

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Režimová opatření u epileptiků

Rostislav Nosek

Bakalářská práce

2014

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Rostislav Nosek**  
Osobní číslo: **Z11161**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Režimová opatření u epileptiků**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

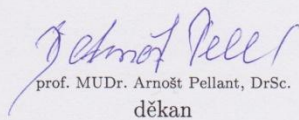
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího  
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran  
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická  
Seznam odborné literatury:

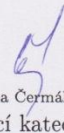
1. AMBLER, Z., J. BEDNAŘÍK a E. RŮŽIČKA. Klinická neurologie: část obecná. 1. vyd. Praha: TRITON, 2004. ISBN 80-725-4556-6.
2. BRÁZDIL, Milan. Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií I-VIII. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-734-5040-2.
3. DOLANSKÝ, Jiří. Současná epileptologie. 1. vyd. Praha: Triton, 2000, 164 s. ISBN 80-725-4101-3.
4. MORÁŇ, Miroslav. Praktická epileptologie. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 137 s. ISBN 80-725-4352-0.
5. MUMENTHALER, Marco a Heinrich MATTLE. Neurologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-716-9545-9.

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

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012  
Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2014

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2014

## **Prohlašuji**

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 20. 4. 2014

.....

Rostislav Nosek

### **Poděkování:**

Rád bych poděkoval Mgr. Jitce Rusové za odborné vedení a její velmi cenné rady, které mi poskytla v průběhu zpracovávání bakalářské práce.

Mé díky patří rovněž lékařům a sestřám neurologické ambulance za jejich vstřícnost, doporučení a spolupráci při distribuci dotazníků. Současně děkuji i pacientům za jejich ochotu účastnit se dotazníkového šetření.

V neposlední řadě chci poděkovat své rodině, za pomoc a podporu v průběhu celého studia.

## **Anotace**

Práce je věnována problematice epilepsie a zaměřuje se na režimová opatření související s tímto onemocněním. Zkoumá znalosti těchto opatření u nemocných, jejich dodržování v průběhu léčby a následně i v období kompenzace onemocnění. V teoretické části jsem se kromě samotných režimových opatření zaměřil též na historii, příčiny vzniku, diagnostiku a léčbu. Praktická část prezentuje rozbor dotazníkového šetření k problematice režimových opatření u klientů neurologické ambulance a výsledky výzkumu, jehož cílem bylo ověření znalostí těchto opatření a jejich dodržování nemocnými.

## **Klíčová slova**

epilepsie, režimová opatření, záchvat, řízení vozidla

## **Title**

Lifestyle changes in epileptics

## **Annotation**

The work is devoted to problems of epilepsy and focuses on routine measures associated with this disease. Examines knowledge of these measures for patients and their compliance during treatment and subsequently in the compensation of the disease. In the theoretical part I have focused besides the regime measures, also on the history and causes of disease, diagnosis and treatment. The practical part presents an analysis of the survey on the issue of regime measures for a client of neurological ambulance and results of research aimed at verifying the knowledge of the measures and their compliance by sick people.

## **Keywords**

epilepsy, routine measures, seizure, driving

## **Obsah**

Úvod.....	10
Cíle .....	12
I Teoretická část .....	13
1 Epilepsie.....	14
2 Historie .....	15
3 Patogeneze.....	16
3.1 Základní dělení záchvatů.....	16
3.2 Další dělení záchvatů .....	17
4 Diagnostika.....	19
4.1 Anamnéza.....	19
4.2 EEG.....	19
4.3 Zobrazovací metody.....	20
5 Léčba .....	21
5.1 Léky.....	21
5.2 Režimová opatření .....	22
5.2.1 Spánek.....	22
5.3.2 Dieta .....	23
5.3.3 Sport.....	24
5.3.4 Zaměstnání.....	24
5.3.5 Alkohol .....	25
5.3.6 Řidičská oprávnění .....	25
5.3.7 Zbrojní průkaz.....	26
5.4 Další opatření .....	26
5.4 Žena a epilepsie.....	27
5.5 Psychické a psychologické aspekty epilepsie .....	27
II Praktická část.....	29

2.1 Výzkumné otázky.....	30
2.2 Metodika výzkumu.....	31
2.3 Analýza dat a interpretace výsledků .....	33
2.3.1 Otázka č. 1: Jak dlouho se s epilepsií léčíte? .....	33
2.3.2 Otázka č. 2: Jaká bývá frekvence Vašich epileptických záchvatů? .....	34
2.3.3 Otázka č. 3: Dodržujete v souvislosti s epilepsií nějaká režimová opatření? .....	36
2.3.4 Otázka č. 4: Byla Vám nějaká režimová opatření doporučena lékařem?.....	37
2.3.5 Otázka č. 5: Brání Vám něco v dodržování režimových opatření? .....	38
2.3.6 Otázka č. 6: U epileptiků dochází k nedodržování režimových opatření, dochází k tomu i u Vás? .....	39
2.3.7 Otázka č. 7: Myslíte si, že k záchvatu došlo z důvodu nedodržení režimu? .....	42
2.3.8 Otázka č. 8: Ovlivňují režimová opatření kvalitu Vašeho života?.....	43
2.3.9 Otázka č. 9: Kde jste získali dosavadní informace o režimových opatřeních, resp. kde nejvíce? .....	44
2.3.10 Otázka č. 10: Domníváte se, že máte dostatek informací ohledně režimových opatření?46	
2.3.11 Otázka č. 11: Uvítal/a by jste informační leták týkající se této problematiky?.....	47
2.3.12 Otázka č. 12: Vaše pohlaví?.....	48
2.3.13 Otázka č. 13: Jaký je Váš věk? .....	49
2.3.14 Otázka č. 14: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? .....	50
2.4 Diskuze.....	51
2.4.1 První výzkumná otázka.....	51
2.4.2 Druhá výzkumná otázka .....	53
2.4.3 Třetí výzkumná otázka .....	55
2.4.4 Čtvrtá výzkumná otázka .....	55
2.4.5 Pátá výzkumná otázka.....	56
2.4.6 Šestá výzkumná otázka .....	56
2.4.7 Sedmá výzkumná otázka .....	57
2.5 Závěr .....	59
Seznam bibliografických citací.....	61
Seznam tabulek a obrázků.....	64
Seznam příloh.....	65
Přílohy .....	66



## **Seznam zkratek a značek**

CT	počítačová tomografie
SPECT	tomografická scintigrafie
PET/CT	pozitron emisní tomografie
MR	magnetická rezonance
RTG	rentgen
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČR	Česká republika
CNS	centrální nervová soustava
EKG	elektrokardiografie
EEG	elektroencefalografie
RO	režimová opatření

## Úvod

Dodržování „režimových opatření“ u epileptiků je téma, se kterým se setkávají nejen zdravotníci v neurologických ambulancích a specializovaných centrech, ale též pracovníci emergency a záchranáři. Pracuji na malém výjezdovém stanovišti ZZS a k epileptickému záchvatu vyjíždíme v průměru 5x měsíčně. Jedná-li se o nekomplikovaný záchvat, pacient bývá po ošetření ponechán na místě, nebo transportován domů. Při prvním záchvatu je pacient vždy odvezen do zdravotnického zařízení. Jedná-li se o těžký status epilepticus, mohou být pacienti umístěni na ARO.

Důvody zhoršení stavu a vyvolání záchvatu jsou různé. Při sběru anamnézy se ve většině případů zjistí, že došlo k porušení režimových opatření, a to buď vědomě, nebo nevědomě. V terénu je při zahájení léčby velmi důležitá anamnéza, a proto jsou první otázky směřovány na to, zda pacient dodržuje farmakologickou léčbu či zda neporušil nějaké režimové opatření. Nezřídka se setkáváme s tím, že pacienti jsou pod vlivem alkoholu, pracují v noci, nebo nemají z nějakého důvodu léky u sebe.

S diagnózou epilepsie, ať již primární, nebo sekundární, obvykle přichází změna životního stylu. Dá se říci, že lidé, kterým je epilepsie diagnostikována, vstupují do jiné etapy života, do života s epilepsií.

Mít epilepsii by však nemělo znamenat vyřazení ze společnosti či diskriminaci. Z historie známe mnoho slavných lidí, kteří epilepsií trpěli. I v dnešní době je epilepsie velmi častá, dá se říci, že je nejčastějším neurologickým onemocněním. Incidence dosahuje 50 nově diagnostikovaných případů na 100000 obyvatel. Mnozí epileptici však žijí v našem okolí, aniž bychom o jejich nemoci věděli. Důvodem našeho nevědomí je to, že u nich neprobíhají epileptické záchvaty, anebo probíhají, ale s velmi mírným, téměř skrytým průběhem. Na tom má velký podíl dodržování léčebného režimu a dalších opatření, která eliminují množství a míru projevů epileptických záchvatů.

Pro kvalitní život s epilepsií je nejdůležitější dodržovat medikamentózní léčbu, která je nemocnému doporučena lékařem, a dále se pacient musí snažit dodržovat režimová opatření, která snižují možnost dekompenzace onemocnění. Mezi tato opatření patří užívání léků dle ordinace lékaře, dodržování spánkového režimu, abstinence v oblasti alkoholu a dalších návykových látek, ale třeba i vhodný sport a dieta.

Vzhledem k tomu, že často přicházím do styku s epileptiky, kteří nedodrží předepsanou léčbu a porušují režimová opatření, zajímalo mě, zda by tyto prohřešky přiznali, budou-li anonymně dotázáni, a rozhodl jsem se proto, že svoji bakalářskou práci zaměřím tímto směrem.

## **Cíle**

1. Zjistit, zda alespoň někteří respondenti z řad epileptiků přiznají nedodržování režimových opatření.
2. Zjistit, jak bude respondenty subjektivně hodnocena míra jejich informací o režimových opatřeních a odkud informace čerpají.
3. Zjistit, co epileptikům nejčastěji brání v dodržování režimových opatření.
4. Zmapovat vztahy mezi nedodržováním režimových opatření a věkem, pohlavím, délkou léčby.
5. Zmapovat náhled epileptiků na vztah mezi nedodržením režimových opatření a záchvatem.

## **I Teoretická část**

# 1 Epilepsie

Výskyt epilepsie je po celém světě bez ohledu na rasu, věk, socioekonomickou strukturu, nebo zeměpisnou polohu. Jedná se o onemocnění charakterizované poruchami, které se vyskytují v záchvatech. Tyto záchvaty jsou vůlí neovlivnitelné. Bývají obvykle spojeny s poruchami vědomí, není to však pravidlem. Změny se mohou týkat autonomních funkcí i senzomotoriky. (Moráň, 2003; Seidl, Obenberger, 2004)

Výskyt epilepsie se projevuje u zhruba 0,5-1% lidské populace. Jestliže se vyskytuje epilepsie v příbuzenstvu, může být riziko poněkud vyšší, než bývá průměr populace. V současnosti tedy trpí tímto onemocněním na celém světě asi 50 milionů jedinců. V České republice nyní žije asi 70–100000 lidí s epilepsií. Ve vyspělých zemích přibývá 24-53 nemocných na 100000 obyvatel za rok. V rozvojových zemích je výskyt nových případů onemocnění až trojnásobně vyšší a to především díky většímu množství úrazů a infekcí. (Mumenthaler, Mattle, 2001; [www.epilepsiebrno.cz](http://www.epilepsiebrno.cz))

## 2 Historie

Svatá nemoc, rajská nemoc, božská nemoc. Hvězdná, měsíční nemoc, ale i nemoc, kdy je člověk posedlý ďáblem nebo na něj bůh seslal trest, padoucnice a mnohé další. To vše jsou přívlastky, které provázejí onemocnění epilepsie. Lidé si ji pojmenovali i podle toho, jak se s ní setkávali, takže můžeme slyšet i o ohavné nemoci nebo nemoci, ze které se zvrací.

Už okolo roku 2000 př. n. l. se uvádějí první zmínky o medicínských poznacích v oblasti epilepsie. Právě v této době se hovořilo o trestu seslaném bohem nebo posedlostí démony.

Mnoha stoletími rozmlžených pověrami probleskovaly i okamžiky na svou dobu až jasnozřivého poznání. Již v roce 400 př. n. l. napsal Hippokrates: „*Myšlenka, že tato nemoc pochází od bohů, je pouze zástěrkou pro nevědomost a podvodné praktiky těch, kteří tento názor kážou. To, že nemoci vkládají do vínků božskost, jen dokazuje, jak jsou sami bezbožní. Bohové totiž nečiní tělo nečistým, tak jak tomu tito šarlatáni věří. Příčina epilepsie tkví v mozku a záchvat způsobuje zima, slunce a vítr, jež mění jeho konzistenci.*“ (www.zena-in.cz).

Epilepsii doprovází v celém křesťanském světě svatý Valentin, proto se epilepsii říkalo také „hoře svatého Valentina“, „nemoc svatého Valentina“, „slabost svatého Valentina“. Nejpravděpodobnější vysvětlení zodpovědnosti svatého Valentina za epilepsii a epileptiky, bylo nalezeno u Luthera jako prostá jazyková analogie jména „Valentin“ a německého „falen“, což v českém překladu znamená padat. (Moráň, 2003).

Epilepsií různých druhů trpěli v minulosti mnohé známé osobnosti, jako např.: Herkules, Cézar, Johanka z Arku, Dostojevskij, Ferdinand V, Lenin nebo Napoleon, ale nebyly jí ušetřeny ani mnohé celebrity dnešní doby.

## 3 Patogeneze

Epileptický záchvat je obecně příznakem funkčního postižení určité části mozku, nebo jeho systému. Dá se říci, že se jedná o časově omezenou, většinou krátkodobou změnu klinického stavu podmíněnou excesivním výbojem části nervových buněk mozku. Klinický obraz záchvatu

je pak závislý na oblasti, v níž tento výboj vzniká, nebo v které je následně šířen. Z toho plynou rozmanité klinické projevy epileptických záchvatů u jednotlivých pacientů a s nižší četností i možné variace průběhu jednotlivých atak záchvatů u jednoho stejného pacienta. (www.zdravi.e15.cz)

Epileptický záchvat může být klinickým projevem jiného patologického procesu. Bývá označován jako symptomatologický, resp. sekundární při probíhajícím zánětu CNS, rostoucím nádoru, recentním traumatu, nebo krvácení do mozku. Stejným způsobem se někdy projeví i starší reziduum po proběhlé kontuzi mozku, zánětu či krvácení. (Seidl, Obenberger, 2004)

### 3.1 Základní dělení záchvatů

Rozlišují se dvě skupiny epileptických záchvatů, které se dále ještě člení. Základní zjednodušené dělení je na generalizované a parciální. Při generalizovaném záchvatu postihují příznaky primárně obě poloviny mozku, a tedy i těla. Parciální záchvaty naopak vznikají v ohraničené části jedné mozkové polokoule a postihují pouze jednu polovinu těla či její část. Mohou však přerůst v záchvat generalizovaný.

