

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta v Olomouci

Ústav speciálněpedagogických studií

Petra Poláčková

III. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika předškolního věku

Děti předškolního věku s dětskou mozkovou obrnou a epilepsií

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PaedDr. Vlasta Jonášková CSc.

OLOMOUC 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PaedDr. Vlasty Jonáškové CSc. a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne

podpis.....

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce PaedDr. Vlastě Jonáškové, CSc. za odborné vedení při zpracování bakalářské práce a poskytnutí cenných rad. Dále společnosti „E“ za poskytnutí potřebných informací o epilepsii a studentům středních a vysokých škol za ochotu při vyplňování dotazníků.

OBSAH

ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 DÍTĚ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	7
1.1 CHARAKTERISTIKA DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	7
1.2 DOVEDNOSTI DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	8
1.2.1 Motorika, grafomotorika, kresba	8
1.2.2 Zrakové vnímání a paměť.....	8
1.2.3 Řeč	9
1.3 HRA V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU	9
1.3.1 Formy dětské hry.....	9
1.3.2 Znaky hry	10
2 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA.....	11
2.1 DEFINICE, ETIOLOGIE	11
2.2 FORMY DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY.....	12
2.2.1 Formy spastické (křečovitě)	12
2.2.2 Formy nespastické.....	14
2.3 ČASNÉ PŘÍZNAKY DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY.....	15
2.4 LÉČBA	15
2.4.1 Ortopedická protetika	16
3 EPILEPSIE V KOMPLIKACI S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU	18
3.1 DEFINICE	18
3.2 EPILEPTICKÉ ZÁCHVATY VYSKYTUJÍCÍ SE U JEDNOTLIVÝCH FOREM DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY	18
3.3 POMĚR ZASTOUPENÍ EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ U DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY	21
3.4 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA.....	22
3.5 PRVNÍ POMOC PŘI EPILEPTICKÉM ZÁCHVATU	22
4 SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ PROBLEMATIKA DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU S EPILEPSIÍ V KOMPLIKACI S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU ..	26
4.1 PŘEDŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ	26
4.1.1 Legislativa.....	26
4.1.2 Integrace	29
4.1.3 Inkluze.....	29
4.1.4 Individuální vzdělávací plán jako podmínka úspěšné integrace	30
4.2 RODINA	31
4.2.1 Rodina a vývoj rodičovských postojů k dítěti s dětskou mozkovou obrnou	32

4.3	DOVEDNOSTI DĚTÍ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU A REEDUKACE U DĚTÍ S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU.....	33
4.3.1	Oblast hmatového vnímání.....	34
4.3.2	Orientace v prostoru, hodnocení vzdáleností, polohy a pořadí předmětů	34
4.3.3	Schopnost získávat informace zrakovým pozorováním	34
4.3.4	Poruchy zrakového vnímání v důsledku motorické poruchy	35
4.4	PEDAGOGICKÁ INTERVENCE U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU	35
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	37
5	ŠETŘENÍ NÁZOROVÉ HLADINY A INFORMOVANOSTI STUDENTŮ O PROBLEMATICE DĚTÍ S DMO A EPILEPSIÍ	37
5.1	CÍL A HYPOTÉZY	37
5.2	METODA, DOBA A POSTUP ŠETŘENÍ	38
5.3	CHARAKTERISTIKA VZORKU	39
5.4	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE.....	39
5.4.1	Oblast získávání informací o respondentech.....	39
5.4.2	Oblast předškolního věku.....	41
5.4.3	Oblast zdravotnická a speciálně pedagogická	42
5.4.4	Oblast vzdělávání.....	44
5.4.5	Oblast poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu.....	46
5.4.6	Celkový pohled na správně zodpovězené otázky	47
5.4.7	Otázky vyhodnocovány jednotlivě	48
5.5	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ.....	53
	ZÁVĚR.....	55
	LITERATURA	56
	SEZNAM PŘÍLOH.....	60
	ANOTACE	

ÚVOD

Dětská mozková obrna (DMO) je onemocnění, které je charakterizováno poruchou hybnosti, která má základ v postižení mozku. Označení dětská vyjadřuje období, kdy nemoc vzniká, pojem mozková vyjadřuje skutečnost, že příčina poruchy je v mozku, pojem obrna vyjadřuje, že jde o nemoc způsobující poruchu hybnosti těla.

V rámci vysokoškolského studia během speciálně pedagogických praxí jsem měla možnost pracovat s dětmi s DMO a epilepsií v komplikaci s DMO. Speciálně pedagogická praxe s těmito dětmi mě natolik zaujala, že se touto problematikou zabývám ve své bakalářské práci.

Cílem bakalářské práce je na úseku speciální pedagogiky předškolního věku pojednat o aktuální problematice dětí s DMO a epilepsií v kontextu integrace a inkluze. V teoretické části práce jde o zpracování poznatků o dětské mozkové obrně a epilepsii, popsání a shrnutí některých legislativních opatření a specifik v rámci možností výchovy a vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice. Praktická část práce je založena na kvantitativním dotazníkovém šetření u studentů středních a vysokých škol. Cílem zjišťování je informovanost a názorová hladina o DMO a epilepsii v komplikaci s DMO, ve smyslu integrace a inkluze. V neposlední řadě je snahou zjistit, zda studenti umí poskytnout první pomoc při epileptickém záchvatu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DÍTĚ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

1.1 Charakteristika dítěte předškolního věku

Předškolní věk se nazývá obdobím iniciativy. Vycházíme z poznatku, že pro dítě tohoto věku je charakteristická jeho aktivita, která se rozvíjí v řadě činností, např. v rámci her, v kontaktu s dospělými i vrstevníky. Úroveň senzomotoriky umožňuje dítěti vykonávat rozmanité pohybové aktivity např. běhat, poskakovat. Představitivost, fantazie a úroveň myšlení vytváří podmínky pro vytváření nových poznatků. Dítě při hře přejímá různé role, stává se lékařem, učitelem, vojákem. Pro dítě je charakteristická jeho zvědavost. Dítě se neustále ptá, snaží se vyjádřit a prosadit vlastní názor. (Šmelová, 2004)

V širokém slova smyslu se jako „předškolní věk“ označuje celé období od narození (někdy i včetně vývoje prenatálního) až do vstupu do školy. Předškolní období v užším slova smyslu je „věkem mateřské školy“, ale nebylo by správné chápat je jenom z tohoto hlediska: jednak mnoho dětí do mateřské školy nechodí, jednak rodinná výchova stále zůstává základem, na kterém mateřská škola účelně dále staví a napomáhá dalšímu rozvoji dítěte. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

V 5. a 6. roce je dítě otevřeno lidem – dospělým i vrstevníkům. Velmi věří svým rodičům, prožívá s nimi jistotu a bezpečí, dokáže intuitivně i z reálného obsahu řeči vyhodnocovat reakce druhých ve vztahu k sobě i ke svým stále bohatším zájmům. Dokáže mít láskyplný vztah i k dalším lidem, které ve svém okolí poznalo, např. k učitelce a vyhledává bližší kamarádské vztahy. (Koťátková, 2008)

1.2 Dovednosti dítěte předškolního věku

1.2.1 Motorika, grafomotorika, kresba

Bednářová, Šmardová (2008) popisují jemnou a hrubou motoriku a kresbu u dětí předškolního věku.

Hrubá a jemná motorika

Tělesné aktivity a obratnost pomáhá dítěti zapojovat se do společenských činností s ostatními dětmi. Pohyblivost a přesnost pohybů ovlivňuje rychlost při běhání, skákání, prolézání, hrách s míčem. Jestliže je dítě v některé činnosti nejisté, neobratné, bojácné, zpravidla ji po určité době nevyhledává.

V oblasti jemné motoriky dítě předškolního věku rádo pracuje se stavebnicemi, mozaikami, zapojuje se do rukodělných činností vyžadujících určitou dávku přesnosti a obratnosti. Např. navlékání korálků, lepení, mačkání papíru, stříhání atd.

Kresba

Většina dětí po třetím roce začíná přecházet z čáranic k záměrně vedeným kresbám, nejčastěji jsou to lidské postavy, v tomto období tzv. hlavonožci. Dítěti vytváříme dostatek prostoru ke kreslení – větší formáty papíru, vhodné sezení přiměřené velikosti dítěte. Při kreslení sledujeme, vytváříme a podporujeme správné pracovní návyky, včetně držení psacího náčiní. Okolo pátého roku je vhodné zařazovat pravidelná, systematická grafomotorická cvičení. Rozšiřuje se obsah kresby, různorodost námětů. Při kresbě postavy dítě obvykle znázorňuje hlavu, trup, končetiny, později přibývá detailů – vlasy, uši, prsty na ruku atd. Pokud není navozen správný úchop (špetkový), je zapotřebí s jeho navozením dítěti pomoci

1.2.2 Zrakové vnímání a paměť

Zrakem přijímáme nejvíce informací z našeho okolí. Zrak je prostředníkem poznávání hmotného světa i prostředkem komunikace. Zrakové vnímání spolu s motorikou má rozhodující vliv pro vnímání prostoru. Zvyšující se pohyblivost umožňuje uchopovat hračky, zpřesňuje se koordinace oka a ruky – vizuomotorická koordinace. V předškolním věku je dítě schopno uvědomovat si polohu předmětu v prostoru. Rozlišuje horní, dolní postavení, až později rozlišení vpravo a vlevo. Charakteristické je vnímání se zaměřením spíše na celek než na detail. Vnímání

barev: dítě přiřadí barvu (základní barvy), na pokyn ukáže požadovanou barvu, pojmenuje barvu (základní), přiřadí odstíny barev a pojmenuje odstíny barev.

Zraková paměť: dítě si pamatuje tři předměty, pozná, který chybí. Dokáže si ze šesti obrázků tři zapamatovat. Poznává viděné obrázky. Zapamatované obrázky či předměty vloží na místo, kde je před tím vidělo. (Bednářová, Šmardová, 2008)

1.2.3 Řeč

Mezi třetím a čtvrtým rokem by dítě mělo mluvit ve větách a souvětích. Postupně by mělo do řeči začleňovat většinu slovních druhů, skloňovat a časovat. Upřednostňuje verbální formu komunikace a posiluje se tzv. regulační funkce řeči (pomocí řeči dosahuje cíle).

Mezi čtvrtým a pátým rokem by mělo dítě mluvit v rozvinutých větách a v souvětích, skloňovat a časovat slovesa. Obvykle již užívá všechny druhy slov. Má natolik bohatou slovní zásobu, aby mohlo spontánně komunikovat, vyjadřovat svoje zážitky, pocity atd. Zlepšuje se jeho výslovnost. V šestém roce se již blíží k projevu dospělých. Mluví gramaticky správně, jeho slovní zásoba je na takové úrovni, že mu umožňuje srozumitelně, smysluplně vyjádřit, co vnímá, prožívá a myslí. Dítě aktivně a spontánně navazuje verbální kontakt s dětmi i s dospělými. (Bednářová, Šmardová 2008)

1.3 Hra v předškolním věku

Hra je jeho nezpochybnitelnou součástí dítěte předškolního věku. Hra batolat a mladších předškoláků je rodiči i učitelkami respektována a oceňována. Hrou dítě prozkoumává všechno, s čím se postupně setkává, rozvíjí svoje dispozice. Je to činnost, ve které může uplatňovat svoji aktivitu, využívá svého myšlení, dovedností, zkušeností a představ a zároveň slouží jako relaxace, uvolnění od únavy a stresu. (Koťátková, 2008)

1.3.1 Formy dětské hry

Formy dětské hry mohou být nejrůznější. Při některých hrách jde ještě o procvičování tělesných funkcí ve složitějších formách – funkční či činnostní typ hry. Jindy jsou hry zaměřeny na konstrukci nových věcí ze specifického materiálu (stavění kostek, konstrukce scének z domečků, figurek, vláčeků aj., cílené stavby

z písku či z plastelíny, znázorňování předmětů kreslením – konstrukční či realistický typ hry. V jiných případech dítě užívá předmětů v přeneseném významu a přeměňuje svět podle své představy, např. zachází s klacíkem hned jako s dítětem, hned zase jako s puškou, s hadříkem jako s peřinkou nebo jako s padákem apod. – iluzivní typ hry. Jindy si dítě samo nebo se spoluhráči hraje na prodavače, na listonoše, na princeznu, na maminku a tatínka, a tak získává zkušenosti se sociálními rolemi, které pozoruje, ale které samo zastávat nemůže – úkolové hry. Hry můžeme třídit z hlediska jejich zaměřenosti a z hlediska vývojové vyspělosti dětí : a) hry funkční, b) hry manipulační, c) hry napodobovací, d) hry receptivní, e) hry úlohové, f) hry konstruktivní. (Langmeier, Křeččířová, 2006)

1.3.2 Znaky hry

Základní znaky hry mohou být pro nás určitými pozorovacími vodítky, podle kterých můžeme zjistit, zda si dítě hraje nebo můžeme přes ně reflektovat – zpětně nahlížet – proces hry, kterou jsme s dětmi záměrně navodili, a tak si uvědomovat, jestli byla pro děti skutečně hrou. Významné znaky, které se ve hře projevují, jsou: spontánnost, zaujetí, radost, tvořivost, fantazie, opakování, přijetí role. (Koťátková, 2005)

2 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

2.1 Definice, etiologie

Definice

Dětská mozková obrna (DMO) patří mezi nejčtenější neurovývojová onemocnění. Je neprogresivním, leč ve svých projevech nikoli neměnným postižením vyvíjejícího se mozku. Postihuje motorický systém, descendní nervová vlákna z motorické kůry a často se spojuje s neurokognitivními, senzorickými a senzitivními lézemi. (Kraus a kol., 2005)

Nejvýraznější změny jsou na muskulo- skeletárním systému. Spasticita omezuje normální hybnost, nedovoluje spontánně sval protahovat. Výsledkem je vynucené držení, porucha růstu svalu, vznik kontraktur, deformit kloubů a kostí. Tomuto průběhu zprvu účinně brání vhodná pohybová terapie, později je k ní potřeba připojit medikaci a případné ortopedické korekce. (Kraus a kol., 2005)

Jedná se o onemocnění, které vzniká během těhotenství, během porodu dítěte nebo v době od porodu do jednoho až dvou let. Pro DMO je typické, že postižení nepokračuje, ale naopak může pomocí rehabilitace docházet ke zlepšení klinického stavu. (Seidel, 2008)

Pozoruhodné je, že tato choroba dlouho neměla a vlastně dosud nemá jednotné označení. Zakladatel dětské české neurologie Ivan Lesný zavedl v roce 1952 označení „perinatální encefalopatie“, v roce 1959 pak současný název „dětská mozková obrna“. (Lesný, Špitz 1989)

Etiologie

Dětská mozková obrna je onemocnění, které vzniklo v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. Mezi prenatální vlivy zařazujeme onemocnění matky v těhotenství, užívání léků, drog, chromozomální anomálie, záření. V perinatálním období může dojít k hypoxii v rámci prolongovaného porodu. Další příčina může být předčasně narozené nebo naopak přenášené dítě, vícečetné těhotenství, porod koncem pánevním, kleštěmi. Mezi postnatální vlivy řadíme úrazy, infekce dítěte. (Seidel, Obenberger, 2004)

Příčiny DMO jsou velmi četné a často se je ani nepodaří objasnit. Nejčastěji se jedná o kombinaci následků krvácení v mozku a nedostatečné zásobení mozku kyslíkem a glukózou. Kyslík a glukóza jsou do mozku dopravovány krevním oběhem plodu, kam se dostávají z krevního oběhu matky placentárním spojením. Příčiny poruchy oběhu mohou být různé – např. předčasné odlučování placenty, projevující se krvácením v průběhu těhotenství, poruchy pupeční šňůry, místní poruchy v oběhu mozku dítěte, u nezralých a nedonošených dětí je zvýšená zranitelnost drobných mozkových cév, v důsledku čehož může docházet k prosakování až drobnému krvácení zejména v okolí mozkových komor. Vyvíjející se mozek je rovněž ohrožován různými infekcemi jako je toxoplasmóza - přenašečem je nejčastěji kočka domácí. U těhotných se může přenést na plod a těžce poškodit, nejčastěji oči a mozek. Rubeola (zarděnky) – způsobuje malformace mozku, srdce nebo jiných systémů plodu. Nákaza cytomegalovirem může způsobit odumření plodu, potrat nebo těžké malformace plodu. Herpes (opar) může vyvolat podobný obraz jako cytomegalovirus. (Pešová, Šmalík 2006)

