



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra psychologie a speciální pedagogiky

Bakalářská práce

Specifika žáků s epilepsií při
vzdělávacím procesu v ZŠ praktických

Vypracovala: Tereza Perglová

Vedoucí práce: Mgr. Věra Koppová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Bakalářskou práci s názvem Specifika žáků s epilepsií při vzdělávacím procesu v ZŠ praktických jsem v teoretické části rozdělila na tři hlavní kapitoly. V první kapitole uvádím definici základní charakteristiky epilepsie, etiologii a diagnostiku epilepsie, klasifikaci epileptických záchvatů a také léčbu a terapii epilepsie. Ve druhé kapitole se věnuji oblasti charakteristiky Základní školy praktické, stupně mentální retardace, charakteristiky osoby s lehkým mentálním postižením. Poslední část, třetí kapitola je zaměřena na vzdělávání žáků se zdravotním znevýhodněním, podpůrná opatření při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, vliv epilepsie na život dítěte atd.

Životní situace lidí s epilepsií jsou v naší společnosti stále velmi obtížné. Především škola by se měla pokusit o vytvoření vhodných podmínek a dávat dětem s epilepsií větší šance ve vzdělání a v životě. U dětí školního věku má obzvlášť velký vliv na jejich život a vzdělávání hlavně jejich rodina a škola. Mělo by se stát normálním, že děti s epilepsií mají právo společně se vzdělávat a učit s dětmi ostatními. Pedagogové by měli na žáka s epilepsií pohlížet jako na celistvou osobnost.

Cílem práce je zjistit limity vzdělávání žáků s epilepsií ve školním prostředí, dále zjistit limity žáků s epilepsií ve volnočasových aktivitách a posledním cílem je zjistit informovanost pedagogů ve vztahu k epilepsii v edukačním procesu.

Pro kvalitativní výzkum jsem zvolila techniku rozhovorů, které jsem prováděla s pedagogy ZŠ praktických v Plzeňském a Jihočeském kraji. Za účelem výzkumu jsem oslovila 8 ZŠ praktických v Plzeňském a Jihočeském kraji. Pro zjišťování informací jsem použila metodu polostandardizovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Pro respondenty bylo vytvořeno 16 otázek pro pedagogy. Osnovy rozhovorů v záznamovém archu pro pedagogy jsou součástí přílohy. Odpovědi byly následně analyzovány a zpracovány do příslušných tabulek. Každý jedinec má vzdělávání ztížené přidruženým mentálním postižením.

Po provedeném výzkumu jsem zjistila, že největšími limity ve vzdělávání žáků s epilepsií ve školním prostředí jsou medikamentózní léčba – ve většině případů byla

uvedena jako největší omezení při vzdělávání, důležitá je pravidelnost podávání medikace žákům. Dále je pro žáky a celou třídu omezující klidový režim, který je nezbytný pro vzdělávání těchto žáků. Omezující je také četnost epileptických záchvatů. U každého jedince je toto omezení individuální, každý žák má epileptické záchvaty odlišně. Některé záchvat postihne jedno týdně, některé žáky jednou měsíčně a jiné několikrát týdně. U jednoho chlapce plyne z epilepsie omezení docházky do školy. Další potíže se u všech žáků objevují v oblasti pozornosti, tím i snížení rozsahu zapamatovaného učiva, zvýšená unavitelnost, agresivní chování, zpomalení pracovního tempa žáků.

Každému člověku včetně lidí s epilepsií prospívá aktivní trávení volného času. Přispívá k dobré tělesné a psychické kondici. U epilepsie je však třeba dostatek vědomostí, jaká bezpečností pravidla dodržovat. Rodiče dětí s epilepsií by se měli poradit s učitelem, jaké aktivity je možné dítěti umožnit a zároveň dodržovat nutné zásady opatrnosti a bezpečnosti. Účastnit se co nejvíce aktivit a vyrovnat se svým zdravým kamarádům je pro dítě s epilepsií nesmírně důležité. Žák by neměl být vystavován rizikovým sportům a nadměrné zátěži. Určitý druh sportu je u každého individuální, podle jeho fyzických a psychických schopností. Velkou zodpovědnost za svoje dítě s epilepsií mají v první řadě rodiče.

Ve výzkumu jsem zjistila, že největší omezení trávení volného času mají tito žáci ve sportu. Nesmějí plavat a vykonávat jakoukoliv jinou sportovní činnost. Také bylo uvedeno nenavštěvovat solní jeskyni a kino. Naopak své nadání a nadšení mohou uplatnit například v kroužkách keramiky, ve výtvarném nebo dramatickém kroužku.

Všichni pedagogové uvedli znalosti a zkušenosti odpovídající práci s těmito dětmi. Všem bylo poskytnuto školení o podávání první pomoci a někteří uvádějí, že si sami ve svém zájmu a volném čase zjišťují další informace o epilepsii, které obohacují jejich znalosti.

Bakalářská práce může být podkladem pro rodiče dětí s epilepsií, také pro pedagogy a další pedagogické pracovníky ZŠ praktických, ale i běžných základních škol. Tuto práci si také mohou přečíst rodinní příslušníci žáka, který má epilepsii.

Klíčová slova: epilepsie, epileptický záchvat, vzdělávání, pedagog, edukace, ZŠ praktická.

Abstract

I divided the Bachelor's thesis, called 'The specific features in practical primary schools' epileptic pupils', into three main chapters. In the first chapter of the theoretical part I mention the definition of the main characteristics of epilepsy, the etiology and diagnosis of epilepsy, as well as the classification of epileptic seizures and the treatment and therapy of epilepsy. In the second chapter I focus on the practical primary schools. I mention the characteristics of practical primary schools, the characteristics of a person with mental disability as well as particular levels of mental retardation. The last part, the third chapter, is focused on the education of handicapped pupils. The subchapters are concerned with pupils with special educational needs, with supportive policies

in handicapped pupils, further on I mention the system of advisory service, the specific features of educating an individual suffering from epilepsy, as well as the role of a special teacher in the process of educating epileptic pupils.

The life situations of epileptics are still very difficult in our society. The school especially should attempt creating suitable conditions and giving epileptic children better chances in education as well as their lives. In school-age children their family and school have a huge influence on their lives and education. The fact that epileptic children have a right to study together with other, healthy children, should become normal. Teachers should regard epileptic pupils as integrated personalities.

The goal of this thesis is to find out the limits of epileptic pupils' education in school environment, to find out the limits of epileptic pupils in leisure activities, and the last goal is to find out teachers' awareness linked to epilepsy in educational process.

For qualitative research I chose the technique of interviews that I carried out with practical primary school teachers in the Plzeň and South Bohemian regions. For the purpose of my research I addressed 8 practical primary schools in the Plzeň and South Bohemian regions.

To collect information I used the method of semi-structured interview with open questions. 16 teacher-focused questions were created for the respondents. The interview

outlines in the record sheet for teachers make up the enclosure. The responses were subsequently analysed and processed into appropriate tables. Each individual has their education made more difficult by the associated mental handicap.

After I had done my research, I found out that the greatest limit in epileptic pupils' education is the medical treatment – in most cases it was mentioned as the greatest limit in education, regularity in medication administering to pupils is important. Further on the resting mode, necessary for the education of these pupils, is limiting to them, as well as the whole class. The frequency of epileptic seizures is also limiting. This limit is very specific in each individual, each pupil has an epileptic seizure with different frequency. Some have the seizures once a week, others once a month, while some others might have it several times a week. In one boy the limit in school attendance stems from epilepsy. There are other problems that occur in all epileptic pupils, especially in the area of attention, therefore even in the decrease of memorized curriculum, increased tiredness, aggressive behaviour, slowing down of pupils' pace of work.

Active leisure time benefits every individual, including epileptics. It supports good physical and psychic condition. However, in epilepsy, enough information on what safety rules to keep is needed. Epileptic children's parents should consult the teacher about what activities it is possible to enable the children to do as well as to keep necessary caution and safety conditions. It is extremely important for an epileptic child to take part in as many activities as possible and to even their healthy friends. The pupil should not be exposed neither to risk sports nor excessive load. Certain type of sport is individual in each one, according to their physical and psychic abilities. The parents are responsible for their epileptic child in the first place.

In the research I have found out that the greatest leisure-time limit for these pupils is in sports. They must not swim and do any other sport activities. It was also indicated for them not to attend a salt cave nor the cinema. On the contrary, they may apply their talents and enthusiasm in pottery leisure-time activities, or in a fine-art or drama leisure-time activity.

All teachers have indicated their knowledge and experience responding to work with such children. All of them were given a training in first-aid administration and

some have stated that they themselves are trying to find new information on epilepsy, which enriches their knowledge, in their free time.

This bachelor's thesis can serve as a basic material for epileptic children's parents as well as for teachers and other teaching staff of practical primary schools, but also of ordinary primary schools. Family members of an epileptic pupil may as well read this thesis.

Key words: epilepsy, epileptic seizures, education, teacher, practical primary school.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou 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 bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14.8.2015

.....

Tereza Perglová

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Věře Koppové za odborné vedení, trpělivost, čas a pomoc při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat za podporu svojí rodině.

Obsah

Úvod.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Charakteristika epilepsie.....	14
1.1 Definice a její historický vývoj, základní charakteristika epilepsie.....	14
1.2 Etiologie a diagnostika epilepsie.....	17
1.2.1 Příčiny vzniku epilepsie	17
1.2.2 Diagnostika epilepsie.....	19
1.3 Klasifikace epileptických záchvatů.....	21
1.4 Popis epileptických záchvatů	23
1.4.1 Parciální záchvaty.....	23
1.4.2 Generalizované záchvaty (idiopatické)	24
1.4.3 Status epilepticus	26
1.5 Léčba a terapie epilepsie	26
2 Základní škola praktická.....	29
2.1 Charakteristika základní školy praktické	29
2.2 Stupně mentální retardace	32
2.3 Osoba s lehkým mentálním postižením	35
3 Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami	37
3.1 Žák se speciálními vzdělávacími potřebami	37
3.2 Podpůrná opatření při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami..	40
3.3 Přístupy ke vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami	43
3.4 Specifika edukace jedince s epilepsií.....	46
3.5 Úloha pedagoga v procesu edukace žáka s epilepsií.....	48

3.6 Vliv epilepsie na život dítěte.....	49
3.7 Rodina dítěte s epilepsií	51
3.8 Poradenský systém pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.....	52
PRAKTICKÁ ČÁST	55
4 Metodika výzkumné práce.....	55
4.1 Cíle a výzkumné otázky	55
4.2 Použitá metodika sběru dat	55
4.3 Metodika výběru respondentů.....	56
4.4 Charakteristika výzkumného terénu.....	56
5 Výsledky výzkumného šetření.....	60
6 Diskuse.....	67
7 Závěr	70
8 Seznam použitých zdrojů.....	71
9 Přílohy.....	I

Úvod

Téma bakalářské práce je Specifika ve vzdělávání žáků s epilepsií při vzdělávacím procesu v ZŠ Praktických. Důvod zvolení tohoto tématu byl můj zájem zjistit co nejvíce informací o vlivu epilepsie na vzdělávání žáků. Také jsem chtěla zjistit názory, zkušenosti a pocity pedagogů pracujících s těmito žáky, do jaké míry proces vzdělávání jedinců s epilepsií ovlivňuje, jaké potíže mohou nastat a jaká jsou opatření při vzdělávání jedinců s epilepsií.

V dřívějších letech byla epilepsie nazývána např. „svatá nemoc“. Byla vnímána jako boží trest či výzva nebo varování, což vedlo k neracionálním úvahám nad možnostmi léčby této nemoci. Dnes vnímáme epilepsii jako vážné onemocnění, které pacienta obtěžuje, limituje a omezuje v různých aktivitách a výrazně mění jeho život. Toto onemocnění však neovlivňuje intelekt či schopnost pracovat, jak se někteří lidé domnívají.

Také v dnešní době stále panují ve společnosti obavy a strach z této nemoci. Proto nemocný, který trpí touto chorobou, musí žít neustále ve strachu, kdy a kde ho postihne epileptický záchvat. Řeší to, jak na něj budou lidé na ulici pohlížet, zda mu pomohou, nebo ho tam nechají ležet. Člověk s epilepsií je stejný, jako člověk bez epilepsie, má své zájmy, chce mít dobré uplatnění na trhu práce a také dobré postavení ve společnosti. Nepřeje si, aby na něj okolí pohlíželo skrz prsty. Zdravotnická péče je dnes už poměrně na vysoké úrovni. V České Republice existuje velká řada společností a sdružení pro lidi trpící epilepsií. Lidé se zde scházejí, pomáhají si s různými problémy, povídají si o své nemoci, zkušenostech a zážitcích. Po přečtení různých článků, obsahujících příběhy epileptiků jsem se dozvěděla, že se lidé tito lidé cítí být méněcenní. Domnívám se, že největší problém je společnost lidí, kteří nejsou o této problematice informovaní, nemají s těmito lidmi žádné zkušenosti a někdy ani tyto lidi poznávat nechtějí.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se skládá ze tří hlavních kapitol. První kapitola se zabývá charakteristikou epilepsie, etiologií a diagnostikou epilepsie, klasifikací epileptických záchvatů a léčbou a terapií epileptických záchvatů. V další kapitole uvádím charakteristiku základní školy

praktické, jsou zde charakterizovány stupně mentální retardace. Poslední kapitola se zabývá vzděláváním žáků zdravotně znevýhodněných, je zde uvedena charakteristika žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, dále podpůrná opatření při vzdělávání těchto žáků, přístupy ke vzdělávání žáků se speciálně vzdělávacími potřebami, specifika edukace žáků s epilepsií, faktory ovlivňující vzdělávání, úloha pedagoga, rodina dítěte s epilepsií, vliv epilepsie na život dítěte a systém poradenství pro osoby s epilepsií.

V praktické části popisuji cíl práce a výzkumné otázky. Pro svoji práci jsem zvolila kvalitativní výzkum, metodu explorační, techniku dotazování. Touto technikou jsem se snažila zjistit specifika ve vzdělávání žáků s epilepsií a informovanost pedagogů v oblasti epilepsie. Dále jsem popisovala zařízení, ve kterých byl výzkum realizován.

Pokud se bude více mluvit a psát o tomto onemocnění, domnívám se, že se možná bude méně stávat, že lidé s epilepsií zůstanou bez pomoci, a z podvědomí lidí ve společnosti vymizí předsudky o lidech s touto nemocí. Epileptici chtějí mít stejná práva, povinnosti, výhody jako lidé bez epilepsie. Tito lidé v první řadě potřebují toleranci a viditelnost pochopení ze strany společnosti, ve které se pohybují.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika epilepsie

1.1 Definice a její historický vývoj, základní charakteristika epilepsie

„Epilepsie je skupina poruch mozku projevujících se opakovanými záchvaty (paroxysmy) různého charakteru. Záchvaty jsou způsobeny výbojem v elektrické činnosti určité části nervových buněk a mohou se projevovat poruchami vědomí a vnímání, křečemi, vegetativními projevy a psychickými příznaky. Klasickým záchvatem je tzv. grand mal (tonicko-klonický záchvat) s náhlým bezvědomím, křečemi, pmočením, pokousáním. K jiným záchvatům patří petit mal, mráкотné stavy, záškuby v určitých svalových skupinách bez ztráty vědomí (tzv. jacksonské záchvaty), čichové záchvaty apod. Charakter záchvatu závisí na místě, které je v mozku postiženo a liší se též s věkem pacienta. Příčina je někdy neznámá, jindy je důsledkem jiného postižení mozku, např. nádoru nebo poranění. Starší český název je padoucnice.“ (Vokurka, M., Hugo, J. aj. Velký lékařský slovník, 2. revidované vydání, Maxdorf, ISBN 80-85912-77-5, str. 221, 2007).

Dolanský, J. (2000) uvádí, že o epilepsii mluvíme tehdy, když se epileptické záchvaty opakují bez zjevné příčiny.

V historii byla epilepsie lidově nazývána jako „svatá nemoc“, „hvězdná nemoc“, „božská nemoc“ a řadou dalších podobných názvů. Ty, ve většině případů směřovaly k něčemu nadlidskému, nadpřirozenému. Současně vznikaly názvy jako „ohavná nemoc“, nebo „nemoc, ze které se zvrací“. Pojmenování vyjadřovala vztah lidstva k epilepsii.

Ve středověku pocházejí pojmenování epilepsie jako „svatý žal“, nebo „božská síla“. Tyto názvy jsou vyjádřením v době, kdy nebyla známá příčina epilepsie, natož její účinná léčba. S epilepsií je také spojován svatý Valentin, měl schopnost skutečně pomáhat a přebíral na sebe veškerou zodpovědnost. Proto je také epilepsie nazývána

jako „nemoc svatého Valentina“. V pozdním středověku a renesanci tuto nemoc zobrazovali jako ležící postavu, zdůrazňovalo to, že za epilepsii byl považován jen „velký“ záchvat s bezvědomím a pádem. Nemocný byl zobrazován polooblečený, polootrhaný. Tímto zdůrazňovali ubohost, postižení a nemohoucnost nemocných. Tento fakt taktéž zdůraznili pomocí nepoměru velikostí postav. Zachránce byl vždy zobrazován mnohem větší. (Moráň, M. 2007).

