

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PSYCHOLOGIE

SOCIOMETRICKÁ POZICE ŽÁKA S EPILEPSIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Magdaléna Vokurková

Učitelství pro střední školy, obor Učitelství psychologie pro střední školy

Vedoucí práce: Mgr. Dana Brabcová, PhD.

Plzeň, 2017

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

V Plzni, 25. června 2017

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Daně Brabcové, Ph.D. za její odborné vedení, rady, podněty a připomínky, které mi poskytla při zpracování diplomové práce.

Velké díky patří také Mgr. Jiřímu Kohoutovi, Ph.D. za zpracování statistických dat. Děkuji také všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření a bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

Na konec chci poděkovat svému muži Zdeňkovi, který mě doprovázel po celou dobu studia a byl mi velkou oporou.

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta pedagogická
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Magdaléna VOKURKOVÁ**
Osobní číslo: **P15N0042P**
Studijní program: **N7504 Učitelství pro střední školy**
Studijní obory: **Učitelství německého jazyka pro střední školy**
Učitelství psychologie pro střední školy
Název tématu: **Sociometrická pozice žáka s epilepsií**
Zadávající katedra: **Katedra psychologie**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury
2. Zpracování teoretické části
3. Praktická část - stanovení výzkumného cíle, popis výzkumného vzorku, volba a aplikace vhodných metod
4. Interpretace a diskuze výsledků, závěr

Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce: **60**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

1. ŘEZÁČ, Jaroslav. Sociální psychologie. Brno: Paido, 1998. 268 s. ISBN 80-85931-48-6.
2. MUSIL, Jiří V. Sociometrie v psychologické kognici: nástroj sociální kompetence učitele. 1. vyd. Olomouc: Cyrilometodějská teologická fakulta Univerzity Palackého, 2003. 363 s. ISBN 80-238-8935-4.
3. KOHOUTEK, Rudolf. Základy sociální psychologie. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 1998. ISBN 80-7204-064-2.
4. OŠLEJŠKOVÁ, Hana a MAKOVSKÁ, Zuzana. Naše dítě má epilepsii. 1. vyd. Plzeň: Adéla, 2009. ISBN 978-80-87094-05-1.
5. KOMÁREK, Vladimír. Epileptické záchvaty a syndromy. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 183 s. ISBN 80-85824-56-6.


Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Dana Brabcová, Ph.D.**
Katedra psychologie

Datum zadání diplomové práce: **20. prosince 2015**

Termín odevzdání diplomové práce: **30. června 2017**


RNDr. Miroslav Randa, Ph.D.
děkan




Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.
vedoucí katedry

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	3
ÚVOD	4
TEORETICKÁ ČÁST	5
1 EPILEPSIE	6
1.1 VYMEZENÍ POJMU EPILEPSIE A JEJÍ ETIOLOGIE	6
1.2 KLASIFIKACE EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ	7
1.3 KLINICKÉ OBRAZY EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ	9
1.3.1 Parciální (fokální, lokalizovatelné) záchvaty	9
1.3.2 Generalizované záchvaty	9
1.3.3 Nezařaditelné záchvaty	10
2 DIAGNOSTIKA EPILEPSIE	11
3 TERAPIE A PROGNÓZA.....	12
4 STIGMA SOUVISEJÍCÍ S EPILEPSÍ.....	14
4.1 VYMEZENÍ POJMU STIGMA	14
4.2 VZDĚLÁVACÍ INTERVENCE SOUVISEJÍCÍ S REDUKCÍ STIGMATU.....	15
5 DÍTĚ S EPILEPSÍ VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ.....	16
5.1 PROCES SOCIALIZACE V PROSTŘEDÍ ŠKOLY	16
5.2 ROLE UČITELE VE VZTAHU K EPILEPTICKÉMU DÍTĚTI	17
5.3 ROLE SPOLUŽÁKŮ VE VZTAHU K EPILEPTICKÉMU DÍTĚTI	20
6 SOCIOMETRIE.....	22
6.1 VYMEZENÍ POJMU	22
6.2 VÝVOJ SOCIOMETRIE	22
6.3 ZÁKLADNÍ POJMY	23
6.4 PRINCIPY STRUKTURY SOCIOMETRICKÉHO TESTU.....	25
6.5 SOCIOMETRICKÁ TECHNIKA LONGA-JONESOVÉ.....	26
PRAKTICKÁ ČÁST.....	29
7 METODOLOGIE.....	30
7.1 CÍL VÝZKUMU	30
7.2 PŘEHLED STANOVENÝCH HYPOTÉZ	30
7.3 METODA ANALÝZY DAT	30
8 VÝZKUMNÉ NÁSTROJE	32
8.1 DOTAZNÍK ZNALOSTÍ O EPILEPSII	32
8.2 STIGMA SCALE OF EPILEPSY (SSE)	32
8.3 SOCIOMETRICKÁ POZICE VE TŘÍDĚ	33
9 PROCES SBĚRU DAT	34
9.1 POPIS SOUBORU RESPONDENTŮ	34

10 VÝSLEDKY	36
10.1 SOCIOMETRICKÁ POZICE ŽÁKŮ S EPILEPSÍ	36
10.2 SOUVISLOST SOCIOMETRICKÉ POZICE A ZNALOSTÍ TŘÍDY O EPILEPSII	38
10.3 SOUVISLOST SOCIOMETRICKÉ POZICE A MÍRY STIGMATIZACE VE TŘÍDĚ	41
10.4 SOUVISLOST MÍRY STIGMATIZACE A ÚROVNĚ ZNALOSTÍ.....	42
10.5 ZÁVISLOST MÍRY STIGMATIZACE NA TOM, ZDA TŘÍDU NAVŠTĚVUJE ŽÁK S EPILEPSÍ	44
11 DISKUZE VÝSLEDKŮ.....	46
ZÁVĚR.....	48
RESUMÉ	49
SEZNAM LITERATURY	51
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	55
PŘÍLOHY	I
PŘÍLOHA Č. 1	II
PŘÍLOHA Č. 2	IV
PŘÍLOHA Č. 3	V

SEZNAM ZKRATEK

AED - antiepileptika

CRT - Cathode Ray Tube (CRT monitor)

CT - computed tomography (počítačová tomografie)

EEG - elektroencefalogram

LCD - Liquid Crystal Display (LCD monitor)

MNR - nukleární magnetická rezonance

SIP - significantly ignored pupil (signifikantně ignorovaný žák)

SPP - significantly preferred pupil (signifikantně preferovaný žák)

SRP - significantly rejected pupil (signifikantně odmítaný žák)

SSP - significantly split pupil (signifikantně rozštěpený žák)

SSE - Stigma scale of epilepsy

Úvod

Epilepsie není v dnešní době nijak zvlášť ojedinělým chronickým onemocněním. Je to nemoc, která často zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života postižené osoby. I přesto se často setkávám s tím, že lidé přesně netuší, co epilepsie je, jak se projevuje a jak je možné ji kompenzovat. Epilepsie není onemocnění, kterým by trpěli výhradně dospělí jedinci, ba naopak – vyšší výskyt bychom shledali v dětské populaci.

Školní třída jako formální sociální skupina je místem, ve které se přirozené prolínají formální i neformální vztahy a kde dítě tráví nezanedbatelnou část dne. Je proto důležité, aby se zde dítě cítilo přijímáno i přes své zdravotní znevýhodnění. Jak bohužel potvrdil výzkum Hamiwky (2009), děti s epilepsií se stávají oběťmi šikany častěji než běžná populace, z čehož mohou vyplývat další následky jako např. úzkost. A právě děti, resp. žáci prvního a druhého stupně základních škol Plzeňského a Karlovarského kraje, kteří trpí epilepsií, tvoří výzkumný vzorek této diplomové práce. Konkrétně se zaměříme na jejich sociometrickou pozici v rámci třídního kolektivu a budeme se snažit zjistit, zda jsou ostatními členy spíše přijímáni či vyčleňováni. Sociometrie jako metoda sociální psychologie má velký potenciál pro využití v malých sociálních skupinách jako právě školní třída. Pokud chce učitel své třídy lépe porozumět a poznat, jaké jsou v ní vztahy, je na místě, aby využil sociometrického šetření. Sociometrii je možné využít i k prevenci šikany díky včasnému podchycení konkrétních vztahů ve třídě. Je tedy na místě, aby se učitelé nebáli využívat tuto metodu v běžném chodu školy.

Výzkum obsažený v této diplomové práci není omezen pouze na sociometrickou pozici jako takovou, ale zohledňuje i další faktory, které mohou přímo ovlivňovat pozici epileptického žáka ve třídě, a to obecné znalosti žáků o epilepsii a míru stigmatizace znevýhodněného jedince. Tímto bych ráda navázala na diplomovou práci Weberové (2016), která se zabývala znalostmi dětí o epilepsii, a na bakalářskou práci Potužáka (2016), která pojednávala o epilepsii a s ní spojeným stigmatem, a výsledky jejich prací zúročila v dalším zkoumání v oblasti žáka s epilepsií v prostředí školy.

TEORETICKÁ ČÁST

1 EPILEPSIE

1.1 VYMEZENÍ POJMU EPILEPSIE A JEJÍ ETIOLOGIE

Kršek definuje epilepsii jako „chronické onemocnění projevující se opakovanými nevyprovokovanými epileptickými záchvaty“ (Kršek, 2010, s. 106). Epileptický záchvat je popisován jako „paroxysmální porucha chování, emocí, motorických, sensorických či autonomních funkcí na podkladě abnormální (excesivní a hypersynchronní) aktivity neuronů mozkové kůry“ (Bušek, 2013, s. 111). Toto onemocnění se může projevit u všech věkových skupin (Brázdil, 2004, s. 13–23), nejčastěji se však vyskytuje u dětí a adolescentů. Přibližně u 70 % epileptiků, u kterých přetrvává nemoc do dospělosti, se tato nemoc projeví do dvanáctého roku života (Ošlejšková, 2009, s. 8). Před dosažením dvacátého roku života se první záchvat objeví až u tří čtvrtin pacientů (Kršek, 2010).

Ve vyspělých zemích se ročně setkáváme s 24 až 53 novými případy epilepsie na 100 000 osob, přičemž je tento výskyt silně ovlivněn věkem (Kršek, 2010). V méně rozvinutých zemích Jižní Ameriky se uvádí incidence 110-190/100 000 (Moráň, 2003, s. 18). Prevalence epilepsie (tj. počet pacientů, kteří v posledních pěti letech prodělali alespoň jeden epileptický záchvat) je 0,5-1 % populace, což znamená, že v České republice žije až 100 000 lidí s tímto onemocněním (Kršek, 2010), z toho je přibližně 13 000 dětí (Komárek, Šmídová, 2007). Incidence epilepsie je vyšší v mužské populaci. V dospělosti působí epilepsie negativně na kvalitu života jedince, neboť ho omezuje v každodenních aktivitách (Brázdil, 2004).

Přesné příčiny vzniku epilepsie a její veškeré patofyziologické mechanismy se za poslední desetiletí i přes významné pokroky experimentální epileptologie nepodařily zjistit (Ošlejšková, 2009, s. 12). S hypotézou, že epilepsie může být dědičná, přišel již 400 let před naším letopočtem Hippokrates. V polovině 18. století uvedl Tissot, že k rozvoji epilepsie by mohly vést genetické faktory. „Epilepsie jsou skupinou nemocí, pro které je genetická složka různá pro různé typy epilepsií“ (Moráň, 2003, s. 19). I proto hraje významnou roli při diagnostice epilepsie mimo jiné také rodinná anamnéza. Ta obsahuje kompletní rodokmen, ve kterém se zjišťuje přítomnost porušeného vědomí, křečí, febrilních křečí, amentních stavů apod. Důležité je znát průběh těhotenství či případný výskyt vývojových vad v rodině (Ošlejšková, 2008, s. 63–77). Zhruba 3% dětí trpících epilepsií mají oba rodiče zdravé. V případě, že jeden z rodičů dítěte epilepsií trpí, zvyšuje se riziko výskytu nemoci o 2 %. Pokud epilepsií trpí oba rodiče, vzniká u dítěte pravděpodobnost 10–15%, že mu bude epilepsie také diagnostikována (Moráň, 2003, s. 18-19). K vyvolání epileptického záchvatu může vést kombinace genetických dispozic společně s nepříznivým vlivem vnějšího prostředí (Ošlejšková, 2008, s. 63–77). Jako podněcující faktor

zevního prostředí může být uvedena např. kombinace stroboskopického jevu (tj. přerušovaný zdroj světla s nastavitelnou frekvencí) a alkoholu na diskotéce. Mezi negenetické faktory ovlivňující vznik epilepsie patří faktory z období prenatalního, perinatálního a postnatálního. Mezi prenatalní faktory ovlivňující vývoj mozku plodu řadíme infekci či toxické látky, které užívala matka během těhotenství, a to jak vědomě, či nevědomě. Jejich vlivem dochází k chybnému umístění neuronů a k jejich špatnému propojení. Vzniká tak vývojová dysplazie a rozvoj epilepsie. V perinatálním období, neboli v období porodu, je nejvýše rizikové hypoxické poškození mozku (tj. nedostatek kyslíku). Méně obvyklé je mechanické poškození dítěte při průchodu porodními cestami, krvácení do mozku či infekce. V postnatálním období se jako příčina vzniku sekundární epilepsie uvádí cévní postižení mozku, traumata, infekční či nádorová onemocnění mozku (Moráň, 2003, s. 19–22). Z výše uvedeného vyplývá, že epilepsie přímo ovlivňuje lidský mozek a epileptiformní aktivita může zásadně postihnout jeho nepříznivý vývoj v postnatálním období.

1.2 KLASIFIKACE EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ

Epileptický záchvat je definován jako „ataka přechodných klinických příznaků, které jsou projevem abnormální nadměrné neuronální aktivity a zvýšené neuronální synchronizace větší či menší části mozkové tkáně“ (Ošlejšková, 2009, s. 20). Výskyt epilepsie není věkově nijak omezený, avšak bylo zjištěno, že se nejčastěji projevuje v dětství a období adolescence. V období dospělosti se epilepsie nevyskytuje tak často, zvýšený počet pacientů byl zaznamenán až později, a to ve věku nad 60 let (Moráň, 2003, s. 53). Zvýšený počet epileptických záchvatů u dětí a adolescentů lze vysvětlit vývojem a postupným dozráváním centrálního nervového systému (CNS) a vysokou citlivostí ke vzniku záchvatu (Kršek, 2010).

Epileptický záchvat vzniká v důsledku elektrické hypersynchronizace neuronálních sítí mozkové kůry, která má za následek mozkovou dysfunkci. Záchvat trvá většinou několik sekund, maximálně několik minut. V závislosti na délce trvání může mít pacient vleklý (protahovaný) záchvat, může se objevit několik záchvatů v epizodách či na sebe mohou záchvaty navazovat (Komárek, 1997, s. 23–29), a tím rozvíjet status epilepticus, který je podle mezinárodní klasifikace definován jako „záchvat trvající více než 30 minut nebo intermitentní záchvaty trvající více než 30 minut, mezi nimiž nemocný nenabude vědomí“ (Moráň, 2003, s. 40). Záchvat se projevuje rychlou změnou chování, častými motorickými projevy, mohou se vyskytnout i jiné mozkové dysfunkce, např. sensorické, senzitivní, viscerální, vegetativní, změny povahy, nálady nebo emocí. Tyto změny nemusí být vždy excitační, protože některé záchvaty jsou provázeny i útlumovými změnami jako např. ztrátou vědomí, řeči či svalového napětí. Obecně lze konstatovat, že záchvatovitý stav pacienta vždy ústí do dezorganizace jedné, nebo více mozkových funkcí. U jednoho pacienta nemusí být průběh záchvatu vždy stejný – některé záchvaty mohou být komplexní i s časovou

posloupností příznaků v závislosti na šíření epileptického výboje, jiné se mohou projevit pouze jedním symptomem (Ošlejšková, 2009, s. 20). V některých případech může sám nemocný rozpoznat, že se blíží záchvat. Tyto předzvěsti epileptického záchvatu se nazývají aura. Projevují se tím, že je dotyčný např. značně rozladěn či podrážděn. Jinými projevy mohou být různé druhy nevolností, bolestí těla, tuhnutí nebo brnění některé z končetin, závratě, pocit strachu či neurčité sluchové a zrakové vjemy (Jedlička, 1989, s. 158).

Klasifikace epileptických záchvatů je poměrně složitá a nepřehledná. Sami odborníci se nemohou shodnout na jednotném modelu, neboť každá klasifikace v sobě ukrývá určité klady i záporny. V současné době existují tři na sobě nezávislé klasifikace, a to klasická, mezinárodní a semiologická. Klasická klasifikace se dnes již kvůli své jednoduchosti nepoužívá (Komárek, 1997, s. 23) a semiologická není všeobecně akceptovaná, jelikož se v ní vyskytují mimo jiné diskutabilní pojmy, které se tolik nerozšířily – např. „dialeptický záchvat“ (Kršek, 2010). Mezinárodní klasifikace záchvatů z roku 1981 a 1989 (viz tabulka č. 1) se snažila zohlednit klinické i EEG příznaky a soustředila se především na rozlišení ohniskových (fokálních) epileptických záchvatů od epileptických záchvatů primárně generalizovaných.

