

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE**

SOUVISLOST ZNALOSTÍ A STIGMATU VE VZTAHU

K EPILEPSII

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Michaela Ježková

Předškolní a mimoškolní pedagogika, obor učitelství pro mateřské školy

Vedoucí práce: Mgr. Dana Brabcová, Ph.D.

Plzeň, 2017

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 13. dubna 2017

.....
vlastnoruční podpis

RÁDA BYCH TOUTO CESTOU PODĚKOVALA VEDOUCÍ PRÁCE
MGR. DANĚ BRABCOVÉ, PH.D. ZA ODBORNÉ VEDENÍ A
SPOLUPRÁCI. VELMI SI VÁŽÍM JEJÍ POMOCI, CENNÝCH RAD A
PŘEDANÝCH ZKUŠENOSTÍ. VELKÉ PODĚKOVÁNÍ PATŘÍ TAKÉ VŠEM
RESPONDENTŮM ZA VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKŮ. V NEPOSLEDNÍ ŘADĚ
BYCH RÁDA PODĚKOVALA MGR. JIŘÍMU KOHOUTOVI, PH.D. ZA
ZPRACOVÁNÍ STATISTICKÝCH ÚDAJŮ K PRAKTICKÉ ČÁSTI
BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.

ZDE SE NACHÁZÍ ORIGINÁL ZADÁNÍ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE.

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 VYMEZENÍ POJMŮ EPILEPSIE, EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT.....	8
1.1 EPILEPSIE.....	8
1.2 EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT	8
2 KLASIFIKACE EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ.....	9
2.1 PARCIÁLNÍ (FOKÁLNÍ, LOŽISKOVÉ) ZÁCHVATY	10
2.2 GENERALIZOVANÉ ZÁCHVATY	11
2.3 NEEPILEPTICKÉ ZÁCHVATY	12
3 DIAGNOSTIKA EPILEPSIE	13
3.1 LÉČBA EPILEPSIE.....	13
4 EPILEPSIE VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ.....	15
4.1 ROLE PEDAGOGA	15
5 ZNALOSTI UČITELE O EPILEPSII	18
6 STIGMA V SOUVISLOSTI S EPILEPSIÍ.....	20
6.1 OBECNÁ DEFINICE STIGMATU	20
6.2 INTERVENCE K ODSTRANĚNÍ STIGMATU	21
6.3 NÁSTROJE PRO MĚŘENÍ STIGMATU.....	22
7 PRAKTICKÁ ČÁST	24
7.1 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE A HYPOTÉZY.....	24
7.2 METODOLOGIE A POPIS NÁSTROJŮ.....	25
7.2.1 Vymezení základních Statistických technik a psychometrických pojmů užitých v bakalářské práci.....	25
7.2.2 Škála stigmatu epilepsie SSE – Stigma scale of epilepsy	26
7.2.3 dotazník měřící znalosti k epilepsii	27
7.3 REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	28
7.4 SOUBOR RESPONDENTŮ	28
7.5 VÝSLEDKY	29
7.5.1 Ověření hypotéz	29
7.6 DISKUZE	37
ZÁVĚR.....	39
RESUMÉ.....	40
SEZNAM LITERATURY	42
PŘÍLOHY.....	45

Úvod

Epilepsie je nejčastější chronické neurologické onemocnění, kterým trpí 1% populace a 13000 dětí v České republice (Komárek, Šmídová, 2007). Je tedy možné, že se během své profesní dráhy učitelky v mateřské školce setkám s dítětem, které trpí epilepsií. Právě z tohoto důvodu považuji za důležité, abych byla dostatečně obeznámena s problematikou epilepsie, což zahrnuje nejen osvojení si první pomoci. V neposlední řadě je nesmírně důležitý samotný přístup, postoj a znalosti učitelů k žákům s epilepsií. Cílem této práce je zjištění úrovně znalostí a míry stigmatizace u studentů vysokých škol, tedy potenciálních učitelů.

V teoretické části budou představeny základní pojmy týkající se epilepsie, klasifikaci epileptických záchvatů, léčba a dopad epilepsie na školní prostředí. S tím souvisí role pedagoga, znalosti a postoje učitelů. Rovněž nebude opomenuto stručné představení studií, které jsou soustředěny na znalosti a postoje učitelů k epilepsii v České republice i ve světě.

Může být zřejmé, že do jisté míry úroveň znalostí a postojů ovlivňuje stigmatizaci, ale doposud této problematice nebyla věnována odpovídající pozornost. Právě proto je tato otázka jedním z cílů mé bakalářské práce.

V praktické části se zaměříme na dotazování studentů různých učitelských oborů a zjistíme, zda ovlivňuje typ učitelského oboru úroveň znalostí o epilepsii a míru stigmatizace. Dalším cílem této bakalářské práce je zjistit, zda osobní zkušenost s epilepsií má pozitivní vliv na znalosti o této nemoci a míru stigmatizace. Pro zodpovězení těchto otázek použijeme, již dříve užití výzkumné nástroje, a to českou verzi dotazníku SSE měřícího míru stigmatizace a test s více možnostmi odpovědí měřící znalosti o epilepsii, nyní doplněný o odpověď „Nevím“. Budou stanoveny a ověřeny hypotézy odpovídajícím uvedeným cílům výzkumu a bude rovněž provedena diskuze zjištěných poznatků.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMŮ EPILEPSIE, EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT

1.1 EPILEPSIE

Epilepsie je považována za chronické onemocnění mozku, které se projevuje opakovanými nevyprovokovanými epileptickými záchvaty (Kršek, 2010 s. 106).

Jedná se o poměrně časté neurologické onemocnění, a to jak v dětství, tak v dospělosti (Ošlejšková, 2009).

Počet pacientů s touto nemocí, kteří za posledních 5 let prodělali alespoň jeden epileptický záchvat, se pohybuje v rozmezí 0,5 -1% populace. Lze tedy říci, že v ČR nyní žije až 100 000 lidí s epilepsií. Nejvyšší incidence je v dětství a adolescenci, dále pak ve stáří (Kršek, 2010, s. 106).

Podle dostupných údajů, pět dětí ze sta do 15 let věku prodělá alespoň jeden epileptický záchvat, před dosažením 20 let věku se první záchvat objevuje u tří čtvrtin nemocných s epilepsií (Kršek, 2010, s. 106).

Celosvětově trpí touto chorobou 10 milionů dětí, u nás v ČR je jí postiženo přibližně 13 000 dětí (Komárek, Šmídová, 2007).

1.2 EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT

Epileptickým záchvatem se rozumí nadměrná anebo zvýšená aktivita neuronů, které jsou především v mozkové kůře. Tato neuronální aktivita je většinou časově limitována. Obvykle se doba trvání jednotlivých záchvatů pohybuje od několika sekund do několika málo minut. Lze se také setkat se záchvaty protahovanými, nebo může být nashromážděno více záchvatů v epizodách (Kršek, 2010).

Epileptické záchvaty se také charakterizují změnami chování, nálad, emocí, změnou povahy, nebo i častými hybnými projevy. Nejedná se vždy jen o excitační záchvaty, neboť dochází i k útlumovým změnám, např. ztráta vědomí, řeči nebo svalové napětí (Ošlejšková, 2009).

2 KLASIFIKACE EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ

Epileptické záchvaty jsou podrobněji klasifikovány podle délky trvání, tíže a nebezpečnosti. Nejběžněji je používána Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů, kterou pro větší přehlednost sjednotila v roce 1981 Mezinárodní liga proti epilepsii (ILAE) (Ošlejšková, Makovská 2009).

Zjednodušený popis mezinárodního klasifikačního schématu epileptických záchvatů naleznete v tabulce č.1 :

Tabulka č.1 - Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů (Kršek, 2010)

Parciální (ložiskové, lokalizované) záchvaty	Generalizované záchvaty
JEDNODUCHÉ PARCIÁLNÍ (BEZ PORUCHY VĚDOMÍ)	Absence typické atypické
S motorickými příznaky Se somatosenzomotorickými nebo speciálními senzoryckými příznaky	
S autonomními příznaky	Myoklonické
S psychickými příznaky	Klonické
KOMPLEXNÍ PARCIÁLNÍ	Tonické
Jednoduché parciální záchvaty následované poruchou vědomí	Tonicko-klonické
Záchvaty s porušeným vědomím od počátku	Atonické
PARCIÁLNÍ ZÁCHVATY PŘECHÁZEJÍCÍ DO SEKUNDÁRNĚ GENERALIZOVANÝCH TONICKO-KLONICKÝCH ZÁCHVATŮ (SGTCS)	Neklasifikovatelné
Simplexní parciální záchvaty s přechodem do SGTCS	
Komplexní parciální záchvaty s přechodem do SGTCS	
Jednoduché parciální záchvaty s přechodem do komplexních parciálních a poté do SGTCS	

2.1 PARCIÁLNÍ (FOKÁLNÍ, LOŽISKOVÉ) ZÁCHVATY

Jsou to záchvaty, u kterých abnormální aktivita v mozkových buňkách začíná nebo probíhá v části jedné mozkové hemisféry. Velkou roli hraje, zda během záchvatu dojde k porušení vědomí, nebo si pacient záchvat pamatuje. Pokud bylo vědomí narušené, označujeme záchvaty jako parciální komplexní. Tento stav je doprovázen amnézií (Kršek, 2010).

V opačném případě, kdy je vědomí zachované, jedná se o záchvat jednoduchý parciální. Projevy tohoto záchvatu mohou být čistě motorické (např. záškuby jedné horní končetiny, tonickou křečí či klonickými nebo myoklonickými záškuby). Může zde nastat tzv. Toddovo pozáchvatová paréza, což znamená ochrnutí postižené části těla, trvající několik minut až hodin (Ošlejšková, Makovská 2009).

Parestezie, pálení, píchání, brnění nebo naopak znecitlivění části těla jsou typické příznaky pro senzitivní či sensorické projevy. Speciální sensorické příznaky se dělí na komplexní a jednoduché. Mezi jednoduché patří světelné záblesky, zvuky nebo zápachy. U komplexních se uvádí vizuální nebo sluchová halucinace (Kršek, 2010).

Setkáváme se zde i s autonomními (vegetivními) projevy (zvracení, nevolnost, zrudnutí, pocení, tachykardie) a také s psychickými projevy (deprese, strach, halucinace) (Kršek, 2010).

U komplexních parciálních záchvatů, se vyskytují velmi často dva pojmy - aura a automatizmy.

Aura je označována jako počáteční část záchvatu, která předchází poruše vědomí. Pokud dokáže pacient svou auru rozpoznat, může to být důležitým bodem k lokalizaci zóny začátku záchvatů (Kršek, 2010). Aura trvá několik sekund, jen ojediněle to mohou být i minuty (Marušič, Tomášek, 2003).