2.2 Formy dětské mozkové obrny

2.2.1 Formy spastické (křečovitě)

Mezi charakteristické znaky patří porucha aktivní volní hybnosti, svalová hypertonie, stereotypní pohyby. Vlivem ztuhnutí končetin lze rozlišovat děti ohnuté - jsou zcela schoulené a děti napnuté, jejichž ústa jsou otevřená, sliní, mají problémy s jídlem i řečí, krátký dech, nápadná mimika. (Opatřilová, 2003)

Hemiparetická forma (viz. Obrázek 1)

Hemiparéza je jednostranná porucha hybnosti, nejčastěji spastického typu. (Kraus a kol., 2005)

Výraznější postižení horních končetin, častá je epilepsie. (Seidel, 2008)

Projevuje se jako ochrnutí jedné poloviny těla. Tato forma DMO se projevuje ochrnutím dolních končetin s extenčními pyramidovými iritačními projevy a výraznějším postižením příslušné horní končetiny. (Opatřilová, 2003)



Obrázek 1 Charakteristické držení při hemiparetické formě DMO (Kraus a kol. 2005)

Diparetická forma (viz. Obrázek 2)

Jedná se o spastickou (křečovitou) obrnu, kdy dochází zejména k postižení dolních končetin. Horní končetiny bývají relativně zdatné a intelekt nebývá narušen. Chůze je nůžkovitá (kolena se o sebe třou), po špičkách, s pokrčenými koleny při elasticitě flexorů bérce. Toto narušuje rovnováhu, což se projevuje kolébavou chůzí, též někdy nazývanou „lidoopí“. (Opatřilová, 2003)

Obrázek 2 Dívka s diparetickou formou DMO (Kraus a kol., 2005)



Kvadruparetická forma (viz. Obrázek 3, 4)

Jde o nejtěžší formu DMO. Charakterizuje ji oboustranná spasticita převážně horních končetin s postižením bulbárního svalstva. Téměř vždy se projevuje těžkou

mentální retardací a mikrocefalií. Tvoří kolem 5% případů a znamená závažný problém, neboť postižené děti jsou zcela závislé na pomoci. (Kraus a kol., 2005)



Obrázek 3 Chlapec se spastickou kvadruparézou s možností asistovaného stoje (Kraus a kol., 2005)

Obrázek 4 Chlapec s těžkou kvadruparetickou formou DMO s charakteristickou polohou kyčlí (vlání ve větru). (Kraus a kol., 2005)



2.2.2 Formy nespastické

Opatřilová (2003) ve své publikaci uvádí že tyto formy DMO jsou charakteristické absencí svalového napětí a dále je charakterizuje.

Hypotonická forma

Je nejčastějším případem centrálního infantilního hypotonického syndromu. Tato forma DMO je vývojová, která se mění v důsledku zranění mozku. Dominantní je oslabení svalového tonu trupu i končetin.

Dyskinetická forma

Nejde o obrnu v pravém slova smyslu, ale jedná se o nepotlačitelné (mimovolní) pohyby u malých dětí, nejčastěji atetické (kroutivé). Mimovolní pohyby mohou být různého druhu: Atetické (vlnité, hadovité), choreatické (drobné

rychlé pohyby), balistické (prudké pohyby), myoklonické (drobné pohyby jednotlivých svalových snopců).

2.3 Časné příznaky dětské mozkové obrny

Časné příznaky DMO se projevují zpravidla před třetím rokem věku a bývají to většinou rodiče, kteří první pojmu podezření, že se jejich dítě v pohybových dovednostech nevyvíjí normálně. Děti s DMO se velmi často opoždějí v dosahování normálních vývojových milníků, jaké je přetáčení, sezení, lezení, smích nebo stoj a chůze. Některé postižené děti mají abnormální svalový tonus (svalové napětí). Snížený svalový tonus se označuje jako hypotonie, dítě dělá ochablý nebo uvolněný dojem. Zvýšené svalové napětí se označuje hypertonie, dítě je toporné, neohebné, tuhé. Rodiče, kteří mají pochybnosti o normálním vývoji svého dítěte, by se měli obrátit na svého dětského lékaře. (Živný in Bendová 2006)

2.4 Léčba

Lékař, který vede léčbu pacienta s DMO musí ve spolupráci s řadou specializovaných odborníků nejprve správně rozpoznat individuální poruchy a z nich vyplývající individuální potřeby dítěte a na jejich základě stanovit „na míru šitý“ terapeutický program. Některé z přístupů, které lze vložit do léčebného plánu zahrnují léky pro léčbu epilepsie, léky uvolňující svalové spasmy (botulotoxin, myorelaxancia), nootropika (léky ovlivňující metabolismus mozku), různé dlahy a ortézy kompenzující svalovou nerovnováhu, operační léčbu, mechanické pomůcky k překonání handicapu, uspokojování emocionálních a psychologických potřeb. Do terapeutického týmu patří specialisté různých odborností vzdělaní ve specifické problematice DMO: neurolog je vedoucí týmu zodpovědný za sestavení komplexního léčebného plánu, fyzioterapeut – sestavuje speciální cvičební program, ortoped – řeší konzervativními či operativními postupy poruchy pohybového aparátu, neurochirurg – řeší vady mozku a míchy, logoped – se podílí na péči o nemocné s DMO diagnostikou a terapií narušené komunikační schopnosti, psycholog – pomáhá nemocným a jejich rodinám zvládat specifické stresové situace, speciální pedagog – hraje důležitou roli v týmu při edukaci dětí s DMO, sociální pracovník – napomáhá jedinci při integraci do společnosti. (Živný in Bendová 2006)

2.4.1 Ortopedická protetika

Úspěšnost socializace či resocializace člověka s fyzickým handicapem závisí na úrovni sociální a materiálně technické vybavenosti jeho prostředí. Lidem s poruchou hybnosti napomáhá v oblasti materiálně technické vybavenosti zejména medicínsko - technický obor ortopedická protetika. (Kraus, Šandera in Jonášková, 2006)

Ortotetika má v popředí léčebný (korekční, stabilizující, extenční aj.) efekt ortéz, kdy jsou přítomny příslušné tělní části, ale jejich funkce je buď oslabena nebo vyhaslá. Jsou to stavy, které vznikají nejen po obrnách, ale i při změně růstu, změnách po nemoci atd., ovlivňující zejména postavení v kloubech, zakřivení kostí, změnu svalů a vaziva. Adiuvantika usnadňuje a umožňuje v životě osobám s poruchou hybnosti provádět běžné, ale i specializované úkony. Zahrnuje několik skupin kompenzačních pomůcek určených pro lokomoci, sebeobsluhu, vzdělání a práci a sociální činnosti. (Kraus a kol., 2005)

Některé z pomůcek - adiuvantik pro lokomoci osob s poruchou mobility v somatopedické prax jsou berle, hole a chodítka, které umožňují samostatnou lokomoci uživateli s poruchou hybnosti na dolních končetinách. Počáteční nácvik stoje a chůze s těmito pomůckami se provádí v rámci léčebné rehabilitace. Pedagog podporuje jeho samostatnou chůzi v oblasti edukace. (Jonášková, 2006)

Pro lokomoci nejmenších dětí se vyrábí dětské ortopedické pomůcky - rehabilitační kočárek, dále tzv. kárka a tzv. lezítko (Jonášková 1996, 1998 in Jonášková, 2006)

„Lezítko“ (Rollbrett) slouží k základnímu pohybu dítěte ležícího v horizontální poloze na břiše. Umožňuje procvičování koordinace pohybu horních partií těla a paží dítěte ve věku od 2 do 6 let. Pro hrudní a břišní partie těla jsou části lezítka polstrované a anatomicky tvarované. Stejně jako u částí pro dolní končetiny, kde lze seřizovat jejich délku a úhel, což umožňuje variabilnost lezítka, možnost přizpůsobení potřebám a růstu dítěte. Vlastní lezítko je dobře ovladatelné a umožňuje pohyb i dětem, které vzhledem ke stupni své poruchy hybnosti samy lézt nemohou. Ortopedický vozík (angl. Wheelchair; něm. Rollstuhl), dříve u nás označovaný jako invalidní vozík, má splňovat náležité parametry z hlediska věku, účelu, obsluhy, pohonu, konstrukce, stupně i druhu poruchy hybnosti a také edukačního zaměření. (Jonášková, 1996, 1998, 2001 in Jonášková, 2006)

Calceotika se zabývá z ortopedického pohledu *speciální obuví*, která je určena pro úpravu nohy patologicky změněné. Obuv slouží jedinci k zábraně bolestivosti, zamezení zhoršování vady, jako kosmetické krytí postižené nohy, umožňuje odpovídající stoj i chůzi. (Jonášková, 2006)

3 EPILEPSIE V KOMPLIKACI S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU

3.1 Definice

Muntau (2009) definuje epileptický záchvat jako: „*Náhle vzniklou, časově ohraničenou, kompletní nebo parciální dysfunkci mozku s poruchou vědomí, abnormální motorickou aktivitou, nápadným chováním s nebo bez poruchy senzitivního či autonomního nervového systému*“.

Jedná se o chronické neurologické onemocnění, charakterizované opakovanými záchvaty různého klinického obrazu a abnormálními výboji mozkových neuronů. (Novotná a kol., 2008)

Záchvaty charakterizuje rychlý nástup změny chování, časté hybné projevy, ale mohou se vyskytovat i jiné mozkové dysfunkce (senzorické, senzitivní, viscerální, vegetativní, změny povahy, nálady nebo emocí), které nemusí být jen excitační, protože mnohé záchvaty jsou provázeny i útlumovými změnami, jako je ztráta vědomí, řeči nebo svalového napětí. Záchvaty vždy ústí do dezorganizace jedné nebo více mozkových funkcí a mohou mít různou délku trvání, tíži a nebezpečnost a podle toho jsou podrobněji klasifikovány. (Ošlejšková, Makovská, 2009)

Záchvatovým onemocněním je postižena poměrně velká část dětí. Nejde však o jednu nemoc, ale o abnormální reakci mozku na poškození nejrůznějšího typu a rozsahu. Jak známo, je mozek i u nejmenšího dítěte tvořen miliardami buněk, které mají činnost řízenou podle vlastních, většinou vrozených regulačních mechanismů. Kromě toho mozek sám řídí četné funkce celého těla. (Lehovský, Komárek, 1990)

3.2 Epileptické záchvaty vyskytující se u jednotlivých forem dětské mozkové obrny

Následně uvedené epileptické záchvaty jsou uvedené dle Ošlejškové, Makovské (2009).

Tonicko klonický generalizovaný záchvat (dříve grand-mal)

Pro tento typ záchvatu je charakteristický průběh s úvodní oboustranně symetrickou generalizovanou tonickou svalovou kontrakcí a s následující fází klonických záškubů celého těla. Hned v úvodu je ztráta vědomí a záchvat provází i křeč dýchacích svalů, pokousání jazyka, pomůčení a rozšíření zornic.

Tonické či klonické generalizované záchvaty: takto se označují záchvaty pouze s tonickou či klonickou křečí.

Atonické záchvaty

Náhlá ztráta nebo pokles svalového tonu. Pokud ztráta svalového napětí postihne svaly dolních končetin, pak je projevem náhlý pád s kratičkou poruchou vědomí, která může být sotva postřehnutelná, protože pacient okamžitě vstává. Pokud jsou atonií postiženy svaly jen parciálně, pak se záchvat projeví třeba prudkým sklesem hlavy bez pádu na zem.

Absence

Záchvat charakterizuje náhlý krátký záraz činnosti s areaktivitou asi 30s. Pacient má otevřené oči, je zahleděný, někdy i automaticky pokračuje v činnosti, neupadne. Konkrétní příhodu si nepamatuje, ale obvykle z kontextu situace pozná, že byl krátce nepřítomen.

Myoklonické záchvaty

Jsou náhlé prudké záškuby svalů nebo svalových skupin, které se nemusí rytmicky opakovat. Mohou být generalizované, oboustranné, ale i jednostranné nebo omezené např. na svaly obličeje či horních končetin.

Parciální záchvaty

Druhou velkou skupinu záchvatů tvoří záchvaty parciální (dílčí, částečné, fokální), kdy abnormální aktivita v mozkových buňkách začíná nebo probíhá v omezené oblasti kůry jedné hemisféry mozku. Pro podrobnější subklasifikaci ložiskových záchvatů je zásadní, zda během záchvatu dojde k poruše vědomí. Je-li vědomí zachované a pacient si záchvat pamatuje, pak se jedná o záchvat ložiskový jednoduchý (simplexní). Klinickými projevy jednotlivých forem jednoduchých ložiskových záchvatů jsou projevy čistě motorické (např. záškuby jedné horní končetiny) nebo projevy senzitivní či sensorické (např. brnění ruky, vjem nepříjemného zápachu např. spálené gummy). U ložiskových simplexních záchvatů se setkáváme i s projevy izolovaně vegetativními (nevolnost, zvracení, změny prokrvení kůže) a

psychickými projevy (iluze již viděného či slyšeného). Naopak v situaci, kdy záchvat provází alterace vědomí, která je nejčastěji kvalitativní, se jedná o záchvat ložiskový komplexní. V tom případě mají i další projevy záchvatu komplexnější charakter včetně prvků účelného nebo neúčelného chování (automatismů). Při komplexním záchvatu je na záchvat obvykle amnézie. Jednoduchý ložiskový záchvat může přejít v záchvat komplexní a oba druhy do druhotně (sekundárně) generalizovaných záchvatů s bezvědomím a pádem. Ani u téhož pacienta nemusí být záchvaty nutně totožné. Některé se projevují jen jediným uniformním projevem, jiné jsou komplexní i s časovou posloupností příznaků podle šíření epileptického výboje mozkovou kůrou a stejný pacient může mít i více typů záchvatů.

Westův syndrom (WS - West syndrome)

Je katastrofickou formou epilepsie (vlastně encefalopatií s epilepsií) vznikající v průběhu prvního roku života. Postihuje asi 3 promile dětí. Familiární výskyt je vzácný. Pro Westův syndrom jsou typické tři projevy: infantilní spazmy (bleskové křeče), zástava psychomotorického vývoje a hypersyrtmie v EEG obraze. U 70-90 % postižených se objeví mentální retardace, která je obvykle velmi těžká. Naopak naděje na dobrý vývoj je u dětí, které mají křeče jen přechodné. V době prvního záchvatu nemají zjištěnu mentální retardaci a podání kortikoidů má dobrý terapeutický efekt. U asi 50 % dětí křeče vymizí do 2 let věku, v malém procentu trvají do 5 let; u 2/3 dětí přetrvává těžká mentální retardace a recidivující křeče. Zhruba u 1/3 dětí s Lennox-Gastautovým syndromem se nejdříve objevuje Westův syndrom. Mortalita je asi 15-20% a přibližně jen 5-10 % dětí má normální intelekt. (Morán, 2003)

Lennox-Gastautův syndrom (LGS - Lennox-Gastaut syndrome)

Onemocnění má široké charakteristiky a přesto, že je široce známým syndromem, není podle některých autorů onemocněním častým (většinou se uvádí 5-10% výskyt v rámci dětských epilepsií). Bývá označováno jako encefalopatie s epilepsií, nikoliv jako primárně epileptický syndrom (podobně jako WS). Onemocnění začíná v dětství, výjimečně v adolescenci. Je charakterizováno klasickou triádou: polymorfní epileptické záchvaty, pomalé generalizované výboje vysoké ostré-pomalé vlny na nepravidelném a zpomaleném pozadí v EEG obraze, a mentální retardace. Záchvaty jsou špatně ovlivnitelné, dítě fyzicky poškozují díky

četným traumatům při pádech, stagnuje intelektuální vývoj. Minimálně u 1/3 nemocných s LGS předchází existence Westova syndromu, naopak jen malé procento dětí se normálně vyvíjelo před vznikem LGS. Celý průběh LGS má významné sociální souvislosti pro celou rodinu, která se o dítě stará (prevence pádů, noční záchvaty, mentální deficit). Patofyziologie není známa. Čím dříve se LGS manifestuje, tím horší má prognózu. (Moráň, 2003)