Tabulka č. 1 - Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů (Komárek, 1997, s. 24)

I. Parciální (fokální, lokalizovatelné) záchvaty

- A. Jednoduché (bez ztráty vědomí)
 - 1. s motorickými příznaky
 - 2. se somatosenzorickými příznaky
 - 3. s vegetativními příznaky
 - 4. s psychickými příznaky
- B. Komplexní (s poruchou vědomí)
 - 1. s iniciálními jednoduchými záchvaty a následnou poruchou vědomí
 - 2. s iniciální poruchou vědomí
- C. Parciální záchvaty přecházející v generalizované

II. Generalizované (s poruchou vědomí až bezvědomím od počátku a bilaterální motorickou manifestací) záchvaty

- A. 1. absence
- 2. atypické absence
- B. Myoklonické záchvaty
- C. Klonické záchvaty
- D. Tonické záchvaty
- E. Tonicko-klonické záchvaty
- F. Atonické záchvaty

III. Neklasifikovatelné epileptické záchvaty

1.3 KLINICKÉ OBRAZY EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ

1.3.1 PARCIÁLNÍ (FOKÁLNÍ, LOKALIZOVATELNÉ) ZÁCHVATY

Jednoduché neboli symplexní záchvaty se mohou projevit několika způsoby, a to motorickým způsobem (záškuby, křeče končetin nebo některé části těla), senzitivně (např. brnění, znecitlivění části těla, pálení, píchání), sensoricky (např. čichové pseudohalucinace) nebo psychicky (např. poruchy kognitivních funkcí, dysfázie, halucinace). Při záchvatu tohoto typu nedochází k amnézii, pacient si záchvaty pamatuje, protože není narušeno jeho vědomí.

Pro komplexní parciální záchvat je typická kvalitativní nebo kvantitativní porucha vědomí s následkem plné nebo částečné amnézie. U komplexního záchvatu rozlišujeme dvě podskupiny. U prvního typu záchvatu dochází k poruše vědomí již v jeho počátku, druhý typ záchvatu vypadá zprvu jako simplexní záchvat, ale postupně přechází do komplexního záchvatu s poruchou vědomí. Člověk postižený tímto typem záchvatu si uvědomuje své počínání jen částečně, nebo vůbec. Komplexní parciální záchvat je typický automatizmy, tzn. neúčelným chováním či stereotypními pohyby.

Poslední typ v kategorii parciálních záchvatů jsou parciální záchvaty přecházející v generalizované. Na tomto místě je důležité zmínit, že jakýkoliv typ parciálního záchvatu může přejít v záchvat generalizovaný (Kršek, 2010).

1.3.2 GENERALIZOVANÉ ZÁCHVATY

Generalizovaný záchvat začíná, jak ukazují iniciální a/nebo EEG změny, v obou mozkových hemisférách současně, což ovšem neznamená, že by byl záchvatem postihnut celý mozek. Je-li přítomna porucha vědomí, projeví se již na začátku záchvatu. Pacient si po odeznění záchvatu zpravidla nic nepamatuje. Mezi generalizované záchvaty se řadí záchvaty myoklonické, klonické, tonické, tonicko-klonické a absence (Ošlejšková, 2008, s. 63–77). Absence je kratičký zpravidla několik sekund (max. půl minuty) trvající záraz v činnosti (strnutí bez nápadnějších motorických pohybů), který může být lehce zaměněn se sněním s otevřenýma očima. Je proto špatně rozeznatelný. Záchvat vzniká náhle, uprostřed činnosti – postižený se zahledí, zpomalí či úplně přeruší svou činnost, kterou právě vykonává. Nereaguje na oslovení, můžou se u něj objevit záškuby víček či mimického svalstva, oslabení svalového tonu. To, že pacient prodělal záchvat, si nepamatuje – uvědomí si to pouze z kontextu situace, případně z reakce svého okolí. Atypické absence jsou provázeny výraznějšími změnami svalového tonu a jejich počátek nebo ukončení nejsou nenadálé jako u absencí. Myoklonické záchvaty jsou krátké a rychlé svalové stahy vyskytující se buď u jednotlivých svalů, případně u celých svalových skupin. Klonické záchvaty se vyznačují klonickými křečemi v oblasti končetin. V průběhu záchvatu se zpravidla mění frekvence i

amplituda záškubů. Tonické záchvaty se projevují tonickým stažením svalů končetin a trupu. Tonicko-klonické záchvaty byly dříve nazývány jako záchvaty „grand mal“. Člověk postižený tímto typem záchvatu ztratí vědomí a většinou upadne na zem, protože tonická křeč postihuje i dechové svaly (důsledkem může být zmodrání pacienta, které po skončení záchvatu vymizí). Tonická křeč se postupně mění na klonické křeče, které postihují končetiny. V konečné fázi záchvatu dochází k postupnému uvolnění svalů, bezvědomí může ještě nějakou dobu po záchvatu přetrvávat. Během záchvatu pacient sliní, může dojít k prokousnutí jazyka, zatnutí zubů či pomočení. Po odeznění záchvatu je pacient většinou unavený a stěžuje si na bolesti svalů. Při atonickém záchvatu dochází k poklesu svalového tonu v různé extenzitě. Může se projevit pádem na zem, poklesem hlavy nebo části trupu. Během pádu může pacient na kratičkou dobu ztratit vědomí. Tento typ záchvatu je především u dětí často vyhodnocen pouze jako zakopnutí z nedbalosti. Bohužel důsledkem chybné interpretace děti často unikají včasné diagnostice. (Ošlejšková, 2009, s. 36–38).

1.3.3 NEZAŘADITELNÉ ZÁCHVATY

Do kategorie neklasifikovatelných záchvatů se řadí záchvaty, u kterých nelze jednoznačně určit jejich příčinu. Velmi často se do této kategorie řadí novorozenecké záchvaty a záchvaty u dětí do dvou let. Dítě v tomto věku není schopné poskytnout potřebné informace k diagnóze. Řada záchvatů se u malých dětí projevuje pouze jako útlum či záraz při běžné činnosti. Typický projev záchvatu u dětí od 3 do 12 měsíců věku jsou infantilní spazmy, což jsou krátké svalové záškuby. Objevují se v různých délkách a mohou na sebe navazovat. Nejčastěji se vyskytují flekční spazmy, časté jsou také extenční nebo smíšené. Intenzita záchvatů je různá, mohou se objevit na první pohled hůře rozpoznatelné motorické projevy jako stáčení očí, kývání hlavy či drobné pohyby končetin. Tyto příznaky by se neměly opominout v případě, že se opakují v sériích. Spazmy jsou velmi často popisovány jako úleky bez vyvolávacího podnětu. Děti v tomto stavu obvykle pláčou a jsou neklidné, což je charakteristickým příznakem spazmů. Po odeznění záchvatu bývají děti unavené (Ošlejšková, 2009, s. 38).

2 DIAGNOSTIKA EPILEPSIE

Pokud máme podezření, že by se mohlo u pacienta jednat o epilepsii, je nutné projít důkladným interním a neurologickým vyšetřením, určit druh záchvatu a ověřit si, zda se opravdu jednalo o první záchvat (Komárek, 1997, s. 26).

Jak již bylo dříve zmíněno, pro diagnostiku epilepsie a její klasifikaci je důležitá anamnéza. Během rodinné anamnézy se s pacientem (pokud se jedná o dítě, tak s jeho rodiči) zjišťuje přítomnost možných záchvatových stavů a poruch vědomí v pacientově rodokmenu, které by mohly mít souvislost s dědičnými předpoklady pro epilepsii. Osobní anamnéza se zaměřuje konkrétně na pacienta a snaží se vystopovat možné ovlivňující faktory z prenatálního, perinatálního a postnatálního období, které by mohly být příčinou epileptických záchvatů. Je zjišťován také pacientův vztah k alkoholu, případné užívání drog a léků. Dále je důležité, aby byly popsány veškeré pacientovy dosavadní zdravotní potíže, které by mohly souviset s prvním epileptickým záchvatem. U prvního záchvatu je nutné zjistit, zda byl záchvat doprovázen poruchou vědomí, křečemi, neadekvátními automatickými pohyby, zda byl pacient schopen komunikovat, zda došlo k úniku moči či byl po odeznění záchvatu zmatený a unavený. Nezanedbatelnou součástí popisu prvního záchvatu je také to, co záchvatu předcházelo – např. alkohol, drogy, spánková deprivace, zvýšená teplota, afekt, atd. Součástí osobní anamnézy je také anamnéza pracovní, při které se zjišťuje pracovní zařazení pacienta a jeho schopnosti (Moráň, 2003, s. 26). Důležitou roli při diagnostice epilepsie hraje také objektivní výpověď jiné osoby, která byla přítomna záchvatu. Může totiž doplnit důležité informace o průběhu záchvatu, a to zejména v případě, že pacient upadl do bezvědomí. Pro přesnou klasifikaci a potvrzení správnosti diagnózy je prováděno EEG vyšetření, ze kterého se o dětském pacientovi zjistí víc informací než u dospělého. K rozpoznání mozkových lézí slouží počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MNR). Při diagnostice epilepsie je také nutné posoudit celkový fyzický a neuropsychologický vývoj. Pacient musí projít vyšetřením u dětského psychologa a psychiatra, aby mohly být rozpoznány jiné, s epilepsií nesouvisející faktory – např. behaviorální poruchy či jiné neepileptické poruchy. Vyloučena musí být také metabolická a dědičná onemocnění (Ošlejšková, 2008, s. 63–77).

3 TERAPIE A PROGNÓZA

Vývoj léčby pacientů trpících epilepsií se odvíjí od příčiny a typu epilepsie. Hlavním cílem léčebného procesu je vymizení epileptických záchvatů, nebo alespoň snížení jejich počtu. Vymizení záchvatů však není jediným cílem. Žádoucí je se během terapie zaměřit také na behaviorální, kognitivní a jiné poruchy psychického rázu, které jsou často s epilepsií spojené, a ty se snažit postupně redukovat. Kompenzace pacienta je definována jako „stav, kdy vymizí záchvaty“ (Marušič, 2010, s. 106).

„Racionální terapie epilepsie je mnohostupňovým procesem, ve kterém je nutné opakovaně zvažovat v danou chvíli adekvátní léčebné postupy.“ (Ošlejšková, 2009, s. 98). V posledních deseti letech se výrazně zlepšily možnosti léčby epilepsie, a to zejména díky vývoji nových antiepileptik, možnostem snáze a přesněji diagnostikovat tuto nemoc (nové zobrazovací metody, video-EEG, genetická, metabolická a další vyšetření) a nasadit správnou medikaci. Jelikož je farmakoterapie nejčastějším způsobem léčby epilepsie, je zřejmé, že neurologové mají k dispozici větší výběr antiepileptik (AED). Výběr správného AED není jednoduchý, a to např. z důvodu, že některá antiepileptika mohou některé typy záchvatů výrazně zhoršit nebo z důvodu existence nežádoucích účinků mezi jednotlivými léky (Ošlejšková, 2009, s. 98). Mezi nežádoucí vedlejší kognitivní a psychiatrické účinky může patřit i výskyt dalších nežádoucích účinků, jako např. celková ospalost, útlum a zvýšení tělesné váhy (Moráň, 2003, 77–81). Blíže se nežádoucími účinky zabývali Baker a kolektiv, kteří nashromáždili údaje od více jak 5 000 epileptiků z více než 15 zemí Evropy a zkoumali kvalitu jejich života. Bylo zjištěno, že až 48% respondentů trpí při neměnné dávce antiepileptik kognitivními dysfunkcemi, jako jsou poruchy paměti a koncentrace (Baker, 1997). Jiná studie uvádí, že u 15-20% epileptiků užívajících AED se můžeme setkat se nežádoucími psychiatrickými účinky (Wientraub et al., 2007). Mezi ně řadíme poruchy chování, hyperaktivitu, agitovanost, agresivitu, deprese či podrážděnost (Schmitz, 2006).

Nasazení léčby je vždy závažným rozhodnutím, jedná se o dlouhodobou, někdy i celoživotní léčbu. Jelikož neexistuje paušální léčba, je nutné řídit nasazení AED na základě provedené anamnézy. Během té se mimo jiné uvažuje i o tom, jaká je pravděpodobnost, že se bude záchvat opakovat, jak by se onemocnění vyvíjelo bez léčby atd. (Ošlejšková, 2009, s. 98). Vliv na výběr druhu nasazených antiepileptik má samozřejmě i věk pacienta, jeho pohlaví či jeho somatická a psychická kondice (Bušek, 2013).

Epilepsie však vyžaduje i nefarmakologické léčení, což znamená především úpravu životosprávy pacienta, čímž se redukuje provokující faktory, které mohou zapříčinit záchvat. Správnou životosprávou je mimo jiné myšleno dodržování správné spánkové hygieny (např. chodit

spát přibližně ve stejnou večerní hodinu, nespát přes den, spát dostatečně dlouho a v prostředí tomu uzpůsobeném – tzn. bez rušivých elementů, v dostatečné tmě a teplotě). Dalším možným ohrožujícím faktorem může být pohled do blikajícího světla (dlouhé vysedávání u televize či počítače – nebezpečí představují především CRT obrazovky, které jsou ale v dnešní době plošně nahrazovány LCD obrazovkami, které nejsou nijak škodlivé). S nástupem puberty by se pacienti s epilepsií měli vyvarovat požívání alkoholu a jiných návykových psychoaktivních látek. Za nejrizikovější považují lékaři kombinaci těchto faktorů, např. konzumace alkoholu na diskotéce doprovázená stroboskopickými efekty, kdy jedinec může být unavený. Naopak i v dnešní době koluje o epilepsii mezi lidmi několik mýtů. Mezi ně patří např. tvrzení, že epilepsie je nakažlivá, že není možné ji léčit či že postižený nemůže konzumovat čokoládu. Blíže se k této problematice vyjadřují členové občanského sdružení EpiStop, které na základě Metodického listu 1/1989 Ministerstva zdravotnictví České republiky vypracovalo doporučení k posuzování kompenzace onemocnění u dětí, mládeže, ale i dospělých s epilepsií, konkrétně se jedná o Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií (Marušič, 2010).

U některých dětských pacientů se podaří epileptické projevy velmi zmírnit či úplně odstranit, což v některých případech znamená i vysazení AED (Ošlejšková, 2008, s. 63–77). Co se neúspěšnosti terapie týče, zhruba 20-30% pacientů trpících epilepsií nedosáhne pomocí nasazených antiepileptik uspokojivé kompenzace (Brázdil, 2004). V takových případech hovoříme o farmakorezistenci, kterou je možné definovat jako „selhání léčby při použití 2 adekvátně zvolených a tolerovaných antiepileptik bez dosažení bezzáchvatosti“ (Bušek, 2013). V případě farmakorezistentní epilepsie je možným řešením tzv. epileptochirurgický zákrok v jednom ze specializovaných center v Praze nebo Brně. Dle výsledků výzkumu, kterého se zúčastnilo 101 pacientů, kteří v Brně v letech 1995-2003 podstoupili epileptochirurgický zákrok, bylo prokázáno, že výsledky zákroku jsou v čase neměnné a že u zkoumaných pacientů nedochází ke zhoršování efektu operačního zákroku. Pacienti byli kontrolováni po jednom roce, po třech a pěti letech od operace. (Kuba et al., 2008). Dalším možným řešením u dětí je tzv. ketogenní dieta, při které se pacientovi navodí metabolická situace podobná hladovění. Při této dietě pacient snižuje příjem cukrů, které jsou nahrazovány tuky, přičemž je zajišťován odpovídající přísun nezbytných bílkovin. Dříve byla tato metoda označována za alternativní, ale v dnešní době byla její účinnost potvrzena několika klinickými studiemi. Je prokázáno, že ketogenní dieta snižuje u pacientů záchvatovost nejméně o 50%. Přibližně u 30% pacientů se dokonce snížila frekvence záchvatů o 90% a více (Kossoff et al., 2009).

4 STIGMA SOUVISEJÍCÍ S EPILEPSÍ

4.1 VYMEZENÍ POJMU STIGMA

Velká část lidí trpící epilepsií žije bez velkých omezení a jejich každodenní život se nijak zásadně neliší od života ostatních, kteří z různých jiných důvodů berou pravidelně léky nebo dodržují určitý způsob života. Jak již bylo výše zmíněno, většina druhů epilepsií je léčitelná. Přesto i v dnešní době mají lidé s epilepsií často obavy své onemocnění přiznat, a to především ze strachu z diskriminujících reakcí a negativních následků sociálního, finančního a pracovního rázu (Pfäfflin, 2000). Tím dochází k tzv. stigmatizaci. Hartl a Hartlová definují pojem stigma ve Velkém psychologickém slovníku jako znamení hanby a „odsuzující společenský postoj pro údajnou duševní, tělesnou nebo sociální méněcennost, následně vedoucí k odmítání a vyloučení jedince, skupiny či organizace z okolní společnosti“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 553).

Epilepsie je spojena se stigmatizací (Kale, 1997), což dokazuje to, že i v moderní společnosti je, v Evropě, je více než 50% pacientů s epilepsií stigmatizováno (Baker et al., 2000). Americký sociolog Erving Goffmann (1963), který se tématem stigmatizace dlouhodobě zabýval, uvádí, že důvodem stigmatizace může být fyzická, psychická, rasová či národnostní odlišnost.

Přední světový odborník v oblasti epileptologie Jacoby (1994) rozlišuje stigma pociťované (felt) a přijaté (enacted). Muhelbauer (2002) rozlišuje stigma internalizované, interpersonální a institucionální. V současné době je stále nedostatek vhodných nástrojů k měření míry stigmatizace (Elafros et al., 2015). *Felt stigma* u dospělých s epilepsií lze zjistit za použití třístupňové položky, kterou vyvinula A. Jacoby (1994). Za dalších deset let, byla vyvinuta 5 položková škála měřící míru stigmatizace u dětí s epilepsií (Austin, 2014). Naproti tomu míra *enacted stigma* se často odhaduje na základě měřených znalostí, postojů a zkušeností v souvislosti s epilepsií (Birbeck, 2006). Snad nejznámější dotazník měřící pociťované stigma u lidí s epilepsií a obecné populaci je 24- položková škála Stigma scale of epilepsy od P. Fernandes (2007). Psychometrické ověření škály na českou populaci bylo provedeno v roce 2016 (Brabcová, Kohout, Potužák, Beňová, Kršek, 2017). V praktické části práce bude škála Stigma scale of epilepsy, blíže představena.

