

MASARYKOVA UNIVERZITA

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

**Vliv epilepsie na vzdělávání žáků se souběžným
postižením více vadami**

Diplomová práce

Brno 2013

Vedoucí práce:

PhDr. Mgr. Ilona Fialová, Ph.D.

Vypracovala:

Bc. Kamila Žoudlíková

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí diplomové práce PhDr. Mgr. Iloně Fialové, Ph.D. za odborné vedení a rady při realizaci práce, za její ochotu a trpělivost. Také děkuji učitelům a rodičům žáků za poskytnuté informace.

Obsah

Úvod	4
1 Charakteristika epilepsie	5
1.1 Definice a základní charakteristika epilepsie	5
1.2 Etiologie a diagnostika epilepsie	7
1.3 Klasifikace epileptických záchvatů	11
1.4 Léčba a terapie epilepsie	15
2 Souběžné postižení více vadami a jiná onemocnění.....	18
2.1 Charakteristika souběžného postižení více vadami	18
2.2 Mentální retardace	19
2.3 Mozková obrna.....	23
2.4 Vybraná onemocnění	27
3 Vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami	30
3.1 Legislativa umožňující vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami	30
3.2 Rámcové vzdělávací programy	32
3.3 Systém vzdělávání	34
3.4 Specifika vzdělávání žáků s epilepsií	37
4 Analýza vlivu epilepsie na proces vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami	42
4.1 Hlavní cíl výzkumu, výzkumné otázky, metodologie	42
4.2 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného vzorku	43
4.3 Interpretace výzkumného šetření.....	44
4.4 Závěry výzkumného šetření	83
Závěr	88
Shrnutí.....	89
Summary	89
Seznam použité literatury	90
Seznam příloh	94

Úvod

Téma diplomové práce je vliv epilepsie na vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami. Důvodem zvolení tohoto tématu byl zájem zjistit co nejvíce informací o vlivu epilepsie na vzdělávání těchto žáků. K tomuto zájmu mě vedlo samotné setkání a práce se žáky se souběžným postižením více vadami na mých praxích. U žáků, se kterými jsem pracovala, se často epilepsie objevovala a znatelné byly jejich potíže ve srovnání se žáky se stejným postižením, ovšem bez epilepsie. Mým zájmem bylo zjistit názory, zkušenosti, pocity rodičů i pedagogů pracujících s těmito žáky tak, abych mohla utvořit ucelený text o této problematice. Zajímavé je toto téma z hlediska přínosu konkrétních informací o tom, do jaké míry proces vzdělávání jedinců s postižením více vadami epilepsie ovlivňuje, jaké specifické potíže mohou nastat, jaká opatření jsou třeba zajistit při vzdělávání jedinců s epilepsií. Tato zpracovaná fakta povedou také k větší připravenosti a informovanosti.

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jaký vliv má epilepsie na proces vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami.

Ke zjištění cíle diplomové práce je použita kvalitativní výzkumná metoda, konkrétně techniky pozorování, analýza osobní a školní dokumentace, analýza odborné literatury, rozhovory s rodiči a učiteli.

Práce je členěna do čtyř kapitol, první tři kapitoly tvoří teoretickou část, kapitola čtvrtá zahrnuje praktickou část diplomové práce.

První kapitola je zaměřena na charakteristiku epilepsie, konkrétně definici, etiologii, diagnostiku, klasifikaci, léčbu a terapii epilepsie. Druhá kapitola podává základní informace o souběžném postižení více vadami, o mentálním postižení, mozkové obrně a dalších vybraných onemocněních. Třetí kapitola vymezuje legislativní opatření umožňující vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami, systém vzdělávání, informace o rámcových vzdělávacích programech. V poslední podkapitole jsou vzhledem k tématu práce uvedena specifika vzdělávání žáků s epilepsií, konkrétně specifika osobnosti žáků s epilepsií a jejich potřeby při vzdělávání. Praktická část zahrnuje hlavní cíl výzkumu, výzkumné otázky, metodologii. Dále obsahuje charakteristiku výzkumného prostředí a výzkumného vzorku. Hlavní část tvoří zpracované kazuistiky žáků se souběžným postižením více vadami se zdůrazněním potíží spojených s epilepsií.

1 Charakteristika epilepsie

1.1 Definice a základní charakteristika epilepsie

Šlapal (2007, s. 43) uvádí, že *„epilepsie patří mezi záchvatová onemocnění mozkového původu, jež se projevují opakovanými záchvaty s velmi rozmanitými klinickými příznaky, které jsou podmíněny excesivními výboji mozkových neuronů.“*

„Epilepsie je chronické postižení mozkové tkáně, které se projevuje opakovanými záchvaty různého charakteru, spojenými se změnou v oblasti prožívání, uvažování a chování, motorickými projevy a často i s poruchami vědomí“ (Vágnerová, M., 2004, s. 134).

„Jde o záchvatové onemocnění různé etiologie, nejedná se tedy o nozologickou jednotku. V současnosti je epilepsie klasifikována pouze jako epileptický syndrom, který může být způsoben u různě vnímavého jedince různými příčinami“ (Hynek, K. In Zvolský, P., 2003b, s. 196).

Hynek (In Zvolský, P. 2003b) také uvádí, že u zdravého člověka dochází k vyrovnanému šíření a brzdění nervových vzruchů, u jedince s epilepsií je schopnost inhibice (brzdění) vzruchů nižší.

Epilepsie je chronické onemocnění mozku, pro stanovení jeho diagnózy jsou důležité opakované neprovokované epileptické záchvaty (nejméně dva) (Ošlejšková, H. 2009).

Epilepsii lze jednoduše definovat jako souhrn onemocnění projevující se opakovanými nervovými záchvaty. Potíže spojené s tímto onemocněním se obvykle projevují jen v období záchvatů. Toto onemocnění může mít různý průběh s rozmanitými příznaky. Mnohdy vzniká v dětství nebo v dospívání, u dívek často v souvislosti s první menstruací (Servít, Z. 1985).

Lesný a Špitz (1989) vysvětlují rozdíl mezi pojmem epileptický záchvat a pojmem epileptická nemoc. Epileptický záchvat je časově omezený stav bezvědomí s rozmanitými projevy, epileptická nemoc zahrnuje již opakující se epileptické záchvaty, které se vyskytují spontánně, s různou frekvencí výskytu a délkou.

Z historického pohledu lze na epilepsii pohlížet jako na nemoc „božskou“, „svatou“, nadpřirozenou. Současně je ovšem také nazývána jako nemoc „ohavná“, z čehož plyne jakýsi odmítavý přístup k takto nemocným lidem. S epilepsií je spjat svatý Valentin, osoba, která je považována za patrona epilepsie. Svatý Valentin měl tedy mít schopnost takto nemocným lidem pomáhat a převzít za ně zodpovědnost. Proto je tato nemoc také nazývána jako „nemoc svatého Valentina“. Ve středověku a renesanci bývá nemoc

vystihována obrazy nemocných lidí ležících u postavy svatého Valentina. To ukazovalo, že za epilepsii byl považován pouze velký záchvat s bezvědomím a pádem. Postavy nemocných jsou malovány až po vrcholu záchvatu a zdůrazněno je chudé odění nemocného a naopak oslňující oděv zachránce, což ukazuje na nemohoucnost nemocných, kterým je třeba pomoci po všech stránkách. Tento fakt je zdůrazněn i nepoměrem velikosti obou postav a barevným rozlišením (Moráň, M. 2007).

V souvislosti s vysvětlením podstaty a charakteristiky onemocnění epilepsie je důležité vymezení následujících pojmů: záchvat, epileptický záchvat, epileptické ohnisko, záchvatová pohotovost mozku, epileptogenní podnět, epileptogeneze.

Záchvat je časově omezený stav, který náhle, prudce vzniká a náhle také končí (Dolanský, J. 2000).

Epileptický záchvat je definován jako „*ataka přechodných klinických příznaků, které jsou projevem abnormální nadměrné neuronální aktivity a zvýšené neuronální synchronizace větší či menší části mozkové tkáně*“ (Ošlejšková, H., 2009, s. 20).

Epileptický záchvat je přechodný stav, trvá většinou vteřiny až minuty a projevuje se změnami vědomí, příznaky motorickými, senzorickými, senzitivními nebo vegetativními (Vítek, J. In Pipeková, J. 2010).

V souvislosti s epileptickým záchvatem je velmi důležité zmínit se o změnách, které mohou nastat před samotným záchvatem. Jedná se o možné období premonitorní a auru. Pokud se vyskytne období premonitorní, mohou před záchvatem nastat například změny v oblasti chování, poruchy spánku, nevysvětlitelné úzkostlivé stavy, kolísání nálad, emocionální labilita, bolesti hlavy, somatické obtíže. Aura u některých záchvatů přichází, u jiných chybí. Aury mohou mít různý charakter – senzitivní (např. svědění, pálení, mravenčení), senzorické (často zrakové a sluchové), viscerální (křeče, bolesti v nadbřišku) a psychické (Dolanský, J. 2000).

V **epileptickém ohnisku** (fokusu) se nachází epileptické neurony. Fokus tak tvoří populaci neuronů s patologickou bioelektrickou aktivitou (Šlapal, R. 2007). Podle Servita (1985) je epileptické ohnisko jakési chorobné místo v mozku, odkud vychází patologická aktivita nervových buněk. Epileptické ohnisko je tedy východiskem záchvatu. Na vzniku epileptického ohniska se může podílet mnoho faktorů. Nejvýraznějšími jsou ale podle něj poranění mozku (mechanické poškození mozku během porodu, úrazy hlavy) a zánět mozku (encefalitis).

Servít (1985, s. 22) udává, že **zvýšená záchvatová pohotovost mozku** je předpokladem pro vznik záchvatu, zvýšenou záchvatovou pohotovost mozku vysvětluje

jako „zvýšenou náchylnost velikých skupin mozkových buněk k rytmické synchronizované činnosti“. I mozkové buňky ve zdravém mozku vykazují určitou rytmickou činnost. Ovšem pokud intenzita této činnosti překročí jistou hranici, vzniká záchvat. V průběhu života člověka se záchvatová pohotovost mozku mění (nejvyšší je v období prvních dvou let života, vysoká je také v období dospívání) (Servít, Z. 1985). Záchvatová pohotovost mozku je dána především geneticky, mohou ji ale ovlivňovat další faktory jako je věk, povrchní spánek, horečka, u žen menstruace či gravidita (Šlapal, R. 2007).

Ve většině z případů vzniká epileptický záchvat spontánně. Záchvaty jsou tedy zapříčiněny samotným epileptickým ohniskem a záchvatovou pohotovostí, nebo jen vlivem vysoké záchvatové pohotovosti mozku. Mohou ale nastat situace, kdy na vznik záchvatu mají vliv určité podněty – **epileptogenní podněty**. Do těch se zařazují nejčastěji silné podněty zrakové a sluchové (Servít, Z. 1985). Mezi další faktory, které mohou mít souvislost se vznikem epileptického záchvatu, patří fotostimulace, hyperventilace, některé léky, toxické látky např. alkohol. Je-li určitý podnět pravidelným spouštěčem záchvatu, jedná se o tzv. reflexní epilepsii (Šlapal, R. 2007).

Epileptické záchvaty, které se pravidelně opakují, mohou zapříčinit další funkční a strukturální změny mozku, rozvíjí se tak epileptický proces – **progresivní epileptogeneze** (Šlapal, R. 2007).

1.2 Etiologie a diagnostika epilepsie

Etiologie

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

Symptomatické neboli sekundární epilepsie jsou podmíněny mozkovým ložiskovým nebo difúzním poškozením neurovývojovým, traumatickým, nádorovým, cévním, metabolickým, degenerativním nebo toxickým (Šlapal, R. 2007). Blíže symptomatické epilepsie popisuje Hynek (In Zvolský, P. 2003b), jako příčina může být například mozkový absces, zánět mozku, arterioskleróza, cévní poruchy, hemorhagie, komoce či kontuze. Vítek (In Vítková, M. 2006) uvádí tři skupiny příčin vedoucích ke vzniku symptomatické epilepsie:

Akutní noxy místní nebo systémové – například po úrazech hlavy, vysoké horečce, ischemii, neuroinfekcích, hypoglykemii i hyperglykemii, intoxikacích, abstinčním syndromu atd.

Stacionární chronické léze mozku – například vrozené vývojové vady mozku, některé benigní tumory, stavy po perinatálním poškození mozku, kraniocerebrálních traumatech, cévních mozkových příhodách, neuroinfekcích.

Progresivní encefalopatie – například metabolické a neurodegenerativní onemocnění.

Idiopatické epilepsie nemají jasně příčinu zjištěnou ani předpokládanou, patří do skupiny méně závažných (Šlapal, R. 2007). Většinou vznikají na genetickém podkladě a výskyt je v dětském věku a adolescenci (Vítek, J. In Vítková, M. 2006).

Kryptogenní epilepsie mají příčinu pouze předpokládanou, ne zjištěnou (Šlapal, R. 2007). Dolanský (2000) rozděluje epilepsie dle etiologie pouze na symptomatické a idiopatické. Termín kryptogenní podle něj vzbuzuje určité spekulace a v současné době je již vždy možno říct, zda je příčina známá či neznámá.

Vznik onemocnění epilepsie mohou způsobovat genetické (endogenní) a negenetické (exogenní) faktory.

Mnohé uplatňované poznatky související se vznikem epilepsie vychází právě z **genetiky**. Jak je již zmíněno, takzvané idiopatické epilepsie jsou většinou zapříčiněny genetickými faktory (Moráň, M. 2007). Vítek (In Pipeková, J. 2010) zařazuje do genetických faktorů například geneticky podmíněné vrozené vývojové vady, chromozomální aberace, vrozené metabolické poruchy, poruchy transmiterů, dysfunkce iontových kanálů, imunitní poruchy apod.

Negenetické faktory ovlivňující vznik epilepsie mohou působit v období prenatalním, perinatálním a postnatálním.

V období prenatalním mohou infekce nebo toxické látky určitým způsobem negativně ovlivnit vývoj mozku. Následkem jejich působení jsou strukturální nebo funkční změny mozku, které mohou být podkladem pro vznik epilepsie.

Nejvýznamnějším rizikem v perinatálním období je porodní hypoxie. S menší četností epilepsie může vznikat po mozkovém krvácení, mechanickém poškození nebo vlivem infekce.

Nejčastější příčinou v postnatálním období jsou cévní postižení mozku, ať už ischemické cévní mozkové příhody, kdy se záchvaty vyskytují obvykle do 1 roku, nebo cévní malformace. Dalším rizikovým faktorem jsou nádorová onemocnění, kde spouštěčem epilepsie může být samotný nádor, jizva po nádoru nebo mozková tkáň, která je následkem chemoterapií změněná. U poranění mozku samozřejmě záleží na charakteru a rozsahu zranění. Další skupinou možných rizik jsou toxicko-metabolická postižení mozku. Například s požíváním alkoholu souvisí snížená hladina etylalkoholu,

což působí na membrány neuronu. Hypoglykemie nebo hyperglykemie je nejčastější metabolickou potíží, která může mít spojitost se vznikem epilepsie (Moráň, M. 2007).

Diagnostika epilepsie

„U každého pacienta, který prodělal první epileptický záchvat, se provádí podrobný anamnestický rozbor potíží, interní a neurologické vyšetření. Nezbytným vyšetřením je vyšetření elektroencefalografické EEG a zobrazovací vyšetření lépe MR než CT mozku“ (Vítek, J., Vítková, M., 2010, s. 71).

Anamnéza jedince přináší spoustu důležitých informací, které napomohou při vysvětlení jeho stavu a k určení následného léčebného postupu. Osobní anamnéza je podstatná zejména pro zjištění možných prenatálních, perinatálních a postnatálních příčin vzniku epilepsie. Osoba vykonávající diagnostiku se v rámci osobní anamnézy v souvislosti se záchvatem zaměřuje na to, zda byly při záchvatu přítomny poruchy vědomí, křeče, automatické pohyby, dále na úroveň komunikace a další projevy při záchvatu. Zjišťuje také, co se událo před samotným záchvatem. Rodinná anamnéza je zaměřena na data, která se týkají možné genetické zátěže. Důležité informace pro diagnostiku epilepsie může poskytnout také farmakologická anamnéza, pracovní anamnéza (Moráň, M. 2007).

Klinické vyšetření zahrnuje především interní a kardiologické vyšetření, která mohou dopomoci k vysvětlení dalších možností příčin stavu bezvědomí, tedy k diferenciální diagnostice. Dále je zde zařazeno psychiatrické a psychologické vyšetření. Velmi důležité je také **laboratorní vyšetření**, v souvislosti s diagnostikou epilepsie představuje *„základní biochemické vyšetření se zhodnocením hladin jontů i funkce jater a ledvin.“* Toto vyšetření lze také využít pro kontrolu hladiny tzv. klasických antiepileptik (Moráň, M., 2007, s. 30).

EEG (elektroencefalografie) je v diagnostice epilepsie nejdůležitější vyšetřovací metodou, která umožňuje snímání bioelektrické aktivity mozku. *„V záchvatu registrujeme specifické epileptické grafoelementy, (hroty, ostré vlny nebo jejich komplexy s vlnou pomalou), a to buď fokálně (v určité oblasti mozku), nebo generalizovaně (nad celým mozkem)“* (Šlapal, R., 2007, s. 45). S pomocí elektrod připevněných na povrchu hlavy je získáván záznam křivky tzv. elektroencefalogram. Při vyšetření se rozlišují častější interiktální záznamy, tedy záznamy v období mezi záchvaty a iktální záznamy (zachycení záchvatu), které lze získat prostřednictvím dlouhodobého monitorování (Komárek, V., Zumrová, A. 2008).

Lze rozlišit EEG standardní, EEG s aktivacemi (hyperventilace, fotostimulace, spánková deprivace), EEG monitorování, EEG semiinvazivní a EEG invazivní (Moráň, M. 2007). S nejvyšší četností se využívá standardní EEG, dále EEG s aktivačními metodami (Brožová, K. In Ošlejšková, H. 2009).

Důležitou roli v diagnostice epilepsie mají **zobrazovací metody**. První skupinou zobrazovacích metod jsou ty, které jsou zaměřeny na anatomii mozku. Patří mezi ně počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR), angiografie. Druhou skupinu tvoří metody zaměřené na funkci mozku, tedy metoda PET a SPECT (Dufková, D. In Zvolský, P. 2003a).

Magnetická rezonance (MR) umožňuje výborné rozlišení mozkových struktur i patologických procesů, zobrazení poskytuje v různých anatomických rovinách (Zobrazovací a funkčně-zobrazovací metody v epileptologii [online]). Vzhledem k výrazně vyšší senzitivitě a absenci radiační zátěže zaujímá magnetická rezonance v rámci zobrazovacích metod metodu první volby (Kršek, P. In Ošlejšková, H. 2009). Počítačová tomografie (CT) má, jak již bylo zmíněno, nižší senzitivitu a většinou i specifitu, je tedy u pacientů s epilepsií doporučována především tehdy, když není možno magnetickou rezonanci provést, nebo u akutních stavů (Zobrazovací a funkčně-zobrazovací metody v epileptologii [online]). Angiografie se využívá při podezření na cévní postižení mozku (Komárek, V., Zumrová, A. 2008). Metodou PET lze zjistit, jak tkáň zpracovávají určité chemické látky, u epilepsie umožňuje zobrazit místa vzniku a šíření záchvatu, jelikož zde dochází k větší potřebě glukosy (Dufková, D. In Zvolský, P. 2003a). SPECT je metoda „*hodnotící mozkovou perfuzi pomocí intenzity vyzařování izotopu mozkovou tkání*“ (Moráň, M., 2007, s. 33).

Diferenciální diagnostika epilepsie

„Základní diferenciální diagnostiku je nutné provést po každém prvním „záchvatu“, „stavu porušeného vědomí“, který je často záchrannou službou nebo laiky, kteří jej pozorovali, popsán jako epileptický“ (Moráň, M., 2007, s. 34).

Zhruba jedna třetina záchvatů, připomínajících záchvaty epileptické, jsou záchvaty pseudoepileptické. **Pseudoepileptické záchvaty** tvoří dvě skupiny – psychogenní a somatogenní. Do skupiny somatogenních patří například apnoické záchvaty u novorozenců vznikající v souvislosti s nezralostí kmenových struktur, dále děs ve spánku, noční můra nebo náměsíčnictví, mdloba, kolaps nebo synkopa, komplikovaná migréna, dyskinézy, tiky atd. Do skupiny psychogenních lze zařadit například afektivní záchvaty nebo panickou ataku (Moráň, M., 2007).

1.3 Klasifikace epileptických záchvatů

Dle Vítka (In Vítková, M. 2006) se nejčastěji setkáváme s mezinárodní klasifikací dle ILAE, s klasifikací semiologickou (dle Lüderse) a s klasifikací anatomickou. Zde uvádím nejčastěji užívanou mezinárodní klasifikaci dle ILAE.

1. Ložiskové (fokální, parciální)

Ložiskové jednoduché (simplexní) s příznaky – motorickými, senzitivními a senzorickými, autonomními, psychickými

Ložiskové komplexní

- Ložiskové jednoduché s následnou poruchou vědomí – s jednoduchými klinickými projevy a následnou poruchou vědomí, s automatismy
- S iniciální poruchou vědomí – pouze porucha vědomí, s automatismy

Ložiskové se sekundární generalizací – jednoduché ložiskové se sekundární generalizací, komplexní ložiskové se sekundární generalizací, jednoduché ložiskové s přechodem do komplexních a poté se sekundární generalizací

2. Generalizované

Absence (typické, atypické), myoklonické, klonické, tonické, tonicko-klonické, atonické

3. Neklasifikovatelné (Vítek, J. In Vítková, M. 2006).

Mezinárodní klasifikace je často používána, problémem však zůstávají nejasnosti v „rozlišování generalizovaných záchvatů od parciálních přecházejících v generalizované či některých typů tzv. jednoduchých a komplexních parciálních záchvatů“ (Komárek, V., 1997, s. 24).

Pro stanovení typu záchvatu dle **semiologické klasifikace** jsou zásadní tyto oblasti: vědomí, senzorické příznaky, motorické projevy, vegetativní příznaky. Tato klasifikace je vhodná pro spolupráci specializovaných epileptochirurgických center (Komárek, V. 1997).

Anatomická klasifikace je určena pro předoperační diagnostiku, ne pro běžné praktické použití (Moráň, M. 2007).

Základní charakteristika typů záchvatů dle mezinárodní klasifikace

Parciální záchvaty jsou typické tím, že záchvatovitá aktivita vychází z části pouze jedné mozkové hemisféry. Vznik těchto záchvatů je tedy zapříčiněn systémem neuronů omezených na jednu mozkovou hemisféru. Dále se tyto záchvaty dělí podle toho, zda je

nebo není přítomna porucha vědomí. Parciální záchvaty tedy mohou být jednoduché (simplexní) nebo komplexní.

Při **jednoduchých (simplexních) epileptických záchvatech** tak vědomí pacienta není narušeno, následně není přítomna amnézie na záchvat (Dolanský, J. 2000). Podle typických projevů dále tyto záchvaty dělíme na parciální záchvaty jednoduché s motorickými projevy, které mohou postihovat jakoukoliv část těla podle lokalizace epileptické aktivity. Dále záchvaty se somatosenzorickými a speciálními senzorickými příznaky, jde tedy o senzitivní vjemy jako je brnění, mravenčení, pálení, znecitlivění apod., dále příznaky zrakové, sluchové, čichové, chuťové nebo vertiginózní. Dále se mohou vyskytovat jednoduché záchvaty s autonomními příznaky, do kterých se řadí tachykardie, pocení, zrudnutí, rozšíření zornic, zvracení apod. Poslední skupinou jsou záchvaty s psychickými projevy, což jsou například poruchy řeči, poruchy časové orientace, depersonalizace, pocity strachu, úzkosti, deprese (Ošlejšková, H. 2009).

Komplexní záchvaty vycházejí také z jedné mozkové hemisféry a jsou naopak typické poruchou vědomí, amnézií a motorickými projevy – automatismy (Dolanský, J. 2000). Ošlejšková (2009, s. 36) dále charakterizuje tyto automatismy jako *„bezdělnou a někdy i poměrně komplexní motorickou činnost, která se vyskytuje ve stavu zastřené vědomí v průběhu epileptického záchvatu nebo po něm.“* Tato činnost může být pokračováním činnosti před záchvatem, nebo může jít o novou činnost vyprovokovanou vjemy pacienta. Automatismy mohou být oroalimentární (žvýkání, polykání, sání), gestikulační, ambulatorní (pohybové) nebo řečové (Ošlejšková, H. 2009).

U **generalizovaných záchvatů** vychází klinický projev od počátku z obou mozkových hemisfér, většinou je hned zpočátku přítomna porucha vědomí a oboustranné motorické projevy (Vítek, J. In Pipeková, J. 2010).

Absence (jednoduchá) *„je charakterizována náhlým zárazem, přerušením činnosti s areaktivitou, která obvykle netrvá déle než 30 vteřin“* (Vítek, J. In Pipeková, J., 2010, s. 196). Při tomto typu záchvatu jsou oči otevřené, svalový tonus se nemění, nejsou přítomny motorické ani vegetativní projevy. Na záchvat má pacient amnézii (Moráň, M. 2007). Člověk vypadá jako zahleděný, nereaguje na oslovení, pokud záchvat přichází v průběhu nějaké činnosti, dojde většinou k jejímu zastavení nebo zpomalení (Ošlejšková, H. 2009). Absence se dále dělí na retropulzivní (doprovodným projevem je vytáčení bulbů vzhůru, záklon hlavy), absence s automatismy (polykání, pomlaskávání, špulení úst apod.), absence se změnou svalového tonu, absence s myoklonickou složkou a absence s vegetativní složkou (Dolanský, J. 2000).

U **záchvatů tonických** „jde o velmi prudký vzestup svalového tonu silnou svalovou kontrakcí, končetiny se dostávají do nepřirozené polohy, obvykle s rotací hlavy a končetin k jedné straně“ (Dolanský, J., 2000, s. 35). Tonická křeč společně s poruchou vědomí většinou zapříčiní náhlý pád, při kterém pacientovi hrozí zranění (Moráň, M. 2007). Dolanský (2000) dále doplňuje, že záchvat trvá od sekund po minuty, doprovázet ho může slinění, pomočení a cyanóza. Dále uvádí, že důležitá je doba trvání záchvatu, u záchvatů sekundových dochází k prudkým pádům dozadu nebo dopředu a hrozí tak větší nebezpečí úrazu. U déle trvajících záchvatů je jedinec křečí postupně stáčen do polohy „klubíčka“ a pomaleji může nastupovat také porucha vědomí.

Záchvaty klonické „jsou definovány jako série opakovaných myoklonických kontrakcí s frekvencí mezi 0,2-5 za sekundu“ (Dolanský, J., 2000, s. 36). Klonické projevy toho typu záchvatu mohou mít různý charakter. Mohou být symetrické, rytmické, synchronní na horních i dolních končetinách, ale také asymetrické, asynchronní. Mezi klony přichází hypotonie. Různý je také rozsah poruchy vědomí, která může nastupovat postupně a nemusí být úplná. Doba trvání záchvatu je většinou do dvou minut (Dolanský, J. 2000).

Záchvaty myoklonické „se projevují náhlými, rychlými pohyby – „škuby“, od jemných po prudké, symetrické i asymetrické, po celém těle či regionálně, ale i lokalizovaně, od téměř nezřetelných až po zřetelně bleskového charakteru.“ Záchvat se může projevit v jakékoliv svalové skupině, jednotlivě nebo se opakovat (Dolanský, J., 2000, str. 37). Mnohdy se vyskytují v ospalosti nebo po probuzení (Vítek, J. In Vítková, M. 2006). Dle Moráně (2007) se může tento záchvat projevit jak pozitivně – záškubem, tak negativně – ochabnutím.

Záchvat tonicko-klonický primární byl dříve nazýván „grand mal“. Počátek toho typu záchvatu se projevuje tonickou fází s pádem, promodráním v obličeji a dechovými potížemi. Následuje klonická křeč a záchvat končí uvolněním pacienta. Při záchvatu může docházet ke slinění, zatnutí zubů, pokousání jazyka a pomočení. Na záchvat má pacient amnézii, může být ospalý, zmatený, mít svalové bolesti (Ošlejšková, H. 2009). **Záchvat tonicko-klonický se sekundární generalizací** (začíná jako záchvat parciální, později je rozšířen) je typický tím, že v době před tímto záchvatem mohou přicházet příznaky jako předrážděnost, různé psychické změny, krátce před záchvatem také aura (Moráň, M. 2007). Četnost záchvatů tonicko-klonických se sekundární generalizací je vyšší než u primárně generalizovaných, které se vyskytují vzácněji (Komárek, V. 1997).

Záchvat atonický je charakteristický náhlým poklesem svalového napětí, který může být jen částečný (pokles hlavy), nebo totální (pád na zem) (Ošlejšková, H. 2009). Pacient má narušené vědomí. U tohoto typu záchvatu je při pádu vzhledem k pomalejšímu šíření menší riziko poranění než u záchvatu tonického (Moráň, M. 2007).

Status epilepticus nastává v případě, když je záchvat protrahovaný, nebo se nakupí více záchvatů, pacient se tak neprobírá k vědomí déle než 30 minut (Šlapal, R. 2007). Epileptické statusy dělíme stejně jako epileptické záchvaty na generalizované (konvulzivní – tonicko-klonický, tonický, klonický, myoklonický, nekonvulzivní – absence) a parciální (jednoduché a komplexní), protože každý z těchto typů epileptických záchvatů může zapříčinit vznik epileptického statusu. Závažnost, prognóza i léčba u jednotlivých typů epileptických statusů je značně odlišná (Ošlejšková, H. 2009).

Epileptické syndromy

Epileptické syndromy je označení pro epilepsie, které mají podobnou charakteristiku – patognomické EEG změny, etiologické aspekty, prognózu, lokalizaci a věkové zařazení. Právě věk má většinou vedoucí pozici, z tohoto hlediska se epileptické syndromy rozdělují do čtyř hlavních skupin podle věkových období (Komárek, V. 1997).

První skupinou jsou syndromy v novorozeneckém období. Patří sem benigní idiopatické novorozenecké křeče (BINC) a benigní familiární novorozenecké křeče (BFNC), které přichází mezi 1. – 7. dnem života dítěte a jejich prognóza je dobrá. Během prvního až třetího měsíce také může vzácně vznikat časná myoklonická encefalopatie (EME) a časná infantilní epileptická encefalopatie (EIEE), obě s těžkými změnami v EEG a špatnou prognózou (Hadač, J. In Ošlejšková, H. 2009).

