

Informovanost veřejnosti o problematice nemocných s epilepsií

Krajčová Irena

Bakalářská práce
2008



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických studií
akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Irena KRAJČOVÁ

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Téma práce: Informovanost veřejnosti o problematice nemocných s epilepsií

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretické části:

Vytvořit přehled patofyziologie onemocnění.

Objasnit možnosti léčby a prognózu epilepsie.

Zpracování praktické části:

Stanovit cíle a hypotézy bakalářské práce.

Sestavit dotazník pro laickou veřejnost.

Provést analýzu zjištěných dat a navrhnout řešení do praxe.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- HERMANOVÁ, Miroslava; ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava; ZACHAROVÁ, Eva. Zdravotnická psychologie. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-208-5.
KOMÁREK, Vladimír. Epileptické záchvaty a syndromy. 1. vyd., Praha: Galén, 1997. 183 s. ISBN 8085824-56-6.
KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
KUČEROVÁ, Hana; PREISS, Marek a kol. Neuropsychologie v neurologii. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-0843-4.
NEVŠÍMALOVÁ, Soňa; RŮŽIČKA, Evžen; TICHÝ a kol. Neurologie. 1. vyd., Praha: Galén, 2002. 367 s. ISBN 80-7262-160-2.
TYRLÍKOVÁ, Ivana a kol. Neurologie pro sestry. 1. vyd., Brno: NCONZO, 2005. 287 s. ISBN 80-7013-287-6.
VOJTĚCH, Zdeněk. Epilepsie dospělých. 1. vyd., Praha: Triton, 2000. 59 s. ISBN 80-7254-096-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Anna Krátká**
Ústav zdravotnických studií
Datum zadání bakalářské práce: **31. ledna 2008**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2008**

Ve Zlíně dne 31. ledna 2008



L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Téma mé bakalářské práce je: **Informovanost veřejnosti o problematice nemocných s epilepsií**. V teoretické části se zaměřuji na základní rozdělení epileptických záchvatů, diagnostiku, léčbu, vliv epilepsie na život nemocného, věnuji se také první pomoci při epileptickém záchvatu. Poslední kapitola představuje přehled organizací pro podporu lidí s epilepsií.

V praktické části pomocí dotazníkového šetření zjišťuji, jak je laická veřejnost informována zejména o první pomoci při epileptickém záchvatu a životním režimu epileptiků.

Klíčová slova:

epilepsie, první pomoc, psychologie, sociální problematika, stigmatizace, podpora lidí s epilepsií

ABSTRACT

The theme of my thesis is the public awareness of the problems of patients suffering with epilepsy. In the theoretical part, the focus is on the primary partition of the epileptic seizures, diagnosis and treatment of the epilepsy. I also deal with first aid given to patients experiencing epileptic seizure. The last chapter presents an overview of organizations for the support of people with epilepsy.

In the practical part, by means of a questionnaire survey, I find out how the general public is informed about giving first aid to patients experiencing an epileptic seizure as well as the daily routine of patient's suffering with epilepsy.

Keywords:

Epilepsy, first aid, psychology, social problems, stigma, support of people with epilepsy

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny prameny jsem uvedla v seznamu požitých literatury dle platné normy.

Souhlasím, aby moje bakalářská práce byla půjčována ke studijním účelům a byla citována podle platných norem.

Ve Zlíně dne 25. 5. 2008

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní Mgr. Anně Krátké za vedení, cenné rady a připomínky, které mi poskytla v průběhu zpracování mé bakalářské práce. Poděkování patří také organizacím, ve kterých probíhalo výzkumné šetření. Děkuji všem respondentům za jejich ochotu a čas při vyplňování dotazníku. Děkuji také své rodině a blízkým přátelům, kteří mně pomohli a podporovali během celého studia.

Ve Zlíně dne 25. 5. 2008

.....

Podpis

Motto: „Člověk je bohatý tím, co učinil pro druhé“

Johann Wolfgang Goethe

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 HISTORIE EPILEPSIE	13
2 EPILEPSIE	15
2.1 PATOGENEZE EPILEPTICKÉHO ZÁCHVATU	15
2.2 DĚLENÍ EPILEPSIE DLE ETIOLOGIE	15
2.3 MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ – ICES (1981).....	16
2.3.1 Parciální záchvaty.....	16
2.3.2 Generalizované záchvaty.....	18
2.4 DIAGNOSTIKA EPILEPSIE	20
2.4.1 Anamnéza.....	20
2.4.2 Objektivní neurologické vyšetření	21
2.4.3 Standartní EEG vyšetření (Elektroencefalografie).....	21
2.4.4 Video-EEG vyšetření	22
2.4.5 Neurozobrazovací vyšetření	23
2.4.6 Neuropsychologické vyšetření	24
2.4.7 Wada test.....	24
2.4.8 Diferenciální diagnostika	25
2.5 LÉČBA EPILEPSIE	25
2.5.1 Farmakoterapie.....	25
2.5.2 Chirurgická terapie.....	26
2.5.3 Životospráva.....	27
2.6 PROGNOZA EPILEPSIE	29
3 PRVNÍ POMOC PŘI EPILEPTICKÉM ZÁCHVATU	30
3.1 GENERALIZOVANÝ TONICKO – KLONICKÝ ZÁCHVAT (GRAND MAL)	30
3.2 ZÁCHVATY ATYPICKÉ ABSENCE (PETIT MAL).....	31
4 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA EPILEPSIE	32
4.1 ZAMĚSTNÁNÍ.....	32
4.2 ZÍSKÁNÍ ŘIDIČSKÉHO OPRÁVNĚNÍ	33
5 VLIV EPILEPSIE NA ŽIVOT NEMOCNÉHO	34
5.1 PSYCHICKÉ ZMĚNY PODMÍNĚNÉ EPILEPSIÍ.....	36
6 ORGANIZACE PRO PODPORU LIDÍ S EPILEPSIÍ	37

6.1	EVROPSKÁ BÍLÁ KNIHA EPILEPSIE	37
6.2	IBE (INTERNATIONAL BUREAU FOR EPILEPSY) A ILAE (INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY).....	38
6.3	SPOLEČNOST „E“	39
6.4	EPISTOP	39
6.5	EPI-RODINA A SME (SKUPINA MLADÝCH S EPILEPSÍ)	40
6.6	NÁRODNÍ DEN EPILEPSIE.....	40
II	PRAKTICKÁ ČÁST	41
7	METODIKA PRÁCE.....	42
7.1	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	42
7.2	METODY PRÁCE.....	42
7.3	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK.....	42
7.4	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	43
7.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	43
8	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	45
8.1	FAKTOGRAFICKÁ DATA	45
8.2	SHRNUTÍ.....	76
8.2.1	Vyhodnocení 1. cíle.....	76
8.2.2	Vyhodnocení 2. cíle.....	78
8.2.3	Vyhodnocení 3. cíle.....	78
	ZÁVĚR	79
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	80
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	84
	SEZNAM OBRÁZKŮ	86
	SEZNAM TABULEK.....	87
	SEZNAM PŘÍLOH.....	89

ÚVOD

Epilepsie je onemocnění tak staré snad jako lidstvo samo a přesto i ve 21.stol. je stále opředeno jistou záhadností. Proč u většiny lidí vzbuzuje tolik strachu a v čem se skrývá tajemství epilepsie? Na tyto a jiné otázky budu hledat odpovědi v rámci své bakalářské práce, jejíž téma je: *Informovanost veřejnosti o problematice nemocných s epilepsií.*

Podle mě má veřejnost dostatek informací o různých onemocněních, které se běžně vyskytují v populaci, jako je např. hypertenze nebo infarkt myocardu. Vědí, kde hledat potřebnou pomoc, jaká je prevence a léčba těchto nemocí. Ale pokud se setkají s onemocněním, které svojí symptomatologií může vzbuzovat obavy a strach mnohdy neví, jak se správně v takovéto situaci zachovat. Proto je potřeba, aby pochopili alespoň základ nemoci a poté uměli správně zareagovat v případě nutnosti, jakou může být epileptický záchvat.

Proč epilepsie vzbuzuje tolik strachu a z čeho tyto obavy pramení? Problém epilepsie je mezi námi stále. Mnozí lidé ji chápou jako duševní, nevyléčitelnou poruchu, která vede k úbytku intelektových schopností. Úbytek intelektu se však týká jen malého procenta epileptiků. Jedná se o onemocnění, které je charakterizováno souborem opakovaných záchvatů různé intenzity. Vyskytuje se u lidí všech věkových skupin a různého společenského postavení.

To co neznáme nebo co na první pohled vypadá děsivě, tomu se člověk vyhýbá. V populaci panují různé předsudky o této nemoci, které většinou nejsou založeny na pravdě a pouze mají za úkol vzbudit strach a možná zajímavost. Nemocní s epilepsií musí žít v neustálých obavách, kdy a kde je zase zastihne záchvat, co si o nich budou myslet přítomní, zavolají zdravotnickou pomoc nebo je nechají bez povšimnutí ležet na ulici?

Četla jsem mnoho článků o epilepsii, příběhy epileptiků, kteří se cítí ve společnosti méněcenní. Čím je to dáno? Neznalostí anebo tím, že je nám to úplně jedno? Pokud se bude více mluvit a psát o tomto onemocnění možná se pak bude méně stávat, že lidé s epileptickým záchvatem zůstanou bez pomoci. Epileptici jsou stejní jako ostatní lidé, mají své zájmy, chtějí mít dobré zaměstnání a určité postavení ve společnosti. Nechtějí, aby se na ně nahlíželo skrz prsty a tajně se o nich špitalo. Chtějí mít stejné výhody jako zdraví lidé. Ale co si nejvíc přejí, je tolerance a pochopení jejich situace.

Cílem mé práce je zjistit jakým způsobem je laická veřejnost informována o epilepsii. Zda ví, jak postupovat v rámci první pomoci při epileptickém záchvatu a jaký životní režim by měl člověk s epilepsií dodržovat. Také bych se chtěla dozvědět jaký je postoj společnosti k lidem s epilepsií. Na základě výsledků mého výzkumu se budu snažit předat veřejnosti určitým způsobem alespoň základní informace o této problematice.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE EPILEPSIE

Epilepsie je pozoruhodným a zvláštním onemocněním. Nejenom proto, že touto chorobou trpí na světě 100 miliónů lidí, ale zejména pro její určitou záhadnost a unikátní postavení mezi ostatními nemocemi. Je opředena mnoha předsudky a mýty, které mají své kořeny v historii a jsou velmi těžko překonávány. [25]

První zmínky o epilepsii je možno nalézt v záznamech indické medicíny z 1,5 – 4 tisíce let př. n. l. Popisy různých typů epileptických záchvatů pocházejí z období Babylónské říše 2000 let př. n. l. Starověký názor, že se jedná o projev posedlosti demony nebo o nemoc seslanou bohy (tzv. „svatá nemoc“) částečně změnila až hippokratovská medicína. V té době, půl století př. n. l. Hippokrates napsal: „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 vínku 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.“¹

V této době mělo před sebou lidstvo ještě několik let tmářství a pověr. I později ve středověku byla epilepsie stále považována za boží trest nebo posedlost d'áblem. Teprve v období renesance se lékaři pokoušeli nahlížet na toto onemocnění racionálněji. Mnoho zastaralých názorů na epilepsii přetrvávalo i ve 20. století. Důkazem toho bylo, že lidé s epilepsií nesměli uzavírat sňatky a mít děti. Zajímavostí je, že se toto nařízení týkalo civilizovaných a prosperujících zemí, jako je Skandinávie nebo USA. [32]

I v dnešní době se můžeme setkat s tím, že někteří lidé chápou epilepsii jako duševní onemocnění. Částečně vyvrátit tyto předsudky by mohly jména slavných osob, kteří ačkoliv trpěli epilepsií dokázali významně ovlivnit dějiny.

¹ KUGLEROVÁ, Ivana. Handicapovaní mezi námi 7. – Epileptici ve stínu. [online]. [cit. 2008 – 4 – 15].

Historické osobnosti: Socrates, Apoštol Pavel, Alexandr Veliký, Julius Caesar, Johanka z Arku, Napoleon Bonaparte, Dante Aligieri, Charles Dickens, Fiodor Dostojevskij, Jean Baptist Moliere, Agatha Christie, Vincent van Gogh, Isaac Newton, Alfred Nobel

Významné osobnosti z hudebního umění: Niccolo Paganini, Georg Friedrich Handel, Ludwig van Beethoven, Elton John, Petr Iljič Čajkovský. [32]

2 EPILEPSIE

Pro onemocnění epilepsií jsou typická opakování epileptických záchvatů jako náhlé vůlí neovlivnitelné, epizodické změny činnosti mozku. Zevně se projeví změnou jednání, chování, obvykle spojené s poruchou vědomí. Změny se mohou týkat sensorimotoriky a autonomních funkcí (Obenberger et al, 2004, s. 241). V medicínském slova smyslu epilepsie není jednou nemocí, proto se v poslední době objevuje v odborné literatuře termín epileptické syndromy. V České republice se epilepsie vyskytuje přibližně u 1 % populace, což je asi 100 000 osob. Klasifikace, patogeneze i léčba epilepsie prochází stále bouřlivým vývojem. [25]

2.1 Patogeneze epileptického záchvatu

Základní podmínkou pro vznik epileptického záchvatu je přítomnost různě rozsáhlé, místně ohraničené populace tzv. epileptických neuronů v mozku. Označuje se jako epileptické ohnisko. Epileptický neuron se od zdravé nervové buňky liší svou schopností generovat patologické výboje. Poškozené neurony jsou synaptickými spoji propojeny s okolními neurony, které mohou být v průběhu záchvatu vtaženy do epileptického procesu. Poté může dojít ke generalizaci epileptického záchvatu. Ta je ovlivněna tzv. záchvatovou pohotovostí. Má na ni účinek kromě genetických vlivů i např. alkohol, zvýšená tělesná teplota, gravidita apod. Je snižována antiepileptiky (AED). [21]

2.2 Dělení epilepsie dle etiologie

Epilepsie se neprojevuje jednotně, ale jde o soubor příznaků vznikajících na základě různých zevních a vnitřních příčin. Z hlediska morfologických změn mozku ji můžeme rozdělit na tyto základní skupiny: [4]

Primární (idiopatická) epilepsie znamená, že se lepší vyšetření neodhalí pravou příčinu epileptických záchvatů. V mozkové tkáni se neprokáží žádné odchylky a k rozvoji záchvatů může významně přispět genetická dispozice. Tento druh epilepsie se nejčastěji manifestuje v dětském věku a v době dospívání. [4]

Sekundární (symptomatická) epilepsie má organickou mozkovou lézi, která je prokazatelná zobrazovacími metodami nebo dalšími biologickými testy. V pozadí této epilepsie se skrývá celá řada nejrozumnějších onemocnění mozku od vrozených vývojových vad přes ná-

sledky kolem porodního poškození, úrazů, zánětů, cévních problémů až po degenerativní nebo nádorové choroby. Určitou roli zde hrají toxické příčiny jako je ethylismus. [19]

Kryptogenní epilepsie byly považovány za symptomatické formy. Jejich organická příčina zůstávala neprůkazná. Svědčily pro ně pouze klinické údaje, neuropsychický deficit nebo neurofyziologické nálezy. [19]

Kryptogenní epilepsie etiologii organickou předpokládá, ale jen někdy ji odhalí nové vyšetřovací metody, CT a hlavně MRI (Obenberger et al, 2004, s. 243). Těchto epilepsií ubývá a jsou přesunuty do kategorie symptomatických epilepsií.

2.3 Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů – ICES (1981)

2.3.1 Parciální záchvaty

Parciální záchvaty jsou takové, u nichž počáteční klinické projevy a nebo EEG změny svědčí pro začátek záchvatu v části jedné mozkové hemisféry. Parciální záchvat je primárně dále klasifikován na základě toho, zda došlo k poruše vědomí v průběhu záchvatu či nikoliv (Brázdil et al, 2004, s. 32).

Parciální záchvaty s elementární symptomatologií

Nebylo-li vědomí porušeno, záchvat se označuje, jako parciální záchvat s elementární symptomatologií. Pacient si svůj stav uvědomuje a plně prožívá, nemá na toto období amnézii. Jsou zde zahrnuty různé typy záchvatů, které jsou rozděleny zejména podle projevů. [4]

- **S motorickými projevy:**

Fokální motorické záchvaty mohou zůstat přísně fokální nebo se mohou šířit do sousedních kortikálních oblastí a vést tak k následnému zapojení jiných částí těla – takový záchvat je poté označován jako jacksonský. Vědomí je obvykle zachováno, ale epileptická aktivita se může rozšířit do těch struktur, jejichž účast povede ke ztrátě vědomí a nebo generalizovaným konvulzím (Brázdil et al, 2004, s. 32). Jiné typy záchvatů jsou provázeny poruchou řeči a to buď její zástavou nebo poruchou vokalizace. Na konci těchto záchvatů se může objevit lokalizovaná paréza – Todova paréza, která může trvat několik minut až hodin. [4]

- **Se somatosenzorickými nebo se speciálními sensorickými příznaky:**

Záchvaty vycházejí z těch oblastí kortexu, které slouží sensorické funkci a jsou obvykle popisovány jako pocity píchání, mravenčení, brnění nebo jako pocity necitlivosti (Brázdil et al, 2004, s. 32). Může se také objevit porucha prostorového vnímání. Mezi speciální sensorické záchvaty patří záchvaty od záblesků světla až po vizuální halucinace. Další typy jsou sluchové záchvaty (jednoduché sluchové vjemy až po např. hudbu). Chuťové vjemy bývají často popisovány jako „kovové“. Mohou se také objevit rotační závratě nebo pocity vznášení se. [4]

- **S autonomními příznaky:**

Zahrnují projevy jako jsou zvracení, bledost, zčervenání, pocení, mydriáza, inkontinence.

- **S psychickými projevy:**

V těchto záchvatech se objevují deformované paměťové zkušenosti, například poruchy časové orientace, snové stavy, retrospektivní útržkovité pocity nebo vnímání (Brázdil et al, 2004, s. 33). Tyto záchvaty mají podobu zkreslených vjemů. Mohou se objevit iluze, halucinace, pocity depersonalizace (pocit jakoby osoba stála mimo své tělo). Pacienti někdy vnímají pocity mimořádné slasti, jindy jsou to naopak nepříjemné vjemy. Občas se může objevit zloba nebo hněv, který rychle mizí. Nejčastějším příznakem je strach nebo děs. Jindy pacienti mohou prožívat tzv. pocity déjà vu. [4]

Parciální záchvaty s komplexní symptomatologií

Parciální záchvaty s komplexní symptomatologií jsou provázeny alterací vědomí. Ta může být částečná nebo úplná. Porucha vědomí je chápána jako neschopnost reagovat normálním způsobem na vnější podněty. Je doprovázena amnézií na toto období. [4]

U pacientů se mohou objevit během záchvatů komplexních parciálních změny v chování – automatismy. Automatismy mohou být pokračováním aktivity, která probíhala bezprostředně před začátkem záchvatu, nebo jsou naopak novou aktivitou rozvinutou v souvislosti s iktální poruchou vědomí (Brázdil et al, 2004, s. 33).

Jedná se o více či méně koordinovanou, bezděčnou motorickou aktivitu. Vyskytuje se při zastřeném vědomí v průběhu epileptického záchvatu nebo po něm. Patří zde např.: žvýkání, polykání, mimikry v obličeji, řečové automatismy apod. [4]

Parciální záchvaty přecházející v generalizované

- Simplexní parciální přecházející v generalizované
- Komplexní parciální přecházející v generalizované
- Simplexní parciální přecházející v komplexní parciální a pak v generalizované (Brázdil et al, 2004, s. 33).

2.3.2 Generalizované záchvaty

Generalizované záchvaty jsou takové, u nichž první klinické změny naznačují zapojení obou hemisfér. Vědomí bývá narušeno a tato porucha může být počátečním projevem. Motorické manifestace jsou bilaterální. Iktální EEG vzorce jsou od počátku bilaterální (Brázdil et al, 2004, s. 33).

A) Absence (petit mal)

Bývají u dětí, provázené zakoukáním, event. mrkáním či jinými drobnými pohyby v obličeji. Dítě strne pohledem – zakouká se, pustí hračku, často již za pár vteřin pokračuje v činnosti. Záchvatů probíhá denně desítky až stovky (dříve klinické označení pyknolepsie). U školáků kumulované výpadky vědomí ruší pozornost a zpomalují podaný výkon (Obenberger et al, 2004, s. 250).

Neopomenutelným rysem nástupu absence je její náhlý vznik, přerušení probíhajících aktivit, prázdný strnulý pohled, někdy krátké stočení očí vzhůru. Pokud pacient hovoří, řeč se zpomalí nebo přeruší; pokud jde, ochromeně se zastaví; pokud jí, přestane žvýkat. Pacient obvykle nereaguje, když na něj ostatní mluví. Záchvaty obvykle trvají od několika sekund do půl minuty a skončí většinou tak rychle, jak začaly (Brázdil et al, 2004, s. 33).

B) Myoklonické záchvaty

Myoklonické záchvaty jsou náhlé, krátké kontrakce, které mohou být omezeny na obličej, trup nebo jednu či více končetin nebo i na jednotlivé svaly či skupiny svalů. Myoklonické křeče se mohou opakovat v sériích nebo jsou relativně izolované (Brázdil et al, 2004, s. 34). Motorický projev je ovlivňován věkem, neurologickým obrazem a také kombinací s jinými záchvatovitými projevy. Mnoho typů myoklonií nemusí mít epileptický původ.

C) Klonické záchvaty

Jedná se o opakování klonických křečí. Klonické projevy mohou být symetrické, rytmické, synchronní s postižením horních i dolních končetin, ale i asymetrické se stranovým zdůrazněním. Nejčastěji se tyto záchvaty objevují u tzv. febrilních křečí. [4]

D) Tonické záchvaty

Jsou definovány jako prudký vzestup svalového tonu, končetiny se dostávají do nepřirozené polohy. Obvykle jsou doprovázeny rotací hlavy a končetin k jedné straně. Je postiženo najednou všechno příčně pruhované svalstvo. Horní končetiny jsou v semiflexi a pěsti jsou zatnuté. Dolní končetiny jsou naopak v extenzi. Tyto záchvaty jsou provázeny prudkým pádem, proto je zde velké nebezpečí úrazu, především hlavy. Trvají od několika sekund po minuty. Jsou provázeny sliněním a objevuje se apnoe někdy s výraznou cyanózou. Porucha vědomí nastupuje od začátku a je velmi hluboká. [4]

E) Atonické záchvaty

Jsou charakterizovány náhlým poklesem svalového tonu. Ten vede např. jen k poklesu hlavy s uvolněním čelisti nebo k celkové ztrátě svalového tonu s pádem. Většinou se jedná o záchvaty s krátkým trváním. [4]

F) Tonicko – klonické záchvaty (grand mal)

Generalizované záchvaty, s nimiž se setkáváme nejčastěji, často nazývané jako „grand mal“. Při iniciální tonické kontrakci svalů, do níž se zapojí i svaly dýchací, se objeví výkřik nebo zasténání. Pokud stojí, upadne pacient v tonické křeči na zem. Během tonické kontrakce nemůže pacient dýchat a typicky se objeví cyanóza. Tato tonická fáze přechází postupně do generalizovaných konvulzí, které trvají různě dlouho. Může dojít k pokousání jazyka a inkontinenci. Na konci tohoto stádia nastane hluboké dýchání a všechny svaly se uvolní, pacient zůstává v bezvědomí po proměnlivou dobu (Brázdil et al, 2004, s. 34).

Většina záchvatů přestane spontánně po několika vteřinách nebo minutách. Jestliže dojde k nakupení generalizovaných záchvatů s křečemi pak se jedná o tzv. **status epilepticus**. Jedná se o akutní stav, který ohrožuje život nemocného. [19]

Smrtí končí v 5 – 10 % případů, rozhodující je délka trvání křečí. Horší prognóza je při současné organické lézi mozku (hemoragie, nádor, trauma, infekce, hypoxie), lepší při stavu z vynechání léčby, intoxikaci nebo v rámci abstinenčních příznaků abusu (léků, alkoholu). Opakované křeče provází zrychlení tepu, tlak se zvyšuje, stoupá tělesná teplota. Závažnost stavu vyžaduje léčbu na JIP, je nutné monitorování vitálních funkcí a teploty, ideálně i EEG (Obenberger et al, 2004, s. 252). Status epilepticus ohrožuje pacienta poškozením CNS, rozvratem metabolismu, plicními komplikacemi, ale i smrtí. Jedná se o velmi závažný stav.

