

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **Bakalářská práce**

**2022**

**Veronika Kovářiková**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Veronika Kovářiková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341 R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU VE FERTILNÍM VĚKU  
S EPILEPSIÍ**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Posseltová

Plzeň 2022





## **Prohlášení**

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

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Kovářiková Veronika

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o ženu ve fertilním věku s epilepsií

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Posseltová

Počet stran – číslované: 61

Počet stran – nečíslované: 21

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 20

Klíčová slova: Ošetrovatelství, pacientka, epilepsie, sestra, žena a epilepsie, mateřství, těhotenství

### **Souhrn:**

Tématem naší bakalářské práce je Ošetrovatelská péče o ženu ve fertilním věku s epilepsií. V teoretické části se zaměřujeme na charakteristiku, diagnostiku, klasifikaci záchvatů a na léčbu epilepsie. Dále také na specifika epileptického onemocnění u žen od adolescence po menopauzu.

V praktické části se zabýváme získáváním informací o vlivu epilepsie na plánování mateřství žen ve fertilním věku pomocí polostrukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami a možností volné odpovědi.

## **Abstract**

Surname and name: Kovářiková Veronika

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing care for a woman of childbearing age with epilepsy

Consultant: Mgr. Lucie Posseltová

Number of pages – numbered: 61

Number of pages – unnumbered: 21

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 20

Keywords: Nursing care, patient, epilepsy, nurse, woman and epilepsy, motherhood, pregnancy

### Summary:

The topic of our bachelor thesis is Nursing care for a woman of childbearing age with epilepsy. In the theoretical part we focus on the characteristics, diagnosis, classification of seizures and the treatment of epilepsy. Furthermore, the specifics of epileptic disease in women from adolescence to menopause

In the practical part we deal with obtaining information about the influence of epilepsy on motherhood planning for women of childbearing age through semi-structured interviews with open-ended questions and the possibility of free answers.

## **Předmluva**

Pro naši bakalářskou práci jsme si vybrali téma Ošetrovatelská péče o ženu ve fertilním věku s epilepsií. Z důvodu vysoké četnosti epileptického onemocnění jsme si vybrali právě takovéto téma. Žena a epilepsie je jednou z důležitých součástí vývoje nových medicínských strategií a medicínské strategie jsou s ošetrovatelstvím úzce spojeny.

Cílem naší bakalářské práce je analyzovat zkušenosti žen ve fertilním věku s diagnózou epilepsie a zjistit, jaké mají postoje k případnému plánování mateřství.

## **Poděkování**

Děkuji v první řadě vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Lucii Posseltové za odbornou pomoc při zpracovávání práce a za skvělý přístup. Dále patří mé poděkování i zaměstnancům Neurologické kliniky a Mgr., Bc. Světluši Chabrové za poskytnutí možnosti provedení výzkumu na pracovišti FN.



# OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ .....	12
SEZNAM TABULEK.....	13
SEZNAM ZKRATEK.....	14
ÚVOD .....	15
TEORETICKÁ ČÁST.....	16
1 NERVOVÁ SOUSTAVA.....	16
1.1 Anatomie neuronu .....	16
2 EPILEPSIE .....	18
2.1 Historie epilepsie .....	18
2.2 Epilepsie obecně .....	19
2.3 Epidemiologie.....	20
2.4 Etiopatogeneze.....	20
2.5 Diagnostika.....	21
2.5.1 Anamnéza.....	21
2.5.2 Klinické vyšetření .....	21
2.5.3 Laboratorní vyšetření .....	22
2.5.4 Elektroencefalografie .....	22
2.5.5 Zobrazovací metody .....	22
2.5.6 Neuropsychologické vyšetření .....	23
2.5.7 Diferenciální diagnostika .....	23
2.6 Klasifikace epileptických záchvatů .....	23
2.6.1 Ložiskové (fokální) .....	24
2.6.2 Generalizované.....	24
2.6.3 Neklasifikovatelné.....	25
2.7 Terapie epilepsie.....	25
3 ŽENA A EPILEPSIE.....	27

3.1	Adolescence.....	27
3.1.1	Menarche.....	28
3.1.2	Optimální kontracepce v adolescenci.....	29
3.1.3	Poruchy menstruačního cyklu.....	29
3.1.4	Volba antiepileptik v adolescenci.....	30
3.2	Dospělost.....	32
3.2.1	Optimální kontracepce.....	32
3.2.2	Sexuální dysfunkce u žen s epilepsií.....	33
3.2.3	Těhotenství.....	34
3.2.4	Péče o novorozence.....	36
3.2.5	Katameniální epilepsie.....	37
3.2.6	Nežádoucí účinky antiepileptik u žen.....	38
3.2.7	Teratogenní působení antiepileptik a jejich vliv na vývoj plodu.....	39
3.3	Perimenopauza a postmenopauza.....	39
3.3.1	Riziko dekompenzace epilepsie.....	39
3.3.2	Hormonální substituční léčba.....	41
4	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU VE FERTILNÍM VĚKU S EPILEPSIÍ.....	42
4.1	Ošetrovatelská péče.....	42
4.2	Ošetrovatelská péče při epileptickém záchvatu.....	42
4.3	Edukační proces.....	43
4.3.1	Edukace u pacienta epilepsií.....	43
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	45
5	FORMULACE PROBLÉMU.....	45
5.1	Hlavní cíl.....	45
5.2	Dílčí cíle.....	45
6	VÝZKUMNÉM PROBLÉMY A OTÁZKY.....	46

7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU A ORGANIZACE VÝZKUMU.....	47
8	METODIKA PRÁCE .....	49
9	ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ DAT .....	50
	DISKUZE.....	62
	ZÁVĚR.....	67
	SEZNAM LITERATURY .....	69
	SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ.....	71
	SEZNAM PŘÍLOH.....	72
	PŘÍLOHY.....	73

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1: Myšlenková mapa – Léčba epilepsie.....	52
Obrázek 2: Myšlenková mapa – Přizpůsobení se onemocnění.....	56
Obrázek 3: Myšlenková mapa – Epilepsie a mateřství.....	60

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Seznam participantek.....	47
Tabulka 2: Informovanost žen ve fertilním věku.....	50
Tabulka 3: Epileptické záchvaty.....	54
Tabulka 4: Rodinné vztahy.....	57
Tabulka 5: Pohled na sebe sama.....	58
Tabulka 6: Poznatky participantek.....	61

## **SEZNAM ZKRATEK**

CNS – centrální nervová soustava

Ct – computer tomography (počítačová tomografie)

ČR – Česká republika

EEG – elektronecefalografie

EP – epilepsie

FF – fyziologické funkce

FN – Fakultní nemocnice

GCS – Glasgow Coma Scale

HA – hormonální antikoncepce

JME – juvenilní myoklonická epilepsie

NK – Neurologická klinika

SpO<sub>2</sub> – nasycení krve kyslíkem

TBC – tuberkulóza

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

# ÚVOD

Pracuji na neurologické ambulanci a součástí mé práce je působení v záchvatových poradnách, ve kterých se zabýváme léčbou epilepsie. Epilepsie jako nemoc může postihnout kohokoliv, bez ohledu na věk, sociální postavení, nebo vzdělání, či pohlaví.

Naše bakalářská práce se zabývá péčí o ženu ve fertilním věku s epilepsií. Zabýváme se tím, jak nemoc ovlivňuje život pacientek, jejich denní režim a plánované rodičovství a mateřství jako takové.

Teoretická část práce obsahuje základní anatomii neuronu, informace o samotné epilepsii, etiologii, diagnostiku a léčbu. Dále je uvedena do tématu problematika ženy a epilepsie od pubertálního věku do období menopauzy a také ošetrovatelská péče.

V praktické části jsme uplatnili kvalitativní metodu výzkumu a za použití polostrukturovaných rozhovorů se v naší bakalářské práci snažíme o dosažení hlavního a dílčích cílů. Data z provedených polostrukturovaných rozhovorů jsou rozdělena do osmi kategorií. Pět kategorií je zpracováno otevřeným kódováním a tři kategorie jsou znázorněny do myšlenkových map.

Výstupem práce je informační leták pro ženy ve fertilním věku trpící epilepsií. Který osahuje hlavní problémy pacientek s epilepsií a několik důvěryhodných informačních zdrojů s odkazy na ně. Tento leták by měl sloužit k předcházení dezinformacím.

# TEORETICKÁ ČÁST

V této části práce bychom se chtěli zaměřit na základní anatomické údaje neuronu, dále pak na epilepsii jako samotné onemocnění, její léčbu. Dále na problematiku ženy a epileptického onemocnění v plánování mateřství a rodičovství. Poslední kapitola teoretické části je věnována ošetrovatelské péči a edukaci pacienta s epilepsií.

## 1 NERVOVÁ SOUSTAVA

Neurony jsou základní stavební jednotkou nervové soustavy. Zpracovávají informace a přenáší odpovědi. Nervové buňky tvoří převážně většinu buněk v lidském těle a nachází se v řadě triliónů (Vigué, 2014, s. 130).

### 1.1 Anatomie neuronu

Neuron je buňka nervové tkáně se základní funkcí příjmu, vedení a přenosu informací a jejich zpracování. Je tvořený tělem buňky a jejími výběžky. Výběžky ho spojují s ostatními neurony, tím pádem mohou vést nervové impulsy.

Dle tvaru těla buňky můžeme neurony rozdělit na kulovité, mnohostěnné, hvězdicové atp. Dále je lze rozdělit podle výběžků na unipolární, bipolární a multipolární. Jejich celkový počet je stejný od útlého dětství, stejně tak, jako během života, protože se neobnovují ani nemnoží.

Střední část neuronů je buněčné tělo obsahující jádro. Je obklopeno cytoplasmou a zbylými nitrobuněčnými tělísky (Golgiho aparát, mitochondrie apod.). Nervová buňka má díky své specifické funkci velký metabolický obrát. Z toho důvodu je nervová tkáň bohatá na krevní kapiláry, ke kterým se připojují gliální buňky. Buňky glie tvoří podpůrnou tkáň. Ta vytváří kostru nervové soustavy střídavě s neurony. Buňky glie jsou různého typu včetně astrocytů, oligodendroglie a ependymálních buněk. Z těchto buněk vycházejí výběžky připojující se ke krevním kapilárním neuronům.

Výběžkům cytoplasmy buněčného těla nepravidelného tvaru říkáme dendrity. Přivádí nervové vzruchy redukované dalšími neurony k tělu buňky. Neuron může mít takových buněk více. Výběžky buněčného těla se speciální strukturou se nazývají axony. Axony tvoří většinu nervových vláken a neuronů lidského těla. Jejich funkcí je převádět nervové vzruchy vytvářené v těle buněk na jiné neurony. Každý neuron má jeden axon, který je delší než ostatní výběžky (dendrity). Axony jsou kryté pochvou. Ta je vytvořena z myelinu, který se skládá z lipoproteinů



a je v centrálním nervovém systému tvořena buňkami oligodendroglie. Zásobuje axon a zvyšuje rychlost přenosu nervového vzruchu. Další částí axonu jsou Ranvierovy zářezy. Jedná se o část, která není krytá myelinovou pochvou. Pak se zde nachází Schwannovy buňky, které mají obdobou funkci jako oligodendroglie. Zajišťují myelinizaci axonů v periferním nervovém systému a také mají fagocytickou funkci.

Axony neuronů tvoří spojení s ostatními neurony synapsí, která spíše než jako fyzikální spoj funguje na základě chemických přenašečů. Mezi povrchy spojujícími dva neurony je úzký prostor zvaný synaptická štěrbin. Přenos vzruchu probíhá vždy stejným směrem a není nikdy zpětný (Vigué, 2014, s. 130-131).

## 2 EPILEPSIE

Epilepsie jakož to diagnóza mění člověku celý život. V různých rovinách zasahuje lidem do způsobu žití. Lidé trpící epilepsií se cítí nejistě ohledně svých vyhlídek do budoucna, ohledně dlouhodobé léčby a dodržování denního režimu. Někomu může epilepsie znesnadnit pracovní uplatnění, vztahy, či plánované těhotenství (Stehlíková, Pokorná, Bušek, Orlíková, Modrá, 2016, s. 1).

### 2.1 Historie epilepsie

V minulosti byla epilepsie pojmenována jako „svatá nemoc“, „rajská nemoc“ nebo i jako „nemoc ohavná“. Z pohledu náboženského byla považována za „posednutí děblem“. Všechny tyto názvy jsou vyjádřením vztahu k nemoci, kdy nebyla známá vysvětlitelná příčina, natož účinná léčba. Léčba byla náboženského charakteru, toho důvodu, že nemoc mohla být vnímána jako určitý boží trest. Při léčení šlo především o odříkání, bičování, exorcismus a různé jiné praktiky, kdy Satan z posedlého těla odchází s každým výkřikem.

Dále se můžeme v historii setkat i s pojmem „padoucnice“, který bývá používán laicky i nyní. Tento termín je uváděn ve starších českých literárních zdrojích, či jako neodborný český název. Původ slova pochází zřejmě ze slova „padat“, protože u typického velkého záchvatu dochází ke ztrátě vědomí s pádem na zem a s křečemi.

Také bychom chtěli uvést pár zajímavostí. Na příklad za patrona epileptiků se uvádí svatý Valentin, pro základ slova „fallen“ (tedy jako výše uvedené české „padat“). V historii jsou také i známé osobnosti, které trpěli touto chorobou: Karel IV., Napoleon, Dostojevskij, van Gogh, Lenin, Nobel, Caesar, Sokratés, Johanka z Arku. A dále lékaře, kteří se v historii snažili skutečně touto chorobou zabývat a lidem pomoci: Hippokrates, Galén, Avicena (Tyrlíková, 2012, s. 100).

## 2.2 Epilepsie obecně

Jako epilepsie je označována skupina neurologických onemocnění, který mají společný znak a tím je výskyt opakovaných nevyprovokovaných epileptických záchvatů. Každé onemocnění má i svůj specifický průběh, příčinu, způsob léčby i budoucnost života nemocného.

Epileptický záchvat má podstatu „epileptického výboje“ v mozku. Lidská nervová soustava funguje na principu předávání elektrických impulsů mezi neurony, tedy nervovými buňkami. Dalo by se tak říci, že lidské vnímání, příkazy k provedení pohybu, ale i myšlení a emoce jsou zakódovány do sérií elektrických impulsů, které se nazývají akční potenciály a šíří se sítěmi neuronů. Pokud nastane epileptický záchvat, dochází ke vzniku epileptického výboje. Epileptický výboj má podstatu v elektrickém impulzu, či jejich sérii. Ty mohou být příliš silné, nebo příliš synchronizované. Pokud jsou příliš synchronizované, znamená to, že proběhlo velké množství impulsů ve stejném okamžiku. Záchvat může trvat sekundy, minuty, výjimečně i hodiny. Mohou při něm být ovlivněny různé mozkové roviny, jako je paměť, hybnost, myšlení nebo smyslové vnímání.

Epileptický záchvat může výjimečně nastat i u člověka, který touto chorobou netrpí. Například při poranění mozku, při výrazné změně vnitřního prostředí organismu, při nedostatku kyslíku, při dlouhodobém nedostatku spánku, po požití vysokých dávek některých léků apod. To, že člověk dostane jeden epileptický záchvat nemusí nutně znamenat prvozáchyt epilepsie jako onemocnění. Pokud se ku příkladu jedná o malé děti v kojeneckém nebo batolecím věku a prodělalo jeden i více záchvatů, nejčastěji při horečce, jedná se nejčastěji o tzv. „febrilní křeče“, aniž by se u nich chronická diagnóza epilepsie rozvinula. Na rozdíl u pacientů s diagnostikovanou epilepsií většinou přicházejí záchvaty bez zjevné příčiny – nevyprovokovaně a nejen jednou, ale i opakovaně. Neurolog nebo epileptolog ve většině případů stanoví diagnózu, pokud u pacienta dojde ke dvěma, či více epileptickým záchvatům. Bere při tom v úvahu, co záchvatu předcházelo a co ho mohlo zapříčinit (nedostatek spánku, alkohol, návykové látky, nebo jiné akutní onemocnění – úraz, cévní příhoda). Ke zpřesnění diagnózy lze použít vyšetření EEG, k vyloučení strukturálního mozkového postižení například nádoru, které může být příčinou epilepsie. Pak je vždy nutná magnetická resonance a další např. interní, kardiologické a psychiatrické vyšetření k vyloučení možných příčin přechodných poruch vědomí, které mohou vypadat stejně jako epileptické záchvaty (Stehlíková, Modrá, 2016, s. 4-5).

## 2.3 Epidemiologie

Epileptické záchvaty se mohou vyskytnout v kterémkoli období života. U tři čtvrtě nemocných se první záchvaty mohou objevovat před dvacátým rokem života, nejčastěji v prvních třech letech a pak kolem puberty. Věk, ve kterém se epilepsie projeví, ale neudává, co je její příčinou, ani jaký bude její průběh a léčba.

Diagnóza epilepsie je každý rok vyslovena přibližně u jednoho z 2000 lidí. Je totiž nejčastější z vážných neurologických onemocnění. Celkově epilepsií trpí půl až jedno procento populace. To znamená, že v ČR žije asi 70 000 lidí s touto diagnózou. Pravděpodobnost, že se u člověka objeví ojedinělý epileptický záchvat je je 2 – 5 %. Na příklad u dětí je epileptické onemocnění častější, než známé chronické nemoci jako je revmatoidní artritida, TBC nebo diabetes mellitus. Navzdory těmto procentům se nejedná o onemocnění vzácné. V dnešní době již je známo velké množství informací o epilepsiích, jejich příčinách, průběhu, dále i účinné léky a léčebné možnosti (Stehlíková, Modrá, 2016 s. 5-6).

## 2.4 Etiopatogeneze

Rozvinutí epilepsie může mít u každého jiné příčiny. Na jejím vzniku se podílí, jak vnitřní dispozice, tak provokující mechanismy, které mohou být vnější nebo získané. Vnitřní dispozice jsou nejčastěji genetické a dědí se dále. O dědičnou chorobu jde v tom případě, pokud se dědí samotná nemoc, ne je její dispozice. U epilepsie se mohou právě dědit zmíněné dispozice, nikoliv nemoc samotná. Dispozice mohou být v různých rodinách různě výrazné. Existují však epilepsie „geneticky podmíněné“ nebo „idiopatické“ a u těchto dvou hraje genetická dispozice rozhodující roli. Epilepsie z této skupiny jsou často „věkově vázané“, takže se objevují v určitém věku a některé z nich v určitém věku také mizí. Patří k nim například epilepsie s častými absencemi v dětství, rolandická epilepsie, juvenilní myoklonická epilepsie atd.

Existují také jasně definované epileptické syndromy, které se rovněž mohou dědit. Ty se nazývají familiární či hereditární. Při vzniku většiny epilepsií se přikládá větší význam získaným faktorům než genetickým. V tom to případě se epilepsie označuje jako „strukturální nebo metabolická“ či epilepsie „sekundární“. U těchto epilepsií jsou záchvaty způsobeny určitým jasně definovaným poškozením mozku. Může jít o jeho poškození úrazem nebo nádorem, cévním onemocněním, degenerativním onemocněním mozku, vrozenými vývojovými vadami atd. Do této skupiny spadají i ti, u kterých došlo k poškození mozku při

porodu. Avšak u mnoha případů se nepodaří epileptickou příčinu prokázat (Stehlíková, Modrá, 2016, s. 7-8).

## **2.5 Diagnostika**

Diagnostika epilepsie se provádí na základně anamnézy, klinického vyšetření, laboratorního vyšetření, EEG vyšetření a zobrazovacích metod. Důkladná diagnóza může během akutní fáze onemocnění výrazně pacientovi pomoci.

### **2.5.1 Anamnéza**

Aby lékař mohl rozhodnout, zda se jedná opravdu o epilepsii, je nutné od pacienta získat co nejpřesnější informace. Lékař si také kromě pacienta promluví i s partnerem, nebo s rodinou nemocného, ke zjištění podrobnějších informací, kterých si pacient není vědom. Například pokud si záchvaty neuvědomuje nebo nepamatuje.

Při sběru anamnézy se zaměřujeme na možné provokační faktory a co mohlo přispět k tomu, že se epilepsie projevila. Zjišťují se informace o rodinných predispozicích, průběhu porodu, jeho případných komplikacích, o závažnějším či horečnatém onemocnění v dětském věku, febrilních křečích, operacích mozku, prodělání celkové anestezie, u že o průběhu menstruace, porodech a potratech. Dále se zaměřujeme na vývoj onemocnění. Přičemž se věnuje pozornost tomu, v kolika letech se záchvaty vyskytly, jakého byly charakteru a frekvence. Zjišťuje se dosavadní léčba a vyšetření.

Důležitou fází je i podrobný popis samotného záchvatu. V jakou dobu přicházejí, jak vypadají a probíhají, co je doprovází. Zda byl nemocný v bezvědomí či ne, zda měl záchvat nějaké předzvěsti (auru), jestli došlo k pomočení, nebo nějakému poranění. Co po záchvatu následovalo, má pacient potíže s pamětí, je zmatený? Při této části anamnézy se nejvíce uplatní informace od blízkých, kteří jsou případnými svědky záchvatu (Stehlíková, Modrá, 2016, s. 17-18).

### **2.5.2 Klinické vyšetření**

Základem klinického vyšetření je komunikace mezi lékařem a pacientem, během které se lékař cílenými dotazy snaží definovat základní problém onemocnění a postupně rozkrýt diagnózu. Nedílnou součástí tohoto vyšetření je takzvané fyzikální vyšetření, při kterém lékař zkoumá nemocného pohledem, pohmatem, poslechem, poklepem.

V případě epilepsie se lze zaměřit na vyšetření neurologické. Neurologické vyšetření je soubor úkonů, při kterém se ověřuje stav centrálního systému (mozku a míchy) a periferních

nervů. Skládá se z rozhovoru, při kterém lékař odebírá anamnézu, a vlastního vyšetření. K základnímu neurologickému vyšetření se používá pouze neurologické kladívko se štětičkou a kovovým hrotem. Funkce nervového systému lze ověřit sérií jednoduchých úkonů. Motorické nervy se testují tím, že lékař vyzve pacienta k provedení jejich funkce. Sensitivní nervy se testují jemnými dotyky štětičky na kůži. Lékař při vyšetření ověřuje zrak, sluch, čich, chuť i hmat. Kromě toho se snaží vyvolat řadu šlachových reflexů, což jsou automatické odpovědi nervového systému a svalů na podráždění.

### **2.5.3 Laboratorní vyšetření**

Při laboratorním vyšetření se využívá biochemie. Zjišťuje se hladina iontů, jaterní enzymy, glykémie, ledvinné soubory a krevní obraz. Vhodné je také stanovení hladiny séra antiepileptik při nedostatečné kompenzaci a také hladiny vitamínu D kvůli riziku osteoporózy.

### **2.5.4 Elektroencefalografie**

EEG přístroj zaznamenává elektrickou aktivitu mozku a výsledkem je „elektroencefalogram“, tedy graf, na kterém je zaznamenána elektrická aktivita mozku. tento záznam pak vyhodnocuje specializovaný lékař. S pomocí tohoto vyšetření se dá určit místo vzniku epileptické aktivity. Případně nalezené abnormality na EEG mohou zpřesnit diagnózu konkrétního epileptického syndromu. EEG i v některých případech ukazuje, jak se zmírňuje dráždivost nervových buněk v průběhu léčby.

Pacientovi se přiloží speciální čepice s elektrodami, na které je aplikován gel. Pacient se položí na lůžko a sestra natáčejí EEG záznam připojí elektrody do EEG přístroje, který je napojen na počítač. Vyšetření trvá 20 – 30 minut, po dobu natáčení je pacient v klidu a plní pouze minimální pokyny sestry jako je např. zavřít oči, otevřít oří, uvolnit se atd. Během vyšetření se také monitoruje reakce pacienta na blikající světlo. Lze také provádět spánkové EEG, kdy je pacient hospitalizován a monitorován po 24 hodin (Stehlíková, Modrá, 2016, s. 18-19).

### **2.5.5 Zobrazovací metody**

Součástí diagnostiky epilepsie je CT a MR. obě z těchto metod (ale každá jiným způsobem) zobrazuje struktury mozkové tkáně. U pacientů s epilepsií se dává přednost magnetické resonanci, kde lze vidět epileptické léze. CT vyšetření se používá spíše při akutních symptomatických záchvatech, či epileptických stavech, po úrazech apod. Cílem obou zobrazovacích metod je co nejspolehlivěji prokázat, nebo vyloučit diagnózu epilepsie (Stehlíková, Modrá, 2016, s. 19-20).

### **2.5.6 Neuropsychologické vyšetření**

Psychologické vyšetření se provádí pro zhodnocení kvalitativní i kvantitativní kognitivní úroveň nebo potvrdí či vyloučí psychogenní původ potíží u pacienta. Vyšetření také zobrazuje osobnostní rysy pacienta. Pomocí osobnostní charakteristiky se může předejít vzniku patologického vztahu k nemoci, ať už je to agrevace potíží, či bagatelizace a z toho vznikající nespolupráce pacienta v léčbě epilepsie.

### **2.5.7 Diferenciální diagnostika**

Diferenciální diagnostika se provádí vždy po prvním záchvatu z toho důvodu, že ne vždy se může jednat o epileptické onemocnění. Pacient může trpět pseudoepileptickými záchvaty. Cílem je rozlišit, zda se jedná o epilepsii, nebo pouze o neepileptické záchvaty. Je důležitá anamnéza a diagnostika pomocí jednotlivých vyšetření. Pokud se skutečně nejedná přímo o epilepsii, doporučuje se správná antiepileptická životospráva. Pacient se sleduje klinicky nebo elektrofyziologicky po dobu tří let. Pokud se již tento stav neopakuje, bere se záchvat jako ojedinělá epizoda a pacient se již dále nesleduje.

## **2.6 Klasifikace epileptických záchvatů**

Epileptický záchvat je příznakem epilepsie stejně, jako je teplota příznakem různých chorob a může se vyskytovat u řady onemocnění. Typ záchvatu určí objektivní anamnéza, klinické pozorování, EEG, eventuálně s videomonitorováním. Stanovení typu záchvatu přispívá k lokalizaci epilepsie v CNS, po etiologii pátráme až zobrazovacími metodami. Primární epilepsie mají silnou genetickou predispozici. Podkladem není žádná strukturální, metabolická či patologická abnormalita a v období mezi záchvaty nejsou z hlediska neurologického přítomné odchylky od normy. Na základě prokázaných genových defektů vznikají nové chorobné jednotky. Sekundární epilepsie provází jiná onemocnění CNS. Prognóza je obvykle horší než u epilepsie primární. Termín kryptogenní epilepsie se užívá pro vysoce suspektní symptomatický původ, který není dosud prokázán.

Přes pečlivou anamnézu, klinická a různá pomocná vyšetření zůstává až v 50 % příčina epilepsie neobjasněna. Epilepsii či jiný epileptický syndrom jako chorobu určují vedle typu záchvatu i další okolnosti, jako začátek vázaný na věk nebo určité klinické příznaky. Klasifikace prodělaly dynamický vývoj a změny v souladu s objevy v patofyziologii mozkových struktur. Řada názvů starších klasifikací přežívá v klinickém užívání. Užívá se úplná klasifikace záchvatů, pro velký rozsah jen omezeně klasifikaci epilepsií (Seidl, 2015, s. 251).

### **2.6.1 Ložiskové (fokální)**

Elektrická aktivita neboli výboj se šíří do jedné určité části mozku. Epileptické ložisko je většinou obklopeno tzv. inhibiční tkání, která ho izoluje, a tedy i zabraňuje šíření epileptické aktivity do dalších částí mozku. Pokud tato ochrana selže, rozšíří se abnormální aktivita do dalších oblastí, kde je narušeno normální fungování a nastává epileptický záchvat.

Ložiskové záchvaty se dělí dále na jednoduché (simplexní), komplexní a na ložiskové přecházející v generalizované. Jednoduché záchvaty jsou bez poruchy vědomí. Mají několik příznaků. Hybné – křeče a záškuby částí těla. Pocitové – mravenčení, zvláštní pocity na částech těla, pocity smyslové. Dále autonomní příznaky, do kterých se řadí nevolnost, slinění, říhání, změny srdeční aktivity, změny dechu, „husí kůže.“ Příznaky psychické, tedy vzpomínkové jevy, pocity neskutečného, iluze a emoční změny.

Dalším podtypem ložiskových záchvatů jsou komplexní s poruchou vědomí. Tento záchvat se projevuje autonomními pohyby a jednoduchými ohraničeními, až složitými. Například pomrkávání, mlaskání, pohyby rukama, manipulace s předměty. Při záchvatu je vědomí zastřené a pacient si tyto stavy pamatuje jen do určité míry nebo vůbec.

Posledním podtypem ložiskových záchvatů jsou ložiskové záchvaty, které přecházejí v generalizované. Záchvatová aktivita se postupně rozšiřuje a vyvíjí se do generalizovaného tonicko-klonického záchvatu (Stehlíková, Modrá, 2016, s. 11).

### **2.6.2 Generalizované**

Generalizované záchvaty vznikají v obou hemisférách mozku zároveň. Prvním druhem je absence, dříve „petit mal.“ Jedná se o výpadky vědomí, se strnulým výrazem obličeje a s otevřenými očima, což může působit jako chvilkové zasnění. Má náhlý začátek i konec a po skončení následuje opět plné vědomí. Dále do generalizovaných záchvatů spadají myoklonické záchvaty – jednotlivé nebo nepravidelné záškuby. Pak klonické záchvaty, kdy dochází k pravidelným záškubům s fázemi krátkého ochabnutí. Následují tonické záchvaty, při kterých se tělo, či končetiny napnou. Pokud tělo nejprve ztuhne a pak přichází svalové záškuby, jedná se o tonicko-klonický záchvat, dříve nazývaný „grand mal.“ Posledním podtypem generalizovaných záchvatů jsou záchvaty atonické. Některé svalové skupiny ochabnou, to se může projevit poklesem hlavy, poklesnutím kolenou nebo nekontrolovatelným pádem. Atonie se objevuje pouze v rámci specifických epileptických syndromů, většinou společně s jiným typem záchvatu (Stehlíková, Modrá, 2016, s. 12).



### 2.6.3 Neklasifikovatelné

Do neklasifikovatelných záchvatů spadají některé novorozenecké křeče, ale hlavně status epilepticus. Pokud pacient v době mezi jednotlivými záchvaty nabude vědomí, jde o sérii záchvatů. Pokud záchvat nebo série záchvatů bez návratu vědomí trvá déle než 30 minut, jedná se o status epilepticus. U tonicko-klonických záchvatů ohrožuje takovýto stav život pacienta a je nutné zahájit co nejrychleji odpovídající léčbu (Stehlíková, Modrá, 2016, s. 12).

## 2.7 Terapie epilepsie

Při léčbě epilepsie je nutné, aby pacient dodržoval dvě pravidla a těmi jsou správná životospráva a užívání předepsaných léků. Jako první bychom chtěly rozebrat režimová opatření. Epilepsie je chronické onemocnění a vyžaduje tedy i, aby se mu pacient celoživotně přizpůsobil. Hlavní součástí je pravidelný a dostatečný spánek a předejít jím spánkové deprivaci, která je spouštěčem záchvatů. Dalším velice rizikovým faktorem je alkohol, nebo užívání návykových látek. Je třeba se tomuto u pacientů s epilepsií vyhnout, nebo nastavit přijatelnou míru co se alkoholu týče, ale ostatní návykové látky je třeba vyloučit úplně. Důležité pro pacienty s epilepsií je i vyhnout se stresu a nadměrné fyzické zátěži a dodržování určitého denního režimu. Denní režim si lze individuálně přizpůsobit současně s denní náplní. Do toho spadá i to, zda může pokračovat ve stávajícím zaměstnání, nebo je třeba upravit pracovní dobu, nebo ho změnit úplně. Je nutné se také zamyslet, jestli je vhodné a hlavně bezpečné vykonávat i své koníčky a zájmy, např. plavání, nebo jízda na koni, z důvodu nebezpečí epileptického záchvatu. U někoho se záchvaty objevují bez vyvolávající příčiny, ale mohou být spojované např. s probuzením, usínáním, nebo menstruací. Vzácněji může záchvaty vyvolat také specifická stimulace kontrast světlo – tma, blikající světlo. To je také nutné při léčbě epilepsie zohlednit a upravit životosprávu pacienta. Pacienti mají k dispozici od lékaře tzv. kalendář záchvatů (příloha F), do kterého prodělané záchvaty zaznamenávají. To pomáhá při hledání spouštěče záchvatu a dále i případné úpravě léčby, čemu se má pacient vyhnout a vyvarovat se zjištěným spouštěčům. Jednou z problematik u epileptiků je i řídičský průkaz. Pokud je nemocnému diagnostikována epilepsie, musí řídičský průkaz vrátit na příslušný úřad – obec s rozšířenou působností. Bude-li léčba probíhat úspěšně, lze po roce bez proděláné záchvatu vyplnit čestné prohlášení (příloha G) a na doporučení lékaře požádat o jeho vrácení. Režimová opatření by měl člověk přijmout za svá a cíleně je dodržovat.

Za druhé léky. Hlavní metodou léčby epilepsie jsou antiepileptika. Jsou to léky snižující abnormální dráždivost nervových buněk a umožňující normální činnost mozku. Jejich typ je stanovován individuálně dle diagnostikovaného typu epilepsie. Pokud lék prvně zvolený

nepomůže, i když se zvýší jeho dávkování, nasazuje se obvykle lék jiný, který se taktéž může postupně navyšovat. Zvedání dávky je možné, dokud záchvaty vymizí úplně, nebo jich alespoň výrazně ubude, či se zmírní jejich průběh. Hledání vhodné dávky u každého pacienta je individuální a může trvat různě dlouhou dobu. vyžaduje důvěru lékař – pacient a trpělivost. Léky je třeba užívat po dobu několika let, případně celoživotně, a to pravidelně a každý den dle předpisu lékaře. Cílem jejich užívání je držet jejich hladinu na takové úrovni, která bude stačit na potlačení záchvatů. Pokud by pacient léky náhle vysadil, může dojít k provokaci záchvatu. Ke kontrole správného užívání je užitečné, pokud si pacient pořídí dávkovač na léky, který si předem vyplní a lze tak předejít tomu, aby si je pacient zapomněl vzít, nebo v opačném případě vzít omylem dvakrát.

Třetím způsobem léčby je chirurgické řešení. K tomu se přistupuje tehdy, pokud se jedná o ložiskovou epilepsii, pokud se po dobu dvou let nepodařilo záchvaty kompenzovat, nebo pokud předpokládané zmírnění záchvatů po epilepto-chirurgickém zákroku povede k významnému zlepšení kvality života nemocného. Tento zákrok připadá v úvahu asi jen pro 2–4 % pacientů trpících epilepsií. Chirurgickou léčbou je stimulace bloudivého nervu. Tato metoda nevyžaduje operaci mozku, ale stimulátor se vkládá pod kůži nejčastěji do horní části hrudníku. Od stimulátoru vede elektroda zakončená na bloudivém nervu po straně krku. Poté se stimulátor naprogramuje pomocí počítače a vysílá v pravidelných intervalech elektrické signály. Pacient dostane ke stimulátoru speciální magnet, kterým lze spustit jednorázovou maximální stimulaci. To lze využít u pacientů s tzv. aurou, kteří mohou s použitím magnetu začínající záchvat zastavit, nebo alespoň zmírnit jeho průběh.

Čtvrtým způsobem léčby je ketogenní dieta. Používá se u pacientů s nedostatečnou odpovědí na léčbu antiepileptiky. Při aplikaci této diety se přijímají potraviny s vysokým obsahem tuků, nízkým obsahem cukrů a dostatečným podílem bílkovin. Dieta se sestavuje pro každého epileptika individuálně nutričním specialistou. Není ale vhodná pro každého, u některých epileptických syndromů naopak přináší dobré výsledky. její nasazení závisí na epileptologovi pacienta (Stehlíková, Modrá, 2016, s. 25-27).

### 3 ŽENA A EPILEPSIE

V této kapitole bychom se chtěly zaměřit na dospívající dívky, trpící epilepsií a na období od adolescence až po menopauzu.

#### 3.1 Adolescence

Adolescence je obdobím mezi desátým a dvacátým rokem života, kdy jdou hormonální změny souběžně s dalšími faktory a mění dívku v ženu. Změny se týkají tělesných, fyziologických, psychických a i sociálních funkcí.

Adolescenci lze rozdělit na časnou (10 – 13 let), střední (14 – 16 let) a na pozdní (17 let a více). Období časně adolescence je charakterizováno rozvojem sekundárních pohlavních znaků a rychlým růstem. V kognitivní oblasti je pozornost zaměřena na konkrétní operace bez vědomí dlouhodobých následků. Zvyšuje se potřeba soukromí a nezávislosti. Dívky si hledají kamarádku, začínají se objevovat otázky týkající se změny pohlavních znaků. Může se objevovat úzkostlivost. Ve středním období se mění u dívek tvar těla, mohou se objevit problémy s akné, vrcholí rychlý růst a nastupuje menarché. V myšlení se píše rozvíjí abstrakce, vnímání budoucích důsledků a zvýšená potřeba sebepozorování. Častá bývá emocionální labilita, boj o větší rovnoprávnost vůči dospělým. V oblasti sebepojetí přistává otázka „Kdo jsem?“. Místo jedné kamarádky se dívky zdržují spíše v partě. Svou roli zaujímá i sexuální orientace a schopnost zaujmout potenciálního partnera. V době pozdní adolescence vrcholí růst a fyzická zralost. Projevuje se samostatné myšlení, které je orientované k budoucnosti. Ukončuje se fyzická a emoční separace od rodiny a bývá dosažena autonomie vůči dospělým. Do pozadí ustupuje nutnost prosazení se ve skupině a uzavírá se sexuální identita (Zárubová 2013, s.11).

Epilepsie u dospívajících dívek může vyvolat mnoho problémů. U epilepsie rezistentní na léčbu je to často opožděné fyzické a emoční dozrávání, vlivem choroby i kombinované léčby. Při záchvatovém onemocnění je obtížné budování nezávislosti na budování nezávislosti na ochranném rodinném prostředí. Tento boj může vést ke vzdoru, nebo až agresivitě. Pro rodinu bývá velmi obtížné najít společnou cestu, která by umožňovala proces přirozeného vývoje osobnosti a přitom neohrožovala bezpečnost pacientky. I začlenění do společnosti s sebou nese komplikace, jako je na příklad reakce vrstevníků a dodržování léčebného režimu, který mohou dospívající dívky vnímat jako omezování. To se může podepsat i na výběru budoucího povolání, jejichž okruh se výrazně zužuje.

Některé typy epilepsie se mohou projevit právě v adolescenci, především vlivem rostoucí hladiny estrogenu. Může narůstat frekvence dříve nečetných záchvatů a často se poprvé klinicky projevuje i symptomatická epilepsie s ložiskovými záchvaty. Rovněž se projevuje zvýšená citlivost ke spánkové deprivaci a citlivost na světlo. Právě citlivost na světlo (fotosenzitivita) je u dětí a dospívajících vyšší než u dospělých. Častější je u primárně generalizované epilepsie než u fokálních záchvatů. U některých dívek jsou záchvaty pouze katameniálně vázané, tedy spojené s menstruací. Vyskytují se především v určité fázi menstruačního cyklu.

U dospívajících dívek je třeba při prvním nebo i u opakovaných záchvatových projevu zvážit i jejich neepileptický původ. V mnoha případech tak lze předejít neadekvátní léčbě epileptiky. V diferenciální diagnostice myslíme zejména na psychogenní neepileptický původ. Časté jsou konvulzivní synkopy. Dále se také objevit první projevy migrén, jak s aurou, tak bez (Zárubová, 2013, s. 11-13).

### **3.1.1 Menarche**

Nevyzpytatelnost dynamiky průběhu je pro epilepsii typická. Některé faktory spouštějící rozvoj záchvatů neleže rozpoznat, a tedy ani předvídat. Jiné jsou do určité míry rozpoznatelné a jejich znalost by měla přispět k zavedení ochranných opatření. Hormonální změny provázející dospívání jsou obecně známé. Dle výzkumů se ukázalo, že průběh epilepsie ve vztahu k menarche se epileptické záchvaty objevily přibližně u 38 % mladých dívek. Ke zhoršení již existující epilepsie došlo u 29 % dívek v období menarche. Možné vysvětlení spočívá v rozdílném nástupu účinku jednotlivých hormonů. Zatímco neuroexcitační estrogény se objevují současně s počátkem funkční činnosti pohlavních žláz, neuroinhibiční gestageny se vyplavují, až když se menstruační cykly stanou ovulačními. V tomto období je mozek vystaven estrogenům bez ochrany gestageny. Toto období může být různě dlouhé a může být požadováno za vysoce rizikové z hlediska vzniku epilepsie.

Zatím se nepodařilo podle platných studií dokumentovat, že by epilepsie a antiepileptika ovlivňovala nástup menarche. Ale u některých autorů se uvádí poznatky, že u dívek, které užívaly valproát před začátkem menstruace, může být její nástup opožděný nebo se nedostaví. Nelze ale v takovém případě odlišit, zda jde o nezávislý fenomén, nebo jde o vliv antiepileptik. V případě vzniku epilepsie na začátku menarche je zřejmě vhodné posílit inhibici mozku gestageny, případně vhodnými antiepileptiky po přechodnou dobu. Dále léčbu redukovat po nástupu ovulačních cyklů (Zárubová, 2013, s. 14-16).

### 3.1.2 Optimální kontracepce v adolescenci

Při výběru vhodné metody kontracepce v adolescenci je vhodné zohlednit všechny odlišnosti v této věkové skupině. Jako velmi prospěšné se uvádí nitroděložní tělísko uvolňující gestagen. Tělísko lze využít i u žen v adolescentním věku, i když u velké části veřejnosti dochází k obavám z jeho zavedení a z možného prodělání pánevního zánětu. Hormonální tělísko má však jiné vlastnosti ve srovnání s původními nemedikovanými tělísky. Je prokázáno že tělísko hormonálního typu riziko zánětu spíše snižuje. Lze tedy použít i u dívek, které ještě nerodily. Další vhodnou kontracepční metodou je perorální kombinovaná hormonální antikoncepce. Vhodné jsou přípravky jednofázové. Existuje interakce HA s lamotriginem. Při této interakci dochází k poklesu hladiny na více než polovinu. takovýto pokles může způsobit objevení záchvatů. Při vysazení HA a současném užívání lamotriginu se může jeho hladiny naopak zvýšit a vést k výskytu nežádoucích účinků.

Bez ohledu na volbu přípravku musí být pacientka užívající antiepileptika informována o nižší spolehlivosti metody a o tom, že je vhodné taktéž užívat bariérovou antikoncepční metodu (Zárubová, 2013, s. 16-18).

### 3.1.3 Poruchy menstruačního cyklu

U pacientek s epilepsií mohou antiepileptika ovlivňovat správnou funkci hypothalamo-hypofyzární osy a periferních pohlavních žláz. Tyto dysfunkce pak mohou poruchu menstruačního cyklu vyvolat, nebo již v probíhajícím cyklu nepravidelnost zesilovat.

Poruchy menstruačního cyklu lze rozdělit následovně:

- A) Polymenoera – jde o interval pravidelného menstruačního krvácení kratší než 22 dní. Zkrácení délky cyklů je častěji na úkor folikulární fáze.
- B) Oligomenorea – interval krvácení je delší než 35 dní. Může jít o příznak luteální nedostatečnosti, častěji ale cyklu bez ovulace.
- C) Primární amenorea – absence menstruačního krvácení u dívek starších 15 let. Za příčinu jsou označovány nejčastěji genetické poruchy, vrozené vývojové vady, hypothalamo-hypofyzární poruchy, hypothyreóza.
- D) Sekundární amenorea – sekundární amenorea je nejčastějším příznakem hypothalamo-hypofyzární poruchy. Vždy je ale nutné vyloučit při výskytu sekundární amenorey těhotenství.

- E) Hypomenorea – slabá pravidelná menstruace.
- F) Hypermenorea – silné dlouhotrvající krvácení (více než 7 dní). Při této poruše je nutné vyloučit krvácivé poruchy, rovněž může hypermenorea značit anovulační cyklus.
- G) Metroragie – nepravidelná menstruace.
- H) Dysmenorea – nejčastěji první dva dny bolesti v podbřišku.

Cílem léčby epilepsie je komplexní potlačení záchvatů s co nejmenším výskytem nežádoucích vedlejších účinků léčby. Volba antiepileptik závisí na typu záchvatu, typu epileptického syndromu a individuální charakteristice jednotlivého pacienta. U mladých ženských s epilepsií se přihlíží při volbě terapie k interakci antiepileptik s perorální antikoncepcí, k vlivu na případné těhotenství a k možnému ovlivnění reprodukčního systému ženy. Poruchy menstruačního cyklu u této skupiny pacientek mohou být fyziologickou známkou zrání hypothalamo-hypofyzární osy, ale mohou být i prvním příznakem endokrinních poruch (Zárubová, 2013, s. 18-21).

#### **3.1.4 Volba antiepileptik v adolescenci**

Adolescence je složité období, kdy dívka prochází mnoha biologickými, psychickými a sociálními změnami. Volba antiepileptik se u dívek řídí účinností, možným ovlivněním kognitivních funkcí nebo psychiky, ale i vlivem na účinnost hormonální antikoncepce. Bere se v potaz i fertilita a budoucí riziko vrozených vývojových vad v předpokládaném těhotenství. Dále by měly být zohledněny i možné kosmetické nežádoucí účinky jako je například akné, hirsutismus, nárůst nebo úbytek tělesné hmotnosti.

Cílem léčby je plná kompenzace záchvatů, s žádnými nebo přijatelnými nežádoucími účinky a udržení normálního životního stylu. Upřednostňována bývá terapie jednou účinnou látkou, u které je zaručena lepší poddajnost a méně nežádoucích účinků, případné snížení interakce s jinými léky. Interakce s jinými léky je významná zejména u kombinace s HA, která snižuje hladinu lamotriginu. Terapie je řízena typem záchvatu nebo epileptického syndromu. Volba antiepileptika by měla být ovlivněna také typem epileptického syndromu, pokud je možné jej stanovit a prognózu délky trvání terapie.

Antiepileptika lze rozdělit na antiepileptika první volby, registrovaná pro léčbu v monoterapii a antiepileptika užívaná v add-on terapii.

Do antiepileptik první volby spadá **lamotrigin**. Lamotrigin je širokospektré antiepileptikum užívané v léčbě fokálních epilepsií a u generalizovaných záchvatů. Má nízký sedativní účinek, pozitivní psychotropní efekt, používá se i v psychiatrii jako stabilizátor nálady a pro vlastní antidepresivní účinek. Jeho nevýhodou je však pomalé nasazování kvůli riziku vzniku závažných nežádoucích účinků při rychlé iritaci. Dále antiepileptikum **valproát**. Valproát je označován jako širokospektré antiepileptikum. Bývá nezastoupitelný při léčbě idiopatických generalizovaných záchvatů. Nesnižuje účinnost HA. U některých pacientek však může po nasazení docházet ke zvyšování tělesné hmotnosti. Dalším nepříjemným účinkem u pacientek může být i alopecie. Antiepileptikem první volby u parciálních a sekundárně generalizovaných záchvatů je **karbamazepin**. Jeho nevýhodou je úzké spektrum účinku (zhoršuje absence a myoklonické záchvaty), má vliv na kostní metabolismus a riziko ovlivnění kognice. Posledním antiepileptikem je **etosuximid**. Má úzké spektrum výhradně pro léčbu dětských absencí. Má posilující efekt v kombinaci s valproátem a minimum interakcí.

Následující skupinou jsou antiepileptika registrovaná pro léčbu v monoterapii. Prvním z nich je **levetiracetam**. Má nízký výskyt nežádoucích účinků a nemá lékové interakce. Některé pacientky mohou být při jeho užíváním podrážděné, zejména při kombinaci s lamotriginem jsou časté potíže s usínáním. **Topiramát** je širokospektré antiepileptikum a malým množstvím interakcí, dobrou snášenlivostí v monoterapii a předvídatelnými nežádoucími účinky. Individuální výhodou či nevýhodou bývá u pacientek úbytek hmotnosti. **Gabapentin** je dobře tolerované antiepileptikum bez známých interakcí s ostatními antiepileptiky. Nevýhodou je spektrum účinku jen na ložiskové záchvaty a nutnost podávání minimálně 3x denně. Gabapentin se dále využívá k léčbě bolestivých neuropatií a migrén.

Poslední skupinou jsou antiepileptika užívaná a add-on terapii. Prvním zástupcem jsou **benzodiazepiny – klonazepam, klobazam, diazepam**. Jsou užívány především v akutní léčbě záchvatů, při přechodném zhoršení kompenzace záchvatů nebo při menstruaci za katameniální epilepsii. Jejich nežádoucí účinky jsou převážně v oblasti CNS, hlavně útlum a snížení účinnosti při delším užívání. **Felbamát** je určen k léčbě těžkých odolných záchvatů v rámci závažných encefalopatií na specializovaných pracovištích. **Fenobarbital a primidon** nacházejí uplatnění u dospívajících až jako přídatná terapie v léčbě odolných záchvatů. **Fenytoin** je u žen až lékem třetí volby. U žen s odolnými fokálními záchvaty nebo generalizovanými tonicko-klonickými záchvaty. Při užívání vzniká riziko kosmetických nežádoucích účinků. Například hirsutismus. Fenytoin má také negativní vliv na metabolismus kostí. **Lacosamid** je relativně nově zavedené antiepileptikum pro léčbu ložiskových záchvatů. **Pregabalin** je antiepileptikum

s efektem u fokálních a sekundárně generalizovaných záchvatů. Je oblíbený pro anxiolytický účinek, pozitivní ovlivnění spánku a analgetický efekt u polyneuropatií (Zárubová, 2013, s. 22-28).

## **3.2 Dospělost**

Péče o dospělé ženy s epilepsií vyžaduje vhodný přístup. Epilepsie a její léčba mohou ovlivňovat fyziologickou hormonální rovnováhu, vést k reprodukčním a endokrinním poruchám, které se projevují poruchami menstruačního cyklu, sexuálními dysfunkcemi a infertilitou. Epilepsie může také některým ženám přinášet emoční a psychické problémy. Kompenzace epilepsie může být ovlivněna pohlavními hormony a hladinami podávaných léků. Každá žena trpící epilepsií může ve fertilním věku otěhotnět a preferuje se plánované těhotenství. Ženám s epilepsií by měla být nabídnuta vhodná metoda antikoncepce, zároveň ale také při případném těhotenství vhodné poradenství, péče při jeho průběhu, během porodu a po porodu (Zárubová, 2013, s.30).

### **3.2.1 Optimální kontracepce**

Zásadním požadavkem při výběru optimální kontracepce u žen s epilepsií je spolehlivost. Nežádoucí otěhotnění může ovlivnit průběh epilepsie. Antiepileptika jsou provázena vyšším rizikem teratogenního působení. Spolehlivost některých kontracepčních metod je při používání antiepileptik snížena.

Nejčastěji využívaná je metoda kombinované hormonální antikoncepce a monofázickým účinkem. Má tedy stejnou dávku estrogenu i gestagenu p celou dobu cyklu. Všechny dostupné přípravky mají vysokou a srovnatelnou spolehlivost. Nežádoucí otěhotnění je většinou důsledkem chyb v užívání, které se vyskytují častěji u mladých žen. Reakce epilepsie při nasazení HA je individuální. U většiny žen frekvenci záchvatů nezvyšuje. Případné zhoršení epilepsie může být důsledkem přímého hormonálního účinku, lze ho však vysvětlit i interakcí s antiepileptiky, zvýšeným zadržováním tekutin u žen s predispozicí nebo reakcí na nežádoucí účinky HA. Kromě kontracepce se dnes přípravky HA používají ve snaze příznivě ovlivnit katameniální epilepsii.

Druhou volbou je nitroděložní tělísko. V současnosti jsou používána nejčastěji medikovaná tělíska potažená mědí, zlatem nebo uvolňují malé množství gestagenu. Tělíska medikovaná gestagenem mají nízké riziko zánětu, ani není provázeno silnějším krvácením. Hormonální nitroděložní tělísko je velmi spolehlivou metodou. Množství gestagenu uvolněného do systémové cirkulace je oproti kombinované perorální antikoncepci menší.



Nitroděložní tělísko obsahující levonorgestrel je pro ženy s epilepsií velmi vhodnou metodou. Má minimální interakce systémově uvolňovaného gestagenu s antiepileptiky. Doba působení tělíška bývá nejčastěji 5 let.

Méně populární metodou kontracepce jsou implantáty. Aktuálně je v ČR dostupný pouze jeden druh implantátu. zavádí se pod kůži, nejčastěji na vnitřní stranu paže. Uvolňuje hormony po dobu 3 let. Nevýhodou je častý výskyt nepravidelného krvácení. V minulosti byly implantáty vhodnou metodou pro ženy s epilepsií kvůli nenáročnosti pro uživatelku. Aktuálně však nelze tuto metodu ženám užívající antiepileptika doporučit.

V ČR je v současnosti dostupný injekční kontracepční přípravek (Depo-Provera). Aplikuje se do svalu po 12  $\pm$  1 týdnu. Nevýhodou je výskyt nežádoucích účinků – nepravidelného krvácení, přibývání na váze, bolesti hlavy, změny nálady. Doporučení aplikace injekční kontracepce u žen s epilepsií v kratším intervalu 6-8 týdnů není podloženo žádnou kontrolovanou studií a může způsobit častěji nepravidelné krvácení. Příznivý efekt na frekvenci záchvatů nelze považovat za prokázaný. Metoda není vhodná pro mladé ženy, které plánují těhotenství bezprostředně po vysazení kontracepce.

Poslední metodou je sterilizace. Sterilizace je v ČR využívána velmi málo. Její provádění je upraveno Směrnicí Ministerstva zdravotnictví z roku 1972. Tento výkon musí být schválen tzv. sterilizační komisí. Ta musí na základě zdravotní indikace výkon schválit. Indikacemi k výkonu je riziko těhotenství či porodu, který by mohl ohrozit život ženy nebo by mohl způsobit poruchu zdraví, dále choroba, která by ohrožovala tělesné či duševní zdraví jejich dětí. Výkon se provádí laparoskopicky a je nevratný. Vzhledem ke své spolehlivosti a bezpečnosti je sterilizace vhodná u žen s epilepsií, které již splnily své reprodukční plány, nebo u žen, u kterých závažnost onemocnění nepřipouští možnost těhotenství (Zárubová, 2013, s. 30-36).

### **3.2.2 Sexuální dysfunkce u žen s epilepsií**

Diagnostika a léčba sexuálních dysfunkcí u pacientek s epilepsií mohou mít velký význam pro zlepšení jejich kvality života. Nutná je však spolupráce neurologa s gynekologem, sexuologem, psychologem, či s psychiatrem. Epilepsie se může na rozvoji sexuální dysfunkce podílet několika způsoby. Sexuální dysfunkce bývá častější u pacientů s parciálními záchvaty než u pacientů s generalizovanými. Nedílnou součástí léčby epilepsie jsou antiepileptika. Ta mohou ovlivňovat řadu různých hormonů, včetně hormonů souvisejících se sexuálními funkcemi. Po identifikaci typu sexuální dysfunkce je vhodné provedení psychologického

vyšetření a nasazení vhodné terapie. Jako farmakologické preparáty se nejčastěji používají anxiolytika a antidepresiva. Dále psychoterapeutické metody jako na příklad autogenní trénink. Sexuální dysfunkce u žen s epilepsií jsou komplexním problémem. Avšak nejsou sledovány tak často. Na jejich vývoji má vliv řada faktorů včetně lokalizace epileptického ložiska v CNS a negativního efektu dlouhodobé léčby. Zaznamenány jsou jak poruchy sexuální touhy (libida), tak poruchy sexuálního vzrušení a vyvrcholení. Správná identifikace a řešení problému může u žen s epilepsií výrazně ovlivnit kvalitu života (Zárubová, 2013, s. 37-40).

### **3.2.3 Těhotenství**

Těhotenství může epilepsii ovlivnit negativně i pozitivně. Zhoršení bývá způsobeno farmakokinetickými, metabolickými, hormonálními, somatickými a psychologickými faktory. Fokální epilepsie, dlouhé trvání epilepsie a nekompenzovanost před otěhotněním představují vyšší riziko zhoršení.

#### **Prekoncepční období**

Žena, u které se aplikuje antiepileptická léčba před plánovaným otěhotněním by měla být dispenzarizovaná, má jistou diagnózu, antiepileptika užívá dlouhodobě a toleruje je dobře. Je vhodné stanovení plazmatické hladiny podávaného antiepileptika a vyšetření EEG před otěhotněním. Pokud žena epileptička má i během dlouhodobé léčby záchvaty je nutné se zaměřit více na typ epilepsie. Pokud trpí na příklad generalizovanými konvulzivními záchvaty je na místě pokusit se vystupňovat zvolenou monoterapii do maximální zvolené dávky, či uvažovat o nasazení dvojkombinace. Dobrá kompenzace nejméně rok před otěhotněním je příznivým faktorem (Zárubová, 2013, s. 52-53).

#### **Prenatální období, první trimestr těhotenství**

První trimestr těhotenství je z hlediska vývoje plodu nejdůležitější. Avšak u žen s epilepsií může první trimestr přinášet některé komplikace. První z nich je nedodržování léčebného režimu, kdy si pacientka i přes doporučení lékaře sama sníží nebo vysadí antiepileptika pod úmyslem chránit plod. Dalšími důvody snížení hladiny antiepileptik nastává v důsledku zhoršení absorpce v gastrointestinálním traktu. Pokud pacientka zvrací do jedné hodiny po podání antiepileptik, je vhodné, aby si dávku vzala ještě jednou. Pokud pacientka trpí ranní nevolností, doporučuje se posunout první dávku na dopoledne a večerní dávku také posunout. V závažných případech je vhodná hospitalizace pro podání antiepileptik parenterálně. Je důležité, aby byla epilepsie co nejlépe kompenzována, protože zejména

generalizované tonicko-klonické záchvaty v průběhu prvního trimestru mohou zvyšovat riziko vrozených vad a představují riziko pro matku i plod (Zárubová, 2013, s. 55-57).

### **Druhý a třetí trimestr těhotenství**

Při sledování žen v pokročilejších měsících těhotenství se stávají důležitými vzájemné interakce matky, plodu a užívaných léků, dále také vliv případných záchvatů na matku a plod. Během těhotenství se epileptické záchvaty mohou objevit poprvé i u žen, které před otěhotněním epilepsií netrpěly. Záchvatem se může projevit zejména idiopatická gestační epilepsie, jejíž výskyt je vzácný. Dále se mohou projevit záchvaty symptomatické podmíněné cerebrovaskulárními onemocněními, eklampsií, nádory, hyponatrémii při retenci vody. Třetí možností je projev neepileptických záchvatů, které mohou být symptomaticky podmíněné, např. konvulzivní synkopa. Dále také psychogenně podmíněné, zejména v období samotného porodu.

Eklampsie je definována jako jeden nebo více záchvatů u pacientky s preeklampsií. Preeklampsie se vyskytuje během II. trimestru. Při eklampsii dochází k encefalopatii, která je vyvolána vazokonstrikcí, mozkovým edémem, mikrohemoragiemi v rámci diseminované intravaskulární koagulace. Klinicky se tyto děje projevují cefaleou, poruchami vidění a obvykle tonicko-klonickými záchvaty. Při léčbě je nutné se zaměřit nejdříve na příčinu. Nutná je kompenzace hypertenze, antiedematózní terapie a léčba záchvatů.

Frekvence záchvatů u žen s epilepsií se během těhotenství často mění. Pokud dochází ke zvýšení frekvence, stává se tak často v posledním trimestru. Záchvaty mohou být vyvolány poklesem hladin epileptik, zvýšenou hladinou estrogenu, zvýšeným stresem a úzkostí, nebo spánkovou deprivací.

Generalizované tonicko-klonické záchvaty vyvolávají změnu acidobazické rovnováhy, a to může ovlivnit plod. Pokud generalizovaný tonicko-klonický záchvat nekončí do 3 minut, mohou se u plodu objevit změny srdeční frekvence, acidóza a hypoxie, zvýšení rizika psychomotorické retardace a poruch vývoje intelektu u dítěte. Plod je metabolicky velmi aktivní a má vysoký potenciál odbourávat cizorodé látky včetně antiepileptik. Díky této schopnosti je možné, že plod může ovlivňovat i hladiny léků v krvi.

Pacientky s epilepsií by měly být sledovány v těhotenských poradnách se zkušenostmi a vybavením k péči o tyto ženy. Těhotenství by mělo být vedeno jako rizikové. Z hlediska komplexní péče by měl být proveden integrovaný prenatální screening. Pokud dojde k záchvatu, může dojít k poranění matky, které může vést k například k ruptuře vaku blan nebo

odlučování placenty. U některých pacientek je zvýšené riziko vaginálního krvácení (Zárubová, 2013, s. 58-62).

### **Porod**

Vlastní porod nemusí být u epileptiček komplikovanější než u žen, které epilepsií netrpí. I přes to je u žen s epilepsií doporučován porod císařským řezem. U některých druhů epilepsie je třeba dávat pozor na hyperventilaci. Pokud je patrné při EEG vyšetření, že hyperventilace provokuje epileptiformní aktivitu nebo dokonce klinické záchvaty, je nutné pacientku poučit o riziku provokace záchvatu usilovnou hyperventilací. Epidurální analgezie není kontraindikována, zejména může být řešením u žen, u kterých požadujeme, aby nemusely prodýchat porodní bolesti. Z hlediska epilepsie je důležité, aby pacientka užívala i v době porodu, zejména u déle trvajícího, užívala antiepileptika přibližně ve stejných intervalech jako obvykle (Zárubová, 2013, s. 64-66).

### **Poporodní období a laktace**

Po porodu je důležité, aby žena s epilepsií možnost si odpočinout a spát kontinuálně 4 – 5 hodin. Musí i nadále užívat antiepileptika. Pro ženy není vhodný tzv. rooming in, z důvodu rizika spánkové deprivace. Zejména pokud je na jednom pokoji více matek s dětmi. Spánková deprivace je nejčastější příčinou vyprovokování epileptického záchvatu v poporodním období. Záchvat může být vyprovokován i stresem a celkovou vyčerpaností.

Plod je během nitroděložního vývoje vytaven trvale vlivu antiepileptik. Dávky, které novorozenec přijímá mateřským mlékem jsou ale výrazně nízké. Kojení se epileptičkám výhradně nezakazuje, protože výhody výživy získaného mateřského mléka převyšují nežádoucí účinky antiepileptik. Nežádoucí účinky s projevy hepatopatie, trombocytopenie a anemie jsou velmi raritní. V případě vysokého rizika jejich vzniku je vhodné kombinovat výživu mlékem s dokrmem umělými mléky. Tímto se tak omezí možnost vzniku nežádoucích účinků a zajistí kojenému dítěti jen částečně snížený příjem biologicky aktivních látek obsažených v mateřském mléce v prvním půl roce života. Dále jsou do výživy přidávány nemléčné příkrmy a tím se snižuje plynule denní dávka mateřského mléka a antiepileptika v něm obsažená (Zárubová, 2013, s. 65-66).

#### **3.2.4 Péče o novorozence**

Novorozenci matek užívajících antiepileptika jsou do jisté míry považováni za rizikové. Důvodem je u nich o něco vyšší výskyt vrozených vývojových vad, nízká porodní hmotnost,

předčasné narození a nitrolební krvácení. V riziku jsou zejména novorozenci matek, které užívaly antiepileptika indikující jaterní enzymy. Proto je důležité podávat těmto ženám induktory jaterních enzymů. Poslední měsíc těhotenství podávat také vitamín K, z toho důvodu, že některá antiepileptika mohou působit jako warfarin a blokovat přesun vitamínu K přes placentu.

U matek s epilepsií je důležité, aby nebyly přetěžovány více než je nutné. Žena by měla mít někoho, kdo jí bude alespoň v prvních dnech s péčí o novorozence pomáhat, umožní jí tak odpočinek a spánek. Epileptičky trpící převážně nočními záchvaty by dítě neměly nechávat spát vedle sebe. Při přebalování by matka měla dítě ukládat na bezpečné místo, třeba na široké lůžko, či do postýlky. Při koupání by měla být přítomna druhá osoba. Pokud není nikdo, kdo by byl při koupání dítěte kromě matky přítomen, je vhodné, aby si matka umístila vaničku na zem, nebo do velké vany, dávat vodu jen po dně a dítě umístit na koupací podložku, aby mělo nadzvednutá záda a hlavu. Co se týče procházek s kočárkem, je vhodné poučit ženu, která má záchvaty častěji, aby udělala vše pro bezpečnost dítěte. Vytvořit tedy bezpečnostní opatření, jako je zajištění kočárku šňůrou nebo gumou, z jednoho konce ji přivázat okolo zápěstí a druhý konec uvázat na kočárek. Kvůli předejití komplikacím, které by mohly nastat, pokud by žena dostala například záchvat na místě, kde by hrozilo samovolné rozjetí kočárku (Zárubová, 2013, s. 67-68).

### **3.2.5 Katameniální epilepsie**

Slovo „katameniální“ vzniklo v řečtině od slova „katamenios“, což znamená měsíčně. Katameniální záchvaty, jsou záchvaty cyklicky se opakující vázané na menstruační cyklus. Katameniální epilepsie ale neznamena nutně zvýšení frekvence záchvatů pouze v období kolem menstruace. Existují tzv. katameniální vazby – perimenstruační, periovulační a luteální. Perimenstruační zvýšen záchvatů je ze všech uvedených nejčastější. Katameniální epilepsie se nejčastěji vyskytuje u pacientek s fokální epilepsií ve srovnání s epilepsií generalizovanou, a to zejména tehdy, je-li epilepsie farmakorezistentní.

Menstruační cyklus je výsledkem správné funkce hypothalamu-hypofyzo-ovariální osy. Menstruační cyklus má čtyři fáze. První je folikulární fáze, která začíná po ukončení menstruace. Pod vlivem folikulstimulačního hormonu dochází k biosyntéze estradiolu a dochází k postupné maturaci ovariálních folikulů. Na konci folikulární fáze dochází pod vlivem vysokých hladin estradiolu ke zpětné stimulaci sekrece luteinizačního hormonu v hypofýze. Luteinizační hormon má pak i efekt na konečnou maturaci oocytů, zahájení a průběh ovulace a správnou

transformaci folikulu ve žluté tělísko. Druhou fází je ovulace, při té dochází k uvolnění oocytu do vejcovou. Třetí je luteální fáze. Po transformaci folikulu ve žluté tělísko dochází k výraznému zvýšení sekrece progesteronu. Pokud nedojde k oplození, dochází k regulovanému zániku žlutého tělíska, poklesu hladiny progesteronu a estradiolu a zvýšení sekrece folikulstimulačního hormonu. Tyto hormonální změny vedou k rozvoji menstruační fáze. Menstruační fáze začíná prvním dnem krvácení. Z těla se během této doby společně s děložní sliznicí vyplavuje i neoplozené vajíčko a je nízká hladina estrogenu.

Ke stanovení katameniální vazby u pacientek s epilepsií je nutná především správná anamnéza. Při podezření na katameniální vazbu si pacientky do záchvatového kalendáře zapisují datum a trvání menstruačního krvácení. Z těchto dat pak lze získat údaje o tom, zda mají epileptické záchvaty vazbu na menstruační cyklus (Zárubová, 2013, s. 70-75).

### **3.2.6 Nežádoucí účinky antiepileptik u žen**

Většina nežádoucích účinků působených antiepileptiky postihuje v podobné míře muže i ženy. Nicméně hormonálními změnami a hormonální rovnováhou se nežádoucí účinky projevují i žen více a způsobují odlišné problémy.

Ženy s epilepsií mají větší riziko vzniku reprodukčních poruch včetně neplodnosti a syndromu polycystických ovárií než ženy bez epilepsie. Syndrom polycystických ovárií je porucha, při které nedochází k ovulaci a dochází tak k chronickým projevům nadměrného ochlupení. Dále je tento syndrom spojován také s obezitou, poruchami glukózové tolerance, dyslipidemií a s možností vzniku karcinomu endometria. Dalším nežádoucím účinkem je přibývání na váze. Nejčastějším antiepileptikem způsobujícím nárůst hmotnosti je valproát. Avšak mechanismus nárustu hmotnosti není stále dostatečně objasněn. Nárůst je popisován nejen u žen, ale i u hendikepovaných pacientů, či pacientů s familiárním výskytem obezity. O možném přibývání na váze by měly být pacientky informovány hned na začátku nasazení léčby, z toho důvodu, aby mohly nasadit preventivní opatření – dietu, či zvýšení fyzické aktivity.

Dalším nežádoucím účinkem, který se může projevit po léčbě antiepileptiky je vypadávání vlasů. Rovněž se řadí do nežádoucích účinků při užívání valproátu. Kromě vypadávání vlasů se objevuje změna kvality a jejich barva. Nepříjemným vzhledovým nežádoucím účinkem je také akné a hyperplázie dásní. Jsou spojovány s účinnou látkou fenytoin.

Za ovlivněním kostního metabolismu stojí komplexní mechanismy užívání antiepileptik a dochází k změnám v metabolismu vápníku. Nejvýznamnější důsledky mají enzymatické induktory, které snižují hladinu vitamínu D. Pacientky, které užívají antiepileptika dlouhodobě mají vyšší riziko rozvoje osteoporózy, zvláště v menopauze spolu se zvýšeným rizikem zlomenin (Zárubová, 2013, s. 75-78).

### **3.2.7 Teratogenní působení antiepileptik a jejich vliv na vývoj plodu**

Riziko velkých malformací plodu je dle konzervativních odhadů u epileptiček ve rovnání s běžnou populací dvoj- až trojnásobné. Vyšší dávky, vyšší hladiny v krvi a polyterapie jsou sdruženy s vyšším rizikem. Objevují se údaje svědčící o riziku, které představuje valproát. Toto riziko zahrnuje jednak malformace anatomického rázu postihující různé orgány a systémy a jednak postižení kognitivních funkcí. Údaje o ostatních antiepileptikách jsou méně jednoznačné nebo téměř chybějí. některé studie podporují podezření na vznik malformací a kognitivních poruch též v souvislosti s fenobarbitalem. Při podávání karbamazepinu a lamotriginu jsou rizika relativně nízká.

Léčba dvěma a více antiepileptiky představuje většinou vyšší riziko pro výskyt velké vady u potomka než léčba jedním antiepileptikem. Některé kombinace antiepileptik zřejmě zvyšují riziko vrozených vývojových vad ještě výrazněji, zejména kombinace s valproátem. Primární prevence vrozených vad je užívání kyseliny listové (Zárubová, 2013, s. 79-82).

## **3.3 Perimenopauza a postmenopauza**

Vzhledem k tomu, že epilepsie často provází pacientky celý život, pokračuje jejich epileptologická dispenzarizace i léčba. Ženy s epilepsií zajímá, zda se toto onemocnění v období menopauzy může zhoršit, nebo zlepšit, co mohou ony udělat proto, aby průběh epilepsie byl co nejpříznivější. Riziko dekompenzace epilepsie v průběhu perimenopauzy a zlepšení v době posmenopauzy, je zejména u žen, jejichž záchvaty měly katameniální vazbu.

Ženy s epilepsií mají vyšší riziko předčasného ovariálního selhání, a tedy i menopauzy v mladším věku než běžná populace žen. Toto riziko je pravděpodobně důsledkem vlivu záchvatů a interiktálních výbojů na hypotalamo-hypofýzo-ovariální osu. Velmi závažným problémem je riziko postmenopauzální osteoporózy s možností patologických zlomenin, zejména krčku stehenní kosti a kompresivních fraktur obratlů (Zárubová, 2013, s. 85).

### **3.3.1 Riziko dekompenzace epilepsie**

Menopauza je termín pro poslední menstruaci v životě ženy. Poslední menstruace je ta, po které se další krvácení neobjevilo po dobu jednoho roku. Nastává obvykle ve věku 48-55

let. Postmenopauza začíná jeden rok po menopauze. Funkce ovarií ustala, žena nemenstruuje. Perimenopauza je termín pro období rok před menopauzou a rok po menopauze. Už v tomto období se mohou objevovat příznaky vegetativního syndromu, návalů horka a nočního pocení, které souvisí s poklesem hladiny estrogenu. Klimakterium začíná prvními hormonálními, které ukazují na pokles funkce vaječnicků a končí po menopauze. Jakož to výše uvedený vegetativní syndrom existuje i syndrom organický. Je definován tím, že estrogenní deficit vede k regresivním změnám v tkáních vybavených estrogenními receptory. Dochází k atrofii vulvy, pochvy, dělohy, močového měchýře, svalstva dna pánevního a úbytku pubického ochlupení. Z mimogenitálních oblastí pak především k atrofii prsů, kůže a sliznic. Změny se rozvíjejí postupně během prvních dvaceti let po menopauze.

Po menopauze se u žen zvyšuje tvorba osteoklastů a následně kostní obrat zvyšuje o 60 – 80 % ve rovnání s fertilním obdobím ženy. Resorpce převažuje nad novotvorbou, a to vede ke ztrátě kostní hmoty. Těmto změnám lze předejít nebo je zastavit estrogenní substituční terapií. Co se týká kardiovaskulárního systému, u žen ve fertilním věku jsou kardiovaskulární příhody vzácné, v postmenopauze jich přibývá. U žen v období postmenopauzy se také pozoruje deprese, a i když její etiologie je nepochybně komplexní, pokles hladiny estrogenů tu hraje svou roli. Další poruchou vzatou do souvislosti s poklesem estrogenu je nespavost. Vztah k postmenopauze je problematictější, kromě poklesu estrogenu jako takového zde mohou hrát roli i noční návaly.

V období klimakteria a perimenopauzy může dojít ke zhoršení, exacerbaci, ale i k vzniku nové epilepsie. Zvláště vnímavé jsou pacientky, které měly během fertilního období záchvaty vázané katameniálně. Hormonální nerovnováhu lze upravit kontracepcí s velmi nízkou dávkou estrogenu, v případě potřeby ji lze užívat i kontinuálně. V období postmenopauzy, kdy dochází k poklesu i estrogenů, je naopak možné zlepšení epilepsie, zejména pokud byly záchvaty ve fertilním věku s katameniální vazbou.

Antiepileptika mohou postmenopauzu komplikovat. Starší pacienti jsou obecně vnímavější na vedlejší účinky antiepileptik. V tomto životním období je vyšší pravděpodobnost dalších komorbidit a komedikace, zvyšuje se riziko vzájemných interakcí. Suplementace kalcium, která je často předepisována jako prevence osteoporózy, může snižovat absorpci některých antiepileptik. U pacientek v postmenopauze se mohou objevit metabolické změny, které ovlivní metabolismus antiepileptik – zhoršení funkce jater, ledvin, gastrointestinálního traktu, změna poměru tuku a svalů (Zárubová, 2013, s. 87-89).



### 3.3.2 Hormonální substituční léčba

Období mezi fertlím věkem a postmenopauzou může být často doprovázeno nepříjemnými příznaky. Terapeutické možnosti problémů v perimenopauze a post menopauze zahrnují léčbu hormonální a nehormonální, změny výživy a životosprávy. Podstatou hormonální terapie je estrogen. Podávají-li se však estrogény ženě s dělohou, způsobují proliferaci endometria, s nepravidelným, případně i silným krvácením. Současně se s estrogény podávají progestiny, které vliv estrogenu částečně blokují a předchází se tak riziku karcinomu endometria. Pokud žena nemá dělohu, je současné užívání progestinu zbytečné.

Existují tedy čtyři možnosti hormonální substituce, a to estrogenní substituce, kombinovaná estrogestální substituce, zvláštní možnosti hormonální terapie a vaginální aplikace estrogenů. U estrogenní substituce jsou k dispozici přípravky v podobě perorální, transdermální a subkutánní implantátů. Substituce estrogény se podává ženám bez dělohy a ženám s dělohou se zavedeným nitroděložním tělískem obsahujícím levonorgestrel. Při kombinované estrogenní substituci jsou používány přípravky perorální a transdermální. Lze využít cyklický způsob užívání, kdy nastává pravidelné krvácení, nebo kontinuální způsob užívání, kdy krvácení nenastává. Zvláštní možností hormonální terapie postmenopauzy je tibolon, což je syntetický steroid s účinkem estrogenním, gestagenním a androgenním. Poslední možností je vaginální aplikace estrogenů. Provádí se u pacientek, u kterých jsou v popředí projevy ze strany urogenitálního systému a systémová aplikace hormonální terapie není vhodná (Zárubová, 2013, s. 90).

## **4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU VE FERTILNÍM VĚKU S EPILEPSIÍ**

V této kapitole bychom rádi věnovali určitou pozornost také ošetřovatelské péči. Ošetřovatelská péče hraje nezastoupitelnou roli v celém zdravotnictví a jde s medicínou ruku v ruce.

### **4.1 Ošetřovatelská péče**

Ošetřovatelská péče je neoddelitelnou součástí medicíny a léčby pacienta. Ošetřovatelská péče je samostatnou vědeckou disciplínou a zaměřuje se na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb nemocného a pečuje o jeho zdraví. Hlavní metodou ošetřovatelství je ošetřovatelský proces zahrnující všechny činnosti při poskytování ošetřovatelské péče. Součástí ošetřovatelského procesu je posuzování stavu pacienta, plánování péče, provádění ošetřovatelského plánu a vyhodnocení poskytnuté péče a stavu pacienta.

Ošetřovatelská péče u pacienta s epilepsií se ve zdravotnickém zařízení zajišťuje v rámci intenzivní péče během záchvatu a ihned po jeho odeznění. Dále následuje péče na standardním oddělení, v neurologické ambulanci a v záchvatových poradnách. Součástí je také znalost první pomoci o pacienta s epileptickým záchvatem. Spočívá v zajištění bezpečnosti pacienta, zajištění žilního vstupu a aplikaci diazepamů. Následná péče závisí na stavu pacienta. Monitorují se základní FF a SpO<sub>2</sub>. Zajišťujeme dohled a bezpečnost nad pacientem spolu s prevencí rizika pádu. V ošetřovatelské péči o pacienta s epilepsií během diagnostického procesu sestra rozebírá shromažďuje základní údaje, formuluje ošetřovatelský plán do domén, tříd a do aktuálních, či potenciálních diagnóz (Bydžovský, 2013, s. 33-37).

### **4.2 Ošetřovatelská péče při epileptickém záchvatu**

Nejdůležitější je ochránit postiženého před poraněním a dopravit jej do bezpečí, například z dosahu silničního provozu, z vody, apod. Odstranit z blízkosti veškeré předměty, o které by se mohl zranit. Podložíme hlavu a pokud dochází k silnému slinění je třeba otočit hlavu na stranu, tím zabráníme riziku vdechnutí. V těchto případech je ideální stabilizovaná poloha na boku, ale nikdy se nesmí použít násilí k dosažení optimální polohy. Během záchvatu se nesmí křísit jakýmkoliv způsobem, násilně bránit křečím, a to i v případě, kdy si klient při křeči kouše do jazyka, který obvykle krvácí. Během záchvatu nesmíme klienta ponechat samotného,

sledujeme jej a v klidu necháme záchvat odeznít. Pokud záchvat sám do 5 minut sám neodezní, aplikujeme Diazepam per rektum.

Přivolání lékařské pomoci je nutný v případě, trvá-li epileptický záchvat s poruchou vědomí déle než 10 minut, opakují-li se záchvaty s poruchou vědomí několikrát po sobě. Dále pokud se neupraví stav k normě do 15 minut – zejména jsou-li patrné poruchy vědomí, dýchání, hybnosti, rovnováhy, smyslového vnímání, těžší poruchy chování. Při těžším poranění – pád z výšky, úrazy hlavy, poranění zubů, obličej, zlomeniny, popáleniny apod. Při podezření na vnitřní poranění, při ohrožení zdraví či života z jiných důvodů. Při prvním epileptickém záchvatu

Dojde-li k záchvatu ve zdravotnickém zařízení – je nutný písemný záznam do individuální ošetrovatelské dokumentace a epileptického kalendáře. Za první pomoc je zodpovědná sestra ve službě. Ta také musí po dohodě s výchovnými pracovníky předcházet situacím, které mohou u jednotlivých klientů vyvolat záchvat. Musí znát dobře ošetrovatelskou anamnézu a ošetrovatelský plán klientů (Zdraví euro.cz, [online]. © 2007 [cit. 2022-02-19]).

### **4.3 Edukační proces**

Edukační proces má v ošetrovatelské péči také své místo a má svá specifika. Edukace by měla být součástí péče, kterou se zaobírají zdravotnická zařízení a poskytují jí svým klientům. Pojem edukace může být definována jako proces soustavného jednání a chování jedince se záměrem navodit změny pozitivní v jeho postojích, vědomostech, dovednostech a návycích. Edukace znamená především vzdělávání a výchovu dané osoby. Měl by být stanoven plán edukace, ze kterého by měla vycházet realizace edukace. Celý multidisciplinární zdravotnický tým, by se měl účastnit na realizaci edukace. Kladný výsledek edukace může mít vliv na řadu faktorů, ty musíme zohlednit během fáze projektování a při samotné realizaci je respektovat. Každý člověk je individuum (Juřeníková, 2010, s. 9, 21, 53).

#### **4.3.1 Edukace u pacienta epilepsií**

Obsah edukace u epileptiků je velice rozsáhlý. Poskytované informace na sebe navazují a vzájemně se propojují. Na místě je určitě dobrá spolupráce mezi sestrou, lékařem a pacientem. Informace by měly být jednotného charakteru. Role sestry edukátorky je velmi důležitá. Sestra a pacient spolu přicházejí do úzkého kontaktu častěji než nemocný s lékařem (pacienti se spíše obrátí s dotazem na sestru než na lékaře). Pro úspěšnost edukace je uvedení pacientka do problematiky onemocnění. Sestra by měla epileptika edukovat především v nutnosti vhodné životosprávy. Základem je udržování pravidelného denního rytmu, vyhýbat se faktorům

provokujících záchvat včetně pravidelného spánku. Neužívat alkohol, drogy, ani žádné jiné návykové látky. Dále také v oblasti přiměřené fyzické aktivity a také psychické námahy. Dalšími body je pravidelný kvalitní spánek s vyloučením spánku přes den, strava, dostatečný příjem tekutin, vhodné fyzické i psychické aktivity a volba zaměstnání. Nutné je také nemocného informovat o nutnosti pravidelného užívání léků.

Další edukační oblastí pacienta s epilepsií je první pomoc při záchvatu. Sestra by měla nemocného edukovat společně s jeho rodinou, či s někým, s kým nemocný sdílí společnou domácnost. S proděláním záchvatu se pojí také jejich zaznamenávání do epileptického kalendáře záchvatů. Sestra edukuje o tom, jakým způsobem záchvat zapisovat. Nemocný zapisuje záchvaty, auru, četnost a okolnosti záchvatu, na příklad vazba na menstruační cyklus, či stresové vypětí. Kalendář záchvatů (příloha F) předkládá pacient lékaři k posouzení při pravidelné kontrole v poradně.

Nezbytnou součástí je úprava domácího prostředí. Na ostré rohy nábytku se doporučují ochranné plastové krytky, velkým nebezpečím je nábytek se skleněnou výplní, vitríny ve skříních, ale také skleněné nebo porcelánové dekorace, které by se mohly při pádu při záchvatu rozbít a poranit nemocného. Prosklené dveře je vhodné buď vyměnit za jiné, nebo vyměnit obyčejné sklo za nerozbitné nebo bezpečnostní folii. Dále se doporučuje pořídit si dveře, které se otvírají z místnosti ven, aby se pro případ nutnosti mohlo dostat dovnitř místnosti. V patrovém rodinném domě je také vhodné pořídit si zábrany vstupu na schody. V koupelně se zásadně nedoporučuje vana, ale sprchový kout s madly a protiskluzovou podložkou.

Stejně tak, jako bezpečnost doma je důležitá i bezpečnost venku. Mezi velmi rizikové sporty a tedy i pro epileptika zakázané patří na příklad: horolezectví, volné lezectví, létání, parašutismus, potápění, box aj. Jako středně rizikové sporty, u kterých je nutný dohled druhé osoby můžeme zařadit tyto sporty: plavání, jízda na kole, jízda na koni, surfování, in-line brusle, skateboard aj. Sport s nízkým rizikem jsou především vytrvalostní sporty jako maraton, běžky, pěší turistika aj. Sporty s minimálním nebo žádným rizikem jsou například fotbal, basketbal, baseball, nebo běhání, i když jsou hodně kontroverzním a diskutovaným tématem.

Obecné doporučení je, že každý epileptik by měl u sebe nosit kartičku epileptika, seznam léků s názvem a silou, telefonní čísla na ošetřujícího lékaře a nejbližší příbuzné a v neposlední řadě by měl mít u sebe vždy doklady totožnosti (Společnost E, 2021).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 FORMULACE PROBLÉMU

### 5.1 Hlavní cíl

Analyzovat zkušenosti žen ve fertilním věku s diagnózou epilepsie a zjistit, jaké mají postoje k případnému plánování mateřství.

### 5.2 Dílčí cíle

1. Zmapovat zkušenosti s léčbou epilepsie u žen ve fertilním věku.
2. Popsat zkušenosti a názory žen na omezení, která epilepsie přináší.
3. Zjistit subjektivní pohled žen s epilepsií, jak vnímají dopad onemocnění na rodinný život.

## **6 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY A OTÁZKY**

### **Hlavní výzkumná otázka:**

Jaká jsou specifika u pacientek s epilepsií ve fertilním věku?

### **Dílčí výzkumné otázky:**

1. Jaké jsou ošetrovatelské diagnózy u žen ve fertilním věku s epilepsií?
2. Jaké jsou postoje žen s epilepsií k plánovanému těhotenství?
3. Mají ženy s epilepsií dobré zkušenosti s informovaností a má informovanost vliv na dodržování léčebného režimu?

## 7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU A ORGANIZACE VÝZKUMU

Epilepsie může komplikovat plánované rodičovství. Z toho důvodu jsme se v naší bakalářské práci zaměřili na ženy trpící epilepsií ve fertilním věku, které navštěvují záchvatové poradny, a které plánují rodinu.

Participantů museli splňovat kritérium pohlaví a věku. Zaměstnání, či na příklad vzdělání, nebo náboženské vyznání nemělo ve výběru participantů roli. Sběr dat pro výzkum práce probíhal v ambulantním traktu Neurologické kliniky FN Plzeň Lochoťín. Výzkum probíhal od 3.1. 2022 do 31.3. 2022. Na klinice jsem oslovila 20 participantek, se kterými jsem vedla polostrukturovaný rozhovor. Každý rozhovor obsahoval 13 otázek a trval přibližně 30 minut. Všechny participantky podepsali informovaný souhlas (příloha B) s poskytnutím a zpracováním informací pouze pro účely této bakalářské práce.

Pro lepší orientaci jsme vytvořili tabulku, ve které můžete vidět seznam participantek, jejich věk, zaměstnání a počet dětí a zda plánují rodičovství, či nikoliv.

*Tabulka 1*

Participantky	Věk	Zaměstnání	Počet dětí	Plánování rodičovství
P1	32	účetní	1	ano
P2	26	OSVČ	1	ano
P3	34	recepční	1	ano
P4	29	na ÚP	1	ne
P5	28	pomocný personál v kuchyni	1	ne
P6	35	prodavačka	1	ne
P7	34	finanční poradce	2	ne
P8	23	studentka	0	ano
P9	23	studentka	0	ano
P10	28	optička	1	ano
P11	31	prodavačka	1	ano
P12	20	studentka	0	ano
P13	37	zdravotní sestra	3	ne
P14	33	realitní makléřka	3	ne

P15	32	učitelka	2	ano
P16	30	vychovatelka	1	ano
P17	21	studentka	0	ano
P18	27	asistentka	0	ano
P19	32	sekretářka	0	ne
P20	22	studentka	0	ano

*Zdroj: vlastní*



## 8 METODIKA PRÁCE

Jako metodiku práce jsme s vedoucí Mgr. Lucií Posseltovou zvolili kvalitativní výzkum – polostrukturované rozhovory. Kvalitativní výzkum spočívá v analýze zkoumaných jevů, odhalení jejich elementárních složek, odhalení spojení a závislosti, které jsou mezi nimi, v charakteristice jejich celostní struktury, interpretaci smyslu nebo funkce, kterou plní. V kvalitativním výzkumu mají údaje charakter textu, což vyžaduje od výzkumníka jejich sběr a přeformulování do jiných textů, které se stávají životními příběhy. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu vystupují v kvalitativních výzkumech osoby, které soustřeďují údaje a jsou zasvěceny do všech tajemství výzkumného záměru, případně mohou nebo mají možnost modifikovat plán sběru údajů v míře, jaké postupuje práce (Kutnohorská, 2009, s. 22, 23).

Při polostrukturovaném rozhovoru si výzkumník vytváří určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme participantů ptát. Některé okruhy jsou ponechány více na tazateli, včetně samotného znění a pořadí otázek, jiné mohou mít plně strukturovanou formu a vyžaduje se u nich po tazateli striktní dodržení a pořadí otázek (Kutnohorská, 2009, s. 40).

Pomocí této metody jsme lépe pronikli do problematiky žen s epilepsií při plánování rodičovství, což je podstatou kvalitativního výzkumu. Nahrané rozhovory jsme nejdříve přepsaly a poté zpracovaly metodou tužka-papír. Data z rozhovorů byla rozdělena do osmi kategorií. Pět kategorií bylo zpracováno otevřeným kódováním a prezentováno v tabulce. Tři kategorie byly převedeny do myšlenkových map.

## 9 ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ DAT

Data z provedených rozhovorů jsme nejdříve nahráli na diktafon a poté přepsali do papírové podoby. Otázky rozhovorů jsme rozdělili do osmi kategorií. Kategorie 1, 3, 5, 6 a 8 jsou vyhodnoceny otevřeným kódováním a odprezentovány v tabulce. Data zbylých tří kategorií (2, 4, a 7) jsou znázorněna do myšlenkových map. Myšlenkové mapy jsou vytvořeny ve volně dostupném programu Mindomo. V kategoriích jsou zařazeny a rozebrány všechny otázky z polostrukturovaného rozhovoru (1-13).

### Kategorie 1: Informovanost žen s epilepsií ve fertilním věku

Zde jsme hledali odpovědi na otázku 1: „*Máte dostatek informací o epilepsii a její léčbě?*“. Všechny participantky udávali dobrou informovanost. Informace získaly při léčbě a navštěvování záchvatové poradny ve FN Plzeň. Na příklad participantka P1 trpící epilepsií od dětství získala informace o epilepsii a samotné léčbě z dětské ambulance. Dříve docházela do poradny ve spádu, poté přešla do péče záchvatové poradny ve FN Plzeň. Nejvíce participantky zmiňovali lékařky ze záchvatových poraden, které jim o nemoci poskytli nejvíce potřebných informací a o způsobu léčby, druzích a účincích antiepileptik a o dodržování režimových opatření. Také jako přínosný zdroj uváděli participantky informace od sester pracujících na neurologické klinice. Dalším zdrojem informací vycházejícím z rozhovorů byla organizace Epistop.cz, což je velmi přínosný zdroj pro všechny epileptiky.

Tabulka 2

Dětská ambulance	Zdravotnická zařízení	Všeobecné a kvalitní informace
Lékař		
Sestra		
Epistop.cz	Internetový zdroj	Okrajové informace

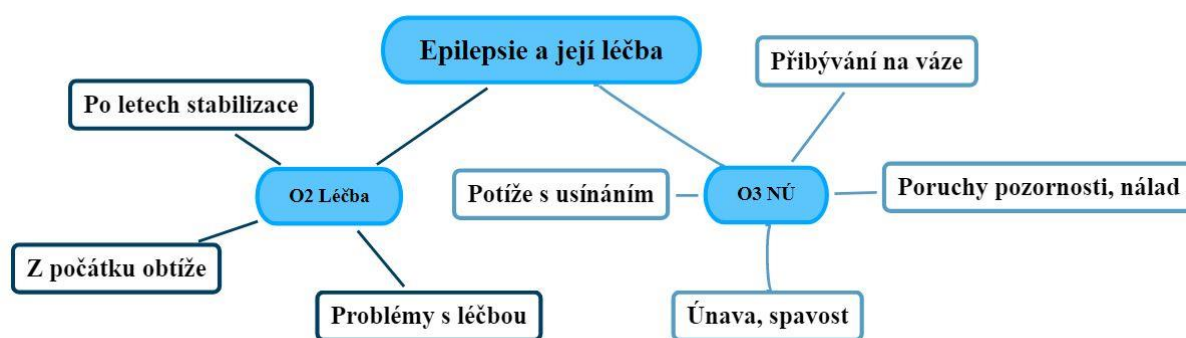
Zdroj: vlastní

## Kategorie 2: Léčba epilepsie

Do této kategorie náleží otázka 2: „*Jaké máte zkušenosti s léčbou epilepsie a užívanými léky?*“. Zde byly odpovědi různorodé. Většina participantek měla z počátku s léčbou antiepileptiky potíže. Trvalo u nich delší dobu najít vhodnou kombinaci účinné látky a gramáže léků. Teprve až po pár letech léčby se epilepsie stabilizovala a participantkám vyhovuje aktuální nastavení léčby. Menší část tvoří participantky P1, P15, P17, P19, které nemají s léčbou epilepsie jako takovou problémy a užívají od začátku léky stejné účinné látky. Nejvíce zastoupenou účinnou látkou je dle rozhovorů s participantkami lamictal a levetiracetam, pouze asi u dvou dotazovaných žen se objevuje účinná látka valproát. Dále je také zajímavá odpověď participantky P3, která v rozhovoru uvedla „*Když mi byla diagnostikována epilepsie moje rodina byla, no, jak bych to řekla, spíš zmatená, nebo nevěděli co čekat, posílali mě k léčitelům a tak, měla jsem teda ze začátku s léčbou problémy, protože jsem nejspíš neměla v té době svou hlavu. Dřív jsme chodila jinam než tady do FN a mohu říci, že teď se cítím určitě lépe, myslím že mám i více informací a jsem si tak jistější.*“ Tato odpověď zasahuje částečně i do analýzy otázky 1. Správná informovanost pacientek je nedílnou součástí nastavené léčby a tedy i se správným užíváním léků.

Na tuto otázku navazuje otázka 3: „*Pozorujete/pozorovala jste nějaké nežádoucí účinky léků?*“. Odpovědi na tuto otázku směřovaly k obvyklým potížím spojovaným s epilepsií. V největším zastoupení udávaly participantky potíže s usínáním a únavu přes den. Participantky P4 až P7 shodně uvedly „*Večer nemůžu usnout a přes den jsem více unavená.*“ Dále poruchy pozornosti a nálad, spavost. Překvapivou odpovědí byl také problém vypadávání vlasů. Ten uvedla participantka P18 s nasazenou kombinací léků s různými účinnými látkami. U dvou participantek P1 a P16 užívajících látku valproát dochází k přibývání na váze, což se snaží ovlivňovat zvýšením pohybu a také omezením sladkých nápojů a potravin. Několik participantek také uvedlo nevhodnost léčby při dříve užívané hormonální antikoncepci, řešením bylo zavedení nitroděložního tělíska. Menší část dotazovaných nepozoruje žádné nežádoucí účinky, nebo jen nepatrné jako je na příklad pocit větší spavosti. Nepovažují to však za moc omezující.

Obrázek 1



Zdroj: vlastní

### Kategorie 3: Epileptické záchvaty

Do této kategorie spadá otázka 4: „*Jak často máte záchvaty? Máte z propuknutí záchvatu obavy?*“. První část participantek udává, že měli z propuknutí záchvatů strach v minulosti, než se léčba ustálila. Popisují záchvaty v různých časových intervalech. Individuální jsou i druhy záchvatů. Více participantek popisuje takzvané zárazy, či zahledění. Méně byly popisovány velké záchvaty se ztrátou vědomí. V dalším zastoupení jsou ženy, které udávají vazbu záchvatů na menstruační cyklus, tedy epilepsie katameniální. Tento problém shodně uvedly participantky P4, P9, P17 a P20. U některých propuká záchvat v období před menstruací, u dalších při ovulaci. Opět šlo u participantek u velmi individuální projevy záchvatů. Jednoznačnou odpovědí je strach z propuknutí záchvatu na veřejnosti. Většina participantek se bojí této situace z toho důvodu, že by to bylo pro ně nějakým způsobem trapné, či ponižující vůči okolí a svědkům. Dalším důvodem strachu z vypuknutí záchvatu byla podána odpověď participantky P6 „*Bojím se, že by mi nikdo venku nepomohl, mohli by si říct, že se jedná o nějakého drogově závislého.*“ Část participantek také uvedla odpovědi, které směřují k tomu, že záchvaty již po usazení léčby nemají. Např. odpověď „*Když beru léky a dodržuji režim, nebojím se, že dostanu záchvat.*“ Do této otázky také zapadá situace dnešní doby, tedy pandemie Covid 19 a to u odpovědí několika participantek „*Taky jsem měla obavy z očkování, aby mi to spíše neuškodilo.*“ „*Bála jsme se jít na očkování, spíše jsem se nejdřív poradila se svojí lékařkou, bála jsem se, že po injekci dostanu záchvat.*“ Dalším faktorem, který shodně uvedly participantky P6, P7, P12, P13 a P16 je stres a fyzická zátěž. Například odpověď participantky P6 „*Dříve, když jsem byla hodně ve stresu, šlo třeba o rozvod nebo a podobné situace v rodině, tak jsem měla záchvaty často. Třeba jsme cítila něco, jak tomu vy říkáte auru, začala mě třeba bolet hlava, nebo jsem měla takový záraz. To jsem poznala, že na mě jde záchvat. Musela jsem si sednout a prodýchat to. Většinou tedy velký záchvat nepropuknul, ale párkrát taky ano. Z toho mám někdy strach i teď, když musím řešit nějaké náročnější situace.*“

Tabulka 3

Strach z propuknutí záchvatu	
ANO	NE
Strach ze záchvatu na veřejnosti	Po ustálení léčby nemá strach
Strach ze záchvatu před ustálením léčby	Nemá strach, protože dodržuje všechna režimová opatření
Strach, že nikdo v okolí nepomůže	Nemá strach, protože dodržuje léčbu
Strach ze záchvatu po očkování proti Covid 19	
Četnost záchvatů	
Různé časové intervaly	
S vazbou na menstruační cyklus	
Při stresových situacích	
Při celkovém přetížení	

*Zdroj: vlastní*

#### **Kategorie 4: Přizpůsobení se onemocnění**

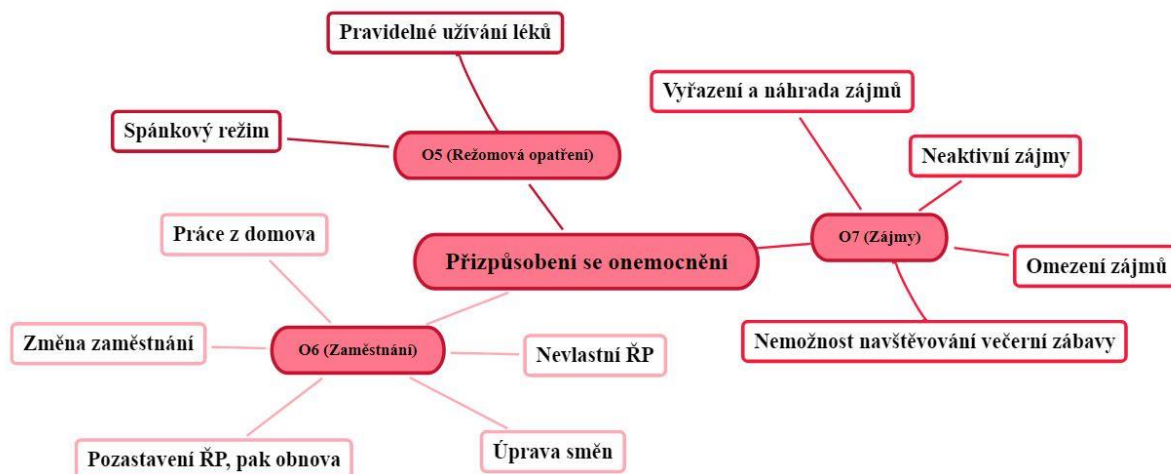
Do této kategorie patří otázka 5: **„Omezuje Vás v běžném životě dodržování režimových opatření, jako je na příklad dodržování spánkového režimu?“**. Mezi nejčastější odpovědi patřily problémy se spánkovým režimem zejména u pacientek s malými dětmi. Některé participantky jsou samoživitelky nebo nemají možnost využít pomoci příbuzných. Menší část participantek uvádí také odlišný problém se spánkovým režimem. Na příklad participantka P9 odpověděla *„Než se u mě epilepsie projevila, byla jsem zvyklá jít na půl hodiny po škole spát. to už při léčbě nemůžu, chodím spát až večer v pravidelnou hodinu. Na to se mi těžko zvykalo.“* Dalším problémem často zmiňovaným při rozhovorech bylo užívání léků a jeho pravidelnost. participantky uvedly problémy s počátečním užíváním léků (zapomínání na dávku). Část participantek také zmiňuje, že před ustálením léčby jim dělalo užívání problémy zejména časově, nebo si zapomněly léky zabalit s sebou při cestování dopravními prostředky.

Následuje otázka 6: **„Jaké je Vaše zaměstnání? Jak jej nemoc ovlivnila? Máte řidičský průkaz?“**. Většina participantek musely své zaměstnání změnit, nebo alespoň nemoci přizpůsobit. V této části rozhovoru bychom chtěly vyzdvihnout participantku P13, jejíž povolání je všeobecná sestra. odpověděla následovně: *„Svůj první záchvat jsem dostala na svojí první noční směně, našťástí se mi hned od mých kolegyně dostalo pomoci. Bylo to asi v mých 23 letech, kdy jsem nastoupila do nového zaměstnání. Od prvního záchvatu jsem musela přejít jen na ranní směny, protože epilepsie, kterou mám je vázána na dodržování režimu bdění a spánku.“* Ostatní participantky uvedly obdobné omezení při svém zaměstnání právě ve změně směnného provozu. Další skupinou byly participantky, které již od začátku nepracují ve směnách nebo pracují z domova a mohou si tak nastavit časový harmonogram dne dle svých potřeb a možností. Co se týká řidičského průkazu. Odpovědi participantek se různí. Většina z nich musela svůj řidičský průkaz alespoň jednou od začátku léčby pozastavit. U kompenzovaných participantek došlo po jednom roce bez záchvatu k jeho obnově. Dalším případem byly participantky, které ani nestihly řidičské oprávnění získat z důvodu nekompenzování onemocnění.

Na to navazuje otázka 7: **„Čím se zabýváte ve volném čase? Musela jste zájmy přizpůsobit nemoci?“**. Většina odpovědí od participantek ukazuje, že mají buď neaktivní zájmy nebo je musely nějakým způsobem ve svém životě omezit. Několik participantek provozovalo před onemocněním závodní aktivní sporty. Z důvodu epileptického onemocnění jej musely při nejmenším omezit na rekreační, či úplně vyřadit a zaměřit se na jiné záliby. Na

příklad respondentka P2: „Dřív jsem závodně plavala. Když se mi diagnostikovala pro prvním záchvatu epilepsie, byl to problém. Už jsem nemohla v plavání pokračovat, když chci jít do bazénu, tak nikdy ne sama, kdybych dostala záchvat.“ Následným problémem u mladších participantek, zejména u P8, P9, P12 P17 a P20 je večerní zábava, diskotéky, kino. Nemožnost navštěvování diskotéky nebo jiné zábavy s blikajícími světly berou pochopitelně participantek jako určité omezení. Ve většině rozhovorů se shodly, protože to narušuje jejich sociální vazby.

Obrázek 2



Zdroj: vlastní



## Kategorie 5: Rodinné vztahy

Otázka 8: „*Má epilepsie vliv na Vaše rodinné zázemí? Dodává Vám rodina oporu a pocit jistoty?*“ jsme zjistili, že každý má rodinné zázemí velmi odlišné a každý má jiné osobní i rodinné hodnoty. Několik participantek uvedlo strach ze ztráty partnera, kvůli omezování se ze strany denního režimu. Na příklad brzké odcházení z rodinné oslavy nebo večírku kvůli dodržování pravidelného spánku. Co se dále týče strachu ze ztráty partnera je hraje u participantek velkou roli důstojnost a přitažlivost. Ukázkou k tomuto je odpověď participantky P3 „*Bojím se, že když budu mít záchvat a pomůčím se, tak můj partner to nepochopí a nebudu už pro něj tak přitažlivá. Bála bych se, že mu budu připadat nechutná.*“ Dále i do odpovědí na tuto otázku spadá i péče o malé dítě a vstávání k němu v noci. P2 uvádí: „*Epilepsie mě omezuje i v tom, že v noci nemohu k malé vstávat, musí vstát můj přítel a ten to nebere moc dobře. Někdy mi vyčítá že se nevyspí, na druhou stranu ale nejspíš chápe, že kvůli epilepsii nemůžu.*“ Ne každá participantka má partnera nebo rodinu, na které by se mohla spolehnout. Ale ne celý obsah této otázky vyšel negativně. Většina participantek odpověděla při rozhovoru pozitivně. Rodina je pro ně oporou a plně jejich onemocnění respektuje a je jim nápomocná za každé situace.

Tabulka 4

Obavy z méněcennosti	Strach ze ztráty partnera
Pocit nedůstojnosti	
Pocit studu	
Problémy s péčí o dítě kvůli dodržování spánkového režimu	
Omezování činností kvůli dodržování léčebného režimu	
Respektují onemocnění	Opora a pocit jistoty ANO
Dodávají jistotu	
Dodávají oporu	
Není jediná v rodině	Opora a pocit jistoty NE
Nemá partnera	
Nepochopení kvůli epilepsii	

Zdroj: vlastní

## Kategorie 6: Pohled na sebe sama

Otázka 9 se zaměřuje na to, jak vnímá participantka sama sebe při epilepsii: „**Změnil se Váš pohled na sebe sama v souvislosti s epileptickým onemocněním?**“. Na tuto otázku se vyskytovala nejčastěji odpověď charakteru, že participantky pociťují spoustu omezení ve svém životě, od pravidelného užívání léků, až po přizpůsobení se v zaměstnání nebo ve svých zájmech. Častá odpověď byla: „*Musím se více kontrolovat než ostatní.*“ nebo „*Musím na sebe dávat větší pozor.*“ Další odpovědí bylo „*Přijde mi, že se musím více omezovat než ostatní, připadám si pak třeba odstrčená nebo jak bych to řekla, sama sebe někdy podceňuju a říkám si to já radši dělat nebudu, mám epku.*“ uvedla P20. Některé participantky ale také uvedly, že epilepsie je tolik neomezuje. Třeba participantka P10, která trpí epilepsií od dětství uvedla „*Nepřijde mi, že bych byla třeba jiná než ostatní ženy, jen na sebe musím dávat asi větší pozor.*“ Nebo participantka P13 „*S epilepsií se dá žít jako s každou jinou nemocí, myslím že pohled na sebe sama mám pořád stejný, stejně jako než mi epilepsii diagnostikovali.*“

Tabulka 5

Epilepsie od dětství	Pohled se nezměnil
S epilepsií se dá žít	
Více pozornosti na sebe	Pohled se změnil
Více omezování se	
Dávat na sebe větší pozor	
Dodržovat léčebná opatření	

Zdroj: vlastní

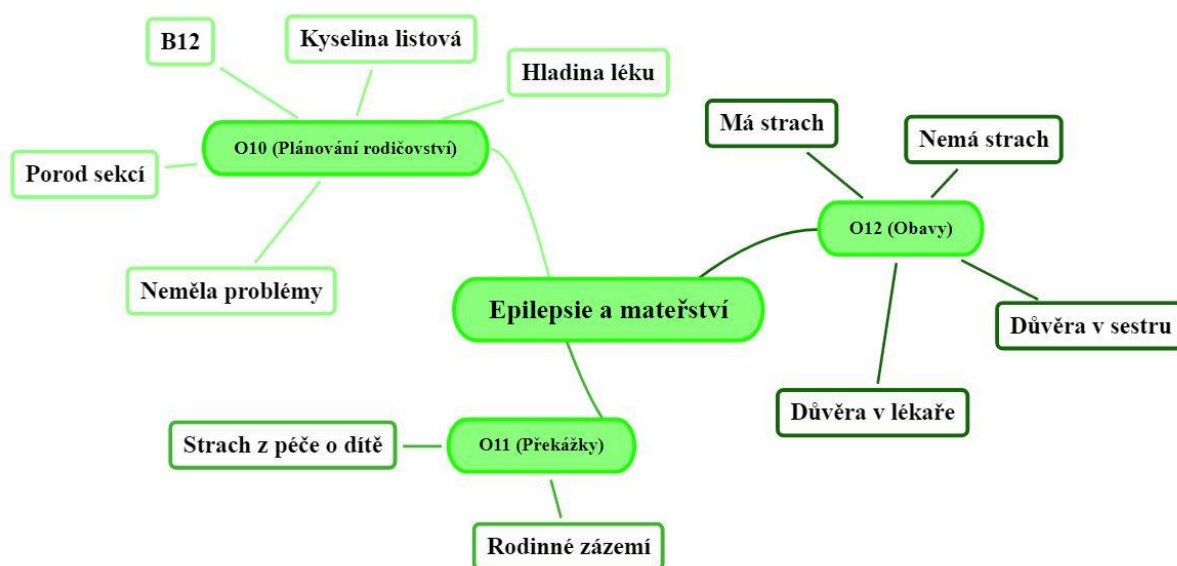
## **Kategorie 7: Epilepsie a mateřství**

Do této části spadá otázka 10: *„Ovlivňuje/ovlivňovalo Vás onemocnění při plánování rodičovství? Jakým způsobem?“*. Častými odpověďmi uvedly participantky upravování hladiny léku před porodem, dále zvýšené podávání kyseliny listové a vitamínu B12. Dále byl uváděn spíše již k těhotenství porod sekci, než přirozenou cestou. Další část participantek ještě rodičovství neplánují (viz. tabulka 1) a nemají z plánovaného těhotenství strach. A poslední část participantek při plánování rodičovství žádné problémy neměly z důvodu dobré kompenzace a nízké hladiny léků. Také se objevovaly při rozhovoru odpovědi jako na příklad *„Epilepsie mě v tomhle směru ovlivnila jen více kontrolami v poradně a častějšími kontrolami u mého gynekologa.“* Respondentky tedy ovlivňuje i častější navštěvování lékaře.

Otázka 11: *„Je pro Vás plánování rodičovství ze strany epilepsie překážkou? Po případě v jakých konkrétních situacích?“*. Skoro většinou odpovědí se při rozhovorech objevoval strach z péče o dítě. Což se spojuje i s rodinným zázemím, které bylo rozebráno v otázce 8. Déle se v odpovědích objevoval také strach ze záchvatu. Na příklad participantka P6 uvedla: *„Bojím se, že až budu malého přebalovat, dostanu záchvat a on třeba z toho přebalovacího pultu spadne.“* Dalšími zajímavou odpovědí od participantky P19 bylo *„Bojím se, že dostanu záchvat někde venku a kočárek s dítětem mi ujede a něco se mu stane, nebo ohrozí i někoho dalšího.“* Z toho vyplývá, že pacientky trpící nekompenzovanou epilepsií by neměly na výchovu a péči o dítě zůstat samy.

Otázka 12: *„Máte při epileptickém onemocnění obavy z těhotenství, porodu a mateřství?“*. Při odpovědích na tuto otázku se objevovaly spíše obavy nevíce z porodu a strach z propuknutí záchvatu. Několik participantek také zmínilo, že z důvodu dobré kompenzace obavy tolik nemají a plně důvěřují informacím a radám, které dostávají v záchvatové poradně od svých ošetřujících lékařů. Co se týká těhotenství, jedna z participantek uvedla špatný zážitek. *„Na začátku těhotenství mi bylo hodně špatně a zvracela jsem, musela jsem do nemocnice a tam mi podávali stravu do žíly a s tím i léky proti epilepsii, jinak bych asi dostala záchvat.“* Některé participantky uvedly také obavy z ovlivnění plodu léky, či obavy z otěhotnění samotného. Mají strach z předání epileptického onemocnění svému dítěti a nechtějí jej tímto do budoucna ohrozit.

Obrázek 3



Zdroj: vlastní

## Kategorie 8: Poznatky participantek

Otázka 13 je otevřená a dává prostor respondentkám se případně podělit o svých poznatcích: *„Je ještě něco, o co byste se ráda podělila s ostatními pacientkami? Co by jim mohlo být přínosem v životě s epilepsií, pokud budou zveřejněny výsledky naší práce?“* Většina patientek, které chtěly něco dalšího do rozhovoru sdělit uvedly, že by se mělo na ženy trpící epilepsií více myslet a věnovat jim větší pozornost. Další participantky uvedly, že epilepsie je sice náročná nemoc, ale dá se s ní při dobré kompenzaci bez problémů žít. Participantky uvedly také odpovědi typu *„Nebát se psychologické pomoci,“* *„Nezatajovat epilepsii před rodinou a v práci,“* *„vyjadřovat své pocity blízkým.“* Jedna z participantek také upozornila v této otázce na Společnost.E.cz. Tato společnost pořádá besedy a akce pro epilepticky nemocné. Participantka uvádí *„Na tuhle stránku jsem narazila, když jsem se dozvěděla, že mám epilepsii, dá se tam najít spoustu věcí, super je také poradenství prostřednictvím emailu, na které odpovídají specialisté a také si s nimi můžete domluvit schůzku, nebo přijít na přednášku.“*

Tabulka 6

Více pozornosti pro ženy ve fertilním věku s epilepsií	Pozitivní sdělení a doporučení
S epilepsií se dá žít	
Nebát se psychologické pomoci	
Nezatajovat epilepsii	
Epistop.cz	Informativní poznatky žen s epilepsií
FN Plzeň	
Společnost E	

Zdroj: vlastní

## DISKUZE

V bakalářské práci jsme se zabývali problematikou žen ve fertilním věku s epilepsií. Snažili jsme se analyzovat jejich zkušenosti s diagnózou epilepsie a zjistit, jaké mají postoje k případnému plánování těhotenství. Ke zjištění této problematiky jsme zvolili metodu kvalitativního výzkumu za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor se skládal z dvaceti žen ve fertilním věku s epilepsií. Vytvořením této práce bychom rádi více upozornili na problematiku žena a epilepsie.

V praktické části práce jsme provedli kvalitativní šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů s participantkami ve fertilním věku s epilepsií. Rozhovor obsahoval celkem 13 otázek. Na všechny otázky mohly participantky volně odpovědět. Ptali jsme se na jejich informovanost, na to, jak vnímají léčbu a jestli pozorují nějaké nežádoucí účinky. Dále na cokoliv, co je při epileptickém onemocnění omezuje a na plánování mateřství a těhotenství. poslední otázka byla otevřená a nabízela participantkám se vyjádřit o tom, s čím by se chtěly podělit co se týká problematiky žen s epilepsií.

Stanovili jsme jeden hlavní cíl a tři dílčí cíle, se kterými se pojí stejný počet výzkumných otázek. Začala bych nejdříve probírat dílčí cíle a dílčí výzkumné otázky a následně pak hlavní cíl s hlavní výzkumnou otázkou. Prvním dílčím cílem bylo „**Zmapovat zkušenosti s léčbou epilepsie u žen ve fertilním věku.**“ S výzkumnou otázkou „**Jaké jsou ošetřovatelské diagnózy u žen ve fertilním věku s epilepsií?**“ Na podkladě vypracovaných rozhovorů a jejich analýzy jsme zjistili, že nejčastější diagnózu lze označit „*Narušený vzorec spánku.*“ Participantky mají po většinou problémy s nespavostí a s usínáním, které má delší průběh. Participantky mají narušený spánek také z důvodu obav a strachu, jejich podvědomí neustále prožívá a zpracovává různé podněty. S tímto je spojena i druhá nejčastější ošetřovatelská diagnóza „*Strach*“. Nejvíce uváděné jsou obavy a strach ze ztráty partnera. Participantky se často zmiňují o pocitech méněcennosti či studu. Dále jsme se pomocí polostrukturovaných rozhovorů pokusili zmapovat zkušenosti s léčbou epilepsie u žen s epilepsií a splnit tak dílčí výzkumný cíl. Zjistili jsme, že hlavní roli v léčbě epilepsie hraje volba antiepileptik a hledání vhodného dávkování. Dále je také důležitým elementem to, jakým typem epilepsie pacientka trpí. Většina participantek zmiňovala ve svých odpovědích problémy s léčbou před jejím ustálením. Menší většina participantek uvádí dobrou zkušenost s léčbou již od začátku. Ve výzkumu jsme nevěnovali pozornost druhu epileptického onemocnění u žen. Tím pádem jsme nedosáhli na to, abychom stanovili vhodně ošetřovatelské diagnózy. Dle mého názoru by se

ošetřovatelské diagnózy daly vhodně stanovit za pomoci případových studií. Případové studie jsme ale nepoužili. Dá se tedy říci, že tento cíl byl z tohoto důvodu splněn spíše částečně.

Druhým dílčím cílem bylo „*Popsat zkušenosti a názory žen na omezení, která epilepsie přináší.*“ Za pomoci dílčí výzkumné otázky „*Jaké jsou postoje žen s epilepsií k plánovanému těhotenství?*“ Postoje žen s epilepsií k plánovanému těhotenství jsou převážně kladné. Během výzkumného šetření jsme zjistili, že většina participantek již děti má, nebo se plánovanému rodičovství nebrání, ani nebojí (14 z 20). Všechny případy však nebyly kladného rázu. Několik participantek odpovědělo, že rodičovství neplánují (6 z 20). Nebyly to však participantky bez dětí. Pět participantek již alespoň jedno dítě má. Důvody neplánování dalšího rodičovství byli různé. V největším zastoupení však byly osobní faktory participantek, na příklad „*že se na další dítě už necítí*“. Dále pak také participantky P13 a P14, které mají už 3 děti, další těhotenství neplánují. Jedním z faktorů bylo také finanční zabezpečení jak participantek, tak jejich rodiny. Nemohou si tedy další dítě „*dovolit.*“ Spolu s tímto problémem se pojí také omezení, která samozřejmě epilepsie přináší. Jedna z participantek (P19) rodičovství ani neplánuje, protože má strach z předání epileptického onemocnění a nechce, aby její dítě muselo mít všechna omezení jako má ona. Omezení sebou epilepsie nese, ač více specifická než onemocnění jiná. Nejčastějším omezením pro ženy ve fertilním věku s epilepsií bylo přizpůsobení zaměstnání a zájmů. Jednoznačným řešením pro naše participanty byl přechod na jednosměnný nebo případně dvousměnný provoz a vyhnutí se tak nočním směnám, které jsou pro epileptiky nevhodné. Ne u všech participantek tento proces probíhal hladce. Některé měly s hledáním zaměstnání potíže. Zároveň při provádění výzkumného šetření byla participantka P4 na úřadu práce a nehezké finanční situaci. Další omezení se týkalo zájmů. Zájmy musely omezit ty participantky, jejichž koníčky byly spíše aktivní. Jako na příklad závodní plavání. Ženy uvádí, že mohou sice některé zájmy provozovat i nadále, ale s určitým omezením za podoby dohledu, nebo nemohou sport provozovat závodně, jako tomu bylo před diagnostikou epilepsie. Participantky měly ale i neaktivní zájmy jako je četba. Změna neaktivních zájmů tedy nebyla u participantek třeba. Dále s sebou také epilepsie pro ženy přináší omezení i v péči o dítě. Konkrétně noční vstávání k dítěti. Ne všechny participantky mají možnost péči o dítě s někým sdílet, ať už s přítelem, manželem, nebo jinými příbuznými. Musí tedy narušit svůj spánkový režim a to vede ke zvýšenému riziku záchvatů. Petříková ve své práci uvádí „*Během jednoho rozhovoru s jednou z respondentek se narazilo na vliv epilepsie v období těhotenství. Tato respondentka odpověděla, že během těhotenství vysadila léky, které užívala. Bála se vlivu léků na plod. Poté u ní následovalo období četných záchvatů, kdy byla epilepsie nekompenzována.*“

(Petříková, 2018, str. 58). Tento odstavec mě v citované bakalářské práci velmi zaujal, protože poukazuje na to, že případ vysazení léčby z důvodu obav při těhotenství není ojedinělý. Stejně tak, jako odstavec ze článku, kde Patočková a Machová uvádí *„Největším problémem u žen s epilepsií v souvislosti s těhotenstvím je vysazení antiepileptik, nebo snížení dávky léku z obavy ublížení plodu. Vliv generalizovaných epileptických záchvatů v prvním trimestru však přináší stejné teratogenní riziko jako monoterapie antiepileptikem, v druhém a třetím trimestru pak riziko pro plod i matku. Vliv epilepsie a její léčby na plod můžeme minimalizovat kompenzací onemocnění matky. Léčbu volí neurolog nejlépe monoterapií, nejnižší účinnou dávkou epileptik vhodnou pro daný typ epilepsie.“* (Patočková, Machová, 2017, s.45) Z toho vyplývá, že strach a nejistota při plánování rodičovství u žen s epilepsií přetrvává i nyní. Navíc i informovanost pacientek je velmi důležitá.

Třetím dílčím cílem jsme stanovili **„Zjistit subjektivní pohled žen s epilepsií, jak vnímají dopad onemocnění na rodinný život.“** A dílčí výzkumnou otázku **„Mají ženy s epilepsií dobré zkušenosti i informovanost a má informovanost vliv na dodržování léčebného režimu?“** V rámci polostrukturovaných rozhovorů byla položena participantkám otázka cílená na jejich informovanost. Převážná většina participantek uvedla informovanost dobrou. Nejvíce zde figurovaly jako zdroje sestra a lékař ze záchvatové poradny FN Plzeň, kde byl také výzkum prováděn. Informovanost má určitě na dodržování léčebného režimu vliv. Zejména co se týká režimových opatření spojovaných se spánkem. Dále je pak informovanost důležitá v oblasti léčby a užívaných léků, zejména při změně léčby, nebo při přecházení na jinou účinnou látku. V této oblasti se dle mého názoru nejvíce uplatňuje sestra. Sestra v roli edukátorky. Sestra nejvíce zasahuje do správné informovanosti pacientek s epilepsií a ve spolupráci s lékařem podává pacientkám kvalitní informace. Dá se tedy říci, že sestra svými schopnostmi v edukaci předchází tvoření dezinformací a zajišťuje pro pacientky důvěryhodný zdroj informací. také se tento problém projevil v dnešní době pandemie Covid 19, kdy se pacientky ze záchvatové poradny během našeho výzkumného šetření obracely na záchvatové poradny s nejrůznějšími dotazy. Dotazy se týkaly hlavně očkování proti Covid 19 v souladu s léčbou. Zde se také projevovaly obavy z propuknutí záchvatu. Co se týká dopadu na rodinný život. Zde nejvíce figuruje tedy již zmíněný strach ze ztráty partnera. Na oblast rodiny byla zaměřena otázka v rozhovoru č. 8. tato otázka byla analyzována pomocí otevřeného kódování a zařazena do kategorie 5 (Rodinné vztahy). Z výzkumného šetření vyplývá, že ne všechny ženy mají kvalitní rodinné zázemí. Některým ženám s epilepsií se nedostává pocitu jistoty a opory. Ať už kvůli nepochopení problematiky onemocnění ze strany rodiny, nebo kvůli sebepodceňování. Některým ženám i do



vztahové problematiky zasahuje dodržování režimových opatření. Na příklad mají již zmiňovaný strach ze ztráty partnera kvůli tomu, že spánkový režim ženám zabraňuje v navštěvování večírku. Mohou tak být vyřazovány ze společenského života a to má pak dopad i na jejich rodinné zázemí.

Nyní se dostáváme k hlavnímu cíli práce „*Analyzovat zkušenosti žen ve fertilním věku s diagnózou epilepsie a zjistit jaké mají postoje k plánování mateřství.*“ a hlavní výzkumné otázce „*Jaká jsou specifika u pacientek s epilepsií ve fertilním věku?*“ Postoje k plánování mateřství u žen ve fertilním věku s epilepsií jsou ve většině kladné. I když je opřádá spousta obav i překážek ze stran epileptického onemocnění. Léčba, režimová opatření, omezení pracovní náplně, zájmů, nebo nemožnost vlastnit řidičský průkaz. To všechno ženy s epileptickým onemocněním musejí procházet a není to vždy lehká cesta. Plánování mateřství a těhotenství je pro ženy s epilepsií určitě obtížnější než pro ženy zdravé. Lze se však i s tímto onemocněním rodině a dětem věnovat. Pokud má žena kvalitní rodinné zázemí, které ji poskytuje oporu, lékaře, který poskytuje ženě s epilepsií kvalitní péči a sestru, která ji podává kvalitní informace, dá se tak předejít nejrůznějším komplikacím a jít vstříc rodinnému životu. Určitá rizika a strach spojený s těhotenstvím a porodem se dají ovlivnit a usměrnit. Základem pro to je dobrá spolupráce mezi sestrou, lékařem a pacientkou. Petříková ve své práci uvádí „*Sestra by měla být ve vztahu s pacientem rovnocennou partnerkou. Měla by být empatická, trpělivá, důsledná a nápomocná v oblasti uspokojování tělesných, psychických a sociálních potřeb. Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči a edukuje pacienta v oblasti prevence. Měla by mít kvalifikované vzdělání, aby mohla poskytnout vysoce odbornou péči.*“ (Petříková, 2018, s. 58). S tímto názorem se plně ztotožňuji. Sestra má nezastoupitelné místo ve zdravotnictví a u pacientek ve fertilním věku s epilepsií to platí ve zvýšené míře.

Také bych ráda uvedla i fakt, že celý výzkum probíhal v ambulantním traktu Neurologické kliniky FN Plzeň. Z mých zkušeností při zaměstnání na tomto oddělení mohu uvést i to, že časová náročnost je zde velká. Denně záchvatovými poradnami projde přibližně 30 pacientů. Pacientů i pacientek přibývá a odborníků v epileptologii naopak ubývá. Na každého pacienta je zde vyhrazený čas a není tedy v časových možnostech se pacientům věnovat úplně do nejmenších detailů. Pacienti ale zároveň samozřejmě dostávají kvalitní péči a dle participantek z našeho výzkumného šetření není v poradnách mimo FN věnováno tolik času a upření na individualitu pacienta jako právě zde.

Jako doporučení pro praxi bych tedy ráda uvedla do problematiky téma „Žena a epilepsie.“ Bylo by určitě vhodné se tomuto tématu více věnovat a zaměřit se na ženy s epilepsií více a provést vhodné výzkumné šetření. Cíle našeho výzkumu považujeme za splněné, i když jeden z dílčích cílů pouze částečně. Při případném dalším výzkumném šetření by bylo určitě vhodné zaměřit se také i na typ diagnostikované epilepsie a s ním spojené problémy.

## ZÁVĚR

V naší bakalářské práci jsme se zabývali problematikou žen ve fertilním věku trpících epilepsií. Práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsme se zabývali epilepsií jako onemocněním samotným, etiologií, diagnostikou a léčbou. Dále také teoretická část obsahuje problematiku ženy a epileptického onemocnění od puberty přes plánování rodičovství a mateřství až po menopauzu.

Pro zpracování části praktické jsme použili metodu kvalitativního výzkumu s použitím polostrukturovaného rozhovoru. Hlavním cílem bylo analyzovat zkušenosti žen ve fertilním věku s diagnózou epilepsie a zjistit, jaké mají postoje k případnému plánování těhotenství. Dílčími cíli bylo zmapovat skutečnosti s léčbou epilepsie u žen ve fertilním věku, popsat zkušenosti a názory žen na omezení, která epilepsie přináší, zjistit subjektivní pohled žen s epilepsií, jak vnímají dopad onemocnění na rodinný život.

Postoje k plánování mateřství u žen ve fertilním věku s epilepsií jsou ve většině kladné. I když je opřádá spoustu obav i překážek ze stran epileptického onemocnění. Plánování mateřství a těhotenství je pro ženy s epilepsií určitě obtížnější než pro ženy zdravé. Pokud má žena kvalitní rodinné zázemí, které ji poskytuje oporu, lékaře, který poskytuje ženě s epilepsií kvalitní péči a sestru, která ji podává kvalitní informace, dá se tak předejít nejrůznějším komplikacím a jít vstříc rodinnému životu.

Jako výstup do praxe byl vytvořen informační leták (viz. příloha E) pro pacientky ve fertilním věku s epilepsií. Osahuje nejčastější obavy a problémy patientek s epilepsií ve fertilním věku. Dále pak kvalitní zdroje informací a odkazy na ně. Jak již je zmíněno v diskuzi, časové možnosti poraden pro epileptiky jsou omezené a pacientky by měly mít přístup ke kvalitním informacím i mimo odborné pracoviště. Informace by se tak dozvěděli i z pohodlí domova. Leták by měl přinést změnu v informovanosti a zabránit dezinformacím. Bránění dezinformacím je také jedním z mnoha úkolů sestry. Informační leták byl vytvořen ve volně dostupném internetovém program Canva.com.

Na letáku můžeme vidět fialovou stuhu. Fialová barva je symbolem epileptického onemocnění. S tím se spojuje i den epilepsie, který připadá na 26. 3. V tento den se připomíná Světový den epilepsie. Jeho cílem je šířit povědomí o nemoci, která postihuje více než 50 milionů lidí na celém světě. Připomínáme si jej od roku 2008. Symbolem tohoto světového dne je fialová barva. Den vznikl v roce 2008 tehdy devítiletá Cassidy Megan, která sama trpí

epilepsií a která chtěla o své nemoci mluvit s ostatními dětmi. Purple neboli fialová má znázorňovat levanduli, která je často spojovaná se samotou, izolací, tedy s pocity lidí, kteří s epilepsií žijí (Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2019)

Na závěr bych chtěla zmínit, že doufám o věnování lepší pozornosti ženám trpících epilepsií. Tím pádem lepší proniknutí do většího povědomí veřejnosti a zároveň, aby toto téma nebylo tabuizováno. Sestra, ať už v jakékoliv ze svých rolí jako je poradkyně, ošetřovatelka nebo výzkumnice by měla být nositelkou změn mířících k lepšímu.

## SEZNAM LITERATURY

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

DONÁTH, Vladimír. *Žena v neurologické problematice*. Neurologie pro praxi. 2014, 15(6), 295. ISSN 1213-1814. Dostupné také z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/archiv.php>

GURKOVÁ, Elena. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství*. Fakulta zdravotnických věd. Univerzita Palackého v Olomouci. Olomouc. 2019

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha. Grada, 2010. ISBN 978-802472171-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha. Grada. 2009, ISBN 978-80-247-2713-4

PATOČKOVÁ, Markéta a MACHOVÁ, Alena. *Těhotenství, porod a šestinedělí v souvislosti s epilepsií z pohledu porodní asistentky*. Neurologie pro praxi. 2017, roč. 18, č. 1, s. 44-48. ISSN 1213-1814. Dostupné také z: [https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-2017010010\\_Tehotenstvi\\_porod\\_a\\_sestinedeli\\_v\\_souvislosti\\_s\\_epilepsií\\_z\\_pohledu\\_porodn\\_asistentky.php](https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-2017010010_Tehotenstvi_porod_a_sestinedeli_v_souvislosti_s_epilepsií_z_pohledu_porodn_asistentky.php).

PETRÍKOVÁ, Tereza. *Ošetrovatelská péče o pacienta s epilepsií*. Bakalářská práce. 2018

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha. Grada. 2015. ISBN 978-80-247-5247-1

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

STEHLÍKOVÁ, Petra, MODRÁ, Eva. *Epilepsie: Základní informace o epilepsii*. Praha. Společnost "E". 2016. ISBN 978-80-906432-1-5

STEHLÍKOVÁ, Petra, POKORNÁ, Zuzana, BUŠEK, Petr, ORLÍKOVÁ, Hana, MODRÁ, Eva. *Epilepsie: Žijem s epilepsií*. Praha. Společnost "E", 2016, ISBN 978-80-906432-0-8

TYRLÍKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Neurologie pro nelékařské obory*. Brno. NCO NZO, 2012. ISBN 978-80-7013-54-2.

VAŇKOVÁ, Milena. *Distanční opora kombinovaného a prezenčního studia pro předmět KOS/ZVCP, FZS, ZČU v Plzni*. Plzeň. 2021.

VIGUÉ, Jordi et al. *Atlas lidského těla*. Čestlice: Rebo, 2014. ISBN 978-80-255-0825-1.  
Dostupné také z: <https://dnnt.mzk.cz/uuid/uuid:26def570-a7b6-11e4-a808-005056827e52>

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

ZÁRUBOVÁ, Jana. *Žena a epilepsie*. Praha: Maxdorf, 2013, s. [1]. ISBN 80-7345-041-0.  
Dostupné také z: <https://dnnt.mzk.cz/uuid/uuid:6455ff80-04ec-11e7-91c5-001018b5eb5c>

## SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

*Epistop.cz* [online]. © 2020 [cit. 2022-02-19]. Dostupné z: <https://www.epistop.cz/>

*Společnost E. cz* [online]. © 2020 [cit. 2022-02-19]. Dostupné z: <https://www.spolecnost-e.cz/>

*Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR*, [online]. © 2019 [cit. 2022-02-01]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/purple-day-aneb-svetovy-den-epilepsie>

*Zdraví euro.cz* [online]. © 2007 [cit. 2022-02-19]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/osetrovatelska-pece-o-uzivatele-s-epilepsii-312823>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru

Příloha B – Informovaný souhlas pro participantky

Příloha C – Souhlas s prováděním výzkumu ve FN Plzeň

Příloha D – Rešerše

Příloha E – Informační leták

Příloha F – Kalendáře záchvatů

Příloha G – Čestné prohlášení o řízení motorových vozidel



# PŘÍLOHY

Příloha A – Seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru

## OTÁZKY K POLOSTRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU

### OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU VE FERTILNÍM VĚKU S EPILEPSIÍ

1. Máte dostatek informací o epilepsii a její léčbě?
2. Jaké máte zkušenosti s léčbou epilepsie a užívanými léky?
3. Pozorujete/pozorovala jste nějaké nežádoucí účinky léků?
4. Jak často máte záchvaty? Máte z propuknutí záchvatu obavy?
5. Omezuje Vás v běžném životě dodržování režimových opatření, jako je například dodržování spánkového režimu?
6. Jaké je Vaše zaměstnání? Jak jej nemoc ovlivnila? Máte řidičský průkaz?
7. Čím se zabýváte ve volném čase? Musela jste zájmy přizpůsobit nemoci?
8. Má epilepsie vliv na Vaše rodinné zázemí? Dodává Vám rodina oporu a pocit jistoty?
9. Změnil se Váš pohled na sebe sama v souvislosti s epileptickým onemocněním?
10. Ovlivňuje/ovlivňovalo Vás onemocnění při plánování rodičovství? Jakým způsobem?
11. Je pro Vás plánování rodičovství ze strany epilepsie překážkou? Po případně v jakých konkrétních situacích?
12. Máte při epileptickém onemocnění obavy z těhotenství, porodu a mateřství?
13. Je ještě něco, o co byste se ráda podělila s ostatními pacientkami? Co by jim mohlo být přínosem v životě s epilepsií, pokud budou zveřejněny výsledky naší práce?

*Zdroj: vlastní*

Příloha B – Informovaný souhlas pro participantky

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE:

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU VE FERTILNÍM VĚKU S EPILEPSÍÍ

STUDENT:

Veronika Kovářiková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

[nikakkt@students.zcu.cz](mailto:nikakkt@students.zcu.cz)

VEDOUCÍ BP:

Mgr. Lucie Posseltová

Neurologická klinika, FN Plzeň

[posseltoval@fnplzen.cz](mailto:posseltoval@fnplzen.cz)

## CÍL VÝZKUMU

Sběr dat se zaměřením na specifika u pacientek ve fertilním věku s epilepsií.

S Vaším souhlasem bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený zvukový záznam nebude sdílen nikým jiným, než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po zpracování výzkumu smazány. Citace Vašich odpovědí v rozhovoru budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána a bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na specifické otázky, pokud nebudete sama chtít a můžete také kdykoliv z rozhovoru odstoupit.

## SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já .....

souhlasím s účastí ve výzkumu, který je součástí bakalářské práce. Souhlasím se záznamem na diktafon. rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru, nebo výzkumu odstoupit, a že citace rozhovoru budou použity anonymně. nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:

Datum:

Podpis studenta:

Datum:

*Zdroj: vlastní*

## Příloha C – Souhlas s prováděním výzkumu ve FN Plzeň



**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**  
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči  
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory  
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín  
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Veronika Kovářiková

Studentka oboru Všeobecná sestra

Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

### **Povolení sběru informací ve FN Plzeň**

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku určeného pacientkám *Neurologické kliniky (NERV) FN Plzeň*. Vaše šetření budete provádět – za níže uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „*Ošetrovatelská péče o ženu ve fertilním věku s epilepsií*“. Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra NERV souhlasí s Vaším postupem.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. **Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb.,** o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Případné údaje o zdravotním stavu respondentek, uvedené ve Vaší bakalářské práci, musí být zcela anonymizovány.
- ***Pacientky / respondentky můžete oslovovat pod odborným vedením oprávněného zdravotnického pracovníka, kterým je paní Posseltová Lucie, Mgr., vrchní sestra NERV FN Plzeň.***
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost pacientek / respondentek či zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi pacientky / respondentky pocitovaly jako újmu či s dotazováním nevyslovily souhlas nebo pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců FN Plzeň. Účast respondentů i zaměstnanců na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

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

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň  
tel. 377 103 204, 377 402 207  
e-mail: [chabrovas@fnplzen.cz](mailto:chabrovas@fnplzen.cz)

Zdroj: vlastní



Studijní a vědecká knihovna  
Píseňského kraje

Elektronická nabídka

Studijní a vědecká knihovna Píseňského kraje, příspěvková organizace, Smetanovy sady 179/2, 301 00 Píseň

ICO: 00078077, zapsána u Krajského soudu v Píseň, spis. Zn. Pr 780

ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

Číslo nabídky: 9072021  
Počet stránek: 33

## Ošetrovateľská péče o pacienta s epilepsií

Vypracovala:

Jitka Hausmanová  
listopad 2021

### Způsob uspořádání dokumentu:

### Úvod

Realizace je rozložena na oddíly Křídy a Články a začíná úvodem. Je to dokument určený zdravotníkům a lékařům na první pohled. V oddílech jsou zaměřeny rozklady avedení a sledování signatury, pod kterými je lze v naší knihovně zprostit, a nebo odkazy na jiné články dostupné online. V elektronické podobě můžete obdržet i další potřebné věci a odkazy do knihovny knihoven, zejména SVK PK.

Číslový výměník: 2015-2021

Jazykové výměníky: česká, slovenština, angličtina

Použitá informační zdroje:

Stavoprávní evropská legislativa (online database). Praha: Národní archivní knihovna [cit. 2021-11-12]. Dostupné v systému databáze. Dostupné z: <https://www.zpravy.cz/2021/11/12/stavopravnii-evropska-legislativa>.

Statistický úřad ČR (online database). Praha: Statistický úřad ČR [cit. 2021-11-12]. Dostupné v systému databáze. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/2021/11/12/statisticky-urad-cr>.

Statistický úřad ČR (online database). Praha: Statistický úřad ČR [cit. 2021-11-12]. Dostupné v systému databáze. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/2021/11/12/statisticky-urad-cr>.

Statistický úřad ČR (online database). Praha: Statistický úřad ČR [cit. 2021-11-12]. Dostupné v systému databáze. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/2021/11/12/statisticky-urad-cr>.

Statistický úřad ČR (online database). Praha: Statistický úřad ČR [cit. 2021-11-12]. Dostupné v systému databáze. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/2021/11/12/statisticky-urad-cr>.

Statistický úřad ČR (online database). Praha: Statistický úřad ČR [cit. 2021-11-12]. Dostupné v systému databáze. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/2021/11/12/statisticky-urad-cr>.

Statistický úřad ČR (online database). Praha: Statistický úřad ČR [cit. 2021-11-12]. Dostupné v systému databáze. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/2021/11/12/statisticky-urad-cr>.

Statistický úřad ČR (online database). Praha: Statistický úřad ČR [cit. 2021-11-12]. Dostupné v systému databáze. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/2021/11/12/statisticky-urad-cr>.

Poznámky:

Zaměřeno v oblasti ISD v souvislosti s normou ČSN ISO 9001 (Biologická služba).

Všechny údaje jsou na neobdobí ve 2. polovině, pokud je šlo o jiné období, lze na něj přenést a aktualizovat online katalogem pomocí webového rozhraní.

Dotazy a připomínky lze zaslat na e-mailovou adresu SVK PK, zejména je vhodné zaslat i přílohu s popisem problému a soubor souborů, které jsou předmětem dotazu. E-mailovou adresu najdete na stránkách SVK PK.

U některých článků jsou uvedeny také odkazy na signatury periodik, k dispozici prostřednictvím online katalogu je mnoho dalších zdrojů příslušný rok a svazek (v některých případech i jednotlivé články).

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k opatřením souvisejícím s koronavirovou epidemií se může dokumenty lídit od informací uvedených v této nabídce – o aktuálních možnostech objednávkových dokumentů a přístupových podmínkách výběru a studování se informujte na webu SVK PK nebo kontaktujte speciální studovnu ([studovna@svkpk.cz](mailto:studovna@svkpk.cz), 377200890).

Zpracoval: Jitka Hausmanová  
SVK PK  
MŠ

\* Součástí je nabídka knihovny Hanušovo kněží  
\* máti knihovny služba

Zdroj: vlastní



19. KACIČKOVÁ, Ivana a GRUNDMANN, Milan. Terapeutické možnosti nově aplikovaných antiepileptik v léčbě epilezié. *Acta medicae*. 2018, roč. 6, č. 13, s. 51–54. ISSN 1805-389X.  
**sig SVK PK: 36AA002/2018**
20. MAJFORD, Mark. Recent advances in epilepsy. *Journal of Neurology* [online]. 2017, ro. 264, s. 1611–1624 [vd. 2021-11-12]. ISSN 1432-1459.  
 DOI 10.1007/s00415-017-8394-2. Dostupné z:  
[https://www.researchgate.net/publication/317629558\\_Recent\\_advances\\_in\\_epilepsy](https://www.researchgate.net/publication/317629558_Recent_advances_in_epilepsy)
21. MARUŠIČ, Petr. Poslední nových antiepileptik v klinické praxi a jejich zaměnitelnost. *Neurologie pro praxi*. 2018, roč. 19, č. 5, s. 387–398. ISSN 1213-1814. Dostupné také z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/arkiv/19-05-2018-05-0013>.  
**sig SVK PK: 36AA444/2018**
22. MARUŠIČ, Petr. Rezekční chirurgická léčba epilezié. *Neurologie pro praxi*. 2018, roč. 19, č. 1, s. 16–21. ISSN 1213-1814. Dostupné také z:  
<https://www.neurologiepropraxi.cz/arkiv/19-01-2018-01-0004>. Rezekční chirurgická léčba epilezié. **sig SVK PK: 36AA444/2018**
23. MARUŠIČ, Petr a VOLTEČNÝ, Zdeněk. Epilezié. In: ŠTĚPÁČKOVÁ, Ivana et al. *Moderní farmakoterapie v neurologii. 2. rozšířené vydání*. Praha: Masaryk, 2017, s. 42–76. ISBN 978-80-7346-026-3.  
**sig SVK PK: 3187966** umístění ve volném výběru: 616.8
24. MATĚJLOVSKÁ, Iveta. Epilezié. In: ROKYTA, Richard et al. *Fyziologie a patofyziologie fyziologie pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2019, s. 546–549. ISBN 978-80-247-4867-2.  
**sig SVK PK: 31886511** umístění ve volném výběru: 612
25. NEŽÁDAL, Tomáš. Psychogenní neepileptické záchvaty. *Neurologie pro praxi*. 2015, roč. 16, č. 5, s. 286–289. ISSN 1213-1814. Dostupné také z:  
<https://www.neurologiepropraxi.cz/arkiv/16-05-2015-05-0010>. Psychogenní neepileptické záchvaty. **sig SVK PK: 36AA444/2015**
26. PATOČKOVÁ, Martina a KACIČKOVÁ, Ivana. Třetolenství, porod a šestirodití v souvislosti s epilezií z porodu porodní asistentky. *Neurologie pro praxi*. 2017, roč. 18, č. 1, s. 44–48. ISSN 1213-1814. Dostupné také z:  
<https://www.neurologiepropraxi.cz/arkiv/18-01-2017-01-0010>. Třetolenství, porod a šestirodití v souvislosti s epilezií porodní asistentky. **sig SVK PK: 36AA444/2017**
27. SLONKOVÁ, Jana. Srovnání bezpečnosti antiepileptik během těhotenství. *Corpus et Psyché*. 2015, roč. 6, č. 2, s. 13–14. ISSN 1804-4821.  
**sig SVK PK: 36A1955/2015**
28. ŠTĚPÁČKOVÁ, Kateřina, LAŠŠŮTOVÁ, Petra a VLČKOVÁ, Martina. Genetická příčina epilezií. *Neurologie pro praxi*. 2016, roč. 19, č. 2, s. 92–95. ISSN 1213-1814. Dostupné také z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/arkiv/16-02-2016-02-0004>. Genetická příčina epilezií. **sig SVK PK: 36AA444/2016**
29. ZAFRANOVÁ, Zuzana. Lenitivním v těhotenství. *Corpus et Psyché*. 2016, roč. 6, č. 1, s. 3. ISSN 1804-4821.  
**sig SVK PK: 36AA444/2016**
30. ZAFRANOVÁ, Zuzana. Lenitivním v těhotenství. *Corpus et Psyché*. 2016, roč. 6, č. 1, s. 3. ISSN 1804-4821.  
**sig SVK PK: 36A1955/2016**
31. ZAFRANOVÁ, Jana. Farmakoterapie epilezií z pohledu neurologa, epileptologa, klinické genetiky a farmakce. 2019, roč. 23, č. 2, s. 30–35. ISSN 1213-1814. Dostupné také z: <https://www.klinickagenetika.cz/arkiv/19-02-2019-02-0007>. Farmakoterapie epilezií z pohledu neurologa, epileptologa a klinické genetiky. **sig SVK PK: 36A1955/2019**
32. ZAFRANOVÁ, Jana a MARUŠIČ, Petr. Epilezié dospělých s přetvářejivými záchvaty – jak postoupit. *Neurologie pro praxi*. 2019, roč. 20, č. 4, s. 307–311. ISSN 1213-1814. Dostupné také z: <https://www.solan.cz/arkiv/19-04-2019-04-0012>. Epilezié dospělých s přetvářejivými záchvaty. **sig SVK PK: 36AA444/2019**
33. ZAFRANOVÁ, Jana a MARUŠIČ, Petr. Novinky v léčbě epilezié. *Neurologie pro praxi*. 2021, roč. 22, č. 3, s. 178–181. ISSN 1213-1814. DOI 10.36290/neu.2021.033. Dostupné také z: <https://www.solan.cz/arkiv/21-03-2021-03-0002>. Novinky v léčbě epilezié. **sig SVK PK: 36A1955/21** (č. jeho přírůdku v druhé části přílohy)
- Další doporučené:**  
 HLBOUČKOVÁ, Kateřina et al. Postherpetická epilezié. *Neurologie pro praxi*. 2013, roč. 14, č. 2, s. 76–79. ISSN 1213-1814. Dostupné také z: <https://www.solan.cz/arkiv/13-02-2013-02-0006>. Postherpetická epilezié. **sig SVK PK: 36A2444/2013**
- TOBĚŠKOVÁ, Hana a MČOCKOVÁ, Alena. Rizika léčby epilezií granitinon. *Současná farmakoterapie v neurologii*. 2013, roč. 13, č. 5, s. 26–28. ISSN 1213-1241.  
**sig SVK PK: 36A2929/2013**
- TONK, Aleš. Neuroimagingové metody v těhotenství a během porodu. In: TONK, Aleš et al. *Neurologie pro praxi. 7. vyd.*, zpracované a doplněné vydání. Praha: Masaryk, 2018, s. 203–236. ISBN 978-80-204-6719-4.  
**sig SVK PK: 31887758** umístění ve volném výběru: 616.8
- VOSTALOVÁ, Martina a FIKAROVÁ, Jana. Diagnostická patnáct a uživatele s epilezií. In: *Zdravý čas [online]*. 17. 7. 2007 [vd. 2021-11-12]. Dostupné z: <https://www.nuro.cz/arkiv/07-07-2007-07-0004>. Diagnostická patnáct a uživatele s epilezií. **sig SVK PK: 36A1955/2007**
- ZAFRANOVÁ, Jana. Léčební v graviditě a během těhotenství – aktuální. *Remedia*. 2019, roč. 20, č. 4, s. 372–373. ISSN 0862-8417.  
**sig SVK PK: 36A1955/2019**

Zdroj: vlastní

# Žena a epilepsie

Epilepsie jakož to diagnóza mění člověku celý život. V různých rovinách zasahuje lidem do způsobu žití. Lidé trpící epilepsi se cítí nejistě ohledně svých vyhlídek do budoucna, ohledně dlouhodobé léčby a dodržování denního režimu. Někomu může epilepsie znesnadnit pracovní uplatnění, vztahy, či plánované těhotenství

Léky?

Léčba?

Psychologická pomoc?

Zaměstnání?

Rodičovství?

Řidičský průkaz?

Děti?

**FN** FAKULTNÍ NEMOCNICE  
PLZEŇ

**epi** STOP  
SPOLEČNĚ PROTI EPILEPSII

**SPOLEČNOST.E**

<https://www.fnplzen.cz/nerv>

<https://www.epistop.cz/>

<https://www.spolecnost-e.cz/>

## Příloha F – Kalendáře záchvatů

JMÉHO PACIENTA

R. Č. | | |

<b>ZÁCHVATY</b>	od r.	PID od r.	ŘP
<b>TERAPIE AED</b>			
<b>TYP ZÁCHVATŮ</b>			
klasifikace	popis		značka
aura			
fokální			
fok. kompl.			
sek. generalizovaný			
prim. generalizovaný			

<b>VYŠETŘENÍ</b>	datum	kde	souhrn
EEG			
CT			
MRI			

<b>TYP EPILEPTICKÉHO SYNDROMU</b>		
idiopatický	symptomatický	neurčeno

OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ: ..... TELEFON: .....

### ZÁZNAM ZÁCHVATŮ

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Leden	☾ ☼																																
Únor	☾ ☼																																
Březen	☾ ☼																																
Duben	☾ ☼																																
Květen	☾ ☼																																
Červen	☾ ☼																																
Červenec	☾ ☼																																
Srpen	☾ ☼																																
Září	☾ ☼																																
Říjen	☾ ☼																																
Listopad	☾ ☼																																
Prosinec	☾ ☼																																

POUČENÍ: Každému dni v roce odpovídá svítle postavený obdélníček, rozdělený vodorovnou čarou na dvě části – do horní části se zapisují záchvaty noční, do dolní ve dne. Malý záchvat se označuje odlišně od velkého podle dohody s lékařem nebo zvyku pacienta.



Zdroj: vlastní



**Sdělení pro ženy s epilepsií:**

**Plánujete graviditu nebo jste právě otěhotněla?**

**Doporučujeme :**

- Informujte svého neurologa.
- Ptejte se na optimální postup.
- Vaše těhotenství může být zařazeno do mezinárodního registru EURAP (Evropský registr těhotenství s antiepileptiky).
- EURAP zásadním způsobem přispívá k získávání důležitých informací, které mohou pomoci Vám i všem ženám s epilepsií, které otěhotněly nebo se na těhotenství připravují.

**Národní koordinátorky**

MUDr. Jana Zárubová (Čechy);  
[jana.zarubova@fnmotol.cz](mailto:jana.zarubova@fnmotol.cz)

MUDr. Irena Novotná (Morava);  
[irena.novotna@fnusa.cz](mailto:irena.novotna@fnusa.cz)

**Více informací:**

[www.clpe.cz](http://www.clpe.cz)  
[eurap@lfnmotol.cuni.cz](mailto:eurap@lfnmotol.cuni.cz)

CZ-N-DA-EPI-1900004



## KALENDÁŘ ZÁCHVATŮ

Jméno: _____
Příjmení: _____
Datum narození: _____
Adresa: _____
Telefon: _____
Zdravotní pojišťovna: _____
Zdravotnické zařízení: _____
Ošetřující lékař: _____
Telefon: _____
Medikace: _____
_____
_____
Alergie: _____
_____

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
Leden	■													
Únor	■													
Březen	■													
Duben	■													
Květen	■													
Červen	■													
Červenec	■													
Srpen	■													
Září	■													
Říjen	■													
Listopad	■													
Prosinec	■													

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Záznam záchvatů: Každému dni v roce odpovídá svisle postavený obdélníček, rozdělený vodorovnou čarou na dvě části – do horní se zapisují záchvaty noční, do dolní ve dne. Malý záchvat se označuje modrou čarou, velký červenou.

	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Rok: \_\_\_\_\_

**PŘÍKLAD:**  
 Tři malé záchvaty  
 v noci  
 jeden ve dne

*Zdroj: vlastní*

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

**K odbornému posouzení zdravotní způsobilosti řídit osobní motorové vozidlo z hlediska neurologicko-epileptologického, které činí**

příjmení ..... jméno .....  
datum narození ..... rodné číslo .....  
Bydliště (telefon) ..... č. OP .....

**Toto prohlášení jsem podepsal při plné informovanosti o dosavadním průběhu mého záchvatového onemocnění epilepsí.**

### **Potvrzuji:**

1. Při současné farmakologické léčbě jsem již déle než ..... let bez záchvatu.
2. Nezamlčel jsem ošetřujícímu lékaři žádné informace, které by byly v přímé souvislosti k mému onemocnění a které by mohly ovlivnit jeho rozhodování při posuzování mé způsobilosti řídit motorové vozidlo.
3. Jsem si plně vědom toho, že jakoukoli změnu zdravotního stavu, především ve vztahu k epilepsii, tzn. především výskytu záchvatu, ohlásím ihned ošetřujícímu lékaři a okamžitě přestanu řídit motorová vozidla.
4. Jsem plně informován o nutnosti dodržovat léčebný režim:
  - Pravidelně užívat léky, které mi budou nadále předepisovány.
  - Vyvarovat se požívání alkoholu.
  - Dodržovat pravidelný režim spánku, tzn. nepoužívat motorové vozidlo po probdělé noci či jakékoli nedostatečnosti spánku.
  - Neřídit motorové vozidlo v noci.
5. Oprávnění se bude vztahovat na osobní automobil.

V ..... Dne .....

Podpis žadatele .....