V kojeneckém a batolecím věku se může objevit Westův syndrom (WS), který se vyznačuje třemi charakteristickými příznaky – infantilní spazmy, zástava psychomotorického vývoje a hypsarytmie na EEG (Moráň, M. 2007). Lennox-Gastautův syndrom (LGS) se projevuje různorodými typy epileptických záchvatů, dále také mentálním defektem. Jde o syndrom s typickou farmakorezistencí a nepříznivou prognózou. Myoklonicko-astatická epilepsie (MAE) se projevuje mezi prvním až čtvrtým rokem života. Zpočátku se může jevit jako LGS, ovšem pro tento syndrom je typická genetická predispozice, záchvaty myoklonického typu a normální psychomotorický vývoj před prvním záchvatem (Hadač, J. In Ošlejšková, H. 2009).

V případě febrilních záchvatů (FZ) jde o „nejčastější věkově vázané poruchy vědomí, které se vyskytují výhradně při febriliích, respektive při náhlém vzestupu teploty“ (Moráň, M., 2007, s. 55). Do tohoto období lze také zařazovat benigní infantilní myoklonickou epilepsii a maligní infantilní myoklonickou epilepsii (Hadač, J. In Ošlejšková, H. 2009).

Do období dětského věku (4. – 12. rok) se zařazují dětské absence, dále benigní epilepsie s rolandickými hroty (BERS) s nejlepší prognózou, obvykle s ložiskovými záchvaty začínajícími ve spánku, bez neurologického nebo psychického deficitu (Moráň, M. 2007). Do tohoto období patří také Landau-Kleffnerův syndrom (LKS), který se vyskytuje mezi 4. – 8. rokem a je pro něj typický postupný rozpad řeči (získaná afázie), spíše sporadické epileptické záchvaty a hyperaktivita dítěte (Komárek, V., Zumrová, A. 2008).

Poslední skupinu tvoří epileptické syndromy u dospívajících, do kterých lze zařadit juvenilní absence, juvenilní myoklonická epilepsie (JME), epilepsie se záchvaty při probuzení (Komárek, V., Zumrová, A. 2008).

1.4 Léčba a terapie epilepsie

Na efekt léčby epilepsie mají vliv tři důležité faktory – čas, tedy včasná diagnóza, osobnost lékaře, jeho vzdělání a zkušenosti a spolupráce pacienta. Poskytování poradenství, tedy trpělivé podání výstižných informací, je významnou součástí péče o jedince s epilepsií. Důležitá je týmová spolupráce s ostatními odborníky pro podání ucelených a objasňujících informací (Dolanský, J. 2000).

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

V současnosti je hlavním cílem terapie „dosažení maximální kvality života jedinců s epilepsií, ne tedy pouhé vymizení epileptických záchvatů či úplná eliminace epileptické aktivity v EEG za každou cenu“ (Šlapal, R., 2007, s. 45).

Nejčastějším způsobem léčby je **medikamentózní léčba**, tedy cílené použití optimálního antiepileptika. Působení antiepileptik je dáno především následujícími faktory: farmakokinetika (osud farmaka v organismu, jeho absorpce, distribuce, biotransformace a eliminace), farmakodynamika (způsoby účinku a mechanismy působení farmaka), osud farmaka (ovlivnění vlastnostmi léku i stavem orgánu, či celého organismu) (Dolanský, J. 2000).

Způsob a načasování zahájení léčby je složité rozhodnutí, které vyžaduje zamyšlení se nad následujícími faktory: typ epilepsie, riziko poškození organismu dalšími možnými záchvaty nebo podáványými antiepileptiky, výběr vhodného antiepileptika, skutečnost, zda šlo opravdu o první záchvat, vyloučení situačně vázaného záchvatu, posouzení rizika dalšího záchvatu, celkové ovlivnění kvality života (Moráň, M. 2007).

Léčba je zahajována monoterapií, kdy je dané antiepileptikum vybíráno dle typu záchvatu. Důležité je seznámení pacienta se všemi okolnostmi týkajícími se léčby a také vyjádření názoru pacienta (Vítek, J. In Vítková, M. 2006). Základními léky při zahájení farmakoterapie jsou valproát a karbamazepin. V případě dlouhodobé léčby jsou jako zásadní problém považovány nežádoucí účinky léků, je tedy třeba zvážit vliv léčby na celkovou kvalitu života jedince. Negativní projevy vzniklé v souvislosti s dlouhodobým užíváním antiepileptik jsou například v oblasti paměti, učení, kognitivních funkcí, v oblasti chování, mohou se objevit závratě, ospalost, kožní projevy, poruchy funkce jater nebo metabolismu pohlavních hormonů, tyroxinu. Výhodou je v současné době využívání antiepileptik s postupným uvolňováním v organismu, kdy dochází ke snižování nežádoucích účinků tím, že hladina účinné látky nedosahuje toxických vrcholů i při podávání jen dvakrát i jednou denně. Polyterapie *„je zvažována v případě neúspěšnosti monoterapie prvním a druhým lékem volby“* (Moráň, M., 2007, s. 75). Ukončení terapie je zpravidla doporučováno po dvouletém bezzáchvatovém období. Vysazování léků musí probíhat pozvolně, doporučení je 6 až 12 měsíců. Nutná je také kontrola pomocí EEG (Ryzí, M. In Ošlejšková, H. 2009).

Chirurgická léčba epilepsie je aplikována při následujících indikačních předpokladech. Prvním z nich je farmakorezistence, která je stanovena na *„2 roky s použitím nejméně dvou, lépe tří správně volených antiepileptik v maximálně tolerovaných dávkách (v monoterapii nebo v kombinacích)“* (Ryzí, M. In Ošlejšková, H., 2009, s. 113). Dalším předpokladem chirurgické léčby je kvalita života dítěte, která může být snížena v důsledku nekontrolovaných záchvatů (vliv na kognitivní funkce, psychosociální vývoj). Dále možná progresivnost onemocnění a vývojové hledisko, kdy následkem nekontrolovatelných záchvatů může dojít k porušení normálního vývoje. Chirurgická léčba se využívá také v případě kontraindikací léků (Ryzí, M. In Ošlejšková, H. 2009). Pro zvolení chirurgické léčby se rozhoduje většinou u pacienta s parciálními záchvaty se strukturální lézí s jasnou souvislostí s epileptickými záchvaty. Rozhodnutí o indikaci probíhá přímo na specializovaném pracovišti, v epileptochirurgickém centru (Dolanský, J. 2000).

Důležitou součástí léčby epilepsie je dodržování **správné životosprávy**. Významná je pravidelnost spánku a bdění, především u záchvatů vázaných na spánek. Co se týče stravování, nedoporučují se jídla s glutamátem a pití většího množství tekutin naráz, absolutní je zákaz pití alkoholu. Jedinci s epilepsií by se měli vyvarovat vysoké fyzické zátěži. Vyhnout by se také měli prostředím, ve kterých můžou přijít do styku s přerušovaným světlem (diskotéky). Na tyto zrakové podněty by si jedinci s epilepsií měli dát pozor také v souvislosti s televizí či počítačem (Šlapal, R. 2007). Negativními faktory mohou být i stres, nuda nebo únava. Z tohoto hlediska je třeba dítě vést k různým aktivitám, které odpoutají pozornost od neustálého uvědomování si nemoci. Únavě je třeba předcházet dostatečným odpočinkem (Fialová, I. 2011).

Alternativním způsobem léčby epilepsie je **ketogenní dieta**. Tato dieta se využívá k léčbě některých farmakorezistentních typů epilepsie. Dieta spočívá ve vysokém příjmu tuků, adekvátním příjmu bílkovin a v omezeném příjmu cukrů. Podstatou je přinucení těla používat tuky jako hlavní zdroj energie. Tuky se následně v játrech metabolizují na mastné kyseliny a ketony, ty se potom stávají hlavním zdrojem energie pro mozek a tím dochází k redukci záchvatů. Dietu je doporučováno držet 2 roky (Ketogenní dieta [online]).

Shrnutí

Epilepsie je chronické onemocnění mozkového původu, které se projevuje opakovanými záchvaty. Epileptický záchvat je přechodný stav, trvá většinou vteřiny až minuty. Projevuje se změnami vědomí, příznaky motorickými, senzorickými, senzitivními nebo vegetativními. Záchvaty vznikají z epileptického ohniska a jejich předpokladem je také zvýšená záchvatová pohotovost mozku. Z hlediska etiologie se epileptické záchvaty dělí na symptomatické, idiopatické a kryptogenní. Diagnostika epilepsie zahrnuje podrobnou anamnézu, interní a neurologické vyšetření. Nezbytným vyšetřením je elektroencefalografie a zobrazovací vyšetření lépe MR než CT mozku. Základní rozdělení epileptických záchvatů je na generalizované (absence, tonické, klonické, myoklonické, tonicko-klonické, atonické) a ložiskové (parciální), které se dále dělí na simplexní a komplexní. Epileptický syndrom má podobné charakteristiky – patognomické EEG změny, etiologické aspekty, prognózu, lokalizaci a věkové zařazení. Léčba epilepsie je možná prostřednictvím medikamentů, chirurgickou cestou nebo alternativními metodami. Důležité je ovšem také dodržování pravidel správné životosprávy.

2 Souběžné postižení více vadami a jiná onemocnění

2.1 Charakteristika souběžného postižení více vadami

Věstník MŠMT č. 8 z roku 1997, č. j. 25602/97-22 uvádí tuto definici: „*Za postiženého více vadami se považuje dítě, resp. žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledku opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu.*“

Podle defektologického slovníku jde o kombinovanou vadu, „*když jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami, např. poruchou zraku a sluchu*“ (Sovák, M., 2000, s. 158).

Sovák (1986, s. 22) vysvětluje pojem kombinace vad ve speciální pedagogice jako: „*sdružení několika vad u téhož jedince*“. Dále uvádí, že závažnost určuje především hledisko metodické než etiologické. Upozorňuje také na důležitost uvědomění si toho, že se různé vady navzájem ovlivňují a v průběhu vývoje jedince se mění.

Etiologie souběžného postižení více vadami

Ludíková (2005) uvádí, že příčin vzniku kombinovaných vad může být velké množství a v některých případech není možné příčinu stanovit. Dále uvádí, že příčiny lze najít ve všech obdobích života a nejtěžší postižení vznikají většinou v prenatálním období.

Příčinou mohou být dědičné faktory, vrozené nedostatky a také získané nedostatky, které jsou nejčastější. V některých případech může dojít ke spojení vrozených a získaných postižení (Monatová, L. 1994).

Rozlišují se příčiny endogenní a exogenní. Endogenní – dědičné a hereditární vlivy. Exogenní – anorganické příčiny (fyzikální, chemické), biologické (viry, bakterie, plísňe), psychosociální (vliv výchovy).

Celkově lze říci, že kombinované vady nejčastěji vznikají na základě genetických vlivů, chromozomálních aberací, infekcí, intoxikací, vývojových poruch, poškození mozku a CNS, metabolických poruch, mechanických poškození, působením vnějšího prostředí (sociální, materiální), i psychických faktorů (Ludíková, L. 2005).

Členění souběžného postižení více vadami

Pro potřeby resortu školství se žáci se souběžným postižením více vadami člení do tří skupin:

1. skupina – společným znakem je mentální retardace. Ta je determinujícím faktorem pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání a pro dosažitelnou míru výchovy. Při

rozhodování o způsobu vzdělávání je tak mentální postižení pokládáno za vadu dominantní.

2. skupina – jedinci s kombinací vad tělesných, smyslových a vad řeči, specifickou skupinu tvoří jedinci hluchoslepí.

3. skupina – děti a žáci s autismem a autistickými rysy (Vítková, M. In Pipeková, J. 2010).

2.2 Mentální retardace

Mentální retardace jako kombinované postižení se čteně vyskytuje s tělesným nebo smyslovým postižením. V kombinaci s tělesným postižením je to nejčastěji právě mozková obrna, spojená s dalšími přidruženými vadami. Časté jsou také kombinace s autismem (Slowík, J. 2007).

Charakteristika mentální retardace

Při charakteristice mentální retardace často autoři čerpají z definice od Dolejšího (1973) podle níž je mentální retardace *„vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost, která se projevuje nejnapadněji především v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení“* (Bazalová, B. In Pipeková, J., 2010, s. 289).

Další možná definice zní: *„Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností (schopností myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí), k němuž dochází v průběhu vývoje jedince. Jde o stav trvalý, který je buď vrozený, nebo časně získaný (do 2 let života dítěte)“* (Bazalová, B. In Pipeková, J., 2010, s. 289).

Mentální retardace má 4 základní stupně – lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace a hluboká mentální retardace. Její distribuce se vyskytuje podle pravidla – čím hlubší postižení, tím nižší je jeho četnost (Valenta, M., Müller, O. 2003).

Osobnost jedince s mentálním postižením

U jedinců s mentálním postižením se objevují zvláštnosti v jednotlivých stránkách jejich osobnosti. Tyto zvláštnosti se týkají poznávacích funkcí, tedy vnímání, řeči, myšlení, paměti, pozornosti, dále také oblasti emocionální a volní, adaptability a chování.

Na proces vnímání má velký vliv úroveň rozumových schopností, proto mají jedinci s mentálním postižením omezenou schopnost vnímání, což působí na jejich další psychický vývoj. Mezi potíže v oblasti vnímání patří zpomalené tempo, zúžený rozsah, výrazná nediferencovanost, inaktivita vnímání (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2007).

Pro myšlení jedinců s mentálním postižením jsou typické následující znaky: omezená schopnost abstrakce a zobecňování, konkrétnost, chudé a neproduktivní myšlení, nesoustavnost v myšlení, slabá řídicí úloha myšlení, nekritičnost myšlení (Švarcová, I. 2000). „*Myšlení mentálně postižených je charakteristické značnou stereotypností, rigiditou a ulpíváním na určitém způsobu řešení*“ (Vágnerová, M., 2004, s. 293).

Na nedostatečný rozvoj řeči u jedinců s mentálním postižením má vliv stav sluchového vnímání. Diferenciační podmíněné spoje v oblasti sluchového analyzátoru se utváří pomaleji a nedostatečný fonematický sluch potom zapříčiňuje nedokonalou výslovnost (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2007). Vlivem omezené slovní zásoby je mnohdy obtížné porozumění a pochopení obsahu verbálního sdělení. Jedinci s mentálním postižením používají jednoduché a krátké věty, výběr slov je stereotypní a často se vyskytují agramatismy (Vágnerová, M. 2004).

Pozornost je typická nízkým rozsahem, nestálostí, snadnou unavitelností a sníženou schopností rozdělní pozornosti na více činností (Valenta, M., Müller, O. 2003).

Paměť se u jedinců s mentálním postižením vyznačuje pomalým tempem osvojování, nestálostí uchování, nepřesností vybavování – zapomnětlivostí. U těchto jedinců je potřeba neustálého opakování (Švarcová, I. 2000).

Také v oblasti emocionální se objevují specifické rysy. Cíty jsou nedostatečně diferencovány, jedinci tedy pociťují buď spokojenost, nebo nespokojenost, chybí jemné odstíny prožívání. Objevuje se neadekvátnost citů vzhledem k podnětům, nedostatečné řízení citů intelektem a z toho plynoucí obtížné vytváření mravních citů, dále nestálost nálad, patologické citové projevy, poruchy nálad, apatie (Švarcová, I. 2000).

Problémy v oblasti volního jednání jsou spojeny s nedostatečnou iniciativou jedinců s mentálním postižením a sníženou schopností řídit své jednání a chování vzhledem ke vzdálenějším cílům. Děti se podřizují bezprostředním vlivům situace, objevuje se sugestibilita, neovladatelnost, tvrdohlavost. V souvislosti se snížením vůle se tak vyskytuje hypobulie, nebo abulie, jako úplné chybění schopnosti volního jednání (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2007).

Etiologie mentální retardace

Příčin vzniku mentální retardace je velké množství. Většinou nejde zcela jistě určit, zda mentální postižení vzniklo pouze určitým jevem biologickým, nebo na jedince působily také vlivy sociální a jakou mírou. Důležité je i to, v jaké době a v jakých souvislostech postižení vzniklo (Černá, M. 2008).

Základní rozdělení příčin je na vnitřní (endogenní), což jsou příčiny genetické a vnější (exogenní), tedy vlivy prostředí. Jestliže je mentální retardace geneticky podmíněna, „*je jejím základem porucha struktury nebo funkce genetického aparátu*“ (Vágnerová, M., 2004, s. 290). V rámci genetických faktorů se mentální retardace často vyskytuje jako příznak syndromu, který vzniká na základě odlišného počtu nebo struktury autozomů, odlišného počtu nebo struktury gonozomů, genové poruchy (fenylketonurie). Na rozvoj mentálních schopností může mít vliv také polygenní podmíněnost. Vlivy prostředí se rozdělují na fyzikální (záření, mechanické poškození plodu, nedostatek kyslíku), chemické (alkohol, drogy, léky), biologické (viry, mikroby) (Vágnerová, M. 2004).

Dle období, ve kterém postižení vzniklo, lze rozdělit etiologii mentální retardace na prenatální, perinatální a postnatální. Do období prenatálního se zařazují infekční onemocnění matky, nesprávná výživa, negativní působení záření a toxických látek, úrazy matky (Bazalová, B. In Pipeková, J. 2010). V období perinatálním může mentální retardace vzniknout následkem mechanického poškození mozku, následkem hypoxie nebo asfyxie, předčasným porodem, těžkou novorozeneckou žloutenkou (Valenta, M., Müller, O. 2003). V postnatálním období jde o různé infekce, záněty mozku, úrazy, nesprávnou výživu (Bazalová, B. In Pipeková, J. 2010).

Klasifikace mentální retardace

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která vstoupila v platnost od roku 1992, se mentální retardace rozděluje na 6 základních kategorií:

- Lehká mentální retardace
- Středně těžká mentální retardace
- Těžká mentální retardace
- Hluboká mentální retardace
- Jiná mentální retardace
- Nespecifikovaná mentální retardace (Švarcová, I. 2000)

Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Lehká mentální retardace

Psychomotorický vývoj je do 3 let věku dítěte lehce opožděn, výraznější obtíže přicházejí v období předškolního věku, tyto obtíže se projevují především v řeči dítěte, konkrétně je to malá slovní zásoba a z toho plynoucí obsahová chudost mluvního projevu, opožděný vývoj řeči, vady řeči, dále lze pozorovat nedostatečnou zvědavost a vynalézavost. V období povinné školné docházky přicházejí nejvýraznější problémy v těchto oblastech: myšlení (konkrétní myšlení, omezené logické myšlení, omezená schopnost analýzy a syntézy), paměť (nižší rozsah), motorika (opoždění, porucha koordinace pohybů), sociální vývoj (zpomalení). Také v oblasti emocionální se projevuje impulzivnost, úzkostnost, zvýšená sugestibilita (Bazalová, B. In Pipeková, J. 2010).

V průběhu života jsou jedinci s lehkým mentálním postižením schopni účelně užívat řeč, většina je také schopna být samostatná v péči o vlastní osobu. Potíže jim může způsobovat teoretická práce, lépe si osvojují praktické dovednosti (Švarcová, I. 2000). Jedinci mohou vykonávat zaměstnání zaměřená na manuální činnosti, v sociálně nenáročném prostředí žijí bez obtíží, velký vliv má výchovné prostředí (Valenta, M., Müller, O. 2003). Život v dospělosti ovšem závisí na emoční a sociální zralosti jedince, v případě nezralosti se objevují potíže s přizpůsobováním se normám a očekáváním okolí, požadavkům v oblasti partnerských vztahů, výchovy dětí, udržení zaměstnání (Švarcová, I. 2000).

Středně těžká mentální retardace

U jedinců se středně těžkou mentální retardací je rozvoj myšlení a řeči výrazně opožděn, řeč je jednoduchá, většinou ji tvoří jednoduché věty nebo slovní spojení s častým výskytem agramatismů. Výraznější potíže jsou také v jemné i hrubé motorice, vývoj je opožděn a objevuje se neobratnost a nekoordinovanost pohybů. Jedinec má často narušenou oblast emocionální, což se projevuje neadekvátními reakcemi (Bazalová, B. In Pipeková, J. 2010).

Samostatnost v sebeobsluze je často omezená, proto je mnohdy nutná pomoc jiné osoby a celkově je pro jedince vhodné chráněné prostředí (Valenta, M., Müller, O. 2003). V dospělosti jsou osoby se středně těžkou mentální retardací schopni vykonávat zaměstnání zaměřené na jednoduchou manuální činnost pod odborným dohledem.

U tohoto stupně mentální retardace je častý výskyt autismu, neurologických onemocnění, především epilepsie (Švarcová, I. 2000).

Těžká mentální retardace

U těchto jedinců je neuropsychický a motorický vývoj výrazně omezen. V oblasti motoriky se to projevuje výrazným opožděním hybnosti, pohybovou neobratností, nekoordinovaností pohybu. V oblasti psychických procesů se jedná o poruchy koncentrace pozornosti, myšlení je na úrovni mechanického plnění zadaných úkolů (Franiok, P. 2008).

Řeč je velmi jednoduchá, v některých případech se nemusí rozvinout. Afektivní sféra je narušena, jedinci jsou velmi impulzivní a dochází k častému střídání nálad. Velmi individuální je osvojení si hygienických návyků a schopnost alespoň částečné sebeobsluhy, někteří jsou schopni si základní návyky osvojit, někteří to nezvládnou ani v dospělosti. Nutná je celoživotní péče jiné osoby (Bazalová, B. In Pipeková, J. 2010).

Hluboká mentální retardace

V důsledku výrazně narušeného neuropsychického vývoje mají jedinci s hlubokou mentální retardací velké potíže ve všech složkách jejich osobnosti. Velmi nízká je úroveň psychických procesů, řeč se nevyvíjí, jsou schopny jen neartikulovaných výkřiků. Je možné dosáhnout porozumění základním požadavkům. Afektivní sféra je totálně porušena, v důsledku toho dochází k sebepoškození (Franiok, P. 2008). Motorika je velmi omezena, objevují se stereotypní automatické pohyby. Tento stupeň mentální retardace je často spojen se sluchovým a zrakovým postižením, s neurologickými poruchami, autismem (Bazalová, B. In Pipeková, J. 2010).

Jiná mentální retardace

Stanovení stupně mentální retardace je nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické či somatické vady, těžké poruchy chování, autismus.

Nespecifikovaná mentální retardace

V tomto případě je mentální retardace prokázána, ale není možné zařazení do jednotlivých kategorií z důvodu nedostatku informací (Švarcová, I. 2000).

2.3 Mozková obrna

Podle nové mezinárodní klasifikace nemocí se místo dětské mozkové obrny uvádí nový termín MO – mozková obrna (platný od 1. 1. 2010). V současné době se ale stále používá termín dětská mozková obrna.

Lesný (sec. cit. In Opatřilová, D., 2003, s. 11) charakterizuje dětskou mozkovou obrnu jako „*raně vzniklé poškození mozku, vzniklé před porodem, za porodu nebo krátce po něm a projevující se převážně v poruchách a vývoji hybnosti.*“

Šlapal (2007, s. 36) uvádí, že „jde o ne zcela přesně vymezený syndrom, vzniklý následkem postižení nezralého mozku, u něhož dominují zvláště poruchy tonusové a hybné, které jsou často doprovázeny poruchami psychiky i epileptickými záchvaty.“

Pro dětskou mozkovou obrnu je typické „hybné postižení, tělesná neobratnost, zejména v jemné motorice, nerovnoměrný vývoj, zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, těkavost, nedokonalost vnímání a nedostatečná představivost, překotné a impulzivní reakce, střídání nálad a výkyvy v duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči a vady řeči“ (Vítková, M. In Pipeková, J., 2010, s. 183).

Jedná se o závažné postižení hybného vývoje. Následkem pohybového postižení je ovlivněn celý vývoj dítěte. To se již od počátku projevuje například v jemných interakcích matky s dítětem (chybějící synchronizace pohybu s řečí dospělého), v nedostatečné aktivitě vlivem abnormálního svalového tonu, v obtížném zajištění přiměřených podnětů pro rozvoj (Krejčířová, D. In Říčan, P., Krejčířová, D. 2006).

Etiologie mozkové obrny

Dětská mozková obrna vzniká na základě poškození mozku v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním.

Do příčin v prenatálním období se zařazují infekce matky, oběhové poruchy, anoxie, vlivy záření, nedonošenost či přenošenost plodu.

V perinatálním období jde o poškození vzniklá při porodu, který je abnormální, překotný nebo protrahovaný. Může tak dojít ke krvácení do mozku, hypoxii nebo asfyxii (Jakobová, A. 2007).

V časné postnatálním období se jedná o infekce (centrální nervové soustavy, plicní nebo trávicího ústrojí), úrazy hlavy, vliv abnormálních metabolitů. Tyto příčiny se uplatňují zpravidla do jednoho roku života dítěte, kdy ještě mozek není natolik chráněn (Šlapal, R. 2002).

Formy mozkové obrny

Základem pro klasifikaci jednotlivých forem mozkové obrny je nejčastěji klinický obraz, podle toho lze rozlišit základní formy na spastické a nespastické.

Spastické formy

Příčina spastických forem je poškození pyramidové dráhy, což se projevuje poruchami aktivní volní hybnosti, svalovou hypertonií a stereotypními pohyby jedince s postižením. Patří sem forma diparetická, hemiparetická a kvadruparetická (Opatřilová, D. 2003).

Diparetická forma je často se vyskytující forma mozkové obrny. Postiženy jsou obě dolní končetiny, typické je značně zvýšené svalové napětí, chůze je nůžkovitá, po špičkách, s pokrčenými koleny (Jakobová, A. 2007). Podle závažnosti postižení lze rozlišovat formu lehkou (paukospastickou) a těžkou (klasickou) (Šlapal, R. 2002).

U většiny jedinců s touto formou mozkové obrny jsou mentální schopnosti zachovány, v malé míře se ale vyskytuje mentální retardace a jiné přidružené vady (Kraus, J. 2005).

Hemiparetická forma je nejčastěji se vyskytující forma mozkové obrny, která se projevuje postižením obou končetin jedné poloviny těla. Horní končetina je většinou postižena ve větší míře. V průběhu dalšího vývoje se horní končetina buď může projevovat mimovolnými pohyby, nebo se může stát hypotonickou až atonickou (Jakobová, A. 2007).

Úroveň kognitivních schopností je často dána tím, která mozková hemisféra je postižena. V případě postižení pravé mozkové hemisféry je často inteligenční kvocient v rámci lehkého podprůměru, u postižení levé hemisféry je asi jedna polovina jedinců s normální inteligencí a druhá polovina má inteligenci sniženou, nejčastěji se jedná o lehkou mentální retardaci (Krejčířová, D. In Říčan, P., Krejčířová, D. 2006).

Kvadruparetická forma je „*spastická obrna všech čtyř končetin, s převážným postižením dolních končetin (pokud vznikla zdvojením formy diparetické) nebo horních končetin (pokud vznikla zdvojením formy hemiparetické)*“ (Vítková, M. In Pipeková, J., 2010, s. 184). Jedná se o nejtěžší typ spastických obrn, u kterého je možný výskyt epileptických záchvatů, snížení kognitivních schopností. K této formě se řadí také forma triparetická, tedy postižení tří končetin (Jakobová, A. 2007).

Nespastické formy

U těchto forem je oproti formám předešlým typická absence svalového napětí, zařazují se sem formy hypotonická, dyskinetická a mozečková (Opatřilová, D. 2003).

Hypotonická forma „*vykazuje snížení svalového tonusu, jedná se o chabou obrnu výraznější většinou na dolních končetinách*“ (Jakobová, A., 2007, s. 68). Tato forma se vyskytuje převážně v kojeneckém věku, později se většinou mění na formu spastickou nebo dyskinetickou. Pokud hypotonická forma přetrvává do více než třech let věku dítěte, je doprovázena těžkou mentální retardací (Jakobová, A. 2007). Šlapal (2002) udává, že právě poměrně častá přítomnost poruch intelektu a epileptických záchvatů, rozlišuje tuto formu mozkové obrny od hypotonii periferního typu.

Dyskinetická forma se projevuje mimovolnými pohyby, konkrétně atetotickými (vlnité, pomalé), choreatickými (malé, trhavé), balistickými (rychlé, celými končetinami) a myoklonickými (trhavé záškuby svalstva) (Jakobová, A. 2007). Méně často se vyskytuje postižení mentálních schopností, postižení hybnosti ale bývá velmi těžké. Postižení hybnosti zahrnuje postižení motoriky mluvidel, což v raném věku ztěžuje stanovení úrovně rozumových schopností, jelikož může být vlivem tělesného postižení snadno podceněna (Krejčířová, D. In Říčan, P., Krejčířová, D. 2006).

Mozečková forma se objevuje vzácně a je pro ni typické těžké pohybové postižení a často také velmi těžké postižení intelektu (Krejčířová, D. In Říčan, P., Krejčířová, D. 2006).

Časté přidružené vady

Kromě nejzávažnějších přidružených vad jako je mentální retardace a epilepsie, se u dětské mozkové obrny mohou vyskytnout další poruchy.

Velmi často se jedná o smyslové poruchy. Do zrakových vad, které se při dětské mozkové obrně mnohdy objevují, se řadí amblyopie (tupozrakost), refrakční vady, strabismus (šilhavost) a nystagmus (rychlé mimovolní pohyby očí) (Jankovský, J. 2001). Sluchové vady, mající nejčastěji centrální původ, se nejvíce vyskytují u dyskinetických forem dětské mozkové obrny (Vítková, M. 1998). Jankovský (2001) dodává, že poruchy sluchu často vedou k problémům při vzdělávání a také mohou vést k poruchám vyšších percepčních funkcí.

Další přidruženou vadou jsou poruchy řeči. Celkově lze řeč charakterizovat omezeným či opožděným vývojem s chudším pojmotvorným procesem, s častým výskytem verbalismu, menší slovní zásobou, nízkou kvalitou vyjadřovacích schopností oproti nenarušenému porozumění (Šáchová, I. In Kraus, J. 2005). Dětská mozková obrna způsobuje často problémy ve všech složkách řečového projevu – dýchání (mělké a křečovitě), fonace, artikulace, síla hlasu, modulační faktory řeči, plynulost a srozumitelnost řeči (Vítková, M. 1998). K nejčastějším vadám řeči u dětí s dětskou mozkovou obrnou patří dysartrie, dále anartrie, dyslalie, dysfázie a afázie (Jankovský, J. 2001).