2.4 Diagnostika epilepsie

2.4.1 Anamnéza

Epilepsie je převážně anamnestická diagnóza a význam anamnézy pro správnou diagnózu a vedení léčby nelze ani dost zdůraznit (Brázdil et al, 2004, s. 73). Určující a zásadní význam má především u pacienta, který měl poruchu vědomí poprvé. Ani u dlouholetých epileptiků se nesmí na anamnézu zapomínat, protože získané informace jsou dále zpřesňovány. Zjišťuje se anamnéza **rodinná** (výskyt záchvatovitého onemocnění v rodině, přítomnost febrilních křečí, migrén, neurologických nebo psychiatrických chorob), **osobní** (průběh porodu, průběh těhotenství, medikace během gravidity, průběh různých virových onemocnění, postvakcinační komplikace, úrazy hlavy, cévní mozkové příhody, operace mozku, preparáty hormonální antikoncepce,...), **sociální** (školní prospěch, stupeň dosaženého vzdělání, profese, návykové látky – alkohol, drogy a jiné toxikomanie, směnný provoz v zaměstnání,...), **alergická** (alergické reakce na léky, nežádoucí reakce na dříve podávaná antiepileptika), **farmakologická** (podrobné informace o farmakoterapii – benzodiazepiny, barbituráty, neuroleptika, hypnotika, antidepresiva,...) a **nynější onemocnění** (okolnosti záchvatu, přítomnost aury, průběh záchvatu, způsob návratu vědomí, postiktální příznaky). Významný podíl v anamnéze epilepsie sehraává domácí video. Může přinést velmi cenné informace. [4]

U pacientů s opakovanými záchvaty zjišťujeme zejména, zda je ráz záchvatu vždy totožný, nebo zda pacient trpí více typy záchvatů. Aury, myoklonie, absence a fokální záchvaty jsou pro diagnózu epilepsie většinou přínosnější než generalizované záchvaty s poruchou vědomí (Brázdil et al, 2004, s. 75).

2.4.2 Objektivní neurologické vyšetření

Zahrnuje kompletní vyšetření neurologem. Soustřeďuje se však také na celkový psychický stav pacienta, úroveň orientace a řeč. Vhodné je i vyšetření mentálních funkcí (pozornosti, paměti a symbolických funkcí). Hodnotí se celkový stav pacienta, pokousání jazyka, pomocení apod. Snahou lékaře je vyloučit jiná onemocnění, která by mohla napodobovat epilepsii. Velmi vhodné je vyšetření mentálních funkcí: paměti, pozornosti a symbolických funkcí. Využívá se k tomu např. Folsteinův Mini Mental State test (viz příloha P VIII). [4]

2.4.3 Standartní EEG vyšetření (Elektroencefalografie)

EEG je cenným a specifickým vyšetřením v epileptologii. Principem této vyšetřovací metody je snímání elektrických potenciálů, které vznikají při činnosti nervových buněk, přes neporušený povrch hlavy. V EEG přístroji jsou mozkové potenciály zesíleny a zaznamenány. Mozek při své činnosti tvoří elektrické proudy, které jsou pomocí speciálních elektrod převedeny na výslednou křivku označovanou jako elektroencefalograf. Tvar a charakter křivky je závislý na aktuální aktivitě mozku. Na křivce se popisuje několik vln. *Alfa vlny* se objevují v klidu při zavřených očích a při začínajícím spánku. *Beta vlny* jsou rychlejší a jsou normálně přítomny při bdění a pozornosti. *Delta vlny* jsou nejpomalejší a objevují se při hlubokém spánku. Spánek je doprovázen i pomalými *theta vlnami*. EEG záznam dospělého bdělého člověka ukazuje na obou polovinách hlavy pouze alfa a beta vlny. V případě poškození některé části mozku se objevují odlišnosti mezi pravou a levou polovinou hlavy.

EEG obvykle zaznamenává interiktální aktivitu mozku. V tomto období pacient s epilepsií může mít normální EEG záznam. Pokud jsou postiženy hlubší struktury mozku, nelze je přístrojem zachytit a proto se používají další aktivační metody nebo speciální elektrody. Vyšetření se provádí ve speciální EEG laboratoři a je zcela nebolestivé. Pacient během vyšetření v klidu leží se zavřenýma očima. [4]

Při klinickém podezření na epilepsii a normálním EEG užíváme jako aktivační metodu spánkovou deprivaci. EEG natáčíme ráno po kontrolovaně probdělé noci na oddělení v nemocnici (Obenberger et al, 2004, s. 136). Vyšetření někdy může být ukončeno použitím tzv. fotostimulace (blikající světlo).

K získání potřebných údajů v EEG využíváme opakovaných vyšetření (první, pokud možno ještě před nasazením léčby) včetně využití aktivačních metod, případně dlouhodobého interiktálního EEG a video – EEG vyšetření (Brázdil et al, 2004, s. 79).

Příprava klienta na vyšetření:

- psychická příprava (vysvětlit výkon, uklidnit pacienta, zajistit spolupráci při vyšetření)
- tělesná příprava (umýt vlasy šamponem, ve vlasech nesmí být žádné sponky)
- vyšetření se provádí v místnosti, která by měla být zvukově izolovaná
- poloha pacienta – vsedě nebo vleže
- pacient by měl být psychicky i svalově uvolněný a má zavřené oči
- součástí vyšetření je tzv. Bergerova reakce (klient na několik sekund otevře oči) [9]

2.4.4 Video-EEG vyšetření

Základním smyslem dlouhodobého video – EEG vyšetření je synchronní snímání EEG křivky a videozáznamu pacienta (Brázdil et al, 2004, s. 81). Cílem je zachycení záchvatového stavu typického pro pacienta a následná analýza EEG. Synchronní snímání videozáznamu a EEG křivky umožňuje retrospektivně přiřadit určitému momentu EEG křivky příslušnou část videozáznamu a naopak (Brázdil et al, 2004, s. 82). Toto vyšetření pomáhá určit, zda se jedná o epileptické záchvaty a jakého jsou typu a nebo se jedná o záchvaty jiného původu. Díky dlouhodobému EEG záznamu lze posoudit, zda je epilepsie kompenzovaná. Pacient je tedy napojen na EEG přístroj a současně se snímá i srdeční aktivita. Během celého monitorování je trvale zapojena kamera a obraz pacienta je sledován zdravotním personálem. Zároveň je záznam ukládán, aby mohl být zpětně vyhodnocován lékaři. Obdobně je snímán zvukový záznam. [4]

Video – EEG vyšetření je prováděno kontinuálně, doba monitorování je individuální. Závisí na frekvenci záchvatů daného pacienta a spolupráci s pacientem. Průměrná doba monitorování je 3 – 5 dnů, za optimální je považováno zachycení 3 typických záchvatů. Nejběžnějším způsobem provokace epileptických záchvatů je v případě potřeby redukce nebo úplné vysazení antiepileptické medikace (Brázdil et al, 2004, s. 82). Během monitorování je nutné, aby pacient trávil pokud možno veškerý svůj čas na lůžku. Video – EEG vyšetření

umožňuje srovnat oblasti mozku, ze které záchvat vychází, s tím, jak se záchvat projevuje na videu.

2.4.5 Neurozobrazovací vyšetření

Neurozobrazovací metody přinášejí stále nové poznatky týkající se etiologie a patogeneze epilepsie. Nedostatečná rozlišovací schopnost CT odsunula tuto metodu do pozadí a je nahrazena především MRI. [19]

- **CT vyšetření (computerová tomografie)**

CT vyšetření ukazuje strukturu mozkové tkáně na podkladě rentgenového záření. Je schopno zobrazit příčný průřez mozkovou tkání. Vyšetření je nebolestivé a pacient je ve velmi malé míře zatěžován RTG paprsky. Přínos CT je u epileptiků velmi omezený, protože má jen průměrnou rozlišovací schopnost při zobrazení měkkých tkání. Významným vyšetřením zůstává např. u kojenců se symptomatickými záchvaty, kde pomáhá odhalit hemoragie. U starších nemocných slouží jako screening k zachycení objemnějších tumorů. CT je přínosné i v akutních situacích (akutní symptomatické záchvaty nebo epileptické statusy). Doménou CT vyšetření je průkaz čerstvých hematomů. [4]

Příprava klienta na vyšetření:

- psychická příprava (vysvětlit výkon, uklidnit pacienta, zodpovědět případné dotazy) [9]

- **MRI vyšetření (magnetická rezonance)**

MRI je nejcitlivější neurozobrazovací metoda pro průkaz epileptogenních zón. Předností tohoto vyšetření je zobrazování v různých rovinách a absence ionizujícího záření. Nevýhodou vyšetření je, že jej nelze provést u pacientů s klaustrofobií, se zavedeným kardiostimulátorem a u pacientů se zavedeným kovovým materiálem v těle. [4]

Příprava klienta na vyšetření:

- psychická příprava (vysvětlit výkon, zjistit případnou kontraindikaci k vyšetření, uklidnit pacienta, požádat o trpělivost při vyšetření)

- výkon trvá asi 45 minut – po celou dobu musí pacient nehybně ležet

- **SPECT – jednofotonová emisní tomografie PET – pozitronová emisní tomografie**

Tyto metody zachycují funkční stav jednotlivých částí mozku. Patří mezi tzv. funkční zobrazovací metody. V epileptologii mají význam zejména pro pacienty, u kterých se uvažuje o provedení epileptochirurgického výkonu a u nichž výsledky ostatních vyšetřovacích metod neumožňují přesnou lokalizaci epileptogenní zóny. [4]

2.4.6 Neuropsychologické vyšetření

Neuropsychologické vyšetření je součástí diagnostického a léčebného procesu. Psychologické vyšetření je indikováno u lidí po prvním záchvatu, při subjektivních nebo objektivních změnách v oblasti kognitivních schopností a také při změnách nálad či chování. Provádění jednotlivých testů v rámci tohoto vyšetření umožňuje upozornit na oblast mozku, která funguje odchylně. U některých nemocných může odhalit nežádoucí účinky AED v duševní oblasti. Neuropsychologické vyšetření je významné zejména u pacientů, kteří jsou připravováni na epileptochirurgický zákrok. [4]

2.4.7 Wada test

Wada test se používá v rámci předoperačního hodnocení lateralizace řeči a paměťových funkcí u nemocných indikovaných k některým resekcčním epileptochirurgickým výkonům. Největší význam Wada testu spočívá ve zjištění, zda u konkrétního nemocného je pro zachování paměťových funkcí dominantně důležitá pravá nebo levá hemisféra. Cílem je zabránit těžkým poruchám paměti po neurochirurgických zákrocích (Brázdil et al, 2004, s. 149).

Během vyšetření je nemocnému aplikována speciální látka do vnitřní karotické tepny. Při vyšetření paměti je důležité testování na té straně, kde je plánována operace. Základem testu je to, že nemocný během aplikace speciální látky využívá farmakologicky nevyřazenou hemisféru. Během Wada testu jsou využívány různé metody řečových a paměťových vyšetření. Cílem je zabránit poruchám paměti po neurochirurgických zákrocích. [4]

2.4.8 Diferenciální diagnostika

Stanovit diagnózu epilepsie je pro lékaře mnohdy velmi složité, protože jsou často odkázáni jen na anamnestické údaje, které mohou být zkreslené. Zejména v počátku onemocnění není možné stanovit jednoznačnou diagnózu. Existuje široká škála chorob, které svou symptomatologií mohou napodobovat záchvaty epileptické. Řadí se zde např.: synkopy, migrény, metabolické a endokrinní choroby (hypoglykémie, hypokalcémie), cerebrovaskulární onemocnění, spánkové paroxysmální fenomény (somnolismus, noční děs, narkolepsie, apod.). U dětí se jedná o protahování – je fyziologické pro nezralé novorozence. Dále to mohou být úlekové reakce a afektivní záchvaty. Stanovit jednoznačnou diagnózu je velmi těžké, a proto by se lékaři neměli snažit určit diagnózu za každou cenu. Pozdější přezkoumávání chybného závěru je velmi obtížné. Nejčastější příčinou chybné diagnózy je nesprávná interpretace EEG a zavádějící nebo nedokonale odebraná anamnéza. [4]

2.5 Léčba epilepsie

Cílem protizáchvatové léčby epilepsie je optimální kvalita života nemocných. Jedná se o maximální snahu kompenzovat epileptické záchvaty a také udržet optimální funkční stav nemocných a to jak somatický tak psychický.

2.5.1 Farmakoterapie

První epileptický záchvat není obvykle důvod pro zahájení léčby. Hodnotíme okolnosti záchvatu. Teprve při opakování záchvatů, pokud nemocný dodržel protizáchvatový režim, přistoupíme k léčbě. Léčba usiluje o plnou kvalitu života (Obenberger et al, 2004, s. 257). Farmakoterapie bývá úspěšná až u 75% pacientů, u kterých potlačí epileptické záchvaty nebo výrazně sníží jejich frekvenci a intenzitu. Léčba AED bývá dlouholetá někdy celoživotní, proto je velmi důležitá správná volba vhodných preparátů. V ideálním případě by AED měla mít co největší specifitu k danému druhu záchvatu, vysokou účinnost, výhodnou farmakokinetiku a nízký výskyt nežádoucích účinků. Velký význam v léčbě epilepsie má otevřený dialog s nemocným a jeho rodinou. Je zde snaha o maximální *compliance* (soulad mezi záměry lékaře a konáním nemocného). [4]

Léčbu zahájíme jedním lékem (monoterapie), dávku postupně zvyšujeme do podstatné redukce či vymizení záchvatů nebo projevů lékové toxicity. Je-li monoterapie jedním lékem neúčinná, opakujeme stejný postup s jiným lékem. Až po dalším neúspěchu léčby, méně

než v 10%, kombinujeme více antiepileptik – nebezpečí lékových interakcí (Obenberger et al, 2004, s. 257).

Všechna AED musí být užívána pravidelně na doporučení ošetřujícího lékaře. Jakékoliv samovolné vysazení nebo snížení dávky může vyprovokovat epileptický záchvat až status epilepticus. Celá řada AED může mít nežádoucí účinky. Jsou to poměrně rychle nastupující nevolnost, zhoršená koordinace pohybů, dvojité vidění, závratě, bolesti hlavy apod. Ke zlepšení stavu napomáhá úprava dávkování použitého léčiva. Chronické příznaky se projevují pomaleji a jsou lehčí. Jedná se o únavu, zpomalené myšlení, zhoršení paměti, depresi nebo zvýšenou dráždivost. V průběhu farmakoterapie lékař pravidelně kontroluje hodnoty krevního obrazu a jaterní testy. Vzhledem k nežádoucím účinkům léčby přistupuje většina lékařů k pokusu o vysazení léků. Jedná se pouze o ty nemocné, u nichž se po určité době bez záchvatů již další neobjevují. Vysazování léčby je velmi pomalé a opatrné za pravidelných kontrol EEG. Vysazením farmakologické léčby je pacient zcela kompenzován. [19]

2.5.2 Chirurgická terapie

První úspěšné pokusy ovlivnit chirurgickou léčbou průběh epilepsie proběhly již na konci 19. století. V průběhu 20. století se vyvíjely operační postupy a se stoupající výtěžností zobrazovacích, funkčních a elektrofyziologických metod rostl a dále roste počet pacientů indikovaných k epileptochirurgickým výkonům (Brázdil et al, 2004, s. 177).

Faktory pro možný epileptochirurgický výkon:

- ⇒ Farmakorezistentní epilepsie
- ⇒ Očekávané zvýšení kvality života při potlačení záchvatů
- ⇒ Případná rizika operace nepřevyšují její pravděpodobný přínos
- ⇒ Pozitivní motivace nemocného

Chirurgická léčba se provádí v těch případech, kde konzervativní postupy nepřinášejí úspěch. Cílem chirurgického výkonu je odstranění té části mozku, ve které záchvaty vznikají, bez poškození okolních oblastí. Úspěšnost operace je závislá na lokalizaci ložiska. Nejlepší výsledky jsou dosahovány u temporálních lokalizací (až 80% úspěšnost). Prognóza je složitější u záchvatů z oblastí frontálních, největší riziko nesou výkony u komplexních záchvatů, kde není strukturální léze. [4]

Typy operačních výkonů:

- ⇒ **Resekční zákroky** – cílem je odstranit oblast ze které záchvaty vycházejí (nejčastěji léze v oblasti temporálního laloku)
- ⇒ **Diskonekční** – cílem je zabránit šíření záchvatů, např. kalosomie – částečné nebo úplné protěti corpus callosum (viz příloha P VI)
- ⇒ **Hemisferektomie** – ojedinělý výkon indikovaný převážně u dětí a adolescentů s farmakorezistentní epilepsií při rozsáhlých lézích jedné hemisféry [4]

Pro nemocné s epilepsií, u kterých nepřichází v úvahu epileptochirurgická léčba poskytuje určitou naději nová metoda vagové stimulace. Poprvé byla vyzkoušena v roce 1988 a od roku 1997 je dostupná také u nás.

Dlouhodobá stimulace nervus vagus (VNS – vagus nervus stimulation) je standardní metodou chirurgické léčby u pacientů s refrakterní epilepsií, u nichž není možné provést resekční operační zákrok. VNS patří mezi paliativní léčebné postupy. Jejím cílem je dosáhnout významné kontroly onemocnění a zvýšit kvalitu života nemocného (Brázdil et al, 2004, s. 198).

Do podkoží hrudníku je zaveden stimulátor, který v pravidelných intervalech dráždí levostranný nervus vagus (viz příloha P VII). Tento krátký operační výkon nepředstavuje pro nemocného větší zátěž. Více než u poloviny nemocných je na základě VNS pozorováno snížení frekvence záchvatu až o 50%. Provedení operačního výkonu u daného pacienta sebou nese spolupráci celé řady specialistů. O indikaci k epileptochirurgickému zákroku rozhoduje indikační komise epileptologického centra na základě předoperačních vyšetření. [4]

2.5.3 Životaspráva

Principem režimových opatření je především úprava životasprávy. Provokujícím faktorem pro vznik epileptického záchvatu je nepravidelná doba spánku, proto je potřeba upravit spánkový režim a zabezpečit pravidelné usínání a probouzení. V některých případech je nutné vyvarovat se spánku během dne. Pro lidi s epilepsií je velmi důležité vyhýbat se alkoholu, zejména pro možnost výrazných nežádoucích účinků při jeho kombinaci s užíváním AED. Velmi škodlivé bývá přechodné vysazení antiepileptické léčby v mylné

představě, že tehdy alkohol neškodí. Dále je nutné vyhýbat se situacím, které u některých vnímavých jedinců mohou vyprovokovat záchvat (např. blikavé světlo, náhlé zvukové nebo jiné podněty, stres,...). AED pokud mají být účinná musí být užívána pravidelně v určených dávkách.

- **Epilepsie a volný čas**

Pravidelné sportování prospívá každému člověku a tedy i lidem s epilepsií. Příznivě působí nejen na tělesnou kondici, ale také na zlepšení psychiky. U epilepsie je nutné vědět jaká pravidla při sportu dodržovat, aby se minimalizovala možnost úrazu a naopak, aby přílišné obavy epileptika neomezovaly.

Plavání – rizika spojená s plaváním jsou minimální, pokud je ve vodě přítomen někdo, kdo ví jak postupovat v případě epileptického záchvatu. Lidé s epilepsií by nikdy neměli plavat sami.

Vodní sporty – plachtění, kanoistika nejsou vyloučeny za předpokladu doprovodu osobou, která umí poskytnout první pomoc. Nebezpečnější sporty jako jsou potápění a lyžování znamenají velká rizika, proto se nedoporučují.

Rybaření – lidé s epilepsií by nikdy neměli rybařit sami. Vzhledem ke zdravotnímu stavu se doporučuje pořídit si záchrannou vestu.

Pěší turistika – tento druh sportu lze doporučit, ale předem je nutné zvážit délku trasy, mít dobrou obuv a dbát na dobrou rezervu léků.

Cyklistika – je možné ji doporučit, ale je nezbytné se vyhýbat jízdě na kole v hustém městském provozu. Nejlépe je při cyklistice mít doprovod a ochrannou helmu.

Jízda na koni – má význam i psychoterapeutický, proto ji lze doporučit. Doporučuje se hippoterapie k uvolnění psychického napětí a ke zlepšení koncentrace.

Jóga – působí příznivě na koncentraci a zklidnění. Je nutné poradit se s neurologem, které cvičení je nutné při epilepsii vynechat.

Počítače, videohry – běžná práce s počítačem, který je odstíněn nemá na záchvatovou aktivitu vliv. U fotosenzitivních epilepsií je větší citlivost na světelné efekty. Tito lidé by se měli vyvarovat světelným zábleskům a rychle kmitajícím obrazům. Nezbytné je vyloučit hry na principu virtuální reality.

Diskotéky – tato běžná aktivita není u epilepsie zcela zakazována, ale musí být dodržena určitá pravidla: žádná konzumace alkoholu, pravidelný časový režim. U fotosenzitivní epilepsie je nutné vyvarovat se diskoték se stroboskopickými světly.

Určit dovolený nebo zakázaný druh sportu je velmi individuální. K přehodnocení pravidel využití volného času by mělo dojít tehdy, pokud pacient mění svoji někdy dlouhou řadu let trvající terapii. [43]

2.6 Prognóza epilepsie

Asi 5% populace prodělá alespoň jednou v životě epileptický záchvat, jen 0,5% však trpí opakovanými epileptickými záchvaty. První záchvat do 20. roku věku má 75% epileptiků (Obenberger et al, 2004, s. 242).

Prognóza léčené epilepsie je většinou dobrá. Asi 70 – 75% pacientů je do pěti let od začátku terapie bez záchvatu. Jen asi u čtvrtiny z nich se záchvaty objeví znovu. Pacienty s epilepsií lze podle prognózy rozdělit do 4 kategorií:

První skupinu s excelentní prognózou (20 – 30% pacientů) tvoří syndromy dětského věku, které odeznívají spontánně, většinou po pubertě. Do *druhé skupiny* patří asi 30 – 40% pacientů, kteří mají prognózu dobrou. Jejich záchvaty se podaří zvládnout jedním lékem a většinou je možno léčbu časem vysadit. 10 – 20% pacientů tvoří *třetí skupinu*, kde se záchvaty daří kompenzovat většinou pomocí kombinace léků, často i po delším zkoušení. Léčba je zde dlouhodobá nebo trvalá.

Poslední *čtvrtou skupinu* se špatnou prognózou zahrnuje 30% pacientů, u kterých záchvaty nereagují na léčbu a léky pouze snižují počet těchto stavů. [40]

3 PRVNÍ POMOC PŘI EPILEPTICKÉM ZÁCHVATU

Epileptický záchvat působí na nezasvěcené pozorovatele velmi dramaticky. Projevy záchvatu vzbuzují u přítomných pocity nejistoty. Je možné je zmírnit nebo odstranit, bude-li mít veřejnost dostatečné informace, jak postupovat při epileptickém záchvatu. Vždy je velmi nutné, aby přítomní zachovali klid.

3.1 Generalizovaný tonicko – klonický záchvat (grand mal)

Při velkém epileptickém záchvatu jde především o ochranění nemocného před poraněním, které může utrpět např. při náhlém pádu. Je důležité dopravit postiženého do bezpečí (např. z dosahu silničního provozu, z vody apod.) a odstranit všechny předměty, které by pro něj byly nebezpečné (horké nápoje, ostré předměty). Pokud to není možné, obložíme jej např. dekou, polštáři. Pacientovi podložíme hlavu (kabátem, polštářem, měkkým materiálem,...), aby s ní netloukl o zem. Zajištění průchodnosti dýchacích cest během záchvatu nelze, ale vzhledem ke krátké době trvání nehrozí výrazná hypoxie. Sledujeme dobu trvání záchvatu a jsme pacientovi nablízku až do přirozeného odeznění záchvatu. V žádném, případě se jej v průběhu záchvatu nepokoušíme násilně držet nebo mu zabraňovat v jeho projevech.

!!! Nesnažíme se rozevírat křečovitě zatnuté pěsti nebo mu vkládat nějaký předmět mezi zuby – ve snaze zabránit pokousání jazyka

!!! Třesením, pleskáním nebo jinými podobnými oživovacími pokusy nemocnému nepomůžeme

Pomoc po proběhlém záchvatu je stejně důležitá jako v akutním stavu. Po odeznění křečí uložíme pacienta do stabilizované polohy (viz příloha P V). U pacienta zůstaneme až do jeho návratu k vědomí, pokusíme se s ním klidně promluvit a zjistíme zda nemá nějaké poranění (zejména hlavy, končetin,...). Pokud je postižený léčený epileptik a během záchvatu nedošlo k poranění není důvod vyhledat akutní lékařské ošetření. Pacienti u nichž se záchvat objevil poprvé nebo mají opakované záchvaty (status epilepticus), musí být transportováni do nemocnice. U těchto lidí jsou velmi důležité informace zejména ze strany svědků záchvatu (délka trvání, projevy záchvatu, poranění,...). [5]

Péče o hospitalizovaného pacienta s epilepsií

V rámci péče o hospitalizovaného epileptika je nezbytný citlivý přístup ze strany zdravotní sestry. Všimá si zejména varovných příznaků, které mohou signalizovat vznik epileptického záchvatu. Jedná se zejména o změny nálad, které se mohou objevit několik hodin nebo dní předem. Pokud sestra zaregistruje změny v chování pacienta, musí sledovat jeho další vývoj. Je nezbytné zajistit takové prostředí, které zabrání úrazu. V případě vzniku záchvatu využívá zásady první pomoci. Pokud je to možné, je vhodné podložit nemocnému hlavu (pokrývka, polštář), aby se tak předešlo dalšímu poranění. Pokud je nemocný v průběhu záchvatu na lůžku, sestra by měla zajistit bezpečnost zdvihnutím postranních zábran. U epileptického záchvatu je velké riziko ucpání dýchacích cest jazykem. Prevencí této možné komplikace je stabilizovaná poloha. Po celou dobu záchvatu sleduje celkový stav nemocného – zejména dýchání, charakter křečí a délku. Informuje lékaře a zajistí podání lékové medikace dle jeho ordinace.

Po skončení epileptického záchvatu kontroluje pulz, frekvenci dýchání, krevní tlak a stav vědomí. Přesvědčí se, zda nedošlo k poranění (modřiny, pokousání jazyka a rtů, tržné rány,...). Zabezpečí nemocnému dopomoc při hygieně (někdy se může pomočit nebo pokálet v průběhu záchvatu). Také dohlíží na dodržování předepsaného klidu na lůžku. Po proběhlém záchvatu se nemocný může cítit vyčerpaný a unavený, proto by sestra měla respektovat tento stav a zajistit mu dostatek odpočinku v klidném a nerušeném prostředí.

3.2 Záchvaty atypické absence (petit mal)

Tyto stavy mají tendenci častěji postihovat děti než dospělé. Nemocný náhle jakoby „vypne“ a někdy se nepřítomně dívá před sebe. Mohou se objevit nepatrné záškuby rtů, očních víček, hlavy nebo končetin. Tento atypický záchvat může být doprovázen automatismy (pomlaskávání, přežvykování,...). Postižení si nejsou vědomi svého okolí. V rámci první pomoci je nutné chránit postiženého a být mu nablízku do té doby než se jeho stav upraví. Je nezbytné pomoci nemocnému posadit se někde v klidu a odstranit vše co by pro něj mohlo být nebezpečné (ostré předměty, horké nápoje,...). Na nemocného mluvíme klidným a povzbuzujícím tónem, ale nedotíráme na něj zbytečnými otázkami. Jestliže nemocný neví o jakou poruchu se jedná, měl by vyhledat lékaře. [5]

4 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA EPILEPSIE

4.1 Zaměstnání

V poslední době došlo k významnému pokroku v oblasti epileptologie. Spolupracuje s celou řadou medicínských, ale i nemedicínských oborů. Zaměřuje se také na sociální problematiku (snaha o integraci nemocného do společnosti, umožnění plnohodnotného života). Život nemocného s epilepsií ovlivňuje především frekvence výskytu záchvatů. Dalšími důležitými faktory jsou: druh epilepsie, její prognóza a typ epileptických záchvatů. K odlišení epileptického onemocnění existují tzv. Kritéria kompenzovanosti pacientů s epilepsií. Podle nich jsou nemocní rozděleni na:

- a) Plně kompenzované: 2 a více let bez záchvatu s farmakoterapií i bez ní
- b) Kompenzované: rok bez záchvatů s farmakoterapií i bez ní
- c) Částečně kompenzované: déle než jeden měsíc bez záchvatu (obvykle méně než 12 záchvatů do roka)
- d) Nekompenzované: záchvaty jsou častější než jedenkrát do měsíce (obvykle více než 12 záchvatů do roka) [34]

Co se týče získání zaměstnání u lidí s epilepsií lze všeobecně říct, že nezaměstnanost je u nich vyšší než u zdravé populace. Problém s pracovním uplatněním se týká i pacientů plně kompenzovaných, kteří mohou být zaměstnání téměř bez omezení. Výjimkou jsou pouze ta povolání, která nepřipouští jakýkoliv zdravotní problém (profesionální řidiči, piloti). Pacienti kompenzovaní mají minimální režimová opatření. Týkají se především vyloučení nočních směn, práce ve výškách, s elektrickým proudem, nechráněnými rotačními stroji. Pacienti částečně kompenzovaní potřebují speciální péči. Většinou nemohou pracovat na plný pracovní úvazek a stejně tak nemohou řídit motorová vozidla. Jejich začlenění do společnosti hodně závisí na dobrém rodinném zázemí. Nekompenzovaní pacienti potřebují významnou pomoc ze strany společnosti. Pracovat mohou jen v chráněných dílnách a nejsou schopni plné výtěžné činnosti. [34]

4.2 Získání řidičského oprávnění

Získání řidičského průkazu je pro lidi s epilepsií možností jak zvýšit uplatnění na trhu práce. Samozřejmě, že také příznivě působí na sebevědomí a celkovou spokojenost dané osoby. Díky vyhlášce 277/2004 Sb., která vešla v platnost 26. dubna 2004 se lidé s epilepsií mohou ucházet o získání řidičského průkazu. Musí však splňovat podmínky, které tato vyhláška ustanovuje. Vyhláška má několik částí a čtyři přílohy, z nichž pro epileptiky je nejdůležitější příloha č. 3. Zahrnuje 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 žadatele zjištěného lékařskou prohlídkou, dále na základě předchozích záznamů ve zdravotnické dokumentaci a na podkladě informací od praktického lékaře. Posudek má být jednoznačný a nesmí obsahovat diagnózu onemocnění. U epilepsie má být posudek vydán na omezenou dobu. Po jejím uplynutí musí být pacient znovu vyšetřen a posouzen. [41] Vzhledem k obsáhlosti celé vyhlášky 277/2004 Sb. přikládám zkrácenou verzi přílohy č. 3 (viz příloha P X).

5 VLIV EPILEPSIE NA ŽIVOT NEMOCNÉHO

Závažné somatické onemocnění představuje jednu z největších životních zátěží, která nějakým způsobem ovlivní i psychiku nemocného a může více či méně změnit některé vlastnosti jeho osobnosti (Vágnerová, 2002, s. 57).

Epilepsie je onemocnění, které významně zasahuje do života jak samotného nemocného tak i jeho blízkých. Nese sebou celou řadu nutných omezení v životě, pravidelnou farmakologickou léčbu někdy i ztrátu nebo změnu zaměstnání. Jedná se o onemocnění, které stejně tak jako jiné nemoci přináší člověku zátěž a další starosti. Zejména první epileptický záchvat může být momentem, kdy se do té doby zdravá osoba ocitá v nemocničním prostředí.

Pohybuje se ve zdravotnických zařízeních, podstupuje celou řadu vyšetření a dalších diagnostických procedur. Setkává se s různými zdravotnickými pracovníky a hledá možnosti jak získat zpět své ztracené zdraví. Chce mít jistotu, že se objeví nějaké východisko z jeho situace. Kdo mu může a má být oporou je nejen lékař, ale také zdravotní sestra. Právě ona je s nemocným v kontaktu po většinu dne při hospitalizaci nemocného. Může tedy sledovat nejen jeho zdravotní, ale i psychický stav. Každý člověk někdy potřebuje poradit, vyslechnout nebo jen prostě slyšet „dobře to dopadne“. Ne jinak je tomu u nemocného s epilepsií – může mít mnoho, starostí a otázek, které se oprávněně mohou týkat jeho budoucnosti (rodina, zaměstnání a vůbec život s epilepsií). Zdravotní sestra je tu od toho, aby nejen odvedla spolehlivě a zodpovědně svoji práci, ale zejména proto, aby vyhledávala a reagovala na potřeby nemocného.

Existuje také celá řada organizací, které napomáhají lidem s epilepsií a ukazují, že i s tímto onemocněním lze kvalitně prožívat každý den. Pomoci nemocnému hledat řešení a nabídnout podporu v jeho situaci by mělo být samozřejmostí ze strany zdravotníků. Jejich hlavní doménou by měla být schopnost empatie.

Empatie znamená vcítění se do duševního stavu druhé osoby. Znamená to umět rozpoznat, v jakém duševním stavu je druhý člověk, jakou má náladu, co prožívá. Být empatický znamená poznat vnitřní svět druhého a být schopen dívat se na svět z jeho pohledu. Znamená schopnost „být s pacientem“ ve stejném, shodném emočním rozpoložení a pak schopnost o něm přemýšlet (Beran, 2002, s. 15). Další důležitou stránkou zdravotníků by mělo být umět podpořit nemocné v jejich situaci, snažit se ukázat zájem o pacienta.

Podpora je spíše postojem než dovedností (Beran, 2002, s. 21). V dnešní době nemívá epilepsie tak bouřlivý průběh, a pokud je léčena, nevede k devastaci nemocného. Nicméně určitá citlivost na vnější podněty, emoční labilita nebo zvýšená rigidita a unavitelnost se objevují dost často (Vágnerová, 2002, s. 92). V oblasti psychiky u nemocných s epilepsií je možné diferencovat:

- **Primární změny vyvolané samotným onemocněním**

Obecně platí, že čím dříve choroba vznikla a čím jsou záchvaty častější, tím větší je nebezpečí rozvoje patologických změn v mozku a dalších z toho vyplývajících poruch. Epileptický záchvat sám o sobě působí náhlé, prudké zatížení nervové soustavy nemocného. Mohou jej doprovázet pocity úzkosti a bezmocnosti. Reakcí na záchvat bývá rovněž únava, ospalost či amnézie (Vágnerová, 2002, s. 89).

- **Sekundární důsledky**

Tyto důsledky představují především vedlejší účinky antiepileptické medikamentózní léčby. Mohou se projevit v psychické nebo somatické oblasti. Projevy zahrnují únavu, ospalost, snížení celkové aktivity, apatii, nebo naopak zvýšenou dráždivost a výkyvy emočního ladění. Vliv antiepileptické léčby na psychiku nemocných je relativně malý. Ve své podstatě převažují pozitivní účinky léčby nad méně příznivými důsledky. [19]

- **Sociální důsledky epilepsie**

Epilepsie bohužel i v dnešní době vzbuzuje v okolí odmítavé reakce, nedůvěru dokonce i odpor. Negativní postoj veřejnosti mohou lidé s epilepsií chápat jako sociální diskriminaci. Odmítavé reakce okolí jsou nepříjemné a nemocní si více uvědomují svou relativně malou kontrolu nad tím, kdy je potká další záchvat. V některých případech se stává, že se epileptici izolují od svého okolí, objevují se u nich deprese v období mezi záchvaty. Jejich život je potom velmi ochuzen. [19]

5.1 Psychické změny podmíněné epilepsií

Nemocní trpící epilepsií mají většinou normální inteligenci. Výraznější porucha rozumových schopností je spíše výjimkou než pravidlem. Epilepsie, která je důsledkem nějakého mozkového postižení (např. po úrazu), může s větší pravděpodobností poškodit i rozumové schopnosti (Vágnerová, 2002, s. 90). Někdy může nepříznivě ovlivnit paměť a pozornost. Pozornost je negativně ovlivněna ve smyslu poruchy soustředění. U paměti se jedná především o poruchu všítivosti a vybavování si informací. S těmito problémy souvisí menší pružnost myšlení, potíže se zvládnutím nových situací, nižší spontaneita a větší unavitelnost epileptiků. Epilepsie může někdy ovlivnit celkovou reaktivitu a emoční ladění nemocného. V oblasti prožívání se může objevit sklon k některé z těchto variant:

A) Tendence k inhibici emocionálních projevů a negativnímu ladění:

Nemocní mají sklon k depresím a k pesimismu. Chybí jim smysl pro humor a mají větší tendence k moralizování a silnějším prožitkům viny. Jejich uzavřenost a samotářství může být spíše reakcí na společenské předsudky. [22]

B) Zvýšená dráždivost, impulzivita a labilita:

Nemocní mají sklon k výkyvům nálad, afektivním reakcím, výbušnosti a někdy bývají zlostní až agresivní. Zvýšená dráždivost a změny nálad mohou být důsledkem nedodržování léčby. Některé změny v chování nemocných mohou být vyvolány odmítavým postojem lidí v okolí. [22]

V některých případech, i když jde opět spíše o výjimku, se mohou nápadnosti některých vlastností a typických reakcí nemocného stupňovat do té míry, že lze mluvit o epileptických změnách osobnosti. U těchto lidí se setkáváme s výraznějším egocentrismem, vznětivostí, výbušností a agresivními reakcemi, nepřiměřenými vyvolávajícím podnětu. Porucha adaptace, která vyplývá z neschopnosti reagovat adekvátněji a ovládat své projevy, bývá někdy jen počáteční fází dalšího úpadku osobnosti, epileptické demence (Vágnerová, 2002 s. 91). Zde pak dochází ke kvalitativní změně nebo dokonce k úbytku intelektových schopností, ale jedná se spíše o malé procento nemocných.

6 ORGANIZACE PRO PODPORU LIDÍ S EPILEPSIÍ

V rámci informovanosti o epilepsii vznikla celá řada organizací, společností, internetových stránek, které mapují tuto problematiku, a jsou určeny jak pro samotné nemocné, tak pro laickou veřejnost.

6.1 Evropská bílá kniha epilepsie

22. března 2001 byla na půdě Evropského parlamentu v Bruselu prezentována celé evropské veřejnosti Evropská bílá kniha epilepsie. Jejím hlavním cílem je odstranit neodůvodněnou stigmatizaci lidí trpících epilepsií, jejich diskriminaci ve školách a na pracovištích a také zvýšit výdaje na výzkum v oblasti epileptologie. Její vznik podpořila i WHO (Světová zdravotnická organizace), která je v čele Celosvětové kampaně proti epilepsii. Cíl je podobný jako je tomu u Evropské bílé knihy epilepsie. [35]

Holandanka Hanneke de Boer, která dokument prezentovala uvedla: „Šest miliónů Evropanů trpících epilepsií má plné právo na léčbu odpovídající současným poznatkům a možnostem. Právo na takovou léčbu lze považovat za jedno ze základních lidských práv. Stejně tak má těchto šest miliónů lidí právo na informace o svém onemocnění, o svých možnostech a o svých omezeních. I těchto šest miliónů lidí chce a má právo navštěvovat školy, získávat a zastávat zaměstnání a navazovat mezilidské vztahy stejně, jako všichni ostatní obyvatelé Evropy. Šest miliónů epileptiků touží po tom, aby byla rozvíjeny edukační aktivity směřující k vymáčení přežívajících dezinformací, předsudků a pověr vážícím se k jejich onemocnění. Šest miliónů lidí si přeje vystoupit ze stínu.“²

Lidé s epilepsií musí překonávat celou řadu bariér, které je v životě mohou provázet. Jsou to strasti v oblasti vzdělání, získávání zaměstnání, navazování vztahů a také kontaktů s okolním světem. Epileptici mají těžký život už od dětství.

² Bílá kniha epilepsie. [online]. [cit. 2008 – 3 – 18] Dostupný na WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=321>>.

Hledání kamarádů, školní docházka a učitelé, kteří neví jak se chovat k takovému dítěti, to je nejčastější zátěží pro malého školáka. Všeobecně co se týče zaměstnání mají lidé s epilepsií znevýhodněnou pozici. Jejich nemoc je spíše chápána jako přítěž oproti jiným kandidátům. Mnoho lidí s epilepsií si na svou nemoc „zvykne“, ale trápí je spíše reakce okolí. Jsou známy spousty případů, kdy lidé ani z blízkého okolí (sousedí) epileptikovi při záchvatu nijak nepomohou. Dokonce jej pomlouvají, že byl dotyčný např. opilý. A nejvíce je pro epileptiky nepříjemné to, že si některá část veřejnosti o nich myslí, že tato nemoc je nakažlivá nebo díky ní mají sníženou inteligenci. Právě proti těmto a jiným předsudkům vznikla Evropská bílá kniha epilepsie.

6.2 IBE (International Bureau for Epilepsy) a ILAE (International League Against Epilepsy)

Každý člověk, i zdravý, se může ocitnout v situaci, kdy potřebuje pomoc a podporu v rozsahu větším, než mu může poskytnout rodina nebo přátelé. Pak je potřeba vědět na koho se mohou tito lidé obrátit, kde najít potřebné informace. Mezi nejznámější organizace, které sdružují zejména lékaře a vědecké pracovníky, věnující se problematice epilepsie patří **ILAE** (Mezinárodní liga proti epilepsii) a **IBE** (Mezinárodní úřad pro epilepsii). Hlavní cíle jsou zaměřeny na: [28]

- ⇒ Zlepšení veřejné i profesní informovanosti o epilepsii jako léčitelné celkové poruše mozkové činnosti
- ⇒ Vytvoření podmínek pro akceptování epilepsie širokou veřejností
- ⇒ Podporu vzdělávání o epilepsii pro širokou veřejnost i odborníky
- ⇒ Identifikaci potřeb epileptických pacientů v rámci jednotlivých zemí i regionu
- ⇒ Doporučení vládám a zdravotnickým organizacím, aby se více zaměřily na potřeby pacientů s epilepsií, včetně obecné informovanosti, vzdělávání, diagnostiky, léčby, péče, služeb a prevence

Jedním z jejich nejdůležitějších úkolů je pořádání Mezinárodního epileptologického kongresu, který se koná v různých městech světa. Česká epileptologie má ve světě velmi dobrý ohlas. Je to především i díky podílu našich epileptologů na mezinárodních projektech, týkajících se moderní léčby epilepsie. [28]

6.3 Společnost „E“

Každá nemoc zasahuje do života člověka, ale jen málokterá tak výjimečně jako je tomu u epilepsie. Nedostatek informací o tomto onemocnění je velké, proto se mnoho organizací snaží o to, aby veřejnost dokázala porozumět těmto lidem. Patří zde Společnost „E“. Jedná se o občanské sdružení, které vzniklo v roce 1990 a sdružuje nemocné s epilepsií a jejich rodiny, ale i odborníky z řad lékařů, psychologů a pedagogů. Pomocí různých aktivit jim pomáhá ulehčovat život. Společnost „E“ zajišťuje různé vzdělávací a informační přednášky a kurzy. Vydává měsíčník Aura, pořádá ozdravné pobyty pro děti i dospělé a sportovně rehabilitační aktivity. Zakládá denní stacionáře, kde nabízí lidem s epilepsií terapeutický, ale i společenský program a také poradenské služby. Epilepsie postihuje člověka zejména svými sociálními důsledky. Lidé mají problém začlenit se do normálního života. Pocity vyčleňování začínají již u dětí ve školce, později si uvědomují negativní postoj ze strany veřejnosti. Právě tato společnost pomáhá integrovat lidi s epilepsií do společnosti a zlepšovat jim i jejich rodinám život. Od roku 1995 je součástí organizace IBE – International Bureau for epilepsy, která celosvětově sdružuje společnost pro pomoc postiženým epilepsií. [28]

6.4 Epistop

Komplexní projekt Epistop na podporu lidí s epilepsií v České republice, vznikl v roce 1995. Od úplného počátku klade důraz na zkvalitnění léčby epilepsie a integraci lidí s touto nemocí do společnosti. Nezaměřuje se tedy na problematiku epilepsie jen z lékařského pohledu, ale i z hlediska psychologie, práva, volby povolání a společenského uplatnění. Tato skupina se kromě jiného snaží odstranit některá diskriminující ustanovení v oblasti legislativy. Podílela se na úpravě vyhlášky o silničním provozu, aby byla možnost u některých druhů epilepsie přidělit řidičský průkaz. Součástí této skupiny je také kampaň v médiích, která je zaměřena na zlepšení informovanosti o epilepsii. [37]

6.5 EPI-RODINA a SME (Skupina mladých s epilepsií)

EPI-RODINA je sdružení pro rodiče s dětmi, které trpí epilepsií. Hlavním cílem je poskytování poradenství, pravidelných setkání s odborným programem a nabízí také tábory pro děti. EPI-RODINA se snaží získávat finanční prostředky na zajištění asistentů do škol, na všeobecnou respitní péči a informační kampaň.

SME je skupina pro všechny mladé lidi s epilepsií, kteří se chtějí seznámit, poznat nové lidi a předávat si zkušenosti. Společným úsilím je zvýšit povědomí veřejnosti o problematice epilepsie a odbourat tak strach, nepochopení nebo bariéry v oblasti vzdělávání a sociálních vztahů. [42]

6.6 Národní den epilepsie

Epilepsie je onemocnění, které je i ve 21. stol. do určité míry stále stigmatizováno. Společnost má proti epileptikům řadu předsudků a negativních postojů, které plynou především z nedostatečné informovanosti. Proto vznikla myšlenka založit Národní den epilepsie, jehož smyslem je přiblížit epilepsii široké veřejnosti. Každé 30. 9. od roku 2004 probíhá v médiích celá řada rozhovorů s odborníky, přednášky, rozhlasové relace a to vše s jediným cílem – zvýšit informovanost veřejnosti a zmírnit tak druhotné problémy (oblast emoční, sociální, profesní,...) nemocných s epilepsií. [39]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA PRÁCE

7.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Ve své práci jsem použila metodu kvantitativního sběru dat. Dotazník byl určen pro laickou veřejnost v různé věkové kategorii. Získala jsem informace od respondentů, kteří mají blízkého s epilepsií a také data od respondentů, kteří se s tímto onemocněním nikdy nesečkali. Kromě jiného jsem chtěla zjistit, jak se liší informovanost těchto dvou cílových skupin.

7.2 Metody práce

K získání dat pro moji bakalářskou práci jsem použila metodu dotazníkového šetření. Jedná se o nejrozšířenější metodu, která umožňuje získat informace od velkého počtu respondentů za poměrně krátkou dobu. [1] V úvodu dotazníku, který byl zcela anonymní, následuje oslovení respondentů, představení výzkumníka, téma šetření a postup k vyplnění. Vlastní dotazník (viz příloha P I) je tvořen 23 uzavřenými otázkami, které jsou dichotomické nebo polytomické. V těchto otázkách bylo úlohou respondentů označit křížkem správnou předem formulovanou odpověď.

7.3 Charakteristika položek

První tři otázky jsou identifikační, kterými zjišťuji pohlaví, vzdělání a věk respondentů. Otázky č. 4, 10, 12, 14, 15 se zaměřují na zjišťování informací o první pomoci při epileptickém záchvatu. Jedna položka z tohoto okruhu se dotazuje na všeobecnou informovanost o první pomoci. Pomocí položek č. 6, 7, 8 jsou respondenti rozděleni podle toho, zda mají nebo nemají blízkého s epilepsií a zda ví, jak se zachovat při epileptickém záchvatu.. Otázky č. 13, 18, 21 zjišťují informovanost dotazovaných respondentů o správném životním režimu lidí s epilepsií. Položky č. 5, 17 zjišťují názor respondentů na intelekt lidí s epilepsií. Položkou č. 11 se dotazují na riziko trestního postihu při neposkytnutí první pomoci. Otázka č. 16 zjišťuje názor respondentů na možnost získání řidičského oprávnění pro lidi s epilepsií. Položka č. 19 zjišťuje názor respondentů, který se týká možnosti zakládání rodin u lidí s epilepsií. Položky č. 20, 22 se zaměřují na zařazení lidí s epilepsií do společnosti a jejich problematiku v zaměstnání. Otázky č. 9, 23 zjišťují odkud respondenti

čerpají informace o první pomoci při epileptickém záchvatu a zda mají zájem o více poznatků z této oblasti.

7.4 Organizace šetření

Samotnému šetření předcházelo sestavení dotazníku a jeho schválení vedoucí práce. Před vlastní aplikací dotazníků jsem provedla pilotní studii. Rozdala jsem 10 dotazníků náhodným respondentům a na základě jejich nejasností jsem provedla definitivní upravení otázek. Po konzultaci a doplnění dle doporučení vedoucí bylo zhotoveno a laické veřejnosti rozdáno 120 dotazníků. V rámci dotazníkového šetření jsem oslavila tři organizace, které se mnou aktivně spolupracovali. 60 dotazníků jsem rozdala mládeži do 20 let. Zbývajících 60 jsem rozdala veřejnosti nad tuto věkovou kategorii. Výzkumné šetření probíhalo od 30.11. 2007 do 4.1. 2008. Vrátilo se mně 106 dotazníků při čemž 6 jsem musela vyřadit pro jejich neúplnost v odpovědích. K samotnému šetření jsem tedy použila 100 dotazníků, což je 100%.

7.5 Zpracování získaných dat

Získaná data byla uspořádána do pracovních tabulek četností. Dle podskupin byly sečteny četnosti a relativní četnosti. Následně byly vytvořeny sumární tabulky četnosti a grafy. Pro výpočet a konstrukci byl použit program Microsoft Excel. Položky byly sestaveny do tabulek, graficky znázorněny a slovně popsány.

Absolutní četnost (A. Č.) udává počet respondentů, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností.