Automatizmy jsou vnímány jako poruchy chování v průběhu komplexního záchvatu. Může se jednat o poměrně komplexní motorickou činnost, která se vyskytuje v průběhu epileptického záchvatu nebo po něm (Kršek, 2010).

2.2 GENERALIZOVANÉ ZÁCHVATY

U záchvatů generalizovaných postihuje epileptická dysfunkce obě hemisféry mozku. Mohou to být až velmi dramatické a závažné záchvaty, při kterých pacient upadne do bezvědomí hned na začátku záchvatového děje (Ošlejšková, Makovská 2009).

Nejčastějšími typy generalizovaných záchvatů jsou absence, myoklonie a tonicko-klonické záchvaty, méně časté potom klonické, tonické či atonické záchvaty (Bušek, 2013 s. 111).

Absence je spojena s dětským nebo adolescentním věkem, v dospělosti se vyskytuje jen zřídka. Je charakteristická náhlou poruchou vědomí po dobu 30s bez nápadnějších motorických projevů. Pacient neupadne na zem, oči zanechává otevřené a má zahleděný výraz. Někdy se objevují i klonické záškuby víček či mimických svalů. Pro tento záchvat je charakteristický náhlý začátek a konec. Jedinec si příhodu nepamatuje, pozná však, že byl nějakou dobu nepřítomen (Bušek, 2013 s. 111).

Myoklonické záchvaty jsou svalové záškuby, které jsou velmi krátké a rychlé, a ne vždy se rytmicky opakují. Většinou jsou omezené na některou svalovou skupinu, ale mohou být i generalizované, oboustranné či jednostranné. Při těchto záchvatech je zachováno vědomí. Záškuby končetin vedou k vypadávání předmětů z rukou, podlomení v kolenou. Pád na zem je u těchto případů vzácný (Ošlejšková, Makovská 2009).

Tonicko-klonický záchvat, dříve označovány jako „grand-mal“ (velký záchvat), je pro veřejnost zřejmě nejznámějším epileptickým záchvatem. Většinou začíná úvodním výkřikem, kdy dojde ke stažení dýchacích svalů a poté následuje pád. Při tonické fázi je běžná cyanóza (modrofialová barva obličeje). Postupně dochází ke klonické křeči, která je doprovázena chrčivým dýcháním a pěnou u úst. Během této fáze může dojít k pokousání jazyka nebo rtu, pokálení či pomočení (Bušek, 2013, s. 111).

Zatímco u **klonických záchvatů** dochází k rytmickým křečím, které v průběhu mění svou frekvenci, **tonické záchvaty** jsou provázeny pevnou svalovou kontrakcí. Ta postihuje končetiny i trup v určité poloze (Kršek, 2010).

Atonický záchvat je uváděn náhlou ztrátou nebo poklesem svalového napětí. Projevem může být nenápadný pokles hlavy. Když ztráta svalového napětí postihne dolní

končetiny, nastane náhlý pád s krátkou poruchou vědomí. To lze vést i k vážnějším zraněním (Ošlejšková, Makovská 2009).

2.3 NEPILEPTICKÉ ZÁCHVATY

V této části bude upozorněno na neepileptické záchvaty, které svými symptomy mohou epilepsii připomínat. Není vždy jednoduché od sebe tyto typy rozeznat. Někdy je odlišení možné až po opakovaných vyšetřeních (Kršek et al., 2012).

Neepileptické záchvaty se rozlišují podle jejich příčin. **Somaticky podmíněné** záchvaty a **psychogenně podmíněné** záchvaty. První zmíněné se vyskytují převážně u novorozenců, kojenců a předškolních dětí. Lze uvést jako příklad kolapsy, migrény, hypoglykémie nebo cévní onemocnění mozku. Psychogenně podmíněné záchvaty mohou být např. afektivní záchvaty u dětí, nebo různé psychiatrické problémy jako jsou disociace, konverze, poruchy osobnosti a chování, úzkostné poruchy aj. (Kršek et al., 2012).

Tabulka č. 2 - Příznaky odlišující epileptické a psychogenní neepileptické záchvaty (Kršek, 2010).

	Epileptické záchvaty	Neepileptické záchvaty
Věk při začátku	kdykoli, častěji u dětí	kdykoli, nejčastěji 15-35 let
Pohlaví	muži a ženy shodně	ženy, muži zhruba 3:1
Předchozí psychické problémy	vzácně přítomné	časté
Provokační faktory	méně časté, např. nevyspání, fotosenzitivita	často emoční
Motorické projevy	dle typu záchvatu	často bizarní (kopání, opisthotonus)
Vokalizace	výkřik na začátku	časté, emoční, dramatické
Pomočení	možné	vzácné
Oči	většinou otevřené	často zavřené
Úrazy	možné	vzácné
Trvání	různé dle typu záchvatu, obvykle do 2-3 minut	často protahované, není typický vývoj záchvatu
Zakončení	různé dle typu záchvatu	náhlé, na zevní podnět
Následná únava, zmatenost	časté	vzácné

3 DIAGNOSTIKA EPILEPSIE

Pacient trpící epileptickými záchvaty musí být velmi dobře vyšetřen neurologem. Rozlišení a určení druhu záchvatu může být pro pacienta klíčové. Je tedy důležitá správná anamnéza. Nesmírně podstatné jsou údaje o záchvatu. Lékař potřebuje od pacienta, a nejlépe i od jeho doprovodu přesně popsat, jak záchvat vypadají a jaký mají průběh, jeho délku a doznívání. Také je velmi klíčové, kdy se záchvat poprvé objevil, co mu bezprostředně předchází, jak často se opakují, nebo jestli se v rodině vyskytují nějaká neurologická onemocnění (Ošlejšková, Makovská, 2009).

Samozřejmostí jsou mnohá další vyšetření. Pro zpřesnění a potvrzení diagnózy je zcela nezbytné provést **elektroencefalografické vyšetření (EEG)**. Provádí se u pacienta, kdy má zavřené i otevřené oči, dále vyšetření po nevyspání, ve spánku a u vyspalého jedince. Mezi vyšetření struktury mozku patří **počítačová tomografie (CT)** a **magnetická rezonance (MRI)**. **Jednofotonová emisní tomografie (SPECT)** a **pozitronová emisní tomografie (PET)** zkoumají prokrvení metabolismu mozku (Ošlejšková, Makovská 2009).

3.1 LÉČBA EPILEPSIE

Hlavním cílem léčby je snížit počet epileptických záchvatů na minimum, v nejlepším případě zajistit bezzáchvatový stav. Pro pacienta je také důležitá minimalizace výskytu všech nežádoucích účinků léčby, neboť by v některých případech mohly mít horší dopad, než epilepsie sama (Ošlejšková, Makovská, 2009).

Základním a důležitým krokem je **úprava životosprávy**, hlavně jde o pravidelný denní a spánkový režim, tzn. stejný čas ukládání se ke spánku i vstávání. Doporučuje se vyhýbat nadměrné fyzické i psychické zátěži a rizikovým podnětům, jako blikající světlo apod. U některých typů epilepsie se nedoporučuje práce na počítači nebo sledování televize.

Pravidelné užívání léků, zákaz alkoholu a zdravá výživa mají též velký podíl na léčbu (Ošlejšková, Makovská 2009). Pokud pacient během následujících dvou let od léčby neměl ani jeden epileptický záchvat, stává se epilepsie zcela kompenzovanou. Kompenzovaná epilepsie je v případě, že se epileptický záchvat neobjeví do prvního roku od započaté léčby. Částečně kompenzovaná epilepsie znamená, že se nemoc objeví méně než jednou měsíčně. Pokud má pacient více než 12 záchvatů ročně, je považována epilepsie jako

dekompenzovaná. Aby se epilepsie stala zcela kompenzovanou, není vůbec jednoduché. Nejvíce se využívá **farmakologická léčba**, při které se nasazují antiepileptika. V České republice máme k dispozici přes 20 antiepileptik, které lze užívat samostatně i v kombinaci. Léčba se zahajuje nejdříve malými dávkami, které se postupně zvyšují do doby, než dojde k dosažení bezzáchvatového stavu, nebo do maximální možné dávky. S každým nasazením dalšího léku šance na úspěch klesá. Někdy však účinnost přichází až v trojkombinaci léků. Ty se musí brát každý den ve stejnou dobu (obvykle 2 – 3x denně). Za žádnou cenu se nesmějí vynechat, neboť i to může vést k vyvolání záchvatu. Jako i jiné léky, mají i antiepileptika své nežádoucí účinky převážně v psychické či kognitivní formě (Ošlejšková, Makovská 2009).

Pokud pacient užívá již maximální počet léků a záchvaty přesto trvají, lze hovořit o tzv. farmakorezistenci. V tomto případě je nutno využít dalších léčebných postupů. Jedním z nich může být **chirurgická léčba**. Existuje několik typů epileptochirurgických operací jako např. **implantace vagového stimulátoru**. *„Je to přímá elektrická stimulace bloudivého nervu vlevo, tedy na straně, kde jeho nervová vlákna směřují více z periferie do mozku a tím je minimalizován nežádoucí vliv na srdeční akci.“* (Ošlejšková, Makovská 2009, str. 14)

Touto problematikou se zabývají specializovaná epileptologická centra, které se nacházejí v Praze a v Brně. Věnují se zde i pomoci při přechodu na **ketogenní dietu**, která je jako jedna z dalších léčebných možností. Nejúčinnější je však v dětském věku.

4 EPILEPSIE VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ

Vstup dítěte do školního kolektivu je velmi důležitým bodem v rozvoji pozitivních sociálních vztahů a zároveň velkým krokem do společnosti. V tomto období se rozvíjí osobnost dítěte a je tedy zlomovým okamžikem zdravého, natož nemocného dítěte. Pokud je vývoj přiměřený věku, není důvod, aby dítě trpící epilepsií nemohlo navštěvovat běžnou základní školu a pokračovat ve studiu. V některých případech lze zažádat o službu pedagogického i osobního asistenta. Pokud je však na dítě vyvíjen ze strany běžné základní školy velký tlak a nadměrné požadavky, bylo by vhodnější poslat dítě do speciální školy. Zbaví se tím pocitu neustálého selhávání a získá zpět své sebevědomí, které mohlo být předešlými zkušenostmi poničeno. Ve všech případech, ať už na straně běžné či speciální školy, je nutná informovanost učitelů ohledně této problematiky (Ošlejšková, Makovská, 2009).

Co se týká omezení dítěte ve školním prostředí, mělo by být minimální. Epilepsie nemusí znamenat výrazné znevýhodnění dítěte, avšak vyžaduje individuální přístup, jako u většiny chronických onemocnění. Žák trpící epilepsií se může zúčastnit stejných aktivit jako jeho vrstevníci, neboť to patří k přirozenému vývoji dítěte ze strany sociální integrace. Není důvod, aby bylo dítě vyřazené z kolektivu kvůli jeho diagnostikované nemoci. Je důležité brát v potaz všechny konkrétní okolnosti dané situace a najít neoptimalnější řešení. Ve spolupráci s učiteli a rodiči by měla být snaha zapojit nemocné dítě do kolektivu a umožnit mu tak co nejvíce aktivit, aby se mohl vyrovnat svým zdravým vrstevníkům (Moráň, 2003).

4.1 ROLE PEDAGOGA

Aby se dítě v prostředí školy cítilo co nejlépe, je velmi důležitá dobrá komunikace mezi učiteli a rodiči. Nutné je sdělit učiteli co nejvíce informací o epileptickém záchvatu (jak probíhá, jak dlouho trvá, jaká je frekvence záchvatů atd.) Důležité je také znát faktory, které epileptický záchvat mohou vyvolat. Požadavky na žáka by měly být v tomto případě přiměřené, neboť způsobený stres může být jeden z provokačních faktorů epileptického záchvatu. Ovšem přehnaně ochranný přístup k nemocnému žákovi také není vhodný. Může vést k méněcennosti a stigmatizaci dítěte. Podstatné je upozornit pedagoga na případné nežádoucí účinky podávaných antiepileptik. V některých případech se může žák chovat hyperaktivně, být roztěkaný a nepozorný. V opačné situaci dochází k útlumu, kdy

je dítě více ospalé. Nezbytností pro správné pedagogické vedení je, aby byl učitel dobře informován a měl dostatečné znalosti o epilepsii (Kršek et al., 2012). Je všeobecně známo, že znalost dané problematiky se zásadním způsobem promítá do oblasti postojů, a následném přístupu k žákovi s epilepsií.

Je možné, že se pedagog během své profese setká s epileptickým záchvatem, ať už zcela náhodně, kdy může být svědkem prvního záchvatu dítěte, nebo dítě trpící epilepsií učí. Lze dodržovat několik zásad vedoucích k tomu, aby epileptický záchvat nebyl pro učitele, dítě ani pro ostatní žáky traumatizující. Je nutné, aby měl učitel na paměti tyto uvedené zásady. Ty jsou vhodné především u záchvatů s křečemi a bezvědomím (Kršek et al., 2012).

- 1) Nejprve je zapotřebí zachovat klidnou hlavu a rozvahu. Aby byl psychologický dopad co nejmenší, chováme se diskrétně. Pro dítě může být veřejný projev záchvatu velmi stresující. Důležité je si zapamatovat čas začátku záchvatu.
- 2) Je potřeba odstranit předměty, o které by se postižený mohl zranit a podložit hlavu např. oděvem, aby se nárazy utlumily. Není vhodné podávat nic k pití.
- 3) V každém případě se nezabraňuje záškubům a neotevírají se ústa, či jakékoliv vkládání předmětu do nich. Pokud dítě promodrává, je to způsobeno křečemi dýchacích svalů, po odeznění záchvatu se dýchání opět obnoví.
- 4) V končící fázi záchvatu se mohou objevit znaky dezorientace. Dítě je zmatené, proto je zapotřebí vysvětlit, co se stalo, kde se jedinec nachází a zůstat s ním do plného návratu vědomí.
- 5) Pokud je dítě v bezvědomí delší dobu, je nutné jej položit do stabilizované polohy, aby se zabránilo případnému vdechnutí slin či zvratků.
- 6) Důležitým bodem je zabránit nadměrnému rozruchu ve třídě. Pokud je blíže zodpovědná osoba nebo jiný pedagog, je možnost odvést ostatní děti do jiné místnosti. Ty by měly tendenci se kolem spolužáka shromáždit. Je možné, že dojde k pomočení dítěte, a tak je vhodné předejít nežádoucí pozornosti.
- 7) Ne každý záchvat je zřetelný záškuby a pádem na zem, proto když dojde k záchvatu, který je charakterizovaný např. blouděním, zahleděním, bezděčným otevíráním skříní apod., nebráníme dítěti. Jen pouze odstavíme blízké nebezpečné předměty nebo navedeme žáka na místa, kde nehrozí zranění.

-
- 8) Po skončení záchvatu se může objevit u dětí ospalost a únava, pokud je to možné, necháme žáka odpočinou/vyspat.
 - 9) Po každém prodělaném záchvatu informujeme rodiče, aby mohly záchvat zaznamenat do kalendáře pro ošetřujícího neurologa (Kršek et al., 2012).

Jsou případy, kdy je nutné **zavolat záchrannou službu**. A to v momentech, kdy dítě dostane první epileptický záchvat a doposud nejsou žádné informace o tom, že by dítě epilepsií trpělo. Záchrannou službu voláme, i pokud během záchvatu došlo ke zranění (úder do hlavy, pokousání jazyka apod.) anebo když záchvat trvá více než 5 minut. Je také možné, že jeden záchvat přechází do druhého, aniž by se dítě probralo k plnému vědomí. Zde hrozí tzv. status epilepticus, který je považován za život ohrožující stav (Kršek et al., 2012).

5 ZNALOSTI UČITELE O EPILEPSII

V úvodu této kapitoly bude vymezen pojem znalost. Znalost lze definovat jako „systém poznatků, které se dělí na teoretické a praktické“ (Hartl, Hartlová, s. 705, 2010).

Po celém světě bylo realizováno několik výzkumů, které ukázaly, že i ve vyspělých zemích stále přetrvávají předsudky vůči lidem trpícím epilepsií, a to i ze stran učitelů. V souvislosti s tím rostou počty studií, které se zaměřují na znalosti a postoje učitelů k epilepsii. Této problematice se věnují ve všech kontinentech, a to například ve Spojených státech, Jižní Americe, Africe, Asii i v evropských zemích (Brabcová et al., 2016). V této části kapitoly se zaměříme na některé závěry z vybraných studií v Evropě, protože tyto země mají obdobnou sociodemografickou kulturu. Rovněž budou zmíněny některé studie vzniklé ve Spojených státech amerických a to z toho důvodu, protože studie z těchto částí světa pracují s psychometricky ověřenými nástroji, nebo se alespoň snažily o jejich konstrukci.

Jako první z Evropských studií byly publikovány práce ze Spojeného království, které zmiňují, že pouze menšina učitelů se cítila sebejistě při vyučování dětí s epilepsií a považovala své znalosti za dostatečné. V oblasti sebedůvěry prokázali pedagogové dobré znalosti a informovanost vyplývající z onemocnění.

Studie pocházející z Chorvatska poukazují na to, že 33% učitelů si nejsou jisti ve své práci s epileptickými dětmi. Pouze 9% učitelů nevyjádřilo zájem o získání doplňujících informací týkající se této problematiky. V Dánsku má 63% učitelů zájem o vzdělávání v oblasti epilepsie. Téměř všichni učitelé z Řecka jsou toho názoru, že by děti s epilepsií neměly navštěvovat speciální školy, ale být vzdělány v běžných školách. Také 77% učitelů přiznalo, že si neví rady s první pomocí při epileptických záchvatech (Brabcová, 2012).

Ve Spojených státech amerických pracují s psychometricky ověřenými dotazníky, které mají zpravidla jasně dané a oddělené položky, které náležejí do oblasti znalostí a postojů k této nemoci. Autoři Bishop a Slevin (2004) přidávají k původním dotazníkům vlastní položky zaměřující se přímo na oblast školství. Z této uvedené studie bylo vyhodnoceno, že pedagogové, kteří již studenta s epilepsií vyučovali, se staví pozitivněji ke studentům s epilepsií než jejich kolegové. V roce 2006 tato dvojice autorů publikovala svou práci, ve které je poukazují na to, že postoje učitelů k dětem jsou ovlivněny praxí

pedagoga a úrovní vzdělání a znalostí. Důležité je tedy zmínit, že je velká provázanost mezi znalostmi a postojem pedagoga k epileptickým dětem (Brabcová, 2012).

Druhá část kapitoly je věnována studii, která se zaměřila na úroveň znalostí a postojů k epilepsii budoucích učitelů v České republice. Výzkum proběhl na Fakultě pedagogické Západočeské univerzity v Plzni v roce 2014. O dva roky později byl publikován v prestižním časopise *Epilepsy Behavior* (Brabcová et al., 2016). Jedná se o vůbec první studii, která monitoruje znalosti a postoje, sebedůvěru budoucích učitelů na počátku a na konci studia. Výše uvedené studie a zaměřovaly primárně na učitele z praxe.

Cílem studie bylo porovnat úroveň znalostí a postojů k epilepsii mezi studenty prezenční formy studia prvních ročníků (n=236) a studenty v posledním ročníku studia na Fakultě pedagogické (n=138). Sběru dat se zúčastnili studenti humanitních a přírodovědných oborů učitelství pro střední a základní školy. Ti vyplnili 21-ti položkovou škálu postojů k lidem s epilepsií, 18-ti položkový znalostní test a dále pak 5-ti položkový dotazník, který byl zaměřený na sebedůvěru ve vztahu k epilepsii v prostředí školy. Bylo zjištěno, že znalosti týkající se epilepsie, postoj k této nemoci i sebevědomí, jak jednat s dětmi postiženými epilepsií, se mezi studenty nižších a vyšších ročníků významně nelišily. Prezentované výsledky naznačují, že vzdělání budoucích učitelů o problematice epilepsie by mělo být účinnější, neboť se může stát, že žák epileptika budou ve své třídě mít (Brabcová et al., 2016).

Alarmujícím zjištěním je velmi nízká důvěra u budoucích učitelů při poskytnutí první pomoci dítěti, které by ve třídě prodělalo epileptický záchvat. Přestože 64% studentů prvních ročníků a 74% studentů v posledním ročníku již měli základní teoretické znalosti o poskytnutí první pomoci, průměrná důvěra v obou skupinách byla na škále 1-5 (1 minimum, maximum 5) pod třemi body. Pokud jde o faktory, které ovlivňují znalosti a postoje budoucích učitelů, nejdůležitějším ukazatelem je úroveň a typ středních škol, které student dokončil. Absolventi všeobecného vzdělání středních škol dosahují lepších výsledků než absolventi odborných středních škol. Pouze 20% studentů získalo hlubší znalosti o epilepsii při jejich vysokoškolském studiu a dalších 54% studentů získalo znalosti pouze povrchní (Brabcová et al., 2016).

6 STIGMA V SOUVISLOSTI S EPILEPSÍ

6.1 OBECNÁ DEFINICE STIGMATU

V psychologickém slovníku je stigma definováno jako „sociálně psychologické označení jedince hanlivým označením, které mu brání nebo znesnadňuje začlenění se do společnosti. Pojem stigmatizace je společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak připisovány záporné vlastnosti. Znamená to tedy předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci, skupině nebo celé organizaci“ (Hartl a Hartlová, 2010, s. 553).

S epilepsií je stigmatizace spojována od nepaměti, a ani rozvoj medicíny v posledním století a zlepšení znalostí o epilepsii tomu výrazně nepomohl. Goffman definoval stigma jako tzv. nežádoucí odlišnost. Tvrdí, že lidé jsou stigmatizováni, protože mají atribut, který je nějakým způsobem odlišuje od jiných osob. Předpokládal, že právě tyto lidé nejsou vnímáni jako „zcela úplně lidé“ a právě proto jsou dobrým terčem pro předsudky (Goffman, 1963, in Fiest et al., 2014). Právě předsudky a diskriminace jsou mnohdy horší než epilepsie samotná, a to z důvodu dopadu na každodenní život lidí postižení touto nemocí. Studie prokázaly, že i když jedinci díky efektivní léčbě netrpí akutními záchvaty, i přesto cítí silnou stigmatizaci. Velkou roli hraje rozdíl, zda se jedná o pociťované stigma či skutečně se odehrávající. V prvním případě je nutné oddělit stud a pocit trapnosti jedince s epilepsií a strach z toho, že jedinec může být diskriminován, zatímco skutečným příkladem diskriminace kvůli diagnóze epilepsie může být i vyhození z práce, kvůli obavám možného záchvatu během pracovní doby (Goffmann 1963, in Fiest et al., 2014). V souvislosti s tím lze stigma rozdělit na následující typy: (typologie dle Fiest et al., 2014):

- **vnitřně ztotožněné stigma**
- **interpersonální (mezilidské) stigma**
- **institucionalizované stigma**

U vnitřního ztotožnění se odráží pocity člověka s epilepsií a dochází k uvědomování si toho, že je nějakým způsobem jiný. Interpersonální stigma jsou negativní činy, chování a reakce jinými lidmi vůči jedinci s epilepsií. Institucionalizované se vztahuje k pozici zaujímané společností vůči lidem s epilepsií jako např. zákony, předpisy (Fernandes PT,

Snape DA, Beran RG, Jacoby A 2011, Jacoby A a Austin JK 2007, Mulhbauer 2002, in Fiest et. al., 2014).

Důležité je také zmínit stigma, které probíhá při procesu léčby. To je označováno jako tzv. **reflektované** nebo **asociované** stigma. Týká se lidí, kteří jsou v těsné blízkosti jedince s epilepsií a jsou součástí léčby. Zde mohou být zahrnuti nejen členové rodiny, ale i zdravotní ošetřovatelé. Tento druh stigmatu může vést k sociální izolaci lidí s epilepsií (Ghomba et al., 2007, in Fiest et. al. 2014).

Je zřejmé, že epilepsie neovlivňuje jen chování a kvalitu života jedince trpícího tímto onemocněním, ale i celou jeho rodinu a blízké okolí. I přesto, že je tento fakt všeobecně známý, uvedený aspekt epilepsie je jen vzácně zkoumán, a to zejména v rozvojových zemích, kde je společenské břemeno negativního vnímání tohoto onemocnění pravděpodobně nejvýraznější (Li a Sander, 2003, in Fernandes et al., 2007).

6.2 INTERVENCE K ODSTRANĚNÍ STIGMATU

I s touto problematikou existují různá řešení, jak dosáhnout snížení stigmatizace u epileptického onemocnění. Intervence je zaměřena na typické významné cílové skupiny, kterými jsou například učitelé, studenti nebo zdravotnický personál. Formy, jakými dosáhnout dlouhodobé efektivitativy se různě liší. Mohou to být nízkorozpočtové aktivity v rámci jedné konkrétní firmy, až po velké marketingové kampaně. V každém případě jde o rozšiřování znalostí a pochopení této nemoci, i přes to, že to má většinou pouze krátkodobý pozitivní dopad (Fiest et al., 2014, in Weberová, 2016).

Přímo i jedinec s epilepsií má možnost intervence pro snížení stigmatu. Jde o jednu z neefektivnějších forem intervence a to je tzv. **podpůrná skupina**. Ta umožňuje pravidelné setkávání jedinců, kteří čelí podobným situacím. Mohou zde sdílet své osobní problémy, zkušenosti a rozšířit informace o této problematice. Ukázalo se, že pocitové stigma se s alespoň s šesti setkáními v této skupině u jedince snížilo (Fiest et al., 2014, in Weberová 2016).

V České republice byla snaha zrealizovat vzdělávací intervence v problematice epilepsie na základních školách. První studie byla zaměřena na srovnávání vlivu různých intervencí na znalosti o epilepsii a redukcii stigmatu souvisejícího s epilepsií u dětí na základních školách ve věku 9-11 let. Bylo využito edukační video, které sledovalo 762 dětí.

Poté žáci vyplnili dotazník na znalost o epilepsii. V další skupině bylo 400 dětí, které se zapojily do edukačního dramatu a také po intervenci vyplnily ten samý dotazník. V rámci retestu děti dostaly po uplynutí 6 měsíců dotazníky znovu. Kontrolní skupina 180 dětí, která se nezúčastnila žádné intervence, vyplnila dotazníky také. Ty děti, které se zúčastnily intervence, získaly mnohem lepší výsledky ve znalostech a postojích k dětem s epilepsií, než kontrolní dotazovaná skupina bez intervence. Ukázalo se, že efektivnější ve zlepšování znalostí o epilepsii bylo vzdělávací video oproti dramatu. Avšak významný rozdíl týkající se postojů k dětem s epilepsií se mezi těmito dvěma metodami intervence významně neprokázal. Proto je tedy možné obě z uvedených intervencí použít k odstranění stigma, které je s epilepsií spojováno (Brabcová et al., 2013).

Ve studii z roku 2017 byl použit edukační animovaný film nebo čtený příběh se stejným obsahem, za účelem zvýšení znalostí o epilepsii a snížení stigmatizace. Dotazníky byly vyplněny před intervencí, krátce po ní a o 6 měsíců později. První skupina žáků vyplňovala dotazník po shlédnutí videa, druhá po čteném příběhu. Výsledky dotazníků ukázaly, že znalosti o epilepsii byly v obou případech vyšší než před realizovanou intervencí. S odstupem šesti měsíců znalosti o epilepsii mírně klesly, avšak stále byly razantně vyšší než před samotnou intervencí. Po obou intervencích se snížila také míra stigmatizace a s odstupem 6 měsíců byla ještě nižší. I když výsledky prokázaly, že video bylo účinnější než dramatické zlepšení znalostí, signifikantní rozdíl mezi efektivitami obou intervencí nalezen nebyl. Lze tedy říci, že obě metody jsou stejně účinné a snadno aplikovatelné. Mohou být tedy zavedeny pro praxe pedagogů na 1. stupni ZŠ (Brabcová et al., 2017).

6.3 NÁSTROJE PRO MĚŘENÍ STIGMATU

Ke zjištění stigma existuje několik způsobů, avšak nejčastěji se využívá použití schválených psychometricky ověřených škál. Ty jsou z praktického hlediska nejefektivnější a pro nás podstatné, neboť s nimi lze měřit míru stigmatizace, která souvisí s epilepsií. Nejdůležitější pro tuto problematiku je škála **SSE-Stigma scale of epilepsy** (Fernandes et al., 2007), dále pak **třípoložková škála stigma**, kterou upravila přední odbornice v oblasti stigmatizace Ann Jacoby (Jacoby, 1992, in Fernandes et al., 2007) a **pětipolžková škála stigma pro děti** (Austin, Shafer, Deering, 2002, in Fernandes et al.

2007). Všechny tyto škály měří stigma přímo u jedinců s epilepsií, pouze SSE škála dokáže měřit míru stigmatizace z pohledu okolí. Proto se více zaměříme na tuto SSE škálu.

7 PRAKTICKÁ ČÁST

7.1 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE A HYPOTÉZY

Následující cíle bakalářské práce byly stanoveny na základě analýzy literatury provedené v teoretické části a jsou v souladu s aktuálními potřebami výzkumu v této oblasti:

- **Zjistit, zda existují rozdíly v úrovni znalostí o epilepsii a v míře stigmatizace mezi studenty různých typů učitelsky zaměřených oborů.** Zde uvedme, že předchozí studie (Brabcová et al., 2012) provedená u učitelů z praxe existenci rozdílů ve znalostech a postojích u naprosté většiny položek neprokázala, pokládáme však za vhodné zjistit, zda situace u studentů není odlišná.
- **Zjistit, zda osobní zkušenost s někým s epilepsií má pozitivní vliv na znalosti o epilepsii a na míru stigmatizace,** jak naznačují předchozí studie na toto téma (např. Mecarelli et al., 2011)
- **Zjistit, zda úroveň znalostí o epilepsii ovlivňuje míru vnímané stigmatizace** (korelace mezi znalostmi a postoji byla opakovaně popsána v odborné literatuře (Abulhamail at al., 2014), souvislosti znalostí a míry stigmatizace však dosud nebyla věnována odpovídající pozornost.
- **Zjistit, zda drobná úprava v dotazníku zaměřeného na znalosti inspirovaná prací (Pennigton et al, 2001) povede ke zlepšení jeho vnitřní konzistence** ve srovnání s výsledky zjištěnými v předchozím výzkumu a prezentovanými v článku (Brabcová et al., 2016).

Pro splnění a snadnější prezentaci cílů práce byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Průměrné znalosti studentů VŠ o epilepsii nezávisí na tom, jaký obor studují.

H2: Průměrná míra stigmatizace související s epilepsií nezávisí u studentů VŠ na tom, jaký obor studují.

H3: Průměrné znalosti o epilepsii jsou u studentů VŠ s osobní znalostí někoho s touto nemocí na vyšší úrovni ve srovnání s ostatními studenty.

H4. Průměrná míra stigmatizace související s epilepsií je u studentů VŠ s osobní znalostí někoho s touto nemocí nižší ve srovnání s ostatními studenty.

H5. Vyšší úroveň znalostí o epilepsii odpovídá nižší míře stigmatizace.

Hypotézy H1 a H2 pokrývají první stanovený cíl, hypotézy H3 a H4 druhý stanovený cíl. Hypotéza H5 se pak týká třetího uvedeného cíle a k poslednímu cíli nebyla vzhledem k jeho povaze explicitně hypotéza formulována. Ověření splnění tohoto cíle bude pak provedeno ve výsledkové části separátně s užitím příslušných psychometrických technik.

7.2 METODOLOGIE A POPIS NÁSTROJŮ

V bakalářské práci byla zvolena kvantitativní výzkumná metodologie, využívající dva již dříve užití výzkumné nástroje, tj. českou verzi dotazníku SSE měřícího míru stigmatizace a test s více možnostmi odpovědí měřící znalosti o epilepsii. Než budou blíže popsány výzkumné nástroje, je však vhodné zmínit některé základní pojmy vztahující se k vyhodnocování dat.

7.2.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH STATISTICKÝCH TECHNIK A PSYCHOMETRICKÝCH POJMŮ UŽITÝCH V BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Reliabilita - Reliabilitou dotazníku se rozumí schopnost zachytit, do jaké míry jsou skóry každé osoby (kvantitativní výsledky psychologického testu) spolehlivé a přesné (Urbánek, 2002 in Potužák 2016). Typická reliabilita, která se v praxi využívá je **split-half reliabilita** a **test-retest reliabilita**. Pomocí tzv. Cronbachovy alfy měříme reliabilitu ve smyslu **vnitřní konzistence**.

Cronbachovo alfa - velmi využívaný koeficient, který je používán při měření reliability testu. Má shodné složky s modelem ekvivalentu pravých skóru. Za splnění určitých předpokladů se jedná o dolní odhad reliability. Cronbachovo alfa může teoreticky nabývat hodnot v intervalu $<-1,1>$. Lze definovat jako index vnitřní konzistence dotazníku, kdy vyšší kladná hodnota odpovídá větší vnitřní konzistenci. Je možné provádět ruční výpočet, avšak moderní statistické programy většinou dokáží uvedenou hodnotu stanovit automaticky. Aby byl daný nástroj hodnocen jako vyhovující z hlediska vnitřní konzistence, doporučená hodnota Cronbachovy alfy je 0,7. Pokud se hodnoty blíží k jedné,

nepovažují se za optimální. V souladu s uvedeným vztahem odpovídá maximální hodnota 1 extrémní situaci. V takovém případě mluvíme o tzv. psychometrickému paradoxu a dochází k prudkému snížení validity (Urbánek, 2002 in Potužák, 2016).

Pearsonův korelační koeficient - tento korelační koeficient měří sílu lineární závislosti mezi dvěma veličinami a pomáhá kvantifikovat vazbu mezi výsledky dvou různých testů.

Spearmanův korelační koeficient - bezrozměrné číslo, které udává korelaci mezi dvěma veličinami. Je pojmenováno po zakladateli faktorové analýzy Charlesi Spearmanovi a značí se jako řecké písmeno ρ .

Dvouvýběrový t-test s (ne)rovností rozptylů – parametrická statistická metoda umožňující zjištění toho, zda můžeme či nemůžeme zamítnout na dané hladině významnosti hypotézu o shodě středních hodnot dvou souborů. Předpokladem metody je to, že data pochází alespoň přibližně z normálního rozdělení. To, zda se užije varianta s rovností nebo s nerovností rozptylů záleží na výsledku předchozího F-testu shody rozptylů.

Jednocestná Analýza rozptylu (ANOVA) – zobecnění dvouvýběrového t-testu na více než dva soubory dat. Předpoklady jsou normalita dat a shoda rozptylů všech uvažovaných souborů. Vedle rozhodnutí o shodě či rozdílu středních hodnot všech uvažovaných souborů je možné následně testovat, u kterých dvojic případný rozdíl nastává, to však již není zpravidla zcela nutné.

7.2.2 ŠKÁLA STIGMATU EPILEPSIE SSE – STIGMA SCALE OF EPILEPSY

SSE škála, příloha č.1., byla psychometricky ověřena v bakalářské práci (Potužák, 2016) a byla prezentována na Evropském epileptologickém kongresu, který se konal v Praze (Brabcová et al., 2016). Původní škála obsahuje 5 komplexních témat s 24 položkami a každá z nich má 4bodovou škálu. Úkolem respondentů je najít pro ně tu nejvhodnější odpověď pro danou položku. Čísla odpovídající příslušné četnosti (1= vůbec ne, 2=trochu, 3=hodně, 4=zcela) označují respondenti podle svého uvážení. Samotní respondenti při podání zpětné vazby uvedli, že dotazník není nějak časově náročný. Jeho vyplnění trvá cca 10 minut a porozumět otázkám nebyl problém (Fernandes et al., 2007).

K vyčíslení stigmatu u epileptického onemocnění dochází u tohoto nástroje za pomoci škály. Ta splňuje hlavní požadavky, které jsou kladeny na validitu a reliabilitu nástroje. Proto lze toto měření stigmatu u epilepsie považovat za spolehlivé (Bunchaft, Cavas, 2002, in Fernandes et al., 2007). SSE – Stigma scale of epilepsy je tedy považován za validovaný nástroj k hodnocení stigmatu, jelikož se jeho proces řídil doporučenými standardy pro přípravu škál (Menezes a Nascimento 2000, Almeida et al. 1989, Morley a Snaith 1989, in Fernandes et al. 2007). Standardy zahrnují dvě složky – koncepční a empirickou. Pro vyhodnocení je využívána analýza statistickými metodami a srovnání s kritérii tzv. zlatého standardu (Fernandes et al. 2007).

Než se SSE definitivně sestavilo, bylo srovnáváno s jinými podobnými nástroji, kterými se měřilo stigma u dalších chronických onemocnění (konkrétně u AIDS a cukrovky). Na základě tohoto porovnání byl odhalen rozdíl ve vnímání stigmatu u různých chronických onemocnění (Fernandes et al., 2007).

V nové české verzi byly na základě podrobné analýzy některé položky vynechány, protože nezapadaly do faktorové struktury dotazníku. Konkrétně se jedná o položky 1 a 4a) dle přílohy 2, již dříve byla vypuštěna jedna položka z původní verze. Vyhodnocováno tak bylo nakonec 21 položek dotazníku uvedeného v příloze 2 (kompletně otázky 2, 3 a 5, otázka poté bez položky 4a). Hrubý skór byl následně lineárně transformován v souladu s originální verzí na procenta tak, aby byla usnadněna interpretace.

7.2.3 DOTAZNÍK MĚŘÍCÍ ZNALOSTI K EPILEPSII

Jedná se o dotazník vlastní konstrukce, který byl vyvinut autory, protože v ČR dosud nebyl validován žádný dotazník měřící právě znalosti k epilepsii (Brabcová et al., 2017). Dotazník obsahuje dvě části. V první části jsou otázky – celkem 6 otázek, které mají informativní povahu a zjišťují co nejvíce možných informací o respondentovi, včetně pohlaví, věku, znalosti jedince s epilepsií, předešlou střední školu, studovaný obor a případnou touhu respondenta získat co nejvíce informací o epilepsii. Druhá část dotazníku obsahuje celkem 18 znalostních otázek. Dotazník je součástí přílohy č. 2. Autoři v jedné z předešlých studií (Brabcová et al., 2016) upozorňují na špatnou vnitřní konzistenci znalostního dotazníku pravděpodobně v důsledku velkého procenta náhodně tipovaných

odpovědí. Proto jsme se rozhodli možnosti odpovědí v dotazníku rozšířit v souladu s doporučeními z literatury (Pennigton et al., 2001) o položku „Nevím“.

7.3 REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Sběr dat probíhal na Fakultě pedagogické ZČU v Plzni a rovněž na Pedagogické fakultě JU v Českých Budějovicích. Studenti byli požádáni o vyplnění dotazníku v předmětech společného základu (psychologie) a o napsání svého studijního čísla, přezdívky či jména tak, abychom je opětovně mohli požádat o test-retest. Test-retest reliabilita není součástí této práce a bude zpracována pro potřeby další studie. Účast ve studii byla zcela dobrovolná a studenti byli ujištěni, že veškeré poznatky budou při zpracování zcela anonymizovány.

7.4 SOUBOR RESPONDENTŮ

Celkový počet respondentů tvořilo celkem 440 studentů, kteří studovali přírodovědný obor (n=110), humanitní obor (n=205) či učitelství pro 1. stupeň popř. MŠ resp. výchovy¹ (n=125). Z celkového počtu respondentů bylo 343 (78 %) žen a 97 (22 %) mužů. Průměrný věk respondentů byl 21,6 roku, směrodatná odchylka poté 3,6 roku. Osobní znalost někoho s epilepsií uvedlo 194 respondentů (44 %). 179 respondentů (41 %) uvedlo, že se s epilepsií během předchozího studia nesetkali vůbec, 236 (54 %) se setkali okrajově a pouze 21 (5 %) uvedlo podrobnější setkání se s epilepsií v rámci studia. Výrazná většina účastníků výzkumu (celkem 384 respondentů, tj. 87 %) pak deklarovala zájem o další informace vztahující se k dané problematice.

¹ Pro snadnější zpracování a interpretaci byly tyto skupiny sloučeny do jedné, což je alespoň částečně opodstatněné v souvislosti s velkým zastoupením výchov ve studijních plánech učitelství pro MŠ a 1. stupeň ZŠ.

7.5 VÝSLEDKY

7.5.1 OVĚŘENÍ HYPOTÉZ

H1: Průměrné znalosti studentů VŠ o epilepsii nezávisí na tom, jaký obor studují.

Pro účely ověření této hypotézy jsme celý výzkumný vzorek tvořený 440 studenty pedagogických fakult rozdělili do tří skupin – na studenty přírodovědných oborů (110 respondentů), studenty humanitně zaměřených oborů (205 respondentů) a konečně studenty učitelství pro MŠ a 1. stupeň ZŠ plus studenty výchov (125 respondentů). Toto členění bylo stejné jako v první české studii zaměřené na znalosti učitelů o epilepsii (Brabcová et al, 2012). K testování hypotézy byla využita jednocestná Analýza rozptylu, která je zobecněním dvouvýběrového parametrického t-testu pro případ více než dvou souborů. Využití parametrického testu je zde oprávněné, protože ačkoliv v této práci nebyla normalita dat sledována, předchozí výzkumy využívající uvedený dotazník (Brabcová et al., 2016; Strejcová, 2016) ukázaly, že celkové skóre znalostního testu je rozděleno přibližně podle Gaussovy křivky.

Ze statistického hlediska odpovídá uvedená hypotéza H1 tomu, že nebudou zjištěny statisticky významné rozdíly ve střední hodnotě mezi třemi sledovanými skupinami. Test byl proveden v modulu Analýza dat v Excelu a výsledky jsou uvedeny v tabulce V1. Z ní je důležitá především P-hodnota testu, která je zhruba 0,041 a pohybuje se tak pod hraniční hodnotou pro běžně užívanou hladinu významnosti 0,05. Tomu odpovídá i skutečnost, že testová statistika $F = 3,21$ uvedená v tabulce je menší než kritická hodnota testu $F_{krit} = 3,02$. Můžeme tak konstatovat, že na dané hladině **zamítáme hypotézu H1** a přijímáme alternativní hypotézu, podle níž u znalostí o epilepsii existují mezioborové rozdíly. Podrobnějším pohledem na tabulku zjišťujeme, že nejnižší průměrný počet bodů v testu znalostí (6,85) byl zaznamenán u studentů humanitních oborů, naopak ve zbylých dvou skupinách jsou průměry vyrovnané na hodnotách velmi blízkých 7,5 bodu. Na závěr této části si všimněme velmi podobných hodnot u rozptylu, jež potvrzují, že zvolená technika Analýza rozptylu zde byla dobrou volbou. Tato technika má totiž jako důležitý předpoklad právě srovnatelné hodnoty rozptylů sledovaných skupin.

