



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Znalosti, postoje, sebedůvěra běžné populace ve vztahu k epilepsii

Vypracovala: Natálie Sobotková

Vedoucí práce: **doc. Mgr. Dana Buršíková, Ph.D.**

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 24. 4. 2019

.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování své vedoucí bakalářské práce doc. Mgr. Daně Buršikové, Ph.D., která mi poskytla v průběhu zpracování bakalářské práce cenné rady, svůj čas a zájem. Ráda bych poděkovala i Mgr. Jiřímu Kohoutovi, Ph.D. za zpracování statistických údajů k praktické části a cenné rady. Velké poděkování patří i všem respondentům za pečlivé vyplnění dotazníků, bez kterých bych svou praktickou část nebyla schopna zpracovat.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem znalostí, postojů a sebedůvěry běžné populace ve vztahu k epilepsii.

Teoretická část práce bude věnována definování základních pojmů souvisejících s epilepsií, vymezení znalostí, postojů, sebedůvěry jak v obecné rovině, tak i v kontextu dané nemoci. Součástí teoretické práce bude přehledová studie věnující se problematice znalostí (obeznámenosti populace) a postojů k epilepsii.

Úkolem praktické části bude zjistit souvislost uváděné míry znalostí, sebedůvěry a postojů ve vztahu k epilepsii u náhodně vybraných jedinců dospělé populace netrpících epilepsií. Výsledky budou diskutovány ve světle odborné literatury.

Klíčová slova: epilepsie, historie epilepsie, znalost, postoj, sebedůvěra

Abstract

The theoretical part of the thesis aims to define the key terms concerning epilepsy, and to specify the knowledge, attitudes and self-confidence both generally and in the context of the disease. The theoretical part is going to include a survey study of the knowledge of the general population about epilepsy and their attitudes towards the disease.

The goal of the research part is to establish a connection between the reported knowledge, self-confidence and attitudes in relation to epilepsy in a random sample of adults not suffering from epilepsy. The results are going to be discussed and compared with the specialist literature.

Keywords: epilepsy, history of epilepsy, knowledge, attitude, self-confidence

OBSAH

ÚVOD	7
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ TÝKAJÍCÍCH SE EPILEPSIE	8
1.1 POJEM EPILEPSIE	8
1.2 POJEM AURA	8
1.3 STATUS EPILEPTICUS.....	9
1.4 MORTALITA.....	9
1.5 ETIOLOGIE EPILEPSIE.....	9
1.6 DIAGNOSTIKA	10
1.7 LÉČBA EPILEPSIE	10
1.8 PRVNÍ POMOC PŘI EPILEPTICKÉM ZÁCHVATU	11
1.9 KOMORBIDITY.....	12
2 KLASIFIKACE EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ	13
2.1 FOKÁLNÍ ZÁCHVATY.....	15
2.2 GENERALIZOVANÉ ZÁCHVATY	15
2.3 NEKLASIFIKOVATELNÉ ZÁCHVATY.....	16
3 HISTORIE EPILEPSIE	17
3.1 INDIE	17
3.2 ČÍNA	17
3.3 STAROVĚK.....	18
3.4 STŘEDOVĚK	19
3.5 RENESANCE.....	21
3.6 19. STOLETÍ.....	22
3.7 20. STOLETÍ.....	22
4 MÝTY O EPILEPSII	24
5 ZNALOST, POSTOJ, SEBEDŮVĚRA VE VZTAHU K EPILEPSII	25
5.1 ZNALOST.....	25
5.2 POSTOJ	26
5.3 SEBEDŮVĚRA	27
5.4 STUDIE ZABÝVAJÍCÍ SE MÍROU ZNALOSTÍ, POSTOJŮ A SEBEDŮVĚRY V SOUVISLOSTI S EPILEPSIÍ	28
5.5 ZNALOSTI, POSTOJE A SEBEDŮVĚRA TŘÍDNÍCH UČITELŮ DĚTÍ S EPILEPSIÍ A BUDOUCÍCH UČITELŮ	30
6 PRAKTICKÁ ČÁST	31
6.1 METODOLOGIE	31
6.2 VÝZKUMNÝ CÍL	32
6.3 PŘEHLED STANOVENÝCH HYPOTÉZ	32
6.4 VÝZKUMNÉ NÁSTROJE.....	33
6.5 PROCES SBĚRU DAT A POPIS SOUBORU RESPONDENTŮ	33
6.6 VÝSLEDKY	36
6.6.1 <i>Ověření hypotézy H1</i>	36
6.6.2 <i>Ověření hypotéz H2 a H3</i>	37
6.6.3 <i>Ověření hypotézy H4</i>	39
6.7 DISKUZE	40
ZÁVĚR	42
SEZNAM LITERATURY	43
SEZNAM GRAFŮ	47
SEZNAM ZKRATEK	47
PŘÍLOHY	48

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce jsou znalosti, postoje a sebedůvěra běžné populace ve vztahu k epilepsii.

Teoretická část práce bude tvořena z pěti kapitol. První kapitola bude pojednávat o vymezení základních pojmů souvisejících s epilepsií. Druhá kapitola se bude zabývat klasifikací epilepsie podle Mezinárodní ligy proti epilepsii a podrobnějším popisem určitých typů záchvatů. Třetí kapitola bude věnovaná popisu historického vývoje vnímání epilepsie a mylným představám o původu epilepsie v daných časových obdobích. Čtvrtá kapitola seznámí čtenáře s mýty o epilepsii, které jsou i v 21. století stále aktuální v povědomí společnosti. Poslední kapitola teoretické části bude mít za úkol definovat pojmy znalost, postoj a sebedůvěra v obecné rovině. Poté se zaměříme na odborné studie z různých částí světa, které se zabývaly těmito pojmy ve vztahu k epilepsii.

Výzkumným cílem praktické části bakalářské práce bude zjistit úroveň znalostí, postojů a sebedůvěry běžné populace ve vztahu k epilepsii. Dílčím cílem bude porovnání míry znalostí, postojů a sebedůvěry u třídních učitelů dětí s epilepsií, která je popsána v práci Buršíkové (2019), a studentů posledního ročníku učitelství ze studie Brabcové et al. (2016) s výsledky získanými v této práci.

Důvodem výběru tohoto tématu byla možnost dozvědět se o problematice epilepsie, neboť to není často diskutované téma v české společnosti a problematika epilepsie není zapsána v povědomí lidí tak, jak by si zasloužila. Dalším důvodem výběru tématu bakalářské práce je můj zájem o tuto tematiku, který je z části tvořen tím, že jsem studentkou společenských věd a anglického jazyka, takže se o společnost jako takovou zajímám.

Dále mě také zaujala možnost prohloubit si znalosti o historickém vnímání nemoci, konkrétně epilepsie, a o mýtech, které stále v dnešní společnosti kolují.

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ TÝKAJÍCÍCH SE EPILEPSIE

V první kapitole se věnujeme definici základních pojmů týkajících se epilepsie. Pro orientaci v problematice daného tématu bude nejprve vysvětlen pojem epilepsie, dále pojem aura, status epilepticus a mortalita. Budeme se věnovat popisu etiologie epilepsie, diagnostice, léčbě epilepsie, poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu a komorbiditám.

1.1 Pojem epilepsie

Epilepsie, v českém jazyce lze nalézt označení padoucnice, je chronické onemocnění mozku, které je charakteristické epileptickými záchvaty (Brázdil, 2003). Toto onemocnění postihuje jedince v jakémkoliv věku bez ohledu na pohlaví. Epilepsie má vliv nejen na behaviorální a kognitivní funkce člověka, ale i na kvalitu jeho společenského života (World Health Organization, 2019). *„Její prevalence (tj. počet pacientů s epilepsií, kteří v posledních 5 letech prodělali alespoň jeden epileptický záchvat), je 0,5-1 % populace. Jinými slovy žije v ČR až 100 000 lidí s tímto onemocněním. Incidence epilepsie ve vyspělých zemích se uvádí mezi 24 a 53 případy na 100 000 jedinců za rok a je významně ovlivněná věkem: nejvyšší je v dětství a adolescenci, dále pak ve stáří“* (Kršek, 2010, s. 106).

1.2 Pojem aura

Jak je uvedeno již v předchozí podkapitole, epilepsie je doprovázena epileptickými záchvaty, jejichž počátek je epileptik schopen rozpoznat prostřednictvím „aury“. Aura je varovným signálem, jenž ohlašuje příchod záchvatu v podobě různých subjektivních pocitů. Většinou k auře dochází několik málo vteřin před samotným záchvatem, ale není výjimkou, že se záchvat dostaví až hodinu poté, co aura proběhne. Častými typy jsou aury vizuální, kdy jedinec vidí záblesky světla, tmavé skvrny nebo „oslepne“. S aurou čichovou je spojena určitá nepříjemná vůně, zatímco pro sluchovou auru je typické zvonění a bzučení. Častá je i aura chuťová (Shouri, 2019). *„Je-li pacient schopen svou auru popsat, může to být důležitým vodítkem k lokalizaci zóny záchvatů“* (Kršek, 2010, s. 107).

1.3 Status epilepticus

„Pokud záchvat nebo série záchvatů bez návratu vědomí trvá déle než 5 minut, považujeme ho za tzv. status epilepticus („epileptický stav“), což je život ohrožující stav, který je nutno velmi intenzivně léčit“ (Stehlíková & Modrá, 2017, s. 6). „U části nemocných je rozvoj status epilepticus zapříčiněn akutním onemocněním mozku (cévním, zánětlivým, nádorovým, úrazovým či jiným). Čím déle epileptický status trvá, tím je nebezpečnější“ (Vojtěch, 2010, s. 10).

1.4 Mortalita

Mortalita neboli úmrtnost je demografický ukazatel udávající podíl zemřelých z určité skupiny za určité časové období. Mortalita epileptiků je trojnásobně vyšší než ve zdravé populaci. Jedna z nejčastějších příčin vysoké mortality, kromě sebevražd, již zmíněného status epilepticus a fatálních úrazů při záchvatu, je SUDEP (Procházka, 2011). *„Náhlé nevysvětlitelné úmrtí při epilepsii (SUDEP, z anglického Sudden Unexplained Death in Epilepsy) je vzácnou příhodou, kdy obyčejně jinak zdravý pacient trpící epilepsií je nalezen mrtev a ani pitva neodhalí příčinu jeho smrti“ (Vojtěch, 2010, s. 10). Náchylnější k SUDEP jsou jedinci trpící symptomatickou epilepsií než idiopatickou a riziko výskytu se zvyšuje s věkem. Různé studie dokazují, že ve většině případů SUDEP postihuje jedince ve věku od 20 do 40 let, a to převážně muže (Vojtěch, 2005).*

1.5 Etiologie epilepsie

Podle etiologie je epilepsie dělena na strukturální, genetickou, infekční, autoimunitní, metabolickou a neznámého původu. Strukturální příčina epilepsie je charakteristická anatomickou odchylkou mozku, kterou lze rozpoznat pomocí magnetické rezonance. Ona anatomická odchylka může být způsobena řadou poškození mozku již v perinatálním (porodním) období, mozkovými nádory či následky úrazů. První epileptických záchvat se může projevit až delší dobu poté, co k úrazu došlo, a to dokonce po několika letech.

Druhým typem příčin epilepsie je příčina genetická, která je ovlivněna genetickými předpoklady, jež jsou u každého jedince různě silné, a exogenním prostředím. *„Epilepsie v tomto pohledu až na výjimky není dědičná nemoc, jinými slovy epilepsie jako nemoc se nepředává z matky nebo otce na dítě“ (Stehlíková & Modrá, 2017, s. 17). Pro tento typ příčiny epilepsie je věková vázanost, kdy se epilepsie projeví v určitém věku a některé v určitém věku vymizí.*

Epilepsie, která vznikne po prodělání meningitidy či encefalitidy, což jsou záněty mozku způsobené viry a bakteriemi, je způsobena příčinou infekční.

V případě, že zánět vznikne v imunitním systému jedince, čímž se obrátí proti vlastnímu organismu, jedná se o příčinu autoimunitní.

Dalším typem příčin vzniku epilepsie je příčina metabolická. „*V dětském věku se setkáváme s epilepsií u různých dědičných metabolických poruch. Jedná se převážně o velmi vzácná onemocnění, jejichž diagnostika a léčba se soustřeďuje do specializovaných center*“ (Stehlíková & Modrá, 2017, s.17).

V případě, že lékaři nejsou schopni s jistotou určit příčinu epilepsie, je tato nemoc léčena jako epilepsie, u které lékaři příčinu znají. Tento typ příčin je řazen do kategorie neznámého původu (Stehlíková & Modrá, 2017).

1.6 Diagnostika

Pro určení diagnózy epilepsie a následnou klasifikaci epileptických záchvatů je důležitá tzv. anamnéza, kterou zjišťuje neurolog-epileptolog. Při určování anamnézy jsou důležité i poznatky okolí pacienta, které je schopno popsat průběh, délku trvání a projevy záchvatu. Pro správnou diagnózu je důležité, aby pacient nezatajoval žádné informace o svém předešlém i současném zdravotním stavu a informoval lékaře o jakýchkoliv změnách, poraněních či úrazech. Cílem lékaře je snaha zjistit příčinu epilepsie, která může být různá, jak už bylo zmíněno v předchozí podkapitole, a díky tomu zvolit i vhodnou léčbu. Existuje několik speciálních vyšetření, která jsou nápomocná při diagnostice epilepsie. Často využívaná je elektroencefalografie (EEG), magnetická rezonance (MRI) a počítačová tomografie (CT) (Stehlíková & Modrá, 2017).

1.7 Léčba epilepsie

K léčbě epilepsie se přistupuje v případě jasné diagnózy této nemoci nebo při opakovaných záchvatech přesto, že pacient dodržel protizáchvatový režim (Seidl, 2015).

Neurologové využívají tzv. třístupňový diagnostický a terapeutický systém, jehož prostřednictvím se snaží pro pacienta najít nejvhodnější léčbu, aby byla co nejúčinnější a zároveň bezpečná. Lékaři se snaží nejen pacienta léčit, ale být mu i psychickou oporou a případně jeho i rodinu směřovat na odborná psychologická pracoviště (Vojtěch, 2005).

