla dobře.*“

Schéma 8: Vedení porodu a jeho důvod



4.1.4 Kategorie Vliv epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí

Tato kategorie se zabývá Vlivem epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí u oslovených klientek. Vznikla propojením podkategorií „Trvalý kontakt s novorozencem“, „Problematika kojení“ a „Manipulace s novorozencem“. Kategorie je zaměřená na kontakt s novorozencem hned po porodu, na kojení a problematiku s ním spojenou. Dále poukazuje na specifika manipulace s novorozencem u žen s diagnózou epilepsie a na specifika domácí péče. Odpovědi klientek byly podrobeny analýze dat a na jejich základě byla zhotovena kategorie Vliv epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí.

Oslovené klientky si často stěžovaly na omezený kontakt s novorozencem hned po porodu, ale také následně i na oddělení šestinedělí. Klientky po císařském řezu, jelikož měly celkovou analgezií, viděly novorozence až dvě hodiny po porodu, společně s ním byly až třetí den na oddělení šestinedělí. Jelikož byly po skončení operace na oddělení JIP, sestry z novorozeneckého oddělení jim přinášely novorozence pouze na kojení. Třetí den po porodu byly převezeny na oddělení šestinedělí, kde už mohly být společně se svým novorozencem. Často klientky zmiňovaly, že si chtěly novorozenecké sestry nebo porodní asistentky nechávat

novorozence přes noc u sebe. Hlavním důvodem byla prevence před epileptickým záchvatem z důvodu spánkové deprivace. Klientky ale vždy tuto možnost odmítly a nechávaly si novorozence přes noc u sebe. „Nechtěla jsem, aby mi novorozence odnášely na noc, i když mi to porodní asistentky pořád nabízely,“ konstatuje K3. K4 popisuje: „Trošku mě mrzelo, že prvotní kontakt s mým miminkem byl vždy časově omezený, spolu jsme pořádně byli až na oddělení šestinedělí.“ Klientky po vaginálním porodu měly novorozence u sebe. „Své dítě jsem měla hned po porodu a následně celé dvě hodiny po porodu u sebe na porodním sále,“ říká K5.

Schéma 9: Trvalý kontakt s novorozencem



Schéma 10: Problematika kojení

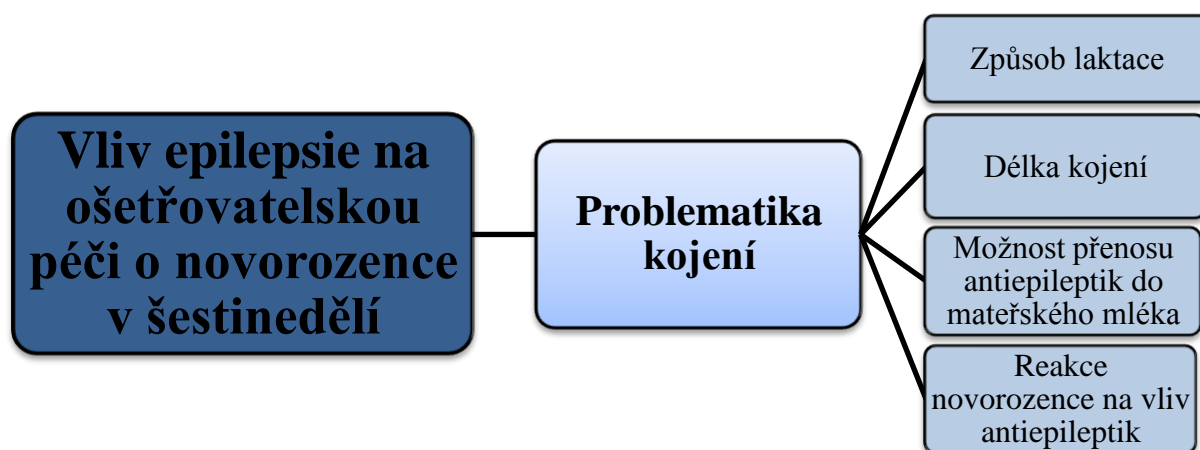


Schéma 10 poukazuje na problematiku kojení. U oslovených klientek jsem zjišťovala, jak byly poučeny o způsobu laktace, délce kojení, přenosu vlivu antiepileptik do mléka a z mléka následně na novorozence. Klientky hodnotily edukaci od porodních asistentek nebo novorozeneckých sester velmi kladně. „*Porodní asistentka mi ukázala správnou techniku kojení, seznámila mě s různými polohami, které lze využívat během kojení. Mluvily jsme spolu také o výhodách kojení pro mě a mé dítě,*“ uvádí K1. K1 své dítě od začátku chtěla kojít, ale kvůli nedostatku mléka musela po týdnu snažení přejít na Nutrilon. O možnosti přenosu antiepileptik do mateřského mléka věděla od své neuroložky. „*Své dítě jsem kojila 4 měsíce,*“ uvádí K2. I ona byla velmi dobře seznámena s výhodami kojení a způsobem laktace. Od své neuroložky věděla o možnosti přenosu antiepileptik do mléka. „*Byla jsem neuroložkou informována, že přenos antiepileptik do mléka je tak malý, a proto se není čeho obávat.*“ K3 zpočátku kojit nechtěla. „*Věděla jsem o přenosu antiepileptik do mléka a nechtěla jsem vystavovat svého novorozence nebezpečí.*“ Dětská lékařka vysvětlila klientce výhody mateřského mléka. Dále klientku také informovala o tom, že novorozenec byl vystaven malé dávce antiepileptik po celou dobu těhotenství. Nakonec tedy své dítě kojila. K4 a K5 také dostaly všechny potřebné informace, které se týkají problematiky kojení, ale nebyly informované ani o přenosu vlivu antiepileptik do mléka, ani o reakcích novorozence na vliv antiepileptik.

Schéma 11: Manipulace s novorozencem a doporučení do domácí péče

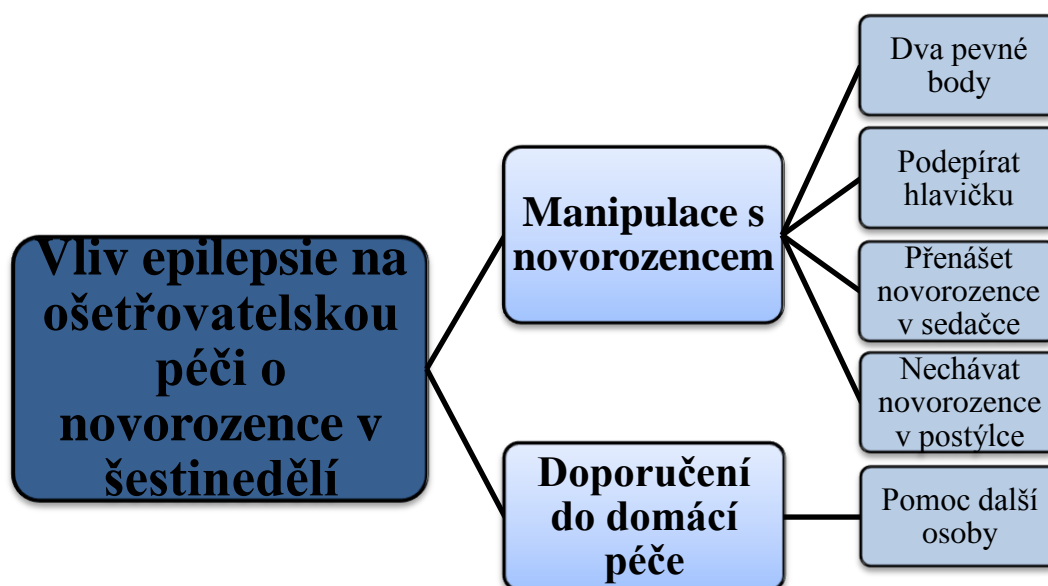


Schéma 11 řeší problematiku manipulace s novorozencem a specifiku domácí péče. Manipulace s novorozencem u žen s diagnózou epilepsie se jinak zásadně neliší od zdravých žen, ale má svoje specifika. Chtěla jsem zjistit, zdali jsou ženy s těmito body seznámené a hlavně zdali je dodržují. Manipulaci s novorozencem se učí na oddělení šestinedělí. Všechny oslovené klientky uvádějí, že jim byla ukázána manipulace s novorozencem při jednotlivých výkonech, jako je koupání, přebalování, chování. „*Hlavní, co porodní asistentka zdůrazňovala, bylo držení novorozence za dva pevné body a podepírat hlavičku,*“ říká K3. Klientky většinou uváděly, že žádná doporučení do domácí péče v rámci své diagnózy v nemocnici nedostaly. „*Snažila jsem se děti co nejméně chovat, abych je neohrozila v případě záchvatu,*“ uvádí K1. „*Přebalovala jsem novorozence většinou v postýlce a kojila jsem ho na velké posteli,*“ dodává K4. „*Vždy mi s péčí pomáhal někdo z rodiny,*“ udává K5 a K1.

4.2 Kategorie výsledků rozhovorů s porodními asistentkami technikou otevřeného kódování- seznam kategorií.

- Obecné informace o onemocnění z pohledu porodní asistentky
- Informace o vlivu epilepsie na těhotenství z pohledu porodní asistentky
- Informace o vlivu epilepsie na porod z ohledu porodní asistentky
- Informace o vlivu epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí z pohledu porodní asistentky

4.2.1 Kategorie Obecné informace o onemocnění z pohledu PA

V kategorii Obecné informace o onemocnění z pohledu PA byly vytvořeny 2 podkategorie - „Definice epilepsie a projevy“ a „První pomoc při epileptickém záchvatu“. Kategorie se zaměřuje na obecné informace o tomto onemocnění získané od porodních asistentek, na setkání s tímto onemocněním v praxi, na informace ohledně první pomoci při epileptickém záchvatu. Odpovědi porodních asistentek byly podrobeny analýze dat a na jejich základě byla zhotovena kategorie Obecné informace o onemocnění z pohledu PA.

Schéma 12 připodobňuje znalosti PA v dané problematice. Všechny oslovené porodní asistentky se během své praxe setkaly s ženou, která trpí epilepsií. Oslovené porodní asistentky definovaly epilepsii jako neurologické onemocnění. V projevech epileptického záchvatu se již informace lišily. „Pacient často trpí epileptickými záchvaty, které jsou náhlé. Projevují se např. třesem, záškuby celého těla, pádem na zem, krátkým bezvědomím,“ uvádí PA1. „Projevy - záchvaty se mohou objevit náhle a nečekaně, jindy může pacient sám na sobě zaznamenat jisté příznaky blížícího se záchvatu,“ popisuje PA3. PA1 také ještě dodává: „Vždy záleží na typu záchvatu, některé se třeba projevují pouze zahleděním, mrkáním očí.“ PA4 udává: „Tonicko-klonické záchvaty se projevují křečemi, bezvědomím, jiné menší záchvaty se projevují zakoukáním, záškuby celého těla. Záchvaty mohou pacienta doprovázet klidně i několikrát za den.“

Schéma 12: Definice epilepsie a projevy

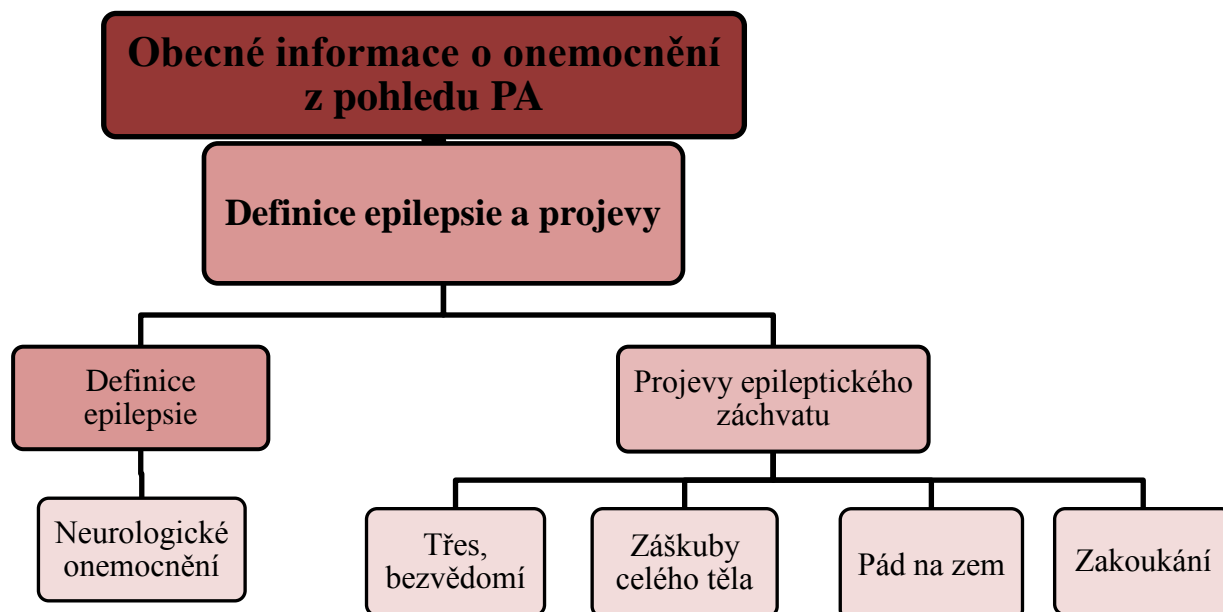


Schéma 13: První pomoc při epileptickém záchvatu

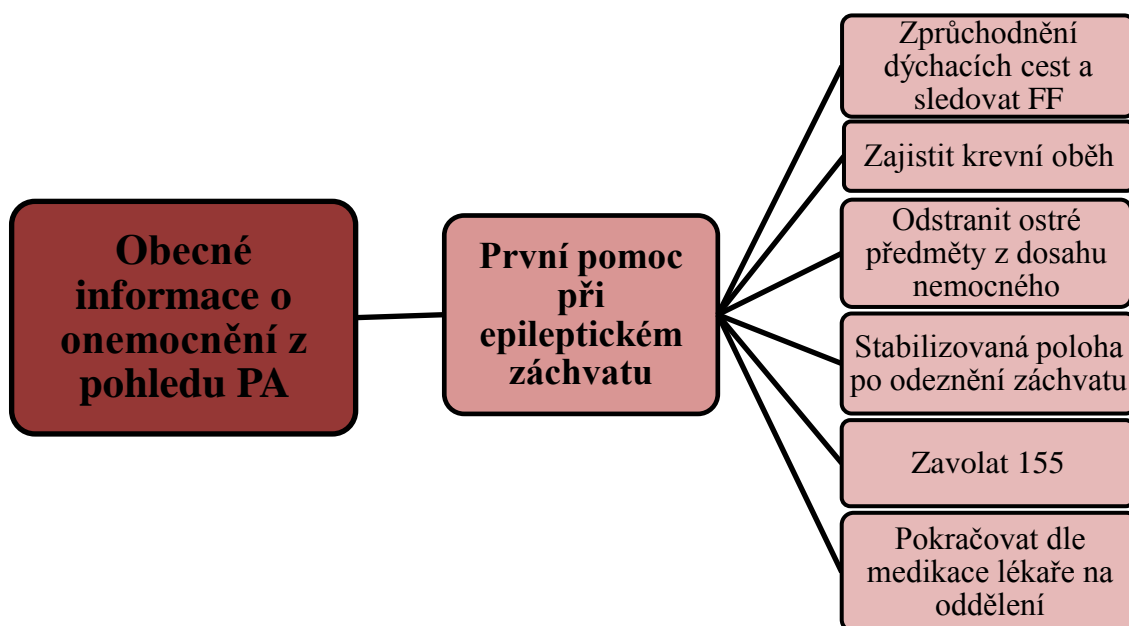


Schéma 13 znázorňuje body, na které kladly porodní asistentky důraz při poskytování první pomoci. Jak oslovené porodní asistentky již uváděly v předchozím schématu, epileptické záchvaty jsou náhlé a mnohdy nepředvídatelné. Podle PA1 „*je vždy důležité odstranit předměty, o které by se mohl postižený poranit, dále sledujeme základní fyziologické funkce, kontrolujeme dýchání a průchodnost dýchacích cest.*“ PA1 se sama stala svědkem epileptického záchvatu na oddělení. „*Záchvat jsem viděla na porodním sále během porodu, záchvat se projevoval křečemi a záškuby převážně horních končetin. Záchvat trval tak 2-3 minuty. Žena dostala Diazepam i. v. a po odeznění záchvatu byl indikován císařský řez.*“ PA2 kromě zmíněných informací ještě dodává: „*Uložit pacienta do stabilizované polohy, v případě, že by se záchvat opakoval několikrát po sobě, zavolat 155.*“ PA3 na položenou otázku odpověděla takto: „*První pomoc, dle mého názoru, spočívá v tom, aby zůstaly průchodné dýchací cesty a aby se pacient neporanil, dále se postupuje dle medikace lékaře. Příмым svědkem epileptického záchvatu jsem byla pouze jednou a to na oddělení během směny.*“ PA4 také kladla důraz na zajištění dýchání, krevního oběhu a odstranění předmětů, o které by se mohl postižený poranit. Dodává: „*Záchvat většinou trvá několik sekund a není potřeba volat záchrannou službu, pokud by se záchvaty opakovaly, zavolala bych 155.*“ PA5 také říkala, že „*je důležité vyndat zapadlý jazyk*“.

4.2.2 Kategorie Informace o vlivu epilepsie na těhotenství z pohledu PA

Kategorie Informace o vlivu epilepsie na těhotenství z pohledu PA se skládá z jedné podkategorie - „Informace ohledně těhotenství a epilepsie“. V této podkategorii jsem se zabývala problematikou donošení novorozence, léčbou a vyšetřením. Odpovědi porodních asistentek byly podrobeny analýze dat a na jejich základě vznikla kategorie Informace o vlivu epilepsie na těhotenství z pohledu PA.

