

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PSYCHOLOGIE

EMPATIE UČITELE S ŽÁKEM S EPILEPSÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Veronika Štroblová

Učitelství pro SŠ: psychologie – český jazyk

Vedoucí práce: doc. Mgr. Dana Buršíková, Ph.D.

Plzeň, 2021

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

V Plzni, 30. dubna 2021

.....
vlastnoruční podpis

RÁDA BYCH PODĚKOVALA DOC. MGR. DANĚ BURŠÍKOVÉ, PH.D. ZA ODBORNÉ VEDENÍ, PŘIPOMÍNKY A RADY PŘI ZPRACOVÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE, DÁLE ZA JEJÍ ČAS A ZÁJEM. STEJNĚ TAK DĚKUJI I DOC. MGR. JIŘÍMU KOHOUTOVI, PH.D. ZA JEHO CENNÉ RADY A ZEJMÉNA ZA ODBORNOU POMOC SE STATISTICKÝM ZPRACOVÁNÍM DAT. VELKÝ DÍK PATŘÍ TAKÉ VŠEM ZÚČASTNĚNÝM RESPONDENTŮM. A V NEPOSLEDNÍ ŘADĚ DĚKUJI SVÉ RODINĚ ZA JEJICH PODPORU PO CELOU DOBU MÉHO STUDIA.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK.....	3
ÚVOD.....	4
TEORETICKÁ ČÁST.....	5
1 PROBLEMATIKA EPILEPSIE – OBECNĚ.....	5
1.1 POJEM EPILEPSIE A JEHO VYMEZENÍ.....	5
1.2 EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT.....	6
1.3 DRUHY EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ.....	6
1.4 PROVOKAČNÍ FAKTORY EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ.....	9
1.5 DIAGNOSTIKA.....	10
1.6 LÉČBA.....	10
1.7 NEPILEPTICKÉ ZÁCHVATY.....	11
1.8 PRVNÍ POMOC PŘI EPILEPTICKÉM ZÁCHVATU.....	12
1.9 PRVNÍ POMOC V PROSTŘEDÍ ŠKOLY.....	13
2 EPILEPSIE U DĚTÍ A FAKTORY S NÍ SOUVISEJÍCÍ.....	14
2.1 EPILEPTICKÉ SYNDROMY U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH.....	14
2.2 KOMORBIDITY RELEVANTNÍ PRO ŠKOLNÍ PROSTŘEDÍ.....	14
2.2.1 SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ.....	15
2.2.2 PORUCHY POZORNOSTI.....	16
2.2.3 PORUCHY CHOVÁNÍ.....	17
2.3 KVALITA ŽIVOTA DĚTÍ S EPILEPSIÍ.....	19
3 EPILEPSIE V PROSTŘEDÍ ŠKOLY.....	20
3.1 ZNALOSTI O EPILEPSII VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ.....	20
3.1.1 ZNALOSTI O EPILEPSII VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ – ČR.....	20
3.1.2 ZNALOSTI O EPILEPSII VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ – SVĚT.....	21
3.1.3 ZNALOSTI DĚTÍ O EPILEPSII.....	23
3.2 KLIMA ŠKOLNÍ TŘÍDY.....	25
3.3 ŽÁK S EPILEPSIÍ V PROSTŘEDÍ ŠKOLY.....	25
3.3.1 ŠKOLNÍ ÚSPĚŠNOST.....	27
3.3.2 ŠKOLNÍ NEÚSPĚŠNOST.....	27
3.3.3 ŠKOLNÍ ÚSPĚŠNOST U DĚTÍ S EPILEPSIÍ.....	27
3.4 UČITEL VE VZTAHU K ŽÁKOVÍ S EPILEPSIÍ.....	28
3.5 SPOLUŽÁK VE VZTAHU K ŽÁKOVÍ S EPILEPSIÍ.....	29
4 EMPATIE, OČEKÁVÁNÍ A VNÍMÁNÍ UČITELŮ.....	31
4.1 VYMEZENÍ POJMU EMPATIE.....	31
4.2 OČEKÁVÁNÍ A VNÍMÁNÍ UČITELŮ.....	31
PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
5 METODOLOGIE.....	34

5.1 CÍL VÝZKUMU.....	34
5.2 STANOVENÉ HYPOTÉZY.....	34
5.3 METODY ANALÝZY DAT.....	35
6 VÝZKUMNÉ NÁSTROJE.....	36
6.1 DOTAZNÍK CHEQOL-25 – ČESKÁ VERZE.....	36
6.2 DOTAZNÍK PRO POSOUZENÍ VLASTNOSTÍ DÍTĚTĚ UČITELEM.....	37
6.3 STANDARDNÍ RAVENOVY MATRICE.....	37
6.4 DOTAZNÍK SEBEPOJETÍ ŠKOLNÍ ÚSPĚŠNOSTI SPAS.....	37
6.5 L-J TEST S DIMENZEMI OBLIBA A NEOBLIBA.....	38
7 PROCES SBĚRU DAT A POPIS SOUBORU RESPONDENTŮ.....	39
7.1 PROCES SBĚRU DAT.....	39
7.2 POPIS SOUBORU RESPONDENTŮ.....	39
8 VÝSLEDKY A DISKUZE.....	42
8.1 KVALITA ŽIVOTA Z POHLEDU DĚTÍ A JEJICH UČITELŮ JEDNOTLIVÁTVRZENÍ.....	42
8.2 KVALITA ŽIVOTA Z POHLEDU DĚTÍ A JEJICH UČITELŮ ŠKÁLY.....	48
8.3 POSOUZENÍ VLASTNOSTÍ DĚTÍ UČITELI.....	51
ZÁVĚR.....	59
RESUMÉ.....	60
RESUME.....	61
SEZNAM LITERATURY.....	62
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ.....	67
PŘÍLOHY.....	I
PŘÍLOHA Č.1.....	I
PŘÍLOHA Č.2.....	III

SEZNAM ZKRATEK

ADHD – Attention deficit hyperactivity disorder

ČR – Česká republika

DP – Diplomová práce

EEG - Elektroencefalografie

FPE – Fakulta pedagogická

ILAE - International League Against Epilepsy

IQ – Inteligenční kvocient

PPP – Pedagogicko-psychologická poradna

SPU – Specifické poruchy učení

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Healthy Organization)

ZČU – Západočeská univerzita

Úvod

Dle mého názoru je téma epilepsie velice aktuální. Soudím tak proto, že ačkoli je to jedno z nejčastějších neurologických onemocnění, je o něm stále velmi malé povědomí mezi lidmi. Vzhledem ke své desetileté praxi jakožto učitelka na základní škole musím bohužel říci, že často ani učitelé nevědí, jak se k žákovi s epilepsií chovat nebo jak reagovat na epileptický záchvat. Přemýšlet o tomto tématu jsem začala před několika lety, když se mi v hodině sesunula k zemi v epileptickém záchvatu dvanáctiletá dívka, která měla záchvat poprvé. I když jsem na situaci zareagovala správně, uvědomila jsem si, že jsem na to rozhodně nebyla nijak připravená a začala jsem tedy pátrat, kolik dětí s epilepsií se nachází například v naší škole. Zjistila jsem, že pět, což mi přišlo jako poměrně vysoké číslo. Právě v této době jsem nad epilepsií začala více přemýšlet, a to jak z pohledu učitele, tak z pohledu rodiče, nebo třeba i z pohledu dítěte, které epilepsií trpí.

Epilepsie bývá velkou přítěží v životě dospělého člověka a mnohdy ještě větší v životě malého dítěte. Vzhledem k tomu, že v dnešní době panuje stále mnoho předsudků vůči epilepsii, zajímalo by mě, do jaké míry může tato nemoc ovlivnit nejen člověka samotného, ale i jeho blízké okolí. Jakákoliv žákova odlišnost může přispět k tomu, že se může stát terčem šikany, což ostatně potvrdil výzkum Hamiwky et al.(2009) ukazující, že děti s epilepsií jsou šikanovány častěji než běžná populace, z čehož mohou vyplývat i další skutečnosti, které ovlivňují zdravý psychosociální vývoj dítěte. Učitel jakožto hlavní aktér výchovně vzdělávacího procesu své žáky ovlivňuje, z tohoto důvodu je důležité se zaměřit také na to, jak vnímá kvalitu života svého žáka a jak hodnotí jeho vlastnosti ve srovnání s pohledem rodičů a s objektivními testovými nálezy. Tyto aspekty mohou hrát podstatnou roli z hlediska budování vztahu mezi učitelem a žákem s epilepsií a mohou významně ovlivňovat školní život dětí s touto nemocí.

1 PROBLEMATIKA EPILEPSIE – OBECNĚ

1.1 POJEM EPILEPSIE A JEHO VYMEZENÍ

Epilepsie je skupina neurologických onemocnění, která mají jeden výrazný společný rys, a to výskyt opakovaných nevyprovokovaných epileptických záchvatů. Slovo epilepsie zřejmě pochází ze starořeckého „epilambanein“, což znamená zachycovat nebo zachvacovat. Na základě tohoto vysvětlení tedy lze epilepsii chápat jako „záchvatovou nemoc“ (Stehlíková, 2017).

Společnost ILAE¹ charakterizovala v roce 2005 epilepsii jako poruchu mozku, pro kterou jsou typické trvající predispozice ke generování epileptického záchvatu. Což znamená, že o diagnostikování epilepsie můžeme mluvit v případě, že proběhnou dva nevyprovokované epileptické záchvaty v rozmezí více než 24 hodin od sebe. Další možností je případ, kdy se vyskytne jeden nevyprovokovaný epileptický záchvat a je více než 60 % pravděpodobnost k jeho návratu do deseti let (www.ilae.org).

Epilepsie je nejčastěji se vyskytující léčitelné neurologické onemocnění, a to jak u dětí, tak i u dospělých (Kršek, 2010).

Podle WHO (Světové zdravotnické organizace) je epilepsie charakterizována jako dva a více nevyprovokovaných záchvatů za život. Jeden záchvat prodělá ve svém životě zhruba 10 % lidí (www.who.int).

Prevalence epilepsie, neboli počet lidí s tímto onemocněním, kteří prodělali v posledních pěti letech alespoň jeden záchvat, se v různých místech světa velmi liší. V zemích ekonomicky rozvinutých se udává prevalence epilepsie asi 4 – 8 na tisíc obyvatel a výskyt nových onemocnění epilepsií se pohybuje v měřítku asi 24 – 53 na sto tisíc obyvatel za rok. V zemích rozvojových jsou tato čísla o něco vyšší. Epilepsií zde trpí asi 9,5 obyvatel na tisíc obyvatel a počet nových onemocnění za jeden rok se pohybuje v rozmezí 49 – 190 na sto tisíc obyvatel (Zývalová, 2007). Celosvětově touto chorobou trpí přibližně 10 milionů dětí, přičemž v České republice je to asi 13 000 dětí (Brabcová, 2015). S. V. Thomas ve studii z roku 2011 uvádí, že více než 50 miliónů lidí na světě žije s epilepsií, přičemž 80% z nich žije v ekonomicky zaostalých a rozvojových zemích.

1 ILAE – International League Against Epilepsy

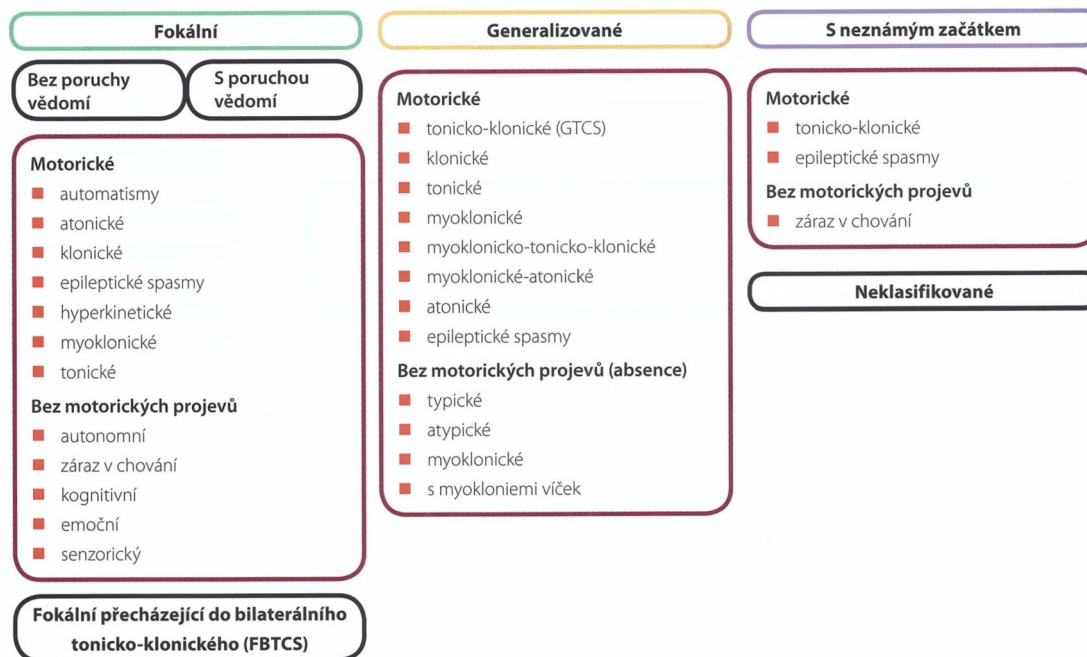
Odhadovaná míra prevalence² epilepsie naznačuje, že jenom v Indii žije s epilepsií asi 6 až 10 miliónů lidí (Thomas, 2011).

1.2 EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT

„Záchvat je definován jako přechodný výskyt symptomů vznikajících v důsledku abnormální synchronní neuronální aktivity v mozku“ (ILAE, 2017). Nejprve musí vždy lékař rozhodnout, zda se jedná o epileptický či neepileptický záchvat, dále je třeba epileptický záchvat klasifikovat. Podle přehledového článku Klasifikace epileptických záchvatů a epilepsií ILAE z roku 2017, se epileptické záchvaty dělí dle svého začátku na fokální a generalizované a na záchvaty s neznámým začátkem. Ve všech těchto kategoriích můžeme dále záchvaty členit na ty s motorickými projevy a na ty bez motorických projevů. Dále je nutné u epileptických záchvatů fokálních brát v potaz stav vědomí. Při záchvatu bez poruchy vědomí je osoba po celou dobu záchvatu při vědomí, je si tedy po celou dobu vědoma sama sebe i svého okolí (Marusič et al., 2018).

1.3 DRUHY EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ

Schéma 1. Klasifikace epileptických záchvatů ILAE 2017. Česká verze dle Fisher et al., *Epilepsia* 2017. Vypracoval Výbor České ligy proti epilepsii, odborné společnosti ČLS JEP



Obrázek 1 Nová klasifikace záchvatů dle ILAE. Převzato z práce Marusiče et al. (2018)

2 Prevalence – počet případů určitého onemocnění za určité období v dané populaci

1) Fokální záchvaty

Epileptická aktivita se u tohoto typu záchvatů šíří z tzv. ložiska, neboli z jedné části mozku. Toto ložisko je obvykle obklopeno tzv. inhibičním lemem – tedy tkání, díky které je izolováno, a která brání šíření do dalších částí mozku (Stehlíková, 2017). U jediného tohoto typu se dále rozlišuje, zda probíhá s poruchou vědomí nebo bez ní. Fokální záchvaty můžeme dále rozdělit na ty, které probíhají s motorickými projevy a na ty, které probíhají bez motorických projevů (Marusič et al., 2018).

Fokální záchvaty s motorickými projevy se dělí na:

- automatismy – jsou charakterizovány opakujícími se pohyby, které mají bezcílný charakter
- atonické – je pro ně typický pokles svalového napětí, zejména klesnutí hlavy a kolenou a následný pád
- klonické – jsou charakterizovány rytmickými záškuby
- epileptické spasmy – krátké svalové záškuby
- hyperkinetické – zvláštní pohyby všech končetin
- myoklonické – jsou pro ně typické nepravidelné záškuby
- tonické – dlouhotrvající kontrakce jednotlivých svalových skupin

(Marusič et al., 2018 in Buršíková, 2019)

Fokální záchvaty bez motorických projevů

- Autonomní – do tohoto typu patří zejména zvracení, slinění, rozšíření zornic či změny srdeční aktivity
- Záraz v chování – projevují se tím, že jedinec přestává s jakoukoli aktivitou
- Kognitivní – dochází k porušení řeči či dalších kognitivních schopností, např. pozornost, prostorová orientace, paměť, mohou se objevovat také halucinace, iluze či zkreslené představy
- Emoční – jedinec prožívá pocity úzkosti či strachu nebo pozitivní emoce

-
- Senzorické – projevují se poruchami smyslového vnímání (Marusič et al., 2018 in Buršíková, 2019).

Výraz „fokální přecházející do bilaterálního tonicko-klonického“ se používá pro záchvat tonicko-klonický, který se objeví při šíření fokálního záchvatu do obou hemisfér. Zatímco výraz „generalizovaný“ zůstává vyhrazen pouze pro záchvaty, které začínají v obou hemisférách současně (Marusič et al., 2018).

2) Generalizované záchvaty

Označení generalizované se používá pro takový typ záchvatů, které začínají v obou hemisférách zároveň. I v této kategorii můžeme rozlišovat záchvaty s motorickými projevy a záchvaty bez motorických projevů, tzv. absence, které jsou charakterizovány jako krátkodobý výpadek vědomí připomínající snění s otevřenými očima. (Marusič et al., 2018 in Buršíková, 2019). Nově se zde objevují záchvaty myoklonicko-atonické, na rozdíl od klasifikace ILAE z roku 1981. Záchvaty s myokloniemi víček by sice mohly být zařazeny mezi generalizované záchvaty s motorickými projevy, ale vzhledem k tomu, že jsou myoklonie víček nejčastějším projevem absencí, jsou zařazeny právě do této kategorie (Marusič et al., 2018).

Generalizované záchvaty s motorickými projevy

- Tonicko-klonické (GTCS) – častěji označované jako „grand mal“ jsou nejznámějším typem generalizovaného záchvatu. Dochází ke ztuhnutí těla s následnými svalovými záškuby. Při tonické fázi je běžná cyanóza, což je modrání obličeje. Dále přechází do klonické křeče doprovázené chrčením a pěnou z úst (Bušek, 2013; Kršek, 2010).
- Tonické – projevují se tonickou křečí
- Klonické – projevují se klonickými záškuby
- Myoklonické – projevují se rytmickými myoklonickými záškuby, obvykle trvají do 60 s.
- Myoklonicko-tonicko-klonické – zejména u juvenilní myoklonické epilepsie
- Myoklonické – atonické

-
- Atonické – náhlá ztráta či pokles svalového napětí, pokud dojde k poklesu svalového napětí v dolních končetinách, dochází často k pádu na zem (Brabcová, 2013)
 - Epileptické spasmy

Generalizované záchvaty bez motorických projevů

- Typické – rychle začínají i končí, nedochází k výrazným změnám svalového napětí, jsou doprovázeny poruchami vědomí různého stupně
- Atypické – nemají v tak vysoké míře náhlý začátek a konec jako typické generalizované záchvaty, ale dochází zde k výraznějším doprovodným symptomům
- Myoklonické – dochází k drobným rytmickým záškubům obličeje či končetin
- S myokloniemi víček – jemné záškuby očních víček

3) Záchvaty s neznámým začátkem

Jako záchvaty s neznámým začátkem označujeme takové záchvaty, které nedokážeme z důvodu nedostatečných informací zařadit do kategorie fokálních ani generalizovaných záchvatů. Můžeme u záchvatu případně určit další charakteristiky – přítomnost motorických projevů, záraz v chování, epileptické spasmy atd. Později se zjištěním dostatku informací může dojít k překlasifikování epileptického záchvatu (Marusič et al., 2018).

1.4 PROVOKAČNÍ FAKTORY EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ

Součástí léčebného procesu při epilepsii je vyvarování se určitým faktorům, které se mohou považovat za provokační. Mezi tyto tzv. provokační faktory patří například:

- a) narušení spánkového režimu
- b) vynechání předepsané medikace

-
- c) tzv. stroboskopický efekt
 - d) požívání alkoholu a užívání jiných návykových látek
 - e) stres
 - f) pozitivní i negativní emoce

(Kršek, Brabcová, 2012)

1.5 DIAGNOSTIKA

Vždy je nutné zjistit co nejvíce informací o jedincově aktuálním stavu a zároveň zjistit co nejpřesnější průběh epileptického záchvatu i to, co záchvatu předcházelo. Důležitou součástí diagnostiky je také jedincova rodinná i osobní anamnéza (Moráň, 2003). Poté jedinec absolvuje několik vyšetření v podobě zobrazovacích metod – EEG (elektroencefalograf), MR (magnetická rezonance), CT (počítačová tomografie). Jednofotonová emisní tomografie (SPECT) a pozitronová emisní tomografie (PET) zkoumají prokrvení metabolismu mozku. Dále jedinec prochází neuropsychologickým vyšetřením, při kterém se zjišťuje, zda u jedince došlo ke kognitivnímu zhoršení. Toto vyšetření je vedeno erudovaným klinickým psychologem (Buršíková, 2019).

1.6 LÉČBA

V uplynulých letech došlo k velkému rozvoji v procesu léčby epilepsie a celkově v přístupu a péči o pacienty s epilepsií. Velice důležitým mezníkem v léčbě epilepsie je celková úprava životosprávy. Jedinec by měl dodržovat pravidelný rytmus střídání spánku a bdění. Nepravidelnosti při spánkovém režimu mohou vést ke zvýšené frekvenci záchvatů. Je také důležité se vyvarovat velké fyzické či psychické zátěži. Další možností je farmakologická léčba, při které je velmi důležité pravidelné užívání antiepileptik. Antiepileptika se užívají buď samostatně či v různých kombinacích. Stejně jako u jiných léčiv, je zejména u antiepileptik obzvlášť důležité jejich pravidelné užívání, jelikož i jejich krátké vynechání může způsobit vznik záchvatu (Kršek, 2012). Při výběru vhodných medikamentů musí lékař dbát také na možnost nežádoucích účinků, které mohou kvalitu života pacienta s epilepsií do velké míry snižovat. Dalším způsobem léčby epilepsie je chirurgická léčba. Tato metoda spočívá v chirurgickém odstranění ohniska epilepsie.

Touto problematikou se výhradně zabývají specializovaná epileptologická centra (Kršek, Brabcová, 2012).

1.7 NEEPILEPTICKÉ ZÁCHVATY

I neepileptické záchvaty mohou epilepsii připomínat a nemusí být vždy jednoduché tyto dva typy od sebe rozeznat. Mezi neepileptickými záchvaty rozlišujeme záchvaty somaticky podmíněné a psychogenně podmíněné. Somaticky podmíněné záchvaty se mohou vyskytovat převážně u novorozenců, kojenců, batolat či dětí předškolního věku. Mezi psychogenně podmíněné záchvaty obvykle řadíme například afektivní záchvaty u dětí či různé typy psychiatrických poruch (Ježková, 2017). Systematický přehled přináší níže uvedená Tabulka 1.

	EPILEPTICKÉ ZÁCHVATY	NEEPILEPTICKÉ ZÁCHVATY
VĚK PŘI ZAČÁTKU	kdykoli, častěji u dětí	kdykoli, nejčastěji 15 – 35 let
POHLAVÍ	muži a ženy shodně	ženy, muži zhruba 3:1
PŘEDCHOZÍ PSYCHICKÉ PROBLÉMY	vzácně přítomné	časté
PROVOKAČNÍ FAKTORY	méně časté, např. nevyspání, fotosenzitivita	většinou emoční
MOTORICKÉ PROJEVY	dle typu záchvatu	často bizarní
VOKALIZACE	výkřik na začátku	časté, emoční, dramatické
POMOČENÍ	možné	vzácné
OČI	většinou otevřené	často zavřené
ÚRAZY	možné	vzácné
TRVÁNÍ	dle typu záchvatu, obvykle 2-3 minuty	často protahované, není typický vývoj záchvatu
ZAKONČENÍ	různé dle typu záchvatu	náhlé, na zevní podnět
NÁSLEDNÁ ÚNAVA, ZMATENOST	časté	vzácné

Tabulka 1: Příznaky odlišující epileptické a emoční neepileptické záchvaty (Kršek, 2010)

1.8 PRVNÍ POMOC PŘI EPILEPTICKÉM ZÁCHVATU

Jak již bylo zmíněno výše, existuje mnoho druhů epilepsie, a to jak takové, které vyžadují akutní první pomoc, tak i takové, které první pomoc nevyžadují. K záchvatům s nejdramatičtějším průběhem patří generalizované (tonicko-klonické) záchvaty, u kterých je třeba postiženému poskytnout první pomoc. U záchvatů, které probíhají bez motorických projevů, není akutní první pomoc obvykle nutná, zde bývá na místě spíše pomoc psychologického rázu.

Zde je třeba také zmínit tzv. Status epilepticus, tedy dlouhotrvající záchvat či řadu záchvatů, mezi kterými pacient nenabývá vědomí. Obvykle za takový záchvat považujeme ten, který trvá více než pět minut a zde je třeba postiženému poskytnout akutní první pomoc a také co nejrychleji přivolat záchrannou službu (Stehlíková, 2016).

Celkově můžeme první pomoc při epileptickém záchvatu shrnout do několika bodů:

1. Snažíme se zachovat klid.
2. Z nejbližšího okolí dotyčného odstraníme všechny předměty, o které by mohlo dojít k jeho zranění. Pokud se jedná o předměty příliš velké nebo horké, opatrně ho odsuneme do bezpečné vzdálenosti od těchto předmětů.
3. Dáme nemocnému pod hlavu něco měkkého, případně povolíme kravatu či jinou část oděvu u krku.
4. Nebráníme křečím, zbytečně se dotyčného nedotýkáme, nevkládáme mu nic do úst, ani ústa nerozevíráme.
5. Pokud jedinec více sliní, opatrně mu otočíme hlavu na stranu. Pokud dojde ke zvracení, dáme celé tělo do stabilizované polohy na bok.
6. Jakmile záchvat odezní, uložíme dotyčného do stabilizované polohy a zkontrolujeme, zda dýchá. Pokud nedýchá, je nutné okamžitě přivolat rychlou záchrannou pomoc a zahájit resuscitaci. Zajistíme přísun čerstvého vzduchu a přikryjeme dotyčného, počkáme s ním do doby, než nabyde plného vědomí a bude schopen s námi normálně komunikovat (Buršíková, 2019).

Následné lékařské vyšetření je nutné u lidí, u kterých se epileptický záchvat objevil poprvé, nebo došlo-li při záchvatu k nějakého poranění, jež lékařské ošetření vyžaduje. Pokud se jedná o člověka, který se s epilepsií léčí a nevyžaduje-li to jeho stav, není lékařské ošetření nutné. Člověk, který se stane svědkem takového záchvatu, by si měl pokusit zapamatovat dobu jeho trvání a jeho co nejpřesnější průběh, což může být pro lékařské vyšetření velmi důležité.

Je také důležité neopomíjet fakt, že epileptický záchvat je pro nemocného psychicky náročný, a je tedy třeba k němu volit vhodný a citlivý přístup.

1.9 PRVNÍ POMOC V PROSTŘEDÍ ŠKOLY

Pokud jsme svědky epileptického záchvatu v prostředí školy, je třeba o každém záchvatu neprodleně informovat zákonného zástupce žáka. Vyučující by měli být o žákovi s epilepsií dobře informováni, a to nejen o tom, že žák epilepsií trpí, ale i o průběhu záchvatů. Je také vhodné s tím seznámit spolužáky, dobře je informovat a na možnou situaci připravit. I spolužáci by měli vědět, jak zajistit první pomoc v případě epileptického záchvatu. Je samozřejmě důležité brát v potaz klima a situaci ve třídě. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že jsme se žáky měli nacvičený tzv. krizový plán, jelikož jejich spolužačka trpěla epilepsií. V situaci, kdy došlo k záchvatu, každý věděl, co přesně má dělat. Dva žáci odstranili nebezpečné předměty, další vypodložil hlavu polštářkem a další běžel informovat ředitelku školy. Tento plán se v dané třídě velmi osvědčil a myslím, že ani nemocná žákyně si pak nepřipadala nijak vyloučená a odstrčená z kolektivu. Vhodná informovanost a připravenost žáků může zmírňovat stigma³, které s epilepsií souvisí.

³ Stigma - „sociálně psychologické označení jedince hanlivým označením, které mu brání nebo znesnadňuje začlenění se do společnosti.“ (Hartl, Hartlová, 2010)

2 EPILEPSIE U DĚTÍ A FAKTORY S NÍ SOUVISEJÍCÍ

2.1 EPILEPTICKÉ SYNDROMY U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Z hlediska charakteristiky dle věku dítěte lze epileptické syndromy v této kategorii rozdělit na novorozenecké, dětské a juvenilní (Komárek, 2007).

Pro dětský věk jsou typické tzv. dětské absence, při nichž může docházet až k několika stovkám záchvatů denně. Vyznačují se krátkými absencemi bez výraznějších motorických projevů (Komárek, 2007). Dalším typem epilepsií u dětí je benigní epilepsie s centro-temporálními hroty (BECTS) a je nejčastěji se vyskytovanou formou u dětí v mladším školním věku⁴. Pro tuto formu jsou typické jednostranné klonické křeče v oblasti obličeje, záchvaty obvykle vymizí kolem 15. roku věku (Východská, 2018). Dalšími typy obvyklými pro dětský věk jsou Lennox-Gastautův syndrom a Landau-Kleffnerův syndrom.

Období vývoje dětí ve starším školním věku a adolescenci je významně ovlivňováno pubertou. Pro toto období je typická Juvenilní myoklonická epilepsie, dříve označována jako Janzův syndrom. Jedná se o nejvíce se vyskytující formu generalizované epilepsie. Její léčba je obvykle doživotní. Dalším typem je tzv. Koželnikovův syndrom (Epilepsia partialis continua). Prvním projevem často jsou generalizované tonicko-klonické či fokální záchvaty, které postupem času nabírají na intenzitě. Zde je nutný včasný chirurgický zákrok (Východská, 2018).

2.2 KOMORBIDITY RELEVANTNÍ PRO ŠKOLNÍ PROSTŘEDÍ

Velký psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2010) vysvětluje komorbiditu jako „současný výskyt dvou nebo více poruch u téhož jedince, přičemž každá může vyžadovat jinou léčbu.“

Jakmile dítě začíná svou školní docházku, je nově vystaveno faktorům pro něho dosud nepoznaným. Zdravé děti se obvykle na nové prostředí poměrně rychle adaptují. Pro dítě s epilepsií je ovšem tato adaptace obtížnější, neboť nemoc může být v některých ohledech velmi omezující.

⁴ Období od 6/7 let do 11/12 let

2.2.1 SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ

Předpokladem školní úspěšnosti je souhrn schopností, znalostí a dovedností, přičemž všechny schopnosti nemusejí být rozvinuté stejnoměrně. Různorodé rozložení schopností je předpokladem pro vznik specifických poruch učení. Specifické poruchy učení představují vývojovou poruchu, nejsou způsobeny postižením zraku, sluchu či jinou psychickou poruchou. Členíme je dle toho, jakou oblast postihují, například na poruchy čtení (dyslexie), poruchy psaní (dysgrafie) a poruchy počítání (dyskalkulie) (Vágnerová, 2005). U dětí se specifickými poruchami učení se také častěji setkáváme s poruchami chování či emočními problémy, které jsou způsobeny opakovaným selháváním. I přesto, že děti často vynakládají na školní práci velké úsilí, nedosahují dobrých výsledků a nemají tak možnost zažít úspěch. Takové děti potřebují odpovídající vedení právě proto, aby k těmto negativním vlivům nedocházelo. Při podezření na specifické poruchy učení je velmi důležitá součinnost rodiče, učitele a PPP⁵. Specifické poruchy učení jsou častou komorbiditou epilepsie. Uvádí se, že některou z poruch trpí minimálně 30 % dětí s epilepsií, u některých typů epilepsie může být některá z poruch přítomna až u 50 % dětí. Nejčastější poruchou u dětí s epilepsií je dyslexie, tedy porucha čtení (Buršíková, 2019). V roce 2008 byla zveřejněna studie (Fastenau et al., 2008), která se mimo jiné zabývá také tím, jaké faktory spojené s epilepsií ovlivňují prevalenci specifických poruch učení. Fastenau uvádí, že z mnoha dalších studií jsou známy poměrně smíšené výsledky. Například počáteční věk nástupu epilepsie byl spojen s nižšími studijními výsledky ve dvou dostupných studiích, ovšem další studie tento faktor neprokázaly. Podobně tak bylo i delší trvání epilepsie spojeno s nižšími studijními výsledky v několika starších studiích. Ve většině studií zároveň nebyl prokázán vztah léčby se studijními výsledky. Dále zmiňuje, že pouze jedna studie prokázala vyšší míru komorbidit jako SPU nebo ADHD, a to u dětí, jejichž léčba vyžadovala více antiepileptik oproti dětem, jejichž záchvaty byly kontrolovány jedním či žádným lékem. Další studie, které sledovaly komorbidity epilepsie, uváděly vyšší výskyt SPU u dětí s fokální epilepsií ve srovnání s generalizovanou epilepsií (Fastenau et al., 2008).

Zde je také na místě zmínit se o diagnostice SPU. Diagnostika specifických poruch učení je obvykle založena na diskrepanci mezi výsledky obecného testu kognitivních

⁵ Pedagogicko-psychologická poradna

schopností a specifického testu zaměřeného na sledovanou oblast. V případě, že je výsledek výkonového testu výrazně horší, než udávají výsledky testu inteligence, můžeme mluvit o specifické poruše učení. Tento přístup je obvykle využíván pro diagnostiku SPU v ČR. V zahraničí jsou využívány pro diagnostiku SPU i jiné přístupy. Porucha SPU může být chápána jako nízká úspěšnost, bez jakékoli vazby na IQ. Dalším přístupem, využívaným v zahraničí, může být reakce dítěte na intervence, které cílí do problematické oblasti. Fletcher a kol. zpochybňují předpoklad, že srovnání s IQ je platným ukazatelem nedostatečného výkonu. Místo toho spíše obhajují sériové testování nebo právě reakci na intervenci (RTI) jako empiricky obhájitelnější pro identifikaci SPU (Fastenau et al., 2008; Buršíková, 2019).

Diagnostika je prováděna v PPP a na jejím stanovení se podílí speciální pedagog, psycholog a další specialisté. Mezi diagnostické prostředky patří speciální zkoušky, které vypovídají o intelektové úrovni dítěte a jeho výkonu v jednotlivých oblastech. Jednotlivými zkouškami jsou: vyšetření výkonu čtení, zjištění úrovně písemného projevu, zjištění úrovně matematických schopností, poruchy sluchového a poruchy zrakového vnímání, vyšetření laterality, poruchy vnímání prostorové orientace, vyšetření prostorové představivosti a vnímání časové posloupnosti. Diagnostické metody můžeme rozdělit na obecné a speciální, přičemž mezi obecné řadíme rodinnou anamnézu, osobní anamnézu, anamnézu prostředí (př. školní či sociální) a katamnézu⁶. Mezi speciální diagnostické metody řadíme pozorování, explorační metody, diagnostické zkoušení, testové metody, případové studie, rozbor výsledků činnosti a přístrojové metody. (Bartoňová, 2004).

2.2.2 PORUCHY POZORNOSTI

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorders označuje poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou (Zelinková, 2015). Mezi časté komorbidity ADHD patří specifické poruchy učení nebo poruchy řeči. Jedná se o neurovývojovou poruchu, která se vyskytuje asi u šesti procent dětské populace. U dětí s epilepsií se ADHD vyskytuje poměrně často a může mít dopad na učení a chování jedince (Buršíková, 2019). Ve studii (Dunn, 2005) se uvádí prevalence ADHD u dětí s epilepsií v rozmezí 30 % - 40 %, přičemž

⁶ Katamnéza - „Sledování nemocného od okamžiku, kdy bylo skončeno či přerušeno léčení, nebo došlo k propuštění z nemocnice“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 244).

nepozornost bývá častější než hyperaktivita nebo impulzivita. Zelinková (2015) uvádí dělení symptomů ADHD do tří podkategorií: 1. Prostá porucha pozornosti (ADD – Attention Deficit Disorders), diagnostikovaná nejčastěji u dětí, které mají poruchy pozornosti, ale zároveň normální úroveň aktivizace. 2. Hyperaktivita a impulzivita. 3. Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou a impulzivitou, která vzniká spojením obou výše uvedených typů a zároveň pod tuto kategorii spadá nejvíce dětí (Zelinková, 2015). Procházka et al. (2014) uvádí několik zásad práce s dětmi s ADHD: posadit dítě blízko učitele, občasně dítěti ulevit, hodnotit zejména snahu vedle výkonu, dávat pozor na slova, která by mohla dítě odradit, stanovovat dosažitelné cíle, věnovat pozornost pocítům dítěte.

2.2.3 PORUCHY CHOVÁNÍ

V úvodu je nutné rozlišit nevhodné chování od problémového chování či dokonce poruchy chování. Nevhodné chování lze charakterizovat jako ojedinělou situaci, kdy má dítě například nemístnou poznámku a po upozornění s tímto projevem chování přestane. Jako problémové chování označujeme vyšší intenzitu nevhodného chování, které se stupňuje a dítě již není příliš ukáznitelné. O poruše chování mluvíme v případě, že se nevhodné chování stane osobní normou žáka a zde je namístě odborná pomoc. Poruchy chování jsou také charakterizovány jako odchylky v socializaci (Buršíková, 2019).

Pro stanovení diagnózy charakterizované jako porucha chování je třeba splnění následujících tří podmínek: 1. Poruchy trvají nejméně 6 měsíců. 2. Narušují sociální přizpůsobivost dítěte v některém z jeho prostředí. 3. Nepodařilo se je odstranit běžnými pedagogickými a jinými přístupy (Kříž, 2004).

Josef Kříž mezi formy poruch chování řadí následující:

- Upoutávání pozornosti – často je v rodině tolerováno, ale v jiném prostředí činí potíže (př. simulace somatických obtíží, nápaditosti v řeči, chování či oblékání).
- Odpor k autoritám – první forma negativismu se objevuje mezi 2. a 3. rokem života, je nutné zvládnout toto období s přiměřeným taktem. V pubertálním období se jedná o hledání vlastní identity.

-
- Záškoláctví – může být z nejrůznějších příčin, je nutné rozlišit, zda se jedná o ojedinělé či soustavné záškoláctví, poté řešit jeho příčinu a motivaci.
 - Útěky – zde je nutné posouzení formy útěků (náhlé x připravované, individuální x společné). Důležitá je forma návratu.
 - Krádeže – je nutné posoudit motivaci k tomuto jednání.
 - Lhaní – je nutné přihlédnout k věku a aktuální situaci.
 - Agresivita – musíme rozlišovat agresivitu realizovanou individuálně a skupinově.
 - Vandalismus

Z hlediska mezinárodní klasifikace nemocí pak třídíme poruchy chování následovně:

- Porucha chování ve vztahu k rodině – mohou se vyskytovat všechny formy, důvodem je narušení citových vazeb v rodině.
- Nesocializovaná porucha chování – samostatné páchaní přestupků, chybějící vazba k vrstevníkům.
- Socializovaná porucha chování – přečiny všeho druhu, které jsou realizovány ve skupině.
- Porucha opozičního vzdoru – obvykle u dětí mladšího školního věku, negativistické a vzdorovité chování.

U dětí s epilepsií jsou poruchy chování zastoupeny ve větší míře než u dětí zdravých, mívají zásadní vliv na školní úspěšnost. Studie (Kariuki et al., 2012) uvádí, že některá z forem problémového chování byla zjištěna až u 50 % dětí s epilepsií, oproti asi 25 % dětí z kontrolní skupiny. Jednou z příčin může být i zvýšená školní absence, čímž dochází k omezení kontaktu se spolužáky. Ve studii z roku 1994 (Struniolo, Galletti, 1994) je uvedeno, že děti s epilepsií, které ale zároveň vykazují známky vyšší školní úspěšnosti, se v chování příliš neliší od svých zdravých vrstevníků. Je důležité, aby se dítě socializovalo a začlenilo se do třídního kolektivu, pokud se tak nestane, může být dítě deprivováno a frustrováno (Buršíková, 2019).

2.3 KVALITA ŽIVOTA DĚTÍ S EPILEPSÍ

Pojem kvalita života (quality of life) lze chápat a vysvětlovat z několika pohledů. Hartl a Hartlová ve Velkém psychologickém slovníku vysvětlují pojem kvalita života jako „*vyjádření pocitu životního štěstí*“, přičemž z psychologického hlediska, které je pro práci stěžejní vysvětlují kvalitu života jako „*míru seberealizace a duševní harmonie čili míru životní spokojenosti a nespokojenosti*“ (Hartl, Hartlová, 2009).

Teorií, které vykládají pojem ze svého úhlu pohledu, je velké množství. Pokud budeme hovořit o kvalitě života v souvislosti s epilepsií, přiklánějí se odborníci k názoru Cramera (Cramer, 1993), tedy že kvalita života je velice subjektivní koncept, jehož vnímání je velké míře závislé na pohledu hodnotitele.

Pro určování kvality života u dětí s epilepsií je možno využít kvantitativní či kvalitativní metody. Mezi kvantitativní metody, které jsou založené na klasickém vyplňování dotazníku, a jejichž výhodou je získání velkého množství dat v relativně krátkém čase, řadíme generické a specifické nástroje. Generické nástroje posuzují HRQOL (health-related quality of life) bez vztahu ke konkrétní nemoci. Naopak specifické nástroje jsou zaměřeny na hodnocení kvality života ve vztahu ke konkrétní nemoci. Kvalitativní metody, mezi něž patří například rozhovor, diskuze, pozorování, sice nevyžadují velký počet respondentů, ale jejich nevýhoda spočívá v interpretaci údajů, která může být nepřesná. Oba způsoby, tedy kvantitativní a kvalitativní, se mohou také kombinovat. Tímto způsobem byly také vytvořeny jednotlivé položky pro dotazník CHEQOL-25, který je využíván jako jeden z nástrojů v praktické části této práce (Buršíková, 2019).

3 EPILEPSIE V PROSTŘEDÍ ŠKOLY

3.1 ZNALOSTI O EPILEPSII VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ

Nejprve je nutné vymezit pojem znalost. Pavel Hartl ve Velkém psychologickém slovníku definuje pojem znalost jako vědomost, neboli systém poznatků důležitých pro výkon činnosti člověka. Dále uvádí, že někdy jsou znalosti děleny na praktické a teoretické (Hartl, Harlová, 2010).

Pojem postoj je ve Velkém psychologickém slovníku vymezen jako vztah, který je vyjádřený sklonem reagovat na určité osoby, předměty, situace i na sebe sama ustáleným způsobem. Postoje jsou součástí osobnosti a získávají se v průběhu života (Hartl, Hartlová, 2010).

V následující části práce se budeme zabývat znalostmi, postoji a sebedůvěrou učitelů ve vztahu k epilepsii, a to jak v České republice, tak i celkovým pohledem na jednotlivé části světa.

3.1.1 ZNALOSTI O EPILEPSII VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ – ČR

V České republice nebylo realizováno příliš výzkumů zabývajících se znalostmi a postoji pedagogů ve vztahu k epilepsii. Ze studie Komárka a Šmídové z roku 2007, která se zabývala psychosociálními dopady epilepsie na dětské pacienty, bylo zjištěno, že asi polovina dětí je sužována pocity neporozumění ze strany učitele (Komárek, Šmídová, 2007). Právě tato studie byla podnětem pro další výzkum realizovaný v roce 2011. Výzkum byl zaměřen na znalosti a postoje učitelů ve vztahu k epilepsii. Ze studie, které se účastnilo 193 respondentů, jejichž průměrná délka pedagogické praxe byla 17 let, vyšlo najevo, že 60% z nich mělo osobní zkušenost s epilepsií. Zajímavým faktem je, že 48 dotazovaných odpovědělo, že během své praxe měli ve třídě žáka s epilepsií. Studie také prokazuje, že učitelé, kteří měli s epilepsií osobní zkušenost, mají o nemoci lepší znalosti než učitelé bez osobní zkušenosti. Učitelé s osobní zkušeností měli také ve vztahu k epilepsii pozitivnější postoje. Dále nebyl zjištěn vliv oborového zaměření pedagogů na jejich znalosti o epilepsii (Buršíková, 2019, Brabcová et al., 2012).

Všechny studie však byly zaměřeny na pedagogy, kteří se pohybují v praxi. Na základě tohoto faktu byl v roce 2015 realizován další výzkum, který byl zaměřen

na znalosti a postoje studentů, kteří se na svou pedagogickou činnost teprve připravují na vysoké škole. Cílem bylo zjištění, zda je rozdíl ve znalostech o epilepsii mezi začínajícími studenty učitelství a studenty končícími studium. Výsledky studie byly uveřejněny v časopise *Epilepsy & Behavior* v lednu roku 2016. Účastnilo se 236 studentů 1. ročníků a 138 studentů posledního ročníku, což je tedy 374 respondentů. Respondenti procházeli osmnácti položkovým testem, kde vybírali správnou možnost z několika nabízených. Pomocí hodnotící škály ATPE⁷ byly zjišťovány postoje respondentů ve vztahu k epilepsii. Poslední částí byl pětipoložkový dotazník, kterým byla zjišťována sebedůvěra respondentů. Výzkum prokázal, že v oblasti znalostí o epilepsii dosahovali větších úspěchů studenti posledního ročníku. Zajímavostí hodnou zmínky je, že vysoké procento respondentů (69 % studentů prvního ročníku a 73 % studentů posledního ročníku) chybně reagovalo na otázku týkající se výskytu specifických poruch učení u dětí s epilepsií. Ta je mnohem vyšší oproti celkové populaci. Jedná se o výsledek do jisté míry znepokojující vzhledem k tomu, že výskyt specifických poruch učení mohou mít u dětí s epilepsií zásadní vliv na sebepojetí školní úspěšnosti. (Buršíková, 2019, Brabcová et al., 2016)

V oblasti postojů a sebedůvěry nebyly mezi studenty prvního a posledního ročníku zjištěny významné rozdíly. Znepokojujícím faktem pak může být velmi nízká sebedůvěra studentů v otázce poskytnutí první pomoci žákovi s epileptickým záchvatem.

3.1.2 ZNALOSTI O EPILEPSII VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ – SVĚT

Velmi zajímavou studii publikovali v roce 2018 Jones et al. Tato studie byla založena na rozboru a srovnání 54 studií provedených v sedmadvaceti různých zemích světa. Studie se zabývala znalostmi a postoji učitelů ve vztahu k epilepsii a k dětem s epilepsií. Ze studie vyplývá, že ve všech srovnávaných studiích byly zachyceny negativní postoje a nedostatečné znalosti o epilepsii. Negativní postoje se často týkaly zapojování dětí s epilepsií do sportovních aktivit. Nedostatečné znalosti se podobně jako v českých výzkumech týkaly zejména poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu. Autoři také podotýkají, že by v dalších výzkumech měla být zaměřena pozornost na vytvoření nástrojů s kvalitními psychometrickými vlastnostmi. Většina studií totiž pracovala s vlastními

7 Scale of Attitudes Towards People with Epilepsy

dotazníky, u kterých nebyla prokázána reliabilita a validita (Jones et al., 2018, Buršíková, 2019).

Ve světě je vždy nutné brát v potaz úroveň rozvoje dané země. Předpokládá se, že v zemích rozvojových bude i nízká úroveň například znalostí učitelů ve vztahu k epilepsii.

Na Blízkém východě, v Kuvajtu, označilo jako příčinu onemocnění epilepsií posednost zlými duchy 24 % z celkového počtu 84 dotazovaných učitelů středních škol. 73 % dotazovaných pak upřednostňovalo jako metodu léčby četbu Koránu (Al-Hasheemi et al., 2016).

Afrika, kde bylo překvapivě realizováno velké množství studií zaměřených na znalosti a postoje k epilepsii, se v tomto ohledu jeví jako velmi problematická. Ze studie Mielke et al. (1997) vychází, že 70 % učitelů neznalo správný postup první pomoci při epileptickém záchvatu. Tamtéž se zároveň 25 % učitelů domnívá, že epilepsie je nakažlivá nemoc (Mielke et al., 1997). Ve velkém množství afrických zemí je epilepsie, zejména kvůli průběhu, považována za jakousi formu posednosti démony. Nejlepších výsledků na africkém kontinentu dosáhli egyptští učitelé, z nichž pouze 2 % označili epilepsii jako nakažlivou nemoc. I tak ale z hlediska znalostí v oblasti první pomoci při epilepsii mělo odpovídající výsledky asi 25 % dotazovaných (Shehata, Mahran, 2010; Buršíková 2019).

V evropských zemích je situace mnohem příznivější než v zemích asijských či afrických. Například studie z roku 2003 provedená v Chorvatsku uvádí, že se většina učitelů domnívá, že žáci s epilepsií mohou dosahovat stejně dobrých studijních výsledků jako žáci bez epilepsie (Prpić et al., 2003). Stejně pozitivní výsledky zaznamenala i studie z Řecka, kde se učitelé rovněž shodují v tom, že žáci s epilepsií by měli být vzděláváni v běžné škole (Kaleyias et al., 2005). Novější řecká studie z roku 2016 ale ukazuje, že 92 % učitelů nemá dostatečnou odbornou přípravu pro zvládnutí první pomoci při epileptickém záchvatu. Zajímavé je, že i přesto by 71 % z nich souhlasilo s tím mít žáka s epilepsií ve své třídě (Kampra et al., 2016).

Bishop a Boag ve svých studiích provedených v Severní Americe zkoumali postoje učitelů k dětem s epilepsií. Nepříliš překvapivým bylo zjištění, že postoje učitelů jsou ovlivňovány mnoha faktory, například počtem let pedagogické praxe, dosaženým

vzděláním a úrovni znalostí o epilepsii. Více než 50 % dotazovaných učitelů se cítilo být připravených na zvládnutí první pomoci při probíhajícím epileptickém záchvatu. Což je v porovnání s jinými zkoumanými zeměmi překvapivě vysoké číslo (Bishop a Boag, 2006). Pro porovnání uveďme například studii z Řecka, kde si v oblasti poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu důvěřuje pouhých 23 % učitelů (Kaleyias et al., 2005).

Velice překvapivé výsledky v negativním smyslu slova byly zjištěny v Indii, kde studie provedená Thackerem et al. (2008) uvádí, že pouze 16 % dotazovaných učitelů by dokázalo poskytnout první pomoc při epileptickém záchvatu. Z téže studie také vyplývá, že 87 % učitelů by svému dítěti nepovolilo sňatek s člověkem s epilepsií.

Velmi vysoká procenta týkající se znalostí, respektive neznalostí v oblasti první pomoci při epileptickém záchvatu se objevují napříč všemi studii, a to nejen těmi evropskými, ale celosvětově. Domnívám se, že pokud by byla provedena studie, jejímiž respondenty by byli pouze ti učitelé, kteří se již během své praxe měli možnost s epileptickým záchvatem setkat a první pomocí při něm si prošli, čímž získali v tomto ohledu určitou míru sebedůvěry, byla by tato čísla mnohem příznivější.

3.1.3 ZNALOSTI DĚTÍ O EPILEPSII

V porovnání s výzkumy, které se zabývají znalostmi a postoji učitelů ve vztahu k epilepsii, nebylo provedeno ani ve světě, ani v České republice tolik výzkumů, které se zabývají znalostmi dětí o epilepsii.

Ve světě se znalostmi dětí o epilepsii zabývali například Mecarelli et al., kteří zveřejnili studii provedenou v italském Římě u studentů středních a vysokých škol. Z velkého množství respondentů, které činilo 597 studentů středních a vysokých škol vyplývá, že 91% z nich základní znalosti o epilepsii má, avšak jen 16% z nich dokázalo správně určit prevalenci epilepsie (Mecarelli et al., 2007).

Další studie byla provedena například v Srbsku (Jacić et al., 2013) a bylo do ní zapojeno 193 žáků osmého ročníku základních škol. Studie prokázala celkem pozitivní postoje žáků ke spolužákům s epilepsií. Provokačními faktory byly nejčastěji uváděny

nespavost a výživový deficit, přičemž více jak 98 % žáků prokázalo o epilepsii určitou znalost.

V Polsku byl v roce 2005 proveden výzkum Zielińskou et al., který se tímto tématem také zabýval. Výzkumu se účastnilo 181 respondentů ze středních škol v polské Poznani. Výzkum ukázal, že 91 % studentů ví, že epilepsie není nakažlivá nemoc a dokonce 46 % z nich zná nějakou osobu trpící epilepsií. Velmi znepokojujícím faktem však je, že pouhá 2 % studentů byla obeznámena s první pomocí týkající se epileptického záchvatu. Autoři uvádějí, že znalost studentů o epilepsii je nedostatečná, a to zejména proto, že neznají příčiny a symptomy epilepsie a ani nejsou schopni poskytnout první pomoc při epileptickém záchvatu (Zielińska et al., 2005).

Výzkum provedený v Kamerunu (Njamnshi et al., 2008) přichází se znepokojivými výsledky. Ze vzorku 910 studentů středních škol sice 95% o epilepsii slyšelo a 73% studentů znalo někoho s epilepsií, přesto se však asi polovina respondentů domnívala, že je epilepsie nakažlivá nemoc. 64% studentů by neuzavřelo sňatek s člověkem s epilepsií. Ze studie dále vyplývá, že studenti, kteří znali někoho s epilepsií si nemysleli, že se jedná o nakažlivou nemoc, ale více z nich si myslelo, že se jedná o jakousi formu šílenství (Njamnshi et al., 2008).

V České republice se znalostmi o epilepsii u žáků základních škol zabývala studie Brabcové et al., 2013. Respondenti ve věku 9 až 11 let byli rozděleni do tří skupin. První skupina – 762 žáků odpovídala na otázky v jednoduchém sedmi-položkovém dotazníku zabývajícím se znalostmi o epilepsii po zhlédnutí edukačního kresleného filmu Dobrodružství na rybách. Druhou skupinu tvořilo 400 žáků, kteří se před vyplněním dotazníku zapojili do edukačního dramatu. Obě skupiny žáků se po šesti měsících účastnily retestu dotazníku. Třetí skupinu tvořilo 180 respondentů, kteří vyplňovali dotazník bez jakékoli předchozí intervence.

Výzkum prokázal, že první dvě skupiny žáků měly výrazně lepší znalosti o epilepsii, než skupina třetí, a to i později, s půlročním odstupem. U žáků byly dále zjištěny pozitivní postoje k dětem s epilepsií (Brabcová et al., 2013). Je tedy zřejmé, že i krátký edukační film může ve velké míře dopomoci k tomu, aby žáci získali potřebné znalosti o epilepsii a osvojili si základy první pomoci při epileptickém záchvatu.

3.2 KLIMA ŠKOLNÍ TŘÍDY

J. Průcha et al. (2001) charakterizuje klima třídy jako sociálně-psychologickou proměnnou, která představuje dlouhodobé sociálně-emocionální naladění a zahrnuje několik faktů, a to postoje a vztahy a emocionální odpovědi žáků na různé události ve třídě (Průcha et al., 2001).

Hovoříme-li o klimatu třídy, musíme brát v potaz také faktory, které ho ovlivňují. Těmi nejzásadnějšími jsou prostředí třídy, atmosféra a sociální klima (Východská, 2018).

Prostředí je nejobecnějším pojmem majícím největší rozsah. Kromě aspektů sociálně-psychologických se zabývá také aspekty architektonickými, mezi které řadíme například rozložení učebny, její vybavení, rozmístění nábytku a další. Mezi aspekty hygienické řadíme zejména osvětlení, teplotu v učebně a možnosti větrání. Mezi ergonomické aspekty můžeme řadit například uspořádání pracovního místa jak učitele, tak i žáka. A v neposlední řadě akustické aspekty pod sebou sdružují například úroveň šumu a hluku, odraz zvuku a další (Čapek, 2010).

Pojem atmosféra má oproti prostředí rozsah poměrně užší. Atmosféra třídy je krátkodobý jev, který je závislý na momentální situaci. Stejná atmosféra obvykle trvá minuty až hodiny, delší interval je výjimečný (Čapek, 2010). Dle Čapka (2010) se atmosféra nemění periodicky, ale může existovat nepravidelný impuls či kritická událost, která je podnětem ke změně vnímání či jednání, a to jak pro žáky, tak i pro učitele (Čapek, 2010).

Sociální klima je jevem dlouhodobým, typickým pro danou třídu. Nepostradatelnými činiteli jsou žáci, různé skupiny žáky utvářené, a také všichni učitelé, kteří v dané třídě vyučují. Sociální klima třídy je také ovlivňováno širšími jevy, jako jsou sociální klima třídy a sociální klima pedagogického sboru (Čapek, 2010).

3.3 ŽÁK S EPILEPSÍ V PROSTŘEDÍ ŠKOLY

V životě všech žáků hraje škola nepostradatelnou roli, jelikož je jedním z nejvýznamnějších socializačních prostředí. Velký psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2010) definuje socializaci jako „*začleňování člověka do společnosti pomocí nápodoby a*

identifikace; zprvu v nukleární rodině, pak v malých společenských skupinách jako je školní třída, zájmový klub, sportovní družstvo, až po zapojení do nejširších, celospolečenských vztahů; součástí socializace je přijetí základních etických a právních norem dané společnosti.“

Vstupem do prostředí školy tedy dítě zároveň vstupuje do společnosti, ve které si vytváří vztahy k vrstevníkům i k dospělým. Dochází tak k rozvoji komplexní osobnosti dítěte (Suleková, 2018). Stejně jako všechny ostatní děti, i děti s epilepsií vstupují do školy, avšak jejich vstup může být značně komplikován obavami, které z onemocnění vyplývají (Brabcová, 2013). Pokud se u dětí projeví epilepsie již v raném věku, mohou v důsledku toho trpět změnami jak primárními (změnami v mozku), tak i sekundárními změnami, způsobenými účinky medikamentů, například v psychické oblasti, kvůli tomu mohou být častěji unavené nebo trpět častějšími výkyvy emocí.

Zde je jistě na místě zmínit míru stigmatizace, která s tímto onemocněním souvisí. Nejprve je třeba objasnit pojem stigma. Velký psychologický slovník definuje stigma jako *„sociálně psychologické označení jedince hanlivým označením, které mu brání nebo znesnadňuje začlenění se do společnosti. Pojem stigmatizace je společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak připisovány záporné vlastnosti. Znamená to tedy předem dané záporné hodnocení, které je okolím prisouzeno jedinci, skupině nebo celé organizaci“* (Hartl, Hartlová, 2010). Pokud se tedy okolí k epileptickému dítěti staví negativně, může to vést k jeho velké psychické zátěži. Dítě, které bude soustavně deprivováno okolím, pak tedy dá raději přednost izolaci, a to může negativně ovlivnit jeho životní styl (Vágnerová, 2005). Jednou z uváděných klasifikací stigmatu je rozdíl mezi internacionalizovaným, interpersonálním a institucionalizovaným stigmatem. Internacionalizované stigma je založeno na pocitech, myšlenkách a obavách osoby s epilepsií, které přímo souvisejí s vědomím vlastních odlišností. Interpersonální stigma se objevuje při interakci s ostatními lidmi, je založeno na negativním jednání či reakcích druhých vůči osobě s epilepsií a institucionalizované stigma se týká postavení společnosti k osobám s epilepsií (Suleková, 2018; Austin, 2014).

3.3.1 ŠKOLNÍ ÚSPĚŠNOST

Školní úspěšnost můžeme definovat jako *„uskutečňování nároků společnosti na osobnost, uplatňovaných prostřednictvím školy“* (Helus et al., 1979, s. 39). Školní úspěšnost můžeme členit z hlediska dvou základních rovin na objektivní a subjektivní. Objektivní rovina se zabývá dosažením úspěchu vzhledem k vnějším činitelům, například k učitelům, rodičům či sourozencům. V rovině subjektivní jsou podstatné prvky, jako například motivace žáka k učení, pocit bezpečí či míra sebedůvěry (Buršíková, 2019). Subjektivní rovina úzce souvisí s objektivní, můžeme tedy říci, že bez odpovídajících výsledků nebude mít například motivace žáka k učení příliš vysokou úroveň. Mluvíme tedy o sebepojetí školní úspěšnosti. Termín sebepojetí vykládá Velký psychologický slovník jako *„vytváření úsudků o sobě, jež má hodnotící a popisný rozměr.“* (Hartl, Hartlová, 2010). Školní úspěšnost může být také ovlivněna rodinným prostředím, sociokulturním prostředím, klimatem školy a třídy (Průcha, 2013). Každý žák má o svém úspěchu, který je daný prospěchem ve vztahu k jiným žákům, jinou představu.

3.3.2 ŠKOLNÍ NEÚSPĚŠNOST

Pedagogický slovník charakterizuje školní neúspěšnost jako *„v tradičním pojetí pedagogiky a také laické veřejnosti podprůměrné až nevyhovující výsledky při školním hodnocení vzdělávacích výsledků žáka – tzn. špatné známky“* (Průcha, 2013). Ze širšího pohledu je školní neúspěšnost chápána jako *„selhávání dítěte či adolescenta v podmínkách školního edukačního prostředí nejen špatným prospěchem, ale také vytvářením negativních psychických postojů k vlastnímu učení, k učitelům, ke vzdělávání vůbec“* (Průcha, 2013). Faktory školní neúspěšnosti mohou být jak psychické na straně žáka (např. učební obtíže, nedostatečná motivace k učení), tak i sociální.

3.3.3 ŠKOLNÍ ÚSPĚŠNOST U DĚTÍ S EPILEPSÍ

Děti s epilepsií mají svou školní docházku značně ztíženou svým onemocněním, které se může projevovat v různém měřítku. Děti mohou být ovlivňovány různými medikamenty – antiepileptiky, které mohou mít vliv na některé kognitivní funkce. Zůstává dosud otázkou, zda frekvence záchvatů může mít, a pokud ano, tak do jaké míry, vliv na školní úspěšnost u dětí s epilepsií. Ovlivňovat školní úspěšnost může také častější absence ve výuce, a to ať už z důvodu epileptického záchvatu, tak i kvůli častějším

návštěvám lékaře. Buršíková (2019) uvádí, že zahraniční výzkumy, které porovnávají školní úspěšnost dětí s epilepsií a dětí s jinými onemocněními, uvádějí, že děti s epilepsií dosahují mnohem horších výsledků, a to jak v oblasti měřené školní úspěšnosti, tak i v oblasti týkající se sebedůvěry spojené se školou (Buršíková, 2019).

V České republice byla provedena studie, (Brabcová, 2015) která se zaměřovala na sebepojetí školní úspěšnosti u dětí s epilepsií. To bylo měřeno formou standardizovaného dotazníku SPAS (Matějček, Vágnerová, 1992). Studie se účastnilo 182 respondentů – tedy dětí s epilepsií ve věku 9 – 14 let. Ze studie vyplývá, že významnými ukazateli sebepojetí školní úspěšnosti jsou snížená inteligence a diagnostikovaná specifická porucha učení. Můžeme tedy říci, že pokud se u dětí s epilepsií nevyskytují jiné komorbidity, je jejich sebepojetí školní úspěšnosti srovnatelné s běžnou populací. Děti, u nichž je epilepsie doprovázena ještě kombinací s SPU, jsou považovány za velmi rizikovou skupinu. Těmto dětem je tedy důležité věnovat odpovídající pozornost (Buršíková, 2019, Brabcová et al. 2015).

3.4 UČITEL VE VZTAHU K ŽÁKOVI S EPILEPSÍ

V první řadě by měl být vyučující dostatečně informován jak o skutečnosti, že žák epilepsií trpí, tak i o dalších jevech s nemocí spojených. Podle § 22 zákona č.561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání jsou zákonní zástupci žáků povinni informovat školu o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích či o jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání. Vyučující by měl být tedy včas obeznámen s tím, že žák epilepsií trpí, dále jakou formou epilepsie trpí a případně i tím, jak u žáka probíhají epileptické záchvaty. Protože, jak je již zmíněno výše, je prokázáno, že mnoho žáků trpících epilepsií, může mít k této nemoci dále například SPU, je nutné, aby vyučující měl dostatek informací, které by mohl například zohlednit při hodnocení žáka. Informovanost učitele je také důležitá v tom ohledu, aby mohl v případě epileptického záchvatu poskytnout žákovi odpovídající první pomoc. Zejména na druhém stupni základních škol a na školách středních, tedy tam, kde se ve vyučovacích hodinách učitelé střídají, je nutné, aby s povědomím o epilepsii byli obeznámeni i ostatní učitelé, kteří v dané třídě vyučují. Může se stát, že budou svědky

epileptického záchvatu a je nutné, aby v takovém případě dokázali žákovi poskytnout první pomoc. V případě, že vyučující není dostatečně obeznámen, může hrozit to, že nesprávně vyhodnotí nedostatky v žákově školní výkonnosti, což může vést k vytvoření nežádoucího postoje vůči žákovi a s tím spojené poskytnutí negativní zpětné vazby (Brabcová, 2013).

Pokud má učitel ve třídě žáka s epilepsií, měl by také způsobem přiměřeným věku žáků, seznámit s touto nemocí všechny děti ve třídě. Děti by měly být seznámeny se základními fakty o nemoci, s jejím typickým průběhem i s možností výskytu epileptického záchvatu. Informovanost dětí je velice nutná, můžeme tak předejít případným negativním jevům, jako jsou například posměšky nebo urážlivé chování ostatních žáků (Kršek, 2012).

První pomoc v případě epileptického záchvatu byla popsána již výše, a to v kapitolách 1.8 a 1.9. Zde budou již zmíněny některé body, které jsou podstatné pro epileptický záchvat ve školní prostředí. Učitel by se v první řadě měl pokusit zvládnout situaci tak, aby měla co nejmenší traumatizující dopad na dítě. V první řadě je tedy třeba zachovat klid a zabránit ostatním spolužákům, aby se shromažďovali kolem dítěte. Je nutné z okolí dítěte odstranit předměty, které by mu mohly způsobit poranění. O každém záchvatu je nutné informovat rodiče a je také vhodné zapamatovat si délku proběhlého záchvatu. Záchrannou službu je nutné volat v případě, pokud se objevil epileptický záchvat u žáka poprvé, záchvat trvá déle než pět minut, nebo přechází záchvaty jeden do druhého, nebo došlo-li k poranění dítěte (Kršek, 2012).

Výzkum zveřejněný v roce 2015 Brabcovou et al., kterého se účastnilo 182 respondentů, kterými byly děti a dospívající trpící epilepsií ve věku 9 – 14 let, prokázal, že u 95 % z nich třídní učitel o jejich onemocnění ví a zároveň 83% dětí svému učiteli důvěřuje v tom, že by mu dokázal poskytnout odpovídající první pomoc při epileptickém záchvatu.

3.5 SPOLUŽÁK VE VZTAHU K ŽÁKOVI S EPILEPSIÍ

Prostředí a klima školní třídy je zmíněno již výše, v kapitole 3.2. Třídní učitel by měl mít povědomí o vztazích mezi žáky ve třídě. Je také na místě, aby tyto vztahy sledoval, a mohl tak předejít případným nežádoucím jevům, jako například šikaně. Ke zjišťování

vztahů mezi žáky ve třídě slouží metoda *sociometrie*. Dle pedagogického slovníku je to „soubor sociologických a psychologických metod a technik aplikovaných při měření mezilidských vztahů v malých skupinách“ (Průcha et al., 2013).

Jak již bylo zmíněno výše, jsou určité faktory, jako například přítomnost specifických poruch učení či projevy spojené s nemocí, které mohou u dětí s epilepsií být důvodem jejich menší oblíbenosti ve třídním kolektivu.

Nemůžeme očekávat, že v každé třídě budou panovat pouze dobré vztahy mezi spolužáky, zvláště opatrní bychom měli být, pokud třídu navštěvuje žák s epilepsií. Studie (Hamiwka et al. 2009), která se zabývá rizikem šikany u dětí s epilepsií v porovnání s dětmi zdravými nebo dětmi s onemocněním ledvin, byla uveřejněna v časopise *Epilepsy & Behavior* v roce 2009. Výzkum ukazuje, že se šikanou má zkušenost 42 % dotazovaných dětí s epilepsií, pro porovnání je uvedeno 12 % dětí z kontrolní skupiny. Zároveň je ale třeba uvést, že 15 % dětí s epilepsií šikanovalo druhé. Je tedy velmi důležité se vztahy ve třídě důkladně zabývat (Hamiwka et al., 2009).

4 EMPATIE, OČEKÁVÁNÍ A VNÍMÁNÍ UČITELŮ

4.1 VYMEZENÍ POJMU EMPATIE

Podle pedagogického slovníku můžeme termín empatie vysvětlit jako „*uvědomění si pocitů, prožitků, momentálních stavů jiného člověka a snahu je pochopit a porozumět jim*“ (Průcha, 2013).

Psychologický slovník vysvětluje empatii jako „*schopnost vcítit se do pocitů a jednání druhé osoby; je považována za součást emoční inteligence, kterou lze cíleně rozvíjet nácvikem*“ (Hartl, Hartlová, 2010). V širším slova smyslu pak můžeme empatii definovat jako „*umění dovedně zacházet s emocemi, vcítovat se do situace druhé osoby, emocionální ztotožnění s jejím viděním, cítěním, chápáním, schopnost číst i neslovní projevy druhého, chápat, o co usiluje, čemu se chce vyhnout, co pečlivě skrývá; souvisí se schopností naslouchat a vnímat neverbální komunikaci*“ (Hartl, Hartlová, 2010).

Dle M. H. Davise (Zášková, 2009) leží empatie na pomyslné hranici, která odděluje jedince od druhých, dělí tedy „já“ od „ty“. Obecnějším pohledem tedy můžeme říci, že empatie je úzce spojena s kompetencí člověka porozumět druhým lidem a dokázat s nimi komunikovat (Zášková, 2009). Zášková také dále uvádí, že tím, že empatie zvyšuje ochotu pomáhat druhým, je nezbytnou podmínkou dalších relevantních sociálních aspektů, tedy mimo jiné i vztahu učitele a žáka. Empatii můžeme také chápat jako interdisciplinárně zkoumaný fenomén, jímž se mimo psychologické disciplíny zabývá například teologie, sociologie, filozofie a mnoho dalších.

4.2 OČEKÁVÁNÍ A VNÍMÁNÍ UČITELŮ

Častou chybou, které se nejen učitelé, ale všichni lidé dopouštějí při hodnocení druhých, je podlehnoutí prvnímu dojmu. Této chyby se lidé dopouštějí naprosto přirozeně, s cílem si druhé určitým způsobem zařadit do nějaké kategorie. První dojem může být buď kladný, nebo záporný. V případě kladného prvního dojmu máme sklony k tomu, že se snažíme další fáze vnímání zlepšovat a záporné vlastnosti jedince výrazně podhodnocujeme. Stejně je to v opačném případě (Strejcová, 2016).

Učitelovo očekávání může vycházet z toho, co už o žákovi ví a na základě těchto informací si může vytvářet určitou hypotézu toho, jak by se žák mohl projevovat.

Očekávání se mohou vystupňovat do tzv. sebenaplňujícího proroctví, což znamená, že nepřiměřené očekávání může vést až k takovému jednání, které z žáka dobrého či špatného nakonec udělá. (Buršíková, 2019). Na téma očekávání intelektových schopností u dětí s epilepsií byla provedena studie (Katzenstein et.al, 2007), z níž vyplývá, že učitelé, kterým chybí osobní zkušenost, mají sklon podceňovat intelektové schopnosti dětí s epilepsií.

V případě, že žáka vnímáme pozitivněji v jeho vlastnostech a všech směrech, mohou tyto tendence vyústit v tzv. Pygmalion efekt, který může způsobit pozitivní změny v učení a chování žáka.

Opačným případem je tzv. Golem efekt, tedy situace, kdy se zpočátku žák projeví v určitých směrech jako slabší a učitel má tendenci si ho zařadit k žákům rozumově slabším a dále ho tak vnímat. Tento negativní postoj postupně začnou od učitele přebírat i spolužáci a dítě se postupem času začne opravdu projevovat tak, jak je od něho očekáváno. (Holeček et al., 2007).

Zajímavá studie ohledně očekávání a vnímání učitelů byla provedena v roce 2015 v Nizozemsku (Timmermans et al., 2015). Analyzovaný vzorek byl složen z 5316 respondentů, jimiž byli žáci základní školy. Výzkum ukázal, že učitelé měli mnohem větší očekávání od žáků, které považovali za sebevědomé a s pozitivními pracovními návyky. Rozdíly v očekávání mezi chlapci a dívkami lze vysvětlit také vnímáním pracovních návyků u studentů učitelů. Učitelé se lišili v tom, do jaké míry nechali vnímání podmiňujících faktorů u studentů formovat své očekávání. Důležité jsou faktory, které formují očekávání učitelů, protože jejich očekávání může následně ovlivnit jak jejich chování, tak i výkon studenta.

Studie se dále zabývá jevem známým jako sebenaplňující proroctví, který spočívá v tom, že pokud učitelé mají od studentů vysoká očekávání, mají studenti tendenci tato očekávání potvrzovat.

Nejčastěji sledovanými proměnnými ve vztahu k učitelovým očekáváním byly demografické charakteristiky studentů, socioekonomický status rodiny, národnostní menšiny a pohlaví.

Cílem studie bylo prozkoumání problematiky, proč u některých studentů neodpovídá úroveň výkonu očekávání učitelů. Byly zkoumány rozdíly mezi učiteli, široká škála vnímání učitelů, včetně jejich pracovních návyků, popularity, sebevědomí a vztahů mezi studenty a učiteli.

Z výsledků studie vychází, že obecně měli učitelé větší míru očekávání od studenta, kterého vnímali jako sebevědomého s pozitivními pracovními návyky, což ostatně potvrdily i některé předchozí studie, jako například Bonvin, Genoud (2006). Můžeme tedy říci, že pozitivní pracovní návyky a sebevědomí jsou stěžejními předpoklady pro úspěch v dalších stupních studia.

Výzkum ale také ukazuje, že učitelé mají nižší očekávání u studentů, kteří vykazují pozitivní sociální chování ve třídě, což je v rozporu s předchozími výzkumy, které naopak prokazují vyšší hodnoty očekávání právě u studentů, kteří se projevovali dobrým chováním (Bennet et al., 1999).

Právě výše zmíněná studie (Bonvin & Genoud, 2006) zdůrazňuje, že to, jak vnímají učitelé žáky, nemůže být zaměřeno pouze čistě akademicky, ale že celá koncepce souvisí také se sociálními aspekty žáků a s jejich emočními charakteristikami. Výsledky této studie ukazují, že učitelé jsou poměrně přesně schopni vnímat žáka v oblasti očekávání školního úspěchu. Dále také, že učitelé mají tendenci podceňovat žáky, které vnímají jako nezralé či nejisté a naopak přeceňovat ty, které vnímají jako nezávislé a asertivní. Očekávání učitelů mohou být tedy ovlivněna vlastnostmi, které dětem připisují a tím, jak vnímají zájem a motivaci dítěte.

5 METODOLOGIE

Diplomová práce byla realizována v rámci projektu „Dítě s epilepsií v prostředí školy“, který byl podpořen Grantovou agenturou ČR. Sběr dat proběhl v některých základních školách v Karlovarském, Plzeňském a Jihočeském kraji.

Pro praktickou část práce byla zvolena kvantitativní metodologie, která využívá sběru dat pomocí dotazníků. Využité nástroje budou blíže specifikovány níže v další části práce.

5.1 CÍL VÝZKUMU

Cílem provedeného výzkumu bylo zjistit rozdíly ve vnímání kvality života mezi dětmi samotnými a mezi učiteli dětí. Dále to, jakým způsobem učitelé vnímají vlastnosti dětí s porovnáním skutečných testových nálezů – tj. jak je učitelé dokázali správně/nesprávně diagnostikovat.

Stanovení dílčích cílů:

1. Zjištění rozdílů ve vnímání kvality života dětí samotných a jejich učitelů.
2. Zjistit, jak učitelé vnímají vlastnosti dětí a porovnat s testovými nálezy.
3. Zhodnotit, zda učitelé dokázali správně či nesprávně diagnostikovat děti.

5.2 STANOVENÉ HYPOTÉZY

Na základě výše uvedených výzkumných cílů byly stanoveny hypotézy, které jsme se následně díky výsledkům šetření pokusili vyvrátit či potvrdit.

H1: Učitelé se budou shodovat (ve smyslu neprokázané statistické signifikance rozdílů středních hodnot ve sledovaném vzorku) ve vnímání kvality života z pohledu dětí s dětmi, a to alespoň u 80% v příslušném dotazníku zahrnutých položek.

H2: Celkové hodnocení kvality života dětí s epilepsií z pohledu učitelů (dané celkovým skóre příslušného dotazníku) bude srovnatelné s hodnocením kvality života ze strany samotných dětí.

H3: Alespoň v 80% případů posouzení jednotlivých vlastností bude zaznamenán statisticky významný rozdíl od středu dané stupnice odpovídající průměrnému dítěti.

H4a: Sebedůvěra dětí hodnocená učiteli se nebude statisticky významně lišit od objektivního testového nálezu.

H4b: Inteligence dětí hodnocená učiteli se nebude statisticky významně lišit od objektivního testového nálezu.

H4c: Obliba dětí u druhých hodnocená učiteli se nebude statisticky významně lišit od objektivního testového nálezu.

5.3 METODY ANALÝZY DAT

Data získaná pomocí dotazníkového šetření byla zapsána do tabulkového procesoru Microsoft Office Excel a poté statisticky zpracována.

Výsledky byly vypočteny za použití následujících statistických metod:

- dvouvýběrový t-test
- jednovýběrový t-test
- Pearsonův korelační koeficient

Výsledky testování jsou stanoveny pomocí p-hodnoty, která udává pravděpodobnost zamítnutí správné nulové hypotézy. Za statisticky významné jsou považovány výsledky s p-hodnotou menší než 0,05. Byla také provedena korelační analýza různých proměnných pomocí Pearsonových koeficientů korelace, včetně testu signifikance (resp. nulovosti) tohoto koeficientu.

6 VÝZKUMNÉ NÁSTROJE

V následující části práce budou představeny nástroje, které byly použity při výzkumu.

6.1 DOTAZNÍK CHEQOL-25 – ČESKÁ VERZE

Původem kanadský dotazník, který je určený pro věkovou skupinu 8 – 15 let. Dotazníkem se zkoumá posouzení kvality života. Jedná se o upravenou českou verzi dotazníku, který obsahuje 23 položek rozdělených do 4 kategorií. Jednotlivými kategoriemi jsou: 1. interpersonální a sociální dopady epilepsie, 2. obavy, starosti, zájmy, 3. intrapersonální a emoční dopady, 4. epilepsie – tajemství dítěte a hledání normálního života.

Princip dotazníku spočívá v označování odpovědí, se kterými se jedinec nejvíce ztotožňuje. Nejedná se o vybírání správných či špatných odpovědí. Cílem dotazníku je zjistit subjektivní pohled dítěte.

Vyhodnocení dotazníku probíhá na základě zařazení do jedné z pěti hodnotících kategorií podle bodového ohodnocení. Hodnotící kategorie: 1. Výrazně podprůměrná kvalita života (podíl v celkové populaci = 16%), 2. Podprůměrná kvalita života (podíl v celkové populaci = 15%), 3. Průměrná kvalita života (podíl v celkové populaci = 38%), 4. Nadprůměrná kvalita života (podíl v celkové populaci = 15%), 5. Výrazně nadprůměrná kvalita života (podíl v celkové populaci = 16%) (Buršíková, 2019).

Příklady otázek:

1. kategorie: Mám často pocit nespravedlnosti. (souhlasím – spíše souhlasím – spíše nesouhlasím – nesouhlasím)
2. kategorie: Mám strach, že se zraním při záchvatu. (souhlasím - spíše souhlasím – spíše nesouhlasím – nesouhlasím)
3. kategorie: Snadno se rozzlobím. (souhlasím - spíše souhlasím – spíše nesouhlasím – nesouhlasím)
4. kategorie: Cítím se trapně proto, že mám epilepsii. (souhlasím - spíše souhlasím – spíše nesouhlasím – nesouhlasím)

Dotazník je určen pro posouzení kvality života dítěte. Vyplňován byl jak dětmi samotnými, tak i jejich třídními učiteli a výsledky byly vzájemně porovnávány. Učitelé dotazník vyplňovali za účelem posouzení míry empatie vůči dětem s epilepsií. U posuzování empatie ale může docházet k několika problémům, a to zejména v případě, že učitel není schopen empatie, nebo nechce poznat to, co dítě prožívá. Dalším problémem může být také velké množství žáků ve třídě, kde učitel nemá ani příliš možností jednotlivé žáky dobře poznat.

6.2 DOTAZNÍK PRO POSOUZENÍ VLASTNOSTÍ DÍTĚTE UČITELEM

Posouzení vlastností dítěte učitelem bylo provedeno pomocí upraveného Matějčkova dotazníku. Učitelé v šestnácti položkovém dotazníku posuzovali vlastnosti dětí. Mezi posuzované vlastnosti patřily například pozornost, sebedůvěra, píle, inteligence a další. Posuzování vlastností probíhalo pomocí čtyřstupňové škály (0 = silně podprůměrné, 1 = mírně podprůměrné, 2 = mírně nadprůměrné, 3 = silně nadprůměrné). Vlastnosti posouzené učiteli byly následně v některých případech porovnány s objektivními testovými nálezy (Buršíková, 2019).

6.3 STANDARDNÍ RAVENOVY MATRICE

Pomocí tzv. Ravenových matric byl zjišťován kognitivní výkon u dětí. Ravenovy matrice jsou charakterizovány jako nonverbální test abstraktního uvažování, byly vyvinuté J. C. Ravenem v roce 1938. Jedná se o nástroj, který obsahuje 60 položek, ty jsou rozděleny do pěti dvanácti položkových skupin. Nástroj spočívá ve výběru jednoho ze sedmi nabízených obrazců, který náleží do představeného souboru obrazců. Test je vyhodnocen pomocí percentilové hodnoty, která udává, kolik procent z celkové populace dosáhlo horšího výsledku než testovaný jedinec (Buršíková, 2019).

6.4 DOTAZNÍK SEBEPOJETÍ ŠKOLNÍ ÚSPĚŠNOSTI SPAS

Dotazník SPAS (Student's perception of ability scale) byl vyvinut v roce 1979 a jeho česká verze byla validována v roce 1992 (Matějček, Vágnerová, 1992). Jedná se o dotazník obsahující 48 všeobecných otázek, které jsou rozdělené do šesti škál. Na dané otázky se odpovídá ano/ne.

Výčet jednotlivých škál:

1. obecné schopnosti

2. matematika

3. čtení

4. pravopis

5. psaní

6. sebedůvěra

6.5 L-J TEST S DIMENZEMI OBLIBA A NEOBLIBA

Sociometrická metoda Longa a Jonesové byla vyvinuta v roce 1960, pro české prostředí byla metoda detailně popsána v roce 1977 Musilem. Dle samotných autorů je nejvhodnější, aby byl test prezentován žákům jejich třídním učitelem, a to za splnění určitých podmínek. Žáci by měli mít nejprve dostatečný prostor pro to, aby se vzájemně poznali. U dětí je nutné je předem motivovat a dobře je s průběhem testu obeznámit, vysvětlit jim, že informace jimi sdělené, jsou důvěrné (Vokurková, 2017).

Princip samotného testu spočívá v tom, že dítě uvede tři své nejoblíbenější spolužáky a dále tři nejméně oblíbené spolužáky. Při vyhodnocení testu jsou uděleny vždy za první místo tři body, za druhé místo dva body a za třetí místo jeden bod. A to jak u oblíbených, tak u neoblíbených žáků. Na základě bodového ohodnocení se poté u každého žáka stanoví skóre oblíbenosti a neoblíbenosti. Pro vyhodnocení bylo důležité zařazení dítěte do jedné z následujících sociometrických skupin:

- preferovaný žák
- odmítaný žák
- kontroverzní žák
- ignorovaný žák
- průměrný žák

Pro každou z uvedených skupin byla stanovena jasná kritéria. Děti s epilepsií byly zařazené do jednotlivých skupin a následně byly výsledky komparovány (Buršíková, 2019).

7 PROCES SBĚRU DAT A POPIS SOUBORU RESPONDENTŮ

7.1 PROCES SBĚRU DAT

Šetření probíhalo ve třech krajích České republiky, a to v Karlovarském, Plzeňském a Jihočeském kraji v rámci projektu Dítě s epilepsií v prostředí školy. Podmínkou pro účast ve výzkumu byl věk dítěte v rozmezí 8 – 15 let a navštěvování běžné základní školy či nižšího stupně gymnázia. V počáteční fázi byli osloveni neurologové ve výše zmíněných krajích, kteří pomohli s vytipováním vhodných respondentů, kteří byli následně osloveni. Se zákonnými zástupci, kteří měli zájem účastnit se výzkumu, následně proběhl telefonický rozhovor, ve kterém jim byly sděleny podrobnosti výzkumu. Dále byly osloveny také školy, které děti navštěvovaly. Obvykle byl osloven ředitel, který po sdělení podrobností ohledně výzkumu obvykle předal kontakt na třídního učitele žáka s epilepsií, s nímž byly domluveny podrobnosti a konkrétní termín testování ve třídě. Všichni účastníci, tedy děti s epilepsií, jejich zákonní zástupci, spolužáci a zákonní zástupci spolužáků a třídní učitelé podepsali detailní informovaný souhlas s provedením výzkumu.

V některých případech byl na žádost rodičů dětí s epilepsií realizován tzv. skrytý výzkum, který spočíval v tom, že k dotazníku znalostí o epilepsii byly přidány také dotazníky znalostí o cukrovce a astmatu s tím, aby byl co možná nejvíce skryt pravý účel výzkumu.

Samotný sběr dat probíhal v dané třídě v rámci jedné vyučovací hodiny, přičemž zároveň s dětmi vyplňoval svůj dotazník i vyučující. Před vyplňováním dotazníku byl žákům detailně vysvětlen postup při práci s dotazníkem. Aby nebylo na žáka s epilepsií během vyplňování dotazníku zbytečně upozorňováno, vyplňoval proto stejný dotazník jako jeho spolužáci. Dotazník, který byl určený pro žáka s epilepsií, pak vyplňoval žák ve svém domácím prostředí společně s rodiči, a to podle podrobně zadaných instrukcí.

7.2 POPIS SOUBORU RESPONDENTŮ

Do samotného výzkumu bylo zapojeno celkem 50 dětí s epilepsií a stejný počet jejich třídních učitelů. Z počtu padesáti dětí se jednalo o 24 chlapců a 26 dívek ve věkovém rozpětí 8 – 15 let.

CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ	
Věk	12,1 ± 2,1 roku ⁸ (rozpětí 8 – 15 let)
Pohlaví	
Muž	24 (48%)
Žena	26 (52%)
Doba trvání epilepsie	5,7 ± 3,5 roku* (rozpětí 1-14 let)
Věk při diagnostice epilepsie	6,4 ± 3,5 roku* (rozpětí 0-14 let)
Epilepsie kompenzována léčbou	
Ano	35 (70%)
Ne	15 (30%)
ADHD (<i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>)	
Ano	13 (26%)
Ne	37 (74%)
Specifická porucha učení	
Ano	19 (38 %)
Ne	31 (62 %)
Typ poruchy ⁹	
Dyslexie	14 (28%)
Dysgrafie	11 (22%)
Dyskalkulie	8 (16%)

Tabulka 2 – Základní charakteristiky dětí s epilepsií zapojených do výzkumu (n=50)

Z výše uvedené tabulky týkající se popisu souboru respondentů, tedy dětí s epilepsií vyplývá, že ze vzorku padesáti dětí bylo 24 chlapců a 26 dívek. Jejich průměrný věk při diagnostikování epilepsie byl něco po šestém roce života a doba trvání epilepsie je průměrně téměř šest let. Ve většině případů, tedy konkrétně u pětatřiceti dětí je epilepsie kompenzována léčbou. Dále také víme, že 9 dětí je bez medikace, 33 dětí užívá jedno antiepileptikum, 7 dětí užívá dvě antiepileptika a jedno dítě antiepileptika tři.

Dále je nám také známo, že z již zmíněného počtu padesáti dětí jich bylo 33 v posledním roce života bez záchvatů, u osmi dětí se objevil méně než jeden záchvat

⁸ Průměr ± výběrová směrodatná odchylka

⁹ U devíti dětí byla diagnostikována více než jedna specifická porucha učení

měsíčně a u osmi dětí to bylo častěji než jeden epileptický záchvat za měsíc. Nejčastějším typem záchvatů byly komplexní fokální záchvaty nebo tonické, klonické či tonicko-klonické záchvaty.

U třinácti dětí byla diagnostikována porucha pozornosti označovaná ADHD, tedy porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou, což je v souladu s tím, že ADHD patří mezi časté komorbidity epilepsie, jak je zmíněno výše v kapitole 2.2.2.

Ve druhé kapitole bylo dále zmíněno, že mezi časté komorbidity epilepsie patří specifické poruchy učení. Buršíková (2019) uvádí, že některá ze specifických poruch učení se objeví zhruba u 30% dětí s epilepsií. V našem případě se specifická porucha učení objevila u devatenácti dětí, což odpovídá osmatřiceti procentům. Nejčastější projevenou specifickou poruchou učení (u čtrnácti dětí) pak byla dyslexie.

8 VÝSLEDKY A DISKUZE

8.1 KVALITA ŽIVOTA Z POHLEDU DĚTÍ A JEJICH UČITELŮ – JEDNOTLIVÁ TVRZENÍ

V následující části práce bude představen pohled učitelů na děti s epilepsií. Zaměříme se zejména na míru empatie, kterou budeme zjišťovat pomocí míry shody v hodnocení kvality života z pohledu dítěte provedenou učiteli a následně srovnáme s výsledky samotných dětí.

H1: Učitelé se budou shodovat (ve smyslu neprokázané statistické signifikance rozdílu středních hodnot ve sledovaném vzorku) ve vnímání kvality života z pohledu dětí s dětmi, a to alespoň u 80% v příslušném dotazníku zahrnutých položek.

Použité nástroje: Jak již bylo zmíněno výše, kvalita života dětí s epilepsií byla měřena pomocí dotazníku CHEQOL-25. Tento dotazník byl vyplněn jak dětmi samotnými, tak i jejich třídními učiteli, kteří odpovídali z pohledu dítěte. V následující části práce budou výsledky dětí a jejich učitelů porovnány.

V tabulce 3 je uvedeno všech třiatdvacet tvrzení, kterým děti i učitelé přisuzovali vždy jednu z možností: souhlasím, spíše souhlasím, spíše nesouhlasím, nesouhlasím. Výsledky testování byly zaznamenány pomocí p-hodnoty, která udává pravděpodobnost zamítnutí správné nulové hypotézy. Za statisticky významné jsou považovány výsledky s p-hodnotou menší než 0,05. Byla také provedena korelační analýza různých proměnných pomocí Pearsonových koeficientů korelace. Tato hodnota nám ukazuje, jak moc se shoduje dané dítě v tvrzení se svým učitelem. Čím více se hodnota Pearsonovy korelace blíží k jedné, tím je silnější pozitivní vazba mezi učitelem a dítětem, tedy tím více se shodují. Pokud se korelace ukazuje v záporných hodnotách, učitelé se se svými žáky v konkrétním tvrzení vůbec neshodují. Zde je také nutné vysvětlit způsob kódování tvrzení, hodnocení 4 se rovná nejvyšší kvalita života, tedy odpověď souhlasím u pozitivně formulovaných otázek a nesouhlasím u negativně formulovaných otázek a naopak.

Tvrzení/škála	Děti ¹⁰	Učitelé	p-hodnota ¹¹ párového testu střední hodnoty	Pearsonova korelace/p- hodnota testu signifikance
---------------	--------------------	---------	--	--

10 Průměr± výběrová směrodatná odchylka

11 Tučně jsou označeny statisticky významné hodnoty na hladině 0,05.

1. Ostatní děti si se mnou hrají.	3,45±0,87	3,14±0,82	0,024	0,408/ 0,003
2. Jsem v různých věcech stejně dobrý jako jiné děti.	3,02±0,99	3,27±0,81	0,122	0,279/0,049
3. Mám mnoho kamarádů.	3,24±0,90	2,88±0,97	0,008	0,511/ <0,001
4. Mám pocit, že se mnou jiné děti jednají jinak než s ostatními dětmi.	3,14±1,19	3,10±0,94	0,838	0,173/0,230
5. Mám často pocit nespravedlnosti.	2,87±1,18	3,06±0,92	0,308	0,229/0,110
6. Před tím, než začnu něco dělat, vždy myslím na svoji epilepsii.	3,57±0,91	3,27±0,73	0,054	0,143/0,322
7. Myslím si, že moji rodiče mají strach, že se sám zraním.	2,18±1,15	2,10±0,85	0,684	0,045/0,756
8. Trápím se tím, co se může stát, když si zapomenu vzít léky.	2,96±1,17	2,51±0,89	0,036	0,020/0,890
9. Mám strach, že se zraním při záchvatu.	2,90±1,25	2,47±0,87	0,043	0,103/0,477
10. Snadno se rozčílím.	2,37±1,07	3,02±0,85	<0,001	0,310/0,028
11. Ve škole mám problém udržet pozornost.	2,67±1,23	2,51±1,00	0,415	0,239/0,095
12. Snadno se rozzlobím.	2,57±1,15	2,90±0,85	0,037	0,465/ <0,001
13. Mám problém si zapamatovat, co jsem se učil/učila ve škole.	2,61±1,30	2,69±0,94	0,646	0,428/ 0,002
14. Myslím si, že budu brát do konce života léky proti záchvatu.	3,06±1,13	2,35±0,88	<0,001	0,020/0,890
15. Vadí mi, když mám lidem vyprávět o své epilepsii.	2,37±1,30	2,18±0,86	0,415	-0,006/0,959
16. Bojím se, že se moji	3,53±0,89	2,92±0,98	<0,001	0,218/0,128

kamarádi dozvědí, že mám epilepsii.				
17. Cítím se trapně proto, že mám epilepsii.	3,55±0,89	2,96±0,89	<0,001	0,055/0,704
18. Mám pocit, že se mě kamarádi bojí.	3,59±0,79	3,41±0,70	0,192	0,156/0,279
19. Rodiče se ke mně chovají stejně, jako kdybych neměl epilepsii.	3,47±0,92	2,69±1,02	<0,001	0,045/0,756
20. I když mám záchvaty, žiji normálním životem.	3,86±0,35	3,33±0,69	<0,001	0,110/0,447
21. Mám pocit, že se mnou učitel jedná jako s ostatními žáky.	3,51±0,92	3,69±0,51	0,237	-0,060/0,679
22. Mám pocit, že mě epilepsie zpomaluje v tom, co dělám.	2,90±1,18	2,69±0,92	0,317	0,106/0,464
23. Ve škole se cítím v pohodě.	3,29±1,10	3,29±0,71	1,000	0,348/0,013

Tabulka 3 – Kvalita života z pohledu dětí a jejich učitelů

Rozbor výsledků testování: Nyní se budeme zabývat jednotlivými tvrzeními, a to konkrétně těmi, jejichž výsledky jsou považovány za statisticky významné, tedy s p-hodnotou nižší než 0,05.

1. *Ostatní děti si se mnou hrají.* P-hodnota párového testu zde ukazuje 0,024, dochází zde tedy k určitému rozdílu ve vnímání dětí a vnímání učitelů z pohledu dětí. U dětí tedy převládá pocit, že si s nimi ostatní děti hrají stejně jako s jinými dětmi, učitelé mají naopak spíše pocit, že si s dětmi s epilepsií ostatní děti tolik hrát nemusí. Zde ale musíme podotknout, že p-hodnota testu signifikance ukazuje 0,003, což ukazuje na to, že zde dochází k poměrně vysoké shodě mezi konkrétními učiteli s jejich dětmi.

3. *Mám mnoho kamarádů.* P-hodnota párového testu ukazuje výsledek 0,008. Opět zde mají učitelé pocit, že děti s epilepsií nemusejí mít tolik kamarádů jako děti zdravé. U samotných dětí ale převládá domněnka, že mají kamarádů dostatek. I zde nám nízká p-hodnota testu signifikance, která je menší než 0,001, ukazuje, že dochází k vysoké

shodě mezi konkrétními dětmi a jejich učiteli. Celkově zde tedy dokáží učitelé své děti poměrně dobře odhadnout.

8. *Trápím se tím, co se může stát, když si zapomenou vzít léky.* Učitelé si spíše než děti myslí, že by se děti mohly trápit tím, co by se mohlo stát v případě, že si zapomenou vzít léky. U dětí byla tato hodnota trochu nižší, lze tedy usuzovat, že děti se v tolika případech neobávají toho, co by se v případě, že si nevezmou pravidelně léky, mohlo stát. Zde se objevila poměrně vysoká p-hodnota testu signifikance, která ukazuje 0,890, což naznačuje, že se konkrétní děti se svými učiteli shodují málo.

9. *Mám strach, že se zraním při záchvatu.* Učitelé se spíše než samotné děti domnívají, že by se děti mohly zranění při záchvatu obávat. Děti mají v tomto případě očekávání kvality života vyšší hodnotu, nelze tedy usuzovat, že by se zranění při záchvatu samotné děti příliš obávaly. P-hodnota ukazující 0,043 naznačuje, že zde dochází k rozdílu mezi vnímáním dětí a jejich učitelů.

10. *Snadno se rozčílím.* V případě tohoto tvrzení dochází k poměrně velkému rozdílu ve vnímání učiteli a dětmi, což ukazuje p-hodnota párového testu, která je nižší než 0,001. Učitelé jsou v tomto ohledu mnohem pozitivnější než samotné děti.

12. *Snadno se rozzlobím.* Podobně jako u tvrzení o tom, že se děti snadno rozčílí, i v tomto případě jsou optimističtější učitelé. Očekávají zde tedy vyšší kvalitu života než samotné děti. Což nám naznačuje i p-hodnota, která je 0,037. P-hodnota testu signifikance u Pearsonovy korelace, která je menší než 0,001, nám ukazuje, že zde dochází k velké shodě mezi vnímáním konkrétních dětí a jejich učitelů.

14. *Myslím si, že budu brát do konce života léky proti záchvatu.* Velký rozpor v tvrzení mezi dětmi a učiteli nastává v případě položky, která se týká užívání léků do konce života. V tomto ohledu jsou děti mnohem optimističtější než učitelé. Zde nám vysoká p-hodnota testu signifikance, která je 0,890, ukazuje, že konkrétní učitelé se s dětmi v tvrzení shodují jen málo.

16. *Bojím se, že se moji kamarádi dozvědí, že mám epilepsii.* Velký rozdíl nastává i v případě tvrzení, zda se děti bojí, že se jejich kamarádi o epilepsii dozvědí. Velká většina dětí je v tomto ohledu velmi pozitivní a lze tedy usuzovat, že se samotné děti

tohoto příliš neobávají. Učitelé jsou ale více pesimističtější a spíše se přiklánějí k tomu, že se děti reakce svých kamarádů bojí. Tento rozpor nám potvrzuje p-hodnota párového testu, která je nižší než 0,001.

17. *Cítím se trapně proto, že mám epilepsii.* I zde jsou děti mnohem pozitivnější než učitelé. Odpovědi u tohoto tvrzení nám naznačují, že se děti kvůli své nemoci necítí nijak trapně, učitelé se ale spíše domnívají, že by se děti cítit trapně mohly. P-hodnota párového testu ukazuje, že zde v tvrzeních učitelů a dětí dochází k poměrně malé shodě.

19. *Rodiče se ke mně chovají stejně, jako kdybych neměl epilepsii.* V tomto tvrzení má většina dětí pocit, že se k nim rodiče chovají, jako kdyby epilepsii neměly, i zde se pohled učitelů liší. Učitelé mají spíše pocit, že si děti myslí, že se k nim rodiče stejně nechovají. Zde bylo zajímavé podívat se i na pohled rodičů, kterým se zabývala doc. Buršíková (2019). Její studie ukazuje, že v případě tohoto tvrzení se rodiče spíše shodnou se svými dětmi. Zajímavé je, že v tvrzení podobném, ale zaměřeném na učitele (*Mám pocit, že se mnou učitel jedná jako s ostatními žáky.*) je pohled rodičů a učitelů obrácený, tzn. že rodiče více než děti nemají pocit, že s nimi učitel jedná jako s ostatními žáky. A v tomto tvrzení je zase pohled učitelů mnohem optimističtější než pohled konkrétních dětí. Tato nerovnost mezi vnímání učiteli a rodiči dětí může naznačovat nedorozumění mezi rodinou a školou (Buršíková, 2019).

20. *I když mám záchvaty, žiji normálním životem.* Významná většina dětí soudí, že žije normálním životem. Zde se v názoru učitelé odlišují. Učitelé zde očekávají nižší kvalitu života než samotné děti, což nám naznačuje i p-hodnota, která je nižší než 0,001.

Závěr: Hypotézu 1 zamítáme, neboť bylo zjištěno, že učitelé své žáky správně diagnostikovali pouze v 52,2% tvrzení.

Podrobný rozbor a diskuze:

Celkovým pohledem na jednotlivé položky lze usuzovat, že zaznamenaná míra empatie u učitelů nebyla příliš vysoká. Ze všech položek, které byly označeny jako statisticky významné, byl pouze u dvou (z jedenácti položek) pohled učitelů optimističtější než pohled dětí. Míra empatie u učitelů byla tedy poměrně nízká. Celkově byli učitelé v hodnocení předpokládané kvality života dětí poněkud pesimističtější než samotné děti. U dvou položek (č.15, č.21) byla také zaznamenána záporná hodnota korelačního koeficientu, která ukazuje, že tam, kde konkrétní učitelé předpokládali vyšší kvalitu života, ji jejich děti naopak měli nižší a naopak. Lze se jen domnívat, co může být příčinou toho, že učitelé jsou v hodnocení kvality života dětí s epilepsií spíše pesimističtí. Jak jsme již zmiňovali výše, s epilepsií je spojeno mnoho komorbidit, jako například SPU, poruchy pozornosti a další, a i to je jednou z možných příčin, že učitelé děti takto posuzují. Nejvýraznější rozdíly mezi vnímáním kvality života z pohledu učitelů a dětí byly zaznamenány u položek, které se týkají užívání léků, pocitu trapnosti, strachu, že se o epilepsii někdo dozví, chování rodičů vůči dětem a dalších. U těchto položek můžeme konstatovat, že se učitelům úplně nepodařilo odhadnout vnímání dětí. Další zajímavou položkou, u které byl zaznamenán velký rozdíl ve vnímání dětmi a učiteli, byla položka týkající se toho, jak snadno se děti rozčílí, kde byl pohled učitelů mnohem optimističtější, než pohled dětí. U dvanácti položek (z celkových třidvaceti) nebyl zaznamenán výrazný statistický rozdíl mezi pohledem dětí a učitelů, lze zde tedy usuzovat, že učitelé se ve vnímání kvality života poměrně shodovali s dětmi. Velmi vysoká míra shody byla zaznamenána u položky, která se týká toho, zda se cítí děti ve škole pohodově a dokonce nám zde nízká p-hodnota testu signifikance ukazuje, že dochází k vysoké shodě mezi konkrétními učiteli a jejich žáky. Můžeme tedy usuzovat, že tam, kde učitelé předpokládají, že se jejich žáci cítí dobře, se žáci opravdu dobře cítí.

8.2 KVALITA ŽIVOTA Z POHLEDU DĚTÍ A JEJICH UČITELŮ – ŠKÁLY

V následující části jsme se pokusili porovnat jednotlivé kategorie/škály dotazníku, abychom zjistili, jak se liší vnímání dětí samotných a vnímání učitelů pohledem dětí v jednotlivých kategoriích. Viz tabulka č. 4.

H2: Celkové hodnocení kvality života dětí s epilepsií z pohledu učitelů (dané celkovým skóre příslušného dotazníku) bude srovnatelné s hodnocením kvality života ze strany samotných dětí.

Použité nástroje: Jak již bylo zmíněno výše, kvalita života dětí s epilepsií byla měřena pomocí dotazníku CHEQOL-25. Tento dotazník byl vyplněn jak dětmi samotnými, tak i jejich třídními učiteli, kteří odpovídali z pohledu dítěte. V následující části práce budou výsledky dětí a jejich učitelů porovnány. Ačkoli se u dotazníku CHEQOL-25 obvykle neuvádí celkový skór, zde je tento souhrnný skór uveden sečtením všech škál dohromady. Mezi škálami byly totiž zaznamenány statisticky významné rozdíly.

Tvrzení/škála	Děti ¹²	Učitelé	p-hodnota ¹³ párového testu střední hodnoty	Pearsonova korelace/p- hodnota testu signifikance
Interpersonální a sociální dopady epilepsie (5-20 bodů)	15,72±3,90	15,45±3,46	0,605	0,499/<0,001
Obavy, starosti a zájmy dítěte (4-16 bodů)	11,61±3,25	10,35±2,31	0,032	-0,012/0,934
Intrapersonální a emoční dopady (4-16 bodů)	10,22±3,75	11,12±2,69	0,062	0,518/<0,001
Epilepsie jako tajemství dítěte a hledání normálního života (10-40 bodů)	33,12±5,42	29,51±5,13	<0,001	0,185/0,198
Kvalita života celkem (23-92 bodů)	70,68±12,14	66,43±10,47	0,021	0,396/0,004

Tabulka 4 – Kvalita života z pohledu dětí a jejich učitelů – jednotlivé škály

¹² Průměr± výběrová směrodatná odchylka

¹³ Tučně jsou označeny statisticky významné hodnoty na hladině 0,05.

Rozbor výsledků testování: Nejvyšší rozdíl ve vnímání předpokládané kvality života mezi dětmi s epilepsií a jejich učiteli byl zaznamenán v kategorii *Epilepsie jako tajemství dítěte a hledání normálního života*. Naopak nejvyšší míra shody byla zaznamenána v kategorii *Interpersonální a sociální dopady epilepsie*. V celkovém pohledu vnímání kvality života byl zaznamenán statisticky významný rozdíl, p-hodnota ukazuje hodnotu 0,021, celkově zde tedy dochází k rozdílu ve vnímání kvality života dětmi a učiteli z pohledu dětí. Zároveň ale nízká p-hodnota testu signifikance u Pearsonovy korelace ukazuje, že dochází k vyšší míře shody mezi konkrétními dětmi a jejich učiteli. Tedy tam, kde učitel očekává kvalitu života vyšší, ji i dítě jako vyšší vnímá a naopak.

Závěr: Hypotézu H2 zamítáme. Bylo zjištěno, že v celkovém srovnání kvality života dětí s epilepsií z pohledu jejich učitelů a dětí samotných byl zaznamenán statisticky významný rozdíl.

Podrobný rozbor a diskuze: Nyní se budeme podrobněji zabývat výsledky testování celkově v jednotlivých kategoriích. Dotazník byl rozdělen do čtyř kategorií, přičemž u dvou z nich byl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi vnímáním učitelů a dětí. První takovou kategorií byly *Obavy, starosti a zájmy dítěte*, kde p-hodnota párového testu je 0,032, a ukazuje, že učitelé vnímají předpokládanou kvalitu života dětí mnohem pesimističtěji než děti samotné. V této škále zároveň záporná hodnota Pearsonova korelačního koeficientu ukazuje, že se velmi liší vnímání konkrétních dětí a jejich učitelů, dochází zde tedy k velké neshodě. Můžeme tím pádem usuzovat, že děti v pohledu na epilepsii jako na nemoc, při které může dojít například ke zranění, jsou mnohem optimističtější než učitelé. Což může být samozřejmě dáno i tím, že učitel, jakožto dospělý člověk, si více dokáže představit například následky úrazu než malé dítě.

Podobný výsledek byl zaznamenán i v kategorii *Epilepsie jako tajemství dítěte a hledání normálního života*, kde je p-hodnota dokonce nižší než 0,001 a dochází zde k velkému rozdílu ve vnímání učitelů a samotných dětí. I v tomto případě jsou děti mnohem optimističtější než jejich učitelé.

Ve zbylých dvou kategoriích, tedy *Interpersonální a sociální dopady epilepsie* a *Intrapersonální a emoční dopady epilepsie* nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl, zde tedy dochází ke shodě mezi vnímání dětí a učitelů, dokonce nám zde v obou

případech nízká p-hodnota testu signifikance u Pearsonovy korelace naznačuje vysokou míru shody konkrétních dětí a jejich učitelů. Nutno podotknout, že v kategorii Intrapersonální a emoční dopady epilepsie byli učitelé ve dvou případech mnohem optimističtější než děti samotné, což v jiných kategoriích v takové míře zaznamenáno nebylo. Zároveň je tato jedinou škálou, kde jsou učitelé oproti dalším třem škálám celkově optimističtější v pohledu na kvalitu života dětí než samotné děti.

Vzhledem k tomu, že jak bylo již zmíněno výše, v jednotlivých tvrzeních, i v jednotlivých škálách byly zaznamenány statisticky významné rozdíly, se tedy dalo očekávat, že statisticky významný rozdíl bude nalezen i v celkovém hodnocení kvality života z pohledu dětí a jejich učitelů. Závěrem tedy můžeme konstatovat, že učitelé se do jisté míry rozcházejí v pohledu na kvalitu života dětí s epilepsií se samotnými dětmi. Také můžeme podotknout, že ve většině případů jednotlivých tvrzení, i v celkovém pohledu na kvalitu života, je pohled dětí optimističtější, než je pohled učitelů. Některé možné příčiny byly nastíněny již výše. Jako pozitivum můžeme brát to, že děti s epilepsií často nevnímají svou nemoc jako velkou překážku a jsou schopny vést takový život, který samy hodnotí kvalitněji než jiní lidé, v tomto případě jejich učitelé.

8.3 POSOUZENÍ VLASTNOSTÍ DĚTÍ UČITELI

V následující části práce se pokusíme vyhodnotit, jak jsou učitelé schopni posoudit vlastnosti dětí s epilepsií, a jestli se dle jejich mínění děti s epilepsií liší od celkového průměru škál 1,5 a do jaké míry. U některých vlastností (inteligence, sebedůvěra, oblíbenost) se následně pokusíme srovnat výsledky učitelů s testovými nálezy u dětí.

H3: Alespoň v 80% případů posouzení jednotlivých vlastností bude zaznamenán statisticky významný rozdíl od středu dané stupnice odpovídající průměrnému dítěti.

H4a: Sebedůvěra dětí hodnocená učiteli se nebude statisticky významně lišit od objektivního testového nálezu.

H4b: Inteligence dětí hodnocená učiteli se nebude statisticky významně lišit od objektivního testového nálezu.

H4c: Obliba dětí u druhých hodnocená učiteli se nebude statisticky významně lišit od objektivního testového nálezu.

Použité nástroje: Posouzení vlastností dítěte učitelem bylo hodnoceno pomocí upraveného Matějčkova dotazníku. Učitelé v šestnácti položkovém dotazníku posuzovali vlastnosti dětí. Mezi posuzované vlastnosti patřily například pozornost, sebedůvěra, píle, inteligence a další. Posuzování vlastností probíhalo pomocí čtyřstupňové škály (0 = silně podprůměrné, 1 = mírně podprůměrné, 2 = mírně nadprůměrné, 3 = silně nadprůměrné). Některé vlastnosti posouzené učiteli byly následně porovnány s objektivními testovými nálezy.

Úroveň inteligence u dětí byla hodnocena pomocí tzv. Ravenových matric. Ravenovy matrice jsou charakterizovány jako nonverbální test abstraktního uvažování. Jedná se o nástroj, který obsahuje 60 položek, ty jsou rozděleny do pěti dvanácti položkových skupin. Nástroj spočívá ve výběru jednoho ze sedmi nabízených obrázků, který náleží do zadaného souboru obrázků. U testu byl proveden přepočítání na percentily dle manuálu.

Sebedůvěra u dětí byla hodnocena pomocí dotazníku SPAS (Student's perception of ability scale). Jedná se o dotazník obsahující 48 všeobecných otázek, které jsou

rozdělené do šesti škál. Pro tuto část práce byla významná škála týkající se sebedůvěry. Objektivní nálezy u žáků byly následně komparovány s hodnocením učitelů.

Obliba u druhých byla hodnocena pomocí L-J testu s dimenzemi obliba a neobliba. Princip samotného testu spočívá v tom, že dítě uvede tři své nejoblíbenější spolužáky a dále tři nejméně oblíbené spolužáky. Při vyhodnocení testu jsou uděleny vždy za první místo tři body, za druhé místo dva body a za třetí místo jeden bod. A to jak u oblíbených, tak u neoblíbených žáků. Na základě bodového ohodnocení se poté u každého žáka stanoví skóre oblíbenosti a neoblíbenosti.

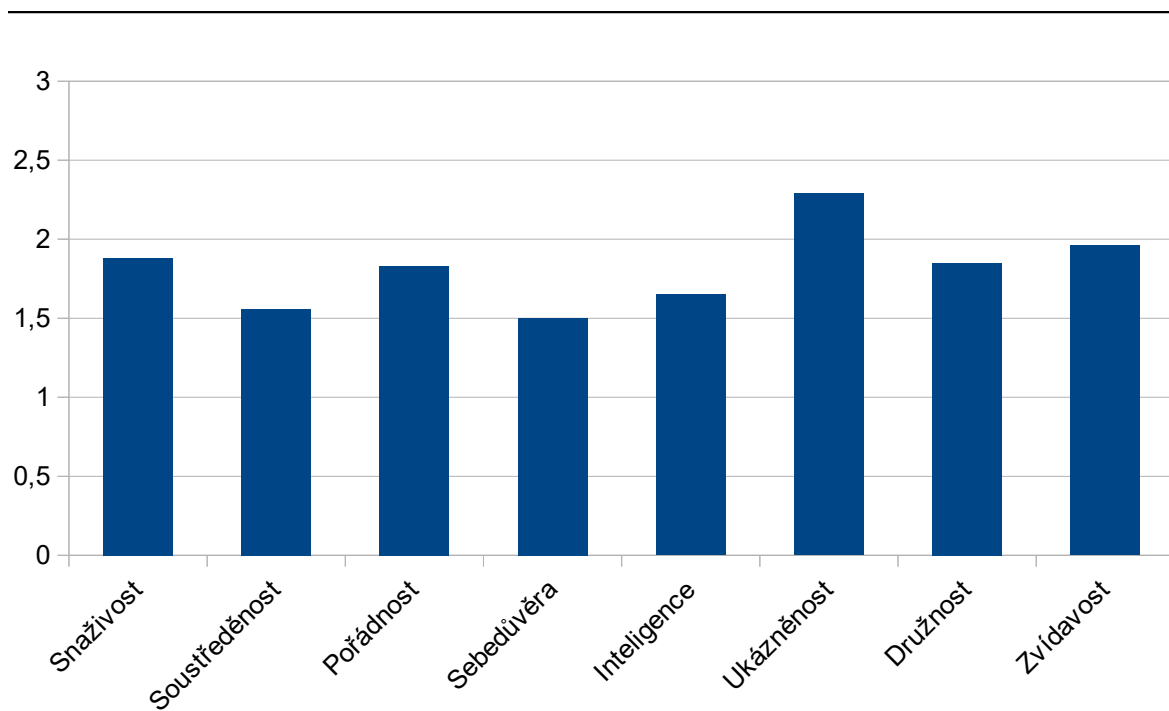
Vlastnost	Učitelé	p-hodnota jednovýběrového t- testu ¹⁴	Testový nálezy u dětí ¹⁵ (p-hodnota párového testu -srovnání s učiteli)
snaživost	1,88±0,91 ¹⁶	0,005	N/A
schopnost se soustředit	1,56±0,85	0,620	N/A
pořádnost	1,83±1,00	0,010	N/A
sebedůvěra	1,50±0,77	1,000	1,41±0,84 (0,378)
inteligence	1,65±0,89	0,249	1,12±0,77 (<0,001)
ukázněnost	2,29±0,85	<0,001	N/A
družnost	1,85±0,85	0,005	N/A
zvědavost	1,96±0,80	<0,001	N/A
klidnost	2,10±0,81	<0,001	N/A
veselost	1,92±0,87	0,003	N/A
samostatnost	2,25±0,86	<0,001	N/A
schopnost vycházet s ostatními bez konfliktů, hádek	2,06±0,86	<0,001	N/A
tvořivost	1,65±0,91	0,249	N/A
obliba u druhých	1,60±0,87	0,421	1,34±0,90 (0,038)
vcitivost	1,85±0,82	0,009	N/A
soutěživost	1,50±0,83	1,000	N/A

Tabulka 5 – Posouzení vlastností dětí učiteli

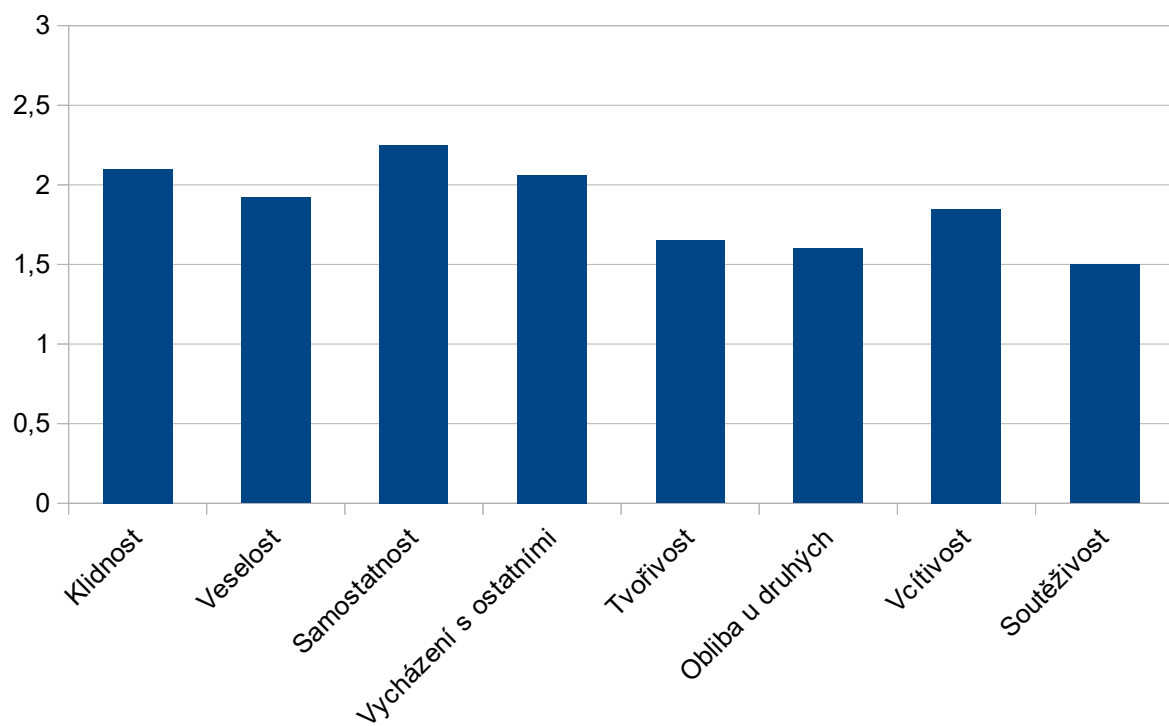
¹⁴ Test je proveden za předpokladu, že v celkové populaci by mělo být 15 % dětí hodnoceno jako silně podprůměrných, 35 % jako mírně podprůměrných, 35 % jako mírně nadprůměrných a 15 % jako silně nadprůměrných. Pro danou škálu je proto srovnání založené na průměru 1,50 bodu a směrodatné odchylce 0,93 bodu.

¹⁵ Na základě výsledků Ravenových matic (IQ), škály sebedůvěry v dotazníku SPAS a rozdílu skoru celkové obliby a neobliby v L-J sociometrickém testu. Byl provedeo přepočtení na percentily dle manuálů k těmto nástrojům, přičemž percentily 1-15 byly uvažovány jako silný podprůměr, 16-50 jako mírný podprůměr, 51-85 jako mírný nadprůměr a 86-100 jako silný nadprůměr.

¹⁶ Průměr ± výběrová směrodatná odchylka



Graf 1 – Posouzení vlastností dětí učiteli 1. část



Graf 2 – Posouzení vlastností dětí učiteli 2. část

Rozbor výsledků testování

Nejpozitivněji hodnocenými vlastnostmi u dětí s epilepsií posuzovanými učiteli jsou ukázněnost, samostatnost, klidnost, schopnost vycházet s druhými bez konfliktů a hádek. U všech těchto čtyř vlastností bylo zaznamenáno bodové hodnocení vyšší než dva body a významně se tedy liší od celkového průměru stanoveného na 1,5 bodu. Žádná z posuzovaných vlastností nedosáhla bodového hodnocení nižšího než byl stanovený průměr. Nejnižší hodnocenými vlastnostmi byly sebedůvěra a soutěživost, které dosahují přesně hranice stanoveného průměru. Při porovnání inteligence, sebedůvěry a obluby u druhých s objektivními testovými nálezy u dětí bylo zjištěno, že všechny tři hodnoty posuzovaných vlastností jsou vyšší, než byly objektivní nálezy.

Sebedůvěra dosáhla v hodnocení učiteli výše 1,5 bodu, přičemž objektivní nález byl zaznamenán ve výši 1,41 bodu, p-hodnota párového testu ve srovnání s učiteli je tedy ve výši 0,378, z toho vyplývá, že zde nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl.

Inteligence dosáhla v hodnocení učiteli výše 1,65 bodu, přičemž objektivní nález byl zaznamenán ve výši 1,12. P-hodnota párového testu ve srovnání s učiteli je tedy mnohem menší než 0,001 a z toho vyplývá, že byl zaznamenán statisticky významný rozdíl.

Obliba u druhých dosáhla v hodnocení učiteli výše 1,60 bodu, přičemž objektivní testový nález byl zaznamenán ve výši 1,34 bodu. P-hodnota párového testu ve srovnání s učiteli je tedy 0,038, z čehož vyplývá, že zde byl zaznamenán statisticky významný rozdíl.

Závěr:

H3: Hypotézu H3 zamítáme. Statisticky významný rozdíl byl zaznamenán v 62,5% jednotlivých případech.

H4a: Hypotézu H3a přijímáme. V oblasti sebedůvěry dětí hodnocené učiteli nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl při komparaci s objektivním testovým nálezem u dětí.

H4b: Hypotézu H3b zamítáme. V oblasti inteligence dětí posouzené učiteli byl zaznamenán statisticky významný rozdíl, s p-hodnotou menší než 0,001, při komparaci s objektivním testovým nálezem u dětí.

H4c: Hypotézu H3c zamítáme. V oblasti oblíbenosti dětí s epilepsií u druhých dětí posouzené učiteli byl zaznamenán statisticky významný rozdíl, s p-hodnotou rovnou 0,038, při komparaci s objektivním testovým nálezem.

Podrobnější rozbor a diskuze: Z výsledků vyplývá, že u šesti ze 16 hodnocených vlastností nebyl nalezen statisticky významný rozdíl. Avšak žádná z posuzovaných vlastností nedosáhla nižšího bodového hodnocení, než byl stanovený průměr. Obecně tedy můžeme říci, že učitelé mají často tendenci vidět a hodnotit děti v pozitivním světle. Čtyři z posuzovaných vlastností dosáhly hodnocení přes dva body, ve srovnání s průměrem 1,5 můžeme tedy říci, že byly hodnoceny velmi pozitivně. Mezi tyto vlastnosti patří ukázněnost, samostatnost, klidnost a schopnosti vycházet s druhými bez hádek a konfliktů. Což ukazuje děti s epilepsií v dobrém světle, vezmeme-li v úvahu to, že učitel má ve třídě mnoho dětí a má tedy dostatek prostoru pro jejich vzájemné srovnávání. Dalšími vysoce hodnocenými vlastnostmi byly například zvědavost, veselost, snaživost a vcítivost. Nejhůře hodnocenými vlastnostmi, které dosahují hodnoty 1,5 bodu, tedy hodnoty stanoveného celkového průměru, byly sebedůvěra a soutěživost. Další z vlastností, která dosáhla hodnoty 1,56, tedy hodnoty těsně nad stanoveným průměrem, byla schopnost soustředit se. Pro zajímavost a srovnání můžeme uvést výsledky menšího výzkumu, provedeného v roce 2009 v rámci diplomové práce, jejímž tématem byla subdeprivace a její následky pro školní vývoj dítěte (Kohoutková, 2009). Do tohoto výzkumu bylo zařazeno 9 dětí žijících v dětském domově (experimentální skupina) a k nim byl přiřazen¹⁷ stejný počet dětí z běžných skupin (kontrolní skupina). Následně byly některé vlastnosti dětí posuzovány jejich třídními učiteli. První posuzovanou vlastností pro porovnání je snaživost. Děti s epilepsií dosáhly hodnocení 1,88 bodu. Děti z experimentální skupiny, žijící v dětském domově, dosáhly v hodnocení svými učiteli 1,8 bodu a děti z kontrolní skupiny dosáhly 2,3 bodu. Z výsledků tedy vyplývá, že děti s epilepsií a děti vyrůstající v dětském domově jsou považovány za méně pilné, než děti žijící v běžných rodinách. I přesto je ale hranice 1,8 bodu vyšší než je celkový průměr. Další

¹⁷ Děti byly přiřazeny podle věku, pohlaví a podobné prospěchové úrovně (Kohoutková, 2009).

posuzovanou vlastností, kterou můžeme takto porovnat, je soustředěnost. Děti s epilepsií dosáhly 1,56 bodu, což je těsně nad stanoveným průměrem. Zároveň tato vlastnost byla jednou z nejhůře hodnocených. Děti z experimentální skupiny z výše zmíněného výzkumu, dosáhly v hodnocení svými třídními učiteli 2,1 bodu a děti z kontrolní skupiny dokonce 2,6 bodu. Z výsledků vyplývá, že děti s epilepsií jsou hodnoceny podstatně hůře než například děti z dětských domovů. To může do jisté míry souviset s tím, že mezi časté komorbidity epilepsie patří například poruchy pozornosti, jak bylo zmíněno výše v kapitole 2.2.2. Poslední vlastností vhodnou k porovnání je pořádnost. Děti s epilepsií dosáhly v posouzení této vlastnosti svými třídními učiteli 1,83 bodu, děti z dětských domovů dosáhly 2,2 bodu a děti z běžných rodin dosáhly 2,4 bodu. V posuzování této vlastnosti nejsou významné rozdíly. Také je nutné zmínit, že výše uvedený výzkum byl proveden z menšího vzorku respondentů, a i proto mohou být jeho výsledky v porovnání s našimi, trochu zkreslené (Kohoutková, 2009).

Jak jsme již zmínili výše, byly tři z posuzovaných vlastností následně komparovány s objektivními výsledky testování. První takovou vlastností byla sebedůvěra, která v posouzení učiteli u dětí s epilepsií dosáhla stanoveného průměru 1,5 bodu. Objektivní výsledky, měřené na základě škály sebedůvěry pomocí dotazníku SPAS neukázaly statisticky významný rozdíl v komparaci s bodovým hodnocením stanoveným učiteli. Objektivní nález u dětí dosahuje výše 1,41 bodu a v komparaci s hodnotou 1,5 stanovenou učiteli, je stanovena p-hodnota 0,378, což neznamenává významný rozdíl. Zde je také na místě uvést pro porovnání výsledky studie (Kolářová, 2009), která se zabývala subdeprivací a jejími následky pro školní vývoj dítěte. Ve studii byly porovnávány děti z experimentální skupiny, kterou tvořily děti vyrůstající v nefunkčních rodinách či dětských domovech, s dětmi z plně funkčních rodin. I zde byl třídním učitelům dětí překládán dotazník pro posouzení vlastností dětí. V oblasti sebedůvěry zde děti z experimentální skupiny dosáhly v posouzení učitelem průměrně 1,8 bodu, děti z kontrolní skupiny pak dosáhly dokonce 2,5 bodu (Kolářová, 2009). Sebedůvěra dětí s epilepsií tedy v porovnání s těmito dvěma skupinami dětí, dosáhla nejnižšího bodového ohodnocení. Nutno ale také uvést, že v této studii byl menší počet respondentů, a to deset dětí z experimentální a deset dětí z kontrolní skupiny. I přesto je ale zajímavé,

že děti s epilepsií jsou v oblasti sebedůvěry viděny svými učiteli jako nejméně sebevědomé.

Druhou posuzovanou vlastností následně komparovanou s objektivním nálezem byla inteligence. Hodnota inteligence u dětí s epilepsií posouzená učiteli dosáhla výše 1,65 bodu. Objektivní nález u dětí zaznamenal pouze 1,12. Pokud oba výsledky porovnáme, jejich p-hodnota je $<0,001$, což ukazuje, že učitelé děti s epilepsií poměrně významně přeceňují. Zde je také na místě podotknout, že poměrně významná část dětí s epilepsií také trpí specifickou poruchou učení. V našem vzorku to bylo 38% dětí. I zde můžeme pro srovnání uvést výsledky z výše zmiňované studie zaměřené na subdeprivaci a její následky pro školní vývoj dítěte. V této studii získaly děti z experimentální skupiny, posuzované svými učiteli, 1,9 bodu a stejné výše dosáhly i děti z kontrolní skupiny. Zde bohužel nemáme možnost srovnání s objektivním testovým nálezem u dětí (Kolářová, 2009). Přesto ale můžeme díky komparaci říci, že děti s epilepsií jsou i zde viděny svými učiteli v horším světle, než například děti, které vyrůstají v dětských domovech.

Konečně třetí posuzovanou vlastností, která byla následně komparována s objektivním testovým nálezem byla obliba u druhých. Hodnota obliby u druhých u dětí s epilepsií v posouzení učiteli dosáhla výše 1,60 bodu. Objektivní nález zaznamenaný u dětí, respektive u posouzení jejich spolužáky v L-J sociometrickém testu, dosáhl hodnoty 1,34 bodu. I zde byl tedy zaznamenan při komparaci obou hodnot statisticky významný rozdíl s p-hodnotou 0,038. Můžeme tedy konstatovat, že učitelé hodnotí děti s epilepsií mezi spolužáky jako oblíbenější, než ve skutečnosti jsou. I v tomto případě můžeme zjištěné výsledky porovnat s výsledky studie zaměřené na subdeprivaci a její následky pro školní vývoj dítěte. V této studii dosáhly děti z experimentální skupiny (tedy děti z nefunkčních rodin či dětských domovů) hranice 1,9 bodu a děti z kontrolní skupiny dosáhly 2,4 bodu (Kolářová, 2009). Opět tedy i v tomto případě jsou děti s epilepsií posuzovány učiteli hůře než děti vyrůstající např. v dětských domovech. Je možné, že děti s epilepsií jsou takto posuzovány, protože jim může často činit ať už začleňování do kolektivu nebo seznamování se obecně, mohou mít například strach z reakce okolí na epileptický záchvat a proto se mohou raději držet v postraní. Dalším faktorem může být i častější absence dětí s epilepsií ve škole, a i proto poté horší začleňování do již fungujícího

kolektivu. A i takto to mohou učitelé dětí vnímat a proto jim následně mohli přiřadit nižší bodové ohodnocení v oblasti oblíbenosti u druhých.

ZÁVĚR

V této diplomové práci jsme se zabývali vnímáním kvality života dětí s epilepsií a pohledem jejich učitelů. Pokusili jsme se zjistit, jakým způsobem učitelé vnímají vlastnosti dětí a porovnali jsme některé z nich se skutečnými testovými nálezy, čímž jsme stanovili, zda učitelé dokáží děti správně diagnostikovat. Po seznámení se s obecnou problematikou epilepsie a faktory, které s epilepsií u dětí souvisejí a nastínění problematiky epilepsie ve školním prostředí, byly stanoveny cíle práce a poté i jednotlivé hypotézy.

Na základě stanovených cílů jsme se zaměřili na míru empatie, kterou jsme zjišťovali pomocí míry shody v hodnocení kvality života z pohledu dětí provedenou učiteli a výsledky jsme následně porovnali s výsledky dětí samotných. Porovnáním výsledků bylo zjištěno, že v jednotlivých tvrzeních se učitelé s dětmi shodují pouze v 52,2 procentech případů. Když jsme porovnali výsledky jednotlivých kategorií a vyhodnotili kvalitu života celkem, zjistili jsme, že i zde dochází k výraznějšímu statistickému rozdílu mezi vnímáním kvality života z pohledu dětí s epilepsií a z pohledu učitelů. Lze tedy usuzovat, že učitelé se s dětmi v pohledu na kvalitu života neshodnou v takové míře, jak by mohlo být očekáváno.

Následně jsme zjišťovali, zda a do jaké míry jsou schopni učitelé posoudit vlastnosti dětí s epilepsií a jak se tyto výsledky liší od celkového průměru. U tří vlastností zároveň také došlo k porovnání se skutečnými testovými nálezy u dětí. Zjistili jsme, že se učitelé v 62,5% případů liší v posouzení jednotlivých vlastností dětí s epilepsií od celkového průměru. Obecně učitelé posuzovali vlastnosti dětí s epilepsií optimističtěji než byl stanoven celkový průměr. Zde můžeme spatřovat určité omezení v tom smyslu, že odpovědi učitelů nemusely být zcela přesné a objektivní, mohli se snažit žáky záměrně hodnotit optimističtěji.

V práci byly splněny všechny stanovené cíle. Jako možným námětem pro další výzkumnou činnost by bylo zajímavé zaměřit se na jinou věkovou kategorii dětí, například na studenty středních škol a jejich učitele.

RESUMÉ

Cílem provedeného výzkumu bylo zjistit rozdíly ve vnímání kvality života mezi dětmi samotnými a mezi učiteli dětí. Dále to, jakým způsobem učitelé vnímají vlastnosti dětí v porovnání se skutečnými testovými nálezy – jak je učitelé dokázali správně/nesprávně diagnostikovat.

Výzkumu se účastnilo 50 dětí s epilepsií (24 chlapců a 26 dívek) ve věku 8-15 let, které navštěvují běžné základní školy v Karlovarském, Plzeňském a Jihočeském kraji. Výzkumu se dále účastnil stejný počet jejich učitelů.

První hypotéza, že se učitelé budou shodovat s dětmi alespoň v 80% tvrzení dotazníku CHEQOL-25, byla zamítnuta. Byla zamítnuta i druhá hypotéza, tedy že v celkovém pohledu na kvalitu života nebudou nalezeny významné rozdíly mezi vnímáním dětí a pohledem učitelů na kvalitu života dětí. Třetí hypotéza, zaměřená na posouzení vlastností dětí učiteli, byla zamítnuta. Bylo ale zjištěno, že učitelé jsou v posuzování vlastností dětí poměrně optimističtí.

Výše uvedené výsledky nastiňují představu o tom, jak učitelé vnímají děti s epilepsií a zda a v jaké míře jsou schopni být k dětem empatičtí.

Klíčová slova:

epilepsie, dítě s epilepsií, epileptický záchvat, empatie

RESUME

The aim of the research was to find out the differences in the perception of quality of life between children and their teachers. And also, how teachers perceive children's characteristics compared to actual test findings - whether teachers were able to diagnose children correctly.

The study involved 50 children with epilepsy (24 boys and 26 girls) aged 8 – 15 years, attending regular primary schools in the Plzeňský, Karlovarský and Jihočeský regions of the Czech Republic. The same number of their teachers participated in the research.

The first hypothesis that teachers would agree with children in at least 80% of the claims of the CHEQOL-25 questionnaire was rejected. The second hypothesis, that in the overall view of the quality of life no significant differences will be found between the perception of children and the view of teachers on the quality of life of children was also rejected. The third hypothesis focused on the assessment of children's characteristics by teachers was rejected. It was found that teachers are much more optimistic in assessing children's characteristics.

These results give an idea of how teachers perceive children with epilepsy and whether and to what extent they are able to be empathetic to children.

Keywords:

epilepsy, child with epilepsy, epileptic seizure, empathy

SEZNAM LITERATURY

Knihy a kapitoly v knihách

BARTOŇOVÁ, M. *Kapitoly ze specifických poruch učení I: vymezení současné problematiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3613-3.

BRABCOVÁ, D. *Sociální aspekty epilepsie*. In: Jošt, J., Man, F., Nohavová, A. *Podpora zdravého psychického vývoje: z aspektu dítěte a učitele*. Praha: Eduko, 2013. ISBN 978-80-87204-66-5.

BRABCOVÁ, D. et al. *Diagnostika sebepojetí dětí a dospívajících s epilepsií v oblasti školní úspěšnosti ve vztahu ke kvalitě života*. In: Jošt, J. et al. *Pedagogicko-psychologická diagnostika – cesta k účinnému vedení dítěte*. Praha: Eduko, 2015. ISBN 978-8088057-18-5.

BURŠÍKOVÁ, Dana. *Dítě s epilepsií v prostředí školy*. Praha: Triton, 2019. ISBN 978-80-7553-660-0.

ČAPEK, R. *Třídní klima a školní klima*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2742-4.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

Helus, Z., Hrabal, V., Kulič, V. a Mareš, J. *Psychologie školní úspěšnosti žáků*. Praha: SPN, 1979.

HOLEČEK, V., MIŇHOVÁ, J., PRUNNER, P. *Psychologie pro právníky*. Plzeň: Aleš Čeněk, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7380-065-9.

KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN - pedagogické nakladatelství, 2005. ISBN 80-7235-272-5.

KRŠEK, P., BRABCOVÁ, D., VALOUCHOVÁ, L., LIŠKA, A., KOHOUT, J. *Epilepsie a škola. Souhrnný průvodce tématikou pro učitele*. Praha: EpiStop, 2012. ISBN 978-80-903979-5-8.

KŘÍŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7040-724-7.

MATĚJČEK, Z., VÁGNEROVÁ, M. *Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti SPAS. Příručka*. Bratislava: Psychodiagnostika a didaktické testy, 1992.

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

PROCHÁZKA, R. et al. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4451-3.

PRŮCHA, J., MAREŠ, J. a WALTEROVÁ, E. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-579-2.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E. a MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0403-9.

STEHLÍKOVÁ, P., MODRÁ E. *Epilepsie: epilepsie a dítě*. Praha: Společnost E/Czech Epilepsy Association, 2017. ISBN 978-80-906432-2-2. VÁGNEROVÁ, M. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8. ZÁŠKODNÁ, H., MLČÁK Z. *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-306-6.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0875-4

Články v odborných časopisech

AL-HASHEMI, E., ASHKANANI, A., AL-QATTAN, H., MAHMOUD, A., AL-KABBANI, M., AL-JUHAILI, A., AL-HASHEMI, Z. Knowledge about epilepsy and attitudes toward students with epilepsy among middle and high school teachers in Kuwait. *International journal of pediatrics*, 2016, 5138952.

AUSTIN, J. K., PERKINS, S. M., DUNN, D. W. A model for internalized stigma in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2014, 36, 74-79.

BISHOP, M., BOAG, E. M. (2006). Teacher's knowledge about epilepsy and attitudes toward students with epilepsy: results of a national survey. *Epilepsy & Behavior*, 8 (2),397–405.

BONVIN, P., GENOUD, P. A. Teacher perception of student characteristics: „hallo effects“ between behavioral and social perceptions, and expectations for academic achievements. *Presented at European Conference on Educational Research (ECER)*, Geneva, September 2006.

BRABCOVÁ, D., KOHOUT, J., KRŠEK P. Knowledge about, confidence with and attitudes towards epilepsy among pre-service teachers in the Czech Republic. *Epilepsy & Behavior*. 2016, 54, 88-94.

BUŠEK, P. *Epilepsie. Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o., 2013, 10(3),111-114.

CRAMER, J. A. A clinimetric approach to assessing quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, 1993, 34 (4), 8–13.

DUNN, D. W., KRONENBERGER, W. G. Childhood Epilepsy, Attention Problems, and ADHD: Review and Practical Considerations. *Seminars in Pediatric Neurology*. 2005, 12 (4), 222–228, ISSN 1071-9091.

FASTENAU, P. S., JIANZHAO, S., DUNN, D. W., AUSTIN, J. K. Academic underachievement among children with epilepsy: proportion exceeding psychometric criteria for learning disability and associated risk factors. *J Learn Disabil*. 2008, 41(3), 195-207.

HAMIWKA, L. D., et al. Are children with epilepsy at greater risk for bullying than their peers? *Epilepsy & Behavior*. 2009, 15(4), 500-505.

JAJIĆ, S., VILA, A., IVANOVIĆ, S., NIKOLIĆ, S. Knowledge and opinions of school children about epilepsy. *Acta Medica Mediana*. 2013, 52(4), 15- 20.

JONES, CH., ATKINSON, P., CROSS, H., REILLY, C. Knowledge of and attitudes towards epilepsy among teachers: A systematic review. *Epilepsy & Behavior*. 2018, 87, 59-68.

KALEYIAS, J. J., TZOUFI, M. M., KOTSALIS, C. C., PAPAVALIIOU, A. A. a DIAMANTOPOULOS, N. N. Knowledge and attitude of the Greek educational 94 community toward epilepsy and the epileptic student. *Epilepsy & Behavior*. 2005, 6(2), 179–186.

KAMPRA, M., TZERAKIS, N. G., LOSIDIS, S., KATSAROU, E., VOUDRIS, K., MASTROYIANNI, S., GATZONIS, S. Teacher's knowledge about epilepsy in Greece: Information sources and attitudes towards children with epilepsy during school time. *Epilepsy & Behavior*. 2016, 60, 218–224.

KARIUKI, S. M., ABUBAKAR, A., HOLDING, P. A., MUNG'ALA-ODERA, V., CHENGO, E., KIHARA, M., NEWTON, C. R. (2012). Behavioral problems in children with epilepsy in rural Kenya. *Epilepsy & Behavior*. 2012, 23(1), 41–46.

KATZENSTEIN, J. M., FASTENAU, P. S., DUNN, D. W. a AUSTIN, J. K. Teacher's ratings of the academic performance of children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2007, 10(3), 426–431.

KOMÁREK, V. Léčba epileptických syndromů u dětí. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2007, 70/103(5), 473-478.

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

KRŠEK, P. Epileptické a neepileptické záchvaty u dětí. *Pediatric pro praxi*. 2010, 11(2), 106-109. ISSN 1213-0494.

MARUSIČ, P., et al. Nové klasifikace epileptických záchvatů a epilepsií ILAE 2017, *Neurologie pro praxi*. 2018, 19(1), 32-36.

MECARELLI, O., LI VOTI, P., VANACORE, N., D'ARCANGELO, S., MINGOIA, M., PULITANO, P., a ACCORNERO, N. A questionnaire study on knowledge of and attitudes toward epilepsy in schoolchildren and university students in Rome, Italy. *Seizure*. 2007, 16(4), 313-319.

MIELKE, J. J., ADAMOLEKUN, B. B., BALL, D. D. a MUNDANDA, T. T. Knowledge and attitudes of teachers towards epilepsy in Zimbabwe. *Acta Neurologica Scandinavica*. 1997, 96(3), 133–137.

NJAMNSHI, K. A., et al. Secondary schoolstudent's knowledge, attitudes, and practise toward epilepsy in the Batibo Health District-Cameroon. *Epilepsy*. 2009, 50(5), 1262-1265.

PRPIC, I. I., KOROTAJ, Z. Z., VLAŠIĆ-CICVARIC, I. I., PAUCIC-KIRINCIC, E. E., VALERJEV, A. A. a TOMAC, V. V. (2003). Teacher's opinions about capabilities and behavior of children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2003, 4(2), 142.

RAVEN, J. The Raven's progressive matrices: change and stability over culture and time. *Cognitive psychology*. 2000, 41(1), 1–48.

SHEHATA G. A., MAHRAN D. G. Knowledge, attitude and practice with respect to epilepsy among school teachers in Assiut city, Egypt. *Epilepsy Research*. 2010, 92 (2–3), 191–200.

STURNIOLO, M. G. a GALLETTI, F. Idiopathic epilepsy and school achievement. *Archives of Disease in Childhood*. 1994, 70, 424–428.

THACKER, A. K., VERMA, A. M., JI, R., THACKER, P. a MISHRA, P. Knowledge awareness and attitude about epilepsy among schoolteachers in India. *Seizure*. 2008, 17(8), 684–690.

THOMAS, SV, NAIR, A. Confronting the stigma of epilepsy. *Ann Indian Acad Neurol*. 2011, 14(3), 158-163.

TIMMERMANS, A.C., de BOER, H., van der WERF, M.P.C. An investigation of the relationship between teachers' expectations and teachers' perceptions of student attributes. *Soc. Psychol. Educ*. 2016, 19, 217–240.

ZIELIŃSKA, A., et al. Youth's knowledge and attitude to epilepsy. *Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku*. 2005, 50, 99-101.

Kvalifikační práce

JEŽKOVÁ, M. Souvislost znalostí a stigmatu ve vztahu k epilepsii. Plzeň, 2017. Bakalářská práce (Bc.) ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Pedagogická fakulta.

KOHOUTKOVÁ, M. Subdeprivace a její následky pro školní vývoj dítěte. České Budějovice, 2009. Diplomová práce (Mgr.) JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Pedagogická fakulta.

KOLÁŘOVÁ, K. Subdeprivace a její následky pro školní vývoj dítěte. České Budějovice, 2009. Diplomová práce (Mgr.) JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Pedagogická fakulta.

STREJCOVÁ, E., Znalosti a postoje budoucích učitelů k epilepsii. Plzeň, 2016. Diplomová práce (Mgr.) ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Pedagogická fakulta.

SULEKOVÁ, M. Souvislost znalostí o epilepsii a míry stigmatizace u spolužáků dítěte s epilepsií. Plzeň, 2018. Diplomová práce (Mgr.) ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Pedagogická fakulta. VOKURKOVÁ, M. Sociometrická pozice žáka s epilepsií. Plzeň, 2017. Diplomová práce (Mgr.) ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Pedagogická fakulta.

VÝCHODSKÁ, Z. Klima školní třídy dítěte s epilepsií. Plzeň, 2018. Diplomová práce (Mgr.). ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Pedagogická fakulta.

ZÝVALOVÁ, A. Hodnocení kvality života pacientů s epilepsií pomocí dotazníku QOLIE-31. Hradec Králové, 2007. Diplomová práce (Mgr.). UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE. Farmaceutická fakulta v Hradci Králové.

Internetové zdroje

International League Against Epilepsy [online]. 2021. [cit. 2021-03-03]. Dostupné z: <https://www.epilepsydiagnosis.org/seizure/focal-seizure-overview.html>

World Health Organization [online]. 2021. [cit. 2021-01-15]. Dostupné z: <https://www.who.int/>

Školský zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) [online]. [cit. 17. 4. 2021]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon>

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ

Obrázky:

Obrázek 1 - Nová klasifikace záchvatů dle ILAE

Tabulky:

Tabulka 1 - Příznaky odlišující epileptické a emoční neepileptické záchvaty

Tabulka 2 – Základní charakteristiky dětí s epilepsií zapojených do výzkumu

Tabulka 3 – Kvalita života z pohledu dětí a jejich učitelů

Tabulka 4 – Kvalita života z pohledu dětí a jejich učitelů – jednotlivé škály

Tabulka 5 – Posouzení vlastností dětí učiteli

Grafy:

Graf 1 – Posouzení vlastností dětí učiteli 1. část

Graf 2 – Posouzení vlastností dětí učiteli 2. část

Dotazník kvality života dětí s epilepsií 8 –15 let CHEQOL – 25

Obrácíme se na Tebe s prosbou o vyplnění dotazníku. Cílem tohoto projektu je zmapovat kvalitu života dětí s epilepsií a podat návrhy na zlepšení. Prosíme o vyplnění všech položek.

Zakroužkuj vždy jednu odpověď.

1. Ostatní děti si se mnou hrají.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

2. Jsem v různých věcech stejně dobrý jako jiné děti.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

3. Mám mnoho kamarádů.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím – nesouhlasím

4. Mám pocit, že se mnou jiné děti jednají jinak než s ostatními dětmi.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

5. Mám často pocit nespravedlnosti.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

6. Před tím, než začnu něco dělat, vždy myslím na svoji epilepsii.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

7. Myslím si, že moji rodiče mají strach, že se sám zraním.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

8. Trápím se tím, co se může stát, když si zapomenu vzít léky.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

9. Mám strach, že se zraním při záchvatu.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

10. Snadno se rozčílím.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím – nesouhlasím

11. Ve škole mám problém udržet pozornost.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

12. Snadno se rozzlobím.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

13. Mám problém si zapamatovat, co jsem se učil/učila ve škole.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

14. Myslím si, že budu brát do konce života léky proti záchvatu.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

15. Vadí mi, když mám lidem vyprávět o své epilepsii.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

16. Bojím se, že se moji kamarádi dozvědí, že mám epilepsii.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

17. Cítím se trapně proto, že mám epilepsii.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

18. Mám pocit, že se mi kamarádi bojí.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

19. Rodiče se ke mně chovají stejně, jako kdybych neměl epilepsii.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

20. I když mám záchvaty, žiji normálním životem.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím – nesouhlasím

21. Mám pocit, že se mnou učitel jedná jako s ostatními žáky.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

22. Mám pocit, že mě epilepsie zpomaluje v tom, co dělám.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

23. Ve škole se cítím v pohodě.

souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - nesouhlasím

**Posouzení vlastností dítěte jeho rodiči/učiteli (lidmi, kteří dítě dlouhodobě vychovávají)
(Matějček et al.)**

Jméno a příjmení dítěte:

Posoudil(a):

Zkuste prosím posoudit níže uvedené vlastnosti Vašeho dítěte, a to nezávisle na sobě, matka i otec. Vedle příslušné vlastnosti zakroužkujte jedno ze čtyř čísel, které dle Vašeho názoru dítě nejlépe charakterizuje. Vaše odpovědi nejsou hodnoceny jako správné (dobré) či nesprávné (nedobré). Někdy si nebudete jisti a budete váhat – v tom případě napište to první, co Vás napadne. Neraďte se jakožto rodiče prosím mezi sebou a dotazník vyplňte nezávisle na sobě. Můžete si pak porovnat své odpovědi, ale už je prosím neopravujte, když najdete neshodu. Časově nejste omezeni, nicméně s odpovědí se dlouho nerozmýšlejte. Vaše odpovědi jsou předmětem Zákona na ochranu osobních údajů.

0 ... silně podprůměrná (prakticky žádná, vyskytuje se vzácně)

1 ... mírně podprůměrná (žádný zázrak, nicméně je to o poznání lepší než u stupně 0)

2 ... mírně nadprůměrná (jsme spokojeni, avšak jsou zde rezervy k zlepšování)

3 ... silně nadprůměrná (velmi dobrý stav, lepší to snad ani nemůže být)

vlastnost (v závorkách jsou pro větší srozumitelnost uvedeny i jiné výrazy pro jednu a tutéž vlastnost)	zakroužkujte prosím jedno z těchto čísel			
snaživost (píle, úsilí)	0	1	2	3
schopnost se soustředit (koncentrovanost, schopnost nenechat se vyrušit)	0	1	2	3
pořádnost (nedělat „binec“, udržet pořádek ve věcech)	0	1	2	3
sebedůvěra (sebejistota)	0	1	2	3
inteligence (schopnost myslet, řešit hádanky a problémy)	0	1	2	3
ukázněnost (ovladatelnost, respektování pravidel, poslušnost)	0	1	2	3
družnost (společenskost, tendence vyhledávat druhé)	0	1	2	3
zvědavost (touha po novém, zájem o dění kolem sebe)	0	1	2	3
klidnost (schopnost krotit svou živost, být v klidu)	0	1	2	3
veselost (radostnost, smysl pro humor)	0	1	2	3
samostatnost (sebeobslužnost v jídle, oblékání, hygieně; nezávislost na ostatních v řešení běžných problémů)	0	1	2	3
schopnost vycházet s ostatními bez konfliktů, hádek	0	1	2	3
tvořivost (nápaditost, originalita ve hře, v kreslení apod.)	0	1	2	3
oblíba u druhých (schopnost získávat si náklonnost druhých)	0	1	2	3
vcítivost (soucitnost s druhými, ochota pomoci)	0	1	2	3
soutěživost (ctižádost, snaha být první, lepší než ostatní)	0	1	2	3