V dnešní době existuje několik způsobů léčby epilepsie. Jedním z nich je užívání antiepileptik, na které většina pacientů dobře reaguje. K léčbě antiepileptiky se přistupuje, pokud není příčina známá (Seidl, 2015).

Je-li léčba úspěšná, neboli jedinec již epileptickými záchvaty netrpí, lze hovořit o kompenzované epilepsii (Vojtěch, 2005). Zvolení vhodných antiepileptik pro zmírnění projevů epilepsie se odvíjí od typu epileptického záchvatu, jímž jedinec trpí (Seidl, 2015).

V případě, že antiepileptika nemají žádné pozitivní účinky na zmírnění záchvatů, se jedná o farmakorezistentní (nekompenzovanou) epilepsii a přichází v úvahu chirurgický zákrok (Seidl, 2015). U farmakorezistentních pacientů se mohou objevit vedlejší účinky léčby. *„Mezi rizika delšího průběhu farmakorezistentní epilepsie patří vyšší úmrtnost, častější úrazy, kognitivní (mentální) a psychiatrické poruchy, zátěž plynoucí z nutnosti opakovaných hospitalizací (...) i vyčlenění z kolektivu (tzv. stigma) (Stehlíková & Modrá, 2017, s. 25).*

Důležitým opatřením v léčbě je prevence a správná životospráva epileptika. *„Nebezpečné je pro děti i dospělé s epilepsií nadměrné a dlouhodobé fyzické nebo psychické zatížení. (...) je dobré zkontrolovat a případně upravit zařízení bytu a míst, kde se nejčastěji pohybuje“ (Stehlíková & Modrá, 2017, s. 22).* Pro epileptika je důležitý dostatek kvalitního a pravidelného spánku, pitný režim, předcházení stresovým situacím, abstinence alkoholu a drog, i když není možné s jistotou určit, jaká dávka alkoholu má vyvolávací účinek, neboť je to individuální (Stehlíková & Modrá, 2017).

Léčbu je možno ukončit nejdříve po 3 letech, pokud se u pacienta během tohoto časového období neobjevil žádný epileptický záchvat (Seidl, 2015).

1.8 První pomoc při epileptickém záchvatu

Diskutovaným tématem je, kdy volat rychlou záchranou službu, pokud jsme svědky epileptického záchvatu. Pavel Kršek (2012) uvádí, že *„v případě generalizovaných tonicko-klonických záchvatů je nutné přivolat RZS, pokud:*

- 1. Jde u žáka o první záchvat v životě (resp. od rodičů nemáte informaci o tom, že by se dítě pro epilepsii léčilo).*
- 2. V průběhu záchvatu došlo ke zranění (úder do hlavy, pokousání jazyka apod.).*
- 3. Záchvat trvá déle než 5 minut nebo jeden záchvat přechází do druhého bez toho, aby se dítě probralo k plnému vědomí (jedná se o tzv. hrozící status epilepticus, což je život ohrožující stav“ (Kršek et al, 2012, s. 17).*

1.9 Komorbidity

Epilepsie je doprovázena řadou poruch, které mají vliv na prožívání a chování jedince. Objevují se problémy s učením, chováním, a dokonce problémy psychologické. Tyto problémy mají různou intenzitu závažnosti. V nejzávažnějších případech dochází k významnému narušení intelektu či poruchám autistického spektra a depresím. Mohou se dostavit i motorické poruchy, poruchy spánku či poruchy trávicí soustavy (Marusič, 2018).

2 KLASIFIKACE EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ

Tato kapitola je věnovaná klasifikaci epileptických záchvatů, kterou uznala Mezinárodní liga proti epilepsii (International League Against Epilepsy, zkráceně ILAE) v roce 2017. Tato klasifikace vychází z předchozí klasifikace z roku 1981. Dále se věnujeme definicím fokálních a generalizovaných záchvatů, které budou popsány podrobněji, a neklasifikovatelným záchvatům.

„Záchvat je definován jako přechodný výskyt symptomů vznikajících v důsledku abnormální synchronní (epileptické) neuronální aktivity v mozku“ (Marusič, 2018, s. 33).

Záchvaty dělíme na:

- I. *Fokální*
 - A. *Bez poruchy vědomí*

 - B. *S poruchou vědomí*

-záchvaty bez poruchy vědomí a s poruchou vědomí dále dělíme na:

- I. *Motorické*
 - a. *automatismy*
 - b. *atonické*
 - c. *klonické*
 - d. *epileptické spasmy*
 - e. *hyperkinetické*
 - f. *myoklonické*
 - g. *tonické*

2. *Bez motorických projevů*

- a. *autonomní*
- b. *záraz v chování*
- c. *kognitivní*
- d. *emoční*
- e. *senzorické*

C. *Fokální přecházející do bilaterálního tonicko-klonického záchvatu*

II. *Generalizované*

1. *Motorické*

- a. *tonicko-klonické*
- b. *klonické*
- c. *tonické*
- d. *myoklonické*
- e. *myoklonicko-tonicko-klonické*
- f. *myoklonické-atonické*
- g. *atonické*
- h. *epileptické spasmy*

2. *Bez motorický projevů – absence*

- a. *typické*
- b. *atypické*
- c. *myoklonické*
- d. *s myokloniemi více*

III. *Neklasifikovatelné epileptické záchvaty (Marusič, 2018, s. 33)*

2.1 Fokální záchvaty

„Jsou definovány jako záchvaty, u nichž počáteční klinické projevy a/nebo EEG změny svědčí pro začátek záchvatu v části jedné mozkové hemisféry“ (Kršek, 2010, 107).

Fokální záchvaty můžeme rozdělit na simplexní, kdy není narušené vědomí a komplexní, kdy dochází k poruše vědomí a *„při kterých dotýčný na své okolí nereaguje adekvátně k dané situaci, není si vědom svého počínání, často si ani záchvat nepamatuje“ (Stehlíková & Modrá, 2017, s. 5).*

2.2 Generalizované záchvaty

„U záchvatů generalizovaných ukazují iniciální klinické a/nebo EEG změny na současný začátek v obou mozkových hemisférách, což ovšem neznamená, že by byl záchvatu nutně účasten celý mozek“ (Kršek, 2010, s. 107).

Mezi generalizované záchvaty řadíme absence, myoklonické záchvaty, klonické záchvaty, tonické záchvaty, tonicko-klonické záchvaty a atonické záchvaty.

Absence nemusí být zprvu rozpoznána jako záchvat. Jedná se o častý typ záchvatu vyskytující se převážně u dětí. Záchvaty jsou často doprovázeny trhavými záškuby. Lze hovořit o atypické absenci, pokud záchvat trvá déle než 10 sekund (Shouri, 2019).

Myoklonické záchvaty jsou charakteristické náhlými a krátkými záškuby svalů (Shouri, 2019).

Pro klonické záchvaty jsou typické náhlé a krátké záškuby tak, jak je tomu u myoklonický záchvatů, s tou výjimkou, že se ony záškuby opakují od několika sekund po minutu. Tyto záchvaty jsou relativně vzácné a objevují se hlavně u kojenců (Shouri, 2019).

K tonickým záchvatům dochází obvykle ve spánku a trvají méně než 20 sekund. Během záchvatu dochází ke ztuhnutí svalstva rukou, nohou a zad, což má za následek možný pád (Shouri, 2019).

Největší povědomí má běžná populace o tonicko-klonických záchvatech. Tento záchvat může trvat až 3 minuty a dochází při něm k náhlé ztrátě vědomí. V některých případech pacient ztrácí kontrolu nad vyměšováním. Po probuzení se dostávají pocity ospalosti, zmatenosti či deprese (Shouri, 2019).

Při atonickém záchvatu je riziko poranění vysoké, neboť dochází k náhlému uvolnění svalstva, a to vede ke ztrátě koordinace a následnému pádu (Shouri, 2019).

2.3 Neklasifikovatelné záchvaty

O záchvatu jako neklasifikovatelném mluvíme tehdy, pokud nemáme dostatek důkazů na to, abychom s jistotou určili, zda se vůbec o záchvat jednalo, a proto je lepší jej neklasifikovat (Kršek, 2010).

3 HISTORIE EPILEPSIE

Tato kapitola je věnovaná popisu historického vývoje vnímání epilepsie a mylným představám o původu epilepsie v daných časových obdobích.

První zmínky o epileptickém záchvatu můžeme nalézt již v Mezopotámii mezi lety 1067–1046 př. n. l. v babylónské lékařské učebnici *Sakkiku*, ve které je pojmenováno několik epileptických záchvatů, jejichž označení se používají dodnes, například generalizované a gelastické. Babylóňané se domnívali, že epilepsii způsobovali démoni a duchové, a proto byla léčba čistě duchovní. Mezi používané praktiky patřily exorcismus, amulety a masti (Ahmed & Bin Hassan, 2014).

3.1 Indie

Představa indické medicíny o původu chorob spočívala v božím trestu či působení zlých démonů, a proto bylo potřeba s bohy žít v souladu. Lidé bohům přinášeli zvířecí i lidské oběti, prosili je o milost a někdy si trest museli vytrpět v podobě nemoci. Léčitelskými schopnostmi neoplývali jen bohové, ale i rostliny.

S ájurvéderskou medicínou úzce souviselo náboženství a především astrologie. Jejich vzájemný vztah byl popsán v díle *Viramsihavaloka*. Astrologové vycházející z tohoto textu určovali původ a symptomy chorob prostřednictvím uspořádání hvězd, s nimiž souvisely určité části těla. Díky této souvislosti mohl astrolog předepsat správnou léčbu pro pacienta (Porter, 2013). Pojednání ájurvéderské medicíny o epilepsii najdeme ve starověkém indickém textu *Charaka Samhita*, za jehož autora je považován lékař Atreya. Epilepsii definoval pomocí termínu *asmara*, jež se překládá jako ztráta vědomí. Tato nemoc byla charakteristická halucinacemi, záškuby jazyka a očí. Zabýval se i faktory, které způsobovaly vznik záchvatů, což byla například horečka, vnitřní krvácení či nadměrné množství pohlavních styků. Atreya se tedy domníval, že epilepsie je duševní onemocnění, nikoliv dílo démonů (Daras, Bladin, Eadie & Millet, 2008).

3.2 Čína

Čínská medicína byla charakteristická odmítavým postojem vůči novým vlivům, které přicházely zvenčí. I přes toto tvrzení čínská medicína byla po staletí ovlivňována Indií, Tibetem, střední a jihovýchodní Asií. Díky vlivu Indie do Číny proniklo nové náboženství – buddhismus – s nímž souvisela důležitá role duše a jejího spasení. Na základě dobročinné aktivity vznikaly klášterní špitály a ošetrovatelská zařízení, která sloužila k péči o choré.

Služby vysoce vzdělaných lékařů využívali pouze obyvatelé z vyšší a střední vrstvy, zatímco chudí obyvatelé se museli spokojit se službami lidových léčitelů. Čínští lékaři v rámci přírodní filosofie považovali lidský organismus za mikrokosmos, jenž bylo možné pochopit z hlediska *čchi*, *jin* a *jangu* a *wu-sing* (pět základních živlů). *Čchi* je energie nezbytná k životu i základním principem přírody. Pokud člověk o své *čchi* pečoval, jeho tělesné funkce pracovaly správně, a proto byl zdravý. Když své *čchi* zanedbával, došlo ke vzniku chorobných stavů neboli *ping*, které byly důsledkem nerovnováhy *jin* a *jangu*. *Jin*, jenž představoval růst, a *jang*, jenž představoval pohyb, jsou dvě protichůdné navzájem prostupující se síly, které jsou obsažené ve vesmíru. *Wu-sing* zahrnovalo pět základních živlů: dřevo, oheň, země, kov a voda. Každý z těchto živlů se vyznačoval specifickou aktivitou v lidském těle (Porter, 2013).

Lékaři pátrali po původu nemocí, který podle nich spočíval ve vnitřní poruše lidského těla či vlivu chladu, vlhka nebo nákazy. Lidé také věřili v působení démonů a zlých duchů na lidskou duši, k jehož zbavení bylo nutné provádět exorcismus, magii či užívat léčivé rostliny (Porter, 2013).

V období antické Číny byla vypracována kniha *Huang De Nei Ching*, ve které jsou obsaženy klasifikace epileptických záchvatů prostřednictvím analogie se zvířecími zvuky. Příčinou epilepsie, o které se uvažovalo jako o vrozené chorobě, byla nerovnováha mezi *jin* a *jang* či mezi *wu-sing*, jež se dala obnovit pomocí léčebných rostlin (Daras, Bladin, Eadie & Millet, 2008).

3.3 Starověk

Základním prvkem starověké medicíny byla víra v uzdravení se za pomoci božských sil a léčivých rostlin, které byly hojně využívány lidovými léčiteli a kněžími k léčení pacientů, kterým měli být spíše psychickou oporou a společníkem (Porter, 2013).

Řekové vinili z existence choromyslnosti a duševních chorob bohy, a proto věřili, že epilepsie, která byla považována za tzv. *miasma*, což je řecké označení pro znečištění, byla důsledkem seslání hněvu řecké bohyně a zosobnění Měsíce Selény na hříšníky. Ve Spartě bylo zvykem omývat nově narozené děti nikoliv čistou vodou, nýbrž vínem. Důvodem byla snaha matek zjistit, zda jejich dítě trpí epilepsií, či nikoliv. Pokud dítě bylo postiženo epilepsií, políť vínem způsobilo jedinci záchvat, zatímco zdravé dítě se stalo odolnějším.

Dle Hippokrata, jednoho z nejvýznamnějších lékařů své doby, by měla být právě žena trpící epilepsií obětována Artemis, bohyni lovu a Měsíce, která byla zodpovědná za smrt žen po porodu (Magiorkinis, Sidiropoulou & Diamantis, 2010).