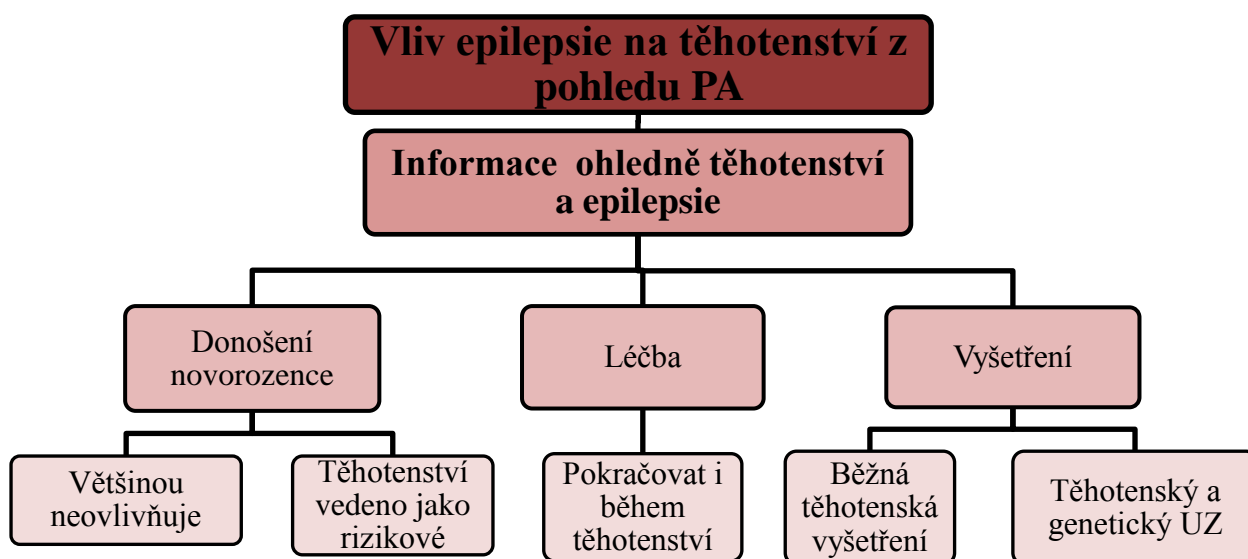
Schéma 14 mapuje informace, které jsem obdržela od porodních asistentek v rámci problematiky těhotenství. Zaměřila jsem se na donošení novorozence, léčbu a vyšetření. Porodních asistentek jsem se v rámci donošení novorozence ptala, zda si myslí, že epilepsii ovlivňuje donošení novorozence, zda ženy s epilepsií mohou donosit a porodit zdravé dítě

a jak je toto těhotenství vedené. PA1 odpovídá: „*Záleží vždy na intenzitě záchvatů, délce a typu antiepileptik. Většina žen může donosit a porodit zdravé dítě. Těhotenství je vedeno jako rizikové. Je důležité, aby žena kromě gynekologa navštěvovala také neurologa a průběžně s ním těhotenství a následně porod konzultovala.*“ Všechny oslovené porodní asistentky se shodly na tom, že těhotenství je vedeno jako rizikové a že je vždy důležitá spolupráce mezi gynekologem a neurologem. Také měly jednotný názor na to, že ženy s epilepsií mohou donosit a porodit zdravé dítě. PA4 doplňuje tyto informace o následující: „*Podle mého názoru vždy záleží na předepsané léčbě, intenzitě záchvatu, délce záchvatu. Pokud je nasazena správná léčba, která redukuje záchvaty a nezpůsobuje malformace plodu, mohou ženy s epilepsií donosit a porodit zdravé dítě.*“

U léčby epilepsie jsem zjišťovala, co si porodní asistentky myslím o tom, když je žena s epilepsií na farmakologické léčbě. Jestli může pokračovat během těhotenství v léčbě, nebo ji musí ukončit. „*Léčba se většinou nemění, žena ji užívá po celou dobu těhotenství,*“ myslí si PA1. PA2 uvádí: „*Léčba je většinou nepřetržitá. Pokud by se léčba vysadila, je tu vysoké riziko epileptického záchvatu.*“ „*O léčbě rozhoduje neurolog, léčba je většinou vedena nepřetržitě během celého těhotenství,*“ popisuje PA3. PA4 má na tuto problematiku tento názor: „*Záleží na druhu léků, pokud neohrožují plod, tak ženy zůstávají na léčbě po celou dobu těhotenství, porodu i šestinedělí. Chyba by byla, kdyby si léky žena sama vysadila, to by pak mohla ohrozit nejen sebe, ale i plod.*“ PA5 odpověděla jednoznačně: „*Ne.*“ Žena tedy po celé těhotenství zůstává na farmakologické léčbě.

V poslední řadě se toto schéma zabývá vyšetřením v těhotenství. Hledala jsem, zdali porodní asistentky mají přehled o tom, jaké vyšetření podstupují ženy s epilepsií v těhotenství. „*Podle mého názoru žena absolvuje běžná doporučená vyšetření, doporučuje se genetický ultrazvuk, pokud se potvrdí vyšší riziko VVV, může žena podstoupit amniocentézu, kordocentézu,*“ popisuje PA1. „*Podstupují určitě vyšetření jako zdravé těhotné ženy z krve a moči, chodí na pravidelné ultrazvuky, genetiku, od 36. týdne CTG,*“ myslí si PA4. Ostatní oslovené porodní asistentky se shodly na genetickém ultrazvuku, který by prý měla podstoupit každá těhotná žena s epilepsií.

Schéma 14: Informace ohledně těhotenství a epilepsie



4.2.3 Kategorie Informace o vlivu epilepsie na porod z pohledu PA

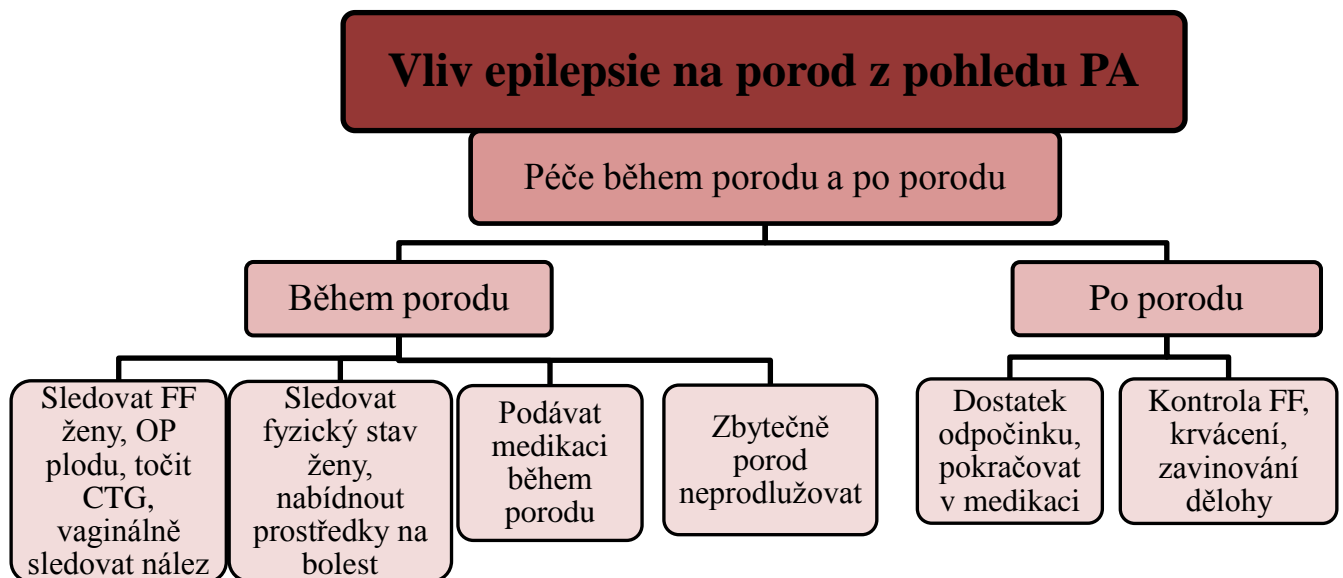
Kategorie Informace o vlivu epilepsie na porod z pohledu PA se zaměřuje na to, co znají porodní asistentky o porodu ženy s epilepsií. Zda se porody liší, nebo jsou naprosto stejné jako u každé jiné těhotné ženy. Kategorie se skládá z jedné podkategorie „Péče během porodu a po porodu“. Odpovědi porodních asistentek byly podrobeny analýze dat a na jejich základě vznikla kategorie Informace o vlivu epilepsie na porod z pohledu PA.

Schéma 15 je rozděleno do dvou částí: na péči během porodu a na následnou péči dvě hodiny po porodu. Nejprve jsem se porodních asistentek ptala, kdo rozhoduje o způsobu ukončení těhotenství. Všechny porodní asistentky se shodly na tom, že o ukončení porodu rozhoduje gynekolog ve spolupráci s neurologem. Péči o ženu s epilepsií během porodu už uváděla každá porodní asistentka trochu jinou. PA1 uvádí: „Stejně jako u každé ženy, snažit se plnit její přání, sledovat fyziologické funkce, stav plodu pomocí CTG, dbát na to, aby žena brala antiepileptickou léčbu, pokud nějakou má. Kontrolovat fyzický a psychický stav, při jakémkoliv změně informovat lékaře.“ PA2 by doporučila tuto péči: „Porod by měl být veden co nejšeterněji, neměl by se zbytečně prodlužovat. Během porodu by žena měla dále

užívat antiepileptickou léčbu, neměla by být zbytečně vystavena spánkové deprivaci, doporučuje se také použít spinální analgezií.“ PA3 si myslí: „Během porodu je potřeba monitorovat FF, sledovat stav pacientky, respektovat doporučení neurologa. V určitých případech se přidává do medikace Diazepam.“ PA4 klade důraz na to, „zpříjemnit porod, ulevit ženě od bolesti buď ve sprše, nebo nabídnout epidurální analgezií, nebo jiné léky na bolest“. PA5 dodává: „ Zbytečně porod neprotahovat, dodržovat medikaci.“

Po porodu kladly oslovené porodní asistentky, kromě běžné poporodní péče, největší důraz na odpočinek a dodržení medikace i po porodu. „Opět sledovat FF funkce, krvácení po porodu, zavínování dělohy, psychický stav rodičky, po porodu by si měla žena co nejvíce odpočinout,“ popisuje PA1.