Základní pojmy

V souvislosti s charakteristikou onemocnění epilepsie je potřebné objasnit několik následujících pojmů: *záchvat, epileptický záchvat, epileptické ohnisko, záchvatová pohotovost mozku, epileptogeneze, epileptogenní podnět.*

Záchvat

Je situace, kdy jedinec je z plného zdraví zaskočen stavem, který náhle, prudce začíná, má určitou dobu trvání a většinou náhle končí. Po jeho ukončení mohou přetrvávat různé následné obtíže, v určitých intervalech se může opakovat, může přecházet v kontinuální stav (Dolanský, J. 2000).

Epileptický záchvat

Je definován jako zachycovaný projev, který má původ v patologickém ději probíhajícím v mozku, který se projevuje souborem behaviorálních, vegetativních, elektrofyziologických a biochemických příznaků. Náhle začne a náhle, relativně krátce také končí (Dolanský, J. 2000).

Ošlejšková a Makovská (2009) uvádí, že epileptický záchvat je ataka přechodných klinických příznaků, které jsou projevem abnormální a nadměrné elektrické aktivity nervových buněk a její patologicky zvýšené synchronizace.

Je také velmi důležité zmínit změny, které nastávají před celkovým záchvatem. Tento interval se nazývá aura. Je to subjektivně prožívaný počátek epileptického záchvatu s různými sensorickými nebo psychosensorickými vjemy. Mohou to být návaly horka, pocit tlaku na hrudi, zrakové, sluchové či chuťové pocity. Aura se také

může vyskytovat samostatně, většinou se však vyvíjí do jiného typu záchvatu v závislosti na typu šíření epileptického výboje (Ošlejšková, H., Makovská, Z. 2009).

Epileptické ohnisko

Pro vznik epileptického záchvatu je podmínkou existence různě rozsáhlých a místně ohraničených „epileptických neuronů“ v mozku, které jsou označeny jako **epileptické ohnisko**. Epileptické neurony mají funkční schopnost vytvářet patologické výboje, jejichž podstatou je záchvatový, poměrně rychle nastupující chemický a elektrický pochod ve velkém množství vzájemně propojených buněk odlišně velkých oblastí mozku (Brázdil, Hadač, Marušič a kol., 2004). Tyto ložiska mohou vznikat prenatalně (před narozením), perinatálně (při porodu) i postnatálně (již u narozeného jedince).

Záchvatová pohotovost mozku

Je to celková schopnost mozku reagovat záchvatem. Nezbytné je zdůraznit, že tato schopnost je dána každému z nás. Interindividuálně je podmíněna geneticky, intraindividuálně pak výrazně kolísá při vývoji jedince: v dětském věku je vysoká s vrcholy okolo druhého roku a v pubertě, v dospívání se snižuje. Podobně se záchvatová pohotovost aktuálně zvyšuje v mělkém spánku, při menstruaci či v těhotenství. (Brázdil In Tyrlíková, 1999).

Epileptogenní podněty

V mnoha případech vzniká epileptický záchvat samovolně. Jejich příčinou je samostatné epileptické ohnisko a záchvatová pohotovost. Nastávají ale velmi často situace, kdy na vznik záchvatu mají vliv specifické podněty – **epileptogenní podněty**. Nejčastěji jsou do takovýchto podnětů zařazovány podněty sluchové a zrakové. Mezi další faktory, které mohou souviset se vznikem epileptického záchvatu, jsou například fotostimulace, hypoventilace, některé druhy léků, toxické látky – alkohol (Šlapal, R. 2007). Záchvaty mohou také spouštět například světelné vjemy - reflektory na diskotékách, rychlé záblesky v seriálech, ale i zvukové.

Progresivní etiopatogeneze

Jsou epileptické záchvaty, které se stále opakují, mohou způsobit další funkční a strukturální změny mozku, rozvíjí se tak epileptický proces. (Šlapal, R. 2007).

1.2 Etiologie a diagnostika epilepsie

1.2.1 Příčiny vzniku epilepsie

Z hlediska etiologie se epileptické záchvaty dělí na idiopatické, symptomatické a kryptogenní.

Idiopatické epilepsie

Lze je také nazvat epilepsiemi primárními. Epileptické syndromy v této skupině jsou typicky věkově vázané, to znamená, že začínají v určitém věku a některé z nich v určitém věku také končí. Tato onemocnění jsou obvykle spojena s normálním počátečním psychomotorickým vývojem dítěte, normálním nálezem na magnetické rezonanci mozku, obvykle normálním neurologickým nálezem u pacienta a často poměrně přesně specifikovanými záchvatovými a EEG projevy. Předpokládá se, že příčina těchto epilepsií je genetická, a to i přesto, že u většiny onemocnění není v současné době přesně známa. (Vítek, J. In Pipeková, J. 2006, Moráň, M. 2007).

Symptomatické (sekundární) epilepsie

Jsou podmíněny mozkovým ložiskovým nebo difúzním postižením neurovývojovým, traumatickým, nádorovým, cévním, metabolickým, degenerativním či toxickým. (Šlapal, R. 2007). Nazýváme jí tak tehdy, jestliže známe příčinu. Tento typ se manifestuje hlavně v dětském věku a v adolescenci a to jak ve formě generalizované, tak ve formě ložiskové.

Vítek (In Pipeková, J. 2006) uvedl tři skupiny příčin vzniku epileptického záchvatu, symptomatické epilepsie. Do první skupiny řadí akutní noxy místní nebo systémové, které mohou vyprovokovat záchvat kdykoliv v životě. Projevují se akutně např. po

úrazech hlavy, vysoké horečce, cerebrální hypoxii, po rychlém vysazení antiepileptik apod. Druhou skupinou jsou stacionární chronické léze mozku. Významné jsou vrozené vývojové vady mozku, některé benigní tumory, stavy po perinatálním poškození mozku.

Progresivní encefalopatie

Patří sem například proliferující nádory, skupina metabolických a neurodegenerativních onemocnění a chronicky probíhající záněty.

Kryptogenní epilepsie

Kryptogenní epilepsie stojí na rozmezí mezi oběma jmenovanými skupinami (Šlapal, R. 2007). Jsou to epilepsie, u nichž příčinu předpokládáme, i když jsme ji na základě stanovených možností nezjistili. Na jejich vzniku se podílejí různou mírou *faktory genetické i exogenní* (Vítek, J. In Pipeková, J. 2006).

Genetické faktory

Mezi geneticky podmíněné faktory patří například migrační poruchy, poruchy maturace mozku, imunitní poruchy, vlivy pohlaví.

Exogenní faktory

Mezi faktory exogenní řadíme například tumory, hypoxie, hypoglykémie, horečku, klimatické vlivy, infekce, toxické, psychologické poruchy. (Vítek, J. In Pipeková, J. 2006). Ovlivňují vznik epilepsie hlavně *v období prenatálním, perinatálním a postnatálním.*

Prenatální období

Prenatální faktory postihující mozek v průběhu jeho vývoje způsobují vývojové dysplazie, které jsou často příčinou rozvoje epileptického onemocnění. V tomto období mohou infekce nebo toxické látky určitým způsobem negativně ovlivnit vývoj mozku. Následkem působení jsou například funkční změny mozku, které mohou být podkladem pro vznik epilepsie.

Perinatální období

V období perinatálním je nejvýznamnějším rizikem porodní hypoxie. Epilepsie může vznikat také po mozkovém krvácení, vlivem infekce nebo mechanického poškození.

Postnatální období

V postnatálním období jsou nejčastější příčinou cévní postižení mozku. Dalším rizikovým faktorem jsou nádorová onemocnění, kdy samotný nádor, jizva po nádoru nebo mozková tkáň mohou být spouštěčem epilepsie. Dále to mohou být traumata a infekční onemocnění mozku. (Moráň, M. 2007)

1.2.2 Diagnostika epilepsie

Správné stanovení diagnózy je velmi důležité. Je nezbytné mít na paměti, že epileptický záchvat může být, a často i bývá, příznakem jiného onemocnění. Léčba zaměřená na toto onemocnění může v mnoha případech epilepsii zcela vyléčit.

U každého pacienta, který prodělal první epileptický záchvat, se provádí podrobný anamnestický rozbor obtíží, interní a neurologické vyšetření. Nezbytným vyšetřením je, lépe než CT či UZ mozku, vyšetření elektroencefalografické EEG a zobrazovací MR. (Vítek, J. In Pipeková, J. 2006).

EEG (elektroencefalografie)

Jde o metodu, která snímá elektrické potenciály mozku pomocí nalepených elektrod nebo speciální čepice. Umožní snímání bioelektrické aktivity mozku.

Uplatňuje se nejen v diagnostice, ale i v monitoraci léčby a při jejím ukončení. EEG pro svoji jednoduchost, lehkou opakovatelnost, nenáročnost pro vyšetřujícího i vyšetřovaného a poměrně významnou výpovědní hodnotu zůstává i v současné době nadále nezastupitelným vyšetřením v klinické diagnostice (Kolár, B., 2003).

Základním vyšetřením je standardní (nativní) EEG. V dnešní době je využíváno zejména při základní diagnostice epilepsie. Tento záznam natočený v bdělém stavu

může zachytit epileptické projevy ve formě specifických epileptických grafoelementů. EEG nález pomáhá určit záchvaty parciální nebo generalizované (Marušič, P. 2006).

Zobrazovací metody

Můžeme je rozdělit na dvě základní skupiny. Do první skupiny řadíme vyšetření zobrazující strukturu mozkové tkáně. Do druhé skupiny řadíme metody zachycující funkční stav jednotlivých částí mozku, tzv. metody funkčně zobrazovací (Brázdil, M. a kol., 2004).

Pro pacienty s epilepsií má zásadní význam skupina první, do které náleží vyšetření MR (magnetická rezonance) a CT (počítačová tomografie) mozku. Druhá skupina vyšetření má podstatný význam pro pacienty, u kterých se zvažuje vykonání epileptochirurgického zákroku a u kterých výsledky ostatních vyšetřovacích metod neumožňují jednoznačnou lokalizaci a lateralizaci epileptogenní zóny. Mezi funkčně zobrazovací metody patří vyšetření SPECT (jednofotonová emisní tomografie), PET (pozitronová emisní tomografie), MRS (vyšetření MR spektroskopie) a další (Brázdil, M. a kol., 2004).

Neuropsychologické vyšetření

Mělo být provedeno před zahájením léčby (zjišťuje vliv antiepileptik na kognitivní a psychickou kondici), dále během léčby. Tímto můžeme zhodnotit kvantitativní kognitivní úroveň, stanovíme prognózu a charakterizujeme osobnost pacienta. Vyšetření by se mělo provádět hlavně u pacientů, kteří mají subjektivní nebo objektivní poruchy psychických funkcí, ale také u pacientů s podezřením na neepileptické záchvaty (Moráň, M., 2007).

Diferenciální diagnostika

Po prvním kontaktu s pacientem, který prodělal blíže neurčený záchvat, si klademe dvě otázky. Jedná se skutečně o epileptický záchvat? Jestli-že ano – jaká je jeho příčina a jaká je pravděpodobnost recidivy? Riziko chybné diagnózy je vysoké, neepileptické

záchvaty tvoří až jednu třetinu nově diagnostikovaných pacientů (Vítek, J. In Pipeková, J. 2006).

Neepileptické záchvaty

Somaticky podmíněné

Do této skupiny patří: synkopy, migréna, vertigo, poruchy spánku, cévní mozková onemocnění, mimovolní pohyby, metabolické, toxické faktory, některé abstinenční příznaky, aj. V těchto případech se provádí somatické vyšetření. Antiepileptika se paušálně nenasazují.

Psychogenně podmíněné

Jedná se o afektivní záchvaty, paroxyzmální úzkostné poruchy (panická porucha), disociační poruchy (disociační amnézie, křeče), somatoformní poruchy (somatizační porucha, somatoformní vegetativní dysfunkce, aj.).

Tyto poruchy jsou častou příčinou chybné diagnózy epilepsie (Hovorka, J. 2004). Epileptický záchvat, příhoda, provázená iniciálně poruchou vědomí, či jiným motorickým nebo senzomotorickým projevem, musí být nejdříve podrobně anatomicky popsána. Na základě toho jsou klasifikovány základní symptomy a následně pak přiřazovány do skupin, které jsou typické pro určité typy záchvatů, epileptických či neepileptických (Dolanský, J., 2000).

1.3 Klasifikace epileptických záchvatů

Při klasifikaci i diagnostice epilepsie dospělých jsme dlouho vystačili s jednoduchým dělením podle klasické francouzské školy: petit mal, grand mal, psychomotorická a myoklonická epilepsie. Díky velkým úspěchům experimentální i lidské patofyziologie se dnes změnil výklad epilepsií. Nová mezinárodní klasifikace epilepsií ICES (International Classification of Epileptic Seizures) uvádí na 30 položek v seznamu druhů epileptických syndromů a epileptických nemocí. Tato relativně

jednoduchá koncepce pomáhá v několika směrech. Umožňuje klasifikovat záchvat i při nedostatečných anamnestických údajích, zjednodušuje orientaci pro neoborníky a umožňuje vhodnou volbu antiepileptické medikace dle typu záchvatu.

Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů

1/ Parciální (fokální, lokální, parciální) záchvaty

1.1/ Jednoduché parciální záchvaty (bez poruchy vědomí)

1.1.1/ S motorickými projevy

1.1.2/ Se senzorickými projevy – somatosenzitivní

1.1.3/ S autonomními symptomy

1.1.4/ S psychickými příznaky

1.2/ Komplexní parciální záchvaty

1.2.1/ S jednoduchým začátkem s následnou poruchou vědomí a automatizmy

1.3/ Parciální záchvaty s generalizací

2/ Generalizované záchvaty (konvulzivní, nekonvulzivní)

2.1/ Absence

2.1.1/ S krátkou ztrátou vědomí

2.1.2/ Se ztrátou vědomí a další symptomatologií 13

2.2/ Atypické absence

2.2.1/ S převahou tonické komponenty

2.2.2/ S postupným začátkem a ukončením symptomu

2.3/ Myoklonické záchvaty

2.4/ Klonické záchvaty

2.5/ Tonické záchvaty

2.6/ Tonicko – klonické záchvaty

2.7/ Atonické záchvaty

2.8/ Kinetické záchvaty

3/ Neklasifikované záchvaty (nejčastěji některé novorozenecké)

3.1/ Se záchvaty jak generalizovanými, tak fokálními

3.2/ bez nepochybných generalizovaných nebo fokálních příznaků

4/ Podle časové distribuce

4.1/ Opakované epileptické záchvaty

4.1.1/ Nepravidelné, nečekané, bez jasné provokace

4.1.2/ Cyklicky v pravidelných intervalech

4.1.3/ Reflexní, provokované nesenzorickými faktory

4.2/ Velmi časté nebo prolongované – status epilepticus

4.2.1/ Parciální

4.2.2/ Generalizovaný (Moráň, M. 2007).

1.4 Popis epileptických záchvatů

1.4.1 Parciální záchvaty

Vznikají náhle, mohou trvat několik sekund minut či hodin. Někdy se stává, že záchvat přechodně vymizí a poté se navrátí zpět.

Mohou také přecházet do záchvatů generalizovaných, kdy abnormální elektrická aktivita postihne celý mozek. Člověk poté upadá do bezvědomí a má oboustranné křeče (Dolanský, J. 2000).

Jednoduché parciální záchvaty

Jsou hodnoceny ty, kde není vědomí pacienta poručené a pacient nemá na záchvat amnézii. Záchvat si uvědomuje a plně prožívá.

Dále se parciální záchvaty jednoduché dělí na záchvaty *s motorickými projevy* – ložiskové motorické s nebo bez šíření, záchvaty *se senzitivními či senzorickými příznaky* – somatosenzorické, zrakové, sluchové, čichové, chuťové, dále záchvaty *s vegetativními příznaky* – změny barvy, bledost, červenání, pocení, husí kůže a záchvaty *s psychickými*

projevy – poruchy vyšších kortikálních funkcí: polykání, myšlení, iluze (Dolanský, J. 2000).

Komplexní záchvaty

Může se projevit neúčelnou gestikulací, pošklebováním, pomlaskáváním, přecházením po bytě s bezmyšlenkovitým prohlížením věcí, křikem. Záchvaty provázejí i nepřiměřené emoce (pocity, city), někdy také hysterie. Původ těchto záchvatů je buď v oblasti čelního, nebo spánkového laloku, kde jsou centra pro paměť, chování.

Vítek (Vítek, J. In Pipeková, J. 2006) uvádí, že na záchvat je částečná nebo úplná amnézie. Zatímco jednoduchý záchvat se obvykle omezuje pouze na jednu hemisféru, při komplexním záchvatu postihuje paroxysmální dysfunkce hemisféry obě.

1.4.2 Generalizované záchvaty (idiopatické)

Při generalizovaných záchvatech je od počátku jasná spoluúčast obou hemisfér. Většinou je od počátku změněno vědomí a motorické projevy jsou oboustranné.

Absence

Je charakterizována náhlým zárazem, přerušením činnosti s areaktivitou, která obvykle netrvá déle než 30 vteřin. Pacient má otevřené oči, strnulý pohled, jeho svalový tonus se nemění, někdy automaticky pokračuje v činnosti. Někdy absenci provázejí nápadnější projevy z oblasti motorické či vegetativní (Vítek, J. In Pipeková, J. 2006).

Dolanský (Dolanský, J. 2000) uvádí, že absence je charakterizována náhlou, více či méně nápadnou změnou stavu, zárazem. Dominantní je porucha vědomí, v trvání většinou 5-10 vteřin, s areaktivitou. Dojde-li k příhodě v průběhu komunikace nebo při jiné činnosti, je na chvíli přerušena, jindy pacient v některé činnosti může automaticky pokračovat, např. v chůzi. V řeči a písmu je změna nápadná.