Poruchy somatického růstu postihují především jedince s těžšími formami dětské mozkové obrny. Je zde také vyšší riziko výskytu běžných onemocnění než u dětí zdravých (Jankovský, J. 2001).

U formy spastické nebo smíšené spasticko-atetotické se často vyskytují vady ortopedické, například nekontrolovatelné tonické pohybové vzory. Mohou se objevovat

současné pohyby různých částí těla, dochází k rychlé fyzické a psychické únavě, ke zvýšené četnosti asociačních reflexů, k vadnému držení těla, postavení kyčlí a nohou (Vítková, M. 1998).

2.4 Vybraná onemocnění

Nádorová onemocnění – mozkový nádor

„Nádorové choroby dětí jsou sice vzácné, nicméně závažné jak nesnadným záchytem (mylnou diferenciálně-diagnostickou úvahou pro jejich řídký výskyt), složitým průběhem, agresivní léčbou provázenou závažnými komplikacemi, tak nepříznivou prognózou – ve srovnání s jinými chorobami dětského věku“ (Koutecký, J., 1997, s. 17).

„Nádor (novotvar) je ložisko tkáně (event. více tkání), které se vymklo regulačním mechanismům růstu a získalo autonomní povahu. Pojem autonomní znamená, že nádor roste a šíří se bez ohledu na stav a potřeby hostitele (tj. nemocného organismu)“ (Koutecký, J., Cháňová, M., 2003, s. 17).

Nádory v dětském věku se výrazně liší od nádorů vzniklých v dospělosti. Zásadní rozdíly jsou v biologii nádorů (rychlejší růst a časté metastázy), histogenezi (vznikají z krvetvorné tkáně, z mezodermy, neuroektodermy), lokalizaci (nádory krvetvorné soustavy, nervové tkáně, nádory kostí a měkkých tkání), symptomatologie (nespecifická symptomatologie celková – změny v chování a povaze, neprospívání apod.) (Koutecký, J., Kabičková, E., Starý, J. 2002).

Základní rozdělení dle povahy nádoru je na benigní – nezhoubné, s pomalým růstem, ohraničením, bez metastáz. Druhou skupinou jsou nádory maligní – zhoubné, s rychlým růstem, později bez hranic, s metastázami (Koutecký, J., Cháňová, M. 2003).

Etiologie nádorového onemocnění

Pouze u malého počtu dětí s nádorovým onemocněním je příčina známá. Pokud ano, jde nejčastěji o chemické kancerogeny, virovou infekci, ionizující záření, vrozenou nebo dědičnou chorobu (Koutecký, J. 1997).

U embryonálních nádorů a nádorů dětí jsou nejčastější příčinou endogenní faktory – genetická zátěž, prenatální poškození (Nádory kojenců, batolat a mladších školních dětí [online]).

Diagnostika nádorových onemocnění

Diagnostika jakéhokoli nádorového onemocnění u dětí by se měla řídit třemi principy: rychlost, šetrnost, cílenost. Cílem je určit místo vzniku nádoru, druh nádoru, stadium onemocnění, biologické vlastnosti nádorových buněk, zdravotní stav pacienta.

Základem pro stanovení diagnózy je osobní, rodinná a sociální anamnéza. Po zjištění všech důležitých informací o dosavadním životě dítěte a jeho rodiny následuje fyzikální vyšetření, dále laboratorní vyšetření. Následně jsou u většiny dětí využity zobrazovací metody, základem je vyšetření ultrazvukem a prostý rentgenový snímek. Podle dosavadních zjištěných informací lékař rozhoduje o dalším postupu a volí konkrétní typy vyšetření vzhledem k předpokládaným typům nádorů. Mezi tato vyšetření patří biochemické a cytologické vyšetření mozkomíšního moku, vyšetření kostní dřeně, opakovaná sonografie nebo rentgen, dále počítačová tomografie, tomografie magnetickou rezonancí nebo vyšetření izotopová. Často je nutné využití dalších odborných vyšetření (Koutecký, J., Cháňová, M. 2003).

V diagnostice nádorů centrální nervové soustavy jde především o klinické a neurologické vyšetření, počítačovou tomografii (CT), nukleární magnetickou rezonanci (NMR), oční vyšetření, mozkovou angiografii, získání materiálu pro histologické vyšetření (Vorlíček, J. 1996).

Léčba nádorových onemocnění

Léčba nádorových onemocnění sestává z chirurgické léčby, chemoterapie, radioterapie. Dle Tyrlikové (1999) lze léčbu rozdělit podle cíle a to na kurativní, kdy dochází k odstranění nádoru a paliativní, kdy jde především o zmírnění symptomů a prodloužení života.

Základem léčby nádorů centrální nervové soustavy je chirurgický zákrok, jehož cílem je: odebrání materiálu k dalšímu vyšetření, kompletní odstranění nebo alespoň zmenšení nádoru, úprava cirkulace mozkomíšního moku. Další možností je chemoterapie, jejíž vliv je ovšem v léčbě nádorů centrální nervové soustavy prokázán v omezené míře. Důvodem je tzv. hematoencefalická bariéra, která zabraňuje průniku chemoterapeutik. Vzhledem k této skutečnosti je nutno používat ta cytostatika, která bránou proniknou (Koutecký, J., Kabíčková, E., Starý, J. 2002). Radioterapie se využívá pro ozáření tkáně okolo nádoru, jelikož velké množství nádorů poškozuje i zdravou okolní tkáň (Vorlíček, J. 1996). Důležitá je také podpůrná léčba, ve které jde především o redukci nitrolební hypertenze, řešení obstrukce mokových cest, o hormonální substituci, v případě potřeby podávání antiepileptik, rehabilitaci a resocializaci (Koutecký, J., Kabíčková, E., Starý, J. 2002).

Klasifikace mozkových nádorů

Nitrolební nádory se dělí na supratentoriální a infratentoriální, toto dělení vychází z toho, zda se nádory vyskytují před nebo za tentoriem (mozečkovým stanem), který

rozděluje mozeček a přední mozek. Dále se dělí na extracerebrální a intracerebrální, podle možnosti přístupu.

Do skupiny supratentoriálních extracerebrálních patří meningeomy, adenom hypofýzy, kraniofaryngeom. Do intracerebrálních patří gliomy, nádory nitrokomorové, nádory epifýzy.

Do skupiny infratentoriálních extracerebrálních patří nádory koutu mosto-mozečkového. Do intracerebrálních patří především nádory mozečku (benigní astrocytom, maligní meduloblastom), ependymomy, gliomy (Lesný, I., Špitz, J. 1989).

Skolióza

Skolióza a kyfóza patří do tzv. získaných deformací, které mohou vznikat jako důsledek nesprávného držení těla. Skolióza je deformace páteře v rovině frontální (čelní), která se projevuje bočním vychýlením od středové roviny. Podle místa vychýlení se dělí na krční, hrudní a bederní. Nesprávné držení těla zapříčiňují jednak faktory vnitřní – fyziologické, do kterých se řadí příčiny růstové, dědičné, výživové. Druhou skupinou jsou faktory vnější, do kterých patří například nedostatek pohybu, jednostranný pohyb, obezita apod. Důležité je včasné zahájení rehabilitace, jelikož správné držení těla je zásadní pro zajištění nejlepších podmínek pro funkci orgánů, umožnění zdravého růstu a vývoje svalstva (Vítková, M. 2006).

Shrnutí

Souběžné postižení více vadami je těžké postižení, které ovlivňuje a určitým způsobem omezuje většinu oblastí lidské osobnosti. Základní členění je na tři skupiny: u první je společný znak mentální retardace, u druhé jde o kombinaci vad tělesných, smyslových, vad řeči a samostatnou skupinu hluchoslepých, u skupiny třetí jde o žáky s autismem a s autistickými rysy. Mentální retardace je vývojová porucha, která má vliv na všechny tři složky lidské osobnosti – duševní, tělesnou i sociální. Dle rozsahu postižení se dělí na čtyři základní stupně: lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou. Mozková obrna je poškození mozku, které se projevuje hlavně v poruchách a vývoji hybnosti. Základní dělení je na formy spastické, do kterých je zařazována forma diparetická, hemiparetická a kvadruparetická, dále na formy nespastické, do kterých patří forma hypotonická, dyskinetická a mozečková. Nádorové onemocnění je velmi závažné onemocnění, u dětí sice vzácné, ale velmi nebezpečné vzhledem k nesnadnému zachytu, složitému průběhu, komplikacím při léčbě, nepříznivé prognóze.

3 Vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami

3.1 Legislativa umožňující vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami

Zákon č. 472/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání

V úvodní části tento zákon zavádí rámcové vzdělávací programy ve vzdělávání a školní vzdělávací programy pro jednotlivé školy. V § 16 je ustanoveno vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, tedy vymezení pojmu jedinec se speciálními vzdělávacími potřebami, charakteristika zdravotního postižení, zdravotního znevýhodnění a sociálního znevýhodnění. Zákonem je také dáno zajištění speciálních vzdělávacích potřeb školským poradenským zařízením, právo na vzdělávání s obsahem, metodami a formami, které budou odpovídat potřebám a možnostem žáků, právo bezplatného používání speciálních učebnic a speciálních didaktických a kompenzačních pomůcek, zřizování školy, třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy, zřizování funkce asistenta pedagoga ve školách, kde se vzdělává žák se speciálními vzdělávacími potřebami. § 18 pojednává o možnosti vzdělávání dle individuálního vzdělávacího plánu, § 26 informuje o vyučovací hodině, která může mít u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami odlišnou délku. Dalším důležitým je například § 34 o organizaci předškolního vzdělávání, kde jsou mimo jiné informace o přijímání dítěte se zdravotním postižením. Další informace se týkají například plnění povinnosti školní docházky, jejího odkladu, jiných způsobů plnění povinné školní docházky, tedy individuálního vzdělávání a vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením, dále přípravných tříd, vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením, s více vadami a autismem. Jsou zde uvedeny také informace o průběhu vzdělávání a možnosti přestupu, hodnocení výsledků vzdělávání, o ukončení základního vzdělávání a další.

Vyhláška č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

Tato vyhláška v úvodu upravuje pravidla pro poskytování poradenských služeb, vymezuje jejich účel, uvádí typy školských poradenských zařízení, stručně charakterizuje služby poradny, centra, školy. V dalších částech podrobně popisuje standardní činnosti poraden, dále standardní činnosti center, nejprve společné a poté

speciální vzhledem k jednotlivým typům postižení – centra poskytující služby žákům s vadami řeči, se zrakovým postižením, sluchovým postižením, tělesným postižením, mentálním postižením, žákům s poruchami autistického spektra, žákům hluchoslepým a žákům s více vadami. V další části jsou podrobně popsány standardní činnosti školy, konkrétně tedy činnosti výchovného poradce, metodika prevence, školního psychologa a školního speciálního pedagoga.

Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

V úvodu jsou vymezena vyrovnávací opatření využívaná při vzdělávání žáků se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním a podpůrná opatření využívaná při vzdělávání žáků se zdravotním postižením. Dále je charakterizován žák s těžkým zdravotním postižením a žák se sociálním znevýhodněním. Mezi další informace patří zásady a cíle speciálního vzdělávání, formy speciálního vzdělávání, kde novelizace upravuje podmínku vzdělávání žáka bez zdravotního postižení, který se pouze výjimečně může vzdělávat ve škole pro žáky se zdravotním postižením za splnění daných podmínek. Dále jsou zde uvedeny typy speciálních škol, informace o individuálním vzdělávacím plánu, konkrétně pro koho je určen, z čeho vychází a jeho obsah. Dále jsou zde vymezeny činnosti asistenta pedagoga, informace o organizaci speciálního vzdělávání, konkrétně počty hodin, možnost zajištění až tří pedagogických pracovníků, z nichž alespoň jeden je asistent pedagoga, možná účast osobního asistenta apod. Další paragraf pojednává o zařazování žáků se zdravotním postižením do speciálního vzdělávání, tedy o podmínkách, možnosti diagnostického pobytu, o přeřazení žáka. Jsou zde také uvedeny počty žáků, podmínky zajišťující bezpečnost žáků. Novelizace vyhlášky také uvádí přílohu o údajích a informacích pro zákonné zástupce, jejichž souhlas je nutný pro zařazení žáka do některých vyhláškou uvedených forem vzdělávání.

Další důležité informace, údaje a podmínky základního vzdělávání obsahuje **Vyhláška č. 256/2012 Sb., kterou se mění vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky.**

3.2 Rámcové vzdělávací programy

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání – příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (dále jen RVP ZV-LMP, 2005)

Základní principy RVP ZV-LMP: respektuje sníženou úroveň žáků v oblasti rozumových schopností a v oblasti fyzických a pracovních předpokladů, vymezuje podmínky, cíle a vzdělávací obsah pro žáky s lehkým mentálním postižením. Dále udává klíčové kompetence a průřezová témata, podporuje přípravu na budoucí uplatnění žáka a také podporuje využití speciálních metod a forem ve vzdělávání. Také vymezuje základní vzdělávací úroveň.

Mezi klíčové kompetence patří kompetence k učení, kompetence k řešení problémů, kompetence komunikativní, kompetence sociální a personální, kompetence občanské a kompetence pracovní.

Vzdělávací obsah tvoří vzdělávací oblasti, které mohou být tvořeny více vzdělávacími obory: Jazyk a jazyková komunikace (Český jazyk a literatura, Cizí jazyk), Matematika a její aplikace (Matematika a její aplikace), Informační a komunikační technologie (Informační a komunikační technologie), Člověk a jeho svět (Člověk a jeho svět), Člověk a společnost (Dějepis, Výchova k občanství), Člověk a příroda (Fyzika, Chemie, Přírodopis, Zeměpis), Umění a kultura (Hudební výchova, Výtvarná výchova), Člověk a zdraví (Výchova ke zdraví, Tělesná výchova), Člověk a svět práce (Člověk a svět práce).

Do průřezových témat dle RVP ZV-LMP se řadí: Osobnostní a sociální výchova, Výchova demokratického občana, Výchova k myšlení v evropských a globálních souvislostech, Multikulturní výchova, Environmentální výchova, Mediální výchova (RVP ZV-LMP, 2005).

Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální (RVP ZŠS)

Základní principy RVP ZŠS: navazuje na přílohu RVP ZV-LMP, respektuje opoždění psychomotorického vývoje žáků, vymezuje podmínky, obsah a cíle vzdělávání žáků se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, dále vymezuje klíčové kompetence a průřezová témata. Umožňuje využití podpůrných opatření a upravení vyučovacích hodin dle potřeb žáků. Dále připravuje žáky na jejich společenské uplatnění a stanovuje určitou vzdělávací úroveň školy.

RVP ZŠS se rozděluje na dvě části a to na I. Vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením a na II. Vzdělávání žáků s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami.

Podle I. části by si žáci se středně těžkým mentálním postižením měli osvojit vědomosti, dovednosti a návyky, které jim umožní snadnější orientaci v okolním světě, povedou žáky k samostatnosti a k zapojení do společnosti.

Mezi klíčové kompetence v I. části se řadí kompetence k učení, k řešení problémů, komunikativní, sociální a personální, občanské, pracovní. V II. části jsou klíčové kompetence shodné, pouze nejsou zařazeny kompetence občanské.

Vzdělávací oblasti tvoří Jazyková komunikace (Čtení, Psaní, Řečová výchova), Matematika a její aplikace (Matematika), Informační a komunikační technologie (Informační a komunikační technologie), Člověk a jeho svět (Člověk a jeho svět), Člověk a společnost (Člověk a společnost), Člověk a příroda (Člověk a příroda), Umění a kultura (Hudební výchova, Výtvarná výchova), Člověk a zdraví (Výchova ke zdraví, Tělesná výchova), Člověk a svět práce (Člověk a svět práce).

Průřezová témata jsou v I. díle shodná s RVP ZV-LMP, v II. díle nejsou uvedeny.

Vzdělávání podle II. dílu RVP ZŠS je charakteristické odlišným obsahem, metodami práce a podmínkami vzdělávání. Dále se zde uplatňuje individualizované vyučování, vhodné prostorové a materiální vybavení, vnitřní členění tříd podle individuálních potřeb, upravený režim dne a vypracování IVP.

Vzdělávací oblasti tvoří: Člověk a komunikace (Rozumová výchova, Řečová výchova), Člověk a jeho svět (Smyslová výchova), Umění a kultura (Hudební výchova, Výtvarná výchova), Člověk a zdraví (Pohybová výchova, Zdravotní tělesná výchova nebo Rehabilitační tělesná výchova), Člověk a svět práce (Pracovní výchova).

Poslední část Rámcového vzdělávacího programu se věnuje podmínkám vzdělávání žáků s kombinovaným postižením (RVP ZŠS, 2008).

Na základních školách speciálních dobíhají dříve používané vzdělávací programy. Jedná se o **Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy**. Cílem je: *„rozvíjet psychické a fyzické schopnosti a předpoklady žáků a vybavit je takovými vědomostmi, dovednostmi a návyky, které jim umožní, aby se v maximální možné míře zapojili do společenského života“* (Švarcová, I., 1997, s. 6).

Kromě osvojení důležitých vědomostí a dovedností je velmi podstatná výchovná složka vyučování, a to z toho důvodu, že pro žáky je žádoucí zapojení se do společnosti,

tedy schopnost navazování vztahů, komunikace s lidmi, respektování druhých a osvojení si určitých pravidel společenského chování (Švarcová, I. 1997).

Pro dobrou orientaci v okolním prostředí je zásadním úkolem osvojení si čtení, psaní a počítání. Učební plán tedy tvoří čtení, psaní, počty, věcné učení, smyslová výchova, pracovní výchova, výtvarná výchova, tělesná výchova, hudební výchova, řečová výchova. Velmi podstatná je spolupráce s rodiči, učitel by měl rodiče seznamovat s možnými postupy při učení a působení na dítě (Švarcová, I. 1997).

Individuální vzdělávací plán

Individuální vzdělávací plán je v případě potřeby určen pro „*individuálně integrovaného žáka, žáka s hlubokým mentálním postižením, případně také pro žáka skupinově integrovaného nebo pro žáka speciální školy.*“

Za zpracování IVP zodpovídá ředitel školy, vypracováván je ve spolupráci se školským poradenským zařízením, zákonným zástupcem žáka. Kontrolu plnění plánu provádí školské poradenské zařízení dvakrát za rok.

Individuální vzdělávací plán je součástí dokumentace žáka a obsahuje informace o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytované péče, o stanoveném cíli vzdělávání žáka, rozvržení učiva, zvolených pedagogických postupech, způsobech hodnocení, o potřebě dalšího pedagogického pracovníka, dále seznam potřebných pomůcek, speciálních učebnic a materiálů, jméno pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení určeného pro spolupráci, potřebu navýšení finančních prostředků, závěry speciálně pedagogických, psychologických vyšetření (Vyhláška č. 73/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

3.3 Systém vzdělávání

Předškolní vzdělávání

Možnosti realizace předškolního vzdělávání jsou v mateřské škole, speciální třídě při mateřské škole, mateřské škole speciální. Předškolní vzdělávání je řízeno Rámcovým vzdělávacím programem pro předškolní vzdělávání, který vymezuje konkrétní požadavky na vzdělávání. Rozděluje obsah vzdělávání do pěti základních oblastí: Dítě a jeho tělo, Dítě a jeho psychika, Dítě a ten druhý, Dítě a společnost, Dítě a svět (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2007).

Mateřská škola by měla v maximální míře respektovat potřeby každého dítěte a měla by vytvářet klidné, bezpečné prostředí pro jeho vývoj a uplatnění. Velmi důležité je tedy

pozorování a zjišťování individuálních potřeb tak, aby každému dítěti byly nabízeny vhodné podněty pro jeho rozvoj (Opatřilová, D., Zámečnicková, D. 2007).

Pro žáky se zdravotním postižením jsou podle druhu postižení zaopatřeny různé podmínky pro vzdělávání, pro žáky se souběžným postižením více vadami jde především o zajištění rozvíjení sebeobsluhy, klidného podnětného prostředí, nižšího počtu žáků, asistenta, využívání pomůcek (Opatřilová, D., Zámečnicková, D. 2007).

Základní vzdělávání

Základní škola praktická

Vzdělávají se zde žáci s lehkým mentálním postižením, jejichž vzdělávání nelze s úspěchem realizovat v běžné škole. V základní škole praktické by tedy měli s využitím speciálních výchovných a vzdělávacích prostředků dosáhnout co nejvyšší úrovně znalostí, dovedností a osobnostních kvalit při respektování jejich individuality. Hlavním cílem je integrace jedince do společnosti (Švarcová, I. 2000).

K tomu, aby žáci získali potřebné znalosti a dovednosti, je třeba využít speciální přístupy, metody, formy, podpůrná opatření. Dále také zajistit stimulující prostředí, ve kterém žáci zažívají úspěch, učí se pracovat s chybou. Velmi podstatné je kariérové poradenství pro pomoc při výběru správného učebního oboru.

Školní docházka zde trvá devět let, je rozdělena na 1. stupeň (1. – 5. ročník) a 2. stupeň (6. - 9. ročník). V současné době je vzdělávání na tomto typu školy řízeno Rámcovým vzdělávacím programem pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. Tento rámcový vzdělávací program je platný od školního roku 2007/2008, kdy byl realizován v 1. a 6. ročníku (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2007).

Základní škola speciální

Vzdělávání na základní škole speciální je určeno především pro žáky, kteří nejsou schopni vzdělávat se na běžné základní škole nebo základní škole praktické, ale jsou schopni si osvojit základní vědomosti, dovednosti a návyky potřebné pro jejich další život. K tomu je ovšem potřeba využití speciálních přístupů, metod a forem výuky a zajistit odpovídající podmínky pro vzdělávání. Jde tedy především o žáky se středně těžkým mentálním postižením, vzdělávat se zde mohou i žáci s těžkým mentálním postižením, se souběžným postižením více vadami a s autismem, popřípadě i žáci s hlubokým mentálním postižením (Pipeková, J. 2010).

Učivo na této škole je zaměřeno především na základní oblasti, jeho obsah je tedy upraven tak, aby cílem bylo především získání praktických dovedností. Školní docházka

trvá deset let a je rozdělena na 2 stupně (1. – 6. ročník, 7. – 10. ročník) (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2007).

Při základní škole speciální je možnost zřízení přípravného stupně pro žáky, „kteří by vzhledem k těžšímu stupni mentální retardace a případně i dalším důvodům (zdravotním, sociálním) nebyli schopni prospívat ani na nižším stupni pomocné školy, ale u nichž jsou patrné určité předpoklady rozvoje rozumových schopností.“ Vzdělávání v přípravném stupni trvá 3 roky, v jeho průběhu je při splnění daných podmínek možný přestup (nižší stupeň základní školy speciální, jiná forma vzdělávání) (Švarcová, I., 2000, s. 70). Další možností pro žáky s těžkým a hlubokým mentálním postižením a více vadami je vzdělávání dle Rehabilitačního vzdělávacího programu (Pipeková, J. 2010).

Vzdělávání je v současné době řízeno Rámcovým vzdělávacím programem pro obor vzdělání základní škola speciální, který je platný od školního roku 2010/2011 v 1. a 7. ročníku a postupně v dalších ročnících, dále Vzdělávacím programem pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy a Rehabilitačním vzdělávacím programem (Pipeková, J. 2010).

Základní škola pro tělesně postižené

Tyto školy jsou určeny pro žáky, kteří mají buď pouze tělesné postižení, nebo pro ty, u kterých je tělesné postižení dominantní a doprovází ho další postižení (sluchové, zrakové, poruchy řeči). Žáci se zde tedy vzdělávají podle vzdělávacího programu běžné základní školy (Kábele, F. 1993).

Součástí škol ale mohou být třídy pro žáky s kombinací postižení, kteří mají postižení tělesné a zároveň postižení mentální, popřípadě přidružené další typy postižení. Vzhledem k tomu se v těchto třídách žáci vzdělávají podle vzdělávacích programů odpovídajícím jejich úrovni a potřebám.

Žáci se souběžným postižením více vadami bez mentálního postižení se dále mohou vzdělávat v různých typech speciálních škol podle jejich dominantního postižení.

Vzdělávání v rámci profesní přípravy

Odborné učiliště

Obsah vzdělávání zde navazuje na vzdělávání v základní škole praktické a je zaměřen především na získání praktických dovedností. Studium je možno ukončit po dvou letech závěrečnou zkouškou a vysvědčením, nebo po třech letech závěrečnou zkouškou a výučním listem.

Odborná učiliště nabízí poměrně širokou nabídku učebních oborů, při jejichž výběru je nutné přihlížet na schopnosti a dovednosti žáka tak, aby výběr byl odpovídající a žák se byl schopen v daném oboru uplatnit (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2007).

Praktická škola dvouletá

Tento typ školy je určen pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami – žáci s mentálním postižením a žáci s více vadami. „*Cílem přípravy je poskytnout žákům doplnění a rozšíření všeobecného vzdělání dosaženého v průběhu plnění povinné školní docházky, dát jim základy odborného vzdělání a základy manuálních dovedností v oboru dle zaměření*“ (Bazalová, B. In Pipeková, J., 2010, s. 301).

Dalšími konkrétními cíli je rozvoj komunikačních dovedností, osobnostních kvalit, učení se povinností, pravidlům, rozpoznání nevhodného chování, učení se zdravému životnímu stylu, získání pracovních dovedností a osvojení pracovních postupů pro činnosti každodenního života apod. Uplatnění mohou absolventi nacházet například ve zdravotnictví, v sociální sféře, v zemědělství jako pomocní pracovníci nebo v chráněných pracovištích (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2007).

Praktická škola jednoletá

Vzdělávání na tomto typu školy je určeno pro žáky s těžkým stupněm mentálního postižení, více vadami a autistickými rysy. Podmínkou je ukončené vzdělání na základní škole speciální, případně základní škole praktické. Obsah vzdělávání opět umožňuje rozšíření dosavadních znalostí, důraz je ale kladen také na získání manuálních dovedností, čemuž jsou uzpůsobeny i formy výuky. Tyto znalosti a dovednosti mohou žáci využít po skončení vzdělávání především v chráněných pracovištích a při pomocných pracích (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2007).

3.4 Specifika vzdělávání žáků s epilepsií

Specifika osobnosti žáků s epilepsií

Vliv nemoci na vývoj jedince je pravděpodobný, lze říci, že „*každé somatické onemocnění znamená určité mimořádné zatížení (případně i přetížení) jeho nervové soustavy*“ (Matějček, Z., 2001, s. 59).

Chronické onemocnění může mít v různé míře vliv na vývoj emočně-sociální i kognitivní. Následek působení je dán především tím, v jakém vývojovém období se jedinec nachází, zásadní je to například v období dospívání, kdy se formuluje spousta

důležitých rolí, aktivit, zájmů a onemocnění to určitým způsobem ohrožuje (Říčan, P., Vágnerová, M. 1991).

Vliv epilepsie na člověka může být znatelný v jeho chování i jednání, v duševním vývoji (zpomalení, zastavení), v oblasti psychiky ve vnímání, paměti, pozornosti, v myšlení, učení a řeči (Fialová, I. 2011). To, jak epilepsie působí na psychiku jedince je dáno třemi základními faktory: charakteristika onemocnění (doba vzniku, závažnost, četnost záchvatů), léčba (možné negativní účinky – únava, celkové zpomalení, apatie, chování se změnami nálad, zvýšenou dráždivostí), reakce a postoje rodiny a blízkých (Říčan, P., Vágnerová, M. 1991).

Onemocnění epilepsie se tedy často projevuje v úrovni jednotlivých poznávacích procesů. Proces zpracování informací a řešení úkolů se může vyznačovat „*menší pružností, zabíhavostí, ulpívavostí, pedantičností a narušením plynulosti myšlenkových operací, celkovým zpomalením a někdy i pouhou zvýšenou unavitelností*“ (Vágnerová, M., 2004, s. 140). Jedinci s epilepsií mají často potíže využít své rozumové schopnosti, což se projevuje v jejich výkonech. Výkony jsou omezeny také zvýšenou četností záchvatů, stavem po záchvatu a vliv na ně má např. zvýšená unavitelnost (Vágnerová, M. 2004).

Vlivem epilepsie také ojediněle vzniká epileptická demence. Vzhledem k množství záchvatů, dlouhodobosti a závažnosti onemocnění může docházet ke snížení úrovně rozumových schopností jedince (Vágnerová, M. 2004). Epileptický záchvat může natrvalo poškodit buňky mozku a ke snižování rozumových schopností tak může docházet po každém prodělaném záchvatu. Čím dříve se epilepsie u dítěte projeví, tím vyšší je nebezpečí trvalého ovlivnění psychomotorického vývoje. Zásadní je také závažnost, délka trvání a doba vzniku (věk) prvního epileptického záchvatu, vyšší riziko trvalých následků stoupá s časným nástupem onemocnění v raném dětství (Fialová, I. 2011).

Pozornost je u některých jedinců s epilepsií typická potížemi s koncentrací, ulpívavostí, sníženou schopností rozdělení a přenosu pozornosti na jiné podněty (Vágnerová, M. 2004). Potíže s pozorností se projevují především v neschopnosti žáka soustředit se déle na požadovanou školní práci a ve velkém množství krátkodobých zájmů. V důsledku těchto potíží jsou žáci ve škole nepozorní, neukáznění, mnohdy neovladatelní. Výrazný rozdíl ve schopnosti udržení pozornosti se objevuje při vyučování předmětů, o které žáci mají zájem. V předmětech, které žákům nedělají potíže, dokážou někteří i přes omezení pozornost udržet (Sasín, J. 1975). Paměťové

schopnosti mohou být omezeny jak ve všípivosti, tak i v následném znovuvybavení (Vágnerová, M. 2004). Vliv na úroveň paměťových schopností má jednak snížená schopnost koncentrace pozornosti, která způsobuje nepřesné vnímání a například absence, při kterých dojde k přeslechnutí, přehlédnutí důležité informace. To vše má vliv na kvalitu a úroveň získaných znalostí (Sasín, J. 1975).

Ztěžujícím faktorem ve vzdělávání žáků s epilepsií je především období po epileptickém záchvatu, kdy je jedinec často vyčerpaný, což má vliv na jeho chování a prožívání (Fischer, S., Škoda, J. 2008). Další potíže přicházející po velkém epileptickém záchvatu mohou být dezorientovanost, nižší schopnost koncentrace pozornosti, zpomalené nebo nepřiměřené reakce (Vágnerová, M. 2004).