Blíže se Hippokratés epilepsií a jejími symptomy zabýval ve spisu *O svaté nemoci*. Odmítl dosavadní ideu provázanosti psychických nemocí s božskou vůlí. Svě předchůdce, kteří nebyli schopni nalézt možnosti léčby epilepsie, a proto tuto nemoc označili za boží vůli, považoval za šarlatány. Hippokratés označil epilepsii jako „velkou nemoc“, a proto vznikl i pojem *grand mal* neboli velký záchvat. Mezi faktory, které ovlivňují výskyt epileptických záchvatů, řadil teplotní změny klimatu, úžeh, pláč a strach. Zatímco pro dospělého člověka není epilepsie smrtelně nebezpečná, pro jedince, u kterých se epilepsie objeví již v raném věku, jsou následky fatální a končí smrtí. Prevenci proti epilepsii v pubertě viděl v manželství a těhotenství. V každém případě doporučoval očistný půst, kdy se tělo zbaví toxických látek a tím předejde výskytu epilepsie (Magiorkinis, Sidiropoulou & Diamantis, 2010).

Dalším neméně známým řeckým lékařem byl Galénos, jenž se snažil o zdokonalení Hippokratova odkazu a navrhoval různé druhy prevence, například upravení jídelníčku. Další významnou osobností antického Řecka byl filosof Platón, který se ve svém díle *Zákony* zabýval problematikou a potrestáním obchodníků, kteří prodávali otroky s epilepsií (Magiorkinis, Sidiropoulou & Diamantis, 2010).

Jeho žák, významný antický filosof Arisotelés, pojednával o vzniku epilepsie. Tvrdil, že výpary z pokrmů vstupovaly do mozku člověka a během spánku sestoupily do zbytku těla a tím způsobily onen vznik epilepsie (Ahmed & Bin Hassan, 2014).

3.4 Středověk

Středověká medicína navázala na Galénův odkaz, o jehož systematizaci se zasloužil řecký lékařský spisovatel Oribasius. Tím vznikla jistá představa o galénismus, jenž měl vliv na medicínu po dlouhá století. Galénos kladl u lékařů důraz na znalost a pochopení filosofie, která byla neodmyslitelnou součástí tehdejší medicíny (Porter, 2013).

Velký vliv na smýšlení o choromyslnosti a duševních poruchách ve středověku mělo křesťanství a s ním spojený dogmatismus a symbolismus. Pro toto období je typické prolnutí medicíny a křesťanství, což vedlo k jistému zpomalení rozvoje oné medicíny. Lidé věřili, že každé tělo má duši, za kterou se musí modlit k Bohu, aby ji spasil a mohla přijít do nebe.

Křesťané se domnívali, že duševní poruchy měly svou příčinu v Božím trestu. Duševně choří byli nařknuti z posednutí ďáblem či čarodějnictví, které poté vedlo k rozšířenému honu a upalování (Porter, 2013).

Mnohé teze byly přejímány od antických filosofů a lékařů, takže se v řadě případů jednalo o pouhou rekapitulaci předchozích myšlenek (Cohen, 1976).

S léčbou epilepsie byli úzce spojováni svatí, ke kterým se obraceli věřící, aby se za ně u Boha přimluvili. Svatí byli považováni za patrony různých nemocí. Počet patronů epilepsie se vyšplhal až na čtyřicet jedinců. Jedním z nejznámějších byl svatý Valentin, jenž je v dnešní době spojován s dnem všech zamilovaných (Lee, n. d.).

Arabsko-muslimská medicína převzala několik poznatků ze starověkého Řecka, kdy se převážně používaly léčivé rostliny. Léčitelé v islámských státech věřili v existenci *džinnů*, kteří způsobovali choromyslnost a jiné chorobné stavy. Pro člověka nepředstavoval takové nebezpečí jako *al-ajjn*, neboť s džinem bylo možné smlouvat, a dokonce mohl člověku přinést i štěstí. *Al-ajjn* známý pod pojmem „ďábelské oko“ byl zlou silou, která způsobovala nemoci pouhým pohledem. Zlé duchy bylo možné přelstít různými rituály a obřady skrze magii. Dodržováním rutinních návyků mohl jedinec předcházet vlivu těchto zlých sil. Významnou osobností arabsko-muslimské medicíny byl Hunajn ibn Ishák, na Západě známý jako Johannitius, který cestoval po Byzantské říši a shromažďoval Galénovy spisy, které následně přeložil do arabštiny. Díky tomu měli lékaři přístup ke starověkým textům, z nichž čerpali poznatky o lidském těle (Porter, 2013).

V díle *Fyzika duchovna* muslimský lékař Muhammad ibn Zakarijá al-Rází, slavný pod jménem Rházes, využíval filosofii k popisu choromyslnosti. Tvrdil, že praxe léčitele a jeho vlastní zkoumání je důležitější než čtení starověkých spisů, a v tom spočívala Rházesova kritika Galéna, kterou zachytil v díle *Pochybnosti o Galénovi* (Porter, 2013). Rházes tvrdil, že pro epileptický záchvat jsou typické křeče, kdy se jedinec skoulí na zem a dochází k úniku moči a stolice (Ahmed & Bin Hassan, 2014).

Důležitou osobou v arabsko-muslimské medicíně byl Avicenna, celým jménem Abú al-Husajna ibn Abdalláh ibn Sína, který se zasloužil o shrnutí Hippokratova a Galénova odkazu v díle *Kanón lékařství*, jenž měl velký vliv na medicínu v islámských i křesťanských zemích po další staletí. Je považován za ideál spočívající ve spojení filosofie a medicíny tak, jak to hlásal Galén (Porter, 2013).

Epilepsii definuje jako poruchu, pro kterou jsou charakteristické křeče, deprese, brnění jazyka, noční můry a smutek. S Rházesem se shodl na prevenci proti vzniku epileptických záchvatů, která spočívala ve vyhýbání se extrémním výkyvům počasí, plavání, dlouhotrvajícímu koupání a lesklým předmětům. Předcházet epileptickým záchvatům bylo možné i vhodnou stravou (Ahmed & Bin Hassan, 2014).

Arabsko-muslimští lékaři kladli důraz na šíření znalostí prostřednictvím kopírování spisů významných léčitelů a filosofů. Z arabštiny bylo přejato několik odborných lékařských pojmů, které používáme doposud, například droga, alkohol, sirup. Arabská medicína se zasloužila o objev a přínos nových léčivých látek a technik, jako filtrace, destilace, sublimace (Porter, 2013).

3.5 Renaissance

Období renesance je datováno od začátku 13. století, které se vyznačovalo objevením nových aspektů kultury a umění a návratem k antickému ideálu. Došlo k znovuoživení původních poznatků a názorů antických myslitelů a lékařů, a to zejména již zmiňovaného Galéna. Bylo zapotřebí nových překladů řeckých spisů, neboť spisy napsané v arabštině a středověké latině byly se svou složitou terminologií zavádějící. Humanističtí vzdělání lékaři odmítali ideu, že za chorobnými stavy stojí nepoměr tělesných šťáv, magie či zlé síly, a uvažovali o božské příčině různých nemocí (Porter, 2013).

Zájem společnosti o duševní poruchy se prohluboval, a to díky zaměření se na člověka jako na středobod vesmíru, jenž byl ovlivňován silami dobra a zla, a na jeho duši (Porter, 2013).

Za příčinu epileptických záchvatů v renesanční éře byly považovány chemické výpary. Problematikou účinku jedovatých výparů na vznik epileptických záchvatů se zabýval francouzský lékař Joannes Fernelius, který tvrdil, že výpary ovlivňují správnou funkci mozku. Samuel Tissot, lékař ze Švýcarska, vyvrátil pověry spojené s účinky měsíce na vznik epileptických záchvatů. Dle jeho názoru nadměrná onanie mohla způsobovat epilepsii, a v takovýchto případech se přistoupilo ke kastraci či ženské obřízce. Tato metoda se praktikovala do roku 1881, kdy došlo k vyvrácení této teorie britským neurologem Williamem Gowersem (Ahmed & Bin Hassan, 2014).

3.6 19. století

Období 19. století bylo charakteristické revolucemi. Jednou z nich byla průmyslová revoluce, kdy došlo k velkým změnám v rámci rozložení měst a práce. Lidé se začali stěhovat z venkova do velkých měst za cílem pracovat v industrializovaných továrnách. Docházelo k rapidnímu růstu počtu obyvatel a tím spojenému výskytu chudoby a nemocí. Ve společnosti docházelo k novým objevům, jako byl parní stroj, elektřina a automobily. Na začátku 19. století došlo k velkému rozvoji i v oblasti medicíny, kdy začaly finance přicházet nejen od mecenášů, ale i od státu, a proto vznikaly nové instituce, možnosti léčby a přístupy k teoriím nemocí. Místo studia medicínských textů lékaři během revoluce věnovali pozornost pacientům, čímž získávali praxi (Porter, 2013).

Pro období 19. století je významné samostatné vymezení neurologie jako nové vědy. Pochopení problematiky epilepsie jako mozkové dysfunkce rapidně vzrostlo, a to zejména v Evropě a Severní Americe. Důležitým milníkem byl rok 1857, kdy na svět z rukou Sira Charlese Lococka vzešlo první účinné antiepileptikum nazývané bromid, které se používalo do roku 1912, kdy bylo užívání bromidu vytlačeno fenobarbitalem, jenž vynalezl Alfred Hauptman. Ve stejném roce 1857 v Londýně byla postavena nemocnice pro jedince postižené epilepsií (Epilepsy Canada, n. d.).

Významnou osobností epileptologie byl londýnský neurolog John Hughlings Jackson, který působil v National Hospital for Paralysed and Epileptic. Napsal několik rukopisů, ve kterých se zabýval epilepsií. Tvrdil, že příčina vzniku záchvatů je v šedé hmotě mozkové, ze které vycházejí silné a rychlé výboje. Jeho popisy parciálních simplexních záchvatů vedly k eponymii „Jacksonské epilepsie“ (Panteliadis, Vassilyadi, Fehlert, & Hagel, 2017).

3.7 20. století

V roce 1904 americký neurolog William Spratling ve svém díle *Epilepsy and Its Treatment* zavedl termín *epileptolog*, který použil k pojmenování lékaře, jenž se zabýval studiem epilepsie. S rapidním nárůstem zájmu o epilepsii ve 20. století je spojen vznik několika organizací zabývajících se touto nemocí, jako International League Against Epilepsy (ILAE), která dodnes vydává časopis pojednávající o epilepsii *Epilepsia*, a American Epilepsy Society (AES) (Panteliadis, Vassilyadi, Fehlert, & Hagel, 2017).

Důležitou událostí bylo použití elektroencefalografu, zkráceně EEG, poprvé u člověka německým psychiatrem Hansem Bergerem v roce 1924, jenž jako první použil termín elektroencefalograf. Díky tomuto přístroji byli lékaři schopni nejen rozpoznat druhy epileptických záchvatů, které byly způsobeny elektrickými výboji v mozku, ale i nalézt vhodné neurochirurgické postupy léčby (Epilepsy Canada, n. d.).

Během první poloviny 20. století docházelo k velkému objevu nových léků, jako fenobarbitalu a v roce 1938 fenytoinu, jejichž prostřednictvím bylo možné epileptické záchvaty regulovat (Epilepsy Canada, n. d.). V roce 1951 se francouzský neurolog Henri Gastaut zabýval vlivem světla na pacienty trpící epilepsií. Zjistil, že u epileptických jedinců po vystavení blikajícímu světlu dochází k záchvatu. Tento druh epilepsie označil za fotosenzitivní epilepsii. V 70. letech 20. století byly vynalezeny zobrazovací metody jako CT neboli výpočetní tomografie, v 80. letech MRI neboli magnetická rezonance a PET neboli pozitronová emisní tomografie, které usnadňovaly určování diagnózy a léčbu epilepsie (Panteliadis, Vassilyadi, Fehlert, & Hagel, 2017).

4 MÝTY O EPILEPSII

V této kapitole je uvedeno několik mýtu o epilepsii, které stále přetrvávají ve společnosti 21. století. Jsou zde uvedena i fakta vyvracející tyto mýty.

1. *Epilepsie je nakažlivá anebo se s ní musíte narodit.*

- *Epilepsie v žádném případě není nakažlivá. Často se objevuje v raném dětství a v mladé dospělosti, ale může se projevit v jakémkoliv roce života. Epilepsie se může rozvinout i u válečných veteránů, jejíž příčinou je většinou traumatické poranění mozku, ke kterému může dojít během autonehody, pádu i rvačky.*

2. *Lidé trpící epilepsií jsou zdravotně postižení, nemohou řídit a nemohou pracovat.*

- *Lidé s tímto onemocněním mají stejné schopnosti a intelekt jako kdokoli jiný. Epileptici jsou kariérně úspěšní i v náročných zaměstnáních a najdeme je v oblastech podnikání, vláde, umění a spoustě dalších.*

3. *Lidé trpící epilepsií nemohou být rodiči.*

- *Epilepsie nijak neovlivňuje reprodukční proces.*

4. *Při epileptickém záchvatu může jedinec spolknout svůj jazyk.*

- *Fyzicky není možné, aby člověk spolknul svůj jazyk, avšak při záchvatu může dojít k zablokování dýchacích cest, a proto bychom měli jedince obrátit na bok a v žádném případě bychom mu neměli nic vkládat do úst.*

5. *Osoba, která má záchvat, by měla být znehybněna.*

- *Je doporučeno odstranit ostré předměty v blízkosti epileptika a podložit mu hlavu, nikoliv se ho snažit znehybnit.*

6. *Vždy je potřeba volat sanitku, když má jedinec záchvat.*

- *Pokud záchvat netrvá déle než 5 minut nebo nedojde k sérii záchvatů, tak je zřídka nutné volat sanitku. Existují léky, kterými lze zastavit opakující se záchvaty. Celkově bychom měli nechat záchvatu volný průběh (Disabled World, 2018). (překlad vlastní)*

5 ZNALOST, POSTOJ, SEBEDŮVĚRA VE VZTAHU K EPILEPSII

Tato kapitola je věnovaná definici základních pojmů v obecné rovině. Poté se zaměříme na odborné studie z různých částí světa, které se zabývaly těmito pojmy ve vztahu k epilepsii.

5.1 Znalost

Nejjednodušeji lze definovat pojem znalost jako „*schopnost člověka nebo jakéhokoli jiného inteligentního systému uchovávat, komunikovat a zpracovávat informace do systematicky a hierarchicky uspořádaných znalostních struktur*“ (Jonák, 2003).

Znalost je ovlivněna předchozí zkušeností a nabytými vědomostmi.

