

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Epilepsie a život s tímto onemocněním u
dospělých pacientů**

bakalářská práce

Autor práce: Eva Pejchalová

Vedoucí práce: Mgr. Petr Pazour

Jihlava 2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Eva Pejchalová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Epilepsie a život s tímto onemocněním u dospělých pacientů
Cíl práce:	Analyzovat vliv epilepsie na běžný život pacienta.

Mgr. Petr Pazour
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, Ph.D.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce na téma „Epilepsie a život s tímto onemocnění u dospělých pacientů“ se skládá z teoretické, praktické části a závěru. Teoretická část se zabývá základními informacemi o centrální nervové soustavě, definicí epilepsie, rizikovými faktory a klasifikací epilepsie. Dále také diagnostikou a léčbou tohoto onemocnění. Teoretická část také popisuje režimová opatření, prognózu a první pomoc při epileptickém záchvatu. Následně zmiňuje i organizace, sdružení zabývající se epilepsií a podporou pacientů, kteří trpí tímto onemocněním. Cílem této práce je analyzovat a zjistit, jaký dopad má epilepsie na život pacientů, ať už se jedná o osobní, pracovní či sociální oblast. Praktická část této bakalářské práce je stavěna na základě rozhovorů s pacienty. Zahrnuje zkušenosti lidí, kteří tímto onemocněním trpí, změny v životě, které jim epilepsie přinesla. A pohled blízkých a společnosti na ně samotné. A také zhodnocuje tyto informace na základě individuality pacientů, také hledá souvislosti, které pacienty s tímto onemocněním propojují z hlediska běžného života.

Klíčová slova

Epilepsie; epileptický záchvat; léčba; první pomoc

Abstract

Bachelor thesis on the topic "Epilepsy and life with this disease in adult patients" consists of theoretical, practical parts and conclusion. The theoretical part deals with basic information about the central nervous system, definitive epilepsy, risk factors and classification epilepsy. Furthermore, the diagnosis and treatment of this disease. The theoretical part describes the regime measures, prognosis and first aid in an epileptic seizure. He then mentions organizations, associations dealing with epilepsy and support for patients suffering from this disease. The aim of this work is to analyze and determine the impact of epilepsy on the lives of patients, whether it is personal, work or social. The practical part of this bachelor thesis is built on the basis of interviews with patients. It includes the experiences of people suffering from this disease, the changes in life that epilepsy has created for them. Take a look at your loved ones and society. And it also evaluates this information on the basis of individual patients, looking for connections that connect patients with this disease in terms of everyday life.

Key words

Epilepsy; epileptic seizure; therapy; first aid

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 7. května 2021

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Chtěla bych především poděkovat Mgr. Petru Pazourovi za odborné vedení, podnětné připomínky, informace, inspiraci a konzultace. Taktéž za veškerý čas, který mi věnoval. Zároveň bych chtěla poděkovat své rodině, blízkým a přátelům za trpělivost a podporu. Mé poděkování patří i respondentům, kteří byli součástí mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	9
1 Teoretická část	11
1.1 Centrální nervová soustava	11
1.1.1 Mícha	12
1.1.2 Mozek	12
1.2 Periferní nervová soustava	13
2 Epilepsie.....	14
2.1 Historie nemoci	14
2.1.1 Filozofie nemoci	14
2.2 Definice nemoci	15
2.3 Příčiny nemoci	16
2.3.1 Epidemiologie onemocnění	16
3 Diagnostika	18
3.1 Anamnéza.....	18
3.2 Klinické vyšetření	19
3.3 Laboratorní vyšetření	19
3.4 Elektroencefalografie	19
3.5 Neurozobrazovací metody	20
3.5.1 Magnetická rezonance	20
3.5.2 Počítačová tomografie	21
3.6 Wada test.....	21
3.7 Diferenciální diagnostika	21
4 Klasifikace epilepsií.....	22
4.1 Klasifikace epileptických záchvatů ILAE 2017.....	23
4.1.1 Fokální	23
4.1.2 Generalizované záchvaty	23
4.1.3 Záchvaty s neznámým začátkem	24
4.1.4 Status epilepticus	24
4.2 Náhlé úmrtí u pacientů s epilepsií (SUDEP).....	25
4.3 Epileptické syndromy.....	25
4.3.1 Febrilní křeče	25
4.3.2 Westův syndrom	26
4.3.3 Lennox-Gastautův syndrom.....	26
4.4 Prognóza epileptického onemocnění v populaci.....	27
4.4.1 Potravinové doplňky	27

5	Režimová opatření	28
5.1	Omezení držení řidičského oprávnění.....	29
5.2	Omezení výkonu práce.....	29
5.3	Spánek.....	30
5.4	Alkohol.....	30
5.5	Dieta	30
5.5.1	Ketogenní dieta	31
6	Léčba.....	32
6.1	Farmakologická léčba	33
6.2	Chirurgická léčba	33
6.3	Alternativní léčba	34
7	První pomoc při epileptickém záchvatu.....	35
8	Organizace	36
8.1	Společnost “E“	36
8.2	Epistop.....	36
8.3	Česká liga proti epilepsii.....	36
8.4	Epi-rodina.....	37
8.4.1	SME	37
9	Praktická část	38
9.1	Cíl výzkumu	38
9.2	Výzkumné otázky.....	38
9.3	Metodika výzkumu.....	38
9.4	Kvalitativní výzkum.....	38
9.5	Etika	39
9.6	Průběh výzkumu.....	39
9.7	Charakteristika vzorků respondentů a výzkumného prostředí	39
9.7.1	Základní charakteristika respondentů	39
9.8	Výsledky výzkumu.....	40
9.8.1	Rozhovory s pacienty.....	40
10	Diskuze	52
	Závěr	57
	Seznam použitých zdrojů.....	58
	Seznam použitých zkratk	64
	Seznam příloh	65

Úvod

Epilepsie je jedno z neurologických onemocnění, které člověka omezuje v běžném životě. Nese s sebou výhrady v soukromém i ve společenském životě. Epilepsie není nově diagnostikované onemocnění. A už vůbec se nyní nepovažuje jako trest, i když někdo by to mohl chápat jinak.

Člověk s touto diagnózou prožívá v životě nejistotu blížícího se dalšího záchvatu, který může předpokládat díky vyzorované auře. Důležitá je prevence a výjimku netvoří ani v tomto případě. Člověk by měl dbát o své zdraví, ať už kvůli sobě či svým blízkým.

Jako je tomu u autismu či u běžných atopických ekzémů, tak i člověk s epilepsií se potýká s řadou předsudků z řad společnosti. Vede to k určité stigmatizaci. Tudíž lze chápat, že většina pacientů se s tímto onemocněním nechlubí. Na rozdíl od ekzému epilepsie zpočátku není vidět. Stigma, které se společně s tímto onemocněním tvoří, může pro většinu pacientů znamenat jakýsi znak hanby, se kterým se musí popasovat. Důležitost je kladena na starost nejen o své fyzické zdraví, ale i o to psychické zdraví. A v tomto případě to platí dvojnásob.

Teoretická část se zabývá popisem centrální nervové soustavy, historií, a také filozofií této nemoci. Dále je zde zmíněna definice, rizikové faktory, režimová opatření. V neposlední řadě se zabýváme diagnostikou, léčbou, která může být i alternativní, klasifikací a první pomocí. Důležitá zmínka je o organizacích, které podporují právě pacienty s touto diagnózou.

Pro svůj výzkum jsem si zvolila téma, které mě zajímá. Sleduje život epileptiků, a to jak moc mohou být lidé s tímto onemocněním omezení v běžném životě, při studiu a práci. Jaký na to mají pohled oni, protože je to něco, co je zdravé společnosti neviditelné. Kdo epilepsií netrpí, netuší, co to obnáší. Tento výzkum jsem si vybrala záměrně, neboť tímto onemocněním trpí jeden z mých blízkých. Doufám, že tato práce pro mě bude přínosem zejména po stránce budoucího povolání.

Cílem mé bakalářské práce je na základě polostrukturovaných rozhovorů zjistit, jak se lidé vypořádávají s běžnými životními situacemi. Hlavním cílem tedy je analyzovat vliv epilepsie na běžný život pacienta. Kvalitativní výzkum jsem si vybrala protože, bývá velmi často upřednostňován z hlediska holistického přístupu. Jako výzkumný vzorek jsem zvolila respondenty, kteří mají určité zkušenosti a dokážou subjektivně popsat značnou omezenost, která se s tímto onemocněním pojí.

1 Teoretická část

1.1 Centrální nervová soustava

Základ centrální nervové soustavy (CNS) tvoří mozek obklopen lebkou. Další částí CNS rozumíme míchu, která se skrývá v polopružném kostním sloupci, který je tvořen obratli a nadále i periferními nervy. Funkcí CNS je řídit a kontrolovat tělo. Základními stavebními prvky CNS jsou neurony (neboli nervové buňky) a pomocné buňky, jako jsou gliové a ependymové. Neuron se skládá z neuroplasmy, organel a výběžků, které nazýváme neurit (axon) a dendrit. Axony jsou většinou obohaceny o myelinovou pochvu, tvořenou Schwannovými buňkami s Ranvierovými zářezy. (Kachlík, 2013)

Spojení dvou neuronů se nazývá synapse. Toto spojení může nastat i mezi neuronem a svalem, čímž vzniká nervosvalová ploténka. Přenos mezi jednotlivými nervovými buňkami funguje pomocí mediátorů, kterými může být noradrenalin, acetylcholin, serotonin. Nahromadění buněčných těl se obecně vystihuje jako šedá hmota a soubory drah nazýváme hmotou bílou. (Kachlík, 2013; Stelzer, Chytilová, 2007)

Kachlík (2013) uvádí, že nervová soustava vzniká v rámci nitroděložního vývoje. Primárními buňkami nervové soustavy jsou neuroblasty, vývojem z těchto buněk vznikají veškeré neurony ústřední i obvodové nervové soustavy, taktéž i veškeré gangliové buňky. Hlavová část nervové trubice tvoří pět mozkových váčků, ze kterých se nadále vyvíjí pět základních oddílů mozku. Do okolních tkání vyrůstají z ústřední nervové soustavy výběžky nervových buněk, které tvoří obvodové nervy.

Zásobení cévní nervové soustavy zajišťují vnitřní krkavice – arteria carotis interna a párová obratlová tepna – arteria vertebralis. Jejich seskupením vzniká na spodině mozku tepenný kruh, z něhož vycházejí mozkové tepny – arteria basilaris, arterie cereberi posteriores, arteria cereberi media, arteria communicans anterior, posterior a arterie centrales. (Kachlík, 2013)

1.1.1 Mícha

Kachlík (2018) uvádí, že mícha je uložena v páteřním kanálu, měří asi 40-50 centimetrů. U mužů většinou mícha zasahuje k meziobratlové ploténce L1-L2, u žen pak až k tělu L4. K tělu S2 sestupuje spíše nitkovité koncové vlákno, kterým je mícha zakončena. V tomto bodě srůstá s periostem a vytváří cauda equina. Míchu dělíme na několik úseků, a to na oblast krční, hrudní, bederní a křížovou. Konečnou část míchy také můžeme rozdělit na míšní kužel a nad ním ležící nadkužel míšní. V centru míchy se nachází ústřední kanálek, který je vystlaný ependymovými buňkami, též obsahuje i mozkomíšní mok. V centru můžeme vidět motýlkovitý tvar šedé hmoty míšní, který vybíhá do rohů – přední, zadní, postranní. Okolo šedé hmoty je rozložena bílá hmota, kterou podobně můžeme rozdělovat na přední, zadní a postranní provazce.

Z míchy odstupují míšní nervy, které mají vlákna dostředivá i odstředivá, podílející se na vedení vzruchů, a to oběma směry. Téměř veškeré míšní dráhy jsou napojeny vzestupně i sestupně na vyšší etáže CNS. Z míchy vybíhá 31 párů nervů, vystupujících z míšních segmentů. (Kachlík, 2018)

1.1.2 Mozek

Mozek je uložený v dutině lební, u dospělého člověka hovoříme o váze kolem 1 500g. Mozek rozdělujeme na tři části, zadní mozek, střední a přední. Část předního mozku, nazýváme mozkem koncovým, dále jej dělíme na pravou a levou hemisféru. Každou hemisféru můžeme rozdělit na čtyři dané laloky – čelní (frontální), temenní (parietální), týlní (okcipitální) a spánkový (temporální). Stejně jako v míše se i v koncovém mozku nachází šedá hmota míšní, tvořící mozkovou kůru, bílá hmota vyplňuje hemisféry. (Kachlík, 2018)

Mozek můžeme dělit na určité části – mozkový kmen (prodloužená mícha, Varolův most, střední mozek), mozeček, mezimozek a již zmiňovaný koncový mozek. Uvnitř mozku a míchy se nacházejí prostory, které bývají vystlány ependymovými buňkami. A také obsahují mozkomíšní mok, jedná se tedy o mozkové komory. Anatomicky můžeme popsat postranní komory, také třetí a čtvrtou mozkovou komoru. (Kachlík, 2018)

1.2 Periferní nervová soustava

Tento systém vytvářejí nervy vycházející z míchy a mozku. Hlavním cílem této soustavy je tvořit spojení mezi centrální nervovou soustavou a ostatními částmi těla. Do činnosti nervové soustavy jsou zapojeny dostředivě od receptorů do CNS – somatosenzitivní nervy, které přináší informace o bolesti, chladu a teple, viscerosenzitivní nervy – z vnitřních orgánů, senzorické nervy – smyslové počítky (zrak, chuť, čich, rovnováha). Poté jsou také zapojeny odstředivě z CNS k výkonným strukturám – somatomotorické nervy, které vedou ke kosterním svalům, visceromotorické vedoucí k hladké svalovině. (Kachlík, 2018)

2 Epilepsie

2.1 Historie nemoci

S epilepsií se lidstvo potýká už od počátku existence. Poprvé byla zaznamenána v Chamurappiho zákoníku. V historii nesla tato nemoc název „rajská nemoc,“ protože se věřilo, že člověk s tímto onemocněním je seslán z nebes. Později si tato nemoc zasloužila o něco méně lichotivý název. A to „ohavná nemoc“ tzv. nemoc, ze které se zvrací. Jako boží trest byla epilepsie vnímána ve středověku, lidé byli přesvědčeni, že člověk s epilepsií je posedlý děblem. Nespočet známých lékařů se pokoušelo tuto nemoc zkoumat a popsat. Mezi tyto badatele patřil například Hippokrates. (Moráň, 2007)

2.1.1 Filozofie nemoci

Epilepsie neboli padoucnice bývá nemoc, která se velmi pravděpodobně vyskytuje u nadprůměrných individualit. Tyto individuality, které svůj velmi silný projektovaný psychický potenciál různými způsoby a z rozdílných důvodů poněkud zbrzdily. Takzvaný grand mal – jeden z typů epileptického záchvatu těmito lidem pomáhá zbavit se přebytečného psychického potenciálu. (Novotný, 2009)