Relativní četnost (R. Č.) podává informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

V rámci zpracování dat získaných dotazníkovým šetřením jsem si tři hypotézy nechala ověřit statistickou metodou chí kvadrát. Tato metoda začíná formulováním tzv. nulové a alternativní hypotézy. Nulová hypotéza (H_0) je předpoklad (domněnka), že mezi sledovanými jevy není souvislost (vztah). Alternativní hypotéza (H_A) je předpoklad, že mezi sledovanými jevy je souvislost (vztah). O přijetí nebo nepřijetí daných hypotéz je rozhodnuto na základě testování (ověřování) nulové hypotézy. K tomuto účelu se vypočítává tzv. testovací kritérium, což je určitá číselná charakteristika odvozená ze zjištěných dat. Při rozhodování

o platnosti nulové hypotézy se postupuje tak, že vypočítaná hodnota testovacího kritéria je srovnávána s tzv. kritickou hodnotou, kterou lze nalézt ve statistických tabulkách. Příslušná kritická hodnota je hledána pod určitou (zvolenou) hladinou významnosti a určitým počtem stupňů volnosti. Hladina významnosti je pravděpodobnost, že je neoprávněně (nesprávně) odmítnuta nulová hypotéza. Ve většině výzkumů se pracuje na hladině významnosti 0,05 (5%) nebo 0,01 (1%). Počet stupňů volnosti závisí u metody chí kvadrát na počtu řádků v tabulce. Počet stupňů volnosti je počet řádků tabulky, kterým je možno přidělit libovolnou hodnotu a přitom dodržet stanovený sloupcový součet. K odmítnutí nulové hypotézy je potřeba, aby vypočítaná hodnota testovacího kritéria byla větší nebo stejně velká jako hodnota kritická. Přijetí nulové hypotézy znamená, že mezi sledovanými jevy není žádná souvislost nebo významný vztah. Výsledky je tedy možné připsat náhodě.

Výsledky získané dotazníkovým šetřením je nejdříve nutné zapsat do tzv. kontingenční tabulky. Objevují se zde pozorované a očekávané četnosti. Pozorovaná četnost je (P) je uvádí jednotlivé odpovědi respondentů. Dalším krokem je vypočítání tzv. očekávaných četností (O). Tyto četnosti odpovídají platnosti nulové hypotézy. Pokud jsou rozdíly mezi očekávanými a pozorovanými četnostmi příliš velké, pak je málo pravděpodobné, že by platila nulová hypotéza. V tomto případě nabývá platnosti hypotéza alternativní. [10]

8 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

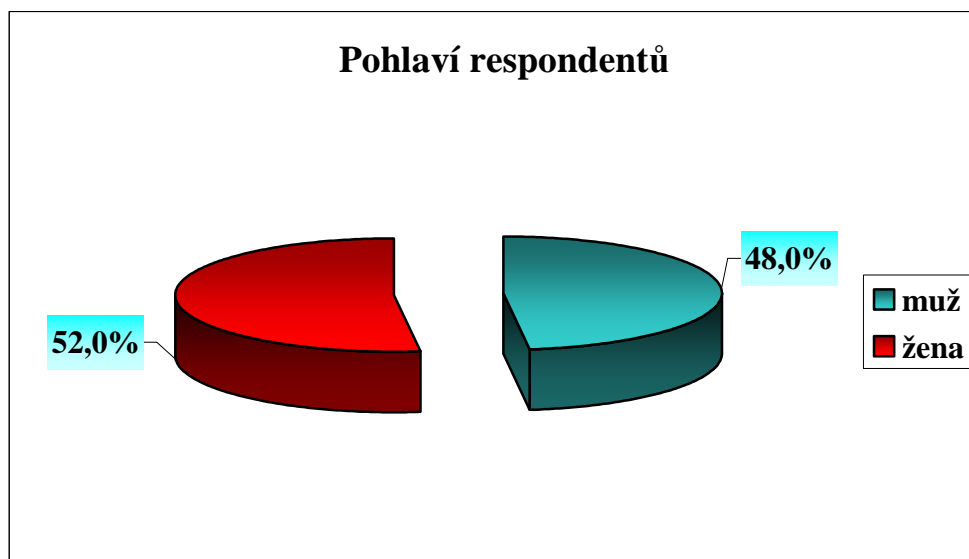
8.1 Faktografická data

Otázka č. 1: Pohlaví respondentů

Tab. 1: Pohlaví respondentů

Text	A. Č.	R. Č.
muž	48	48,0%
žena	52	52,0%
Celkem	100	100%

Obr. 1: Pohlaví respondentů



Komentář:

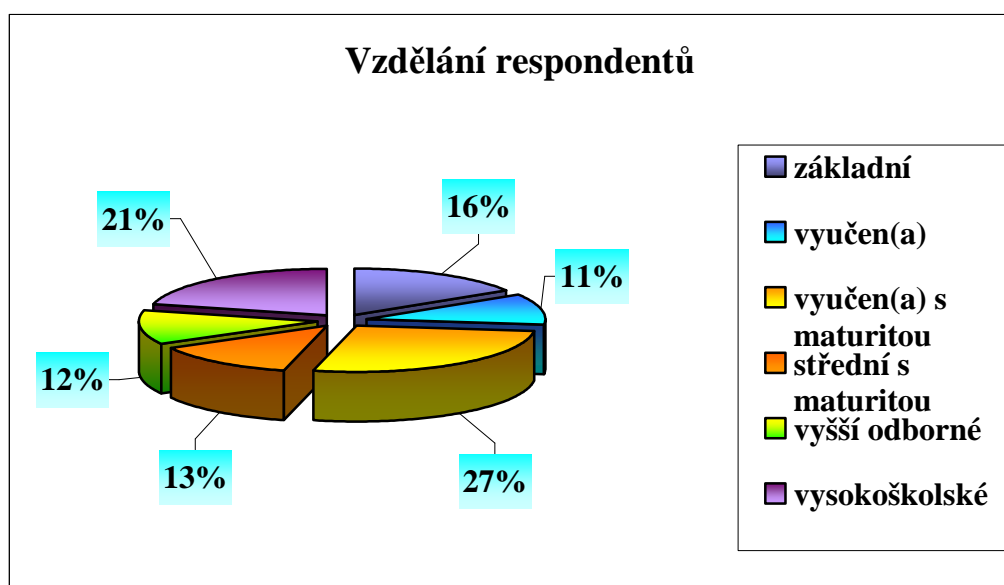
Výzkumného šetření se zúčastnilo 100 respondentů. Z toho mužů bylo 48 (tj. 48,0%) a žen 52 (tj. 52,0%).

Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 2: Vzdělání respondentů

Text	A. Č.	R.Č.
základní	16	16,0%
vyučen(a)	11	11,0%
vyučen(a) s maturitou	27	27,0%
střední s maturitou	13	13,0%
vyšší odborné	12	12,0%
vysokoškolské	21	21,0%
Celkem	100	100%

Obr. 2: Vzdělání respondentů

**Komentář:**

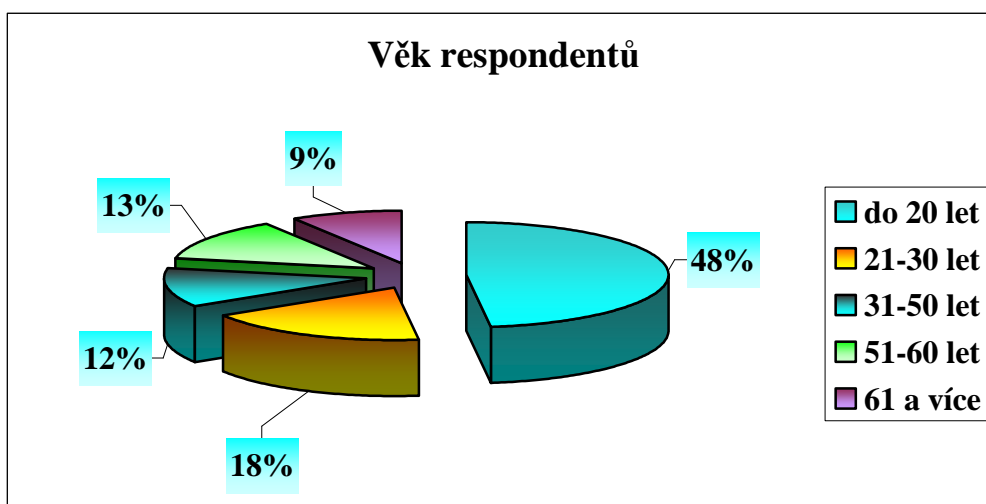
Z dotazovaných osob má vzdělání vyučen(a) s maturitou 27 respondentů (tj. 27,0%). 21 respondentů (tj. 21,0%) má, jak z tabulky vyplývá vysokoškolské vzdělání, dále 16 (tj. 16,0%) respondentů má základní vzdělání. Počet respondentů se vzděláním střední s maturitou je 13 (tj. 13,0%), dále 12 respondentů (tj. 12,0%) má vyšší odborné vzdělání. Nejmenší počet představují respondenti s vyučením 11 (tj. 11,0%).

Otázka č. 3: Kolik je Vám let?

Tab. 3: Věk respondentů

Text	A. Č.	R. Č.
do 20 let	48	48,0%
21-30 let	18	18,0%
31-50 let	12	12,0%
51-60 let	13	13,0%
61 let a více	9	9,0%
Celkem	100	100%

Obr. 3: Věk respondentů

**Komentář:**

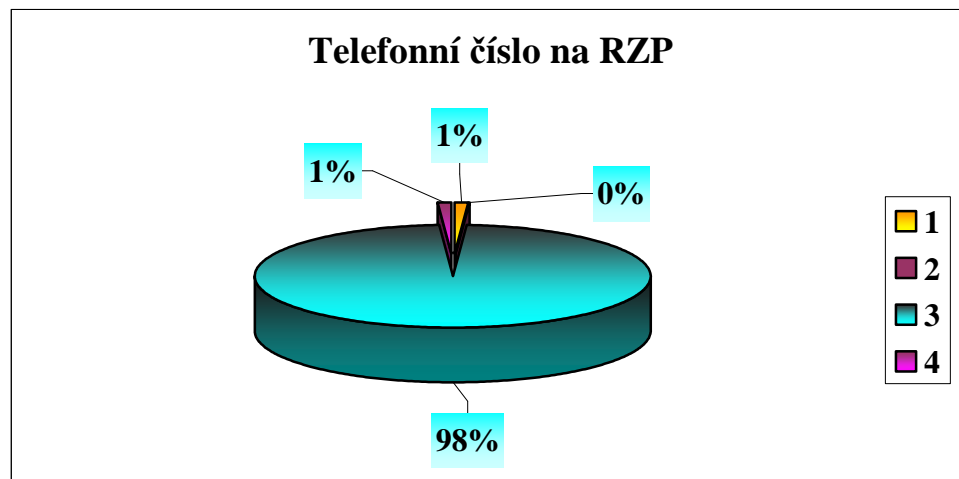
Největší vzorek respondentů a to 48 (tj. 48,0%) má věk do 20let. 18 respondentů (tj. 18,0%) se nachází ve věkové kategorii 21 – 30 let. 13 respondentů (tj. 13,0%) je ve věku 51 – 60 let. Věkovou kategorii 31 – 50 let představuje 12 respondentů (tj. 12,0%). Nejmenší zastoupení mají respondenti ve věku 61 let a více a to 9 (tj. 9,0%).

Otázka č. 4: Jaké je telefonní číslo na RZP?

Tab. 4: Telefonní číslo na RZP

Text	A. Č.	R. Č.
150	1	1,0%
158	0	0,0%
155	98	98,0%
152	1	1,0%
Celkem	100	100%

Obr. 4: Telefonní číslo na RZP

**Komentář:**

Cílem této otázky bylo zjistit, zda má veřejnost správné informace o telefonním čísle na rychlou zdravotnickou pomoc. Z celkového počtu 100 oslovených respondentů 97 (tj. 97,0%) odpovědělo správně. Pouze 2 respondenti volili nesprávnou odpověď. 1 respondent (tj. 1,0%) vybral odpověď s uvedeným telefonním číslem 150 a 1 (tj. 1,0%) označil telefonní číslo 152.

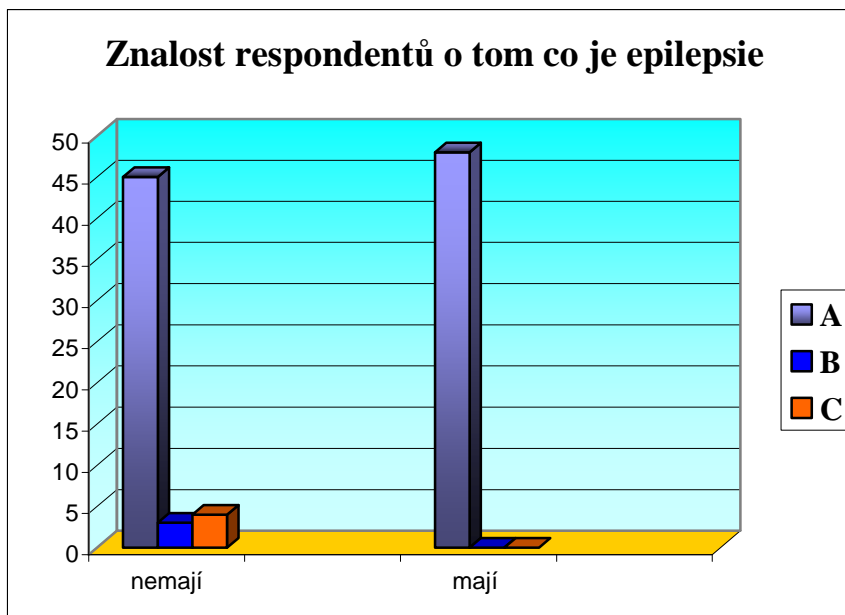
Otázka č. 5: Epilepsie je?

Tab. 5: Znalost respondentů o tom co je epilepsie

Znalost respondentů o tom co je epilepsie				
Text	Lidé, kteří nemají blízkého s epilepsií		Lidé, kteří mají blízkého s epilepsií	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
A	45	86,5%	48	100,0%
B	3	5,8%	0	0,0%
C	4	7,7%	0	0,0%
Celkem	52	100%	48	100%

- A) Záchvatové onemocnění mozku
 B) Duševní choroba vedoucí ke změně intelektu
 C) Nevím

Obr. 5: Znalost respondentů o tom co je epilepsie

**Komentář:**

Tato otázka se vztahuje k hypotéze číslo č. 4. Odpovědi respondentů jsou rozděleny podle toho, zda mají nebo nemají někoho blízkého s epilepsií. 45 respondentů (tj. 86,5%) ze skupiny bez blízkého s epilepsií odpovědělo, že toto onemocnění se týká záchvatového one-

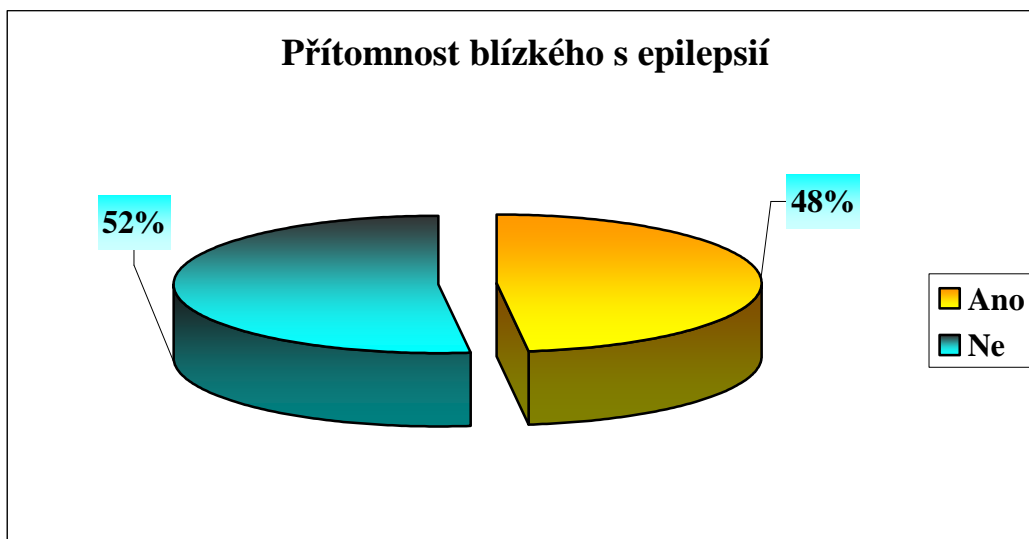
mocnění mozku. 4 respondenti (tj. 7,7%) na tuto otázku neznalo odpověď a poslední 3 respondenti (tj. 5,8%) si myslelo, že epilepsie je duševní choroba, která vede ke změně intelektu. Ze skupiny respondentů, kteří mají blízkého s epilepsií všichni tedy 48 respondentů (tj. 100%) uvedlo, že epilepsie je záchvatovité onemocnění mozku. Z uvedeného tedy vyplývá, že nejenom lidé, kteří mají ve svém okolí epileptika nemají zkreslený náhled na intelekt takto nemocných, ale ve většině případů stejně smýšlí i veřejnost, která se s tímto onemocněním nikdy nesešla.

Otázka č. 6: Máte někoho blízkého, kdo trpí epilepsií?

Tab. 6: Přítomnost blízkého s epilepsií

Text	A. Č.	R. Č.
Ano	48	48,0%
Ne	52	52,0%
Celkem	100	100%

Obr. 6: Přítomnost blízkého s epilepsií



Komentář:

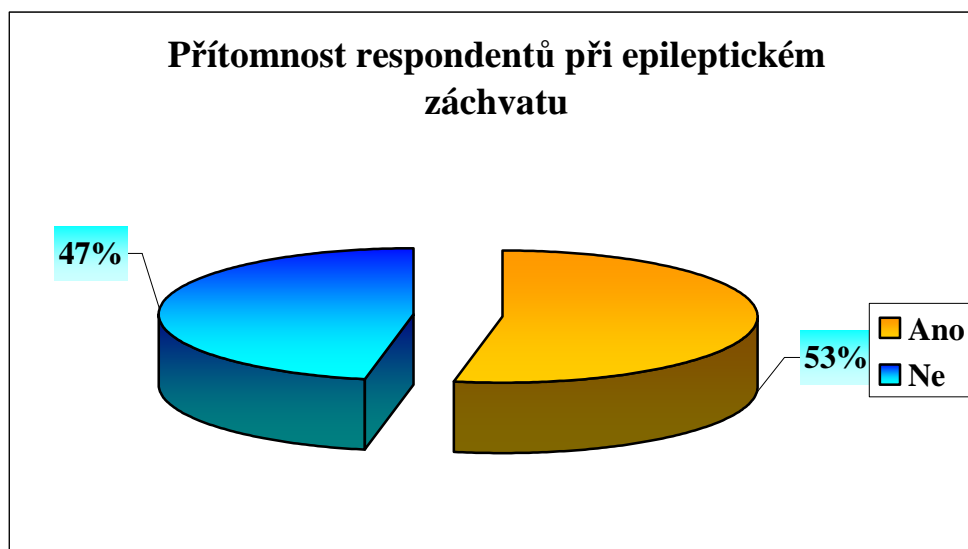
Z celkového počtu 100 respondentů má 48 (tj. 48,0%) blízkého s epilepsií. Zbývajících 52 respondentů (tj. 52,0%) ve svém okolí blízkého s tímto onemocněním nemá. Tato otázka byla důležitá pro další činnost s hypotézami, kde jsem zjišťovala rozdílnou informovanost podle tohoto kritéria.

Otázka č. 7: Setkal(a) jste se někdy se situací, kdy bylo potřeba poskytnout pomoc při epileptickém záchvatu?

Tab. 7: Přítomnost respondentů při epileptickém záchvatu

Odpověď	A. Č.	R. Č.
Ano	53	53,0%
Ne	47	47,0%
Celkem	100	100%

Obr. 7: Přítomnost respondentů při epileptickém záchvatu

**Komentář:**

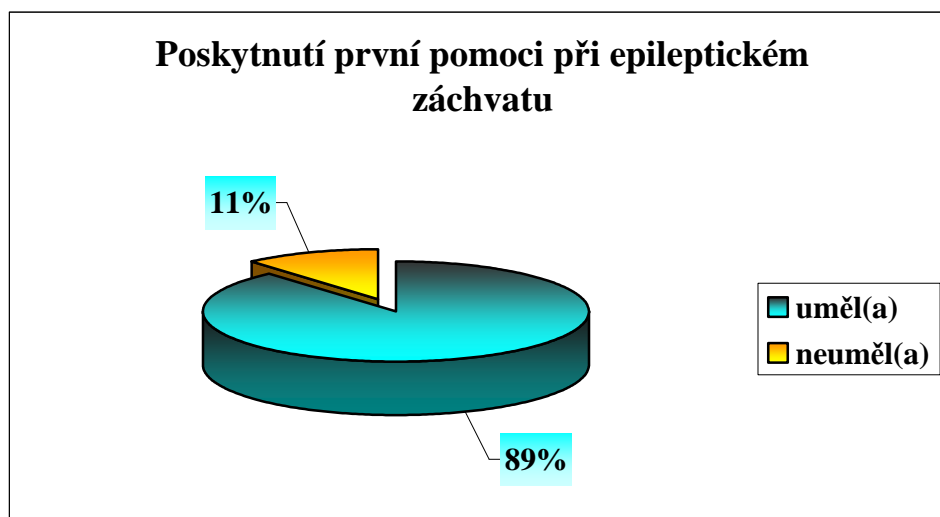
Z tabulky vyplývá, že 53 respondentů (tj. 53,0%) se setkali se situací, kdy bylo potřeba zajistit pomoc při epileptickém záchvatu. Zbývajících 47 (tj. 47,0%) respondentů odpovědělo, že se s danou situací nesečkali.

Otázka č. 8: Pokud ano-uměl(a) jste poskytnout první pomoc? (na tuto otázku odpovídají jen ti respondenti, kteří u otázky č. 7 odpověděli ano)

Tab. 8: Poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu

Odpověď	A. Č.	R. Č.
Uměl(a)	47	88,7%
Neuměl(a)	6	11,3%
Celkem	53	100%

Obr. 8: Poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu



Komentář:

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří se setkali se situací, kdy bylo potřeba poskytnout první pomoc při epileptickém záchvatu. Tzn. z 53 oslovených respondentů 47 (tj. 88,7%) umělo poskytnout první pomoc. Pouze 6 (tj. 11,3%) nevědělo jak se v dané situaci zachovat. Z tohoto plyne, že většina lidí, kteří mají blízkého s epilepsií, ví jak se zachovat v případě pomoci při epileptickém záchvatu.

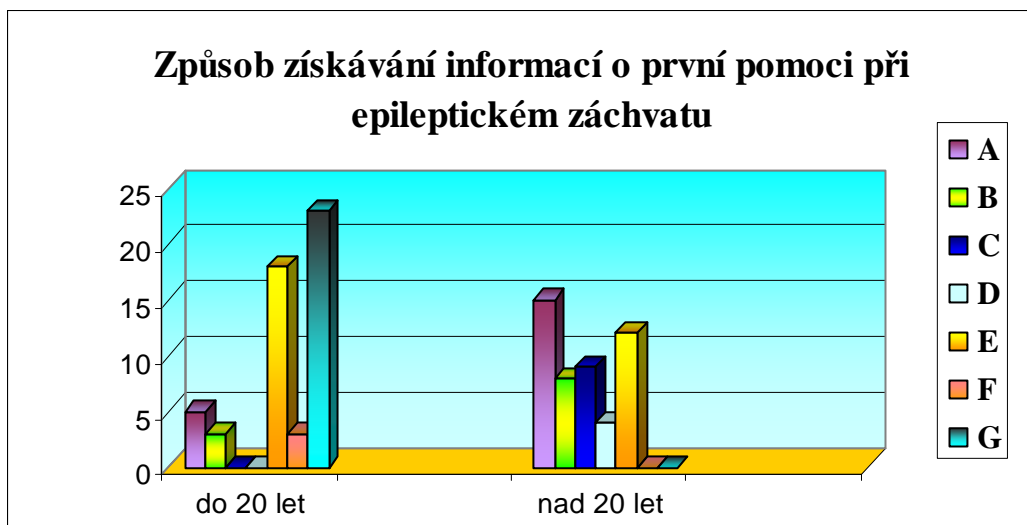
Otázka č. 9: Odkud jste nejčastěji čerpal(a) informace o tom , jak postupovat při epileptickém záchvatu? (Zatrhněte nejvíce 2 odpovědi)

Tab. 9: Způsob získávání informací o první pomoci při epileptickém záchvatu

Získávání informací o poskytování první pomoci při epileptickém záchvatu				
Text	do 20 let		nad 20 let	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
A	5	9,6%	15	31,3%
B	3	5,8%	8	16,7%
C	0	0,0%	9	18,8%
D	0	0,0%	4	8,3%
E	18	34,6%	12	25,0%
F	3	5,8%	0	0,0%
G	23	44,2%	0	0,0%
Celkem	52	100%	48	100%

- A) Z hromadných sdělovacích prostředků
- B) Z edukačních letáků
- C) Od lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka
- D) Z odborné přednášky
- E) Z internetu
- F) Nezajímám se o danou problematiku
- G) Nemám žádné informace

Obr. 9: Způsob získávání informací o první pomoci při epileptickém záchvatu

**Komentář:**

Tato otázka se vztahuje k hypotéze číslo 5. Cílem bylo zmapovat odkud veřejnost čerpá informace o první pomoci při epileptickém záchvatu. Zda se vůbec o tuto problematiku zajímá. Respondenti jsou rozděleni podle věkové kategorie na skupinu do 20 let a nad tuto věkovou hranici. Z celkového počtu 52 respondentů ve věku do 20 let odpovědělo 23 respondentů (tj. 44,2%) tak, že nemá žádné informace o první pomoci při epileptickém záchvatu. 18 respondentů (tj. 34,6%) ve věku do 20 let získává nejčastěji informace z internetových zdrojů. 5 respondentů (tj. 9,6%) čerpá informace z hromadných sdělovacích prostředků. 3 respondenti (tj. 5,8%) získávají informace z edukačních letáků. Z této věkové kategorie do 20let pouze 3 respondenti (tj. 5,8%) se nezajímá o první pomoc při epileptickém záchvatu.

