

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra Sociální práce

Diplomová práce

Bc. Hana Filipová, DiS.

Postoje vybraných pomáhajících profesí k epilepsii

Attitudes of selected helping professions to Epilepsy

Praha 2019

Vedoucí práce: PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.

Poděkování:

Ráda bych touto cestou vyjádřila své srdečné poděkování PhDr. Evě Dragomirecké, Ph.D. nejen za cenné rady, ale zároveň za trpělivost a vstřícnost při vedení mé diplomové práce. Rovněž bych chtěla poděkovat respondentům, kteří se dobrovolně zapojili do dotazníkového šetření. Závěrem bych ráda poděkovala své rodině a manželovi za dlouholetou podporu.

Prohlašuji,

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci Postoje vybraných pomáhajících profesí vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu. Dále prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 20. května 2019

Bc. Hana Filipová, DiS.

Abstrakt

Tato diplomová práce je zaměřena na postoje pomáhajících profesí k epilepsii. Cílem teoretické části je přiblížit čtenářům život s epilepsií a zvýšit povědomí o nemoci.

Dílčím cílem práce je vyvrátit mýty a předsudky, jejichž následkem často vznikají negativní postoje.

Pomáhající profese jsou důležitou součástí v životech osob s epilepsií, jejich rodin i blízkého okolí. Svými postoji ovlivňují mnohé. Právě z tohoto důvodu tvoří hlavní vzorek výzkumu.

Teoretická část je koncipována do několika kapitol. V úvodní kapitole jsou definovány základní pojmy důležité pro orientaci v problematice - stereotypy, předsudky, postoje. Dále blíže popsány jejich teorie, funkce a změny. Další kapitoly práce přibližují epilepsii, jak z medicínského, tak ze sociálního hlediska. Jde například o etiologii epilepsie, klasifikaci epileptických záchvatů, diagnostiku a léčbu. Nechybí ani první pomoc při epileptickém záchvatu a role sociálního pracovníka. Diplomová práce dále zahrnuje problematiku sociální stigmatizace a mýty spojené s epilepsií. V širokém měřítku seznamuje s dopady epilepsie na společenský i osobní život.

Výzkumná část diplomové práce je vytvořena za pomoci kvantitativní metody. Technikou dotazníkového šetření.

Cílem výzkumné části je odhalit, jaké postoje zaujímají vybrané profese k epilepsii.

Závěr je tvořen kritickým zhodnocením zpracovaných výsledků a informací načerpaných z odborné literatury.

Klíčová slova

Epilepsie, epileptické záchvaty, pomáhající profese, postoje a předsudky, život s epilepsií

Abstract:

The Diploma thesis is focused on attitudes of helping profession to epilepsy. The aim of theoretical part is to introduce life with epilepsy and to increase public awareness of the illness.

As a part of the thesis there is refuting myths and prejudices that are often cause of negative attitudes.

Helping professions are a main part of life both of epileptics and their families as well their surroundings and their attitudes affect most of it so it is main sample of the research.

Theoretical part is divided into few chapters. In the initial chapter there are defined basic concepts important for good orientation in the topic - stereotypes, prejudices and attitudes. Its theories, functions and changes are further described more in detail. Next chapters describe epilepsy from medical and social aspects such as Etiology of epilepsy, epileptic seizures classification, its diagnostics and treatment are mentioned there. First aid during epileptic seizures and role of social workers are not missing. Further diploma thesis covers problematics such as social stigmatization and myths connected with epilepsy. From wider perspective impact of epilepsy on social and personal life is revealed to readers. Research part of the diploma thesis was created by quantitative method using questionnaire survey.

The aim of research part of the survey was to reveal attitudes of chosen professions to epilepsy.

Conclusion consists of processed results and information gained from professional literature.

Keywords:

Attitudes and prejudice, eEpilepsy, epilepsy seizures, helping profession, live with epilepsy

OBSAH

ÚVOD	8
1 POSTOJE	10
1.1 CHARAKTERISTIKA POSTOJE	10
1.2 VYMEZENÍ POJMU	10
1.3 VZNIK A TEORIE POSTOJŮ	11
1.4 FUNKCE POSTOJŮ	12
1.5 PŘEDSUDKY, STEREOTYPY, MÝTY	12
2 HISTORIE EPILEPSIE VE VZTAHU K POSTOJŮM SPOLEČNOSTI	15
3 EPILEPSIE	18
3.1 DEFINOVÁNÍ POJMU	18
3.2 CHARAKTERISTIKA EPILEPSIE	19
3.3 EPIDEMIOLOGIE EPILEPSIE	19
3.4 ETIOLOGIE EPILEPSIE	20
3.5 KLASIFIKACE EPILEPSIÍ ILAE 2017	21
3.6 DIAGNOSTIKA EPILEPSIE	21
3.6.1 Druhy neurologických vyšetření	22
4 EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT	24
4.1 KLASIFIKACE EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ	25
4.2 DRUHY EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ	25
4.3 FOKÁLNÍ (LOŽISKOVÉ, PARCIÁLNÍ, ČÁSTEČNÉ) EPILEPTICKÉ ZÁCHVATY	26
4.3.1 Generalizované epileptické záchvaty	26
4.3.2 Status epilepticus	27
4.4 TERAPIE	28
4.5 SPOUŠTĚČE „PROVOKAČNÍ FAKTORY“ EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ	29
4.6 PRVNÍ POMOC PŘI EPILEPTICKÉM ZÁCHVATU	30
5 SOCIÁLNÍ DOPADY EPILEPSIE A ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA..	32
5.1 OMEZENÍ SPOJENÁ S EPILEPSIÍ	33
5.2 EPILEPSIE A PRACOVNÍ ŽIVOT	34
5.3 PARTNERSKÉ VZTAHY A RODIČOVSTVÍ	35
5.3.1 Rodičovství	37
5.4 STIGMA A MÝTY SPOJENÉ S EPILEPSIÍ	37
5.4.1 Desatero epilepsie podle Společnosti „E“ (2010)	38
5.5 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA PRO OSOBY S EPILEPSIÍ	40
6 VYBRANÉ POMÁHAJÍCÍ PROFESE	42

6.1	POLICISTÉ ČR.....	42
6.2	SOCIÁLNÍ PRACOVNÍCI.....	43
7	EMPIRICKÁ ČÁST.....	44
7.1	CÍL VÝZKUMU.....	44
7.2	VÝZKUMNÝ VZOREK	45
7.3	METODOLOGIE	45
7.4	ANALÝZA DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	46
7.5	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	48
7.6	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	84
	ZÁVĚR	90
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:	92
	SEZNAM GRAFŮ A TABULEK:	97
	SEZNAM OBRÁZKŮ:	99
	PŘÍLOHA 1	I
	PŘÍLOHA 2	IV
	PŘÍLOHA 3	XI

ÚVOD

V naší historii se již od pradávna setkáváme s lidmi s různými druhy postižení i onemocnění. Ta mohou být charakterově velmi různorodá, s odlišnými projevy i průběhem. Míra sociálních dopadů se může individuálně velmi lišit, stejně jako postoj společnosti. Každé z nich může být veřejností přijímáno odlišným způsobem. Průzkumy dokazují, že čím více informací a čím větší zkušenost s nemocí člověk má, tím tolerantnější postoj zaujímá.

K tvorbě své diplomové práce jsem si vybrala neurologické onemocnění zvané epilepsie. Toto onemocnění se již dlouhá léta pojí s předsudky, mýty a nízkou mírou informovanosti. Lidé s epilepsií byli v minulosti spojováni se zlými duchy, démony a božstvy. Postoj společnosti se v průběhu let výrazně změnil. I přes to, že je dnes dostupnost informací na velmi vysoké úrovni, zažitá mýty se dodnes předávají z generace na generaci.

Epilepsii lze definovat jako „*chronické postižení mozkové tkáně, projevující se opakovanými záchvaty různého charakteru.*“ (Vágnerová, 2008, str. 134) Hovoříme o druhém nejčastějším onemocnění mozku. Ve světové populaci se vyskytuje na 50 miliónů osob s epilepsií, v rámci evropského kontinentu můžeme hovořit až o 6 miliónech lidí. V České republice se s touto diagnózou potýká na 100 000 obyvatel. Prevalence onemocnění je poměrně vysoká. Tento fakt zvyšuje pravděpodobnost přímého střetu s epileptickým záchvatem nejen veřejnosti, ale zvláště pak pomáhajícím profesím. Ty mohou představovat pro osoby s epilepsií i jejich rodiny záchrannou síť i odrazový můstek. Jejich informovanost a postoje k epilepsii mohou být klíčové v boji s mýty a předsudky okolí.

Z rozsáhlé škály pomáhajících profesí jsme si zvolili příslušníky/ce bezpečnostního sboru Policie ČR a sociální pracovníky/ce. Cílem práce bylo odhalit, jaké postoje zaujímají vybrané pomáhající profese k epilepsii. Dílčí cíl práce byl pak zaměřen na odhalení přetrvávajících mýtů napříč vybranými pomáhajícími profesemi. V neposlední řadě nás zajímala informovanost. To vše bylo předmětem zkoumání této diplomové práce, která nese název: „*Postoje vybraných pomáhajících profesí k epilepsii.*“ K výběru daného tématu nás vedly osobní zkušenosti i dlouhodobý zájem o problematiku epilepsie.

Diplomová práce je koncipována na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je rozdělena do šesti hlavních kapitol. První kapitola vymezuje problematiku postojů, jejich funkce a teorie. Neopomíjí ani předsudky a stereotypy. Obsahem druhé kapitoly je historie epilepsie ve vztahu k postojům společnosti. Na tuto kapitolu navazuje část medicínská. Věnuje se nejen definování pojmu a charakteristice epilepsie, ale zároveň popisuje epidemiologii, etiologii i diagnostiku epilepsie. Další část charakterizuje epileptické záchvaty, seznamuje s provokačními faktory, terapií i první pomocí. Pátá kapitola přibližuje vybrané sociální dopady epilepsie i roli sociálních pracovníků v oblasti práce s lidmi s epilepsií. Zahrnuje také problematiku stigmatizace a mýtů spojených s epilepsií. Teoretickou část uzavírají vybrané pomáhající profese, které jsou předmětem výzkumu. Empirická část popisuje vyhodnocení kvantitativního výzkumu. Přibližuje metodologii výzkumného šetření. Popisuje cíl výzkumu i samotný výzkumný vzorek. V závěru shrnuje výsledky.

1 Postoje

1.1 Charakteristika postoje

Postoje i předsudky jsou důležitou součástí života ve společnosti. Usnadňují orientaci a jsou prostředkem, jak se vypořádat s mnohdy složitou situací. Dodávají pocit jistoty a vnitřní vyrovnanosti. Chrání člověka před nejistotou i ztrátou sebeúcty.

Nabízejí jasnější a jednodušší řešení. Příkladem může být unáhlená generalizace „všichni jsou stejní“ nebo kategorizace získaných informací. Postoje mohou sloužit jako prostředek k regulaci chování i k sociální integraci. Vytvářejí se s novými životními zkušenostmi a vlivem blízkého okolí. Mohou být trvalé i proměnlivé. Člověk se většinou chová v souladu se svými postoji a názory. Podle Vágnerové a kol. (1999): *„je trvalejší a obecně převažující postoj jednotlivců pro ostatní čitelnější a činí jejich chování v očích okolí srozumitelnějším a předvídatelnějším.“* (Vágnerová a kol. 1999, s. 14)

1.2 Vymezení pojmu

Postoje můžeme definovat jako přetrvávající získané dispozice, popřípadě tendence reagovat ustáleným způsobem. V odborné literatuře lze nalézt definici z roku 1975 od M. Fishbeina a I. Ajzena, v níž autoři popisují postoje jako naučené predispozice k celkově příznivé či nepříznivé reakci na daný objekt, osobu či událost. (Hayesová, 2007, s. 95)

Naproti tomu Kreche (1968) definuje postoje jako: *„stabilní systém pozitivního nebo negativního hodnocení, emočních pocitů a zároveň technik jednání, týkajících se sociálních cílů.“* Lidé často přizpůsobují postoje potřebám okolí. Předmětem postoje může být cokoliv. (Vágnerová, 2004, s. 189) Člověk dispozičně odpovídá na jakýkoliv podnět s předvídatelnou pozitivní či negativní reakcí. Jde o ustálené dispozice, které mohou velmi ovlivňovat nejen kritické hodnocení, ale i střízlivý pohled člověka. A co víc, mohou mít negativní dopad na jakoukoliv činnost i průběh událostí.

1.3 *Vznik a teorie postojů*

Základní postoje jsou člověku vtisknuty již od narození. Ostatní postoje si člověk získává a upevňuje v průběhu celého života, například osobní zkušeností, napodobováním i sociálním učením. O vzniku postojů existuje mnoho různých vědeckých teorií. Nejvýznamnější teorie shrnula autorka Hayesová (2007) ve své knize „*Základy sociální psychologie*“. V té se odborníci nejčastěji shodují na čtyřech základních složkách, které významně ovlivňují vznik postojů ve společnosti. Hovoří nejen o sociální identifikaci, napodobování a neznámosti. Zmiňují i sebepercepci.

Autoři přicházejí s rozličnými teoriemi. Eysenck a Wilson (1975) ve své publikaci přímo uvádí, že postoje jsou záležitostí čistě vrozeného charakteru. Východiskem pro ně je přesvědčení, že společné osobnostní rysy lidí vytvářejí jejich postoje a předávají se z generace na generaci. Bandura a McDonald (1953) vytvořili vědeckou studii, na jejímž základě interpretovali své výsledky. Byli přesvědčeni, že postoje si lze osvojit pouze napodobováním chování druhých lidí.

Postoje a názory jsou ve společnosti přejímány od pradávna. Dominantní roli zde hrají silné osobnosti považované za authority. Z řad rodiny, vrstevníků, přátel, komunity aj. Jedinec se snadněji ztotožňuje s postoji sociální skupiny nebo komunity, ke které sám patří. (Vágnerová, 2004) A právě faktory, jako skupinová soudržnost, sounáležitost a sociální identita, ovlivňují podle Fajfela (1978) postoje lidí a zároveň vytváří mezi sociálními skupinami prostor pro předsudečné chování. Ke změně postojů jedince může dojít podle Hájkové a Strnadové (2010) cestou vzdělávání i sociálních kontaktů.

Postoje směřují určitým směrem, mají různou intenzitu i vliv na konání. (Kohoutek, 1998, s. 132)

Dle Hayesové (2007) jsou v nich zastoupeny tyto tři neopomenutelné složky:

1. Kognitivní dimenze (racionální složka) - názory a myšlenky osoby, které umíme rozumově zdůvodnit, vztahují se k předmětu postoje.
2. Emocionální dimenze (citová složka) - emoce a emocionální reakce úzce spjaté s předmětem postoje.
3. Konativní nebo behaviorální dimenze (iracionální složka) - sklony k určitému chování či jednání, které osoba má ve vztahu k předmětu postoje, nevědomé a rozumově nepodložené.

Vzájemné vztahy výše zmíněných dimenzí můžeme nazvat „*vnitřní konzistencí postoje*“. Jde o velmi významné vztahy, neboť konativní složka ovlivňuje postoj člověka navenek a kognitivní a emocionální dimenze určuje obsah jeho chování. Ne vždy jsou tyto tři dimenze stejně intenzivně zastoupeny. Rozhoduje například temperament, inteligence jedince i konkrétní situace. Nutno říci, že čím větší soulad mezi kognitivní a emocionální dimenzí, tím se postoj stává stabilnějším a odolnějším vůči vlivu okolí. (Nakonečný, 2003, s. 308 - 312)

1.4 Funkce postojů

Postoj je dle psychologického hlediska definován jako „*sklon reagovat ustáleným způsobem na předměty, osoby, situace a na sebe sama*“. Postoje jsou součástí osobnosti, souvisí se sklony i zájmy osobnosti. Předurčují poznání, chápání, myšlení a cítění, vědomosti a dovednosti. Postoje se získávají v průběhu života, především vzděláváním a širšími sociálními vlivy, jako je veřejné mínění, sociální kontakty a jiné... (Hartl, Hartlová, 2004, s. 442)

Podle Smitha a kol. 1964 in Hayesová, 2007 mají postoje tři základní funkce, které lidé využívají:

- k hodnocení objektů (postoje usměrňují reakce v různých situacích, lidé pak nemusí hledat opětovně vhodný způsob reagování);
- k sociálnímu přizpůsobení (postoje posilují a ulehčují sociální vazby, vztahy, sociální soudržnost i sociální identifikaci);
- k externalizaci (spojují nevědomé motivy i vnitřních stavy s okolním světem, na tomto základě dochází k vytvoření postoje k vnějšímu objektu).

1.5 Předsudky, stereotypy, mýty

Slovo předsudek lat. „*praeiudicium*“ představuje v oblasti postojové problematiky speciální kategorii, jež se pyšní velmi rozsáhlými sociálními důsledky i vyšší mírou stereotypnosti. Předsudečný postoj je charakteristický nízkou mírou poznání. Vytváří se na základě nedostatečných znalostí, kde může zcela absentovat osobní zkušenost.

Základním znakem předsudků je silný emocionální náboj a slabší kognitivní složka. Lidé v tomto směru zaujímají rigidní postoje, které jsou

mnohdy racionálními argumenty nezpochybnitelné, těžce vyvratitelné. Obvykle jsou spojovány s různými druhy odlišností (menšiny, zdravotně postižení, senioři atd.).

Předsudky mohou mít pozitivní i negativní charakter. Avšak změnit předsudečný postoj u jedince je velmi složité. Dle Hayesové (2007) může k redukci předsudků významně přispět pět základních faktorů. Potvrzuje to i u jedinců s velmi silnými postojovými předsudky.

Mezi těchto pět faktorů patří:

- *„rovnoprávné postavení zúčastněných,*
- *existence příležitostí k osobnímu kontaktu,*
- *kontakt s nestereotypními jedinci,*
- *podporování kontaktu mezi skupinami ve společnosti,*
- *existence příležitostí ke spolupráci.“*

Stereotypy

Pojem stereotypy byl roku 1988 uveden do literatury Lippmannem v díle „*Public Opinion*“. (Novák, 2002, s. 10)

„Stereotyp znamená tendenci k fixaci určitého názoru. Lze jej pojímat jako kognitivní součást postoje, která vyplývá z potřeby kategorizace a snadnějšího pochopení reality, v tomto případě vesměs nějak nesrozumitelné nebo příliš komplikované. Stereotypy obecnějšího rázu, mezi něž stereotyp postoje k nemocným a postiženým patří, vznikají vesměs bez jakékoli vlastní zkušenosti, sociálním učením, převzetím názorů společnosti, ve které jedinec žije. Stereotyp je charakteristický rigiditou, iracionalitou a obtížnou ovlivnitelností novou zkušeností.“ (Vágnerová, 1992, s. 11)

Dělíme je na autostereotypy a heterostereotypy. Autostereotypy odhalují představy určitých skupin o sobě samých. Heterostereotypy představují stereotypní uvažování členů jedné skupiny o druhé. Stereotypy v obecnější rovině mají kategoriální povahu. Přisuzují iracionálně charakteristické vlastnosti na základě vnějšího znaku např. příslušnosti k určité skupině či skupinovému členství. (Lašek, 2006) Stereotypy se vyznačují vysokou mírou zobecnitelnosti, zjednodušením a interkulturní odlišností. Obsahem může být i zrnko pravdy. Důležité je zmínit, že stereotyp potvrzuje sám sebe. Lidé zmanipulování

předsudky přijímají informace, které předsudečné přesvědčení potvrzují. Stereotypy mohou významně napomáhat ke vzniku předsudků. Ve společnosti pak může dojít k vyšší toleranci a ospravedlňování diskriminačního chování, které je namířeno proti skupinám, které se se stereotypy potýkají. (Allport, 2004, s. 49 - 59)

Mýty (mýtus) – slovo řeckého původu

Podle Nováka (2002) jde o soustavu názorů a přesvědčení, vztahující se k bájným příběhům, pohádkám a tradovaným legendám. Hovoříme o tvrzeních, o nichž víme, že se nezakládají na pravdě, ale my je i přesto využíváme, jako by byly pravdivé. (Novák, 2002, s. 15 - 16)

2 Historie epilepsie ve vztahu k postojům společnosti

Epilepsie figuruje v naší historii již od pradávna. Lidově označovaná jako nemoc rajska, božska, prokleta. Dříve spojována s démony, zlými duchy i božstvy. Nemoc odpuzující, zavrženíhodná, vyvolávající strach. Za doby své existence prošla velkým vývojem. Ať už na poli medicínském, sociálním či sociologickém.

Epilepsií se zabývali odborníci ve starověkých kulturách Babyloňanů, Indiánů, Indů i Řeků.

Okolo roku 6000 před naším letopočtem se o epilepsii zmiňují v Ajuverdské literatuře tzv. Ajuverdském lékařském systému od Charaka Samhity z Indie. Ten epilepsii popisuje jako APASMARU (tzv. ztrátu vědomí). Zdůrazňuje nadpřirozené vlastnosti nemoci v důsledku spáchání hříchu.

Starí Babyloňané se o symptomy a příčiny epilepsie zajímali již před 3000 lety. Rozlišovali záchvaty denní i noční a všímali si typických rysů, které se při epileptických záchvatech opakují (např. devíce hlavy). Odpovědnost za epileptický záchvat přisuzovali zlým duchům, které považovali za příčinu. Byli přesvědčeni, že zlí duchové útočí na člověka a výsledkem jsou epileptické záchvaty různého charakteru. Léčili pomocí medikamentů, amuletů, mazání či exorcismu. (Vojtěch, 2005)

Úplně první písemná zmínka o epilepsii je spojována s rokem 1900 před naším letopočtem. Nalezneme ji v babylonském Chamurapiho zákoníku. Zde je zavedena povinnost: „pokud se po zakoupení otroka do měsíce prokáže, že trpí nemocí zvanou „bennu“, pravděpodobně epilepsií, koupě je neplatná.“ Již tato legislativní úprava naturalisticky zobrazuje postoje společnosti k nemocným s epilepsií.

Dalším důležitým mezníkem v historii epilepsie je rok 500 před naším letopočtem, kdy Hippokrates vydává dnes již nejstarší lékařský spis o epilepsii, pojmenovaný „*De morbo sacro*“ („*O prokleté nemoci*“). Dílo bylo na svoji dobu velmi převratné. Hippokrates silně popírá spojitost nemoci se zlými duchy. Nahlíží na nemoc racionálně a vědecky. Neztotožňuje se s lidovým označením epilepsie jako s prokletou nemocí. A jako první zavádí do lékařské terminologie

slovo epilepsie, kterým nahrazuje lidové označení „*prokletá nemoc*“. (Servít, 1985, str. 65 - 71)

V období feudalismu společnost silně ovlivnila náboženská ideologie. Církev přichází k moci a křesťanství se mění v oficiální náboženství. Bible začíná být novou směrnicí. Dominoval Nový zákon, který mimo náboženství upravoval i otázky týkající se vědy. Celé toto idealistické dogma bylo nezpochybnitelné, utvářelo zjednodušený pohled na společnost, sociální problémy, mravní stránku, právo i otázky přírodovědné.

Epilepsii si křesťané vysvětlovali podle skutku Ježíše Krista, uvedeného v Evangelii sv. Marka podle původního vydání kralického, kap. 9, verš 17-29: „*A odpovídaje jeden ze zástupu řekl: Mistře, přivedl jsem syna svého k tobě, kterýž má ducha němého. Ten kdyžkoli jej pochopí, lomcuje jím a on sliní, skřípe zuby a svadne. I když řekl jsem učedníkům tvým, aby jej vyvrhli, a nemohli. I přivedl ho k němu. A jakž jej uzřel, ihned jím duch lomcoval; a padl na zemi, válel se a slinil. I otázal se otce jeho: Dávno-li se jemu to stalo? A on řekl: Hned od dětinství. A často jím metal na oheň a do vody, aby jej zahubil. Ale můžeš-li co, pomoz nám, slituj se nad námi. Uzřev pak Ježíš, že se zástup sbíhá, přimluvil duchu tomu nečistému, řka jemu: Hluchý a němý duše, já tobě přikazuji, vyjdi z něho a nevcházej více do něho! Tehdy křiče a velmi s jím lomcuje, vyšel z něho. I učiněn jest člověk ten jako mrtvý, takže mnozí pravili, že umřel. Ale Ježíš ujav jej za ruku pozdvihl ho. A on vstal. A když všel do domu, učedníci jeho otázali se ho v soukromí: Pročez jsme my ho nemohli vyvrci? I řekl jim: Toto pokolení nijakž nemůže vyhnáno býti, jedině modlitbou a postem.*“

V uvedeném textu lze naléznout objektivní znaky epileptického záchvatu. I přesto postoj společnosti ovlivňuje zjednodušené vysvětlení nemoci. Epilepsie není považovaná za nemoc, nedá se léčit. Člověk je posedlý d'áblem. Lékaři i jiní odborníci, kteří nesouhlasili s daným výkladem, končili často na hranici. Stejně jako každý, kdo chtěl tvrzení zpochybnit. Spojení epilepsie s d'áblem přežívá až do 18. století. (Servít, 1985, str. 65 - 71)

Až začátkem 19. století křesťanské dogma překonává věda a empirický výzkum. Celá společnost, věda i medicína od dob prehistorických velmi pokročila. Vyvinuly se nové způsoby léčby, rozvinula se farmakoterapie. Lidé již neviní demony a zlé duchy za epilepsii. I přesto ve společnosti přetrvává strach. (Servít, 1985, str. 65 - 71)

Postoj společnosti k epilepsii je dodnes spíše iracionální, ovlivněný předsudky a stereotypy, spojený se stigmatizací a diskriminací. Tyto negativní faktory výrazně komplikují životy nemocných. Ovlivňují jejich kvalitu i sociální a psychologické aspekty života.

Společnost by do budoucna měla směřovat k integraci a ke zvýšení kvality života nemocných. Stejně tak zavádět nové diagnostické, terapeutické a léčebné postupy do oblasti péče.

3 Epilepsie

„Napříště tedy nezapomínej se řídit při všem, co Tě navádí k zármutku, touto zásadou: Tohle není neštěstí, ba naopak, je štěstí, že to snáším statečně.“

Marcus Aurelius

3.1 Definování pojmu

Epilepsie je jedno z nejdéle známých neurologických onemocnění. Podle Ethera (2009) ho lze krátce definovat jako: „*nemoc charakterizovanou opakovanými epileptickými záchvaty.*“

Vágnerová (2004) definuje onemocnění s využitím širšího kontextu jako „*chronické postižení mozkové tkáně, projevující se opakovanými záchvaty různého charakteru*“, které úzce spojuje se změnou chování, uvažování, motorickými projevy a velmi často s poruchou vědomí. (Vágnerová, 2008, str. 134)

Epilepsii lze charakterizovat jako predispozici k epileptickým záchvatům za doprovodu neurobiologických, kognitivních, psychologických i sociálních důsledků. Nejedná se o jedinou chorobu. Nemoc představuje skupina poruch a syndromů, kterou spojují spontánní epileptické záchvaty. Právě ty jsou základním projevem nemoci. (Procházka, 2010, s. 149 - 151)

Obecně lze říci, že jde o neurologické onemocnění, které se projevuje záchvatovitými stavy při jinak normálním stavu mezi záchvaty.

Procházka (2010) definuje epileptický záchvat jako, „*přechodně se objevující příznaky, které jsou důsledkem nadměrné či abnormně synchronní aktivity neuronů v mozku.*“ Základním rysem je spontánnost. Člověka náhle zachvátí a zanedlouho končí. Délka trvání je poměrně krátká (několik vteřin až pár minut). (Procházka, 2010, s. 149 - 151)

Epileptický záchvat prodělá každý dvacátý až padesátý člověk. Epilepsii proto řadíme k nejčastějším neurologickým onemocněním.

3.2 Charakteristika epilepsie

Epilepsie představuje skupinu chronických neurologických onemocnění. Vyznačuje se opakovanými nevyprovokovanými záchvaty s abnormálními výboji mozkových neuronů. V současné době rozlišujeme více než 40 druhů epileptických syndromů.

Zároveň jde o jedno z nejčastějších chronických neurologických onemocnění. Postihuje člověka v jakémkoliv věku. Jde o nemoc s různou etiologií i klinickým obrazem. Úzce spojenou s psychickými poruchami např. úzkost, deprese, kognitivní deficit, suicidální sklony, psychotické příznaky i kombinace záchvatů epileptických s disociativními. (Procházka, 2010, s. 149) Často je veřejností zaměňována s duševním onemocněním. Ve společnosti panuje i mnoho dalších předsudků, přežitků a mýtů. Nemoc je odborníky spojována se silným stigma i sociální izolací.

3.3 Epidemiologie epilepsie

Epilepsie se v průběhu života objeví u 3 % populace. Tři čtvrtiny nemocných epilepsií prodělají první epileptický záchvat do 20 let věku. Mezi dětmi do 15 let epileptický záchvat postihne až pět dětí ze sta. Diagnózu epilepsie si ročně vyslechne 5000 lidí. Nejčastěji děti dospívající nebo osoby nad 65 let.

Prevalence onemocnění je vysoká. Pohybuje se v rozmezí 0,5-1 % populace. Na Českou republiku připadá cca 100 000 nemocných. Mortalita je 2-3 krát vyšší vzhledem k přidruženým onemocněním. Rozdíly v incidenci mezi muži a ženami jsou zanedbatelné. (Donáth a kol. 2000, str. 7 - 9)

Nejvyšší stupeň incidence (110/100 000) je pozorován u dětí mladších jednoho roku, zde křivka dosahuje svého maxima. Klesající tendence se objevuje v raném dětství (35/100 000). Naopak v adolescenci dochází ke stabilizaci. Ve stáří (osoby nad 65 let) křivka opět výrazně narůstá. (Panayiotopoulos, 2007) Jedním z důvodů je vysoký výskyt cévních mozkových onemocnění.

Okolo 1 - 4 % populace za život prodělá epileptický záchvat. Ojedinelý epileptický záchvat však nemusí znamenat počátek rozvíjejícího se onemocnění. Může se jednat pouze o obrannou reakci organismu, např. v důsledku nadměrného

požití alkoholu, silné fyzické zátěže, stresu nebo spánkové deprivace. (Procházka, 2010, s. 149 - 150)

3.4 Etiologie epilepsie

Onemocnění epilepsie nemá jednotnou příčinu. Vzniká z různých důvodů a za často odlišných okolností. Důvodem jsou různorodé faktory, které vznik nemoci ovlivňují. Nejčastější příčinou epilepsie u dětí je prenatální postižení s ložiskovým neurologickým nálezem. U dospělých dominuje cévní mozková příhoda.

Z etiologického pohledu se za velice významné považují faktory genetické. Dalším významným determinantem jsou faktory získané. Ty lze zařadit do širokého etiologického spektra endogenních a exogenních nox, ovlivňujících jak prenatální, tak i postnatální období. Mezi získané faktory lze zařadit: úrazy, infekce, tumory, mozková poranění, metabolické, autoimunitní či farmakologické noxy. (Hovorka, 2004, s. 123 - 130) Nebezpečná může být i zvýšená konzumace alkoholu a drog.

Dělení příčin epilepsie publikované Společností „E“:

Strukturální - může se jednat o anatomickou odchylku, kterou lze zachytit prostřednictvím dostupných zobrazovacích metod, nebo o získanou etiologii následkem cévní mozkové příhody, úrazu. Další možností je vývojová malformace kůry mozkové.

Genetické - více než polovina pacientů s epilepsií je nositelem genetické dispozice. V těchto případech dochází k mutaci genů. Genetická etiologie nevyklučuje podíl faktorů zevního prostředí (např. spánkové deprivace).

Infekční - celosvětově nejčastější etiologie. Onemocnění může vzniknout v reakci na prodělaný zánět mozku (meningitida nebo encefalitida). Ve světě jsou nejčastějšími infekčními příčinami (tuberkulóza, HIV, mozková malárie, mozková toxoplazmóza, aj.).

Autoimunitní - riziko následného rozvoje epilepsie může způsobit těžké onemocnění CNS např. Rasmussenova encefalitida.

Metabolické - objevují se nejčastěji v dětském věku. Jde o velmi vzácná onemocnění.

Neznámého původu - přesnou etiologii se podaří odhalit jen u třetiny nově diagnostikovaných epilepsií. (Stehlíková, 2017, s. 16 - 18)

3.5 Klasifikace epilepsií ILAE 2017

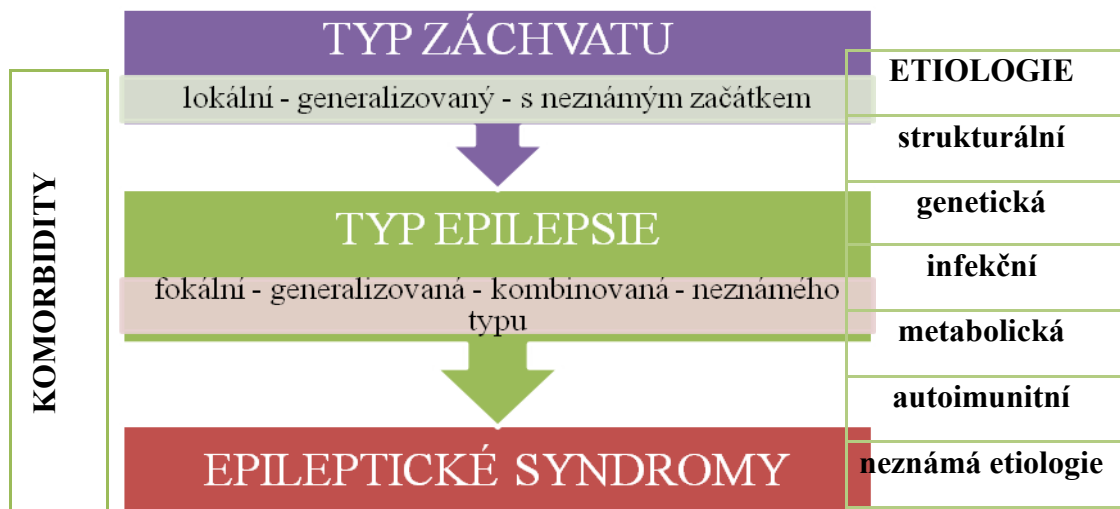


Schéma 1 *Klasifikace epilepsií ILAE 2017*

Mezinárodní klasifikace schematicky znázorňuje a zároveň charakterizuje každé onemocnění epilepsie - typem záchvatu, typem epilepsie, etiologií (může být i více současně) a komorbiditami (další projevy nemoci mimo záchvatů). V závěru uvádí epileptické syndromy, které se týkají pouze některých pacientů.¹

3.6 Diagnostika epilepsie

Diagnózu epilepsie si denně vyslechne kolem 14 osob. Správná diagnostika epilepsie významně ovlivňuje úspěšnost terapie. Jde o velmi důležitý moment v životě pacienta i celé rodiny.

Diagnostika se zaměřuje nejen na vlastní epileptický záchvat, ale zkoumá i příčiny. Často je velmi problematické odlišit, zda jde o záchvaty epileptické či neepileptické. K tomuto kroku je zapotřebí kvalitní anamnézy. Zde jsou

¹ (Klasifikace epilepsií ILAE 2017. Česká verze dle Schaffer et al., *Epilepsia* 2017. (Vypracoval Výbor České ligy proti epilepsii, odborné společnosti ČLS JEP., dostupné z: <<http://www.solen.sk/pdf/a443024fb5164443f4686803b5aa23bb.pdf>>).

podrobně zaznamenávána data z osobní, rodinné, sociální a farmakologické oblasti. Mapují se i okolnosti vztahující se k prodělanému záchvatu, tzn. průběh záchvatu, délka trvání, aura, způsob návratu vědomí, pomočení atd.

V případě epileptického záchvatu s poruchou vědomí je využívána anamnéza objektivní tzn. podrobný popis prodělaného záchvatu od přihlížejících svědků (rodina, přátelé, spolupracovníci, kolemjdoucí). Důležitou součástí je i laboratorní vyšetření.

Pokud pacient prodělal první záchvat v životě, je zapotřebí kompletní neurologické a neuropsychologické vyšetření. (Ambler, 2006, s. 193 - 194)

3.6.1 Druhy neurologických vyšetření

EEG - elektroencefalografie

Jedno z nejdůležitějších vyšetření, které se významně podílí na diagnostice epilepsie. Zařízení snímající a zaznamenávající elektrickou aktivitu mozku. (Ambler, 2006, s. 193) Součástí EEG elektroencefalografického zařízení jsou povrchové elektrody, které se umísťují na povrch lebky. S cílem vyprovokovat epileptickou aktivitu a zaznamenat ji. Vyšetření může proběhnout v bdělém stavu pacienta, ve spánku či moderní formou video - EEG monitorováním. (Brázdil, 2004, s. 268)

CT počítačová tomografie a MRI magnetická rezonance

Zobrazovací metody CT (počítačová tomografie) a MRI (magnetická rezonance) hrají v diagnostice epilepsie neméně důležitou roli. Zobrazují mozkovou tkáň různě. A právě díky těmto metodám lze odhalit nejen strukturální změny mozkové tkáně, ale i příčiny epilepsie.

SPEC (jednotofotonová emisní tomografie), PET a speciální MRI techniky

Metody funkčně-zobrazovací. Zachycují funkční stav jednotlivých částí mozku. Doménou tohoto vyšetření je zachycení epileptického ložiska v mozku. Používají se u pacientů s epileptochirurgickou terapií. (Tomášek, 2005, s. 641 - 647)

Neuropsychologické vyšetření

V neposlední řadě jde o vyšetření psychologem, který pomocí testů zjišťuje, zda se u pacienta neobjevuje kognitivní nebo funkční oslabení např. v oblasti paměti, řeči či pozornosti. Dále s pomocí rozhovoru vytváří obraz o psychosociální problematice člověka. Důležitou součástí je zmapování např. osobnostních charakteristik, procesu adaptace na nemoc či subjektivního hodnocení kvality života, aj. (Preiss a kol., 2006, s. 368)

4 Epileptický záchvat

Podle Krijtové (2010) „vznikají epileptické záchvaty v důsledku synchronizovaných výbojů neuronů a projevují se přechodnou poruchou funkce mozku.“ (Krijtová a kol, 2010, s. 386) Vágnerová (2008) definuje epileptický záchvat jako: „náhlé, prudké zatížení nervové soustavy nemocného“, které lze spojovat se senzitivními, sensorickými, vegetativními i psychickými změnami. Zde může docházet nejen k prudkým změnám vědomí, ale i k různým motorickým projevům. (Waberžinek, 2006, s. 120 - 121)

Epileptické záchvaty se projevují různými typy. Probíhají ve dne i v noci. Jejich průběh bývá časově ohraničen (tzn. vteřiny až minuty). Nemocný si většinou záchvat nepamatuje. U velké skupiny nemocných se před záchvatem objevuje tzv. předzvěst neboli aura. Ta představuje soubor subjektivních pocitů vážící se k bezprostřední blízkosti záchvatu (např. bolesti těla, sluchové vjemy, mravenčení, halucinace, pocity strachu, aj.). Po prodělaném záchvatu se může u nemocného projevit zvýšená citlivost (agresivita, neklid, strach a zmatenost).

4.1 Klasifikace epileptických záchvatů

První mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů byla přijata Výborem mezinárodní ligy proti epilepsii v roce 1969. Do dnešního dne byla několikrát revidována lékaři z celého světa. Poslední revize proběhla v roce 2017 (viz schéma 2). Tato klasifikace je významnou součástí diagnostického procesu. S využitím příslušných kritérií lze stanovit, o jaký typ záchvatu se v daném případě jedná. (Ošlejšková, 2009, str. 30)

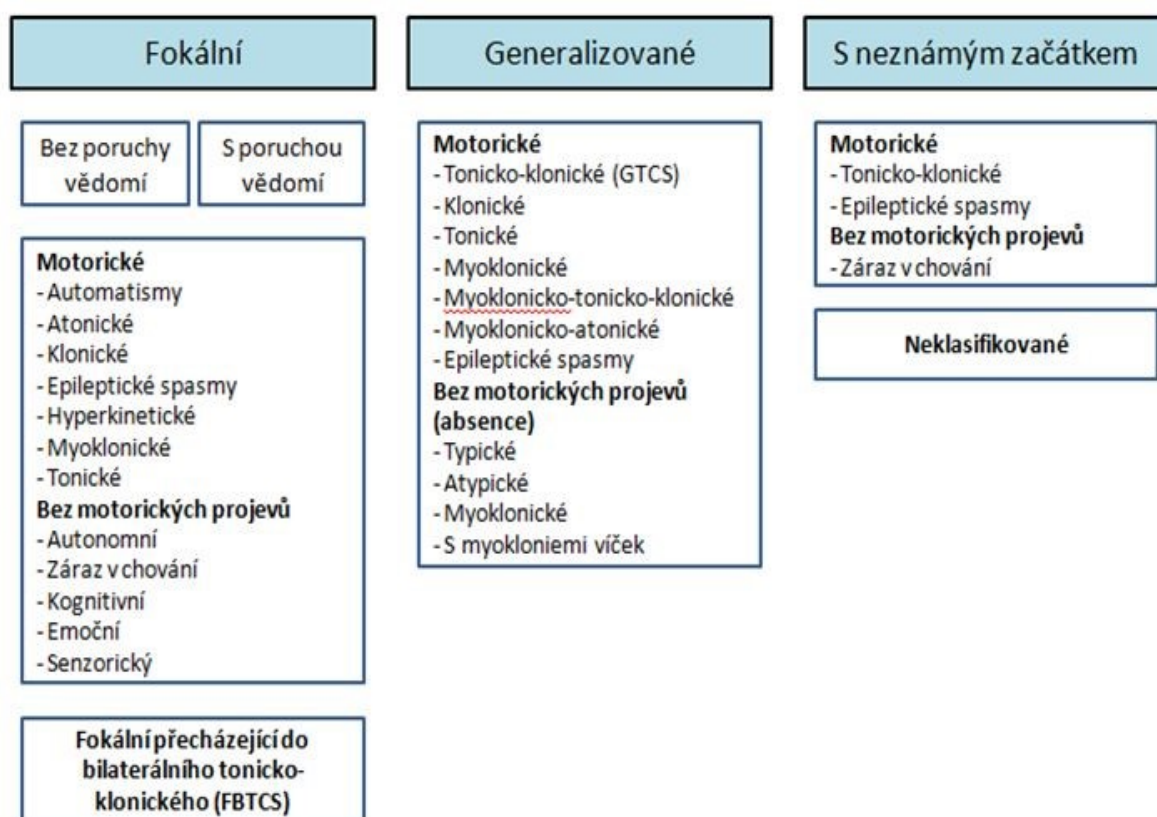


Schéma 2 Česká klasifikace epileptických záchvatů ILAE 2017. ²

4.2 Druhy epileptických záchvatů

Epileptické záchvaty v současnosti dělíme do dvou základních skupin. První skupinu představují epileptické záchvaty fokální. Druhou významnou

² Vypracoval Výbor České ligy proti epilepsii, odborné společnosti ČLS JEP. Dostupné z https://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:%C4%8Cesk%C3%A1_verze_nov%C3%A9_klasifikace_epileptick%C3%BDch_z%C3%A1chvat%C5%AF_ILAE_2017.jpg#filelinks.

skupinu tvoří záchvaty generalizované. Podrobnější dělení lze nalézt v České klasifikaci epileptických záchvatů ILAE 2017 (viz. schéma 2). Pro úplnost nutno zmínit i status epilepticus.

4.3 ***Fokální (ložiskové, parciální, částečné) epileptické záchvaty***

Tento druh epileptického záchvatu se nejčastěji objevuje v období dospělosti. Průběh záchvatu může být spojený s aurou i amnézií.

Samotný epileptický záchvat vzniká v malé části mozku *tzv. ložisku*, odkud se epileptická aktivita, *tzv. výboj*, šíří nejčastěji do míst spánkového laloku. Následně vzniká **fokální epileptický záchvat**. Ten může být doprovázen poruchou vědomí a přecházet v *tzv. komplexní záchvat*. V opačném případě hovoříme o **fokálním epileptickém záchvatu bez poruchy vědomí *tzv. jednoduchém (simplexním)***.

Nelze opomenout ani záchvaty **přecházející do bilaterálního tonicko-klonického**, které se vyznačují rozšiřováním epileptické aktivity do ostatních částí mozku. (Vágnerová, 2008, s. 135 - 136)

U člověka, který je zasažen fokálním epileptickým záchvatem, můžeme pozorovat tyto příznaky na úrovni motorické, senzitivní, autonomní i psychické změny, tzn.:

- křeče, záškuby v celém těle;
- změny dechu, změny srdeční aktivity, slinění, říhání;
- vykonává neúčelné pohyby (polyká, mlaská, pomrkává, olizuje se);
- objevují se vzpomínkové vjemy, emoční změny;
- manipuluje s okolními předměty, upravuje si oděv (obléká se, svléká se);
- bezcílně přechází po pokoji, pokračuje v činnosti, kterou započal před záchvatem;
- ustrne a přerušuje pohybovou aktivitu;
- mluví nesrozumitelně, nejasně a nesmyslně.

4.3.1 **Generalizované epileptické záchvaty**

Epileptická aktivita se v průběhu těchto záchvatů rozšiřuje do obou mozkových hemisfér. **Generalizované epileptické záchvaty** lze rozdělit na:

tonicko-klonické, tonické, klonické, myoklonické, atonické a absence (viz. schéma 2).

K účelům této diplomové práce blíže popíšeme jen generalizovaný záchvat tonicko-klonický (s motorickými projevy) a absenci (bez motorických projevů). Ostatní typy lze nalézt v knize: „*Základy speciální neurologie.*“ (Waberžinek, 2006, s. 125 - 131)

Nejrozšířenějším generalizovaným záchvatem mezi dospělými je **tonicko-klonický typ**, dříve označován jako záchvat „*grand mal*“. Jako předzvěst záchvatu se v tomto případě dostavuje aura.

Při takovémto záchvatu je od začátku ztraceno vědomí. Nemocný padá k zemi, ztrácí svalové napětí díky tonické křeči. Motorické projevy jsou oboustranné. Záchvat probíhá kontrakcemi končetin, trupu i hlavy. Nemocný tuhne, nedýchá a modrá. Dýchá chrčivě, překotně. Silně sliní a je uvězněn v symetrických záškubech. Výjimkou není ani doprovodný výkřik, pokousaný jazyk, inkontinence či pokálení. Obecně lze říci, že začátek každého generalizovaného záchvatu je velmi individuální, může se objevovat ve dne i v noci. Zároveň se může objevit i více typů najednou. (Vágnerová, 2008, str. 135 - 137) Po skončení záchvatu přichází silná únava, vyčerpanost, dezorientace, zmatenost i amnézie.

Mezi další zajímavé generalizované záchvaty patří absence. V odborné literatuře se lze stále setkat s dřívějším označením „*petit mal*“. Jde o záchvaty s nejvyšší četností mezi dětskou populací. Ale objevit je lze i mezi dospělými.

Tyto záchvaty jsou charakteristické krátkou ztrátou vědomí. Obvykle ne však po dobu delší než 10 - 20 vteřin. Pro okolí bývají hůře rozpoznatelné, neboť jsou jejich projevy okolím vnímány za velmi nenápadné. Objevují se i několikrát za den. Typické je krátké zahledění „výpadek“, záraz v činnosti, ztráta pozornosti nebo i strnulost v obličejí. Doprovodnými projevy jsou například záškuby svalů, stočení očních bulv nebo svírání dlaní v pěst, aj. (Ehler, 2009, str. 30)

4.3.2 Status epilepticus

Většina epileptických záchvatů představuje velkou fyzickou i psychickou zátěž. Významně ovlivňují kvalitu života a zároveň se liší mírou psychosociálních dopadů. Status epilepticus se vyznačuje specifickou charakteristikou. Jde o druh epileptického záchvatu, jehož délka přesahuje 30 minut a pro nemocného

představuje přímé ohrožení života. Záchvaty se opakují v krátkých intervalech bez nabytí plného vědomí. Tento stav vyžaduje okamžitou lékařskou pomoc. (Ehler, 2009, str. 30)

4.4 Terapie

Terapie epilepsie, jak ji známe dnes, je něčím úplně jiným než v minulosti. Až do roku 1869 neměla medicína žádný efektivní prostředek na pomoc lidem s epilepsií. Prognóza nemoci byla přímo děsivá. Přibývalo na četnosti i intenzitě záchvatů. Centrální nervový systém byl velmi zatížen. V důsledku toho se měnily nejen psychické funkce, ale postupem času docházelo až k úplnému úpadku osobnosti. (Vágnerová, 2008, s. 143)

Dnes je tomu naštěstí jinak, nemoc již nemá tak bouřlivý průběh. Pokud se nemocný rozhodne léčit, nevede ani k devastaci osobnosti. Medicína od dob minulých pokročila o kus dál. Léčba epilepsie se dnes zakládá na moderní farmakoterapii. Využívá antiepileptika neboli antikonvulziva. Tyto léky však pouze stimulují klinické příznaky epilepsie. Nemoc samotnou však neléčí.

Terapie epilepsie bývá dlouhodobějšího charakteru, v mnohých případech i léčbou celoživotní. (Zárubová, 2005, s. 654 - 662) Každá farmakoterapie je individuální, zohledňující nejen zdravotní stav, ale i psychosociální stav pacienta. Terapie je zahajována nízkými dávkami léků, které jsou navyšovány dle potřeb jednotlivce.

Velká část nemocných užívá jen jeden druh antiepileptik. Okolo 10 - 15 % nemocných využívá dvojkombinace i více antiepileptik najednou.

I přes nezpochybnitelné úspěchy farmakoterapie nelze opomenout i vedlejší účinky, které s sebou užívání farmak přináší. Moderní antiepileptika posledních let představují významný pokrok v oblasti léčby. Tyto léky jsou klinickými odborníky vnímány jako bezpečnější, s vyšším výskytem tolerance u jednotlivých pacientů a zároveň přináší menší negativní dopady na zdraví. (Kubová, 2006, s. 284 - 286)

Vývoj farmakologických prostředků v oblasti neurologie - epileptologie je v posledních letech na silném vzestupu. Za poslední dvě dekády se v klinické praxi objevilo více než deset nových preparátů. (Ošlejšková et al., 2009, s. 98)

Bohužel 25 - 30 % pacientů nelze farmakoterapií epilepsii kompenzovat. Hovoříme o farmakorezistentní epilepsii, u níž se přistupuje k alternativním způsobům řešení. (Brázdil, 2004, s. 268). Jednou z nich je epileptochirurgická léčba, která se vykonává ve specializovaných epileptologických centrech. Nejčastějším typem epileptochirurgického zákroku je tzv. resekční zákrok. Při něm se pacientovi odstraní kus mozkové tkáně, která zapříčiňuje epileptické záchvaty. (Vaculík, 2005, s. 686 - 691)

Za nejnovější alternativu v rámci farmakorezistentní epilepsie lze považovat stimulaci nervus vagus (bloudivého nervu). Léčba touto metodou je založena na vysílání slabých elektrických signálů do nervu, ten pak vede informace přímo do mozku. K této terapii je zapotřebí malý generátor. Ten se chirurgicky vloží do podkoží, nebo ho lze aplikovat do svalové kapsy v hrudní stěně. Generátor následně vysílá elektrické impulzy do levého vagového nervu v oblasti krku. (Kršek, 2005, s. 686)

Mezi další metody můžeme zařadit techniky alternativní medicíny. Ty jsou výborným doplňkem k dlouhodobé terapii. Za velmi prospěšné se považuje jóga, aromaterapie, relaxace nebo biofeedback. (Moráň, 2003, s. 75)

Cílem každé individuální terapie je nejen zmírnění či plná kompenzace epileptických záchvatů, ale i tolerance léků a snižování nežádoucích účinků. Doba mezi záchvaty je pro pacienta klíčová, neboť představuje prostor k uskutečňování svých snů, plánů i tužeb. Úspěšná terapie otevírá cestu ke kvalitnějšímu životu s epilepsií. Oproti tomu nevhodně zvolená terapie může mít pro člověka s epilepsií až fatální následky. Příkladem může být poškození kognitivních funkcí, mozkové funkce i kvality života. (Ošlejšková, Makovská, 2009, s. 15)

V souvislosti s tím bych ráda ve své práci zmínila nový projekt, který vznikl v tomto roce na půdě Fakultní nemocnice v Motole. Jde o specializované výzkumné centrum EPIREC, které je vytvořeno na podporu terapie epilepsie. V rámci něhož budou spolupracovat vědci a inženýři z různých oblastí za účelem zkvalitnění a zefektivnění léčby epilepsie.

4.5 Spouštěče „provokační faktory“ epileptických záchvatů

Základem úspěšné a dlouhodobé kompenzace je především respektování osobních hranic, dodržování zdravé životosprávy, eliminace stresu. Důležité je

ovšem zmínit i aktivní vnímání potřeb svého těla, což je bezpochyby cesta k porozumění vnějším i vnitřním příznakům nemoci.

Spouštěče „provokační faktory“ epileptických záchvatů mohou být různého charakteru, právě vzhledem k tomu, že jde o velmi individuální problematiku. Spouštěcí tzv. provokační faktory mohou působit různými způsoby. Objevit se může i několik najednou. U všech nemocných nejsou odhaleny, proto se doporučuje pečlivě sledovat okolnosti, které se záchvatem souvisely.

Mezi typické spouštěče tzv. provokační faktory řadíme nejčastěji: „*nepravidelné užívání léků, alkohol a omamné látky, horečku, blikající světla (např. stroboskopy, slunce svítící stromořadím, blikající zářivky), menstruaci, stres či dlouhodobé přetížení (psychické i fyzické) a v neposlední řadě i nedostatečný spánek.*“ Celkové narušení spánkového režimu může nepříznivě ovlivnit četnost výskytu epileptických záchvatů. Podle Stehlíkové (2016) může záchvat vyprovokovat i nadměrná míra nepřiměřených emocí, ať už pozitivních např. radost nebo i negativních, jako je např. strach nebo úzkost. (Stehlíková, 2016, s. 13)

4.6 První pomoc při epileptickém záchvatu

První pomoc lze definovat podle Kelnarové (2007) „*jako poskytování péče nebo pomoci před příjezdem záchranné zdravotnické služby.*“

Dobře zvládnutá první pomoc bývá často rozhodující!

Cílem první pomoci:

- zachránit život;
- zabránit zhoršení zdravotního stavu;
- urychlit proces uzdravení;
- zajistit bezpečnost poraněnému, sobě a ostatním přihlížejícím. (Kelnarová a kol, 2007, s. 11–12)

Nejdůležitější při poskytování první pomoci je umět rozeznat samotný epileptický záchvat, nezaměňovat jej s jinými stavy a zvolit správný postup. Zachovat si chladnou hlavu a zbavit se strachu. Mít na paměti, že ač může záchvat u některých typů vypadat jako život ohrožující stav, v důsledku epileptického záchvatu existuje jen nízké riziko úmrtí.

Společností od pradávna putuje řada mýtů a dezinformací o správných pravidlech poskytování první pomoci. Řada z nich již léta neplatí.

Současná pravidla první pomoci při velkém epileptickém záchvatu podle Stehlíkové (2017) jsou:

1. *„Zachovat klid a uklidnit přítomné.*
2. *Z okolí člověka prožívajícího záchvat odstraníme všechny předměty, o které by se mohl poranit. Jestliže to nepřipadá v úvahu (např. u předmětů příliš velkých, horkých či u otevřeného ohně), nemocného co nejšetrněji odsuneme z jejich přímého dosahu.*
3. *Podložíme postiženému hlavu něčím měkkým a uvolníme oděv u krku.*
4. *Člověku prožívajícímu záchvat rozhodně nerozevíráme ústa a nic do nich nevkládáme, nepáčíme čelist atd.*
5. *Nebráníme křečím a záškubům.*
6. *Pokud člověk postižený záchvatem silně sliní, otočíme hlavu na stranu, aby se slinami neudusil. Dojde-li ke zvracení, otočíme na stranu nejen hlavu, ale celé tělo.“*

5 Sociální dopady epilepsie a role sociálního pracovníka

Epilepsie je jedno z celoživotních chronických neurologických onemocnění se specifickým sociálním významem. Dominantní roli hrají právě sociální a psychosociální dopady nemoci. Ty zasahují do všech oblastí běžného života. Dodržování režimových opatření, charakter a projevy nemoci, vedlejší účinky léků atd. To všechno velmi ovlivňuje kvalitu života nemocných.

Neméně důležitou součástí jsou také postoje veřejnosti, které mohou velmi ovlivnit sociální postavení nemocného a zároveň jeho společenský vývoj i osobnost.

Dále je nutné zmínit i dlouhodobou stigmatizaci tohoto onemocnění. Zvláště tento fenomén velmi komplikuje životy nemocných. Přináší druhotné problémy na úrovni emoční, pracovní, sociální i v partnerských vztazích a rodičovství.

Epilepsie není na první pohled rozpoznatelná a nápadná. I tak záchvatové stavy připoutávají pozornost veřejnosti. Dodnes se můžeme setkat s mylnými a stereotypními výklady příčin nemoci, pramenící z hluboké neznalosti i extrémní interpretace podstaty choroby. Ty pak vyvolávají odmítavé reakce, odpor, hněv, které nemocní mohou vnímat jako projev sociální diskriminace. Jednotlivcům jsou přičítány na základě předsudečných úvah negativní vlastnosti. To pak ovlivňuje celý pohled společnosti na osoby s epilepsií i jejich očekávání.

Tato tvrzení potvrzují i výsledky australského výzkumu, který je uveden v knize Vágnerové (2004): „zde si 50 % dotázaných lidí myslelo, že epilepsie je jednou z příčin zvýšené kriminality, 91 % praktických lékařů bylo přesvědčeno, že tito nemocní trpí emočními poruchami, a jedna třetina lékařů se domnívala, že jsou méně výkonní a méně inteligentní, a tudíž nedůvěryhodní.“ (Vágnerová, 2004, s. 156)

Všechny tyto negativní důsledky nemoci mohou být pro nemocné traumatizujícím zážitkem. Zároveň mohou posilovat obavy z případného záchvatu na veřejnosti a umocňovat pocity bezmoci, úzkosti a vést k sociální izolaci.

V životech osob s epilepsií hraje výraznou roli sociální opora. Lze ji definovat podle Křivohlavého (2003) „*jako pomoc, která je poskytována druhými lidmi v zátěžové situaci.*“

Opора je důležitou součástí běžného života, měla by být poskytována takovým způsobem, aby zátěžovou situaci ulehčila. (Křivohlavý, 2003) Tato činnost je velmi významná, neboť přivádí do života nemocných nejen důvěru, partnerství, přátelství, pocit sounáležitosti, ale i pohodu. Zároveň aktivně zvyšuje kvalitu života nemocných.

5.1 Omezení spojená s epilepsií

Život s epilepsií není jednoduchý, vyžaduje pevný řád a různá režimová opatření. Přináší do života nemocných i jejich rodin značné změny. Ty doprovází negativní pocity, se kterými se nemocní obtížně vyrovnávají. Těmto pocitům by měl nemocný čelit, snažit se s nimi co nejlépe vyrovnat a nepropadat depresi či úzkosti. Žít v období mezi záchvaty co nejkvalitnějším životem je prioritou všech. Vyhybat se spouštěčům tzv. „provokačním faktorům“ (viz. kapitola 4.5.). Užívat pravidelně léky, abstinovat, dodržovat zdravou životosprávu a pravidelný spánkový režim je pro většinu lidí s epilepsií denní rutinou. Ve volném čase mohou lidé s epilepsií sportovat, a to bez větších omezení. Za rizikové se považuje horolezectví, potápění a kontaktní sporty (např. box).

Záchvaty přicházejí náhle a hrozí i vážná poranění, proto je na místě vyhybat se činností, kde by nemocní byli v přímém ohrožení života. (Vojtěch, 2012, str. 33) Mezi nejvýraznější omezení v životě člověka s epilepsií patří omezení v získání řidičského oprávnění. Tento fakt ovlivňuje jak profesní, tak osobní stránku života. Omezení v této rovině je pro mnohé velmi frustrující, neboť řízení motorového vozidla je dnes společenským standardem. Pro některé osoby s epilepsií je řidičský průkaz nedosažitelný, a to působí komplikace v pracovním uplatnění. I přes to, že u některých typů epilepsie je umožněno, po konzultaci s lékařem a po komplexním zhodnocení zdravotního stavu, (např. bezzáchvatové období delší než 1 rok či EEG vyšetření, aj.) řidičské oprávnění získat, představuje tento krok i tak určitou míru rizika. (Vojtěch, 2012, str. 35)

Hluběji se touto problematikou zabývá **„Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích, vyhláška č. 277/2004 Sb., o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel.“**

V pracovní oblasti se omezení promítá hlavně zákazem práce ve výškách, u zdrojů sálavého tepla a vysokého napětí, u otevřeného ohně, u otevřených strojů (nekrytých rotačních strojů, vrtaček, běžných pásů). Dále je zakázáno pracovat na vícesměnný provoz. Osoby s epilepsií jsou omezeny nejen v získání řidičského průkazu, ale i v získání zbrojního průkazu. Tuto problematiku řeší důkladněji **„Zákon č. 119/2002Sb., o střelných zbraních a střelivu, vyhláška č. 493/2002 Sb., o posuzování zdravotní způsobilosti k vydání nebo platnosti zbrojního průkazu a o obsahu lékárničky první pomoci provozovatele střelnice.“**

Dodržování různých omezení dává člověku naději na zlepšení, ale zároveň může být velmi zatěžujícím faktorem, zvláště v určitých obdobích života. K minimalizaci záchvatů může významně přispívat nejen dodržování režimových opatření, ale i psychická pohoda a emocionální stabilita a eliminace stresu. (Stehlíková, 2016, s. 13)

5.2 Epilepsie a pracovní život

Zaměstnání a pracovní život jsou významnou doménou lidského života. Vnáší do života denní režim i smysl pro povinnost. Pracovní život je plný sociálních kontaktů. Navazují se v něm dlouhodobé vztahy, které mohou dotvářet podpůrnou síť člověka. To pak zabraňuje nejen sociální izolaci, ale i ostatním negativním pocitům, které se pojí s dlouhodobou nezaměstnaností.

Zaměstnání můžeme vnímat nejen jako prostředek k získání peněžních prostředků, ale zároveň prostor k získání sociální identity, seberealizace i životní spokojenosti. Většina z nás si právě proto volí typ práce, která jej baví, uspokojuje nebo alespoň částečně naplňuje jeho potřeby.

Jak tomu je u osob s epilepsií? Mají stejné možnosti? Mohou se svobodně rozhodnout?

Po přečtení předchozích kapitol vám nejspíš bude jasné, že to není tak jednoduché.

Výběr vhodného zaměstnání je pro každého člověka s epilepsií individuální. Vše se odvíjí od druhu epilepsie (tzn. projevy, druh a četnost

záchvatů) a zároveň od typu zaměstnání. Vzájemný vztah obou faktorů výrazně ovlivňuje výběr a typ vhodného zaměstnání. Spontánní volba, která by umožňovala vrhnout se do jakéhokoliv zaměstnání, je proto pro osoby s epilepsií takřka nemožná. Osoby s epilepsií nejčastěji pracují na pozici administrativního pracovníka, vrátného, maséra, archiváře, zahradníka, košíkáře. Dále se pohybují v oblasti školství, v ekonomických, finančních i sociálních směrech aj. (Stehlíková, 2016, s. 23 - 25)

Epilepsie a zaměstnání „je jako boj s větrnými mlýny“. Zaměstnavatelé nejsou dostatečně informovaní. Stále převládají negativní postoje, stigmatizace i diskriminace. Značí to i skutečnost, že mezi osobami s epilepsií je mnohonásobně více nezaměstnaných než v běžné populaci. Pro mnohé zaměstnavatele je člověk s epilepsií nežádoucí a to i přesto, že může odvádět velmi kvalitní práci. Pro osoby s epilepsií je tento stav velmi frustrující. Není proto divu, že tyto lidé před pracovním pohovorem důkladně zvažují, zda potenciálního zaměstnavatele obeznámí se svým zdravotním stavem.

Dalším negativním faktorem je rostoucí důraz společnosti na výkon a produktivitu. To výrazně snižuje možnosti uplatnění člověka s epilepsií na trhu práce. V důsledku těchto skutečností se pak mohou začít kumulovat problémy nejen finanční, ale i psychické a zdravotní. (Matoušek, 2005, s. 95 - 102) Bohužel ani omezení v oblasti řízení motorových vozidel osobám s epilepsií nenahrává.

Více se problematikou uplatňování epilepsie na trhu práce zabývá nezisková organizace EpiStop,z.s., která dlouhodobě vyvíjí činnost na podporu osob s epilepsií a mimo to se aktivně zaměřuje na destigmatizaci daného onemocnění.

5.3 Partnerské vztahy a rodičovství

Partnerství s člověkem s jakýmkoliv typem chronického onemocnění či zdravotního postižení je pro mnoho lidí nepředstavitelné. Není proto překvapením, že právě vztahová problematika je pro tuto skupinu jedním z ústředních témat. Zvláště pak u lidí s epilepsií jde o velký a dlouhodobý problém. Dokazuje to i tvrzení Dolanského (2000), který uvádí: „že v současnosti je mezi páry, kde figuruje epilepsie, jednoznačně nižší míra sňatečnosti i porodnosti než v běžné populaci.“ (Dolanský, 2000, s. 136)

To však neznamená, že lidé s epilepsií nedokážou navázat krátkodobé, dlouhodobé i trvalé kvalitní vztahy. Právě naopak. Pokud partneři otevřeně komunikují a jsou si oba vědomi všech negativních důsledků nemoci, může partnerství velmi dobře fungovat. (Stehlíková, 2016, s. 13 - 16)

Bohužel v dnešní době je málo jedinců, kteří jsou ochotni dobrovolně vystoupit ze své komfortní zóny. Preferují individualismus s vysokým stupněm pohodlí, tím pádem i tradiční model rodiny ztrácí ve společnosti svoji důležitost. Partnerské vztahy mohou být díky epilepsii náročnější. Nejde jen o období záchvatů, ale i v období mezi záchvaty, kdy se mohou objevit nejen negativní účinky antiepileptické léčby - výkyvy nálad, deprese, ale i snížený zájem o sexuální život.

Partneři osob s epilepsií se často vyrovnávají mimo nemoci i se silným stigma, předsudky a mýty. Zároveň svůj život často přizpůsobují omezením partnera/ky. Každodenně žijí s určitou mírou strachu a obav o partnera/ku. To velmi ovlivňuje jak frekvence, tak typ epileptického záchvatu. Hovoříme o velmi zátěžové situaci, kde proces adaptace může probíhat s různou intenzitou i několik let. Partneři nemocných se s epilepsií vyrovnávají různě. Pro některé je nemoc nepřekonatelnou překážkou, pro druhé naopak.

Příkladem může být paní Andrea, jejíž výpověď je uvedena v publikaci Společnosti „E“ Žijeme s epilepsií (2016). Odpovídá zde na otázku, co pro ni znamená epilepsie?

„Epilepsie pro mne znamená občasné obavy a strach o manžela, který má někdy druh záchvatu, při kterém cestuje po městě a nevnímá okolí. Mně po operaci jen tuhne pravá tvář. Radost ze života však převažuje a mé motto zní: „Nejkrásnější život je ten, který žijeme pro druhé.“ (Andrea)

Partnerské vztahy hrají v životě každého člověka velmi důležitou roli. Fungující partnerský vztah založený na kvalitních hodnotách život nemocného výrazně ulehčuje. Na druhou stranu může být i komplikací. Zvláště pak hyperprotektivní přístup. Nadměrná péče, úzkostlivost i přílišné obavy o zdraví partnera, to vše může mít negativní dopad nejen na partnerství. V dlouhodobém měřítku jde o negativní dopad na rozvoj celé osobnosti. Nemocní prokazatelně ztrácí sebevědomí, sebedůvěru, vlastní schopnosti, autonomii i svobodu.

5.3.1 Rodičovství

Žena s epilepsií se nemusí notně vzdávat ani role matky. Pokud se partneri rozhodnou mít vlastní dítě, je důležité načerpat informace a nic neuspěchat. (Společnost E, 2016, s. 17)

Ještě před početím absolvuje žena genetické vyšetření. Spolu s ní i partner. Ženě je v průběhu plánování upravována medikace. Ta se nevysazuje ani v době těhotenství. Negativní účinky léků jsou podle všeho pro matku i dítě menší hrozbou než hrozící epileptické záchvaty. Těhotenství může výrazně ovlivnit celý průběh těhotenství, a to jak pozitivně, tak negativně. Existuje výzkum, který uvádí, že epilepsie se v 50 - 85 % u žen nemění, v 5 - 13 % se zlepšuje a v 10 - 37 % může docházet ke zhoršení. (Dolanský, 2000, s. 137)

5.4 *Stigma a mýty spojené s epilepsií*

Podle Vágnerové (2004) je epilepsie i dnes silně stigmatizované onemocnění, vyvolávající odmítavé reakce, negativní postoje a nedůvěru. Důvodem může být neporozumění a neznalost podstaty onemocnění. (Vágnerová, 2004, str. 156)

Na pojem stigmatizace můžeme nazírat v obecné rovině jako na společenský předsudek. Může být namířený proti komukoliv. Základem je negativní předpoklad o vlastnostech daného jedince a automatické přisuzování záporných vlastností tzv. labellingu. Stigmatizace se může týkat jednotlivců, skupin i komunit. Samotné stigma však můžeme definovat podle psychologického slovníku jako „*sociálně psychologické označení jedince, které je převážně hanlivé a znesnadňuje mu sociální začlenění.*“ (Hartl a Hartlová, 2010, s. 553)

Epilepsie je nemocí, která si prošla dlouhým společenským vývojem. Jedná se o nemoc s bohatou historií. Na poli neurologie a epileptologie došlo za dobu její existence k řadě medicínským objevům, které umožňují osobám s epilepsií žít kvalitnější život. Bohužel i přes nesporné úspěchy medicíny je zde právě stigmatizace, která má opačný dopad na kvalitu života nemocných.

Zároveň se ukazuje, že nehraje vůbec důležitou roli, zda je člověk s epilepsií dlouhodobě bez záchvatů či nikoliv. Samotná epilepsie je důvodem ke stigmatizaci. To se může dotknout jak dotyčného, tak rodiny, přátel i pečujících.

Specifika epilepsie i jistá míra negativní odlišnosti jsou pro společnost přetrvávajícím problémem. A to i přesto, že se lidem s epilepsií již dlouhodobě daří kompenzovat záchvaty, zapojovat se do běžného života. I tak stigmatizace zaujímá významnou roli v jejich životě. Nutno říci, že stigmatizace se netýká jen široké veřejnosti. Objevit ji lze v zaměstnání, zdravotnictví, ve školských zařízeních nebo v sociálních službách, včetně pomáhajících profesí.

Důležitým pojmem pro úplnost dané kapitoly je i sebestigmatizace osob s epilepsií. Negativní fenomén rozšířený právě mezi touto skupinou. Vede k narušení identity, pocitům viny, méněcennosti. Projevuje se například negativními úsudky o sobě samém nebo sociální izolací, jak nemocných, tak i rodiny. Zároveň velmi ovlivňuje kvalitu života. Dokazuje to i studie Stigmatizace epilepsie vytvořená Společností E (2018), kde jedním z cílů studie bylo: *„porozumět a odhalit, jak se projevuje sebestigmatizace u osob s epilepsií v České republice. Z výsledků je patrné, že 46 % osob s epilepsií se cítí méněcenně, 36 % osob se za svou nemoc stydí, 42 % cítí samo nad sebou zklamání a 33 % pociťuje diskriminaci.“*

Postavení osob s epilepsií ve společnosti není již od pradávna jednoduché. Nemoc zahalují mytická přesvědčení. Navíc se stále objevuje ve společnosti nízká míra informovanosti. Na základě těchto skutečností vytvořila organizace zabývající se podporou nemocných s epilepsií Společnost „E“, jako nástroj prevence proti šíření mýtů a stigmatizaci nemoci, tzv. Desatero epilepsie (2010). To představuje souhrn nejčastějších mýtů, které společností kolují a kde je epilepsie stále vykreslována v negativním světle.

5.4.1 Desatero epilepsie podle Společnosti „E“ (2010)

Epilepsie není:

- *„jediným onemocněním.*
Pod hlavičkou epilepsie se skrývají desítky různých chorob, které mají společnou jednu věc: vznik spontánních epileptických záchvatů. Příčin epilepsie může být celá řada a u každého pacienta může nemoc probíhat jinak;
- *nakažlivou chorobou.*

Potkáte-li nemocného s epilepsií, rozhodně se nemusíte bát, že by na vás svoje onemocnění přenesl. Takové riziko neexistuje;

- *dědičná.*

Jen málo forem epilepsie se přímo přenáší z rodičů na děti. Ženy s epilepsií samozřejmě mohou mít děti;

- *psychiatrické onemocnění.*

Epilepsie se projevuje opakovanými záchvaty, jejichž zdroj je v mozku. Pacienti se však léčí na neurologii, nikoli na psychiatrii;

- *nemocí postihující vždy intelekt pacientů.*

Většina pacientů s epilepsií má normální inteligenci. Epilepsií trpěla řada geniálních osobností (Alexandr Veliký, Caesar, Napoleon, Dostojevskij, van Gogh, Beethoven a další).“

Epilepsie je:

- *„časté onemocnění.
V současnosti žije v České republice asi 100 000 lidí s epilepsií. Nastoupíte-li do „nacpaného“ autobusu nebo vagónu, je dost pravděpodobné, že okolo vás je alespoň jeden člověk s tímto problémem;*
- *nemoc postihující lidi v každém věku.
Epileptické záchvaty se mohou objevit u kojence, studenta, dělníka, manažera i důchodce. Riziko vzniku epilepsie je nejvyšší v dětském věku a potom ve stáří;*
- *onemocnění s různými projevy.
Zdaleka ne každý pacient s epilepsií má záchvaty s křečemi končetin a bezvědomím. Existují epileptické záchvaty, které na nemocném nepoznáte, i když ho při záchvatu pozorujete;*
- *léčitelná choroba.
U části pacientů je epilepsie věkově vázané onemocnění, tj. v určitém věku začíná a později může sama od sebe odeznít. Některé nemocné je možné léčit pouze úpravou životosprávy. Většina pacientů je dlouhodobě bez záchvatů při užívání léků. Asi 25 % nemocných je obtížné léky kompenzovat; někteří z těchto komplikovaných pacientů proto podstupují operace mozku;*
- *nemocí, se kterou se dá žít.
I pacienti, kteří mají záchvaty, mohou vést plnohodnotný život – učit se, pracovat, sportovat, bavit se, jíst čokoládu a někteří i řídit auto.“
(Společnost E, 2010)*

5.5 Role sociálního pracovníka pro osoby s epilepsií

Role sociálního pracovníka zaměřujícího se na epilepsii je velmi významná a nezastupitelná. Hovoříme o důležitém zdroji podpory, ať už v oblasti sociální či terapeutické. Práce sociálních pracovníků cílí převážně na jednotlivce a jejich rodiny.

Sociální pracovník zaměřující se na epilepsii by měl být v první řadě odborníkem, který se velmi dobře orientuje v problematice epilepsie. A to právě proto, že jde o nemoc, která se potýká s rozsáhlými sociálními důsledky, mýty, předsudky i stigmatem.

V České republice doposud působí tři sociální pracovnice zabývající se danou problematikou. Lze je nalézt v Brně a Praze. Působí nejen v rámci sociálních služeb, ale i v patientských organizacích a nemocnicích.

Nabídka kvalitního odborného sociálního poradenství je jedním z primárních potřeb klientů. Sociální pracovnice jej poskytují osobně, telefonicky nebo pomocí e-mailu. Na základě každého rozhovoru vyhodnocují situaci, nabízí způsoby řešení, popřípadě odkazují na jinou formu pomoci. Obecně bývají pomocníky při řešení různých zátěžových situací, do kterých se lidé s epilepsií dostávají, ať už v osobní či pracovní rovině.

Náplň práce sociálního pracovníka s lidmi s epilepsií je velmi rozmanitá. Mimo přímé práce s klienty zahrnuje i spolupráci s patientskými organizacemi, osvětovou činnost či provoz internetových klubů aj. Veškerá činnost sociálních pracovníků směřuje ke zvýšení kvality života osob s epilepsií. Neméně důležitá je i aktivní podpora sociální integrace a vzdělávání veřejnosti.

6 Vybrané pomáhající profese

6.1 Policisté ČR

„Pomáhat a chránit“

Policie České republiky je dle aktuální právní úpravy klasifikována jako: **„jednotný ozbrojený bezpečnostní sbor § 1 v souladu se zákonem č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů.“** Hlavním úkolem Policie ČR je chránit veřejný pořádek, bezpečnost osob, majetek a předcházet trestné činnosti.

Podle Bílka (2000) disponuje policie významnou sociální rolí, neboť plní rozsáhlé sociální úkoly a funkce. Ty spočívají v předcházení a odhalování zločinů, udržování nebo obnovování sociálního pořádku i v poskytování pomoci lidem v nouzi. (Bílek a kol. 2000)

Po dobu své existence prošla Policie ČR řadou reforem. Poslední reforma se uskutečnila v roce 2008. Hlavní myšlenkou bylo nejen modernizovat bezpečnostní sbor, efektivně hospodařit, komunikovat, ale také zvýšit akceschopnost a preferovat vstřícný přístup k občanům. Odvést policii od represe k prevenci. Za pomoci vyššího počtu policistů v ulicích. A právě policisté v ulicích mohou být přímými i nepřímými svědky epileptického záchvatu.

Výkon policisty představuje službu veřejnosti. Na jedince jsou kladeny vysoké nároky. Policisté jsou vystavováni situacím různého charakteru s různou stresovou zátěží. Jednou z nestandardních situací může být právě setkání s člověkem v epileptickém záchvatu. Zde je velmi důležité, aby policista odhalil epileptický záchvat. Zároveň se nenechal ovlivnit předsudky a nezaměnil tento stav např. se stavem opilosti, drogové závislosti či duševního onemocnění. Důležitá je správná a neodkladná první pomoc při epileptickém záchvatu (viz. kapitola 4.6.).

Každý policista by měl při svém výkonu dbát nejen na pravidla a normy vycházející z Etického kodexu Policie ČR (viz. příloha 1), ale zároveň mít respekt a úctu k člověku i jeho lidským právům.

6.2 Sociální pracovníci

Sociální práce je dle Matouška (2013) „*společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže i nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu.*“ (Matoušek, 2013, s. 11)

„*Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.*“ (Matoušek, 2013, s. 11)

Charakter i rozsah práce sociálních pracovníků zvyšují pravděpodobnost, že se při své práci setkají tváří v tvář s osobou s epilepsií nebo v epileptickém záchvatu. Důležitá je informovanost, a stejně jako u policistů, správná a neodkladná první pomoc (viz. kapitola 4.6.).

Sociální pracovníci by měli disponovat alespoň částečně informacemi o epilepsii, zvláště o správné první pomoci, neboť výskyt epilepsie mezi klienty se v poslední době zvyšuje. Nejen mezi seniory, ale také mezi dětmi i osobami bez přístřeší.

Stejně tak jako činnost policistů, tak i činnost sociálních pracovníků se řídí příslušnou právní úpravou. Jejich činnost kodifikuje: „**Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.**“

Neméně důležitou součástí jejich práce je i tzv. „*Etický kodex sociálních pracovníků ČR*“. Ten zaujímá významnou roli při výkonu sociálního pracovníka.

Nutno dodat, že každodenní situace, ve kterých se sociální pracovníci ocitají, se mohou velmi lišit. Základem tohoto kodexu je v obecné rovině respektování lidská práv. Ať už hovoříme o projevování respektu ke klientům, k jejich jedinečnosti, k sebeurčení či potřebám nebo o pravidlech chování sociálního pracovníka. Etický kodex sociálních pracovníků ČR je vystaven na mnoha dalších problémových okruzích, které naleznete v příloze č. 2. (Matoušek, 2013, s. 42)

7 Empirická část

Postoje vybraných pomáhajících profesí hrají v životě osob s epilepsií důležitou roli. Pomáhající profese zařazené do tohoto výzkumu se mohou zdát na první pohled velmi odlišné. Čtenář si může klást otázku, proč právě tyto dvě profese byly pro účely práce vybrány? Jak se pojí bezpečnostní sbor s epilepsií?

Autorka práce se již dlouhodobě věnuje problematice epilepsie a právě negativní postoje v oblasti pomáhajících profesí mohou prokazatelně komplikovat životy nemocných i jejich rodin. Motivací pro realizaci tohoto výzkumného šetření byly především negativní zkušenosti získané během odborných praxí i v průběhu zaměstnání. Jsme přesvědčeni, že jak příslušníci bezpečnostních sborů, tak sociální pracovníci mají vysoké procento pravděpodobnosti, že se během svého profesního života s osobami s epilepsií nějakým způsobem setkají. Obě profese svým charakterem práce i posláním svého zaměstnání mají k problematice epilepsie velmi blízko.

7.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumné části je zejména odhalení postojů vybraných pomáhajících profesí k epilepsii. Dílčím cílem je pak prozkoumání předsudků a mýtů mezi vybranými pomáhajícími profesemi. Dále výzkumná část sleduje nejen, jaký konkrétní postoj zaujímají vybrané pomáhající profese k lidem s epilepsií, ale zároveň odhaluje míru informovanosti o epilepsii mezi jednotlivými profesemi.

V souladu s cíli jsme si vytyčili tyto výzkumné otázky:

- *„Jaké postoje zaujímají vybrané pomáhající profese k epilepsii?“*
- *„Můžeme se setkat se stigmatizací epilepsie i mezi vybranými pomáhajícími profesemi? Pokud ano, v jaké výzkumné skupině tato stigmatizace převládá.“*

Na základě stanovených výzkumných otázek jsme si stanovili tyto předpoklady:

- *lze předpokládat, že sociální pracovníci zaujmají tolerantnější postoje k různým odlišnostem než policisté;*
- *lze předpokládat, že sociální pracovníci budou méně ovlivněni stereotypy a mýty než policisté;*
- *lze předpokládat, že mezi sociálními pracovníky panuje vyšší míra informovanosti o epilepsii.*

7.2 Výzkumný vzorek

Vzorek tohoto výzkumu tvořily vybrané pomáhající profese. První skupinou byli sociální pracovníci/ce, vykonávající profesi napříč spektrem sociálních služeb. Druhou skupinu zastupovali policisté/ky obvodních oddělení Policie ČR. Obě skupiny působily v době realizace výhradně na území hlavního města Prahy. Vzorek výzkumu byl tvořen respondenty z řad mužů i žen, různého věku, vzdělání i délky praxe.

Výzkumný vzorek byl rozdělen na dvě profesní skupiny (sociální pracovníci a policisté), obě tyto skupiny byly v dotazníkovém šetření zastoupeny shodně, tedy každá skupina tvořila 50 % výzkumného vzorku.

7.3 Metodologie

Celý výzkum proběhl v časovém rámci od listopadu roku 2018 do dubna 2019.

Šetření bylo provedeno metodologií kvantitativního výzkumu. Zvolenou technikou bylo anonymní dotazníkové šetření. S cílem získat co největší počet respondentů i odpovědí.

Gavora (2000) vymezuje dotazníkové šetření jako „*nejfrekventovanější metodu k získávání údajů.*“ Zároveň na něj nahlíží jako na způsob písemného kladení otázek, na které získáváme písemné odpovědi. (Gavora, 2000, s. 99)

Dotazník byl zkonstruován v elektronické podobě. Skládal se z 22 otázek. V dotazníku respondenti přecházeli od jednodušších otázek po složitější.

Gavora (2000) rozlišuje otázky otevřené, polouzavřené, uzavřené. Přibližuje i další typ otázek, a to otázky škálové. V dotazníku lze nalézt všechny výše uvedené typy otázek s převahou otázek uzavřených.

Dotazník byl v lednu 2019 pilotně předložen cca 20 účastníkům kurzu pro asistenty posudkových lékařů. Zkušební testování proběhlo za účelem odstranění chyb, nejasností a nesrozumitelností. Tyto dotazníky nebyly zařazeny do výzkumného šetření.

Následně byl upravený dotazník elektronicky rozeslán na 200 emailových adres s žádostí o vyplnění a sdílení mezi další kolegy. Zvláště u příslušníků Policie ČR se tato metoda velmi osvědčila. K vyhledávání kontaktů byl využit katalog sociálních služeb pro Prahu, webové stránky Policie ČR a sociální síť Facebook.

Celé dotazníkové šetření se zaměřovalo nejen na informovanost respondentů o epilepsii, ale zároveň mapovalo postoje jednotlivých profesí k osobám s epilepsií. K tomuto kroku bylo využito významného instrumentu, který vznikl právě za účelem měření postojů mezi českou populací. Hovoříme o výzkumném nástroji - validizované škále „RIBS“ (Reported and Intended Behaviour Scale), která je velmi významná v oblasti postojové problematiky. Nutno dodat, že její využití může být přínosné nejen na poli epilepsie, ale zároveň i v dalších oblastech zdravotního postižení, duševního onemocnění i jiné disability.

7.4 Analýza dotazníkového šetření

Z rozeslaných 200 dotazníků se jich navrátilo 108, ty byly následně zaevidovány. Vzhledem k faktu, že záměrem realizace šetření byl co největší odraz skutečnosti, rozhodli jsme se po dosažení 54 dotazníků od každé profesní skupiny, tj. od sociálních pracovníků, tak od policistů, dotazníky uzavřít a dále v šetření nepokračovat. Tento krok nám umožnil pracovat s vyváženým vzorkem, který jsme následně porovnali a zanalyzovali.

Dotazník se skládal ze tří částí (viz. příloha 3). V první části dotazníkového šetření jsme se zaměřovali na obecnější informace. Mapovali demografické údaje, pohlaví, věk, povolání, délku praxe. Nechyběla zde ani otázka, zda má respondent ve svém okolí osobu s epilepsií.

V druhé části dotazníku byli respondenti tázáni na otázky vztahující se obecně k problematice epilepsie. Tato část se zaměřovala na informovanost a všeobecné povědomí o nemoci. Záměrem výzkumného šetření bylo především zmapování postojů cílové skupiny týkajících se předsudků a mýtů, které ve společnosti přetrvávají dodnes. Právě tyto postoje by nám měly odhalit otázky ve druhé části dotazníkového šetření.

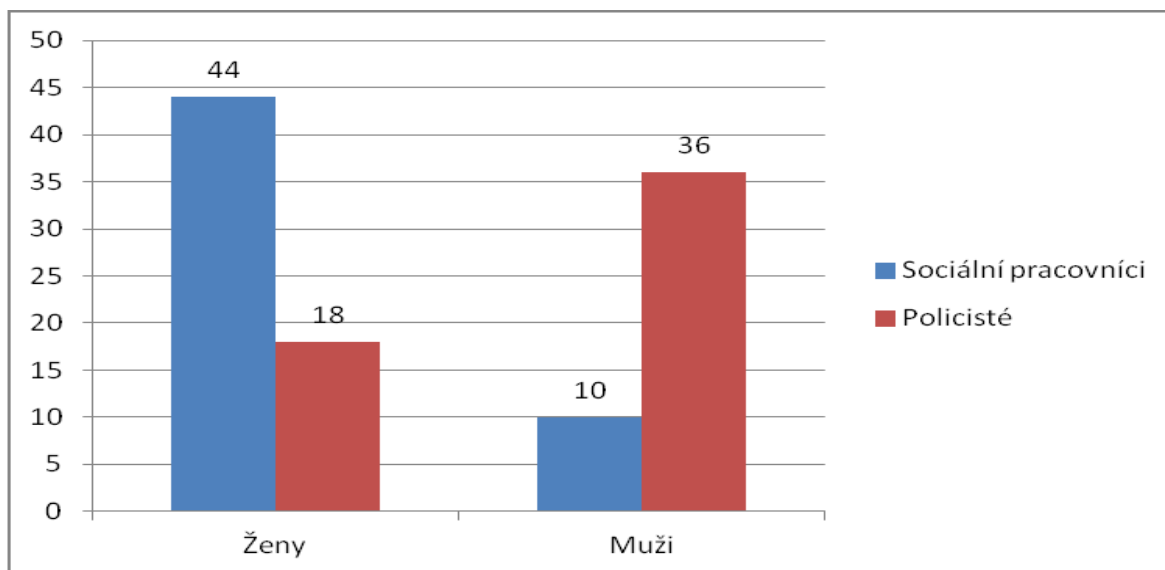
Závěr dotazníkového šetření se zaměřuje na odhalení konkrétních postojů vybraných pomáhajících profesí. Respondentům byly pokládány otázky týkající se partnerství, práce, přátelství a sousedství. Konkrétně například: „*Do budoucna by mi nevadilo žít s někým, kdo má epilepsii.*“ Dotyční měli možnost odpovědět na pětibodové škále od „*rozhodně souhlasím - po rozhodně nesouhlasím.*“

Data sesbíraná v dotazníkovém šetření jsme následně rozdělily do skupin dle pomáhajících profesí. Každou ze skupin jsme zanalyzovali zvlášť a daná data navzájem porovnávali. Dotazníky byly vyhodnocovány odděleně, vzhledem k odlišnému zastoupení věkových skupin, míry vzdělanosti atd., v rámci vybraných zkoumaných skupin. Předpokládáme, že věk, dosažený stupeň vzdělání, délka praxe i osobní zkušenost mohou ovlivnit výsledky jednotlivých skupin. Analýzu dat získaných v rámci otázek otevřených jsme prováděli formou kategorizace. Jednotlivé odpovědi od respondentů jsme setřídili a následně rozdělili do námi stanovených kategorií.

7.5 Výsledky výzkumného šetření

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Pohlaví:

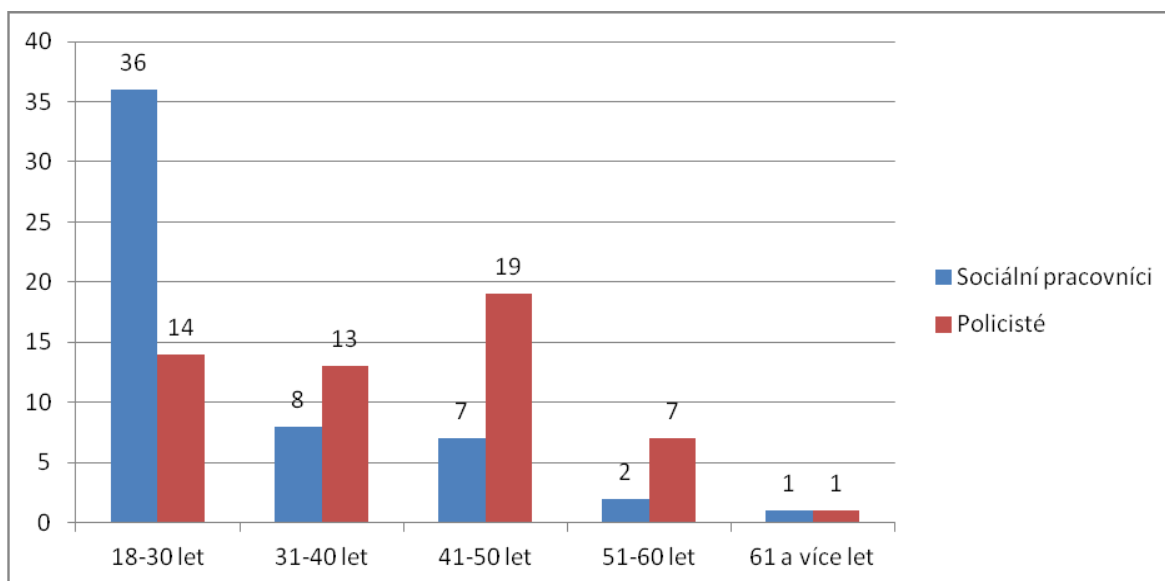


Graf 1 Rozložení sociálních pracovníků a policistů dle pohlaví (relativní četnost)

První otázka dotazníku se vztahovala k pohlaví respondentů. Z celkového počtu 108 respondentů odpovědělo - 62 (57,4 %) žen a - 46 (42,6 %) mužů. Po rozdělení respondentů dle vybraných pomáhajících profesí bylo zjištěno, že z řad sociálních pracovníků se do výzkumu zapojilo - 10 (19 %) mužů a - 44 (81 %) žen. Ze strany policistů se do výzkumu zapojilo - 36 (67 %) mužů a - 18 (33 %) žen. Příčinou genderové nevyváženosti může být fakt, že mezi policisty se vyskytuje méně žen než v sociální práci, kde je tomu naopak.

Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

Věk:

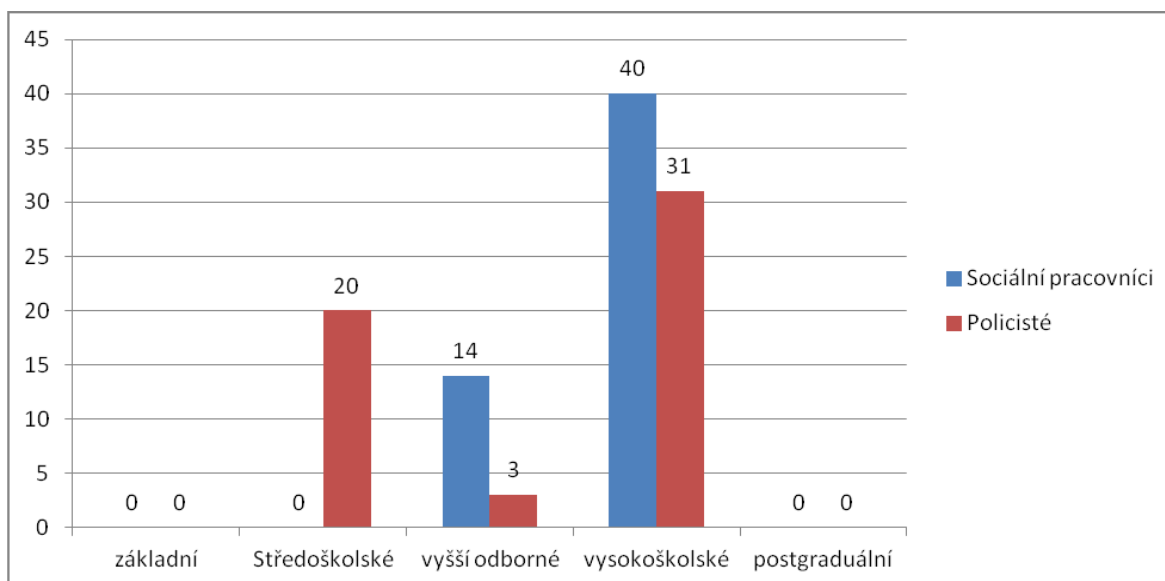


Graf 2 Rozložení sociálních pracovníků a policistů dle věku (relativní četnost)

Věkové rozložení respondentů je od 18 do 61 a více let věku. Po vytvoření průměru z obou skupin dohromady tvoří nejčetnější vzorek respondenti v rozmezí od 18 do 30 let - 50 (46,3 %). Vzhledem k tomu, že považujeme věk za důležitý pro tento výzkum, rozhodli jsme se vyhodnotit ještě každou skupinu zvlášť. Mezi sociálními pracovníky bylo největší zastoupení - 36 (66 %) ve věkové kategorii 18–30 let. Oproti tomu mezi policisty nejčastěji odpovídali respondenti - 19 (35 %) ve věku 41–50 let. Nejméně respondentů - 1 (2 %) bylo v obou skupinách shodně ve věkové kategorii 61 a více let.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

Vzdělání:



Graf 3 Rozložení sociálních pracovníků a policistů dle dosaženého vzdělání (relativní četnost)

Pro úplnost bylo respondentům nabídnuto vzdělání od základního po postgraduální. A to i přes to, že jak policista, tak sociální pracovník, nemá se základním vzděláním odborné kompetence tuto profesi vykonávat dle platných zákonů České republiky. Cílem bylo zamezit zkreslení. To se v této oblasti podařilo vzhledem k tomu, že žádný z respondentů nevedl základní vzdělání - 0 (0 %). Dotazník také nevyplnil žádný člověk s postgraduálním vzděláním - 0 (0 %). Pro obě skupiny platí, že nejvyšší počet respondentů disponuje vysokoškolským vzděláním.

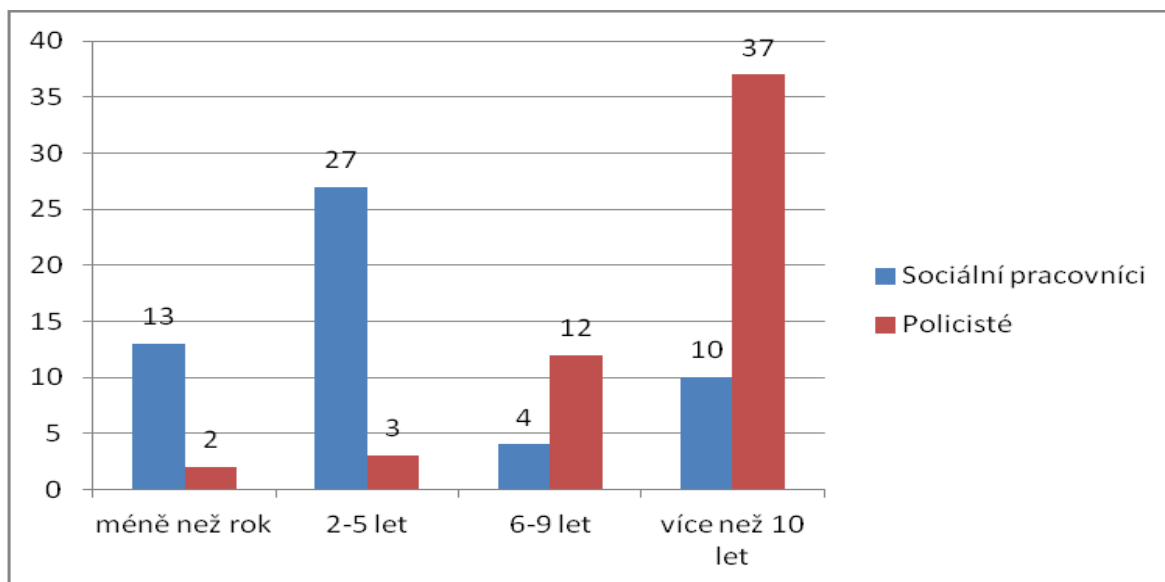
Otázka č. 4: Jaké je Vaše povolání?

Povolání:

V této otázce byli respondenti dotazováni na svá povolání. Pomocí uzavřené otázky jim byly nabídnuty pouze dvě možnosti odpovědi: sociální pracovník/ce nebo policista/ka. V obou skupinách byl počet respondentů shodný. Z celkového počtu - 108 (100 %) odpovědí se mezi sociální pracovníky řadilo - 54 (50 %) respondentů a mezi policisty - 54 (50 %) dotazovaných.

Otázka č. 5: Jak dlouho působíte na pracovní pozici?

Délka praxe:

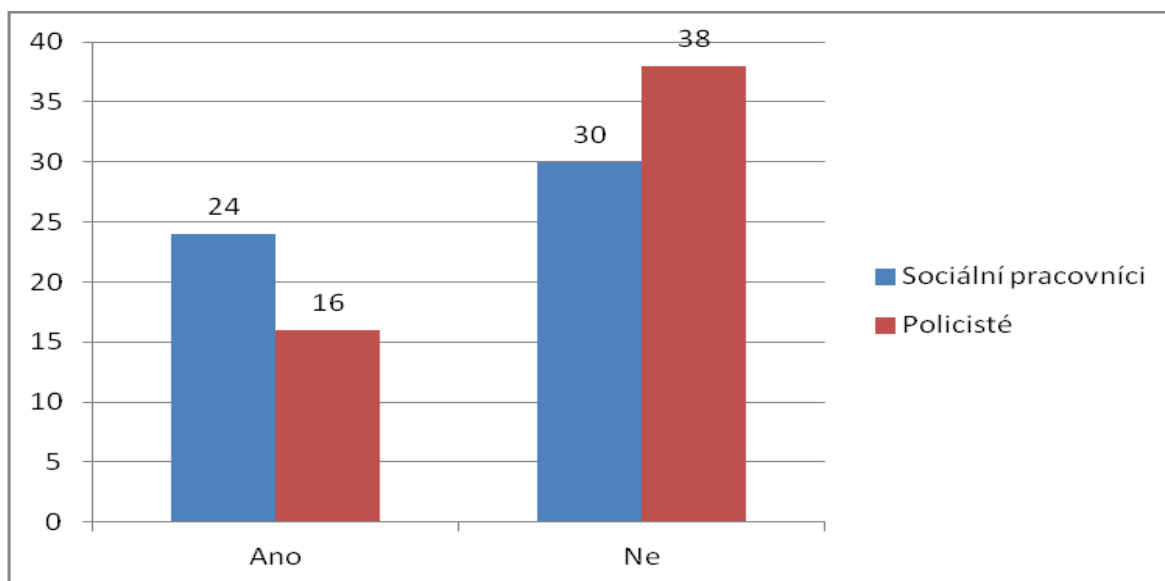


Graf 4 Rozložení sociálních pracovníků a policistů podle délky praxe (relativní četnost)

Ze zjištěných dat vyplývá, že zařazení sociální pracovníci mají nejdelší pracovní zkušenost v sociální oblasti v rozmezí od 2 do 5 let - 27 (50 %). Naproti tomu dotazovaní policisté působí ve služebním poměru déle než 10 let - 37 (68 %).

Otázka č. 6: Máte ve svém okolí (rodina, přátelé, kolegové) osobu s epilepsií?

Přímá zkušenost s epilepsií:



Graf 5 Rozložení sociálních pracovníků a policistů dle osobní zkušenosti s epilepsií (relativní četnost)

Záměrem této otázky bylo odhalit přímé zkušenosti respondentů s osobami s epilepsií, neboť lze předpokládat, že pokud člověk žije v přímé blízkosti osoby s epilepsií, je nejen lépe informovaný, ale zaujímá i tolerantnější postoj k dané nemoci. Považujeme to tedy za velmi významné. Z výsledků vyplývá, že sociální pracovníci mají větší osobní zkušenost s epilepsií než policisté. Celkem - 24 (44 %) respondentů z řad sociálních pracovníků má ve svém okolí (rodina, přátelé, kolegové) osobu s epilepsií. Policistů odpovědělo kladně jen - 16 (30 %), zde převažuje absence bližší osobní zkušenosti s epilepsií. Jedním z důvodů může být charakter práce policistů ve služebním poměru. Přímý výkon tohoto zaměstnání se ve většině případů neslučuje s epilepsií. Oproti tomu sociální práce a pozice sociálního pracovníka je pro člověka s epilepsií vhodná.

Otázka č. 7: Co se Vám první vybaví, když se řekne epilepsie?

Záměrem dotazníkové otázky číslo 7 bylo zmapovat celkové naladění respondentů na problematiku epilepsie. V tomto případě byla volena otevřená otázka z důvodu poskytnutí respondentovi co největšího prostoru pro vyjádření jeho představ a zároveň zamezení ovlivnění a zkreslení.

Odpovědi od respondentů jsme kategorizovali do 5 skupin, každá odpověď mohla být zařazena pouze do jedné kategorie. Odpovědi byly řazeny dle převládající povahy respondentovy odpovědi.

Jednotlivé kategorie byly seřazeny dle celkových četností obou výzkumných skupin.

Kategorie	Sociální pracovníci	Policisté	Celkem
Projevy epilepsie	26	30	56
Medicínský pohled	15	10	25
Pocity spojené s epilepsií	5	7	12
Sociální dopad	4	2	6
Osobní zkušenost	3	2	5

Tabulka 1

Následující kategorie se v našem případě dají chápat následovně:

Projevy epilepsie

Respondenti si pod pojmem epilepsie vybaví nejčastější příznaky epilepsie. V obou skupinách respondentů je nejčastěji zmiňovanou odpovědí epileptický záchvat/záchvat jako takový, který není ve většině případů blíže specifikován. Právě pro tento případ byla do dotazníkového šetření zařazena otázka, která zkoumá přesnou představu o průběhu a podobě epileptického záchvatu (viz. otázka č. 8).

Další vyskytnuté odpovědi zařazené do této kategorie:

- „*Nekontrovaná svalová křeč, ztráta vědomí, křik, zatnuté zuby, pěna od úst, né nutně vše najednou.*“ (policista)
- „*Nezkrotný záchvat, třes, křeč.*“ (policista)

- „*Svalové křeče a pěna z úst.*“ (policista)
- „*Neovladatelná křeč v těle postiženého, při které se dokáže nemocný velmi vážně poranit.*“ (policista)
- „*Tonicko-klonické křeče krátkodobá výpadky vědomý s uvolněním svalového tonu.*“ (sociální pracovník)
- „*Nepřítomný výraz, Třes, slinění.*“ (sociální pracovník)
- „*Klepající se člověk.*“ (sociální pracovník)

Medicínský pohled

Do této kategorie jsme zařadili všechny odpovědi, které svým obsahem popisují epilepsii jako nemoc. U obou skupin se v této kategorii nejčastěji objevila jednoslovná odpověď „**nemoc**“ která nebyla blíže popsána. U obou dotazovaných skupin lze objevit odpovědi, které vypovídají o neinformovanosti daného respondenta. Ve skupině sociálních pracovníků se jednalo o odpověď „**vzruchy v mozku**“ u příslušníků policie se objevila odpověď, že epilepsie je „**nemoc mozkových buněk**“.

Další zařazené odpovědi do této kategorie:

- „*Záchvatovité onemocnění vážného charakteru.*“ (sociální pracovník)
- „*neurologická nemoc spojená se záchvaty, alkoholismus.*“ (sociální pracovník)
- „*Onemocnění, které se může poprvé projevit v jakémkoliv věku. Člověk při něm trpí epleptickými záchvaty, při kterých může ztratit vědomí. Záchvaty jsou nebezpečné především tím, že se při nich člověku může vážně zranit.*“ (sociální pracovník)
- „*Nemoc, která je spojena s činností mozku.*“ (policista)
- „*nevyléčitelná nemoc - bez užívání vhodných léků se zdravotní stav pacientů neustále zhoršuje.*“ (policista)
- „*Chronické onemocnění, které se občas může projevovat ztrátou ovládnutí těla či bezvědomím.*“ (policista)

Pocity spojené s epilepsií

Do této kategorie jsme se rozhodli zařadit citově zabarvené výpovědi respondentů nebo odpovědi, které již nesly negativní emoci a vyjadřovaly strach respondentů z nemoci.

Tuto kategorii nejvíce charakterizují tyto odpovědi respondentů:

- „*Strach, ztráta vědomí, riziko úrazu.*“ (sociální pracovník)
- „*Šok, starost, náhlost.*“ (sociální pracovník)
- „*Problém*“ (sociální pracovník)
- „*Nikdy nevíš, kdy to přijde.*“ (policista)
- „*Člověk v křeči*“ (policista)
- „*Divná nemoc*“ (policista)

Sociální dopad

Do této kategorie jsou zařazeny odpovědi vztahující se k dopadu epilepsie na život člověka. Nejčastěji je zde epilepsie chápána jako nějaké omezení.

Odpovědi zařazené do této kategorie:

- „*Komplikace pro běžné žití, riziko.*“ (sociální pracovník)
- „*Záchvaty, smrt, omezení.*“ (sociální pracovník)
- „*Nejistota, kdy a za jakých okolností může záchvat nastat.*“ (sociální pracovník)
- „*Potřeba pomoci, rizika zranění*“ (sociální pracovník)
- „*Doživotní zdravotní omezení.*“ (policista)
- „*Omezení běžného života.*“ (policista)

Osobní zkušenost

V této nejméně početné kategorii jsou řazeny odpovědi respondentů, kteří vztáhli představu o epilepsii ke konkrétnímu člověku či konkrétní situaci ve svém životě.

- „*Záchvatovitě onemocnění, zážitek z dětství, kdy toto onemocnění bylo TABU a záchvat dostala spolužačka v družině.*“ (sociální pracovník)
- „*Záchvat, ohrožení, nic nedávat do pusy, synovec.*“ (sociální pracovník)
- „*Nepříjemný pocit, když jsem viděla první záchvat.*“ (sociální pracovník)

- „Zážitek z doby mého dospívání, kdy se najednou kamarád sesul k zemi, trhavé pohyby, cvakání čelistí, pěna u úst.“ (policista)
- „Strejda“ (policista)

Zhodnocení otázky č. 7

V kontextu získaných odpovědí lze konstatovat, že nejčastěji si sociální pracovníci i policisté představí pod pojmem epilepsie – projevy nemoci. V této kategorii bylo zařazeno 26 odpovědí sociálních pracovníků a 30 odpovědí policistů.

Otázka č. 8: Jak podle Vás vypadá typický epileptický záchvat?

Cílem otázky č. 8 bylo odhalit nejen informovanost, ale zároveň zmapovat, jaký obraz se respondentům z vybraných pomáhajících profesí nejčastěji vybaví v souvislosti s epileptickým záchvatem.

V souladu s cílem dané otázky byli respondenti dotazováni pomocí otevřené otázky. Ta jim měla poskytnout co největší prostor k vyjádření své vlastní představy v plném rozsahu.

Odpovědi respondentů jsme kategorizovali do 3 skupin, každá z nich mohla být zařazena pouze do jedné kategorie. Odpovědi byly řazeny dle převládající povahy respondentovy odpovědi.

Jednotlivé kategorie byly seřazeny dle celkových četností obou výzkumných skupin.

Kategorie	Sociální pracovníci	Policisté	Celkem
Neúplná odpověď	34	45	79
Úplná odpověď	19	7	26
Žádná představa	1	2	3

Tabulka 2

Neúplná odpověď

Tato kategorie získala nejvyšší počet odpovědí v obou skupinách. Charakteristickým rysem dané kategorie jsou odpovědi ovlivněné celospolečenským pohledem na epilepsii. Respondenti nejčastěji uvádějí tonicko-klonický „grand mal“ záchvat a jeho charakteristické znaky. Odpovědi se nepřímou poji se strachem a negativními prožitky. Objevují se i mytická přesvědčení o poskytování první pomoci.

Do této kategorie řadíme odpovědi:

- „*Křeč, hrozba zapadlého jazyka, výpadek paměti, hrozba poranění sebe i okolí.*“ (sociální pracovník)
- „*Náhlá ataka křeči, ztráta vědomí.*“ (sociální pracovník)
- „*Svalové záškuby, třes celého těla.*“ (sociální pracovník)
- „*Pád či sesun k zemi, záškuby, vyšší činnost slinných žláz, obrovská síla.*“ (sociální pracovník)
- „*Člověk ztratí kontrolu nad svým tělem, které se dostane do křečí.*“ (sociální pracovník)
- „*Jako mdloby, třes lehký až hodně silný, občas uvolnění svěračů, při probouzení dezorientace.*“ (sociální pracovník)
- „*Křečové stavy se sekrecí z dutiny ústní, nebezpečí zapadnutí jazyka a úrazu při možném pádu, nebezpečí úrazu pomáhající osobě... postižený má obrovskou sílu.*“ (policista)
- „*Záchvat - člověk se svíjí v křečích a mnohdy mívají lidé i tzv. pěnu u úst; proto je důležité v takových případech postiženému okamžitě vložit něco do úst, aby si nemohl ublížit (překousnout jazyk apod.)!!!!*“ (policista)
- „*Osoba má křeče celého těla, někdy pěnu u pusy.*“ (policista)
- „*Stav, ve kterém se celé tělo svíjí v křečích.*“ (policista)
- „*Jedinec se zmítá v nekontrolovatelných křečích.*“ (policista)

Úplná odpověď

Odpovědi řazené do této kategorie zohledňují různé typy epileptických záchvatů. Respondenti nepopisují pouze tonicko-klonický záchvat „grand mal“, zmiňují i ostatní typy a jejich průběh. Z odpovědí je čitelná informovanost

respondentů, objevují se prvky první pomoci i osobní zkušenost. V dané kategorii výrazně dominovala skupina sociálních pracovníků.

Odpovědi zařazené do této kategorie:

- „*Záleží na stadiu. Někdy jenom člověk jenom nevnímá okolí a kouká, někdy má křečovitý záchvat.*“ (sociální pracovník)
- „*Od "zamrznuti" po stav bezvědomí s možnými mimo vodními pohyby, křečemi, pěnou u úst, očima v sloup.*“ (sociální pracovník)
- „*Podle druhu epilepsie, od možného lehkého zahledění, nepřítomnosti po těžké křečovitě stavy.*“ (sociální pracovník)
- „*Nejdříve by asi měla být fáze, kdy je člověk jakoby mimo, nevnímá, hledí do jednoho místa takhle se dá poznat začátek záchvatu, pak přichází třes, je dobře dát člověka mimo dosah ostrých předmětů a hlídat, aby se neudusil.*“ (sociální pracovník)
- „*Záleží na intenzitě nemoci. Viděla jsem různé druhy epi záchvatů od zahledění po záchvat, kdy se člověk pomočil a pokálel, zranil se, ... Někdy bylo třeba zavolat záchranku, jindy ne. Větší záchvaty provázel třas, někdy bezvládné zhroucení se.*“ (sociální pracovník)
- „*Velký epi záchvat - člověk se zkácí k zemi do bezvědomí, může sebou cukat, vydává nesrozumitelné zvuky, když nějaké vydává, pěna z úst, stisknuté zuby, ... Malý epi záchvat - může být i formou zahledění, huře se rozpoznává. Projevů je mnoho.*“ (sociální pracovník)
- „*Nekontrolovaná svalová křeč, ztráta vědomí, křik, zatnuté zuby, pěna od úst, né nutně vše najednou. Projevy jsou ale různé, třeba jen koukání do prázdna a následný výpadek paměti.*“ (policista)
- „*Byla jsem přítomna záchvatu u kamarádky. Člověk leží na zemi, dochází k záškubům celého těla. Je důležité, aby si neublížil. Je třeba počkat až záchvat přejde a s dotyčným nehýbat. Volala jsem tehdy záchranku.*“ (policistka)
- „*Malý záchvat nemusí být okolím ani rozpoznán, postižený si nepamatuje, co se během záchvatu dělo. Velký záchvat je charakterizován křečovými stavem.*“ (policista)
- „*Má různé formy, ale v těch nejtěžších formách je člověk jakoby v celkové křeči, nekontroluje své pohyby. - kroutí se. Po několika vteřinách - někdy*

i desítkách vteřin, když záchvat pomine, si dotyčný na záchvat ani nepamatuje.“ (policista)

Žádná představa

Do této kategorie jsou zařazeny odpovědi respondentů, ze kterých nebylo možné posoudit, zda se v problematice orientují či ne.

Danou kategorii charakterizují tyto odpovědi:

- „*Individuální*“ (sociální pracovník)
- „*Pro člověka, který se s ním setká poprvé zvláště, nebezpečně, hrůzostrašně.*“ (policista)

Zhodnocení otázky č. 8

Do této kategorie bylo zařazeno 34 odpovědí sociálních pracovníků a 45 odpovědí policistů. Na základě získaných odpovědí lze konstatovat, že nejčastější představa typického epileptického záchvatu sociálních pracovníků i policistů, se stejně jako představa veřejnosti, pojí s **tonicko-klonickým záchvatem dříve nazývaným „grand mal“**.

V kontextu získaných odpovědí lze tvrdit, že epileptický záchvat je vybranými profesemi vnímán i popisován velmi naturalisticky, objevuje se i slůvko „hrůzostrašně“. Nepřímo vyvěrá strach i negativní emoce respondentů. Popisované představy se pojí s nebezpečím pro dotyčného i okolí. Objevuje se i mytické přesvědčení o první pomoci, konkrétně odpověď respondenta policisty: „*záchvat - člověk se svíjí v křečích a mnohdy mívají lidé i tzv. pěnu u úst; proto je důležité v takových případech postiženému okamžitě vložit něco do úst, aby si nemohl ublížit (překousnout jazyk apod.)!!!!*“ Tento mýtus přetrvává v naší společnosti již desítky let. Vložením předmětu do úst osobě v epileptickém záchvatu dotyčný spíše ublíží. Osoby s epilepsií mohou mít následné problémy například s čelistí i chrupem. Informovanost o zásadách správné první pomoci je důležitou součástí kvality života nejen osob s epilepsií a jejich rodin, ale i všech pomáhajících profesí. Zásadám správné první pomoci se věnuje kapitola č. 5.6.

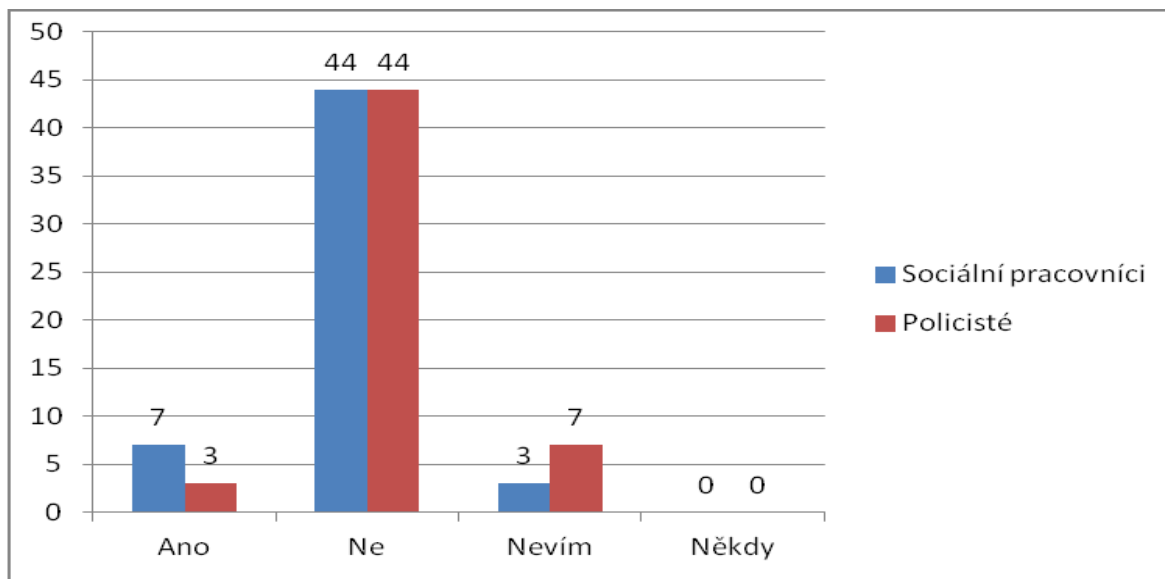
Otázka č. 9: Myslíte si, že epilepsie je nakažlivá nemoc?

Přenos nemoci:

Tato otázka byla respondentům položena s cílem odhalit informovanost a zároveň zmapovat přetrvávající mýty mezi vybranými pomáhajícími profesemi. Tuto otázku zodpovědělo všech - 108 (100 %) respondentů shodně. Výsledek je velmi povzbuzující. Z odpovědí vyplývá, že sociální pracovníci, ani policisté, nepovažují epilepsii za nakažlivou nemoc.

Otázka č. 10: Myslíte si, že epilepsie postihuje intelekt člověka?

Intelekt:

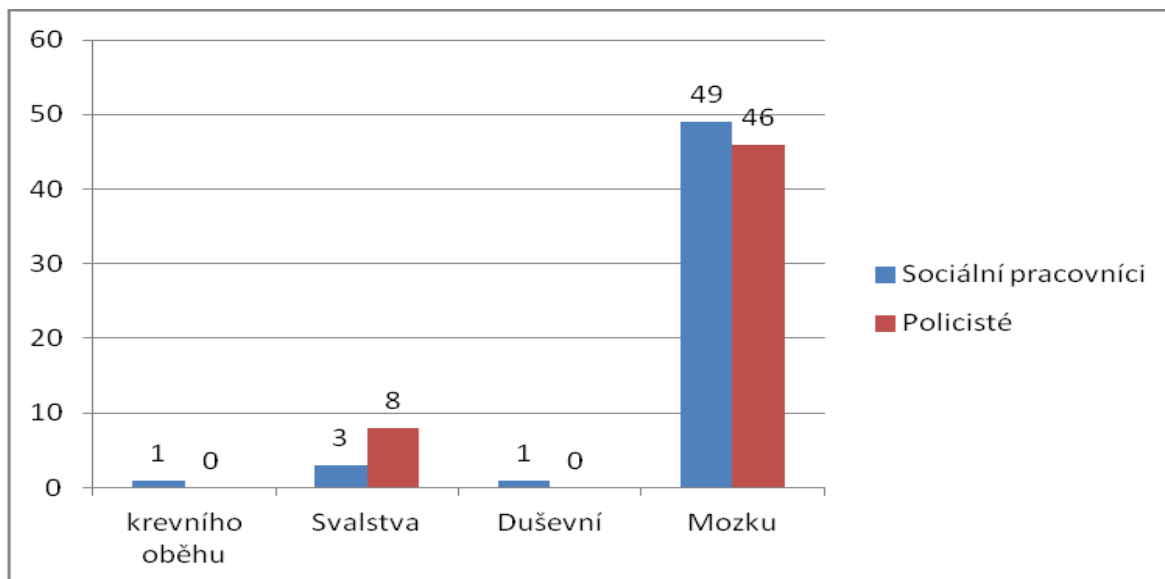


Graf 6 Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)

Vzhledem k mýtům, které dodnes panují ve společnosti, byla do dotazníkového šetření zařazena i otázka týkající se intelektu osob s epilepsií. Obě skupiny pomáhajících profesí odpověděly shodně, tzn., že epilepsie neovlivňuje intelekt člověka - 44 (81 %). Sociální pracovníci nasbírali druhý nejvyšší počet odpovědí u možnosti „ano“ tzn., že jsou přesvědčeni, že epilepsie postihuje intelekt člověka - 7 (13 %). Stejně procentuelní zastoupení - 7 (13 %) získala mezi policisty odpověď „nevím“. Oproti tomu souhlas s tím, že epilepsie postihuje intelekt člověka projevili - 3 (6 %) policistů. Odpověď „nevím“ označili - 3 (6 %) sociálních pracovníků. Z výsledků dále vyplývá, že žádný z respondentů není přesvědčen o tom, že epilepsie postihuje intelekt jen „někdy“ - 0 (0 %).

Otázka č. 11: Epilepsie je onemocnění (doplňte)

Druh onemocnění:

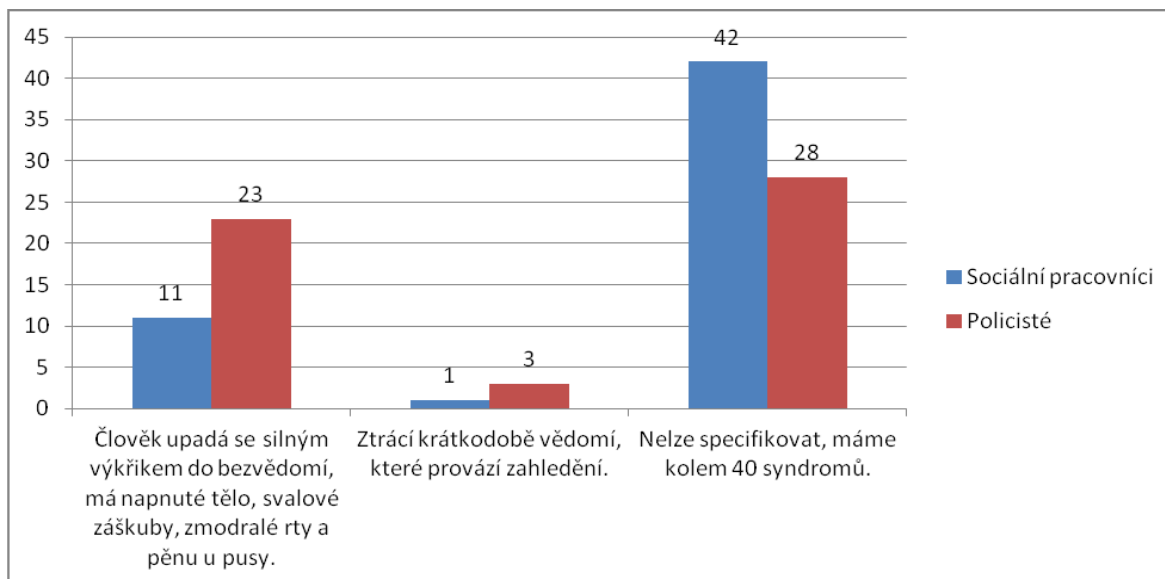


Graf 7 *Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)*

Uzavřená otázka zjišťovala, zda respondenti vědí, jaký je charakter onemocnění. Nabídka odpovědí byla sestavena z různorodých oblastí od onemocnění krevního oběhu po duševní onemocnění. Sociální pracovníci i policisté odpověděli nejčastěji správně, tzn., že epilepsie je onemocněním vztahujícím se k mozku. Druhou nejčastější odpovědí v obou skupinách bylo onemocnění svalstva. Shodně - 1 (2 %) získala odpověď onemocnění krevního oběhu a duševní onemocnění. Zajímavostí dané otázky je, že se tyto mylné odpovědi objevují právě mezi sociálními pracovníky.

Otázka č. 12: Epileptický záchvat je podle Vás stav, kdy?

Epileptický záchvat:



Graf 8 Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)

Otázka číslo dvanáct je otázkou uzavřenou. Respondentům byly nabídnuty pouze tři odpovědi. Tato otázka se zaměřovala nejen na informovanost v obou zkoumaných skupinách, ale zároveň odhalovala nejčastější obraz epileptického záchvatu v očích, jak sociálních pracovníků, tak i policistů. Z výsledků vyplynulo, že nejčastější odpověď, tzn., že epileptický záchvat „nelze specifikovat, máme okolo 40 druhů epileptických syndromů“, zodpovědělo správně nejvíce respondentů. V této otázce nejvíce uspěli sociální pracovníci, kterých odpovědělo správně - 42 (78 %). Příslušníků Policie ČR zvolilo tuto odpověď - 28 (52 %).

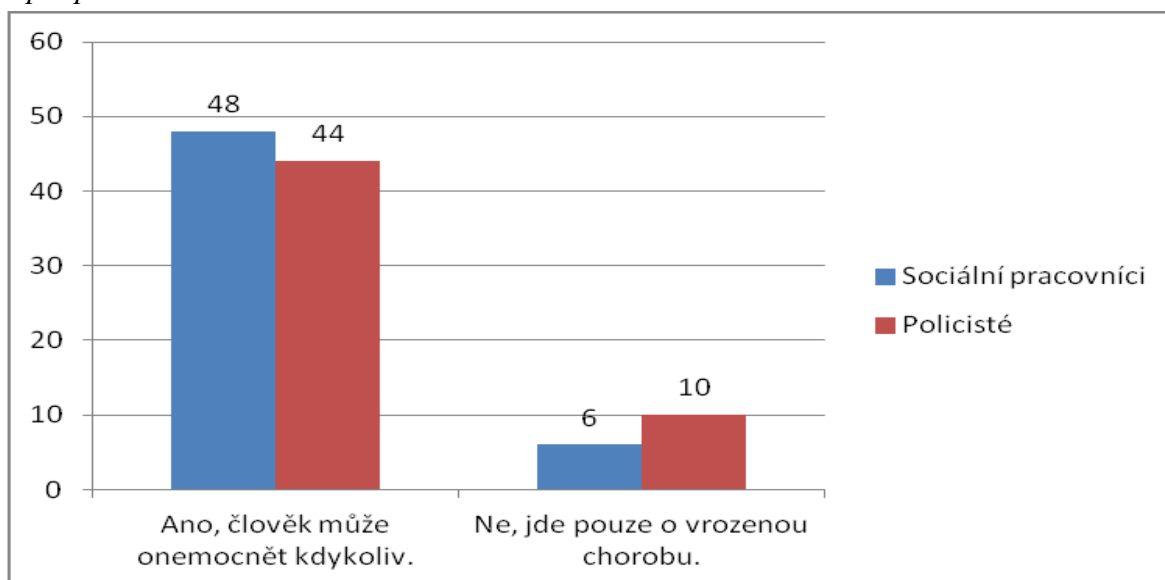
Pokud bychom tuto odpověď vyloučili, respondenti si nejčastěji s epileptickým záchvatem spojí obraz velkého „grand mal“ epileptického záchvatu, který se pojí se silným výkřikem, člověk upadá do bezvědomí, má napnuté tělo, svalové záškuby, zmodralé rty a pěnu u pusy. Tuto možnost zvolilo nejvíce - 23 (43 %) policistů. Sociálních pracovníků tuto možnost uvedlo - 11 (20 %). Nejméně respondentů v obou skupinách tzn., sociální pracovníci - 1 (2 %) a policisté - 3 (6 %) si pod epileptickým záchvatem představí obraz člověka „ztrácejícího krátkodobě vědomí, které provází zahledění.“

Z grafu vyplývají z hlediska informovanosti velmi příznivé výsledky. Co se týče předsudků a mýtů panujících dodnes ve společnosti, lze tvrdit,

že i vybrané pomáhající profese spojují v poměrně vysokém procentu představu o epileptickém záchvatu s projevy velkého „grand mal“ záchvatu.

Otázka č. 13: Lze epilepsií onemocnět v průběhu života?

Epilepsie v životě člověka:

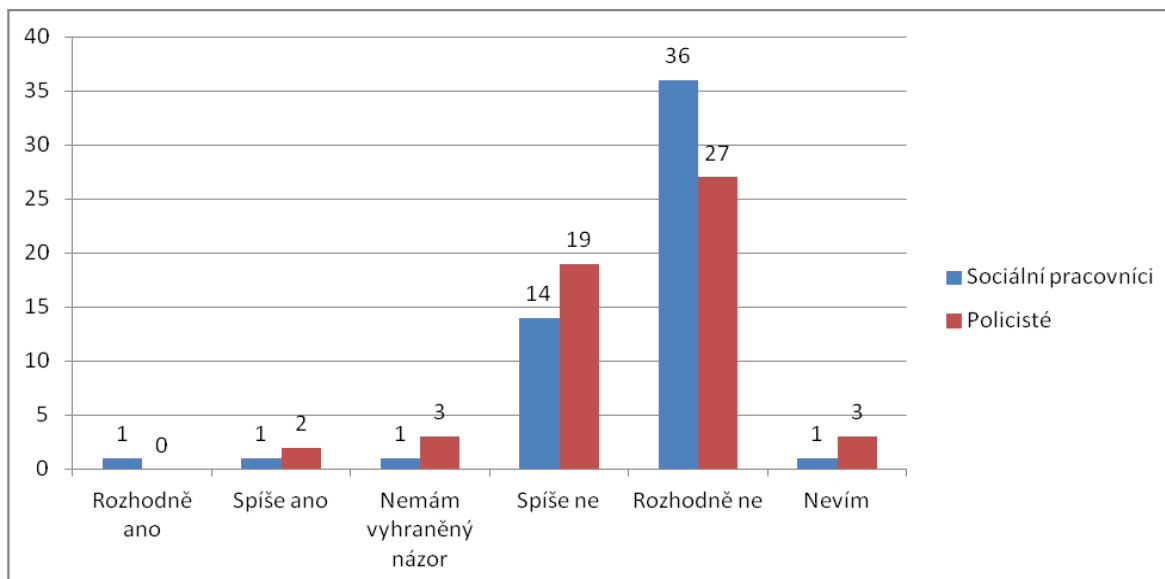


Graf 9 Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)

V otázce číslo třináct byli respondenti dotazováni na to, zda si myslí, že člověk může onemocnět epilepsií v průběhu života. Na tuto otázku odpovědělo - 108 (100 %) respondentů obou skupin. Možnosti odpovědi byly pouze dvě, a to odpověď „Ano, člověk může onemocnět kdykoliv“ nebo „Ne, jde pouze o vrozenou chorobu.“ Stejně jako v předchozí otázce odpověděly správně obě skupiny tzn., že epilepsií můžeme onemocnět kdykoliv v průběhu života. Tato odpověď se pyšní velmi vysokou četností odpovědí v obou skupinách, tzn. sociální pracovníci - 48 (89 %) a policisté - 44 (81 %). Jen - 6 (11 %) sociálních pracovníků a - 10 (19 %) policistů je přesvědčeno, že epilepsie je pouze vrozenou chorobou.

Otázka č. 14: Považujete člověka s epilepsií za nebezpečného pro své okolí?

Nebezpečí:



Graf 10 Rozložení sociálních pracovníků a policistů dle míry rizika pro své okolí (relativní četnost)

Čtrnáctá otázka zjišťovala, zda respondenti považují člověka s epilepsií za nebezpečného pro své okolí. Právě tuto otázku jsme do dotazníku zařadili vzhledem k přetrvávajícím předsudkům i strachu z epilepsie ve společnosti.

Otázka byla zkonstruovaná do intervalové škály, kde respondenti vybírali z šesti odpovědí. A to od „rozhodně ano“ přes „nemám vyhraněný názor“ až po odpověď „nevím“. Tato uzavřená otázka byla zodpovězena všemi - 108 (100 %) vybranými respondenty.

Z obou grafů vyplývá, že jak sociální pracovníci - 36 (66 %), tak ani policisté - 27 (50 %), nepovažují člověka s epilepsií za nebezpečného pro své okolí. Druhé nejčetnější zastoupení v obou skupinách získala odpověď „spíše ne“. Tuto variantu zvolilo - 14 (26 %) sociálních pracovníků a - 19 (35 %) policistů. Dále - 3 (6 %) policistů označilo odpověď „nevím“ a - 3 (5%) uvedlo, že nemají vyhraněný názor. Jen - 2 (4 %) policistů připouštějí určitou míru rizika a nebezpečí ze strany osob s epilepsií odpovědí „spíše ano“. Ve skupině sociálních pracovníků získaly zbylé odpovědi tzn. „nevím“, „spíše ano“, „rozhodně ano“ a „nemám vyhraněný názor“ vyvážené procentuální zastoupení tzn. – 1 (2 %). Nepřevažovala tedy žádná odpověď.

Při pečlivém srovnání obou výzkumných skupin je zajímavé, že právě sociální pracovníci se uchýlili k odpovědi „*rozhodně ano*“ více než policisté, u nichž jsme předpokládali, že budou predikovat vyšší míru nebezpečí a rizika. Tento předpoklad se pro tuto otázku nepotvrdil, neboť policisté mají v této kategorii odpovědí nulové zastoupení - 0 (0 %).

Otázka č. 15: Co může podle Vás vyvolat epileptický záchvat?

Záměrem dotazníkové otázky číslo 15 bylo odhalit, zda respondenti tuší, co všechno může vyvolat epileptický záchvat. Pro tento případ byla zvolena otevřená otázka. Respondenti tak dostali možnost vyjádřit se v plném rozsahu. Tuto otázku zodpovědělo 54 sociálních pracovníků a 53 policistů. Získané odpovědi jsme následně kategorizovali do 5 skupin, s ohledem na to, že každá odpověď mohla být zařazena pouze do jedné kategorie. Odpovědi byly řazeny dle převládající povahy respondentovy odpovědi.

Jednotlivé kategorie byly seřazeny dle celkových četností obou výzkumných skupin.

Kategorie	Sociální pracovníci	Policisté	Celkem
Vnější vlivy	17	18	35
Psychická zátěž	15	15	30
Rizikové chování	17	7	24
Ostatní	3	13	16
Vyřazené	1	1	2

Tabulka 3

Následující kategorie se v našem případě dají chápat následovně:

Vnější vlivy:

První kategorie se vyznačuje respondenty, kteří odpověděli na tuto otázku ve spojitosti s vnějším podnětem. Dle respondentů jsou na vině nejčastěji blikající světla, záblesky i stroboskop.

Do této kategorie řadíme i další odpovědi:

- „*Poruchy mozku, PC, zářivky, změny počasí – tlaku.*“ (sociální pracovník)

- „*Vyvolávacích faktorů je vícero. Častým vyvolávačem je blikání monitoru.*“ (sociální pracovník)
- „*Světelné záblesky, rytmický zvuk, součet více různých drobných činitelů, změna zdravotního stavu.*“ (sociální pracovník)
- „*Únava, blikající hra světél, silné světlo, točení obrázců, televize, velká fyzická námaha.*“ (sociální pracovník)
- „*Projíždění - stromovitá alej, blikající světla - diskotéka.*“ (sociální pracovník)
- „*Střídání světla a tmy např.*“ (policista)
- „*Šok, frekvence blikání světél, jiné silné vjemové podněty.*“ (policista)
- „*Podnět - např. stroboskop, může to být i reakce na nepříjemnou situaci např. hádka.*“ (policista)
- „*Světelné blikání. Například zobrazovací frekvence monitoru. Stroboskop.*“ (policista)
- „*Blikající světla, některé druhy potravin.*“ (policista)

Psychická zátěž:

Do této kategorie jsme zařazovali odpovědi respondentů, kteří úzce spojují psychickou nepohodu člověka s epileptickým záchvatem. Nejčastější odpovědi této kategorie je stres, který respondenti obecně vnímají jako významnou příčinu tzv. „spouštěč“ epileptického záchvatu.

Do této kategorie řadíme i další odpovědi:

- „*Myslím si, že je to u každého jedince individuální, ale může to být např. stres.*“ (sociální pracovník)
- „*Stres, nepříjemné situace, vyčerpání.*“ (sociální pracovník)
- „*Například světelné efekty, stres, fyzické/psychické přetížení.*“ (sociální pracovník)
- „*Vyčerpání, moc podnětů, stres.*“ (sociální pracovník)
- „*Stres, možná i nesnesitelné horko v dopravním prostředku (tuto zkušenost mám), pomáhala jsem jedné slečně při takovém záchvatu.*“ (policista)
- „*U strýce stačilo, aby chvíli stál. někdy dostal záchvat i v sedě. babička říkala, že hodně dostává záchvaty, když někdo (z rodiny) přijede a nedá*

o tom předem vědět. měl náhlou radost, která mohla vyvolat epileptický záchvat. např. stres.“ (policista)

- *„Šok, úlek.*“ (policista)
- *„Stres, nervové vypětí.*“ (policista)

Rizikové chování:

Do této kategorie jsme zařazovali odpovědi, které se shodují převážně v tom, že epileptický záchvat může být vyvolán nedodržováním režimových opatření a nezdravým životním stylem. Respondenti nejčastěji uváděli příklady: alkohol, drogy nebo nepravdělné užívání či vysazení medikace.

Další odpovědi zařazené do této kategorie:

- *„Cokoliv - alkohol, nepravdělné braní léků, jakákoliv chemická disbalance těla.*“ (sociální pracovník)
- *„Alkohol, drogy, změna psychického stavu (vypětí).*“ (sociální pracovník)
- *„Blikotavá světla, nedostatek spánku, extrémní zátěž, alkohol, drogy.*“ (sociální pracovník)
- *„Špatná medikace, nesprávná životospráva, nevhodné a nesprávné vedení života (strava, sport, potravinové doplňky, stres), vyvolat lze i například špatným lékařským zákrokem, porodem a obdobným zásahem do integrity těla.*“ (policista)
- *„Přetížení organismu, velké množství alkoholu, málo spánku, stroboskop.*“ (policista)
- *„Málo spánku, alkohol, světla z diskotéky, vynechání léků.*“ (policista)

Ostatní:

Odpovědi zařazené do této kategorie jsou druhou nejméně početnou skupinou. Do této kategorie jsou zařazeny odpovědi respondentů, kteří neuvádějí jasnou příčinu. Odpovědi jsou buď obecné nebo neurčité. Pojí se ve většině případů se slovem „nevím či cokoliv“.

Do této kategorie řadíme odpovědi:

- *„Nevím“* (sociální pracovník)
- *„Cokoliv“* (sociální pracovník)

- „Nevím, změny ve výbojích v mozku.“ (sociální pracovník)
- „Nevím, každému asi něco jiného.“ (policista)
- „Cokoliv negativního.“ (policista)
- „Upřímně nevím, asi jakýkoliv podnět.“ (policista)
- „Nahodilý vjem, bez zjevné příčiny... Spíš nevím.“ (policista)

Vyřazené:

Tato kategorie získala nejmenší počet odpovědí. Hovoříme o odpovědích, které nejsou pro tento výzkum validní, neboť se jedná o výroky respondentů, které nejsou v přímé souvislosti s tím, co může vyvolat epileptický záchvat. Nejčastější komplikací je nejspíše špatný výklad otázky či nepozornost respondenta.

Do této kategorie řadíme odpovědi:

- „Smrt“ (sociální pracovník)
- „Přichází sám od sebe bez ohledu na okolnosti.“ (policista)

Zhodnocení otázky č. 15

V souvislosti se získanými daty lze konstatovat, že obě skupiny respondentů tzn. sociální pracovníci i policisté mají poměrně široké povědomí o nebezpečných faktorech, které mohou vyvolat epileptický záchvat. To potvrzuje i charakter odpovědí od jednotlivých respondentů, které v mnoha případech obsahují více objektivních příčin najednou.

Dotazované skupiny kladou největší důraz na vnější faktory, které spatřují jako nejvýznamnější „spouštěče“ epileptických záchvatů. Danou kategorii nejlépe charakterizuje odpověď „Světelné blikání. Například zobrazovací frekvence monitoru. Stroboskop.“ Dalšími početnými kategoriemi jsou „rizikové chování“ a „psychická zátěž.“

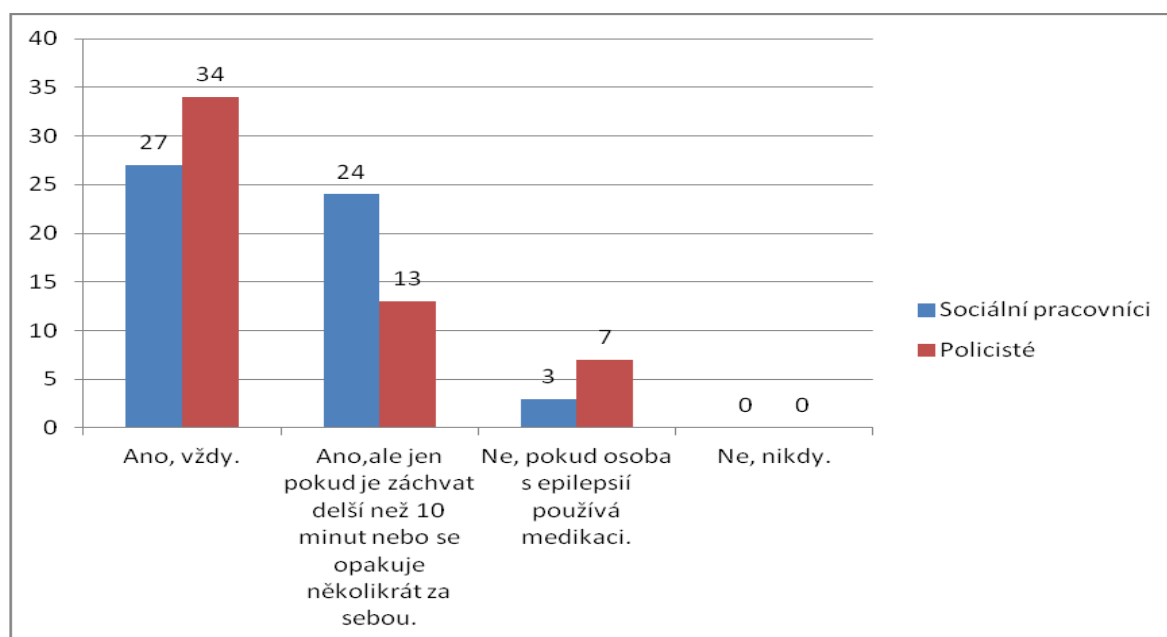
Za nástup epileptického záchvatu viní psychickou zátěž 15 respondentů z obou skupin. V této kategorii silně dominuje stres, psychické vypětí a nepřiměřená míra emocí.

Nejvýraznější disproporce odpovědí respondentů obou skupin se však objevuje v kategorii „rizikového chování“ a „ostatní“. Zajímavostí vyhodnocení této kategorie je skutečnost, že „rizikové chování“ vnímá jako spouštěč epileptického záchvatu 17 sociálních pracovníků a pouze 7 policistů. Tento

vzorek spojuje epileptický záchvat nejčastěji s alkoholem, drogami a změnou psychického stavu. Naproti tomu v kategorii „ostatní“ silně převládají odpovědi policistů, které nejsou dostatečně konkrétní nebo se jejich odpovědi pojí se slůvkem „nevím“. Poslední kategorií jsou „nezařazené“ odpovědi, které jsme zařadili pro přehlednost zvlášť. Tato kategorie se vztahuje na dvě konkrétní odpovědi, které významově neodpovídali dané otázce. Po závěrečném zhodnocení odpovědí v jednotlivých skupinách lze dále říci, že sociální pracovníci mají větší povědomí o tom, co může vyvolat epileptický záchvat. K tomuto tvrzení docházíme převážně na základě četných odpovědí v kategorii „ostatní“, kde je více než 4x vyšší zastoupení policistů než sociálních pracovníků.

Otázka č. 16: Může epileptický záchvat ohrozit život člověka?

Ohrožení života:



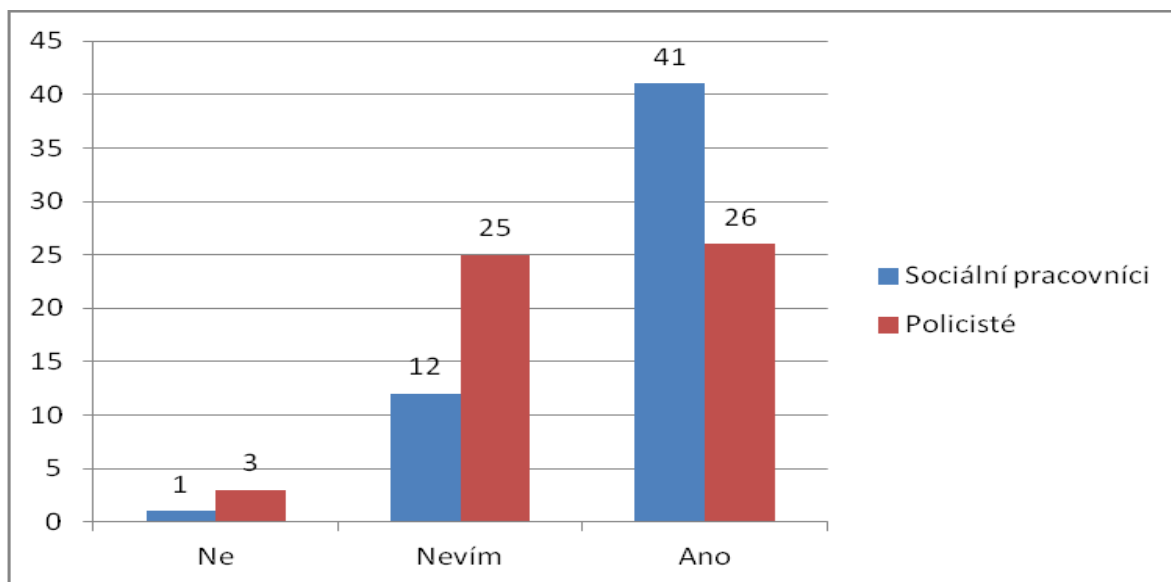
Graf 11 Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)

Tato otázka se vztahovala na informovanost respondentů a zároveň mapovala, do jaké míry považují respondenti epileptický záchvat za život ohrožující stav. Respondenti v obou skupinách, tzn. sociální pracovníci - 27 (50%) i policisté - 34 (63%), nejčastěji souhlasně odpovídali, že epileptický záchvat může vždy ohrozit život člověka.

Celkem - 24 (44 %) sociálních pracovníků odpovědělo správně, a to tak, že epileptický záchvat může ohrozit život člověka jen tehdy, pokud je delší než 10 minut nebo se opakuje několikrát za sebou. Tuto odpověď shodně zvolilo - 13 (24 %) policistů. Epileptický záchvat nepovažuje za život ohrožující - 7 (13 %) policistů, ale jen v případě, že osoba s epilepsií užívá medikaci. Stejnou odpověď zvolili - 3 (6 %) sociální pracovníci. Poslední nabízená odpověď získala nulové zastoupení. - 0 (0 %) tzn., že žádný z respondentů nevedl, že epileptický záchvat nemůže nikdy ohrozit život člověka.

Otázka č. 17: Léčba epilepsie je převážně postavena na využívání moderních léků tzv. antiepileptik. Myslíte si, že lidé s epilepsií kromě užívání léků dodržují ještě další režimová opatření? Pokud ano, uveďte příklad.

Léčba a režimová opatření:



Graf 12 *Rozložení sociálních pracovníků a sociálních pracovníků (relativní četnost)*

Z grafického znázornění vyplývá, že nejvyšší zastoupení odpovědí v obou skupinách získala možnost „ano“. Správně odpovědělo - 41 (76 %) sociálních pracovníků a - 26 (48 %) policistů. Vysoká četnost se objevila také v odpovědi „nevím“, tuto možnost zvolilo - 25 (46%) policistů a - 12 (22 %) sociálních pracovníků. Nejmenší vzorek respondentů sociálních pracovníků - 1 (2 %) a policistů - 3 (6%) je přesvědčen o tom, že osoby s epilepsií nemusí kromě léčby dodržovat žádná další režimová opatření.

Záměrem dotazníkové otázky číslo 17 bylo odhalit, zda respondenti alespoň tuší, zda lidé s epilepsií dodržují mimo užívání léků ještě další režimová opatření. Pro tento případ byla zvolena polo-uzavřená otázka. Dotazovaní vybírají ze tří variant odpovědí „ne“, „nevím“ a „ano“. V případě, že zvolili odpověď „ano“, byli následně vyzváni k bližší specifikaci. Z celkového počtu – 108 (100 %) respondentů, kteří zodpověděli tuto otázku, bylo – 44 sociálních pracovníků a 25 policistů, kteří zvolili možnost „ano“ a následně uvedli příklad. Získané odpovědi jsme následně kategorizovali do 4 skupin. S ohledem na to,

že každá odpověď mohla být zařazena pouze do jedné kategorie. Odpovědi byly řazeny dle převládající povahy respondentovy odpovědi.

Jednotlivé kategorie byly seřazeny dle celkových četností obou výzkumných skupin.

Kategorie	Sociální pracovníci	Policisté	Celkem
Životospráva	18	12	30
Abstinence	14	4	18
Ostatní	6	5	11
Řízení motorového vozidla	4	1	5

Tabulka 4

Následující kategorie se v našem případě dají chápat následovně:

Životospráva:

Respondenti v obou skupinách jsou nejčastěji přesvědčeni o tom, že osoba s epilepsií, mimo užívání léků dodržuje ještě další režimová opatření. Mezi nejčastější odpovědi této kategorie patří dodržování zdravé životosprávy a pravidelného spánkového režimu. Dále uvádějí opatření spojená se stresem a fyzickou zátěží. V odpovědích respondentů sociálních pracovníků lze nalézt mýtus, který se dlouhodobě pojí s epilepsií, viz odpověď sociálního pracovníce: „Dostatek spánku, řádný odpočinek, speciální dieta - čokoláda ne, blikavá světla mohou vyvolat epi záchvat“ Dodnes se neprokázaly negativní účinky čokolády pro osoby s epilepsií a toto tvrzení je odborníky považováno za mýtus.

Tuto kategorii nejvíce charakterizují tyto odpovědi respondentů:

- „Pravidelný denní režim, klidový strav, jsou omezení v průčesčopnosti, abstinence.“ (sociální pracovník)
- „Dostatek spánku, řádný odpočinek, speciální dieta - čokoláda ne, blikavá světla mohou vyvolat epi záchvat.“ (sociální pracovník)
- „Dostatek spánku, nepřetěžování organismu, vyhýbání stresových situací.“ (sociální pracovník)
- „Kvalitní životospráva.“ (sociální pracovník)
- „Pravidelný dostatečný spánek, neponocování.“ (policista)
- „Životospráva, fyzická zátěž, psychická zátěž....“ (policista)

- „Zdravý životní styl.“ (policista)
- „Např. režim spánku.“ (policista)

Abstinence:

Do této kategorie jsme zařadili všechny odpovědi, kde dominuje jako hlavní režimové opatření abstinence alkoholu a drog.

Zařazené odpovědi v této kategorii byly:

- „Omezení alkoholu v souvislosti s užíváním léků.“ (sociální pracovník)
- „Omezení konzumace alkoholu na minimum.“ (sociální pracovník)
- „Nepožívání např. alkoholu a dalších. Řízení motorových vozidel souvisí s otázkou o nebezpečnosti pro okolí.“ (sociální pracovník)
- „Omezení alkoholu, kouření, návykových látek. Správná životospráva.“ (policista)
- „Určitě si myslím, že by neměli pít alkohol.“ (policisté)
- „Omezení alkoholu, stresu.“ (policisté)

Ostatní:

V kategorii „ostatní“ jsou zařazené odpovědi, které jsou kombinací různých doporučení vážící se k epilepsii a epileptickým záchvatům. Odpovědi respondentů doporučují vyhýbat se různým rizikovým faktorům od adrenalinových sportů po blikající světla.

Další odpovědi zařazené do této kategorie:

- „Ne vrcholové adrenalinové sporty.“ (sociální pracovník)
- „Vyhýbání se například místům, kde blikají světla.“ (sociální pracovník)
- „Vyhýbají se pravděpodobnému spouštěči (pokud o něm ví).“ (sociální pracovník)
- „Vyhýbání se podnětům, tedy např. dlouhodobé hledění do mobilního telefonu, vyhýbání se stroboskopům.“ (policista)
- „Jedná-li se o dědičnou, nedoporučuje se mít potomky, na něž se může opět přenést (pohlaví rozhoduje).“ (policista)
- „Třeba vyvarovat se blikajícím světlům.“ (policista)

Řízení motorových vozidel:

Do kategorie „*řízení motorových vozidel*“ byly zařazeny odpovědi respondentů, kteří souhlasili a vyjádřili názor, že lidé s epilepsií jsou omezeni v řízení motorových vozidel.

Tuto kategorii charakterizují následující odpovědi:

- „*Nesmí řídit motorové vozidlo, vyvarovat se výše zmíněným rizikům.*“ (sociální pracovník)
- „*Například neřídí automobil.*“ (sociální pracovník)
- „*Omezení řízení vozidla?*“ (policista)

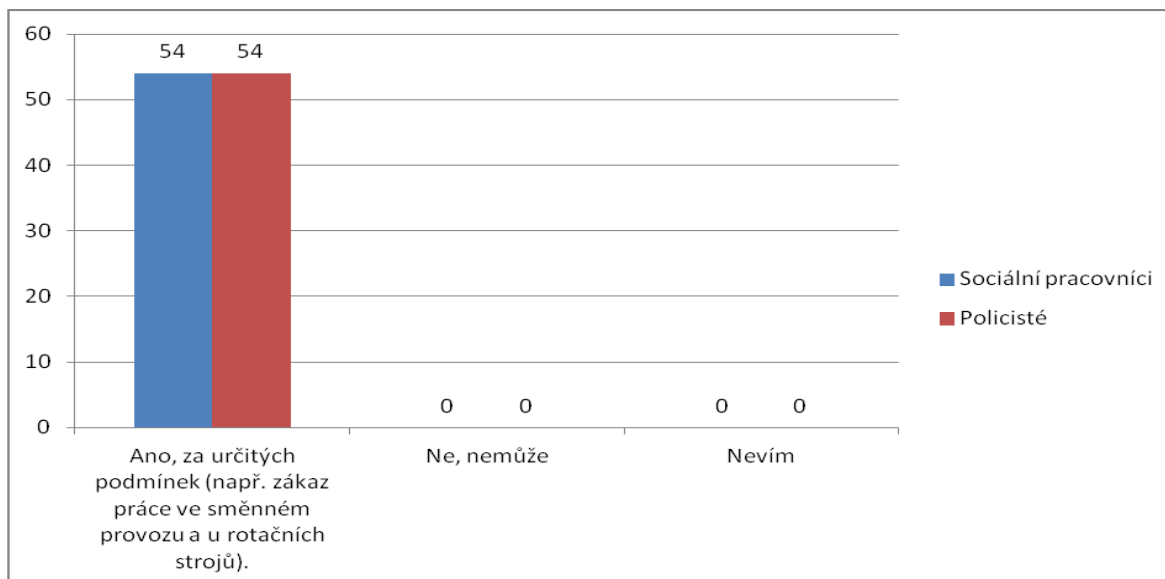
Zhodnocení otázky č. 17

Z výše vybraných odpovědí této kategorie bychom rádi zdůraznili odpověď policisty „*Jedná-li se o dědičnou, nedoporučuje se mít potomky, na něž se může opět přenést (pohlaví rozhoduje).*“ Dědičnost epilepsie je přetrvávající mýtus. Přímá dědičnost nebyla doposud prokázána. Dítě matky s epilepsií nezdědí epilepsii jako takovou. Může získat jen znaky této nemoci, které se mohou projevit nižší odolností vůči epileptickým záchvatům. To ovšem neznamená, že se u dítěte epilepsie v budoucnu projeví.

Dalším mýtem, který se v této odpovědi nachází, je tvrzení, že se osobám s epilepsií nedoporučuje mít děti. Bohužel jde o tvrzení, se kterým se doposud setkáváme i v ordinacích lékařů. Jde ovšem o předsudky. Faktem je, že pokud je osoba s epilepsií po zhodnocení lékařem v dobrém zdravotním stavu, pak tato nemoc není překážkou k početí potomka. V žádném případě nelze tvrdit, že se osobám s epilepsií nedoporučuje mít děti.

Otázka č. 18: Může člověk s epilepsií pracovat?

Epilepsie a práce:

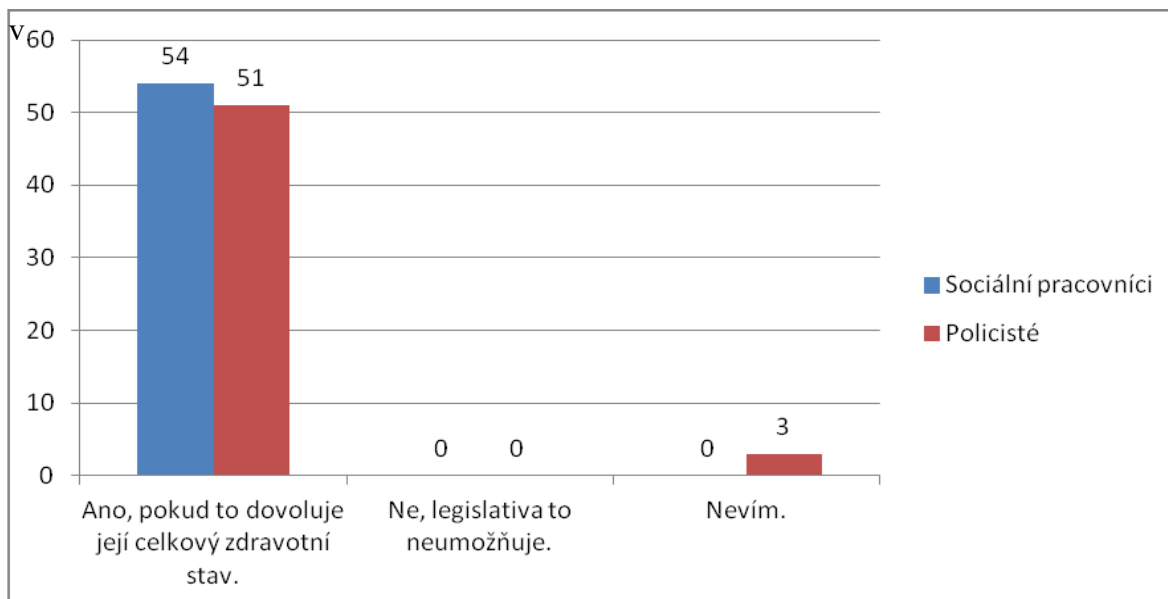


Graf 13 Rozložení sociálních pracovníků i policistů (relativní četnost)

Otázka číslo 18 zjišťovala, zda osoba s epilepsií může podle respondentů pracovat, byla otázkou uzavřenou. Dotazovaní vybírali ze tří odpovědí. Oba výzkumné vzorky se bez sebemenších odchylek shodovaly. Z grafu vyplývá, že - 108 (100 %) respondentů je přesvědčeno o tom, že osoby s epilepsií mohou za určitých podmínek pracovat. Žádný z respondentů neuvedl možnost „ne nemůže“ ani „nevím“ - 0 (0 %).

Otázka č. 19: Může mít žena s epilepsií dítě?

Epilepsie a rodičovství:

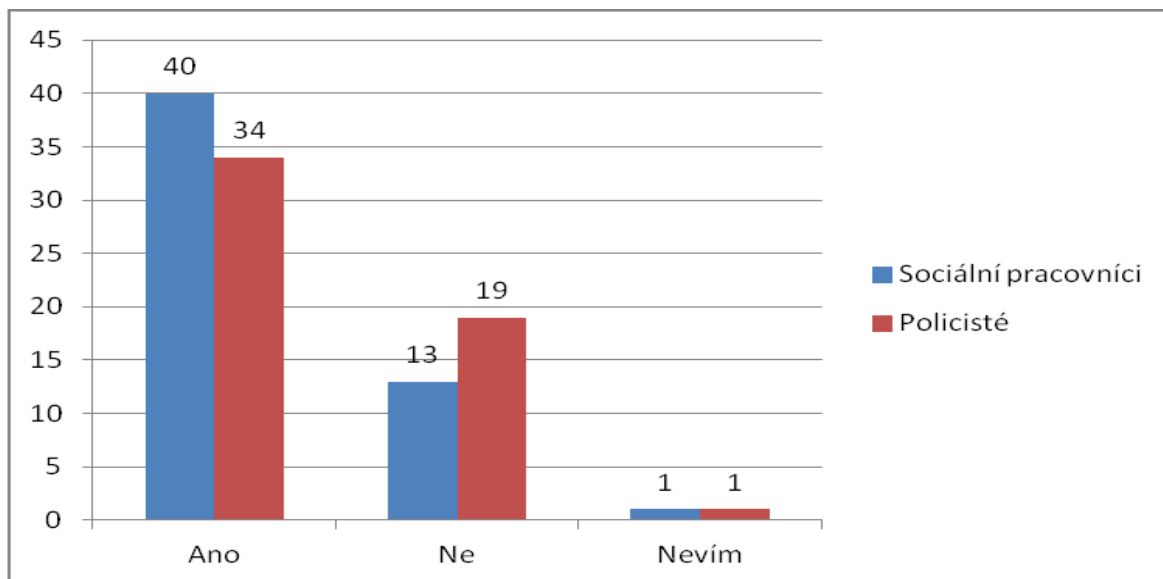


Graf 14 Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)

Z tohoto grafu vyplývá, že - 54 (100 %) sociálních pracovníků je přesvědčeno o tom, že žena s epilepsií může mít dítě, pokud to dovoluje její celkový zdravotní stav. Naproti tomu policisté jsou o tomto tvrzení přesvědčení - 51 (94 %). Celkem - 3 (6 %) příslušníků policie si není jisto tím, zda může mít žena s epilepsií dítě.

Otázka č. 20: Setkal/a jste se někdy s epileptickým záchvatem?

Zkušenost s epileptickým záchvatem:

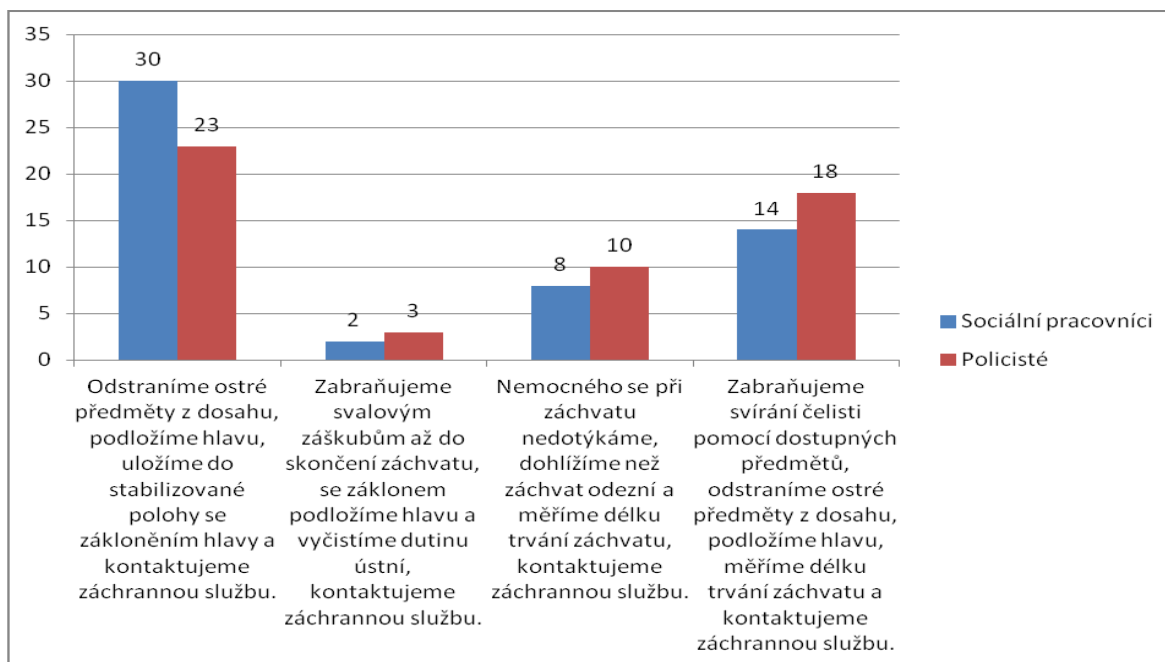


Graf 15 Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)

V otázce číslo 20 byli respondenti dotazováni na to, zda se v průběhu života setkali s epileptickým záchvatem. K tomuto zkoumání byla využita uzavřená otázka se třemi možnostmi odpovědi „ano“, „ne“ nebo „nevím“. Z výsledků přímo vyplývá, že - 40 (74 %) sociálních pracovníků a - 34 (63 %) policistů udává přímou zkušenost s epileptickým záchvatem. Naproti tomu absentující zkušenost s epileptickým záchvatem přiznává - 13 (24%) sociálních pracovníků a - 19 (35 %) policistů. Celkem - 1 (2 %) respondent z obou skupin zvolil možnost „nevím“.

Otázka č. 21: První pomoc při epileptickém záchvatu poskytneme následovně:

První pomoc:



Graf 16 Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)

Otázka číslo 21 zjišťovala, zda respondenti z řad sociálních pracovníků i policistů znají správné zásady poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu. Dotazovaným byly nabídnuty čtyři možnosti odpovědi. Jen jedna však byla správná. Do zbylých odpovědí byly zakomponovány nejčastější mytická přesvědčení, která lze dodnes objevit ve společnosti. Po vyhodnocení výsledků této otázky můžeme konstatovat, že podle správných zásad první pomoci by se při střetu s epileptickým záchvatem pravděpodobně řídil největší vzorek respondentů - 23 (55 %) policistů a - 30 (43 %) sociálních pracovníků. Z výsledků dále vyplývá, že - 18 (33 %) policistů a - 14 (26 %) sociálních pracovníků je mylně přesvědčeno, že součástí první pomoci při epileptickém záchvatu je: „zabránit svírání čelisti pomocí dostupných předmětů.“ Celkem - 8 (18 %) sociálních pracovníků a -10 (15 %) policistů by se člověka v epileptickém záchvatu vůbec nedotýkali, ale dohlíželi by, než záchvat odezní, měřili délku záchvatu a následně volali záchrannou službu. Nejmenší počet respondentů by v rámci první pomoci volil postup druhý, tzn., „zabraňujeme svalovým záškubům až do skončení záchvatu, se záklonem podložíme hlavu a vyčistíme dutinu ústní ...“ Tuto odpověď zvolilo pouze - 3 (6 %) policistů a - 2 (4 %) sociálních pracovníků.

Otázka č. 22: Následující otázky se týkají Vašich zkušeností a názorů vztahující se k epilepsii. („RIBS“)

V rámci otázky č. 22 bylo využito validizované škály „RIBS“ (Reported and Intended Behaviour Scale), která zjišťuje míru stigmatizujícího jednání. V našem případě byla využita za účelem odhalení postojů k osobám s epilepsií. Z dotazníku „RIBS“ byly vybrány celkem 4 otázky zaměřující se na zamýšlené jednání. U každé otázky měli respondenti možnost volit na škále z 6 položek od „*rozhodně souhlasím*“ po „*rozhodně nesouhlasím*.“ Při následném vyhodnocování byla každé položce přisouzena číselná hodnota od 5 po 0 bodů. Položce „*rozhodně souhlasím*“ byla přisouzena bodová hodnota 5. Každá další položka získala bodové ohodnocení o stupeň nižší. Výjimku tvoří odpověď „*nevím*“, kde byla bodová hodnota shodná s odpovědí „*nemám vyhraněný názor*“, těmto položkám byla přisouzena hodnota 3 bodů. Počty odpovědí od respondentů v rámci daných položek byly vynásobeny přiděleným koeficientem. Získané číselné hodnoty byly následně sečteny a vyděleny celkovým počtem respondentů. Z této části analýzy nám vyšel škálový skór v rozsahu od 1 do 5 bodů.

V závěrečné analýze otázky č. 22 byly sečteny jednotlivé škálové skóry získané z předchozího rozboru otázek dotazníku RIBS. Tím vznikl výsledný skór, pohybující se v rozsahu od 4 do 20 bodů. Tento skór je možné považovat za míru tolerance k osobám s epilepsií. Čím vyšší skór, tím nižší míra diskriminace. Výsledky jednotlivých výzkumných skupin byly vyhodnocovány odděleně a následně porovnány.

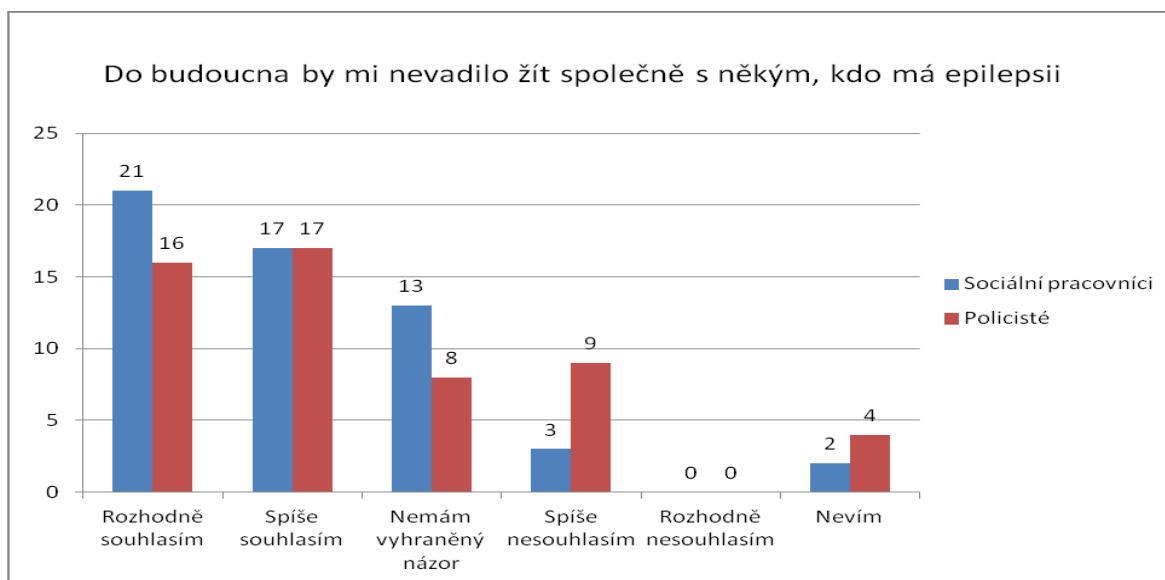
Vzorec:

$$\frac{k \times O}{R} = S$$

Koeficient	k (1 - 5)
Počet odpovědí	O
Počet respondentů výzkumné skupiny	R (Rs/Rp)
Skór	S
Celkový skór	Sc

Tabulka 5

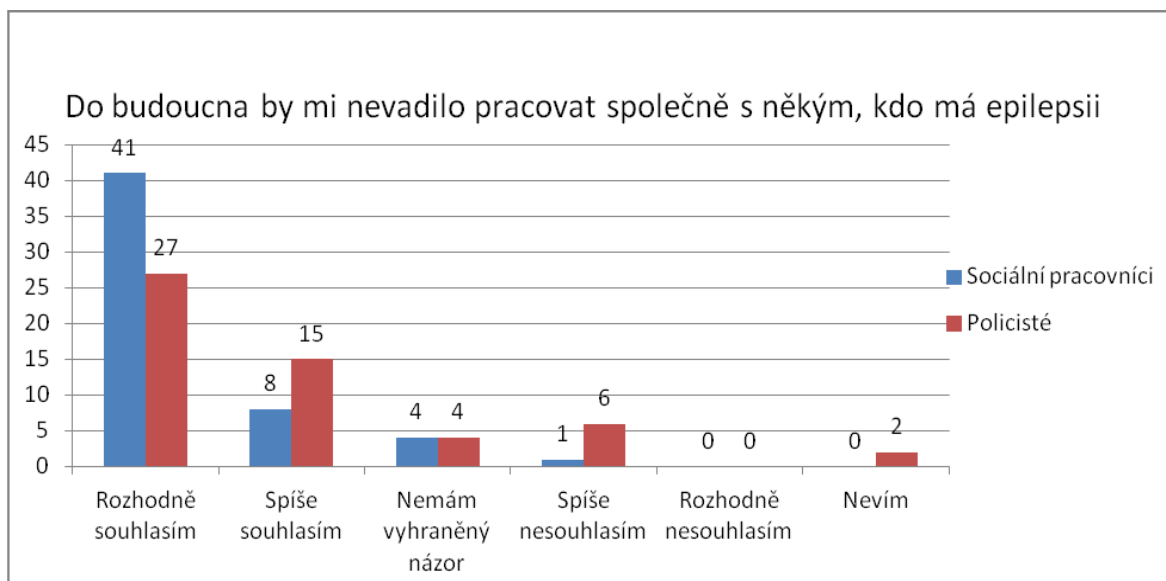
Společné soužití:



Graf 17 Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)

Výše předkládaný graf se soustředí na společné žití v jedné domácnosti s osobou s epilepsií. V této otázce se projevila nejzřetelnější disproporce mezi výzkumnými skupinami. U skupiny sociálních pracovníků nám vyšlo skóre 4,14 a u policistů 3,74 - z toho vyplývá, že v oblasti společného soužití jsou tolerantnější sociální pracovníci.

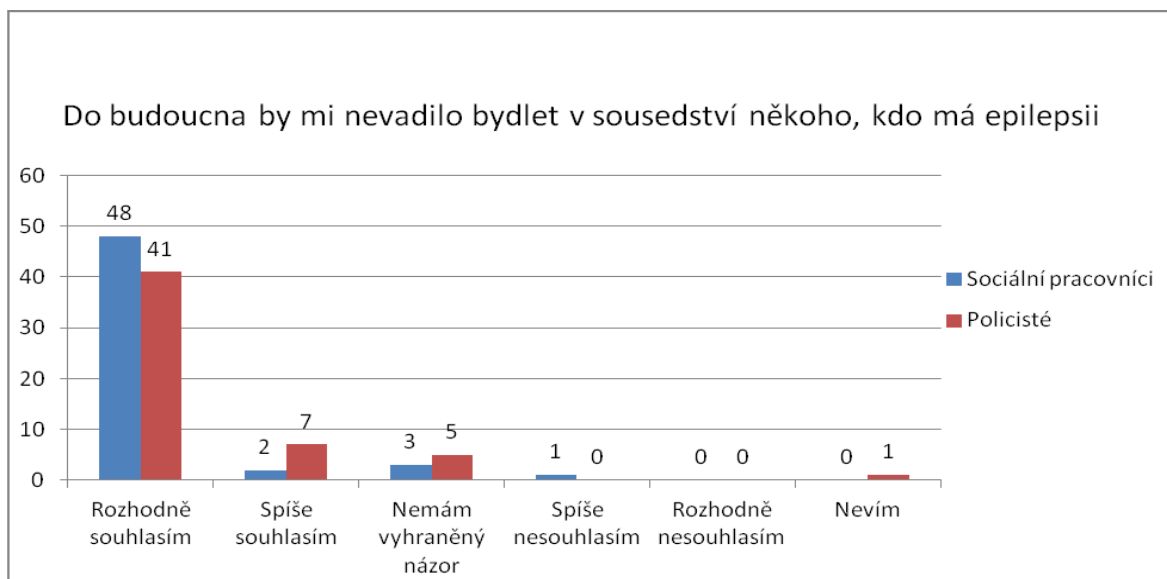
Spolupráce:



Graf 18 Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)

Daná otázka se zaměřuje na přijetí člověka s epilepsií v pracovním kolektivu. Obě skupiny respondentů prokázaly vysokou míru tolerance a přijetí. Skupina sociálních pracovníků projevila větší otevřenost vůči spolupráci s člověkem s epilepsií. Skóre v této skupině vyšlo 4,61. Oproti tomu u policistů 4,16.

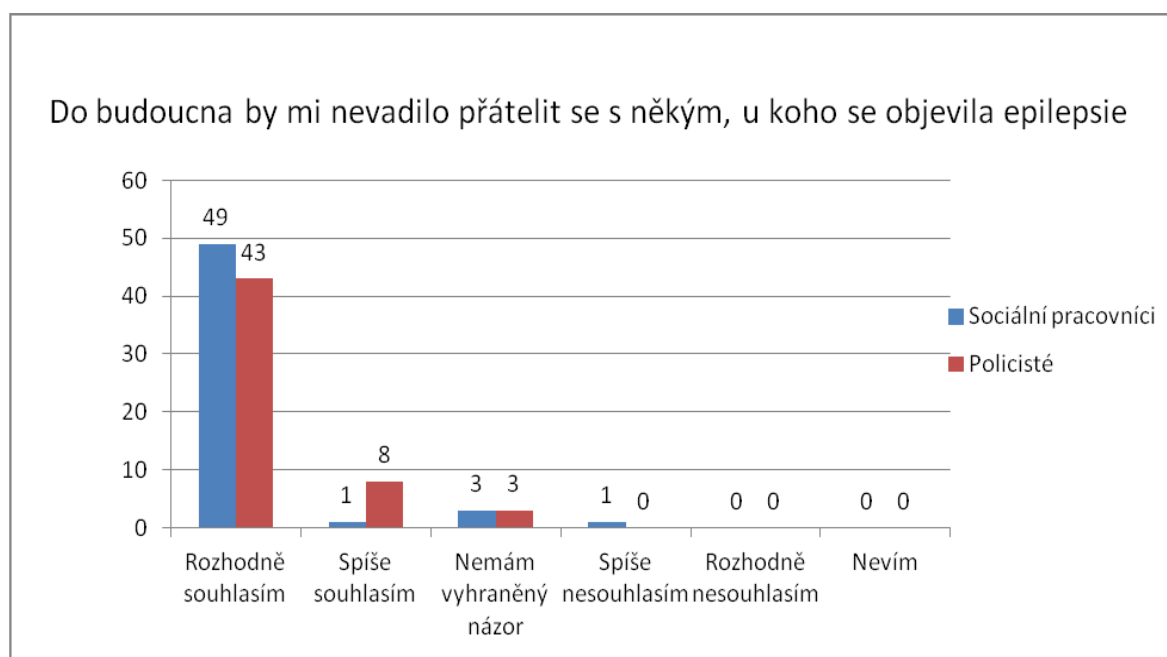
Sousedství:



Graf 19 Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)

Tato otázka zjišťovala akceptování člověka s epilepsií v těsné blízkosti bydliště daného respondenta. I v této otázce získali vyšší skóre sociální pracovníci - 4,79. U skupiny policistů daný skór dosáhl hodnoty 4,64.

Přátelství:



Graf 20 Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)

V poslední části otázky č. 22 jsme se zaměřovali na udržování přátelských vztahů s osobou s epilepsií. V dané otázce se výsledky obou skupin lišily minimálně, sociální pracovníci získali skór 4,81 a policisté 4,74.

Zhodnocení otázky č. 22

V rámci dané otázky lze říci, že na základě zjištěných dat se potvrdil předem stanovený předpoklad o vyšší míře tolerance sociálních pracovníků. V této skupině respondentů nám celkové skóre vyšlo 18,35, což prokazují i výsledky v dílčích částech otázky. Nutno dodat, že z analýzy dat od skupiny policistů bylo stanoveno celkové skóre 17,28, které prokazuje vysokou míru přijetí i u této skupiny. I přestože se obě profese liší nejen svým charakterem, ale i pravděpodobností střetu s člověkem s epilepsií, rozdíly mezi danými skupinami nejsou nijak výrazné.

V rámci podotázek zařazených do škály „RIBS“ byla zjištěna nejvyšší míra tolerance v oblasti přátelství, kdy obě výzkumné skupiny dosáhly nejvyššího skóre, tzn., že spatřují nejmenší překážku v udržování přátelského vztahu s osobou s epilepsií. Naproti tomu nejnižší hodnoty se objevily u obou skupin v doméně společného žití. Nižší hodnoty v oblasti společného žití jsme předpokládali již před realizací výzkumu. Tento výsledek lze přisuzovat faktu, že v tomto případě by respondent byl s nemocí v blízkém každodenním kontaktu a v této oblasti by jí byl nejvíce ovlivněn. Naproti tomu udržování přátelských, pracovních i sousedských vztahů nemusí notně znamenat přímou zkušenost s projevy nemoci a omezeními z toho vyplývajícími. Z našeho pohledu v případě partnerství či udržování pracovního vztahu s osobou s epilepsií mohou projevy nemoci přímo zasahovat do komfortní zóny respondentů. Oproti tomu při navázání přátelských či sousedských vztahů nemusí být překážkou.

7.6 Shrnutí výsledků dotazníkového šetření

V této kapitole se věnujeme sumarizaci, verifikaci a falsifikaci výsledků dotazníkového šetření. Ověřujeme předpoklady stanovené na začátku výzkumného šetření. K tomuto kroku využíváme odpovědi z anonymizovaných dotazníků. Výzkumné otázky vyhodnocujeme v samotném závěru kapitoly.

Vyhodnocení předpokladu č. 1

Naším prvním předpokladem bylo tvrzení, že sociální pracovníci zaujmají tolerantnější postoje k různým odlišnostem než policisté.

Vyhodnocení tohoto předpokladu lze získat z otázek č. 1,2,3,4,5,6, 14, 20 a 22. Nutno dodat, že rozdíl dílčích výsledků v obou skupinách byl, i přes poměrně vysokou odlišnost vybraných pomáhajících profesí, minimální. A to i přes skutečnost, že obě pomáhající profese se od sebe významně lišily nejen pohlavím, věkem, délkou praxe, ale i tím, že mezi sociálními pracovníky byla zaznamenána vyšší četnost přímých zkušeností s člověkem s epilepsií.

I přesto lze na základě získaných výsledků tvrdit, že byl náš předpoklad verifikován.

Dokládá to jak otázka č. 6, kde - 24 (44 %) sociálních pracovníků přiznává, že má ve svém okolí (rodina, přátelé, kolegové) člověka s epilepsií. Taktéž otázka č. 14, kde - 36 (66 %) sociálních pracovníků uvádí, že nepovažuje osobu s epilepsií za nebezpečnou pro své okolí. V neposlední řadě i otázka číslo 20, zde - 40 (74 %) sociálních pracovníků uvádí přímou zkušenost s epileptickým záchvatem.

Statisticky nejvýznamnější otázkou v rámci vyhodnocení daného předpokladu byla však otázka č. 22, dotazující se respondentů přímo na názory a zkušenosti. Pro tyto účely jsme využili validizovanou škálu „RIBS“. V té sociální pracovníci uspěli ve všech čtyřech dimenzích, od společného žití, spolupráce, sousedství až po přátelství. Statisticky nejvýznamnější byla doména společného žití, kde respondenti odpovídali na otázku: „*Do budoucna by mi nevadilo žít společně s někým, kdo má epilepsii.*“ V této doméně se po porovnání objevil statisticky nejvýznamnější rozdíl. Sociální pracovníci dosáhli skóru 4,14 a policisté 3,74.

Sociální pracovníci dosáhli celkového skóru v rámci škály „RIBS“ - 18,35, což prokazatelně dokazuje vysokou míru tolerance k epilepsii.

Vyhodnocení předpokladu č. 2

Druhým předpokladem našeho výzkumného šetření bylo tvrzení, že **sociální pracovníci budou méně ovlivněni stereotypy a mýty než policisté.**

Tento předpoklad jsme stanovili na základě osobních zkušeností i přetrvávajících mýtů ve společnosti. Vyhodnocení získáváme z analýzy otázek otevřených, uzavřených i polo-uzavřených. K tomuto předpokladu vztahujeme otázky č. 7,8,9,10,17,19 a 21. I v tomto případě platí, že rozdíly v rámci obou výzkumných skupin byly minimální.

Vyhodnocením daných otázek se podařilo zjistit, že stejně jako u veřejnosti, tak i mezi pomáhajícími profesemi, panuje řada nejasností, pověr, mýtů i stereotypů.

Asi nejzajímavějším ukazatelem daného předpokladu byla otázka č. 21, dotazující se na zásady první pomoci při epileptickém záchvatu. Z výsledků vyplývá, že se respondenti z řad sociálních pracovníků - 14 (26 %) i policistů - 18 (33 %) mylně domnívají, že správnou první pomoci při epileptickém záchvatu je: „*zabránit svírání čelisti pomocí dostupných předmětů.*“ Tento mýtus přetrvává

v naší společnosti již desítky let. Ovšem mezi profesionály z řad pomáhajících profesí je výskyt tohoto mýtu víc než zarážející. Další mýtus s vysokou četností odpovědí se vztahuje k otázce č. 8 „*Jak podle Vás vypadá epileptický záchvat.*“ Ten je nejčastěji spojován s velkým epileptickým záchvatem dříve označovaným „grand mal“. V ostatních otázkách č. 7,9,10,17 a 19 dosáhly obě výzkumné skupiny prokazatelně příznivých výsledků. Konkrétně bychom rádi vyzdvihli odpovědi respondentů v otázce č. 9, ze které vyplývá, že oba výzkumné vzorky - 108 (100 %) nepovažují epilepsii za nakažlivou nemoc. Pozitivní výsledky přinesla také otázka č. 10, vztahující se k dopadům epilepsie na intelekt člověka. Zde respondenti obou skupin dosáhli totožného výsledku, na jehož základě můžeme tvrdit, že - 44 (81 %) sociálních pracovníků i policistů je přesvědčeno o tom, že epilepsie nepostihuje intelekt člověka. Otázka číslo 17 byla polo-zavřená. Konstruovali jsme ji tak, aby odhalovala nejen informovanost, ale zároveň dávala respondentům prostor pro vlastní iniciativu. Tento krok se nám osvědčil, neboť z hlediska mýtů a stereotypů se zde objevilo iracionální přesvědčení, že osoba s epilepsií nesmí požívat čokoládu. Otázka č. 19 přinesla velmi povzbuzující výsledky - 54 (100 %) sociálních pracovníků a - 51 (96 %) policistů je přesvědčeno o tom, že žena může mít dítě, pokud to dovoluje její celkový zdravotní stav. Výsledky jsou tedy v tomto ohledu velmi příznivé. Na druhou stranu nutno zmínit tvrzení policisty v rámci otázky č. 17, které se úzce vztahuje k tématu rodičovství. Tento respondent je stereotypně přesvědčen o tom, že „*jedná-li se o dědičnou, nedoporučuje se mít potomky, na něž se může opět přenést (pohlaví rozhoduje).*“

Po dílčím zhodnocení všech výše uvedených otázek vztahujících se k danému předpokladu, můžeme konstatovat, že se náš předpoklad, byť s minimálním statistickým rozdílem, verifikoval.

Vyhodnocení předpokladu č. 3

Třetím předpokladem našeho výzkumného šetření bylo tvrzení, že **mezi sociálními pracovníky panuje vyšší míra informovanosti o epilepsii.**

Problematika informovanosti o epilepsii je přetrvávajícím problémem naší společnosti. Právě nedostatek informovanosti je častým plodištěm strachu a negativních emocí. Jak je tomu mezi vybranými pomáhajícími profesemi

sociálních pracovníků a policistů? Právě to jsme odhalovali na základě analýzy otázek č. 11,12,13,15,16,18.

V rámci shrnutí dílčích výsledků daného předpokladu můžeme konstatovat, že - 49 (90,7%) sociálních pracovníků a - 46 (85,2%) policistů, je přesvědčeno o tom, že epilepsie je onemocnění vztahující se k mozku. Tyto výsledky jsou velmi příznivé, neboť ve společnosti stále bojujeme s mytickým přesvědčením, že epilepsie je duševním onemocněním. Otázka č. 12 se dotazovala na epileptický záchvat a jeho konkrétní podoby - 42 (78%) sociálních pracovníků a - 28 (52%) policistů správně uvedlo, že epileptický záchvat nelze specifikovat, máme okolo 40 druhů epileptických syndromů.

Z výsledků dále vyplývá, že - 48 (89%) sociálních pracovníků a - 44 (81%) policistů nepovažuje epilepsii pouze za vrozenou chorobu. Zajímavé výsledky přinesla otevřená otázka č. 15, kde byli respondenti dotazováni na to, co může vyvolat epileptický záchvat? V tomto ohledu prokázali sociální pracovníci vysokou míru informovanosti. Nejčastěji považovali za spouštěč epileptického záchvatu vnější faktor, například stroboskop a světelné blikání. Toho si lze povšimnout v Tabulce č. 3.

Otázka č. 16 zjišťovala, zda respondenti považují epileptický záchvat za život ohrožující stav. Zde se - 27 (50%) sociálních pracovníků a - 34 (63%) policistů domnívá, že epileptický záchvat vždy ohrožuje život člověka. Toto tvrzení je ovšem mylné. Samotný epileptický záchvat ohrožuje život člověka v případě, pokud je jeho trvání delší než 10 minut nebo se několikrát opakuje. Zkreslené odpovědi v rámci obou výzkumných skupin mohla významně ovlivnit nejen samotná absence informací, ale zároveň strach, negativní emoce i naturalistické představy respondentů o epileptickém záchvatu.

Toto tvrzení lze doložit výsledky z předchozích otázek například č. 7 a č. 8, které znázorňuje Tabulka č. 1 a č. 2. Na tomto základě můžeme konstatovat, že poměrně vysoké procento respondentů spojuje epilepsii nejen s velkým záchvatem, ale i s negativními emocemi a prožitky. Popisují zde například křeče, pěna u úst i porucha vědomí. Dále epilepsii přibližují jako divnou nemoc, problém, šok či hrůzostrašný zážitek.

V oblasti režimových opatření jsme se potýkali s největším statistickým rozdílem v rámci jednotlivých skupin. Tato otázka byla konstruovaná jako polo-uzavřená zaměřující se na režimová opatření. Zde - 41 (76%) sociálních

pracovníků a - 26 (48%) policistů souhlasilo s tvrzením, že člověk s epilepsií musí dodržovat mimo léčby ještě další režimová opatření.

Nejčastějším režimovým opatřením byla zdravá životospráva a pravidelný spánek, toho si můžeme povšimnout v Tabulce č. 3.

Poslední otázkou dílčího vyhodnocení daného předpokladu je otázka č. 18. Ta mapovala, zda respondenti považují člověka s epilepsií za „práceschopného“. Na tuto otázku odpovědělo souhlasně všech 108 (100%) respondentů. Na tomto základě můžeme tvrdit, že žádný z respondentů není přesvědčen o tom, že by člověku s epilepsií nemoc bránila natolik, že by nemohl pracovat ani za určitých podmínek.

Po závěrečném vyhodnocení všech výše uvedených otázek vztahujících se k danému předpokladu můžeme konstatovat, že se náš předpoklad verifikoval i přes chybné odpovědi vztahující se k otázce č. 16.

Výzkumná otázka 1

První výzkumná otázka byla cílena na to: „*Jaké postoje zaujímají vybrané pomáhající profese k epilepsii?*“ Vzhledem k faktu, že se všechny předpoklady potvrdily, a to s minimálními rozdíly mezi výzkumnými skupinami, můžeme si dovolit tvrzení, že postoje obou vybraných profesí k epilepsii jsou pozitivní.

Výzkumná otázka 2

„*Můžeme se setkat se stigmatizací epilepsie i mezi vybranými pomáhajícími profesemi? Pokud ano, v jaké výzkumné skupině tato stigmatizace převládá?*“

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na stigmatizaci. Na základě provedeného výzkumu a po následném vyhodnocení výše uvedených předpokladů lze tvrdit, že se stigmatizace epilepsie objevuje v obou výzkumných skupinách. A to i přesto, že jsou postoje i informovanost obou pomáhajících profesí vcelku pozitivní. S velmi malými rozdíly. I tak lze nalézt např. v odpovědích na otevřené otázky (č. 7, 8, 15) stigmatizační znaky. Příkladem mohou být tyto odpovědi:

- „*Klepající se člověk.*“ (sociální pracovník)
- „*Divná nemoc.*“ (policista)
- „*Křeč, hrozba zapadlého jazyka, výpadek paměti, hrozba poranění sebe i okolí.*“ (sociální pracovník)

- *„Pro člověka, který se s ním setká poprvé zvláště, nebezpečně, hrůzostrašně.“ (policista)*
- *„nemoc mozkových buněk.“(policista)*
- *„Záchvat - člověk se svíjí v křečích a mnohdy mívají lidé i tzv. pěnu u úst; proto je důležité v takových případech postiženému okamžitě vložit něco do úst, aby si nemohl ublížit (překousnout jazyk apod.)!!!!“ (policista)*

Po závěrečném komplexním zhodnocení výsledků si můžeme dovolit tvrdit, že stigmatizace převládá ve výzkumné skupině policistů.

ZÁVĚR

V diplomové práci s názvem „*Postoje vybraných pomáhajících profesí k epilepsii*“ přibližujeme toto onemocnění v kontextu postojevé problematiky s využitím odborné literatury i osobních zkušeností.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části se věnujeme několika tématům úzce spojených s provedeným výzkumem. Pojednáváme nejen o historii epilepsie, ale zároveň přibližujeme její projevy, příčiny, formy, diagnostiku i terapii. Epilepsii přibližujeme z hlediska sociálního i medicínského. Nepomíjíme druhy epileptických záchvatů, spouštěče ani první pomoc. Dále se věnujeme sociálním dopadům epilepsie, mýtům i stigmatizaci. Řešíme postoje, jejich teorii, funkci a vznik. V neposlední řadě zařazujeme roli sociálního pracovníka pro lidi s epilepsií a charakteristiku vybraných pomáhajících profesí.

Obsahem empirické části diplomové práce byl kvantitativní výzkum. V něm jsme se zaměřili na odhalení postojů vybraných pomáhajících profesí k epilepsii. Dále nás zajímala míra informovanosti i přetrvávající mýty mezi sociálními pracovníky a policisty, kteří působí výhradně na území hl. města Prahy.

Na začátku výzkumného šetření byly stanoveny výzkumné otázky a s nimi související předpoklady. Na tomto základě byl sestaven dotazník. Ten jsme pilotně předložili asistentům posudkových lékařů a následně rozeslali na 200 e-mailových adres. Celkem bylo vybráno 108 dotazníků, které byly pro úspěšné porovnání rozděleny do dvou skupin podle uvedené profesní oblasti (pomáhající profese). Jednotlivé odpovědi byly rozděleny, vyhodnoceny dle předem vytyčených předpokladů:

- *Lze předpokládat, že sociální pracovníci zaujmají tolerantnější postoje k různým odlišnostem než policisté.*
- *Lze předpokládat, že sociální pracovníci budou méně ovlivněni stereotypy a mýty než policisté.*
- *Lze předpokládat, že mezi sociálními pracovníky panuje vyšší míra informovanosti o epilepsii.*

Pro přehlednost a úspěšné srovnání jsme výsledné odpovědi a skóry zaznamenali do grafů a tabulek. Na základě výsledků si můžeme dovést tvrzení, že všechny výše zmíněné předpoklady byly verifikovány.

Sociální pracovníci prokázali nejen vyšší míru tolerance, informovanosti, ale i nižší míru ovlivnění stereotypy a mýty. Překvapením výzkumného šetření byl fakt, že se dílčí výsledky v obou skupinách lišily jen nepatrně, tzn. s minimálními odchylkami. Rádi bychom při této příležitosti vyzdvihli výsledky policistů, kteří i přes odlišný charakter pomáhající profese projevili nejen poměrně vysokou míru informovanosti o epilepsii, ale i vysokou míru tolerance. Tyto výsledky jsou do budoucna velmi povzbuzující. Obě pomáhající profese hrají velmi důležitou roli v životech osob s epilepsií. Jejich postoje i míra informovanosti mohou být v oblasti primární pomoci klíčové, neboť svými činy mohou významně ovlivnit kvalitu života i sociální začlenění osob s epilepsií. Zároveň demytizovat a destigmatizovat toto onemocnění v rámci pomáhajících profesí i napříč veřejností.

Na úplný závěr této diplomové práce bychom rádi zmínili „*Národní den epilepsie*“, který se každoročně slaví 30. září. Vznikl na podporu epilepsie, s cílem odstraňování mýtů, předsudků i nejasností. Právě 30. září můžeme pomoci ostatním zbavit se strachu, zvýšit informovanost nejen veřejnosti, ale i všech pomáhajících profesí.

Seznam použité literatury:

ALLPORT, G. W., *O povaze předsudků*. V českém jazyce vyd. 1. Praha: Prostor, 2004. 574 s. Obzor; sv. 58. ISBN 80-7260-125-3.

AMBLER, Z. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, ©2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4.

BÍLEK, P., DUFKOVÁ, I., ZLÁMAL, J., *Policie a Lidská práva*. Praha: VPŠ MV v Praze 2000.

BRÁZDIL, M. a kol. *Farmakorezistentní epilepsie*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2004. 268 s. ISBN 80-7254-562-0.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

DOLANSKÝ J. 2000. *Současná epileptologie*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 80-7254-101-3.

DONÁTH, V. a kol. *Epilepsia: praktická příručka diagnostiky a léčby epilepsie*. Prvé vydanie. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 2000. 340 stran. ISBN 80-08-02968-4.

EHLER, E. *Neurologie*, Univerzita Pardubice, 2009. ISBN 978-80-7395-158-0.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

HÁJKOVÁ, V. *Inkluzivní vzdělávání*. 1. vydání Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3070-7.

HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 4. vydání Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-283-6.

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

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.

HOVORKA, J. *Epilepsie a základy antiepileptické léčby - část 1. Psychiatrie pro praxi*, 2004, roč. 3, č. 3. s. 123 –130. ISSN 1213-0508.

KELNAROVÁ, J. et al. *První pomoc I: pro studenty zdravotnických oborů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 109 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2182-8.

KOHOUTEK, R. a kol. *Základy sociální psychologie*. 1. vyd. Brno: CERM, 1998. 180 s. ISBN 80-7204-064-2.

KOMÁREK, V. *O epileptologii*. Lékařské listy, 2005, roč. 54, č. 24. s. 3. ISSN 0044-1996.

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.

KRŠEK, P. *Diagnostické postupy u kandidátů epileptochirurgických výkonů*. Postgraduální medicína, 2005, roč. 7, č. 6, s. 686-691. ISSN 1212-4148.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

LAŠEK, J. *Sociální psychologie II*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. 142 s. ISBN 80 –70410- 907-5.

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.

MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. 395 s. ISBN 978-80-262-0213-4.

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

NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 507 s. ISBN 80-200-0993-0.

NEŽÁDAL, T. *Strategie farmakoterapie epilepsie*. Lékařské listy, 2005, roč. 54, č. 24. s. 4 -7. ISSN 0044-1996.

NOVÁK, T. *O předsudcích*. 1. vyd. V Brně: Doplněk, 2002. 106 s. ISBN 80-7239-121-6.

OŠLEJŠKOVÁ, H., et al. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie*. Brno: NCO NZO, 2008. ISBN 978-80-7013-479-5.

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

PANAYIOTOPOULOS, CP. *A Clinical Guide to Epileptic Syndromes and their treatment*. 2nd ed. London: Springer, 2007. 578 s. ISBN 978-1-84628-643-8.

PREISS, M. - KUČEROVÁ, H. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-0843-4.

SERVÍT, Z. *Nervové záchvaty a epilepsie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1970. 135, [1] s. Rady nemocným.

STEHLÍKOVÁ, P. a kol. *Epilepsie: epilepsie a dítě*. Vydání první. Praha: Společnost E/Czech Epilepsy Association, z.s., 2017. 88 stran. ISBN 978-80-906432-2-2.

STEHLÍKOVÁ, P. a kol. *Epilepsie: základní informace o epilepsii*. Vydání první. Praha: Společnost "E", 2016. 36 stran. ISBN 978-80-906432-1-5.

TOMÁŠEK, M. *Epilepsie a epileptické záchvaty u dospělých*. Postgraduální medicína, 2005, roč. 7, č. 6, s. 641-647. ISSN 1212-4148.

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.

VÁGNEROVÁ, M a kol. *Psychologie handicapu*. 2. vydání Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-929-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.

VOJTĚCH, Z *Epilepsie u dospělých osob*, Praha: Občanské sdružení EpiStop, 2010. ISBN 976-80-903979-2-7.

WABERŽINEK, G. et al. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 396 s. ISBN 80-246-1020-5.

ZÁRUBOVÁ, J. *Zásady farmakoterapie epilepsie u dospělých*. Postgraduální medicína. 2005, roč. 7, č. 6, s. 654-662. ISSN 1212-4148.

Internetové zdroje:

PROCHÁZKA, Tomáš. *Epilepsie u dospělých: klasifikace a léčba* [online]. 2010, 151 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z:

<<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/04/04.pdf>>

Etický kodex sociálního pracovníka České republiky [online]. 2019 [cit. 2019-04-16]. Dostupné z:

<http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf>

Legislativní úprava:

Zákon č. 361/2000 Sb., *o provozu na pozemních komunikacích*, ve znění pozdějších předpisů. IN: ASPI[právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR[cit. 26. 3. 2019].

Zákon č. 119/2002Sb., *o střelných zbraních a střelivu*, ve znění pozdějších předpisů IN: ASPI[právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR[cit. 26. 3. 2019].

Vyhláška č. 493/2002 Sb., *o posuzování zdravotní způsobilosti k vydání nebo platnosti zbrojního průkazu a o obsahu lékárničky první pomoci provozovatele střelnice*, ve znění pozdějších předpisů. IN: ASPI[právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR[cit. 26. 3. 2019].

Vyhláška č. 277/2004 Sb., *o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel*, ve znění pozdějších předpisů. IN: ASPI[právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR[cit. 26. 3. 2019].

Zákon č. 273/2008 Sb., *o Policii České republiky*, ve znění pozdějších předpisů. IN: ASPI[právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 26. 3. 2019].

Rozkaz policejního prezidenta č. 154/2011, *Etický kodex Policie České republiky*.

Seznam grafů a tabulek:

Graf 1 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů dle pohlaví (relativní četnost)</i>	48
Graf 2 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů dle věku (relativní četnost)</i> ...	49
Graf 3 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů dle dosaženého vzdělání (relativní četnost)</i>	50
Graf 4 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů podle délky praxe (relativní četnost)</i>	51
Graf 5 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů dle osobní zkušenosti s epilepsií (relativní četnost)</i>	52
Graf 6 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)</i>	61
Graf 7 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)</i>	62
Graf 8 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)</i>	63
Graf 9 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)</i>	64
Graf 10 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů dle míry rizika pro své okolí (relativní četnost)</i>	65
Graf 11 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)</i>	70
Graf 12 <i>Rozložení sociálních pracovníků a sociálních pracovníků (relativní četnost)</i>	72
Graf 13 <i>Rozložení sociálních pracovníků i policistů (relativní četnost)</i>	76
Graf 14 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)</i>	77
Graf 15 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)</i>	78
Graf 16 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)</i>	79
Graf 17 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)</i>	81
Graf 18 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)</i>	82
Graf 19 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)</i>	82
Graf 20 <i>Rozložení sociálních pracovníků a policistů (relativní četnost)</i>	83

Tabulka 1	53
Tabulka 2	56
Tabulka 3	66
Tabulka 4	73
Tabulka 5	81

Seznam obrázků:

Schéma 1 <i>Klasifikace epilepsií ILAE 2017</i>	21
Schéma 2 <i>Česká klasifikace epileptických záchvatů ILAE 2017.</i>	25

Příloha 1

Etický kodex Policie České republiky

Příslušníci Policie České republiky, vědomi si svého poslání, spočívajícího ve službě veřejnosti, založeného na úctě a respektu k lidským právům, vyjadřují následující principy, jež chtějí sdílet a dodržovat.

1. Cílem Policie České republiky je:
 - a. chránit bezpečnost a pořádek ve společnosti,
 - b. prosazovat zákonnost,
 - c. chránit práva a svobody osob,
 - d. preventivně působit proti trestné a jiné protiprávní činnosti a potírat ji,
 - e. usilovat o trvalou podporu a důvěru veřejnosti.
2. Základními hodnotami Policie České republiky je:
 - a. profesionalita,
 - b. nestrannost,
 - c. odpovědnost,
 - d. ohleduplnost,
 - e. bezúhonnost.
3. Závazkem Policie České republiky vůči společnosti je:
 - a. prosazovat zákony přiměřenými prostředky s maximální snahou o spolupráci s veřejností, státními a nestátními institucemi,
 - b. chovat se důstojně a důvěryhodně, jednat se všemi lidmi slušně, korektně a s porozuměním a respektovat jejich důstojnost,
 - c. uplatňovat rovný a korektní přístup ke každé osobě bez rozdílu, v souladu s respektováním kulturní a hodnotové odlišnosti příslušníků menšinových skupin všude tam, kde nedochází ke střetu se zákony,
 - d. při výkonu služby jednat taktně, korektně a vhodně uplatňovat princip volného uvážení,

- e. používat donucovacích prostředků pouze v souladu se zákonem; nikdy nezacházet s žádnou osobou krutě, nehumánně či ponižujícím způsobem,
 - f. nést odpovědnost za každou osobu, která byla omezena Policií České republiky na osobní svobodě,
 - g. zachovávat mlčenlivost o informacích zjištěných při služební činnosti,
 - h. zásadně odmítat jakékoliv korupční jednání, netolerovat tuto protizákonnou činnost u jiných příslušníků Policie České republiky, odmítnout dary nebo jiné výhody, jejichž přijetím by mohlo dojít k ovlivnění výkonu služby,
 - i. zásadně se vyhýbat jakémukoliv jednání, které by mohlo být střetem zájmů
4. Závazkem vůči ostatním příslušníkům Policie České republiky je
- a. usilovat o otevřenou a partnerskou spolupráci,
 - b. dbát, aby vztahy byly založeny na základě profesní kolegiality, vzájemné úcty, respektování zásad slušného a korektního jednání; jakékoliv formy šikanování a obtěžování ze strany spolupracovníků či nadřízených jsou vyloučeny,
 - c. netolerovat ani nekrýt podezření z trestné činnosti jiných příslušníků Policie České republiky a trestnou činnost neprodleně oznámit; stejně tak netolerovat ani jiné jejich protiprávní jednání či jednání, které je v rozporu s Etickým kodexem Policie České republiky.
5. Osobním a profesionálním přístupem příslušníků Policie České republiky je
- a. nést osobní odpovědnost za svoji morální úroveň a svůj profesionální výkon,
 - b. chovat se bezúhonně ve službě i mimo ni tak, aby důstojně reprezentovali Policii České republiky svým jednáním, vystupováním i zevnějškem.

Každý příslušník Policie České republiky, který jedná v souladu se zákonem a Etickým kodexem Policie České republiky, si plně zaslouží úctu,

respekt a podporu společnosti, jejíž bezpečnost chrání i s nasazením vlastního života.

Příloha 2

Etický kodex sociálního pracovníka České republiky

Preambule

1. Sociální práce je profese a akademická disciplína, která podporuje sociální změnu, sociální rozvoj, řešení problémů v mezilidských vztazích, sociální rovnost, posílení a zmocnění osob v nepříznivé sociální situaci. Ústředními jsou pro sociální práci principy sociální spravedlnosti, respektování lidských práv, osobnosti jedince, rozmanitosti skupin a jejich specifik.
2. Etický kodex sociálních pracovníků České republiky (dále jen kodex) vychází z Všeobecné deklarace lidských práv, z Listiny základních práv a svobod České republiky, ze Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a navazuje na zásady etiky sociální práce definované Mezinárodní federací sociální práce.
3. Je nejen posláním, ale i povinností sociálního pracovníka vykonávat sociální práci svědomitě, zodpovědně, iniciovat spolupráci multidisciplinárních týmů a dodržovat při výkonu této profese nejvyšší možné standardy profesionality v souladu s právními předpisy a dostupnými vědeckými poznatky.
4. Závazek k respektování etiky sociální práce je základním aspektem kvality výkonu sociální práce. Etické povědomí je zásadní a neoddelitelnou součástí profesní činnosti každého sociálního pracovníka.
5. Hlavním cílem kodexu je snaha o naplnění sociální práce, tak jak je uvedena v mezinárodní definici Mezinárodní federace sociálních pracovníků a Mezinárodní asociace škol sociální práce (IFSW/IASSW) z roku 2014. Kromě toho kodex upravuje pravidla zodpovědnosti a etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke: o klientovi sociální služby; o zaměstnavateli, u kterého vykonává sociální práci; o kolegům v sociální práci; o profesi a odbornosti sociálního pracovníka; o společnosti.

6. Respektování a dodržování kodexu je v zájmu rozvoje etiky sociální práce jako profese a odborného růstu každého sociálního pracovníka bez ohledu na členství ve výše uvedených profesních organizacích.

1 Hodnoty sociální práce

Sociální práce je dynamicky se rozvíjející profese založena na hodnotách sociální změny, sociální rovnosti, lidské důstojnosti a mezilidských vztazích.

1.1 Lidská důstojnost

Sociální pracovník přistupuje ke každé osobě důstojně, s ohledem na individuální rozdíly a v kontextu respektování a dodržování lidských práv. Podporuje vlastní zodpovědnost a autonomii každé osoby s ohledem na nejen individuální potřeby osoby, ale i její možnosti, schopnosti a dovednosti.

1.2 Sociální změna

Sociální pracovník zajišťuje každé osobě rovný přístup ke srozumitelným informacím a potřebným zdrojům. Podporuje osobu v procesu rozhodování, dosažení sociální změny a vyřešení nepříznivé sociální situace. Vytváří každé osobě rovné podmínky pro poskytování a využívání sociální služby.

1.3 Sociální rovnost

Sociální pracovník zajišťuje rovnost každé osobě bez ohledu na původ, barvu pleti, rasu, etnickou příslušnost, národnost, jazyk, věk, pohlaví, rod, sexuální orientaci, zdravotní stav, náboženské vyznání, politické přesvědčení, manželský a rodinný stav a sociálně-ekonomický status. Přispívá k odstranění projevů a příčin sociální nespravedlnosti, diskriminace, útlaku a bariér vedoucích k sociálnímu vyloučení.

1.4 Mezilidské vztahy

Sociální pracovník chápe důležitost mezilidských vztahů klienta a podporuje je v udržování, utváření a podílí se na řešení problémů. Taktéž buduje a rozvíjí profesionální vztahy s kolegy a spolupracuje s odborníky z dalších institucí a profesí.

1.5 Mlčenlivost a diskrétnost

Pro sociálního pracovníka platí při výkonu své profese pravidlo mlčenlivosti a diskrétnosti úkonů sociální služby. Povinností mlčenlivosti je zavázán a platí i po skončení poskytování sociální služby nebo ukončení pracovního poměru.

2 Etická zodpovědnost

Hodnoty sociální práce jsou vyjádřeny při výkonu profese eticky zodpovědným rozhodováním a konáním. Etická zodpovědnost sociálního pracovníka se projevuje vůči klientovi sociální služby, zaměstnavateli, u kterého vykonává sociální práci, kolegům v sociální práci, profesi i vlastní odbornosti a společnosti. Prvořadá je zodpovědnost sociálního pracovníka vůči klientovi.

2.1 Etická zodpovědnost ke klientovi sociální služby

- podporuje klienta k vědomí vlastní odpovědnosti. Jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva klienta.
- Vyvaruje se jakékoliv diskriminace klienta.
- Chrání klientovo právo na soukromí.
- Zaměřuje se na klientovy silné stránky a podporuje je při řešení dalších sfér jeho života.
- Nepoškozujme klienta, nevyjadřuje se o něm hanlivě, neznevažuje jeho osobu ani nepříznivou životní situaci.
- Jedná s klientem bezúhonně, s účastí, respektem, vytváří s ním vztah založený na důvěře.
- Respektuje klientovu příslušnost k sociálním skupinám, národnosti i jeho etnickou a kulturní různorodost.
- Podporuje, posilňuje a zmocňuje klienta k vlastní zodpovědnosti a usiluje o dosažení co největší míry jeho autonomie a participace na rozhodování.
- Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity, společenského a přirozeného prostředí.
- Přispívá k začlenění klienta do sociální sítě a napomáhá při řešení problémů v dalších aspektech jeho života.
- Informuje klienta o možných rizicích a důsledcích při jeho rozhodování.
- Akceptuje rozhodnutí klienta o ukončení sociální služby. Je však povinen poskytnout informace o jiných službách v případě, že jsou nadále potřebné.

2.2 Etická zodpovědnost k zaměstnavateli

- Plní odpovědně povinnosti vyplývající z pracovní smlouvy a pracovní náplně.
- Přispívá v organizaci k vytvoření takových podmínek, které napomáhají přijmutí a uplatnění závazků tohoto kodexu.
- Snaží se ovlivnit kvalitu poskytovaných sociálních služeb, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování s ohledem na co nejvyšší profesionalizaci.
- Předchází a odstraňuje všechny formy diskriminace a násilí na pracovišti.

2.3 Etická zodpovědnost ke kolegům v sociální práci

- Respektuje znalosti a zkušenosti kolegů a spolupracuje s nimi.
- Respektuje rozdíly v jejich názorech, kritiku vyjadřuje vhodným způsobem.
- Zapojuje se do diskuzí a podporuje kolektivní diskuzi a dialog.
- Dodržuje jednotný přístup ke klientovi sjednaný v rámci organizace.
- Nepoškozuje kolegu, nevyjadřuje se o něm hanlivě, neznevažuje jeho osobu.
- Poskytuje kolegům zpětnou vazbu a připomínky k práci kolegů vyjadřuje na vhodném místě a přiměřeným způsobem.
- Profesi sociální práce vykonává multidisciplinárně ve spolupráci s jinými odborníky a organizacemi, které mohou napomoci sociálnímu začlenění klienta.

2.4 Etická zodpovědnost k profesi a odbornosti sociálního pracovníka

- Udržuje a zvyšuje prestiž profese, vyzvihuje etické hodnoty, odborné poznatky a poslání sociální práce.
- Snaží se o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.
- Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání, což je základ pro udržení úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.
- Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

- Spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.
- Vystupuje profesionálně a důvěryhodně.
- Má právo i povinnost pečovat o své zdraví a duševní hygienu tak, aby byl schopen poskytovat kvalitní a profesionální sociální služby.
- Zodpovědně nakládá se svými kompetencemi při sociální práci a neutváří klienta závislým na sociální službě.

2.5 Etická zodpovědnost ke společnosti

- Má právo i povinnost upozorňovat veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.
- Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlivosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.
- Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.
- Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života osob a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům i skupinám.
- Působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.
- Usiluje o uznání profese sociální práce ve vztahu k odpovědnosti vůči společnosti.
- Je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesním organizacím.

3 Etické problémy a dilemata

- 3.1 Sociální pracovník se při své práci setkává s různými etickými problémy a dilematy vyvstávajícími ze samotné podstaty sociální práce, která pro něj vytváří situace. Musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i rozhodovat. Eticky uvažuje při sociálním řešení, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce,

o sociálně technických opatřeních a administrativně správných postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledku na klientův život.

- 3.2 Sociální pracovník může iniciovat vznik poradního orgánu v organizaci, který má přispět k profesionální a etické citlivosti při řešení každodenních situací a problémů v sociální službě. ávaznost etického kodexu
- 3.3 Ke kodexu jako dokumentu podporujícímu etiku sociální práce a profese sociálního pracovníka se hlásí Profesní svaz sociálních pracovníků Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, Společnost sociálních pracovníků České republiky a Profesní komora sociálních pracovníků. Pro členy těchto profesních organizací je kodex závazným.
- 3.4 Kodex je jedním ze základních předpokladů profesionálního výkonu sociální práce a důvěryhodnosti profese ve společnosti, proto je jeho dodržování v zájmu všech sociálních pracovníků.
- 3.5 Znalost, dodržování a šíření principů kodexu se doporučuje i u studentů sociální práce, obzvláště k výkonu odborné praxe.

4 Závěr

- 4.1 V celém textu kodexu se pod označením sociální pracovník chápe jak pracovník, tak pracovnice. Podobně jako při označení klient.
- 4.2 Termín sociální služby vyjadřuje všechny odborné činnosti, které vykonává sociální pracovník.
- 4.3 V procese vzniku kodexu bylo přihlédnuto k následujícím dokumentům: o Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění o Mezinárodní etický kódex „Etika v sociální práci – vyhlášené principy” (IFSW/ IASSW, 2004) o Etický kódex sociálních pracovníků Slovenskej republiky (2015) o Etický kódex sociálních pracovníků České republiky (2006) o Jiné národní kodexy sociální práce.
- 4.4 Kodex nemůže nahradit vlastní, vnitřní motivaci a zodpovědnost každého sociálního pracovníka a představuje minimální standardy eticky zodpovědného konání při výkonu profese sociální práce.

Příloha 3

Dotazník

Vážený respondente, vážená respondentko!

Dovolte mi obrátit se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je věnován postojům vybraných pomáhajících profesí k epilepsii. Dotazník je anonymní. Všechny Vámi poskytnuté údaje využiji pouze na zpracování diplomové práce. Prosím o pečlivé vyplnění všech otázek.

Předem děkuji za ochotu i Váš čas.

S pozdravem.

Bc. Hana Šmerdová, DiS.

1. Pohlaví

- Muž
- Žena

2. Jaký je Váš věk?

- 18 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 a více

3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- Základní
- Středoškolské
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské
- Postgraduální

4. Jaké je Vaše povolání?

- Policista/ka
- Sociální pracovník/ce

5. Jak dlouho působíte na pracovní pozici?

- Méně než rok
- 2 – 5 let
- 6 – 9 let
- Více než 10 let

6. Máte ve svém okolí (rodina, přátelé, kolegové) osobu s epilepsií?

- Ano
- Ne

7. Co se Vám první vybaví, když se řekne epilepsie?

8. Jak podle Vás vypadá typický epileptický záchvat?

9. Myslíte si, že epilepsie je nakažlivá nemoc?

- Ano
- Ne

10. Myslíte si, že epilepsie postihuje intelekt člověka?

- Ano
- Ne
- Nevím

11. Epilepsie je onemocnění (doplňte)

- Krevního oběhu
- Svalstva
- Duševní
- Mozku

12. Epileptický záchvat je podle Vás stav, kdy?

- Člověk upadá se silným výkřikem do bezvědomí, má napnuté tělo, svalové záškuby, zmodralé rty a pěnu u pusy.
- Ztrácí krátkodobě vědomí, které provází zahledění.
- Nelze specifikovat, máme okolo 40 druhů epileptických syndromů.

13. Lze epilepsií onemocnět v průběhu života?

- Ano, člověk může onemocnět kdykoliv.
- Ne, jde pouze o vrozenou chorobu.

14. Považujete člověka s epilepsií za nebezpečného pro své okolí? Vyberte a označte: **Rozhodně ano** - **Spíše ano** - **Nemám vyhraněný názor** - **Spíše ne** - **Rozhodně ne** - **Nevím**



15. Co může podle Vás vyvolat epileptický záchvat? Doplňte:

16. Může epileptický záchvat ohrozit život člověka?

- Ano, vždy.
- Ano, ale jen pokud je záchvat delší než 10 minut nebo se opakuje několikrát za sebou.
- Ne, pokud osoba s epilepsií užívá medikaci.
- Ne, nikdy.

17. Léčba epilepsie je převážně postavena na využívání moderních léků, tzv. antiepileptik. Myslíte si, že lidé s epilepsií kromě užívání léků dodržují ještě jiná režimová opatření? Pokud ano, uveďte příklad.

- Ne
- Nevím
- Ano,

Uveďte příklad:

18. Může člověk s epilepsií pracovat?

- Ano, za určitých podmínek (např. zákaz práce ve směnném provozu a u rotačních strojů).
- Ne, nemůže.
- Nevím

19. Může mít žena s epilepsií dítě?

- Ano, pokud to dovoluje její celkový zdravotní stav.
- Ne, legislativa to neumožňuje.
- Nevím

20. Setkal/a jste se někdy s epileptickým záchvatem?

- Ano
- Ne
- Nevím

21. První pomoc při epileptickém záchvatu poskytnete následovně:

- Odstraníme ostré předměty z dosahu, podložíme hlavu, uložíme do stabilizované polohy se zakloněním hlavy, kontaktujeme záchrannou službu.
- Zabraňujeme svalovým záškubům až do skončení záchvatu, se záklonem podložíme hlavu a vyčistíme dutinu ústní, kontaktujeme záchrannou službu.
- Nemocného se při záchvatu nedotýkáme, dohlížíme než záchvat odezní a měříme délku trvání záchvatu, kontaktujeme záchrannou službu.
- Zabraňujeme svírání čelisti pomocí dostupných předmětů, odstraníme ostré předměty z dosahu,

podložíme hlavu, měříme délku trvání záchvatu,
kontaktujeme záchrannou službu.

22. Následující otázky se týkají Vašich zkušeností a názorů vztahující se k epilepsii. Vyberte a označte Vaši odpověď.

Rozhodně ano - Spíše ano - Nemám vyhraněný názor - Spíše ne -

Rozhodně ne - Nevím

Do budoucna by mi nevadilo žít společně s někým, kdo má epilepsii.



Do budoucna by mi nevadilo pracovat společně s někým, kdo má epilepsii.



Do budoucna by mi nevadilo bydlet v sousedství někoho, kdo má epilepsii.



Do budoucna by mi nevadilo, přátelit se s někým, u koho se objevila epilepsie.