3.3 Poměr zastoupení epileptických záchvatů u dětské mozkové obrny

U dětí s hemiparetickou formou DMO jsou nejčastějším typem parciální záchvaty (69-73 %). Sekundárně generalizované tonicko-klonické záchvaty jsou také časté. Ostatní typy záchvatů (myoklonické, atonické, dříve označované malé motorické postihují méně než pětinu dětí (17 %), Westův syndrom se vyskytl u 2 % dětí s hemiparetickou formou. U kvadraparetické formy DMO jsou překvapivě popisovány absence, nejspíše atypické, v 8 %. Generalizované tonicko-klonické záchvaty (50 %) jsou převážně sekundárně generalizované; parciální záchvaty (17 %) nejsou tak četné jako u hemiparetické formy. Velmi častý je Westův syndrom (27 %), zde kombinující vlastní disabilitu s disabilitou DMO. U diparetické formy DMO má generalizované tonicko-klonické záchvaty více než polovina dětí (54 %); parciální záchvaty nejsou četné - má je čtvrtina dětí (27 %). Další jsou mnohem obtížněji definované typy záchvatů: absence (6 %) a myoklonicko-atomické záchvaty (5 %). Westův syndrom se objevuje u 13 % dětí s diparetickou formou DMO a epilepsií. Výskyt typu záchvatů na epileptologické ambulanci sledovali ve Skandinávii. Ve skupině dětí, která měla DMO, byla vysoká incidence epilepsie. Westův syndrom mělo 28% Lennoxův-Gastautův syndrom 18 % dětí. Jde o syndromy, které se obtížně léčí a většinou i přes kombinovanou léčbu persistují. (Kraus a kol., 2005)

Existují dramatické a velmi závažné velké generalizované epileptické záchvaty, kdy pacient upadne v bezvědomí na zem a může nebo nemusí mít křeče končetin. Při těchto generalizovaných záchvatech epileptická dysfunkce od počátku postihuje obě hemisféry mozku a porucha vědomí se objevuje hned na počátku záchvatového děje. Pacienti mají na záchvat amnézii. Jiným typem daleko méně

nápadných generalizovaných záchvatů jsou absence a myoklonie. (Ošlejšková, Makovská, 2009)

3.4 Medikamentózní léčba

Moráň (2003) uvádí, že mechanismus účinku antiepileptik závisí především na farmakokinetice (osudu léku v organizmu, rezorpci, distribuci, metabolismu, detoxikaci, vylučování) a farmakodynamice (mechanismu účinku a léčebném efektu). Dále definuje ideální antiepileptikum, které by mělo mít následující vlastnosti - velká účinnost na všechny typy záchvatů, absence záchvatů u všech léčených, velká terapeutická šíře, žádná organotoxicita, žádná teratogenita, žádná interakce s jinými léky, žádná vazba na proteiny, dlouhý poločas vylučování, jednoduché monitorování, rozpustnost ve vodě, neaktivní metabolity, přiměřená cena.

Moráň (2003) uvádí základní schéma léčby některých epileptických záchvatů

Typ záchvatu	Léky první volby	Léky druhé volby
Parciální a/nebo sekundárně generalizovaný tonicko-klonický	Valproát Karbamazepin	Fenytoin Gabapentin Lamotrigin Levetiracetam Tiagabin Topiramát
Primárně generalizovaný tonicko-klonický	Valproát	Lamotrigin
Absence	Valproát Etosuximid	Lamotrigin
Myoklonický	Lamotrigin Valproát	Benzodiazepiny Etosuximid Primadon

Tabulka 1 Schéma léčby epileptických záchvatů

3.5 První pomoc při epileptickém záchvatu

V případě záchvatů (absencí) prakticky postačí porozumění a věcný přístup. Učitel by si měl být vědom možnosti výsměchu, když záchvat pomine. Jestliže má dítě tonicko-klonický záchvat, spolužáci budou reagovat na klidnou rozvahu učitele.

Zajistit, aby dítě bylo mimo nebezpečí ostrých nebo horkých předmětů nebo elektrických spotřebičů.

(www.spolecnost-e.cz/media/tiskoviny/zlutaky/epilepsie_a_ucitele__2006.pdf)

Zásady první pomoci:

1. Chránit hlavu (podložit polštářem či svinutým šatstvem)
2. Nesnažit se vložit něco mezi zuby
3. Nepodávat nic k pití
4. Uvolnit těsný oděv kolem krku, ale mít na paměti, že by to mohlo polekat dítě, které je napůl v bezvědomí, a proto to proveďte opatrně
5. Nevolat sanitku nebo lékaře pokud nemáme podezření, že jde o status epilepticus (viz odstavec „Péče v naléhavém případě“)
6. Jakmile je to možné obrátit dítě na bok do pololežící polohy, abychom napomohli dýchání a celkové rekonvalescenci. Utřít sliny kolem úst
7. Zachovat klid, být nápomocní, nepodléhat zmatku. Jestliže je potřeba odpočinek, učiňte k tomuto účelu přípravy a zůstaňte u dítěte tak dlouho, dokud nebude plného vědomí.
8. Jestliže došlo k pomočení, přikrýt dítě, abychom předešli rozpakům. V případě, že k tomu dochází častěji, mělo by mít dítě náhradní oděv ve škole. Obvykle není nutné posílat dítě po záchvatu domů, ale každé dítě je jiné. Má-li učitel pocit, že období dezorientace pokračuje, je rozumné spojit se s rodiči a dohodnout postup řešení. (www.spolecnost-e.cz/media/tiskoviny/zlutaky/epilepsie_a_ucitele__2006.pdf)

Péče v naléhavém případě

Běžný záchvat u dítěte, které má diagnózu epilepsie již stanovenou a užívá léky, nevyžaduje většinou volání rychlé záchranné služby, ani není nutné posílat dítě do nemocnice.

Existují výjimky, kterých by si měl být učitel vědom

1. Když záchvat do 5 minut neustane nebo
2. Dochází k sérii záchvatů, aniž by mezi nimi došlo k nabytí plného vědomí.

Dojde-li k tomuto stavu, hodnotíme jej jako hrozící Status Epilepticus a jetnu volat rychlou záchrannou službu.

(www.spolecnost-e.cz/media/tiskoviny/zlutaky/epilepsie_a_ucitele__2006.pdf)

Moráň (2003) se věnuje první pomoci při epileptickém záchvatu v krátké podkapitole, která je určena všem lidem (bez ohledu na odbornost a věk s výjimkou kojenců). Každý z nás se totiž může někdy setkat s člověkem, který dostane epileptický záchvat (ať už sporadický nebo v průběhu epilepsie jako nemoci), a mělo by být jeho obecně lidskou povinností pomoci (byť opak bývá spíše pravdou). V případě, že jsme svědky epileptického záchvatu a nemáme k dispozici lék, nedělejme s postiženým během záchvatu raději nic - pouze se snažme zabránit mechanickému poranění, především hlavy. Průběh již spuštěného epileptického záchvatu, zejména gene-ralizovaného, stejně nemáme šanci ovlivnit. Není vhodné nemocného držet násilím. V případě parciálního záchvatu s komplexní symptomatologií neodvádějme postiženého pryč, nebraňme mu v jeho automatizmech, neomezujme jej. Výsledkem by byla nejspíše ještě prudší motorická reakce a agresivita. Není vhodné držet končetiny, rozevírat pěsti, rozevírat ústa a vkládat do nich nějaký předmět, abychom zabránili pokousání (nejspíše by došlo jen k vylomení zubů). Není vhodné provádět jakékoliv tzv. oživovací pokusy ve snaze záchvat přerušit.

V následné pozáchvatové fázi je třeba zjistit, zda postižený není poraněn; pokud ano, zajistíme ošetření a uložíme nemocného do stabilizované polohy, je-li v bezvědomí. Usne-li, necháme ho prospat, nebudíme ho násilím. V případě pozáchvatové zmatenosti se ho pokoušíme spíše zklidnit a citlivě usměrňovat; ne pevně držet, ale spíše „být po ruce“. Pokud je postižený agresivní, což může být projevem záchvatu nebo pozáchvatové zmatenosti, je dobré opět klidně vysvětlit, klidně oslovovat a promlouvat. Pouze v případě ohrožení života nemocného nebo okolí je možné (a to i s podporou zákona) použít násilí. Dalším rozhodnutím je, zda musí nemocný k ošetření do nemocnice, nebo nikoliv. V případě, že jde o první záchvat, a tím pádem není jasná etiologie a geneze, je další vyšetření indikováno. Odsun k lékaři či do nemocnice je rovněž vhodný v případě poranění, v případě vzniku ložiskového neurologického nálezu, v případě pozáchvatové zmatenosti a dezorientovanosti, která přetrvává. V případě, že je postižený léčen pro epilepsii a je to jen jeden z řady záchvatů, které zná, je plně při vědomí a orientován a není vážně poraněn, není hospitalizace nutná, naopak zbytečně časově a finančně zatěžuje zdravotnický systém. Nejvíce problematická je tato otázka u pacientů s toxonutritivní epilepsií při chronickém nedodržování životosprávy a léčebného režimu, kteří mají navíc více či méně těžké psychické poruchy. Ti jsou však bohužel jedněmi z

nejčastějších klientů lékařských pohotovostí a neurologických ambulancí. (Moráň, 2003)

4 SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ PROBLEMATIKA DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU S EPILEPSÍÍ V KOMPLIKACI S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU

4.1 Předškolní vzdělávání

Děti s epilepsií v komplikaci s DMO mohou navštěvovat běžnou mateřskou školu, speciální třídu v mateřské škole a speciální mateřskou školu. Děti se speciálními vzdělávacími potřebami, které nenavštěvují mateřskou školu nebo jsou umístěny v běžné mateřské škole, se dostávají do péče speciálněpedagogického centra pro tělesně postižené (SPC pro TP). (Valenta a kol., 2003)

Činnost SPC při speciální mateřské škole pro tělesně postižené je určena dětem s tělesným, zdravotním a kombinovaným postižením v předškolním věku, jejich rodičům a učitelkám mateřských škol s integrovanými tělesně postiženými dětmi. Úkolem odborných pracovníků (speciální pedagog – somatoped, psycholog, sociální pracovníce) je provést speciálně pedagogickou diagnostiku a navrhnout opatření k jeho cílené podpoře. Odborní pracovníci dále provádějí činnost reedukační, kompenzační a přímou edukativní práci s klienty, a to jak individuálně, tak skupinově, pořádají kurzy pro rodiče i učitelky mateřských škol. (Vítková, 2004)

4.1.1 Legislativa

Zákon č. 561/2004 sb.

Tento zákon upravuje předškolní, základní, střední, vyšší odborné a některé jiné vzdělávání ve školách a školských zařízeních, stanoví podmínky, za nichž se vzdělávání a výchova uskutečňuje, vymezuje práva a povinnosti fyzických a právnických osob při vzdělávání a stanoví působnost orgánů vykonávajících státní správu a samosprávu ve školství. (§1)

Vzdělávání je založeno na zásadách rovného přístupu bez jakékoli diskriminace z důvodu rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, víry a náboženství, národnosti, etnického nebo sociálního původu, majetku, rodu a zdravotního stavu nebo jiného postavení občana (§2, odst. 1a)

Zohledňování vzdělávacích potřeb jednotlivce (§2, odst. 1b)

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami

Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním. (§ 16, odst.1)

Děti, žáci a studenti se zdravotním postižením mají právo bezplatně užívat při vzdělávání speciální učebnice a speciální didaktické a kompenzační učební pomůcky poskytované školou. (§ 16, odst. 7)

Ředitel mateřské školy, základní školy, základní školy speciální, střední školy, konzervatoře a vyšší odborné školy může ve třídě nebo studijní skupině, ve které se vzdělává dítě, žák nebo student se speciálními vzdělávacími potřebami, zřídit funkci asistenta pedagoga. V případě dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním je nezbytné vyjádření školského poradenského zařízení. (§ 16, odst. 9)

Podrobněji se o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných zabývá vyhláška č. 73/2005 Sb.

Mateřská škola

Předškolní věk, zvláště období od tří do šesti let, se vyznačuje rychlým duševním rozvojem dítěte. Je možno říci, že je to vůbec nejdůležitější věkové období. Kromě možnosti v tomto věku nejúčinněji zlepšit cílenou rehabilitaci tělesné postižení dítěte se dále rychlým tempem rozvíjejí intelektové schopnosti i psychické a charakterové vlastnosti dítěte., které budou hrát v jeho nelehkém životě velmi důležitou roli. Je vhodné zařadit postižené dítě buď do mateřské školy pro zdravé děti nebo do mateřské školy pro tělesně postižené děti. (Kábele a kol., 1993)

Pobyt v mateřské škole pro zdravé děti je vhodný tehdy, jestliže kolektiv zdravých dětí najde za pomoci učitelky k postiženému dítěti správný přístup. Ze zkušenosti však víme, že děti jsou k sobě někdy zlé, což zdravé děti snad připravuje na vstup do skutečného života. V jiné situaci se však dítě, které má tělesné nedostatky může stát terčem výsměchu zdravých dětí. Spolu s vyřazováním postiženého z různých společenských her, výletů, vycházek apod. tyto „ústrky“ vytvářejí u postiženého dítěte krizové psychické situace, které vedou k zatrpklosti

vůči zdravému dětskému kolektivu až k autismu. Mateřská škola pro zdravé děti i při nejlepší vůli nemůže většinou zajistit tělesně postiženému dítěti prostředí, které by mu zcela vyhovovalo, protože učitelky a celý kolektiv zdravých dětí se nemohou postiženému dítěti stále podřizovat, mají-li být splněny všechny výchovné a výukové úkoly mateřské školy. Tělesně postižené dítě pak s lítostí sleduje všechny činnosti, kterých se nemůže pro svoje postižení zúčastnit a ze kterých je podle svého přesvědčení a mnohdy i podle mínění rodičů nespravedlivě vyřazováno. Učitelky bývají v těchto situacích bezradné a nešťastné. Proto by tělesně postižené děti, jimž kolektiv zdravých dětí v mateřské škole nevyhovuje a psychicky je zraňuje, měly být zařazeny do speciálních mateřských škol pro tělesně postižené děti. Zde se ocitnou v kolektivu sobě rovných, kde se každé dítě utěšuje postižením druhých dětí a mnohdy si myslí, že je na tom po tělesné stránce lépe než jiní. Mateřská škola pro tělesně postižené děti má speciální vybavení, nábytek přizpůsobený určitému postižení, různé invalidní vozíčky, vlastní hromadné dopravní prostředky a zajišťuje těmto dětem i komplexní výchovnou, zdravotní a rehabilitační péči, kterou provádějí speciální pedagogové, vychovatelé, odborní lékaři, rehabilitační pracovníci a ostatní zdravotnický personál včetně psychologa a sociální pracovníce. (Kábele a kol., 1993)

V současné době pracují učitelky v mateřské škole většinou s heterogenní skupinou dětí. Jedná se jak o edukaci dětí různého věku, tak dětí zdravých i postižených. Jejich práce je značně náročná a vyžaduje prohloubení znalostí jak z oboru speciální pedagogiky, psychopatologie a patopsychologie, tak intenzivní spolupráci s rodiči dětí a odbornými pracovníky – logoped, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, lékař. Důraz se klade na osvojení si znalostí speciálně pedagogické diagnostiky a tvorby individuálního vzdělávacího programu. (Přinosilová 1997, Polášková, Vítková, 1994, 1999, Vašek, 1991 in Valenta a kol., 2003)

Pokud se u dítěte s epilepsií nevyskytují velmi frekventní a závažné záchvaty, může navštěvovat normální mateřskou i základní školu, jestliže na to stačí. V některých případech je ovšem vhodnější speciálně pedagogický přístup, tedy zařazení do speciální mateřské školy. Zde naopak může získat ztracené sebevědomí, i radost ze života tím, že se zbaví tlaku nadměrných požadavků a pocitů stálého selhávání. Rozhodování o studiu na vyšším stupni školy by mělo rovněž vycházet z nadání, zájmů a představ dítěte o studiu a o svém budoucím životě, nikoliv

z onemocnění. Nesmírně významný je citlivý přístup učitele, a to například v tom, jak dovede u dítěte rozlišovat projevy nemoci od nekázně. (www.spolecnost-e.cz/media/tiskoviny/zlutaky/epilepsie_a_psychologicka_pece_2006.pdf)

4.1.2 Integrace

Michalík (2000) ve své publikaci cituje Jesenského, který integraci chápe jako *„Dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemně vyvážené adaptace během jejich výchovy a vzdělávání a při jejich aktivním podílu na řešení výchovně vzdělávacích situací“*.