Tonický záchvat

Je charakteristický náhlým svalovým napětím kosterního svalstva celého trupu, hlavy i končetin. Vznik křeče je obvykle spojen s náhlým pádem a možností poranění,

protože současně nastupuje i hluboká porucha vědomí. Pacient bývá v důsledku kontrakce pomočený. Záchvat trvá od sekund po minuty, s možným přechodem do epileptického stavu. Tonické záchvaty se vyskytují ve všech věkových kategoriích (Dolanský, J. 2000).

Tonicko-klonický záchvat

Začíná iniciálním klonem s výkřikem, následuje asi 30-40 sekund trvající tonická fáze a asi minutu trvající klonická fáze. Celkové trvání je přibližně 2 minuty, následuje fáze generalizované atonie s hlubokým kómatem, kdy fungují jen vitální funkce. U klonické fáze v klinickém obraze najdeme klony, jejich důsledkem je mimo jiné inkontinence, porušení mechaniky dýchání, slinění, pocení. Na stav má pacient amnézii. Někdy následuje zmatenost, difuzní svalové bolesti. Takto byl popsán klasický „GM-grand mal“. Většina generalizovaných tonicko-klonických záchvatů je však sekundární. Jsou modifikovány terapií s okolnostmi vzniku v závislosti na primární příčině, a proto nemají stejný průběh. Několik dní před tímto generalizovaným záchvatem se může objevit podrážděnost, psychické změny, pocit celkové „nevůle“ a občasné myoklonie. Typické grand mal záchvaty nesouvisí s věkem (Moráň, M. 2007).

Myoklonické záchvaty

Často se projevují v ospalosti nebo po probuzení (Vítek J. In Pipeková, J. 2006). Projevují se náhlými, rychlými pohyby – „škuby“, od jemných po prudké. Nejvíce je postihována šíje a ramena. Může postihnout prudkým šklubem kteroukoliv svalovou skupinu včetně trupového svalstva. Výskyt je asynchronní, lateralizovaný, kdy jedna končetina je prudce vymrštěna různým směrem (Dolanský, J. 2000).

Záchvaty klonické

Vyskytují se převážně v kojeneckém a batolecím věku. Mezi klony je tonus svalový snížen. Projevy mohou být například symetrické, rytmické, synchronní na horních i dolních končetinách. Někdy jsou zastihovány jen horní končetiny. Doba trvání je většinou do dvou minut (Dolanský, J. 2000).

1.4.3 Status epilepticus

Epileptický status se může vztahovat ke všem zmíněným epileptickým záchvatům. Jde o nakupení řady (několika desítek) uvedených záchvatů, mezi nimiž se nemocný neprobírá k vědomí nebo je velmi obluzený. Podle mezinárodní klasifikace je definován jako „záchvat trvající více než 30 minut nebo intermitentní záchvaty trvající více než 30 minut, mezi nimiž nemocný nenabude vědomí“. Uvádí se, že více než sto záchvatů za den mívá letální konec. Rozlišujeme:

- Status epilepticus generalizovaný tonicko-klonický
- Status generalizovaný tonický
- Status epilepticus s absencí
- Status epilepticus parciální (Moráň, M. 2007).

1.5 Léčba a terapie epilepsie

Léčba epilepsie spočívá v pravidelné životosprávě s dostatkem nočního spánku. Léčba je také značně komplexní a neobsahuje pouze například podávání léků. Celková péče o nemocného se skládá z celé řady opatření, která by měla směřovat k co nejlepší kvalitě života nemocného. Opakované záchvaty mohou někdy vést k poranění a současně také působí problémy v zaměstnání. Zhoršují výkonnost člověka a tím pádem snižují jeho finanční odměnu. Člověk s epilepsií, se denně potýká s problémy, které jsou s epilepsií spojené. Jsou to problémy například v oblasti profesního uplatnění, sociálního postavení ve společnosti a obtíže v komunikaci.

Celková péče o jedince s epilepsií se skládá z diagnostiky a diferenciální diagnostiky, dále z léčby nemedikamentózní – režimové, léčby medikamentózní, případně operační a také z poradenství. (Moráň, M. 2007).

Nejčastější způsob léčby je **léčba medikamentózní**. Znamená to cílené použití optimálních antiepileptik. Farmakoterapie epilepsie musí být správně zvolená, pravidelná a dlouhodobá. (Dolanský, J. 2000).

Kdy a jak začít léčbu medikací je jedna ze základních otázek epileptologie. Předepisování antiepileptické medikace je často dlouhodobé, proto rozhodnutí o zahájení musí být uvážlivé a promyšlené. Při tomto rozhodování záleží na řadě faktorů: typ epilepsie, riziko poškození organismu, výběr antiepileptika a celého způsobu a průběhu terapie, skutečnost prvního epileptického záchvatu, vyloučení situačně vázaného záchvatu, jaké je riziko dalšího záchvatu po prvním záchvatu, sociální problémy s ohledem na celkovou kvalitu života. (Moráň, M. 2007)

Léčba se zahajuje monoterapií, kdy je dané antiepileptikum vybíráno podle typu záchvatu nemocného. Nezbytné je vyjádření názoru pacienta a také seznámení ho se všemi okolnostmi, které se týkají léčby (Vítek, J. In Vítková, M. 2006).

Základní léky při zahájení medikamentózní léčby jsou karbamazepin a valproát. Při dlouhodobé léčbě musíme zvažovat důsledky rozvoje epilepsie a efekt léčby pro celkovou kvalitu života nemocného. Závažným problémem dlouhodobé léčby antiepileptiky jsou vedlejší účinky léků, které velice často závisí na velikosti dávky léků. Nejčastější negativní problémy vzniklé dlouhodobou léčbou jsou v oblasti kognitivních funkcí, změny chování, postižení paměti, učení, změny krevního obrazu, kožní problémy, poruchy funkce jater, závratě, ospalost, atrofie mozečku. Dávkování antiepileptik je závislé na různých faktorech, jakou jsou věk, váha nebo jiná onemocnění ovlivňující farmakoterapii a další medikaci. V současné době jsou plně preferována antiepileptika s postupným plynulým uvolňováním v organismu. Výhodou je především to, že hladina účinné látky v séru minimálně kolísá a nedosahuje toxických vrcholů i při méně častém podávání (Moráň, M. 2007).

O vysazení léčby se většinou rozhoduje dva, tři roky od toho, kdy měl nemocný poslední záchvat. Vždy musíme zvážit individuální riziko opakování záchvatu, také zátěž z pokračování léčby. Terapie by se měla vysazovat postupně, nejlépe v řádu měsíců. Největším rizikem opakování záchvatů je doba během vysazování a rok po úplném vysazení (Vítek, J. In Vítková, M. 2006).

Chirurgická léčba epilepsie je jedna z nejstarších léčebných metod. Tento typ léčby je vhodný pouze jen pro malé procento nemocných, kteří mají epilepsii. Cílem chirurgického zákroku je odstranění části mozku, která způsobuje a vyvolává

epileptické záchvaty. Nejlepší výsledky zákroku jsou dosahovány u temporální epilepsie (Brázdil a kol., 2004). Nejvhodnějšími kandidáty jsou pacienti s parciálními záchvaty. (Dolanský, J. 2000).

Dodržování správné životosprávy je důležitou součástí léčby epilepsie. Nemocný by měl dodržovat pravidelný režim včetně fungujícího spánkového cyklu a zdravé výživy. Delší vyspávání a nepravidelný odpolední spánek by mohlo působit na jedince negativně. Výživa by se neměla lišit od normální stravy s dostatečným množstvím vitamínů – ovoce, zelenina a dalších součástí jako je například vápník, hořčík, mléčné výrobky. Potrava by měla být upravena tak, aby nezpůsobovala zácpu, ani průjem, vhodné je omezit solení. U jedince by měl být zakázán alkohol v jakékoliv formě a v jakémkoliv množství. Jedinec by se také měl vyvarovat stresu, hněvu, nudě, únavě (Ošlejšková, H., Makovská, Z. 2009).

2 Základní škola praktická

2.1 Charakteristika základní školy praktické

V tomto typu školského zařízení se vzdělávají žáci, kteří se nemohou s úspěchem vzdělávat na základní škole běžného typu. Jde o žáky s lehkým mentálním postižením, kteří mají IQ méně než 69. Hlavním cílem základní školy praktické je umožnit žákům s lehkým mentálním postižením pomocí výchovně vzdělávacích prostředků a metod dosáhnout co nejvyšší úrovně znalostí, dovedností a rozvoje osobnostních kvalit. Důležité je respektovat jejich individuální zvláštnosti. Základní škola praktická má 9 ročníků. Člení se na první a druhý stupeň, první stupeň je tvořen prvním až pátým ročníkem, druhý stupeň tvoří ročník šestý až devátý. (Pipeková, 2010)

Konečným cílem výchovné a vzdělávací práce je příprava žáků na zapojení, v nejlepším případě na úplnou integraci do života.

Zařazení žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do základní školy praktické provádí ředitel školy na základě doporučení školského poradenského zařízení a souhlasu zákonného zástupce, tedy většinou rodiče žáka. (Švarcová, 2011).

Učitelé vytvářejí v rámci celého edukačního procesu podnětné a tvůrčí prostředí, které stimuluje žáky a současně podporuje i žáky, kteří nepodávají nejlepší výkon. Žákům je dána možnost zažívat úspěch, učí se nebát chybovat a současně s případnou chybou pracovat.

„Zařazení žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do základní školy praktické provádí ředitel školy na základě doporučení školského poradenského zařízení a souhlasu rodinného zástupce. Žáci základní školy praktické se vzdělávají pod vedením kvalifikovaných učitelů, speciálních pedagogů.“ (Švarcová, 2006, s. 75).

Kurikulární dokumenty jsou vytvářeny na dvou úrovních – státní a školní. **Státní** úroveň v systému kurikulárních dokumentů představují Národní program vzdělávání a Rámcové vzdělávací programy. **Národní program vzdělávání** rozpracovává cíle a vzdělávání stanovené školským zákonem a vymezuje hlavní oblasti vzdělávání,

obsahy vzdělávání a prostředky, které jsou nezbytné k dosahování těchto cílů. Pro jednotlivé obory vzdělávání se vydávají **Rámcové vzdělávací programy** (dále jen RVP), které vymezují povinný obsah, rozsah a podmínky vzdělávání a jsou závazné pro tvorbu **školních vzdělávacích programů**, které představují školní úroveň. Každá škola si vytváří ŠVP pro vzdělávání, pro nějž je vytvořen RVP, se kterým musí být souladu a podle něhož se uskutečňuje vzdělávání na dané škole (Bartoňová, Vítková 2007, s 56).

Zákonem č. 561/2004 Sb. – Školský zákon, který nabyl platnosti 1. ledna 2005, došlo v českém školství k rozsáhlým změnám, které se dotýkají i speciálního školství.

Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných uvádí jako nový typ základní školy pro žáky s mentálním postižením základní školu praktickou (nástupnickou organizaci transformované zvláštní školy se Vzdělávacím programem zvláštní školy č. j. 22 980/1997-22. Název „základní škola praktická“ vyplynul z reálné charakteristiky škol, jejichž prostředí vytváří areál cvičných kuchyní, dřevodílen, kovodílen a keramických dílen, výtvarných ateliérů, místností pro šití a dalších technik práce s textilem. Současně je kladen důraz na činnosti zaměřené na práci na zahradě, pozemcích, ve sklenících a dalších odborných pracovnách, kde probíhá většina výuky ryze praktického obsahu a zaměření. I pro děti s mentálním postižením nabízí nová školská legislativa možnost vzdělávání ve třech formách: individuální integraci, skupinovou integraci v samostatných třídách či vzdělávání ve školách, samostatně zřizovaných pro děti a žáky s mentálním postižením. Typy škol, samostatně zřizovaných pro děti a žáky s mentálním postižením, uvádí § 5 pís. f (vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb.). Jedná se o mateřské školy speciální, základní školy praktické, základní školy speciální, praktické školy a odborná učiliště.

Rámcové i školní vzdělávací programy jsou veřejné dokumenty přístupné pro pedagogickou i nepedagogickou veřejnost. RVP ZV vytyčuje a vysvětluje úkoly, k nimž patří:

- umožnit různé modely základního vzdělávání,
- prostřednictvím učiva a nových způsobů vzdělávání naplnit závazné výsledky

vzdělávání – kompetence,

- vytvořit podmínky pro integrované vyučování,
- umožnit diferenciaci výuky dle individuálních potřeb a možností žáků,
- podporovat vytváření příznivého klimatu škol,
- vytvářet prostor pro kooperaci, vzájemnou komunikaci mezi školou a rodiči, školou a veřejností.

Vytvořit evaluační systém, který by systematicky určoval kvality výsledků vzdělávání a podporoval sebeevaluaci škol (Bartoňová, Vítková 2007, s. 58).

V souladu se školským zákonem je pro realizaci základního vzdělávání vydán **Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (RVP ZV-LMP)**. Žáci, kteří z důvodu snížené úrovně rozumových schopností nemohou zvládat požadavky obsažené v RVP ZV, se vzdělávají podle této přílohy. RVP ZV a jeho příloha jsou navzájem prostupné. RVP ZV – LMP:

- Je součástí RVP ZV a představuje jeho modifikaci pro vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením
- Respektuje sníženou úroveň rozumových schopností žáků, jejich fyzické a pracovní možnosti a předpoklady
- Vymezuje podmínky pro speciální vzdělávání žáků s LMP
- Specifikuje úroveň klíčových kompetencí, jíž by měli žáci s LMP dosáhnout na konci základního vzdělávání
- Stanovuje cíle vzdělávání žáků s LMP (Bartoňová, Vítková 2007, s. 64).

Hodnocení výsledků žáka je na vysvědčení vyjádřeno klasifikačním stupněm, slovním hodnocením nebo kombinací obou způsobů. O způsobu hodnocení rozhoduje ředitel školy se souhlasem školské rady. Předměty speciálně pedagogické péče vznikající na úrovni ŠVP se hodnotí pouze slovně.

Vzhledem ke specifickým potřebám žáků s lehkým mentálním postižením je kladen důraz především na **klíčové kompetence** pracovní, sociální, personální a komunikativní.

Vzdělávací obsah základního vzdělávání žáků s LMP je ve shodě s RVP ZV rozdělen do devíti **vzdělávacích oblastí**. Jednotlivé vzdělávací oblasti jsou tvořeny jedním vzdělávacím oborem nebo více obsahově blízkými vzdělávacími obory například:

- Jazyk a jazyková komunikace (Český jazyk a literatura, Cizí jazyk)
- Matematika a její aplikace (Matematika a její aplikace)
- Člověk a jeho svět (Člověk a jeho svět)
- Člověk a zdraví (Výchova ke zdraví)
- Osobnostní a sociální výchova

2.2 Stupně mentální retardace

Z hlediska Světové zdravotnické organizace (WHO) se klasifikace mentálního postižení řídí **10. revizí Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) z roku 1992**, podle které patří mentální postižení do kategorie F – oboru psychiatrie, přičemž pro mentální postižení jsou vyčleněny kódy F 70 až F 79 a stěžejním ukazatelem je určení inteligenčního kvocientu, kdy jako hraniční pásmo je IQ = 69.

Lehká mentální retardace, IQ 50 – 69 (F70)

Charakteristika této úrovně mentálního postižení uvádí, že tito jedinci většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému rozhovoru, i když si mluvu osvojují opožděně.

Největší potíže u těchto osob se objevují při teoretické práci ve škole. Mnozí mají specifické problémy se čtením a psaním. Těmto dětem velice prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Většinu jedinců lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické

schopnosti. Uvádí se, že lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě. (Švarcová, 2011).

V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý. Jejich mentální věk se přibližně pohybuje na úrovni 10-11 let.

U těchto osob jsou možné projevy přidružených chorobných stavů, například autismu, epilepsie atd. (Švarcová, 2011)

Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49 (F71)

U těchto jedinců je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Podobně je také omezena schopnost starat se sám o sebe a zručnost. Pokroky ve škole jsou také limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností. Mentální věk těchto osob se projevuje ve věku od 4 do 8 let. (Švarcová, 2011).

V dospělosti jsou obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci pod odborným dohledem. Zřídka se objevuje u těchto jedinců samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými lidmi. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím, mohou se naučit používat například gestikulaci a další formy neverbální komunikace.

U většiny těchto osob je přítomen dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat.

Část této populace je schopna vzdělávat se v omezené míře ve speciální škole, nejschopnější mají možnost jednoduchého pracovního zařazení pod dohledem nebo

v chráněném prostředí. Nemají schopnost úspěšně a samostatně řešit náročnější situace. Některé osoby je nutno omezit v různé míře v právních úkonech. (Pipeková, 2010).

Těžká mentální retardace, IQ 20-34 (F72)

Tato kategorie je velice podobná středně těžké mentální retardaci. Charakteristickým znakem je značné porušení motoriky. Výchova a vzdělávání těchto osob je značně omezená, ale i přesto se ukazuje, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností a samostatnosti těchto osob. Mentální věk těchto osob je zařazen do rozmezí 18 měsíců až 3,5 roku. (Švarcová, 2011).

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)

Jedinci s tímto postižením jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Mají nepatrnou, nebo žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnost výchovy a vzdělávání jsou velice omezené a minimální.

IQ těchto jedinců nelze přesně změřit, pouze je odhadováno na nižší než 20. Používání řeči a porozumění je omezeno pouze na zcela jednoduché požadavky.

Hluboká mentální retardace bývá běžně provázena těžkými neurologickými nebo tělesnými nedostatky, provázenými epilepsií, poškozením zraku, sluchu, atypickým autismem, nejtěžšími formami pervazivních vývojových poruch atd. Převládají pudové, afektivní a vegetativní funkce (Švingalová, 2003).

Jiná mentální retardace (F78)

Jiná mentální retardace je provázena těžkými poruchami chování, autismem, přidruženými senzorickými a somatickými postiženími. V takových případech je stanovení stupně mentální retardace obvyklými metodami velmi nesnadné, ne-li úplně nemožné. Užívá se proto diagnóza jiná mentální retardace (Švarcová, 2011).

Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Tuto kategorii používáme v případě, kdy je mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací k zařazení pacienta do jedné z výše uvedených kategorií. (Švarcová, 2011).

2.3 Osoba s lehkým mentálním postižením

Obecně lze MR definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.

Vágnerová (2004, s.289) definuje mentální retardaci jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, i když byl jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena s postižením nebo změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti.

„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí, která postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti (duševní, tělesné a sociální). Nejvýraznějším rysem mentální retardace je trvale porušená poznávací schopnost, která se nejnápadněji projevuje v procesu učení. Je také charakterizována jako celkové snížení intelektových schopností, k němuž dochází v průběhu vývoje jedince.“ (Bazalová, B. in Pipeková, J. 2006, s. 269).

Psychomotorický vývoj u těchto osob zaostává již od kojeneckého období. Nejvíce nápadité problémy se objevují mezi třetím a šestým rokem věku dítěte. Hlavní potíže nastanou v období nástupu do školní docházky. Müller, 2002 uvádí, že nejčastěji se v tomto období projeví specifické poruchy učení.

Na základě **paměti** si děti vytvářejí vztahy k lidem z jejich okolí a její pomocí si vytvářejí způsoby svého chování. Tito žáci si nové poznatky osvojují velice pomalu, jejich uchování je nestálé, rychle zapomenou zapamatovanou věc a velice nepřesně si jej vybaví.

Myšlení těchto dětí je značně nedostačující, žák zpravidla nepromýšlí své jednání a nepředvídá jeho důsledky. (Pipeková in Vítková, 2004). Osoby s mentální retardací si

obtížně zapamatovávají vnitřní logické vztahy a souvislosti. Nedokážou se cílevědomě učit nové věci.

Udržení **pozornosti** osoby s lehkou mentální retardací je maximálně možné po dobu 15 až 20 minut. Poté je důležité poskytnout osobě možnost relaxace.

Vnímání těchto osob je značně pomalé a ve velké míře zjednodušené. Děti mají často problémy v odlišení nějakého objektu od určitého pozadí. Typické je nedostatečné prostorové vnímání, nedokonalé vnímání času a prostoru. Dítě s mentální retardací vnímá postupně, tím se stěžuje jeho orientace v novém prostoru, nebo prostředí. (Švarcová, 2011)

Důležitým nástrojem osobnostního rozvoje mentálně retardovaného dítěte školního věku jsou jeho výchova a vyučování. Tyto nástroje jsou plně v moci kvalifikovaného speciálního pedagoga, který by je měl aplikovat ve školách a školských zařízeních. Výchova je značně ovlivněna specifiky mentálního postižení daného žáka. Nejdůležitější je ke každému žákovi přistupovat individuálně (Müller, 2001).

3 Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. Pro žáky a studenty se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním se při přijímání ke vzdělávání a při jeho ukončování stanoví vhodné podmínky odpovídající jejich potřebám. Při hodnocení žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se přihlíží k povaze postižení nebo znevýhodnění. Délku středního a vyššího odborného vzdělávání může ředitel školy ve výjimečných případech jednotlivým žákům nebo studentům se zdravotním postižením prodloužit, nejvýše však o 2 školní roky (zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším a vyšším odborném a jiném vzdělávání).

3.1 Žák se speciálními vzdělávacími potřebami

Osobnost žáka se speciálními vzdělávacími potřebami se utváří pod vlivem stejných faktorů jako osobnost intaktních dětí, jejich působení je však specificky pozměněno. Vágnerová (2000) se zmiňuje o **primárním** a **sekundárním** vlivu postižení na osobnost jedince. Primárně postižení omezuje předpoklad normálního rozvoje některých funkcí a přímo tak podmiňuje určité osobnostní nápadnosti dítěte. Sekundární vliv je dán změnou životní situace, postojů a chování ostatních lidí. Rozvoj osobnosti dětí se speciálními potřebami bývá limitován především **úrovní vlastní aktivity** a **výchovnými postoji rodičů**.

Primárně ovlivňuje postižení, či znevýhodnění osobnost dítěte *dobou svého vzniku, druhem, typem, formou, stupněm*, celkovou dobou *trvání* a možnou *kombinací* s dalším postižením či znevýhodněním. Podle doby vzniku se postižení dělí na :

- **vrozená** – respektive získaná v raném věku, ovlivňující vývoj jedince ve větší míře, ale subjektivně méně traumatizující,
- **získaná** – subjektivně více psychicky zatěžující, jedinec však může čerpat ze zkušeností osvojených v předešlém normálním vývoji.

Výhodou raných vývojových je zvýšená plasticita mozku, díky níž se lépe rozvíjí poškozené funkce, či kompenzační mechanismy.

Omezená pohyblivost, podnětová deprivace nebo narušená orientace v prostoru posiluje u dítěte potřebu jistoty a bezpečí na úkor zvědavosti a opoždí, popřípadě omezuje jeho vývoj ve všech oblastech. Proces zrání i učení bývá zpomalen a vývoj jednotlivých funkcí nerovnoměrný. Omezená možnost aktivního poznávání a učení se nápodobou způsobuje problémy při rozvoji řeči, kognitivních funkcí a schopnosti přizpůsobit se společnosti. Častým projevem u těchto dětí bývají **automatismy**, uspokojující potřebu aktivity, **stereotypní chování**, uspokojující potřebu bezpečí, nebo **pasivita**. Odlišně se projevují také v sociální interakci. Nástup do školy bývá u těchto žáků označován jako **krize identity**. Neadekvátní a nejednotný postoj okolí vede u dítěte k nepřesnému sebehodnocení. Může docházet k výkyvům ve výkonu, vzniku pocitu méněcennosti či strachu ze selhání. V době dospívání bývá problematická reálná závislost na rodičích, omezená možnost dalšího uplatnění a omezený sociální vývoj (Vágnerová 2003).

Specifické rysy osobnosti **zdravotně postiženého** žáka se odvíjejí především od charakteru jeho postižení. Vývoj **zrakově postižených** dětí je opožděn především v počátečních stádiích. Deprivace vizuálních podnětů způsobuje odlišnosti v motorickém, řečovém a kognitivním vývoji dítěte a jeho chování (Vágnerová 2000). Osobnost **sluchově postiženého** dítěte je ovlivněna především akustickou deprivací, která omezuje zejména rozvoj komunikačních kompetencí dítěte. Nedostatky se objevují v oblasti verbální inteligence, symbolického myšlení, osvojování si norem, chápání obsahu jednotlivých sociálních rolí a žádoucího chování. (Vágnerová 2000, Šedivá 2006).

U **tělesně postižených** dětí je vývoj osobnosti významně ovlivněn omezenou pohyblivostí a omezeným množstvím zkušeností, což se nejvýrazněji projevuje v motorické a sociální oblasti. Tyto děti mívají sklony k pasivitě. Rozhodující je úroveň samostatné lokomoce a sebeobsluhy (Vágnerová 2000, Vítková). Vývoj osobnosti **mentálně postižených** dětí bývá často velmi kolísavý. Omezenější bývá především jejich kognitivní vývoj a potřeba zvědavosti. Častým projevem bývá pasivita, závislost,

stereotypní chování, konkrétní a nepřesné myšlením a vnímání nebo také obtížná orientací v běžných sociálních situacích. U závažnějších forem tohoto postižení může být narušen také vývoj řeči a motoriky (Vágnerová 2000). U **autistických** dětí je narušena především oblast sociálních vztahů, komunikace a chování. Specifickými rysy jejich osobnosti bývá neschopnost společenské interakce, komunikace a omezenost zájmů (Švarcová 2000).

Narušení komunikační schopnosti se promítá především do psychické a sociální oblasti. U těchto jedinců se mohou objevovat problémy v sebepojetí, komunikaci a sociální interakci. **Poruchy chování a emocií** u dětí specificky promění především jejich kognitivní a socializační vývoj. V chování těchto dětí se často odráží neadekvátní úroveň aktivity, narušení pozornosti, neschopnost sebeovládání, extrémní citové reakce. Tito jedinci mívají problémy s respektováním sociálních norem a udržení přijatelných sociálních vztahů. (Vágnerová 2000). Osobnostní charakteristika žáka se **specifickou poruchou učení** často skrývá problémy v kognitivním, emocionálním a sociálním vývoji. Specificky narušena bývá úroveň pozornosti, vnímání, motorických dovedností, schopnost orientace v prostoru a osvojování si specifických školních dovedností. (Bartoňová 2004).

Specifika vývoje žáků **zdravotně znevýhodněných** jsou následkem přímého poškození centrální nervové soustavy, jejího nepřímého ovlivnění v podobě mimořádného zatížení organismu a náhlé změny životní situace. Vývoj osobnosti těchto dětí ovlivňují postoje rodičů k jejich nemoci, mnohá omezení, která ji doprovázejí, a časté pobyty v různých zdravotnických zařízeních. Často se u nich projevuje zvýšená dráždivost a nepřiměřené reakce (Matějček 2001). Vývoj osobnosti **sociálně znevýhodněných** žáků je specificky ovlivněn především nepříznivými vlivy rodinného či sociokulturního prostředí. Specifické rysy osobností těchto žáků vyplývají z neuspokojení všech základních potřeb, z nedostatku zkušeností, jazykových kompetencí či nesprávné orientace ve společnosti (Vágnerová 2000).

3.2 Podpůrná opatření při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

Podpůrné opatření je opatření ve vzdělávání žáka, které vyžaduje vedle pedagogické i speciálně pedagogickou nebo psychologickou diagnostiku žáka, významné úpravy v organizaci vzdělávání žáka, zařazení speciálně pedagogických metod, využívání speciálních vyučovacích pomůcek a případně také zařazení žáka do individuálního nebo skupinového vzdělávání, tvorbu IVP, podporu ve výuce s pomocí asistenta pedagoga.

Školní psychologové a speciální pedagogové špatně odlišovali typy opatření, mezi vyrovnávacími a podpůrnými opatřeními často vnímali neostrou hranici, která byla dána také podobností navrhovaných opatření.

Rozdíly bylo možné zaznamenat mezi typy škol- charakter podpůrných opatření se významně lišil mezi základními školami a školami speciálními, dále mezi středními školami a to na úrovni učilišť a gymnázií. Specifické činnosti pak vykazovaly také základní školy ve spojení s mateřskými školami.

A. Opatření se vztahovala na :

úpravy ve vzdělávání žáka na úrovni:

1. Úpravy organizace života ve třídě a ve škole

- a) bezbariérovost, zvedací zařízení, pojízdné plošiny,
- b) úpravy zasedacího pořádku ve třídě,
- c) umístění žáka ve třídě do první lavice,
- d) úpravy počtu žáků ve třídě (snížení),
- e) individuální/skupinová výuka.

2. Diagnostiky

- a) pedagogická diagnostika (včasná),
- b) pedagogicko-psychologická diagnostika,
- c) speciálně pedagogická diagnostika.

3. Hodnocení žáka

Hodnocení je založeno na práci s chybou, žáci získávají například bodové ohodnocení, kdy je vyhodnocován počet chyb, slovně, známkou, využíván je vizualizovaný odměnový systém-žetony; žáci jsou častěji hodnoceni. Významné se jeví jednoznačné pokyny, poskytování zpětné vazby o práci žáka a jeho individuálním pokroku. Z důvodů posílení motivace žáků ke změně a zlepšení výsledů se doporučuje zkoušení modifikovat.

4. Individualizace výuky

- a) individuální podpora žáků, individuální reedukace, individuální přístup, IVP, hodiny navíc pro mimořádně nadané, plán rozvoje žáka, střídání činností,
- b) péče o žáky s rizikem rozvoje speciálních vzdělávacích potřeb,
- c) edukativně stimulační skupiny (specializované programy pro předškoláky),
- d) úpravy práce s texty a dalšími učebními materiály a pomůckami.

5. Úpravy výuky ve třídě a organizace zkoušek

Učitel si vytváří několik příprav pro různé typy problémů žáků v rámci třídy, diferencovaná výuka v rámci třídy, diferencované hodiny jazyků i dalších předmětů podle obtížnosti.

Úprava přijímacích zkoušek, závěrečných zkoušek a maturitních zkoušek.

6. Práce s některými psychologickými charakteristikami procesů učení a souvisejících procesů aktivity a motivace žáka

Průběžné sledování změn, práce s motivací, sebereflexe, zhodnocení hyperaktivity, hypoaktivity, kvality pozornosti a paměti, kvality zpětnovazebných mechanismů.

7. Speciálně pedagogické metody a postupy

Kompenzační pomůcky, speciální učebnice, didaktické pomůcky (bzučák, okénka, počítačové programy...), akceptace jiných typů písma, skupiny s výukou Feuresteina.

8. Využívání ICT technologií ve výuce

Interaktivní tabule, počítače, čtečky, tablety, e-learning.

9. Rozšiřování výuky o herní prvky a jiné typy textů

Zábavné kvízy, soutěže, doplňovačky-nadaní, učebnice pro vyšší ročníky pro nadané žáky.

10. Podpora výuky formou doučování a dalších forem rozšířené domácí přípravy

11. Další odborné služby ve škole

Psychologové, speciální pedagogové, dyslektické asistentky, logopedi, sociální kurátoři.

12. Speciální podpora pro žáky základních / speciálních škol například:

Pro žáky s PAS – předvídatelné prostředí, přehledný režim činností, vizualizace a strukturace (fotky, obrázky, piktogramy, kódový systém, procesuální schémata, transferní karty, motivační systém).

Pro žáky s vadami zraku – rozvoj poznávacích schopností, orientace, sebeobsluhy, stabilní klidné prostředí. Žáci s částečnou ztrátou zraku- zvětšení, kontrast, světelné podněty, optické a neoptické učební pomůcky.

13. Metodická podpora pedagogů- náslechy v hodinách, rozborů hodin a následná doporučení pro úpravy ve vyučovacích hodinách.

14. Metodická podpora rodičů- konzultace pro rodiče žáků s potřebou úprav ve vzdělávání, zvláštní pozornost je věnována rodinám, které nedokáží působit v roli zprostředkovatele procesů učení, rodinám ze znevýhodněného prostředí atd.

3.3 Přístupy ke vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

Za žáky se **speciálními vzdělávacími potřebami** jsou považováni žáci:

- **zdravotně postižení** – osoby s mentálním, tělesným, zrakovým, sluchovým postižením, s autismem, s vadami řeči, specifickými poruchami učení nebo chování a osoby s kombinovaným postižením,
- **zdravotně znevýhodnění** – žáci zdravotně oslabení, dlouhodobě nemocní a jedinci s lehčími zdravotními poruchami vedoucími k poruchám učení a chování,
- **sociálně znevýhodnění** – děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, ohrožené sociálně patologickými jevy s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou, osoby v postavení azylantů a účastníci o udělení azylu (zákon č. 561/2004 Sb.).

Podle vyhlášky č. 73/2005 Sb. k formám vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami patří:

- **individuální integrace** – vzdělávání žáka v běžné škole, popřípadě ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem postižení,
- **skupinová integrace** – žák se vzdělává ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole, nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení,
- vzdělávání ve **škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením**
- **kombinace** výše zmíněných forem.

K integraci žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do školy hlavního vzdělávacího proudu dochází na základě *žádosti zákonných zástupců* dítěte, *doporučení školského poradenského zařízení* a *rozhodnutí ředitele* školy. Závazným dokumentem pro zajištění speciálních potřeb žáka je **individuální vzdělávací plán**. Vychází ze školního vzdělávacího programu dané školy, závěrů vyšetření školského

poradenského zařízení, popřípadě dalších odborníků, a vyjádření zákonného zástupce.
Zpracovává

se před nástupem žáka do školy, nebo nejpozději měsíc po zjištění jeho speciálních vzdělávacích potřeb. Může být dále upravován a doplňován. Stává se součástí dokumentace žáka a za jeho zpracování odpovídá ředitel školy. Individuální vzdělávací plán musí **obsahovat**:

- ◆ údaje o poskytování individuální speciálně pedagogické nebo psychologické péče (rozsah, obsah, průběh, způsob, zdůvodnění),
- ◆ cíl vzdělávání žáka, časové a obsahové rozvržení učiva, pedagogické potupy, způsob zadávání a plnění úkolů, hodnocení,
- ◆ vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka, nebo další osoby podílející se na práci s žákem a její rozsah,
- ◆ seznam pomůcek (kompenzačních, rehabilitačních a učebních), speciálních učebnic a didaktických materiálů,
- ◆ jmenovité určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat,
- ◆ návrh snížení počtu žáků ve třídě,
- ◆ předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků poskytovaných podle zvláštního právního předpisu,
- ◆ závěry speciálně pedagogických a psychologických vyšetření (vyhláška č. 73/2005 Sb.).

Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve školách hlavního vzdělávacího proudu se uskutečňuje s pomocí **podpůrných opatření**, kterými se podle vyhlášky č. 73/2005 Sb. rozumí speciální metody, postupy, formy a prostředky výuky, kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky, speciální učebnice, předměty speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka. Jejich charakter se odvíjí především od **speciálních potřeb** žáka (Vítková 2004).

Specifika ve vzdělávání žáků **zdravotně postižených** vyplývají z charakteru postižení a individuálních schopností žáka. U žáků se **zrakovým postižením** jde o zajištění jejich samostatného pohybu, úpravu učebních textů, využívání optických a jiných didaktických a kompenzačních pomůcek, doplnění výuky o předměty prostorové orientace a samostatného pohybu a logopedické péče. První podmínkou úspěšného vzdělávání **sluchově postižených** jedinců je možnost výběru vzdělávací cesty. Vzdělávání by mělo být obohaceno o akustické a didaktické kompenzační pomůcky, speciální učebnice a logopedickou péči (Vítková 2004).

Vzdělávání **tělesně postižených** dětí usnadňují především různorodé technické a didaktické pomůcky a předměty speciálně pedagogické péče v podobě rehabilitační tělesné výchovy a logopedické péče. U žáků s **mentálním postižením** je důležitá volba vhodných metod, forem výuky, pomůcek, učebnic a způsobů hodnocení odpovídajících rozumovým schopnostem dětí. Z předmětů speciálně pedagogické péče je nejdůležitější řečová výchova. Vzdělávání **autistických** žáků vyžaduje přísně individuální přístup, přesné strukturování prostoru a času a úpravu prostředí, zajišťující izolovanost žáka od všech rušivých vlivů okolí.

U žáků s **narušenou komunikační schopností** dochází především k úpravě způsobů poskytování informací, ověřování znalostí, hodnocení a zajištění logopedické péče. Při vzdělávání žáků se **specifickými poruchami učení** jde o specifické způsoby výuky a hodnocení, přehlednost a strukturovanost prostředí, možnost odpočinku a předměty speciálně pedagogické péče vedoucích k nápravě poruch učení. K přístupům voleným u žáků s **poruchami chování a emocí** patří především změna uspořádání prostředí třídy, uplatňování netradičních forem výuky, zajišťování volnočasových aktivit (Vítková 2004).

Při vzdělávání žáků **zdravotně znevýhodněných** jsou volena podpůrná opatření upravující obsah a formy vzdělávání a hodnocení těchto žáků vzhledem k jejich zdravotnímu stavu. Ke specifickým přístupům uplatňovaným u **sociálně znevýhodněných** žáků patří zřizování přípravných či specializovaných tříd, poskytování individuální nebo skupinové péče, úprava sociálního klimatu ve třídě a přítomnost asistenta (Vítková 2004).

3.4 Specifika edukace jedince s epilepsií

Starost a péče o dítě, které trpí epilepsií je velmi náročná, a proto vyžaduje od rodičů, pedagogů a také okolí velkou dávku trpělivosti, porozumění a času. Samotná epilepsie a problémy s ní spojené jsou u každého jedince specifické. Proto také přístup ke každému jedinci trpící epilepsií musí respektovat hlavně osobnost dítěte, jeho zvláštnosti, požadavky a potřeby (Vítková 2004).

S duševní chorobou nemá epilepsie nic společného. Většina jedinců, kteří mají epilepsii je duševně zdravá, s ohledem na jejich inteligenci i na jejich chování.

Myšlení u některých dětí bývá méně pružné a zpomalené. Nižší spontaneita a neschopnost adaptace na nové podněty jsou typickým rysem. Problémy mohou mít jedinci také s pamětí. V některých případech je epilepsie příčinou tzv. epileptické demence, ta vzniká v závislosti na rozsahu poškození mozku a na intenzitě a frekvenci záchvatů.

Před zahájením školní docházky dítěte s epilepsií je doporučeno obrátit se na pedagogicko-psychologickou poradnu nebo na speciální pedagogické centrum epilepsie a o doporučení informovat ředitele školy. Ve výjimečných případech mohou rodiče takového dítěte přemýšlet o individuálním domácím vzdělávání (Pipeková, 2010).

Při nástupu takového dítěte do školy je nutná velice dobrá komunikace mezi učitelem a rodiči. V situaci, kdy se během vyučování může u dítěte objevit záchvat je nezbytně nutná vzájemná důvěra mezi učitelem a žákem. Pedagog by měl vysvětlit ostatním žákům ve třídě, co to vlastně epilepsie je, jak se projevuje a co dělat, jestliže záchvat nastane (Fialová, I. 2011).

Mít žáka s epilepsií ve třídě je značně náročné na organizaci činností v průběhu vyučování. Hlavně dbát a zajistit bezpečnost, hrozí nebezpečí úrazu. Důraz by měl být kladen především na úctu k dítěti, respekt, orientaci na jeho vnitřní aktivitu, vlastní prožitky a zkušenosti. Klíčový význam úspěšnosti vzdělání takového žáka je v tom, jak se žák ve třídě cítí a prožívá. Nejdůležitější je, aby se žák cítil v bezpečí a spokojený,

teprve pak se může zdravě rozvíjet a efektivně učit. Dítě by mělo mít dostatek času na práci, ale také na aktivní odpočinek.

Většina žáků s epilepsií si uvědomuje, že trpí nějakými problémy, které ostatní nemají, a proto se snaží poutat na sebe pozornost ne vždy vhodným jednáním a chováním. Pedagog by měl u žáka podporovat pocit, že má sílu své problémy a potíže překonat a dodat mu jistotu, že vždy bude mít u sebe někoho, kdo mu pomůže (Fialová, I. 2011).

Je rovněž důležité si uvědomit, že velký vliv na chování žáka s epilepsií ve škole mají antiepileptika, které dotyčný pravidelně užívá. Užívání těchto léků se u některých dětí může projevit například zvýšenou unavitelností a ospalostí, pomalými reakcemi, apatií. Je důležité, aby o užívání léků byli informováni nejen rodiče, ale také pedagogové a ostatní dospělí, kteří s dítětem pracují a jsou ve styku. Za takového chování děti nemohou a také je nemohou žádným způsobem ovlivnit, proto nesmí být trestány. Je potřeba tohle v nějaké míře tolerovat, žáka příliš nezatěžovat a poskytnout odpočinek v dostatečné míře. Pokud se stane, že se stav dítěte nezlepšuje, případně horší, je důležité o tom informovat ošetřujícího lékaře. Ten podle potřeby dítěte může dávku léků upravit, případně vyměnit za jiné (Fialová, I. 2011).

Pokud má dítě problémy s učením, neznamená to, že nemůže vyniknout například při výtvarných a hudebních činnostech, nebo při pohybové výchově. Tělesné aktivity přiměřené schopnostem a možnostem takového dítěte mají pro něj veliký význam. Při sportu si děti mohou zvýšit sebevědomí, získat obdiv a respekt spolužáků a také si vybijí energii. Mezi velice oblíbené činnosti u dětí patří kolektivní míčové hry. Velice nutné a nezbytné je zde dodržovat bezpečnost jedince s epilepsií (Fialová, I. 2011).

Pro jedince s epilepsií je důležité, aby měly své zájmy, končíky a aby svůj volný čas trávily takovými činnostmi, které je baví, naplňují a obohacují je novými zážitky a prožitky. Důležité je klást význam na odpovídající předprofesní a profesní přípravu žáků s epilepsií (Fialová in Pipeková, 2006). Rodiče by se také měli vyhnout přístupu, při kterém požadují po dítěti stejné výkony jako po jeho zdravém sourozenci, ale dítě trpící epilepsií na to nestačí a tak se uzavírá do sebe (Fialová, I. 2011).

3.5 Úloha pedagoga v procesu edukace žáka s epilepsií

Prvním základním, důležitým předpokladem úspěšné integrace jedince s epilepsií je včasné stanovení diagnózy a také informování školy o zdravotním stavu žáka. Velice důležitá je připravenost školy na přijetí dítěte s takovýmto onemocněním. Hlavně po stránce prostorové, odborné a také z hlediska organizace. Pedagog může být velkou pomocí při stanovení diagnózy epilepsie, zejména přesným popisem záchvatu, kterému byl přítomen. Pedagogové, kteří se denně setkávají s tímto žákem, musejí být seznámeni s problematikou epilepsie. Znalost základních problémů, které občas nastanou při práci s takovýmto dítětem je samozřejmostí. S příchodem musejí souhlasit nejen rodiče dítěte a škola, ale také musí pozitivně reagovat samotný žák. Integrace jedince probíhá na základě speciálně pedagogického a psychologického vyšetření, pokud to charakter postižení vyžaduje i s ohledem na vyjádření odborného lékaře, popřípadě dalších odborníků. Stejně tak je důležitá komunikace s rodiči a výměna informací o jejich dítěti (www.spolecnost-e.cz).

Dalším problémem, který je nutno řešit, **je hodnocení žáka s epilepsií.** Při hodnocení by měl pedagog vycházet z individuality každého žáka, také z toho jaký pokrok jedinec udělal oproti výsledkům z dřívější doby. Dnes je možné hodnotit žáka slovně, což učiteli umožní zdůraznit a ocenit úspěchy a přednosti žáka. V hodnocení samozřejmě velice záleží na osobnosti pedagoga, jeho ochotě a dobré vůli. Pedagog by neměl žáky s epilepsií zbytečně omezovat, tím docílí toho, že se dítě bude cítit odlišně a také se tak bude projevovat v kolektivu. Nejdůležitější je stále hledat věci, které děti dělat mohou a zdůrazňovat je (www.spolecnost-e.cz).

I přesto, že některé z aktivit pro jedince s epilepsií nejsou vhodné, je spousta jiných, které je mohou plně nahradit, rozvíjet a obohatit. Můžeme mezi ně zařadit hru na hudební nástroje, hudbu, tanec, ruční práce, výtvarné činnosti a mnoho dalších (www.spolecnost-e.cz).

První pomoc ve třídě

V případě absencí prakticky stačí porozumění a věcný přístup. Pedagog by měl hlavně zajistit, aby dítě bylo mimo nebezpečí ostrých nebo horkých předmětů, chránit mu hlavu. Během záchvatu musí mít učitel porozumění, zopakuje, co dítěti uniklo a důkladně zaznamenává výskyt záchvatu. V žádném případě se nesnaží záchvat nějakým způsobem zastavit, ale odstraní nebezpečné předměty z blízkosti dítěte a neustále s ním a jeho okolím komunikuje. Pedagog by měl být klidný, nepodléhat zmatku a stresu, který ze situace vyplyne. Záchranou službu pedagog volá v případě, má-li podezření na „status epilepticus“. Znamená to, že záchvat trvá déle než 30 minut, nebo dochází k sérii záchvatů, aniž by mezi nimi došlo k nabytí plného vědomí. Po prodělaném záchvatu je pro dítě důležité poskytnout mu odpočinek, 1-2 hodiny a pokud usne, v žádném případě ho nebudit (www.spolecnost-e.cz).

Učitelé a všichni ostatní pracovníci školy hrají důležitou roli pro tělesný stav i duševní pohodu dítěte s epilepsií. Děti, které mají epileptické záchvaty, by měly mít stejné možnosti vzdělávání jako děti bez záchvatů. Učitelé, ošetřovatelky, učitelé v základních školách praktických by si měli uvědomit, že poruchy učení jsou někdy spojeny s tímto stavem. Teprve poté mohou s dětmi efektivně pracovat a uplatnit jejich možnosti (www.spolecnost-e.cz).

3.6 Vliv epilepsie na život dítěte

V literatuře existuje celá řada definic kvality života. Otázka kvality života jedince zdravého či nemocného je předmětem mnoha diskusí, především v otázce definic. Kvalitu svého života si většinou neuvědomujeme. Každý z nás má vlastní představu, co je kvalita života a v tom tkví problém (Mülpachr, P., Vaňurová, H., in Pipeková, 2006).

Něco, co může být mimořádně důležité pro jednoho, je bez významu pro druhého. Světová organizace zdraví (WHO) definuje kvalitu života jako jedincovu percepci vlastní pozice v životě v kontextu příslušné kultury a vlastního hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým

stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí. Ke konceptu kvality života můžeme přistupovat z hlediska subjektivního a objektivního (Mülpachr, P., Vaďurová, H., in Pipeková, 2006, s. 88).

Objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení kvality života jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka. Subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání vlastního postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech.

Dolanský (2000) uvádí, co ovlivňuje kvalitu života lidí s epileptickými záchvaty: - praktické problémy vyvolané epilepsií - problémy spojené s užíváním léků - psychologické stavy vyvolané epilepsií - postoje ostatních lidí a sociální problémy. Můžeme říci, že u každého zdravého jedince do doby jeho prvního záchvatu se zhorší kvalita života na dobu určitou, neurčitou či trvalou.

Pacienti s epileptickými záchvaty prožívají důsledky svého onemocnění především jako problém psychosociální s řadou omezení a diskriminací. Děti/žáci mají potíže ve škole, dospělí v zaměstnání, v oblasti partnerských vztahů a podobně.

Vágnerová (2004) uvádí, že každé onemocnění má symptomy, které mohou být subjektivně nepříjemné a omezující. Kvalita života je vyjádřitelná mírou subjektivní spokojenosti, její objektivní charakteristika nemá smysl, protože lidé prožívají svá onemocnění a s nimi spojené potíže rozdílně. Při posuzování kvality života jedince s epilepsií je důležitým bodem stupeň kompenzovanosti, který vyjadřuje frekvenci záchvatů. Hlavní smyslem rozlišování stupně kompenzovanosti by mělo být vyjádření schopnosti osoby s epilepsií zařadit se do běžného života.

Pacienti s epilepsií jsou rozděleni do čtyř základních skupin:

- I. **Plně kompenzovaný** – 2 a více let bez záchvatů s terapií i bez terapie.
- II. **Kompenzovaný** – rok bez záchvatů s terapií i bez terapie.

- III. **Částečně kompenzovaný** – obvykle déle než jeden měsíc bez záchvatů (méně než 12 záchvatů do roka), epilepsie ovlivňuje kvalitu života.
- IV. **Nekompenzovaný** – záchvaty jsou častější než 1krát do měsíce (obvykle více než 12 záchvatů do roka), epilepsie významně ovlivňuje kvalitu života (informace od lékařky), (Ambler,2006).

3.7 Rodina dítěte s epilepsií

V životě dítěte s epilepsií hraje důležitou roli vlastní rodina, která je nejstarší společenskou institucí. Plní socializační, ekonomické, sexuálně - regulační, reprodukční a další funkce. Vytváří určité emocionální klima, formuje interpersonální vztahy, hodnoty a postoje, základy etiky a životního stylu (Průcha, Walterová, Mareš). To znamená, že rodina, jako základní společenská skupina, která má bazální vliv na fungování jedince, je vzorem pro vytváření vztahů, interakcí, hodnot, dává prostor pro základní sociální zkušenost, zpětnou vazbu při experimentování, vymezování hranic jedince a okolního světa.

Nejdůležitější místo v životě dítěte má rodina a na ni musí brát pedagogové ve škole ohled. Vyžaduje to kontakt a výměnu informací mezi rodinou a školou. Diagnóza epilepsie proniká do událostí v rodině. Mnoho rodičů je řeší šokem, smutkem, strachem, depresí a také pocity viny. Osobně akceptující problémy a konflikty mohou rodiče přivést k velké zátěži. Nebezpečí je v tom, že rodičům se projektují vlastní problémy s nemocí nebo také osobní problémy na jejich dítě či na jiné osoby (např. lékař, učitel, partner), (Vágnerová 2010).

Zvlášť těžké je postavení nemocného dítěte v rodině s více dětmi. Nemocné dítě na sebe často strhuje velkou část pozornosti. Rodiče to nemají často vůbec jednoduché, protože se chtějí k ostatním dětem chovat stejně a spravedlivě. Často by měli mít sourozenci hodně pochopení. V rodině dítěte s epilepsií je rozprostřen strach jako hlavní životní pocit. Strach z toho, jak bude probíhat nemoc, strach před dalším záchvatem, strach z úrazu a další (Vágnerová 2010).

Díky přílišnému opatrování nemocného dítěte se zde vyskytuje jistý dopad. Děti se uchylují k pasivitě, nesamostatnosti a velké úzkostlivosti. Dítě zažívá pocit toho, že mu

je ponecháno malé množství autonomie a vedení, naučí se „ bezmocností“ (já nemohu sám, musím být stále pod dohledem). Těžko ho pak rodiče zbavují tohoto návyku. Úkolem rodičů je proto rozpoznat poměr mezi nebezpečím a menším rizikem (Vágnerová 2010).

V této fázi života může být epilepsie pro dotyčné mladistvé, překážkou v procesu vzdělávání. Těžkým se stává pro rodinu to, že dítěti s epilepsií je v klasické přípravě učení, neustále věnováno velké množství pozornosti od rodičů. Často se stává, že dítě se svou nemocí jakoby utiskuje rodinu. Rodina dítěte s epilepsií je vystavena mnoha předsudkům, asociativnímu strachu, nejistoty a odsouzena k izolaci od společnosti. Mnoho rodičů pak nemoc dítěte vyřazuje ze společenského života (Vágnerová 2010).

3.8 Poradenský systém pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami

Systém **poradenských služeb** se skládá z mnoha poradenských pracovišť a zařízení, která se věnují žákům s daným charakterem speciálních potřeb v období od nástupu do výchovně vzdělávacího procesu po ukončení přípravy na povolání. Podle vyhlášky č. 72/2005 Sb. tyto služby poskytují **školní poradenská pracoviště** a **školská poradenská zařízení**, jsou určeny pro žáky, jejich zákonné zástupce, školy a školská zařízení a jsou realizovány bezplatně na základě žádosti a písemného souhlasu zletilého žáka, nebo jeho zákonného zástupce. Nezbytná je jejich informovanost o povaze, rozsahu, trvání a cílech péče, možných rizicích a nevýhodách. Jako **obsah** poradenských služeb výše zmíněná vyhláška specifikuje:

- ◆ tvorbu vhodných podmínek pro tělesný, psychický a sociální vývoj žáka, naplňování jeho vzdělávacích potřeb a rozvíjení jeho schopností, dovedností a zájmů,
- ◆ prevenci a řešení výukových a výchovných problémů, sociálně patologických jevů,
- ◆ vhodnou volbu vzdělávací cesty a profesního uplatnění, podmínek vzdělávání žáků s postižením, žáků mimořádně nadaných a příslušníků národnostních menšin
- ◆ rozvíjení profesních znalostí a dovedností pedagogických pracovníků.

Poradenské služby ve **školách** poskytují:

- **výchovní poradci** – plní úkoly pedagogicko-psychologického poradenství v oblasti výchovy, vzdělávání, volby studia či povolání,
- **školní metodici prevence** – podílejí se na koordinaci preventivních aktivit v oblasti sociálně patologických jevů,
- **školní psychologové** – sledují psychologické aspekty vzdělávacího procesu, vytvářejí programy na podporu rozvoje osobnosti žáků, realizují diagnostiku, intervenci, poradenství,
- **školní speciální pedagogové** – koordinují spolupráci školy a školských poradenských zařízení, vyhledávají a řeší výchovné a výukové problémy žáků, poskytují metodickou pomoc pedagogickým pracovníkům (Pipeková 2006, vyhláška č. 73/2005 Sb.).

Školskými poradenskými zařízeními jsou pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra a střediska výchovné péče. **Pedagogicko-psychologická poradna** zjišťuje připravenost žáků na povinnou školní docházku, jejich individuálních předpoklady pro profesní orientaci a příčiny poruch učení, chování a dalších problémů ve vývoji osobnosti. Těmto žákům poskytuje dále odbornou péči a zajišťuje podmínky jejich vzdělávání. Metodicky vede také pedagogické pracovníky a zákonné zástupce. Tým odborníků tvoří psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník. Svou činnost uskutečňují ambulantně v poradně nebo návštěvami škol a školských zařízení. Péči ve **speciálně pedagogickém centru** poskytuje stejný pracovní tým, totožný je také její obsah. Odlišné je zaměření služeb, které jsou určeny pro žáky s daným typem postižení. Činnost centra se uskutečňuje ambulantně v jeho prostorách, návštěvami ve školách, popřípadě v rodinách (Pipeková 2006, vyhláška č. 72/2005 Sb.).

Činnost **střediska výchovné péče** je diagnostická, poradenská, psychoterapeutická, výchovná a vzdělávací. Zaměřuje se na předcházení výchovným problémům, jejich odstraňování, nebo alespoň zmírňování jejich následků, na ochranu práv dítěte, podporu a obnovu funkcí rodiny, poskytování poradenských služeb pedagogickým pracovníkům. Služby jsou poskytovány formou ambulantní nebo internátní, a to maximálně po dobu

dvou měsíců, přičemž pobyt ve středisku je dobrovolný (Pipeková 2006, zákon č. 109/2002 Sb.).

Koordinaci poradenského systému zajišťuje **Institut pedagogicko-psychologického poradenství**. Jedná se o organizaci s celorepublikovou působností zřízenou Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy v roce 1994. **Speciální péče** o dítě s postižením je zahájena okamžitě po zjištění postižení a soustředí se na rodinu jako celek. Má svá specifika daná věkem a druhem postižení klientů (Pipeková 2006).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Metodika výzkumné práce

4.1 Cíle a výzkumné otázky

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit specifika edukačního procesu žáků s epilepsií v ZŠ praktických. Prvním cílem jsem si stanovila zjistit limity vzdělávání žáků s epilepsií ve školním prostředí. Druhý cíl je zjistit limity žáků s epilepsií ve volnočasových aktivitách. Cíl třetí jsem stanovila zjistit jaká je informovanost pedagogů ve vztahu k epilepsii v edukačním procesu.

Výzkumné otázky

Otázky pro výzkum jsem stanovila tři. První otázkou je jaká omezení mají jedinci s epilepsií při vzdělávacím procesu? Druhá otázka se ptá na to, jaká omezení mají jedinci s epilepsií při volnočasových aktivitách? Ve třetí otázce se ptám na to, zda jsou pedagogové informováni v přístupu k žákovi s epilepsií?

4.2 Použitá metodika sběru dat

V praktické části bakalářské práce použiji strategii kvalitativního výzkumu. Tuto strategii použiji proto, že v rozhovoru je možné navázat s dotazovaným přívětivý a přátelský vztah, který by byl ve výsledku prospěšný. Dále mohu otázky měnit podle situace, lze měnit pořadí otázek a také se mohu doptávat, případně si nechat lépe vysvětlit odpověď, které jsem neporozuměla. Pro sběr dat použiji metodu dotazování a techniku polostandardizovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Výběrový soubor bude tvořen pedagogy vybraných ZŠ praktických. Přehled otázek rozhovorů uvádím v Příloze č. 1.

Kvalitativní výzkum je šetření a interpretace sociální reality, přičemž jeho cílem je význam sdělovacích informací. Cílem výzkumu je sběr dat ve formě pozorování,

fotografií, rozhovoru, audio záznam, video záznam, deníky, úryvky z knih (Hendl, 2012).

Polostandardizovaný rozhovor můžeme také chápat jako polostrukturované interview, kdy je v rozhovoru dáno jádro, podle kterého autor postupuje, zároveň může podat jiné doplňující otázky, aby umožnil větší upřesnění a přesnější vytěžení maximálního množství potřebných informací. K rozhovoru může být používán záznamový arch, do kterého zaznamenává vůdce rozhovoru odpovědi. Díky polostrukturovanému rozhovoru je rozhovor přirozený (Miovský, 2006).

4.3 Metodika výběru respondentů

Při výzkumu mé bakalářské práce jsem nejprve prostřednictvím emailu obeslala 16 ZŠ praktických v Jihočeském, Plzeňském a Středočeském kraji s otázkou, zda mají na škole žáky s epilepsií. Z těchto škol mi odepsala většina. Poté jsem se s řediteli a ředitelkami těchto škol spojila telefonicky a domluvila si osobní schůzku, abych mohla realizovat rozhovor s pedagogy. Původně jsem měla připravený rozhovor také pro rodiče dětí s epilepsií, ten jsem bohužel nemohla použít, protože jsem nezískala přístup k rodičům. Od ředitelů mi bylo oznámeno, že není možné s rodiči v žádném případě komunikovat ani na jedné ze škol, proto jsem musela svůj výzkum upravit pouze pro pedagogy. Rozhovory s pedagogy jsem si zaznamenávala na záznamové archy – Příloha č. 1. V průběhu výzkumu jsem ale také dostala kontakt na jednu paní ředitelku, která mi sdělila, že informace o vzdělávání žáků neposkytne. Slušně jsem ji znovu poprosila a ukázala svoje otázky, které neobsahovaly žádné konkrétní informace o dítěti (jméno, příjmení, věk, bydliště). Rozhovor jsem získala od sedmi pedagogů ze základních škol praktických.

4.4 Charakteristika výzkumného terénu

Praktické školy

Jde o žáky, kteří mají lehkou mentální retardaci. Hlavním cílem základní školy praktické je umožnit žákům s lehkou mentální retardací pomocí výchovně vzdělávacích

prostředků a metod dosáhnout co nejvyšší úrovně znalostí, dovedností a rozvoje osobnostních kvalit při respektování jejich individuální zvláštnosti. Veškeré cíle směřují k přípravě žáků na zapojení do běžného života.

Kromě mentálního postižení mohou mít zdravotní oslabení (EPI), které může mít významný dopad na vzdělávání i chování žáka. Dle závažnosti přistupují školy k různým opatřením. V závažnějších případech může ředitel školy na žádost rodičů povolit individuální vzdělávací plán (nemusí chodit do školy např. každý den) nebo volí individuální přístup – omezení činností vyvolávající EPI záchvat, bezpečnost, hodnocení. Jedná se o žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

1) Základní škola a Mateřská škola Strakonice

Základní škola praktická kromě žáků s lehkým mentální postižení vzdělává i žáky zdravotně oslabené a děti ze znevýhodněného sociálního prostředí. Cílem vzdělávání je uplatnění v dalším životě. Tato škola nabízí sportovní, výtvarní, keramický, taneční a jazykový kroužek. Pořádá pravidelné letní pobyty v přírodě a různé sportovní soutěže.

Nabízené služby v této škole:

- Vzdělávání žáků s lehkým zdravotním postižením
- Použití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání
- Zajištění služeb asistenta pedagoga
- Možnost výuky s počítačovým vybavením
- Zájmovou činnost v oblasti: dramatická výchova, sportovní činnosti, základy práce s počítačem, ruční práce
- Účast na kulturních akcích, soutěžích a přehlídkách
- Sportovní pobyty v přírodě
- Společné setkávání s rodiči a přáteli školy
- Poskytování služeb kariérového poradenství žákům, rodičům
- Poskytování poradenských a preventivních služeb žákům

2) Odborná škola, Základní škola a Mateřská škola Zbůch

Základní škola vzdělává žáky se speciálními vzdělávacími potřebami v oblasti mentálního a tělesného postižení a s PAS (autismus), případně kombinací postižení.

Základní škola praktická vzdělává žáky s lehkým mentálním postižením nebo kombinací mentálního a tělesného postižení. Základní škola praktická má devět ročníků, je rozdělena na první stupeň - od 1. do 5. ročníku a druhý stupeň od 6. do 9. ročníku. Žáci jsou vzděláváni podle školního vzdělávacího programu Dokážu to. Po absolvování všech 9 ti ročníků žáci získávají základní vzdělání.

Po ukončení povinné školní docházky mají žáci možnost pokračovat ve vzdělávání v praktické škole dvouleté nebo v dvouletém oboru zahradnická výroba.

3) Mateřská Škola, Základní Škola A Praktická Škola, Trhové Sviny

Vyučování na této škole bylo poprvé zahájeno 1. 9. 1986 pod názvem zvláštní škola. Tato škola má tradici starou 27 let. Po celou dobu trvání je kolektiv učitelů a vychovatelů tvořen speciálními pedagogy, jejichž činnost je zaměřena na dosažení vytčeného cíle, kterým je co nejvyšší míra socializace každého žáka v souladu s jeho fyzickými a psychickými schopnostmi.

Všichni se snaží vytvářet na škole příznivou, podnětnou a klidnou atmosféru tak důležitou pro pohodovou a radostnou práci. Cílem všech zaměstnanců školy je, aby jaro bylo na škole po celý rok. Zvláštní škola vznikla v rekonstruované budově bývalé základní školy. Tvoří jí dvě hlavní budovy propojené šatnovou chodbou, budova na školním pozemku, kde je realizována výuka pracovního vyučování dívek – práce v domácnosti a 2 školní pozemky pro výuku pěstitelských prací.

V Trhových Svinech jsou její dvě součásti:

- základní škola praktická
- základní škola speciální

4) Základní škola praktická, Plzeň

ZŠ praktická vzdělává žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Škola vykonává činnost vzdělávací a výchovnou. Cílem výchovně vzdělávacího procesu je připravit žáky co nejlépe na život v dospělosti. Do vzdělávacího programu jsou vřazováni žáci, kteří nezvládají učivo běžné základní školy.

Žáci jsou vzděláváni s ohledem na jejich individuální schopnosti a zvláštnosti, je respektováno jejich pracovní tempo. V případě potřeby jsou pro žáky vytvářeny individuální programy vzdělávání nebo individuální vzdělávací programy v souladu s příslušnou legislativou, doporučeními a dalšími náležitostmi. Základními principy vzdělávání jsou individuální přístup k žákům, respekt k jejich jedinečnosti i k jejich specifickým problémům a důraz na maximální možné rozvinutí schopností a dovedností každého žáka.

Realizace výzkumného šetření

Rozhovory jsem vykonávala v době od 9. 6. 2014 do 26. 6. 2014. S některými pedagogy byla domluva celkem složitá a obtížně se hledal vhodný termín pro setkání. Pro rozhovory jsem zvolila pro respondenty prostředí v kabinetu příslušné základní školy praktické. Po individuálně sjednaných schůzkách jsem hovořila s pedagogem. Rozhovory trvaly pokaždé kolem 30 minut. Odpovědi jsem si zapisovala do záznamového archu, protože jsem neměla vhodné prostředky pro nahrávání. V záznamovém archu jsem měla jednotlivé otázky – viz Přílohy, které jsem poté v praktické části analyzovala a zpracovala.

5 Výsledky výzkumného šetření

Otázka č. 1: Kolik žáků s epilepsií navštěvuje Vaši školu? Přehled odpovědí je uveden v Tabulce č. 1.

Tabulka č. 1: Počet žáků s EPI

Počet žáků s EPI	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
9	X						
8		X					
6			X			X	X
5				X	X		

Zdroj: vlastní výzkum, 2014.

Počet žáků s epilepsií na ZŠ Praktických v Plzeňském, Středočeském a Jihočeském kraji se pohybuje okolo 5 – 9 žáků.

Otázka č. 2: Jaká omezení má žák vyplývající z lékařského doporučení?

Tabulka č. 2: Omezení dle lékaře

Druh omezení	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Omezená docházka do školy	X						
Klidový režim	X	X	X	X	X	X	X
Zákaz pobytu na slunci			X		X		X
Zákaz sportu	X	X	X	X	X		
Pravidelnost podávání medikace		X	X	X		X	
Dlouhé vycházky							X
Zákaz plaveckého výcviku	X				X		X

Zdroj: vlastní výzkum, 2014.

Omezení vyplývající z lékařského doporučení jsou různorodá. Respondent č. 1 uvedl, že jeho žák má omezenou docházku do školy pouze na 3 dny v týdnu. Zbýlé dva dny dojíždí do místa bydliště žáka paní učitelka. Každý respondent uvedl, že nejdůležitější opatření je klidový režim. K dosažení jakýchkoliv výsledků u žáků je tento režim nezbytný. Důležité je žáka nepřetěžovat, nedávat mu mnoho úkolů, které by nezvládl a způsobovaly mu únavu a přetížení. Dalším omezením pro tyto žáky je zakázaný pobyt na přímém slunci, zákaz sportu a vykonávání tělesné výchovy, dlouhé vycházky a zakázaný plavecký výcvik. V nespolední řadě je důležité žákům pravidelně podávat medikaci.

Otázka č. 3: Jaká je četnost záchvatů?

Dva respondenti uvedli, že četnost záchvatů jejich žáků je týdenní. U dalších dvou respondentů je četnost měsíční. Jeden respondent uvedl, že ve třídě má žáky s kompenzovanou epilepsií, tudíž záchvaty nemají. Poslední dva respondenti uvedli četnost žáků jednou za čtvrt roku.

U různých žáků je četnost záchvatů různá. Někteří mívají záchvaty pouze v noci, jiní ve dne. U některých se záchvat objeví před nemocí a dále také v době rekonvalescence žáka.

Otázka č. 4: O jaký typ záchvatu se jedná?

Čtyři respondenti uvedli, že jejich žáci trpí malým záchvatem. Zbylí tři uvedli záchvat velký.

Otázka č. 5: Dovedete z chování žáka odhadnout blížící se záchvat?

Tabulka č. 3: Odhad blížícího se záchvatu

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
AN O	X		X		X	X	X
NE		X		X			

Zdroj: vlastní výzkum, 2014.

Odhadnout blížící se záchvat dokáže 5 pedagogů. Uvedli, že rozpoznat to, že se záchvat blíží lze tím, že se dítě zahledí, je nesoustředěné, příliš unavené. Minimum žáků na sobě přicházející záchvat pocítí a stihne s tím seznámit paní učitelku, která už ví, jak se má zachovat a jakým způsobem žákovi pomoci.

Otázka č. 6: Bylo Vám poskytnuto školení o zajištění první pomoci při epileptickém záchvatu?

Všem respondentům bylo poskytnuto školení o zajištění první pomoci při epileptickém záchvatu. Všechny pedagogy proškolili lékaři, většinou z oddělení ARO.

Otázka č. 7: Domníváte se, že Vaše kompetence k poskytnutí první pomoci jsou dostačující nebo byste uvítal/a více informací?

Všichni respondenti uvedli, že jejich kompetence jsou dostačující, ale nových informací není nikdy dostatek.

Otázka č. 8: Jaká opatření pro naplnění potřeb žáka s epilepsií má škola nastavená?

Tabulka č. 4: Opatření ze strany školy

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Zvýšený dohled	X					X	
Individuální přístup	X	X	X			X	X
Střídání činností		X					
Zamezení přetěžování		X				X	
Daná pravidla ve třídě			X				
Maximální přizpůs. potřebám žáka			X	X	X		
Omezený pobyt u PC							X
Proškolení všech učitelů	X	X	X	X	X	X	X

Zdroj: vlastní výzkum, 2014.

Vzdělávací program je celkově nastaven pro žáky se zdravotním postižením, je tedy uzpůsoben potížím žákům s epilepsií a umožňuje potřebný individuální přístup. Potřebu většího odpočinku, eliminace stresových situací, relaxace, vyvarování se přetěžování žáků, to už tedy vzdělávací program respektuje. Pedagogové jsou seznámeni s onemocněním a potřebnou péčí při případném epileptickém záchvatu. Spolužáci jsou

také informování. Dále pět škol upřednostňuje a prosazuje individuální přístup ke každému žákovi. Mezi další opatření můžeme zařadit zvýšený dohled na žáka, zamezení přetěžování během výuky, zavedení daných pravidel ve třídě a omezený pobyt u PC.

Otázka č. 9: Má žák nějaká omezení ve výuce?

Tabulka č. 5: Omezení ve výuce

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Neudržení pozornosti	X	X					
Omezená vnímavost			X				
Snížená možnost koncentrace			X				X
Nižší schopnost zapamatování si	X						
Omezený pobyt u PC		X			X	X	X
Únava	X			X		X	

Zdroj: vlastní výzkum, 2014.

Při výuce žáků s epilepsií musí být kladen důraz na to, aby netrávili příliš spoustu času u PC. Různé hry, barevné kombinace jim mohou způsobit záchvat. Na vzdělávání těchto žáků má také vysoký dopad únava. Žáci musejí mít dostatek klidového režimu, odpočinku, aby byli schopni vnímat nové učivo a soustředit se na práci v hodině. Dále bych sem zařadila sníženou možnost koncentrace a nižší schopnost zapamatování si něčeho nového.

Otázka č. 10: Má žák vypracovaný individuální vzdělávací plán?

IVP má vypracovaný pouze jeden žák. Ostatní žáci mají vypracovaný patřičný ŠVP. V jednom případě mají popřípadě dojíždějící programy Pomocná škola, Rehabilitační stupeň.

Otázka č. 11: Jakých opatření se IVP týká?

Pouze v jednom uvedeném případě se IVP týká omezení docházky do školy. Žák dochází do školy pouze třikrát týdně. Zbylé dva dny za žákem dojíždí paní učitelka domů. Vzdělává se podle stejného učiva jako jeho spolužáci.

Otázka č. 12: Ovlivňuje vzdělávání žáka medikamentózní léčba?

Ve všech případech bylo odpovězeno ANO.

Otázka č. 13: Vnímáte nějakým způsobem vliv epilepsie na chování žáka?

Pouze ve dvou případech bylo zodpovězeno NE. Zbylí respondenti uvedli, že epilepsie má vliv na chování žáka. Chování se projevuje agresivitou některých žáků, jejich nesoustředěností, stresem, únavou. Spousta žáků zapomíná co, kdy a kde mělo udělat, zapomínají také učivo, písmena, číslice. Někteří žáci nejsou schopni udržet pozornost a soustředit se na danou věc a učivo. U některých se projevují časté výkyvy a změny nálad, jsou přecitlivělí a třesou se jim ruce.

Otázka č. 14: Ovlivňuje zdravotní znevýhodnění žáka celkové klima třídy?

V jednom případě respondent odpověděl ANO, proto, že se celá třída musí přizpůsobit žákovi s epilepsií. V ostatních bylo zodpovězeno NE, jelikož ve třídě pedagogů jsou všichni žáci s nějakým zdravotním znevýhodněním.

Otázka č. 15: Zúčastňuje se žák mimoškolních a volnočasových aktivit nabízených školou?

Dva respondenti uvedli, že jejich škola žádné mimoškolní volnočasové aktivity nenabízí. Zbytek respondentů uvedl, že se žáci zúčastňují. Záleží také na zájmu a možnostech rodičů těchto dětí.

Otázka č. 16: Jsou nějaké aktivity, které žák nemůže vykonávat?

Tabulka č. 6: Aktivity, která žák nemůže vykonávat

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Kino	X						
Divadlo	X						
Solní jeskyně			X	X			
Plavání	X	X				X	
Sportovní činnost	X	X	X		X		X
Zraková místnost				X			

Zdroj: vlastní výzkum, 2014.

Každému člověku včetně lidí s epilepsií prospívá aktivní trávení volného času. Přispívá k dobré tělesné a psychické kondici. U epilepsie je však třeba dostatek vědomostí, jaká bezpečnostní pravidla dodržovat. Rodiče dětí s epilepsií by se měli poradit s učitelem, jaké aktivity je možné dítěti umožnit a zároveň dodržovat nutné zásady opatrnosti a bezpečnosti. Účastnit se co nejvíce aktivit a vyrovnat se svým zdravým kamarádům je pro dítě s epilepsií nesmírně důležité. Žák by neměl být vystavován rizikovým sportům a nadměrné zátěži. Určit dítěti druh sportu je u každého individuální, podle jeho fyzických a psychických schopností. Velkou zodpovědnost za svoje dítě s epilepsií mají v první řadě rodiče.

6 Diskuse

Výsledky práce přinášejí náhled na průběh vzdělávání žáků s epilepsií. Jedním z předsudků, který měl velký vliv na chápání epilepsie jako nemoci, byl názor, že epilepsie je duševní choroba nebo onemocnění, které vede ke ztrátě duševních schopností a snižuje inteligenci nemocného. Všechny tyto předsudky byly moderní vědou dávno vyvráceny.

Průběh onemocnění i jeho prognóza závisí na příčině, závažnosti stavu a dodržování léčby. Ve většině případů lze vhodně zvolenou léčbou pohotovost k záchvatům alespoň zmírnit, eventuelně ji zcela odstranit. V současné době nemívá epilepsie tak bouřlivý průběh, a pokud je léčebná, nevede k devastaci osobnosti nemocného. Může ovšem přetrvávat zvýšená citlivost na vnější podněty, emoční labilita, větší ulpívání, těžkopádnost a unavitelnost (Vágnerová, M., 2002, s. 92). Lze konstatovat, že po stránce psychické mohou dětem s epilepsií komplikovat život poruchy vnímání, pozornosti, paměti, myšlení, učení a řeči.

Myšlení u některých dětí většinou bývá méně pružné, někdy zpomalené. Typickým rysem je taktéž nižší přirozenost a neschopnost přizpůsobení se novým podnětům. Problémy mohou mít epileptici i s pamětí. Je narušeno vybavování si a zapamatování si, což souvisí s celkovou nepřizpůsobivostí a větší unavitelností epileptických dětí. V některých případech může epilepsie způsobovat tzv. epileptickou demenci, která vzniká v závislosti na poškození mozku a intenzitě epileptických záchvatů.

Pokud je epilepsie závažná a trvá dlouhou dobu, dojde s větší pravděpodobností k určité kvalitativní změně nebo dokonce k úbytku intelektových schopností (Vágnerová, M. 2002, s. 90).

Existuje mnoho příčin, které mohou stát za neúspěchem dítěte. Není to vždy ta nejhorší možnost, že dítě má snížené intelektové schopnosti. Pokud přece jen dítě výrazně zaostává za ostatními, je důležité důkladně prověřit, zda opravdu jsou znalosti a schopnosti nižší, než by se dalo očekávat a zda neúspěch nezpůsobuje jiná příčina. Je nezbytné zvážit fyzické možnosti dítěte včetně poruchy spánku a častých záchvatů. Dále je důležité brát v ohled účinky antiepileptických léků a také např. přístup rodiny,

postavení v kolektivu, špatná motivace atd. Občas se stává, že dochází ke snižování intelektových schopností po každém prodělaném epileptickém záchvatu. Z toho vyplývá, že každý nový epileptický záchvat způsobí další poškození nervových buněk mozku, to se projeví postupným snižováním rozumových schopností dítěte. V takové chvíli je nejdůležitější konzultace rodičů s odborným lékařem.

Nesmíme zapomenout, že velký vliv na chování dítěte mohou mít i léky, které dítě užívá. Může se projevit např. zvýšenou ospalostí, unavitelností, apatií, pomalými reakcemi nebo sníženou koncentrací. Je proto důležité, aby o užívání léku věděli pedagogové a další dospělí, kteří se vyskytují v okolí žáka a s takovýmto žákem pracují. Za chování způsobené medikací děti nemohou a nelze je ani žádným způsobem ovlivnit.

Nemocné dítě se nemůže naučit tolik, jako dítě zdravé, když je stejně inteligentní (Vágnerová, M. 2004, s. 33). Jakékoliv somatické onemocnění nepůsobí jen na tělesný stav dítěte, ale ovlivňuje taktéž jeho prožívání, chování a výkon ve škole. Znamená to tedy, že i onemocnění epilepsií se projeví v práci ve škole. Reakce na nemoc jsou o něco výraznější u dětí než u dospělého člověka. Souvisí to s nezralostí organismu a také s jejich úrovní ve vývoji. Z hlediska školního prospěchu je největším problémem rekonvalescence po prodělaných epileptických záchvatech. Může přetrvávat zvýšená vyčerpanost, která se projevuje hlavně v prožívání a chování. Onemocnění ovlivňuje základní psychické potřeby. Pro výuku je podstatná změna v potřebě stimulace. Děti, které jsou nemocné, mají menší potřebu stimulace, jejich intenzivnější podněty a zvýšená frekvence mohou dítě vyčerpávat. Lehká unavitelnost vede ke snížení potřeby nových zkušeností a zvyšuje tak tendenci dodržování stereotypu v chování a denním režimu.

Mít epileptického žáka ve třídě vyžaduje velké pochopení a spolupráci pedagoga s dítětem a hlavně s jeho rodiči. Epileptické záchvaty se projevují různým způsobem. Dítě, které trpí těmito záchvaty, mívá krátké výpadky vědomí. Několik sekund nereagují na podněty, nekomunikují, dělá pohyby, které jsou někdy neadekvátní dané situaci. Nezkušený a nepoučený pedagog může považovat takovéto chování za provokaci nebo nepozornost žáka. Proto je velice důležité, aby třídní učitel byl informován o stavu žáka, aby prošel školení o podávání první pomoci a celkovém

průběhu při epileptickém záchvatu. Po záchvatu bývají děti unavené, vyčerpané a může se stát, že usnou.

Přestože se děti s epilepsií většinou na první pohled nijak neliší od zdravých spolužáků, mohou se objevit problémy v oblasti pozornosti, chování, paměti nebo jejich učebního tempa. Tyto faktory velice ovlivňují proces učení. Pedagog by měl proto u takového žáka podporovat pocit, že má dostatek sil a odvahy své potíže zvládnout a nějakým způsobem překonat. Velmi důležitá je při učení motivace. Vyučování bude dostatečně motivováno tehdy, bude-li učivo pro děti pochopitelné a jasné. Žáci si mnohem rychleji a lépe osvojí učivo, které si mohou sami vyzkoušet. Pokud pedagog dokáže udělat vyučovací hodinu přitažlivou a zábavnou, má ze strany žáků úspěch zaručen.

Tělesná aktivita, hra a sport patří k přirozenému vývoji každého dítěte. Rozvoj sebejistoty, styk s vrstevníky, prožitek úspěchu, ale také porážky, dodržování pravidel je pro dítě s epilepsií stejně důležité jako pro dítě zdravé. Navíc platí, že dobrá tělesná kondice je výborným předpokladem úspěšné léčby. I dítě s epilepsií může vykonávat téměř všechny sporty, které mu jeho zdravotní stav dovolí. Hlavní zásadou je přítomnost dospělého člověka, která by v případě epileptického záchvatu poskytla dítěti první pomoc. Dítě se musí vyhnout velkému přetěžování při sportovních aktivitách. Mezi rizikové sporty patří např. horolezectví.

I přesto, že některé aktivity pro děti s epilepsií nejsou vhodné, existuje spousta jiných, které děti mohou obohatit. Je to například hra na hudební nástroj, hudba, tanec, ruční práce, výtvarné práce a celá řada dalších aktivit. Je důležité, aby dítě s epilepsií mělo své zájmy a koníčky, které je baví a naplňují, přestože musí dodržovat určitá bezpečnostní pravidla.

7 Závěr

Oblastí, ve kterých je důležité připravit děti s epilepsií, jejich rodiče a okolí je celá řada. Důležité je dokázat vytvořit takové podmínky pro život těchto lidí, ve kterých se budou cítit příjemně, klidně, aby v takových podmínkách měli co nejméně problémů. Nesmíme také zapomínat, že každý člověk má právo na plnohodnotný život, právo na libovolný způsob trávení volného času, právo na vzdělávání, právo na uplatnění v pracovním trhu atd.

V teoretické části mé bakalářské práce jsem se zabývala charakteristikou epilepsie, klasifikací epileptických záchvatů, léčbou a terapií epilepsie, vzděláváním žáků s epilepsií, legislativou a RVP, který toto vzdělávání umožňují a dále faktory ovlivňující vzdělávání žáků s epilepsií, uvedla jsem zde možná podpůrná opatření, systém poradenství pro žáky se zdravotním znevýhodněním a specifika edukace jedinců s epilepsií.

Výzkum jsem prováděla v Jihočeském a Plzeňském kraji na ZŠ praktických.

Epilepsie je onemocnění, které je charakterizováno souborem opakovaných záchvatů různé intenzity. Vyskytuje se u lidí různých věkových kategorií. Proto by i mladí lidé měli být informováni o tomto onemocnění. Důležité je pochopit alespoň základ nemoci a umět zareagovat v případě nutnosti, jakou může být právě epileptický záchvat. Tato situace může nastat kdykoli.

Práce může sloužit pro informovanost o problematice vzdělávání s epilepsií pro rodiče těchto dětí, dále pro spolužáky těchto žáků, kamarády a blízké okolí. Tuto práci si také mohou přečíst pedagogové, ostatní zaměstnanci škol, kteří se s těmito žáky setkávají, nebo kteří se s takovými žáky teprve setkají.

Závěrem bych chtěla říci, že je velice nutná otevřenost a informovanost o epilepsii nejen pedagogů nebo rodičů, ale také spolužáků, žáků a kamarádů dětí s touto nemocí a také celé populace. Pouze tímto způsobem můžeme prolomit hranice předsudků a tím dětem a lidem s touto nemocí zvětšit prostor pro jejich žití.

8 Seznam použitých zdrojů

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 6. vydání. Praha: Galén-Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1258-5.
2. AURA: informace o epilepsii. Praha: Společnost „E“, 2007, č. 173, s. 27.
3. BARTOŇOVÁ, M. Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice. Brno: MSD, 2005. ISBN 80- 86633- 37- 3.
4. BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie*. Brno:MU, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7.
5. BRÁZDIL, M., HADAČ J., MARUŠIČ, P. A KOL.: *Farmakorezistentní epilepsie*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-562-0.
6. ČESKO. Zákon č. 561 ze dne 24. září o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Dostupné také z
7. <http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf>
8. ČESKO. Vyhláška č. 73 ze dne 9. února 2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných novelizovaná vyhláškou č. 147/2011 Sb. Dostupné z: <http://www.uplnezneni.cz/vyhlaska/73-2005-sb-o-vzdelavani-deti-zaku-a-studentu-sespecialnimi-vzdelavacimi-potrebami-a-deti-zaku-a-studentu-mimoradne-nadanych/>
9. ČESKO. Vyhláška č. 72 ze dne 17. února 2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních novelizovaná vyhláškou č. 116/2011 Sb. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>.
10. DOLANSKÝ, J. *Současná epileptologie*, 1. Vyd. Praha: Triton, 2007, 164s. ISBN 80-7254-101-3.
11. FIALOVÁ, I. Specifika edukace dětí a žáků s epilepsií. In PIPEKOVÁ, J. (ed). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2 vyd. Brno: Paido, 2006, 404s. ISBN 80-7315-120-0.
12. FISCHER, Slavomil; ŠKODA, Jiří: *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*, 1.vyd. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

13. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012, 407 s. ISBN 978-802-6202-196.
14. HOLLÝ, K., HORÁČEK, K. *Hipoterapie - léčba pomocí koně*. Ostrava: Montanex, 2005, ISBN 80-7225-190-2.
15. HOVORKA, J. *Epilepsie a základy antiepileptické léčby – část 1. Psychiatrie pro praxi*. 2004, roč. 3, č. 3, s. 123 – 130. ISSN 1213-0508.
16. Hrdá, J. a kol., *Zaměstnávání lidí se zdravotním postižením*. Praha: JÚŠ, 2007, ISBN 978-80-903676-1-6.
17. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
18. LECHTA, V.: *Základy inkluzivní pedagogiky*. Vydání 1. Praha: Portál, 2010. 440 s. ISBN 978-80-7367-679-7.
19. MARUSIČ, P. *Epilepsie a epileptické syndromy*. *Lékařské listy*. 2006, roč. 55, č. 21, s. 31-33. ISSN 0044-1996.
20. MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 3. vyd. Praha: Portál, 2000, 143 s. ISBN 80-7178-494-X.
21. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
22. MORÁŇ, M. *Praktická epileptologie*. 2.vyd. Praha: Triton, 2007. 137s. ISBN 978-80-7387-023-2.
23. OŠLEJŠKOVÁ, H. *Epileptické a neepileptické záchvaty v dětství a adolescenci*. Plzeň: ADELA, 2009. 274 s. ISBN 978-80-87094-06-8.
24. OŠLEJŠKOVÁ, H., MAKOVSKÁ, Z. *Naše dítě má epilepsii*. Nakladatelství Adela, 2009. ISBN 978-80-97094-05-1.
25. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3.vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN: 978-80-7315-198-0.
26. SEIDL, Z.; OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0623-7.
27. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Graga Publishiong, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

28. ŠLAPAL, Radomír. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2002. 35 s. ISBN 80-7315-017-4.
29. ŠLAPAL, Radomír. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2007. 53 s. ISBN 978-80-7315-160-7.
30. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-060-7.
31. ŠVINGALOVÁ, Úvod do teorie a praxe psychopedie. 1.vyd. TUL 2003. ISBN 8073720426.
32. VALENTA, M. a MÜLLER, O. *Psychopedie*. 3.vyd. Parta, 2007. ISBN: 978-80-7320-099-2.
33. VÁGNEROVÁ, M. *Kognitivní a sociální psychologie žáka základní školy*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0181-8.
34. VÍTEK, J. Epilepsie- současná klasifikace, diagnostika a léčba. In PIPEKOVÁ, J. (ed.) Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2. rozšířené vydání. Brno: Paido, 2006, s. 181- 188. ISBN 80- 7315- 120- 0.
35. VOKURKA, Martin, HUGO, Jan. *Velký lékařský slovník*. 7. vyd. Praha: Maxdorf-Jessenius, 2007. 1070 s. ISBN 987-80-7345-130-1.

9 Přílohy

PŘÍLOHA č. 1 Otázky pro pedagogy podílející se na výzkumu

Otázky pro pedagogy:

1. Kolik žáků se zdravotním znevýhodněním / epilepsií navštěvuje Vaší školu?

2. Jaká omezení má žák vyplývající z lékařského doporučení?

3. Jaká je četnost záchvatů? (stav je stabilizovaný, jednou za rok, jednou za měsíc, častěji)

4. O jaký typ záchvatu se jedná (malý, velký)?

5. Dovedete z chování žáka odhadnout blížící se záchvat?

6. Bylo Vám poskytnuto školení o zajištění první pomoci při epileptickém záchvatu?

7. Domníváte se, že Vaše kompetence k poskytnutí první pomoci jsou dostačující nebo byste uvítala více informací?

8. Jaká opatření pro naplnění potřeb žáka s epilepsií má škola nastavená?

9. Má žák nějaká omezení ve výuce?

10. Má žák vypracovaný individuální vzdělávací plán?

11. Jakých opatření se IVP týká?

12. Ovlivňuje vzdělávání žáka medikamentózní léčba?

13. Vnímáte nějakým způsobem vliv epilepsie na chování žáka?

14. Ovlivňuje zdravotní znevýhodnění žáka celkové klima třídy?

15. Zúčastňuje se žák mimoškolních a volnočasových aktivit nabízených školou?

16. Jsou nějaké aktivity (kroužky, jednotlivé činnosti), které žák nemůže vykonávat?

PŘÍLOHA č. 2

Základní informace o společnosti „E“

Společnost „E“ je nezisková organizace sídlící v Praze 12, občanské sdružení založené roku 1990 rodiči a přáteli osob postižených epilepsií. Je jedinou profesionální sociálně zaměřenou organizací v České republice na podporu lidí s epilepsií a jejich blízkých, a to s celostátní působností, bez ohledu na věk a rozsah postižení.

Posláním Společnosti „E“ je zlepšení postavení lidí s epilepsií ve společnosti. V důsledku toho se zaměřuje na šíření větší informovanosti o této nemoci a životě s ní jak u samotných postižených, jejich blízkých a osob či organizací, které s nimi spolupracují, tak u široké veřejnosti. Cílem je destigmatizace této nemoci, odstranění obav z ní, zlepšení přístupu okolí a rozšíření povědomí o poskytování první pomoci při epileptickém záchvatu.

Dále poskytuje Společnost „E“ odborné sociální poradenství a sociálně aktivizační služby, společně s navazujícími fakultativními činnostmi (kurzy, pobyty, přednášky, semináře, kluby, sportovně rehabilitační činnost, tiskové informační materiály apod.)

Pro potřeby členů, klientů a dalších zájemců o problematiku epilepsie Společnost „E“ vydává různé **informační tiskoviny** a další materiály vhodné k šíření informací o epilepsii. Jsou to například:

- časopis Aura
- tématické tiskoviny
- kartičky s pokyny první pomoci při epileptickém záchvatu
- dotazník pro pacienty
- plakáty Společnosti „E“
- letáky Společnosti „E“

PŘÍLOHA č. 3

Epilepsie - základní informace

Epilepsie je jedním z mnoha neurologických onemocnění – onemocnění mozku, a to onemocněním tělesným, nikoli psychickým. Většinou se projevuje opakovaným výskytem epileptických záchvatů. Nejedná se však pokaždé o stejný druh nemoci se stejným typem záchvatů, stejnou příčinou, stejnou léčbou a stejným průběhem.

Druhů epilepsie a typů záchvatů je několik. Záchvaty se mohou projevovat například pouhým zahleděním, brněním, výpadkem paměti nebo pak známými křečemi se ztrátou vědomí. Záchvaty se mohou vyskytovat v průběhu dne, ale i v noci během spánku.

Diagnózu stanovuje specialista – neurolog, na základě uvedených anamnestických údajů s použitím pomocných vyšetřovacích (EEG) a zobrazovacích (CT, MRI) metod.

Epilepsií může onemocnět v kterémkoli věku kdokoli, ať už na základě genetiky, nebo následkem úrazu, porodu, operace, stresu, vypětí apod. Je však ve většině případů vyléčitelná.

Léčí se několika způsoby, z nichž nejčastější a nejúčinnější léčba je pomocí léků antiepileptik. K operacím se přistupuje v případech, kdy jde o diagnostikování epilepsie, na kterou léky nezabírají, a operace může pomoci.

S epilepsií je možné žít jako s každou jinou nemocí, o které okolí v mnoha případech ani neví. Pakliže se o lidech s tímto onemocněním ví, mělo by se jim pomáhat, chránit je a cenit si jejich pevné vůle. Důležité je, aby nemocný měl snahu svoji nemoc léčit a zodpovědně tak přistupovat jak ke svému životu, tak ke svému okolí. S pomocí lékaře je důležité upravit denní program - zjistit, co může zůstat beze změn a co je naopak potřeba změnit.

Epilepsie je ve většině případů léčitelná. Léčí se několika způsoby, z nichž nejčastější a nejúčinnější je léčba pomocí léků antiepileptik. Je však nutné tuto léčbu dodržovat a docházet na pravidelné kontroly k ošetřujícímu lékaři. Jednou z metod léčby epilepsie je také stimulace vagového nervu. K operacím se přistupuje v případech,

kdy jde o diagnostikování epilepsie, na kterou léky nezabírají a operace by mohla pomoci. Operacím předcházejí mnohá důkladná vyšetřeními.

PŘÍLOHA č. 4

Epilepsie a dítě

Postoj veřejnosti k pacientům s epilepsií je historicky zatížen různými pověrami a předsudky. Nejedná se o duševní chorobu ani poruchu! Epilepsie není infekční!

Epilepsie a s ní spojené problémy budou u každého dítěte specifické. Ve skutečnosti vás jako rodinu pravděpodobně čekají těžké časy. Je však důležité, aby si rodina vytvořila kladný přístup k epilepsii i k budoucnosti dítěte a aby každý člen podporoval druhého.

Komunikace mezi rodiči a dětmi je důležitá: prodiskutovat vaše obavy, podělit se o již získané znalosti o epilepsii, snažit se zjistit víc. Čas strávený sdílením těchto informací pravděpodobně ještě víc rodinu stmelí. Ve výchově dítěte v žádném případě neuplatňujte přílišné ochranářství. Z dítěte nedělejte střed pozornosti.

Podobně jako není epilepsie nevyhnutelně provázena sníženou inteligencí, je též vážná psychická porucha u těchto pacientů vzácná. Na rozdíl od chybně přijímané domněnky mají děti s epilepsií záchvaty s agresivní formou jen zřídka.

Většina dětí s epilepsií chodí do normální školy, kde mnohé z nich dobře prospívají. Epilepsie se slučuje s celou škálou inteligence a schopností. Ale existují důkazy, že neúměrný počet těchto dětí nepodává výkon podle svých schopností, což může omezit jejich vyhlídky v pozdějším životě. Podezření, že dítě podává výkony neodpovídající jeho schopnostem, vychází většinou z dojmů učitelů a rodičů. Tyto dojmy nemusejí být spolehlivé, je nutné je potvrdit pečlivým psychologickým zhodnocením. Jestliže se u dítěte prokáže, že stupeň výkonu neodpovídá jeho schopnostem, je nutno zvážit různé faktory:

1. fyzické možnosti včetně častých záchvatů (třeba ve své podstatě lehkých), skryté poškození mozku, nedostatečný nebo nekvalitní spánek
2. nežádoucí účinky antiepileptik na psychické funkce dítěte
3. různé psychologické a společenské faktory – jako špatná motivace, nedostatečná stimulace, přehnané ochranářství, postoj rodiny (učitele)

Mějte na paměti, že epilepsie není ničí chybou. Může ji dostat kdokoliv a kdykoliv. Snažte se přijmout situaci pozitivním způsobem a mějte na mysli, že u většiny dětí se záchvaty zvládnou medikací a některé děti se jich dokonce s věkem postupně zbaví. Pokud lépe porozumíme epilepsii a léčba pokročí, budoucnost pro všechny děti s epilepsií bude radostnější.

PŘÍLOHA č. 5

Rady učitelům

Společnost „E“ vydala příručku pro pedagogy, kteří pracují s dětmi s epilepsií. Tato publikace obsahuje základní informace o epilepsii, popisuje zde typy záchvatů, u každého záchvatu příznaky, průběh a informace k první pomoci. Dále obsahuje informace o tom, jak by pedagog měl postupovat, jak se chovat, jaké vytvořit podmínky před, během a po záchvatu. Také jsou zde uvedeny zásady při podávání první pomoci epileptického záchvatu:

- chránit hlavu
- nesnažit se vkládat něco mezi zuby
- nepodávat nic k pití ani jídlu
- uvolnit těsný oděv kolem krku
- nevolat sanitku nebo lékaře, pokud nemá pedagog podezření, že jde o status epilepticus
- jakmile je to možné, obrátit dítě na bok do pololežící polohy
- zachovat klid, nápomoc, nepodléhat zmatku, zůstat u dítěte do plného vědomí
- pokud dojde k pomočení, přikrýt dítě, aby nedošlo k rozpakům

Na konci této publikace je uvedena péče v naléhavém případě, kdy volat rychlou záchrannou pomoc a jak se chovat. Poslední z informací pro pedagogy jsou léky. Jak často se dítěti podávají, jakým způsobem, kdy. Doporučuje se, aby když učitel rozpozná ospalé, hyperaktivní, nepozorné chování dítěte, promluvil o něm s rodiči a ti dále s lékařem.

PŘÍLOHA č. 6

První pomoc při záchvatu

Jde o prakticky zaměřenou informaci, která má sloužit rodině, blízkým a spolupracovníkům pacienta, a kterou by si ve svém zájmu měli přečíst i pacienti trpící epilepsií.

První důležitou radou je **zbavit se strachu z epileptického záchvatu**. Může svými dramatickými příznaky u nezasvěceného vyvolat pocit, že nemocný se nalézá v bezprostředním ohrožení života. Skutečností je, že úmrtnost v důsledku ojedinělého epileptického záchvatu je velmi nízká. Druhou radou je tedy: **nepodléhat v konkrétní situaci panice, ale znát a ovládat několik základních postupů, kterými můžeme být nemocnému prospěšní**. Třetí radou je **naučit se poznat epileptický záchvat a jeho jednotlivé typy**. V neposlední řadě je nutno upozornit na fakt, že epileptický záchvat je radou nemocných vnímán s pocitem studu a že zejména pozáchvatové období je obdobím psychologicky velmi citlivým, takže taktní přístup k nemocným by měl být samozřejmostí.

Při epileptickém záchvatu je nejdůležitější z okolí pacienta odstranit všechny předměty, o které by se mohl poranit. Při nejbližší vhodné příležitosti odstraňujeme umělý chrup či jiné hmoty z dutiny ústní vzhledem k možnosti jejich vdechnutí. Rozhodně nevkládáme do pacientových úst cizí předměty. Zajišťujeme přívod čerstvého vzduchu, pacienta ukládáme do stabilizované polohy a provádíme nad ním dohled v pozáchvatové fázi až do probrání k plné a adekvátní slovní komunikaci.

Při epileptickém statu, který trvá déle, než 30 minut je akutní přivolání lékařské záchranné služby. Důležité je zde použití rektálního diazepam. Měli by jím být vybaveni zejména blízcí pacientů, u kterých k rozvoji epileptického státu již v minulosti došlo.

PŘÍLOHA č. 7

Sport a volný čas

Aktivní využívání volného času sportem prospívá každému člověku včetně lidí s epilepsií a to nejen pro tělesnou kondici, ale i pro zlepšení psychiky.

U každého onemocnění, epilepsie nevyjímaje, je však třeba dostatek vědomostí, jaká bezpečnostní pravidla je nutno dodržovat, aby se minimalizovala možnost úrazu či jiného poškození a naopak, aby přílišné obavy zbytečně lidi s epilepsií neomezovaly.

Rodiče dětí s epilepsií, kde nejsou záchvaty zcela pod kontrolou, by se měli poradit s učitelem, jaké aktivity je možné dítěti umožnit, a zároveň by měli dodržovat všechny nutné zásady opatrnosti. Pro dítě s epilepsií je velmi důležité účastnit se co možná nejvíce aktivit tak, aby se vyrovnalo svým zdravým kamarádům. Dítě by nemělo být vystavováno nadměrné zátěži a rizikovým sportům. Určit dovolený nebo zakázaný druh sportu je individuální. Při výběru sportu u dětí by měli rodiče vycházet z toho, že v touze po sportování se zdravé ani nemocné děti od sebe neliší.

Plavání – rizika spojená s plaváním jsou minimální, pokud je ve vodě někdo, kdo o Vás ví, a hlavně ví, co má v případě záchvatu udělat. Pokud se záchvat dostaví, dbáme na to, aby po dobu záchvatu byla hlava nad vodou, snažíme se plavce dostat na mělko vody a po skončení záchvatu dostat nemocného z vody ven.

Vodní sporty – plachtění, kanoistika nejsou vyloučeny, pokud je přítomen někdo, kdo v případě záchvatu může pomoci.

Rybaření – nikdy nechtejte sami a vzhledem ke zdravotnímu stavu se doporučuje pořídit si záchrannou vestu.

Pěší turistika – lze doporučit, ale je opět třeba zvážit, jestli si můžeme dovolit jít na delší tratu sami.

Cyklistika – vyhýbat se jízdě na kole v hustém městském provozu, nikdy nejezdi bez helmy.

Jízda na koni – lze doporučit, protože kůň je zdroj pohybových impulsů a proto má význam i psychoterapeutický.

Rehabilitační cvičení – musíme volit takové cvičení, které se nám líbí a zlepšuje naši mysl.

Jóga – příznivě působí na koncentraci a zklidnění. Vhodný soubor cviků je ideální pro udržení stálé kondice

Počítače – běžná práce s počítačem nemá na aktivitu záchvatu žádný vliv, je to ovšem u každého jedince individuální. Lidé by se měli vyvarovat světelným zábleskům a rychle kmitajícím obrazům. Naprosto je třeba vyloučit hry na principu virtuální reality.

Diskotéky – není u epilepsie zakazována, pokud to není fotosenzitivní epilepsie a zásadně nekonzumovat alkohol a dodržet časový režim.

PŘÍLOHA č. 8

Ochrana proti úrazům

Každý člověk je vystaven riziku úrazu. Pro pacienty, kteří mají dlouhodobě kompenzovanou epilepsii (znamená to, že jsou 2 roky bez záchvatů) nebo mají „malé záchvaty“ při kterých neztrácí vědomí, většinou není třeba vymýšlet mnoho mimořádných opatření.

Ve zcela jiné situaci jsou však lidé s častými záchvaty, které jsou provázeny ztrátou vědomí a zvláště ti, jejichž záchvaty vznikají náhle bez předchozího varování - bez aury.

Vaření – lepší je používat mikrovlnnou troubu než klasický sporák. Jídlo na ohni je lépe připravovat tehdy, pokud dotyčný není doma sám.

Nádobí – při přípravě na plotně se doporučuje vyhnout se přenášení horkých jídel či tekutin. Je možné používat vozíček pro přepravu horkých potravin.

Žehlení – nebezpečí popálení sníží použití bezšňůrové žehličky, která se automaticky vypne.

Nábytek – nebezpečí zranění při pádu během záchvatu snížíme umístěním tvarovaného plastu na rohy nábytku.

Dveře a okna – použití nerozbitného skla nebo bezpečnostní folie sníží riziko pořezání při pádu. Není vhodné zamykat se v koupelně či na WC.

Koupelna - nepoužívat plně napuštěnou vanu, pokud není zajištěn dohled. Používání protiskluzové podložky ve vaně i sprchovém koutě zvyšuje bezpečnost.

Ložnice – v posteli nekouřit.

Televize a počítač – lidé s epilepsií mohou sledovat televizi a mohou pracovat na počítači. Jen malé procento lidí trpících epilepsií má záchvaty vyvolávané blikajícím světlem.

Uložení léků – je důležité dbát na to, aby léky byly dobře uchovávány – hlavně před dětmi a domácími zvířaty.

Bezpečnostní opatření venku - je dobré nosit spolu s doklady kartičku informující o tom, že máte epilepsii.