Schéma 15: Péče o ženu během porodu a po porodu



4.2.4 Kategorie Informace o vlivu epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí z pohledu PA

Kategorie Informace o vlivu epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí z pohledu PA je rozdělená na dvě podkategorie: „ Kojení, manipulace, domácí

péče“ a „ Zdroj informací o této problematice“. Kategorie popisuje znalosti porodních asistentek v problematice kojení, manipulaci s novorozencem a v domácí péči o novorozence u žen s diagnózou epilepsie. Dále se také zabývá zdrojem informací, který by porodní asistentky navštívily v případě, že by si s něčím ohledně problematiky epilepsie nebyly jisté. Odpovědi porodních asistentek byly podrobeny analýze dat a na jejich základě vznikla kategorie Informace o vlivu epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí z pohledu PA.

Schéma 16 se snaží přiblížit problematiku kojení, manipulace s novorozencem a rady do domácí péče pro ženy s epilepsií. Porodním asistentkám jsem položila otázku, jak ovlivňuje epilepsie kojení. „ Jsou typy antiepileptik, které se přenášejí do mateřského mléka, žena by na to měla být upozorněna a vše konzultovat se svým neurologem,“ uvádí PA1. „Epilepsie výrazně kojení neovlivňuje, jsou antiepileptika, která prostupují do mateřského mléka, ale přenos antiepileptik je většinou malý, takže nijak neohrožuje plod,“ popisuje PA2. PA3 je tohoto názoru: „Kojení je většinou žen s epilepsií doporučeno, pouze u určitých léků je potřeba vždy kojení konzultovat s neurologem, pediatrem. Dále se také kojení odvíjí od aktuálního stavu pacientky. Pokud má klientka prodělaný akutní záchvat, tak je vhodné kojení zvážit.“ PA4 si myslí: „ Jsou typy antiepileptik, která prostupují do mléka a mohou ovlivnit chování novorozence. Většinou jsou dávky ale malé, že ženy mohou normálně kojit. Ženy jsou o účincích seznámeny většinou už od svého neurologa. Kojení u žen s epilepsií má svoje specifika. Ženy, které trpí vyšším rizikem záchvatů, by měly kojit na široké posteli opřené o zeď, je lepší, když v jejich blízkosti je další osoba, která ženu kontroluje a v případě záchvatu novorozence vezme pryč.“ PA5 je také toho názoru, že ženy mohou kojit.

Manipulace s novorozencem se výrazně neliší u žen s epilepsií. Totéž si myslí i oslovené porodní asistentky. „ Já jim vždycky říkám, že hlavičku dítěte si položí na levou dlaň. Pod zvednutou hlavičku podsunete pravé předloktí a palcem a ukazovákem pravé ruky obejměte stehno. Těličko dítěte tiskněte k tělu, druhou ruku máte volnou,“ popisuje PA4.

Informace, které by ženám s epilepsií řekly oslovené porodní asistentky do domácí péče, by byly následující: „ V domácí péči by měla žena vždy mít někoho, kdo by jí pomáhal,“ myslí si PA1. „U žen s diagnózou epilepsie se doporučuje pomoc další osoby s činnostmi jako koupání, přebalování. Přenášení novorozence v přenosné sedačce v případě záchvatu matky, aby bylo dítě chráněno,“ informuje PA2.

Schéma 16: Kojení, manipulace, domácí péče

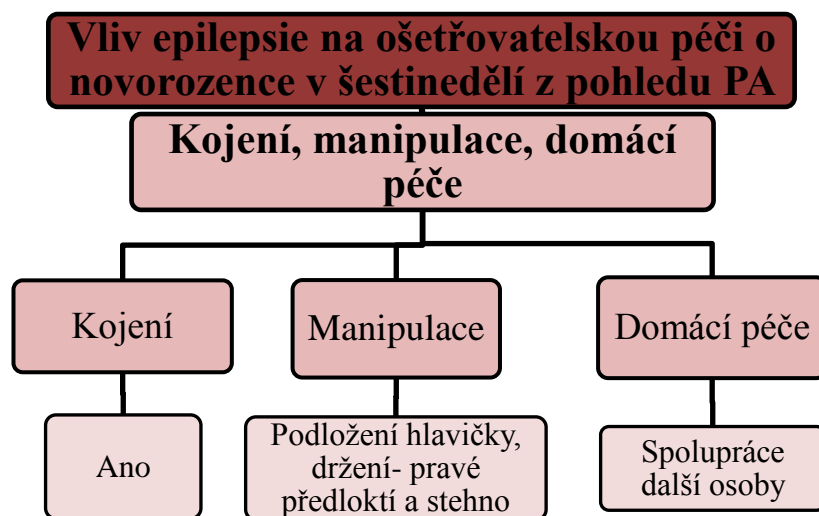


Schéma 17: Zdroj informací v této problematice

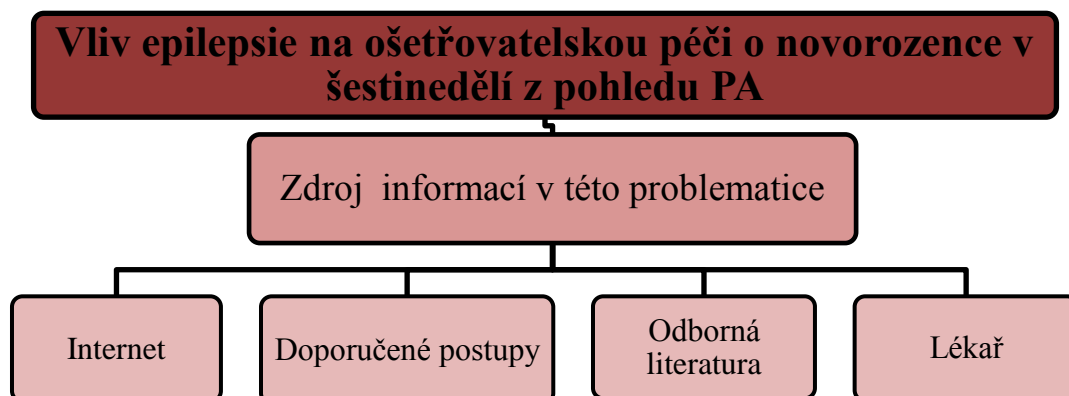


Schéma 17 se snaží znázornit, kam by si šly porodní asistentky pro rady, kdyby si s něčím ohledně epilepsie nebyly jisté. Na prvním místě uvedly všechny oslovené porodní asistentky (kromě PA4) internet. PA4 by nejprve hledala odpověď v doporučených postupech a odborné literatuře a až poté by navštívila internet. PA1 by také oslovila lékaře a jeho se zeptala na odpověď.

5 Diskuse

Bakalářská práce řeší problematiku vlivu epilepsie na těhotenství, porod a ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí. Cílem bylo zmapovat vliv epilepsie na těhotenství, porod a ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí a zjistit znalosti porodních asistentek o epilepsii v souvislosti s těhotenstvím, porodem a ošetrovatelskou péčí o novorozence v šestinedělí.

Byla vybrána kvalitativní forma výzkumu pomocí metody hloubkového rozhovoru. Celkem bylo osloveno 10 žen. 5 tvořily ženy s diagnózou epilepsie, které jsou maximálně 1 rok od porodu a 5 porodních asistentek, které pracují na gynekologicko-porodnickém oddělení nebo na oddělení fyziologických novorozenců. Rozhovory byly doslovně přepsány, technikou otevřeného kódování vznikly kategorie a podkategorie. V bakalářské práci vznikly 4 kategorie z rozhovorů s ženami s diagnózou epilepsie a 4 kategorie z rozhovorů s porodními asistentkami.

Věkové rozmezí klientek a porodních asistentek se pohybuje mezi 26-58 lety. Nejvyšší dosažené vzdělání je u žen s diagnózou epilepsie základní, střední s maturitou, střední odborné a vysokoškolské. U porodních asistentek je nejvyšší dosažené vzdělání střední s maturitou, vyšší odborné a vysokoškolské. Oslovené porodní asistentky pracují na oddělení rizikovém, šestinedělí, novorozeneckém, na porodním sále a na gynekologicko-porodnické JIP. Zkušenosti na daném oddělení se pohybují od 3-15 let.

Z rozhovorů s ženami s diagnózou epilepsie a s porodními asistentkami byly vytvořeny následující kategorie. První se nazývá Onemocnění epilepsie a druhá Obecné informace o onemocnění z pohledu porodní asistentky. Oslovené ženy s diagnózou epilepsie trpěly převážně primární epilepsií, která se u nich projevovala křečemi, pěnou u pusy, kmitáním očí, třesem, závratí, mdlobou a následným bezvědomím. Jedna z oslovených klientek měla pórakovou epilepsii v důsledku dopravní nehody, kdy došlo ke krvácení do mozku. Záchvat se projevil náhlým zakoukáním, pádem na zem a bezvědomím. Po prodělání záchvatu všechny oslovené klientky navštívily svého neurologa, který provedl neurologické vyšetření a na základě jednotlivých výsledků stanovil diagnózu epilepsie. Klientky byly léčeny pomocí antiepileptik. Léčba antiepileptiky nemusí být vždy u nemocné klientky podmínkou.

U některých typů epilepsie existuje možnost léčbou pouze pomocí režimových opatření (Kršek, 2006). Každá oslovená klientka kromě léčby antiepileptiky dostala od svého neurologa doporučení či režimové opatření, které by měla dodržovat. Nejčastěji se objevovala slova jako pravidelný spánkový režim, vyvarovat se nadměrného stresu, dopřát si hodně klidu a pohody, omezit návštěvy diskoték, kouření a alkohol. Dle mého názoru byly porodní asistentky dobře informované o základních informacích ohledně epilepsie. Dobře znaly první pomoc při epileptickém záchvatu. Nejprve jsem se od porodních asistentek dozvěděla, že epilepsie je neurologické onemocnění, které se projevuje epileptickými záchvaty, které jsou náhlé a vůlí neovladatelné. Nejčastěji se projevují podle porodních asistentek zakoukáním, třesem, záškuby celého těla, pádem na zem a bezvědomí. Důležité při epileptickém záchvatu je poskytnout adekvátní pomoc. V první řadě je důležité zabránit úrazu při záchvatu, není vhodné násilně bránit křečím či se snažit vytáhnout nemocnému jazyk z úst, aby nezapadl (Kršek, 2006). Odpovědi porodních asistentek byly podobné. Na prvním místě uváděly zprůchodnění dýchacích cest. Dále uváděly odstranění předmětů, o které by se mohl nemocný zranit a uložení pacienta do stabilizované polohy. Jedna porodní asistentka by se snažila během záchvatu vytáhnout jazyk z úst, aby nezapadl. Ráda bych tuto problematiku rozvedla podrobněji. Kršek, (2006, s. 8) uvádí, že „velmi nevhodný, bohužel však stále užívaný postup je, snaha vytáhnout nemocnému jazyk z úst, aby nezapadl. Mylným důvodem k takovému postupu bývá zblednutí nebo promodráání pacienta při větších záchvatech, které však není způsobené překážkou v dýchacích cestách, ale poruchou funkce dýchacích svalů.“

Následující kategorie se zabývají Vlivem epilepsie na těhotenství z pohledu žen s diagnózou epilepsie a Informacemi o vlivu epilepsie na těhotenství z pohledu porodních asistentek. Popisují plánování těhotenství, vyšetření v těhotenství. Léčbu, doporučení v těhotenství u žen s diagnózou epilepsie a zjišťují informace od porodních asistentek v této problematice. Důležité je, aby ženy s diagnózou epilepsie své těhotenství plánovaly. Kuba, (2006, s. 272) uvádí, že „podle našich zkušeností však plánuje otěhotnění přibližně 30 % pacientek s epilepsií“. Naštěstí více než 90 % žen s epilepsií prožije nekomplikované těhotenství a porod (Fatemeh, M. and E. B Nazanin, 2012). Oslovené klientky nejprve plánovaly své těhotenství se svým manželem a poté čtyři z pěti oslovených klientek plánovaly svá těhotenství s neurologem a následně s gynekologem. Těhotenství může epilepsii zhoršit v 17-46 %, u pacientek nemusí mít žádný vliv v 51-80 % (Zárubová, 2004). Svá těhotenství prožívaly jednotlivé klientky individuálně, většinou převažovaly gynekologické obtíže jako ranní nevolnosti, otoky končetin, pálení žáhy. U jedné z oslovených klientek se epilepsie

během těhotenství zhoršila. Ve 30. týdnu prodělala epileptický záchvat a musela být hospitalizovaná v nemocnici. Záchvat naštěstí neměl žádný vliv na plod ani na těhotenství a porod. Jednotlivé klientky podstoupily během těhotenství běžná pravidelná i nepravidelná těhotenská vyšetření a genetický ultrazvuk. Jezdily také na pravidelné prohlídky ke svému neurologovi, ale pouze ty klientky, které s ním své těhotenství plánovaly. Léčba u klientek probíhala nepřetržitě i během těhotenství a nemusela být kvůli těhotenství měněna. Klientky byly svým neurologem seznámeny s teratogenitou antiepileptik na plod a s možností VVV u plodu. Jsem velice ráda, že oslovené klientky byly informované o teratogenitě antiepileptik. Většina studií ukazuje, že u žen, které v těhotenství užívaly antiepileptika, je zvýšené riziko výskytu velké vrozené vývojové vady u plodu 2-3 krát (The Obstetrician, 2006). Proto si myslím, že by těhotné ženy trpící epilepsií měly být dobře a srozumitelně seznámeny s touto problematikou i s možností prevence před VVV u plodu. Všem ženám trpícím epilepsií se proto doporučuje užívat kyselinu listovou po dobu trvání prvního trimestru a tři měsíce před porodem. Kyselina listová snižuje riziko rozštěpu páteře a dalších malformací (Australian Prescribe, 2008). Čtyři z pěti oslovených žen před porodem užívaly kyselinu listovou, dále obdržely od svého neurologa ještě další doporučení - pravidelný spánkový režim, dostatek odpočinku, klid, omezit podněty vyvolávající epileptický záchvat. Největší strach měly oslovené klientky z prodělání záchvatu během těhotenství a následným ohrožením svého plodu. Od porodních asistentek jsem se dozvěděla, že epilepsie výrazně neohrožuje donošení plodu a následný porod. Vše záleží na intenzitě záchvatů, délce záchvatů a správně zvolené léčbě. Těhotenství je u klientek vedeno jako rizikové, ženy navštěvují častěji svého gynekologa a také neurologa. Léčba je vedena ve spolupráci s neurologem a většinou bývá nezměněna po celou dobu těhotenství, porodu a šestinedělí. Ženy podstupují podle porodních asistentek pravidelná a nepravidelná gynekologická vyšetření a genetický ultrazvuk. Pokud se u žen vyskytne vyšší riziko VVV, mohou ženy podstoupit amniocentézu, kordocentézu.

Další kategorie jsou zaměřené na Vliv epilepsie na porod a na Informace o vlivu epilepsie na porod z pohledu porodní asistentky. Zabývá se pohledy žen s epilepsií na péči během porodu a následně po porodu a vyhodnocuje informace získané o této problematice od porodních asistentek. Před porodem ženě neurolog vypracuje zprávu pro porodníka, ve které je napsáno, jakým druhem epilepsie žena trpí, jakým typem epileptického záchvatu se projevuje, jaké léky užívá a jaká jsou nutná opatření během porodu (Zárubova, 2010). Trbalová, (2014, s. 22) ve své bakalářské práci uvádí, že „péče o ženu během porodu se u žen s epilepsií nijak neliší. Upřednostňuje se porod vaginální, císařský řez se provádí z důvodu

porodnické indikace. Bylo zjištěno, že těhotná žena trpící chronickým onemocněním má vyšší pravděpodobnost k provedení císařského řezu, avšak toto zjištění by nemělo být považováno za indikaci k císařskému řezu.“ Domnívám se, že porod císařským řezem je dlouhodobým problémem porodnictví. V České republice podstoupí porod císařským řezem zhruba 10–15% žen s epilepsií (Kuba, 2006). To je podle mého názoru docela vysoké procento. Kuba, (2006, s. 274) to vysvětluje takto: „Strach lékařů z provokace epileptického záchvatu je mnohdy příčinou císařského řezu u žen s epilepsií.“ Dvě z oslovených klientek rodily vaginálním způsobem, další dvě klientky císařským řezem. Poslední oslovená klientka přivedla na svět své první dítě císařským řezem a druhé vaginálním způsobem. Všechny oslovené klientky, které plánovaly své těhotenství s neurologem, měly vypracovanou zprávu o způsobu vedení porodu. Dvě z oslovených klientek měly doporučeno родit císařským řezem. Důvodem bylo riziko proděláním epileptického záchvatu během porodu. Oslovená K1 měla od své neuroložky doporučený porod vaginálním způsobem, nakonec ale rodila své první dítě císařským řezem. Příčina byla gynekologická a to insuficience placenty, druhé dítě porodila vaginálním způsobem. K3 mrzelo, že se vaginální porod snažil lékař urychlovat, protože měl strach z provokace epileptického záchvatu. Všechny porodní asistentky se shodly na tom, že o ukončení porodu rozhoduje gynekolog ve spolupráci s neurologem. Jako hlavní body v péči o ženu během porodu uváděly sledování fyziologických funkcí, stav plodu pomocí CTG, kontrolovat fyzický a psychický stav ženy. Důraz kladly porodní asistentky hlavně na předepsanou léčbu, kterou musí žena užívat během těhotenství, porodu a šestinedělí. Dalším důležitým bodem podle porodních asistentek bylo to, aby se porod vedl co nejšetrnějším způsobem a zbytečně se neprotahoval, neboť spánková deprivace a vyčerpání mohou vést k epileptickému záchvatu. Doporučovaly též epidurální analgezii, která zmírňuje bolesti a zpříjemňuje porod. Ženám s epilepsií by v poporodním období měl být zajištěn dostatek odpočinku a hlavně dostatek pravidelného a nepřerušovaného spánku, minimálně 4-5 hodin (Kuba, 2006). Po porodu zmiňovaly porodní asistentky, že je důležité zkontrolovat fyziologické funkce, krvácení po porodu a zavínování dělohy. Dále je nutné ženu opět informovat o nutnosti dodržování léčby i po porodu a dopřát ženě dostatek odpočinku a kvalitního spánku.

Poslední kategorie popisuje Vliv epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí a zpracovává získané Informace o vlivu epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí z pohledu porodních asistentek. Hlavními body této kategorie jsou kojení, manipulace s novorozencem a doporučení ženám s péčí o novorozence

do domácí, jak z pohledu ženy s epilepsií, tak z pohledu porodní asistentky. Kojení se ženám s diagnózou epilepsie doporučuje, otázkou však zůstává jeho délka. Obecně se doporučuje kojit v délce 3-5 měsíců (Kuba, 2006). Oslovené klientky chtěly své děti kojit. Pouze K3 udávala, že „*z počátku jsem kojit nechtěla, měla jsem strach, že vliv antiepileptik, přestože je jen malý, ohrozí moje dítě*“. Nakonec ji dětská lékařka seznámila s problematikou, vysvětlila jí klady kojení pro dítě a matku. Všechny oslovené klientky byly informované o přenosu vlivu antiepileptik do mléka, buď od svého neurologa, nebo později na novorozeneckém oddělení. Kojení má své výhody jak pro matku, tak i pro dítě, a proto jsem velmi ráda, že i oslovené klientky své děti kojily. Klientky kojily své děti v rozmezí od jednoho týdne do 1 roku a poté děti přešly na umělou stravu. Manipulace s novorozencem byla všem osloveným klientkám ukázána na novorozeneckém oddělení. Doporučení do domácí péče oslovené klientky z nemocnice ve většině případů nedostaly. Ženám se do domácí péče doporučuje, aby při kojení nebo krmení lahvičkou seděly na zemi, opřené zády o zeď, s polštáři z obou stran, nebo ležely na široké posteli, nejlépe uprostřed. Je dobré přebalovat dítě na bezpečném místě, například na široké posteli nebo v postýlce. Při koupání by měla ženě pomáhat další osoba. Při přenášení v sedačce by mělo být dítě zajištěné pásy, aby v případě záchvatu ženy nevypadlo ze sedačky a nezranilo se (Zárubová, 2010). Tři oslovené klientky si tyto rady přečetly na internetu a snažily se je dodržovat. K1 s péčí o novorozence vždy někdo pomohl, buď babička, nebo manžel. Sama se snažila dítě co nejméně chovat, s koupáním jí vždy někdo pomohl. K2 se o své dítě starala sama a doporučenými radami se neřídila. Porodní asistentky ženám s epilepsií kojení doporučovaly. PA4 uvádí: „*Jsou typy antiepileptik, která prostupují do mléka a mohou ovlivnit chování miminka. Většinou jsou dávky malé, že ženy mohou normálně kojit. Ženy jsou seznámeny o účincích od svého neurologa. Kojení se ženám doporučuje, vždy však záleží na ženě, jestli kojit chce nebo ne.*“ Žádná speciální opatření ženy svým klientkám neříkaly, pouze PA4 ženám s diagnózou epilepsie dodávala: „*Kojení u žen s epilepsií má svoje specifika. Ženy, které trpí vyšší rizikem epileptického záchvatu, by měly kojit na široké posteli opřené o zeď, je lepší, když v jejich blízkosti je další osoba, která ženu kontroluje a v případě záchvatu vezme miminko pryč.*“ Manipulace s novorozencem je zásadně stejná jako u každé zdravé ženy. Manipulace se ženám ukazuje na novorozeneckém oddělení. Důležité je, aby žena podepírala novorozenci hlavičku a pak jej držela za dva pevné body - loket a stehno. Porodní asistentky svým klientkám doporučení s péčí o novorozence do domácí péče žádná speciální nedávají. Vždy je důležité, aby ženě s péčí někdo pomohl.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala vlivem epilepsie na těhotenství, porod a ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí.

Výzkumná část bakalářské práce byla vedena formou kvalitativního výzkumu. V první řadě bylo potřeba vytyčit si cíle práce a k nim výzkumné otázky. Poté byl zhotoven hloubkový rozhovor s matkami s diagnózou epilepsie a pro porodní asistentky pracující na gynekologicko-porodnickém oddělení nebo na oddělení fyziologických novorozenců. Prvním cílem bylo zjistit, jak epilepsie ovlivňuje těhotenství, porod a ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí. Druhý cíl měl za úkol zjistit znalosti porodních asistentek o problematice epilepsie v souvislosti s těhotenstvím, porodem a ošetrovatelskou péčí o novorozence v šestinedělí. Rozhovory byly následně přepsány a metodou otevřeného kódování, technikou kódování v ruce způsobem tužka a papír dále zpracovány. Na základě odpovědí z rozhovorů bylo vytvořeno celkem 8 kategorií. 4 kategorie z rozhovorů se ženami s diagnózou epilepsie a 4 kategorie z rozhovorů s porodními asistentkami. Z výsledků je patrné, že ženy s diagnózou epilepsie mohou prožít nekomplikované těhotenství, porod i šestinedělí. Vše záleží na intenzitě záchvatů, správné kompenzaci záchvatů a dodržování léčby. Vždy je velmi důležité své těhotenství plánovat s neurologem a následně také gynekologem, během těhotenství dále pokračovat v medikamentózní léčbě. Z výsledků také vyplývá, že porod u žen s diagnózou epilepsie nemusí být komplikovanější než u zdravých žen. O následném ukončení těhotenství rozhoduje neurolog, který ženě vypracuje zprávu o doporučováním vedení porodu, a poté gynekolog, který o ženu pečuje během vlastního porodu. Pokud žena nemá časté epileptické záchvaty, je správně kompenzovaná, dodržuje léčbu, je zde velká pravděpodobnost, že bude moci родit vaginálním způsobem. S péčí o novorozence většinou pomáhá blízká osoba, která by v případě záchvatu ženy chránila dítě.

Porodní asistentky zodpověděly všechny moje položené otázky, které se týkaly oblasti onemocnění epilepsie, vlivu epilepsie na těhotenství, porod a ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí. Z teoretické části o epilepsii dokázaly všechny definovat onemocnění epilepsie a také poskytnout adekvátní první pomoc při epileptickém záchvatu. V následujících oblastech se již míra informovanosti lišila, vždy se odvíjela od oddělení, na kterém oslovené porodní asistentky pracovaly. Porodní asistentka pracující na rizikovém

oddělení měla největší přehled o problematice vlivu epilepsie na těhotenství. Porodní asistentka pracující na porodním sále se lépe orientovala v problematice vlivu epilepsie na porod. Porodní asistentky z JIP a šestinedělí byly více zaměřené na pooperační péči a šestinedělí. O ošetrovatelské péči o novorozence mi nejvíce informací poskytla porodní asistentka pracující na novorozeneckém oddělení. Přesto mi ale vždy porodní asistentky byly schopné odpovědět i na otázky, které se přímo netýkaly problematiky jejich oddělení.

Na základě výsledků z výzkumné části byl vytvořen edukační materiál pro ženy s diagnózou epilepsie.

Práce je určená všem ženám s diagnózou epilepsie, které se chtějí dozvědět něco více o problematice těhotenství, porodu a ošetrovatelské péče o novorozence v šestinedělí. Informace může také poskytnout porodním asistentkám, které pracují na gynekologicko-porodnickém oddělení nebo na oddělení fyziologických novorozenců. Může také posloužit jako výukový materiál studentům porodní asistence.

7 Seznam použitých zdrojů

ADAB, Naghme and David W CHADWICK, 2006. Management of women with epilepsy during pregnancy[online]. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 8, 20-25. [cit. 2015-04-03] Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1576/toag.8.1>

AMBLER, Zdeněk, 2006. *Základy neurologie: učebnice pro lékařské fakulty*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén. 351 s. ISBN 80-726-2433-4.

AUSTRALIAN PRESCRIBER, 2008. Antiepileptic drugs in pregnancy and lactation [online], 31, 1-4. [cit. 2015-04-03] Dostupné z: <http://www.australianprescriber.com/magazine/31/3/70/2/>

BERLIT, Peter, 2007. *Memorix neurologie*. 1. vyd. Překlad Dagmar Kolínská. Praha: Grada. 447 s. ISBN 978-802-4719-153.

ČECH, Evžen, Zdeněk, HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP, 2007. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. 544 s. ISBN 8024713039.

ČESKÁ GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ SPOLEČNOST, 2010. *Doporučené postupy v perinatologii* [online], [cit. 2015-02-01]. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/dokumenty/>

ČESKO. Čl. 1 bod 17. vyhlášky č. 72/2011 Sb., vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel s podmínkou a náležitosti lékařského potvrzení osvědčujícího zdravotní důvody, pro něž se za jízdy nelze na sedadle motorového vozidla připoutat bezpečnostním pásem (vyhláška o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel), ve znění vyhlášky č. 253/2007 Sb. In *Sbírka zákonů ČR*, ročník 2011, částka 28. Dostupné na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-72#cl1-17> [cit. 2011-04-15]. ISSN 1211-1244.

DOSTÁLOVÁ, Květoslava, 2013. *Vědomí a poruchy vědomí v medicíně* [online]. *E-learningová podpora mezioborové integrace výuky tématu vědomí na UP Olomouc*. [cit. 2015-02-01]. Dostupné z: <http://pfyziolffup.upol.cz/castwiki/?p=3942>.

FATEMEH, Mirzaei and Ebrahimi B. NAZANIN, 2012. Pregnancy complications and outcomes in women with epilepsy [online]. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2, 230-234. [cit. 2015-04-03] Dostupné z: <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=22264#.VSJOAPysWTs>

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2011. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: vybrané kapitoly*. 1.vyd. Praha: Grada. 189 s. ISBN: 978-802-4739-403.

FILKOVÁ, Alena, Milan, BRÁZDIL, Robert, HUDEČEK a Petr JANKŮ, 2005. Epilepsie v těhotenství. *Praktická gynekologie*. Roč. 9, č. 4. s. 16-19. ISSN: 1211-6645.

GREGORA Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ, 2007. *Čekáme dítě*. 1. vyd. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-802-4714-899.

HÁJEK, Zdeněk, 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada. 443 s. ISBN: 80-247-0418-8.

KOUDELKOVÁ, Vlasta, 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. 1. vyd. Praha: Triton. 134 s. ISBN 978-807-3876-241.

KRŠEK, Pavel, 2006. Základní info o epilepsii[online]. In: *Er-sme.cz*. [cit. 2015-02- 01]. Dostupné z: <http://www.er-sme.cz/sme/cs/clanky-a-letaky.cz/>.

KUBA, Robert, 2006. Antiepileptika a gravidita. *Psychiatrie pro praxi*. Roč. 7, č. 6, s. 272-275, ISSN: 1213-0508.

MZCR, 2012. *Definice porod- potrat dle MZCR* [online]. [cit. 2015-02-23]. Dostupné z <http://www.gynstart.cz/messages.php?sid=625>

NEONATOLOGICKÉ ODDĚLENÍ NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE a.s., 2013. *10 Kroků pro bezpečí dítěte* [online]. [cit 2015- 02- 01]. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/files/10%20kroku%20pro%20bezpeci%20ditete.pdf>

PEYCHL, Ivan, 2005. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. 1. vyd. Praha: Galén. 164 s. ISBN 80-726-2283-8.

PFEIFFER, Jan, 2007. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 350 s. ISBN 978-802-4711-355.

POWELL, Trevor, 2010. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. 1. vyd. Překlad Magda Wdowyczynová. Praha: Portál. 197 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-807-3676-674.

PREISS, Marek a Hana PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ. 2006. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada. 362 s. ISBN 80-247-0843-4.

ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. 1.vyd. Praha: Grada. 405 s. ISBN: 978-802-4719-412.

SÁK, Petr a kolektiv, 2008. *Standardy ošetrovatelské péče pro porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-802-5437-742.

SEIDL, Zdeněk, 2008. *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-802-4727-332.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2006. *Neurologické ošetrovatelství*. 1. vyd. Osveta. 165 s. ISBN: 80-8063-218-9.

SPOLEČNOST „E“ / Czech Epilepsy Association, 2011a. Epilepsie a EEG test[online]. In: *Spolecnost-e.cz*. [cit. 2015-02-01]. Dostupné z: <http://www.spolecnoste.cz/media/tiskoviny/zlutaky/epilepsie-a-eeeg-2012.pdf>

SPOLEČNOST „E“ / Czech Epilepsy Association, 2011b. První pomoc při epileptickém záchvatu[online]. In: *Spolecnost-e.cz*. [cit. 2015-02-01]. Dostupné z <http://www.spolecnoste.cz/epilepsie/prvni-pomoc/>

ŠTEFÁNEK, Jiří, 2011a. Epilepsie [online]. *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK*. [cit. 2015-02-01]. Dostupné z:<http://www.stefajir.cz/?q=epilepsie>

ŠTEFÁNEK, Jiří, 2011b. CT vyšetření [online]. *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK*. [cit. 2015-02-01]. Dostupné z:<http://www.stefajir.cz/?q=ct-vysetreni>

ŠTEFÁNEK, Jiří, 2011c. Magnetická rezonance [online]. *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK*. [cit. 2015-02-01]. Dostupné z:<http://www.stefajir.cz/index.php?q=magneticka-rezonance>

ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára ŠEĎOVÁ a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TRBOLOVÁ, Markéta, 2014. *Epilepsie v těhotenství* [online]. Olomouc, 2014. bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd [cit. 2015-04-03] Dostupné na: <http://theses.cz/id/t441t5?info=1;isslhret=epilepsie%3Ba%3Bt%C4%9Bhotenstv%C3%AD%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Depilepsie%20a%20t%C4%9Bhotenstv%C3%AD%26start%3D1>

ZÁRUBOVÁ, Jana, 2010. Epilepsie, těhotenství a kojení. *Neurologie pro praxi*. Roč. 11, č. 5, s. 292-296. ISSN: 1213-1814.

ZÁRUBOVÁ, Jana, 2004. Epilepsie a mateřství [online]. *Neurologie pro praxi*. s. 331-336. ISSN: 1213-1814;1803-5280. [cit.2015-02-01] Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/>

ZWINGER, Antonín, 2004. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén. 532 s. ISBN 80-726-2257-9.

8 Seznam příloh

Příloha 1	Otázky do rozhovoru s ženami s diagnózou epilepsie
Příloha 2	Otázky do rozhovoru s porodními asistentkami
Příloha 3	Seznam kódů z rozhovoru s ženami s diagnózou epilepsie
Příloha 4	Seznam kódů z rozhovoru s porodními asistentkami
Příloha 5	Souhlas hlavní sestry s poskytovaným výzkumem
Příloha 6	Edukační materiál pro ženy s diagnózou epilepsie
Příloha 7	CD s rozhovory a ukázka techniky kódování v ruce

Otázky do rozhovoru pro ženy s diagnózou epilepsie

1. Kolik je Vám let?, Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?, Po kolikáté jste těhotná a po kolikáté budete rodit? Jaký je Váš rodinný stav? Kde jste pracovala, než jste otěhotněla?
2. Od kdy máte diagnostikovanou epilepsii a jak se u Vás projevovala? Trpíte opakovanými záchvaty?
3. S kým jste plánovala své těhotenství? Jak se změnila Vaše léčba v souvislosti s těhotenstvím? Jaké rady jste obdržela od svého neurologa?
4. Z čeho jste měla největší strach?
5. Jak probíhala Vaše těhotenství? Musela jste podstoupit nějaké speciální vyšetření nebo pouze běžná vyšetření v těhotenství? Užívala jste nějaké speciální léky, které Vám naordinoval gynekolog?
6. Jaké jste měla doporučení od neurologa v souvislosti s porodem? Jak jste nakonec rodila a proč? Využila jste možnosti spinální analgezie? Při SC jste měla celkovou nebo spinální analgezii?
7. Měla jste nějaké omezení hned po porodu?
8. Jaký byl Váš kontakt s dítětem, měla jste ho hned po porodu u sebe nebo bylo odneseno na novorozenecké oddělení k novorozeneckým sestřám?
9. Chtěla jste své dítě kojit? Byla jste a kým poučena o způsobu laktace, délce kojení a možnosti přenosu vlivu antiepileptik z mléka na plod, reakcím novorozence na vliv antiepileptik?
10. Jak jste byla poučena o správné manipulaci s novorozencem? Jaké jste dostala doporučení do domácí péče?
11. Kdo Vám pomáhal s domácí péčí o novorozence? Jak jste změnila vybavení domácnosti, abyste zabránila pádu novorozence v případě, že byste prodělala záchvat?

Otázky do rozhovoru pro porodní asistentky

1. Kolik je Vám roků? Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
2. Co si představíte pod pojmem epilepsie? Jak se toto onemocnění projevuje a setkala jste se během své praxe s ženou s dg. epilepsie?
3. Viděla jste epileptický záchvat na Vašem oddělení popř. někde jinde?
4. Jakou byste poskytla první pomoc člověku s epileptickým záchvatem?
5. Jak epilepsie ovlivňuje donošení novorozence, mohou ženy s dg. epilepsie porodit zdravé dítě? Je toto těhotenství vedeno jako fyziologické?
6. Pokud je žena s dg. epilepsie na farmakologické léčbě, musí ukončit tuto léčbu během těhotenství?
7. Jaká další speciální vyšetření v těhotenství podstupuje žena s dg. epilepsie kromě těch doporučených? Víte, co se ženám doporučuje užívat za lék jako prevenci VVV u plodu?
8. Kdo rozhoduje o způsobu ukončení těhotenství ženy s dg. epilepsie?
9. Jak by se mělo k ženě s dg. epilepsie přistupovat během porodu?
10. Jak by se mělo k ženě s dg. epilepsie přistupovat po porodu?
11. Jak ovlivňuje epilepsie kojení?
12. Jak byste poučila ženu s dg. epilepsie ohledně manipulace s novorozencem? Jaké doporučení by od Vás žena dostala do domácí péče?
13. V případě, že byste si s něčím nebyla jistá, kde byste hledala odpověď?

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha 3 Seznam kódů s ženami s diagnózou epilepsie

Seznam kódů s ženami s diagnózou epilepsie

Identifikační údaje

K1/1;K1/2;K1/3

K2/1;K2/2

K3/1;K3/2;K3/3

K4/1;K4/2

K5/1;K5/2

Onemocnění epilepsie

Vznik a průběh nemoci

K1/4;K1/5;K1/9;K1/10;K1/12;K1/11;K1/13;K1/14;K1/15

K2/5;K2/6;K2/7;K2/8;K2/10;K2/11

K3/4;K3/5;K3/6;K3/7;K3/8;K3/11

K4/3;K4/4;K4/5

K5/3;K5/4;K5/5

Diagnostika

K1/6;K1/7

K3/10

K4/6;K4/7

K5/5

Léčba

K1/9

K2/9

K3/12;K3/13;K3/14;K3/15

K4/8

K5/6

Vliv epilepsie na těhotenství

Plánování těhotenství

K1/16

K2/14

K3/16

K4/10

K5/7

Vyšetření v těhotenství

K1/19;K1/20;K1/23;K1/24;K1/25

K2/15;K2/17;K2/18;K2/28;K2/29

K3/17;K3/21;K3/22

K4/15;K4/16;K4/17;K4/18

K5/10;K5/11

Doporučení v těhotenství

K1/21;K1/22

K2/19;K2/20;K2/30;K2/31

K3/18;K3/24;K3/25;K3/26;K3/27

K4/13;K4/14

K5/12

Strach v těhotenství

K1/26;K1/27

K2/21;K2/22;K2/23

K3/26

K4/25;K4/26

K5/12

Vliv epilepsie na porod

K1/30;K1/31;K1/34

K2/33

K3/28;K3/31

K4/27;K4/28

K5/13;K5/14

Vliv epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí

Kontakt s novorozencem

K1/42;K1/47;K1/48

K2/44;K2/45

K3/41;K3/42

K4/34;K4/35

K5/16;K5/18;K5/19

Problematika kojení

K1/50;K1/52;K1/53

K2/46;K2/47;K2/48;K2/49

K3/43;K3/44;K3/46

K4/36;K4/37

K5/20;K5/21;K5/22

Manipulace s novorozencem a domácí péče

K1/54;K1/55;K1/56

K2/51;K2/52;K2/53

K3/47;K3/48;K4/49;K4/50;K4/51;K4/52;K4/53

K4/39;K4/40;K4/41;K4/42;K4/44

K5/23;K5/34;K5/25;K5/27

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha 4 Seznam kódů z rozhovoru s porodními asistentkami

Seznam kódů z rozhovoru s porodními asistentkami

Identifikační údaje

PA1/1; PA1/2

PA2/1; PA2/2

PA3/1; PA3/2

PA4/1

PA5/1

Obecné informace o onemocnění z pohledu PA

Definice epilepsie a projevy

PA1/3; PA1/4; PA1/5; PA1/6; PA1/8; PA1/9

PA2/3

PA3/3; PA3/4

PA4/2; PA4/3; PA4/4; PA4/5

PA5/2

První pomoc

PA1/11; PA1/12

PA2/6; PA2/7; PA2/8

PA3/8; PA3/9

PA4/8; PA4/9; PA4/10; PA4/11

PA5/4; PA5/5

Vliv epilepsie na těhotenství z pohledu PA

Informace ohledně těhotenství a epilepsie

PA1/13; PA1/14; PA1/17; PA1/18; PA1/19; PA1/20

PA2/9; PA2/10; PA2/11; PA2/12; PA2/13; PA2/14

PA3/10; PA3/11; PA3/12; PA3/13

PA4/14; PA4/15; PA4/16; PA4/17; PA4/18; PA4/19; PA4/20; PA4/21; PA4/22

PA5/6; PA5/7; PA5/8

Vliv epilepsie na porod z pohledu PA

Péče o ženu během porodu a po porodu

PA1/23; PA1/24; PA1/25; PA1/26; PA1/27

PA2/17; PA2/18; PA2/19; PA2/20; PA2/21; PA2/22

PA3/17; PA3/18; PA3/19; PA3/20; PA3/21

PA4/24;PA4/25;PA4/26;PA4/27;PA4/28;PA4/29;PA4/30;PA4/31

PA5/10;PA5/11

Vliv epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí z pohledu PA

Kojení, manipulace, domácí péče

PA1/28;PA1/29;PA1/30;PA1/31

PA2/23;PA2/24;PA2/25;PA2/26;PA2/27;PA2/28;PA2/29;PA2/30

PA3/22;PA3/23;PA3/24;PA3/25;PA3/27;PA3/28

PA4/32;PA4/33;PA4/34;PA4/35;PA4/39;PA4/40;PA4/41;PA4/42;PA4/43;PA4/44

PA5/12;PA5/13

Zdroj informací v této problematice

PA1/32

PA2/31

PA3/29;PA3/30

PA4/45;PA/46

PA/14

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha 5 Souhlas hlavní sestry s poskytovaným výzkumem

Žádost o výzkumné šetření v nemocnici České Budějovice

V Kolíně 10. 2. 2015

Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření v Nemocnici České Budějovice a.s.

Vážená hlavní sestro,

Mé jméno je Markéta Patočková a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty jihočeské univerzity v Českých Budějovicích oboru Porodní asistentka. Touto cestou bych Vás chtěla poprosit o umožnění výzkumného šetření v rámci mé bakalářské práce. Název mé bakalářské práce je: Vliv epilepsie na těhotenství, porod a ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí.

Cílovou skupinou jsou ženy s diagnózou epilepsie a porodní asistentky pracující na gynekologicko- porodnickém oddělení a na oddělení fyziologický novorozence. Šetření bude probíhat formou rozhovorů. Rozhovor bude veden pouze s ústním souhlasem oslovených. Všechny získané informace v rámci rozhovorů budou použity jen ke zpracování mé bakalářské práce.

Předem děkuji za kladné vyřízení

Markéta Patočková

23. II. 2015

Markéta Patočková



Mgr. Monika Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

Zdroj: Vlastní zpracování

Epilepsie a mateřství

Plánujete rodinu, ale máte strach z těhotenství kvůli Vaší diagnóze? V tomto letáčku najdete vše potřebné, co byste měla vědět o epilepsii v souvislosti s těhotenstvím, porodem a ošetřovatelskou péčí o novorozence.

Těhotenství a epilepsie

- ✓ Plánujte těhotenství se svým neurologem
- ✓ Pokračujte v antiepileptické léčbě během celého těhotenství, v žádném případě nevysazujte antiepileptika během těhotenství
- ✓ K antiepileptické léčbě užívejte také kyselinu listovou a vitamíny B6 a B12 jako prevenci před vrozenými vývojovými vadami u plodu
- ✓ Navštěvujte svého gynekologa v domluvených termínech po celou dobu těhotenství
- ✓ Nezapomeňte navštěvovat také svého neurologa alespoň každé tři měsíce
- ✓ Vyvarujte se nadměrné námaze, přetěžování organismu, nadměrnému stresu
- ✓ Dodržujte pravidelný spánkový režim
- ✓ Dodržujte režimová opatření od svého neurologa

Porod a epilepsie

Před porodem:

- ✓ Nechte si vypracovat od svého neurologa zprávu o způsobu vedení porodu

Během porodu:

- ✓ Během porodu opět pokračujte v antiepileptické léčbě v pravidelných časových intervalech

- ✓ Při vaginálním porodu využijte možnosti podání léků na bolest nebo epidurální analgezií
- ✓ Mějte vedle sebe blízkou osobu jako psychickou podporu

Po porodu:

- ✓ Pořádně si odpočiňte nejlépe 4-5 hodin kontinuálního spánku
- ✓ Pokračujte v antiepileptické léčbě během celého šestinedělí, pokud lékař neurčí jinak

Ošetrovatelská péče o novorozence v domácím prostředí

- ✓ Spolupracujte a další osobou
- ✓ Při kojení ležte uprostřed široké postele, aby byl novorozenec chráněn při případném záchvatu před pádem
- ✓ Nenechávejte novorozence spát vedle sebe v posteli
- ✓ Při přebalování pokládejte novorozence na bezpečné místo, nejlépe na široké lůžko nebo do postýlky
- ✓ Koupejte novorozence vždy s další osobou
- ✓ Přenášejte novorozence v sedačce se zajištěnými pásy

V případě potřeby bližší informace naleznete na:

FILKOVÁ, Alena, Milan, BRÁZDIL, Robert, HUDEČEK a Petr Janků, 2005. *Epilepsie v těhotenství*. Praktická gynekologie. roč. 9, č. 4. s. 16-19. ISSN: 1211-6645.

ZÁRUBOVÁ, Jana, 2010. Epilepsie, těhotenství a kojení. *Neurologie pro praxi*. roč. 11, č. 5, s. 292-296. ISSN: 1213-1814.