

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Osobní příčinná orientace a prožívání smyslu v životě u  
dospělých pacientů trpících epilepsií ve vztahu  
k úspěšnosti léčby**

Bc. Lucia Semanová

Psychologie, prezenční studium

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

**Praha 2018**

# Prague College of psychosocial Studies



## **Personal causality orientation and life meaningfulness in adult epileptic patients in relation to treatment success**

Bc. Lucia Semanová

Psychology, full-time study

The Diploma Thesis Supervisor: Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

**Praha 2018**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a pouze s použitím uvedené literatury a pramenů.

V Praze, dne ..... ..

## Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Karlovi Balcarovi, CSc. za cenné rady, věcné připomínky a trpělivost při vedení mé diplomové práce. Děkuji také lékařům MUDr. Michalovi Bajačkovi, Ph.D., MUDr. Tomášovi Nežádalovi, Ph.D. a MUDr. Ivetě Němcové za vstřícný přístup, laskavost a ochotu při sběru dat.

## ANOTACE

Diplomová práce se zabývá osobní příčinnou orientací podle E. Deciho a R. Ryana a životní smysluplností podle Existenciální škály Alfrieda Längleho u pacientů s epilepsií ve věku 21 až 49 let. Teoretická část je věnována základnímu členění epilepsií, typickými zvláštnostmi duševních funkcí u pacientů s epilepsií a také pojednává o teorii osobní příčinné orientace a o metodě logoterapie a existenciální analýzy a jejich uplatnění. Praktická část popisuje provedenou studii, ve které byl použit Dotazník osobní příčinné orientace a Existenciální škála u souborů kompenzovaných a nekompenzovaných pacientů a zdravých respondentů. Statistické porovnání skóre škál osobní příčinné orientace a základních existenciálních motivací mezi testovanými podsoubory vykazuje průkazné rozdíly, a to především mezi souborem nekompenzovaných pacientů na jedné straně a soubory zdravých respondentů na straně druhé.

### **Klíčová slova:**

Epilepsie

Kompenzovaný pacient

Nekompenzovaný pacient

Osobní příčinná orientace

Dotazník osobní příčinné orientace

Existenciální škála

Existenciální analýza

**Abstract:**

The Diploma Thesis focuses on the personal causality orientation according to E. Deci and R. Ryan and on the life meaningfulness, as assessed with the Existential Scale by Alfried Längle, in patients with epilepsy from 21 to 49 years of age. The theoretical section is devoted to the basic categorization of epilepsy syndromes, typical features of mental functions in patients with epilepsy and also deals with the theory of personal causality orientation and the method of logotherapy and existential analysis and its application. The practical section describes the undertaken study, where the Personal causality orientation questionnaire and the Existential Scale are applied in the samples of the compensated and of the non-compensated patients with epilepsy, as well as in that of the healthy respondents. The statistical comparison of the range of personal causality orientation and of the central tendencies of the fundamental existential abilities scales among these subsamples displays significant differences, particularly between the sample of the non-compensated patients on the one hand and the samples of the healthy persons on the other.

**Key words:**

Epilepsy

Compensated patient

Non-compensated patient

Existential Scale

Existential analysis

Personal causality orientation

Personal causality orientation questionnaire

# OBSAH

ANOTACE.....	5
ÚVOD.....	10
<b>1 TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>12</b>
1.1 Základní pojmy.....	12
1.2 Základní členění epilepsií a možnosti léčby.....	14
1.2.1 Základní členění epilepsií .....	14
1.2.2 Psychiatrická onemocnění podobná epilepsii .....	16
1.2.3 Psychiatrické komorbidity u epilepsie .....	18
1.2.4 Možnosti léčby .....	19
1.2.5 Závěr kapitoly.....	21
1.3 Typické zvláštnosti duševních funkcí u pacientů s epilepsií a jejich vliv na běžný život.....	22
1.3.1 Nejčastěji postihované duševní funkce v souvislosti s epileptickým onemocněním.....	22
1.3.2 Programy, kurzy, kognitivní rehabilitace a dopad sportu na pacienty s epilepsií.....	24
1.4 Příčinné přisuzování a osobní příčinná orientace podle E. Deciho a R. Ryana .....	27
1.4.1 Teorie příčinného přisuzování a osobní příčinná orientace.....	27
1.4.2 Vnitřní motivace a sebeurčení.....	29
1.4.3 Dotazník osobní příčinné orientace (DOPO).....	30
1.5 Prožívání životní smysluplnosti v Logoterapii a existenciální analýze V. E. Frankla a A. Längleho.....	34
1.5.1 Vznik logoterapie a existenciální analýzy .....	34
1.5.2 Základy teorie logoterapie a existenciální analýzy .....	34
1.5.3 Existenciální analýza podle Alfreda Längleho .....	39
1.5.4 Existenciální škála (ESK) .....	41

<b>2 PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>42</b>
2.1 <i>Výzkumný projekt .....</i>	42
2.1.1 <b>Výběr .....</b>	42
2.2 <i>Metodika .....</i>	43
2.2.1 <b>Cíle výzkumu .....</b>	43
2.2.2 <b>Výzkumné hypotézy .....</b>	44
2.2.3 <b>Použité metody .....</b>	44
2.2.4 <b>Etické aspekty výzkumu .....</b>	45
2.3 <i>Realizace výzkumu .....</i>	46
2.3.1 <b>Zpracování dat a analýza .....</b>	46
2.3.2 <b>Sběr dat .....</b>	46
2.4 <i>Výsledky výzkumu .....</i>	48
2.4.1 <b>Popis a kvantitativní interpretace rozdílů v DOPO .....</b>	48
2.4.2 <b>Popis a kvantitativní interpretace rozdílů v ESK .....</b>	50
2.4.3 <b>Popis a kvantitativní interpretace výsledků interkolerací stupnic DOPO a ESK .....</b>	54
2.4.4 <b>Grafické zobrazení porovnávání jednotlivých skupin .....</b>	55
2.4.5 <b>Diskuze .....</b>	56
<b>SOUHRN .....</b>	<b>59</b>
<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>61</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>67</b>
<i>Příloha 1: Pokyny pro pacienty .....</i>	<i>I</i>
<i>Příloha 2: Pokyny pro zdravé respondenty .....</i>	<i>II</i>
<i>Příloha 3: Dotazník osobní příčinné orientace .....</i>	<i>III</i>
<i>Příloha 4: Existenciální škála .....</i>	<i>VIII</i>
<i>Příloha 5: Informační dotazník pro pacienty .....</i>	<i>XII</i>
<i>Příloha 6: Informační dotazník pro zdravé respondenty .....</i>	<i>XIII</i>



<i>Příloha 7: Hodnoty velikosti a hladiny statistické průkaznosti Spearmanova koeficientu pořadové korelace .....</i>	<i>XIV</i>
<i>Příloha 8: Hrubá data – kompenzovaní pacienti .....</i>	<i>XV</i>
<i>Příloha 9: Hrubá data – nekompenzovaní pacienti.....</i>	<i>XVI</i>
<i>Příloha 10: Hrubá data – zdraví respondenti .....</i>	<i>XVII</i>
<b>BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE.....</b>	<b>84</b>

## ÚVOD

Téma diplomové práce jsem si zvolila ze dvou důvodů. Prvním je snaha o nalezení dalších vodítek, které přispějí k porozumění psychologické problematiky u lidí s epilepsií, druhým je získání dokladů především pro pacienty o tom, že po úspěšném залечení tohoto onemocnění mohou vést život naplněný smyslem a s důvěrou ve vlastní schopnost ovládat podstatnou měrou, co se v něm děje, v míře srovnatelné s tím u zdravé populace.

Pro podporu těchto záměrů jsem si k empirickému ověření zvolila tři soubory dospělých osob pro vzájemné porovnání toho, jak prožívají smysluplnost svého života a jak vnímají svou vlastní moc spoluurčovat jeho průběh: soubor osob klinicky zdravých, soubor osob trpících epileptickým onemocněním, avšak s plně symptomaticky kompenzovaným – bez záchvatů, a soubor osob trpících tímto onemocněním dosud nekompenzovaných, se záchvaty. Touto studií navazuji na svou podobně zaměřenou bakalářskou práci, ze které přejímám nebo doplňuji informace v teoretické části u kapitol zabývajících se epilepsií a logoterapií a existenciální analýzou. Z důvodu rozšíření výzkumného projektu jsem čerpala z podkladů u praktické části zabývajících se metodikou, Existenciální škálou a výzkumem. Předkládaná studie však přesahuje bakalářskou práci důkladnějším teoretickým rozbořením zkoumané problematiky, zcela nově a ve větším počtu vybranými zkoumanými osobami do porovnávaných souborů, rozšířením užitých metod o nový aspekt „osobní příčinné orientace“.

Výsledky výzkumného šetření měly zjistit, zda se liší sklon osobní příčinné orientace a míra celkové smysluplnosti u kompenzované a nekompenzované skupiny pacientů. Výzkumné šetření také mělo poukázat na to, že pacienti s kompenzovaným onemocněním se v těchto ohledech blíží více skupině zdravých respondentů než nemocných s nekompenzovanou epilepsií.

Po rozboru somatické a psychologické problematiky epilepsie a po charakteristice porovnávaných proměnných „životní smysluplnosti“ a „příčinného prisuzování“ v teoretické části práce jsem si v praktické části k vlastnímu šetření a porovnání zvolila v prvním ohledu Längleovu Existenciální škálu, v druhém ohledu Balcarův Dotazník osobní příčinné orientace. Statistickým porovnáním získaných skóre v uvedených souborech osob jsem zjišťovala, nakolik podporují mé výchozí hypotézy, a výsledky jsem v tomto ohledu popsala a interpretovala. Ráda je poskytuji prozatím v podobě diplomové práce s tím, že jejich případné zveřejnění může poskytnout terapeutům i pacientům odborně a osobně důležité podněty k úspěšnějšímu zvládnání problémů s tímto onemocněním.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Základní pojmy

Obsahem první kapitoly je vymezení klíčových pojmů, které se vztahují ke studii této diplomové práce.

**Kompenzovaný pacient** je osoba s „plně kompenzovanou“ nebo „kompenzovanou“ epilepsií, tj. 1 rok a více bez záchvatů s léčbou nebo bez léčby (EpiStop, 2013).

**Nekompenzovaný pacient** je osoba s „částečně kompenzovanou“ nebo „nekompenzovanou“ epilepsií, tj. v posledním roce se vyskytl 1 a více záchvatů (EpiStop, 2013).

**Zdravý respondent** je osoba bez diagnostikovaného onemocnění epilepsií nebo jinou závažnou chronickou nemocí.

**Osobní příčinná orientace** je trvalejší sklon ke vnímání místa příčin událostí ve vlastním životě (BALCAR, 1993).

**Dotazník osobní příčinné orientace (DOPO)** je sebesuzovací dotazník, který měří sklon vnímat příčiny závažných událostí v životě člověka v trojím směru stupnicemi vnitřní, vnější a neosobní orientace (BALCAR, 1996a).

*„Existenciální škála [ESK] je sebesuzovací dotazník a měří kompetenci osoby zacházet se sebou a se světem. To lze také označit jako „schopnost člověka k existenci“... ESK neměří naplněnost existence či duchovní schopnosti objektivně, nýbrž postihuje čistě subjektivní prožívání, vnímání, myšlení a úsudek vzhledem k tomu, jak dobře člověk své duchovní schopnosti uplatňuje“ (LÄNGLE aj., 2001, s. 21, 22).*

Existenciální škála tak měří konstrukt duchovních schopností, které jsou vyšší dimenzí pro zacházení se situačními vlivy i osobnostními rysy, v souladu

s pojetím „existence“ jako aktivního přistupování k vlastnímu „bytí ve světě“. Škála obsahuje čtyři základní stupnice: sebeodstup, sebezpřesah, svoboda, odpovědnost, které se pak slučují do tří složených stupnic: personalita, existencialita, celková smysluplnost.

## 1.2 Základní členění epilepsií a možnosti léčby

### 1.2.1 Základní členění epilepsií

Epilepsie je nejčastější neurologické onemocnění, které postihuje děti, dospělé i seniory. Udává se, že epilepsií onemocní 0,5 až 1 % populace. Nejedná se pouze o jednu nemoc, ale o více onemocnění. Jejich společným projevem je výskyt epileptických záchvatů, které mají různou příčinu vzniku, odlišné symptomy, prognózu a neléčí se stejným způsobem (SPOLEČNOST „E“ / CZECH EPILEPSY ASSOCIATION, 2016).

Epileptický záchvat vyvolá epileptický výboj v mozku, zjednodušeně můžeme říci, že se jedná o narušení excitace a inhibice neuronů. Prodělat jej může někdy každý člověk, aniž by se jednalo o epileptické onemocnění. Pravděpodobnost výskytu epileptického záchvatu u zdravého člověka je 2 až 5 % osob. Může jej vyprovokovat například spánková deprivace, užití vysokého množství některých léků, nedostatek kyslíku, či onemocnění nebo poškození mozku. Epileptický záchvat trvá většinou pár vteřin až minut, výjimečně hodiny. V průběhu záchvatu mohou být narušené některé mozkové funkce, například myšlení, paměť, hybnost nebo smyslové vnímání (SPOLEČNOST „E“ / CZECH EPILEPSY ASSOCIATION, 2016).

Status epilepticus je označení pro sérii epileptických záchvatů nebo jeden epileptický záchvat v trvání více než 30 minut, v průběhu kterých pacient nenabude vědomí, či přetrvává ve stavu zmatenosti či obluzenosti. Tenhle stav může vyvolat jakýkoliv typ epileptických záchvatů. Pokud nemocný prodělá víc než 100 záchvatů za den, může to mít letální konec (MORÁŇ, 2007).

Pro diagnostiku epilepsie je k dispozici několik klasifikací epilepsií. V klasifikacích je jistá nejednotnost způsobená převážně tendencí někdy používat starší klasifikaci, a ta již neodpovídá nově vznikajícím poznatkům. Zatím nevznikla celosvětová shoda, která z existujících klasifikací je nejvhodnější (MORÁŇ, 2007).

Pro účely diplomové práce volím dělení epilepsií uvedené v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) jako v současnosti obecně nejvíce užívané a umožňující tak porovnávání. Klasifikaci neuvádím celou, chci jen vhodným výběrem z ní nastínit různorodost tohoto onemocnění.

V MKN-10 se u oddílu G40 Epilepsie popisuje 10 diagnostických okruhů. Zde popíši tři nejčastěji se vyskytující typy onemocnění a zmíním některá další.

#### **G40.1 Symptomatická epilepsie a epileptické syndromy (fokální) (parciální) příbuzné lokalizace s jednotlivými parciálními záchvaty**

Patří sem ataky, u kterých nedochází k poruše vědomí, nebo pak parciální záchvaty, které se vyvinou do sekundárních generalizovaných záchvatů (ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2014).

#### **G40.2 Symptomatická epilepsie a epileptické syndromy (fokální) (parciální) příbuzné lokalizace s komplexem parciálních záchvatů**

Tyto ataky jsou doprovázeny poruchou vědomí a někdy i automatismem, nebo se může jednat o záchvaty, které přejdou do sekundárně generalizovaného záchvatu (ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2014).

Automatismy jsou popisovány jako změna v chování, která se může projevat jak u parciálních, tak i u generalizovaných záchvatů. Vyskytují se v průběhu záchvatu nebo po něm, a můžou vzniknout z činnosti, která předcházela záchvatu, případně se jedná o novou aktivitu, která vznikla v průběhu záchvatové poruchy vědomí. Dle symptomů dělíme automatismy na řečové, gestikulační, mimikry a další. Na záchvat je většinou amnézie (MARUSIČ a TOMÁŠEK, 2003).

#### **G40.3 Generalizovaná idiopatická epilepsie a epileptické syndromy**

Sem je zařazeno větší množství epilepsií, některé jsou rozlišené i dle věku. Patří sem například absenční epilepsie a epileptické záchvaty s tonicko-klonickými křečemi (ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2014).

Absence postihuje obě hemisféry mozku. Při absenci dochází ke zpomalení až přerušení činnosti, které člověk zrovna provádí. Pacient může mít zahleděný až fixovaný pohled, a na reakce ostatních zpravidla nereaguje. Záchvat trvá do 30 vteřin. Můžeme rozlišovat absence pouze s poruchou vědomí, nebo i s klonickou, atonickou, tonickou složkou, automatismy a podobně (MARUSIČ a TOMÁŠEK, 2003).

Tonicko-klonické záchvaty jsou nejčastějším typem epileptických záchvatů. U některých pacientů se může záchvat uvést tzv. předzvěstí („aura“), kterou nelze přesně popsat, pro pacienta má funkci upozornění před záchvatem. Pokud není přítomná předzvěst, tak záchvat začíná bezvědomím s tonickými křečemi (napětí svalů), následuje fáze klonická (záškuby, mohou se objevit sliny u úst), při konci záchvatu přetrvává bezvědomí, svaly se uvolní a dochází k hlubokému dýchání. Po záchvatu pacient spí a po probuzení netrpí žádnými obtížemi kromě bolesti hlavy, případně celého těla. V průběhu záchvatu může dojít k pokousání jazyka či inkontinenci. Tenhle typ záchvatů se vyskytuje jak v dětství, tak i v dospělosti (MARUSIČ a TOMÁŠEK, 2003).

### **Ostatní epileptické záchvaty uvedené v MKN-10**

Sem lze zařadit dětskou epilepsii, záchvaty spojené s alkoholem, či nespavostí, jiné epilepsie a podobně (ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2014).

### **1.2.2 Psychiatrická onemocnění podobná epilepsii**

Od pravé epilepsie se odlišují psychiatrická onemocnění podobná epilepsii. Psychogenní neepileptické záchvaty (PNES) je široký a nový pojem používaný



celosvětově v neurologii a epileptologii. PNES představuje záchvatové stavy, které jsou podobné epilepsii, avšak na rozdíl od epilepsie mají psychický původ. Z historického hlediska jde o onemocnění známá pod názvy hysterické záchvaty, konverzní záchvaty, hysteroepilepsie či pseudozáchvaty (HOVORKA aj., 2007).

Z psychiatrické klasifikace sem patří především disociativní poruchy, následované disociativními křečemi, nežádka se vyskytuje i panická porucha (HOVORKA aj., 2007).

Někteří pacienti s farmakorezistentní epilepsií bývají odesláni do epileptologických center k video-EEG vyšetření. V letech 2001–2003 byly u 22,5 % farmakorezistentních pacientů s domnělou epilepsií diagnostikovány pouze PNES disociativního charakteru (HOVORKA aj., 2007).

Není však výjimkou, že pacient může mít současně epilepsii i PNES. Je možné, že epileptické záchvaty jsou již kompenzované, ale disociativní křeče pořád přetrvávají (HOVORKA aj., 2007).

*„Jako nejčastější psychiatrické komorbidity u pacientů s PNES disociativního původu jsou uváděny: poruchy osobnosti (emočně nestabilní porucha osobnosti), úzkostné poruchy (generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, posttraumatická stresová porucha) a deprese“* (HOVORKA aj., 2007, s. 116).

Prognóza u pacientů s PNES je obtížná. Léčba pomocí psychofarmakoterapie a psychoterapie vede k dlouhodobé kompenzaci u třetiny pacientů. U druhé třetiny léčba omezuje výskyt záchvatů o polovinu a víc. Poslední třetinu pacientů léčba neovlivnila (HOVORKA aj., 2007). Jako příklad psychologické léčby pacientky s původní diagnózou psychomotorické epilepsie a po úspěšné psychoterapii upravenou na PNES, viz BALCAR, 1988. Další pojednání o rozdílech mezi PNES a epileptickými záchvaty je zmíněno v TICHÁČKOVÁ a PIDRMAN 2005.

### 1.2.3 Psychiatrické komorbidity u epilepsie

#### Deprese

Deprese je považovaná za nejčastější komorbiditu u pacientů s epilepsií (REKTOR aj., 2013). Interiktální depresivní porucha postihuje až 60 % pacientů s epilepsií. Většinou se objevuje až po vzniku epilepsie a nespojuje se samotným epileptickým záchvatem. Jde o chronický stav, který je reakcí na potíže související s onemocněním epilepsií. K jejímu rozvoji mohou přispět i další faktory, například rodinná anamnéza, organická léze, dlouhodobost onemocnění, či nedobré psychosociální prostředí. Iktální deprese se vyskytuje v průběhu epileptického záchvatu jako psychické změny krátkého trvání. Objevuje se u 25 % epileptických záchvatů. Peri- a postiktální deprese jsou popisovány úzkostí, pocity beznaděje a zvýšenou dráždivostí. Objevuje se v období buď před epileptickým záchvatem, nebo do jednoho dne po epileptickém záchvatu. Udává ji 50 % pacientů (MORÁŇ, 2007).

Z farmakoterapie jsou vhodnou léčbou antiepileptika. V případě, že se neprokáže léčebný efekt, může být zahájena léčba antidepresivy (MORÁŇ, 2007).

Moráň dále tvrdí, že: *„Stejně jako u všech nemocných, zejména psychiatrických, je podstatnou součástí léčby komplexní psychoterapie“* (MORÁŇ, 2007, str. 98).

Deprese může předcházet rozvoji epilepsie, ale také může vzniknout až po diagnostice epileptického onemocnění. Průběh deprese se liší u pacientů s epilepsií oproti běžné populaci. Výskyt deprese může snižovat účinnost léčby epilepsie pomocí farmakoterapie (TICHÁČKOVÁ, 2012). Z psychologického hlediska se zabývá depresí a úzkostí u pacientů s epilepsií MATĚJÍKOVÁ, 2016 a kvalitou života GABRIELOVÁ, 2016.

#### Úzkostná porucha

Úzkostná porucha se objevuje u 30 % pacientů s epilepsií. Často se u úzkostné poruchy vyskytují i depresivní projevy (MORÁŇ, 2007).

Moráň říká, že se úzkost „*projevuje obavami ze ztráty sebeovládání, ze společenské restriktce, z menší životní atraktivity, z horšího společenského i osobního uplatnění*“ (MORÁŇ, 2007, str. 98).

U epilepsie lze rozlišovat tři typy úzkostí. Jedná se o úzkostnou auru, periktální úzkostnou poruchu a interiktální úzkost, která je podobná jako úzkost u běžné populace. U interiktální úzkosti se používá léčba podle psychiatrických zásad a léčebných postupů. Jako medikace jsou vhodná antidepresiva s minimálním epileptogenním efektem (MORÁŇ, 2007).

### **Panická porucha**

U pacientů s epilepsií se vyskytuje až sedmkrát častěji než u běžné populace. Je pro ni typický začátek mezi 20.-30. rokem života. Pozitivní dopad na léčbu mají antidepresiva a anxiolytika. Mezi léčebné postupy patří i psychoterapie, včetně kognitivně behaviorální terapie (MORÁŇ, 2007).

### **1.2.4 Možnosti léčby**

V posledních dvou desetiletích se rozšířily možnosti léčby v oblasti antiepileptik i v oblasti epileptochirurgie. Zavedla se moderní antiepileptika (AED) a operační léčba se stala plnohodnotnou alternativou ke konzervativním postupům. Tyto změny znamenají pro pacienty s epilepsií lepší prognózu a kvalitu života, než tomu bylo dříve (BRÁZDIL, 2011).

Dnes je v oblasti farmakoterapie k dispozici přes dvacet antiepileptik bez započtení benzodiazepinů, které se používají primárně k podpůrné léčbě epilepsie. Některá antiepileptika, např. fenobarbital, který byl používán již před 100 lety, a jiná, která se zavedla přibližně v polovině minulého století, jsou již na útlumu a nahrazují je nové léky, jejich výhodou jsou slabší vedlejší účinky. Nová

antiepileptika se začala postupně objevovat na přelomu milénia. Někdy se z ekonomických důvodů používají starší léky s nežádoucími účinky. Lze počítat s tím, že tyhle léky budou časem úplně nahrazeny novými, bezpečnějšími medikamenty. Dnes mezi nejčastěji užívané preparáty patří karbamazepin, který se používá od 70. let minulého století, kyselina valproová či její soli, v poslední dekádě přichází na trh lamotrigin a topiramát, po roce 2001 se postupně objevují levetiracetam, pregabalin, zonisamid, lakosamid, eslikarbazepin (BRÁZDIL, 2011).

Ze strany pacienta jsou důležitá režimová opatření. Vazbu spánkového režimu k epilepsii popsal již Hippokrates. Nepravidelnosti ve spánkovém režimu a spánková deprivace mohou vést k zvýšenému počtu epileptických záchvatů u některých pacientů s idiopatickou generalizovanou i fokální epilepsií. Mezi další režimová opatření patří zákaz alkoholu. Je sice povolena minimální hranice jeho konzumace, avšak jedná se o velice individuální nastavení (BRÁZDIL, 2011).

Dnes se daří kompenzovat až 70 % pacientů pomocí antiepileptické farmakoterapie, 30 % pacientů na léčbu nereaguje vymizením záchvatů. V některých případech musí být pacienti léčeni i pro úzkost, depresi, nespavost, či výjimečně pro psychotické symptomy. U části farmakorezistentních pacientů je možné provést epileptochirurgický zákrok, který je úspěšný ve čtvrtině až polovině případů (BRÁZDIL, 2011).

Další možnost léčby je stimulace bloudivého nervu, která se používá po celém světě. Bloudivý nerv je párový hlavový nerv, který začíná v hlavě, vede přes krk do břišní a hrudní dutiny. Pomocí stimulátoru zavedeného nejčastěji v horní části hrudníku se vysílá elektrický signál do bloudivého nervu. Frekvence elektrických signálů je naprogramovaná počítačem dle tolerance konkrétního pacienta. Pacient dostane ruční magnet, který po přiblížení ke stimulátoru vyšle jednorázovou maximální stimulaci. Taková stimulace dokáže zmírnit průběh začínajícího záchvatu nebo jej dokonce zastavit. Pro pacienty, kteří pociťují auru, je

to obzvlášť užitečné. Lékaři uvažují o zavedení stimulátoru pro farmakorezistentní pacienty, u kterých není možný epileptochirurgický zákrok (SPOLEČNOST „E“ / CZECH EPILEPSY ASSOCIATION, 2016).

Mezi léčebné metody patří i ketogenní dieta. Používá se u některých pacientů, kteří nereagují na antiepileptickou léčbu. Nastavuje se individuálně pro každého pacienta ve spolupráci s neurologem / epileptologem a nutričním specialistou.

*„Dieta spočívá v příjmu potravin s vysokým obsahem tuků, nízkým obsahem cukrů a dostatečným obsahem bílkovin“* (SPOLEČNOST „E“ / CZECH EPILEPSY ASSOCIATION, 2016, s. 27).

Ketogenní dieta není vhodná pro každého pacienta, avšak u některých epileptických syndromů má dobré výsledky (SPOLEČNOST „E“ / CZECH EPILEPSY ASSOCIATION, 2016).

### **1.2.5 Závěr kapitoly**

Touto kapitolou poukazuji na diagnostické odlišení různých typů epilepsií a jejich náročnou diagnostiku ztíženou o možnou přítomnost PNES, a nastiňuji aktuální možnosti léčby epileptických onemocnění. Předznamenávám tím své přesvědčení, že spolupráce odborníků z oblasti neurologie/epileptologie, psychiatrie, psychologie a psychoterapie může být přínosem obzvlášť pro farmakorezistentní pacienty. Dílčím dokladem pro to má být i výsledek zkoumání, jemuž věnuji empirickou část své práce.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Kapitola 1.2 převzata z bakalářské práce (SEMANOVÁ, 2016)

## 1.3 Typické zvláštnosti duševních funkcí u pacientů s epilepsií a jejich vliv na běžný život

### 1.3.1 Nejčastěji postihované duševní funkce v souvislosti s epileptickým onemocněním

Mezi neuropsychologické příznaky se řadí porucha pozornosti a zhoršení paměti. K psychiatrickým symptomům patří deprese, úzkostná porucha, psychózy a organická porucha osobnosti (DORN, 2015).

*„Kognitivní funkce zahrnují schopnost řešit problémy, zapamatovat si informace a zaměřit pozornost. Výzkum ukázal, že dominantními oblastmi kognitivního poškození u epilepsie jsou zpomalení reakční doby a komplexní zpracování informací, poruchy paměti a deficity pozornosti“ (ILAE, 2003, s. 29)<sup>2</sup>.*

V posledních sto letech bylo provedeno obrovské množství výzkumů, které poukazují na to, že lidé s epilepsií jako skupina, mají vážné kognitivní problémy. Některé lidi mohou kognitivní potíže oslabovat víc než záchvaty samotné (ILAE, 2003).

Oblast kognitivních problémů a chování u epilepsie je tak častá, až bývá téměř pravidlem. Příčiny zmiňovaných problémů mohou být různé, nejdůležitější z nich jsou léze mozku, záchvaty, epileptická dysfunkce a léčba. Začíná se objevovat názor, že kognitivní potíže jsou přítomny od počátku onemocnění. Psychický pokles je tedy spíš výsledkem počátečních a pozdějších lézí a psychického stárnutí než z epileptických záchvatů, které postupně poškozují mozek (HELMSTAEDTER, 2013).

---

<sup>2</sup> Překlad autorky

*„Souběžný výskyt neurologických, neuropsychologických a psychiatrických symptomů znemožňuje práci na běžném pracovišti“ (DORN, 2015, s. 1284)<sup>3</sup>.*

Kognitivní deficity týkající se paměti, pozornosti, exekutivních funkcí a jazyka jsou u epilepsie časté již při stanovení diagnózy, stejně tak u pacientů, kteří se léčí dlouhodobě. Neuropsychologické testy poukázaly na potíže s pozorností a výkonem u téměř poloviny pacientů a na deficit paměti u 47,8 % osob s epilepsií. Kognitivní potíže se projevují u různých typů epilepsie. Přibližně čtvrtina nově diagnostikovaných pacientů se zmínila o potížích s pamětí nebo pozorností. Četnost záchvatů ovlivňuje kognitivní funkce (LEEMAN-MARKOWSKI a SCHACHTER, 2016).

Statisticky se udává, že u 10-20 % kompenzovaných pacientů se vyskytuje současně i deprese. U nekompenzovaných pacientů je přítomnost deprese až u 20-60 % lidí léčených s epilepsií. Deprese může způsobovat objektivní potíže např. s pozorností, pamětí, jazykem, s exekutivními funkcemi, s psychomotorickým tempem. Některá antiepileptika mohou působit depresogenně, jiná se podílejí na stabilizaci, či zlepšení nálady. Pokud pacient stejně trpí depresí, může být zahájena léčba antidepresivy (LEEMAN-MARKOWSKI a SCHACHTER, 2016).

Většina lidí s epilepsií může žít navenek normální život, avšak často mají obavy spojené se záchvaty, zákazem řízení, nedostatkem nezávislosti, zaměstnáním a sociálních problémů, vedlejších účinků spojených s léčbou, psychiatrických nebo kognitivních potíží. Primárním cílem léčby je zamezit záchvatům, je důležité si uvědomit, že pro pacienty mohou být důležité i ostatní faktory. Sociální podpora může pomoci při některých obtížích (např. sociální stigma, problémy se zaměstnáním) souvisejících s epilepsií. Farmakoterapie může ovlivnit např. neuropsychologické potíže, poruchy spánku a kognitivních funkcí. Pro pacienty nejsou zásadní jenom záchvaty, ale i mít možnost zaměstnání, být nezávislý, nebýt

---

<sup>3</sup> Překlad autorky

omezen v běžných činnostech a životním stylu, tíživá je také hanba, stigma a osamělost. Deprese bývá často nedostatečně léčena (SANDER, 2005).

Poruchy spánku mají negativní dopad na denní výkon. Omezení spánku, tj. 6 hodin denně po dobu 14 dnů u zdravých osob, mělo nepříznivý vliv na kognitivní výkon, pracovní paměť a psychomotorickou bdělost. Tyto výsledky podporují teorii o pozitivním působení spánku na plasticitu mozku a konsolidaci neuronálních změn, které vedou k zlepšení učení a paměti. Některá antiepileptika ovlivňují kvalitu spánku (SANDER, 2005).

### **1.3.2 Programy, kurzy, kognitivní rehabilitace a dopad sportu na pacienty s epilepsií**

Program „The HOme Based Self-management and COgnitive Training CHanges lives“ (HOBSCOTCH) byl zacílený na zlepšení kvality života, paměti a nálady u dospělých osob s epilepsií. HOBSCOTCH obsahoval psychoedukaci, trénink všímavosti, kompenzační strategie a začleňování těchto strategií do každodenního života pomocí terapie zaměřenou na řešení problému. Program trval 8 týdnů. Výsledkem bylo signifikantní zlepšení v kvalitě života a také v pozornosti, nebylo prokázáno zlepšení na škále deprese (CALLER aj., 2016).

Na potíže s kognitivními funkcemi, zejména na pozornost, poukázala další studie, která mimo jiné zmiňuje i poruchy učení (ESPIE aj., 1999).

Lidé s epilepsií se potřebují naučit sebeřízení. V Anglii proběhl kurz sebeřízení pro pacienty s epilepsií. Od účastníků kurzu chtěli vědět, co nejvíce ocenili na kurzu, a také aby zmínili negativní stránku intervence. Pacienti nejvíce ocenili setkání s „lidmi jako oni“. Strukturované metody učení je povzbuzovaly, aby srovnávali své vzájemné zkušenosti a pocity. Mezi specifické benefity kurzu zařadili zvládnout pocit „být sám (sama)“ a posílení pocitu sebepřijetí. Více jak polovina účastníků potvrdila, že srovnání s lidmi s podobnými zkušenostmi a postoji jim pomohla otevřeně mluvit a změnit své chování vůči vlastnímu zdraví. Pacienti



s nekompenzovanou epilepsií jsou více společensky izolováni. Interaktivní skupiny jim pomáhají ve vlastní angažovanosti (RIDSDALE aj., 2017).

Různé druhy kognitivní rehabilitace byly použity u pacientů s epilepsií temporálního laloku. Kognitivní rehabilitací se zde rozumí jakákoliv intervence, která pacientovi a jeho rodině umožní omezit kognitivní deficit a naučit se s ním žít. Celostní rehabilitace byla účinnější než intervence zaměřená pouze na poruchu pozornosti nebo paměti. Je zde prostor pro více klinických studií. Psychologická podpora nebo psychoterapie mohou pomoci se psychosociálními problémy a se stresem spojeným se záchvaty (FARINA aj., 2015).

Lidem s epilepsií nebyl sport úplně doporučován, primárně z důvodu strachu, nadměrného pečování a neznalosti o přínosech, a také o rizicích spojených se sportem. Tento postoj se v posledních desetiletích změnil. Ukazuje se, že pravidelné sportování může pozitivně ovlivnit kontrolu záchvatů, mimo jiné je také vhodné ze zdravotního a psychosociálního hlediska. Různé druhy cvičení mají pozitivní dopad na sebeúctu, sociální vazby a celkové zdraví u pacientů s epilepsií (CAPOVILLA aj., 2016).

Je potřeba zvážit přínosy druhu cvičení či sportovních aktivit vzhledem k pravděpodobnosti rizika záchvatů. Důležitý je typ a závažnost epilepsie k druhu sportu. Je vhodné zabezpečit možný dohled rodinným příslušníkem nebo jinou osobou a akceptace pacientem (nebo rodičů) na přiměřenou míru rizika záchvatu (CAPOVILLA aj., 2016).

V klinických studiích se objevují poznatky o zvýšení prahu vůči záchvatu, snížení epileptiformního výboje na EEG a menší pravděpodobnost vzniku záchvatů v průběhu cvičení. Pravidelné sportování může navíc zlepšit kognitivní funkce ve všech věkových kategoriích. Podporovány k cvičení by měly být obzvláště děti s epilepsií. Ty se obecně méně zapojují do fyzických aktivit a často dochází k sociálnímu vyloučení. Sedavý životní styl může mít negativní dopad na psychosociální vývoj, nezávislost a duševní zdraví. Lidé s epilepsií by měli být

zapojení do takových sportovních aktivit, u kterých není značné riziko zranění pro ně nebo jejich okolí. Rizika by měla být prodiskutována s lékařem, pacientem a případně rodiči, pokud se jedná o dítě (CAPOVILLA aj., 2016).

Druhy sportů byly rozděleny do třech kategorií podle rizika zranění / smrti u osob s epilepsií nebo u druhých lidí. Do první kategorie se řadí sporty jako např. judo, volejbal, fotbal, tanec, tenis apod., u kterých výskyt záchvatů nepředstavuje žádné další riziko pro pacienty nebo okolní osoby. Ve druhé kategorii jsou sporty, které zahrnují riziko pro pacienta, avšak ne pro ostatní, jedná se např. o boxování, gymnastiku, lyžování, plavání, jízdu na kole. Do třetí skupiny se řadí sporty, kde je riziko zranění jak pro osoby s epilepsií, tak pro okolní lidi, např. létání, horolezectví, potápění, parašutismus, surfování (CAPOVILLA aj., 2016).

Ve studiích na zvířatech byly pozorované pozitivní účinky cvičení, a to snížení citlivosti vůči záchvatům, také se prokázalo zlepšení kvality života, snížení úzkosti a deprese u osob s epilepsií (ARIDA aj., 2010).

Závěrem kapitoly bych ráda poukázala na možný přínos psychologické intervence a podpůrných programů v oblasti zlepšení duševních funkcí a psychosociálních potíží.

## 1.4 Příčinné přisuzování a osobní příčinná orientace podle E. Deciho a R. Ryana

### 1.4.1 Teorie příčinného přisuzování a osobní příčinná orientace

Edward L. Deci je profesorem psychologie a R. Ryan je klinickým psychologem a výzkumným profesorem. Zabývají se pozitivní psychologií a oba jsou členy Americké psychologické asociace (RYAN a DECI, 2017).

Zdravý člověk vnímá, že se svými vlastními rozhodnutími a činy podílí na tom, co se v jeho životě děje. Pokud člověk prožívá neschopnost ovládat to, co se v jeho životě děje, může to být potenciálním zdrojem stresu nebo úzkosti, která může být původní příčinou nebo i symptomem duševní poruchy (BALCAR, 1993).

*„V psychologii osobnosti vystihuje tento rozměr lidské zkušenosti několik významově blízkých pojmů: “příčinné přisuzování“ (Heider, 1958); “motiv kompetence“ (White, 1959); “místo ovládnutí“ (Rotter, 1966); “naučená bezmoc“ (Seligman, 1975)“ (BALCAR, 1993, s. 1).*

Deci vytvořil typologii „osobní příčinné orientace“, která obsahuje tři sklony ve vnímání a očekávání, jaký zdroj vlivu v jaké míře rozhoduje o tom, co se v životě člověka děje. Rozeznává podle toho tři její typy, jejichž relativním poměrem se ve svém prožívání a počínání lidé liší:

- 1) Vnitřní příčinná orientace – člověk se sám rozhoduje (sebeurčení) a na základě toho činí (kompetence), čeho chce v životě dosáhnout
- 2) Vnější příčinná orientace – okolí, primárně druhé osoby, rozhodují o tom, co musí člověk vykonat (nedostatek sebeurčení), aby splnil (kompetence) jejich požadavky a tím dosáhl svých cílů
- 3) Neosobní příčinná orientace – okolí, svět rozhoduje o tom, co se v životě člověka stane, nezávisle na jeho vlastním přání (nedostatek sebeurčení) a jedinec to nemůže ovlivnit vlastní činností (nedostatek kompetence)

Jednotlivé typy osobní příčinné orientace se u každého člověka v různém poměru rozvíjí na základě zkušeností. Prožitková stránka jednotlivých typů osobní příčinné orientace působí na naše vnímání, sebehodnocení a činnost. Některé postoje bývají pod vlivem emocí nerealisticky obnovovány a mohou mít negativní dopad v oblastech sebedůvěry, sebeřízení a zdraví.

Vnitřní příčinná orientace závisí na zkušenosti člověka s tím, že okolí na jeho činy nějak reaguje, čímž získává zpětnou vazbu o vhodnosti svých činů. Vnitřní příčinnost je postoj, kdy si člověk volí činy na základě svých možností a sleduje své cíle. Tenhle postoj doprovází pocit odpovědnosti, pocity viny jsou menší i v případném neúspěchu. Jednání je hnáno vlastními motivy a cíli, člověk neočekává systém odměny a trestu od okolí. Lidé s tímto postojem informace o úspěchu a neúspěchu nevnímají jako tlak, ale jako vodítko k tomu, zda daný způsob jednání, který mohou měnit, je vhodný, či nikoliv k dosažení svých cílů. Je to sdělení pro ně samotné, jak nejlépe pokračovat dál. Z hlediska zdravých funkcí se jedná o postoj v mnoha životních situacích, ač ne ve všech, relativně nejprospěšnější.

Vnější příčinná orientace poskytuje pozitivní nebo negativní výsledky na základě toho, jestli jednotlivec splnil očekávané požadavky sociálního okolí. Postoj vnější příčinné orientace dává lidem pocit schopnosti dosáhnout svých potřeb, avšak pouze skrze plnění nároků, které určuje okolí, nikoli on sám. Výsledkem může být přehnané snažení vyhovět nárokům druhých, nakládání si nadměrných úkolů a selhání kvůli stresu. Klinicky souvisí spíš se psychosomatickými syndromy.

Neosobní příčinná orientace se rozvíjí díky zkušenosti, kdy prostředí na snahy a činy člověka v dané situaci nereaguje a poskytuje mu výsledky, které nemůže ovlivnit svým konáním. Postoj s neosobní příčinnou orientací vede k prožívání bezmoci a ke zdravotním potížím depresivního charakteru. Z hlediska motivace se jedná o rezignaci na vlastní úsilí, či snahu získat podporu v okolí. Objevují se pocity úzkosti a méněcennosti.

V psychoterapii bývá nejčastějším úkolem v tomto ohledu vést lidi k osvojení si realističtější míry vnitřní příčinné orientace, tj. i u různě postižených či omezených víc se spoléhat na vlastní rozhodnutí a převzít odpovědnost za své činy a pomoci tak zbavit je vůči jejich životním situacím reálně nadměrného rozsahu postojů příčinnosti vnější nebo neosobní (BALCAR, 1993).

#### **1.4.2 Vnitřní motivace a sebeurčení**

DECI a RYAN (1985) uvádějí, že „vnitřní motivace“ vyplývá z toho, že organismus potřebuje být kompetentní a je také sebehodnotící. S přijetím konceptu vnitřní motivace vyvstává související koncept „sebeurčení“, který zahrnuje vůli, autonomii a volbu. Teorie Ryana a Deciho je spíše motivační než kognitivní, a je založena na empirii.

Lidský organismus je přirozeně aktivní, nejvíc to lze vidět u malých dětí. Vybírají věci, ochutnávají je, hází je po místnosti a ptají se „Co to je?“ Jsou zvědavé a chtějí vidět výsledky svých činů. Děti jsou motivované k učení, dospělí jsou motivováni k mnoha činnostem. Tráví svůj volný čas různými způsoby, třeba sportem, u nichž není znatelná primární vnější odměna. Ta je součástí samotného provádění aktivity, i když se k němu mohou pojit některé sekundární výhody z vnějšku. Primárním motivátorem je zde vlastní vnitřní zkušenost a zdroj energie. Vnitřní motivaci doprovází zájem, vzrušení. Autonomně motivovaný člověk není pod tlakem odměn nebo nečekaných okolností. Autoři se domnívají, že vnitřní motivace je autonomní.

Sebeurčení je vlastně svoboda od ovládnutí okolím. Vnitřní motivace se rozvíjí, pokud člověk zakouší svůj vlastní vliv na události ve svém životě. Mezi základní touhy člověka patří ovládat svůj osud. Lidé mají potřebu kontroly nad svým prostředím nebo nad svými výsledky. Sebeurčení je základem pro vnitřní motivaci, a to je úzce propojeno s potřebou kompetence.

Deci a Ryan charakterizují lidi podle určité úrovně autonomie, kontroly a osobní orientace. Lidé s různými druhy příčinné orientace mají tendenci zpracovávat

informace odlišným způsobem, prožívají jinak emoce a jsou motivováni odlišnými cíli. To má dopad na jejich chování. Rané zkušenosti u lidí rozvíjejí jejich příčinnou orientaci, ovlivňují tak poměr v míře vnitřní, vnější a neosobní motivace a míru prožívaného sebeurčení (DECI a RYAN, 1985).

Míra prožívané autonomie ve vztahu k reálným možnostem sebeurčení je důležitá i v péči o zdraví. U chronicky nemocných pacientů se často jedná o lidi, kteří se snaží vyjít vstříc léčbě, aby dosáhli optimálních výsledků. Doporučení lékařů se většinou týkají zdravějšího životního stylu. Taková změna chování u pacientů vyžaduje motivaci. Koncept osobní příčinné orientace vybízí k tomu, aby se přitom nejednalo o libovolnou motivaci, ale aby šlo co nejvíce o autonomní motivaci. Existují dostatečné důkazy, že chování lidí ovlivňuje jejich zdraví, ať už se jedná o kouření, nadměrnou konzumaci alkoholu, sedavý životní styl, nesprávné užívání léků, či nevhodné stravovací návyky. Je důležité, aby pacienti byli motivováni ke změně a vnímali sebe sama, že jsou schopni změny také dosáhnout. Klíčová je i sociální podpora. Různé studie poukazují na to, že autonomní motivace a vnímaná kompetence pacienta je dobrým předpokladem pro změnu v chování pacienta kvůli svému zdraví (RYAN a DECI, 2017).

### **1.4.3 Dotazník osobní příčinné orientace (DOPO)**

Příčinné přisuzování je proces, jehož usměrňujícím činitelem je osobní sklon příčinné orientace. Ta se uplatňuje i v oblasti zdraví a nemoci. Rotterovo (ROTTER, 1966) pojetí „místa řízení“ rozlišovalo v tomto ohledu pouze interní (vnitřní) a externí (vnější) příčinnou orientaci. Novější metody jejího zjišťování, např. dotazník „Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales“ (WALLSTON aj., 2016; LUSZCZYNSKA a SCHWARZER, 2016) již v duchu Ryanova a Deciho pojetí rozlišují ve vnímání vlivů okolí člověkem, a to mezi vlivem druhých lidí jako „vnější“ a vlivem na lidské vůli nezávislým jako „neosobní“ příčinnou orientaci.

Psychologická kvalita „místa přisuzování příčin“ a na základě ní vytvořený DOPO vypovídá o tom, v jaké míře kterým z těchto zdrojů člověk přisuzuje příčinu událostem a okolnostem ve svém životě a podle toho očekává a jedná.

Dotazník osobní příčinné orientace vytvořený Balcarem je určen ke zjištění tohoto obecného sklonu k vnímání příčin závažných událostí v životě člověka. Jeho položky uvádějí důležité výsledné stavy v jeho životě a nabízejí vždy možnost rozdělit určitý počet bodů ve prospěch tří škál při zodpovídání otázky, v jaké míře položkou popsaná životní situace svým vznikem:

- a) záleží na činech a volbách člověka samotného (vnitřní příčinná orientace),
- b) na druzích lidech (vnější příčinná orientace),
- c) na vlivech mimo lidskou vůli (neosobní příčinná orientace).

Celkem 12 takových situací je formulováno vždy v pozitivním i v negativním znění. Dotazník tak obsahuje celkem 24 položek (BALCAR, 1996a).

BALCAR (1996b) uvádí, že všech 24 položek je částečně subjektivní a částečně projektivní povahy. Jednotlivé položky popisují osobně závažné situace a události, které se v životě vyskytují. Každá z nich je zde formulována v pozitivním i v negativním znění. Je možné z něj vypočítat 6 jednoduchých a 3 složené dílčí stupnice.

Rozdílnější skóry mohou poukázat na významnější zkušenostní, postojoyé, kognitivní odlišnosti v přisuzování příčin. Jistá „nevyrovnanost“ může zviditelnit sociální odlišnost, která může souviset s duševní, tělesnou nebo i sociální poruchou.

Lidé se liší ve sklonu příčinné orientace, který u nich převládá a na základě kterého je ovlivněno jejich chování, motivovanost, snažení a mimo jiné také zdraví. V ČR se jedná o první vytvořenou standardizovanou metodu k měření příčinné orientace (BALCAR, 1996b).

DOPO byl u nás použit ve studii zaměřené na snížení nadváhy u účastnic kurzu pomocí KBT. Existuje vztah mezi škálami DOPO a hmotnostním úbytkem u absolventek kurzu. Nejnižší snížení nadváhy nastalo u účastnic, které měly vysoký skóre ve vnější příčinné orientaci. Objektivně nejméně úspěšné klientky tedy měly tendenci připisovat svůj úspěch, či neúspěch na snížení hmotnosti spíše schopnostem lektora či způsobu, jakým je kurz veden než vlastní snaze nebo neosobním vlivům (KINTROVÁ a SCHNEIDROVÁ, 2009).

Příklady dotazníkových šetření uplatňujících konstrukt osobní příčinné orientace v různých oborech psychologického zkoumání dále jsou:

U dospělých pacientů s epilepsií badatelé zjistili, že pacienti, kteří měli vyšší skóre v interním přisuzování příčin, tj. přičítají větší význam vlastnímu jednání, lépe ovládali výskyt záchvatů ve směru jeho omezování. Pacienti s vyšším skórem v externím přisuzování příčin byli více úzkostní (ASADI-POOYA aj., 2007).

Ruth Landau se zabývala korelací mezi osobní příčinnou orientací a socioekonomickým statusem ve vztahu k depresi a životní spokojenosti. Zjistila, že mezi proměnnými není žádná interakce, avšak jak osobní příčinná orientace, tak socioekonomický status souvisí nezávisle na sobě s depresí. Na depresi víc poukazuje proměnná vnější osobní příčinné orientace v Rotterově pojetí (LANDAU, 1995).

Olesen a kol. v Dánsku provedli studii zabývající se porovnáním pětifaktorového modelu osobnostních rysů a teorií škál osobní příčinné orientace. Výzkumu se účastnilo 1 287 respondentů. Vnitřní příčinná orientace se odlišovala od jednotlivých faktorů osobnostních rysů. Sklon vnější a neosobní příčinné orientace se vydělil jako dva samostatné činitele překrývající se s faktory „přívětivosti“ a „neuroticismu“. Výsledky poukázaly na koncepční odlišnosti obou modelů (OLESEN aj., 2010).



Depontova studie zaměřená na příčinnou orientaci, motivy a osobnostní rysy přišla s výsledky, kdy autonomní (vnitřní) orientace svědčí o aktivní a kreativní interakci se sociálním prostředím. Naopak vnější a neosobní orientace spíše poukazuje na horší míru přizpůsobení a psychickou nepohodu (DEPONTE, 2004).

## 1.5 Prožívání životní smysluplnosti v Logoterapii a existenciální analýze V. E. Frankla a A. Längleho<sup>4</sup>

### 1.5.1 Vznik logoterapie a existenciální analýzy

Zakladatelem logoterapie a existenciální analýzy je rakouský profesor neurologie a psychiatrie Viktor Emil Frankl (1905-1997). Narodil se ve Vídni, avšak kořeny měl v Čechách a na Moravě. Již na střední škole si dopisoval se zakladatelem psychoanalýzy Sigmundem Freudem a později na univerzitě byl v blízkém kontaktu se zakladatelem individuální psychologie Alfredem Adlerem. V době druhé světové války byl odveden do koncentračního tábora a postupně transportován do třech dalších. Po příjezdu do lágru mu byl rukopis jeho teorie odebrán. Později po osvobození svou práci rekonstruoval. Rodiče, bratr a manželka zemřeli v koncentračním táboře, přežila pouze jeho sestra (Frankl, 2006; Frankl, 2014).

Viktor E. Frankl má v Evropě dva známé žáky, Elisabeth Lukasovou (1942) a Alfrieda Längleho (1951), další jeho žáci jsou zejména v Severní Americe (Balcar, 2012).

### 1.5.2 Základy teorie logoterapie a existenciální analýzy

Logoterapie, tak jako každá psychoterapie, má určitý obraz o člověku. Vnímá člověka ze stránky noické, psychické a somatické.

Oproti tradiční psychoterapii se logoterapie jako taková staví proti nadměrnému determinismu a nahrazuje ho omezenou svobodou. Logoterapie a existenciální analýza mohou být pojmenovány i jako terapie smyslem, protože se na něj zaměřují. Smysl je pro konkrétního člověka a jeho životní situaci vždy jedinečný. Přítomná situace nám nabízí hodnotné možnosti, a člověk má svobodu vybrat si ze svých možností a učinit je smysluplné, či smysluprázdné.

---

<sup>4</sup> Kapitola 1.5 obsahuje přepracované části z autorčiny bakalářské práce (SEMANOVÁ, 2016)

Naplňovat smysl situací a činů v životě člověka lze podle Frankla uskutečňováním tří druhů hodnot – zážitkových, tvůrčích, postojových. Za zážitkové hodnoty považujeme ty hodnoty, které jsou vázané na prožívání vztahu k někomu nebo k něčemu, co uspokojuje naše potřeby. Tvůrčí hodnoty naplňují smysl skrze vytváření nebo konání něčeho hodnotného, může sem patřit například práce. Postojové hodnoty nám umožňují zaujmout smysl uskutečňující postoj vůči v životě nastávajícím skutečným.

Stav, kdy se vůle k objektivnímu smyslu nenaplnuje, je stavem existenciální frustrace. Lze jej popsat i jako stav, kdy člověk „nemá pro co žít“. Jeho protipólem je existenciální zakotvení, tedy stav, kdy člověk prožívá smysluplnost vlastního života, pocity jistoty, duševní i tělesnou pohodu (BALCAR, 2012).

Frankl zapojil do logoterapie tzv. koperníkovský obrat ve vnímání smyslu. Ten je nyní v centru lidského života, čímž vzniká dynamický vztah mezi smyslem a člověkem (WAGENKNECHT, 2018).

Frankl to popisuje: *„Život sám je to, kdo klade člověku otázky. Člověk sám není tím, kdo se má tázat, je mnohem více tím, kdo je životem tázán, kdo má životu odpovědět a kdo se má životu zodpovídat. Ale odpovědi, které člověk dává, mohou být pouze konkrétní odpovědi na konkrétní „otázky života“. Ze zodpovědnosti za existenci vyplývá jejich zodpovídání“* (WAGENKNECHT, 2018, str. 14).

## DUCHOVNÍ SCHOPNOSTI ČLOVĚKA

*„Jedinec při výběru praktických činů a při zaujímání osobních postojů „vystupuje“ z roviny psycho-somatických zákonitostí do rozměru duchovní volby. Empiricky vyvozené dále uvedené „duchovní schopnosti“ mu umožňují výkony jiného řádu, než které lze vysvětlit pouhou biologickou či psychologickou determinací“* (BALCAR, 2003, str. 75).

Součástí duchovní stránky člověka jsou i čtyři duchovní schopnosti: sebeodstup, sebezpřesah, svoboda, odpovědnost.

Sebeodstup je schopnost zaujmout objektivní pohled na události tak, aby si jej člověk nezkresloval vlastními postoji, citovými stavy a právě převažujícími pohnutkami.

Sebezpřesah je schopnost odpoutat se od soběstředné péče o vlastní záležitosti a věnovat se v dané situaci místo toho něčemu nebo někomu jinému, jehož potřeby člověk vnímá jako právě důležitější než své vlastní.

Sebeodstup a sebezpřesah umožňují člověku „vystoupit“ z roviny psychofyzické determinace. To mu umožňuje zaujmout postoj k hodnotám a k životu svobodně a odpovědně.

Svoboda je schopnost čelit omezujícím nebo donucujícím okolnostem na základě svých možností volby – tedy uskutečňovat ze svých dostupných možností, jak jednat, ty, které si z nich vlastním ohodnocením a rozhodnutím zvolí.

Odpovědnost je schopnost člověka předjímat následky svých rozhodnutí a činů a přijímat za ně odpovědnost (BALCAR, 2003).

Duchovní schopnosti jsou u Frankla vnímané jako konstrukt vyšší úrovně, který má důležitý význam při zvládnání těžkých nemocí. Pomocí tohoto konstruktů lze žít existenciálně naplněný život, i když se v životě člověka vyskytuje nějaké omezení (SVOBODA, 2013).

Logoterapie a existenciální analýza V. E. Frankla doplňuje somatoterapeutické a psychoterapeutické přístupy o hlediska duchovních motivů a schopností člověka (o sebereflexi, svědomí, svobodu volby a odpovědnost). Vnímá životní smysl jako základní podmínku lidské motivace k životu v různých situacích života, jak v příznivých, tak i nepříznivých. Zdravý způsob žití je takový, kdy se člověk rozhoduje a reaguje smysluplně na otázky a výzvy života, tj. má-li pro co žít.

Ztráta či nenalézání hlavních životních hodnot v podobě existenciální prázdnoty, tj. zakoušení zoufalství, bezcílnosti, ale i nudy, požitkářství, může být zdrojem duševních, tělesných nebo společenských potíží.

Naplňování smyslu spočívá v tom, že se mu člověk věnuje prostřednictvím svých činů, sdílení zážitků a zaujímání postojů v konkrétních životních situacích. Nástrojem k jejich volbě je „orgán smyslu“ – svědomí, to vede jedince určitým směrem. Když člověk vědomě uskutečňuje rozhodnutí na základě svého svědomí, dostavuje se prožitek smysluplnosti, naopak pokud člověk v různé míře vědomě či nevědomě jedná proti svému svědomí, nastává prožitek zmaření smyslu, který může být zdrojem „... *duchovního strádání a mnohdy i utrpení, selhávání či onemocnění psychické, psychosociální nebo psychosomatické povahy*“ (BALCAR, 2003, str. 76).

Z hlediska diagnostiky je důležité rozlišit, zda klient trpí selháváním nebo poruchou vyvolávanými psychickými nebo somatickými příčinami a v jakém poměru je přítomno strádání v duchovní oblasti „ztráty smyslu“. Na základě tohoto porozumění je pak indikována také vhodná logoterapeutická a existenciálně analytická terapie nebo vedení, buď jako základní, nebo jako podpůrná léčba.

*„Jako podpůrná léčba je logoterapie indikována tam, kde zjevné či skryté odmítání vlastního životního údělu, svobody, odpovědnosti a s tím spjatá symptomatika existenciální frustrace jsou průvodním úkazem původně somatické, psychické či sociální patologie“* (BALCAR, 2003, str. 78).

Mezi logodiagnostické metody patří rozhovor, pozorování a logometrické dotazníky, z nichž byly v českém znění vydány a lokálně standardizovány dva:

Logo-Test vytvořila žačka V. E. Frankla Elisabeth Lukasová (LUKAS, 1992). Primárním úkolem testu je zjistit míru existenciální frustrace.

Existenciální škála vychází z Franklova pojetí duchovních schopností. Jejím autorem je žák V. E. Frankla Alfred Längle se spolupracovníky.

*„ESK vypovídá o míře a kvalitě duševního zdraví, resp. duševní nemoci ve smyslu kvality života. ESK svou filozofickou koncepcí není uzpůsobena ke stanovování diagnózy ve smyslu MKN či DSM“ (SVOBODA, 2013, str. 424).*

## **Praktické uplatnění logoterapie a existenciální analýzy**

Zaměření logoterapie a existenciální analýzy je dvojího typu:

1. Terapeutická či poradenská pomoc člověku při překonávání existenciální frustrace nacházením a uskutečňováním smyslu v zážitcích, činech, nebo postojích v příznivých i nepříznivých situacích lidského života.
  - a. Objevují se zde nepříznivé okolnosti (ztráta zdraví, lidských vztahů, úspěšnosti apod.), kdy lidi prožívají existenciální frustraci, nebo naopak se jedná o příznivé události v životě člověka, nicméně doprovázené pocity nenaplněnosti, smysluprázdnoty. Cílem je najít a opět realizovat jeho životní zakotvení smysl poskytujícím počínáním.
2. Uplatnění duchovních schopností sebeodstupu, sebezpřesahu, svobody a odpovědnosti v případě potíží v psychické, psychosociální nebo psychosomatické rovině za pomoci strukturovaných logoterapeutických a existenciálně analytických metod.
  - a. Postojová změna se zaměřuje na přepracování nezdravých, defenzivních nebo destruktivních postojů, které vedou člověka jenom k dalším zdravotním a osobním neúspěchům. Cílem je vymanit klienta z bludného kruhu selhávání a získat realistický postoj a aktivní přístup k životním situacím a událostem.
  - b. Paradoxní intence se uplatňuje u různých druhů úzkostných poruch psychické a psychosomatické povahy. Využívá se zde sebeodstup, vzdorný postoj a humorný obsah. Výsledkem je praktický postup, jímž klient překonává vliv dosud ho ovládající iracionální úzkosti.

- c. Dereflexe pomáhá člověku opustit škodlivou přehnanou pozornost či snahu věnovanou poruchovým příznakům nebo nereálným touhám tak, že odklání jeho pozornost a počínání k pro něj smysluplným a reálně uskutečnitelným záměrům (BALCAR, 2003).

V Längleově existenciální analýze jsou vytvářeny a ověřovány další strukturované metody k ošetření existenciálních, psychických, či psychosomatických poruch či selhávání. Z těch je v současnosti nejdůkladněji vypracována metoda „Osobní existenciální analýzy“.

Osobní existenciální analýza slouží k přestavbě osobních postojů a činů člověka. Pomáhá k rozpoznání, uvědomění, přijetí a volbě odpovědného jednání vůči životním událostem a situacím, kde doposud klient v některém ohledu selhává. Sestává ze čtyř kroků, jejichž postupnými cíli je terapeutické propracování:

- 1) objektivního vnímání konkrétní situace či události,
- 2) citového prožití a jeho vědomého reflektování,
- 3) racionálního promyšlení a zaujetí vnitřního postoje,
- 4) z osobně zaujatého postoje vyplývající volba činu a jeho praktické uskutečnění (BALCAR, 2003).

### **1.5.3 Existenciální analýza podle Alfrieda Längleho**

Franklovu Logoterapii a existenciální analýzu dále rozvíjí Franklův žák Alfried Längle. Jeho Existenciální analýzu lze dnes již považovat za samostatný terapeutický směr, jehož metodiku lze použít u většiny klinických poruch.

Frankl považuje za hlavní duchovní motivaci člověka usilování o to, aby své zážitky, činy a postoje prožíval jako smysluplné. To Längle přijímá, avšak ve své existenciální analýze před potřebu smyslu navíc předřazuje a rozpracovává další tři základní osobní motivace, které jí předcházejí.

První je potřeba „základní důvěry“ – jistota vlastního prostoru, ochrany, zakotvení a přijímání ve světě; zda prožívá svůj pobyt v něm tak, že tu může žít.

Druhou je potřeba „základní hodnoty“ života – prožívání, že je dobré, že žije, chce se mu žít. To je zdrojem pro jeho prožívání hodnot.

Třetí je potřeba „sebehodnoty“ – prožívání, že zda člověk smí být takový, jaký je, a smí se tak ukázat i druhým lidem a být jimi jako takový uznán a přijat, odvážit se „být sám za sebe“. Pocit vlastního uznání mu umožňuje, aby mohl uznávat druhé lidi.

Zpravidla až po vypořádání se s naplněním těchto potřeb se dostává ke slovu čtvrtá, potřeba smyslu v životě – prožívání, že to, jak žije, je k něčemu dobré a že tedy má pro co žít.

Naplnění těchto základních existenciálních potřeb člověku umožňuje dosáhnout souladu s vlastním světem a v jeho konkrétních situacích prožívat svůj smysl, „žít s vnitřním souhlasem“ (LÄNGLE, 1997).

Längle ve svých metodách se navíc oproti Franklovi věnuje i analýze dřívějších životních situací, pokud jejich následky člověku škodí ještě v přítomnosti. Také věnuje větší pozornost emocím a subjektivitě člověka vůbec. Klade důraz především na hledání a vytváření osobního souladu s vnitřní a vnější skutečností, které probíhá v dialogu člověka se sebou samým a se světem.

Teoreticky a metodicky se Längle svou Existenciální analýzou pokouší o integraci dalších psychologických metod v jejím rámci. Oproti tradiční logoterapii nabízí ještě další speciální metody, například Metodu posouvání perspektiv, či Fenomenologické cvičení v dialogu, které často propojují existenciální rozbor s dalšími psychoterapeutickými přístupy (BALCAR, 2016).



### 1.5.4 Existenciální škála (ESK)

Tento dotazníkový test Längleho a spolupracovníků LÄNGLE, 2001 zjišťuje stav uplatňování existenciálních kompetencí a z toho vyplývajícího zakoušení smysluplnosti ve vlastním životě.

ESK se skládá z celkem 46 položek, které jsou rozděleny do čtyř základních stupnic, měřících respondentem vnímané uplatnění odpovídajících Franklem vymezených duchovních schopností „Sebeodstup“, „Sebepřesahu“, „Svobody“ a „Odpovědnosti“ – viz výklad na s. 34-35.

Stupnice „Sebeodstup“ a „Sebepřesah“ lze pak sloučit do vlastnosti vyššího řádu „Personalita“, vystihující, jak dobře dokáže jedinec zacházet a vycházet sám se sebou. Měří tedy obecnější schopnost osobního otevření sobě i světu.

Obdobně sloučené stupnice „Svoboda“ a „Odpovědnost“ postihují vlastnost vyššího řádu „Existencialita“, která vystihuje, jak dobře jedinec dokáže zacházet a vycházet s okolním světem. Měří tedy obecnější schopnost orientovat se ve světě, rozhodovat se a odpovědně do dění ve světě zasahovat.

Na nejvyšší úrovni zobecnění se pak i tyto dvě vlastnosti slučují do stupnice „Celkové smysluplnosti“, vyjadřující, jak člověk prožívá svůj život jako naplněný smyslem. Měří schopnost vyrovnávat se s vnitřními i vnějšími nároky svého života a s hodnotami, které mu právě jeho život nabízí, a tím ho vyzývá k autentickému žití (LÄNGLE aj., 2001).

## 2 PRAKTICKÁ ČÁST

### 2.1 Výzkumný projekt

#### 2.1.1 Výběr

Výzkumný projekt byl založen na porovnání vybraných osobních znaků mezi třemi podsoubory dospělých osob odlišujících se navzájem zdravotním stavem vzhledem k epileptickému onemocnění podle kritérií na straně 12 této práce:

- 1) zdraví – bez epileptického onemocnění
- 2) kompenzovaní – nemocní epilepsií, v současnosti bez záchvatů
- 3) nekompenzovaní – v současnosti se záchvaty

Celý výzkumný soubor obsahoval muže i ženy ve věkovém rozmezí 21 až 49 let.

Žádná další kritéria jsem pro sběr dat k mému výzkumu nestanovila. Snažila jsem se o co nejrozmanitější soubor, abych získala co největší rozhled v této oblasti.

Výběr do podsouboru probíhal u zdravých z různých oddělení ve firmách a od známých, u kompenzovaných a nekompenzovaných pacientů z neurologického oddělení v nemocnici i z polikliniky v Praze a pár dotazníků od známých.

Celkem jsem sesbírala 169 dotazníků. Z toho 47 dotazníků bylo od kompenzovaných, 52 od nekompenzovaných a zbylých 70 od zdravé skupiny respondentů.

## 2.2 Metodika

K realizaci výzkumu ve své diplomové práci jsem zvolila kvantitativní metodu, která mi přišla jako nejvhodnější alternativa k ověření mých předem stanovených hypotéz.

Data jsem sbírala pomocí dotazníků v papírové podobě. V jejich získávání také dopomohli lékaři a zdravotní sestry, odkud jsem sesbírala dvě skupiny respondentů (kompenzované a nekompenzované pacienty s epilepsií).

Získaná data jsem vyhodnocovala pomocí statistických testů: rozdílu průměrů a analýzy korelací.

### 2.2.1 Cíle výzkumu

Svým výzkumem se snažím ověřit validitu výsledků bakalářské práce a zároveň objasnit otázku, jakou měrou dokážou dospělí pacienti trpící epilepsií (kompenzovaní i nekompenzovaní) zacházet sami se sebou a se světem. Dále také, jak se budou navzájem lišit svými skóry v Existenciální škále (dále jen ESK) kompenzovaná, nekompenzovaná a zdravá skupina.

Dalším záměrem výzkumu je prozkoumat sklon osobní příčinné orientace při závažných situacích v životě člověka pomocí Dotazníku osobní příčinné orientace (dále jen DOPO) u dospělých pacientů s epilepsií (u kompenzovaných, nekompenzovaných) a u osob v tomto ohledu zdravých. Zajímá mě, zda lidé mají tendenci přisuzovat příčinu tomu, co se v jejich životě děje, spíš sobě, druhým lidem nebo příčinám, které nemohou ovlivnit lidé.

A nakonec chci zjistit, zda v celém výzkumném souboru mezi jednotlivými skupinami existuje korelační vztah ve výsledcích skóru v DOPO a ESK.

V souboru respondentů jsou kompenzovaní pacienti bez záchvatů rok a více, nekompenzovaní pacienti jsou méně než rok bez záchvatu a zdravá skupina jsou lidi, kteří nemají diagnostikovanou epilepsii.

## 2.2.2 Výzkumné hypotézy

Jako vstupní hypotézu k mému výzkumu jsem zvolila:

H<sub>1</sub>: „Sklonem k přisuzovanému místu příčin událostí ve vlastním životě (dle Dotazníku osobní příčinné orientace K. Balcara „DOPO“) se navzájem průkazně liší skupiny dospělých pacientů, a to (1) symptomaticky kompenzovaných od (2) symptomaticky nekompenzovaných; a dále obě skupiny pacientů (1) a (2) od skupiny (3) osob bez epileptického onemocnění.“

Statisticky testována bude u všech porovnání nulová hypotéza: Předpokládané vztahy odlišnosti se neprokáží.

H<sub>2</sub>: „Mírou existenciálního zakotvení v prožívané smysluplnosti vlastního života (dle Existenciální škály A. Längleho „ESK“) se mezi sebou průkazně liší uvedené skupiny (1), (2), (3).“

Statisticky testována bude u všech porovnání nulová hypotéza: Předpokládané vztahy odlišnosti se neprokáží.

H<sub>3</sub>: „Uvnitř skupin (1), (2), (3) a dále i v celém výzkumném souboru spolu průkazně kladně korelují skóry zkoumaných osob ve stupnicích ESK jako psychometrická podmínka jejich slučování do stupnic vyššího řádu.“

Statisticky testována bude u všech porovnání nulová hypotéza: Zjištěné korelace nedosáhnou hodnot statistické průkaznosti.

## 2.2.3 Použité metody

*Dotazník osobní příčinné orientace – DOPO:*

Pro tuto práci jsem použila 3 složené dílčí stupnice, které měří sklony příčinné orientace:

IO – vnitřní příčinné orientace

EO – vnější příčinné orientace

MO – neosobní příčinné orientace

Proband má za úkol rozdělit body, vyjadřující míru, na které závisí daná životní okolnost mezi tři škály:

- 1) člověku samém
- 2) někom jiném
- 3) příčinách mimo lidskou vůli (BALCAR, 1996b).

*Existenciální škála – ESK:*

Dotazník ESK podává subjektivní informaci o celkové smysluplnosti, tj. míře existenciálního zakotvení.

Proband má u celkem 46 položek posoudit jednotlivé výroky na škále „platí-neplatí“ a označit tu pozici, která jej nejlépe vystihuje.

#### **2.2.4 Etické aspekty výzkumu**

Sběr dat probíhal v anonymitě, členové výzkumného souboru se účastnili dobrovolně na základě informovaného souhlasu. Zpravidla lékaři, výjimečně sestry informovali pacienta o probíhajícím šetření a poslali jej na místo, kde vyplňování dotazníků probíhalo.

V úvodní straně dotazníku jsem respondenty informovala o tom, kdo jsem a jakou školu a obor studuji. Probandy jsem seznámila se svým výzkumem a jakým způsobem mají jednotlivé dotazníky vyplňovat.

## 2.3 Realizace výzkumu

Tento výzkum jsem si zvolila, protože mě problematika epilepsie a s ní spojená smysluplnost a kvalita života pacientů dlouhodobě zajímá. Diplomová práce navazuje na práci bakalářskou a rozšiřuje ji nejen o širší věkové pásmo respondentů, ale i o psychologickou kvalitu „místa přisuzování příčin“ událostem v životě. Realizace mého výzkumu pro mě z tohoto důvodu byla velice zajímavá a přínosná. Mohla jsem si díky této praktické části vyzkoušet, jak celý proces výzkumného šetření probíhá a jaké dovednosti a znalosti jsou k této činnosti potřeba.

### 2.3.1 Zpracování dat a analýza

Data, která jsem získala z dotazníkového šetření, jsem vyhodnotila podle instrukcí v manuálu Pokyny k administraci, skórování a interpretaci Dotazníku osobní příčinné orientace – DOPO (BALCAR, 1996b) a v příručce ESK – Existenciální škála (LÄNGLE aj., 2001). Poté jsem data převedla do elektronické podoby v počítačovém programu Microsoft Excel. Po převedení a zpracování dat jsem přešla k další fázi statistického vyhodnocení.

### 2.3.2 Sběr dat

Sběr dat jsem uskutečnila v období od listopadu 2016 do ledna 2018 pomocí dotazníkové studie, která mi přišla jako nejvhodnější. S realizací výzkumu, konkrétně ve sběru dat od zdravých respondentů, mi pomohli známí, kolegové, přátelé a spolužáci po sdělení instrukcí a dodržení testové situace co nejvíce shodně s ambulantními podmínkami, a jak jsem již zmínila výše, v ambulancích mi pomohli lékaři a sestry v lékařských zařízeních. Celkový počet použitelných dotazníků byl 169. Některé ze sesbíraných dotazníků jsem musela vyřadit vzhledem ke špatnému vyplnění, chybějícím odpovědím, nesplnění kritérií nebo kvůli extrémním hodnotám.

V průvodních pokynech jsem respondenty seznámila s tím, kdo jsem, co studuji, čeho se výzkum týká, co je v dotazníkové baterii čeká a ujistila jsem je o anonymitě celého zpracování a zveřejňování dat.

Dotazníkovou baterii jsem složila z Pokynů k vyplnění dotazníku, které mají pouze informační charakter pro respondenta, z DOPO, který poukazuje na převládající sklony osobní příčinné orientace, dále z ESK, která zjišťuje míru celkové smysluplnosti života respondenta, a nakonec z Informačního dotazníku, ve kterém respondenti vyplnili údaje o věku, pohlaví, popřípadě léčbě potřebné pro rozřídění dat.

## 2.4 Výsledky výzkumu

Získaná data jsem zpracovala pomocí softwaru Microsoft Excel 2003 a výsledky jsem analyzovala a interpretovala po stránce kvantitativní a obsahové.

### 2.4.1 Popis a kvantitativní interpretace rozdílů v DOPO

**Tabulka 1: Průměry skóre skupin 1,2,3 v Dotazníku osobní příčinné orientace**

Skupiny	DOPO-IO	DOPO-EO	DOPO-M
1	47,4	14,6	10,0
2	46,9	14,9	10,2
3	47,2	16,4	8,4

Skupina 1 (zdraví), skupina 2 (kompenzovaní), skupina 3 (nekompenzovaní)

**Tabulka 2: Statistické testy rozdílů ve škálách Dotazníku osobní příčinné orientace oboustranným t-testem s předpokladem nestejných rozptylů**

Skupiny	DOPO-IO	DOPO-EO	DOPO-MO
1 vs. 2	0,38	0,36	0,43
1 vs. 3	0,47	<b>0,05</b>	0,07
2 vs. 3	0,43	0,19	0,12

Skupina 1 (zdraví), skupina 2 (kompenzovaní), skupina 3 (nekompenzovaní)



U škály IO, u sklonu přisuzovat výsledky svého jednání a toho, co se v životě člověka děje zásluhou vlastního vlivu, se neprokázaly statisticky významné rozdíly ve dvojicích vzájemně porovnávaných skupin.

U škály EO, sklonu přičítat výsledky toho, co se v životě člověka děje, vlivu druhých lidí, porovnání vykazuje statisticky průkazný rozdíl mezi skupinou zdravých oproti skupině nekompensovaných na hladině pravděpodobnosti 0,05. Tento sklon může naznačovat tendenci, kdy nekompensovaní pacienti spoléhají či čekají na léčbu, na pomoc od blízkých, případně jiných osob se zvládnutím nemoci jako takové, a tím se stávají závislejší na druhých osobách a na jejich případné pomoci při výskytu záchvatů. Zdravé osoby a kompenzovaní pacienti se cítí méně závislí na rozhodnutích a činech druhých. Domnívám se, že jak nepředvídatelnost epileptického záchvatu, tak i jeho samotný výskyt, dovoluje zdravým a kompenzovaným vést v tomto duchu svobodnější život a potažmo být méně závislí na druhých osobách.

U škály MO, sklonu přičítat výsledky toho, co se v životě člověka děje, vlivům mimo lidskou – vlastní i cizí – vůli. Není průkazný rozdíl mezi výsledky skupin zdravých a kompenzovaných, zatímco obě tyto skupiny vykazují rozdíly oproti nekompensovaným blížící se statistické průkaznosti hodnotami pravděpodobnosti chyby na hladině 0,07 a 0,12. U skupiny nekompensovaných vůči skupině zdravých se nabízí úvaha, zda by mohlo jít o obranné zkreslení v tom smyslu, že spoléhání se na léčebnou péči, případně na podporu od druhých lidí, tj. sklon k vnější osobní orientaci nekompensovanými jim brání vnímat události (třeba související s jejich dosud nezvládaným onemocněním) jako následek neosobních okolností a vede je ke zvýšenému přičítání odpovědnosti za to druhým lidem.

## 2.4.2 Popis a kvantitativní interpretace rozdílů v ESK

**Tabulka 3: Průměry skóre skupin 1,2,3 v základních stupnicích Existenciální škály**

Skupiny	ESK – SO	ESK – SP	ESK – SV	ESK – OD
1	34,4	69,6	47,8	54,3
2	34,1	68,7	48,2	53,9
3	33,2	65,3	46,7	51,1

Skupina 1 (zdraví), skupina 2 (kompenzovaní), skupina 3 (nekompenzovaní)

**Tabulka 4: Statistické testy rozdílů v základních stupnicích Existenciální škály jednostranným t-testem s předpokladem nestejných rozptylů**

Skupiny	ESK – SO	ESK – SP	ESK – SV	ESK – OD
1 vs. 2	0,41	0,30	0,40	0,41
1 vs. 3	0,15	<b>0,01</b>	0,26	0,06
2 vs. 3	0,24	0,06	0,20	0,10

Skupina 1 (zdraví), skupina 2 (kompenzovaní), skupina 3 (nekompenzovaní)

„Sebeodstup“ (SO) jako schopnost zaujmout objektivnější pohled na sebe a na svět, méně zkreslený měnlivým stavem (city, potřebami, zájmy atd.) člověka, nevykazuje žádný statisticky průkazný výsledek. Naznačuje však největší statistický rozdíl podle očekávání mezi skupinami Z > N s pravděpodobností chyby jen 0,15 a umístění skupiny K mezi nimi.

„Sebepřesah“ (SP) znamená schopnost věnovat se něčemu či někomu pro ně samé namísto ohledů pouze na vlastní potřeby. Tato vlastnost vykazuje statisticky průkazný rozdíl na hladině pravděpodobnosti až 0,01 ve vztahu skóre skupin  $Z > N$ . Tenhle výsledek by mohl vypovídat o potřebě pomoci či dokonce péče o nekompenzovaného pacienta, a tak jeho nemožnosti zaměřit se pouze na potřeby jiného člověka.

Skupina K dosahuje také téměř statisticky průkazný výsledek na hladině pravděpodobnosti 0,06 vůči skupině N. Lze uvažovat, že kompenzace nemoci přináší pacientovi více možností a méně omezení, a to nejen zdravotní, ale i sociální, celkově lepší kvalitu života. Nekompenzovaní pacienti vzhledem k méně přejíciému zdravotnímu stavu jsou víc odkázaní na pomoc jiných a možná ani není v jejich možnostech věnovat se někomu či něčemu bez ohledů na vlastní potřeby.

„Svoboda“ (SV) jako schopnost vědomě si volit z dostupných možností ve světě nevykazuje žádný statisticky průkazný rozdíl ve dvojicích porovnávaných skupin. Zajímavé v porovnání je, že ve „Svobodě“ dosahuje skupina K lepšího průměrného výsledku nejen vůči skupině N, ale i vůči Z. Může to být náznak, že lidé, kteří onemocněli epilepsií a projevy nemoci pomocí léčby úspěšně zvládli, v důsledku tohoto úspěchu vnímají u sebe svobodu víc než zdraví, kteří takovou zkušenost nemají. Nicméně pro takovou spekulaci statistické údaje nedávají dostatečný pravděpodobnostní průkaz.

„Odpovědnost“ (OD) jako schopnost předvídat možné následky svých rozhodnutí, brát je při rozhodování v úvahu a ochotu za ně přijmout odpovědnost, vykazuje v průměrech skupin typické pořadí  $Z > K > N$ . Téměř statistické průkaznosti s výsledkem 0,06 dosahuje skupina zdravých vůči nekompenzovaným. Lidé s nekompenzovanou epilepsií mohou vnímat schopnost své odpovědnosti, tj. toho, co mohou sami ovlivnit a potažmo vést za to odpovědnost vzhledem k výskytu onemocnění v menší míře vůči skupině bez epileptického onemocnění.

Skupina nekompensovaných pacientů vůči kompenzovaným vykazuje také značně nízkou pravděpodobnost chyby při hladině průkaznosti jen 0,10. Lze se domnívat, že lidé s kompenzovanou epilepsií vzhledem k úspěšnosti léčby jsou si vědomi rizika výskytu záchvatů, nicméně na nemoc jako takovou mohou „pozapomenout“, již není součástí jejich každodenního života, a tak můžou lépe předvídat následky svých rozhodnutí, rozhodovat se a přijímat za ně i odpovědnost. Nabízí se úvaha, že u nekompensovaných pacientů je nejspíš omezená schopnost odpovědností kvůli horšímu zdraví. Vznik záchvatů nemohou vědomě, vlastním přičiněním ovlivnit, a tak se možná cítí či jsou zvyklí být méně odpovědni jak vůči svému zdravotnímu stavu, tak i v jiných oblastech života.

**Tabulka 5: Průměry skóre skupin 1,2,3 ve sloučených stupnicích  
Existenciální škály**

Skupiny	ESK – P	ESK – E	ESK – CS
1	104	102,1	206,1
2	102,8	102,1	204,9
3	98,4	97,8	196,2

Skupina 1 (zdraví), skupina 2 (kompenzovaní), skupina 3 (nekompenzovaní)

**Tabulka 6: Statistické testy rozdílů v sloučených stupnicích Existenciální  
škály jednostranným t-testem s předpokladem nestejných rozptylů**

Skupiny	ESK – P (s=1, r=3)	ESK – E (s=1, r=3)	ESK – CS (s=1, r=3)
1 vs. 2	0,32	0,50	0,41
1 vs. 3	<b>0,01</b>	0,12	<b>0,04</b>
2 vs. 3	0,08	0,13	0,09

Skupina 1 (zdraví), skupina 2 (kompenzovaní), skupina 3 (nekompenzovaní)

„Personalita“ (SO + SP) znamená schopnost člověka dobře zacházet a vycházet se sebou samým. Vykazuje zde nejvýraznější a statisticky průkazný rozdíl mezi zdravými a nekompenzovanými na hladině pravděpodobnosti chyby 0,01. I rozdíl mezi kompenzovanými a nekompenzovanými se ve stejném směru blíží statistické průkaznosti s výsledkem 0,08, což poukazuje na menší odlišnost kompenzovaných od zdravých v tomto ohledu.

„Existencialita“ (SV + OD) znamená schopnost člověka dobře zacházet a vycházet se světem. Porovnání ve dvojicích skupin vykazuje výrazný, i když ne statisticky průkazný rozdíl skupin zdravých a kompenzovaných oproti skupině nekompenzovaných na hladinách pravděpodobnosti u zdravých 0,12 a u kompenzovaných 0,13.

„Celková smysluplnost“ (SO + SP + SV + OD) znamená smysluplné uplatňování duchovních schopností ve vztahu k sobě a ke světu. Jako statisticky průkazný zde vychází rozdíl mezi skupinou zdravých a nekompenzovaných na hladině pravděpodobnosti 0,04. I rozdíl skupiny kompenzovaných a nekompenzovaných se pětiprocentní hladině průkaznosti blíží svou hodnotou 0,09, což lze také považovat za podporu výsledku získaného bakalářským šetřením.

V bakalářské práci vyšly statisticky průkazné výsledky ve všech stupnicích ESK kromě sebeodstupu, který se na celkové smysluplnosti podílí, a to ve skupinách kompenzovaný a zdravý vůči nekompenzované skupině. Nebyl zjištěn statisticky průkazný výsledek u zdravé a kompenzované skupiny, stejně tak jako ve výsledcích diplomové práce. Vzorek dat pozůstával z 103 respondentů ve věku 19-30 let.

### **2.4.3 Popis a kvantitativní interpretace výsledků interkolerací stupnic DOPO a ESK**

Pro kontrolu oprávněnosti slučování základních stupnic ESK Sebeodstup, Sebepřesah, Svoboda, Odpovědnost do složených stupnic Personalita, Existencialita, Celková smysluplnost byly vypočteny pro celý výzkumný soubor korelační vztahy mezi základními stupnicemi neparametrickým testem Spearmanovy pořadové korelace  $r_s$  k podpoře hypotézy:

H<sub>3</sub>: „Všechny základní stupnice ESK navzájem vykazují vysoce průkazné kladné korelace na úrovni přesahující hodnoty  $r_s$  0,40 (16 % společného rozptylu).“

Oproti tomu stupnice DOPO mají v důsledku způsobu skórování v sobě zabudovánu již určitou míru vzájemné záporné korelace - čím víc přidělí někdo bodů jedné stupnici, o to méně jich zůstane pro další dvě.

V níže uvedené příloze 7 - interkorelační tabulce všech kvantitativně skórovaných proměnných vykazují navzájem vysoké záporné korelace stupnice IO s EO a IO s MO. Odlišně, sice nízko, avšak přece jen statisticky průkazně kladně korelují stupnice EO s MO.

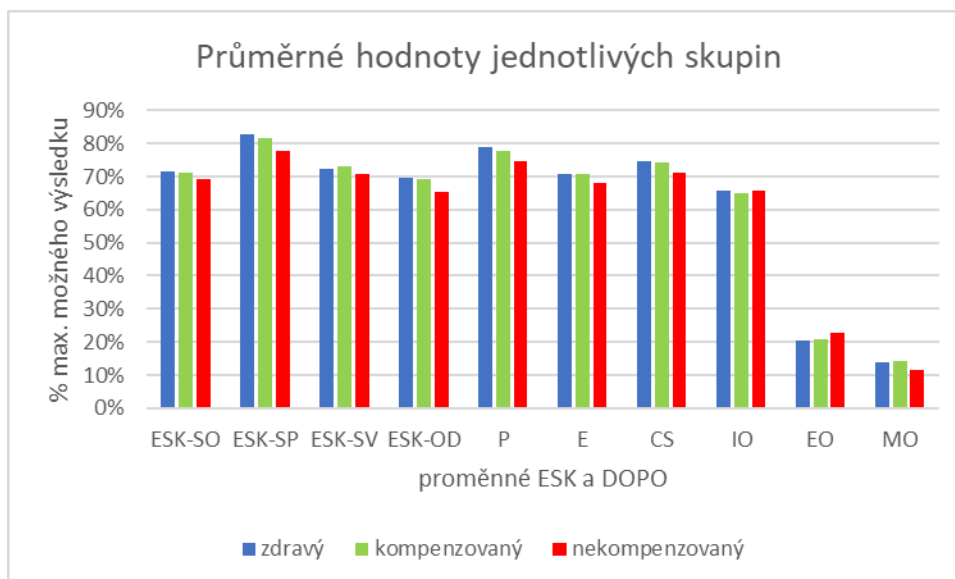
V tom výsledku je určitá podpora pro názor, že lidé mají sklon vnímat podobněji vnější a neosobní příčinnou orientaci jako navzájem bližší a společně opačné oproti té vnitřní - tedy blíž k původnímu Rotterovu dělení příčinného přisuzování na pouze „vnitřní“ a „vnější“, i když dělení do tří typů navzdory tomu je obsahově přesnější.

V interkorelační tabulce je ještě jedno důležité zjištění, a to, že žádná z 10 sledovaných osobnostních proměnných nekoreluje statisticky průkazně s věkem. Není tedy nutné uvažovat o tom, jak věk zkoumané osoby ovlivní výsledky. Statistické průkaznosti se hodně blíží kladná korelace věku a IO, lze ji možno vyložit tak, že s vzrůstajícím věkem roste pravděpodobnost přičítání příčin událostí v životě zkoumané osoby vlastnímu vlivu, míra společného rozptylu tu však činí pouhá 2 %, což je prakticky zanedbatelné.

#### **2.4.4 Grafické zobrazení porovnávání jednotlivých skupin**

Pro lepší představivost doplňuji práci společným grafem v jednotlivých stupnicích ESK a v škálách DOPO pro skupiny kompenzovaných, nekompenzovaných pacientů a zdravých respondentů.

**Grafický přehled všech skupin:**



## 2.4.5 Diskuze

### *Metodologická přiměřenost šetření*

Hlavní limitace výzkumné sondy je nízký počet zkoumaných osob a jejich příležitostný výběr do skupin. Z těchto důvodů nelze pokládat výsledky za reprezentativní.

Porovnávané skupiny se mohou, kromě svého zdravotního a léčebného stavu, lišit také aktuální motivovaností, proč a jak odpovídaly na kladené otázky, což nebylo možné zjistit. Také rozdílné vzdělání u nemocných může vést k jiným postojům a porozumění dotazníku Existenciální škály a Dotazníku osobní příčinné orientace. Ve výzkumném souboru byly skupiny pacientů rozděleny do dvou základních skupin (kompenzovaný a nekompenzovaný), vzhledem k úspěšnosti léčby je možné i podrobnější rozdělení, a to do čtyř patientských skupin.

I tak jsou položeny výzkumné otázky o vztahu mezi mírou uplatňování existenciálních schopností a s tím spojenou mírou prožívané smysluplnosti v životě ve věkovém pásmu 21-49 let a psychologickou kvalitou osobní příčinné orientace zodpovídané zřejmě prvním kvantitativním šetřením přinejmenším v českých podmínkách. Získané výsledky představují dobrý základ pro psychologický popis a



obsahovou interpretaci rozdílů a podobností v tomto ohledu mezi porovnávanými klinicky vymezenými skupinami osob.

### ***Možnosti obsahové interpretace zjištěných rozdílů a podobností mezi porovnávanými skupinami***

Statisticky průkazný výsledek psychologické kvality osobní příčinné orientace u skupiny zdravých a nekompensovaných pacientů ve výzkumném souboru poukázal na sklon k vnější příčinné orientaci, pokud by tento sklon doopravdy existoval, nabízí se čtyři možnosti tázání se. „Závisí na zdravotním stavu (neúčinnost léčby) sklon osobní příčinné orientace?“

„Pokud by se změnil sklon příčinné orientace, mělo by to dopad na zdravotní stav pacienta?“

„Závisí sklon osobní příčinné orientace spíše na souvisejících komorbiditách s epileptickým onemocněním, na neuropsychologických či psychiatrických?“

„Sklon vnější příčinné orientace, tj. více závislé chování u nekompensovaných pacientů, můžou podpořit v určité míře i blízké či pečující osoby?“

Statisticky průkazný výsledek u stupnice celkové smysluplnosti v ESK mezi zdravou skupinou a nekompensovanými pacienty podporuje výsledek výzkumného šetření z bakalářské práce.

První možností obsahové interpretace je úroveň prokazované vazby mezi celkovou stupnicí CS s účinností léčby u kompenzovaných pacientů, případně s její nepotřebností u zdravých lidí, a proti tomu vazby mezi horšími výsledky v ESK a neúčinností léčby u nekompensovaných pacientů. Pokud by doopravdy existovala tato souvislost, tak se na ni lze ptát dvojím způsobem. „Závisí na výsledném zdravotním stavu (zdraví, úspěšně léčení) to, jak vnímají uplatňování svých existenciálních schopností zdraví a kompenzovaní oproti léčebně rezistentním?“

Druhým způsobem lze závislost vykládat opačně. „Jsou kompenzovaní pacienti v léčbě úspěšnější proto, že lépe mobilizují své existenciální zdroje, a tím noogenně poskytují příznivější „půdu“ pro účinnější působení farmak?“

Víme, že z nedostatku existenciální motivace (existenciální frustrace) mohou vzniknout noogenní onemocnění i se somatickými složkami. Tedy je možné, že dostatečné uplatňování existenciálních schopností vede k větší, i somaticky projevované, účinnosti sebeúzdavných procesů i u pacientů s tímto neurologickým onemocněním, a tím i k příznivějším terapeutickým výsledkům.

Poslední výsledek, na který poukázala empirická část této práce, je stoupající tendence vnitřní příčinné orientace společně s věkem v celém výzkumném souboru. Pokud by tento směr existoval, lze o něm uvažovat jako o změně v postojích: „Se zvyšujícím se věkem přibývají zkušenosti, že vlastními činy můžeme výrazně ovlivňovat svůj život“.

## SOUHRN

V diplomové práci se při porovnávání vybraných psychologických a existenciálních vlastností mezi skupinami osob z hlediska epileptického onemocnění zdravých, kompenzovaných a nekompenzovaných autorka věnuje dvěma oblastem. První je psychologická kvalita osobní příčinné orientace podle E. Deciho a R. Ryana měřená českým standardizovaným Dotazníkem osobní příčinné orientace vytvořeným Karlem Balcarem a druhou oblastí je prožívání smysluplnosti vlastního života měřená v dotazníku Existenciální škály podle Alfrieda Längleho.

V teoretické části autorka popisuje epileptické onemocnění i s typickými zvláštnostmi duševních funkcí, které ovlivňují život nemocných, okrajově se zmiňuje i o psychiatrických komorbiditách spojených s epilepsií, dále se zabývá konceptem příčinného přisuzování a osobní příčinnou orientací i existenciální analýzou a logoterapií.

Empirická část práce popisuje metodologii provedené výzkumné sondy a následnou statistickou interpretaci výsledků. Výzkumné sondy se zúčastnilo celkem 169 respondentů ve věku od 21 do 49 let.

Získané výsledky poukazují na čtyři základní poznatky. Prvním je zjištění, že se skupina zdravých od nekompenzovaných statisticky průkazně liší ve sklonu vnější příčinné orientace měřeného Dotazníkem osobní příčinné orientace. Druhým je statisticky průkazný výsledek u skupiny zdravých vůči skupině nekompenzovaných pacientů u stupnice Sebepřesah, která se podílí na složené stupnici Personality a následně na celkové smysluplnosti v dotazníku Existenciální škály. Třetím poznatkem je zjištění, že se statisticky nepotvrdil průkazný rozdíl ani v jedné složce Existenciální škály mezi skupinou zdravých respondentů a kompenzovaných pacientů. To může poukazovat na obdobnou míru dobrého existenciálního zakotvení u obou skupin. Posledním poznatkem tohoto výzkumného

šetření je tendence stoupající vnitřní příčinné orientace s věkem u celého výzkumného souboru.

Metodologická hypotéza o průkazné vzájemné korelovanosti všech základních stupnic existenciální škály se potvrdila, a tím zdůvodnila oprávněnost jejich slučování do stupnic vyššího řádu.

U pacientů s nekompenzovanou epilepsií se otevírá možnost dalšího výzkumu v oblasti osobní příčinné orientace podle detailnějšího dělení účinnosti léčby a přítomnosti psychiatrických onemocnění. Zjištěné poznatky by bylo možné využít v psychoterapeutické práci s klienty trpícími epilepsií.

Výzkumná sonda této práce ovšem neposkytuje dostatečný reprezentativní vzorek respondentů, proto je vhodné zjištěné údaje považovat za orientační.

## Seznam literatury

ARIDA, Ricardo Mario, Fulvio Alexandre SCORZA and Esper Abrão CAVALHEIRO. Favorable effects of physical activity for recovery in temporal lobe epilepsy [online]. *Epilepsia*. 2010, vol. 51, no. 3, p. 76-79. ISSN 00139580. Dostupné také z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1528-1167.2010.02615.x>

ASADI-POOYA, Ali A., Courtney A. SCHILLING, David GLOSSER, Joseph I. TRACY and Michael R. SPERLING. Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression, and seizure control [online]. *Epilepsy & Behavior*. 2007, vol. 11, no. 3, p. 347-350. ISSN 15255050. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525505007002259>

BALCAR, Karel. Psychoterapie dívky se záchvatovitým onemocněním. *Psychoterapeutické sešity* č. 28, 1988, 2-8.

BALCAR, Karel. *K psychologii osobní příčinné orientace (Habilitační přednáška před Vědeckou radou FF UK v Praze 21. ledna 1993)*. Ineditní text. Archiv K. Balcara. Praha: PVŠPS, [1993]. Dostupný u autora.

BALCAR, Karel. Dotazník osobní příčinné orientace I: konstrukce, standardizace a psychometrická analýza. *Československá psychologie*. 1996a, roč. 40, č. 1, 28-37.

BALCAR, Karel. *Pokyny k administraci, skórování a interpretaci Dotazníku osobní příčinné orientace – DOPO*. Ineditní text. Archiv K. Balcara. Praha: PVŠPS, [1996b]. Dostupný u autora.

BALCAR, Karel. Logoterapie a existenciální analýza. *Česká a slovenská psychiatrie*, Supplementum (2), 99: 11/2003, s. 75-79.

BALCAR, Karel. *Logoterapie a existenciální analýza – „terapie smyslem“ - netradiční přístup v psychoterapii*. Ineditní text. Archiv K. Balcara. Praha: PVŠPS, [2012]. Dostupný u autora.

BALCAR, Karel. *Logoterapie a existenciální analýza IV. Existenciální analýza podle Alfreda Längleho*. Ineditní text. Archiv K. Balcara. Praha: PVŠPS, [2016]. Dostupný u autora.

BRÁZDIL, Milan. Léčba epilepsie – update [online]. *Medicína pro praxi*. 2011, roč. 8, č. 11, s. 478-480. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/09.pdf>

CALLER, Tracie A., Robert J. FERGUSON, Robert M. ROTH, et al. A cognitive behavioral intervention (HOBSCOTCH) improves quality of life and attention in epilepsy [online]. *Epilepsy & Behavior*. 2016, vol. 57, p. 111-117. ISSN 15255050. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S152550501600038X>

CAPOVILLA, Giuseppe, Kenneth R. KAUFMAN, Emilio PERUCCA, Solomon L. MOSHÉ and Ricardo M. ARIDA. Epilepsy, seizures, physical exercise, and sports: A report from the ILAE task force on sports and epilepsy [online]. *Epilepsia*. 2016, vol. 57, no. 1, p. 6-12. ISSN 00139580. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/epi.13261>

DECI, Edward L. and Richard M. RYAN. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Boston, MA: Springer US, 1985. ISBN 978-148-9922-717.

DEPONTE, Antonella. Linking motivation to personality: causality orientations, motives and self-descriptions [online]. *European Journal of Personality*. 2004, vol. 18, no. 1, p. 31-44. ISSN 0890-2070. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1002/per.503>

DORN, Thomas. Arbeit und Epilepsie - Fakten und Fantasien [online]. *Praxis*. 2015, vol. 104, no. 23, p. 1279-1285. ISSN 1661-8157. Dostupné z: <http://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1661-8157/a002188>

EPISTOP. Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií [online]. *Epistop*. 2013. ISBN 978-80-903979-6-5. Dostupné z URL: [http://www.clpe.cz/EPI\\_standard\\_2013\\_web.pdf](http://www.clpe.cz/EPI_standard_2013_web.pdf)

ESPIE, C.A., A. PAUL, J.H. MCCOLL, J. MCFIE, P. AMOS, J. GRAY, D.S. HAMILTON and G.A. JAMAL. Cognitive functioning in people with epilepsy plus severe learning disabilities: a systematic analysis of predictors of daytime arousal and attention

[online]. *Seizure*. 1999, vol. 8, no. 2, p. 73-80. ISSN 10591311. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1059131198902631>

FARINA, Elisabetta, Alfredo RAGLIO and Anna Rita GIOVAGNOLI. Cognitive rehabilitation in epilepsy: An evidence-based review [online]. *Epilepsy Research*. 2015, vol. 109, p. 210-218. ISSN 09201211. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0920121114002964>

FRANKL, Viktor Emil. *A přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. 3. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. ISBN 978-80-7192-866-9.

FRANKL, Viktor Emil. *Prožitek hor a zkušenost smyslu*. Brno: Cesta, 2014. ISBN 978-80-7295-185-7.

GABRIELOVÁ, Š. *Pilotní studie k validizaci české verze dotazníku měřící kvalitu života lidí s epilepsií QOLIE-10-P*. Diplomová práce. Praha, 2016. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí: PhDr. Alena Javůrková, PhD.

HELMSTAEDTER, Christoph. The impact of epilepsy on cognitive function [online]. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2013, vol. 84, no. 9, p. e1-e1. ISSN 0022-3050. Dostupné z: <http://jnnp.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jnnp-2013-306103.14>

HOVORKA, Jiří, Tomáš NEŽÁDAL, Michal BAJAČEK a Erik HERMAN. Psychogenní neepileptické disociativní záchvaty – nejčastější psychická porucha napodobující epilepsii [online]. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, roč. 8, č. 3, s. 115-118. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/03/04.pdf>

ILAE. Clinical neuropsychology: cognitive function in epilepsy [online]. *Epilepsia*. 2003, vol. 44, no. Suppl. 6, p. 29-30. ISSN 00139580. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1528-1157.44.s6.10.x>

KINTROVÁ, Lucie a Dagmar SCHNEIDROVÁ. Osobní příčinná orientace a změna tělesné hmotnosti u účastnic kurzu snižování nadváhy [online]. *Československá psychologie*. 2009, roč. 53, č. 3, s. 261-270. ISSN 0009-062X.

LANDAU, Ruth. Locus of control and socioeconomic status: Does internal locus of control reflect real resources and opportunities or personal coping abilities [online]. *Social science & Medicine*. 1995, vol. 41, no. 11, p. 1499-1505. ISSN 02779536. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0277953695000208>

LÄNGLE, Alfried. Nalézt přitakání životu. Přel. Karel BALCAR a Dalibor DOBROHRUŠKA. *Propsy*, 1997. roč. 3, č. 2, s. 9-11. ISSN 1211-5886.

LÄNGLE, Alfried, Christine ORGLEOVÁ a Michael KUNDI. 2001. *ESK – Existenciální škála*. Přel. Karel BALCAR. Praha: Testcentrum, 2001. ISBN 80-86471-05-5.

LEEMAN-MARKOWSKI, Beth A. and Steven C. SCHACHTER. Treatment of cognitive deficits in epilepsy [online]. *Neurologic Clinics*. 2016, vol. 34, no. 1, p. 183-204. ISSN 07338619. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0733861915000833>

LUKAS, Elisabeth S. *LOGO-TEST: zkouška k měření "prožívané smysluplnosti" a "existenciální frustrace"*. Přel. Karel BALCAR. Chrudim: Mach, 1992.

LUSZCZYNSKA, Aleksandra and Ralf SCHWARZER. Multidimensional health locus of control: Comments on the construct and its measurement [online]. *Journal of Health Psychology*. 2016, vol. 10, no. 5, p. 633-642. ISSN 1359-1053. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105305055307>

MARUSIČ, Petr a Martin TOMÁŠEK. *Atlas epileptických záchvatů*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-465-9.

MATĚJÍKOVÁ, K. *Deprese a úzkost u dospělých pacientů s epilepsií*. Diplomová práce. Praha, 2016. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí: PhDr. Alena Javůrková, PhD.

MORÁŇ, Miroslav. *Praktická epileptologie*. 2. vyd. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7387-023-2.

OLESEN, Martin Hammershøj, Dorthe Kirkegaard THOMSEN, Anette SCHNIEBER and Jan TØNNESVANG. Distinguishing general causality orientations from personality traits [online]. *Personality and Individual Differences*. 2010, vol. 48, no. 5, p.



538-543. ISSN 01918869. Dostupné z:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0191886909004954>

RIDSDALE, L., S. J. PHILPOTT, A.-M. KROOUPA and M. MORGAN. People with epilepsy obtain added value from education in groups [online]. *European Journal of Neurology*. 2017, vol. 24, no. 4, p. 609-616. ISSN 13515101. Dostupné z:  
<http://doi.wiley.com/10.1111/ene.13253>

ROTTER, Julian B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement [online]. *Psychological Monographs: General and Applied*. 1966, vol. 80, no. 1, p. 1-28. ISSN 0096-9753. Dostupné z:  
<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0092976>

RYAN, Richard M. a Edward L. DECI. *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: Guilford Press, 2017. ISBN 978-1-4625-2876-9.

SANDER, J. W. Ultimate success in epilepsy - the patient's perspective [online]. *European Journal of Neurology*. 2005, vol. 12, no. s4, p. 3-11. ISSN 1351-5101. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-1331.2005.01326.x>

SEMANOVÁ, L. *Životní smysluplnost podle Existenciální škály u pacientů trpících epilepsií ve vztahu k úspěšnosti léčby*. Bakalářská práce. Praha, 2016. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí: Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

SPOLEČNOST „E“ / CZECH EPILEPSY ASSOCIATION, Z.S. Epilepsie. Základní informace o epilepsii [online]. *Co je epilepsie*. ©2016 [cit. 2016-03-28]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/wp-content/uploads/2016/02/Z%C3%A1kladn%C3%AD-informace-o-epilepsii.pdf>

SVOBODA, Mojmír, Pavel HUMPOLÍČEK a Václav ŠNOREK, ed. *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0363-6.

TICHÁČKOVÁ, Anežka a Vladimír Pidrman. Epilepsie z pohledu psychiatra [online]. *Interní medicína pro praxi*. 2005, roč. 7, č. 1, s. 34-39. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2005/01/10.pdf>

TICHÁČKOVÁ, Anežka. Deprese a epilepsie [online]. *Psychiatrie pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 4, s. 169-173. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/04/07.pdf>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. VI. kapitola Nemoci nervové soustavy (G00–G99) [online]. *Poruchy záchvatové - paroxysmální (G40–G47)*. ©2014 [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast\\_1-4-2014.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-4-2014.pdf)

WAGENKNECHT, M. *Nástin dalšího vývoje Franklovy Existenciální analýzy a logoterapie - vybrané části diplomové práce* [online]. ©2018, poslední revize 10. 06. 2018 [cit. 2018-06-10]. Dostupné z: <http://www.slea.cz/files/odbornetexty/eltt-uvod.pdf>

WALLSTON, Kenneth A., Barbara STRUDLER WALLSTON and Robert DEVELLIS. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales [online]. *Health Education Monographs*. 2016, vol. 6, no. 1, p. 160-170. ISSN 0073-1455. Dostupné také z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019817800600107>

## PŘÍLOHY

# Příloha 1: Pokyny pro pacienty

## Pokyny k vyplnění dotazníků

*Dobrý den, jmenuji se Lucia Semanová a studuji psychologii na Pražské vysoké škole psychosociálních studií. Píši diplomovou práci na téma „Životní smysluplnost a osobní příčinná orientace ve vztahu k účinnosti léčby epileptického onemocnění“. Součástí mé práce je i výzkumná část. Proto Vás prosím o vyplnění tří dotazníků, které Vám poskytne lékař. První je Dotazník osobní příčinné orientace, druhým je Existenciální škála a třetí má pouze informační charakter.*

*Prosím Vás o spolupráci při výzkumu, jak se pacienti trpící epilepsi vyrovnávají se svými životními okolnostmi a každodenními situacemi nebo jak si počínají v některých specifických situacích. Chci Vás ujistit, že Vaše odpovědi jsou anonymní, takže nikdo jiný se nebude moci dozvědět, jak kdo odpověděl. Pro výzkumné účely jsou důležité pouze výsledky celých skupin. Proto na první straně dotazníku Existenciální škály položku „Jméno“, „Povolání nebo škola“ nevyplňujte, vyznačte pouze svůj věk a pohlaví.*

*Ještě něco k vyplňování dotazníků:*

*V **Dotazníku osobní příčinné orientace** mě zajímají VAŠE VLASTNÍ zkušenosti a názory – tedy jak v současnosti právě Vy cítíte, na čem uvedené věci v životě nejspíše závisí. Snažte se, prosím, upřímně vyjádřit, jaké vysvětlení u každé uvedené situace právě Vám připadá nejpravděpodobnější; je to věc spíše osobní životní zkušenosti a osobního citění, než rozumového uvažování, protože k těmto otázkám vlastně žádné obecně naprosto správné nebo nesprávné odpovědi neexistují.*

***Dotazník Existenciální škála** obsahuje řadu výroků týkajících se vnímání, postojů a jednání. Prosím Vás, abyste podle nadepsaných pokynů u každého výroku vyznačil/a, v jaké míře platí právě pro Vás. Prosím, odpovídejte zcela spontánně a bez dlouhého rozmýšlení. Nevynechávejte žádnou otázku a u každé označte vždy jen jednu z nabídnutých možností, která bude podle Vás nejmístnější. Pokud Vám nebude úplně jasné, jak některému výroku rozumět, odpovězte u něj tak, jak mu nejspíš rozumíte Vy sám – sama.*

*Pokud byste nechtěli na dotazníky odpovídat, odevzdejte je nevyplněné.*

*Děkuji Vám za Váš čas, ochotu a spolupráci!*

## Příloha 2: Pokyny pro zdravé respondenty

### Pokyny k vyplnění dotazníků

„Dobrý den, jmenuji se Lucia Semanová a studuji psychologii na Pražské vysoké škole psychosociálních studií. Píši diplomovou práci na téma „Životní smysluplnost a osobní příčinná orientace ve vztahu k účinnosti léčby epileptického onemocnění“. Součástí mé práce je i výzkumná část. Proto Vás prosím o vyplnění tří dotazníků, které Vám poskytne pověřená osoba. První je Dotazník osobní příčinné orientace, druhým je Existenciální škála a třetí má pouze informační charakter.

Prosím Vás o spolupráci při výzkumu, jak se pacienti trpící epilepsií vyrovnávají se svými životními okolnostmi a každodenními situacemi nebo jak si počínají v některých specifických situacích. Chci Vás ujistit, že Vaše odpovědi jsou anonymní, takže nikdo jiný se nebude moci dozvědět, jak kdo odpověděl. Vaše odpovědi budou zařazené do kontrolní skupiny tzn. respondenti, kteří netrpí epilepsií. Pro výzkumné účely jsou důležité pouze výsledky celých skupin. Proto na první straně dotazníku Existenciální škály položku „Jméno“, „Povolání nebo škola“ nevyplňujte, vyznačte pouze svůj věk a pohlaví.

Ještě něco k vyplňování dotazníků:

**V Dotazníku osobní příčinné orientace** mě zajímají VAŠE VLASTNÍ zkušenosti a názory – tedy jak v současnosti právě Vy cítíte, na čem uvedené věci v životě nejspíše závisejí. Snažte se, prosím, upřímně vyjádřit, jaké vysvětlení právě Vám u každé uvedené situace připadá nejpravděpodobnější; je to věc spíše osobní životní zkušenosti a osobního citění, než rozumového uvažování, protože k těmto otázkám vlastně žádné obecně naprosto správné nebo nesprávné odpovědi neexistují.

**Dotazník Existenciální škály** obsahuje řadu výroků týkajících se vnímání, postojů a jednání. Prosím Vás, abyste podle nadepsaných pokynů u každého výroku vyznačil/a, v jaké míře platí právě pro Vás. Prosím, odpovídejte zcela spontánně a bez dlouhého rozmyšlení. Nevynechávejte žádnou otázku a u každé označte vždy jen jednu z nabídnutých možností, která bude podle Vás nejvýstižnější. Pokud Vám nebude úplně jasné, jak některému výroku rozumět, odpovězte u něj tak, jak mu nejspíš rozumíte Vy sám – sama.

Pokud byste nechtěli na dotazníky odpovídat, odevzdejte je nevyplněné.“

Děkuji Vám za Váš čas, ochotu a spolupráci!

## Příloha 3: Dotazník osobní příčinné orientace

### Dotazník osobní příčinné orientace

(Karel Balcar, 2006)

JMÉNO: □	MUŽ ··· ŽENA □	VĚK: .....roků □
OBOR STUDIA nebo POVOLÁNÍ: □		
MÍSTO: □	DNE: □	

PIO: HS. ____ = STEN. ____ □	PEO: HS. ____ = STEN. ____ □	PMO: HS. ____ = STEN. ____ □
NIO: HS. ____ = STEN. ____ □	NEO: HS. ____ = STEN. ____ □	NMO: HS. ____ = STEN. ____ □
·IO: HS. ____ = STEN. ____ □	·EO: HS. ____ = STEN. ____ □	·MO: HS. ____ = STEN. ____ □

#### Pokyny:

V životě se stále setkáváme s různými příznivými i nepříznivými situacemi a událostmi. Někdy si je působíme spíše svým vlastním chováním, někdy nám je působí spíše někdo jiný, někdy jsou následkem okolností, které nezávisí na lidské vůli.

Dále jsou vypsány příklady takových okolností v životě člověka. Prosím, vyznačte u každé z nich, zda – podle Vašeho názoru –

(a) si je obvykle rozhodující měrou způsobuje svým chováním ČLOVĚK SÁM, zda závisí na jeho rozhodnutí a činech, nebo zda

(b) mu je obvykle rozhodující měrou způsobuje svým chováním NĚKDO DRUHÝ, zda závisí na rozhodnutí a činech jiného člověka či jiných lidí, nebo zda

(c) mu jsou obvykle rozhodující měrou působeny příčinami MIMO LIDSKOU VŮLI, tedy zda mu za ně "nemůže nikdo", ani on sám ani nikdo jiný, protože nezávisí na lidském rozhodnutí a snažení a vzhledem k lidským úmyslům a činům jde spíše o "náhodu", "štěstí" či "smůlu", nebo "osud".

Víme ovšem, že rozhodující příčiny stejné životní okolnosti nebývají v různých případech vždy stejného druhu; i u jedné takové věci jsou jednou spíše v člověku samém, jindy zas spíše mimo něj. Vaše posouzení nemusí proto platit vždy; spíše máte vyjádřit svůj odhad, jak tomu asi je v průměru či ve většině takových situací v životě, i když to někdy samozřejmě může být jinak.

U každé položky jsou vypsány všechny tři možnosti vysvětlení a u každé z nich je okénko. Prosím, do každého okénka vepište počet bodů, které uvedené mu vysvětlení přisoudíte, a to takto:

- Do okének u každé položky rozdělíte po každé celkem 3 body
- Pokud Vám jedno z nabídnutých vysvětlení jako daleko nejpravděpodobnější, pak do okénka k němu vepište 3 a do ostatních dvou po 0.
- Pokud pokládáte za důležitá aspoň dvě vysvětlení, vepište 2 k tomu, které mu přičítáte větší váhu; k tomu, které mu přičítáte menší význam, vepište 1; do zbývajících vepište 0.
- Pokud pokládáte všechna vysvětlení za důležitá přibližně stejnou měrou, vepište do všech tří okének 1.
- Jen kdyby vám bylo opravdu zatěžko rozdělit mezi (a), (b) a (c) tři body v celých jednotkách, můžete je dělit až na poloviny bodu; ne však už na menší části; třeba při nemožnosti rozhodnout, který z pouze dvou druhů příčin je v průměru významnější, můžete rozdělit body třeba tak, že k nim do příslušných okének vepište po 1,5 bodu a do zbývajících 0. Menších částí než po polovinu bodu neuzívejte.

Tento postup si vyzkoušejte na následujícím příkladě. – Pokud Vám něco nebude zcela jasné, zeptejte se!

**Příklad:¶**

<b>Životní okolnost:□</b>		<b>Závisí zpravidla na:□</b>	
¶			
0.□	<b>ÚSPĚŠNÉ SLOŽENÍ ZKOUŠKY□</b>	<b>a.[.....]□</b>	člověku samém□
		<b>b.[.....]□</b>	někom jiném□
		<b>c.[.....]□</b>	příčinách mimo lidskou vůli□

¶

- Soudíte-li, že úspěšné složení zkoušky pro vás závisí v rozhodující míře na tom, co a jak pro to člověk sám udělá, vyznačte: → → → → → → a {3}; b {0}; c {0}.¶
- pokud soudíte, že to závisí v rozhodující míře na tom, co mu někdo jiný (třeba právě zkoušející) určí nebo umožní, vyznačte: → → → → → → a {0}; b {3}; c {0}.¶
- pokud soudíte, že to závisí především na vnějších okolnostech (jaká člověku připadla otázka, co se odehrává v době zkoušení v nejbližším okolí, co komu právě přinese náhoda nebo určí osud atp.), vyznačte: → → → → → → a {0}; b {0}; c {3}.¶

¶

- Pokud však usoudíte, že úspěšné složení zkoušky pro vás závisí ve větší míře třeba na okolnostech („štěstí“ nebo „smůla“, nezaviněná nemoc atp.) — tj. „c“, ale také se na tom v menší míře podílí i vlastní příčinění — tj. „a“, a na přispění nebo chování někoho dalšího přitom záleží až v poslední řadě, rozdělte své tři body takto: → → → → a {1}; b {0}; c {2}.¶
- Při jiném „pořadí“ rozhodujících vlivů budete postupovat obdobně — rozdělte 2, 1 a 0 tak, jak to odpovídá Vaší zkušenosti a názoru.¶

¶

- Kdybyste naproti tomu usoudil(a), že všechny tři druhy „příčin“ se na výsledku podílejí přibližně stejnou měrou, rozdělte své tři body takto: → → → → a {1}; b {1}; c {1}.¶

¶

V tomto dotazníku nás zajímají VAŠE VLASTNÍ zkušenosti a názory — tedy jak v současnosti právě Vy cítíte, na čem uvedené věci v životě nejspíše závisejí. Protože různí lidé mají rozdílné zkušenosti a proto i rozdílné názory na to, co je rozhodující příčinou různých situací či událostí v životě, budou samozřejmě i odpovědi různých lidí odlišné.¶

Snažte se, prosím, upřímně vyjádřit, jaké vysvětlení právě Vám u každé uvedené situace připadá nejpravděpodobnější; je to věc spíše osobní životní zkušenosti a osobního citění, než rozumového uvažování, protože k těmto otázkám vlastně žádné obecně naprosto správné nebo nesprávné odpovědi neexistují. — Děkuji Vám za Vaši ochotu sdělit v tomto dotazníku právě svůj vlastní dojem.¶

Zkuste nyní, prosím, takto zodpovědět výše uvedenou otázku 0. Nejste-li si jistý(-á), zda odpovídáte tak, jak byste rád(a) odpověděl(a), zeptejte se.¶

Jestliže je Vám již jasné, jak postupovat, prosím, začněte odpovídat na dalším listě.

Životní okolnost: □	Závisí zpravidla na: □	
--1.0	<b>HMOTNÁ·NOUZE</b> ← (takový nedostatek či tíseň ve věcech, které člověk potřebuje k životu, že mu působí citelné strádání a značné starosti) □	a--[.....] □ člověku samému □ b--[.....] □ někom jinému □ c--[.....] □ příčinách mimo lidskou vůli □
--2.0	<b>CITOVÁ·POHODA·A·VYROVNANOST</b> ← (zakoušet zpravidla dobrou náladu, radost ze života, žít s nadějí do budoucna a bez velkého trápení procházet i obtížemi) □	a--[.....] □ člověku samému □ b--[.....] □ někom jinému □ c--[.....] □ příčinách mimo lidskou vůli □
--3.0	<b>ÚSPĚCH·V·PRÁCI·NEBO·VE·STUDIU</b> ← (dobře zvládat jejich nároky, mít v nich úspěchy a vykonávat je s potěšením) □	a--[.....] □ člověku samému □ b--[.....] □ někom jinému □ c--[.....] □ příčinách mimo lidskou vůli □
--4.0	<b>NEPŘÁTELSTVÍ·S·DRUHÝM·ČLOVĚKEM</b> ← (vznik vztahu naplněného vzáje mnou záští, nesnášenlivostí, obviňováním, popřípadě i ubližováním) □	a--[.....] □ člověku samému □ b--[.....] □ někom jinému □ c--[.....] □ příčinách mimo lidskou vůli □
--5.0	<b>VÁŽNÉ·ONEMOCNĚNÍ</b> ← (utrpení nemocí či úraz, který ohrozí život člověka nebo její dlouhodobě omezí či mu způsobí značné utrpení) □	a--[.....] □ člověku samému □ b--[.....] □ někom jinému □ c--[.....] □ příčinách mimo lidskou vůli □
--6.0	<b>ÚČINNÉ·POSKYTNUTÍ·POMOCI·DRUHÉMU·ČLOVĚKU</b> ← (podstatně někomu přispět v situaci potřeby, pomoci mu k dobrému) □	a--[.....] □ člověku samému □ b--[.....] □ někom jinému □ c--[.....] □ příčinách mimo lidskou vůli □
--7.0	<b>DOBŘÁ·ORIENTACE·V·OKOLNÍM·SVĚTĚ</b> ← (vyznat se v osobně důležitých situacích; rychle a dobře poznávat, "jak to v životě chodí", a u mět si v nich poradit) □	a--[.....] □ člověku samému □ b--[.....] □ někom jinému □ c--[.....] □ příčinách mimo lidskou vůli □
--8.0	<b>POKAŽENÉ·RODINNÉ·SOUŽITÍ</b> ← (zakoušet v rodině vztahy nepochopení, vzájemného ozklamávaní, podezírání a obviňování, nespočívání a nelásky) □	a--[.....] □ člověku samému □ b--[.....] □ někom jinému □ c--[.....] □ příčinách mimo lidskou vůli □

.....Konec stránky.....



Životní okolnost: □	Závisí zpravidla na: □		
9. □	<b>ŽIVOTNÍ PROHRA</b> ← (zakusit celoživotní selhání či neúspěch, neuspět v naplnění životních cílů) □	a--[.....] □	člověku - samému □
		b--[.....] □	někom - jinému □
		c--[.....] □	příčinách - mimo lidskou vůli □
10. □	<b>DOBŘÍ MANŽELSKÝ NEBO PARTNERSKÝ VZTAH</b> ← (mít vztah naplněný důvěrou, láskou a vzájemnou podporou, který oběma partnerům dává jistotu a radost) □	a--[.....] □	člověku - samému □
		b--[.....] □	někom - jinému □
		c--[.....] □	příčinách - mimo lidskou vůli □
11. □	<b>ZÁSDNÍ SPOKOJENOST SE SEBOU SAMÝM</b> ← (přijímat se, jaký jsem i se svými omezeními, "mít se rád" - bez podstatných výhrad a nedobrych pocitů či myšlenek o sobě) □	a--[.....] □	člověku - samému □
		b--[.....] □	někom - jinému □
		c--[.....] □	příčinách - mimo lidskou vůli □
12. □	<b>POSTRÁDÁNÍ SMYSLU VE VLASTNÍM ŽIVOTĚ</b> ← (pochybovat o hodnotě vlastního života nebo "nemít, proco žít"; popřípadě zakoušet neúspěch ve snaze najít v něm smysluplné cíle) □	a--[.....] □	člověku - samému □
		b--[.....] □	někom - jinému □
		c--[.....] □	příčinách - mimo lidskou vůli □
13. □	<b>DOBŘÍ HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ</b> ← (zajištění obživy, bydlení a dalších věcí, které člověk potřebuje k životu bez hmotných starostí) □	a--[.....] □	člověku - samému □
		b--[.....] □	někom - jinému □
		c--[.....] □	příčinách - mimo lidskou vůli □
14. □	<b>CITOVÉ TRÁPENÍ</b> ← (zakoušet silné a dlouhodobé utrpení obavami, úzkostmi, smutkem, zklamáním atp.) □	a--[.....] □	člověku - samému □
		b--[.....] □	někom - jinému □
		c--[.....] □	příčinách - mimo lidskou vůli □
15. □	<b>NEÚSPĚCH V PRÁCI NEBO VE STUDIU</b> ← (nezvládnout jejich nároky, selhat v nich či utrpět zásadní neúspěch) □	a--[.....] □	člověku - samému □
		b--[.....] □	někom - jinému □
		c--[.....] □	příčinách - mimo lidskou vůli □
16. □	<b>DOBŘÍ PŘÁTELSTVÍ S DRUHÝM ČLOVĚKEM</b> ← (vznik trvalého vztahu naplněného věrností, upřímností, vzájemnou náklonností a obětavou podporou) □	a--[.....] □	člověku - samému □
		b--[.....] □	někom - jinému □
		c--[.....] □	příčinách - mimo lidskou vůli □

.....Konec stránky.....

Životní okolnost: □	Závisí zpravidla na: □
<b>17. □ PEVNÉ·ZDRAVÍ</b> ↵ (stále se těšit dobrému tělesnému a duševnímu stavu a zdatnosti, snadno a úspěšně překonávat běžné zdravotní potíže) □	a·[.....] □ Člověku samému □
	b·[.....] □ někom jinému □
	c·[.....] □ příčinách mimo lidskou vůli □
<b>18. □ NEÚMYSLNÉ·UBLIŽENÍ·DRUHÉMU·ČLOVĚKU</b> ↵ (způsobit někomu nechtěně škodu nebo trápení) □	a·[.....] □ Člověku samému □
	b·[.....] □ někom jinému □
	c·[.....] □ příčinách mimo lidskou vůli □
<b>19. □ ZTRÁTA·ORIENTACE·V·OKOLNÍM·SVĚTĚ</b> ↵ (být zmaten, nevyznat se v osobně důležitých situacích a nevědět si rady s nároky okolí) □	a·[.....] □ Člověku samému □
	b·[.....] □ někom jinému □
	c·[.....] □ příčinách mimo lidskou vůli □
<b>20. □ DOBRÉ·SOUŽITÍ·V·RODINĚ</b> ↵ (zakoušet zde vztahy a ovzduší bezpečí, vzájemné vstřícnosti a tolerance, ohleduplnosti a do bré spolupráce všech) □	a·[.....] □ Člověku samému □
	b·[.....] □ někom jinému □
	c·[.....] □ příčinách mimo lidskou vůli □
<b>21. □ ŽIVOTNÍ·NAPLNĚNÍ</b> ↵ (úspěšně překonat životní překážky a zažít uskutečnění svých hlavních cílů v životě) □	a·[.....] □ Člověku samému □
	b·[.....] □ někom jinému □
	c·[.....] □ příčinách mimo lidskou vůli □
<b>22. □ ZKLAMÁNÍ·V·MANŽELSKÉM·NEBO·PARTNERSKÉM·VZTAHU</b> ↵ (dospět ke vztahu naplněnému vzájemnou nechtí, nedůvěrou, neshovívavostí a zlomyslností, který člověku přináší utrpení) □	a·[.....] □ Člověku samému □
	b·[.....] □ někom jinému □
	c·[.....] □ příčinách mimo lidskou vůli □
<b>23. □ ZÁSADNÍ·NE SPOKOJENOST·SE·SEBOU·SAMÝM</b> ↵ (trápit se city méněcennosti, provinilosti, odmítat nebo i odsuzovat sám sebe) □	a·[.....] □ Člověku samému □
	b·[.....] □ někom jinému □
	c·[.....] □ příčinách mimo lidskou vůli □
<b>24. □ SMYSLUPLNÝ·VLASTNÍ·ŽIVOT</b> ↵ (žít tak, aby vlastní život měl opravdovou hodnotu – stálo za to, aby jej člověk prožil) □	a·[.....] □ Člověku samému □
	b·[.....] □ někom jinému □
	c·[.....] □ příčinách mimo lidskou vůli □

¶

**Děkujeme!** ¶

Příloha 4: Existenciální škála

# Existenciální škála

A. Längleho, Ch. Orglerové a M. Kundiho

## Dotazník

Jméno: .....

Věk: ..... r. Muž / Žena Datum a místo: .....

Povolání nebo škola: .....

© Beltz Test GmbH, Göttingen · Patisk a jakékoli rozmnožování jsou zakázány

© Testcentrum Praha s.r.o · Objednávky pod číslem .....

Posudte, prosím, nakolik dále uvedené výroky platí právě o Vás. U každého výroku proškrtněte na připojené vodorovné stupnici křížkem **X** vždy to kolečko, jehož pozice to nejlépe vyjadřuje. (Při posuzování výroku neberte v úvahu příležitostné krátkodobé výkyvy.)

O-----O-----O-----O-----O-----O

Naprosto      S výjimkami      Spíše      Spíše      S výjimkami      Naprosto  
platí            platí            platí            neplatí            neplatí            neplatí

Nakolik o mně platí tento výrok?

PLATÍ                      NEPLATÍ

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1) Často zanechám důležitých činností, protože je mi nepříjemná námaha s nimi spojená.                                | O----O----O----O----O----O |
| 2) Cítím, že mě mé úkoly osobně oslovují.   | O----O----O----O----O----O |
| 3) Významné pro mě je jenom to, co odpovídá mému přání.   | O----O----O----O----O----O |
| 4) V mém životě není nic dobrého.   | O----O----O----O----O----O |
| 5) Nejraděj se zabývám sám (sama) sebou - svými starostmi, přáními, sny a obavami.                                    | O----O----O----O----O----O |
| 6) Většinou se nedokážu soustředit.   | O----O----O----O----O----O |
| 7) S tím, co jsem doposud vykonal(a), jsem nespokojen(a), protože si myslím, že jsem měl(a) dělat něco důležitějšího. | O----O----O----O----O----O |
| 8) Vždy se řídím podle toho, co ode mne očekávají druzí.  | O----O----O----O----O----O |
| 9) Nepříjemná rozhodnutí se snažím bez dlouhého uvažování odložit na později.   | O----O----O----O----O----O |
| 10) Snadno se nechám odvést i od prací, které dělám rád(a).   | O----O----O----O----O----O |
| 11) V mém životě není nic, o co bych se doopravdy rád(a) zasadil(a).  | O----O----O----O----O----O |
| 12) U mnoha věcí nechápu, proč bych je měl(a) dělat právě já.   | O----O----O----O----O----O |
| 13) Myslím, že můj život tak, jak jej vedu, není k ničemu dobrý.  | O----O----O----O----O----O |
| 14) Připadá mi těžké pochopit význam mnohých věcí.  | O----O----O----O----O----O |

Nakolik o mně platí tento výrok?

PLATÍ

NEPLATÍ

15) Dovedu sám (sama) se sebou dobře vycházet.

O----O----O----O----O----O

16) Věnuji příliš málo času tomu, co je důležité.

O----O----O----O----O----O

17) Nikdy mi není hned jasné, co mohu v dané situaci udělat.

O----O----O----O----O----O

18) Mnoho věcí dělám jen proto, že musím, a ne proto, že chci.

O----O----O----O----O----O

19) Když nastanou problémy, snadno ztrácím hlavu.

O----O----O----O----O----O

20) Většinou dělám věci, které bych mohl(a) stejně tak dobře udělat později.

O----O----O----O----O----O

21) Vždy znovu jsem zaujat(a) tím, co přináší den.

O----O----O----O----O----O

22) Většinou až při svém jednání zjišťuji, jaké má moje rozhodnutí následky.

O----O----O----O----O----O

23) Když se musím rozhodovat, nemohu se vůbec spoléhat na svůj cit.

O----O----O----O----O----O

24) I když mi na něčem velmi záleží, brání mi nejistota, jak to dopadne, abych to udělal(a).

O----O----O----O----O----O

25) Nikdy přesně nevím, za co jsem odpovědný(-á).

O----O----O----O----O----O

26) Cítím se vnitřně svobodný(-á).

O----O----O----O----O----O

27) Cítím, že mi život ukřivdil, protože mi nedopřál splnění mých přání.

O----O----O----O----O----O

28) Když vidím, že nemám možnost volby, je to pro mě úleva.

O----O----O----O----O----O

29) Jsou situace, ve kterých se cítím zcela bezmocný(-á).

O----O----O----O----O----O

30) Dělám mnoho věcí, ve kterých se ve skutečnosti nevyznám.

O----O----O----O----O----O

31) Obvykle nevím, co je v dané situaci důležité.

O----O----O----O----O----O

Nakolik o mně platí tento výrok?

PLATÍ

NEPLATÍ

32) Splnění vlastních přání má přednost.

O----O----O----O----O----O

33) Je mi zatěžko vcítit se do druhých lidí.

O----O----O----O----O----O

34) Bylo by lépe, kdybych nebyl(a).

O----O----O----O----O----O

35) Mnohé věci, se kterými mám co dělat, jsou mi  
v podstatě cizí.

O----O----O----O----O----O

36) Rád(a) si dělám svůj vlastní názor.

O----O----O----O----O----O

37) Cítím se rozháraný(-á), protože dělám příliš mnoho  
věcí najednou.

O----O----O----O----O----O

38) I při důležitých věcech mi schází síla k tomu, abych  
vytrval(a).

O----O----O----O----O----O

39) Dělán mnohé věci, které vlastně ani dělat nechci.

O----O----O----O----O----O

40) Situace mě zajímá jen potud, pokud vyhovuje mým  
přáním.

O----O----O----O----O----O

41) Když jsem nemocný(-á), nevím, co si počít s tím  
časem.

O----O----O----O----O----O

42) Jen zřídka vidím, že v nějaké situaci mám více  
možností, jak jednat.

O----O----O----O----O----O

43) Okolní svět mi připadá jednotvárný.

O----O----O----O----O----O

44) Jen zřídka se klade otázka, zda něco chci dělat,  
protože to většinou dělat musím.

O----O----O----O----O----O

45) V mém životě není nic opravdu krásné, protože  
všechno má své pro a proti.

O----O----O----O----O----O

46) Moje vnitřní nesvoboda a závislost mi působí potíže.

O----O----O----O----O----O

## Příloha 5: Informační dotazník pro pacienty

### Informační dotazník

Prosím, zaškrtněte u každé otázky jednu odpověď, popřípadě doplňte:

**1. Jaké je Vaše pohlaví?**

- a) muž
- b) žena

**2. Jaký je Váš věk?**

prosím uveďte: .....

**3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?**

- a) základní
- b) střední s výučním listem
- c) střední s maturitní zkouškou
- d) vyšší odborné vzdělání
- e) vysokoškolské – bakalářské
- f) vysokoškolské – magisterské
- g) vysokoškolské – doktorské
- h) jiné, prosím uveďte: .....

**4. Kdy jste měl/a naposledy záchvat?**

- a) před týdnem
- b) před měsícem
- c) před půl rokem
- d) před rokem
- e) před víc než rokem
- f) jiné, prosím uveďte: .....

**5. Kolik záchvatů jste zaznamenal/a za poslední rok?**

- a) bez záchvatů (žádný záchvat)
- b) 1 až 5 záchvatů
- c) 6 a více záchvatů
- d) jiný počet, prosím uveďte: .....

**6. Užíváte léky dle pokynů svého lékaře?**

- a) ano, vždy jak mám předepsáno
- b) ano, jen někdy výjimečně vynechám
- c) dodržuji asi tak napůl
- d) nedaří se mi léčbu dodržovat

**Děkuji!**

## Příloha 6: Informační dotazník pro zdravé respondenty

### Informační dotazník

Prosím, zaškrtněte u každé otázky jednu odpověď, popřípadě doplňte:

**1. Jaké je Vaše pohlaví?**

- a) muž
- b) žena

**2. Jaký je Váš věk?**

prosím uveďte: .....

**3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?**

- a) základní
- b) střední s výučním listem
- c) střední s maturitní zkouškou
- d) vyšší odborné vzdělání
- e) vysokoškolské – bakalářské
- f) vysokoškolské – magisterské
- g) vysokoškolské – doktorské
- h) jiné, prosím uveďte: .....

**4. Léčíte se nebo jste se v minulosti léčili s epilepsií?**

- a) ano
- b) ne

**5. Léčíte se s nějakým závažnějším onemocněním?**

- a) ano
- b) ne

**Děkuji!**



Příloha 7: Hodnoty velikosti a hladiny statistické průkaznosti Spearmanova koeficientu pořadové korelace

		Věk	ESK-SO	ESK-SP	ESK-SV	ESK-OD	ESK-P	ESK-E	ESK-CS	DOPO-IO	DOPO-EO	DOPO-MO
Věk	Korelační koeficient	1,000	,077	,028	-,035	-,030	,051	-,034	-,003	,145	-,091	-,115
	Hladina $p \leq \dots$	.	,317	,722	,649	,697	,511	,665	,966	,059	,242	,137
ESK_SO	Korelační koeficient	,077	1,000	,442**	,459**	,422**	,772**	,453**	,626**	-,103	,045	,134
	Hladina $p \leq \dots$	,317	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,183	,561	,083
ESK_SP	Korelační koeficient	,028	,442**	1,000	,688**	,639**	,897**	,707**	,843**	,023	-,029	,046
	Hladina $p \leq \dots$	,722	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,763	,710	,550
ESK_SV	Korelační koeficient	-,035	,459**	,688**	1,000	,803**	,701**	,942**	,910**	,016	,047	-,001
	Hladina $p \leq \dots$	,649	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,838	,544	,993
ESK_OD	Korelační koeficient	-,030	,422**	,639**	,803**	1,000	,638**	,953**	,890**	,045	,005	-,040
	Hladina $p \leq \dots$	,697	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,563	,953	,607
ESK_P	Korelační koeficient	,051	,772**	,897**	,701**	,638**	1,000	,706**	,886**	-,018	-,008	,090
	Hladina $p \leq \dots$	,511	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,821	,923	,247
ESK_E	Korelační koeficient	-,034	,453**	,707**	,942**	,953**	,706**	1,000	,950**	,042	,028	-,036
	Hladina $p \leq \dots$	,665	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,588	,719	,640
ESK_CS	Korelační koeficient	-,003	,626**	,843**	,910**	,890**	,886**	,950**	1,000	,020	,015	,011
	Hladina $p \leq \dots$	,966	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,792	,845	,889
DOPO_IO	Korelační koeficient	,145	-,103	,023	,016	,045	-,018	,042	,020	1,000	-,705**	-,797**
	Hladina $p \leq \dots$	,059	,183	,763	,838	,563	,821	,588	,792	.	,000	,000
DOPO_EO	Korelační koeficient	-,091	,045	-,029	,047	,005	-,008	,028	,015	-,705**	1,000	,184*
	Hladina $p \leq \dots$	,242	,561	,710	,544	,953	,923	,719	,845	,000	.	,017
DOPO_MO	Korelační koeficient	-,115	,134	,046	-,001	-,040	,090	-,036	,011	-,797**	,184*	1,000
	Hladina $p \leq \dots$	,137	,083	,550	,993	,607	,247	,640	,889	,000	,017	.
** Korelace je průkazná na hladině $p \leq 0,05$												
* Korelace je průkazná na hladině $p \leq 0,05$												

## Příloha 8: Hrubá data – kompenzovaní pacienti

P. č.	Pohlaví	Věk	Vzdělání	ESK-SO	ESK-SP	ESK-SV	ESK-OD	P	E	CS	IO	EO	MO
1.	1	21	maturita	40	74	59	61	114	120	234	53	9	10
2.	1	24	maturita	33	62	48	51	95	99	194	32,5	19,5	20
3.	2	24	BC	30	75	48	64	105	112	217	44,5	27,5	0
4.	2	24	VOS	27	81	53	64	108	117	225	37	20,5	14,5
5.	1	24	maturita	30	81	58	54	111	112	223	58	7	7
6.	2	25	maturita	37	76	51	59	113	110	223	40,5	20	11,5
7.	2	25	BC	39	79	54	70	118	124	242	42	17,5	12,5
8.	2	26	maturita	34	62	46	44	96	90	186	49	19	4
9.	2	27	vyucni list	27	52	40	40	79	80	159	41	22	9
10.	2	28	maturita	25	48	38	45	73	83	156	49,5	17	5,5
11.	1	28	VS	41	74	56	61	115	117	232	54,5	12,5	5
12.	1	28	maturita	29	68	51	58	97	109	206	55	13,5	3,5
13.	2	28	VOS	20	43	26	29	63	55	118	51	16	5
14.	2	29	vyucni list	31	57	39	55	88	94	182	43,5	3	25,5
15.	2	29	VS	39	74	42	59	113	101	214	34	18,5	19,5
16.	1	31	maturita	45	65	52	56	110	108	218	43,5	8,5	20
17.	2	31	VS	36	79	56	60	115	116	231	46,5	17,5	8
18.	1	31	VS	24	59	50	41	83	91	174	40	19,5	12,5
19.	2	31	VS	37	77	54	63	114	117	231	42	16	14
20.	2	31	VS	34	78	51	62	112	113	225	50,5	9	12,5
21.	1	31	BC	30	73	46	47	103	93	196	36,5	18	17,5
22.	2	32	maturita	34	80	54	64	114	118	232	48	9,5	14,5
23.	2	32	VS	39	76	44	53	115	97	212	44,5	15,5	12
24.	2	34	vyucni list	40	74	60	71	114	131	245	49,5	21	1,5
25.	1	35	VOS	35	71	49	59	106	108	214	56	10,5	5,5
26.	2	36	VOS	32	58	31	41	90	72	162	37	15,5	19,5
27.	1	36	vyucni list	31	65	40	41	96	81	177	56,5	4	11,5
28.	2	36	VS	34	71	49	53	105	102	207	44	9,5	18,5
29.	1	38	VS	31	65	38	40	96	78	174	57	11	4
30.	1	39	VS	35	71	46	52	106	98	204	52,5	9,5	10
31.	2	40	ZS	32	48	40	48	80	88	168	33	17,5	21,5
32.	2	41	vyucni list	37	71	52	51	108	103	211	57,5	14,5	0
33.	1	41	maturita	39	81	60	66	120	126	246	42	15	15
34.	2	42	maturita	47	79	57	70	126	127	253	28,5	19,5	24
35.	1	42	VS	40	73	58	47	113	105	218	41	18	13
36.	1	42	vyucni list	29	62	40	43	91	83	174	50	15,5	6,5
37.	1	43	vyucni list	31	46	43	48	77	91	168	37	21	14
38.	1	43	maturita	31	65	46	49	96	95	191	52	13,5	6,5
39.	2	43	maturita	35	78	51	61	113	112	225	51	15,5	5,5
40.	2	44	vyucni list	26	61	34	50	87	84	171	69	3	0
41.	1	44	maturita	33	69	49	52	102	101	203	44	22	6
42.	1	44	ZS	23	49	41	48	72	89	161	61,5	10,5	0
43.	2	46	vyucni list	32	65	54	55	97	109	206	40,5	23,5	8
44.	1	47	maturita	46	82	65	69	128	134	262	52	20	0
45.	1	47	ZS	42	74	40	41	116	81	197	36,5	21,5	14
46.	1	48	maturita	43	76	59	68	119	127	246	56,5	6,5	9
47.	2	49	maturita	39	80	46	50	119	96	215	61	7	4
Průměr:		34,89362		34,12766	68,65957	48,17021	53,89362	102,7872	102,0638	204,8511	46,85106	14,91489	10,23404
Medián:		34		34	71	49	53	106	102	211	46,5	15,5	10
Modus:		31		39	74	46	41	114	112	225	37	15,5	0

## Příloha 9: Hrubá data – nekompenzovaní pacienti

P. č.	Pohlaví	Věk	Vzdělár	ESK-SO	ESK-SP	ESK-SV	ESK-OD	P	E	CS	IO	EO	MO
1.	1	21	vyucni list	14	43	33	35	57	68	125	46	21	5
2.	2	22	maturita	39	79	52	50	118	102	220	32,5	24,5	15
3.	1	23	maturita	30	68	46	52	98	98	196	35	23	14
4.	2	23	BC	27	64	45	59	91	104	195	50,5	12	9,5
5.	1	24	vyucni list	30	42	40	47	72	87	159	56	15	1
6.	1	25	maturita	39	63	45	53	102	98	200	44,5	18,5	9
7.	2	25	BC	36	75	52	57	111	109	220	38,5	16	17,5
8.	2	26	vyucni list	43	79	66	75	122	141	263	30	21	21
9.	2	26	VOS	40	73	54	59	113	113	226	43	19,5	9,5
10.	2	26	maturita	38	63	28	39	101	67	168	47	17	8
11.	2	26	maturita	23	69	33	38	92	71	163	64	5,5	2,5
12.	1	26	maturita	25	67	52	58	92	110	202	60	12	0
13.	1	27	maturita	36	68	54	49	104	103	207	44,5	14,5	13
14.	1	28	BC	27	67	54	44	94	98	192	58,5	7,5	6
15.	1	29	maturita	32	60	54	51	92	105	197	39,5	19,5	13
16.	2	31	maturita	34	64	48	51	98	99	197	51,5	9	11,5
17.	2	32	maturita	35	76	58	68	111	126	237	53,5	16,5	2
18.	2	32	vyucni list	29	48	28	26	77	54	131	52	20	0
19.	1	32	VS	39	77	53	57	116	110	226	50,5	10	11,5
20.	2	33	maturita	35	55	40	48	90	88	178	32,5	30	9,5
21.	2	33	maturita	36	60	38	52	96	90	186	54	18	0
22.	2	33	VS	40	73	55	71	113	126	239	51,5	16,5	4
23.	1	33	vyucni list	39	60	43	37	99	80	179	44	14	14
24.	2	33	maturita	37	68	53	59	105	112	217	59	13	0
25.	2	33	maturita	38	61	52	53	99	105	204	36	23,5	12,5
26.	1	34	vyucni list	33	77	50	51	110	101	211	61	11	0
27.	1	34	BC	38	74	60	70	112	130	242	50	18	4
28.	1	34	maturita	40	75	48	52	115	100	215	51,5	12,5	8
29.	1	35	vyucni list	40	71	55	58	111	113	224	59,5	12,5	0
30.	2	35	VS	37	62	33	44	99	77	176	49,5	11	11,5
31.	2	36	vyucni list	25	72	35	26	97	61	158	46	7	18
32.	2	36	maturita	32	52	42	61	84	103	187	56	13	3
33.	2	37	BC	36	77	58	65	113	123	236	34	22,5	15,5
34.	1	39	VOS	32	70	58	55	102	113	215	47,5	16	8,5
35.	2	40	maturita	26	63	39	32	89	71	160	53	14	5
36.	1	40	maturita	24	69	57	66	93	123	216	47	23	2
37.	1	40	maturita	39	77	62	65	116	127	243	50	16	6
38.	2	40	vyucni list	40	52	43	31	92	74	166	39,5	14,5	18
39.	2	41	BC	35	60	32	37	95	69	164	31	22,5	18,5
40.	2	42	ZS	15	40	32	27	55	59	114	23	28	21
41.	1	43	vyucni list	37	68	40	43	105	83	188	49,5	17,5	5
42.	2	44	vyucni list	33	79	50	54	112	104	216	31	22,5	18,5
43.	1	44	vyucni list	35	57	39	48	92	87	179	45	27	0
44.	1	45	vyucni list	28	77	51	68	105	119	224	70	2	0
45.	1	45	ZS	37	75	57	58	112	115	227	48,5	16	7,5
46.	2	45	vyucni list	34	74	42	47	108	89	197	46	19	7
47.	1	46	vyucni list	16	58	31	39	74	70	144	47,5	17	7,5
48.	1	47	maturita	39	48	42	55	87	97	184	57	10	5
49.	1	47	vyucni list	27	58	44	47	85	91	176	54	15	3
50.	1	47	vyucni list	25	51	43	44	76	87	163	22	22,5	27,5
51.	1	47	maturita	33	60	44	51	93	95	188	62	9	1
52.	1	48	maturita	48	76	63	75	124	138	262	50	16	6
Průměr:		34,86538		33,17308	65,26923	46,65385	51,09615	98,44231	97,75	196,1923	47,21154	16,38462	8,384615
Medián:		34		35	67,5	47	51,5	99	99,5	197	49	16	7,5
Modus:		33		39	60	52	51	92	98	197	46	16	0

## Příloha 10: Hrubá data – zdraví respondenti

P. č.	Pohlaví	Věk	Vzdělání	ESK-SO	ESK-SP	ESK-SV	ESK-OD	P	E	CS	IO	EO	MO
1.	1	21	maturita	26	56	36	52	82	88	170	36	12	24
2.	2	24	VOS	41	72	58	66	113	124	237	43	18	11
3.	2	24	maturita	29	57	29	44	86	73	159	44	19,5	8,5
4.	2	24	BC	37	58	29	39	95	68	163	43	15	14
5.	1	25	maturita	28	65	49	50	93	99	192	42	20,5	9,5
6.	1	25	maturita	26	46	40	43	72	83	155	51	13	8
7.	2	25	maturita	42	73	53	67	115	120	235	63	8	1
8.	1	25	BC	36	72	51	50	108	101	209	47	17,5	7,5
9.	1	25	BC	32	75	56	69	107	125	232	46	19,5	6,5
10.	2	26	maturita	31	74	57	59	105	116	221	52,5	14	5,5
11.	1	26	maturita	35	76	54	67	111	121	232	30,5	22,5	19
12.	2	27	VS	45	77	56	65	122	121	243	33,5	19,5	19
13.	1	27	BC	27	71	51	59	98	110	208	59	9	4
14.	2	27	maturita	36	81	55	54	117	109	226	50	16,5	5,5
15.	2	27	maturita	39	69	42	51	108	93	201	40	23	9
16.	1	27	VS	36	56	33	51	92	84	176	34	12	26
17.	1	27	VOS	42	76	60	71	118	131	249	42,5	20,5	9
18.	1	28	maturita	38	74	56	51	112	107	219	42	13,5	16,5
19.	2	28	VS	35	74	52	61	109	113	222	45,5	20,5	6
20.	1	28	VS	25	75	55	62	100	117	217	40,5	20,5	11
21.	2	29	VS	27	69	45	44	96	89	185	50,5	16	5,5
22.	1	30	maturita	35	62	32	42	97	74	171	44	17	11
23.	2	30	VS	43	76	62	63	119	125	244	45,5	15,5	11
24.	2	30	maturita	32	73	34	42	105	76	181	46,5	10	15,5
25.	2	30	VS	45	72	55	62	117	117	234	46,5	17	8,5
26.	2	30	maturita	36	70	42	52	106	94	200	54,5	9	8,5
27.	2	31	VS	27	72	39	36	99	75	174	46	18	8
28.	2	31	vyucni list	32	64	43	46	96	89	185	48,5	12,5	11
29.	1	31	BC	43	65	60	69	108	129	237	49,5	17	5,5
30.	1	31	VS	35	78	58	58	113	116	229	46	15	11
31.	2	31	BC	32	57	43	53	89	96	185	55,5	8	8,5
32.	1	32	maturita	26	60	30	32	86	62	148	49	14,5	8,5
33.	2	32	maturita	36	78	62	66	114	128	242	68	2	2
34.	2	33	vyucni list	35	77	41	41	112	82	194	42	21	9
35.	1	33	BC	33	65	50	53	98	103	201	48	12,5	11,5
36.	1	35	BC	39	80	49	52	119	101	220	50	15	7
37.	1	35	VS	24	68	47	59	92	106	198	38,5	21	12,5
38.	1	35	maturita	32	68	54	53	100	107	207	60	3	9
39.	2	35	VOS	29	65	46	55	94	101	195	40,5	19,5	12
40.	2	35	maturita	23	39	26	18	62	44	106	71	1	0
41.	1	35	VS	36	70	48	55	106	103	209	52	13	7
42.	1	35	VS	33	76	54	60	109	114	223	49,5	14,5	8
43.	1	36	maturita	32	63	43	53	95	96	191	35	13	24
44.	2	36	VS	35	71	53	60	106	113	219	39	15,5	17,5
45.	1	36	maturita	37	63	47	49	100	96	196	50,5	15,5	6
46.	2	37	vyucni list	36	66	29	38	102	67	169	55,5	15	1,5
47.	1	38	maturita	38	77	48	61	115	109	224	47,5	7	17,5
48.	2	38	VS	32	68	49	59	100	108	208	49,5	13,5	9
49.	1	38	maturita	37	78	57	66	115	123	238	54,5	7	10,5
50.	1	39	PhD	37	73	47	60	110	107	217	60,5	8,5	3
51.	2	40	maturita	33	74	52	60	107	112	219	49	10,5	12,5
52.	1	40	vyucni list	28	64	41	51	92	92	184	63	7,5	1,5
53.	2	40	VS	38	74	56	58	112	114	226	30	30	12
54.	1	41	VS	33	69	41	47	102	88	190	36,5	11,5	24
55.	2	41	maturita	40	69	41	52	109	93	202	36	24,5	11,5
56.	1	41	VS	35	70	53	56	105	109	214	37,5	21	13,5
57.	1	42	BC	28	68	38	51	96	89	185	57,5	10,5	4
58.	2	42	VS	38	68	49	55	106	104	210	39	20,5	12,5
59.	2	42	VS	30	77	53	61	107	114	221	44	17,5	10,5
60.	2	42	VS	29	64	48	56	93	104	197	45	18,5	8,5
61.	2	42	VS	34	78	43	50	112	93	205	46,5	13,5	12
62.	1	43	VS	36	81	63	69	117	132	249	57,5	10	4,5
63.	1	44	maturita	32	69	46	56	101	102	203	43,5	18,5	10
64.	1	44	VS	38	72	51	51	110	102	212	40	13,5	18,5
65.	1	44	VS	32	76	57	60	108	117	225	52	9	11
66.	1	45	vyucni list	40	66	50	61	106	111	217	44,5	15,5	12
67.	2	46	VOS	37	69	43	47	106	90	196	47,5	19	5,5
68.	2	48	maturita	46	70	51	54	116	105	221	53,5	9,5	9
69.	1	49	maturita	44	75	51	54	119	105	224	58,5	6,5	7
70.	2	49	maturita	33	80	52	65	113	117	230	55	16	1
<b>Průměr:</b>		34,11429		34,38571	69,61429	47,77143	54,31429	104	102,0857	206,0857	47,35	14,63571	10,01429
<b>Medián:</b>		34		35	70,5	49	54,5	106	104,5	209	46,5	15	9
<b>Modus:</b>		35		32	69	51	51	106	117	185	44	20,5	11

## BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

**Jméno a příjmení autorky:** Lucia Semanová

**Studijní program:** Psychologie

**Studijní obor:** Psychologie

**Název práce:** Osobní příčinná orientace a prožívání smyslu v životě u dospělých pacientů trpících epilepsií ve vztahu k úspěšnosti léčby

**Počet stran (bez příloh):** 66

**Celkový počet stran příloh:** 17

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 26

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 20

**Počet internetových odkazů:** 0

**Vedoucí práce:** Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

**Rok dokončení práce:** 2018

## EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:

Bc. Lucia Semanová

Uživatel/ka potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využijí ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno a příjmení	Adresa	Datum	Podpis
		.	.
		.	.
		.	.
		.	.

**Posudek vedoucího diplomové\* práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **Bc. Lucia Semanová**

Obor studia: **Psychologie**

Název práce: **Osobní příčinná orientace a prožívání smyslu v životě u dospělých pacientů trpících epilepsií ve vztahu k úspěšnosti léčby**

Vedoucí práce: **Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.**

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): **66**

Počet stránek příloh: **17**

Počet titulů v seznamu literatury: **46**

<b>0**</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
------------	----------	----------	----------	----------

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	<b>1</b>			
--	----------	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	<b>1</b>			
--	----------	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	<b>1</b>			
--	----------	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	<b>1</b>			
--	----------	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	<b>1</b>			
--	----------	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	<b>1</b>			
--	----------	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	<b>1</b>			
--	----------	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	<b>1</b>			
--	----------	--	--	--

Využití praktických zkušeností

<b>0</b>				
----------	--	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	<b>1</b>			
--	----------	--	--	--

Naplnění cílů práce

	<b>1</b>			
--	----------	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	<b>1</b>			
--	----------	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	<b>1</b>			
--	----------	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- Ve své studii jste zjistila některé průkazné korelace mezi dotazníkovými skóry a mírou úspěšnosti léčby epilepsie. Korelace, jak známo, neprokazují příčinné vztahy. Zvolte si některou takovou korelaci a pokuste se o její dvojitou interpretaci: Pokud by se jednalo o skutečně příčinný vztah přímo mezi jednou a druhou porovnávanou proměnnou, pak zkuste povědět, jak by bylo popřípadě možno vysvětlit, že by jedna z nich mohla spolupůsobit při vyvolávání druhé, a pak se zas pokuste o obdobný výklad možného příčinného působení mezi nimi v opačném směru.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Předloženou diplomní práci autorka navazuje na svou zdařilou práci bakalářskou, která již přinesla některé pozoruhodné výsledky. Přejímá z ní některé části, ovšem v přijatelném rozsahu, který odhaduji na necelých deset procent. Zcela nově provedený je výběr pacientů a zdravých osob v počtu přibližně o polovinu převyšujícím výzkumný soubor bakalářské práce a zařazení nové výzkumné metody – Dotazníku osobní příčinné orientace – jako dalšího prediktoru.

Po obsahové stránce hodnotím celou práci opět jako úspěšně zvládnutou. Oběma částem prospělo rozšíření záběru (na několika místech i vypuštění nepříliš důležitého textu) oproti práci bakalářské, na základě jejichž výsledků autorka mohla i kvalifikovaněji rozhodnout o volbě statistického hodnocení jako dvoustranného, či jednostranného testu. Výsledky opět potvrzují značnou podobnost osobních skóre získaných u podsouborů osob zdravých a osob s úspěšně léčenou nemocí, a jejich odlišnosti od skóre u osob dosud léčených s menší úspěšností. To umožňuje zajímavé úvahy o pravděpodobnostním vztahu zdravotního stavu i nemocných osob vůči jejich prožívání života jako smysluplného a sebe jako ovlivňujících jeho průběh, či naopak.

Po formální stránce příznivě hodnotím logickou uspořádanost kapitol teoretické i výzkumné části a jazykovou i písařskou kvalitu textu. Také hodnotím i velmi aktivní přístup studentky; během celého období, kdy prováděla výzkum a sepisovala text, se mnou aktivně konzultovala a plnila průběžně zadávané úkoly ohledně textových úprav a výpočtů velmi pohotově a správně.

Výhledově je ovšem zkoumání zvoleného tématu – vztahu úspěšnosti léčby a prožívání vlastních kompetencí a kvality života u pacientů trpících chronickým onemocněním – během na dlouhou trať, avšak vposledku umožňujícím svými výsledky podstatné zkvalitnění psychologické péče o nemocné a tím i větší úspěšnost jejich léčby.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

Datum, podpis: **23. 8. 2018**





**Posudek oponentky diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

**Jméno a příjmení studentky:** Bc. Lucia Semanová

**Obor studia:** Psychologie

**Název práce:** Osobní příčinná orientace a prožívání smyslu v životě u dospělých pacientů trpících epilepsií ve vztahu k úspěšnosti léčby

**Oponentka práce:** Mgr. Zuzana Janotková

**Technické parametry práce:**

**Počet stran (bez příloh):** 66

**Celkový počet stran příloh:** 17

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 26

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 20

**Počet internetových odkazů:** 0

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

		x		
--	--	---	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

### Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Uvedte přínos Vaší práce na základě výsledků výzkumu.

Myslíte, že má práce slabá místa, která ovlivnila výzkumnou část práce?

### Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se ve své diplomové práci věnuje tématu osobní příčinné orientaci podle E. Deciho a R. Ryana a životní smysluplností dle Existenciální škály Alfrieda Längleho u pacientů s epilepsií.

Teoretická část se zabývá jak základními pojmy, tak základním členěním u epilepsie, typickými zvláštnostmi duševních funkcí u pacientů s epilepsií. Nezbytná kapitola pojednává o teorii osobní příčinné orientace a metodě logoterapie a existenciální analýzy a jejich uplatnění.

Ve výzkumné části si autorka kladla různé cíle: ověření validity výsledků bakalářské práce a zároveň objasnění otázky, jakou měrou dokážou dospělí pacienti trpící epilepsií (kompenzovaní i nekompenzovaní) zacházet sami se sebou a se světem. Dále, jak se budou navzájem lišit svými skóry v Existenciální škále (dále jen ESK) kompenzovaná, nekompenzovaná a zdravá skupina. A také prozkoumat sklon osobní příčinné orientace při závažných situacích v životě člověka pomocí Dotazníku osobní příčinné orientace (dále jen DOPO) u dospělých pacientů s epilepsií (u kompenzovaných, nekompenzovaných) a u osob v tomto ohledu zdravých a zda v celém výzkumném souboru mezi jednotlivými skupinami bude existovat korelační vztah ve výsledcích skóru v DOPO a ESK.

V práci jsou stanovené vhodné hypotézy, které pak byly ověřovány. Také samotnou analýzu a statistické zpracování hodnotím velmi kladně. Výsledky přinášejí zajímavá zjištění. Výzkumná část je provedena systematicky a přehledně.

Autorka navazuje na svojí bakalářskou práci, která byla velmi zdařilá jak teoreticky, tak výzkumně. Návaznost a rozšíření práce je systematické, promyšlené a provedené s citem pro strukturu práce a odborným vkladem. Když jsem práce porovnávala, je znát odborný posun autorky napříč celou prací. Oceňuji výběr tématu a jeho následné komplexní zpracování.

I po formální stránce je práce v pořádku a celkově splňuje kritéria na práci diplomovou. Celkově ji hodnotím jako velmi zdařilou a přínosnou.

Navrhovaná klasifikace: 1

Datum, podpis: 10.9.2018

