

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Tereza Peteríková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Tereza Peteríková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S EPILEPSIÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Posseltová

PLZEŇ 2018

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Poděkování především patří mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Lucii Posseltové za vřelý přístup a odbornou pomoc při zpracování bakalářské práce. Též patří poděkování zaměstnancům Neurologické kliniky za umožnění provedení výzkumu na pracovišti FN Plzeň.

Anotace

Příjmení a jméno: Tereza Peteříková

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s epilepsií

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Posseltová

Počet stran – číslované: 56

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 9

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: Epilepsie. Ošetrovatelská péče. Kvalita života. Pacient.

Souhrn:

Tématem mé bakalářské práce je Ošetrovatelská péče o pacienta s epilepsií. V teoretické části se zaměřuji na základní charakteristiku, diagnostiku, klasifikaci záchvatů, léčbu i na kvalitu života. Věnuji se také ošetrovatelské péči, rolím zdravotní sestry a poskytování první pomoci při epileptickém záchvatu.

V praktické části získávám základní informace pomocí kazuistiky a polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami.

Annotation

Surname and name: Tereza Peteríková

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing care of the patient suffering from epilepsy

Consultant: Mgr. Lucie Posseltová

Number of pages – numbered: 56

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 9

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 23

Keywords: Epilepsy. Nursing care. Quality of life. Patient.

Summary:

The topic of my bachelor thesis is Nursing care of the patient suffering from epilepsy. The theoretical part of the thesis is focused on the basic characteristic, diagnostics, classification of the epileptic fits, medical treatment and on the quality of life with epilepsy. In this part I also devote myself to the nursing care, the roles of a nurse and to the giving first aid in case of an epileptic fit.

In the practical part I again basic information by means of case interpretation and by half-structured interview with open questions.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 NERVOVÁ SOUSTAVA	11
1.1 Anatomie neuronu.....	11
2 EPILEPSIE	12
2.1 Historie.....	12
2.2 Epilepsie obecně	13
2.3 Epidemiologie	13
2.4 Etiopatogeneze.....	14
2.5 Diagnostika	14
2.5.1 Anamnéza	15
2.5.2 Klinické vyšetření.....	15
2.5.3 Laboratorní vyšetření.....	15
2.5.4 Elektroencefalografie.....	15
2.5.5 Zobrazovací metody	16
2.5.6 Neuropsychologické vyšetření	16
2.5.7 Diferenciální diagnostika.....	16
2.6 Klasifikace epileptických záchvatů.....	17
2.6.1 Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů.....	17
2.6.2 Sémiologická klasifikace	18
2.6.3 Anatomická klasifikace	19
2.6.4 Přehled epileptických syndromů podle věkových období.....	19
2.6.5 Ostatní epileptické záchvaty a syndromy	20
2.7 Status epilepticus	21
2.8 Terapie epilepsie	22
2.8.1 Životospráva	22
2.8.2 Medikamentózní léčba.....	22
2.8.3 Chirurgická léčba.....	23
2.8.4 Alternativní léčba	23
2.9 Rehabilitace	24
2.10 Neuropsychologie.....	24
2.10.1 Metody měření.....	25
2.10.2 Psychoterapie.....	25
2.10.3 Neurochirurgická operace a její vliv	26
2.11 První pomoc při záchvatu.....	26

3	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	28
3.1	Kvalita života	29
3.1.1	Pojem zdraví	29
3.1.2	Pojem nemoci	29
3.2	Kvalita života s epilepsií	30
3.2.1	Poruchy psychiky	30
3.2.2	Poruchy kognice	30
3.2.3	Školní docházka	31
3.2.4	Epilepsie a těhotenství	31
3.2.5	Zaměstnání	31
3.3	Sdružení center pro epilepsii	32
3.3.1	Společnost „E“	32
3.3.2	Epistop	32
3.3.3	Česká liga proti epilepsii	32
3.3.4	Světový den epilepsie	32
	PRAKTICKÁ ČÁST	33
4	FORMULACE PROBLÉMU	33
4.1	Cíl výzkumu	33
4.2	Výzkumné otázky	34
4.3	Druh výzkumu a výběr metodiky	34
4.4	Metoda	34
4.5	Výběr případu	34
4.6	Způsob získávání informací	34
4.7	Organizace výzkumu	35
5	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	36
5.1	Respondent 1	36
5.1.1	Anamnéza	36
5.1.2	Otázky	37
5.2	Respondent 2	38
5.2.1	Anamnéza	38
5.2.2	Otázky	39
5.3	Respondent 3	41
5.3.1	Anamnéza	41
5.3.2	Otázky	42
5.4	Respondent 4	43
5.4.1	Anamnéza	43
5.4.2	Otázky	44

5.5	Respondent 5.....	45
5.5.1	Anamnéza	45
5.5.2	Otázky.....	46
5.6	Respondent 6.....	47
5.6.1	Anamnéza	47
5.6.2	Otázky.....	47
5.7	Respondent 7.....	48
5.7.1	Anamnéza	49
5.7.2	Otázky.....	50
5.8	Respondent 8.....	51
5.8.1	Anamnéza	51
5.8.2	Otázky.....	52
5.9	Respondent 9.....	53
5.9.1	Anamnéza	53
5.9.2	Otázky.....	54
6	DISKUZE	56
7	VÝSTUP DO PRAXE	59
7.1	Akutní ošetrovatelský plán	59
7.2	Chronický ošetrovatelský plán.....	60
	ZÁVĚR.....	61
	SEZNAM LITERATURY	62
	SEZNAM ZKRATEK	64
	SEZNAM PŘÍLOH	65

ÚVOD

Studuji na Západočeské univerzitě v Plzni, obor všeobecná sestra. Při absolvování praxe na Neurologické klinice na Lochotíně jsem se setkala s pacienty trpícími epileptickým onemocněním, kdy jsem nejen nahlédla do hloubky jejich problému, ale především jsem se pokusila se do nich vcítit, abych lépe pochopila podstatu tohoto onemocnění.

Epilepsie je neurologické onemocnění, které nás provází už od dob středověku. Postihuje pacienty v jakékoliv etapě života bez ohledu na věk a pohlaví. Toto onemocnění může, jakkoliv zasáhnout do života jedince a výrazně ovlivnit jeho kvalitu.

Hlavním cílem mé práce bylo nahlédnout do problematiky pacientů s epileptickým onemocněním, zabývat se charakteristikou onemocnění. Zaměřit se na kvalitu života, která se u většiny pacientů liší a odvíjí se od toho, v jakém stádiu se toto onemocnění nachází. Cílem bylo také zjistit současný stav pacientů s tímto onemocněním, jak je to ovlivňuje v běžném životě či zaměstnání. Zjistila jsem, že nejčastějším problémem a velmi zásadním je neschopnost najít si vhodné a trvalé zaměstnání, které nabízí kvalitní podmínky a vhodnou pracovní dobu. Dalším problémem bývá omezení ve volnočasových aktivitách, které by jedinec jinak v běžném životě rád vykonával v souladu se seberealizací. Značné omezení nastává i během období těhotenství, kdy ženy se obávají, jaký vliv bude mít epilepsie na vývoj plodu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NERVOVÁ SOUSTAVA

Základním stavebním mezníkem nervové soustavy jsou neurony. Neurony jsou nervové buňky jejichž základní funkcí je příjem, vedení, přenos informací i jejich zpracování. Nervové buňky se nachází v řadě trilionů a tvoří převážnou většinu v lidském těle. (Orel, 2015, s. 16-17)

1.1 Anatomie neuronu

Tělo neuronu se skládá z jádra, endoplazmatického retikula, Golgiho aparátu, mitochondrie. Tělo jednotlivých neuronů má různý tvar, jako kulatý, oválný, větvený či pyramidový. Mezi tělem daného neuronu a výběžky cirkuluje neustále tok a výměna látek. Anterográdní transport probíhá z těla neuronu mezi jeho výběžky a má na starost přenos bílkovin a receptorů. Retrográdní transport má na starosti přenos odpadních látek a toxinů.

Z těla neuronu vychází výběžky tzv. dendrity, které vedou elektrické potenciály dostředivou drahou směrem k tělu buňky. Z těla neuronu také vychází výběžek axon neboli neurit, který vede elektrické potenciály odstředivou drahou od těla buňky. Dále se větví v terminální části. Většina axonů je pokryta myelinovou pochvou, která je přerušena štěrbinami. Tyto prostory se nazývají Ranvierovy zářezy, které mají důležitý význam pro šíření informací nervovými vlákny. Myelinová pochva hraje důležitý význam v izolaci jednotlivých neuritů a zrychluje vedení elektrických potenciálů. (Orel, 2015, s. 17-19)

Na povrchu všech neuronů se nachází buněčná membrána, která chrání buňku před vnějším prostředím a jeho škodlivými vlivy a ohraničuje ji. Buněčná membrána se skládá z dvojí vrstvy fosfolipidů, a to vnitřní vrstvy hydrofobní (nepropustné) a vnější vrstvy hydrofilní (propustné). Do vrstvy fosfolipidů se zanořují membránové bílkoviny neboli proteiny. Tyto proteiny mají na starost přenos látek přes buněčnou membránu. V buněčné membráně se také nachází membránové kanály, které umožňují přenos iontů přes buněčnou membránu. Membránové kanály jsou otvory, které jsou tvořeny bílkoviny. (Orel, 2015, s. 30-31, s.36)

Síť propojení nervových buněk se nazývá synapse, jejíž hlavním úkolem je přenos informací mezi nervovými buňkami. Tento děj se nazývá „synaptická transmise“. Elektrické synapse umožňují přenos nervového vzruchu a rychlý přenos informací. Chemické synapse umožňují přenos informací pomocí chemických látek. (Orel, 2015, s. 73-74)

2 EPILEPSIE

Nervové buňky tvoří ve svém komplexu nejdůležitější část, a tím je mozek. Mozek je základním hnacím motorem, jehož pomocí jsme schopni komunikovat, pohybovat se, učit se novým věcem, řešit rovnice. Případně, že se v mozku nachází nervové buňky, které způsobují elektrický výboj, můžeme mluvit o epilepsii. (Orel, 2015, s. 60)

2.1 Historie

Epilepsie je považována za nejstarší neurologickou chorobu. První zmínku lze najít již kolem roku 400 před naším letopočtem, kdy se o epilepsii pojednává v proslulém spisu Hippokrates o morbus sacer (svaté nemoci) či v Novém zákoně. (Tyrliková, 2012, s. 100)

Dříve byla epilepsie pojmenována, jako svatá nemoc či rajská nemoc. V současné době však vznikly názvy, jako ohavná nemoc nebo nemoc, ze které se zvrací. Ve středověku vznikly názvy jako svatý žal nebo božská síla. „Všechny jsou vyjádřením vztahu k nemoci v období, kdy nebyla známa racionální příčina, natož účinná léčba“. (Moráň, 2007, s. 12)

Ačkoliv lidstvo považovalo za nadpřirozeného spasitele Boha. „V případě epilepsie získal tuto výsadu svatý Valentin“. Proto se o epilepsii hovořilo, jako o hoře svatého Valentina. Spojení se svatým Valentinem nacházíme převážně i v pozdním středověku v období 15. až 18. století. Existuje množství obrazů svatého, které poukazují na přítomnost nemocného epilepsii. Nemocného stojícího, ležícího či klečícího při postavě svatého Valentina. Ležící postava poukazovala na to, že za epilepsii byl považován pouze velký záchvat spojený s bezvědomím a pádem. Malé záchvaty nebyly zjištěny jako život ohrožující stav, a tak nevyžadovaly žádnou větší léčebnou péči. Většina zobrazení pochází až z doby po pomnutí záchvatu a následném zklidnění. Jedním vysvětlením lze poukázat na to, že malíř pokládal za nevhodné stresovat ostatní vážností situace při vyvrcholení záchvatu. Druhým vysvětlením je snaha zdůraznit malbou léčivou sílu svatého a přispívat tak k principu víry v boha. Nemocný je zobrazen v hadrech, otrhaný. Naopak záchránce je oblečen do pompézního šatu (okázalého, vznešeného oděvu). Vysvětlení bychom měli hledat v potřebě zdůraznit postižení či nemohoucnost nemocných, kterým je třeba pomoci ve všech oblastech, nejen v oblasti vlastní nemoci. Je to dáno i nepoměrem postavy nemocného a záchránce, kdy záchránce je vždy zobrazen mnohem větší. Významně se jeví i barevné rozpoložení, kdy černá znamená bídu, zavržení a trest. Naopak červená barva znamená sílu a ochranu proti ďáblovým silám.

Mezi nejznámější osobnosti trpící epilepsií patří: César, Dostojevskij, Karel V., Napoleon, Johanka z Arku, Sokrates, Nobel. (Morář, 2007, s. 12-13)

2.2 Epilepsie obecně

Epilepsie je nemoc, která pacienta velmi obtěžuje a omezuje v řadě aktivit. Klinicky se manifestuje různorodou skupinou projevů. Tudíž se se u jednoho nemocného jedince mohou objevit různé typy epileptických záchvatů. Zcela obecně se jedná o chronické neurologické onemocnění, které je charakterizované opakovanými epileptickými záchvaty. Záchvaty různého klinického obrazu a abnormními neurálními výboji v mozkové kůře. Opakované znamená přítomnost minimálně dvou spontánních epileptických záchvatů. Jedná se o stálý stav, přičemž dochází k opakování záchvatů bez zjevné vnější příčiny. Predispozice člověka může vycházet z organického poškození mozku nebo z genetické příčiny. (Tyrliková, 2012, s. 100)

Základní příčinou vzniku epileptického záchvatu je přítomnost různě rozsáhlých ohraničených mozkových neuronů, pro něž se využívá název epileptické ohnisko. Epileptické ohnisko může být klinicky němé. Epileptické ohnisko je pod řadou inhibičních vlivů, dochází k následnému snížení záchvatového prahu a aktivuje se epileptický výboj. Epileptický výboj může být ohraničený nebo neohraničený. Ohraničený se nešíří do okolí a symptomatologie je dána lokalizací. Naopak neohraničený se šíří na další oblasti mozku, čímž může být postižen celý mozek. (Ambler, 2011, s. 189)

2.3 Epidemiologie

V rozvojových zemích je incidence výskytu epilepsie kolem 20–50 na 100 tisíc osob za rok. Největší incidence se vyskytuje převážně u dětí a klesá v dospělém věku, ve starším věku opět narůstá. Zjistilo se, že větší incidence je v populaci mužů. U 50 % nemocných se vyskytují parciální záchvaty. Jiné studie poukazují, že cca 70 % jedinců trpící epileptickým onemocněním je bez epileptického záchvatu přibližně do pěti let od začátku nastavení léčby, pouze 20 % jedinců má do cca dvou až pěti let relaps čili návrat, znovu vzplanutí nemoci, která byla v remisi, bez příznaků. Ve 30 % probíhá dobrá kompenzace záchvatů léčbou antiepileptik s možným vysazením léků do budoucnosti. U 20 % jedinců lze epileptické záchvaty potlačit trvalým dodržováním správné životosprávy nebo trvalou medikací. Takové jedince označujeme, jako farmakorezistentní. Počáteční průběh epilepsie může být dobrým ukazatelem do následujícího průběhu onemocnění. Pokud je delší první dlouhodobá remise, což záleží na typu epilepsie a

správně nasazená léčba antiepileptiky, tím méně je možné očekávat opakovaný návrat epileptických záchvatů. Dalším ukazatelem je počet výskytu záchvatů před zahájením léčby. Prognóza u symptomatologické epilepsie je lepší než u idiopatické či sekundární pozdní epilepsie. (Moráň, 2007, s. 19)

2.4 Etiopatogeneze

Ze současného pohledu medicíny hraje velikou roli ve vzniku epilepsie genetika. Již 400 let před našim letopočtem uvedl Hippokrates, že epilepsie může být dědičná. Z pohledu etiologie dělíme epilepsie na symptomatické čili sekundární, získané během života. U těchto epilepsií nelze zjistit příčinu. Dále epilepsie kryptogenní, kde předpokládáme etiologii, ale nelze ji identifikovat, uvažuje se spojitost s genetickou zátěží. Rozlišujeme také epilepsie idiopatické, kdy není známa příčina nemoci. (Ošlejšková, 2009, s. 23; Moráň, 2007, s. 20)

