



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Diplomová práce

Znalosti, postoje, sebedůvěra učitelů v přístupu k žákovi s epilepsií

Vypracovala: **Jitka Bárťová**

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

České Budějovice 2019

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této diplomové práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne: 14. 4. 2019

Jitka Bártová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce doc. Mgr. Daně Buršíkové, Ph.D. za cenné rady, odborné vedení mé diplomové práce, ochotu a trpělivou pomoc, kterou mi během zpracovávání této diplomové práce aktivně poskytovala. Její věcné připomínky, cenné rady a diskuse o problematice epilepsie mě obohatily a byly pro mne přínosné.

Dále bych chtěla poděkovat všem učitelům, kteří byli ochotni se zapojit do výzkumu, věnovali nám svůj čas a poskytli cenné informace, za jejich ochotu a vstřícnost. Díky patří i všem ředitelům základních škol, kteří nám umožnili provést výzkum na jejich školách. Děkuji i všem rodinám dětí s epilepsií za jejich ochotu a otevřenost.

Velké poděkování patří také mé rodině a mým blízkým, kteří mě po celou dobu studia i při zpracovávání této diplomové práce velmi podporovali.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá tématem přístupu učitelů k žákovi s epilepsií, tedy jakým způsobem a jakou mírou ovlivňují znalosti, postoje a učitelova sebedůvěra chování k takovému žákovi. Cílem práce je prozkoumání a přiblížení teoretické vybavenosti učitelů na žáky trpící epilepsií a jejich schopnost je prakticky použít. Dále tato práce zjišťuje, jak moc si učitelé v této problematice věří a jaký mají pohled na tuto nemoc. Práce obsahuje dvě části, teoretickou a praktickou část. Teoretická část se věnuje teorii o epilepsii, studium o problematice znalostí a postojů učitele k žákům s epilepsií v českém i zahraničním prostředí a přístupu učitele k žákovi s epilepsií. V praktické části je hodnocena úroveň znalostí o epilepsii učitelů vyučujících žáka s epilepsií pomocí psychometricky ověřených nástrojů. Dále předkládám výsledky postojů učitelů k epilepsii měřených psychometricky ověřeným dotazníkem ATPE. Na závěr diskutuji nasbírané výsledky se zahraniční literaturou.

Klíčová slova: Epilepsie, postoje učitelů, přístup učitele, znalosti učitelů

Abstract

The diploma thesis deals with teachers' approach to pupils suffering from epilepsy, i.e. in what manner and to what extent the teachers' behaviour towards such pupils is affected by their knowledge, attitudes and self-confidence. The thesis aims to explore and describe teachers' theoretical knowledge about pupils suffering from epilepsy and their ability to implement this knowledge in the class. The thesis also finds out about the extent of teachers' confidence about the issue and their views on the disease. The thesis has been divided into two parts, theoretical and research. The theoretical part includes theory relating to epilepsy, as well as studies on teachers' knowledge and attitudes towards pupils suffering from epilepsy both in the Czech Republic and abroad, including the teacher's approach to a pupil suffering from epilepsy. The research part provides assessment of how much the teachers teaching pupils with epilepsy know about the disease, using psychometric evaluated instruments. The research part also presents results on teachers' attitudes towards epilepsy measured by the ATPE questionnaire, which is a psychometric evaluated instrument. The conclusion discusses and compares the acquired results with foreign literature.

Keywords: A teacher's approach, epilepsy, teachers' attitudes, teachers' knowledge

OBSAH

Úvod.....	9
Teoretická část	11
1 Epilepsie.....	11
1.1 Co je to epilepsie.....	11
1.2 Historie epilepsie.....	11
1.3 Způsob vzniku epilepsie.....	12
1.4 Etiologie epilepsie.....	13
1.5 Typy epileptických záchvatů a jejich projevy.....	14
1.6 Příčiny vzniku a prevence epileptického záchvatu	17
1.7 První pomoc při epileptickém záchvatu v prostředí školy.....	19
1.7.1 Pravidla první pomoci při epileptickém záchvatu ve škole.....	19
1.7.2 Kdy volat rychlou záchrannou službu?	21
1.8 Léčba epilepsie.....	21
1.8.1 Léky.....	22
1.8.2 Vedlejší účinky antiepileptik.....	23
1.8.3 Léčba farmakorezistentních pacientů epilepsie.....	24
2 Studie věnující se problematice znalostí, postojů a sebedůvěry učitele v přístupu k žákům s epilepsií.....	26
2.1 Přehled studií ze zahraničí	27
2.1.1 Studie z období 1992 – 2012.....	27
2.1.2 Přehled studií v zahraničí pro období 2013 – 2017.....	29
2.2 Přehled studií v českém prostředí	35
2.2.1 Studie z období 1975 – 2012.....	35
2.2.2 Přehled studií v českém prostředí pro období 2013 – 2017.....	36
3 Role učitele v přístupu k žákovi s epilepsií	39
3.1 Komunikace učitele s epileptickým žákem.....	39
3.2 Komunikace učitele s rodiči epileptického žáka.....	40
3.3 Komunikace učitele s třídním kolektivem epileptického žáka	42
Praktická část	43
4 Výzkum znalostí, postojů a sebedůvěry učitelů v přístupu k žákovi s epilepsií.....	43
4.1 Motivace výzkumu.....	43
4.2 Cíle výzkumu	43

4.3	Popis souboru respondentů	44
4.4	Výzkumné nástroje.....	46
4.4.1	Dotazník znalostí o epilepsii	46
4.4.2	Dotazník zjišťující úroveň sebedůvěry.....	47
4.4.3	Dotazník zjišťující úroveň postojů k epilepsii.....	47
4.5	Metody analýzy dat	47
4.6	Proces sběru dat.....	48
4.7	Výsledky výzkumu	48
4.8	Diskuse.....	53
5	Závěr	58
	Seznam použitých zdrojů.....	59
	Seznam tabulek a grafů.....	63
	Seznam příloh	64
	Přílohy.....	65

ÚVOD

Pro svou diplomovou práci jsem si vybrala téma znalosti, postoje a sebedůvěra učitelů v přístupu k žákovi s epilepsií. Toto téma mě zaujalo již v předchozích letech mého studia, kdy jsem stejně jako moji spolužáci dostala možnost si vyplnit podobný dotazník o epilepsii z předchozích výzkumů. Začala jsem přemýšlet o tom, co o epilepsii vím, jak bych se cítila, kdybych dostala takového žáka do třídy, zda bych mu dokázala být oporou. Díky této zkušenosti jsem zjistila, že moje znalosti i ze školy pro vyučování takového žáka nedostačují. Tato představa ve mně vyvolávala smíšené pocity, protože bych si nevěděla rady, jak s takovým žákem pracovat, jak k němu přistupovat a jak komunikovat se třídou, abych takového žáka nestigmatizovala.

Vzhledem k tomu, že se chci stát učitelkou I. stupně ZŠ, považuji za důležité pochopit děti s epilepsií, získat základní znalosti o této nemoci a vědět, kdy je potřeba zasáhnout a pomoci. Pokud žák potřebuje odbornou pomoc, měl by učitel vědět, jaké kroky podniknout, kdy volat záchranou službu a jak poskytnout první pomoc při záchvatech, jak uklidnit třídu, případně jakým způsobem žáky připravit a poučit předem.

Dalším důvodem, který mě přiměl zapojit se do tohoto výzkumu a zpracovávat téma epilepsie, se pro mě stalo uvědomění, že se nejedná pouze o děti s epilepsií, o které se učitel musí umět postarat. Existuje mnoho jiných chronických nemocí, jako např. astma, diabetes, alergie apod., které jsou běžnou součástí mnoha dětí, které chodí do běžných tříd. Pokud učitel pochopí, jak zacházet se žákem trpícím jednou takovou nemocí, pak věřím, že se dokáže postarat i o žáky s jinými chronickými nemocemi a pracovat s nimi, pokud si nastuduje základní informace o konkrétní nemoci určitého žáka.

V průběhu zpracování této diplomové práce jsem se dozvěděla spoustu zajímavých a užitečných informací o epilepsii. Spolu se znalostmi jsem získala i sebedůvěru v této oblasti a myslím, že bych při případném záchvatu žáka dokázala zachovat klid a poskytnout první pomoc. Během vybírání dotazníků jsem měla možnost po vyplnění dotazníků diskutovat s dětmi i s učiteli.

Společně jsme pronikali do světa epileptiků i díky animovanému filmu Dobrodružství na rybách, který připravil EpiStop. Děti si vyzkoušely stabilizovanou polohu a pochopily, že děti s epilepsií jsou stejné jako všechny ostatní děti.

Musím přiznat, že mě výzkum bavil a velmi mě těšilo, když jsem viděla, že se mění pohled učitelů i spolužáků dětí s epilepsií na děti s epilepsií. Dokonce i na samotných dětech s epilepsií bylo vidět, že pociťují změnu svého postavení ve třídě a často se nebály

diskutovat o epilepsii a otevřeně odpovídat spolužákům na dotazy. Mám radost, že jsem měla možnost být součástí takového projektu, který má opravdu význam pro celý třídní kolektiv a který mění pohled společnosti na lidi s epilepsií. Moje obavy se ztratily a zůstalo jen nadšení pro šíření informací o epilepsii.

Myslím, že rozšiřovat povědomí o epilepsii je zapotřebí nejen v rozvojových státech, kde přetrvávají předsudky vůči lidem s epilepsií a kde tito lidé žijí v nepříznivé atmosféře, protože nejsou ostatními přijímáni. Informace o chronických nemocech bychom měli šířit i ve vyspělých státech, abychom zabránili vyčleňování těchto lidí ze společnosti. Důležitost proškolení učitelů tkví v myšlence odstranění strachu z učení dětí s epilepsií a z poskytnutí první pomoci. Myslím, že základním informacím o první pomoci, chronických nemocech a přístupu k žákům s epilepsií a k žákům s rozličnými chronickými onemocněními by se měli učit všichni studenti učitelství na vysokých školách. Vytvoříme tak dobré podmínky pro učitele i žáky s epilepsií či jinými chronickými onemocněními.

Přála bych si, aby se i tato diplomová práce stala podkladem studentů učitelství a pomohla změnit jejich pohled na děti s epilepsií a odstranila tak obavy budoucích učitelů z výuky dětí s epilepsií. Tyto děti, stejně jako všechny ostatní, potřebují pouze láskyplné prostředí, podporu a porozumění. Dopřejme jim to a nebojme se být učiteli všech dětí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 EPILEPSIE

1.1 Co je to epilepsie

Pojem epilepsie označuje chronické onemocnění, které se sestává z desítek různých chorob, které se různě projevují, různým způsobem vznikají a odlišně se léčí. U všech těchto chorob lze vysledovat jednu společnou vlastnost, a to epileptické záchvaty, které se opakují a vznikají spontánně (Kršek, Brabcová, Valouchová, Liška a Kohout, 2012, s. 7).

Jedná se o jedno z nejčastěji se vyskytujících léčitelných neurologických onemocnění v populaci (Seidenberg, Berent, 2002). Globálně ve světě se počet lidí postižených epilepsií pohybuje kolem 50 milionů. Řada epileptiků ovšem není diagnostikována, takže počet epileptiků může být mnohem vyšší. V České republice epilepsie postihuje až 1 % populace. Nejvíce se projevuje v raném dětství a v adolescentním věku, poté až ve stáří. U tří čtvrtin populace postižené epilepsií se první epileptické záchvaty dostaví před dosažením 20 let věku (Kršek, 2010, s. 106). Do 15 let věku prožije epileptický záchvat pět dětí ze sta (Kršek, Brabcová, Valouchová, Liška a Kohout, 2012, s. 7).

Aktuálně se v České republice vyskytuje 100 000 lidí, které epilepsie postihuje. Vyspělé země ohlašují 24 až 53 diagnostikovaných epileptiků ze 100 000 epileptiků za rok (Stehlíková a Modrá, 2017, s. 2). Zde vidíme, že tato nemoc svými projevy děti často omezuje. Učitelé by měli být schopni těmto záchvatům předcházet. Pokud dojde k záchvatu, měli by vědět, jak při něm postupovat, aby zajistili bezpečí dítěte i okolí. Aby to vše zvládli, musí být učitelé s tématem epilepsie dobře seznámeni.

1.2 Historie epilepsie

Historické zmínky pochází z Chamurappiho babylonského zákoníku, který pochází z roku 1686 před Kristem. První zmínka o epileptickém záchvatu se objevila v Mezopotámii. Dochovaný klínopis, který byl datován do let 718 – 612 před Kristem, poprvé popisuje jeho projev. (Kršek, Brabcová, Valouchová, Liška a Kohout, 2012, s. 7).

Slovo epilepsie je však odvozeno z řeckého slova epilambanein. Význam tohoto slova se přibližuje ke slovům napadat nebo zachvátit. Epilepsie totiž v té době nebyla brána jako

onemocnění, ale spíše jako prokletí. Lidé věřili, že epileptik je člověk, kterého napadl nějaký zlý duch či démon. Pokud byl člověk v té době označen za posedlého, nikdo se o něj nezajímal, protože se věřilo, že ho démon posedl, protože žil špatný život. Neexistovala tedy žádná snaha o záchranu takového člověka, ani o zjištění příčiny, proč takový člověk trpí těmito záchvaty. Vše se skrylo pod náboženskou roušku.

Ani řecký lékař Hippokratés, který poprvé použil výraz epilepsie a který se na epilepsii díval jako na onemocnění, nedokázal lidem starověku vyvrátit tyto bludy. Lidé se od epileptiků odvraceli, vyhýbali se jim a báli se jich i ve středověku. Další lékaři, kteří popisovali v historii tuto chorobu, byli např. Aretaeus, Galén, Paracelsus a další. K obrácení pohledu na epilepsii došlo ovšem až v 17. století, kdy český lékař Jan Marek řekl, že epilepsii považuje za nemoc, kterou lze léčit. Lidé nahlíželi na epilepsii optimističtěji, avšak další vědecké zkoumání probíhalo až v 19. století. Historie epilepsie se táhne už čtyři tisíce let, ale moderní věda epileptologie se nachází teprve v začátcích (Fialová, 2011).

V roce 2008 založila Cassidy Megan, devítiletá dívka z Kanady s epilepsií, Purple Day. Purple Day vznikl z myšlenky samoty a izolace, kterou lidé trpící epileptickými záchvaty často cítí. Epileptici se často bojí o své nemoci mluvit kvůli předsudkům okolí. Symbol samoty představuje levandule, která má fialovou barvu. Fialová barva se tak stala mezinárodní barvou epilepsie. Purple Day se koná každoročně 26. března. Cílem se stalo úsilí o zvýšení povědomí o epilepsii po celém světě a zabránění strachu z takového onemocnění ze strany epileptiků i ostatních (Kuba, 2009).

1.3 Způsob vzniku epilepsie

Epilepsie vzniká v orgánu, který je centrem nervové soustavy, v mozku. Mozek řídí a organizuje naše tělo pomocí nervových buněk (neuronů), které si mezi sebou předávají elektrické impulzy. Ty dojdou k příslušnému svalu, který díky tomuto impulsu vykoná příslušný pohyb. U jedince, který trpí epilepsií, se tyto elektrické vzruchy přenášejí abnormálním způsobem. Vyskytují se příliš často, nebo jsou příliš synchronizované. Některé části mozku vykazují zvýšenou dráždivost. V mozku vzniknou výboje, které si lze představit jako bouřku. Tyto výboje mohou narušit a ovlivnit mozkové funkce, kterými jsou myšlení, paměť, hybnost, citlivost a smyslové vnímání. Na vyšetření EEG se tyto epileptické výboje ukazují v podobě klikatých ostrých čar. Na jedinci se tyto výboje

projeví v podobě epileptického záchvatu (Kršek, Brabcová, Valouchová, Liška a Kohout, 2012, s. 9).

1.4 Etiologie epilepsie

Odborníci nalézají stále více poznatků o epilepsii. Znají různorodé projevy této choroby, dokáží rozeznat druh záchvatu, umí tyto projevy kontrolovat, většinou i vyléčit. Získávají stále více vědomostí o patofyziologických mechanismech, které záchvat spouští. Nová klasifikace epileptických záchvatů a epilepsií ILAE z roku 2017 se ovšem stále opírá o příznaky a chování pacienta v průběhu záchvatu. Klasifikace ovšem nabízí nové druhy záchvatů díky rozpoznávání příslušného záchvatu podle jeho počátku, což se v klasifikaci ILAE z roku 1981 díky nedostatku poznatků nenacházelo (Marusič et al., 2018, s. 32).

Epilepsie se dříve dělila na tři typy podle příčiny vzniku tohoto onemocnění. Odborníci tehdy rozlišovali „Idiopatickou epilepsii“ vzniklou na genetickém základě, „Symptomatickou epilepsii“ způsobenou poškozením mozkové tkáně a nakonec „Kryptogenní epilepsii“, která se jen těžko odhaluje všemi dostupnými metodami (Kršek, Brabcová, Valouchová, Liška a Kohout, 2012, s. 10).

V současnosti se epilepsie podle nové klasifikace epileptických záchvatů a epilepsií ILAE z roku 2017 dělí na šest typů podle původu epilepsie.

Strukturální epilepsie představuje typ epilepsie vzniklý anatomickou odchylkou mozku. Poškození mozku může být způsobeno při porodu (perinatální poškození mozku), nádorovým onemocněním, úrazem hlavy, vrozenou vývojovou vadou mozku či různým degenerativním nebo cévním onemocněním apod. Epilepsie se ovšem může dostavit po dlouhé době (měsíce až roky) po vzniku poškození mozku. Zjistit původ epilepsie vyžaduje odborné zkušenosti, ale ani tak není snadné vysledovat souvislost vzniku prvního záchvatu s poškozením mozku před mnoha lety. Anatomickou odchylku mozku lékaři zaznamenají na magnetické resonanci, počítačové tomografii (CT) či jiném zobrazení mozku.

Genetická epilepsie se často spojuje s dědičností. Jako dědičnou nemoc epilepsii nazýváme tehdy, když se tato nemoc dědí sama o sobě. Nejde tedy pouze o vrozené dispozice k rozvoji epilepsie. Epilepsie se dokonce nemusí dědit přímo z rodiče na dítě. Samotné riziko předání epilepsie zdravých rodičů, tedy netrpících epilepsií, na dítě činí asi 2 %. Pokud má jeden z rodičů diagnostikovanou epilepsii, toto riziko se zvyšuje až na 5 %. Pokud mají epilepsii oba rodiče dítěte, riziko předání epilepsie vzroste na 10 –

15 %. Geneticky podmíněná epilepsie se „věkově váže“. Znamená to, že se tato nemoc v určitém věku objeví a v určitém věku může zmizet.

Infekční epilepsie vzniká jako následek prodělaného zánětu mozku. Takovým zánětem může být zápal mozkových blan, tzv. meningitida, nebo zánět, který postihuje mozkovou tkáň, tzv. encefalitida.

Autoimunitní epilepsii způsobuje porucha imunitního systému. V tomto případě imunitní systém nebojuje proti bakteriím či virům, jako je tomu při infekčním onemocnění, ale zbrojí proti vlastnímu organismu. Příkladem takového onemocnění může být „Rasmussenova encefalitida“ či limbická encefalitida.

Metabolická epilepsie se týká různých forem dědičných metabolických poruch v dětském věku. Většinou se jedná o vzácné nemoci.

Epilepsie neznámého původu se diagnostikují i v současnosti. Ačkoliv v dnešní době lékařství disponuje kvalitními přístroji, různými vyšetřovacími metodami i zkušenými odborníky, stále se nezdá objevují případy, kdy ani po všech dostupných vyšetřeních odborný lékař nedokáže přijít na původ epilepsie či konkrétní případ epilepsie zařadit do určité skupiny. Avšak také epilepsie s neznámým původem lze léčit stejným způsobem jako kterýkoliv jiný druh epilepsie a dokonce existuje reálná možnost úplného vyléčení (Stehlíková a Modrá, 2017, s. 16 – 18).

1.5 Typy epileptických záchvatů a jejich projevy

Epileptický záchvat se projevuje jako porucha vnímání nebo chování (Vojtěch, 2010, s. 5). Může jít o ztrátu vědomí, škubavé pohyby končetin, či „pouhá“ ztráta pozornosti a neschopnost reakce. Záchvat vzniká velmi náhle. Jen dobrý znalec jej dokáže předvídat, ale dá se odpozorovat z chování epileptika. Měří se většinou na sekundy až minuty. Déle trvá jen velice vzácně. Kde a jakým způsobem se epileptický záchvat projeví, závisí zejména na oblasti mozkové kůry, kde vznikla abnormální aktivita přenosu vzruchů a zároveň, do jakých částí mozku se rozšířila.