Z celkového počtu 48 respondentů ve věkové skupině nad 20 let má 15 respondentů (tj. 31,3%) informace z hromadných sdělovacích prostředků. 12 respondentů (tj. 25,0%) čerpá informace z internetových zdrojů. Od lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka má informace 9 respondentů (tj. 18,8%). Edukační letáky jsou zdrojem informací pro 8 respondentů (tj. 16,7%). Pouze 4 respondenti (tj. 8,3%) získali informace o první pomoci při epileptickém záchvatu díky odborné přednášce. Ze získaných dat vyplývá, že většina veřejnosti ve věku do 20 let nemá dostatečné informace o této problematice. A pokud se o dané téma zajímají, tak nečastěji čerpají informace z internetových zdrojů. Je zajímavé, že ani jeden respondent z této kategorie nenavštívil žádnou přednášku o epilepsii. Buď je ma-

lý zájem nebo nedostatek možností (semináře, přednášky, školení o první pomoci,...) např. ze strany zdravotníků. Veřejnost ve věkové kategorii nad 20 let je podle mého výzkumu informovaná, protože žádný z respondentů neoznačil, že nemá žádné informace o dané problematice.

Otázka č.10: Představte si situaci: Na ulici potkáte mladého ležícího člověka, který nereaguje na oslovení ani na další podněty, má křeče končetin a chrčivě dýchá. Jak se zachováte?

Tab. 10: Reakce respondentů na epileptický záchvat

Reakce respondentů na epileptický záchvat				
Text	Lidé, kteří nemají blízkého s epilepsií		Lidé, kteří mají blízkého s epilepsií	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
A	2	3,8%	0	0,0%
B	47	90,4%	8	16,7%
C	3	5,8%	40	83,3%
Celkem	52	100%	48	100%

A) Odejdu a nevšímám si ho

B) Zavolám RZP

C) Zajistím bezpečnost nemocného, sleduji jeho stav a délku trvání záchvatu, jsem mu na blízku popř. zavolám RZP

Tab. 11: Tabulka očekávaných četností k otázce č. 10

"O"	A	B
<i>odejdu</i>	1,04	0,96
<i>zavolám RZP</i>	28,60	26,40
<i>Zajistím bezpečnost</i>	22,36	20,64

Tab. 12: tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$

χ^2	A	B
<i>odejdu</i>	0,8862	0,9600
<i>zavolám RZP</i>	11,8378	12,8242
<i>Zajistím bezpečnost</i>	16,7625	18,1594
	$\chi^2=$	61,4300

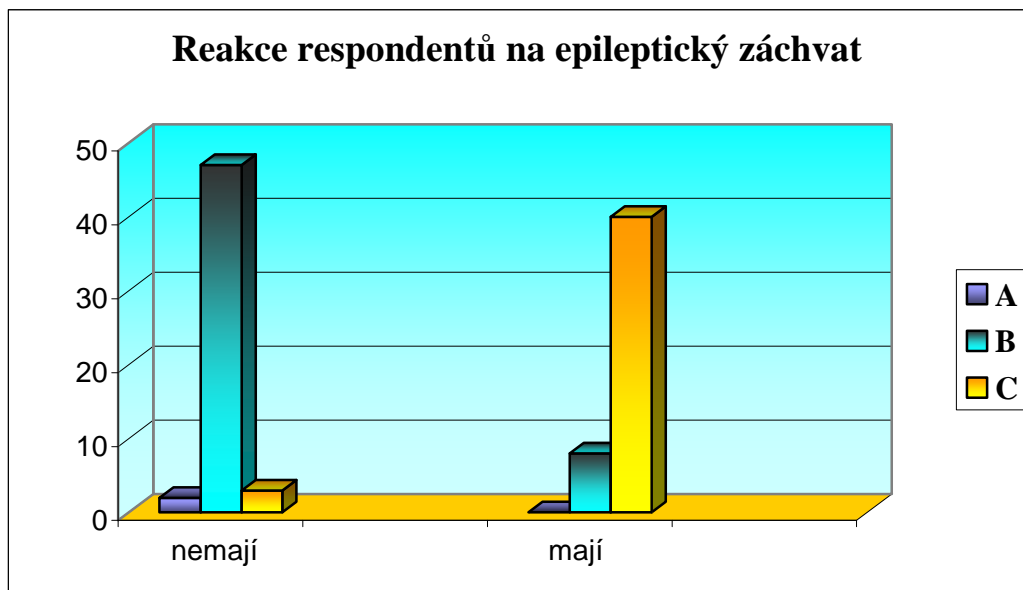
Tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r - 1) * (s - 1) = 2 * 5,991$

r - počet řádků

s - počet sloupců.

Obr. 10: Reakce respondentů na epileptický záchvat



Komentář:

Na tuto otázku respondenti odpovídali následovně. 47 respondentů (tj. 90,4%) ze skupiny dotazovaných, kteří nemají blízkého s epilepsií, by zavolalo v případě pomoci při epileptickém záchvatu RZP. 3 respondenti (tj. 5,8%) by zajistili bezpečnost nemocného a sledovali jeho stav. 2 respondenti (tj. 3,8%) by v dané situaci odešli a nevěšili si nemocného. Z kategorie respondentů, kteří mají blízkého s epilepsií, 40 dotazovaných (tj. 83,3%) by zajistilo bezpečnost nemocného. Zbývajících 8 respondentů (tj. 16,7%) by v dané situaci zavolalo RZP. Z uvedeného plyne, že veřejnost, která se nesetkala se situací, kdy bylo potřeba

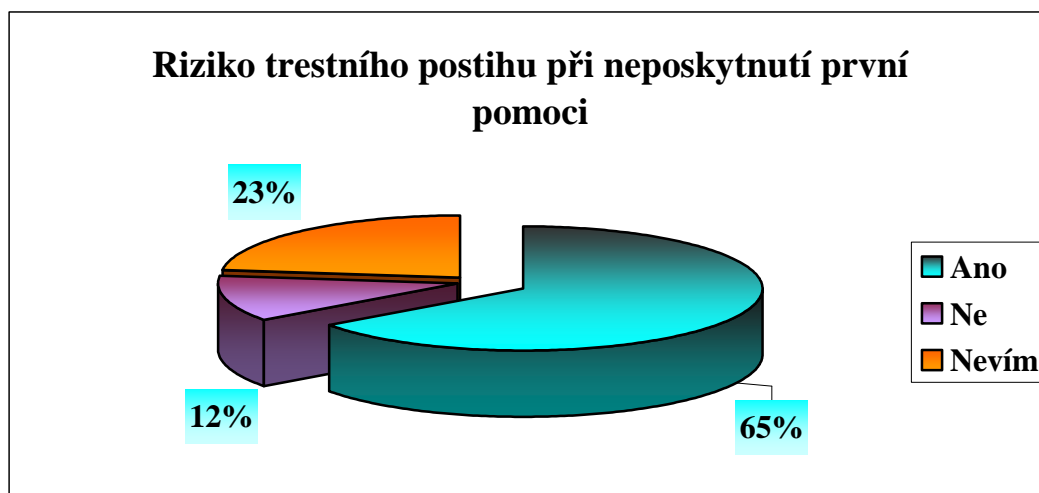
poskytnout pomoc při epileptickém záchvatu, zavolá ve velké většině raději RZP, protože neví jak se v dané situaci zachovat. Tato otázka se vztahuje k hypotéze číslo 3. Je ověřena statistickou metodou chí kvadrát. Vypočítaná hodnota χ^2 je větší než hodnota kritická, určená dle tabulky testového kritéria. Mezi sledovanými parametry existuje statisticky významná závislost. Na hladině významnosti 0,05 je tedy možné se přiklonit k alternativní hypotéze.

Otázka č. 11: Myslíte si, že Vám hrozí trestní postih při neposkytnutí první pomoci?

Tab. 13: Riziko trestního postihu při neposkytnutí první pomoci

Text	A. Č.	R. Č.
Ano	65	65,0%
Ne	12	12,0%
Ne, pouze zdravotníci	23	23,0%
Celkem	100	100%

Obr. 11: Riziko trestního postihu při neposkytnutí první pomoci



Komentář:

Z celkového počtu 100 dotazovaných, 65 respondentů (tj. 65,0%) si myslí, že jim hrozí trestní postih v případě neposkytnutí první pomoci. 23 respondentů (tj. 23,0%) považuje toto riziko za nebezpečné pouze pro zdravotnické pracovníky. 12 respondentů (tj. 12,0%) si myslí, že riziko trestního postihu při neposkytnutí první pomoci jim nehrozí. Z uvedeně-

ho vyplývá, že laická veřejnost si uvědomuje riziko trestního postihu při neposkytnutí první pomoci. Na druhou stranu je zde, ale i určitá část respondentů, která se domnívá, že toto legislativní opatření se týká pouze zdravotnických pracovníků.

Otázka č. 12: Je vhodné v průběhu epileptického záchvatu nemocnému násilím otevřít ústa, aby si tak neporanil jazyk?

Tab. 14: Otevírání úst v průběhu epileptického záchvatu

Otevírání úst v průběhu epileptického záchvatu				
Text	Lidé, kteří nemají blízkého s epilepsií		Lidé, kteří mají blízkého s epilepsií	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
Ano	10	19,2%	9	18,8%
Ne	3	5,8%	37	77,1%
Nevím	39	75,0%	2	4,2%
Celkem	52	100%	48	100%

Tab. 15: Tabulka očekávaných četností k otázce č. 12

"O"	A	B
Ano	9,88	9,12
Ne	20,80	19,20
Nevím	21,32	19,68

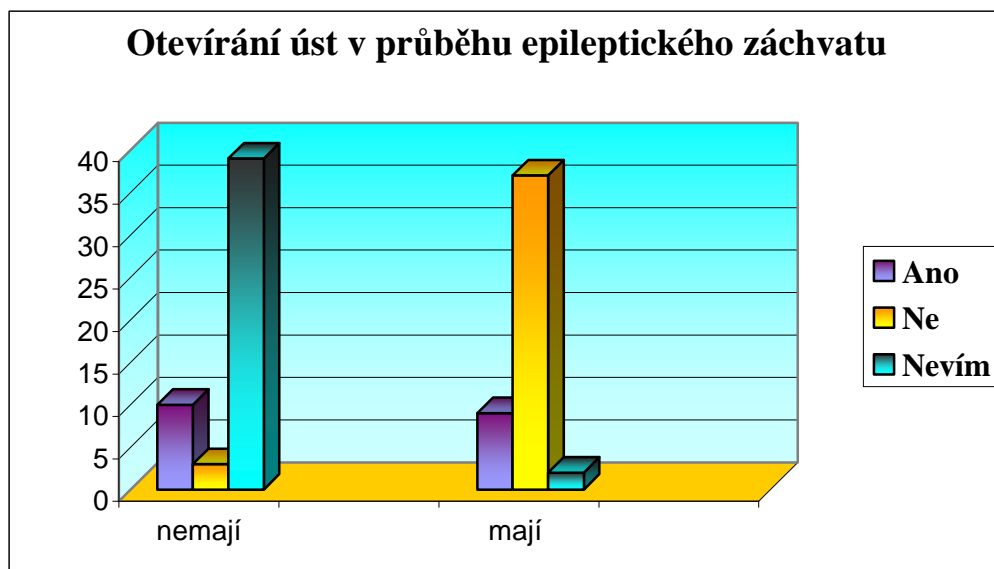
Tab. 16: Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ k otázce č. 12

χ^2	A	B
Ano	0,0015	0,0016
Ne	15,2327	16,5021
Nevím	14,6615	15,8833
	$\chi^2=$	62,2825

Tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r - 1) * (s - 1) = 2 * 5,991$

Obr. 12: Otevírání úst v průběhu epileptického záchvatu

**Komentář:**

39 respondentů (tj. 75,0%), kteří nemají blízkého s epilepsií neví jestli je vhodné v průběhu epileptického záchvatu násilím otevřít ústa. 10 respondentů (tj. 19,2%) si myslí, že toto opatření je vhodné a 3 respondenti (tj. 5,8%) považuje tuto činnost za nepatřičnou. Ze skupiny dotazovaných, kteří mají blízkého s epilepsií 37 respondentů (tj. 77,1%) zvolilo na tuto otázku odpověď ne. 9 respondentů (tj. 18,8%) si myslí, že násilím otevírání úst v průběhu epileptického záchvatu je vhodné. 2 respondenti (tj. 4,2%) z oslovené skupiny neví, jak se v dané situaci zachovat. Ze zjištěných informací plyne, že laická veřejnost, která nikdy neměla možnost se setkat s epileptickým záchvatem, neví jak postupovat při první pomoci. Tato otázka se vztahuje k hypotéze číslo 1. Je ověřena statistickou metodou chí kvadrát. Vypočítaná hodnota χ^2 je větší než hodnota kritická, určená dle tabulky testového kritéria. Mezi sledovanými parametry existuje statisticky významná závislost. Na hladině významnosti 0,05 je tedy možné se přiklonit k alternativní hypotéze.

Otázka č. 13: Vyberte jaké faktory mohou u lidí s epilepsií vyvolat záchvat?

(Možnost více odpovědí)

Tab. 17: Faktory vyvolávající epileptický záchvat

Faktory vyvolávající epileptický záchvat				
Text	respondenti do 20 let		respondenti nad 20 let	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
Správně	12	25,0%	41	78,8%
Špatně	36	75,0%	11	21,2%
Celkem	48	100%	52	100%

Tab. 18: Tabulka očekávaných četností k otázce č. 13

"O"	A	B
<i>Správně</i>	25,44	27,56
<i>Špatně</i>	22,56	24,44

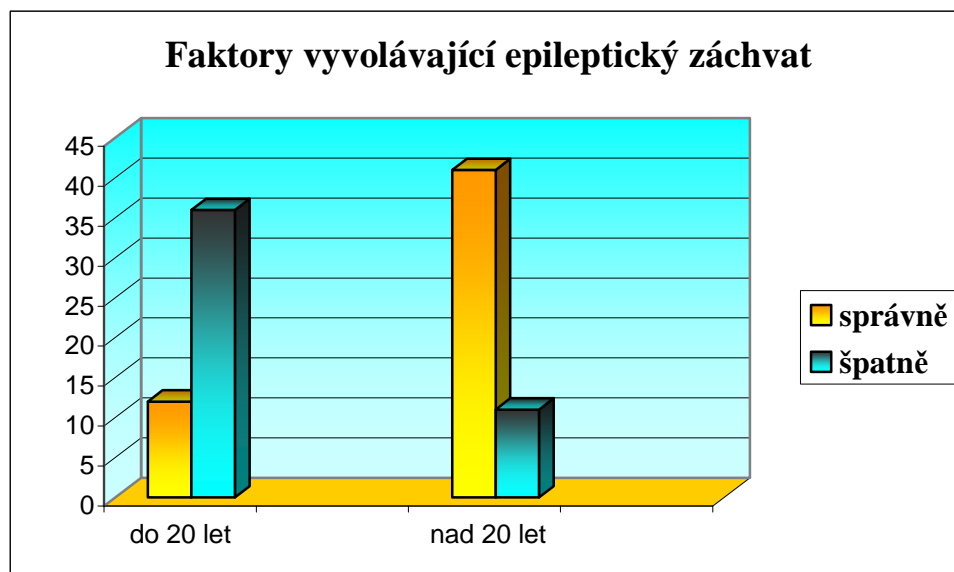
Tab. 19: Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ k otázce č. 13

χ^2	A	B
<i>Správně</i>	7,1004	6,5542
<i>Špatně</i>	8,0068	7,3909
	$\chi^2=$	29,0523

Tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r - 1) * (s - 1) = 1 * 3,841$

Obr. 13: Faktory vyvolávající epileptický záchvat

**Komentář:**

Správně odpověděli ti respondenti, kteří označili všechny následující odpovědi: alkohol, nepravidelné užívání léků, nedostatečný spánek, světelné efekty, namáhavá fyzická práce, pobyt v horku. Respondenti, kteří označili méně nebo více nabídnutých možností odpověděli špatně. Ze skupiny dotazovaných ve věku do 20 let 36 respondentů (tj. 75,0%) odpovědělo špatně. 12 respondentů (tj. 25,0%) reagovalo na tuto otázku správně. Ve věkové hranici nad 20 let, 41 respondentů (tj. 78,8%) odpovědělo na tuto otázku správně. 11 respondentů (tj. 21,2%) odpovědělo špatně. Z uvedeného vyplývá, že mladší veřejnost má nedostatečné informace o možných faktorech vyvolávající epileptický záchvat. Otázka se vztahuje k hypotéze číslo 2. Je ověřena statistickou metodou chí kvadrát. Vypočítaná hodnota χ^2 je větší než hodnota kritická, určená dle tabulky testového kritéria. Mezi sledovanými parametry existuje statisticky významná závislost. Na hladině významnosti 0,05 je tedy možné se přiklonit k alternativní hypotéze.

Otázka č. 14: Je důležité při každém epileptickém záchvatu volat RZP?

Tab. 20: Nutnost volání RZP při každém epileptickém záchvatu

Je důležité při každém epileptickém záchvatu volat RZP?				
Text	Lidé, kteří nemají blízkého s epilepsií		Lidé, kteří mají blízkého s epilepsií	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
Ano	44	84,6%	11	22,9%
Ne, dle stavu	5	9,6%	37	77,1%
Nevím	3	5,8%	0	0,0%
Celkem	52	100%	48	100%

Tab. 21: Tabulka očekávaných četností k otázce č. 14

"O"	A	B
<i>Správně</i>	27,36	29,64
<i>Špatně</i>	20,64	22,36

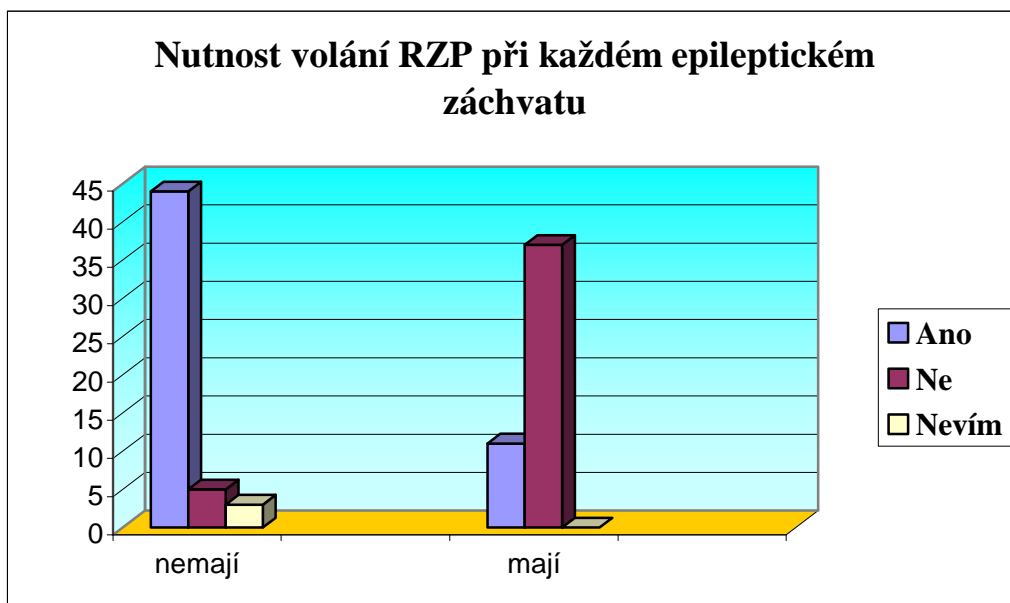
Tab. 22: Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ k otázce č. 14

x^2	A	B
<i>Správně</i>	6,5237	6,0219
<i>Špatně</i>	8,6478	7,9825
	$x^2=$	29,1760

Tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r - 1) * (s - 1) = 1 * 3,841$

Obr. 14: Nutnost volání RZP při každém epileptickém záchvatu

**Komentář:**

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jestli veřejnost považuje za nutné volat rychlou zdravotnickou pomoc při každém epileptickém záchvatu. Chtěla jsem porovnat názory lidí, podle toho zda mají nebo nemají blízkého s epilepsií. 44 respondentů (tj. 84,6%), kteří nemají blízkého s epilepsií by při každém epileptickém záchvatu zavolalo RZP. 5 respondentů (tj. 9,6%) by v dané situaci reagovalo dle stavu nemocného. 3 respondenti (tj. 5,8%) označili odpověď nevím. 37 respondentů (tj. 77,1%), kteří mají blízkého s epilepsií, by při každém epileptickém záchvatu RZP nevolalo. 11 respondentů (tj. 22,9%) by se rozhodovalo na základě stavu nemocného. Z uvedených odpovědí vyplývá, že většina veřejnosti, která nemá blízkého s epilepsií by raději zavolala RZP, protože si nejsou jisti, jak se v dané situaci zachovat. Většina respondentů, kteří mají ve svém okolí blízkého s tímto onemocněním by jednala na základě aktuálního stavu nemocného. Otázka se vztahuje k hypotéze číslo 3. Je ověřena statistickou metodou chí kvadrát. Vypočítaná hodnota χ^2 je větší než hodnota kritická, určená dle tabulky testového kritéria. Mezi sledovanými parametry existuje statisticky významná závislost. Na hladině významnosti 0,05 je tedy možné se přiklonit k alternativní hypotéze.

Otázka č. 15: Je správné při probíhajícím epileptickém záchvatu násilně bránit mimovolním pohybům nemocného?