Moderní pohled na fenomén zdravotního postižení přináší rovněž změnu postavení zdravotně postižených ve společnosti. Jejich možnost plné integrace není možno vázat výhradně na úplné překonání postižení a jeho následků. Daleko více než dříve je dnes u integrace nutno poukázat na roli „druhé strany“, tzv. majoritní části společnosti. I ona musí nutně změnit celou řadu svých postojů, tradic a pravidel. (Michalík, 2000)

Faktory ovlivňující úspěšnost integrace: rodina a rodiče, škola, učitelé, poradenství a diagnostika, prostředky speciálně pedagogické podpory, podpůrný učitel, osobní asistent, doprava dítěte, rehabilitační, kompenzační a učební pomůcky, úprava vzdělávacích podmínek, architektonické bariéry, sociálně psychologické mechanismy, organizace zdravotně postižených. (Michalík, 2000)

V evropské dimenzi se již mnoho let hovoří o integračním procesu. V edukačním procesu postupuje integrace především do oblasti výchovy a vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami různého věku, včetně dětí věku raného a seniorů. Lze tedy tuto edukaci pojímat jako *„Školu pro všechny“*. V 90. letech 20. století nebyl celosvětově řešen jen problém samotné podstaty integrace osob se speciálními potřebami, ale i pojmosloví týkající se této oblasti. (Vítková, 2004)

4.1.3 Inkluze

Vychází z anglického slova inclusion, což znamená zahrnutí, v širším slova smyslu příslušnost k celku. Inkluze není jen optimalizovaná a rozšířená integrace.

Jedná se o koncept, podle kterého by všechny děti měly navštěvovat třídy hlavního vzdělávacího proudu, a to bez ohledu na stupeň postižení. (Hájková, Strnadová 2010)

Inkluzivní škola

Jde o vzdělávací instituci, v níž se uskutečňuje vyučování v heterogenních třídách, tedy ve třídách, jejichž žakovská heterogenita je dána různým stupněm potřeby podpůrných opatření jednotlivých žáků, různou aktuální urovní jejich vývoje a jejich různou výchozí situací v procesu učení, jejich rozdílnou řečí, náboženstvím, národnostní kulturou a dispozicemi. (Hájková, Strnadová 2010)

4.1.4 Individuální vzdělávací plán jako podmínka úspěšné integrace

Individuální vzdělávací plán (IVP) pro žáka/žákyni se zdravotním postižením se vypracovává ve spolupráci se školským poradenským zařízením, nejčastěji se speciálním pedagogickým centrem, které diagnostikuje speciální vzdělávací potřeby žáka a navrhuje míru podpůrných opatření. Při zpracování IVP spolupracují s třídním učitelem a ostatními vyučujícími zákonní zástupci žáka/žákyně. Hlavními garanty v poskytování individuální speciálně pedagogické péče jsou speciální pedagogové příslušného speciálně pedagogického centra. Za zpracování IVP odpovídá ředitel školy, který na základě povolení vzdělávání podle IVP vydá „Rozhodnutí o povolení vzdělávání žáka/žákyně podle individuálního vzdělávacího plánu“. Vzdělávání na základě IVP se týká širokého spektra žáků, a proto je nezbytné respektovat při vzdělávání vždy individuální rozvoj osobnosti žáka a zohlednit jeho potřeby a možnosti. (<http://clanky.rvp.cz/clanek/c/S/2998/individualni-vzdelavaci-plan-pro-zaky-se-zdravotnim-postizenim-s-pokyny-k-tvorbe.html/>)

Michalík (2000) ve své publikaci uvádí přípravu a obsah IVP

Osoba pověřená vypracováním IVP musí mít důvěrnou znalost okolností, které u konkrétního dítěte vedou k jeho vypracování. Mezi ně patří zejména: znalost osobní anamnézy dítěte, stanovisek a posudků odborníků na daný typ zdravotního postižení a dalších konzultantů (lékař, psycholog, sociální pracovník), osobní rozhovor s rodiči a znalosti jeho rodinného prostředí. Měla by vycházet ze znalostí (alespoň rámcové) problematiky daného druhu, příp. stupně postižení, musí mít detailní znalost podmínek prostředí, v němž se bude IVP realizovat. Již v období přípravy a tvorby IVP je nutno znát, alespoň v základních rysech, osobnost dítěte.

Obsah IVP

IVP by měl vždy obsahovat

1. Cíl, jehož má být dosaženo. Jedná se o vzdělávací cíl obecně, s rozepsáním na konkrétní vzdělávací cíle (dovednosti, znalosti, výkony).
2. Prostředky speciálně pedagogické podpory, kterých bude k naplnění cílů IVP použito (pravidla spolupráce, služby a intervence odborných pracovníků, osobní asistence, speciální pomůcky...).
3. Popis vlastních speciálně pedagogických metod, postupů a organizačních forem, užívaných při práci s dítětem.
4. Aplikace všech metod, postupů, zkušeností na vzdělávací práci v jednotlivých předmětech.
5. Pravidla komunikace s rodiči dítěte (předávání informací o dítěti, způsob setkávání) nejméně jednou za dva měsíce, na němž se obě strany informují o svých zkušenostech, obtížích a úspěších uplynulého období. V případě, že není možný běžný kontakt při přebírání dítěte, umožňujících řešení aktuálních situací, je vhodné zvolit sešit se vzkazy, zprávami a úkoly pro domácí přípravu.
6. Termíny a způsoby vyhodnocování výsledků.
7. Pravidla změn a úprav IVP. Jmenovité uvedení osob, kterým je poskytnut.

4.2 Rodina

Přístup všech členů rodiny k dítěti s epilepsií má zásadní význam. Rodiče mohou pomoci svému dítěti nejvíce tím, že se s jeho nemocí co nejlépe a nejrychleji vyrovnají, neměli by se za dítě stydět ani se izolovat od okolí. Vhodné naopak je, když se rodiče dětí s epilepsií setkávají a vzájemně se podporují, získávají další poznatky o nemoci a podobně. Výchova nesmí být ani příliš měkká, shovívavá, úzkostlivá a ochranná, ale ani naopak necitlivá, tvrdá a přísná. Není dobré učinit z dítěte s epilepsií střed pozornosti a ve vztahu k sourozencům ho protěžovat. Je dobré zdůraznit pozitivní skutečnosti, to znamená co dítě může a nikoliv, co nemůže. Doporučuje se stavět na jeho dovednostech, vhodná je integrace ve společenských

aktivitách včetně školy. Záleží vždy na individualitě dítěte a rovněž přístup k němu musí být přísně individuální. Pohled do budoucna by měl být optimistický. (www.spolecnost-e.cz/media/tiskoviny/zlutaky/epilepsie_a_psychologicka_pece_2006.pdf)

4.2.1 Rodina a vývoj rodičovských postojů k dítěti s dětskou mozkovou obrnou

Vztahy rodičů k dětem se vyvíjejí. Láskyplný postoj rodičů není předem určený, je ovlivněn zkušeností z vlastního dětství, nácvikem při péči o mladší sourozence, průběhem těhotenství, celkovou situací rodinnou, její připraveností na příchod dítěte a představami, které rodiče o svém dítěti mají, a mírou, v jaké jsou tyto představy uspokojovány. Narození dítěte je neznámá, nová situace, vzbužující u rodičů nejistotu a úzkosti, které se za normálních okolností zmírňují. Když si během prvních týdnů života s dítětem rodiče ověří, že se o ně umí postarat, rozvíjí se pozitivní vztah. Obtížnější situace nastává, pokud dítě zůstalo v nemocnici déle, vztah s matkou byl přerušen, dítě může být dráždivé, reaguje neočekávaným způsobem na péči rodičů, vzrůstají pocity nejistoty, viny a přirozené, intuitivní chování rodičů, které je podmínkou dobrého rozvoje komunikace mezi rodiči a dítětem, je narušeno. (Kraus a kol., 2005)

Desatero profesora Matějčka pro rodiče dětí s dětskou mozkovou obrnou (Kraus a kol., 2005)

1. Rodiče mají o svém dítěti a jeho onemocnění, co nejvíce vědět. Je účelné pročíst si i odbornou literaturu i časopisy, ale bývá dobře poradit se při jejich výběru s lékařem nebo psychologem.
2. Postižení dítěte je úkol, který před rodiče život postaví, úkol, který mají zvládnout.
3. Dítě potřebuje obětavost rodičů, ale ne sebeobětování rodičů! Bude ještě dlouho potřebovat jejich péči; je povinností rodičů, šetřit svými silami, dovolit ostatním lidem, aby převzali část péče o dítě na sebe. Třeba umístit dítě do denního stacionáře, aby se mohla matka věnovat svému povolání. Nebo svěřit dítě prarodičům a dopřát si pár dní dovolené.
4. Rodiče mají právo na pravdu o zdravotním stavu svého dítěte, ale i o možnostech a perspektivách vývoje. Většinou se dá leccos dělat.

5. Dítě samo svým postižením netrpí. Trpět začne, pokud ho okolí lituje, podceňuje a nedovolí mu rozvíjet své možnosti, i když změněné.
6. Ve výchově a při stimulaci rozvoje dítěte je dobře dodržovat pro všechno pravý čas a náležitou míru. Nelze předbíhat ani přeskakovat jednotlivé vývojové stupínky, dítě je potřeba učit vždy tu nejbližší vyšší dovednost.
7. Rodiče by si měli uvědomit, že v tom nejsou sami! Je velkou oporou ve stresových situacích, pokud mohou lidé sdílet své starosti i radosti s jinými lidmi, kteří již podobnou situaci úspěšně zvládli. Dokladem jsou sdružení rodičů dětí s DMO nebo s jinými zdravotními obtížemi.
8. Nejste ohroženi.
9. Chraňte si své manželství, nezapomínejte jeden na druhého kvůli péči o dítě. Chraňte rodinu! Chraňte práva všech členů rodiny; nejen vaše postižené dítě, ale i jeho sourozenci, vy rodiče a prarodiče tvoříte společně rodinu.
10. Myslete na budoucnost - realisticky zvažte své síly, zdravotní stav. Pokud je dítě s DMO jedináček, uvažte, zda sourozenec by nebyl prvkem ozdravujícím život v rodině i stimulujícím vývoj postiženého dítěte, partner a vrstevník ke hrám a později výpravám za kamarády bez rodičů.

4.3 Dovednosti dětí v předškolním věku a reedukace u dětí s dětskou mozkovou obrnou

Kraus (2005) se zabývá dovednostmi dětí v předškolním věku a reedukací u dětí s DMO. Zabývá se oblastmi hmatové vnímání, orientací v prostoru, hodnocení vzdáleností, polohy a pořadí předmětů, schopnost získávat informace zrakovým pozorováním a poruchami zrakového vnímání v důsledku motorické poruchy.

U dětí s DMO se rozvoj základních dovedností opoždí z několika příčin, jež se kombinují, a je obtížně posoudit, která má rozhodující vliv. Jednak je opoždění působeno celkovým pomalejším zráním CNS a někdy i přímým poškozením oblasti mozku. Intaktní děti se od kojeneckého věku, kdy se naučily lézt, po většinu dne pohybují v prostoru, dotýkají se věcí a manipulují s nimi. Dítě ve hře získává množství informací o váze, povrchu, zvuku, tvaru, velikosti, funkci, chuti. Jejich analýza a syntéza mu umožňuje vytvářet abstrakce, poznávat předměty v dvojrozměrném prostoru (na obrázcích, v knížkách) a dávat jim jména. Dítě s DMO

potřebuje více takových zkušeností, potřebuje zkušenosti určitější, nedeformované nejistým úchopem, nedostatečnou percepcí, nestabilní polohou, aby si je dokázalo pamatovat a naučilo se je identifikovat. Chceme-li takovou zkušenost dodatečně dítěti poskytnout po alespoň částečném zlepšení hybnosti, musí to být už jinou formou než u batolete.

4.3.1 Oblast hmatového vnímání

Intaktní dítě - taktilní informace jsou jedny z prvních, kterými dítě navazuje kontakt se světem a provázejí je celý život. Informace získané hmatem poskytují bohatý základ k poznávání světa, jemnou manipulací se učí dítě i srovnávat velikosti, řadit, počítat, a jsou tedy základem myšlenkových operací. I v dospělosti je většina činností vázána na hmat (tvary předmětů, kvalita látek, pečiva, palpační lékařské vyšetření).

Dítě s DMO - může mít vážné obtíže v hmatovém rozlišování, i když příslušné struktury CNS jsou jen lehce narušeny právě pro nedostatek nácviku. Existuje množství her k porovnávání materiálů např. kousků látek podle jemnosti, hledání stejných hraček bez zrakové kontroly, hry na vaření, modelování. Vždy kladou důraz na to, aby se dítě pokoušelo slovně popisovat své vjemy, a tak si je lépe uvědomovalo.

4.3.2 Orientace v prostoru, hodnocení vzdáleností, polohy a pořadí předmětů

Intaktní dítě - získává zkušenosti v odhadování vzdáleností a představu o umístění věcí v prostoru podle toho, kam si doleze již od batolecího věku. Kolem pěti let je již schopné přesně pozorovat vztahy mezi předměty, odhadovat vzdálenosti a využít je v kresbě, napodobovat z kostek složitější konstrukce. Orientace v prostoru, i jen podle slovních předložek, je podstatnou částí denní zkušenosti - na, do, za, pod, v. Dítě s DMO - U mnoha dětí s DMO jsou rané zkušenosti s dosahováním a manipulací s předměty velmi omezeny, je třeba je dítěti doplňovat i v pozdějším věku.

4.3.3 Schopnost získávat informace zrakovým pozorováním

Děti s DMO -mohou mít problémy, jak s motorickou složkou při získávání informací zrakem (nedokáží udržet směr zraku k určitému bodu, ani pozorovat

pohybující se předmět), tak s percepční složkou, selhává analýza i následná syntéza zraková.

4.3.4 Poruchy zrakového vnímání v důsledku motorické poruchy

Děti s DMO - nedovedou zaměřit zrak na jeden podnět ze skupiny a ostatních si nevšímají, při pozorování obrázků těkají zrakem a nepostřehnou podrobnosti, které umožňují pochopení smyslu obrázku, při čtení nedokážou sledovat text. Náviku pozorování může posloužit většina dětských společenských her, kde se postupuje s figurkou, pexeso nebo speciálně vydávané sešity pro přípravu předškolních dětí na školu, může pomoci ukazování prstem spojené s obtahováním pozorovaného obrázku a později textu. Poruchy sledování pohybujících se předmětů

Děti s DMO - nedokážou dostatečně rychle sledovat předmět, který se rychleji pohybuje, nacvičuje se proto nejprve sledování pomalých pohybů balónků, mýdlových bublin autíček.

4.4 Pedagogická intervence u dětí předškolního věku s dětskou mozkovou obrnou

Pedagogickou intervencí u dětí předškolního věku s DMO se zabývá Opatřilová (2003), která uvádí, že od počátku života dítěte musíme klást zvláštní význam rozvoji pohybu ruky, protože jedině tak se správně formují funkce opěrná, odtahovací, uchopovací a ukazovací, které tvoří pohybový základ manipulační činnosti. Zvýšenou pozornost pak věnujeme dětem, kde je zřejmá patologie. Formování pohybů rukou začínáme jednoduchými hrami doplněnými obecně známými pohyby jako jsou „paci, paci, pacičky“, „pá, pá“, zaklepat na stůl jedním prstem apod. Ve volném tempu přidáváme každý nový pohyb, ukazujeme dítěti jeho provádění. Při samotném provádění nového pohybu jej opravujeme a pomáháme mu při nesprávném provádění. Důležitý je trpělivý přístup, povzbuzování při neúspěchu, pochvala i za nejmenší úspěch. Je nezbytné naučit děti zkoordinovat elementární pohyby v ramenní, loketní a zápěstní soustavě i podle možnosti je provádět správněji a volněji. Koordinace současně prováděných pohybů je pro dítě nejsložitější. Je nezbytná pro činnosti s předměty a zvláště ke psaní. Pro propracování těchto pohybů používáme cvičení s míčky nebo hračkami. Překládáme předměty z místa na místo, z ruky do ruky, převracíme je apod. Před nástupem do školy by mělo dítě izolovaně

zvedat píšící ruku (všechny ostatní části těla musí být přítom v klidu), zvednout paži, opět ji upustit, ohnout v lokti, narovnat zpět, obrátit ruku do strany a zpět, dělat kruhové pohyby v ramenním kloubu na obě strany, otočit dlaní nahoru a zpět, sevřít a rozevřít ruku. Zvláště u dětí s DMO se nejhůře daří izolovat jemnou motoriku prstů. Dokonce i u dětí s diparetickou formou DMO, kdy je motorika rukou většinou zachována, se při tvoření pohybových návyků projevuje ztuhlost v držení těla a nepotlačitelné pohyby tváře, jazyka a rtů. V rozvoji motoriky ruky se u těchto dětí často ohlašuje opožděný vývoj. U dětí s hemiparézami bývají zesílené bezděčné pohyby (objevují se na levé ruce při pohybech pravé ruky - narušení u praváků, opěrné funkce levé ruky při současných pohybech vpravo). Pokud jsou těžkosti v pohybech rukou vyvolány zvýšeným tonusem (svalovým napětím) v ohýbacích skupinách svalu ruky, provádíme imitované pohyby „setřepat vodu z ruky, máchat prádlo“. Základním pravidlem při cvičení jemné motoriky je, že tam, kde je spasticita - uvolňujeme, tam, kde je hypotonie - posilujeme.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 ŠETŘENÍ NÁZOROVÉ HLADINY A INFORMOVANOSTI STUDENTŮ O PROBLEMATICE DĚTÍ S DMO A EPILEPSIÍ

5.1 Cíl a hypotézy

Cíl

Cílem je zjistit názorovou hladinu a informovanost studentů středních a vysokých škol o DMO a epilepsii v komplikaci s DMO. Zda studenti středních a vysokých škol vědí, jaké možnosti vzdělávání mají děti předškolního věku s epilepsií v komplikaci s DMO a jak se staví k možnostem integrace u těchto dětí. Snahou je zjistit, zda studenti umí podat první pomoc při epileptickém záchvatu. V souvislosti s plněním stanoveného cíle jsou sledovány tyto oblasti. Oblast informací o studentech, oblast předškolního věku, oblast zdravotnická a speciálně pedagogická, oblast vzdělávání, oblast poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu, oblast otázek k zamyšlení.

Hypotézy

Ze sledovaných oblastí jsou zvoleny tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1 – *Nejvyšší informovanost studentů je u otázek z oblasti předškolního věku*

Hypotéza č. 2 – *Nejnižší informovanost studentů je v oblasti vzdělávání dětí s epilepsií v komplikaci s DMO*

Hypotéza č. 3 – *Vyšší informovanost o epilepsii v komplikaci s DMO je u studentů vysokých škol než u středoškolských studentů*

5.2 Metoda, doba a postup šetření

Metoda

Výzkumná část je založena na kvantitativním dotazníkovém šetření, které pomůže potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy. Dotazník se považuje v pedagogickém výzkumu za velmi frekventovanou metodu získávání dat. Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně. (Chráska, 2007)

Dotazník (viz. příloha č. 1) obsahuje celkem 21 otázek. Pro lepší přehlednost při vyhodnocování dotazník dělíme do 6 oblastí.

1. Otázky č. 1 – 5 (informace o respondentech)
2. Otázky č. 6 – 8 (oblast předškolního věku)
3. otázky č. 9 – 12 (oblast zdravotnická a speciálně pedagogická)
4. otázky č. 13 – 17 (oblast vzdělávání)
5. otázky č. 18 -19 (oblast poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu)
6. otázky č. 20 – 21 (otázky k zamyšlení)

V dotazníku jsou využity tzv. uzavřené (strukturované) položky a polootevřené. Uzavřené položky se vyznačují tím, že se u nich respondentům předkládá vždy určitý počet předem připravených odpovědí. Hlavní výhodou těchto položek je, že se podstatně zjednodušuje vyhodnocování odpovědí. Dále jsou v dotazníku použity tzv. polootevřené položky, kde respondent měl na výběr varianty (a, b, c) a doplnit názor.

Doba

Šetření probíhalo od ledna 2011 do února 2011 a výsledky byly zpracovány během února a března 2011.

Postup

Tvorba dotazníku byla započata v listopadu 2010. Od ledna 2011 do února 2011 byl dotazník rozdáván náhodně osloveným studentům. Během února a března byly dotazníky tříděny a zpracovávány, a také byly vyhodnocovány. Průzkumné šetření je provedeno u náhodně oslovených studentů středních a vysokých škol ve

městech Olomouc, Brno, Pardubice a Znojmo. Náhodně jsem oslovovala studenty před vysokoškolskými a středoškolskými školami, před vysokoškolskými kolejemi a menzami. Respondenti postupně odpovídají na otázky z daných oblastí. K dispozici bylo 64 dotazníků, všechny byly vyplněny a následně zpracovány.

5.3 Charakteristika vzorku

Vzorek tvoří 64 studentů středních a vysokých škol. Z toho 27 studentů středních škol a 37 studentů vysokých škol.

5.4 Výsledky šetření a jejich interpretace

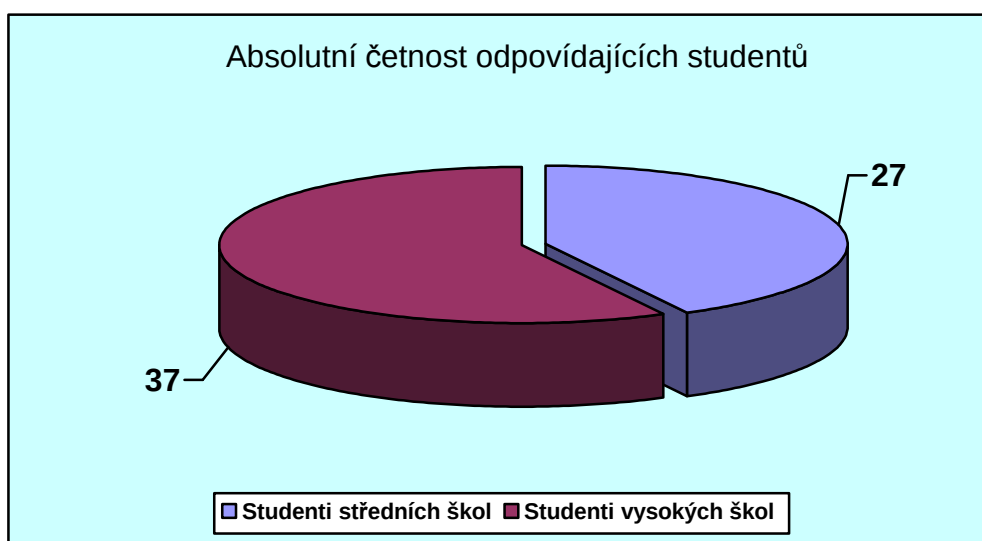
Získané výsledky z dotazníkového šetření jsou statisticky zpracovány do tabulek a grafů.

5.4.1 Oblast získávání informací o respondentech

Celkový počet respondentů

Odpovídali	Absolutní četnost	Procentuálně
Studenti středních škol	27	42,19 %
Studenti vysokých škol	37	57,81 %
Celkem	64	100 %

Tabulka 2 Odpovídající studenti dle stupně vzdělávání vyjádřeno absolutní četností a procentuálně



Graf 1 Absolutní četnost odpovídajících studentů dle stupně vzdělávání

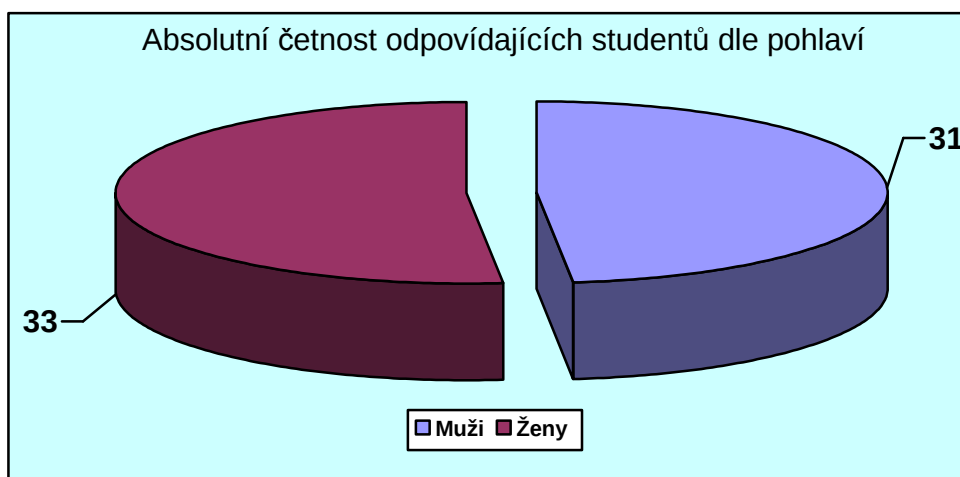
Komentář ke grafu 1

Na otázky týkající se epilepsie v komplikaci s DMO odpovídalo 37 studentů vysokých škol a 27 studentů středních škol. Celkově tedy na dotazníky odpovídalo 64 studentů středních a vysokých škol.

Celkový počet respondentů dle pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Procentuálně
Muži	31	48,44 %
Ženy	33	51,56 %
Celkem	64	100 %

Tabulka 3 Počet odpovídajících studentů dle pohlaví



Graf 2 Absolutní četnost odpovídajících studentů dle pohlaví

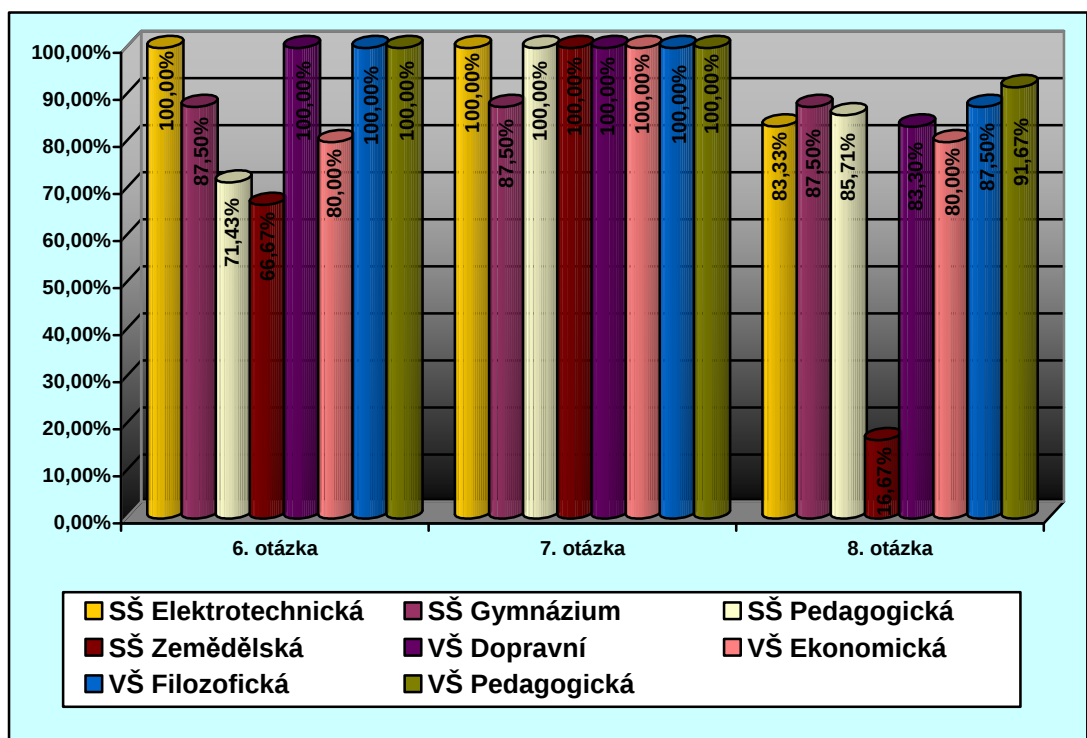
Komentář ke grafu 2

Na dotazník odpovídalo 33 žen a 31 mužů.

5.4.2 Oblast předškolního věku

Střední a vysoké školy	Otázka č. 6		Otázka č. 7		Otázka č. 8	
	Správně	Procentuálně	Správně	Procentuálně	Správně	Procentuálně
SŠ Elektrotechnická (6 studentů)	6	100 %	6	100 %	5	83,33 %
SŠ Gymnázium (8 studentů)	7	87,50	7	87,50 %	7	87,50 %
SŠ Pedagogická (7 studentů)	5	71,43 %	7	100 %	6	85,71 %
SŠ Zemědělská (6 studentů)	4	66,67 %	6	100 %	1	16,67 %
VŠ Dopravní (12 studentů)	12	100 %	12	100 %	10	83,33 %
VŠ Ekonomická (5 studentů)	4	80 %	5	100 %	4	80 %
VŠ Filozofická (8 studentů)	8	100 %	8	100 %	7	87,5 %
VŠ Pedagogická (12 studentů)	12	100 %	12	100 %	11	91,67 %

Tabulka 4 Správně zodpovězené otázky (oblast předškolního věku) dle oborů nebo fakult



Graf 3 Správně zodpovězené otázky (oblast předškolního věku) dle oborů nebo fakult

Komentář ke grafu 3

Graf 3 se zaměřuje na správnost otázek v oblasti předškolního věku.

Otázka č. 6 Vymezení období předškolního věku (přesné znění otázky viz. příloha č. 1). Předškolní věk by měl být schopen vymezit každý člověk. Můžeme si všimnout, že 100% správnost na tuto otázku je u studentů střední školy

elektrotechnické, při absolutní četnosti šesti studentů. Dalo by se očekávat, že 100% úspěšnost bude u studentů střední pedagogické školy, ale není tomu tak. Tito studenti měli úspěšnost 71,43%. Při absolutní četnosti 7 studentů. Správně tedy odpovědělo 5 studentů.

Co se týče vysokoškolských studentů, nebyl v této otázce téměř problém. 100% úspěšnost byla u 3 vysokých škol ze 4.

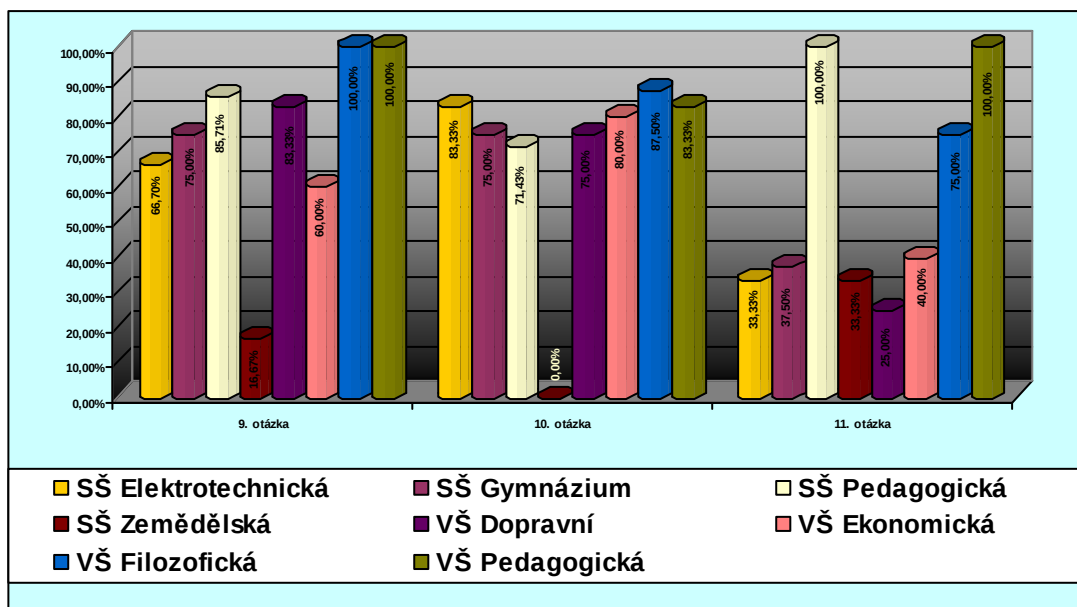
Otázka č. 7 Nejpřirozenější činnost dítěte předškolního věku (přesné zadání otázky viz příloha č. 1). Z hlediska obtížnosti patřila tato otázka k těm nejjednodušším. 100% úspěšnost měly všechny 4 vysoké školy a 3 střední školy. Na gymnáziu odpovědělo správně 7 studentů z 8, procentuálně tedy 87,50%.

Otázka č. 8 Co je to konstruktivní typ hry (přesné zadání otázky viz příloha č. 1) se jevila z oblasti předškolního věku jako nejtěžší. 100% úspěšnosti nedosáhla střední ani vysoká škola. U studentů střední zemědělské školy byla informovanost nejhorší, ze 6 studentů odpověděl 1 správně.

5.4.3 Oblast zdravotnická a speciálně pedagogická

Střední a vysoké školy	Otázka č. 9		Otázka č. 10		Otázka č. 11	
	Správně	Procentuálně	Správně	Procentuálně	Správně	Procentuálně
SŠ Elektrotechnická (6 studentů)	4	66,67%	5	83,33 %	2	33,33 %
SŠ Gymnázium (8 studentů)	6	75 %	6	75 %	3	37,50 %
SŠ Pedagogická (7 studentů)	6	85,71 %	5	71,43 %	7	100 %
SŠ Zemědělská (6 studentů)	1	16,67 %	0	0 %	2	33,33 %
VŠ Dopravní (12 studentů)	10	83,33 %	9	75 %	3	25 %
VŠ Ekonomická (5 studentů)	3	60 %	4	80 %	2	40 %
VŠ Filozofická (8 studentů)	8	100 %	7	87,5 %	6	75 %
VŠ Pedagogická (12 studentů)	12	100 %	10	83,33 %	12	100 %

Tabulka 5 Správně zodpovězené otázky (oblast zdravotnická a speciálně pedagogická) dle oborů nebo fakult



Graf 4 Správně zodpovězené otázky (oblast zdravotnická a speciálně pedagogická) dle oborů nebo fakult

Komentář ke grafu 4

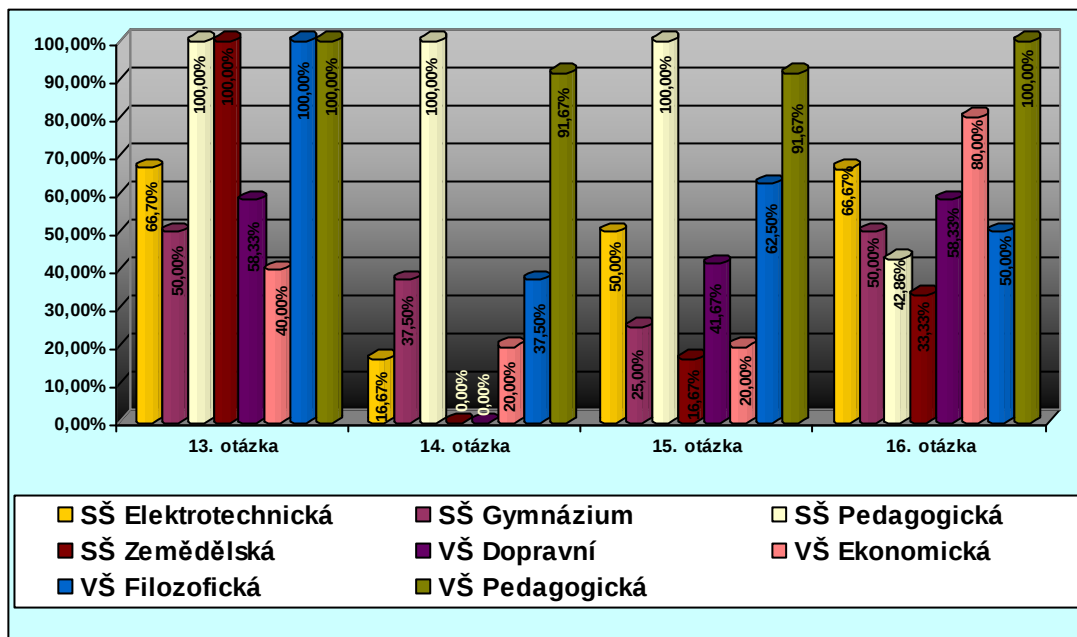
Otázka č.9 a 10 Co je dětská mozková obrna a epilepsie (přesné znění těchto otázek viz. příloha č. 1) Na otázku č. 9 odpověděl správně 1 student ze 6 ze střední zemědělské školy. Na otázku č. 10 neodpověděl správně ani jeden student střední zemědělské školy.

Otázka č. 11 Zjišťovala, zda respondenti vědí, že se u DMO vyskytuje epilepsie (přesné znění této otázky viz. příloha č.1) Jak je z grafu patrné tato informovanost byla nižší a pohybovala se okolo 30%. Všichni studenti střední pedagogické školy a všichni studenti pedagogické fakulty tuto informaci věděli.

5.4.4 Oblast vzdělávání

Střední a vysoké školy	Otázka č. 13		Otázka č. 14		Otázka č. 15		Otázka č. 16	
	Správně	Procentuálně	Správně	Procentuálně	Správně	Procentuálně	Správně	Procentuálně
SŠ Elektrotechnická (6 studentů)	4	66,67 %	1	16,67 %	3	50 %	4	66,67 %
SŠ Gymnázium (8 studentů)	4	50 %	3	37,50 %	2	25 %	4	50 %
SŠ Pedagogická (7 studentů)	7	100 %	7	100 %	7	100 %	3	42,86 %
SŠ Zemědělská (6 studentů)	6	100 %	0	0 %	1	16,67 %	2	33,33 %
VŠ Dopravní (12 studentů)	7	58,33 %	0	0 %	5	41,67 %	7	58,33 %
VŠ Ekonomická (5 studentů)	2	40 %	1	20 %	1	20 %	4	80 %
VŠ Filozofická (8 studentů)	8	100 %	3	37,5 %	5	62,5 %	4	50 %
VŠ Pedagogická (12 studentů)	12	100 %	11	91,67 %	11	91,67 %	12	100 %

Tabulka 6 Správně zodpovězené otázky (oblast vzdělávání) dle oborů nebo fakult



Graf 5 Správně zodpovězené otázky (oblast vzdělávání) dle oborů nebo fakult

Komentář ke grafu 5

Oblast vzdělávací byla statistická nejtěžší oblast. V této oblasti měli vědomostní nedostatky jak studenti středních škol tak i vysokých škol. Statisticky

největší informovanost v oblasti vzdělávání měli studenti střední pedagogické školy a studenti pedagogické fakulty.

Otázka č. 13 Jaké možnosti vzdělávání má dítě předškolního věku s epilepsií v komplikaci s DMO (přesné znění otázky viz. příloha č. 1). Že se jedná o vzdělávání v předškolním zařízení a v rodině věděli na 100% studenti střední zemědělské školy a studenti střední pedagogické školy. 100% úspěšnost měli i studenti pedagogické a filozofické fakulty. Z vysoké školy ekonomické tuto informaci věděli 2 studenti z 5, procentuálně 40%. Z vysoké školy dopravní tuto informaci vědělo 7 studentů z 12, procentuálně 58,33%. Gymnázium má 50%.

Otázka č. 14 Jaký zákon se zabývá vzděláváním dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami (přesné znění této otázky viz. příloha č.1). Střední škola zemědělská a fakulta dopravní měli nulovou úspěšnost. Nejlépe odpovídali studenti střední pedagogické školy a studenti pedagogické fakulty. Věděli tedy, že se jedná o zákon č. 561/2004 Sb.

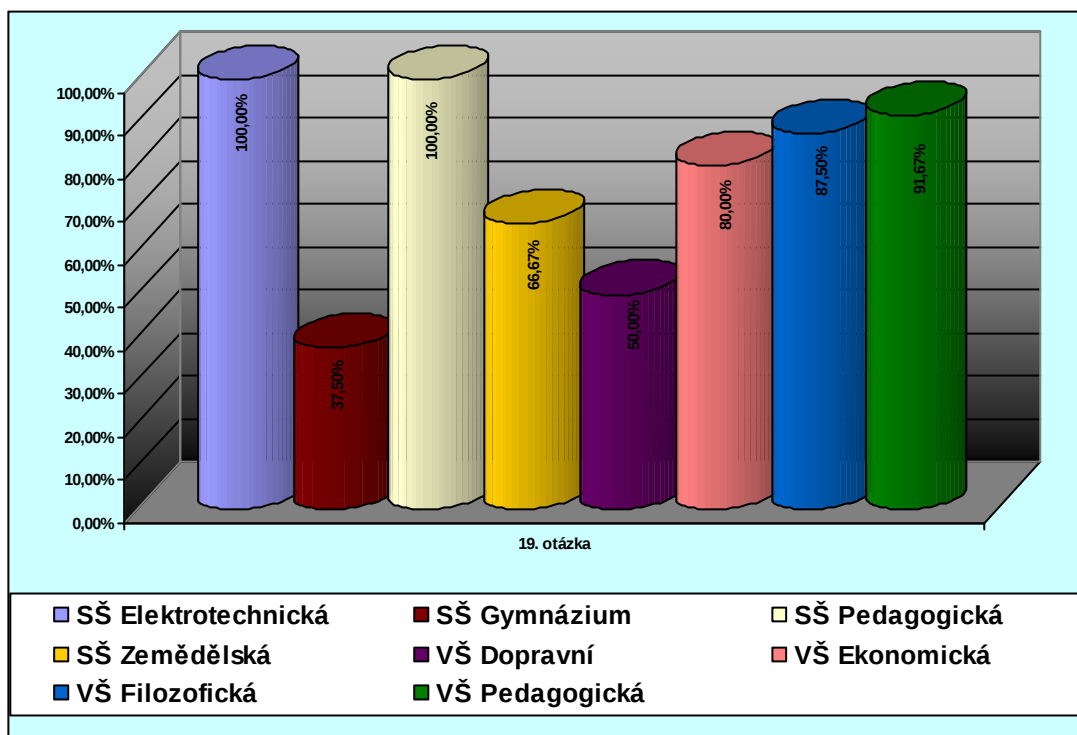
Otázka č. 15 Co je to integrace? (přesné znění této otázky viz. příloha č.1) 25% studentů gymnázia (2 studenti z 8) a 16% studentů střední zemědělské školy ví, že se jedná o začlenění dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami do kolektivu intaktních dětí. VŠ ekonomická (20% úspěšnost).

Otázka č. 16 Jsou integrace / inkluze shodné pojmy? Na tuto otázku odpovídají jen studenti, kteří vědí, co je integrace. V této otázce lépe odpovídali studenti vysokých škol. 100% dosahla jen vysoká škola pedagogická. Celkově byla úspěšnost této otázky všech studentů zhruba kolem 50%.

5.4.5 Oblast poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu

Střední a vysoké školy	Otázka č. 19	
	Správně	Procentuálně
SŠ Elektrotechnická (6 studentů)	6	100 %
SŠ Gymnázium (8 studentů)	3	37,50 %
SŠ Pedagogická (7 studentů)	7	100 %
SŠ Zemědělská (6 studentů)	4	66,67 %
VŠ Dopravní (12 studentů)	6	50 %
VŠ Ekonomická (5 studentů)	4	80 %
VŠ Filozofická (8 studentů)	7	87,5 %
VŠ Pedagogická (12 studentů)	11	91,67 %

Tabulka 7 Správně zodpovězené otázky (oblast poskytnutí první pomoci) dle oborů nebo fakult



Graf 6 Správně zodpovězené otázky z oblastí poskytnutí první pomoci dle oborů a fakult

Komentář ke grafu 6

Otázka č. 19 Zkuste si představit, že jste svědkem epileptického záchvatu, jak zareagujete?

- a) Začnu ihned provádět oživovací pokusy ve snaze záchvat přerušit

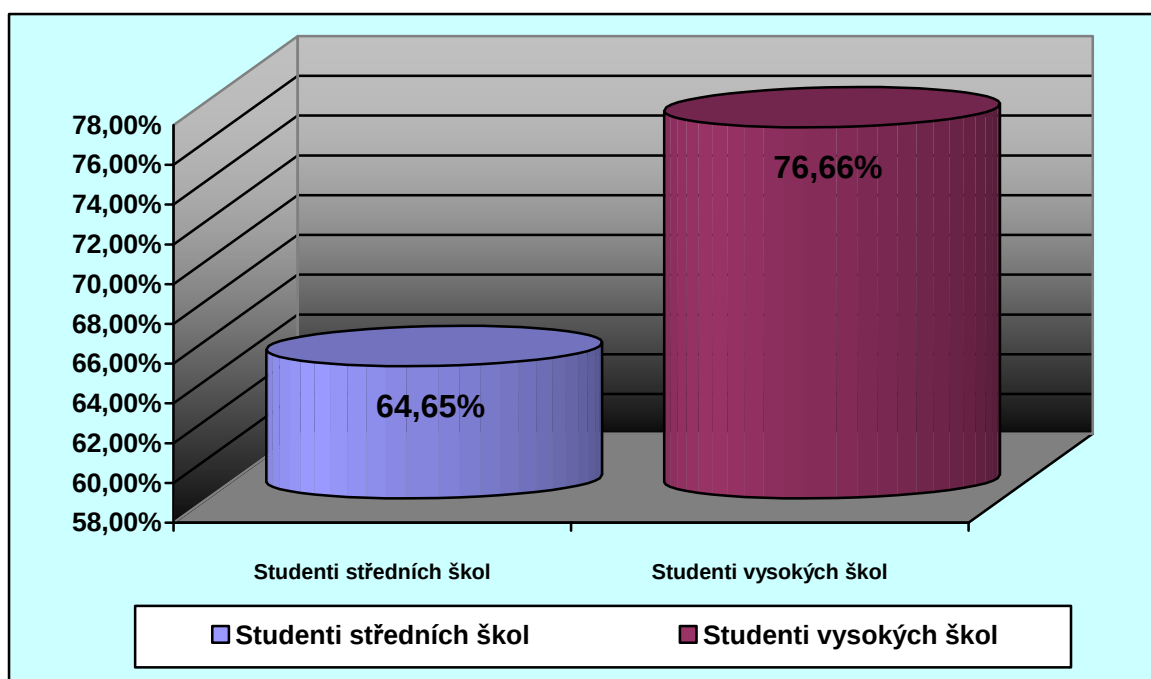
- b) S postiženým během záchvatu raději nic nedělám - pouze se snažím zabránit mechanickému poranění (především hlavy) a čekám, až záchvat odezní
- c) Ihned volám záchrannou službu
- d) Záchvat ignoruji
- e) Nevím

Správná odpověď je b). Střední škola elektrotechnická a pedagogická mají 100% úspěšnost. Studenti gymnázia odpověděli správně 3 z 8, procentuálně 37,50%. U vysokých škol se úspěšnost pohybuje celkově kolem 70%.

5.4.6 Celkový pohled na správně zodpovězené otázky

Odpovídali	Správně	Procentuálně
Studenti středních škol (celkem otázek 297)	192	64,65 %
Studenti vysokých škol (celkem otázek 407)	312	76,66 %
Celkem všichni studenti (celkem otázek 704)	504	71,59 %

Tabulka 8 Správně zodpovězené otázky studentů středních a vysokých škol



Graf 7 Správně zodpovězené otázky studentů středních a vysokých škol

Komentář ke grafu 7

Více správných odpovědí mají vysokoškolští studenti.

5.4.7 Otázky vyhodnocovány jednotlivě

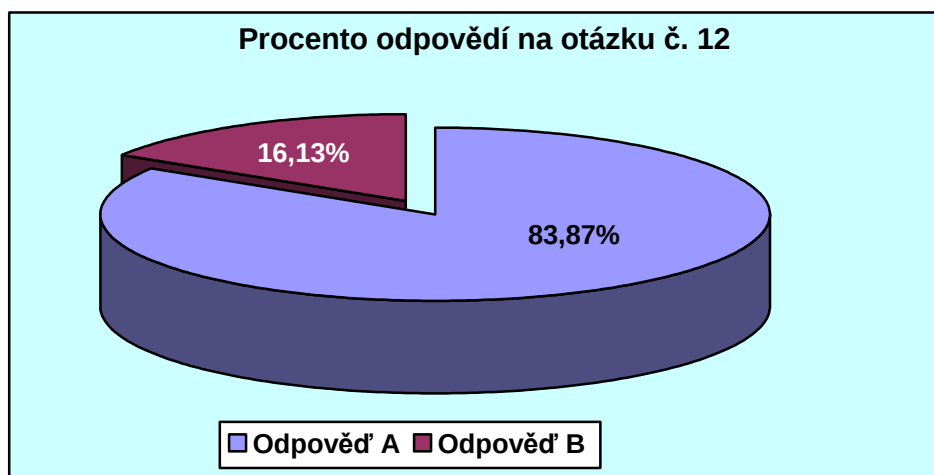
Otázky č. 12, 17, 18, 20, 21 jsou vyhodnocovány jednotlivě

Otázka č. 12 Setkal(a) jste se s dítětem s epilepsií v komplikaci s DMO?

- a) Ne
- b) Pokud ano, uveďte kde

Odpovědi	Absolutní četnost	Procentuálně
Ne	52	83,87 %
Pokud ano, uveďte	12	16,13 %
Celkem	64	100 %

Tabulka 9 Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 17



Graf 8 Procento odpovědí na otázku č. 12

Komentář ke grafu 8

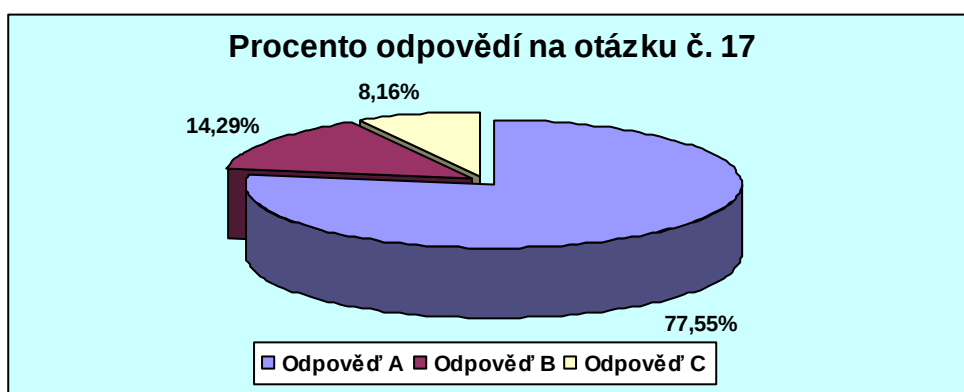
Většina respondentů se s dítětem s epilepsií nesetkalo. Pokud respondenti zvolili variantu b) (tedy, že se s dítětem s epilepsií v komplikaci s DMO setkali, měli uvést kde). Většina respondentů se s tímto dítětem setkala v rámci praxí, převážně v místech bydliště. 2 respondenti odpověděli, že se s dítětem s epilepsií v komplikaci s DMO setkala přímo v rodině. Všichni respondenti, kteří se setkali s dítětem s epilepsií v komplikaci s DMO byli z pedagogické fakulty a ze střední odborné školy pedagogické.

Otázka č. 17 Jaký je Váš osobní názor na integraci? Myslíte si, že je pro dítě s epilepsií v komplikaci s DMO vhodná a přínosná?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Pokud se k této otázce chcete vyjádřit více, můžete

Odpovědi	Absolutní četnost	Procentuálně
Ano	38	77,55 %
Ne	7	14,29 %
Pokud se k této otázce chcete vyjádřit více, můžete	4	8,16 %
Celkem	49	100 %

Tabulka 10 Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 17



Graf 9 Procento odpovědí na otázku č. 17

Komentář ke grafu 9

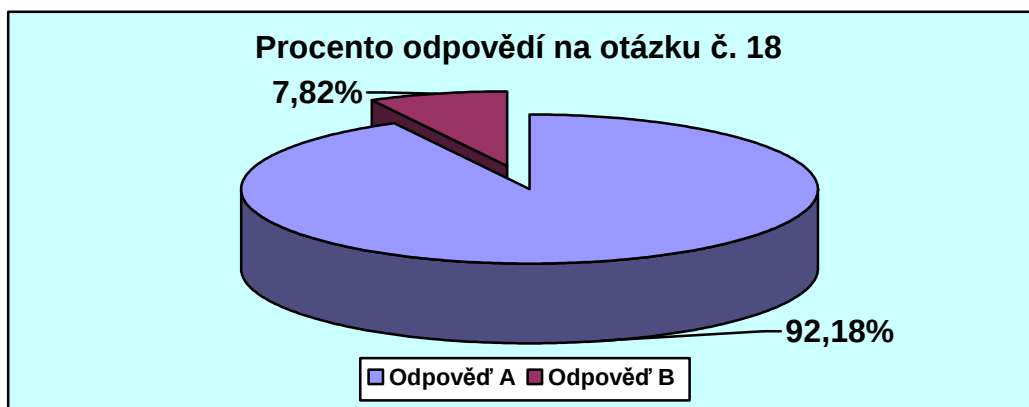
Na otázku č. 17 respondenti odpovídají jen v případě, že vědí, co je to integrace. 38 studentů ze 49 považuje integraci u dítěte s epilepsií v komplikaci s DMO za vhodnou a přínosnou. 7 studentům ze 49 si myslí, že integrace není vhodná. U varianty C) respondenti uváděli, že by záleželo na druhu a stupni postižení, tuto možnost zvolili 4 studenti.

Otázka č. 18 Poskytoval(a) jste již první pomoc při epileptickém záchvatu?

- a) Ne
- b) Pokud ano, zkuste stručně popsat, jak jste první pomoc prováděl(a)

Odpovědi	Absolutní četnost	Procentuálně
Ne	59	92,18 %
Pokud ano, zkuste popsat, jak jste první pomoc prováděl(a)	5	7,82 %
Celkem	64	100 %

Tabulka 11 Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 18



Graf 10 Procento odpovědí na otázku č. 18

Komentář ke grafu 10

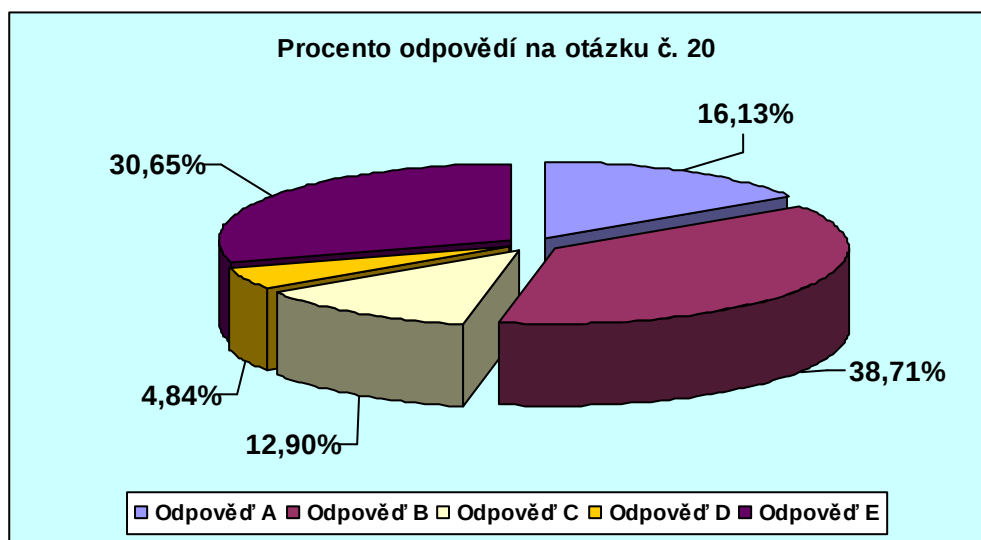
První pomoc poskytovalo necelých 8% studentů (5 studentů ze 64).

Otázka č. 20 Zkuste se vžít do situace, že se Vám narodilo dítě s epilepsií v komplikaci s DMO, jak si myslíte, že byste reagoval(a)?

- S dítětem zůstanu doma a budu se o něj starat
- Určitě by to pro mne bylo náročné, proto bych zvolil(a) denní stacionář
- V případě těžší formy postižení bych zvolil(a) týdenní stacionář
- O dítě s jakýmkoliv postižením bych se nedokázal(a) postarat, proto bych zvolila Domov pro děti a mládež se zdravotním postižením s celoročním pobytem
- Nevím, je to složitá otázka

Odpovědi	Absolutní četnost	Procentuálně
S dítětem zůstanu doma a budu se o něj starat	10	16,13 %
Určitě by to pro mne bylo náročné, proto bych zvolil(a) denní stacionář	24	38,71 %
V případě těžší formy postižení bych zvolil(a) týdenní stacionář	8	19,20 %
O dítě s jakýmkoliv postižením bych se nedokázal(a) postarat, proto bych zvolil(a) Domov pro děti a mládež se zdravotním postižením a celoročním pobytem	3	4,84 %
Nevím, je to složitá otázka	19	30,65 %
Celkem	64	100 %

Tabulka 12 Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 20



Graf 11 Procento odpovědí na otázku č. 20

Komentář ke grafu 11

Většina respondentů by nevědělo, jak se zachovají, proto častá odpověď byla za e) Nevím, je to složitá otázka.

Domov pro děti a mládež se zdravotním postižením s celoročním pobytem by zvolilo necelých 5% to jsou 2 studenti z vysoké školy ekonomické a 1 student z filozofické fakulty. Volbu denního stacionáře by zvolilo 40,32% respondentů.

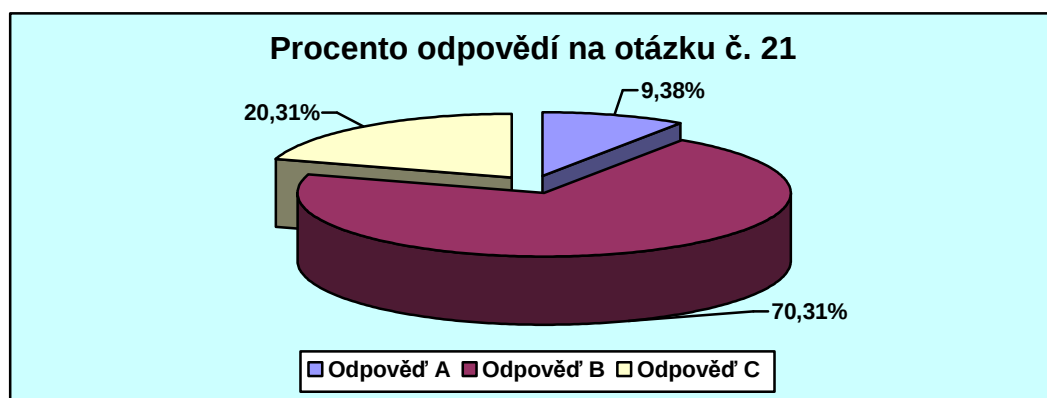
Otázka č. 21 Vadilo by Vám vzdělávání Vašeho „zdravého“ dítěte v MŠ, kde by se současně vzdělávaly děti s DMO či s jakýmkoli jiným postižením?

- a) Ano
- b) Ne

c) Nevím, nepřemýšlel(a) jsem o tom

Odpovědi	Absolutní četnost	Procentuálně
Ano	6	9,38 %
Ne	45	70,31 %
Nevím, nepřemýšlel(a) jsem o tom	13	20,31 %
Celkem	64	100 %

Tabulka 13 Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 21



Graf 12 Procento odpovědí na otázku č. 21

Komentář ke grafu 12

Většina dotazovaných (70%), by neměla problém, pokud by se v MŠ, kam by docházelo jejich „zdravé“ dítě vzdělávalo dítě s DMO či s jakýmkoli jiným postižením.

5.5 Shrnutí výsledků

Hypotéza č. 1

Nejvyšší informovanost studentů je u otázek z oblasti předškolního věku.

Tato hypotéza je potvrzena, neboť u studentů středních elektrotechnických škol je v oblasti předškolního věku (u otázek 6 a 7) 100% úspěšnost. 100% úspěšnost v této oblasti mají studenti dopravní, filozofické a pedagogické fakulty.

U Otázek 9 a 10 z oblasti zdravotnické a speciálně pedagogické jsou uvedené dvě možné správné odpovědi a respondenti označují jen jednu správně. Studentům střední zemědělské školy tyto otázky dělaly problém. O epilepsii je nulová informovanost a o DMO je informovanost pouze 16%. Nejlepší informovanost je u pedagogických škol a gymnázií. U studentů vysokých škol se procenta správných odpovědí pohybují průměrně kolem 80%. Průměrně je tedy informovanost o DMO i epilepsie kolem 70%.

Hypotéza č. 2

Nejnižší informovanost studentů je v oblasti vzdělávání dětí s epilepsií v komplikaci s DMO.

Statisticky nejtěžší je otázka č. 14. (Vzděláváním dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, kam se řadí i dítě s epilepsií v komplikaci s DMO, se zabývá zákon č. 561/2004 Sb. §16). Např. u dopravní fakulty je nulová úspěšnost zatímco u stejné otázky u pedagogické fakulty je úspěšnost 91%. U studentů střední zemědělské školy je také nulová úspěšnost u této otázky. Téměř 78% dotazovaných si myslí, že dítě s DMO a epilepsií je vhodné integrovat mezi intaktní děti. Průměrně 50% středoškolských studentů a 70 % vysokoškolských ví, že pojmy integrace a inkluze nejsou shodné. Z výše uvedeného vyplývá, že hypotéza č. 2 je potvrzena.

S dítětem s epilepsií v komplikaci s DMO se setkala 16% dotazovaných, což je 12 studentů z 64. Všichni studenti, kteří se s dítětem s epilepsií v komplikaci s DMO setkali jsou ze střední pedagogické školy a z pedagogické fakulty a v rámci praxí se s tímto dítětem setkali. 2 studenti z pedagogické fakulty uvedli, že se s dítětem s DMO a epilepsií setkali přímo v rodině.

První pomoc při epileptickém záchvatu poskytovalo 8% dotazovaných respondentů, na otázku, jak by podali první pomoc, měli zvolit jednu správnou

odpověď ze šesti variant, výsledkem je, že průměrně 80% dotazovaných ví, že je důležité s postiženým během záchvatu raději nic nedělat - pouze se snažit zabránit mechanickému poranění (především hlavy) a čekat, až záchvat odezní. Co se týče otázek k zamyšlení, je zajímavé, že 70% dotazovaných by nevadilo vzdělávání jejich zdravých dětí v MŠ, kde by se současně vzdělávaly i děti s postižením.

Hypotéza č. 3

Vyšší informovanost o epilepsii v komplikaci s DMO je u studentů vysokých škol než u středoškolských studentů.

U studentů vysokých škol je informovanost 76,66% a u studentů středních škol 64,65%. Hypotéza č. 3 je potvrzena.

ZÁVĚR

Výchova dítěte s epilepsií v komplikaci s DMO je beze sporu velmi náročná. Lékař Živný uvádí, že v dnešní době existuje mnoho přetrvávajících předsudků. Lidé považují epilepsii za duševní chorobu. Někteří považují děti s touto nemocí za nebezpečné nejen pro sebe, ale i pro své okolí. Především z neznalosti skutečného stavu věci jsou tyto děti potom často zbytečně vyřazeny z kolektivu svých vrstevníků. Jejich diagnóza je mnohdy důvodem, pro který do kolektivu zdravých nejsou "raději" vůbec přijaty.

(www.neurochirurgie.cz/neuroinfo/klient/epilepsiedeti.html)

Práce v teoretické části předkládá informace na základě studia odborné literatury o DMO a epilepsii. Epilepsie v komplikaci s DMO se může vyskytnout až u 55% případů DMO, jak uvádí Kraus et al. (2005). Dále je pojednáváno o problematice dítěte předškolního věku ve speciálněpedagogickém kontextu. Jsou shrnuta některá legislativní opatření a specifika v rámci možností výchovy a vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice. Práce se také zabývá rodičovskými postoji k dítěti s DMO, základními dětskými dovednostmi v předškolním věku a reedukací u dětí s DMO.

Praktická část práce je založena na kvantitativním dotazníkovém šetření s cílem zjistit informovanost o epilepsii v komplikaci s DMO u studentů středních a vysokých škol. Z dotazníkového šetření je zjištěno, že epilepsii považuje za duševní onemocnění jen 1 student z celkového počtu 64 respondentů. U studentů středních a vysokých škol je informovanost o epilepsii a DMO kolem 70%.

V závěru je třeba poukázat na skutečnost, že bakalářská práce předkládá jen zlomek závažné předškolní speciálně pedagogické problematiky. Na základě analýzy literárně odborných pramenů a výsledků realizace dotazníkového šetření lze doporučit zkoumání dalších oblastí z této aktuální problematiky dětí s DMO, například využití terapií při práci s těmito dětmi (hipoterapie, canisterapie), logopedickou péčí a plnou škálu dalších speciálně pedagogických metodik.

LITERATURA

Literatura:

BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V., *Diagnostika dítěte předškolního věku*. Brno 2008, 212 s. ISBN 9788025118290

BENDO VÁ, P., *Komprehenzivní rehabilitace u dětí s dětskou mozkovou obrnou : Sborník příspěvků z cyklu seminářů „Aspekty komprehenzivní rehabilitace u dětí s dětskou mozkovou obrnou v praxi“*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. 49 s. ISBN : 8024415615

HÁJKOVÁ, V., STRNADOVÁ, I., *Inkluzivní vzdělávání*. Praha : Grada, 2010. 217 s. ISBN : 9788024730707

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4

JONÁŠKOVÁ, V., et al. *Speciální pedagogika II*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. 57 s. ISBN 8024412101

KÁBELE, F. , et al. *Somatopedie : učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže*. Praha : Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum, 1993. 242 s. ISBN 8070665335.

KOŤÁTKOVÁ, S. *Dítě a mateřská škola*. Praha : Grada Publishing, 2008. 193 s. ISBN 9788024715681.

KOŤÁTKOVÁ, S. *Hry v mateřské škole v teorii a praxi*. Praha : Grada Publishing, 2005. 184 s. ISBN : 8024708523

KRAUS, J., et al. *Dětská mozková obrna*. Praha : Grada Publishing, 2005. 344 s. ISBN 8024710188.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha : Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 8024712849.

LEHOVSKÝ, M. *Dětské epileptické záchvaty*. Praha : Úst. zdrav. výchovy, 1990. 7s.

LESNÝ, I., ŠPITZ, J. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1989. 229 s. ISBN 8004229220.

MICHALÍK, J., *Školská integrace dětí s postižením*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého, 2000. 135 s. ISBN : 8024400774

MORÁŇ, M. *Praktická epileptologie*. Praha : Triton, 2003. 137 s. ISBN 8072543520.

MUNTAU, A. *Pediatric*. Praha : Grada Publishing, 2009. 608 s. ISBN : 9788024725253 (Přeloženo z němčiny ze 4., zcela přeprac. a aktualiz. vyd., 1.české vydání)

NOVOTNÁ, I., et al. *EEG, epilepsie a diferenciální diagnostika poruch vědomí*. Brno 2008. 81 s. ISBN 9788070134726

OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou ohrnou*. Brno : Masarykova univerzita , 2003. 52 s. ISBN 8021032421.

PEŠOVÁ I., ŠMALÍK M., *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha : Grada Publishing 2006, 152 s. ISBN 8024712164

OŠLEJŠKOVÁ, H., MAKOVSKÁ, Z. *Naše dítě má epilepsii*. [Plzeň] : Adela,, c2009. 34 s. ISBN 978-80-87094-05-1.

SEIDL, Z., OBENBERGER, J., *Neurologie pro studium i praxi*. Praha : Grada Publishing, 2004. 363 s. ISBN : 8024706237

ŠMELOVÁ, E. *Mateřská škola: teorie a praxe 1*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 168 s. ISBN 8024409458.

VALENTA, M., et al. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc : Univerzita Palackého , 2003. 322 s. ISBN : 8024406985.

VÍTKOVÁ, M., *Integrativní speciální pedagogika : integrace školní a sociální*. Brno : Paido, 2004, 463 s. ISBN : 8073150719.

Internetové zdroje:

Metodický portál RVP–Individuální vzdělávací plán pro žáky se zdravotním postižením [online]. [cit. 2011-03-11]. Dostupné na internetu : <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/S/2998/individualni-vzdelavaci-plan-pro-zaky-se-zdravotnim-postizenim-s-pokyny-k-tvorbe.html/>

Sbírka zákonů České republiky [online]. 2004 [cit. 2011-03-11]. Dostupné na internetu : <http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf>

Společnost „E“ [online]. 2006 (cit. 2011-03-01) Informace pro učitele. Dostupné na internetu: www.spolecnost-e.cz/media/tiskoviny/zlutaky/epilepsie_a_ucitele__2006.pdf

Společnost „E“ [online]. 2006 [cit. 2011-03-20]. Epilepsie a psychologická péče. Dostupné na internetu : www.spolecnost-e.cz/media/tiskoviny/zlutaky/epilepsie_a_psychologicka_pece_2006.pdf

Neurochirurgie [online]. [cit. 2011-03-20]. Dostupné na internetu : <http://www.neurochirurgie.cz/neuroinfo/klient/epilepsiedeti.html>

Seznam grafů, tabulek a obrázků

<i>Graf 1 Absolutní četnost odpovídajících studentů dle stupně vzdělávání</i>	<i>39</i>
<i>Graf 2 Absolutní četnost odpovídajících studentů dle pohlaví.....</i>	<i>40</i>
<i>Graf 3 Správně zodpovězené otázky (oblast předškolního věku) dle oborů nebo fakult.....</i>	<i>41</i>
<i>Graf 4 Správně zodpovězené otázky (oblast zdravotnická a speciálně pedagogická) dle oborů nebo fakult</i>	<i>43</i>
<i>Graf 5 Správně zodpovězené otázky (oblast vzdělávání) dle oborů nebo fakult.....</i>	<i>44</i>
<i>Graf 6 Správně zodpovězené otázky z oblastí poskytnutí první pomoci dle oborů a fakult.....</i>	<i>46</i>
<i>Graf 7 Správně zodpovězené otázky studentů středních a vysokých škol</i>	<i>47</i>
<i>Graf 8 Procento odpovědí na otázku č. 12</i>	<i>48</i>
<i>Graf 9 Procento odpovědí na otázku č. 17</i>	<i>49</i>
<i>Graf 10 Procento odpovědí na otázku č. 18.....</i>	<i>50</i>
<i>Graf 11 Procento odpovědí na otázku č. 20</i>	<i>51</i>
<i>Graf 12 Procento odpovědí na otázku č. 21</i>	<i>52</i>
<i>Tabulka 1 Schéma léčby epileptických záchvatů.....</i>	<i>22</i>
<i>Tabulka 2 Odpovídající studenti dle stupně vzdělávání vyjádřeno absolutní četností a procentuálně</i>	<i>39</i>
<i>Tabulka 3 Počet odpovídajících studentů dle pohlaví.....</i>	<i>40</i>
<i>Tabulka 4 Správně zodpovězené otázky (oblast předškolního věku) dle oborů nebo fakult.....</i>	<i>41</i>
<i>Tabulka 5 Správně zodpovězené otázky (oblast zdravotnická a speciálně pedagogická) dle oborů nebo fakult</i>	<i>42</i>
<i>Tabulka 6 Správně zodpovězené otázky (oblast vzdělávání) dle oborů nebo fakult.....</i>	<i>44</i>
<i>Tabulka 7 Správně zodpovězené otázky (oblast poskytnutí první pomoci) dle oborů nebo fakult.....</i>	<i>46</i>
<i>Tabulka 8 Správně zodpovězené otázky studentů středních a vysokých škol</i>	<i>47</i>
<i>Tabulka 9 Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 17</i>	<i>48</i>
<i>Tabulka 10 Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 17</i>	<i>49</i>
<i>Tabulka 11 Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 18</i>	<i>50</i>
<i>Tabulka 12 Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 20</i>	<i>51</i>
<i>Tabulka 13 Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 21</i>	<i>52</i>
<i>Obrázek 1 Charakteristické držení při hemiparetické formě DMO (obr. Kraus a kol 2005).....</i>	<i>13</i>
<i>Obrázek 2 Dívka s diparetickou formou DMO. (Kraus a kol., 2005).....</i>	<i>13</i>
<i>Obrázek 3 Chlapec se spastickou kvadruparézou s možností asistovaného stoje (Kraus a kol., 2005).....</i>	<i>14</i>
<i>Obrázek 4 Chlapec s těžkou kvadruparetickou formou DMO, s charakteristickou polohou kyčlí (vlání ve větru) (Kraus a kol. 2005).....</i>	<i>14</i>

SEZNAM PŘÍLOH

1. Příloha dotazník

Příloha č. 1 Dotazník pro studenty středních a vysokých škol

Dobrý den, jmenuji se Petra Poláčková a jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. V mé bakalářské práci se zabývám dětmi předškolního věku s dětskou mozkovou obrnou (DMO) a epilepsií.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který mi bude sloužit jako podklad k praktické části bakalářské práce. Veškeré zpracování bude samozřejmě anonymní.

Moc Vám děkuji za Váš čas a pomoc, kterou mi tímto poskytnete.

Vaše odpovědi zakroužkujte, nebo doplňte v případě, že uvádíte jinou odpověď, než je v nabídce. U otázek, kde bude možnost více odpovědí, to bude zdůrazněno.

1. Jste:

- a) Muž
- b) Žena

2. Do které věkové kategorie patříte?

- a) 15 – 19 let
- b) 20 – 27 let

3. Tato otázka se vztahuje jen na studenty vysokých škol.

Vyberte, popřípadě napište fakultu, na které studujete.

- a) Ekonomická
- b) Pedagogická
- c) Elektrotechnická
- d) Filozofická
- e) Právnická
- f) Jiná,

.....

4. Napište, jaký obor na příslušné fakultě studujete:

.....

.....

5. Tato otázka se vztahuje jen na studenty středních škol.

Vyberte, popřípadě napište střední školu, na které studujete.

- a) Ekonomická
- b) Pedagogická
- c) Zdravotní
- d) Informatická/elektrotechnická
- e) Zemědělská
- f) Jiná,

.....

6. Předškolní věk je období:

- a) 0 – 3 roky
- b) 3 – 6 let
- c) 5 – 8 let

7. Pro děti předškolního věku je charakteristická jejich přirozená činnost, kde uplatňují svou aktivitu, fantazii i myšlení, a která může spojovat děti s postižením i bez postižení. Víte, o jakou významnou činnost se jedná?

- a) Práce
- b) Hra
- c) Učení (ve smyslu vzdělávání)

8. Mezi dětské hry se řadí tzv. konstruktivní typ hry. Víte, čím je tato hra charakteristická?

- a) Dítě si samo nebo se spoluhráči hraje na prodavače, na listonoše, na princeznu, na maminku a tatínka, a tak získává zkušenosti se sociálními rolemi, které pozoruje, ale které samo zastávat nemůže
- b) Dítě využívá specifického materiálu (stavění kostek, cílené stavby z písku či z plastelíny)
- c) Dítě při této hře využívá především pohybu a orientaci v prostoru

9. Víte, co je dětská mozková obrna? (vyberte jednu z variant, která je pro Vás nejvýstižnější)

- a) Neurovývojové onemocnění
- b) Porucha hybnosti a vývoje hybnosti vzniklá v nejranějším vývojovém období
- c) Porucha hybnosti, která vzniká v nejranějším věku dítěte následkem poškození mozku
- d) Onemocnění, které vzniklo během těhotenství matky, porodu dítěte nebo v době od porodu do 1-2 let. Některé zvláštnosti tohoto onemocnění vyplývají z nezralosti mozku

10. Víte, co je epilepsie? (vyberte jednu z variant, která je pro Vás nejvýstižnější)

- a) Onemocnění, které se projevuje opakovanými záchvaty bez zjevné příčiny
- b) Jedná se o chronické neurologické onemocnění, charakterizované opakovanými záchvaty různého klinického obrazu a abnormálními výboji mozkových neuronů
- c) Náhle vzniklá, časově ohraničená, kompletní nebo parciální dysfunkce mozku s poruchou vědomí, abnormální motorickou aktivitou, nápadným chováním s nebo bez poruchy senzitivního či autonomního nervového systému
- d) Duševní porucha

11. Víte, že u dětí s DMO se může vyskytovat epilepsie?

- a) Ano
- b) Ne

12. Setkal(a) jste se s dítětem s epilepsií v komplikaci s DMO?

- a) Ne
- b) Pokud ano, napište kde

.....
.....
.....

13. Jaké možnosti vzdělávání podle Vás má dítě předškolního věku s epilepsií v komplikaci s DMO? (Možno více odpovědí)

- a) V rodině
- b) V předškolním zařízení
- c) Nevím

14. Vzděláváním dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, kam se řadí i dítě s epilepsií v komplikaci s DMO, se zabývá zákon:

- a) č. 561/2004 Sb. § 16 (školský zákon)
- b) č. 108/2006 Sb. (zákon o sociálních službách)
- c) č. 94/1963 Sb. (zákon o rodině)
- d) č. 20/1966 Sb. (zákon o péči o zdraví lidu)
- e) Nevím

15. Dítě předškolního věku se může vzdělávat v rámci tzv. integrace. Víte, co tento pojem znamená?

- a) Ne
- b) Ano, uveďte

.....
.....
.....

16. O integraci / inkluzi se hovoří v souvislosti se vzděláváním žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, myslíte si, že tyto dva pojmy jsou shodné?

- a) Ano
- b) Ne

17. Na otázku č. 17 budete odpovídat jen v případě, že jste na otázku č. 15 odpověděli ANO.

Jaký je Váš osobní názor na integraci? Myslíte si, že je pro dítě s epilepsií v komplikaci s DMO vhodná a přínosná?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Pokud se k této otázce chcete vyjádřit více, můžete:

.....
.....
.....

18. Poskytoval(a) jste již první pomoc při epileptickém záchvatu?

- a) Ne
- b) Pokud ano, zkuste stručně popsat, jak jste první pomoc prováděl(a)

.....
.....
.....
.....

19. Otázka č.19 je zaměřena především na ty z Vás, kteří první pomoc neposkytovali. Samozřejmě odpovědět můžete i v případě, že jste na otázku č. 18 odpověděli ANO. Zkuste si představit, že jste svědkem epileptického záchvatu, jak zareagujete?

- a) Začnu ihned provádět oživovací pokusy ve snaze záchvat přerušit
- b) S postiženým během záchvatu raději nic nedělám - pouze se snažím zabránit mechanickému poranění (především hlavy) a čekám, až záchvat odezní
- c) Ihned volám záchrannou službu
- d) Záchvat ignoruji
- e) Nevím
- f) Jiná,

.....
.....

20. Zkuste se vžít do situace, že se Vám narodilo dítě s epilepsií v komplikaci s DMO, jak si myslíte, že byste reagoval(a)?

- a) S dítětem zůstanu doma a budu se o něj starat
- b) Určitě by to pro mne bylo náročné, proto bych zvolila denní stacionář
- c) V případě těžší formy postižení bych zvolila týdenní stacionář
- d) O dítě s jakýmkoliv postižením bych se nedokázal(a) postarat, proto bych zvolila Domov pro děti a mládež se zdravotním postižením s celoročním pobytem
- e) Nevím, je to složitá otázka

21. Vadilo by Vám vzdělávání Vašeho „zdravého“ dítěte v MŠ, kde by se současně vzdělávaly děti s DMO či s jakýmkoli jiným postižením?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím, nepřemýšlela jsem o tom

Děkuji za Vaši pomoc

Petra Poláčková

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Petra Poláčková
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	PaedDr. Vlasta Jonášková, CSc.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Děti předškolního věku s dětskou mozkovou obrnou a epilepsií
Název v angličtině:	Pre-school children with cerebral palsy and epilepsy
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá problematikou DMO a epilepsie v komplikaci s dětskou mozkovou obrnou u dětí předškolního věku. Cílem mé práce je převážně zpracování teoretických poznatků o dětské mozkové obrně a epilepsii. Popsat a shrnout specifika výchovy a vzdělávání dětí předškolního věku v České republice. V empirické části bakalářské práce je prováděno průzkumné šetření za úkolem zmapovat míru informovanosti a zjistit názorovou hladinu respondentů o epilepsii v komplikaci s DMO.
Klíčová slova:	Dítě předškolního věku, dětská mozková obrna, epilepsie, epileptické záchvaty, první pomoc, medikamentózní léčba, ortopedická protetika, vzdělávání, mateřská škola, integrace, inkluze, individuální vzdělávací plán, rodina, dovednosti předškolních dětí, intervence
Anotace v angličtině:	Bachelor thesis is based on epilepsy with cerebral palsy in children of preschool age. The aim of my work is mostly theoretical knowledge of the treatment of cerebral palsy and epilepsy. Describe and summarize the specifics of training and education of preschool children in the Czech Republic. In the empirical part of this work is carried out exploratory investigations to map and rate information to determine the level of respondent's opinions about epilepsy and cerebral palsy
Klíčová slova v angličtině:	A child of preschool age, cerebral palsy, epilepsy, seizures, first aid, medication, orthopedic prostheses, education, nursery school, inclusion, individual education plan, family, skills of preschool children, intervention

Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Dotazník
Rozsah práce:	60 stran
Jazyk práce:	Čeština