Existuje různorodé rozdělení epileptických záchvatů. Každý odborník pohlíží na tyto záchvaty jiným pohledem (Kršek, 2010, s. 106). Pro text této diplomové práce použiji aktualizovaný klasifikační systém ILAE z roku 2017, který vychází z nejrozšířenějšího klasifikačního systému rozdělení epileptických záchvatů, který v roce 1981 navrhla Mezinárodní liga proti epilepsii. Tento klasifikační systém postupně upravují odborní lékaři a doplňují jej o nově zjištěné informace (Marusič et al., 2018, s. 32). Někteří

odborníci tento systém nepovažují za optimální, ale ani Seismologický systém z roku 1998 není dosti přesný. Důvodem je jistě mnoho faktorů, které musí odborník do tohoto systému zahrnout, ale také nejistota a neznalost všech příčin vzniku epilepsie. Je jisté, že do tohoto systému nelze zahrnout děti do 2-3 let věku, jelikož jejich projevy se od starších jedinců naprosto odlišují (Kršek, 2010, s. 107). Tento klasifikační systém rozděluje epileptické záchvaty podle ložiska, kde epileptický záchvat vzniká, způsobu poškození tkáně mozkové a také doby, po kterou epileptický záchvat trvá.

Fokální (parciální, ložiskové) záchvaty začínají v části jedné mozkové hemisféry, v tzv. ložisku. V mozku funguje obranný systém, který kontroluje epileptické ložisko. Tuto obranu poskytuje „inhibiční“ lem okolní mozkové tkáně a zabraňuje šíření epileptické aktivity do dalších oblastí mozkové tkáně. Pokud tato obrana selže, nastává epileptický záchvat, který se šíří mozkovou tkání, narušuje jeho normální funkci a projeví se i navenek (Kršek, Brabcová, Valouchová, Liška a Kohout, 2012, s. 12).

Fokální záchvat bez poruchy vědomí byl dříve v klasifikačním systému ILAE z roku 1981 nazýván jako jednoduchý (simplexní) parciální záchvat. Epileptik při tomto záchvatu zůstává při plném vědomí. Pacient je tedy schopen vnímat své okolí a adekvátně reagovat na podněty z okolí. Tento záchvat se projevuje různými způsoby. Na pacientovi se mohou projevovat motorické, neboli hybné příznaky, ale není to zcela pravidlem. Mezi motorické příznaky odborníci zařazují křeče jedné či více svalových skupin jedné poloviny těla. Odborníci rozlišují pro případ epilepsie hned několik druhů křečí.

Tonické křeče způsobují napnutí některých svalových skupin. **Klonické křeče** se projevují jako opakované rytmické záškuby. **Myoklonie**, oproti klonickým křečím, vyvolává jednotlivé či nepravidelné záškuby. Posledním vysledovaným druhem křeče je **spasma**. Jako spasmu odborníci označují krátké svalové záškuby, které jsou nejvíce zřetelné a pozorovatelné na svalstvu šíje a trupu. Mezi motorické projevy záchvatů ovšem patří také ochabnutí svalového napětí. Odborníci je nazývají jako **atonické záchvaty**, které se projevují poklesem hlavy, podklesnutím kolenou či dokonce nekontrolovatelným pádem k zemi.

Jako další motorické projevy odborníci označují opakované neúčelné pohyby, tzv. **automatismy**, které jsou na pohled velmi zvláštní. Zvláště u hyperkinetických záchvatů pozorujeme „divoké“ pohyby všech čtyř končetin, které epileptik často doprovází výrazným křikem. Fokální záchvaty někdy doprovází autonomní (vegetativní) příznaky. V těchto případech epileptik zvrací, slintá, rudne v obličeji, má rozšířené zornice a jeho srdeční aktivita se mění.

Kognitivní příznaky představují narušení vyšších nervových funkcí, mezi které patří např. řeč, prostorová orientace a paměť. Emoční příznaky se na epileptikovi projevují pocitem strachu nebo úzkosti, ale mohou se projevit náhlým ukončením probíhající činnosti epileptika. Mezi senzorické příznaky patří poruchy smyslového vnímání (Marusič et al., 2018, s. 33). Epileptik pak prožívá různé pocity, které se v realitě ovšem nedějí. Může se mu zdát, že vidí světelné záblesky, slyší různé zvuky, cítí zápach či vůni, nebo má psychické poruchy prožívání, kdy jedinec prožívá iluze, halucinace, deprese, cítí strach, úzkost, lhostejnost či slast.

Mezi tělesné příznaky patří např. **parestezie**, která se projevuje jako pocit pálení, píchání či necitlivost některé části těla. Většinou se tyto příznaky různě kombinují. Všechny tyto příznaky si lze snadno splést s příznaky jiných poruch mozku, např. cévní, nádorové, degenerativní (Vojtěch, 2010, s. 8). Po motorickém parciálním záchvatu může dojít k pozáchvatovému ochrnutí části těla, která byla postižena, k tzv. **Toddově pozáchvatové paréze**. Ta může trvat po dobu několika minut až hodin (Kršek, 2010, s. 107).

Záchvaty s porušeným vědomím, dříve označované jako komplexní parciální záchvaty, se vyskytují nejčastěji. Epileptik se při tomto záchvatu dostává do částečného či úplného stavu bezvědomí. Při takovém záchvatu epileptik není schopen v dané situaci adekvátně reagovat na okolí. Neuvědomuje si, co právě dělá, a většinou si záchvat ani nepamatuje (Marusič et al., 2018, s. 33).

Během tohoto záchvatu či po něm provádí epileptik tzv. automatizované chování, které se projevuje např. olizováním, žvýkáním, polykáním, bezcílnou chůzí, opakovaným prováděním činnosti před záchvatem, manipulací s předměty, částí oděvu či těla. Epileptik může reagovat na podněty z okolí způsobem, který není běžný. Někteří epileptici dokáží záchvat předvídat, protože před záchvatem cítí „**auru**“.

Epileptik prožívá záchvat při plném vědomí (jednoduchý záchvat), který postupně přechází do bezvědomí (komplexního záchvatu). Na začátku jednoduchého záchvatu jedinec prožívá vnitřní smyslový vjem v podobě nějaké vůně, barvy, zvuku (pískání v uších), záblesku, brnění či mravenčení. Přibližně po 20 minutách může nastoupit i migréna (Vojtěch, 2010, s. 8).

Fokální záchvat přecházející do oboustranného tonicko – klonického záchvatu, dříve označovaný jako druhotně generalizovaný záchvat (generalizovaný tonicko – klonický záchvat, grandmal), se pokládá za horší typ záchvatu. Tento typ záchvatu vzniká jen v určité části mozku, ale brzy se rozšiřuje do dalších oblastí mozku, což způsobí

záchvat s oboustrannými tonicko-klonickými křečemi a poruchou vědomí (Marusič et al., 2018, s. 33).

Generalizované záchvaty vznikají současně v obou mozkových hemisférách, avšak ložiskem nemusí být celý mozek (Kršek, 2010, s. 107). Epileptik vědomí ztrácí hned na začátku záchvatu. Křeče, pokud jsou, se projevují na celém těle (Vojtěch, 2010, s. 8). Také generalizované záchvaty se někdy nevyhnou motorickým projevům popsaných výše (tonické, klonické, tonicko – klonické, myoklonické, atonické záchvaty a spasmy). Z tohoto poznatku lze usoudit, že fokální i generalizované záchvaty prokazují totožné projevy, ale liší se počátkem záchvatu. Někdy se generalizované záchvaty bez motorických projevů obejdou. Takové záchvaty odborníci označují jako absenci (Marusič et al., 2018, s. 34).

Absence vzniká náhle a trvá krátce. Stav bezvědomí je tak krátký, že aura nestihne vůbec vzniknout. Pohyby těla se projevují nenápadně. Lze si všimnout jemných záškubů víček, pomrkávání (myoklonie očních víček) a rytmických záškubů mimického svalstva v obličeji či záškubů končetin (myoklonické absence) způsobených klonickými křečemi (Kršek, 2010, s. 107). Tyto krátké výpadky vědomí se většinou projevují strnulým výrazem v obličeji. Epileptik „sní“ s otevřenými očima. Takový stav může připomínat chvilkové zakoukání. Při odeznění záchvatu se okamžitě dostaví plné vědomí a epileptik si často vůbec nic nepamatuje, dokonce si neuvědomuje, že záchvat proběhl. Tyto záchvaty se těžko rozpoznávají díky nenápadnému průběhu a krátkému trvání. K jejich diagnostice dochází až po nějaké době po vyšetření odborníkem (Marusič et al., 2018, s. 34).

Epileptické záchvaty s neznámým začátkem jsou záchvaty, u kterých ani odborníci nedokážou podle klinického projevu určit, zda jde o fokální či generalizovaný záchvat, tedy nedokáží určit počátek záchvatu. Tyto záchvaty se nedají zařadit do určité skupiny, jejich typ je neznámý. Proto jsou tyto záchvaty neklasifikované. Nejčastěji se tyto záchvaty vyskytují u novorozenců a kojenců a projevují se různými křečemi (Marusič et al., 2018, s. 34).

1.6 Příčiny vzniku a prevence epileptického záchvatu

O původu epilepsie jsem se zmiňovala již v kapitole Etiologie epilepsie. Kolem nás však existuje mnoho rizikových faktorů, které epileptický záchvat mohou vyvolat. Odborníci uvádějí, že nejčastějším faktorem, který způsobuje vznik epileptického záchvatu, bývá spánková deprivace. Nedostatek spánku ovlivňuje normální běh mozku

a tím zvyšuje pravděpodobnost vzniku záchvatu. Proto se epileptikům doporučuje dodržovat spánkový režim. Zejména u dětí je důležité ohlídat, aby spaly dostatečně a pravidelně. Měli bychom ovšem respektovat jejich čas spánku a bdění a nenarušovat jejich rytmus. Každé dítě se odlišuje v potřebách odpočinku. Je potřeba jejich způsoby pozorovat a dát jim prostor k vykonávání jejich potřeb.

Lékaři epileptikům nezakazují konzumovat vybrané potraviny či nápoje, ale výrazně doporučují omezit požívání nápojů obsahujících kofein, energetické a kolové nápoje a silný černý čaj, hlavně několik hodin před spaním z důvodu vlivu na spánek. Vyhnou se tak již zmiňované únavě. Dále se výrazně nedoporučuje konzumovat alkohol, protože při „kocovině“, tedy v momentě, kdy v krvi klesne hladina ethanolu, se pravděpodobnost záchvatu výrazně zvýší. Odborníci zatím neurčili jaké promile alkoholu v krvi je pro epileptiky hraniční, protože alkohol na každého člověka působí jiným způsobem. Epileptici by se měli vyhýbat i užívání drog, protože vše, co vyvolává změny v kůře mozkové, může u epileptika vyvolat záchvat.

Předpokladem pro vznik epilepsie se stávají často imunitní změny. Proto odborníci doporučují rodičům ohlídat, aby děti nebyly očkovány v době, kdy trpí jakýmkoli infekčním onemocněním. Hrozbou mohou být i základní choroby jako je chřipka či průjem s horečkou. Rodiče by měli být ostražití hlavně u dětí s opožděným psychomotorickým vývojem. Mezi specifické vnější faktory vyvolávající epileptické záchvaty patří počítačové hry či různá videa. Většinou se tak stává díky změnám kontrastu světla a tmy, různému blikání apod. (Stehlíková a Modrá, 2017, s. 11).

Blikající světlo působí na fotosenzitivní osoby jako „stroboskopický efekt“ a vyvolává záchvat většinou při frekvenci 15 – 20 Hz. Takové osoby by měly chodit v doprovodu na diskotéky s disco koulí, při jízdě v autě atd., aby při případném záchvatu byl někdo u nich a mohl poskytnout první pomoc (Kršek, Brabcová, Valouchová, Liška a Kohout, 2012, s. 13).

Vnější faktory však podněcují k „reflexnímu záchvatu“ jen ve 3 % případů. Přesto se však doporučuje dodržovat osobám s epilepsií i zdravým jedincům určitá bezpečnostní pravidla. Zejména při práci u počítače by měl každý dodržovat dostatečnou vzdálenost od obrazovky, dívat se za dostatečného osvětlení a dodržovat určitou dobu užívání počítače. Zejména děti při hraní na počítači by měly dodržovat určitou dobu pobytu u počítače (1 hodina užívání počítače = 15 minut odpočinku). Každý člověk by měl vždy s ohledem na své zdraví přestat užívat počítač v momentě, kdy začíná pociťovat únavu (Stehlíková a Modrá, 2017, s. 11).

K epileptickému záchvatu skoro jistě dojde při vynechání pravidelné medikace či jejímu zvýšení bez vědomí lékaře. Každý člověk trpící epilepsií by měl dodržovat medikaci přesně tak, jak mu ji lékař určil. Braní antiepileptik by se mělo pro lidi s epilepsií stát denním rituálem stejně jako například čištění zubů.

Vyvolat epileptický záchvat mohou i emoce či stres. Nejčastější emocí, která působí jako rizikový faktor, bývá strach z neúspěchu (ve škole, v práci). Někdy i pozitivní emoce, např. těšení se na něco, může vyprovokovat epileptický záchvat (Kršek, Brabcová, Valouchová, Liška a Kohout, 2012, s. 13).

Obecně pro předcházení různým onemocněním je důležitá správná životospráva, komunikace s lékařem a pravidelná lékařská prohlídka.

1.7 První pomoc při epileptickém záchvatu v prostředí školy

V předešlých kapitolách jsem popisovala různé druhy epileptických záchvatů, které se projevují odlišnými způsoby. Každý takový záchvat vyžaduje různorodou první pomoc podle typu záchvatu. Většina pedagogů bez lékařského vzdělání však nedokáže okamžitě určit, o jaký typ záchvatu se jedná. V momentě, kdy záchvat nastupuje, musí učitel rychle jednat. Proto se doporučuje řídit se podle osvědčených sedmi pravidel, která fungují na jakýkoli typ záchvatu. Navíc zasahující učitel nic nezkazí i v případě poskytování první pomoci u záchvatu neepileptického. Epileptickému záchvatu se může podobat např. hypoglykemický šok. Pedagogové by měli tato pravidla znát a ovládat, protože se ve třídách děti s epilepsií již běžně vyskytují.

1.7.1 Pravidla první pomoci při epileptickém záchvatu ve škole

1. Klid a rozvaha je vždy klíčová. Pomáhá zasahujícímu učiteli dobře promyslet následující kroky a dodává ostatním přítomným pozorujícím jistotu, že postižený se ocitl v dobrých rukou a není třeba panikařit. Především však dodává postiženému dítěti pocit důvěry, že vše dobře dopadne. Pokud dokážeme odbourat stres ve třídě, záchvat ustoupí díky klidu rychleji.

2. Bezpečné místo hraje zásadní roli v bezpečí dítěte s epilepsií. Pokud předpokládáme, že záchvat začne či počíná, položíme dítě trpící epilepsií na zem a odstraníme všechny předměty, o které by se mohl dotýčný poranit (židle, lavice,...). Pokud již záchvat začal a dotýčný leží, odstraníme nebezpečné předměty, případně postiženého opatrně odsuneme

na vhodnější a bezpečnější místo. Postiženému podložíme hlavu měkkým materiálem (polštářem, oděvem) a uvolníme mu oblečení kolem krku, aby mohl volně dýchat.

3. Neomezovat záchvat žádným způsobem! Učitel se nesmí pokoušet záchvat zastavit, nesmí bránit ani probíhajícím křečím. Učitel se nesmí snažit ani násilně zadržovat končetiny při záškubech. Ani ústa učitel, ani nikdo jiný, neotvírá a do úst postiženého dítěte nic nevkládá ani za účelem zabránění překousnutí jazyka, protože v křeči by nás postižené dítě mohlo ohrozit stiskem svých čelistí. Dokonce ani vodu nepodává učitel k pití, protože by dítě v křečích, které není při záchvatu schopné polykat, udusil (Stehlíková a Modrá, 2017, s. 8). Pokud dítě začíná promodrávat, znamená to, že trpí křečemi dýchacích cest. Není třeba dýchací cesty uvolňovat, kromě podložení hlavy, protože jsou zcela jistě volné. Dýchání se obnoví spontánně v momentě, kdy záchvat ustoupí. Zpravidla to bývá několik málo minut. (Kršek, Brabcová, Valouchová, Liška a Kohout, 2012, s. 16).

4. Bezpečná poloha zabraňuje udušení při záchvatu a pomáhá předejít zraněním ze záškubů. Postiženého uložíme do „zotavovací“ polohy, dříve nazývané jako „základní stabilizovaná poloha“, pokud stav nevědomí setrvává delší dobu či pokud dotyčný zvrací. Zabráníme tak vdechnutí zvratků. Pokud dotyčný „jen“ sliní, otočíme mu hlavu, aby nevdechl sliny.

5. Čas záchvatu podává důležitou informaci nejen ošetřujícímu lékaři, ale i zasahujícímu při záchvatu. Pokud záchvat trvá déle než pět minut, může ohrožovat život a zasahující učitel musí okamžitě přivolat záchrannou službu. Proto je důležité, pokud to lze, zjistit čas vzniku záchvatu a sledovat dobu, po kterou záchvat trval, případně zvláště sledovat čas poruchy vědomí.

6. Dýchá? Tuto otázku si učitel musí položit ihned po ustoupení záchvatu. Učitel musí zkontrolovat, zda se dech spontánně obnovil. Pokud se tak nestalo, zahájí resuscitaci a přivolá ambulanční službu. Dále kontroluje, zda postižený nabývá plného vědomí.

7. Po skončení záchvatu, pokud postižené dítě pravidelně dýchá, učitel uloží toto dítě do zotavovací polohy na bok, přikryje ho dekou a čeká s ním, dokud se zcela neprobere. (Stehlíková, Modrá, 2017, s. 8). Poté dohlídne na to, aby si dotyčné dítě mohlo v klidu odpočinout nebo se vyspat, protože epileptický záchvat, zejména díky křečím, dítě rychle unaví a vyčerpá. O každém záchvatu, které dítě prodělalo, musí učitel rodiče vždy informovat, aby mohli informovat ošetřujícího neurologa a záchvat zaznamenat do záchvatového kalendáře. Pokud nedošlo během záchvatu k poranění či k jiným

komplikacím, není vždy nutné volat záchrannou službu (Kršek, Brabcová, Valouchová, Liška a Kohout, 2012, s. 17).

1.7.2 Kdy volat rychlou záchrannou službu?

Přivoláním RZS v případě záchvatu učitel nikdy nemůže udělat chybu. Pokud si učitel není jistý, zda bude dítě po prodělaném záchvatu v pořádku, zda vše provedl správně, přivolaná RZS ho jistě uklidní a postižené dítě dosáhne nejlepší lékařské péče. Učitel pak navíc drží v rukou patřičný důkaz, že pro zdraví dítěte učinil maximum. Existují však jen tři případy, u kterých je přímo nutné v případě epileptického záchvatu přivolat RZS.

- 1) Dotyčné dítě prodělalo záchvat poprvé! Také v případě, kdy učitel neví, zda se u tohoto žáka diagnostikovala epilepsie. Ve škole se může stát, že žák trpí epilepsií, ale učitel se to dozví až ve chvíli, kdy se stane svědkem jeho záchvatu. Rodiče totiž nemají povinnost tuto skutečnost škole oznámit;
- 2) Během záchvatu došlo u dítěte s epilepsií k poranění jakéhokoliv rázu. Nejčastějšími poraněními u těchto záchvatů bývá poranění hlavy, pokousání jazyka apod. v důsledku křečí;
- 3) Doba probíhajícího záchvatu přesahuje 5 minut či záchvaty přechází jeden v druhý bez probrání do plného vědomí. Záchvat začíná ohrožovat život a ze záchvatu se stává „**status epilepticus**“ (Kršek, Brabcová, Valouchová, Liška a Kohout, 2012, s. 17).

Epileptický status, neboli „status epilepticus“, se definuje jako dlouhotrvající, neodeznívající záchvat či série záchvatů bez nabytí vědomí mezi nimi. Bez rychlé pomoci může takový záchvat skončit v krajním případě i smrtí (Stehlíková a Modrá, 2017, s. 10).