Zřejmě nejznámějším typem generalizovaného epileptického záchvatu je tzv. grand mal, který je charakteristický náhlou ztrátou vědomí s možným pádem na zem a očima obracejícíma se v sloup. Objevují se křeče, svalstvo je napjaté, přecházející ve ztuhlost a často tento stav doprovází dočasná zástava dechu. Může se objevit i cyanóza kůže, zvláště obličeje a rtů. Po 15–30 vteřinách dochází k rytmickým záškubům veškerého svalstva. Z úst vystupuje pěna, často dochází k pokousání jazyka a uvolnění svěračů, takže pacient je pomočen, pokálen. Křeče trvají 1–2 minuty. Tento záchvat obvykle odezní nejdéle do 10 minut. Po záchvatu může postižený upadnout do hlubokého spánku, trvajícího až několik hodin. Po probudění je dezorientovaný, zmatený, neobratný v pohybech a myšlení, provádí neúčelné pohyby (oprašuje si kabát, vyprazdňuje si kapsy aj) a může být i agresivní.



Parciální záchvaty rozeznáváme dva – jednoduchý (motorický, senzitivní) a komplexní (psychomotorický, automotorický). Jednoduché parciální záchvaty se mohou projevit jako záškuby některých částí těla (tvář, jedna končetina) nebo svalů jedné poloviny těla. Nemocný může smysly vnímat chuť, vůni, zvuky, které neodpovídají skutečnosti. Taktéž může prožívat neopodstatněné emoce (strach, smutek, hněv a zlost) neodpovídající situaci. Dalším projevem může být pocit bolesti břicha či nucení na zvracení. Čas záchvatu se pohybuje od několika sekund po desítky minut. Jednoduchý parciální záchvat může spontánně ustoupit, ale i po chvíli přejít v záchvat sekundárně generalizovaný. Komplexní parciální záchvat se projeví stavem podobným zasnění. Epileptik zpravidla není při vědomí a nereaguje na výzvy. Mnohdy provádí neobvyklou činnost, jako je manipulace s oblečením, případně svlékání se, grimasování, polykání a žvýkání na prázdno apod. Může stáčet oči, hlavu, případně i trup k jedné straně. Výjimečně dochází k takzvanému vigvam-bulantního stavu, kdy epileptik provádí neuvědomělou, avšak mnohdy složitou činnost (chodí z místa na místo, bere různé předměty apod.), která může nepoučenému člověku připomínat normální chování. Komplexní parciální záchvaty trvají nejčastěji v délce 30 sekund až 3 minut, výjimečně i desítky minut. Po odeznění záchvatu bývá nemocný ještě po určitou dobu dezorientován, zmaten a většinou trpí amnézií. ([www.extc.cz](http://www.extc.cz))

### **3.2 Další dělení záchvatů**

Existuje ale ještě dalších pět typů generalizovaných epileptických záchvatů, při nichž chybí některé průvodní jevy.

Sekundárně generalizované tonicko-klonické záchvaty vypadají podobně jako tzv. grand mal záchvaty. Začínají však jako záchvaty parciální, teprve poté se rychle šíří mozkiem a postihují celý mozek.

U tonických záchvatů, které bývají kratší než minutu, obvykle nedochází k svalovým záškubům.

Při atonickém záchvatu (tzv. drop attack) vzniká náhlá ztráta svalového napětí s následným pádem k zemi. Tento stav trvá zhruba sekundu.

Myoklonické záchvaty se projevují náhlým záškubem horních i dolních končetin. Přicházejí obvykle bezprostředně po probuzení a mohou se objevovat v krátkých intervalech. Trvají rovněž několik málo sekund.

Záchvaty nazvané absence (tzv. petit mal) jsou charakterizovány krátkou ztrátou vědomí, která se může opakovat i mnohokrát denně. Jediným příznakem může být, že nemocný zrychleně mrká nebo vyvrací oči „v sloup“. Pacient se zahledí „do dálky“, přestane mluvit, psát, zastaví činnost, které se právě věnoval, upustí předmět, který držel. Někdy záchvat proběhne tak rychle, že může snadno uniknout pozornosti. Po znovunabytí vědomí pokračuje postižený v činnosti a nepamatuje si, co se stalo. ([www.extc.cz](http://www.extc.cz))

## **4 Diagnostika**

### **4.1 Anamnéza**

Základem vyšetření je anamnéza. Měla by být provedena odborným lékařem - neurologem. Od rodinné anamnézy by se měl postupně dostat k objektivním příznakům. Tyto informace dokáží nejlépe podat svědci záchvatu, pokud nějací jsou. Vyjádřit by se měl samozřejmě i pacient, zda si pamatuje na vznik záchvatovitého stavu, průběh a stav vědomí. Důležité jsou také údaje o charakteru křečí, křečových příznacích, a zda záchvatu předcházela aura. Následuje diferenciální diagnostika k vyloučení jiných onemocnění. V té napomáhají laboratorní odběry nebo vyšetření u dalších specialistů.

### **4.2 EEG**

EEG hodnotí funkční aktivitu mozkových struktur. Dále hodnotí difuzní poruchu u zánětlivých nebo metabolických afekcí, detekuje ložiskovou poruchu (nedokáže však zjistit její anatomickou povahu) a má velký význam při diagnostice epilepsie. Jsou zaznamenávány časoprostorové změny mozkových potenciálů, vznikajících na základě kontinuální aktivity vzrušivých membrán na synapsích neurologických populací. Z téměř každého centimetru čtverečního lze získat rozdílný signál odpovídající proměnlivosti excitačně – inhibiční aktivity. (Ambler, Bednařík, Růžička, 2004)

Při EEG se může provádět několik aktivačních metod. Hyperventilace nosem a ústy, fotostimulace, apnoe, spánková deprivace a provádí se i spánkové EEG. (Waberžinek, Krajíčková, 2004)

### **4.3 Zobrazovací metody**

Mezi další základní vyšetření patří zobrazovací metody CT. Jedná se o rentgenové vyšetření, které umožňuje za pomoci počítače znázornit obraz snímaného mozku. Magnetická rezonance využívá velké magnetické pole. Umožňuje znázornit řezy určité oblasti těla, zpracovat je a spojit např. v 3D obraz. U pacientů s epilepsií je magnetická rezonance obecně první volbou při vyšetření a měla by být preferována před CT vyšetřením s ohledem na její vyšší senzitivitu a specifickou. V akutních případech lze považovat za adekvátní CT vyšetření. Dále je možno provádět SPECT, PET/CT, funkční MR a velké množství dalších specializovaných vyšetření.

## 5 Léčba

Medicínským cílem je plná kompenzace onemocnění. Termínem kompenzace rozumíme podstatné snížení záchvatů, kdy nejsou žádné nebo pouze minimální neurologické projevy. Úroveň zvládnutí onemocnění se hodnotí přibližně po 2-3 letech léčby a observace. Poté je možná opětovná integrace pacienta do společnosti a vykonávání běžné práce s omezením pro určité obory (řidič hromadné dopravy apod.). Dá se říci, že jedinec dosahuje téměř plnohodnotné kvality života.

Ze sociálních cílů je snaha o zamezení sociálního handicapu a o rozvoj trvalé společenské integrace, toto se týká především pacientů subkompenzovaných. U těchto pacientů je vývoj onemocnění nepříznivý, frekvence záchvatů častá a jejich charakter závažný s řadou rizik. Je vhodné zajistit specializovanou odbornou péči o pacienta k prognostickému zhodnocení onemocnění a k doporučení dalších postupů v komplexní péči.

Nedílnou součástí je i péče o potřeby bezpečnosti, ega, uznání stavu a sebenaplnění společenských potřeb. (Dolanský, 2000)

### 5.1 Léky

Obecně lze říci, že u pacientů s epilepsií užívajících léky je velmi důležitá compliance. Vynechání dávky léku bývá jedním z nejčastějších důvodů vzniku záchvatu nebo dekompenzace epilepsie. K dekompenzaci však může vést i pokles plazmatické koncentrace antiepileptik jako následek jiných důvodů – zvracení, průjemovitě onemocnění, interakce s jinými léky. Pacienty je třeba o těchto stavech náležitě edukovat a doporučit jim, co mají v takovém případě dělat. (Vlček, Fialová 2010).

Každý pacient by měl být svým ošetřujícím lékařem poučen o užívání léků, jejich vedlejších účincích a možných interakcích při kombinaci s jinými léky. Pro správnou účinnost musí být antiepileptika podávána v zavedených dávkách a pravidelně. Dávkování ve smyslu snižování či zvyšování dávky určuje vždy lékař. Léčba je to dlouhodobá, trávající 2-3 roky. Ve většině případů však trvá i déle, mnohdy doživotně.

## 5.2 Režimová opatření

Při léčbě epilepsie se nejedná pouze o podávání tablet několikrát denně, jak je představou mnoha nemocných, ale i zdravotníků. Celkový komplex léčby nemocného epilepsií se skládá z řady opatření, které by měly v obecné rovině směřovat k co nejlepší kvalitě života. Kvalitu života nemocného s epilepsií více či méně mění onemocnění samotné. Opakující se záchvatovité ataky mohou způsobit poranění, ale současně mohou působit problémy v oblasti pracovní, může dojít k zhoršení výkonnosti, výsledků a to může i ovlivnit finanční ohodnocení.

Na podkladě záchvatů dochází ke snížení efektivního využití volného času. Pravidelné užívání léků s jejich možnými vedlejšími účinky vede ke zvýšeným nárokům na správnou, antiepileptickou životosprávu. Epileptik se musí potýkat i s dalšími problémy, které souvisejí s horším uplatněním ve společnosti a snížením sociálního postavení, obtížemi v komunikaci atd. (Moráň, 2003)

Režimová, tzv. nemedikamentózní opatření, označovaná oficiálně jako životospráva platná pro záchvatovitá onemocnění, tvoří nedílnou součást léčby epilepsie. Na onemocnění, prognózu a léčbu mají téměř stejný vliv, jako léčba farmakologická. Člověk, který onemocní epilepsií, se většinou až v průběhu života a léčby seznamuje s tím, co mu způsobuje zhoršení stavu, vyvolává záchvaty apod. Je důležité, aby tyto problémy konzultoval se svým lékařem a společně hledali řešení.

### 5.2.1 Spánek

Mezi hlavní body správné životosprávy u epileptiků patří pravidelný spánek a bdění. Vzájemná propojenost epilepsie, epileptických záchvatů, spánku a bdění je mnohonásobná. Už Hippokrates popsal souvislost mezi epileptickými záchvaty a poruchami spánkového režimu, když řekl, že nemocný s epilepsií by měl: „Den strávit bděním a noc spánkem. Pokud je tento zvyk porušen, není to dobré.“(Brázdil, 2004)

Epileptické záchvaty narušují spánek a současně spánkové poruchy (např. spánkovou apnoe) mohou záchvaty iniciovat. Významný vliv na spánek mají také antiepileptika. Některá mohou zvyšovat ospalost přes den a tím zvýšit možnost epileptického záchvatu. ([www.solen.cz](http://www.solen.cz))

Mnohdy bývají poruchy spánku spojovány s migrénou. Epilepsie a migréna jsou však dvě odlišné entity, každá s charakteristickou symptomatologií a propracovanou klasifikací. Společnými znaky jsou záchvaty s pozitivními i negativními ložiskovými příznaky. Symptomy migrény mají delší trvání a dominantním příznakem je bolest hlavy. Základním rozdílem mezi migrénou a fokální epilepsií je přítomnost strukturálního postižení určité části mozkové kůry, z níž záchvaty vycházejí. ([www.zdravi.e15.cz](http://www.zdravi.e15.cz))

U epileptika by měl být spánek fyziologický. Měl by být zajištěn pravidelný denní režim. (snaha nespávat v odpoledních hodinách a večer vhodně zvolit dobu pro usínání). Spánek je také u epilepsie součástí vyšetřování pomocí EEG, kdy jsou pod vlivem spánkové deprivace vyhodnocovány určité algoritmy. Toho je využíváno při diagnostice, ukončování terapie nebo k odlišení paroxysmálních stavů jiné etiologie. ([www.desitin.cz](http://www.desitin.cz); [www.solen.cz](http://www.solen.cz))

### **5.3.2 Dieta**

Mezi historicky nejvýznamnější dietní opatření patří dieta u epileptiků. Doporučovalo se vyhybat kakau, čokoládě, což je dnes považováno za obsolentní. Strava epileptiků by měla být pestrá s dostatečným příjmem ovoce a zeleniny, nepřesolená, nekořeněná a nedráždivá. U každého nemocného může být jiná reakce na různé druhy potravin. Strava, která může vyprovokovat záchvat, je zcela individuální. (Svačina, 2008)

Nemocní by se také měli vyvarovat potravin a nápojů s větším obsahem glutamanu a aspartamu. Součástí léčby epilepsie může být i tzv. ketogenní dieta. Jedná se o dietu, která oproti doporučené běžné stravě obsahuje vysoké množství tuků při výrazném omezení přívodu cukrů a bílkovin. Tento typ stravy navozuje v těle produkci tzv. ketolátek, ovlivňujících vnitřní prostředí organismu. Protizáchvatový efekt této diety zatím není jednoznačně vysvětlen. V současnosti se ketogenní dieta užívá v léčbě farmakorezistentní epilepsie, hlavně u dětí mladších 10 let. U jedinců starších nemívá dieta tak výrazný účinek. Konkrétní výběr pacienta vždy záleží na klinickém rozhodnutí ošetřujícího lékaře. S nárůstem znalostí a rozšířením diety v posledních letech se dá očekávat její využití i v časnějších fázích antiepileptické terapie. ([www.epilepsie.cz](http://www.epilepsie.cz); Kudr, 2012)

### 5.3.3 Sport

Je nesporné, že sport má pozitivní vliv na naši fyzickou a psychickou kondici a kladný účinek na náš zdravotní stav. Člověk, který má epilepsii, se nemusí vzdát sportovních aktivit, aby si neublížil nebo si nevyprovokoval záchvat. Spousta aktivit není pro člověka trpícího záchvaty příliš vhodná, ale zbývá mnoho sportů, které provozovat může. Vše vždy závisí na konkrétním případě. Ve spolupráci s ošetřujícím neurologem je nutné zvážit typ a frekvenci záchvatů, dobu výskytu, kompenzaci onemocnění, spouštěče (stres, vzrušení aj.), přítomnost aury a podle toho se snažit vyčlenit sporty, které může pacient provozovat. ([www.epistop.cz/](http://www.epistop.cz/))

Můžeme však hovořit o řadě nevhodných sportů, které mohou vést k poškození nemocného. Jedná se o vodní lyžování, surfování, potápění, skoky do vody, skoky a sjezd na lyžích, hod diskem, koulí, kladivem, střelba, šerm (byť jde často o relativní limitaci) a v neposlední řadě box, který snad nelze považovat za prospěšný ani u zdravého člověka. (Moráň, 2003)

Mezi doporučované sporty řadíme plavání, kdy je nutné mít s sebou doprovod nebo alespoň informovat plavčíka. Dále jsou to rybaření, pěší turistika, jóga, rehabilitační a relaxační cvičení.