Tabulka V1. Ověření hypotézy H1 – vliv studovaného oboru na znalosti o epilepsii

Faktor					
	<i>Výběr</i>	<i>Počet</i>	<i>Součet</i>	<i>Průměr</i>	<i>Rozptyl</i>
Přírodovědné		110	822	7,472727	7,315763
Humanitní		205	1404	6,84878	7,893687
1. stupeň, MŠ, výchovy		125	945	7,56	7,845161

ANOVA						
<i>Zdroj variability</i>	<i>SS</i>	<i>Rozdíl</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>F krit</i>
Mezi výběry	49,64917	2	24,82458	3,209065	0,041348123	3,016363
Všechny výběry	3380,53	437	7,735767			
Celkem	3430,18	439				

H2: Průměrná míra stigmatizace související s epilepsií nezávisí u studentů VŠ na tom, jaký obor studují.

Pro testování této hypotézy jsme vzorek rozdělili opět stejným způsobem jako u hypotézy H1. Použili jsme rovněž stejnou metodu, tj. jednocestnou ANOVu. Parametrická metoda je zde vzhledem k normalitě celkového skóre udávajícího míru stigmatizace zjištěné v předchozích studiích (Brabcová et al., 2017; Potužák, 2016) opodstatněná. Výsledky testu jsou patrné z tabulky V2. Z ní je zjevné, že tentokrát testová statistika $F = 0,89$ ani zdaleka nedosahuje kritické hodnoty pro hladinu významnosti 0,05, jež je $F_{krit} = 3,02$. Tomu odpovídá i skutečnost, že P-hodnota testu je téměř 0,41, což je mnohem větší než hraniční hodnota 0,05. Nemůžeme tak tvrdit, že existují statisticky významné rozdíly v míře stigmatizace mezi jednotlivými obory, což lze interpretovat tak, že hypotéza H2 je **přijata**. Jinými slovy, drobné rozdíly v průměrech jednotlivých skupin pohybujících se v rozmezí 41,1 – 43,6 % nejsou dostatečně velké na to, aby je při daných počtech respondentů a daných rozptylech bylo možné pokládat za průkazné. Opět je patrný pouze malý rozdíl v rozptylech jednotlivých skupin naznačující, že ANOVA je zde vyhovující.

Tabulka V2. Ověření hypotézy H2 – vliv studovaného oboru na míru stigmatizace

Faktor					
	<i>Výběr</i>	<i>Počet</i>	<i>Součet</i>	<i>Průměr</i>	<i>Rozptyl</i>
Přírodovědné		110	4525,397	41,13997	205,0817
Humanitní		205	8707,937	42,47774	178,7541
1. stupeň, MŠ, výchovy		125	5446,032	43,56825	205,4006

ANOVA						
<i>Zdroj variability</i>	<i>SS</i>	<i>Rozdíl</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>F krit</i>
Mezi výběry	345,2443	2	172,6222	0,894963	0,409370373	3,016363
Všechny výběry	84289,4	437	192,8819			
Celkem	84634,65	439				

H3. Průměrné znalosti o epilepsii jsou u studentů VŠ s osobní znalostí někoho s touto nemocí na vyšší úrovni ve srovnání s ostatními studenty.

Při ověřování této hypotézy jsme využili toho, že respondenti v první části dotazníku uvedli, zda osobně znají někoho s epilepsií. 191 z nich odpovědělo kladně, 248 záporně. Jedna odpověď byla nejednoznačná a byla z další analýzy vypuštěna. Pro srovnání znalostí obou takto vytvořených skupin byl realizován dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů (v prvním kroku byl proveden F-test shody rozptylů, který jednoznačně potvrdil, že předpoklad o rovnosti rozptylů je oprávněný). Výsledky testu jsou prezentovány v tabulce V3. Vzhledem k povaze hypotézy H3 je pro nás směrodatná hlavně jednostranná verze testu, u níž vyšla P-hodnota menší než 0,001. Stejně tak testová statistika *t stat* je zde mnohem větší než kritická hodnota jednostranného testu *t krit (1)*. Je tak evidentní, že mezi oběma skupinami existují statisticky významné rozdíly ve střední hodnotě testu znalostí a to ve prospěch skupiny studentů majících osobní znalost někoho s epilepsií (průměrný výsledek v testu znalostí je tam 7,67 bodu ve srovnání s 6,84 bodu ve druhé skupině). Díky tomu můžeme prohlásit hypotézu H3 za **přijatou** na dané hladině významnosti 0,05 (vzhledem k velmi malé p-hodnotě by však stejný závěr platil zcela nesporně i pro mnohem striktnější hladiny významnosti).

Tabulka V3. Ověření hypotézy H3 o vlivu osobní znalosti někoho s epilepsií na úroveň znalostí.

	<i>Zná někoho s epilepsií</i>	<i>Nezná nikoho s epilepsií</i>
Stř. hodnota	7,670157068	6,838709677
Rozptyl	7,327473133	7,917199948
Počet respondentů	191	248
Společný rozptyl	7,660796985	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	437	
t stat	3,12038414	
P(T<=t) (1)	0,000962916	
t krit (1)	1,648347962	
P(T<=t) (2)	0,001925832	
t krit (2)	1,965407254	

H4. Průměrná míra stigmatizace související s epilepsií je u studentů VŠ s osobní znalostí někoho s touto nemocí nižší ve srovnání s ostatními studenty.

Testování této hypotézy bylo opět založeno na stejných principech jako u předchozí hypotézy H3. Byla využita i stejná technika – dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů (předchozí F-test opět potvrdil, že předpoklad o rovnosti rozptylů je zde zcela oprávněný). Výsledky jsou uvedeny v tabulce V4 a jednoznačně ukazují na existenci statisticky významných rozdílů v průměrné míře stigmatizace mezi oběma skupinami. To potvrzuje P-hodnota příslušného jednostranného testu i srovnání testové statistiky s kritickou hodnotou testu. Je patrné, že respondenti neznající osobně nikoho s epilepsií dosahují zdatelně vyšších průměrných hodnot v oblasti stigmatizace. Můžeme proto na základě uvedeného testu říci, že **přijímáme hypotézu H4** na uvažované hladině významnosti 0,05. Opět platí, že vzhledem k velmi malé P-hodnotě (zhruba 0,0015) by stejný závěr měl platit i na podstatně striktnějších hladinách významnosti.

Tabulka V4. Ověření hypotézy H4 o vlivu osobní znalosti někoho s epilepsií na míru stigmatizace.

	<i>Zná někoho s epilepsií</i>	<i>Nezná nikoho s epilepsií</i>
Průměr	40,21441037	44,17562724
Rozptyl	190,4570285	189,2897394
Pozorování	191	248
Společný rozptyl	189,7972564	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	437	
t stat	-2,986715932	
P(T<=t) (1)	0,001489272	
t krit (1)	1,648347962	
P(T<=t) (2)	0,002978544	
t krit (2)	1,965407254	

H5. Vyšší úroveň znalostí o epilepsii odpovídá nižší míře stigmatizace.

Vzhledem k tomu, že tato hypotéza se jako jediná v této práci dotýká nikoliv shody či rozdílu u jedné proměnné mezi dvěma či více skupinami, ale naopak souvislosti (korelace) dvou znaků na jedné množině tvořené všemi respondenty, užili jsme k ověření této hypotézy tzv. **korelační analýzu**. Vzhledem k povaze dat (koreluje celkové skóry testu znalostí a dotazníku SSE měřícího míru stigmatizace) a výše uvedeným informacím o normalitě dat by zcela postačovalo spočítat klasický Pearsonův korelační koeficient a provést test nezávislosti. Pro porovnání však uvedeme rovněž Spearmanův korelační koeficient, který je většinou hodnocen jako méně citlivý na specifické vlastnosti dat. Výpočet (pro Pearsonův koeficient přímo v Excelu, pro Spearmanův koeficient pomocí online kalkulačky na http://vassarstats.net/corr_rank.html) ukázal, že hodnota Pearsonova koeficientu je -0,032, pro Spearmanův koeficient byla poté získána velmi podobná hodnota - 0,026. V obou případech se jedná o čísla v absolutní hodnotě mnohem menší, než jsou příslušné kritické hodnoty testů nezávislosti na hladině 0,05 (ty jsou pro Pearsonův koeficient 0,096 a pro Spearmanův 0,094). Proto můžeme říci, že není možné označit uvedené proměnné za navzájem závislé, a je tudíž třeba **zamítnout** hypotézu H5, která se závislostí míry stigmatizace na úrovni znalosti kalkulovala. Testování ukázalo, že mezi znalostmi o epilepsii a mírou stigmatizace není v této studii přímá souvislost. Závěrem této části pak můžeme říci, že hypotézy H2 – H4 byly přijaty a

hypotézy H1 a H5 zamítnuty. V případě hypotézy H1 bylo rozhodnutí na běžné užívané hladině významnosti 0,05 poměrně těsné, naopak u ostatních hypotéz vycházely testy celkem jednoznačně.

Vliv modifikace dotazníku na vnitřní konzistenci testu znalostí

V této části se zaměříme ve větším detailu na test znalostí a uvedeme některé souvislosti. Jak již bylo uvedeno dříve, test byl vyvinut v roce 2014 a jeho pomocí byly od studentů učitelství získány poznatky týkající se znalostí o epilepsii, jež byly následně publikovány ve studii (Brabcová, 2016). V této studii byla rovněž konstatována poměrně nízká vnitřní konzistence dotazníku, když Cronbachovo alfa (či přesněji ordinální polychorické alfa stanovené z polychorických korelací) bylo pouze v rozmezí 0,3 – 0,4 a nebylo možné rozumně provést faktorovou analýzu. Jedním z cílů této studie proto bylo zjistit, zda drobná úprava testu znalostí spočívající v přidání položky „Nevím“, může přispět ke zlepšení vnitřní konzistence, jak naznačují některé studie z jiných oblastí (Pennigton et al., 2001).

V tabulce V5 uvádíme procenta správných odpovědí pro jednotlivé otázky znalostního testu a rovněž podíly odpovědí „Nevím“ zjištěná v této práci. Pro srovnání jsou uvedena rovněž procenta správných odpovědí pro srovnatelný vzorek studentů učitelsky zaměřených oborů na FPE ZČU převzatá ze studie (Brabcová et al., 2016). V této studii byla ještě využita stará verze dotazníku bez možnosti „Nevím“ a respondenti téměř vždy označili některou z možností (pokud nevěděli, tipli si)².

² V citované studii byli srovnáváni studenti prvních a posledních ročníků. Zde uvádíme pro porovnání průměr za obě uvedené skupiny dohromady.

Tabulka V5. Úspěšnost a podíl odpovědí „nevím“ u jednotlivých položek znalostního testu

Obsah otázky	Procento správných odpovědí (tato práce) (n = 440)	Procento odpovědí „nevím“ (tato práce) (n = 440)	Procento správných odpovědí ze studie Brabcová et al., 2016 (n = 374)
1. Co je epilepsie?	61,4 ^a	5,0 ^a	67,7 ^a
2. Povaha epilepsie	54,8	9,3	52,3
3. Prevalence epilepsie	31,6	34,1	53,8
4. Kdy může epilepsie vypuknout?	62,3	14,1	68,8
5. Léčitelnost epilepsie	40,4	12,0	37,1
6. Dědičnost epilepsie	35,5	37,7	54,7
7. První pomoc při záchvatu	71,6	5,5	68,3
8. Volání záchranné služby při záchvatu	41,1	9,1	38,6
9. Diagnostika epilepsie	59,1	32,7	78,7
10. Specifické poruchy učení u osob s epilepsií	24,5	30,7	29,2
11. Náhlá úmrtí u osob s epilepsií (tzv. SUDEP)	6,6	48,9	10,4
12. Možnost kojení u matek s epilepsií	9,1	41,4	20,7
13. Rizikové faktory pro vypuknutí epilepsie	79,5	6,4	78,7

14. Zasažení mozku při záchvatu	23,0	53,6	53,4
15. Podstata epileptického záchvatu	37,0	46,8	62,9
16. Výskyt psychózy u osob s epilepsií	32,5	53,0	53,2
17. Projevy záchvatu typu absence	30,5	32,5	43,3
18. Status epilepticus	19,8	35,2	31,6
Celkové skóre u znalostí	9,41±2,23 ^b	N/A	9,04±2,25 ^b

^a procento správných odpovědí

^b průměr± směrodatná odchylka

Z tabulky 5 je patrné, že jak celkové skóre testu znalostí, tak i procentuální úspěšnost u většiny otázek je v této práci menší ve srovnání s citovanou studií. Pokles úspěšnosti je přitom typicky největší u otázek, kde je nově velký podíl odpovědí „Nevím“.

Výpočet Cronbachova alfa z polychorických korelací mezi jednotlivými položkami (ty se pohybovaly v širokém rozpětí od – 0,04 do 0,24) vedl k hodnotě 0,39, což je v podstatě stejné jako v původní studii. Můžeme tedy říci, že ačkoliv modifikace dotazníku spočívající v přidání možnosti „Nevím“ vedla k poklesu úspěšnosti v důsledku oslabení vlivu hádání odpovědí, nevedla tato úprava ke zlepšení vnitřní konzistence. Ta je nadále natolik nízká, že nemá smysl se pouštět do dalších psychometrických technik majících vysokou vnitřní konzistenci jako předpoklad, což je třeba případ faktorové analýzy.

7.6 DISKUZE

U znalostí o epilepsii existují mezioborové rozdíly, když nejnižší průměrný počet bodů v testu znalostí (6,85) byl zaznamenán u studentů humanitních oborů, naopak ve zbylých dvou skupinách jsou průměry vyrovnané na hodnotách velmi blízkých 7,5 bodu. Tento rozdíl si lze vysvětlit také tím, že studenti přírodovědného směru mají předmět biologie, kde se seznamují s fungováním nervové soustavy, rovněž studenti tělesné výchovy mají předměty jako je fyziologie, studenti učitelství pro MŠ a 1. stupeň ZŠ se poměrně důkladně seznamují během VŠ studia se základy biologie. U studentů humanitních oborů žádný takto zaměřený předmět není, dříve vyučovaná Biologie pro učitele povinná pro všechny studenty učitelsky zaměřených oborů byla zrušena.

Průměrné znalosti o epilepsii jsou u studentů VŠ s osobní znalostí někoho s touto nemocí na vyšší úrovni ve srovnání s ostatními studenty, tento náleze je v souladu s nálezem ve studii (Brabcová et al., 2012), kde se poukazuje rovněž na nutnost zvyšování znalostí u učitelů, neboť znalosti zásadním způsobem ovlivňují postoje. Rovněž i další studie (Bannon, Wildig, Jones, 1992; Mecarelli et al., 2011) poukazují na statisticky významný vliv osobní zkušenosti s někým s epilepsií na úroveň znalostí či postojů. Nižší zjištěnou míru stigmatizace u osob se znalostí někoho s epilepsií lze v zásadě v souladu s teoriemi stigmatu tím, že se v důsledku této znalosti do určité míry ztrácí strach z neznámého a dochází k lepšímu uvědomění toho, že i lidé s epilepsií prožívají své každodenní radosti a starosti podobně jako ostatní.

Dosud nebyla detailně studována souvislost mezi úrovní znalostí a mírou stigmatizace. Jsou známy práce, které poukazují na korelaci mezi znalostmi a postoji (Abulhamail et al., 2014).

Byl rovněž studován vliv intervence na redukci míry stigmatizace (Brabcová et al., 2017). V této práci je poměrně zajímavé zjištění, že vyšší úroveň znalostí o epilepsii neodpovídá nižší míře stigmatizace, jak bylo očekáváno (viz hypotéza H5). Vysvětlení tohoto překvapivého poznatku, který je v rozporu s výsledky studie (Brabcová et al., 2017) provedené u dětí ve věku 9-11 let bude vyžadovat další výzkum. Průměrná míra stigmatizace související s epilepsií je u studentů VŠ s osobní znalostí někoho s touto nemocí nižší ve srovnání s ostatními studenty. Podobný poznatek byl zaznamenán u postojů k epilepsii mezi učiteli ZŠ z praxe v předchozí studii (Brabcová et al., 2012).

Bylo zjištěno, že modifikace dotazníku znalostí přidáním možnosti „Nevím“ nevedla k očekávanému zlepšení vnitřní konzistence dotazníku. Ačkoliv analýza výsledků naznačuje, že podíl uhádnutých odpovědí výrazně klesl, stále to vzhledem k celkově nízké úspěšnosti testu jako celku nestačí na to, aby konzistence dosáhla odpovídajících hodnot. Případné úpravy dotazníku spočívající např. ve vypuštění či nahrazení některých položek, budou předmětem dalšího zkoumání.

ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce byla zaměřena na zjištění úrovně znalostí o epilepsii a míry stigmatizace související s touto nemocí. Výzkum byl prováděn mezi studenty pedagogických oborů. V teoretické části byly vymezeny základní pojmy, které se týkají výše uvedené nemoci (epilepsie, epileptický záchvat), klasifikovány záchvaty a popsána léčba epilepsie. Důležité bylo zmínit předešlé výzkumy týkající se znalostí pedagogů o dané nemoci. Zvláštní pozornost je také věnována zkoumání stigmatu v souvislosti s epilepsií a nástrojům, díky kterým bylo možné toto stigma měřit.

Na teoretickou část plynule navázala část praktická, v níž se objevily klíčové psychometrické pojmy týkající se reliability a validity výzkumných nástrojů. Následně byli čtenáři seznámeni s výzkumnými cíli, na jejichž základě vznikly patřičné hypotézy. Zda jsou cíle této bakalářské práce splněny, ukazují výsledky komplexního psychometrického ověření daného nástroje provedeného na vzorku 440 studentů vysokých škol. Prvním cílem bylo zjistit, zda existují rozdíly v úrovni znalostí o epilepsii a v míře stigmatizace mezi studenty různých typů učitelsky zaměřených oborů. Zde byly u studentů zaznamenány mezioborové rozdíly, kdy studenti humanitních oborů měli nejnižší počty bodů. Z výzkumu také vyplývá, že osobní zkušenosti z kontaktů s epileptikem mají pozitivní vliv na znalosti o této nemoci i míru stigmatizace. Dalším cílem bylo stanovit, zda úroveň znalostí o epilepsii ovlivňuje míru vnímané stigmatizace. V tomto případě došlo k poměrně zajímavému zjištění, že vyšší úroveň znalostí o epilepsii neodpovídá nižší míře stigmatizace, jak bylo očekáváno. Jedním z cílů této studie bylo také odhalit, zda drobná úprava testu znalostí přidáním položky „Nevím“ povede ke zlepšení vnitřní konzistence. Analýza výsledků naznačuje, že modifikace dotazníku sice vedla k poklesu náhodně zvolených odpovědí, nevedla ale ke zlepšení vnitřní konzistence. Případné úpravy dotazníku mohou spočívat např. ve vypuštění či nahrazení některých položek a budou předmětem dalšího zkoumání.

Věřím, že poznatky prezentované v této práci budou přínosem pro odbornou komunitu i pro další výzkum v této oblasti. Dle mého názoru je nutné zvýšení znalostí u učitelů i v rámci vysokoškolské přípravy, neboť znalosti mohou zásadním způsobem ovlivnit postoje.

RESUMÉ

Předložená bakalářská práce se zaměřuje na budoucí pedagogy, zjišťuje úroveň jejich znalostí o epilepsii a míru stigmatizace související s touto nemocí. Cílem bylo zjistit, zda existují rozdíly v úrovni znalostí o epilepsii u studentů různých typů pedagogických oborů a jestli úroveň znalostí o dané nemoci ovlivňuje míru vnímané stigmatizace. Míra stigmatizace byla zjišťována pomocí SSE dotazníku (STIGMA SCALE OF EPILEPSY). K měření znalostí o epilepsii byl použit osmnáctipoložkový znalostní dotazník s uzavřenými otázkami s drobnou úpravou spočívající v přidání položky „Nevím“. Do studie se zapojilo celkem 440 respondentů, z toho 343 žen a 97 mužů. Průměrný věk respondentů byl 21,6 roku. Bylo prokázáno, že se u studentů vyskytují mezioborové rozdíly v úrovni znalostí o epilepsii, a také, že vyšší úroveň znalostí o této nemoci neodpovídá nižší míře stigmatizace. Co se týká modifikace znalostního dotazníku, bylo zjištěno, že úprava nevedla ke zlepšení vnitřní konzistence.

Klíčová slova: epilepsie, stigma, znalosti o epilepsii, míra stigmatizace

RESUMÉ

This presented bachelor thesis, focused on future teachers, is searching their level of knowledge about epilepsy and the degree of stigma associated with this disease. The aim was to determine whether there are differences in the level of knowledge about epilepsy among students of different types of educational fields and whether the level of knowledge about the disease affects the degree of perceived stigma. The degree of stigma was assessed by the use of a questionnaire SSE (STIGMA OF SCALE Epilepsy). To measure knowledge about epilepsy there was used "18 points knowledge questionnaire" with closed questions which were slightly modified by adding the "do not know" answer option. The study involved a total of 440 respondents, including 343 women and 97 men. The average age of respondents was 21.6 years. It has been proofed that there are occurring among students interdisciplinary differences in the level of knowledge about epilepsy, and also that a higher level of knowledge about the disease does not correspond to lower levels of stigmatization. Regarding the modification of the knowledge questionnaire, it was found that amendment did not lead to the improvement of internal consistency.

Keywords: epilepsy, stigma, knowledge about epilepsy, the degree of stigmatization

SEZNAM LITERATURY

- ABULHAMAIL, Albaraa S., et al. Primary school teacher's knowledge and attitudes toward children with epilepsy. *Seizure*, 2014, 23, 4: 280-283.
- BANNON MJ., WILDIG C., JONES PW. Teachers' perception of epilepsy. *Archives of disease in childhood* 1992, 67:1467-71.
- BUŠEK, Petr. Epilepsie. *Medicína pro praxi*, 2013, 10(3),111-114.
- BISHOP, Malachy and BOAG, Emily M. Teachers' knowledge about epilepsy and attitudes toward students with epilepsy: results of a national survey. *Epilepsy & Behavior*. 2006, 8(2), 397-405.
- BRABCOVÁ, Dana, et al. Educational video and story as effective interventions reducing epilepsy-related stigma among children. *Epilepsy & Behavior*, 2017, 69, 12-17.
- BRABCOVÁ D., KOHOUT J., KRŠEK P. Knowledge about, confidence with and attitudes toward epilepsy among pre-service teachers in the Czech Republic. *Epilepsy & Behavior*, 2016, 54: 88-94
- BRABCOVÁ D., KOHOUT J., WEBEROVÁ V., POTUŽÁK D., KOMÁREK V. Educational video and story as effective interventions reducing epilepsy-related stigma among children measured by the verified Czech version of stigma scale of epilepsy. 12th European congress on epileptology. Prague, 11-15. September 2016
- BRABCOVÁ, Dana. Disertační práce. Pedagogicko-psychologické aspekty v přístupu k dětem s epilepsií v kontextu jejich kvality života. České Budějovice, 2013.
- BRABCOVÁ, Dana. Sociální aspekty epilepsie. In Jošt, J., Man, F., & Nohavová, A., et al. Podpora zdravého psychického vývoje z aspektu dítěte a učitele Praha: Eduko. 2013, s. 728. ISBN 978-80-87204-66-5.
- BRABCOVÁ, Dana, et al. Improving the knowledge of epilepsy and reducing epilepsy-related stigma among children using educational video and educational drama—A comparison of the effectiveness of both interventions. *Seizure*, 2013, 22(3), 179-184.
- BRABCOVÁ, Dana et al. Diagnostika sebepojetí dětí a dospívajících s epilepsií v oblasti školní úspěšnosti ve vztahu ke kvalitě života. In: Jošt, J. et al. Pedagogicko-psychologická diagnostika – cesta k účinnému vedení dítěte. Praha: Eduko. 2015, s. 38-65. ISBN 978-8088057-18-5.
- FERNANDES, Paula T., et al. Stigma scale of epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007, 65 (1), 35-42.
- FIEST, Kirsten M., et al. Stigma in epilepsy. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2014, 14(5), 444.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: Notes on a spoiled identity*. New York: Simon and Schuster, 2009.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 978-80-7367-569-1.

KOMÁREK, Vladimír, ŠMÍDOVÁ, Jana. The psychosocial impact of epilepsy in Czech children: what are causative factors of differences during ten years interval?. *Epileptic Disorders*. 2007, 9(5), 2-8.

KRŠEK, Pavel, et al. *Epilepsie a škola, souhrnný průvodce tématikou pro učitele*. Praha: Občanské sdružení EpiStop, 2012. ISBN 978-80-903979-5-8.

KRŠEK, Pavel. Epileptické a neepileptické záchvaty u dětí. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen s. r. o., 2010, 11(2), 106-109. ISSN 1213-0494.

PENNINGTON R., PACHANA NA., COYLE SL. Use of the facts on aging quiz in New Zealand: validation of questions, performance of a student sample, and effects of a don't know option. *Educ Gerontol*, 2001, 27: 409–16.

POTUŽÁK, Daniel. *Epilepsie a stigma*. Plzeň, 2016. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta pedagogická

MECARELLI O., CAPOVILLA G., ROMEO A., RUBBOLI G., TINUPER P., BEGHI E. Knowledge and attitudes toward epilepsy among primary and secondary schoolteachers in Italy. *Epilepsy Behavior* 2011, 22:285–92.

MORÁŇ, Miroslav. *Praktická epileptologie*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-352-0.

OŠLEJŠKOVÁ, Hana a MAKOVSKÁ, Zuzana. *Naše dítě má epilepsii: informace pro rodiče*. Plzeň: Adéla, 2009. ISBN 978-80-87094-05-1.

STREJCOVÁ, Eliška. *Znalosti a postoje budoucích učitelů k epilepsii*. Plzeň, 2016. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta pedagogická

WEBEROVÁ, Veronika. *EDUKAČNÍ INTERVENCE V PROBLEMATICE EPILEPSIE*. Plzeň, 2016. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta pedagogická.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

TABULKA 1. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ	9
TABULKA 2. PŘÍZNAKY ODLIŠUJÍCÍ EPILEPTICKÉ A PSYCHOGENNÍ NEEPILEPTICKÉ ZÁCHVATY.....	12
TABULKA V1. VLIV STUDOVANÉHO OBORU NA ZNALOSTI O EPILEPSII	30
TABULKA V2. OVĚŘENÍ HYPOTÉZY H2.....	31
TABULKA V3. OVĚŘENÍ HYPOTÉZY H3.....	32
TABULKA V4. OVĚŘENÍ HYPOTÉZY H4.....	33
TABULKA V5. ÚSPĚŠNOST A PODÍL ODPOVĚDÍ	35

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Stigma scale of epilepsy

Setkal/a jste se někdy dříve s pojmem **epilepsie**? (zakroužkuj správnou možnost)

ANO NE

Znáte osobně někoho s epilepsií? Pokud ano, koho?

*Nyní si postupně přečtete následující otázky a vždy **zakroužkujete** číslo, které nejlépe vyjadřuje Váš názor. Odpovídejte podle této hodnotící stupnice:*

1 - vůbec ne

2 - trochu

3 - hodně

4 – zcela

Buďte prosím upřímní ve svých odpovědích. Pokud některé otázky nerozumíte nebo nevíte, jak odpovědět, nechte ji nevyplněnou. Děkuji za spolupráci.

1. Myslíte si, že osoby s epilepsií jsou schopny zvládat svou vlastní nemoc?

1

2

3

4

2. Jak byste se cítil/a, když byste viděl/a epileptický záchvat?

a) vyděšeně	1	2	3	4	c) smutně	1	2	3	4
b) vystrašeně	1	2	3	4	d) soucitně	1	2	3	4

3. Jaké potíže si myslíte, že mají lidé s epilepsií v jejich každodenním životě?

a) ve vztazích	1	2	3	4	b) v práci	1	2	3	4
c) emocionální	1	2	3	4	d) v přátelství	1	2	3	4
e) ve škole	1	2	3	4	f) s předsudky	1	2	3	4

4. Jak si myslíte, že se cítí lidé s epilepsií?

a) ustaraně	1	2	3	4	e) zahanbeně	1	2	3	4
b) závisle	1	2	3	4	f) depresivně	1	2	3	4
c) neschopně	1	2	3	4					
d) ustrašeně	1	2	3	4					
g) stejně jako bez epilepsie	1	2	3	4					

5. Podle Vašeho názoru budou předsudky o epilepsii souviset s:

a) vztahy	1	2	3	4	d) školou	1	2	3	4
b) manželstvím	1	2	3	4	e) rodinou	1	2	3	4
c) prací	1	2	3	4					

Zkontrolujte, prosím, ještě jednou svoje odpovědi! Děkuji za vyplnění dotazníku!

Příloha č.2

Dotazník – znalosti o epilepsii

Vážení kolegové a kolegyně, prosíme Vás o vyplnění dotazníku týkajícího se Vašich znalostí o epilepsii. Toto dotazníkové šetření je součástí systematického výzkumu zaměřeného na to, jak jsou budoucí učitelé informováni o epilepsii a jejích případných dopadech v prostředí školní třídy.

Dotazník je anonymní a prosíme Vás, abyste na všechny otázky odpovídali podle svého nejlepšího svědomí a speciálně u dotazníku týkajícího se stigma k epilepsii a nenechali se ovlivnit tím, co by mohlo být pokládáno za společensky nejpříjemnější volbu. Čtete, prosím, pozorně zadání jednotlivých otázek. Bližší instrukce jsou uvedeny na začátku jednotlivých částí.

Předem Vám děkujeme za pečlivé vyplnění dotazníku.

I. Základní otázky

Tato část obsahuje několik základních otázek sloužících k charakterizaci výzkumného vzorku. U otázek 1-3 a 6 zakroužkujte jednu Vámi zvolenou možnost, u otázek 4 a 5 pak dopište příslušný údaj.

1. Jste muž nebo žena? muž žena napište Váš věk:
2. Znáte osobně někoho, u něhož byla diagnostikována epilepsie? ano ne nejsem si jist
3. Setkal(a) jste se během svého předchozího studia s problematikou epilepsie?
vůbec ne ano, ale pouze okrajově ano, poměrně podrobně
4. Na jaké střední škole jste maturoval(a)?
.....
5. Jaký obor studujete na vysoké škole?
.....
6. Chtěl byste během svého studia na VŠ získat znalosti týkající se epilepsie a práce s epileptickým žákem?
určitě ne spíše ne spíše ano určitě ano

II. Znalosti o epilepsii

Tato část dotazníku obsahuje celkem 20 otázek týkajících se Vašich znalostí různých aspektů epilepsie. U každé otázky jsou čtyři možnosti, z nichž **právě jedna** je správná. Některé otázky jsou poměrně náročné a je tudíž možné, že u nich nebudete znát odpověď. V takovém případě, prosím, označte možnost, která Vám připadá jako nejpravděpodobnější. **Označení odpovědí proveďte zakroužkováním písmene u příslušné možnosti.**

1. Epilepsie je

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

2. Epilepsie

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

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

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

4. Epilepsie může vypuknout

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

5. Epilepsie je

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

6. Dědičnost epilepsie je

- a) obecně nízká (do 10 %) a závislá na druhu epilepsie a dalších faktorech

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

7. Při epileptickém záchvatu s křečemi je třeba především:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. Mohou matky trpící epilepsií kojít?

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

-
- d) zpravidla i v případech, kdy berou léky související s epilepsií
e) nevím

13. Mezi rizikové faktory ovlivňující epilepsii nejspíše nepatří:

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

14. Při epileptickém záchvatu:

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

15. Podstatou epileptického záchvatu je

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

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

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

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

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

18. Termínem Status epilepticus je označován:

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

Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku!