

B.5 Kvalita života a školní úspěšnost dětí s epilepsií

V této kapitole se zaměříme na faktory týkající se samotných dětí s epilepsií. V první části popíšeme jejich kvalitu života jako celku i v rámci jednotlivých domén a prozkoumáme faktory, které ji ovlivňují. Druhou část věnujeme výsledkům dětí s epilepsií ve škole a jejich sebepojetí školní úspěšnosti. Následně se budeme zabývat mírou depresivity a úzkostnosti u těchto dětí. Na závěr shrneme hlavní dosažené výsledky a formulujeme doporučení pro praxi.

B.5.1 Kvalita života a faktory, které ji ovlivňují

Kvalitu života jsme měřili pomocí české verze dotazníku CHEQOL-25, validované v předchozím výzkumu (Brabcová et al., 2014) a popsané detailně v podkapitole B.3.1. Uvedený nástroj má 4 separátní škály (1. interpersonální a sociální dopady, 2. obavy, starosti a zájmy dítěte s epilepsií, 3. intrapersonální a emoční dopady, 4. epilepsie jako tajemství dítěte a hledání normálního života), přičemž většinou se u něj neuvádí celkový skór.

V našem případě jsme však tento skór zavedli jako prostý součet výsledků ze škál, neboť mezi jednotlivými škálami byly zaznamenány poměrně vysoké a statisticky významné vzájemné korelace (stanovené na základě Pearsonova korelačního koeficientu).

Tyto korelace se přitom pohybovaly v rozpětí 0,28–0,65, přičemž minimální hodnoty jsme zaznamenali mezi škálami 2 a 3, a naopak maximální mezi škálami 1 a 4. Celkový skór koreloval s dílčími škálami v rozpětí 0,57 (škála 2) až 0,89 (škála 4). Tento skór tak můžeme v prvním přiblížení pokládat za dobrou metriku určující globálně kvalitu života dětí s epilepsií, ačkoliv je pravda, že jednotlivé do-

mény ho ovlivňují pouze počtem položek, což není úplně vhodné.⁴⁷

V tabulce 15 srovnáváme výsledky této studie podle toho, zda děti s epilepsií zároveň mají diagnostikovanou specifickou poruchu učení či ADHD (značení SPU/ADHD), či nikoliv. Na první pohled je patrné, že první skupina dosahuje z hlediska kvality života v globálním pohledu i ve všech škálách podstatně horších hodnot. Nejméně výrazný je tento efekt u škály zaměřené na obavy, starosti a zájmy dítěte, i zde však dosahuje statistické významnosti ($p = 0,033$). Uvedený závěr je zcela v souladu s naší předchozí studií (Brabcová et al., 2014) i s poznatky z přehledové studie zabývající se prediktory kvality života u jedinců s epilepsií, kde byla přítomnost komorbidity rovněž stanovena jako významný faktor (Taylor, 2011).

V tabulce 15 srovnáváme aktuální výsledky pro celý vzorek s výše uvedenou validační studií české verze daného dotazníku (Brabcová et al., 2014). Vyšších hodnot se dosahuje v této studii, a to ve většině škál i v celkovém skóru. Není však možné říci, že by se kvalita života českých dětí s epilepsií v posledních letech zlepšila, protože uvedená studie z roku 2014 na rozdíl od tohoto výzkumu zahrnovala rovněž děti, které v důsledku významných zdravotních či kognitivních omezení (IQ 20,8 % dětí se pohybovalo v pásmu lehké mentální retardace) nemohly navštěvovat běžné školy (Brabcová et al., 2014). Právě u těchto dětí přitom byla kvalita života typicky nižší. Po uvážení dané skutečnosti je možné říci, že výsledky aktuální studie jsou zcela srovnatelné s tím, co bylo zjištěno v citované práci.

47 Vhodnější je stanovit celkový skór na základě vážených průměrů výsledků škál, přičemž váhy jsou určeny statistickou procedurou dle dopadu jednotlivých domén na celek. Tento postup se uplatňuje např. u dotazníků řady QOLIE, které jsme však v našem výzkumu neužili (nejsou vhodné pro děti mladšího školního věku, které tvořily značnou část našeho vzorku).

Tabulka 15 *Kvalita života dětí s epilepsií – srovnání s předchozí studií a ovlivnění komorbidit*

Škála	Děti se SPU/ADHD (tato studie, n = 45)	Děti bez SPU/ADHD (tato studie, n = 59)	p-hodnota testu (srovnání podle SPU/ADHD)	Tato studie (n = 104)	Studie Brabcové et al. (2014), n = 250
Interpersonální a sociální dopady epilepsie (5–20 bodů)	13,23 ± 3,86 ^a	17,11 ± 2,81	< 0,001	15,43 ± 3,82	15,81 ± 3,44
Obavy, starosti a zájmy dítěte (4–16 bodů)	10,77 ± 3,58	12,20 ± 2,80	0,033	11,58 ± 3,22	10,68 ± 3,34
Intrapersonální a emoční dopady (4–16 bodů)	7,93 ± 3,41	10,98 ± 3,15	< 0,001	9,66 ± 3,62	8,94 ± 3,56
Epilepsie jako tajemství dítěte a hledání normálního života (10–40 bodů)	29,95 ± 6,20	34,18 ± 4,92	< 0,001	32,34 ± 5,87	31,93 ± 5,69
Kvalita života celkem (23–92 bodů)	62,30 ± 12,12	74,54 ± 11,32	< 0,001	69,01 ± 13,09	67,36 ± 12,76

^a průměr ± výběrová směrodatná odchylka

Poznámka: tučně jsou označeny statisticky významné hodnoty na hladině 0,05.

Vedle přítomnosti kognitivní či behaviorální komorbidity (SPU nebo ADHD) je třeba věnovat pozornost rovněž dalším faktorům potenciálně ovlivňujícím kvalitu života dětí s epilepsií. Zde se zaměříme na faktory vázané na samotné dítě; vlivy okolí (např. míra úzkostnosti či depresivity u rodičů, vnímaná

opora ze strany učitele či sociometrická pozice ve třídě) popíšeme v následujících kapitolách.

V tabulce 16 uvádíme hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu pro všechny škály dotazníku kvality života na straně jedné a významné medicínské, kognitivní a se školní úspěšností a sebepojetím související faktory na straně druhé. Je patrné, že z medicínských faktorů uvedených v tabulce hraje signifikantní roli pouze doba trvání epilepsie, kde delší doba odpovídá nižší kvalitě života, a to především v oblasti intrapersonálních a emočních dopadů a hledání normálního života. Prokazatelný je i vliv kompenzace na celkovou kvalitu života, když děti s kompenzovanou epilepsií dosahují vyšších hodnot v celkovém skóru (kompenzace ano: $70,19 \pm 11,87$; kompenzace ne: $63,30 \pm 14,08$, $p = 0,035$) i ve škále Epilepsie jako tajemství dítěte a hledání normálního života (kompenzace ano: $33,10 \pm 6,83$; kompenzace ne: $29,27 \pm 5,17$, $p = 0,035$). Ve zbylých škálách nebyl statisticky významný rozdíl.

Vyšší kvalita života se prokázala u dětí dosahujících lepších výsledků v testu nonverbální inteligence. Velmi silná korelace pak byla u úzkostnosti a depresivity, kde větší míra úzkostí a depresí odpovídá znatelně nižší kvalitě života.⁴⁸ Výrazný negativní vliv úzkostí a depresí na kvalitu života byl zjištěn i u řady předchozích studií, shrnutých v práci Taylora (2011).

Z hlediska faktorů souvisejících se školou hraje velkou roli sebepojetí školní úspěšnosti a rovněž sebedůvěra v souvislosti se školou (měřená jednou ze škál dotazníku sebepojetí SPAS – viz podkapitola B.3.1). Naopak podstatně nižších absolutních hodnot dosahují korelační koeficienty mezi kvalitou života a známkami z českého jazyka či matematiky. Zdá se tak, že self-koncept je z pohledu kvality života významnější než samo

48 Odlišná znaménka korelačních koeficientů u deprese a úzkostí jsou proto, že u úzkosti se příslušným dotazníkem Piers-Harris měří vlastně nepřítomnost tohoto faktoru.

Tabulka 16 Faktory potenciálně ovlivňující kvalitu života dětí s epilepsií
(tato studie, n = 104)

	Interpersonální a sociální dopady epilepsie	Obavy, starosti a zájmy dítěte	Intrapersonální a emoční dopady	Epilepsie jako tajemství dítěte a hledání normálního života	Kvalita života celkem
Věk dítěte	0,024 ^a (0,809 ^b)	0,018 (0,856)	0,129 (0,192)	0,067 (0,499)	0,077 (0,437)
Doba trvání epilepsie	-0,127 (0,199)	0,024 (0,809)	-0,258 (0,008)	-0,202 (0,040)	-0,193 (0,049)
Frekvence záchvatů	0,058 (0,559)	0,107 (0,280)	0,153 (0,121)	-0,011 (0,912)	0,098 (0,322)
Počet antiepileptik	-0,137 (0,165)	0,011 (0,911)	-0,189 (0,055)	-0,120 (0,225)	-0,153 (0,121)
Neverbální inteligence	0,259 (0,008)	0,180 (0,067)	0,207 (0,035)	0,194 (0,048)	0,262 (0,007)
Nepřítomnost úzkosti	0,520 (< 0,001)	0,383 (< 0,001)	0,601 (< 0,001)	0,627 (< 0,001)	0,693 (< 0,001)
Deprese	-0,544 (< 0,001)	-0,316 (0,001)	-0,570 (< 0,001)	-0,578 (< 0,001)	-0,655 (< 0,001)
Sebepojetí školní úspěšnosti	0,470 (< 0,001)	0,279 (0,004)	0,549 (< 0,001)	0,564 (< 0,001)	0,612 (< 0,001)
Sebedůvěra ve vztahu ke škole	0,491 (< 0,001)	0,266 (0,006)	0,529 (< 0,001)	0,545 (< 0,001)	0,601 (< 0,001)
Známka z českého jazyka	-0,264 (0,007)	-0,128 (0,195)	-0,216 (0,028)	-0,162 (0,100)	-0,240 (0,014)
Známka z matematiky	-0,283 (0,004)	-0,150 (0,128)	-0,250 (0,010)	-0,197 (0,045)	-0,275 (0,005)

^a hodnota Pearsonova korelačního koeficientu

^b p-hodnota testu nulovosti korelačního koeficientu

Poznámka: tučně jsou označeny statisticky významné korelace na hladině 0,05.

hodnocení výsledků ze strany učitele. Jinými slovy pro kvalitu života je podle všeho lepší, když dítě dostává horší známky, než když má v souvislosti se školou narušené sebepojetí (vztah objektivní a subjektivní roviny školní úspěšnosti jsme prodiskutovali v kapitole A.2.2). V této souvislosti je však třeba vzít v úvahu, že dotazníky sebepojetí i kvality života vyplňovalo dítě ze svého pohledu, zatímco známky uděluje vnější aktér (učitel). Vyšší korelace mezi kvalitou života a sebepojetím tak z tohoto pohledu není překvapivá. Naopak poněkud překvapivé je to, že u známek nejvíce korelovaly s interpersonální škálou kvality života, zatímco u intrapersonální škály, kde dvě z otázek přímo míří do oblasti školy, byly příslušné hodnoty menší. To naznačuje, že známky mají u dětí s epilepsií větší dopad do oblasti sociální než do oblasti emoční.

B.5.2 Školní úspěšnost a její sebepojetí u dětí s epilepsií

Školní úspěšnost dětí s epilepsií jsme zjišťovali na základě známek z klíčových předmětů (matematika a český jazyk) na posledním vysvědčení. Bylo by samozřejmě vhodnější posoudit školní úspěšnost standardizovanými testy zajišťujícími větší objektivitu a srovnatelnost, než poskytuje hodnocení učitelem. Bohužel takové testy pro sledovanou věkovou skupinu jsme neměli k dispozici a vlastní realizace takového testování by již byla nad rámec našeho komplexního výzkumu. Sebepojetí školní úspěšnosti bylo měřeno dotazníkem SPAS (viz podkapitola B.3.1), který obsahuje celkem 6 subškál a celkový skóre udávající sebepojetí souhrnně. Pro jednoduchost se v naší analýze omezíme pouze na tento celkový skóre a rovněž na škálu sebedůvěry související se školou.

V tabulce 17 srovnáváme děti s epilepsií se SPU/ADHD a bez těchto komorbidit. Dále zde pro sebepojetí a sebedůvěru prezentujeme srovnání s normami pro celkovou populaci,

Tabulka 17 Školní úspěšnost a její sebezpojetí u dětí s epilepsií – vliv komorbidit a srovnání s celkovou populací

Škála	Děti se SPU/ADHD tato studie, n = 45	Děti bez SPU/ADHD tato studie, n = 59	p-hodnota testu (srovnání podle SPU/ADHD)	Celková populace (Matějček a Vágnerová, 1992)
Sebedůvěra v souvislosti se školou (subškála SPAS), steny 1–10	4,48 ± 2,10 ^a	5,76 ± 2,30	< 0,001	5,5 ± 2,0
Sebezpojetí školní úspěšnosti celkem (SPAS, steny 1–10)	3,95 ± 1,78	5,73 ± 2,32	< 0,001	5,5 ± 2,0
Známka z českého jazyka	2,57 ± 0,92	2,16 ± 0,89	0,043	N/A
Známka z matematiky	2,58 ± 1,02	2,16 ± 1,02	0,062	N/A

^a průměr ± výběrová směrodatná odchylka

Poznámka: tučně jsou označeny statisticky významné hodnoty na hladině 0,05.

které stanovili Matějček a Vágnerová (1992). Je evidentní, že děti s epilepsií a SPU/ADHD dosahují o poznání horších výsledků ve srovnání s jedinci bez uvedené komorbidit. To je zcela v souladu se zjištěními z našeho předchozího výzkumu (Brabcová et al., 2015). Na druhé straně u známek není rozdíl zdaleka tak výrazný,⁴⁹ když se u výsledků z českého jazyka i matematiky pohybuje příslušná p-hodnota okolo hranice 0,05. Může to souviset s tím, že učitelé berou při hodnocení specifickou poruchu učení v úvahu. To naznačuje i skutečnost, že například děti s diagnostikovanou dyskalkulií dosahují z matematiky v průměru známky 2,5, což je srovnatelné

49 Část dětí byla hodnocena slovně a od části nemáme známky na vysvědčení k dispozici. Uváděné výsledky jsou tak založeny na vzorku 91 dětí, z toho 38 se SPU/ADHD a 53 bez této komorbidit.

s dětmi se SPU/ADHD, které však konkrétně dyskalkulii diagnostikovanou nemají, a jen o něco horší, než u dětí bez jakékoliv specifické poruchy učení.

U sebepojetí školní úspěšnosti a sebedůvěry související se školou pak dosahují děti s epilepsií, které nemají SPU/ADHD, srovnatelných průměrných hodnot jako celková populace. Směrodatná odchylka je o něco vyšší, než odpovídá normám, což souvisí s tím, že je nadprůměrně zastoupen nejvyšší, desátý sten. Stejný efekt byl zaznamenán už v našem předchozím výzkumu, kde jsme v této souvislosti hovořili o skupině dětí s epilepsií, které nemoc a s ní související omezení překonávají výbornou prací ve škole, dosahují nadstandardních výsledků a také si odpovídajícím způsobem důvěřují. Do budoucna by bylo v této souvislosti vhodné se více věnovat copingovým strategiím dětí s epilepsií, k nimž může právě zacílení na úspěch ve škole patřit. Problematická situace nastává u dětí s epilepsií i SPU/ADHD, kde se vysoké hodnoty sebepojetí prakticky nevyskytují a naopak vysoké procento těchto dětí se pohybuje hluboko pod průměrem (i směrodatná odchylka zde tak je přirozeně menší). Jak již bylo konstatováno v našem předchozím výzkumu (Brabcová et al., 2015), právě těmto dětem je tak třeba věnovat zvýšenou pozornost.

Studovali jsme rovněž faktory s potenciálním vlivem na školní úspěšnost a její sebepojetí. Z tabulky 18 je zjevné, že známky z klíčových předmětů se nepřekvapivě zhoršují s rostoucím věkem a v souvislosti s tím i s dobou trvání epilepsie. Naopak tyto faktory nemají vliv na sebepojetí, na rozdíl od počtu antiepileptik, kde větší množství užívaných léků (logicky korelující se závažností epileptického syndromu) odpovídá horším výsledkům. Velmi významnou roli jak u sebepojetí, tak i u známek hraje neverbální inteligence (příčemž trochu překvapivě více koreluje se známkou z českého jazyka než z matematiky). Dá se očekávat, že ještě významnější roli by hrála

inteligence verbální, do níž by se promítly výrazněji i specifické poruchy učení. U sebepojetí pak byl prokázán značný vliv úzkostnosti a depresivity, zatímco u známek se tyto faktory projevují spíše okrajově (ačkoliv i zde byla zjištěna v některých případech statistická významnost). Prokázalo se, že na sebepojetí školní úspěšnosti ani na známky z klíčových předmětů nemá vliv to, zda je epilepsie kompenzována léčbou či nikoliv.

Tabulka 18 Faktory ovlivňující školní úspěšnost a její sebepojetí u dětí s epilepsií

	Sebedůvěra v souvislosti se školou	Sebepojetí školní úspěšnosti celkem	Známka z českého jazyka	Známka z matematiky
Věk dítěte	0,011 ^a (0,911 ^b)	0,036 (0,716)	0,317 (0,002)	0,399 (< 0,001)
Doba trvání epilepsie	-0,108 (0,275)	-0,083 (0,402)	0,237 (0,024)	0,214 (0,042)
Frekvence záchvatů	-0,194 (0,048)	0,101 (0,308)	0,056 (0,598)	-0,087 (0,412)
Počet antiepileptik	-0,328 (< 0,001)	-0,316 (< 0,001)	0,157 (0,137)	0,207 (0,049)
Neverbální inteligence	0,475 (< 0,001)	0,509 (< 0,001)	-0,619 (< 0,001)	-0,597 (< 0,001)
Nepřítomnost úzkosti	0,525 (< 0,001)	0,514 (< 0,001)	-0,186 (0,078)	-0,209 (0,047)
Deprese	-0,536 (< 0,001)	-0,501 (< 0,001)	0,233 (0,026)	0,135 (0,202)
Sebedůvěra v souvislosti se školou	1,000 (< 0,001)	0,844 (< 0,001)	-0,465 (< 0,001)	-0,398 (< 0,001)
Sebepojetí školní úspěšnosti celkem	0,844 (< 0,001)	1,000 (< 0,001)	-0,504 (< 0,001)	-0,433 (< 0,001)

^a hodnota Pearsonova korelačního koeficientu

^b p-hodnota testu nulovosti korelačního koeficientu

Poznámka: tučně jsou označeny statisticky významné korelace na hladině 0,05.

Korelace mezi sebedůvěrou a známkami pak dosahuje hodnot blízkých 0,5, což jsou údaje srovnatelné s celkovou populací. Poněkud silnější je přitom tato vazba u známky z českého jazyka než z matematiky. Sebedůvěra a sebedůvěra potom koreluje velmi silně s hodnotou větší než 0,8, což odpovídá tomu, že sebedůvěra je vlastně jednou ze škál dotazníku SPAS měřícího sebedůvěru.

B.5.3 Deprese a úzkosti u dětí s epilepsií

Míra depresivity byla u dětí s epilepsií měřena pomocí dotazníku CDI, který obsahuje pět subškál (špatná nálada, interpersonální potíže, nevykonnost, anhedonie a negativní sebehodnocení). Dotazník jsme detailně popsali v části 3.1.

V tabulce 19 jsme srovnali výsledky dětí s epilepsií (v závislosti na tom, zda u nich byla, či nebyla diagnostikována komorbidita SPU či ADHD) s údaji pro celkovou populaci a pro děti hospitalizované s psychiatrickými poruchami, a to pro jednotlivé subškály i celkový skóre. Věk dětí zahrnutých do obou srovnávaných studií byl v klíčových charakteristikách srovnatelný s naším výzkumem, stejně jako zastoupení dívek a chlapců. Z tabulky je jasné patrné, že děti, které vedle epilepsie trpí ještě SPU nebo ADHD, dosahují prakticky ve všech subškálách statisticky signifikantně vyšších hodnot depresivity než děti s epilepsií, u nichž se tato komorbidita nevyskytuje. Zvláště výrazný (p -hodnoty menší než 0,01) je tento efekt u špatné nálady a nevykonnosti.

Z komparace s celkovou populací je patrné, že zatímco děti s epilepsií bez SPU/ADHD dosahují zpravidla téměř srovnatelných hodnot, jedinci s touto komorbiditou se svými výsledky normám pro celou populaci výrazně vzdalují a blíží se již hodnotám zjištěným u dětí hospitalizovaných s psychiatrickou poruchou, u nichž míru depresivity studoval Štěpo (1998).

Tabulka 19 Depresivita u dětí s epilepsií – srovnání s ostatními dětmi a vliv komorbidit

Škála	Děti se SPU/ADHD tato studie, n = 45	Děti bez SPU/ADHD tato studie, n = 59	p-hodnota testu (srovnání podle SPU/ADHD)	Celková populace (Preiss, 1998), n = 369	Hospitalizované děti s psychiatr. poruchami (Štěpo, 1998), n = 50
Špatná nálada (0–12 bodů)	3,43 ± 2,37	1,85 ± 2,92	0,006	1,7 ± 1,5	4,4 ± 2,7
Interpersonální potíže (0–8 bodů)	1,68 ± 1,73	1,00 ± 1,76	0,067	0,7 ± 0,9	1,7 ± 1,5
Nevýkonnost (0–8 bodů)	3,35 ± 1,47	2,15 ± 1,83	0,004	1,8 ± 1,4	3,1 ± 1,6
Anhedonie (0–16 bodů)	4,35 ± 3,09	3,04 ± 3,05	0,042	2,4 ± 1,9	5,2 ± 2,9
Negativní sebehodnocení (0–10 bodů)	2,60 ± 2,05	1,58 ± 1,88	0,014	2,0 ± 1,2	3,4 ± 2,0
Celkový skóre (0–54 bodů)	15,16 ± 9,54	9,38 ± 9,93	0,006	8,7 ± 5,3	18,0 ± 8,8

^a průměr ± výběrová směrodatná odchylka

Poznámka: tučně jsou označeny statisticky významné hodnoty na hladině 0,05.

Z hlediska norem se tyto děti v průměru pohybují kolem 90. percentilu a více než polovina z nich dosahuje v hrubém skóre hodnoty větší než 14 bodů, jež se považuje za hraniční z hlediska klinické interpretace (Preiss, 1998). **Depresivita je tedy u sledované skupiny dětí s epilepsií a zároveň s uvedenou komorbiditou vážný problém, který se dotýká i oblasti selfkonceptu, sebedůvěry a celkově kvality života.** (Připomeňme velmi silnou korelaci mezi celkovou mírou depresivity a kvalitou života, resp. sebepojetím školní úspěšnosti, jež byla detailně popsána v předchozích podkapitolách.) Naopak

u dětí s epilepsií bez komorbidit jsou průměrné výsledky srovnatelné s celkovou populací, ačkoliv i zde je podíl jedinců dosahujících klinicky významně vysokých hodnot vyšší než v celkové populaci (nad hranicí 14 bodů se pohybuje více než 20 % dětí z této skupiny, zatímco v celé populaci je to podle českých norem mírně přes desetinu). To souvisí i s poměrně velkou variabilitou v této skupině v porovnání s normami (směrodatná odchylka téměř 10 ve srovnání s hodnotou 5,3 v obecné populaci).

Z hlediska faktorů, které souvisejí s celkovou mírou depresivity (celkový skór CDI) u dětí s epilepsií, se vedle kvality života a sebepojetí školní úspěšnosti (viz podkapitoly B.5.1, resp. B.5.2) projevil jako statisticky významný vliv neverbální inteligence ($r = -0,199$, $p = 0,043$). Naopak pod hladinou statistické signifikace byly věk, trvání epilepsie, frekvence záchvatů i počet antiepileptik. Nebyly rovněž zaznamenány rozdíly mezi pohlavími. Přesně hraniční p-hodnoty na uvažované hladině významnosti poté bylo dosaženo pro celkový skór CDI u kompenzace epilepsie (kompenzace ano: $10,93 \pm 9,52$; kompenzace ne: $16,50 \pm 11,90$, $p = 0,050$). Děti, u nichž je epilepsie kompenzována léčbou, tak mají spíše nižší míru depresivity ve srovnání s ostatními, přičemž tento efekt se z hlediska jednotlivých subškál CDI projevuje hlavně u špatné nálady ($p = 0,019$) a negativního sebehodnocení ($p = 0,011$).

Poněkud odlišná situace než u deprese nastává u úzkosti, jejíž nepřítomnost jsme sledovali pomocí příslušné škály dotazníku Piers-Harris (rozpětí 0–14 bodů, vyšší hodnota odpovídá menší úzkostnosti). Rozdíl mezi dětmi s epilepsií se SPU/ADHD a bez této komorbidit byl těsně pod hranicí statistické významnosti (bez komorbidit – $8,77 \pm 3,26$; s komorbiditou – $10,03 \pm 3,17$, p-hodnota testu – $0,052$). Ještě podstatnější je však skutečnost, že dle norem pro uvedenou škálu dosahuje průměr ve skupině se SPU/ADHD zhruba

50. percentilu, ve druhé skupině cca 60. percentilu. Tento výsledek ukazuje, že míra úzkostnosti dětí s epilepsií se z hlediska průměrných hodnot neliší výrazně od zbytku populace. Významné rozdíly nejsou patrné ani z hlediska distribuce hodnot, když výsledek 5 bodů a méně, odpovídající cca nejhorším 10 % v celkové populaci, zaznamenalo 15 % dětí s epilepsií a SPU/ADHD a méně než 10 % ve skupině bez této komorbidity.

Ačkoliv mezi mírou depresivity a nepřítomností úzkosti se v našem výzkumu prokázala statisticky významná korelace ($r = 0,673$, $p < 0,001$), nepotvrdili jsme u úzkosti (na rozdíl od deprese, kde byly rozdíly patrné) výsledky předchozích studií (Ekinici et al., 2016), uvádějící na základě stejného nástroje vyšší míru úzkostnosti dětí s epilepsií než v celkové populaci. Jednou z příčin může být i to, že jsme do našeho výzkumu nezahrádili děti s epilepsií nenavštěvující běžné školy, u nichž by se dala očekávat větší míra úzkostnosti. Hlubší rozbor tohoto překvapivého výsledku bude předmětem dalších datových analýz.

Z hlediska faktorů souvisejících potenciálně s úzkostností jsme (vedle výše popsanych souvislostí s kvalitou života a školní úspěšností) prokázali statisticky významnou korelaci u neverbální inteligence ($r = 0,248$, $p = 0,011$; vyšší inteligence odpovídá větší nepřítomnosti úzkostnosti). Naopak hluboko pod uvažovanou hladinou statistické významnosti byly výsledky u věku dětí, doby trvání epilepsie, počtu antiepileptik a frekvence záchvatů. Rozdíly mezi pohlavími jsme nepozorovali. Z hlediska kompenzace epilepsie léčbou se doložil statisticky významný vliv tohoto faktoru, kdy kompenzované děti s epilepsií dosahovaly lepších výsledků než ostatní (kompenzace ano: $9,91 \pm 3,15$; kompenzace ne: $8,11 \pm 2,83$, $p = 0,012$).