1.8 Léčba epilepsie

Již jsem se v předchozích kapitolách zmiňovala o jisté změně přístupu k životu, která zahrnuje úpravu životosprávy a omezení v určitých činnostech. Zejména sem patří dodržování pravidelného rytmu spánků – bdění, vyhýbání se alkoholu a všech látek, které ovlivňují funkci mozku. Člověk trpící epilepsií by se měl vyvarovat i nadměrné fyzické i psychické zátěži a být ostražitý u sportů, při kterých hrozí pád či jiné život ohrožující nebezpečí (horolezectví, šplhání, gymnastika, plavání...). Avšak při použití ochranných

pomůcek a hlavně za přítomnosti někoho dospělého není potřeba se přímo vyhýbat jakémukoliv sportu (Kršek, Brabcová, Valouchová, Liška a Kohout, 2012, s. 14).

Lékaři doporučují dodržovat pitný režim, vést si poctivě záchvatový kalendář, brát pravidelně léky (nosit je vždy při sobě pro případ záchrany) a upravit prostředí, ve kterém se člověk s epilepsií nejčastěji pohybuje. Především u dětí bychom měli dbát na to, aby u sebe nosily kontakt na osobu blízkou (zákonného zástupce) a na ošetřujícího lékaře (Stehlíková a Modrá, 2017, s. 22).

Kromě těchto „režimových opatření“, kdy se jedinec snaží dlouhodobě přizpůsobit tak, aby se vyvaroval nebezpečí či aspoň omezil rizikové faktory, které by mohly vyprovokovat vznik epileptického záchvatu, existují i jiné prostředky, které pomáhají s léčbou epilepsie. Jako nejúčinnější prostředek, který člověka s epilepsií udržuje pro normální aktivitu bez záchvatů, se považuje farmakologická léčba. Léky, které člověk trpící epilepsií užívá, se nazývají „antiepileptika“. Antiepileptika slouží ke snížení zvýšené dráždivosti nervových buněk v mozku a napomáhají jeho normální funkci. Aktuálně existuje mnoho různých druhů antiepileptik, která se mohou podávat jednotlivě či různě kombinovat. Antiepileptika předepisuje specializovaný lékař (neurolog, epileptolog) individuálně pro každého člověka s epilepsií podle jeho specifických potřeb (typu epilepsie,...) a váhy. Zároveň určí i denní dávkování, které bývá většinou 2 – 3 x denně.

U dítěte školního věku to může znamenat, že nad odpoledním užitím léků převezme kontrolu pedagog na požádání rodičů. Účinek léku se dostaví až v momentě, kdy se dávka navýší do „terapeutické hladiny“. Lék v tomto případě zamezí vzniku záchvatu či zmírní jeho projevy, nebo alespoň sníží počet záchvatů. Někdy odborníkovi trvá delší dobu, než nalezne pro svého pacienta správný lék a jemu vyhovující míru dávkování. V období experimentování, kdy se testuje, zda předepsaný lék s konkrétním dávkováním vyhovuje, může člověk s epilepsií prožívat vedlejší účinky léků. Vedlejší účinky omezují výkon dítěte ve škole (Stehlíková a Modrá, 2017, s. 22 - 23).

1.8.1 Léky

Musíme si uvědomit, že antiepileptika epilepsii neléčí, jen snižují riziko vzniku epileptického záchvatu. Epileptik by je proto neměl nikdy sám vysazovat. O ukončení léčby smí rozhodnout pouze ošetřující lékař, který je se stavem pacienta s epilepsií dobře seznámen (Stehlíková a Modrá, 2017, s. 24). Pro případnou záchranu při epileptickém

záchvatu by měl mít každý epileptik vždy u sebe svá antiepileptika, či jeden z těchto dvou léků, která okamžitě zastavují probíhající záchvat.

Rektální diazepam se podává zejména u osob, které trpí generalizovaným tonicko-klonickým záchvatem. Člověk s epilepsií si tento lék může aplikovat již při pocitu aury, která předpovídá záchvat. Lék zabírá ihned po podání. Vstřebává se sliznicí konečníku a rychle působí proti křečím. Lék předepisuje neurolog či praktický lékař. Diazepam hradí částečně zdravotní pojišťovna. Každý člověk, který trpí epilepsií, by ho měl nosit při ruce, proto někdy zachraňujícímu postačí aplikovat diazepam do konečníku a sledovat stav dotyčného.

Bukální midazolam zatím není hrazen zdravotní pojišťovnou. Lékař může tento lék předepsat „na mimořádný dovoz“. Tento lék se užívá orálně, což vyhovuje zvláště adolescentům a dospělým. Při záchraně podáním léku rektálně se lidé s epilepsií cítí trapně a nepříjemně. Bukální midazolam tento problém vyřeší. Navíc zabírá stejně jako diazepam (Stehlíková a Modrá, 2017, s. 9).

1.8.2 Vedlejší účinky antiepileptik

Zavádění medikace či její změny mohou vyvolat nežádoucí účinky. V některých případech může docházet ke kognitivní dysfunkci, která se projevuje jako porucha paměti či pozornosti. Některé léky mohou ovlivňovat řečové funkce. Léky mohou ovlivňovat i psychiku pacienta. Zejména proměňují jeho osobnost. Takový člověk s epilepsií se pak může projevovat hyperaktivně, agresivně, nebo naopak jako utlumený, nekomunikativní jedinec. V krajnosti se může dostat do depresivních stavů či psychózy. Léky nezřídka hýbají i tělesnou vahou pacienta (Schmitz 2006 in Buršíková 2018, s. 23).

Hlavně děti se ve škole v důsledku nevhodné medikace často projevují jiným způsobem než obvykle. Mohou být ospalé, unavené, apatické. Často nedokáží udržet pozornost a tempo dění ve třídě. Pomalu reagují, žijí ve svém světě. Jiné děti zas naopak překypují nadměrnou aktivitou, nedokáží u ničeho vydržet, jsou roztěkané. Léky ovlivňují i schopnost plánovat, organizovat činnost, spolupracovat v týmu. Většinou pak tyto děti trpí výchovnými problémy a velmi často i výrazně horším prospěchem. Proto je velmi důležitá úzká spolupráce a komunikace s rodiči a následný individuální přístup učitele ve způsobu vyučování i známkování takového žáka (Kršek, Brabcová, Valouchová, Liška a Kohout, 2012, s. 14).

1.8.3 Léčba farmakorezistentních pacientů epilepsie

Mezi všemi diagnostikovanými epileptiky se nachází 25 % epileptiků, na které farmakologická léčba nezabírá. Epileptické záchvaty se u těchto jedinců stále objevují a nedaří se je potlačit. Nefungují ani kombinace léků, všechny pokusy selhávají. Tato skupina pacientů pak podstoupí vyšetření pod odbornými lékaři epileptology ve specializovaných epileptologických centrech. Poté odborníci rozhodnou o alternativní léčbě (Stehlíková a Modrá, 2017, s. 25).

Chirurgická léčba epilepsie, také nazývaná epileptochirurgie, může být jednou z možností pro tak závažné případy. Mohou ji však podstoupit pouze pacienti, kteří splňují daná kritéria.

Mezi tato kritéria patří:

- Pacient je rezistentní vůči léčbě antiepileptiky;
- U pacienta se při potlačení záchvatů očekává zvýšená kvalita života;
- Očekávaný přínos operace převyšuje možná rizika zákroku;
- Pacient či jeho zákonný zástupce souhlasí se zákrokem, jeho motivace je pozitivní.

(Marusič et al., 2018, s. 30)

Vhodných dětských kandidátů pro takovýto zákrok je ovšem jen 5 – 10 %. Většinu pacientů motivuje pro takovýto zákrok možná výhoda, že odstraněním epileptogenní zóny v mozku se pro ně epilepsie navždy vyřeší. S ložiskem, který záchvaty spouští, vymizí i samotné záchvaty. Navíc podle sledovaných případů dětí po takovém zákroku lze říci, že 60 – 70 % pacientů, kteří tento zákrok podstoupili, se zcela vyléčili (Stehlíková a Modrá, 2017, s. 26).

Stimulace bloudivého nervu se používá u pacientů, kteří z různých důvodů nemohli podstoupit epileptochirurgii. Takovým pacientům se vloží pod levou klíční kost pod kůži vagový stimulátor, který pravidelně vysílá do mozku elektrické signály.

Ketogenní dieta se užívá u dětí, u kterých léky nezabírají dostatečně. Tato léčebná metoda spočívá v příjmu jiného složení potravin. Při této dietě pacient přijímá vysoký obsah tuků, nízký obsah cukrů a dostatečný obsah bílkovin. Vyhýbá se či vůbec nepřijímá brambory, rýži, těstoviny, kuskus, obilniny a pečivo. Omezuje potraviny obsahující cukr či přezrálé ovoce. Doporučuje se přijímat maso, mléko, sýry, jogurty, tvaroh, vejce, ryby

a zeleninu. K dietě patří i dodržování pitného režimu neslazených nápojů. Pokud dieta pacientovi vyhovuje, může ji dodržovat až dva roky (Stehlíková a Modrá, 2017, s. 27).

2 STUDIE VĚNUJÍCÍ SE PROBLEMATICE ZNALOSTÍ, POSTOJŮ A SEBEDŮVĚRY UČITELE V PŘÍSTUPU K ŽÁKŮM S EPILEPSIÍ

Odborníci vysvětlují pojem znalost (vědění) jako zdůvodněné pravdivé přesvědčení. V České terminologické databázi knihovnictví a informační vědy nalezneme také definici, která tvrdí, že znalost znamená strukturovaný souhrn poznatků a zkušeností, které spolu vzájemně souvisejí a týkají se určité oblasti. Tyto znalosti se získávají praxí či studiem (Katuščák, Matthaidesová & Nováková, 1998, s. 320).

Pojmem postoj rozumíme soubor myšlenek a přesvědčení, která si konstruujeme vůči nějakým konkrétním věcem či jevům v okolním světě. Postoj, který k věci či člověku zaujmeme, výrazně ovlivňuje naše chování vůči této věci či osobě (Výrost a Slaměník, 2008).

Z těchto definic znalosti a postoje jasně vidíme, že o tom, jaký zaujmeme postoj vůči osobě s epilepsií, rozhodují naše znalosti o epilepsii a také případné zkušenosti, které s těmito osobami získáme. Pokud bude učitel o epilepsii dobře informován, získá znalosti o této nemoci, nebude ovlivněn přesvědčeními, která by si o epilepsii z různých fám z veřejnosti osvojil, ale bude si jist fakty. Tato znalost dá učiteli jistotu, že epileptický žák je stejný jako každý jiný, musí však dodržovat určité zásady jako je pravidelné brání léků. Takový učitel získá díky jistotě svých znalostí kladný postoj k epileptickému žáku a navíc získá i sebedůvěru v jednání s ním a bude si jist, že takového žáka dokáže do třídy snadno zařadit, vyučovat ho a v případě potřeby mu poskytnout první pomoc.

Pojem sebedůvěra se vysvětluje v Hartlově psychologickém slovníku jako kladný postoj člověka k sobě samému, ke svým možnostem a výkonnosti. Sebedůvěru lze posilovat zadáváním přiměřeně obtížných úkolů, např. povzbuzováním a pochvalou, naopak snižovat zadáváním příliš obtížných úkolů, např. přehnaným napomínáním, trestáním, zesměšňováním, nespravedlivým hodnocením apod. Sebedůvěra se vyvíjí v průběhu našeho života a závisí na úspěšných zkušenostech (Hartl a Hartlová, 2000, s. 523).

Z této definice o sebedůvěře vyplývá, že naši sebedůvěru ovlivňuje pocit úspěchu. Potvrzuje to naši předchozí domněnku, že způsob, jakým se učitel bude chovat k žákovi s epilepsií, závisí na jistotě, kterou čerpá ze znalostí a zkušeností, které následně ovlivňují jeho postoj k takovému žákovi. Konečně, pokud získá pocit dobré informovanosti o epilepsii a kladný postoj k žákovi s epilepsií, získá i pocit úspěchu a tím i klid a pocit sebedůvěry, že zvládne jakoukoliv situaci ve třídě i s takovýmto žákem, i kdyby měl

zasahovat při epileptickém záchvatu či vysvětlovat třídě nastalou situaci. Zde vidíme, že tyto tři pojmy spolu velmi úzce souvisejí a proto je velice důležité pracovat s učiteli ne jen na znalostech, ale dbát na získání všech těchto rovin, aby učitelé mohli být svým žákům dobrou oporou a svou sebedůvěrou dávat i jim pocit bezpečí.

Studii zaměřených na téma problematiky znalostí a postojů učitele k žákům s epilepsií existuje po celém světě již celá řada. První takové studie zaznamenáváme v roce 1992 ve Spojeném království. Odborníci se touto problematikou zabývají tedy téměř 30 let. V mezinárodních časopisech, které nalezneme na Web of Science, se touto problematikou zabývají mnozí odborníci, kteří do roku 2012 publikovali okolo 20 odborných článků na toto téma.

V roce 2012 začali odborníci pracovat na přehledové studii, která by toto téma obsáhla. Výzkumníci srovnávali rozdíly ve znalostech a postojích k epilepsii v zemích, jejichž ekonomické a sociokulturní podmínky jsou rámcově srovnatelné. Studie pak roztřídili do různých kategorií podle regionu, v jakém studie proběhla. Zabývaly se těmito regiony: Evropské země, Severní Amerika, Jižní Amerika, Afrika, Blízký východ a Asie. Zvlášť se pak zabývali Českou republikou. Tento přehled tým odborníků zpracoval z již existujících studií od roku 1992 do roku 2012. Pro přehled v českém prostředí tým zvolil cestu vlastního výzkumu, který provedli v roce 2012. K vlastnímu výzkumu samozřejmě dodali i informace z předešlých studií jiných autorů. První taková studie v českém prostředí se datuje již k roku 1975. (Brabcová, 2013, s. 53).

V mé diplomové práci nejdříve shrnu informace z přehledu, který sestavili tito odborníci a publikovali jej v odborných časopisech (Seizure, 2012). Většina informací se však komplexně nachází v disertační práci doc. Mgr. Dany Buršíkové (Brabcové), Ph.D. Poté se pokusím navázat na tyto informace a vytvořit přehled znalostí a postojů k epilepsii ve světě a v českém prostředí od roku 2013 do roku 2017 z výzkumů, které v tomto období proběhly.

2.1 Přehled studií ze zahraničí

2.1.1 Studie z období 1992 – 2012

Evropské země

Ve Spojeném království proběhla v roce 1992 první studie věnovaná otázce epilepsie. Tato práce ukázala, že většina učitelů v této zemi byla svědkem epileptického záchvatu,

nebo učila epileptické dítě. Také díky této zkušenosti většina učitelů pokládá tyto děti za schopné běžné výuky. Studie prokázaly, že učitelé Spojeného království jsou dobře obeznámeni s touto problematikou, ale sami své znalosti nepovažují za dostatečné.

Chorvatské výzkumy v roce 2003 ukázaly, že postoje učitelů k epileptickým dětem dosahují převážně pozitivních hodnot. Učitelé se cítí sebejistě při výuce těchto žáků a pokládají epileptické žáky za dobře edukovatelné. Učitelé v Chorvatsku by rádi získali více informací o této nemoci. Studie ukazují, že většina učitelů nedostává dostatečné informace od rodičů žáků trpících epilepsií.

Také Řecko dosahuje pozitivních hodnot. Jen v otázce první pomoci řečtí učitelé pokulhávají.

Italské výzkumy z roku 2011 ukazují, že italští učitelé považují epilepsii za nemoc, která ovlivňuje psychiku a chování dítěte a zhoršuje jeho výsledky ve škole. Většina také uvádí, že nedokáže řešit epileptický záchvat.

V evropských zemích převažuje pozitivní postoj k epileptikům. Učitelům však chybí sebejistota a mnohdy dostatečné informace. Situaci komplikuje neochota rodičů poskytnout dostatečné informace o zdravotním stavu svého dítěte.

Severní Amerika

V Severní Americe studie ukazují, že postoje u učitelů, kteří již vyučovali epileptika, jsou výrazně pozitivnější než u učitelů, kteří epileptika nevyučovali. Pozitivní postoj podle výzkumů ovlivňuje také vyšší informovanost o epilepsii, vyšší vzdělání a počet let pedagogická praxe. Oproti evropským zemím se američtí učitelé vyznačují větší sebedůvěrou v přístupu k epileptikům. Američtí učitelé projevují zájem o další vzdělání v této problematice. Jejich postoj k epileptikům závisí na zkušenosti s nimi, ale převážně se učitelé přiklání k pozitivnímu postoji, i když se u některých učitelů stále setkáme s předsudky, které závisí převážně s nízkou úrovní znalostí o epilepsii.

Jižní Amerika

Učitelé v Jižní Americe se domnívají, že by při epileptickém záchvatu nebyli schopni správně zasáhnout. V otázce úspěšnosti epileptika ve škole učitelé projevují spíše negativní názory. Studie v této zemi ovšem nelze brát doslovně z důvodu nekvalitního zpracování.

Afrika

V Zimbabwe v roce 1997 studie ukázaly, že situace epileptiků v této zemi je velice komplikovaná. Učitelé nejsou v této problematice vzděláni a převažuje u nich mnoho

předsudků, které epileptikům ztěžují život. Někteří učitelé se domnívají, že za vznik epilepsie může útok zlých duchů. Většina z nich by epileptika vyřadila z běžného života (nezaměstnala by ho,...). Pozdější studie z let 2002 – 2011 v Nigérii, Zambii, Egyptě a Súdánu ukázaly, že znalosti a postoje učitelů k epileptikům se v Africe významně odlišují podle toho, zda učitelé učí ve městě či ve vesnici. Ve městě většina učitelů prokázala větší úroveň vzdělání v otázce epilepsie než ve vesnici, kde o epilepsii neví téměř nic a odpovídají na základě předsudků, které se v africké kultuře často pěstují. Většina učitelů se stala svědkem epileptického záchvatu, což dokazuje, že v rozvojových zemích světa se tato nemoc vyskytuje častěji, avšak z důvodu neznalosti tito učitelé nejsou schopni adekvátně pomoci.

Blízký východ

Výzkumy v Turecku a Jordánsku ukázaly, že učitelé na Blízkém východě jsou nedostatečně informováni a považují epileptiky za duševně choré a nezařaditelné do běžných škol. Výzkumy také prokázaly, že výukové semináře zaměřené na vzdělávání pedagogů v oblasti epilepsie významně pomáhají zlepšit povědomí o epilepsii a odstranit mnohé předsudky.

Asie

Studie z let 1999 – 2010 v Thajsku, Indii a Jižní Koreji znovu prokázaly, že učitelé nejsou o této nemoci dostatečně informováni. V tomto případě ovšem neplatí jako v jiných regionech, že vyspělejší země je na tom lépe v předsudcích než méně vyspělá. Jižní Korea jako vyspělá země s kvalitním školstvím a dobrým vzděláním v této oblasti předsudky překypuje (Brabcová, 2013, s. 53 – 68).

2.1.2 Přehled studií v zahraničí pro období 2013 – 2017

Po roce 2012 odborníci pokračovali ve svých výzkumech a dodnes tak po celém světě odborníci vytvořili několik dalších studií, které se týkají epilepsie. Mnoho z nich zkoumalo naše téma znalostí a postojů učitelů k dětem trpícím epilepsií. Odborníci se zaměřili na stejné téma a začali ho zkoumat i z pohledu rodičů, dětí samotných, lékařů či studentů vysokých škol.

Pro vznik přehledu pro období let 2013 – 2017 na téma učitelových znalostí o epilepsii a postojů učitelů k dětem trpícím epilepsií jsem zadávala klíčová slova jako „teacher’s knowledge and attitudes toward epilepsy“ na zahraniční prestižní databáze jako

jsou např. databáze www.sciencedirect.com a www.scholar.google.cz. Články, které jsem našla, jsem rozdělila podle regionů, ve kterých vznikly, stejně jako v přehledu do roku 2012. Z těchto všech regionů chybí jen Amerika, protože její výzkumy nevyhovují tématu, o kterém se v této diplomové práci hovoří.

Evropské země

V Evropě proběhlo nejvíce výzkumů po roce 2012 v Itálii. V Itálii proběhla celostátní vzdělávací kampaň pro učitele základních škol, jejímž účelem se stalo vzdělání učitelů v otázkách týkajících se epilepsie. V roce 2013 proběhly výzkumy, které ukázaly, že většina italských učitelů získala povědomí o epilepsii, přímou zkušenost s epilepsií a zastává k ní pozitivní postoj. Učitelé však udávají, že vnímají negativně vidinu, že by epileptik sportoval nebo řídil auto z hlediska bezpečnosti. Někteří učitelé uvádějí, že by nebyli schopni dát epileptikovi první pomoc při záchvatu. Někteří považují epilepsii za chorobu, která epileptika znevýhodňuje sociálně a omezuje učební schopnosti.

Přesto je nutné říct, že se Italové velmi zlepšili ve srovnání z minulých studií ve svých znalostech i postojích k epilepsii. Za tuto pozitivní změnu vděčí Italové jistě zejména Italské lize proti epilepsii, která podporuje celoevropskou kampaň „**Facciamo luce sull'epilessia a scuola**“ („Posviťme si na epilepsii ve škole“) za účelem zlepšení znalostí veřejnosti o epilepsii. Tato kampaň rozšiřuje znalosti veřejnosti pomocí vzdělávacích filmů, brožur, rozhovorů s odborníky a pořádáním různých akcí. Výzkumu se zúčastnilo 582 učitelů z celé Itálie. Výzkumníci zjišťovali, co učitelé vědí o epilepsii a jaký vztah chovají k epileptikům, jak jsou na tom učitelé se znalostmi o epilepsii v porovnání s obyvatelstvem Itálie a jak závisí postoje k epileptikovi s osobní zkušeností s epilepsií. Zkušenost s epileptikem má 80 % učitelů a 47 % učitelů bylo svědkem epileptického záchvatu. Asi 50 % učitelů tvrdí, že epilepsie ovlivňuje alespoň mírně proces učení žáka s epilepsií (Mecarelli et al., 2014, s. 84 – 91). Po pár měsících se výzkum zopakoval za účasti 317 respondentů, kteří odpovídali na podobné otázky. Tento výzkum zjišťoval, jaký vliv na znalosti a postoje zanechává vzdělávací kampaň o epilepsii. Výzkum potvrdil, že školící program zlepšuje znalostní výsledky učitelů, avšak postoje a předsudky těchto učitelů zůstaly nezměněny. Proto by se další vzdělávací kampaň měla zaměřit na stigmatizaci epilepsie (Mecarelli et al., 2015, s. 93 – 97).

Řecké studie zkoumaly u 442 dotazovaných znalosti o epilepsii a zvládnutí první pomoci při záchvatu. Na otázku „co je epilepsie“ odpovědělo správně 80,3 % dotazovaných učitelů. Na povahu nemoci zastává správný názor 88,1 % učitelů. Avšak

92 % učitelů vzneslo stížnost, že neprošli dostatečnou odbornou přípravou pro první pomoc. Další vzdělání by v této problematice uvítalo 95,7 % dotazovaných. Téměř 86 % učitelů se domnívá, že jsou dostatečně informováni od rodičů či opatrovníků epileptických dětí (Kampra et al., 2016, s. 218 – 224).

Amerika

Amerika se sice zúčastnila různých výzkumů i v tomto období, avšak ve spolupráci s ostatními státy (Např. výzkum od ledna 2004 do ledna 2015, ve kterém odborníci popsali původní výzkum provedený v Evropě, Severní / Střední / Jižní Americe nebo Austrálii o mylné představě o epilepsii u široké veřejnosti – výzkum západních zemí světa) (Herrmann et al., 2016, s. 165 – 173). V Bolívii proběhl výzkum, který zkoumal znalosti, postoje a schopnost poskytnout první pomoc epileptikům u studentů na lékaře (Giuliano et al., 2018, s. 113 – 118). Náš přehled se ovšem týká pouze učitelů. Z tohoto důvodu jsem pro účel mé diplomky z tohoto přehledu Ameriku jako světadíl vynechala. Žádný výzkum, který na podobné téma v Americe proběhl, se s tématem pro tuto diplomovou práci neslučuje.

Afrika

V Nigérii proběhl výzkum, ve kterém odborníci zkoumali vliv zdravotní výchovy na znalosti, postoje a poskytnutí první pomoci u epileptiků. Výzkumu se zúčastnilo 226 náhodně vybraných učitelů. Učitelé vyplnili dotazníky na všeobecné znalosti o epilepsii, postoje a poskytnutí první pomoci. Z výsledků vyplývá, že 60 % respondentů má špatné znalosti o epilepsii a zastává negativní postoje k epilepsii. Také poskytnutí první pomoci většina nezvládá. Poté všichni respondenti prošli školením prostřednictvím přednášky a následné diskuze. Nakonec znovu vyplnili stejný dotazník. Z výsledků vidíme značný posun ve všech faktorech. Znalosti vzrostly o 29,6 %, schopnost dát první pomoc se zvýšila o 25 %. Negativní postoj vůči epilepsii se pak snížil o 15,5 % oproti prvnímu testu. Z těchto výsledků vyplývá, že v rozvojových zemích nabírá proškolení učitelů stále větší význam. Díky hluboké neznalosti učitelů v této problematice, jsou výsledky proškolení patrné okamžitě (Eze, Ebuehi, Brigo, Otte & Igwe, 2015, s. 46 – 53).

V posledních letech proběhly v Addis Abebě v Etiopii dvě rozsáhlé studie. Cílem pro první výzkum se stalo zhodnocení situace a porozumění sociálním a demografickým determinantům znalostí, postojů a praxe učitelů vůči epileptickým žákům. Do výzkumného projektu se zapojilo 820 učitelů. Jako příčiny epilepsie, které lze popsat jako biologicky

nejpříjemnější, uváděli učitelé nemoci mozku (26,5 %), úrazy hlavy (18,4 %) či dědičnost (10 %). Avšak ještě stále někteří učitelé pokládají čarodějnictví (1,8 %) či zlé duchy (6,4 %) za příčinu nemoci. Někteří učitelé uvažují o epilepsii jako o psychiatrickém onemocnění (12,9 %). Přesto však lze hovořit o značném zlepšení povědomí o epilepsii. V první pomoci se afričtí učitelé také zlepšili, avšak stále zůstávají některé zafixované fámy, že epileptikovi se musí vložit nějaký předmět do úst (6,7 %), nebo že se při záchvatu epileptikova tvář polévá vodou (7,8 %), aby se probрал z bezvědomí, apod. Většina učitelů se správně domnívá, že se epileptik léčí pod vedením lékařů (52 %). Avšak někteří učitelé tvrdí, že se epileptik léčí pod chirurgem (6 %), či se polévá svčenu vodou (20,3 %), nebo ho léčí představitelé církve (11 %) nebo tradiční léčitelé (2,1 %), šamani (Gebrewold, Enquessalassie, Teklehaimanot & Gugssa, 2016).

Další průřezová studie posuzovala znalosti a postoje 135 učitelů k epileptickým žákům. Dobrých znalostí dosáhlo 41 % respondentů. Pozitivní postoj k epileptickým žákům prokázalo 74 % učitelů. Náležitým školením v první pomoci prošlo 60,3 % respondentů. Alarmujícím se stal fakt zjištění, že 10 % učitelů považuje epilepsii za nakažlivou nemoc. Výše vzdělání, počet let praxe, ani zkušenost s epileptikem neměla na znalosti a postoje prokazatelný vliv. U významné části učitelů se setkáme s deficitem ve znalostech a postojích k epileptikům, ale i s předsudky vůči nim. Proto se odborníci chystají zaměřit na proškolení učitelů v zemích Afriky odpovědnými zdravotnickými orgány (Berhe, Yihun, Abebe & Abera, 2017, s. 150 – 153).

V severní Tanzanii proběhlo v březnu až květnu 2016 deset diskusních sezení s učiteli. Diskuze se týkaly špatného přístupu ve vzdělávání epileptiků, kteří se stávají obětí stigmatizace a také možných způsobů, kterými by se mohlo dojít ke zlepšení této situace. Jako hlavní překážku učitelé, žáci a rodiče uváděli problémy s chováním a problémy s učením. Dále se pak jednalo o duchovní a tradiční zaměření rodičů, nedostatečné vzdělání pro první pomoc při záchvatech u učitelů a celkově omezený přístup k odborným školám. Všichni se pak usnesli k jednohlasnému závěru, že je zapotřebí rozsáhlého vzdělávání komunity (Quereshi, Standing, Swai, Hunter, Walker & Owens, 2017, s. 145 – 149).

Asie

V severní Indii v městě Chandigarh se uskutečnil výzkum, který zkoumal znalosti a praktiky používané učiteli při poskytování první pomoci u epileptického záchvatu. Výzkumníci také zjišťovali, zda se po následném proškolení u těchto učitelů znalosti

a praktiky lepší, tedy zda proškolení učitelů významně ovlivňuje zlepšení jejich vědomostí a schopností v této problematice. Na výzkumu se podílelo celkem 85 učitelů, kteří vyplnili test s otázkami zaměřených na epilepsii a první pomoc při záchvatech. Poté byli všichni účastníci proškoleni a následně test zopakovali. Výzkumníci zjistili, že 92 % indických učitelů již dříve slyšelo o epilepsii, z nichž 50 % se o ní dozvědělo z knih či časopisů, zbytek z internetu. Asi 83 % se někdy stalo svědkem epileptického záchvatu. Za fatální onemocnění považovalo epilepsii 69 % učitelů, avšak po následném proškolení se tato hodnota snížila o 26 %. Před proškolením 15 % učitelů uvedlo, že osoby s epilepsií nejsou schopny předvídat nástup záchvatu, ale po proškolení se tento poznatek zvýšil na 68 %. Znalost různých typů záchvatů vzrostla po proškolení z 18 % na 97 %. Lékaře by zavolala při opakujících se záchvatech 51 % učitelů, při přetrvávajícím stavu bezvědomí 25 %. Tyto hodnoty se po proškolení zvýšily na 90 % a 83 %. Téměř 70 % učitelů se domnívalo, že epilepsie působí překážky ve vzdělávání, což se po proškolení snížilo na 24 %. Stejně tak 70 % učitelů věřilo, že epilepsie brání manželství a zasahuje do zaměstnání, po proškolení už jen kolem 20 %. Pozitivním zjištěním se stal fakt, že 96 % učitelů souhlasí se vzděláváním epileptiků v běžných školách, 78 % učitelů by epileptiky neomezovala v zaměstnání a 87 % učitelů věří, že epileptická žena může projít normálním těhotenstvím. Asi 60 % učitelů uvedlo, že epilepsie nesnižuje inteligenci. Tato hodnota po proškolení učitelů dosáhla 89 %.

Obecně lze říct, že studie potvrdila hypotézu, že proškolení výrazně zlepšuje znalosti a postoje učitelů k epileptikům. Učitelé v Indii berou epileptiky jako osoby běžně zařaditelné do škol a společnosti. Indičtí učitelé také netrpí předsudky vůči epileptikům a nestigmatizují je (Goel, Singh A., Singh, N. & Lal, 2014, s. 41 – 46).

V Pákistánu proběhla od září do prosince 2014 studie za účelem poznání znalostí, postojů a praktik učitelů vůči epileptickým žákům. Výzkumu se zúčastnilo 150 učitelů. Téměř 90 % z nich někdy slyšelo o epilepsii. Celkem 51 % učitelů se domnívalo, že epileptických žák nemůže v běžné škole uspět. Tento fakt jen potvrzuje 83 % učitelů, kteří by epileptického žáka doporučili pro vzdělání ve speciální škole. Celkem 55 % učitelů vyjádřilo názor, že epileptikům brání ve vzdělávání sociální stigma. Epileptické dítě by podle odpovědí učitelů odmítlo vyučovat 27 % učitelů. I v této zemi se předsudky vůči epileptikům hojně rozšířily a s nimi i negativní postoj (Ullah & Nabi, 2015, s. 1 – 6).

Ve školách v Ulanbaataru v Mongolsku proběhla studie, která se zaměřila na prozkoumání znalostí a postojů vůči epileptickým žákům u učitelů. Na průzkumu se podílelo 412 učitelů základních a středních škol. O epilepsii dříve slyšelo téměř 59 %

učitelů. Jako neurologickou poruchu považovalo epilepsii skoro 64 % učitelů, psychiatrickou poruchu 34 % učitelů a genetickou poruchu 18 % učitelů. Celkem 18 % učitelů vyjádřilo obavu, že by vyučovalo epileptické dítě z důvodu možného vzniku záchvatu. Téměř 13 % učitelů se také obává, že nejsou dostatečně proškoleni pro poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu.

Z tohoto výzkumu vyplývá, že samotné vědomosti nestačí, aby se učitelé cítili sebejistě a byli ochotni vyučovat epileptického žáka v běžné třídě. Odborníci se musí zaměřit kromě vědomostního proškolení i na zdravotnický kurz první pomoci. Jedině pak se učitelé přestanou bát zařadit tyto žáky do své třídy (Enkhtuya & Luvsannorov, 2017, s. 340).

Blízký východ

V severním Íránu v období od září 2016 do ledna 2017 proběhl výzkum, který zkoumal, na jakou úroveň dosahují znalosti, postoje vůči epilepsii a schopnosti poskytnout první pomoc při záchvatu epileptického žáka u učitelů na základní škole. Výzkumu se zúčastnilo 342 učitelů základních škol ve městech Babol a Qaem-Shahr. Úroveň znalostí o epilepsii byla u 7,7 % učitelů velmi vysoká, u 43,3 % vysoká, u 43,8 % mírná a u 5,2 % nízká. Přibližně 83 % učitelů vědělo, že epileptik, který bere antiepileptika nepravidelně, může prodělat epileptický záchvat. U učitelů v severním Íránu převažují pozitivní postoje k epileptikům. Skeptičtí jsou učitelé jen u otázky manželství s epileptikem a v otázce rodičovství. Úroveň poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu dosahuje poměrně vysokých hodnot (70 %). (Kolahi, Ghorbanpur – Valukolaei, Abbasi – Kangevari & Farsar, 2018, s. 85 – 92).

Cílem studie v Saudské Arábii ve škole v městě Jeddah bylo studovat znalosti a postoje k epilepsii u učitelů základních škol a vysledovat oblasti, ve kterých by byla potřeba, aby se učitelé dále vzdělávali. Studie probíhaly od 1. ledna 2012 do 1. ledna 2013 a podílelo se na nich 620 učitelů základních škol. Dobře informováno o epilepsii bylo pouze 17 % učitelů. Informovaní učitelé zaujímalí kladný postoj k epileptikům. Celkem 28 % učitelů již někdy epileptika vyučovalo. Z toho 14 % učitelů se s epilepsií poprvé setkalo díky záchvatu epileptika ve třídě a 58 % z nich při záchvatu nevědělo, jak dotyčnému pomoci. Většina z nich považovala za správné strčit nějaký předmět do úst epileptika, aby zabránila zapadnutí jazyka. Celkem 27 % učitelů v Saudské Arábii stále věří, že vznik epilepsie způsobují zlí duchové. Také v této zemi učitelé prokazují nedostatečnou informovanost. O epilepsii zde převládají různé předsudky, které na epileptiky vrhají špatné světlo. Tato stigmatizace pak zhoršuje postavení epileptiků ve společnosti,

ale i ve vzdělávacím procesu. I v této zemi je zapotřebí zorganizování vzdělávací kampaně o epilepsii (Albaraa et al., 2013, s. 280 – 283).

Porovnáme – li jednotlivé kontinenty, tak je zřejmé, že si nejlépe vedou vyspělé země Evropy a některé země Blízkého východu. Přesto, že učitelé Řecka tvrdí, že jsou nedostatečně informovaní o epilepsii a uvítali by další informace, jsou jistě nejnalejší a dosahují nejvyšších hodnot v položkách dotazníků v porovnání s ostatními státy podle výzkumů. Itálie dosáhla díky vzdělávacím kampaním velkého zlepšení ve znalostech o epilepsii i v postoji k ní. Severní Írán podle výzkumů prokazuje vysoké hodnoty ve znalostech o epilepsii, pozitivním postoji k ní, a také v poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu.

Naopak nejhůře v otázce znalostí o epilepsii a postojích k epilepsii jsou na tom prokazatelně rozvojové země, zejména v Africe a Asii. V těchto zemích často stále přetrvávají předsudky vůči osobám trpícím epilepsií hlavně z náboženských důvodů a nevzdělanosti obyvatel. Avšak vzdělávací kampaně v těchto zemích viditelně zlepšují postavení epileptiků a díky školením vymítají předsudky vůči lidem s epilepsií. Zde vidíme důležitost věnovat se hlavně informování veřejnosti a dalším výzkumům, které by sledovaly vývoj stavu postojů lidí v těchto zemích vůči lidem s epilepsií.

2.2 Přehled studií v českém prostředí

2.2.1 Studie z období 1975 – 2012

V roce 1975 proběhla studie, které se zúčastnilo 3 000 respondentů. Tito respondenti odpovídali na otázky týkající se názorů na epilepsii a postojů k dětem, které trpí epilepsií. Tyto studie dokázaly, že veřejnost není dostatečně o epilepsii informovaná. Lidé mají vůči epileptikům spoustu předsudků. Představují si epileptiky jako jedince se sníženou inteligencí oplývající četnými záchvaty. Většina lidí v této době by epileptiky zařadila do speciálních škol z důvodu nedostatečného vzdělání o této nemoci, neschopnosti učitelů se jim dostatečně věnovat a epileptikům přisuzované nesoustředěnosti při vyučování (Sasín 1975 in Buršíková 2018, s. 68).

V letech 1981 – 1998 probíhaly první studie, které sledovaly vývoj postojů a znalostí veřejnosti o osobách trpících epilepsií. Novotná & Rektor (2002) v těchto studiích zaznamenali značný posun v informovanosti veřejnosti, která většinově již epilepsii nepovažovala za mentální onemocnění.

V roce 2007 autoři Komárek & Šmídová publikují své studie, ve kterých se dotazovali dětí a učitelů na různé otázky týkající se psychosociálního dopadu epilepsie na dětské pacienty. Většina dětí uvedla, že se povědomí o epilepsii zlepšilo u učitelů i přátel, avšak tyto děti svým učitelům nedůvěřují, že by jim jejich učitelé dokázali pomoci. Zároveň ze studií vyplývá, že učitelé jsou dostatečně edukováni k výuce epileptických žáků. Učitelé se cítí být připraveni integrovat takovéto žáky, poskytnout jim první pomoc, avšak většina z nich nemá s výukou těchto žáků žádnou zkušenost (Fialová 2011 in Brabcová 2018, s. 68 – 70).

V roce 2012 proběhl na českých školách výzkum, pomocí kterého se zjišťovalo, jaké jsou znalosti učitelů českých základních škol o epilepsii a jejich postoje vůči žákům s epilepsií. Zkoumalo se, zda na výsledku může mít podíl osobní zkušenost učitele s výukou epileptického žáka a oborová specializace učitele. Tento výzkum ukázal, že učitelé, kteří mají osobní zkušenost s výukou epileptického žáka, dosahují významně lepších výsledků ve znalostech o epilepsii než jejich kolegové bez takovéto zkušenosti. Avšak většina učitelů dosahuje dobrých výsledků, nebojí se takového žáka zařadit do své třídy, správně smýšlejí o těchto žácích jako o intelektuálně rovnoprávných ostatním žákům. Jen někteří učitelé takovéto děti stigmatizují, protože si myslí, že mohou být častěji obětí šikany (Brabcová, 2013, s. 68 - 77).

2.2.2 Přehled studií v českém prostředí pro období 2013 – 2017

V roce 2014 proběhl na Západočeské univerzitě v Plzni výzkum, který si vzal za cíl porovnat znalosti, sebedůvěru a postoje k epilepsii a to u studentů na počátku studia na pedagogické fakultě a studentů na konci studia. Výzkumu se zúčastnilo celkem 236 studentů prvního ročníku pedagogické fakulty a 138 studentů pátého ročníku. Tito studenti podstoupili test ATPE zkoumající rozsah postojů k dětem s epilepsií, který obsahoval 21 položek. Dále pak napsali 18 – ti položkový test prověřující jejich znalosti o epilepsii a test zaměřený na sebedůvěru při výuce epileptika o 5 – ti položkách. Ačkoliv studenti posledního ročníku prokázali lepší znalosti o epilepsii (9,6 bodů oproti 8,48 bodům, $p < 0,001$), postoje k epilepsii a sebedůvěra učitelů v řízení vyučování s dětmi postiženými epilepsií se významně nelišily. Tento výzkum potvrzuje potřebu zefektivnit výcvik učitelů související s epilepsií zejména ve schopnosti řešit situace vzniklé ve třídě díky přítomnosti epileptického žáka (Brabcová, Kohout a Kršek, 2016, s. 88 – 94).