Příčiny záchvatu jsou velice individuální. Tudiž je nutné je interpretovat v jasných souvislostech. Pěna u úst pacientů například signalizuje negativní emoce, které se při záchvatu dostávají ven, jako příklad můžeme uvést vztek, zoufalství, utrpení. Pokud se epileptik kouše do úst či do jazyka, značí to, že epileptik měl snahu sám sebe umlčet, odloučit se od veškeré komunikace. I epileptik má možnost svůj nadbytečný potenciál vybit jinak než při zmiňovaném grand mal. A to nejlépe při tanečcích, různých běžeckých a lyžařských maratonech či při křiku na rockových koncertech. (Novotný, 2009)

2.2 Definice nemoci

Toto onemocnění je typické nekontrolovatelnými a vůlí neovlivnitelnými záchvaty, které nasvědčují změnám činnosti mozku. Většinou se projeví jako změny jednání a chování, tyto změny jdou ruku v ruce s poruchou vědomí. Vyskytují se i záchvaty, které nemusejí vyvolat žádnou vnější symptomatologii, projevují se pouze speciálním záznamem. Tento speciální záznam nazýváme elektroencefalogram. Epilepsie se objevuje v jakémkoliv věku, nese s sebou různé příčiny a projevy. Nezávisí na pohlaví, věku, rase ani na kultuře. (Seidl, 2008)

Základem těchto záchvatů bývají náhlé elektrické výboje v určité části mozkové tkáně, ložisko může být jedno nebo těchto ložisek pro vznik záchvatu může být i více. Těmito ložiskům se přezdívá epileptické ohnisko, které se nachází nejen v mozkové kůře, ale také v podkorových oblastech. Původ těchto výbojů může být různý, a proto nelze jasně stanovit jedno jediné onemocnění, ale je spíše záhodno hovořit o epileptickém syndromu. (Nejedlá et al., 2004)

Někdy se u záchvatů objevuje tzv. aura, tedy jakési tušení, že záchvat přijde. Aura je u každého pacienta jiná, může být ovlivněna i umístěním ložisek mozku. Aura se může projevit jako zrakové halucinace, poruchy zraku a pacient často spatřuje plameny. Dále můžou být i čichové vjemy, jako je nejčastěji zápach spálené gumy, také vjemy sluchové, kterými jsou bzučení a pískání. Poté také projevy motorické a senzitivní, projevující se brněním či jako záškuby prstů. Aura může být i psychického rázu, projevující se nejčastěji jako úzkosti a strach. Tyto varovné signály by měly pacienta varovat před blížícím se záchvatem. (Faber, 1995, Seidl, 2008, Faber, 1998)

Během záchvatu a před záchvatem se epileptik setkává s mnohými změnami. Změny se týkají autonomních funkcí a senzomotorických procesů. Příčinou je nerovnováha mezi excitačním a inhibičním mechanismem ve skupině neuronů. (Seidl, 2008)

2.3 Příčiny nemoci

Různé věkové kategorie nám nabízejí různé příčiny nemoci. V dětství se nejčastěji objevují křeče s horečkami, infekce CNS, poškození mozku, vrozené metabolické poruchy. V rané dospělosti jsou příčinou idiopatické epilepsie, reziduální epilepsie, poškození mozku, trauma. Později v dospělosti bývá původem chronický alkoholismus, mozkové nádory, úrazy, poškození mozku, různé záněty (encefalitida). Po 60. roce bývají důvodem nádory, metastázy do mozku a cerebrovaskulární nemoci. (Berlit, 2007)

Příčiny se také dělí na primární, u kterých nelze stanovit žádnou příčinu a sekundární, které jsou na základě úrazů, traumat, poškození mozku, zánětů, chronického alkoholismu, přičemž se záchvaty vyskytují většinou při abstinenci. Rizikové faktory pro vznik výbojů podporuje horečka, hypoxie, gravidita, menstruace, nedostatek spánku, rychlé záblesky (fotostimulace), některé léky a toxiny (neboli epileptogenní podněty). (Nejedlá, Svobodová, Šafránková, 2004)

Značnou roli zde může hrát i genetika. Epilepsie jako taková nepatří mezi dědičná onemocnění. Dědičné ovšem mohou být dispozice, které jsou člověk od člověka individuální. Idiopatická varianta epilepsie se v určitém věku objeví a v určitém věku také zmizí. Záchvaty spojené s touto epilepsií se vyskytují především v dětském věku a u dospívajících. (Stehlíková et al., 2016)

Při vzniku epilepsie svým významem převyšují spíše vnější faktory, než genetické predispozice. Jsou tedy brány spíše jako epilepsie sekundární, většinou jsou způsobené poraněním mozku, které jsou součástí úrazů hlavy, nádorů, cévního onemocnění, jednotlivých vrozených vývojových vad či degenerativních chorob mozku. Důležité je zmínit, že mezi sekundární epilepsie zahrnujeme i poškození mozku během porodu. (Stehlíková et al., 2016)

2.3.1 Epidemiologie onemocnění

Diagnostiku epilepsie si ročně vyslechne jeden z 2000 osob. Epilepsií trpí půl až jedno procento populace a patří mezi nejčastější neurologické onemocnění. V České republice tak žije 70 000 lidí s tímto onemocněním. Záchvat může propuknout kdykoliv během života. Pravděpodobnost výskytu ojedinělého epileptického záchvatu bývá až pět procent. Nejčastěji se vyskytuje u malých dětí v prvních třech letech života, a to ve formě

febrilních záchvatů, které ve většině případů pomalu odezní. Epilepsie je u dětí mnohem častější onemocnění, než cukrovka či revmatismus. Avšak věk, ve kterém epilepsie propukne, nemá žádný vliv na průběh a léčbu. (Seidl, 2008, Waberžinek, Krajíčková 2006, www.spolecnost-e.cz, 2016)

V rozvojových zemích můžeme hovořit o vyšším výskytu parazitárních onemocnění či traumat a různých neurologických infekcí, které mohou tvořit stimulant pro epileptické záchvaty. Vzhledem k věku se většina dědičně podmíněných epileptických syndromů vyskytuje do 30 let a ve věku od 65 do 70 let se objevují nejčastěji epileptické syndromy, na podkladě strukturálních příčin. Zvýšeným rizikem jsou také oblasti, kde se vyskytují malárie, snížená dostupnost a kvalita zdravotnické péče. Důležité zastoupení mají i preventivní opatření a programy. Více než polovina epileptiků žije na území s nízkými až středními příjmy. (MUDr. Petr Bušek, Ph.D, 2013, www.who.int, 2019)

3 Diagnostika

Hlavním smyslem diagnostiky epilepsie bývá diagnostika vlastního epileptického záchvatu a zjištění příčiny záchvatu. Základním kamenem pro správnou a kvalitní diagnostiku je znát pacientovu anamnézu. Pokud by se jednalo o záchvat, při kterém došlo u pacienta k poruše vědomí, je nutné stanovit objektivní anamnézu s osobou, která byla svědkem záchvatu. Měl by být proveden přesný popis celého záchvatu. Poruchy vědomí se týkají diferenciální diagnostiky. Důležité je vyloučit neepileptické poruchy vědomí či jiné záchvaty. Podstatné je dívat se na daného pacienta holisticky a vzhledem k diagnostice a pacientovi přistupovat individuálně se zachováním hlavních a důležitých metod. (Ambler, 2011)

Při zajištění prvního epileptického záchvatu většinou lékaři sledují dobu trvání záchvatu, poruchy vědomí, charakter a průběh křečí, pokousání jazyka a v neposlední řadě také pomočení či pokálení. (Stehlíková, 2014)

3.1 Anamnéza

V rámci anamnézy velmi často dochází k situacím, kdy lékař nedokáže získat dostatek informací od pacienta, a to z důvodů poruchy vědomí. Jediným východiskem je tedy výslech svědků záchvatu. Může tak být poukázáno na stočení hlavy, řečové projevy, postavení končetin i dobu trvání záchvatu. Anamnéza pojednává o zajištění veškerých dat. Údaje o předchozím onemocnění, úrazech i operacích, dále se zkoumá rodinná anamnéza, která může pomoci lékaři vyloučit jiné onemocnění, které by mohlo epilepsii napodobovat. Můžeme mezi ně řadit například mozkové nádory či cévní mozkovou příhodu a řadu dalších onemocnění. Dále lékaře také zajímá farmakologická anamnéza, z hlediska dlouhodobě užívaných léčiv, abúzus v rámci alkoholu a jiných návykových látek, alergická anamnéza, u žen gynekologická anamnéza, pracovní a sociální anamnéza. (Vojtěch, 2000)

Lékař se zde zajímá i o auru (tušení o přicházejícím záchvatu), také informace týkající se porodu, různé komplikace spojené s porodem. Pacient uvádí četnost záchvatů a stanoví přesnou časovou jednotku prvního záchvatu. Informace by měly být kompletní. A co nejpřesnější, díky přesnosti je lékař schopen stanovit diagnózu. (Seidl, 2008)

3.2 Klinické vyšetření

Celkové neurologické vyšetření může potvrdit nebo vyvrátit neurologické onemocnění, kdy jedním z řady symptomů může být epilepsie. Ta je potom součástí celého léčebného procesu. Důležité pro diferenciální diagnostiku je provést kardiologické a interní vyšetření. Především proto, že poruchy kardiálního rytmu a oběhové soustavy mohou způsobovat bezvědomí. Prioritní v rámci epilepsie by mělo být také komplexnější psychologické a psychiatrické vyšetření, které napomáhá k rozpoznání pseudoepileptických záchvatů. (Morán, 2007)

3.3 Laboratorní vyšetření

Pokud je zahájena medikamentózní léčba, je důležité sledovat hladinu antiepileptik, především pokud nedochází při užívání léků ke kompenzaci (neboli k vymizení záchvatů). Dále se v rámci diagnostiky sledují hladiny iontů a funkce jater i ledvin, také stanovení hladiny krevního obrazu a glykemického profilu. Hlídá se zde i hladina antiepileptik u léčeného pacienta. Léky jako jsou například levetiracetam a brivaracetam. V běžných laboratořích se toto laboratorní vyšetření neprovádí, sledování hladiny léků je typické pro velké nemocnice (FN Brno, FN Praha). Součástí laboratorních šetření bývají endokrinologická, metabolická a imunologická vyšetření. V rámci laboratorních šetření se zde sleduje hladina valproátu a v biochemických laboratořích se hlídá hladina CK, která se uvolňuje při svalové zátěži. Rozvíjí se i zájem o vyšetření v rámci genetiky, a to většinou na bázi reprodukčního poradenství před otěhotněním. (Morán, 2007)

3.4 Elektroencefalografie

Elektroencefalografie (EEG) patří k nejdůležitějším diagnostickým metodám v neurologii. Vyšetření registrující aktuální elektrickou aktivitu mozku, vznikající při činnosti nervových buněk. Přístroj signály mnohonásobně zesílí a převede na záznam, signály jsou snímány z neporušeného povrchu hlavy, pomocí elektrod. Záznam této metody je vyhodnocován neurologem. Pomocí této metody můžeme zcela jistě zjistit místo vzniku epileptické aktivity mozku, naleznout ložisko, kde jsou porušeny neurony. V některých případech je pacient vyšetřován při spánku, a to kvůli tomu, že spánek zvyšuje šanci zachytit epileptiformní nepravidelnost. Díky tomuto vyšetření můžeme rozpoznat generalizované či fokální záchvaty. Při vyšetření u dospělých pacientů

je zachycení pouze 30%, u dětí jde pak o větší citlivost v rámci EEG. Pro přesnou diagnostiku se musí na záznamu vyskytnout epileptiformní vzorec, avšak vzorec sám o sobě nemusí znamenat, že by konkrétní pacient trpěl epilepsií. (Stehlíková et al., 2016, Bednařík et al., 2010)

3.5 Neurozobrazovací metody

Zobrazovací metody ohledně diagnostiky epilepsie hrají poměrně důležitou roli. Vylučují či prokazují epileptogenní změny, čili pomáhají stanovit správnou etiologii. Podílejí se na zobrazení struktury mozkové tkáně. Mezi tyto metody se řadí magnetická rezonance (MRI) a počítačová tomografie (CT). (Brázdil et al., 2011)

3.5.1 Magnetická rezonance

MRI je jednou z nejcitlivějších metod. Jedná se o vyšetření první volby vzhledem k senzitivitě a specifitě při identifikaci různých abnormalit mozkové tkáně a malých lézí. Tato metoda má možnost zobrazování ve více rovinách a patří k ní absence ionizujícího záření. Pokud léčbu nelze správně aplikovat, doporučuje se opakování této zobrazovací metody. MRI využívá silného magnetického pole, specifických fyzikálních vlastností jader vodíkových atomů. Nevýhody magnetické rezonance jsou její menší dostupnost, časová a finanční náročnost. Dále také není indikována u pacientů s kardiostimulátory, cévními svorkami, kochleárními implantáty a u pacientům s kloubní náhradou z kovového materiálu. Není vhodné ani pro ženy v prvním trimestru těhotenství. Problém mají pacienti trpící klaustrofobií. Vyšetřovaný pacient dostává sluchátka či špunty do uší. Uložen na vyšetřovací stůl vyčkává v poloze, vyšetření MRI probíhá zhruba 20 až 30 minut. (Morán, 2007, Seidl, 2008)

MRI se nyní volí přednostně. Většinou z důvodů, že je schopná odhalit abnormality, které předešlé vyšetřovací metody neodkázaly zaznamenat. Často nám podává informace o příčině epilepsie. Na snímcích z magnetické rezonance hledáme mesiální temporální sklerózu (epilepsie původem ze spánkového laloku), cizorodá ložiska (drobné nádory), kortikální malformace (špatně utvářený závit mozkové kůry). (www.homolka.cz, 2017)

3.5.2 Počítačová tomografie

CT můžeme použít k vytvoření nativních snímků či snímků s použitím kontrastní látky. Toto vyšetření může vyloučit některé hrubé a specifické abnormality – nádory, hematomy, kortikální léze či kalcifikace. V akutních stavech, kdy není možnost využít MRI z důvodů cévních svorek a kochleárních implantátů, se používá právě CT. Použití CT můžeme považovat za omezení, a to vzhledem k průměrným rozlišovacím schopnostem, zobrazení zprostředkovává pouze v transverzální rovině. Pro lepší zobrazení cévních útvarů mozku se používá kontrastní látka, která většinou obsahuje jód, z toho hlediska je důležitá alergická anamnéza. Tato zobrazovací metoda je velice důležitá a měla by být provedena v rámci diagnostiky každé epilepsie. (Vojtěch, 2000, Brázdil et al., 2011, Stehlíková et al., 2016)

3.6 Wada test

Wada test se používá jako předoperační hodnocení řeči a paměťových funkcí, nepoužívá se při základní diagnostice epilepsie. Největším významem testu je zjištění, zda je při zachování paměťových funkcí důležitá levá či pravá hemisféra. Nejdůležitějším cílem Wada testu je zabránit těžkým paměťovým poruchám pacienta při neurochirurgických intervencích. Principem testu je, že k zapamatování si podstatných věcí během určité intra arteriální aplikace barbiturátů používá pacient pouze léčebně nevyřazenou hemisféru. (Brázdil et al., 2011)

3.7 Diferenciální diagnostika

Provedení této diagnostiky by mělo být vždy po prvním prodělaném záchvatu, který je považován za epileptický. Nejpodstatnější je přesná a jasná anamnéza, protože je někdy opravdu obtížné stanovit, zda jde o epilepsii, či nikoli. Epilepsie jako taková je pro pacienta velice nepříjemná nemoc, která člověka mnohdy hodně limituje. Přesná diagnóza může pacientovi i lékařům ulehčit péči. Na druhou stranu špatně postavená diagnostika, prognóza, může napáchat spoustu škody. Pokud jde o jasnou diagnostiku počínající epilepsie, je třeba pacientovi doporučit obezřetnost ohledně rizikových faktorů a antiepileptickou životosprávu. Dispenzarizace pacienta poté probíhá po dobu tří let. Při neopakování záchvatu lze epilepsii vyloučit. (Morán, 2007)

4 Klasifikace epilepsií

Epilepsie je heterogenní skupinou onemocnění, její správná klasifikace a důkladné určení etiologie jde ruku v ruce s adekvátní léčbou i prognózou. Klasifikace je základem pro komunikaci v klinické praxi, taktéž pro lepší porozumění mezi vědci a kliniky. Klasifikace tohoto onemocnění je víceúrovňová, a pokud je to jen zcela možné, měla by být klasifikace stanovena ve všech třech úrovních. Nutností je také zjistit etiologii epileptického záchvatu a epilepsie. (www.neurologiepropraxi.cz, 2018)

Důležitým a prvním krokem je klasifikace typu záchvatu, v několika málo případech je možná pouze tato klasifikace, a to pokud nejsou k dispozici další pomocná vyšetření. V jiných případech může být informací málo, že není možné epilepsii klasifikovat. Touto variantou může být například pacient, který měl pouze jeden jediný záchvat. Zohledňují se i výsledky EEG a dalších zobrazovacích metod. (www.neurologiepropraxi.cz, 2018)

Druhým krokem je určení typu epilepsie dle klasifikace z roku 2014. Dlouhodobě užívané kategorie jsou generalizovaná a fokální epilepsie, nově přinášejí i klasifikace dvou skupin, epilepsie kombinovaná (generalizovaná a fokální) a epilepsie neznámého typu. Pacienti, jenž trpí generalizovanou epilepsií, mohou mít více typů záchvatů, diagnostika je založena na klinických kritériích. Diagnóza generalizované epilepsie spočívá v klinických kritériích a typickým užíváním inter kraniálním EEG. Důležité je také dbát na rodinnou anamnézu a výskyt myoklonických záškubů. Fokální epilepsie může být unifokální či multifokální, tyto záchvaty mohou mít různou podobu. Diagnóza je stanovena na základě klinického obrazu a EEG. Kombinované epilepsie vznikly na základě toho, že u některých pacientů se vyskytují generalizované i fokální záchvaty. Typické jsou tyto záchvaty pro syndrom Dravetové a výjimečně i v jiných situacích. Epilepsie, u které nejsme schopni rozeznat, zda se jedná o záchvaty generalizované či fokální, protože nemáme dostatek informací, nazýváme epilepsií neznámého typu. (www.neurologiepropraxi.cz, 2018)

Třetím a posledním krokem je stanovení epileptického syndromu. Tento syndrom je souborem znaků zahrnujících typ záchvatu, EEG i nález v rámci zobrazovacích metod. Charakteristika spočívá v určitém věku nástupu a případně remisích. A také velkou škálou spouštěčů záchvatů. Časté jsou kognitivní poruchy nebo psychiatrické či specifické nálezy na EEG a zobrazovacích metodách. (www.neurologiepropraxi.cz, 2018)

4.1 Klasifikace epileptických záchvatů ILAE 2017

4.1.1 Fokální

Fokální záchvaty dělíme na záchvaty s poruchou vědomí a bez poruchy vědomí. Fokální často přecházejí do bilaterálního tonicko-klonického záchvatu. Motorickými fokálními záchvaty rozumíme: automatismy, atonické, klonické, epileptické spasmy, hyperkinetické, myoklonické a v poslední řadě také tonické záchvaty. Bez motorických projevů se objevují záchvaty: autonomní, zárazy v chování, kognitivní, emoční a také senzorické záchvaty. (www.neurologiepropraxi.cz, 2018)

O přiřazení termínu ohledně fokálních záchvatů rozhoduje vždy první a převažující příznak nebo jakýkoliv projev záchvatu. Hyperkinetický záchvat je posuzován výraznou fyzickou neklidností či výskytem pohybů podobných šlapání na kole. Kognitivní záchvaty jsou charakteristické poruchou řeči nebo jinými kognitivními funkcemi či popisují halucinace a iluze. Emoční záchvaty popisují úzkost, strach či radost a další dominantní emoce. Fokální záchvaty přecházející do bilaterálního tonicko-klonického záchvatu, je využíváno pro záchvat tonicko-klonický, jež se objeví při šíření fokálního záchvatu do obou hemisfér. Fokálnost záchvatů lze klasifikovat dle vývoje, který probíhá na základě známých faktů. Pokud je znám typ epilepsie, lékař záchvat může odhadnout bez toho, aby záchvat viděl. (www.neurologiepropraxi.cz, 2018)

4.1.2 Generalizované záchvaty

Mezi motorické patří: tonicko-klonické, klonické, tonické, myoklonické, myoklonicko-tonicko-klonické, myoklonicko-atonické, atonické a epileptické spasmy. Záchvaty bez motorických projevů dělíme: typické, atypické, myoklonické a s myokloniemi vícekrát. Záchvaty myoklonicko-atonické jsou běžné v případě Dooseho syndromu. Záchvaty

myoklonicko-tonicko-klonické jsou typické pro juvenilní myoklonickou epilepsii. Projev generalizovaných záchvatů může být v mnoha případech asymetrický, což způsobuje komplikace při odlišení od fokálních záchvatů. (www.neurologiepropraxi.cz, 2018)

4.1.3 Záchvaty s neznámým začátkem

Motorické záchvaty dělíme na tonicko-klonické a epileptické spasmy. Bez motorických projevů sledujeme projev pouze jako záraz v chování. Záchvaty s neznámým začátkem mají toto označení kvůli nedostatečným informacím či nedostatečné jistotě zařadit tyto záchvaty do správné kategorie jako fokální nebo generalizované. Můžeme je dále označit jako neklasifikované záchvaty, později lze tyto záchvaty dle doplňujících informací klasifikovat. (www.neurologiepropraxi.cz, 2018)

4.1.4 Status epilepticus

Status epilepticus hodnotíme jako situaci, ve které dochází ke konvulzivním epileptickým záchvatům neboli k záchvatu s poruchou vědomí a křečemi. Tento záchvat trvá déle než pět minut, ale také je tu možnost propuknutí dalšího záchvatu, aniž by se pacient po prvním prodělaném záchvatu probрал. Jedná se o jakési nahromadění záchvatů. Incidence výskytu není přesně známa. Jako nejdramatičtější se považuje tonicko-klonický status epilepticus. Tyto stavy se objevují po intoxikacích, jako abstinenční stavy nebo při nedodržování léčby. Většinou jsou pacienti hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče či na anesteziologicko-resuscitačních odděleních. Z tohoto vyplývá, že tento stav je pro pacienta život ohrožující. Prognózu při těchto stavech zhoršuje organická léze mozku.

(www.clpe.cz, 2018)

První pomoc týkající se statu je podobná jako u záchvatů celkových křečí. Tudiž snažit se odstranit veškeré předměty, o které by se mohl pacient poranit, nevkládat do pacientových úst cizí předměty, nebránit křečím a zajistit přívod čerstvého vzduchu. Avšak důležitou částí je podání rektální formy diazepamů pomocí aplikátoru. A to z důvodů, že injekční formu může aplikovat pouze lékař. Tímto balením by měl být opatřen pacient či blízká osoba. Ve světě je tato aplikace poměrně hojně využívána, a to zejména kvůli snadnému použití a efektivitě. V České republice se shledáváme se značnými společenskými zásadami. (www.spolecnost-e.cz, 2011)

4.2 Náhlé úmrtí u pacientů s epilepsií (SUDEP)

Jedná se o náhlé nevysvětlitelné úmrtí pacienta, které nebylo způsobeno utopením, úrazem ani epileptickým statem. Příčina úmrtí však nebývá vysvětlena ani při posmrtném šetření. Stává se tak u jednoho pacient s epilepsií z celého tisíce. S největší pravděpodobností za toto náhlé úmrtí mohou dekompenzované záchvaty, zejména pak záchvaty generalizované tonicko-klonické. K tomuto stavu podle výpovědí svědků dochází většinou v noci a ve spánku pacienta. Ke smrti pacientů pak dochází přímo při záchvatu nebo ihned po záchvatu. O náhlém úmrtí se často nepíše vzhledem k tomu, že se mu nedá předcházet. Prevence spočívá v dohledu na pacienta při spánku, fyzickou osobou nebo různými monitory dechu. (www.spolecnost-e.cz, 2016)

4.3 Epileptické syndromy

Epileptické syndromy jsou označovány jako případy, u kterých lze objevit podobné klinické rysy, jako např. typ záchvatu, etiologii, EEG nález a také prognózu. Zásadní věcí je správné odlišení parciální a generalizované epilepsie. Parciální provází základní strukturální léze, které se většinou dopátráme pomocí CT a MRI. Je-li příčina odhalena, můžeme hovořit o epilepsii sekundární. Neodhalení příčiny považujeme za kryptogenní typ epilepsie. Jako vybrané epileptické syndromy označujeme febrilní křeče, Westův syndrom a Lennoxův-Gastautův syndrom. (Bednařík, 2010, Seidl, 2015)

4.3.1 Febrilní křeče

Jako febrilní křeče považujeme tonicko-klonické záchvaty vyskytující se u malých dětí při zvýšené teplotě, při virové horečnaté infekci, nepostihující CNS. Záchvaty zpravidla netrvají déle než pět minut, léky se nasazují při opakujících se záchvatech a u větší části dětí se záchvaty dále již nevyskytují. Prognóza u tohoto syndromu je velmi dobrá. U rizikových dětí v léčbě dáváme přednost aplikaci diazepamů. (Seidl, 2015)

4.3.2 Westův syndrom

Incidence tohoto syndromu je přibližně srovnatelná s incidencí dětské obrny. Výskyt Westova syndromu bývá nejčastěji okolo osmého měsíce života. Rozlišujeme formu symptomatickou, kdy příčinou jsou nejčastěji infekční fetopatie, malformace mozku a formy idiopatické. Hlavním znakem jsou infantilní spazmy. Křečovitě pohyby hlavy, končetin a také trupu. Součástí patologií CNS, ovlivňující prognózu. (Seidl, 2015, MUDr. Šlapal, MUDr. Kunčíková, 2001)

4.3.3 Lennox-Gastautův syndrom

Seidl (2015) uvádí, že Lennox-Gastautův syndrom se obvykle objeví kolem prvního až pátého roku života. Etiologie bývá podobná, jako je tomu u Westova syndromu. Typické pro tento syndrom jsou polymorfní záchvaty – krátké axiální tonické, atonické, myoklonicko-astatické a generalizované záchvaty. Často se setkáváme s opožděnou řečí a mentální retardací. Záchvaty jsou přetrvávající, prognóza bývá špatná, uzdravení je poměrně vzácné.

4.4 Prognóza epileptického onemocnění v populaci

Prognóza tohoto onemocnění je závislá na typu epilepsie, včasné diagnostice a léčbě. Obecně lze říci, že v dnešní době je 75 % pacientů do pěti let od začátku léčby bez jakéhokoliv záchvatu, z čehož se u čtvrtiny záchvaty objeví znovu. Téměř u 30 % pacientů se nedaří záchvaty léky korigovat a potlačovat. Někteří z nich mohou mít prospěch v rámci operační léčby. Co se epilepsie týká, obvykle se projevuje jako benigní situace. Prognózy epilepsie lze rozdělit do čtyř skupin. První skupinou s excelentní prognózou bývají syndromy dětského věku, které většinou v období dospívání vymizí. Druhá skupina, která zahrnuje 30 % až 40 % má prognózu poměrně dobrou, záchvaty se daří zvládnout jedním lékem a postupem času je léčbu možné vysadit. Třetí skupina pacientů částečně zvládá záchvaty, avšak je nutná kombinace léků po delších zkušenostech, léčba je v rámci této skupiny trvalá. Čtvrtá skupina, až 30 % pacientů, je skupina se špatnou prognózou, zde léky pouze snižují počet vyskytujících se záchvatů. Dobře léčitelné jsou zpočátku epilepsie spánkového laloku, postupně se propadají do čtvrté skupiny. (www.homolka.cz, 2017, www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/, 2015)

I přes většinou příznivé prognózy přináší toto onemocnění pacientům řadu problémů, v jejich osobním i rodinném a sociálním životě, mění jejich kvalitu života. Pacienti by tedy měli dodržovat určitý životní režim. Prevalence a incidence je o něco vyšší u mužů než u žen. (www.homolka.cz, 2017, Nevšímalová, 2002)

4.4.1 Potravinové doplňky

Epileptici by neměli ukončovat nebo snižovat dávku antiepileptik bez doporučení lékaře. Doplňky stravy nenahrazují v žádném případě antiepileptika předepsané odborníkem. Doplňky mají pouze doplňovat nedostatek některých důležitých látek. Tyto látky tak mohou přispívat ke snížení výskytu záchvatů či pomoci se zvládáním záchvatů. Doplňky mohou pomoci, aby lékař snížil dávku antiepileptik. Důležité je užívat přiměřené množství vitamínu B, obzvláště vitamín B₆ a kyselinu listovou, protože napomáhají při tvorbě mozkových chemických látek. Nejlepší variantou je tedy užívat komplex vitamínů B. Ostatní jako vápník, hořčík a mangan, jsou důležité pro ochranu zdraví nervů a mozku. Pocity stresu a úzkosti, které jsou spojené s tímto onemocněním, snižuje léčivka kava. Zklidňující účinek má rovněž kozlík. (Reader's digest, 2001)

5 Režimová opatření

Epilepsie patří mezi chronická onemocnění, která člověka svým způsobem limitují a omezují. Součástí komplexní léčby by měla být i režimová opatření, která by měla omezovat či vylučovat rizikové faktory, působící jako stimul pro vyvolání epileptického záchvatu. Režim určuje individuálně pacientovi neurolog. (Stehlíková et al., 2016)

Pravidelný a kvalitní spánek by měl být pro epileptiky prioritou. Tvoří totiž základní péči, a je to také jeden z nejčastějších spouštěčů epileptických záchvatů. Dalším faktorem způsobujícím záchvaty je nadměrné pití alkoholu či užívání jiných návykových látek. V praxi je povoleno šest drinků za týden, drogy by měly ze života epileptiků zcela vymizet. Důležité je dodržovat pravidelný pitný režim. Dalším nebezpečím může být psychická či fyzická zátěž. Je třeba zvážit, zda je pacient schopný vykonávat činnosti – obstarávat nákupy, úklid či věnovat se koníčkům. U žen mohou být epileptické záchvaty vázané na menstruační cyklus. Mělo by proběhnout hodnocení, zda je pacient schopen nadále vykonávat své zaměstnání. Pacient by měl vést záznamy o záchvatech. (Stehlíková et al., 2016)

Epileptik má zákaz účastnit se diskoték, a to z důvodů blikajících světel a nedostatku spánku. S tím souvisí i užívání alkoholu, které je taktéž omezeno či zakázáno. Pacient by neměl mít takovou profesi, která souvisí s lezením do výšek. A už vůbec by pacient neměl plavat do hlubokých vod bez dozoru z důvodu utonutí. Každý sport by měl být individuálně prodiskutován s neurologem. Epileptik by měl dodržovat pravidelný léčebný program, pravidelný denní a noční režim, účastnit se pravidelných zdravotnických prohlídek. Každý epileptik by měl vlastnit kartičku, která veřejnost informuje o tom, že daný člověk trpí tímto onemocněním. Tuto kartičku získá epileptik od svého lékaře či od organizací, které podporují osoby s epilepsií. (www.spolecnost-e.cz, 2011, Slezáková, 2007)

5.1 Omezení držení řidičského oprávnění

Zdravotní způsobilost lidí s epilepsií vždy musí posoudit neurolog na základně anamnézy, klinického obrazu, EEG vyšetření a dle posouzení vlivu antiepileptické léčby na kognici. Neurolog si k tomuto vyjádření může vyžádat další nezbytná vyšetření – psychologické, psychiatrické a také zobrazovací. V některých nejasných případech lze do posuzování zahrnout i stanovisko epileptologa. Možnost navrácení řidičského průkazu, a tedy uznání způsobilosti pro neprofesionální řidiče je možné pokud bezzáchvatové období trvá déle než 1 rok a neurologické vyšetření neshledá důvod ke zdravotní nezpůsobilosti. Pro profesionální řidiče je rozhodnutí způsobilosti daleko přísnější, rozhodujícím faktorem bývá délka bezzáchvatového období po vysazení antiepileptik. Délka období je většinou stanovena na 10 let. (www.epilepsiebrno.cz, 2009, Nováková, 2018)

5.2 Omezení výkonu práce

Mezi základní omezení pro lidi s epilepsií patří práce ve výškách, u zdrojů sálavého tepla, vysokého napětí, u otevřeného ohně, u otevřených rotačních strojů, vrtaček a běžících pásů. Zákaz se z důvodů porušení spánkového rytmu vztahuje i na práci v třísměnném provozu. Omezení zaměstnání epileptiků nezáleží pouze na míře vzdělanosti, kterého epileptik dosáhl, či na schopnosti zvládnutí zaměstnání vzhledem k vytrvalosti. Epilepsie a její záchvaty mohou mít různou podobu a jsou individuální, proto jsou zde další opatření – blikající světla zářivek či starších PC. Zaměstnavatel má právo znát pracovní omezení, která by mohla ovlivňovat výkon v zaměstnání, nemá však právo na přesnou diagnózu. Předcházíme tak nejen výskytu záchvatů, ale především problémům, které by mohly vést ke ztrátě zaměstnání či ohrožení života. Epileptici, kteří nejsou schopni plnohodnotně pracovat, pracují mnohdy pouze v chráněných dílnách. (Moráň, 2003, www.epilepsiebrno.cz, 2009)

5.3 Spánek

Spánek je jeden z hlavních bodů, které ovlivňují život epileptiků. Dá se říct, že se záchvaty a spánek ovlivňují navzájem. Pokud není člověk dostatečně vyspalý, je tu podmět k vyvolání záchvatů. Opakovaná probuzení mohou být příčinou nočních záchvatů. Velmi dobrý vliv na spánek mají lamotrigin či gabapentin. Ostatní epileptika svým způsobem ovlivňují spánková stadia a taktéž délku usínání. Spánkovou deprivaci může způsobit zvýšená denní spavost, výjimku netvoří ani výskyt spánkové apnoe. Léčba poruch týkající se spánku vede ke zlepšení kvality života, kognitivních funkcí a vyrovňování záchvatů. (Příhodová, 2013)

5.4 Alkohol

Alkohol je jeden z největších problémů medicíny a celkově lidského bytí. Z hlediska výzkumů je prokázána souvislost mezi alkoholem a výskytem epileptických záchvatů. Výskyty epileptických záchvatů jsou u alkoholiků až 3x vyšší než u běžné populace. Čím větší dávka alkoholu, tím logicky vzrůstá větší riziko výskytu záchvatu. Ve vztahu alkoholik a epilepsie, dochází k většině záchvatů při odvykacích stavech. Epileptické záchvaty nevznikají jen, co se týče alkoholu, uvádějí se i další psychoaktivní látky, jako mohou být barbituráty a odvykací stavy na tyto látky či při intoxikacích pervitinem. (Nosek, 2014)

5.5 Dieta

Jedná se o jedno z nejvýznamnějších a nejstarších omezení z pohledu epileptika. Dříve se měli epileptici vyhýbat čokoládě a kakau. Dnes se to již považuje za neaktuální. Strava, kterou by měl epileptik dodržovat, by měla být bohatá na ovoce a zeleninu, neměla by obsahovat hodně kořeněná jídla. U každého epileptika může strava vyvolat jiné reakce. A proto i vznik záchvatu spojený se stravou bývá hodně individuální. Epileptici by do svých jídelníčků neměli zařazovat potraviny, které obsahují větší množství glutamanu a aspartamu. Součástí léčby epilepsie může být i ketogenní dieta. (Nosek, 2014)

5.5.1 Ketogenní dieta

Tato léčebná metoda bývá používána u pacientů, kteří mají nedostatečnou odpověď na léčbu antiepileptik. Jedná se o dietu, která spočívá v příjmu vysokého obsahu tuků, poměrně nízkým obsahem cukru a vyváženým obsahem bílkovin. Spočívá to tedy v částečném nebo úplném vyřazení příloh jako jsou brambory, těstoviny, kuskus a pečivo. Důležitý je také pitný režim, a to neslazených nápojů. Dieta je vždy stanovena odborníky. Není však indikována u všech pacientů, u většiny pacientů s epileptickým syndromem má pozitivní účinky. Pokud jsou výsledky pozitivní, pacient může dodržovat dietu po dobu dvou let. Efekt může být viděn i po ukončení ketogenní diety. (www.spolecnost-e.cz, 2016)

6 Léčba

Moráň (2007) poukazuje, že léčba epilepsie není pouze jednostranná, nezahrnuje pouze podávání tabletek. Jedná se o udržování epileptického režimu, který má dotyčný pacient nastavený. Pokud je pacient zaměstnán, jeho stav ho může v pracovním procesu značně limitovat a působit mu problémy. Jednotlivé záchvaty a kumulování záchvatů může značně ohrozit život pacienta. Kvalitu života a využití volného času pacienta zhoršují záchvaty s vlivem i na psychickou stránku člověka. Pokud pacient pravidelně užívá antiepileptika, je nutné, aby udržoval stanovený denní režim, aby se distancoval od zbytečných stresových situací. V rámci sociálního života s sebou epilepsie přináší i zhoršení uplatnění a sociálního postavení, obtížné komunikace a hledání partnera.

Důležitou roli v léčbě pacienta s epilepsií hraje přesná diagnostika a co nejlepší léčba, která není postavená na podávání farmak. Jedná se tedy o již zmiňovaný epileptický režim pacienta, ten je ale v mnoha ohledech hůře udržitelný. Nutností je pacientovi vysvětlit podstatu tohoto režimu se zdůrazněním, že jde o nejpřirozenější způsob léčby bez jakýchkoliv vedlejších účinků, a že právě tento způsob léčby může být dostatečný bez nutnosti podávání farmak. Pokud epileptický režim nestačí, je nutné zahájit medikamentózní léčbu. Medikamentózní léčba spočívá v podávání specifických antiepileptik. Tento způsob léčby se neustále zlepšuje a probíhá řadou změn, které odstraňují nežádoucí účinky. (Moráň, 2007)

Poměrně malé procentuální zastoupení pacientů má indikaci k operační léčbě, u těchto pacientů se vyskytuje farmakorezistentní epilepsie. Pokud jsou dodrženy veškeré postupy ohledně chirurgického zákroku, je tu možnost celkového vymizení záchvatů a samozřejmě lepší kvalita života pacienta. Na operační výkon jsou kladené vysoké finanční a znalostní nároky. (Moráň, 2007)

6.1 Farmakologická léčba

Hlavní metodou farmakologické léčby představuje podávání léků, tyto léky se nazývají antiepileptika (AED). AED jsou léky, které primárně snižují abnormální dráždivost nervových buněk a umožňují tak normální činnost. Léčba je vždy stanovena lékařem na základě individuality pacienta. (www.spolecnost-e.cz, 2016)

Farmakologická léčba epilepsie začíná vždy až v moment, kdy je epilepsie potvrzena na 100 %. Názory ohledně nasazení AED a jejich vysazení se v mnoha případech liší. Pokaždé musí být zvážena míra rizika pro recidivu, typ záchvatu (fokální, epileptické syndromy) a jaký vliv by toto rozhodnutí mělo na životosprávu pacienta. Typ AED se rozhoduje dále dle věku (dítě, senior) a stavu pacienta (těhotenství). V klinické praxi v rámci České republiky je užíváno bezmála dvacet AED. Do těchto počtů se nezahrnují benzodiazepiny, které jsou hojně využívány v adjuvantní terapii epilepsie. V dnešní době se odstupuje od organických antiepileptik – fenobarbital a další útlum v léčbě epilepsie zažívá i fenytoin. Tato léčiva s sebou přináší řadu nežádoucích účinků. Díky pokroku vědy a medicíny máme za tyto léky dnes již plnohodnotné nástupce. Jako léky první volby při epilepsii se předepisují AED – karbamazepin a valproát. Avšak i tyto dva léky mají řadu nežádoucích účinků, tudíž se dá předpokládat, že i tyto léky budou v budoucnu nahrazeny bezpečnější formou. Dalšími možnými adepty jsou např. lamotrimigen a levetiracetam a řada dalších. (www.medicinapropraxi.cz, 2011)

Vzhledem ke statistikám se farmakologická léčba vztahuje k příznivým datům. U většiny pacientů dochází k úplnému vymizení záchvatů. Bohužel u 1/3 pacientů se ani při správné léčbě nedočkáme kladné prognózy, v tom případě hovoříme o farmakorezistentní epilepsii. (www.medicinapropraxi.cz, 2011)

6.2 Chirurgická léčba

Pokud pacient, který trpí farmakorezistentní epilepsií a souhlasí s chirurgickou léčbou. Měl by být co nejdříve, a to do dvou let, konzultován na specializovaném pracovišti. Pro chirurgickou léčbu neexistuje žádná hranice týkající se věku. Operovaní mohou být i kojenci. I přesto je chirurgická léčba vykonávána pouze ve 2-4 % případů epilepsie. Operace je většinou indikována u pacientů s fokální epilepsií. Dále také pokud farmakologická léčba v podobě dvou let nevede ke kompenzaci záchvatů, předpoklad chirurgického záchvatu vede ke zlepšení celkové kvality života pacienta. Chirurgické

výkony můžeme dělit na kurativní a paliativní. Za kurativní zákroky považujeme operace, při kterých dochází k odstranění části mozku, která je zodpovědná za epilepsii, neboli také ložisko epilepsie. Značnou roli při tomto zákroku hraje lokalizace ložiska a rozsah postižení. Mezi nejlépe hodnocené patří zákroky týkající se spánkového laloku, hůře vycházejí operace mimo tento lalok. (www.epilepsiebrno.cz, 2009, www.spolecnost-e.cz, 2016)

Mezi paliativní zákroky patří stimulace nervu vagu (VNS), kalosotomie (přerušení struktury spojující mozkové hemisféry – corpus callosum). Cílem paliativních zákroků je zabránit počtu záchvatů. Kalosotomie je využívána u generalizovaných záchvatů – atonických, tonických. U parciálních i generalizovaných záchvatů se používá VNS. VNS je využita tam, kde již provedený resekční zákrok nebyl úspěšný či v momentě, kdy je resekční výkon kontraindikován. (www.epilepsiebrno.cz, 2009)

6.3 Alternativní léčba

K alternativní léčbě patří neodmyslitelně meditace a jóga, a to i v tomto případě. Nedochází k vyléčení epilepsie, ale částečně ke zlepšení kvality života pacienta. Meditace a jóga učí pacienta, jak zvládat stres a stresové situace, kterým je pacient každodenně vystavován. Stres bývá jedním z hlavních stimulů pro vyvolání epileptického záchvatu. Dalším důležitým aspektem této léčebné metody bývají vonné olejíčky, které také, obdobně jako jóga a meditace, pomáhají uvolňovat a odbourávat stres a zároveň kladně působí na nervovou soustavu. Nejlepším stimulantem bývají oleje obsahující heřmánek a levanduli. Biofeedback, neboli biologická zpětná vazba, je terapeutický postup, který pracuje na bázi měření osobních fyziologických veličin, je schopen potlačit záchvat v případě, že pacient prochází pravidelnou aurou, a to tlakem či pohybem na konkrétní místo. (Moráň, 2007)

7 První pomoc při epileptickém záchvatu

Nejdůležitějším a základním pravidlem pro první pomoc při záchvatu je odstranění veškerých předmětů, o které by se mohl pacient poranit. Dalším postupem je uvolnit oděv kolem krku, dále podložit pacientovu hlavu něčím měkkým a uložit ho po záchvatu do stabilizované polohy. Podstatnou věcí je též pacientům nebránit v pohybech, nepáčit jeho ústa či do úst něco vkládat mezi zuby. Nestlačujeme jazyk, neprovádíme umělé dýchání. Těsně po záchvatu pacientovi nepodáváme žádné tekutiny, hrozí riziko aspirace. Pokud po záchvatech trvá bezvědomí, bývá důležité pacientovi zaklonit hlavu, předsunout dolní čelist a vyčistit ústa. Zmatenost a agresivitu pacienta řešíme verbálním projevem, neadekvátní je fyzický zásah. Pacienta do nemocnice transportujeme pouze tehdy, pokud jde o první záchvat, probíhá více záchvatů za sebou, po záchvatu se objeví dezorientace, nebo zda pacient jeví nějaké známky poranění. (Berlit, 2007, www.homolka.cz, 2017)

Pokud jsou záchvaty opakované nebo se jedná o navazující záchvaty postup je zcela totožný jako u generalizovaného tonicko-klonického záchvatu. Nutností je zajistit, co nejrychlejší odbornou lékařskou pomoc, volat rychlou záchrannou službu. (Šácha, 2009)

Odborná první pomoc je pak v rukou zdravotníků. Lékem první volby bývají benzodiazepiny. Hlavní zástupcem této skupiny léčiv je diazepam (Apaurin), který se podává do žíly nebo také můžeme diazepam podat rektálně (spíše u dětí). Také je zde možnost podání Lorazepamu sublinguálně. Alternativa spočívá v léčbě midazolamu intramuskulárně, zde musíme dávat pozor na respirační insuficienci. Při selhání léčiv první volby bývá možnost ve využití 10 až 15mg/kg fenytoinu (Epanutin), který se podává intra venózně a je kompatibilní pouze s fyziologických roztokem. Tento lék při velice rychlém podání způsobuje bradykardii. Jako jinou variantu můžeme podávat valproát do žíly. Můžeme též podat roztok 20% glukózy i. v. Pokud se jedná o záchvaty, které vzniknou v souvislosti s alkoholovou abstinencí, podáváme thiamin (vitamín B₁) a Klometiazol per os. (www.clpe.cz, 2018, Berlit, 2007, Kapounová, 2007)

8 Organizace

8.1 Společnost “E“

Tato společnost začala působit na scéně roku 1990, jedná se o neziskovou organizaci založenou přáteli a rodiči osob postižených epilepsií. Společnost “E“ je jedinou profesionální sociálně zaměřenou organizací v České republice. Podporuje osoby s epilepsií už 25 let, bez ohledu na věk a také na rozsah postižení, působí celostátně. Zaměřuje se především na podporu a zlepšení postavení lidí s epilepsií ve společnosti. Snaží se informovat společnost o tomto onemocnění, odstraňovat předsudky a obavy, šířit osvětu v rámci první pomoci při epileptických záchvatech. Provádí sociálně aktivizační služby – kurzy, pobyty, přednášky či semináře. Třeba taktéž zmínit jejich sociální podnik „Aranžerii“ – květiny s příběhem, kde úspěšně zaměstnávají osoby s epilepsií. (www.spolecnost-e.cz, 2015)

8.2 Epistop

Epistop je spolek, který pomáhá žít plnohodnotný život osobám s epilepsií. Vytváří základnu pro setkávání lidí, jejich spolupráci a utváří aktivní činnosti veškerých skupin a osob, kteří bojují s epilepsií, se stejným cílem, a to usnadnit a zlepšit těmto osobám život ve společnosti. Zabývají se oblastí sociálně-právní i zdravotní. Snaží se být aktivní součástí pavučiny, která tvoří podporu a pomoc osobám s epilepsií. Aspirují na vyhledávání problémů a aktivně pracují na vzdělávání a porozumění dané problematiky. (www.epistop.cz, 2020)

8.3 Česká liga proti epilepsii

Česká liga proti epilepsii je odbornou společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a taktéž je dobrovolným sdružením lékařů, kteří mají právem statut epileptologa, farmaceuta a ostatních pracovníků. (www.clpe.cz, 2020)

8.4 Epi-rodina

Epi-rodina je občanské sdružení, které je určené pro rodiny s dětmi trpící epilepsií. Poskytují rodinám poradenství, častá společenská setkávání a tábory pro děti. Cílem tohoto sdružení je zabezpečit dostatek financí na obstarání asistentů, vzdělávání a edukační kampaně. (www.clpe.cz, 2020)

8.4.1 SME

Skupina Mladých s Epilepsií působí v rámci Epi-rodiny, je zaměřena na mládež od 15 let, která trpí epilepsií či mají někoho s tímto onemocněním ve svém okolí. Hlavním záměrem je budování chráněných dílen. (www.clpe.cz, 2020)

9 Praktická část

9.1 Cíl výzkumu

Cílem mé bakalářské práce bylo analyzovat vliv epilepsie na běžný život pacienta.

9.2 Výzkumné otázky

1. Jak epilepsie ovlivňuje život v závislosti na aktivitách a sportovním vyžití?
2. Jak epilepsie změnila vztahy v rodinách, ve společenském životě?
3. Jak respondenti hodnotí rizikové faktory epilepsie?

9.3 Metodika výzkumu

Pro svoji bakalářskou práci jsem zvolila metodu kvalitativního šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů s dospělými pacienty, kteří mají diagnostikovanou epilepsii. Rozhovor je složen z předem připravených otázek, které byly nahrávány na diktafon. Rozhovory byly nahrány a přepisovány, při přepisu byla vynechána nevýznamná slova (hm,...). Pro následnou analýzu dat byla vybrána metoda zachycení vzorců, vyhledávající reakce, které se opakují s určitým tématem. Výskyty opakujících se částí jsou vzorcem, znamenající rozličený výklad v prostých vzorcích. Otázky se týkají prvního propuknutí epileptického záchvatu a zhodnocení života pacienta, který je částečně paralyzován tímto onemocněním. Otázky směřují i do soukromého života pacienta a tudíž i zhodnocují, jak epilepsie působí na okolí pacienta. A společnost jako taková na lidi s epilepsií. (Reichel, 2009)

9.4 Kvalitativní výzkum

V ošetrovatelství bývá často upřednostňován kvalitativní výzkum vzhledem k tomu, že tato metoda vychází z holistického přístupu k člověku. Tento typ výzkumu je často hodně časově náročný, ale dokáže zachytit podrobný popis zkušeností a situací. Výzkum může být ovlivněn respondenty a vnímáním výzkumníka. Mezi hlavní zásady týkající se kvalitativního výzkumu patří upřímnost a čestnost. Výzkum by měl být proveden tak, aby dotazovaný mohl projevit svůj vlastní názor. Dotazovaný má možnost rozhovor kdykoliv ukončit. (Kutnohorská, 2009, Bártlová et al., 2008)

V rámci kvalitativního výzkumu mívají data většinou charakter textu. Rozhovory většinou probíhají na místech mající pro výzkumníka požadovaný smysl. Jedná se o místa, jako jsou nemocniční oddělení, odborné ambulance a domovy pro seniory. Dotazování neboli respondenti bývají vybíráni na základě daných konceptů. (Kutnohorská, 2009, Bártlová a spol., 2008)

9.5 Etika

Etika jako taková je základním kamenem vědy a výzkumu. Souvisí i s rozvojem dnešní společnosti. Pro udržení hodnoty a přesnosti vědy, je důležité, aby se výzkumníci snažili vést veškeré činnosti v rámci základních mravních principů. Součástí výzkumu je nutné, aby výzkumník svým respondentům sdělil charakter daného výzkumu a také ho ujistil o anonymitě. Vzhledem k typu výzkumu by měl výzkumník dostát primárním principům – zpřístupnění dat či celé práce respondentům, diskrétnost a informovaný souhlas. (Dohnalová, 2011, Ptáček et al., 2011, Švaříček et al., 2014)

9.6 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal od prosince 2020 do března 2021. Respondenti, kteří se účastnili výzkumu, byli seznámeni s účelem výzkumného šetření v podobě polostrukturovaných rozhovorů.

9.7 Charakteristika vzorků respondentů a výzkumného prostředí

Do výzkumného šetření bylo vybráno náhodných šest respondentů, kteří trpí epilepsií. Výzkum byl prováděn dle časových možností oslovených respondentů. Výzkumný vzorek tvoří tři ženy a tři muži, nacházející se v různých částech České republiky, diagnóza jim byla sdělena v různou dobu a za různých podmínek. Procházejí různou frekvencí záchvatů, rozmanitou a individuální zkušeností s touto diagnózou.

9.7.1 Základní charakteristika respondentů

Respondent č. 1, žena, 21 let, student vysoké školy, nastavená antiepileptická medikace.

Respondent č. 2, žena, 30 let, student vyšší odborné školy, nastavená antiepileptická medikace, zavedený Vagový stimulátor.

Respondent č. 3, 41 let, žena, studentka, nyní invalidní důchod II. stupně, nastavená antiepileptická medikace.

Respondent č. 4, muž, 34 let, zaměstnanec ve firmě, nastavená antiepileptická medikace.

Respondent č. 5, muž, 39 let, zaměstnanec ve firmě, nastavená antiepileptická medikace.

Respondent č. 6, muž, 30 let, pracující v korporátní firmě, nastavená antiepileptická medikace.

9.8 Výsledky výzkumu

9.8.1 Rozhovory s pacienty

1) Jak dlouho se léčíte s epilepsií?

Kategorie: ČAS

Podkategorie: LÉČBA, ČASOVÝ ÚDAJ (necelý rok, 3 roky, 6 let, 29 let, 12 let, 22 let, 26 let)

Respondent č. 1 „S epilepsií jako s diagnózou se **léčím necelý rok**. První náznaky epilepsie se u mě objevily tak cca před **3 roky**, začalo to křečemi v noze.“

Respondent č. 2 „Řádně od **22 let**, dříve jsem to nijak neřešila. Do té doby jsem nebrala prášky a dostala jsem epileptický záchvat, od té doby bych si je nedovolila nevzít a dál se **neléčit**.“

Respondent č. 3 „S epilepsií se **léčím 29 let**.“

Respondent č. 4 „S epilepsií se **léčím 6 let**.“

Respondent č. 5 „Ano, **léčím se 26 let**.“

Respondent č. 6 „S epilepsií se **léčím bezmála 12 let**.“

Respondenti uvedli různou dobu léčby v rámci epilepsie. Respondenti č. 3, 5, se s epilepsií léčí více než 20 let. Respondentka č. 1 se s epilepsií léčí nejkratší dobu ze všech tázaných respondentů. Respondent č. 4 uvádí léčbu dlouho šest let, respondent č. 6 poté

12 let. Respondent č. 2 uvedl řádnou léčbu až od 22 let. Tázání respondenti se tedy ve větší míře potýkají s epilepsií od dětského věku či adolescence.

2) Kdy jste měl/a první záchvat, jak probíhal?

Kategorie: PRVNÍ ZÁCHVAT

Podkategorie: NOČNÍ ZÁCHVAT, HOSPITALIZACE

Respondent č. 1 „První záchvat jsem měla před třemi lety. Jak už bylo zmiňováno, trpím křečí jedné nohy, lékaři to poté diagnostikovali jako parciální záchvaty. První **záchvat** jsem prodělala **v noci**, vlastně všechny moje **záchvaty jsem měla v noci**. Moje záchvaty většinou začínají jistou křečí v noze, bolest mi poté přechází z nohy do břicha a posléze do celého těla. Z mého pohledu jsem si připadala, jako kdybych byla v zádech prohnutá do mostu a noha se mi protáčela v kloubu. Nemohla jsem se nadechnout a hučelo mi v uších. Z pohledu ostatních jsem sebou cukala, promodrávaly mi rty, oči jsem měla v sloup. Vždycky mi tvrdili, že se mnou komunikovali, ale já si žádný rozhovor nepamatuji, byla jsem vždy unavená, následovala **hospitalizace**.“

Respondent č. 2 „Ve 4 letech jsem spadla ve školce ze židličky.“

Respondent č. 3 „Můj první záchvat proběhl ve 12 letech. Záchvat probíhal tak, že jsem byla na záchodě a vypadla jsem ven (nebyly dovřené dveře), u záchvatu byla moje mamka a můj bratr.“

Respondent č. 4 „Dělal jsem rekonstrukci neurologické ambulance v FN Karlovo náměstí. První pomoc mi poskytli neurologové, kteří mě **hospitalizovali** na lůžkové oddělení.“

Respondent č. 5 „Přesně když mi bylo třináct let, kolem druhé hodiny **v noci**, ve spánku. Grand mal s následnou asi 3týdenní **hospitalizací**.“

Respondent č. 6 „První záchvat jsem zřejmě prodělal jako malý ve třech letech, ale nikterak na to nebylo pohlíženo, pediatrička mě neposlala nikam a od té doby se to neopakovalo. Následně jsem v 18 letech měl **noční záchvat**, po něm jsem jel do nemocnice, kde mě poté převezli do spádové nemocnice, následně jsem byl **hospitalizován**, poté jsem byl propuštěn a po nějaké době se záchvat opakoval, po tomto mi byla epilepsie plně diagnostikována.“

Tázání respondenti č. 2 a č. 6, uvedli první záchvat v předškolním či dětském věku. U ostatních respondentů se první záchvaty spojené s epilepsií objevily v době dospívání. Respondenti č. 1, 4, 5, 6 udávají, že po jejich prvním záchvatu musela proběhnout hospitalizace v nemocničním zařízení. Respondenti č. 1, 5, 6, se shodují s průběhem záchvatu v nočních hodinách.

3) Ví Vaše okolí a ti nejbližší o Vašem onemocnění? Jak se k tomuto onemocnění postavila rodina? Snaží se Vám nějak pomoci?

Kategorie: PŘÍSTUP SPOLEČNOSTI

Podkategorie: MATKA, KOMPLIKOVANÉ VZTAHY (špatný vztah)

Respondent č. 1. „Ano, ví o mé nemoci. **Máma** je vždy ve stresu, když se zmíním, že se mi něco děje s nohou. Většinou v takovém případě nesmím spát sama. Berou to tak jak to je, snaží se.“

Respondent č. 2 „Ano, ví. Nějak to vzali. Myslím si, že si musím pomoci hlavně sama.“

Respondent č. 3 „Ano, ve 12 letech se jednalo hlavně o moji **mamku** (byla hodně starostlivá). V současné době moji rodiče nežijí, s bratrem mám **komplikovanější vztah**, ale snažíme se, většinou je dle situace vstřícný. Zbytku rodiny je to spíše jedno, mají své záležitosti na řešení, když přijde na to, že zmíním můj zdravotní stav, záleží na členovi rodiny. Někdo si moji situaci uvědomí, jiného nezajímá.“

Respondent č. 4 „S bratrem a sestrou mám **špatný vztah**, jejich chování mě stresuje. Myslím si, že mi to vůbec neprospívá. **Matka** se mi snaží pomáhat.“

Respondent č. 5 „Ano, ví to v podstatě celá vesnice. V dětství a na začátku onemocnění byli všichni trochu víc opatrní. Nejvíce mi okolí pomáhá s dopravou a podobně (nemožnost řídit auto).“

Respondent č. 6 „Rodina (**máma** s tatškou) i nejbližší přátelé o epilepsii vědí, nicméně jim o epilepsii mnoho neříkám, není mi příjemné, když se strachují, proto raději záchvaty, při kterých se nic nestane, zatajuji.“

Respondenti se shodují v otázce, která se váže k informovanosti společnosti či nejbližších o jejich onemocnění. Blízcí respondentů o jejich diagnóze vědí. Respondenti č. 2 a č. 6 o epilepsii svoji rodinu nyní už příliš neinformují. Respondent č. 4 uvádí, že jejich

rodinné vztahy jsou špatné a chování rodinných příslušníků ho spíše stresuje. Podobně je na tom i respondent č. 3, který uvádí komplikovanost vztahu s rodinným příslušníkem, tudíž není nyní v kontaktu s rodinou (sourozencem). Tázání se shodují s pomocí rodinných příslušníků v rané fázi nemoci.

4) Léčí se s epilepsií někdo další z vašich blízkých?

Kategorie: RODINNÁ DIAGNÓZA

Podkategorie: NEDIAGNOSTIKOVANÁ EPILEPSIE

Respondent č. 1 „*Ne, z mých blízkých nikdo netrpí epilepsií.*“

Respondent č. 2 „*S epilepsií se léčila moje babička, jinak o jiném z blízkých nevím.*“

Respondent č. 3 „*Ne.*“

Respondent č. 4 „*Ne, neléčí.*“

Respondent č. 5 „*Ne.*“

Respondent č. 6 „*Nikdo.*“

U této otázky se respondenti, kromě respondenta č. 2, shodují v odpovědi, že epilepsie nebyla v rodině u nikoho jiného diagnostikována. Naopak respondent č. 2 dle zkoumaného jevu uvedl diagnostikovanou epilepsii u člena rodiny.

5) Ovlivnila epilepsie Váš život? (návyky, sport)

Kategorie: OVLIVNĚNÍ ŽIVOTA

Podkategorie: SPORT (plavání, výškové sporty, tělocvik), MOTOROVÁ VOZIDLA (řidičský průkaz)

Respondent č. 1 „*Hrozně moc, stala jsem se absolutním abstinentem, i když jsem si na oslavách ráda připila s příbuznými či přáteli. Musím chodit v pravidelnou dobu spát, nesmím spát v průběhu dne. Nesmím řídit **auto**, protože jsem v minulém roce v srpnu prodělala záchvat. Mám zákaz všech **výškových sportů**, ale neurolog mi vyloženě žádný další sport nezakázal.*“

Respondent č. 2 „*Tak určitě cítím, že jsem pomalejší, takže to při **tělocviku** nebylo vždy jednoduché, ale je to ovlivněno i tím, že mám nedovyvinutý mozeček.*“

Respondent č. 3 „*Nejdříve ne, měla jsem silné léky, stabilizovaný stav. Později bohužel ano. Změna medikace z důvodu plánovaného těhotenství. Zdravotní stav se zhoršil, musela jsem změnit zaměstnání – rekvalifikace. Sport, kterému jsem se věnovala 25 let, jsem opustila (krom zdravotního stavu, i z jiné příčiny, ale zdraví byl jeden z prioritních důvodů), mám nyní invalidní důchod II. st.*“

„*Všechno je k něčemu dobré, se změnami jsem ve výsledku spokojená. Nespokojená jsem s přístupem k lidem, kteří mají zdravotní problém např. na trhu práce, nebo jinak. Sociální znevýhodnění je téměř na každém kroku a ten boj je nekonečně vysilující.*“

Respondent č. 4 „*Nesmím řídit motorová vozidla, nesmím plavat v hloubce, pracovat ve výšce a ve stísněném prostředí. Nesmím alkohol a žít noční život.*“

Respondent č. 5 „*Ano, ve výběru a druhu zaměstnání, nejvíce v kontextu řidičského průkazu, jinak asi ne.*“

Respondent č. 6 „*Ano, ovlivnila.*“

Dle dotazovaného se respondenti č. 1, 4, 5 shodují s omezením řízení motorových vozidel a tudíž vykonávání řidičského povolání. Respondenti č. 1, 2, 3 a č. 4 cítí dle zkoumaného jevu částečnou paralýzu vzhledem k vykonávanému sportu, ať už plavání či výškové sporty. Respondent č. 3 uvádí nespokojenost se sociálním znevýhodněním, které ovlivnilo respondentův společenský život. Z těchto odpovědí bylo zjištěno, že všem dotazovaným respondentům tato diagnóza ovlivnila život.

6) Musel/a jste se vzdát nějakého koníčka?

Kategorie: OVLIVNĚNÍ ZÁJMU

Podkategorie: SPORT (plavání, jízda na kole), NEOVLIVNĚNÍ KONÍČKA (zájmu)

Respondent č. 1 „*Dá se říct, že ne. Jediné, čeho jsem se musela vzdát, byl alkohol a ponocování.*“

Respondent č. 2 „*Tím, že s ní žiju už od dětství, myslím, že ne.*“

Respondent č. 3 „*Ano, už jak jsem se zmínila, musela jsem se vzdát svého oblíbeného sportu.*“

Respondent č. 4 „*Musel jsem se vzdát jízdy na motorce a mého oblíbeného plavání.*“

Respondent č. 5 „Ne, nemusel jsem.“

Respondent č. 6 „Vzdal jsem se *trialových jízd na kole a plavání* bez dohledu.“

Na základě zkoumaného jevu respondenti č. 2 a č. 5 odpovídají, že se nemuseli nějak omezovat ohledně zájmů a koníčků. Respondent č. 1 také částečně odpovídá obdobně jako předešní respondenti s rozdílem omezení alkoholu a nočního života. Zbylí tři dotazovaní se museli vzdát určitého sportovního vyžití, kvůli svému zdravotnímu stavu.

7) Mělo/ Má onemocnění vliv na Vaše vzdělání? / Výběr povolání?

Kategorie: OVLIVNĚNÍ VZDĚLÁNÍ A POVOLÁNÍ

Podkategorie: ŠKOLA (vzdělání, střední škola, VOŠ), VÝBĚR POVOLÁNÍ (práce, zaměstnání), PROBLÉMY S PAMĚTÍ (výpadky)

Respondent č. 1 „Nesmím chodit na noční směny, nesmím se stát řidičem. Neměla bych si *vybírat povolání*, které je spojené se stresem a psychickou zátěží, protože hlavním spouštěčem mých záchvatů je stres. Měla bych si *vybírat povolání*, kde bych měla být svým vlastním pánem a nikomu nešéfovat. *Povolání* uzpůsobit tomu, kde bydlím, abych nebyla závislá na autě. Co se týká *vzdělání*, poslední dva roky na *střední škole* jsem měla individuální program.“

Respondent č. 2 „Ano. Ted' jsem například nastoupila na *VOŠ* a pociťuji, že mám *problém s pamětí*. S prací jsem taky bojovala, ale podařilo se mi najít *práci* v klidném, přátelském kolektivu.“

Respondent č. 3 „Možná trochu, mám omezené možnosti, ale ve stabilizovaném stavu, nijak významně.“

Respondent č. 4 „Musel jsem ukončit podnikání, protože se nemám jak dopravovat na zakázky. V předchozím *zaměstnání* mi dali výpověď z důvodu velkého rizika pracovat na stavbě.“

Respondent č. 5 „Na *vzdělání* ne, potažmo na *výběru povolání* zásadně.“

Respondent č. 6 „Poslední rok a půl velice, bohužel jsem prodělal při záchvatu zranění, které bylo první dva dny hospitalizace na hraně neslučitelnosti se životem, po dvou dnech jsem byl převezen do jiné nemocnice, kde jsem byl ještě další tři dny v umělém spánku, rodině řekl lékař, že se stav lepší, ale zřejmě budu ochrnut, následně se stav zlepšil

*a přišel jsem pouze o chuťové a čichové funkce. Po vyšetření na neuropsychologii byla kognitivní úroveň na základě hodnocení inteligence v pásmu nižšího průměru až podprůměru, která neodpovídá hladině vzhledem k dosaženému **vzdělání**. Vzhledem k tomu, že mám velmi časté **výpadky paměti**, musel jsem opustit advokátní kancelář a přejít do korporátu, kde oproti advokátní kanceláři není člověk odpovědný za řešení případů klientů advokátní kanceláře.“*

U téměř všech respondentů došlo ke shodě v rámci ovlivnění při výběru povolání, u tří respondentů to znamenalo změnu zaměstnání. Respondent č. 3 nepocítil žádné znevýhodnění při výběru povolání nebo při studování. Respondenti č. 1 a 2 poukazují na ovlivnění v rámci studia. Respondenti č. 2 a 6 udávají problémy s pamětí.

8) Mělo/Má onemocnění vliv na zařazení do kolektivu?

Kategorie: ZAČLENĚNÍ DO KOLEKTIVU

Podkategorie: SOCIÁLNÍ ODLOUČENÍ (šikana, špatné navázání partnerského vztahu, neúčast na společenských akcích – party)

Respondent č. 1 „V dnešní generaci se hodně řeší to, zda chodíte na **party** a jestli pijete alkohol. Spoustu mi to dalo, ale i vzalo. Řekněme, že jsem si více začala vybírat přátele, ty správné.“

Respondent č. 2 „Určitě, na základní škole jsem byla **šikanována**, přešla jsem na jinou, na střední škole tomu nebylo jinak, takže jsem střední školu také vyměnila za jinou.“

Respondent č. 3 „Ne.“

Respondent č. 4 „**Špatně se hledá partnerka**, která by se s touto diagnózou smířila.“

Respondent č. 5 „Ne, neměl jsem žádný zásadní problém se zařazením do kolektivu.“

Respondent č. 6 „Nemělo, protože jsem ji začal prožívat až v dospělosti, kdy si na to okolí zvyklo a nikdy jsem nebyl nikým za toto onemocnění ponižován ani odmítán.“

Na základě získaných informací respondenti č. 1, 2 a č. 4 udávají znevýhodnění při zařazování do kolektivu s případnou šikanou a při vytváření partnerských vztahů. Respondent č. 1 po zkušenostech volí kvalitu přátel nad kvantitou. Ostatní respondenti neuvádějí žádná kritéria, která by ovlivňovala jejich zařazení do kolektivu i s tímto onemocněním.

9) Jakým způsobem se léčíte s tímto onemocněním? Byl/a jste už někdy na základě tohoto onemocnění hospitalizován/a?

Kategorie: LÉČBA

Podkategorie: HOSPOTALIZACE, MEDIKACE (farmakologie, AED, léky), EEG (monitoring)

Respondent č. 1 „*Hospitalizovaná* jsem byla na neurologickém oddělení, ale to spíše z hlediska pozorování a prevence. Průběžně také chodím na **EEG** a další neurologické vyšetření. Léčím se pomocí **farmakologie** plus musím dodržovat režim. Zpočátku jsem docházel i na psychologické konzultace. Dva měsíce jsem si také pobyla v psychiatrické léčebně.“

Respondent č. 2 „Momentálně mám transplantovaný Vagový stimulátor a k němu беру **antiepileptika**. Není to ani dva týdny, co mi ho voperovali, takže se těším, až navštívím svojí doktorku a zeptám se jí na více podrobností ohledně tohoto přístroje.“

„Ano, **hospitalizována** jsem byla na video-**EEG monitoringu**, asi před půl rokem, aby zjistili, jestli mi mohou udělat operaci mozku, bohužel operace u mě není možná.“

Respondent č. 3 „Léčím se naordinovanou **medikací** a chodím na pravidelné kontroly. **Hospitalizována** jsem byl jednou, a to po prvním záchvatu.“

Respondent č. 4 „Každý záchvat se mi stal na veřejnosti, záchranná služba mě vozila do nemocnice celkem pravidelně (**následná hospitalizace**) a zůstával jsem zde na pozorování, užívám **antiepileptika**.“

Respondent č. 5 „Především **léky**, v budoucnu mě pak čeká operace ložiska, kvůli farmakorezistentní epilepsii. Byl jsem **hospitalizován** dvakrát, kdy při jedné z **hospitalizací** u mě probíhal video-**EEG monitoring**.“

Respondent č. 6 „Léčím se **medikací** a **hospitalizován** jsem byl mnohokrát.“

Na základě získaných informací a zkoumaných jevů se respondenti shodují na farmakoterapii. Dále všichni z dotazovaných byli na základě diagnózy hospitalizováni v nemocničním zařízení po různě dlouhou dobu a zároveň se účastní pravidelných neurologických vyšetření. Respondentka č. 2 má společně s medikací transplantovaný

Vagový stimulátor. Respondent č. 5 bude v budoucnu operován z důvodů famrakorezistentí epilepsie.

10) Znáte nějaké organizace, které pomáhají lidem s epilepsií?

Kategorizace: ORGANIZACE

Podkategorie: SPOLEČNOST E, EPISTOP

Respondent č. 1 „Neznám, nepotřebovala jsem to.“

Respondent č. 2 „Ano, samozřejmě, že znám. Třeba společnost **Epistop**, se kterou chodím od jara do léta na nordic walking, nebo i jiné akce, které pořádá **Společnost E**.“

Respondent č. 3 „Ano, znám, **EpiStop** a **Společnost E**.“

Respondent č. 4 „Znám pouze **Společnost E**.“

Respondent č. 5 „Ano, znám společnosti jako je například **Společnost E**, Liga proti epilepsii.“

Respondent č. 6 „Ano, znám **Společnost E** a **EpiStop**.“

Kromě respondenta č. 1 došlo ke shodě informací. Respondent č. 1 neuvádí žádnou organizaci z důvodů, že jejich pomoc nepotřeboval. Ostatní respondenti dle dostupných informací nejčastěji zmiňují Společnost E a Epistop. Respondent č. 2 se účastní libovolných akcí pořádaných těmito organizacemi. Respondent č. 5 zmiňuje společně se Společností E jako další organizaci Ligu proti epilepsii.

11) Prevence je důležitá u řady onemocnění. Snažíte se dodržovat nějaká preventivní opatření?

Kategorie: PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ

Podkategorie: REŽIM, STRES, ABSTINENCE (alkohol)

Respondent č. 1 „Ano, snažím se dodržovat **režim** spánku a **alkohol**, nevystavovat se nadměrnému **stresu** a nechodit spát během dne, nechodit na zábavy. A v mém případě individuálně nesmím jíst grep.“

Respondent č. 2 „Určitě **nepiju**.“

Respondent č. 3 „*Snažím se dodržovat všechny, které mi dělají lépe, jak jen to jde. Pravidelné **režimy** jako je spánek, strava a tak dále. Dále mám snahu o vyloučení **stresu** (asi hlavní spouštěč), žádné návykové látky. Sport, kterému se snažím věnovat – Taiji a procházky se psem.*“

Respondent č. 4 „*Nepiju alkohol, snaží se dodržovat spánkový **režim**. Užívám minerály a bylinky na správnou mozkovou činnost.*“

Respondent č. 5 „*U mě je to dostatečná spánková hygiena a dost známá **abstinence**.*“

Respondent č. 6 „*Snažím se nezapomínat na léky, dodržovat spánkový **režim**, **nepiji alkohol** ani neužívám žádné omamné a psychotropní látky.*“

Z výzkumného šetření plyne, že všichni dotazovaní v rámci prevence dodržují abstinenci a spánkovou hygienu a neužívání návykových látek. Respondent č. 1 uvádí individuální prevenci v rámci konzumace grepu. Respondent č. 3 udává snahu o vyloučení stresových situací, které jsou u respondenta zřejmě hlavním stimulantem. Obdobně tak udává i respondent č. 1. U respondenta č. 4 zkoumaný jev poukazuje na užívání minerálů a bylinek na správnou mozkovou funkci.

12) Epilepsie má řadu rizikových faktorů, znáte nějaké?

Kategorie: RIZIKOVÉ FAKTORY

Podkategorie: ZÁCHVATY, POŠKOZENÍ MOZKU (poranění), ÚMRTÍ (smrt), GRAND MAL

Respondent č. 1 „*U mě bych řekla, že velký rizikový faktor u **záchvatů**, může být zadušení, neměla bych zakloněnou hlavu a moje hlava by byla otočena do polštáře, bojím se též **poškození mozku** a je tu i riziko způsobit dopravní nehodu.*“

Respondent č. 2 „*Vím, že se musí dodržovat denní režim, není možná noční směna, nechodit do výšky, je nebezpečný stroboskop, alkohol.*“

Respondent č. 3 „*Dle mého můžete např. **umřít**, když dostanete **záchvat** venku na blbém místě.*“

Respondent č. 4 „*Trpím **záchvaty grand mal**, při **záchvatu** jsem v bezvědomí. Hrozí riziko újmy na zdraví a v nejhorším případě riziko **smrti**.*“

Respondent č. 5 „Jako rizikové faktory považuji SUDEP, u **grand mal** záchvatů pády, také různá zranění a **poškození mozku**.“

Respondent č. 6 „V tuto chvíli si tuto otázku vykládám téměř jako předchozí otázku, protože každé druhy epileptických **záchvatů** mohou mít jiné rizikové faktory. Snad mě napadne odkázat na otázku, která se týkala povolání, po **poranění mého mozku** jsou v něm faktory, které také vyvolávají **záchvaty**, protože je na mnoho místech poraněn, ale konkrétně v této chvíli nedokáži odpovědět.“

Na základě zkoumaných jevů v rámci rizikových faktorů vyplývá z výpovědí respondentů strach z poškození mozku či úmrtí, ale na základě různých faktorů. Respondenti uvádějí udušení či způsobení dopravní nehody, záchvat na špatném místě, záchvaty grand mal. Respondent č. 2 udává abstinenci, práci ve výškách a noční směny.

13) Dokázal/a byste poskytnout první pomoc člověku s epileptickým záchvatem? Máte vlastní zkušenost?

Kategorie: PRVNÍ POMOC

Podkategorie: ZKUŠENOSTI (mají či nemají)

Respondent č. 1 „Myslím si, že bych dokázala poskytnout první pomoc, ale **zkušenosti** s tím **nemám** žádné.“

Respondent č. 2 „Myslím si, že bych dokázala poskytnout první pomoc, vlastní **zkušenost** **nemám**.“

Respondent č. 3 „Ano, myslím si, že bych první pomoc byla schopna poskytnout, ale vlastní **zkušenost** **nemám**.“

Respondent č. 4 „**Zkušenost** **nemám**, myslím si, že bych si poradil s první pomocí.“

Respondent č. 5 „Ano, **zkušenost mám**, už se i stalo.“

Respondent č. 6 „Ano, **mám zkušenost**, dokázal jsem poskytnout první pomoc klukovi, který dostal záchvat, nicméně při samotném záchvatu není lehké pomoci. Při záchvatu, vyjma odstranění předmětů, o které je možné se poranit, podložení hlavy apod., nelze přímo pomoci. Po odeznění samozřejmě kontrola zda nedošlo k zapadnutí jazyka, kontrola dýchání a přivolání RZS (pokud je potřeba).“

Z výzkumného šetření vyplývá, že se výpovědi dotazovaných shodují. Všichni dotazovaní se domnívají, že by první pomoc člověku s epileptickým záchvatem zvládli poskytnout. Respondenti č. 1, 2, 3, 4 nemají vlastní zkušenosti s prováděním první pomoci při záchvatu. Respondenti č. 5, 6 zmiňují vlastní zkušenost s poskytnutím první pomoci.

10 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo analyzovat vliv epilepsie na běžný život pacienta. Snažila jsem se zachytit některé okamžiky běžného života pacienta s epilepsií a poukázat na život s touto diagnózou jejich očima. Očima těch, kteří s tímto onemocněním, buď žijí od útlého věku, nebo je toto onemocnění zaskočilo v dospívání či v dospělosti. Vliv epilepsie byl hodnocen na základě tří výzkumných otázek, které se zabývají různou problematikou.

Epilepsie je neurologická diagnóza, která člověka částečně paralyzuje a v několika případech mu komplikuje život. Důležité je také zmínit, že jeden záchvat neznamená nutně epilepsii. Toto onemocnění je jedno z nejvíce okleštěných onemocnění, a to řadou dezinformací, strachem ze společenské izolace, úzkostí, nevyrovnaností a pocitem toho, že člověk není tak dobrý jako ostatní.

Výzkumné otázky:

1. Jak epilepsie ovlivňuje život v závislosti na aktivitách a sportovním vyžití?
2. Jak epilepsie změnila vztahy v rodinách, ve společenském životě?
3. Jak respondenti hodnotí rizikové faktory epilepsie?

První výzkumná otázka byla zaměřena na sportovní aktivity pacienta s epilepsií. Jedná se o aktivity, kterých se museli pacienti například vzdát nebo je ve značné míře omezit, a to kvůli svému onemocnění. Dle veškerých možných informací z hlediska laické veřejnosti a odborníků můžeme konstatovat, že pokud člověk chce, nějakou aktivitu si nalezne. U odpovědi respondenta č. 1 jsme toho důkazem, je tu omezení na základě výškových sportů, ale neurolog neshledal žádná jiná omezení z hlediska vykonávání jiných sportovních aktivit.

Ostatní respondenti na základě odpovědí tvrdili, že se museli vzdát svých oblíbených sportů. Na základě nějakého omezení a ztráty oblíbených aktivit si respondenti byli schopni najít alternativu v rámci chůze se psem či nordic walking. Z nejčastěji zmiňovaných aktivit, kterých by se měl člověk s epilepsií vyhýbat je plavání bez dohledu v hlubokých vodách a jakékoli sportovní vyžití spojené s prostorem ve výškách. Omezení plavání v hloubkách bez dozoru a plavání v hlubokých vodách, shledáváme jako pozitivní z hlediska utonutí či pádu z vysoké výšky. Pohyb je pro člověka velmi důležitý

a pro někoho, kdo byl zvyklý vykonávat nějakou aktivitu, je velký problém omezit se v tom, co měl rád. Pohyb napomáhá i k aktivnímu odpočinku a redukci stresu. Ovšem vždy záleží na přidružených diagnózách pacienta a na jeho celkovém psychickém a fyzickém stavu.

Téměř všichni tázaní se shodli na omezení z hlediska automobilů popřípadě motorek. V rámci sebereflexe vyplývá, že někteří pacienti mají strach, znovu usednou za volant i po navrácení řidičského průkazu z důvodů záchvatu a možnosti způsobit tak dopravní nehodu a ohrozit sebe či ostatní účastníky provozu. Navrácení řidičského průkazu je možné, dle vyhlášky, po 12 měsících bez záchvatu a “čistého” EEG.

Do rizikových sportů nepatří pouze plavání. Lékaři často přidávají omezení v rybaření, cyklistice a jízdě na koni. Za rozhovor s neurologem stojí i otázka ohledně saunování. Vždy závisí na zdravotním stavu pacienta, jak se cítí a jaký je názor odborníka. Často se dá stanovit určitý kompromis, aby mohl pacient vykonávat pohyb, který ho těší, protože pohyb má pozitivní vliv na psychické zdraví člověka. Člověk, kterému se zakázou koníčky, které dříve miloval, se uzavře do sebe. V mnoha případech se sociálně uzavře, jeho sebevědomí rapidně klesne a pacient nebude mít žádný důvod k radosti.

Proto je třeba hledat kompromisy, doporučovat pěší i horskou turistiku a rehabilitační cvičení. U pacientů s epilepsií dokonce nebývá problém ani ohledně juda. Nejedná se tedy o velké ztráty pacientových zájmů, jde spíše o to, jestli chce najít náhradu. Vyměnit box za judo, plavání za horskou turistiku. Jde jen o to chtít a nenechat se tímto onemocněním omezovat ve velké míře. Samozřejmě vždy je vše vykonávané s ohledem na zdraví, které je to nejdůležitější, co člověk má. Zátěž tedy musí být stanovena tak, aby u pacienta nevyvolala záchvat či přímo nezpůsobila smrt. I všechny označené rizikové sporty mohou být vykonávané. Mění se třeba počet osob, délka dráhy či častější intervaly přestávek.

Dle mého je třeba účastnit se i kolektivních sportů – fotbal, volejbal. Utužuje to společenské vztahy a člověk se pak cítí lépe, když ho všichni berou za sobě rovného.

Pokud mluvíme o společenském životě epileptiků, kterému se věnujeme ve druhé výzkumné otázce, bylo dle různých výzkumů prokázáno, že ¼ epileptiků se potkala s diskriminací ze strany svého okolí. Lidé s touto diagnózou se také mohou cítit méněcenní a k ničemu, a dokonce se za svoje onemocnění stydět.

Rodina je důležitá a v případě onemocnění ještě o něco více, zvláště pokud jde o podporu člena rodiny při svízelných peripetiích. V našem případě se jedná o podporu z hlediska diagnostiky epilepsie. Respondenti se ve většině případech shledali s kladným přístupem od svých nejbližších. Není to ale samozřejmostí, respondent č. 4 shledává problém s nalezením partnerky, která by se smířila s touto diagnózou, má problém tak založit vlastní rodinu.

První respondent má kladný přístup z hlediska rodiny, a to hlavně od starostlivé matky. Stejně tak i respondent číslo tři, který má ale záporné zkušenosti se sourozencem, shodující se vztahy má i respondent číslo čtyři. Z toho je plynoucí mateřský pud, který ve většině funguje v symbióze s tímto onemocněním a matky se tak snaží dětem život dělat lepší a ulehčovat jim veškeré životní trable. Z některých výpovědí je plynoucí, že v dospělosti nemají respondenti nutkání se se svým onemocněním svěřovat rodině, nechtějí je zatěžovat či dokonce si myslí, že si musí pomoci sami. Z určitého pohledu to není dobré a stejně tak jako u různých závislostí, by na to neměl být člověk sám.

V některých zemích mají dokonce lidé s epilepsií omezenější přístup ke kvalitnímu zdravotnímu a životnímu pojištění. V mnoha zemích to není správně legislativně nastavené.

Dle WHO (2019) v Číně i Indii jsou lidé s epilepsií neustále považováni za důvod pro zákaz či zrušení manželského pouta. Lze tedy říci, že toto opatření hraničí s porušováním lidských práv. Tato diskriminace epileptiků na sebevědomí nepřidá a často mohou svoje onemocnění zatajovat. To s sebou přináší spoustu rizik a může to dokonce končit i poškozením zdraví. Nejzávažnější problémy vznikají při zatajování onemocnění v zaměstnání. Jiní pacienti zase mohou svého onemocnění zneužívat a požadovat u svého zaměstnance potvrzení, že v tomto prostředí pracovat nemohou. S takovou situací jsem se setkala. Dle mého uvážení není správné, aby si člověk v této situaci hledal takové úlevy, zůstával bez zaměstnání a pobíral finanční podporu od státu. Pokud chce, aby k němu lidé přistupovali jako k plnohodnotnému a sobě rovnému, musí přijmout zodpovědnost se s tímto onemocněním naučit žít a hledat kompromisy.

WHO (2019) informuje, že ve Velké Británii a Severním Irsku panovala podobná omezení, která spočívala pouze na bázi ukončení manželského svazku z důvodů epilepsie. V Americe v minulém století omezovali epileptiky na běžném životě asi nejvíce. Zákaz vstupu do restaurací a divadel či jiných veřejných budov, opravdu hraničí s omezováním lidských práv. Proto budme rádi, že se neustále posunujeme, že věda jde neustále dopředu, že můžeme bořit mýty ohledně epilepsie. Je neuvěřitelné, jaké pokroky můžeme právě na těchto omezeních vidět. Lidé s epilepsií mohou chodit do zaměstnání, vykonávat sporty, koníčky, uzavírat svazky, aniž by jim to kdokoliv zakazoval. Avšak stále se objevují jisté předsudky ohledně vztahů. Jeden z respondentů uvádí, že je těžké si najít přítele/přítelkyni. S touto zkušeností jsem se nesetkala poprvé. Spousta epileptiků, v různých anketách, uvádí nepřízeň v partnerských vztazích. S tímto bojovat člověk moc nemůže, přesto věřím, že řada z těch, kteří pocítili odmítnutí, najdou někoho, kdo jejich diagnózu přijme.

WHO (2019) zmiňuje, že sociální dopady a celá sociální sféra, jako jsou dezinformace, diskriminace a stigma dopadají na psychiku člověka s epilepsií mnohem více, než prožívání samotných záchvatů.

Poslední výzkumná otázka se zabývá rizikovými faktory epilepsie. Někteří na tuto otázku odpovídali podobně jako na preventivní opatření týkající se epilepsie. Všichni respondenti mají strach ze samotného záchvatu na špatném místě, udušení či poškození mozku. Je tedy důležité se rizikovým faktorům, pokud je to možné, vyhnout a respektovat je. Dodržovat zásady abstinence alkoholu, odbourávání stresu a neřízení automobilů, aby nedocházelo k dopravním nehodám, jak zmiňuje první respondent. Aby člověk sám sebe neohrožoval a zbytečně nepodněcoval vznik epileptických záchvatů a neohrožoval své okolí.

WHO (2019) udává informace, že epilepsie je problém veřejného zdraví. Byla vedena i určitá kampaň, která měla podpořit tuto nemoc a pomoci s rušením dezinformací. Snaha o posílení, zlepšení péče a minimalizaci dopadu epilepsie. Dezinformace se totiž šíří rychleji, než jakkoliv ověřená data. Bojovat proti tomu můžeme pouze používáním kritického myšlení a efektivním zjišťováním ověřených informací. Podle mého názoru by takový projekt měl být zařazen v každém státě. Celkově chybí prevence a informovanost veřejnosti o epilepsii a různých rizikových faktorech. Myslím si, že je potřeba i jakási snaha o očistu ohledně první pomoci u epileptického záchvatu.

Dle mé zkušenosti se lidé, kteří poskytují první pomoc, snaží spíše křečím zabránit. Držet pacientovi horní i dolní končetiny. Mnozí z nich nemyslí na riziko, které vzniká, pokud pacient spadne a jsou vedle předměty, které by mu mohly způsobit značné poškození.

Zkušenost tedy vyplývá z toho, že při podávání první pomoci zachránce místo odstranění nebezpečných předmětů, tyto předměty směřoval k hlavě a snažil se jimi fixovat hlavu. Z mého pohledu je tato reakce opravdu absurdní. K takovým situacím by opravdu docházet nemělo. Proto jsem ráda za jakoukoliv osvětu v podobě první pomoci, která se uskutečňuje na základních školách pod vedením odborníků, kteří mají letité zkušenosti. Dalším problémem bývá neobětavost či strach lidí.

Jinak se bude chovat člověk, který jde po ulici sám a uvidí nemocného s epilepsií. A jinak se bude chovat člověk jdoucí v davu lidí. V případě, že se člověk bude na ulici pohybovat sám, většinou bez váhání první pomoc poskytne, jak vyplývá z různých experimentů. Pokud bude na ulici více lidí, v podvědomí si člověk bude říkat, že nemusí pomáhat on, že může pomoci kdokoliv jiný. Kdokoliv nacházející se v tu chvíli na stejném místě a ve stejné situaci. Proto zde bude menší pravděpodobnost, že nemocnému někdo pomůže. Dalším faktorem je samozřejmě i vzhled. Málokdo pomůže epileptikovi, který vypadá beznadějně a žije bez domova. A kdekdo zase pomůže epileptikovi, který vizuálně vypadá jako prosperující právník.

Právě těmito předsudkům, domněnkám a pocitu, že to za nás někdo udělá, bychom se měli vyvarovat. Přece jenom jde o lidský život. Dle odpovědí respondentů je zřejmé, že tuší, jak by měli správně podat první pomoc. Někteří respondenti již první pomoc podávali. Důležitost má tedy informovanost a schopnost veřejnosti podat první pomoc epileptikům. Samozřejmě to, že se u pacienta objeví záchvat, má souvislost i s rizikovými faktory a dodržováním režimového opatření. Tudíž vše souvisí se vším, a pokud nedojde k dodržování určitých pravidel, stává se z toho jeden velký bludný kruh.

Závěr

Celá bakalářská práce se zabývá epilepsií a životem osob s tímto onemocněním. Cílem mé bakalářské práce byla analýza běžného života pacienta s epilepsií. Epilepsie je jedním z nejstarších onemocnění, záznamy pocházejí již ze zmiňovaného zákoníku. Literatura užitá k tvorbě bakalářské práce čítá i starší vydání, na informace a fakta to však nemá žádný vliv.

První část bakalářské práce je zaměřena na teoretickou část, která se zabývá anatomií, historií, režimovým opatřením, prognózou, klasifikací. Také zde popisujeme léčbu i alternativní, různá opatření týkající se stravování. Opatření, která souvisejí s režimem, a která by měl každý zarytý epileptik znát a dodržovat. Jedná se například o dodržování spánkové hygieny, abstinenci návykových látek. Jako další se zabýváme první pomocí jak u jednotlivých záchvatů epilepsie či u statu epileptiku. Důležitá zmínka v teoretické části patří i organizacím, které se těmito lidem snaží pomáhat. Jsem velice ráda, že těchto organizací je tolik. Nedílnou součástí jejich webových stránek je nespočet informací, rad a typů jak vyžrát nad epilepsií a s čím počítat vzhledem k tomuto onemocnění.

Ve výzkumné práci byl použit kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů s osobami trpícími epilepsií po různě dlouhou dobu. Výzkumný vzorek tvořili tři muži a tři ženy nezávisle na sobě. Epilepsie je velkou součástí jejich životů. Dle odpovědí na běžný život epileptika, je zřejmé, že záleží na povaze, osobnosti a přístupu respondenta k životu a k onemocnění. Pro většinu respondentů bylo největším omezením sportovní vyžití, i když většina z nich si zvládla najít uspokojující alternativu.

Mým návrhem pro praxi by tedy moha být větší osvěta společnosti. Mnozí z nás absolutně netuší, s čím se tyto lidé musí každý den potýkat. Epileptici byli a jsou diskriminováni. Proto je čas na změnu. Mají stejné právo na zakládání rodin, práci a společenský život. Bez jakýchkoliv předsudků vzkvétajících z nepodložených názorů společnosti. Stejně jako je potřeba zmiňované informovanosti, je třeba i prevence. Prevence je nezastupitelná, v České republice v mnoha případech nedostatečná. A toto negativum platí i u epilepsie.

Z mého pohledu není život epileptika vůbec lehkou záležitostí. Proto je potřeba nedělat si vůči těmto lidem předsudky a nebát se jim podat pomocnou ruku. Závěrem tedy mohu konstatovat, že zadaný cíl bakalářské práce byl splněn.

Seznam použitých zdrojů

AMBLER, Zdeněk, 2011. Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]. 7. vyd. Praha: Galén, 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. Výzkum a ošetrovatelství. Vyd. 2. přepracované vydání a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2.

BEDNAŘÍK, J.; AMBLER, Z.; RŮŽIČKA, E., 2010. Klinická neurologie: část speciální. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-389-9.

BERLIT, Peter. Memorix neurologie. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1915-3.

BRÁZDIL, Milan, Jan HADAČ a Petr MARUSIČ. Farmakorezistentní epilepsie. 2., dopl. a aktualiz. vyd. V Praze: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-495-7.

FABER, Josef, Zuzana POKORNÁ, Petr BUŠEK, Hana ORLÍKOVÁ a Eva MODRÁ. Epilepsie a epileptózy: žijeme s epilepsií. 7. vyd. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1995. ISBN 80-859-1202-3.

FABER, Josef, Zuzana POKORNÁ, Petr BUŠEK, Hana ORLÍKOVÁ a Eva MODRÁ. Temporální epilepsie a vědomí: žijeme s epilepsií. 7. vyd. Praha: Triton, 1998. ISBN 80-858-7580-2.

KACHLÍK, David. Úvod do preklinické medicíny. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, 2013. ISBN 978-80-87878-01-9.

KACHLÍK, David. Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4058-7.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

Léčivá moc vitaminů, bylin a minerálních látek. Praha: Reader's Digest Výběr, 2001. ISBN 80-861-9624-0.

MORÁŇ, Miroslav. Praktická epileptologie. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-725-4352-0.

MORÁŇ, Miroslav, Hana SVOBODOVÁ a Alena ŠAFRÁNKOVÁ. Praktická epileptologie: pro 4. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy. 2. vyd. V Praze: Triton, 2007. ISBN 978-807-3870-232.

NEJEDLÁ, Marie, Hana SVOBODOVÁ a Alena ŠAFRÁNKOVÁ. Ošetrovatelství IV: pro 4. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 80-733-3032-6.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Jiří TICHÝ, Evžen RŮŽIČKA, Hana ORLÍKOVÁ a Eva MODRÁ. Neurologie: žijeme s epilepsií. 7. vyd. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-726-2160-2.

NOVOTNÝ, Petr. Filozofie nemoci: uzdravování psychickými prostředky. Liberec: Dialog, 2009. ISBN 978-80-86761-99-2.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

PŘÍHODOVÁ, Iva. Poruchy spánku u dětí a dospívajících. Praha: Maxdorf, c2013. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-332-9.

REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

SEIDL, Zdeněk, 2015. Neurologie pro studium i praxi. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 383 s. ISBN 978-80-247-5247-1.

SEIDL, Zdeněk. Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty I: Interna. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-802-4717-753.

STEHLÍKOVÁ, Petra, Zuzana POKORNÁ, Petr BUŠEK, Hana ORLÍKOVÁ a Eva MODRÁ. Epilepsie: žijeme s epilepsií. 7. vyd. Praha: Společnost "E"/Czech Epilepsy Association, 2016. ISBN 978-80-906432-0-8.

STEHLÍKOVÁ, Petra. Sociální pohled na dopady epilepsie u dospělého člověka. Praha, 2014. Diplomová práce. Evangelická teologická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Vladimír Mašát.

STELZER, Jiří a Lenka CHYTILOVÁ. První pomoc pro každého. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2144-6.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

VOJTĚCH, Zdeněk, Hana SVOBODOVÁ a Alena ŠAFRÁNKOVÁ. Epilepsie dospělých: [základní informace]. 2. vyd. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-725-4096-3.

WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ. Základy speciální neurologie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 396 s. Učební texty Univerzity Karlovy. ISBN 978-802-4610-207.

ŠÁCHA, Pavel. Epilepsie [online]. 2009_03_08 [cit.2020_11_5]. Dostupné z: <https://www.celostnimedicina.cz/epilepsie.htm>

O epilepsii. Nemocnice na Homolce [online]. Praha: Nemocnice na Homolce, 2017 [cit. 2021-04-14]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-specializovana-centra/11635-centrum-pro-epilepsii/11856-pro-pacienty/11858-o-epilepsii/>

První pomoc při záchvatu. Nemocnice na Homolce [online]. Praha: Nemocnice na Homolce, 2017 [cit. 2021-04-14]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-specializovana-centra/11635-centrum-pro-epilepsii/11856-pro-pacienty/11858-prvni-pomoc-pri-zachvatu/>

Společnost “E” a její poslání. Společnost “E” [online]. Praha: Společnost “E”, 2015 [cit. 2021-04-14]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/o-nas/>

Epilepsie a ochrana proti úrazům. Společnost “E” [online]. Praha: Společnost E, 2011 [cit. 2021-04-15]. Dostupné z: http://www.spolecnost-e.cz/wp-content/uploads/tiskoviny/zlutaky/epilepsie_a_ochrana_proti_urazum_2011.pdf

Naše činnost. Epistop [online]. Praha: Epistop, 2020 [cit. 2021-04-14]. Dostupné z: <http://www.epistop.cz/o-nas/nase-cinnost>

Česká liga proti epilepsii. Česká liga proti epilepsii [online]. Česká liga proti epilepsii, 2020 [cit. 2021-04-14]. Dostupné z: <http://www.clpe.cz/index.htm>

Epilepsy. World Health Organization [online]. 2019 [cit. 2021-04-13]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>

Epi-rodina. Česká liga proti epilepsii [online]. Praha: Česká liga proti epilepsii, 2020 [cit. 2020-10-09]. Dostupné z: http://www.clpe.cz/old_web_CLPE/epirodina.htm

Nové klasifikace epileptických záchvatů a epilepsií ILAE 2017. Neurologie pro praxi [online]. 2018, 2018(19), 1-5 [cit. 2020-11-20]. Dostupné z: https://www.clpe.cz/soubory/klasifikace_prehled_NPP_2018.pdf

POSTUP A LÉČBA U EPILEPTICKÉHO ZÁCHVATU A V INICIÁLNÍCH FÁZÍCH STATUS EPILEPTICUS [online]. In: Česká liga proti epilepsii, 2018, s. 1-2 [cit. 2021-01-11]. Dostupné z: https://www.clpe.cz/soubory/Lecba_Epileptickeho_zachvatu.pdf

ŠLAPAL, CSC., MUDr. Radomír a MUDr. Marie KUNČÍKOVÁ. Věkově vázané epileptické syndromy [online]. In: Společnost dětské neurologie ČLS JEP, 2001, s. 1-5

[cit. 2021-01-18]. ISBN o/101/055.
Dostupné z: <https://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/r055.rtf>

Řidičský průkaz. Epilepsie Brno [online]. Brno: Epilepsie Brno, 2009 [cit. 2021-01-22].
Dostupné z: <http://www.epilepsiebrno.cz/ridicky-a-zbrojni-prukaz.html>

Omezení pramenící z diagnózy epilepsie. Epilepsie Brno [online]. Brno: Epilepsie Brno, 2009 [cit. 2021-01-22]. Dostupné z: <http://www.epilepsiebrno.cz/omezeni-z-diagnozy-epilepsie.html>

Základní informace o epilepsii. Společnost “E” [online]. Praha: Společnost E, 2016 [cit. 2021-02-08]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/wp-content/uploads/2016/02/Z%C3%A1kladn%C3%AD-informace-o-epilepsii.pdf>

Pomocná vyšetření v epileptologii. Nemocnice na Homolce [online]. Praha: Nemocnice na Homolce, 2017 [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-specializovana-centra/11635-centrum-pro-epilepsii/11856-pro-pacienty/11858-pomocna-vysetreni-v-epileptologii/>

Léčba epilepsie - update. Medicína pro praxi [online]. Brno: Medicína pro praxi, 2011 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/09.pdf>

Chirurgická terapie epilepsie. Epilepsie Brno [online]. Brno: Epilepsie Brno, 2009 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <http://www.epilepsiebrno.cz/vysledky-operacni-lecby-epilepsie.html>

První pomoc při záchvatech. Společnost “E” [online]. Praha: Společnost E, 2011 [cit. 2021-02-22]. Dostupné z: http://www.spolecnost-e.cz/wp-content/uploads/tiskoviny/zlutaky/epilepsie_prvni_pomoc_2011.pdf

MUDr. Petr Bušek, Ph.D. Epilepsie. Medicína pro praxi [online]. 2013, (3), 1-4 [cit. 2021-04-13]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/03/06.pdf>

The natural history and prognosis of epilepsy. PUBmed [online]. 2015, (17), 1 [cit. 2021-04-14]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26234761/>

DOHNALOVÁ, Zdenka. Výzkumníkovo desatero etického chování. Sociální práce [online]. 2011 [cit. 2021-04-22]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/vyzkumnikovo-desatero-etickeho-chovani/>

KRIJTOVÁ, Hana. Standardní EEG. In: Wwww.lf2.cuni.cz [online]. Praha: Centrum pro epilepsii Motol, 2016 [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.lf2.cuni.cz%2Ffiles%2Fpage%2Ffiles%2F2016%2Fzaklady_eeg.pdf&psig=AOvVaw0pgJVpnzxrKio7TIpuso7-&ust=1616697878698000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCLiI5orLye8CFQAAAAAdAAAAABAD

Idiopatické generalizované epilepsie. In: Neurologie pro praxi [online]. Brno: Neurologie pro praxi, 2014 [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: <https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.neurologiepropraxi.cz%2Fpdfs%2Fneu%2F2014%2F04%2F09.pdf&psig=AOvVaw2rGRZlFHooqUozLKHssPj0&ust=1616698153226000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCLiI5orLye8CFQAAAAAdAAAAABAP>

Absolventské práce:

NOVÁKOVÁ, Jana. Specifika ošetrovateľskej péče o pacienty s dg. epilepsie [online]. Jihlava, 2018 [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: [file:///C:/Users/admin/Downloads/bp%20\(17\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/bp%20(17).pdf). Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Mgr. Jana Bublákova.

NOSEK, Rostislav. Režimová opatření u epileptiků [online]. Pardubice, 2014 [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/58100/NosekR_RezimovaOpatreni_JR_2014.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice.

Seznam použitých zkratk

CNS	centrální nervová soustava
EEG	elektroencefalograf
MRI	magnetická rezonance
CT	počítačová tomografie
SME	Skupina mladých s epilepsií
SUDEP	Náhlé úmrtí u pacientů s epilepsií
AED	antiepileptika
č.	číslo
PC	personal computer, osobní počítač
VNS	stimulace nervu vagu
i.v.	intra venózní, parenterální podání
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
VOŠ	Vyšší odborná škola
et al.	a kolektiv
FN	Fakultní nemocnice
CK	kreatinkináza

Seznam příloh

Příloha č. 1: Fyziologické EEG

Příloha č. 2: Záznam EEG při epilepsii