

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Informovanost vysokoškolských studentů a dospělých epileptiků o
problémech souvisejících s epilepsií**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
MUDr. Drahoslava Tišlerová

Autor:
Ivana Doubková

2007

ACQUAINTANCE OF UNIVERSITY STUDENTS AND ADULT EPILEPTICS WITH PROBLEMS RELATED TO EPILEPSY

Epilepsy is one of the most frequent neurological diseases. This isn't one disease, but this is the comprehensive naming of a lot of diseases, whose mutual expression is occurrence of epileptic seizures.

This work doesn't deal with the epilepsy problems in the area of adults. It is primarily aimed at awareness of the academically educated students and epileptics of the problems related to the epilepsy. In the theoretical part there is a summary of the most important piece of knowledge in the medical field, but also the possible impact in the social life.

The first aim is to monitor, whether the academically educated students have the information about the epilepsy problems and primarily, whether they should lend the first aid to the epilepsy patients. The other aim was to find out the awareness of the epileptics of the regime measures connected to their diseases and whether these patients keep these measures.

There were set two hypotheses. The first one was related to the awareness of the academically educated students of lending the first aid during and at the end of the epileptic seizures. The other one was focused on the awareness of the epileptics of the regime measures and whether they keep them. Both of the hypotheses were confirmed.

Research was made in a quantitative way. The first group was formed of the epileptics older than 18 years, who were monitored in the neurological outpatients' department in the South Bohemia district. The other group was formed of the students of the Pedagogical Faculty of the University of South Bohemia in České Budějovice.

It was found out, that the epileptics have the information about regime measures available, but that they don't keep them. Primarily these were young epileptics, who don't understand the fact even after the sufficient explanation that they can help themselves just with keeping the regime and without medication treatment. Further it was found out, that students of the Pedagogical Faculty have information on lending the first aid available.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala 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, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 14. 5. 2007

.....

Ivana Doubková

Poděkování:

Děkuji vedoucí práce MUDr. Drahoslavě Tišlerové za obětavou pomoc a podporu při zpracování bakalářské práce.

OBSAH:

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1. Historie	9
1.2. Definice epilepsie	10
1.3. Epidemiologie epilepsie.....	10
1.4. Etiopatogeneze epilepsie	12
1.4.1. Genetické faktory.....	12
1.4.2. Inzulty	12
1.4.2.1. Prenatální inzulty	13
1.4.2.2. Perinatální inzulty.....	13
1.4.2.3. Postnatální inzulty.....	13
1.5. Patofyziologie epilepsie.....	14
1.6. Diagnostika epilepsie.....	16
1.6.1. Anamnéza	16
1.6.2. Laboratorní vyšetření.....	17
1.6.3. Elektroencefalografie a magnetoencefalografie	18
1.6.4. Zobrazovací metody.....	19
1.6.5. Neuropsychologické vyšetření.....	19
1.6.6. Diferenciální diagnostika	19
1.7. Klasifikace epilepsií a epileptických záchvatů	20
1.7.1. Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů	20
1.7.2. Semiologická klasifikace záchvatů.....	22
1.7.3. Mezinárodní klasifikace epilepsií a epileptických syndromů.....	23
1.7.4. Návrh nového diagnostického schématu epileptických záchvatů a epilepsií.....	24
1.8. Terapie epilepsie.....	24
1.8.1. Režimová opatření	25
1.8.2. Farmakoterapie	26

1.8.3. Antiepileptika.....	26
1.8.4. Ukončování léčby	27
1.9. Komorbidity epilepsie	28
1.10. První pomoc při epileptickém záchvatu.....	28
1.11. Žena a epilepsie	30
1.12. Sociální problematika epilepsie	31
1.12.1. Dispenzarizace	32
1.12.2. Příprava na zaměstnání a zaměstnání v dospělosti	33
1.12.3. Změněná pracovní schopnost.....	34
1.12.4. Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany	34
1.12.5. Řízení motorových vozidel.....	34
1.12.6. Volný čas	35
1.13. Organizace zabývající se problematikou epilepsie	35
1.13.1. EpiStop.....	36
1.13.2. Společnost “E“	36
1.13.3. Mezinárodní liga proti epilepsii	36
1.14. Koncepce péče o pacienty s epilepsí v ČR	37
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	38
2.1. Cíl práce.....	38
2.2. Hypotézy.....	38
3. METODIKA.....	39
3.1. Metodický postup	39
3.1.1. Metodický postup při zpracování praktické části	39
3.2. Charakteristika souboru	39
4. VÝSLEDKY	41
4.1. Výzkum – Studenti	41
4.1.1. Sociodemografické údaje.....	41

4.1.2. Otázky týkající se zkoumaného problému	43
4.2. Výzkum – Epileptici	53
4.2.1. Sociodemografické údaje.....	53
4.2.2. Otázky týkající se zkoumaného problému	57
5. DISKUSE	73
6. ZÁVĚR.....	77
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	79
8. KLÍČOVÁ SLOVA	82
9. PŘÍLOHY	83

Úvod:

Epilepsie je jedno z nejčastějších neurologických onemocnění. Nejde jen o chorobu, ale o souhrnné pojmenování mnoha nemocí, jejichž společným projevem je výskyt epileptických záchvatů. Epilepsie je nemocí, která pacienta velmi obtěžuje, omezuje a limituje v řadě aktivit a výrazně mění jeho život.

Diagnóza epilepsie je spojena v naší společnosti ještě stále často se stigmatizací. V současné době dosud panuje řada předsudků, emotivních názorů či dokonce negativních postojů, které dílem vycházejí z neznalosti a dílem ze strachu z neznámého. Přístup k epileptikům je ovlivněn také kvalitou informací a jejich rozšířením v populaci. Tyto postoje jsou někdy spojené s podvědomou nebo vědomou snahou vyřadit nemocné ze společnosti, přinášejí řadu druhotných problémů v oblasti emoční, sociální, profesní, školní nebo v partnerských vztazích. Nezřídka vede ke ztrátě zaměstnání nebo ke zhoršeným podmínkám při jeho hledání.

Způsob, jakým společnost přistupuje k epileptikům je ovlivněn kvalitou informací a jejich rozšířením v populaci.

Podle mého názoru a bohužel i z vlastní zkušenosti vím, že informovanost veřejnosti o epilepsii je v současnosti velmi neúplná.

Prostřednictvím této práce bych chtěla poskytnout trochu jiný pohled na tuto problematiku.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Historie

Epilepsie je nejstarší známá neurologická choroba. První zmínku o ní lze nalézt v téměř 4 tisíce let starém Chammurapiho babylonském zákoníku. Za patrona epilepsie a epileptiků je od starověku považován svatý Valentin. Nejpravděpodobnější vysvětlení zodpovědnosti svatého Valentina za epilepsii a epileptiky pocházelo od Luthera jako prostá analogie jména „Valentin“ a německého „fallen“, padat. **(20)**

Nemocní nervovými záchvaty nebyli považováni za nemocné, ale za posedlé ďáblem a označování jako nečistí. Tito lidé byli většinou předmětem opovržení, odporu, a postaveni po dlouhá staletí mimo společnost.

„Svatá nemoc“, „rajská nemoc“ a řada podobných názvů byla v dávných dobách lidově užívána pro onemocnění epilepsie. Současně vznikaly i názvy jako „ohavná nemoc“ či „nemoc, ze které se zvrací“. Tato pojmenování vyjadřovala vztah lidstva k epilepsii, která všeobecně odpuzovala. Neboť se v těchto dobách o příčinách vzniku epilepsie nic nevědělo a zdravý člověk viděl v epileptickém záchvatu jakýsi démonický účinek nebo předpokládal souvislost nemoci s božským trestem či prokletím. **(20)**

Ve středověku byla užívána pojmenování jako „svatý žal“ či „svátost“ nebo „božská síla“. Mnohé názvy odrážely vnímání nemocných okolím, vyjadřovaly vztah k nemoci, u které nebyla známa racionální příčina. Takovými názvy byly „bolestné utrpení“, „postižení neštěstím“ či „velká nákaza“.

Epilepsií trpěly i významné historické osobnosti jako Julius Caesar, Johanka z Arku, Napoleon Bonaparte, Ludwig van Beethoven a mnoho dalších.

Velké množství významných lékařů se snažilo epilepsii lépe poznat a léčit. Mezi těmito lékaři můžeme jmenovat i Hippokrata, který neuznával laický názor, že se jedná o posedlost démonem, či nějakým nepřátelským bohem, ale snažil se prosazovat svoji racionální vědeckou teorii. Dalšími lékaři zabývající se touto problematikou byly: Avicena, Galén, Alexandros Tralleiský, Paracelsus, Jan Marek Marci a další. **(20)**

Důležitým mezníkem v terapii epilepsie bylo objevení a použití specifických léků. Cílená farmakologická léčba epileptických záchvatů byla zahájena v roce 1857

preparáty bromu. Prvé klasické antiepileptikum, které se používá do dnešní doby, fenobarbital, bylo syntetizováno v roce 1914. Nejdříve byl používán jako lék se sedativními, uklidňujícími účinky, později byl zjištěn jeho příznivý efekt na epileptické záchvaty. Jako protizáchvatový lék je užíván dosud. Má stále dobrý léčebný efekt při vhodném dávkování a pro vhodnou formu záchvatů. (4)

Na další velmi účinný lék se čekalo 24 let a byl jím fenytoin, u nás prodáváný pod firemním názvem Sodanton. Byl syntetizován v roce 1938. Po 14 letech přišel Primidon. Nabídka dalších účinných léků se již rozšiřovala velmi rychle. V letech 1960 a 1974 byly objeveny další 3 léky. V roce 1982 další dva a od roku 1991 do dnešní doby do klinické praxe přibylo velmi velké množství léků. (4)

1.2 Definice epilepsie

Epileptické onemocnění je nejčastější ze všech závažných neurologických onemocnění, jak u dospělých, tak u dětí. Je charakterizováno výskytem spontánních rekurentních epileptických záchvatů.

Vyskytuje se po celém světě, bez ohledu na zeměpisnou polohu a socioekonomickou strukturu. V léčbě se usiluje nejen o ovlivnění záchvatů, ale i o zmírnění případných psychických obtíží a sociálního dopadu onemocnění. (2)

1.3 Epidemiologie epilepsie

Epilepsie je onemocnění s relativně vysokou incidencí. Ve vyspělých zemích se incidence nových případů epilepsie pohybuje mezi 24-53/100 000 jedinců za rok, v rozvojových zemích je až trojnásobně vyšší. Incidence epilepsie stoupá v mužské populaci. Muži jsou epilepsií postiženi v průměru 1 až 2,5krát častěji oproti ženám. Epilepsií trpí asi 1-1,5 % populace. (20)

Epilepsie se považuje za onemocnění, které postihuje především děti a mladé dospělé jedince, ale asi 30 % nově diagnostikovaných epilepsií bylo zpozorováno i u jedinců starších 65 let.

Prevalence aktivní epilepsie – tedy počet pacientů s epilepsií, které prodělali v posledních pěti letech alespoň jeden epileptický záchvat – je v populaci 0,5-1%. V České republice v současné době žije kolem 70 000 pacientů s aktivní epilepsií. (2)

U většiny lidí, kteří dostanou prvý nevyprovokovaný epileptický záchvat, je riziko opakování záchvatů. Přejde-li záchvat v dospělém věku, je to vždy závažné, a to z toho hlediska, že může být projevem jiného onemocnění mozku (např.nádor).

Z pohledu vývoje onemocnění převažuje dobrá prognóza. Podle provedených studií lze říci, že asi 70 % osob s diagnózou epilepsie je bez záchvatů do 5 let od počátku terapie, jen asi 20 % z nich má po 2 až 5 letech relaps. Ovšem z jiného pohledu asi 30 % epileptiků prodělá jen několik záchvatů za život. Jsou známy i případy, kdy epileptické onemocnění skončilo samo o sobě bez léčby. Ve 30 % případů jsou záchvaty dobře kompenzovány antiepileptickou léčbou a v přibližně 20 % lze záchvaty potlačit trvalou medikací a dodržováním režimových pravidel. Dodržování medikace a režimových pravidel, je velice důležité, protože pravděpodobnost recidivy záchvatů je poměrně veliká. (20)

Posledních zhruba 20 % epileptiků se nepodaří kompenzovat ani těmito celoživotními opatřeními a léčbou, mají špatnou prognózu a záchvaty pokračují i přes podávanou léčbu. Tito epileptici jsou označováni jako farmakorezistentní. V současné době je 15 % nemocných farmakorezistentních. Selhává u nich jakákoliv farmakoterapie, onemocnění je provázáno rozvojem závažného mentálního handicapu, někdy i rozvojem neurologické symptomatologie.

Počáteční průběh epilepsie je dobrým **prediktorem** dalšího průběhu nemoci. Čím delší je první dlouhodobá remise, tím méně je pravděpodobné znovuobjevení záchvatů. Jedním z prognostických znaků je také počet záchvatů před započítáním terapie. Faktory jako je věk, pohlaví, typ záchvatu nebo EEG nález nejsou samostatnými prognostickými faktory.

Druhý záchvat se objeví až u 80 % jedinců, u kterých proběhl první epileptický záchvat, přičemž největší riziko tohoto druhého záchvatu je v průběhu následujících 6 měsíců a klesá až na 20 % v případě, že následuje 18 měsíční bezzáchvatové období. Asi jen 30–40 % pacientů zůstane bez záchvatů po dobu delší než 3 roky. (20)

1.4 Etiopatogeneze epilepsie

Epilepsie jsou skupina onemocnění značně různorodých po stránce etiologie, patogeneze, klinického obrazu i prognózy.

1.4.1 Genetické faktory

Hippokrates asi 400 let před počátkem našeho letopočtu uvedl, že epilepsie může být dědičná. Na tuto myšlenku v polovině 18. století navázal Tissot a uvádí, že genetické faktory mohou vést k rozvoji epilepsie.

V průběhu let epileptologie postupovala do éry DNA a potvrzuje se domněnka, že v podstatě neexistuje epilepsie bez genetické predispozice. Významnou roli hrají geny nejen u idiopatických epilepsií, ale i u ostatních epilepsií včetně parciálních, u kterých se vždy předpokládalo, že jsou čistě symptomatické.

Klasifikace epileptických záchvatů je rozdělena na generalizované a parciální epilepsie a z etiologického pohledu na idiopatické a symptomatické. Idiopatické epilepsie byly považovány za dědičné a symptomatické za získané. Ale v současné době při současných genetických znalostech se zjišťuje, že řada symptomatických epilepsií má nějakou genetickou složku. V diagnostice epilepsie proto hraje velice významnou roli rodinná anamnéza pacienta (kompletní rodokmen). **(20)**

Znalosti genetiky mohou posloužit k předvídání vývoje epilepsie u daného jedince, mohou pomoci v plánování rodiny v těch případech, kdy některý nebo oba rodiče trpí epilepsií, ale i v případech, kdy zdraví rodiče mají dítě s epilepsií. Riziko epilepsie u dítěte zdravých rodičů je asi 2–3 %. V případě, že otec či matka má epilepsii riziko epilepsie stoupá na 5 %. V případě obou rodičů-epileptiků je riziko 10-15 %. **(20)**

1.4.2 Inzulty

Inzulty se mohou rozlišovat nejen podle jejich charakteru na traumatické, hypoxicko-ischemické, infekční atd., ale také podle toho, ve kterém období vývoje mozku působily - prenatalní, perinatální a postnatální inzulty.

1.4.2.1 Prenatální inzulty

Prenatální faktory způsobují vývojové dysplázie, které jsou v mnoha případech příčinou rozvoje epileptického onemocnění. Postihují mozek v průběhu jeho vývoje. Jedná se o infekce (cytomegalovirové, toxoplasmozové, herpetické,...) či toxické látky (např. kokain), které byly vědomě či nevědomě užívané matkou. Pomocí jejich vlivu dochází ke špatným propojením, která se projeví strukturální změnou mozku nebo změnou funkční. Takto postižená tkáň je náchylná k tvorbě epileptických výbojů a k další epileptogenezi s rozvojem epilepsie jako nemoci. **(16, 20)**

1.4.2.2 Perinatální inzulty

Mezi nejvýznamnější perinatální riziko patří hypoxicko-ischemický infarkt v průběhu porodu. Méně časté je mozkové krvácení, mechanické poškození při průchodu úzkými porodními cestami, infekce a metabolické rozvraty matky a novorozence.

1.4.2.3 Postnatální inzulty

Příčinami sekundárních epilepsií mohou být cévní onemocnění mozku, nádorová onemocnění, encefalopatie nejčastěji toxometabolické, traumata a infekční onemocnění mozku.

a) Cévní onemocnění mozku

Cévní mozkové příhody jsou častými příčinami akutní ischemie. V pozdějších fázích hojení cévní příhody je dominující příčinou krvácení. Krvácení vede častěji k rozvoji epileptického rozvoje než ischemický proces. Následné epileptické záchvaty se objevují nejčastěji do 1 roku po cévní příhodě. **(16)**

Cévní onemocnění mozku je nejčastější příčinou u starších jedinců. Epilepsie může být první manifestací klinicky němého cerebrovaskulárního onemocnění. **(3)**

b) Nádorová onemocnění

Nádory způsobují poškození mozkové tkáně, dráždění okolní tkáně a částečně při svém rozpadu působí i toxickometabolicky a tím mohou vyvolávat vznik

epileptického záchvatu. Pro nádory je typické, že pomalu rostoucí a převážně benigní nádory jsou podstatně více epileptogenní než rychle rostoucí maligní nádory.

Epileptické záchvaty mohou vznikat i po operaci nádoru. Největší riziko vzniku epileptického záchvatu je do 1–2 roků po operaci. Tyto záchvaty jsou spouštěny např. pooperačními jizvami, změnami neuronálních propojení atd. **(20)**

c) Infekční onemocnění mozku

Infekční onemocnění mozku způsobuje také časné a pozdní projevy epilepsie. V časné fázi se jedná o akutně vzniklé epileptické záchvaty nebo následně o probíhající epileptogenezi se vznikem epilepsie jako nemoci. Postinfekční epilepsie jsou charakteristické svou špatnou kompenzovatelností a léčitelností. Mezi nejzávažnější infekce CNS patří herpetická encefalitida. **(16)**

d) Poranění mozku

Kraniocerebrální poranění může způsobit časnou nebo pozdní, ale i posttraumatickou epilepsii. Je třeba odlišit časné záchvaty v prvních hodinách až dnech po úrazu a pozdní s odstupem několika měsíců, které jsou již projevem rozvinuté epilepsie. Preventivní nasazení antiepileptik může zabránit časným záchvatům, ale nikoliv rozvoji epileptogeneze. **(16)**

e) Alkoholdependentní záchvaty

Samotný alkohol způsobuje toxické poškození nervové tkáně. Z epidemiologického hlediska je známo, že u pacientů s chronickým alkoholismem je vyšší prevalence epileptických záchvatů. Alkohol je nejrizikovější při akutní intoxikaci a při náhlém vysazení. U dospívajících pacientů se epileptické záchvaty mohou objevit po požití alkoholu, často však ve spojení se spánkovou deprivací a stroboskopem. **(5)**

1.5 Patofyziologie epilepsie

Epilepsie se projevuje epileptickými záchvaty, které jsou vyvolané paroxyzmálními neuronálními vývoji. Záchvatovitá aktivita se odehrává na různých úrovních. Inhibičně neurotransmitterové systémy a excitačně neurotransmitterové systémy jsou základní záchvatové úrovně. Fyziologicky jsou tyto systémy v rovnováze.

Závažná porucha rovnováhy mezi těmito systémy ve smyslu snížení inhibice nebo zvýšení excitace může mít za následek epileptický záchvat. **(6)**

Mezi základní termíny patofyziologie patří pojmy iktogeneze a epileptogeneze. Iktogeneze je pojem označující časovou posloupnost rozvoje epileptického záchvatu. Epileptogenezi lze chápat v dvojím smyslu. V širším pojetí jako děj, který vede k rozvoji chronického epileptického onemocnění, a úžeji jako proces vzniku primárního či sekundárního epileptického ohniska.

Základem tzv. primární epileptogeneze je vznik epileptického agregátu inzultem, který obvykle poškodí neurony i astrocyty. Po zásahu inzultu tedy dochází ke vzniku určitého množství epileptických neuronů pomocí neuroexcitoxické kaskády. Epileptický proces narušuje hierarchické uspořádání struktur mozku, vnucuje správně fungujícím strukturám a komplexům abnormální aktivitu a dochází k zhoršování vyšší nervové činnosti, paměti, motorické koordinace atd. **(20)**

Proces rozvoje sekundárního ohniska se označuje jako tzv. sekundární epileptogeneze. Mechanismem opakovaných výbojů v určitých drahách a kruzích dochází k rozvoji nového (sekundárního) ložiska v tzv. epileptogenních oblastech. Podmínkou je dostatečné množství epileptických neuronů, které jsou schopny vyvolat změny vedoucí k záchvatu, a jejich hypersynchronizace, tedy schopnost populace neuronů produkovat výboje současně.

Pro iktogennezi jsou důležité tyto faktory. Prvním z nich je záchvatová pohotovost, která vyjadřuje náchylnost ke vzniku epileptického záchvatu a epilepsie. Je podmíněna geneticky a mění se s věkem a stavem vnitřního prostředí. Snižuje se úměrně s věkem, nejvyšší je u kojenců a batolat, kdy se často setkáváme s tzv. febrilními záchvaty. Jde o věkově vázané poruchy vědomí nebo křeče, vyskytující se výhradně při zvýšené teplotě. Záchvatová pohotovost se aktuálně zvyšuje v mělkém spánku, při menstruaci či v těhotenství. Můžeme ji tedy charakterizovat jako schopnost hyperexcitability a hypersynchronizace, která se projevuje v určitých zátěžových podmínkách. Hyperexcitabilita je schopnost nervových buněk abnormálně reagovat na běžný podnět. Hyperexcitabilitu nervové tkáně může způsobovat celá řada difúzně působících faktorů (např. hypoxie, hyperhydratace, hypoglykemie, alkalóza aj). **(20)**

Epileptický podnět může a nemusí být vždy přítomen. Je-li přítomen, může se jednat o podnět ze zevního i vnitřního prostředí. Ze zevních faktorů můžeme hovořit o sensorických vjemych tedy světelných, případně akustických nebo somatosenzorických. Z faktorů vnitřního prostředí jde nejčastěji o změny humorální (u žen závislost záchvatů na fázi menstruačního cyklu). Dalším faktorem je epileptické ohnisko vytvořené inzultem v jakékoliv oblasti mozku.