V období mezi únorem a květnem 2016 proběhl výzkum, který si stanovil za úkol zhodnotit znalosti českých a polských učitelů o epilepsii a také jejich názory na výuku a fungování žáků s epilepsií ve škole. Dále pak výzkum prověřoval připravenost učitelů pracovat s těmito žáky, zvládat komplikace spojené s vyučováním epileptika a předpokládané formy pomoci k překonání možných obtíží. Tento výzkum se prováděl v rámci projektu „EPISCHOOL – Spolu proti bariérám!“. V České republice se na výzkumu podílelo celkem 71 škol, z nichž výzkum získal 533 dotazníků (79,9 % učitelek a 29,9 % učitelů), což činí 159 učitelů vyučujících epileptického žáka za posledních 10 let.

Celkem 75 % českých učitelů uvedlo, že toho o epilepsii ví málo nebo velmi málo. Jak postupovat při epileptickém záchvatu neví 33 % a 29 % českých učitelů se necítí být připraveno hovořit se žáky, kteří záchvat viděli. Alarmujícím se stalo zjištění, že 30 % respondentů neví, zda je epilepsie léčitelná. O prohloubení znalostí projevilo zájem 80 % učitelů. V otázkách příčin epilepsie byli učitelé úspěšnější, avšak v otázce, zda může být příčinou epilepsie „posedlost“, odpovědělo jen 54 % respondentů „ne“, 5 % českých učitelů „ano“ a 42 % „nevím“. Nad 90 % učitelů volilo správné odpovědi v otázce první pomoci při epileptickém záchvatu, avšak nevhodný postup přidržet postiženému končetiny volilo 22 % učitelů a vložit nějaký předmět do úst dokonce 46 %. Pozitivním se stalo zjištění, že 90 % učitelů by epileptika nezařazovala do speciální školy a 83 % učitelů si myslí, že epilepsie není mentální postižení. Fakt, že epileptik nemá problémy s učením, potvrdilo 78 % učitelů a zároveň 59 % učitelů vyjádřilo názor, že nároky kladené na epileptika by se neměly odlišovat od ostatních. Téměř 80 % učitelů vyučujících epileptika potvrdilo, že jejich epileptický žák nemá kvůli svému onemocnění problémy ve vztazích se spolužáky, ani není nijak odstrkován či znevýhodňován. Celkem 85 % učitelů uvedlo, že epileptik ve třídě nepůsobí výchovné problémy. Až 84 % učitelů vneslo názor, že by se epileptik měl zúčastňovat hodin tělesné výchovy a 83 % tento názor zastává i v účasti na různých školních akcích a výletech. Jen 21 % českých učitelů vyučujících epileptika považuje výuku epileptika za náročnou (Małkowska-Szcutnik, Woynarowska, Kleszczewska, Salonna, Vorlíček & Gajewski, 2017, s. 1 – 60).

Výsledky různých výzkumů po celém světě od Afriky, ve které se zdá být situace epileptiků asi nejtěžší, až po evropské země, kterým přes poměrně dobré znalosti chybí sebedůvěra při výuce žáka s epilepsií, ukazují, že úroveň znalostí o epilepsii u učitelů po celém světě není dostačující. Z tohoto důvodu přirozeně vyplývá nepřipravenost učitelů vyučovat epileptické žáky a zároveň obava z vyučování takového žáka a především obava

z nutnosti zasáhnout při případném epileptickém záchvatu. Z těchto obav a z neznalosti vzniká negativní postoj vůči žákům s epilepsií. Učitelé mají sklon k podceňování inteligenčních schopností žáků s epilepsií a podle toho se k nim i chovají, což následně v celé třídě způsobí zkreslený pohled na takového žáka, který je následně svou nemocí stigmatizován, což mnohdy způsobí snížení sebevědomí u žáka s epilepsií a následnou změnu chování podle předsudků ostatních.

Z výše popsaných studií však vyplývá, že se situace výrazně zlepšuje díky vzdělávacím kampaním po celém světě a proškolení již studentů pedagogických univerzit. Povědomí o epilepsii se postupně rozšiřuje a předsudků vůči epileptikům ubývá. V současnosti si už mnohem více učitelů dokáže představit, že by epileptika ve své třídě integrovalo. Většina z nich také nepokládá za potřebné takového žáka posílat do speciální školy. I přes tato pozitivní fakta musí vzdělávání učitelů v této záležitosti pokračovat, aby se epileptičtí žáci mohli stát plnohodnotnými žáky, kteří se nemusí bát předsudků, jiného zacházení ze strany učitelů či spolužáků, omezování či braní ohledů (Małkowska-Szcutnik, Woynarowska, Kleszczewska, Salonna, Vorlíček & Gajewski, 2017, s. 8 – 9).

3 ROLE UČITELE V PŘÍSTUPU K ŽÁKOVI S EPILEPSIÍ

Jak již bylo naznačeno v předchozích kapitolách, učitel svým přístupem k jednotlivým žákům hraje velmi významnou roli ve třídě. Jaké klima panuje ve třídě a jak se k sobě spolužáci chovají, závisí ve velké míře na tom, jak se k žákům chová učitel, jaké zastává názory. Děti zejména na prvním stupni základní školy přejímají názory autorit a postoj učitele k jednotlivým žákům snadno vycítí a chovají se podle toho, aby se svému učiteli zavděčily. Proto je velice důležité, aby učitel zaujmul k žákovi s epilepsií kladný postoj a bral takového žáka stejně jako všechny ostatní žáky své třídy.

3.1 Komunikace učitele s epileptickým žákem

Důležitým úkolem, který by učitel měl zastávat, je naslouchání potřebám a pocitům epileptického žáka. Učitel by měl s žákem pravidelně komunikovat o jeho pocitech, bavit se s ním o jeho úspěších či zklamáních, sledovat jeho stav a tvořit s ním přátelství, aby se cítil bezpečně. Významnou roli hraje učitel i ve snaze podpořit sebedůvěru dítěte s epilepsií a naopak potlačovat pocit výjimečnosti.

Pokud se učitel k epileptickému žákovi začne chovat „hyperprotektivně“ (např. z obav vzniku záchvatu), tedy bude mít tendence žáka příliš ochraňovat a snižovat nároky vůči němu, spolužáci si ho zaškatulkují jako méně schopného, nebo můžou získat pocit nespravedlnosti, že se žákovi nadržuje. Takový přístup učitele může v žákovi s epilepsií vyvolat pocit méněcennosti, neschopnosti a později může přejít v úzkostné stavy (Kršek, Brabcová, Valouchová, Liška a Kohout, 2012, s. 15).

Škola jako důležitý socializační činitel ovlivňuje vývoj dítěte významným způsobem (Helus, 2004). Učitel může svým přístupem poskytovat žákovi negativní či pozitivní zpětnou vazbu a žák se následně začne s největší pravděpodobností chovat podle učitelova očekávání. Tento mechanismus se v literatuře označuje jako Golem – efekt. (Vágnerová, 2005). Tento fakt nám opět potvrzuje, že učitelova obeznámenost s diagnózou epilepsie a následný postoj k epileptikovi jsou klíčové faktory pro klidný vývoj žáka a pozitivní průběh školní docházky.

Každé dítě, kterému lékaři diagnostikují epilepsii, spadá ve školství pod vyhlášku č.27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními potřebami a žáků nadaných. Tato vyhláška epileptickým dětem umožňuje využít podpůrná opatření, jako např. úpravu didaktických postupů či výukových metod. Každé dítě s epilepsií, pokud netrpí dalšími problémy,

se zařazuje do běžné třídy základní školy a tím je „inkludováno“. Učitelova role spočívá v zařazení takového žáka do kolektivu třídy, sledování jeho potřeb, přizpůsobování výuky jeho potřebám a povzbuzování epileptického žáka v samostatnosti a sebedůvěře. Učitel pomáhá epileptickému žákovi překonávat problémy, které vznikají v průběhu hodin v důsledku antiepileptik apod. (únava, nepozornost ze zanedbání, úzkostlivost, vyžadování pozornosti apod.) a zároveň dává dítěti s epilepsií pocit bezpečí, že v případě problému je tam učitel pro něj, aby zasáhl (Stehlíková a Modrá, 2017, s. 59).

3.2 Komunikace učitele s rodiči epileptického žáka

Epileptické dítě vyžaduje specifické potřeby, které závisí na typu jeho epilepsie, na formě antiepileptik, která pravidelně bere a na tom, zda lékař našel pro svého pacienta ta správná se správným dávkováním, a na spoustu dalších záležitostech. Aby učitel mohl být oporou takovému žákovi, aby mohl případně zasáhnout u záchvatu, kontrolovat dodržování režimových opatření a zajistit bezpečí pro takového žáka a vytvářet příjemnou atmosféru ve třídě, musí tato specifika svého žáka znát. Proto musí být učitel dobře informován od rodičů epileptika a udržovat s nimi pravidelný kontakt. Rodiče by se měli s učitelem pravidelně scházet a sdělovat si aktuální stav dítěte, jeho projevy doma a ve škole a domlouvat se na případných postupech, jak dítěti zajistit klidný průběh školní docházky a jak udržet žákův pozitivní vztah vůči škole.

Učitel by si měl od rodičů zjistit hned na začátku docházky žáka do jeho třídy následující klíčové informace:

Jakým způsobem se epilepsie u daného dítěte projevuje? Jaký typ záchvatu se u dítěte dostavuje, jak probíhá a jak často se dostavuje?

Co záchvaty vyvolává? Dá se u dítěte vysledovat určitý příznak, který záchvatu předchází?

Přichází záchvat v určité době nebo za určitých podmínek (ve spánku, po probuzení, při zadýchání, při únavě,...)?

Jakým způsobem postupovat, pokud záchvat nastane? Ačkoliv existují osvědčené metody první pomoci, rodiče budou klidnější, pokud uvidí, že se zajímáme o bezpečí jejich dítěte a navíc můžeme zjistit případná specifika jejich dítěte.

Jak se postarat o dítě po odeznění záchvatu? Co se rodičům osvědčilo, aby se dítě s proběhlou situací co nejrychleji vyrovnalo, uklidnilo se a začalo opět „normálně fungovat“?

Jaká antiepileptika dítě bere? Spokojil se lékař dítěte s funkcí těchto antiepileptik nebo stále hledá vhodnější léky a vhodnou dávku? Způsobují antiepileptika u dítěte nějaké vedlejší účinky (např. únava, laxnost, roztěkanost, nepozornost apod.)? Je potřeba brát antiepileptika i během školní docházky odpoledne?

Jaká režimová opatření dítě dodržuje (např. spánek, ketogenní dieta apod.)?

Kdy a jakým způsobem informovat spolužáky dítěte o epilepsii? Rodiče mají právo neinformovat učitele o zdravotním stavu svého dítěte. Pokud se však rozhodnou učitele informovat, že jejich dítěti byla diagnostikována epilepsie, učitel by se měl pokusit rodiče upozornit na důležitost seznámit s tímto faktem celou třídu vhodným způsobem. Žák se tak vyhne zbytečným nedorozuměním, nepochopení ze strany spolužáků, předsudkům a dalším problémům spojeným s pouhým pozorováním „jinakosti“ ze strany spolužáků (Stehlíková a Modrá, 2017, s. 59 – 69).

Učitel by se pak měl s rodiči domluvit na vhodném způsobu předání těchto informací. Kromě diskuze existují dnes i jiné způsoby sdělení o epilepsii, např. prostřednictvím příběhu z edukačního DVD Dobrodružství na rybách či besedy s odbornými lékaři (Kršek, Brabcová, Valouchová, Liška a Kohout, 2012, s. 19).

Fakt, že rodiče učiteli nemusí sdělit informaci o diagnostikované epilepsii jejich dítěte, je velmi zásadní. Učitel by měl počítat s tím, že se v jeho třídě mohou vyskytovat žáci s různými chronickými obtížemi, které mají diagnostikované od lékaře, avšak rodiče o nich učitele neinformovali nejspíše z důvodu strachu z obávané stigmatizace dítěte či celé rodiny. Učitel by právě z tohoto důvodu měl být alespoň teoreticky vybaven znalostmi o první pomoci, základními znalostmi o běžných chronických nemocech (epilepsie, astma, diabetes, alergie apod.). Při případném záchvatu či jiné komplikaci (dušení, omdlení žáka apod.) pak bude schopen rychle zareagovat a díky příznakům zajistit dítěti první pomoc.

Při příznacích nepozornosti, zahledění, nereagování na pokyny apod. by učitel měl věnovat pozornost sledování těchto projevů a pokusit se zjistit, zda žák „jen nedává pozor“, nebo zda netrpí epilepsií či jinou poruchou pozornosti apod. Vyhne se tak zbytečným nedorozuměním a nespravedlivým postihům žáka. Učitel by měl svou třídu neustále sledovat a vytypovávat případné děti s odlišnými projevy během vyučování. Důležitou činností učitele pro vytváření optimálního prostředí pro všechny děti je také soustavné vedení žáků k respektování druhých lidí, toleranci, spolupráci, pochopení, že každý člověk je jiný a má odlišné potřeby a zájmy. Učitel může také využít dostupných materiálů (video Dobrodružství Na rybách projektu EpiStop), které jsou připraveny pro účely práce se třídou a odstranění strachu z epilepsie. Tímto způsobem učitel připraví

prostředí, ve kterém budou přijímány i děti s případným chronickým onemocněním či jiným problémem (Kršek, Brabcová, Valouchová, Liška a Kohout, 2012).

3.3 Komunikace učitele s třídním kolektivem epileptického žáka

Vhodnou diskuzí se spolužáky vedenou učitelem můžeme děti seznámit s touto nemocí, s případnými situacemi, které mohou ve třídě nastat a se způsobem, jakým mohou spolužáci tomuto žákovi pomoci. Velmi důležitou roli zastává učitel při sdělení žákům, že epilepsie není nemoc, která by ostatní spolužáky nějak omezovala.

Učitel musí svým žákům vysvětlit, že epilepsie není nakažlivá, dá se léčit, nevyžaduje nijak zvlášť velká omezení kromě pravidelného brání léků a režimových opatření. Dále by měl učitel se svými žáky mluvit o tom, že dítě s epilepsií není nebezpečné svému okolí, nikoho neohrožuje, nechová se jinak, ale je stejné jako všechny ostatní děti. Učitel by měl svým žákům říct, že dítě s epilepsií může být občas více unavené kvůli lékům, která musí užívat a v těchto situacích by mu měli ostatní spolužáci pomáhat.

Můžeme se s dětmi domluvit se souhlasem epileptického žáka, že se mohou střídat v doprovázení svého epileptického spolužáka na oběd apod. Učitel musí být však obezřetný a vědět, zda si to ve své třídě může dovolit, aby nepodpořil pocit odlišnosti dítěte s epilepsií od ostatních dětí. Zásadní informací, která by mohla děti přesvědčit o tom, že dítě s epilepsií není závislé na pomoci, je sdělení, že dítě s epilepsií nepotřebuje být neustále pod kontrolou, ale všichni si budeme jistější, když nebude sám a v případě záchvatu budeme moci přivolat pomoc, či sami zasáhnout. Můžeme s dětmi diskutovat o názorech, zda můžou epileptici sportovat, řídit auto apod. Nakonec je však důležité shrnout zásadní informace a případně je uvést na pravou míru.

Učitel by se měl pokusit podporovat sebevědomí dítěte s epilepsií tím, že ho povede k otevřenosti. Utajování a zamlčování vytváří a posiluje dojem, že epilepsie je něco, čeho by se měli ostatní obávat a za co by se mělo dítě s epilepsií stydět. Tento stav pak podporuje stigmatizaci, tedy „poznámenání“, kdy děti začnou brát dítě s epilepsií jako dítě „divné“ nebo „jiné“. Učitel by měl sledovat vztahy ve třídě, zejména vztahy, které vytváří dítě s epilepsií se svými spolužáky. Učitel by měl posilovat vzájemná přátelství, chválit za „pomáhání si“ a potírat zesměšňování, odstrkování apod. Učitel by se měl snažit využívat ve své třídě více kolektivní práce, týmové hry založené na spolupráci apod. Na učiteli záleží, do jakých podmínek se dítě s epilepsií dostane (Stehlíková a Modrá, 2017, s. 38 – 39, 59 – 69).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM ZNALOSTÍ, POSTOJŮ A SEBEDŮVĚRY UČITELŮ V PŘÍSTUPU K ŽÁKOVI S EPILEPSÍ

4.1 Motivace výzkumu

Výzkumů na toto téma, jak jsem již popisovala v předešlých kapitolách, proběhlo po celém světě od roku 1992 do dneška i v České republice od roku 1975 mnoho. Z výsledků těchto výzkumů vyplývá, že je potřeba v této činnosti stále pokračovat a zjišťovat, jak současní učitelé reagují na pojem epilepsie a co v nich vyvolává představa vyučování žáka s epilepsií. Přístup učitele k těmto žákům ovlivňuje jejich zapojení mezi ostatní spolužáky ve třídě a klidný průběh jejich školní docházky. Učitel se významně podílí na procesu žákova vzdělávání, na atmosféře, ve které se žák bude vzdělávat, na způsobu, jakým s ním ostatní budou jednat, a to v důsledku rozhoduje o tom, jak se bude žák s epilepsií ve škole cítit. Aby učitel mohl vytvářet vhodné podmínky ve třídě, do které dochází žák s epilepsií, aby byl dítěti s epilepsií oporou, aby dokázal zajistit kvalitní výuku žáka s epilepsií, musí se učitel cítit dobře a sebejistě při vyučování žáka s epilepsií. Pro zajištění zmíněných potřeb musí mít učitel žáka s epilepsií o této nemoci dobré znalosti, získat kladný postoj k epilepsii a tím i sebedůvěru v přístupu k takovému žáku.

Tato diplomová práce je věnována otázce znalostí a postojů, sebedůvěry učitelů v přístupu k žákovi s epilepsií a byla realizována v souvislosti s projektem „Dítě s epilepsií v prostředí školy“, jehož spoluřešitelkou je moje vedoucí práce doc. Mgr. Dana Buršíková (Brabcová), Ph.D. Tato diplomová práce využívá metody kvantitativního výzkumu, jehož předností je poměrně rychlý sběr dat, který probíhal na vybraných základních školách v Jihočeském kraji.

4.2 Cíle výzkumu

Cílem našeho výzkumného šetření bylo prozkoumat úroveň znalostí, postojů a sebedůvěry u tří skupin učitelů. První skupinu tvoří třídní učitelé žáka s epilepsií, kteří již mají předchozí zkušenost s výukou žáka s epilepsií. Druhá skupina se skládá z třídních

učitelů žáků s epilepsií, kteří nemají předchozí zkušenost s výukou žáků s epilepsií. Referenční skupinu představují učitelé bez osobní zkušenosti s žákem s epilepsií.

Dílčí cíle diplomové práce byly zvoleny následovně:

- 1) Zjistit, jaká je úroveň znalostí o epilepsii u třídních učitelů žáků s epilepsií a učitelů, kteří epileptika nevyučují;
- 2) Zjistit míru sebedůvěry třídních učitelů žáků s epilepsií v přístupu k žákovi s epilepsií a učitelů, kteří epileptika nevyučují;
- 3) Zjistit, postoje k epilepsii u třídních učitelů žáků s epilepsií a učitelů, kteří epileptika nevyučují.

PŘEHLED STANOVENÝCH HYPOTÉZ

V souladu se zkušenostmi z předešlých výzkumů jsme vytvořili několik hypotéz, které se pokusíme prostřednictvím našeho výzkumu ověřit.

Hypotézy jsou následující:

- H1: Míra znalostí o epilepsii je vyšší u učitelů majících větší zkušenosti s výukou žáků s epilepsií;
- H2: Sebedůvěra v práci s dětmi s epilepsií je vyšší u učitelů majících větší zkušenosti s výukou žáků s epilepsií;
- H3: Postoje k lidem s epilepsií nezávisí na míře zkušeností s výukou žáků s epilepsií;
- H4: Existuje kladná korelace mezi znalostmi o epilepsii a sebedůvěrou třídních učitelů žáků s epilepsií;
- H5: Existuje kladná korelace mezi znalostmi o epilepsii a postoji k lidem s epilepsií u třídních učitelů žáků s epilepsií.

4.3 Popis souboru respondentů

Soubor respondentů se skládal z celkového počtu 68 učitelů, kteří vyučovali žáků s epilepsií. Tyto učitele jsme si dále rozdělili a to, na zda mají předchozí zkušenost s výukou žáků s epilepsií (n=33) a učitele bez osobní zkušenosti (n=35). Jako referenční skupinu budeme uvažovat učitele bez osobní zkušenosti (n=93), jejichž výsledky prezentuje práce epilepsií (Brabcová, Strejcová, Kohout, 2017).

Již předchozí studie v roce 2017 prokázaly, že je možné porovnávat skupinu učitelů 1. stupně ZŠ s učiteli různých oborů 2. stupně ZŠ. Jako důvod možné komparace tato studie uvádí hodnoty, které se nijak neliší od skupiny respondentů učitelů 1. stupně ZŠ, kteří dítě s epilepsií běžně neučí (Brabcová et al., 2017).

Níže jsou uvedeny popisy souboru respondentů, včetně přehledné tabulky č. 1. znázorňující popis respondentů.

1. Třídní učitelé žáka s epilepsií, kteří již mají předchozí zkušenost s výukou žáka s epilepsií Tato skupina se skládá z 33 učitelů. Genderově je tato skupina složena z 6 mužů a 27 žen. Průměrný věk učitelů v této skupině je $43,88 \pm 12,77$ roku. Průměrná délka praxe učitelů je $19,44 \pm 12,99$ roku. Osobně zná někoho s epilepsií mimo školu 25 učitelů. Během studia se s epilepsií setkalo okrajově 18 učitelů, 15 učitelů se nesetkalo s epilepsií vůbec. O další informace má určitě zájem 15 učitelů, 17 učitelů má spíše zájem o další informace. Na 1. stupni ZŠ učí z této skupiny 10 učitelů, humanitní předměty vyučuje na 2. stupni ZŠ 15 učitelů a 8 učitelů vyučuje přírodovědné předměty.

2. Třídní učitelé žáka s epilepsií, kteří nemají předchozí zkušenost s výukou žáka s epilepsií V této skupině na dotazníky odpovídalo 35 učitelů, z toho 3 muži a 32 žen. Průměrný věk učitelů v této skupině je $39,03 \pm 9,48$ roku. Průměrná délka praxe dává $13,46 \pm 9,71$ roku. Osobně zná někoho s epilepsií mimo školu 17 učitelů. Během studia se s epilepsií okrajově setkalo 15 učitelů, 2 učitelé podrobně a 18 učitelů se s epilepsií nesetkalo vůbec. Určitě by o další informace o epilepsii mělo zájem 17 učitelů, 16 učitelů by mělo spíše zájem o další informace o epilepsii. Na 1. stupni ZŠ vyučuje 11 učitelů, 15 učitelů vyučuje humanitní předměty na 2. stupni ZŠ a 9 učitelů přírodovědné předměty.

3. Referenční skupina Referenční skupinu tvoří učitelé bez osobní zkušenosti s žákem s epilepsií, kteří jej nikdy nevyučovali (Brabcová, Strejcová, Kohout, 2017). V této skupině se nachází 93 učitelů 1. stupně. Genderově se tato skupina skládá z 9 mužů a 84 žen. Průměrný věk učitelů je $40,91 \pm 10,69$ roku. Průměrná délka praxe dává $13,73 \pm 10,71$ roku. Osobně zná někoho s epilepsií 47 učitelů. Během studia se s epilepsií setkalo okrajově 55 učitelů. Podrobně studovali epilepsii 4 učitelé a 34 učitelů se během studia s epilepsií nesetkalo vůbec. Zájem o další informace o epilepsii by určitě uvítalo 37 učitelů a 48 učitelů by mělo spíše zájem o tyto informace.

Tabulka 1: Základní informace o respondentech

		Referenční skupina	Třídní uč. žáka s epi s předchozí zkušeností s výukou epi žáka	Třídní uč. žáka s epi bez zkušenosti
Pohlaví	Muž	9 (9,68 %)	6 (18,18 %)	3 (8,57 %)
	Žena	84 (90,32 %)	27 (81,82 %)	32 (91,43 %)
Věk		40,91±10,69 roku	43,88±12,77 roku	39,03±9,48 roku
Délka praxe		13,73±10,71 roku	19,44±12,99 roku	13,46±9,71 roku
Zná osobně někoho s epi mimo školu		47 (50,54 %)	25 (75,76 %)	17 (48,57 %)
Se setkalo během studia s epi okrajově		55 (59,14 %)	18 (54,55 %)	15 (42,86 %)
Se setkalo během studia s epi podrobně		4 (4,30 %)	0	2 (5,71 %)
Se nesetkalo během studia s epi vůbec		34 (36,56 %)	15 (45,45 %)	18 (51,43 %)
Má zájem o další informace o epilepsii		37 (39,78 %)	15 (45,45 %)	17 (48,57 %)
Spíše má zájem o informace o epilepsii		48 (51,61 %)	17 (51,52 %)	16 (45,71 %)
Učí 1.stupeň ZŠ		93 (100 %)	10 (30,30 %)	11 (31,43 %)
Učí humanitní předměty na 2.stupni ZŠ		0	15 (45,45 %)	15 (42,86 %)
Učí přírodovědný předmět na 2.stupni ZŠ		0	8 (24,24 %)	9 (25,71 %)

Zdroj: vlastní zpracování

4.4 Výzkumné nástroje

Pro náš výzkum jsme zvolili kvantitativní výzkumnou metodologii opírající se o sběr dat prostřednictvím série dotazníků, které dohromady dávají představu o znalostech, sebedůvěře a postojích učitelů k žákům s epilepsií.

4.4.1 Dotazník znalostí o epilepsii

Znalosti učitelů o epilepsii zkoumal Znalostní dotazník, který obsahoval 18 položek. Každá otázka nabízela 4 možnosti odpovědi, přičemž jen jedna z nich byla správná. Za každou správnou odpověď se přičítá jeden bod. Pokud učitel vybral nesprávnou odpověď, bod se neodečítá. Výsledek znalostního dotazníku se pohybuje v rozpětí 0 – 18 bodů. Na vytvoření tohoto dotazníku spolupracovali psychologové, statistikové a neurologové v rámci projektu „ Dítě s epilepsií v prostředí školy“, kterého je tato diplomová práce součástí. Tento test byl již ověřen v předchozích výzkumech (Brabcová, Kohout, Kršek, 2016, s. 88 – 94).

4.4.2 Dotazník zjišťující úroveň sebedůvěry

Pro určení úrovně sebedůvěry učitelů v přístupu k žákům s epilepsií jsme použili Dotazník na sebedůvěru, tentokrát obsahoval pět položek. Tento dotazník byl realizován a validován v předchozích výzkumech v roce 2016 (Brabcová, Kršek, Kohout, 2016, s. 88 – 94). Učitelé v tomto případě dostali k dispozici škálu 1 – 5, (přičemž 5 znamená naprostou sebedůvěru), pomocí níž uváděli, jak by důvěřovali sami sobě v různých situacích, které by mohly nastat ve třídě, ve kterém je přítomno dítě s epilepsií. Učitelům byly nabídnuty situace jako např. záchvat žáka, vedlejší účinky léčby epilepsie, uklidnění třídy po proběhlém záchvatu apod. Výsledek tohoto testu určuje součet všech bodů, který se v tomto případě pohybuje mezi 5 – 25 body.

4.4.3 Dotazník zjišťující úroveň postojů k epilepsii

Pro zjištění postoje učitelů k žákům s epilepsií jsme použili českou verzi dotazníku ATPE, který vytvořil Antonak v roce 1990 a pro naše účely je upravila Brabcová et al. v roce 2016. Tento dotazník obsahuje 21 tvrzení, ve kterých učitelé vyjadřovali, v jaké míře s nimi souhlasí či nesouhlasí.

K tomuto účelu jim sloužila šestistupňová škála:

(rozhodně souhlasím – souhlasím – spíše souhlasím – spíše nesouhlasím – nesouhlasím – rozhodně nesouhlasím). Tato škála se boduje v rozmezí -3 až 3 body. V tomto případě se vynechává 0. Některá tvrzení jsou v české verzi stylizována inverzně, a proto se občas v tomto dotazníku setkáváme s dvojitým záporem. I přes možná nedorozumění inverzně stylizovaných tvrzení česká verze dotazníku ATPE vyhovuje svými psychometrickými vlastnostmi.

(Brabcová, Strejcová, Kohout, 2017).

4.5 Metody analýzy dat

V rámci výzkumu pro zjištění znalostí, sebedůvěry a postojů v přístupu učitele k žákům s epilepsií bylo analyzováno celkem 161 dotazníků. Bližší popis respondentů ukazuje tabulka č. 1.

Nasbíraná data byla přepsána do programu Excel a následně zpracována prostřednictvím statistických metod. Pro ověření normálního rozdělení tří zkoumaných

skupin učitelů jsme použili Shapiro - Wilk test a dle jeho výsledku buď parametrickou Analýzu rozptylu (pro potvrzené normální rozdělení), nebo Kruskal – Wallisův test pro případ, že normalita dat nebyla prokázána. Korelace byly zjišťovány pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, následně byl proveden test jeho signifikance. Výsledky statistických testů jsme udávali prostřednictvím p-hodnoty.

Pokud p-hodnota testu nabývá hodnot větších než 0,05, pak jsou hodnoty považovány za statisticky významné. Pro přehlednost byla vybraná data zpracována graficky ve formě histogramů v programu Origin.

4.6 Proces sběru dat

V rámci projektu „Dítě v prostředí školy“ byly osloveny školy v Jihočeském kraji, které navštěvovaly děti s epilepsií. Jednalo se totiž o komplexní výzkumné šetření, při kterém byli testováni žáci s epilepsií, jejich rodiče, učitelé i spolužáci. Pro potřeby této diplomové práce jsme se soustředili na respondenty z řad učitelů. Data byla sbírána v různých školách v Jihočeském kraji v časovém období jednoho roku (2017/2018). Jednalo se o učitele, kteří byli seznámeni se studií Dítě s epilepsií v prostředí školy a ochotně se účastnili výzkumu, tudíž byla zajištěna 100 % návratnost dotazníků.

4.7 Výsledky výzkumu

Shapiro-Wilk test – normalita dat

Vzhledem k tomu, že jsme srovnávali tři skupiny (referenční skupina – dále jen skupina 1; třídní učitelé žáka s epilepsií, kteří již mají předchozí zkušenost s výukou žáka s epilepsií – dále jen skupina 2; třídní učitelé žáka s epilepsií bez předchozí zkušenosti s výukou žáka s epilepsií – dále jen skupina 3), bylo třeba ověřit, zda data v těchto skupinách pocházejí z normálního rozdělení či nikoliv. Pokud ano, mohli jsme použít parametrické metody, tj. u nás jednocestnou Analýzu rozptylu. Pokud ne, museli jsme využít neparametrické metody, u nás Kruskal-Wallisův test.

Tento postup bylo nutné provést zvláště pro celkové skory znalostí, sebedůvěry a rozptylu. Výsledky jsou udány pomocí p-hodnoty Shapiro-Wilkova testu spočteného pomocí online kalkulačky dostupné na <http://www.statskingdom.com/320ShapiroWilk.htm>
1 Pokud je p-hodnota větší než 0,05, data můžeme pokládat za normálně rozdělená,

tn. odpovídající Gaussově křivce. Pokud ne, nemůžeme je pokládat za pocházející z normálního rozdělení a je třeba pracovat s neparametrickými testy.

Tabulka 2: P-hodnoty – shrnutí

	Referenční skupina (skupina 1)	Učitel dítěte s epilepsií s předchozí zkušeností (skupina 2)	Učitel dítěte s epilepsií bez předchozí zkušeností (skupina 3)
Znalosti	0,100	0,276	0,141
Sebedůvěra	0,014	<0,001	<0,001
Postoje	0,042	0,416	0,274

Zdroj: vlastní zpracování

Závěr

U proměnné „Znalosti“ data nejspíše pocházejí z normálního rozdělení u všech tří skupin. Z tohoto důvodu jsme použili parametrickou metodu, a to jednocestnou Analýzu rozptylu. U zbylých dvou proměnných toto není splněno. P-hodnota je nižší než 0,05, proto jsme museli v těchto případech použít neparametrickou metodu, tedy Kruskal-Wallisův test.

Ověření H1

Pro ověření první hypotézy byla realizována jednocestná Analýza rozptylu s následnými post-hoc testy pomocí kalkulátoru na http://astatsa.com/OneWay_Anova_with_TukeyHSD/ (funkčnost ověřena srovnáním s výpočtem analýzy rozptylu v Excelu).

Výsledky H1 jsou následující

Skupina 1: $9,91 \pm 2,58$; skupina 2: $12,39 \pm 2,50$; skupina 3: $11,60 \pm 2,25$. F-testová statistika 14,366, kritická hodnota testu 3,05, p-hodnota testu je $<0,001$, což znamená, že mezi skupinami **existuje signifikantní rozdíl**.

Post-hoc testy

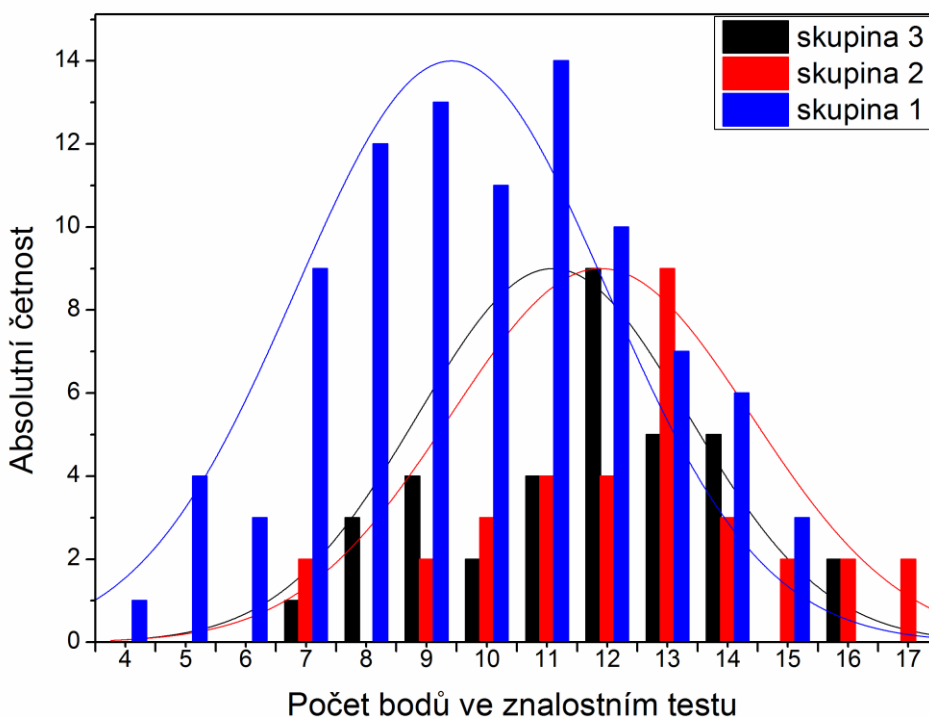
ANOVA prokázala signifikantní rozdíl v rámci uvedených tří skupin. Ke zjištění toho, kterých dvojic skupin se rozdíl konkrétně týká, slouží post-hoc testy. Byla užita Tukeyho a Scheffeho metoda a bylo zjištěno, že zatímco u skupin 2 a 3 se p-hodnota v obou testech pohybuje kolem 0,4, u skupin 1 a 3, resp. 1 a 2, je vždy menší než 0,01. To jasně ukazuje, že signifikantní rozdíl se nachází mezi skupinou 1 na straně jedné a skupinami 2 a 3 na straně druhé. Není možné však tvrdit, že by byl podstatný rozdíl mezi skupinou 2 a skupinou 3.

Závěr

Hypotézu H1 je možné přijmout. Učitelé, kteří mají zkušenost s dítětem s epilepsií, prokazují i lepší znalosti v oblasti epilepsie. V rámci třídních učitelů, kteří vyučují dítě s epilepsií, však již nebyly prokázány lepší výsledky těch, kteří dítě s epilepsií učili již dříve.

Počet bodů získaných ve znalostním testu v jednotlivých skupinách ukazuje následující graf:

Graf 1: Výsledky znalostního dotazníku



Zdroj: vlastní zpracování

Ověření H2

Vzhledem k významné odchylce od normality byl v případě ověřování druhé hypotézy realizován Kruskal-Wallisův test, který je analogií jednocestné Analýzy rozptylu. Byly provedeny též odpovídající post-hoc testy, které opět slouží ke zjištění rozdílů mezi dvojicemi sledovaných skupin. Výpočty jsme prováděli pomocí kalkulačky na <http://astatsa.com/KruskalWallisTest/>

Výsledky ověřující H2

Skupina 1: $17,22 \pm 4,37$; skupina 2: $19,39 \pm 3,52$; skupina 3: $17,20 \pm 4,33$. Testová statistika Kruskal-Wallisova testu byla 8,92 při dvou stupních volnosti. P-hodnota testu byla 0,011, což svědčí na hladině významnosti 0,05 o existenci rozdílu. Post-hoc testy provedené dle Conovera a Dunna jasně prokázaly, že rozdíl je mezi skupinami 1 a 3 na straně jedné a skupinou 2 na straně druhé (p-hodnoty příslušných testů byly vždy menší než 0,05).

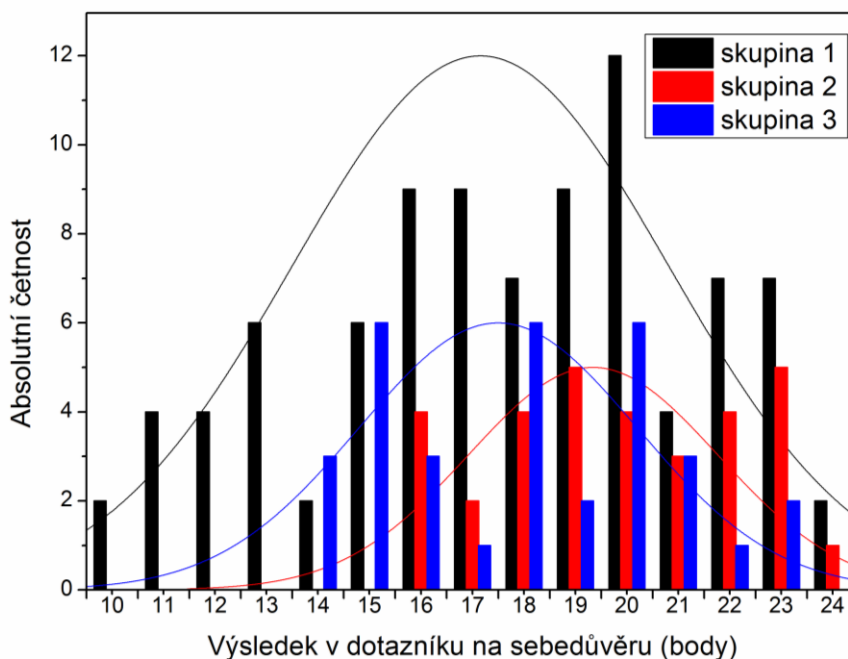
Naopak nebyl prokázán rozdíl mezi skupinou 1 a skupinou 3 (p-hodnoty testů byly větší než 0,9).

Závěr

Hypotézu H2 je možné přijmout. Je však třeba zdůraznit, že rozdíl nebyl prokázán mezi učiteli bez jakékoliv zkušenosti s vyučováním žáka s epilepsií a s první zkušeností, ale mezi učiteli poprvé vyučujícího žáka s epilepsií a těmi, kteří jej vyučovali rovněž v minulosti. To je opačný výsledek než u znalostí!

Počet bodů získaných v dotazníku sebedůvěry učitelů jednotlivých skupin ukazuje následující graf:

Graf 2: Výsledky dotazníku sebedůvěry učitelů



Zdroj: vlastní zpracování

Ověření hypotézy H3

Při ověřování třetí hypotézy jsme postupovali metodicky stejně jako při ověřování H2.

Výsledky H3 jsou následující

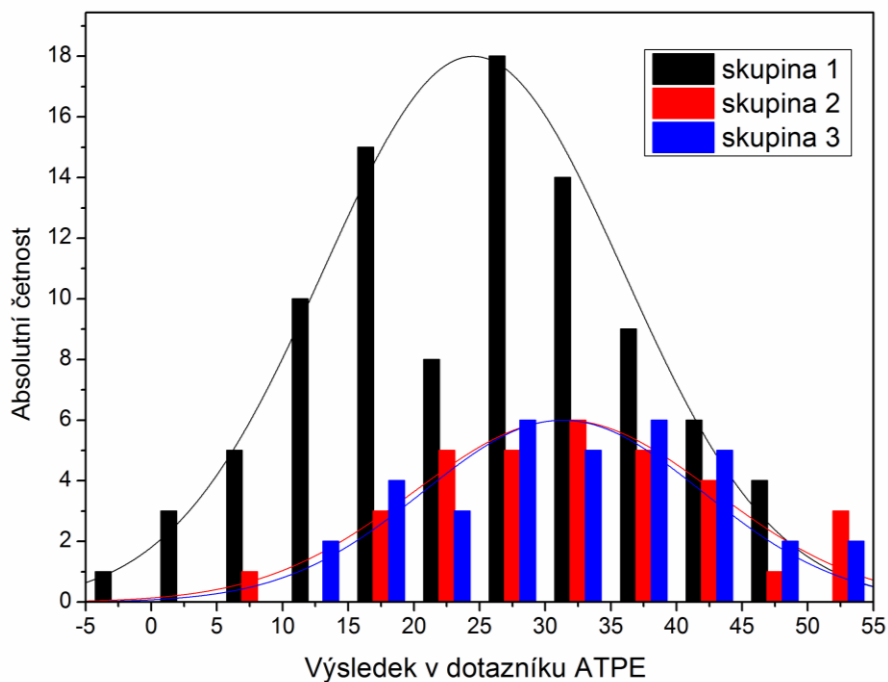
Skupina 1: $24,51 \pm 11,43$; skupina 2: $31,46 \pm 11,46$; skupina 3: $31,34 \pm 10,64$. Testová statistika Kruskal-Wallisova testu byla 11,93 při dvou stupních volnosti. P-hodnota testu byla 0,003, což svědčí na hladině významnosti 0,05 o existenci rozdílu mezi skupinami. Post-hoc testy provedené podle Conovera a Dunna jasně prokázaly, že rozdíl se nachází mezi skupinou 1 na straně jedné a skupinami 2 a 3 na straně druhé (p-hodnoty příslušných testů byly vždy menší než 0,05).

Naopak nebyl prokázán rozdíl mezi skupinou 2 a skupinou 3 (p-hodnoty testů byly větší než 0,9).

Závěr

Hypotézu H3 je třeba odmítnout. Byly potvrzeny statisticky významné rozdíly mezi skupinami. Nejvíce negativní postoje zauímají učitelé, kteří se s žákem s epilepsií ještě nesetkali. Zbylé dvě skupiny jsou zcela srovnatelné.

Graf 3: Výsledek české verze ATPE testu



Zdroj: vlastní zpracování

Ověření hypotézy H4

Při ověřování H4 jsme zjišťovali vazbu mezi dvěma proměnnými, která se určuje pomocí korelačního koeficientu s následným testem nezávislosti (resp. testem hypotézy o tom, že korelační koeficient je roven nule). V našem případě jsme užili vzhledem k povaze dat klasický Pearsonův korelační koeficient, který lze spočítat v Excelu pomocí funkce CORREL.

Výsledky H4

Korelační koeficient mezi znalostmi a sebedůvěrou byl v množině 68 třídních učitelů, kteří vyučují děti s epilepsií, roven hodnotě 0,308. Příslušnou p-hodnota testu nezávislosti jsme určili pomocí online kalkulačky na <https://www.socscistatistics.com/pvalues/pearsondistribution.aspx>, a tato hodnota činila 0,011.

Závěr

Hypotézu H4 přijímáme. Lepší znalosti odpovídají ve studované množině třídních učitelů vyučujících děti s epilepsií vyšší míře sebedůvěry.

Ověření hypotézy H5

Ověřování hypotézy H5 probíhalo metodicky stejně jako ověřování hypotézy H4.

Výsledky H5 jsou následující

Korelační koeficient mezi znalostmi a postoji byl v množině 68 třídních učitelů vyučujících děti s epilepsií roven hodnotě 0,009. Příslušná p-hodnota testu nezávislosti určená pomocí online kalkulačky na <https://www.socscistatistics.com/pvalues/pearsondistribution.aspx> byla 0,941.

Závěr

Hypotézu H5 zamítáme. Mezi znalostmi a postoji nebyla prokázána žádná vazba.

4.8 Diskuse

Cílem mé diplomové práce bylo prozkoumat znalosti učitelů o epilepsii, postoje a sebedůvěru učitelů k žákům s epilepsií. K dalším cílům této práce patřilo zjistit, jaká je úroveň znalostí o epilepsii u třídních učitelů žáků s epilepsií a učitelů, kteří dítě s epilepsií nevyučují. Dalším cílem bylo zjistit míru sebedůvěry třídních učitelů žáků s epilepsií v přístupu k žákovi s epilepsií a učitelů, kteří dítě s epilepsií nevyučují.

Posledním cílem této práce bylo zjistit, jaké postoje k epilepsii zaujímají třídní učitelé žáků s epilepsií a učitelé, kteří epileptika nevyučují.

Své předpoklady jsem ověřovala na vzorku 33 třídních učitelů žáků s epilepsií, kteří již mají předchozí zkušenost s výukou žáků s epilepsií. Dále se mými respondenty stalo 35 třídních učitelů žáků s epilepsií, kteří nemají předchozí zkušenost s výukou žáků s epilepsií. Poslední skupinou, na které jsem ověřovala své hypotézy, je referenční skupina 93 učitelů bez osobní zkušenosti s dítětem s epilepsií.

První hypotéza

(H1: Míra znalostí o epilepsii je vyšší u učitelů majících větší zkušenosti s výukou žáků s epilepsií) byla přijata. Z našeho výzkumu vyplývá, že učitelé, kteří mají zkušenost s dítětem s epilepsií, prokazují lepší znalosti. Toto zjištění koresponduje s předchozími výzkumy. Výzkum v roce 2017 ukázal, že studenti kombinovaného studia, tedy učitelé z praxe, mají lepší znalosti o epilepsii než učitelé bez praxe (Brabcová, Strejcová, Kohout, 2017).

Z výzkumu v roce 2016 bylo zjištěno, že nejlepších výsledků ve většině otázek dosahují učitelé 1. stupně ZŠ z praxe, horších učitelé na 2. stupni ZŠ či SŠ, kde záleží na vyučovaném oboru (Brabcová, Kohout, Kršek, 2016). Avšak výzkum z roku 2017 ukázal, že není rozdíl ve znalostech učitelů 1. stupně ZŠ a učitelů 2. stupně ZŠ, kteří nemají osobní zkušenost s epilepsií, jak jsem již zmiňovala.

Již v roce 2012 proběhl výzkum, který se věnoval znalostem a postojům učitelů z praxe. Tento výzkum ukázal, že učitelé, kteří mají nějakou osobní zkušenost s žákem s epilepsií, prokazují významně lepší výsledky ve znalostech u většiny otázek oproti ostatním učitelům, kteří žádnou zkušenost s žákem s epilepsií nemají (Brabcová et al., 2012). Díky soustavnému sledování stavu poznatků učitelů o epilepsii a opakovaným výzkumům v České republice již několik let můžeme tvrdit, že zkušenosti učitelů s dítětem s epilepsií jsou se znalostmi o epilepsii přímo úměrné.

Druhá hypotéza

(H2: Sebedůvěra v práci s dětmi s epilepsií je vyšší u učitelů majících větší zkušenosti s výukou žáků s epilepsií) bylo také možné přijmout. Avšak rozdíl nebyl prokázán mezi učiteli bez osobní zkušenosti s dítětem s epilepsií a učitelem, který získal první zkušenost s dítětem s epilepsií. V sebedůvěře učitelů v práci s dětmi s epilepsií bylo v našem

výzkumu prokázáno, že učitelé, kteří již mají nějaké zkušenosti s výukou žáka s epilepsií, si více věří než ti, kteří takového žáka vyučují poprvé.

Tímto se potvrdily studie o sebedůvěře z předešlých let. V roce 2017 se potvrdilo, že studenti kombinovaného studia, tedy učitelé s praxí, si věří více v oblasti epilepsie než studenti bez praxe. Tito studenti však zároveň prokazují poměrně nízkou sebedůvěru v poskytnutí první pomoci dítěti s epilepsií při epileptickém záchvatu a zároveň si nejsou jisti, zda by dokázali rozpoznat příznaky účinků antiepileptické léčby (Brabcová, Strejcová, Kohout, 2017).

Byla potvrzena i **čtvrtá hypotéza** (H4: Existuje kladná korelace mezi znalostmi o epilepsii a sebedůvěrou třídních učitelů žáků s epilepsií). Prokázali jsme, že učitelé, kteří mají větší znalosti o epilepsii, mají větší sebedůvěru v práci s žákem s epilepsií.

Toto tvrzení, jak jsem již zmiňovala, koresponduje s výzkumem z roku 2017, kdy bylo zjištěno, že největší míru sebedůvěry vyjádřili studenti kombinovaného studia VŠ, tedy učitelé z praxe (Brabcová, Strejcová, Kohout, 2017). Další výzkum z roku 2016 však ukazuje, že dostatečné teoretické znalosti v poskytnutí první pomoci, 74% studentů posledního ročníku učitelství odpovědělo správně, nemusí znamenat zvýšení sebedůvěry v této oblasti v praxi. Důvodem rozdílných výsledků mezi výzkumy z roku 2016 a 2017 může být rozdílnost respondentů. Studenti kombinovaného studia již aktivně učí několik let a díky zkušenostem z praxe získávají větší sebedůvěru i ve vlastní učení, zvládnutí třídního kolektivu, využívání různých vyučovacích metod podle individuálních potřeb žáků. Oproti tomu studenti posledního ročníku učitelství do praxe teprve nastupují a jejich sebedůvěra je nízká, protože ji teprve začnou získávat v praxi.

Přestože došlo k výraznému posunu oproti ostatním státům, stále je třeba na budování sebedůvěry učitelů v přístupu k žákům s epilepsií pracovat a to i poskytováním informací o epilepsii (Brabcová et al., 2016). Náš výzkum, stejně jako výzkum z roku 2017, tuto domněnku jen potvrzuje.

Třetí hypotéza

(H3: Postoje k lidem s epilepsií nezávisí na míře zkušeností s výukou žáka s epilepsií) musela být zamítnuta. V rámci našeho výzkumu bylo zjištěno, že postoje k lidem s epilepsií závisí na míře zkušeností s výukou žáka. Učitelé bez osobní zkušenosti s žákem s epilepsií zaujímají k dětem s epilepsií nejvíce negativní postoje oproti učitelům, kteří se žákem s epilepsií již zkušenost mají.

Náš výzkum ukázal, že praxe a v ní nabyté zkušenosti učitelů se žáky s epilepsií dodávají učitelům sebedůvěru v učení takovýchto žáků a tím učitelé postupně budují pozitivní postoj k žákovi s epilepsií. Budování pozitivního postoje k žákům s chronickým onemocněním a k vyučování takových žáků je však dlouhodobým procesem, na kterém je nutné pracovat už během studia učitelství.

Pátá hypotéza

(H5: Existuje kladná korelace mezi znalostmi o epilepsii a postoji k lidem s epilepsií u třídních učitelů žáků s epilepsií) byla rovněž zamítnuta. V našem výzkumu bylo zjištěno, že neexistuje vazba mezi znalostmi o epilepsii a postoji učitelů k dětem s epilepsií.

Předchozí výzkumy z roku 2016 a 2017 ukázaly, že studenti učitelství i učitelé z praxe v České republice zaujímají k dětem s epilepsií méně pozitivní postoj než např. v USA. V těchto výzkumech se potvrdil fakt existující korelace mezi znalostmi o epilepsii a postoji k dětem s epilepsií, avšak v našem výzkumu byla tato hypotéza zamítnuta. Důvodem by mohlo být i již zmíněné tvrzení z předchozího výzkumu, že dosažení změny postojů je velmi náročný a zdoluhavý proces i přes nabyté vědomosti o epilepsii (Brabcová, Strejcová, Kohout, 2017).

Prokázali jsme tedy, že faktor zkušenosti učitelů s žákem s epilepsií ovlivňuje postoj učitele k žákovi s epilepsií. Bylo by vhodné, aby se další výzkumy zaměřily na další faktory, které by mohly ovlivnit postoj učitele k těmto žákům. Takovými faktory mohou být věk, pohlaví, počet let praxe ve výuce žáka s epilepsií, třídnictví a vyučování žáka s epilepsií jako učitel vedlejšího předmětu, výuka o chronických nemocech na VŠ, kurz první pomoci apod.

V České republice již proběhly výzkumy, které zjišťovaly znalosti, sebedůvěru a postoje studentů učitelství vysokých škol v přístupu k žákům s epilepsií, avšak tyto výzkumy jsou v začátcích, a proto je důležité v nich pokračovat. Za uvážení také stojí myšlenka vytvořit v České republice celostátní kampaň pro boj proti strachu z epilepsie a stigmatizaci lidí s epilepsií, či jiným chronickým onemocněním. Existuje spolek EpiStop z.s., který se u nás snaží o zlepšení postavení osob s epilepsií a stal se prvním projektem, který soustavně rozšiřuje informace o epilepsii. Takové projekty je třeba podporovat.

Další možností se zdá být připojení k celoevropské kampani „**Facciamo luce sull'epilessia a scuola**“ („Posviťme si na epilepsii ve škole“), díky které se výrazně zlepšilo povědomí veřejnosti a hlavně učitelů v Itálii o problematice epilepsie (Mecarelli et al., 2015).

Výzkumy provedené v posledních letech v České republice ukazují aktuální stav České republiky v problematice epilepsie. Díky výsledkům těchto výzkumů můžeme sledovat proměnu učitelů v přístupu k žákům s epilepsií a na základě těchto nových vědomostí konstatovat, že nejdůležitějším krokem do budoucna je nejspíše vzdělávání budoucích učitelů v této problematice.

Vysoké školy by měly svým studentům zajistit dostatečné informace o epilepsii, diskutovat s nimi o problematice výuky žáků s epilepsií a nakonec zajistit studentům praxi, nebo alespoň náslechové hodiny ve třídě se žáky s epilepsií či jiným chronickým onemocněním. Studenti by tak zjistili, že výuka probíhá stejně jako v ostatních třídách a nepožaduje žádnou odlišnou přípravu učitele. Jistě by se pak jejich obavy z výuky těchto dětí minimalizovaly a staly by se sebevědomějšími učiteli, kteří by první zkušenost s dětmi s epilepsií měli již z dob studií.

Nejcennějším poznatkem tohoto výzkumu je tedy nejspíše fakt, že zkušenost s dítětem s epilepsií příznivě ovlivňuje vztah učitele s takovým žákem a zároveň odstraňuje pocit strachu a výjimečnosti výuky takového žáka.

5 ZÁVĚR

Vnímání učitelů dětí s epilepsií, kteří takové děti vyučují, je různé, a výrazně se odlišuje od vnímání učitelů, kteří žáka s epilepsií nikdy nevyučovali. Náš výzkum prokázal, že učitel, který se setkal se žákem s epilepsií, má vyšší znalosti o epilepsii než učitel, který se s dítětem s epilepsií dosud neseťkal. Učitelé, kteří již vyučovali žáka s epilepsií, cítí větší sebedůvěru v práci se žáky s epilepsií než ti, kteří takového žáka vyučují poprvé, nebo ti, kteří nemají s takovýmto žákem zkušenost. Zjistili jsme, že zkušenost učitele se žákem s epilepsií ovlivňuje postoj k těmto žákům. Učitelé, kteří se se žákem s epilepsií ještě neseťkali, zaujímají více negativní postoj k takovému žákovi než učitelé, kteří se s takovým žákem již seťkali. Čím více znalostí o epilepsii učitel získá, tím více si věří. Prokázali jsme vazbu mezi znalostmi o epilepsii a postoji k lidem s epilepsií u třídních učitelů žáků s epilepsií. Čím více znalostí učitel o epilepsii má, tím kladnější postoj k žákovi s epilepsií zaujímá.

Stejně jako v předchozích výzkumech v minulých letech v zahraničí i na našem území jasně vidíme, jak je důležité rozšiřovat správné povědomí o lidech trpících epilepsií a vědomosti o epilepsii samotné. Předjdeme tak stigmatizaci těchto lidí a šikaně v prostředí školy. Těmto lidem tak zajistíme podmínky pro poklidný plnohodnotný život bez omezení. Pokud ostatní pochopí, že lidé s epilepsií neohrožují okolí žádným způsobem, ani nejsou intelektuálně, fyzicky, duševně či jinak omezení, budou lidi s epilepsií brát jako sobě rovné a v důsledku se tak budou právem cítit i lidé s epilepsií.

Cítit se jako rovný ostatním není u nikoho důležitější než u dítěte 1. stupně ZŠ, u kterého se v tomto období rozvíjí celá jeho osobnost. Učitel má zodpovědnost za vytváření správného třídního klimatu, ve kterém si jsou všichni rovni a kde není prostor pro stigmatizaci. Učitel toho může dosáhnout pouze svým sebevzděláváním a správným podáváním důležitých informací o žácích spolužákům. Z těchto důvodů jsou tyto výzkumy o stavu znalostí, sebedůvěry a postojů učitelů i ostatních v přístupu k lidem s epilepsií velmi důležitým materiálem pro zjišťování stavu vnímání lidí o epilepsii a prostředkem zajištění zlepšování nejen školního prostředí pro lidi s epilepsií. Uvedené důvody vysvětlují důležitost v pokračování v těchto výzkumech.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Literatura

- Albaraa, S. et al. (2014). Primary school teacher's knowledge and attitudes toward children with epilepsy. *Seizure*, 23: 280 – 283. doi: 10.1016/j.seizure.2013.12.010
- Antonak, R. F. (1990). Psychometric analysis and validation of the Scale of Attitudes Toward Persons with Epilepsy. *Journal of Epilepsy*, 3(1), 11–16.
- Bannon, M. J., Wildig, C., & Jones, P. W. (1992). Teachers' perceptions of epilepsy. *Archives of Disease in Childhood*, 67(12), 1467 –1471.
- Berhe, T., Yihun, B., Abebe, E. & Abera, H. (2017). Knowledge, attitude, and practice about epilepsy among teachers at Ethio-National School, Addis Ababa, Ethiopia. *Epilepsy & Behavior* 70: 150–153. doi: 10.1016/j.yebeh.2017.02.009
- Brabcová, D. (2013). Pedagogicko - psychologické aspekty v přístupu k dětem s epilepsií v kontextu jejich kvality života. (Disertační práce). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: https://theses.cz/id/jub04u/Brabcov__disertan_prce.pdf?info=1;isshlret=astmatem%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dd%C4%9Bti%20astma%26start%3D26
- Brabcová, D. (2013). Sociální aspekty epilepsie. In: Jošt, J., Man, F., & Nohavová, A., a kol. *Podpora zdravého psychického vývoje: z aspektu dítěte a učitele*, s. 7-28. ISBN 978-80-87204-66-5.
- Brabcová, D., & Kohout, J. (2015). Specifics of children with epilepsy in school environment. *International Journal of Neurology Research*, 1(2), 79-82.
- Brabcová, D., Kohout, J., Kršek, P. (2016). Knowledge about, confidence with and attitudes toward epilepsy among pre-service teachers in the Czech Republic. *Epilepsy & Behavior*. 54: 88-94 (IF 2,061)
- Brabcová, D., Kohout, J., & Kršek, P. (2016). Knowledge about epilepsy and attitudes towards affected people among teachers in training in the Czech Republic. *Epilepsy & Behavior*, 54, 88-94.
- Brabcová, D., Lovasová, V., Kohout, J., & Zárubová, J. (2012). Familiarity with and attitudes towards epilepsy among teachers at Czech elementary schools - The effect

of personal experience and subspecialization. *Seizure - European Journal of Epilepsy*, 21(6), 461-465.

Brabcová, D., Strejcová, E., Kohout, J. (2017). Znalosti o epilepsii a sebedůvěra studentů učitelství a učitelů z praxe v přístupu k žákovi s tímto onemocněním – E pedagogium – Nezávislý odborný časopis pro interdisciplinární výzkum v pedagogice 1, 162-173, ISSN 1213-7499.

Enkhtuya S. & Luvsannorov, O. (2017, October). Knowledge awareness and attitude about epilepsy among some school teachers in Ulaanbaatar. *Journal of the Neurological Sciences*. 381: 340. doi: 10.1016/j.jns.2017.08.966

Eze, Ch. N., Ebuehi, O. M., Brigo, F., Otte, W. M. & Igwe, S. C. Effect of health education on trainee teachers' knowledge, attitudes, and first aid management of epilepsy: An interventional study. *Seizure*. 33: 46 – 53. doi: 10.1016/j.seizure.2015.10.014

Fialová, I. (2011). *Analýza faktorů determinujících edukaci a profesní orientaci jedinců se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita.

Gebrewold, M. A., Enquesselassie, F., Teklehaimanot, R. & Gugssa, S. A. (2016, September). Ethiopian teachers: their knowledge, attitude and practice towards epilepsy. *BMC Neurol*. 16: 167. doi: 10.1186/s12883-016-0690-4.

Giuliano, L. et al. (2018, June). Knowledge, attitudes, and practices towards epilepsy among general practitioners in rural Bolivia: Results before and after a training program on epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 83: 113 – 118. doi: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.02.030>

Goel, S., Singh, A., Singh, N. & Lal V. (2014, January). Evaluating the impact of comprehensive epilepsy education programme for school teachers in Chandigarh city, India. *Seizure*. 23: 41 – 46. doi: 10.1016/j.seizure.2013.09.010

Hartl, P. & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Helus, Z. (2004). *Dítě v osobnostním pojetí*. Praha: Portál.

Herrmann, L. K. et al. (2016, July). Epilepsy misconceptions and stigma reduction: Current status in Western countries. *Epilepsy & Behavior*. 60: 165 – 173. doi: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.04.003>

- Kampra, M. (2016, July). Teachers' knowledge about epilepsy in Greece: Information sources and attitudes towards children with epilepsy during school time. *Epilepsy & Behavior*. 60: 218 – 224. doi: 10.1016/j.yebeh.2016.04.004
- Katuščák, D., Matthaeidesová, M. & Nováková, M. (1998). Informačná výchova: terminologický a výkladový slovník: odbor knižničná a informačná veda, 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo.
- Kolahi, A. – A., Ghorbanpur – Valukolaei, M., Abbasi – Kangevari, M. & Farsar, A. – R. (2018, July). Knowledge, attitudes, and first- aid measures about epilepsy among primary school teachers in northern Iran. *Acta Neurologica Scandinavica*. 138: 85 – 92. doi: 10.1111/ane.12917
- Komarek V., & Smidova J. (2007). The psychosocial impact of epilepsy in Czech children: what are causative factors of differences during ten years interval? *Epileptic Disorders*. 9(1), 2–8. doi: 10.1684/epd.2008.0157
- Kršek, P. (2010, květen). Epileptické a neepileptické záchvaty u dětí. *Pediatr. pro Praxi* 2010, 11(2), 106 – 109. Dostupné z: https://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-201002-0007_Epilepticke_a_neepilepticke_zachvaty_u_deti.php
- Kršek, P., Brabcová, D., Valouchová, L., Liška, A., & Kohout., J. (2012). Epilepsie a škola: souhrnný průvodce tématikou pro učitele. 1. vyd. Praha: *Občanské sdružení EpiStop*.
- Kuba, R. (2009). *Brno Epilepsy Center: Akademické centrum pro epileptologii a epileptochirurgii LF MU* [cit. 2018-03-21]. Dostupné z: <http://www.epilepsiebrno.cz/vse-kolem-purple-day.html>
- Małkowska-Szcutnik, A., Woynarowska, B., Kleszczewska, D., Salonna, F., Vorlíček, M. & Gajewski, J. (2017). Znalosti učitelů v Polsku a České Republice o epilepsii: jejich postoje vůči žákům s epilepsií a připravenost učitelů na práci s těmito žáky. Varšava: EPISCHOOL: Spolu proti bariérám!
- Marusič, P. et al. (2017). Nové klasifikace epileptických záchvatů a epilepsií ILAE 2017, *Neurol. praxi* 2018; 19(1): 32-36. Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201801-0007_Nove_klasifikace_epileptickyh_zachvatu_a_epilepsii_ILAE_2017.php

- Mecarelli, O. et. al. (2014, March). An educational campaign toward epilepsy among Italian primary school teachers. 1. Survey on knowledge and attitudes. *Epilepsy & Behavior*. 32: 84 – 91. doi: 10.1016/j.yebeh.2014.01.009.
- Mecarelli, O. et. al. (2015, January). An educational campaign about epilepsy among Italian primary school teachers. 2. The results of a focused training program. *Epilepsy & Behavior*. 42: 93-7. doi: 10.1016/j.yebeh.2014.07.022.
- Novotná, I. I., & Rektor, I. I. (2002). The trend in public attitudes in the Czech Republic towards persons with epilepsy. *European Journal Of Neurology*, 9(5), 535–540. doi: 10.1046/j.1468-1331.2002.00466.x
- Quereshi, Ch., Standing, H. C., Swai, A., Hunter, E., Walker, R. & Owens, S. (2017, July). Barriers to access to education for young people with epilepsy in Northern Tanzania: A qualitative interview and focus group study involving teachers, parents and young people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 72: 145 – 149. doi: 10.1016/j.yebeh.2017.04.005
- Sasín, J. (1975). *Socializace dětí s epilepsií*. SPN.
- Schmitz, B. (2006). Effects of Antiepileptic Drugs on Mood and Behavior. *Epilepsia (Series 4)*, 4728–33.
- Stehlíková, P. & Modrá, E. (2017). *Epilepsie a dítě*. Praha: Společnost E/Czech Epilepsy Association. ISBN isbn978-80-906432-2-2.
- Ullah, S. & Nabi, G. (2015). Knowledge, Attitude and Practices of School Teachers towards Epileptic School Students at District Dir Lower, Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan. *International Journal of Neuroscience and Behavioral Science* 3(1): 1-6. doi: 10.13189/ijnbs.2015.030101
- Vágnerová, M. (2005). *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum.
- Vojtěch, Z. (2010). *Epilepsie u dospělých osob*. 1. Vyd. Praha: Občanské sdružení EpiStop.
- Výrost, J. & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka 1: Základní informace o respondentech.....	46
Tabulka 2: P-hodnoty – shrnutí	49

Seznam grafů

Graf 1: Výsledky znalostního dotazníku	50
Graf 2: Výsledky dotazníku sebedůvěry učitelů.....	51
Graf 3: Výsledek české verze ATPE testu.....	52

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník – znalosti, sebedůvěra a postoje k epilepsii.....	65
Příloha 2: Znalosti o epilepsii	67
Příloha 3: Sebedůvěra v oblasti epilepsie	72
Příloha 4: Postoje k epilepsii	73

PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník – znalosti, sebedůvěra a postoje k epilepsii

Vážení kolegové a kolegyně, prosíme Vás o vyplnění dotazníku týkajícího se Vašich znalostí o epilepsii, sebedůvěry s ní související, a konečně Vašich postojů k tomuto onemocnění. Toto dotazníkové šetření je součástí systematického výzkumu Dítě s epilepsií v prostředí školy, který byl podpořen Grantovou agenturou České republiky. **Veškeré údaje budou anonymně vyhodnoceny!**

Prosíme Vás, abyste na všechny otázky odpovídali podle svého nejlepšího svědomí a speciálně u položek týkajících se Vašich postojů k epilepsii či sebedůvěry se nenechali ovlivnit tím, co by mohlo být pokládáno za společensky nejpříjemnější volbu. Čtete, prosím, pozorně zadání jednotlivých otázek a dejte pozor na to, že některé z nich (speciálně v části věnované postojům) jsou formulovány tak, že obsahují zápor. Bližší instrukce jsou uvedeny na začátku jednotlivých částí.

Předem Vám děkujeme za pečlivé vyplnění všech dotazníků!

Základní otázky

Tato část obsahuje několik základních otázek sloužících k charakterizaci výzkumného vzorku.

1. Jste muž nebo žena? muž žena

1a. Uveďte Vaši emailovou adresu a název ZŠ

2. Uveďte Váš věk:

2a. Uveďte počet let pedagogické praxe:

3. Které předměty vyučujete?.....

4. Setkal/a jste se někdy dříve během své učitelské praxe s žákem, který měl epilepsii?

Ano Ne Nejsm si jist(a)

5. Znáte osobně někoho (mimo vyučované dítě), u něhož byla diagnostikována epilepsie?

Ano Ne Nejsm si jist(a)

6. Setkal(a) jste se během svého studia na fakultě připravující učitele s problematikou epilepsie?

Vůbec ne Ano, ale pouze okrajově Ano, poměrně podrobně

7. Uvítal/a byste další informace, které se týkají problematiky epilepsie:

Určitě ne Spíše ne Spíše ano Určitě ano

8. Uveďte jméno a příjmení dítěte s epilepsií, u kterého jste třídním učitelem/učitelkou

9. Ve které třídě jste třídním učitelem/učitelkou?

Příloha 2: Znalosti o epilepsii

Tato část dotazníku obsahuje celkem 18 otázek týkajících se Vašich znalostí různých aspektů epilepsie. U každé otázky jsou čtyři možnosti, z nichž **právě jedna** je správná. Některé otázky jsou poměrně náročné a je tudíž možné, že u nich nebudete znát odpověď. V takovém případě, prosím, označte možnost, která Vám připadá jako nejpravděpodobnější. **Označení odpovědí proveďte zakroužkováním písmene u příslušné možnosti.**

1. Epilepsie je

- a) záchvatové onemocnění mozku;
- b) duševní onemocnění projevující se záchvaty (tzv. amok);
- c) infekční onemocnění zasahující míchu;
- d) nervosvalové onemocnění.

2. Epilepsie

- a) je jedna nemoc projevující se u všech pacientů stejným způsobem;
- b) je jedna nemoc mající však odlišné projevy především v závislosti na věku a pohlaví;
- c) je souhrnné označení pro několik různě podmíněných onemocnění projevujících se však velmi podobným způsobem;
- d) má mnoho velmi rozličných podob, vždy však u ní jde o opakovaný vznik zpravidla spontánních záchvatů.

3. Jaký je přibližně podíl osob trpících epilepsií v celkové populaci v ČR?

- a) zhruba 0,01 %;
- b) zhruba 0,1 %;
- c) zhruba 1 %;
- d) zhruba 10 %.

4. Epilepsie může vypuknout

- a) zpravidla při narození, výjimečně do 1 roku života;
- b) zpravidla mezi 3. a 6. rokem života, nejpozději však v době puberty;

- c) v kterémkoliv věku, nejčastěji však do 20. roku života;
- d) v kterémkoliv věku, nejčastěji však mezi 30. a 50. rokem života.

5. Epilepsie je

- a) z podstaty neléčitelná;
- b) ve většině případů neléčitelná, v některých případech léčitelná chirurgickým zákrokem;
- c) ve většině případů léčitelná, avšak zpravidla pouze chirurgickým zákrokem;
- d) ve většině případů efektivně léčitelná pomocí léků.

6. Dědičnost epilepsie je

- a) obecně nízká (do 10 %) a závislá na druhu epilepsie a dalších faktorech;
- b) vysoká (cca 50 %) a zcela nezávislá na tom, zda epilepsií trpěli oba rodiče nebo jen jeden z nich;
- c) vysoká (cca 25 – 75 %) a silně závislá na tom, zda epilepsií trpěli oba rodiče nebo jen jeden z nich;
- d) 100 % dokonce i v případě, že epilepsií trpí pouze jeden z rodičů.

7. Při epileptickém záchvatu s křečemi je třeba především:

- a) odstranit předměty, které by mohly způsobit poranění;
- b) umístit předmět (např. lžičku) mezi zuby tak, aby nedošlo k překousnutí jazyka;
- c) bránit i násilím záškubům provázejícím záchvat;
- d) dát epileptikovi napít (pokud možno teplý nebo alespoň vlažný nápoj).

8. V které z následujících situací je vždy nutné volat při záchvatu záchrannou službu (uvažujeme, že se jedná o jedince, který již prodělal záchvaty v minulosti)

- a) vždy, každý epileptický záchvat je život ohrožující situace;
- b) v případě, kdy došlo byt' jen ke krátkodobé ztrátě vědomí;
- c) v případě, že dotyčný nedokázal rozpoznat blížící se záchvat alespoň minutu před jeho začátkem;
- d) v případě, že záchvat trvá déle než 5 minut popř. jeden záchvat přechází do druhého.

9. Která z následujících technik se typicky využívá při diagnostice epilepsie:

- a) elektroencefalografie (EEG);
- b) ultrazvukové vyšetření (sonografie);
- c) elektrokardiogram (EKG);
- d) krevní obraz.

10. V jaké míře se u osob trpících epilepsií objevují specifické poruchy učení či poruchy pozornosti?

- a) méně často ve srovnání s celkovou populací;
- b) zhruba stejně často jako ve srovnání s celkovou populací;
- c) podstatně častěji než v celkové populaci, ale rozhodně ne ve všech případech;
- d) vždy, jedná se o průvodní znaky epilepsie.

11. K náhlým úmrtím, u nichž není zjištěna ani důkladným vyšetřením příčina, dochází u osob trpících epilepsií ve srovnání s celkovou populací:

- a) díky léčbě epilepsie zpravidla méně často;
- b) zhruba stejně často jako v celkové populaci (epilepsie zde nehraje žádnou roli);
- c) v kojeneckém věku podstatně častěji, později srovnatelně nebo dokonce méně často;
- d) podstatně častěji, a to především u dospělých jedinců.

12. Mohou matky trpící epilepsií kojit?

- a) ne, protože kojení je rizikový faktor vzniku záchvatu;
- b) ne, protože to zvyšuje pravděpodobnost onemocnění dítěte epilepsií;
- c) pouze v případě, že neberou žádné léky související s epilepsií;
- d) zpravidla i v případech, kdy berou léky související s epilepsií.

13. Mezi rizikové faktory ovlivňující epilepsii nejspíše nepatří:

- a) nadměrná konzumace alkoholu;
- b) návštěvy diskoték s ostrým střídavým světlem (stroboskopický efekt);
- c) vysoká míra stresu;
- d) nadměrná konzumace čokolády.

14. Při epileptickém záchvatu:

- a) mozek není zpravidla zasažen, postižena je primárně periferní část nervové soustavy;
- b) může být v závislosti na typu epilepsie zasažena pouze jedna nebo obě hemisféry;
- c) jsou vždy zasaženy obě hemisféry mozku;
- d) je vždy zasažena pravá hemisféra mozku, levá není epilepsií nijak ovlivněna.

15. Podstatou epileptického záchvatu je

- a) narušení elektrické aktivity mozku;
- b) narušení magnetického pole mezi pravou a levou hemisférou mozku;
- c) narušení rovnováhy mezi kationy a aniony v organismu;
- d) narušení rovnováhy mezi bílými a červenými krvinkami.

16. Výskyt psychózy je mezi lidmi s epilepsií je ve srovnání s celkovou populací

- a) výrazně menší, protože psychóza a epilepsie se navzájem prakticky vylučují;
- b) trochu menší, protože u některých druhů epilepsie psychóza nemůže nastat;
- c) poněkud větší, avšak zdaleka ne samozřejmý;
- d) výrazně větší, jedná se o typický projev epilepsie objevující se u drtivé většiny pacientů.

17. Typ generalizovaného záchvatu označovaný zpravidla jako absence se projevuje následovně:

- a) pacient má drobné záškuby ve tváři;
- b) pacient má krátkodobý výpadek vědomí připomínající snění s otevřenýma očima;
- c) pacient má poruchu vědomí, upadá do bezvědomí, kterému předcházely křeče;
- d) pacient přestává chodit do zaměstnání, či do školy v důsledku poruchy nálady.

18. Termínem Status epilepticus je označován:

- a) každý jedinec, který trpí epilepsií;
- b) jedinec, u něhož se epilepsie projevila v období puberty;
- c) záchvat, který trvá déle než 5 minut, nebo opakující se záchvaty, mezi kterými pacient nenabude vědomí;
- d) epileptik, který nemůže najít zaměstnání.

Příloha 3: Sebedůvěra v oblasti epilepsie

Tato část se týká toho, do jaké míry byste si důvěřovali při zvládnání některých situací, které mohou nastat ve třídě, kterou navštěvuje žák s epilepsií. Zkuste si představit sebe jako učitele v takové třídě a uveďte na škále 1-5 (1 = vůbec si v této situaci nedůvěřuji, 5 = v této situaci si zcela důvěřuji), do míry byste byli schopni zvládat následující situace.

Příslušnou volbu proved'te zakroužkováním odpovídajícího čísla.

Poskytnout první pomoc při epileptickém záchvatu u žáka	1	2	3	4	5
Rozhodnout, zda je třeba volat záchrannou službu	1	2	3	4	5
Uklidnit třídu po proběhlém záchvatu a vysvětlit, co se stalo	1	2	3	4	5
Zabránit tomu, aby se žák s epilepsií stal terčem posměchu	1	2	3	4	5
Rozpoznat případné vedlejší účinky léčby epilepsie na žáka	1	2	3	4	5

Příloha 4: Postoje k epilepsii

V této části je celkem 21 tvrzení, s nimiž se různí lidé do různé míry (ne)ztotožňují. Zakroužkováním příslušné možnosti na šestistupňové škále rozhodně nesouhlasím až rozhodně souhlasím uveďte, jaký je Váš názor na tuto věc. Snažte se označit to, co skutečně pokládáte za správné, nikoliv to, co se Vám zdá jako společensky nejpříjemnější volba. Žádná odpověď zde není správná ani chybná, jde o zjištění Vašeho subjektivního názoru na dané téma.

1. Školy by neměly zařazovat děti s epilepsií do běžných tříd.

rozhodně souhlasím souhlasím spíše souhlasím
spíše nesouhlasím nesouhlasím rozhodně nesouhlasím

2. Lidé s epilepsií mají stejná práva jako ostatní lidé.

rozhodně souhlasím souhlasím spíše souhlasím
spíše nesouhlasím nesouhlasím rozhodně nesouhlasím

3. Lidé s epilepsií mohou bezpečně obsluhovat stroje.

rozhodně souhlasím souhlasím spíše souhlasím
spíše nesouhlasím nesouhlasím rozhodně nesouhlasím

4. Pojišťovny by neměly odmítat pojistit lidi s epilepsií.

rozhodně souhlasím souhlasím spíše souhlasím
spíše nesouhlasím nesouhlasím rozhodně nesouhlasím

5. Lidem s epilepsií by nemělo být bráněno mít děti.

rozhodně souhlasím souhlasím spíše souhlasím
spíše nesouhlasím nesouhlasím rozhodně nesouhlasím

6. Lidem s epilepsií by mělo být zakázáno řízení motorových vozidel.

rozhodně souhlasím souhlasím spíše souhlasím
spíše nesouhlasím nesouhlasím rozhodně nesouhlasím

7. Děti s epilepsií by měly chodit do běžných základních škol.

rozhodně souhlasím souhlasím spíše souhlasím
spíše nesouhlasím nesouhlasím rozhodně nesouhlasím

8. Onemocnění epilepsií u dospělého jedince by mělo být dostatečným důvodem k rozvodu.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

9. Lidé s epilepsií jsou nebezpečím pro veřejnost.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

10. Odpovědnost za vzdělání dětí s epilepsií nese společnost.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

11. Jedinci s epilepsií jsou náchylní k nehodám.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

12. Děti potřebují být chráněny před spolužáky s epilepsií.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

13. Rodiče by měli očekávat od dětí s epilepsií to samé jako od ostatních dětí.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

14. U lidí s epilepsií je vyšší náchylnost ke zločineckým sklonům než u ostatních.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

15. Lidem s epilepsií by nemělo být zakázáno se oženit/vdát.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

16. Zákony uvádějící epilepsii jako důvod pro zrušení adopce by měly být zrušeny.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

17. Lidé s epilepsií jsou raději ve společnosti osob se stejným onemocněním.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

18. Lidem s epilepsií by měly být k dispozici stejné pracovní příležitosti jako ostatním.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

19. Lidé s epilepsií jsou jako kdokoliv jiný, pokud jsou jejich záchvaty kontrolovány léčbou.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

20. Rodinám dětí s epilepsií by neměly být poskytovány podpůrné sociální služby.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

21. Děti s epilepsií v běžných třídách mají negativní vliv na ostatní děti.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím