

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Marta Kolská

**Vliv religiozity
na kvalitu života pacientů s epilepsií**

bakalářská

Praha 2021

Autorka práce: **Marta Kolská**

Vedoucí práce: **PhDr. Alena Javůrková, PhD.**

Konzultantka práce: **PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.**

Oponent práce: **PhDr. Hana Nykodemová**

Datum obhajoby: **2021**

Bibliografický záznam

KOLSKÁ, Marta. *Vliv religiozity na kvalitu života pacientů s epilepsií*. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2021. 75 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce Alena Javůrková.

Abstrakt

Cíle: Cílem práce bylo zkoumat, jak proměnné Locus of control, God locus of health control a religiozita predikují kvalitu života pacientů s epilepsií a zda se v prevalenci tyto proměnné liší ve zdravé kontrolní skupině.

Metody: Výzkumný soubor tvořil 275 pacientů s epilepsií vyšetřených v rámci neuropsychologického Centra pro léčbu epilepsie Neurologické kliniky 2. LF a FN Motol. Srovnávací soubor představovala skupina 182 zdravých respondentů. Respondenti byli dotazováni pomocí dotazníků WAIS – III, EPQ R short version, BDI-II, VAS, QOLIE – 89 (verze 1.0) a GLHC. K určování rozdílů mezi skupinami byly použity t-test a Mann-Whitney test. Kontingenční tabulky posloužily pro diskrétní veličiny. Vztah mezi proměnnými prokazoval Spearmanův korelační koeficient a mnohočetná lineární regrese. Výzkum byl schválen Etickou komisí FN Motol.

Výsledky: Výsledný model stepwise lineární regrese predikce Mean skóru ukázal, že zařazením proměnných Neuroticismus HS a $GLHC > 6$ do celkového modelu mohou tyto signifikantní proměnné vysvětlit 21.44 % variability Locus of control ($R^2 = 0.2144$). Dále bylo zjištěno, že česká verze dotazníku GLHC dosahovala vysokých hodnot Cronbachova α (Cronbachova $\alpha = 0.9706$).

Závěry: Uvědomovat si rozdílný přístup lidí k životním těžkostem je jedním z předpokladů pro kvalitní ošetrovatelskou praxi. Tato studie ukázala souvislost mezi Locus of control a zdravotním stavem. Dále studie prokázala dobré psychometrické vlastnosti české verze dotazníku GLHC, a potvrdila tak jeho reliabilitu a validitu.

Klíčová slova

religiozita, epilepsie, kvalita života, Locus of control, God locus of control, ošetrovatelství

Abstract

Objectives: The aim of this thesis is to investigate how the variables Locus of Control, God Locus of Health Control and religiosity predict the quality of life of patients with epilepsy and whether these variables differ in prevalence in a healthy control group.

Methods: The research group consisted of 275 patients with epilepsy examined within the neuropsychological Centre for the Treatment of Epilepsy of the Department of Neurology, 2nd Medical Faculty and Motol University Hospital. The comparison group consisted of a group of 182 healthy respondents. Respondents were interviewed using WAIS-III, EPQ R abbreviated version, BDI-II, VAS, QOLIE-89 (version 1.0) and GLHC. The t-test and the Mann-Whitney test were used to determine differences between groups. Contingency tables were used for discrete quantities. The relationship between the variables was demonstrated by Spearman's correlation coefficient and multiple linear regression. The research was approved by the Ethics Committee of the Motol University Hospital.

Results: The resulting model of stepwise linear regression prediction of the Mean score showed that by including the variables Neuroticism HS and GLHC>6 in the overall model, these significant variables can explain 21.44 % variability of Locus of control ($R^2 = 0.2144$). It was also found that the Czech version of the GLHC questionnaire reached high values of Cronbach's α (Cronbach's $\alpha = 0.9706$).

Conclusions: Being aware of people's different approaches to life difficulties is one of the prerequisites for quality nursing practice. This study showed a link between Locus of control and health. Furthermore, the study demonstrated the good psychometric properties of the Czech version of the GLHC questionnaire, thus confirming its reliability and validity.

Keywords

Religiosity, Epilepsy, Quality of life, Locus of Control, God Locus of Control, Nursing

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Marta Kolská**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Vliv religiozity na kvalitu života pacientů s epilepsií**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana.

Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody).

Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry.

Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu.

Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

Asadi-Pooya, Ali A.; Schilling, Courtney A.; Glosser, David; Tracy, Joseph I.; Sperling, Michael R. Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression, and seizure control. *Epilepsy and Behavior* 2017, s. 347-350. Dostupné z [www](http://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050(07)00225-9/abstract): [https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050\(07\)00225-9/abstract](https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050(07)00225-9/abstract)

Johnstone, Brick; Holliday, Greyson; Cohen, Daniel. Heightened religiosity and epilepsy: evidence for religious-specific neuropsychological processes. *Mental Health, Religion & Culture* 2016, roč. 19, č. 7, s. 704-712, ISSN: 1469-9737. Dostupné z www: <https://doi.org/10.1080/13674676.2016.1238449>

Lin, Chung-Ying; Saffari, Mohsen; Koenig, Harold G.; Pakpour, Amir H. Effects of religiosity and religious coping on medication adherence and quality of life among people with epilepsy. *Epilepsy and Behavior* 2018, roč. 78, s. 45-51. Dostupné z www: [https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050\(17\)30489-4/abstract](https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050(17)30489-4/abstract)

Marušič, Petr; Ošlejšková, Hana; Brázdil, Milan; Brožová, Klára; Hadač, Jan; Hovorka, Jiří; Komárek, Vladimír; Kršek, Pavel; Rektor, Ivan; Tomášek, Martin; Vojtěch, Zdeněk; Zárubová, Jana. Nové klasifikace epileptických záchvatů a epilepsií ILAE 2017. *Neurologie pro praxi* 2018, s. 32-36.

Rigon, Isadora Barazzetti; Calado, Gabriel de Almeida; Linhares, Lucas Savaris et al. Religiosity and spirituality in patients with epilepsy. Arq Neuropsiquiatr 2019; roč. 77, č. 5, s. 335-340. Dostupné z www: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31188997>

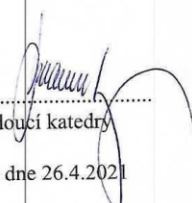
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Javůrková Alena, Ph.D.**

Oponenti: **PhDr. Nikodemová Hana**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 26.4.2021

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 26.4.2021


.....
Děkan

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Děkanát (5)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: C700216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Aleny Javůrkové, PhD., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 19. 9. 2021

Marta Kolská

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Javůrkové, PhD. za osobité vedení bakalářské práce, kdy jsem získala příležitost naučit se řadu nových věcí. Děkuji také paní RNDr. Věře Lánské, CSc. za odbornou pomoc při statistické analýze dat. Děkuji především mému muži za podporu během celého studia.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	7
ÚVOD.....	9
1 CÍLE PRÁCE	10
2 TEORETICKÁ A PRAKTICKÁ VÝCHODISKA	11
2.1 DEFINICE A KLASIFIKACE EPILEPSIE	11
2.2 VYMEZENÍ POJMU RELIGIOZITA	14
2.3 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA	15
2.4 VYMEZENÍ POJMU LOCUS OF CONTROL	17
2.6 PŘEHLED DŘÍVE REALIZOVANÝCH STUDIÍ	18
3 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE	23
3.1 METODIKA.....	23
3.2 HYPOTÉZY.....	26
3.3 ORGANIZACE VLASTNÍHO ŠETŘENÍ A ZPRACOVÁNÍ DAT	30
3.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	31
3.4.1 Deskriptivní statistika	31
3.4.2 Analýza hypotéz	36
3.5 DISKUSE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	69
3.6 IMPLIKACE PRO OŠETŘOVATELSTVÍ.....	72
ZÁVĚR	75
REFERENČNÍ SEZNAM	76
SEZNAM TABULEK.....	80
SEZNAM PŘÍLOH.....	82
PŘÍLOHY	83

SEZNAM ZKRATEK

2. LF UK	2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
β	koeficient beta
AED	antiepileptic drug
BDI	Beck Depression Inventory
BFI	Bear Fedio Inventory
ČR	Česká republika
DDD	definovaná denní dávka
eT	extratemporální
F	fokální
FBTCS	fokální záchvaty, přecházející do bilaterálních tonicko-klonických
FN	fakultní nemocnice
FS	final skór
G	generalizovaný
GLHC	God locus of health control
g	gram
HLoC	Health locus of control
HS	hrubý skór
ILAE	International League Against Epilepsy
LoC	Locus of control
LoC I	Locus of control interní
LoC E	Locus of control externí
M	průměr
mg	miligram
n.s.	nesignifikantní
NÚ	nežádoucí účinek
p	statistická signifikance
QOL	quality of life

QOLIE	Quality of life in epilepsy inventory
r_{sp}	Spearmanův korelační koeficient
R^2	RSquare
SAS	Self-Rating Anxiety Scale
SD	směrodatná odchylka
T	temporální
tzv.	takzvaný
WHO	World Health Organization

ÚVOD

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala, protože mě zaujala možnost přidat se k výzkumnému týmu, který se v rámci neuropsychologického Centra pro léčbu epilepsie Neurologické kliniky 2. LF a FN Motol 2. LF UK danou problematikou zabývá.

Kvalitu života pacientů s epilepsií ovlivňuje řada faktorů. V předkládané práci je předmětem zkoumání, jak proměnné Locus of control, God locus of health control a religiozita predikují kvalitu života pacientů s epilepsií a zda se v prevalenci tyto proměnné liší ve zdravé kontrolní skupině.

Teoretická část stručně popisuje onemocnění epilepsie, objasňuje pojem religiozita, multidimenzionální Locus of control, God locus of control a jejich vliv na fyzické a psychické zdraví. Podává přehled o měřicích nástrojích výše uvedených domén ve světě a v ČR.

V empirické části je představen výzkumný soubor, je zde popsána organizace výzkumného šetření a metodika zpracování dat. Přináším zde hypotézy o vlivu religiozity na kvalitu života u pacientů s epilepsií. Následuje jejich analýza a interpretace výsledků výzkumu. Snahou je přispět ke kvalitní ošetrovatelské praxi, proto jsou zdůrazněny závěry, které by mohly být tímto směrem užitečné.

1 CÍLE PRÁCE

Cílem práce je zkoumat, jak proměnné Locus of control a God locus of health control a religiozita predikují kvalitu života pacientů s epilepsií a zda se v prevalenci tyto proměnné liší ve zdravé kontrolní skupině.

Uvědomovat si rozdílný přístup lidí k životním těžkostem je jedním z předpokladů pro kvalitní ošetrovatelskou praxi. Ambicí bakalářské práce je upozornit, že Locus of control souvisí se zdravotním stavem. Povědomí o této skutečnosti by ideálně mělo být premisou k poskytování adekvátní kvalitní ošetrovatelské péče.

2 TEORETICKÁ A PRAKTICKÁ VÝCHODISKA

2.1 DEFINICE A KLASIFIKACE EPILEPSIE

Definice epilepsie

ILAE¹ definuje epilepsii následovně: „Epilepsie je onemocnění mozku definované některým z následujících stavů:

- 1) nejméně dva nevyprovokované (nebo reflexní) záchvaty v časovém rozestupu větším než 24 hodin;
- 2) jeden nevyprovokovaný (nebo reflexní) záchvat a pravděpodobnost dalších záchvatů minimálně 60 % po dvou dalších, které se vyskytnou v průběhu 10 let;
- 3) diagnóza epileptického syndromu

(Definition of Epilepsy 2014).

Onemocnění epilepsií se projevuje přítomností opakovaných, vůlí neovlivnitelných záchvatů. Definice může být doplněna s ohledem na absenci zdravotních potíží. Pacient, který neprodělal za posledních 10 let žádný záchvat a za posledních 5 let neužíval žádná antiepileptika, je považován za zdravého. V roce 2014 byla epilepsie překlasifikována z anglického označení *disorder*, tj. porucha, na anglický termín *disease*, tj. nemoc (Fischer, 2014).

Epilepsie je chronické a relativně časté onemocnění mozku, pro které je typický výskyt náhlých a vůlí neovlivnitelných záchvatů (Seidl et al., 2015). Pacientům epilepsie přináší i řadu znevýhodnění v psychosociální oblasti a významně zasahuje do jejich kvality života

V tzv. rozvinutých zemích trpí epilepsií přibližně 1 % dospělých. Osoby, které ale ve svém životě mají vlastní zkušenost alespoň s jedním epileptickým záchvatem, tvoří dokonce 6-8 %. V tzv. rozvojových zemích je výskyt epilepsie četnější s ohledem na vyšší výskyt úrazů a infekcí (Bušek, 2013). V České republice žije až 100 000 lidí trpících aktivní epilepsií (Rektor, 2010). Za aktivní se považují případy, kdy pacienti prodělali alespoň jeden záchvat za 5 let.

¹ International League Against Epilepsy

Klasifikace epileptických záchvatů

Přestože máme stále více poznatků o patofyziologických mechanismech zodpovědných za vznik epileptických záchvatů, objasňuje Marusič, že stávající klasifikace záchvatů zůstává založena na příznacích a chování pacienta v jejich průběhu. „Záchvat je definován jako přechodný výskyt symptomů vznikajících v důsledku abnormální synchronní (epileptické) neuronální aktivity mozku.“ (Marusič, 2018, s. 33) Při stanovování diagnózy epilepsie je třeba v první řadě vyloučit, že se nejedná o záchvat neepileptického typu. Dalším krokem je rozlišit na základě svého začátku typ epileptického záchvatu na **fokální, fokální přecházející do bilaterálního tonicko-klonického** a **generalizovaný**, případně **záchvat s neznámým začátkem**. Všechny tyto kategorie se dále dělí na epileptické záchvaty motorické, nebo naopak na záchvaty, kde je absence motorických projevů.

Stav vědomí je hodnocen pouze u fokálních záchvatů. Pokud je tento typ záchvatu bez poruchy vědomí, je si pacient po celý čas trvání záchvatu vědoma sebe sama i svého okolí. Fokální záchvat s poruchou vědomí je parciální ale s komplexními příznaky.

Hypertonický záchvat je typický výraznou fyzickou agitovaností nebo pohyby, které připomínají jízdu na kole. **Kognitivní záchvaty** se projevují poruchou řeči nebo jiných kognitivních funkcí. Kognitivní záchvaty také ale mohou být spojeny s tzv. pozitivními příznaky jako je *déjà-vu*, iluze, halucinace nebo pocity zkresleného vnímání. **Emoční záchvaty** představují subjektivně udávaný strach, úzkost, nebo naopak radost i jiné emoce jako převažující symptom v začátku záchvatu. Také okolí může tento emoční výraz nebo projev pozorovat, aniž by pacient subjektivně takové pocity prožíval.

Výrazem *fokální přecházející do bilaterálního tonicko-klonického* se označuje záchvat tonicko-klonický, který se objeví při šíření fokálního záchvatu do obou hemisfér. Jako generalizované záchvaty se označují ty, které začínají současně v obou hemisférách. Projevy generalizovaných záchvatů může být asymetrická, což může způsobovat problém při odlišení od fokálních záchvatů.

Záchvaty s neznámým začátkem jsou ty, které není možné kvůli nedostatku informací nebo nedostatečné jistotě (<80 %) zařadit mezi fokální nebo generalizované. Jejich další charakteristika specifikuje, da se jedná o záchvaty motorické, záchvaty tonicko-klonické, epileptické spasmy, záchvaty bez motorických projevů nebo o záraz chování. Podle Marusiče se lékaři běžně setkávají s tonicko-klonickými záchvaty, u

kterých nebyl začátek zpozorován. Důvodem může být fakt, že pacient začátek zaspal nebo že okolí si fokálních projevů nevšimlo. (Marusič et al., 2018, s. 32-36)

Klasifikace epilepsie

Epilepsie je podle Marusiče velmi heterogenní skupinou onemocnění a její správná klasifikace včetně určení etiologie má zásadní vliv na léčbu i prognózu. Klasifikace je základním nástrojem pro komunikaci v klinické praxi i pro lepší porozumění mezi kliniky a vědci.

Generalizovaná epilepsie se u pacientů může projevovat více typy záchvatů. Diagnóza generalizované epilepsie je založena na klinických kritériích a je podporována typickým interiktálním EEG nálezem.“ „Přítomny by měly být i další podpůrné údaje, např. výskyt myoklonických záškubů nebo pozitivní rodinná anamnéza.

Fokální epilepsie může být unifokální nebo multifokální a zahrnuje i případy, kdy záchvaty postihují jednu celou hemisféru.“

Epilepsie kombinovaná je diagnostikována u pacientů, kde se současně vyskytují záchvaty generalizované i fokální.

Epilepsie neznámého typu označuje situace, kdy pacient má epilepsii, ale není možné určit, jestli se jedná o fokální nebo generalizovanou, protože není k dispozici dostatek informací o typu záchvatů a jsou hodnoceny jako záchvaty s neznámým začátkem. EEG záznam v těchto případech podle Marusiče nemusí být k dispozici nebo neposkytuje dostatek informací, např. normální nález. (Marusič et al., 2018, s. 34-35)

U onemocnění epilepsií se rozlišuje **etiologie šesti kategorií**. Jmenovitě se jedná o: strukturální, genetická, infekční, metabolická, autoimunitní a neznámá (ILAE, 2017).

2.2 VYMEZENÍ POJMU RELIGIOZITA

Religiozita (z lat. religio – víra, náboženství) je označením pro „nábožnost či náboženské přesvědčení a jeho odraz v chování a v každodenní praxi člověka“ (Hartl; 2009, s. 505). Religiozita je zpravidla vnímána jako institucionální forma praktikování nějakého konkrétního vyznání. Jedná se o způsob myšlení, chování a cítění. Vedle toho náboženství je spíše společenský jev, kulturní produkt, sociální instituci (Hacklová, 2013, s. 68). Říčan religiozitu popisuje jako příslušnost k určité náboženské skupině – „rozšířenost náboženství v té či oné populaci“ (Říčan, 2007, s. 43).

V psychologickém pojetí je religiozita spojena s účastí na náboženských rituálech v daném konkrétním náboženském společenství. Jedná se o činnosti spojené se symboly, rituály, které potvrzují vztah k něčemu, co nás přesahuje, k transcenci. Takové projevy se rozlišují na tři typy projevů. První představují názory, myšlení. Druhý je vyjádřen chování, jednáním. A posledním typem jsou zážitky, tedy prožívání religiozity. Otázka religiozity má tedy svou emoční, kognitivní a behaviorální stránku. (Stríženec, 1996, s. 10-22)

Kemp představuje rozdělení religiozity na dva typy na základě psychologa Gordona Willarda Allporta. Prvním typem je interní, tedy zevnitřnělá, spojená s vnitřní motivací k náboženskému chování. Druhým typem je pak externí, vnější, která je dávana do souvislosti se zvyklostmi. Interní religiozita se projevuje značným úsilím zakomponovat víru do maxima oblastí svého života. Externí religiozitu můžeme naproti tomu popsat jako praktikování duchovního života s cílem být například součástí nějaké komunity, dosáhnout společenské prestiže nebo získat pocit bezpečí. (Kemp, 2005, s. 139-143).

Uvedené rozlišení religiozity na interní a externí bývá uplatňováno pro měření religiozity. Tvůrci dotazníku The Duke University Religion Index (DUREL) opomíjí externí formu, protože v jejich očích se nejedná o pravou religiozitu. Naproti tomu interní religiozitu pojímají jako souhrn niterních přesvědčení a rituálů v souvislosti s náboženskou vírou.

2.3 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA

Definicí kvality života je „*vnímání postavení jednotlivce v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů ve kterých žije, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, standardům a zájmům*“ (Jenkinson, 2020, s. 1)

Označení kvalita života se v běžném životě používá v různých souvislostech. Dragomirecká zmiňuje tři podstatné znaky, které odlišují vědecké pojetí termínu kvality života od představy laické veřejnosti. Jedná se o měřitelnost, komplexnost a subjektivita. (Dragomirecká et al., 2009, s. 20-22)

Medicínský přístup k výkladu pojmu kvalita života doplňuje psychologický a sociologický přístup. Pro definici kvalitního života jsou použita kritéria, která jsou externě pozorovatelná. Jednoznačným příkladem je zdravotní stav, jedná se ale také o nezávislost na další osobě, na svém okolí, a také normální fungování v běžném životě. V medicíně se termín kvalita života poměrně často vykládá v protikladu ke kvalitě života, tedy k délce přežití. Příkladem jsou pacienti, kteří trpí nevléčitelnou nemocí. Takoví pacienti mohou podstoupit léčbu, která jeho život prodlouží, ale současně může pacientovi způsobit řadu obtíží, strádání, diskomfort a zhoršenou soběstačnost. Tím se snižuje kvalita života. Alternativou je paliativní medicína, která usiluje o tlumení nepříjemných symptomů, jako je především dušnost, nevolnost a zejména bolest. Paliativní medicína nemá za primární cíl prodloužit délku života, ale jeho kvalitu. (Prokopová et al., 2019, s. 4-35)

Kvalita života může být hodnocena pomocí subjektivních a objektivních charakteristik. Objektivní posouzení je možné vydefinovat jako „naplnění požadavků, které se týkají sociálních a materiálních podmínek života a fyzického zdraví.“ (Ondrušová, 2011, s. 45)

Haškovcová naproti tomu patří k autorům, kteří se zaměřují především na subjektivní sebeposouzení kvality života každého člověka. Kvalitu života popisuje jako „subjektivní prožitkovou kategorii“, protože právě a pouze sama osoba může hodnotit, jestli se cítí spokojená a šťastná. (Haškovcová, 2010, s. 254)

Kvalita života je často pojmenována také jako tzv. well-being, v češtině je asi nejuvýstižnější přeložit toto slovní spojení jako „osobní pohoda“. Dalšími synonymy jsou termíny životní spokojenost a štěstí.

Dotazník QOLIE – 89 (verze 1.0) zkoumá, jak pacienti hodnotí svoje zdraví a kvalitu každodenních činností. Hodnocení je zjišťováno pomocí 89 otázek, uspořádaných v 17 doménách (vnímání zdraví, celková kvalita života, fyzická kondice, každodenní fyzické činnosti, emoční stav, bolest, pracovní/sociální zapojení, energie/únava, emoční spokojenost, pozornost/koncentrace, obavy o zdraví, obava ze záchvatu, paměť, řeč, účinky léků, sociální podpora, sociální izolace).

2.4 VYMEZENÍ POJMU LOCUS OF CONTROL

Julian Rotter se ve své práci zabýval rozdílem přístupů lidí k životním těžkostem. Na základě jejich postoje k problémům, kterým musí čelit, je pak rozdělil na osoby s interním a externím Locus of control. Osoby s interním Locus of control jsou lidé vycházející ze sebe, z vlastních schopností, dovedností a možností. Tato skupina lidí věří, že výsledek jejich kvality života je závislý na jejich přičinění. Osoby s externím Locus of control jsou lidé mající za to, že jejich kvalita života, úspěchy či nezdary jsou ovlivněny a určeny vnějšími vlivy. Lidé s externím Locus of control předpokládají, že se situace vyřešení sama nebo bude vyřešena zásahem někoho či něčeho jiného (například zásahem druhé osoby, osudu, či Boha). Locus of control tedy souvisí se zdravotním stavem.

Vizuální analogová škála VAS (0-10) zjišťuje míru vlivu Locus of control ve vztahu ke zdraví/epilepsii na 10 cm přímce, kdy pacient má křížkem označit, nakolik má epilepsii ve svých rukou. Krajní mez vlevo „100 % já“ znamená, že na epilepsii má stoprocentní vliv pacient (je zcela v jeho rukou, je strůjcem svého osudu) krajní mez vpravo „100% osud, Bůh, jiní lidé, náhoda“ znamená, že na epilepsii nemá pacient žádný vliv (epilepsie je zcela ovlivňována jinými lidmi, včetně lékařů, Boha, osudu nebo jiné vnější síly). Výsledkem je kategorie interní (<49 mm) / externí (>50 mm) Locus of control.

Pojem God Locus of Control vystihuje, nakolik osoba považuje za hybatele svých činů a okolností ve svém životě Boha, případně jinou duchovní autoritu. Protipólem jsou osoby, kteří kladou odpovědnost za svůj život právě jen na sebe samotné.

Pomocí dotazníku God Locus of Health of Control² je vyjádřena religiozita. Byl sestaven tak, aby měl využití pro měření dopadů religiozity na zdraví. Dotazník se skládá z šesti položek, každá z nich má šestibodovou škálu odpovědi. Tento dotazník přináší možnost sledovat religiozitu komplexně, je uživatelsky přístupný pro svoji stručnost.

² GLHC

2.6 PŘEHLED DŘÍVE REALIZOVANÝCH STUDIÍ

Tedrus ve svém výzkumu *Spirituální aspekty u pacientů s epilepsií* dochází k závěru, že nebyla potvrzena specifická role epilepsie ve spiritualitě ani tzv. *epileptická hyperreligiozita*. Výsledky dále podle autora naznačují, že spiritualita/religiozita u pacientů s epilepsií je ovlivněna úrovní vzdělání. Další souvislost autor vidí s abnormálním EEG nálezem a temporálním typem epilepsie. (Tedrus et al., 2014, s. 25-28)

Devinsky v publikaci *Spirituality and religion in epilepsy* uvádí, že pacienti s epilepsií byli po celou historii spojovány s Bohem, d'áblem, nebo obecně s nadpřirozenými silami. Klinické studie za posledních 150 let podle Devinského ukazují na souvislost mezi náboženskou zkušeností během, po nebo mezi epileptickými záchvaty. Epileptické záchvaty podle autora mohou zvyšovat, měnit nebo snižovat náboženské cítění, zejména u pacientů s temporální epilepsií. (Devinsky et al., 2008, s. 636-643)

V práci *Does God Determine Your Health? The God Locus of Health Control Scale* se Wallston se svými kolegy zabývá smyslem vzniku dotazníku GLHC. Vnímání vnitřní kontroly souvisí s psychickými a psychosociálními důsledky chronických onemocnění, které jsou často předmětem zkoumání. Podle autora byla ale menší pozornost věnována vnímání externích zdrojů kontroly a jejich implikaci pro adaptaci na situaci onemocněním vyvolanou. Jedním z důvodů této skutečnosti byl nedostatek adekvátních měřících nástrojů pro posouzení specificky externích kontrolních mechanismů. Dotazník God Locus of Health Control (GLHC) byl podle autora vytvořen, aby hodnotil přesvědčení jednotlivce, že Bůh kontroluje jeho zdravotní stav.

Wallston představuje počáteční studie zkoumající psychometrických vlastností dotazníku GLHC na vzorku pacientů se dvěma typy revmatických onemocnění. Jedná se o revmatickou artritidu a systémovou sklerózu. Výzkumné soubory pacientů s revmatickou artritidou (RA) byly dva, první o 145 respondentech a druhý o 163 respondentech. Výzkumný soubor pacientů se systemickou sklerózou (SS) tvořilo 93 respondentů. Všichni respondenti byli zkoumáni pomocí verze C dotazníku MHLC, který zkoumá nakolik pacienti věří, že jejich kondice je způsobena (1) jinými samotnými (internalita), (2) jednáním lékařů, (3) jednáním jiných lidí a (4) náhody,

štěstí nebo osudu. Všichni respondenti byli současně zkoumáni pomocí nově vytvořeného dotazníku God Locus of Health Control (GLHC). Validizační studie prokázala reliabilitu a validitu tohoto dotazníku.

Wallston došel ve své studii k následujícím závěrům. Průměrný skóre GLHC byl 16.1 (SD=8.4) a 17.2 (SD=8.5) u výzkumných souborů respondentů s RA a 16.5 (SD=9.6) u výzkumného souboru respondentů s SS. Bylo tedy zjištěno, že pacienti v průměru mírně nebo slabě nesouhlasí s tvrzením, že Bůh má kontrolu nad jejich onemocněním.

V diskusi studie Wallston shrnuje, že se ukázalo, že u pacientů vnímání interní kontroly silně souvisí s projevy chronické nemoci, zatímco externím zdrojům kontroly byl z pohledu pacientů přikládán menší význam. (Wallston et al., 1999, s. 131-142.)

Asadi-Pooya se svými kolegy vychází z předpokladu, že Locus of control je jedním ze základních faktorů, které determinují, jak se daná osoba bude chovat v otázkách svého zdraví. Cílem studie bylo stanovit Health locus of control u pacientů s epilepsií a zjistit souvislost s úzkostí, depresí a s kontrolou záchvatů.

Respondenti studie byli dospělí pacienti kliniky epilepsie Thomas Jefferson University, u kterých epilepsie trvala nejméně jeden rok. Pacienti anonymně odpovídali na otázky ohledně věku, pohlaví, vzdělání a kontroly záchvatů. Pomocí dotazníku The Hospital Anxiety and Depression (HAD) byla zjišťována úroveň úzkosti a deprese. Verze C dotazníku Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) posloužila ke zjištění Health locus of control. Statistická analýza potenciálně signifikantních korelací byla provedena pomocí regresní analýzy.

Do studie bylo zapojeno 200 pacientů ve věku 40.3 ± 16 . Pacienti měli nízký průměrný skóre u interního MHLC, střední skóre u proměnné Náhoda a vysoký skóre u proměnné Jiní mocní. U pacientů s epilepsií s vyšším interním MHLC skóre se zjistila vyšší četnost kontrolovaných záchvatů. U pacientů s vyšším skóre u proměnné Jiní mocní zjišťované pomocí dotazníku MHLC byla zjištěna vyšší míra úzkosti měřené pomocí HAD dotazníku.

Asadi-Pooya vyvozuje ze své studie *Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression and seizure control* závěr, že u pacientů s epilepsií se ukázalo slabší vnímání interního Locus of control a naopak silné vnímání externího LoC. Z toho autor vyvozuje, že pacienti s epilepsií se pravděpodobně méně efektivně adaptují na svou nemoc. Pacienti s epilepsií méně často volí zdraví

prospěšné chování a méně zapojují tzv. aktivní copingové strategie. (Asadi-Pooya et al., 2007, s. 347-350)

Johnstone se ve svém výzkumu zabývá zvýšenou religiozitou a epilepsií, hledá důkazy o specifických neuropsychologických procesech. Autor předpokládá, že lidé mohou mít vrozené neurologické tendence k náboženské orientaci. Pacienti s epilepsií pak podle autora představují unikátní příležitost ke studiu těchto souvislostí. Ve své studii zkoumá, zda pacienti s epilepsií vykazují vyšší zájem o filozofické myšlenky a emotivnost obecně, nebo se spíše jedná o specifickou náboženskou orientaci. Předmětem zkoumání studie nazvané *Heightened Religiosity and Epilepsy: Evidence for Religious-specific Neuropsychological processes* je 19 respondentů trpících epilepsií. U těchto pacientů studie pomocí dotazníku Bear Fedio Inventory (BFI) měří, zda religiózní epileptické zážitky odpovídají celkovému nárůstu epileptických projevů jako jsou filozofické myšlenky a emocionalita nebo odpovídají specificky náboženskému zaměření. Spearmanův test ukazuje korelaci, že BFI proměnné týkající se náboženské orientace jsou signifikantně spojené s filozofickými otázkami (jako je například povaha vesmíru), ale nesouvisí s mírou emocionality. BFI proměnné týkající se náboženské orientace s výjimkou filozofických a emocionálních otázek jsou signifikantně spojeny s dalšími běžně užívanými aspekty religiozity/spirituality. (jako je například povaha vesmíru), ale nesouvisí s mírou emocionality. Johnstone dochází k závěru, že u lidí mohou probíhat neuropsychologické procesy, které jsou specifické pro náboženství. (Johnstone et al., 2016, s. 704-712)

Bouman ve svém výzkumu zabývá neurobiologickým základem tzv. hyper-religiozity porovnáním čtyř onemocnění, kde se obvykle religiozita objevuje. Jedná se o obsedantně-kompulzivní poruchu, schizofrenii, mánií a – pro předkládanou bakalářskou práci zásadní – temporální epilepsii. Dominantní oblastí související s religiozitou jsou čelní a spánkové laloky, dále pak limbický systém. (Bouman et al., 2011, s. 1-33)

Fibgelkurts se zabývá otázkou, zda je lidský mozek naprogramován tak, aby vytvořil Boha, nebo zda je mozek naprogramován tak, aby Boha vnímal a přijímal. Ve své studii představuje systematickou a kritickou analýzu obou pozic, argumentů pro i proti této neurologicko-teologické debatě. Na člověka nahlíží integrálním pohledem, kdy vidí člověka jako psycho-somatickou entitu tvořenou řadou úrovní a dimenzí lidské

existence, konkrétně fyzická, biologická, psychologická a spirituální realita. Tyto složky umožňují vědomí/mysli/duši a mozků/tělu/fyzičnu být zkoumány jako různé složky stejného fenoménu, které se doplňují. Výsledky studie o náboženských zážitcích podle autora pomůže lékařům a psychoterapeutům určit, jestli pacient prožívá normální, běžný, fyziologický vjem, nebo se naopak jedná o patologické vnímání a ve neposlední řadě určí, zda nejde o kombinaci obojího. (Fibgelkurts et al., 2009, s. 293-326)

Staniszewska ve své studii usiluje o to ukázat vztah mezi chováním s ohledem na své zdraví a preferovaným tzv. *Health locus of control* u pacientů s epilepsií. Do výzkumu bylo zapojeno 196 respondentů, kteří odpovídali v rámci polské verze B dotazníku Multidimensional health locus of control. Výsledky výzkumu podle Staniszewské ukazují, že ve napříč všemi otázkami ohledně Health locus of control získali respondenti nejvyšší hodnoty v otázkách interní kontroly (26.0 ± 8.2) a nejnižší v otázkách externí kontroly (18.0 ± 5.5). Interní Health locus of control ukázal silnou korelaci s proměnnými: chování související se zdravím ($P=0.00$), stravovací návyky ($P=0.00$) a pozitivní psychologický přístup ($P=0.002$). Externí Health locus of control ukazuje slabou korelaci s proměnnými: chování související se zdravím, protektivní jednání ($P=0.05$). V otázce náhody u Health control se neukázala signifikantní korelace s chováním souvisejícím se zdravím a jeho kategoriemi ($p > 0.05$ ve všech případech). Staniszewska studii uzavírá s tím, že výsledky ukazují, že respondenti věří, že mají větší kontrolu nad svým zdravím než jiné lidé nebo než náhoda. Sociodemografické a klinické faktory neovlivnily Health locus of control u pacientů s epilepsií. (Staniszewska et al., 2017, s. 77-85)

Rigon a kolektiv se ve své studii *Religiosity and spirituality in patients with epilepsy* zabývá religiozitou u pacientů trpících epilepsií. Religiozita a spiritualita jsou podle autorů často nahlíženy jako důležitý spojenec při boji proti nemocem a proti utrpení obecně. Zjištění ohledně temporální epilepsie ukazují, že temporální lalok je základnou pro náboženskou zkušenost. Religiozita je relevantní u pacientů s epilepsií, protože epilepsie může mít psychosociální důsledky u signifikantně velké části pacientů a jejich rodin.

Do studie bylo zařazeno 100 pacientů a 50 zdravých dobrovolníků vypárovaných podle věku, pohlaví a úrovně vzdělání. Respondenti poskytly rozhovor a vyplnili tři dříve validované dotazníky: Index of Core Spiritual Experience (INSPIRIT-R), Hospital

Anxiety and Depression Scale (HADS) a Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE-21).

Průměrný věk pacientů byl 35.9 ± 12.4 , u kontrolní zdravé skupiny byl 36.3 ± 18.1 let. Průměrná délka absolvovaného vzdělání byla 8.9 ± 3.7 let u pacientů a 10.1 ± 4.2 let u zdravé skupiny. Průměrný věk počátku epilepsie u pacientů byl 14.5 ± 12.1 a průměrný počet záchvatů za měsíc byl 5.9 ± 12.6 . Výsledné hodnoty dotazníku INSPIRIT – R nebyly signifikantně rozdílné u pacientů a u kontrolní skupiny (3.0 ± 0.8 vs. 3.0 ± 0.8). Nicméně INSPIRIT-R skóre byl u pacientů s temporální epilepsií signifikantně vyšší ve srovnání s pacienty s jiným typem epilepsie. Pacienti s temporální epilepsií mají tedy vyšší religiozitu, uzavírá Rigon. (Rigon et al., 2019, s. 335-340)

Wuerfel společně se svým týmem stojí za publikací *Religiosity is associated with hippocampal but not amygdala volumes in patients with refractory epilepsy*. Popisuje, nakolik u pacientů s epilepsií souvisí religiozita s objemem hipokampu, nikoli však amygdaly.

Předmětem výzkumu bylo 33 pacientů s epilepsií a jejich záznamy z magnetické rezonance. Objem amygdaly a hipokampu byly srovnány s vysokým a nízkým skóre v oblastech religiozity, psaní a sexuálních podotázkách dotazníku Neuro-behavioural Inventory. Pacienti s vysokými hodnotami v oblasti religiozity měli signifikantně menší pravý hipokampus. Míra religiozity měřená jak u pacientů tak u pečovatelů, vykazovala u pacientů signifikantní negativní korelaci s velikostí pravého hipokampu. Výzkum neprokázal další rozdíly u velikosti amygdaly nebo hipokampu.

Autor dochází k závěru, že objem pravého hipokampu negativně koreluje s religiozitou u pacientů s epilepsií. (Wuerfel et al., 2004, s. 640-642)

3 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE

3.1 METODIKA

Výzkum byl proveden pomocí tří dotazníků a jedné vizuální analogové škály.

Dotazník God Locus of Health Control (GLHC), autora Keneth A. Wallstona, zkoumá, nakolik pacienti přisuzují svoji epilepsii a její průběh Boží vůli. Postoje jsou zjišťovány pomocí sebesuzovací Lickertova rozpětí, kde u šesti otázek pacienti vybírají odpověď na šestistupňové stupnici.

Každá položka má vyjadřovat mínění respondenta, může s daným tvrzením souhlasit, nebo nesouhlasit. Svůj postoj, zda respondent s daným prohlášením souhlasí, vyjadřuje dotázaný na šestibodové škále, kde 1 bod znamená *naprosto nesouhlasím* a bod 6 naproti tomu vyjadřuje *naprosto souhlasím*. Bod 2 pak znamená *více nesouhlasím* a bod 5 obdobně *více souhlasím*. Dotazník obsahuje následujících šest prohlášení:

1. Pokud se moje epilepsie zhorší, tak to záleží jen na Bohu a jeho rozhodnutí, zda se budu zase cítit dobře.
2. Hodně věcí, které ovlivňují moji epilepsii, se děje kvůli Bohu.
3. Bůh je přímo odpovědný za to, zda se moje epilepsie zlepší, nebo zhorší.
4. Cokoliv se stane v souvislosti s mou epilepsií, je vůle Boží.
5. Zda se moje epilepsie zlepší, nebo ne, záleží na Bohu
6. Bůh ovládá moji epilepsii.

Dotazník QOLIE – 89 (verze 1.0) zkoumá, jak pacienti hodnotí svoje zdraví a kvalitu každodenních činností. Hodnocení je zjišťováno pomocí 89 otázek, uspořádaných v 17 doménách:

1. vnímání zdraví
2. celková kvalita života
3. fyzická kondice
4. každodenní fyzické činnosti
5. emoční stav
6. bolest
7. pracovní/sociální zapojení

8. energie/únava
9. emoční spokojenost
10. pozornost/koncentrace
11. obavy o zdraví
12. obava ze záchvatu
13. paměť
14. řeč
15. účinky léků
16. sociální podpora
17. sociální izolace

Vizuální analogová škála VAS zjišťuje míru vlivu Locus of control ve vztahu k epilepsii. VAS je tvořena 10cm přímkou (0-10 cm). Její pomocí se zjišťuje míra vlivu Locus of control ve vztahu k onemocnění epilepsií. Respondent na 10cm přímce VAS označuje, nakolik zastává postoj, že má jako pacient epilepsii ve svých rukou.

Krajní hodnotu na vizuální analogové škále vlevo (0 mm) lze interpretovat tak, že respondent se hlásí k tomu, že na epilepsii má stoprocentní vliv. Pacient sám sebe považuje za strůjce svého osudu. Respondent zastává postoj, že jeho zdravotní stav je zcela v jeho rukou. Výsledek na analogové škále s hodnotou <49 mm odkazuje na kategorii interní Locus of control I.

Krajní hodnotu na vizuální analogové škále vpravo (100 mm) je možné interpretovat tak, že z pohledu respondenta, že jeho epilepsie je 100% dílem osudu, náhody, případně je za ni zodpovědný Bůh nebo jiná vnější síla. Odpovědnost za onemocnění epilepsií a jeho vývoj může být v očích pacienta také přisuzována výhradně jiným lidem, včetně lékařů. Respondent zvolením takové hodnoty na vizuální analogové škále vyjadřuje postoj, že na epilepsii nemá jako pacient žádný vliv. Výsledek na analogové škále s hodnotou >50 mm odkazuje na kategorii externí Locus of control E.

Beckova sebeposuzovací škála (BDI-II) je vysoce spolehlivý nástroj k určení intenzity deprese dle kritérií DSM-IV. Jedná se o psychodiagnostický nástroj, který je přeložen do 15 jazyků. Autory české verze jsou Preiss a Vacíř (1999). BDI-II zjišťuje přítomnost a závažnost deprese jako mentálního stavu, neslouží pro stanovení diagnózy deprese. Nabízí široké uplatnění v oboru klinické psychologie a neuropsychologie. Je

určen respondentům ve věku 13–80 let, jeho vyplnění je 5-10 minut. Respondent v dotazníku označuje tvrzení, které nejlépe vystihuje jeho stav během posledních dvou týdnů včetně dne, kdy jej vyplňuje. Test tvoří 21 položek, které zachycují symptomy deprese. Jedná se o kognitivní, afektivní, motivační, fyziologické položky. Odpověď je zaznamenávána na čtyřbodové škále 0-3, kdy vyšší číslo indikuje výraznější přítomnost symptomu. Celkový rozsah výsledného skóru je 0-63.

Dotazník EPQ R short version posloužil k posouzení povahových vlastností respondentů. Dotazník Eysenck Personality Questionnaire R je sestaven ze 48 otázek, byl použit ke stanovení Neuroticismu a Extraverze/introverze.

Dotazník WAIS – III byl užit k měření inteligenčního kvocientu. Jedná se o Wechslerovu inteligenční škálu pro dospělé

3.2 HYPOTÉZY

Pracovní hypotézy předpokládaly následující souvislosti.

Hypotéza 1: Skupina Pacienti a skupina Zdraví se od sebe liší v těchto proměnných:

- a) IQ
- b) **sociodemografické proměnné**, tj. pohlaví, věk, vzdělání, práce ano/ne, soc. status
- c) **afektivní proměnné**, tj. BDI-II, suicidalita, neuroticismus HS, extraverte/introverte HS, LoC HS, LoC interní/externí
- d) **proměnné religiozity**, tj. vyznání ano/ne, víra od dětství/od dospělosti, GLHC-HS, GHLC větší než 6 ano/ne

Hypotéza 2: Skupina Pacienti s externím LoC se bude lišit od skupiny Pacienti s interním LoC v těchto proměnných:

- a) IQ
- b) **proměnné religiozity**, tj. vyznání ano/ne, víra od dětství/od dospělosti, GLHC-HS, GHLC větší než 6 ano/ne
- c) **afektivní proměnné**, tj. BDI-II, suicidalita, neuroticismus HS, extraverte/introverte HS, antidepresiva ano/ne
- d) **kvalita života**, tj. ve všech škálách QOLIE-89
- e) **klinické faktory epilepsie**, tj. počet záchvatů za měsíc, délka trvání epilepsie, typ záchvatu, epilepsie temporální/extratemporální, epilepsie temporální vlevo/vpravo, monoterapie, polyterapie, doporučená denní dávka

Hypotéza 3: Skupina Zdraví s externím LoC a skupina Zdraví s interním LoC se budou lišit v těchto proměnných:

- a) IQ
- b) **proměnných religiozity**, tj. vyznání ano/ne, víra od dětství/od dospělosti, GLHC-HS, GHLC větší než 6 ano/ne

- c) **afektivní proměnných**, tj. BDI-II, suicidalita, neuroticismus HS, extraverze/introverze HS, antidepressiva ano/ne

Hypotéza 4: GLHC HS ve skupině Pacienti koreluje s těmito proměnnými:

- a) věk, vzdělání, počet záchvatů, délka epilepsie, DDD
- b) IQ, depresí BDI, neuroticismem, extraverzí/introverzí
- c) kvalitou života, tj. všechny škály QOILIE-89

Hypotéza 5: LoC HS ve skupině Pacienti koreluje s těmito proměnnými:

- a) věk, vzdělání, počet záchvatů, délka epilepsie, DDD
- b) IQ, BDI-II, neuroticismem, extraverzí/introverzí
- c) kvalitou života, tj. všechny škály QOILIE-89

Hypotéza 6: GLHC HS ve skupině Zdraví koreluje s těmito proměnnými:

- a) věk, vzdělání, IQ, BDI-II, neuroticismem, extraverzí/introverzí

Hypotéza 7: LoC HS ve skupině Zdraví koreluje s těmito proměnnými:

- a) věk, vzdělání, IQ, depresí BDI, neuroticismem, extraverzí/introverzí

Hypotéza 8: LoC HS ve skupině Pacienti predikují tyto proměnné:

- a) **sociodemografické proměnné**, tj. pohlaví, věk, vzdělání, práce ano/ne, sociální status
- b) **afektivní proměnné**, tj. BDI-II, suicidalita, neuroticismus HS, extraverze/introverze, antidepressiva ano/ne

- c) **proměnné religiozity**, tj. vyznání ano/ne, víra od dětství/od dospělosti, GLHC HS, GHLC větší než 6 ano/ne
- d) **klinické faktory epilepsie**, tj. (počet záchvatů za měsíc, délka trvání epilepsie, typ záchvatu, temporální/extratemporální, temporální vlevo/vpravo, bez AED, monoterapie, polyterapie, DDD
- e) typ AED
- f) **kvalita života**, tj. všechny škály QOILIE-89

Hypotéza 9: GLHC HS ve skupině Pacienti predikují tyto proměnné:

- a) **sociodemografické proměnné**, tj. pohlaví, věk, vzdělání, práce ano/ne, sociální status,
- b) **afektivní proměnné**, tj. BDI-II, suicidalita, neuroticismus HS, extraverte/introverte, antidepressiva ano/ne
- c) **proměnné religiozity**, tj. vyznání ano/ne, víra od dětství/od dospělosti, GLHC HS, GHLC větší než 6 ano/ne
- d) **klinické faktory epilepsie**, tj. (počet záchvatů za měsíc, délka trvání epilepsie, typ záchvatu, temporální/extratemporální, temporální vlevo/vpravo, bez AED, monoterapie, polyterapie, DDD
- e) typ AED
- f) **kvalita života**, tj. všechny škály QOILIE-89

Hypotéza 10: Kvalitu života ve všech škálách QOLIE 18 u skupiny Pacienti predikují tyto proměnné:

- a) **sociodemografické proměnné**, tj. pohlaví, věk, vzdělání, práce ano/ne, sociální status,
- b) **afektivní proměnné**, tj. BDI-II, suicidalita, neuroticismus HS, extraverte/introverte, antidepressiva ano/ne
- c) **proměnné religiozity**, tj. vyznání ano/ne, víra od dětství/od dospělosti, GLHC HS, GHLC>6 ano/ne

- d) **klinické faktory epilepsie**, tj. (počet záchvatů za měsíc, délka trvání epilepsie, typ záchvatu, temporální/extratemporální, temporální vlevo/vpravo, bez AED, monoterapie, polyterapie, DDD)
- e) typ AED

Hypotéza 11: LoC HS ve skupině Zdraví predikují tyto proměnné:

- a) IQ
- b) **sociodemografické proměnné**, tj. pohlaví, věk, vzdělání, práce ano/ne, sociální status
- c) **afektivní proměnné**, tj. BDI-II, suicidalita, neuroticismus HS, extraverze/introverze HS, antidepressiva ano/ne
- d) **proměnné religiozity**, tj. vyznání ano/ne, víra od dětství/od dospělosti, GLHC-HS, GHLC>ano/ne

Hypotéza 12: GLHC HS ve skupině Zdraví predikují tyto proměnné:

- a) IQ
- b) **sociodemografické proměnné**, tj. pohlaví, věk, vzdělání, práce ano/ne, sociální status
- c) **afektivní proměnné**, tj. BDI-II, suicidalita, neuroticismus HS, extraverze/introverze HS, antidepressiva ano/ne
- d) **proměnné religiozity**, tj. vyznání ano/ne, víra od dětství/od dospělosti, GLHC-HS, GHLC>6 ano/ne

3.3 ORGANIZACE VLASTNÍHO ŠETŘENÍ A ZPRACOVÁNÍ DAT

Pro zpracování statistických dat byla použita následující metodika:

- 1) Popisná statistika stanovila průměr, směrodatnou odchylku, median, minimum, maximum, absolutní hodnoty a procenta.
- 2) K určování rozdílů mezi skupinami byl použit t-test pro gaussovské a dvě další skupiny. Pro ostatní skupiny byl aplikován Mann-Whitney test.
- 3) Kontingenční tabulky posloužily pro diskrétní veličiny.
- 4) Vztah mezi proměnnými prokazoval Spearmanův korelační koeficient a mnohočetná lineární regrese.

Všechny testy jsou dvoustranné a $p < 0,05$ považujeme za statisticky významné.

Ke zpracování dat byl použit statistický program JMP11.0.0, 2013 SAS Institute Inc.

Výzkum byl schválen Etickou komisí Fakultní nemocnice Motol.

3.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

3.4.1 Deskriptivní statistika

Výzkumný soubor tvoří 275 pacientů s epilepsií (n=275), vyšetřených v rámci neuropsychologického vyšetření v Centru pro léčbu epilepsie Neurologické kliniky 2. LF a FNM. Z toho 142 mužů (51.64 %) a 133 žen (48.36 %). Průměrný věk pacientů byl 37 let (M = 37; SD = 11.34). Průměrná délka vzdělání v letech byla circa 13.31 let (M = 13.31; SD = 2.56). Zaměstnáno bylo 136 (49.45 %) pacientů.

Z původního souboru 330 pacientů bylo vyřazeno celkem 60 respondentů, u 36 pacientů se jednalo nespecifickou epilepsií. Dalších 7 pacientů bylo ze souboru vyřazeno, protože u nich nebyla diagnostikována epilepsie. Zbývajících 15 pacientů nebylo do výsledného souboru zařazeno pro neúplnost dat.

Srovnávací soubor představuje skupina 182 zdravých respondentů (n=182) vypárovaných dle věku, pohlaví a vzdělání. Z tohoto souboru bylo 96 mužů (52.75 %) a 86 žen (47.25 %). Průměrný věk zdravých byl 32 let (M = 32; SD = 17.20). Průměrná délka vzdělání v letech byla circa 12 let (M = 12.5; SD = 2.36). Zaměstnáno bylo 143 (78.57 %) zdravých. Do kategorie nezaměstnaných spadají respondenti, kteří jsou v invalidním důchodu, pobírají starobní důchod nebo mají status studenta.

Tabulka 1 představuje kompletní přehled sociodemografických dat respondentů.

Tabulka 1: Sociodemografická data respondentů; $n=457$

Proměnná	Pacienti n (%) / M ± SD n = 275	Zdraví n (%) / M ± SD n = 182
Pohlaví		
Ženy	133 (48.36)	96 (52,75)
Muži	142 (51.64)	86 (47,25)
Věk [roky]	37 ± 11.34	32 ± 17.20
Délka vzdělání [roky]	13.31 ± 2.56	12.52 ± 2.36
Práce		
Ano	136 (49.45)	143 (78.57)
Ne	139 (50.55)	39 (21.43)
Sociální status[^]		
Svobodný/á	131 (47.64)	99 (54.70)
Vdaná/ženatý	108 (39.28)	55 (30.39)
Rozvedený/á	35 (12.73)	18 (9.94)
Vdova/vdovec	1 (0.36)	9 (4.97)
IQ	95.57 ± 14.26	105.91 ± 11.18

Poznámka: n = počet respondentů; M ± SD = průměr ± směrodatná odchylka

Klinická data Pacientů vztahující se k epilepsii ukazuje Tabulka 2. Ve výzkumném vzorku měli pacienti za každý kalendářní měsíc v průměru 4 záchvaty, minimum bylo 0 záchvatů a maximum 90 záchvatů ($M = 4.08$; $SD = 8.88$). Délka epilepsie byla u pacientů v průměru 21 let ($M = 20.80$; $SD = 11.93$). Ohledně příčiny epilepsie u pacientů převládala etiologie strukturální ($n = 253$; 92 %), infekce byla příčinou u 2 (1 %) pacientů a u zbývajících pacientů byla etiologie neznámá ($n = 19$; 7 %). Z hlediska lokalizace epilepsie se jedná o temporální epilepsii u 207 (74 %) pacientů, o extratemporální u 71 (26 %) pacientů. U 104 (51 %) pacientů s temporální epilepsií se jednalo o lokalizaci vlevo. U 99 (49 %) pacientů šlo naopak o temporální epilepsii vpravo.

Tabulka 2: *Klinická data Respondentů vztahující se k epilepsii, $n=275$*

Proměnná	n (%) / $M \pm SD$
Počet záchvatů / měsíc	4.08 ± 8.88
Délka epilepsie (roky)	20.80 ± 11.93
Etiologie epilepsie	
Infekční	2 (1)
Strukturální	253 (92)
Neznámá	19 (7)
Lokalizace[^]	
Temporální	207 (74)
Temporální vpravo	99 (49)
Temporální vlevo	104 (51)
Extratemporální	71 (26)
Typ záchvatu	
F	134 (49)
F, FBTCS	112 (41)
FBTCS	27 (10)
Sine	2 (0.7)

Poznámka: n = počet respondentů; $M \pm SD$ = průměr ± směrodatná odchylka; f = fokální; FBTCS = fokální záchvaty, přecházející do bilaterálních tonicko-klonických; sine = bez záchvatů

Přehled antiepileptické farmakoterapie daného souboru Pacientů ukazuje Tabulka 3. Počet užívaných antiepileptik se pohyboval v rozmezí do 0 do 4. Polyterapií bylo léčeno 188 (74 %) pacientů, monoterapií 67 (26 %) pacientů a 21 (8 %) pacientů bylo bez farmakoterapie. Nejvíce užívaným antiepileptikem byl Levetiracetam a Carbamazepin, v obou případech naordinovaný u 105 pacientů (38 %) pacientů. Doporučená denní dávka byla stanovena na základě dat World Health Organisation a u respondentů představovala průměrně 2.37 g/den ($M = 2.37$; $SD = 2.11$).

Tabulka 3: *Klinická data Respondentů ve vztahu k antiepileptické farmakoterapii, n=275*

Proměnná	n=275 n (%)
Typ terapie	
Polyterapie	188 (74)
Monoterapie	67 (26)
Počet AED	
0	21 (8)
1	69 (25)
2	104 (38)
3	63 (23)
4	18 (6)
Typ AED[^]	
Carbamazepin	105 (38)
Clobazam	2 (1)
Clonazepam	13 (5)
Eslikarbazepin	23 (8)
Fenobarbital	2 (1)
Fenytoin	2 (1)
Gabapentin	1 (1)
Lakosamid	64 (23)
Lamotrigin	65 (24)
Levetiracetam	105 (38)
Perampanel	14 (5)
Pregabalin	38 (14)
Primidon	4 (1)
Topiramát	17 (6)
Valproát	48 (17)
Zonisamid	11 (4)
Definovaná denní dávka (g/den)	2.37 ± 2.11
Antidepresiva ANO	65 (24)

Poznámka: n = počet respondentů

3.4.2 Analýza hypotéz

Hypotéza 1: Pacienti a Zdraví se od sebe liší v těchto proměnných:

- a) IQ
- b) Sociodemografické proměnné, tj. pohlaví, věk, vzdělání, práce ano/ne, soc. status
- c) afektivní proměnné, tj. BDI-II, suicidalita, neuroticismus HS, extraverte/introverte HS, LoC HS, LoC interní/externí
- d) proměnné religiozity, tj. vyznání ano/ne, víra od dětství/od dospělosti, GLHC-HS, GHLC větší než 6 ano/ne

Rozdíly mezi skupinou Pacienti a skupinou Zdraví v sociodemografických proměnných a v proměnné IQ ukazuje Tabulka 4. Na základě t-Testu byl zjištěn signifikantní rozdíl v proměnné Vzdělání ($p=0.0009$). Ve skupině Pacienti byl u proměnné Vzdělání dosažen vyšší skóre ($M=13.31 \pm 2.56$ let) než ve skupině Zdraví ($M=12.52 \pm 2.36$ let).

Dále byl na základě Fischer testu zjištěn statisticky významný rozdíl v proměnné Zaměstnán ($p<0.0001$). Ve skupině Zdraví bylo dosaženo vyšší četnosti ($n=143$, 78.57 %) než ve skupině Pacienti ($n=136$, 49.45 %).

Na základě testu Personův Chí-kvadrát byl zjištěn signifikantní rozdíl v proměnné Socioekonomický status ($p=0.0034$). Ve skupině Zdraví byla zjištěna vyšší četnost proměnné Vdaná/ženatý ($M=108$, 39.28 %) a také vyšší četnost proměnné Rozvedená/ý 35 (12.73 %). Ve skupině Pacienti byla naproti tomu zjištěna vyšší četnost proměnné Svobodná/ý ($n=99$, 54.70 %) a také vyšší četnost proměnné Vdova/vdovec ($n=9$, 4.97 %).

Na základě t-Testu byl zjištěn signifikantní rozdíl v proměnné IQ ($p<0.0001$). Proměnná IQ byla zjišťována pomocí Wechslerovy inteligenční škály dotazníkem WAIS – III. Ve skupině Zdraví byl dosažen vyšší průměrný skóre ($M=105.91 \pm 11.18$) než ve skupině Pacienti ($M=95.57 \pm 14.26$).

Tabulka 4: Komparace skupiny Zdraví a skupiny Pacienti v sociodemografických proměnných a v proměnné IQ; n=457

Proměnná	Zdraví n = 182	Pacienti n = 275	Test	p
	M ± SD n (%)	M ± SD n (%)		
Pohlaví				0.8486
Ženy	86 (47,25)	133 (48.36)	a	
Muži	96 (52,75)	142 (51.64)	a	
Věk (roky)	32 ± 17.20	37 ± 11.34	b	0.6447
Vzdělání (roky)	12.52 ± 2.36	13.31 ± 2.56	b	0.0009
Zaměstnán				
Ano	143 (78.57)	136 (49.45)	a	<0.0001
Ne	39 (21.43)	139 (50.55)	a	<0.0001
Socioekonomický status			c	0.0034
svobodná/ý	131 (47.64)	99 (54.70)		
vdaná/ženatý	108 (39.28)	55 (30.39)		
rozvedená/ý	35 (12.73)	18 (9.94)		
vdova/vdovec	1 (0.36)	9 (4.97)		
IQ	105.91 ± 11.18	95.57 ± 14.26	b	<0.0001

Poznámka: n = počet respondentů; M ± SD = průměr ± směrodatná odchylka, p = statistická signifikance; a = Fischer, b = t-Test, c = Personův Chi-kvadrát

Rozdíly u skupiny Pacienti s epilepsií a u srovnávací skupiny Zdraví v afektivních proměnných a v proměnných týkajících se religiozity ukazuje Tabulka 5.

U proměnné Suicidialita byl na základě Personova Chí-kvadrát testu zjištěn signifikantní rozdíl ($p=0.003$). Proměnná Suicidialita byla zjišťovaná na základě BDI-II otázkou 9. Skupina Pacientů dosahuje v proměnné Suicidialita signifikantně vyšší četnosti ($n=35$, 12.77 %) než skupina Zdravých ($n=8$, 4.45 %).

Dále byl na základě Chí-kvadrát testu zjištěn signifikantní rozdíl v proměnné Neuroticismus ($p=0.0009$), která byla zjišťovaná na základě dotazníku EPQ R. Skupina Zdraví dosáhla nižší průměrný skór ($M=4.51 \pm 3.11$) než skupina Pacientů ($M=5.69 \pm 3.62$).

Dále byl na základě Chí-kvadrát testu zjištěn signifikantní rozdíl v proměnné Locus of control HS ($p=0.0496$), která byla zjišťovaná na základě Vizuální analogové škály VAS. Skupina Zdraví dosáhla nižší průměrný skór ($M=32.10 \pm 21.80$) než skupina Pacientů ($M=37.41 \pm 25.19$).

Na základě Chí-kvadrát testu byl zjištěn signifikantní rozdíl v proměnné GLHC HS ($p<0.0001$), která byla zjišťovaná na základě dotazníku God Locus of Health Control (GLHC). Skupina Zdraví dosáhla vyšší průměrný skór ($M=9.90 \pm 6.30$) než skupina Pacientů ($M=8.06 \pm 5.51$).

Na základě Fischer testu byl zjištěn signifikantní rozdíl v proměnné Víra od dětství/dospělosti ($p<0.0305$). Skupina Zdraví vykazovala vyšší četnost proměnné Víra od dětství ($n=29$, 80.56 %) než skupina Pacientů ($n=41$, 57.75 %).

Na základě Personova Chí-kvadrát testu byl zjištěn signifikantní rozdíl v proměnné $GLHC>6$ ($p<0.0001$) zjišťované na základě dotazníku God Locus of Health Control (GLHC). Skupina Zdraví vykazovala nižší četnost respondentů s $GLHC>6$ ($n=106$, 60.23 %) než skupina Pacientů ($n=222$, 80.73 %).

Na základě Chí-kvadrát testu nebyl zjištěn signifikantní rozdíl v míře deprese měřené Beckovou sebesuzovací škálou BDI-II ($p=0.512$), přestože míra deprese byla u skupiny Pacienti vyšší ($M=8.05 \pm 8.24$) oproti skupině Zdraví ($M=7.43 \pm 6.32$).

Tabulka 5: Komparace skupiny Zdraví se skupinou Pacienti v afektivních proměnných a v proměnných religiozity; $n=457$

Proměnná	Zdraví	Pacienti	Test	P
	n = 182	n = 275		
	M ± SD n (%)	M ± SD n (%)		
BDI-II	7,43 ± 6.32	8.05 ± 8.24	d	0.5125
Suicidalita	8 (4.45)	35 (12.77)	c	0.003
Neuroticismus	4.51 ± 3.11	5.69 ± 3.62	d	0.0009
Extraverze	7.01 ± 3.61	6.41 ± 3.43	d	0.0564
LoC HS	32.10 ± 21.80	37.41 ± 25.19	d	0.0496
LoC			a	0.1610
Interní	137 (76.54)	192 (70.07)		
Externí	42 (23.46)	82 (29.93)		
Vyznání			a	0.1135
Ano	35 (19.23)	71 (25.82)		
Ne	147 (80.77)	8.06 204 (74.18)		
GLHC HS	9.90 ± 6.30	8.06 ± 5.51	d	<0.0001
Víra od			a	0.0305
Dětství	29 (80.56)	41 (57.75)		
Dospělosti	7 (19.44)	30 (42.25)		
GLHC>6			c	<0.0001
Ano	70 (39.77)	53 (19.27)		
Ne	106 (60.23)	222 (80.73)		

Poznámka: n = počet respondentů; M ± SD = průměr ± směrodatná odchylka, p = statistická signifikance; a = Fischer (hodnota testu se neuvádí), b = t-Test, c = Personův Chí-kvadrát, d = Chí-kvadrát

Hypotéza 2: Pacienti s externím LoC externím se budou lišit od pacientů s interním LoC v těchto proměnných:

- a) IQ
- b) proměnné religiozity: vyznání ano/ne, víra od dětství/od dospělosti, GLHC-HS, GHLC větší než 6 ano/ne
- c) afektivní proměnné, tj. BDI-II, suicidalita, neuroticismus HS, extraverte/introverte HS, antidepressiva ano/ne
- d) kvalita života, tj. ve všech škálách QOLIE-89
- e) klinické faktory epilepsie, tj. počet záchvatů za měsíc, délka trvání epilepsie, typ záchvatu, epilepsie temporální/extratemporální, epilepsie temporální vlevo/vpravo, monoterapie, polyterapie, doporučená denní dávka

Rozdíly v proměnných u skupiny Pacientů s externím a Pacientů s interním Locus of control vyhodnocuje Tabulka 6.

Pomocí t-Testu ($p < 0.0001$) byl zjištěn signifikantní rozdíl v prevalenci IQ ve skupině s LoC I oproti skupině s LoC E. Skupina Pacienti s LoC E dosáhla nižší průměrný skóre IQ ($M = 90.75 \pm 12.14$) než skupina Pacienti s LoC I ($M = 97.67 \pm 14.64$).

Dále byl pomocí Chí-kvadrát testu nalezen signifikantní rozdíl ($p < 0.0001$) v prevalenci proměnné Deprese měřené pomocí BDI-II. Skupina Pacienti s LoC E dosáhla vyšší průměrný skóre Deprese ($M = 11.46 \pm 9.37$) než skupina Pacienti s LoC I ($M = 6.63 \pm 7.27$).

Pomocí Chí-kvadrát testu byl nalezen signifikantní rozdíl ($p < 0.0001$) v prevalenci proměnné Neuroticismus, která byla zjišťována pomocí dotazníku Eysenck Personality Questionnaire EPQ R short version. Skupina Pacienti s LoC E dosáhla vyšší průměrný skóre Neuroticismu ($M = 7.63 \pm 3.25$) než skupina Pacienti s LoC I ($M = 4.88 \pm 3.44$).

Pomocí Chí-kvadrát testu byl nalezen signifikantní rozdíl ($p = 0.0118$) v prevalenci proměnné Extraverze zjišťované pomocí Eysenck Personality Questionnaire EPQ R short version dotazníku. Skupina Pacienti s LoC E dosáhla nižší průměrný skóre Extraverze ($M = 5.6 \pm 2.89$) než skupina Pacienti s LoC I ($M = 6.74 \pm 3.59$).

V proměnné Vyznání byl pomocí testu Personův Chí-kvadrát nalezen signifikantní rozdíl ($p=0.0012$) v četnosti mezi zkoumanými skupinami. Ve skupině Pacienti s LoC E byla vyšší četnost proměnné Vyznání ano ($n=32$, 39.02 %) než ve skupině Pacienti s LoC I ($n=39$, 20.31 %). Proměnná Vyznání zahrnuje příslušnost k římskokatolické církvi, k protestantským církvím, k buddhismu. Poslední kategorii představuje tzv. spiritualita, kdy se respondent nehlásí ke konkrétnímu náboženskému směru.

U proměnné GLHC>6 zjišťované na základě dotazníku God locus of health control (GLHC) byl pomocí Chí-kvadrát testu nalezen signifikantní rozdíl ($p<0.0001$) v četnosti mezi zkoumanými skupinami. Ve skupině Pacienti s LoC E byla dosažena vyšší četnost proměnné GLHC>6 ($n=28$, 34.15 %) než u skupiny Pacienti s LoC I ($n=25$, 13.02 %).

Tabulka 6: Komparace skupin Pacientů s externím LoC E a Pacientů s interním LoC I u afektivních proměnných a u proměnných religiozity; $n=275$

Proměnná	Pacienti s LoC E	Pacienti s LoC I	Test	p	Effect Size
	n=82	n=192			
	M ± SD n (%)	M ± SD n (%)			
IQ	90.75 ± 12.14	97.67 ± 14.64	b	<0.0001	0.50
BDI-II	11.46 ± 9.37	6.63 ± 7.27	d	<0.0001	0.61
Suicidialita	15 (18.29)	20 (10.47)	c	0.0764	-
Neuroticismus	7.63 ± 3.25	4.88 ± 3.44	d	<0.0001	0.81
Extraverze	5.6 ± 2.89	6.74 ± 3.59	d	0.0118	0.34
Vyznání			c	0.0012	-
Ano	32 (39.02)	39 (20.31)			
Ne	50 (60.98)	153 (79.69)			
GLHC HS	10.35 ± 7.52	7.09 ± 4.05	d	<0.0001	-0.612
Víra od			c	0.8171	-
dětství	18 (56.25)	23 (58.97)			
dospělosti	14 (43.75)	16 (41.03)			
GLHC>6			c	<0.0001	-
Ano	28 (34.15)	25 (13.02)			
Ne	54 (65.85)	167 (86.98)			
Antidepresiva			c	0.8652	-
Ano	20 (24.39)	45 (23.44)			
Ne	62 (75.61)	147 (76.56)			

Poznámka: n = počet respondentů; M ± SD = průměr ± směrodatná odchylka, p = statistická signifikance; effect size d_{Cohen} 0,2 = malý efekt; effect size 0.5 = středně velký efekt; effect size 0.8 = velký efekt; a = Fischer, b = t-Test, c = Personův Chí-kvadrát (u tohoto typu testu se neurčuje effect size), d = Chí-kvadrát

Rozdíly mezi skupinou Pacienti s interním Locus of control a skupinou Pacienti s externím Locus of control na škále QOLIE-89 ukazují Tabulky 7 a 8. Jako signifikantní se ukázaly všechny škály QOLIE-89 s výjimkou proměnné QOLIE 6: Bolest, kde byl rozdíl pod hranicí signifikance.

Ve škále QOLIE-89 u proměnné 1 Vnímání zdraví byl nalezen na základě t-Testu signifikantní rozdíl mezi skupinou s interním a externím Locus of control dle LoC HS ($p=0.003$). Skupina s externím LoC dosáhla nižší průměrný skór ($M=40.79 \pm 9.62$) než skupina s interním LoC ($M=46.6 \pm 11.59$). Effect size (Cohenovo d) ukazuje na malou až střední velikost účinku (0.48).

Ve škále QOLIE-89 u proměnné 2 Celková kvalita života byl nalezen na základě t-Testu signifikantní rozdíl mezi skupinou s interním a externím Locus of control dle LoC HS ($p=0.003$). Skupina s externím LoC dosáhla nižší průměrný skór ($M=37.12 \pm 10.14$) než skupina s interním LoC ($M=42.51 \pm 11.69$). Effect size (Cohenovo d) ukazuje na malou až střední velikost účinku (0.48).

Ve škále QOLIE-89 u proměnné 3 Fyzická kondice byl nalezen na základě t-Testu signifikantní rozdíl mezi skupinou s interním a externím Locus of control dle LoC HS ($p=0.0281$). Skupina s externím LoC dosáhla nižší průměrný skór ($M=48.92 \pm 8.34$) než skupina s interním LoC ($M=51.43 \pm 7.78$). Effect size (Cohenovo d) ukazuje na malou až střední velikost účinku (0.32).

Ve škále QOLIE-89 u proměnné 4 Každodenní fyzické činnosti byl nalezen na základě t-Testu signifikantní rozdíl mezi skupinou s interním a externím Locus of control dle LoC HS ($p=0.0045$). Skupina s externím LoC dosáhla nižší průměrný skór ($M=46.55 \pm 10.70$) než skupina s interním LoC ($M=50.76 \pm 10.07$). Effect size (Cohenovo d) ukazuje na malou až střední velikost účinku (0.41).

Ve škále QOLIE-89 u proměnné 5 Emoční stav byl nalezen na základě t-Testu signifikantní rozdíl mezi skupinou s interním a externím Locus of control dle LoC HS ($p<0.0001$). Skupina s externím LoC dosáhla nižší průměrný skór ($M=44.62 \pm 11.42$) než skupina s interním LoC ($M=51.53 \pm 10.09$). Effect size (Cohenovo d) ukazuje na střední a vysokou velikost účinku (0.66).

Ve škále QOLIE-89 u proměnné 7 Pracovní/ sociální zapojení byl nalezen na základě t-Testu signifikantní rozdíl mezi skupinou s interním a externím Locus of control dle LoC HS ($p=0.0005$). Skupina s externím LoC dosáhla nižší průměrný skóre ($M=45.4 \pm 9.34$) než skupina s interním LoC ($M=49.98 \pm 9.38$). Effect size (Cohenovo d) ukazuje na střední velikost účinku (0.49).

Ve škále QOLIE-89 u proměnné 8 Pracovní/ sociální zapojení byl nalezen na základě t-Testu signifikantní rozdíl mezi skupinou s interním a externím Locus of control dle LoC HS ($p<0.0001$). Skupina s externím LoC dosáhla nižší průměrný skóre ($M=45.64 \pm 10.32$) než skupina s interním LoC ($M=51.49 \pm 9.80$). Effect size (Cohenovo d) ukazuje na středně velký až velký účinek (0.59).

Ve škále QOLIE-89 u proměnné 9 Emoční spokojenost byl nalezen na základě t-Testu signifikantní rozdíl mezi skupinou s interním a externím Locus of control dle LoC HS ($p<0.0001$). Skupina s externím LoC dosáhla nižší průměrný skóre ($M=44.24 \pm 11.68$) než skupina s interním LoC ($M=51.53 \pm 9.92$). Effect size (Cohenovo d) ukazuje na středně velký až velký účinek (0.70).

Ve škále QOLIE-89 u proměnné 10 Pozornost/ koncentrace byl nalezen na základě t-Testu signifikantní rozdíl mezi skupinou s interním a externím Locus of control dle LoC HS ($p=0.0008$). Skupina s externím LoC dosáhla nižší průměrný skóre ($M=45.42 \pm 11.02$) než skupina s interním LoC ($M=50.52 \pm 10.24$). Effect size (Cohenovo d) ukazuje na střední velikost účinku (0.49).

Ve škále QOLIE-89 u proměnné 11 Obavy o zdraví byl nalezen na základě t-Testu signifikantní rozdíl mezi skupinou s interním a externím Locus of control dle LoC HS ($p=0.0044$). Skupina s externím LoC dosáhla nižší průměrný skóre ($M=49.07 \pm 10.58$) než skupina s interním LoC ($M=53.19 \pm 9.73$). Effect size (Cohenovo d) ukazuje na malou až střední velikost účinku (0.41).

Ve škále QOLIE-89 u proměnné 12 Obava ze záchvatu byl nalezen na základě t-Testu signifikantní rozdíl mezi skupinou s interním a externím Locus of control dle LoC HS ($p=0.0327$). Skupina s externím LoC dosáhla nižší průměrný skóre ($M=48.99 \pm 11.39$) než skupina s interním LoC ($M=52.34 \pm 11.02$). Effect size (Cohenovo d) ukazuje na malý až střední velikost účinku (0.30).

Ve škále QOLIE-89 u proměnné 13 Paměť byl nalezen na základě t-Testu signifikantní rozdíl mezi skupinou s interním a externím Locus of control dle LoC HS ($p=0.0009$). Skupina s externím LoC dosáhla nižší průměrný skór ($M=47.71 \pm 10.71$) než skupina s interním LoC ($M=52.65 \pm 10.10$). Effect size (Cohenovo d) ukazuje na střední velikost účinku až veliký účinek (0.48).

Ve škále QOLIE-89 u proměnné 14 Řeč byl nalezen na základě t-Testu signifikantní rozdíl mezi skupinou s interním a externím Locus of control dle LoC HS ($p=0.0006$). Skupina s externím LoC dosáhla nižší průměrný skór ($M=47.52 \pm 9.30$) než skupina s interním LoC ($M=52.01 \pm 9.15$). Effect size (Cohenovo d) ukazuje na střední velikost účinku (0.49).

Ve škále QOLIE-89 u proměnné 15 Účinky léků byl nalezen na základě t-Testu signifikantní rozdíl mezi skupinou s interním a externím Locus of control dle LoC HS ($p=0.0003$). Skupina s externím LoC dosáhla nižší průměrný skór ($M=47.87 \pm 9.47$) než skupina s interním LoC ($M=52.66 \pm 9.49$). Effect size (Cohenovo d) ukazuje na střední velikost účinku (0.51).

Ve škále QOLIE-89 u proměnné 16 Sociální podpora byl nalezen na základě t-Testu signifikantní rozdíl mezi skupinou s interním a externím Locus of control dle LoC HS ($p=0.0084$). Skupina s externím LoC dosáhla nižší průměrný skór ($M=46 \pm 10.17$) než skupina s interním LoC ($M=49.73 \pm 10.01$). Effect size (Cohenovo d) ukazuje na malou až střední velikost účinku (0.37).

Ve škále QOLIE-89 u proměnné 17 Sociální izolace byl nalezen na základě t-Testu signifikantní rozdíl mezi skupinou s interním a externím Locus of control dle LoC HS ($p<0.0001$). Skupina s externím LoC dosáhla nižší průměrný skór ($M=75 \pm 46.47$) než skupina s interním LoC ($M=52.56 \pm 8.35$). Effect size (Cohenovo d) ukazuje na středně veliký až velký účinek (0.85).

Ve škále QOLIE-89 u proměnné 18 Celkový skór byl nalezen na základě t-Testu signifikantní rozdíl mezi skupinou Pacienti s LoC I a skupinou Pacienti s LoC E dle LoC HS ($p<0.0001$). Skupina s externím LoC dosáhla nižší průměrný skór ($M=44 \pm 11.87$) než skupina s interním LoC ($M=50.81 \pm 11.52$). Effect size (Cohenovo d) ukazuje na střední velikost účinku až vysoký účinek (0.59).

Rozdíly mezi skupinou Pacienti s externím Locus of control a skupinou Pacienti s interním Locus of control byly ve všech kromě jedné proměnné signifikantní. Výjimkou byla proměnná Bolest, kde byl **effect size** malý. Stření effect size lze vysledovat u proměnných QOLIE 1-5, 7-8, 10,16 a 18. Velký effect size patří k proměnné QOLIE 9 a 17.

Tabulka 7: Komparace skupin Pacientů s externím LoC E a pacientů s interním LoC I v proměnných týkajících se hodnocení kvality života; $n=274$

Proměnná	Pacienti s LoC E	Pacienti s LoC I	Test	p	Effect size
	n=82 (30)	n=192 (70)			
	M ± SD n (%)	M ± SD n (%)			
QOLIE 1 vnímání zdraví	40.79 ± 9.62	46.06 ± 11.59	b	0.0003	0.48
QOLIE 2 celková kvalita života	37.12 ± 10.14	42.51 ± 11.69	b	0.0003	0.48
QOLIE 3 fyzická kondice	48.92 ± 8.34	51.43 ± 7.78	b	0.0281	0.32
QOLIE 4 každodenní fyzické činnosti	46.55 ± 10.70	50.76 ± 10.07	b	0.0045	0.41
QOLIE 5 emoční stav	44.62 ± 11.42	51.53 ± 10.09	b	<0.0001	0.66
QOLIE 6 bolest	46.05 ± 11.21	48.63 ± 10.36	b	0.0899	0.24
QOLIE 7 pracovní/sociální zapojení	45.4 ± 9.34	49.98 ± 9.38	b	0.0005	0.49
QOLIE 8 energie/únava	45.64 ± 10.32	51.49 ± 9.80	b	<0.0001	0.59
QOLIE 9 emoční spokojenost	44.24 ± 11.68	51.53 ± 9.92	b	<0.0001	0.70
QOLIE 10 pozornost/koncentrace	45.42 ± 11.02	50.52 ± 10.24	b	0.0008	0.49

Poznámka: n = počet respondentů; M ± SD = průměr ± směrodatná odchylka, p = statistická signifikance; effect size d_{Cohen} 0,2 = malý efekt; effect size 0.5 = středně velký efekt; effect size 0.8 = velký efekt; a = Fischer, b = t-Test, c = Personův Chi-kvadrát, d = Chi-kvadrát; missing data n=1

Tabulka 8: Komparace skupin Pacientů s externím LoC E a Pacientů s interním LoC I v proměnných týkajících se hodnocení kvality života; $n=274$

Proměnná	Pacienti s LoC E	Pacienti s LoC I	Test	p	Effect size
	n=82 (30)	n=192 (70)			
	M ± SD n (%)	M ± SD n (%)			
QOLIE 11 obavy o zdraví	49.07 ± 10.58	53.19 ± 9.73	b	0.0044	0.41
QOLIE 12 obava ze záchvatu	48.99 ± 11.39	52.34 ± 11.02	b	0.0327	0.30
QOLIE 13 paměť	47.71 ± 10.71	52.65 ± 10.10	b	0.0009	0.48
QOLIE 14 řeč	47.52 ± 9.30	52.01 ± 9.15	b	0.0006	0.49
QOLIE 15 účinky léků	47.87 ± 9.47	52.66 ± 9.49	b	0.0003	0.51
QOLIE 16 sociální podpora	46 ± 10.17	49.73 ± 10.01	b	0.0084	0.37
QOLIE 17 sociální izolace	75 ± 46.47	52.56 ± 8.35	b	<0.0001	0.85
QOLIE 18	44 ± 11.87	50.81 ± 11.52	b	<0.0001	0.59

Poznámka: n = počet respondentů; M ± SD = průměr ± směrodatná odchylka, p = statistická signifikance; effect size d_{Cohen} 0,2 = malý efekt; effect size 0.5 = středně velký efekt; effect size 0.8 = velký efekt; a = Fischer, b = t-Test, c = Personův Chí-kvadrát, d = Chí-kvadrát; missing data n=1

Rozdíly v klinických proměnných u skupiny Pacienti s LoC E a u skupiny Pacienti s LoC I ukazuje Tabulka 9. U zkoumaných skupin se vztah mezi žádnými proměnnými na základě testu Personův Chí-kvadrát a Chí-kvadrát testu neukázal jako statisticky významný.

Tabulka 9: Komparace skupin Pacientů s externím LOC a Pacientů s interním LOC I v klinických proměnných; $n=274$

Proměnná	Pacienti s LoC E	Pacienti s LoC I	Test	P
	n=82 (30) M ± SD n (%)	n=192 (70) M ± SD n (%)		
Počet epileptických záchvatů/ měsíc	5.17 ± 12.02	3.64 ± 7.19	d	0.6479
Délka trvání epilepsie	23.23 ± 12.96	19.79 ± 11.36	d	0.0624
Lokalizace epilepsie			c	0.4922
Temporální	63 (76.83)	140 (72.92)		
Extratemporální	19 (23.17)	52 (27.08)		
Temporální epilepsie			c	0.9807
Vpravo	30 (48.39)	68 (48.39)		
Vlevo	32 (51.61)	72 (51.43)		
DDD	2.46 ± 2.01	2.32 ± 2.15	d	0.3835

Poznámka: n = počet respondentů; M ± SD = průměr ± směrodatná odchylka, p = statistická signifikance; a = Fischer, b = t-Test, c = Personův Chí-kvadrát, d = Chí-kvadrát; missing data n=1

Hypotéza 3: Skupina Zdraví s externím LoC a Zdraví s interním LoC se budou lišit v těchto proměnných:

- a) IQ
- b) proměnné religiozity: vyznání ano/ne, víra od dětství/od dospělosti, GLHC-HS, GHLC větší než 6 ano/ne
- c) afektivní proměnné, tj. BDI-II, suicidalita, neuroticismus HS, extraverte/introverte HS, antidepressiva ano/ne

Rozdíly mezi skupinou Zdraví s LoC E a skupinou Zdraví s LoC I ukazuje Tabulka 10. Pomocí testu Personův Chí-kvadrát byl nalezen rozdíl v prevalenci proměnné Vyznání ve skupině Zdravých s LoC E oproti skupině Zdraví s LoC I ($p < 0.0001$). Ve skupině Zdraví s LoC E byla v proměnné Vyznání dosaženo vyšší četnost ($n=18$, 42.86 %) než skupina Zdraví s LoC I ($n=16$, 11.68 %).

Pomocí Chí-kvadrát testu byl prokázán statisticky významný rozdíl v proměnné GLHC HS ($p < 0.0001$). Proměnná GLHC HS byla zjišťována pomocí dotazníku GLHC. Skupina Zdraví s LoC E dosáhla signifikantně vyšší průměrný skóre ($M=13.83 \pm 7.24$) než skupina Zdraví s LoC I ($M=8.72 \pm 5.50$).

Dále byl pomocí testu Personův Chí-kvadrát nalezen rozdíl v četnosti proměnné $GLHC > 6$ ve skupinách Zdraví s LoC E a Zdraví s LoC I ($p < 0.0001$). Proměnná $GLHC > 6$ demonstruje u skupiny Zdraví s LoC E vyšší četnost ($n=28$, 68.29 %) než u skupiny Zdraví s LoC I ($n=42$, 31.34 %).

Tabulka 10: Komparace skupin Zdravých s externím LoC E a Zdravých s interním LoC I; n=179[^]

Proměnná	Zdraví s LoC E	Zdraví s LoC I	Test	P
	n=42	n=137		
	M ± SD n (%)	M ± SD n (%)		
IQ	104.59 ± 9.19	106.47 ± 11.57	b	0.2832
BDI-II	7.20 ± 5.03	7.53 ± 6.71	d	0.6539
Suicidialita	0	8 (5.84)	c	0.2855
Neuroticismus	4.29 ± 2.88	4.64 ± 3.17	d	0.6151
Extraverze	7.39 ± 3.38	6.90 ± 3.71	d	0.4650
Vyznání			c	<0.0001
ano	18 (42.86)	16 (11.68)		
Ne	24 (57.14)	121 (88.32)		
GLHC HS	13.83 ± 7.24	8.72 ± 5.50	d	<0.0001
Víra od			c	0.3087
dětství	14 (73.68)	14 (87.50)		
dospělosti	5 (26.32)	2 (12.50)		
GLHC>6			c	<0.0001
ano	28 (68.29)	42 (31.34)		
Ne	13 (31.71)	92 (68.66)		

Poznámka: n = počet respondentů; M ± SD = průměr ± směrodatná odchylka, p = statistická signifikance; a = Fischer, b = t-Test, c = Personův Chí-kvadrát, d = Chí-kvadrát; ^=missing dat n=3

Hypotéza 4, 5: GLHC HS a LoC HS ve skupině Pacienti koreluje s těmito proměnnými:

- a) IQ
- b) věk, vzdělání
- c) počet záchvatů, délka epilepsie, DDD
- d) deprese BDI-II, neuroticismem, extravertí/introvertí
- e) kvalitou života, tj. všechny škály QOILIE-89

Korelaci God locus of health control HS a Locus of Control s danými proměnnými u skupiny Pacienti ukazuje Tabulka 11.

Ve skupině **Pacienti** na základě Spearmanova korelačního koeficientu ($r=0.03$) vidíme pozitivní, ale nesignifikantní vztah ($p=0.5946$) mezi proměnnou **LoC HS** a proměnnou Věk. Obdobně je tomu u proměnných Počet záchvatů ($r=0.07$; $p=0.2803$) a Doporučená denní dávka ($r=0.04$; $p=0.5095$).

Ve skupině Pacienti na základě Spearmanova korelačního koeficientu ($r=0.17$) vidíme signifikantní vztah ($p=0.0042$) mezi proměnnou LoC HS a proměnnou Vzdělání.

Ve skupině Pacienti na základě Spearmanova korelačního koeficientu ($r=0.21$) vidíme signifikantní vztah ($p=0.0004$) mezi proměnnou LoC HS a proměnnou IQ.

Ve skupině Pacienti na základě Spearmanova korelačního koeficientu ($r=0.30$) vidíme signifikantní vztah ($p<0.0001$) mezi proměnnou LoC HS a proměnnou BDI-II.

Ve skupině Pacienti na základě Spearmanova korelačního koeficientu ($r=0.33$) vidíme signifikantní vztah ($p<0.0001$) mezi proměnnou LoC HS a proměnnou Neuroticismus.

Ve skupině Pacienti na základě Spearmanova korelačního koeficientu ($r=0.19$) vidíme signifikantní vztah ($p=0.0017$) mezi proměnnou LoC HS a proměnnou Extraverze.

Ve skupině **Pacienti** na základě Spearmanova korelačního koeficientu ($r=0.01$) vidíme pozitivní, ale nesignifikantní vztah ($p=0.9199$) mezi proměnnou **GLHC HS** a

proměnnou Věk. Obdobně je tomu u proměnných BDI-II ($r=0.05$; $p=0.4072$), Neuroticismus ($r=0.08$; $p=0.1793$) a Doporučená denní dávka ($r=0.01$; $p=0.8588$).

Ve skupině Pacienti na základě Spearmanova korelačního koeficientu ($r=-0.19$) vidíme signifikantní vztah ($p=0.0017$) mezi proměnnou GLHC HS a proměnnou Vzdělání.

Ve skupině Pacienti na základě Spearmanova korelačního koeficientu ($r=0.14$) vidíme signifikantní vztah ($p=0.0274$) mezi proměnnou GLHC HS a proměnnou Počet záchvatů.

Ve skupině Pacienti na základě Spearmanova korelačního koeficientu ($r=-0.17$) vidíme signifikantní vztah ($p=0.0061$) mezi proměnnou GLHC HS a proměnnou IQ.

Ve skupině Pacienti na základě Spearmanova korelačního koeficientu ($r=-0.17$) vidíme signifikantní vztah ($p=0.0066$) mezi proměnnou LoC HS a proměnnou Extraverze.

Hypotéza 6, 7: GLHC HS a LOC HS ve skupině Zdraví koreluje s těmito proměnnými:

- a) věk
- b) vzdělání
- c) IQ
- d) BDI-II
- e) neuroticismus
- f) extraverte/ intraverze

Korelaci GLHC HS a LoC s danými proměnnými u skupiny Zdraví ukazuje Tabulka 11.

Ve skupině **Zdraví** na základě Spearmanova korelačního koeficientu se neukázal signifikantní vztah mezi proměnnou **LoC HS** a danými proměnnými, tj. Věk, Vzdělání, IQ, BDI-II, Neuroticismus ani Extraverzí/ Introverzí.

Ve skupině **Zdraví** na základě Spearmanova korelačního koeficientu se neukázal signifikantní vztah mezi proměnnou **GLHC HS** a danými proměnnými, tj. Věk, Vzdělání, IQ, BDI-II, Neuroticismus ani Extraverzí/ Introverzí.

Tabulka 11: Korelace LoC HS a GLHC HS u skupiny Pacienti a Zdraví s danými proměnnými; $n=457$

Proměnná	LoC HS Pacienti n=275		LoC HS Zdraví n=182		GLHC HS Pacienti n=275		GLHC HS Zdraví n=182	
	R	p	r	p	r	p	r	P
Věk	0.03	0.5946	0.13	0.0930	0.01	0.9199	0.10	0.1696
Vzdělání	0.17	0.0042	-0.01	0.9838	-0.19	0.0017	0.05	0.5409
Počet záchvatů	0.07	0.2803	-	-	0.14	0.0274	-	-
DDD	0.04	0.5095	-	-	0.01	0.8588	-	-
IQ	0.21	0.0004	-0.09	0.2170	-0.17	0.0061	-0.09	0.2170
BDI-II	0.30	<0.0001	0.04	0.5562	0.05	0.4072	0.0533	0.4835
Neuroticismus	0.33	<0.0001	0.07	0.3388	0.08	0.1793	0.0272	0.7222
Extraverze	0.19	0.0017	-0.06	0.4181	-0.17	0.0066	0.02	0.8212

Poznámka: HS = Hrubý skór; r = Spearman; P = statistická signifikance; hodnoty tučně = p statisticky signifikantní na hladině $p < 0$

Korelaci proměnné **GLHC HS** a proměnné **LoC HS** u skupiny **Pacienti** ukazuje Tabulka 12.

Ve skupině **Pacienti** lze vidět vysoce signifikantní vztah ($p=0.5946$) mezi proměnnou **LoC HS** a všemi proměnnými QOLIE-89 kromě škály QOLIE 6 Bolest. U proměnné Bolest byl vztah pozitivní, ale ne signifikantní.

Ve skupině **Pacienti** byl vztah proměnné **GLHC HS** s proměnnou QOLIE-89 ve škále QOLIE 1, 3, 6, 7,10, 11, 15, 16 signifikantní. Se zbývajícimi proměnnými nebyl vztah signifikantní, ale přesto pozitivní.

Tabulka 12: Korelace LoC HS a GLHC u skupiny Pacienti s proměnnými QOLIE-89; $n=275$

Proměnná	LoC HS Pacienti n = 275		GLHC HS Pacienti n = 275	
	r	p	r	P
QOLIE 1 vnímání zdraví	-0.20	0.0012	-0.16	0.0120
QOLIE 2 celková kvalita života	-0.18	0.0051	0.02	0.7854
QOLIE 3 fyzická kondice	-0.16	0.0096	-0.13	0.0372
QOLIE 4 každodenní fyzické činnosti	-0.20	0.0014	-0.11	0.0818
QOLIE 5 emoční stav	-0.27	<0.0001	-0.11	0.0797
QOLIE 6 bolest	-0.09	0.1346	-0.15	0.0203
QOLIE 7 pracovní/sociální zapojení	-0.22	0.0004	-0.13	0.0339
QOLIE 8 energie/únava	-0.26	<0.0001	-0,08	0.2028
QOLIE 9 emoční spokojenost	-0.27	<0.0001	-0.07	0.2557
QOLIE 10 pozornost/koncentrace	-0.20	0.0014	-0.12	0.0491
QOLIE 11 obavy o zdraví	-0.25	<0.0001	0.13	0.0306
QOLIE 12 obava ze záchvatu	-0.16	0.0102	-0.04	0.4338
QOLIE 13 paměť	-0.20	0.0004	0.02	0.7281
QOLIE 14 řeč	-0.24	0.0001	-0.11	0.0773
QOLIE 15 účinky léků	-0.21	0.0006	-0.14	0.0305
QOLIE 16 sociální podpora	-0.15	0.0155	-0.15	0.0186
QOLIE 17 sociální izolace	-0.27	<0.0001	-0.06	0.3494
QOLIE 18	-0.25	<0.0001	-0.12	0.0501

Poznámka: HS = Hrubý skór; r = Spearman; P = statistická signifikance; hodnoty tučně = p statisticky signifikantní na hladině $p < 0$

Tabulka 13: *Cronbachova α*

Po vyřazení položky	A
GLHC HS 1	0.97
GLHC HS 2	0.97
GLHC HS 3	0.96
GLHC HS 4	0.96
GLHC HS 5	0.96
GLHC HS 6	0.96

Tabulka číslo 13 ukazuje, že po vyřazení žádné z položek by se Cronbachova α nezměnila. Všechny položky korelují s hrubým skórem. Byla tak dokázána konzistence, že všechny otázky české verze GLHC dotazníku se dotazují na stejnou látku.

Ukazuje se tedy, že u překladu dotazníku do češtiny zůstaly zachovány psychometrické vlastnosti na vysoce průkazné úrovni.

Tabulka 14: *Korelace hrubého skóru s danými položkami*

Hrubý skór	Položka	R	Konfidenční interval spodní 95 %	Konfidenční interval horní 95 %	P
GLHC HS	GLHC HS 1	0.92	0.90	0.93	<0.0001
GLHC HS	GLHC HS 2	0.92	0.89	0.92	<0.0001
GLHC HS	GLHC HS 3	0.94	0.94	0.96	<0.0001
GLHC HS	GLHC HS 4	0.93	0.92	0.94	<0.0001
GLHC HS	GLHC HS 5	0.95	0.94	0.96	<0.0001
GLHC HS	GLHC HS 6	0.93	0.92	0.94	<0.0001

Tabulka 14 ukazuje, že hrubý skór použité metody koreluje s každou položkou vysoce a signifikantně. Česká verze dotazníku má tedy velmi dobrou variabilitu. Představuje tedy užitečnou metodu pro ošetřovatelství, a to i v českém prostředí, díky české verzi.

Hypotéza 8: Locus of control HS ve skupině Pacienti predikují tyto proměnné:

- a) sociodemografické proměnné, tj. pohlaví, věk, vzdělání, práce ano/ne, IQ,
- b) afektivní proměnné, tj. BDI-II, suicidalita, neuroticismus HS, extraverze/introverze, antidepressiva ano/ne
- c) proměnné religiozity, tj. vyznání ano/ne, jaké vyznání, víra od dětství/od dospělosti, GLHC HS, GHLC větší než 6 ano/ne
- d) klinické faktory epilepsie, tj. (počet záchvatů za měsíc, délka trvání epilepsie, typ záchvatu, temporální/ extratemporální, temporální vlevo/vpravo, bez AED, monoterapie, polyterapie, DDD, typ AED
- e) typ AED
- f) kvalita života, tj. všechny škály QOILIE-89

Predikci proměnné Locus of control HS ve skupině Pacienti sociodemografickými proměnnými a proměnnou IQ, ukazuje Tabulka 15. K predikci vlivu byla použita Stepwise mnohočetná lineární regrese.

Na základě mnohočetné lineární regrese proměnné IQ bylo zjištěno, že variabilita proměnné Locus of control HS ve skupině Pacienti může být vysvětlena z 5,32 % signifikantní proměnnou IQ ($R^2=0.0532$).

Tabulka 15: *Stepwise lineární regrese predikce Mean skóru Locus of control ve skupině Pacienti prostřednictvím sociodemografických proměnných a proměnnou IQ; n=275*

Nezávisle proměnná	β	nDF	SS	F-ratio	P	R ²
Intercept	76.47	1	0	0.00	1	
Pohlaví (Ž/M)	0	1	334.20	0.55	0.45798	
Věk	0	1	337.89	0.56	0.45551	
Vzdělání	0	1	496.41	0.82	0.3656	
Pracuje (Ano/Ne)	0	1	4.48	0.01	0.93152	
IQ	-0.4078	1	9160.80	15.17	0.00012	0.0532

Poznámka: β = koeficient beta; nDF = number of degrees of freedom; SS = sum of squares; R² = R Square. HS= Hrubý skór; r=Spearman; P=statistická signifikance; hodnoty tučně=p statisticky signifikantní na hladině $p < 0$

Predikci proměnné Locus of control HS ve skupině Pacienti afektivními proměnnými ukazuje Tabulka 16. K predikci vlivu byla použita Stepwise mnohočetná lineární regrese.

Jako signifikantně významná byla z afektivních proměnných na základě Stepwise lineární regrese vybrána proměnná Neuroticismus HS (R²=0.1105), která může ve skupině Pacienti vysvětlit 11.05 % variability proměnné Locus of control HS.

Dále byla jako signifikantně významná na základě Stepwise lineární regrese z afektivních proměnných vybrána proměnná Extraverze HS (R²=0.1273), která může ve skupině Pacienti vysvětlit 12.73 % variability proměnné Locus of control HS.

Tabulka 16: *Stepwise lineární regrese predikce Mean skóru Locus of control ve skupině Pacienti prostřednictvím afektivních proměnných; n=275*

Nezávisle proměnná	β	nDF	SS	F-ratio	P	R ²
Intercept	31.31	1	0	0.00	1	
BDI-II	0	1	1359.75	2.415	0.12135	
Suicidialita	0	1	0.65	0.001	0.97311	
Neuroticismus HS	2.17	1	15907.49	28.107	2.43e-7	0.1105
Extraverze/Introverze	-0.97	1	2866.60	5.065	0.02524	0.1273
Antidepresiva Ano	0	1	1373.35	2.44	0.1195	

Poznámka: β = koeficient beta; nDF = number of degrees of freedom; SS = sum of squares; R² = RSquare.HS= Hrubý skór; r=Spearman; P=statistická signifikance; hodnoty tučně=p statisticky signifikantní na hladině $p < 0$

Predikci proměnné Locus of control HS ve skupině Pacienti proměnnými Religiozity ukazuje Tabulka 17. K predikci vlivu byla použita Stepwise mnohočetná lineární regrese.

Jako signifikantně významná byla z proměnných Religiozity na základě Stepwise lineární regrese vybrána proměnná GLHC>6 ($R^2=0.0772$), která může ve skupině Pacienti vysvětlit 7.72 % variability proměnné Locus of control HS.

Tabulka 17: Stepwise lineární regrese predikce Mean skóru Locus of control ve skupině Pacienti prostřednictvím proměnných religiozity; $n=275$

Nezávisle proměnná	β	nDF	SS	F-ratio	P	R^2
Intercept	42.86					
Vyznání (Ano/Ne)	0	1	1013.84	1.73	0.18953	
GLHC HS	0	1	1421.145	2.431	0.12011	
GLHC>6 (Ano/Ne)	-8.86	1	13429.99	22.855	2.86e-6	0.0772

Poznámka: β = koeficient beta; nDF = number of degrees of freedom; SS = sum of squares; R^2 = RSquare.HS= Hrubý skór; r =Spearman; P =statistická signifikance; hodnoty tučně= p statisticky signifikantní na hladině $p<0$

Predikci proměnné Locus of control HS ve skupině Pacienti proměnnými Klinické faktory epilepsie ukazuje Tabulka 18. K predikci vlivu byla použita Stepwise mnohočetná lineární regrese.

Jako signifikantně významné nebyly na základě Stepwise lineární regrese vybrány žádné proměnné Klinické faktory epilepsie, které by mohly ve skupině Pacienti vysvětlit variabilitu proměnné Locus of control HS.

Tabulka 18: *Stepwise lineární regrese predikce Mean skóru Locus of control u skupiny Pacienti prostřednictvím proměnných Klinické faktory epilepsie; n=275*

Nezávisle proměnná	β	nDF	SS	F-ratio	P	R ²
Intercept	36.92					
Počet záchvatů/ měsíc	0	1	1051.71	1.71	0.19235	
Délka trvání epilepsie	0	1	30.27	0.05	0.82524	
Epilepsie Temporální/ Extratemporální	0	1	273.98	0.44	0.51	
Bez AED	0	1	602.20	0.98	0.32424	

Poznámka: β = koeficient beta; nDF = number of degrees of freedom; SS = sum of squares; R² = RSquare.HS= Hrubý skór; r=Spearman; P=statistická signifikance; hodnoty tučně=p statisticky signifikantní na hladině $p < 0$

Predikci proměnné Locus of control HS ve skupině Pacienti proměnnými QOLIE-89 ukazuje Tabulka 19. K predikci vlivu byla použita Stepwise mnohočetná lineární regrese.

Jako signifikantně významná byla z proměnných QOLIE-89 na základě Stepwise lineární regrese vybrána škála QOLIE 9 Emoční spokojenost ($R^2=0.1049$), která může ve skupině Pacienti vysvětlit 10.49 % variability proměnné Locus of control HS.

Dále byla jako signifikantně významná z proměnných QOLIE-89 na základě Stepwise lineární regrese vybrána škála QOLIE 17 Sociální izolace ($R^2=0.813$), která může ve skupině Pacienti vysvětlit 0.13 % variability proměnné Locus of control HS.

Tabulka 19: Stepwise lineární regrese predikce Mean skóru Locus of control ve skupině Pacienti prostřednictvím proměnných QOLIE-89; n=275

Nezávisle proměnná	β	nDF	SS	F-ratio	P	R ²
Intercept	82.79	1	0	0.00	1	
QOLIE 1 vnímání zdraví	0	1	257.58	0.45	0.50162	
QOLIE 2 celková kvalita života	0	1	36.38	0.06	0.8007	
QOLIE 3 fyzická kondice	0	1	281.22	0.49	0.4826	
QOLIE 4 každodenní fyzické činnosti	0	1	11.65	0.02	0.88641	
QOLIE 5 emoční stav	0	1	718.01	1.27	0.26153	
QOLIE 6 bolest	0	1	1194.85	2.12	0.14716	
QOLIE 7 pracovní/sociální zapojení	0	1	17.13	0.03	0.86	
QOLIE 8 energie/únava	0	1	238.89	0.42	0.52	
QOLIE 9 emoční spokojenost	-0.45	1	3709.84	6.54	0.01117	0.1049
QOLIE 10 pozornost/koncentrace	0	1	38.44	0.07	0.79527	
QOLIE 11 obavy o zdraví	0	1	167.00	0.29	0.59	
QOLIE 12 obava ze záchvatu	0	1	21.73	0.04	0.85	
QOLIE 13 paměť	0	1	95.37	0.17	0.68272	
QOLIE 14 řeč	0	1	261.30	0.46	0.49854	
QOLIE 15 účinky léků	0	1	926.70	1.64	0.20194	
QOLIE 16 sociální podpora	0	1	497.35	0.88	0.35025	
QOLIE 17 sociální izolace	-0.44	1	2663.99	4.69	0.03	0.0813
QOLIE 18	0	1	32.14	0.06	0.81245	

Poznámka: β = koeficient beta; nDF = number of degrees of freedom; SS = sum of squares; R² = R Square; HS = Hrubý skór; r = Spearman; P = statistická signifikance; hodnoty tučně=p statisticky signifikantní na hladině p<0

Výsledný model stepwise lineární regrese predikce Mean skóru ukazuje Tabulka 20. Zařazením výše uvedených signifikantních proměnných do celkového modelu mohou tyto signifikantní proměnné (Neuroticismus HS, GLHC>6) vysvětlit 21.44 % variability Locus of control ($R^2=0.2144$).

Zvýšení škály Neuroticismus N (EPQ R S) HS o jeden bod zvýší Locus of control HS o 1,50 cm. Pokud má pacient GLHC>6, Locus of control HC se zvýší o 8,01 cm.

Ostatní proměnné jsou ve výsledném modelu nesignifikantní, ale mohou vysvětlit, že pokud se zvýší IQ o jeden bod, sníží se Locus of control o 1.17 cm. Pokud se zvýší škála Extraverze E /EPQ R S HS o jeden bod, sníží se Locus of control o 0,63 cm. Zvýšení škály QOLIE 9 Emoční pohoda vede ke zvýšení škály VAS Locus of control o 0.01 cm. Dále pak zvýšení škály QOLIE 17 Sociální izolace vede ke snížení Locus of control VAS HS o 0,31 cm.

Tabulka 20: *Výsledný model stepwise lineární regrese predikce Mean skóru*

Závisle proměnná	Nezávisle proměnná	β	t-ratio	p	R²
LoC HS	Intercept	69.8331	4.34	<0.0001	0.2144
	IQ	-0.1764	-1.62	0.1070	
	Neuroticismus	1.5034	2.53	0.0119	
	Extraverze	-0.6327	-1.47	0.1430	
	GLHC>6	8.0140	-4.32	<0.0001	
	QOLIE 9 Emoční pohoda	0.0135	0.07	0.9482	
	QOLIE 17 Sociální izolace	0.3110	-1.59	0.1123	

Poznámka: p statisticky signifikantní na hladině významnosti $p < 0.05$; β = koeficient beta; R^2 = RSquare.

Hypotézy 9-12 nebyly s ohledem na přiměřený rozsah a rámec bakalářské práce v předkládané práci zpracovány. Představují potenciál pro další bádání.

3.5 DISKUSE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Tématem překládané bakalářské práce byl vliv religiozity na kvalitu života pacientů s epilepsií. Výzkumný soubor tvořil 275 pacientů s epilepsií vyšetřených v rámci neuropsychologického Centra pro léčbu epilepsie Neurologické kliniky 2. LF a FN Motol. Srovnávací soubor představovala skupina 182 zdravých respondentů. Respondenti byli dotazováni pomocí dotazníků WAIS – III, EPQ R short version, BDI-II, VAS zjišťující míru vlivu LoC ve vztahu k epilepsii, QOLIE – 89 (verze 1.0) a GLHC. K určování rozdílů mezi skupinami byly použity t-test a Mann-Whitney test. Kontingenční tabulky posloužily pro diskrétní veličiny. Vztah mezi proměnnými prokazoval Spearmanův korelační koeficient a mnohočetná lineární regrese. Výzkum byl schválen Etickou komisí Fakultní nemocnice Motol.

Následuje shrnutí hlavních zjištění této studie. Uvádím také změny oproti původnímu návrhu výzkumných hypotéz a daných proměnných. Dovoluji si v této kapitole uvést i své výhrady k českému znění dotazníku GLHC. V neposlední řadě odkazují na vybrané zahraniční studie, které se zabývaly problematikou religiozity a kvality života u pacientů, převážně s epilepsií. Jejich širší přehled nabízí kapitola 2.6 *Přehled dříve realizovaných studií*.

Předkládaná studie došla při komparaci daných skupin respondentů k následujícím závěrům. Bylo zjištěno, že skupina **pacienti se od kontrolní skupiny zdraví** signifikantně lišila v proměnných IQ, Vzdělání, Zaměstnán, Socioekonomický status, Suicidialita, Neuroticismus, LoC HS, GLHC HS, GLHC>6 a Víra od dětství/dospělosti. Dále bylo zjištěno, že skupina **pacienti s LoC E se signifikantně lišili od pacientů s LoC I** v proměnných IQ, BDI-II, Neuroticismus, Extraverze, Vyznání, GLHC>6 a ve všech škálách QOLIE-89 s výjimkou proměnné QOLIE 6: Bolest. Effect size byl u všech škál QOLIE-89 kromě škály 6: Bolest střední až velký. U skupiny **zdraví s LoC E a skupiny zdraví s LoC I** byly zjištěny signifikantní rozdíly v proměnných Vyznání, GLHC HS a GLHC>6.

Studie přinesla následující zjištění o korelaci daných proměnných ve zkoumaných skupinách respondentů. **Locus of Control** ve skupině pacienti koreluje s proměnou IQ, Věk, Vzdělání, BDI-II, Neuroticismus, Extraverze. Dále bylo zjištěno, že ve skupině pacienti existuje korelace **GLHC HS** s proměnnou IQ, Vzdělání, Počet záchvatů a Extraverze.

Ve skupině pacienti byl zjištěn vysoce signifikantní vztah mezi proměnnou **LoC HS** a všemi proměnnými QOLIE-89 kromě škály QOLIE 6 Bolest. U proměnné Bolest byl vztah pozitivní, ale ne signifikantní. Ve skupině pacienti byl vztah proměnné **GLHC HS** s proměnnou QOLIE-89 ve škále QOLIE 1, 3, 6, 7,10, 11, 15, 16 signifikantní. Se zbývajícimi proměnnými nebyl vztah signifikantní, ale přesto pozitivní.

Výsledný model stepwise lineární regrese predikce Mean skóru ukazuje, že zařazením proměnných Neuroticismus HS a $GLHC > 6$ do celkového modelu mohou tyto signifikantní proměnné vysvětlit 21.44 % variability Locus of control ($R^2=0.2144$). Zvýšení škály Neuroticismus N (EPQ R S) HS o jeden bod zvýší Locus of control HS o 1,50 cm. Pokud má pacient $GLHC > 6$, Locus of control HC se zvýší o 8,01 cm.

Dále bylo zjištěno, že variabilita proměnné LoC HS ve skupině pacienti může být vysvětlena z 5,32 % proměnnou IQ. Neuroticismus HS může ve skupině pacienti vysvětlit 11.05 % variability proměnné LoC HS. Extraverze HS může ve skupině pacienti vysvětlit 12.73 % variability proměnné LoC HS. Proměnná $GLHC > 6$ může ve skupině pacienti vysvětlit 7.72 % variability proměnné LoC HS. Proměnná QOLIE 9 Emoční spokojenost může ve skupině pacienti vysvětlit 10.49 % variability proměnné Locus of control HS. Škála QOLIE 17 Sociální izolace může ve skupině pacienti vysvětlit 0.13 % variability proměnné Locus of control HS.

Ostatní proměnné jsou ve výsledném modelu nesignifikantní, ale mohou vysvětlit, že pokud se zvýší IQ o jeden bod, sníží se Locus of control o 1.17 cm. Pokud se zvýší škála Extraverze E /EPQ R S HS o jeden bod, sníží se Locus of control o 0,63 cm. Zvýšení škály QOLIE 9 Emoční pohoda vede ke zvýšení škály VAS Locus of control o 0.01 cm. Dále pak zvýšení škály QOLIE 17 Sociální izolace vede ke snížení Locus of control VAS HS o 0,31 cm.

Hypotézy 9-12 nebyly ve studii zpracovány s ohledem na optimální rozsah a rámec bakalářské práce. Představují potenciál pro další bádání.

Některé **proměnné nebyly oproti původním hypotézám předmětem výzkumu** (Počet záchvatů za měsíc, Délka trvání epilepsie, Typ záchvatu, Monoterapie,

Polyterapie). Důvodem bylo zúžit výzkumné pole, ale také částečně chybějící, nepřesně zapsaná data u výzkumných souborů. Výsledkem by tak nebyl směrodatný.

Předkládaná studie ukázala, že u **české verze dotazníku GLHC** po vyřazení žádných z položek by se Cronbachova α nezměnila. Všechny položky korelují s hrubým skórem. Byla tak dokázána konzistence, že všechny otázky české verze GLHC dotazníku se dotazují na stejnou látku. Ukazuje se tedy, že u překladu dotazníku do češtiny zůstaly zachovány psychometrické vlastnosti na vysoce průkazné úrovni. Hrubý skóre použité metody koreluje s každou položkou vysoce a signifikantně. Česká verze dotazníku má tedy velmi dobrou variabilitu. Představuje tedy užitečnou metodu pro ošetřovatelství i v České republice.

Tato studie zčásti potvrdila výsledky některých dříve realizovaných výzkumů. Česká republika je ale ve srovnání s dalšími státy více sekulární a dovolují si polemizovat s tím, zda je žádoucí v tomto kulturním prostředí používat dotazník GLHC v původním formátu. Domnívám se, že optimální by bylo při překladu z původní anglické verze zohlednit i související náboženské a kulturní zvyklosti. V převážně ateistické zemi jako je Česká republika není zvykem svoje náboženské postoje pojmenovávat prohlášením typu: „Bůh ovládá moji epilepsii.“ nebo „Cokoliv se stane s mou epilepsií, je vůle Boží.“³ U těchto formulací si dovolím předpokládat, že s nimi nemusí souhlasit ani respondenti, kteří jsou věřící a přikládají Boží vůli, případně jiné duchovní síle, ve vztahu ke svému zdravotnímu stavu jistou důležitost.

Vytvoření proměnné GLHC>6 odráží skutečnost, že respondenti v této studii celkově v dotazníku GLHC dosahovali nízkého skóre. Pro více vypovídající interpretaci výsledků bych považovala za užitečné, pokud by tvrzení v GLHC dotazníku byla zvolena tak, aby se dalo předpokládat, že respondenti mohou dosahovat skóre ve větší variabilitě. Stávající formulace podle mého názoru vysvětluje, proč respondenti v České republice dosahují v dotazníku GLHC nižšího skóre, než je tomu u respondentů v zahraničních studiích. Zahraniční výzkumy ukazují GLHC skóre více polarizovaný. (Srov. Wallston et al., 1999, s. 131-142.; (Asadi-Pooya et al., 2007, s. 347-350))

³ viz Příloha č. 2: Česká verze dotazníku God Locus of Health Control (GLHC) Scale

3.6 IMPLIKACE PRO OŠETŘOVATELSTVÍ

Pro kvalitní ošetrovatelskou praxi je samozřejmostí brát pacientovy potřeby vážně a zohledňovat i jeho religiozitu. Přístup k pacientovi by měl reflektovat jeho postoj, včetně náboženské složky.

Úkolem sestry je mimo jiné podporovat pacienta v jeho strategiích, které jemu konkrétně fungují a přinášejí mu vyšší kvalitu života, zejména v zdravotním aspektu. Víra v Boha nebo v jinou duchovní sílu může pacientům přinášet klid, pocit důvěry, sounáležitosti a sestra má vyjadřovat hluboký respekt k náboženskému přesvědčení každého jednotlivého pacienta. Na druhé straně zejména v otázkách zdraví je důležité pacienta podporovat v tom, že velká část zodpovědnosti leží na něm samotném a může – někdy snadno, někdy s většími obtížemi – přispět ke zlepšování zdravotního stavu nebo zabránit jeho zhoršování.

Z provedeného výzkumu vyplývají následující konkrétní závěry pro každodenní ošetrovatelskou praxi:

- 1) Proměnná **Suicidialita** zjišťovaná na základě BDI-II otázkou 9 se u respondentů z řad pacientů ukazuje signifikantně vyšší oproti sebevražedných tendencí u skupiny Zdraví. Pro ošetrovatelskou praxi je důležité tuto skutečnost nepodceňovat a sestry proškolovat, jak s takovým pacientem jednat a kam ho odkázat pro další krizovou pomoc.
- 2) Proměnná **Locus of control** je u skupiny pacientů trpících epilepsií signifikantně vyšší oproti hodnotě u srovnávací skupiny Zdraví. Pacienti mají tendenci méně se podílet na rozhodování, kontrole a celkově cítit zodpovědnost za svůj zdravotní stav. Tuto skutečnost lze vysvětlit tak, že pacienti už vyčerpali své tzv. copingové strategie. Můžeme se domnívat, že Pacienti už nevěří, že mohou nějak ovlivnit svoje onemocnění a svoji kvalitu života, spoléhají tedy na externí Locus of control. Zde je prostor pro intervenci ze strany sester. Rozhovor s pacientem může pomoci najít znovu sílu pečovat o svoje zdraví a znovuobjevit důvěru v sebe sama. Sestra může citlivým způsobem podporovat v dovednosti znovu a ve větší míře využívat pacientovi copingové každodenní strategie.
- 3) V proměnné **Víra od dětství/dospělosti** byly zjištěny signifikantní rozdíly mezi skupinou zdraví a skupinou pacienti. U pacientů trpících epilepsií bylo ve výrazně

vyšší míře zastoupení těch, kteří uvěřili v dospělosti oproti těm, kdo byli věřící u od dětství. Nabízí se interpretace, že právě onemocnění vede respondenty k tomu hledat víru. Může je to vytrhnout z opuštěnosti, dávat jim to vysvětlení smyslu jejich existence, snad i vysvětlení nemoci samotné. Pro ošetřující sestry je důležité přistupovat k této skutečnosti s respektem. Pokud je to možné, případně nabízet spolupracujícího kaplana, duchovního.

- 4) Pacienti s externím Locus of control mají větší sklon k **Depresi** a častější tendence k **Suicidalitě** než pacienti s interním Locus of control. U skupiny pacienti s LoC E výzkum ukazuje také vyšší skóre při testování Neuroticismu. Naproti tomu extraverteze je nižší u skupiny pacientů s externím Locus of control, projevují se tedy u nich častěji introvertní charakterové rysy. Pro neurologickou ošetrovatelskou praxi to znamená, že třeba brát ohled na pacientův psychický stav a nepodceňovat jeho křehkost.
- 5) U proměnná **Vyznání** byla zjištěna vyšší četnost u skupiny pacienti s externím Locus of control než u skupiny pacienti s interním Locus of control. Také u proměnné **GLHC>6** byla zjištěna vyšší četnost u Pacientů s externím Locus of control než u pacientů s interním Locus of control. Tento výsledek bylo možné předpokládat vzhledem k tomu, že proměnné LoC E a GLHC>6, tj. vyšší skóre v dotazníku God locus of health control, obojí odpovídá vyšší religiozitě. Pro ošetrovatelskou praxi je důležitý i tento závěr, a to proto aby byla pacientům nabízena i duchovní podpora.
- 6) U proměnné **Vnímání zdraví** bylo zjištěno, že pacienti s LoC I oproti skupině pacienti s LoC E vnímají svoje zdraví jako kvalitnější a **Celkovou kvalitu života** hodnotí jako vyšší. Lze předpokládat, že zde hraje roli skutečnost, že si skupina pacienti s LoC I více než skupina Pacienti s LoC E uvědomuje vlastní zodpovědnost a vyvíjejí tímto směrem více úsilí.
- 7) Proměnné **Fyzická kondice** a **Zvládání každodenních činností** vykazovaly vyšší skóre zvládání každodenních činností snazší pro pacienty s LoC I než pro pacienty s LoC E. Opět lze tento výsledek dát do souvislosti s větší aktivitou skupiny pacienti s LoC I.

- 8) Proměnné **Emoční stav** a **Emoční spokojenost** vykazovaly vyšší skóre u skupiny pacienti s LoC I než u skupiny pacienti s LoC E. Lze se domnívat, že pacienti s LoC I svým aktivním přístupem k životu získávají i větší psychickou stabilitu.
- 9) U proměnné **Energie/ únava** pociťují pacienti s LoC I více energie, síly než pacienti s LoC E. Také u proměnné **Koncentrace/ pozornost** vykazuj skupina pacienti s LoC I vyšší skóre, tj. vyšší koncentraci než skupina pacientů s externím LoC.
- 10) U proměnných **Obavy o zdraví** a **Obavy z epileptických záchvatů** byl zjištěn vyšší skóre u skupiny pacienti s LoC I než u skupiny pacienti s LoC E. Toto zjištění koresponduje s tím, že Pacienti s LOC I zpravidla cítí větší zodpovědnost za svůj zdravotní stav, věří, že jej mají alespoň částečně ve svých rukou.
- 11) U proměnné **Paměť a řeč** byl u pacientů s LoC I zjištěn vyšší průměrný skóre, byla tedy hodnocena jako kvalitnější, než u pacientů s LoC E. Opět lze tento výsledek dát do souvislosti s domněnkou, že pacienti s LoC I zpravidla více dbají na trénink paměti a udržení si svých rétorických dovedností.
- 12) U skupiny pacienti s interním LoC byl zjištěn vyšší skóre u proměnných **Sociální podpora** a **Pracovní/ sociální zapojení**, naopak nižší skóre u proměnné **Sociální izolace** než skupina pacienti s LoC E. Skupina pacienti s LoC I pociťovala silnější Sociální podporu a méně zažívala pocit Sociální izolace než skupina pacienti s LoC E. V této souvislosti se lze domnívat, že aktivní přístup skupiny pacienti s LoC I se projevuje i v této oblasti, tedy v budování a udržování kvalitních sociálních vazeb.
- 13) U proměnné **Účinky léků** byl zjištěn vyšší průměrný skóre u skupiny pacienti s LoC I než u skupiny pacienti s LoC E. Jinými slovy: léky hodnotili Pacienti s LoC I jako účinnější než pacienti s LoC E. Nabízí se domněnka, že tato skutečnost zrcadlí jejich postoj, kdy věří, že mohou ovlivnit kvalitu svého zdraví. Toto vnitřní nastavení dává pacientům s interním Locus of control větší víru i v medikaci, pro kterou se sami rozhodli.

ZÁVĚR

Téma religiozity pacientů s epilepsií a jak ho zohlednit v ošetrovatelské péči považuji za zajímavé. Zpracování předkládané bakalářské práci mě přivedlo k tomu se o tématu dozvědět víc.

Tato problematika zůstává nevyčerpaná, nabízí se využít výzkumná data i pro případné navazující magisterské studium ošetrovatelství. Osobně považuji za přínosné navázat také kvalitativním výzkumem, kdy by rozhovory s respondenty mohly přinést hlubší vysvětlení pro závěry z tohoto kvantitativního výzkumu.

Jsem ráda za možnost se do studie zapojit. Lituji, že interpretacím a návrhům, jak výstupy implikovat v ošetrovatelství není v předkládané práci věnováno více prostoru. Pokud bych měla práci dimenzovat znovu, kladla bych větší důraz právě na tuto oblast.

Jsem si vědoma disproporce v rozsahu teoretické a empirické části. I po vyřazení části původně stanovených výzkumných hypotéz je podle mého názoru celkový rámec práce širší, než je u bakalářské práce optimální. Rozhodnutí zestručnit teoretickou část bylo učiněno právě s ohledem na přiměřený celkový rozsah práce.

České prostředí je ve srovnání s dalšími státy výrazně sekulární. Dovolím si tvrdit, že předkládaná práce zpracovává ošetrovatelské téma v českém, převážně ateistickém, prostředí okrajové a opomíjené. Snad alespoň některé závěry této bakalářské práce přispějí ke kvalitní ošetrovatelské praxi.

REFERENČNÍ SEZNAM

- ASADI-POOYA, Ali a; Schilling, Courtney a.; Glosser, David; Tracy, Joseph I.; Sperling, Michael R. Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression and seizure control. *Epilepsy and Behavior* [online]. 2017, 11(3), 347-350. [cit. 2020-03-30] DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2007.06.008> Dostupné z: [https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050\(07\)00225-9/abstract](https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050(07)00225-9/abstract)
- BOUMAN, Daniel. *The neurobiological basis of hyper-religiosity*. Department Psychology and Health Section Cognitive Neuroscience, Tilburg University [online]. 2011, 33 s. [cit. 2020-03-30] Dostupné z: <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=114836>
- BUŠEK, Petr. Epilepsie. *Medicína pro praxi* [online]. 2013, 10 (3): 111–114, [cit. 2020-03-30]. ISSN 803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/03/06.pdf>
- Defined Daily Dose (DDD). *World Health Organisation* [online]. 2020 [cit. 2020-03-30] Dostupné z: <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/about-ddd>
- Definition of Epilepsy 2014*. [online] 2014 [cit. 2020-03-30] Dostupné z: <https://www.ilae.org/guidelines/definition-and-classification/definition-of-epilepsy-2014>
- DEVINSKY, Orrin; Lai, George. Spirituality and religion in epilepsy. *Epilepsy and Behavior* [online]. 2008, 12 (4)., 636-643. [cit. 2020-03-30] DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2007.11.011> Dostupné z: [https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050\(07\)00436-2/fulltext](https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050(07)00436-2/fulltext)
- DRAGOMIRECKÁ, Eva; BARTOŇOVÁ, Jitka. WHOQOL-BREF. WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 1. vyd. 88 s. ISBN 80-85121-82-4.
- DUCHOŇ, Jan. *Kvalita života pacientů s epilepsií*. [online]. Praha, 2021 [cit. 2020-03-30]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta. PhDr. Alena Javůrková, PhD. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/126122>

FILGELKURTS, Alexander A.; FINGELKURTS, Andrew A. Is our brain hardwired to produce God, or is our brain hardwired to perceive God? A systematic review on the role of the brain in mediating religious experience. *Cognitive Processing* [online]. 2009, 10(4.), 293-326 [cit. 2020-03-30]. DOI: 10.1007/s10339-009-0261-3. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19471985/>

FISHER, Robert S., Carlos ACEVEDO, Alexis ARZIMANOGLU, et al. ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* [online]. 2014, 55(4), 475-482 [cit. 2020-03-30]. ISSN 0013-9580. DOI: 10.1111/epi.12550. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/epi.12550>

HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. 774 s. ISBN 978-80-7367-569-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

JENKINSON, Crispin. Quality of life. *Encyklopedia Britannica* [online] 2020 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <https://www.britannica.com/topic/quality-of-life>

JOHNSTONE, Brick; HOLLIDAY, Greyson; CODEN, Daniel. Heightened Religiosity and Epilepsy: Evidence for Religious-specific Neuropsychological processes. In *Mental Health, Religion & Culture* [online]. 2016, 19 (7), 704-712. [cit. 2020-03-30]. ISSN: 1367-4676, Dostupné z [www: https://doi.org/10.1080/13674676.2016.1238449](https://doi.org/10.1080/13674676.2016.1238449)

KEMP, Hendrika Vande. Gordon Allport's The Individual and His Religion: A Psychological Interpretation. In *Psyche en Geloof* [online]. 2005, 16(3), 139-143 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/272791276_Gordon_Allport's_The_Individual_And_His_Religion_A_Psychological_Interpretation_An_Essay_Review/link/54ee850f0cf25238f93a8a62/download

KOENIG, Harold G.; BUSSING, Arndt. The Duke University Religion Index (DUREL): a Five Item Measure for Use in Epidemiological Studies. In *Religions* [online]. 2010, 1(1), 78-85. [cit. 2020-03-30] DOI: <https://doi.org/10.3390/rel1010078>. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2077-1444/1/1/78>

LIN, Chung-Ying; Saffari, Mohsen; Koenig, Harold G.; Pakpour, Amir H. Effects of religiosity and religious coping on medication adherence and quality of life among people with epilepsy. *Epilepsy and Behavior* [online]. 2018, 78, s. 45-51. [cit. 2020-03-30] DOI: 10.1016/j.yebeh.2017.10.008. Dostupné z www:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29175219/>

MARUSIČ, Petr; OŠLEJŠKOVÁ, Hana; BRÁZDIL, Milan; BROŽOVÁ, Klára; HADAČ, Jan; HOVORKA, Jiří et al. Nové klasifikace epileptických záchvatů a epilepsií ILAE 2017. *Neurologie pro praxi* [online]. 2018, 19(1), 32-36. [cit. 2020-03-30] DOI: 10.36290/neu.2018.075. Dostupné z:

[https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201801-](https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201801-0007_Nove_klasifikace_epileptickyh_zachvatu_a_epilepsii_ILAE_2017.php)

[0007_Nove_klasifikace_epileptickyh_zachvatu_a_epilepsii_ILAE_2017.php](https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201801-0007_Nove_klasifikace_epileptickyh_zachvatu_a_epilepsii_ILAE_2017.php)

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.

PROKOPOVÁ, Jindřiška; KOKEŠOVÁ KLEINOVÁ, Gražina. Žít naplno čas, který ještě zbývá: provázení životem v čase umírání dítěte či dospívajícího. Praha: Cesta domů, 2019. 1. vyd. 35 s. ISBN 978-80-88126-61-4.

REKTOR Ivan; OŠLEJŠKOVÁ, Hana. Stručná epileptologie pro praxi. In *Neurologia pre prax – Supplement 3* [online]. 2010, 11(S3), 5-44, [cit. 2020-03-30]. ISSN: 1339-4223. Dostupné z:

<https://www.solen.sk/storage/file/article/b3b51ff3f8c877ace0a97235d74eb8be.pdf>

RIGON, Isadora Barazzetti; CALADO, Gabriel de Almeida; LINHARES, Lucas Savaris; CANTU, Pietro Lentz Martins; MORITZ, Jorge Luis Wollstein; WOLF, Peter; LIN, Katia. Religiosity and spirituality in patients with epilepsy. In *Arq Neuropsiquiatr.* [online]. 2019. 77 (5), 335-340 [cit. 2020-03-30] Dostupné z www:

<https://doi.org/10.1590/0004-282X20190055>

ROTTER: Locus of Control [online], 1966. [cit. 27.6.2020] Dostupné z www:

<https://www.psytoolkit.org/survey-library/locus-of-control-rotter.html>

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2015. 383 s. ISBN 978-80-247-5247-1.

STANIESZEWSKA, Anna; OLEJNICZAK, Dominik, DABROWSKA-BENDER, Marta. Health behaviors and health locus of control in patients with epilepsy. In *Journal of Education, Health and Sport.* eISSN 2391-8306. [online]. 2017, 7(11), 77-85 [cit. 2020-03-30] Dostupné z www: <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/5010>

STRÍŽENEC, Michal. Psychológia náboženstva. 1. vyd. Bratislava: Veda, 1996. 108 s. ISBN 80-224-0475-6.

TEDRUS, Glória Maria Almeida Sousa; FONSECA, Lineu Corrêa; HÖEHR; Gabriel Chaves. Spirituality Aspects in Patients with Epilepsy. *Elsevier* [online]. 2014; 23 (1), 25-28 [cit. 2020-03-30] DOI: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2013.09.005>. Dostupné s: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1059131113002525>

WALLSTON, Kenneth A; MALCARNE, Vanessa L.; FLORES, Lise et al. Does God Determine Your Health? The God Locus of Health Control Scale. *Cognitive Therapy and Research* [online]. 1999, 23(2), 131-142. [cit. 2020-03-30] DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1018723010685>. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1018723010685>

WUERFEL, J.; KRISHNAMOORTHY, E. S.; BROWN, R. J.; LEMIEUX, L.; KOEPP, M; TEBARTZ VAN ELST, L.; TRIMBLE, M. R. Religiosity is associated with hippocampal but not amygdala volumes in patients with refractory epilepsy. *Neurol Neurosurg Psychiatry* [online]. 2004; 75(4), 640-642. [cit. 2020-03-30] DOI: 10.1136/jnnp.2003.06973. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15026516/>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Sociodemografická data respondentů; $n=457$	32
Tabulka 2: <i>Klinická data Respondentů vztahující se k epilepsii, $n=275$</i>	33
Tabulka 3: <i>Klinická data Respondentů ve vztahu k antiepileptické farmakoterapii, $n=275$</i>	35
Tabulka 4: <i>Komparace skupiny Zdraví a skupiny Pacienti v sociodemografických proměnných a v proměnné IQ; $n=457$</i>	37
Tabulka 5: <i>Komparace skupiny Zdraví se skupinou Pacienti v afektivních proměnných a v proměnných religiozity; $n=457$</i>	39
Tabulka 6: <i>Komparace skupin Pacientů s externím LoC E a Pacientů s interním LoC I u afektivních proměnných a u proměnných religiozity; $n=275$</i>	42
Tabulka 7: <i>Komparace skupin Pacientů s externím LoC E a pacientů s interním LoC I v proměnných týkajících se hodnocení kvality života; $n=274$</i>	47
Tabulka 8: <i>Komparace skupin Pacientů s externím LoC E a Pacientů s interním LoC I v proměnných týkajících se hodnocení kvality života; $n=274$</i>	48
Tabulka 9: <i>Komparace skupin Pacientů s externím LOC a Pacientů s interním LOC I v klinických proměnných; $n=274$</i>	49
Tabulka 10: <i>Komparace skupin Zdravých s externím LoC E a Zdravých s interním LoC I; $n=179^{\wedge}$</i>	51
Tabulka 11: <i>Korelace LoC HS a GLHC HS u skupiny Pacienti a Zdraví s danými proměnnými; $n=457$</i>	55
Tabulka 12: <i>Korelace LoC HS a GLHC u skupiny Pacienti s proměnnými QOLIE-89; $n=275$</i>	57
Tabulka 13: <i>Cronbachova α</i>	58
Tabulka 14: <i>Korelace hrubého skóru s danými položkami</i>	59
Tabulka 15: <i>Stepwise lineární regrese predikce Mean skóru Locus of control ve skupině Pacienti prostřednictvím sociodemografických proměnných a proměnnou IQ; $n=275$</i> . 61	
Tabulka 16: <i>Stepwise lineární regrese predikce Mean skóru Locus of control ve skupině Pacienti prostřednictvím afektivních proměnných; $n=275$</i>	62
Tabulka 17: <i>Stepwise lineární regrese predikce Mean skóru Locus of control ve skupině Pacienti prostřednictvím proměnných religiozity; $n=275$</i>	63
Tabulka 18: <i>Stepwise lineární regrese predikce Mean skóru Locus of control u skupiny Pacienti prostřednictvím proměnných Klinické faktory epilepsie; $n=275$</i>	64

Tabulka 19: <i>Stepwise lineární regrese predikce Mean skóru Locus of control ve skupině Pacienti prostřednictvím proměnných QOLIE-89; n=275</i>	65
Tabulka 20: <i>Výsledný model stepwise lineární regrese predikce Mean skóru</i>	67

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník God Locus of Health Control (GLHC) Scale, instrukce pro badatele

Příloha č. 2: Česká verze dotazníku God Locus of Health Control (GLHC) Scale

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník God Locus of Health Control (GLHC) Scale, instrukce pro badatele

The God Locus of Health Control (GLHC) Scale

DIRECTIONS (for investigators)

The GLHC is designed to assess the belief that God is either the locus of control of one's health status, in general, or the locus of control of one's specific disease status. It can stand alone or be imbedded in Forms A/B or C of the MHLC scales. If, as with Forms A/B, you wish to use it to assess general health beliefs, choose the word "health" in the items below. If, as with Form C, you wish to assess condition-specific beliefs, substitute for the material in parentheses the name of the actual condition you are studying. For instance, in our work with persons with arthritis, the last item (see below) reads: "God is in control of my arthritis." If you choose to embed it within the MHLC, one easy way to do so is to have three MHLC items followed by one of the GLHC items.

The response scale for the GLHC should be the same as for the MHLC scales, which, in our work, is a 6-point Likert scale: "strongly disagree;" "moderately disagree;" "disagree;" "agree;" "moderately agree;" and "strongly agree." [If you use a different response scale, that may be OK; just be consistent.] As with the MHLC subscales, all the items are keyed in the same direction; a high score represents belief in God as a locus of control.

GLHC ITEMS

1. If my (health; condition) worsens, it is up to God to determine whether I will feel better again.
2. Most things that affect my (health; condition) happen because of God.
3. God is directly responsible for my (health; condition) getting better or worse.
4. Whatever happens to my (health; condition) is God's will.
5. Whether my (health; condition) improves is up to God.
6. God is in control of my (health; condition).

Příloha č. 2: Česká verze dotazníku God Locus of Health Control (GLHC) Scale**DOTAZNÍK****THE GOD LOCUS OF HEALTH CONTROL (GLHC) SCALE**

INSTRUKCE: Každá položka níže představuje Vaše mínění o Vašem zdravotním stavu. Můžete s ní souhlasit, nebo nesouhlasit. Vedle každého tvrzení je škála v rozmezí od naprosto nesouhlasím (NN) (+) až naprosto souhlasím (NS) (6).

Zakroužkujte prosím u každé položky číslo, které představuje stupeň, jak s tvrzením souhlasíte, nebo nesouhlasíte. Čím více s tvrzením souhlasíte, tím bude číslo, které zakroužkujete, vyšší. Čím více s tvrzením nesouhlasíte, tím bude zakroužkované číslo nižší.

Prosím odpovězte na všechny otázky a zakroužkujte pouze jedno číslo u každé položky.

Dotazník měří Vaše osobní mínění a neexistují správné nebo špatné odpovědi.

1 = naprosto nesouhlasím (NN)	4 = souhlasím (S)
2 = více nesouhlasím (VN)	5 = více souhlasím (VS)
3 = nesouhlasím (N)	6 = naprosto souhlasím (NS)

		NN	VN	N	S	VS	NS
1	Pokud se moje epilepsie zhorší, tak to záleží jen na Bohu a jeho rozhodnutí, zda se budu zase cítit dobře.	1	2	3	4	5	6
2	Hodně věcí, které ovlivňují moji epilepsii, se děje kvůli Bohu.	1	2	3	4	5	6
3	Bůh je přímo odpovědný za to, zda se moje epilepsie zlepší.	1	2	3	4	5	6
4	Cokoliv se stane v souvislosti s mou epilepsií, je vůle Boží.	1	2	3	4	5	6
5	Zda se moje epilepsie zlepší, nebo ne, záleží na Bohu.	1	2	3	4	5	6
6	Bůh ovládá moji epilepsii.	1	2	3	4	5	6

HS:

1 2 3 4 5 6

naprosto nesouhlasím

naprosto souhlasím