Jeden epileptický neuron nic neznamena, jeho aktivita může být lehce zvládnuta inhibičními mechanizmy mozku. Ke vzniku epileptického ohniska je zapotřebí, aby počet epileptických neuronů překročil určité kritické množství a aby synchronní aktivitou vytvářel ohniskové výboje. (6)

1.6 Diagnostika epilepsie

Správné stanovení diagnózy je velmi důležité, jelikož nesprávně vedená (či žádná) léčba může nemocné výrazně poškodit. Je nezbytné mít stále na paměti, že epileptický záchvat může být, a často i bývá, příznakem jiného onemocnění. Léčba zaměřená na toto onemocnění může v mnoha případech epilepsii zcela vyléčit. (28)

1.6.1 Anamnéza

Diagnóza epilepsie je založena především na anamnestických údajích, protože ve většině případech nemá lékař možnost záchvat sám pozorovat. Je tedy nutné získat údaje nejen od samotného pacienta, ale i popis od očitých svědků záchvatu. Vyslechnutí svědka záchvatu je velmi důležité, jestliže pacient během záchvatu ztrácí vědomí. Při chybění tohoto popisu je stanovení diagnózy obtížné a často nejisté. (27)

Zásadní a určující význam má anamnéza u pacienta, kterého lékař vyšetřuje pro poruchu vědomí poprvé. Velice důležité je získat pacientovu důvěru, kterou lékař získá často až po opakovaném rozhovoru s pacientem. Po navázání důvěrného vztahu je pacient otevřenější, je ochoten podrobně a přesně hovořit o průběhu svých záchvatů, pocitech, náladách, poruchách životosprávy, ale také i o intimních záležitostech.

Dokonalá anamnéza může významně pomoci k úpravě názoru na stav pacienta a další terapeutický postup.

a) Rodinná anamnéza

Rodinná anamnéza je zejména pátrání po výskytu záchvatového onemocnění nejen u nejbližších příbuzných, ale i v širším příbuzenství. Pozitivní rodinná anamnéza může mít zásadní vliv na terapeutické rozhodnutí a rozhodnutí o epileptochirurgickém zákroku. (2)

b) Osobní anamnéza

V tomto případě nás zajímá způsob a průběh porodu, z kolikátého těhotenství pacient je, kolik bylo matce v době porodu a zda pacient byl narozen v termínu či nikoliv. Zjišťuje se také průběh těhotenství matky, výskyt traumat a proběhlá onemocnění matky či případná medikace v průběhu gravidity. U starších pacientů se pátrá také po proběhlých cévních mozkových příhodách, operacích mozku, po narkózách zejména pokud byly opakované. U pacientek je součástí osobní anamnézy i gynekologická anamnéza. (2)

Další důležitou anamnézou je anamnéza záchvatového onemocnění, hlavně v těch případech, vyšetřuje-li se pacient po prvním záchvatu, který nemusel být epileptický. Péče se věnuje zejména těmto bodům: okolnosti záchvatu, prodromy a aura, průběh záchvatu, způsob návratu vědomí, pomočení, pokousání a postiktální příznaky.

Kromě pečlivé anamnézy je důležité provést i klinické vyšetření.

1.6.2 Laboratorní vyšetření

V diagnostice epilepsie se laboratorním vyšetřením rozumí základní biochemické vyšetření se zhodnocením hladin iontů i funkce jater a ledvin. Vhodné je stanovení celého glykémického profilu a krevního obrazu. V průběhu sledování nemocného, u kterého byla diagnostikována epilepsie a zahájena léčba, se monitoruje profil sérové hladiny antiepileptika. To platí pro antiepileptika tzv. klasická (první a druhá generace), u antiepileptik třetí generace se hladiny nesledují. (20)

Mezi laboratorní vyšetření lze zařadit i vyšetření endokrinologické, metabolické a imunologické. V současné době proniká do komplexu vyšetření i vyšetření genetické k posouzení možné dědičnosti.

1.6.3 Elektroencefalografie a magnetoencefalografie

Ze stejných dějů, které vznikají v nervových buňkách a neuronových sítích vychází elektroencefalografie (EEG) a magnetoencefalografie (MEG). Tyto děje jsou způsobovány změnami iontové permeability s následnými změnami elektrického a magnetického pole zejména na pre- a postsynaptických membránách a pyramidových buňkách. Výhodou MEG je lepší propustnost tkáněmi a tím také lepší lokalizační schopnost. **(20)**

Elektroencefalografie je v epileptologii nezastupitelnou vyšetřovací metodou. Její výhodou je kromě neinvazivnosti i její snadná opakovatelnost. Z ekonomického hlediska patří mezi nejlacinější vyšetřovací metody. Uplatňuje se nejen v diagnostice, ale i v monitoraci léčby a při jejím ukončení.

EEG pro svoji jednoduchost, lehkou opakovatelnost, nenáročnost pro vyšetřujícího i vyšetřovaného a poměrně významnou výpovědní hodnotu zůstává i v současné době nadále nezastupitelným vyšetřením v klinické diagnostice. **(14)**

Základním vyšetřením je standardní (nativní) EEG, které je v dnešní době využíváno při základní diagnostice a monitorování epileptiků v neurologických ambulancích a poradnách pro epilepsii. Tento záznam natočený v bdělém stavu s použitím běžných provokačních testů (fotostimulace a hyperventilace) může zachytit interiktální epileptické projevy ve formě specifických epileptických grafoelementů, jako jsou hroty, komplexy hrot-vlna či ostré vlny atd. EEG nález pomáhá určit záchvaty parciální nebo generalizované. Senzitivita jednoho rutinního EEG vyšetření je relativně nízká – v dospělém věku je kolem 30 %, u dětského věku je podstatně vyšší. Senzitivita se zvyšuje na 80 % při natočení spánkového záznamu a při dalších opakování spánkových grafů stoupá až na 90%. **(19)**

Z hlediska metodologického jsou dalšími základními vyšetřeními - EEG s aktivacemi (spánková deprivace, fotostimulace), EEG semiinvazivní, EEG invazivní a monitorování EEG (dlouhodobé ambulantní či videomonitorování). **(20)**

Dlouhodobé video-monitorování je nejprínosnější a provádí se v případech, kdy je nutné diferenciatnědiagnosticky odlišit neepileptické záchvaty. Dále se provádí také u pacientů farmakorezistentních, u nichž se uvažuje o chirurgickém řešení epilepsie.

Videomonitoring je extrémně časově i ekonomicky náročný a nehodí se k běžnému sledování pacientů s epilepsií. Je vyhrazen pouze vybraným specializovaným pracovištím. **(20)**

1.6.4 Zobrazovací metody

Zobrazovací metody, které se užívají v epileptologii se mohou rozčlenit na dvě základní skupiny. Do první skupiny patří vyšetření zobrazující strukturu mozkové tkáně a do druhé skupiny se řadí metody zachycující funkční stav jednotlivých částí mozku, tzv. metody funkčně zobrazovací. **(2)**

Pro pacienty s epilepsií má zásadní význam skupina první, do které náleží vyšetření MR (magnetická rezonance) a CT (počítačová tomografie) mozku. Druhá skupina vyšetření má podstatný význam pro pacienty, u kterých se zvažuje vykonání epileptochirurgického zákroku a u kterých výsledky ostatních vyšetřovacích metod neumožňují jednoznačnou lokalizaci a lateralizaci epileptogenní zóny. Mezi funkčně zobrazovací metody patří vyšetření SPECT (jednofotonová emisní tomografie), PET (pozitronová emisní tomografie), MRS (vyšetření MR spektroskopie) a další. **(2)**

1.6.5 Neuropsychologické vyšetření

Psychologické vyšetření by mělo být provedeno před zahájením léčby (zjišťuje vliv různých antiepileptik na psychickou a kognitivní kondici) a dále během léčby. Pomocí neuropsychologického vyšetření se zhodnotí kvantitativní kognitivní úroveň, charakterizuje se osobnost pacienta a stanoví prognóza.

Toto vyšetření by mělo být provedeno hlavně u pacientů se subjektivními nebo objektivními poruchami psychických funkcí, ale také u pacientů s podezřením na neepileptické psychogenně podmíněné záchvaty. **(19, 20)**

1.6.6 Diferenciální diagnostika

Přibližně jedna třetina stavů připomínajících epileptický záchvat je jiného původu – tedy neepileptického. Neepileptické záchvaty vypadají podle popisu podobně

jako epileptické, ale jejich původ epileptický není. Správné odlišení této skupiny záchvatů a nasazení indikované léčby je pro pacienta nesmírně důležité. (16)

Tyto záchvaty lze rozdělit do dvou základních skupin. První skupinou jsou somaticky podmíněné neepileptické záchvaty. Do této skupiny patří: synkopy, migréna, vertigo, poruchy spánku, cévní mozková onemocnění, mimovolní pohyby, metabolické, toxické faktory, některé abstinenční příznaky, aj. V těchto případech se provádí somatické vyšetření a na místě není paušálně nasazená antiepileptická léčba.

Druhou skupinou neepileptických záchvatů jsou neepileptické záchvaty psychogenně podmíněné. Jedná se o afektivní záchvaty, paroxysmální úzkostné poruchy (panická porucha), disociační poruchy (disociační amnézie, křeče), somatoformní poruchy (somatizační porucha, somatoformní vegetativní dysfunkce, aj.). Tyto poruchy jsou častou příčinou chybné diagnózy epilepsie. Indikovány jsou vyšetření psychiatrická, psychologická a další cílená léčba. (11)

1.7 Klasifikace epilepsií a epileptických záchvatů

Epileptický záchvat je příznakem funkčního postižení určité části nebo systému mozku. Lze říci, že se jedná o časově omezenou, většinou krátkou změnu klinického stavu podmíněnou excesivním výbojem části nervových buněk mozku. Klinický obraz epileptického záchvatu závisí na oblasti, v níž tento výboj vzniká nebo do které se následně šíří. (27)

1.7.1 Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů – ICES (1981)

Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů byla navržena Mezinárodní ligou proti epilepsii v roce 1981. Tato klasifikace rozlišuje dvě velké skupiny záchvatů – parciální záchvaty a generalizované záchvaty.

I. Parciální záchvaty

Parciální záchvaty vznikají v ohraničeném místě mozkové kůry (tzv. epileptogenní zóně). Jsou klasifikovány na základě toho, zda je či není během záchvatu alterováno vědomí. Ty záchvaty, u kterých není vědomí porušené a pacient nemá na

záchvat amnézii, jsou označovány za záchvaty parciální simplexní. Bylo-li vědomí narušené, záchvat klasifikujeme jako parciální komplexní. Parciální záchvat se také může rozvinout do generalizovaného motorického záchvatu. **(2, 4)**

- I.A. Parciální simplexní (s elementární symptomatologií)
 - I.A.1. Parciální simplexní záchvaty s motorickými projevy
 - I.A.2. Parciální simplexní záchvaty se somatosenzorickými nebo speciálními sensorickými příznaky
 - I.A.3. Parciální simplexní záchvaty s autonomními příznaky
 - I.A.4. Parciální simplexní záchvaty s psychickými příznaky
- I.B. Parciální záchvaty s komplexní symptomatologií
 - I.B.1. Parciální záchvaty s komplexní symptomatologií s iniciálními jednoduchými příznaky a následnou poruchou vědomí
 - I.B.2. Parciální záchvaty s komplexní symptomatologií s iniciální poruchou vědomí
- I.C. Parciální záchvaty přecházející v generalizované
 - I.C.1. Simplexní parciální (I.A) přecházející v generalizované
 - I.C.2. Simplexní parciální (I.B) přecházející v generalizované
 - I.C.3. Simplexní parciální přecházející v komplexní parciální a pak v generalizované

II. Generalizované záchvaty

V případech, kdy epileptický výboj zasahuje obě mozkové polokoule, mluvíme o záchvatech generalizovaných. Vědomí bývá narušeno a přítomné motorické projevy jsou oboustranné. **(2, 10)**

- II.A. Absence
- II.B. Myoklonické záchvaty
- II.C. Klonické záchvaty
- II.D. Tonické záchvaty
- II.E. Tonicko-klonické záchvaty
- II.F. Atonické záchvaty

III. Neklasifikované epileptické záchvaty

Do této kategorie záchvatů patří všechny záchvaty, které nelze klasifikovat díky nedostatečným nebo neúplným údajům. Zahrnuje také některé záchvaty, které svou povahou nezapadají do výše uvedených kategorií.

1.7.2 Semiologická klasifikace záchvatů – SSC (1998)

Tato klasifikace záchvatů není oficiální klasifikací ILAE (= Mezinárodní liga proti epilepsii). Používá se v řadě epileptologických center. Umožňuje snadný popis záchvatů v běžné klinické praxi. (2)

I. Epileptický záchvat (neklasifikovatelný)

- I.A. Aura
 - I.A.a. Somatosenzorická aura
 - I.A.b. Zraková (vizuální) aura
 - I.A.c. Sluchová aura
 - I.A.d. Čichová aura
 - I.A.e. Chuťová aura
 - I.A.f. Vegetativní aura
 - I.A.g. Abdominální aura
 - I.A.h. Psychická aura
- I.B. Vegetativní (autonomní) záchvaty
- I.C. Dialeptické záchvaty
- I.D. Motorické záchvaty
 - I.D.a. Simplexní motorické záchvaty
 - I.D.b. Komplexní motorické záchvaty
- I.E. Speciální záchvaty
 - I.E.a. Atonické záchvaty
 - I.E.b. Astatické záchvaty
 - I.E.c. Hypomotorické záchvaty
 - I.E.d. Akinetické záchvaty

I.E.e. Negativní myoklonické záchvaty

I.E.f. Záchvaty s afázií

II. Paroxysmální události

Do této skupiny záchvatů patří záchvaty, u kterých po zhodnocení předpokládáme neepileptický původ. Tyto události jsou označovány jako neepileptické záchvaty nebo nepřesně jako pseudozáchvaty. Jejich původ může být somatický nebo psychogenní. (2)

1.7.3 Mezinárodní klasifikace epilepsií a epileptických syndromů – ICEES (1989)

Mezinárodní klasifikace epilepsií a epileptických syndromů rozlišuje 2 hlavní skupiny - parciální epilepsie a epileptické syndromy; generalizované epilepsie a epileptické syndromy.

Dále rozlišuje dle etiologie epilepsie a epileptické syndromy *idiopatické* a *symptomatické*. Pojem symptomatický znamená, že epilepsie nebo syndrom má přesně definovanou, známou příčinu. Epilepsie a syndromy, u kterých etiologie není známa a je pravděpodobný genetický (dědičný) podklad onemocnění, nazýváme pojmem idiopatický. V této klasifikaci je také používán pojem kryptogenní tzn. epilepsie nebo epileptický syndrom má pravděpodobně symptomatickou příčinu, ale ta není známa. (2)

I. Parciální, fokální epilepsie a epileptické syndromy

I.1. Idiopatické (věkově vázaný počátek)

I.2. Symptomatické

I.3. Kryptogenní

II. Generalizované epilepsie a epileptické syndromy

II.1. Idiopatické (s věkově vázaným počátkem)

II.2. Kryptogenní nebo symptomatické

II.3. Symptomatické

II.3.1. Nespecifická etiologie

II.3.2. Specifické syndromy

III. Epilepsie a epileptické syndromy bez možnosti určení, zda jsou fokální nebo generalizované

III.1. Přítomny jak generalizované, tak fokální (parciální) záchvaty

III.2. Bez jasných generalizovaných nebo fokálních projevů

IV. Speciální syndromy

1.7.4 Návrh nového diagnostického schématu epileptických záchvatů a epilepsií (2001)

Současné úrovní poznatků Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů z roku 1981 a Mezinárodní klasifikace epilepsie a epileptických syndromů z roku 1989 nevyhovují. Hlavním důvodem je rozvoj elektrofyziologie, zobrazovacích a funkčně-zobrazovacích technik, molekulární genetiky a rozvoj genetiky, která umožňuje nalézat nové genetické mutace se vztahem k mediátorovým systémům, iontovým kanálům atd.

Návrh nové klasifikace je rozdělen do pěti úrovní. První část popisuje iktální semiologii pomocí standardizovaného popisného slovníku. Část druhá klasifikuje typ záchvatu a část třetí definuje epileptický syndrom. Ve čtvrté části se přiřazuje danému syndromu etiologie a pátá část doplňuje „míru postižení“ pacienta epilepsií. (2)

Nový návrh klasifikace dosud není všeobecně přijat a je nadále diskutován.

1.8 Terapie epilepsie

Cílem protizáchvatové léčby epilepsie je zlepšení kvality života nemocných a snaha o optimalizaci jejich funkčního stavu. Jedná se o potlačení epileptických záchvatů, zmírnění jejich závažnosti a dopadu na interiktální období. (11)

Terapie epilepsie zahrnuje pravidelné užívání léků, správnou antiepileptickou životosprávu se všemi omezeními a denním režimem. Péče o nemocného se sestává z řady opatření, která by měla směřovat k co nejlepší kvalitě života epileptika, a musí vždy vycházet z dokonalé diagnostiky.

Je nezbytné si uvědomit, že v mnoha případech správná antiepileptická životospráva, která je bez vedlejších účinků, může situaci nemocného vyřešit bez léčby farmakologické. Pokud tomu tak není, je důležité zajistit medikamentózní terapii. Jen část nemocných s epilepsií je indikována k operační léčbě. (20)

Významnou součástí péče o pacienta s epilepsií je také péče v sociální oblasti a poradenství, které má zajistit dostatečnou informovanost o nemoci. Nejlepší pacient je pacient spolupracující a informovaný, který ví, co nemoc obnáší a čeho se má vyvarovat. Jen takto lze dosáhnout nejlepšího výsledku léčby.

V současné době jsou v České republice dostupné prakticky všechny soudobé léčebné postupy, které zahrnují farmakoterapii, léčbu chirurgickou i léčbu pomocí tzv. vagového stimulátoru

1.8.1 Režimová opatření

Léčba epilepsie začíná vždy u režimových opatření, jejichž cílem je eliminace možných provokačních faktorů. Důležitou součástí terapie je tedy pravidelná životospráva, pravidelný rytmus spánku a bdění. Je doporučeno usínat a probouzet se jednou za 24 hodin. Každý přechod mezi spánkem a bděním zvyšuje pohotovost k epileptickému záchvatu. Z hlediska dietetického je nutné dodržovat úplnou abstinenci alkoholu, protože etylalkohol má velký epileptogenní vliv. **(21)**

Provokačním faktorem epilepsie tedy může být: alkohol, nedostatek nebo nepravidelný rytmus spánku, noční bdění, požití omamných látek a u některých epileptiků blikající světla. U léčených epileptiků může vyvolat epileptický záchvat náhlé vysazení léků. Dalším faktorem, který může ovlivnit vznik epileptického záchvatu je stres, hormonální změny (menstruace), nadměrná únava, teploty, fyzická zátěž či určité léky. Nemocný by se měl tedy vyhnout individuálně známým provokačním faktorům.

Zvládat stres se může naučit každý pacient sám. Doporučuje se plánovat si pracovní schůzky, povinnosti v domácnosti tak, aby nepřipadalo příliš mnoho aktivit na jeden den. Případné nezvládnutí naplánovaných činností pak pacienta příliš nestresuje.

Dalším důležitým režimovým opatření je přiměřená aktivita s pravidelným příjmem tekutin a vyvarování se přímého přehřátí hlavy. U epileptika je nutné vyloučit práci na noční směny, ve výškách, u rotačních stolů, řízení motorových vozidel (s výjimkou určitých stavů kompenzovanosti), svařování. **(20)**

Každý epileptik by měl u sebe nosit záznam o svém onemocnění, o podávané léčbě a adresu s telefonním číslem svého ošetřujícího lékaře.

1.8.2 Farmakoterapie

Farmakoterapie je nejčastější léčbou epilepsie. Před zahájením léčby musíme mít vždy jistotu, že u pacienta je diagnóza epilepsie jistá, že jeho záchvat není vyvolán jinými okolnostmi. Rozhodnutí o léčbě je vždy individuální u každého pacienta a musí být uvážlivé. Nejdříve se musí určit příčina záchvatu, riziko jeho opakování, typ záchvatu atd. **(25)**

Farmakoterapii zahajujeme vždy monoterapií. Není-li první lék účinný, přistupujeme k alternativní monoterapii. Což znamená, že po nasazení dalšího léku postupně snižujeme lék původní. Tímto způsobem je v současné době možno kompenzovat až 70 % nemocných. Není-li ani alternativní monoterapie úspěšná, přistupujeme k racionální polyterapii. Prostřednictvím dvojkombinace léků je možno kompenzovat přibližně 10 % nemocných, pomocí trojkombinace léků 5 % nemocných. **(11)**

Dávkování antiepileptik se podřizuje několika faktorům, kterými jsou: věk, váha, jiná onemocnění a současná medikace, která je používána pro léčení jiné nemoci, kterou pacient trpí. V průběhu léčby se provádí laboratorní biochemická a hematologická vyšetření. Dalším vyšetřením je vyšetření plazmatických hladin antiepileptik, které nás informuje o účinné hladině antiepileptik. **(20)**

Přes rozvoj moderní farmakoterapie epilepsie stále podstatná část nemocných nereaguje na medikamentózní léčbu vymizením záchvatů. V současné době je 15 % pacientů farmakorezistentních.

1.8.3 Antiepileptika

Antiepileptika jsou léky, které mají schopnost potlačit záchvaty. Neléčí příčinu a ani nedokážou zabránit rozvoji epilepsie. Léčba epilepsie je ve většině případech dlouhodobá a vyžaduje pravidelné užívání antiepileptik, za účelem udržení hladiny v mozku na úrovni, která je dostatečná pro potlačení záchvatů. **(19)**

Léčba epilepsie má mnoho nežádoucích vedlejších účinků, kterými jsou projevy z ovlivnění CNS. Mezi běžné nežádoucí projevy patří: somnolence, nepřiměřená únava, sucho v ústech, zpomalení psychomotorického tempa, diplopie nebo rozmazané vidění, pocity instability, porucha koordinace, nauzea. V některých případech se stává, že nežádoucí účinky léčby epilepsie postihují i jiné systémy a orgány těla. **(24)**

Antiepileptické léky rozdělujeme na klasické, standardní a na nová antiepileptika. „Klasická antiepileptika“ byla vyvinutá a do klinické praxe zavedená koncem 80. let 20. století a mají u řady pacientů nepříjemné nežádoucí účinky, například – orgánová toxicita, kosmetické nežádoucí účinky, negativní psychotropní účinky, negativní efekt na reprodukční funkce atd. Do této skupiny antiepileptik patří: karbamazepin, fenytoin, valproáty a fenorbital. **(18)**

V posledních 15 letech byla vyvinuta a do klinické praxe zavedena další antiepileptika, která se nazývají nejednotně (tj. nová antiepileptika, novější antiepileptika a nebo antiepileptika III. generace). V současné době je v naší republice registrováno a používáno šest „nových“ antiepileptik. Tyto léky byly do klinické praxe zavedeny po roce 1989. Řadí se k nim: lamotrigin, gabapentin, topiramát, tiagabin, levetiracetam a pregalin. Kromě těchto vyjmenovaných antiepileptik existuje více než 15 antiepileptik, která se zatím nacházejí v různých fázích klinického testování. Jsou jimi: retigabine, lacosamide, talampanel, valocemid, rufinamid, brivaracetam a další. Některá z nich se s velkou pravděpodobností budou používat v blízké budoucnosti. **(18)**

1.8.4 Ukončení léčby

Ukončování léčby epilepsie by mělo být postupné, nenásilné a uvážlivé. Epilepsie je onemocnění, u kterého není jednotná prognóza. Z tohoto důvodu při vysazování léčby musíme mít na mysli individuální medicínská a psychosociální rizika spojená s pokračováním léčby a s jejím vysazením. Při ukončování léčby je důležité pamatovat i na riziko recidivy záchvatů, které je nejvyšší během vysazování léčby a v následujícím roce po jejím ukončení. Neobjeví-li se epileptický záchvat během dvou let, považujeme pacienta za vyléčeného. V případě recidivy záchvatů se obvykle navracíme k původní efektivní léčbě. **(11)**

Snížení medikace a její vysazování by se mělo zahájit v průměru nejdříve po 1–2 letech bezzáchvatovém období v závislosti na předchozí délce léčby a typu epilepsie. Důležité je ukončovat medikaci za kontroly EEG. Vysazením farmakologické léčby je pacient plně kompenzován. (20)

1.9 Komorbidity epilepsie

Cílem péče o pacienty s epilepsií je zlepšení kvality života. Péče nespočívá pouze v ovlivnění záchvatů, ale také v ovlivnění jejich psychiky, protože pacienti jsou často více omezováni psychickými obtížemi. Ty mohou být podmíněny reakcí na nemoc jako takovou, strachem nebo úzkostí při očekávání dalších záchvatů a nejistotou, která vyplývá z neschopnosti předpovědět, kdy se další záchvat objeví. Porucha psychických funkcí může být způsobena užíváním antiepileptik, ale i interiktálními výboji.

Přestože epilepsie není duševní choroba, bývá často spojena s psychickými změnami. Vlastní epileptický záchvat může být doprovázen přechodnými psychickými změnami, ale v závislosti na typu a příčině mohou nastat trvalejší změny psychiky.

Každé tělesné i duševní onemocnění vyvolává u člověka psychologickou reakci. Nemocní epilepsií se v dětství snadněji vyrovnají s nově vzniklou situací, naopak v pubertě a dospívání dochází k závažným reakcím na toto onemocnění. U epileptiků dochází k transitorním psychickým alteracím, které mohou být vázány na záchvat. Jedná se o pozáchvatovitou vyčerpanost, únavu, rozladění. (32)

U těchto pacientů lze zaznamenat i změny osobnosti, které nemají specifický osobnostní profil nebo poruchu, ale dochází k podstatné ireverzibilní změně osobnosti. Objevují se osobnostní změny jako je ulpínavost, zlost, dráždivost, ztráta libida, pokles emocionality, ztráta iniciativy, tupost apod. Velmi typické jsou rituály, obsese, nutkání zaobírat se detaily, přičemž pohled na celek uniká. (7)

1.10 První pomoc při epileptickém záchvatu

Každý z nás se může někdy v životě setkat s jedincem, který trpí epilepsií a může se stát, že právě v jeho přítomnosti epileptik dostane epileptický záchvat. Obecně lidskou povinností je tomuto jedinci pomoci, ale bohužel opak bývá spíše pravdou.

První důležitou radou je nepodléhat v dané situaci panice a zbavit se strachu. Zda-li jsme svědky epileptického záchvatu a nemáme k dispozici lék, je jedním z podstatných opatření odstranit všechny předměty z okolí nemocného, o které by se mohl poranit. Pokud toto opatření nelze provést, mě-li bychom ostré předměty či předměty s hranami zakrýt měkkou hmotou. V případě, že se jedná např. o horké předměty či oheň, je nutné nemocného co nejšetrněji odsunout z jejich přímého dosahu.

V průběhu epileptického záchvatu bychom nemocnému neměli zabraňovat v jeho automatismech, či v případě generalizovaného záchvatu nemocného držet násilím. Není vhodné držet končetiny, rozevírat pěsti, ústa a vkládat do nich nějaký předmět, abychom zabránili pokousání. Výsledkem by mohla být ještě prudší motorická reakce či dokonce agresivita. Oživovací pokusy ve snaze zabránit přerušení záchvatu nejsou také vhodné. **(9)**

V pozáchvatové fázi je nutné epileptika prohlédnout, zda není zraněný či poraněný. Zda-li ano, zajistíme ošetření a nemocného uložíme do stabilizované polohy, je-li v bezvědomí. V případě, že nemocný usne, necháme ho prospat, násilím ho nebudíme.

Je-li epileptik v pozáchvatové době zmatený, snažíme se ho uklidnit a citlivě usměrňovat. V případě jeho agresivity, která může být projevem záchvatu nebo záchvatové zmatenosti, je velice účinné jedinci vysvětlit co se přihodilo, klidně ho oslovovat a promlouvat s ním. **(20)**

Jde-li u jedince o první záchvat a není jasná etiologie a geneze, je nutné u jedince provést podrobné vyšetření se zaměřením na příčinu záchvatu. Vyšetření epileptika je důležité i v těch případech, kdy je nemocný poraněn, či u něj přetrvává pozáchvatová zmatenost a dezorientace. Léčí-li se jedinec pro epilepsii, je plně při vědomí, orientován a není vážně poraněn, následující hospitalizace není nutná, naopak časově i finančně zatěžuje zdravotnický systém. **(20)**

Je nutné upozornit na fakt, že epileptický záchvat je velkým množstvím nemocných vnímám s pocity studu a zejména pozáchvatové období je obdobím psychologicky velmi citlivým. Z tohoto důvodu by měl být taktní přístup k nemocným samozřejmostí.

1.11 Žena a epilepsie

Vztah gravidity a epilepsie je komplexním problémem, který vyžaduje na jedné straně individuální přístup ke každé pacientce a současně multidisciplinární přístup na straně druhé. V současné době v naší republice neexistuje žádný oficiální standart, který by se obecně dal aplikovat na ženy s epilepsií v průběhu gravidity. Přesto byla tato problematika v české literatuře popsána. Poprvé v roce 2002 v rámci III. standardu „Souboru minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií“ pracovní skupiny EpiStop. (17)

Epilepsie u žen má určitá specifika. Asi dvě třetiny žen trpících epilepsií si stěžují na větší výskyt epileptických záchvatů v období okolo menstruace, proto je velice důležitá spolupráce mezi neurologem a gynekologem. U některých žen se také často vyskytují poruchy menstruačního cyklu, anovulační menstruační cykly nebo také reprodukční endokrinní abnormality. Nutná spolupráce neurologa s gynekologem je důležitá i při výběru antikoncepce. Hormonální antikoncepce může být nepříznivě ovlivněna antiepileptiky, proto volba kontraceptiva je závislá na užívaném antiepileptiku.

Ženu s epilepsií mohou značně výrazně psychicky zatížit i vedlejší kosmetické účinky antiepileptik, jako je změna kvality vlasů, zhrubění rysů či hirsutismus. Psychicky nepříznivě působí i riziko negativních výsledků těhotenství s možným přerušáním, vznikem vývojových vad či vyšším rizikem onemocnění dítěte epilepsií. Z tohoto důvodu je kvalita života ženy s epilepsií horší oproti zdravé ženě. (20)

Každá žena ve svém životě touží mít rodinu a děti. U ženy s epilepsií je velmi důležité zajistit genetické poradenství, které zhodnotí riziko dědičnosti epilepsie. Ve velkém množství případů je riziko, že dítě bude mít epilepsii, malé. Uvádí se, že u zdravých rodičů je riziko vzniku epilepsie 2–3 %; pokud je jeden rodič epileptik riziko stoupá na 6 % a v případě obou rodičů s epilepsií až na 12 %. Vše samozřejmě záleží na typu epilepsie či epileptického syndromu a jejich genetických předpokladech. V rámci genetické porady se také zhodnotí riziko vzniku vývojových vad a ve spolupráci s genetikem se upraví antiepileptická medikace. (20)

Doporučuje se, aby těhotenství ženy s epilepsií bylo plánované a rozhovor na toto téma nedílnou součástí poradenské činnosti. Matka, nejlépe oba partneři by měli být dostatečně informováni o všech rizicích gravidity, vlivu gravidity na epilepsii, vlivu antiepileptik na plod a v neposlední řadě také o celém průběhu neurologické a gynekologické péče. Matka musí i v průběhu gravidity užívat léky v doporučené dávce, pravidelně navštěvovat gynekologa i neurologa a informovat je o každém epileptickém záchvatu, který měla.

V současné době dosud panují laické názory, že gravidita se u pacientek s epilepsií kontraindikací, proto nutné je tento názor odmítnout a uvědomit si, že žena s epilepsií má minimálně 90 % šanci, že gravidita, porod a poporodní období proběhne bez závažných komplikací. (17)

1.12 Sociální problematika epilepsie

Každá nemoc narušuje vztahy nemocného k okolí, ke společnosti a výjimkou není ani epilepsie. Epilepsie představuje pro nemocného vzhledem k záchvatovitému charakteru rizika zdravotní a některá omezení sociální. Společným problémem všech nemocných epilepsií jsou otázky sociálního zabezpečení a společenského uplatnění.

Z hlediska rehabilitačního se jedná o dlouhodobý program. Epilepsie postihuje všechny věkové skupiny s určitou převahou v dětském věku. Jde o subklinický stav a ani EEG nemusí mimo záchvat prokázat patologické změny. V okamžiku, kdy se objeví manifestní záchvat, člověk není schopen provádět jakoukoliv běžnou činnost a je v dané chvíli výrazně nebo zcela disabilní. Po záchvatu je pacient opět bez limitujících problémů vzhledem k běžným činnostem a jeho zdraví je relativně normální, ale nastává velké omezení nejrůznějších činností závislých na prostředí. (23)

Epilepsie v mnoha případech omezuje výběr škol, zájmových kroužků a sportů, přípravu na zaměstnání, volbu zaměstnání a mnoho dalších činností.

V současné době stále narážíme na problém pracovního začlenění lidí trpících epilepsií. Přitom právě tyto lidé bývají velmi pracovití, neproblematičtí, zodpovědní a životních šancí si velmi váží. Přetrvávající společenské předsudky však často bývají nepřekonatelné a vedou ke zbytečné nezaměstnanosti epileptiků.

Při hledání zaměstnání je důležité stanovit skutečná rizika u daného typu epilepsie a nést i rizika případná. Je doporučováno o onemocnění hovořit a pomoci dané osobě se o svém onemocnění volně vyjadřovat.

Velice mnoho také záleží na postoji spolupracovníků a jak taktně se daná situace vyřeší. V mnoha případech je velkým problémem to, že spolupracovníci epileptika o jeho onemocnění nevědí a dochází pod jejich nátlakem k překračování životosprávy.

BRÁZDIL, M. (2) a NOVOTNÁ, I. (22) uvádí, že nemocní s farmakorezistentní epilepsií nesmějí vlastnit řidičské průkazy, jezdit s motorovým vozidlem jako řidiči, pracovat na noční směny (pouze ranní a odpolední), u vysokého napětí (rozvodny), ve výškách (lešení), hloubkách (doly), u otevřeného ohně, u běžících pásů, otevřených vrtaček, lisů atd. V případě, že se jedná o epileptika dlouhodobě kompenzovaného, lze povolit práci u strojů a přístrojů s bezpečnostním krytím a ovládním. Pro pacienty s farmakorezistentní epilepsií je získání a udržení si zaměstnání velmi problematické.

Vytvářením a podporou zaměstnanosti se zabývá Vládní výbor zdravotně postižených občanů. K organizacím zaměstnávající lidi s epilepsií se řadí Svaz českých a moravských výrobních družstev, ke kterému přináležejí Výrobní družstva invalidů, která musejí mít minimálně 50 % zaměstnanců zdravotně postižených a dále Chráněné dílny při Výrobních družstvech invalidů, které musejí mít více jak 60 % zaměstnanců zdravotně postižených. (2, 21)

1.12.1 Dispenzarizace

Každý nemocný trpící epilepsií podléhá dispenzarizaci, která je dána Metodickým návodem Ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 20. 12. 1991. Dispenzarizace je definována jako systematické, pravidelné a dlouhodobé sledování nemocného s chronickou chorobou. Sleduje se dynamika onemocnění, včetně vedlejších a nežádoucích účinků léků. Nemocný má stanovené pravidelné kontroly v termínu, který určuje ošetřující nebo odborný lékař podle konkrétních obtíží nemocného. Současně lze ve stanoveném termínu kontroly provést vyšetření (EEG, krevní odběry, hladiny užívaných léků), která je potřebná k upřesnění diagnózy a řízení terapie. (2, 21)

1.12.2 Příprava na zaměstnání a zaměstnání v dospělosti

Epilepsie je onemocnění, při kterém je nutné přizpůsobit pracovní zařazení pacienta nemoci. Při volbě nového povolání by se měl pacient poradit se svým lékařem či v poradnách pro záchvatové onemocnění. Je důležité klást důraz na individuální posouzení každého jednotlivého pacienta s ohledem na jeho zdravotní stav a na specifické požadavky, které si konkrétní zaměstnání klade. **(2)**

Práce zaujímá v životě člověka nezastupitelné postavení. Je důležitou podmínkou důstojné existence, přináší nejen materiální prospěch, ale současně dává pocit seberealizace a společenské užitečnosti.

Schopnost zvládnout určitý typ zaměstnání z pohledu vytrvalosti záleží na typu a frekvenci epileptických záchvatů, kterými nemocný trpí. Typ zaměstnání je limitován obecnými omezeními platnými pro záchvatová onemocnění (práce ve výškách, práce na noční směny). V zaměstnání, které vyžaduje neustálý aktivní kontakt s veřejností, se epileptik s četnými denními záchvaty bude velice obtížně uplatňovat. Výhodou tedy jsou tzv. chráněné dílny, kde je práce přizpůsobena nemocným. **(20)**

Nemocný trpící epilepsií nesmí vykonávat také zaměstnání vojáka z povolání, neboť nemůže vlastnit střelnou zbraň pro možnost ohrožení sebe i okolí. Dalším důvodem je i to, že reakční schopnosti epileptiků jsou často ovlivněny užívanými antiepileptiky. Opakovaný stres a fyzické přetížení může zvýšit četnost záchvatů a v případě plné kompenzace způsobit jejich znovuobjevení.

Má-li pacient s epilepsií své zaměstnání, je vhodné seznámit s možností záchvatů spolupracovníky a nadřízené a to hned z několika důvodů. Prvním z nich je schopnost pomoci v případě záchvatu. Druhý důvod je ten, že výskyt záchvatu u zatajené nemoci vede často k problémům či ke ztrátě zaměstnání.

Bohužel v mnoha případech nastává taková situace, že epileptik se bojí při nástupu do nového zaměstnání své onemocnění odhalit, aby si zaměstnavatel, ještě ve zkušební době nenašel za pracovníka náhradu.

U pacientů s epilepsií je jednoznačně vyšší nezaměstnanost oproti populaci bez zdravotního postižení. Úřady práce, sociální odbory nejsou často dostatečně informovány o této problematice a neumí pacientům účinně pomoci.

1.12.3 Změněná pracovní schopnost

Občan, který má pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav podstatně omezenou možnost pracovního uplatnění se nazývá občanem se změněnou pracovní schopností. Občan musí mít trvale ovlivněnou funkční zdatnost ve fyzických nebo smyslových schopnostech a vlastnostech. Z neurologického hlediska musí jít o postižení nervového systému s iritační nebo zánikovou symptomatologií, s poruchou koordinace, se záchvatovými stavy, s poruchami psychiky a postižením smyslovým. (2)

Občan se změněnou pracovní schopností má přiznány určité finanční úlevy v daňové oblasti a také zvýšenou ochranu v pracovněprávních vztazích.

1.12.4 Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

Nemocní trpící epilepsií mohou požádat o mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany. Existují tři stupně mimořádných výhod, jsou jimi: 1. stupeň (TP), 2. stupeň (ZTP), 3. stupeň (ZTP/P). Většina nemocných epilepsií má ve většině případů přiznanou průkazku 1. stupně (TP), která nenárokuje žádný finanční příspěvek, ale opravňuje:

- k vyhrazení místa k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky
- k poskytnutí přednosti při osobním projednávání jejich záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání

Průkazky 2. stupně a 3. stupně nárokují určité finanční dávky a průkazka 3. stupně ještě navíc i pro průvodce nemocného. (31)

1.12.5 Řízení motorových vozidel

Od 1. 6. 2004 vstoupila v platnost dlouho očekávaná úprava vyhlášky o možnosti řízení motorových vozidel osobami s poruchami vědomí. Zákon č. 361/2000 Sb. a vyhláška Ministerstva zdravotnictví 277/2004 Sb. ze dne 26. 4. 2004 (mající platnost od 1. 6. 2004) určují pravidla pro posuzování zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, trolejbusů a tramvají. (2)

V příloze číslo 3 k vyhlášce č. 277/2004 Sb. jsou uvedeny nemoci, vady nebo stavy, které vylučují nebo podmiňují zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel.

Kompenzovaný pacient je již i u nás považován ve většině případů za způsobilého k řízení motorových vozidel (samozřejmě s omezením pouze na osobní auta nebo motocykly a také nemůže pracovat jako řidič z povolání). Podmínkou zdravotní způsobilosti je pravidelná lékařská kontrola. **(30)**

1.12.6 Volný čas

Způsob trávení volného času a aktivní společenské vyžití je důležité nejen pro tělesnou kondici, ale také pro psychickou vyrovnanost a pohodu. Nemocní trpící epilepsií musí bedlivě zvážit, jaké aktivity jsou pro ně vhodné a které by mohly být riskantní.

Pro epileptiky jsou nevhodné takové sporty, při nichž hrozí větší nebezpečí úrazu či ohrožení v případě záchvatu. Mezi tyto sporty patří potápění, skoky do vody, surfing, horolezectví, parašutismus, vytrvalostní sporty a kontaktní sporty (fotbal, hokej, box). Naopak vhodnými sporty jsou míčové hry, tenis, golf, kalanaetika, jóga. Pro větší bezpečnost při sportování by měl pacient používat ochranné pomůcky jako přilbu, pokrývku hlavy nebo sluneční brýle.

Sport měl být provozován relaxačně, nikoli do úplného fyzického vyčerpání.

1.13 Organizace zabývající se problematikou epilepsie

Život pacienta s epilepsií je limitován mnoha příkazy a zákazy, které významně omezují jeho běžný život. Z tohoto důvodu v České republice vznikají neziskové organizace, které se snaží pomoci řešit sociální problematiku lidí s epilepsií a zlepšovat sociální postavení a roli člověka s epilepsií ve společnosti. Mezi organizace, které se zabývají zdravotní, psychologickou a sociální problematikou patří Česká liga proti epilepsii (odborná společnost České Lékařské Společnosti J. E. Purkyně), Česká neurologická společnost, Česká dětská neurologická společnost, EpiStop a Společnost "E".

1.13.1 EpiStop

EpiStop je pracovní skupina, která byla založena v roce 1995. Sdružuje lékaře, zástupce pacientů, novináře, právníky, zástupce ministerstev a všechny, kdo chtějí zlepšit život lidí s epilepsií. Pracovní skupina EpiStop úzce spolupracuje se Společností “E“, Českou ligou proti epilepsii, Českou neurologickou společností, Českou dětskou neurologickou společností, ale i s vládními institucemi. Součástí práce skupiny je i osvětová kampaň zaměřená na zlepšení informovanosti o epilepsii, jejímž cílem je zviditelnění problémů nemocných s epilepsií, odstranění diskriminace spoluobčanů s epilepsií a také integrace pacientů s epilepsií do společnosti. Dalším cílem je zlepšení kvality péče o pacienty s epilepsií a odstranění některých diskriminujících ustanovení v oblasti legislativy. **(15)**

1.13.2 Společnost “E“

Společnost “E“ je společnost, která sdružuje nemocné epilepsií, jejich rodiny, odborníky z řad lékařů, pedagogů a psychologů. Vydává měsíčník Aura (Příloha 3) a monotematické tiskoviny o epilepsii. Pořádá výstavy, přednášky pro pedagogické pracovníky a rodiče, ale také rehabilitační pobyty pro děti a dospělé, plavání, víkendové výlety a v některých regionech i klubová setkání. Společnost “E“ také pomáhá řešit sociální důsledky, kterými epilepsie postihuje člověka. **(15)**

1.13.3 Mezinárodní liga proti epilepsii

Mezinárodní liga proti epilepsii (ILAE) je mezinárodní organizace, která sdružuje odborníky v oblasti zdravotní péče, zejména lékaře a vědecké pracovníky, věnující se problematice epilepsie. Svou činnost zahájila v roce 1909 v Budapešti. V současné době má 67 národních poboček pracujících na všech kontinentech. Cílem této organizace je rozšířit povědomí o epilepsii, podpora výzkumu v oblasti epilepsie, zdokonalení vzdělávání a školení v oblasti epilepsie a prosazování prevence, diagnostiky, léčby a péče o všechny osoby trpící tímto onemocněním. Jedním z nejdůležitějších úkolů ILAE, ve spolupráci s Mezinárodním úřadem pro epilepsii

(IBE), je pořádání Mezinárodního epileptologického kongresu, který se koná každé dva roky v různých městech světa. **(8)**

Uznávanou součástí těchto mezinárodních organizací je České Liga proti Epilepsii Společnosti E.

1.14 Koncepce péče o pacienty s epilepsií v ČR

Koncepce péče v epileptologii vychází ze Standardu diagnostických a léčebných výkonů – Epilepsie, který byl schválen Výborem České neurologické společnosti dne 4. 4. 1998. Podle tohoto Standardu je péče o epileptické pacienty rozdělena na tři základní stupně. **(25)**

1. Primární ambulantní péče, kterou provádí ambulantní neurolog nebo dětský neurolog. Tato péče zahrnuje péči o pacienty s kompenzovanou epilepsií a péči o pacienty, u nichž nebylo dosaženo kompenzace po vyčerpání všech možností, včetně péče vyššího odborného centra. **(25)**
2. Sekundární péče ambulantní a nemocniční, kterou provádí neurolog nebo dětský neurolog s erudicí v epileptologii a funkční odborností v elektroencefalografii. Tato péče zahrnuje péči o pacienty s hůře kompenzovatelným epileptickým onemocněním nebo s diagnostickými problémy. **(25)**
3. Terciální péče se poskytuje na úrovni Centra pro léčbu epilepsie nebo Centra pro chirurgickou léčbu epilepsie. Jedná se o péči o farmakorezistentní epileptické pacienty a pacienty s nevyřešenými diferenciálně diagnostickými problémy.

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda vysokoškolsky vzdělaní studenti mají informace o problematice epilepsie a zda umí poskytnout první pomoc pacientům s epilepsií.

Druhým cílem této práce bylo zjistit informovanost epileptiků o režimových opatřeních souvisejících s jejich onemocněním, a zda se pacienti těmito opatřeními řídí.

2.2 Hypotézy

V souvislosti se stanovenými cíli práce byly formulovány následující hypotézy.

Hypotéza 1:

Studenti vysokých škol umí poskytnout první pomoci během epileptického záchvatu a po jeho skončení.

Hypotéza 2:

Dospělí epileptici mají informace o režimových opatřeních a řídí se jimi.

3. METODIKA

3.1 Metodický postup

Pro zpracování bakalářské práce byly získány informace několika metodami. Byla použita technika obsahové analýzy odborných monografií, článků a dalších dokumentů v elektronické podobě a metoda dotazování (technika dotazníku). Respondenty tvořili dospělí pacienti s epilepsií a studenti Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Pro zmapování dané problematiky bylo použito kvantitativního výzkumu.

3.1.1 Metodický postup při zpracování praktické části

Pro zpracování praktické části byla použita metoda dotazování, technika dotazníku. V hlavičce obou dotazníků byla uvedena žádost o vyplnění, způsob vyplnění dotazníku, bližší specifikace jeho účelu a zdůrazněna anonymita.

Dotazník pro pacienty, u nichž byla diagnostikována epilepsie, obsahoval 20 otázek. Prvních pět otázek bylo stratifikačních. Zbylé otázky se týkaly bezprostředně zkoumaného problému. Použity byly otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené. Dotazníky byly rozdány prostřednictvím neurologů v Jihočeském kraji.

Dotazník pro studenty Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obsahoval 13 otázek, z nichž první dvě byly opět stratifikační. Ostatní otázky se vztahovaly ke zkoumanému problému. Dotazovaným byly položeny otázky uzavřené, polouzavřené a čtyři otevřené. Dotazníky byly osobně rozdány.

Výzkum byl proveden v anonymitě, zajištěna byla i ochrana dat. Ke zpracování dat bylo použito programu MS Excel a MS Word.

3.2 Charakteristika souboru

První soubor je tvořen pacienty, kterým byla diagnostikována epilepsie. Pacienti jsou starší 18-ti let a dispenzarizováni v neurologických ambulancích Jihočeského kraje

Dotazníkové šetření proběhlo v měsících listopad 2006 až březen 2007.

Lékařům bylo předáno 90 dotazníků. Vrátilo se jich 66, což je 73,33 % všech rozdaných. Kompletně vyplněných a pro výzkum použitelných bylo pouze 58 dotazníků, tedy 87,88 % vrácených a 64,44 % rozdaných. Návratnost byla tedy **64,44%**.

Byly vyřazeny dotazníky, které nebyly úplně vyplněné a ty, které postrádaly logickou souvislost.

Druhým souborem jsou studenti Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V měsících prosinec 2006 až březen 2007 bylo rozdáno 160 dotazníků, vráceno 123, tedy 76,88 % všech rozdaných. Pro výzkum bylo použito pouze 115 dotazníků, tedy 93,50 % vrácených a 71,88 % rozdaných. Byly opět vyřazeny ty dotazníky, které obsahovaly neúplně vyplněné otázky. Návratnost byla 71,88%.

Pro zpracování dat byly použity tabulky a grafy. Výsledky u výsečových grafů jsou uvedeny v procentech, a u sloupcových grafů v absolutních číslech. Výsledky v tabulkách jsou zpracovány také v procentech.

4. VÝSLEDKY

Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány procentuálně. U otázek týkajících se věku respondentů, byl vypočítán jejich průměrný věk.

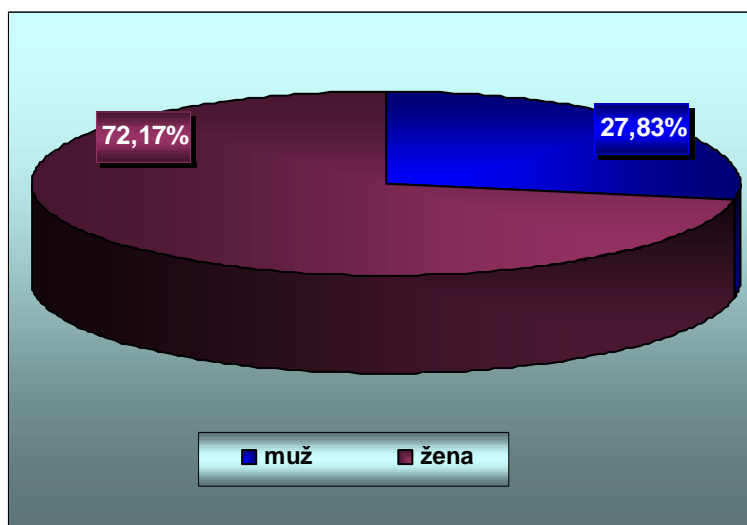
4.1 Výzkum – Studenti

4.1.1 Sociodemografické údaje

Pohlaví

První otázka se vztahovala k pohlaví respondentů. Ze 115 respondentů (100 %) bylo 83 žen, čili 72,17 %, a 32 mužů, tedy 27,83 % z celkového počtu respondentů. (Graf 1)

Graf 1: Pohlaví (v %).



Zdroj: Vlastní výzkum

Věk

Následující otázka zjišťovala věk respondentů. Jednalo se o otázku otevřenou, proto byly vytvořeny 4 věkové kategorie. První od 18 do 20 let, druhá od 21 do 23 let, třetí od 24 do 26 let a poslední věkovou kategorií tvořili respondenti, kteří byli starší 27

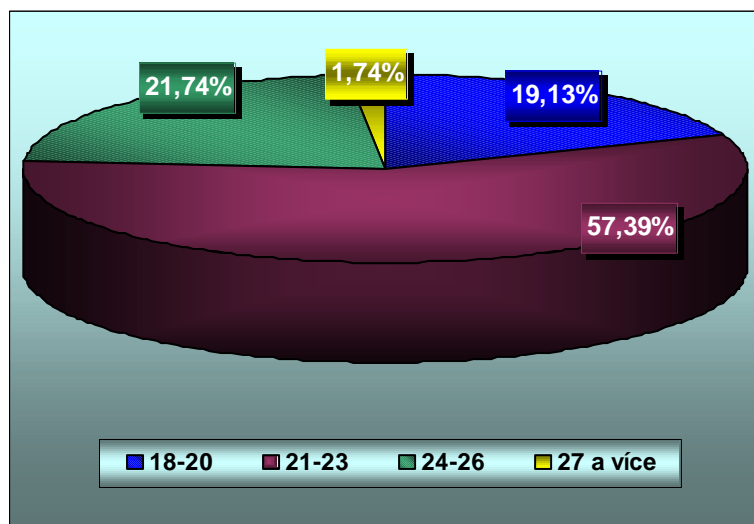
let. Průměrný věk dotazovaných je 21,36 let. Zastoupení respondentů v jednotlivých věkových kategoriích uvádím v tabulce (Tabulka 1) a grafu (Graf 2)

Tabulka 1 (v %)

<i>Věkové kategorie respondentů</i>		
18 – 20 let	22	19,13 %
21 – 23 let	66	57,39 %
24 – 26 let	25	21,74 %
27 a více let	2	1,74 %
Respondentů:	115	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2: Věková diference (v %).



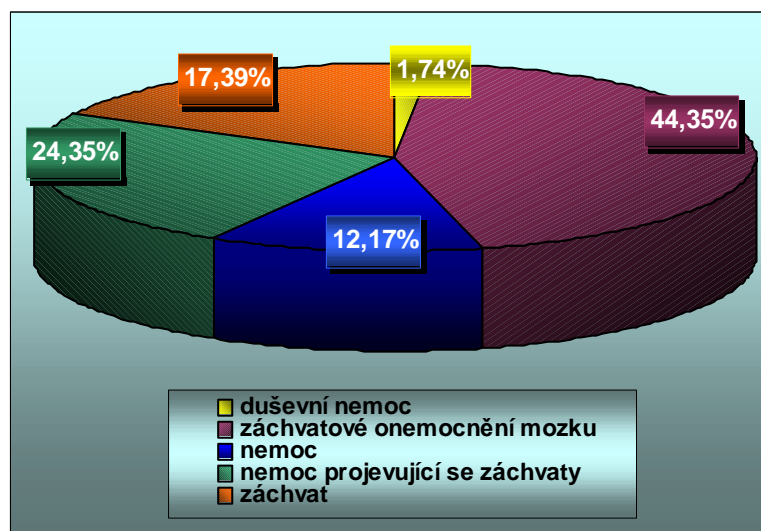
Zdroj: Vlastní výzkum

4.1.2 Otázky týkající se zkoumaného problému

Vyhodnocení otázky 3

Třetí otázka byla otázkou otevřenou. Respondenti uváděli, co je podle nich epilepsie. Z celkového počtu 115 respondentů (100 %) nejvíce dotazovaných (51 respondentů, tedy 44,35 %) odpovědělo správně – „epilepsie je záchvatové onemocnění mozku“. Za správnou odpověď lze považovat i odpověď „epilepsie je nemoc projevující se záchvaty“. Tuto odpověď zvolilo 28 respondentů (24,35 %). 20 dotazovaných (17,39 %) si pod pojmem epilepsie představí „záchvat“, 14 respondentů (12,17 %) „nemoc“ a dva respondenti (1,74 %) uvedli, že epilepsie je „duševní nemoc“. (Graf 3)

Graf 3: Epilepsie (v %).

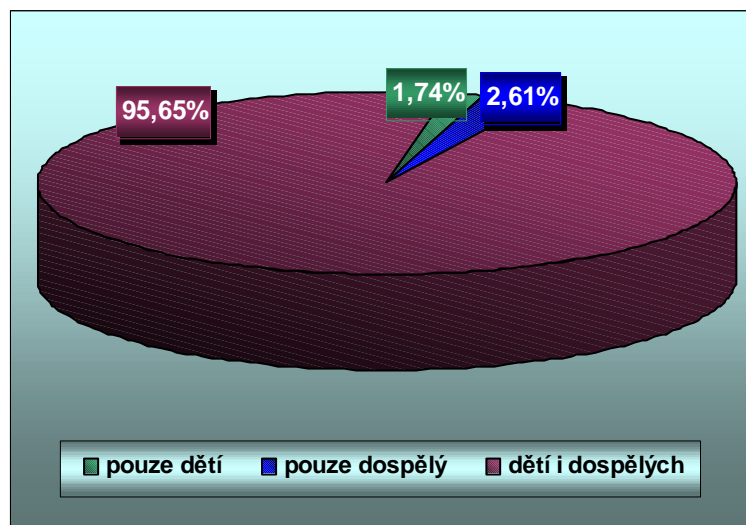


Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 4

Na uzavřenou otázku číslo 4 „Epilepsie je nemocí“ byly respondentům nabídnuty 3 varianty odpovědi. Celkem odpovědělo 115 dotazovaných (100 %). 110 respondentů (95,65 %) správně uvedlo, že epilepsie je nemocí „dětí i dospělých“. Odpověď „pouze dospělých“ byla zastoupena 3 dotazovanými, tedy 2,61 % z celkového počtu respondentů a odpověď „pouze dětí“ 2 dotazovanými (1,74 %). (Graf 4)

Graf 4: Epilepsie je nemocí (v %).



Zdroj: Vlastní výzkum

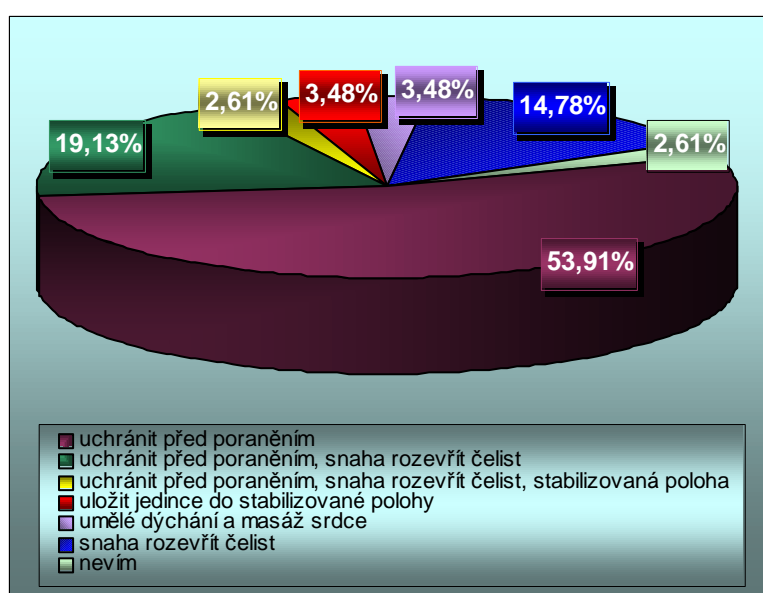
Vyhodnocení otázky 5

Další otázka zjišťovala, jakou první pomoc by respondenti poskytli jedinci během epileptického záchvatu. Největší skupinu tvořilo 62 respondentů, tedy 53,91 % z celkového počtu respondentů. Tito respondenti odpověděli správně tj. „snaha uchránit jedince před poraněním odstraněním ostrých předmětů z blízkosti jedince, podložení hlavy“. Tato skupina respondentů umí poskytnout první pomoc, tedy má správné informace.

Zbytek respondentů odpovídal nesprávně. 22 dotazovaných (19,13 %) zvolilo 2 varianty odpovědi tj. „snaha jedince uchránit před poraněním, rozevřít čelist a pokusit se jedinci do úst vložit nějaký předmět, aby nedošlo k pokousání jazyka“. Třetí nejčastější odpověď byla varianta odpovědi „snaha rozevřít čelist a pokusit se jedinci do úst vložit nějaký předmět, aby nedošlo k pokousání jazyka“. Tuto variantu odpovědi zvolilo 17 respondentů, což je 14,78 % z celkového počtu respondentů. Stejně zastoupenými odpověďmi byly odpovědi „uložit jedince do stabilizované polohy“ (4 respondenti, čili 3,48 %) a odpověď „provádět umělé dýchání a masáže srdce“ (4 respondenti, čili 3,48 %). Zbýlých 6 respondentů se rozdělilo na 2 skupiny. První skupinu tvořili 3 respondenti (2,61 %), kteří zvolili 3 varianty odpovědi, tedy „snaha jedince uchránit

před poraněním, rozevřít čelist a pokusit se jedinci do úst vložit nějaký předmět, aby nedošlo k pokousání jazyka a uložit jedince do stabilizované polohy“. Druhou skupinu tvořili také 3 respondenti (2,61 %), kteří uvedli variantu odpovědi „jiná odpověď“. Respondenti se shodli na tom, že neví, jak by první pomoc jedinci během epileptického záchvatu poskytli. (Graf 5)

Graf 5: První pomoc jedinci během epileptického záchvatu (v %).

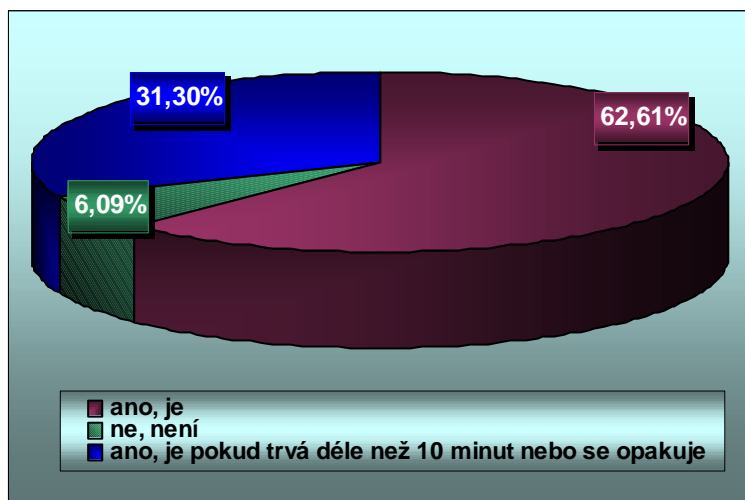


Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 6

Šestá otázka se ptala respondentů na to, zda epileptický záchvat je vážnou událostí. Z celkového počtu 115 respondentů (100 %) 72 dotazovaných, tedy 62,61 %, uvedlo, že epileptický záchvat je vážnou událostí a 7 respondentů, čili 6,09 %, že není. Zbýlých 36 respondentů (31,30 %) zvolilo správnou odpověď („ano je, pokud záchvat trvá déle než 10 minut nebo se opakuje“). (Graf 6)

Graf 6: Epileptický záchvat (v %).

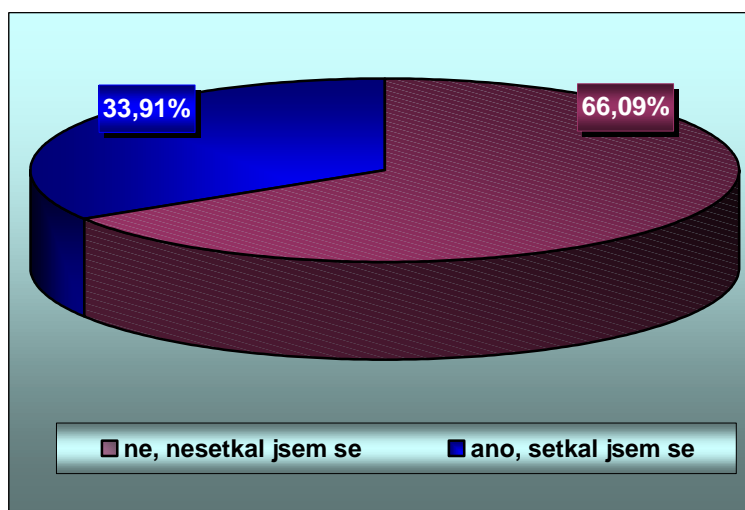


Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 7

Na otázku, zda-li se respondent ve svém životě setkal s jedincem, u kterého probíhal epileptický záchvat, odpovědělo 39 dotazovaných (33,91 %) kladně a 76 záporně, což činí z celkového počtu respondentů 66,09 %. (Graf 7)

Graf 7: Setkání s epileptickým záchvatem (v %).



Zdroj: Vlastní výzkum

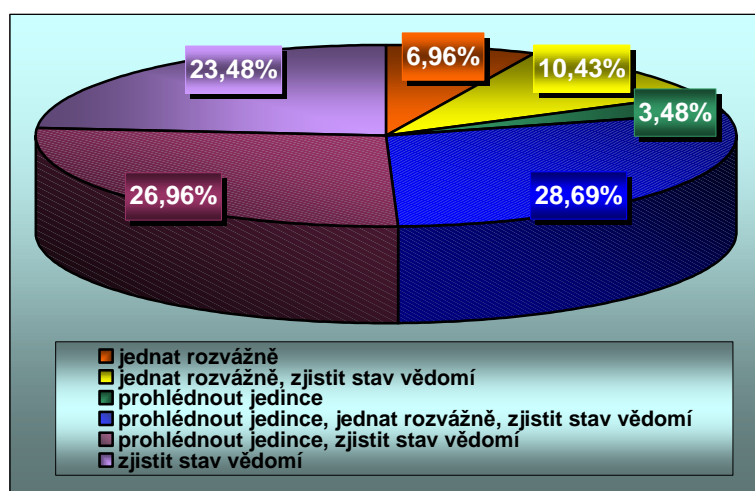
Vyhodnocení otázky 8

Další otázka se vztahovala k poskytnutí pomoci jedinci po proběhlém epileptickém záchvatu. Respondenti byli dotazováni, jakou pomoc by jedinci poskytli. Respondentům byly nabídnuty 3 varianty odpovědi, z nichž všechny tři byly správně. Největší skupinu tvořilo 33 respondentů (28,69 %), kteří zvolili všechny 3 varianty odpovědi. Druhou největší skupinu představovali respondenti (31 dotazovaných, 26,96 %), kteří vybrali 2 odpovědi („prohlédl(a) bych jedince, zda není zraněn na jakémkoliv místě na těle a zjistil(a) bych stav jeho vědomí a zda je orientován“). Tyto dvě skupiny respondentů umějí poskytnout první pomoc po proběhlém epileptickém záchvatu, tedy mají správné informace.

Odpověď „zjistil(a) bych stav jeho vědomí, a zda je orientován“ byla zastoupena 27 respondenty, tedy 23,48 % z celkového počtu dotazovaných. 12 dotazovaných (10,43 %) uvedlo, že by „jednali rozvážně a zjistili by stav jeho vědomí a zda je orientován“ a 4 respondenti (3,48 %) by „jedince pouze prohlédli, zda není zraněn“. Tyto studenty lze považovat za částečně informovány.

Poslední skupinu tvořili respondenti (8 dotazovaných, čili 6,96 %), kteří zvolili pouze jednu variantu odpovědi, odpověď „jednat rozvážně“. Tedy tato skupina studentů nemá informace o poskytnutí pomoci po proběhlém epileptickém záchvatu. (Graf 8)

Graf 8: Pomoc po proběhlém epileptickém záchvatu (v %).

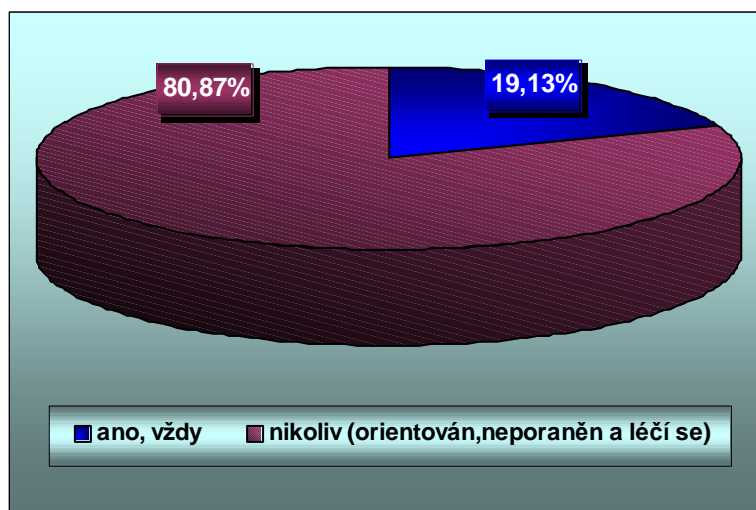


Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 9

Devátá otázka byla otázkou uzavřenou a zjišťovala, zda jedinec po epileptickém záchvatu musí do nemocnice či nikoliv. Na tuto otázku odpovědělo 115 respondentů (100 %). Z celkového počtu dotazovaných 93 respondentů, čili 80,87 %, správně uvedlo „nikoliv, zda-li je jedince plně orientován, není vážně poraněn a má epilepsii, resp. léčí se pro epileptické záchvaty“. Zbýlých 22 studentů, čili 19,13 % dotazovaných, se domnívá, že jedinec musí do nemocnice vždy. (Graf 9)

Graf 9: Nemocnice (v %).



Zdroj: Vlastní výzkum

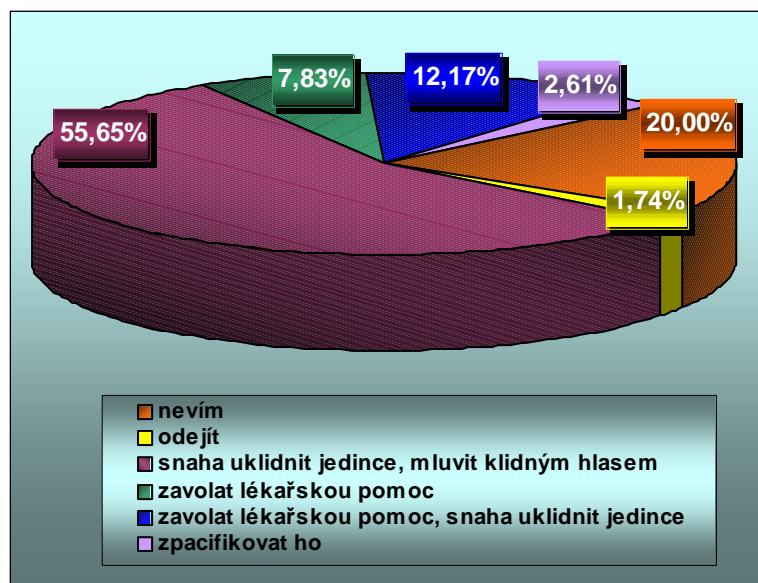
Vyhodnocení otázky 10

Následující otázka se vztahovala k tomu, jak by respondent reagoval, je-li nemocný po epileptickém záchvatu agresivní. Odpovědělo celkem 115 respondentů (100 %). 64 dotazovaných (55,65 %) odpovědělo správně. Respondenti by se „snažili jedince uklidnit, oslovovat jej klidným hlasem a nereagovat na jeho hlasité projevy“. Tito respondenti mají správné informace o problematice epileptického záchvatu, a tedy umí poskytnout správnou pomoc v případě agresivity jedince.

14 respondentů (12,17 %) by zavolalo lékařskou pomoc a do jejího příjezdu, by se snažili jedince uklidnit. I tuto formu pomoci lze považovat za adekvátní. 23

dotazovaných, čili 20,00 % z celkového počtu respondentů, by v této situaci nevědělo jak reagovat, 9 studentů (7,83 %) by zavolalo pouze lékařskou pomoc a 3 respondenti (2,61 %) by se snažili jedince zpacifikovat. Zbylí 2 respondenti (1,74 %) by od agresivního jedince odešli. (Graf 10)

Graf 10: Reakce na agresivitu jedince (v %).



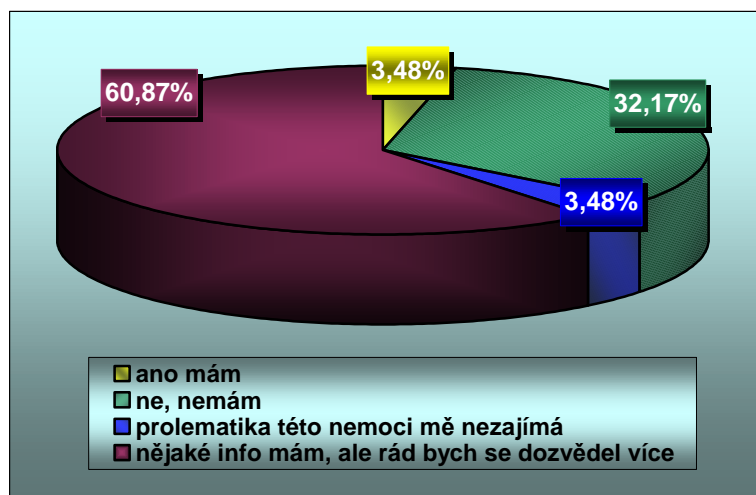
Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 11

V jedenácté otázce byli respondenti dotazováni na to, zda podle jejich mínění mají dostatek informací o problematice epilepsie, či nikoliv.

Celkem odpovědělo 115 respondentů (100 %). Odpověď „ano, mám“ zvolili 4 respondenti, což činí z celkového počtu dotazovaných 3,48 %, odpověď „ne, nemám“ 37 respondentů (32,17 %) a odpověď „nějaké informace mám, ale rád (a) bych se dozvěděl (a) více“ 70 dotázaných, čili 60,87 % z celkového počtu respondentů. Odpověď „problematika této nemoci mě nezajímá“ byla zastoupena 4 dotazovanými (3,48 %). Poslední možnost odpovědi („jiná odpověď“) nezvolil ani jeden respondent (0 %). (Graf 11)

Graf 11: Informace o dané problematice (v %).



Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 12

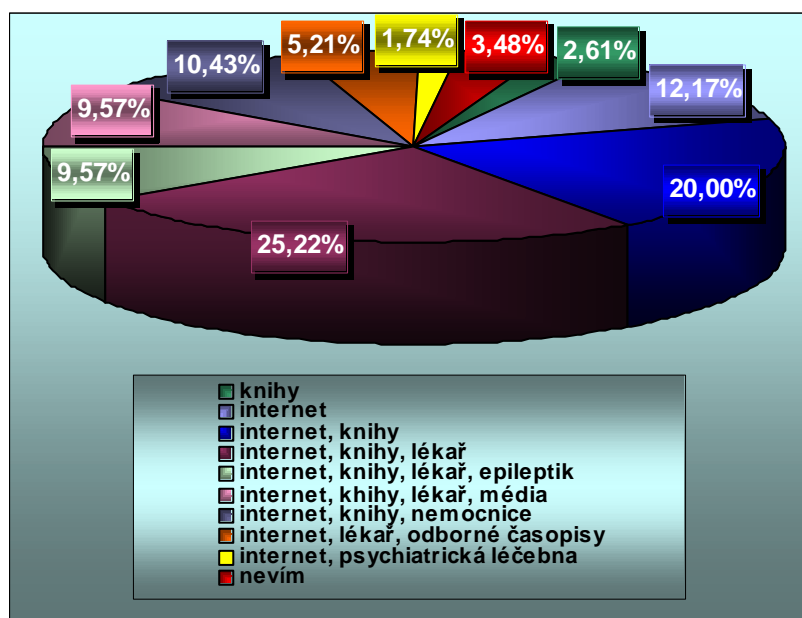
Předposlední otázka zjišťovala, zda respondenti ví, kde by informace o epilepsii získali. Jednalo se o otázku otevřenou, na kterou odpovědělo 115 studentů (100 %). Respondenti uváděli většinou 3 zdroje informací. Jednotlivé odpovědi a jejich zastoupení uvádím v následující tabulce (Tabulka 2) a grafu (Graf 12).

Tabulka 2

Zdroje informací		
Internet, knihy	23	20,00 %
Internet, knihy, lékař	29	25,22 %
Internet, knihy, lékař, epileptik	11	9,57 %
Internet, knihy, lékař, média	11	9,57 %
Internet, knihy, nemocnice	12	10,43 %
Internet, knihy, odbor. časopisy	6	5,21 %
Internet, psychiatrická léčebna	2	1,74 %
Internet	14	12,17 %
Knihy	3	2,61 %
Nevím	4	3,48 %
Respondentů:	115	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12: Zdroje informací (v %).

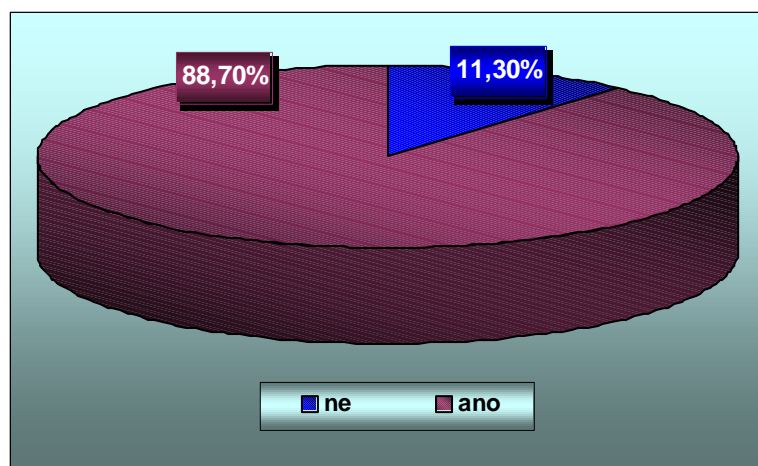


Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 13

Na otázku, zda-li by respondent uvítal nějaký projekt, který by rozšířil jeho vědomosti o problematice epilepsie, odpovědělo 102 dotazovaných (88,70 %) kladně a 13 záporně, což činí z celkového počtu respondentů 11,30 %. (Graf 13)

Graf 13: Projekt o problematice epilepsie (v %).



Zdroj: Vlastní výzkum

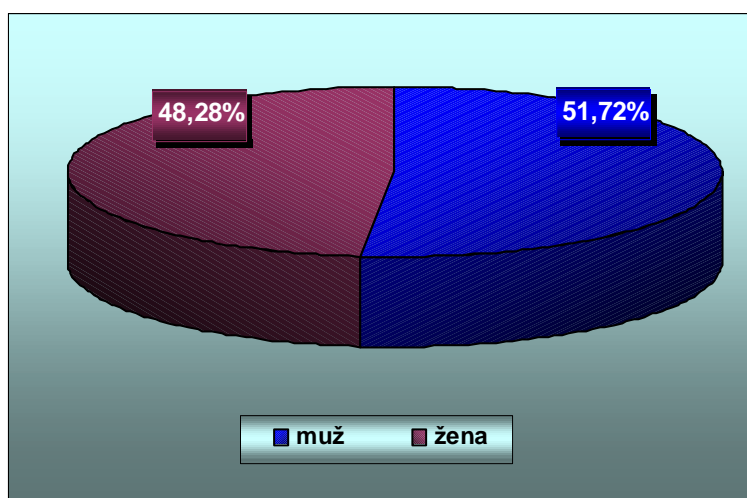
4.2 Výzkum – Epileptici

4.2.1 Sociodemografické údaje

Pohlaví

První otázka se týkala pohlaví respondentů. Odpovědělo celkem 58 dotazovaných (100 %). Z celkového počtu respondentů bylo 28 žen, které tvořily 48,28 % z celkového počtu dotazovaných a 30 mužů, tedy 51,72 %. (Graf 1)

Graf 1: Pohlaví (v %).



Zdroj: Vlastní výzkum

Věk

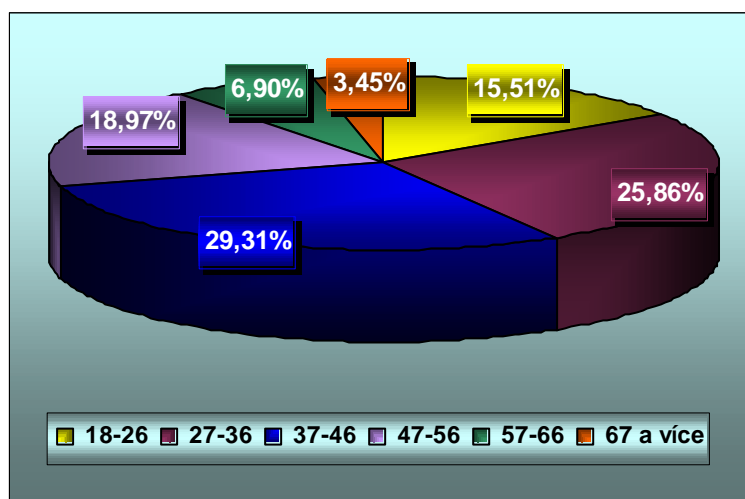
Druhá stratifikační otázka se vztahovala k věku respondentů. Jednalo se o otázku otevřenou. Z tohoto důvodu bylo vytvořeno 6 věkových kategorií. První od 18 do 26 let a další čtyři po deseti letech, poslední interval tvořili respondenti, kteří byli starší 67 let. Průměrný věk dotazovaných je 40,29 let. Zastoupení respondentů v jednotlivých věkových kategoriích uvádím v tabulce (Tabulka 1) a grafu (Graf 2)

Tabulka 1 (v %).

<i>Věkové kategorie respondentů</i>		
18 – 26 let	9	15,51 %
27 – 36 let	15	25,86 %
37 – 46 let	17	29,31 %
47 – 56 let	11	18,97 %
57 – 66 let	4	6,90 %
67 a více let	2	3,45 %
Respondentů:	58	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2: Věková diference (v %).

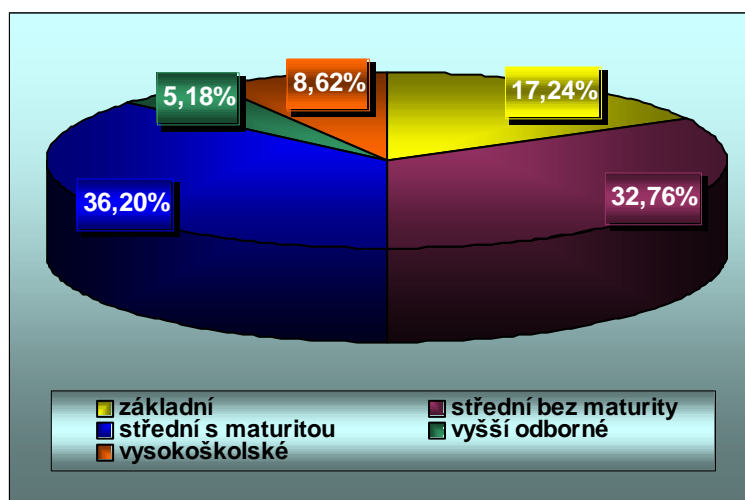


Zdroj: Vlastní výzkum

Vzdělání

Další otázka se týkala vzdělání respondentů. Z celkového počtu dotazovaných dosáhlo základního vzdělání 10 respondentů, tedy 17,24 %. Největší zastoupenou skupinou byli epileptici se středním vzděláním s maturitou, tedy 21 respondentů (36,20 %). Druhou nejvíce zastoupenou skupinu tvořily osoby se středním vzděláním bez maturity (19 respondentů, čili 32,76 %). Nejméně zastoupené vzdělání bylo vyšší odborné. Toto vzdělání uvedli 3 respondenti, tedy 5,18 % z celkového počtu dotazovaných. Druhou nejméně zastoupenou skupinou byli respondenti vysokoškolsky vzděláni (5 respondentů, čili 8,62 %). (Graf 3)

Graf 3: Vzdělání (v %).

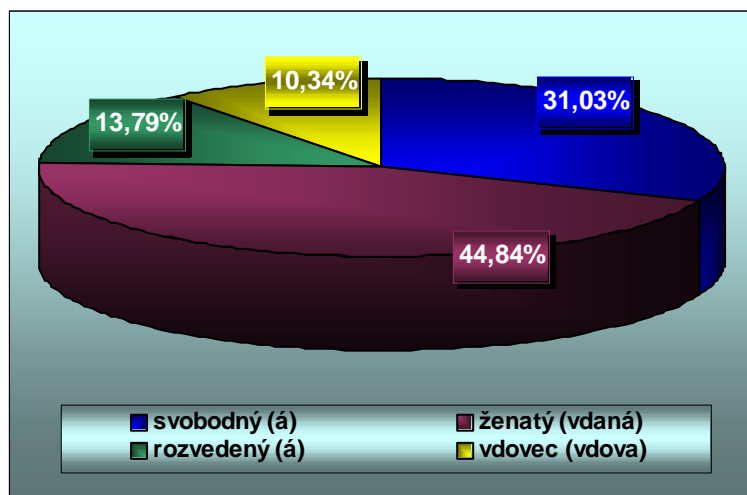


Zdroj: Vlastní výzkum

Rodinný stav

Čtvrtá otázka byla zaměřena na rodinný stav respondentů. Odpovědělo celkem 58 respondentů (100 %). Z následujícího grafu vyplývá, že nejvíce zastoupen byl rodinný stav – ženatý (vdaná). Tuto odpověď zvolilo 26 respondentů (44,84 %). Odpověď „svobodný“ uvedlo 18 dotazovaných, tedy 31,03 % z celkového počtu respondentů. Odpověď „rozvedený“ byla zastoupena 8 epileptiky (13,79 %) a rodinný stav – vdovec (vdova) uvedlo 6 dotazovaných, čili 10,34 %. (Graf 4)

Graf 4: Rodinný stav (v %).

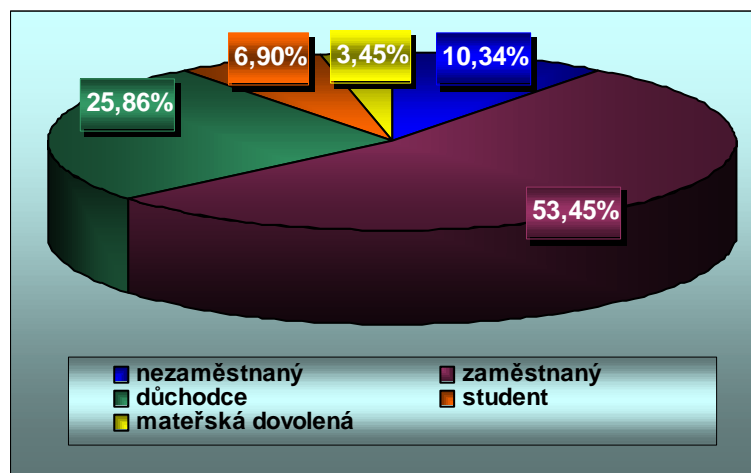


Zdroj: Vlastní výzkum

Zaměstnanost

Následující otázka zjišťovala, zda je respondent zaměstnán či nikoliv. Jednalo se o otázku uzavřenou. Respondentům bylo nabídnuto pět variant odpovědí. Z celkového počtu dotazovaných je 31 respondentů (53,45 %) zaměstnáno, 6 dotazovaných (10,34 %) nezaměstnáno a 15 respondentů (25,86 %) je v důchodu. Dvě respondentky (3,45 %) uvedly, že jsou na mateřské dovolené. Poslední skupinu tvořili 4 studenti, tedy 6,90 % z celkového počtu dotazovaných. (Graf 5)

Graf 5: Zaměstnání (v %).



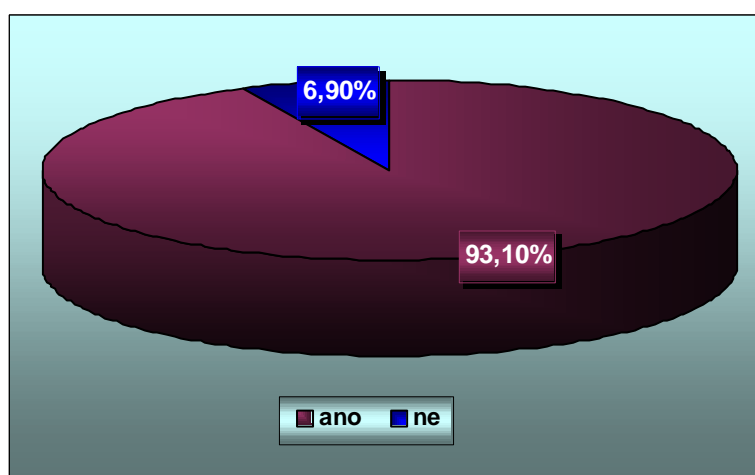
Zdroj: Vlastní výzkum

4.2.2 Otázky týkající se zkoumaného problému

Vyhodnocení otázky 6

Na otázku, zda-li respondent ví, jako epileptik, že musí pravidelně docházet k neurologovi na kontroly, odpovědělo z celkového počtu respondentů kladně 54 dotazovaných (93,10 %) a záporně 4 dotazovaní, tedy 6,90 %. (Graf 6)

Graf 6: Informace o kontrole u neurologa (v %).

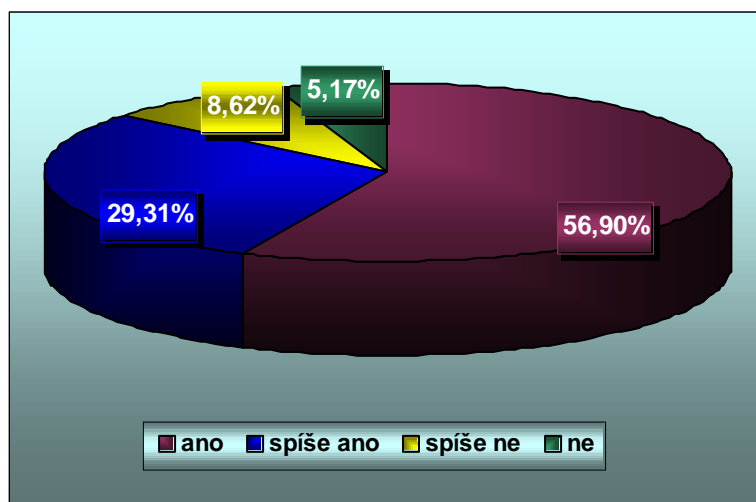


Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 7

Na otázku, zda-li respondent dochází pravidelně ke svému neurologovi na kontroly, zvolilo odpověď „ano“ 33 dotazovaných (56,90 %), odpověď „spíše ano“ 17 respondentů (29,31 %), odpověď „spíše ne“ 5 dotazovaných (8,62 %) a odpověď „ne“ 3 respondenti, tedy 5,17 % z celkového počtu respondentů. (Graf 7)

Graf 7: Kontroly u neurologa (v %).

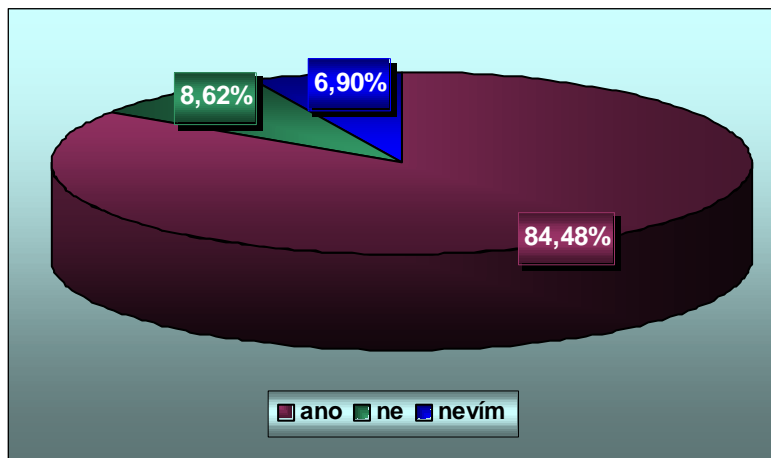


Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 8

Další otázka se vztahovala k informovanosti respondentů o pravidelném užívání léků ve stejnou denní dobu. Na tuto otázku odpovědělo 49 dotazovaných (84,48 %) kladně a záporně 5 respondentů, čili 8,62 %. Zbylí 4 respondenti (6,90 %) zvolili odpověď „nevím“. (Graf 8)

Graf 8: Informace o užívání léků (v %).

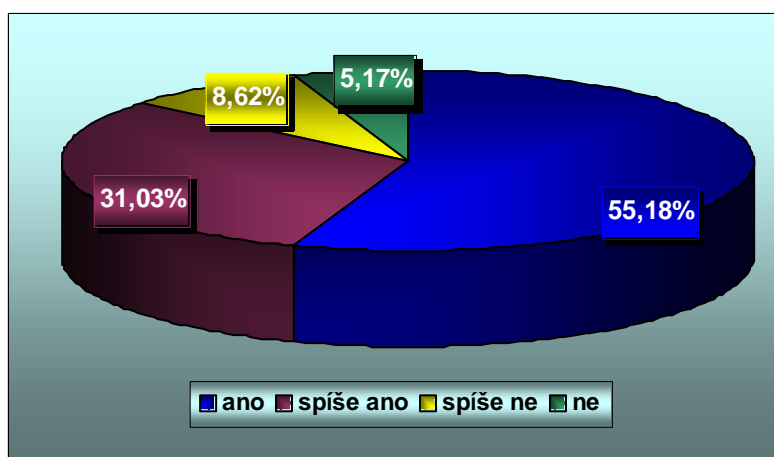


Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 9

Devátá otázka se týkala pravidelnosti užívání léků. Respondenti byli dotazováni, zda pravidelně ve stejnou denní dobu užívají své léky na epilepsii. Otázka byla uzavřená, respondenti si mohli vybrat ze čtyř variant odpovědí. Odpověď „ano“ uvedlo 32 respondentů (55,18 %), odpověď „spíše ano“ 18 dotazovaných (31,03 %), odpověď „spíše ne“ 5 respondentů (8,62 %) a odpověď „ne“ 3 dotazovaných (5,17 %). (Graf 9)

Graf 9: Užívání léků (v %).

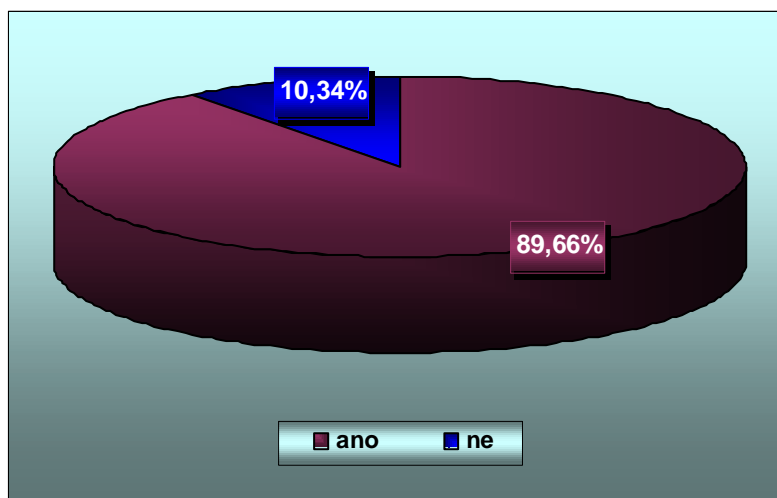


Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 10

Desátá otázka zjišťovala, zda respondenti ví, jako epileptici, že nesmí požívat alkohol, který u nich může vyvolat epileptické záchvaty. Odpověď „ano, vím“ zvolilo 52 dotazovaných, čili 89,66 % z celkového počtu respondentů. Odpověď „ne, nevím“ uvedlo 6 dotazovaných, tedy 10,34 % z celkového počtu respondentů. (Graf 10)

Graf 10: Informace o požívání alkoholu (v %).



Zdroj: Vlastní výzkum

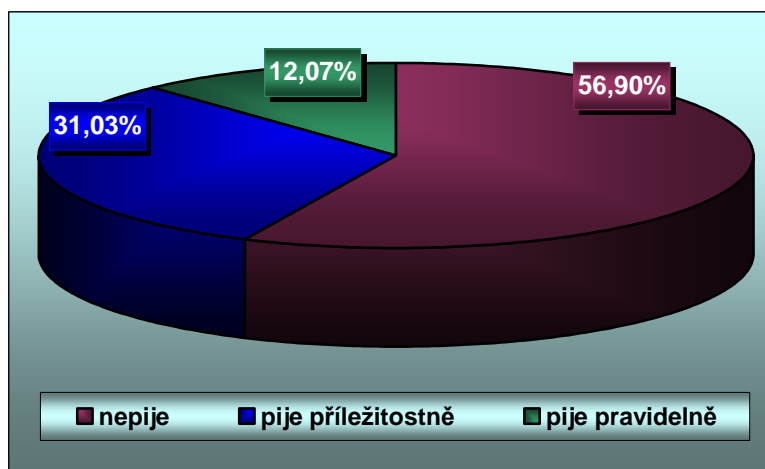
Vyhodnocení otázky 11

Následující otázka navazovala na otázku předchozí. Pacient s epilepsií nesmí požívat žádný alkohol, který je v některých kulturních kruzích symbolem společenského standardu a postoje. Cílem této otázky bylo zjistit, zda se epileptici podle tohoto režimového opatření řídí.

Na tuto otázku odpovědělo celkem 58 dotazovaných (100%). 33 respondentů (56,90 %) uvedlo, že „alkohol nepijí“, 18 respondentů (31,03 %) „pije alkohol příležitostně“ a 7 dotazovaných (12,07 %) zvolilo odpověď „víno či pivo piji pravidelně“. Odpověď „několikrát v týdnu vypiji několik sklenic vína, piva nebo i vysokoprocentního alkoholu“ nebyla zastoupena ani jedním respondentem (0 %).

(Graf 11)

Graf 11: Požívání alkoholu (v %).

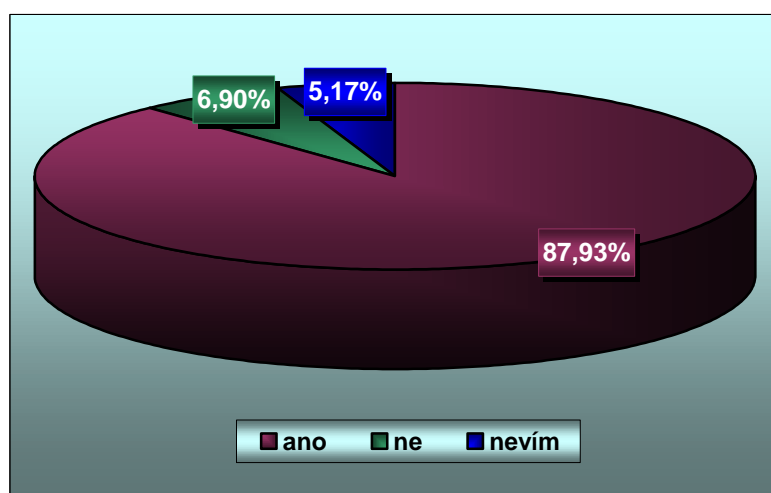


Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 12

Na otázku, zda-li respondent musí, jako epileptik, dodržovat pravidelný rytmus spánku a bdění odpovědělo 58 respondentů (100 %). Kladně odpovědělo 51 dotazovaných (87,93 %), záporně 4 dotazovaní, tedy 6,90 % z celkového počtu respondentů. Odpověď „nevím“ zvolili 3 respondenti (5,17 %). (Graf 12)

Graf 12: Informace o pravidelném rytmu spánku a bdění (v %).

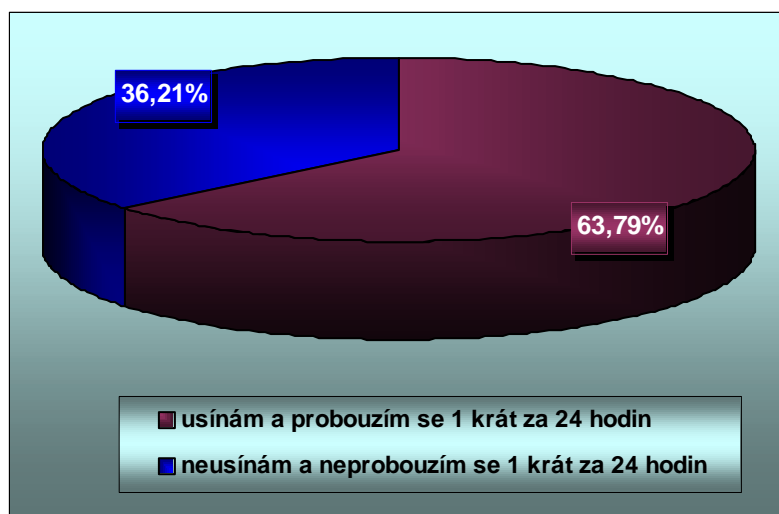


Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 13

Následující otázka zjišťovala, zda respondent dodržuje pravidelný rytmus spánku a bdění či nikoliv. Odpovědělo celkem 58 respondentů (100 %). 37 dotazovaných (63,79 %) se tímto režimovým opatřením řídí (odpověď „usínám a probouzím se 1 krát za 24 hod“) a neřídí se jím 21 dotazovaných (36,21 %). (Graf 13)

Graf 13: Dodržování pravidelného spánkového režimu (v %).



Zdroj: Vlastní výzkum

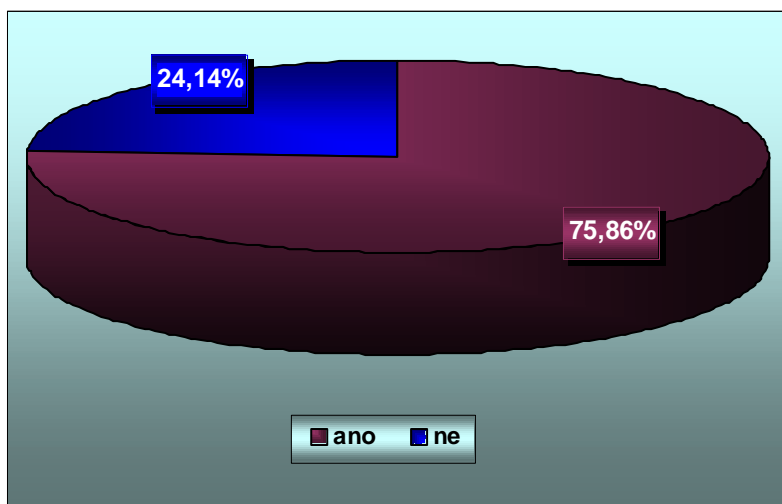
Vyhodnocení otázky 14

Čtrnáctá otázka zjišťovala, zda má respondent informace o tom, že by se měl vyhýbat psychické (stres) a fyzické zátěži. Celkem odpovědělo 58 epileptiků (100 %). Respondentům byly nabídnuty dvě varianty odpovědi.

Fyzická zátěž

Variantu odpovědi „ano“ zvolilo 44 respondentů, čili 75,86 %. Variantu odpovědi „ne“ uvedlo 14 dotazovaných, tedy 24,14 % z celkového počtu respondentů. (Graf 14 a)

Graf 14 a: Fyzická zátěž (v %).

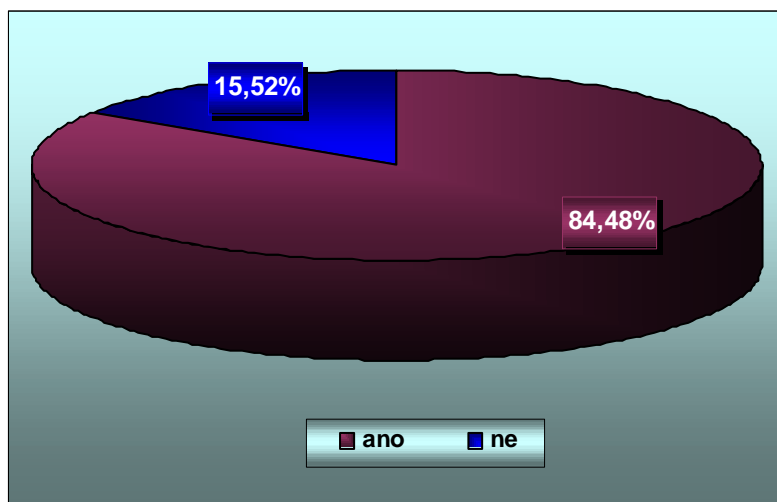


Zdroj: Vlastní výzkum

Psychická zátěž

Variantu odpovědi „ano“ zvolilo 49 respondentů, čili 84,48 %. Variantu odpovědi „ne“ uvedlo 9 dotazovaných, tedy 15,52 % z celkového počtu respondentů. (Graf 14 b)

Graf 14 b: Psychická zátěž (v %).

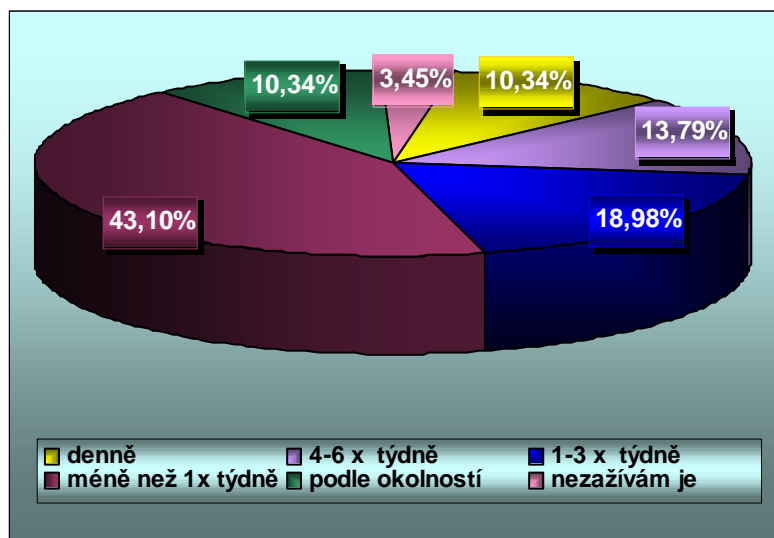


Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 15

Následující otázka zjišťovala, jak často se v životě pacientů s epilepsií vyskytují stresové situace, které mohou vyvolat epileptický záchvat. Z celkového počtu 58 respondentů uvedlo 25 dotazovaných (43,10 %), že stresové situace se v jejich životě vyskytují méně než 1krát týdně, 11 respondentů (18,98 %) stresové situace zažívá 1-3krát týdně, 8 respondentů (13,79 %) 4-6krát týdně a u 6 dotazovaných (10,34 %) se stresové situace objevují denně. V osmi případech respondenti zvolili variantu odpovědi „jiná odpověď“. Z toho šest dotazovaných (10,34 %) odpovědělo, že výskyt stresových situací záleží na okolnostech a 2 respondenti (3,45 %) se shodli na tom, že stresové situace ve svém životě nezažívají. (Graf 15)

Graf 15: Výskyt stresových situací v životě epileptika (v %).

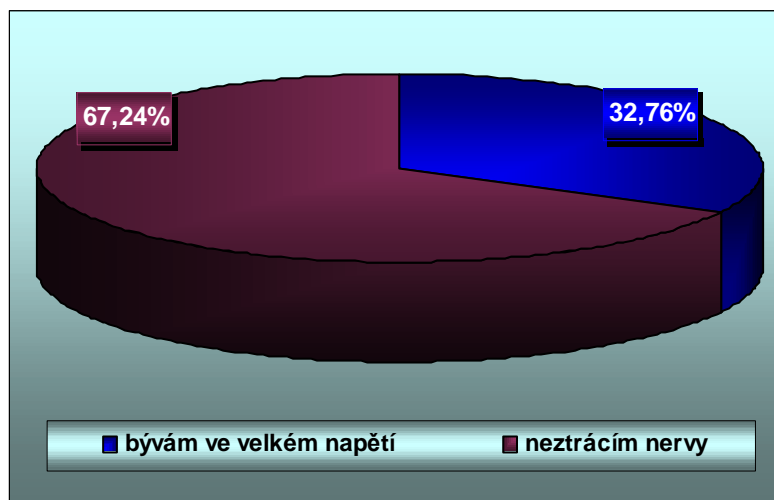


Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 16

Další otázka navazovala na otázku předchozí a zjišťovala, jak respondenti zvládají stresové situace ve svém životě. Jednalo se o otázku uzavřenou, proto respondentům byly nabídnuty tři varianty odpovědi. Odpovědělo celkem 58 respondentů (100 %). Největší skupinu tvořili dotazovaní, kteří ve stresových situacích neztrácejí nervy a snaží se vyřídit vše v klidu. Tato odpověď byla zastoupena 39 respondenty (67,24 %). Zbylí dotazovaní oproti největší skupině bývají ve velkém napětí, aby v jenom dnu stihli vyřídit co nejvíce věcí a to je stojí skutečně hodně sil. Takto odpovědělo 19 respondentů (32,76 %). Možnost odpovědi „jiná odpověď“ neuvedl ani jeden respondent, čili 0 %. (Graf 16)

Graf 16: Výskyt stresových situací v životě epileptika (v %).

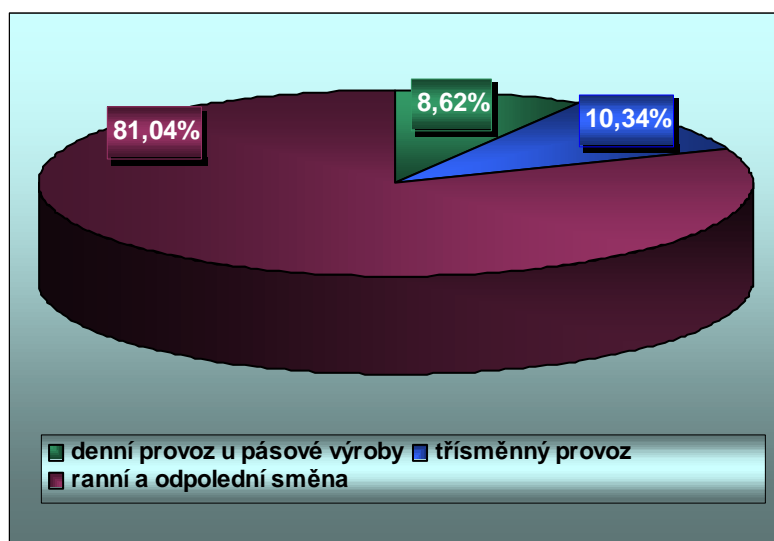


Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 17

Sedmnáctá otázka se vztahovala k pracovnímu zařazení epileptika. Respondenti byli dotazováni na to, kde občan s epilepsií může pracovat. Z celkového počtu respondentů odpovědělo 47 dotazovaných (81,04 %) správně, tj. zvolilo odpověď „občan s epilepsií může pracovat v ranní a odpolední směně“. Zbýlých 6 respondentů (10,34 %) uvedlo odpověď „občan s epilepsií může pracovat ve třisměnném provozu tedy i v noci“ a 5 respondentů (8,62 %) odpověď „občan s epilepsií může pracovat v denním provozu u pásové výroby“. (Graf 17)

Graf 17: Pracovní zařazení občana s epilepsií (v %).



Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 18

Následující otázka zahrnovala všechna režimová opatření, která by měl epileptik dodržovat. Dotazovaným bylo nabídnuto sedm možností odpovědi. Pět variant odpovědí zahrnovaly správná režimová opatření. Jedna možnost odpovědi zahrnovala činnost, kterou epileptici mohou vykonávat. Tato možnost odpovědi byla zvolena proto, aby bylo zjištěno, zda epileptici mají opravdu informace o režimových opatřeních. U poslední možnosti odpovědi („jiná odpověď“), měl respondent prostor napsat režimové opatření, které nebylo obsaženo v následujících variantách odpovědí. Tato varianta odpovědi nebyla zastoupena ani jedním respondentem (0 %).

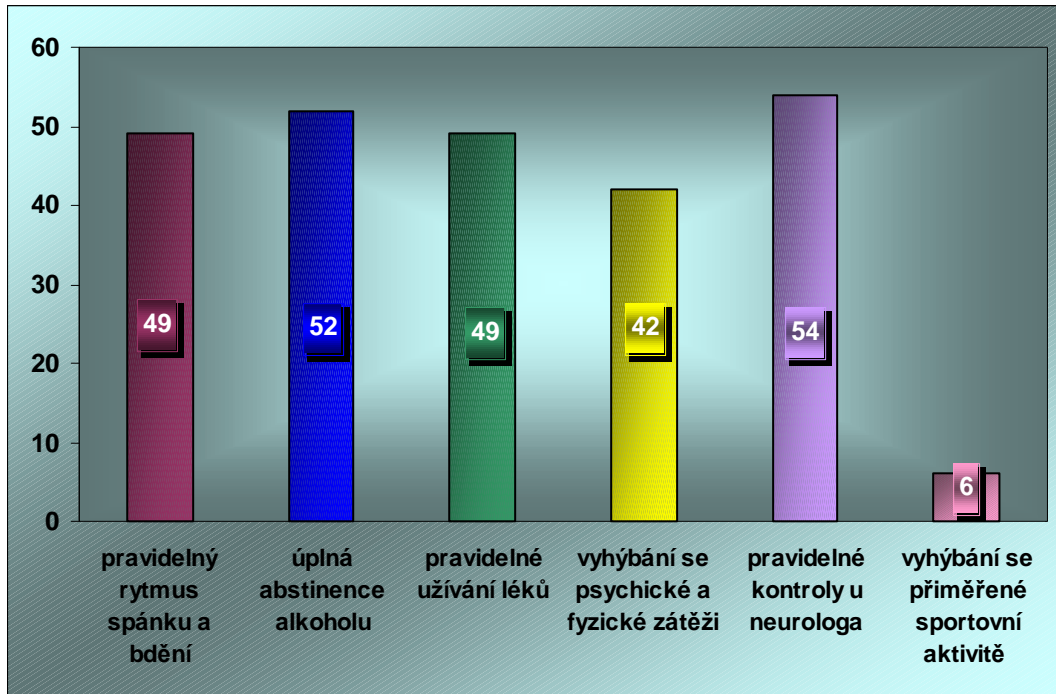
Dotazovaní mohli uvést více možností odpovědi. Celkem odpovědělo 58 respondentů (100 %). Procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí uvádím v následující tabulce (Tabulka 2) a grafu (Graf 18).

Tabulka 2 (v %).

<i>Režimová opatření</i>	Zastoupení odpovědí	% ze 100%
pravidelný rytmus spánku a bdění	49	84,48 %
úplná abstinence alkoholu	52	89,66 %
pravidelné užívání léků	49	84,48 %
vyhýbání se psychické a fyzické zátěži	42	72,41 %
pravidelné kontroly u neurologa	54	93,10 %
vyhýbání se přiměřené sportovní aktivitě	6	10,34 %
jiná odpověď	0	0,00 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 18: Režimová opatření (v absolutních číslech).



Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 19

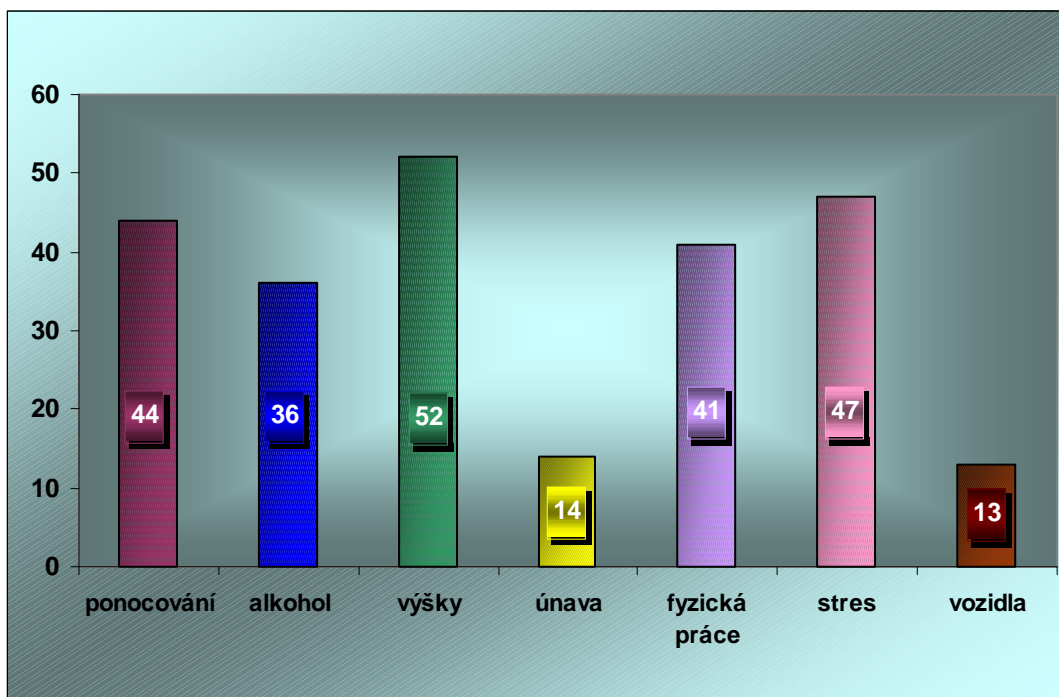
Předposlední otázka se vztahovala opět k režimovým opatřením. Zajímala se o to, zda respondent ví, co je pro něj jako epileptika nebezpečné. Respondentům bylo nabídnuto osm možností odpovědi, přičemž mohli zvolit i více variant. Variantu „jiná odpověď“ zvolilo 13 respondentů, čili 22,41 % z celkového počtu respondentů. Ve všech případech se dotazovaní shodli na tom, že je pro ně vzhledem k jejich stavu epilepsie nebezpečné řízení motorových vozidel. Procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí uvádím v následující tabulce (Tabulka 3) a grafu (Graf 19).

Tabulka 3 (v %).

<i>Nebezpečí pro epileptika</i>	Zastoupení odpovědí	% ze 100%
noční ponocování	44	75,86 %
požití alkoholu	36	62,07 %
práce ve výškách	52	89,66 %
pravidelné užívání léků	0	0,00 %
nadměrná únava	14	24,14 %
těžká fyzická práce	41	70,69 %
stres	47	81,03 %
řízení motorových vozidel	13	22,41 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 19: Nebezpečí pro epileptika (v absolutních číslech).

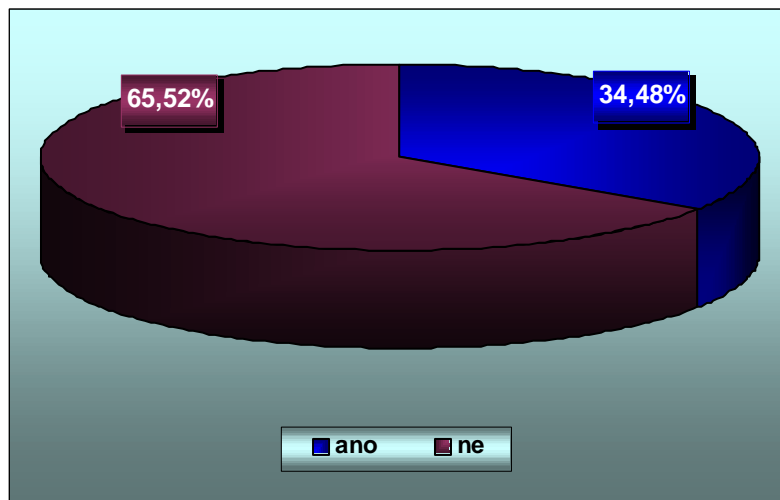


Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 20

Poslední otázka zjišťovala, jak diagnóza epilepsie omezila běžné činnosti respondentů, které dříve vykonávali. Dotazovaným byly nabídnuty dvě možnosti odpovědi. Ti respondenti, kteří uvedli odpověď „ano“, byli požádáni, aby danou činnost uvedli. Z celkového počtu 58 respondentů (100 %) odpovědělo 20 dotazovaných (34,48 %) kladně a 38 dotazovaných (65,52 %) záporně. (Graf 20)

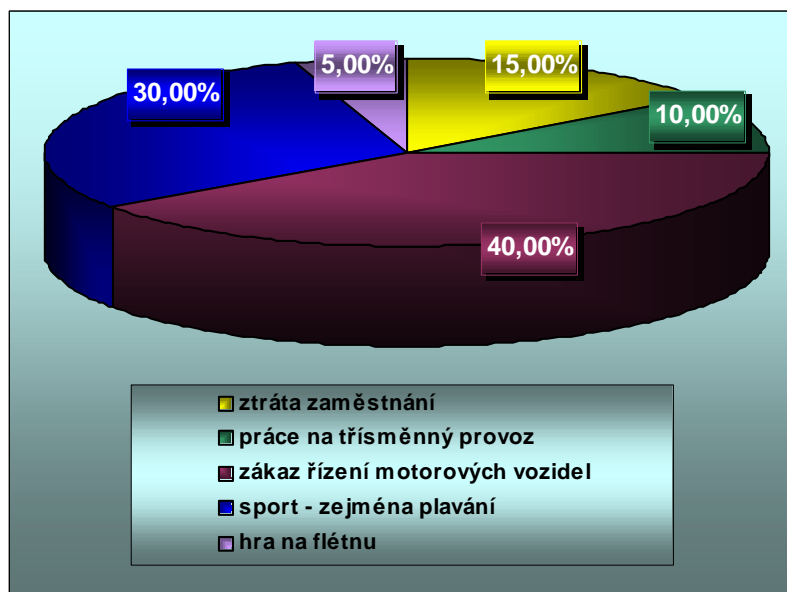
Graf 20: Činnosti (v %).



Zdroj: Vlastní výzkum

Odpověď „ano“ uvedlo 20 dotazovaných (100 %). Největší skupinu tvořilo 8 respondentů (40,00 %), kteří uvedli zákaz řízení motorových vozidel. Druhá největší skupina byla zastoupena 6 dotazovanými (30,00 %), kteří po zjištění epilepsie omezili sport, a to zejména plavání. Další 3 respondenti (15,00 %) vzhledem k diagnóze epilepsie přišli o zaměstnání, 2 respondenti (10,00 %) museli přestat pracovat ve třísměnném provozu a jedna respondentka (5,00 %) uvedla, že omezila hraní na flétnu. (Graf 20 a)

Graf 20a: Omezení činností (v %).



Zdroj: Vlastní výzkum

5. DISKUSE

Epilepsií je v dospělosti postiženo kolem 1 % populace a alespoň 5 % z nás během života prodělá nejméně jeden epileptický záchvat. Vzhledem k záchvatovitému charakteru onemocnění představuje epilepsie zdravotní rizika a některá sociální omezení. Pro nejlepší výsledek léčby je důležitý spolupracující a informovaný pacient.

V bakalářské práci jsem se snažila zmapovat informovanost studentů vysokých škol o problematice epilepsie a informovanost epileptiků o režimových opatřeních souvisejících s jejich onemocněním, a zda se jimi pacienti řídí.

5.1 Diskuse k výsledkům dotazníku pro studenty pedagogické fakulty

Cílem vytvoření dotazníku bylo zjistit, jak jsou studenti vysokých škol vybaveni informacemi o problematice epilepsie, zejména o první pomoci.

V dotazníku byly uvedeny otázky zaměřené na znalost první pomoci během a po skončení epileptického záchvatu. Byli zvoleni studenti Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta byla vybrána proto, že každý budoucí pedagog při výkonu svého povolání, se může setkat s jedincem trpícím epilepsií, a měl by o této nemoci mít určité vědomosti.

Byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza zněla: **Studenti vysokých škol umí poskytnout první pomoc během epileptického záchvatu a po jeho skončení.** Pro potvrzení či vyvrácení této hypotézy byly v dotazníku položeny otázky (otázka 5,8,9,10), které se vztahovaly k problematice poskytnutí první pomoci během epileptického záchvatu a po jeho skončení.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 53,91 % studentů by epileptikovi během epileptického záchvatu poskytli první pomoc správně, tj. snažili by se uchránit epileptika před poraněním. Tato skupina respondentů umí poskytnout první pomoc, tedy má správné informace.

Velice zajímavé bylo zjištění, že 19,13 % respondentů, by se snažilo, jedince uchránit před poraněním i rozevřením čelisti a vložením nějakého předmětu do úst epileptika, aby nedošlo k pokousání jazyka. 14,78 % studentů by však poskytlo první pomoc tak, že by rozevřeli epileptikovi čelist a vložili do jeho úst nějaký předmět, aby

uchránili jazyk před pokousáním. Je zajímavé, že v dnešní době stále tato forma pomoci mezi lidmi „přežívá“.

Tento druh pomoci byl dříve mezi veřejností velice rozšířen, ale v současné době se nedoporučuje, protože může dojít k poranění nejen nemocného ale i samotného záchránce. Výsledkem by mohla být ještě prudší motorická reakce či dokonce agresivita. Oživovací pokusy ve snaze zabránit přerušení záchvatu také nejsou vhodné.

Výzkum byl zaměřen i na to, jak by studenti dovedli pomoci jedinci po proběhlém epileptickém záchvatu. 28,69 % respondentů uvedlo, že by jedince prohlédli, zda není zraněn; jednali by rozvážně, nereagovali na jeho hlasité projevy a zjistili by stav jeho vědomí, a zda je epileptik orientován. Zbýlých 26,96 % respondentů by pouze jedince prohlédli, zjistili stav vědomí a zda je orientován. I tento způsob pomoci lze považovat za adekvátní.

KALINA (11) uvádí, že zbytečný transport do nemocnice může narušit denní program epileptika a více mu uškodí, než prospěje. Z tohoto důvodu jsem položila otázku 9 – „Musí podle Vás jedinec po záchvatu do nemocnice?“ 80,87 % respondentů uvedlo, že epileptik do nemocnice nemusí, je-li plně orientován, není vážně poraněn a má epilepsii, resp. léčí se pro epileptické záchvaty. Důvodem k hospitalizaci u epileptiků je mimořádně dlouhé trvání záchvatu, obraz záchvatu nebo jeho opakování popř. kumulace záchvatů.

Výzkum dále zjišťoval reakce studenta na možnou agresivitu jedince po skončení epileptického záchvatu. Většina dotazovaných (55,65 %) by se snažila jedince uklidnit, oslovovat jej klidným hlasem a nereagovat na jeho hlasité projevy. Nejvíce překvapivé byly odpovědi 1,74 % studentů, kteří by od agresivního jedince odešli. Ráda bych proto zmínila VIGUÉHO (12), který uvádí, že po proběhlém epileptickém záchvatu by se nikdy neměl epileptik nechávat samotný. Pacient se po skončení záchvatu cítí zmaten a pravděpodobně nebude vědět, kde se nachází nebo co se stalo.

Závažný problém spatřuji v nedostatečném povědomí veřejnosti o této nemoci, proto byla ve výzkumu položena otázka 3 – „Uveďte prosím, co je podle Vás epilepsie?“ Ze zkoumaného souboru, 44,35 % respondentů odpovědělo, že epilepsie je „záchvatové onemocnění mozku“, 24,35 % dotazovaných, že epilepsie je „nemoc

projevující se záchvaty“ a 12,17 % respondentů uvedlo, že epilepsie je „nemoc“. 17,39 % dotazovaných si pod pojmem epilepsie představí „záchvat“ a 1,74 % respondentů uvedlo, že epilepsie je „duševní nemoc“.

5.2 Diskuse k výsledkům dotazníku pro pacienty s diagnostikovanou epilepsií

Cílem vytvoření tohoto dotazníku bylo nejen zjištění informovanosti epileptiků o režimových opatřeních, která jsou důležitou součástí terapie, ale i to, zda se jimi pacienti s epilepsií řídí.

Druhá hypotéza zněla: **Dospělí epileptici mají informace o režimových opatřeních a řídí se jimi.**

Hypotéza se potvrdila, neboť dle provedeného výzkumu má více než polovina respondentů informace o režimových opatřeních, jako je pravidelné užívání léků, pravidelné kontroly u neurologa, úplná abstinence alkoholu, dodržování pravidelného režimu spánku a bdění apod. Více než polovina respondentů se těmito režimovými opatřeními řídí. K hypotéze se vztahovaly otázky 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 93,10 % respondentů má informace o pravidelném docházení k neurologovi. Z celkového počtu dotazovaných, 56,90 % uvedlo, že k neurologovi „dochází pravidelně“ a 29,31 % „spíše dochází“. Lze tedy usuzovat, že i ti respondenti, kteří mají informace o pravidelné docházce, ji přesto nedodržují.

Toto zjištění se objevilo i u dalších otázek, které se týkaly znalosti epileptiků o pravidelnosti užívání léků a o jejich skutečném užívání každý den ve stejnou denní dobu. O pravidelnosti užívání léků má informace 84,48 % respondentů. 55,18 % dotazovaných léky „užívá pravidelně“ a 31,03 % „spíše pravidelně“. Zajímavé zjištění bylo to, že 5,17 % respondentů léky „užívá nepravidelně“ a 8,62 % respondentů uvedlo odpověď „spíše ne“. Ve většině případů se jednalo o pacienty ve věku 18–26 let. Souhlasím tedy s tvrzením MORÁNEHO (19), který uvádí, že zejména mladí pacienti nechápou ani po dostatečném vysvětlení, že si mohou pomoci sami, právě dodržováním životosprávy a bez medikamentózní léčby. Opakovaně se tedy stává, že nemocný raději

nebere léky, aby si nemusel odpustit alkohol a ponocování na diskotékách, v barech apod.

U pacientů s diagnostikovanou epilepsií je alkohol velice nebezpečný a může být spouštěcím faktorem záchvatu. Proto jsem do dotazníku položila otázku, zda respondenti úplnou abstinenci alkoholických nápojů dodržují. Úplnou abstinenci alkoholických nápojů se řídí 56,90 % respondentů, 31,03 % pije alkohol příležitostně a v malém množství a 12,07 % respondentů úplnou abstinenci nedodržují a víno či pivo pijí pravidelně. I zde se ve většině případů jednalo o mladé epileptiky, které informovány jsou, ale přesto se tímto režimovým opatřením neřídí.

Stejně jako PFEIFER (22) i já se domnívám, že pravou příčinou nedodržování tohoto režimového opatření je to, že alkohol je v některých méně kulturních kruzích symbolem společenského standardu a postoje. Lidé se urazí, když si epileptik nechce „připít“ a proto mnoho pacientů podléhá nátlaku ze strany těchto lidí a často toto režimové opatření nedodržují.

Za nejsilnější provokační faktor se pokládá porušení režimu spánků – bdění. Epileptický záchvat může být vyprovokován nočním ponocováním anebo spánkem v dobu, kdy na to dotyčný pacient není zvyklý. Nejrizikovější je těžká ospalost a přechodné stavy mezi spánkem a bděním.

Proto výzkum také zjišťoval, zda má respondent informace o tom, že musí dodržovat pravidelný rytmus spánku a bdění. Dle PFEIFERA (22) se doporučuje usínat a probouzet jen jednou za 24 hodin, jelikož každý přechod mezi spánkem a bděním zvyšuje pohotovost k epileptickému záchvatu. Ze zkoumaného vzorku odpovědělo kladně 87,93 % respondentů, záporně 6,90 % a odpověď „nevím“ zvolilo 5,17 %. Dále bylo zjištěno, že 63,79 % dotazovaných pravidelný rytmus spánku a bdění dodržují a 36,21 % nikoliv. Opět se jednalo o mladé epileptiky.

6. ZÁVĚR

Bakalářská práce poukazuje na problematiku informovanosti pacientů s diagnostikovanou epilepsií o režimových opatřeních a na informovanost studentů Pedagogické fakulty v Českých Budějovicích o první pomoci, kterou by poskytli jedinci během epileptického záchvatu a po jeho skončení.

Prvním cílem bakalářské práce bylo vyzkoumat, zda vysokoškolsky vzdělaní studenti mají informace o problematice epilepsie a zjistit především to, zda umí epileptikovi poskytnout první pomoc. Druhým cílem této práce bylo vyzkoumat informovanost epileptiků o režimových opatřeních souvisejících s jejich onemocněním, a zda se pacienti těmito opatřeními řídí. V souladu s cíli práce byly stanoveny dvě hypotézy:

1. *Studenti vysokých škol umí poskytnout první pomoc během epileptického záchvatu a po jeho skončení.*
2. *Dospělí epileptici mají informace o režimových opatřeních a řídí se jimi.*

Potvrzeny byly obě hypotézy a domnívám se, že cíle práce byly splněny.

Výzkumem se podařilo u daného vzorku studentů potvrdit stanovené tvrzení, že studenti Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích umí poskytnout první pomoc během epileptického záchvatu. Dále bylo shledáno, také to, že mezi lidmi stále „přežívá“ forma první pomoci (rozevření čelisti), která se v současné době nedoporučuje.

Z výzkumu u jedinců, kteří mají diagnostikovanou epilepsii, vyplynulo, že většina epileptiků má informace o režimových opatřeních, ale už méně pacientů se jimi řídí.

Lidé trpící epilepsií se bohužel stále setkávají s předsudky vycházejícími především z neznalosti této nemoci. Proto velice zajímavé a určitě i přínosné, pro zlepšení pozice epileptika ve společnosti, by bylo udělat nějaký projekt na téma epilepsie, díky kterému by se širší společnost více dozvěděla o problematice epilepsie. Z tohoto důvodu byla do dotazníku pro studenty pedagogické fakulty zahrnuta otázka, zda by studenti uvítali nějaký projekt o problematice epilepsie. Na tuto otázku odpověděli všichni dotázaní a setkala jsem se s kladným vyjádřením téměř všech respondentů.

Epilepsie jako každá nemoc narušuje vztahy nemocného k okolí, ke společnosti a postihuje člověka hlavně svými sociálními důsledky jako je integrace ve školách, v zaměstnání, ztráta partnera či absence kamarádů.

Ke zlepšení péče o pacienty je nutná nejen spolupráce lékaře, eventuálně i psychologa s pacientem, ale také soustavná snaha o zlepšení společenské informovanosti a vymýcení některých předsudků, které začínají během školní docházky a pokračují v průběhu dalšího života. Proto jsem ráda, že v současné době je problematika epilepsie věnována stále větší pozornost.

Práci lze využít jako podklad pro vzdělávání budoucích pedagogů, kteří se budou s jedinci s epilepsií ve svém profesním životě setkávat. Další přínos práce spatřuji v tom, že se může použít jako zdroj důležitých informací pro samotné pacienty, kteří by se rádi o svém onemocnění dozvěděli více.

Práce bude k dispozici studentům Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AURA: informace o epilepsii. Praha: Společnost „E“, 2007, č. 173, s. 27.
2. BRÁZDIL, M. a kol. *Farmakorezistentní epilepsie*. 1 Vyd. Praha: TRITON, 2004. 268 s. ISBN 80-7254-562-0.
3. BRÁZDIL, M. Stáří a epilepsie. *Neurologie pro praxi*. 2003, roč. 4, č. 1, s. 8-10. ISSN 1213-1814.
4. DOLANSKÝ, J. *Současná epileptologie*. 1 Vyd. Praha: TRITON, 2000. 160 s. ISBN 80-7254-101-3.
5. DONÁTH, V. Alkohol, drogy vo vztáhu k epilepsii. *Neurologie pro praxi*. 2004, roč. 5, č. 3, s. 187. ISSN 1213-1814.
6. DONÁTH, V. Patofyziológia epilepsie. *Neurologie pro praxi*. 2002, roč. 3, č. 2, s. 64-67. ISSN 1213-1814.
7. DRAGAŠEK, J. Problematika vybraných psychických porúch při epilepsii. *Psychiatrie pro praxi*. 2005, roč. 6, č. 4, s. 195-197. ISSN 1213-0508.
8. ENGEL, J. *Mezinárodní liga proti epilepsii*. [online]. Poslední revize 11. 9. 2001, [cit. 2007-04-07]. URL <<http://www.mediforum.cz/symposium.htm>>
9. *Epilepsie: První pomoc při záchvatech*. 1 Vyd. Praha: Společnost „E“, 1997. 7s.
10. *Epilepsie: Základní informace*. 1 Vyd. Praha: Společnost „E“, 1998. 7 s.
11. HOVORKA, J. Epilepsie a základy antiepileptické léčby – část 1. *Psychiatrie pro praxi*. 2004, roč. 3, č. 3, s. 123 – 130. ISSN 1213-0508.
12. KALINA, M. *Akutní neurologie: Intenzivní péče v neurologii*. 1 Vyd. Praha: TRITON, 2000. 197 s. ISBN 80-7254-100-5.
13. *Knihovna Zdraví*, editoval Jordi Vigué. 1 Vyd. Čestice: REBO, 2006. 293 s. ISBN 80-7234-538-9.
14. KOLÁR, B. Interiktálne EEG vyšetrenie u epilepsie, migrény a tetanického syndrómu. *Neurologie pro praxi*. 2003, roč. 4, č. 4, s. 193 –196. ISSN 1213-1814.

15. KOLÁŘOVÁ, J. *Spolupráce Společnosti „E“ a sdružení Epistop*. [online].
Poslední revize 11. 9. 2001, [cit. 2007-04-07].
URL <<http://www.mediforum.cz/symposium.htm>>
16. KOMÁREK, V. *Epileptické záchvaty a syndromy*. 1 Vyd . Praha: Galén, 1997.
183 s. ISBN 80- 85824-56-6.
17. KUBA, R. Antiepileptika a gravidita. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, roč. 7, č. 5, s.
272-275. ISSN 1213-0508.
18. KUBA, R. Nová antiepileptika v klinické praxi. *Neurologie pro praxi*. 2006, roč.
7, č. 1, s. 36–42. ISSN 1213-1814.
19. MARUSIČ, P. Epilepsie a epileptické syndromy. *Lékařské listy*. 2006, roč. 55,
č. 21, s. 31-33. ISSN 0044-1996.
20. MORÁŇ, M. *Praktická epileptologie*. 1 Vyd . Praha: TRITON, 2003. 137 s.
ISBN 80-7254- 352-0.
21. NOVOTNÁ, I. Sociálně právní otázky epilepsie-1. část. *Lékařské listy*. 2004, roč.
53, č. 21, s. 26. ISSN 0044-1996.
22. NOVOTNÁ, I. Sociálně právní otázky epilepsie-2. část. *Lékařské listy*. 2004, roč.
53, č. 23, s. 26. ISSN 0044-1996.
23. PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci pro studium a praxi*. 1 Vyd. Praha: Grada,
2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
24. PRAŠKO, J. a kol. Použití lamotriginu v léčbě psychických poruch. *Psychiatrie
pro praxi*. 2006, roč. 7, č. 5, s. 229-234. ISSN 1213-0508.
25. REKTOR, I. Koncepce péče o pacienty s epilepsií v ČR. *Česká a slovenská
neurologická neurochirurgie*. 2004, roč. 67/100, č. 3, s. 216-218.
ISSN 1210-7859.
26. REKTOR, I. Stará a nová antiepileptika u dospělých. *Neurologie pro praxi*. 2002,
roč. 3, č. 2, s. 76-81. ISSN 1213-1814.
27. TOMÁŠEK, M. Epilepsie a epileptické záchvaty u dospělých. *Postgraduální
medicína*. 2005, roč. 7, č. 6, s. 641- 647. ISSN 1212-4148.
28. VOJTĚCH, V. *Epilepsie dospělých*. 1 Vyd. Praha: TRITON, 2000. 58 s.
ISBN 80-7254-096-3.

29. VOKURKA, M., HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. 6 Vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 1017 s. ISBN 80-7345-105-0.
30. 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), v platném znění.
31. Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, v platném znění.
32. ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. [1 Vyd.]. Praha: Karolinum, 2003. 205 s. ISBN 80-7184-203-6.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

- epilepsie
- informovanost
- první pomoc
- režimová opatření

9. PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH:

PŘÍLOHA 1 – Dotazník - studenti

PŘÍLOHA 2 – Dotazník - epileptici

PŘÍLOHA 3 – Měsíčník AURA

PŘÍLOHA 1:

Vážená studentko, vážený studente!

Jmenuji se Ivana Doubková, studuji na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. V současné době pracuji na bakalářské práci na téma: „Informovanost vysokoškolských studentů a dospělých epileptiků o problémech souvisejících s epilepsií“.

Právě držíte v ruce dotazník, který se zabývá konkrétně tímto problémem. Ráda bych Vás požádala o pomoc při realizaci výzkumu, který je pro dokončení mé bakalářské práce nezbytný.

Dotazník je naprosto anonymní, nemusíte se tedy bát, že údaje, které mi sdělíte budou zneužity. Prosím Vás o jeho pečlivé vyplnění. Otázky jsem se snažila pokládat tak, aby Vám jejich zodpovězení nezabralo příliš mnoho času.

Odpovědi, které Vám vyhovují označte prosím křížkem v příslušném políčku, které je umístěno nalevo od Vámi zvolené možnosti (není-li u otázky uvedeno jinak). Po zodpovězení všech otázek prosím dotazník vraťte přímo mě či pověřené osobě.

Děkuji za pochopení, Vaše úsilí při vyplňování a čas, který mi budete věnovat.

S pozdravem Ivana Doubková

1. **Pohlaví:** žena muž

2. **Věk:** _____ let

3. **Uveďte prosím, co je podle Vás epilepsie:**

.....
.....

4. **Epilepsie je nemocí?**

pouze dětí
pouze dospělých
dětí i dospělých

5. **Jakou první pomoc byste poskytl(a) jedinci během epileptického záchvatu?**

začal(a) bych provádět umělé dýchání a masáž srdce
snažil(a) bych se uchránit jedince před poraněním – tzn. odstranění ostrých předmětů a předmětů s hranami z blízkosti jedince; podložení hlavy, aby nedošlo k jejímu poranění
snažil(a) bych se rozevřít čelist a pokusil(a) bych se jedinci vložit do úst nějaký předmět ve snaze zabránit pokousání jazyka
uložil(a) bych jedince do stabilizované polohy
jiná odpověď, prosím uveďte jaká.....

6. **Je epileptický záchvat vážnou událostí?**

ano, je
ne, není
ano je, pokud záchvat trvá déle než 10 minut nebo se opakuje

7. **Setkal(a) jste se již ve svém životě s jedincem, u kterého probíhal epileptický záchvat?**

ano ne

8. **Jakou pomoc byste poskytl(a) jedinci po proběhlém epileptickém záchvatu? (i více možností)**

prohlédl(a) bych jedince zda není zraněn na jakémkoliv místě na těle
jednal (a) bych co nejrozněji, oslovoval (a) bych jej klidně, nereagoval(a) bych na jeho hlasité projevy
zjistil(a) bych stav jeho vědomí a zda je orientován (zda ví, kde se nachází, který je den, jak se jmenuje)

9. Musí podle Vás jedinec po záchvatu do nemocnice?

nikoliv, zda-li je jedinec plně orientován (tj. ví kde je, co se přihodilo, kdo je ...), není vážně poraněn a léčí se pro záchvaty
ano, vždy

10. Prosím uveďte jak byste reagoval(a), je-li jedince po epileptickém záchvatu agresivní?

.....
.....

11. Myslíte si, že máte dostatek informací o této nemoci?

ano, mám
ne, nemám
nějaké informace mám, ale rád(a) bych se dozvěděl(a) více
problematika této nemoci mě nezajímá
jiná odpověď, prosím uveďte jaká.....

12. Víte kde byste získal(a) informace o této nemoci? Prosím uveďte.

_____ _____ _____
_____ _____ _____

13. Uvítal(a) byste nějaký projekt, který by Vám rozšířil povědomí o této problematice?

ano ne

**PRÁVĚ JSTE ZODPOVĚDĚL(A) POSLEDNÍ OTÁZKU!!!
DĚKUJI ZA SPOLUPRÁCI**

PŘÍLOHA 2:

Vážená pacientko, vážený paciente!

Jmenuji se Ivana Doubková, studuji na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. V současné době pracuji na bakalářské práci na téma: „Informovanost vysokoškolských studentů a dospělých epileptiků o problémech souvisejících s epilepsií“.

Právě držíte v ruce dotazník, který se zabývá konkrétně tímto problémem. Ráda bych Vás požádala o pomoc při realizaci výzkumu, který je pro dokončení mé bakalářské práce nezbytný.

Dotazník je naprosto anonymní, nemusíte se tedy bát, že údaje, které mi sdělíte, budou zneužity. Prosím Vás o jeho pečlivé vyplnění. Otázky jsem se snažila pokládat tak, aby Vám jejich zodpovězení nezabralo příliš mnoho času.

Odpovědi, které Vám vyhovují, označte prosím křížkem v příslušném políčku, které je umístěno nalevo od Vámi zvolené možnosti (není-li u otázky uvedeno jinak). Po zodpovězení všech otázek vhodte prosím dotazník do schránky umístěné v čekárně ordinace Vašeho lékaře nebo ho vraťte přímo lékaři.

Děkuji za pochopení, Vaše úsilí při vyplňování a čas, který mi budete věnovat.

S pozdravem Ivana Doubková

1. **Pohlaví:** žena muž

2. **Věk:** _____ let

3. **Uved'te prosím, jaké je vaše dosažené vzdělání:**

základní
střední bez maturity
střední s maturitou
vyšší odborné
vysokoškolské

4. **Jste:**

svobodný (á)
ženatý (vdaná)
vdovec (vdova)
rozvedený (á)

5. **Jste zaměstnaný?**

ano ne studuji v důchodu (i invalidním)
mateřská dovolená

6. **Víte, jako epileptik, že musíte pravidelně (např. 1x za 3 měsíce) docházet k vašemu neurologovi na kontroly?**

ano
ne

7. **Docházíte pravidelně k vašemu neurologovi na kontroly?**

ano
spíše ano
spíše ne
ne

8. **Musíte jako epileptik užívat pravidelně antiepileptika (např. v 18 hodin)?**

ano
ne
nevím

9. Užíváte pravidelně antiepileptika ve stejnou denní dobu (např. v 6 hodin a v 18 hodin)?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

10. Víte jako epileptik, že nesmíte požívat alkohol, který u vás může vyvolat epileptické záchvaty?

- ano
- ne

11. Jak často konzumujete alkohol

- alkoholické nápoje nepiji vůbec
- víno či pivo piji pravidelně
- alkohol piji příležitostně (např. jen při oslavě)
- několikrát v týdnu vypiji několik sklenic vína, piva nebo i vysokoprocentního alkoholu

12. Musíte, jako epileptik, dodržovat pravidelný rytmus spánku a bdění?

- ano
- ne
- nevím

13. Dodržujete pravidelný rytmus spánku a bdění?

- usínám a probouzím se 1 krát za 24 hod
- neusínám a neprobouzím se 1 krát za 24 hodin
- jiná odpověď, prosím uveďte jaká

14. Víte, jako epileptik, že byste se měl vyhýbat psychické (stresovým situacím) a fyzické zátěži?

Fyzická zátěž

- ano
- ne

Psychická zátěž

- ano
- ne

15. Stresové situace se v mém životě vyskytují?

- denně
- 4–6 krát týdně
- 1–3 krát týdně
- méně než 1 krát týdně
- jiná odpověď, prosím uveďte jaká

16. Jak zvládáte stres v běžném životě?

neztrácím nervy a všechno vyřídím v klidu
bývám ve velkém napětí, abych v jenom dnu stihl (a) vyřídít co nejvíce věcí. To
mě stojí skutečně hodně sil
jiná odpověď, prosím uveďte jaká

17. Občan s epilepsií

může pracovat ve třísměnném provozu tedy i v noci
může pracovat v denním provozu u pásové výroby
může pracovat v ranní a odpolední směně

18. Mezi režimová opatření patří:

pravidelný rytmus spánku a bdění
úplná abstinence alkoholu
pravidelné užívání léků
vyhýbání se psychické a fyzické zátěži
pravidelné kontroly u neurologa
vyhýbání se přiměřené sportovní aktivitě
jiná odpověď, prosím uveďte jaká

19. Pro Vás jako epileptika je nebezpečné:

noční bdění
požití alkoholu
práce ve výškách
užívání léků ve stejnou denní dobu
nadměrná únava
těžká fyzická práce
stres
jiná odpověď, prosím uveďte jaká

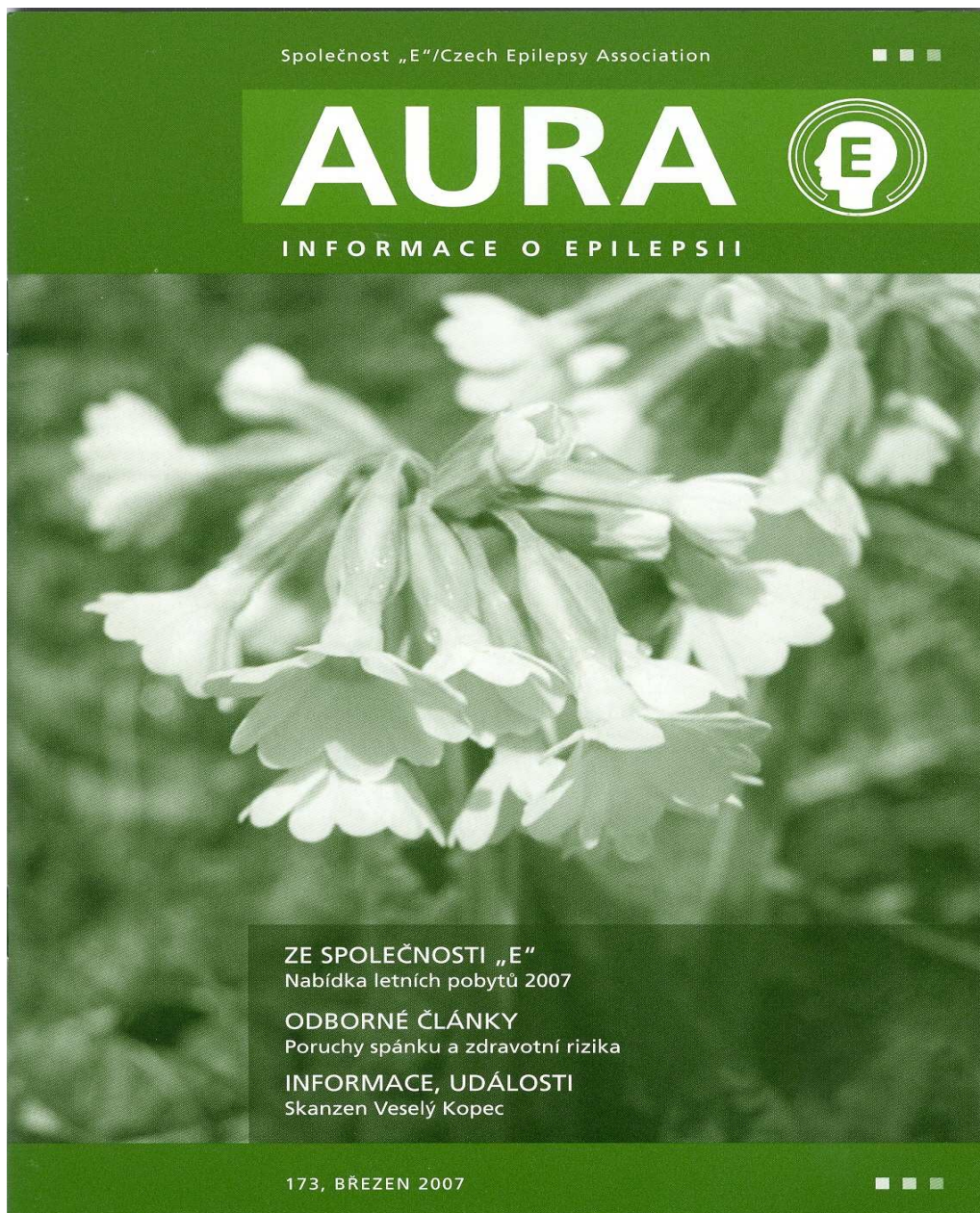
20. Věnovala jste se před zjištěním epilepsie nějakým činnostem, které jste nyní omezila?

ano, prosím uveďte jaké

ne

**PRÁVĚ JSTE ZODPOVĚDĚL(A) POSLEDNÍ OTÁZKU!!!
DĚKUJI ZA SPOLUPRÁCI**

PŘÍLOHA 3:



Zdroj (1)