Problematika stigmatu byla řešena také v prostředí školy, zejména ve smyslu sníženého očekávání na žákův výkon nejen ze strany rodičů, ale také ze strany učitelů, což samozřejmě má zásadní vliv nejen na žákovu motivaci, ale také na celkové sebepojetí. Jeden z mechanismů socializace je učení, zde je důležité, uvědomit si problematiku sociálního učení ve vztahu k epilepsii, protože dle názorů některých odborníků, kteří se dlouhodobě zabývají touto problematikou, je stigma, které je budováno v rámci sociálního učení daleko, markantnější než diagnóza samotné epilepsie včetně frekvence záchvatů (Williams, 2003).

4.2 VZDĚLÁVACÍ INTERVENCE SOUVISEJÍCÍ S REDUKCÍ STIGMATU

V souvislosti s problematikou epilepsie byla Rosem a kol. (1955) realizována vzdělávací intervence, jejich cílem bylo zlepšování povědomí o epilepsii. Snad nejstarší vzdělávací intervence využívající film, jehož podstatou bylo vysvětlit epileptické záchvaty a první pomoc se snahou zlepšení postojů k epilepsii.

V oblasti epilepsie byla realizována vzdělávací intervence prostřednictvím promítání filmu, s cílem snižovat stigma u skupiny vysokoškolských studentů psychologie (Roberts, Farhana, 2010). Nabízí se zcela přirozená otázka, které vzdělávací intervence jsou z hlediska soudobějšího časového horizontu nejefektivnější. V souvislosti se snahou zodpovědět tuto otázku bylo v České republice podniknuto několik intervencí.

Práce publikovaná v roce 2012 hodnotí vliv vzdělávacích intervencí z hlediska zvyšování znalostí o epilepsii a redukci stigmatu u dětí mladšího školního věku. Autoři srovnávají intervenci za pomoci vzdělávacího DVD prezentující krátký kreslený film pro děti mladšího školního věku (n=762) a edukační drama (n=400). U obou intervencí následoval vždy půlroční retest. Výsledky prezentují efektivitu vzdělávacích intervencí i po časovém odstupu 6 měsíců. Z hlediska srovnání těchto dvou intervencí autoři prokázali, že edukační film dosahuje ve srovnání s dramatem statisticky signifikantní rozdílnost v oblasti zvýšení znalostí (Brabcová et al., 2012). Je potřeba upozornit na to, že autoři dosud nepracují s nástrojem, který by explicitně hodnotil míru vnímané stigmatizaci, pracují zde se znalostní složkou, která tvoří nedílnou část postoje, **rovněž ani dotazník**. Jako další limity studie autoři přiznávají, že znalostní dotazník nebyl dosud validován a nemá ověřenou vnitřní konzistenci, natož faktorovou strukturu.

Snad nejnovější práce věnující se této problematice byla publikována v roce 2017 a navazuje na práci z roku 2012. Autoři srovnávají efektivitu vzdělávacího DVD, ve smyslu zvýšení znalostí o epilepsii a redukci stigmatu, a čteného příběhu, který obsahuje identický příběh, který byl promítán formou DVD. Výzkumný vzorek tvořily děti ve věku 9-11 let, navštěvující běžné základní školy. Z hlediska metodologie autoři postupovali obdobně jako v předešlé práci z roku 2013, včetně 6. měsíčního retestu. Z hlediska stigmatizace je přitom zásadní, že u obou intervencí pokles míry stigmatu zahájený samotnou intervencí pokračoval i v následném období a při retestu po 6 měsících byly proto zaznamenány nejnižší hodnoty stigmatu. Autoři neprokazují rozdíl v účinnosti mezi jednotlivými intervencemi, což je překvapivé. Dalo by se očekávat, že intervence skrze DVD bude účinnější (Brabcová et al., 2017). Celkově lze říci, že obě práce představují možné intervenční zásahy, které lze uplatňovat v rámci pedagogického působení ve třídě žáka s epilepsií.

5 DÍTĚ S EPILEPSIÍ VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ

5.1 PROCES SOCIALIZACE V PROSTŘEDÍ ŠKOLY

Člověk se nerodí jako osobnost, osobností se stává až během života díky socializačnímu procesu, kterým prochází (Řezáč, 1998, s. 42). Pojem socializace není možné jednoduše definovat, neboť psychologové se na jednotné definici neshodují.

Nakonečný chápe socializaci jako „přeměnu biologického jedince v kulturní bytost“ (Nakonečný, 1970, in Řezáč 1998, s. 43). Janoušek vidí socializaci jako „souhrn procesů vzájemné interakce mezi společností a jedincem, v nichž společnost působí na jedince tak, aby v sobě svým učněním vytvořil vnitřní psychologické předpoklady, nezbytné k participaci ve společnosti současně jako člen společnosti i jako relativně samostatná osoba schopná řídit své jednání a odpovídat za ně“ (Janoušek, 1988, in Řezáč, 1998, s. 43). Na socializaci může být nahlíženo také jako na proces začleňování se do společnosti, „během něhož se jedinec naučí poznávat sám sebe a své prostředí, osvojí si pravidla soužití a možné i očekávané způsoby chování“ (Emöke, 1983, in Řezáč, 1998, s. 43).

Jak z výše uvedených definic vyplývá, má socializace zásadní vliv na formování osobnosti člověka. Člověk si uvědomí své „já“ a rozliší ho od okolního světa, to mu umožní, že si díky styku s lidmi, společností a kulturou:

- „na základě posuzování sebe sama (sebehodnocení) vytvoří představu o sobě, obraz sebe (sebeobraz, sebepojetí);
- na základě prožívání sebe sama v kontextu jiných lidí, tedy na základě sebehodnocení a hodnocení jinými lidmi, připíše určitou hodnotu (sebeocení, sebeúcta);
- postupně vybuduje též představu o svých záměrech, tendencích, životních cílech a plánech (sebekoncepce, seberealizace);
- vytvoří představu o svých možnostech (aspirace);
- vytvoří kritéria posuzování sebe, objektů okolního světa a také vztahů, do kterých vstupuje, či které zaujímají jiní lidé (normativy, hodnoty, svědomí)“ (Řezáč, 1998, s. 52).

Během procesu začleňování se do společenského života si člověk formuje své postoje, učí se chovat se přiměřeně v určitých sociálních situacích, tzn., přijímá své role, zúročuje své

individuální předpoklady, rozvíjí své vlastnosti a schopnosti, získává individuální, nezaměnitelné sociální rysy a utváří si nové podněty k činnostem a vztahům (Řezáč, 1998, s. 52-53).

Socializace probíhá celý život jedince a podílí se na ní tzv. socializační činitelé, tedy prostředí, ve kterém socializace probíhá. Jako první působí na vývoj jedince rodina, do které se jedinec narodí a ve které vyrůstá. Dalším socializačním činitelem je škola, která se velkým dílem podílí na procesu socializace. Dalšími činiteli jsou vrstevnické skupiny, média, politické strany a další skupiny a organizace, se kterými přijde jedinec do styku (Helus, 2007, s. 87–88). Pro tuto diplomovou práci je zásadním tématem škola jako socializační prostředí a epileptické dítě v ní.

V České republice je povinná školní docházka minimálně 9 let. Dítě tráví ve škole nezanedbatelnou část svého dne, a proto je důležité, aby se v ní cítilo bezpečně, přijímáno takové jaké je, protože všechny tyto aspekty se promítají do formování jeho osobnosti a mají zásadní vliv na jeho zdravý psychický vývoj. Pro epileptické dítě je adaptace na školní prostředí o to těžší, že se navíc setkává se specifickou zátěží týkající se jeho nemoci – tedy vlivu medikace, strachu, že dostane záchvat, možného problému s koncentrací a celkově se všemi symptomy jeho onemocnění. Jelikož neexistuje jeden druh epilepsie, není možné shrnout obecná doporučení, která by směřovala ke školní intervenci dětí s epilepsií. Podle Sasína (1975) potřebují děti postižené epilepsií více životní jistoty, lásky, pochopení a pomoci posílení svého sebevědomí. Důležité je pro dítě vytvořit prostředí, ve kterém se bude cítit bezpečně a spokojeně, aby se mohlo zdravým způsobem vyvíjet a efektivně vzdělávat. To vyžaduje určité nasazení ze strany rodičů i pedagogů. Epilepsie je jedním z nejčastějších neurologických onemocnění, a i přesto zůstává v České republice jedním z nejvíce sociálně diskriminujících onemocnění. Ve světě se na téma pedagogicko-psychologických aspektů epilepsie bere větší zřetel (Brabcová, 2013).

5.2 ROLE UČITELE VE VZTAHU K EPILEPTICKÉMU DÍTĚTI

Prvním důležitým krokem je spolupráce školy s rodinou. Rodiče musí dle § 22 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání informovat školu a školské zařízení o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích dítěte nebo žáka nebo jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání. V případě epilepsie se jedná především o rozsah nemoci, četnost a povahu záchvatů, provokační faktory, medikaci dítěte či určitá úlevová opatření (např. v rámci tělesné výchovy). Změnu zdravotní způsobilosti je žádoucí nahlásit škole co nejdříve, a to jakmile se epilepsie u dítěte projeví, aby se včas podchytil co nejpřirozenější vývoj osobnosti dítěte a nedošlo k nějakým neočekávaným kolapsům. Klíčová je také spolupráce s pedagogicko-psychologickou poradnou, ve které pracují speciální pedagogové a psychologové, kteří poskytují poradenské služby a mimo jiné

také odbornou pomoc při začleňování dítěte do společnosti. K tématu informovanosti třídních učitelů ohledně epilepsie u žáka přinesla uspokojivé výsledky studie (Brabcová et al., 2015), do které se v roce 2015 zapojilo přesně 182 dětí a dospívajících s epilepsií. Více než 95% respondentů uvedlo, že jejich třídní učitelé o jejich nemoci ví. Navíc 83% dotázaných udalo, že svému třídnímu důvěřují v tom, že by jim dokázal poskytnout pomoc při záchvatu navzdory tomu, že samotní učitelé si svými schopnostmi při poskytování první pomoci nebyli úplně jistí. Celkově byl v tomto směru zaznamenán pozitivní vývoj, neboť ještě v roce 1988 upozornili Ross a Tookey ve své studii na fakt, že nezanedbatelný počet rodičů si přeje udržet nemoc svého dítěte před učiteli v tajnosti, což samozřejmě představovalo možné nebezpečí hlavně pro dítě, protože v případě epileptického záchvatu by učitel nebyl na takovou situaci připraven a možná by nedokázal rychle a účinně zasáhnout. Učitelé by od rodičů měli znát také vliv epilepsie na schopnost žáka učit se, aby mohli správným způsobem hodnotit jejich školní výkon a nezaměnili chování žáka s nepozorností, roztržitostí, nebo dokonce leností. Jednoduše by pak mohlo dojít k tomu, že si učitelé kvůli neznalosti situace k dítěti vytvoří nežádoucí postoj (Brabcová, 2013). Říčan a Krejčířová et al. (2006, s. 92) uvádějí, že zhruba 1/2 (někdy až 2/3) dětí trpících epilepsií má různé poruchy učení nebo jeví známky postižení intelektových schopností. Vágnerová (2005, s. 60) připisuje tyto specifické poruchy učení poškození určité mozkové oblasti, která zodpovídá za rozvoj daných dovedností. Například je-li epileptický záchvat lokalizován v oblasti temporálního laloku, může mít souvislost s dyslexií. Dyskalkulie má pak svůj původ v parieto-okcipitálním laloku (Makovská, 1998, in Weberová, 2016). Negativní vliv kombinace epilepsie a specifické poruchy učení na sebepojetí školní úspěšnosti dítěte byl jasně dokázán ve dříve zmíněné studii (Brabcová et al., 2015). Také bylo dokázáno, že existuje vztah mezi přítomností specifické poruchy učení a délkou trvání epileptického onemocnění. U jedinců, kteří onemocněli epilepsií v nízkém věku, se mnohem častěji vyskytovala určitá forma specifické poruchy učení než u jedinců, u nichž se epilepsie projevila v pozdějším věku (Park et al., 2013). Epilepsie může být příčinou i hyperaktivity či jiných poruch chování, což může zapříčinit neoblíbenost u ostatních spolužáků. Na druhou stranu hyperaktivita nebo snížená pozornost mohou být také následkem užívání antiepileptik (Brabcová, 2013).

Důležitou roli v pohlížení na epileptické dítě hrají znalosti učitele o epilepsii. Ve výzkumu, který byl publikován Brabcovou (2013), byly testovány znalosti učitelů ze základních škol. Výzkum byl cílen na tuto skupinu respondentů zejména z toho důvodu, že v nižším školním věku a začínající pubertě mají učitelé větší vliv na socializační proces jedince. Ve výzkumu bylo zjištěno, že učitelé zaujímají k epilepsii rozdílné postoje v závislosti na tom, jaké mají znalosti o epilepsii. Učitelé, kteří měli osobní zkušenost s dítětem s epilepsií, dosahovali ze statistického hlediska

lepších výsledků než jejich kolegové bez zkušenosti. Učitelé bez osobní zkušenosti s epilepsií si myslí, že děti postižené touto nemocí mají problémy se zařadit do kolektivu a častěji se stávají obětí šikany. Dále jsou toho názoru, že epileptické děti mají psychické problémy, jejich seberealizace je narušená a málo si věří oproti svým spolužákům. Tyto domněnky mohou být nebezpečné, protože by mohlo docházet ke vzniku sebenaplňujícího prorocství, což by mělo negativní dopad především na dítě, a to v podobě stigmatizace. Stigmatizována je, jak ukázala jiná studie provedená v patnácti evropských zemích (Bake et al., 2000), více jak polovina pacientů s epilepsií. Pozitivní bylo naopak zjištění, že skupina učitelů mající zkušenost s epilepsií i skupina učitelů bez zkušeností s epilepsií hodnotila kvalitu života dětí s epilepsií jako velmi dobrou. Učitelé jsou toho názoru, že děti s epilepsií nemají snížené intelektové schopnosti oproti ostatním dětem (Brabcová, 2013).

Jestliže se stane, že učitel má ve třídě dítě s epilepsií, musí se podílet na jeho přirozené integraci do třídního kolektivu. Pro dítě s epilepsií je přechod z mateřské školy do základní školy náročný, až jedna třetina epileptiků ho nezvládne. Obecně je doporučován spíše odklad školní docházky, občasným následkem bývá přeřazení dítěte do speciální školy. Úkolem učitele je tedy nejdříve se sám informovat o epilepsii (pokud si učitel svými dosavadními znalostmi není jistý, případně pokud žádnými znalostmi o epilepsii nedisponuje). Nežádoucí je hyperprotektivní chování učitele vůči žákovi, které může zapříčinit pocit méněcennosti u epileptického žáka a stigmatizovat ho (Kršek, 2012). Bohužel z výsledků studie (Brabcová et al., 2015) vyplývá, že až 44% dotazovaných dětí a dospívajících s epilepsií si myslí, že jsou k nim učitelé kvůli jejich nemoci mírnější a že na ně berou větší ohledy. Tento ochranný přístup ze strany učitelů (a především hlavně rodičů) může zapříčinit, že v dospělosti bude jedinec trpět nízkou sebeúctou a bude mít problém se osamostatnit (Devinsky, Penry, 1993). Úkolem učitele je také seznámit se základními fakty třídu. Důležité je mluvit o možnosti vzniku epileptického záchvatu, o tom, aby žáci uměli příchod záchvatu dobře rozeznat a případně dokázali poskytnout první pomoc. Seznámení třídního kolektivu s těmito fakty je důležité proto, aby se dítě s epilepsií nestalo terčem posměchu spolužáků, či dokonce nebylo vyloučeno z kolektivu (Moráň, 2007, s. 82).

V případě, že dojde k epileptickému záchvatu v době, kdy je dítě ve škole, musí být učitel schopný poskytnout dítěti adekvátní pomoc. Samozřejmě záleží na tom, jakým druhem epilepsie dítě trpí a jakým způsobem u něj probíhají jednotlivé záchvaty. U záchvatu typu absence je pomoc zvenčí bezpředmětná, protože záchvat probíhá poměrně klidně. V tomto případě je na místě spíše porozumění ze strany pedagoga. Učitel by měl dítěti po záchvatu zopakovat, co mu uniklo a záchvat zaznamenat. V některých případech se dokonce může stát, že okolí záchvat tohoto typu ani nezaregistruje, protože se jedná o krátkou ztrátu vědomí (dítě se například někam zahledí).

Naopak jedná-li se o záchvat, kdy dítě upadne do bezvědomí a tento stav je doprovázen svalovými tony, musí být učitel schopen odpovídajícím způsobem zasáhnout. V první řadě musí pedagog zachovat klid, nezpanikařit. Celá tato situace může být traumatizující jak pro dítě s epilepsií, tak pro třídní kolektiv, a proto je důležité jednat diskrétně a být na takovou situaci připraven. Dále je důležité, aby si učitel zaznamenal čas, kdy záchvat začal i skončil. Zaznamenání doby trvání je velmi důležité, protože v případě, že by záchvat trval déle jak 30 minut, by to bylo pro dítě životu nebezpečné (jednalo by se o tzv. status epilepticus). Během probíhajícího záchvatu je nutné dbát na bezpečnost dítěte, tedy odstranit z jeho okolí všechny předměty, o které by se dítě mohlo zranit. Má-li dítě upnutý oděv kolem krku, je nutné ho uvolnit. Jiným kusem oděvu je vhodné mu podložit hlavu. Mezi lidmi často převládá názor, že při záchvatu je nutné postiženého držet, aby sebou neškubal, což je špatně. Naopak je na místě nechat záchvat proběhnout, nebránit záškubům, dítě nijak nadržet, a už vůbec se nesnažit otevírat mu ústa a vkládat cokoliv mezi zuby. Během záchvatu se může stát, že dítě má kvůli křečím dýchacích svalů potíže s dýcháním a jeho pokožka promodrá. Tento stav se po skončení záchvatu vrátí do normálu a dýchání se opět obnoví. Dítě, které prodělá epileptický záchvat tohoto typu, může být po jeho odeznění dezorientované a zmatené. Úkolem učitele v tuto chvíli je na dítě klidným hlasem promluvit, říci mu, co se stalo, kde je a počkat, až se vrátí do plného vědomí. Pokud tato situace bude trvat déle, je vhodné dítě položit do zotavovací (nebo stabilizované) polohy. Zabrání se tím i nechtěnému vdechnutí slin či zvratků. Dítě může být po prodělaném záchvatu unavené, takže pokud je to možné, měl by ho učitel nechat odpočinout, případně ho nechat prospat a uvědomit rodiče o vzniklé situaci. Jedná-li se o generalizovaný tonicko-klonický záchvat, je nutné kontaktovat záchrannou službu v následujících případech:

1. Jde o první záchvat dítěte.
2. Dítě se během záchvatu zranilo.
3. Celková doba záchvatu je delší než 5 minut a jeden záchvat přechází do druhého, aniž by se dítě během nich probralo z bezvědomí (Kršek et al., 2012).

5.3 ROLE SPOLUŽÁKŮ VE VZTAHU K EPILEPTICKÉMU DÍTĚTI

Nejpočetněji zastoupený typ sociálního útvaru ve školské soustavě je bezesporu školní třída, kterou bychom mohli definovat jako „soubor žáků, který se převážně učí a je vyučován“ (Hrabal, 2003, s. 21). Školní třída představuje významný článek v socializačním procesu a má velmi zásadní vliv na sociální a morální vývoj člověka a jeho život. Život ve skupině je zásadním pro každého jedince a právě školní třída nabízí možnost se tomu učit. V dobrém případě totiž rozvíjí jednotlivé základní dispozice určené k úspěšné orientaci a žití ve společnosti. Konkrétně

„podporuje vznik systému interindividuálních, skupinových i celospolečensky zaměřených postojů, rozvíjí dispozice k vytváření pozitivních interindividuálních vztahů, k produktivnímu řešení napětí a konfliktů mezi rovnými, učí vést, podřizovat se a spolupracovat“ (Hrabal, 2003, s. 24). Jednotlivé třídy se do sebe liší, což je dáno učebním programem a také rozdílnými vlastnostmi žáků. V rámci školní třídy vznikají mnohostranné interakce, a to mezi žáky navzájem, ale také mezi žáky a učiteli (Hrabal, 2003, s. 21).

V současné době většina epileptiků navštěvuje klasické základní školy. Výsledky studie (Wondrich, Cunningham, 2008) ukázaly, že některé děti pocítí vliv epilepsie na jejich školní život zásadním způsobem, jiné naopak nepocítí téměř žádný dopad. Za pozitivní můžeme považovat dílčí výsledky studie z roku 2015 (Brabcová et al.), které udávají, že ze zkoumaného vzorku epileptiků jich má 75% pocit, že nemají problém se začleňováním do kolektivu a 77% z nich má ve třídě hodně kamarádů. Naopak významnými faktory, které mohou zapříčinit epileptikovu neoblíbenost u spolužáků, jsou přítomnost specifické poruchy učení a ADHD. Poruchy učení mohou mít ve svém důsledku negativní vliv na pozici dítěte ve školním kolektivu. Epileptici se pak mohou stát terčem posměchu ze strany svých spolužáků či být systematicky vyčleňováni. V krajním případě se může stát, že se dítě trpící epilepsií stane obětí šikany. Dle studie (Hamiwka et al., 2009) jsou děti s epilepsií obětí šikany častěji (42%) než zdravé děti (21%) či děti s chronickým onemocněním ledvin (18%). Je nutné ale dodat, že ve výzkumu bylo také zjištěno, že 15% dětí s epilepsií šikanovalo druhé a 8% epileptiků bylo jak šikanováno, tak se na šikaně podílelo.

6 SOCIOMETRIE

6.1 VYMEZENÍ POJMU

Sociometrie je v širším pojetí jednou z nejrozšířenějších a nejpopulárnějších technik základního i aplikovaného sociologického a sociálního výzkumu, pomocí které jsou zkoumány mezilidské vztahy (Musil, 2003, s. 72). Mezi tyto techniky řadíme sociometrický test a dále např. test seznámení, test vzájemného působení, test rolí, test spontánnosti, psychodrama, sociodrama, živé noviny atd. (Petrušek, 1969, s. 101). Z metodologického hlediska je sociometrie „soubor výzkumných technik, zejména testů, jimiž se měří tzv. preferenční chování a sociopreferenční, tedy sociometrická struktura malých skupin“ (Petrušek et al., 1996, s. 1183).

Pojem sociometrie pochází z latinského slova *socius*, což znamená *druh*, a řeckého slova *metron*, což znamená *míra*. Doslovně by se dalo říci, že sociometrie znamená ve volném překladu „měření druha či druhých“ (Musil, 2003, s. 22).

V užším pojetí používáme sociometrii k měření sociálních resp. interpersonálních vztahů (především sympatie vs. antipatie) v určité sociální skupině. Sociální skupina, ve které probíhá šetření, může být formální i neformální (Musil, 2003, s. 18). K měření tohoto typu je využíván sociometrický test. Sociometrický test je „označení pro kvantitativní postihnutí pouze určitých typů mezilidských vztahů, a to těch, které nazýváme preferenčními vztahy, jež se dají popsat pomocí pojmů přitahování, odpuzování a indiference s ohledem na výběrovou situaci“ (Petrušek, 1969, s. 87).

Z výše uvedeného vyplývá, že sociometrie může být chápána buď jako nadřazené slovo pro několik sociometrických technik, nebo jako přímo jedna z nich. V této diplomové práci se budeme dále zabývat sociometrií v užším pojetí, a to jako metodou zkoumání vztahů v sociální skupině, a to školní třídě.

6.2 VÝVOJ SOCIOMETRIE

Za zakladatele této metody je považován Jacob Levy Moreno, který je do dnešní doby na poli psychologie velmi významným psychologem. Moreno se narodil v r. 1892 v rumunské Bukurešti. Později studoval dva roky (1910–1912) na univerzitě ve Vídni, kde o pět let později získal doktorát z medicíny. Již během svých studií pracoval s menšími skupinami klientů a začínal formovat první teze budoucího psychologického dramatu a skupinové terapie. Během první světové války pracoval Moreno v uprchlickém táboře v Mitterdorfu jako zdravotnický důstojník, kde také poprvé v roce 1916 použil termín sociometrie i sociometrické měření jako takové. Základní sociometrické techniky byly sepsány v letech 1916–1923. Sociometrický test byl spolu

s psychodramatem podrobněji popsán v jeho knize *Der Koenigsroman*. V letech 1925–1928 působil Moreno ve Spojených státech, kde si otevřel soukromou psychiatrickou praxi a zároveň pokračoval v psychiatrické práci s dětmi. V letech 1931–1933 prováděl Moreno výzkumy ve věznici Sing-Sing, ze kterých vznikla mimo jiné studie *Application of the Group Method to Classification*. Tato studie, ve které byla popisována skupinová terapie, interakční diagram a sociogram, byla v roce 1932 publikována americkým výborem pro práci s vězni. V New Yorku byl v roce 1942 založen Sociometric Institute, ve kterém se měli původně vzdělávat učitelé přímo v oblasti sociometrie. Teprve po konci druhé světové války zaznamenala metoda sociometrie svoji „expanzi“ do západoevropských zemí, a to zejména do Francie a západního Německa. V socialistických zemích dosáhla sociometrie vyšší popularity až koncem padesátých let (Petrusek, 1969, s. 21-22).

Z výše uvedeného vyplývá, že metoda sociometrie neprošla z pohledu dějin příliš dlouhým vývojem, jelikož její formování trvalo přibližně čtyřicet let. Dle Evanse je možné rozdělit její etapy vývoje zhruba do tří fází:

1. fáze v letech 1905–1925: pobyt Morena v Evropě, počátky sociometrie;
2. fáze v letech 1926–1941: vnitřní rozvoj sociometrie v Americe, sociometrie jako „uzavřená škola“;
3. fáze po roce 1941: „expanze“ sociometrie do „neamerického světa“, její obsahové i teritoriální rozšiřování a růst (Petrusek, 1969, s. 21).

Je nutné říci, že Moreno zastával názor, že při hlubší sociometrické analýze skupiny je potřeba kvůli pluralitě ovlivňujících faktorů aplikovat více výzkumných technik, které jsou – stejně jako sociometrie – určeny k rozklíčování interpersonálních vztahů ve skupině. Takovými technikami může být test spontánnosti, který je určen k popisu funkce „faktoru S“ (spontánnost), test rolí, případně sociodrama, které odhalí, jakou roli daný jedinec ve skupině zastává (Petrusek, 1969, s. 100-101).

6.3 ZÁKLADNÍ POJMY

Sociometrický vztah vyjadřuje souhrn formálních a neformálních interakcí, jednostranných a vzájemných preferencí různého typu mezi členy zkoumané skupiny.

Sociometrická vazba je základní složkou sociometrického vztahu. Je tvořena každou jednotlivou komunikací nebo preferencí (jednoho typu), ke které dochází mezi jakýmkoliv dvěma členy zkoumané skupiny. Tyto vazby zjišťujeme na základě voleb.

Sociometrická volba je základní složkou metodiky zjišťování struktury neformálních vztahů. Volba je směřována vždy od jedné osoby ke druhé a může být buď aktivního rázu (osoba, která volí), nebo rázu pasivního (osoba, která je volena). Sociometrické volby jsou základem pro určení mj. koheze a struktury skupiny (Farná, 2010, s. 13).

Sociometrický status vyjadřuje pozici jednotlivých členů ve skupině a odráží míru jeho popularity. Pozitivní sociometrický status je dán poměrem součtu získaných pozitivních voleb ku maximu možných obdržených voleb. Naopak negativní sociometrický status se zjišťuje poměrem sumy obdržených negativních voleb daného jedince ku sumě maximálně možných negativních voleb. Existují i další druhy sociometrického statusu, resp. i další pozice jedince v sociální skupině, které jsou nejčastěji označovány jako:

- **hvězda** - člen skupiny, má maximální hodnotu tzv. smíšeného sociometrického statusu, tzn., že porovná-li se suma všech získaných voleb (pozitivních i negativních), stále převažují volby pozitivní – jedinec je ve skupině oblíbený;
- **outsider** - člen skupiny, který je odmítán. Od ostatních nezískal příliš voleb, sám však volil hodně;
- **izolát** - jedinec, kterého skupina ignoruje, tudíž nemá volby a sám také nikoho nevolí;
- **šedá eminence** - osoba v pozadí, která svou přítomností a za prostřednictvím „hvězdy“ ovlivňuje dění ve skupině, „hvězdou“ je také pozitivně volena, ale jinak je izolovaná;
- **antihvězda** neboli takzvaný zavržený/antistar - člen skupiny, který obdržel nejvyšší počet negativních voleb a velká část skupiny ho odmítá.

Ambivalentní status má osoba, jejíž pozice je komplikovaná – má maximální počet všech obdržených voleb, a to pozitivních i negativních, ale nulový smíšený sociometrický status (Nakonečný, 1999, s. 69–72).

Pozice žáků se v průběhu školní docházky mohou měnit, protože i žáci samotní se mění. Jakou pozici žák ve třídě zaujme, závisí nejen na spolužácích a třídě jako celku, ale také na jeho individuálních charakteristikách a dispozicích. Pozici jedince v rámci sociální skupiny určuje jeho sociální přitažlivost, tzn. jeho oblíbenost, důvěryhodnost a osobní prestiž. Vztáhneme-li posouzení pozice jedince na školní třídu, jsou posuzovány tři dílčí faktory – **oblíba, vliv, kompetence**. Oblíba vyjadřuje to, jak žák jedná a jak je citově hodnocen ostatními, v jiných souvislostech, jak je žák populární, sympatický a přitažlivý. Vliv žáka vyjadřuje míru, jakou je jedinec schopný díky vlastní motivaci a svým sociálním dovednostem ovlivnit dění ve třídě. Kompetence žáka zahrnuje jeho

celkovou a školní výkonnost (nejčastěji měřená známkami), fyzické a umělecké schopnosti (Hrabal, 2003, s. 56–68).

Produktem sociometrie je **sociogram**, který díky zobrazení koncentrickým kruhem nebo systémem koordinát zobrazí systém vztahů ve skupině. Z něj lze jednoduše vyčíst, jakou pozici ve skupině ten který jedinec zaujímá. Umístění v sociogramu je určena počtem jednotlivých voleb ostatních (Musil, 2003, s. 69).

6.4 PRINCIPY STRUKTURY SOCIOMETRICKÉHO TESTU

Moreno ve své knize *Who Shall Survive* v roce 1953 popsal, jaká pravidla by měla být zachována při tvorbě sociometrického testu:

1. hranice skupiny, ve které se sociometrické šetření provádí, musí být vymezené;
2. počet voleb, které může dotazovaná osoba učinit, je neomezený;
3. dotazovaní mají být požádáni, aby provedli výběr podle specifikovaného kritéria nebo myšlené aktivity;
4. výsledky testu mají být použity k rekonstruování skupiny;
5. volba dotazovaného má být provedena tak, aby o ní ostatní členové skupiny nevěděli;
6. otázky musí být položeny srozumitelně (Petrušek, 1969, str. 110).

Sepsáním těchto pravidel koncipuje Moreno velmi striktně pravidla pro sociometrii, která může být provedena pouze v jedné možné a správné variantě. Porušením pravidel by se dle Morena výsledek sociometrického měření mohl považovat za nepřesný. Skutečně provedené výzkumy ale hovoří o opaku – pouze při čtvrtině celkově provedených šetření byla výše uvedená pravidla striktně dodržena. Naopak byla tato kritéria podrobena kritice, a tak v dnešní době kritéria pro sociometrické měření varíjí (až na Morenovo třetí, páté a šesté pravidlo, které musí být vždy dodrženo). Z možných variací můžeme jmenovat například neomezený vs. omezený počet voleb dotazovaného, volbu pouze pozitivní vs. pozitivní i negativní, seřazení voleb dle intenzity vs. volby neseřazené, je použito pouze jedno kritérium výběru volby vs. více kritérií najednou atd (Petrušek, 1969, s. 110–112).

V rámci této diplomové práce byla sociální skupinou vždy školní třída, tedy hranice skupiny byly jasně vymezené a počet voleb byl předem daný – žáci volili tři nejoblíbenější a tři nejméně oblíbené spolužáky.

6.5 SOCIOMETRICKÁ TECHNIKA LONGA-JONESOVÉ

Klasická podoba Morenovy sociometrické metody prošla od svého vzniku svým vlastním vývojem. Oblasti, ve kterých docházelo ke změnám, byly především dotazník (konkrétně formulace sociometrického dotazníku) a jeho administrace, dále pak způsob zpracování nashromážděných dat a jejich vyjádření (např. vývoje různých druhů sociogram: neuspořádaný, hierarchický, terčový podle Northwayové nebo Longa a Jonesové) (Musil, 1977).

V této diplomové práci byla pro vyhodnocení sociometrických dat využita L-J metoda, která je jednou z nejmladších modifikačních verzí sociometrické metody. Nicholas J. Long a Evelyn Jonesová použili pro název této modifikace počáteční písmena ze svých příjmení. Ačkoliv metoda vznikla již v roce 1960, v bývalém Československu byla citována pouze ve třech pracích J. Musila (1973-1974). Až v roce 1977 vyšel v československém vědeckém tisku komplexní článek o této metodě. L-J technika byla původně určena především pro použití ve školní psychologii a pro školní poradenství. Svě využití nachází ale i při zkoumání jiných malých sociálních skupin. Autoři techniky se snažili zvýšit exaktnost a pokusili se o zavedení stabilních kritérií. Cílem této výzkumné metody je zkoumání proměnné, kterou je sociální preference či sociální obliba. Dle autorů metody se sice jedná o značně obecné kritérium, které je ale v meziosobních vztazích velmi podstatné. Sociometrik musí respondentům položit jasnou, snadno pochopitelnou sociometrickou otázku. Důležité je zdůraznit, že jejich odpovědi jsou důvěrné a že poslouží výhradně k získání sociometrických údajů. Za nejefektivnější způsob získání dat považují autoři rozdání předtisknutého formuláře (viz níže). Pro účel sběru dat v této diplomové práci byla použita podobná formulace (viz příloha č. 3) (Musil, 1977).

Tabulka č. 2 - Forma dotazníku L-J sociometrické techniky (Musil, 1977, s. 251)

<p>Jméno: _____</p> <p>Datum: _____</p> <p>Napiš jména tří záků ze tvé třídy, které máš nejraději:</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>Napiš jména tří záků z tvé třídy, které máš nejméně rád:</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>
--

V procesu vyhodnocování sociometrických dat se Long s Jonesovou rozhodli preference žáků vážít, než aby jim bylo vymezeno slepé pořadí. Domnívali se, že na první místo respondenti (především žáci) zvolí osoby značně hodnotnější než na další místa. Dle jejich názoru totiž standardní sociometrické testy opomíjejí psychologické rozdíly kvalitativní preference. V níže uvedené tabulce jsou stanoveny skóry pro jednotlivé pořadí výběrů (Musil, 1977).

Tabulka č. 3 - Skóry J-L techniky stanovené pro jednotlivé výběry (Musil, 1977, s. 249)

Výběr	Stanovený skór (váha)
Žádný	0 bodů
Třetí	1 bod
Druhý	2 body
První	3 body

Standardním postupem je po sběru sociometrických dat vytvoření sociometrické matice. Jména členů (příp. čísla zastupující jména skupiny) jsou zanesena do levého sloupce označeném „volící“. Zpravidla jsou respondenti zanášeni do tabulky dle abecedního pořadí a rozdělení na chlapce a děvčata. K respondentům jsou následně zapisovány jednotlivé volby. Po vyplnění matice je proveden součet všech voleb, které jsou dále přepočítány podle jejich váhy (viz tabulka č. 2). Probandi jsou následně seřazeni podle průměrného pořadí skupiny (Musil, 1977).

Terčový sociogram, který v procesu vyhodnocování sociometrických dat navazuje na sociometrickou matici, modifikovala Jonesová z terčového sociogramu M. L. Northwayové. V sociogramu Jonesové je užito pěti soustředných kružnic či zón, přičemž každá z těchto pěti kružnic odpovídá různé úrovni náhodného rozložení. Šetřená osoba je umístěna do jedné z těchto pěti kružnic na základě vlastního váženého skóru (Musil, 1977).

Tabulka č. 4 - Rozdělení terčového sociogramu L-J sociometrické techniky (Musil, 1977, s. 248)

Zóny	Vážené skóre	Incidence
1	0 bodů	Signifikantně ignorovaná osoba (na .01 hl.)
2	1 – 5 bodů	Pod očekávaným skórem
3	6 bodů	Základní očekávaný skór
4	7 – 12 bodů	Nad očekávaným skórem
5	13 + bodů	Signifikantně preferovaná osoba (na .01 hl.)

S rozdělením terčového sociogramu úzce souvisí terminologie, kterou Long a Jonesová ve své modifikaci používají. Cílem autorů bylo formulovat a co nejprecizněji definovat jednotlivé sociometrické pozice. S touto terminologií operujeme dále v praktické části této diplomové práce:

1. **signifikantně rozštěpený žák** (significantly split pupil – SSP) – žák je nejen signifikantně preferován, ale i signifikantně odmítán,
2. **signifikantně preferovaný žák** (significantly preferred pupil – SPP) – žák, který dosahuje vyšší skóre sociometrických hodnot, než by se dalo očekávat, nahrazuje dosud používaný termín *hvězda*,
3. **signifikantně odmítaný žák** (significantly rejected pupil – SRP) – žák, jehož vážený skóre je menší než 12 a je umístěn v zóně 2 dané proměnné,
4. **signifikantně ignorovaný žák** (significantly ignored pupil – SIP) – žák, který je od ostatních členů skupiny izolován, tedy neobdržel žádný výběr (ani pozitivní, ani negativní) (Musil, 1977).

Posledním a zároveň nejdůležitějším a nejzásadnějším krokem sociometrického šetření je dle autorů analýza a interpretace nashromážděných dat. Ze sociometrických terčů je možné vyčíst především následující charakteristiky: integraci skupiny, výskyt podskupin, základní formy komunikačního chování (trojúhelníky, čtverce, pětiúhelníky, dyadické vztahy apod.), výskyt řetězců, výskyt vzájemných, ale i jednostranných výběrů a počet SSP, SPP, SPR a SIR (Musil, 1977).

Jelikož cílem této diplomové práce bylo zjistit sociometrickou pozici žáka s epilepsií, omezili jsme vyhodnocení dat pouze na výsledky žáků trpících epilepsií. Ostatní vztahy ve třídě nebyly předmětem zkoumání.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODOLOGIE

Vzhledem k povaze výzkumného designu, byla v rámci této diplomové práce zvolena metoda kvantitativní formy výzkumu, jejíž předností je během relativně krátkého časového úseku rozsáhlý sběr potřebných dat. Sběr probíhal na základních školách v Karlovarském a Plzeňském kraji pomocí souboru dotazníků, které tvořily testovou baterii.

7.1 CÍL VÝZKUMU

Cílem kvantitativní formy šetření bylo ověřit sociometrickou pozici žáka trpícího epilepsií v souvislosti s dalšími faktory týkajícími se školního prostředí, ve kterém se dítě pohybuje. Výsledky výzkumu měly umožnit zodpovědět dílčí cíle našeho šetření:

- jaká je sociometrická pozice dítěte s epilepsií a jakými faktory týkajícími se toho dítěte je uvedená pozice ovlivněna;
- zda existuje vzájemný vztah mezi sociometrickou pozicí dítěte s epilepsií a znalostmi spolužáků o epilepsii resp. mírou stigmatizace;
- jaká je míra stigmatizace související s epilepsií ve školní třídě navštěvované dítětem s epilepsií ve srovnání s třídou, kterou žák s epilepsií nenavštěvuje.

7.2 PŘEHLED STANOVENÝCH HYPOTÉZ

Na základě uvedených cílů byly stanoveny následující hypotézy, které jsme se pokusili v praktické části na základě výsledků sociometrického šetření vyvrátit či potvrdit:

- H1:** *Sociometrická pozice žáka s epilepsií je horší než odpovídá průměru třídy.*
- H2:** *Sociometrická pozice žáka s epilepsií kladně koreluje s úrovní znalostí o epilepsii v této třídě.*
- H3:** *Sociometrická pozice žáka s epilepsií záporně koreluje s mírou stigmatizace související s epilepsií v dané třídě.*
- H4:** *Míra znalostí o epilepsii záporně koreluje s mírou stigmatizace v daných třídách.*
- H5:** *Míra stigmatizace ve třídách navštěvovaných žákem s epilepsií se neliší od tříd, které žák s epilepsií nenavštěvuje.*

7.3 METODA ANALÝZY DAT

Data získaná v rámci výzkumu v terénu byla ručně přepsána do tabulkového procesoru MS Excel. V tomto prostředí bylo rovněž za pomoci modulu Analýza dat provedeno statistické zpracování. Vedle klasických deskriptivních statistik byly využity techniky korelační analýzy

(Pearsonův a Spearmanův korelační koeficient včetně příslušného testu nezávislosti) a regresní analýzy (lineární regrese pro případ jedné vysvětlující proměnné včetně testu nulovosti koeficientu u této proměnné). Dále byly užity základní parametrické testy (jednovýběrový t-test, F- test shody rozptylů a dvouvýběrový t-test) a neparametrické testy. Vzhledem k nepříliš vysokému počtu zapojených tříd nebyly realizovány testy normality dat, které by byly v této situaci pravděpodobně neprůkazné. Výsledky testování jsou udány typicky pomocí p-hodnoty, jež určuje maximální pravděpodobnost nesprávného zamítnutí nulové hypotézy. Jako statisticky významné jsou uvažovány výsledky s p-hodnotou menší než 0,05. V některých případech nebylo možné vzhledem k počtu respondentů pomocí užitého softwaru stanovit explicitně p-hodnotu. V takovém případě je provedeno porovnání příslušné testové statistiky s kritickou hodnotou nalezenou ve statistických tabulkách¹ pro hladinu významnosti 0,05.

8 VÝZKUMNÉ NÁSTROJE

8.1 DOTAZNÍK ZNALOSTÍ O EPILEPSII

Dotazník znalostí o epilepsii je celkem 11 položkový dotazník (viz. příloha č. 1), který není v současné době standardizovaný, ale byl již testován v rámci diplomové práce Weberové (Weberová, 2016). Autorka rozšířila původně 7 položkový dotazník, který byl použit v rámci výzkumu doktorky Brabcové (Brabcová et al., 2013). Jednotlivé otázky se týkaly nejen základních znalostí o epilepsii, ale i postojů respondentů k epilepsii. U každé z jedenácti otázek byly uvedeny 4 možné odpovědi, z toho vždy jedna odpověď byla správná. V rámci navazujícího výzkumu byly odpovědi rozšířeny ještě o jednu možnou odpověď, a to odpověď „nevím“. Dotazník byl před použitím konzultován s neurologem, psychologkou a statistikem.

8.2 STIGMA SCALE OF EPILEPSY (SSE)

Dále byla použita česká verze dotazníku Stigma scale of epilepsy (Fernandes et al., 2007), který obsahuje 23 položek. Tento dotazník je standardizovaný a původně byl napsán v brazilské portugalské jazyce. Aby mohl být dotazník použit také v České republice, byl v minulosti pro účely výzkumu Weberové (2016) přeložen z anglického jazyka třemi nezávislými překladateli v souladu se všeobecně platnými pravidly pro překlad výzkumných nástrojů. Původně obsahoval dotazník celkem 24 položek, zachováno bylo však pouze 23 otázek, jelikož jedna z otázek byla zaměřena na sexuální život epileptiků, což nebylo s ohledem na věk respondentů Weberové vhodné (Weberová, 2016, s. 42-43). U jednotlivých položek vybírají dotazovaní ze škály čísel (1-4), přičemž každé z čísel vyjadřují příslušnou četnost: 1=vůbec ne, 2=trochu, 3=hodně, 4=zcela. Při vyplňování tohoto dotazníku mohli respondenti v případě nesrozumitelnosti či nevědomosti vynechat položku. Je ale důležité zmínit, že i v takovém případě je možné stanovit celkové skóre na konvertované stupnici 0-100 bodů (Potužák, 2016, s. 21).

Před začátkem vyplňování jednotlivých položek dotazníku Stigma scale of epilepsy (viz příloha č. 2) byla žákům položena otázka „Setkal/a jsi se někdy dříve s pojmem epilepsie?“. Žáci zakroužkovali odpověď ANO/NE. Druhá otázka zněla „Znáš osobně někoho s epilepsií? Pokud ano, koho?“ – v tomto případě žáci napsali jméno osoby trpící epilepsií, pokud tedy nějakou znali. V případě, že neznali, proškrtli dané místo pro odpověď. Následně byli žáci tázáni, kdo z nich se dříve nesetkal/a s pojmem epilepsie. Žáci, kteří odpověděli NE (tzn., že se s pojmem epilepsie dříve nesetkali), tento dotazník nevyplňovali, jelikož by získaná data byla znehodnocena. Před samotným vyplněním byl žákům srozumitelně vysvětlen postup vyplňování jednotlivých položek a také byla objasněna slova vyskytující se v dotazníku, kterým by nemuseli rozumět (emocionálně, předsudek, depresivně, zahanbeně, soucit).

8.3 SOCIOMETRICKÁ POZICE VE TŘÍDĚ

Poslední součástí šetření bylo zjištění sociometrické pozice jednotlivých žáků pomocí L-J metody od autorů J. Longa a E. Jonesové užívající dimenzi oblība a neoblība, přičemž platí skóre dosahující hodnoty 4 = silná neoblība a skóre 5 = velmi silná neoblība (Musil, 1997 in Jošt et al., 2015). Signifikantně preferovaný žák „je ten, kdo dosahuje signifikantně vyšší skóre sociometrického statusu, než může být náhodně očekáváno“ (Musil, 2003, s. 144). Signifikantně odmítaný žák „je ten, kdo obdrží vážený skóre menší než 12 v sociometrické proměnné nejméně preferovaných“ (Musil, 2003, s. 144).

Probandi obdrželi v testové baterii předtištěný formulář, aby byla dodržena veškerá didaktická pravidla (viz příloha č. 3). Následně byli výzkumníkem vyzváni, aby ze třídy vybrali své 3 nejoblíbenější spolužáky a 3 nejméně oblíbené spolužáky. Výběrové kritérium bylo naformulováno podobným způsobem, jako bylo původně popsáno autory metody Longem a Jonesovou. Počet voleb byl omezený – žáci mohli zvolit max. 3 nejoblíbenější spolužáky a 3 nejméně oblíbené spolužáky. Respondenti byli upozorněni také na to, že záleží na pořadí jednotlivých výběrů (tedy 1. místo pro nejoblíbenějšího atd.) Výběr byl omezen pouze na školní třídu. Před vyplněním této části dotazníku bylo respondentům sděleno, že se jedná o důvěrná data, která si mají nechat pro sebe a s nikým o nich nediskutovat.

9 PROCES SBĚRU DAT

Výzkum byl proveden na základních školách v Karlovarském a Plzeňském kraji. Samotnému testování žáků předcházelo oslovení ředitelů škol, kterým byl předložen výzkumný záměr a také informovaný souhlas pro všechny žáky ve školní třídě, včetně stvrzení o zachování anonymity všech zúčastněných respondentů. Výběr žáků s epilepsií do studie byl proveden jejich dětskými neurology. Děti s epilepsií a jejich rodiče byli seznámeni s účelem studie, deklaroványmi výstupy a rovněž informovaným souhlasem stvrdili, že do studie vstupují zcela dobrovolně.

Celá školní třída, kterou navštěvuje dítě s epilepsií, vyplnila výše zmíněné dotazníky (dotazník měřící znalosti, dotazník měřící stigma, sociometrický test). Dotazníky byly vyplňovány postupně, vždy po vyplnění jedné části se čekalo na ostatní, aby mohl být k následující části testové baterie vysvětlen postup a zabránilo se tím tak chybnému vyplnění.

9.1 POPIS SOUBORU RESPONDENTŮ

Do výzkumu bylo zapojeno celkem 22 dětí s epilepsií ve věku 9-16 let. Jednalo se o 12 chlapců a 10 dívek. V souladu s plánem výzkumu nebyly zahrnuty děti navštěvující praktické a speciální školy, 21 dětí navštěvovalo standardní základní školy, v jednom případě šlo o nižší ročník víceletého gymnázia. U 9 dětí nebyla dosud diagnostikována porucha učení ani ADHD. U jednoho dítěte poté nejsou dosud informace o poruchách učení a případném výskytu ADHD k dispozici. Nějaká porucha učení poté byla zjištěna celkem u 10 dětí, přičemž dyslexie byla prokázána u 4 dětí, dysgrafie u 7 dětí a dyskalkulie u 5 dětí. ADHD bylo poté diagnostikováno u 7 dětí ze zkoumaného vzorku. Prevalence poruch učení je tak v naší skupině necelých 50 %, prevalence ADHD poté něco přes 30 %. Uvedené údaje jsou v souladu s poznatky z literatury, podle nichž se prevalence specifických poruch učení u dětí s epilepsií pohybuje dle užitého diagnostického v rozmezí cca 40-60 % (Fastenau et al, 2008), u ADHD je poté uváděná prevalence mezi 14 % a 38 % (Reilly, 2011).

Vedle dětí s epilepsií vyplnilo dotazníky rovněž 359 spolužáků z příslušných 22 tříd. V průměru se tedy v jedné třídě jednalo o 16,3 spolužáka, rozpětí se pohybovalo od 7 do 25 dětí na třídu. Mezi spolužáky dětí s epilepsií bylo 185 chlapců (51,5 %) a 174 dívek (48,5 %). Dotazníky týkající se znalostí a sociometrie vyplnili všichni zúčastnění, dotazník týkající se stigmatizace poté vyplnilo 271 spolužáků. Zbytek (především děti ve věku do 10 let) nedokázal vzhledem k tomu, že neměl o epilepsii jasnější představu, tento dotazník vyplnit. Celkem 252 respondentů z řad spolužáků deklarovalo znalost někoho s epilepsií. Ve velké většině případů uvedli, že znají pouze dítě s epilepsií ze své třídy (zhruba 75 %), v cca 10 % neuvédli svého spolužáka, ale někoho jiného

(člena rodiny, kamaráda z kroužku apod.), a ve zbylých zhruba 15 % případů uvedli znalost spolužáka a ještě někoho dalšího.

10 VÝSLEDKY

10.1 SOCIOMETRICKÁ POZICE ŽÁKŮ S EPILEPSÍ

V této části se budeme zabývat testováním hypotézy H1:

Sociometrická pozice žáků s epilepsií je horší než odpovídá průměru třídy a souvisejícími úvahami.

Sociometrie byla ve třídách navštěvovaných žákem s epilepsií zkoumána pomocí tzv. L-J testu (viz podkapitola 8.3). V tomto testu každý žák označí 3 nejoblíbenější a nejméně oblíbené spolužáky i s uvedením pořadí. Za první místo jsou 3 body, za druhé 2 body a konečně za třetí jeden bod. Následně se u každého žáka stanoví skór oblíbenosti jako součet kladných bodů získaných od spolužáků a rovněž skór neoblíbenosti, kde se sčítají záporné body. Ačkoliv data máme vždy za celou třídu, zde se v souladu se zaměřením práce budeme zabývat pouze výsledky dětí s epilepsií. Ty jsou uvedeny (ve formě skóru oblíbenosti a neoblíbenosti, resp. jejich rozdílu) v Tabulce T1.

Tabulka č. 5 - Výsledky sociometrie u žáků s epilepsií v jednotlivých testovaných třídách

Pořadové číslo žáka	Skór oblíbenosti	Skór neoblíbenosti	Rozdíl
1	4	0	4
2	4	3	1
3	6	0	6
4	0	40	-40
5	3	1	2
6	0	18	-18
7	7	0	7
8	2	8	-6
9	2	0	2
10	5	2	3
11	7	0	7
12	3	2	1
13	1	0	1
14	0	18	-18
15	12	0	12
16	11	0	11
17	3	10	-7
18	3	0	3
19	0	18	-18
20	4	4	0
21	6	0	6
22	2	8	-6
celkem	3,86±3,30^a	6,00±9,86^a	-2,14±12,10^a

^a průměr±směrodatná odchylka

Z tabulky je patrné, že celkem u 14 z 22 uvažovaných dětí s epilepsií je rozdíl kladný, pouze u 7 je záporný a v jednom případě dochází ke shodě obou uvažovaných skóre a rozdíl je tedy nulový. Z tohoto hlediska tedy u většiny souboru převažuje pozitivní hodnocení nad negativním, **což vede k zamítnutí naší prvotní hypotézy H1 uvádějící, že sociometrická pozice dítěte s epilepsií je horší, než je průměr¹**. Znaménkový test ukazuje, že není možné prokázat ani pravý opak. Ačkoliv většina uvažovaných dětí s epilepsií má rozdíl hodnocení kladný, není tento závěr pro daný počet respondentů statisticky významný (pro 22 respondentů je na hladině významnosti 0,05 kritická hodnota rovna 17, zatímco v našem případě převážilo kladné hodnocení pouze u 14 dětí). Z tohoto pohledu se tedy zdá, že sociometrická pozice dětí s epilepsií zhruba odpovídá průměru (resp. nemáme k dispozici data, která by jednoznačně prokazovala opak).

Na druhé straně je však potřeba uvést, že průměrný skór obliby u dětí s epilepsií je pouze 3,86 bodu, což je pod očekávaným skórem udávaným autory testu, který je 6 bodů. Testování hypotézy, že střední hodnota v námi sledované skupině je rovna právě 6 bodům, pak vede při použití jednovýběrového t-testu² k zamítnutí této hypotézy s p-hodnotou 0,006. V případě skóru neobliby je pak průměr v našem případě 6 bodů, což je přesně očekávaný skór. Z tohoto pohledu se tedy zdá, že ve skóru obliby dosahují děti s epilepsií jako soubor statisticky významně podprůměrných výsledků, zatímco ve skóru neobliby jsou na průměru. To by naopak nasvědčovalo tomu, že jejich sociometrická pozice jako celek je podprůměrná.

Jak tento zdánlivý rozpor interpretovat? Podrobnější pohled na data ukazuje, že pouze 6 z celkem 22 dětí s epilepsií dosáhlo ve skóru obliby alespoň průměrných 6 bodů. Maximum pak je 12 bodů, což je méně než je hranice pro to, aby žák mohl být dle autorů testu klasifikován jako signifikantně preferovaný (na to je třeba 13 bodů). Pokud jde o skór neobliby, zde překračuje hranici 6 bodů opět 6 žáků s epilepsií, hned u čtyř z nich je však znatelně překročena i hranice 13 bodů a je možné je tak pokládat za signifikantně odmítané žáky dle klasifikace uváděné autory testu. Žádný účastník přitom nedosahuje průměrných či nadprůměrných skóre zároveň ve skóru obliby a neobliby, v souboru tak nemáme nikoho, kdo by byl hodnocen jako signifikantně rozpolcený žák³. Naopak značná část souboru (10 z 22) dosahuje podprůměrných hodnot v obou kritériích, čímž se blíží k pozici ignorovaných žáků⁴. Právě u těchto žáků však zpravidla pozitivní hodnocení mírně převažuje nad negativním, což způsobuje výše diskutovanou celkovou převahu pozitivních výsledků. Zdá se tedy, že děti s epilepsií mají ve třídě poměrně často jednoho až dva

¹ Tomu odpovídá při uvážení určitých zjednodušujících předpokladů rozdíl rovný nule.

² Výpočet byl proveden pomocí online kalkulačky dostupné na <http://www.socscistatistics.com/tests/tsinglesample/Default2.aspx>

³ Částí třídy by byl milován, částí nenáviděn.

⁴ U žádného z nich však nebylo dosaženo nulových hodnot v obou kritériích tak, aby jej bylo možné do této kategorie jednoznačně zařadit.

dobré kamarády a nemají žádné výrazné nepřátele, většina třídy je nevnímá ani výrazně pozitivně, ani negativně. Pro potvrzení této hypotézy bude potřeba další výzkum na větším počtu respondentů tak, aby bylo možné dosáhnout u jednotlivých tvrzení statistické významnosti. Zároveň to vypadá, že existuje určitá podmnožina dětí s epilepsií, která je ve třídách velmi výrazně odmítána (v našem souboru se jedná o účastníky s čísly 4, 6, 14 a 19), není však patrná podmnožina, kde by došlo k výraznému přijetí, děti by byly ve svých třídách výrazně preferovanými žáky - „hvězdami“. Rovněž pro podrobnější zkoumání těchto otázek a případnou bližší identifikaci uvedené podmnožiny bude potřeba další výzkum.

Zatím však můžeme říci pouze to, že prvotní hypotéza H1 o podprůměrné sociometrické pozici žáků s epilepsií se nepotvrdila.

10.2 SOUVISLOST SOCIOMETRICKÉ POZICE A ZNALOSTÍ TŘÍDY O EPILEPSII

V této podkapitole se zaměříme na ověření hypotézy H2:

Sociometrická pozice s epilepsií kladně koreluje s úrovní znalostí o epilepsii v této třídě.

Nejjednodušší metodou, jak provést toto ověření, je spočítat korelační koeficient mezi výše diskutovaným rozdílem ve skórech oblíbenosti a neoblíbenosti (poslední sloupec v Tabulce V1) a mezi úrovní znalostí o epilepsii vyjádřenou pomocí průměru počtu bodů ve znalostním testu (tj. počet správně zodpovězených otázek z celkového počtu 11) v dané třídě. Pearsonův korelační koeficient mezi těmito dvěma proměnnými je roven hodnotě 0,12, což je malá a při daném počtu respondentů jednoznačně statisticky nevýznamná hodnota (kritická hodnota příslušného testu nulovosti korelačního koeficientu je na hladině významnosti 0,05 rovna hodnotě 0,423). Podobná situace nastává u Spearmanova korelačního koeficientu⁵, kde byla získána hodnota 0,065, což je rovněž statisticky nevýznamné číslo (kritická hodnota je na běžně užívané hladině významnosti 0,05 tentokrát rovna hodnotě 0,424). Z tohoto pohledu by tedy byl jednoznačný závěr, že existence kladné a statisticky významné korelace mezi úrovní znalostí v dané třídě a sociometrickou pozicí žáka s epilepsií se nepotvrdila a hypotézu H2 je tudíž třeba zamítnout.

⁵ Výpočet byl proveden pomocí online kalkulačky na <http://www.socscistatistics.com/tests/spearman/Default2.aspx>

Tabulka č. 6 - Výsledky znalostního testu a sociometrie u žáků s epilepsií v jednotlivých testovaných třídách

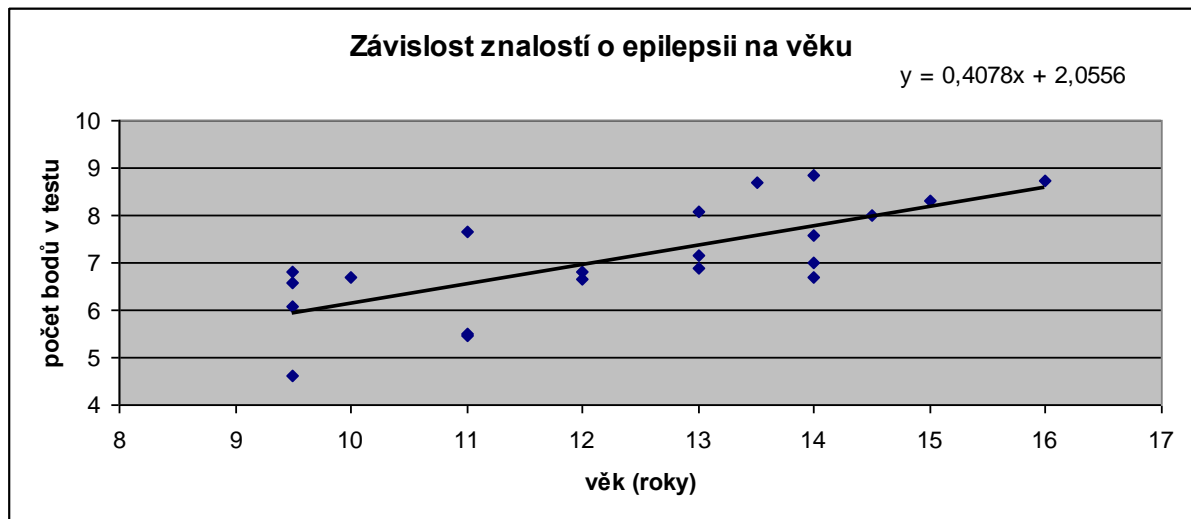
Pořadové číslo žáka	Výsledek znalostního testu (průměr třídy) – bez korekce na věk	Rozdíl v sociometrii
1	6,79	4
2	7,57	1
3	7,67	6
4	4,61	-40
5	6,57	2
6	8,7	-18
7	6,69	7
8	7	-6
9	8,3	2
10	6,08	3
11	6,7	7
12	2,5	1
13	6,64	1
14	7,15	-18
15	6,8	12
16	8,84	11
17	8	-7
18	6,9	3
19	8,74	-18
20	5,5	0
21	8,07	6
22	5,47	-6
celkem	6,88±1,47^a	-2,14±12,10^a

^a průměr±směrodatná odchylka

Nicméně je třeba vzít v úvahu skutečnost, že testovány byly třídy s dětmi v různém věku a dá se očekávat, že budou existovat rozdíly v úrovni znalostí o epilepsii mezi dětmi ve věku 9 a 15 let (krajní hranice uvažovaného intervalu). Proto jsme zjistili korelaci mezi věkem žáka s epilepsií⁶ a průměrnou úrovní znalostí třídy o epilepsii. Výsledkem byla vysoká hodnota Pearsonova korelačního koeficientu 0,732, což je statisticky významná hodnota i na citlivější hladině významnosti 0,01. Následně jsme pomocí lineární regrese zjistili závislost výsledků znalostního testu na věku a určili příslušnou rovnici regrese. Výsledky jsou patrné z grafu G1.

⁶ Ten rámcově odpovídá průměrnému věku celé třídy, který jsme v tomto výzkumu nesledovali.

Graf č. 1 - Závislost znalostí o epilepsii na věku



Z rovnice regrese uvedené v grafu je patrné, že nárůstu věku o 1 rok odpovídá přibližně zvýšení průměrného výsledku ve znalostním testu o 0,4 bodu. Z tohoto důvodu jsme přepočítali výsledky znalostního testu právě s uvedenou korekcí na věk⁷. Následně jsme spočítali korelace mezi úrovní znalostí korigovanou dle věku a sociometrickou pozicí žáka s epilepsií vyjádřenou rozdílem skóre oblíbenosti a neoblíbenosti. U Pearsonova korelačního koeficientu nám vyšla hodnota 0,341, což je sice pro daný počet respondentů stále pod úrovní statistické významnosti, je to však o poznání vyšší výsledek, než tomu bylo v případě bez korekce na věk. Podobně Spearmanův korelační koeficient vyšel roven hodnotě 0,332, což je sice rovněž statisticky nevýznamné pro danou hladinu a počet respondentů, jedná se však již o výraznější závislost.

Můžeme tedy shrnout, že ani po nutné korekci na věk (což je proměnná výrazně ovlivňující znalosti o epilepsii ve sledované skupině) se nepodařilo prokázat statisticky významný vliv znalostí na sociometrickou pozici dítěte s epilepsií. **Hypotézu H2 proto musíme v tuto chvíli zamítnout**, je však velmi reálné, že při větším počtu respondentů by se uvedenou souvislost prokázat podařilo.

⁷ Přesněji řečeno jsme stanovili odchylky očekávaného výsledku ve znalostním testu dle rovnice regrese a skutečného výsledku pro jednotlivé třídy.

10.3 SOUVISLOST SOCIOMETRICKÉ POZICE A MÍRY STIGMATIZACE VE TŘÍDĚ

Tato část je zaměřena na ověření hypotézy *H3*:

Sociometrická pozice žáka s epilepsií záporně koreluje s mírou stigmatizace související s epilepsií v dané třídě.

Podobně jako u znalostí je možné zjistit případnou souvislost mezi sociometrickou pozicí žáka a průměrnou mírou stigmatizace pomocí korelačního koeficientu spočteného na základě rozdílů skóre oblíby a neoblíby (sociometrická pozice) a průměrného výsledku dotazníku SSE v rámci dané třídy (míra stigmatizace). Pearsonův korelační koeficient nabyl hodnoty -0,331, což je pro daný počet respondentů statisticky nevýznamná hodnota (pro hladinu významnosti 0,05 je příslušná hranice 0,423...), ale není to zároveň hodnota zcela zanedbatelná. Znaménko minus je v souladu s tím, že vyšší hodnota stigmatizace odpovídá nižší hodnotě rozdílu a tudíž lepší sociometrické pozici, což je v souladu s očekáváním. V případě Spearmanova korelačního koeficientu byla získána hodnota -0,362, což je opět mírně pod úroveň statistické významnosti pro klasicky uvažovaný případ s hladinou 0,05. **To ukazuje, že vliv míry stigmatizace se v rámci daného vzorku respondentů nepodařilo prokázat a hypotézu H3 tedy musíme zamítnout.** Nic na tom nemění ani skutečnost, že získané korelace nejsou zanedbatelné a při větších počtech respondentů by statistická významnost byla zaručena.

Tabulka č. 7 - Výsledky dotazníku SSE měřícího míru stigmatizace a sociometrie u žáků s epilepsií v jednotlivých testovaných třídách

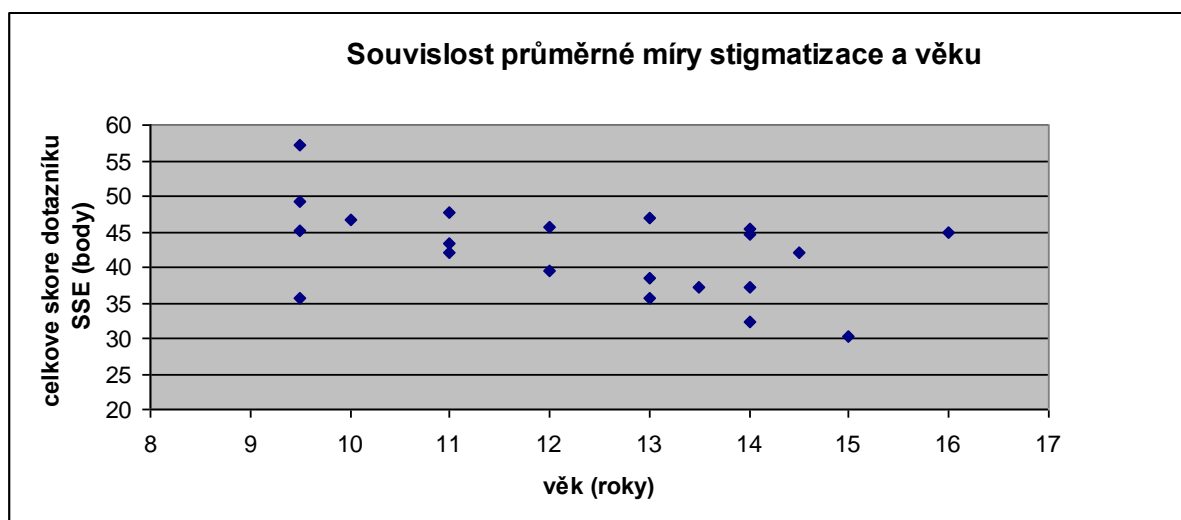
Pořadové číslo žáka	Výsledek dotazníku SSE (průměr třídy)	Rozdíl v sociometrii
1	45,13	4
2	45,3	1
3	43,43	6
4	49,31	-40
5	57,24	2
6	37,18	-18
7	46,78	7
8	44,68	-6
9	30,17	2
10	35,59	3
11	37,3	7
12	24,6	1
13	45,75	1
14	46,88	-18
15	39,61	12

16	32,35	11
17	42,04	-7
18	38,42	3
19	44,77	-18
20	42,14	0
21	35,6	6
22	47,69	-6
celkem	41,45±7,21^a	-2,14±12,10^a

^a průměr±směrodatná odchylka

Vzniká otázka, zda není u míry stigmatizace potřeba provést podobně jako u znalostí korekci na věk. Tentokrát tomu však tak není, o čemž svědčí jak poměrně nízká hodnota Spermanova korelačního koeficientu mezi oběma proměnnými, jež je -0,29, tak rovněž grafické posouzení na základě korelogramu uvedeného v grafu G2. Zdá se tedy, že věk na míru stigmatizace související s epilepsií nemá zásadní vliv.

Graf č. 2 - Souvislost průměrné míry stigmatizace a věku



10.4 SOUVISLOST MÍRY STIGMATIZACE A ÚROVNĚ ZNALOSTÍ

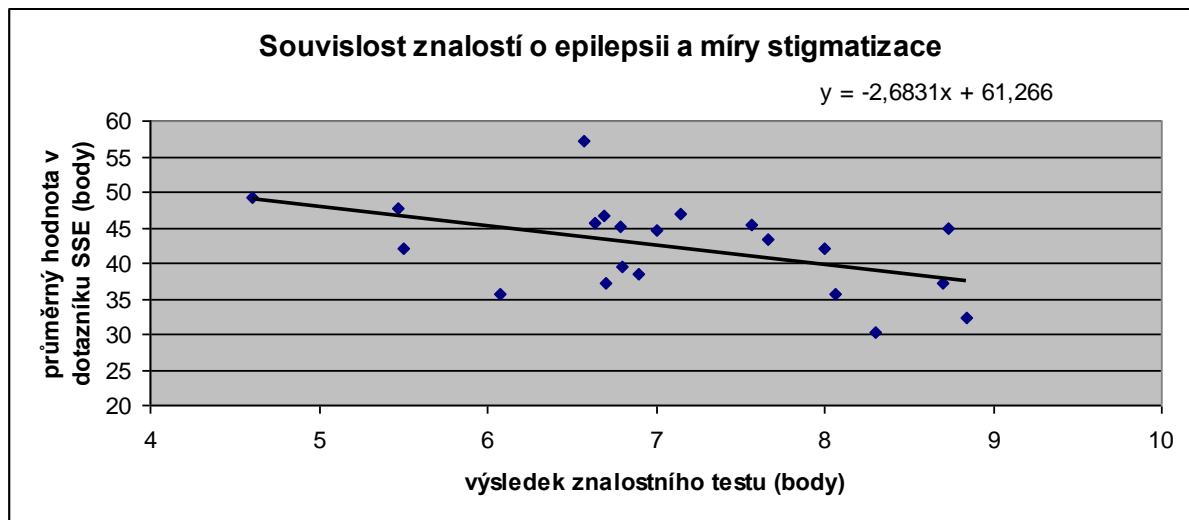
V další části se budeme zabývat otázkou nastolenou v hypotéze H4:

Míra znalostí o epilepsii záporně koreluje s mírou stigmatizace v daných třídách.

Vhodným nástrojem je zde opět korelační analýza zjišťující vztahy mezi oběma uvažovanými proměnnými (míra znalostí je zde reprezentována průměrným počtem bodů ve znalostním testu za danou třídu, míra stigmatizace poté průměrným výsledkem třídy v dotazníku

SSE⁸). Při použití Pearsonova korelačního koeficientu získáváme hodnotu -0,481, což je na hladině významnosti 0,05 statisticky významný údaj (kritická hodnota je pouze 0,423). Záporné znaménko je zde zcela v souladu s formulací hypotézy, podle níž větší úroveň znalostí odpovídá nižší míře stigmatizace. Podobně Spearmanův korelační koeficient nabývá hodnoty -0,532, což je opět statisticky významné číslo na hladině významnosti 0,05 (kritická hodnota je zde 0,424). **V obou případech jsme tak dospěli k tomu, že vyšší úroveň znalostí v rámci třídy skutečně odpovídá nižší míře stigmatizace a potvrdili jsme tak platnost hypotézy H4.**

Graf č. 3 - Souvislost znalostí o epilepsii a míry stigmatizace



Pro bližší představu o této závislosti jsme ji zobrazili graficky (viz graf č. 3) a rovněž jsme provedli lineární regresi a stanovili rovnici regrese (uvedena rovněž v grafu č. 3). Z ní je patrné, že nárůstu průměrných znalostí o 1 bod odpovídá ve střední hodnotě pokles průměrné míry stigmatizace o cca 2,68 bodu. Podrobnější zkoumání provedené v části Regrese modulu Analýza dat v MS Excel pak ukazuje, že 95% intervalový odhad pro tento pokles je (0,34 bodu; 5,03 bodu). To zároveň ukazuje, že tento výsledek je statisticky významný, test hypotézy o nulovosti příslušného koeficientu u x v rovnici regrese vedl k zamítnutí s p-hodnotou rovnou 0,027.

Tyto úvahy dále potvrzují a rozšiřují poznatek, že vyšší úroveň průměrných znalostí v rámci třídy odpovídá nižší míře stigmatizace související s epilepsií v této třídě. Vzhledem k výše uvedené skutečnosti, že mezi věkem a mírou stigmatizace není statisticky významná závislost, se poté nedá

⁸ Pracujeme zde s průměry tříd, nikoliv s výsledky jednotlivců v nich. Vzhledem k množství sebraných dat by bylo rovněž zajímavé zjistit korelace mezi soubory jednotlivců, čímž by výzkumný soubor rázem narostl z 22 (počet tříd) na více než 250 (počet žáků, kteří vyplnili oba dotazníky). To je však již nad rámec této práce.

předpokládat, že by za tento výsledek byl zodpovědný věk, který prokazatelně výrazně ovlivňuje úroveň znalostí o epilepsii⁹.

10.5 ZÁVISLOST MÍRY STIGMATIZACE NA TOM, ZDA TŘÍDU NAVŠTĚVUJE ŽÁK S EPILEPSÍ

Tato závěrečná podkapitola ve výsledkové části bude zaměřena na ověření hypotézy H5:

Míra stigmatizace ve třídách navštěvovaných žákem s epilepsií se neliší od tříd, které žák s epilepsií nenavštěvuje.

Vzhledem k tomu, že náš obsáhlý výzkum nezahrnoval kontrolní skupinu (tj. třídy, ve kterých není žádný žák s epilepsií), je nutné provést srovnání s výsledky předchozích výzkumů, které se právě na tyto třídy orientovaly. K dispozici jsou v českém prostředí studie Weberové (2016) a Potužáka (2016). V prvním případě byla zjišťována pomocí nástroje SSE, využitého i v této práci, míra stigmatizace v 8 třídách ZŠ navštěvovaných dětmi ve věku 9-11 let před a po intervenci. V žádné z těchto tříd nebylo dítě s epilepsií. Průměrné hodnoty před intervencí se pohybovaly v rozmezí 48-55 bodů. Ve druhé studii byla v 8 třídách SŠ navštěvovaných adolescenty ve věku 15-18 let realizována validace dotazníku SSE. Opět v žádné z těchto tříd nebyl student trpící epilepsií a průměrné hodnoty celkového skóre SSE se pohybovaly kolem 47 bodů. Pro statistické ověření hypotézy H5 jsme uvážili všechny třídy z uvedených studií (tj. celkem 16 tříd) a srovnali jejich průměrné výsledky s tím, co víme celkem z 22 tříd z této studie, které navštěvuje dítě s epilepsií¹⁰.

Testování bylo realizováno užitím dvouvýběrového t-testu s tím, že nejprve jsme provedli F-test tak, abychom zjistili, zda zvolit variantu s rovností rozptylů či bez rovnosti rozptylů. F-test vedl k p-hodnotě 0,119, což při užití běžné hladiny významnosti znamenalo, že nemůžeme zamítnout hypotézu o shodě rozptylů, a je tedy možné zvolit variantu t-testu se shodou rozptylů. Výsledky samotného dvouvýběrového t-testu jsou pak patrné z tabulky č. 5.

⁹ K podrobnějšímu objasnění případného vlivu věku by bylo vhodné provést tzv. Analýzu kovariance (tzv. ANCOVA), která by však vyžadovala větší počet zapojených tříd.

¹⁰ Jsme si vědomi toho, že část srovnávaných tříd pocházela ze SŠ, zatímco v naší skupině jde ve všech případech o třídy ze ZŠ. Vzhledem k tomu, že míra stigmatizace podle všeho významně nezávisí na věku, by však toto omezení nemělo hrát velkou roli.

Tabulka č. 8 - Testování hypotézy H5 (míra stigmatizace ve třídách bez epileptického žáka a s epileptickým žákem)

	<i>Třídy s epi</i>	<i>Třídy bez epi.</i>
Stř. hodnota	41,45272727	49,835625
Rozptyl	51,97831602	28,56110625
Pozorování	22	16
Společný rozptyl	42,22114528	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	36	
	-	
t stat	3,926527978	
P(T<=t) (1)	0,000186687	
t krit (1)	1,688297694	
P(T<=t) (2)	0,000373374	
t krit (2)	2,028093987	

Z tabulky je patrné, že průměrná hodnota stigmatizace ve třídách navštěvovaných dítětem s epilepsií byla 41,45 bodu, zatímco v třídách bez dítěte s epilepsií poté 49,83 bodu. Tento rozdíl je statisticky významný, když příslušná p-hodnota testu nabývá hodnoty menší než je 0,001. **Kvůli tomu jsme nuceni hypotézu H5 zamítnout, ukazuje se, že průměrná míra stigmatizace ve třídách s dítětem s epilepsií je menší ve srovnání s třídami, které dítě s epilepsií nenavštěvuje.** Tento závěr přitom platí pro případ, že ve třídě nebyla předtím realizována cílená intervence vedoucí ke snížení míry stigmatizace. Jak ukázala Weberová (2016), vhodně zvolená intervence vede k výraznému poklesu stigmatizace ve třídách bez epileptika.

11 DISKUZE VÝSLEDKŮ

Sociometrická pozice dětí s epilepsií odpovídá spíše průměru, nebyla horší než průměrná hodnota. Ve skóru oblíbenosti dosahují děti s epilepsií jako soubor statisticky významně podprůměrných výsledků, zatímco ve skóru neoblíbenosti jsou na průměru. Je zde potřeba zmínit, že prevalence ADHD je něco před 30%, což je v souladu s uváděnou hodnotou v literatuře, kde hodnoty dosahují prevalence mezi 14 % a 38 % (Reilly, 2011). V tomto případě je také nutné brát v úvahu i to, že komorbidita ADHD může u dětí s epilepsií zapříčinit horší sociometrický status. Bylo by dobré blíže analyzovat onu skupinu dětí s epilepsií + ADHD. S ohledem na větší nasycení následujícího vzorku.

Žáci se specifickou poruchou učení byli v naší studii zastoupeni v necelých padesáti procentech, což je v souladu s literaturou, kde se prevalence specifických poruch učení u dětí s epilepsií pohybuje okolo 40-60 % (Fastenau et al, 2008). Tato skupina žáků je pro učitele tzv. diagnostickým oříškem v podobě nečitelnosti (Brabcová et al., 2015). Nabízí se i možnost toho, že i spolužáci je percipují pod stejným účelem pohledu nečitelnosti.

Rovněž bude potřeba zohlednit množství zameškaných hodin dětí s epilepsií ve srovnání s průměrem školní třídy a také případné intelektuální schopnosti žáků s epilepsií. Dokáží si představit, že intelektové vlastnosti a osobnostní rysy (např. depresivita a úzkostnost) mohou ovlivnit sociometrickou pozici žáka s epilepsií zásadním způsobem. Naše dosavadní výsledky naznačují význam toho, zda je u dítěte s epilepsií diagnostikováno ADHD či nikoliv, uvedené výsledky však zatím nejsou statisticky průkazné.

Mezi další potenciálně důležitou proměnnou, kterou je nutné brát do úvahy, patří také rodinné prostředí. Jsou výzkumy, které dokazují horší sociometrickou pozici dětí ve školní třídě, které jsou z neúplných rodin (Jošt et al, 2015).

Poměrně zajímavým zjištěním, je že věk žáků nemá na míru stigmatizace vliv, ačkoliv u znalostí je efekt věku velmi výrazný a zároveň bylo prokázáno, že vyšší úroveň znalostí v rámci třídy odpovídá nižší míře stigmatizace. Vyjasnění vzájemných souvislostí mezi uvedenými proměnnými by bylo velmi žádoucí a mohla by přispět k lepšímu uchopení tématu tak, aby např. bylo možné připravit specificky zaměřené intervence vedoucí k zlepšení znalostí či redukci míry stigmatizace. Náš výzkum však vzhledem k počtu zapojených tříd neumožňuje opřít v tomto ohledu o sofistikované metody (jako např. strukturní modely), které by mohly přispět k objasnění těchto souvislostí.

Z našich předběžných monitorovacích studií vyplývá, že zhruba 10 % rodičů¹¹ má tendence tajit, že jejich dítě má epilepsie a z tohoto důvodu se nezapojili do projektu „Dítě s epilepsií v prostředí školy“. Pravděpodobně si neuvědomují možná rizika, kterým dítě nevědomě vystavují a zároveň zde obchází zákon. Rodiče totiž jsou povinni dle § 22 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání informovat školu a školské zařízení o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích dítěte nebo žáka nebo jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání. Je třeba, aby rodiče byli o této skutečnosti informováni a byli motivováni k tomu jednat se školou v tomto ohledu maximálně otevřeně a snažit se nacházet rozumná řešení.

¹¹ Jedná se o velmi umírněný odhad, ve skutečnosti může být takových rodičů ještě podstatně více. Empirické určení této hodnoty je však z podstaty problému prakticky nemožné.

ZÁVĚR

Předmětem diplomové práce byla analýza sociometrické pozice žáků s epilepsií v souvislosti s dalšími faktory, jako jsou znalosti o epilepsii a stigma. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části práce je popsána epilepsie a její etiologie. Dále navazuje klasifikace epileptických záchvatů a jejich jednotlivé obrazy. Stručně je pojednáno o diagnostice epilepsie a možnostech její terapie. S epilepsií je prokazatelně spojené stigma (Kale, 1997), které bylo jedním ze souvisejících faktorů ovlivňujících sociometrickou pozici žáka. V teoretické části jsme se zabývali především vymezením pojmu a možnostmi vzdělávacích intervencí, které by stigmatizaci redukovali. Dále byl v první části diplomové práce popsán proces socializace dítěte ve školním prostředí a teoreticky uvedena sociometrie jako nástroj pro měření vztahů ve školní třídě. Praktická část navazuje na teoretickou, kdy je L-J metodou autorů Longa a Jonesové zkoumána sociometrická pozice žáků s epilepsií pomocí skóru obliby a neobliby.

Cílem praktické části práce bylo zodpovědět otázky, zda existuje vzájemný vztah mezi sociometrickou pozicí dítěte s epilepsií a znalostmi spolužáků o epilepsii, jaká je úroveň znalostí spolužáků o epilepsii, jaká je míra stigmatizace související s epilepsií ve školní třídě navštěvované dítětem s epilepsií. K tomuto účelu bylo formulováno pět konkrétních hypotéz. Exaktní statistické testování prokázalo, že existuje korelace mezi stigmatizací související s epilepsií a znalostmi příslušné třídy o této nemoci. Rovněž bylo jasně ukázáno, že vyšší průměrná úroveň stigmatizace se objevuje u tříd nenavštěvovaných dítětem s epilepsií. Otazník zůstává ohledně průměrné sociometrické pozice dítěte stejně jako u vlivu znalostí a průměrné míry stigmatizace ve třídě na tuto pozici. Náš výzkum naznačil v tomto směru určité trendy, vzhledem k omezenému počtu zapojených tříd však nebylo dosaženo statistické signifikance. Z hlediska dalšího zkoumání by tak bylo vhodné rozšířit prezentovanou studii na větší počet tříd navštěvovaných dětmi s epilepsií. Rovněž by nebylo na škodu zapojit do výzkumu v této oblasti kvalitativní metodologii reprezentovanou např. rozhovory se samotnými dětmi, jejich rodiči a učiteli. Navzdory uvedeným omezením jsem přesvědčena, že byly splněny cíle práce a předkládaná studie dává prvotní představu o dosud téměř neřešeném tématu sociometrické pozice dítěte s epilepsií v prostředí školy (nejen v českém, ale ani ve světovém měřítku). Věřím, že další výzkum zde prezentované poznatky rozšíří a ve svém důsledku umožní realizaci vhodně zacílených intervencí vedoucích k tomu, aby se děti s epilepsií cítili ve škole navzdory všem omezením co možná nejlépe. To by podle mého názoru mělo být primárním cílem jakéhokoliv dalšího výzkumu v této oblasti.

RESUMÉ

Diplomová práce Sociometrická pozice žáka s epilepsií je zaměřena na zkoumání sociometrických vztahů vybraných žáků trpících epilepsií ze základních škol nebo nižšího stupně víceletého gymnázia v Plzeňském a Karlovarském kraji. Práce obsahuje charakteristiku epilepsie jako chronického onemocnění, zmiňuje důležitost bezproblémovosti socializačního procesu v prostředí školy a s tím spojené role učitelů a spolužáků a informuje o modifikaci Morenovy sociometrické metody L-J, která byla využita pro výzkum dané problematiky.

Cílem studie bylo analyzovat sociometrickou pozici žáků s epilepsií v několika souvislostech, a to především s úrovní znalostí spolužáků o epilepsii (jedenácti položkový dotazník s uzavřenými otázkami) a mírou stigmatizace dítěte (dotazník STIGMA SCALE OF EPILEPSY), která s touto nemocí úzce souvisí. Celkem se výzkumu zúčastnilo 22 dětí ve věku 9-16 let trpících epilepsií (12 chlapců, 10 dívek), vedle kterých dotazníky vyplnilo rovněž 359 spolužáků z příslušných tříd. Z výsledků šetření se nepotvrdilo, že by dítě s epilepsií mělo horší sociometrickou pozici, než je průměr. Souvislost znalostí žáků o epilepsii a sociometrickou pozici žáka s epilepsií se nepodařilo prokázat stejně jako záporný vztah mezi mírou stigmatizace související s epilepsií v konkrétním vzorku respondentů. Studie dále prokázala, že vyšší úroveň znalostí snižuje míru stigmatizace epileptického žáka. Dále jsme došli k závěru, že míra stigmatizace ve třídách, které navštěvuje dítě s epilepsií je nižší, než ve třídách, které dítě s epilepsií nenavštěvuje. Uvedené výsledky dávají prvotní představu o dosud prakticky nezkoumaném tématu sociometrické pozice dítěte s epilepsií v prostředí školy a je možné na ně navázat v dalším výzkumu.

Klíčová slova:

epilepsie, sociometrie, sociometrická pozice, L-J metoda, znalosti o epilepsii, míra stigmatizace, postoje

RESUMÉ

This diploma thesis, named the Sociometrical Position of An Epileptic Pupil, focuses on examining sociometrical relationships of sample epileptic pupils from primary schools in the Plzeň and Karlovy Vary regions of the Czech Republic. This work contains the characteristics of epilepsy as a chronic disease, points out the importance of a problem-free socializing process in schools and the roles of teachers and schoolmates therein, and also informs about a modification of Moren's L-J sociometrical method, which was used for this survey.

The goal of this study was to analyze the sociometrical position of pupils in several cases, particularly in terms of the classmates' level of knowledge about epilepsy (via a questionnaire consisting of eleven items with closed questions) and the level of children's stigma (Stigma scale of epilepsy questionnaire), which is closely related to this disease. A total of 22 children, aged 9-16 and suffering from epilepsy, participated in this survey (12 boys, 10 girls), in addition to 359 of their classmates who filled out the given questionnaires. The results of the survey did not confirm that an epileptic pupil has a worse sociometrical position than an average pupil. The connection between the classmates' level of knowledge about epilepsy and the sociometrical position of an epileptic pupil, as well as the negative relationship associated with the level of stigma connected to epilepsy in the sample of respondents proved inconclusive. The study demonstrated that the higher the level of knowledge about epilepsy held by classmates led to a lower level of stigma for an epileptic pupil. It also showed that the degree of stigma in classes with an epileptic child is lower than in classes without an epileptic pupil. The given results serve as the first concept thus far about this underexamined topic of the sociometrical position of epileptic children in schools. It is possible to follow up on this study with further research on this area.

Keywords:

Epilepsy, sociometry, sociometrical position, L-J method, knowledge about epilepsy, degree of stigma, postures

SEZNAM LITERATURY

- [1] AUSTIN, J. K., MACLEOD, J., DUNN, D. W., SHEN, J., PERKINS, S. M. Measuring stigma in children with epilepsy and their parents: instrument development and testing. *Epilepsy & Behavior*. 2004, 5(4), s. 472–482.
- [2] BAKER, G. A., et al. Quality of life of people with epilepsy: a European study. *Epilepsia*. 1997, 38(3), s. 353–362.
- [3] BAKER, G. A., HESDON, B., MARSON, A. Quality-of-life and behavioral outcome measures in randomized controlled trials of antiepileptic drugs: A systematic review of methodology and reporting standards. *Epilepsia*. 2000, 41, 1357–1363.
- [4] BIRBECK, G. Interventions to reduce epilepsy-associated stigma. *Psychology, Health & Medicine*. 2006, 11(3), s. 364–366.
- [5] BRABCOVÁ, D. Sociální aspekty epilepsie. In: JOŠT, J., MAN, F., NOHAVOVÁ, A., et al. *Podpora zdravého psychického vývoje: z aspektu dítěte a učitele*, 2013, s. 7–28. ISBN 978-80-87204-66-5.
- [6] BRABCOVÁ, D., KOHOUT, J., JOŠT, J. Diagnostika sebepojetí dětí a dospívajících s epilepsií v oblasti školní úspěšnosti ve vztahu ke kvalitě života. In *Pedagogicko-psychologická diagnostika: cesta k účinnému vedení*. Praha: Eduko, 2015, s. 38–65. ISBN: 978-80-88057-18-5.
- [7] BRABCOVÁ, D., KOHOUT, J., POTUŽÁK, D., BEŇOVÁ, B., KRŠEK, P. Psychometric properties of the Czech version on the Stigma Scale of Epilepsy. 2017. Prepared for published.
- [8] BRABCOVÁ, D., KOHOUT, J., WEBEROVÁ, V., KOMÁREK, V. (2017). Educational video and story as effective interventions reducing epilepsy-related stigma among children measured by the verified Czech version of Stigma scale of epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2017, 69, S. 12–17.
- [9] BRABCOVÁ, D., LOVASOVÁ, V., KOHOUT, J., ZÁRUBOVÁ, J., KOMÁREK, V. Improving the knowledge of epilepsy and reducing epilepsy-related stigma among children using educational video and educational drama – A comparison of the effectiveness of both interventions. *Seizure*. 2012, 22(3), s. 179–184.
- [10] BRABCOVÁ, D., ZÁRUBOVÁ, J., KOHOUT, J., JOŠT, J., KRŠEK, P. Effect of learning disabilities on academic self-concept in children with epilepsy and on their quality of life. *Research in Developmental Disabilities*. 2015, č. 45-46, s. 120–128.
- [11] BRÁZDIL, M., HADAČ, J., MARUŠIČ, P. *Farmakorezistentní epilepsie*. Praha: Triton, 2004. 268 s. ISBN 80-7254-562-0.
- [12] BUŠEK, P. Epilepsie. *Medicína pro praxi*. 2013, 10(3), s. 111–114. ISSN-10803-5310.
- [13] DEVINSKY, O., PENRY, J. K., 1993. Quality of Life in Epilepsy: The Clinician's View. *Epilepsia*, 34(4), s. 4–7.

- [14] ELAFROS, M. A., BOWLES, R. P., ATADZHANOV, M., MBEWE, E., HAWORTH, A., CHOMBA, E., BIRBECK, G. L. Reexamining epilepsy-associated stigma: validation of the Stigma Scale of Epilepsy in Zambia. *Quality of Life Research*. 2015, 24(6), s. 1483–1489.
- [15] FARNÁ, R. *Sociometrie jako metoda k měření stmelení kolektivu*. Olomouc, 2010. 112 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta pedagogická. Vedoucí práce Jaroslav Čihovský.
- [16] FASTENAU, P. S., SHEN, J., DUNN, D. W., AUSTIN, J. K. Academic underachievement among children with epilepsy: Proportion exceeding psychometric criteria for learning disability and associated risk factors. *Journal of Learning Disabilities*. 2008, 41(3), s. 195–207.
- [17] FERNANDES, P. T., et al. Stigma scale of epilepsy: validation process. *Arquivos De Neuro-Psiquiatria*. 2007, 65(1), s. 35-42.
- [18] GOFFMAN, E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon and Schuster, 1963. 149 s.
- [19] HAMIWKA, L. D., et al. Are children with epilepsy at greater risk for bullying than their peers?. *Epilepsy & Behavior*. 2009, 15(4), s. 500-505.
- [20] HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál., 2010. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- [21] HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 280 s. ISBN-13: 978-80-247-1168-3.
- [22] HRABAL, V. *Sociální psychologie pro učitele: vybraná témata*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 125 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0436-1.
- [23] JACOBY, A. Felt versus enacted stigma: a concept revisited. Evidence from a study of people with epilepsy in remission. *Social Science & Medicine*. 1994, 38(2), s. 269–274.
- [24] JEDLIČKA, P. et al. *Neurologie*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1989. 312 s. ISBN 08-078-89.
- [25] JOŠT, J., THEIN, R., HAVLISOVÁ, H., BRABCOVÁ, D., PETRÁŠKOVÁ, V. Subdeprivace a její obraz ve školním vývoji dítěte. In: JOŠT, J., NOHAVOVÁ, A., HAVLISOVÁ, H. (ed.). *Pedagogicko-psychologická diagnostika: cesta k účinnému vedení dítěte*. Praha: EDUKO, 2015, s. 21–37. ISBN 978-80-88057-18-5.
- [26] KALE, R. Bringing epilepsy out of the shadows. *BMJ*. 1997, 315, s. 2–3.
- [27] KOMÁREK, V. *Epileptické záchvaty a syndromy*. Praha: Galén, 1997. 183 s. ISBN 80-85824-56-6.
- [28] KOMÁREK, V., ŠMÍDOVÁ, J. The psychosocial impact of epilepsy in Czech children: what are causative factors of differences during ten years interval?. *Epileptic Disorders*. 2007, 9(5), S2-S8.

- [29] KOSSOFF, E. H. International consensus statement on clinical implementation of the ketogenic diet: agreement, flexibility, and controversy. *Epilepsia*. 2008, 49(8), s. 11–3.
- [30] KRŠEK, P. Epileptické a neepileptické záchvaty u dětí. *Pediatric pro praxi*. 2010, 11(2), s. 106–109. ISSN 1803-5264.
- [31] KRŠEK, P., BRABCOVÁ, D., VALOUCHOVÁ, L., LIŠKA, A., KOHOUT., J. *Epilepsie a škola: souhrnný průvodce tématikou pro učitele*. Praha: Občanské sdružení EpiStop, 2012. 21 s. ISBN 978-80-903979-5-8.
- [32] KUBA, R., BRÁZDIL, M., NOVÁK, Z., PAŽOURKOVÁ, M., OŠLEJŠKOVÁ H., CHRASTINA, J., TYRLÍKOVÁ, I., REKTOR, I. Dlouhodobá účinnost resekčních epileptochirurgických zákroků 5 let od operace. *Neurologie pro praxi*. 2008, 9(3), s. 166–170. ISSN - 1803-5280.
- [33] MARUŠIČ, P., et al. *Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií*. Praha: Epistop, 2010. 57 s. ISBN 978-80-903979-6-5.
- [34] MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., 1996. *Velký sociologický slovník: II. svazek, P-Ž*. Praha: Karolinum. 749-1627 s. ISBN 80-7184-310-5.
- [35] MORÁŇ, M. *Praktická epileptologie*. Praha: Triton, 2003. 163 s. ISBN 978-80-7387-023-2.
- [36] MUHELBAUER, S. K. Experience of stigma by families with mentally ill members. *Journal of American Psychiatry Nurses Association*. 2002, 8(3), s. 76–83.
- [37] MUSIL, J. V. *Sociometrie v psychologické kognici: nástroj sociální kompetence učitele*. 1. vyd. Olomouc: Cyrilometodějská teologická fakulta Univerzity Palackého, 2003. 363 s. ISBN 80-238-8935-4.
- [38] MUSIL, J. V. Sociometrická technika Longa - Jonesové. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 1977, 12(3), s. 247–258.
- [39] NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Vyd. 1. Praha: Academia, 1999. 287 s. ISBN 80-200-0690-7.
- [40] OŠLEJŠKOVÁ, H. a kol. *Epileptické a neepileptické záchvaty v dětství a adolescenci*. Plzeň: Adela, 2009. 274 s. ISBN 978-80-87094-06-8.
- [41] OŠLEJŠKOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie*. Brno: NCO NZO, 2008. ISBN 978-80-7013-479-5.
- [42] PARK, J., YUM, M. S., CHOI, H. W., KIM, E. H., KO, T. S. Determinants of intelligence in childhood-onset epilepsy: A single-center study. *Epilepsy & Behavior*. 2013, 29(1), s. 166–171.
- [43] PETRUSEK, M., LINHART, J., VODÁKOVÁ, A., MAŘÍKOVÁ, H. *Velký sociologický slovník*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 1183 s. ISBN 80-7184-310-5.
- [44] PETRUSEK, M. *Sociometrie: teorie, metoda, techniky*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1969. 263 s. Sociologická knižnice.
- [45] PFÄFFIN, M. *Zur Entwicklung der Versorgung von Menschen mit Epilepsie in der GKV* [online]. Berlin, 2000 [cit. 20. 3. 2017]. Dostupné z: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/Befragung/248.pdf.

- [46] REILLY, C. J. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in childhood epilepsy. *Research in Developmental Disabilities*. 2011, 32(3), s. 883–893.
- [47] ROBERTS, R. M., AIDA FARHANA, H. S. Effectiveness of a first aid information video in reducing epilepsy-related stigma. *Epilepsy & Behavior*. 2010, 18(4), s. 474–480.
- [48] ROSE, A. W., PEACE, L., McBRIDE, M. On changing social conceptions of epilepsy. *Epilepsia*. 1955, 4(1), S. 99–107.
- [49] ŘEZÁČ, J. *Sociální psychologie*, Brno: Paido, 1998, 268 s. ISBN 80-85931-48-6.
- [50] ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. (ed.) *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
- [51] SASÍN, J. *Socializace dětí s epilepsií*. 1. vyd. Praha: SPN, 1975. 240 s.
- [52] SCHMITZ, B. Effects of antiepileptic drugs on mood and behavior. *Epilepsia*. 2006, 47(4), s. 28–33.
- [53] VÁGNEROVÁ, M. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum, 2005. 432 s. ISBN 80-246-0956-8.
- [54] WEBEROVÁ, V. *Edukační intervence v problematice epilepsie*. Plzeň, 2016. 75 s. Diplomová práce. Západočeská univerzita. Fakulta pedagogická. Vedoucí práce Dana Brabcová.
- [55] WEINTRAUB, D. (ed.). Psychiatric and behavioral side effects of the newer antiepileptic drugs in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 2007. 10(1), s. 105–110.
- [56] WILLIAMS, J. Learning and behavior in children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2003, 4(2), s. 107–111.
- [57] WODRICH, D. L., CUNNINGHAM, M. M. School-based tertiary and targeted interventions for students with chronic medical conditions: Examples from type 1 diabetes mellitus and epilepsy. *Psychology in the School*. 2008, 45(1), s. 52–62.
- [58] Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) [online]. [cit. 20. 6. 2017]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon>.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ**Tabulky:**

Tabulka č. 1 - Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů (Komárek, 1997, s. 24).....	8
Tabulka č. 2 - Forma dotazníku L-J sociometrické techniky (Musil, 1977, s. 251)	26
Tabulka č. 3 - Skóry J-L techniky stanovené pro jednotlivé výběry (Musil, 1977, s. 249)	27
Tabulka č. 4 - Rozdělení terčového sociogramu L-J sociometrické techniky (Musil, 1977, s. 248)..	27
Tabulka č. 5 - Výsledky sociometrie u žáků s epilepsií v jednotlivých testovaných třídách	36
Tabulka č. 6 - Výsledky znalostního testu a sociometrie u žáků s epilepsií v jednotlivých testovaných třídách	39
Tabulka č. 7 - Výsledky dotazníku SSE měřícího míru stigmatizace a sociometrie u žáků s epilepsií v jednotlivých testovaných třídách	41
Tabulka č. 8 - Testování hypotézy H5 (míra stigmatizace ve třídách bez epileptického žáka a s epileptickým žákem)	45

Grafy:

Graf č. 1 - Závislost znalostí o epilepsii na věku	40
Graf č. 2 - Souvislost průměrné míry stigmatizace a věku	42
Graf č. 3 - Souvislost znalostí o epilepsii a míry stigmatizace	43

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č. 1

Dotazník k edukačním intervencím o epilepsii pro děti mladšího školního věku

Věk:..... Jsi (zakroužkuj správnou možnost): chlapec dívka

Jméno a příjmení.....Datum:.....

ZŠ:.....Třída:.....Město:.....

Instrukce: U každé otázky označ možnost, o které si myslíš, že je správná.

Ze čtyř nabízených možností je správná vždy právě jedna!

1. Jak poznáš, že má někdo epilepsii?

- Má teploty
- Má záchvaty
- Má vyrážku
- Často krvácí z nosu
- Nevím

2. Projevuje se epilepsie u každého stejně?

- Ano, všichni s epilepsií občas zežloutnou, válí se po zemi a slintají
- Ano, všichni se občas zasní a vůbec nevnímají okolí
- Není to u každého úplně stejné, ale všichni občas leží na zemi a teče jim krev z nosu
- Ne, je to různé – člověk upadne a neví o sobě, zakouká se, nebo se mu třese ruka nebo noha
- Nevím

3. Jak poskytněš první pomoc kamarádovi s epilepsií, který má křeče?

- Otočíš ho na bok
- Dáš mu lžičku do pusy, aby si nepřekousl jazyk
- Dáš mu napít teplou vodu
- Chytíš ho tak, aby se vůbec nemohl hýbat, a držíš
- Nevím

4. Co musí dělat děti, které mají epilepsii?

- Brát pravidelně léky
- Ležet v posteli i přes den
- Držet dietu
- Nosit roušku přes obličej
- Nevím

5. Co by se změnilo v Tvém životě, kdybys dostal/a epilepsii?

- Vůbec nic
- Musel/a bych brát léky a spoustu věcí bych nesměl/a
- Nesměl/a bych chodit do školy
- Musel bych jít hned do nemocnice na operaci srdce
- Nevím

6. Myslíš si, že epileptici jsou poznat na první pohled?

- Ne, vypadají stejně jako ostatní
- Ano, jsou pořád bledí
- Ne, od pohledu poznat nejsou, ale mluví jinak než ostatní
- Ano, mají skoro pořád červený nos
- Nevím

7. Jak člověk onemocní epilepsií?

- Nakazí se od někoho, kdo jí už trpí
- Je to dědičné, když ji trpí rodiče, onemocní vřdycky i děti
- Způsobuje ji časté sledování televize a hraní her na počítači
- To se zatím přesně neví, může to mít různé příčiny
- Nevím

8. Který důležitý orgán epilepsie postihuje?

- Srdce
- Plíce
- Mozek
- Žaludek
- Nevím

9. Když má člověk s epilepsií křeče, musí se otočit na bok, proč asi?

- Aby mu přestalo krvácení z nosu
- Aby si neporanil záda
- Aby se neudusil
- Aby nemohl omdlít
- Nevím

10. Na epilepsii mohou přijít lékaři v nemocnici díky přístrojům. Jak si myslíš, že vypadá výsledek v přístroji, když máš epilepsii?

- Na přístroji se objeví rovná čára
- Na přístroji se objeví velké nepravidelné ostré hroty
- Na přístroji se objeví pravidelné vlnky
- Na přístroji se neobjeví vůbec nic
- Nevím

11. Myslíš si, že jde epilepsie léčit?

- Ano, jde to celkem jednoduše, asi jako chřipka.
- Ano, ale jediné operací a pak se musí chodit pořád na rehabilitace
- Ano, pomáhají hlavně prášky, které zabraňují projevům epilepsie
- Nejde to a většina epileptiků brzy umře
- Nevím

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

PŘÍLOHA Č. 2

STIGMA SCALE OF EPILEPSY

Setkal/a jsi se někdy dříve s pojmem epilepsie? (zakroužkuj správnou možnost) ANO NE

Znáš osobně někoho s epilepsií? Pokud ano, koho?

Nyní si postupně přečti následující otázky a vždy **zakroužkuj** číslo, které nejlépe vyjadřuje Tvůj názor..
Odpovídej podle této hodnotící stupnice:

1 - vůbec ne 2 - trochu 3 - hodně 4 – zcela

Bud' prosím upřímný ve Tvých odpovědích. Pokud některé otázky nerozumíš nebo nevíš, jak odpovědět, nech ji nevyplněnou. Děkuji Ti za spolupráci.

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

1 2 3 4

2. Jak bys ses cítil/a, když bys viděl/a epileptický záchvat?

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

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

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

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

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

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

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

Zkontroluj, prosím, ještě jednou svoje odpovědi!

PŘÍLOHA Č. 3

Sociometrická pozice ve třídě:

Vyber ze třídy 3 pro Tebe nejoblíbenější spolužáky:

- 1.
- 2.
- 3.

Vyber ze třídy 3 pro Tebe nejméně oblíbené spolužáky:

- 1.
- 2.
- 3.