Mezi negenetické faktory převážně řadíme poškození vzniklé v období prenatalním, perinatálním či postnatálním. V prenatalním období dochází k postižení mozku, poruchám dysplazie, které mohou vést k postižení jedince epilepsií. Příčinou jsou různé infekce či toxické látky, jako alkohol, drogy, které matka užila v období těhotenství. V perinatálním období je častou příčinou vzniku epilepsie hypoxie mozku, ke které může dojít během porodu, případné krvácení do mozku či mechanické poškození, např. kleštěmi či stlačením hlavičky plodu. Do postnatálního období řadíme především cévní mozkovou příhodu, ať se jedná o hemoragickou či ischemickou příhodu, dále nádorová onemocnění, kdy nádor může být jedním ze spouštěcích momentů. Dále může být příčinou poranění intrakraniální či toxicko-metabolické poškození mozku, jako je např. hypoglykémie, hyperglykémie, chronický alkoholismus, ledvinné selhání, ale i infekční onemocnění mozku. Důležitou roli může také hrát očkování, které může mít za následek vznik epileptického záchvatu. (Moráň, 2007, s. 23–25)

2.5 Diagnostika

Diagnostikovaná epilepsie je pro pacienta velice neblahá, spjata se všemi dopady na osobní, pracovní a sociální život. Důkladná diagnóza může během akutní fáze onemocnění výrazně pacientovi pomoci. (Moráň, 2007, s. 29)

2.5.1 Anamnéza

Cílem tohoto vyšetření je sběr informací od pacienta. Zabýváme se rodinnou anamnézou, zda se nejedná o možnou genetickou zátěž v rodině, dále osobní anamnézou. V osobní anamnéze zjišťujeme okolnosti v prenatalním, perinatálním či postnatálním období. Dále se ptáme na prodělaná onemocnění, které mohou mít spojitost s prvním epileptickým záchvatem. Ve farmakologické anamnéze se ujišťujeme, zda jedinec nepožíval alkohol, drogy, léky. Nedílnou součástí je pracovní anamnéza, kde se zabýváme pracovním nasazením a zvládnutím zátěže v pracovním procesu. Dále se zabýváme sociální anamnézou, kde je pro nás důležité, jaké má jedinec sociální zázemí, zda žije sám nebo s rodinou. Je to důležité pro budoucí péči o jedince. Hodnotíme také současné potíže, co předcházelo epileptickému záchvatu, zda došlo během záchvatu k poruše vědomí, křečím, pomočení či jak byl postižený schopen komunikovat. (Moráň, 2007, s. 29; Fuller, 2008, s. 18)

2.5.2 Klinické vyšetření

Komplexní klinické vyšetření může přispět k objasnění neurologického onemocnění, přičemž epilepsie může být jedním z dominantních příznaků. Důležité je interní a kardiologické vyšetření, které může vyloučit poruchy rytmu či poruchy oběhu, vedoucí ke ztrátě vědomí až bezvědomí. K diagnóze přispěje také psychiatrické vyšetření, které může zjistit přítomnost pseudoepileptických záchvatů, jejichž příčinou je psychogenita. (Moráň, 2007, s. 29-30)

2.5.3 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření zahrnuje základní biochemické vyšetření, kde se zjišťuje hladina iontů, jaterní enzymy, hladina glykémie, funkce ledvin a krevní obraz. Pokud je třeba, může se stanovit glykemický profil. V současné době je vhodné stanovení hladiny séra antiepileptik při nedostatečné kompenzaci. To bývá u klasických antiepileptik I. a II. generace. (Moráň, 2007, s. 30)

2.5.4 Elektroencefalografie

Vyšetřovací metoda zabývající se popisem elektrické aktivity. První záznam pochází z roku 1912, kde byla elektrická aktivita zaznamenána na psu. Jedná se o záznam jemných elektrických signálů vytvořených v nervových buňkách. (Moráň, 2007, s. 30-32)

EEG záznam se provádí pomocí povrchových elektrod umístěných na hlavu, které snímají elektrické výboje z mozkové kůry. Jedná se o nenáročný vyšetření, nezátěžující

pacienta. V dnešní době je důležitou součástí video – EEG, které umožňuje provést krátkodobě či dlouhodobě videozáznam. (Ošlejšková, 2009, s. 74, Společnost „E“-webová stránka)

Dále se provádí spánková deprivace, kdy pacient nesmí celou noc spát. Vyšetření se následně provádí ihned ráno po nočním bdění. Při tomto vyšetření je pacient několikrát probuzen, aby se přešlo z bdění do spánku a opačně. (Moráň, 2007, s. 31)

2.5.5 Zobrazovací metody

V dnešní době je důležitou zobrazovací metodou magnetická rezonance, která umožňuje zobrazení struktur mozkové tkáně. V praktické oblasti se setkáváme se dvěma situacemi, kdy se magnetická rezonance využívá. Nejprve jde o rutinní vyšetření pacienta, u kterého došlo k diagnostice epilepsie. Dále vyšetření pacientů, u kterých se zvažuje operace. Provádí se také CT vyšetření neboli počítačová tomografie, která může odhalit některé změny v mozku (nádory, krvácení, malformace). (Moráň, 2007, s. 32-33, Ošlejšková, 2009, s. 84)

2.5.6 Neuropsychologické vyšetření

Psychologické vyšetření se provádí u většiny pacientů nemocných epilepsií. Toto vyšetření zhodnotí kvantitativní i kvalitativní kognitivní úroveň či potvrdí psychogenitu pacienta. Vyšetření také charakterizuje osobnostní rysy pacienta s tím, že po stanovení diagnózy může doporučit neuropsychologickou rehabilitaci. Psychika pacienta by se měla sledovat od počátku onemocnění, aby se vědělo, zda mohou mít nějaká antiepileptika vliv na psychický stav pacienta před zahájením farmakologické léčby. (Moráň, 2007, s. 33)

2.5.7 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika se provádí vždy po každém prvním záchvatu. Ne vždy se může jednat přímo o epilepsii, ale pacient může trpět pseudoepileptickými záchvaty. Cílem je tedy rozlišit, zda se jedná o skutečnou epilepsii nebo pouze o neepileptické záchvaty. Proto je důležitá důkladná anamnéza, o níž jsme se už zmiňovali. Dalším krokem je diagnostika pomocí jednotlivých vyšetření. Pokud se skutečně nejedná přímo o epilepsii, doporučuje se správná antiepileptická životospráva. Pacient se následně sleduje po dobu tří let, buď klinicky nebo elektrofyziologicky. Když se tento stav již neopakoval, bereme tuto epizodu jako jedinečný epileptický záchvat a nadále pacienta již nesledujeme. (Moráň, 2007, s. 34-35)

Ptáme se na trvání, frekvenci, a povahu záchvatu. Zda byl jedinec během záchvatu při vědomí, s poruchou vědomí či v bezvědomí. Jestli jedinec má amnézii na proběhlý záchvat. Dále se ptáme na motoriku, zda se neobjevily nějaké zvláštní pohyby.

Pseudoepileptické záchvaty se rozlišují do dvou skupin, a to na psychogenní (úzkostné) a somatogenní (synkopy, vertigo, oběhové stavy). Somatogenní stavy se můžou projevat, jako záchvaty třesavky, febrilní křeče. Dále mohou somatogenní záchvaty vypadat, jako stavy náměšičnosti, vertigo, mdloby či kolaps. Psychogenní záchvaty jsou známé, jako ojedinělé stavy, které jsou především doprovázené emocemi či vnitřním vnímáním jedince. Řadíme sem zejména afektivní záchvaty, které jsou reakcí na nějakou stresovou situaci. Při tomto stavu dochází k apnoické pauze a následnému zmodrání, doprovázené tonickou či klonickou křečí. V tomto případě nepomůže antiepileptická léčba, spíše je vhodné klidné prostředí bez přítomnosti hluku. Dále do psychogenních záchvatů řadíme panickou ataku, kterou zjistí pouze psychologické vyšetření.

(Moráň, 2007, s. 35-38)

2.6 Klasifikace epileptických záchvatů

V klasifikaci epileptických záchvatů probíhá vzájemná nejednotnost, která je způsobena užíváním staré klasifikace i současným užíváním poznatků v oblasti genetiky, morfologických změn, funkčních vyšetření, které detailně specifikují souhrn znaků této nemoci daného jedince.

Epileptický záchvat je jedním z hlavních příznaků epilepsie, obdobně jako teplota se může vyskytovat u různých skupin onemocnění. Typy záchvatů se stanovují pomocí anamnézy, klinického obrazu, iktálního a interiktálního EEG či videomonitorace. (Moráň, 2007, s. 39)

2.6.1 Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů

V mezinárodní klasifikaci se klade důraz na dvě stránky záchvatu: klinický obraz a elektroencefalografický korelát záchvatu. Mezinárodní klasifikace se dělí do tří hlavních skupin: fokální (ložiskové), generalizované a neklasifikovatelné.

1) Fokální (ložiskové)

- a) Jednoduché ložiskové záchvaty – záchvaty probíhají bez ztráty paměti, kdy je zachována orientace, pozornost jedince, nedochází ke ztrátě vědomí, doprovázeny motorickými, senzorickými, autonomními a psychologickými příznaky.

- b) Komplexní ložiskové záchvaty – jednoduché záchvaty s následnou poruchou vědomí a automatizmy, záchvaty s počátkovou poruchou vědomí a automatizmy.
 - c) Ložiskové se sekundární generalizací – částečně vyvolaný grand-mal záchvat.
- 2) Generalizované záchvaty se dělí na tonické, klonické, tonicko-klonické, myoklonické, atonické záchvaty, záchvaty s absencí.
- a) Tonické záchvaty – záchvaty s následným ohnutím horní končetiny a natažením dolní končetiny.
 - b) Klonické záchvaty – záchvaty spojené s opakovanými záškuby, výrazné převážně na končetinách, záškuby mohou měnit svoji četnost při záchvatu.
 - c) Tonicko-klonické záchvaty – záchvaty přecházející z tonické fáze do fáze klonické spojené s bezvědomím, dochází k pokousání jazyka, slinění a inkontinenci.
 - d) Myoklonické záchvaty – záchvaty doprovázené rychlými svalovými záškuby s krátkou kontrakcí.
 - e) Atonické záchvaty – záchvaty spojené s poklesem svalového tonusu.
 - f) Záchvaty s absencí – záchvaty projevující se strnulým zahleděním do jednoho místa s možným stočením očních bulbů, vznikají náhle a trvají jen několik sekund, typické tonickou, atonickou a klonickou složkou, atypické s pozvolným začátkem a koncem.
- 3) Neklasifikovatelné záchvaty – záchvaty, u kterých chybí objektivní anamnéza, nelze klasifikovat.

(Berlit, 2007, s. 222-223; Jedlička, 2005, s. 145; Ošlejšková, 2009, s. 36-38)

2.6.2 Sémiologická klasifikace

Tato klasifikace je dána pouze symptomatologií záchvatu.

- 1) Aura – charakterizována pouze subjektivními pocity v oblasti senzitivní, sensorické, psychické či autonomní.
- 2) Dialeptické záchvaty – záchvaty charakterizované poruchou vědomí a spojené s částečnou ztrátou paměti, řadí se sem komplexní ložiskové záchvaty a záchvaty v absenci.
- 3) Motorické záchvaty – záchvaty charakterizované motorickou symptomatologií, řadí se sem jednoduché motorické záchvaty (lze dělit na klonické, tonické,

myoklonické, tonicko-klonické a verzivní) a komplexní motorické záchvaty s automatizmy (lze dělit na hypermotorické, automotorické a gelastické).

- 4) Speciální záchvaty – charakterizované inhibicí motoriky, řadí se sem záchvaty atonické, astatické, afatické, akinetické, atonické, hypomotorické a negativní myoklonické.

(Jedlička, 2005, s. 146)

2.6.3 Anatomická klasifikace

Anatomická klasifikace se využívá v případě chirurgické léčby, kdy je nutné lokalizovat epileptologické ložisko. Rozlišujeme epileptické záchvaty v oblasti temporálního laloku, v meziotemporální oblasti, v temporální neokortikální oblasti, v oblasti frontálního laloku, v suplementární motorické oblasti, v cingulární oblasti, ve frontopolární oblasti, v orbitofrontální oblasti, v dorzolaterální oblasti, v operkulární oblasti, v primární motorické oblasti, v oblasti parietálního laloku a oblasti okcipitálního laloku. (Ošlejšková, 2009, s. 41)

2.6.4 Přehled epileptických syndromů podle věkových období

- 1) Novorozenecké období
 - a) Benigní novorozenecké křeče – záchvaty se objevují 1.-7. den po porodu, jsou ložiskové klonické, trvají 1–3 minuty, EEG bývá normální.
 - b) Časná myoklonická encefalopatie – jedná se o vzácný syndrom nejednotné etiologie, se špatnou prognózou.
 - c) Časná infantilní epileptická encefalopatie – podobně, jako časná myoklonická encefalopatie s tíživými změnami na EEG záznamu.
- 2) Kojenecké a batolecí období
 - a) Westův syndrom – syndrom je charakterizován retardací, návratem do nižšího stupně vývoje, infantilními spasmy, což jsou krátké záchvaty spojené s rychlými svalovými záškuby a tonickými záchvaty.
 - b) Benigní infantilní myoklonická epilepsie – vzácný syndrom spojený převážně s myoklonickými záchvaty, EEG záznam většinou bývá nevýrazný.
 - c) Maligní infantilní myoklonická epilepsie – syndrom se špatnou prognózou a je farmakorezistentní, spojený s febrilními křečemi.

- d) Lennox Gastautův syndrom – farmakorezistentní syndrom, obdobně jako u maligní infantilní myoklonické epilepsie, typický různými typy záchvatů.
 - e) Epilepsie s astatickými a myoklonickými záchvaty – syndrom nejasné příčiny, charakterizován převážně myoklonickými záchvaty, převažuje zde genetická zátěž.
- 3) Předškolní a mladší školní věk
- a) Pyknoleptické absence – generalizované epilepsie bez jasné příčiny, spojené s velkou genetickou zátěží, prognóza je příznivá.
 - b) Syndrom epilepsie s myoklonickými absencemi – myoklonické pohyby hlavně v oblasti ramen a horních končetin, lze tyto pohyby aktivovat fotostimulací.
 - c) Landau-Kleffnerův syndrom – syndrom charakterizován získanou poruchou řeči, většinou se jedná o syndrom nejasné příčiny, dobře léčitelný medikací.
 - d) Epilepsie s kontinuálními výboji v pomalém spánku – generalizované výboje v NON-REM spánku s občasným rozvojem demence, poruchou chování, řeči a vnímání.
- 4) Starší školní věk a adolescence
- a) Juvenilní myoklonická epilepsie – charakterizována myoklonickými záchvaty převážně na horních končetinách, spojena s genetickou zátěží.
 - b) Epilepsie s juvenilními absencemi – spojena s tonicko-klonickými záchvaty, prognóza je příznivá.
 - c) Epilepsie s generalizovanými tonicko-klonickými záchvaty po probuzení – záchvaty se objevují do dvou hodin po probuzení, občas i během odpočinku.
 - d) Epilepsie partialis continua – charakterizována mnohačetnými záchvaty, hlavně ložiskového motorického typu.
- (Ošlejšková, 2009, s. 56-69)

2.6.5 Ostatní epileptické záchvaty a syndromy

- 1) Progresivní myoklonické epilepsie – syndrom charakterizovaný myoklony a generalizovanými tonicko-klonickými záchvaty, převážně u dětí dospívajících.
- 2) Syndrom frontální epilepsie – pochází z frontálního laloku, frontální záchvaty jsou charakterizovány svoji vysokou četností, rychlým nástupem a následnou zmateností.

- 3) Syndrom temporální epilepsie, syndrom mezitemporální epilepsie – temporální epilepsie se řadí do ložiskových symptomatických epilepsií, nevázaná na věk, příčinou vzniku mohou být nádorová onemocnění, cévní vrozené vady; mezitemporální epilepsie je charakterizována poklesem nervových buněk v hippocampu, příčinou mohou být febrilní záškuby, status epilepticus či mechanické poškození v období perinatálním.
- 4) Koževníkovův a Rasmussenův syndrom – syndrom charakterizován motorickými symptomy s přechodem do myoklonií, bez poruchy vědomí, jedná se o získanou epilepsii většinou po zánětech.
- 5) Reflexní epilepsie – známá jako „reading epilepsy“, vyvolána čtením či epilepsie úleková, fotogenní.
- 6) Unilaterální záchvaty – záchvaty vyskytující se na jedné straně s tonicko-klonickou, tonickou, myoklonickou či atonickou složkou, většinou u předškolních či školních dětí, získané např. po úrazech hlavy, prognóza je nepříznivá.
- 7) Aicardiho syndrom – zasahuje většinou dívky, charakterizován infantilními křečemi.

(Moráň, 2007, s. 61-64)

2.7 Status epilepticus

Status epilepticus je záchvat charakterizován nakupením několika záchvatů. Tento záchvat trvá po dobu 30 minut s poruchou vědomí i mezi probíhajícími záchvaty. Jedná se o život ohrožující stav, který u 5–10 % jedinců končí smrtí. Tento záchvat je doprovázen zrychlením pulzu, zvýšením krevního tlaku a tělesné teploty. Po status epilepticus je pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče s monitorováním vitálních funkcí. Léčba spočívá v podání Diazepamu 1 mg. (Seidl, 2015, s. 257)

Rozlišujeme status epilepticus:

- 1) Generalizovaný tonicko-klonický – záchvaty mají podobný charakter, jako grand-mal, doprovázen záškuby svalů trupu a končetin.
- 2) Generalizovaný tonický – doprovázen vegetativními příznaky, vyskytuje se u dětí.
- 3) Generalizovaný myoklonický – projevuje se myoklonickými záškuby, může trvat několik hodin.

- 4) Status epilepticus unilaterálních křečí – unilaterální křeče trvají kolem 10 minut, samotný status epilepticus 2-5 dní.
- 5) Status epilepticus s absencí – projevuje se mrátkotným stavem a je doprovázen dezorientací, zmateností, apatií.
- 6) Status epilepticus parciální – podobně, jako status epilepticus s absencí, zakončený tonicko-klonickým záchvatem.

(Moráň, 2007, s. 47-48)

2.8 Terapie epilepsie

Terapie epilepsie zahrnuje celkovou péči o pacienta. Cílem je dosáhnout co nejvyšší kvality života a minimalizovat výskyt epileptických záchvatů. Kvalitu života pacienta ovlivňují zejména opakované záchvaty, které mohou vést k poranění či způsobit problémy v zaměstnání. Opakované záchvaty snižují výkonnost, zhoršují pracovní výsledky, ovlivňují psychický stav pacienta. Péče o pacienta by měla vycházet z řádné diagnostiky a režimových opatření tzv. „životospráva“. (Moráň, 2007, s. 69)

2.8.1 Životospráva

Jedná se o nejjednodušší způsob léčby epilepsie bez vedlejších účinků. Pacient by měl dodržovat určitá režimová opatření zahrnující pravidelný spánek a přísný zákaz užívání alkoholu. Vhodná je přiměřená fyzická aktivita a pravidelný příjem tekutin, které zabraňují vzniku epileptických záchvatů. Pacient by se měl vyhýbat práci u běžících pásů, práci ve výškách, nočním směnám a řízení motorových vozidel. (Moráň, 2007, s.71; Brozman, 2011, s. 130)

2.8.2 Medikamentózní léčba

Pokud nelze pacienta léčit pomocí režimových opatření je nutné zajistit léčbu antiepileptiky. Před zahájením terapie epilepsie se musíme ujistit, zda jsou vybrané formy antiepileptik vhodné pro určitý typ záchvatů, pro daný věk pacienta a jeho pohlaví. Zda je možné očekávat nějaké vedlejší účinky při podání antiepileptik, jako je nauzea, somnolence, zpomalení psychomotorického vývoje. Výběr vhodných antiepileptik je velmi složitý a záleží na spoustu faktorech. Na jeden typ záchvatů existuje velká skupina antiepileptik s podobným efektem a ve výběru hrají hlavní roli nežádoucí účinky. S tím i nutnost provádět opakované laboratorní vyšetření. Do laboratorního vyšetření řadíme jaterní testy, krevní obraz a stanovení glykemického profilu. Začíná se monoterapií, kdy

neurolog zahájí léčbu antiepileptiky první volby. Mezi antiepileptika první volby se řadí: Lamotrizin, Valproát, Karbamazepin, Etosuximid. (Ošlejšková, 2009, s. 99-100)

V současné době se k léčbě probíhajícího epileptického záchvatu využívají benzodiazepiny. Dlouhodobé užívání benzodiazepinů může být spojeno s vedlejšími účinky, které souvisí s velikostí dávky. Nejčastějšími vedlejšími účinky jsou v oblasti centrální nervové soustavy: poruchy paměti, učení, kognitivních funkcí, atrofie mozku, periferní neuropatie. Dalšími vedlejšími účinky mohou být závratě, ospalost, kožní projevy, změna krevního obrazu, porucha funkce jater. (Moráň, 2007, s. 72-75)

Pacient, u kterého došlo ke kompenzaci epilepsie antiepileptiky, jak v monoterapii nebo kombinované léčbě, se stává farmakorezistentním. Pacienti s farmakorezistencí mohou být indikováni k chirurgické léčbě. Nejčastěji se provádí resekční výkon v temporálním laloku pod vedením neurochirurga. (Štětkařová, 2017, s. 48)

2.8.3 Chirurgická léčba

Pokud selhala farmakologická léčba, nastává další možnost chirurgické léčby. Provádí se chirurgický výkon pod dohledem neurochirurga. Jedná se o resekční výkon, který se provádí v oblasti temporálního nebo frontálního laloku. Cílem je odstranění epileptického ložiska. (Vojtěch, 2012, s. 22)

Vagová stimulace je další možnou metodou léčby epilepsie. Jedná se o operační výkon, který se výrazně liší od předchozích typů. Provádí se tzv. implantace stimulátoru, jehož elektroda ovíjí nervus vagus a tím jej stimuluje. (Moráň, 2007, s. 94)

2.8.4 Alternativní léčba

V současné době stoupá zájem o alternativní medicínu, která je aplikována léčiteli. Touto metodou nelze epilepsii zcela vyléčit, pouze zmírnit veškeré projevy záchvatů. Jednou z technik je jóga. Pomocí jógy lze předcházet momentům, při kterých může k záchvatu dojít v důsledku stresu.

Další technikou je aromaterapie, která vede k relaxaci a pomáhá snížit stres. Povídá se, že některé oleje mají vliv přímo na nervovou soustavu. Pomáhají také byliny, jako např. levandule či heřmánek. Naopak byliny, kterým by se měl pacient vyhnout, jsou rozmarýn, yzop, fenýkl či šalvěj. Tyto byliny podporují vznik epileptických záchvatů.

Pokud začíná epileptický záchvat pravidelně aurou, je možné ji potlačit technikou biofeedback. Tím, že se pacient naučí určitý mechanismus, jako je tření rukou nebo tlak na určitý bod. Další možnou technikou je EEG-biofeedback. Pracuje na podobném principu,

jako klasický biofeedback. Většinou se provádí u parciálních záchvatů a absencí. (Moráň, 2007, s. 95)

2.9 Rehabilitace

Neurologie a rehabilitace jsou sice samostatné obory, ale mají k sobě neodmyslitelně blízko. Epilepsie je onemocnění, které vyžaduje dlouhodobou rehabilitaci. Ve chvíli, kdy se objeví epileptický záchvat, jedinec nemůže vykonávat žádnou fyzickou aktivitu. Jakmile záchvat odezní, vrací se do běžných činností, na které je zvyklý. Z fyzického hlediska je zdravotní stav v pořádku. Nastává problém v činnostech související s prostředím. Jedinec nemůže najít práci nebo může být z práce propuštěn, musí užívat pravidelně antiepileptika, nesmí pít alkoholické nápoje a řídit motorové vozidlo. Jedinec má strach z rizikových situací, kdy třeba přechází křižovatku, koupe se v bazénu, leze do výšek. U dětí převládá strach, že dojde k epileptickému záchvatu ve škole.

Rehabilitace je časově velice náročná, a proto je důležité ji věnovat velkou pozornost. Při hodnocení rizik by pacient měl vykonávat aktivitu během záznamu EEG. Pomáhá to rehabilitačnímu zařízení při objasnění problému a zapojení jedince do pracovního procesu. Doporučuje se mluvit o nemoci, většina epileptiků o tom nemluví. Tím nastává problém v práci, kdy zaměstnavatelé a spoluzaměstnanci nic netuší. Epileptici porušují správnou životosprávu, chodí dlouho spát, pijí alkohol, což může vyvolat epileptický záchvat. Následně při záchvatu jsou ohroženi okolím a může dojít ke zranění. Proto je nezbytné upravit prostředí, aby k tomu zranění nedocházelo. Měly by být zakryté ostré hrany, jedinec by se měl pouze sprchovat, vyhýbat se pracím na slunci, pracím ve výškách a neřídit motorové vozidlo, což většinou vyvolává úzkost a strach u mužů. (Pfeiffer, 2007, s. 878)

2.10 Neuropsychologie

„Nejedná se o jednu nemoc, ale o celou řadu značně odlišných syndromů. Je lépe mluvit o epilepsích než o epilepsii“. Některé poruchy obzvláště v raném dětství vedou ke kognitivnímu deficitu. Naopak u většiny jedinců je nemoc kompenzována, proto nedochází k žádnému deficitu v pracovním prostředí ani ve společnosti. Hlavními faktory jsou věk, genetická zátěž, etiologie, charakter záchvatů, četnost záchvatů a zda jedinec prodělal status epilepticus. Nejčastějšími poruchami jsou poruchy paměti, poruchy učení zejména u dětí. U dospělých převažují psychické problémy, jako deprese, úzkosti a osobnostní poruchy. Tyto poruchy mohou ovlivnit kognitivní schopnost.

Provádí se určitá neuropsychologická vyšetření, které by měla vyobrazit psychické problémy jedince, osobnost, přízpůsobení se na nemoc či individuální kvalitu života. Tyto neuropsychologická vyšetření se uskutečňují na pracovištích, jako jsou neurologické a psychiatrické ambulance, ale také na specializovaných pracovištích pro nemocné s epilepsií. V těchto zařízeních se především provádí detailní vyšetření, pokud se zvažuje chirurgická operace mozku u farmakorezistentních pacientů. V tomto případě se provádí speciální test na posouzení paměti a test jednotlivých částí mozku. (Preiss, Kučerová, 2006, s. 17)

2.10.1 Metody měření

Zde popíšeme metody měření, které jsou potřebné pro práci s nemocnými trpící epilepsií.

- 1) Neuropsychologická baterie pro epilepsie – baterii sestavil známý americký neuropsycholog Dodrill, tato baterie se využívá převážně ke sledování vlivů antiepileptik.
- 2) FePsy Battery – počítačová baterie, která se využívá při sledování účinků léků.
- 3) Washingtonský psychosociální dotazník pro záchvatová onemocnění – metoda, která získává informace o psychických problémech, sociálních problémech v intelektu.
- 4) Epilepsy Surgery Inventory – metoda, která měří kvalitu života po operacích u nemocných s epilepsií.
- 5) Osobnostní dotazník – dotazník je tvořen 100 položkami s odpovědí ano či ne, určen ke sledování etiologických skupin.
- 6) Wada test – používá se k hodnocení nemocných epilepsií před plánovaným resekčním výkonem, určuje, zda je pro uchování paměti a řeči důležitá pravá či levá hemisféra mozku.

(Preiss, Kučerová, 2006, s. 38-39)

2.10.2 Psychoterapie

Pro léčbu epilepsie je zejména důležitá dobrá paměť. Pacient by si měl pamatovat návštěvy u epileptologa, dobu užívání léků, zaznamenávat výskyt a četnost epileptických záchvatů. Pokud je paměť špatná, odráží se to na léčbě epilepsie, která bývá poté méně efektivní. Proto je důležité odhalit oslabená místa paměti, a především místa, které jsou v pořádku. Dále je důležité odhalit kognitivní schopnost, jazykovou schopnost a pozornost

pacienta. Rodina i pacient by měli být následně informováni o výsledcích paměti. Tyto informace můžou výrazně pomoci pacientovi v ujištění, že paměť je špatná, ale nedochází k jejímu zhoršení.

Ke cvičení paměti je k dispozici řada technik, které můžou výrazně pomoci k jejímu posílení. Jednou z nich je vizualizační imaginace, kdy jedinec si zapamatuje obrazy obsahující danou informaci, dále rýmy či nástroje k uchování prvního písmene. Další techniky pomáhají uchovat informace či slouží jako návod k vybavení určité situace. Ve všedním životě může pacientovi pomoci zápisníkový diář, do kterého si zapisuje základní informace. Pomocí tohoto diáře si vybaví informace, na které si momentálně nemůže vzpomenout. Následně jsou velkým pomocníkem dávkovače léků, které slouží k tomu, aby pacient nezapomněl léky užívat. Pacient si je sám nadávkuje podle toho, jestli bere léky ráno v poledne či večer. (Preiss, Kučerová, 2006, s. 68)

2.10.3 Neurochirurgická operace a její vliv

Neurochirurgická operace se většinou provádí u farmakorezistentních pacientů. Před plánovanou operací většinou pacienti provází strach o svůj stav po operaci. Podle výzkumu bylo zjištěno, že téměř 80 % pacientů je následně po neurochirurgické operaci bez záchvatů. V oblasti kognitivního stavu nedochází k žádné změně nebo naopak dochází ke zlepšení. U některých pacientů může docházet k oslabení paměti, intelektu, převážně při operaci levé hemisféry. Při operaci pravé hemisféry dochází k oslabení neverbálních výkonů, které po nějaké době odezní. Po odstranění léze, snížení frekvence záchvatů pod 75 % dochází ke zlepšení kvality života pacienta. (Preiss, Kučerová, 2006, s. 50)

2.11 První pomoc při záchvatu

Před velkým epileptickým záchvatem se může objevit aura, ať senzitivní (svědění), sensorická (halucinace zrakové, čichové, chuťové), viscerální (tlak v břišní dutině, zvýšená palpitate) či psychická (podrážděnost). Během velkého epileptického záchvatu nemocný padá do bezvědomí, nejprve se objevují tonické křeče (oční bulby jsou stočeny, horní končetiny jsou ve flexi a dolní končetiny v extenzi) a přibližně po 30 sekundách nastávají klonické křeče (rychlé záškuby těla, záškuby obličeje). Při velkém epileptickém záchvatu musíme zejména zachovat klid a nijak zamezovat v pohybu nemocného. Měli bychom odstranit veškeré předměty z okolí, které by mohly nemocného ohrozit. Hlavu nemocného podložíme něčím měkkým, aby nedošlo k poranění hlavy při záchvatu, např. mikinu či polštář. Nemocnému nesmíme otevírat ústa, mohl by nás pokousat, pouze uvolníme

přiléhající oblečení. Po odeznění záchvatu uložíme nemocného do zotavovací polohy na bok, vyčistíme vnitřek úst a předsuneme dolní čelist. (Kelnarová, 2007, s. 61)

U dětí kolem 6 měsíců až 6 let většinou dochází k febrilním křečím. Ke křečím dochází zejména při teplotě kolem 39 stupňů Celsia. Tento stav je charakterizován tonicko-klonickými křečemi. U dítěte může dojít k pokousání jazyka, pomůčení, následné ztrátě vědomí nebo dítě upadne do terminálního spánku. Po záchvatu dítě uložíme do zotavovací polohy na bok, odstraníme obsah z úst (např. sliny), uvolníme dýchací cesty. Následně dítě svlečeme, zanecháme pouze přikryté dekou a zajistíme přístup čerstvého vzduchu. Dítě můžeme ochlazovat i studenými obklady, pokud je to možné. Smíme aplikovat i Paracetamol v podobě čípků, který snižuje vysokou teplotu. (Kelnarová, 2007, s. 64)

Status epilepticus je stav v souvislosti s generalizovanými tonicko-klonickými záchvaty. Pokud k tomuto záchvatu dojde ve zdravotnickém zařízení, zdravotní sestra následně musí zajistit několik dalších opatření. Sestra by měla zajistit bezpečnost pacienta, pokud leží na lůžku zvednout postranní zábrany. Nesmí nic podávat do úst, pouze chránit průchodnost dýchacích cest. Pokud je to možné podat kyslík, např. kyslíkovou maskou nebo kyslíkovými brýlemi. Měla by zjistit hladinu glykémie dle ordinace lékaře, zajistit nitrožilní vstup, podat Diazepam dle ordinace lékaře pro sledování záchvatů, monitorovat srdeční činnost a případné projevy arytmií hlásit ihned lékaři, sledovat vliv antikonvulziv, zda nedochází k toxicitě. Pokud pacient antikonvulziva užívá, měla by sestra nabrat krev se zjištěním hladiny léku a odeslat do laboratoře. (Kelnarová, 2007, s. 64)

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

„Ošetrovatelská péče je poskytována pomocí ošetrovatelského procesu s přihlédnutím ke všem oblastem lidského bytí“. Cílem ošetrovatelské péče je dosáhnout osobní rovnováhy při naplňování potřeb. Zejména potřeb fyzických, psychosociálních a spirituálních. (Plevová, 2001, s. 75)

Zdravotní sestra by měla plnit určitou roli, jako roli ošetrovatelky, edukátorky, obhájkyně, koordinátorky, asistentky či výzkumnice. Role ošetrovatelky je charakterizována poskytováním ošetrovatelské péče, kdy samostatně dbá o péči nemocného, identifikuje problémy a vytváří ošetrovatelský plán. Role edukátorky se podílí na rozvoji samostatnosti pacienta, prevenci poruch a předcházení následným komplikacím, pomoci rodině, jak se naučit žít s dlouhodobě nemocným. Role obhájkyně spočívá v tom, že se sestra stává osobním mluvčím pacienta v případě, že není schopen vyjádřit své potřeby či obavy. Role koordinátorky se podílí na plánu a realizaci základní ošetrovatelské péče a spolupracuje s ostatními členy zdravotnického personálu. Role asistentky zajišťuje přípravu pacienta k možným vyšetřením a asistuje při vyšetření. Role výzkumnice zkouší využívat nové poznatky z ošetrovatelství a získává další nové informace, které může využít v praxi. (Plevová, 2011, s. 72-85)

Ošetrovatelská péče u pacientů s epilepsií ve zdravotnickém zařízení zajišťuje péči intenzivní během záchvatu a okamžitě po odeznění záchvatu, péči na standardním oddělení, v neurologických ambulancích či epileptologických poradnách. První pomoc spočívá v zajištění bezpečnosti pacienta, zajištění nitrožilního vstupu, v aplikaci Diazepamu. Následná ošetrovatelská péče závisí na stavu pacienta, kdy monitorujeme stav vědomí, palpitaci, dýchání, krevní tlak. Dohlížíme na klid pacienta, zajistíme prevenci pádu pro případný další záchvat. (Bydžovský, 2013, s. 33-37)

V ošetrovatelské péči u pacienta s epilepsií během diagnostického procesu zdravotní sestra rozebírá základní údaje, formuluje ošetrovatelský plán do domén, tříd a do aktuálních či potenciálních diagnóz.

U pacienta s epileptickým onemocněním můžeme formulovat tyto diagnózy: neefektivní průchodnost dýchacích cest, neefektivní zvládnání zátěže, nedostatek vědomostí, situačně nízká sebeúcta, neefektivní vzorec sexuality, riziko pádu, a další dle NANDA-taxonomie (Slezáková, 2014, s. 109)

3.1 Kvalita života

Kvalita života byla zmiňována již ve 20. letech v oblasti finančního zabezpečení nižších sociálních vrstev. V současné době se o kvalitě života hovoří v různých oblastech, jako jsou sociologie, psychologie či medicína. Psychologové se zabývají především subjektivním prožíváním jedince a zdravotníci hodnotí poskytování péče.

Existuje řada definic kvality života, nejčastěji se však setkáváme s pojmy, jako „sociální pohoda“ či „sociální blahobyt“. Kvalita života je dána úrovní osobní spokojenosti, radosti i přes dané potíže. Jejím důležitým faktorem je tělesné, duševní, sociální zdraví a dobré mezilidské stavy. Kvalitu života vždy posuzuje lékař společně s pacientem a hodnotí celkový tělesný i psychický stav pacienta. (Payne, 2005, s. 205-207)

V rámci zdravotnictví je nejvíce využívána definice Světové zdravotnické organizace (WHO), kdy zdraví není chápáno jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné „fyzické, psychické a sociální pohody“. Kvalita života je pak brána v souvislosti, jak jedinec vnímá svoji pozici v oblasti kultury, hodnotových systémů. V současné představě Světové zdravotnické organizace kvalita života představuje vliv zdravotního stavu nebo podmínek na jedince (Payne, 2005, s. 208)

3.1.1 Pojem zdraví

Zdraví je nejdůležitější hodnotou každého jedince a vždy je stavěno do předního žebříčku v hierarchii hodnot. Zdraví obsahuje tři základní složky, což je tělesná a psychosociální celistvost, nenarušenost životních funkcí a přizpůsobivost vnitřnímu prostředí. Z biologické představy chápáno jako stav homeostázy, kdy buňky a orgány v těle pracují bez poruchy. Z psychologické představy chápáno, jako stav úplné vyrovnanosti, kdy jedinec je schopen vykonávat činnosti běžného života a plnit sociální role. Výsledkem je tedy stav úplné pohody. (Čeledová, Čevela, 2010, s. 14)

3.1.2 Pojem nemoci

Nemoc je projevem funkční změny buněk a morfologickým poškozením tkání či orgánů. Během nemoci dochází k poruše adaptace jedince, selhávají adaptační mechanismy na podněty z prostředí. Rozlišujeme různá klinická stádia nemoci, jako latentní nemoc (klinicky se neprojevuje), prodromální nemoc (první nespecifické příznaky), manifestní, rekonvalescence, úplné uzdravení, neúplné uzdravení jedince, chronická nemoc či smrt. Nemoc může být jinak pocíťována jedincem a jinak

zdravotníkem. Jedinec popisuje své vnitřní pocity a zdravotník jedná podle objektivního nálezu. (Čeledová, Čevela, 2010, s. 20-21)

3.2 Kvalita života s epilepsií

Hlavním cílem v léčbě epilepsie je dosáhnout co nejoptimálnější kvality života nemocného. Epilepsie výrazně ovlivňuje psychiku nemocného. Někteří pacienti trpí psychickými problémy, které se projevují poruchou nálady či úzkostí a můžou vést až k depresi. Proto je důležité kompenzovat epileptické záchvaty a psychiku nemocného. Faktory, které ovlivňují kvalitu života jsou epileptické (typ epilepsie, záchvatu), neepileptické (výskyt více nemocí somatických či psychiatrických), iatrogenní (poruchy psychiky, emocí), psychosociální (nedostatek dovedností, sebehodnocení, omezení v práci).

3.2.1 Poruchy psychiky

Do poruch psychiky řadíme především depresivní poruchu, úzkostnou poruchu a panickou poruchu.

Jednou z depresivních poruch je Interiktální depresivní porucha. Postihuje až 60 % jedinců během života. Jedná se o chronický stav, který většinou trvá celý život. Tento stav je reakcí na potíže, které epilepsie nemocnému způsobuje. Má kolísavý charakter, přetrvává déle než u ostatní populace. Je to dáno rodinnou anamnézou, organickou lézí a epileptickým nálezem převážně v levé hemisféře. Dále do depresivních poruch patří Iktální deprese, která se projevuje při epileptickém záchvatu a trvá krátkou dobu. Projevuje se vysokou dráždivostí a vnitřním pocitem beznaděje.

Do poruch psychiky také řadíme úzkostnou a panickou poruchu. Známou úzkostnou poruchou je úzkostná aura. Je považována za symptom epileptického záchvatu. Dále sem patří Periktální úzkostná porucha, která se může objevit i několik dní před epileptickým záchvatem. Panická porucha se projevuje především kolem 30. roku života jedince a může trvat až několik hodin.

3.2.2 Poruchy kognice

Při epilepsii dochází ke zhoršení kognitivních funkcí u většiny jedinců. Je to dáno působením antiepileptik a přítomností psychického onemocnění. Jednou z poruch kognice je Postiktální tranzitorní porucha. Většinou se objevuje po záchvatu a dochází k poruše koncentrace, amnézii, zmatenosti a následné dezorientaci. (Moráň, 2007, s. 97-99)

3.2.3 Školní docházka

Téměř 1/3 dětí s epilepsií nezvládne nástup do školy, a tak musí být přeřazeny do speciální školy. Nejvhodnější je před zahájením školy odložit nástup a domluvit setkání s psychologem. Dítě by se především nemělo odstraňovat z kolektivu či ze školních aktivit.

Spolužáci by měli být učitelem seznámeni s výskytem epileptického záchvatu a příznaky u nemocného dítěte, aby se dítě nestávalo terčem posměchu. Měl by se brát ohled na změny v psychomotorice a užívání antiepileptik dítěte. Dítě by se mělo během tělocviku vyvarovat dlouhých běhů, cvičení ve výškách a při plavání mít dohled někoho z dospělých. Dítě by se nemělo příliš litovat a chránit, protože by mohlo být vyloučeno z dětského kolektivu. (Moráň, 2007, s. 103)

3.2.4 Epilepsie a těhotenství

Průběh těhotenství může výrazně ovlivnit epilepsii, jak pozitivně nebo negativně. Kontrola nad záchvaty se u jednotlivých žen různě liší. Výzkumy prokázaly, že přibližně 58 % žen je během těhotenství relativně bez záchvatů a 18 % žen má křečovitý záchvat. Ke zhoršení většinou dochází hormonálními, metabolickými a psychogenními vlivy. Před těhotenstvím je nutné provést základní vyšetření – klinické a neurologické vyšetření, EEG, MR mozku. U některých žen je potřeba provést další vyšetření. V těhotenství dochází u ženy ke zhoršení epilepsie z mnoha důvodů: poklesem hladiny antiepileptik z nadbytku hmotnosti, nadměrným stresem, spánkovou deprivací. Těhotné ženy by měly především navštěvovat poradny pro těhotné s veškerým zařízením k jejich péči. (Epistop-webová stránka, dostupné z: <http://www.epistop.cz/>)

3.2.5 Zaměstnání

Jedinec s epilepsií má omezení v řadě činností, jako práce ve výškách, práce s vysokým napětím, u běžících pásů či strojů. Jedinec by neměl být ve vedoucí pozici a mít za někoho zodpovědnost (učitel či sanitář). O zaměstnání by se především měl promluvit se svým ošetřujícím lékařem a následně kontaktovat daného zaměstnavatele. Důležité je zkontaktovat společně se zaměstnavatelem, jak v dané situaci postupovat. Přinese to velkou úlevu, jak pro zaměstnavatele, tak pro jedince samotného. Ve většině případech se vyplatí rozeslat informační leták či email spoluzaměstnancům a tím předejít nepříjemným řečem a následnému šoku, který může vyvolat epileptický záchvat. (Epistop-webová stránka, dostupné z: <http://www.epistop.cz/>)

3.3 Sdružení center pro epilepsii

3.3.1 Společnost „E“

Jedním z center je Společnost „E“, která usiluje o snížení nebo případně o odstranění negativních dopadů epilepsie na kvalitu života člověka. Cílem této společnosti je zlepšení přístupu okolí k této nemoci a následné rozšiřování a publikování informací o poskytnutí první pomoci při probíhajícím epileptickém záchvatu. Podporuje lidi při vyhledávání zaměstnání. Všechny své informace vede směrem k laické veřejnosti. Společnost „E“ nabízí také i odbornou pomoc a ostatní odborné podpírající služby. Práce a veškerá činnost této organizace je řízena podle Etického kodexu. (Společnost „E“-webová stránka, dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/>)

3.3.2 Epistop

Spolek provádí různá setkání a aktivity s lidmi, které mají blízký vztah k lidem s epileptickým onemocněním. Jeho hlavním cílem je zlepšení kvality života a postavení člověka ve společnosti. Tento spolek funguje už od jistého roku 1995 až do dnešní doby a je stále vyhledávaným spolkem mezi lidmi nemocnými epilepsií. (Epistop-webová stránka, dostupné z: <http://www.epistop.cz/>)

3.3.3 Česká liga proti epilepsii

„Česká liga proti epilepsii je odbornou společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně“. Jedná se o konfederaci různých lékařů, farmaceutů a dalších zaměstnanců pracujících ve zdravotnictví. Česká liga proti epilepsii byla poprvé přijata v roce 2013 a funguje až dodnes. (Česká liga proti epilepsii-webová stránka, dostupné z: <http://www.clpe.cz/>)

3.3.4 Světový den epilepsie

V rámci těchto organizací byl vyhlášen i Světový den epilepsie, jinak také „Purple day“, kdy v tento den mají lidi s epilepsií svátek. Tento den je připisován 26. března, hlavním symbolem je levandule, proto je vhodné vzít si na sebe něco fialového. Dalším dnem je také Národní den epilepsie, který probíhá 30. září. (Společnost „E“-webová stránka, dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/>)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

V rámci mé bakalářské práce jsem si vybrala téma Ošetrovatelská péče o pacienta s epilepsií. Jedná se o chronické neurologické onemocnění charakterizované opakujícími se epileptickými záchvaty. Toto onemocnění omezuje jedince v řadě aktivit a výrazně mění jeho kvalitu života. Samotný epileptický záchvat lze definovat, jako ataku. První však ještě nic neznamena. Epileptické záchvaty se vyznačují abnormální neurální aktivitou, jsou doprovázené poruchou vědomí, chování či poruchou motorických či senzitivních funkcí. Epilepsii lze diagnostikovat pomocí anamnézy, laboratorního vyšetření, pomocí EEG vyšetření známého pod pojmem elektroencefalografie či pomocí počítačové tomografie nebo magnetické rezonance. Onemocnění lze léčit dodržováním režimových opatření. Za režimová opatření se předpokládá dodržení správné životosprávy, jako je pravidelný spánek, zákaz užívání alkoholu, řízení motorových vozidel. Pokud nestačí režimová opatření, následuje léčba pomocí antiepileptik. U některých pacientů se provádí chirurgická léčba. Jedná se o resekční výkon prováděný neurochirurgem.

V současné době je epilepsie nejčastějším neurologickým onemocněním. Ačkoliv jsou společnosti podávány informace pomocí edukačních letáků, odborných knih, letáků či internetu, stále se setkáváme s jedinci z řad laiků, kteří neumí rozeznat příznaky epilepsie či poskytnout první pomoc při epileptickém záchvatu. Tím nastává problém i u většiny lidí v zaměstnání. Většina zaměstnavatelů a spoluzaměstnanců netuší, jak se zachovat, pokud tato situace nastane. Proto by měli být především laici seznámeni s touto nemocí, aby věděli, jak reagovat do budoucnosti. Jaké jsou znalosti veřejnosti o této nemoci?

4.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem mé bakalářské práce je proniknout do problematiky Ošetrovatelské péče o pacienta s epilepsií. Zjistit kvalitu života u pacientů s diagnózou epilepsie, zmapovat faktory ovlivňující kvalitu života.

- 1) Zjistit kvalitu života u pacientů s diagnózou epilepsie a k jakým změnám v ní dochází.
- 2) Zmapovat faktory ovlivňující kvalitu života a jejich ovlivnění ošetrovatelskou péčí.

4.2 Výzkumné otázky

- 1) Jaká je kvalita života u jedinců s diagnózou epilepsie?
- 2) Jaké jsou faktory ovlivňující kvalitu života?

4.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Ke sběru informací v rámci mé bakalářské práce jsem použila kvalitativní výzkum. Díky kvalitativnímu výzkumu jsem se mohla ponořit do hloubky daného problému jedince, zajímat se o jeho starosti, pocity a reakce. Tímto způsobem může vzniknout silnější vazba mezi mnou a respondentem.

4.4 Metoda

V praktické části bakalářské práce jsem pomocí kvalitativního výzkumu použila tyto metody: kazuistika a polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami.

4.5 Výběr případu

Vybrala jsem si klienty z řad dospělých. Informace jsem sbírala od devíti respondentů během vykonávání praxe na videomonitoraci, kde byli hospitalizováni. Záměrem bylo pomocí rozhovoru zjistit průběh a změny v kvalitě života a získat informace ze zdravotnické dokumentace. Někteří z těchto respondentů dochází do epileptologické poradny. Celý výzkum probíhal na území Fakultní nemocnice Lochotín v Plzni.

4.6 Způsob získávání informací

Informace jsem získávala pomocí analýzy dokumentace a polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Tento seznam otázek (viz Příloha A) byl kladen vybraným respondentům. Otázky jsou zaměřené na průběh a změny v kvalitě života. Důležité bylo provádět samostatný rozhovor v klidném prostředí, bez přítomnosti hluku a za úplného soukromí mezi mnou a respondentem. Před zahájením rozhovoru jsem se představila, ujistila respondenta, že rozhovor je zcela anonymní. Rozhovor probíhal třicet až čtyřicet minut. Během rozhovoru jsem na respondenta nijak nenaléhala. Snažila jsem se informace podat tak, aby jim respondent porozuměl. Dále jsem získávala základní informace z dokumentace.

4.7 Organizace výzkumu

Na začátku výzkumu se budu zabývat anamnézou klienta. Zmíním základní údaje o klientovi. Představím odpovědi klientů, které jsem získávala pomocí polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Celý výzkum jsem prováděla v dubnu a od října do listopadu v roce 2017 na Neurologické klinice ve Fakultní nemocnici Lochotín v Plzni. Pro souhlas s výzkumem jsem měla Povolení sběru informací ve FN Plzeň (viz Příloha C) od Mgr. Bc. Světlušě Chabrové a informované souhlasy od všech zkoumaných respondentů (vzor formuláře informovaného souhlasu – viz Příloha B).

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

5.1 Respondent 1

Pohlaví: žena

Narozena: 1956

Věk: 62 let

Stav: rozvedená

Zaměstnání: nyní v důchodu

Alergie: neguje

5.1.1 Anamnéza

RA: otec umřel v 58 letech na infarkt myokardu, matka umřela v 60 letech na karcinom kostí, bratr umřel v 58 letech na karcinom střev, klientka má dva zdravé syny.

OA: okolnosti porodu nezná, byla narozena v termínu, do deseti let byla zdráva, epilepsie byla diagnostikována v 10 letech, byla léčena v Pelhřimově.

SO: v současné době se léčí pro glaukom, hypotyreózu, artrózu kolen, kotníků, neguje arteriální hypertenzi a diabetes mellitus.

Úrazy: během dosavadního života nedošlo k žádnému většímu úrazu.

Operace: v dětství klientka prodělala tonsilektomii (odstranění mandlí) a chirurgické odstranění apendixu, v roce 2012 prodělala hysterektomii pro přítomnost myomů.

Alergie: neudává.

GA: prodělala dva porody, jeden porod proběhl spontánně, jeden porod proběhl sekci (císařským řezem), menzes od 12 až do 50 let.

PA: dříve pracovala, jako švadlena, nyní v důchodu.

SA: klientka bydlí sama, synové ji navštěvují.

Léky: Tegretol, Orfiril 300 mg, Letrox 100 mg, Latalux – oční kapky.

Nekouří, nepije alkohol.

Momentální první hospitalizace na Neurologické klinice ve Fakultní nemocnici Lochotín v Plzni. Klientka přijata k posouzení kompenzace eventuálně léčby pro dlouhodobě nekompenzovanou epilepsii. Od deseti let se léčila v Pelhřimově pro záchvaty. Opakovaně krátce ztrácela vědomí, bez křečí, zahájena léčba pomocí Hysteps Sodanton, po dvou měsících došlo ke kompenzaci onemocnění a byla bez záchvatů. Záchvaty se znovu objevily asi kolem 15. roku věku, od té doby pouze noční záchvaty. Léčena v Jihlavě

a Brně. V minulosti dle manžela vykřikovala ze spaní, měla křeče. Nikdy se nepomočila, neměla pokousaný jazyk ani nebyla poraněná. Po celou dobu užívala léky Tegretol a Orfiril. Sama má na záchvaty amnézii. Nějakou dobu bydlela se synem kolem roku 2015 při rekonstrukci jejího bytu. Dle syna měla záchvaty téměř denně.

10. listopadu v roce 2015 podstoupila vyšetření CT mozku v Mulačově nemocnici, normální nález. V roce 2015 a 2016 podstoupila vyšetření EEG mozku, kdy se objevil abnormní graf s elektrickou aktivitou mozku.

5.1.2 Otázky

- 1) Kdy Vám bylo onemocnění diagnostikováno?
„Toto onemocnění, co si pamatuji bylo u mě zjištěno kolem 10. roku věku. Tehdy jsem se léčila v Pelhřimově“.
- 2) Máte záchvaty (přes léčbu)?
„Ano záchvaty se u mě objevují i přes momentální léčbu“.
- 3) V jakých intervalech se Vám záchvaty vracejí?
„Záchvaty se objevují různě. Většinou v noci. Dle mého bývalého manžela i syna jsem ze spaní křičela nesmysly a měla křeče. Po probuzení mi to vždy sdělili, já si ale bohužel nic z toho nepamatuji. Koukala jsem na ně, jako blázen a nemohla tomu uvěřit“.
- 4) Jak se u Vás záchvat projevuje?
„Jak jsem již zmínila. Údajně mívám ty křeče a mluvím ze spaní, a pak si nic nepamatuji po probuzení“.
- 5) Jak se cítíte po odeznění záchvatu?
„Po odeznění záchvatu většinou mám sníženou pozornost, než se zorientuji, co se vlastně stalo. Trpím také na bolesti hlavy, které pak průběžně odezní“.
- 6) Jaké užíváte léky? Pozoroval/a jste nějaké vedlejší účinky?
„Zpočátku jsem užívala Sedanton. Nyní užívám Tegretol a Orfiril. Vedlejší účinky si myslím, že jsem žádný nezpозorovala“.
- 7) Zpozoroval/a jste, co Vám záchvat vyvolává?
„Já osobně jsem nijak nezpозorovala, co by mi mohlo ty záchvaty vyvolávat. I kvůli tomu, že se mi to děje hlavně v noci, kdy jsem v klidu“.
- 8) Daří se Vám dodržovat režimová opatření (pravidelný spánek, pravidelné stravování)? Kouříte? Pijete alkohol?

„Ano, myslím že ano. Snažím se, jak můžu. Nekouřím cigarety vůbec. Ani nepiji alkoholické nápoje“.

9) Jaké máte rodinné zázemí? Bydlíte sám/a nebo s partnerem/kou?

„Bydlím doma sama. Jsem rozvedená. Mám dva syny, kteří mě často navštěvují. U jednoho syna jsem jeden čas bydlela během rekonstrukce, která probíhala v mém bytě. Ten si také všimnul probíhajících záchvatů u mě“.

10) Jak Vás toto onemocnění omezuje v zaměstnání?

„Neomezuje vůbec, jelikož jsem v důchodu“.

11) Jaké jsou Vaše koníčky?

„Moje koníčky? Nevím, jestli se dá říct koníčky, ale ráda si čtu knihy. Taky ráda chodím na procházky do přírody. Ráda i cestuji“.

12) Vlastníte řidičský průkaz?

„Nevlastním vůbec řidičský průkaz“.

5.2 Respondent 2

Pohlaví: žena

Narozena: 1994

Věk: 23 let

Stav: svobodná

Zaměstnání: montážní dělnice

Alergie: neguje

5.2.1 Anamnéza

RA: otec má 49 let a je zdravý, matka prodělává často migrény, 3 sourozenci – sestra 28 let, prodělává onemocnění štítné žlázy, bratr 22 let, je zdravý, sestra 25 let, též trpí migrénami.

OA: z 3. těhotenství, poporodní vývoj normální, febrilní křeče neměla, vážněji nestonala.

Operace: neprodělala žádné operace.

Úrazy: neprodělala žádné vážné úrazy.

GA: dva spontánní porody v roce 2013 a 2016, bez potíží, také prodělala umělé přerušování těhotenství, hormonální antikoncepci neužívá, menzes má pravidelně.

SA: žije s přítelem, má dva syny.

PA: pracuje, jako montážní dělnice, jen na ranní směny 6–14 hodin.

Léky: Keppra 500 mg.

Neužívá alkohol, nekouří.

22letá pacientka přijata s nekompenzovanou epilepsií, přijata na doporučení lékaře. První záchvat prodělala v roce 2011 ve věku 16 let. Po diskotéce šla spát kolem 2. hodiny ráno, na uších sluchátka s hudbou, probudila se kolem 7. hodiny ráno. Ještě před snídaní prodělala generalizovaný tonicko – klonický epileptický záchvat, probrala se až v nemocnici v Sokolově. Předána do péče lékařky, zahájena léčba Lamotriginem. Užívala Lamotrix dávky 2x100 mg, onemocnění nebylo nikdy kompenzováno, mívala záchvaty nepravidelně. V roce 2013 otěhotněla, léky v těhotenství sama vysadila (bála se vlivu léku na plod). V těhotenství velmi četné záchvaty (minimálně 20 záchvatů). Po šestinedělí začala znovu užívat léky, dobrala léky, které měla ještě doma, rok bez léčby.

V roce 2015 mezitím klientka znovu otěhotněla, v průběhu těhotenství prodělala asi 3 záchvaty. Po jednom záchvatu byla hospitalizována v Sokolově. Změněna léčba na Keppra 1000 mg ráno a večer., užívá doposud. Záchvaty bývají ráno po probuzení, večer při únavě a ospalosti, zřídka ze spánku, poprvé měla v průběhu 2. těhotenství. Záchvaty vyvolává stres, hádka s přítelem. Režimová opatření se snaží dodržovat, léky užívá pravidelně. Poslední záchvat proběhl 25. dubna v roce 2017 k večeru, byla unavená.

V roce 2011 podstoupila vyšetření MR mozku v Sokolově. V roce 2011 podstoupila před léčbou vyšetření EEG mozku. V roce 2015 též vyšetření EEG mozku, normální nález.

5.2.2 Otázky

1) Kdy Vám bylo onemocnění diagnostikováno?

„Onemocnění mi bylo diagnostikováno v 16 letech, kdy jsem se vrátila dlouho z diskotéky, poslouchala jsem hudbu ve sluchátkách. Ráno jsem vstala kolem 7. hodiny a pak najednou přišel záchvat“.

2) Máte záchvaty (přes léčbu)?

„Záchvaty u mě probíhají i přes léčbu léky, bohužel“.

3) V jakých intervalech se Vám záchvaty vracejí?

„Různě se to mění. Můžu říct, že někdy mám 5 záchvatů nebo třeba jen 3 záchvaty, ale i 1 záchvat do měsíce. Je to fakt různé“.

4) Jak se u Vás záchvat projevuje?

„Nejdřív se zakoukám, vůbec nereaguji. Většinou přestanu dělat činnost, kterou právě vykonávám. Potom mám většinou poruchu vědomí, křeče, nic si nepamatuji po záchvatu“.

5) Jak se cítíte po odeznění záchvatu?

„Většinou se cítím po záchvatu strašně unavená a vyčerpaná. Musím si jít hned lehnout, jinak nemůžu fungovat“.

6) Jaké užíváte léky? Pozoroval/a jste nějaké vedlejší účinky?

„Užívám Keppru 1000 mg, doktorka mi přidává léky na migrénu, vedlejší účinky jsem nepozorovala“.

7) Zpozoroval/a jste, co Vám záchvat vyvolává?

„Vypozorovala jsem, že většinou záchvat přijde, když sním čokoládu, je to tedy můj pocit. Potom mi ještě připadá, že se záchvat objevuje při měsíčkách, úplňku. Většinou je to ale hlavně po hádce nebo když jsem ve velkém stresu“.

8) Daří se Vám dodržovat režimová opatření (pravidelný spánek, pravidelné stravování)? Kouříte? Pijete alkohol?

„Snažím se, ale je to velmi těžké. Přijdu z práce a musím se starat o své dvě děti“.

9) Jaké máte rodinné zázemí? Bydlíte sám/a nebo s partnerem/kou?

„Bydlíme společně s přítelem a našimi syny u jeho matky. I ta mi hodně pomáhá, hlavně s hlídáním našich dětí“.

10) Jak Vás toto onemocnění omezuje v zaměstnání?

„Jsem montážní dělnice, protože nemůžu dělat u stroje. Bolí mě často hlava, někdy mám i migrény. Byla jsem přehozena na směnu, kde montuji se šroubovákem a dělám jen ranní. Což mi vyhovuje a můžu se odpoledne věnovat mým dětem“.

11) Jaké jsou Vaše koníčky?

„Ráda chodím s rodinou na procházky a různé výlety. Snažíme se trávit hodně času společně. Ráda se i starám o své děti, trávím s nimi většinou svého času, i tím že mám krátkou směnu v práci“.

12) Vlastníte řidičský průkaz?

„Nevlastním řidičský průkaz. Je to nevhodné vzhledem k mému stavu. Mohla bych ohrozit sebe i okolí“.

5.3 Respondent 3

Pohlaví: žena

Narozena: 1952

Věk: 66 let

Stav: vdaná

Zaměstnání: v invalidním důchodu

Alergie: na jod

5.3.1 Anamnéza

RA: bez vizu

OA: osteoporóza léčená antiresoprcí do roku 2010, migréna bez aury, organická porucha osobnosti, porucha příjmu potravy, lymfadenopatie pravé axily – dle histologického vyšetření komplikovaný nález – se smíšenými rysy folikulárního lymfomu a nodulárního Hodgkinova lymfomu s predominancí lymfocytů.

Operace: v 7 letech tonsilektomie, v roce 1968 chirurgické odstranění apendixu a revize peritonitidy, v roce 1995 operace gliomu frontálního laloku vpravo, v roce 1997 hysterektomie kvůli přítomnosti myomu, v roce 1998 operace varixů dolní končetiny.

Úrazy: opakované kontuze páteře, končetin, hlavy při pádech během epileptického záchvatu.

Alergie: udává na jod.

Léky: Vimpat 100 mg, Lamictal 100 mg, Keppra 100 mg, Neurotop 300 mg večer, Magne B6 2x1 tableta, Esprital, Vigantol 20 kapek 1x týdně.

65letá klientka po operaci low – grade gliomu frontálně vpravo roku 1995 (Neurochirurgie Fakultní nemocnice Lochoťín), se sekundární epilepsií, osteoporózou, poruchou příjmu potravy, aktuálně vyšetřována pro lymfadenopatii pravé axily – dle histologické vyšetření v únoru 2017, nyní přijata pro expanzi frontálně vpravo, dle CT a MR suspekce na oligodendogliom. Vstupně kruté bolesti hlavy, zvracení, levostranná hemiparéza měnlivého charakteru a tíže. Zde kortikoterapie intravenózně, doplněno PET/CT. Překlad na neurochirurgii k operačnímu řešení 26. dubna odstranění recidivujícího oligodendogliomu frontálně vpravo. Pooperační průběh bez komplikací, ustoupily bolesti hlavy, zlepšila se hybnost levostranných končetin, kontrolní pooperační MRI mozku neprokazuje reziduum tumoru, rána zhojena per primam, kožní stehy odstraněny.

5.3.2 Otázky

- 1) Kdy Vám bylo onemocnění diagnostikováno?
„Epilepsie u mě byla diagnostikována v roce 1997, jako sekundární epilepsie“.
- 2) Máte záchvaty (přes léčbu)?
„Mívám záchvaty, které se začaly objevovat po operaci“.
- 3) V jakých intervalech se Vám záchvaty vracejí?
„Záchvaty se mi vracejí různě, i několikrát za sebou, pak zase nějakou dobu bývá klid“.
- 4) Jak se u Vás záchvat projevuje?
„Záchvaty mívám s poruchou vědomí, mám křeče a většinou po záchvatu trpím silnými bolestmi hlavy“.
- 5) Jak se cítíte po odeznění záchvatu?
„Po záchvatu se cítím unavená, mám většinou silné bolesti hlavy a cítím se i strašně vyčerpaná“.
- 6) Jaké užíváte léky? Pozoroval/a jste nějaké vedlejší účinky?
„Užívám Keppru, Wimpad, Neurotop. Po užití léků mívám stav nechutenství k jídlu“.
- 7) Zpozoroval/a jste, co Vám záchvat vyvolává?
„Zpozorovala jsem, že mi většinou záchvat vyvolává blikání světel. Jako je přepínání reklam, třeba“.
- 8) Daří se Vám dodržovat režimová opatření (pravidelný spánek, pravidelné stravování)? Kouříte? Pijete alkohol?
„Ano daří se mi dodržovat režimová opatření. Vůbec nekouřím, ani nepiju alkoholické nápoje“.
- 9) Jaké máte rodinné zázemí? Bydlíte sám/a nebo s partnerem/kou?
„Bydlím doma s manželem. S dcerou se často vídáme“.
- 10) Jak Vás toto onemocnění omezuje v zaměstnání?
„Neomezuje. Momentálně jsem v invalidním důchodu“.
- 11) Jaké jsou Vaše koníčky?
„Mám spoustu koníčků. Ráda navštěvuji hrady, zámky. Starám se o vlastní zahradu i kytičky. Mým hlavním koníčkem je sběr historických panenek, mám doma i sbírku. Ráda také chodím na procházky do přírody“.
- 12) Vlastníte řidičský průkaz?
„Ne, vůbec nevlastním řidičský průkaz“.

5.4 Respondent 4

Pohlaví: žena

Narozena: 1998

Věk: 19 let

Stav: svobodná

Zaměstnání: studentka

Alergie: neguje

5.4.1 Anamnéza

RA: rodiče zdraví, bratr zdrav, záchvatovité onemocnění v rodině nebylo.

OA: porod koncem pánevním, porod těžší, v 36. týdnu.

Úrazy: žádné vážné úrazy neudává, záněty mozku neprodělala, febrilní křeče neměla.

Operace: neudává.

SO: často rýma asi alergického původu, opakované ušní záněty.

GA: menzes od 12 let, pravidelně, od ledna 2016 užívá hormonální antikoncepci – Chermetin, poté vysazena pro nepravidelnost cyklu v posledních 4 měsících.

PA: studuje víceleté gymnázium (septima).

SA: bydlí s rodinou, bratrem.

Léky: trvale neužívá.

Nekouří, nepije alkohol.

Klientka ze záchvatovité poradny přijata k upřesnění etiologie záchvatových stavů de ja vu. Trpí na nepříjemné záchvatovité pocity, jako by již něco viděla nebo slyšela nějaké věty, doprovázeno nepříjemným pocitem v epigastriu s pocitem nauzey. Zvracení výjimečně. Stav trvání asi minutu, pak ještě dobu nepříjemný pocit v žaludku. Opakují se několikrát během dne, a to i dva dny po sobě. Poprvé před čtyřmi roky. Poslední záchvatovitý stav měla 16. ledna roku 2017 ve škole. Tentýž den 2x doma odpoledne a 2x v noci. Od té doby tento stav neměla. Bezvědomí s křečemi nikdy neměla, bolesti hlavy občas. Spí dobře, ale mívá noční můry od dětství. V záchvatovité poradně je od ledna 2017, léčba nenasazena.

V roce 2017 podstoupila vyšetření MR mozku, normální nález. V roce 2016 podstoupila vyšetření EEG mozku, nález též normální.

5.4.2 Otázky

- 1) Kdy Vám bylo onemocnění diagnostikováno?
„Zatím nebylo, mluví zatím o stavech deja vu. Tyto stavy jsem poprvé měla před čtyřmi roky a přibližně půl roku zpět. Docházím do záchvatovité poradny“.
- 2) Máte záchvaty (přes léčbu)?
„Záchvaty nemám, měla jsem nepříjemné pocity. Léčba mi prozatím nasazena nebyla. Zatím se zjišťuje, co je příčina“.
- 3) V jakých intervalech se Vám záchvaty vracejí?
„Předtím jsem měla divné pocity klidně i několikrát denně, a pak zase 14 dní klid. Bylo to různé“.
- 4) Jak se u Vás záchvat projevuje?
„Mám nepříjemné pocity v žaludku, někdy i s nauzeou. Objevovala se i nereálná konverzace či něco, co jsem už viděla“.
- 5) Jak se cítíte po odeznění záchvatu?
„Po záchvatu mi bylo špatně od žaludku a byla jsem strašně unavená. Musela jsem si jít hned odpočinout“.
- 6) Jaké užíváte léky? Pozoroval/a jste nějaké vedlejší účinky?
„Neužívám žádné léky. Pouze jsem užívala hormonální antikoncepci, která byla vysazena pro nepravidelnou menstruaci“.
- 7) Zpozoroval/a jste, co Vám záchvat vyvolává?
„Vůbec. Ani stres nebo únava to nevyvolává. Vždycky to přijde z ničeho nic a zase odezní“.
- 8) Daří se Vám dodržovat režimová opatření (pravidelný spánek, pravidelné stravování)? Kouříte? Pijete alkohol?
„Ano, daří se mi dodržovat režimová opatření. Nepiji alkohol, ani nekouřím cigarety. Nechutná mi to vůbec“.
- 9) Jaké máte rodinné zázemí? Bydlíte sám/a nebo s partnerem/kou?
„Rodinné zázemí mám dobré. Žiji s rodiči a mým bratrem“.
- 10) Jak Vás toto onemocnění omezuje v zaměstnání?
„Jsem studentkou. Když mě potkala nevolnost ve škole, snažila jsem se, aby mě nikdo neviděl. Měla jsem, pak sníženou pozornost“.
- 11) Jaké jsou Vaše koníčky?
„Ráda se učím nové jazyky. Docházím pomáhat dětem na kroužku animovaného filmu. Ráda také hraju deskové hry“.

12) Vlastníte řidičský průkaz?

„Nevlastním řidičský průkaz, prozatím. Chtěla bych si, ale o něj zažádat“.

5.5 Respondent 5

Pohlaví: žena

Narozena: 1991

Věk: 26 let

Stav: svobodná

Zaměstnání: prodavačka

Alergie: pyly, tráva

5.5.1 Anamnéza

RA: otec má psychické potíže, dříve se pokusil o sebevraždu, ale nikdy se u psychiatra neléčil, nyní je mu lépe, s dcerou se stýká, matka bez neuropsychické zátěže.

SO: léčí se s idiopatickou generalizovanou epilepsií.

SA: bydlí s přítelem.

PA: nyní bez zaměstnání, předtím prodavačka, matka ji finančně podporuje.

NO: pacientka udává, že nyní je víc jak měsíc bez zaměstnání, z čehož je ve stresu, je ji trapné, že ji peníze musí dávat matka nebo přítel, má kvůli epilepsii problém se zaměstnáním, nemá chuť k jídlu, nemůže spát, je z toho smutná.

Operace: neudává

Léky: Trund 1000 mg, Trund 500 mg (v plánu úprava),

Udává, že před 2 lety pila více alkohol (asi 0,5 litru vína), nyní nepije.

Konsiliární psychiatrické vyšetření hospitalizované na Neurologické klinice, pacientka dlouhodobě v péči protizáchvatové poradny na Neurologické klinice pro idiopatickou generalizovanou epilepsii. Nyní dekompenzace stavu, výskyt záchvatů. Nyní u klientky tremor, třes horních končetin i dolních končetin, otoky lýtek (má pocit těžkých nohou), dekompenzace psychiatrického stavu. Dle matky je apatická, nic nevyřídí sama. Klientka s psychiatrií nebyla v kontaktu.

V roce 2017 podstoupila vyšetření MR mozku s normálním nálezem. Podstoupila vyšetření SONO jater, bez ložisek, nezvětšená játra. Dále kontrolní vyšetření EEG při posledním záchvatu s nálezem. Navýšení dávky antiepileptik. Poslední dobou nebyl kontakt s nemocnou, nedalo se ji dovolat.

5.5.2 Otázky

- 1) Kdy Vám bylo onemocnění diagnostikováno?
„Onemocnění mi bylo diagnostikováno přibližně před 5 lety“.
- 2) Máte záchvaty (přes léčbu)?
„Záchvaty u mě probíhají i přes léčbu antiepileptiky“.
- 3) V jakých intervalech se Vám záchvaty vracejí?
„Trvají 2 minuty, někdy i 5 minut, poslední záchvat byl nejhorší, většinou přichází i 1 za 2 měsíce, ale někdy mívám i 2 během dne“.
- 4) Jak se u Vás záchvat projevuje?
„Při záchvatu ztrácím vědomí, padám na zem. Po záchvatu mívám i pokousaný jazyk a zapadá mi. Před záchvatem mám záblesky, jako zrnění“.
- 5) Jak se cítíte po odeznění záchvatu?
„Někdy po záchvatu normálně funguji dál, musím si chvíli odpočinout. Jindy jsem strašně unavená a nějakou dobu zmatená“.
- 6) Jaké užíváte léky? Pozoroval/a jste nějaké vedlejší účinky?
„Užívám Lamictal, Trudo myslím. Jako vedlejší účinky mívám, jako silný třes“.
- 7) Zpozoroval/a jste, co Vám záchvat vyvolává?
„Vůbec nevím, co mi záchvat vyvolává“.
- 8) Daří se Vám dodržovat režimová opatření (pravidelný spánek, pravidelné stravování) Kouříte? Pijete alkohol?
„Daří se mi trochu dodržovat režimová opatření. Často nemůžu usnout, spím jen 4 hodiny denně. Jsem pak hrozně unavená“.
- 9) Jaké máte rodinné zázemí? Bydlíte sám/a nebo s partnerem/kou?
„Žiji s přítelem, který mě ještě při záchvatu neviděl. Nemá s mou diagnózou problém. Finančně mě zaopatřuje máma, peníze mi dává i přítel“.
- 10) Jak Vás toto onemocnění omezuje v zaměstnání?
„Hodně mě omezuje, nemůžu najít práci. Několikrát už mě vyhodili, kvůli tomu třesu si myslím. Mrzí mě to, myslím na to, a pak nemůžu spát“.
- 11) Jaké jsou Vaše koníčky?
„Ráda jezdím na kole i s přítelem. Chodím na vycházky se psem. Tímto si dělám pěkný den“.
- 12) Vlastníte řidičský průkaz?
„Nemám řidičský průkaz, ani nemůžu vzhledem k mé nemoci“.

5.6 Respondent 6

Pohlaví: žena

Narozena: 1985

Věk: 32 let

Stav: vdaná

5.6.1 Anamnéza

RA: sestra zdravá, matka v roce 1962 karcinom prsu, bratr zdravý, otec umřel ve 31 letech na karcinom paranasálních dutin.

OA: žádné vážnější onemocnění kromě epilepsie.

SO: od roku 2011 léčena na hypotyreózu, grand mal, nyní jen čichové halucinace.

GA: menzes od 12 let, posledních 6 měsíců nepravidelně, gynekologická nemoc chlamydie, hormonální antikoncepce do dubna 2014–1. těhotenství v roce 2015.

Úrazy: v roce 2011 úraz hlavy při pádu na kolečkových bruslích – subdurální hematom, provedena dekompresní kranioektomie.

PA: momentálně na mateřské dovolené.

Léky: Levelanz 2x100 mg, Magne B6.

Pije alkohol přiměřeně, nekouří.

Současná záchvatovitá frekvence zůstává v rozmezí 2–4 záchvaty s vazbou na stresovou situaci. Dříve cítila jako by nevolnost břicha, dnes začínají pocitem sevření na hrudi a trochu i hrdla, bušením srdce, pak lehké brnění a nepříjemný pach v pravé nosní dutině a 1x otupělost v hlavě. Záchvaty ji neomezují v běžné denní činnosti.

5.6.2 Otázky

1) Kdy Vám bylo onemocnění diagnostikováno?

„V roce 2014. V roce 2011 jsem upadla a utrpěla úraz na kolečkových bruslích. Uhodila jsem se do hlavy“.

2) Máte záchvaty (přes léčbu)?

„Mám záchvaty i přes léčbu, někdy 2–3 záchvaty do měsíce“.

3) V jakých intervalech se Vám záchvaty vracejí?

„Záchvaty se mi většinou vracejí po 10 dnech“.

4) Jak se u Vás záchvat projevuje?

„Teď jsem při záchvatu většinou při vědomí, mám nepříjemné bušení srdce, stažený hrudník, cítím takový tlak, pocítuji nepříjemný zápach v nose. Vůbec mě to neomezuje v běžných činnostech („normálně vařím“).“

5) Jak se cítíte po odeznění záchvatu?

„Cítím se dobře, jen občas mívám bolesti hlavy, je mi nevolno a jsem unavená. Trvá to, ale jen chvíli.“

6) Jaké užíváte léky? Pozoroval/a jste nějaké vedlejší účinky?

„Užívám Lyricu. Někdy bývám unavená.“

7) Zpozoroval/a jste, co Vám záchvat vyvolává?

„Přemýšlela jsem nad tím, a co jsem vypožorovala, zřejmě mi záchvat vyvolává stres, úzkost nebo nějaké změny, které v danou chvíli neočekávám.“

8) Daří se Vám dodržovat režimová opatření (pravidelný spánek, pravidelné stravování)? Kouříte? Pijete alkohol?

„Z 90 % dodržuji nebo se alespoň snažím dodržovat. Manžel spí s dítětem, abych si mohla odpočinout. Nekouřím, občas si dám jen jednu sklenku vína.“

9) Jaké máte rodinné zázemí? Bydlíte sám/a nebo s partnerem/kou?

„Žiji s manželem. Spolu máme 1 dítě (dceru). Bereme ji sebou na různé výlety.“

10) Jak Vás toho onemocnění omezuje v zaměstnání?

„Neomezuje, v momentální době jsem na mateřské dovolené.“

11) Jaké jsou Vaše koníčky?

„Ráda docházím na jógu, při které se krásně uvolním a odpočinu si i duševně. Před spaním často provádím různé meditace a relaxační techniky. Spolu s manželem milujeme geokeshing. Chodíme po různých místech, sbíráme kešky a plníme úkoly, krásně si u toho odpočineme a máme společný koníček. Do budoucna do toho chceme zasvětit i naši dceru.“

12) Vlastníte řidičský průkaz?

„Mám řidičský průkaz, v současné době ho nepoužívám.“

5.7 Respondent 7

Pohlaví: žena

Narozena: 1994

Věk: 23 let

Stav: svobodná

Zaměstnání: studentka, administrativní pracovnice

Alergie: nejuje

5.7.1 Anamnéza

RA: otec zdrav, pozitivní nález na EEG, žádný záchvat neprodělal, matka zdráva, sourozenci – starší bratr, 2 mladší sestry zdravý.

OA: normální průběh při porodu, v termínu, provokovaný záhlavím, časté bolesti hlavy od dětství, sledována se štítnou žlázou mezi 6. – 12. rokem, bez léčby, potíže s usínáním, někdy se opakovaně budí.

Úrazy: opakované úrazy ramen a hlavy při epileptickém záchvatu.

Operace: 27.10. 2017 po artroskopii levého ramene.

GA: menzes od 13 let, pravidelně, hormonální antikoncepce, vysadila před 2 měsíci, těhotná nebyla.

PA: dálkově studuje na vysoké škole, pracuje jako administrativní pracovnice.

Léky: Zonegran, Lamictal, Rivotril.

Nekouří, nepije alkohol

V roce 1997 byla hospitalizována na Neurologické dětské klinice v Plzni pro bolesti hlavy. Dále sledována v roce 2008 a 2009 pro bolesti hlavy a bolesti břicha kolem pupku, přechodně epileptický nález na EEG – 1x při hyperventilaci a 1x při usínání. Zahájena léčba Tegretolem CR ½ tablety a 200 mg denně, ale matka udávala, že dívka často zapomínala léky užít, proto léčba asi po půl roce vysazena a ponechána na antiepileptickém režimu. Při léčbě vymizeli bolesti břicha, bolesti hlavy. Test na tetanii v roce 2008 – pozitivní. Dle matky má úzkostné rysy (psychologické vyšetření v roce 2008). V září 2009 vyřazena z neurologického sledování.

První záchvat proběhl 21. června 2010. Šla si normálně lehnout po 22. hodině večer, cítila se dobře. Druhý den nalezena bratrem před 7. hodinou ranní u vchodu (šla si umýt boty) s poruchou vědomí, ležící, bez křečí, nereagovala, byla ochablá, nepomohla se. Porucha vědomí trvala asi 15 minut, událost si nepamatuje. Zahájena léčba Lamictalem, pak mezi 16. – 18. rokem mívala záchvaty údajně 1x za čtvrt roku. Nikdy neměla záchvaty během dne. V letech 2015–2016 byla po úpravě léčby 2 roky bez záchvatů. V roce 2017 prodělala záchvat v lednu na horách. Celý den předtím lyžovala. Další záchvat údajně kratší prodělala 10. září 2017, byla nevyspalá.

V roce 2008 podstoupila vyšetření CT mozku, normální nález. V lednu roku 2017 podstoupila vyšetření MR mozku, normální nález.

5.7.2 Otázky

- 1) Kdy Vám bylo onemocnění diagnostikováno?
„V 16 letech, kdy jsem prodělala záchvat a měla jsem poruchu vědomí. Následně jsem byla převezena sanitkou do nemocnice“.
- 2) Máte záchvaty (přes léčbu)?
„Záchvaty u mě probíhají i přes léčbu, většinou do 1 hodiny po probuzení“.
- 3) V jakých intervalech se Vám záchvaty vracejí?
„Záchvaty jsem po 18. roce měla 2x do roka, teď v říjnu po 2 letech“.
- 4) Jak se u Vás záchvat projevuje?
„První záchvat proběhl ráno, když jsem si šla umýt boty. Upadla jsem na zem a měla ztrátu vědomí, křeče jsem neměla. Jinak mi vypadávají předměty z ruky, nic víc sama na sobě nepocítuji“.
- 5) Jak se cítíte po odeznění záchvatu?
„Půl hodiny po záchvatu si nepamatuji, co jsem dělala, mám bolesti hlavy. Několikrát jsem měla i úrazy, třeba vyhozené rameno. Musím se po záchvatu ihned vyspat“.
- 6) Jaké užíváte léky? Pozoroval/a jste nějaké vedlejší účinky?
„Užívám Lonegran, Rivotril, Lamictal. Mívám po nich někdy bolesti břicha, nevolnost nebo bolesti hlavy“.
- 7) Zpozoroval/a jste, co Vám záchvat vyvolává?
„Vypozorovala jsem, že záchvat přijde po nějaké fyzické zátěži (soustředění, turnaje). Proto jsem musela nějaké soustředění omezit. Někdy k nim dochází i z nevyspaní“.
- 8) Daří se Vám dodržovat režimová opatření (pravidelný spánek, pravidelné stravování)? Kouříte? Pijete alkohol?
„Nepiji alkohol, mám proti němu averzi. Jsem úplný abstinent. Ani nekouřím cigarety“.
- 9) Jaké máte rodinné zázemí? Bydlíte sám/a nebo s partnerem/kou?
„Žiji s matkou a 5 sourozenci. Matka většinou bývá při mém záchvatu přítomna“.
- 10) Jak Vás toto onemocnění omezuje v zaměstnání?
„Omezuje mě to ve všech směrech. Ve sportu, hledání práce, musím ukončit bakalářské studium“.
- 11) Jaké jsou Vaše koníčky?

„Mým koníčkem je hlavně sport, který jsem musela trochu omezit. Dále fotografování, dlouhodobé cestování. Procestovala jsem už spoustu zemí, jako Skotsko, Norsko, Irsko, Amsterdam, Thajsko, Asie. Chci se podívat ještě do dalších zemí. Miluju to. Ráda mluvím cizími jazyky“.

12) Vlastníte řidičský průkaz?

„Řidičský průkaz rozhodně nemám“.

5.8 Respondent 8

Pohlaví: žena

Narozena: 1941

Věk: 76 let

Stav: rozvedená

Zaměstnání: důchodkyně

Alergie: Aulin, náplast

5.8.1 Anamnéza

RA: otec umřel na karcinom žaludku v 79 letech, matka umřela po onemocnění srdce, cévní mozkové příhodě v 87 letech, bratr umřel v 5 letech na astma, 2 sestry umřely v dětském věku na černý kašel, 1 bratr se narodil mrtvý; má 2 děti – dcera narozena v roce 1961, měla karcinom tlustého střeva, syn narozen v roce 1964, má vertebrogenní potíže.

OA: běžné dětské nemoci, vážněji v dětství nestonala, vředová choroba žaludku, arteriální hypertenze, urologické potíže, močová inkontinence.

Operace: v roce 1972 operace žil pravé dolní končetiny, 1976 hysterektomie, 1990 operace pro močovou inkontinenci, 2002 reoperace močového měchýře, 2012 operace levého menisku, 2013 operace katarakty.

Úrazy: v roce 2008 zlomenina levého zevního kotníku.

GA: menopauza od roku 1986, měla 2 spontánní porody.

PA: dříve prodavačka, vedoucí prodejny, nyní už 20 let ve stařeckém důchodu.

SA: bydlí sama v pokoji v domově důchodců.

76letá klientka odeslaná k videomonitoraci pro záchvatovité noční stavy. Přibližně 2 až 3 roky mívá stavy ze spaní, neklidná, mlátí s sebou, někdy křičí, skřípe zuby, několikrát se kousla do jazyka. Opakovaně spadla z lůžka. Hladí psa, který již nějakou dobu už nežije. Stavům zpočátku nevěnovala pozornost, byla na ně upozorněná dcerou. Během dne tento stav nikdy neměla, přes den spí. Frekvence nepravidelně, několikrát

měsíčně. V minulosti mívala děsivé sny (utíkala, bloudila, ztrácela se), ty nyní již nemá. Chodí spát mezi 22–23. hodinou večer, budí se kolem 7. hodiny ráno. Někdy má období, kdy nemůže usnout nebo se probudí kolem 4. hodiny ranní, jde na záchod a již neusne. Dále má potíže s pohybovým aparátem, brnění rukou a nohou, polyneuropatie podle EMG neprokázána. Dle MR stenóza bederní páteře, spinální kaudikace, několikrát ji poklesla dolní končetina a upadla. Poruchu vědomí nebo kolaps neměla.

Podstoupila vyšetření Holter, EKG, CT mozku, pokročilejší atrofie mozku a mozečku, EEG vyšetření mozku.

5.8.2 Otázky

- 1) Kdy Vám bylo onemocnění diagnostikováno?
„Přibližně 2–3 roky mívám zvláštní stavy, jsem neklidná, mlátím s sebou, křičím ze spaní. Byla jsem poslána sem na vyšetření“.
- 2) Máte záchvaty (přes léčbu)?
„Mám tyto stavy několikrát, ale ještě mi nebyla stanovena léčba“.
- 3) V jakých intervalech se Vám záchvaty vracejí?
„Mám tyto zvláštní stavy i několikrát do měsíce, ale je to nepravidelné“.
- 4) Jak se u Vás záchvat projevuje?
„Tyto stavy probíhají hlavně v noci. Křičím ze spaní, tak hlasitě, že se i vzbudím, melu s sebou, kopu nohama, skřípám zuby, někdy si až pokoušu jazyk. Mívám i halucinace, kdy hledím svého pejska, který dávno nežije“.
- 5) Jak se cítíte po odeznění záchvatu?
„Někdy jsem rozčilená po záchvatu nebo naopak klidná. Různě se to mění“.
- 6) Jaké užíváte léky? Zpozoroval/a jste nějaké vedlejší účinky?
„Neužívám žádné léky, momentálně“.
- 7) Zpozoroval/a jste, co Vám záchvat vyvolává?
„Nezpozorovala jsem, co mi mohlo tyto stavy vyvolávat“.
- 8) Daří se Vám dodržovat režimová opatření (pravidelný spánek, pravidelné stravování)? Kouříte? Pijete alkohol?
„Daří se mi dodržovat režimová opatření. Spím 8 hodin. Příležitostně si dávám alkohol, když je nějaký svátek na přípitek. Bývala jsem silná kuřačka, nyní už 12 let nekouřím“.
- 9) Jaké máte rodinné zázemí? Bydlíte sám/a nebo s partnerem/kou?

„Žiju sama v domově důchodců. Bydlím v místě bydliště dcery. Často se navštěvujeme“.

10) Jak Vás toto onemocnění omezuje v zaměstnání?

„Původně jsem byla prodavačka, nyní jsem v důchodu. Spíše mám občas pocit, když jdu po ulici jako by to nebyla realita“.

11) Jaké jsou Vaše koníčky?

„Mezi mé záliby patří čtení knih, většinou historické. Ráda poslouchám hudbu“.

12) Vlastníte řidičský průkaz?

„Řídila jsem ráda. Naposledy jsem řídila před 6 lety na poslední setkání ze základní školy. Řidičský průkaz mám, ale už neřídím několik let“.

5.9 Respondent 9

Pohlaví: žena

Narozena: 1963

Věk: 55 let

Stav: rozvedená

Zaměstnání: dělnice

Alergie: Penicilin, Algifen

5.9.1 Anamnéza

RA: otec umřel ve 49 letech na karcinom kolorekta, matka umřela v 79 letech na selhání srdce, sourozenec – sestra, nestýkají se.

OA: klasické dětské nemoci, ve 12 letech apendicitis a následná apendektomie, v 39 letech cholecystektomie, před asi 2 lety zánět středního ucha.

PA: úplné střední odborné vzdělání, od listopadu 2015 invalidní důchod 1. stupně a pracuje jako dělnice v chráněné dílně.

GA: 3 porody (z toho 1 císařský řez), v roce 2009 kyretáž pro metroragii, do roku 2017 navštěvovala gynekologickou ordinaci pro aplikaci Depoproveri.

AA: Algifen, Penicilin.

Léky: Keppra 1000 mg, Depakine 500 mg.

Nekouří, nepije alkohol.

Od roku 2015 prodělala 2 záchvaty. První záchvat byl 5.2. – při nástupu do autobusu, nepamatuje si, upadla a odřela si holeň vlevo, křeče asi neměla, manžel pro ni musel dojet na zastávku. Druhý záchvat byl 14.2. – v křesle, viděl ji manžel, porucha

vědomí i křeče, předcházelo nevyspání, stres v práci (konflikt s nadřízenou). Poslední záchvat 14.2. 2015, opakované panické ataky. Od minulé kontroly záchvaty neměla. Začala se léčit na revmatologii, sledována na psychiatrii. Epilepsie nyní subkompenzována.

V roce 2015 podstoupila EMG vyšetření, prokázané postižení.

5.9.2 Otázky

- 1) Kdy Vám bylo onemocnění diagnostikováno?
„Epilepsie mi byla diagnostikována v 15 letech“.
- 2) Máte záchvaty (přes léčbu)?
„Naposledy jsem měla epileptický záchvat v roce 2015“.
- 3) V jakých intervalech se Vám záchvaty vracejí?
„Od roku 1995 se doby mezi záchvaty prodlužují. Poslední záchvat jsem měla v roce 2015“.
- 4) Jak se u Vás záchvat projevuje?
„Při záchvatu jsem většinou upadla do bezvědomí a měla jsem záškuby přibližně 2 minuty“.
- 5) Jak se cítíte po odeznění záchvatu?
„Jsem zmatená, někdy si ani nepamatuji, že jsem prodělala záchvat. Bývám také dezorientovaná, unavená, chce se mi strašně spát“.
- 6) Jaké užíváte léky? Pozoroval/a jste nějaké vedlejší účinky?
„Užívám Depakine, Kepru. Vedlejší účinky jsem zatím nepozorovala“.
- 7) Zpozoroval/a jste, co Vám záchvat vyvolává?
„Zpozorovala jsem, že většinou alkohol, proto radši nepiju, pak nedodržování spánkového režimu a nadměrný stres“.
- 8) Daří se Vám dodržovat režimová opatření (pravidelný spánek, pravidelné stravování)? Kouříte? Pijete alkohol?
„Snažím se, ale moc to nejde. Nepiji alkohol, nekouřím cigarety. Stresu se, ale bohužel nevyhnu, hlavně v práci. Jeden čas jsem měla konflikt s nadřízenou, tím jsem trpěla panickými atakami“.
- 9) Jaké máte rodinné zázemí? Bydlíte sám/a nebo s partnerem/kou?
„Pocházím z Plzně. Bydlím v bytě s dcerou a mým novým přítelem“.
- 10) Jak Vás toto onemocnění omezuje v zaměstnání?

„V zaměstnání mě to nijak neomezuje, pracuji jen na 4 hodiny a je nás tam více s tímto onemocněním“.

11) Jaké jsou Vaše koníčky?

„Ráda si čtu knížky a často sedím u počítače, lustruji internet, čtu různé zprávy“.

12) Vlastníte řidičský průkaz?

„Ne, byl to můj sen, ale při představě, že bych někomu nechtěně ublížila nebo dokonce zabila jsem od splnění odpustila“.

6 DISKUZE

Cílem mého výzkumu bylo proniknout do problematiky nemocných s epilepsií. Do mého výzkumu jsem zařadila 9 respondentů. Všechny to byly ženy. 4 respondentky byly v mladším období ve věku 19–26 let, 2 respondentky ve středním období ve věku 32–55 let, 3 respondentky v starším období ve věku 62–76 let. Zjistila jsem základní údaje o každé z respondentek a díky polostrukturovanému rozhovoru s otevřenými otázkami jsem se mohla dostat do soukromého života každé z respondentek, čímž jsem mohla porozumět jejich problematice a vžít do dané situace. V této diskuzi se pokusím popsat jednotlivé oblasti.

První oblastí bylo zjistit, kdy a za jakých okolností došlo k diagnostice epilepsie. U většiny respondentek byla epilepsie diagnostikována okolo věku 20 let, u 2 respondentek byly stavy *deja vu*, kdy je teprve v šetření, co je vlastně příčinou a zda se jedná skutečně o epilepsii. U 1 respondentky byla epilepsie diagnostikována, jako následek nádorového nálezu a u 1 respondentky jako následek úrazu na kolečkových bruslích.

Druhou oblastí byly projevy záchvatů., frekvence záchvatů a pocity po odeznění záchvatu. 4 respondentky mívají křeče a následnou poruchu vědomí. 3 respondentky mívají údajně nepříjemné pocity, jako bušení srdce, pocity zápachu v nosní dutině, nepříjemný tlak v břiše a hrudníku. 2 respondentky mají záchvaty převážně v noci, po probuzení si většinou nepamatují, že by nějaké záchvaty proběhly. Téměř všechny respondentky potvrdily, že se cítí po záchvatu velice unavené a vyčerpané. 1 respondentka udává, že „normálně vaří“, vůbec ji to nějak neomezuje v běžných denních činnostech. Četnost záchvatů u 3 respondentek byla různě individuální, u dalších 3 respondentek 1–3 do měsíce, u posledních 3 respondentek 1–2 záchvaty do roka a nějakou dobu klidové období.

V třetí zkoumané oblasti bylo cílem zjistit u všech respondentek, jaké užívají léky a zda zpozorovaly vedlejší účinky, které mají dopad na jejich organismus. 3 respondentky udávají, že léky užívají a zatím žádné vedlejší účinky s nimi spojené nevyzpozorovaly. 4 respondentky udávají, že také užívají léky a mají vedlejší účinky. Většinou je to bolest hlavy, nevolnost, nechutenství, únava, třes. 2 respondentky uvádějí, že žádné léky neužívají. 1 z těchto dvou respondentek užívá pouze hormonální antikoncepci pro nepravidelnost menstruačního cyklu a 1 respondentka zatím nemá nasazeny žádné léky ani proti epilepsii, jelikož je to teprve v šetření. Probíhaly u ní stavy *deja vu*.

Čtvrtou zkoumanou oblastí je, co u jednotlivých respondentek záchvat vyvolává a zda se jim daří dodržovat režimová opatření (pravidelný spánek, pravidelné stravování, kouření, alkohol). Většina respondentek odpověděla, že se jim daří dodržovat režimová opatření, jako pravidelný spánek či pravidelné stravování. Pouze 1 respondentka uvedla, že nemůže usnout a spí přibližně 4 hodiny denně, cítí se pak strašně unavená. Žádná z respondentek nekouří, pouze 2 respondentky si příležitostně dají sklenku vína. 1 z těchto dvou respondentek uvedla, že si dá sklenku na přípitek při oslavě svátku či narozenin někoho z její rodiny. Při otázce, co jim záchvat vyvolává, odpověděla každá z respondentek individuálně. 4 respondentky odpověděly, že neumí specifikovat, co by jim mohlo záchvat vyvolávat, ač se nad tím snaží jakkoliv zamyslet. 2 respondentky uvedly, že jim údajně záchvat vyvolává stres nebo nějaká dlouhodobá psychická zátěž. 1 respondentka ráda sportuje, jezdí na různá soustředění a specifikovala, že ji záchvat vyvolává nadměrná fyzická zátěž. Tím pádem musela v menší míře omezit nadměrný fyzický pohyb a vynechat i některá ze soustředění. 1 respondentka uvedla, že záchvat přijde blikáním světel, například při přepínání reklam v televizi. Poslední respondentka vyzorovala, že záchvat přijde poté, co sní čokoládu. Udává, že je to její subjektivní pocit a nijak to nepotvrzuje. Také ji připadá, že záchvat přichází v období menstruačního cyklu či během úplňku měsíce. Většinou, ale přichází záchvat po nějaké hádce anebo když je ve velkém stresu.

Pátou oblastí je rodinné zázemí. Cílem bylo zjistit, zda každá z respondentek žije sama nebo s rodinou. 2 respondentky uvedly, že žijí sami. 1 uvedla, že žije sama a dcera ji často navštěvuje. Druhá žije sama v domově důchodců, její dcera je v místě bydliště a spolu jsou neustále v kontaktu. 5 respondentek uvedlo, že žijí s partnerem či manželem a se svými dětmi. Jedna z těchto respondentek zmínila, že její partner ji ještě při záchvatu neviděl, ale nebojí se. Poslední 2 respondentky žijí s rodinou. Jsou mladšího věku a ještě studují. Jedna z těchto 2 respondentek zmínila, že absolvuje dálkové bakalářské studium a kvůli nadměrné četnosti záchvatů musí toto studium přerušit. Když se to shrne, žádná z těchto respondentek není na svou nemoc sama a vždy je jim někdo na blízku.

Šestou zkoumanou oblastí je zaměstnání a volnočasové aktivity. Zjišťovala jsem, jak je toto onemocnění v zaměstnání omezuje. 3 respondentky jsou v důchodu, 2 respondentky studují, 1 respondentka je na mateřské dovolené, 1 respondentka má problémy si najít zaměstnání, 2 respondentky mají přiměřené pracovní podmínky. Ačkoliv v mém výzkumu vyšlo, že pouze 1 respondentka má problém se zaměstnáním, ve společnosti je toto téma stále diskutované. Jedinci s epilepsií nemůžou vykonávat

jakoukoliv práci ve výškách, u běžících pásů nebo na nočních směnách. Mají pocit, že nemůžou žít plnohodnotný život, tak jak by si představovali a dostávají se do úzkých. Můžou trpět i depresemi. Dalším stále otevřeným tématem je neinformovanost o této nemoci u zaměstnavatele či spoluzaměstnanců. Někteří z nich nevědí, co tuto onemocnění obnáší a jak v případě záchvatu reagovat. Spoluúčast má i sám nemocný jedinec, který svou nemoc tají. Také se zjišťovalo, jak tráví respondentky svůj volný čas. Všechny respondentky rády chodí na procházky, jezdí na různé výlety. Většina z nich nejraději tráví svůj volný čas s rodinou. 1 respondentka zmínila, že má ráda „geokeshing“. Jezdí spolu s přítelem po různých místech, sbírají „kešky“ a plní různé úkoly. Až jejich dcera vyrostе, chtějí ji do toho také zasvětit.

Poslední oblastí je vlastnění řidičského průkazu. Většina z těchto respondentek uvedla, že řidičský průkaz nevlastní. Pouze 1 respondentka uvádí, že ho vlastní, ale dlouhá léta už neřídí. Některé z těchto respondentek by rády řídily, ale nemůžou.

Během jednoho rozhovoru s jednou z respondentek se narazilo na vliv epilepsie v období těhotenství. Tato respondentka odpověděla, že během těhotenství vysadila léky, které užívala. Bála se vlivu léků na plod. Poté u ní následovalo období četných záchvatů, kdy byla epilepsie nekompenzována. Jsou, ale i případy, kdy i přes veškerou snahu lékařů a samotného pacienta nelze dosáhnout bezzáchvatového období. Takovýmto jedincům se říká farmakorezistentní.

Zjistilo se a potvrdilo se, že na každého jedince by se mělo nahlížet, jako na individuální bytost, která má své potřeby, cíle a přání. Každý jedinec bojuje s nemocí dle svého uvážení. Ohledně toho by se k němu mělo přistupovat a naší povinností je nabídnout fyzickou, psychickou a sociální podporu ve všech oblastech lidského bytí.

Důležité je zmínit i roli sestry ve vztahu s pacientem. Sestra by měla být ve vztahu s pacientem rovnocennou partnerkou. Měla by být empatická, trpělivá, důsledná a nápomocná v oblasti uspokojování tělesných, psychických a sociálních potřeb. Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči a edukuje pacienta v oblasti prevence. Měla by mít kvalifikované vzdělání, aby mohla poskytnout vysoce odbornou péči.

7 VÝSTUP DO PRAXE

Pomocí získaných údajů z kazuistiky a polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami od všech respondentek jsem se rozhodla sestavit následně tento ošetrovatelský plán.

7.1 Akutní ošetrovatelský plán

1. 00102 Deficit sebepéče v oblasti výživy z důvodu statu epilepticu
Očekávaný výsledek – klientka bude mít uspokojeny potřeby v oblasti výživy
Intervence – motivuj klientku k soběstačnosti, dopomáhej při výživě, podporuj soběstačnost klientky, prováděj uspokojování potřeb
2. 00108 Deficit sebepéče při hygieně z důvodu statu epilepticu
Očekávaný výsledek – klientka bude mít uspokojeny potřeby v oblasti hygieny
Intervence – motivuj klientku k soběstačnosti, dopomáhej při hygieně, podporuj soběstačnost, prováděj uspokojování potřeb
3. 00085 Zhoršená mobilita z důvodu statu epilepticu
Očekávaný výsledek – klientka bude mít optimální úroveň pohyblivosti vzhledem ke zdravotnímu stavu
Intervence – udržuj správnou polohu klientky, zajisti potřebné věci k lůžku, zajisti signalizační zařízení, zajisti aktivní či pasivní rehabilitaci
4. 00155 Riziko pádu z důvodu statu epilepticu
Očekávaný výsledek – u klientky nedojde k pádu
Intervence – zajisti bezpečnost klientky, použij omezovací prostředky dle ordinace lékaře
5. 00047 Riziko poruchy integrity kůže z důvodu zavedení PŽK
Očekávaný výsledek – u klientky nedojde k porušení integrity kůže
Intervence – prováděj pravidelnou hygienu okolí, postupuj asepticky, sleduj okolí PŽK, informuj lékaře v případě komplikací

7.2 Chronický ošetrovatelský plán

1. 00053 Sociální izolace z důvodu ztráty pocitu pohody
Očekávaný výsledek – u klientky dojde ke zlepšení subjektivního pocitu pohody
Intervence – zjisti příčiny izolace, vytvoř vztah založený na důvěře, zajisti klientce dostatek podnětů, povzbuzuj klientku
2. 00055 Neefektivní plnění role z důvodu narušeného zdraví
Očekávaný výsledek – klientka přijme sebe sama ve změněné roli
Intervence – zjisti, jak klientka vnímá svoji roli, zjisti, jak klientka vnímá sebe sama, zjisti typ dysfunkce, snaž se určit klientce roli
3. 00120 Situačně snížená sebeúcta z důvodu pocíťované ztráty nad životními aspekty
Očekávaný výsledek – klientka vyjadřuje pozitivní sebehodnocení
Intervence – povzbuzuj klientku, ved' klientku k sebeuvědomění, pomoz klientce s řešením situace, posiluj pozitivní sebehodnocení klientky
4. 00126 Deficitní znalost z důvodu nedostatku zkušeností s daným problémem
Očekávaný výsledek – klientka chápe informace týkající se jejího stavu
Intervence – zjisti úroveň znalostí, zjisti jazykovou bariéru, pouč případně rodinu klientky, zhodnot' schopnost spolupráce
5. 00148 Strach z důvodu nežádoucích účinků léčby
Očekávaný výsledek – klientka je schopna rozlišit zdroj strachu a diskutovat o něm
Intervence – posud' stupeň strachu, podej dostatek informací o nežádoucích účincích léčby, dávej prostor pro možné dotazy, snaž se klientku odpoutat od strachu

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce nese název Ošetrovatelská péče o pacienta s epilepsií. Hlavním cílem bylo nahlédnout do problematiky nemocných s epilepsií. Zjistit kvalitu života u pacientů s diagnózou epilepsie a k jakým změnám v ní dochází a zmapovat faktory ovlivňující kvalitu života a jejich ovlivnění ošetrovatelskou péčí. Tyto fakta jsem se snažila přiblížit pomocí polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Pomocí jednotlivých rozhovorů jsem mohla proniknout do dané problematiky a nahlédnout na ni svými očima.

V teoretické části jsem se snažila získat základní údaje o tomto onemocnění pomocí odborné literatury a podívat se na danou problematiku z různých úhlů pohledu. Některé z údajů se následně potvrdily.

Epilepsie je onemocnění, které si vyžaduje větší informovanost ve společnosti. Cílem by mělo být změnit postoj společnosti k nemocným s epilepsií a zvýšit tedy jejich informovanost, která v některých oblastech vázne.

Vzhledem k současné situaci bych navrhla role, které by sestra mohla uplatnit:

- 1) Role komunikátorky – sestra by měla poskytovat informace veřejné společnosti, aby došlo ke zvýšení informovanosti o této nemoci, měla by spolupracovat s ostatními obory.
- 2) Role učitelky – sestra by měla učit veřejnou společnost zásady poskytování první pomoci při záchvatu a ostatní sestry v oblasti ošetrovatelské péče.
- 3) Role poradkyně – sestra by měla pomáhat, radit a podporovat rodinu a blízké a učit je, jak zvládat danou situaci.
- 4) Role edukátorky – sestra by měla podporovat pacienta v oblasti životosprávy, aby docházelo ke zmírnění epileptických záchvatů.
- 5) Role ošetrovatelky – sestra by se měla chovat empaticky, pomáhat ve všech oblastech lidského bytí a neodsuzovat pacienta s touto diagnózou.
- 6) Role nositelky změn – sestra by se měla podílet na změnách postoje veřejné společnosti, jako např. nedostatečná informovanost.
- 7) Role výzkumnice – sestra by měla rozvíjet své kompetence a ty následně využívat do své praxe.

SEZNAM LITERATURY

AMBLER, Zdeněk. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. V Praze: Nakladatelství Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0894-4.

BERLIT, Peter. *Memorix neurologie*. V Praze: Nakladatelství Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1915-3.

BROZMAN, Miroslav a kolektiv. *Neurologia-učebnica pre zdravotnicke obory univerzitého štúdia*. V Martine: Vydavateľstvo Osveta, 2011. ISBN 978-80-8063-339-4.

BYDŽOVSKÝ, Jan. *Základy akutní medicíny*. V Příbrami: Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžběty, 2013. ISBN 978-80-260-3847-4.

ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA Rostislav. *Výchova ke zdraví*. V Praze: Nakladatelství Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

Česká liga proti epilepsii [online]. © 2018 [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://www.clpe.cz/>.

Epistop: Občanské sdružení EpiStop [online]. © 1995-2017 [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://epistop.cz/>.

FULLER, Geraint. *Neurologické vyšetření snadno a rychle*. V Praze: Nakladatelství Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1914-6.

JEDLIČKA, Pavel. *Speciální neurologie*. V Praze: Nakladatelství Galén, 2005. ISBN 80-7262-312-5.

KELNAROVÁ, Jarmila a kolektiv. *První pomoc I-Pro studenty zdravotnických oborů*. V Praze: Nakladatelství Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2182-8.

MORÁŇ, Miroslav. *Praktická epileptologie*. V Brně: Nakladatelství TRITON, 2007. ISBN 978-80-7387-023-2.

OREL, Miroslav. *Nervové buňky a jejich svět*. V Praze: Nakladatelství Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9057-2.

OŠLEJŠKOVÁ, Hana a kolektiv. *Epileptické a neepileptické záchvaty v dětství a adolescenci*. V Praze: Nakladatelství ADELA, 2009. ISBN 978-80-87094-06-8.

PAYNE, Jan a kolektiv. *Kvalita života a zdraví*. V Brně: Nakladatelství TRITON, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci*. V Praze: Nakladatelství Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1135-5.

PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetrovatelství I*. V Praze: Nakladatelství Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.

PREISS, Marek, KUČEROVÁ Hana a kolektiv. *Neuropsychologie v neurologii*. V Praze: Nakladatelství Grada, 2006. ISBN 80-247-0843-4.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi II. přepracované a doplněné vydání*. V Praze: Nakladatelství Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5247-1.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. V Praze: Nakladatelství Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4868-9.

Společnost „E“ [online]. © 2018 [cit. 2018-14-03]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/>.

ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana a kolektiv. *Moderní farmakoterapie v neurologii*. V Praze: Nakladatelství Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-529-3.

TYRLÍKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Neurologie pro nelékařské obory*. V Brně: NCO NZO, 2012. ISBN 978-80-7013-540-2.

VOJTĚCH, Zdeněk. *Epilepsie u dospělých osob*. V Praze: EpiStop, 2012. ISBN 978-80-903979-2.

SEZNAM ZKRATEK

- CT – počítačová tomografie
- EEG – elektroencefalografie
- EMG – elektromyografie
- MR – magnetická rezonance
- video-EEG – videomonitorace
- WHO – Mezinárodní zdravotnická organizace
- AA – alergická anamnéza
- GA – gynekologická anamnéza
- OA – osobní anamnéza
- PA – pracovní anamnéza
- RA – rodinná anamnéza
- SA – sociální anamnéza
- SO – současná onemocnění
- PŽK – periferní žilní katétr

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A-Seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru

Příloha B-Informovaný souhlas

Příloha C-Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Příloha A-Seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru

1. Kdy Vám bylo onemocnění diagnostikováno?
2. Máte záchvaty (přes léčbu)?
3. V jakých intervalech se Vám záchvaty vracejí?
4. Jak se u Vás záchvat projevuje?
5. Jak se cítíte po odeznění záchvatu?
6. Jaké užíváte léky? Pozoroval/a jste nějaké vedlejší účinky?
7. Zpozoroval/a jste, co Vám záchvat vyvolává?
8. Daří se Vám dodržovat režimová opatření (pravidelný spánek, pravidelné stravování)? Kouříte? Pijete alkohol?
9. Jaké máte rodinné zázemí? Bydlíte sám/a nebo s partnerem/kou?
10. Jak Vás toto onemocnění omezuje v zaměstnání?
11. Jaké jsou Vaše koníčky?
12. Vlastníte řidičský průkaz?

Příloha B- Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Ošetrovatelská péče o pacienta s epilepsií

STUDENT

Jméno: Tereza Peteríková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: terinka1512@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

Jméno: Mgr. Lucie Posseltová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: posseltoval@fnplzen.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit kvalitu života u pacientů s diagnózou epilepsie, zmapovat faktory ovlivňující kvalitu života

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha C-Povolení sběru informací ve FN Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
stej Svolobdy 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00663806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Tereza Peteříková
Studentka oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** Vaše šetření na *Neurologické klinice (NERV) FN Plzeň*, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Ošetrovatelská péče o pacienta s epilepsií*“.
Vaše šetření bude probíhat pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pacienty NERV, a dále získáváním informací o ošetrovatelských postupech, tamtéž.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra NERV souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše šetření osobně provedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, jakož i údaje, které vám pacienti sami sdělí a budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být zcela anonymizovány.
- **Sběr informací budete provádět v době své, školou schválené, odborné praxe pod přímým vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní Mgr. Lucie Posseřtová, vrchní sestra NERV FN Plzeň.**

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti považovali jako újmu či s rozhovorem nevyhovili souhlas, a dále pokud by spolupráce s vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců. Účast všech jmenovaných osob na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců / pacientů FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovos@fnplzen.cz

V Plzni 3. 3. 2017