Tab. 23: Zabraňování mimovolním pohybům v průběhu epileptického záchvatu

Zabraňování mimovolním pohybům v průběhu epileptického záchvatu				
Text	Lidé, kteří nemají blízkého s epilepsií		Lidé, kteří mají blízkého s epilepsií	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
Ano	2	3,8%	9	18,8%
Ne	11	21,2%	36	75,0%
Nevím	39	75,0%	3	6,3%
Celkem	52	100%	48	100%

Tab. 24: Tabulka očekávaných četností k otázce č. 15

"O"	A	B
<i>Ano</i>	5,72	5,28
<i>Ne</i>	24,44	22,56
<i>Nevím</i>	21,84	20,16

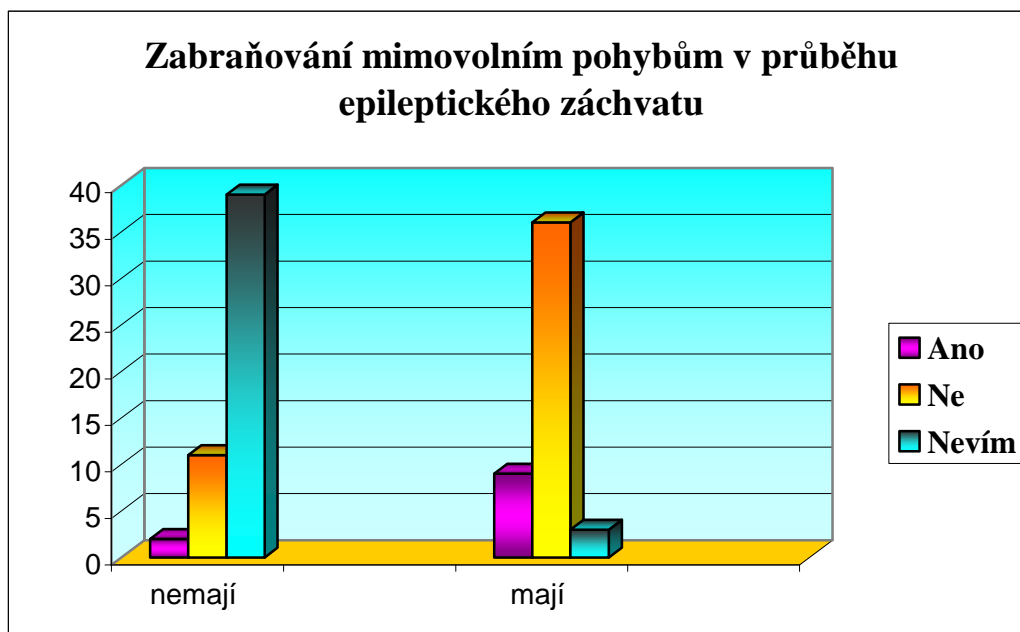
Tab. 25: Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ k otázce č. 15

χ^2	A	B
<i>Ano</i>	2,4193	2,6209
<i>Ne</i>	7,3909	8,0068
<i>Nevím</i>	13,4829	14,6064
	$\chi^2=$	48,5272

Tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r - 1) * (s - 1) = 2 * 5,991$

Obr. 15: Zabraňování mimovolním pohybům v průběhu epileptického záchvatu

**Komentář:**

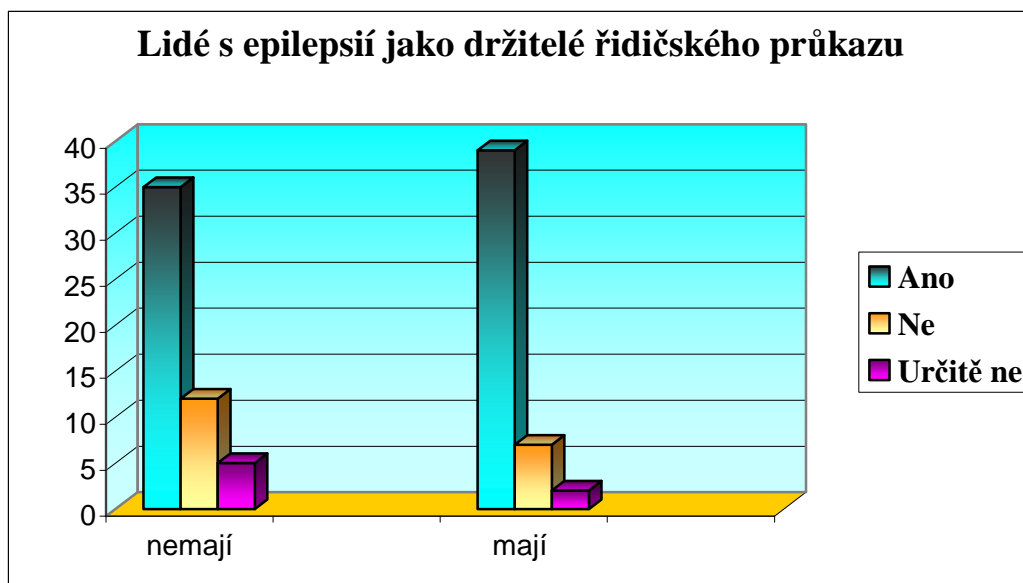
Tato otázka se opět vztahuje k první pomoci při epileptickém záchvatu. 39 respondentů (tj. 75,0%), kteří nemají blízkého s epilepsií, neví jestli je správné při probíhajícím záchvatu bránit mimovolním pohybům. 11 respondentů (tj. 21,2%) by v průběhu záchvatu těmto pohybům nebránilo. 2 respondenti (tj. 3,8%) odpověděli, že je naopak vhodné omezovat pohyb v průběhu záchvatu. Ve skupině dotazovaných, kteří mají blízkého s epilepsií 36 respondentů (tj. 75,0%) označilo odpověď ne. 9 respondentů (tj. 18,8%) považuje bránění mimovolním pohybům v průběhu epileptického záchvatu za nesprávné. 3 respondenti (6,3%) neznali odpověď. Z tabulky vyplývá, že respondenti, kteří nemají blízkého s epilepsií si v této otázce nebyli moc jisti. Většina označila odpověď nevím. Naopak většina respondentů, kteří se s tímto onemocněním setkali, znali správnou odpověď. Otázka se vztahuje k hypotéze číslo 1. Je ověřena statistickou metodou chí kvadrát. Vypočítaná hodnota χ^2 je větší než hodnota kritická, určená dle tabulky testového kritéria. Mezi sledovanými parametry existuje statisticky významná závislost. Na hladině významnosti 0,05 je tedy možné se přiklonit k alternativní hypotéze.

Otázka č. 16: Souhlasíte s tím, že lidé, kteří mají epilepsii léčebně pod kontrolou mohou být držiteli řidičského průkazu?

Tab. 26: Lidé s epilepsií jako držitelé řidičského průkazu

Lidé s epilepsií jako držitelé řidičského průkazu				
Text	Lidé, kteří nemají blízkého s epilepsií		Lidé, kteří mají blízkého s epilepsií	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
Ano	35	67,3%	39	81,3%
Ne	12	23,1%	7	14,6%
Určitě ne	5	9,6%	2	4,2%
Celkem	52	100%	48	100%

Obr. 16: Lidé s epilepsií jako držitelé řidičského průkazu



Komentář:

Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit, zda si veřejnost myslí, že všichni lidé s epilepsií nesmí být držiteli řidičského průkazu. Nebo naopak ví o vyhlášce, která lidem s epilepsií dává určitou naději v této oblasti. Odpovědi respondentů byly mezi oběma skupinami velmi blízké. 35 respondentů (tj. 67,3%), kteří nemají blízkého s epilepsií si myslí, že možnost získat řidičský průkaz pro lidi s tímto onemocněním je možné. 12 respondentů (tj.

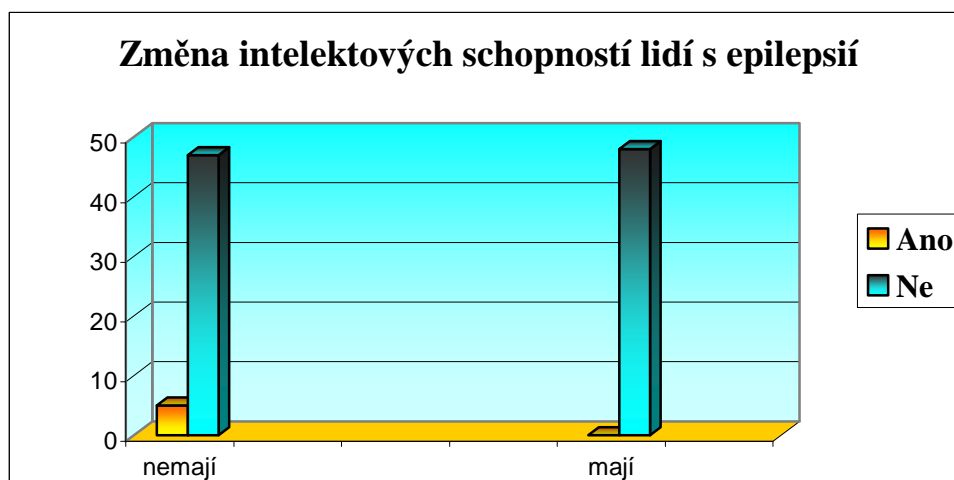
23,1%) si myslí, že toto je nepravděpodobné. 5 respondentů (tj. 9,6%) označilo odpověď určitě ne. Ze skupiny dotazovaných, kteří mají blízkého s epilepsií 39 respondentů (tj. 81,3%) uvedlo odpověď ano. Lidé s epilepsií nemohou být držiteli řidičského průkazu, tímto způsobem reagovalo 7 respondentů (tj. 14,6%). Zbývající 2 respondenti (tj. 4,2%) z této skupiny označilo odpověď určitě ne. Z daného vyplývá, že většina laické veřejnosti ať už má nebo nemá blízkého s epilepsií, ví o možnosti získání řidičského průkazu pro lidi s tímto onemocněním.

Otázka č. 17: Mají podle Vás lidé s epilepsií změněny intelektové schopnosti?

Tab. 27: Intelektové schopnosti lidí s epilepsií

Změna intelektových schopností lidí s epilepsií				
Text	Lidé, kteří nemají blízkého s epilepsií		Lidé, kteří mají blízkého s epilepsií	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
Ano	5	9,6%	0	0,0%
Ne	47	90,4%	48	100,0%
Celkem	52	100%	48	100%

Obr. 17: Intelektové schopnosti lidí s epilepsií



Komentář:

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda ve veřejnosti panují předsudky o epilepsii, jako tomu bývalo dříve. Většina respondentů reagovala na tuto otázku jasným ne. Tedy, že lidé s epilepsií nemají změněny intelektové schopnosti. Konkrétně se jedná o tyto údaje. 47 respondentů (tj. 90,4%), kteří nemají blízkého s tímto onemocněním si myslí, že intelekt lidí s epilepsií je nezměněn. 5 respondentů (tj. 9,6%) považuje jejich intelekt za změněný. Respondenti, kteří mají blízkého s epilepsií, odpovídali jednoznačně, tedy 100% ne. Z uvedených dat vyplývá, že laická veřejnost má určité informace o epilepsii a nemá tedy důvod smýšlet zkresleně o lidech, kteří trpí tímto onemocněním.

Otázka č. 18: Která zaměstnání nejsou pro lidi trpící epilepsií vhodná?

Tab. 28: Zaměstnání nevhodná pro lidi s epilepsií

Zaměstnání nevhodná pro lidi s epilepsií				
Text	respondenti do 20 let		respondenti nad 20 let	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
Správně	14	29,2%	43	82,7%
Špatně	34	70,8%	9	17,3%
Celkem	48	100%	52	100%

Tab. 29: Tabulka očekávaných četností k otázce č. 18

"O"	A	B
<i>Správně</i>	27,36	29,64
<i>Špatně</i>	20,64	22,36

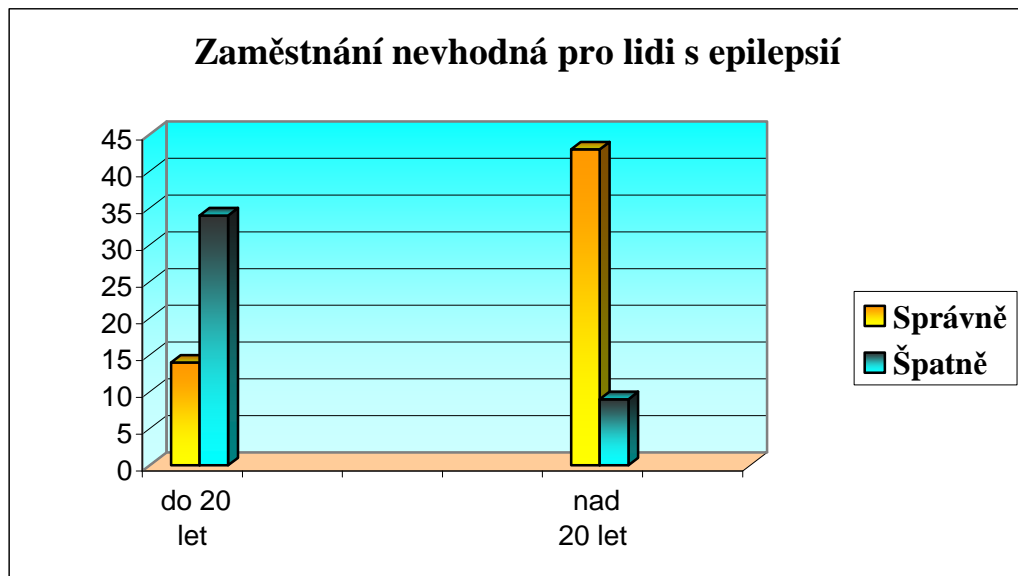
Tab. 30: Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ k otázce č. 18

x^2	A	B
<i>Správně</i>	6,5237	6,0219
<i>Špatně</i>	8,6478	7,9825
	$x^2=$	29,1760

Tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r - 1) * (s - 1) = 1 \cdot 3,841$

Obr. 18: Zaměstnání nevhodná pro lidi s epilepsií



Komentář:

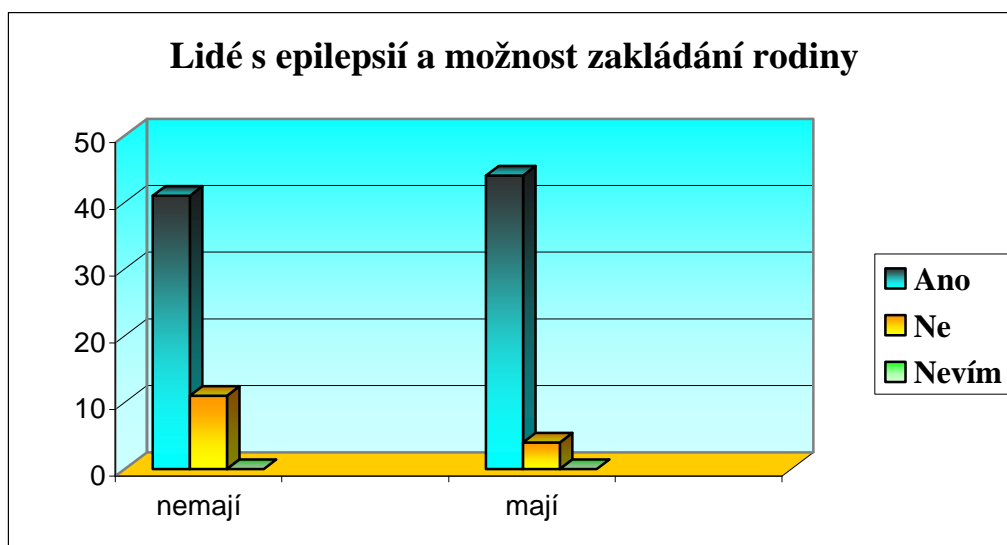
Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit, jaká je informovanost veřejnosti o správném životním režimu lidí s epilepsií. Správně odpověděli ti respondenti, kteří označili následující odpovědi: práce s el. proudem a nechráněnými stroji, zaměstnání na noční směny, pilot, profesionální řidič. Respondenti, kteří označili méně nebo více nabídnutých možností odpověděli špatně. 14 respondentů (tj. 29,2%) ve věkové kategorii do 20 let odpovědělo správně. Špatně na tuto otázku odpovědělo 34 respondentů (tj. 70,8%). Ze skupiny dotazovaných ve věkové kategorii nad 20 let, 43 respondentů (tj. 82,7%) označilo všechny správné odpovědi. Pouze 9 respondentů (tj. 17,3%) označilo méně nebo více nabídnutých možností. Z uvedeného vyplývá, že mladší veřejnost má nedostatečné informace o vhodném pracovním zařazení lidí s epilepsií. Otázka se vztahuje k hypotéze číslo 2. Je ověřená statistickou metodou chí kvadrát. Vypočítaná hodnota χ^2 je větší než hodnota kritická, určená dle tabulky testového kritéria. Mezi sledovanými parametry existuje statisticky významná závislost. Na hladině významnosti 0,05 je tedy možné se přiklonit k alternativní hypotéze.

Otázka č. 19: Myslíte si, že epileptici mohou zakládat rodiny a mít děti?

Tab. 31: Lidé s epilepsií a možnost zakládání rodiny

Lidé s epilepsií jako držitelé řidičského průkazu				
Text	Lidé, kteří nemají blízkého s epilepsií		Lidé, kteří mají blízkého s epilepsií	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
Ano	41	78,8%	44	91,7%
Ne	11	21,2%	4	8,3%
Nevím	0	0,0%	0	0,0%
Celkem	52	100%	48	100%

Obr. 19: Lidé s epilepsií a možnost zakládání rodiny

**Komentář:**

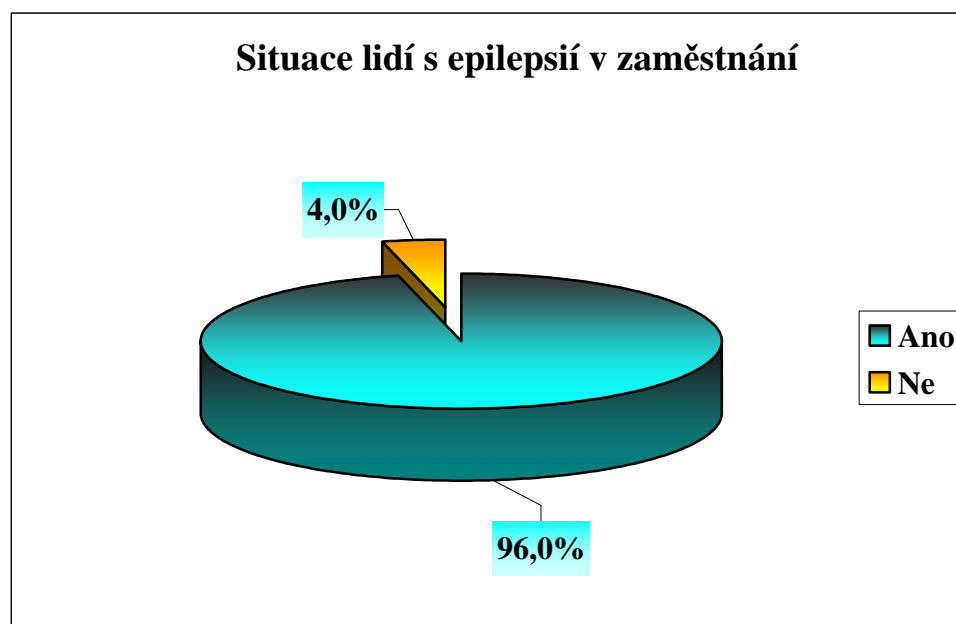
41 respondentů (tj. 78,8%), kteří nemají blízkého s epilepsií si myslí, že epileptici mohou zakládat rodiny, uzavírat manželství a mít děti. 11 respondentů (tj. 21,2%) má na tuto otázku názor, že to není vhodné. Ze skupiny respondentů, kteří mají blízkého s epilepsií 44 osob (tj. 91,7%) považuje zakládání rodin u lidí s epilepsií za normální a samozřejmé. Pouze 4 respondenti (tj. 8,3%) mají opačný názor.

Otázka č. 20: Měli by spolupracovníci vědět, že jejich kolega má epilepsii?

Tab. 32: Situace lidí s epilepsií v zaměstnání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	96	96,0%
Ne	4	4,0%
Celkem	100	100%

Obr. 20: Situace lidí s epilepsií v zaměstnání

**Komentář:**

Otázka se zaměřuje na problematiku lidí v zaměstnání. Zda je vhodné, aby spolupracovníci věděli, že např. jejich kolega má epilepsii. 96 respondentů (tj. 96,0%) si myslí, že je to správné a vhodné. Pouze 4 respondenti (tj. 4,0%) s tím nesouhlasí. Ze získaných informací vyplývá, že většina veřejnosti si myslí, že není nic špatného na tom vědět, že jejich kolega trpí epilepsií.

Otázka č. 21: Které sporty podle Vás může epileptik vykonávat?

Tab. 33: Sporty vhodné pro lidi s epilepsií

Sporty vhodné pro lidi s epilepsií				
Text	respondenti do 20 let		respondenti nad 20 let	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
Správně	11	22,9%	49	94,2%
Špatně	37	77,1%	3	5,8%
Celkem	48	100%	52	100%

Tab. 34: Tabulka očekávaných četností k otázce č. 21

"O"	A	B
<i>Správně</i>	28,80	31,20
<i>Špatně</i>	19,20	20,80

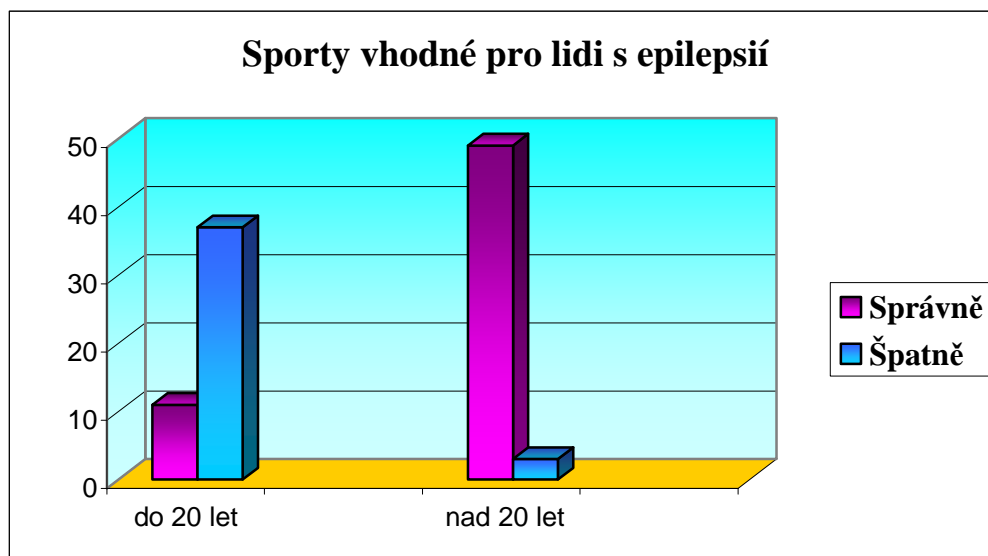
Tab. 35: Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ k otázce č. 21

x^2	A	B
<i>Správně</i>	11,0014	10,1551
<i>Špatně</i>	16,5021	15,2327
	$x^2=$	52,8913

Tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r - 1) * (s - 1) = 1 * 3,841$

Obr. 21: Sporty vhodné pro lidi s epilepsií

**Komentář:**

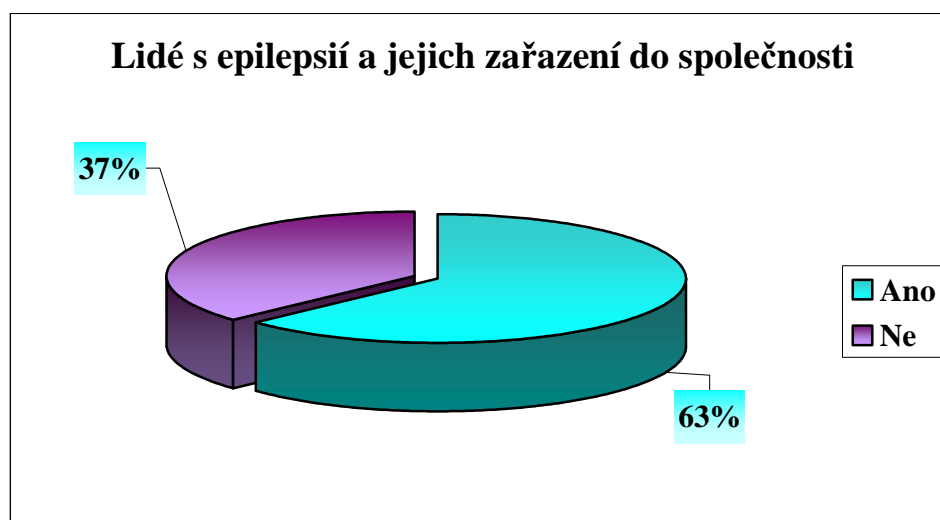
Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit, jaká je informovanost veřejnosti o správném životním režimu lidí s epilepsií, konkrétně je otázka zaměřená na vhodné sportovní činnosti. Správně odpověděli ti respondenti, kteří označili následující odpovědi: rekreační plavání s doprovodem, jóga, jízda na koni s doprovodem. Respondenti, kteří označili méně nebo více nabídnutých možností odpověděli špatně. 37 respondentů (tj. 77,1%) z věkové kategorie do 20 let odpovědělo špatně. 11 respondentů (tj. 22,9%) označilo správné odpovědi. Ze skupiny dotazovaných ve věkové kategorii nad 20 let, 49 respondentů (tj. 94,2%) odpovědělo správně. Pouze 3 respondenti (tj. 5,8%) označili méně nebo více nabídnutých možností. Z uvedeného tedy vyplývá, že mladší veřejnost má nedostatečné informace o vhodných sportech pro lidi s epilepsií. Otázka se vztahuje k hypotéze číslo 2. Je ověřena statistickou metodou chí kvadrát. Vypočítaná hodnota χ^2 je větší než hodnota kritická, určená dle tabulky testového kritéria. Mezi sledovanými parametry existuje statisticky významná závislost. Na hladině významnosti 0,05 je tedy možné se přiklonit k alternativní hypotéze.

Otázka č. 22: Myslíte si, že je pro epileptiky těžší zařadit se do společnosti ? (najít si partnera, získat dobré zaměstnání apod.)?

Tab. 36: Lidé s epilepsií a jejich zařazení do společnosti

Odpoověď	A. Č.	R. Č.
Ano	63	63,0%
Ne	37	37,0%
Celkem	100	100%

Obr. 22: Lidé s epilepsií a jejich zařazení do společnosti



Komentář:

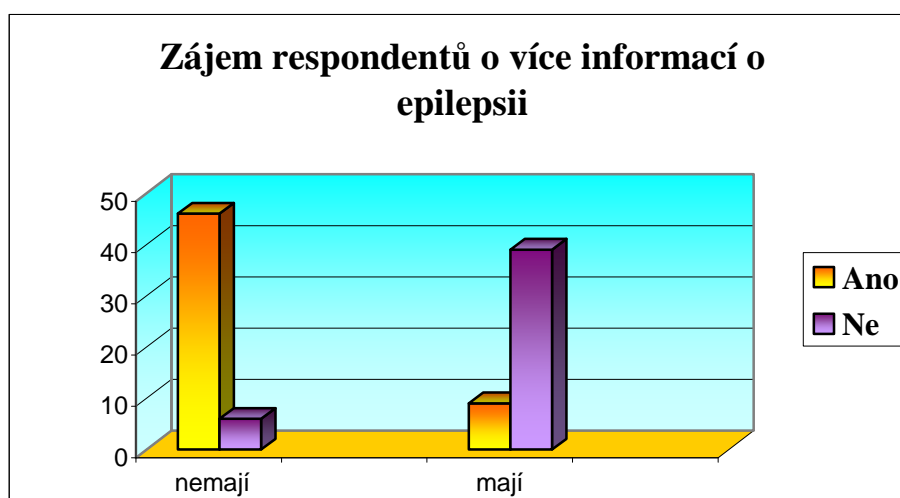
Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit názor veřejnosti na to, zda si myslí, že pro lidi s epilepsií je těžší zařadit se nějakým způsobem do společnosti. 63 respondentů (tj. 63,0%) odpovědělo, že pro lidi s epilepsií není těžké zařadit se do společnosti. Opačný názor na tuto problematiku má 37 respondentů (tj. 37,0%). Z toho plyne, že pokud veřejnost nemá zkreslený náhled na lidi s epilepsií, nemusí být pro ně těžké zařadit se do společnosti.

Otázka č. 23: Chtěl(a) byste se dozvědět více informací, jak správně postupovat při epileptickém záchvatu?

Tab. 37: Zájem respondentů o více informací o epilepsii

Zájem respondentů o více informací o první pomoc při epileptickém záchvatu				
Text	Lidé, kteří nemají blízkého s epilepsií		Lidé, kteří mají blízkého s epilepsií	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
Ano	46	88,5%	9	18,8%
Ne	6	11,5%	39	81,3%
Celkem	52	100%	48	100%

Obr. 23: Zájem respondentů o více informací o epilepsii



Komentář:

Ze skupiny respondentů, kteří nemají blízkého s epilepsií 46 respondentů (tj. 88,5%) by se chtělo dozvědět více informací. 6 respondentů (tj. 11,5%) nemá zájem o nové poznatky. Ze skupiny veřejnosti, která má blízkého s epilepsií 9 respondentů (tj. 18,8%) by chtěli prohloubit své informace o epilepsii. 39 respondentů (tj. 81,3%) má informace dostačující.

8.2 Shrnutí

V rámci bakalářské práce jsem si stanovila určité cíle, kterými jsem se zabývala ve svém výzkumném šetření. Jednalo se tedy o tyto cíle a následující hypotézy.

8.2.1 Vyhodnocení 1. cíle

Zjistit, jak je laická veřejnost informována o poskytování první pomoci při epileptickém záchvatu.

HA₁: Předpokládám, že veřejnost, která nemá blízkého s epilepsií, neví jak se zachovat v případě poskytnutí pomoci při epileptickém záchvatu než veřejnost, která blízkého s epilepsií má.

H₀₁: Předpokládám, že veřejnost, která nemá blízkého s epilepsií, ví jak se zachovat v případě poskytnutí pomoci při epileptickém záchvatu než veřejnost, která blízkého s epilepsií má.

K této hypotéze se vztahovaly položky č. 12, 15. Dotazuji se zde na první pomoc u epileptického záchvatu. Jedná se o otázky, které jsou u velké většiny veřejnosti diskutabilní. Možná je to i tím, že ve společnosti ještě panují některé zkreslené informace o první pomoci při epileptickém záchvatu. Z odpovědí, které respondenti uváděli vyplývá, že laická veřejnost, která nikdy neměla možnost se setkat s epileptickým záchvatem neví, jak postupovat při první pomoci. Tato hypotéza je ověřena statistickou metodou chí kvadrát. Mezi sledovanými parametry existuje statisticky významná závislost. Na hladině významnosti 0,05 je tedy možné se přiklonit k alternativní hypotéze.

HA₂: Domnívám se, že veřejnost ve věku do 20 let má nedostatečné informace o správném životním režimu lidí s epilepsií než veřejnost nad tuto věkovou hranici.

H₀₂: Domnívám se, že veřejnost ve věku do 20 let nemá nedostatečné informace o správném životním režimu lidí s epilepsií než veřejnost nad tuto věkovou hranici.

I když se tato hypotéza vyloženě nevztahuje k první pomoci, zahrnula jsem ji do druhého cíle mé bakalářské práce. Myslím si, že správný životní režim lidí s epilepsií je jednou z možností jak předcházet vzniku epileptického záchvatu. Tato hypotéza zahrnuje položky č. 13, 18, 21. Chtěla jsem zjistit, zda mladší veřejnost (do 20 let) má dostatečné informace o správném životním režimu lidí s epilepsií. Tito mladí lidé mohou mít kolem sebe přátele nebo spolužáky s epilepsií a zda tedy ví, co je pro ně nevhodné a co může vyvolat epileptický záchvat. Tato hypotéza se mně potvrdila. Otázky jsou ověřené statistickou metodou chí kvadrát. Mezi sledovanými parametry existuje statisticky významná závislost. Na hladině významnosti 0,05 je tedy možné se přiklonit k alternativní hypotéze.

HA₃: Domnívám se, že veřejnost, která se nesetkala se situací, kdy bylo potřeba poskytnout pomoc při epileptickém záchvatu, zavolá RZP než veřejnost, která se s podobnou situací setkala.

H0₃: Domnívám se, že veřejnost, která se nesetkala se situací, kdy bylo potřeba poskytnout pomoc při epileptickém záchvatu, nezavolá RZP než veřejnost, která se s podobnou situací setkala.

Hypotéza zahrnuje položky č. 10, 14. Oběma se dotazuji na přivolání RZP při epileptickém záchvatu. Jak jsem předpokládala, lidé kteří nemají blízkého s epilepsií, zavolají v případě poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu rychlou zdravotnickou pomoc. Je pochopitelné, že epileptický záchvat může na nezasvěcené pozorovatele působit děsivě, proto si myslím, že i zavolání RZP je správnou volbou při poskytnutí první pomoci. Veřejnost, která má nějakou zkušenost s tímto onemocněním, ví jak se v takovéto situaci zachovat. Otázky jsou ověřené statistickou metodou chí kvadrát. Mezi sledovanými parametry existuje statisticky významná závislost. Na hladině významnosti 0,05 je tedy možné se přiklonit k alternativní hypotéze.

8.2.2 Vyhodnocení 2. cíle

Zjistit jaký je postoj společnosti k lidem s epilepsií

HA₄: Předpokládám, že většina veřejnosti, která nemá blízkého s epilepsií, nemá zkreslený náhled na lidi s tímto onemocněním.

Hypotéza zahrnuje položky č. 5, 17. Chtěla jsem zjistit jaký je postoj veřejnosti k lidem s epilepsií a zda ve společnosti panují předsudky o tomto onemocnění. Jsem ráda, že se mně právě tato hypotéza potvrdila. Myslím si, že společnost už je vyspělá natolik, že dokáže mezi sebe přijmout nejen úplně zdravé lidi, ale také lidi s epilepsií.

8.2.3 Vyhodnocení 3. cíle

Na základě získaných informací vytvořit přehledný informační materiál o poskytování první pomoci při epileptickém záchvatu.

HA₅: Předpokládám, že většina veřejnosti, která nemá blízkého s epilepsií by se chtěla dozvědět více informací o poskytování první pomoci při epileptickém záchvatu.

Tato hypotéza představuje otázky č. 9, 23. Hledala jsem odpovědi na to, odkud veřejnost čerpá informace o první pomoci a zda-li jich má dostatek. Zjistila jsem, že mladší respondenti nejčastěji získávají informace z internetových zdrojů. Ve většině však nemají žádné poznatky. Veřejnost nad 20 let získává nejčastěji informace z hromadných sdělovacích prostředků. Vyhodnocení poslední otázky bylo pro mě velmi důležité a její výsledek mě velmi potěšil. Veřejnost, která nemá blízkého s epilepsií má zájem o informace o epilepsii. V tom vidím velké pozitivum. I když respondenti neznají nikoho s tímto onemocněním, chtějí vědět, jak se zachovat v případě poskytování první pomoci při epileptickém záchvatu.

ZÁVĚR

Informovanost veřejnosti o problematice nemocných s epilepsií tak znělo téma, kterým jsem se zabývala ve své bakalářské práci. Stanovila jsem si určité cíle, kterých jsem chtěla dosáhnout. V teoretické části jsem se snažila podívat na problematiku epilepsie z co nejširších úhlů, nejen z odborného – medicínského hlediska, ale také z pohledu samotných nemocných (organizace pro podporu lidí s epilepsií, legislativa). Pomocí dotazníkového šetření jsem potvrdila 5 hypotéz a dosáhla tak stanovených cílů bakalářské práce.

Nejzajímavější byl pro mě poslední cíl. Na základě získaných informací vytvořit přehledný informační materiál o poskytování první pomoci při epileptickém záchvatu. Původně jsem měla v úmyslu vytvořit informační leták, který by poskytl potřebné informace, jak postupovat při epileptickém záchvatu. Později, podle výsledků výzkumného šetření, jsem zjistila, že nedostatek informací o epilepsii má především veřejnost ve věku do 20 let. A také, že ze strany lidí, kteří nemají blízkého s epilepsií je velký zájem o informace. Přemýšlela jsem jak jinak předat informace veřejnosti, aby byli nějakým způsobem správně zasety a měly svůj smysl. Rozhodla jsem se uskutečnit krátkou přednášku pro žáky 7. třídy. Proč jsem si vybrala tak mladé lidi, kteří ještě navíc procházejí pubertou a „hledají sami sebe?“ Protože ještě přesně nemají stanoveny své životní hodnoty a je možné jim aspoň v určitých věcech ukázat správnou cestu. Přednáškou jsem se snažila vysvětlit jim, že epilepsie je onemocnění takové jako každé jiné. A není potřeba mít strach nebo nějaké zbytečné předsudky o lidech s epilepsií. Zejména jsem se snažila zdůraznit nemít obavy z poskytování první pomoci při epileptickém záchvatu. Myslím si, že mezi školáky je hodně těch, kteří se umí správně zachovat v případě nutnosti, kterou může být tato situace.

Co navrhuji jako řešení pro praxi? Jsem si vědoma skutečnosti, že zvýšit informovanost veřejnosti o problematice nemocných s epilepsií je cílem dlouhodobým. A jedna přednáška pro pár žáků tento fakt neovlivní. Ale pokud se přidá jeden seminář ke druhému, jeden zdravotník k dalšímu, může to být jedině pozitivem. Jako možnou ukázkou příkládám svoji prezentaci (viz CD příloha). Nemusí to být zrovna přednášky pro stovky osob, možná by stačilo pár sezení pro menší počet lidí. Z dalších možností vyzdvihuji publikování článků o epilepsii (první pomoc, příběhy epileptiků,...). Veřejnost by tak mohla lépe pochopit, že epilepsie se vyskytuje stejně tak jako každé jiné onemocnění a lidé s epilepsií mají své životy, svůj klid a své starosti stejně jako oni. Jediný rozdíl, který existuje je to, že někdy prostě potřebují naši pomoc.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické publikace

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva; SADÍLEK, Petr; TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
- [2] BERAN, Jiří; CHALOUPKOVÁ, Ludmila; TUMPACHOVÁ, Naděžda. *Základy lékařské psychologie pro bakalářské studium ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2002. 129 s. ISBN 80-246-0463-9.
- [3] BOUČEK, Jaroslav a kol. *Lékařská psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 141 s. ISBN 80-244-1501-1.
- [4] BRÁZDIL, Jan; HADAČ, Jan; MARUSIČ, Petr. *Farmakorezistentní epilepsie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 263 s. ISBN 80-7254-562-0.
- [5] ČÍKOVÁ, Zuzana; KELNAROVÁ, Jarmila; SEDLÁČKOVÁ, Jana; TOUFAROVÁ, Jana. *PRVNÍ POMOC I Pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 112 s. ISBN 978-80-247-2182-8.
- [6] DOLANSKÝ, Jiří. *Současná epileptologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. 160 s. ISBN 80-7254-101-3.
- [7] HERMANOVÁ, Miroslava; ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava; ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-208-5.
- [8] HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 159 s. ISBN 80-85824-60-4.
- [9] HŮSKOVÁ, Jitka; JUŘENÍKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství – učební text pro IV. ročník středních zdravotnických škol 2.část*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 2001. 174 s.
- [10] CHRÁSKA, Miroslav. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 200 s. ISBN 80-244-1367-1.
- [11] JOBÁNKOVÁ, Marta a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.

- [12] KÁŠ, Svatopluk. *Neurologie v běžné lékařské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 344 s. ISBN 80-7169-339-1.
- [13] KOMÁREK, Vladimír. *Epileptické záchvaty a syndromy*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 183 s. ISBN 8085824-56-6.
- [14] KRAJÍČKOVÁ, Dagmar; WABERŽINEK, Gerhard a kol. *Základy obecné neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 243 s. ISBN 80-246-0803-0.
- [15] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- [16] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- [17] KUČEROVÁ, Hana; PREISS, Marek a kol. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-0843-4.
- [18] NEVŠÍMALOVÁ, Soňa; RŮŽIČKA, Evžen; TICHÝ, Jiří a kol. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 367 s. ISBN 80-7262-160-2.
- [19] OBENBERGER, Jiří; SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.
- [20] PREISS, Marek a kol. *Klinická neuropsychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 408 s. ISBN 80-7169-443-6.
- [21] TYRLÍKOVÁ, Ivana a kol. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 287 s. ISBN 80-7013-287-6.
- [22] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
- [23] VOJTĚCH, Zdeněk. *Epilepsie dospělých*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. 59 s. ISBN 80-7254-096-3.

Seriálová publikace:

- [24] BLAHUTOVÁ, Michaela. Záhada jménem epilepsie. *Zdraví*, 2007, roč. 55, č. 11, s. 28 – 31. ISSN 0139 – 5629.
- [25] MARUSIČ. Petr. Epilepsie a epileptické syndromy. Příloha. *Lékařské listy*, 2006, roč. 55, č. 21, s. 31 – 33. ISSN 0044 – 1996.

Elektronické monografie:

- [26] ENGEL, Jerome. Mezinárodní liga proti epilepsii. [online]. [cit. 2008- 3 – 18].
Dostupný na WWW: <<http://www.mediforum.cz/symposium.htm>>.
- [27] KALINA, Miroslav. Život v rytmu tance svatého Víta. *Pražská pětka* [online]. 2007, č. 10 [cit. 2008 – 2 – 29].
Dostupný na WWW:<<http://www.prazskapetka.cz/node/5572>>.
- [28] KOLÁŘOVÁ, Jarmila. Spolupráce společnosti „E“ a sdružení Epistop. [online]. [cit. 2008- 3 – 18].
Dostupný na WWW: <<http://www.mediforum.cz/symposium.htm>>.
- [29] KUGLEROVÁ, Ivana. Handicapovaní mezi námi 7. – Epileptici ve stínu. [online]. [cit. 2008 – 4 – 15].
Dostupný na WWW: <<http://www.zena-in.cz/rubrika.asp?idc=24404&id=5>>.
- [30] OŠLEJŠKOVÁ, Hana. Epileptické záchvaty a epilepsie v dětském věku. [online]. [cit. 2008 – 2 – 29]. Dostupný na
WWW: <<http://rodinadeti.doktorka.cz/epilepticke-zachvaty-epilepsie-detskem/>>.
- [31] ŠEBELOVÁ, Kateřina. Epilepsie – nemoc opředaná mýty. *Velká epocha* [online]. [cit. 2008 – 2 – 29].
Dostupný na WWW:<<http://www.velkaepocha.sk/content/view/1222/67/>>.
- [32] TOMÁŠEK, Martin. Slavní lidé s epilepsií. [online]. [cit.2008-10-12]. Dostupný na WWW: <<http://camelot2.lf2.cuni.cz/tomasekm/epilepsie/famous.htm>>.
- [33] ZÁRUBOVÁ, Jana. Slovník popisu epileptických záchvatů. [online]. [cit. 2008 – 2 – 16]. Dostupný na WWW:<<http://www.epilepsie.cz/odborna/clanek.php?id=19>>.

- [34] ZÁRUBOVÁ, Jana. Stupně kompenzovanosti, řidičská oprávnění, lázeňská léčba, sociální zabezpečení. [online]. [cit. 2008 – 3 – 1].
Dostupný na WWW:<<http://www.mediforum.cz/symposium.htm>>.
- [35] Bílá kniha epilepsie. [online]. [cit. 2008 – 3 – 18]. Dostupný na WWW:
<<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=321>>.
- [36] Corpus callosum. [online]. [cit. 2008 – 4 – 18]. Dostupný na WWW:<
http://www.brainexplorer.org/brain-images/corpus_callosum.jpg>.
- [37] EpiStop [online]. [cit. 2008 – 2008 – 3- 17]. Dostupný na WWW: <
<http://www.mediforum.cz/epistop2.htm>>.
- [38] Mini – Mental – State [online]. [cit. 2008 – 4 – 25]. Dostupný na
WWW:<http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_2298.html>.
- [39] Národní den epilepsie 30. září [online]. [cit. 2008 – 2 – 16]. Dostupný na WWW: <
http://www.epilepsie.cz/verejna/verejna_cast.php?id=54>.
- [40] Prognóza. [online]. [cit. 2008 – 2 – 15]. Dostupný na WWW:<
http://www.homolka.cz/cz/centrum_pro_epilepsie_na_homolce/?p=1374>.
- [41] Sbírka zákonů. [online]. [cit. 2008 – 4 – 25]. Dostupný na WWW:<
<http://www.mvcr.cz/sbirka/2004/sb089-04.pdf>>.
- [42] SME – Skupina mladých s epilepsií. [online]. [cit. 2008 – 3 – 18]. Dostupný
na WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1087>>.
- [43] Sport a volný čas u lidí s epilepsií. [online]. [cit. 2008 – 3 – 18]. Dostupný
na WWW:<<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=448>>.
- [44] Stabilizovaná poloha. [online]. [cit. 2008 – 4 – 18]. Dostupný na WWW:<
http://metodika.horoklub.cz/h_pomoc/img/h06_6a.gif>.
- [45] Vagus nervus stimulation. [online]. [cit. 2008 – 4 – 18]. Dostupný na WWW:<
http://content.revolutionhealth.com/contentimages/images-image_popup_mh7_vagalnerve.jpg>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

A. Č.	absolutní četnost
AED	antiepileptika
apod.	a podobně
CNS	centrální nervový systém
CT	computerová tomografie
EEG	elektroencefalografie
HA	hypotéza alternativní
H₀	hypotéza nulová
IBE	International Bureau for Epilepsy
ICES	International Classification of Epileptic Seizures
ILAE	International League Against Epilepsy
JIP	jednotka intenzivní péče
MRI	magnetická rezonance
např.	například
O	očekávaná četnost
P	pozorovaná četnost
PET	pozitronová emisní tomografie
př.n.l.	před našim letopočtem
R. Č.	relativní četnost
RTG	rentgen
SME	Skupina mladých s epilepsií
SPECT	jednofotonová emisní tomografie
stol.	století
tzn.	to znamená

tzv. tak zvaně

VNS vagus nervus stimulation

WHO Světová zdravotnická organizace

χ^2 chí-kvadrát

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Pohlaví respondentů	45
Obr. 2: Vzdělání respondentů	46
Obr. 3: Věk respondentů	47
Obr. 4: Telefonní číslo na RZP	48
Obr. 5: Znalost respondentů o tom co je epilepsie.....	49
Obr. 6: Přítomnost blízkého s epilepsií.....	50
Obr. 7: Přítomnost respondentů při epileptickém záchvatu.....	51
Obr. 8: Poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu	52
Obr. 9: Způsob získávání informací o první pomoci při epileptickém záchvatu.....	54
Obr. 10: Reakce respondentů na epileptický záchvat	56
Obr. 11: Riziko trestního postihu při neposkytnutí první pomoci	57
Obr. 12: Otevírání úst v průběhu epileptického záchvatu.....	59
Obr. 13: Faktory vyvolávající epileptický záchvat	61
Obr. 14: Nutnost volání RZP při každém epileptickém záchvatu	63
Obr. 15: Zabraňování mimovolným pohybům v průběhu epileptického záchvatu	65
Obr. 16: Lidé s epilepsií jako držitelé řidičského průkazu	66
Obr. 17: Intelektové schopnosti lidí s epilepsií.....	67
Obr. 18: Zaměstnání nevhodná pro lidi s epilepsií	69
Obr. 19: Lidé s epilepsií a možnost zakládání rodiny.....	70
Obr. 20: Situace lidí s epilepsií v zaměstnání.....	71
Obr. 21: Sporty vhodné pro lidi s epilepsií.....	73
Obr. 22: Lidé s epilepsií a jejich zařazení do společnosti.....	74
Obr. 23: Zájem respondentů o více informací o epilepsii.....	75

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Pohlaví respondentů	45
Tab. 2: Vzdělání respondentů	46
Tab. 3: Věk respondentů	47
Tab. 4: Telefonní číslo na RZP	48
Tab. 5: Znalost respondentů o tom co je epilepsie.....	49
Tab. 6: Přítomnost blízkého s epilepsií.....	50
Tab. 7: Přítomnost respondentů při epileptickém záchvatu.....	51
Tab. 8: Poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu	52
Tab. 9: Způsob získávání informací o první pomoci při epileptickém záchvatu.....	53
Tab. 10: Reakce respondentů na epileptický záchvat	55
Tab. 11: Tabulka očekávaných četností k otázce č. 10	55
Tab. 12: Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$	56
Tab. 13: Riziko trestního postihu při neposkytnutí první pomoci	57
Tab. 14: Otevírání úst v průběhu epileptického záchvatu.....	58
Tab. 15: Tabulka očekávaných četností k otázce č. 12	58
Tab. 16: Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ k otázce č. 12	58
Tab. 17: Faktory vyvolávající epileptický záchvat	60
Tab. 18: Tabulka očekávaných četností k otázce č. 13	60
Tab. 19: Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ k otázce č. 13	60
Tab. 20: Nutnost volání RZP při každém epileptickém záchvatu	62
Tab. 21: Tabulka očekávaných četností k otázce č. 14.....	62
Tab. 22: Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ k otázce č. 14	62
Tab. 23: Zabraňování mimovolným pohybům v průběhu epileptického záchvatu	64
Tab. 24: Tabulka očekávaných četností k otázce č. 15	64
Tab. 25: Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ k otázce č. 15	64
Tab. 26: Lidé s epilepsií jako držitelé řidičského průkazu	66
Tab. 27: Intelektové schopnosti lidí s epilepsií.....	67
Tab. 28: Zaměstnání nevhodná pro lidi s epilepsií	68
Tab. 29: Tabulka očekávaných četností k otázce č. 18.....	68
Tab. 30: Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ k otázce č. 18	68
Tab. 31: Lidé s epilepsií a možnost zakládání rodiny.....	70

Tab. 32: Situace lidí s epilepsií v zaměstnání.....	71
Tab. 33: Sporty vhodné pro lidi s epilepsií.....	72
Tab. 34: Tabulka očekávaných četností k otázce č. 21.....	72
Tab. 35: Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ k otázce č. 21.....	72
Tab. 36: Lidé s epilepsií a jejich zařazení do společnosti.....	74
Tab. 37: Zájem respondentů o více informací o epilepsii.....	75
Tab. 38: Mini – Mental – State Test.....	100
Tab. 39: Racionální farmakoterapie epileptických záchvatů.....	102

SEZNAM PŘÍLOH

P I Dotazník

P II Žádost o umožnění dotazníkového šetření Domov mládeže Zlín

PIII Žádost o umožnění dotazníkového šetření Masarykova veřejná knihovna Vsetín

P IV Žádost o umožnění dotazníkového šetření Městský úřad Vsetín

P V Stabilizovaná poloha

P VI Corpus callosum

P VII Vagus nervus stimulation

P VIII Mini – Mental – State Test

P IX Racionální farmakoterapie epileptických záchvatů

P X Zkrácená verze Přílohy č. 3 k vyhlášce č. 277/2004 Sb.

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Irena Krajčová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně-studijní program Ošetřovatelství.

Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění následujícího dotazníku, který bude podkladem pro moji bakalářskou práci na téma: Informovanost veřejnosti o problematice nemocných s epilepsií. Všechny získané informace z něj budou použity pouze pro mé studijní účely. Zaručuji Vám, že nebudou nijak zveřejněny. Tento dotazník je anonymní.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování tohoto dotazníku, který bude hodnotným materiálem pro moji závěrečnou práci.

Irena Krajčová

V dotazníku označte prosím vždy jen jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

1. Jste: muž
 žena

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:
 základní
 vyučen(a)
 vyučen(a) s maturitou
 střední s maturitou
 vyšší odborné
 vysokoškolské

3. Kolik je Vám let?
 do 20 let
 21-30 let
 31-50 let
 51-60 let
 61 let a více

4. Jaké je telefonní číslo na RZP (rychlá zdravotnická pomoc)?
 150
 158
 155
 152

5. Epilepsie je:
 záchvatovité onemocnění mozku
 duševní choroba vedoucí ke změně intelektu
 nevím

6. Máte někoho blízkého, kdo trpí epilepsií?

- ano
- ne

7. Setkal(a) jste se někdy se situací, kdy bylo potřeba poskytnout pomoc při epileptickém záchvatu?

- ano
- ne

8. Pokud ano-uměl(a) jste poskytnout první pomoc? (na tuto otázku odpovídají jen ti respondenti, kteří u otázky č. 7 odpověděli ano)

- uměl(a)
- neuměl(a)

9. Odkud jste nejčastěji čerpal(a) informace o tom jak postupovat při epileptickém záchvatu?

(Zatrhňte nejvíce 2 odpovědi)

- z hromadných sdělovacích prostředků (noviny, časopisy, televize, rádio,..)
- z edukačních letáků
- od lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka
- z odborné přednášky
- z internetu
- nezajímám se o to jak postupovat při epileptickém záchvatu
- nemám žádné informace o této problematice

10. Představte si situaci: Na ulici potkáte mladého ležícího člověka, který nereaguje na oslovení ani na další podněty, má křeče končetin a chrčivě dýchá. Jak se zachováte?

- odejdu a nevšímám si ho
- zavolám RZP, nevím, jak jinak bych měl(a) pomoci
- zajistím jeho bezpečnost, sleduji jeho stav a délku trvání záchvatu, jsem mu nablízku, popř. zavolám RZP

11. Myslíte si, že Vám hrozí trestní postih při neposkytnutí první pomoci?

- ano
- ne
- ne, to se týká pouze zdravotnických pracovníků

12. Je vhodné v průběhu epileptického záchvatu nemocnému násilím otevřít ústa, aby si tak neporanil jazyk?

- ano
- ne
- nevím

13. Vyberte jaké faktory mohou u lidí s epilepsií vyvolat záchvat?

(Možnost více odpovědí)

- alkohol
- silně kořeněná jídla
- nepravidelné užívání léků
- nedostatečný spánek

- světelné efekty např. na diskotékách
- namáhavá fyzická práce
- pobyt v horku
- ruční práce (vyšívání, práce s keramikou apod.)

14. Je důležité při každém epileptickém záchvatu volat RZP?

- ano
- ne, záleží na stavu nemocného
- nevím

15. Je správné při probíhajícím epileptickém záchvatu násilně bránit mimovolným pohybům nemocného?

- ano
- ne
- nevím

16. Souhlasíte s tím, že lidé, kteří mají epilepsii léčebně pod kontrolou mohou být držiteli řidičského průkazu?

- ano
- ne
- určitě ne

17. Mají podle Vás lidé s epilepsií změněny intelektové schopnosti?

- ano
- ne

18. Která zaměstnání nejsou pro lidi trpící epilepsií vhodná?

(Možnost více odpovědí)

- práce s el. proudem a nechráněnými stroji
- prodavač
- zaměstnání na noční směny
- krejčí/krejčová
- pilot
- řezbář
- profesionální řidič
- malíř skla a keramiky

19. Myslíte si, že epileptici mohou zakládat rodiny a mít děti?

- ano
- ne
- nevím

20. Měli by spolupracovníci vědět, že jejich kolega má epilepsii?

- ano
- ne

21. Které sporty podle Vás může epileptik vykonávat?

(Možnost více odpovědí)

- rekreační plavání s doprovodem
- jóga
- horolezectví
- jízda na koni s doprovodem
- box
- parašutismus

22. Myslíte si, že je pro epileptiky těžší zařadit se do společnosti ? (najít si partnera, získat dobré zaměstnání apod.)?


- ano
- ne

23. Chtěl(a) byste se dozvědět více informací, jak správně postupovat při epileptickém záchvatu?

- ano
- ne

Ještě jednou Vám děkuji za chvílku času věnovanou těmto otázkám

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ DOMOV MLÁDEŽE ZLÍN

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

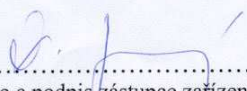
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	IRENA KRAJČOVÁ
Téma bakalářské práce	INFORMOVANOST VEŘEJNOSTI O PROBLEMATICE NEMOCNÝCH S EPILEPSIÍ
Skupina respondentů	LAICKÁ VEŘEJNOST
Pracoviště	Domov mládeže Zlín

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 28.11.2004



.....
MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu zdravotnických studií


.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

Střední průmyslová škola polytechnická
Centrum odborné přípravy Zlín
Domov mládeže
nám. T.G. Masaryka 2700/760 01 ZLÍN ©
IČ: 14450500, DIČ: CZ14450500

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ MASARYKOVA VEŘEJNÁ KNIHOVNA VSETÍN

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.


Jméno a příjmení studenta	IRENA KRAJČOVÁ
Téma bakalářské práce	INFORMOVANOST VEŘEJNOSTI O PROBLEMATICE NEHOCNÝCH S EPILEPSIÍ
Skupina respondentů	LAICKÁ VEŘEJNOST
Pracoviště	Masarykova veřejná knihovna Vsetín

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 14. 12. 2007



MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu zdravotnických studií


Razítko a podpis zástupce zařízení

 Masarykova veřejná knihovna
Vsetín
Dolní náměstí 1356
755 01 Vsetín

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ MĚSTSKÝ ÚŘAD VSETÍN

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

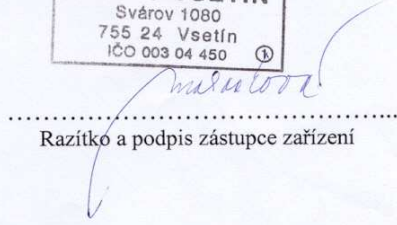
Jméno a příjmení studenta	IRENA KRAYČOVÁ
Téma bakalářské práce	INFORMOVANOST VEŘEJNOSTI O PROBLEMATICE NEHTOČNÝCH S EPILEPSIÍ
Skupina respondentů	LAICKÁ VEŘEJNOST
Pracoviště	Městský úřad Vsetín

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 25.1. 2008

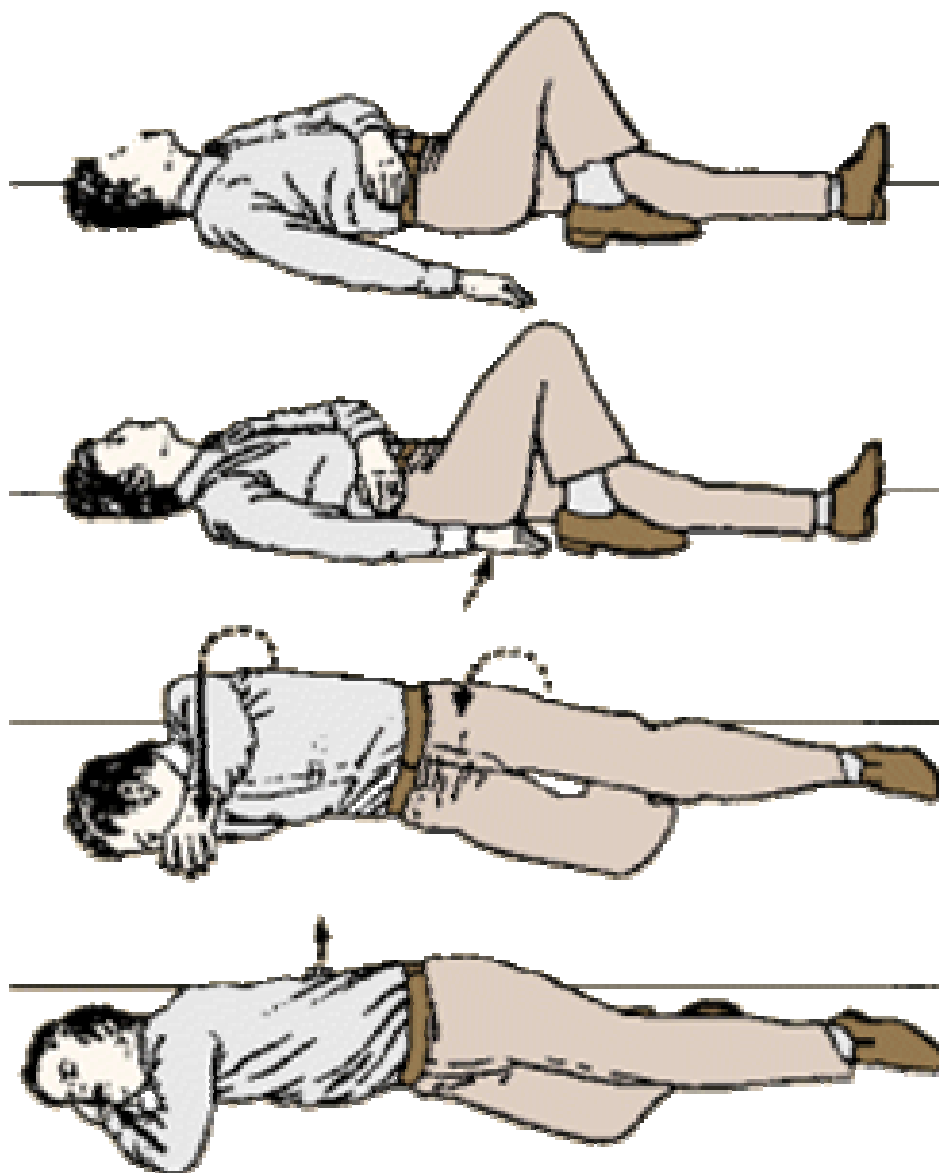

MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu zdravotnických studií

MĚSTO VSETÍN
Svárov 1080
755 24 Vsetín
IČO 003 04 450


Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova@fhs.utb.cz

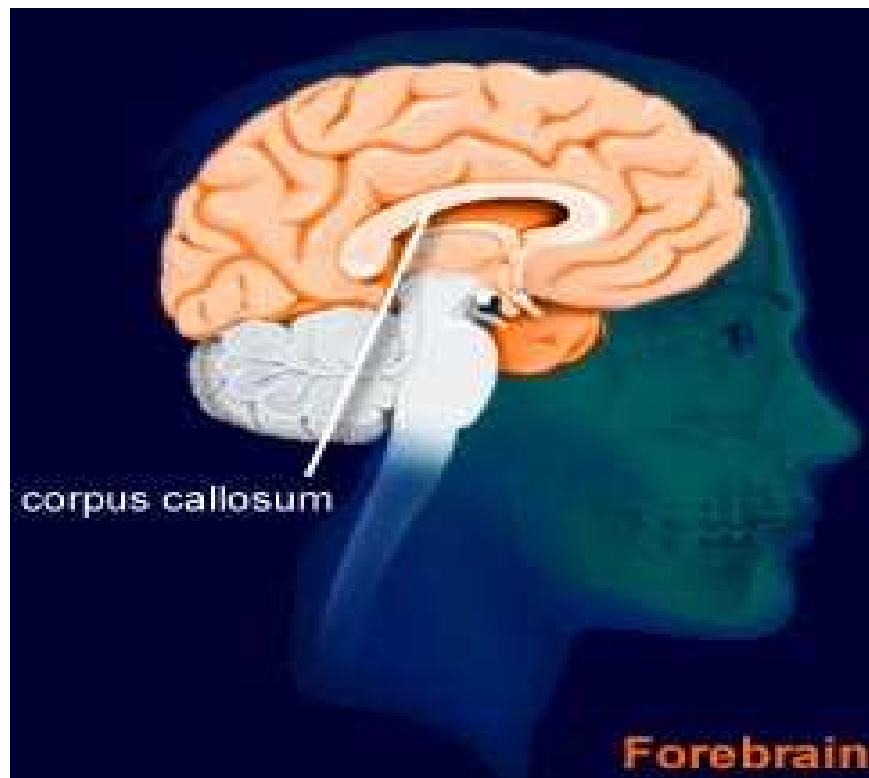
PŘÍLOHA P V: STABILIZOVANÁ POLOHA



Stabilizovaná poloha

Zdroj: Stabilizovaná poloha. [online]. [cit. 2008 – 4 – 18]. Dostupný na WWW: <http://metodika.horoklub.cz/h_pomoc/img/h06_6a.gif>.

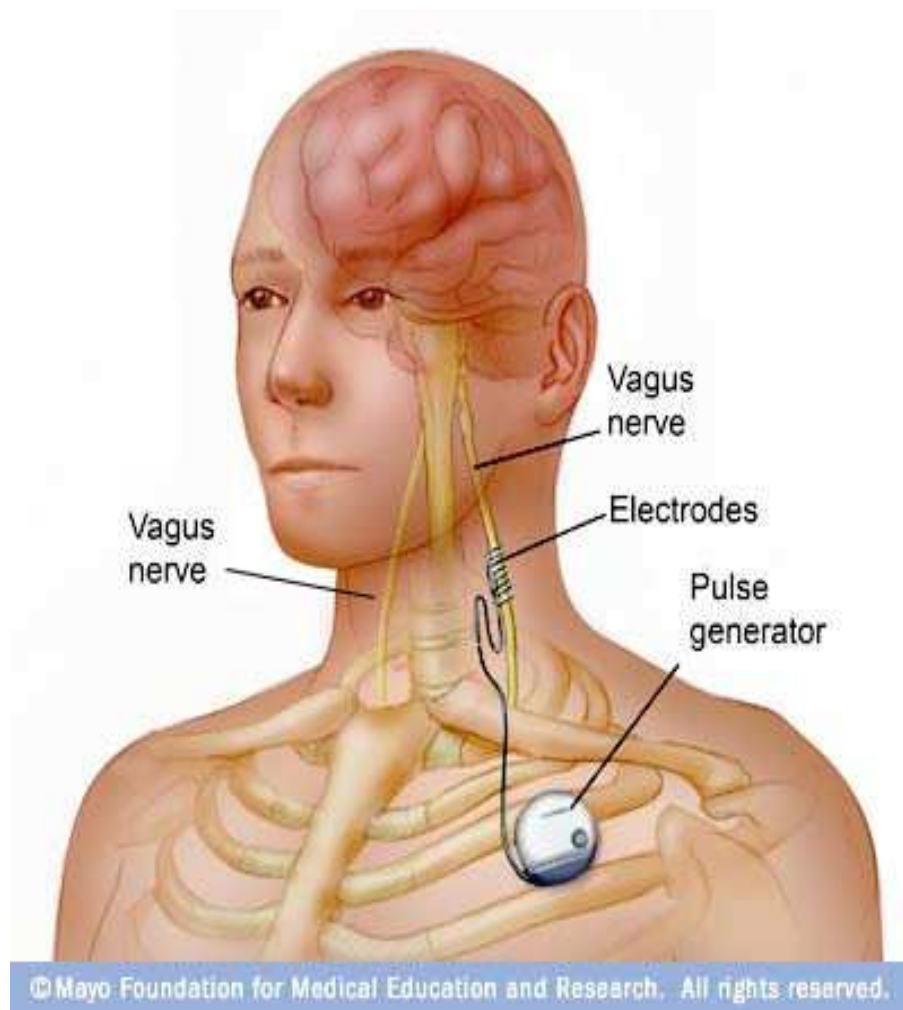
PŘÍLOHA P VI: CORPUS CALLOSUM



Corpus callosum

Zdroj: Corpus callosum. [online]. [cit. 2008 – 4 – 18]. Dostupný na WWW:<
http://www.brainexplorer.org/brain-images/corpus_callosum.jpg>.

PŘÍLOHA VII: VAGUS NERVUS STIMULATION



Vagus nervus stimulation

Zdroj: Vagus nervus stimulation. [online]. [cit. 2008 – 4 – 18]. Dostupný na WWW:<http://content.revolutionhealth.com/contentimages/images-image_popupmh7_vagalnerve.jpg>.

PŘÍLOHA VIII: MINI – MENTAL – STATE TEST

Tab. 38: Mini – Mental – State Test

	Maximální počet bodů
ORIENTACE:	
Jaké je datum? (rok, období, měsíc, den v týdnu)	5
Kde nyní jste? (země, oblast, město, ulice ev.nemocnice, číslo domu ev.podlaží nebo číslo pokoje v nemocnici).	5
<i>Za každou správnou odpověď získá nemocný po 1 bodu.</i>	
PAMĚŤ:	
Lékař jmenuje 3 předměty během 3 sekund, např. (strom, okno, kniha a vyzve nemocného, aby je opakoval a pokusil se je zapamatovat.	3
<i>Správná odpověď, každý předmět po jednom bodu.</i>	
POZORNOST A POČÍTÁNÍ:	
Pacient odečítá sedmičku od čísla 100.	
Ukončí po 5 odpovědích.	5
<i>Každá správná odpověď po 1 bodu.</i>	
KRÁTKODOBÁ PAMĚŤ:	
Vybavte si a jmenujte 3 dříve uvedené předměty.	3
JAZYK:	
Lékař ukáže 2 předměty (tužka, hodinky) a vyzve pacienta, aby je pojmenoval.	2
Opakujte následující: "Ale avšak a přece".	1
Proveďte po sobě tyto úkony: vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte na stůl.	3
Přečtete a proveďte následující příkaz (nemocný dostane lístek s následující výzvou): "Zavřete obě oči."	1
"Napište větu, obsahující podmět a přísudek."	1
"Namalujte podle předlohy tento obrazec."	1
max.skóre	30

Hodnocení MINI – MENTAL – STATE TESTU

0 – 10 bodů těžká kognitivní porucha

11 – 20 bodů kognitivní porucha středního stupně

21 – 23 bodů lehká porucha

24 a více norma

Zdroj: Mini – Mental – State [online]. [cit. 2008 – 4 – 25]. Dostupný na
WWW:<http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_2298.html>.

PŘÍLOHA IX: RACIONÁLNÍ FARMAKOTERAPIE EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ

Tab. 39: Racionální farmakoterapie epileptických záchvatů

Typ záchvatu	Léky 1.volby	Léky 2. volby
Parciální nebo sekundárně generalizované	karbamezapin valproát	fenytoin, gabapentin, lamotrigin, levetiracetam, tiagabin, topiramát
Primárně generalizované tonicko-klonické	lamotrigin valproát	topiramát
Absence	etosuximid valproát	lamotrigin
Myoklonické	lamotrigin valproát	benzodiazepiny etosuximid

(Brázdil et al, 2004, s.174)

PŘÍLOHA X: ZKRÁCENÁ VERZE Přílohy č. 3 k vyhlášce č. 277/2004

Sb.

Nemoci, vady, nebo stavy, které vylučují nebo podmiňují zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

Pro účely přílohy jsou zařazeni do

- skupiny 1
žadatelé a držitelé řidičských oprávnění skupiny A, B a B+E a AM a podskupiny A1 a B1.
- skupiny 2
 - a) řidiči, kteří řídí motorové vozidlo v pracovněprávním vztahu, a u nichž je řízení motorového vozidla druhem práce sjednaným v pracovní smlouvě,
 - b) řidiči vozidla, kteří při plnění úkolů souvisejících s výkonem zvláštních povinností užívají zvláštního výstražného světla modré barvy, popřípadě doplněného o zvláštní zvukové výstražné znamení,
 - c) řidiči, u kterých je řízení motorového vozidla předmětem samostatné výdělečné činnosti prováděné podle zvláštního právního předpisu,
 - d) žadatelé a držitelé osvědčení pro učitele řidičů pro výcvik v řízení motorových vozidel podle zvláštního právního předpisu,³⁾ nebo
 - e) 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.).

I. Nemoci, vady nebo stavy zraku vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

II. Nemoci, vady nebo stavy sluchu vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

III. Nemoci, vady nebo stavy svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

IV. Nemoci, vady nebo stavy oběhové soustavy vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

V. Nemoc diabetes mellitus vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

VI. Nemoci, vady nebo stavy nervové soustavy vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

Nemoci, vady nebo stavy nervové soustavy vylučující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel jsou takové nemoci, vady nebo stavy nervové soustavy, které

1. způsobují zdravotní komplikace nebo odchylky nebezpečné pro provoz na pozemních komunikacích, a to zejména

skupina 1

- a) epilepsie, epileptické syndromy nekompensované nebo částečně kompenzované v případech, kdy délka bezzáchvatového období je kratší než 1 rok,
- b) stav po prvním epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena antiepileptická léčba, po dobu minimálně 1 roky,
- c) záchvatové stavy s poruchou vědomí nebo hybnosti, například narkolepsie a kataplexie.

skupina 2

- a) nemoci, vady nebo stavy podle skupiny 1, pokud není dále stanoveno jinak,
 - b) epilepsie, epileptické syndromy po dobu 10 let bezzáchvatového období po vysazení antiepileptické léčby,
 - c) stavy po ojedinělém epileptickém záchvatu, kdy nebyla nasazena antiepileptická léčba po dobu 5 let od tohoto záchvatu,
 - d) záchvatové stavy s poruchou vědomí nebo hybnosti, včetně stavů v anamnéze, například narkolepsie a kataplexie,
 - e) stavy po chirurgických zákrocích nebo úrazech centrální nervové soustavy s trvalými neztišitelnými bolestmi nebo s poruchami pohybu, kognice, hluboké citlivosti nebo s těžkými trofickými změnami,
 - f) nemoci nebo stavy po chirurgických zákrocích nebo zranění periferních nervů s trvalými poruchami pohybu, citlivosti nebo s trofickými změnami, které vylučují schopnost řídit motorové vozidlo, nebo
 - g) hyperkinézy a spasticity.
2. Nemoci, vady nebo stavy nervové soustavy, které ovlivňují bezpečnost provozu na pozemních komunikacích a u kterých lze žadatele nebo řidiče uznat za zdravotně způsobilé k řízení motorového vozidla pouze na základě závěrů odborného vyšetření, a to zejména

skupina 1

- a) neurologické poruchy spojené s nemocemi nebo chirurgickými zákroky, které ovlivňují centrální nebo periferní nervový systém a způsobují psychické, smyslové nebo motorické poruchy a mají vliv na rovnováhu a koordinaci, a to
 1. stavy po úrazech a nemocech centrální nervové soustavy s trvalými neztišitelnými bolestmi nebo s poruchami pohybu, kognice (duševní pochody, vnímání, paměť, poznání), hluboké citlivosti nebo s těžkými trofickými změnami, nebo
 2. stavy po zranění nebo nemoci periferních nervů s trvalými poruchami pohybu, citlivosti nebo s trofickými změnami, pokud omezují schopnost řídit motorové vozidlo,

- b) epilepsie, epileptické syndromy plně kompenzované nebo kompenzované v případech,
 - 1. kdy délka bezzáchvatového období je delší než 1 rok, nebo
 - 2. po prvním epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena antiepileptická léčba, po 1 roce od tohoto záchvatu, přičemž délku bezzáchvatového období stvrzuje žadatel čestným prohlášením, nebo
- c) záchvatové stavy s poruchou vědomí nebo hybnosti v anamnéze, například narkolepsie a kataplexie.

V případech uvedených v písmenu b) nebo c) je pravidelná lékařská kontrola podmínkou zdravotní způsobilosti vždy.

skupina 2

- a) nemoci, vady nebo stavy podle skupiny 1, pokud není dále stanoveno jinak,
- b) ojedinělý epileptický záchvat, pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba, po 5 letech od tohoto záchvatu,
- c) epilepsie, epileptické syndromy nebo stav po epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena antiepileptická léčba, po 10 letech od vysazení léčby, nebo
- d) těžší poruchy spánku ovlivňující zejména schopnost koncentrace a rychlost reakce.

V případech uvedených v písmenu b) až d) je pravidelná lékařská kontrola podmínkou zdravotní způsobilosti vždy

VII. Nemoci, vady nebo stavy způsobující duševní poruchy vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

VIII. Nemoci, vady nebo stavy způsobené závislostí na alkoholu (alkoholismus) vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

IX. Nemoci, vady a stavy spočívající v závislosti na požívání psychoaktivních (psychotropních) látek, léčiv nebo jejich kombinací (toxikománie) vylučující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

X. Nemoci, vady a stavy způsobené vážnou nedostatečností činnosti ledvin podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

XI. Stavy související s transplantací orgánu nebo umělého implantátu podmiňujícího zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

XII. Další nemoci, vady nebo stavy, které mohou podmínit zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

Zdroj: Sběrka zákonů. [online]. [cit. 2008 – 4 – 25]. Dostupný na WWW:<
<http://www.mvcr.cz/sbirka/2004/sb089-04.pdf>>.