Tondl (2002) uvádí, že význam tohoto slova je mnohoznačný, má široké spektrum možných vysvětlení a obtíže vznikají při jeho překladu. Z tohoto důvodu předpokládá odlišení tří základních aspektů znalostí:

1. Znalost je znalostí něčeho, má svůj objekt.
2. Znalost je znalostí někoho, má svůj subjekt (zde je podstatná míra kompetence, a to nejen u subjektu, který znalost předává, ale také u jejího příjemce).
3. Znalost má, nebo může mít jistou kvalitu (neboli informační hodnotu, na znalosti jsou kladeny nároky, musí uspokojovat určitá kritéria a očekávání).

Znalosti jsou hlavním produktem vědy a výzkumu, jsou podstatné zejména pro sféru techniky a soudobý technický svět, kdy „*jsou změny v úrovni znalostí a s nimi spjaté inovační procesy rozhodujícím činitelem společenského vývoje*“ (Tondl, 2002, s. 19).

Znalosti se předávají prostřednictvím komunikace, kdy je podstatný nejen zdroj znalostí, ale také jejich příjemce. Vzhledem k současné moderní době, kdy prostřednictvím internetu jsou informace velmi snadno dostupné, je na příjemci, aby byl aktivní, vybíral si to podstatné a pro něj zajímavé a nezískával znalosti pouze prostřednictvím „*monologu moudrých*“ (Tondl, 2002, s. 20). Přenos znalostí má tedy stejné principy a pravidla jako lidský sdělovací proces.

Doménou získávání znalostí by měla být škola, tedy vzdělávací proces. V poslední době na žáka už nejsou kladeny nároky pouze ve formě nezbytných znalostí a dobrého chování, tedy mravní a etické návyky, ale mluví se o rozvoji klíčových kompetencí.

„Mít kompetenci znamená, že člověk (žák) je vybaven celým složitým souborem vědomostí, dovedností a postojů, ve kterém je vše propojeno tak výhodně, že díky tomu člověk může úspěšně zvládnout úkoly a situace, do kterých se dostává ve studiu, v práci, v osobním životě. Mít určitou kompetenci znamená, že se dokážeme v určité přirozené situaci přiměřeně orientovat, provádět vhodné činnosti, zaujmout přínosný postoj“ (Hučinová et al., 2007, s.7).

Znalosti jsou v poslední době už i u nás vyzdvihovány v rámci firem a jejich tzv. knowledge managementu (tj. řízení znalostí), kdy jsou znalosti považovány za firemní zdroj. Zde rozlišujeme druhy znalostí podle jejich obsahu (technologické, procesní, koncepční...), významu (klíčové, podpůrné), času (podle doby stárnutí a rychlosti nabytí) či podle jejich role: know-what, know-why, know-how a know-who. Znalosti ve firmách jsou rozvíjeny například prostřednictvím tzv. development center (Hroník, 2007).

5. 2 Postoj

Postoj je pojem ze sociální psychologie, do níž ho vnesli W. J. Thomas a F. Znaniecki. Definovali jej jako *„individuální protějšek společenské hodnoty a hodnotou je to, co je objektem společensky důležitým“* (Nakonečný, 1999, s. 131). Dále lze postoje definovat jako produkty učení a především *„relativně stabilní připravenost jedince reagovat určitým způsobem na osoby, skupiny, situace, způsoby chování, předměty nebo názory“* (Kern et al., 1999, s. 250). Postoje vyjádřené verbálně jsou názory, Nakonečný (1999) volí pro totéž termín mínění, zafixované a pevně vytvořené hodnocení označuje jako přesvědčení.

Podstatné je, že vnitřní skladba postoje je utvořena ze tří složek, a to z přesvědčení a představ (kognitivní komponenty), afektů a emocí (emotivní komponenty) a pohotovosti k jednání (konativní komponenty). Emotivní komponenty určují intenzitu postoje (neutrální, extrémní). Postoje přejímáme nejdříve od rodičů a členů skupin, a to prostřednictvím pozorování a osobních zkušeností s odměňováním a trestáním od představitelů určitého postoje.

S postoji velmi úzce souvisí i manipulace, která je prostředkem moci (Kern et al., 1999). *„Manipulací rozumíme přímé řízení názorů a chování, kterým manipulovaná osoba přispěje k dosažení určitého cíle, aniž by věděla jakého“* (Kern et al., 1999, s. 251).

Snáze se manipulují jedinci, kteří se cítí být závislí nebo procházejí obdobím krize, nejasností či nejistoty. Příkladem jsou např. masmédiá, která mohou kontrolovat, jaké informace zveřejní a které budou tabuizovat.

S mediálním konzumem souvisí i proces socializace prostřednictvím médií, kdy se děti a dospívající mohou identifikovat se svými oblíbenými hrdiny, jejichž chování však není společensky přípustné (Kern et al., 1999). „*V průběhu osamostatňování, oddělování od rodiny a začleňování do různých skupin (profesionální oblast, přátelé, náboženská společenství, sportovní klub...) se často mění také naše vnitřní postoje v souvislosti se získáváním nových informací a poznáváním jiných hodnot*“ (Kern et al., 1999, s. 250).

5.3 Sebedůvěra

Veškerá slova začínající „sebe“ (např. sebehodnocení, sebepojetí, sebeláska, sebezpožívání, seberealizace, sebeúcta...) souvisejí se specifickým rysem osobnosti, a to vědomím vlastního „já“. Jde o vědomí toho, „kdo jsem a jaký jsem“, a je nejvýznamnější součástí osobnosti. Zobecníme-li zkušenosti se sebou samým, získáme obraz vlastního „já“, které má dvě složky: tělesné a psychické „já“ (Vágnerová, 1997).

Tělesné „já“, neboli tělové schéma či tělesná identita, je významnou součástí sebepojetí. „*Je důležité, aby byl tento obraz akceptován, aby člověk přijímal svůj zevnějšek takový, jaký je, aby byl sám se sebou v této oblasti identifikován*“ (Vágnerová, 1997, s. 171).

U psychického „já“ má význam receptivně kognitivní dimenze, v níž rozlišujeme pocitové a kognitivní schéma vlastního „já“, tedy pocitové a rozumové zpracování informací. Významná je i dimenze integrující a regulační, kdy „*člověk je schopen na základě znalosti sebe sama, v závislosti na aktuálním sebehodnocení, a z toho vyplývající sebedůvěry regulovat svoje chování*“ (Vágnerová, 1997, s. 172). Jelikož je člověk součástí různých sociálních skupin, v nichž má svoji roli a získává určitý status, je třeba si uvědomit, že „já“ má i sociální dimenzi, kde „já“ je sociální identitou (Vágnerová, 1997).

Sebepojetí je komplexním obrazem vlastního „já“, a to lze oceňovat neboli sebehodnotit. Pokud je sebehodnocení pozitivní a jedinec sám sebe akceptuje, jeho sebedůvěra se zvyšuje. Míra sebedůvěry ovlivňuje další motivaci a také úroveň či výšku cílů, které si člověk stanovuje. Důležitou autoregulační funkci sebehodnocení má svědomí jako systém podstatných vnitřních osobních hodnot (Vágnerová, 1997).

Pro sebedůvěru je důležité období puberty, kdy si člověk začíná budovat vlastní identitu a také si stanovuje své vzory. „*Rozdíl mezi reálným „já“, tj. aktuálním sebepojetím jedince a ideálním „já“, které představuje cíl osobního směřování, zároveň vyjadřuje míru spokojenosti se sebou samým, úroveň sebevědomí a sebeúcty*“ (Vágnerová, 1997, s. 173).

Je důležité mít na paměti, že termín sebedůvěra není shodný s pojmem sebevědomí, nicméně oba pojmy mají k sobě velmi blízko a jsou často zaměňovány. Sebevědomí definujeme jako důležitou složku osobnosti, „*kteřa určuje, do jaké míry si člověk uvědomuje své možnosti, schopnosti a rezervy, jak se hodnotí a do jaké míry věří ve svou schopnost obstat v životních situacích*“ (Peterková, 2011, s. 1).

Postoje k sobě samému lze hodnotit nejen rozumově, ale i pociťově, kdy mluvíme o sebelásce vyjádřené mírou sebeakceptace. „*Podle E. Fromma jde zejména o potřebu sebedůvěry, víry ve správnost a smysl svých pocitů i vlastních rozhodnutí a z toho vyplývající sebeúcty*“ (Vágnerová, 1997, s. 174).

Důležitou součástí sebepojetí je i to, jak si člověk uvědomuje vlastní kompetence, schopnosti působit jako aktivní a dominantní činitel, tedy jak vnímá pocit vlastní moci. Míra pocitu této moci je přímo úměrná sebedůvěře (Vágnerová, 1997).

5.4 Studie zabývající se mírou znalostí, postoji a sebedůvěry v souvislosti s epilepsií

Ve světě byly realizovány různé studie zabývající se znalostmi a postoji běžné populace k epilepsii. Této problematice se věnovala studie například v Indii, ze které vyplynulo, že 92 % respondentů mělo povědomí o epilepsii a až 55 % respondentů bylo svědky epileptického záchvatu, avšak 57 % respondentů by neumělo poskytnout první pomoc epileptikovi při záchvatu (Gambhir, Kumar, Singhi & Goel, 1995). V roce 2010 byla provedena studie, která měla za cíl zjistit míru znalostí a postoji běžné populace prostřednictvím analýzy komentářů deseti nejnavštěvovanějších videí pojednávajících o epilepsii na internetovém serveru YouTube. Z této studie vyplynulo, že ona videa byla navštívena 1,5 milióny uživatelů mezi lety 2005 a 2007 a byla okomentována 8 803 komentáři. Počet komentářů poskytujících určité informace o epilepsii převyšoval počet komentářů obsahujících otázky na toto téma. Komentáře prokázaly nejen určitou obecnou mylnou představu o epilepsii mezi diváky, ale objevily se i posměšky vůči epileptikům. I když několik komentářů prokázalo vysokou míru empatie vůči epileptikům, nebyla zde korelace mezi mírou empatie a informační škálou (Lo, Esser, & Gordon, 2010).

V této části práce se budeme věnovat pouze evropským studiím zabývajícím se znalostmi, postoji a sebedůvěrou běžné populace ve vztahu k epilepsii. Studie zabývající se srovnáním míry postoji běžné populace v České republice v letech 1998 a 2009 prokázala, že česká společnost v roce 2009 byla v porovnání s rokem 1998 více tolerantní vůči dětem s epilepsií, avšak nebyl zaznamenán významný rozdíl v míře ochoty zaměstnat epileptika či být nápomocen epileptikovi při záchvatu.

Neochota pomoci epileptikovi má své kořeny v nedostatečné informovanosti společnosti a problému rozlišení záchvatů od opilosti (Novotná, & Rektor, 2017).

Z další studie, která probíhala v Turecku, bylo zjištěno, že 74 % respondentů o epilepsii pouze slyšelo, zatímco 33,8 % respondentů přišlo do styku s epilepsií prostřednictvím publikace a 44 % respondentů zná někoho s epilepsií osobně. Více jak polovina (59,2 %) respondentů (celkem 1 354) byly ženy. Co se týká postojů, které jsou ovlivněny převážně kulturními faktory, byly zjištěny pozitivní výsledky, kdy 84,3 % respondentů souhlasilo se zaměstnáváním epileptika, 86,5 % respondentů by nevadilo mít za spolupracovníka jedince s epilepsií a 74,3 % respondentů souhlasilo se stanoviskem, že by se nechali léčit doktorem, který trpí epilepsií (Aydemir, 2011).

V roce 2000 byla v Maďarsku provedena studie zkoumající znalosti a postoje běžné populace ve vztahu k epilepsii. Respondenti byli náhodně vybráni známou veřejnou agenturou Szonda-Ipsos Hungary z 80 různých lokalit. Počet vybraných respondentů z určité lokality byl dán její velikostí, tj. čím větší území, tím větší počet respondentů. Dohromady bylo vybráno 1 000 respondentů starších 18let, kteří netrpěli epilepsií a ani neměli příbuzné s epilepsií. Bylo zjištěno, že 93,7 % respondentů již před výzkumem slyšelo o epilepsii, 55,3 % vidělo průběh epileptického záchvatu a 51,9 % respondentů znalo někoho s epilepsií. Epilepsii považovalo za určitou formu šílenství 17,2 % respondentů. V roce 2000 mělo 16,5 % respondentů výhrady vůči kontaktu jejich dětí s epileptikem (Mirnics, Czikora, Závecz, & Halász, 2008).

Mecarelli et al. (2010) provedli v Itálii celostátní průzkum prostřednictvím telefonických rozhovorů s cílem zjistit znalosti a postoje běžné populace ve vztahu k epilepsii.

Výzkumný vzorek tvořilo 819 dospělých žen a 737 dospělých mužů. I když 93,4 % respondentů vědělo, co je epilepsie za nemoc, tak 50,4 % respondentů neznalo možné příčiny epilepsie, 36,5 % respondentů epilepsii považovalo za šílenství a 4,1 % respondentů bylo dokonce přesvědčeno, že příčinou onemocnění je posednutí zlým duchem.

Studie, která probíhala v tureckém městě Konya v roce 2016, byla zaměřena na míru postojů k epilepsii u dospělé veřejnosti, která byla reprezentována 500 náhodně vybranými respondenty. Sběr dat probíhal metodou face-to-face (tváří v tvář). Bylo zjištěno, že 68,4 % respondentů má povědomí o epilepsii z doslechu, 44 % osobně znalo jedince s epilepsií a 42,2 % respondentů bylo svědkem epileptického záchvatu.

Negativní postoje vůči epileptikům, které spočívaly v předsudcích, že epilepsie je nebezpečné onemocnění, přicházely z řad žen s nízkým vzděláním (Kartal, & Akyildiz, 2016).