Vlivem epilepsie může docházet k poruchám řeči (dle poškozené oblasti jde o potíže s porozuměním, s vyjadřováním – zpomalenost, stereotypní a ulpívavé vyjadřování). Dále může epilepsie vést k poruchám učení, dle postižené oblasti tedy mohou vznikat specifické poruchy učení – dyslexie, dysortografie, dyskalkulie (Vágnerová, M. 2004).

Vliv onemocnění lze pozorovat také ve změnách chování. Často se jedná o projevy v oblasti emocí – labilita, výkyvy nálad, impulzivita, výbušnost, agresivita. Typickou vlastností někdy bývá negativismus, pesimismus, mrzutost s depresemi. Snížená je tolerance zátěže – možné neadekvátní reakce, vyskytuje se také stereotypní chování, nutkání k určité činnosti, vliv na chování nemocného mohou mít také negativní reakce okolí (Vágnerová, M. 2004). Na chování mohou působit léky, konkrétně mohou být příčinou ospalosti, apatie, pomalých reakcí, nižší soustředěnosti (Fischer, S., Škoda, J. 2008). Chování je často ovlivněno i strachem a úzkostí z opakovaných záchvatů, když jedinec neví, kdy záchvat přijde. I těmito příčinami potom dochází ke zvýšené dráždivosti, přecitlivělosti, výkyvům nálad (Matějček, Z. 2001). Mohou se objevit pocity méněcennosti kvůli nižším výkonům, které vyplývají ze zvýšené unavitelnosti, nižší odolnosti vůči zátěži (Fialová, I. 2011).

Epilepsie a její projevy mohou narušovat začlenění žáka do kolektivu. V období dětství zaujímají tyto jedinci zvláštní postavení vzhledem k možným omezením při aktivitách, nebo přímo vznikem záchvatu v průběhu aktivit s ostatními. V období dospívání jde především o potíže s chováním a projevováním, které je často okolím nepochopené (Sasín, J. 1975).

Specifika potřeb žáků s epilepsií při vzdělávání

U každého jedince se onemocnění epilepsií projevuje individuálně, proto i při vyučování má každý žák individuální potřeby, které je třeba respektovat (Fischer, S., Škoda, J. 2008).

Nemocný žák má vyšší potřebu pocitu jistoty a bezpečí, je na učiteli více závislý, potřebuje podporu a povzbuzení. Pedagogická kvalita učitele je vzhledem k požadavkům žáků s epilepsií zásadní, potřeba je dodržování jistých opatření: zamezení přetěžování (možná příčina záchvatu), podpora pocitu síly žáka pro zvládnutí nemoci a potíží s ní spojených, vhodné metody práce vzhledem ke zpomalenému tempu duševní činnosti, zajištění možnosti prožití úspěchu a radosti, vysoká motivace, výběr vhodných tělesných aktivit, které mají pro kondici a podporu sebevědomí žáka velký význam, seznámení ostatních žáků se základními informacemi o epilepsii (Fialová, I. 2011).

Učitel musí být poučen o onemocnění epilepsií, péči při a po záchvatu, o průběhu záchvatů u konkrétních žáků a jejich individuálních potřebách, samozřejmostí je zajištění správného užívání léků. Dále je nutné zohlednění potřeby odpočinku, při vycházkách a pobytech venku zajistit přítomnost další osoby kvůli možnému záchvatu (Fialová, I. In Pipeková, J. 2010). Při výuce je menší potřeba stimulace, jelikož při vysoké intenzitě a frekvenci podnětů by mohlo docházet k vyčerpanosti, únavě (Fischer, S., Škoda, J. 2008).

Kvůli možným obtížím plynoucím z užívání léků je třeba, aby všichni, kteří pracují s nemocným žákem, o lécích věděli, netrestali žáky za možné projevy v chování a při velkých potížích by měli upozornit ošetřujícího lékaře a situaci řešit (Fialová, I. 2011).

Pokud má být vzdělávání žáka s epilepsií úspěšné, je k tomu žádoucí spolupráce školy s jeho rodiči. Učitel potřebuje dostatečné množství informací o dosavadním životě dítěte, jeho vývoji, prostředí rodiny a přístupech k dítěti proto, aby ho mohl dokonale poznat a poskytovat podněty odpovídající jeho individuálním potřebám. Pro dítě s onemocněním a jeho úspěšný život je samozřejmě zásadní láska od rodičů, díky níž má dítě vědomí bezpečí, jistoty, opory v jakékoliv situaci (Sasín, J. 1975). Je potřeba, aby rodiče zaujali při výchově dítěte vhodný postoj, nevhodný je příliš starostlivý a úzkostný přístup, který může u dítěte způsobit nesamostatnost, sobeckost, nerespektování rodiče jako autority. Vyhnout by se rodiče ale také měli přístupu, při kterém požadují po dítěti stejné výkony jako po jeho sourozenci, ale dítě s epilepsií na to nestačí a uzavírá se do sebe (Fialová, I. 2011).

Shrnutí

Mezi legislativní opatření, která umožňují a upravují vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami, patří především Zákon č. 472/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, Vyhláška č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, Vyhláška č. 256/2012 Sb., kterou se mění vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky. Vzdělávání je v současné době řízeno Rámcovým vzdělávacím programem pro základní vzdělávání – s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (RVP ZV-LMP), Rámcovým vzdělávacím programem pro obor vzdělání základní škola speciální (RVP ZŠS), Vzdělávacím programem pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy, Rehabilitačním vzdělávacím programem. Pro individuální potřeby žáků je zpracováván individuální vzdělávací plán. Vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami je možno realizovat v základních školách praktických a speciálních, v rámci profesní přípravy je nejčastěji realizováno v praktických školách dvouletých a jednoletých. Vliv epilepsie na osobnost jedinců s tímto onemocněním se může projevat v jejich chování, jednání, v oblasti psychiky ve vnímání, paměti, pozornosti, v myšlení, učení a řeči. Pro usnadnění vzdělávání žáků s epilepsií je třeba dodržovat jistá opatření.

4 Analýza vlivu epilepsie na proces vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami

4.1 Hlavní cíl výzkumu, výzkumné otázky, metodologie

Hlavním cílem výzkumu bylo analyzovat vliv epilepsie na proces vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami.

Hlavní výzkumná otázka:

- Jaký vliv má epilepsie na proces vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami?

Vedlejší výzkumné otázky:

- Jaké konkrétní potíže způsobuje epilepsie v průběhu vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami?
- Jaké konkrétní oblasti vzdělávání jsou epilepsií ovlivněny?
- Jak ovlivňují průběh vzdělávání velké epileptické záchvaty?
- Jaký vliv má na jedince a jeho výkony v procesu vzdělávání medikamentózní léčba?
- Jaké jsou typické potřeby žáků s epilepsií při vzdělávání?
- Má epilepsie vliv na oblast chování, socializace, navazování vztahů?
- Jaká konkrétní opatření vyžadují žáci s epilepsií při vzdělávání a jak jsou jejich rodiče spokojeni se zajištěním těchto opatření od školy?

Metodologie

Při zpracování výzkumného projektu byla použita kvalitativní výzkumná metoda a zpracovány kazuistické studie.

Výzkumné techniky:

- pozorování
- analýza osobní dokumentace
- analýza školní dokumentace
- rozhovory s rodiči a učiteli
- analýza odborné literatury

4.2 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného vzorku

Výzkumné prostředí

Výzkumné šetření bylo realizováno na základní škole pro tělesně postižené. Jsou zde vzdělávány děti s postižením pohybovým a neurologickým, děti s vrozenými vadami pohybového aparátu, genetickými a metabolickými poruchami postihujícími hybnost, děti s poúrazovými stavy, děti s kombinovaným postižením (tělesné postižení v kombinaci s mentálním postižením, smyslovou vadou nebo závažnou poruchou komunikace), děti s autismem nebo s autistickými rysy, děti chronicky nemocné nebo oslabené. Součástí školy je také Speciálně pedagogické centrum pro tělesně postižené. Žáci mohou využít rehabilitaci, lékařskou, psychologickou a psychoterapeutickou péči, odbornou péči logopeda, ergoterapii, arteterapii, hippoterapii, zooterapii. Součástí areálu je malá farma s domácími zvířaty, žáci je tedy využívají nejen k terapiím, ale také se na ostatních zvířatech učí základy chovu a péče o ně. Škola využívá velké množství pomůcek pro ulehčení procesu vzdělávání žáků s tělesným a kombinovaným postižením. Škola zajišťuje pro žáky bezpečné, klidné a přátelské prostředí, kam žáci chodí velmi rádi.

Škola je rozdělena na kmenové třídy, místnosti pro společné činnosti, kabinety, šatny. K vybavení každé třídy patří přehrávač, televize, počítač se speciální klávesnicí a alternativní myši (Bigtrack), relaxační koutek s matracemi a kobercem pro odpočinek. Využívány jsou také speciálně upravené vozíky, stojany na knihy, podložky, speciální pera. Třídy jsou bohatě vybaveny pomůckami a dalším didaktickým materiálem (učebnice, knížky, pracovní listy, CD, DVD). Třídy jsou vyzdobeny pracemi žáků, výzdoba je obměňována podle ročních období a dle aktuálního dění. Prostorové uspořádání umožňuje žákům vzdělávání v klidném a pohodlném prostředí a také odpočinek v relaxačním koutku. Ve společném prostoru jsou počítače s interaktivní tabulí, kam žáci chodí občas i na hodiny Věcného učení. Tyto prostory jsou vybaveny také pohovkami, matracemi a koberci pro odpočinek. Další využívanou místností je kuchyňka. K tělesné výchově je možno využít tělocvičnu nebo hřiště před školou. Celý areál umožňuje realizaci různých aktivit a procházek.

Škola pořádá velké množství školních i mimoškolních akcí, aby žáci získali co nejvíce zážitků a zkušeností, aby si mohli ověřit svoje dovednosti, samostatnost a schopnost orientovat se v okolním světě. Jedná se například o různé besedy, výukové programy, letní cestování do zahraničí, výlety (solné jeskyně), školy v přírodě, účast na

hudebních soutěžích, návštěva výstav i pořádání veřejných výstav obrázků žáků, návštěva koncertů, různé exkurze. V rámci tříd se jedná o představení pro rodiče, besídky, recitační soutěže, vaření v rámci praktických činností, oslavy narozenin jednotlivých žáků a spolupráce při přípravě hostiny a mnoho dalšího.

Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek je tvořen čtyřmi jedinci. Pro přehlednost označím žáky z jednotlivých zpracovaných kazuistických studií písmeny „A“, „B“, „C“, „D“. Tři žáci „A“, „B“, „C“ jsou z jedné třídy, kde se vzdělávají další čtyři žáci. Chlapec „D“, který už povinnou školní docházku minulý rok dokončil, byl z třídy druhé, kde se vzdělávalo celkem šest žáků. Diagnóza žáků „A“, „B“ je mozková obrna, středně těžká mentální retardace, epilepsie. Žákyně „C“ má středně těžkou mentální retardaci, epilepsii, je po operaci nádoru mozku. Chlapec „D“ má diagnózu mozková obrna, středně těžká mentální retardace, epilepsie.

Diagnózy ostatních žáků ve třídě jsou většinou podobné, jedná se o kombinaci mozkové obrny, mentální retardace, v některých případech epilepsie. Ve třídách je během vyučování přítomna třídní učitelka a asistentka pedagoga. Ve třídách je daný základní rozvrh a je pevně stanovený řád a pravidla chování. Tři žáci, kteří se ještě v rámci základního vzdělávání vzdělávají, pracují dle školního vzdělávacího programu, který je vypracován dle I. dílu Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální. Tito žáci pracují podle individuálního vzdělávacího plánu, při vyučování je maximálně uplatněn individuální přístup ke všem žákům a zohledňování jejich konkrétních potřeb. Stejně tak byl vzděláván i chlapec „D“ v době své povinné školní docházky. Rodiny všech čtyř žáků vytváří velmi podnětné prostředí.

4.3 Interpretace výzkumného šetření

Kazuistika č. 1

Pohlaví: ženské

Rok narození: 1998

Diagnóza: mozková obrna – pravostranná hemiparéza, středně těžká mentální retardace, epilepsie, astigmatismus.

Současný stav:

Dívka v současné době navštěvuje 7. ročník základní školy pro tělesně postižené. Vzdělává se podle školního vzdělávacího programu, který je vypracován dle Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální. Pracuje

podle individuálního vzdělávacího plánu. Poslední dva roky je absence velkých epileptických záchvatů.

Celková charakteristika

Dívka štíhlé postavy, schopna samostatné chůze. Působí velmi mile, ochotně, přátelsky, je snaživá a ukázněná. Občas působí sociálně nezrale. Dívka pochází z jiné země.

Osobní anamnéza

Dívka se narodila matce z druhého těhotenství, na počátku měla matka menší zdravotní problémy, ale dále těhotenství probíhalo bez komplikací. Porod byl spontánní, dva týdny před termínem. Dívka se narodila s mírami 2 300 gramů, 46 centimetrů. Raný vývoj dívky byl v pořádku, problémy začaly v 8. měsíci – motorická retardace. Poté byla diagnostikována mozková obrna – pravostranná hemiparéza. Od 2,5 roku dívka trpí epileptickými záchvaty. Neprodělala žádné operace, ani jiná vážná onemocnění, jen běžné nemoci jako je chřipka.

Rodinná anamnéza

Dívka má staršího bratra, který je zdravý. Rodiče jsou také zdraví. V rodině se vyskytuje onemocnění diabetes mellitus u babičky dívky. Rodina je úplná a vytváří podnětné prostředí.

Epilepsie – průběh onemocnění

První velký epileptický záchvat se objevil ve 2,5 letech. Byla stanovena diagnóza epilepsie a nasazena medikamentózní léčba. Po prvním záchvatu měla dívka problémy s chůzí, potřebovala neustále oporu (do čtyř let). V raném dětství se zřídka od čtyř let objevovaly další velké epileptické záchvaty, zhruba do sedmi let. Ty probíhaly tak, že dívka usnula a asi půl hodiny po usnutí se probudila, otevřela oči a od té chvíle vůbec nereagovala. Rodiče tedy museli volat záchrannou službu a po těchto záchvatech následoval přibližně týdenní pobyt v nemocnici. Po nástupu do základní školy se situace zhoršila a přicházely časté epileptické záchvaty. Zjistilo se, že je to důsledek špatně nasazené léčby. Po výměně léků se situace zlepšila. Po nových lécích neměla půl roku velký záchvat vůbec. Jelikož se rodina stěhovala, tuto školu dívka přestala navštěvovat. V dalším období následovaly větší záchvaty tak jednou za rok, ale už nebyla potřeba hospitalizace v nemocnici, která měla dříve na dívku velmi negativní vliv. Potom se začaly objevovat menší záchvaty, maminka si všímala drobných absencí. Dívka přestala reagovat, měla škubavé pohyby očí, někdy celé hlavy. Tyto záchvaty doprovázely dívku i při vstupu na současnou základní školu pro tělesně postižené. Ztěžovaly tak průběh

prvního ročníku. Ve třetím ročníku postihl dívku velký epileptický záchvat a ten měl podle maminky na proces vzdělávání velký vliv. Poté už se objevovala spíše zahledění (vlivem stálých epileptických výbojů), která také proces vzdělávání narušovala. Během nich dívka absolutně nevnímala, nereagovala. Doma se tato zahledění objevovala zhruba jednou týdně. Současně je dva roky bez záchvatů, doma nemívá ani tato zahledění (ve škole ano) a maminka vnímá toto období jako velmi bohaté na vývoj dívky z hlediska její vyšší zodpovědnosti, praktičnosti, snahy, vnímavosti okolí. Léčena je kombinací tří antiepileptik.

Motorika

Po prvním epileptickém záchvatu měla do čtyř let problémy se samostatnou chůzí. Teď je schopna samostatné chůze bez opory, pohybová koordinace je narušena. Dívka zvládá všechny činnosti související s péčí o vlastní osobu i základní domácí práce, je velmi šikovná. Snaží se o zapojování postižené horní končetiny, což pro ni dříve byl problém. Jemná motorika není výrazně narušena, ale psaní psacím písmem nezvládá.

Intervence – hrubá motorika – rehabilitace, ve škole upozorňování na dodržování správné chůze a používání postižené ruky, jemná motorika – grafomotorická cvičení, uvolňovací cviky, nácvik správného úchopu, práce s drobným materiálem, puzzle, stavebnice, didaktické hry.

Řečové dovednosti

Vývoj řeči byl mírně opožděn. Na začátku vzdělávání byl velký problém s jazykovou bariérou. Postupně ale žákyně lépe rozuměla českému jazyku a rozšiřovala se její aktivní slovní zásoba. Dívka měla tendenci odpovídat jednoduchými, jednoslovnými větami, někdy měla potíže s výslovností. Dívka se v současnosti dokáže domluvit, zvládne vyjádřit to, co potřebuje. Maminka potvrzuje, že se dívka také mnohem více snaží doma mluvit česky.

Intervence – logopedie, ve škole na počátku především opravování slov do správného českého tvaru, říkanky, rozšiřování slovní zásoby, podpora správné výslovnosti (někdy není schopna vyslovit neznámé slovo), podpora vyjadřování (jak má vyjádřit své potřeby, názory).

Pozornost

Udržení pozornosti není snadné, dívka se nechá vyrušit jakýmkoliv jiným podnětem, který ji při práci zaujme. Velmi často odbíhá od daného tématu k tomu, co ji v tu chvíli napadne. Soustředěnost velmi klesá s dobou vyučování, nejvyšší úroveň má tedy v ranních hodinách. Při domácí přípravě potřebuje dívka neustálý dohled. Při práci je

třeba zajišťovat nerušené prostředí tak, aby se žákyně mohla co nejvíce rozvíjet, a ne, aby hlavním úkolem bylo jen udržení její pozornosti. Maminka i třídní učitelka se shodují, že úroveň pozornosti byla velmi ovlivněna právě epilepsií, jednak velkými epileptickými záchvaty, ale i občasným zahleděním a naprostou nepozorností. V současné době také bývá nepozorná a občas odbíhá od tématu, ale úroveň pozornosti je na lepší úrovni, dívka je především více vnímavá.

Vnímání

Zrak – korekce oční vady – astigmatismus.

Sluch – v pořádku.

Chování

Dívka se při plnění úkolů zadaných od paní učitelky občas vztekala. Když se dívce něco nezdařilo, byla velmi negativistická a mnohdy byla uražená. Občas se také stalo, že dirigovala ostatní spolužáky (hlavně v nepřítomnosti paní učitelky), napomínala je, a to i za činnosti, které sama dělala. Proto se paní učitelka snažila tuto situaci řešit vymezením pevných pravidel. Postupně se tak s dívkou v jiných sociálních situacích už shodovaly a rozuměly si. Dívka přijímá učitelčinu autoritu a respektuje ji. Rozdíl mezi přístupem k ní a k rodičům je odlišný. Ve škole žákyně poslouchá a plní pokyny učitelky, doma ovšem sourozence i rodiče komanduje. U dívky se objevovaly infantilní prvky chování, které se občas, ovšem v menší míře, objeví i v současnosti. Dívka je občas při chybování a následném hodnocení mírně negativistická, je vidět, že ji neúspěch mrzí, už to na sobě ale nedává tolik znát. Pozitivní změna chování je výrazný pokrok v průběhu vzdělávání. Je mnohem zodpovědnější než dříve.

Intervence – bylo nutné vymezit přesná pravidla, přesný řád, při nevhodném chování musela opustit třídu a po uklidnění přišla, postupně stačilo upozornit, když s nevhodným chováním začínala a hned se uklidnila, dále podpora správného řešení jakýchkoliv situací, které nastanou.

Socializace

Ze začátku byly problémy se začleněním kvůli jazykové bariéře. Objevovalo se oboustranné nepochopení a žákyni to velmi ztěžovalo navazování vztahů se spolužáky. Později se zlepšováním řečových schopností v českém jazyce žákyně do kolektivu začlenila. Vztahy jsou dobré, dívka je kamarádká a má své spolužáky ráda. Někdy ovšem nastane situace, kdy se dívka snaží být nadřazená a snaží se ve velké míře prosadit v kolektivu.

Intervence – ve všech situacích, které nastanou, je podporována ke správnému chování k druhým.

Soběstačnost

Dívka je šikovná, zvládne se o sebe ve velké míře postarat. Pomáhá i svým spolužákům, kteří mají těžké tělesné postižení. V současnosti také velmi pomáhá mamince doma.

Intervence – navozování veškerých praktických situací ve škole, podpora jejich samostatného řešení (vaření, oblékání se, přichystání věcí).

Reakce rodičů na onemocnění

Maminka nesla období prvních velkých záchvatů těžce, hospitalizace v nemocnici s dcerou velmi prožívala. Od lékařů byla poučena, co při dalších velkých záchvatech dělat. Na začátku měla dceři podávat injekce, které měly záchvat zmírnit, což se musela naučit zvládat. V současné době je velmi šťastná, že se velké záchvaty neobjevují.

Průběh vzdělávání a jeho ovlivnění epilepsií

Předškolní vzdělávání

Dívka nenavštěvovala mateřskou školu a byla s rodiči doma.

Základní vzdělávání

V šesti letech nastoupila do základní školy, ještě v její rodné zemi. V této škole byla ovšem pouze dva měsíce. Škola byla naprosto nevyhovující, ve třídě se vzdělávalo dvacet žáků a tato dívka velmi potřebuje individuální přístup vzhledem ke kombinaci postižení, ještě stěžující přidruženou epilepsií. Podle slov matky byla dcera v této škole spíše jako pozorovatel. Dvouměsíční docházku ale velmi ovlivnily také časté epileptické záchvaty. Potom se zjistilo, že příčinou byla špatně indikována léčba. Tímto bylo tedy i znemožněno jakékoliv působení školy, při tak krátké docházce, zdravotních obtížích a nedostatečném individuálním přístupu.

Je třeba podotknout, že proces vzdělávání hlavně na počátku plnění povinné školní docházky ve škole už v České republice velmi narušovala jazyková bariéra. Důležitý je také fakt, že se žákyně první dva ročníky vzdělávala podle Vzdělávacího programu zvláštní školy, následně bylo psychologickým vyšetřením doporučeno přearažení, a tak byla na konci druhého ročníku přearažena na Vzdělávací program pomocné školy. Třetím a velmi důležitým faktem jsou právě epileptické záchvaty, které nejdříve narušovaly průběh vzdělávání formou malých záchvatů, kdy dívka třeba pět minut nereagovala. Když se potom tyto krátké výpadky neobjevovaly tak často, dívka už lépe výuku vnímala. Ve třetím ročníku byl zlomovým okamžikem velký epileptický záchvat,

po kterém byla dívka hospitalizována v nemocnici. Ve škole potom nastaly problémy se zapomenutím již osvojeného učiva, se zmateností a horší orientací. Ve čtvrtém ročníku dívka nezvládala obsah učiva, proto od tohoto ročníku začala pracovat dle individuálního vzdělávacího plánu. I nadále se objevovaly velké epileptické záchvaty komplikující průběh vzdělávání, v současnosti se již dva roky objevují jen zahledění dívky vlivem neustálé epileptické aktivity.

Vliv epilepsie na vzdělávání žákyně z informací z rozhovoru s učitelkou a s rodiči

Vzdělávání na této základní škole ztěžovala epilepsie jednak velkými epileptickými záchvaty. Žádný nepřišel v průběhu vyučování, vždy se objevovaly doma. Prvním problémem plynoucím z velkých epileptických záchvatů byla absence ve škole, protože dívka už tak potřebuje neustálé opakování, procvičování a i po týdenních prázdninách má potíže si na učivo vzpomenout. Dalším problémem po záchvatu bylo částečné zapomenutí již naučeného, což bylo potřeba ve škole i doma neustále opakovat a to až jeden měsíc. Další komplikací bylo to, že domácí příprava do školy mohla probíhat až po delší době po záchvatu a zapomenuté učivo nebylo možno ihned opakovat (vlivem vyčerpanosti, únavy po záchvatu, snížené vnímavosti, nesoustředěnosti, dezorientovanosti, negativní nálady po záchvatu). Příprava tedy mohla probíhat, až když se dívka byla schopna soustředit a jejím obsahem bylo pouze opakování zapomenutého. Když už bylo možno zadávat práci na doma, ztěžoval to fakt, že rodiče používali spíše jejich rodný jazyk a zadáním úkolů nerozuměli. Jelikož dívka potřebuje ustálený postup práce a tímto bylo toto pravidlo narušené, tak měly úkoly na doma spíše negativní dopad. Po těchto záchvatech byla dívka ve škole dezorientovaná, měla sníženou pozornost, její pracovní tempo bylo velmi zpomalené. Že by po záchvatech potřebovala více dohledu a vedení, paní učitelka nepotvrzuje, to potřebuje i za normální situace.

U žákyně narušovaly vzdělávání podle paní učitelky nejen velké epileptické záchvaty, ale i drobnější záchvaty, které se projevovaly kmitáním, míháním očí, někdy i poklesem hlavy. V tu chvíli dívka naprosto ztratila soustředěnost. To mělo vliv na průběh výuky, jelikož se neustále bylo nutné vracet zpět a opakovat. V současné době již tyto záchvaty nemá, ale občas přetrvávají krátkodobá zahledění, kdy žákyně také nevnímá, odpovídá naprosto jinak, než má. Když se na dívku mluví, ona nereaguje, po několikátém zopakování sice začne něco dělat, ale absolutně to nesouvisí s požadavkem. Domácí přípravu i vyučování tak komplikovala tato specifická zahledění, která podle neurologa vznikají na základě neustálé epileptické aktivity v mozku. I když už se tedy záchvaty neobjevují, epileptické výboje mohou přetrvávat

a způsobovat tato zahledění. Podle paní učitelky se ve škole vyskytují dodnes, ale v poslední době se to stává mnohem méně.

Celkově domácí přípravu i vyučování ve škole ovlivňuje úroveň pozornosti a paměti a jejich specifické rysy, v čemž je možná spojitost s epilepsií. Pozornost je velmi krátkodobá, nestálá. Pro udržení pozornosti potřebuje dívka téměř neustálý dohled, pozornost je snadno vyrušitelná jinými podněty. Tato zvýšená citlivost pro vnímání okolních podnětů je podle paní učitelky pro žáky s epilepsií typická. Paměť má nízkou úroveň, maminka to připisuje především mentálnímu postižení. Paní učitelka ale potvrzuje, že paměť má u žáků s epilepsií specifické rysy, je opravdu krátkodobá a naučení básničky nebo zapamatování si dnů, měsíců pro dívku představuje velké úsilí, mnohem větší než u ostatních žáků (rozsah zapamatovaného a úroveň porozumění je omezeno neustálým odváděním pozornosti od činnosti, vlivem zahledění nebo zvýšenou citlivostí pro vnímání rušivých podnětů).

Při práci doma i ve škole potřebuje dívka neustálé vedení, podporování, zpětnou vazbu. Maminka tedy musí při přípravě do školy na dceru dohlížet, aby udržela nad úkolem pozornost a nevěnovala ji jiným podnětům. Při přípravě tedy nesmí nikdo jiný mluvit, nesmí hrát hudba. Pokud maminka zadá dívce, co má v přípravě do školy udělat a na chvíli odejde, ona jen začne a po odchodu matky se nechá rozptýlit čímkoliv jiným a práci nedokončí. Po záchvatu je třeba velmi klidný, trpělivý přístup. Pozitivně působí vhodná motivace. Jediné, co vydrží sama dělat, je psaní si do deníčku, který si sama vezme a píše si tam nebo i spočítá nějaký příklad, to ji baví, ale musí to sama chtít. Dívka má ale v současné době o přípravu doma větší zájem. I ve škole při práci potřebuje téměř neustálý dohled, hlavně při počtech, kdy není schopna samostatně pracovat. Při potížích s řešením daného příkladu u ostatních žáků stačí zopakování postupu a další příklady na stejném principu již zvládnou udělat sami. Sami rozliší plus a mínus a jsou schopni příklady spočítat. Ovšem této žákyni nepomůže ani mnohokrát zopakování. Potřebuje to, aby ji paní učitelka přímo naváděla, využívala pomůcky, radila ji. Přímé vedení, kladení otázek tedy žákyni dovede ke správnému řešení, ale sama to nezvládne. Přitom jde o činnost, kterou dělá už třeba několik let, ale stejně není schopna po zopakování postupu samostatně pracovat, což se u ostatních žáků nestává. Tyto potíže souvisejí zřejmě opět se specifickou úrovní paměti a pozornosti. Celkově je potřeba více opakování než u ostatních žáků (písmena, číslíčka, matematické vztahy a operace). V praktických činnostech je ale samostatnější. Hodnocení je potom v základních předmětech – zvládne s trvalou pomocí.

Vliv na vzdělávání má vyšší unavitelnost dívky. A to konkrétně doma při přípravách, které musí probíhat až po odpočinku a také ve škole, kdy je znatelná únava už již po dvou vyučovacích hodinách (únava má vliv má na oblast vnímání, myšlení, pozornosti). Zda to ale určitě způsobuje epilepsie, se nedá jistě říci, ale unavitelnost je vyšší než u ostatních žáků.

Vliv medikamentózní léčby na vzdělávání podle maminky ani paní učitelky není. Po nasazení léčby byla dívka sice zvýšeně unavitelná, jen ležela, byla málo vnímavá, nepozorná. Ale do školy nastoupila již se zahájenou léčbou, na kterou už je zvyklá. Léky ale mohou přispívat k výrazným potížím s pozorností nebo ke zvýšené unavitelnosti těchto žáků, ale to je diskutabilní vzhledem ke kombinaci postižení nebo vzhledem k tomu, zda to způsobuje epilepsie celkově nebo přímo medikamentózní léčba.

Vliv epilepsie na chování a vztahy ve škole nepotvrzuje maminka ani paní učitelka. Negativní vliv na její chování měly hospitalizace v nemocnici. Potom byla doma dívka přecitlivělá, měla negativní myšlenky, infantilní projevy chování. Do školy už ale přicházela v normálu. Neadekvátní reakce, nervozita, neklid nebo agrese před, ani po záchvatu také nepřicházejí. Vliv onemocnění na vztahy ve škole tedy není, po záchvatech nemá dívka s chováním problémy. Dívka je podle maminky s nemocí vyrovnaná, přetrvává sice přecitlivělost po záchvatu, ale jinak strach z dalšího záchvatu nemá. Pocity méněcennosti ze zapomínání po záchvatu dívka nedávala najevo. Líto jí to určitě bylo, ale postupně se již dokázala s takovou situací lépe vyrovnávat. Má svou typickou povahu (občas negativní, pesimistické ladění), ale to je spíše vlivem kombinace postižení i samotnou osobností, ne vlivem epilepsie.

Ovlivnění konkrétních oblastí těmito specifickými potížemi popisuje paní učitelka takto: když zahledění přijde při čtení, žákyně se musí znovu vracet na začátek, chybí porozumění, protože zapomene, jaké písmeno, slabiku četla. To se stává velmi často i mimo zahledění tím, že je její pozornost velmi nestálá. Vlivem omezené paměti si nedokáže tak lehce zapamatovat tvary jednotlivých písmen. V psaní opět dochází k tomu, že se žákyně musí neustále vracet k myšlence, co vlastně píše, má potíže s rozlišením písmen. Typická je také nesmyslnost některých úkonů. Jde o postupy, které žáci celou školní docházku dělají stejně a žákyně je najednou udělá jinak. Má také nižší schopnost využít dané poznatky dále v praxi, nebo je jen opakovaně použít. Specifické je střídání období, kdy se dobře učí, osvojuje si dobře nové učivo a potom naopak období nebo jen dny, kdy jí naprosto nic nejde. Paní učitelka si myslí, že tím, jak jsou

tito žáci citlivější k vnějším vlivům, je hodně ovlivní například počasí. A to se potom projevuje ve výkonech ve škole. Dříve bylo ovlivněno také věcné učení, kde chybělo porozumění, to je v současné době lepší i využitím nových pomůcek. Absencí záchvatů se dívka stala mnohem vnímavější, projevuje se to například i při besedách pořádaných školou, při kterých dříve nebyla schopna reagovat, odpovídala na jiné otázky. Teď se ale do hovorů zapojuje, hlásí se a vyjadřuje se. Dívce je také možno udělit úkol, který alespoň částečně sama udělá, což se dříve nestávalo (například opis textu z počítače, na to je moc šikovná, sama najde i chyby v opisu). Také je vnímavější ve vztahu k druhým, vnímá, když její spolužáci něco potřebují. Dříve tyto věci vůbec nevnímala, takže je tím i samostatnější a zodpovědnější, což může být vlivem absence záchvatů.

S omezením různých činností kvůli případnému vzniku záchvatů problém není, u dívky televize ani počítač záchvaty nezpůsobují. Dívka by ale neměla zažívat velké překvapení, zážitky, stresy. Podle maminky mají na vznik záchvatu vliv horečnaté stavy.

Konkrétní opatření ve škole vzhledem k onemocnění epilepsií

Vzdělávací program je celkově nastaven pro žáky se zdravotním postižením, je tedy uzpůsoben potížím žákyně a umožňuje potřebný individuální přístup. Potřebu většího odpočinku, eliminace stresových situací, relaxace, vyvarování se přetěžování žákyně, to už tedy vzdělávací program respektuje. Pedagogové jsou seznámeni s onemocněním a potřebnou péčí při případném epileptickém záchvatu. Spolužáci jsou také informováni. Nejsou potřeba omezení při účasti na mimoškolních akcích, výletech. Při všech akcích jde tedy jen o dodržování léčby, zvýšený dohled (například ve škole v přírodě při usínání, kdy tato dívka mívá záchvaty).

Přístup, metody, formy práce u dívky jsou stejné jako u ostatních žáků. Potřeba je tedy jen zvýšený dohled při práci (vzhledem k udržení pozornosti i k případnému vzniku záchvatu), neustálé vedení, potřeba neustálého opakování látky po záchvatu. Zvýšená důslednost a pevný řád mají dobrý vliv. Vhodná je určitě motivace, podpora sebevědomí, povzbuzení. V důsledku této kombinace postižení měla také žákyně snížený počet hodin o dvě vyučovací hodiny, vzhledem k unavitelnosti. Lékař konkrétní opatření pro školu nedává. Maminka je s přístupem pedagogů spokojena.

Výsledky vzdělávání:

Čtení – čte samohlásky a souhlásky m, l, v, t, s, p, n, š, d, z. S občasnými chybami složí hlásky do slabiky, se složením do slov většinou potřebuje pomoc, zkouší čist tříslabičná slova.

Psaní – píše jen hůlkovým písmem, píše všechna písmena, která čte, tvary písmen si pamatuje, zvládá opis písmen, slabik i vět.

Počty – mechanicky napočítá do deseti, matematické operace zvládá s častými chybami do osmi.

Závěr a doporučení následné intervence

U dívky se první epileptický záchvat objevil ve 2,5 letech. V současné době je dva roky bez záchvatů, objevují se jen zahledění vlivem stálé epileptické aktivity v mozku. Dívka je léčena medikamentózní léčbou. Absencí záchvatů je více vnímavá, což umožňuje její celkový rozvoj.

Vliv epilepsie na vzdělávání byl hlavně v důsledku velkých epileptických záchvatů, kdy dívka zapomínala již naučené a bylo potřeba měsíc a více jen opakovat, což zpomalilo průběh vzdělávání. V případě žáků s kombinací postižení je to velmi problémové, už tak probíhá vzdělávací proces velmi pomalu, velké epileptické záchvaty tedy představují výrazné ovlivnění kvality vzdělávání. Příprava do školy mohla probíhat až s určitým odstupem (vlivem vyčerpanosti, únavy, nesoustředěnosti, dezorientovanosti, negativního náladu po záchvatu). Obsah přípravy byl pouze v opakování zapomenutého. I ve škole byla dívka po těchto záchvatech zmatená, dezorientovaná, pracovní tempo bylo zpomalené, omezené bylo i vnímání, pozornost. Také hospitalizace v nemocnici způsobily absenci ve škole, což je pro dívku, která potřebuje neustálé opakování a procvičování, jistě ztěžující faktor.

Vzdělávání ovlivňovaly také menší záchvaty, kdy dívka chvilku nevnímala. Dále vzdělávání komplikovalo a i v současné době občas komplikuje specifické zahledění při vyučování, kdy dívka nevnímá, nereaguje. Tyto situace velmi ztěžují průběh vzdělávání, jelikož už samotná mentální retardace způsobuje potíže s koncentrací pozornosti. Vyučování se tedy uzpůsobuje tak, že hlavní předměty jsou vyučovány v dopoledních hodinách, kdy jsou žáci ještě schopni pozornost udržet. A když v této době přichází ještě zahledění, velmi to omezuje možnost osvojování nového, jelikož to snižuje dobu určenou pro naučení se nových poznatků.

Je znatelná zvýšená citlivost pro vnímání okolních podnětů, tedy lehké odvedení pozornosti od požadované činnosti. To negativně ovlivňuje jak proces vzdělávání ve škole, tak přípravu doma. Snížená schopnost koncentrace pozornosti na úkol totiž omezuje také rozsah zapamatovaného. Neustálým odváděním pozornosti od úkolu je způsobena snížená schopnost jeho porozumění. Celkově je omezena pozornost a paměť (specifické rysy).

Žákyně tedy potřebuje neustálý dohled pro udržení pozornosti při většině činností ve škole i při přípravě doma, potřebuje vedení, pomocné otázky, pomůcky. Negativním vlivem ztěžujícím vzdělávání je zvýšená unavitelnost, která může mít s epilepsií nebo její léčbou souvislost.

Typická jsou rychlá střídání období výjimečných úspěchů s naopak slabými dny bez jakéhokoliv úspěchu, vlivem zvýšené citlivosti k vnějším faktorům, které na výkon žákyně působí.

Doporučení

Žákyně potřebuje klidný trpělivý přístup, především po záchvatech, kdy je potřeba obnovit zapomenuté znalosti. K udržení pozornosti potřebuje téměř neustálý dohled, slovní pokyny, zpětnou vazbu, podporování, pochvalu. To jejímu výkonu ve škole napomůže. Také bych doporučila využití veškerých názorných didaktických pomůcek, jednak pro udržení pozornosti na daném úkolu a jednak pro lepší pochopení učiva. Také využití interaktivní tabule, pracovních listů, práce na počítači pro motivaci a tím i udržení pozornosti. Přesně daný režim a řád jí velmi pomůže. Je dobré uplatnit pozitivní motivaci, povzbuzení, oporu, ubezpečení. Kvůli zvýšené unavitelnosti zařazovat chvilky relaxace, odpočinku. Po případném záchvatu a dlouhodobější absenci se s rodiči dívky domluvit na postupech řešení úloh tak, aby se postupy nepozměňovaly a nevznikaly tak potíže z nedorozumění. To dívčino učení velmi narušuje, jiné postupy řešení než je zvyklá ve škole nechápe a dochází ke zmatení.

Kazuistika č. 2

Pohlaví: mužské

Rok narození: 1998

Diagnóza: mozková obrna – spastická triparéza (obě dolní končetiny a pravá horní), středně těžká mentální retardace, epilepsie, divergentní strabismus.

Současný stav:

Chlapec v současné době navštěvuje 8. ročník základní školy pro tělesně postižené. Vzdělává se podle školního vzdělávacího programu, který je vypracován dle Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální. Na základě nezvládnutí obsahu učiva mu byl vypracován individuální vzdělávací plán. Záchvaty se už od 4 let neobjevují.

Celková charakteristika

Chlapec střední postavy, schopen samostatné chůze. Je velmi milý, sympatický, přátelský. Občas působí sociálně nezrale.

Osobní anamnéza

Chlapec se narodil z druhého těhotenství, které probíhalo bez problémů. Porod byl včasný, spontánní, záhlavím. Míra a váha byly v normě. Psychomotorický vývoj se mírně opožďoval, chlapec seděl v roce, chodil od dvou let a první slova používal ve 2,5 letech. Byla diagnostikována mozková obrna – spastická triparéza. Chlapec prodělal operaci kraniostenózy. Diagnóza epilepsie – fokální, byla stanovena po prvním epileptickém záchvatu ve čtyřech letech. Od sedmi let nosí brýle pro lehkou oční vadu.

Rodinná anamnéza

Chlapec má starší sestru, která je zdravá. Rodina je úplná, oba rodiče jsou zdraví. Rodina vytváří podnětné prostředí.

Epilepsie – průběh onemocnění

První epileptický záchvat se objevil ve čtyřech letech. Při tomto záchvatu byl chlapec v bezvědomí. Musel být hospitalizován v nemocnici. I přes to, jaký závažný stav zažil a jaká je jeho kombinace postižení, byl jeho stav po probrání překvapující. Ihned se postavil na nohy, dokázal chodit. Byla mu nasazena medikamentózní léčba epilepsie. Potom ale následoval ještě jeden těžký záchvat. Proběhl také ještě ve čtyřech letech a jeho průběh byl obdobný jako záchvat předchozí. Opět se jednalo o stav bezvědomí a chlapec musel být hospitalizován na neurologii. V obou případech se jednalo o sekundárně generalizované záchvaty s ohniskem vlevo. Potom už se ale v jeho životě žádný velký záchvat nevyskytl. Medikamentózní léčba tedy je účinná a nebyla potřeba její obměna. V průběhu života chlapce byla nabídnuta lékařem možnost snižování antiepileptik, ale matka pro jistotu odmítla, bála se dalšího případného záchvatu (nemohla by s klidem dát syna na hlídání, do školy). Potom ale stejně byla prokázána epileptická aktivita v mozku, takže ukončení léčby nebylo možné. V současné době je chlapec bez záchvatů. Objevují se jen zahledění, kdy chlapec vůbec nevnímá. I z vyjádření neurologa plyne, že tyto stavy jsou nejspíš způsobeny neustálými epileptickými výboji v mozku, které nejsou tak silné, aby způsobily záchvat, ale mohou zapříčinit krátkodobé snížené vnímání.

Motorika

Chlapec chodí samostatně, chůze je nestabilní s pokrčenými koleny. Narušena je pohybová koordinace, vizuálně motorická koordinace. Jemná motorika rukou je také

oslabena a to především ruky pravé, vzhledem k formě mozkové obrny. Psaní psacím písmem nezvládá. Chlapec zvládá základní činnosti v péči o vlastní osobu. Mozková obrna postihující pravou ruku ovšem neumožňuje žákovi vykonávat veškeré činnosti samostatně. Při manipulačních činnostech zapojuje především levou ruku, snaží se ale i o zapojování ruky pravé. Snaží se ji využívat jako pomocnou při přidržování, je to ale složité, protože ruka je sevřena v pěst. Chlapec je neobratný.

Intervence – hrubá motorika – ve škole upozorňování na dodržování správné chůze, při každé činnosti dohled na používání postižené ruky, jemná motorika – grafomotorická cvičení, uvolňovací cviky, manipulační cvičení – didaktické pomůcky, stavebnice, skládání puzzle.

Řečové dovednosti

Vývoj řeči byl opožděný, chlapec začal mluvit ve 2,5 letech. Řeč byla typická nízkou slovní zásobou, dysartrickým profilem, agramatismy. Dokázal se ale dorozumět a vyjádřit své potřeby. V současnosti je jeho projev srozumitelnější, ale stále přetrvávají strohé, jednoslovné odpovědi na otázky.

Intervence – logopedie, ve škole zaměření na opakování víceslabičných slov, říkanky (kterými se naučil vyslovovat i složitá slova), rozšiřování slovní zásoby (vymýšlí věty na daná slova, používá konkrétní slova ve větách).

Pozornost

U chlapce je výrazně snížena schopnost záměrné pozornosti. Je schopen pracovat jen pod přímým vedením, kontrolou a dohledem, jelikož schopnost koncentrace je tak výrazně narušena, že se na danou činnost dokáže soustředit jen velmi krátce. Pozornost je také velmi lehce odklonitelná ostatními podněty. Typická jsou zahledění, jeví se jako naprostá nepozornost a nevnímání.

Vnímání

Zrak – korekce oční vady – divergentní strabismus.

Sluch – v pořádku.

Chování

Hlavně na počátku vzdělávání se projevovala chlapcova zvýšená závislost na matce. Jeho chování bylo infantilní. V jednom období si chtěl stále jen hrát, občas byl neposlušný. Po domluvě se ale situace zlepšila a chování ve škole je teď bezproblémové, žák je ukázněný. Chlapec občas působí sociálně nezrale. Výborně se chová ke svým spolužákům i učitelkám. Rozdíl je ovšem mezi chováním ve škole a doma. Ve škole paní učitelku poslouchá, vnímá ji jako autoritu a plní její pokyny.

Ihned jak opustí školu, začne se chovat úplně jinak. Má časté záchvaty vzteku a rozčilení, střídající se nálady, maminku neposlouchá.

Intervence – vymezení přesných pravidel ve škole, intervence aktuálně při problému, reakce na jakoukoliv problémovou situaci – podpora správného řešení a chování (například když měl období, kdy nezdravil – vymezení pravidel, upozorňování).

Socializace

Chlapec bez problémů navazuje vztahy, ve škole má hodně kamarádů, je velmi ochotný jim pomáhat. V mateřské i základní škole proběhla adaptace na nové prostředí v pořádku, chlapec se do kolektivu začlenil. Se spolužáky i s dospělými navazuje kontakt bez problémů.

Intervence – ve všech situacích, které nastanou, je podporován ke správnému chování k druhým, při čtení příběhů si s paní učitelkou vysvětlují, jak se kdo chová, jestli je to správné, jak by to mělo být.

Soběstačnost

Chlapec se o sebe v základních činnostech dokáže postarat, pokud něco potřebují jeho spolužáci s těžším postižením, rád jim pomůže. Pomáhá také tatínkovi s pracemi na zahradě.

Intervence – ve škole vedení k tomu, aby se všechno naučil dělat samostatně, navozování praktických situací (vaření, příprava oblečení).

Reakce rodičů na onemocnění

Jelikož je chlapec od čtyř let bez záchvatů a ani léky chlapce nijak výrazně neomezuji, rodiče nevnímají toto onemocnění jako extrémní zátěž.

Průběh vzdělávání a jeho ovlivnění epilepsií

Předškolní vzdělávání

Chlapec navštěvoval dvě hodiny denně mateřskou školu pro tělesně postižené. Jelikož se záchvaty nevyskytovaly, nebyl v průběhu žádný problém plynoucí z epilepsie ani nebyla vyžadována konkrétní opatření.

Základní vzdělávání

V šesti letech nastoupil do základní školy pro tělesně postižené. První ročník se vzdělával podle Vzdělávacího programu zvláštní školy, potom byl ale přeřazen na Vzdělávací program pomocné školy, jemuž dosažené vědomosti odpovídaly. Velké epileptické záchvaty se v tomto období také neobjevovaly a neobjevují, proces vzdělávání ztěžují pouze častá zahledění (vlivem epileptických výbojů), kdy žák nereaguje, nevnímá. Chlapec je ve škole spokojený, chodí tam rád. Má velmi rád své

spolužáky. Ve čtvrtém ročníku narušila průběh vzdělávání operace ruky, po které jel chlapec do lázní. Po návratu bylo potřeba opakovat učivo i několika předešlých ročníků.

Vzdělávání hodně ovlivňuje chlapcův flegmatický přístup. Když už tedy zrovna průběh nekomplikují typická zahledění a žák je schopen se soustředit, tak zase nemá zájem podávat nijak zvlášť dobré výkony, což působí negativně na dosažené výsledky jeho vzdělávání. Při konkrétní činnosti také žák často jen tipuje, než aby se skutečně zamyslel a pokusil se najít správné řešení. To vše plyne z jeho povahy, nižší cílevědomosti. Navíc je jeho pracovní tempo velmi pomalé. Když je ale chválen, má velkou radost. V současné době se snaží více.

Vliv epilepsie na vzdělávání žáka z informací z rozhovoru s učitelkou a s rodiči

Vliv velkého epileptického záchvatu na proces vzdělávání nelze posoudit, chlapec prodělal tyto záchvaty jen dva a to ve čtyřech letech. V důsledku epilepsie omezují proces vzdělávání typická zahledění. Ta potom mají vliv na úroveň pozornosti, rozsah zapamatovaného, celkové vnímání. Chlapec v tu chvíli nereaguje na pokyny, nevnímá. Tato zahledění tedy ovlivňují práci ve škole i doma při přípravě do školy.

Typická je také úroveň paměti a pozornosti. Podle paní učitelky mohou tyto oblasti být omezeny zvýšenou unavitelností chlapce, která může plynout z neustálých epileptických výbojů, nebo léků, ale to nelze přesně říci. Maminka vliv epilepsie na oblast paměti, pozornosti nebo vnímání chlapce nijak zvlášť nepocituje. Sama říká, že omezená paměť a pozornost může být zapříčiněna i onemocněním epilepsie, ale ona to nedokáže objektivně posoudit. Je to z toho důvodu, že nemá doma srovnání s ostatními žáky s podobným postižením, ale bez epilepsie tak, jako paní učitelka. Vnímá tedy chlapcovy nedostatky jako celkový důsledek postižení. Pozornost je krátkodobá, nestálá, je potřeba neustálého vedení, dohledu (vlivem narušení epileptickými výboji). Patrná je zvýšená citlivost pro okolní podněty, pozornost je tedy snadno vyrušitelná, odbíhavá, lehce rozptýlitelná. Jeho paměť je krátkodobá, velmi nízkého rozsahu, což je samozřejmě velmi ovlivněno mentálním postižením, ale u tohoto žáka ještě s první žákyní s epilepsií jsou nedostatky opravdu výrazné. Dříve měl problémy naučit se říkanku nazpaměť, dnes už se jí naučí, ale je k tomu potřeba velké úsilí, větší než u ostatních žáků bez epilepsie. Stále se neorientuje ve dnech, měsících. Potřebuje neustálé opakování pro zapamatování.

Při práci doma i ve škole potřebuje žák neustálé vedení. Zatímco ostatní žáci už jsou schopni po zopakování postupu některé úlohy provést sami, tento žák není schopen pracovat ani malou chvíli samostatně. Při práci potřebuje náповědné otázky i po

zopakování správného postupu. Práci doma i ve škole narušují zahledění, při kterých žák ztrácí koncentraci pozornosti. V tom případě je potřeba chlapce neustále upozorňovat, úkol mu opakovat. Až po několikatém upozornění je žák schopen vnímat. Dohled je tedy nutný také k udržení pozornosti. Při práci chlapec potřebuje naprostý klid a neustálou motivaci. Domácí přípravu je nejlepší provádět, když chlapec má dobrou náladu a sám chce. Takže pokud si například večer vzpomene, že by chtěl počítat příklady, maminka toho využije a jdou počítat, tak prý udělá nejvíc práce, když práci iniciuje sám. Využívá tedy jeho samotné motivace a chuti do práce. Příprava probíhá až po odpočinku. Domácí přípravu nedělá moc rád, ale je naučen, že musí.

Znatelná je zvýšená unavitelnost, po odvozu ze školy ihned usínal, byl vyčerpaný, což se u ostatních žáků neprojevuje v takové míře.

Je léčen medikamentózní léčbou, kterou snáší dobře. Jelikož chlapec nastoupil do školy s již nasazenou léčbou, nemůže paní učitelka hodnotit, do jaké míry léky žáka ovlivňují. Chlapcova zvýšená unavitelnost, potíže s pozorností může, ale nemusí mít spojitost s antiepileptiky. Chlapec nemá vlivem medikamentózní léčby nijak omezené činnosti, aktivity.

Jelikož měl jen dva velké epileptické záchvaty ve čtyřech letech, nevidí maminka problém v jejich vlivu na chování, navazování vztahů. Vztahy ve škole jsou velmi dobré. Na dotaz, zda maminka vidí nějaké souvislosti emocionálních výkyvů s epilepsií, odpovídá, že si nemyslí, že by to bylo vlivem epilepsie, ale jeho povahou a geny. Chlapec je s onemocněním a bráním léků vyrovnán, jelikož je nemocen od malička. Kdyby se nemoc objevila v průběhu života, bylo by to podle maminky asi jiné. Ve škole paní učitelka vliv epilepsie na chování nijak nevnímá.

Omezení konkrétních oblastí těmito specifickými potížemi je podobné jako u první žákyně. V oblasti čtení, psaní i počtů jde tedy o to, že pokud chlapec v průběhu této činnosti vlivem zahledění přestane vnímat, musí se neustále vracet na začátek a plynou z toho také problémy s porozuměním. Dříve to ovlivňovalo i předmět věcné učení, ale teď už jsou tito žáci vnímavější. Hodně jim pomáhá i využívání nových praktických pomůcek a ukázek. Chlapec má nižší schopnost využít dané poznatky dále v praxi, nebo je jen opakovaně použít. Někdy žák dělá nesmyslné chyby u úkolu, který každodenně dělá správně, možný je opět vliv nepozornosti. Více se také dnes už zapojuje například při besedách. Panuje zde opět zvýšená citlivost k okolním vlivům, žák má tedy období, kdy má větší, rychlejší pokroky a potom dny, kdy není schopen jakékoliv činnosti, jakoby všechno zapomněl. To se také vyskytuje především u žáků s epilepsií.

Omezení aktivit kvůli případnému spouštěči záchvatu není potřeba, podněty vyvolávající záchvat nejsou známy. Po prvním záchvatu rodiče dodržovali různá opatření, jako omezení doby na počítači, dívání se na televizi. Ale to chlapci záchvat nikdy nezpůsobilo, proto už to v současné době není potřeba kontrolovat.

Konkrétní opatření ve škole vzhledem k onemocnění epilepsií

Opatření ve škole vzhledem k epilepsii nejsou potřeba. Celkově je vzdělávací program uzpůsoben žákům s kombinací postižení, takže již je individuální přístup zajištěn. To, že žák s epilepsií potřebuje více odpočinku, relaxace, je zohledněno již vzdělávacím programem typu školy. Pedagogové jsou informováni o onemocnění a podávání antiepileptik při školách v přírodě, výletech. Omezení účasti na různých aktivitách není nutné.

Potřeba je pouze zvýšený dohled, vedení, důslednost vzhledem k potížím s koncentrací pozornosti, dále také neustálé opakování vzhledem ke specifikům paměti a pozornosti. Vhodná je vysoká motivace, kvůli žákovu negativistickému přístupu. Přesně daný řád a režim žákovi pomáhá, lépe se orientuje. Kvůli zvýšené unavitelnosti měl také snížený počet hodin. Lékař pro školu nedává žádná konkrétní omezení. Maminka je s přístupem pedagogů velmi spokojena.

Výsledky vzdělávání:

Čtení – čte samohlásky a souhlásky m, l, v, t, s, j, p, n, š, d, z. Sám složí hlásky do slabiky, ojediněle potřebuje pomoc při složení slabik do slov, zkouší číst tříslabičná slova.

Psaní – píše hůlkovým písmem, při učení nového písmene delší dobu jen obtahuje, při samotném psaní potřebuje slovní nápovědu. Píše všechna písmena, která čte. Nezvládá samostatné psaní slabik, ani diktát písmen. Spíše jen opisuje, i věty, ale zapomíná na mezery mezi slovy.

Počty – mechanicky napočítá do deseti, matematické operace zvládá s častými chybami do osmi.

Závěr a doporučení následné intervence

Chlapec prodělal dva velké epileptické záchvaty ve 4 letech. Nyní už se záchvaty neobjevují, vyskytují se jen zahledění – chvílky nepozornosti, vlivem stále epileptické aktivity v mozku. Léčba je medikamentózní.

Jelikož se záchvaty již neobjevují, není vzdělávání žáka ovlivněno přímo jejich působením, ale spíše neustálou epileptickou aktivitou, která ovlivňuje úroveň vnímání, pozornosti a paměti. Tyto oblasti omezuje také zvýšená unavitelnost chlapce, také

pravděpodobně plynoucí z epilepsie nebo její léčby. To negativně působí na práci a celkový výkon žáka ve škole. Hlavní předměty jsou v rozvrhu zařazeny do dopoledních hodin, kdy jsou žáci ještě schopni udržet pozornost vzhledem k mentálnímu postižení. Jestliže je ale pozornost žáka v tomto krátkém úseku narušována epileptickými výboji, jsou možnosti učení se více omezené a pracovní tempo pomalé. Pozornost je ale celkově velmi krátkodobá, lehce narušitelná okolními podněty, je tedy velmi nestálá. Tím jsou způsobeny také potíže s pamětí, rozsah zapamatovaného vlivem snížené schopnosti koncentrace pozornosti výrazně klesá. Chlapec tedy potřebuje během vyučování i při domácí přípravě neustálý dohled pro udržení pozornosti, není schopen samostatné činnosti v oblasti základních předmětů. Potřebuje také podporu ve formě slovních pokynů, ubezpečení.

Zvýšenou citlivostí pro vnímání okolních vlivů je u chlapce typické rychlé střídání úspěšného období a pokroků se dny, ve kterých si žák nevzpomene ani na základní vědomosti, které už má zafixované.

Doporučení

Chlapec potřebuje především klidný, trpělivý přístup. Při práci je třeba ho neustále slovně pobízet tak, aby jeho pozornost byla udržena. Je dobré zařadit do vyučování didaktické pomůcky, práci na počítači, práci s interaktivní tabulí pro motivaci a tím i udržení pozornosti. Pro výkony ve škole také potřebuje neustálou podporu, povzbuzení, zpětnou vazbu a ujištění. Je potřeba neustálého opakování kvůli specifickým rysům paměti a pozornosti. Kvůli zvýšené unavitelnosti je potřeba aktivity střídát s relaxačními chvilkami a možností odpočinku.

Kazuistika č. 3

Pohlaví: ženské

Rok narození: 1995

Diagnóza: středně těžká mentální retardace, epilepsie – symptomatická, farmakorezistentní, mozkový nádor (meduloblastom) – operace, pseudocysta po nádoru.

Současný stav:

Dívka v současnosti navštěvuje 8. ročník základní školy pro tělesně postižené. Vzdělává se podle školního vzdělávacího programu, který je vypracován dle Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální. Pracuje

podle individuálního vzdělávacího plánu. Četnost záchvatů je jeden slabší záchvat za týden.

Celková charakteristika:

Dívka střední postavy, upravená. Působí velmi přátelsky a mile, je usměvavá. Chová se velmi slušně, je zvědavá a ráda vypráví své zážitky.

Osobní anamnéza:

Dívka se narodila z prvního těhotenství, ve kterém maminka prodělala toxoplazmózu, ale jinak probíhalo bez problémů. Porod byl v termínu. Míra a váha dívky byly také v normě. Po narození dívka vypadala jako zdravé miminko. Bylo ale zjištěno, že má mozkový nádor (meduloblastom, bez metastáz, s příznivou prognózou). Operace nádoru proběhla ve dvou měsících věku. Po operaci nenastaly žádné komplikace, v současné době je z onkologického hlediska naprosto v pořádku. Vyvíjela se normálně, začala chodit i mluvit v normálu. Ve dvou letech byla diagnostikována epilepsie po velkém epileptickém záchvatu. Středně těžká mentální retardace byla diagnostikována až při nástupu do základní školy, kde bylo dívce doporučeno vyšetření v poradně a poté byla diagnóza stanovena. Do té doby sice dívka byla pomalejší, ale podle rodičů ne nijak výrazně. Opoždění bylo zřetelnější až před nástupem dívky do školy. Tím, že byla diagnóza stanovena až v této době, je možné, že se dívka sice už s mentálním postižením narodila, ale další epileptické záchvaty měli vliv i na snížení úrovně jejích intelektových schopností. V deseti letech byla provedena operace pseudocysty vzniklé po nádoru, tedy odstranění přebytečného moku, který se v cystě hromadil a cysta tak tlačila na mozek. Tuto operaci bylo nutno zopakovat tento rok.

Rodinná anamnéza

Dívka má mladší sestru, která je zdravá. Rodina je úplná, rodiče dívky jsou také zdraví. Rodina vytváří pro dívku velmi podnětné prostředí.

Epilepsie – průběh onemocnění

Už od pěti dnů po narození se u dívky objevovaly křeče. Ve dvou letech prodělala velký epileptický záchvat, po kterém jí byla diagnostikována epilepsie. Už předtím ale brala preventivní léky, protože po operaci nádoru byl předpoklad, že se epilepsie může rozvinout. I přes užívání léků se epilepsie rozvinula a byla nasazena antiepileptika. Záchvaty byly nejprve ve formě křečí, propínání končetin. Léčba se pořád měnila, stav dívky nikdy nebyl kompenzován. Žádné léky nezabíraly, neustále se různě kombinovaly. V závislosti na změně léků se vždy také měnil charakter záchvatů, jejich četnost, délka a průběh. Několik týdnů po stanovení diagnózy už se tedy neobjevovaly

křeče, ale jednou za týden proběhl větší záchvat, kdy byla dívka strnulá, měla otevřené oči, nepřítomný pohled. Nebo postihly dívku dva menší záchvaty, při kterých na malý okamžik například při sezení spadla dozadu, klesla jí i hlava a po chvíli se zase probírala. Potom byl její stav zhruba na dva roky lepší, záchvaty se neobjevovaly s takovou četností a měly jen lehčí průběh. V osmi letech došlo zase ke zhoršení. To nastalo tehdy, když dívka začala dojíždět do nové školy. Záchvaty se objevovaly i několikrát denně. Byla změněna léčba a opět nastala změna průběhu záchvatů. Objevoval se jeden velký záchvat týdně, nebo i tři za jeden den. Dále následovalo období bez velkých záchvatů. V deseti letech se náhle začaly záchvaty výrazně zhoršovat, především jejich četnost. Dívka měla až čtyřicet nebo padesát záchvatů za den. Jejich průběh byla takový, že jí klesla hlava, zaklonila ji a po chvíli už opět vnímala. V tomto období ale neměla velké záchvaty. Zjistilo se, že příčinou je pseudocysta vzniklá po nádoru mozku. Byla tedy nutná operace – revize pseudocysty. Dívce byl implantován vagový stimulátor, který na čas usnadnil probírání z velkých záchvatů a občas odvrátil lehké záchvaty. Potom byly opět změněny léky. Zase nastala změna záchvatů, kdy se opět objevily velké epileptické záchvaty. Jeden rok byla dívka pětkrát hospitalizována v nemocnici. Revizi pseudocysty bylo nutno znovu zopakovat v tomto roce. Tentokrát se hromadění nadbytečného moku odhalilo z důvodu velkých bolestí hlavy dívky. V současné době se stále střídá léčba, kombinace pěti léků. Chirurgická léčba není možná, protože se nejedná o ložiskovou epilepsii. Podle maminky je toto období dobré, nevyskytují se velké záchvaty a slabší záchvaty ve formě vteřinového náhlého pádu jsou jednou za týden.

Motorika

Hrubá motorika není výrazně narušena, dívka samostatně chodí, je velmi šikovná. Pohyb dříve velmi ztěžovaly velké záchvaty, po kterých měla dívka ochrnutou polovinu těla (Toddova paréza). Dívka je zručná, chtěla se učit vaření a všechny domácí práce, zvládla by se tedy o sebe postarat, ale u všech činností potřebuje dohled a asistenci z důvodu opakujících se záchvatů a nebezpečí úrazu. Jemná motorika není výrazně narušena, psaní psacím písmem nezvládá spíše z důvodu vyšší obtížnosti (zapamatování tvarů).

Intervence – hrubá motorika – dívka nepotřebuje žádné podporování této oblasti, je na dobré úrovni, jemná motorika – grafomotorická cvičení, uvolňovací cvičení.

Řečové dovednosti

Vývoj řeči byl pořádku, dívka je schopna se srozumitelně vyjadřovat. Slovní zásoba je obsahově chudší, výslovnost je v pořádku. Dívka velmi ráda vypráví různé zážitky. Při vyprávění se mírně zakoktává. Objevuje se také perseverace.

Intervence – logopedie, ve škole především podporování slovní zásoby, pojmenovávání všech věcí, jevů a situací (obrázky), protože dívka má problémy se vzpomenutím si na správný výraz.

Pozornost

Pozornost je krátkodobá, nestálá. Dívka potřebuje při práci dohled pro udržení pozornosti. Je velmi náchylná k ostatním rušícím podnětům, ihned se věnuje něčemu jinému, než čemu má.

Vnímání

Zrak – po operaci ve dvou měsících byla dívka slepá – pooperační stav. Nyní je zrak v pořádku.

Sluch – v pořádku.

Chování

Dívka respektuje paní učitelku jako autoritu, plní požadavky bez problémů. Chování k paní učitelce i rodičům je stejný, obtíže se nevyskytují ani doma. Neúspěch přijímá bez problémů, přizná si, že ji něco nejde a dále to neřeší. Epilepsie nemá vliv na chování dívky, není znatelný vliv léků ani celkově vliv onemocnění. Vztahy se spolužáky má dívka velmi dobré, je přátelská a společenská.

Intervence – vzhledem k velmi dobrému chování nebylo potřeba zvláštních přístupů, jako u všech žáků je prostřednictvím veškerých situací poskytována podpora jejich samostatného řešení a chování během nich.

Socializace

Dívka je přátelská, je schopna navazovat vztahy. Adaptace na nové prostředí proběhla vždy v pořádku. Vadilo jí ale prostředí mateřské školy, když už byla starší a mezi malými dětmi se necítila dobře. V určitém období neměla zájem se s jinými dětmi stýkat a to z toho důvodu, že byla ve všem pomalejší, některé jejich hry ani nepochopila, ony se jí za to smály. V současné době je ale v prostředí základní školy spokojená, dívku tam spolužáci přijímají taková, jaká je.

Intervence – opět není potřeba zvláštních opatření, všichni žáci jsou ale ve všech situacích vedeni ke správnému chování k druhým, jakmile se vyskytne nějaká nevhodná situace, nesprávné chování, paní učitelka to ihned komentuje, vyžaduje nápravu.

Soběstačnost

Dívka je šikovná, zvládá spoustu praktických činností, domácích prací. Prvním problémem je ovšem to, že ji rodiče kvůli častým záchvatům nemohou nechat ani chvíli samotnou a druhým také nelogičnost některých jejích činností a vyšší nebezpečí poranění z nedbalosti.

Intervence – navozování veškerých praktických situací ve škole, podpora jejich samostatného řešení (vaření, oblékání se, přichystání věcí).

Reakce rodičů na onemocnění

Rodiče přijali skutečnost, že jejich dcera má těžké zdravotní potíže a snaží se pro dívku udělat maximum. Maminka je spíše nešťastná z neustálého stereotypu. S dívkou je doma, a když nemůže do školy, jsou celé dny jenom spolu, protože dívka potřebuje neustálý dohled. Maminku zklamalo, že nevyšlo ubytování dívky na internátu, myslí si, že by to prospělo dceři i jim. Přece jen celodenní péče o dívku je velmi náročná. Pro maminku je také těžké to, že se dceřin vývoj nikam neposunuje, potřebuje neustálou péči, kterou potřebovala i jako malé dítě. Problém je také to, že dívku nemůže dát na hlídání někomu z rodiny, protože mají strach z případného záchvatu.

Průběh vzdělávání a jeho ovlivnění epilepsií

Předškolní vzdělávání

Dívka navštěvovala běžnou mateřskou školu. V tomto období nebylo opoždění ještě tolik znatelné, oproti ostatním dětem sice měla dívka nižší úroveň kresby, paměti, ale nijak se to neřešilo. Rodiče si mysleli, že dívka bude pouze mírně opožděná kvůli těžké operaci nádoru mozku. Při nástupu do základní školy ale bylo dívce doporučeno vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně a tam jí byla diagnostikována středně těžká mentální retardace. Dívce byl dvakrát doporučen odklad povinné školní docházky. V mateřské škole byla tedy do svých osmi let. To ji ovšem vůbec nesvědčilo. Mezi malými dětmi se už v jejích osmi letech necítila dobře. Navíc se objevovaly záchvaty, a tak ani učitelky ve škole nebyly moc rády, že dívka školu navštěvuje. Rodičům tato situace také nepřipadala vhodná, byli celkově nespokojení, potom už dívka školu navštěvovala jen pár hodin dopoledne. Opatření v mateřské škole vzhledem k epilepsii byla v seznámení pedagogů s onemocněním, s péčí při záchvatu, sdělení kontaktů na paní doktorku a zajištění individuálního přístupu.

Základní vzdělávání

Dívka v osmi letech nastoupila do základní školy speciální. Na této škole nebyla stanovena žádná konkrétní opatření, jelikož maminka musela jezdit s dívkou do školy

a dělat jí tam asistenci. Škola nebyla uzpůsobená tak, aby tam dívka mohla být bez maminky. Dva roky absolvovala přípravný stupeň, v deseti letech nastoupila do první třídy. V této škole byla dívka do čtvrté třídy. Po nástupu do této školy se ale velmi zhoršil její stav vzhledem k epileptickým záchvatům. Byly častější a jejich průběh byl těžší. Mohlo to být způsobeno tím, že musela do školy dojíždět, a to bylo pro dívku velmi náročné. Brzké ranní vstávání, narušení běžného režimu, to vše se mohlo promítnout do zhoršení jejího stavu. Tímto tedy epilepsie omezila možnosti dívčina vzdělávání, bylo to vyřešeno individuální výukou doma. Dvakrát týdně docházela paní učitelka přímo domů. S touto situací ale rodiče nebyli moc spokojeni. A to především kvůli tomu, že dívka nebyla v kontaktu s dětmi.

Potom tedy nastoupila na základní školu pro tělesně postižené. Dívka na tuto školu přišla do páté třídy, ale začínala na učivu prvního ročníku. Ve čtení a psaní začínala u samohlásek, od začátku také postupovala v počtech. To její celkový výkon velmi omezilo, ještě v páté třídě neměla žádné ucelené vědomosti. Za tím stojí nejspíš právě epilepsie, protože záchvaty ovlivnily vzdělávání na předešlé škole a individuální vzdělávání doma dívce zřejmě nesvědčilo. Na současné škole je velmi spokojena. Kolektiv dětí je zde výborný, nikdo se dívce neposmívá za to, jaká je. Přístup učitelů je také výborný. Vzhledem k epileptickým záchvatům dívka navštěvuje školu jen dvakrát týdně, jinak by bylo riziko vyššího výskytu záchvatu z důvodu vyčerpanosti, únavy z ranního vstávání, dojíždění. Dříve chtěli rodiče vyzkoušet to, aby dívka byla tyto dva dny ve škole a v rámci služeb týdenního internátu tam byla i ubytovaná. Chtěli především to, aby měla dívka přirozený kontakt s ostatními dětmi. Aby nebyla vázána jen na ně a byla také v jiném prostředí. Dívka o to také měla zájem. Na internátu byla krátce ubytována, ovšem v té době se zase zhoršily dívčiny záchvaty a rodiče si museli pro dívku jezdit. Už tedy nemělo význam, aby dívka byla v internátu ubytovaná, potom už ani sama nechtěla. I neurolog rodičům nedoporučoval toto řešení kvůli jejímu nekompenzovanému stavu. Na jednu stranu je dobré, že dívka může školu teď navštěvovat po domluvě podle individuálních potřeb ty dva dny v týdnu, kdy je její stav lepší. V době, kdy byla přímo na internátu ubytovaná, bylo určené, že do školy bude chodit v pondělí a úterý, a tak když přišel v neděli záchvat, nemohla školu navštívit další den a už ani celý týden.

Období velkých záchvatů dívku v učení omezuje. V sedmé třídě, kdy se záchvaty vyskytovaly v menší míře, byl viditelný pokrok. Vzdělávání tedy ovlivňují velké epileptické záchvaty, ale i záchvaty drobné.

Vliv epilepsie na vzdělávání žákyně z informací z rozhovoru s učitelkou a s rodiči

Problematiku vlivu velkého epileptického záchvatu na proces vzdělávání maminka popisuje takto. Dívka nerozpozná, kdy velký záchvat přichází, což ji velmi omezuje v tom, že musí být neustále hlídána, hlavně v obdobích, kdy se záchvaty vyskytovaly velmi často. Den po velkých epileptických záchvatech je dívka velmi unavená, vyčerpaná, celý den prospí. Je dezorientovaná, není schopna udržet pozornost, je ovlivněno vnímání. Na průběh vyučování to přímo vliv nemá, po záchvatu je doma. Zvýšená potřeba vedení a podpory oproti normálu tedy už ve škole není nutná. Tyto potíže ale znemožní opakování doma, maminka s dívkou opakuje a procvičuje učivo každý den, jinak se dívka není schopna nic naučit. Absenci ve škole záchvaty občas způsobují, ale jelikož dívka navštěvuje školu jen dvakrát týdně a její pokroky jsou opravdu velmi pomalé, nejsou potíže s absencí tolik znatelné. Také je možná domluva na jiných dnech docházky do školy. Tyto absence tedy ztěžovaly průběh vzdělávání tehdy, kdy dívka byla na internátu ubytovaná a dny docházky do školy byly přímo stanovené, absence se tak mohla protáhnout i na dva týdny. Je jasné, že to vzdělávací proces narušilo, protože dívka potřebuje každodenní neustálé opakování, aby si učivo zapamatovala. Epileptické záchvaty způsobují zapomínání dosud získaných vědomostí, maminka říká, že dívka někdy vlivem kombinace postižení zapomíná i tak, ale po záchvatu je určitě potřeba opakování vyšší. Dívka vědomosti po záchvatu zapomene, ale je schopna je brzy zase v paměti obnovit. Po záchvatu například neví jméno, rok narození. Podle paní učitelky velké epileptické záchvaty ovlivňují dívku především v posunu zpět. Ne, že by všechny naučené informace úplně zapomněla, některé ano a je potřeba je opakovat, ale především se její tempo velmi zpomalí, není schopna postupovat dále. Na to mají vliv opakované záchvaty, které znemožňují dívce udělat jakýkoliv pokrok. Návrat na úroveň před záchvatem je pozvolný, nejdříve je tedy potřeba, aby se dívka vrátila na své původní tempo učení.

V průběhu docházky se také vyskytují drobnější záchvaty, při kterých dívka jen trhne hlavou dozadu, chvíli nevnímá. Vliv drobných záchvatů přímo ve škole je řešen buď odchodem domů, když žákyně chce, je unavená a ve vyučování tak není možno pokračovat. Když je v pořádku, odpočine si a pokračuje v práci. Záchvaty přichází ve chvíli, kdy se dívka nesoustředí na nějakou činnost, úkol (přichází tedy nejčastěji při přestávkách). Před těmito záchvaty je u dívky znát zvýšená únava. Dále se někdy objevuje nepřítomný pohled, kdy je dívka chvíli nesoustředěná. Ale zda je to vlivem epileptických výbojů, to nelze posoudit.

Vliv opakovaných záchvatů na celkovou úroveň kognitivních schopností, tedy neustálé ubývání schopností s příchodem dalšího záchvatu, to u dívky podle maminky není. To zapomenuté po záchvatu se zase opakováním naučí.

Zvýšená unavitelnost je celkově ztěžující faktor, u ostatních žáků s epilepsií se projevuje především v poklesu jejich výkonů, ovšem u této dívky je znatelná i na pohled.

Únava má vliv také na úroveň pozornosti a paměti. Paměť je u dívky velmi specifická. Je to způsobeno především vrozeným nádorem mozku a jeho operací, po kterém dívce teď některé oblasti v mozku chybí a jejich funkci přebírají jiné oblasti, ovšem ne tak kvalitně. Je schopna se něco naučit, ale nezapamatuje si toho tolik, potřebuje to neustále opakovat, a když se přejde na novou látku, předešlé učivo zapomíná. Na schopnost zapamatování má tedy epilepsie vliv spíše z hlediska neudržení pozornosti a následnou nižší schopností zapamatování si daného učiva. Pozornost je krátkodobá, nestálá, lehce vyrušitelná, což je u všech těchto žáků stejné a výraznější, než u ostatních. Mnohdy je tedy nutný dohled pro udržení pozornosti. Dívka se vše učí mechanicky, takže se například naučila počítat do deseti, ale když potom měla čísla použít, provádět matematické operace, tak si vůbec nevěděla rady. Vůbec nepoužívá logické myšlení, téměř v žádných situacích. Myšlení je konkrétní, mechanické. Naučila se také některá velká tiskací písmena, ale když se měla k písmenu učit jeho psanou formu, bylo to pro ni úplně jiné písmeno, znak, jelikož mělo jiný tvar. Tvary velkých písmen měla naučené, ale když měla číst, absolutně přečtenému slovu nerozuměla. Dívka není schopna říct, kolik jí je let, není schopna se naučit hodiny, nezvládá časovou orientaci. Zajímavé je, že si žákyně pamatuje například rozhovory, které poslouchá a potom je schopna je celé převyprávět slovo od slova. Zapamatuje si i scénky z filmů. Ale jde zase o dobrou mechanickou paměť, když se jí maminka zeptá na určitou souvislost v jejím vyprávění, tak neumí odpovědět. Podle paní učitelky je paměť krátkodobá, naučení se říkanky, básničky pro ni také představuje velké úsilí. S pamětí měla problémy hlavně na začátku, nedokázala si vzpomenout ani na běžně užívaná slova.

Na domácí přípravu žákyně mají vliv právě velké epileptické záchvaty. Dívka je po nich celý den vyčerpaná jak fyzicky (v důsledku křečí celého těla), tak psychicky, odpočívá a není schopna učení se. Tím, že tato žákyně potřebuje opravdu každodenní opakování, to ztěžuje průběh osvojování nových poznatků. Záchvaty také způsobují částečné zapomenutí již osvojeného učiva, takže se musí ještě více opakovat. Jelikož

dívka nechodí do školy každý den, odpadá zde problém s únavou ze školy a jejím vlivem na přípravu žákyně doma. Pouze ve dny, kdy do školy chodí a mají zrovna odpolední výuku, musí si jít nejdříve odpočinout. Odpoledne už se tolik nedokáže soustředit a výuka je pro ni náročná. Příprava doma tedy může probíhat až večer. Často při přípravě dělá nesmyslné chyby. Mnohdy je nutné opakovat naučené ještě znovu před odchodem do školy. Při přípravě doma dívka potřebuje neustálý dohled, kontrolu a pomoc. Jinak by její pozornost ihned odvedl nějaký jiný podnět. I když je v současné době její stav lepší, pořád by doma nevydržela pracovat ani chvíli samostatně. Ve škole je sice zvýšená potřeba vedení, ale ne naprostá, jako u ostatních dvou žáků. Je tedy schopna v některých chvílích samostatně pracovat, ale záleží na tom, jak se ten den zrovna dívka cítí, někdy toho schopná není. Sama zvládne například dopracování úkolu, opis slova po společném přečtení.

Její pokroky jsou ale celkově velmi malé a dívka postupuje pomalu. Spíše zdokonaluje již naučené znalosti, než že by nabývala nových.

Dívka podstupuje medikamentózní léčbu. Neustále jsou střídány různé kombinace léků již od stanovení diagnózy až do současnosti. Léky na dívku zásadní negativní vliv nemají, ze začátku se po některých objevovala ospalost, únava. Dívka je velmi brzo unavitelná, maminka to přisuzuje její kombinaci postižení. Léky na to ale samozřejmě mohou mít vliv. Vliv léků na vzdělávání dívky tedy maminka přímo nepotvrzuje, uvádí ale, že léky mohou působit na kvalitu dívčiny pozornosti i paměti, protože tyto oblasti u ní mají opravdu specifické rysy a tím jsou její možnosti učení velmi omezeny.

Vliv epilepsie na chování dívky maminka ani paní učitelka nepocítují. Dívka se chová vhodně, neobjevují se náhlé změny nálad, negativismus ani agrese po záchvatu. Podle paní učitelky je dívka velmi optimistická, pohodová. Změna chování před záchvatem také nepřichází. Pocity méněcennosti z důvodu neustálého zapomínání nepřicházejí, dívka si to tolik neuvědomuje. Strach z dalšího záchvatu také nemá. S nemocí je tedy vyrovnaná. Onemocnění epilepsie nemá vliv na vztahy se spolužáky, dívka je velmi přátelská a společenská. Spolužáci jí velmi rádi pomáhají.

Konkrétní oblasti, které jsou specifickými potížemi ovlivněny: čtení, psaní i počty, kdy dívka většinou potřebuje dohled, slovní doprovod, aby byla schopna činnost udělat. Je zde velká závislost na vedení někým jiným. Potíže se zapamatováním tvarů číslic, písmen, potíže s udržením pozornosti, především vlivem únavy – neustálé vracení se na začátek a z toho plynoucí potíže s porozuměním. Dívku omezené vnímání také ovlivňuje především při konání různých besed. Není schopna vnímat jednu osobu

mluvící na více žáků najednou, potřebuje, aby byla neustále slovně podporována k vnímání a pozornosti, nedokáže jen poslouchat. Při těchto situacích tedy pozornost neudrží. Není ovšem jisté, že je to způsobeno epilepsií a jejím vlivem na pozornost. Je to nejspíš způsobeno kombinací postižení, omezenou funkčností mozku. Velmi typické jsou rychlé střídání období úspěchů se dny, kdy je dívka dezorientovaná, nevzpomene si ani na již naučené postupy řešení úloh apod.

Omezením vzhledem k epilepsii je již doporučená docházka do školy, která je zkrácena na dva dny v týdnu. Dívka nemůže chodit na plavání, protože by k sobě potřebovala asistenta. Celkově ji omezuje to, že u všech činností potřebuje neustálý dohled jiné osoby, jelikož se neví, kdy se záchvat objeví. Není ale nic, co by záchvat přímo vyvolalo, nevadí jí ani televize, počítač. Naopak velice pomáhá pravidelný režim.

Konkrétní opatření ve škole vzhledem k onemocnění epilepsií

Všechno důležité je zajištěno již vzdělávacím programem a individuálním vzdělávacím plánem, tím je také zajištěn potřebný odpočinek, relaxace, zamezení přetěžování žákyně s epilepsií. Pedagogové jsou informováni o onemocnění, péči při a po záchvatu (péče po záchvatu – udržení komunikace, následná kontrola, jestli je dívka v pořádku). Je zajištěna podpora po velkých záchvatech, kdy je zvýšená potřeba opakování, trpělivého, vstřícného přístupu kvůli pomalému tempu. Celkově potřebuje více motivace, povzbuzení. Spolužáci jsou poučeni, vědí, že musí při záchvatu někoho přivolat. Jsou také naučeni všude dívku doprovázet, nedělá jim to žádný problém, berou to jako samozřejmost. Jsou v tomto velmi ohleduplní, s velkou ochotou pomáhají druhým. Maminka dochází do školy společně s dcerou a po dobu vyučování je s ní. I všech výletů a třídních akcí se dívka účastní za asistence maminky. Také je zajištěn individuální přístup, zvýšený dohled kvůli případnému záchvatu, hlavně při přestávkách musí být dívka stále na očích, v této době se totiž záchvaty nejčastěji objevují. Potřeba je také dohled při práci pro udržení pozornosti. Maminka je spokojena s přístupem pedagogů na současné škole. Od lékaře je nařízený klidový režim.

Výsledky vzdělávání:

Čtení – s občasnou nápovědou čte samohlásky a souhlásky m, l, v, t, s, j. S pomocí je dává do slabik a slov, čtení vět nezvládá.

Psaní – píše pouze hůlkovým písmem, píše všechna písmena, která čte, opisuje písmena, slabiky i věty.

Počty – mechanicky napočítá do deseti, procvičuje číslice v oboru do sedmi a operace s nimi.

Závěr a doporučení následné intervence

U dívky se první epileptický záchvat objevil ve 2 letech. V současnosti se vyskytuje jeden drobný epileptický záchvat (vteřinový pád) za týden. Léčba je medikamentózní, dívce byl implantován vagový stimulátor.

Celkově má epilepsie vliv na vzdělávání v tom směru, že dívka kvůli četnosti záchvatů má doporučeno školu navštěvovat pouze dvakrát týdně. Dále také v tom, že s dívkou musí být maminka ve škole po celou dobu vyučování. Dívčino vzdělávání bylo epilepsií ovlivněno na základní škole speciální, kde se četnost jejích záchvatů velmi zvýšila. Nakonec se to muselo řešit individuální výukou doma, která ovšem pro rodiče nebyla uspokojující kvůli chybějícímu kontaktu s ostatními dětmi. Dívka na současnou školu nastoupila do páté třídy a neměla žádné ucelené poznatky, podle paní učitelky do jisté míry mohla mít na tuto situaci vliv epilepsie, jelikož předchozí vzdělávání bylo také omezeno zvýšenou četností výskytu epileptických záchvatů. Podle paní učitelky je epilepsie příčinou toho, na jaké poměrně nízké úrovni dívka v současnosti je.

Velké epileptické záchvaty ovlivňují vzdělávání dívky takto. Jednak způsobují občasné absence ve škole, což pro dívku, která potřebuje každý den neustálé opakování, znamená jistě ztěžující faktor. Záchvaty také způsobují částečné zapomenutí již dříve osvojeného učiva, vrácení se v učení zpět a podle paní učitelky hlavně zpomalení tempa dalšího učení. Po velkých záchvatech není možné ani procvičování doma, dívka je vyčerpaná, unavená, dezorientovaná, nepozorná. Vliv mají především opakované epileptické záchvaty, kvůli kterým se dívka není schopna posunout dále, není schopna jakýchkoliv pokroků. Omezují tedy její úroveň dosažených vědomostí a dovedností. Při období bez záchvatů byly znatelné pokroky, ač velmi pomalé vzhledem k celkovému postižení. Vliv na vzdělávání mají občas i drobné epileptické záchvaty, když je po nich dívka vyčerpaná, musí odejít domů.

Její pokroky jsou samozřejmě pomalé hlavně kvůli operaci nádoru na mozku, cystě, absenci některých důležitých center v mozku, mentálnímu postižení. Ale vliv epilepsie na pozornost, paměť, někdy celkové vnímání je znatelný.

U pozornosti je opět typická vyšší citlivost pro okolní rušící podněty, je tedy nestálá, snadno vyrušitelná a to ovlivňuje právě rozsah zapamatovaného. Při přípravě do školy musí na dívku maminka neustále dohlížet, ve škole už při jejím dobrém dni (kvalita spánku, počasí, nálada) zvládne i nějakou práci sama. S tím je také spjato rychlé střídání období úspěchů se dny, kdy si žákyně nevzpomene ani na základní, již dobře osvojené poznatky. To je typické i u ostatních žáků s epilepsií, vysvětlením může být jejich

zvýšená citlivost pro okolní vlivy. Snížená úroveň pozornosti je podle paní učitelky znatelnější před drobným epileptickým záchvatem, kdy přichází únava a s tím ovlivnění koncentrace pozornosti. Občasný nepřítomný výraz v průběhu vyučování také zapříčiní nepozornost dívky (možná souvislost s epileptickými výboji). Na kvalitu pozornosti a paměti má negativní vliv zvýšená unavitelnost dívky.

Celkově je velké omezení vyplývající z epilepsie v tom, že dívka musí při všech činnostech být pod dohledem, kvůli případnému záchvatu. Potom je samozřejmé, že její možnosti soběstačnosti a učení se samostatně nové věci, jsou omezeny. Onemocnění epilepsie také zamezilo možnosti dívky být na internátu pár dní v týdnu ubytována a moci tak být v kontaktu s ostatními dětmi.

Medikamentózní léčba může mít na dívku vliv, jelikož je zvýšeně unavitelná, ale maminka to přikládá spíše celkové kombinaci postižení.

Doporučení

Především v období opakovaných záchvatů je při práci s touto dívkou potřeba opravdu velmi klidného, citlivého, přívětivého přístupu. V tomto období totiž probíhá opět jen opakování již naučeného a podle četnosti záchvatů to může být i dlouhou dobu. Po záchvatech dochází především ke zpomalení pracovního tempa žákyně, osvojit si nové poznatky je téměř nemožné, je tedy potřeba opravdu trpělivý přístup. Pro udržení pozornosti je potřeba dohled, využití didaktických pomůcek pro zaujetí. Jako ostatní žáci s epilepsií vyžaduje tato dívka při práci kontrolu, ujištění, zpětnou vazbu. Jelikož dívka navštěvuje školu pouze dva dny v týdnu, je potřeba opravdu přesné domluvy s rodiči na pravidlech zadávání, plnění úkolů na doma tak, aby ve škole bylo možné navázat. Komunikace s rodiči je v tomto případě zásadní.

Kazuistika č. 4

Pohlaví: mužské

Rok narození: 1992

Diagnóza: mozková obrna – diparéza, středně těžká mentální retardace, epilepsie – farmakorezistentní, Lennox-Gastautův syndrom, skolióza.

Současný stav:

Chlapec v současné době navštěvuje stacionář. Četnost záchvatů je jednou týdně jeden velký epileptický záchvat.

Celková charakteristika:

Chlapec střední postavy, schopen samostatné chůze. Působí přátelsky, je zvědavý. Chování je někdy mírně rušivé, nepřizpůsobivé.

Osobní anamnéza

Chlapec se narodil z druhého těhotenství. Obě dvě těhotenství probíhala bez problémů, porod byl v termínu. Míra a váha byly v normě. Podle doktora byl chlapcův stav zapříčiněn buďto nedostatkem kyslíku při porodu nebo zánětem mozkových blan prodělaným v prenatalním období. Po narození připadal mamince normální, vypadal jako zdravé miminko. Jediné, na co maminka vzpomíná, je to, že byl velmi klidný a hodný. Chlapec skoro vůbec neplakal, nebudil se sám na jídlo, sací reflex byl narušen. S tím měl ale problém i prvorozený zdravý syn, kterého také nekojila. Ve třech měsících se objevil první záchvat, diagnóza ale byla stanovena až v 6 měsících, kdy prodělal velký epileptický záchvat, následně mu byla nasazena medikamentózní léčba. Ve dvou letech chlapec stále vůbec nemluvil. Vývoj chůze začal ještě v normálním rozmezí. Byla mu diagnostikována mozková obrna, která se projevovala spasticitou dolních končetin a specifickou chůzí pro diparetickou formu. Vzhledem k následnému mentálnímu opoždění byla diagnostikována také středně těžká mentální retardace. Je možné, že do jisté míry jsou intelektové schopnosti ovlivněny epilepsií. Chlapec má skoliózu, v průběhu vývoje měl korzet, který ale odmítal.

Rodinná anamnéza

Chlapec má bratra, který je zdravý. Rodina je úplná, oba rodiče jsou zdraví. V rodině se vyskytuje diabetes mellitus u babičky chlapce. Do výchovy chlapce jsou odmalička zapojováni i prarodiče, chlapec má výborné podněcující domácí zázemí. Vztahy v rodině jsou velmi dobré.

Epilepsie – průběh onemocnění

První záchvat se objevil tři měsíce po narození, jednalo se o záškuby ruky. U lékaře bylo rodičům řečeno, že na EEG žádné změny nejsou, a že chlapec potřebuje nejspíše nějaké vitamíny na podporu nervového vývoje. V šesti měsících ovšem prodělal velký epileptický záchvat a následně byla diagnóza epilepsie stanovena. Byla nasazena medikamentózní léčba. V osmi měsících prodělal chlapec status epilepticus, každý měsíc se potom objevovaly záchvaty. Tento záchvat měl podle maminky na chlapce velmi negativní vliv, vrátil ho o hodně dozadu. Ovlivnil ho i do budoucího vývoje a to především kvůli jeho závažnosti a brzkému výskytu ještě v kojeneckém věku. Podle lékařů byl tento záchvat opravdu život ohrožující, nebylo lehké vůbec status epilepticus

zastavit a dostat tak chlapce do normálu. Nejvíce ho velké epileptické záchvaty ovlivňovaly do tří let, to ho vždy vrátily o velký krok zpět. Mozek se v té době nejvíce vyvíjí a takové zásahy v podobě epileptických záchvatů jeho vývoj velmi narušovaly. Když bylo chlapci pět let, zkoušel lékař nasadit různé léky, ale s malým účinkem. I stokrát za den se objevovaly drobné záchvaty, kdy chlapec přestal vnímat, klesla mu hlava (maminka podávala chlapci dopamin, který ho alespoň držel při vědomí, ví, že léky mají také mnoho negativních účinků, ale to jediné ho drželo tak, aby alespoň ze života něco měl). Dále měl jednou za týden velký záchvat. Toto období bylo velmi náročné, podle slov maminky byl jako v záchvatu pořád. Lékař doporučil vyšetření v Praze s možností vyzkoušet chirurgickou léčbu. Po mnoha vyšetřeních ale nebylo doporučeno chirurgickou léčbu provést, jako důvod bylo uvedeno to, že chlapec není vhodný typ pro operaci. Nabídnut byl také vagový stimulátor, ale ten rodina odmítla. V Praze ovšem na neurologii zůstali, byly opět vyměněny léky, stav se začal stabilizovat. Chlapec už neměl tolik drobných záchvatů, jen jeden velký záchvat za více než týden. Potom se vrátili zpátky na neurologii do Brna a podle maminky začal zlomový okamžik, kdy se opět zkoušely různé léky, pořád se jen nasazovaly nové a zase vysazovaly, pro chlapce to byla velká zátěž a podle maminky ho to velmi negativně ovlivnilo. Nastaly obrovské potíže v chování. Na jeden lék dokonce chlapec dostal velkou alergii. A záchvaty to neomezilo, naopak, začaly se objevovat znovu po pěti až šesti dnech. Tak to je až do současnosti, dodnes se zkouší nové léky.

Motorika

Chlapec chodí samostatně, motorika je ale výrazně narušena. V době, kdy se objevují záchvaty, ho maminka raději při chůzi doprovází. Zpočátku chodil po špičkách, po zahájení cvičení Vojtovou metodou přestal. Noha se mu ovšem stáčí ke středu, používá speciální ortopedické boty. Chůze se velmi zlepšila po pobytu v lázních, kde probíhaly různé rehabilitace. V současné době je schopen ujít i dlouhé vycházky s rodiči. S pomocí je schopen vykonávat základní činnosti v sebeobsluze. Jemná motorika je na horší úrovni, jemné pohyby rukou příliš nezvládá. Ve škole zkoušel psát psacím písmem, to mu ale nešlo. Píše tedy tiskacím písmem, ale nezvládne to samostatně.

Intervence – hrubá motorika – rehabilitace, jemná motorika – grafomotorická cvičení, uvolňovací cviky, vybarvování, míčkování.

Řečové dovednosti

Vývoj řeči byl opožděn, ve dvou letech chlapec ještě nemluvil, ani v pěti letech nebyla řeč dobře rozvinuta. Docházka do školy měla na rozvoj řeči velký vliv, po

nástupu se vyjadřoval lépe. Problém není tolik v obsahové stránce řeči nebo ve skladbě vět, ale spíše ve snížené schopnosti vyslovovat jednotlivé hlásky. Maminka má dojem, že na kvalitu řeči má vliv právě epilepsie, především léky. Chlapec má snížené svalové napětí v oblasti mluvidel, často nechává otevřenou pusku, když ovšem jeden typ léků vysadili, chlapec pusku více zavíral a zlepšila se i řeč. Maminka si myslí, že vliv léků je tak utlumující, že působí na již ochablé svaly mluvidel. Pozitivní vliv lázní nebyl jen na motoriku celkovou, ale také na motoriku mluvidel. V pěti letech chlapec mluvil pouze na velmi nízké úrovni, po lázních se rozmluvil. Řeč je tedy na nižší úrovni, ale chlapec je schopen se domluvit a vyjádřit své potřeby.

Intervence – logopedie, ve škole učení se básniček – nacvičování nových slov, během výuky logopedická cvičení, dechová cvičení, artikulační cvičení.

Pozornost

Pozornost je velmi kolísavá, krátkodobá, nestálá. Chlapec potřeboval neustálý dohled při přípravě do školy, pozornost nebyl schopen udržet. Dříve tuto skutečnost velmi ovlivňovaly také drobné záchvaty, kdy žák trhl s hlavou a chvíli nevnímal. Bylo tak potřeba neustále udržovat jeho pozornost při práci, v důsledku toho se musel při práci neustále vracet na začátek, plynuly z toho také potíže s porozuměním daného úkolu. Podle maminky vnímání i pozornost omezují užívaná antiepileptika.

Vnímání

Zrak – v pořádku.

Sluch – v pořádku.

Chování

Chlapec má velké problémy v chování. Objevují se výkyvy nálad, emocionální labilita, přecitlivělost, velmi neadekvátní reakce. Je zde patrné ovlivnění antiepileptiky (především střídáním léků). Chlapec je velmi nervózní, neklidný, mnohdy agresivní. Chování se zlepšuje k večeru, je zde možná souvislost s tím, že hladina léků není před podáním večerní dávky tak vysoká. Respektování autority paní učitelky ale chlapec byl schopen, paní učitelka měla velmi dobrý přístup a věděla, co na chlapce platí. V době záchvatu vzteku samozřejmě odporoval, že dané činnosti dělat nebude, že nechce, ale když se zklidnil, tak zase plnil požadavky paní učitelky. Nikdy se tedy nestalo, že by celý den na všechny požadavky reagoval negativně, nespolupracoval. Podle maminky paní učitelku v jistých věcech poslouchal více než ji.

Intervence – přesně daná pravidla – při nevhodném chování musel opustit kolektiv a vrátit se až po uklidnění, aby i ostatní žáci věděli, že se takto ve škole chovat nemůže,

dále reakce na všechny problémové situace – podpora řešení, jak by se měl zachovat, poučení pro příště.

Socializace

Chlapec neměl potřebu navazovat vztahy se spolužáky, vystačil si sám. Je sice zvědavý, ale kamarády nevyhledává. Někdy také své spolužáky odrazoval svým chováním, vykřikováním při vyučování. Na nové prostředí je schopen se adaptovat, ale změny prostředí často komplikují epileptické záchvaty.

Intervence – ve škole především snaha podporovat pravidla zavedená v rodině, chlapec je z podnětné rodiny, doma má správný vzor v chování. Paní učitelka se hlavně snažila o to, aby se chlapec účastnil všech akcí, to mu hodně pomáhalo se do kolektivu začlenit.

Soběstačnost

Je schopen se obléci, při dohledu obstarat stravu, zvládá základní hygienické návyky. Velmi rád pomáhá vařit. Neumí si zavázat tkaničky, zvládá si zapnout boty na přezku. Zvládá domácí práce, rád s tatínkem seká zahradu, skládá dříví, velmi rád má veškeré práce na zahradě. Zvládá se tedy o sebe postarat, ale je neustále pod dohledem, jelikož maminka má strach z ublížení si při případném epileptickém záchvatu.

Intervence – ve škole vytváření praktických situací a umožnění jejich samostatného řešení (obstarat jídlo, připravit oblečení, obléknout se). Podporou byly také hodiny vaření, které chlapce velmi bavily, dokázal v nich být samostatný.

Reakce rodičů na onemocnění

Maminka je z onemocnění syna velmi nešťastná, přála by si, aby záchvaty přicházely s menší četností. Z celé kombinace postižení jí epilepsie připadá jako nejhorší. Toto onemocnění totiž ovlivňuje celkový vývoj syna, jeho chování. Maminka dělá vše pro to, aby zjistila nové informace o způsobech léčby. Podle jejích slov se sice objevují nové léky, ale myslí si, že princip jejich působení je stejný. Nechce už je měnit především kvůli tomu, že tyto změny léků většinou jen vyvolaly další potíže a pro chlapce to byla velká zátěž.

Průběh vzdělávání a jeho ovlivnění epilepsií

Předškolní vzdělávání

Chlapec navštěvoval mateřskou školu pro tělesně postižené. Potíže zde byly pouze s chováním, vlivem nasazování a zkoušení nových léků. Chování bylo podle maminky částečně ovlivněno jeho povahou, ale do velké míry právě reakcí na léky. Na prostředí se dobře adaptoval, ale navazovat vztahy neměl potřebu. Opatření nutná vzhledem

k epilepsii byla seznámení se s onemocněním a s péčí po záchvatu, domluva s rodiči na konkrétních pravidlech kvůli problémovému chování.

Základní vzdělávání

Povinnou školní docházku chlapec plnil na základní škole pro tělesně postižené. Do jisté míry vzdělávání omezoval sám svým negativistickým přístupem (také možná souvislost s užíváním léků). Když ho totiž daná činnost baví, dokáže se na ni snadněji soustředit, ale musí sám chtít, mít na to náladu. Ale jeho negativistický přístup a nechuť do činností celkově ztěžovaly proces vzdělávání, na tom se shoduje maminka i paní učitelka. Chlapec proto potřeboval obrovskou motivaci pro to, aby se něco naučil. Vzdělávání ovlivňovaly pouze velké epileptické záchvaty.

Vzdělávání v rámci profesní přípravy

Epilepsie ale velmi ovlivnila vzdělávání na praktické škole. Chlapec byl přijat, ale vlivem nevyhovujícího chování musel ze školy odejít. Škola nebyla uzpůsobena pro jeho potřeby, nebyl zde zvýšený dohled na žáky. On měl velké výkyvy v chování, byl velmi negativistický a ze školy tak přicházely samé stížnosti. Podle maminky je chlapec velmi ovlivněn antiepileptiky, jednak jejich celkovým působením a jednak jejich neustálým střídáním. Vliv na vznik této situace tedy měla povaha hochy, ovlivnění chování léky a také vyhocení situace. Ve škole se domnívali, že je chlapec za své chování odpovědný, dělá to schválně, ale on za to nemohl. Současně navštěvuje stacionář, chodí tam každý den a je tam spokojen. Zkoušel navštěvovat i dílny, ale ty nebyly uzpůsobené jeho individuální potřebám, především potřebnému odpočinku, který je pro něj při práci zásadní.

Vliv epilepsie na vzdělávání žáka z informací z rozhovoru s učitelkou a s rodiči

Vzdělávání žáka ovlivňovaly velké epileptické záchvaty. Většina záchvatů probíhala doma, jen některé ve škole. Největším problémem bylo podle maminky zapomenutí již naučeného. Paní učitelka ale upřesňuje to, co se po záchvatu stávalo. Ne, že by úplně zapomněl již naučené poznatky, někde v paměti je měl, ale tvářil se, jako by učivo nikdy neviděl, opakováním si postupně vzpomínal. Záchvaty spíše ovlivnily jeho další tempo, které bylo velmi pomalé a osvojování nového trvalo velmi dlouho. Na dlouhodobou absenci ve škole tyto záchvaty vliv neměly, chlapec se dvě hodiny prospal a další den mohl jít do školy. Nebyla tedy potřebná hospitalizace ani následný klidový režim doma. Doma byl ovšem určitě unavenější, vyčerpaný, dezorientovaný. To se ale druhý den po odpočinku zlepšilo a příprava do školy tak mohla probíhat už další den. Ve škole se už vyšší unavenost, omezená vnímavost, snížená schopnost koncentrace

pozornosti oproti jeho normálu také neobjevovaly. Tyto oblasti jsou omezeny epilepsií celkově i bez výskytu záchvatu. Celkově tedy měly tyto záchvaty vliv hlavně na úroveň získaných vědomostí, vrácení se na úroveň nižší. Což bylo samozřejmě poměrně velkým problémem u žáka s kombinací postižení, kde už tak vzdělávání probíhalo pomalým tempem a byla tu zvýšená potřeba opakování i za normální situace. Po záchvatu bylo potřeba opakování a obnovení poznatků ještě vyšší. To ale netrvalo příliš dlouho, takže když bylo období s menší četností záchvatů, vzdělávání to tak výrazně nenarušovalo, pouze následným pomalejším tempem. Větší problém ovšem nastal, pokud bylo období opakujících se záchvatů, chlapcovy výkony se dlouho nikam neposunovaly. Když se zopakovalo jedno, přišel další záchvat a muselo se znovu jen opakovat a upevňovat poznatky. Nepřicházel žádný pokrok, pořád se jen vracely již dříve naučené vědomosti. Podle paní učitelky mu tedy tyto záchvaty znemožňovaly výraznější pokroky.

Že by opakované epileptické záchvaty měly vliv na celkovou osobnost jedince, že by se úroveň stále snižovala, oproti původnímu stavu, to maminka nepotvrzuje, myslí si ale, že se chlapec kvůli epilepsii už nemůže dostat dále.

Epilepsie podle maminky ovlivňuje vnímání, pozornost, paměť. Pozornost je krátkodobá, lehce vyrušitelná. Maminka to přikládá vlivu epileptických výbojů v mozku. Chlapec potřebuje neustálý dohled a podněcování, aby se dokázal soustředit a něco se naučil. Jeho paměť negativně ovlivňuje kombinace postižení a pravděpodobně nemožnost plně se na učivo soustředit, tím je rozsah zapamatovaného snížen. Zapamatovat si například básničku pro něj také představovalo větší úsilí než u ostatních žáků bez epilepsie. Podle maminky je utlumen léky, úroveň vnímání a pozornosti je tedy snížena a je jasné, že tím vzdělávací proces probíhal s většími potížemi. Vlivu léků na tyto oblasti si maminka všimla při vysazování léků, byl potom živější, vnímavější, byl schopen se lépe soustředit. Celkově jsou tyto oblasti omezeny po nějaké době velkou únavou, která plyne nejspíše právě z epilepsie (neustálých výbojů, vlivem léků). To vše ovlivňovalo všechny složky vyučovacího procesu, způsobovalo to celkovou zpomalenost žáka ve vzdělávacím procesu, samozřejmě na to mělo vliv i ostatní postižení, ale vliv epilepsie je zřejmý.

Při přípravě do školy potřeboval neustálý dohled, především pro udržení pozornosti a také pro vysvětlování zadání. Přípravu nezvládal dělat sám, sklouzával k jiným podnětům. Přípravu bylo možno provádět až večer, když si odpočinul. V současné době tolik nespí, ale v době školní docházky usínal již při převozu ze školy domů. Po

záchvatech se i v rámci přípravy do školy samozřejmě muselo opakovat již dříve naučené. Určitě byla vhodná jakákoliv motivace. Učení probíhalo lépe, když on sám chtěl, naučí se totiž rychle to, co sám chce. Například písničky z CD umí nazpaměť. Ve škole se soustředil lépe, paní učitelka to s ním uměla. Při práci potřeboval v základních předmětech neustálé vedení. Jednak kvůli udržení pozornosti a jednak pro náročnost učiva. Platilo zde také to, že když ho činnost bavila, dokázal se i trochu lépe soustředit, na vše měl tedy vliv jeho celkový přístup. Sám dokázal pouze občas mechanickou činnost, například opis písmen, ale muselo to být v jeho dobrém dni. Při školní práci mu dělalo problémy především trivium, ale v oblastech věcného učení se orientoval lépe, jelikož ho toto učivo bavilo. Od práce se nechal snadno vyrušit okolními podněty, ale mnohdy se rušil sám svým vykřikováním, mluvením při vyučování. K práci potřeboval hodně motivace, například práci na počítači, která ho velmi bavila, za odměnu poslouchání písniček atd. Při neúspěchu situaci neřešil, bylo mu to vcelku jedno.

Chlapec je léčen medikamentózní léčbou. Vyzkoušena byla různá antiepileptika. Podle maminky ovlivňují léky chlapcovo chování, na tom se shodují s paní učitelkou. Vliv léků na vnímání a pozornost je podle maminky zřejmý, velmi chlapce utlumují. Paní učitelka si ale netroufá přímý vliv léků na oblasti vnímání, paměti, pozornosti objektivně zhodnotit. Obě ale dodávají, že je patrná zvýšená unavitelnost, zřejmě také vlivem léků nebo epilepsií celkově (výboji v mozku). Vysazování a nasazování léků způsobuje také úrazy chlapce, které dříve vůbec neměl. Měl záchvat i ve stacionáři, kde se zranil. Při přechodu ze stacionáře do jiných míst je tak již naučen, že musí využít helmičku. V současnosti také trpí mimovolnými pohyby, podle doktorky jsou důsledkem výměny léků.

Dalším velkým problémem plynoucím z epilepsie je tedy vliv léků na chování chlapce. Chlapcovo chování se v jednom období totiž výrazně zhoršilo a paní učitelka se od maminky dozvěděla, že se zrovna opět měnily léky, a že tím nastaly velké problémy i doma. Chlapcovy výkyvy chování byly podle paní učitelky obrovské, objevovalo se agresivní chování s tendencí někoho uhodit, strčit, neadekvátní reakce na situace, výbušnost. Období záchvatů a klidu se střídala. V záchvatu vzteku reagoval při požadavcích negativně – nechci, nepůjdu. V těchto obdobích se také objevovaly potyčky s chlapcem, se kterým se neměl rád. Vzhledem k tomu, že chlapcovo chování bylo občas opravdu nevhodné, spolužáci ho moc nevyhledávali. Podle paní učitelky tedy epilepsie vliv na vztahy ve škole jistým způsobem měla. Spolužáci ale chlapce lépe přijali tím, že se s nimi začal účastnit různých mimoškolních akcí, výletů, což dříve

maminka nechtěla kvůli případným záchvatům. Ale že by žákovy vztahy omezila epilepsie z hlediska probíhajících záchvatů, to ne. Reakce spolužáků na záchvaty byla taková, že situaci přijali, i když měli potřebu, to, co se stalo, nějaký čas řešit. Podle maminky je chování ovlivněno také před velkými epileptickými záchvaty, chlapec je agresivní, neklidný, nervózní. I v současné době se zkouší nasadit nové léky, chlapcovo chování je tím velmi narušeno a to zapříčinilo i odejití z praktické školy.

Celkový vliv epilepsie na chování žáka hodnotí maminka tak, že syn má svoji výbušnou a negativistickou povahu, ale do velké míry ho léky ovlivňují. To ovlivňovalo kvalitu vzdělávání, především pro potřebu vzniklé situace řešit, což proces zpomalovalo. Dále také nechut' při vzteku něco dělat. Strach z dalšího záchvatu nemá. Neuvědomuje si to, nevnímá možné nebezpečí úrazu při záchvatu. Po záchvatech se neobjevovaly pocity méněcennosti ze zapomenutého, chlapec si to neuvědomoval.

Ovlivnění konkrétních oblastí: při čtení, psaní, počtech je vlivem horší koncentrace pozornosti potřeba neustálého vracení se na začátek, připomínání myšlenky, objevují se potíže s porozuměním.

Na otázku, jak epilepsie ovlivňuje a omezuje život dítěte, maminka odpovídá, že chlapec například nesmí zažívat moc emotivních zážitků (záchvaty přicházely před narozeninami, před velkou událostí, když se na něco těšil), změny prostředí (na dovolené byl vždy záchvat), měl by se více šetřit, ale jemu fyzická námaha (například chůze po horách) nevadí. Záchvaty většinou přicházejí odpoledne, když je chlapec více unavený. Jde si odpočinout a po probuzení nastanou. Ráno po vyspání, když má energii a není unaven, tak ne. Dalším omezením by tedy bylo vyvarovat se větší únavě, ale to je z hlediska kombinace postižení, samotné epilepsie a jejích léků, které únavu způsobují, prakticky nemožné. Je tedy potřeba zvýšeného odpočinku. Kvůli únavě neměl odpolední vyučování, po obědě byl zvyklý spát. Záchvaty se vyskytují také při horečce. Dodržení pravidelného režimu někdy zamezí vzniku záchvatu. Když si ale o víkendu například přispí, režim je narušený a záchvat se spíše objeví. Záchvaty se často vyskytují v době, kdy chlapcův mozek není nijak zaměstnán, při soustředění pozornosti na danou činnost tedy většinou ne. Sám ale není schopen rozlišit, jestli záchvat přichází. Záchvat nevyvolává televize ani počítač. Paní učitelka také měla strach, aby záchvaty nezpůsobily chlapcovy záchvaty vzteku, ale to se nestalo.

Konkrétní opatření ve škole vzhledem k onemocnění epilepsií

Chlapec podle maminky celkově potřeboval individuální přístup. Ten byl zajištěn samotným vzdělávacím programem, přístupem učitelů na daném typu školy. Relaxace,

zamezení přetěžování, střídání činností, to vše bylo už vymezeno vzdělávacím programem a také individuálním vzdělávacím plánem. Přístup třídní učitelky byl vynikající a velmi žákovi pomáhal. Paní učitelka se podle maminky zasloužila o posuny ve vývoji chlapce a především o spokojenost v jeho životě, tím průběh základního vzdělávání velmi ulehčila.

Paní učitelka věděla, co při záchvatu dělat, byly s maminkou domluvené, že pokud se záchvat objevil, když byli mimo školu, hned maminku volala. Chlapec se nejdříve kvůli epileptickým záchvatům neúčastnil mimoškolních akcí, maminka měla strach z případného záchvatu. Potom se ale snažili o to, aby na akce mohl, pomáhalo to totiž s jeho začleněním do kolektivu. Na akcích to ale vyžadovalo neustálý dohled, např. v divadle kvůli světelným podnětům. I při počítačích byl raději potřeba zvýšený dohled. Na školy v přírodě byly domluvené tak, že maminka vždy syna ráno přivezla a večer odvezla. Paní učitelka ale byla velmi vstřícná a ochotná, chtěla brát chlapce i na noc, což by samozřejmě znamenalo velké ztížení situace. Spolužáci byli také informováni o onemocnění chlapce.

Potřeboval zvýšený dohled a kontrolu při tělesné výchově, byl by schopen běhat až do vyčerpání sil a to by potom mohlo způsobit záchvat. Proto se paní učitelka snažila hodně střídat aktivity, aby si žák odpočinul. S tím souvisela i kontrola při přestávkách, zda se chlapec moc neunavuje a také odstranění nebezpečných předmětů kvůli případnému záchvatu a pádu. Při afektu bylo dobré chlapce nechat vyvztekát, dostat ho mimo třídu a potom vrátit do kolektivu. Tak, aby i on měl pravidla, ne, aby si spolužáci mysleli, že on se tak ve škole chovat může. Potom bylo jeho chování lepší, byl hodný, ochotný pracovat. Důležité bylo vymezení pravidel, důslednost v jejich dodržování, pevný řád. Vysoká motivace vzhledem k negativistickému přístupu. Zvýšená potřeba opakování, téměř neustálého dohledu při práci kvůli případným záchvatům. Neustálý dohled bezprostředně po záchvatu, podání diazepamů. Také zajištění, aby ve třídě byla přítomna alespoň ještě jedna dospělá osoba kvůli péči při záchvatu (aplikace diazepamů). Dále seznámení všech kolegů s onemocněním, často se při suplování se záchvaty setkávali. Lékař konkrétní opatření pro školu nedával. Maminka byla velmi spokojena s přístupem a opatřeními poskytovanými školou. O něco méně byla spokojena s přístupem na praktické škole, kam byl chlapec přijat, ale bohužel musel odejít.

Výsledky vzdělávání

Čtení – čte všechny samohlásky a souhlásky m, l, t, v, s, j, p, n, š, d, k, z. Zvládne číst jen dvouslabičná slova, někdy s potřebnou pomocí.

Psaní – píše hůlkovým písmem, píše všechny samohlásky a souhlásky m, l, t, v, j, n. Diktát písmen zvládne, ale samotné sestavení slov ne, zvládá jen opis slov.

Počty – mechanicky počítá do deseti, řadu čísel vyjmenuje jen vzestupně. U počtu předmětů pozná pouze jeden a dva, ostatní je pro něj příliš abstraktní. Rozeznává matematická znaménka.

Závěr a doporučení následné intervence

U chlapce se první epileptický záchvat objevil ve 3 měsících, diagnóza ale byla stanovena až v 6 měsících, kdy prodělal velký epileptický záchvat, následně mu byla nasazena medikamentózní léčba. V současné době se velké epileptické záchvaty objevují zhruba jednou za týden.

U tohoto chlapce epilepsie ovlivňovala jeho vzdělávání v tom, že po opakovaných záchvatech nebyl schopen jakéhokoliv pokroku a také vlivem léků na chování, které bylo ve chvílích vzteku nepřizpůsobivé, agresivní a do jisté míry mělo vliv na žákovo začlenění do třídního kolektivu. Vliv negativního chování na vzdělávání bylo také v tom, že se řešením problémové situace zpomalil průběh vyučování. Byla nastavena pravidla tak, že žák musí opustit třídu, aby i ostatní žáci viděli, že se ve škole takto nikdo chovat nemůže. Výkyvy v chování byly také důvodem odchodu z praktické školy.

Dalším problémem byla zvýšená unavitelnost chlapce plynoucí z užívání léků a také vlivem neustálé epileptické aktivity v mozku. To mělo samozřejmě vliv na kvalitu práce ve škole a následné domácí přípravy po škole, které byly možné až po odpoledním odpočinku chlapce. Léky a zřejmě také neustálé epileptické výboje mají vliv na úroveň pozornosti, tím i na rozsah zapamatovaného. To celé působilo na vzdělávání konkrétně v tom, že žák potřeboval individuální péči, aby pozornost byl schopen udržet. Chlapec při práci potřeboval neustálý dohled, podněcování ke správné odpovědi, jinak odbíhal k úplně jiným činnostem. Sám zvládal jen mechanické činnosti ve škole při jeho dobrém dni.

Chlapec je velmi negativistický, nechutí žáka do práce bylo vzdělávání velmi omezeno. Podle maminky i třídní učitelky mu také záchvaty nedovolovaly udělat jakýkoliv pokrok, a proto je kvůli epilepsii pořád na tak nízké úrovni.

Doporučení

Žák potřebuje především individuální přístup. Dále klidné, vstřícné, trpělivé vedení, obzvláště v období opakovaných záchvatů. K dosažení jakýchkoliv výkonů je potřeba dodržovat chvilky odpočinku, které jsou pro něj zásadní. Je brzo unavitelný a bez odpočinku není schopen v práci pokračovat. Kvůli negativistickému přístupu ke vzdělávání je potřeba vysoká motivace k práci, konkrétně práce na počítači, práce s interaktivní tabulí, práce s názornými pomůckami, slíbení odměny – poslouchání písniček. Kvůli jeho chování je potřeba vymezení přesných hranic, řádu a jeho důsledné dodržování. Vhodná je domluva s rodiči na konkrétních přístupech při jeho nevhodném chování tak, aby pravidla ve škole navazovala na řád daný z domova.

4.4 Závěry výzkumného šetření

Hlavním cílem diplomové práce bylo analyzovat vliv epilepsie na proces vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami. Tohoto cíle bylo dosaženo zpracováním kazuistických studií, které vychází z osobní a školní dokumentace žáků a z vlastního pozorování žáků. Přesný popis průběhu vzdělávání a jeho ovlivnění onemocněním epilepsie také vhodně doplňují informace získané od třídních učitelů a od rodičů dětí. Pro přehlednost shrnutí závěrů výzkumu jsou jedinci z jednotlivých zpracovaných kazuistických studií označeni písmeny „A“, „B“, „C“, „D“.

Hlavní výzkumná otázka zněla: Jaký vliv má epilepsie na proces vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami?

Praktická část diplomové práce dokazuje negativní vliv onemocnění epilepsie na vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami. U jedné dívky je zásadním doporučení od lékaře docházet do školy pouze dva dny v týdnu (vzhledem k častému výskytu záchvatů při každodenní docházce do předchozí školy). U dalšího z žáků byly potíže plynoucí z léčby epilepsie (výkyvy v chování) příčinou jeho odchodu z praktické školy. Další potíže objevující se u všech žáků se týkají ovlivnění pozornosti (ať už vlivem léků nebo neustálé epileptické aktivity), tím dochází ke snížení rozsahu zapamatovaného. Medikamentózní léčba má v některých případech vliv na omezenou vnímavost, zvýšenou unavitelnost, u jednoho chlapce také na chování. Velké epileptické záchvaty způsobují zapomenutí již osvojeného, znemožňují bezprostřední opakování doma, zpomalují pracovní tempo žáků. Ve dvou případech jsou opakované epileptické záchvaty příčinou nízké úrovně žáků, jelikož znemožňují jakékoliv pokroky.

Vedlejší výzkumné otázky:

Jaké konkrétní potíže způsobuje epilepsie v průběhu vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami?

Konkrétní potíže způsobující epilepsie jsou především v oblastech vnímání, paměti, pozornosti. Pozornost je u žáků „A“ a „B“ narušována zahleděním vlivem neustálé epileptické aktivity. Žáci v této situaci nereagují, nevnímají. U žáka „D“ je podle maminky krátkodobá pozornost ovlivněna také neustálou epileptickou aktivitou, u žákyně „C“ je její občasný nepřítomný pohled také pravděpodobně zapříčiněn tímto faktorem. Pozornost je u všech žáků krátkodobá, nestálá a při většině činností je potřeba neustálý dohled právě z důvodu udržení pozornosti. U žáků „A“, „B“, a „C“ je pozornost typická velmi lehkým odvedením okolními podněty. Snížená úroveň koncentrace pozornosti je také viditelná u žákyně „C“ před drobným epileptickým záchvatem. Tyto potíže v oblasti pozornosti ovlivňují u všech žáků rozsah zapamatovaného, který je velmi snížen. Zřejmě vlivem časté nepozornosti se u žáků „A“ a „B“ mnohdy vyskytují nesmyslné chyby při školní práci. Tyto obtíže celkově zpomalují pracovní tempo žáků i osvojování si nových poznatků.

U všech jedinců je znatelná zvýšená unavitelnost, což samozřejmě na úroveň pozornosti má vliv. U chlapce „D“ působí na celkovou úroveň vnímání, pozornosti především léky (antiepileptika). U žáků „A“, „B“ a „C“ je také typické rychlé střídání období, kdy jeden den podávají výborné výkony a druhý den nejsou schopni ani základních činností. To může být ovlivněno jejich zvýšenou citlivostí pro vnímání okolních vlivů (např. počasí).

Jaké konkrétní oblasti vzdělávání jsou epilepsií ovlivněny?

U všech čtyř žáků je ovlivnění konkrétních oblastí velmi podobné. Všichni mají vlivem epilepsie – epileptické aktivity omezenou schopnost koncentrace pozornosti a to se samozřejmě projevuje obtížemi v základních předmětech – čtení, psaní, počty. U každého žáka je potřeba neustálého připomínání myšlenky, vracení se na začátek (ať už při čtení věty nebo při počítání příkladu), opakované vysvětlování zadání při práci, z toho plynou potíže s porozuměním. To vše také působí na rozsah a kvalitu zapamatovaného. Pracovní tempo je potom velmi pomalé. U žáků „A“ a „B“ potíže s pozorností omezovaly předmět věcné učení, dnes jsou ale již vnímavější a hodně jim pomáhají pomůcky a také práce s interaktivní tabulí. U žáků „A“, „B“ a „C“ byly problémem besedy pořádané ve škole. Žáci „A“ a „B“ s typickými zahleděnými se vlivem nepozornosti nebyli schopni zapojit do diskuze, odpovídali na naprosto jiné

otázky. Žákyně „C“ zase nedokázala udržet pozornost, když k celé skupině žáků mluvila jedna osoba. Dívka potřebuje neustálé slovní podporování, udržování pozornosti tím, že pedagog mluví přímo na ni, pokládá jí otázky.

Jak ovlivňují průběh vzdělávání velké epileptické záchvaty?

U všech jedinců, u kterých se velké epileptické záchvaty objevují, je prokázán jejich vliv na částečné zapomenutí již osvojeného učiva (v různé míře), u žáků „C“ a „D“ především na zpomalení následného tempa učení. Z toho plyne potřeba opakování již naučeného a tím zpomalení procesu vzdělávání. U žákyň „A“ a „C“ je po záchvatu viditelná únava, vyčerpanost, dezorientace, zmatenost, omezené vnímání, nepozornost. To negativně ovlivňuje domácí přípravu do školy, neboť není možné ihned začít s obnovováním zapomenutého. Tyto potíže přetrvávaly i po příchodu do školy u žákyň „A“, žákyň „C“ má omezenou školní docházku, takže u té to negativně působilo jen na nemožnost bezprostředního opakování doma.

U těchto dvou žákyň také záchvaty zapříčinily absenci ve škole, vzhledem k jejich kombinaci postižení to byl ztěžující faktor, jelikož žákyň potřebují neustálé opakování a poskytování vhodných podnětů k jejich vývoji.

Období opakovaných epileptických záchvatů má u žáků „C“ a „D“ s těžším průběhem epilepsie vliv na jejich celkovou úroveň, opakované záchvaty zamezují jakýmkoliv pokrokům.

U žákyň „A“ a „C“ ovlivňovaly vzdělávání i drobné záchvaty, které způsobovaly chvilky nepozornosti, u žákyň „C“ také občas vyčerpanost a nutný odchod ze školy.

Jaký vliv má na jedince a jeho výkony v procesu vzdělávání medikamentózní léčba?

Nejvýraznější problémy způsobuje medikamentózní léčba u chlapce „D“ s nejtěžším průběhem epilepsie. Vlivem neustálého střídání léků dochází k velkým výkyvům v chování, které je nepřizpůsobivé, agresivní, mnohdy s násilnými sklony. U tohoto chlapce je viditelný vliv léků na vyšší unavitelnost. U ostatních žáků je zvýšená unavitelnost znatelná, ale zda je to jistě vlivem léků, nelze potvrdit, ale je to pravděpodobné. Unavitelnost je totiž jistě vyšší než u žáků bez epilepsie, ale může to být způsobeno také neustálými epileptickými výboji v mozku. Únava má u všech žáků vliv na domácí přípravu, která může probíhat až po odpočinku.

Jaké jsou typické potřeby žáků s epilepsií při vzdělávání?

Všichni čtyři žáci mají podobné potřeby, které jsou samozřejmě v jisté míře potřeba i u ostatních žáků, ale zde se projevují v mnohem větší míře. Většinou potřebují při

práci neustálý dohled, především k udržení jejich nestálé pozornosti. Dále vedení, slovní pokyny – pomocné otázky, povzbuzování, ujištění o správnosti, zpětnou vazbu, maximální využití pomůcek. Tato potřeba je mnohem vyšší než u žáků bez epilepsie, ti jsou schopni v jistých situacích již pracovat samostatně. U žáků „A“, „C“, „D“, u kterých se v průběhu vzdělávání vyskytovaly velké záchvaty, bylo potřeba neustálé opakování a také klidný a trpělivý přístup, protože velké záchvaty u dvou žáků vždy velmi zpomalily jejich pracovní tempo. Žákům „A“ a „B“ velmi prospívá přesně daný řád, režim a jeho důsledné dodržování. U všech je potřeba vysoké motivace, u žáků „B“ a „D“ výraznější, vzhledem k jejich negativistickému přístupu ke vzdělávání.

Má epilepsie vliv na oblast chování, socializace, navazování vztahů?

U žáků „A“, „B“ a „C“ nemá epilepsie vliv na jejich chování, navazování vztahů. Vliv epilepsie (medikamentózní léčby) byl zřetelný na chování žáka „D“. Chlapec měl v chování velké výkyvy, objevovaly se záchvaty vzteku, nepřičetnosti, agrese. Toto chování tedy mělo v jisté míře vliv na začlenění žáka do kolektivu, protože jeho chování občas žáky odrazovalo. I projevy jako vykřikování, komentování všech situací při vyučování k jeho dobrým vztahům nepřispívalo. Vliv negativního chování na vzdělávání byl také v tom, že se řešením problémové situace zpomalil průběh vyučování.

Jaká konkrétní opatření vyžadují žáci s epilepsií při vzdělávání a jak jsou jejich rodiče spokojeni se zajištěním těchto opatření od školy?

Všichni rodiče jsou v maximální míře spokojeni s péčí současné školy o jejich děti. V případě potřeby (výskyt velkého, drobného záchvatu) jsou domluveni na konkrétních opatřeních. Pedagogové jsou informováni o onemocnění a informují i ostatní žáky (ti vědí, že v případě záchvatu musí přivolat paní učitelku, doprovází dívku na záchod kvůli případnému záchvatu atd.) Při školních i mimoškolních akcích jde u žáků „A“ a „B“ jen o dodržování léčby a zvýšený dohled, žákyně „C“ se účastní akcí s maminkou. U chlapce „D“, který má časté epileptické záchvaty, bylo potřeba dodržovat pravidelný odpočinek, především při tělesné výchově a přestávkách zamezit přetěžování, zadýchávání (záchvat často vznikl následkem únavy). S rodiči také byla domluvena pravidla při nevhodném chování žáka (vyvedení ze třídy a návrat až po uklidnění). U žáků „C“ a „D“ je také potřeba neustálá kontrola kvůli případnému záchvatu, včetně péče poskytnuté po záchvatu (potřeba přítomnosti další osoby pro podání diazepam, udržení komunikace po drobném záchvatu atd.).

Se zajištěním odpovídajících podmínek jsou všichni rodiče spokojeni. Rodiče dětí, u kterých se záchvaty objevují, si pochvalují učitelovu pohotovost, ochotu i přes výskyt záchvatů dát žákům možnost účastnit se školních i mimoškolních akcí. Dále také oceňují ochotu poskytnout dětem zvýšenou potřebu dohledu při práci kvůli udržení pozornosti i vzhledem k zajištění bezpečnosti při případném záchvatu. Rodiče jsou také spokojeni se zajištěním důsledného vedení, pomoci, s poskytnutím možnosti opakování zapomenutého. Všichni pedagogové respektují opatření plynoucí z onemocnění epilepsie a vycházejí žákům a jejich rodičům maximálně vstříc. Jedna maminka nebyla spokojena pouze s přístupem na praktické škole, kde nebyly chlapcovy potřeby dostatečně respektovány a prostředí mu nevyhovovalo.

Závěr

Diplomová práce se zabývá vlivem epilepsie na vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami. Práce je členěna do čtyř kapitol, první tři kapitoly tvoří část teoretickou, poslední kapitola tvoří část praktickou.

První kapitola je zaměřena na charakteristiku epilepsie, obsahem podkapitol je tedy definice, etiologie, diagnostika, klasifikace, léčba a terapie epilepsie. Druhá kapitola podává základní informace o souběžném postižení více vadami, o mentálním postižení, mozkové obrně a dalších vybraných onemocněních. Třetí kapitola pojednává o legislativním opatření umožňujícím vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami, o systému vzdělávání, vymezuje rámcové vzdělávací programy, specifika při vzdělávání žáků s epilepsií.

Cílem praktické části bylo analyzovat vliv epilepsie na vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami. Tohoto cíle bylo dosaženo zpracováním kazuistik, které vychází z informací získaných z osobní a školní dokumentace žáků, z pozorování a jsou doplněny informacemi z rozhovorů s rodiči a třídními učiteli.

Praktická část diplomové práce dokazuje negativní vliv onemocnění epilepsie na vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami. U jedné dívky plyne z epilepsie omezení docházky do školy, která je doporučena pouze dvakrát týdně. U dalšího chlapce byly potíže plynoucí z léčby epilepsie příčinou jeho odchodu z praktické školy. Opakované epileptické záchvaty u dvou žáků zamezují jakýmkoliv pokrokům. Další potíže objevující se u všech žáků se týkají ovlivnění pozornosti, tím i snížení rozsahu zapamatovaného. Medikamentózní léčba má v některých případech vliv na omezenou vnímavost, zvýšenou unavitelnost, u jednoho chlapce také na chování. Velké epileptické záchvaty způsobují zapomenutí již osvojeného, znemožňují bezprostřední opakování doma, zpomalují pracovní tempo žáků.

Shrnutí

Diplomová práce se zabývá vlivem epilepsie na vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami.

Teoretická část je tvořena třemi kapitolami. První kapitola obsahuje informace o epilepsii, konkrétně vymezuje definici, etiologii, diagnostiku, klasifikaci, léčbu epilepsie. Druhá kapitola charakterizuje souběžné postižení více vadami, mentální retardaci, mozkovou obrnu a další vybraná onemocnění. Třetí kapitola pojednává o vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami, legislativním opatření, systému vzdělávání, rámcových vzdělávacích programech a specifikách vzdělávání žáků s epilepsií.

Praktickou část tvoří kazuistiky žáků se souběžným postižením více vadami se zdůrazněním potíží spojených s epilepsií. Tyto kazuistiky vychází z informací z osobní a školní dokumentace, z pozorování žáků a z informací od rodičů a třídních učitelů.

Summary

Diploma thesis deals with the influence of epilepsy on the education of pupils with multiple disabilities.

The theoretical part is composed of three chapters. The first chapter contains information about epilepsy, particular determines definition, etiology, diagnostic, classification, therapy of epilepsy. The second chapter defines multiple disabilities, mental disability, cerebral palsy and other selected diseases. The third chapter deals with education of pupils with multiple disabilities, legislation, system of education, general education programs and specificity of education of pupils with epilepsy.

Practical part contains case studies of pupils with multiple disabilities with accentuation of problems joined with epilepsy. These case studies come from information from personal and school documentary, observation of pupils and information from parents and class masters.

Seznam použité literatury

- BARTOŇOVÁ, Miroslava; BAZALOVÁ, Barbora; PIPEKOVÁ, Jarmila. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-144-7.
- ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
- DOLANSKÝ, Jiří. *Současná epileptologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. 164 s. ISBN 80-7254-101-3.
- FIALOVÁ, Ilona. *Analýza faktorů determinujících edukaci a profesní orientaci jedinců se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011. 207 s. ISBN 978-80-210-5591-9.
- FISCHER, Slavomil; ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
- FRANIOK, Petr. *Vzdělávání osob s mentálním postižením: (inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením)*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2008. 142 s. ISBN 80-7368-274-5.
- JAKOBOVÁ, Anna. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2007. 101 s. ISBN 978-80-7368-488-4.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7.
- KÁBELE, František. *Somatopedie: učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 242 s. ISBN 80-7066-533-5.
- KOMÁREK, Vladimír. *Epileptické záchvaty a syndromy*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 183 s. ISBN 80-85824-56-6.
- KOMÁREK, Vladimír; ZUMROVÁ, Alena. *Dětská neurologie: vybrané kapitoly*. 2. vyd. Praha: Galén, 2008. 195 s. ISBN 978-80-7262-492-8.
- KOUTECKÝ, Josef. *Nádorová onemocnění dětí a mladistvých*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 220 s. ISBN 80-7184-246-X.
- KOUTECKÝ, Josef; CHÁŇOVÁ, Markéta. *Děti s nádorovým onemocněním I: rady rodičům*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 215 s. ISBN 80-7254-332-6.
- KOUTECKÝ, Josef; KABÍČKOVÁ, Edita; STARÝ, Jan. *Dětská onkologie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 179 s. ISBN 80-7254-288-5.

- KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 344 s. ISBN 80-247-1018-8.
- LESNÝ, Ivan; ŠPITZ, Jan. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. 229 s. ISBN 80-04-22922-0.
- LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany: H & H Vyšehradská, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
- MONATOVÁ, Lili. *Pedagogika speciální*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1994. 199 s. ISBN 80-210-1009-6.
- MORÁŇ, Miroslav. *Praktická epileptologie*. 2. vyd. Praha: Triton, 2007. 163 s. ISBN 978-80-7387-023-2.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2003. 52 s. ISBN 80-210-3242-1.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar; ZÁMEČNÍKOVÁ, Dana. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 2007. 123 s. ISBN 978-80-7315-137-9.
- OŠLEJŠKOVÁ, Hana. *Epileptické a neepileptické záchvaty v dětství a adolescenci*. Plzeň: ADELA, 2009. 274 s. ISBN 978-80-87094-06-8.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2010. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání: s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2005. 126, 92 s. ISBN 80-87000-02-1.
- Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2008. 110 s. ISBN 978-80-87000-25-0.
- ŘÍČAN, Pavel; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
- ŘÍČAN, Pavel; VÁGNEROVÁ, Marie. *Dětská klinická psychologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1991. 359 s. ISBN 80-201-0131-4.
- SASÍN, Josef. *Socializace dětí s epilepsií*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1975. 240 s.

- SERVÍT, Zdeněk. *Nervové záchvaty a epilepsie*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 104 s. ISBN 08-043-85.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. 231 s.
- SOVÁK, Miloš; EDELSBERGER, Ludvík; EDELSBERGER, Tomáš. *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Jinočany: H a H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
- ŠLAPAL, Radomír. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2002. 35 s. ISBN 80-7315-017-4.
- ŠLAPAL, Radomír. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2007. 53 s. ISBN 978-80-7315-160-7.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 178 s. ISBN 80-7178-506-7.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy*. 2. přeprac. vyd. Praha: Septima, 1997. 63 s. ISBN 80-7216-030-3.
- TYRLÍKOVÁ, Ivana. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 288 s. ISBN 80-7013-287-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VALENTA, Milan; MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.
- Věstník MŠMT č. 8/1997, č.j. 25602/97-22
- VÍTEK, Jiří; VÍTKOVÁ, Marie. *Teorie a praxe v edukaci, intervenci, terapii a psychosociální podpoře jedinců se zdravotním postižením se zaměřením na neurologická onemocnění*. 1. vyd. Brno: Paido, 2010. 250 s. ISBN 978-80-7315-210-9.
- VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.
- VÍTKOVÁ, Marie. *Paradigma somatopedie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1998. 140 s. ISBN 80-210-1953-0.
- VORLÍČEK, Jiří. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1996. s. 232-455. ISBN 80-210-1257-9.

ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2003a. 192 s. ISBN 80-7184-494-2.

ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2003b. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

Zákony a vyhlášky

Zákon č. 472/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.

Vyhláška č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Vyhláška č. 256/2012 Sb., kterou se mění vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky.

Elektronické zdroje

BROŽOVÁ, Klára. *Ketogenní dieta* [online]. [cit. 2012-11-21]. Dostupný na WWW: <http://www.detskyneurolog.cz/ketogennidieta/>

MARUSIČ, Petr; TOMÁŠEK, Martin; BELŠAN, Tomáš; KŘÍŽOVÁ, Hana. *Zobrazovací a funkčně-zobrazovací metody v epileptologii* [online]. 2002 [cit. 2012-11-21]. Dostupný na WWW: <http://www.solen.sk/index.php?page=home>

KOLEKTIV AUTORŮ. *Nádory kojenců, batolat a mladších školních dětí* [online]. [cit. 2013-02-27]. Dostupný na WWW: <http://www.medicabaze.cz>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Otázky z rozhovoru s rodiči

Příloha č. 2: Otázky z rozhovoru s učitelem

Příloha č. 3: Shrnutí informací získaných od rodičů a učitele (Kazuistika č. 1)

Příloha č. 4: Shrnutí informací získaných od rodičů a učitele (Kazuistika č. 2)

Příloha č. 5: Shrnutí informací získaných od rodičů a učitele (Kazuistika č. 3)

Příloha č. 6: Shrnutí informací získaných od rodičů a učitele (Kazuistika č. 4)

Příloha č. 1: Otázky z rozhovoru s rodiči

- 1) Kdy se u Vašeho dítěte objevil první epileptický záchvat?
- 2) Jak Vaše dítě první záchvat ovlivnil? (ztráta vědomostí, dovedností, změny v chování)
- 3) Co následovalo? (stanovení diagnózy, další vývoj záchvatů, potřebná opatření)
- 4) Jakou léčbu dítě podstoupilo/podstupuje?
- 5) Pokud se jedná o medikamentózní léčbu, můžete popsat, jestli nastaly nějaké potíže vyplývající z užívání medikamentů? Vnímáte nějak omezení plynoucí z užívání medikamentů?
- 6) Jaký je aktuální zdravotní stav dítěte? Jaká je četnost záchvatů?
- 7) Trpí Vaše dítě velkými epileptickými záchvaty, po kterých musí být například hospitalizováno v nemocnici? Můžete uvést popis průběhu těchto záchvatů?
- 8) Ovlivňují tyto záchvaty další průběh vzdělávání? Ovlivňují také chování dítěte?
- 9) Tyto záchvaty jistě způsobují delší absenci dítěte ve škole, za jak dlouho je schopno se vrátit na původní úroveň?
- 10) Objevují se u Vašeho dítěte také drobné záchvaty?
- 11) Jak probíhá domácí příprava do školy? Jaké jsou časté potíže?
- 12) Potřebuje dítě při přípravě neustálý dohled?
- 13) Můžete popsat úroveň paměti, pozornosti dítěte?
- 14) Jaké jsou podle Vás největší potíže při vzdělávání plynoucí z onemocnění epilepsie u Vašeho dítěte? Má Vaše dítě omezení při výuce?
- 15) Jak epilepsie ovlivňuje celkově život Vašeho dítěte? Omezuje ho v některých činnostech, aktivitách?
- 16) Jaký je Váš názor na zajištění potřebných opatření ve škole? Co škola může pro žáka s epilepsií udělat, aby vzdělávací proces probíhal co nejjednodušší? Jak jste s péčí spokojeni?
- 17) Máte pocit, že u Vašeho dítěte ovlivňuje epilepsie jeho chování, povahu?
- 18) Pozorujete u svého dítěte náhlé výkyvy nálad, negativní ladění, neadekvátní reakce?
- 19) Jaké má Vaše dítě vztahy se spolužáky?
- 20) Vyskytl se někdy ve škole konkrétní problém, který souvisel s onemocněním epilepsie?

Příloha č. 2: Otázky z rozhovoru s učitelem

- 1) Můžete charakterizovat úroveň paměti, pozornosti a myšlení žáka? (přímo popis činnosti – plnění úkolu a konkrétních problémů při něm)
- 2) Do jaké míry usuzujete, že je úroveň snížena epilepsií?
- 3) Ovlivňuje vzdělávání žáka medikamentózní léčba? Pokud ano, byly tyto potíže rozdílné při zahájení léčby a v současnosti?
- 4) Do jaké míry ovlivňují žáka velké epileptické záchvaty? Jaké jsou nejvýraznější potíže plynoucí z velkých epileptických záchvatů?
- 5) Pozorujete u žáka změny po velkém epileptickém záchvatu? (úroveň vědomostí, jiné potřeby, chování)
- 6) Prodělal žák záchvat přímo ve škole?
- 7) Vnímáte nějak vliv epilepsie na chování žáka?
- 8) Pozorujete u žáka s epilepsií typické potíže (projevy), které ovlivňují proces vzdělávání?
- 9) Jaké oblasti (předměty, činnosti, aktivity) tyto potíže nejvíce ovlivňují?
- 10) Jak celkově ovlivňuje epilepsie proces vzdělávání? (omezení při aktivitách, akcích)
- 11) Jaká může škola učinit opatření pro naplnění potřeb žáka s epilepsií?
- 12) Vyskytl se v průběhu vzdělávání konkrétní problém související s epilepsií?

Příloha č. 3: Shrnutí informací získaných od rodičů a učitele (Kazuistika č. 1)

Vliv epilepsie na vzdělávání – shrnutí z informací získaných od učitele

Po záchvatech – pomalejší pracovní tempo, omezené vnímání, omezení paměti – zapomenutí naučeného – nutnost opakování, snížená schopnost koncentrace pozornosti, dezorientovanost. Specifické projevy v paměti a pozornosti i mimo záchvaty (omezený rozsah zapamatovaného vlivem nestálé pozornosti). Zvýšená potřeba dohledu, vedení, zpětné vazby, ujištění, motivace. Dále zvýšená unavitelnost, zvýšená citlivost pro okolní podněty, které lehce odvedou pozornost. Dalším problémem byly menší epileptické záchvaty – ztráta soustředěnosti. Dále typická zahledění (vlivem epileptických výbojů), kdy dívka nereaguje a to opět zpomaluje proces vzdělávání. Zvýšená citlivost pro okolní vlivy – období úspěchů a naopak slabých dnů s naprostým neúspěchem.

Vliv epilepsie na vzdělávání – shrnutí z informací získaných od rodičů

Podle rodičů způsobuje epilepsie při vzdělávání následující potíže: absence dívky ve škole po velkém epileptickém záchvatu, zapomenutí již naučeného s následnou potřebou neustálého opakování (i měsíc), domácí příprava na školu až po delší době po záchvatu (vlivem vyčerpanosti, únavy, nesoustředěnosti, dezorientovanosti, negativní nálady po záchvatu), dále zahledění, při kterém dívka nevnímá (z toho plynoucí omezená možnost osvojování dalších poznatků), vliv typicky zvýšené citlivosti pro vnímání okolních podnětů na přípravu do školy – lehké odvedení pozornosti od činnosti (nerušivé prostředí je někdy těžko zajistit, míra zapamatovaného potom klesá), omezená možnost porozumění neustálým odkláněním pozornosti, potřeba neustálého dohledu při přípravě pro udržení pozornosti, vliv zvýšené unavitelnosti na proces vzdělávání, celkové omezení pozornosti a paměti (specifické rysy).

Maminka vidí obrovské pokroky od té doby, co je dívka bez záchvatů. Je zodpovědnější, zvládá lépe praktické práce, je vnímavější. Domácí příprava na školu probíhá s mnohem větším nadšením, dívka vypráví více o tom, co se dělo ve škole, o svých snech, co by chtěla dělat atd. Dříve jí dotazy na školu nezajímaly, odpovíděla nevím nebo zapomněla jsem, co jsme ve škole dělali. V souvislosti s absencí záchvatů tedy žákyně lépe vnímá veškeré dění kolem ní a to jí umožňuje rozvoj její osobnosti po všech stránkách. Podle maminky je to i tím, že když nejsou záchvaty, dívka je mnohem více odpočatá, lépe se vyspí a je více spokojená.

Příloha č. 4: Shrnutí informací získaných od rodičů a učitele (Kazuistika č. 2)

Vliv epilepsie na vzdělávání – shrnutí z informací získaných od učitele

Specifika – velmi pomalé pracovní tempo, velmi omezené vnímání, pozornost – nestálá, chvilky zahledění, kdy absolutně nevnímá, nereaguje. Zvýšená citlivost k okolním podnětům – neustálé odvádění pozornosti. Paměťové schopnosti – nižší rozsah zapamatovaného (vlivem zahledění, nestálé pozornosti). Při práci – potřeba neustálého dohledu, vedení, opakování vzhledem ke specifikům paměti a pozornosti (není schopen pracovat samostatně). Zvýšená unavitelnost (možná v důsledku epilepsie – léků, epileptických výbojů). Střídání velmi úspěšných dnů se dny s naopak velmi slabými výkony – vlivem zvýšené citlivosti pro vnímání okolních vlivů.

Vliv epilepsie na vzdělávání – shrnutí z informací získaných od rodičů

Vliv velkých epileptických záchvatů není, nevyskytují se. Paměť a pozornost jsou omezeny – spíše kombinací postižení, je možné že v důsledku epilepsie, ale maminka nemá možnost porovnání s jiným žákem bez epilepsie. Specifikum pouze – zvýšená citlivost pro okolní rušící podněty, typická zahledění – ovlivňují koncentraci pozornosti žáka a tím omezují přípravu na vyučování. Potřeba neustálého dohledu vzhledem k udržení pozornosti. Zvýšená unavitelnost – ale těžko říct, zda epilepsií (léky, epileptickými výboji).

Příloha č. 5: Shrnutí informací získaných od rodičů a učitele (Kazuistika č. 3)

Vliv epilepsie na vzdělávání – shrnutí z informací získaných od učitele

Docházka do školy jen dvakrát týdně, úroveň vědomostí při příchodu na tuto školu – začínala jako v první třídě. Velké epileptické záchvaty – vrácení se zpět, částečné zapomenutí již dříve naučeného, ale především zpomalení tempa a dlouhodobá nemožnost naučení se nového (především období opakovaných záchvatů – neustálé opakování již naučeného, když se záchvaty delší dobu neobjevovaly, byl viditelný posun). Občas vliv drobných záchvatů – někdy odchod ze školy domů (pokud se ale cítila dobře, mohla po odpočinku pokračovat v práci). Nadměrná unavitelnost (možný vliv epilepsie – výbojů, léků; někdy i únava jako příčina záchvatu). Pozornost – ovlivnění soustředěnosti před záchvatem (někdy bylo znát, že záchvat přijde, především únavou, která působila právě na úroveň pozornosti), pozornost nestálá, lehce vyrušitelná, občasný nepřítomný výraz má vliv na soustředěnost pozornosti – většinou potřeba vedení, ale některé činnosti zvládne občas i samostatně; potřeba ujištění, kontroly; paměť – rozsah zapamatovaného je ovlivněn únavou, koncentrací pozornosti – velké úsilí se nové věci naučit; časté střídání období úspěchu a neúspěchu (možný vliv okolních faktorů – počasí). Podle paní učitelky je právě kvůli epilepsii na tak nízké úrovni.

Vliv epilepsie na vzdělávání – shrnutí z informací získaných od rodičů

Velké epileptické záchvaty: občasné absence, zapomenutí určitých dosažených vědomostí, vyčerpanost, unavenost, dezorientovanost, nepozornost – nemožnost okamžitého opakování v rámci domácí přípravy (negativní vliv, protože dívka potřebuje každodenní opakování pro uchování vědomostí). Vliv epilepsie na pozornost (nestálá, lehce vyrušitelná), z toho plynoucí nízký rozsah zapamatovaného. Potřeba neustálého dohledu při jakékoliv činnosti (jednak pro udržení pozornosti při přípravě do školy, při praktických činnostech kvůli případnému záchvatu), tím omezení samostatnosti. Kvůli epilepsii je doporučena lékařem pouze dvoudenní docházka do školy a přítomnost maminky při výuce. Období úspěchů a naopak úplné dezorientace, útlumu (lehce ovlivnitelné počasím, kvalitou spánku, náladou). Možná souvislost epilepsie s vyšší unavitelností dívky (po odpoledním vyučování domácí příprava až večer po odpočinku).

Příloha č. 6: Shrnutí informací získaných od rodičů a učitele (Kazuistika č. 4)

Vliv epilepsie na vzdělávání – shrnutí z informací získaných od učitele

Největší problém – chování žáka vlivem antiepileptik (agresivita, negativismus nepřizpůsobivost vlivem změny léků) a celkově období velkých epileptických záchvatů, která žáka vracela zpět, zamezovala jakýmkoliv pokrokům, pořád se jen obnovovalo již naučené učivo. Paní učitelka si myslí, že kdyby chlapec epilepsii neměl, dokázal by se posunout mnohem dále. Někdy svým nevhodným chováním odrazoval i spolužáky (potíže se začleněním). Velké epileptické záchvaty: žádné potíže s absencí, unavitelností, změnami pozornosti, ale snížení dosavadní úrovně, vrácení se o velký kus zpět – potřeba opakování a obnovení poznatků. Celkově tak bylo jeho pracovní tempo velmi pomalé. Pozornost je velmi nestálá (možný vliv neustálých epileptických výbojů). Většinou potřeba dohledu, vysoké motivace. Paměť je velmi omezena, je krátkodobá, naučení nového představuje velké úsilí – spíše vlivem kombinace postižení, možný vliv na oslabení těchto oblastí má ale zvýšená únava chlapce (zřejmě vlivem léků a také vlivem neustálých epileptických výbojů, ale to je těžko posuzovatelné).

Vliv epilepsie na vzdělávání – shrnutí z informací získaných od rodičů

Vliv velkých epileptických záchvatů: částečné zapomenutí již naučeného, následná potřeba neustálého opakování, vliv na chování žáka (především před záchvatem, bývá nesnesitelný), únava a vyčerpanost po záchvatu. Vliv léků: chování, které je mnohdy velmi negativní, agresivní (především vlivem neustálého střídání léků – vlivem toho také více úrazů doma i ve škole), celkově velmi utlumují oblasti vnímání, pozornosti (při vysazení vnímavější, je schopen lepší koncentrace pozornosti), léky mají vliv také na celkovou únavu žáka (věčné střídání léků ho velmi zatěžuje). Únava je ale způsobena také neustálou epileptickou aktivitou v mozku (po konzultaci s neurologem) – to také působilo na kvalitu přípravy do školy, která byla možná až po odpočinku, mnohdy také velká únava vyvolala záchvat. Únavou je také ovlivňována i schopnost koncentrace pozornosti a potřeba neustálého dohledu při domácí přípravě na školu. Při nedokonalém soustředění pozornosti také dochází ke snížení rozsahu zapamatovaného. To vše způsobovalo zpomalenost chlapce v průběhu jeho vzdělávání. Vlivem epilepsie na chování žáka došlo k ukončení vzdělávání na praktické škole.