



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 ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Znalosti pedagogických pracovníků o poskytování první pomoci u epilepticky nemocných dětí

Vypracovala: Tereza Čermáková
Vedoucí práce: Mgr. Klára Kubartová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Teoretická východiska

Epilepsie je jedna z nejčastějších neurologických onemocnění. První epileptický záchvat se u jedince objevuje do 20. roku věku. Nejvíce ohroženou skupinou jsou děti školního věku, proto je důležité věnovat se této problematice právě u nich. Děti tráví s pedagogy mnoho času a prodělání epileptického záchvatu ve škole je tudíž velmi pravděpodobné. Bakalářská práce se zabývá znalostmi pedagogických pracovníků o poskytování první pomoci u epilepticky nemocných dětí. Teoretická část připomíná historii epilepsie, definuje ji, ujasňuje její příčiny, rozděluje epileptické záchvaty a následně epileptické syndromy. Představuje role sestry při diagnostice epileptických záchvatů, které mají v této oblasti nezastupitelnou úlohu. Dále se zabývá léčbou epilepsie a především první pomocí při epileptickém záchvatu, podáváním léků a jejich způsoby v souvislosti s tímto onemocněním. V kompetenci sestry je edukovat o onemocnění a opatření s ním spojené, na což práce upozorňuje. Dále poukazuje na informace o zdravotně znevýhodněných dětech, a jak jsou na takovéto děti pedagogové v rámci svého studia a následné praxe připravováni. Na závěr jsou zmíněny úlohy školní sestry, které zastává v jiných zemích a je pro školní zařízení nepostradatelným členem, jenž v České republice chybí.

Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zmapovat znalosti pedagogických pracovníků o poskytování první pomoci u dětí s epilepsií. K tomuto cíli byl stanoven výzkumný problém, který se zabývá znalostmi pedagogických pracovníků o poskytování první pomoci u dětí s epilepsií.

Metodika

Výzkumné šetření bylo prováděno kvantitativní metodou pomocí anonymního dotazníku, které byly rozdány v devíti základních školách v Jihočeském kraji v Písku a v Českých Budějovicích, vždy s ústním souhlasem ředitele dané základní školy. Rozdáno bylo 225 dotazníků. Návratnost tvořila 166 dotazníků. Respondenti odpovídali na 22 otázek. Dvě otázky byly pouze identifikační. Výzkumné šetření probíhalo v únoru

2014. Získaná data byla analyzována statistickými metodami za využití vhodných statistických nástrojů (stanovených průměrů, procentuální vyjádření) a zjištěné výsledky byly dále názorně zpracovány v grafech.

Výsledky

Podle získaných informací od respondentů bylo zjištěno, že pedagogové mají znalosti v poskytování první pomoci při epileptickém záchvatu, avšak neznají lék a jeho způsob podání, který se aplikuje při první pomoci. I přesto, že pedagogové ve velké míře znají zásady první pomoci, většina respondentů má zájem o zdokonalování se v první pomoci.

Závěr

Stanovený výzkumný problém byl vyřešen. Pedagogičtí pracovníci mají znalosti v zásadách první pomoci, avšak nevědí, jaký lék podat a jaký je jeho způsob aplikace. Vzhledem k zájmu pedagogických pracovníků ve vzdělávání se v první pomoci by sestra v rámci zavedení spolupráce s pedagogy na základních školách mohla pořádat teoretické a praktické semináře první pomoci při epileptickém záchvatu u dětí. Většina lidí si sestru představí v nemocničním zařízení, ale její působnost je značně širší. Mnoho rolí, které zastává, může aplikovat i mimo nemocniční zařízení, což může být právě škola, kde by se dále velmi uplatnila v rámci edukace, prevence a předávání informací o režimových opatřeních u dítěte.

Sestra by v rámci komunitní péče mohla zastávat roli pomocnice pro pedagogy v nácviku podání léku a v edukaci o jeho zásadách aplikace. Byla by oporou pro děti s epilepsií a jejich rodiny. Jejich spolupráci vidím jako smysluplnou a významnou. Sestra by zabezpečovala péči o děti nejen s epilepsií, ale i o děti například s diabetem mellitem, u kterých je důležité sledování hladiny glykémie. Příručka, která byla vytvořena k bakalářské práci pro pedagogické pracovníky, poslouží jako edukační materiál pro základní školy, kde byl výzkum proveden.

Klíčová slova: epilepsie, epileptický záchvat, pedagog, první pomoc, sestra, škola

Abstract

Theoretical assumptions

Epilepsy belongs to one of the most common neurological disorders. People usually have their first epileptic seizure at about the age of 20. As the age group mostly in danger of a seizure occurrence are the children of a school age, it is vital to study this disorder among this particular group. As children spend a lot of time with their school staff, it is consequently very likely that a seizure happens at school. This bachelor thesis analyses the knowledge and experience of educators in the area of the first aid for children with epilepsy. The theoretical part deals with the history of epilepsy - its definition, causes, the types of epileptic seizures and epilepsy syndromes. It also describes the crucial role of a nurse in diagnosing epileptic seizures. Furthermore, it analyses the epilepsy treatment and primarily focuses on seizure first aid, medication and types connected to this disorder. As is also set out in this thesis, the professional qualification of a nurse gives him or her the opportunity to educate others about this disorder and disorder-related practices. The thesis also studies the available information about children suffering from this disorder and the ways educators are being prepared for working with these children in the course of their university studies and following professional life. The last part describes the role of a school nurse; a function essential for school life nurses provide in foreign countries, but one which is wholly absent in Czech Republic.

The aim of this thesis

This bachelor thesis aims to analyse the knowledge of educators in the area of first aid for children with epilepsy. This aim is interconnected with a research question that attempts to establish the knowledge of educators about first aid for children with epilepsy.

Methodology

My research was based on a quantitative analysis of anonymous questionnaires that had been distributed, with the oral approval of directors of said elementary schools, amongst nine elementary schools in the South-Bohemian Region (in the cities of Písek and České Budějovice). I have distributed 225 questionnaires and the return rate was

166 questionnaires. Respondents were supposed to answer 22 questions (the aim of two questions was to achieve personal identification). My research was conducted in February 2014. The acquired data was analysed with statistical methods and appropriate statistical tools (determined averages and percentages) and the results were clearly demonstrated through graphs.

Results

While the conclusion of the data acquired from respondents was that the educators have sufficient knowledge in the area of seizure first aid, it was also revealed that they are not well acquainted with medication and its application used in seizure first aid. Even though the educators are (to a great deal) acquainted with first aid procedures, the majority of them is interested in improving their knowledge of first aid.

Conclusions

This research answers the set research question. Educators have sufficient knowledge of first aid procedures; however, they are not acquainted with a proper medication and its use. Taking into account the active interest of educators in first aid training, a nurse may organise theoretical and practical first aid sessions focused on children epilepsy seizure first aid to introduce further cooperation with elementary school teachers. While for the majority of people is the profession of a nurse connected to hospitals, her or his role is much more far-reaching. Many professional roles of a nurse are easily applicable outside hospitals - for example in schools a nurse may find him/herself involved in a variety of functions in education, prevention and distribution of information about child daily regime measures.

In the framework of a community care, a nurse may play the role of an assistant for teachers in the area of medication use training and distribution of information about medication use. A nurse may constitute a pillar of support for children suffering from epilepsy and their family, and the cooperation with them is, in my view, both very meaningful and important. A nurse may provide medical care not only for children with epilepsy, but also for children with diabetes mellitus requiring glycemical index monitoring. A guide I have created for educators as a part of this bachelor thesis aims to

provide an educational resource for elementary schools where this research had been conducted.

Keywords: epilepsy, epileptic seizure, educator, first aid, nurse, 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 11. 8. 2014

.....

Tereza Čermáková

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat vedoucí práce Mgr. Kláře Kubartové za ochotu, cenné rady, podporu a trpělivost. Poděkování patří i mé rodině, která mi byla oporou po celou dobu studia.

Obsah

Obsah	9
Úvod.....	11
1 Současný stav	12
1.1 Historie epilepsie.....	12
1.2 Epilepsie.....	13
1.2.1 Etiologie a faktory způsobující epileptický záchvat.....	13
1.2.2 Epileptické záchvaty	14
1.2.3 Epileptické syndromy	16
1.3 Role sestry při diagnostice epileptických záchvatů	17
1.3.1 Role sestry při vyšetření EEG.....	18
1.4 Léčba.....	20
1.5 Role sestry v edukaci epileptických záchvatů.....	21
1.6 Podávání léků u dětí	22
1.7 První pomoc při epileptickém záchvatu.....	24
1.8 Povinnost pedagoga poskytnout první pomoc	26
1.9 Zdravotně znevýhodněné děti	27
1.9.1 Pedagogové a jejich příprava na zdravotně znevýhodněné děti	28
1.10 Školní sestra v komunitní péči a její úlohy.....	29
2 Cíle práce a výzkumný problém.....	31
2.1 Cíl práce	31
2.2 Výzkumný problém.....	31
3 Metodika.....	32
3.1 Metoda sběru dat a výzkumný soubor	32
4 Výsledky.....	33
5 Diskuze	44
6 Závěr.....	50
7 Seznam použitých zdrojů	52
8 Přílohy	58
8.1 Seznam příloh	58

Seznam použitých zkratek

CNS- centrální nervová soustava

CT- počítačová tomografie

EEG- elektroencefalografie

MR- magnetická rezonance

Na-K- sodno-draselná pumpa

PP- první pomoc

ZŠ- základní škola

ZZS- zdravotnická záchranná služba

„Lidská pomoc v nouzi obohacuje nejen toho, kdo ji dostává, ale i toho, kdo ji poskytuje.“

Václav Havel

Úvod

Mnoho výzkumů, zabývajících se znalostmi první pomoci, bylo zaměřeno především na laickou veřejnost a děti. Většina výzkumů však nezjišťovala znalost první pomoci u pedagogických pracovníků, kteří tráví s dětmi mnoho času a z tohoto důvodu vidím jako důležité, aby zásady první pomoci znali. Ale je tomu opravdu tak? Uplatnila by se v této situaci sestra jako pomocník pedagoga? Bakalářská práce je ještě blíže specifikována na znalosti o poskytování první pomoci při epileptickém záchvatu. Tato specifikace není ve výzkumných šetřeních častá, proto se tato problematika stala tématem bakalářské práce.

Epilepsie je jedna z nejčastějších neurologických onemocnění u dětí, se kterým se pedagogové mohou na základní škole setkat. Role učitele se soustředí převážně na výchovně vzdělávací proces a v českých školách není nikdo, až na výjimky některých soukromých škol, kdo by se staral o zdraví dítěte. Právě toto vede k zamyšlení se nad problémem, který v České republice je, a proto tato bakalářská práce poukazuje na tyto nedostatky, jelikož sestra ve spolupráci s pedagogy by mohla takovéto problémy vyřešit.

Bakalářská práce ukazuje, že sestra nemusí uplatňovat své znalosti, dovednosti a vědomosti pouze v nemocničním prostředí, kam ji mnoho z nás zařazuje. Své role by mohla uplatnit i jako edukátorka na základních školách, v rámci vzdělávání pedagogů v první pomoci, prevenci a podávání informací o samotném onemocnění, i jako pomocník pedagoga v edukaci o podávání léků. Uplatnila by se nejen ve spolupráci s pedagogy, ale i s dětmi s epilepsií a jejich rodinami. Spolupráce sestry s pedagogickými pracovníky by byla velice přínosná nejen pro samotné pedagogy, děti a jejich rodiny, ale také pro postupné zlepšování úrovně zdraví celé populace.

1 Současný stav

1.1 Historie epilepsie

Pojem epilepsie pochází z řeckého slova epilepsia- záchvat. Tímto onemocněním trpěli i významné osobnosti. Mezi ně patřil Sokrates, Julius Caesar, Johanka z Arku, Napoleon Bonaparte a mnoho dalších. Mezi významné lékaře, kteří v minulosti usilovali o lepší poznání epilepsie a její léčení, patřili Hippokrates, Galén, Avicena atd. Za patrona epilepsie a epileptiků je od starověku považován svatý Valentin. Jeho jméno nejspíše souvisí s německým slovesem „fallen“, což znamená „padat“.

Epilepsie byla pojmenovávána různými názvy. Dříve se nazývala jako nemoc králů či padoucnice. Jednalo se o nepřesná označení, která se už nepoužívají. Lidově byla nazývána jako hvězdná, svatá či božská nemoc a řadou velmi podobných názvů. Tyto názvy směřují k něčemu nadlidskému, nadpřirozenému, z nebe seslanému. Vznikaly však názvy i jako ohavná nemoc, která vypovídala o negativním vztahu lidstva k epilepsii. Ze středověku pocházejí názvy jako svatý žal či svátost. Tyto názvy se vyskytovaly v Německu. V Čechách byla epilepsie nazývána jako božská síla. Okolí vnímalo nemocné tak, jako by byli postižení neštěstím, kalamitou, bolestným utrpením. Všechna tato vyjádření k nemoci vznikala v době, kdy nebyla známa racionální příčina ani účinná léčba (Společnost „E“, 2007, Leifer, 2004, Moráň, 2007).

Postupem doby se mnoho věcí změnilo. Máme již širokou škálu prostředků a léků, které dovedou nemocným s epilepsií zkvalitnit život a v nějakých případech ji i zcela vyléčit. Ale co se příliš nezměnilo, je přístup veřejnosti. I přesto, že věda dělá veliké pokroky a víme, že epilepsie není nic nadpřirozeného nebo nevysvětlitelného, tak pocit z neznáma a potíže, která tato nemoc může způsobit, stále trvají. Lidé s onemocněním epilepsie více trpí přístupem okolí než samotnou nemocí (Společnost „E“, 2007).

1.2 Epilepsie

„Epilepsie je chronické onemocnění mozku charakterizované opakovanými a náhle vzniklými záchvaty různého klinického obrazu a abnormními výboji mozkových neuronů (Slezáková, 2010, s. 254).“ Při záchvatu dochází k jednotvárným poruchám vědomí. Dále také k poruchám chování, motorických, senzitivních a smyslových funkcí. Epilepsie postihuje v populaci 5 % dětí a 1 % dospělých. Proto, aby vznikl epileptický záchvat, musí mít dítě přítomnost různě rozsáhlých místně ohraničených populací „epileptických neuronů“ v mozku neboli epileptické ohnisko. Epileptické neurony se od zdravé nervové buňky odlišují, a to svojí funkční schopností vytvořit patologické výboje. Při dostatečném počtu těchto disfunkčních neuronů nedokáže okolí efektivně transsynapticky modulovat jejich chování a patologické výboje jsou skupinami neuronů odpalovány rytmicky a synchronně. Epileptické ohnisko má různé skupiny buněk, které se při své činnosti střídají a patologické výboje ložiska jsou tak schopny se udržovat dlouhou dobu. Umístění epileptického ohniska může být v kterékoli části mozkové kůry. Na jeho umístění a spojích náležejícího kortexu s ostatními mozkovými strukturami záleží na klinickém obrazu epileptického záchvatu (Slezáková, 2010).

Epileptický záchvat nemusí vždy vyvolat klinickou symptomatologii. Může se manifestovat pouze subklinicky, a to jen patologickým záznamem na EEG. Při použití některých farmak či stimulace může každý mozek reagovat epileptickým záchvatem. Asi 5 % populace zažije alespoň jednou v životě epileptický záchvat. Epileptické záchvaty, které se opakují, postihují 0,5 % populace. První epileptický záchvat se u jedince objevuje do 20. roku věku a tvoří 75 % epileptiků. Kompenzovat léky se daří 90 % epilepsií. Zbývajících 10 % je částečně rezistentních na léčbu medikamenty (Seidl, 2008).

1.2.1 Etiologie a faktory způsobující epileptický záchvat

Etiologii epilepsie dělíme na symptomatické, idiopatické a kryptogenní. Mezi symptomatické patří úraz hlavy, který nemusí vždy vést k rozvoji epilepsie. Dále infekce mozku, nádor mozku a odchylky od normální stavby mozku. Vyšší riziko vzniku záchvatu je v případě, pokud došlo ke krvácení v mozku a přítomnosti dlouhého bezvědomí při úrazu. Typ záchvatu se odvíjí od části postižení mozku. K poranění mozku může dojít i při porodu dítěte. V případě, že je porod dlouhý, komplikovaný

a dítě nemá dostatek kyslíku. U nás je toto poranění vzácné. Mezi infekce mozku patří meningitida a encefalitida. Při včasné diagnostice a léčbě je nižší riziko rozvoje epilepsie. Mozkové nádory benigní či maligní mohou vyvolat epileptické záchvaty. Odchylky od normální stavby mozku mohou být z důvodu špatného vývoje mozku ještě před narozením dítěte. U idiopatické etiologie neznáme příčinu. Týká se 75 % mladých dospělých. Začíná u dětí od 2 do 14 let. Podstata těchto případů je nevysvětlitelná, většinou se jedná o dědičnou neuronální abnormalitu. U kryptogenní epilepsie jsou pozorovány symptomatické formy, avšak jejich organická příčina zůstává vyšetřovacími metodami neprůkazná. U záchvatu křečí jsou příčinou generalizované poruchy mozkové funkce (Janásová, 2008, Mlčoch, 2008).

Mezi faktory, které provokují ke vzniku epileptického záchvatu, patří ospalost, spánková deprivace. K dalším faktorům, které mohou vyvolat epileptický záchvat, náleží dlouhodobý emoční stres, hněv, frustrace a hormonální změny. Zdroje přerušovaného světla mohou velmi dopomoci ke spuštění epileptického záchvatu. Dále konzumace alkoholu, užívání drog, inhalace těkavých látek, extáze. Epileptický záchvat může také způsobit vynechání užívání antiepileptik (Mlčoch, 2008).

1.2.2 Epileptické záchvaty

Pro potřeby této bakalářské práce se budeme věnovat epileptickým záchvatům a epileptickým syndromům pouze v raném školním věku, středním školním věku a starším školním věku. Raný školní věk je definovaný od nástupu dítěte do školy, tj. zhruba od 6 do 9 let. Střední školní věk nastává od věku 9 do 11-12 let a starší školní věk neboli období 2. stupně základní školy, trvá do ukončení povinné školní docházky, tedy přibližně do 15 let (Vágnerová, 2012).

„Epileptický záchvat: náhle vzniklá, časově ohraničená, kompletní nebo parciální dysfunkce mozku s poruchou vědomí, abnormální motorickou aktivitou, nápadným chováním s nebo bez poruchy senzitivního či autonomního nervového systému (Muntau, 2009, s. 497).“ Podle mezinárodní klasifikace se epileptické záchvaty dělí na parciální (ložiskové, fokální) a generalizované.

Parciální (ložiskové, fokální) záchvaty probíhají v kůře mozku v oblasti jedné hemisféry. Dělí se na záchvaty s jednoduchou symptomatologií (simplexní) a s komplexní symptomatologií. V případě, že dítě prodělá záchvat s jednoduchou symptomatologií (simplexní), je plně při vědomí, orientováno a nemá žádnou poruchu

paměti. Může však přejít v záchvat komplexní. Naopak v případě záchvatu s komplexní symptomatologií je u dítěte kvalitativní porucha vědomí, při záchvatu reaguje jen částečně. Přítomna je i zmatenost a postiktální amnézie. Oba záchvaty, tedy jak záchvat simplexní, tak komplexní záchvat, může ještě dále přejít do sekundárně generalizovaných záchvatů, kde je přítomen pád a bezvědomí (Komárek, Zumrová, 2008, Ošlejšková, 2008).

U záchvatů generalizovaných jsou postihnuty obě dvě hemisféry mozku. Pokud je přítomna porucha vědomí, objevuje se vždy hned na začátku záchvatu. Děti mají na tento záchvat amnézii. Generalizované záchvaty se dělí na absence, myoklonické záchvaty, generalizované tonicko-klonické záchvaty, tonické a atonické záchvaty.

Absence je záchvat, který se projevuje náhlým zárazem v činnosti a trvá zhruba 30 sekund. Dítě je zahleděné. Pád se u tohoto typu záchvatu nevyskytuje. Dítě si nic nepamatuje. Myoklonické záchvaty se projevují náhlými záškuby svalů. Záškuby svalů se nemusejí rytmicky opakovat, avšak mohou být jak generalizované oboustranné, tak jednostranné či omezené. Omezené mohou být svaly v obličeji nebo svaly horních končetin. Další je tonicko-klonický generalizovaný záchvat, který byl dříve také nazýván jako grand mal. Pro tento záchvat je typická generalizovaná tonická svalová kontrakce a následné klonické záškuby celého těla. Tonické či klonické generalizované záchvaty jsou záchvaty, kde je přítomna pouze tonická nebo klonická křeč. Poslední jsou atonické záchvaty, u kterých dochází ke ztrátě nebo poklesu svalového tonu. V případě, že postihne svaly dolních končetin, se objeví náhlý pád s velmi krátkou poruchou vědomí, dítě poté ihned vstává. Když jsou atonií zasaženy jen parciálně, může se záchvat projevit například prudkým flečným poklesem hlavy, kde není přítomen pád na zem (Ošlejšková, 2008).

Kumulace více záchvatů se nazývá Status epilepticus. „Jeden epileptický záchvat navazuje na druhý, aniž by došlo k návratu vědomí po dobu minimálně 30 minut (Slezáková, 2010, s. 258).“ Přítomné jsou tonicko-klonické křeče, které zvyšují intenzitu mozkového metabolismu, je zvýšená spotřeba kyslíku a glukózy. Je zvýšená i produkce laktátu a oxidu uhličitého. Dále se zvyšuje průtok krve mozkiem, při kterém dochází k vazodilataci a tím ke vzniku vazogenního edému mozku. Díky stálým kontrakcím svalů se zvyšuje spotřeba kyslíku a glukózy. Přítomná porucha vědomí vede k obstrukci dýchacích cest a poruchám respirace. Následuje mozková hypoxie a hypoglykémie. Pokles adenosintrifosfátu zapříčiní selhání Na-k pumpy a poruchu integrity neuronálních membrán. Následuje intracelulární mozkový edém. Hrozí rozvoj

těžkého neurologického, respiračního až multiorgánového selhání. Tento stav vyžaduje hospitalizaci dítěte a urgentní léčbu (Slezáková, 2010, Fendrychová, Klimovič a kol., 2005).

1.2.3 Epileptické syndromy

Mezi epileptické syndromy u dětí řadíme benigní epilepsii s rolandickými hroty, která se objevuje nejčastěji u chlapců mezi 4. až 10. rokem. Záchvaty převážně probíhají ve spánku. Podle jejich semiologie je lokalizace výbojů v konvexní perirolandické korové oblasti, což je necentrální primární motorická a postcentrální primární sensorická area. Jedná se o oblast obličeje, hltanu, hrtanu, ruky a ramene. Projevem jsou krátké klonické křeče, které postihují jednotlivé svalové skupiny v obličeji, nejčastěji ústní koutek (orofaciální). Někdy se vyskytují v kombinaci se záškuby na horní končetině (brachiofaciální). Přítomné u těchto záchvatů je chrčení, polykání, dysartrie, slinění, parestézie v oblasti jazyka, poloviny obličeje a ruky. Může dojít k nakupení těchto záchvatů a ve spánku pak dojde ke generalizovanému tonicko-klonickému záchvatu. Ve dne to bývá pouze vzácně. Záchvaty po pubertě vymizí. Podle posledního výzkumu se jedná o onemocnění familiární s přítomností mutace na 15. chromosomu (Komárek, Zumrová, 2008).

Dalším epileptickým syndromem je Landaův-Kleffnerův syndrom, neboli také syndrom získané afázie s epilepsií, který se u dětí vyskytuje kolem 4. až 8. roku. Mezi první příznaky patří obtíže porozumět mluvenému slovu, až se postupně rozpadne řeč úplně. Dítě je neklidné, hyperaktivní až agresivní. Epileptické záchvaty nejsou tak časté, větším problémem je právě porucha verbální komunikace (Komárek, 2004).

Mezi epileptické syndromy u dospívajících dětí od 12 do 18 let patří juvenilní myoklonická epilepsie, juvenilní absence a epilepsie se záchvaty při probuzení. Vyšší pravděpodobnost záchvatů je u dívek estrogenním vlivem na CNS. Bývá zvýšená fotosenzitivita i citlivost na spánkovou deprivaci (Komárek, Zumrová, 2008). Juvenilní myoklonická epilepsie je geneticky podložena, jedná se o mutaci na 6. chromozomu. Záchvaty se nejčastěji objevují ráno po probuzení, projevují se prudkými klonickými záškuby převážně na horních končetinách. Objevit se mohou i generalizované tonicko-klonické záchvaty, které vyvolá nejčastěji spánková deprivace a fotostimulace. U juvenilní absence jsou časté generalizované tonicko-klonické záchvaty, které se objevují také převážně po probuzení. Epilepsie se záchvaty při probuzení,

neboli grand mal, je důsledkem spánkové deprivace. Ve dne se mohou záchvaty také vyskytnout, a to při odpoledním odpočinku a následném náhlém probnutí (Vítek, 2006, Komárek, Zumrová, 2008).

1.3 Role sestry při diagnostice epileptických záchvatů

Tato kapitola popisuje nezastupitelnou úlohu sestry při diagnostice a přípravě dítěte na jednotlivá vyšetření, kde je důležitá její edukace před, v průběhu a po jednotlivých výkonech, které se u dítěte při diagnostice provádí.

Sestra si nejprve vyšetří dítě pohledem. Měla by se dítěti představit a vysvětlit mu účel vyšetření. Dbá na zachování intimity. Sestra neuvádí žádné závěry, možnou diagnózu, ani léčbu i přesto, že ji předpokládá či zná. Při vyšetření nezapomíná na komunikaci s dítětem. Sestra by měla působit laskavým dojmem. Během vyšetření si všímá celkových ošetrovatelských problémů u dítěte, které si později bude zpracovávat. Pohledem sestra s lékařem zkontrolují, zda u dítěte nedošlo k pokousání jazyka, k pokálení či pomočení (Nejedlá, 2006, Seidl, Obenberger, 2004).

Nejdůležitější je však pro diagnostiku epileptických záchvatů pečlivá anamnéza, kterou získává sestra ve spolupráci s lékařem od dítěte a jeho zákonného zástupce. Při kladení otázek dítěti by měli dbát na jeho náladu a v případě jeho únavy dotazování přerušit. Důležité je zaměření sestry především na prenatální, perinatální a postnatální anamnézu, kam patří důležité informace, které je třeba zjistit. Zahrnuje průběh těhotenství, jestli matka během těhotenství neprodělala nějaké infekční onemocnění, zda byl porod v termínu a jak probíhal. Jestli byl porod spontánní, klešťový, případně zda jsou nějaké údaje o křížení (Menkes, Moser in Sarnat, Maria, 2011, Seidl, Obenberger, 2004).

Další důležitou informací je, zda u dítěte do nynější doby nedošlo k nějakému infekčnímu onemocnění. Nezbytnou informací pro diagnostiku, na kterou se sestra ptá, je prodělání úrazů, a to především úrazů hlavy spojených s bezvědomím. A také zda u dítěte někdy došlo k febrilním křečím. Sestra se snaží zjistit subjektivní pocity dítěte před záchvatem, které mohou vypovídat především o provokačních faktorech, prodromech a auře. Také se ptá, co záchvatu předcházelo. Zda mu nepředcházela spánková deprivace či abusus alkohol. Sestra se ptá i na léky, které dítě užívá. Objektívni anamnézu, jež je také velmi důležitá, se sestra snaží zjistit od svědků nebo zákonného zástupce, kteří byli přítomni u epileptického záchvatu. Důležité je,

kolik záchvatů proběhlo a kdy byl poslední. Všechny tyto informace sestře a lékaři pomohou k posouzení záchvatovitého stavu (Seidl, Obenberger, 2004).

Mezi pomocné zobrazovací vyšetřovací metody, které hrají důležitou roli v upřesnění a potvrzení diagnózy, patří CT a MR, jež pomohou vyloučit sekundaritu. Využívány jsou i funkční metody monitorující průběh choroby, vhodnost a úspěšnost terapie. Jednou z těchto metod je EEG. Pomocí EEG vyšetření je možno rozeznat absenční záchvat od komplexního parciálního záchvatu (Seidl, Obenberger, 2004).

Další možností je video EEG, což je diagnostická metoda, která se používá v rámci předoperačního vyšetření u dětí s farmakorezistentní epilepsií, ale také při diagnostice záchvatovitých stavů. Je to nejmocnější diagnostický prostředek, který má často rozhodující a největší význam. Důležité je natáčet několik dní a nocí. Pokud se zachytí inkriminovaný fenomén, mají lékaři možnost ho podrobně studovat z hlediska semiologie a korelovat s EEG. Často si všimnou maličností, které i přes přímé pozorování záchvatu jinak nezpozorují. U dětí je důležitá přítomnost rodičů, jelikož snímání video EEG se provádí většinou za hospitalizace. Dítě je při snímání na lůžku. Může si hrát, není nijak výrazně omezováno v činnostech (Nešpor, 2011, Drbalová in Ošlejšková, 2008).

„Další metodou EEG je EEG vyšetření po spánkové deprivaci s provokační metodou (Drbalová in Ošlejšková, 2008, s. 38).“ Průběh vyšetření je velmi shodný jako u nativního EEG. Příprava pacienta je založená na narušení nočního spánku bděním. Časová délka se odvíjí od věku dítěte. Snímání probíhá ráno během usínání a následném spánku. U malých dětí lze vyšetření provést i během dne, a to v odpoledním spánku (Drbalová in Ošlejšková, 2008).

1.3.1 Role sestry při vyšetření EEG

EEG vyšetření není pro dítě náročné. Provádí se ambulantně a nevyžaduje žádnou speciální přípravu. Dítě přijde na vyšetření většinou v doprovodu zákonného zástupce, který má možnost být v blízkosti dítěte po celou dobu vyšetření (Drbalová in Ošlejšková, 2008). Před vyšetřením je třeba, aby sestra dítě a jeho zákonného zástupce informovala o tom, že vlasy musí být čisté, bez použití laku, gelu a tužidla. Dále také o tom, že se nesmí pít káva a nesmí se kouřit. Dítě nemusí být lačné a pravidelná farmakoterapie se nemusí vysazovat (Majorovičová, 2012, Drbalová in Ošlejšková, 2008).

Dále sestra při vyšetření EEG vysvětlí způsob provedení a jeho význam. Sestra zjišťuje pomocí rozhovoru s dítětem a doprovázející osobou předcházející zkušenosti s tímto vyšetřením. Snaží se eliminovat strach z vyšetření. S ohledem na věk dítěte a jeho rozumové schopnosti, sestra dítě informuje o nebolestivosti vyšetření, o aktivačních metodách a jak dlouho bude vyšetření trvat (Majorovičová, 2012, Drbalová in Ošlejšková, 2008).

Po zaznamenání si důležitých údajů nasadí sestra dítěti na hlavu speciální pružnou čepici s elektrodami, pod které se musí speciálním aplikátorem nanést elektrogel. Gel je pro snímání nepostradatelný. Neničí vlasy ani nijak nedráždí pokožku. Po aplikaci gelu sestra uloží dítě na lehátko do polohy na zádech se zavřenýma očima.

Během snímání se dělají různé aktivační metody jako je reakce na otevření očí, zavření očí, fotostimulace záblesky, hluboké dýchání ústy a nosem. V případě, že dítě nespolupracuje, snímá se s otevřenýma očima. Během vyšetření se sestra snaží dítě usměrňovat, chválit a povzbuzovat. Může mu i vyprávět pohádku. Při vzniku epileptického záchvatu během vyšetření se snímání nepřerušuje. Sestra u dítěte sleduje vitální funkce a vždy musí informovat lékaře. Lékař změnu zohledňuje při hodnocení EEG. Sestra musí zaznamenávat všechny změny, kterých si všimla během vyšetření, například kašel, zívání, spánek, pohyb, mrkání. Nakonec archivuje veškeré údaje. EEG vyšetření obvykle trvá 20-30 minut. Po skončení EEG vyšetření sestra nezapomene na pravidelné dezinfikování čepice s elektrodami. Speciální péče po tomto vyšetření není nutná (Drbalová in Ošlejšková, 2008, Majorovičová, 2012).

1.4 Léčba

Jednou z hlavních metod terapie je léčba medikamentózní. Její volbu určuje typ záchvatu, přesněji však epileptický syndrom. Léčba se zahajuje pouze jedním lékem, odborným názvem monoterapie (Seidl, Obenberger, 2004).

Léky, které užívá dítě s epilepsií, se nazývají antiepileptika. Jejich úkolem je potlačení epileptického záchvatu. Mezi nejčastěji užívaná antiepileptika patří karbamazepin a valproáty (Kuba, 2010).

Po nasazení prvních antiepileptik je 40 % šance na plnou kompenzaci. Pokud se však nedaří dosáhnout toho, aby dítě bylo bez záchvatů, nasazuje se další lék, u kterého je šance na úspěch 10-15 %. S nasazením kombinace dalších léků naděje, která by přinesla úspěch, klesá. U dětských epilepsií se však většinou kombinacím nedá vyhnout (Ošlejšková, 2008). Při selhání medikamentózní léčby přichází na řadu zvážení léčby chirurgické. K chirurgické léčbě se přistupuje u farmakorezistentních pacientů. Během chirurgické léčby dojde k resekci funkčně změněného, izolovaného epileptického ložiska.

Další možností je přerušení drah šíření výbojů. Zabrání se tím atonickým záchvatům a snížení frekvence sekundárně generalizovaných tonicko-klonických záchvatů. Tento postup je však méně častý. Důležité je přesně identifikovat epileptické ložisko. Po operačním výkonu je nezbytné, aby nemocný po dobu asi 2 let užíval antiepileptika (Slezáková, 2010, Seidl, Obenberger, 2004).

Další z variant léčby epilepsie u dětí, u kterých není vhodná implantace vagového stimulátoru a epileptochirurgie, je dodržování ketogenní diety. Tento způsob léčby je velmi náročný na spolupráci rodiny. Ketogenní dieta udržuje organismus v ketóze. Tím se vyvolá metabolická situace podobná hladovění. Tento stav vzniká změnou poměru přijímaných tuků, proteinů a cukrů. Výsledkem je redukce záchvatů o polovinu. Úplně bez záchvatů je 20 - 30 % pacientů. Mechanismus účinku diety však není zcela jasně a přesně znám. Skončení dodržování ketogenní diety v případě kladného efektu lze po několika letech (Ošlejšková, Makovská, 2009).

I přes všechny možnosti léčby je základním a prvním krokem terapie dodržování režimových opatření. Mezi režimová opatření patří pravidelný rytmus spánku a bdění s redukcí povrchního spánku (usínání a probouzení), který provokuje k epileptickému záchvatu. Děti by se měly omezovat v činnostech s výrazným zadýcháním. Důležité je, aby pravidelně dodržovaly užívání léků. Mají zákaz alkoholu. Strava by měla být pestrá podle zásad zdravé výživy. Čokoláda, kakao a čaj

se již v dnešní době z jídelníčku vyřazovat nemusí. Nikdy nebylo jednoznačně prokázáno, že se díky konzumaci těchto potravin epilepsie horší (Ošlejšková, 2008).

1.5 Role sestry v edukaci epileptických záchvatů

Sestra v rámci edukace zahrnuje velkou část edukantů. Mohou to být nejen děti a jejich rodiče, ale i pedagogové, kteří s dětmi tráví mnoho času. Tato kapitola zahrnuje všechny edukanty od dětí až po jejich pedagogy, kteří se jim věnují ve školním zařízení a které by sestra v rámci své role edukátorky mohla edukovat.

Termín edukace pochází z latinského slova „educare“, „educare“, jehož význam znamená „vést vpřed“, „vychovat“. Sestra je jedním z aktérů edukační aktivity. Edukant je jakýkoliv subjekt učení, u kterého nezáleží, zda je dítě, starý člověk či chronicky nemocný (Juřeníková, 2010, Magurová, Majerníková, 2009).

„Role je očekávané chování jedince, které souvisí s jeho určitým postavením ve společnosti (Farkašová, Závodná, 2005, s. 186).“ Role sestry se odvíjí podle toho, s kým je v kontaktu. Povolání sestry tvoří mnoho rolí v různých oblastech. V oblastech ošetrovatelsko-pečovateľské, expresivní, výchovné, instrumentální, poradenské, podpory a výchovy ke zdraví, organizace a administrativy a mnoho dalších. Patří sem role sestry pečovateľky, sestry edukátorky nemocného a jeho rodiny, sestry obhájkyně nemocného, sestry koordinátorky, sestry asistentky, sestry výzkumnice. Dále také role sestry mentorky a sestry nositelky změn.

Sestra edukátorka se významně podílí na upevňování zdraví a prevenci poruch. Napomáhá rodinám naučit se žít spokojený život s dlouhodobým onemocněním. Podílí se na nácviku potřebných praktických dovedností. Edukační působení uskutečňuje novými vědomostmi (Farkašová, Závodná, 2005, Plevová a kol., 2011).

Sestra v rámci edukace zdůrazňuje, co je onemocnění epilepsie, jaké jsou jeho symptomy, léčba a omezení, která tato nemoc přináší. Dále zdůrazňuje, jak se zachovat, popřípadě kdy volat zdravotnickou záchrannou službu, když u dítěte probíhá epileptický záchvat. Důležitou roli hraje také podávání léků. Sestra edukuje o lécích, které se podávají v rámci léčby epilepsie a při epileptickém záchvatu. Dále zdůrazňuje způsob podání léků a vedlejší účinky, které mohou nastat. Edukuje o omezení aktivit, jež musí dítě dodržovat. Informuje o pořízení pomůcek pro dítě (Řezníčková, Sedlářová, 2008). Mezi tyto pomůcky patří záchvatový kalendář. Záchvatový kalendář

může velmi pomoci k určení, jak často vznikají určité druhy záchvatů. Vedení záchvatového kalendáře nám slouží mj. i k určení působení různých léků na zvládnutí záchvatu a naopak jejich negativních účinků i faktorů, které přispívají ke vzniku záchvatů. Kalendář, který obsahuje pouze čas, datum a jaký druh záchvatu proběhl, patří k nejjednodušším kalendářům. V případě, že má dítě podezření na faktor, jenž způsobuje jeho záchvaty, mělo by si ho poznamenat do záchvatového kalendáře. Sestra by také měla doporučit u dospívajících dívek přínos sledování souvislostí mezi záchvaty a menstruačním cyklem (Devinsky, 2008).

Sestra nesmí zapomenout edukovat o dodržování předepsaných antiepileptik, jejich pravidelném užívání, o správné životosprávě a pravidelném spánku. Dítě s onemocněním epilepsie by nemělo spát přes den, jelikož to může vyprovokovat epileptický záchvat (Kelnarová a kol., 2007).

1.6 Podávání léků u dětí

Podávání léků u dětí je zaměřeno na podávání léků per os a per rektum, jelikož s těmito druhy podání se mohou pedagogové setkat ve škole při péči o dítě s epilepsií a v případě epileptického záchvatu v rámci první pomoci.

Podávání léků dětem je velmi odlišné od podávání léků dospělým. Důležité je, aby pedagog byl řádně poučen o tom, že rostoucí děti mají různou schopnost reagovat na léky, proto je důležité sledování toxických příznaků a vše řádně zaznamenávat. Nejdůležitější je výpočet pediatrických dávek, kterým se musí věnovat velká pozornost. Oficiálním zdrojem informací o bezpečném dávkování léku pro různé věkové skupiny dětí je příbalový leták výrobce (Mikšová, Froňková, Hernová, Zajíčková, 2006, Sedlářová, 2008).

Mezi pět důležitých zásad, které se musí dodržovat při podávání léků, patří správný pacient, správný lék, správná dávka, správná doba, správný způsob. A také správná forma léku (Workman, Bennett, 2006, Sedlářová, 2008, Hrivnákové in Křišková, 2006). Důležitá je edukace pedagogů o významu podávání léků, o dodržování doby a technik odměrování léků pro jednotlivé dávky. V nemocničním prostředí naordinuje léky lékař v písemné podobě. Sestra ve spolupráci se zákonnými zástupci, když jsou přítomni, je podá dítěti. V domácím prostředí je ve většině případů podává matka nebo jiná pečující osoba u dítěte, která by na to měla být připravena (Mikšová, Froňková, Hernová, Zajíčková, 2006, Sedlářová, 2008).

Ve školním zařízení podle odst. 2, §29 školského zákona se uvádí, že školy a školská zařízení jsou povinni zajišťovat bezpečnost a ochranu zdraví dětí, žáků a studentů při jejich vzdělávání. Zákonní zástupci dětí jsou povinni informovat školu o zdravotním stavu dítěte a doložit odborné vyjádření lékaře. Neexistuje však přímý předpis, který by takovéto povinnosti přesně určil. Je tedy na dané škole, aby určila, v jakém rozsahu jsou zaměstnanci školy povinni nemocnému dítěti poskytovat zvláštní péči jako je podávání léků. Musí však jít o činnosti, u kterých není zapotřebí odborná kvalifikace a osoby se speciálním odborným vzděláním. I přesto je vždy velmi důležitý souhlas zákonného zástupce dítěte (Štajer, 2014).

Nejčastější způsob podání léků je ústy, jelikož je to nejpohodlnější způsob. Podmínkou pro podání léků per os je, aby dítě bylo schopno polykat a dokázalo lék udržet v žaludku. Kontraindikace podání je zvracení a také nemožnost přijímat stravu enterálně. V případě, že dítě nemůže polykat, léky se podávají přímo do žaludku gastrickou sondou nebo gastrostomií. Nejčastěji podávané léky u větších dětí jsou tablety, kapsle a dražé. Perorální léky se podávají v závislosti na jídle podle pokynů v příbalovém letáku. Léky by se neměly do jídla přidávat (Sedlářová, 2008).

Mezi techniky podporující spolupráci dítěte patří dovolení dítěti, aby pomáhalo při podávání léku. Lék si dítě může vložit samo do úst a zapít z hrnečku. Dobré je dítěti poradit, aby si položilo tabletu na zadní část jazyka a okamžitě lék zapilo. Zdůrazněním spolknutí tekutiny se u dítěte snažit odvézt pozornost od spolknutí tablety. Při podávání léků dětem je důležité vyhradit si více času, protože nespolečnou spolupráci dítěte nelze předvídat. Důležité je poučit dítě o možných nežádoucích účincích, které má hlásit. Takto se postupuje při podání léků per os u dítěte ve školním věku (Leifer, 2004).

Další cestou podání, která se u dětí využívá, je podání léku konečníkem (per rectum). Tento způsob podání je pro dítě bezbolestné a lék začne působit asi do 15 minut. Kontraindikací je průjem a děti po výkonu v oblasti sigmoidea, rekta a anu (Sedlářová, 2008). V postupu podání léků per rektum je důležité zkontrolovat si předpis léku, jeho ordinaci, čas podání a množství. Nemělo by se zapomínat na řádné zajištění intimity dítěte. V případě, že to lze, pomůže se dítěti zaujmout polohu na boku s dolními pokrčenými končetinami. V rámci hygieny mezi hlavní pomůcky patří rukavice. Rukou, ve které se nedrží lék, se roztáhnou sedací svaly a poté se lék aplikuje do 5 cm hloubky. Sedací svaly se sevrou na několik sekund k sobě. Po aplikaci léků je

třeba sledovat jeho účinky a reakce dítěte. Vše by se mělo řádně zaznamenat- čas podání, název léku, jeho účinky a reakce dítěte (Hrivnáková in Křišková, 2006).

1.7 První pomoc při epileptickém záchvatu

„První pomoc je definována jako soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky poškození (Kelnarová a kol., 2007, s. 11).“ Mezi cíle první pomoci patří zachránění života dítěte. Dalším cílem první pomoci je zabránění zhoršení zdravotního stavu a urychlení procesu uzdravení. Posledním a velmi důležitým cílem je zajištění bezpečnosti poraněnému, ale také sobě a ostatním přihlížejícím (Kelnarová a kol., 2007).

Některé dítě může tušit, že bude mít záchvat. Je to jeden z prvních příznaků, který záchvatu předchází a je to tzv. aura. Aura je předzvěstem epileptického záchvatu, poukazuje na místo v mozku, kde epileptický záchvat nastává. Existuje několik druhů aur. Aura může být sensorická, do které se řadí zraková, sluchová, čichová a chuťová. Při zrakové auře dítě může vidět blesky, plameny, osoby. U sluchové aury slyší pískání, zvonění, zpěv. Cítění zápachu spálené gumy je projevem aury čichové. Chuťová aura se projevuje nepříjemnou chutí na jazyku. Senzitivní aura se může projevovat parestézií v jednotlivých částech těla. Pocit tlaku, tepla, pálení v epigastriu či bušení srdce jsou projevy aury útrobní. Posledním druhem aury je aura psychická, u které dítě může mít pocit strachu, úzkosti. V případě, že dítě stihne sdělit projevy aury před vypuknutím záchvatu, položí se na podlahu, aby se zabránilo poranění při pádu (Kelnarová a kol., 2007, Slezáková, 2010).

Dalším krokem první pomoci při epileptickém záchvatu je snaha zabránit, aby se dítě neporanilo. Z okolí dítěte se musí co nejrychleji odstranit veškeré předměty, které by mu mohly ublížit. Dítěti se nezabraňuje v prodělání záchvatu a výhradně se mu nic nestrká do úst (Kelnarová a kol., 2007, Petržela 2007). Tekutiny se při záchvatu ani po něm zásadně nepodávají. Dítěti se uvolní oděv, který by mohl být příliš těsný. Hlavu, kterou je důležité chránit co nejvíce před úrazem, podložíme polštářem nebo něčím, co je při ruce. Při záchvatu se dítě nenechává nikdy o samotě. Důležité je sledovat průběh celého záchvatu. Po proběhnutém záchvatu se dítě uloží na bok, aby nehrozilo zapadnutí jazyka (Leifer, 2004, Kelnarová a kol., 2007, Petržela, 2007). V případě, že se jedná se o status epilepticus, který velmi může ohrozit dítě na životě

a do 2 minut neskončí nebo po 2 minutách neodezní, aplikuje se diazepam - rektální tuba dle doporučení lékaře, který tento lék předepíše.

Diazepam rectal tube je rektální roztok. Aplikuje se zejména tehdy, když má dítě status epilepticus a taktéž při zvýšené svalové hypertonii. Diazepam rectal tube se aplikuje dětem starším 6 měsíců. Dávkování je podle věku a hmotnosti dítěte, ale hlavní zásadou podávání léku, je podání co nejnižší dávky, pokud je to možné. To je 5 mg až 10 mg diazepamu rektálně. Účinek diazepamu se projeví po 11 až 23 minutách po jeho aplikaci. Aplikaci v případě potřeby by měl pedagog po 2-4 hodinách opakovat. Maximální denní dávka je 20 mg při status epilepticus. V případě zvýšené svalové hypertonie se u dětí doporučuje aplikovat, to je 5 mg až 10 mg za den, rozdělených do 2 jednotlivých dávek (Kelnarová a kol., 2007, Ošlejšková, Makovská, 2009, Desitin Arzneimittel GmbH, 2010).

U většiny epileptických záchvatů není třeba zásah lékaře. Proto je velmi důležité, aby se rodiče a především učitelé ve školním zařízení, kteří mají ve třídě dítě s epilepsií, velmi podrobně seznámili s typem záchvatů, kterými dítě trpí. Měli by znát obvyklý průběh záchvatů, jeho délku a také to, jak se dítě po záchvatu zotavuje. Je také nutné, aby dokázali rozpoznat případné změny epileptického záchvatu. Lékařská pomoc se volá v případě prvního záchvatu a trvá-li epileptický záchvat déle než 10 minut, opakují-li se záchvaty a také při přítomnosti poruchy vědomí nebo křečí probíhajících několikrát po sobě. Lékařskou pomoc je nutno volat vždy při poranění dítěte. Lékař dítě vyšetří. U závažnějších případů se podává injekční diazepam a dítě je hospitalizováno ve zdravotnickém zařízení ke sledování, k vyšetření a léčbě. Při některém proběhnutém záchvatu ve školním zařízení je třeba, aby pedagog zavolal rodiče. Ne vždy je to nutné (Živný, 2012).

1.8 Povinnost pedagoga poskytnout první pomoc

„Poskytnutí první pomoci je morální povinností každého člověka, která je definována trestním zákonem č. 140/1961 Sb. (Kelnarová, 2007 a kol., s. 22).“ Nyní zákon č. 40/2009 Sb. Při neposkytnutí první pomoci osobě, která je ohrožena smrtí nebo projevuje závažné poruchy zdraví, může být dotyčný potrestán odnětím svobody až na 1 rok. Zvláště pak při neposkytnutí první pomoci bez nebezpečí pro sebe nebo jiného člověka. Neposkytnutí první pomoci i přesto, že podle charakteru svého zaměstnání, je dotyčný povinen první pomoc poskytnout, mu hrozí odnětí svobody na 2 roky nebo zákaz činnosti (zákon, č. 40/2009 Sb., v platném znění, Kelnarová a kol., 2007).

Zaměstnavatel je povinen určit podle druhu činnosti počet zaměstnanců nebo pověřit jednotlivého zaměstnance, který zajistí organizaci první pomoci a přivolání zdravotnické záchranné služby. Zaměstnavatel je povinen zajistit vyškolení těchto zaměstnanců ve spolupráci pracovně lékařských služeb (zákon č. 262/2006 Sb., v platném znění).

Pedagogům ukládá povinnost účastnit se školení první pomoci zákoník práce, který stanovuje, že zaměstnavatel je povinen zařídit zaměstnancům školení o předpisech, jež zajistí bezpečnost a ochranu zdraví při práci. Doplní to jejich odborné předpoklady a nároky pro výkon práce, které se vztahují na jimi vykonanou práci. Dále se vztahují k rizikům, se kterými může zaměstnanec přijít do kontaktu na pracovišti, kde je jeho práce vykonávána. Měl by neustále požadovat a kontrolovat, zda je všechno dodržováno. Zaměstnanec určuje obsah a počet školení. Vyžaduje-li to povaha rizika a jeho závažnost, musí být školení pravidelně opakováno.

Z toho vyplývá, že rozhodnutí, v jakém rozsahu a kolikrát bude probíhat školení první pomoci pedagogických pracovníků, je na řediteli školy. V případě poškození zdraví na pracovišti bude muset dokázat, že své povinnosti plnil (zákon č. 262/2006 Sb., v platném znění).

1.9 Zdravotně znevýhodněné děti

Tato kapitola pojednává o zdravotně znevýhodněných dětech ve škole, kterými jsou mj. děti s epilepsií. Povinnost pedagoga je pomoci takovému dítěti začlenit se do třídy mezi své spolužáky, jelikož vlivem inkluze, která začíná na základních školách v České republice fungovat, se čím dál častěji budou pedagogové s takovými dětmi setkávat a je důležité, aby byli připraveni a věděli, jak k těmto dětem přistupovat, jaké jsou u nich omezení a péče. Všechny tyto informace může pedagogům poskytovat sestra, která má na to dostatek znalostí a zkušeností.

Inkluze je systém vzdělávání, který dává možnost všem dětem chodit do běžné základní školy. Učitelé, kteří učí v inkluzivních školách, přistupují ke každému dítěti individuálně v rámci výuky, kde má každé dítě svůj plán vzhledem k jeho schopnostem (Tannenbergerová, Krahulová, 2011).

Zdravotně znevýhodněné děti jsou podle školského zákona zdravotně oslabené děti, dlouhodobě nemocné a děti s lehčími zdravotními poruchami. Mezi děti se speciálními vzdělávacími potřebami řadíme zdravotně postižené, zdravotně znevýhodněné a sociálně znevýhodněné děti (zákon č. 561/2004 Sb., v platném znění).

Ve školním zařízení je důležité, aby pedagog, který je v kontaktu se zdravotně znevýhodněným dítětem, byl informovaný o příznacích jeho nemoci, léčbě a aby věděl, jak poskytovat první pomoc.

Při vyučování je důležité u těchto dětí zohledňovat požadavky, které se specifikují při jeho onemocnění. Především jde o úpravu denního režimu. Důležité je zaměřit převážně na pohybové aktivity, přičemž se zcela vyloučí nebo omezí konání určitých pohybových činností. Je důležité dbát na potřebu relaxace při pohybových činnostech. Důležitá je také prevence fyzické a psychické zátěže. Při běžném vyučování se takovéto požadavky a potřeby dítěte nedají vzít v úvahu v takové míře, s jakou se s nimi setkáváme ve speciální škole. Jde o vhodné rozvržení činnosti dítěte ve vyučovací hodině, střídání náročnějších úkolů s méně obtížnými, dělání krátkých přestávek, aby nedošlo k zátěži. V rámci prevence se dítěti částečně redukuje učivo, ale ne příliš.

U pedagoga, který vyučuje takové dítě v běžné třídě, se předpokládá, že bude věnovat pozornost utváření sociálních vztahů ve třídě. Měl by poučit ostatní děti o zdravotních potížích jejich spolužáka. Měl by také sám jít příkladem v pomoci a ohleduplnosti k dítěti se zdravotním znevýhodněním. Někteří žáci mívají zkušenosti

ohledně nemoci ze svého blízkého okolí, např. od členů své rodiny a umí se lépe vcítit do problémů jiného člověka, jiní žáci se to musí učit (Kollárová in Lechta, 2010).

Vzhledem ke snížení fyzické zdatnosti dítěte může nejvíce komplikací nastat při tělovýchově. Může docházet k výsměchům a podceňování ze strany spolužáků, v nejhorším případě až k šikaně. V tomto případě je namístě nutný zásah pedagoga.

V případě hospitalizace dítěte při zkomplikování jeho stavu dochází dítě podle doporučení lékaře a se souhlasem jeho rodičů do školy ve zdravotnickém zařízení. Po návratu do své školy, kam jindy běžně dochází, by se mělo dát dítěti dostatek času na zapojení se do školních činností. V tomto případě je důležitá vzájemná informovanost mezi základní školou ve zdravotnickém zařízení a běžnou základní školou, kam dítě chodí (Kollárová in Lechta, 2010).

1.9.1 Pedagogové a jejich příprava na zdravotně znevýhodněné děti

V této podkapitole se budeme zaměřovat na pedagogy a jejich přípravu na práci s dětmi se zdravotním znevýhodněním v rámci jejich studia.

Mezi pedagogické pracovníky řadíme ty, jež vykonávají přímou pedagogickou činnost. To jsou učitelé, vychovatelé, pedagogové volného času, asistenti pedagoga, pedagogové v zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, speciální pedagogové, trenéři, metodici prevence v pedagogicko-psychologických poradnách, vedoucí pedagogičtí pracovníci (zákon č. 563/2004 Sb., v platném znění).

V rámci své přípravy na pedagogických fakultách jsou pedagogičtí pracovníci vzděláváni v oblasti somatopedie, která patří pod obor speciální pedagogiky. Do předmětu somatopedické problematiky patří jedinci se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním. Obor somatopedie se věnuje výchově, vzdělávání a profesní přípravě dětí, mládeže i dospělých osob. Cílem somatopedie je vědecké zkoumání podmínek edukace a dále pak ověřovat a rozpracovávat její obsahy, formy, prostředky a metody. Somatopedie spolupracuje s dalšími obory. Úzce spolupracuje se společenskými vědami, jako je pedagogika, psychologie, filosofie a etika, právo a sociologie. Spolupracuje také s přírodními vědami. Obory, které mají blízko k somatologii jsou neurofyzilogie, somatopatologie, neuropatologie, patofyzilogie, pediatrie, ortopedie, neurologie, psychiatrie, kineziologie a ortopedická protetika, které patří do medicínských oborů (Vališová, Kasíková, 2011).

1.10 Školní sestra v komunitní péči a její úlohy

Školní sestra v komunitní péči a její úlohy se nevztahují pouze k onemocnění, kterým se tato bakalářská práce zabývá, ale i k dalším, se kterými se pedagogové mohou setkat a o kterých může sestra pedagogy edukovat.

„Komunitní péče je spektrem zdravotních, sociálních a dalších služeb, poskytovaných nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity (geografické, etnické) (Jarošová, 2007, s. 25).“ Komunitní péče je zaměřena nejen na prevenci, upevnění a podporu zdraví, ale je i na edukaci v péči o zdraví. Edukace by měla být zaměřena na všechny rodinné příslušníky i jejich blízké. Měla by také zahrnovat laickou ošetrovatelskou péči a její poskytování, prevenci onemocnění, ochranu zdraví a výchovu ke zdraví. Komunitní péče je zaměřena na jedince chronicky a nevléčitelně nemocné. Pečuje o nemocné a jejich rehabilitaci. Všechny tyto výše zmíněné informace jsou charakteristickými znaky komunitní ošetrovatelské péče (Sikorová, 2012).

Děti tráví mnoho času ve školním zařízení. Učitel provádí především výchovně vzdělávací proces, ale není nikdo, kdo by se staral o zdraví dítěte, a proto by se velmi uplatnila ve školním zařízení školní sestra. Školní sestra se může postarat o zabezpečení primární, sekundární a terciární prevence a péči o děti s onemocněním jako je například právě epilepsie. Školní sestra ošetřuje, komunikuje s rodiči a s obvodním lékařem dítěte. Dohlíží na dodržování předepsaného režimu, který má dítě s epilepsií stanovený (Paholíková, 2009). Jelikož narůstá velký počet dětí i s jiným chronickým onemocněním, zdůrazňuje důležitost pomoci a odborného zdravotnického dohledu. Sestra je v neustálém kontaktu s dětmi a může tak včasné identifikovat zdravotní problémy a určit příslušné intervence, čímž může být důležitým partnerem lékaře dítěte. U chronicky nemocných dětí plánuje sestra individuální plány péče. Předává informace o dětech i mezi členy pedagogického týmu (Paholíková, 2009).

Školní sestra radí dětem až do období dospělosti, jak pečovat o své zdraví. Zdravotní problémy dětí velmi ovlivňují školní docházku a úkolem sestry je identifikovat jejich problémy, zjistit příčinu a navrhnout možná řešení, tedy provádět i tzv. screening ve školách. Sestra může tak ovlivnit i vztah dítěte ke škole. Mapuje i očkování u dětí podle očkovacího kalendáře. Může spolupracovat i s dalšími odborníky jako jsou psychologové, sociologové. Sestra mapuje i očkování u dětí podle očkovacího kalendáře.

Další její úlohou je zaznamenávání podaných léků ve škole u dětí. U podání léků je vždy zapotřebí jak souhlas lékaře dítěte, tak souhlas zákonného zástupce. Však nejdůležitější povinností, kterou školní sestra může zajišťovat, je první pomoc. Spolupracuje a získává pedagogy pro poskytování první pomoci při epileptickém záchvatu aj. Navazuje s nimi kontakt z důvodu získání informací o dítěti a o faktorech, které by mohly ovlivňovat jeho zdravotní stav. Povzbuzuje je k vlastnímu pozorování dítěte. Informuje pedagogy o zdravotních problémech, léčbě a péči, kterou někteří děti žádají a potřebují i při vyučování (Skokňová in Hanzlíková, 2007). V případě infekčního onemocnění zajistí školní sestra včasnou izolaci dítěte. Dále může být pro děti důvěrníci, které se svěřují se svými problémy a podporuje zdravotní uvědomění dětí (Paholíková, 2009).

Dříve u nás fungovala tzv. školní zdravotní služba, která zabezpečovala propojení školního a zdravotního systému. Vykonávali jí dětské lékaři a sestry, kteří prováděli pravidelné prohlídky u dětí. Zajišťovali očkování, posuzovali tělesný a duševní vývoj dítěte a sledovali i nemocnost. Popřípadě také plánovali léčebný režim pro děti, které byly chronicky nemocné a v rekonvalescenci. Další úlohy, které vykonávali lékaři a sestry, byly hodnocení hygieny školního prostředí, úroveň stravování a jiné. Tato služba byla v roce 1989 zrušena a nebyla ničím nahrazena (Paholíková, 2009).

V současnosti školní sestra není u nás v České republice příliš známý pojem až na výjimku některých soukromých škol. V zahraničí je na školní sestru hleděno jako na standard. Je odborníkem v komunitní péči pracující ve školách a přispívající ke zlepšování psychického a duševního zdraví dítěte. Avšak uplatňuje se také ve výchově ke zdraví a v prevenci (Paholíková, 2009).

2 Cíle práce a výzkumný problém

2.1 Cíl práce

Zmapovat znalosti pedagogických pracovníků o poskytování první pomoci u dětí s epilepsií.

2.2 Výzkumný problém

Znalosti pedagogických pracovníků o poskytování první pomoci u dětí s epilepsií.

3 Metodika

3.1 Metoda sběru dat a výzkumný soubor

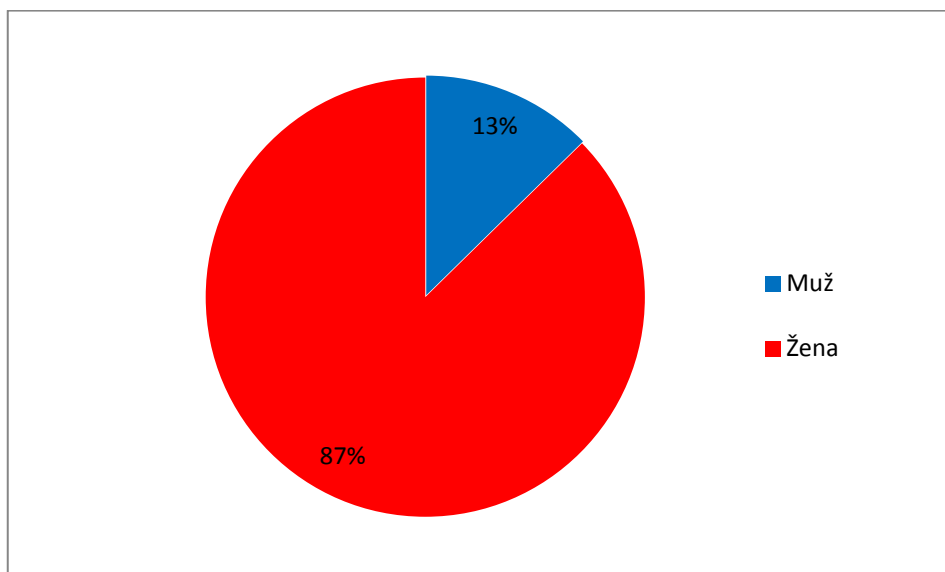
Ke zpracování výzkumného šetření a naplnění zvoleného cíle byla zvolena kvantitativní metoda formou anonymního dotazníku. Výzkumné šetření probíhalo na základních školách v Jihočeském kraji v Písku a v Českých Budějovicích. Dotazník nejprve obsahuje úvodní část, ve které respondenty seznamuji s tématem bakalářské práce a s pokyny k vyplnění dotazníku. Dotazník obsahuje 22 otázek. První dvě otázky jsou pouze identifikační, týkající se pohlaví a délky praxe ve školním zařízení na pozici pedagoga. Tento identifikační údaj byl zvolen proto, že se promítne v jedné z otázek a ukáže, že i s lety praxe se mohou odlišovat odpovědi respondentů. Poukazuje to na znalosti, zkušenosti či naopak neznalosti daného tématu. Otázky byly uzavřené a polouzavřené. Pouze jedna otázka byla otevřená z důvodu zjištění vlastních názorů respondentů.

Výzkumné šetření probíhalo v únoru 2014. Získaná data byla analyzována statistickými metodami za využití vhodných statistických nástrojů (stanovených průměrů, procentuální vyjádření) a zjištěné výsledky byly dále názorně zpracovány v grafech. Grafické znázornění výzkumného šetření je mou vlastní prací. Zdrojem pro grafické zpracování jsou data získaná vlastním výzkumem.

K výzkumnému šetření byli vybráni pedagogičtí pracovníci na základních školách. Dotazníky byly rozdány po ústním souhlasu ředitele dané základní školy. Celkem bylo dáno do oběhu 225 dotazníků. Dotazníky byly rozdány na 9 základních školách po 25 dotaznicích. Z důvodu zachování anonymity nemůže být zveřejněna návratnost z jednotlivých škol. Celková návratnost tvořila z 225 rozdaných dotazníků 166 vrácených a vyplněných, které byly použity ke zpracování, což představuje celkovou návratnost 73,8 %.

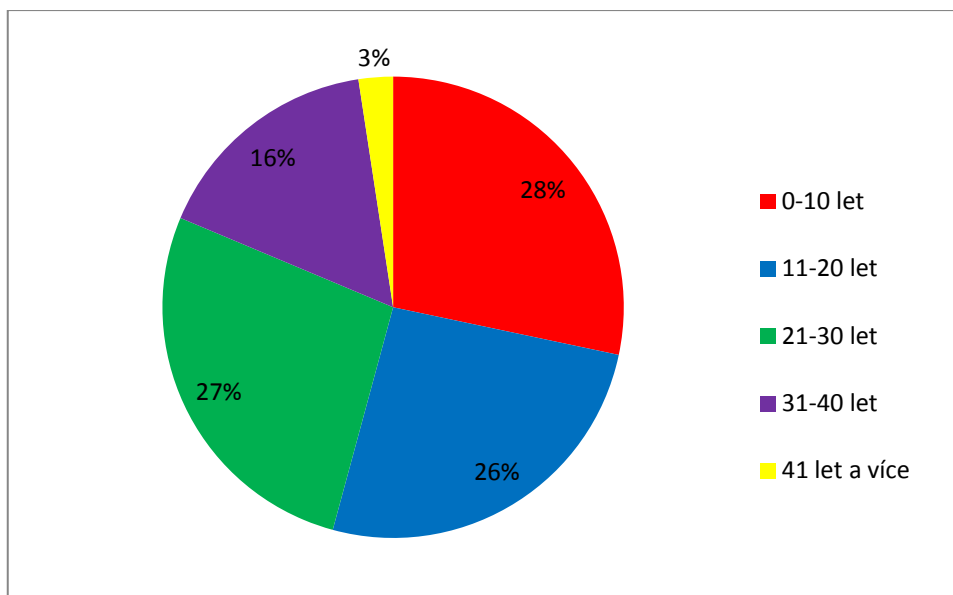
4 Výsledky

Graf 1: Pohlaví



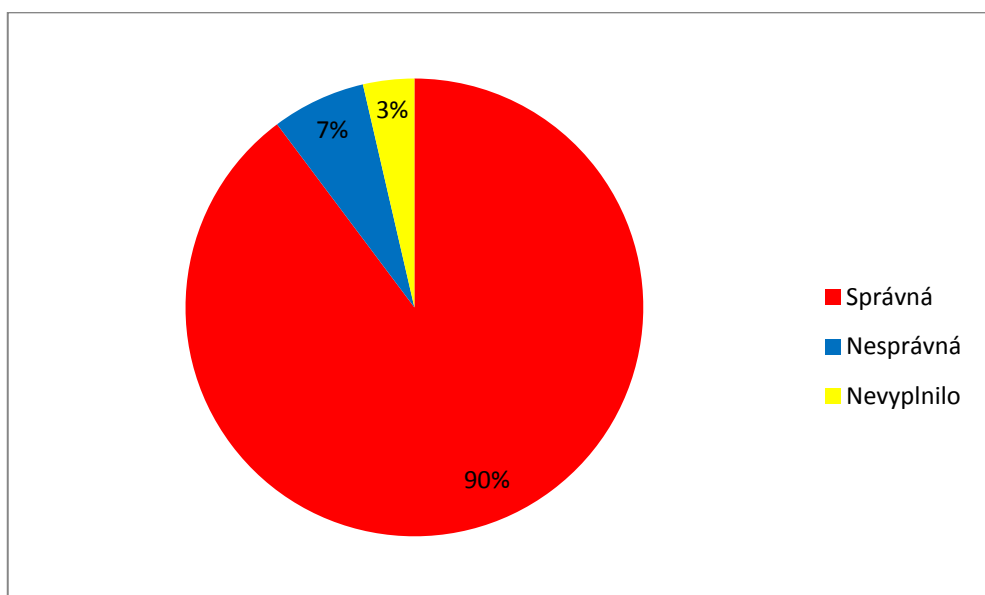
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 166 respondentů tvoří 87 % (145) ženy a 13 % (21) muži.

Graf 2: Délka pedagogické praxe



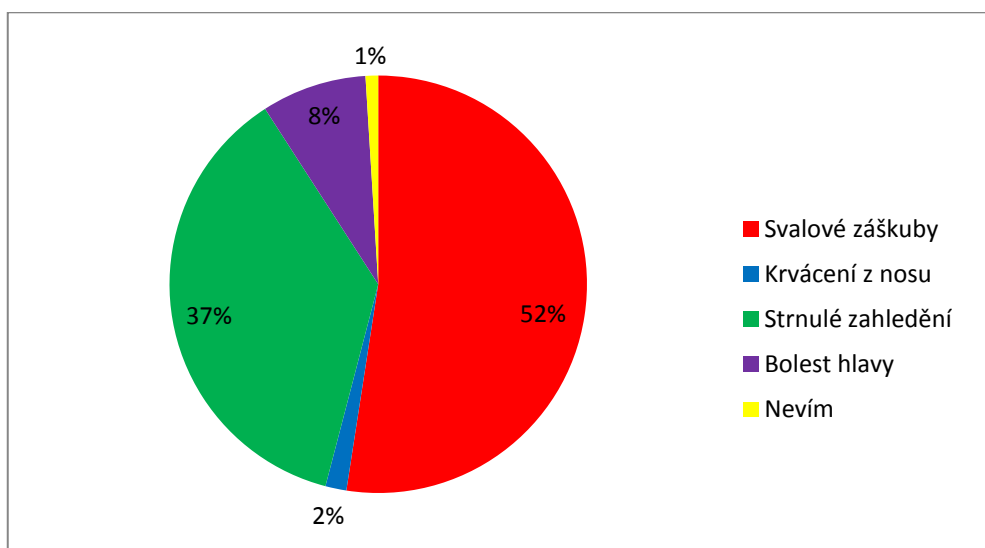
Graf ukazuje rozdělení pedagogické praxe do 5 kategorií. Respondentů s praxí 0-10 let je 28 % (47), 11-20 let praxe má 26 % (43), 21-30 let 27 % (45), 16 % (27) respondentů má pedagogickou praxi v rozmezí 31-40 let a 41 let a více let praxe má 3 % (4) respondentů.

Graf 3: Představa respondentů o pojmu epilepsie



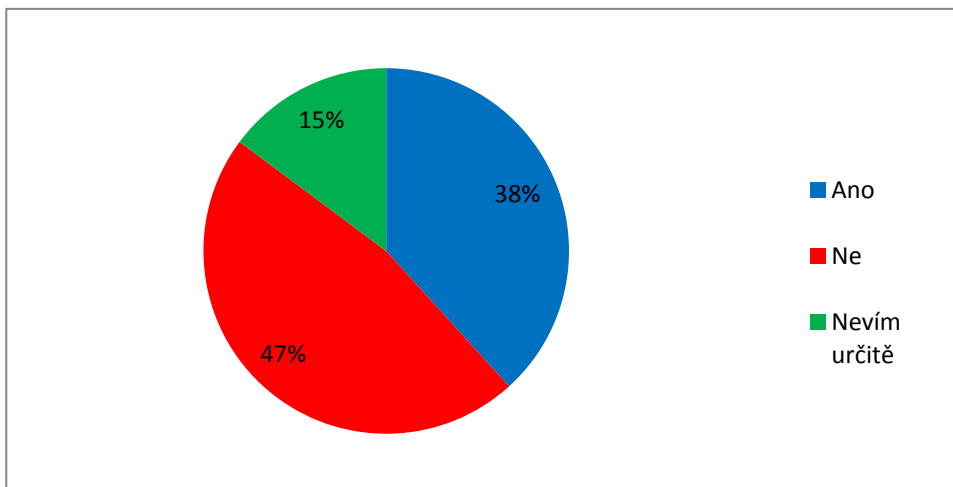
Graf vypovídá o představě respondentů o pojmu epilepsie. 90 % (149) respondentů mají správnou představu o pojmu epilepsie a 7 % (11) má mylné představy o pojmu epilepsie, 3 % (6) respondentů tuto otázku nevyplnilo.

Graf 4: Znalosti respondentů o projevech epileptického záchvatu



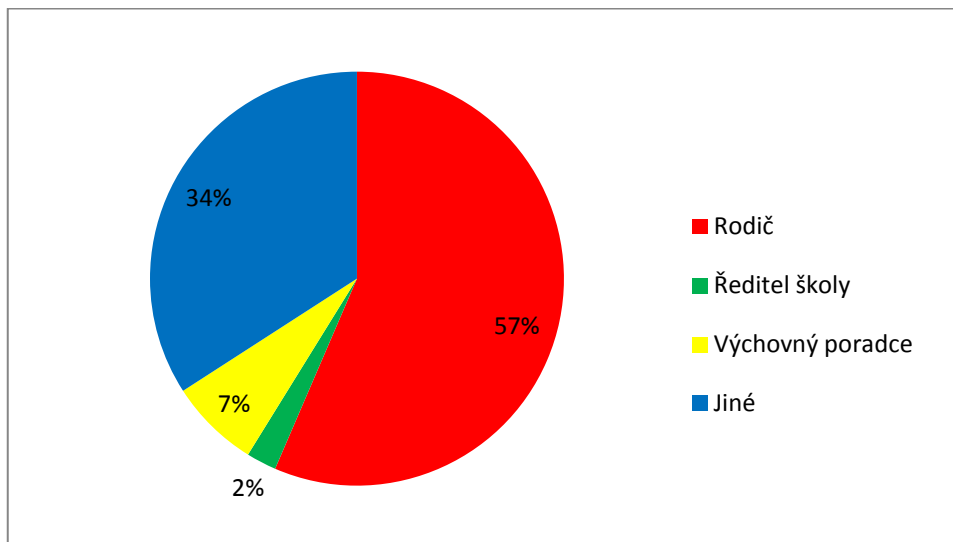
Graf znázorňuje znalosti respondentů o projevech epileptického záchvatu. U této otázky mohli respondenti zvolit více odpovědí. V celém souboru bylo uvedeno 307 odpovědí. 52 % (161) respondentů dalo možnost svalové záškuby a 37 % (113) zvolilo strnulé zahledění, 8 % (25) odpovědělo bolest hlavy a 2 % (5) uvedlo krvácení z nosu. Odpověď na tuto otázku nevědělo 1 % (3) respondentů.

Graf 5: Povědomí pedagogů o výskytu dětí s epilepsií na ZŠ



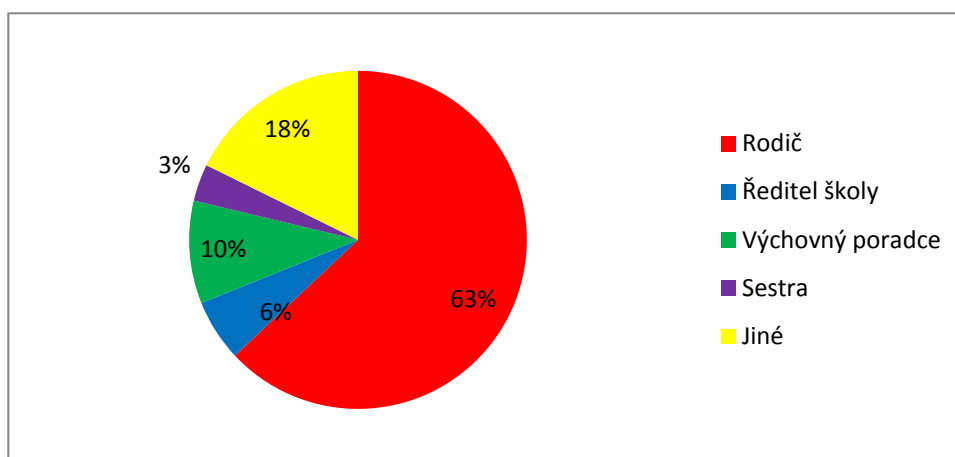
Graf poukazuje na to, že 38 % (62) respondentů uvedlo, že ví o přítomnosti dítěte s epilepsií na jejich základní škole. 47 % (76) respondentů uvedlo, že neví, zda mají děti s epilepsií na základní škole. 15 % (24) respondentů neví určitě, zda se na jejich základní škole vyskytuje dítě s epilepsií.

Graf 6: Zdroje informací o epilepticky nemocném dítěti



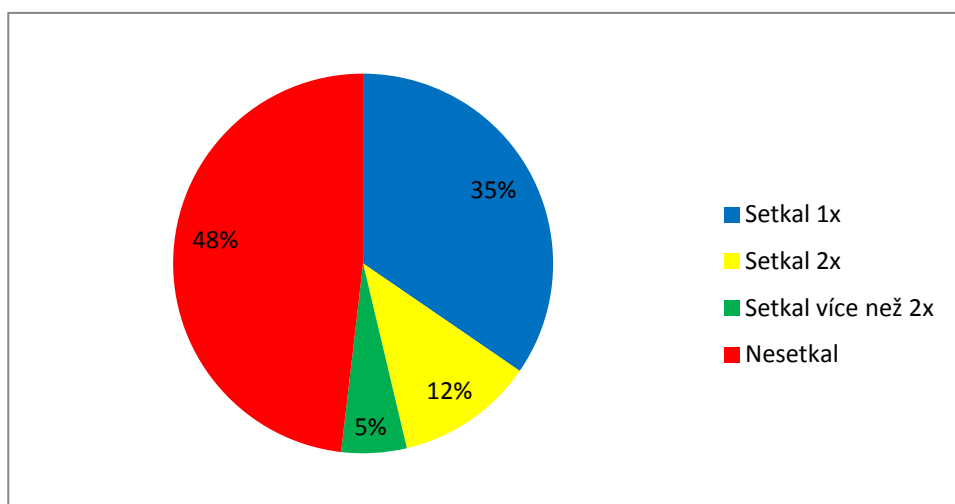
Graf znázorňuje, že 57 % (48) respondentů, kteří vědí, o dítěti na jejich škole s epilepsií získalo informace od rodičů. 34 % (29) uvádělo odpověď „jiné“. 7 % (6) uvedlo výchovného poradce a 2 % (2) ředitele školy.

Graf 7: Názor pedagogů na poskytnutí informací



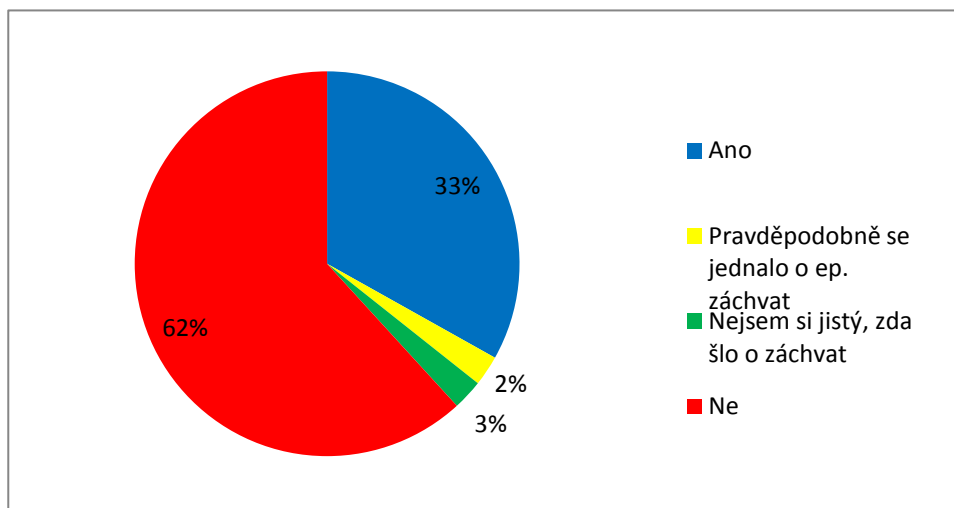
Graf znázorňuje, že si 63 % (160) respondentů myslí, že informace o epilepticky nemocném dítěti by měli získávat od rodičů. 6 % (15) respondentů si myslí, že informace by mělo získávat od ředitele školy, 10 % (25) od výchovného poradce, 3 % (9) od sestry, 18 % (45) uvádělo jiné odpovědi.

Graf 8: Zkušenost pedagoga s dítětem s epilepsií na ZŠ



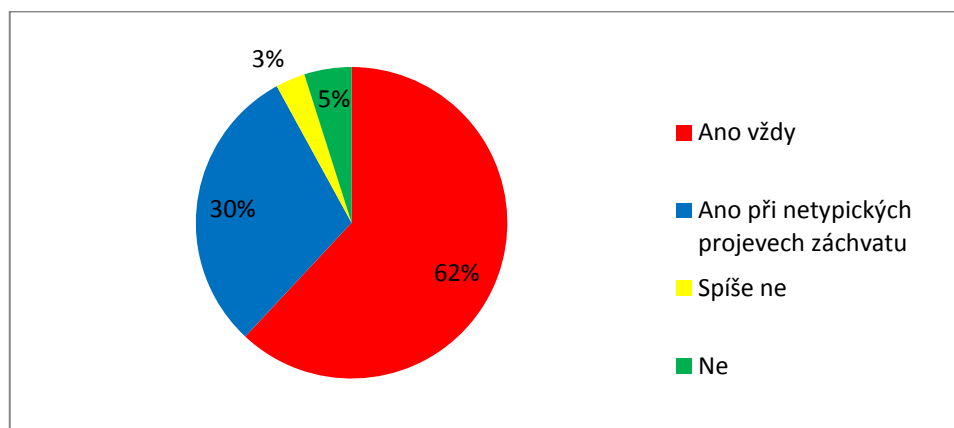
Graf znázorňuje, že 35 % (56) respondentů se setkala s dítětem s epilepsií 1krát za svou praxi, 2 krát se za svou praxi se setkala 12 % (19). Více, než 2 krát 5 % (9) a 48 % (78) se nikdy s dítětem s epilepsií nesetkala.

Graf 9: Setkání pedagogů s epileptickým záchvatem



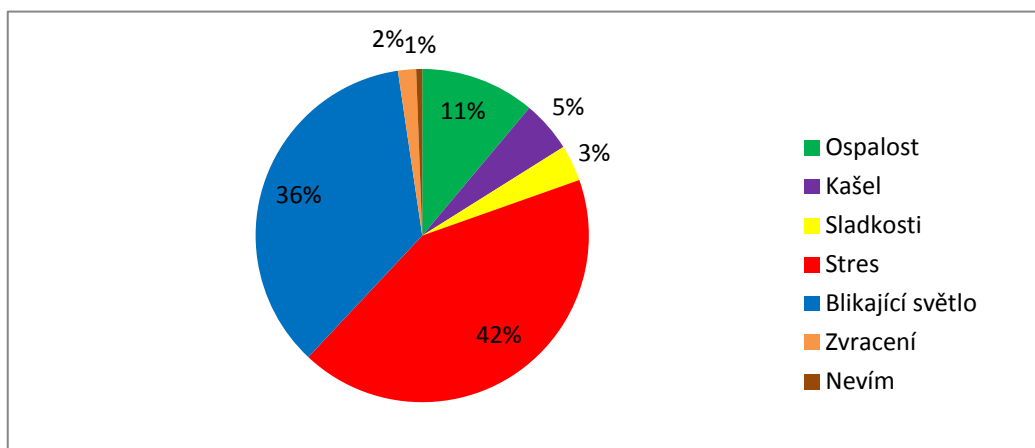
Graf znázorňuje, že 62 % (97) respondentů se nikdy nesetkalo s dítětem, u kterého proběhl epileptický záchvat. 33 % (52) respondentů se setkalo s dítětem, u kterého probíhal epileptický záchvat, 3 % (4) si nejsou jistí, zda se o epileptický záchvat jednalo a 2 % (4) si myslí, že se pravděpodobně jednalo o epileptický záchvat.

Graf 10: Volání ZZS v případě epileptického záchvatu



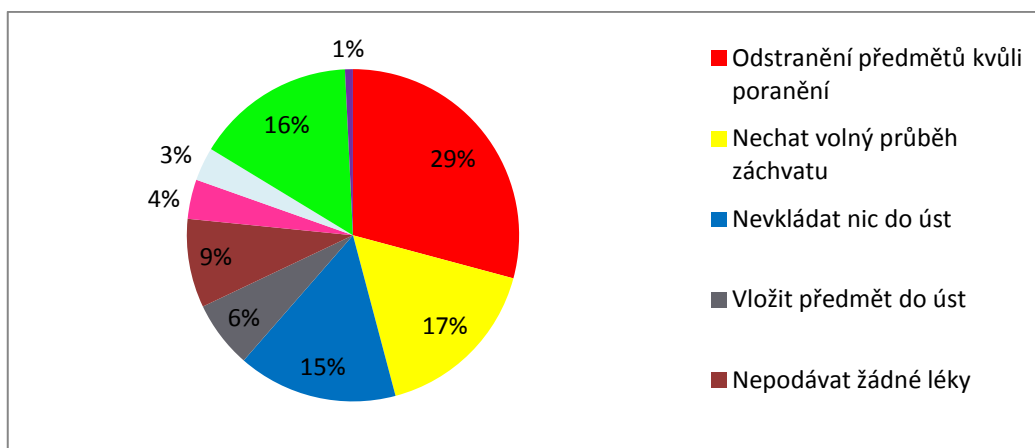
Graf znázorňuje, že 62 % (101) respondentů by volalo vždy ZZS při epileptickém záchvatu. U dítěte. V případě netypických projevů záchvatu by volalo ZZS 30 % (49), 3 % (5) by spíše nevolalo ZZS a 5 % (8) respondentů by nevolalo záchrannou službu vůbec.

Graf 11: Příčiny vzniku epileptického záchvatu



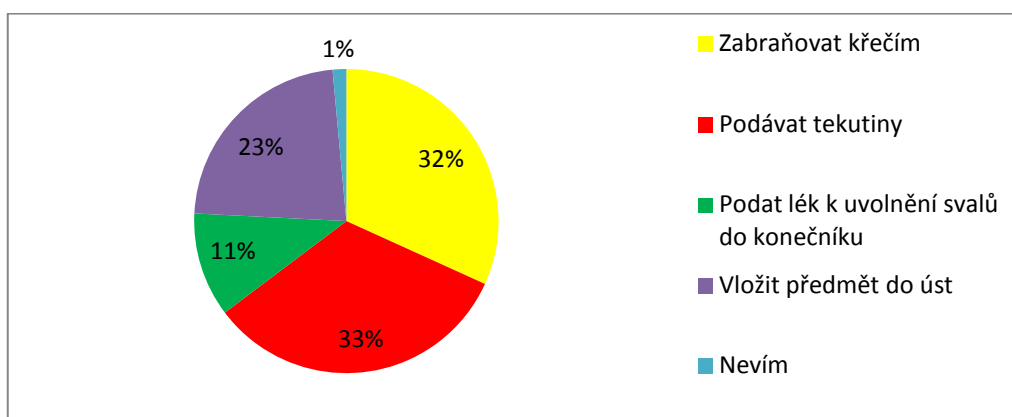
Graf znázorňuje znalosti respondentů o příčinách vzniku epileptického záchvatu. Z celkového počtu odpovědí 342, uvedlo 42 % (145) respondentů stres, 36 % (122) blikající světlo, 11 % (38) ospalost, 5 % (17) kašel, 3 % (12) sladkosti, 2 % (6) zvracení a 1 % (2) respondentů nevědělo na tuto otázku odpověď.

Graf 12: Znalost zásad PP



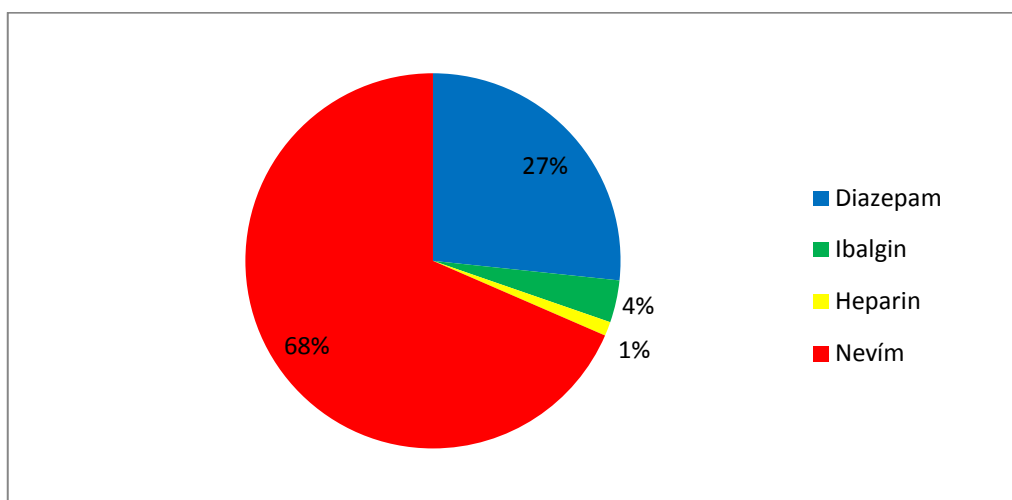
Z celkového počtu odpovědí (521) 29 % (152) respondentů by odstranilo předměty kvůli poranění, volný průběh záchvatu by nechalo 17 % (87), nevkládalo nic do úst 15 % (81), žádné léky by nepodalo 9 % (45), lék do konečníku by podalo 4 % (20) respondentů. Hlavu by nepodložilo 3 % (17), naopak hlavu by něčím měkkým podložilo 16 % (81) a odpověď na tuto otázku nevědělo 1 % (4).

Graf 13: Nesprávné zásady při PP



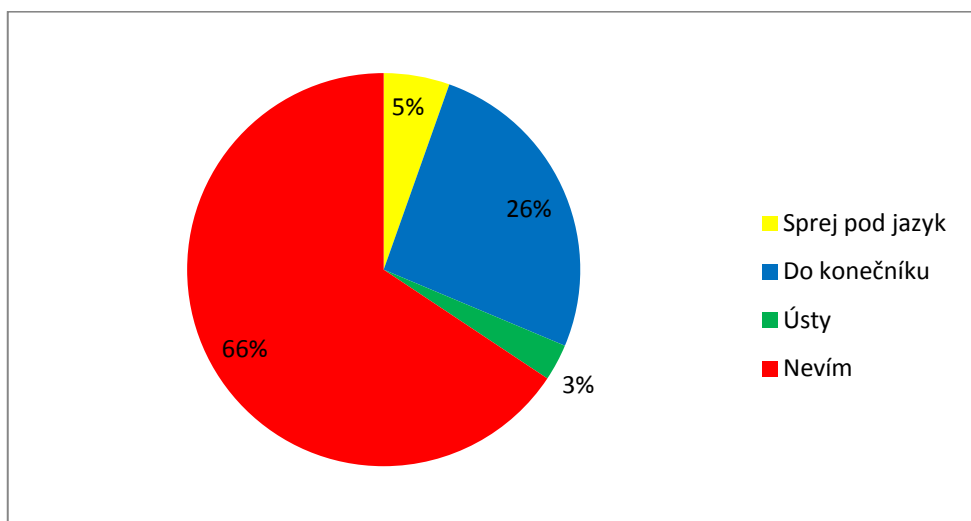
Z celkového počtu 343 odpovědí 33 % (113) respondentů odpovědělo podávat tekutiny, 32 % (109) zabraňovat křečím, vložit předmět do úst 23 % (78), podat lék k uvolnění svalů do konečnicku 11 % (38) a odpověď na tuto otázku nevědělo 1 % (5) respondentů.

Graf 14: Lék první pomoci při epileptickém záchvatu



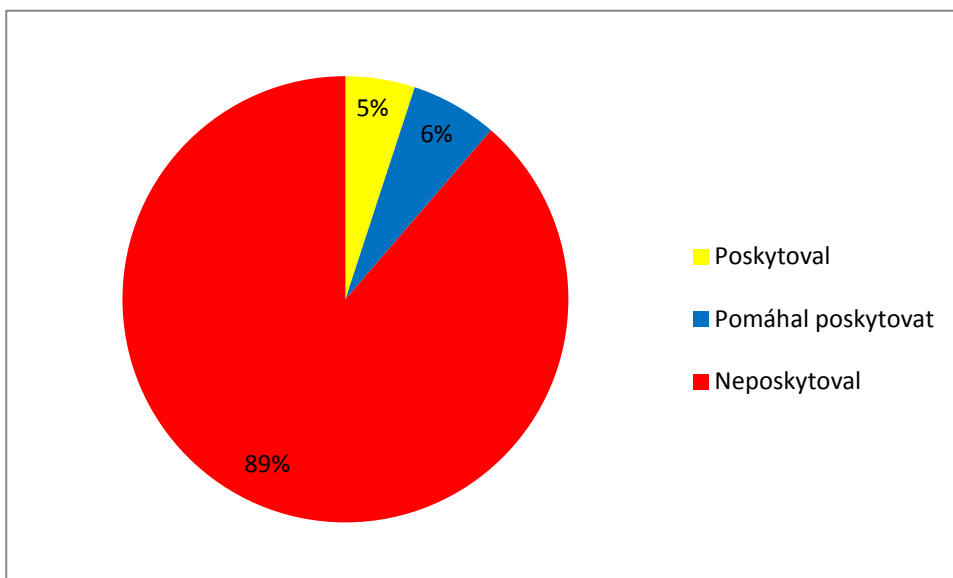
Z celkového počtu 166 respondentů 68 % (113) nevědělo na tuto otázku odpověď, 27 % (44) odpovědělo Diazepam, 4 % (7) Ibalgin, 1 % (2) Heparin.

Graf 15: Způsob podání léku při epileptickém záchvatu



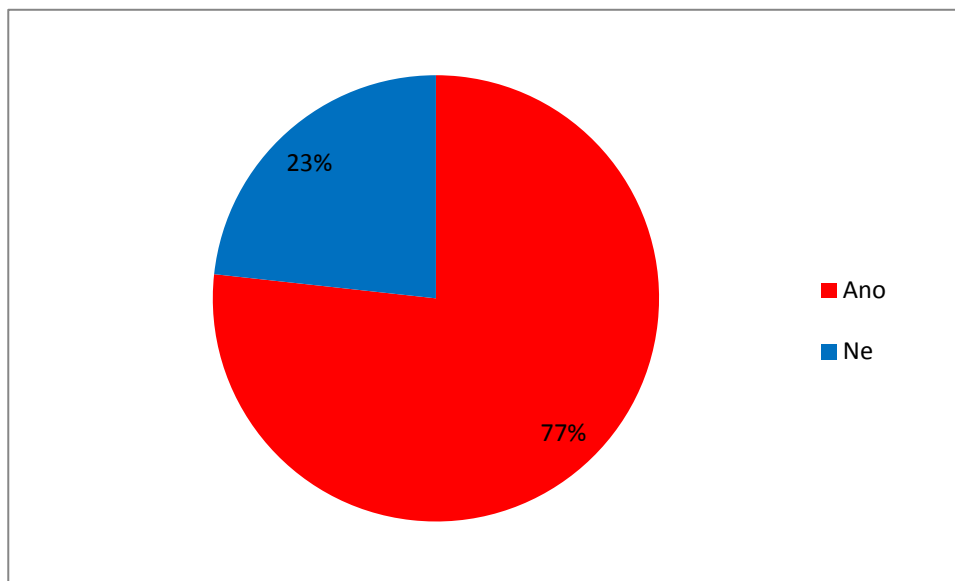
Graf znázorňuje, že 66 % (109) respondentů nevědělo na tuto otázku odpověď. 26 % (43) respondentů odpovědělo do konečníku, 5 % (9) sprej pod jazyk a 3 % (5) ústy.

Graf 16: Účast při poskytování PP



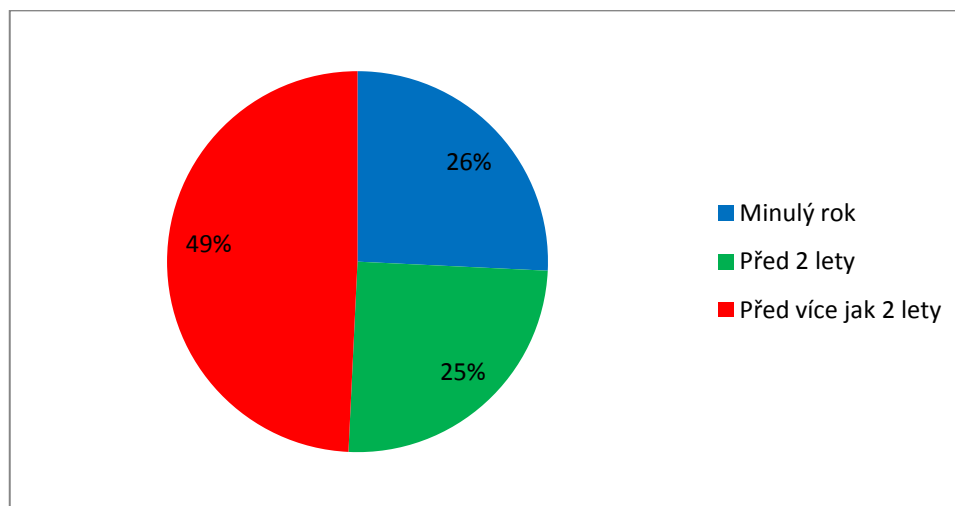
Ze 166 respondentů 89 % (141) neposkytovalo PP při epileptickém záchvatu, 6 % (10) pomáhalo poskytovat, 5 % (8) poskytovalo PP. 7 respondentů se k této otázce nevyjádřilo.

Graf 17: Účast na školení PP



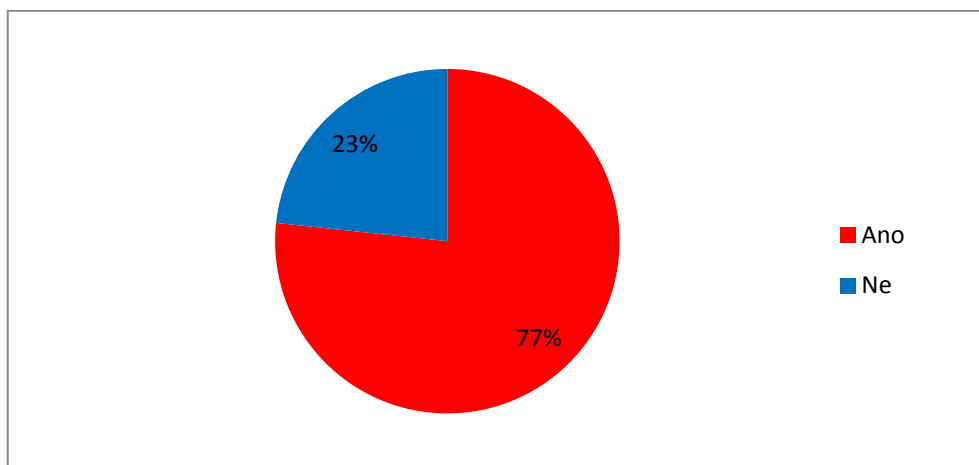
Ze 166 respondentů se 77 % (122) zúčastnilo školení první pomoci. 23 % (37) se nezúčastnilo. 7 respondentů se k této otázce nevyjádřilo.

Graf 18: Poslední školení PP



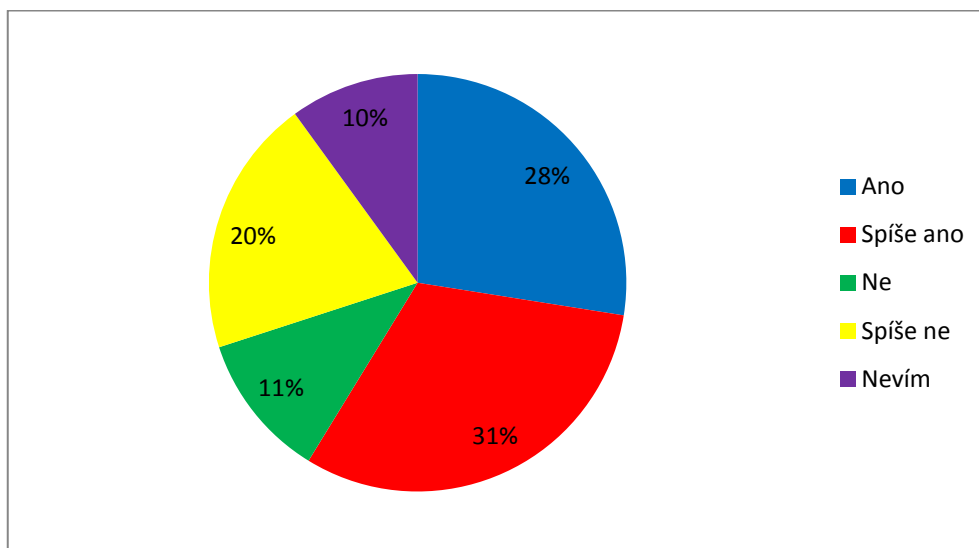
Graf znázorňuje, že 49 % (66) respondentů mělo školení PP před více jak 2 lety, 26 % (34) minulý rok, 25 % (33) před 2 lety.

Graf 19: Zajištění kurzu PP školním zařízením



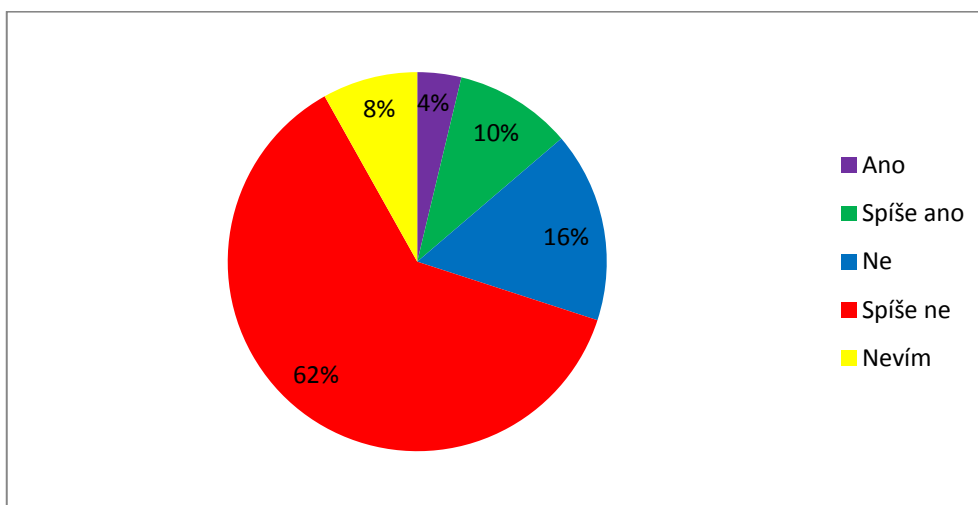
Graf znázorňuje, že 77 % (102) respondentům zajistilo školní zařízení kurz PP a 23 % (31) nezajistilo.

Graf 20: Zájem o zdokonalování se v PP



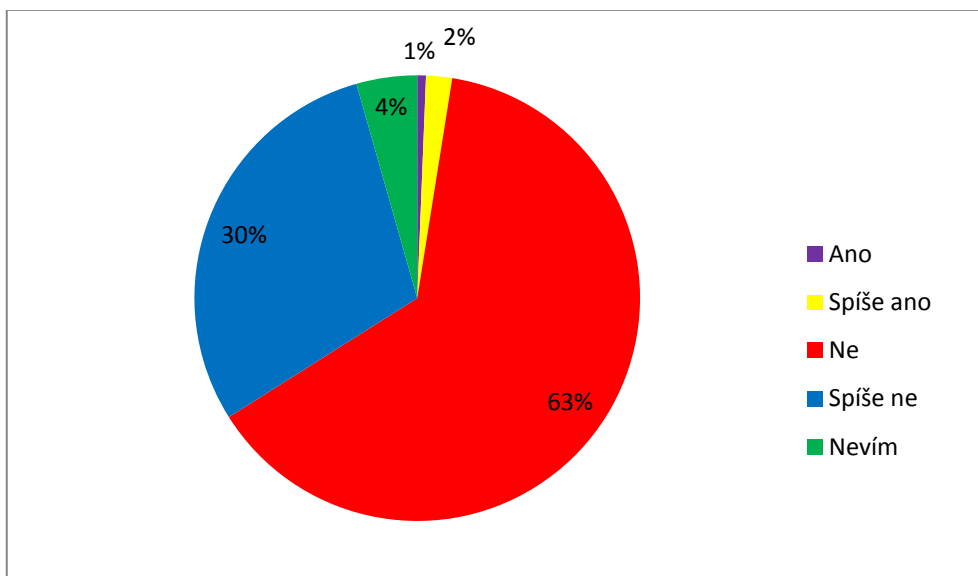
Graf znázorňuje, že ze 166 respondentů odpovědělo spíše ano 31 % (50), 28 % (44) ano, 20 % (32) spíše ne, 11 % (18) ne a nevím odpovědělo 10 % (16) respondentů. 6 respondentů se nevyjádřilo.

Graf 21: Názor pedagogů na uplatnění sestry v ZŠ



Graf znázorňuje, že ze 166 respondentů odpovědělo 62 % (99) spíše ne, 16 % (26) ne, 10 % (16) spíše ano, 8 % (13) nevím a 4 % (6) ano. 6 respondentů se k této otázce nevyjádřilo.

Graf 22: Nutnost speciální školy pro děti s epilepsií



Graf znázorňuje, že ze 166 respondentů 63 % odpovědělo ne, 30 % spíše ne, 4 % nevědělo na tuto otázku odpověď, 2 % spíše ano a 1 % ano.

5 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat znalosti pedagogických pracovníků o poskytování první pomoci u dětí s epilepsií. Pro tento cíl byl stanoven výzkumný problém: „Znalosti pedagogických pracovníků o poskytování první pomoci u dětí s epilepsií.“

Výzkumné šetření probíhalo kvantitativní metodou pomocí anonymních dotazníků, které byly rozdány v 9 základních školách v Jihočeském kraji v Písku a v Českých Budějovicích. Z důvodu zachování anonymity neuvádím konkrétní základní školy, na kterých byl výzkum proveden. Rozdáno bylo 225 dotazníků pedagogickým pracovníkům po ústním souhlasu ředitelů na jednotlivých základních školách. Návratnost činila 166 (73,8 %) správně vyplněných dotazníků.

Mezi identifikační otázky jsme zahrnuli pohlaví. Převážná většina pedagogů, která nám poskytla informace pro náš dotazník, byly ženy. Toto rozložení se dalo předpokládat vzhledem k danému zkoumanému souboru, (viz graf č. 1). Otázkou na délku pedagogické praxe jsme zjistili, že pedagogové se pohybují v rozmezí pedagogické praxe nejvíce mezi 0-10 let, 11-20 let a 21-30 let praxe. Délku pedagogické praxe jsme dále uplatnili v zájmu o vzdělávání se v první pomoci (viz graf v příloze, č. 2).

Výzkumným problémem se zabývají grafy č. 10, 12, 13, 14, 15. U grafu č. 10 se dozvídáme, že většina pedagogů by v případě epileptického záchvatu volala vždy zdravotnickou záchrannou službu. Menší část by ji volala v případě netypických projevů epileptického záchvatu. Jak uvádí Živný (2012) lékařská pomoc se volá v případě prvního záchvatu a trvá-li epileptický záchvat déle než 10 minut, opakují-li se záchvaty a také při přítomnosti poruchy vědomí nebo křečí probíhajících několikrát po sobě. Pedagog by měl znát obvyklý průběh, typ záchvatu a jeho délku, z čehož vyplývá, že pedagog by měl volat zdravotnickou záchrannou službu v případě neobvyklého průběhu, jelikož by měl znát u dítěte jeho obvyklý průběh záchvatu. Poukazuje na správnost odpovědi pedagogů v menší části. Vysoké procento pedagogů, kteří by volali první pomoc vždy při prodělání záchvatu, ukazuje na jejich nejistotu v podávání první pomoci u dětí s epileptickým záchvatem. Jejich nejistotu by jim mohla pomoci odstranit sestra, která by pedagogy edukovala, v jakých případech se volá zdravotnická záchranná služba a tím i minimalizovala zátěž zdravotnických záchranářů, kteří jsou mnohdy voláni k situacím, kde není jejich pomoc tak potřebná. Nepovažují to

za velký problém, jelikož cílem nebylo pedagogy zkoušet, ale spíše zjistit, jak na tom v takových situacích jsou a jestli by se ve spolupráci s nimi uplatnila v takovém to případě sestra. V tomto případě jde spíše u pedagogů o nejistotu a strach, než neznalost.

U znalostí zásad první pomoci, které nám představuje graf č. 12, mohli pedagogové zakroužkovat více odpovědí. U této otázky prokázali, že znalosti v zásadách první pomoci mají. Odstranili by předmět z okolí z důvodu poranění dítěte. Hlavu by dítěti podložili něčím měkkým. Nechali by volný průběh záchvatu a nevkládali by nic do úst dítěti. Přesně takto uvádí zásady první pomoci Kelnarová a kol. (2007) a Petržela, (2007). U otázky na nesprávné zásady, které představuje graf č. 13, odpovídali pedagogové většinou správně. To se dalo předpokládat při zjišťování správných zásad, které pedagogové mají. Mezi nesprávné zásady patří zabraňování křečím, podávání tekutin, vkládání předmětu do úst, jak uvádí již zmíněná Kelnarová a kol. (2007) a Petržela (2007).

Myslím si, že znalost správných a nesprávných zásad pedagogů je důvodem účasti se školení první pomoci, kterých se zúčastnila za svou praxi většina (viz graf č. 17). Posledního školení se v první pomoci však zúčastnili již před více než 2 lety (viz graf č. 18). Školení většiny pedagogů zajistila škola, ve které pracují (viz graf č. 19). Napadá mě však otázka, zda by opravdu pedagogové zvládli poskytnout první pomoc při epileptickém záchvatu, když se pravidelně nevzdělávají a nevědí, kdy volat zdravotnickou záchrannou službu, jaký lék a jakým způsobem ho při epileptickém záchvatu podat. V první pomoci by se podle mého názoru mělo vzdělávat kontinuálně. Vzdělávání v první pomoci je povinností pedagogů, kterou jim ukládá zákoník práce, avšak je na řediteli školy, v jaké četnosti a rozsahu budou školení v první pomoci (zákon č. 262/2006 sb., v platném, znění).

Graf č. 14, který znázorňuje, že většina pedagogů nezná lék, jež by měli podat v případě souhlasu zákonného zástupce a ředitele školy, který upřesňuje, v jakém rozsahu se pohybuje jejich péče o dítě (Štajer, 2014), dále poukazuje na to, že nejsou v první pomoci pedagogové vzděláni dostatečně. V případě, že má dítě od lékaře tento lék předepsán, zákonný zástupce podepsal souhlas k oprávnění pedagoga podat tento lék v případě epileptického záchvatu společně s ředitelem školy, je podle mého názoru důležité, aby pedagogové znali lék první pomoci a věděli, jakým způsobem ho podat, zvláště pokud mají takto nemocné dítě ve třídě. V tomto zjištění, že lék v 68 % (viz graf č. 14) a ani jeho způsob v 66 % neznají (viz graf č. 15), mě napadá otázka: Kdo zabezpečuje zdraví dítěte v případě několika nakupených záchvatů, či grand malu,

který může vážně ohrozit život dítěte a v tomto případě je důležité podat diazepam per rektum? Je velmi důležitý prvotní zásah v pomoci dítěti do té doby, než se dostaví zdravotnická záchranná služba. I tento problém by mohla vyřešit sestra edukací pedagogů. Literatura uvádí, že Diazepam rectal tube se aplikuje, když dítě prodělává status epilepticus a při zvýšené svalové hypertonii (Desitin Arzneimittel GmbH, 2010). Podle Ošlejškové a Makovské (2009) se diazepam aplikuje do konečníku (per rektum). Způsob tohoto podání je stejně účinný jako podání nitrožilně. Tento způsob podání zvládne každý dospělý člověk. Pokud lékař dítěte diazepam rectal tube doporučí, měl by ho zákonný zástupce dítěte poskytnout pedagogovi (Živný, 2012). O edukaci, která je v tomto případě velmi důležitá, by se podle mého názoru mohla postarat právě sestra, která by pro pedagogy uspořádala teoreticko-praktické semináře, kde by je edukovala o zásadách první pomoci, prevenci, samotném onemocnění, režimových opatřeních, které musí dítě dodržovat a o provokačních faktorech, jež mohou epileptický záchvat vyvolat aj. Navázala by s pedagogy spolupráci a stala by se jejich pomocníkem v nácviku podání léku a jeho zásadách.

Ve světě, kde fungují školní sestry, zastávají tuto funkci právě ony. V dobách Československa existovala tzv. školní zdravotní služba, která zabezpečovala propojení školního a zdravotního systému, ale v roce 1989 byla zrušena. Pojem školní sestra je známý pouze v některých soukromých školách v České republice (Paholíková, 2009). Myslím si, že funkce, které školní sestra vykonává ve světě, u nás v České republice chybí, a proto bychom se měli zamyslet nad tím, zda není potřebné opět zavést spolupráci sestry se školním zařízením. Ve světě je školní sestra brána jako standard. Zastává mnoho rolí, které by se ve spolupráci s pedagogy na základních školách uplatnily. I přesto názor většiny pedagogů je, že by se sestra ve školním zařízení neuplatnila (viz graf č. 21). Tento názor může být i důvodem neznalostí pedagogů o tom, jaké role sestra zastává a o tom, že s nimi může zavést pouze spolupráci v rámci edukace o první pomoci aj., tedy nebýt přímo zaměstnancem dané školy. Sestra by byla pomocník, podpora a edukátor nejen pedagogům, ale i dětem s epilepsií a jejich rodinám. Jak uvádí Skokňová in Hanzlíková (2007), nejdůležitější povinností, kterou může školní sestra zajišťovat, je první pomoc. Spolupracuje s pedagogy a získává je pro poskytování první pomoci. Informuje pedagogy o zdravotních problémech, léčbě a péči, kterou děti žádají a potřebují při vyučování.

Mojí představou by bylo, že by v České republice fungovaly sestry v dřívější podobě školních sester, které by v rámci komunitní péče navštěvovaly v případě potřeby

školní zařízení v celé České republice a zajišťovaly by tak zdraví dětí a péči, kterou potřebují na základních školách. Stala by se tak pro mnoho dětí důvěrníci a pro pedagogy edukátorem a podporou, kterou by v mnoha případech potřebovali.

Pedagogové by ve většině případech vzdělávání v první pomoci uvítali. Zájem o zdokonalení se v první pomoci je znázorněn v grafu č. 20. Důvody, které respondenti uváděli, byly zejména potřeba vzdělávat se v první pomoci a také, že by rádi znali více informací. Dle mého názoru to potřebovala většina dotazovaných, alespoň o doplnění informací spojených s podáváním léku a v jakých případech se má volat zdravotnická záchranná služba.

Zájem o zdokonalení se v první pomoci neměli pedagogové s délkou pedagogické praxe 41 a více let praxe, delší než 31 let praxe měli zájem v menší části. Naopak pedagogové s délkou praxe 0-10, 11-20 a 21-30 let by se ve větším počtu zdokonalovat v první pomoci chtěli (viz graf v příloze č. 2). V tomto případě mě napadla myšlenka, že pedagogové s 31 a více letitou praxí nejspíš nepovažují sebevzdělávání v tomto oboru za tak důležité, přitom vzdělávání se není omezeno věkem. Podle mého názoru jim vzdělávání nepřijde tolik potřebné, jako pedagogům mnohem mladším, kteří budou vzdělávat děti mnohem déle a mohou se tak více setkat s dětmi s epilepsií. I přesto v případě již zmiňované povinnosti vzdělávání se pedagogů v první pomoci budou muset s nařízením ředitele školy kurz či semináře absolvovat, avšak potom se zcela ztrácí u těchto pedagogů smysl, protože nemají o tuto problematiku zájem. Tímto problémem bychom se mohli zabývat dále, ale to není náplní této bakalářské práce.

Dále nás zajímalo, jestli se pedagogové někdy účastnili poskytování první pomoci při epileptickém záchvatu a uplatnili tak své znalosti. Ve většině případů nikdy první pomoc pedagogové při epileptickém záchvatu neposkytovali (viz graf č. 16). I přesto si myslí, že s přibývajícími dětmi s epilepsií na základních školách i vlivem inkluze by měli pedagogové ovládat první pomoc, jelikož nikdy neví, kdy získané informace ze školení první pomoci budou potřebovat. I přesto, že většina první pomoc nikdy neposkytovala, se 33 % z nich s epileptickým záchvatem u dětí setkalo (viz graf č. 9).

V zjišťování znalostí/neznalostí v první pomoci mě napadlo, zda vůbec pedagogové znají příčiny vzniku epileptického záchvatu. Tuto otázku jsem zahrnula do dotazníku a znázorňuje ji graf č. 11, kdy většina z pedagogů příčiny zná. U této otázky mohli zakroužkovat více možností. Ve většině uváděli stres, blikající světlo a ospalost, jak uvádí i Mlčoch (2008). Následovala také otázka týkající se představ o pojmu epilepsie. U této otázky jsme nechtěli přesnou definici, ale spíše jsme se chtěli

dozvědět, co si pedagog pod tímto termínem představí. Ve většině jejich představa byla správná. I přesto se objevovaly odpovědi velmi mylné, jako například porucha psychiky, záchvat doprovázený kašlem (viz graf č. 3). Podle Slezákové (2010) je epilepsie charakterizovaná opakovanými náhlými záchvaty, jak i správně uváděli v odpovědích pedagogové. V projevech epileptického záchvatu uváděli většinou svalové záškuby a strnulé zahledění (viz graf č. 4). Tyto odpovědi se shodují s literaturou. Projevy epileptického záchvatu znají přesto, že se s epileptickým záchvatem ve většině případů pedagogové nesetkali (viz graf č. 9).

Další názor, který nás od pedagogů zajímal, byl od koho si myslí, že by měli dostávat informace o epilepticky nemocném dítěti ve škole. Převážná většina si myslí, že od rodičů dítěte (viz graf č. 7). Jejich názor se shoduje i s mým. Podle školského zákona je povinností rodičů oznámit škole zdravotní stav dítěte a doložit odborné vyjádření lékaře (Štajer, 2014). Rozsáhlejší edukaci o onemocnění, prevenci epileptických záchvatů a první pomoci by však mohla pedagogům předávat sestra, která má rozsáhlejší vědomosti a zkušenosti. Od koho tedy pedagogové dostávají informace o epilepticky nemocném dítěti? Většina zvolila v anonymním dotazníku právě rodiče, jak i uvádí sám zákon, a od kterých nejvíce získávají informace. Vyskytovaly se i v menších procentech odpovědi jiné, kde se objevoval lékař a asistent pedagoga (viz graf č. 6).

Jedna z otázek se také dotazovala na zkušenost pedagoga s dětmi s epilepsií. Jedenkrát za svou praxi se s ním setkalo 35 % respondentů, 12 % se setkalo dvakrát, více než dvakrát 5 %. Nikdy se pedagog nesetkal s dítětem s epilepsií ve větších procentech (viz graf č. 8). Vědí tedy pedagogové o dětech s epilepsií na základní škole, kde pracují? Skoro polovina pedagogů ví, že epilepticky nemocné dítě na jejich škole není. 38 % respondentů ví o dítěti s epilepsií. A v menších procentech neví určitě, zda mají děti s epilepsií na základní škole, kde pracují. Toto znázornění je v grafu č. 5. Tímto výsledkem bych chtěla poukázat na to, že se pedagogové neinformují mezi sebou o tom, že mají dítě s epilepsií ve škole. I přesto jsem při procházení všech dotazníků zjistila, že na všech školách, kde probíhalo výzkumné šetření, mají alespoň jedno dítě s epilepsií. Tento problém by mohla také zajistit sestra, která by edukovala pedagogy komplexně, jelikož s dítětem s epilepsií se může setkat kdokoliv z nich v případě jeho přítomnosti ve škole.

Jelikož dítě s epilepsií může být pro pedagogy větší zátěží, zajímalo nás, zda si myslí, že dítě s epilepsií by mělo být zařazeno na speciální školu. Více

než polovina uvedla, že si nemyslí, že by dítě s epilepsií muselo být zařazeno na speciální školu. Menší procento si myslí, že spíše ne (viz graf č. 22). Názory pedagogů se shodují s mými. Podle mého názoru dítě s epilepsií nevyžaduje speciální školu. Zvláště v dnešní době, kdy se ve školním zařízení snaží o inkluzi, která umožňuje všem dětem chodit do běžné základní školy. Inkluzivní škola přistupuje ke všem dětem individuálně, takže se dítě nemusí bát, že by školu nezvládalo jako „ostatní zdravé“ děti. Společnost by měla přijímat lidi i děti takoví jací jsou.

I přesto, že dle zákona č. 561/2004 Sb. dítě s epilepsií patří mezi děti se speciálními vzdělávacími potřebami, jelikož patří do zdravotně oslabených dětí, může chodit do „normální základní školy“, kde by na to měl být pedagog připraven. Podstatné je, aby učitel nemocného dítěte byl informovaný o příznacích jeho nemoci, léčbě a aby věděl, jak poskytovat první pomoc v případě epileptického záchvatu. Při vyučování je důležité u těchto dětí zohledňovat požadavky, které se specifikují při jeho onemocnění.

Podle mého názoru, když je se vším pedagog seznámen, může dítě fungovat v „normální“ třídě s menšími ohledy, které jeho zdravotní stav vyžaduje a není zapotřebí, aby se dítě vzdělávalo ve speciální škole. V případě, že je dítě zdravé a vyvíjí se jako ostatní „normální děti“ a bohužel trpí onemocněním epilepsie, není třeba ho řadit tam, kam rozhodně nepatří, ale v rámci inkluze, která v České republice funguje, ho řadit k dětem, které žádným onemocněním netrpí. Nedávat mu najevo, že je nemocný a „jiný“ než ostatní děti. Příprava pedagogů, kterou může zajistit právě sestra, může v tomto ohledu velmi pomoci a umožnit tak dětem s epilepsií vzdělávání s dětmi bez jakéhokoliv onemocnění i přesto, že se musí brát na tyto děti ohledy, na které může upozornit právě sestra, jež má s tímto onemocněním zkušenosti.

Na základě otázek a následném vyhodnocení grafů jsme vyřešili výzkumný problém. Výsledek výzkumu zjistil, že pedagogové znají zásady první pomoci. Neznají název léku a jeho způsob podání při epileptickém záchvatu. V nedostatečných znalostech pedagogů by mohla pomoci sestra, která by pro pedagogy uspořádala teoreticko-praktické semináře, kde by je edukovala o zásadách první pomoci, prevenci, samotném onemocnění, režimových opatřeních, které musí dítě dodržovat a o provokačních faktorech, které mohou epileptický záchvat vyvolat aj. Navázala by s pedagogy spolupráci a stala by se jejich pomocníkem v nácviu podání léku a jeho zásadách.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala znalostmi pedagogických pracovníků o poskytování první pomoci u dětí s epilepsií. Výzkumné šetření probíhalo v únoru 2014 v Jihočeském kraji v Písku a v Českých Budějovicích. Výzkum byl prováděn kvantitativní metodou pomocí anonymního dotazníku, které byly rozdány v devíti základních školách. Celkem bylo rozdáno 225 dotazníků, návratnost činila 166 správně vyplněných dotazníků. Ve výsledcích bylo zjištěno, že pedagogičtí pracovníci mají znalosti v zásadách první pomoci, avšak v případech epileptického záchvatu nevědí, jaký lék mají podat a jaký je jeho způsob aplikace, což v praxi může být vážným nedostatkem.

Jako podklad pro navázání spolupráce sestry a pedagoga na základních školách slouží výsledky z dotazníku o zájmu pedagogů o vzdělávání se v první pomoci. Pravdou je, že role učitele se soustředí převážně na výchovně vzdělávací proces, ale není nikdo, kdo by zabezpečoval zdraví dítěte, což by mohla být právě sestra, která dříve v České republice fungovala v roli školní sestry. Nyní je v České republice k dispozici školní sestra pouze v některých soukromých školách. Tato bakalářská práce tento problém nastiňuje a zamýšlí se nad tím, zda při narůstající potřebě zdravotnické péče s přibývajícím výskytem dětí s onemocněním a jejich inkluzí do základních škol by nebylo zapotřebí navrácení této funkce sestry. Případně se alespoň pokusit o spolupráci sestry s pedagogy a dětmi s epilepsií. Epilepsie však není jediné onemocnění, které školní děti trápí a vyžaduje zdravotní péči. Může se jednat i o jiná onemocnění, jako je například diabetes mellitus, u kterého by mohla sestra také zastávat své role.

Sestra by mohla v rámci uspořádání teoreticko-praktických seminářů edukovat pedagogy o první pomoci, prevenci, vyvolávajících faktorech, které způsobují epileptický záchvat a o dodržování režimových opatření, jež jsou při tomto onemocnění velmi důležitá. Zároveň by se sestra mohla stát pomocníkem pedagoga v nácviku podávání léků. Fungovala by jako zprostředkovatel mezi obvodním lékařem a danou základní školou, kde by předávala informace o režimových opatřeních dítěte.

Pro pedagoga může být přítomnost dítěte se zdravotním znevýhodněním ve třídě velice náročná, zvláště pokud nemá dostatečné informace o onemocnění dítěte. Spolupráce sestry s pedagogem by dítěti mohla pomoci. Sestra by byla pro pedagoga důvěrníci, resp. nejen pro něj, ale i pro dítě s epilepsií a jeho rodinu. Příručka, která byla

k bakalářské práci vytvořena, se v rámci využití v praxi nabídne základním školám jako edukační materiál, který by pedagogům poskytl potřebnou jistotu při vzdělávání dítěte s epilepsií.

7 Seznam použitých zdrojů

DESITIN ARZNEIMITTEL GMBH. *Státní ústav pro kontrolu léčiv: Databáze léků-doprovodné texty* [online]. Německo, 2010 [cit. 2014-05-29]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?kod=0069418>

DEVINSKY, O. *Epilepsy: Patient and Family guide*. New York: Demos Medical Pub., 2008. Dostupné [online] z: <http://books.google.cz/books?id=YkZyDRl4mnUC&printsec=frontcover&hl=cs#v=onepage&q&f=false>

DRBALOVÁ, L. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie: Klinická neurofyzologie příprava dítěte k vyšetření*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. ISBN 978-80-7013-479-5.

FARKAŠOVÁ, D., ZÁVODNÁ, V. *Ošetrovatelstvo teória: Učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta, 2005, s. 186-188. ISBN 80-8063-182-4.

FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-427-5.

HRIVNÁKOVÁ, Darina a Lýdia HRIVNÁKOVÁ. *Ošetrovatel'ské techniky, metodika sesterských činností: Učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta, 2006, s. 363-365. ISBN 80-8063-202-2.

JANÁSOVÁ, P. *Epilepsie u dětí. Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, a.s., 2008, roč. 18, č. 12, s. 30-31. ISSN 12-10-0404.

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing.a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatel'ské praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

KELNAROVÁ, Jarmila et al. *První pomoc 1: Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2182-8.

KOLLÁROVÁ, E. *Základy inkluzivní pedagogiky: Dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, s.r.o., 2010, s. 247-248. ISBN 978-80-7367-679-7.

KOMÁREK, Vladimír. Věkově vázané epileptické syndromy u dětí. *Pediatric pro praxi* [online]. 2014, č. 5 [cit. 2014-07-23]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2004/05/04.pdf>

KOMÁREK, V., ZUMROVÁ, A. et al. *Dětská neurologie: Vybrané kapitoly*. 2. vydání. Praha: Galén, 2000, 2008. ISBN 978-80-7262-492-8.

KUBA, Robert. Antiepileptika a jejich klinické použití v epileptologii. *Praktické lékařství* [online]. 2010, roč. 6, č. 2, s. 62-66 [cit. 2014-08-05]. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2010/02/02.pdf>

LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 8024606687.

MAGUROVÁ, Dagmar a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-326-4.

MAJOROVIČOVÁ, L. Úloha sestry při vyšetřovacích metodách v neurofyziologii. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Mladá fronta a.s., 2012, roč. 22, č. 2, s. 33-35. ISSN 12-10-0404. Dostupné [online] z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/uloha-sestry-pri-vysetrovacich-metodach-v-neurofyziologii->

MENKES, John H. a Franklin G. MOSER. *Dětská neurologie 1*. 7. vyd. Praha: Triton, 2011, s. 3-4. ISBN 978-80-7387-341-7.

MIKŠOVÁ, Z., M. FROŇKOVÁ, R. HERNOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly ošetrovatelské péče 1*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1442-6.

MLČOCH, Z. *Co vyvolává epileptické záchvaty, faktory vzniku záchvatu, práh.* [online]. 2008 [cit. 2014-05-29]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/co-vyvolava-epilepticke-zachvaty-faktory-vzniku-zachvatu-prah>

MLČOCH, Z. *Příčina vzniku epilepsie a její dělení.* MUDr. Zbyněk Mlčoch [online]. 2008 [cit. 2014-05-10]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/pricina-vzniku-epilepsie-a-jeji-deleni>

MORÁŇ, M. *Praktická epileptologie.* 2. vydání. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-807-3870-232.

MUNTAU, A., C. *Pediatric.* Praha: Grada Publishing a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2525-3.

NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1150-8.

NEŠPOR, Evžen. *Postgraduální medicína. Zdraví E 15: Neepileptické záchvaty psychogenní* [online]. 2011 [cit. 2014-06-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/neepilepticke-zachvaty-psychogenni-461282>

OŠLEJŠKOVÁ, H., MAKOVSKÁ, Z. *Naše dítě má epilepsii: Informace pro rodiče.* Brno: Adela, 2009. ISBN 978-80-87094-05-1.

OŠLEJŠKOVÁ, H. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. ISBN 978-80-7013-479-5.

PAHOLÍKOVÁ, Z. *Úloha školní sestry v systému péče o zdraví dětí. Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky.* Praha: Mladá fronta a.s., 2009, roč. 19, č. 12, s. 18. 12-10-0404. Dostupné [online]

z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/uloha-skolni-sestry-v-systemu-pece-o-zdravi-deti-448612>

PETRŽELA, M. *První pomoc pro každého*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2246-7.

PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetrovatelství 1*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.

ŘEZNÍČKOVÁ, A., SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 167. ISBN 978-80-247-1613-8.

SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.

SEIDL, Z. *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.

SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0623-7.

SIKOROVÁ, L. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3592-4.

SKOKŇOVÁ, A. *Komunitné ošetrovatelstvo: Učebnice pre fakulty ošetrovatel'stva*. 2. nezmenené vydanie, 2006. Martine: Osveta, 2006, s. 196-199. ISBN 80-8063213-8.

SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství v pediatrii*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. ISBN 978-802-4732-862.

SPOLEČNOST „E“ / CZECH EPILEPSY ASSOCIATION, o. s. *Tisková zpráva k Národnímu dni epilepsie 2007*. Dostupné [online]. 2007 z: <http://www.spolecnost-e.cz/tiskoviny/tiskove-zpravy/>

STELZER, J., CHYTILOVÁ, L. *První pomoc pro každého: rychlá a správná resuscitace, případy ohrožení zdraví či lidského života, praktický manuál s instrukcemi*. Praha: Grada Publishing,a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2144-6.

ŠTAJER, L. *Podání léku pedagogickým pracovníkem. Zdravotnictví medicína: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*. Praha: Mladá fronta a.s., 2014, č. 4, s. 40. 1805-2355. Dostupné [online] z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/podani-leku-pedagogickym-pracovnikem->

TANNENBERGEROVÁ, Monika a Katarína KRAHULOVÁ. Nejlepší škola je inkluzivní. In: <http://www.ferovaskola.cz/aktuality/a-co-je-to-vlastne-ta-inkluzie-290.html> [online]. 10.2.2011. Brno: Ekografika.cz, 2011 [cit. 2014-07-23]. Dostupné z:http://www.ferovaskola.cz/data/downloads/LLP_brozura_inkluzivni_seznamte-se.pdf

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Vyd. 2., doplněné a přepracované. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-2462-1531.

VALIŠOVÁ, A. a H. KASÍKOVÁ. *Pedagogika pro učitele*. 2.,rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3357-9.

VÍTEK, J., VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Vyd. 2., rozšířené a přepracované. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

WORKMAN, B., A., BENNETT, C., L. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1714-X.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce.[online]. In: Sbírka zákonů. Částka 84, s. 3146-3241, [cit. 2014-06-23]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=12>

Zákon č. 561/2004 Sb., O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). [online]. In: Sbírka zákonů. Částka 190, s. 10262-10324, [cit. 2014-06-23]. Dostupné z:<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2004&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=5>

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.[online]. In: Sbírka zákonů. Částka 190, s.10333-10344, [cit. 2014-06-23]. Dostupné z:<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2004&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=5>

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění. [online]. In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 11, s. 354-464, [cit 2014-06-23]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2009&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=15>

ŽIVNÝ, Boris. Co dělat při epileptickém záchvatu. *DOBROMYSL.CZ* [online]. 2012 [cit. 2014-08-05]. Dostupné z:<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=487>

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Graf

Příloha 3 Příručka pro pedagogické pracovníky

Příloha 1 Dotazník

Dotazník k bakalářské práci na téma „Znalosti pedagogických pracovníků o poskytování první pomoci u epilepticky nemocných dětí“

Vážená paní/Vážený pane,

jmenuji se Tereza Čermáková, jsem studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Studuji obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku k mé bakalářské práci. Informace získané vyplněným dotazníkem použiji k výzkumné části bakalářské práce. Dotazník obsahuje 22 otázek. Zakroužkujte pouze jednu odpověď v případě, že nebude uvedeno jinak.

Děkuji Vám za Vaši ochotu, spolupráci a čas.

1) Jste?

- A) Muž
- B) Žena

2) Délka pedagogické praxe?

.....

3) Co si představujete pod pojmem epilepsie?

Charakterizujte svými slovy.....

4) Víte, jak se může projevovat epileptický záchvat?

(U této otázky můžete zaškrtnout více možností)

- A) Svalovými záškuby
- B) Krvácením z nosu
- C) Strnulým zhlédáním
- D) Bolestí hlavy
- E) Nevím

5) Víte o dítěti, které navštěvuje Vaši školu a má epilepsii?

(Pokud odpovíte ano, odpovězte na otázku č. 6. Pokud ne nebo nevím, pokračujte otázkou č. 7)

- A) Ano
B) Ne
C) Nevím určitě

6) Kdo Vám poskytl informace o zdravotním stavu dítěte?

(U této otázky můžete zakroužkovat více možností)

- A) Rodič (zákonný zástupce)
B) Ředitel školy
C) Výchovný poradce
D) Jiné.....

7) Od koho si myslíte, že byste měl/a získat informace o epilepticky nemocném dítěti?

(U této otázky můžete zakroužkovat více možností)

- A) Rodič (zákonný zástupce)
B) Ředitel školy
C) Výchovný poradce
D) Sestra
E) Jiné.....

8) Setkal/a jste ve své třídě s žákem, který trpěl onemocněním epilepsie?

- A) Ano setkal/a 1 krát za svou praxi
B) Ano setkal/a 2 krát za svou praxi
C) Ano setkal/a více jak 2 krát za svou praxi
D) Ne nesetkal/a

9) Viděl/a jste někdy dítě, u kterého probíhal epileptický záchvat?

- A) Ano-viděl/a
B) Spíše ano-myslím si, že se jednalo o epileptický záchvat
C) Spíše ne- nevím, zda se jednalo o epileptický záchvat
D) Ne- neviděl/a

10) Pokud by ve Vaší třídě mělo dítě, o kterém víte, že trpí epilepsií epileptický záchvat, volal/a byste záchrannou službu?

- A) Ano vždy
B) Ano v případě, že by epileptický záchvat probíhal netypicky
C) Spíše ne
D) Ne nevolal/a v případě, že během záchvatu se neobjevily žádné netypické projevy

11) Víte, co může vyvolat epileptický záchvat u dítěte?
(U této otázky můžete zakroužkovat více možností)

- | | |
|--------------|---------------------|
| A) Ospalost | E) Blikající světlo |
| B) Kašel | F) Zvracení |
| C) Sladkosti | G) Nevím |
| D) Stres | |

12) Víte, jaká je první pomoc při epileptickém záchvatu u dítěte?
(U této otázky můžete zakroužkovat více možností)

- | | |
|---|---|
| A) Odstranit veškeré předměty, o které by se mohlo dítě poranit | G) Podat lék k uvolnění svalového napětí a křečí do konečníku |
| C) Nechat záchvat volně proběhnout | H) Nepodkládat dítěti hlavu |
| D) Nevkládat dítěti nic do úst | CH) Pokud je to možné, podložit dítěti hlavu něčím měkkým |
| E) Vložit dítěti nějaký předmět do úst, aby nedošlo k pokousání | I) Nevím |
| F) Nepodávat žádné léky | |

13) Víte, co se nesmí dělat při probíhajícím epileptickém záchvatu?
(U této otázky můžete zakroužkovat více možností)

- | | |
|--|--|
| A) Zabraňovat křečím | D) Vložit předmět do úst, aby nedošlo k pokousání jazyka |
| B) Podávat tekutiny | E) Nevím |
| C) Podat lék k uvolnění svalů a křečí do konečníku | |

14) Víte, jaký z těchto léků se podává v rámci první pomoci při epileptickém záchvatu u dítěte?

- | | |
|-------------|------------|
| A) Diazepam | C) Heparin |
| B) Ibalgin | D) Nevím |

15) Víte, jakým způsobem se lék podává při epileptickém záchvatu u dítěte?

- | | |
|----------------------------|-------------------|
| A) Pomocí spreje pod jazyk | C) Ústy (tablety) |
| B) Do konečníku | D) Nevím |

16) Už jste někdy poskytoval/a první pomoc u dítěte s epileptickým záchvatem?

- A) Ano poskytoval/a
B) Ano, pomáhal/a jsem poskytovat první pomoc
C) Ne neposkytoval/a

**17) Zúčastnil/a jste se někdy kurzu či školení první pomoci?
(Pokud ano vyplňte otázku č. 18 a č. 19 pokud ne, pokračujte otázkou č. 20)**

- A) Ano zúčastnil/a
B) Ne nezúčastnil/a

18) Kdy naposledy jste se zúčastnil/a kurzu první pomoci?

- A) Minulý rok
B) Před dvěma lety
C) Je to více jak 3 roky

19) Zajistila Vám kurz první pomoci škola, ve které pracujete?

- A) Ano zajistila
B) Ne nezajistila

**20) Měla byste zájem se v rámci své pedagogické praxe zdokonalit v první pomoci při epileptickém záchvatu u dětí?
(U odpovědi ano a spíše ano uveďte důvod)**

- A) Ano
.....
.....
B) Spíše ano
.....
C) Ne
D) Spíše ne
E) Nevím

21) Myslíte si, že by se ve škole uplatnila sestra?

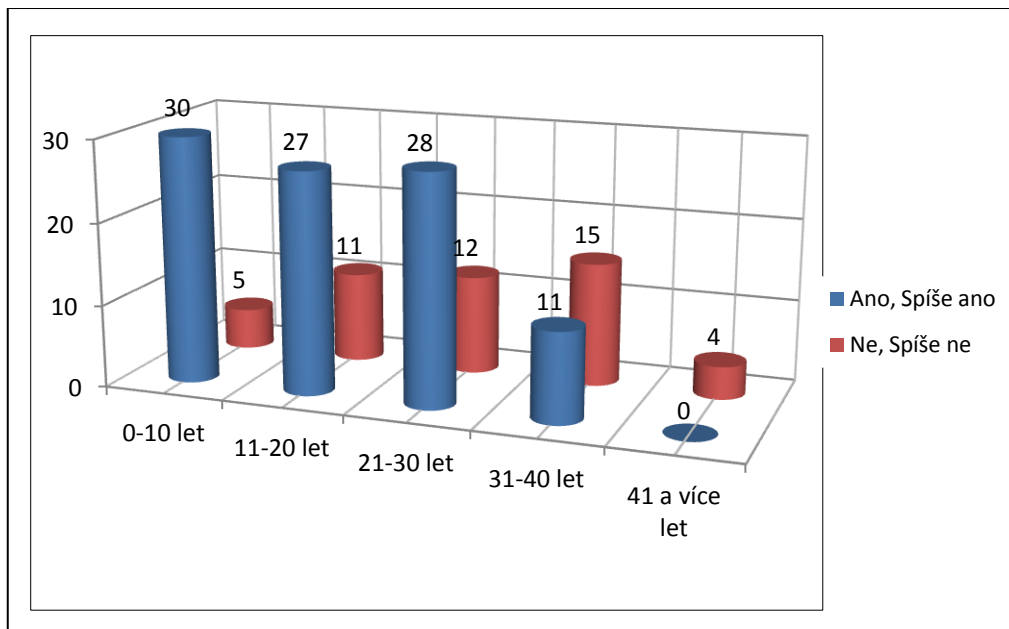
- A) Ano
B) Spíše ano
C) Ne
D) Spíše ne
E) Nevím

22) Myslíte si, že dítě s epilepsií vyžaduje speciální péči a přístup ve škole, a proto by mělo být zařazeno na speciální školu?

- A) Ano
B) Spíše ano
C) Ne
D) Spíše ne
E) Nevím

Příloha 2 Graf

Graf: Vliv délky pedagogické praxe v závislosti na zájmu vzdělávat se v první pomoci



Příloha 3 Příručka pro pedagogické pracovníky



Epilepsie

**První pomoc při epileptickém záchvatu u dětí ve školním
zařízení**



Příručka pro pedagogické pracovníky

Tereza Čermáková

Epilepsie

- „Epilepsie je chronické onemocnění mozku charakterizované opakovanými a náhle vzniklými záchvaty různého klinického obrazu a abnormními výboji mozkových neuronů (Slezáková, 2010, 254).“
- Při záchvatu dochází k jednotvárným poruchám vědomí. K poruchám chování, motorických, senzitivních a smyslových funkcí.
- Epilepsie postihuje v populaci 5 % dětí a 1% dospělých. Proto, aby vznikl epileptický záchvat, musí mít dítě přítomnost různě rozsáhlých místně ohraničené populace „epileptických neuronů“ v mozku neboli epileptické ohnisko.
- První záchvat se objevuje do 20. roku věku, který tvoří 75% epileptiků.

Příčiny

- Úraz hlavy, který nemusí vždy vést k rozvoji epilepsie
- Infekce mozku
- Nádor mozku
- Krvácení v mozku
- Dlouhého bezvědomí při úrazu
- Při porodu
- Infekce mozku (meningitida, encefalitida)
- Nádory mozku benigní (nezhoubné) i maligní (zhoubné)
- Špatné vyvíjení mozku před narozením dítěte
- Porucha mozkové funkce
- Neznámá příčina

Faktory provokující epileptický záchvat

- Ospalost
- Spánková deprivace
- Emoční stres

- Hněv
- Frustrace
- Zdroje přerušovaného světla
- Konzumace alkoholu
- Užívání drog
- Inhalace těkavých látek
- Extáze
- Vynechání léku (antiepileptika)
- Hormonální změny

Epileptické záchvaty

- „Epileptický záchvat: náhle vzniklá, časově ohraničená, kompletní nebo parciální dysfunkce mozku s poruchou vědomí, abnormální motorickou aktivitou, nápadným chováním s nebo bez poruchy senzitivního či autonomního nervového systému (Muntau, 2009, s. 497).“

Projevy záchvatů

- **Grand mal** (velký epileptický záchvat)
- **Petit mal** (malý epileptický záchvat)

Grand mal má tři fáze

- **1. fáze**
 - Nejprve začne náhlou poruchou vědomí, po té nastane pád na zem společně s velmi nepřirozeným výkřikem, který vzniká z důvodu křečovitého stahu svalů hrudníku a vypuzením vzduchu z plic.
 - Nejprve se projevují tonické křeče příčně pruhozaného svalstva celého těla.
 - Dítě má hlavu společně s očními bulvy ke straně.

- Ruce má dítě v loktech v semiflexi (částečně ohnuté).
- Nohy má v extenzi (natažené).
- Zornice rozšířené-nereagují na světlo.
- Cyanóza
 - Celá tato fáze trvá 30-60 sekund.

- **2. fáze**
 - Generalizované klonické křeče v podobě opakovaných, prudkých a krátkých záškubů svalstva celého těla (oboustranné a synchronní).
 - Dítě bije hlavou, horními i dolními končetinami o zem.
 - Dýchání je chrčivé.
 - Jde mu pěna z úst, která je zbarvená krví z důvodu pokousání jazyka.
Tento stav trvá 1-2 minuty může i déle, kdy tendence je ke snižování intenzity, křeče končí dlouhým výdechem.
 - U dítěte může dojít k pomočení, k pokálení.
 - V průběhu záchvatu se postupně snižuje intenzita svalových záškubů současně i s frekvencí, až úplně ustávají.

- **3. Fáze**
 - Klidné koma, hluboké bezvědomí, ochablost svalstva, pot, zornice jsou stále rozšířené, nereagují.
 - Dítě nereaguje na bolestivé podněty.
 - Přichází postparoxymální stadium – kdy u dítěte nastává postupný návrat vědomí, začíná reagovat jak na bolestivé tak i na slovní podněty.
 - Dítě je avšak zmatené, dezorientované, pomalé, neobratné jak v pohybech, tak i v myšlení. Dělá i neúčelné pohyby jako je vyprazdňování kapes.
 - U dítěte se může projevit i agresivita. Na záchvat si dítě nepamatuje.
 - Celý záchvat trvá různě dlouho od 5 do 15 minut.

Petit mal

○ **Absence petit mal**

- Náhlá, krátká porucha vědomí, která trvá několik sekund. Tento typ záchvatu je bez křečí, bez pádu.
- Dítě se zadívá, přestane psát, mluvit-jakoukoliv činnost, kterou zrovna právě dělal.
- U dítěte se projevují záškuby nejčastěji motorické-víček končetin.
- Po nabytí vědomí pokračuje normálně v činnosti.
- Takových to záchvatů můžou být denně i stovky.

○ **Myoklonický petit mal**

-U dítěte se vyskytují prudší záškuby nejvíce extenzorů horních končetin, většinou oboustranně, dítě odhodí předmět, který měl právě v ruce.

-Vědomí je neporušené.

-Výjimečně jsou postiženy dolní končetiny s pádem na kolena či k zemi.

○ **Akinetický petit mal**

Náhlá ztráta posturálního tonusu-dítě padá na zem, trvá pouze 1 sekundu, vědomí je neporušené (vyskytuje se spíše u dospělých).

Status epilepticus

- Status epilepticus je závažný stav. „Jeden epileptický záchvat navazuje na druhý, aniž by došlo k návratu vědomí po dobu minimálně 30 minut (Slezáková, 2010, s. 258).“
- V případě, když jsou u dítěte přítomny tonicko-klonické křeče, je jeho stav vážně ohrožen. Vyžaduje to ihned zavolání zdravotnické záchranné služby.

Vyšetřovací metody

○ Anamnéza

▪ Informace, které zjišťují v nemocničním zařízení při diagnostice epilepsie

- Těhotenství (matky dítěte)
- Infekční onemocnění (matky při těhotenství)
- Zda byl porod v termínu, jak probíhal
- Jestli byl porod spontánní, klešťový
- Zda jsou nějaké údaje o křížení
- Infekčnímu onemocnění u dítěte
- Úrazy (úrazy hlavy) spojené s bezvědomím
- Febrilní křeče
- Co záchvat předcházelo (spánková deprivace či abusus alkoholu)

Možnosti léčby

- **Léky** – antiepileptika
- **Chirurgická léčba** - Při chirurgické léčbě dojde k resekci funkčně změněného, izolovaného epileptického ložiska. Další možností je přerušení drah šíření výbojů.
- **Ketogenní dieta** – tento způsob léčby je velmi náročný na spolupráci rodiny. Ketogenní dieta udržuje organismus v ketóze. Tím se vyvolá metabolická situace podobná hladovění. Dosáhneme toho změnou poměru přijímaných tuků, proteinů a cukrů. Výsledkem je v polovině případů redukce záchvatů o polovinu. Úplně bez záchvatů je 20 - 30 % pacientů. Mechanismus účinku diety však není zcela jasně a přesně znám. Skončení dodržování ketogenní diety, v případě kladného efektu, lze po několika letech.

Režimová opatření

- Pravidelný rytmus spánku a bdění s redukcí povrchního spánku usínání a probouzení.
- Děti by se měly omezovat v činnostech s výrazným zadýcháním.
- Důležité je, aby pravidelně dodržovaly užívání léků
- Mají zákaz alkoholu (i likérových bonbonů, rumové pralinky, koňakové špičky).
- Strava by měla být pestrá podle zásad zdravé výživy.
- Dítě by se mělo vyvarovat se prudkému slunci, nebýt ve velkém teple.
- Mělo by se vyvarovat výškám.
- Přerušovanému světlu, světelným efektům a stresu.

První pomoc

- Některé dítě může tušit, že bude mít záchvat. Je to jeden z prvních příznaků, který záchvat předchází a je to tzv. aura.
- Aura je předzvěstem epileptického záchvatu, napovídá na místo v mozku, kde epileptický záchvat nastává.

Druhy Aur

- **Aura senzorická**, do které řadíme zrakovou, sluchovou, čichovou a chuťovou. Při zrakové auře dítě může vidět blesky, plameny, osoby. U sluchové aury slyší pískání, zvonění, zpěv. Cítění zápachu spálené gummy je projevem aury čichové. Chuťová aura se projevuje nepříjemnou chutí na jazyku.
- **Senzitivní aura** se může projevovat parestézií v jednotlivých částech těla. Pocit tlaku, tepla, pálení v epigastriu či bušení srdce jsou projevy aury útrobní.
- **Aura psychická**, dítě může mít pocit strachu, úzkosti.
- V případě, že dítě stihne sdělit projevy aury před vypuknutím záchvatu, položte ho na podlahu, tím zabráníte poranění při pádu.

- Dalším krokem první pomoci při epileptickém záchvatu se snažte zabránit, aby se dítě neporanilo.
- Z okolí dítěte co nejrychleji odstraňte veškeré předměty, které by mu mohly ublížit. Dítě se nesnažte nijak znehybnit, záchvatu nechte volný průběh. Výhradně mu nic nestrkejte do úst. Tekutiny při záchvatu ani po něm zásadně nepodávejte.
- Dítěti povolte oděv, který by mohl být příliš těsný. Hlavu dítěte, se snažte, co nejvíce bránit před úrazem.
- Podložte dítěti hlavu polštářem nebo něčím, co máte při ruce.
- Při záchvatu dítě nenechávejte nikdy o samotě.
- Snažte se sledovat průběh celého záchvatu.
- Po proběhnutém záchvatu uložte dítě na bok, aby nehrozilo zapadnutí jazyka.
 - V případě, že záchvat do 2 minut neskončí nebo po 2 minutách neodezní, aplikuje se diazepam - rektální tuba dle doporučení lékaře, který tento lék předepíše.
- Diazepam rectal tube je rektální roztok. Aplikuje se zejména tehdy, když má dítě status epilepticus a taktéž při zvýšené svalové hypertonii. Diazepam rectal tube se aplikuje dětem starším 6 měsíců. Dávkování je podle věku a hmotnosti dítěte. Ale hlavní zásadou podávání léku, je podání co nejnižší dávky, pokud je to možné. To je 5 mg až 10 mg diazepamu rektálně.
- Účinek diazepamu se projeví po 11 až 23 minutách po jeho aplikaci. Aplikaci v případě potřeby lze po 2-4 hodinách opakovat.
- Maximální denní dávka je 20 mg při status epilepticus. V případě zvýšené svalové hypertonie se u dětí doporučuje aplikovat 5 mg až 10 mg za den, rozdělených do 2 jednotlivých dávek.

Podání léku per rektum (do konečníku)

- Podání je pro dítě bezbolestné.
- Lék začne působit asi do 15 minut.

- Kontraindikací (kdy se lék nesmí podávat) je průjem a děti po výkonu v oblasti sigmoidea, rekta a anu.
- V postupu podání léků per rektum je důležité zkontrolovat si předpis léku, jeho ordinaci, čas podání a množství. Nemělo by se zapomínat na řádné zajištění intimity dítěte.
- V případě, že to lze, pomůže se dítěti zaujmout polohu na boku s dolními pokrčenými končetinami.
- V rámci hygieny mezi hlavní pomůcky patří rukavice.
- Rukou, ve které se nedrží lék, se roztáhnou sedací svaly a poté se lék aplikuje do 5 cm hloubky. Sedací svaly se sevrou na několik sekund k sobě. Po aplikaci léků je třeba sledovat jeho účinky a reakce dítěte. Vše by se mělo řádně zaznamenat - čas podání, název léku, jeho účinky a reakce dítěte.

Důležité informace, které byste měli zaznamenávat během záchvatu

- Kolik záchvatů proběhlo
- Kdy byl poslední

Co je důležité, abyste u dítěte věděli?

- U většiny epileptických záchvatů není třeba zásah lékaře. Proto je velmi důležité, abyste se seznámili s typem záchvatů, kterým dítě trpí. Měli byste znát obvyklý průběh záchvatů, jeho délku a také to, jak se dítě po záchvatu zotavuje. Je také nutné, abyste dokázali rozpoznat případné změny epileptického záchvatu.

Lékařská pomoc se volá?

- V případě prvního záchvatu.
- Trvá-li epileptický záchvat déle než 10 minut, opakují-li se záchvaty.
- Při přítomnosti poruchy vědomí nebo křečí probíhajících několikrát po sobě.
- Při poranění dítěte.
- V tomto případě se i zavolají rodiče dítěte.

Seznam použitých zdrojů

- DESITIN ARZNEIMITTEL GMBH. *Státní ústav pro kontrolu léčiv: Databáze léků-doprovodné texty* [online]. Německo, 2010 [cit. 2014-05-29]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?kod=0069418>
- HRIVNÁKOVÁ, Darina a Lýdia HRIVNÁKOVÁ. *Ošetrovatel'ské techniky, metodika sesternských činností: Učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta, 2006, s. 363-365. ISBN 80-8063-202-2.
- JANÁSOVÁ, P. *Epilepsie u dětí. Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, a.s., 2008, roč. 18, č. 12, s. 30-31. ISSN 12-10-0404.
- KELNAROVÁ, J. *První pomoc 1: Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2182-8.
- KUBA, Robert. Antiepileptika a jejich klinické použití v epileptologii. *Praktické lékařství* [online]. 2010, roč. 6, č. 2, s. 62-66 [cit. 2014-08-05]. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2010/02/02.pdf>
- LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatel'ství*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 8024606687.
- MENKES, John H. a Franklin G. MOSER. *Dětská neurologie 1*. 7. vyd. Praha: Triton, 2011, s. 3-4. ISBN 978-80-7387-341-7.
- Městská knihovna v Praze: Den dětí na Barrandově. In: [online]. [cit. 2014-08-06]. Dostupné z: <http://www.mlp.cz/cz/akce/e4219-den-deti-na-barrandove/>
- MLČOCH, Z. *Co vyvolává epileptické záchvaty, faktory vzniku záchvatu, práh*. [online]. 2008 [cit. 2014-05-29]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/co-vyvolava-epilepticke-zachvaty-faktory-vzniku-zachvatu-prah>

- MLČOCH, Z. *Příčina vzniku epilepsie a její dělení*. MUDr. Zbyněk Mlčoch [online]. 2008 [cit. 2014-05-10]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/pricina-vzniku-epilepsie-a-jeji-deleni>
- MUNTAU, A., C. *Pediatric*. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2525-3.
- OŠLEJŠKOVÁ, H., MAKOVSKÁ, Z. *Naše dítě má epilepsii: Informace pro rodiče*. Brno: Adela, 2009. ISBN 978-80-87094-05-1.
- OŠLEJŠKOVÁ, H. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. ISBN 978-80-7013-479-5.
- PETRŽELA, M. *První pomoc pro každého*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2246-7.
- SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.
- SEIDL, Z. *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.
- SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0623-7.
- SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetřovatelství v pediatrii*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. ISBN 978-802-4732-862.
- ŽIVNÝ, Boris. Co dělat při epileptickém záchvatu. *DOBROMYSL.CZ* [online]. 2012 [cit. 2014-08-05]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=487>