5.5 Znalosti, postoje a sebedůvěra třídních učitelů dětí s epilepsií a budoucích učitelů

V roce 2019 byla realizovaná studie věnující se otázce znalostí, postojů a sebedůvěry třídních učitelů dětí s epilepsií (Buršíková, 2019). Pro zjištění míry znalostí byl použit 18položkový dotazník popsany v praktické části této bakalářské práce v podkapitole Výzkumné nástroje. Pro měření postojů byla použita psychometricky ověřená česká verze dotazníku ATPE (Attitudes Towards People with Epilepsy), který obsahuje 21 tvrzení, se kterými se respondent buď ztotožňuje, nebo neztotožňuje. Svou odpověď potvrdil zakroužkováním jedné z odpovědí na šestistupňové škále, která je tvořena stupni od „rozhodně souhlasím“ po „rozhodně nesouhlasím“. Odpovědi jsou hodnoceny podle škály od -3 do +3, kdy vyšší hodnoty odpovídají příznivějším postojům k jedincům s epilepsií. V rámci sebedůvěry učitelů ve vztahu k epilepsii bylo zjišťováno, do jaké míry by si respondenti důvěřovali při 5 konkrétních situacích, které by mohly nastat v prostředí školy. Míra sebedůvěry je měřena pomocí pětistupňové škály, a to od stupně 1 (vůbec si v této situaci nedůvěřuji) po stupeň 5 (v této situaci si zcela důvěřuji) (Buršíková, 2019). Stejně dotazníky byly použity ke zjištění míry znalostí, postojů a sebedůvěry studentů posledního ročníku učitelství (n = 136) ze studie Brabcové (2016), a díky tomu lze provést komparaci těchto dvou výzkumných vzorků.

Výzkumný vzorek tvořilo 104 respondentů, z něhož 53 (51 %) respondentů mělo zkušenost s předchozí výukou žáka s epilepsií, 51 (49 %) respondentů nikoliv. Pouze 3 (2,9 %) respondenti neměli zájem o informace o epilepsii, zatímco „určitě ano“ odpovědělo 45 (43,3 %) učitelů a 56 (53,8 %) odpovědělo „spíše ano“ (Buršíková, 2019).

O několik let dříve byla realizovaná studie zaměřující se na znalosti, postoje a sebedůvěru u studentů posledního ročníku učitelství (Brabcová et al., 2016). Studie se zúčastnilo 136 studentů se zaměřením na obory přírodovědné, humanitní a na 1. stupeň učitelství. Osobní znalost někoho s epilepsií mělo 67 (49,3 %) studentů posledního ročníku učitelství, 69 (50,7 %) respondentů nikoliv.

Během studia na vysoké škole se s epilepsií podrobně setkalo 27 (19,9 %) studentů, okrajově se setkala větší část výzkumného vzorku, a to 73 (53,7 %) studentů a 36 (26,4 %) studentů se s epilepsií nesetkalo (Brabcová et al, 2016).

6 PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části nejprve stanovíme metodologii a určíme výzkumný cíl, poté přejdeme k přehledu stanovených hypotéz. Budeme se věnovat i popisu výzkumných nástrojů, procesu sběru dat a souborů respondentů. Následně budou diskutovány výsledky výzkumu a potvrzeny či vyvráceny stanovené hypotézy. Výsledky získané v této práci budou porovnávány s výsledky míry znalostí, postojů a sebedůvěry u třídních učitelů dětí s epilepsií, která je popsána v práci Buršíkové (2019), a rovněž studentů posledního ročníku učitelství ze studie Brabcové et al. (2016).

6.1 Metodologie

V současné době se výzkum uplatňuje v mnoha společenských vědách, ať už v sociologii, antropologii, kriminologii, zdravotnictví nebo v psychologii a pedagogice. Hendl (2016, s. 26) výzkum definuje jako „*proces vytváření nových poznatků*“ a zároveň upozorňuje, že s výsledky výzkumů se setkáváme prakticky na každém kroku běžného života.

Základními zdroji pedagogiky jsou tak kromě jejího historického dědictví také současné pedagogické zkušenosti získané právě z výzkumů. Jak uvádí Jůva (2001, s. 11), „*úspěšné řešení pedagogických problémů je podmíněno komplexním výzkumem, v němž se vývojové a srovnávací aspekty spojují s rozбором současného stavu různých forem výchovné praxe a vyúsťuje v experimentální ověřování nových koncepcí, nových prostředků i nových metod a forem výchovně-vzdělávací činnosti*“.

Na výzkum, včetně toho pedagogického, můžeme nahlížet z několika hledisek, např. délky trvání (krátkodobý, dlouhodobý), počtu účastníků či jevů (malý, velký) a lokálnosti (místní, oblastní, celostátní, mezinárodní, globální). Dalším hlediskem mohou být samotná zkoumaná data, kdy rozlišujeme výzkum kvalitativní a kvantitativní. Oba tyto přístupy sbírají, analyzují a interpretují data. „*Odlišnosti spočívají v postupu, kterým jsou data získávána, v posloupnosti jednotlivých kroků, ve způsobu analýzy dat i jejich interpretace*“ (Majerová et al., 2008, s. 74). Nejčastější výzkumnou procedurou kvantitativního výzkumu je procedura statistická, která používá matematicko-statistických metod (Majerová et al., 2008).

Kvantitativní výzkum má za cíl otestovat vytvořené hypotézy. Používá tedy logiku dedukce, kdy na základě známých teoretických poznatků usuzujeme, jak bude přistupováno k problému a následně formulujeme hypotézy, které jsou prostřednictvím výzkumu testovány.

Typický pro kvantitativní výzkum je podle Dismana (2002) omezený rozsah informace o mnoha jedincích, silná redukce počtu pozorovaných proměnných a počtu vztahů mezi nimi. Generalizace, tedy zobecnění, je snadná a její validita (platnost) změřitelná (Disman, 2002). Díky kvantitativnímu výzkumu získáme od velkého množství respondentů omezené množství informací za relativně krátkou dobu, a proto byla v praktické části zvolena kvantitativní metodologie sběru dat prostřednictvím dotazníkového šetření, které je pro respondenty přehledné (Hendl, 2016).

6.2 Výzkumný cíl

Cílem bakalářské práce je zjistit úroveň znalostí, postojů a sebedůvěry běžné populace ve vztahu k epilepsii. Dílčím cílem bylo stanovení porovnání míry znalostí, postojů a sebedůvěry u třídních učitelů dětí s epilepsií, která je popsána v práci Buršíkové (2019) a studentů posledního ročníku učitelství ze studie Brabcové et al. (2016) s výsledky získanými v této práci.

6.3 Přehled stanovených hypotéz

Na základě stanovených cílů práce a aktuálních potřeb výzkumu byly stanoveny následující čtyři hypotézy:

H1: Míra znalostí, postojů a sebedůvěry ve vztahu k epilepsii je signifikantně lepší u jedinců, kteří osobně znají někoho s touto nemocí.

H2: Znalosti, postoje a sebedůvěra ve vztahu k epilepsii jsou v celkové populaci v průměru horší, než je tomu u skupiny studentů posledních ročníků učitelsky zaměřených oborů studované v práci Brabcové et al. (2016).

H3: Znalosti, postoje a sebedůvěra ve vztahu k epilepsii jsou v celkové populaci v průměru horší, než je tomu u třídních učitelů dětí s epilepsií řešených v práci Buršíkové (2019).

H4: Vysoká úroveň znalostí o epilepsii koreluje s vyšší mírou sebedůvěry a pozitivnějšími postoji k lidem s touto nemocí.

6.4 Výzkumné nástroje

Tato část práce je věnovaná představení dotazníků, které byly použity ve výzkumu.

Znalosti byly měřeny prostřednictvím 18položkového dotazníku, který vytvořila Brabcová, Kohout a Kršek (2016), kdy vycházeli z 25položkového testu Wodricha et al. (2011). Každá položka představuje jednu otázku, na kterou existuje pouze jedna správná odpověď. Za každou správnou odpověď byl respondentovi přičten jeden bod, v případě špatné odpovědi se body neodčítaly. Respondent měl možnost výběru odpovědi ze 4 možností, neboť otázky byly relativně složité (Brabcová et al., 2016).

V druhé části dotazníku bylo zjišťováno, do jaké míry by si respondenti důvěřovali při 5 konkrétních situacích, které by mohly nastat, pokud by byli v roli učitele epileptika. Míra sebedůvěry je měřena pomocí pětistupňové škály, a to od stupně 1 (vůbec si v této situaci nedůvěřuji) po stupeň 5 (v této situaci si zcela důvěřuji) (Brabcová et al., 2016).

Pro měření postojů byla použita psychometricky ověřená česká verze dotazníku ATPE, který obsahuje 21 tvrzení, s nimiž se respondent buď ztotožňuje, nebo neztotožňuje. Svou odpověď potvrdil zakroužkováním jedné z odpovědí na šestistupňové škále, která je tvořena stupni od „rozhodně souhlasím“ po „rozhodně nesouhlasím“. Odpovědi jsou hodnoceny podle škály od -3 do +3, kdy vyšší hodnoty odpovídají příznivějším postojům k jedincům s epilepsií (Brabcová et al., 2016).

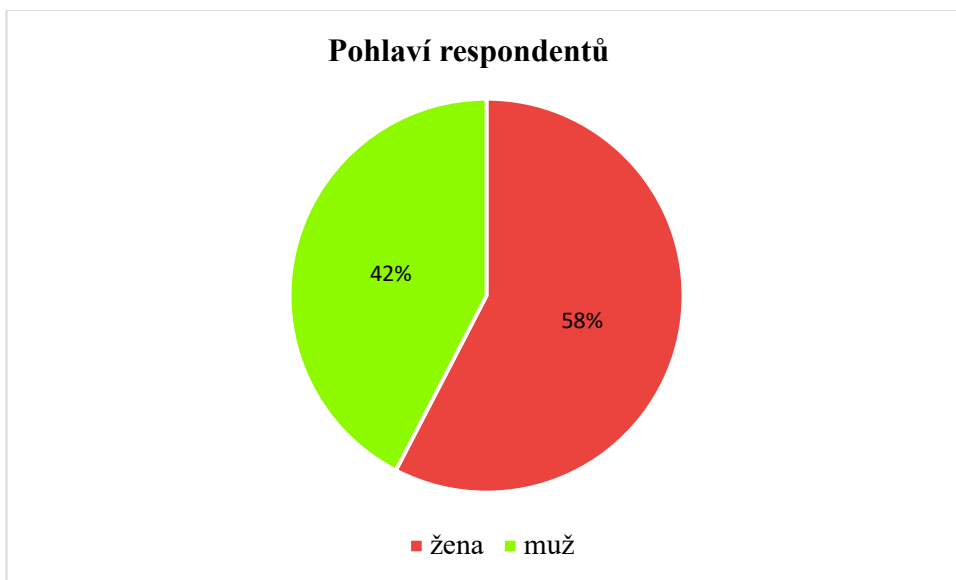
6.5 Proces sběru dat a popis souboru respondentů

Sběr dat k mé bakalářské práci probíhal prostřednictvím dotazníkového šetření v tištěné formě. Cílovou skupinou byla běžná populace české společnosti kromě studentů vysokých škol na území Kraje Vysočina, Jihočeského kraje a Středočeského kraje.

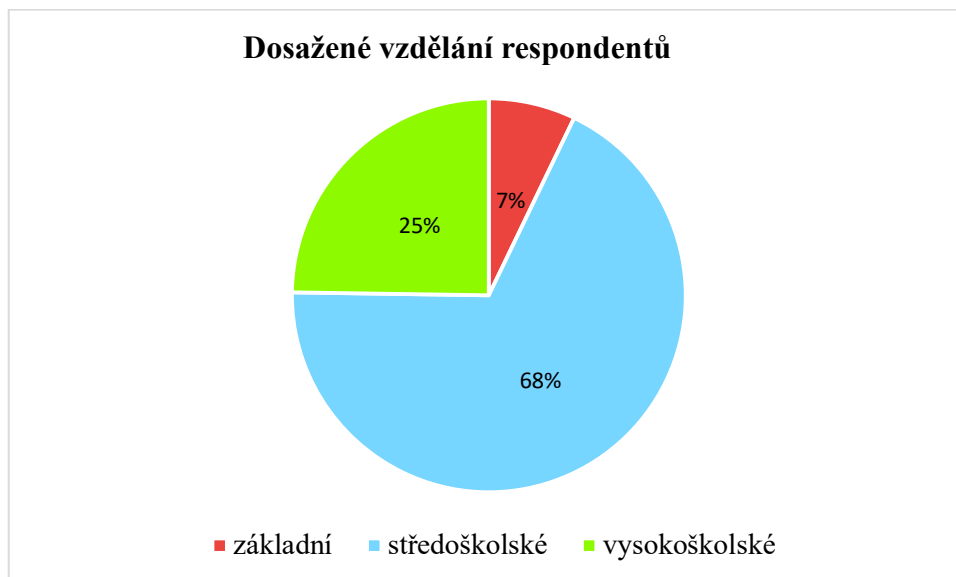
Celkem bylo osloveno 210 respondentů, jejichž průměrný věk byl $39,74 \pm 14,10$ roku (rozpětí 15-77 let). Převážnou část respondentů tvořily ženy, kterých bylo 121, mužů bylo 89 (42,38 %). Výzkum zahrnoval 15 respondentů se základním vzděláním, 143 respondentů se středoškolským vzděláním a 52 respondentů s vysokoškolským vzděláním. Respondenti byli dotazováni i na jejich rodinný stav, který nevedlo 28 jedinců. Svobodných respondentů bylo 73, v manželství 84, rozvedených 22 a ovdovělí 3. Osobně znalo někoho s epilepsií 75 respondentů a 135 nikoliv. Respondenti byli před vyplněním dotazníku seznámeni s cílem výzkumu mé bakalářské práce a vyplnili dobrovolně dotazníky, které byly následně zpracovány zcela anonymně.

Dotazníky jsem rozdávala osobně mezi zaměstnance firem na dělnických i manažerských pozicích, mezi zaměstnance státních podniků a bankovní úředníky. Do výzkumného šetření byli zahrnuti i senioři.