S omezeními může epileptik provozovat také cyklistiku, kdy je nutno používat ochranné přílby (lze čerpat příspěvek na ochrannou pomůcku), nebo i jízdu na koni, protože kůň je zdroj pohybových impulsů, a proto má význam i psychoterapeutický. ([www.dobromysl.cz](http://www.dobromysl.cz))

### 5.3.4 Zaměstnání

Příprava na zaměstnání a zaměstnání v dospělosti bývají z řady pohledů problematické. Nezáleží pouze na stupni vzdělání, jehož nemocný dosáhl, ale i na grafomotorice a na schopnosti zvládnutí určitého typu zaměstnání z pohledu vytrvalosti. Omezení mohou být v oblastech získání řidičské oprávnění, práce s běžícími stroji, práce ve výškách, ale především při práci na noční směny. Pokud je nemocný s epilepsií zaměstnán, je vhodné o onemocnění a možnosti záchvatů informovat nadřízené a spolupracovníky. Důvodem je nejen pomoc v případě záchvatu, ale také to, že výskyt záchvatu u zatajené nemoci může vést k problémům a často i ztrátě zaměstnání. Ze strany společnosti je očekávána významná



pomoc pro nekompenzované nemocné, protože nejsou schopni plnohodnotné výdělečné činnosti. Pracovat mohou pouze v chráněných dílnách. (Moráň, 2003)

### 5.3.5 Alkohol

Spotřeba alkoholu v České republice je vysoká a představuje závažný medicínský problém. Je prokázána souvislost mezi užíváním alkoholu a výskytem epileptických záchvatů. Výskyt epileptických záchvatů je u alkoholiků 3× vyšší než u zbytku populace. Riziko vzniku epileptických záchvatů u alkoholiků vzrůstá s dávkou užívaného alkoholu. ([www.neurologiepropraxi.cz](http://www.neurologiepropraxi.cz))

Epileptické záchvaty na podkladě alkoholu probíhají v důsledku odvykacích stavů i dalšími mechanismy. U pacientů trpících epilepsií a současně škodlivě užívajících alkohol je vhodná krátká intervence, u ethyliků s epilepsií je třeba doporučit protialkoholní léčbu. Alkohol však není jedinou psychoaktivní látkou, která může vyvolat epileptické záchvaty. Ty se mohou vyskytnout i v odvykacích stavech po barbiturátech, po vysokých dávkách benzodiazepinů nebo při intoxikaci amfetaminy (pervitin) či kokainem. (Nešpor, 2005)

### 5.3.6 Řidičská oprávnění

Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel je upravena v České republice vyhláškou č. 72/2011, jež je v platnosti od 15. dubna 2011. Její součástí je příloha č. 3, s uvedenými nemocemi, vadami nebo stavy, které vylučují nebo podmiňují zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel. Posudek o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel vydává posuzující lékař. Zhodnotí zdravotní stav nemocného a na základě prohlášení žadatele, předchozích záznamů ve zdravotnické dokumentaci a informací sdělených registrujícím praktickým lékařem vydá posudek o zdravotní způsobilosti. Posuzovanou osobu lze za zdravotně způsobilou k řízení motorových vozidel uznat za podmínek stanovených v zákonné normě.

Zdravotní způsobilost musí vždy zhodnotit neurolog na základě anamnestických údajů, klinického obrazu (stav epilepsie, postup nemoci, dosavadní léčba a její výsledky), výsledku EEG vyšetření a posouzení vlivu antiepileptik na kognici. K vyjádření mohou být vyžádána další nezbytná pomocná vyšetření (např. zobrazovací, psychologické, psychiatrické, video-

EEG monitorování). Ve sporných případech může být vyžádáno i stanovisko epileptologa. U epilepsií má být vydán posudek na omezenou dobu, po jejímž uplynutí bude pacient znovu vyšetřen a posouzen. Posudek může být také vydán tzv. s podmínkou. Podmínka spočívá v nějakém omezení posuzované osoby, u epilepsií se může jednat zejména o zákaz řízení v noci. ([www.desitin.cz](http://www.desitin.cz))

Jako zdravotně způsobilou nebo způsobilou s podmínkou k řízení motorových vozidel je možné uznat osobu při délce bezzáchvatového období delšího než 1 rok. Další nezbytností je odborné neurologické vyšetření, kde není shledán důvod k zdravotní nezpůsobilosti. Po zhodnocení stavu může neurolog napsat vyjádření pro posuzujícího lékaře, které povede k vydání nebo navrácení řidičského oprávnění (skupiny A, B a B+E a AM a podskupiny A1 a B1). Pro řidiče z povolání jsou podmínky mnohem přísnější. ([www.epilepsiebrno.cz](http://www.epilepsiebrno.cz))

### **5.3.7 Zbrojní průkaz**

Vydání zbrojního průkazu se řeší zákonem č. 119/2002 Sb., o střelných zbraních a střelivu. Pravidla pro hodnocení a požadavky na vyšetření jsou obdobná, jako pro vydání řidičského oprávnění. Zbrojní průkazy jsou rozděleny do skupin a opět na základě individuálního posouzení a dle druhu skupiny dochází k přiznání způsobilosti. ([www.epilepsiebrno.cz](http://www.epilepsiebrno.cz); [www.mvcr.cz](http://www.mvcr.cz))

## **5.4 Další opatření**

U některých pacientů s epilepsií může docházet v souvislosti se sledováním televizoru nebo monitoru počítače k provokaci záchvatů (tzv. fotosenzitivita). Při vyšetření EEG lékař zjistí, zda je nemocný citlivý na dráždění světlem. Není nutný úplný zákaz televize, ale dodržování určitého režimu ve sledování televize. V praxi to znamená nezůstávat před televizí příliš dlouhou dobu, nezatemňovat místnost a za televizor umístit další zdroj světla. Podobné problémy může způsobit i pobyt v místech se stroboskopy (např. diskotéky). ([www.desitin.cz](http://www.desitin.cz))

## 5.4 Žena a epilepsie

Pro užívání hormonální antikoncepce není u žen kontraindikace, ale je třeba dodržovat určité zásady. U žen s katameniální epilepsií, nebo u jiných epileptických syndromů, předpokládajících vliv pohlavních hormonů na kompenzaci epilepsie, se doporučují kombinované přípravky jednofázové. U žen, které nemají vazbu záchvatu na menstruační cyklus, lze užít kombinované preparáty.

Pro ženu nemusí epilepsie znamenat, že se vzdá svého snu o vlastním dítěti. Vystává však otázka, jaké je riziko ovlivnění zdravotního stavu dítěte onemocněním matky. Těhotenství a péče o dítě může být pro ženu epileptičku problematické, zvláště pokud užívá vyšší dávky léků, případně jejich kombinaci. Antiepileptika totiž mohou ovlivnit vývoj plodu. Je nezbytné proto mateřství konzultovat se svým neurologem a dobře naplánovat na období optimální kompenzace. Vhodná je také konzultace s genetikem.

Většina epileptiček může bez problémů родit spontánně. Porod u epileptiček v epidurální analgezií je možný, ovšem pokud není kontraindikována. Je nevhodná protrahovaná hyperventilace u pacientek, u kterých je prokázán provokující vliv na epilepsii. Plánovaný porod císařským řezem je indikován u žen s vysokým rizikem generalizovaných záchvatů, u epileptického statu a s protrahovanými nebo kumulativně se vyskytujícími parciálními záchvaty.

Kojení je plně indikováno i při podávání antiepileptik, protože je prokázáno, že v období 4-6 měsíce převažují kladné vlivy sociální a imunologické nad negativními vlivy antiepileptik. (Waberžinek, Krajičková, 2004; Moráň, 2003; [www.rehabilitace.info](http://www.rehabilitace.info))

## 5.5 Psychické a psychologické aspekty epilepsie

V rámci tohoto opatření nejde jen o ovlivnění záchvatů, protože se u pacientů jedná často o omezování psychických obtíží. Ty mohou být podmíněny reakcí na nemoc jako takovou, strachem či úzkostí při očekávání dalších záchvatů a nejistotou, která vyplývá z neschopnosti předpovědět další záchvat. Vzhledem k tomu, že výsledkem léčby epilepsie by mělo být zvýšení celkové kvality života, je nutné léčit epileptické záchvaty, ale i korigovat veškeré změny psychiky a zlepšovat komplexní kvalitu života. Z tohoto důvodu by měli být epileptici

v některých případech dispenzarizování i v odborné ambulanci psychiatra nebo psychologa.  
(Moráň, 2003; [www.zdravi.e15.cz](http://www.zdravi.e15.cz))

## **II Praktická část**

## 2.1 Výzkumné otázky

1. Budou mít respondenti, kteří přiznávají nedodržování režimových opatření, záchvaty častěji než respondenti, kteří nedodržování režimových opatření negují?
2. Jaká režimová opatření respondenti nejčastěji nebudou dodržovat?
3. Co bude bránit respondentům v dodržování režimových opatření nejčastěji?
4. Bude rozdíl v nedodržování režimových opatření mezi epileptiky léčícími se do 4 let a epileptiky léčícími se déle než 4 roky?
5. Budou dodržovat ženy režimová opatření více než muži?
6. Budou dodržovat respondenti s maturitou, vyšším a vysokoškolským vzděláním režimová opatření více než respondenti s nižším stupněm vzdělání?
7. Jak budou respondenti subjektivně hodnotit míru své informovanosti o režimových opatřeních a odkud budou respondenti získávat informace o režimových opatřeních nejčastěji/nejvíce?

## 2.2 Metodika výzkumu

Tato práce je teoreticko-výzkumná. V teoretické části jsem se zabýval epilepsií s důrazem na režimová opatření, která jsou nedílnou součástí léčby. Ze své praxe vím, že mnoho epileptiků režimová opatření nedodržuje. Mým hlavním výzkumným záměrem bylo zjistit, zda alespoň někteří pacienti z řad epileptiků nedodržování těchto opatření přiznají a jaká provinění budou případně přiznávat. Zajímalo mě, jak epileptici režimová opatření vnímají, odkud čerpají informace a zda si vystačí s informacemi od zdravotníků, či zda používají i jiné zdroje. Dále jsem se zajímal o vztahy mezi nedodržováním režimových opatření a vybranými charakteristikami. Předpokládal jsem, že pacienti budou sdílnější, budou-li moci odpovídat zcela anonymně a tak jsem upřednostnil kvantitativní dotazníkové šetření před kvalitativním výzkumem, který by byl výnosnější stran objasnění některých vztahů.

Své šetření jsem prováděl v čekárně ordinace ambulantního neurologa, který se specializuje na péči o dospělé pacienty. Osloveni byli tedy epileptici starší 18 let. Jednalo se o menší ordinaci v oblasti s vyšší nezaměstnaností a s ní souvisejícími negativními sociálními faktory, které významně míru dodržování režimových opatření ovlivňují. Předem jsem si stanovil, že do svého souboru zahrnu pouze pacienty bez zdravotnického vzdělání. Z rozhovoru s lékařem jsem zjistil, že mezi jeho pacienty žádný zdravotník není, a proto jsem se na to v dotazníku zvlášť neptal. Vyplnění dotazníků bylo zcela dobrovolné a žádná jiná kritéria na zařazení respondentů do výzkumu jsem neměl. Dotazník byl souborem 14 otázek, které byly formulovány v souladu se stanovenými cíli a výzkumnými otázkami. Použil jsem otázky dichotomické (two-choice), kdy respondenti vybírali jednu ze dvou možností, alternativní (multiple-choice), kdy je možná jedna odpověď z několika variant, výčtové, dovolující kombinovat více možností, a škálové, k měření názorů a subjektivních pocitů. U některých otázek měli respondenti možnost dopsat svými slovy formulovanou odpověď. Sestavený dotazník jsem konzultoval s vedoucí práce a dále s lékařem, v jehož ambulanci byl výzkum prováděn. Prvotní verze dotazníku byla pro ověření jeho srozumitelnosti nejprve předložena třem osobám s charakteristikami cílové skupiny, s nimiž jsem provedl i krátký rozhovor, díky kterému jsem získal další informace k výzkumu. Na základě pilotáže jsem zjistil, že dotazník není třeba upravovat. (Dotazník příloha č. 3)

Výzkum samotný probíhal v období od počátku ledna do konce února 2014. Dotazník byl pacientům pro zajištění anonymity předán v čekárně a po jeho vyplnění jej vhazovali do označeného uzavřeného boxu, umístěného taktéž v čekárně.

Distribučováno bylo 33 dotazníků. Všechny 33 dotazníků bylo i vhozeno do boxu, jeden se však vrátil nevyplněný, a proto byl vyřazen. Respondent se zřejmě nechtěl výzkumu zúčastnit. Další jeden dotazník byl vyplněn nedostatečně, data by se nedala interpretovat a z tohoto důvodu byl také vyřazen. Z celkového počtu 33 dotazníků bylo tedy do výzkumu zařazeno 31 dotazníků (tj. 93,9 %).

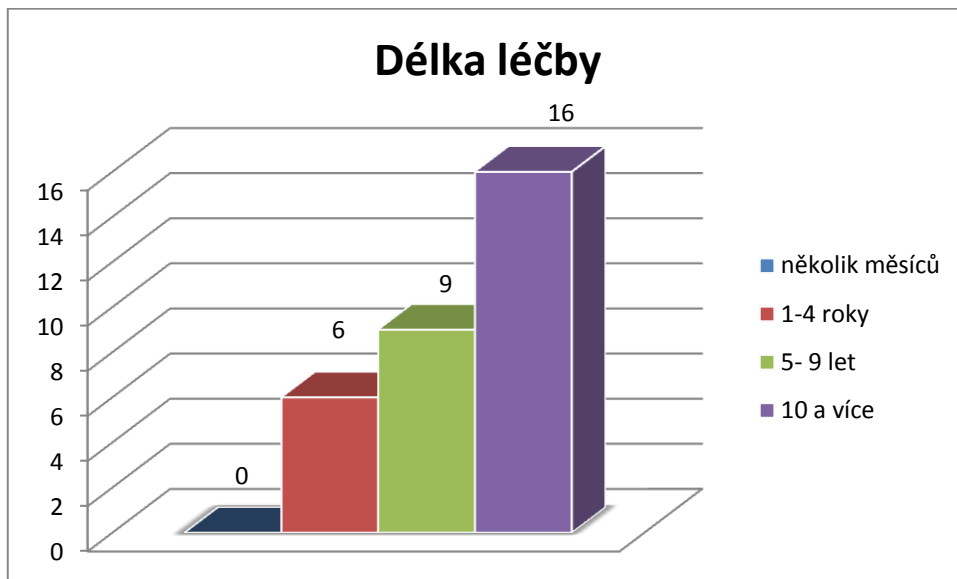
Ze získaných dat byl vytvořen přehledný výstup ve formě tabulky. Data byla dále analyzována a interpretována. Zjištěné hodnoty jsou pro lepší názornost zaneseny do tabulek, výšečových a sloupcových grafů. Data byla zpracována za použití textového editoru Microsoft Word a tabulkového programu Microsoft Excel. Následně jsem v diskuzi na základě získaných dat odpověděl na výzkumné otázky a v závěru práce jsem zhodnotil dosažení jednotlivých cílů.



## 2.3 Analýza dat a interpretace výsledků

### 2.3.1 Otázka č. 1: Jak dlouho se s epilepsií léčíte?

- několik měsíců
- 1-4 roky
- 5-9 let
- 10 let a více

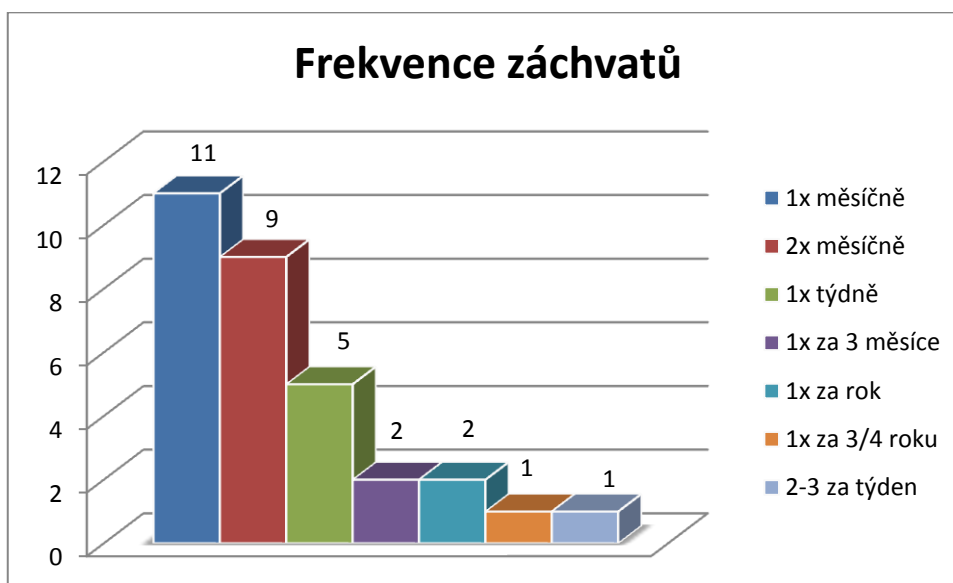


**Obrázek 1** *Délka léčby*

Z grafu vyplývá, že nikdo z dotazovaných respondentů netrpěl onemocněním v řádu měsíců. 19 % (6) se léčí 1 – 4 roky, 29 % (9) nemocných je léčeno 5 – 9 let. Nejvíce respondentů (52 %, 16 dotazovaných) jsou pacienti s délkou léčby 10 let a více.

### 2.3.2 Otázka č. 2: Jaká bývá frekvence Vašich epileptických záchvatů?

- o 1x týdně
- o 2x měsíčně
- o 1x měsíčně
- o jiná (uved'te prosím).....



**Obrázek 2** Frekvence epileptických záchvatů

Na tuto otázku jsem nabízel čtyři možné odpovědi s tím, že poslední byla možnost jiné. Z celkového počtu 31 respondentů odpovědělo 16 % (5) respondentů, že frekvence jejich záchvatů je 1x týdně, 2x měsíčně odpovědělo 29 % (9) respondentů, 1x měsíčně 35 % (11) respondentů a poslední možnost zvolilo 6 respondentů, z nichž všichni četnost svých záchvatů dále specifikovali tak, že u 6 % (2) respondentů k nim docházelo 1x za 3 měsíce a u dalších 6 % (2) dotazovaných 1x ročně. Jeden respondent (3 %) uvedl záchvaty ve frekvenci 1x za  $\frac{3}{4}$  roku a jiný jeden respondent (3 %) uvedl frekvenci záchvatů 2-3 za týden.

Nejvíce, a to 35 % (11) z 31 dotázaných respondentů, tedy uvedlo, že záchvaty trpí 1x měsíčně. Nejméně respondentů pak uvedlo, že trpí záchvaty 2-3x týdně (3 %) a 1x za  $\frac{3}{4}$  roku (3 %), což je vždy odpověď jednoho respondenta.

Nejvyšší frekvence záchvatů v mém výzkumném souboru byla 2-3 x týdně a to u jednoho respondenta, nejnižší frekvenci 1x ročně uvádějí 2 respondenti.

### 2.3.3 Otázka č. 3: Dodržujete v souvislosti s epilepsií nějaká režimová opatření?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne



**Obrázek 3** Dodržování režimových opatření

Graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda v souvislosti s epilepsií dodržují režimová opatření. Téměř 75 % nemocných odpovědělo ano, nebo spíše ano. Konkrétně 12 (39 %) odpovědělo ano a 10 (32 %) spíše ano. 8 nemocných (26 %) opatření spíše nedodržuje a 1 (3 %) opatření nedodržuje vůbec. Chápeme-li však odpověď spíše ano tak, že u těchto respondentů občas k nedodržování režimu dochází, pak režimová opatření dodržuje 39 % (12) respondentů a 61 % (19) režimová opatření (přínejmenším občas) nedodržuje. Odpovědi na tuto otázku jsem se snažil ověřit dotazníkovou otázkou č. 6.

#### **2.3.4 Otázka č. 4: Byla Vám nějaká režimová opatření doporučena lékařem?**

- ano
- ne

Všem 31 respondentům (100 %) bylo, dle jejich odpovědí, lékařem doporučeno nějaké režimové opatření.

### 2.3.5 Otázka č. 5: Brání Vám něco v dodržování režimových opatření?

- ano
- ne

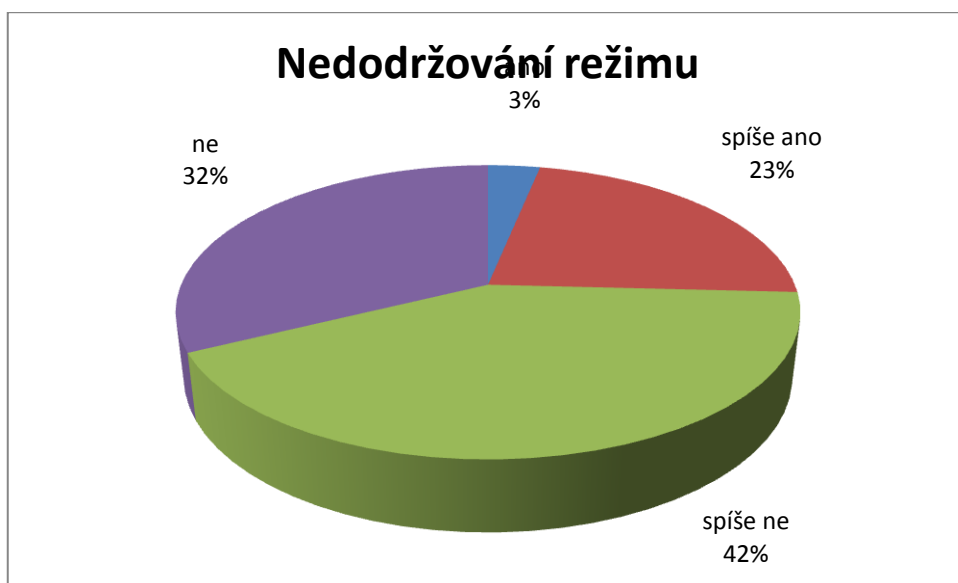


**Obrázek 4** Brání něco v dodržování režimových opatření

Graf ukazuje odpovědi respondentů na otázku, zda jim něco brání v dodržování režimových opatření. 30 respondentů (97 %) odpovědělo negativně. Ano odpověděla 1 pacientka a jako důvod uvedla zapomínání.

### 2.3.6 Otázka č. 6: U epileptiků dochází k nedodržování režimových opatření, dochází k tomu i u Vás?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne



**Obrázek 5** Nedodržování režimových opatření

V grafu jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda i u respondentů dochází k nedodržování režimových opatření tak jako u některých jiných epileptiků. 10 dotazovaných (32 %) uvádí, že nedochází a ve 13 případech (42 %) spíše ne. Spíše ano uvedlo 7 respondentů (23 %) a pouze 1 z dotázaných uvedl, že u něj dochází k nedodržování režimových opatření. Chápeme-li jako negaci porušování režimových opatření pouze odpověď ne, vyplývá nám z této otázky, že režimová opatření neporušuje 10 (32 %) z 31 dotazovaných.

Při porovnání s odpověďmi na otázku č. 3 (Dodržujete v souvislosti s epilepsií nějaká režimová opatření?) zjistíme jisté nesrovnalosti.

Dle odpovědí na otázku č. 3 (odpověď ano) dodržují režimová opatření respondenti číslo 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 17, 18, 19 a 27, tedy celkem 12 lidí. Stejně jasná odpověď, že u respondenta nedochází k nedodržování režimových opatření, však u otázky č. 6 plyne pouze z odpovědi respondentů č. 2, 3, 4, 6, 10, 17, 18, 27, což je 8 lidí. Respondenti s číslem 7, 8, 12 a 19 již v otázce č. 6 odpovídají spíše ne, čímž již nedodržování režimových opatření připouštějí. Obdobný rozpor pak vzniká u respondentů s čísly 22 a 28, kdy v otázce č. 6 negují, že by u nich k dodržování režimových opatření docházelo, avšak v otázce č. 3 uvádějí, že režim pouze spíše dodržují. Z tohoto porovnání tedy vychází, že režimová opatření dodržuje 8 (26 %) z 31 respondentů. Pro přehlednost doplňuji tabulkou:

**Tabulka 1** Porovnání odpovědi otázky č.3a 6

respondent č.	otázka č. 3	otázka č. 6	režim
2	ano	ne	dodržuje
3	ano	ne	dodržuje
4	ano	ne	dodržuje
6	ano	ne	dodržuje
7	ano	spíše ne	nedodržuje
8	ano	spíše ne	nedodržuje
10	ano	ne	dodržuje
12	ano	spíše ne	nedodržuje
17	ano	ne	dodržuje
18	ano	ne	dodržuje
19	ano	spíše ne	nedodržuje
27	ano	ne	dodržuje



**Respondenti, kteří porušování režimových opatření v této otázce připouštějí, byli současně dotazováni, o porušení kterých režimových opatření se u nich jedná.**

**Pokud ano, uveďte kterých:**

- užívání alkoholu
- nedostatek spánku
- neužívání léků
- řízení vozidla
- nevhodný sport
- jiné .....



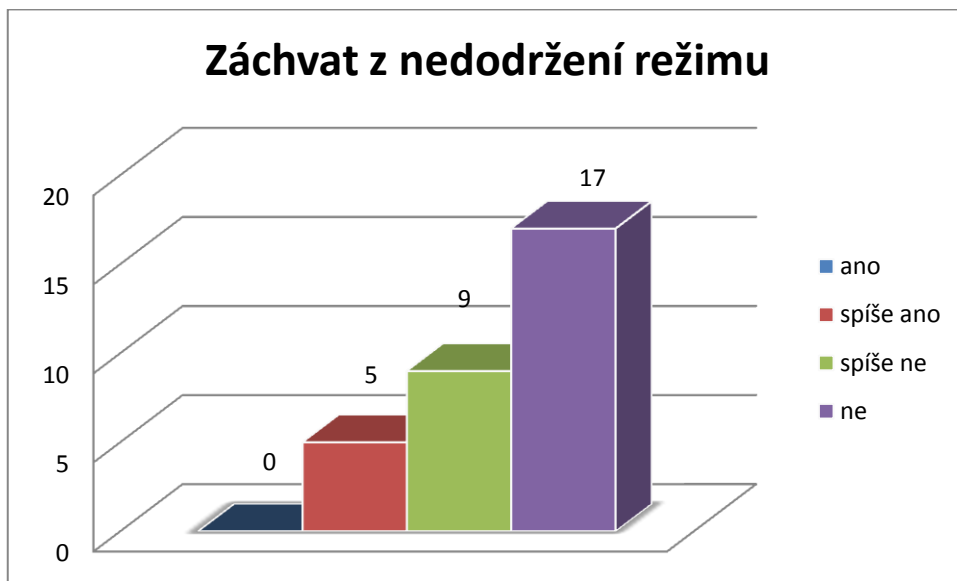
**Obrázek 6** *Důvody nedodržování*

\*hraní automatů

V této otázce respondenti uváděli, která režimová opatření porušují. Bylo možno zvolit z více nabízených možností a zároveň doplnit jiné. Jako jiné byla doplněna jedna odpověď a to hraní automatů. Ze všech 5 uvedených variant odpovědí byly nejčastěji jmenovány léky 36 % (9) a alkohol 36 % (9). Dále se jednalo o nedostatečný spánek 20 % (5). Řízení vozidla tvoří 4 % (1) a taktéž 4 % (1) tvoří hraní automatů.

### 2.3.7 Otázka č. 7: Myslíte si, že k záchvatu došlo z důvodu nedodržení režimu?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

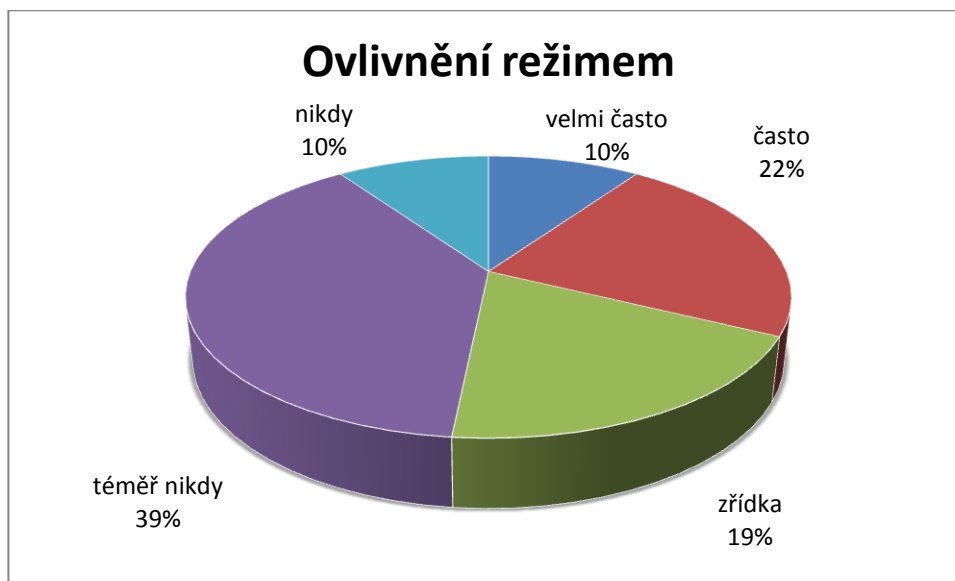


**Obrázek 7** Záchvat z nedodržení režim

U tohoto grafu byla respondenty v odpovědích subjektivně hodnocena možnost, že k epileptickému záchvatu došlo z důvodu nedodržení režimového opatření. To si ani v jednom případě nemysleli. Možnost spíše ano jich připouštělo 16 % (5), spíše ne 29 % (9). V 55 % (17) případech se nemocní nedomnívají, že by záchvat mohlo ovlivnit nedodržení léčebného režimu.

### 2.3.8 Otázka č. 8: Ovlivňují režimová opatření kvalitu Vašeho života?

- velmi často
- často
- zřídka
- téměř nikdy
- nikdy

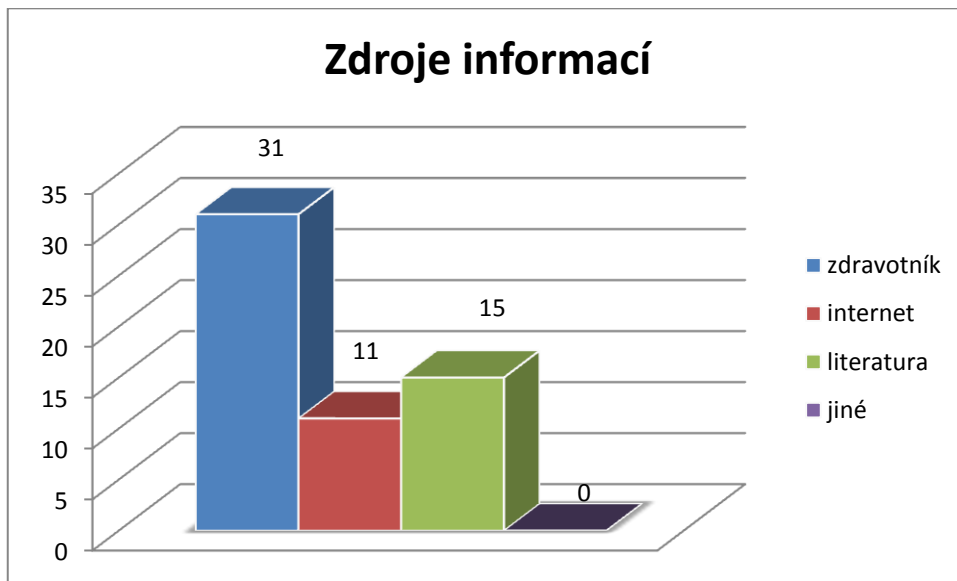


**Obrázek 8** Ovlivnění režimovými opatřeními

Z celkového počtu odpovědí 31 respondentů (100 %) odpověděli 3 (10 %), že režimová opatření ovlivňují kvalitu jejich života velmi často, 7 (22 %) jich odpovědělo, že často, 6 (19 %) uvedlo, že pouze zřídka. Odpověď téměř nikdy zvolilo 13 (39 %) respondentů a 3 (10 %) tázaní jsou přesvědčeni o tom, že režimová opatření jejich kvalitu života nikdy neovlivňují.

**2.3.9 Otázka č. 9: Kde jste získali dosavadní informace o režimových opatřeních, resp. kde nejvíce?**

- zdravotník
- z internetu
- z literatury
- jiné.....



**Obrázek 9** *Zdroje informací*

Všichni oslovení respondenti uvedli, že informace získali od zdravotníků. 15 z nich si informace dohledalo v literatuře a 11 na internetu. Žádné další zdroje respondenti neuvodli.

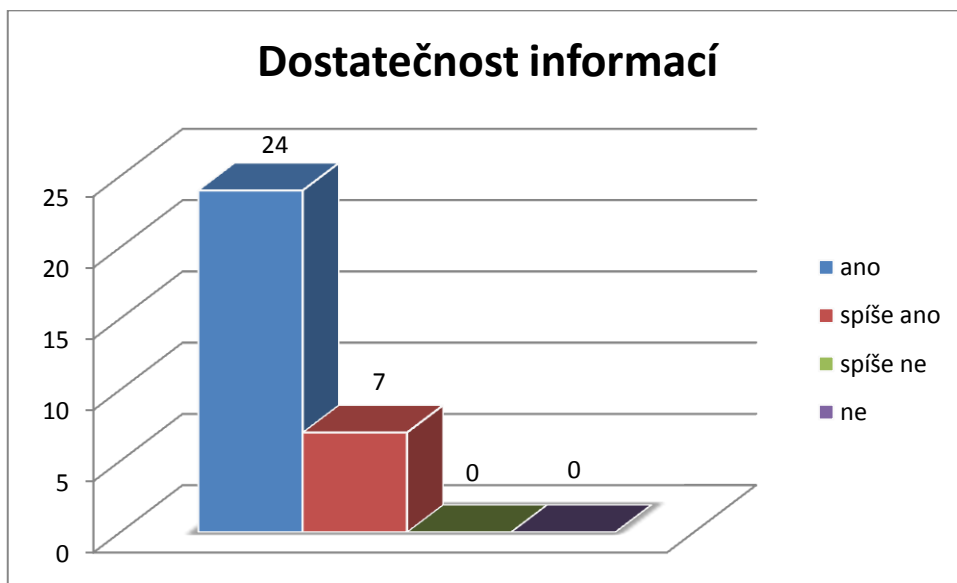
**Tabulka 2** Četnosti zdrojů

Četnost zdrojů	Muži	Ženy	Celkem
<b>1</b>	11	4	15
<b>2</b>	3	3	6
<b>3</b>	7	3	10

Pouze jeden zdroj použilo 15 dotazovaných, 2 zdroje (nejčastější kombinace udávaná v 5 případech) 6 dotazovaných a 3 zdroje použilo 10 dotazovaných respondentů.

### 2.3.10 Otázka č. 10: Domníváte se, že máte dostatek informací ohledně režimových opatření?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne



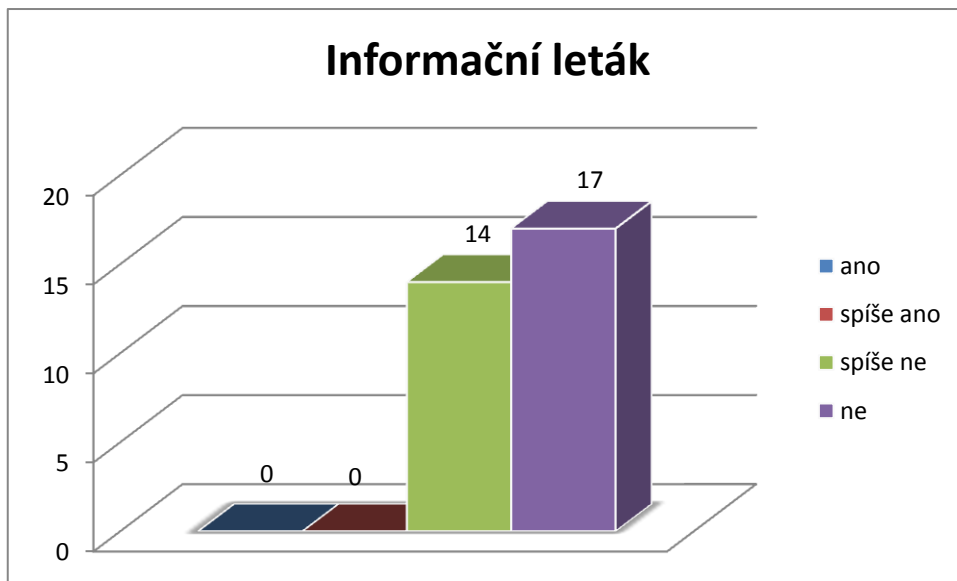
**Obrázek 10** Dostatečnost informací

Z odpovědí vyplývá, že převážná většina dotázaných si myslí, že má dostatek informací ohledně režimových opatření. Konkrétně 24 (77 %) odpovědělo ano, 7 (23 %) odpovědělo spíše ano. Možnosti spíše ne, nebo ne nezvolil ani jeden z nich.

Informace pouze od zdravotníků má 9 dotazovaných, kteří současně udávají, že informací mají dostatek.

### 2.3.11 Otázka č. 11: Uvítal/a by jste informační leták týkající se této problematiky?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne



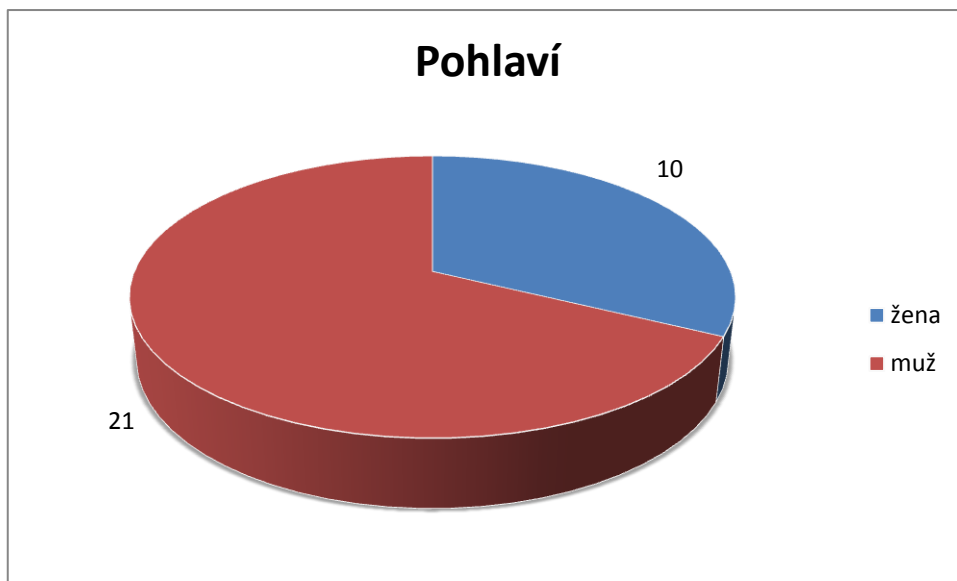
**Obrázek 11** *Informační leták*

Ohledně informačního letáku byla uvedena možnost spíše ne ve 14 případech (45 %), ne v 17 odpovědích (55 %). Možnosti spíše ano a ano nevyžil nikdo.

### 2.3.12 Otázka č. 12: Vaše pohlaví?

o žena

o muž



**Obrázek 12** *Pohlaví*

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 31 respondentů (100 %). Z toho bylo 10 (32 %) žen a 21 (68 %) mužů.



### 2.3.13 Otázka č. 13: Jaký je Váš věk?

Zde se jednalo o otázku otevřenou, respondenti zde uváděli svůj věk.

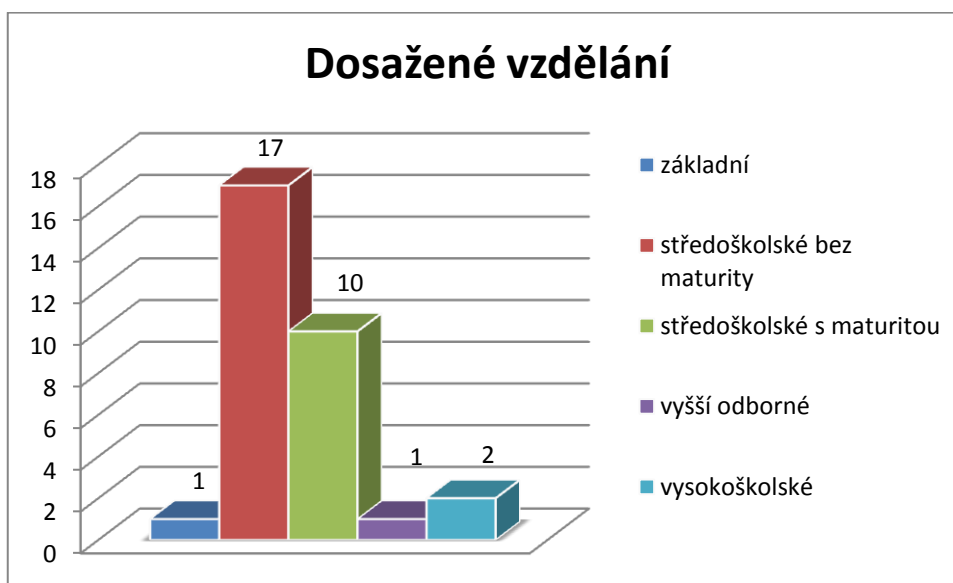
**Tabulka 3** *Věk respondentů*

	<b>Ženy</b>	<b>Muži</b>
<b>Minimum</b>	21	25
<b>Maximum</b>	72	79
<b>Průměrný věk</b>	49	47

Průměrný věk respondentů je 49 let u žen a 47 let u mužů. Nejmladší žena ze skupiny dotazovaných je ve věku 21 a nejstarší ve věku 72 let. Nejmladšímu muži je 25 let a nejstaršímu 79 let.

### 2.3.14 Otázka č. 14: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- středoškolské bez maturity
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské



**Obrázek 13** Dosažené vzdělání

Při pohledu na graf týkající se vzdělání respondentů je patrné, že největší zastoupení mají respondenti se středoškolským vzděláním, kterých bylo 56 % (17). Středoškolské vzdělání, zakončené maturitní zkouškou mělo 32 % (10) respondentů, vysokoškolské vzdělání získalo 6 % (2). Základní a vyšší odborné vzdělání mělo shodně po jednom respondentovi, tedy 3 %.

## 2.4 Diskuze

### 2.4.1 První výzkumná otázka

Budou mít respondenti, kteří přiznávají nedodržování režimových opatření záchvaty častěji než respondenti, kteří nedodržování režimových opatření negují?

K této výzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky č. 2, 3 a č. 6. Nejprve jsem se v dotazníkové otázce č. 2 ptal na frekvenci záchvatů, následně pak v otázce č. 3, zda dodržují režimová opatření. Epileptici, kteří jsou dispenzarizováni v neurologických ambulancích, jsou poučeni o dodržování životosprávy. Mnohdy však své problémy, nebo porušení léčby, při kontrolách u lékaře úmyslně zatajují. Z tohoto důvodu jsem se tedy ještě snažil o ověření informace o dodržování režimových opatření znovupoložením (tentokrát jinak formulované) otázky. Jednalo se o otázku č. 6: U epileptiků dochází k nedodržování režimových opatření, dochází k tomu i u Vás? Zde jsem žádal i specifikaci, kterých opatření se porušování týká.

Na kladně formulovanou otázku (č. 3) odpověděl pouze jeden člověk, že režimová opatření nedodržuje (respondent s číslem 14). Tento samý člověk informaci potvrdil v otázce č. 6, kde specifikoval, že se jeho provinění vůči léčebnému režimu týkají spánku a užívání léků. Jedná se o muže, kterému je 27 let a má středoškolské vzdělání bez maturity. S epilepsií se léčí 10 a více let s tím, že záchvaty má 1x měsíčně. Frekvence záchvatů 1x měsíčně je dle Arndta považována za stav mezi částečnou kompenzací a dekompenzací onemocnění. (Arndt, 2010). Tento respondent dále udává, že o režimových opatřeních byl poučen (dle odpovědi na otázku č. 9 má informace pouze od zdravotníků, sám aktivně žádné nevyhledával) a že mu nic nebrání v jejich dodržování. Z jeho odpovědi na otázku č. 7 vyplývá, že si nemyslí, že by k záchvatům docházelo vlivem porušování léčebného režimu.

Z porovnání odpovědí na otázky č. 3 a 6 dále vyplývá, že režimová opatření dodržují respondenti č. 2 s četností záchvatu 2x měsíčně, 3 a 4 s četností záchvatů 1x měsíčně, 6 s četností záchvatů 1x týdně, 10 se záchvaty 1x za  $\frac{3}{4}$  roku, 17 se záchvatem 1x týdně, 18 se záchvatem 1x měsíčně a 27 se záchvatem 1x rok. Četnost záchvatů se v této skupině pohybuje mezi 1x týdně a 1x za rok.

**Tabulka 4** Četnost záchvatů u dodržujících režim

Počet respondentů	Počet záchvatů
1	2x měsíc
1	1x za 3/4 roku
1	1x za rok
2	1x týdně
3	1x měsíc

V odpovědích na uvedené dotazníkové otázky (č. 3 a 6) si rozporují respondenti č. 7 s četností záchvatů 2x měsíčně, č. 8 se záchvaty 1x ročně, č. 12 se záchvaty 2x měsíčně, č. 19 se záchvaty 1x měsíčně (tento respondent v odpovědi na otázku č. 6 specifikoval, že léčebný režim porušuje v oblasti užívání léků), č. 22 s četností záchvatů 1x za 3 měsíce a č. 28 s četností záchvatů 2x měsíčně. Četnost záchvatů se v této skupině pohybuje od 2x měsíčně po 1x za rok.

**Tabulka 5** Četnost záchvatů u nedodržujících režim

Počet respondentů	Počet záchvatů
1	1x za rok
1	1x měsíc
1	1x za 3 měsíce
3	2x měsíc

Nejčastěji má záchvaty respondent č. 30 a to 2 - 3x týdně. Jedná se o ženu (42 let), která se s epilepsií léčí 10 a více let. Na otázku č. 3 odpověděla, že režimová opatření spíše dodržuje a že k jejich porušování u ní spíše nedochází. Ve specifikacích oblasti, kde k porušování dochází, uvedla, že hraje na automatech. V dodržování režimových opatření jí údajně nic nebrání, tato opatření údajně nikdy neovlivňují kvalitu jejího života a je si vědoma toho, že k záchvatům může docházet vlivem nedodržení těchto opatření (odpověď spíše ano na dotazníkovou otázku č. 7). Důležité je uvědomit si v této souvislosti, že hraní

na automatech je závislost, která může objektivně bránit v dodržování režimových opatření. Chceme-li dosáhnout úspěchů v této oblasti, je nutné nejprve léčit závislost samotnou.

Nejméně záchvatů (1x ročně) udávají respondenti č. 8 a č.27. Respondent č. 27 režimová opatření dle odpovědí na otázku č. 3 a 6 dodržuje. Jedná se o 56letého muže se středoškolským vzděláním zakončeným maturitou. S epilepsií se léčí 10 a více let. Režimová opatření jeho život často ovlivňují, ale v jejich dodržování mu nic nebrání. K nedodržování režimových opatření u něj spíše nedochází. Domnívá se, že vlivem nedodržení režimových opatření k záchvatům spíše nedochází. Respondent s číslem 8 je také muž (58 let). Tento respondent si však v odpovědích týkajících se dodržování léčebného režimu rozporuje. S epilepsií se léčí více než 10 let. Režimová opatření dodržuje, ale v otázce č. 6 uvedl, že k nedodržování režimu u něj spíše nedochází, přestože mu v tom dle odpovědi v dotazníkové otázce č. 5 nic nebrání. Že by k záchvatu došlo z důvodu nedodržení léčebného režimu si spíše nemyslí.

Vzhledem k tomu, že i mezi respondenty, kteří udávají, že režimová opatření dodržují, dochází k záchvatům velmi často (a to i 1x týdně), lze říci, že na mém souboru respondentů se nepotvrdilo, že by měli tito respondenti záchvaty častěji než respondenti, kteří režimová opatření nedodržují. Důležité je však poznamenat, že ani shodnou odpovědí na otázky č. 3 a č. 6 není vyloučeno, že i tito respondenti režimová opatření porušují. Výsledky jsem konzultoval i s lékařem a zdravotní sestrou z ordinace. Sdělili mi, že požívání alkoholu, ale i různých dalších látek, dle klinických příznaků i laboratorních výsledků je ve vyšší míře, než respondenti uvádí.

#### **2.4.2 Druhá výzkumná otázka**

Jaká režimová opatření respondenti nejčastěji nebudou dodržovat?

Nejvíce vypovídající v tomto směru je druhá část otázky číslo 6. V otázce č. 6 jsem se ptal, zda i u dotazovaných občas dochází k porušování režimových opatření tak, jako u ostatních epileptiků. Druhou část otázky dotazovaní vyplňovali pouze v případě, že kladně odpověděli v první části. Měli možnost zvolit užívání alkoholu, nedostatek spánku, neužívání léků, řízení vozidla nebo nevhodný sport. Současně mohli vypsát i jiné opatření, s jehož dodržováním mají potíže, což učinil jeden respondent doplněním informace, že hraje na automatech. 1 respondent uvedl řízení vozidla a v 5 odpovědích je uvedeno porušení spánkového režimu. 9 odpovědí bylo alkohol a 9 léky.

Z respondentů, kteří tvrdili v dotazníkové otázce č. 3, že režimová opatření spíše dodržují, jich 6 specifikovalo, ve kterých oblastech u nich dochází k porušování. Z respondentů, kteří shodně dle otázek č. 3 a 6 vypovídají, že režimová opatření dodržují, žádný nspecifikoval oblast, ve které by u něj k porušování opatření docházelo, čímž opět potvrdil své tvrzení.

Celkově jsem zaznamenal 25 specifikací od 15 respondentů.

Respondent s č. 21 uvedl tři oblasti, ve kterých u něho dochází k porušování režimových opatření, a to alkohol, spánek a léky. Jedná se o muže ve věku 47 let, středoškolského vzdělání s maturitou, léčícího se 10 a více let, s četností záchvatů 1x týdně. Tento respondent udává, že si spíše nemyslí, že by porušení režimových opatření mohlo vést k záchvatu.

Znepokojivé bylo tvrzení respondenta s č. 16, který uvedl, že pije alkohol a řídí vozidlo. Jednalo se opět o muže, kterému je 47 let a má středoškolské vzdělání s maturitou. Na otázku č. 1, ve které jsem se dotazoval na délku léčby, zaškrtl možnost 5-9 let. Záchvaty mívá 2x měsíčně a připouští, že k záchvatům mohlo dojít z důvodu nedodržení režimu. Informace tento respondent získal nejen od zdravotníka, ale použil i další dva zdroje (literaturu a internet). Přiznání těchto porušení je překvapující. Nemocní by se mohli tímto dostat do sociálních, ale třeba i trestně-právních potíží.

Nejčastěji udávanou odpovědí je alkohol (9x) a léky (9x). Tato dvě pochybení tvoří více než 70 % ze všech uváděných. V kombinaci se tyto odpovědi objevují u 4 respondentů s četností záchvatů u dvou z nich 1x týdně a u druhých dvou 2x měsíčně.

Všichni respondenti, kteří uvádějí alkohol (9), mají záchvaty minimálně 1x měsíčně, taktéž je tomu i u respondentů, kteří uvádějí léky jako režimové opatření, které nedodržují. Žádný z těchto respondentů si nemyslí, že k záchvatu došlo z důvodu nedodržení režimu, přičemž 7 z nich je o tom pevně přesvědčeno.

O sportovních aktivitách, dietních omezeních, dodržování pitného režimu, kouření a dalších omezeních se respondenti v dotazníku nezmiňovali. Z praxe vím, že mnozí nemocní režimová opatření nedodržují. Důležitým aspektem je to, zda věří či nevěří, že by k záchvatům mohlo docházet v souvislosti s porušením režimových opatření. Zývalová ve své analýze několika studií uvádí, že pětina respondentů věří, že záchvaty nejsou dostatečně kontrolované antiepileptiky. Mnohdy to nemocné demotivuje k dodržování dalších opatření. Také moji respondenti ani v jednom případě neodpovídají, že si jednoznačně myslí, že by k záchvatům

docházelo z důvodu nedodržení režimových opatření. Pouze 5 z nich odpovídá, že si to spíše myslí a 17 respondentů to zcela neguje.(2007)

Přehled četnosti záchvatů u jednotlivých respondentů, spolu se zohledněním jejich odpovědí na otázky č. 3, 6 a 7, uvádím v tabulce v příloze č. 4.

### **2.4.3 Třetí výzkumná otázka**

Co bude bránit respondentům v dodržování režimových opatření nejčastěji?

Na výzkumnou otázku jsou vázány odpovědi v dotazníkové otázce č. 5 a 6. Z odpovědi na otázku č. 5 je patrné, že oslovení pacienti si myslí, že v dodržování správné životosprávy jim nic nebrání. Pouze 1 (3 %) pacientka z 31 (100 %) dotazovaných uvedla, že nedodrží farmakologickou léčbu z důvodu stáří a s tím souvisejícím zapomínáním. Této respondentce je 65 let. Beránková ve své práci uvedla, že na základě výsledků jejího výzkumu většina pacientů, jež se léčí v poradně pro záchvatová onemocnění, dodržuje předepsanou životosprávu. (2010)

Důležité je zde opět připomenout, že většina pacientů se k porušování stanoveného léčebného režimu nerada přiznává a už vůbec si neuvědomují, že jakékoliv závislosti jim v dodržování režimu brání, ať už se jedná o alkohol či hraní automatů.

### **2.4.4 Čtvrtá výzkumná otázka**

Bude rozdíl v nedodržování režimových opatření mezi léčícími se epileptiky do 4 let a epileptiky léčící se déle než 4 roky?

Ze všech 31 (100 %) dotazovaných se jich 6 (19 %) pohybovalo v době léčby do 4 let. Z nich 2 udávají v odpovědi na otázku č. 3, že režimová opatření dodržují. U těchto dvou se jejich výpověď shoduje i s odpovědí na otázku č. 6. Další dva respondenti uvádějí, že režimová opatření spíše dodržují, a dva udávají, že spíše nedodržují. Jediný respondent, který uvedl, že režimová opatření nedodrží, patří do skupiny léčící se déle než 4 roky. Ve skupině léčící se déle než 4 roky pak dále 10 respondentů uvedlo, že režimová opatření dodržuje. Pouze u 6 z nich to však není v rozporu s jejich odpovědí na otázku č. 6. Dalších 8 respondentů udává, že opatření spíše dodržuje a 6, že spíše nedodrží.

Z uvedeného vyplývá, že ve skupině léčící se méně než 4 roky není žádný respondent přiznávající, že režimová opatření nedodržuje a 1/3 respondentů tvrdí, že opatření dodržuje. V druhé skupině je to pouze 24 % respondentů, kteří se nerozporují v tvrzeních, že režimová opatření dodržují. Rozdíl v nedodržování režimových opatření je na mém souboru respondentů patrný. Režimová opatření spíše dodržují respondenti, kteří se léčí kratší dobu.

#### **2.4.5 Pátá výzkumná otázka**

Budou dodržovat ženy režimová opatření více než muži?

Z otázky č. 12 plyne, že z celkového počtu 31 (100 %) oslovených nemocných, bylo 10 (32 %) ženského a 21 (68 %) mužského pohlaví. Všechny ženy odpověděly na otázku č. 3, že režimová opatření dodržují nebo spíše dodržují. Po ověření otázkou č. 6 nám zůstávají 4 ženy, které režimová opatření nejspíše opravdu dodržují. Největší rozpor v tvrzeních o dodržování režimu vyvstává u respondentky č. 30, která udává, že režimová opatření spíše dodržuje a k porušování spíše nedochází s tím, že oblast specifikuje jako hraní automatů.

Celkem 3 respondentky v druhé části odpovědi na otázku č. 6 specifikují, kterých oblastí se nedodržování režimu týká. U každé z těchto respondentek se vždy jedná pouze o jednu oblast a to buď spánek, alkohol nebo hraní automatů.

U mužů byla odpověď z otázky č. 3, že režimová opatření dodržují, ověřena také u 4 z nich. Vztaženo k celkovému počtu 21 mužů je to přibližně 19 %, oproti 40 % žen.

#### **2.4.6 Šestá výzkumná otázka**

Budou dodržovat respondenti s maturitou, vyšším a vysokoškolským vzděláním režimová opatření více než respondenti s nižším stupněm vzdělání?

K hodnocení této výzkumné otázky byly zvoleny odpovědi z dotazníku otázky č. 3 a 6 a následně byly porovnány s otázkou č. 14. Dle analýzy výsledků do ambulance docházelo 17 pacientů (56 %) se středoškolským vzděláním, 10 (32 %) pacientů se středoškolským vzděláním s maturitou, 2 pacienti (6 %) s vysokoškolským vzděláním, 1 pacient (3 %) s vyšším vzděláním a 1 pacientka (3 %) se základním vzděláním.

Celkem 5 respondentů se základním a středoškolským vzděláním bez maturity uvedlo v odpovědi na otázku č. 3, že režimová opatření dodržují, ale pouze 3 z nich se pak nedostali do rozporu v otázce č. 6, což je 16,7 %. U respondentů s maturitou, vyšším odborným



a vysokoškolským vzděláním, kterých bylo celkem 13, se do rozporu nedostalo 5 respondentů z původních 7, kteří odpověděli v otázce č. 3, že režimová opatření dodržují, což je 38,5 %.

V mém výzkumném souboru tedy respondenti s maturitou, vyšším a vysokoškolským vzděláním dodržují režimová opatření více, než respondenti se vzděláním základním a středoškolským bez maturity.

#### **2.4.7 Sedmá výzkumná otázka**

Jak budou respondenti subjektivně hodnotit míru své informovanosti o režimových opatřeních a odkud informace o režimových opatřeních získávají nejčastěji/nejvíce?

V dotazníkové otázce č. 10 jsem se respondentů tázal, zda se domnívají, že mají dostatek informací ohledně režimových opatření. V 77 % (24) případech respondenti odpověděli ano. V 23 % (7) odpovědí se přiklonili k odpovědi spíše ano. Z těchto výsledků lze usuzovat, že pacienti, bez ohledu na věk, pohlaví, či vzdělání, subjektivně hodnotí v dané otázce svou informovanost jako dostatečnou, přičemž 15 z nich má informace pouze od zdravotníků, jak vyplývá z otázky č. 9. Myslím si, že pokud by docházelo k zohlednění těchto informací v běžném životě epileptika, mohlo by to vést k snížení komplikací spojených s léčbou jejich onemocnění. Hodnocení je však ze strany respondentů subjektivní. Moráň ve své knize uvádí, že část nemocných ani po dostatečném vysvětlení lékařem nechápe, že je v jejich silách pomoci si i sami právě dodržováním životosprávy. (2003)

V otázce č. 9 dotazníkového šetření jsem se respondentů dotazoval, kde získali dosavadní informace o režimových opatřeních, resp. kde nejvíce. Ve všech 31 (100 %) dotaznících byl zmíněn zdravotník. Toto zjištění potvrzují i odpovědi v otázce č. 4, kde všem dotazovaným dle jejich sdělení byla nějaká režimová opatření doporučena lékařem. Mnozí nemocní si však další informace dohledávali v literatuře, konkrétně v 15 případech. V době elektronických médií, lze čerpat i z internetu a této možnosti využilo 11 pacientů.

Z těchto 11 pacientů používajících internet byly 3 ženy a 8 mužů. Všichni ve věkovém rozmezí 21-66 let. V mém výzkumném souboru byli pouze 3 pacienti starší 66 let a z nich internet neuvedl ani jeden. Dále tam byl jeden pacient se základním vzděláním, který taktéž internet neuvedl a dva vysokoškoláci, kteří jej uvádějí.

Zajímavé je též zjištění, že oba vysokoškoláci (jedna žena a jeden muž) čerpali ze všech tří uváděných zdrojů.

V případě zájmu by mohli pacienti využít i služeb různých center, občanských sdružení, kde by jim byly poskytnuty další informace, například Společnost „E“ / Czech Epilepsy Association, o. s.; EpiStop, o. s., Epilepsycentrum Brno a mnohé další.

## 2.5 Závěr

Primárním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda budou epileptici dispenzarizovaní v neurologické ambulanci ochotni odpovídat na to, zda dodržují režimová opatření. Nejvýtěžnější by pravděpodobně bylo provést kvalitativní šetření, ale obával jsem se, že při takto nízké míře anonymity nebudou respondenti sdílní a rozhodl jsem se, že použiji anonymní dotazníky. Z celkového množství 33 rozdaných dotazníků se mi jich vrátilo 33, jeden jsem musel vyřadit pro neúplnost dat a jeden se mi vrátil nevyplněný. Sdílnost pacientů mě mile překvapila.

Ve svém zaměstnání se s epileptiky setkávám a většina z nich porušování režimových opatření popírá, proto mě překvapilo i to, že z celkového počtu 31 pacientů, jich téměř dvě třetiny připustilo, že u nich dochází k porušení životosprávy. K nejčastějším prohřeškům dotazovaných epileptiků patří pití alkoholu a neuzívání farmakologické léčby. Kromě porušování léčebného režimu v oblasti léků a alkoholu zmiňují též porušení spánkového režimu, nebo dokonce řízení automobilu a hraní automatů. Někteří respondenti uvedli i více porušení najednou. Při porovnání s Beránkovou v mém dotazníkovém šetření docházelo k požívání alkoholu častěji. Konkrétně o 20 % odpovědí více, oproti výsledkům v jejím výzkumu. (Beránková, 2010)

Dále jsem chtěl zjistit, co mým respondentům v dodržování režimových opatření případně brání. Kromě jedné respondentky, která zmínila zapomínání, všichni uvedli, že jim v dodržování režimových opatření nic nebrání. Mnozí z nich si však zřejmě neuvědomují, že závislost (ať již na alkoholu či na automatech) je obrovskou překážkou. Bez odstranění této překážky nemá většina z nich šanci režimová opatření dodržet.

Zaměřil jsem se též na souvislosti mezi dodržováním režimových opatření a pohlavím, dosaženým vzděláním a délkou léčby. Z porovnání získaných dat je možné vyvodit, že ženy v tomto daném vzorku epileptiků dodržují režim více než muži. Z pohledu věku výrazné rozdíly nejsou. Naopak při porovnání vzdělání, respondenti s vysokoškolským, vyšším odborným a středoškolským vzděláním s maturitou dodržují režimová opatření ve větší míře, než respondenti se středoškolským vzděláním bez maturity a základním vzděláním. V souvislosti s délkou léčby lze porovnáním výsledků odvodit, že pacienti léčící se kratší dobu (hranici jsem si určil na 4 roky léčby) dodržují režimová opatření ve větší míře než pacienti léčící se 4 roky a více.

Dalším cílem mého výzkumu bylo zjistit, jak epileptici nahlízejí na souvislost mezi dodržováním režimových opatření a epileptickým záchvatem. Většina z nich se nedomnívá, že by v jejich konkrétním případě mohla být v tomto souvislost, přestože přiznávají, že porušují režimová opatření a mohou tak mít osobní zkušenost se záchvatem, který by porušení režimových opatření následoval.

Jedním z mých původních záměrů bylo připravit informační leták o režimových opatřeních. Z výzkumu však vyplynulo, že respondenti subjektivně vnímají svou informovanost jako velmi vysokou a dokáží si v případě zájmu informace získat i z dalších zdrojů, tedy nejen od zdravotníků, ale třeba i z literatury, nebo internetu. Internetu překvapivě využívají nejen mladší, ale i starší ročníky. Pod adresami mnoha sdružení získávají informace o samotné nemoci a léčbě, ale mohou se i aktivně zapojit do spolupráce a aktivit spolu s dalšími nemocnými. Při rozhovorech s pacienty mi bylo sděleno, že v každé ambulanci je velké množství informačních letáků a brožur od farmaceutických firem, a proto jsem svůj původní záměr opustil a žádný další leták již nevytvářel.

Výzkum jsem prováděl v menší ordinaci neurologa v oblasti s vyšší nezaměstnaností a s ní souvisejícími negativními sociálními faktory. Výsledky jsem konzultoval i s lékařem a zdravotní sestrou z ordinace. Sdělili mi, že požívání alkoholu, ale i různých dalších látek, dle klinických příznaků i laboratorních výsledků je z jejich strany reflektováno ve vyšší míře, než respondenti uvádí. Spolupráci s nemocnými považují tito zdravotníci za „mnohdy velmi náročnou a složitou“, proto je i přes vstřícnost respondentů při vyplňování dotazníků otázkou jejich validnost. Osobně z vlastní praxe v zaměstnání vím, že pacienti epileptici často jakákoli porušení režimových opatření popírají, a to i v případech, kdy jsou pod vlivem alkoholu, pracují v noci, nebo si ani nevyzvednou ordinované léky.

Myslím si, že epilepsie je natolik závažné onemocnění, že pro lepší a úspěšný průběh léčby je důležité pacienty stále informovat, připomínat jim pravidla správné životosprávy, rizika při nedodržování pravidel správné léčby a možnosti jejich zapojení do různých projektů, byť mnohdy opakovaně, mnohdy s jistou nevolí ze strany pacientů, ale vždy s cílem pomoci při léčbě epilepsie. Snad tomu napomohl i můj dotazník, díky kterému si mohli některé důležité věci připomenout.

## Seznam bibliografických citací

### Knihy

1. AMBLER, Zdeněk, Josef BEDNAŘÍK a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie: část obecná*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2004, 975 s. ISBN 80-725-4556-6.
2. BRÁZDIL, Milan. *Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií I-VIII*. 1. souhrnné a upr. vyd. standardů I-VIII. Praha: Maxdorf, 2004, 56 s. ISBN 80-734-5040-2.
3. DOLANSKÝ, Jiří. *Současná epileptologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000, 164 s. ISBN 80-725-4101-3.
4. MORÁŇ, Miroslav. *Praktická epileptologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 137 s. ISBN 80-725-4352-0.
5. MUMENTHALER, Marco a Heinrich MATTLE. *Neurologie*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2001, 649 s. ISBN 80-716-9545-9.
6. SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 363 s. ISBN 80-247-0623-7.
7. SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
8. VLČEK, Jiří a Daniela FIALOVÁ. *Klinická farmacie I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 368, [2] s. ISBN 978-802-4731-698.

### Elektronické zdroje

9. ANON. Epilepsie a těhotenství. [online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: [www.rehabilitace.info/tehotenstvi/epilepsie-a-tehotenstvi/](http://www.rehabilitace.info/tehotenstvi/epilepsie-a-tehotenstvi/)

10. ANON. Epilepsie a řidičský průkaz. [online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: [http://www.desitin.cz/fileadmin/web\\_files\\_cz/Downloads/Epilepsie\\_a\\_%C5%99idi%C4%8Dsk%C3%BD\\_pr%C5%AFkaz.pdf](http://www.desitin.cz/fileadmin/web_files_cz/Downloads/Epilepsie_a_%C5%99idi%C4%8Dsk%C3%BD_pr%C5%AFkaz.pdf)
11. ANON. Zbrojní průkaz. [online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/rady-a-sluzby-dokumenty-zbrojni-prukaz-pro-fyzickou-osobu.aspx>
12. ANON. Řidičský průkaz. [online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <http://www.epilepsiebrno.cz/ridicky-a-zbrojni-prukaz.html>
13. ANON. Sport a volný čas u lidí s epilepsií. [online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: [www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=448](http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=448))
14. ANON. Epilepsie. *Epilepsie* [online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <http://www.extc.cz/epilepsie.html>
15. ARNDT, Tomáš. Epilepsie epileptický záchvat. [online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <http://www.celostnimediceina.cz/epilepsie-a-epilepticky-zachvat.htm>
16. KUDR, Martin. *Role ketogenní diety v léčbě farmakorezistentní epilepsie* [online]. 2012 [cit. 2014-05-01]. Dostupné z: [http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/18/22\\_epilepsie.pdf](http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/18/22_epilepsie.pdf)
17. KUGLEROVÁ, Ivana. Handicapovaní mezi námi 7. - Epileptici ve stínu. [online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <http://zena-in.cz/clanek/handicapovani-mezi-nami-7-epileptici-ve-stinu?autor=28119>
18. NEŠPOR, Karel. Alkohol a epilepsie. [online]. 2005 [cit. 2014-04-27]. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2005\\_6\\_329\\_330.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_6_329_330.pdf)
19. NEŽÁDAL, Tomáš. Poruchy spánku u pacientů s epilepsií. [online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: (<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/migrena-a-poruchy-spanku-u-pacientu-s-epilepsii-451452>)
20. NOVÁK, Vilém a Marie KUNČÍKOVÁ. Spánek a epilepsie. [online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: [www.solen.cz/pdfs/psy/2011/02/05.pdf](http://www.solen.cz/pdfs/psy/2011/02/05.pdf)

21. OLEJŠKOVÁ, Hana. Typy epileptických záchvatů. *Dětská neurologie* [online]. [cit. 2014-04-29]. Dostupné z: <http://telemedicina.med.muni.cz/pdm/detska-neurologie/res/f/tab1a-mezinarodni-klasifikace-epilepticky-zachvatu-ilae-1981.jpg>

22. TOMÁŠEK, Martin a Petr MURUSIŠ. Epilepsie a epileptické záchvaty u dospělých. [online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/epilepsie-a-epilepticke-zachvaty-u-dospelych-169658>

### **Akademické práce**

23. BERÁNKOVÁ, Bc. Barbora. *Životaspráva a epilepsie*. Univerzita Pardubice, 2010.

Dostupné z:

[http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/36684/1/BerankovaB\\_ZivotaspravaEpilepsie\\_EE\\_2010.pdf](http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/36684/1/BerankovaB_ZivotaspravaEpilepsie_EE_2010.pdf). Diplomová práce. Fakulta zdravotnických studií.

24. ZÝVALOVÁ, Aneta. *Hodnocení kvality života pacientů s epilepsií pomocí dotazníku QOLIE-31* [online]. Hradec Králové, 2007 [cit. 2014-05-02]. 17646. Farmaceutická fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce Jiří Vlček.

## Seznam tabulek a obrázků

Obrázek 1 <i>Délka léčby</i> .....	33
Obrázek 2 <i>Frekvence epileptických záchvatů</i> .....	34
Obrázek 3 <i>Dodržování režimových opatření</i> .....	36
Obrázek 4 <i>Brání něco v dodržování režimových opatření</i> .....	38
Obrázek 5 <i>Nedodržování režimových opatření</i> .....	39
Obrázek 6 <i>Důvody nedodržování</i> .....	41
Obrázek 7 <i>Záchvat z nedodržení režim</i> .....	42
Obrázek 8 <i>Ovlivnění režimovými opatřeními</i> .....	43
Obrázek 9 <i>Zdroje informací</i> .....	44
Obrázek 10 <i>Dostatečnost informací</i> .....	46
Obrázek 11 <i>Informační leták</i> .....	47
Obrázek 12 <i>Pohlaví</i> .....	48
Obrázek 13 <i>Dosažené vzdělání</i> .....	50
Tabulka 1 <i>Porovnání odpovědí otázky č.3a 6</i> .....	40
Tabulka 2 <i>Četnosti zdrojů</i> .....	45
Tabulka 3 <i>Věk respondentů</i> .....	49
Tabulka 4 <i>Četnost záchvatů u dodržujících režim</i> .....	52
Tabulka 5 <i>Četnost záchvatů u nedodržujících režim</i> .....	52



## Seznam příloh

Příloha 1: <i>Typy epileptických záchvatů</i> .....	66
Příloha 2: <i>Skupiny pro řidičský průkaz</i> .....	67
Příloha 3: <i>Dotazník</i> .....	69
Příloha 4: <i>Přehled četnosti záchvatů a odpovědi</i> .....	71

## Přílohy

### Příloha 1: Typy epileptických záchvatů

Tabulka 1a: Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů ILAE 1981

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

Poznámka: tabulka navíc obsahuje i fakta z recentního doporučení ILAE z roku 2010.

Zdroj:<http://telemedicina.med.muni.cz/pdm/detska-neurologie/res/f/tab1a-mezinarodni-klasifikace-epilepticky-zachvatu-ilae-1981.jpg>



### PILEPSIE A ŘIDIČSKÝ PRŮKAZ

Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel upravuje v České republice vyhláška č. 72/2011, která je v platnosti od 15. dubna 2011. Její podstatnou součástí je příloha č. 3, v níž jsou uvedeny nemoci, vady nebo stavy, které vylučují nebo podmiňují zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel.

Posudek o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel vydává posuzující lékař po zhodnocení zdravotního stavu zjištěného lékařskou prohlídkou a na základě prohlášení žadatele, předchozích záznamů ve zdravotnické dokumentaci a informací sdělených registrujícím praktickým lékařem.

Posuzovanou osobu lze za zdravotně způsobilou k řízení motorových vozidel nebo za zdravotně způsobilou s podmínkou uznat za podmínek stanovených v zákoně, pokud na základě lékařské prohlídky nebo pravidelné lékařské prohlídky nebyla u této osoby zjištěna vada, stav nebo nemoc (dále jen "nemoc"), která vylučuje zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel.

Posudek musí být jednoznačný a nesmí obsahovat diagnózu nemoci. Posudek může (a u epilepsii má) být vydán na omezenou dobu, po jejímž uplynutí bude pacient znovu vyšetřen a posouzen.

Posudek může být také vydán tzv. s podmínkou - podmínka spočívá v nějakém omezení posuzované osoby, u epilepsii se může jednat zejména o zákaz řízení v noci.

Pro účely přílohy č. 3, vyhlášky 72/2011 jsou zařazeni do

#### Skupiny 1

- Žadatelé a držitelé řidičských oprávnění skupiny A, B a B+E a AM a podskupiny A1 a B1, §81 zákona číslo 361/2000 Sb.

#### Skupiny 2

- řidiči, kteří řídí motorové vozidlo v pracovněprávním vztahu a u nichž je řízení motorového vozidla druhem práce sjednaným v pracovní smlouvě
- řidiči vozidla, kteří při plnění úkolů souvisejících s výkonem zvláštních povinností užívají zvláštního výstražného světla modré barvy, popřípadě doplněného o zvláštní zvukové výstražné znamení
- řidiči, u kterých je řízení motorového vozidla předmětem samostatné výdělečné činnosti prováděné podle zvláštního právního předpisu
- žadatelé a držitelé osvědčení pro učitele řidičů pro výcvik v řízení motorových vozidel podle zvláštního právního předpisu
- žadatelé a držitelé řidičských oprávnění skupiny C, C+E, D, D+E a T a podskupiny C1, C1+E, D1 a D1 + E (§ 81 zákona č. 361/2000 Sb.)

### Nemoci vylučující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

#### Skupina 1

- a) Epilepsie v případech, kdy délka bezzáchvatového období je kratší než 12 měsíců: epilepsii se pro účely této vyhlášky rozumí dva nebo více epileptických záchvatů, ke kterým došlo u posuzované osoby v odstupu nejvýše 5 let.
- b) Stav po izolovaném nebo po prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena antiepileptická léčba, po dobu 12 měsíců.
- c) Stav po izolovaném nebo po prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu, pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba po dobu 6 měsíců.
- d) Stav po provokovaném epileptickém záchvatu způsobeném rozpoznatelným příčinným faktorem, jehož opakování při řízení je pravděpodobné.



### Skupina 2

- a) Nemoci, vady nebo stavy stanovené pro skupinu 1, pokud není dále stanoveno jinak
- b) Epilepsie po dobu 10 let bezzáchvatového období od vysazení antiepileptické léčby
- c) Stav po ojedinělém neprovokovaném epileptickém záchvatu, kdy nebyla nasazena antiepileptická léčba po dobu 5 let od tohoto záchvatu.

### Skupina 1

- a) Epilepsie v případech, kdy délka bezzáchvatového období je delší než 12 měsíců.
- b) Epilepsie se záchvaty vyskytujícími se pouze ve spánku, v anamnéze se nevyskytly záchvaty v bdělém stavu a epilepsie trvá nejméně 12 měsíců.
- c) Epilepsie se záchvaty, které neovlivňují schopnost řízení, v anamnéze se nevyskytly jiné záchvaty než takové, u kterých bylo prokázáno, že neovlivňují schopnost řízení a epilepsie trvá nejméně 12 měsíců.
- d) Epileptické záchvaty, které se vyskytnou v důsledku změny antiepileptické léčby indikované lékařem, pokud se objeví epileptický záchvat v období změny léčby nebo snižování léčebné dávky, je v případě obnovení dříve účinné léčby nutné zachovat období 3 měsíců, kdy posuzovaná osoba neřídí.
- e) Stav po izolovaném epileptickém záchvatu nebo po prvním neprovokovaném záchvatu, kdy byla nasazena antiepileptická léčba, po 12 měsících od tohoto záchvatu.
- f) Stav po izolovaném epileptickém záchvatu nebo po prvním neprovokovaném záchvatu, kdy nebyla nasazena antiepileptická léčba, po 6 měsících od tohoto záchvatu.
- g) Stav po provokovaném epileptickém záchvatu způsobeném rozpoznatelným příčinným faktorem, jehož opakování při řízení je nepravděpodobné.

### Skupina 2

- a) Nemoci, vady nebo stavy stanovené pro skupinu 1, pokud není dále stanoveno jinak.
- b) Stav po ojedinělém neprovokovaném epileptickém záchvatu, pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba, a při neurologickém vyšetření není nalezena žádná související mozková patologie a na elektroencefalogramu (EEG) není zaznamenána žádná epileptiformní aktivita, po 5 letech od tohoto záchvatu.
- c) Epilepsie nebo stav po epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena antiepileptická léčba a při neurologickém vyšetření není nalezena žádná související mozková patologie a na elektroencefalogramu (EEG) není zaznamenána žádná epileptiformní aktivita, a po 10 letech od vysazení léčby, v případě prognosticky příznivých stavů, například benigní epilepsie s rolandickými hroty, po 5 letech od vysazení léčby.
- d) Stav po provokovaném epileptickém záchvatu způsobeném rozpoznatelným příčinným faktorem, jehož opakování při řízení je nepravděpodobné: riziko vzniku záchvatu nesmí být větší než 2% za rok.
- e) Jiná ztráta vědomí: riziko opakování ztráty vědomí nesmí být větší než 2% za rok
- f) Nemoci, které provází zvýšené riziko epileptických záchvatů, například arteriovenózní malformace nebo nitrolební krvácení, přestože k samotným záchvatům ještě nedošlo: jde-li o strukturální poškození mozku, kdy je zvýšené riziko vzniku záchvatu, nesmí být toto riziko větší než 2% za rok.

V případech uvedených v písmenu d) až f) je pravidelná lékařská kontrola podmínkou zdravotní způsobilosti vždy; provádí se v rámci pravidelných lékařských prohlídek stanovených podle zákona; to neplatí, skončí-li platnost posudku dříve.

#### **Zdroj:**

[http://www.desitin.cz/fileadmin/web\\_files\\_cz/Downloads/Epilepsie\\_a\\_%C5%99idi%C4%8Dsk%C3%BD\\_pr%C5%AFkaz.pdf](http://www.desitin.cz/fileadmin/web_files_cz/Downloads/Epilepsie_a_%C5%99idi%C4%8Dsk%C3%BD_pr%C5%AFkaz.pdf)

### **Příloha 3: Dotazník**

**Vážená paní, vážený pane.**

**Rád bych Vás požádal o vyplnění dotazníku, který se týká režimových opatření osob trpících epilepsií.**

**Získané informace budou použity pro mou bakalářskou práci, v níž se zabývám problematikou režimových opatření u epileptiků.**

**Tento dotazník byl vyplněn anonymně a dobrovolně.**

**Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci.**

**Rostislav Nosek**  
*nosek.rostislav@seznam.cz*

**zdravotní sestra ZZS PAK**

**student FZS Upce**

**1. Jak dlouho se s epilepsií léčíte?**

několik měsíců    1-4 roky    5-9 let    10 let a více

**2. Jaká bývá frekvence vašich epileptických záchvatů?**

1x týdně    2x měsíčně    1x měsíčně    jiná (uved'te prosím).....

**3. Dodržujete v souvislosti s epilepsií nějaká režimová opatření?**

ano    spíše ano    spíše ne    ne

**4. Byla Vám nějaká režimová opatření doporučena lékařem?**

ano    ne

**5. Brání Vám něco v dodržování režimových opatření?**

ano    ne

**Pokud jste odpověděli ano, uveďte co?.....**

**6. U epileptiků dochází k nedodržování režimových opatření, dochází k tomu i u Vás?**

ano    spíše ano    spíše ne    ne

**Pokud ano, uveďte kterých:**

- užívání alkoholu  nedostatek spánku  neužívání léků  
 řízení vozidla  nevhodný sport  jiné .....

**7. Myslíte si, že k záchvatu došlo z důvodu nedodržení režimu?**

- ano  spíše ano  spíše ne  ne

**8. Ovlivňují režimová opatření kvalitu Vašeho života?**

- velmi často  často  zřídka  téměř nikdy  nikdy

**9. Kde jste získali dosavadní informace o režimových opatřeních, resp. kde nejvíce?**

- zdravotník  z internetu  z literatury  jiné.....

**10. Domníváte se, že máte dostatek informací ohledně režimových opatření?**

- ano  spíše ano  spíše ne  ne

**11. Uvítal/a by jste informační leták týkající se této problematiky**

- ano  spíše ano  spíše ne  ne

**12. Vaše pohlaví :**

- žena  muž

**13. Jaký je Váš věk:**

.....let

**14. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- základní  středoškolské bez maturity  střední s maturitou  vyšší odborné  
 vysokoškolské

**Příloha 4: Přehled četnosti záchvatů a odpovědí**

četnost záchvatů	respondent č.	RO porušené	odpověď otázka č. 3	odpověď otázka č. 4	ovlivnění záchvatů
2-3x týdně	30	automaty	nedodržuje	porušuje	spíše ano
1x týdně	13	alkohol + léky	spíše nedodržuje	spíše neporušuje	ne
1x týdně	15	alkohol + léky	spíše dodržuje	spíše porušuje	spíše ano
1x týdně	21	alkohol + léky + léky	spíše nedodržuje	neporušuje	spíše ne
2x měsíčně	1	alkohol + spánek	spíše dodržuje	spíše neporušuje	spíše ano
2x měsíčně	9	alkohol + léky	spíše nedodržuje	spíše porušuje	spíše ano
2x měsíčně	16	alkohol + auto	spíše nedodržuje	spíše porušuje	spíše ano
2x měsíčně	20	spánek	spíše dodržuje	spíše neporušuje	ne
2x měsíčně	29	alkohol + léky	spíše nedodržuje	spíše porušuje	ne
1x měsíčně	5	alkohol	spíše nedodržuje	spíše porušuje	ne
1x měsíčně	14	spánek + léky	nedodržuje	porušuje	spíše ne
1x měsíčně	19	léky	dodržuje	spíše neporušuje	ne
1x měsíčně	24	spánek + léky	spíše nedodržuje	spíše neporušuje	spíše ne
1x měsíčně	25	léky	spíše dodržuje	spíše neporušuje	ne
1x měsíčně	26	alkohol	spíše dodržuje	spíše neporušuje	spíše ne