

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

Předsudky veřejnosti k nemocným s epilepsií

Diplomová práce

Autor: Bc. Ivana Doubková

Vedoucí práce: MUDr. Drahoslava Tišlerová

Datum odevzdání: 25. 5. 2009

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Předsudky veřejnosti k nemocným s epilepsií 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 25. 5. 2009

.....

Bc. Ivana Doubková

Poděkování:

V první řadě bych ráda poděkovala MUDr. Drahoslavě Tišlerové za pomoc a podporu při psaní této práce. Rovněž děkuji Mgr. Lucii Valouchové za její cenné rady.

Na tomto místě bych také ráda poděkovala rodičům, kteří mi po celou dobu studia byli oporou.

PŘEDSUDKY VEŘEJNOSTI K NEMOCNÝM S EPILEPSIÍ

Epilepsie, záchvatové onemocnění mozku, není onemocněním, které by pacientům bránilo v prožívání plnohodnotného života a v dosahování vytčených cílů. I v současné době panuje kolem epilepsie řada předsudků a negativních postojů.

Diplomová práce se zabývá problematikou předsudků a postojů běžné populace vůči jedincům s epilepsií v regionu České Budějovice. V práci je také zpracována problematika informovanosti respondentů v daném regionu o problematice epilepsie. V teoretické části jsou shrnuty nejdůležitější poznatky z medicínské oblasti se zaměřením na dopady epilepsie do společenského života.

Cílem diplomové práce je zjistit postoje běžné populace k nemocným s epilepsií v regionu České Budějovice. Dílčím cílem je vyzkoumat znalost problematiky epilepsie ve stejnojmenném regionu. V souladu s cíli byly stanoveny tyto hypotézy: „V běžné populaci existují negativní předsudky k nemocným s epilepsií.“ „Běžná populace má nesprávné informace o problematice epilepsie.“ Obě hypotézy byly potvrzeny.

Výzkum byl proveden kvantitativně, byla použita metoda dotazování a její technika: dotazník a sémantický diferenciál. Výzkumný soubor byl tvořen běžnou populací, tj. respondenty starší 18 let žijící v regionu České Budějovice.

Výzkumem bylo zjištěno, že v běžné populaci existují negativní předsudky a negativní postoje vůči jedincům s epilepsií. Epileptici jsou vnímáni zejména jako duševně nemocní a pracovně neuplatnitelní. Dále také bylo shledáno, že běžná populace má nesprávné informace o problematice epilepsie, a to zejména v oblasti problematiky epileptických záchvatů, první pomoci a v oblasti léčby.

Osvětová činnost by měla být orientována již na žáky základních a středních škol, neboť takto může docházet k vytváření pozitivně laděných postojů u žáků, které se budou přenášet do dospělosti a na další generace.

PUBLIC PREJUDICE TO EPILEPTICS

Epilepsy, a paroxysmal brain illness, is not a disease that would prevent patients from living their lives fully and from achieving aims they set themselves. Even these days there is a great deal of prejudice and negative feeling when it comes to epilepsy.

The present diploma thesis deals with the problem of prejudice and general public opinions towards people suffering from epilepsy in the region of České Budějovice (Budweis), Czechia. The thesis also handles the problem of respondents' awareness of epilepsy in that region. In the theoretical part of the thesis the author summed up all important knowledge about epilepsy from the medical point of view, focusing on the impact of the illness on each person's social life.

The objective of the present diploma thesis was to ascertain general public opinions on epileptics in the region of České Budějovice. A sub-goal was to ascertain general public awareness of epilepsy in the aforementioned region. In accordance with the set goals, the following hypotheses were formulated: "The general public feel negative prejudice against epileptics." "The general public does not have correct information on epilepsy." Both hypotheses have been confirmed.

The research was a quantitative one. The author used the method of questioning, the questionnaire and semantic differential techniques. Respondents were chosen from general population, aged 18 and older, living in the region of České Budějovice.

The research has shown that ordinary people feel negative prejudice and have negative opinions in terms of epileptics. They often assume that epileptics are mentally ill, and not capable of working on a regular basis. Furthermore, the research has proved that the general public do not have correct information on epilepsy, particularly in the field of epileptic fits, first aid and the treatment.

Public education ought to be oriented to primary and secondary school pupils and students because only thus young people can adopt positive thinking and opinions on epilepsy, and this may well survive when they grow older and be passed down to other generations.

OBSAH:

Úvod.....	9
1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Postoje.....	10
1.1.1 Funkce postojů	11
1.1.2 Změna postojů.....	11
1.2 Předsudky.....	12
1.2.1 Teorie předsudků.....	14
1.2.2 Změna předsudků.....	15
1.3 Stereotypy, pověry, mýtus a fáma	16
1.4 Epilepsie.....	17
1.4.1 Historie epilepsie.....	17
1.4.2 Epidemiologie epilepsie	17
1.4.3 Etiologie epilepsie	18
1.4.4 Patogeneze epilepsie	19
1.4.5 Diagnostika epilepsie	20
1.4.5.1 Neurologické vyšetření.....	20
1.4.5.2 Neuropsychologické vyšetření.....	21
1.4.5.3 Neurozobrazovací metody	22
1.4.5.4 EEG (elektroencefalografie)	22
1.4.5.5 Laboratorní vyšetření.....	22
1.4.6 Epilepsie a epileptický záchvat.....	23
1.4.7 První pomoc	25
1.4.8 Terapie epilepsie	26
1.4.9 Společnost a nemocní s epilepsií	29
1.4.10 Epilepsie a zaměstnání	30
1.4.11 Epilepsie a volný čas	32
1.4.12 Organizace zabývající se podporou a péčí o nemocné s epilepsií	33
1.4.12.1 Společnost „E“	33

1.4.12.2	Epistop	34
1.4.12.3	EPI-RODINA a Skupina Mladých s Epilepsií (SME)	34
1.4.12.4	Helpes – centrum výcviku psů pro postižené.....	35
1.4.13	Sociální pracovníci pro pacienty s epilepsií	36
1.4.14	Epilepsie a ekonomika.....	36
1.5	Vývojová stádia člověka dle vývojové psychologie (po 18. roce života)	37
1.5.1	Období dospívání (18-20 let).....	37
1.5.2	Období mladé dospělosti (20-40 let).....	38
1.5.3	Období střední dospělosti (40-50 let).....	39
1.5.4	Období starší dospělosti (50-60 let)	40
1.5.5	Období raného stáří (60-75 let).....	40
2.	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	42
2.1	Cíl práce	42
2.1.1	Dílčí cíl práce	42
2.2	Hypotézy	42
2.2.1	Dílčí hypotéza	42
3.	METODIKA	43
3.1	Metodický postup	43
3.1.1	Metodický postup při zpracování teoretické části.....	43
3.1.2	Metodický postup při zpracování praktické části	43
3.2	Charakteristika souboru	44
3.3	Zpracování dat.....	45
4.	VÝSLEDKY	46
4.1	Sociodemografické údaje	46
4.2	Otázky týkající se zkoumaného problému - dotazník	50
4.3	Sémantický diferenciál	76
4.3.1	Komparace výsledků dle pohlaví.....	78

4.3.2	Komparace výsledků dle věku	79
4.3.3	Komparace výsledků dle vzdělání	81
4.3.4	Shrnutí výsledků	83
4.4	Spojitost některých otázek dotazníku či položek sémantického diferenciálu ..	85
5.	DISKUSE	94
6.	ZÁVĚR.....	102
7.	KLÍČOVÁ SLOVA.....	104
8.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	105
9.	PŘÍLOHY	110

ÚVOD

Epilepsie je nemocí obávanou, která může postihnout každého z nás ve všech věkových kategoriích a bez rozdílu pohlaví. Je spojována s mnoha předsudky, které vycházejí z části ze strachu či obav z této nemoci, ale také určitým dílem i z neznalosti dané problematiky. V současné době je problematika předsudků k nemocným s epilepsií velice aktuálním a často diskutovaným tématem.

Epilepsie je opředena řadou pověr, které pramení z iracionálních představ, jejichž kořeny sahají již do období starověku. Tehdy lidé věřili v nadpřirozený původ choroby či v posedlost démony, která se projevovala nástupem křečovitých stavů. I když v současné době tato pověra patří minulosti, stále mnoho z nás si myslí, že je epilepsie duševní nemocí, či chorobou dědičnou a nevyléčitelnou. Do jisté míry za to může i fakt, že záchvaty epilepsie bývají v některých případech velice dramatické a laik si je snadno splete s projevy duševní choroby. Narážíme tedy na problém informovanosti veřejnosti a na problém kvality sdělených informací o problematice epilepsie.

Současné vědecké poznání umožnilo racionální vysvětlení podstaty epilepsie, ale i přesto existuje řada předsudků, negativních postojů k nemocným s epilepsií. Epilepsie je stále považována za něco podivného, nevysvětlitelného.

Epilepsie je nemoc jako každá jiná, se kterou se pomocí lékařské vědy dá žít zajímavý a hodnotný život bez záchvatů.

Cílem diplomové práce je zjistit postoje veřejnosti k nemocným s epilepsií. V práci bude také zmapována problematika informovanosti veřejnosti o problematice epilepsie. Práce by tedy měla přinést nový vhled do problematiky epilepsie, zvýšit informovanost populace o celé problematice v souvislosti s postupným odstraňováním nevědomosti a hluboce zakořeněnými předsudky vůči lidem s epilepsií.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Postoje

Postoje lze definovat jako přetrvávající získané dispozice k určitému hodnocení, z kterého vyplývá specifický způsob chování k určité kategorii objektů. Jedná se tedy o dispozici odpovídat na určitý objekt pozitivním či negativním způsobem. Postoje ovlivňují pozornost, chování jedince, ale i způsob, jakým jedinec vnímá a reaguje na svět. Předmětem postoje může být cokoli. (62)

Velice nutné je odlišit názory od postojů. Náзор je určitý výrok, o kterém si myslíme, že je pravdivý. Je v podstatě neutrální na rozdíl od postoje, který má emocionální charakter. (24)

I přes skutečnost, že část postojů je vrozených, během života většinu postojů získává jedinec přímo prostřednictvím osobní zkušenosti s objekty, nebo zprostředkovaně, v rámci sociálního učení. (64) Postoje tedy přejímáme od jiných lidí, hlavně od těch, kteří jsou pro nás emočně významní nebo jsou považováni za autoritu. (62) Na utváření a formování postojů mají také značný vliv masové sdělovací prostředky a zejména skupina, jejíž je člověk členem. (28) Jedinec velice snadno přejímá postoje, které v sociální skupině, ke které patří, převažují. (62) Postoje mají určitý směr, intenzitu a vliv na konání. (28)

Postoj je tvořen třemi základními složkami - složkou **kognitivní** (poznávací), **emocionální** a **konativní** (behaviorální). Kognitivní složka zahrnuje souhrn názorů a myšlenek, které má člověk o objektu postoje. Emocionální složku postojů lze nazvat složkou hodnotící a vztahuje se na emoce či emocionální reakce, které jedinec cítí k předmětu postoje. (24) Tato složka postoje může významným způsobem ovlivňovat rozumové hodnocení. Konativní složkou se projevuje postoj navenek. Jedná se o tendenci reagovat, resp. jednat určitým způsobem. Rozumová a emoční složka postoje určuje obsah chování. (62)

Vzájemné vztahy jednotlivých složek postoje lze vyjádřit jako vnitřní konzistenci postoje. Je-li vnitřní soulad mezi kognitivní a emocionální složkou velký, je postoj stabilnější a stává se odolnějším proti vnějším vlivům. (41)

1.1.1 Funkce postojů

Postoje slouží ke snadnější orientaci ve světě. Umožňují snáze kategorizovat informace, které člověk získává. Prostřednictvím postojů dochází k zjednodušenému hodnocení reality, odlišení žádoucího a nežádoucího, usnadnění volby vhodného a eliminaci nevhodného chování. Při řešení různých problémů dodávají pocit jistoty. Některé postoje slouží také k regulaci chování. Postoj jako prostředek autoregulace pomáhá sociální integraci jedince. (62)

Člověk se většinou chová v souladu se svými postoji. Trvalejší, obecnější postoje stimulují v určitých situacích obdobné vzorce chování a tímto způsobem činí lidské jednání srozumitelnějším a předvídatelnějším. Postoje mohou mít ochrannou funkci, mohou fungovat jako obrana před nepříjemnými pocity, nejistotou i ztrátou sebeúcty. Podstatou mnoha postojů je potřeba zachování vnitřní vyrovnanosti. (62)

1.1.2 Změna postojů

Při změně postojů hrají významnou roli 3 faktory. Prvním z nich je **zdroj sdělení**. Zdroj sdělení musí být vnímán jedincem jako důvěryhodný, tj. člověk, který zastává názor upřímně a bez kompromisu. Vedle důvěryhodnosti zdroje sdělení hraje významnou roli i jeho kompetentnost. Odborník vzhledem ke svému statutu vzbudí u jedince větší zájem než ostatní lidé. Důležitou roli hraje také atraktivita mluvčího. (52)

Druhým faktorem je **sdělení**. U sdělení je velice důležitá struktura a obsah zprávy. Důležitou roli hraje také důvěryhodnost sdělení a emocionální účinek zprávy. (24) Je-li sdělení doprovázeno ujištěním a instrukcemi, jak se hrozícímu nebezpečí vyhnout, vyvolávají silně děsivá sdělení více změn než sdělení méně děsivá. Změnu postoje podněcují pozitivní emoce stejně jako strach. (52) Dalším významným

aspektem je skutečnost, že lidé málokdy věnují pozornost věcem, o kterých si myslí, že se jich netýkají.

Třetím faktorem je **příjemce sdělení**. Má-li příjemce zprávy již vytvořený postoj k danému objektu postoje, dochází k ovlivnění jeho ochoty nechat se informací přesvědčit. Je-li nabízené sdělení blízké postoji jedince, zaměří se jedinec na ty aspekty nabízeného sdělení, které jsou shodné s jeho vlastními. V opačném případě dochází k prohlubování rozdílnosti postojů. Dalšími významnými faktory změny postoje jsou také vzdělání, inteligence a osobnost příjemce sdělení. **(24)**

1.2 Předsudky

Specifickou kategorií postojů mající nezanedbatelné sociální důsledky tvoří předsudky. Typickým znakem tohoto druhu postojů je silný emoční náboj a slabá kognitivní složka. Vytvářejí se na základě nedostatečné znalosti, převážně tedy na afektivní bázi. Lidé mají o dané skutečnosti málo informací a jejich osobní zkušenost se skutečností je malá či žádná. Dalším charakteristickým znakem předsudků je zaujatost a odolnost vůči rozumovým argumentům, které nejsou jedincem akceptovány. Předsudky bývají pro svou iracionalitu těžko ovlivnitelné a rigidní. **(62)**

Slovo předsudek je odvozeno z latinského substantiva praeiudicium. Latinský původ tohoto slova prošel historicky třemi stupni transformace. Praeiudicium ve starověku označovalo úsudek, který se opíral o dřívější rozhodnutí a zkušenosti. V anglickém jazyce úsudek předčasný, ukvapený, který si člověk utváří dříve, než náležitě prozkoumá a zváží fakta. Později získal tento výraz emocionální nádech přízně a nepřízně provázející předčasný a nepodložený úsudek. **(1)**

Předsudek je zpravidla spojován s negativními a neopodstatněnými postoji vůči určitým menšinám. Předsudky mohou také souviset s atribucemi určitých negativních, ale i pozitivních vlastností určitým jedincům. **(40)**

Lašek (35) uvádí, že předsudek nejčastěji vyjadřuje hostilitu (nenávisť) nebo agrese k lidem na základě jejich skupinového členství. Zásadní roli v procesu vzniku a šíření předsudků hrají společenské faktory. Význam mají i psychologické proměnné.

Předsudek jako postoj má sklon k vysoké stereotypnosti, k emočnímu náboji postoje a pod vlivem opačné informace o objektu předsudku se lehko nemění. Předsudky pravděpodobně závisí na individuálních osobnostních faktorech, i přes skutečnost, že předsudky mohou být široce rozšířeny.

Dle **Hayesové (24)** je předsudek fixovaný, předem zformovaný postoj k nějakému objektu, projevující se bez ohledu na individualitu nebo povahu tohoto objektu. Jedinec, mající předsudky, při posuzování druhých nezvažuje žádné jiné alternativy vysvětlení. Výsledek interpersonálního hodnocení jedince, který má předsudky, je dopředu stanoven na základě libovolné vlastnosti objektu předsudku. Jedince může mít předsudky nejen negativní, ale i pozitivní.

Předsudky bývají přejímány prostřednictvím sociálního učení od ostatních lidí. Vzhledem ke skutečnosti, že nevyžadují větší úsilí a vytvářejí pocit jistoty a bezpečí, jsou jedinci přijímány lehce. Směřují k rozdílným projevům diskriminace, na lidské chování mívají spíše negativní vliv. Součástí předsudků jsou stereotypy tj. zafixované zjednodušené a zkreslené názory, obvykle na určitou specificky vymezenou skupinou lidí. **(62)**

Diskriminaci lze chápat jako odlišné (často negativní) zacházení s osobami, které patří do určité sociální skupiny. Zpravidla je diskriminace behaviorálním výrazem předsudku. Lze tedy říci, že jedinec, který je diskriminován, je zbaven nějaké výhody nebo práva, které je dáno jiným členům společnosti. Předsudky mohou být různě intenzivní a pomáhají obhájit zjevnou či skrytou diskriminaci. **(28)**

U některých jedinců jsou předsudky uplatňovány silněji a jejich působení je dlouhodobé. U jiných se naopak uplatňují slaběji a jejich změna může nastat během jediného formativního a vysvětlujícího rozhovoru. Některé předsudky ovšem ovlivňují celý život člověka. Osobnostním rysem, který do značné míry danou osobnost popisuje, je stabilita předsudků. **(28)** Ke vzniku předsudku není nutný skutečný styk ani věcně přesvědčivé informace.

1.2.1 Teorie předsudků

Autoři původ předsudků chápou odlišně, v závislosti na jejich orientaci. Teorie o vrozené povaze agrese chápou předpojaté chování jako projev nějakého biologického pudu, který nás nutí soutěžit, bránit teritorium nebo ochraňovat příbuzenské geny. Reprezentantem této teorie je Ardrey, který konstatuje, že mezi základní instinkty jedince patří ochrana teritoria. V moderním pojetí biologické teorie jsou předsudky vůči vnějším skupinám chápány jako důsledek biologického pudu ochraňovat jedince, kteří s námi sdílejí stejné geny. Dle Hayesové jsou biologické přístupy k porozumění lidským bytostem redukcionistické. Tyto přístupy vše redukuje výhradně na jednotlivé jednoduché příčiny a ignorují nebo nedoceňují další aspekty lidského prožívání. (24)

Adorno a jeho kolegové konstatovali, že základem lidských předsudků je určitý typ osobnosti. Hovoří o tzv. autoritativní osobnosti. Jedná se o osobnost, která je se svými rysy predisponována k předsudkům. (45) Díky výchově jisté typy lidí mají sklon k předsudkům vůči vnějším skupinám. Jedná se především o jedince, jejichž rodiče prosazovali velmi tvrdou disciplínu. Důsledkem tvrdé disciplíny je vyvolání silných agresivních pocitů u dítěte na jedné straně a nemožnost vyjadřování těchto pocitů na straně druhé. Z tohoto důvodu dochází k jejich internalizaci a projevování se vůči jiným objektům (lidem, kteří jsou nějakým způsobem společensky odlišní). (24)

Důležitou část sociální identity jedince tvoří členství v sociálních skupinách, které může představovat dostatečný důvod k diskriminaci ve prospěch členů vlastní skupiny a proti příslušníkům vnější skupiny. Základní součástí lidského myšlení je proces vnímání druhých lidí na základě jejich členství ve skupinách. Zároveň se podílí na formování společenských norem a existenci stereotypů a předsudků. (24)

Při formování předsudků se uplatňují tři kognitivní mechanismy, které popsal Tajfel. Mezi tyto kognitivní mechanismy lze uvést **kategorizaci, asimilaci a hledání koherence**. Kategorizací se rozumí způsob, kterým třídíme informace. Spadá sem i proces stereotypizace, který ve vývoji předsudků hraje důležitou roli. Hodnocení a používání soudů při kategorizaci lze nazvat asimilací. Hledání koherence zahrnuje pokusy objasnit či ospravedlnit vlastní myšlenky a postoje. (24)

Používání kategorií podněcuje ke vzniku předčasných soudů, které se mohou časem změnit v předsudky. Předčasný úsudek se stává předsudkem pouze tehdy, je-li nezvratný i při získání nových poznatků. Předsudky jsou tedy poměrně dobře odolné vůči změnám. Nejdůležitějšími kategoriemi, které jedinec má, je jeho soustava hodnot. Člověk tíhne k předsudkům. (1)

1.2.2 Změna předsudků

Problematika předsudků je velice složitá. Při shrnutí všech existujících psychologických poznatků lze říci, že redukce předsudků má pět hlavních podmínek. První podmínka zahrnuje **rovnoprávné postavení zúčastněných**. Rovnoprávné vztahy mezi členy dominantní a menšinové skupiny a zároveň viditelné úspěchy členů menšinové skupiny znamenají nové informace. Pomocí nových informací mnohdy dochází ke změně postojů. Druhou podmínkou je **existence příležitosti k osobnímu kontaktu**. Máme-li možnost osobně poznat členy druhé skupiny a známe-li osobnost jednotlivých členů, dochází k vyššímu přijetí jedinců druhé skupiny. (24)

Třetí podmínkou je nutný **kontakt s nestereotypními jedinci**, pomocí něhož může dojít ke snížení předsudků. Tento fakt vychází ze skutečnosti, že jedinci jsou nuceni, aby jednali s druhými jako s neopakovatelnými lidskými osobnostmi a ne jako s příslušníky nesympatické skupiny. V případě stereotypizace dochází k jednotnému vnímání všech členů dané skupiny. Stereotypizace je důležitým aspektem ve vytváření dojmu o druhých lidech. Rozumí se jí klasifikace lidí dle předem daných kritérií na základě povrchních charakteristik. Při stereotypizaci jedinec nebere v úvahu to, jaký člověk ve skutečnosti je. (24)

Čtvrtá podmínka spočívá v **podporování kontaktu mezi skupinami společnosti**. Pokud dochází k tomu, že společnost podporuje kontakt mezi skupinami i rovnoprávné, spravedlivé jednání, předsudky se sníží. V opačném případě dochází k jejich udržení. Skutečnost, že dojde ke snížení předsudků, se zvyšuje v případě podpory jedinců rodinou i přáteli. Pátou podmínkou je **existence příležitosti ke spolupráci**. Při redukci předsudků hraje významnou roli i společné úsilí obou skupin, pomocí kterého dochází k překonávání odlišnosti mezi skupinami. (24)

Jsou-li splněny všechny výše zmíněné podmínky, dochází k redukci předsudků i u jedinců, jejichž postoje byli velmi silné.

1.3 Stereotypy, pověry, mýtus a fáma

Stereotypy lze definovat jako zafixované zjednodušené a zkreslené názory, zpravidla na určitou, specificky vymezenou skupinu lidí. (62) Stereotypy mají kategoriální povahu – na základě skupinového členství jsou jedincům přisuzovány určité charakteristiky. Dochází tedy k iracionálně založenému posuzování jedinců nebo celých skupin. Stereotypy lze rozlišit na autostereotypy a heterostereotypy. (35) Autostereotypy se rozumí představy, které mají příslušníci určité skupiny o sobě samých. Stereotypy, které mají členové jedné skupiny k příslušníkům druhé skupiny, se nazývají heterostereotypy. Pojem stereotypy byl roku 1988 uveden do literatury Lippmannem v díle Public Opinion. (45)

Pověry lze také chápat jako druh postojů, které jsou výrazně iracionální. (40) Dle Nováka jde o „bludné myšlení“, jež se iracionálními postupy snaží vysvětlit to, co si jedinec v danou situaci či chvíli nedokáže racionálně vysvětlit. (45)

Mýtus je řeckého původu a znamená nejspíše tradovanou legendu o něčem či o někom, bájný příběh a soustavu názorů a přesvědčení. (45)

Allport a Postman **fámu** charakterizují jako sdělení týkající se aktuálních událostí, je předpokládáno k věření, šíření se od osoby k osobě, a to obvykle ústně. (45)

1.4 Epilepsie

1.4.1 Historie epilepsie

Lidské povědomí o epilepsiích je bezpochyby velmi staré. První písemné zmínky pocházejí ze starověkých kultur. Babyloňané, stejně jako Řekové, mínili, že epilepsie je dílem démonů a duchů. K léčbě využívali medikamenty, amulety, mazání atd. **(63)**

Epilepsie byla lidově nazývána „rajskou nemocí“, „svatou nemocí“, „božskou nemocí“ apod. Všechna výše uvedená pojmenování vyjadřovala vztah lidstva k epilepsii, která odpuzovala a znamenala cosi zavrženíhodného. Ve středověku byla epilepsie označována za „svatý žal“ či „svátost“ nebo „božskou sílu“. **(38)**

Avšak i v současné době je epilepsie v rozvojových zemích považována za nakažlivou nemoc a to zejména v Nigérii a Keňi. V jiných zemích je naopak léčena magickými prostředky (např. Haiti). Společnost nadále reaguje na jedince s epilepsií nevybíravým způsobem. Svědčí o tom případ indického muže, který byl nucen obědovat v jiné místnosti, aby v případě záchvatu nezkazil svým spolupracovníkům chuť k jídlu. **(63)**

Postupné odstraňování předsudků a zejména vytváření humánního prostředí pro jedince s epilepsií je stejně důležitou činností, jako zavádění nových diagnostických a terapeutických přístupů v péči o nemocné s epilepsií. **(63)**

1.4.2 Epidemiologie epilepsie

Epilepsie jsou souhrnným označením těch nemocí, jejichž společným projevem je opakovaný výskyt spontánně se opakujících, nevyprovokovaných epileptických záchvatů. Epilepsie a epileptické záchvaty patří k častým neurologickým poruchám, vyskytující se v kterémkoliv věku. **(63)** Ojedinelý epileptický záchvat ještě nemusí znamenat začátek tohoto onemocnění, může být odezvou organismu na mimořádné podmínky (alkohol, fyzická vyčerpanost, spánková deprivace, aj.). O epileptickém onemocnění hovoříme tehdy, pokud se záchvaty opakují. V současné době se rozlišuje 30-40 epileptických syndromů. **(49)**

Incidence epilepsie je závislá na věku. Nejvyšší stupeň výskytu je pozorován u dětí mladších jednoho roku, vrchol křivky je v prvním měsíci života. Následně hodnoty v raném dětství klesají, stabilizují se v adolescentním věku a znovu se zvyšují u lidí starších 65 let. (47) Stárí je životní etapou, ve které dochází nejčastěji k rozvoji epileptického onemocnění. Nejčastější příčinou jsou cévní onemocnění mozku. Asi 30 % nově diagnostikovaných epilepsií tvoří epilepsie diagnostikovaných u jedinců starších 65 let. (8)

V současné době má epilepsii asi 6 milionů obyvatel v Evropě. V ČR žije kolem 70 000 pacientů s aktivní epilepsií. Alespoň jeden záchvat za život prodělá každý desátý až dvacátý člověk. (49)

1.4.3 Etiologie epilepsie

Pro epilepsii je charakteristické, že nemá jednotnou příčinu, může vznikat z rozdílných důvodů. Z hlediska etiologie lze uvést faktory genetické a faktory získané. Do získaných faktorů lze zařadit široké etiologické spektrum endogenních a exogenních nox, které působí v prenatálním či postnatálních obdobích. Mezi příklady těchto faktorů lze uvést hypoxii, infekce, tumory, mozková poranění, febrilie, metabolické a farmakologické noxy aj. (26)

Asi u třetiny nově diagnostikovaných epilepsií lze zjistit její etiologii. U dětí je nejčastější příčinou prenatální postižení s ložiskovým neurologickým nálezem, u dospělých cévní mozková příčina. Riziko následného rozvoje epilepsie zvyšují zánětlivé choroby CNS (encefalitida, bakteriální či serózní meningitida aj.), těžká onemocnění CNS, konzumace drog a alkoholu. (63)

Dle Mezinárodní klasifikace epilepsií a epileptických záchvatů - ICEES z roku 1989 lze epilepsii rozdělit na epilepsie idiopatické, symptomatické a kryptogenní. U **idiopatické epilepsie** není známa etiologie, jedná se tedy většinou o vliv dědičnosti. **Symptomatické epilepsie** mají známou, průkaznou organickou mozkovou lézi, různé etiologie a povahy (akutní, chronickou atd.) a tomu odpovídající klinický obraz a prognózu. **Epilepsie kryptogenní** jsou pokládány za symptomatické formy, ale jejich příčina zůstává aktuálními vyšetřovacími metodami neprůkazná. (26)

1.4.4 Patogeneze epilepsie

Epilepsie není jedna nemoc, ale je skupinou nosologických jednotek, jejichž společným projevem je opakovaný výskyt epileptických záchvatů. Tyto jednotky jsou po stránce etiologie, patogeneze, klinického obrazu i prognózy značně různorodé. V současné době tedy mluvíme o různých typech epilepsií nebo o epileptických syndromech. (36) Epilepsii lze chápat také jako dynamický proces, který je různě ovlivnitelný v různých fázích svého vývoje. (50)

Mozek se skládá asi z 10 miliard neuronů a 6×10^{13} synapsí, které vytvářejí složitý dynamický systém. Tento systém reaguje plasticky na různé podněty, tedy i na epileptický děj. Podkladem plasticity je strukturální a funkční modifikace axonů, synapsí, okruhů a sítí, která hraje roli v procesu paměti, při učení a v epileptogenezi. (50)

Epileptický záchvat je projevem patologicky změněné funkce mozkové tkáně. Dochází k synchronizaci patologické rytmické elektrické aktivity a jejímu šíření po patologických i jinak zdravých neuronálních populacích. (51) Je vyvolán náhlou dysbalancí rovnováhy mezi excitačními a inhibičními mechanismy určité skupiny neuronů v mozku. Důsledkem této poruchy rovnováhy jsou abnormální neuronální výboje CNS. (53) V potlačování neuronálního výboje hrají velmi důležitou preventivní úlohu inhibiční mechanismy. Při poruše jejich funkce dochází k trvalému zvýšenému „bombardování“ neuronů aferentními podněty, a tím je neuron podněcován k výbojům. U zdravých jedinců je schopnost neuronové sítě šířit vzruchy a brzdit generalizaci vzruchů v rovnováze. U jedinců s epilepsií převládá schopnost vést vzruchy nad schopností potlačit jejich šíření. (67)

Rozvoj epileptického procesu je podmíněn těmito faktory: pohotovost k záchvatům, ložisko vyvolávající záchvaty a provokační faktory. Prvním faktorem je **pohotovost k epileptickým záchvatům**, která je individuální, podmíněna geneticky a klesá úměrně s věkem. Je ovlivněna vnitřními (metabolismus a vnitřní prostředí) i zevními (vlivy prostředí, jako např. teplotou, vlhkostí) podmínkami organismu. (53) Záchvatová pohotovost vyjadřuje náchylnost ke vzniku epilepsie. Mezi nejčastější zevní

faktory zvyšující pohotovost k epileptickým záchvatům patří nedostatek spánku, alkohol či fyzická vyčerpanost. (43)

Epileptické ohnisko vzniká na základě přítomnosti epileptických neuronů vytvářejících patologické paroxysmální depolarizační posuny. Projevem těchto neuronů jsou vysokofrekvenční výboje. Epileptické ohnisko rozdělujeme na primární a sekundární. Primární ložisko se vyvíjí za předpokladu přítomnosti podstatného počtu epileptických neuronů s časovou synchronizací jejich patologické výbojové aktivity. V oblastech, které jsou fyziologicky napojené na primární ohnisko, dochází v důsledku vysokofrekvenčních výbojů ke vzniku sekundárního ohniska. (43)

Provokačními faktory mají podíl na časově konkrétní manifestaci epileptického záchvatu. Lze je rozdělit na faktory endogenní (dehydratace, vlivy metabolické, febrilie apod.) či exogenní povahy (vlivy toxické, farmakologické, senzorické aj.). (26)

1.4.5 Diagnostika epilepsie

Velice důležitý moment v životě pacienta je stanovení diagnózy. Diagnóza epilepsie je z velké části založena na pečlivém odběru anamnestických údajů. V mnoha případech musí lékař spoléhat na údaje, které mu řekne sám pacient. Z tohoto hlediska jsou velmi důležitou skupinou svědci epileptického záchvatu, kteří mohou pacientem sdělené informace doplnit či zpřesnit. Tento fakt vyplývá z té skutečnosti, že pacient si vzhledem k charakteru onemocnění mnohdy záchvat nepamatuje. (57)

1.4.5.1 Neurologické vyšetření

Anamnéza

Odběr anamnézy zahrnuje anamnézu rodinnou, osobní, sociální, alergickou a farmakologickou. Součástí anamnézy je i anamnéza záchvatového onemocnění, kdy se pozornost zaměřuje na okolnosti záchvatu, prodromy a aury, průběh záchvatu, způsob návratu vědomí, pomočení, pokousání či postiktální příznaky. (7)

Diferenciální diagnostika

V mnoha případech je velice obtížné rozlišit, zda se jedná o záchvaty epileptické či neepileptické. Neepileptické záchvaty jsou velmi časté u skupiny pacientů, u nichž je epilepsie označována jako farmakorezistentní. Rozlišení neepileptických záchvatů od epileptických je velice důležité pro nasazení správné léčby. Neepileptické záchvaty připomínají epileptický záchvat, ale jsou jiného původu než epileptického. Dle etiologie lze neepileptické záchvaty rozdělit do dvou skupin. **(48)**

První skupinu neepileptických záchvatů tvoří somaticky podmíněné záchvaty, do kterých lze zařadit synkopy, poruchy spánku (noční děs, somnambulismus, enuréza atd.), kardiální arytmie, tetanie, migrény, tranzitorní ischemické ataky a jiné. **(43)**

Druhou skupinou jsou psychogenně podmíněné neepileptické záchvaty, které lze velice obtížně od epilepsie diagnosticky odlišit. Mohou se objevovat samostatně nebo u pacientů, kteří trpí zároveň i epilepsií. Mezi psychogenně podmíněné neepileptické záchvaty patří nevědomě navozené záchvaty, panické ataky, vědomě navozené (simulované) záchvaty, poruchy osobnosti a chování. **(11)**

1.4.5.2 Neuropsychologické vyšetření

Neuropsychologické vyšetření zahrnuje vyšetření kognitivních oblastí, ale také popis psychosociální problematiky pacienta, popis osobnosti, popis adaptace na nemoc, subjektivní kvality života, možnou psychopatologii, ale také případné suicidální tendence. **(49)**

U nemocných epilepsiemi se velice často objevují poruchy kognitivních funkcí (poruchy paměti, pozornosti, ...), behaviorální problémy nebo obtíže psychické. Ačkoli epilepsie není duševní nemoc, bývá v některých případech spojena s psychickými změnami, kterým je nutné věnovat pozornost a potřebnou psychologickou péči. Mezi obtíže psychické patří deprese, dysforie, zvýšená anxiozita. Někteří autoři uvádějí i osobnostní zvláštnosti. U dětských pacientů se setkáváme s poruchami učení. Výše zmíněné poruchy (kognitivní, behaviorální a psychické) se mohou navzájem ovlivňovat a způsobovat problémy sociální. **(49)**

Diagnostika a léčba psychických poruch je stejně zásadní jako diagnostika a léčba epileptických záchvatů. Neboť neléčené psychiatrické příznaky jsou v delším časovém úseku velmi rizikové. V důsledku může jít o vznik chronifikovaných afektivních a osobnostních poruch. Mnohdy nepoznané a neléčené změny v psychickém stavu přinášejí nemocným s epilepsií více životních těžkostí než záchvaty samotné. **(63)**

1.4.5.3 Neurozobrazovací metody

Zobrazovací metody hrají v diagnostice epilepsie podstatnou roli, neboť strukturální odchylky mozku se mohou projevit epilepsií. **(7)**

Zobrazovací metody lze rozdělit na dvě základní skupiny. První skupina zahrnuje vyšetření zobrazující strukturu mozkové tkáně. Do této skupiny metod patří vyšetření MRI (magnetická rezonance), které je nejcitlivější neurozobrazovací metodou pro průkaz epileptogenních lézí. Dalším vyšetřením spadající do výše uvedené skupiny metod je CT mozku. Druhou skupinu tvoří metody zachycující funkční stav jednotlivých částí mozku, tzv. metody funkčně-zobrazovací. Funkčně zobrazovací vyšetření se provádí pouze u pacientů, kteří jsou zařazeni do epileptochirurgického programu. Vyšetřeními spadající do této skupiny jsou vyšetření SPECT, PET a speciální MRI techniky. **(57)**

1.4.5.4 EEG (elektroencefalografie)

EEG je nejčastější pomocnou metodou v diagnostice epilepsie. EEG je vyšetřením, při kterém se zaznamenává elektrická aktivita mozku povrchovými elektrodami umístěnými na povrchu lebky. **(14)** EEG aktivita je snímána pomocí elektroencefalografického přístroje. V EEG přístroji jsou snímány potenciály zesíleny a zaznamenány. Jedná se o vyšetření nebolestivé. **(63)**

1.4.5.5 Laboratorní vyšetření

V rámci diagnostiky epilepsie se také provádí laboratorní vyšetření, které zahrnuje vyšetření biochemická. Zhodnocují se hladiny iontů, funkce jater a ledvin. Stanovuje se celý glykemický profil a krevní obraz. **(38)**

1.4.6 Epilepsie a epileptický záchvat

Epileptický záchvat je symptomem funkčního postižení určité části nebo systému mozku. Lze jej vymezit jako časově omezenou, velmi krátkou změnu klinického stavu podmíněnou excesivním výbojem části nervových buněk mozku. (57) Epileptický záchvat se následně projeví změnou vědomí, příznaky motorickými, senzitivními, sensorickými, vegetativními a psychickými změnami. (65)

Dle Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů – ICES z roku 1981 (Příloha 2) se epileptické záchvaty dělí na tyto základní skupiny: záchvaty parciální (fokální), záchvaty generalizované a neklasifikované epileptické záchvaty. (57) Mezinárodní klasifikace záchvatů byla navržena Mezinárodní ligou proti epilepsii (ILAE), což je mezinárodní organizace profesionálů zabývající se epilepsií v různých zemích. Epileptické záchvaty jsou kategorizovány dle nálezu na EEG a dle toho, jak záchvat probíhá a co se při něm děje. Nezahrnuje tedy příčinu záchvatů. (21)

Parciální záchvaty (dříve používaný termín ložiskový záchvat) vycházejí z vymezené části mozkové kůry jedné z hemisfér a dle přítomnosti poruchy vědomí rozlišujeme parciální záchvaty simplexní (parciální záchvat s elementární symptomatologií), komplexní (parciální s komplexní symptomatologií) a parciální záchvaty přecházející v generalizované záchvaty. Poruchu vědomí lze definovat jako neschopnost reagovat normálním způsobem na vnější podněty. Je doprovázena amnézií na toto období. (7)

Parciální záchvaty simplexní nejsou provázeny alterací vědomí. Trvají většinou sekundy až desítky sekund. Projevem je různá symptomatologie, která odpovídá místu vzniku nebo šíření epileptické aktivity. Jedná se o projevy motorické, somatosenzorické, smyslové doprovázené vegetativními příznaky a psychické. Vyskytují se samostatně, nebo se mohou rozvinout v záchvat komplexní či sekundárně generalizovaný. (57)

Parciální záchvaty komplexní, dříve označovány jako záchvaty psychomotorické, se vyznačují tím, že jsou provázeny poruchou vědomí. Vědomí při nich bývá narušeno v různém stupni. Typickými projevy jsou pohybové automatismy

(mlaskání, polykání apod.), které trvají několik vteřin až minut, výjimečně déle. Pacienti mají na záchvatový děj amnézii. (17)

Generalizované záchvaty jsou takové záchvaty, při nichž je epileptickou aktivitou postižena celá mozková kůra obou hemisfér. Motorické projevy těchto záchvatů jsou vyjádřeny symetricky. Vědomí bývá narušeno. Pacienti mají na záchvat amnézii. Dle motorických projevů tyto záchvaty lze rozdělit na záchvaty tonicko-klonické, absence, tonické, myoklonické, atonické záchvaty a klonické. (65)

Tonicko – klonický záchvat je nejčastěji se vyskytující typ záchvatu, známý pod názvem grand mal (velký záchvat). Záchvat začíná náhlou poruchou vědomí s pádem a tonickou kontrakcí svalstva končetin, žvýkacího svalstva, hrudníku i bránice. Tonická fáze přechází postupně do generalizovaných klonických konvulzí. Během této fáze se objevují rytmické záškuby končetin trvající různě dlouho. Může dojít k inkontinenci či pokousání jazyka. Záchvat trvá kolem 2-3 minut. Pacient má na průběh záchvatu amnézii, cítí se unavený, po záchvatu často usíná. (2)

Pro dětský věk a období dospívání jsou typické **absence** (dřívější označení petit mal) projevující se náhlou ztrátou vědomí, přerušением vykonávané aktivity, prázdným strnulým pohledem, strnutím a změnou výrazu obličeje. Pacient v průběhu záchvatu nereaguje, na záchvat si nepamatuje. Záchvaty trvají od několika sekund do půl minuty, končí většinou stejně rychle, jako začaly. (65)

Tonické záchvaty jsou charakterizovány generalizovanou tonickou svalovou kontrakcí, odeznívající během několika desítek vteřin. Dochází k pevné, silné svalové kontrakci, která fixuje končetiny v určité poloze, nastává rotace hlavy a končetin k jedné straně. Porucha vědomí nastupuje náhle a většinou od samého počátku záchvatu. Všechno příčně pružované svalstvo je téměř okamžitě ovládnuto tonickou křečí. Záchvat je doprovázen sliněním, pomočením. Doba trvání záchvatu je od několika sekund po minuty, s možným přechodem do epileptického statu. (11)

Záchvaty myoklonické jsou typické pro dětský věk a období dospívání. Projevem záchvatů jsou krátké, rychlé kontrakce zejména proximálního svalstva horních končetin. Kontrakce mohou být omezeny na obličej, trup nebo jednu či více

končetin, skupiny svalů apod. Někdy se může objevit i mírné podklesnutí v kolenou či pád. (57)

Atonické záchvaty jsou charakterizovány náhlým poklesem nebo ztrátou svalového tonu, který může být omezen jen na určitou oblast. Náhlý pokles či ztráta svalového tonu vede k poklesu hlavy, končetin. Při atonii dolních končetin může dojít k pádu. Jedná je o pozvolné „sesunutí“, při kterém hrozí menší nebezpečí úrazu. Charakteristická je krátká doba trvání těchto záchvatů. (65)

Klonické záchvaty lze definovat sérií opakovaných svalových stahů. Klonické projevy mohou být symetrické i asymetrické, rytmické, synchronní na horních i dolních končetinách a asynchronní se stranovým zdůrazněním. Frekvence klonů se v průběhu záchvatu snižuje. Délka záchvatu je spíše krátká, většinou do 2 minut. (11)

Status epilepticus lze definovat jako záchvat, který trvá přinejmenším 30 minut nebo sérií intermitentních záchvatů trvajících déle než 30 minut, mezi nimiž nemocný nenabude plného vědomí. (30)

1.4.7 První pomoc

Mezi pravidla první pomoci při velkém epileptickém záchvatu (grand mal), které uvádí **Berlit (6)** patří:

1. Zachovat klid, uklidnit přítomné.
2. Odstranit z dosahu nemocného ostré a nebezpečné předměty (např. ostré hrany, topení, kameny – nebezpečí úrazu).
3. Podložit hlavu pacienta něčím měkkým (svinuté šatstvo, pokrývka).
4. Nebránit záškubům, tonické křeči či automatismům (nebezpečí poranění či poškození věcí).
5. Uvolnit těsné části oděvu (vázanky, úzký límec) na krku, aby nedocházelo ke škrcení epileptika.
6. Obrátit nemocného na bok, aby se dýchací cesty zachovaly volné.
7. Nesnažit se vkládat cokoliv mezi zuby (např. gumový klín – nebezpečí úrazu).
8. Nestlačovat jazyk, neprovádět umělé dýchání.

9. Po záchvatu nechat nemocného v klidu přijít k sobě, netrást s ním, nevolat na něj.
10. Hlídat nemocného do doby návratu vědomí.
11. Při postparoxysmální dezorientaci slovně pacienta uklidnit.
12. Nepodávat nemocnému těsně po záchvatu tekutinu (nebezpečí zalknutí).
13. Zjistit, zda nedošlo k poranění zejména hlavy, jazyka nebo obratlů.
14. Zjistit anamnézu.
15. Jde-li o léčeného pacienta, nedošlo-li k jeho poranění vyžadující ošetření a nepřetrvává-li dezorientace, transport do nemocnice není nutný.
16. Jde-li o první záchvat, či o kumulaci záchvatů, status epilepticus, či přetrvává-li dezorientace, a je-li nemocný poraněný, je nutné volat rychlou záchrannou službu. **(6)**

První pomoc u absencí není většinou nutná, neboť se jedná o náhlou a krátkou ztrátu vědomí bez křečí. Průběh záchvatů lze přerušit stimulací pacienta slovem nebo dotykem. V případě nekomplikovaného průběhu u ložiskových záchvatů jednoduchých, zvláštní opatření při první pomoci nejsou potřebná. Při psychomotorickém záchvatu, je první pomoc obdobná první pomoci při velkém epileptickém záchvatu. Tento záchvat se projevuje neúčelnými, mnohdy opakujícími se pohyby. **(15)**

1.4.8 Terapie epilepsie

Cílem antiepileptické léčby je nejen ovlivnění záchvatů, dobrá tolerance podávaného léku, ale zároveň snaha o dosažení co nejlepší kvality života pacienta v období mezi jednotlivými záchvaty. **(44)** Nabídka komplexní léčby zahrnující rady o životosprávě, psychosociální léčbu, medikamentózní léčbu, kontrolu záchvatů a v některých případech i léčbu chirurgickou (event. elektrostimulaci), pomáhá k dosažení výše uvedeného cíle léčby.

Léčba epileptických záchvatů se musí indikovat uvážlivě a individuálně. **(43)**

Při léčbě epilepsie hraje důležitou roli i postoj pacienta k léčbě. V první řadě musí pacient s léčbou souhlasit. Z tohoto hlediska je důležité každému pacientovi i jeho

rodině vysvětlit princip antiepileptické léčby. Vysvětlením principu léčby a vztahu užítu léčby k jejímu případnému riziku se zvyšuje compliance pacienta (tj. spolehlivost v užívání medikace). (57) Ke zvýšení spolupráce pacienta s lékařem přispívá i vedení záchvatového kalendáře, do kterého si pacient zaznamenává užívanou medikaci, provokující faktory, frekvenci a charakter záchvatů. (63)

Je-li diagnóza epilepsie jistá či vysoce pravděpodobná, nebo je-li vysoké riziko opakování nebezpečného epileptického záchvatu, zahajuje se antiepileptická léčba, která v každém případě začíná režimovými opatřeními. (57) Cílem režimových opatření je eliminace možných provokačních faktorů (tj. fotostimulace, nadměrné fyzické či psychické zatížení apod.). K omezení či vyloučení těchto faktorů musíme přistupovat individuálně, protože každý pacient je na jednotlivé provokační vlivy různě citlivý. (36) Dříve se k provokačním faktorům řadila i konzumace kakaa nebo čokolády, která byla v minulosti pacientům zakazována. V současné době se již k provokačním faktorům neřadí. (57) Důležitou součástí terapie je také pravidelná a přiměřená životospráva, pravidelný spánkový režim. Spánek je fyziologický proces nutný k existenci lidského organismu (k jeho regeneraci). Spánková deprivace je jedním z provokačních faktorů, aktivující epileptiformní aktivitu. (39) Dalším režimovým opatřením je zákaz požití alkoholu a to jak z hlediska provokačního faktoru, tak i nežádoucích účinků při kombinaci antiepileptik s alkoholem. (67)

Nejčastější léčba epilepsie je farmakoterapie. Rozhodnutí o zahájení medikamentózní léčby musí být uvážlivé. Při výběru vhodného antiepileptika se musí přihlížet k druhu záchvatu/ů či typu epileptického syndromu, účinnosti/ snášenlivosti antiepileptika (volba antiepileptika, které bude účinné a pro pacienta nejbezpečnější), dále k pohlaví pacienta, jeho hmotnosti, kognici, interiktálnímu psychickému statusu a rizikům nežádoucích reakcí. Léčba epileptických záchvatů může být časově omezená, ale i celoživotní. (66) Vyžaduje pravidelné užívání antiepileptika s cílem udržet jeho hladinu v mozku na takové úrovni, která je dostatečná pro potlačení záchvatů. (57) Klíčovým momentem je tedy výběr nejvhodnějšího antiepileptika, protože chybné zahájení léčby může výrazným způsobem ovlivnit další průběh nemoci. (29)

V současné době se k léčbě farmakologické používá řada léků. Tyto léky se nazývají antiepileptika. Používá se i termín antikonvulziva, a to vzhledem ke skutečnosti, že tyto léky potlačují klinické projevy, tzn. epilepsii neléčí. Nutné je také poznamenat, že antiepileptika mají vedlejší účinky. Tyto účinky dělíme na farmakologické postihující CNS a idiosynkratické. Idiosynkratické účinky častěji postihují jiné orgány nebo systémy. Objevují se alergické reakce s kožními projevy, poruchy jaterních funkcí, osteomalacie, změny krevního obrazu apod. Antiepileptická léčba může také vést ke zvýšení tělesné hmotnosti. (57)

Dávkování antiepileptik se vždy stanovuje individuálně. Cílem je stanovení optimální dávky podávaného léku. Farmakologická léčba se vždy zahajuje nízkými dávkami, které se postupně zvyšují tak, aby si organismus pacienta na lék zvykl a případné nežádoucí účinky byly na minimální úrovni. (21) U každého pacienta je nutné sledovat účinnost a bezpečnost léčby. Toto sledování se děje pomocí pravidelných kontrol.

V průběhu několika desetiletí byla do praxe zavedena řada nových a bezpečnějších antiepileptik, avšak terapie epileptických záchvatů je neustále omezena na jejich potlačování. Nová antiepileptika jsou lépe tolerována, mají méně interakcí a vedlejších účinků. (33)

Při správném určení léčení bývá první antiepileptikum úspěšné u 40-60 % pacientů. V případě, že je tento lék neúčinný (tj. je podáván až do maximálních, pacientem tolerovaných dávek a po dostatečně dlouhou dobu), zvolí se druhý vhodný lék v tzv. „alternativní monoterapii“. Bohužel se některé typy epilepsie pomocí monoterapie nepodaří zvládnout. Je tedy indikována „racionální polyterapie“ ve dvojkombinaci či trojkombinaci. (65) Bohužel přes veškeré snahy lékařů se u 25-30 % pacientů nepovede epileptické záchvaty farmakologicky kompenzovat. Hovoříme tedy o farmakorezistentní epilepsii. (7)

U farmakorezistentních pacientů se zvažují alternativní způsoby terapie. Zpravidla se jedná o epileptochirurgickou léčbu čili o specifickou terapii, kterou se zabývají výhradně specializovaná centra. Epileptické zákroky lze zjednodušeně rozdělit na dvě základní skupiny. Jedná se o výkony kurativní (resekční zákroky),

pomocí nichž dochází k úplnému vyléčení pacienta, tedy odstranění epileptických záchvatů. Druhou skupinu tvoří výkony paliativní, jejichž primárním cílem je významné snížení počtu záchvatů či odstranění záchvatů, které pacienta nejvíce ohrožují. (7)

Nejčastějším typem epileptochirurgických zákroků jsou tzv. resekční zákroky. Při těchto zákrocích se odstraňuje část mozkové tkáně, která je zodpovědná za vznik epileptických záchvatů. Tento typ zákroků poskytuje nejlepší předpoklady ke kompletní remisi epilepsie. (31) Jedním z paliativních výkonů je například stimulace nervus vagus (VNS). Stimulace nervus vagus je poměrně nová metoda terapie farmakorezistentní epilepsie. Léčba pomocí VNS spočívá v automatickém vysílání slabých elektrických signálů do nervu, který vede informace do mozku. Tento nerv se nazývá nervus vagus (bloudivý nerv). VNS využívá malý generátor, který je chirurgicky vložen do podkoží či svalové kapsy v hrudní stěně a vysílá elektrické impulsy do levého vagového nervu v oblasti krku. (58)

1.4.9 Společnost a nemocní s epilepsií

Epilepsie je chronické, často celoživotní onemocnění, které je spojeno s významnými psychologickými a sociologickými důsledky. Obavy pramenící zejména z možnosti nepředvídatelného výskytu záchvatů kdykoli v budoucnosti, vedou k pocitu nejistoty, který negativně ovlivňuje společenský rozvoj jedince. (4)

Povědomí veřejnosti o příčinách, průběhu, možnostech léčby a o životě s epilepsií je v současné době velmi neúplné. Mezi laiky panuje stále řada nejasností, předsudků, emotivních názorů a negativních postojů, které mohou nemocní brát jako projev sociální diskriminace. (59) Tyto postoje přinášejí nemocným s epilepsií řadu druhotných problémů v oblasti emoční, sociální, profesní, školní nebo v partnerských vztazích.

Negativní či odmítavé reakce laické veřejnosti mohou dotyčné osoby zatěžovat, traumatizovat. Mohou v jedinci vyvolávat a posilovat úzkost ze záchvatu, pocit nejistoty, méněcennosti a bezmocnosti. (59)

Sociální aspekt onemocnění je ovlivňován společenským hodnocením nemoci a z něho vyplývajících postoji a chování veřejnosti. Postoj veřejnosti k nemocným

je také ovlivněn typem choroby, osobností nemocného, premorbidním sociálním postavením atd. Významnou úlohu hraje také kulturní úroveň dané společnosti a v neposlední řadě její vzdělanost. Určitým dílem závisí tedy na informacích, které o dané problematice veřejnost má. (59)

Porozumění nemocným ze strany okolí bývá ovlivňováno vnějšími znaky. A to zejména viditelnými změnami zevnějšku, změnami v chování nemocného a různými předsudky, které se udržují v laické veřejnosti a nahrazující nedostatek validních informací. Z výše uvedených fakt vyplývá, že první a v mnoha případech rozhodující informací o nemocném je vzhled člověka. Sociální přijetí je tedy ovlivněno nápadností a deformací zevnějšku. Vše, co je na první pohled nápadné, ovlivňuje názor veřejnosti více než důsledky choroby, které viditelné nejsou. (59)

Lze tedy říci, že postoj neodborné veřejnosti k jedincům s neurologickým onemocněním (nejen s epilepsií) je zejména podmíněn nápadností a srozumitelností chorobných projevů jejich onemocnění. (59)

Epilepsie je i přes mnoho poznatků, které o této nemoci máme, onemocněním vyvolávající velmi často odmítavé reakce, nedůvěru a odpor. Nemocným bývají leckdy přisuzovány negativní vlastnosti a právě tento předsudek značným způsobem může ovlivňovat názor laické veřejnosti na tyto jedince a s nimi spojená očekávání. (59)

V životě lidí s epilepsií hraje významnou roli sociální opora. **Křivohlavý (32)** sociální oporu definuje jako pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Jde tedy o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje. Sociální opora má v životě jedince nezastupitelný význam. Vyšší míra sociální opory kladně ovlivňuje psychickou pohodu člověka, kvalitu jeho života a poskytuje pocit sociální sounáležitosti.

1.4.10 Epilepsie a zaměstnání

Zaměstnání hraje v životě jedince důležitou roli pro udržení sebeúcty. Kromě toho poskytuje pocit pevné sociální identity, který je pro život člověka velmi cenný. Má také vliv na psychologický stav jedince, na jeho každodenní cyklus činností. Dává tedy řád celému našemu dni. Člověk dostává šanci osvojit si další znalosti a schopnosti

a získané dovednosti používat. Práce také jedinci umožňuje poznat nové prostředí, nacházet si nové přátele a podílet se na společenských činnostech. **(20)**

Vzhledem k zažitým předsudkům a poměrně malé informovanosti o životě s epilepsií je pro epileptika velice těžké přiznat svému okolí, že má epilepsii. Často dochází k zatajení nemoci či stranění se kolektivu. **(12)** Rozhodne-li se epileptik nakonec přece jenom o své nemoci mluvit, je velice důležité, aby uvedl druh epilepsie, typ epileptického záchvatu, zda je již bez záchvatu, popřípadě jaké omezení do pracovního života mu epilepsie přináší. Nejlepší pomocí a podporou pro osoby s epilepsií je jejich příznivé přijetí kolektivem spolupracovníků či kamarádů.

Samotná epilepsie nebrání nemocnému v práci, ale může ovlivnit typ zaměstnání, které jedinec vykonává nebo o které se uchází. Pro epileptika platí zákaz prací ve výškách, hloubkách, u běžících pásů, zdrojů sálavého tepla a otevřeného ohně, u otevřených rotačních strojů, vysokého napětí, v třísměnném provozu apod. **(7)** Vhodné jsou práce v klidném nestresovém prostředí, mimo nebezpečná zařízení a prostory, v nepříliš dlouhém pracovním procesu s možností dostatečného a pravidelného spánku a samozřejmě umožňující brát pravidelně potřebné léky a navštěvovat pravidelně svého lékaře.

Zaměstnavatelé hrají klíčovou roli v určování míry nezaměstnanosti lidí s epilepsií. Bohužel v současné době nemá řada zaměstnavatelů o epilepsii dostatečné informace a projevují se u nich tendence tyto lidi diskriminovat. Má-li zaměstnavatel či podnikatel obavy, strach a není-li si jist, zda epileptik je schopen danou práci vykonávat, může si vyžádat zprávu od ošetřujícího neurologa, nebo kontaktovat jednu ze sociálních pracovníků zabývajících se problematikou epilepsie. **(12)**

Vzhledem k rostoucímu důrazu naší společnosti na výkon a produktivitu mají zdravotně znevýhodnění stále menší možnost uplatnit se na trhu práce. Doba jejich nezaměstnanosti je leckdy několikanásobně delší než u zdravých uchazečů. Dochází ke kumulaci potíží ekonomických, psychických a zdravotních. **(37)**

Společnost má stále z této nemoci strach, a mnozí z nás se chovají tak, aby se nemuseli s touto nemocí setkat. Toto je jeden z důvodů, proč epileptici často přicházejí o svá zaměstnání a obtížně nalézají nová. V mnoha případech jsou dokonce

zaměstnávání na nižších pozicích, které neodpovídají jejich schopnostem a znalostem. **(3)**

Mnoha studiemi byla prokázána vyšší míra nezaměstnanosti nebo částečné zaměstnanosti právě u pacientů trpících epilepsií. Epileptici často získávají, vzhledem k většímu množství zmeškaných hodin ve škole, nižší vzdělání, přičemž přehnaná starostlivost rodičů může způsobit izolaci a zhoršenou sociální přizpůsobivost jedince s epilepsií. Nicméně pravděpodobnější se zdá, že značný poměr nezaměstnanosti a částečné zaměstnanosti se odvíjí od nízkého porozumění problematice epilepsie. **(22)**

Ztráta zaměstnání je pro každého jedince zdrojem stresu. Je také úzce spjata se změnou sociálního statusu, životní úrovně i sociální role nezaměstnaného. Důsledkem těchto změn může nastat sociální izolace či sociální selhání jedince. Nezaměstnanosti se dotýká také nejbližšího sociálního okolí jedince – tedy jeho rodiny. Veřejnost vnímá status nezaměstnaného jako podřadný, neboť jedinec není schopen nadále udržovat svou dosavadní společenskou pozici a ani očekávaným životním standardem ji svému okolí nepotvrzuje. **(37)**

Epilepsie může mít vliv i na schopnost řídit motorová vozidla. Řízení motorových vozidel tvoří důležitou součást života. Zejména u mužů zákaz řízení vozidla vyvolává často depresi. Právními normami, které upravují způsobilost k řízení motorových vozidel u osob s epilepsií v České republice, jsou zákon č. 361/ 2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích (ve znění novely č. 411/2005 Sb.) a vyhláška č. 277/2004 Sb. ministerstva zdravotnictví. **(48)**

1.4.11 Epilepsie a volný čas

Koníčky, záliby, sport či jakékoliv aktivní využívání volného času pozitivně prospívá každému člověku, včetně lidí s epilepsií. Dochází ke zlepšení tělesné kondice, psychiky, a tím i zdravotního stavu jedince. **(16)** Prostřednictvím koníčků, zálib či jiných aktivit se jedinec dostává do kontaktu s jinými osobami, jsou tedy příležitostí pro společenský život. Člověk se stává členem klubu či sportovního oddílu, účastní se různých sportovních či společenských akcí, a tím roste u jedince pocit sebeúcty,

sebedůvěry. **(21)** Sport podporuje pocit dobrého zdraví, pomáhá udržovat pro život významné mezilidské vztahy a stává se nedílnou součástí léčby.

Nedostatečné vědomosti často vedou k obavám, popř. k vyřazení jedince z těchto aktivit. Samozřejmě že existují sporty, které pro jedince s epilepsií nejsou vhodné, ale je i řada sportů, které může provozovat. Vždy je nutné brát v potaz typ a frekvenci záchvatů, dobu výskytu záchvatů, spouštěče záchvatu, ale i kompenzaci onemocnění. Důležitá je také konzultace s ošetřujícím neurologem. **(56)** Blízcí, přátelé, kamarádi by měli vědět, že jedinec má epilepsii a měli by být seznámeni s tím, jak se zachovat v průběhu záchvatu. Velice podstatné je dodržování příslušných bezpečnostních pravidel.

Při plavání je nutné, aby ve vodě nebo u bazénu byla přítomna osoba, která je informována o tom, že někdo z plavců má epilepsii, a uměla poskytnout první pomoci. I u vodních sportů (plachtění, windsurfing, apod.) by měla být s epileptikem osoba, která by v případě záchvatu pomohla. Cyklistika je také doporučována, ale epileptik by si měl hlavu chránit helmou a vyhýbat se jízdě v hustém městském provozu. **(16)**

Epileptici by se měli vyvarovat běhu na dlouhé tratě, výkonnostních sportů, cvičení na náradí, které je spjato s rizikem pádu. Mezi další nevhodné sporty patří parašutismus, bunde jumping, potápění, vodní lyžování, surfing, skoky do vody a sporty s vysokým rizikem jako je hod oštěpem, šerm, střelba apod. **(56)**

Plně kompenzování epileptici se nemusí řídit tolika omezeními jako ti, kteří záchvaty mívají. To samé platí i pro pacienty trpící jednoduchými parciálními záchvaty, při kterých jedinec neztrácí vědomí, nebo u těch, kteří mají záchvaty jen ve spánku. **(21)**

1.4.12 Organizace zabývající se podporou a péčí o nemocné epilepsií

1.4.12.1 Společnost „E“

Posláním Občanského sdružení Společnost „E“ je pomoci lidem s epilepsií žít plnohodnotný život, zlepšovat kvalitu života a zvyšovat jejich možnosti rovnocenného zapojení do společnosti. Základní činností občanského sdružení je odborné sociální poradenství (sociálně právní, psychologické a další) a péče o nemocné epilepsií, v rámci

které vychází i měsíčník Aura – informace o epilepsii a další publikace. Dále poskytuje sociálně aktivizační služby jako např. tuzemské a zahraniční pobyty pro děti i dospělé s lékařským dohledem, programy v rámci klubů, kurzy, kroužky, sportovně rehabilitační činnosti (zdravotní cvičení, hipoterapie apod.), přednášky, semináře a akreditované rekvalifikační kurzy pro pečovatele o osoby s epilepsií. Mezi další významné aktivity Společnosti „E“ patří rozšiřování povědomí o problematice epilepsie nejen u pacientů, jejich blízkých, přátel, ale také u široké veřejnosti. **(55)**

1.4.12.2 EpiStop

EpiStop je občanské sdružení, které se svou činností podílí na zlepšování kvality života epileptiků. Tato činnost se děje v návaznosti na osvětové kampaně, které se zaměřují na zlepšování informovanosti o problematice epilepsie. Cílem všech činností je integrace spoluobčanů s epilepsií do společnosti. V rámci tohoto sdružení se setkávají osoby či skupiny, které mají vztah k lidem s epilepsií a svými aktivitami se snaží naplňovat cíl tohoto sdružení. Občanské sdružení EpiStop funguje zejména jako platforma pro legislativní změny. **(19)**

1.4.12.3 EPI-RODINA a Skupina Mladých s Epilepsií (SME)

EPI-RODINA pro rodiče dětí s epilepsií je občanským sdružením, jehož cílem je zlepšení kvality života rodin, dětí a mládeže, které trpí obtížně zvladatelnou epilepsií a jinými neurovývojovými poruchami. Poskytování poradenství, pořádání pravidelných setkání rodičů s dětmi a jejich přátel, pořádání táborů pro děti s epilepsií a v neposlední řadě i zajištění finančních prostředků na asistenty pro děti do škol a asistenty všeobecné respitní péče jsou dalšími cíli sdružení. **(18)**

Součástí občanského sdružení EPI-RODINA je Skupina Mladých s Epilepsií (SME), která je určena pro všechny mladé nad 15 let, kteří mají epilepsii, anebo ve svém okolí znají někoho s touto nemocí. V rámci této skupiny se mladiství mohou setkávat, nacházet nové kamarády, přátele, partnery. Cílem SME je šíření povědomí o nemoci samotné, boření mýtů, poradenský servis, edukační činnost, volnočasové

aktivity, zprostředkování kontaktů na odborníky a zejména pomoc při integraci do běžné populace. (54)

Činnost výše zmiňovaných občanských sdružení je nepostradatelnou součástí integrace lidí trpících epilepsií do společnosti. Pomáhají cennými radami, ale i svou aktivitou pacientům k eliminaci překážek v běžném životě, pocitu nedostatečné atraktivnosti, nesamostatnosti apod. Sdílení nemoci s ostatními, výměna zkušeností pomáhají lidem s epilepsií žít plnohodnotný kvalitní život.

1.4.12.4 Helppes – Centrum výcviku psů pro postižené

Helppes je neziskovou organizací pomáhající osobám se zdravotním postižením na cestě k integraci do společnosti a kolektivu. Poskytuje komplexní soubor služeb – od zaškolení žadatele o speciálně vycvičeného psa, přes proškolení klienta až po následný servis po celou dobu aktivní služby psa. Tato organizace poskytuje své služby i osobám trpícím záchvatovými onemocněními (kardiaci, epileptici apod.). (25)

Helppes přispívá k návratu osob se zdravotním postižením do aktivního života, napomáhá k zařazení do vzdělávacího či pracovního procesu, k získání větší soběstačnosti, samostatnosti, nezávislosti, sebevědomí, svobody a bezpečí. (25)

Asistenční signální psi pro osoby trpící záchvatovým onemocněním - epileptici, kardiaci apod.

Epilepsie je velice zrádné onemocnění, u kterého záchvaty přicházejí zcela nečekaně, mnohdy v nevhodnou chvíli a na nevhodném místě. Mnohdy dochází k zaměňování osoby, u které probíhá epileptický záchvat, za jedince, který požil alkohol či jinou omamnou látku, což může mít pro epileptika až fatální následky. (25)

Výcvik asistenčních signálních psů je zaměřen zejména na přivolání pomoci, podání předmětů, které konkrétní klient potřebuje – např. podání léků, telefonu, otevírání dveří, přinesení deky a zakrytí člověka, otočení těla osoby apod. Výcvik je vždy přizpůsobován potřebám konkrétního klienta. V neposlední řadě asistenční pes umí zaujmout u člověka v záchvatu asistenční postoj. Tento postoj je i přes eventuální

nezájem veřejnosti signálem toho, že jedince v záchvatu potřebuje minimálně zavolat záchrannou lékařskou službu. Již tato „pomoc“ psa může člověku zachránit život. (25)

Pouhá přítomnost psa a navázání nejužšího vztahu epileptika se psem má pozitivní vliv na psychiku epileptika, je zdrojem klidu a pomáhá eliminovat pocity stresu. Samotný vztah ke zvířeti dokáže pozitivně ovlivnit i četnost a vážnost záchvatů.

Za dobu působení Helpes bylo vycvičeno a předáno 10 asistenčních signálních psů pro osoby trpící záchvatovými onemocněními. (25)

1.4.13 Sociální pracovníci pro pacienty s epilepsií

Nedílnou součástí péče o pacienty s epilepsií tvoří také sociální pracovníci pro pacienty s epilepsií. V současné době v ČR působí pět sociálních pracovníků pro pacienty s epilepsií. Činnost sociálních pracovníků pro pacienty s epilepsií se zaměřuje na přímou práci s epileptiky, spolupracují s patientskými organizacemi, vedou patientské internetové kluby, odpovídají pacientům na jejich otázky a pomáhají epileptikům řešit jejich sociální, pracovní ale i jiné problémy. Sociální pracovníci jsou také regionálními vedoucími patientské organizace Skupina Mladých s Epilepsií. (27)

Cílem práce těchto sociálních pracovníků je zlepšení kvality života epileptiků, kteří se musí v osobním i pracovním životě potýkat s mnoha problematickými situacemi a tím přispívat k opětovnému zařazení pacientů do společnosti. (27)

K odstraňování mýtů, nejasností a boji s předsudky vůči epilepsii byl na 30. září stanoven **Národní den epilepsie**. V rámci 30. září se lidé mohou dozvědět o problematice epilepsie a určitým dílem se zbavit obav či strachu, který u nich epilepsie může vyvolávat. (42)

1.4.14 Epilepsie a ekonomika

Ekonomické hledisko v problematice epilepsie hraje významnou roli. (63) Finanční náklady na epilepsie lze rozdělit jednak na přímé zdravotnické náklady, do kterých spadají náklady na diagnostiku, vyšetření, léčbu, rehabilitaci a prevenci. Dále přímé nezdravotnické náklady zahrnující výchovu, dopravu, ubytovací náklady.

Nutné je také uvést náklady nepřímé spojené s nezaměstnaností, předčasným úmrtím, dopravou, snížením produktivity, snížením pracovní schopnosti opatrovatelů a také tzv. nezhodnotitelné náklady (pokles kvality života, sociální izolace pacientů a jejich rodin, nedokonalé uspokojení ze života apod.). **(38)**

V počátečním období nemoci jsou náklady vysoké, neboť nemocní jsou vyšetřováni pomocí neurozobrazovacích metod, v pozdějším období nemoci náklady postupně klesají. Prvotní příčinou vysokých nákladů může být také závažnost epilepsie, která je hodnocena odpovědí na léčbu. Po zahájení terapie je asi 50 % pacientů bez záchvatů, 20 % pacientů dosáhne remise po indikaci racionální polyterapie, u 30 % pacientů se záchvaty objevují i při optimální léčbě. **(38)**

I přes vysokou iniciální cenu jsou z dlouhodobého hlediska ekonomicky výhodnější radikálnější léčebné metody (např. implantace vagového stimulátoru) než medikamentózní terapie. Náklady na kompenzovanou epilepsii jsou 6-7x nižší než na epilepsii aktivní. Nezanedbatelnou položkou všech nákladů na epilepsie jsou přímé sociální náklady, které tvoří až 39-56 % všech přímých nákladů. **(63)**

Léčba epilepsie je závislá také na ekonomických možnostech lékaře, resp. zdravotnického zařízení, ekonomických schopnostech pacienta a na efektivitě komunikace v řetězci výrobce léků - zdravotní pojišťovna - ministerstvo zdravotnictví - zdravotnické zařízení. **(38)**

1.5 Vývojová stádia člověka dle vývojové psychologie (po 18. roce života)

1.5.1 Období dospívání (18-20 let)

Období dospívání je charakterizováno komplexnější psychosociální proměnou, kdy se mění osobnost dospívajícího i jeho společenská pozice. Cílem a prostředkem k dosažení sociální akceptace a sociální prestiže je tělesný vzhled. Kognitivní vývoj dospívajících je výsledkem interakce zrání a učení. Úvahy dospívajících jsou flexibilní, nejsou zatíženy zkušeností. **(60)**

Pro toto období je typická radikálnost (obrana proti nejasnosti a mnohoznačnosti), nadměrná kritičnost a sklon polemizovat. Má-li někdo odlišný

názor, dospívající ho chápou ve svém radikalismu jako projev neochoty či omezenosti. Tato tendence vede k preferování a ulpívání na jednom názoru, který dospívající považuje za nejlepší. Dospívající bývají také vztahovační, přecitlivělí, postupně však dochází ke stabilizaci emočního prožívání. Dochází k rozvoji volných vlastností, zejména vytrvalosti, postupně i schopnosti sebeovládání. (60)

Stadium formálních logických operací má významné následky pro postoj dospívajícího k celému světu, zejména k lidem. Formální operace umožňují také nový způsob morálního hodnocení. (34)

Tato životní fáze také zahrnuje postupné odloučení ze závislosti na rodině. Dalším sociálním mezníkem je nástup do zaměstnání. Dospívající přijímá profesní roli, která je spojena s určitou sociální pozicí. (60)

1.5.2 Období mladé dospělosti (20-40 let)

Období mladé dospělosti je charakterizováno skutečností, že se jedinec stává mnohem svobodnějším ve svém jednání a chování. V období mladé dospělosti se mění vztah ke společenským normám, do určité míry se liší tento postoj i v závislosti na pohlaví. Změna postoje k normám se v běžném životě projevuje ve vztahu k povinnostem a s nimi spojenou zodpovědností a ve vztahu k jiným lidem. Toto pojetí lze chápat jako konkretizaci morálního uvažování, v němž jde převážně o osobní vztah k určitým lidem. (61)

V mladé dospělosti dochází vlivem různých faktorů k postupné stabilizaci života. Dochází k vymezení určitého životního stylu, který vyplývá ze zafixovaných hodnot a postojů mladého člověka. Rozvoj myšlení ovlivňuje zejména zkušenost. Prožitou zkušenost nám umožňuje rodina, lidé citově blízcí, ale i sociální skupiny. Jedinec v této životní fázi bere v úvahu různé aspekty problému, jeho mnohoznačnost i celkový kontext, tj. mladý dospělý dosahuje úrovně postformálního uvažování. Toto myšlení je typické otevřeností ke změně v přístupu k řešení různých situací i v chápání samotného problému. Morální postoje dospělého nezávisí tedy jenom na dosažené úrovni uvažování, ale jsou ovlivněny subjektivně významnými zkušenostmi. (61)

V této životní fázi mladý člověk získává stabilnější profesní postavení, uzavírá manželství, stává se rodičem a věnuje se péči o vlastní zplozené děti. **(34)** Významnou součástí identity mladého dospělého je profesní role a rodičovská role.

1.5.3 Období střední dospělosti (40-50 let)

Období střední dospělosti je vývojově významným mezníkem. Hlavním úkolem této životní fáze je dosažení a udržení uspokojivé profesní pozice a stabilizace rodiny. Někteří autoři s tímto obdobím spojují krizi středního věku. Mění se vztah k partnerovi a rodině, ale také postoj k obecným hodnotám. **(61)**

V období střední dospělosti dochází k bilancování dosavadního života, které mění postoj k mnoha hodnotám. Typickým rysem proměny postojů čtyřicátníků je odklon od formálního plnění standardních očekávání, kdy větší důraz je kladen na individuální potřeby, tj. člověk hledá skutečný smysl svého dalšího života. Dochází ke stabilizaci emočního prožívání a nárůstu schopnosti regulace vlastních emocí. **(61)** Jedinec v této životní fázi potřebuje dosáhnout generativity (osobního příspěvku ve prospěch příští generace). **(64)**

Ve středním věku se kognitivní funkce příliš nemění, ale mohou se rozvíjet schopnosti, které jsou podmíněny zkušeností. Zkušenosti ovlivňují a rozvíjejí uvažování, posuzování a řešení problémů. Kumulací zkušeností dochází k přehodnocování významu mnoha životních situací a k vyhranění preferencí způsobu jejich řešení. Dochází k proměně názorů na některé problémy, která je podmíněna zkušenostmi a osobním postojem člověka. Získanými zkušenostmi se usnadňuje řešení běžných situací a dochází k snadnějšímu pochopení těch situací, které nejsou zcela standardní. **(61)**

Důležitou roli hraje stereotyp, který je snadný, pohodlný a předvídatelný. Nepřináší mnoho zátěže při střetnutí se s novými a neznámými situacemi, které bývají spojeny s nejistotou. Je velice nezbytné si uvědomit, že jistota, kterou přináší stereotyp, nemusí vést k velkému emočnímu uspokojení, ale vede leckdy i k pocitu prázdnoty. **(61)**

V průběhu středního věku se i nadále rozvíjí postformální uvažování, které se i do určité míry proměňuje. Člověk dokáže do svých úvah zahrnout větší množství různých aspektů posuzování dané situace. **(61)**

1.5.4 Období starší dospělosti (50-60 let)

Dovršení věku 50 let je považováno za mezník, který potvrzuje počátek stárnutí. Dochází k pozvolnému úpadku všech tělesných funkcí, zhoršují se základní smyslové funkce, klesá tělesná síla a pohybová koordinace, zpomaluje se rychlost a pohotovost reakcí. Začínají se objevovat zdravotní potíže, dochází ke snížení výkonnosti. Vytváří se tlak na změnu hodnotového systému. Důležitým mezníkem u žen je menopauza, u mužů andropauza. **(34)**

Vágnerová (61) uvádí, že v období mezi 50 a 60 lety se mění *postoj ke světu, k jiným lidem i k sobě samému*. Zvědavost a otevřenost k nové zkušenosti u stárnoucího jedince postupně klesá. Stereotyp, kterému člověk v tomto věku dává přednost, posiluje pocit jistoty. Stárnoucí jedinec má odlišná kritéria od mladých lidí a jsou pro něj důležitější jiné projevy chování. Uvažuje jiným způsobem a pod vlivem zkušenosti klade důraz na jiné vlastnosti, role a vztahy než dříve.

V období starší dospělosti odcházejí děti z domova, uzavírají manželství a zakládají vlastní rodinu. Stárnoucí jedinec získává novou roli prarodiče. Současně nastává i změna vztahů s rodiči. **(61)**

1.5.5 Období raného stáří (60-75 let)

Stáří je přirozeným vyvrcholením lidského života. Je vývojovou etapou, ve které je člověk postaven před úkol přizpůsobovat se nejen řadě změn ve vlastním organismu, ale i řadě změn vnějších (změna sociálního postavení, životního stylu a sociálního prostředí, včetně úmrtí blízkých lidí apod.). Adaptace na změny ve stáří probíhá pomaleji a nemoc či stres přizpůsobivost zhoršuje. **(61)**

Období stáří sebou nese změny ve struktuře a funkcích organismu, což má za následek zvýšení zranitelnosti, pokles schopností a výkonnosti jedince. Dochází

ke zhoršení smyslového vnímání, pozornosti a paměti. Člověk se více soustřeďuje na sebe a na své problémy, stává se introvertnější. **(34)**

Starý člověk je více ohrožen sociální izolací, emoční či podnětovou deprivací. V průběhu raného stáří dochází k celkovému zklidnění emočního prožívání, klesá intenzita a frekvence některých emocí, může narůstat citová dráždivost. Mění se také potřeby člověka a i některé osobnostní vlastnosti. Senior upřednostňuje kontakty se známými lidmi, které posilují jeho pocit jistoty. Potřeba citové jistoty a bezpečí je ve stáří intenzivnější a její uspokojení významnější. **(61)**

Významným mezníkem tohoto období je odchod do důchodu. Dochází k uzavření podstatného a velice dlouhého úseku lidského života, který byl spojen s profesní činností. Odchodem do důchodu se mění a přehodnocují role, ale i hodnoty a postoje ke světu i k sobě samému. **(61)**

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je zjistit postoje běžné populace k nemocným s epilepsií v regionu České Budějovice.

2.1.1 Dílčí cíl práce

Dílčím cílem této práce je vyzkoumat znalost problematiky epilepsie v regionu České Budějovice.

2.2 Hypotézy práce

V souvislosti s výzkumným cílem diplomové práce byla stanovena následující hypotéza:

V běžné populaci existují negativní předsudky k nemocným s epilepsií.

2.2.1 Dílčí hypotéza

Ve spojitosti s dílčím cílem a použitým výzkumným nástrojem byla vymezena tato hypotéza:

H_D : Běžná populace má nesprávné informace o problematice epilepsie.

3. METODIKA

3.1 Metodický postup

Diplomová práce je členěna na dvě stěžejní části. První část je tvořena teoretickými východisky – tedy současným stavem dané problematiky, druhá část vlastním výzkumem.

Pro zpracování diplomové práce byly získávány informace několika metodami. Byla použita technika obsahové analýzy odborných monografií, článků a dokumentů v elektronické podobě a metoda dotazování (technika dotazníku a technika sémantického diferenciálu). Respondenty tvořili dospělí jedinci žijící v regionu České Budějovice. Pro zmapování dané problematiky bylo použito kvantitativního výzkumu.

3.1.1 Metodický postup při zpracování teoretické části

Při zpracování teoretické části byla použita metoda obsahové a sekundární analýzy dokumentů. Dokumenty tvořily zejména monografie, odborné články, on-line zdroje, ale také měsíčník Aura publikovaný Společností „E“.

3.1.2 Metodický postup při zpracování praktické části

Pro zpracování praktické části byla použita metoda dotazování, technika dotazníku a technika sémantického diferenciálu. (Příloha 1) Hlavička dotazníku obsahovala žádost o vyplnění, způsob vyplnění dotazníku a bližší specifikace jeho účelu. Anonymita respondentů byla zdůrazněna.

Dotazník pro dotazované obsahoval 28 otázek. První čtyři otázky se věnovaly demografickým údajům. Respondent byl tedy dotázán na pohlaví, věk, dosažené vzdělání a zaměstnání. Následující otázky se týkaly bezprostředně zkoumaného problému. Byly využity otázky uzavřené, polouzavřené a otázky otevřené. V dotazníku této práce byly také použity některé otázky z dotazníku mé bakalářské práce (13), z důvodu srovnání výsledků.

Technika sémantického diferenciálu byla aplikována proto, že je velice účinným nástrojem pro zjištění jaké stereotypní představy mají jedinci o příslušnících jiných

sociálních skupin. Je tedy nástrojem k měření dimenzí předsudků, které daný jedinec má. **(10)** Sémantický diferenciál se skládal z 20 bipolárních párů adjektiv.

Respondent popisoval svůj názor na jedince s epilepsií na pětibodové škále. Přepsání názoru respondentů na epileptiky do programu Microsoft Excel bylo provedeno pomocí hodnot 1 až 5 (hodnota 1 a 5 – maximální souhlas, hodnota 2 a 4 – spíše souhlasný postoj, hodnota 3 – nespecifický postoj). Sémantický diferenciál byl doplněn otázkou, která zjišťovala respondentův zájem či nezájem o danou problematiku.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor je tvořen běžnou populací, tj. jedinci ve věku 18 let a více žijící v regionu České Budějovice. Jednalo se tedy o dospělou populaci. Kritériem výběru byl věk respondenta (18 – 75 let) a region České Budějovice.

Respondenti byli rozděleni dle věkové kvóty na 5 věkových kategorií. První věková kategorie zahrnovala respondenty ve věku 18-20 let, druhá ve věku 21-40 let, třetí 41-50 let, čtvrtá 51-60 let a pátá věková kategorie jedince ve věku 61-75 let. Z dotazníkového šetření byly vyřazeny osoby starší 75 let, neboť toto životní období je spojeno s nárůstem problémů, které jsou dané tělesným a mentálním úpadkem, zvýšeným rizikem vzniku a kumulace různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci jedince. **(61)** Jedinec se tedy musí přizpůsobovat nejen řadě změn ve vlastním organismu, ale i řadě vnějších změn (např. změna životního stylu a sociálního prostředí). Adaptace na změny v tomto životním období probíhá pomaleji, a tak jako každá změna, tak i stres přizpůsobivost ještě zhoršují. **(34)** Vzhledem k této skutečnosti respondenti starší 75 let nebyli osloveni.

Každá věková kategorie byla zastoupena 60 respondenty, tzn. rovnoměrné zastoupení respondentů v daných věkových kategoriích. Celkový počet dotazovaných tedy činil 300 respondentů. Průměrný věk respondentů činil 42,86 let.

Při vytváření věkových kategorií bylo využito poznatků vývojové psychologie, neboť v každé životní etapě člověka dochází ke změně pohledu na svět, ke změně

sociální role a myšlení ovlivněné zkušenostmi, což v mnoha případech má vliv na utváření názorů respondenta.

Dotazníkové šetření proběhlo v měsících září 2008 až leden 2009. Rozmezí 5 měsíců bylo zvoleno proto, aby byla zaručena dostatečná doba pro sběr potřebného množství dotazníků. Realizace výzkumu probíhala v anonymitě, ochrana dat byla zajištěna.

Celkem bylo rozdáno 580 dotazníků, navraceno 372, což činí 64,13 % ze všech distribuovaných dotazníků. Z vrácených dotazníků byly vyřazeny ty, které byly nesprávně či neúplně vyplněny. Pro výzkum bylo využito 300 dotazníků, tedy 80,65 % z vrácených a 51,72 % z rozdaných. Návratnost tedy byla **51,72 %**.

Dotazník byl rozdán osobně a rozeslán elektronickou poštou. Využita byla i technika sněhové koule, kdy vybraný respondent splňující kritéria výběru předal dotazník dalšímu respondentovi, o kterém věděl, že kritérium také splňuje. Pomocí této techniky byla zajištěna vyšší dostupnost respondentů.

3.3 Zpracování dat

Za pomoci programu Microsoft Excel byla získaná data převedena do elektronické podoby, která byla poté zpracována pomocí statistického programu SPSS verze 13.00, který se nachází v knihovně Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Pro zpracování dat byly použity tabulky a grafy. Grafy a tabulky byly vytvořeny v programu Microsoft Office Excel 2007, text v Microsoft Office Word 2007.

4. VÝSLEDKY

4.1 Sociodemografické údaje

Pohlaví

První otázka dotazníku se vztahovala k pohlaví respondentů. Skupina respondentů byla tvořena 300 jedinci (100 %). Nejvíce zastoupena byla skupina žen, která je tvořena 199 dotazovanými, kterým odpovídá 66,33 % z celkového počtu respondentů. Muži byli zastoupeni 101 respondentem (33,67 %). (Tabulka 1)

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

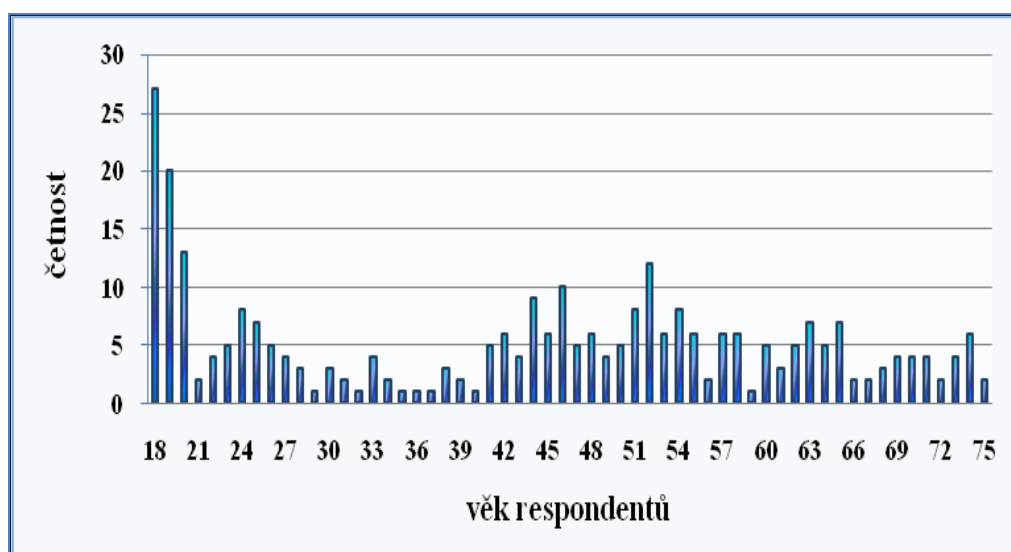
Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ženy	199	66,33
muži	101	33,67
celkem	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Věk

Druhá otázka zjišťovala věk respondentů. Jednalo se o otázku otevřenou. Respondenti byli zařazeni do 5 věkových kategorií, které tvořil stejný počet respondentů, čili rovnoměrné zastoupení dotazovaných. Každá věková kategorie byla zastoupena 60 dotazovanými. Průměrný věk respondentů činil 42,86 let; medián proměnné 45,50 a modus 18. Zastoupení (absolutní četnost) jednotlivých věků je uvedeno v grafu. (Graf 1)

Graf 1: Věk respondentů (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Vzdělání

Otázka vztahující se k nejvyššímu dosaženému vzdělání respondentů byla otázkou uzavřenou. Nejčastěji uváděným vzděláním bylo střední s maturitou. Tuto odpověď zvolilo 130 respondentů, což představuje 43,33 % z celkového počtu dotazovaných. Druhou nejčastější odpovědí bylo vzdělání střední bez maturity, které bylo zastoupeno 58 respondenty (19,33 %). Základní vzdělání uvedlo 50 dotazovaných, čili 16,67 % z celkového počtu respondentů. Vysokoškolské vzdělání mělo 44 dotazovaných, což odpovídá 14,67 %. Nejméně zastoupenou skupinou byly osoby s vyšším odborným vzděláním. Tuto skupinu tvořilo 18 respondentů (6,00 %).

Z níže uvedené tabulky tedy vyplývá, že 85,33 % respondentů (256 dotazovaných) získalo nanejvýš odborné vzdělání. Alespoň střední vzdělání s maturitou má 79,33 % dotazovaných (238 osob) a 16,67 % respondentů (50 jedinců) má základní vzdělání. (Tabulka 2)

Tabulka 2: Vzdělání respondentů

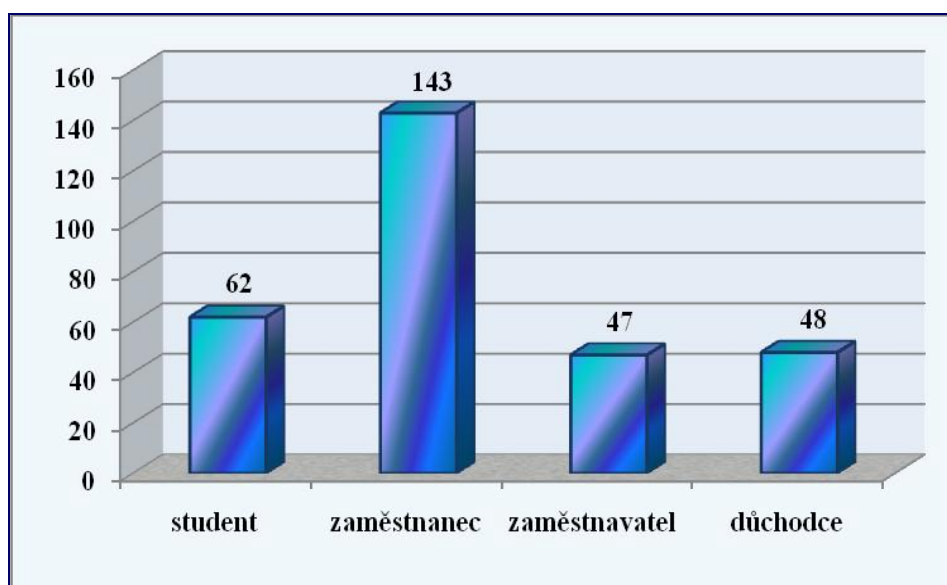
Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Kumulativní četnost	Kumulativní relativní četnost (%)
základní	50	16,67	50	16,67
střední bez maturity	58	19,33	108	36,00
střední s maturitou	130	43,33	238	79,33
vyšší odborné	18	6,00	256	85,33
vysokoškolské	44	14,67	300	100, 00
celkem	300	100,00		

Zdroj: Vlastní výzkum

Povolání

V této otázce byli respondenti dotazováni na své povolání. Jelikož se jednalo o otázku otevřenou, byly odpovědi velice různorodé. Z tohoto hlediska byly vytvořeny 4 kategorie odpovědí („student“, „zaměstnanec“, „zaměstnavatel“, „důchodce“). První kategorie byla zastoupena 62 studenty, kterým odpovídá 20,67 % z celkového počtu dotazovaných. Pod kategorií „zaměstnanec“ jsou zahrnuty všechny pracující osoby, které nejsou osobou samostatně výdělečně činnou. Tato kategorie byla tedy nejčastější odpovědí (143 respondentů, čili 47,67 %). Kategorie „zaměstnavatel“ byla vytvořena záměrně, neboť bude porovnávána s další otázkou v dotazníku, která se zabývá zaměstnáváním jedince s epilepsií. Zaměstnavatelem je 47 dotazovaných (15,67 %) a 48 respondentů, tedy 16,00 %, je v důchodu. (Graf 2)

Graf 2: Povolání respondentů (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

4.2 Otázky vztahující se ke zkoumanému problému

Vyhodnocení otázky 5

Pátá otázka byla otázkou otevřenou. Respondent byl požádán o to, aby napsal, co vše ho napadne, když se řekne epilepsie. Vzhledem ke skutečnosti, že se jednalo o otázku otevřenou, byly odpovědi respondentů velice diferencované. Na základě odpovědí bylo tedy vytvořeno 6 kategorií (kategorie „nemoc“; „duševní nemoc“; „záchvatové onemocnění mozku“; „záchvat a jeho symptomy“; „kvalita života s epilepsií“ a kategorie „konkrétní osoba“).

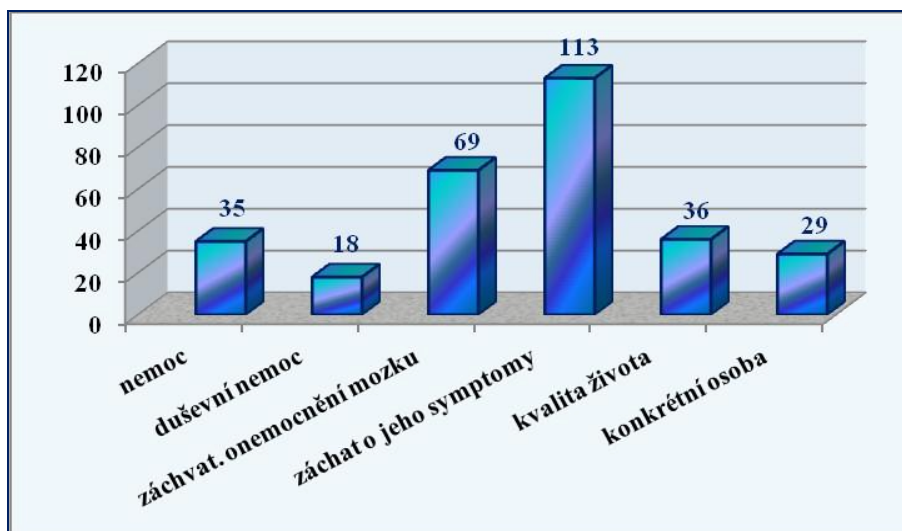
Z uvedených kategorií největší absolutní četnost byla zaznamenána u kategorie „záchvat a jeho symptomy“, která byla zastoupena 113 respondenty, což odpovídá 37,67 %. Druhou nejčetnější kategorií byla kategorie „záchvatové onemocnění mozku“. Do této kategorie byly zařazeny odpovědi 69 dotazovaných, které představují z celkového počtu respondentů 23,00 %. Respondenti obou výše zmíněných kategorií odpověděli správně. Naopak nejnižší absolutní četnost byla vykázána u kategorie „duševní nemoc“. Tuto odpověď uvedlo 18 dotazovaných (6,00 %). Domnívají se tedy, že epileptici jsou duševně nemocní.

Pod pojmem epilepsie se 29 respondentům (tedy 9,67 %) vybaví konkrétní osoba. V této kategorii dotazování nejčastěji uváděli blízkou osobu (dceru, otce, babičku,...), dále kamaráda či přítele, ale také příklady z praxe. Kategorie „nemoc“ byla vytvořena na základě odpovědí 35 respondentů (čili 11,67 %). Tito dotazovaní sice vědí, že epilepsie je určité onemocnění, ale neumí ho blíže specifikovat.

Poslední kategorií je kategorie „kvalita života s epilepsií“, která shrnuje velice různorodé odpovědi 36 respondentů (12,00 %). Kategorii „kvalita života s epilepsií“ lze proto dále rozdělit na dvě skupiny. První skupina zahrnuje respondenty (13; 36,11 %), kteří uváděli zdravotní problematiku epilepsie („operace mozku“, „nutnost brát léky“, „nutnost pravidelné návštěvy lékaře“, „léčba, která s epilepsií souvisí“ apod.). Druhou skupinu tvořili respondenti (23; 63,89 %), kterým se pod pojmem epilepsie vybaví sociální problematika epilepsie. Nejčastějšími odpověďmi tedy byla: „diskriminace“,

„snížené společenské uplatnění“, „sociální vyloučení“, „určitá omezení v životě“ a „smích lidí kolem“. (Graf 3)

Graf 3: Pojem epilepsie (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 6

U této otázky, která zjišťovala, zda respondenti vědí, co je epilepsie za onemocnění, byly dotazovaným nabídnuty 4 varianty odpovědí. Na základě teoretických znalostí a mýtů, které doprovázejí toto onemocnění, byly vytvořeny první tři odpovědi. Čtvrtá odpověď umožňovala respondentům, kteří nesouhlasili s výše uvedenými odpověďmi, formulovat svůj názor.

Správnou odpověď „záchvatové onemocnění mozku“ zvolilo 252 dotazovaných (84,00 %). Epilepsii za psychiatrické onemocnění považuje 44 respondentů (14,67 %) a 4 dotazovaní (1,33 %) se domnívají, že epilepsie je nakažlivá choroba. Poslední variantu odpovědi („jiná odpověď, prosím uveďte jaká“) nezvolil ani jeden respondent (0,00 %). (Tabulka 3)

Tabulka 3: Epilepsie

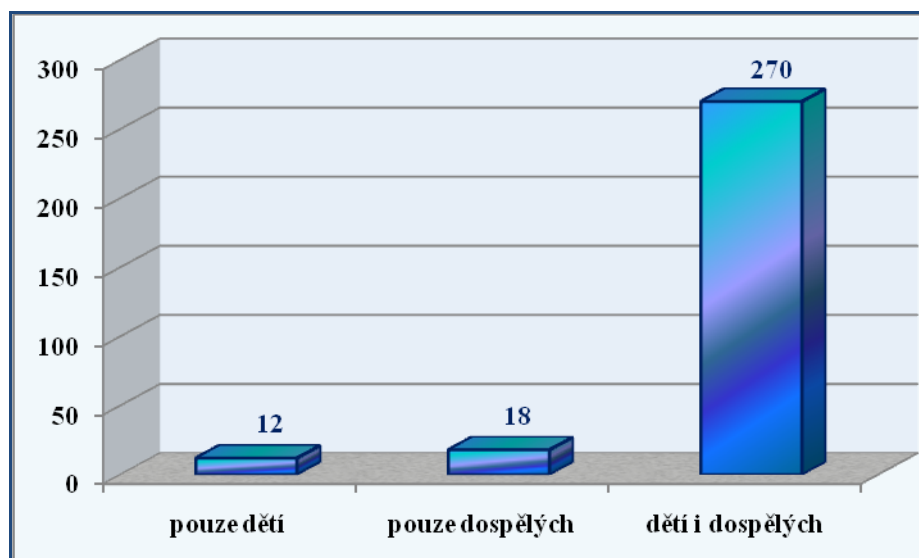
Epilepsie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
psychiatrické onemocnění	44	14,67
nakažlivá choroba	4	1,33
záchvatové onemocnění mozku	252	84,00
celkem	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 7

Sedmá otázka se ptala respondentů na to, zda je epilepsie nemocí dětí, dospělých, či dětí i dospělých. Z celkového počtu dotazovaných správně odpovědělo 270 respondentů, čili 90,00 %. Uvedli tedy, že epilepsie je nemocí dětí i dospělých. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď „pouze dospělých“ (18 dotazovaných, čili 6,00%). 12 respondentů, což odpovídá 4,00 % z celkového počtu dotazovaných, uvedlo, že epilepsií onemocní pouze děti. (Graf 4)

Graf 4: Epilepsie je nemocí (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 8

Otázka vztahující se k výskytu epilepsie ve společnosti byla do dotazníku zařazena pro dokreslení celé problematiky epilepsie.

Na otázku odpovědělo 300 respondentů, což odpovídá 100 %. Nejpočetnější skupinu dotazovaných tvořili ti, kteří zvolili variantu odpovědi „2-4 % populace“ (145 respondentů, čili 48,33 %). Poté následovali respondenti, kteří odpověděli správně, tj. uvedli „1-1,5 % populace“. (86 dotazovaných, tedy 28,67 %). Odpověď „5 a více % populace“ byla zastoupena 69 respondenty (23,00 % z celkové počtu dotazovaných).

Z níže uvedené tabulky lze tedy říci, že 28,67 % respondentů si myslí, že epilepsii má nejvýše 1,5 % osob v populaci ČR. 77,00 % dotazovaných se domnívá, že epilepsií trpí méně než 5 % populace. (Tabulka 4)

Tabulka 4: Výskyt epilepsie

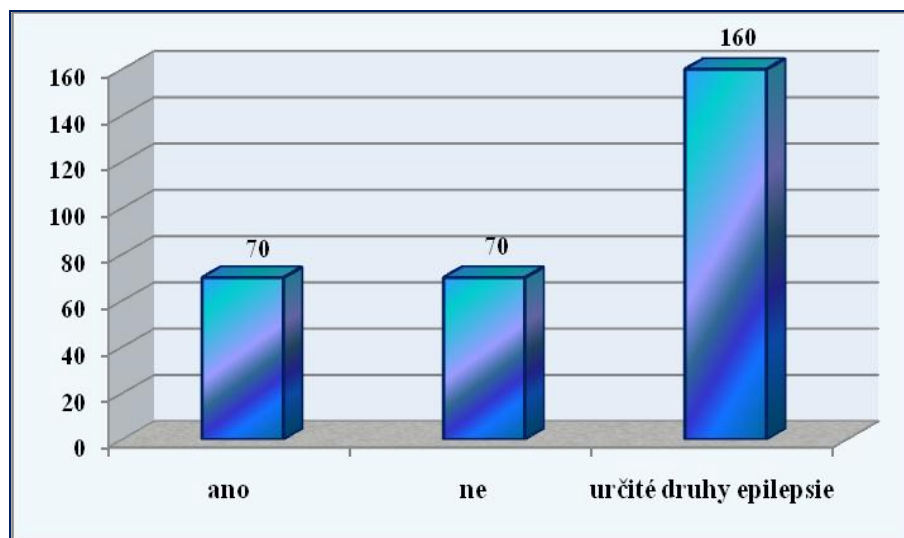
Výskyt epilepsie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Kumulativní četnost	Kumulativní relativní četnost (%)
1-1,5 % populace	86	28,67	86	28,67
2-4 % populace	145	48,33	231	77,00
5 a více % populace	69	23,00	300	100,00
celkem	300	100,00		

Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 9

V otázce 9 byli respondenti dotazováni na dědičnost epilepsie. Stejně zastoupení respondentů (70 dotazovaných znázorňující 23,33 % z celkového počtu respondentů) měly dvě možnosti odpovědi, a to odpověď „ano“ a odpověď „ne“. Třetí, a zároveň správná, varianta odpovědi „u určitých druhů epilepsie je vyšší riziko vzniku onemocnění“ byla nejčastější odpovědí. Z celkového počtu 300 dotazovaných (100 %) ji v dotazníku určilo 160 respondentů, čili 53,34 %. (Graf 5)

Graf 5: Dědičnost epilepsie (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 10

Desátá otázka byla otázkou polootevřenou. Respondentům byly nabídnuty 3 varianty odpovědi, které specifikovaly typický obraz epileptického záchvatu. Čtvrtá varianta nabízela respondentům při nesouhlasu s výše zmiňovanými odpověďmi možnost vyjádřit svůj názor.

Je až zarážející, že 240 respondentů, čili 80,00 % si pod epileptickým záchvatem představí tzv. grand mal (velký záchvat) – pád v bezvědomí na zem, napnuté tělo, záškuby paží, nohou, obličeje. Naopak 14 dotazovaných, tedy 4,67 % si myslí, že typickým obrazem epileptického záchvatu je krátkodobá porucha vědomí, zpomalení nebo zastavení činnosti, zahledění (tzv. petit mal). Z celkového počtu 300 respondentů (100,00 %) jen 43 dotazovaných (14,33 %) odpovědělo správně, tj. zvolili odpověď „nelze říci, existuje cca 40 druhů epileptických syndromů“. Zbývající 3 respondenti (1,00 %) na tuto otázku odpověděli „nevím“, tzn., využili čtvrtou variantu odpovědi. (Tabulka 5)

Tabulka 5: Typický obraz epileptického záchvatu

Typický obraz záchvatu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
pád v bezvědomí na zem, napnuté tělo, záškuby paží, nohou	240	80,00
krátkodobá porucha vědomí, zpomalení nebo zastavení činnosti	14	4,67
nelze říci, existuje cca 40 druhů epileptických syndromů	43	14,33
nevím	3	1,00
celkem	300	100,00

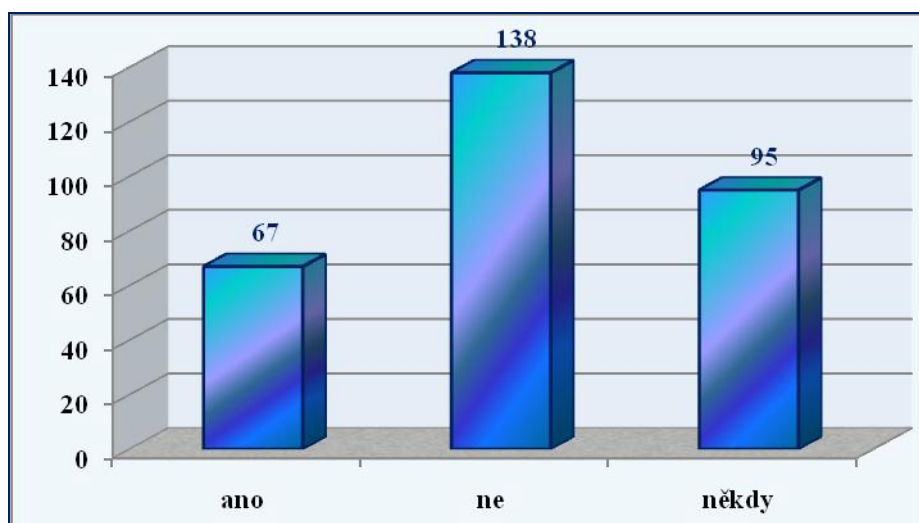
Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 11

Vzhledem k řadě mýtů, kterými je epilepsie opředená, byla v dotazníku uvedena i otázka, vyjadřující vztah epilepsie k intelektu pacienta.

Na otázku, zda epilepsie postihuje intelekt pacienta, odpovědělo kladně 67 respondentů (22,33 %) a 138 dotazovaných záporně (46,00 %). Zbývající respondenti (95; 31,67 %) správně uvedli odpověď „někdy“. (Graf 6)

Graf 6: Epilepsie a intelekt (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 12

Dvanáctá otázka zjišťovala, zda-li je podle respondentů epileptický záchvat vážnou událostí. Jednalo se o otázku uzavřenou, dotazovaným byly nabídnuty 3 možnosti odpovědi. Na otázku odpovědělo celkem 300 respondentů (100 %).

Z níže uvedené tabulky je patrné, že nejvyšší četnost byla zaznamenána u správné odpovědi, tedy „ano je, pokud záchvat trvá déle než 5 minut nebo dochází-li k sérii záchvatů, aniž by mezi nimi došlo k nabytí plného vědomí“. Tato odpověď byla zastoupena 151 respondenty, kteří odpovídají 50,34 %. Odpověď „ano, je“ zvolilo 124 dotazovaných, tedy 41,33 %. Zbylých 25 respondentů (8,33 %) uvedlo variantu odpovědi „ne, není“. (Tabulka 6)

Tabulka 6: Epileptický záchvat

Epileptický záchvat	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano, je	124	41,33
ne, není	25	8,33
ano je, trvá-li záchvat déle než 5 minut nebo dochází-li k sérii	151	50,34
celkem	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 13

Tato otázka zkoumala, zda respondenti znají správné zásady poskytnutí první pomoci během epileptického záchvatu. Respondentům bylo nabídnuto 9 variant odpovědí, ze kterých mohli vybrat ty varianty, které odpovídaly správným zásadám poskytnutí první pomoci. To znamená, dotazovaní mohli zvolit i více odpovědí.

Mezi nabízenými variantami byly jak správné zásady poskytnutí první pomoci, tak i zásady nesprávné. Mezi správné varianty patří ochrana hlavy (podložení polštářem

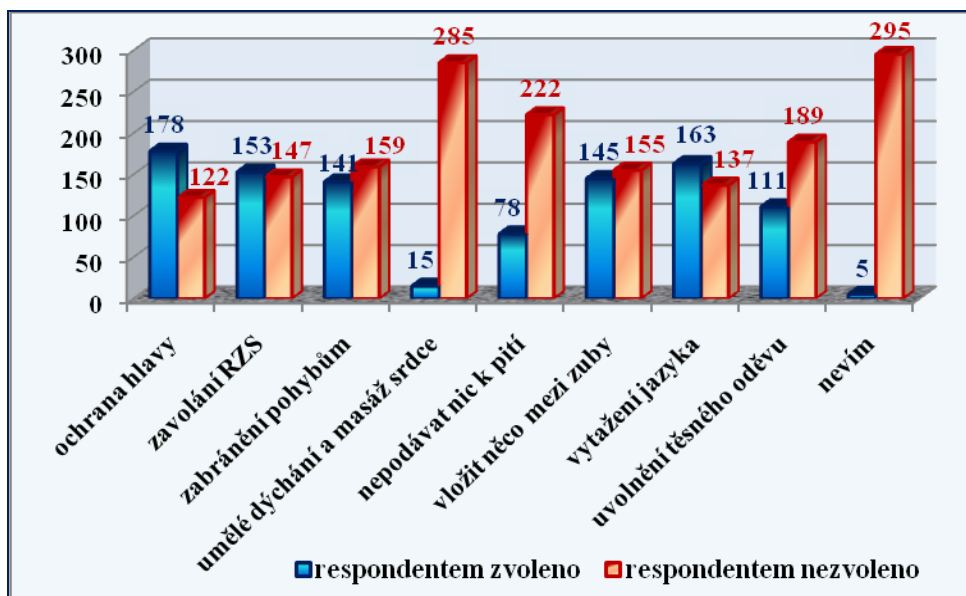
či svinutým šatstvem, včetně odstranění ostrých předmětů z okolí jedince), nepodávat nic k pití a uvolnit těsný oděv kolem krku. Nesprávnými zásadami první pomoci jsou odpovědi „v každém případě zavolání záchranné lékařské služby nebo lékaře“, „zabránit křečovým pohybům při záchvatu (zalehnutím apod.)“, „provádění umělého dýchání a masáže srdce“ ale také „vkládat něco mezi zuby“ a „vytáhnout jazyk“. Poslední dvě uvedené odpovědi jsou založeny na mýtech a pověrách, kterými je epilepsie neustále opředená. Respondenti mohli využít i možnost odpovědi „jiná odpověď, prosím jaká“. Této možnosti využilo pouze 5 respondentů, čili 1,67 % z celkového počtu dotazovaných. Tito respondenti nevědí, jak by epileptikovi první pomoc poskytl.

Pomocí funkce filtru programu Microsoft Excel bylo zjištěno, že pouze 5 dotazovaných (1,67 %) by epileptikovi během epileptického záchvatu zcela správně poskytlo první pomoc (tj. ochránili by hlavu, nepodávali by epileptikovi nic k pití a uvolnili by těsný oděv kolem krku). Správné poskytnutí první pomoci by zvládli i ti respondenti, kteří by ochránili epileptikovi hlavu, nepodávali mu nic k pití a zároveň by se nesnažili zabránit křečovým pohybům při záchvatu, neprováděli by umělé dýchání ani masáž srdce, uvolnili by těsný oděv kolem krku a hlavně by se nesnažili epileptikovi vkládat něco mezi zuby či vytáhnout jazyk. Takto odpovědělo 12 dotazovaných (čili 4,00 %). Tito respondenti se od předcházejících liší v tom, že by zavolali záchrannou lékařskou službu nebo lékaře. Správně odpovídali i 4 respondenti (1,33 %), kteří neuvedli, že by uvolnili těsný oděv kolem krku, ale ostatní správné zásady ano. Závěrem lze tedy říci, že 21 respondentů (7,00 %) zná správné zásady první pomoci.

Naopak 42 dotazovaných (14,00 %) by epileptikovi první pomoc nedovedlo poskytnout. Respondenti uváděli, že by zabránili křečovým pohybům při záchvatu, vkládali by epileptikovi něco mezi zuby a snažili by se vytáhnout jazyk. Užitím těchto zásad první pomoci by tyto dotazovaní mohli epileptikovi ublížit. Zbylých 237 dotazovaných (79,00 %) odpovídalo nesprávně. To znamená, i když respondent zvolil některou ze správných zásad první pomoci, uvedl vedle ní zásadu nesprávnou, kterou by mohl zavinit zranění epileptika.

Zastoupení respondentů u jednotlivých zásad první pomoci je uvedeno v následujícím grafu. (Graf 7)

Graf 7: Zásady první pomoci (absolutní četnost)



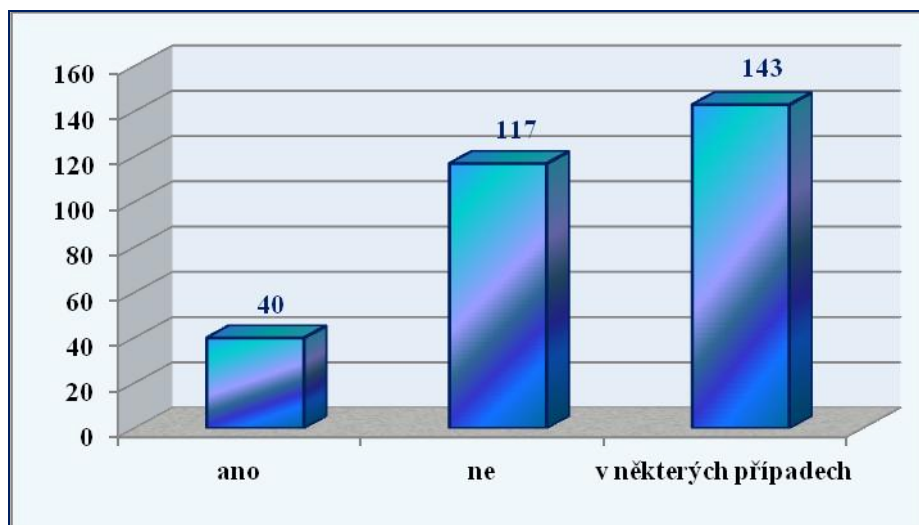
Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 14

Čtrnáctá otázka se vztahovala ke skutečnosti, zda bývá jedinec během epileptického záchvatu agresivní.

Na tuto otázku odpovědělo celkem 300 respondentů (100 %). Nejčastěji dotazovaní (143; 47,67 %) uváděli správnou odpověď, tedy fakt, že jedinec bývá během epileptického záchvatu agresivní jen v některých případech. Druhou nejpočetnější skupinu tvořili respondenti, kteří zvolili odpověď, že jedinec během epileptického záchvatu agresivní nebývá. Tato odpověď byla zastoupena 117 dotazovanými, čili 39,00 %. Zbývající respondenti (40; 13,33 %) se domnívají, že epileptik během epileptického záchvatu bývá agresivní. (Graf 8)

Graf 8: Agresivita epileptika (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 15

Tato otázka se zabývá problematikou nutnosti volat rychlou záchrannou pomoc při každém epileptickém záchvatu. Ze všech 300 dotazovaných (100 %) zvolilo chybnou možnost odpovědi 162 respondentů, což odpovídá 54,00 %. Tito respondenti uvedli, že rychlá záchranná služba se musí volat vždy, jelikož je člověk při každém epileptickém záchvatu vážně ohrožen na životě. Správnou odpověď, rychlá záchranná pomoc se volá jen za určitých okolností, určilo 138 dotazovaných (46,00 %). (Tabulka 7)

Tabulka 7: Rychlá záchranná pomoc

Rychlá záchranná pomoc	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano vždy, epileptik je při každém záchvatu vážně ohrožen	162	54,00
jen za určitých okolností	138	46,00
celkem	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Ti respondenti, kteří odpověděli správně (138 dotazovaných; 46,00 %), byli dotázáni na to, za jakých okolností se rychlá záchranná služba volá. I u této otázky byly odpovědi respondentů velice různorodé, proto byly opět kategorizovány. Celkem bylo vytvořeno 8 kategorií. Největší absolutní četnost byla zaznamenána u kategorie „delší/závažnější průběh záchvatu“. Do této kategorie byly zařazeny odpovědi 51 dotazovaných (36,96 %). Naopak nejnižší absolutní četnost byla vykázána u kategorie, která byla nazvána „blíže nespecifikována, správná odpověď“. Tato kategorie obsahovala odpovědi typu: „neobvyklý průběh záchvatu“, „jedná-li se o první záchvat v životě jedince“, „pokud není v blízkosti osoba, která by podala lék“ či „nelze se přiblížit, pomoci“ apod. Tato kategorie čítala 5 dotazovaných (3,62 %). Ostatní kategorie včetně zastoupení respondentů jsou uvedeny v tabulce. (Tabulka 7a)

Tabulka 7a: Rychlá záchranná pomoc

Určité okolnost volání RZS	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
zástava dechu	7	5,07
ztráta vědomí	17	12,32
delší/závažnější průběh záchvatu	51	36,96
ohrožení života včetně zranění	34	24,64
záchvat s křečemi	6	4,35
nevím	8	5,79
blíže nespecifikovaná, správná odpověď	5	3,62
chybná odpověď	10	7,25
celkem	138	100

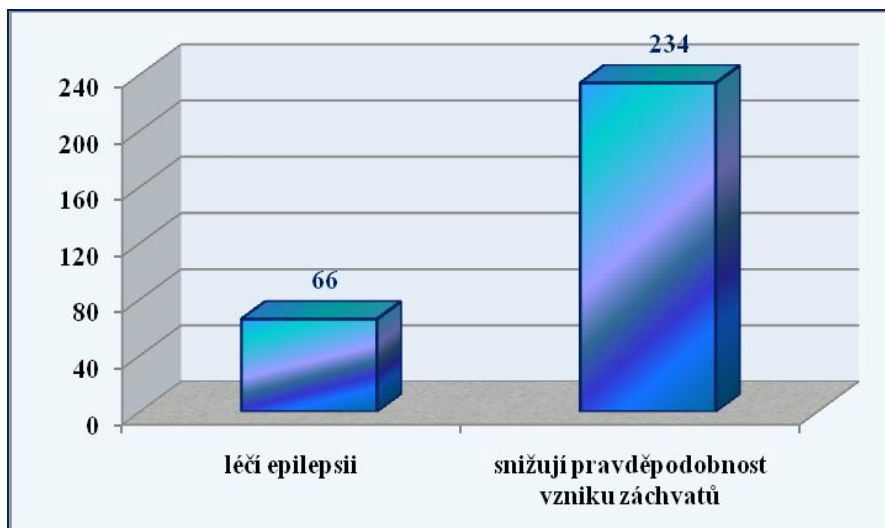
Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 16

Následující otázka se vztahovala k lékům, které se používají k léčbě epilepsie. Respondenti byli dotazováni na to, zda antiepileptika epilepsii léčí nebo snižují pravděpodobnost vzniku záchvatů.

Z níže uvedeného grafu lze vyčíst, že většina respondentů si správně myslí, že antiepileptika snižují pravděpodobnost vzniku záchvatu. Tato odpověď zaznamenala největší absolutní a relativní četnost (234 respondentů, tedy 78,00 %). Zbývající respondenti se domnívají, že antiepileptika epilepsii léčí (66 dotazovaných, čili 22,00 %). (Graf 9)

Graf 9: Antiepileptika (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

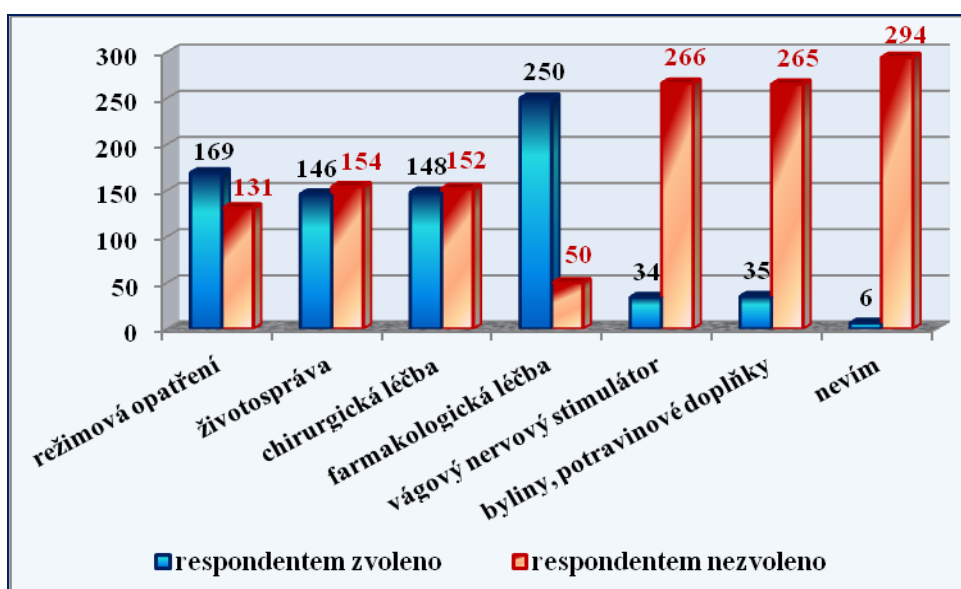
Vyhodnocení otázky 17

Na otázku, která se zaměřovala na možnosti léčby epilepsie, mohl respondent uvést více možností odpovědi. Nejčtenější odpovědí, kterou respondenti uváděli, byla léčba farmakologická. Tuto odpověď zvolilo 250 dotazovaných, kterým odpovídá 83,33 % z celkového počtu respondentů. Druhá nejčtenější odpověď „režimová opatření“ byla zastoupena 169 respondenty, kteří představují 56,33 %. Odpověď „chirurgická léčba (operace ložiska v mozku)“ uvedlo 148 dotazovaných (tedy 49,33 %) a odpověď „životospráva“ zaškrtnulo 146 respondentů (čili 48,67 %).

Pomocí funkce filtru programu Microsoft Excel bylo zjištěno, že pouze 9 dotazovaných (3,00 %) správně uvedlo všechny možnosti léčby epilepsie.

Vagový nervový stimulátor jako jedna z možností léčby epilepsie je mezi respondenty méně známá. O této skutečnosti svědčí fakt, že pouze 34 dotazovaných (11,33 %) o této možnosti léčby má informace. 35 respondentů (11,67 %) se domnívá, že epilepsie se dá léčit i pomocí bylin a potravinových doplňků přírodního charakteru. Variantu odpovědi „jiná odpověď, prosím uveďte jaká“ zvolilo 6 dotazovaných (2,00 %). Tito respondenti nevědí, jaké možnosti léčby epilepsie existují. (Graf 10)

Graf 10: Léčba epilepsie (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 18

Osmnáctá otázka byla otázkou uzavřenou. Respondenti byli dotazováni na to, zda jedinec s epilepsií musí dodržovat režimová opatření. Kladně se vyjádřilo 236 respondentů (78,67 %), naopak záporně 33 dotazovaných (11,00 %). Odpověď „nevím“ uvedlo 31 respondentů (10,33 %). (Tabulka 8)

Tabulka 8: Režimová opatření

Režimová opatření	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	236	78,67
ne	33	11,00
nevím	31	10,33
celkem	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 19

Tato otázka navazovala na otázku předchozí. Zjišťovala, zda dotazovaní znají konkrétní režimová opatření, která epileptik musí během svého života dodržovat. Na tuto otázku odpovídali tedy ti respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že epileptik musí určitá režimová opatření respektovat. Celkový počet dotazovaných byl 236 respondentů (100 %).

Respondentům bylo nabídnuto 6 režimových opatření. Tři uvedená opatření byla správná, další tři nikoli. Vztahovaly se k pověrám a mýtům, které kolem epilepsie i v 21. století stále panují. Poslední varianta odpovědi nabízela respondentům možnost formulovat další režimová opatření, která, dle jejich mínění, by měl epileptik respektovat. Mezi nejdůležitější a správná režimová opatření patří: pravidelné užívání léků, pravidelný spánkový režim a úplná abstinence alkoholu.

Dotazovaní mohli u této otázky zvolit více variant odpovědí. Této možnosti využilo 194 respondentů, kteří odpovídají 82,20 % z celkového počtu dotazovaných.

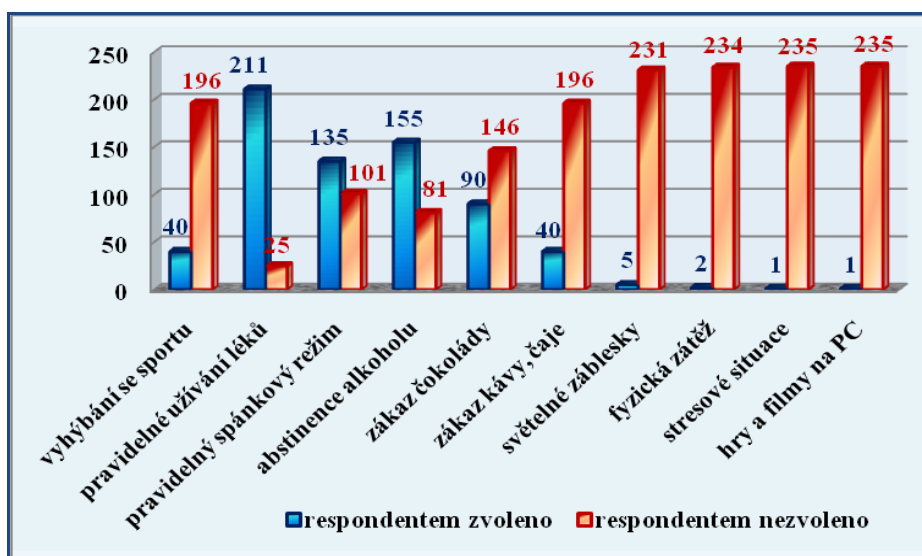
Všechna výše uvedená správná režimová opatření uvedlo 46 respondentů (čili 15,33 %). Tito dotazovaní tedy odpovídali správně. Opět byla využita funkce filtru programu Microsoft Excel.

9 dotazovaných (tedy 3,81 %) zvolilo poslední variantu odpovědi („jiná odpověď, prosím uveďte jaká“). Respondenti se v 5 případech (2,12 %) shodli na tom, že epileptici se musí vyhýbat světelným zábleskům či blikajícím světlům. 2 dotazovaní

(0,85 %) se domnívají, že by se epileptici měli vyhýbat jakékoliv fyzické zátěži a 1 respondent (0,42%) stresovým situacím. Poslední respondent (0,42 %) uvádějící tuto odpověď předpokládá, že pro epileptiky platí zákaz hraní her na PC a sledování filmů.

Zastoupení respondentů u jednotlivých odpovědí je znázorněno v níže uvedeném grafu. (Graf 11)

Graf 11: Konkrétní režimová opatření (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

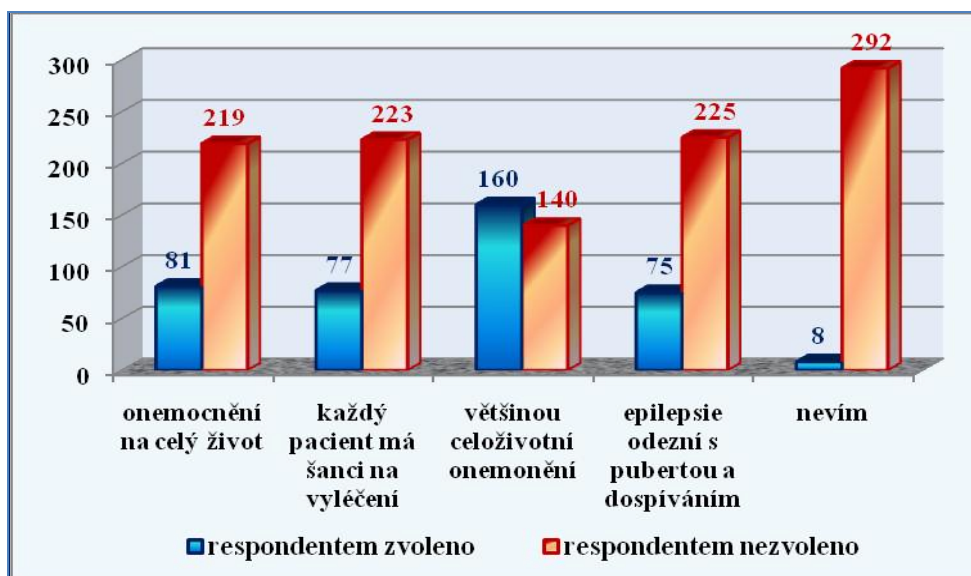
Vyhodnocení otázky 20

Další otázka se vztahovala k léčbě epilepsie. Zkoumala tedy, zda se člověk z epilepsie může vyléčit (tzn., jedinec nemá záchvaty a ani nemusí brát léky). I u této otázky mohl respondent zvolit více odpovědí.

Správnými odpověďmi byla odpověď „ano, ale pouze u určitých typů epilepsií, většinou se jedná o celoživotní onemocnění“ a odpověď „v některých případech epilepsie odezní s pubertou a dospíváním sama“. Z celkového počtu 300 dotazovaných (100 %) pouze 52 respondentů (17,33 %) v dotazníku zaškrtnulo obě správné odpovědi.

Všichni respondenti (8 dotazovaných, čili 2,67 %), kteří zvolili možnost odpovědi „jiná odpověď, prosím uveďte jaká“, uvedli, že neznají na tuto otázku odpověď. Následující graf zobrazuje absolutní četnost jednotlivých odpovědí. (Graf 12)

Graf 12: Epilepsie a vyléčení (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 21

Jednadvacátá otázka se tázala respondentů na jejich prvotní domněnku v situaci, uvidí-li jedince zmítajícího se v křečích na zemi. Tato otázka byla do dotazníku zařazena proto, že v mnoha případech dochází k záměně epileptického záchvatu za projevy požití alkoholu či omamné látky. Tento fakt může mít v některých případech až fatální následky.

Z celkového počtu 300 dotazovaných (100 %) by 107 respondentů (35,67 %) vůbec nepomyslelo na to, že křeče u jedince zmítajícího se na zemi by mohly být projevem jeho nemoci. Domnívali by se tedy, že jedinec požil alkohol či některou omamnou látku. Naopak 180 dotazovaných (60,00 %) by křeče u člověka považovalo za projev jeho nemoci. 4 jedinci (1,33 %) si v této situaci pomyslí, že člověk zmítající se v křeči na zemi potřebuje naši pomoc. Pouze 9 dotazovaných (3,00 %) se přiznalo, že neví, co by si v této situaci pomysleli. (Tabulka 9)

Tabulka 9: Prvotní myšlenka

Prvotní myšlenka	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
požití alkoholu či omamné látky	107	35,67
nemocný jedinec (křeče projev nemoci)	180	60,00
jedinec potřebuje pomoc	4	1,33
nevím	9	3,00
celkem	300	100,00

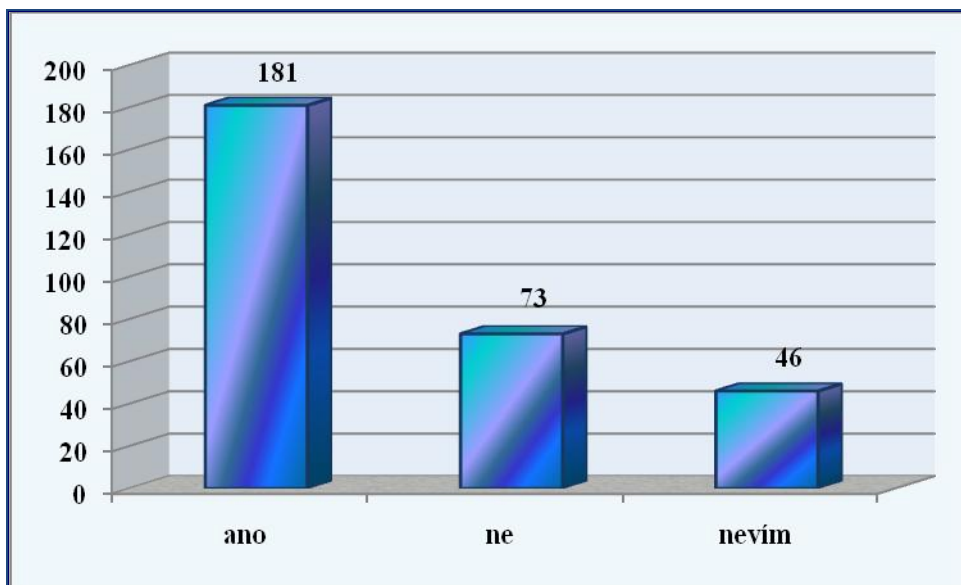
Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 22

Tato otázka zkoumala, zda člověk s epilepsií má nějaká omezení týkající se zaměstnání. Jednalo se o otázku uzavřenou, která respondentům nabízela 3 varianty odpovědí.

Kladně a zároveň správně se vyjádřilo 181 respondentů (60,33 %). Tito respondenti tedy předpokládají, že epileptik má v zaměstnání určitá omezení (tj. platí pro něj zákaz některých prací). Naopak záporně, čili nesprávně, odpovědělo 73 dotazovaných (24,34 %). Odpověď „nevím“ zvolilo 46 respondentů, což odpovídá 15,33 % z celkového počtu dotazovaných. (Graf 13)

Graf 13: Omezení v zaměstnání (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti, kteří odpověděli, že jedinec s epilepsií má určitá omezení týkající se zaměstnání, byli požádáni o to, aby daná omezení uvedli. Na základě odpovědí respondentů byly vytvořeny 4 kategorie, které vystihovaly to, zda dotazovaný uvedl správná omezení či nesprávná. Ze 181 dotazovaných (100 %) odpověděla většina respondentů (99 respondentů tedy 54,70 %) správně (úplně, konkrétně). Tito dotazovaní tedy znají konkrétní omezení, která má jedinec s epilepsií v zaměstnání. Druhou nejpočetnější skupinu respondentů (42 dotazovaných; 23,21 %) představovali ti, kteří odpověděli sice správně, ale jejich odpověď nebyla blíže specifikovaná a konkrétní (př. „nesmí vykonávat psychickou a fyzickou práci“, „nesmí pracovat tam, kde by si mohl ublížit“ atd.). Třetí skupinu tvořili respondenti (26 respondentů; 14,36 %), v jejichž odpovědích byla zaznamenána mírná agrese či předsudek. Jednalo se zejména o výroky typu: „epileptik nesmí pracovat s dětmi“, „se zvířaty“, „ve zdravotnictví, školství, v různých sociálních zařízeních“, „nesmí zastávat zodpovědné práce“, „smí vykonávat jen manuální práci“ apod. Nejméně zastoupenou skupinou byli respondenti (14 dotazovaných, čili 7,73 %), kteří uváděli chybné odpovědi. (Tabulka 10)

Tabulka 10: Určitá omezení týkající se zaměstnání epileptika

Omezení v zaměstnání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
správné odpovědi (úplné, konkrétní)	99	54,70
správné odpovědi (blíže nespecifikovaná)	42	23,21
chybné odpovědi	14	7,73
agresivní až předsudečné odpovědi	26	14,36
celkem	181	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 23

V otázce třiadvacáté byli respondenti dotazováni na to, zda jedinec s epilepsií může na toto onemocnění získat invalidní důchod. Z níže uvedené tabulky je patrné, že nejvyšší absolutní četnost (168 respondentů, tedy 56,00 %) byla zaznamenána u odpovědi „ano – částečný i plný, v závislosti na charakteru a počtu záchvatů“. Tito respondenti správně uvedli, že jedinec s epilepsií na toto onemocnění může získat částečný i plný invalidní důchod.

Druhá nejvyšší absolutní četnost (97 dotazovaných, čili 32,33 %) byla vykázána u odpovědi „ne“. Naopak nejnižší absolutní četnost (35 respondentů, což představuje 11,67 %) byla dosažena u odpovědi „pouze částečný“. (Tabulka 11)

Tabulka 11: Epilepsie a nárok na invalidní důchod

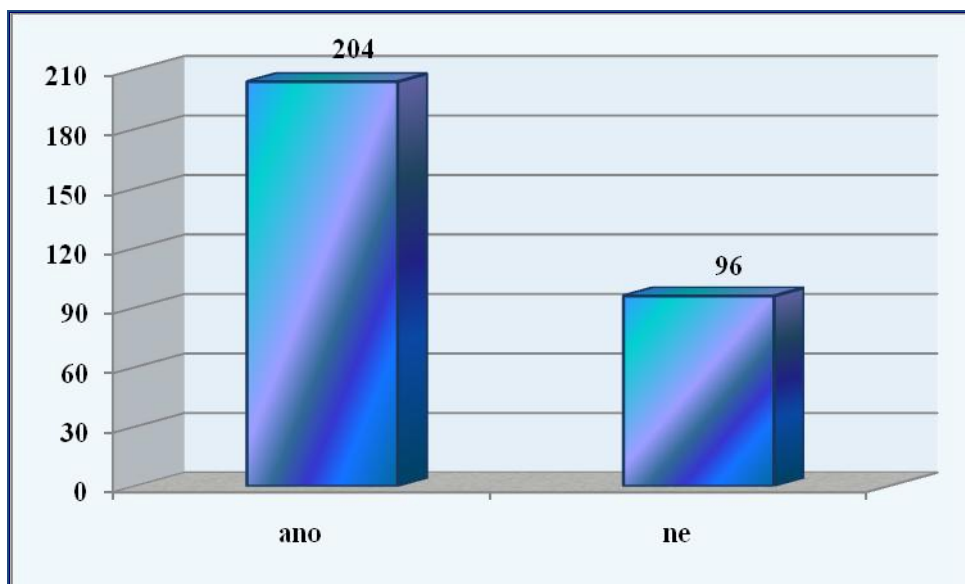
Nárok na důchodu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ne	97	32,33
pouze částečný	35	11,67
ano - částečný i plný	168	56,00
celkem	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 24

Na otázku „zaměstnal byste jedince s epilepsií (na pozici, která by odpovídala zdravotnímu stavu epileptika)“ odpovědělo 204 dotazovaných (68,00 %) kladně a 96 respondentů (32,00 %) záporně. (Graf 14)

Graf 14: Zaměstnávání epileptika (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazovaní, kteří by jedince s epilepsií nezaměstnali (96 respondentů, tedy 100 %), byli tázáni na důvod svého rozhodnutí. Jelikož odpovědi respondentů vykazovaly značnou různorodost, byly odpovědi kategorizovány (8 kategorií).

Nejvíce zastoupenou skupinou respondentů byli ti, jejichž odpovědi byly zařazeny do kategorie „ostatní“ (30 dotazovaných, čili 31,25 %). Nejčastěji uváděnými odpověďmi v této kategorii byly tyto: „strach, obavy“; „vysoké náklady“; „špatně odvedená práce“; „nespolehlivost“ či „neuplatnitelnost v pracovním procesu“. Druhou nejčastěji uváděnou odpovědí byly „problémy“ (18 respondentů, tedy 18,75 %), které dle názorů respondentů jsou spojeny se zaměstnáním jedince s epilepsií. Do kategorie „odmítavý postoj“ byly zařazeny odpovědi 13 respondentů (13,54 %), kteří uváděli, že se nechtějí stýkat s nemocnými lidmi či samotnými epileptiky. Zastoupení respondentů v jednotlivých kategoriích je uvedeno v tabulce. (Tabulka 12)

Tabulka 12: Nezaměstnávání epileptika - důvody

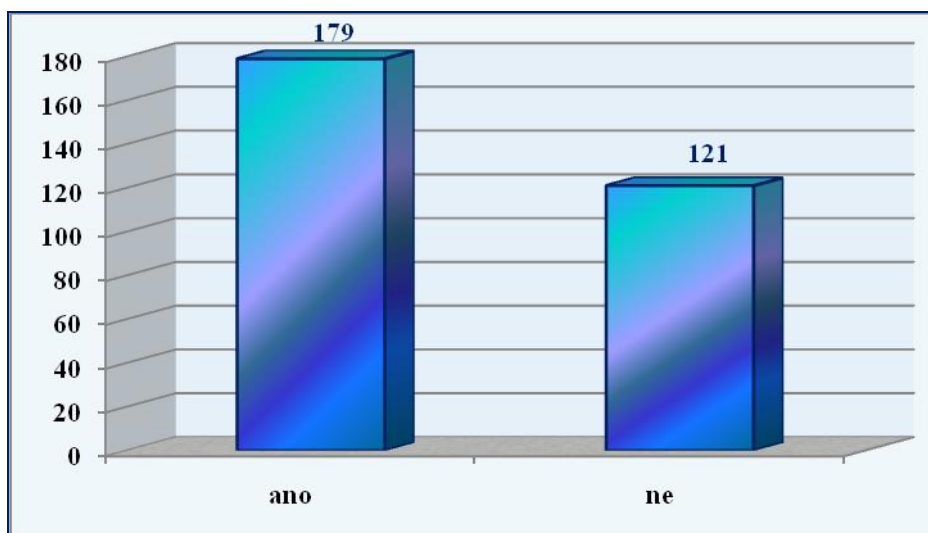
Důvod k nezaměstnání epileptika	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
riziko záchvatu	7	7,29
obava z vyšší nemocnosti	10	10,42
odmítavý postoj	13	13,54
nebezpečí úrazu	8	8,33
neznalost nemoci či neschopnost adekvátně pomoci	7	7,29
následky záchvatu	3	3,13
problémy	18	18,75
ostatní	30	31,25
celkem	96	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 25

Otázka, která zjišťovala, zda epilepsie vyvolává u respondentů obavy či strach, byla otázkou uzavřenou. Respondentům byly nabídnuty dvě možnosti odpovědi (odpověď „ano“ a odpověď „ne“). Na otázku odpovědělo 300 dotazovaných (100 %). Obavy či strach z epilepsie má 179 respondentů, což představuje 59,67 % z celkového počtu dotazovaných. Naopak u 121 respondentů, které odpovídají 40,33 %, epilepsie strach ani obavy nevzbuzuje. (Graf 15)

Graf 15: Obavy, strach a epilepsie (absolutní četnost)

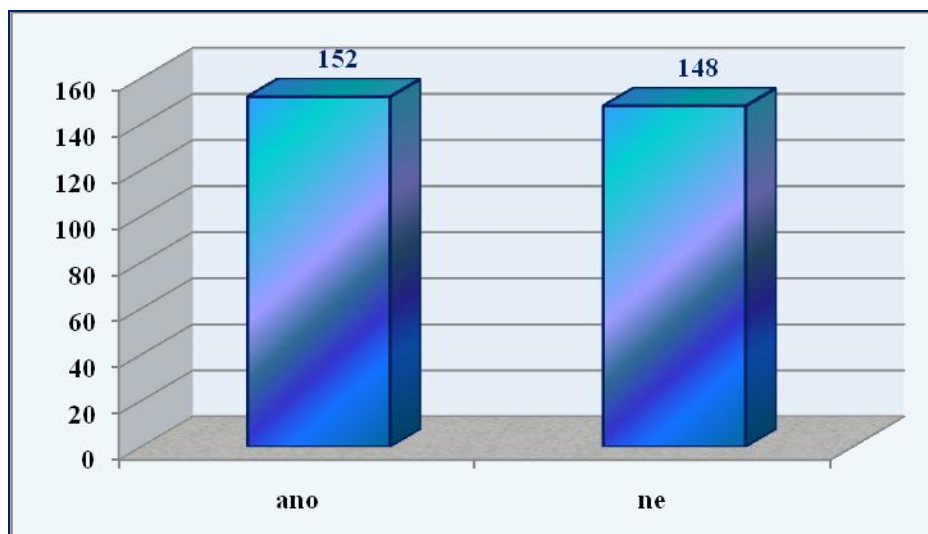


Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 26

Na otázku, zda se respondent setkal ve svém životě s jedincem, u kterého právě probíhal epileptický záchvat, odpovědělo 148 dotazovaných (49,33 %) záporně. Zbýlých 152 respondentů (50,67 %) se vyjádřilo kladně. Tito dotazovaní byli účastni epileptického záchvatu. (Graf 16)

Graf 16: Respondent a epileptický záchvat (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

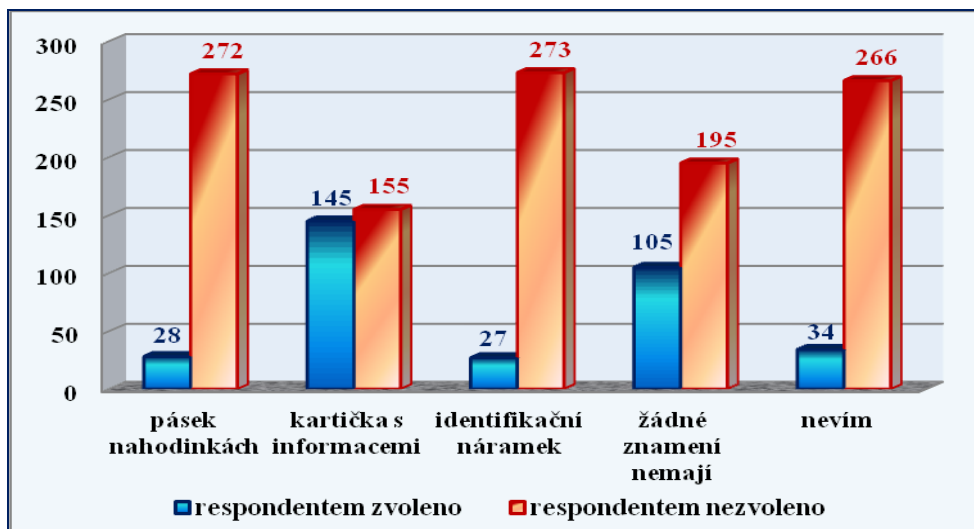
Vyhodnocení otázky 27

Předposlední otázka se zaměřovala na to, zda jedinci s epilepsií mívají u sebe nějaké „známky“ potvrzující, že mají toto onemocnění. Jelikož tento fakt může ovlivnit zásadním způsobem průběh poskytnutí první pomoci epileptikovi, bylo zařazení této otázky do dotazníku důležité.

Mezi „známky“ potvrzující u jedince epilepsii patří: pásek na hodinkách s informacemi, že jedinec trpí epilepsií; kartička s informací o zdravotním stavu v peněžence, eventuálně u dokladů a identifikační náramek. Respondenti mohli u této otázky zvolit více odpovědí.

105 dotazovaných (35,00 % z celkového počtu respondentů) se domnívá, že epileptici žádné z výše uvedených „znamení“ nemají. Naopak 195 respondentů (65,00 %) by „známky“ potvrzující epilepsii u jedince hledalo. Odpověď „nevím“ uvedlo 34 dotazovaných (11,33 %). Za pomoci funkce filtru programu Microsoft Excel bylo zjištěno, že 39 dotazovaných (13,00 %) zvolilo více odpovědí. Tito respondenti by u epileptika očekávali více „znamení“, které by potvrzovaly jeho onemocnění. Zastoupení respondentů u jednotlivých odpovědí uvádím v následujícím grafu. (Graf 17)

Graf 17: „Známky“ potvrzující epilepsii (absolutní četnost)

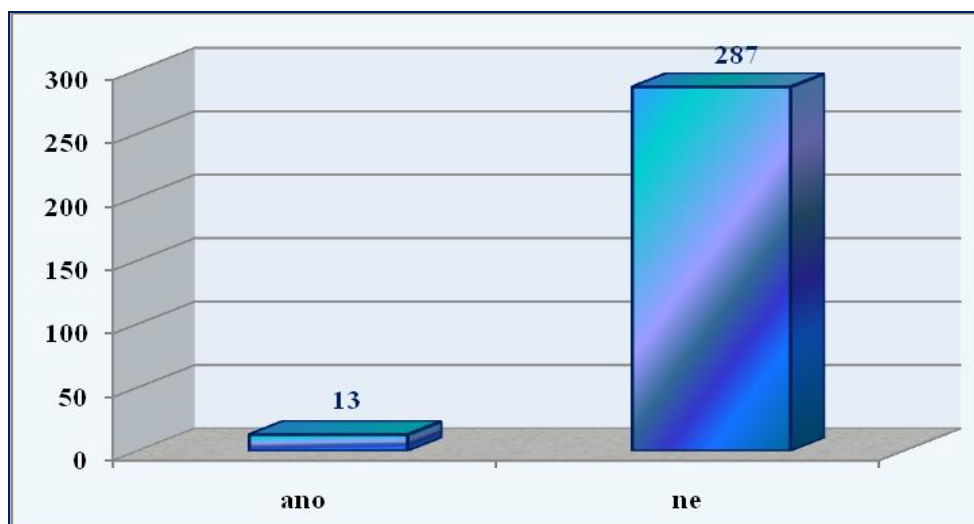


Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky 28

Poslední otázka se zaměřovala na projekt MediBand společnosti Pfizer. Respondent byl dotázán na to, zda o tomto projektu slyšel. Kladně odpovědělo 13 dotazovaných (4,33 %). 287 respondentů (95,67 %) o projektu MediBand nikdy neslyšelo. (Graf 18)

Graf 18: Projekt MediBand (absolutní četnost)

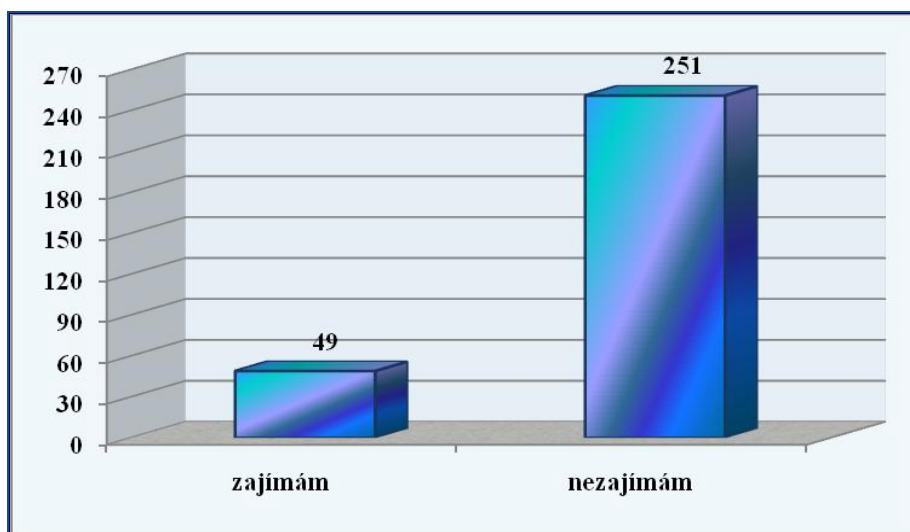


Zdroj: Vlastní výzkum

Zájem či nezájem o problematiku epilepsie

Poslední otázka, na kterou respondenti odpovídali, zjišťovala respondentův zájem či nezájem o problematiku epilepsie. Výsledky byly velice překvapivé, až zarážející. Z celkového počtu 300 respondentů (100 %) pouze 49 dotazovaných (16,33 %) uvedlo, že se o problematiku epilepsie zajímají. Zbývajících respondenti (251 dotazovaných, čili 83,67 %) neprojevili o problematiku epilepsie zájem. (Graf 19)

Graf 19: Zájem či nezájem o problematiku epilepsie (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

4.3 Sémantický diferenciál

Respondenti v rámci sémantického diferenciálu měli vyjádřit svůj postoj k nemocným s epilepsií. Sémantický diferenciál se skládal z 20 položek (bipolárních párů adjektiv) uvedených na pravé i levé straně. Tyto bipolární páry adjektiv vyjadřovaly vlastnosti, které jsou velice často epileptikům připisovány. Polární adjektiva byla reverzní (tj. nacházela se vždy na jiné straně). Tato reverzní adjektiva byla použita proto, aby se zabránilo v odpovědích tendencím k zaujatosti. Respondent tedy nemohl všechny škály označovat v tomtéž bodě. Mezi bipolárními adjektivy se nacházelo 5 políček. Respondent měl vždy označit to políčko, které vyjadřovalo jeho názor. Čím více se označené políčko blížilo k levé či pravé vlastnosti, tím více respondent s vlastností souhlasil. Střední políčko označovalo respondentův nespecifický postoj, kdy se dotazovaný nepřikláněl přímo k žádné z uvedených vlastností.

Odpovědi v rámci sémantického diferenciálu byly pomocí hodnot 1 až 5 přepsány do Microsoft Excel, kdy hodnota 1 a 5 vyjadřovala maximální souhlas s danou vlastností, hodnota 2 a 4 spíše souhlasný postoj a hodnota 3 neutrální postoj. Tyto hodnoty poté byly zpracovány pomocí statistického programu SPSS verze 13.00.

duševně nemocní	5	1	duševně zdraví
zodpovědní	1	5	nezodpovědní
přátelští	1	5	nepřátelští
odpující	5	1	přitažliví
sebevědomí	1	5	nesebevědomí
pracovně uplatnitelní	1	5	pracovně neuplatnitelní
samotářští	5	1	společenská
práceschopní	1	5	práceschopní
agresivní	5	1	neagresivní
mentálně vyspělí	1	5	mentálně nevyspělí
zlí	5	1	hodní
pracovití	1	5	leniví
nezajímaví	5	1	zajímaví
aktivní	1	5	pasivní
pomalé životní tempo	5	1	rychlé životní tempo
energičtí	1	5	snáze unavitelní
obtěžně navazují přátelství	5	1	snadně navazují přátelství
snadně navazují partnerství	1	5	obtěžně navazují
ze společnosti vyloučení	5	1	společnosti přijímání
samostatní	1	5	nesamostatní

Modus

Modus je hodnota, která se v souboru dat vyskytuje nejčastěji. **(10)** U 15 vlastností byla hodnota modu 3. Jednalo se o vlastnosti „zodpovědní – nezodpovědní“, „přátelští – nepřátelští“, „sebevědomí – nesebevědomí“, „společenská – samotářská“, „neagresivní – agresivní“, „mentálně vyspělí – mentálně nevyspělí“, „hodní – zlí“, „pracovití – leniví“, „zajímaví – nezajímaví“, „aktivní – pasivní“, „rychlé životní tempo – pomalé životní tempo“, „snadně navazují přátelství – obtížně navazují přátelství“ a „samostatní – nesamostatní“. Respondenti tedy vyjádřili svůj nevyhraněný postoj.

U vlastností „pracovně uplatnitelní – pracovně neuplatnitelní“, „energetičtí – snáze unavitelní“, „snadně navazují partnerství – obtížně navazují partnerství“, byla modem hodnota 4. Lze tedy říci, že respondenti ve většině případů vnímají epileptiky jako osoby pracovně neuplatnitelné a snáze unavitelné.

U vlastností „přitažliví – odpuzující“, „práceschopní – prácešlechopní“, „společností přijímání – ze společnosti vyloučení“ byla nejčastěji uváděnou hodnotou, hodnota 2 a u vlastností „duševně zdraví – duševně nemocní“ hodnota 1. U těchto vlastností oproti výše zmiňovanému byly zaznamenány pozitivní posuny. Většina respondentů tedy hodnotila epileptiky jako duševně zdravé a prácešlechopné. (Tabulka 13)

Medián

Medián je hodnota, která se nachází uprostřed všech pozorování, která byla seřazena podle jejich velikosti. **(10)** U většiny položek sémantického diferenciálu byla hodnota mediánu rovna hodnotě 3, to tedy znamená, že polovina hodnot je menších nebo rovných 3. Respondenti tedy vyjadřovali svůj neutrální postoj.

U vlastností „přátelští – nepřátelští“, „přitažliví – odpuzující“, „práceschopný – prácešlechopný“ byla zaznamenána hodnota 2. Hodnota 4 byla vykázána u vlastností „energičtí – snáze unavitelní“, „snadně navazují partnerství – obtížně navazují partnerství“.

Rozdílná hodnota modu a mediánu byla zaznamenána u vlastností „duševně zdraví – duševně nemocní“, „přátelští – nepřátelští“, „pracovně uplatnitelní – pracovně

neuplatnitelní“ a „společností přijímání – ze společnosti vyloučení“. U vlastností „duševně zdraví – duševně nemocní“ a „společností přijímání – ze společnosti vyloučení“ byla hodnota modu menší než hodnota mediánu. Tento fakt svědčí o tom, že z hlediska modu byl u většiny respondentů zaznamenán pozitivní postoj vůči epileptikům, avšak existují skupiny respondentů, které se vyjádřily výrazně záporně. U vlastností „přátelští – nepřátelští“ a „pracovně uplatnitelní – pracovně neuplatnitelní“ byl naopak modus větší než medián. Lze tedy říci, že většina respondentů zastává neutrální či spíše negativní postoj, ale opět existuje i skupina dotazovaných, která se vyslovila značně kladně. (Tabulka 13)

4.3.1 Komparace výsledků dle pohlaví

V rámci porovnávání výsledků ze sémantického diferenciálu bylo zjištěno, že muži hodnotí oproti ženám epileptiky negativněji. Tato skutečnost byla zaznamenána převážně u položky „duševně zdraví – duševně nemocní“. Ze všech 300 respondentů (100 %) hodnotí epileptiky jako duševně nemocné 32,67 % dotazovaných; mezi ženami jde o procenta nižší (27,64 %). Výrazně odlišný názor zastávají muži. Z celkového počtu 101 mužů (100 %) hodnotí 44,56 % epileptiky jako duševně nemocné (modus 4).

Kladné hodnocení žen vyplynulo také z položky „přitažliví – odpuzující“, u které ženy vykazovaly modus 2, muži modus 3. Tedy ženy hodnotily epileptiky jako přitažlivé osoby, na rozdíl od většiny mužů, kteří zastávají nespecifický postoj. (Příloha 3)

Další výrazný rozdíl v hodnocení epileptiků byl zaznamenán v rámci toho, zda jsou společností přijímáni či ze společnosti vyloučeni. Názor většiny žen (30,16 %) se opět shodoval s celkovým hodnocením většiny respondentů (27,33 %), podle kterých jsou epileptici společností přijímáni. Muži i zde hodnotili epileptiky odlišně. Dle jejich názoru jsou epileptici ze společnosti vyloučeni. Tento úsudek má 27,72 % mužů. Hodnota modu tedy u této vlastnosti dosahovala hodnoty 4. (Příloha 4)

4.3.2 Komparace výsledků dle věku

Při porovnání jednotlivých věkových kategorií mezi sebou a zároveň oproti celkovému hodnocení všech respondentů byly shledány výrazně odlišné hodnoty modů u položky „duševně zdraví – duševně nemocní“. Většina respondentů v rámci celkového hodnocení vnímá jedince s epilepsií jako duševně zdravé. Výrazně odlišný názor zastávají respondenti ve věkové kategorii 18-20 let (období dospívání) a 61-75 let (období raného stáří). V obou těchto kategoriích byla hodnota modu 4 (u celkového počtu respondentů – modus 1). To tedy znamená, že 30,00 % respondentů ve věkové kategorii 18-20 let a 40,00 % dotazovaných ve věkové kategorii 61-75 let označilo epileptiky za duševně nemocné. Lze tedy říci, že v těchto věkových kategoriích existují negativní předsudky vůči nemocným s epilepsií. (Příloha 9) Respondenti ve věkové kategorii 51-60 let se nepřiklonili ani ke kladné či záporné vlastnosti (modus 3), vyjádřili tedy svůj nespecifický postoj. (Příloha 8)

U vlastnosti „přátelští – nepřátelští“ dosahoval modus hodnoty 3 a to ve věkových kategoriích 41-50 let, 51-60 let a 61-75 let. Z této skutečnosti tedy vyplývá, že celkový modus se rovnal také hodnotě 3. Většina respondentů hodnotí epileptiky neutrálně. Pouze u věkových kategorií 18-20 let, 21-40 let, dosahoval modus hodnoty 1. Čili mladším respondentům oproti ostatním věkovým kategoriím se epileptici jeví jako přátelští.

Výsledky ze sémantického diferenciálu dále ukázaly, že u vlastnosti „pracovně uplatnitelní – pracovně neuplatnitelní“ se většina respondentů (33,67 %) domnívá, že epileptik je pracovně neuplatnitelný (modus 4). Tento názor respondentů byl zaznamenán ve všech věkových kategoriích, kromě dotazovaných ve věku 21-40 let. Tito respondenti mají odlišný názor - označili epileptiky za pracovně uplatnitelné (modus 2). (Příloha 6) Naopak u položky „práceschopní – práceneschopní“ byly odpovědi překvapivě jednotné. Většina respondentů epileptiky nepovažuje za práceneschopné. Modus dosahoval tedy hodnoty 2, ve věkové kategorii 18-20 let (období dospívání) dokonce hodnoty 1. Jen respondenti starší 61 let vyjádřili svůj nevyhraněný postoj.

V populaci existují nesprávné informace o tom, zda epilepsie postihuje intelekt pacienta. Vzhledem k těmto nesprávným informacím byla do sémantického diferenciálu zařazena i položka „mentálně vyspělí – mentálně nevyspělí“. Ve věkové kategorii 18-20 let většina respondentů (28,33 %) vnímá epileptiky jako mentálně zaostalé (modus 4). Ve zbylých kategoriích mladší dotazovaní (21-40 let a 41-50 let) označili jedince s epilepsií za mentálně vyspělé, naopak u starších respondentů (51-60 let a 61-75 let) došlo v jejich odpovědích ke změně posunu do neutrality, to znamená, nepřiklonili se přímo k žádné z uvedených variant.

U ostatních bipolárních párů adjektiv nebyly zaznamenány výrazné rozdíly v názorech jednotlivých respondentů. Vlastnosti „energičtí – snáze unavitelní“, „snadně navazují partnerství – obtížně navazují partnerství“ byly hodnoceny víceméně jednotně. Respondenti ve většině případů uváděli hodnotu 4 (modus 4). Dotazovaní se tedy domnívají, že vzhledem k epilepsii je pacient snáze unavitelnější a v osobním životě obtížně navazuje partnerství.

Většina nejmladších respondentů (41,67 %) oproti celkovému hodnocení (modus 2) a ostatním věkovým kategoriím považuje jedince s epilepsií za odpuzující. (modus 4).

Výrazně odlišný názor na skutečnost, zda jsou epileptici společností přijímáni či ze společnosti vyloučeni oproti celkovému hodnocení mají respondenti zařazení do věkových kategorií 18-20 let a 61-75 let. Tito respondenti se domnívají, že jedinec s epilepsií stojí na okraji společnosti. Tato skutečnost vyplývá z odlišných hodnot modů, které byly zaznamenány u právě výše uvedených věkových kategorií. Hodnota modů v těchto věkových kategoriích dosahovala hodnoty 4, v ostatních hodnoty 2.

Odlišný názor u vlastnosti „zodpovědní – nezodpovědní“ oproti ostatním věkovým kategoriím i celkovému hodnocení (modus 3) zastávají dotazovaní ve věku 18 – 20 let a ve věku 41-50 let, kteří vnímají epileptiky jako zodpovědné osoby. (Příloha 7) U vlastnosti „samostatní – nesamostatní“ byly výsledky téměř jednotné. Pouze dotazovaní ve věkové kategorii 18-20 let považují epileptika za nesamostatného (Příloha 5).

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že nejlépe jedince s epilepsií hodnotili respondenti ve věku 21-40 let (období mladé dospělosti), naopak nejhůře dotazovaní věkové kategorie 18-20 let (období dospívání).

4.3.3 Komparace výsledků dle vzdělání

Dle nejvyššího dosaženého vzdělání byli respondenti zařazeni do 5 skupin. V rámci porovnávání respondentů bylo zjištěno, že nejvíce negativních předsudků bylo zaznamenáno ve skupině dotazovaných se základním vzděláním. Tito respondenti vnímají epileptiky jako osoby duševně nemocné, pracovně neuplatnitelné, práceškopné, mentálně nevyspělé a snáze unavitelné. Dále se domnívají, že jedinec s epilepsií vzhledem ke svému onemocnění obtížně navazuje přátelství i partnerství. U těchto bipolárních párů adjektiv byla na pětibodové škále nejčastěji uváděná hodnota 4. (Příloha 10)

U respondentů, kteří získali střední vzdělání bez maturity, stejně jako u dotazovaných se základním vzděláním, byla zaznamenána u bipolárních adjektiv „duševně zdraví – duševně nemocní“ a „pracovně uplatnitelní – pracovně neuplatnitelní“ hodnota modu 4. To znamená, že i tito respondenti se ve většině případů domnívají, že epileptici jsou duševně nemocní (32,76 %) a pracovně neuplatnitelní (39,66 %). Naopak při hodnocení mentální vyspělosti jedince s epilepsií se názor těchto respondentů shodoval s celkovým názorem. Dotazovaní tedy nejčastěji volili hodnotu 3, čili vyjadřovali svůj nespécifický postoj. Modus u položky „práceškopní – práceškopní“ dosahoval rovněž hodnoty 3. (Příloha 11)

Výsledky porovnávání respondentů se středním vzděláním s maturitou oproti celkovému hodnocení epileptiků se příliš nelišily. Byly překvapivě jednotné. Pouze u vlastnosti „společností přijímání – ze společnosti vyloučení“ se tito dotazovaní domnívají, že jedinec s epilepsií je ze společnosti vyloučen. (Příloha 12)

Respondenti, kteří získali vyšší odborné vzdělání, hodnotili epileptiky u vlastností, které s epilepsií přímo souvisí kladněji. Dle jejich mínění jsou pracovně uplatnitelní, práceškopní a mentálně vyspělí. U vlastnosti „duševně zdraví – duševně nemocní“ většina dotazovaných (38,89 %) vyjádřila svůj nevyhraněný postoj. Tento

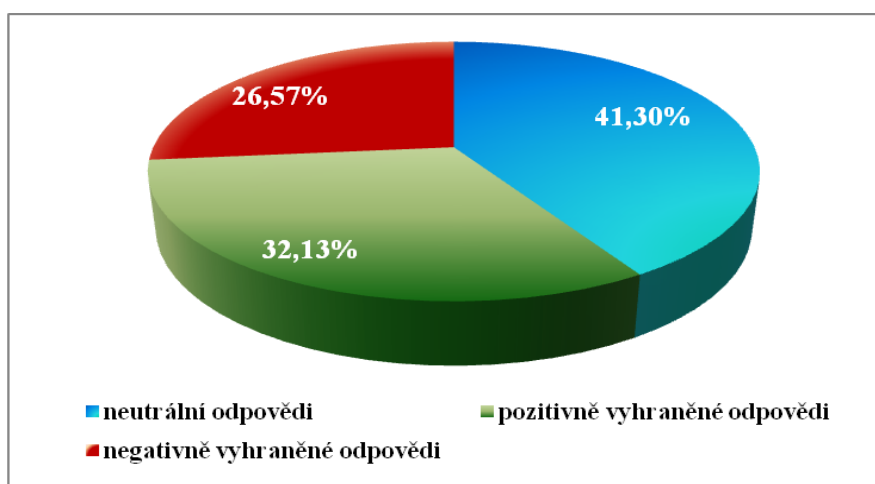
fakt byl zaznamenán i u skutečnosti, zda epileptici navazují snadno či obtížně partnerství, či zda jsou společností přijímáni nebo ze společnosti vyloučeni. (Příloha 13)

Výrazně pozitivní postoje vůči epileptikům vykazovali vysokoškolsky vzdělání respondenti, kteří hodnotí epileptiky jako duševně zdravé, zodpovědné, přátelské, pracovně uplatnitelné a mentálně vyspělé. U ostatních vlastností se výsledky příliš nelišily oproti celkovému hodnocení epileptiků. (Příloha 14)

V závěru diplomové práce bylo provedeno celkové hodnocení všech možných odpovědí. Celkový počet eventuálních odpovědí byl 6000 (100 %). Z celkového počtu všech možných odpovědí bylo zaznamenáno 2478 neutrálních odpovědí (41,30 %), tj. respondenti v těchto případech zastávali nespecifický postoj. Pozitivně či negativně vyhraněných odpovědí bylo zaregistrováno 3522 (58,70 %).

Mezi pozitivně či negativně vyhraněnými odpověďmi převažoval u většiny respondentů spíše kladný postoj k jedincům s epilepsií (1928 kladně vyhraněných odpovědí čili 32,13 % z celkového počtu všech možných odpovědí). Nicméně v běžné populaci regionu České Budějovice negativní předsudky vůči jedincům s epilepsií existují. O této skutečnosti svědčí fakt, že v rámci výzkumu bylo zaznamenáno 1594 odpovědí (26,57 %) negativně vyhraněných. (Graf 20)

Graf 20: Celkový počet odpovědí respondentů (%)



Zdroj: Vlastní výzkum

4.3.4 Shrnutí výsledků

- Nejvíce negativních předsudků bylo zaznamenáno u respondentů ve věkové kategorii 18-20 let. Epileptici jsou touto skupinou respondentů hodnoceni jako duševně nemocní, odpuzující, pracovně neuplatnitelní, mentálně nevyspělí a nesamostatní. (Příloha 5)
- Druhou skupinou, která měla nejvíce předsudků, byli respondenti se základním vzděláním. Jednalo se o tyto předsudky: duševně nemocní, pracovně neuplatnitelní, mentálně nevyspělí a práceneschopní. Na rozdíl od předešlé skupiny dotazovaných, u těchto respondentů nebyl zaznamenán předsudek odpuzující. (Příloha 10)
- Naopak nejméně negativních postojů zastávali respondenti vysokoškolsky vzdělaní, kteří epileptiky hodnotili jako osoby duševně zdravé, zodpovědné, přátelské, pracovně uplatnitelné a mentálně vyspělé. (Příloha 14)
- Při porovnání hodnocení epileptiků dle věkových kategorií hodnotili jedince s epilepsií nejlépe respondenti ve věku 21-40 let (mladá dospělost), naopak nejhůře dotazovaní věkové kategorie 18-20 let (období dospívání).
- Při komparaci výsledků dle pohlaví dotazovaných bylo zjištěno, že muži jedince s epilepsií hodnotí negativněji, a to zejména v oblasti „duševně zdraví – duševně nemocní“ a „společnosti přijímání – ze společnosti vyloučení“. Odpovědi u ostatních položek byli u obou pohlaví téměř shodné. (Příloha 4)
- Při celkovém zhodnocení odpovědí respondentů bylo zaznamenáno 1594 negativně vyhraněných odpovědí (26,57 %), které dokazují existenci negativních předsudků vůči epileptikům. Avšak je nutné podotknout, že pozitivní postoje převažovaly nad negativními. (Graf 20)

Tabulka 13: Celkové hodnocení epileptiků

Položky	Modus	Medián	Relativní četnost (%)				
			Hodnota 1	Hodnota 2	Hodnota 3	Hodnota 4	Hodnota 5
duševně zdraví - duševně nemocní	1	3	25,00	21,33	21,00	22,33	10,34
zodpovědní - nezodpovědní	3	3	24,00	25,00	37,00	10,67	3,33
přátelští - nepřátelští	3	2	28,67	23,33	33,33	13,67	1,00
přitažliví - odpuzující	2	2	19,67	32,34	27,33	16,33	4,33
sebevědomí - nesebevědomí	3	3	5,67	13,33	55,00	21,67	4,33
pracovně uplatnitelní - pracovně neuplatnitelní	4	3	11,67	23,33	22,00	33,67	9,33
společenská - samotářská	3	3	7,00	19,00	48,00	23,33	2,67
práceschopní - prácešlechopní	2	2	23,00	27,67	23,67	17,33	8,33
neagresivní - agresivní	3	3	12,33	17,33	51,67	14,34	4,33
mentálně vyspělí - mentálně nevyspělí	3	3	26,33	18,33	33,67	14,67	7,00
hodní - zlí	3	3	13,67	22,67	60,00	3,33	0,33
pracovití - leniví	3	3	16,00	19,34	56,00	8,33	0,33
zajímaví - nezajímaví	3	3	7,33	17,00	68,67	7,00	0,00
aktivní - pasivní	3	3	9,33	21,33	49,67	18,00	1,67
rychlé životní tempo - pomalé životní tempo	3	3	7,33	33,33	49,67	7,67	2,00
energičtí - snáze unavitelní	4	4	2,33	6,00	33,67	41,67	16,33
snadně navazují přátelství - obtížně navazují přátelství	3	3	5,33	8,33	47,67	29,67	9,00
snadně navazují partnerství - obtížně navazují partnerství	4	4	2,67	7,67	38,00	41,00	10,66
společností přijímání - ze společnosti vyloučení	2	3	19,00	27,33	20,67	26,00	7,00
samostatní - nesamostatní	3	3	1,67	20,67	52,33	23,66	1,67

Zdroj: Vlastní výzkum

Základ: 300 respondentů

4.4 Spojitost některých otázek dotazníku či položek sémantického diferenciálu

Věk respondentů vs. pojem epilepsie

Při porovnání věku dotazovaných s otázkou, která se ptala respondentů na to, co je epilepsie, bylo zjištěno, že většina respondentů ve věkové kategorii 61-75 let (31,67 %) a 18-20 let (16,67 %) má nesprávné informace, to znamená, že nejvíce respondentů v těchto věkových kategoriích si myslí, že epilepsie je duševním onemocněním. Ve věkové kategorii 18-20 let se navíc 3 dotazovaní (5,00 %) domnívají, že epilepsie je nakažlivá choroba. Naopak nejvíce správných odpovědí bylo zaznamenáno ve věkových kategoriích 21-40 let (93,33 %) a 41-50 let (93,33 %). (Tabulka 14)

Tabulka 14: Věk vs. pojem epilepsie

Epilepsie								
Věkové kategorie	Duševní onemocnění		Nakažlivá choroba		Záchvatovité onemocnění mozku		Celkem	
	n_i ¹	p_i (%) ²	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)
18-20	10	16,67	3	5,00	47	78,33	60	100,00
21-40	4	6,67	0	0,00	56	93,33	60	100,00
41-50	4	6,67	0	0,00	56	93,33	60	100,00
51-60	7	11,67	1	1,67	52	86,66	60	100,00
61-75	19	31,67	0	0,00	41	68,33	60	100,00
celkem	44	14,67	4	1,33	252	84,00	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Epilepsie vs. „duševně zdraví – duševně nemocní“

Z níže uvedené tabulky je zřejmé, že 39 respondentů (88,64 %) z celkového počtu 44 dotazovaných (100 %), kteří na otázku 6 uvedli, že epilepsie je duševní

¹ n_i – absolutní četnost

² p_i – relativní četnost

onemocnění, si myslí, že epileptici jsou duševně nemocní. Naopak respondenti, kteří správně odpověděli (252 dotazovaných; 100 %), že epilepsie je záchvatovité onemocnění mozku, se v 58 případech (23,02 %) domnívají, že jedinec s epilepsií je též duševně nemocný. Z tohoto faktu lze usuzovat na existující negativní předsudky vůči jedinci s epilepsií. (Tabulka 15)

Tabulka 15: „Duševně zdraví – duševně nemocní“ vs. pojem epilepsie

Epilepsie								
Duševně zdraví - duševně nemocní	Duševní onemocnění		Nakažlivá choroba		Záchvatovité onemocnění mozku		Celkem	
	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)
duševně zdraví	2	2,67	0	0,00	73	97,33	75	100,00
spíše duševně zdraví	0	0,00	2	3,13	62	96,87	64	100,00
nespecifický postoj	3	4,76	1	1,59	59	93,65	63	100,00
spíše duševně nemocní	27	40,30	0	0,00	40	59,70	67	100,00
duševně nemocní	12	38,71	1	3,23	18	58,06	31	100,00
celkem	44	14,67	4	1,33	252	84,00	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Vliv epilepsie na intelekt pacientů vs. „mentálně vyspělí – mentálně nevyspělí“

Z celkového počtu 67 dotazovaných (100, %), kteří odpověděli kladně (tj. epilepsie má vliv na intelekt pacientů), 34 respondentů (50,75 %) zastává názor, že epileptici jsou mentálně nevyspělí. Naopak ve skupině respondentů, kteří se domnívají, že epilepsie nemá vliv na intelekt pacientů (138; 100 %), hodnotilo epileptiky jako mentálně zaostalé 19 dotazovaných (13,77 %). Správnou odpověď „někdy“ uvedlo 95 respondentů (100, %), z nichž 40 dotazovaných (42,11 %) vnímá epileptiky jako mentálně vyspělé a 43 respondentů (45,26 %) se nepřiklonilo přímo k žádné z uvedených variant. (Tabulka 16)

Tabulka 16: „Mentálně vyspělí – mentálně nevyspělí“ vs. intelekt pacienta

Postihuje podle Vás epilepsie intelekt pacientů?								
Mentálně vyspělí – mentálně nevyspělí	Ano		Ne		Někdy		Celkem	
	n _i	p _i (%)	n _i	p _i (%)	n _i	p _i (%)	n _i	p _i (%)
mentálně vyspělí	7	8,86	57	72,15	15	18,99	79	100,00
spíše mentálně vyspělí	7	12,73	23	41,82	25	45,45	55	100,00
nespecifický postoj	19	18,81	39	38,62	43	42,57	101	100,00
spíše mentálně nevyspělí	23	52,27	12	27,27	9	20,46	44	100,00
mentálně nevyspělí	11	52,38	7	33,33	3	14,29	21	100,00
celkem	67	22,33	138	46,00	95	31,67	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Pohlaví respondentů vs. vliv epilepsie na intelekt pacientů

Z celkového počtu 300 respondentů (100, %) bylo 199 žen (66,33 %) a 101 mužů (33,67 %). Při komparaci výsledů dle pohlaví respondentů byla u této otázky zaznamenána významná odlišnost v odpovědích mužů a žen. Bylo tedy zjištěno, že muži v porovnání se ženami daleko více zastávají názor, že epilepsie má vliv na intelekt pacientů (35 respondentů čili 34,66 % z celkového počtu 101 mužů). (Tabulka 17)

Tabulka 17: Pohlaví respondentů vs. intelekt pacientů

Postihuje podle Vás epilepsie intelekt pacientů?								
Pohlaví	Ano		Ne		Někdy		Celkem	
	n _i	p _i (%)	n _i	p _i (%)	n _i	p _i (%)	n _i	p _i (%)
žena	32	16,08	104	52,26	63	31,66	199	100,00
muž	35	34,66	34	33,66	32	31,68	101	100,00
celkem	67	22,33	138	46,00	95	31,67	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Agresivita epileptika během epileptického záchvatu vs. „neagresivní – agresivní“

Z níže uvedené tabulky je patrné, že respondenti, kteří odpověděli na otázku 14 kladně, tj. epileptik je během epileptického záchvatu agresivní (40 dotazovaných; 100 %), hodnotí epileptiky spíše jako agresivní osoby (20 respondentů tedy 50,00 %). Naopak ve zbývajících dvou skupinách (tj. u odpovědi „ne“ a „v některých případech“) většina dotazovaných vyjadřovala svůj nespécifický nebo pozitivní postoj vůči epileptikům. (Tabulka 18)

Tabulka 18: „Neagresivní – agresivní“ vs. agresivita pacienta

Bývá člověk během epileptického záchvatu agresivní?								
Neagresivní - agresivní	Ano		Ne		V některých případech		Celkem	
	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)
neagresivní	6	16,22	19	51,35	12	32,43	37	100,00
spíše neagresivní	3	5,77	26	50,00	23	44,23	52	100,00
nespecifický postoj	11	7,10	58	37,42	86	55,48	155	100,00
spíše agresivní	17	39,53	9	20,94	17	39,53	43	100,00
agresivní	3	23,08	5	38,46	5	38,46	13	100,00
celkem	40	13,33	117	39,00	143	47,67	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Zaměstnání respondenta vs. zaměstnávání osob s epilepsií

Odpovědi respondentů u otázky, která zjišťovala zaměstnání dotazovaného, byly na základě velké diference kategorizovány. Pro tento výzkum je nejdůležitější kategorie „zaměstnavatel“, a to z hlediska toho, že tato kategorie respondentů v životě jedince s epilepsií hraje velice významnou roli, neboť jsou to právě oni, kteří rozhodují o zaměstnanosti či nezaměstnanosti osob s epilepsií.

Kategorie „zaměstnavatel“ čítala 47 respondentů (100 %). A pouze 14 dotazovaných (29,79 %) v této kategorii by jedince zaměstnalo. Zbylí respondenti (33 dotazovaných, 70,21 %) se vyjádřili záporně. Nejčastěji uváděným důvodem jejich

rozhodnutí byly obavy z vyšší nemocnosti, zvýšené riziko problémů či vysoké náklady.
(Tabulka 19)

Tabulka 19: Povolání vs. zaměstnávání epileptika

Zaměstnal byste jedince s epilepsií?						
Povolání	Ano		Ne		Celkem	
	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)
student	50	80,65	12	19,35	62	100,00
zaměstnanec	105	73,43	38	26,57	143	100,00
zaměstnavatel	14	29,79	33	70,21	47	100,00
důchodce	29	60,42	19	39,58	48	100,00
celkem	204	68,00	96	32,00	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Zaměstnávání osob s epilepsií vs. „pracovně uplatnitelní – pracovně neuplatnitelní“

Na otázku, zda by respondent zaměstnal jedince s epilepsií, odpovědělo 204 dotazovaných (100 %) kladně. Nicméně i přes tento fakt se 74 respondentů (čili 36,27 % z kladně odpovídajících dotazovaných) domnívá, že epileptik je pracovně neuplatnitelný.

Z celkového počtu všech dotazovaných (300 respondentů; 100 %) vnímá epileptika jako pracovně neuplatnitelného 129 respondentů, což představuje 43,00 %.
(Tabulka 20)

Tabulka 20: „Pracovně uplatnitelní – pracovně neuplatnitelní“ vs. zaměstnávání epileptika

Zaměstnal byste jedince s epilepsií?						
Pracovně uplatnitelní – pracovně neuplatnitelní	Ano		Ne		Celkem	
	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)
pracovně uplatnitelní	27	77,14	8	22,86	35	100,0
spíše pracovně uplatnitelní	54	77,14	16	22,86	70	100,00
nespecifický postoj	49	74,24	17	25,76	66	100,00
spíše pracovně neuplatnitelní	60	59,41	41	40,59	101	100,00
pracovně neuplatnitelní	14	50,00	14	50,00	28	100,00
celkem	204	68,00	96	32,00	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Věk respondentů vs. prvotní domněnka

Otázka, která se tázala respondentů na jejich prvotní domněnku v situaci, kdy uvidí jedince zmítajícího se v křečích na zemi, uvedlo 107 respondentů (35,67 %) požití alkoholu. Nejvyšší relativní četnosti u této odpovědi byly zaznamenány ve věkových kategoriích 61-75 let (60,00 %) a 18-20 let (35,00 %). (Tabulka 21)

Tabulka 21: Věk vs. prvotní domněnka

Prvotní domněnka										
Věkové kategorie	Požití alkoholu		Křeče jako projev nemoci		Nevím		Jedinec potřebuje pomoc		Celkem	
	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)
18-20 let	21	35,00	39	65,00	0	0,00	0	0,00	60	100,00
21-40 let	12	20,00	45	75,00	1	1,67	2	3,33	60	100,00
41-50 let	19	31,67	39	65,00	1	1,67	1	1,67	60	100,00
51-60 let	19	31,67	39	65,00	2	3,33	0	0,00	60	100,00
61-75 let	36	60,00	18	30,00	5	8,33	1	1,67	60	100,00
celkem	107	35,67	180	60,00	9	3,00	4	1,33	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Strach či obavy z epilepsie vs. setkání respondenta s epileptikem, u kterého probíhal epileptický záchvat

Z níže uvedené tabulky je zřejmé, že setkání respondentů s epileptickým záchvatem se nikterak nepromítá do pocíťování obav či strachu z epilepsie. To znamená, že osobní zkušenost se nikterak nepromítá do pohledu respondenta na nemoc jako takovou. Na tuto skutečnost poukazuje fakt, že rozdíl mezi zastoupením respondentů, kteří se setkali s jedincem, u kterého probíhal epileptický záchvat, a zároveň mají z epilepsie obavy či strach (94; 52,51 %), a těch, kteří se nesetkali s epileptickým záchvatem, a přesto pocíťují obavy či strach z epilepsie (85; 47,49 %), není významný. (Tabulka 22)

Tabulka 22: Obavy z epilepsie vs. setkání s epileptikem

Setkal(a) jste se již ve svém životě s jedincem, u kterého probíhal epileptický záchvat?						
Obavy či strach z epilepsie	Ano		Ne		Celkem	
	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)
ano	94	52,51	85	47,49	179	100,00
ne	58	47,93	63	52,07	121	100,00
celkem	152	50,67	148	49,33	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Věk respondentů vs. zásady poskytování první pomoci

Z nabízených zásad poskytování první pomoci byly vybrány zásady nesprávné a ty poté dány do souvislosti s věkem respondentů. Vybrány byly tedy tyto zásady: „zabránění křečovým pohybům“, „vytažení jazyka“ a „vkládání něčeho mezi zuby“. U výše zmiňovaných nesprávných zásad byla relativní četnost nejvyšší u respondentů ve věku 61-75 let. Bylo tedy zjištěno, že ve věkové kategorii 61-75 let panuje nejvíce mýtů a pověr, kterými je první pomoc při epileptickém záchvatu opředená.

Zastoupení respondentů v jednotlivých věkových kategoriích u zásad první pomoci je uvedeno v tabulkách. (Tabulka 23, Tabulka 24, Tabulka 25)

Tabulka 23: Věk vs. první pomoc – zabránění křečovým pohybům

První pomoc – zabránění křečovým pohybům						
Věkové kategorie	Ano		Ne		Celkem	
	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)
18-20	25	41,67	35	58,33	60	100,00
21-40	23	38,33	37	61,67	60	100,00
41-50	32	53,33	28	46,67	60	100,00
51-60	24	40,00	36	60,00	60	100,00
61-75	37	61,67	23	38,33	60	100,00
Celkem	141	47,00	159	53,00	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 24: Věk vs. první pomoc – vkládání něčeho mezi zuby

První pomoc – vkládání něčeho mezi zuby						
Věkové kategorie	Ano		Ne		Celkem	
	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)	n_i	p_i (%)
18-20	23	38,33	37	61,67	60	100,00
21-40	22	36,67	38	63,33	60	100,00
41-50	30	50,00	30	50,00	60	100,00
51-60	31	51,67	29	48,33	60	100,00
61-75	39	65,00	21	35,00	60	100,00
celkem	145	48,33	155	51,67	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 25: Věk vs. první pomoc – vytažení jazyka

První pomoc – vytažení jazyka						
Věkové kategorie	Ano		Ne		Celkem	
	n _i	p _i (%)	n _i	p _i (%)	n _i	p _i (%)
18-20	32	53,33	28	46,67	60	100,00
21-40	26	43,33	34	56,67	60	100,00
41-50	29	48,33	31	51,67	60	100,00
51-60	37	61,67	23	38,33	60	100,00
61-75	39	65,00	21	35,00	60	100,00
celkem	163	54,33	137	45,67	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Dále byla také dána do souvislosti s věkem respondenta jedna správná zásada poskytování první pomoci a to ta, kterou většina dotazovaných (222 respondentů čili 74,00 %) do zásad poskytování první pomoci nezařadila (tj. zásadu „nepodávat nic k pití“ nevybralo). Nejvyšší absolutní četnost respondentů, kteří tuto zásadu zvolili, byla zaznamenána ve věkové kategorii 21-40 let (24 dotazovaných; 40,00 %). Z níže uvedené tabulky vyplývá, že mladší respondenti odpovídali správně. (Tabulka 26)

Tabulka 26: Věk vs. první pomoc – nepodávat nic k pití

První pomoc – nepodávat nic k pití						
Věkové kategorie	Ano		Ne		Celkem	
	n _i	p _i (%)	n _i	p _i (%)	n _i	p _i (%)
18-20 let	19	31,67	41	68,33	60	100,00
21-40 let	24	40,00	36	60,00	60	100,00
41-50 let	12	20,00	48	80,00	60	100,00
51-60 let	12	20,00	48	80,00	60	100,00
61-75 let	11	18,33	49	81,67	60	100,00
celkem	78	26,00	222	74,00	300	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

5. DISKUSE

V této práci jsem se pokusila zmapovat míru předsudků běžné populace vůči jedincům s epilepsií v regionu České Budějovice. Dílčím cílem bylo vyzkoumat znalost problematiky epilepsie ve stejnojmenném regionu.

Epilepsie je chronické onemocnění, které bývá spojováno s významnými psychologickými a sociologickými důsledky. V současné době se stále setkáváme v souvislosti s epilepsií s mnoha omyly a netolerantnostmi přesto, že touto nemocí trpí asi 3-4 % všech obyvatel světa. Někteří lidé považují jedince s epilepsií za mentálně zaostalé či duševně nemocné a epilepsii za nakažlivou nemoc nebo duševní onemocnění. I přesto, že tyto pověry, které ztěžují život nejen lidem s epilepsií, ale také jejich rodinným příslušníkům, přátelům či známým, byly moderní vědou dávno vyvráceny, dochází velmi často k negativnímu vnímání jedinců s epilepsií.

Statistickým zpracováním výsledků ze sémantického diferenciálu bylo zjištěno, že negativní předsudky vůči epileptikům v běžné populaci v regionu České Budějovice existují, na druhou stranu je nutné podotknout, že při srovnání pozitivních postojů vůči negativním pozitivní postoje převažují. Hlavní hypotéza: „**V běžné populaci existují negativní předsudky k nemocným s epilepsií**“ byla tedy potvrzena. K této hypotéze se vztahoval sémantický diferenciál, který byl doplněn otázkou zjišťující zájem či nezájem respondenta o problematiku epilepsie. Ze sémantického diferenciálu byly nejdůležitější tyto bipolární páry adjektiv: „duševně zdraví – duševně nemocní“, „mentálně vyspělí – mentálně zaostalí“, „pracovně uplatnitelní – pracovně neuplatnitelní“, „práceschopní – práceeschopní.“ a „samostatní – nesamostatní“. Cílový soubor reprezentovalo 300 respondentů (199 žen a 101 mužů). Výsledky sémantického diferenciálu byly porovnány dle pohlaví, věku a nejvyššího dosaženého vzdělání dotazovaných.

Při celkovém zhodnocení odpovědí respondentů bylo zaznamenáno, že běžná populace jedince s epilepsií hodnotí jako duševně zdravé a práceschopné. Naopak u položky „pracovně uplatnitelní – pracovně neuplatnitelní“ byl zaregistrován negativní postoj. Respondenti (celý výzkumný soubor) se domnívají, že epileptici jsou pracovně neuplatnitelní. Důležité je také poznamenat, že u položek „mentálně vyspělí – mentálně

zaostali“ a „samostatní – nesamostatní“ došlo ke změně posunu do neutrality, tj. respondenti se nepřiklonili k žádné z uvedených variant. Stejný postoj byl zaznamenán téměř u všech ostatních položek.

Z výše popsaného je zřejmé, že respondenti ve většině případů zastávají neutrální postoj, čili nepřiklání se k žádné vlastnosti, jak kladné tak i záporné. Tato skutečnost je patrná zejména u vlastností, které souvisí s charakterem či temperamentem daného jedince. Tyto vlastnosti byly do sémantického diferenciálu zařazeny záměrně, neboť pokud respondent předsudky má, nezvažuje v mnoha případech u jedince jeho individuální vlastnosti, ale posuzuje ho na základě skupinového členství, čili je-li člověk epileptik, budou mu přisouzeny všechny vlastnosti, které se epileptikům přisuzují.

Ztotožňuji se také s názorem **Kohoutka (28)**, který uvádí, že postojům se učíme od ostatních lidí a skupin. Člověk se ve svém životě velice často přizpůsobuje, neboť si přeje, aby byl přijímán určitým jedincem nebo skupinou. Dochází tedy k osvojování postojů, které zaujímá daný člověk nebo členové skupiny, abychom se cítili být akceptováni.

Dále bych se také chtěla zmínit o bipolárním páru adjektiv „energičtí – snáze unavitelní“, u kterých byl zaznamenán modus hodnoty 4. Z této skutečnosti lze tedy usuzovat, že dotazovaní v mnoha případech nemocným lidem přisuzují snazší unavitelnost. Ale tento fakt by neměl být prvořadý. Je nutné si uvědomit, že ve spojení s odpověďmi u adjektiv „pracovně uplatnitelní – pracovně neuplatnitelní“, které vypovídaly o negativním postoji vůči epileptikům, by mohl u zaměstnavatelů právě tento fakt vést k vyšší nezaměstnanosti těchto lidí.

Jelikož práce trvale patří k nezpochybnitelným hodnotám většinové populace, problém zaměstnanosti a nezaměstnanosti se v kontextu nových sociálních trendů obecně dostává na stále významnější místo. Nicméně v současné době stále ještě existuje mnoho předsudků vůči epilepsii a řada z předsudků je ze strany zaměstnavatelů. **Červinková (9)** ve své diplomové práci uvádí, že 66 % epileptiků se setkalo s předsudky ze strany zaměstnavatele, které se epilepsie týkaly.

Na tuto skutečnost ukazují i výsledky tohoto výzkumu, kterého se účastnilo 47 zaměstnavatelů. I tato skupina dotazovaných, stejně jako všichni ostatní respondenti, byla dotázána na to, zda by zaměstnali jedince s epilepsií. Výsledky byly překvapivé. Pouze 29,79 % zaměstnavatelů na tuto otázku odpovědělo kladně, tj. epileptika by ve své organizaci zaměstnalo. Na tomto místě bych velice ráda zmínila nezaměstnanost jedinců s epilepsií, která je 2 – 3 x vyšší než u lidí bez epilepsie. (3)

Nejvíce negativních předsudků měli respondenti ve věku 18-20 let. Jedince s epilepsií vnímají jako duševně nemocné, odpuzující, pracovně neuplatnitelné, mentálně zaostalé a nesamostatné. Nutné je poznamenat, že negativní postoje byly zaznamenány i u zbylých položek sémantického diferenciálu. Epileptici jsou touto skupinou považováni také za osoby snáze unavitelné, které obtížně navazují přátelství a partnerství a které stojí na okraji společnosti (jsou tedy ze společnosti vyloučeni).

Jelikož předsudky určitým dílem vycházejí z neznalosti dané problematiky, máme tu možná vysvětlení, proč zrovna respondenti ve věku 18-20 let mají nejvíce negativních předsudků, neboť výzkumem bylo zjištěno, že právě v této věkové kategorii mají dotazovaní ve většině případů nedostatek základních znalostí o tomto onemocnění.

Dle **Vágnerové (60)** je pro tento věk typická radikálnost, nadměrná kritičnost a sklon polemizovat, dochází tedy k preferování a ulpívání na jednom názoru, který dospívající považuje za nejlepší. Dospívající mají také tendenci jednat zkratkovitými generalizacemi, které jsou nepřesné, někdy dokonce zcela nesmyslné. Učiněná zobecnění jsou prezentována jako definitivní, a tím dochází k ovlivňování uvažování a jednání dospívajícího. Dospívající tedy na svých názorech trvá, není ochoten připustit, že nemusí být zcela správné. A právě tato skutečnost by mohla být dalším vysvětlením reality, proč tomu tak je u jedinců, kteří vykazovali určité znalosti problematiky epilepsie.

Druhou skupinou, která měla nejvíce negativních předsudků, by-li respondenti se základním vzděláním. Tito dotazovaní (stejně jako respondenti ve věku 18-20 let) hodnotí jedince s epilepsií jako duševně nemocné, pracovně neuplatnitelné a mentálně zaostalé a navíc jako práceschopné. Většina respondentů se také domnívá,

že vzhledem ke svému onemocnění obtížně navazují přátelství i partnerství, jsou snáze unavitelní a ze společnosti vyloučeni. I v této skupině dotazovaných ve výpovědích respondentů převažovaly nesprávné informace o dané problematice.

Nejmenší množství negativních postojů měli vysokoškolsky vzdělaní respondenti, kteří oproti celkovým výsledkům zastávají výrazně větší množství kladných postojů k nemocným s epilepsií. Tato skupina respondentů má zároveň správné informace o problematice epilepsie. Tuto skutečnost prokázal i výzkum mé bakalářské práce. Ztotožňuji se tedy s názorem **Allporta (1)**, který uvádí, že většina projektů, které se zaměřují na vymýcení předsudků, vychází z předpokladu, že čím více člověk o druhých ví, tím je menší pravděpodobnost, že vůči nim bude chovat antipatie. Avšak je nutné podotknout, že ne všichni lidé používají informace (nebo jejich nedostatek) stejným způsobem.

Ráda bych zmínila také věkovou kategorii dotazovaných 61-75 let, která hodnotila epileptiky zejména jako osoby duševně nemocné, pracovně neuplatnitelné a osoby, které stojí na okraji společnosti. Jelikož dříve byla epilepsie velmi tabuizována a osvětová činnost se začala rozvíjet až po roce 1983, zejména pak po roce 1989, lze tedy usuzovat, že zde je položen základ výše zmiňovaných předsudků právě u respondentů v tomto věku. Respondenti této věkové kategorie byli z oslovených dotazovaných nejméně ochotni dotazník vyplnit. Dle **Langmeiera (34)** se člověk v tomto životním období, které se dle poznatků vývojové psychologie nazývá obdobím raného stáří, začíná soustřeďovat více na sebe a na své problémy. Stává se tedy introvertnějším.

Dílčí hypotéza, kterou jsem si stanovila, zněla: „**Běžná populace má nesprávné informace o problematice epilepsie**“. K dílčí hypotéze se vztahovaly zejména otázky: 6, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 19. Tyto otázky zjišťovaly základní informace běžné populace o problematice epilepsie. Dílčí hypotéza byla potvrzena, neboť běžná populace má opravdu nesprávné informace o dané problematice.

V laické veřejnosti je velice rozšířenou představou, že epilepsie je duševní nemoc. **Havlová (23)** konstatuje, že existují duševní choroby, které mohou být

provázeny epileptickými záchvaty, ale epilepsie sama o sobě není duševním onemocněním. Koncem roku 1997 byla zopakována anketa zkoumající postoje české veřejnosti k jedincům s epilepsií. V rámci této ankety bylo zjištěno, že epilepsii za duševní chorobu považovalo 29,00 % respondentů. **(46)** Jedná se tedy o dvakrát vyšší počet dotazovaných oproti výsledkům z výzkumu této diplomové práce, ve kterém 14,67 % respondentů epilepsii za duševní nemoc pokládá. Avšak počet dotazovaných, kteří hodnotí epileptiky jako osoby duševně nemocné, byl vyšší (32,67 % respondentů).

Nutné je si také uvědomit, že epilepsie není ve většině případů dědičná. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že stejný názor zastává i 53,33 % respondentů, avšak je nezbytné podotknout, že existuje i skupina dotazovaných (23,33 %), která se domnívá, že epilepsie dědičná je.

V současné době nadále bývá pojem epilepsie spíše synonymem pro velké epileptické záchvaty, které se projevují pádem, křečemi celého těla, sliněním či pomočením. Jen malá část dotazovaných (20,00 %) ví, že existují i tzv. malé záchvaty projevující se zakoukáním nebo neúčelným chováním. Na tuto skutečnost poukazuje i to, že 80,00 % respondentů si pod typickým obrazem epileptického záchvatu představí tzv. grand mal (čili velký záchvat). Avšak není se čemu divit, neboť tento obraz je bohužel podporován i médii. Člověk s epilepsií je ve většině filmů zobrazován právě v průběhu velkého epileptického záchvatu. **(23)**

Ve společnosti existují i mýty vztahující se k agresivitě či nebezpečnosti pacientů s epilepsií. Jelikož tato mylná představa může zásadním způsobem ovlivnit budoucí sled událostí během epileptického záchvatu, zařazení této otázky do dotazníku bylo samozřejmostí. Velké pozitivum spatřuji v tom, že nejpočetnější skupinu respondentů tvořili ti, kteří odpovídali správně, čili jedinec bývá během epileptického záchvatu agresivní jen v některých případech. Ale objevila se i skupina dotazovaných (40; 13,33 %), která se domnívá, že epileptik je během epileptického záchvatu agresivní vždy.

Tato otázka byla také dána do souvislosti s bipolárním párem adjektiv „neagresivní – agresivní“. Z výše uvedených 40 respondentů se 50,00 % domnívá, že epileptik je agresivní jedinec. Respondenti, kteří uváděli u této otázky zbylé varianty

odpovědi (tj. že epileptik agresivní během epileptického záchvatu nebývá či bývá jen v některých případech), považují epileptiky také za osoby agresivní v 13,85 %.

Na 11. otázku – postihuje podle Vás epilepsie intelekt pacienta - odpovědělo pouhých 31,67 % dotazovaných správně. Ze zbylých respondentů, kteří uváděli nesprávné odpovědi, se 22,33 % respondentů domnívá, že v každém případě má epilepsie vliv na intelekt pacienta. Považují za důležité podotknout, že epilepsie není nemoc, která postihuje vždy intelekt pacienta. Většina pacientů má normální inteligenci. O této skutečnosti vypovídá i fakt, že epilepsií trpěla i řada geniálních osobností (Caesar, Karel V., Napoleon, Nobel, Beethoven a další).

Řada pověr a chybných informací panuje také kolem první pomoci pacientovi během epileptického záchvatu. Nejčastěji se veřejnost domnívá, že se epileptik při záchvatu dusí, protože mu zapadá jazyk, který je nutné vytáhnout. Tuto skutečnost potvrdil i výzkum, ve kterém 54,33 % dotazovaných uvedlo, že vytažení jazyka je zásadou poskytnutí první pomoci během epileptického záchvatu. Ale tato pomoc není adekvátní, neboť jak uvádí **Havlová (23)**, tato snaha může skončit vylomením a následným vdechnutím zubu nebo zlomeninou čelisti. Epileptik se během epileptického záchvatu nedusí, neboť má křeče i v hlasivkových svalech.

Další mylnou informací, která neustále ve veřejnosti „přežívá“, je v rámci poskytování první pomoci vkládat epileptikovi nějaký předmět mezi zuby a zabránit křečovým pohybům. Tento fakt vyplývá i z dotazníkového šetření, jelikož mezi zásady první pomoci během epileptického záchvatu zabránění křečovým pohybům zařadilo 47,00 % respondentů a vkládání předmětu mezi zuby 51,67 % dotazovaných. Tyto nesprávné informace převládají zejména u dotazovaných věkové kategorie 61-75 let.

V rámci poskytování první pomoci hraje velice důležitou roli fakt, že v mnoha případech dochází k záměně epileptického záchvatu za projevy požití alkoholu či některé omamné látky. Ke zmiňované záměně ve společnosti nedochází výjimečně. I tato skutečnost byla výzkumem zkoumána a zjištění bylo až alarmující. Domněnku požití alkoholu či některé omamné látky v situaci, kdy uvidí jedince zmítajícího se v křečích na zemi, uvedlo 35,67 % respondentů. Tuto domněnku nejčastěji uváděli dotazovaní ve věku 61-75 let (60,00 %). Odpovědi se také významně lišily u mužů

a žen. V této situaci by na epileptický záchvat nepomyslelo 45,54 % mužů, domnívali by se tedy, že jedinec požil alkohol či jinou omamnou látku. U žen tuto domněnku uvedlo 30,65 %.

U nezasvěcené osoby může epileptický záchvat svými dramatickými projevy vzbuzovat pocit beznaděje, že nemocný se nalézá v bezprostředním ohrožení života. Tento fakt může být vysvětlením odpovědí respondentů na otázku zjišťující, zda je nutné volat rychlou záchrannou pomoc při každém epileptickém záchvatu. Výzkumem bylo zjištěno, že 54,00 % dotazovaných se domnívá, že člověk je při každém epileptickém záchvatu vážně ohrožen, tj. rychlá záchranná služba se musí volat vždy.

Výzkum se také zaměřoval na režimová opatření, která musí epileptik dodržovat. Dříve se k provokačním faktorům řadila i konzumace kakaa nebo čokolády, která byla v minulosti pacientům zakazována. I když se v současné době k provokačním faktorům neřadí, 38,14 % respondentů zákaz konzumace čokolády stále považuje za jedno z režimových opatření. Dalším zcela mylným režimovým opatřením, které dotazovaní v 16,95 % uváděli, je zákaz kávy a čaje. Z výzkumu tedy vyplynulo, že pouze 15,33 % respondentů odpovědělo správně, tj. uvedlo všechna správná režimová opatření, která epileptik musí respektovat.

Ráda bych se také zmínila o otázce zaměřující se na možnosti léčby epilepsie, u které pouhých 9 dotazovaných (3,00 %) správně uvedlo všechny možnosti léčby. Výzkum také prokázal, že jen malý počet respondentů si uvědomuje další možnosti léčby, jako je například chirurgická léčba či vagová nervová stimulace.

Závažný problém spatřuji i v neznalosti respondentů projektu MediBand společnosti Pfizer. O tomto projektu neslyšelo 95,67 % dotazovaných. MediBand - osobní strážce pro lidi s epilepsií – je „plíšek“ umístěný na pásku hodinek či náramku, který se snaží chránit lidi s epilepsií před lhostejností veřejnosti. Jedná se tedy o nenápadnou zdravotní identifikaci. Tento projekt úzce souvisí s další otázkou, která se ptala respondentů na to, zda epileptici mají u sebe nějaké „známky“, které potvrzují toto onemocnění. Je až alarmující, že se 35,00 % respondentů se domnívá, že epileptici u sebe žádné „znamení“ nemají.

Překvapivé výsledky přinesla také otázka zjišťující respondentův zájem či nezájem o problematiku epilepsie, na kterou 16,33 % dotazovaných odpovědělo kladně. Lze tedy říci, že občané se o epilepsii a osoby s epilepsií nezajímají. Na tuto skutečnost poukazuje i sociologické šetření Společnosti „E“ realizované v roce 2006. Cílem výzkumu bylo rozšířit, prohloubit a verifikovat dosavadní poznatky o problémech života lidí s epilepsií v ČR a specifikovat jejich závažnost. V rámci tohoto šetření bylo zjištěno, že s lhostejností okolí se setkala 12,00 % respondentů a s odmítáním okolí 9,00 % respondentů (epileptiků). **(5)**

I přes skutečnost, že se informovanost laické veřejnosti o epilepsii dle provedených výzkumů (v roce 1981 a 1997) v posledních dvaceti letech zlepšila, je v současné době na poměrně nízké úrovni. **(23)** Lidé s epilepsií se velice často setkávají s nepochopením epilepsie, které bývá spojováno s posměchem.

Na závěr bych ráda citovala jednoho epileptika: „Stále mám takový pocit, že se tato společnost ještě nenaučila brát nás epileptiky jako sobě rovné, stále jsou tito lidé vytlačováni na vedlejší kolej a co mě nejvíce mrzí? Právě postoj mnoha lidí a neznalost, která pramení z lidské lhostejnosti. Kdo toto nezažil, neví, co je to bolest, bolest, která útočí v plné síle. Síla, která udeří ve dne, v noci, k ránu, prostě v kterýkoliv den a hodinu.“ (Společnost „E“ – diskusní fórum)

6. ZÁVĚR

Přestože první zmínky o epilepsii pocházejí již z doby okolo 2 tisíc let před naším letopočtem, stále si lidé nemohou na její přítomnost zvyknout. V současné době zejména mezi laiky o epilepsii panuje řada nejasností a předsudků, které určitým dílem vycházejí ze strachu či obav z této nemoci a zčásti i z neznalosti dané problematiky. Společnost je stále značně netolerantní a epilepsii mnozí z nás považují za duševní nemoc, nebo onemocnění vedoucí ke ztrátě duševních schopností.

Diplomová práce byla zaměřena na zjištění postojů běžné populace k nemocným s epilepsií v regionu České Budějovice. V rámci práce je také zmapována problematika informovanosti běžné populace o epilepsii ve stejném regionu. Domnívám se, že cíle práce byly splněny. Obě hypotézy byly potvrzeny: „V běžné populaci existují negativní předsudky k nemocným s epilepsií“. „Běžná populace má nesprávné informace o problematice epilepsie“.

Výzkumem se podařilo zjistit, že i v současné době ve společnosti panuje řada emotivních názorů, předsudků a negativních postojů, které přinášejí epileptikům řadu problémů zejména v oblasti pracovního zařazení. Respondenti vnímají epileptiky zejména jako duševně nemocné a pracovní neuplatnitelné. Na tento fakt ukazuje i skutečnost, že většina zaměstnavatelů v rámci výzkumu vyjadřovala své negativní postoje vůči jedinci s epilepsií.

I v 21. století mezi respondenty o problematice epilepsii panuje řada nejasností, pověr, mýtů a nesprávných informací. Dle dotazovaných je typickým obrazem epileptického záchvatu velký záchvat. Řada respondentů se domnívá, že mezi zásady první pomoci patří vytažení jazyka, vkládání něčeho mezi zuby a zabránění křečovým pohybům. Další mylné informace byly zaznamenány v oblasti léčby epilepsie. Lze tedy říci, že běžná populace v regionu České Budějovice má nesprávné informace o problematice epilepsie.

Osvětová činnost by se měla orientovat již na žáky základních škol a zejména středních škol. Domnívám se, že takto může docházet k vytváření pozitivně laděných postojů u žáků, které se budou přenášet do dospělosti a na další generace. Je velice

důležité si uvědomit, že čím více budeme o této i dalších nemocích vědět, tím lépe porozumíme lidem, kteří jimi trpí.

Pro pacienty s těžšími formami epilepsie, kteří nemají moc velké šance být zaměstnáni, by bylo velice přínosné vybudovat chráněné dílny pro tyto pacienty, které v České republice dosud neexistují.

Další přínos této práce spatřuji v následném využití získaných dat pro prezentaci problematiky prostřednictvím týmu sociálních pracovníků pro pacienty s epilepsií (Mgr. Valouchová Lucie) v rámci epileptologických kongresů a seminářů. Práce dále přináší zjednodušený vhled do problematiky epilepsie jak pro samotné pacienty, studenty, ale i zájemce o danou problematiku.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

- epilepsie
- informovanost
- postoje
- předsudky

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ALLPORT, G. *O povaze předsudků*. 1. vyd. Praha: Prostor, 2004. 574 s. ISBN 80-7260-125-3.
2. AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 6. přepr. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4.
3. AURA: informace o epilepsii. Praha: Společnost „E“, 2005. č. 157, 27 s.
4. AURA: informace o epilepsii. Praha: Společnost „E“, 2006. č. 160. 23 s.
5. AURA: informace o epilepsii. Praha: Společnost „E“, 2007. č. 182. 27 s.
6. BERLIT, P. *Memorix neurologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 464 s. ISBN 978-80-247-1915-3.
7. BRÁZDIL, M. a kol. *Farmakorezistentní epilepsie*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2004. 268 s. ISBN 80-7254-562-0.
8. BRÁZDIL, M. Stáří a epilepsie. *Neurologie pro praxi*, 2003, roč. 4, č. 1, s. 8-10. ISSN 1213-1814.
9. ČERVINKOVÁ, L. *Problematika zaměstnanosti u lidí s epilepsií*. České Budějovice, 2004. 99 s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí diplomové práce MUDr. Drahozlava Tišlerová.
10. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
11. DOLANSKÝ, J. *Současná epileptologie*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2000. 160 s. ISBN 80-7254-101-3.
12. *Dopis pro zaměstnavatele* [online]. [cit. 2009-02-24]. Dostupné z: http://www.epistop.cz/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=33&dir=DESC&order=name&Itemid=37&limit=5&limitstart=5.
13. DOUBKOVÁ, I. *Informovanost vysokoškolských studentů a epileptiků o problémech souvisejících s epilepsií*. České Budějovice, 2007. 83 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí bakalářská práce MUDr. Drahozlava Tišlerová.

14. *Epilepsie: Epilepsie a EEG test*. Praha: Společnost „E“, 7 s.
15. *Epilepsie: První pomoc při záchvatech*. 1. vyd. Praha: Společnost „E“, 1997. 7 s.
16. *Epilepsie: Sport a volný čas*. 1. vyd. Praha: Společnost „E“, 1999. 5 s.
17. *Epilepsie: Základní informace*. 1. vyd. Praha: Společnost „E“, 1998. 7 s.
18. *EPI – RODINA* [online]. 2007. [cit. 2009-02-24]. Dostupné z: <<http://er.er-sme.cz/index.html>>.
19. *Epistop* [online]. [cit. 2009-03-24]. Dostupné z: <<http://www.epistop.cz/index.php>>.
20. GIDDENS, A. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Argo, 1999. 596 s. ISBN 80-7203-124-4.
21. HANSCOMB, A. – HUGHES, L. *Epilepsie*. 1. vyd. Praha: Společnost „E“, 1999. 63 s.
22. HART, Y. M. – SANDER, J. W. *Epilepsy: Questions and Answers*. 2nd ed. Highpoint: Merit Publishing International, 2008. 176 s. ISBN 978-1-873413-87-6.
23. HAVLOVÁ, K. Epilepsie: Špičková péče i řada mýtů. *Zdravotnické noviny*. 2008, roč. 57, č. 25. str. 15-17. ISSN 1214-7664.
24. HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 4. vyd. Praha: Portál, 2007. 165 s. ISBN 978-80-7367-283-6.
25. *Helpes – Centrum výcviku psů pro postižené* [online]. [cit. 2009-02-22]. Dostupné z: <<http://www.helpes.cz/>>.
26. HOVORKA, J. Epilepsie a základy antiepileptické léčby – část 1. *Psychiatrie pro praxi*, 2004, roč. 3, č. 3. s. 123 – 130. ISSN 1213-0508.
27. KALINA, M. *Jak se žije s epilepsií* [online]. Poslední aktualizace 5.5.2009. [cit. 2009-05-5]. Dostupné z: <http://www.homolka.cz/cz/print_actions.php>.
28. KOHOUTEK, R. a kol. *Základy sociální psychologie*. 1. vyd. Brno: CERM, 1998. 180 s. ISBN 80-7204-064-2.
29. KOMÁREK, V. O epileptologii. *Lékařské listy*, 2005, roč. 54, č. 24. s. 3. ISSN 0044-1996.
30. KRAEMER, G. *Epilepsy from A to Z*. 4 th ed. New York: Thieme New York, 2005. 438 s. ISBN 1-58890-248-X.

31. KRŠEK, P. Diagnostické postupy u kandidátů epileptochirurgických výkonů. *Postgraduální medicína*, 2005, roč. 7, č. 6, s. 686-691. ISSN 1212-4148.
32. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
33. KUBOVÁ, H. Vývoj kvalitativně nových látek pro léčbu epilepsie – naděje pro 21. století? *Neurologie pro praxi*, 2006, roč. 7, č. 5. s. 284 – 286. ISSN 1213-1814.
34. LANGMEIER, J. - KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktual. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
35. LAŠEK, J. *Sociální psychologie II*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. 142 s. ISBN 80-7041-907-5.
36. MARUSIČ, P. Epilepsie a epileptické syndromy. *Lékařské listy*, 2006, roč. 55, č. 21. s. 31-33. ISSN 0044-1996.
37. MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
38. MORÁŇ, M. *Praktická epileptologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 137 s. ISBN 80-7254-352-0.
39. MORÁŇ, M. Spánek a epilepsie. *Neurologie pro praxi*, 2005, roč. 6, č. 1. s. 42-48. ISSN 1213-1814.
40. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1999. 287 s. ISBN 80-200-0690-7.
41. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 507 s. ISBN 80-200-0993-0.
42. *Národní den epilepsie – 30. září* [online]. [cit. 2009-02-24]. Dostupné z: <<http://epilepsie.getweb.cz/pages/narodni-den-epilepsie--30.-zari.php>>.
43. NEVŠÍMALOVÁ, S. et al. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén. 2002. 368 s. ISBN 80-7262-160-2.
44. NEŽÁDAL, T. Strategie farmakoterapie epilepsie. *Lékařské listy*, 2005, roč. 54, č. 24. s. 4-7. ISSN 0044-1996.
45. NOVÁK, T. *O předsudcích*. 1. vyd. Brno: Doplněk, 2002. 106 s. ISBN 1081-232-2002.

46. NOVOTNÁ, I. Sociální problémy epileptiků (sociologická studie informovanosti veřejnosti). *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2000, roč. 63/96, č. 1, s. 14-17. ISSN 1210-7859.
47. PANAYIOTOPOULOS, CP. *A Clinical Guide to Epileptic Syndromes and their Treatment*. 2nd ed. London: Springer, 2007. 578 s. ISBN 978-1-84628-643-8.
48. PRACOVNÍ SKUPINA EPISTOP. *Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií* [online]. 2007. 58 s. [cit. 2009-01-14].
Dostupné z: <http://www.epistop.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=80&Itemid=79>.
49. PREISS, M. - KUČEROVÁ, H. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-0843-4.
50. REKTOR, I. Epileptický mozek – dokonalá „diktatura“. *Lékařské listy*, 2004, roč. 53, č. 21. s. 8-9. ISSN 0044-1996.
51. REKTOR, I. Neuromodulace v epileptologii. *Lékařské listy*, 2004, roč. 53, č. 21. s. 12-14. ISSN 0044-1996.
52. SAUL, K. *Psychologie*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007. 771 s. ISBN 978-80-251-1716-3.
53. SEIDL, Z. – OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 363 s. ISBN 80-247-0623-7.
54. SME – skupina Mladých s epilepsií [online]. [cit. 2009-02-24].
Dostupné z: <http://er-sme.cz/new/index.php?option=com_content&task=view&id=56&Itemid=28>.
55. *Současnost: činnost společnosti „E“* [online]. [cit. 2009-02-05]. Dostupné z: <<http://epilepsie.getweb.cz/pages/spolecnost-bdquoeldquo/soucasnost.php>>.
56. *Sportujeme s epilepsií* [online]. [cit. 2009-02-14]. Dostupné z: <http://www.epistop.cz/index.php?option=com_docman&task=cat_view&Itemid=37&gid=33>.
57. TOMÁŠEK, M. Epilepsie a epileptické záchvaty u dospělých. *Postgraduální medicína*, 2005, roč. 7, č. 6, s. 641-647. ISSN 1212-4148.

58. VACULÍK, M. a kol. Stimulace nervus vagus u pacientů s refrakterní epilepsií. *Postgraduální medicína*, 2005, roč. 7, č. 6, s. 686-691. ISSN 1212-4148.
59. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
60. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
61. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
62. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
63. VOJTĚCH, Z. *EEG v epileptologii dospělých*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 680 s., 24 s. barevné přílohy. ISBN 80-247-0690-3.
64. VÝROST, J. – SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. přepr. a rozšř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
65. WABERŽINEK, G. et al. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 396 s. ISBN 80-246-1020-5.
66. ZÁRUBOVÁ, J. Zásady farmakoterapie epilepsie u dospělých. *Postgraduální medicína*. 2005, roč. 7, č. 6, s. 654-662. ISSN 1212-4148.
67. ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2003. 205 s. ISBN 80-7184-203-6.

9. PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1 – Dotazník

PŘÍLOHA 2 – Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů – ICES (1981)

PŘÍLOHA 3 – Tabulka: Hodnocení epileptiků - ženy

PŘÍLOHA 4 – Tabulka: Hodnocení epileptiků - muži

PŘÍLOHA 5 – Tabulka: Hodnocení epileptiků – věková kategorie 18-20 let

PŘÍLOHA 6 – Tabulka: Hodnocení epileptiků – věková kategorie 21-40 let

PŘÍLOHA 7 – Tabulka: Hodnocení epileptiků – věková kategorie 41-50 let

PŘÍLOHA 8 – Tabulka: Hodnocení epileptiků – věková kategorie 51-60 let

PŘÍLOHA 9 – Tabulka: Hodnocení epileptiků – věková kategorie 61-75 let

PŘÍLOHA 10 – Tabulka: Hodnocení epileptiků – základní vzdělání

PŘÍLOHA 11 – Tabulka: Hodnocení epileptiků – střední vzdělání bez maturity

PŘÍLOHA 12 – Tabulka: Hodnocení epileptiků – střední vzdělání s maturitou

PŘÍLOHA 13 – Tabulka: Hodnocení epileptiků – vyšší odborné vzdělání

PŘÍLOHA 14 – Tabulka: Hodnocení epileptiků – vysokoškolské vzdělání

PŘÍLOHA 1:

DOTAZNÍK

Vážená respondentko, vážený respondente!

Jmenuji se Ivana Doubková, studuji na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. V současné době pracuji na diplomové práci na téma: „Předsudky veřejnosti k nemocným s epilepsií“.

V ruce právě držíte dotazník, který se zabývá tímto problémem. Ráda bych Vás požádala o pomoc při realizaci výzkumu, který je pro dokončení mé diplomové práce nezbytný.

Výzkum bude proveden v anonymitě, zajištěna bude ochrana dat. Prosím Vás tedy o pečlivé vyplnění níže uvedeného dotazníku.

Odpovědi, které Vám vyhovují, označte, prosím, křížkem v příslušném políčku, které je umístěno nalevo od Vámi zvolené možnosti (není-li u otázky uvedeno jinak). Po zodpovězení všech otázek vraťte, prosím, dotazník přímo mně či pověřené osobě.

Děkuji za pochopení, Vaše úsilí při vyplňování a čas, který mi budete věnovat.

S pozdravem Bc. Ivana Doubková

1. Pohlaví: ☐ žena ☐ muž

2. Věk: _____ let

3. Uveďte prosím, jaké je vaše dosažené vzdělání:

- ☐ základní
- ☐ střední bez maturity
- ☐ střední s maturitou
- ☐ vyšší odborné
- ☐ vysokoškolské

4. Povolání, prosím uveďte:

.....

5. Co se Vám vybaví, když se řekne epilepsie? Napište vše, co Vás napadne:

.....

6. Epilepsie je:

- ☐ psychiatrické onemocnění
- ☐ nakažlivá choroba
- ☐ záchvatové onemocnění mozku
- ☐ jiná odpověď, prosím uveďte jaká.....

7. Epilepsie je nemocí:

- ☐ pouze dětí
- ☐ pouze dospělých
- ☐ dětí i dospělých

8. Epilepsií trpí:

- ☐ 1-1,5 % populace
- ☐ 2-4 % populace
- ☐ 5 a více % populace

9. Je epilepsie dědičná?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ u určitých druhů je vyšší riziko vzniku onemocnění, např. jestliže se nemoc objeví u někoho v rodině apod.

10. Typický obraz záchvatu vypadá následovně:

- ☐ pád v bezvědomí na zem (často výkřik), napnuté tělo, záškuby paží, nohou, obličej, slinění, může dojít k povolení svěračů, pokousání
- ☐ krátkodobá porucha vědomí, zpomalení nebo zastavení činnosti, zahledění
- ☐ nelze říci, existuje cca 40 druhů epileptických syndromů
- ☐ jiná odpověď, prosím uveďte jaká.....

11. Postihuje podle Vás epilepsie intelekt pacientů?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ někdy

12. Je epileptický záchvat vážnou událostí?

- ☐ ano, je
- ☐ ne, není
- ☐ ano je, pokud záchvat trvá déle než 5 minut nebo dochází-li k sérii záchvatů, aniž by mezi nimi došlo k nabytí plného vědomí

13. Mezi zásady poskytnutí první pomoci během epileptického záchvatu patří:

(je možné zaškrtnout i více možností)

- ☐ ochrana hlavy (podložení polštářem či svinutým šatstvem, odstranění ostrých předmětů z okolí epileptika)
- ☐ v každém případě zavolání záchranné lékařské služby nebo lékaře
- ☐ zabránit křečovým pohybům při záchvatu (zalehnutím apod.)
- ☐ provádění umělého dýchání a masáže srdce
- ☐ nepodávat nic k pití
- ☐ vkládat něco mezi zuby
- ☐ vytáhnout jazyk
- ☐ uvolnit těsný oděv kolem krku
- ☐ jiná odpověď, prosím uveďte jaká.....

14. Bývá člověk během epileptického záchvatu agresivní?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ v některých případech

15. Je nutné volat rychlou záchrannou pomoc při každém epileptickém záchvatu?

- ☐ ano vždy, člověk je při každém záchvatu vážně ohrožen
- ☐ jen za určitých okolností, prosím uveďte

16. Léky, které se v léčbě epilepsie používají, tzv. antiepileptika:

- ☐ léčí epilepsii
- ☐ snižují pravděpodobnost vzniku záchvatů

17. Jaké jsou podle Vás možnosti léčby epilepsie?

(je možné zaškrtnout i více odpovědí)

- ☐ režimová opatření
- ☐ životospráva
- ☐ farmakologická léčba (léky)
- ☐ chirurgická léčba (operace ložiska v mozku)
- ☐ vagový nervový stimulátor (stimulace bloudivého nervu elektrickým signálem)
- ☐ byliny a potravinové doplňky přírodního charakteru
- ☐ jiná odpověď, prosím uveďte jaká.....

18. Musí epileptik podle Vás dodržovat určitá režimová opatření?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

19. Jaká režimová opatření musí epileptik dodržovat?

(na tuto otázku odpovězte jen tehdy, pokud jste v otázce č. 18, zvolili odpověď ANO)
(je možné zaškrtnout i více možností)

- ☐ vyhýbání se přiměřené sportovní aktivitě
- ☐ pravidelné užívání léků
- ☐ pravidelný spánkový režim
- ☐ úplná abstinence alkoholu
- ☐ zákaz čokolády
- ☐ zákaz kávy, čaje
- ☐ jiná odpověď, prosím uveďte jaká.....

20. Může se člověk z epilepsie vyléčit (tzn., že člověk nemá záchvaty a ani nemusí brát léky)?

(je možné zaškrtnout i více možností)

- ☐ ne, je to onemocnění na celý život
- ☐ ano, každý pacient má šanci na vyléčení
- ☐ ano, ale pouze u určitých typů epilepsií, většinou se jedná o celoživotní onemocnění
- ☐ v některých případech epilepsie odezní s pubertou a dospíváním sama
- ☐ jiná odpověď, prosím uveďte jaká.....

21. Co Vás první napadne, uvidíte-li člověka zmítajícího se v křečích na zemi:

- ☐ jedinec požil alkohol či omamnou látku
- ☐ jedinec je nemocný a tyto křeče jsou projevem jeho nemoci
- ☐ jiná odpověď, prosím uveďte jaká.....

22. Má člověk s epilepsií nějaká omezení týkající se zaměstnání?

- ☐ ano ☐ ne ☐ nevím

V případě že jste odpověděli **ano**, prosím uveďte, jaká omezení epileptici mají

.....

23. Může člověk s epilepsií získat na toto onemocnění invalidní důchod?

- ☐ ne
- ☐ pouze částečný
- ☐ ano - částečný i plný, v závislosti na charakteru a počtu záchvatů

24. Zaměstnal byste jedince s epilepsií (na pozici, která by odpovídala zdravotnímu stavu epileptika)?

- ☐ ano ☐ ne

Prosím uveďte důvod v případě, pokud zvolíte odpověď NE:

.....

25. Máte obavy či strach z této nemoci (epilepsie)?

- ☐ ano ☐ ne

26. Setkal(a) jste se již ve svém životě s jedincem, u kterého probíhal epileptický záchvat?

☐ ano

☐ ne

27. Mívají lidé s epilepsií u sebe nějaké „známky“ potvrzující, že mají toto onemocnění?

(je možné zaškrtnout více odpovědí)

☐ pásek na hodinkách s informacemi, že trpí epilepsií

☐ kartička s informací o zdravotním stavu v peněžence, eventuálně u dokladů

☐ identifikační náramek

☐ ne, žádné takové „znamení“ u sebe nemají

☐ jiná odpověď, prosím uveďte jaká.....

28. Slyšel(a) jste o projektu MEDIBAND společnosti Pfizer?

☐ ano

☐ ne

Tato tabulka by měla vyjádřit, co si myslíte o osobách nemocných epilepsií. Na levé a pravé straně tabulky jsou uvedeny vlastnosti a mezi nimi 5 políček. Vždy označte to políčko, které vyjadřuje Váš názor - čím více se označené políčko blíží k levé či pravé vlastnosti, tím více s vlastností souhlasíte. Označení středního políčka označuje váš nespécifický postoj, kdy se nepřikláníte přímo k žádné z uvedených variant.

Př. spravedliví

	X			
--	---	--	--	--

 nespravedliví

|
spíše spravedliví

duševně nemocní						duševně zdraví
zodpovědní						nezodpovědní
přátelští						nepřátelští
odpuzející						přitažlivý
sebevědomí						nesebevědomí
pracovně uplatnitelní						pracovně neuplatnitelní
samotářští						společenská
práceschopní						práceschopní
agresivní						neagresivní
mentálně vyspělí						mentálně nevyspělí
zlí						hodní
pracovití						leniví
nezajímaví						zajímaví
aktivní						pasivní
pomalé životní tempo						rychlé životní tempo
energičtí						snáze unavitelní
obtížně navazují přátelství						snadně navazují přátelství
snadně navazují partnerství						obtížně navazují partnerství
ze společnosti vyloučení						společností přijímání
samostatní						nesamostatní

O problematiku epilepsie se:

- ☐ zajímám
- ☐ nezajímám

PŘÍLOHA 2:

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ – ICES (1981)

I. PARCIÁLNÍ ZÁCHVATY

I. A. Parciální simplexní (s elementární symptomatologií)

I. A. 1. Parciální simplexní záchvaty s motorickými projevy

I. A. 2. Parciální simplexní záchvaty se somatosenzorickými nebo speciálními senzorickými příznaky

I. A. 2. a. Parciální simplexní záchvaty se somatosenzorickými příznaky

I. A. 2. b až f. Parciální simplexní záchvaty se speciálními senzorickými příznaky

I. A. 3. Parciální simplexní záchvaty s autonomními příznaky

I. A. 4. Parciální simplexní záchvaty s psychickými příznaky

I. B. Parciální záchvaty s komplexní symptomatologií

I. B. 1. Parciální záchvaty s komplexní symptomatologií s iniciálními jednoduchými příznaky a následnou poruchou vědomí

I. B. 1. a. – s jednoduchými parciálními znaky a následnou poruchou vědomí

I. B. 1. b. – s automatismy

I. B. 2. Parciální záchvaty s komplexní symptomatologií s iniciální poruchou vědomí

I. B. 2. a. – pouze s poruchou vědomí

I. B. 2. b. – s automatismy

I. C. Parciální záchvaty přecházející v generalizované

I. C. 1. Simplexní parciální (I. A.) přecházející v generalizované

I. C. 2. Simplexní parciální (I. B.) přecházející v generalizované

I. C. 3. Simplexní parciální přecházející v komplexní parciální a pak v generalizované

II. GENERALIZOVANÉ ZÁCHVATY

II. A. Absence

II. A. 1. Typické absence

II. A. 1. a. Absence pouze s poruchou vědomí

II. A. 1. b. Absence s mírnou klonickou složkou

II. A. 1. c. Absence s atonickou složkou

II. A. 1. d. Absence s tonickou složkou

II. A. 1. e. Absence s automatismy

II. A. 1. f. Absence s autonomní složkou

II. A. 2. Atypické absence

II. A. 2. a. – s výraznější atonií

II. A. 2. b. – bez náhlého začátku a/nebo konce

II. B. Myoklonické záchvaty

II. C. Klonické záchvaty

II. D. Tonické záchvaty

II. E. Tonicko-klonické záchvaty

II. F. Atonické záchvaty

III. NEKLASIFIKOVANÉ EPILEPTICKÉ ZÁCHVATY

ZDROJ (7)

TABULKA: HODNOCENÍ EPILEPTIKŮ - ŽENY

Položky	Modus	Medián	Relativní četnost (%)				
			Hodnota 1	Hodnota 2	Hodnota 3	Hodnota 4	Hodnota 5
duševně zdraví - duševně nemocní	1	2	28,64	25,13	18,59	19,10	8,54
zodpovědní - nezodpovědní	3	2	26,13	26,63	34,17	10,05	3,02
přátelští - nepřátelští	3	2	31,66	20,10	33,67	14,07	0,50
přitažliví - odpuzující	2	2	21,61	33,67	26,13	14,57	4,02
sebevědomí - nesebevědomí	3	3	5,03	11,04	57,79	21,11	5,03
pracovně uplatnitelní - pracovně neuplatnitelní	4	3	13,57	22,11	23,12	30,16	11,04
společenská - samotářská	3	3	6,02	21,11	45,23	23,62	4,02
práceschopní - praceneschopní	1	2	27,14	27,64	23,62	14,07	7,53
neagresivní - agresivní	3	3	12,56	18,59	52,26	13,07	3,52
mentálně vyspělí - mentálně nevyspělí	3	3	27,64	20,60	30,66	14,07	7,03
hodní - zlí	3	3	15,57	25,63	57,29	1,51	0,00
pracovití - leniví	3	3	17,09	20,60	57,29	4,52	0,50
zajímaví - nezajímaví	3	3	7,54	18,09	67,84	6,53	0,00
aktivní - pasivní	3	3	10,05	20,60	50,26	18,59	0,50
rychlé životní tempo - pomalé životní tempo	3	3	7,03	31,16	50,75	8,04	3,02
energičtí - snáze unavitelní	4	4	2,01	5,53	30,65	43,22	18,59
snadně navazují přátelství - obtížně navazují přátelství	3	3	6,53	8,03	49,25	27,14	9,05
snadně navazují partnerství - obtížně navazují partnerství	4	4	3,52	8,54	42,21	36,18	9,55
společností přijímání - ze společnosti vyloučení	3	3	19,08	30,16	20,10	25,63	5,03
samostatní - nesamostatní	3	3	1,51	22,61	52,76	21,61	1,51

Zdroj: Vlastní výzkum

Základ: 199 respondentů

TABULKA: HODNOCENÍ EPILEPTIKŮ - MUŽI

Položky	Modus	Medián	Relativní četnost (%)				
			Hodnota 1	Hodnota 2	Hodnota 3	Hodnota 4	Hodnota 5
duševně zdraví - duševně nemocní	4	3	17,82	13,86	23,76	30,70	13,86
zodpovědní - nezodpovědní	3	3	19,80	21,78	42,58	11,88	3,96
přátelští - nepřátelští	3	2	22,77	29,70	32,68	12,87	1,98
přitažliví - odpuzující	3	3	16,84	28,71	29,70	19,80	4,95
sebevědomí - nesebevědomí	3	3	6,93	17,82	49,51	22,77	2,97
pracovně uplatnitelní - pracovně neuplatnitelní	4	3	7,92	25,74	19,80	40,60	5,94
společenská - samotářská	3	3	8,91	14,85	53,47	22,77	0,00
práceschopní - práceeschopní	2	3	14,86	28,71	23,76	22,77	9,90
neagresivní - agresivní	3	3	11,88	14,85	50,50	16,83	5,94
mentálně vyspělí - mentálně nevyspělí	3	3	23,76	15,84	37,63	15,84	6,93
hodní - zlí	3	3	9,90	16,83	65,35	6,93	0,99
pracovití - leniví	3	3	13,86	16,83	53,47	15,84	0,00
zajímaví - nezajímaví	3	3	6,93	14,85	70,30	7,92	0,00
aktivní - pasivní	3	3	7,92	22,77	48,52	16,83	3,96
rychlé životní tempo - pomalé životní tempo	3	3	7,92	37,62	47,53	6,93	0,00
energičtí - snáze unavitelní	3	4	2,97	6,93	39,61	38,61	11,88
snadně navazují přátelství - obtížně navazují přátelství	3	3	2,97	8,92	44,55	34,65	8,91
snadně navazují partnerství - obtížně navazují partnerství	4	4	0,99	5,94	27,72	52,48	12,87
společností přijímání - ze společnosti vyloučení	4	3	17,82	21,78	20,80	27,72	11,88
samostatní - nesamostatní	3	3	1,98	17,82	49,51	28,71	1,98

Zdroj: Vlastní výzkum

Základ: 101 respondentů

TABULKA: HODNOCENÍ EPILEPTIKŮ – VĚKOVÁ KATEGORIE 18-20 LET

PŘÍLOHA 5:

Položky	Modus	Medián	Relativní četnost (%)				
			Hodnota 1	Hodnota 2	Hodnota 3	Hodnota 4	Hodnota 5
duševně zdraví - duševně nemocní	4	3	21,67	10,00	20,00	30,00	18,33
zodpovědní - nezodpovědní	2	2	26,67	30,00	23,33	16,67	3,33
přátelští - nepřátelští	1	2	45,00	23,33	20,00	11,67	0,00
přítelství - odpuzující	4	4	5,00	18,33	25,00	41,67	10,00
sebevědomí - nesebevědomí	3	3	6,67	8,33	56,67	18,33	10,00
pracovně uplatnitelní - pracovně neuplatnitelní	4	4	5,00	20,00	20,00	40,00	15,00
společenská - samotářská	3	3	11,67	21,67	33,33	28,33	5,00
práceschopní - praceneschopní	1	3	28,33	18,33	20,00	20,00	13,33
neagresivní - agresivní	3	3	13,33	25,00	45,00	13,33	3,34
mentálně vyspělí - mentálně nevyspělí	4	3	26,67	11,67	25,00	28,33	8,33
hodní - zlí	3	2	26,67	33,33	38,33	1,67	0,00
pracovití - leniví	3	3	23,33	23,33	51,67	1,67	0,00
zajímaví - nezajímaví	3	3	15,00	21,67	60,00	3,33	0,00
aktivní - pasivní	3	3	15,00	21,67	46,66	16,67	0,00
rychlé životní tempo - pomalé životní tempo	2	3	10,00	38,33	31,67	15,00	5,00
energičtí - snáze unavitelní	4	4	6,67	10,00	25,00	38,33	20,00
snadně navazují přátelství - obtížně navazují přátelství	3	3	10,00	8,34	45,00	28,33	8,33
snadně navazují partnerství - obtížně navazují partnerství	4	3	3,34	13,33	35,00	40,00	8,33
společností přijímání - ze společnosti vyloučení	4	3	18,33	23,33	21,67	26,67	10,00
samostatní - nesamostatní	4	3	0,00	28,33	33,34	35,00	3,33

Zdroj: Vlastní výzkum

Základ: 60 respondentů

TABULKA: HODNOCENÍ EPILEPTIKŮ – VĚKOVÁ KATEGORIE 21-40 LET

Položky	Modus	Medián	Relativní četnost (%)				
			Hodnota 1	Hodnota 2	Hodnota 3	Hodnota 4	Hodnota 5
duševně zdraví - duševně nemocní	1	2	33,34	28,33	20,00	8,33	10,00
zodpovědní - nezodpovědní	3	2,5	26,67	23,33	31,67	10,00	8,33
přátelští - nepřátelští	1	2	36,67	23,33	30,00	8,33	1,67
přitažliví - odpuzující	3	3	20,00	18,33	41,67	16,67	3,33
sebevědomí - nesebevědomí	3	3	10,00	13,34	53,33	18,33	5,00
pracovně uplatnitelní - pracovně neuplatnitelní	2	3	10,00	31,67	30,00	21,67	6,67
společenská - samotářská	3	3	6,67	26,67	46,67	20,00	0,00
práceschopní - praceneschopní	2	2	23,33	38,33	21,67	11,67	5,00
neagresivní - agresivní	3	3	16,67	18,33	56,67	5,00	3,33
mentálně vyspělí – mentálně nevyspělí	1	2	38,33	21,67	30,00	6,67	3,33
hodní - zlí	3	3	16,67	13,33	68,33	1,67	0,00
pracovití - leniví	3	3	13,33	11,67	70,00	3,33	1,67
zajímaví - nezajímaví	3	3	10,00	15,00	66,67	8,33	0,00
aktivní - pasivní	3	3	10,00	18,33	53,33	16,67	1,67
rychlé životní tempo - pomalé životní tempo	3	3	6,67	28,33	60,00	5,00	0,00
energičtí - snáze unavitelní	3	4	1,67	3,33	41,67	38,33	15,00
snadně navazují přátelství - obtížně navazují přátelství	3	3	3,33	13,33	51,67	25,00	6,67
snadně navazují partnerství - obtížně navazují partnerství	3	3	3,33	10,00	45,00	33,34	8,33
společností přijímání - ze společnosti vyloučení	2	2,5	15,00	35,00	18,33	23,34	8,33
samostatní - nesamostatní	3	3	1,67	5,00	73,33	18,33	1,67

Zdroj: Vlastní výzkum

Základ: 60 respondentů

TABULKA: HODNOCENÍ EPILEPTIKŮ – VĚKOVÁ KATEGORIE 41-50 LET

Položky	Modus	Medián	Relativní četnost (%)				
			Hodnota 1	Hodnota 2	Hodnota 3	Hodnota 4	Hodnota 5
duševně zdraví - duševně nemocní	1	2	36,67	30,00	13,33	11,67	8,33
zodpovědní - nezodpovědní	1	2	36,67	23,33	31,66	6,67	1,67
přátelští - nepřátelští	3	2	26,67	28,33	33,33	11,67	0,00
přitažliví - odpuzující	2	2	28,33	38,33	16,67	11,67	5,00
sebevědomí - nesebevědomí	3	3	3,33	16,67	63,33	15,00	1,67
pracovně uplatnitelní - pracovně neuplatnitelní	4	3	20,00	20,00	13,33	40,00	6,67
společenská - samotářská	3	3	5,00	20,00	41,67	28,33	5,00
práceschopní - praceneschopní	2	2	25,00	31,67	20,00	13,33	10,00
neagresivní - agresivní	3	3	8,33	11,67	50,00	16,67	13,33
mentálně vyspělí - mentálně nevyspělí	1	2	30,00	26,67	28,33	8,33	6,67
hodní - zlí	3	3	11,67	21,66	61,67	5,00	0,00
pracovití - leniví	3	3	18,33	23,34	50,00	8,33	0,00
zajímaví - nezajímaví	3	3	6,67	15,00	75,00	3,33	0,00
aktivní - pasivní	3	3	6,67	30,00	46,67	13,33	3,33
rychlé životní tempo - pomalé životní tempo	3	3	11,67	25,00	51,66	10,00	1,67
energičtí - snáze unavitelní	4	4	1,67	6,67	38,33	40,00	13,33
snadně navazují přátelství - obtížně navazují přátelství	3	3	5,00	8,33	51,67	21,67	13,33
snadně navazují partnerství - obtížně navazují partnerství	3	3	1,67	6,67	43,33	38,33	10,00
společností přijímání - ze společnosti vyloučení	2	3	20,00	26,67	25,00	25,00	3,33
samostatní - nesamostatní	3	3	0,00	20,00	55,00	23,33	1,67

Zdroj: Vlastní výzkum

Základ: 60 respondentů

TABULKA: HODNOCENÍ EPILEPTIKŮ – VĚKOVÁ KATEGORIE 51-60 LET

Položky	Modus	Medián	Relativní četnost (%)				
			Hodnota 1	Hodnota 2	Hodnota 3	Hodnota 4	Hodnota 5
duševně zdraví - duševně nemocní	3	3	23,33	18,33	28,34	25,00	5,00
zodpovědní - nezodpovědní	3	2	18,33	33,33	40,00	6,67	1,67
přátelští - nepřátelští	3	2	25,00	26,67	31,66	15,00	1,67
přitažliví - odpuzující	2	2	28,34	45,00	20,00	3,33	3,33
sebevědomí - nesebevědomí	3	3	5,00	15,00	50,00	25,00	5,00
pracovně uplatnitelní - pracovně neuplatnitelní	4	3	20,00	25,00	20,00	28,33	6,67
společenská - samotářská	3	3	6,67	15,00	58,33	16,67	3,33
práceschopní - praceneschopní	2	2	26,67	35,00	20,00	13,33	5,00
neagresivní - agresivní	3	3	13,33	26,67	45,00	13,33	1,67
mentálně vyspělí - mentálně nevyspělí	3	3	28,34	15,00	48,33	5,00	3,33
hodní - zlí	3	3	5,00	30,00	63,33	1,67	0,00
pracovití - leniví	3	3	10,00	25,00	60,00	5,00	0,00
zajímaví - nezajímaví	3	3	3,33	13,34	80,00	3,33	0,00
aktivní - pasivní	3	3	10,00	10,00	63,33	15,00	1,67
rychlé životní tempo - pomalé životní tempo	3	3	3,33	26,67	65,00	1,67	3,33
energičtí - snáze unavitelní	4	4	1,67	5,00	33,33	40,00	20,00
snadně navazují přátelství - obtížně navazují přátelství	3	3	6,67	6,67	46,67	31,66	8,33
snadně navazují partnerství - obtížně navazují partnerství	4	4	3,33	6,67	38,33	43,34	8,33
společností přijímání - ze společnosti vyloučení	2	2,5	20,00	30,00	18,33	26,67	5,00
samostatní - nesamostatní	3	3	1,67	26,67	53,33	18,33	0,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Základ: 60 respondentů

TABULKA: HODNOCENÍ EPILEPTIKŮ – VĚKOVÁ KATEGORIE 61-75 LET

Položky	Modus	Medián	Relativní četnost (%)				
			Hodnota 1	Hodnota 2	Hodnota 3	Hodnota 4	Hodnota 5
duševně zdraví - duševně nemocní	4	3,5	10,00	20,00	20,00	40,00	10,00
zodpovědní - nezodpovědní	3	3	11,67	15,00	58,33	13,33	1,67
přátelští - nepřátelští	3	3	10,00	15,00	51,67	21,66	1,67
přitažliví - odpuzující	2	2	18,33	40,00	33,34	8,33	0,00
sebevědomí - nesebevědomí	3	3	3,33	13,33	51,67	31,67	0,00
pracovně uplatnitelní - pracovně neuplatnitelní	4	3,5	3,33	20,00	26,67	38,33	11,67
společenská - samotářská	3	3	5,00	11,67	60,00	23,33	0,00
práceschopní - praceneschopní	3	3	11,67	16,67	36,66	26,67	8,33
neagresivní - agresivní	3	3	10,00	5,00	61,67	23,33	0,00
mentálně vyspělí - mentálně nevyspělí	3	3	8,33	20,00	33,34	25,00	13,33
hodní - zlí	3	3	8,33	15,00	68,33	6,67	1,67
pracovití - leniví	3	3	15,00	13,34	48,33	23,33	0,00
zajímaví - nezajímaví	3	3	1,67	20,00	61,67	16,66	0,00
aktivní - pasivní	3	3	5,00	26,67	38,33	28,33	1,67
rychlé životní tempo - pomalé životní tempo	2	2	5,00	48,33	40,00	6,67	0,00
energičtí - snáze unavitelní	4	4	0,00	5,00	30,00	51,67	13,33
snadně navazují přátelství - obtížně navazují přátelství	3	3,5	1,67	5,00	43,33	41,67	8,33
snadně navazují partnerství - obtížně navazují partnerství	4	4	1,67	1,67	25,00	53,33	18,33
společností přijímání - ze společnosti vyloučení	4	3	20,00	21,67	18,33	30,00	10,00
samostatní - nesamostatní	3	3	5,00	25,00	43,33	25,00	1,67

Zdroj: Vlastní výzkum

Základ: 60 respondentů

TABULKA: HODNOCENÍ EPILEPTIKŮ – ZÁKLADNÍ VZDĚLÁNÍ

Položky	Modus	Medián	Relativní četnost (%)				
			Hodnota 1	Hodnota 2	Hodnota 3	Hodnota 4	Hodnota 5
duševně zdraví - duševně nemocní	4	3	20,00	14,00	18,00	26,00	22,00
zodpovědní - nezodpovědní	2	2	14,00	38,00	34,00	10,00	4,00
přátelští - nepřátelští	3	2	24,00	28,00	38,00	10,00	0,00
přitažliví - odpuzující	2	3	2,00	32,00	28,00	30,00	8,00
sebevědomí - nesebevědomí	3	3	8,00	8,00	48,00	26,00	10,00
pracovně uplatnitelní - pracovně neuplatnitelní	4	4	4,00	8,00	24,00	50,00	14,00
společenská - samotářská	3	3	10,00	18,00	44,00	20,00	8,00
práceschopní - praceneschopní	4	3	18,00	14,00	26,00	32,00	10,00
neagresivní - agresivní	3	3	12,00	20,00	48,00	20,00	0,00
mentálně vyspělí - mentálně nevyspělí	4	3	26,00	16,00	22,00	30,00	6,00
hodní - zlí	3	3	20,00	26,00	50,00	4,00	0,00
pracovití - leniví	3	3	24,00	22,00	48,00	6,00	0,00
zajímaví - nezajímaví	3	3	10,00	24,00	60,00	6,00	0,00
aktivní - pasivní	3	3	12,00	26,00	44,00	18,00	0,00
rychlé životní tempo - pomalé životní tempo	3	3	2,00	36,00	42,00	14,00	6,00
energičtí - snáze unavitelní	4	4	6,00	6,00	32,00	38,00	18,00
snadně navazují přátelství - obtížně navazují přátelství	4	4	8,00	4,00	36,00	40,00	12,00
snadně navazují partnerství - obtížně navazují partnerství	4	4	4,00	12,00	28,00	42,00	14,00
společností přijímání - ze společnosti vyloučení	2	2,50	22,00	30,00	12,00	30,00	6,00
samostatní - nesamostatní	3	3	0,00	30,00	38,00	30,00	2,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Základ: 50 respondentů

TABULKA: HODNOCENÍ EPILEPTIKŮ – STŘEDNÍ VZDĚLÁNÍ BEZ MATURITY

Položky	Modus	Medián	Relativní četnost (%)				
			Hodnota 1	Hodnota 2	Hodnota 3	Hodnota 4	Hodnota 5
duševně zdraví - duševně nemocní	4	3	13,79	17,24	20,69	32,76	15,52
zodpovědní - nezodpovědní	3	3	22,42	13,79	41,38	17,24	5,17
přátelští - nepřátelští	3	2	25,86	25,86	27,59	18,97	1,72
přitažliví - odpuzující	2	2	24,14	32,75	20,69	15,52	6,90
sebevědomí - nesebevědomí	3	3	3,44	20,69	56,90	15,52	3,45
pracovně uplatnitelní - pracovně neuplatnitelní	4	3	8,62	22,41	24,14	39,66	5,17
společenská - samotářská	3	3	6,90	12,06	56,90	22,42	1,72
práceschopní - praceneschopní	3	3	17,25	18,97	36,20	25,86	1,72
neagresivní - agresivní	3	3	6,90	8,62	60,34	15,52	8,62
mentálně vyspělí - mentálně nevyspělí	3	3	20,69	10,34	44,83	15,52	8,62
hodní - zlí	3	3	10,34	22,41	62,08	5,17	0,00
pracovití - leniví	3	3	17,24	10,34	48,28	22,42	1,72
zajímaví - nezajímaví	3	3	8,62	10,34	68,97	12,07	0,00
aktivní - pasivní	3	3	5,17	20,69	56,90	13,79	3,45
rychlé životní tempo - pomalé životní tempo	3	2	15,52	39,65	41,38	3,45	0,00
energičtí - snáze unavitelní	3	3	1,72	5,17	44,83	34,49	13,79
snadně navazují přátelství - obtížně navazují přátelství	3	3	5,17	6,90	48,28	31,03	8,62
snadně navazují partnerství - obtížně navazují partnerství	3	4	1,72	3,45	37,93	44,83	12,07
společností přijímání - ze společnosti vyloučení	1	3	22,41	24,14	22,41	18,97	12,07
samostatní - nesamostatní	3	3	0,00	13,79	51,73	31,03	3,45

Zdroj: Vlastní výzkum

Základ: 58 respondentů

TABULKA: HODNOCENÍ EPILEPTIKŮ – STŘEDNÍ VZDĚLÁNÍ S MATURITOU

Položky	Modus	Medián	Relativní četnost (%)				
			Hodnota 1	Hodnota 2	Hodnota 3	Hodnota 4	Hodnota 5
duševně zdraví - duševně nemocní	1	3	25,38	23,85	20,00	22,31	8,46
zodpovědní - nezodpovědní	3	2	26,92	24,62	37,69	10,00	0,77
přátelští - nepřátelští	3	2	32,31	21,54	33,84	11,54	0,77
přitažliví - odpuzující	2	2	21,54	31,54	29,23	15,38	2,31
sebevědomí - nesebevědomí	3	3	6,15	13,08	56,92	21,54	2,31
pracovně uplatnitelní - pracovně neuplatnitelní	4	3	13,08	23,07	21,54	29,23	13,08
společenská - samotářská	3	3	6,92	22,31	40,77	27,69	2,31
práceschopní - praceneschopní	2	2	26,92	30,00	20,77	10,77	11,54
neagresivní - agresivní	3	3	16,15	14,62	52,31	11,54	5,38
mentálně vyspělí - mentálně nevyspělí	3	3	23,85	17,69	36,15	13,85	8,46
hodní - zlí	3	3	14,62	23,85	58,45	2,31	0,77
pracovití - leniví	3	3	13,08	23,85	57,69	5,38	0,00
zajímaví - nezajímaví	3	3	4,62	20,00	68,46	6,92	0,00
aktivní - pasivní	3	3	8,46	23,85	45,38	21,54	0,77
rychlé životní tempo - pomalé životní tempo	3	3	6,92	34,62	48,46	8,46	1,54
energičtí - snáze unavitelní	4	4	0,77	6,15	30,00	43,85	19,23
snadně navazují přátelství - obtížně navazují přátelství	3	3	3,85	10,00	48,46	30,00	7,69
snadně navazují partnerství - obtížně navazují partnerství	4	4	2,31	6,92	36,92	44,62	9,23
společností přijímání - ze společnosti vyloučení	4	3	16,92	26,92	20,78	28,46	6,92
samostatní - nesamostatní	3	3	3,08	23,07	48,46	23,85	1,54

Zdroj: Vlastní výzkum

Základ: 130 respondentů

TABULKA: HODNOCENÍ EPILEPTIKŮ – VYŠŠÍ ODBORNÉ VZDĚLÁNÍ

Položky	Modus	Medián	Relativní četnost (%)				
			Hodnota 1	Hodnota 2	Hodnota 3	Hodnota 4	Hodnota 5
duševně zdraví - duševně nemocní	3	3	16,67	22,22	38,89	22,22	0,00
zodpovědní - nezodpovědní	3	3	11,11	22,22	55,56	11,11	0,00
přátelští - nepřátelští	3	3	0,00	27,78	44,44	27,78	0,00
přitažliví - odpuzující	1	2	33,33	22,22	27,78	16,67	0,00
sebevědomí - nesebevědomí	3	3	0,00	5,55	55,56	38,89	0,00
pracovně uplatnitelní - pracovně neuplatnitelní	2	2	22,22	38,89	16,67	22,22	0,00
společenská - samotářská	3	3	5,55	16,67	55,56	22,22	0,00
práceschopní - praceneschopní	2	2	16,67	50,00	16,67	11,11	5,55
neagresivní - agresivní	3	3	11,11	11,11	61,12	11,11	5,55
mentálně vyspělí - mentálně nevyspělí	2	2,50	11,11	44,45	33,33	11,11	0,00
hodní - zlí	3	3	0,00	16,67	83,33	0,00	0,00
pracovití - leniví	3	3	5,55	11,11	72,23	11,11	0,00
zajímaví - nezajímaví	3	3	0,00	16,67	77,78	5,55	0,00
aktivní - pasivní	3	3	0,00	16,67	55,56	22,22	5,55
rychlé životní tempo - pomalé životní tempo	3	3	11,11	22,22	66,67	0,00	0,00
energičtí - snáze unavitelní	4	4	0,00	11,11	22,22	44,45	22,22
snadně navazují přátelství - obtížně navazují přátelství	3	3	5,55	11,11	38,89	16,67	27,78
snadně navazují partnerství - obtížně navazují partnerství	3	3,50	0,00	11,11	38,89	22,22	27,78
společností přijímání - ze společnosti vyloučení	3	3	16,67	16,67	38,89	16,67	11,10
samostatní - nesamostatní	2	2,50	5,55	44,45	33,33	16,67	0,00 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Základ: 18 respondentů

TABULKA: HODNOCENÍ EPILEPTIKŮ – VYSOKOŠKOLSKÉ VZDĚLÁNÍ

Položky	Modus	Medián	Relativní četnost (%)				
			Hodnota 1	Hodnota 2	Hodnota 3	Hodnota 4	Hodnota 5
duševně zdraví - duševně nemocní	1	2	47,73	27,27	15,91	9,09	0,00
zodpovědní - nezodpovědní	1	2	34,09	27,27	25,00	4,55	9,09
přátelští - nepřátelští	1	2	38,64	18,18	29,54	11,36	2,28
přitažliví - odpuzující	2	2	25,00	36,36	29,54	4,55	4,55
sebevědomí - nesebevědomí	3	3	6,82	13,63	54,55	18,18	6,82
pracovně uplatnitelní - pracovně neuplatnitelní	2	2	15,91	36,36	20,45	25,00	2,28
společenská - samotářská	3	3	4,55	20,45	59,09	15,91	0,00
práceschopní - prácešlechopní	2	2	27,27	40,91	15,91	9,09	6,82
neagresivní - agresivní	3	3	9,09	36,36	38,64	15,91	0,00
mentálně vyspělí - mentálně nevyspělí	1	2	47,73	25,00	22,72	0,00	4,55
hodní - zlí	3	3	13,63	18,18	63,64	4,55	0,00
pracovití - leniví	3	3	18,18	18,18	63,64	0,00	0,00
zajímaví - nezajímaví	3	3	13,63	9,09	75,00	2,28	0,00
aktivní - pasivní	3	3	18,18	11,36	56,82	11,36	2,28
rychlé životní tempo - pomalé životní tempo	3	3	2,28	22,71	65,91	6,82	2,28
energičtí - snáze unavitelní	4	4	4,55	4,55	36,36	47,72	6,82
snadně navazují přátelství - obtížně navazují přátelství	3	3	6,82	9,09	61,36	20,45	2,28
snadně navazují partnerství - obtížně navazují partnerství	3	3	4,55	9,09	47,72	36,36	2,28
společností přijímání - ze společnosti vyloučení	2	2	15,91	36,36	18,18	27,27	2,28
samostatní - nesamostatní	3	3	0,00	4,55	86,36	9,09	0,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Základ: 44 respondentů