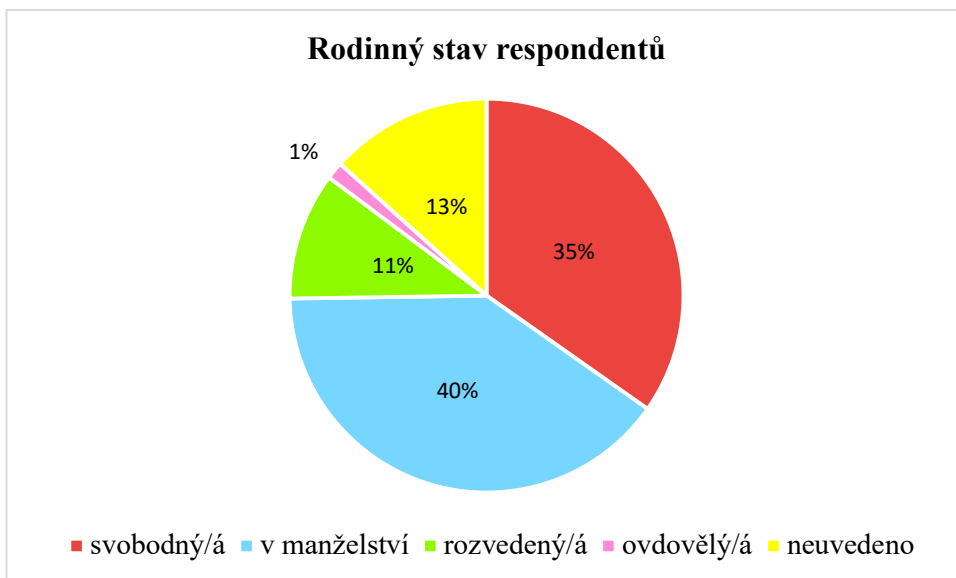
Pro lepší vizuální přehlednost byla některá data graficky zpracována.



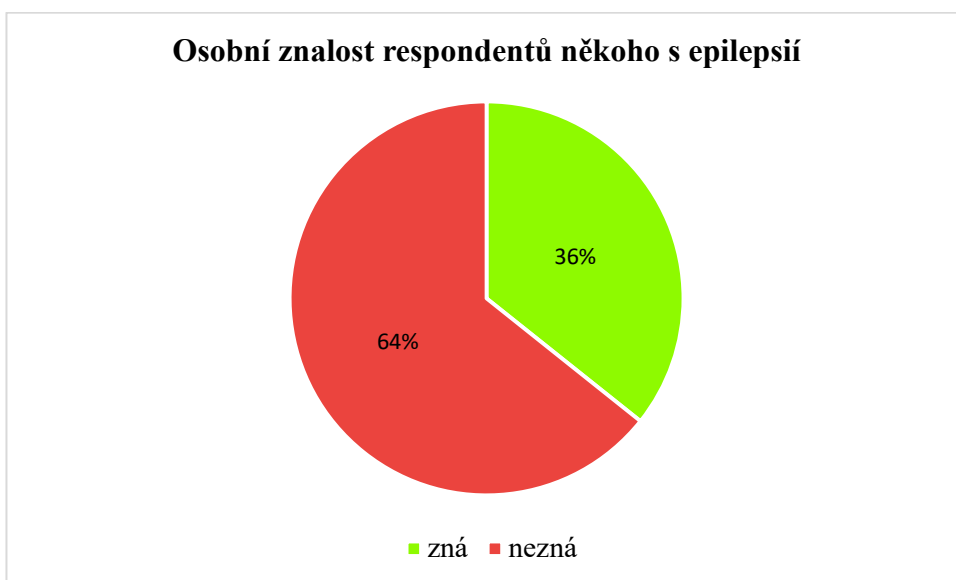
Graf č. 1 - Pohlaví respondentů



Graf č. 2 - Dosažené vzdělání respondentů



Graf č. 3 - Rodinný stav respondentů



Graf č. 4 - Osobní znalost respondentů někoho s epilepsií

6.6 Výsledky

Tato kapitola je věnovaná výsledkům výzkumu a ověřování stanovených hypotéz.

6.6.1 Ověření hypotézy H1

Pro ověření hypotézy H1 bylo nutné nejprve zjistit, zda rozdělení dat u znalostí, postojů a sebedůvěry odpovídá ve studované množině respondentů normálnímu rozdělení. K tomu byl užit tzv. Shapirův-Wilkův test normality, jenž byl realizován s užitím online kalkulačky dostupné na <http://www.statskingdom.com/320ShapiroWilk.html>. Bylo zjištěno, že u všech tří sledovaných proměnných (znalosti, postoje, sebedůvěra) se data na běžně užívané hladině signifikantně odchyľují od Gaussovy křivky, když v rámci celé sledované skupiny byly spočítány následující p-hodnoty: znalosti: $p = 0,011$; postoje: $p = 0,010$; sebedůvěra: $p = 0,045$. To znamená, že data není možné pokládat za normálně rozdělená a je nutné aplikovat neparametrickou statistickou techniku. Vzhledem k tomu, že byla srovnávána distribuce dvou podmnožin respondentů (dle osobní znalosti jedince s epilepsií), jsme užili tzv. Mann-Whitneyův test. Po jeho realizaci pomocí online kalkulačky, která je dostupná na <https://www.socscistatistics.com/tests/mannwhitney/default2.aspx>, byly zjištěny následující hodnoty:

Znalosti: zná někoho s epilepsií: $n = 75$, průměr \pm SD: $10,60\pm 2,58$; nezná nikoho s epilepsií: $n = 135$, průměr \pm SD: $9,26\pm 2,60$. Testová statistika byla $z = 3,09$ a p-hodnota testu byla $0,002$.

Postoje: zná někoho s epilepsií: $n = 75$, průměr \pm SD: $28,16\pm 12,25$; nezná nikoho s epilepsií: $n = 135$, průměr \pm SD: $24,24\pm 11,75$. Testová statistika byla $z = 2,36$ a p-hodnota testu byla $0,018$.

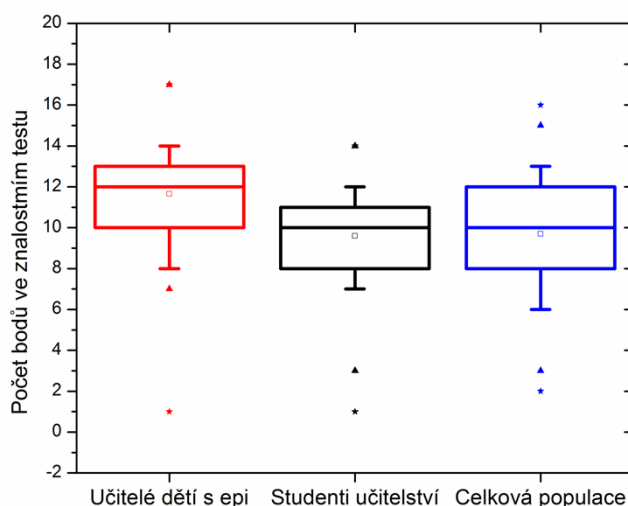
Sebedůvěra: zná někoho s epilepsií: $n = 75$, průměr \pm SD: $16,88\pm 3,64$; nezná nikoho s epilepsií: $n = 135$, průměr \pm SD: $15,95\pm 3,18$. Testová statistika byla $z = 1,78$ a p-hodnota testu byla $0,075$.

Z uvedených hodnot je patrné, že jedinci s osobní znalostí někoho s epilepsií dosahují signifikantně lepších znalostí a pozitivnějších postojů ve srovnání s těmi, kteří tuto osobní znalost nemají. Naopak u sebedůvěry nebyl mezi oběma skupinami prokázán statisticky signifikantní rozdíl. **Vzhledem k tomu, že u dvou ze tří sledovaných proměnných byl předpoklad potvrzen, můžeme hypotézu H1 přijmout.**

6.6.2 Ověření hypotéz H2 a H3

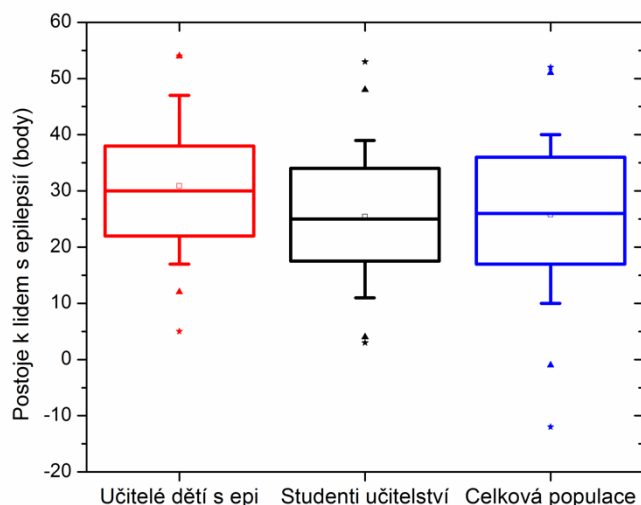
Vzhledem k povaze hypotéz H2 a H3 je budeme ověřovat souběžně, přičemž provedeme srovnání celkem tří skupin. První z nich bude celková populace reprezentovaná 210 respondenty tohoto výzkumu, druhá je skupina 136 studentů posledního ročníku učitelství ze studie Brabcové et al. (2016) a třetí skupina je tvořena 104 třídními učiteli dětí s epilepsií, která je popsána v práci Buršíkové (2019). Výše bylo konstatováno, že u celkové populace není ani u jedné ze tří proměnných splněna podmínka normality dat. Z tohoto důvodu není možné užít parametrickou testovanou metodu, a proto je třeba užít metodu neparametrickou. Pro srovnání distribuce tří skupin je pak vhodný tzv. Kruskal-Wallisův test, který je dostupný na <https://www.socscistatistics.com/tests/kruskal/Default.aspx>. Po provedení tohoto testu byly zjištěny následující hodnoty:

Znalosti: skupina 1: $n = 210$, průměr \pm SD: $9,70\pm 2,70$; skupina 2: $n = 136$, průměr \pm SD: $9,60\pm 2,27$; skupina 3: $n = 104$, průměr \pm SD: $11,65\pm 2,52$. P-hodnota Kruskal-Wallisova testu byla menší než 0,001, přičemž následné post-hoc testy jasně prokázaly, že signifikantní rozdíl je mezi skupinou 3 na straně jedné a skupinami 1 a 2 na straně druhé. To ostatně ilustruje i krabicový graf (box plot) na obrázku níže. Z grafu je možné vyčíst, že učitelé dětí s epilepsií mají podstatně lepší znalosti o této nemoci než celková populace a studenti posledního ročníku učitelství.



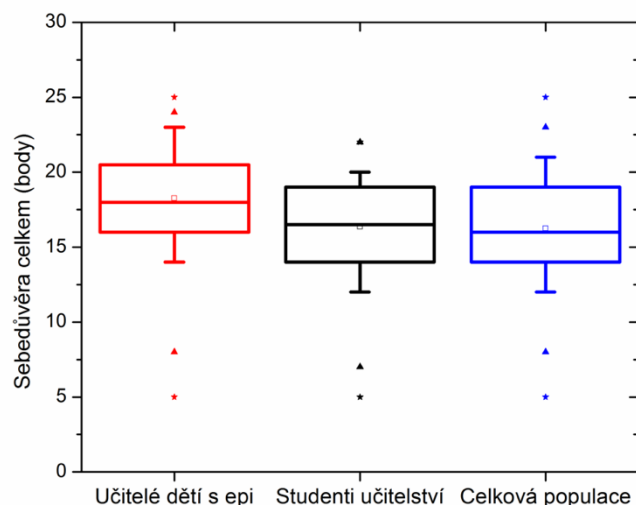
Graf č. 5 – Krabicový graf pro proměnnou Znalosti o epilepsii. Hvězdičkou je označeno minimum a maximum, trojúhelníkem 1. a 99. percentil. Zarážky označují 10. a 90. percentil, samotný box poté zahrnuje 25. až 75. percentil, vodorovná čára 50. percentil (medián), průměr je poté označen čtvercem.

Postoje: skupina 1: $n = 210$, průměr±SD: $25,75 \pm 12,01$; skupina 2: $n = 136$, průměr±SD: $25,40 \pm 10,53$; skupina 3: $n = 104$, průměr±SD: $30,87 \pm 11,17$. P-hodnota Kruskal-Wallisova testu byla 0,001, přičemž následné post-hoc testy opět prokázaly signifikantní rozdíl mezi skupinou 3 na straně jedné a skupinami 1 a 2 na straně druhé. To ukazuje i krabicový graf (box plot) na obrázku níže. Je tedy možné konstatovat, že učitelé dětí s epilepsií mají podstatně lepší míru postojů souvisejících s epilepsií, než je tomu u celkové populace a studentů posledního ročníku učitelství.



Graf č. 6 - Krabicový graf pro proměnnou Postoje k lidem s epilepsií. Popisky jsou stejné jako u Grafu č. 5

Sebedůvěra: skupina 1: $n = 210$, průměr±SD: $16,25 \pm 3,41$; skupina 2: $n = 136$, průměr±SD: $16,35 \pm 3,23$; skupina 3: $n = 104$, průměr±SD: $18,27 \pm 3,32$. P-hodnota Kruskal-Wallisova testu byla opět menší než 0,001, přičemž následné post-hoc testy opětovně prokázaly, že signifikantní rozdíl je mezi skupinou 3 na straně jedné a skupinami 1 a 2 na straně druhé. To vhodně ilustruje i krabicový graf (box plot) na obrázku níže. Lze z něj vyčíst, že učitelé dětí s epilepsií mají podstatně lepší míru sebedůvěry související s epilepsií, než je tomu u celkové populace a studentů posledního ročníku učitelství.



Graf č. 7 - Krabicový graf pro proměnnou Sebedůvěra související s epilepsií. Popisky jsou stejné jako u Grafu č. 5

Celkově můžeme hypotézu H3 přijmout, neboť třídní učitelé dosahují lepších výsledků než celková populace, zatímco hypotézu H2 musíme zamítnout, neboť studenti učitelství mají stejné výsledky jako celková populace.

6.6.3 Ověření hypotézy H4

V rámci této hypotézy budeme ověřovat, zda existuje korelace mezi znalostmi o epilepsii, postoji k lidem s epilepsií a sebedůvěrou související s touto nemocí. Vzhledem k povaze dat je možné užít Pearsonův korelační koeficient s následným testem signifikance tohoto koeficientu. Pomocí funkce CORREL v MS Excel byly zjištěny následující hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu r a následně užitím online kalkulačky, která je dostupná na <https://www.socscistatistics.com/pvalues/pearsondistribution.aspx>, odpovídající p -hodnoty testu signifikance:

Znalosti – sebedůvěra: $r = 0,105$; $p = 0,129$

Znalosti – postoje: $r = 0,268$; **$p < 0,001$**

Sebedůvěra – postoje: $r = 0,077$; $p = 0,267$

Z uvedeného je patrné, že statisticky významná (i když nepříliš výrazná) korelace byla zaznamenána pouze u dvojice znalosti – postoje. Mezi znalostmi a sebedůvěrou naopak korelace nebyla prokázána. Hypotézu H4 proto musíme zamítnout.

6.7 Diskuze

Výsledky dotazníkového průzkumu této bakalářské práce nastínily znalosti, postoje a sebedůvěru běžné populace ve vztahu k epilepsii na území Kraje Vysočina, Jihočeského kraje a Středočeského kraje. Bylo osloveno 210 respondentů, jejichž průměrný věk byl $39,74 \pm 14,10$ roku (rozpětí 15-77 let), takže se dá říct, že běžná populace oslovena byla.

Znalosti o epilepsii a pozitivnější postoje byly v průměru vyšší u respondentů z běžné populace, kteří mají osobní znalost někoho s epilepsií, v porovnání s respondenty, kteří tuto osobní znalost nemají. Naopak u sebedůvěry nebyl mezi těmito dvěma skupinami prokázán statisticky signifikantní rozdíl.

Na základě provedeného výzkumu bylo zjištěno, že v celkovém pohledu dosahují lepších znalostí třídní učitelé dítěte s epilepsií než běžná populace a studenti posledního ročníku učitelství, což může být způsobené pedagogickou praxí učitelů. Přesto, že třídní učitelé dosahují lepších výsledků než běžná populace a studenti posledního ročníku učitelství, stále je potřeba prohlubovat jejich znalosti cílenou edukací, hlavně v oblasti poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu, neboť jejich rychlé a správné jednání může dítěti i dospělému epileptikovi zachránit život. Jak uvádí Buršíková (2019) ve své studii, několik učitelů v dotazníku nesprávně uvedlo, že by první pomoc poskytlo vložení lžičky mezi zuby.

Informovanost, tedy znalost, o epilepsii třídních učitelů úzce souvisí s pozitivními postoji vycházejícími z každodenní osobní zkušenosti s epileptikem. Pozitivní postoje třídních učitelů dítěte s epilepsií se odráží i v přesvědčení, že by se děti s epilepsií neměly stranit zdravým dětem a měly by navštěvovat běžné školy, neboť podle třídních učitelů nemají děti s epilepsií žádný negativní vliv na své vrstevníky (Buršíková, 2019).

Jako budoucí učitelka musím říct, že by se budoucí učitelé měli seznámit s problematikou epilepsie již během studia na vysoké škole v rámci společného základu pro pedagogy, než budou učit.

Důvod, proč běžná populace nedosahuje lepších nebo stejných výsledků jako třídní učitelé dítěte s epilepsií, je, dle mého názoru, ten, že běžná populace nemá o epilepsii žádné povědomí, a pokud ano, tak se o problematiku nemoci nezajímá, jediné pokud se to týká samotného jedince, rodinného příslušníka či kamaráda. Nedostatečné znalosti běžné populace mohou pramenit i z nedostatku informací poskytovaných společnostmi svým členům.

Pozitivní i negativní postoje jsou ovlivňovány během života několika faktory, primárně se jedná o rodinu (a to hlavně v dětství), vrstevnické skupiny a společnost.

V oblasti znalostí a postojů nebyl zjištěn signifikantní rozdíl v celkovém skóre v porovnání běžné populace a studentů posledního ročníku učitelství. V oblasti sebedůvěry ve vztahu k epilepsii neprokazujeme statisticky signifikantní rozdíly v celkovém skóre v porovnání běžné populace a studentů posledního ročníku učitelství. Oproti těmto dvěma výzkumným vzorkům dosahují třídní učitelé s epilepsií signifikantně lepších výsledků. Důvodem nižší sebedůvěry běžné populace a studentů posledního ročníku učitelství může být nedostatečné množství teoretických poznatků, ale i to, že tyto dvě skupiny respondentů neměly (ve své většině) doposud žádnou osobní praktickou zkušenost s epilepsií.

Ve výzkumu této bakalářské práce bylo zjišťováno, zda existuje korelace mezi znalostmi o epilepsii, postoji k lidem s epilepsií a sebedůvěrou související s touto nemocí. Bylo zjištěno, že statisticky významná, i když nepříliš výrazná, korelace nastává pouze u dvojice znalosti – postoje. Mezi znalostmi a sebedůvěrou naopak korelace nebyla prokázána.

Díky psaní této bakalářské práce jsem se dozvěděla spoustu zcela nových a překvapujících informací o epilepsii a její problematice, které určitě využiji ve své budoucí praxi učitelky.

ZÁVĚR

V úvodu práce jsem si stanovila cíl zaměřit se v teoretické části práce na vymezení základních pojmů týkajících se epilepsie, klasifikaci epileptických záchvatů, historii epilepsie a pojmů znalost, postoj a sebedůvěra v obecné rovině.

Tato část bakalářské práce byla významná pro pochopení dané problematiky. Dle mého názoru jsem tohoto cíle dosáhla a základní pojmy srozumitelně vymežila.

V praktické části jsem si stanovila výzkumný cíl zjistit úroveň znalostí, postojů a sebedůvěry běžné populace ve vztahu k epilepsii. Dílčím cílem bylo stanovení porovnání míry znalostí, postojů a sebedůvěry u třídních učitelů dětí s epilepsií, která je popsána v práci Buršíkové (2019) a studentů posledního ročníku učitelství ze studie Brabcové et al. (2016) s výsledky získanými v této práci.

S výzkumnými cíli jsem si stanovila hypotézy. První hypotézou (H1) bylo, že míra znalostí, postojů a sebedůvěry ve vztahu k epilepsii je signifikantně lepší u jedinců, kteří osobně znají někoho s touto nemocí. Tato hypotéza se potvrdila. Druhou hypotézu (H2), která byla, že znalosti, postoje a sebedůvěra ve vztahu k epilepsii jsou v celkové populaci v průměru horší, než je tomu u skupiny studentů posledních ročníků učitelsky zaměřených oborů studované v práci Brabcové et al. (2016) jsem, vzhledem k její povaze, ověřovala souběžně s třetí hypotézou, která byla, že znalosti, postoje a sebedůvěra ve vztahu k epilepsii jsou v celkové populaci v průměru horší, než je tomu u třídních učitelů dětí s epilepsií řešených v práci Buršíkové (2019). Druhá hypotéza (H2) byla zamítnuta, neboť studenti učitelství mají stejné výsledky jako celková populace, zatímco třetí hypotéza (H3) byla přijata, neboť třídní učitelé dosahují lepších výsledků než celková populace. Čtvrtou, zároveň poslední, hypotézou (H4) bylo, že vysoká úroveň znalostí o epilepsii koreluje s vyšší mírou sebedůvěry a pozitivnějšími postoji k lidem s touto nemocí. Tuto hypotézu jsem byla nucena zamítnout, neboť korelace byla zaznamenána pouze u dvojice znalosti-postoje. Mezi znalostmi a sebedůvěrou naopak prokázána nebyla.

SEZNAM LITERATURY

AHMED, M., & BIN HASSAN, R. (2014). Epilepsy: from the early civilizations to modern days [online]. *Heoktoen International Journal*. [cit. 2019-02-14]. Dostupné z <https://hekint.org/2017/01/29/epilepsy-from-the-early-civilizations-to-modern-days/>

AYDEMIR, N. (2011). Familiarity with, knowledge of, and attitudes toward epilepsy in Turkey [online]. *Epilepsy & Behavior*, 20(2), 286-290. Elsevier Inc. DOI: 10.1016/j.yebeh.2010.09.030. [cit. 2019-03-11]. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505010006402#!>

BRABCOVÁ, D., KOHOUT, J., & KRŠEK, P. (2016). Knowledge about epilepsy and attitudes towards affected people among teachers in training in the Czech Republic [online]. *Epilepsy & Behavior*, 54, 88-94. Elsevier Inc. DOI 10.1016/j.yebeh.2015.11.004. [cit. 2019-03-11]. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26687292>

BRÁZDIL, M. (2003). Epilepsie. In I. Tyrlíková a kolektiv, *Neurologie pro sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN: 80-7013-287-6.

BURŠÍKOVÁ, D. (2019). *Dítě s epilepsií v prostředí školy*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-660-0.

COHEN, A. (1976). The History of Epilepsy [online]. *Dalhousie Medical Journal*, Volume 20, Number 3. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z <https://dalspace.library.dal.ca/handle/10222/56224>

DARAS, M. D., BLADIN, P. F., EADIE, M. J., & MILLET, D. (2008). Epilepsy: Historical Perspectives [online]. In J. Engel, T. A. Pedley & J. Aicardi, *Epilepsy: A Comprehensive Textbook, Volume 3*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams. [cit. 2019-03-30]. Dostupné z https://books.google.cz/books?id=x2XWZ5Pm8rQC&pg=PA13&lpg=PA13&dq=Atreya+epilepsy&source=bl&ots=DL8g31-q8G&sig=ACfU3U2sNJcgr3lMojlzBldwd4yvAoxMYg&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwiv7KHWks_gAhXBRxUIHTZXC5cQ6AEwAXoECAgQAQ#v=onepage&q=Atreya%20epilepsy&f=false

Disabled World, (2018, 01/26). *Facts and Myths About Epilepsy* [online]. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z <https://www.disabled-world.com/health/neurology/epilepsy-information.php>

DISMAN, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.

Epilepsy Canada. (n. d.). *History of Epilepsy* [online]. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z <http://www.epilepsy.ca/history-of-epilepsy.html>

GAMBHIR, S. K., KUMAR, V., SINGHI, P. D., & GOEL, R. C. (1995). Public awareness, understanding & attitudes toward epilepsy [online]. *The Indian journal of medical research*, 102, 34-38. [cit.2019-03-15]. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7558208>

HENDL, J. (2016). *Kvalitativní výzkum. Základy teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HRONÍK, F. (2007). *Rozvoj a vzdělávání pracovníků*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1457-8.

HUČÍNOVÁ, L., JEŘÁBEK, L., KRČKOVÁ, S., LISNEROVÁ, R., TUPÝ, J. (2007). *Klíčové kompetence v základním vzdělávání*. Praha: VÚP. ISBN 978-80-87000-07-6.

JONÁK, Z. (2003). Znalost. In *Česká terminologická databáze knihovnictví a informační vědy (TDKVI)* [online]. Praha: Národní knihovna ČR. [cit. 2019-03-12]. Dostupné z https://aleph.nkp.cz/F/?func=direct&doc_number=000000498&local_base=KTD

JŮVA, V. et al. (2001). *Základy pedagogiky pro doplňující pedagogické studium*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-95-8.

KARTAL, A., & AKYILDIZ, A. (2016). Public awareness, knowledge, and practice relation to epilepsy among adults in Konya [online]. *Epilepsy & Behavior*, 59, 137-141. DOI: 10.1016/j.yebeh.2016.02.006. [cit. 2019-03-30]. Dostupné z [https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050\(16\)00066-4/fulltext](https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050(16)00066-4/fulltext)

KERN, H. et al. (1999). *Přehled psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-240-8.

KRŠEK, P. (2010). Epileptické a neepileptické záchvaty u dětí [online]. *Pediatric pro praxi*, 11(2), 106-109. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2010/02/07.pdf>

KRŠEK, P. et al. (2012). *Epilepsie a škola. Souhrnný průvodce tematikou pro učitele*. Praha: Občanské sdružení EpiStop. ISBN: 978-80-903979-5-8.

LEE, P. (n. d.). St Valentine and others – patron saints of epilepsy [online]. *Epilepsy Action*. [cit. 2019-02-14]. Dostupné z <https://www.epilepsy.org.uk/about/st-valentine-epilepsy-patron-saints>

LO, A. S., ESSER, M. J., & GORDON, K. E. (2010). YouTube: A gauge of public perception and awareness surrounding epilepsy [online]. *Epilepsy & Behavior*, 17(4), 541-545. Elsevier Inc. DOI: 10.1016/j.yebeh.2010.02.004. [cit. 2019-03-15]. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505010002088?via%3Dihub>

MAGIORKINIS, E., SIDIROPOULOU, K., & DIAMANTIS, A. (2010). Hallmarks in the history of epilepsy: Epilepsy in antiquity [online]. *Epilepsy & Behavior*, 17(1), 103-108. Elsevier Inc. DOI: 10.1016/j.yebeh.2009.10.023. [cit. 2019-02-14]. Dostupné z https://www.researchgate.net/publication/40786508_Epilepsy_during_the_Middle_Age_s_the_Renaissance_and_the_Enlightenment

MAJEROVÁ, V. et al. (2008). *Sociologie venkova a zemědělství*. Praha: ČZU. ISBN 978-80-213-0651-6.

MARUSIČ, P. et al. (2018). Nové klasifikace epileptických záchvatů a epilepsií ILAE 2017 [online]. *Neurologie pro praxi*, 19(1), 32-36. [cit. 2019-03-03]. Dostupné z

MECARELLI, O., CAPOVILLA, G., ROMEO, A., RUBBOLI, G., TINUPER, P., & BEGHI, E. (2010). Past and present public knowledge and attitudes toward epilepsy in Italy [online]. *Epilepsy & Behavior*, 18(1-2), 110-115. Elsevier Inc. DOI: 10.1016/j.yebeh.2010.03.004. [cit. 2019-03-30]. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505010002672>

MIRNICS, Z., CZIKORA G., ZÁVE CZ, T., & HALÁSZ, P. (2008). Changes in Public Attitudes Toward Epilepsy in Hungary: Results of Surveys Conducted in 1994 and 2000 [online]. *Epilepsia*, 42(1). DOI: 10.1046/j.1528-1157.2001.18000.x. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1528-1157.2001.18000.x>

NAKONEČNÝ, M. (1999). *Sociální psychologie*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0690-7.

NOVOTNÁ, I., & REKTOR, I. (2017). The long-term development of public attitudes towards people with epilepsy in the Czech Republic: 1981, 1984, 1998 and 2009 studies [online]. *Acta Neurologica Scandinavica*, 135(4), 454-458. John Wiley & Sons. DOI: 10.1111/ane.12619. [cit. 2019-03-14]. Dostupné z <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ane.12619>

PANTELIADIS, C. P., VASSILYADI, P., FEHLERT, J., & HAGEL, C. (2017). Historical documents on epilepsy: From antiquity through the 20th century [online]. *Brain and Development*, 39(6), 457-463. Elsevier Inc. DOI: 10.1016/j.braindev.2017.02.002. [cit. 2019-02-14]. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0387760417300293?via%3Dihub>

PETERKOVÁ, M. (2011). *Co je sebevědomí?* [online]. cit. [2019-03-12]. Dostupné z <http://www.sebevedomi.psychoweb.cz/pdf-sbvpweb-sebevedomi-uvod.pdf>

PORTER, R. (2013). *Dějiny medicíny*. Praha: Prostor. ISBN: 978-80-7260-287-2.

PROCHÁZKA, T. (2011). Náhlá smrt u epileptiků (SUDEP) [online]. *Neurologie pro praxi*, 12(2), 110–113. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/02/09.pdf>

SEIDL, Zdeněk. (2015). *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-5247-1.

SHOURI, R. (2019, 01). Symptoms of Epilepsy [online]. *Verywell Health*. [cit. 2019-03-5]. Dostupné z <https://www.verywellhealth.com/symptoms-of-epilepsy-1204509>

STEHLÍKOVÁ, P., & MODRÁ, E. (2017). *Epilepsie: Epilepsie a dítě* [online]. Praha: Společnost E/Czech Epilepsy Association, z.s. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/> ISBN: 978-80-906432-2-2.

TONDL, L. (2002). *Znalost - její lidské, společenské a epistemické dimenze*. Praha: Filosofia. ISBN 80-7007-167-2.

VÁGNEROVÁ, M. (1997). *Úvod do psychologie*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 80-7184-421-7.

VOJTĚCH, Z. (2005). *EEG v epileptologii dospělých*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-0690-3.

VOJTĚCH, Z. (2010). *Epilepsie u dospělých osob*. Praha: Občanské sdružení EpiStop. ISBN: 978-80-903979-2-7.

World Health Organization, (2019). *Epilepsy* [online]. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Pohlaví respondentů.....	34
Graf č. 2 - Dosažené vzdělání respondentů.....	34
Graf č. 3 - Rodinný stav respondentů.....	35
Graf č. 4 - Osobní znalost respondentů někoho s epilepsií.....	35
Graf č. 5 – Krabicový graf pro proměnnou Znalosti o epilepsii.....	37
Graf č. 6 - Krabicový graf pro proměnnou Postoje k lidem s epilepsií.....	38
Graf č. 7 - Krabicový graf pro proměnnou Sebedůvěra související s epilepsií.....	39

SEZNAM ZKRATEK

AES – American Epilepsy Society

ATPE – Attitudes Towards People with Epilepsy

CT – computed tomography – výpočetní tomografie

EEG – elektroencefalografie

ILAE – International League Against Epilepsy

MRI – magnetic resonance imaging – magnetická rezonance

PET – pozitronová emisní tomografie

RZS – rychlá záchranná služba

SD – standard deviation – směrodatná odchylka

SUDEP – Sudden Unexplained Death in Epilepsy

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník pro běžnou populaci

Dotazník – znalosti, sebedůvěra a postoje k epilepsii

Vážení respondenti, obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který se týká znalostí, postojů a sebedůvěry související s epilepsií. Ráda bych výsledky použila pro zpracování své bakalářské práce, která je tomuto tématu věnována. Veškerá data budou zpracována anonymně. Děkuji!

Věk:

Pohlaví:

Vzdělání: ZŠ

ŠŠ

VŠ

Rodinný stav:

Znáte někoho s epilepsií: ano

ne

koho:

Zaměstnání:

Předem Vám děkujeme za pečlivé vyplnění dotazníku.

Znalosti o epilepsii

Tato část dotazníku obsahuje celkem 18 otázek týkajících se Vašich znalostí různých aspektů epilepsie. U každé otázky jsou čtyři možnosti, z nichž **právě jedna** je správná. Některé otázky jsou poměrně náročné a je tudíž možné, že u nich nebudete znát odpověď. V takovém případě, prosím, označte možnost, která Vám připadá jako nejpravděpodobnější. **Označení odpovědi proveďte zakroužkováním písmene u příslušné možnosti.**

1. Epilepsie je

- a) záchvatové onemocnění mozku
- b) duševní onemocnění projevující se záchvaty (tzv. amok)
- c) infekční onemocnění zasahující míchu
- d) nervosvalové onemocnění

2. Epilepsie

- a) je jedna nemoc projevující se u všech pacientů stejným způsobem
- b) je jedna nemoc mající však odlišné projevy především v závislosti na věku a pohlaví
- c) je souhrnné označení pro několik různě podmíněných onemocnění projevujících se však velmi podobným způsobem
- d) má mnoho velmi rozličných podob, vždy však u ní jde o opakovaný vznik zpravidla spontánních záchvatů

3. Jaký je přibližně podíl osob trpících epilepsií v celkové populaci v ČR?

- a) zhruba 0,01 %
- b) zhruba 0,1 %
- c) zhruba 1 %
- d) zhruba 10 %

4. Epilepsie může vypuknout

- a) zpravidla při narození, výjimečně do 1 roku života
- b) zpravidla mezi 3. a 6. rokem života, nejpozději však v době puberty
- c) v kterémkoliv věku, nejčastěji však do 20. roku života
- d) v kterémkoliv věku, nejčastěji však mezi 30. a 50. rokem života

5. Epilepsie je

- a) z podstaty neléčitelná
- b) ve většině případů neléčitelná, v některých případech léčitelná chirurgickým zákrokem
- c) ve většině případů léčitelná, avšak zpravidla pouze chirurgickým zákrokem
- d) ve většině případů efektivně léčitelná pomocí léků

6. Dědičnost epilepsie je

- a) obecně nízká (do 10 %) a závislá na druhu epilepsie a dalších faktorech
- b) vysoká (cca 50 %) a zcela nezávislá na tom, zda epilepsií trpěli oba rodiče nebo jen jeden z nich
- c) vysoká (cca 25 – 75 %) a silně závislá na tom, zda epilepsií trpěli oba rodiče nebo jen jeden z nich
- d) 100 % dokonce i v případě, že epilepsií trpí pouze jeden z rodičů

7. Při epileptickém záchvatu s křečemi je třeba především:

- a) odstranit předměty, které by mohly způsobit poranění
- b) umístit předmět (např. lžičku) mezi zuby tak, aby nedošlo k překousnutí jazyka
- c) bránit i násilím záškubům provázejícím záchvat
- d) dát epileptikovi napít (pokud možno teplý nebo alespoň vlažný nápoj)

8. V které z následujících situací je vždy nutné volat při záchvatu záchrannou službu (uvažujme, že se jedná o jedince, který již prodělal záchvaty v minulosti)

- a) vždy, každý epileptický záchvat je život ohrožující situace
- b) v případě, kdy došlo byt' jen ke krátkodobé ztrátě vědomí
- c) v případě, že dotyčný nedokázal rozpoznat blížící se záchvat alespoň minutu před jeho začátkem
- d) v případě, že záchvat trvá déle než 5 minut popř. jeden záchvat přechází do druhého

9. Která z následujících technik se typicky využívá při diagnostice epilepsie:

- a) elektroencefalografie (EEG)
- b) ultrazvukové vyšetření (sonografie)
- c) elektrokardiogram (EKG)
- d) krevní obraz

10. V jaké míře se u osob trpících epilepsií objevují specifické poruchy učení či poruchy pozornosti?

- a) méně často ve srovnání s celkovou populací
- b) zhruba stejně často jako ve srovnání s celkovou populací
- c) podstatně častěji než v celkové populaci, ale rozhodně ne ve všech případech
- d) vždy, jedná se o průvodní znaky epilepsie

11. K náhlým úmrtím, u nichž není zjištěna ani důkladným vyšetřením příčina, dochází u osob trpících epilepsií ve srovnání s celkovou populací:

- a) díky léčbě epilepsie zpravidla méně často
- b) zhruba stejně často jako v celkové populaci (epilepsie zde nehraje žádnou roli)
- c) v kojeneckém věku podstatně častěji, později srovnatelně nebo dokonce méně často
- d) podstatně častěji, a to především u dospělých jedinců

12. Mohou matky trpící epilepsií kojít?

- a) ne, protože kojení je rizikový faktor vzniku záchvatu
- b) ne, protože to zvyšuje pravděpodobnost onemocnění dítěte epilepsií
- c) pouze v případě, že neberou žádné léky související s epilepsií
- d) zpravidla i v případech, kdy berou léky související s epilepsií

13. Mezi rizikové faktory ovlivňující epilepsii nejspíše nepatří:

- a) nadměrná konzumace alkoholu
- b) návštěvy diskoték s ostrým střídavým světlem (stroboskopický efekt)
- c) vysoká míra stresu
- d) nadměrná konzumace čokolády

14. Při epileptickém záchvatu:

- a) mozek není zpravidla zasažen, postižena je primárně periferní část nervové soustavy
- b) může být v závislosti na typu epilepsie zasažena pouze jedna nebo obě hemisféry
- c) jsou vždy zasaženy obě hemisféry mozku
- d) je vždy zasažena pravá hemisféra mozku, levá není epilepsií nijak ovlivněna

15. Podstatou epileptického záchvatu je

- a) narušení elektrické aktivity mozku
- b) narušení magnetického pole mezi pravou a levou hemisférou mozku
- c) narušení rovnováhy mezi kationy a aniony v organismu
- d) narušení rovnováhy mezi bílými a červenými krvinkami

16. Výskyt psychózy je mezi lidmi s epilepsií je ve srovnání s celkovou populací

- a) výrazně menší, protože psychóza a epilepsie se navzájem prakticky vylučují
- b) trochu menší, protože u některých druhů epilepsie psychóza nemůže nastat
- c) poněkud větší, avšak zdaleka ne samozřejmý
- d) výrazně větší, jedná se o typický projev epilepsie objevující se u drtivé většiny pacientů

17. Typ generalizovaného záchvatu označovaný zpravidla jako absence se projevuje následovně:

- a) pacient má drobné záškuby ve tváři.
- b) pacient má krátkodobý výpadek vědomí připomínající snění s otevřenými očima
- c) pacient má poruchu vědomí, upadá do bezvědomí, kterému předcházely křeče
- d) pacient přestává chodit do zaměstnání, či do školy v důsledku poruchy nálady.

18. Termínem Status epilepticus je označován:

- a) každý jedinec, který trpí epilepsií
- b) jedinec, u něhož se epilepsie projevila v období puberty
- c) záchvat, který trvá déle než 5 minut, nebo opakující se záchvaty, mezi kterými pacient nenabude vědomí
- d) epileptik, který nemůže najít zaměstnání.

Sebedůvěra v oblasti epilepsie

Tato část se týká toho, do jaké míry byste si důvěřovali při zvládnutí některých situací, které mohou nastat. Zkuste si představit sebe jako učitele v takové třídě a uveďte na škále 1-5 (1 = vůbec si v této situaci nedůvěřuji, 5 = v této situaci si zcela důvěřuji), do míry byste byli schopni zvládnout následující situace. **Příslušnou volbu proveďte zakroužkováním odpovídajícího čísla.**

Poskytnout první pomoc při epileptickém záchvatu 5	1	2	3	4
Rozhodnout, zda je třeba volat záchrannou službu 5	1	2	3	4
Uklidnit okolí po proběhlém záchvatu a vysvětlit, co se stalo 4 5	1	2	3	
Zabránit tomu, aby se dítě s epilepsií stalo terčem posměchu 4 5	1	2	3	
Rozpoznat případné vedlejší účinky léčby epilepsie u dítěte 4 5	1	2	3	

Postoje k epilepsii

V této části je celkem 21 tvrzení, s nimiž se různí lidé do různé míry (ne)ztotožňují. Zakroužkováním příslušné možnosti na šestistupňové škále rozhodně nesouhlasím až rozhodně souhlasím uveďte, jaký je Váš názor na tuto věc. Snažte se označit to, co skutečně pokládáte za správné, nikoliv to, co se Vám zdá jako společensky nejpřijatelnější volba. Žádná odpověď zde není správná ani chybná, jde o zjištění Vašeho subjektivního názoru na dané téma.

1. Školy by neměly zařazovat děti s epilepsií do běžných tříd.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

2. Lidé s epilepsií mají stejná práva jako ostatní lidé.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

3. Lidé s epilepsií mohou bezpečně obsluhovat stroje.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

4. Pojišťovny by neměly odmítat pojistit lidi s epilepsií.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

5. Lidem s epilepsií by nemělo být bráněno mít děti.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

6. Lidem s epilepsií by mělo být zakázáno řízení motorových vozidel.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

7. Děti s epilepsií by měly chodit do běžných základních škol.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

8. Onemocnění epilepsií u dospělého jedince by mělo být dostatečným důvodem k rozvodu.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

9. Lidé s epilepsií jsou nebezpečím pro veřejnost.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

10. Odpovědnost za vzdělání dětí s epilepsií nese společnost.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

11. Jedinci s epilepsií jsou náchylní k nehodám.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

12. Děti potřebují být chráněny před spolužáky s epilepsií.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

13. Rodiče by měli očekávat od dětí s epilepsií to samé jako od ostatních dětí.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

14. U lidí s epilepsií je vyšší náchylnost ke zločineckým sklonům než u ostatních.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

15. Lidem s epilepsií by nemělo být zakázáno se oženit/vdát.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

16. Zákony uvádějící epilepsii jako důvod pro zrušení adopce by měly být zrušeny.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

17. Lidé s epilepsií jsou raději ve společnosti osob se stejným onemocněním.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

18. Lidem s epilepsií by měly být k dispozici stejné pracovní příležitosti jako ostatním.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

19. Lidé s epilepsií jsou jako kdokoliv jiný, pokud jsou jejich záchvaty kontrolovány léčbou.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

20. Rodinám dětí s epilepsií by neměly být poskytovány podpůrné sociální služby.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

21. Děti s epilepsií v běžných třídách mají negativní vliv na ostatní děti.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku!