

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PSYCHOLOGIE

ZNALOSTI A POSTOJE BUDOUCÍCH UČITELŮ

K EPILEPSII

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Eliška Strejcová

Učitelství pro 1. stupeň ZŠ (2011 – 2016)

Vedoucí práce: Mgr. Dana Brabcová, Ph. D.

Plzeň, 2016

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně,
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací, které uvádím
v přiloženém seznamu literatury.

V Plzni 11. dubna 2016

.....
vlastnoruční podpis

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí diplomové práce Mgr. Daně Brabcové, Ph.D., která mi poskytla v průběhu zpracování diplomové práce cenné rady a zkušenosti, svůj čas a zájem. Bez její pomoci zejména s testováním studentů jak z Plzně, tak z Českých Budějovic bych se neobešla. Velké poděkování patří i všem respondentům za pečlivé vyplnění dotazníku, bez kterých bych svou praktickou část nebyla schopna zpracovat a také bych ráda poděkovala Mgr. Jiřímu Kohoutovi, Ph.D. za zpracování statistických údajů k praktické části DP. Velké poděkování patří též mé rodině, která mne po celou dobu psaní podporovala.

ZDE SE NACHÁZÍ ORIGINÁL ZADÁNÍ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	3
ÚVOD.....	4
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ TÝKAJÍCÍCH SE EPILEPSIE	5
1.1 POJEM EPILEPSIE.....	5
1.2 POJEM AURA	5
1.3 FEBRILNÍ KŘEČE	6
1.4 STATUS EPILEPTICUS	6
1.5 DĚLENÍ EPILEPSIE PODLE PŘÍČINY VZNIKU	6
2 KLASIFIKACE EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ	8
3 EPILEPTICKÉ SYNDROMY U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH.....	11
3.1 SYNDROMY VYSKYTUJÍCÍ SE U DĚTÍ	11
3.1.1 Dětská absence – childhood absence epilepsy (CAE).....	11
3.1.2 Benigní epilepsie s rolandickými hroty (BERS) a benigní epilepsie s centrotemporálními hroty (BECT)	12
3.1.3 Laudauův-Kleffnerův syndrom (LKS)	12
3.2 SYNDROMY VYSKYTUJÍCÍ SE U DOPÍVAJÍCÍCH.....	13
3.2.1 Juvenilní myoklonická epilepsie (JME)	13
3.2.2 Epilepsy with grand mal on awakening (GMA).....	13
3.2.3 Juvenilní absence (JAE – juvenile absence epilepsy).....	13
4 DIAGNOSTIKA, TERAPIE A PROGNÓZA EPILEPSIE	15
4.1 DIAGNOSTIKA.....	15
4.2 TERAPIE	15
4.3 PROGNÓZA	16
5 ZVLÁŠTNOSTI EPILEPTICKÉHO ŽÁKA.....	17
5.1 EPILEPSIE A KOGNITIVNÍ FUNKCE.....	17
5.1.1 epilepsie a IQ.....	17
5.1.2 epilepsie a specifické poruchy učení	18
5.1.3 antiepileptika a nežádoucí účinky.....	18
5.2 SEBEPOJETÍ ŠKOLNÍ ÚSPĚŠNOSTI DĚTÍ S EPILEPSIÍ.....	19
5.3 KVALITA ŽIVOTA A ŠKOLNÍ ÚSPĚŠNOST	19
5.4 DÍTĚ S EPILEPSIÍ V PROSTŘEDÍ ŠKOLY	20
5.4.1 první pomoc při epileptickém záchvatu.....	21
6 ZNALOSTI, POSTOJE, SEBEDŮVĚRA VE VZTAHU K EPILEPSII.....	23
6.1 STUDIE O UČITELÍCH Z PRAXE	24
6.2 STUDIE O VYSOKOŠKOLSKÝCH STUDENTECH NEUČITELSKÝCH OBORŮ.....	25
6.3 STUDIE O BUDOUCÍCH UČITELÍCH.....	26
7 PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
7.1 VÝZKUMNÉ NÁSTROJE	28
7.2 PROCEDURA SBĚRU DAT A SOUBOR RESPONDENTŮ	29
7.3 STATISTICKÁ ANALÝZA.....	33
7.4 VÝSLEDKY	33
7.4.1 Znalosti o epilepsii	33
7.4.2 Sebedůvěra ve vztahu k epilepsii.....	40
7.4.3 Postoje ve vztahu k epilepsii	43
7.4.4 Faktory ovlivňující znalosti o epilepsii, postoje a sebedůvěru	49
7.5 DISKUZE	51
ZÁVĚR	54
RESUMÉ.....	56

SEZNAM LITERATURY	57
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ	60
PŘÍLOHY	I

SEZNAM ZKRATEK

ATPE – Attitudes towards people with epilepsy (dotazník postojů k lidem s epilepsií)

CNS – Centrální nervový systém

DP – Diplomová práce

EEG – Vyšetření elektroencefalografické

FPE – Fakulta pedagogická

IQ – Inteligenční kvocient

JČU – Jihočeská univerzita

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (kritérium vhodnosti provedené faktorové analýzy)

SPAS – Students' perception of ability scale (dotazník sebepojetí školní úspěšnosti)

SPU – Specifické poruchy učení

ZČU – Západočeská univerzita

ÚVOD

Epilepsie je označována jako chronické neurologické onemocnění, které postihuje zhruba 1 % populace, tj. až 100 000 osob v České republice trpí touto chorobou. Nejčastější výskyt epilepsie je v dětství a adolescenci (Kršek, 2010, s. 106). Proto považuji za důležité, abych jakožto budoucí učitelka na prvním stupni základní školy, byla dostatečně obeznámena s problematikou epilepsie. Těžko si dokážu představit, jak bych bez základních znalostí reagovala při probíhajícím epileptickým záchvatu ve třídě a zda bych dokázala postiženému dítěti pomoci.

Teoretická část práce je věnována základním poznatkům, které se týkají vymezení základních pojmů, představení klasifikace epileptických záchvatů, léčby. V poslední kapitole teoretické části práce se zamyslím nad zvláštnostmi epileptického žáka v prostředí školy. Jedná se zde o témata, kterými jsou epilepsie a kognitivní funkce, sebepojetí dítěte s epilepsií. Poslední kapitola teoretické části práce bude věnována stručnému představení studií, které mapují znalosti a postoje učitelů k epilepsii v ČR i ve světě. Jedná se především o studie ze Spojených států amerických, Chorvatska a Spojeného království.

Výzkumným cílem praktické části diplomové práce bude srovnat znalosti a postoje k epilepsii mezi nekvalifikovanými učiteli 1. stupně z praxe a studenty učitelství 1. stupně, kteří dosud zkušenosti z praxe nemají. Toto srovnání provedu pomocí dotazníkového šetření. Dalším výzkumným cílem bude analyzovat faktory ovlivňující úroveň znalostí o epilepsii a postojů k dětem s epilepsií mezi učiteli 1. stupně, resp. studenty učitelství pro 1. stupeň a pokusit se navrhnout, jak zefektivnit přípravu budoucích učitelů 1. stupně směrem k dětem s epilepsií či příbuznými nemocemi.

Vedle výše uvedených badatelsky orientovaných cílů diplomové práce jsem si rovněž zvolila cíl osobní, kterým je především porozumění problematice epilepsie a hlubší se zamýšlení nad tím, která úskalí jsou spojena s problematikou epilepsie v prostředí školy.

Diplomová práce je volným pokračováním systematického výzkumu, který studoval znalosti a postoje učitelů k epilepsii (Brabcová et al., 2012) a rovněž také znalosti a postoje budoucích učitelů k epilepsii (Brabcová et al., 2016).

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ TÝKAJÍCÍCH SE EPILEPSIE

První kapitola je věnována vysvětlení základních pojmů týkajících se epilepsie. Pro orientování se v daném tématu bude nejprve vysvětlen samotný pojem epilepsie, dále pojmy aura a její formy, febrilní křeče, definován status epilepticus a vyjmenovány možné příčiny vzniku epilepsie.

1.1 POJEM EPILEPSIE

Za epilepsii je považováno chronické, neboli dlouhodobé onemocnění mozku s opakovanými nevyprovokovanými epileptickými záchvaty, s veškerými jejich důsledky kognitivními, behaviorálními a sociálními (Ošlejšková, 2009, s. 23). „*Epilepsie je velmi čtým neurologickým onemocněním*“ (Ošlejšková, 2009, s. 20). „*Její prevalence (tj. počet pacientů s epilepsií, kteří v posledních 5 letech prodělali alespoň jeden epileptický záchvat), je 0,5-1 % populace. Jinými slovy žije v ČR až 100 000 lidí s tímto onemocněním. Incidence epilepsie ve vyspělých zemích se uvádí mezi 24 a 53 případy na 100 000 jedinců za rok a je významně ovlivněna věkem: nejvyšší je v dětství a adolescenci, dále pak až ve stáří*“ (Kršek, 2010, s. 106). Věková vázanost onemocnění není bezpodmínečná, u části nemocných toto onemocnění v určitém věku začne a také v určitém věku samo odezní. Ve většině případů je však epilepsie léčitelná. V některých případech jsou pro zlepšení stavu nemocného dostačující režimová opatření, například stačí pouze pozměnit životosprávu (Kršek et al., 2012, s. 8).

1.2 POJEM AURA

Jak je shora uvedeno, epilepsie je záchvatovité onemocnění. Počáteční část záchvatu, která předchází poruše vědomí, je označována jako aura. V případě, že je člověk schopen svou „auru“ rozpoznat, je pro něj dobrým vodítkem k lokalizaci zóny začátku záchvatu (Kršek, 2010, s. 107). Většinou trvá několik sekund, výjimečně to mohou být i minuty (Marušič, Tomášek, 2003, s. 9). Jsou známy různé formy aury, například somatosenzorická, zraková, čichová, chuťová, vegetativní a jiné. Při čichové auri nemocní pociťují různé nepříjemné pachy, zraková aura je většinou charakterizována jako jakýsi „záblesk“ nebo „tmavé skvrny“, vegetativní aura je spojena s pocitem návalu horka nebo bušením srdce (Marušič, Tomášek, 2003, s. 9-11).

1.3 FEBRILNÍ KŘEČE

Záchvat epilepsie může u části nemocných probíhat podobně jako záchvat febrilních křečí. *„Febrilní křeče jsou nejčastější neurologické onemocnění dětského věku. Označujeme tak záchvatový projev u dětí mezi 3.-5. rokem života“* (Ošlejšková, 2009). Febrilní křeče se nejčastěji objevují v počátcích infekčního onemocnění při změně teploty na 38 °C a více (Ošlejšková, 2009, s. 120). *„Jedná se o komplexní reakci nervového a imunitního systému vyvíjejícího se mozku na infekci, ale bez příznaků zánětu CNS“* (Ošlejšková et al., 2008, s. 67). Febrilní křeče mohou být vnímány různě, a to v první řadě jako příležitostní křeče, anebo naopak jako dramatický zážitek ohrožující život dítěte (Ošlejšková, 2009, s. 120). Febrilní záchvaty mohou být jednoduché, které trvají do 10 minut, nebo komplikované, které trvají více jak 10 minut (Amblarová, 2009, s. 33). *„Komplikované febrilní záchvaty mají horší prognózu, co se týká přechodu do epilepsie“* (Ošlejšková et al., 2008, s. 67).

1.4 STATUS EPILEPTICUS

„Status epilepticus je dle Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů definován jako záchvat, který trvá více jak 30 minut“ (Ošlejšková, 2009, s. 24). *„Může jít o jeden dlouhotrvající záchvat nebo sérii záchvatů, mezi kterými se pacient neprobírá k vědomí“* (Komárek, 1997, s. 127).

1.5 DĚLENÍ EPILEPSIE PODLE PŘÍČINY VZNIKU

Epilepsie má několik možných příčin. Pro lepší přehled můžeme epileptická onemocnění rozdělit na:

- idiopatické epilepsie
- symptomatické epilepsie
- epilepsie kryptogenní.

Idiopatické epilepsie je možné také označit nebo pojmenovat jako „převážně geneticky podmíněné“ nebo také jako „primární epilepsie“. Příčina této epilepsie je genetická. Tato epilepsie začíná v určitém věkovém období a také v určitém období končí, nejčastěji jsou však v dětském věku a také v adolescenci.

Symptomatické epilepsie neboli „epilepsie sekundární“. U těchto epilepsií dochází ke vzniku záchvatů při poškození mozku, které může být zapříčiněné například úrazem

mozku, mozkovými nádory, cévními onemocněními, různé vrozené vývojové vady nebo také záněty mozku. Patří sem také nemocní, jejichž mozek byl poškozen v průběhu porodu.

Kryptogenní epilepsie má blízko ke skupině epilepsií symptomatických, ale onemocnění mozku v tomto případě nelze definovat. Příčinu můžeme předpokládat, ale nemůžeme ji prokázat (Kršek et al., 2012, s. 10).

2 KLASIFIKACE EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ

Tato kapitola je věnována klasifikaci epileptických záchvatů dle Mezinárodní ligy proti epilepsii – ILAE a dále jsou blíže vysvětleny pojmy parciální a generalizované záchvaty.

Epileptický záchvat si můžeme vysvětlit, jako přechodný stav, kdy dochází k narušení normální činnosti mozku (Ošlejšková, 2008, s. 63). „*Epileptické záchvaty jsou klasifikovány podle různé klinické podoby, EEG nálezu a délky trvání*“ (Brabcová, 2013, s. 7). Mezi další možné klasifikace patří například semiologická klasifikace, anatomická klasifikace a mezinárodní klasifikace (Marusič, Tomášek, 2003).

„*Nejpoužívanější kategorizaci epileptických záchvatů představuje mezinárodní klasifikace záchvatů Mezinárodní ligy proti epilepsii – ILAE (International League Against Epilepsy). Tato klasifikace se však nezabývá vlastní etiologií (příčinou epileptických záchvatů)*“ (Brabcová, 2013, s. 7).

1. Parciální (fokální, lokalizovatelné) záchvaty

A. Jednoduché (bez alterace vědomí)

s motorickými příznaky

se somatosenzorickými příznaky

s vegetativními příznaky

s psychickými příznaky

B. Komplexní (s poruchou vědomí)

s iniciálními jednoduchými záchvaty a následnou poruchou vědomí

s iniciální poruchou vědomí

C. Parciální záchvaty přecházející v generalizované

2. Generalizované (s poruchou vědomí až bezvědomí od počátku a bilaterální motorickou manifestací)

A. Absence

Atypická absence

B. Myoklonické záchvaty

C. Klonické záchvaty

D. Tonické záchvaty

E. Tonicko-klonické záchvaty

F. Atonické záchvaty

3. *Neklasifikovatelné epileptické záchvaty*“ (Komárek, 1997, s. 23-24).

Pro úplnost této kapitoly se blíže podíváme na jednotlivé pojmy z klasifikace epileptických záchvatů a jejich podrobnější rozbor.

„Parciální záchvaty jsou takové, u nichž počáteční klinické projevy a / nebo EEG změny svědčí pro začátek záchvatu v části jedné mozkové hemisféry. Parciální záchvat je primárně dále klasifikován na základě toho, zda došlo k poruše vědomí v průběhu záchvatu či nikoliv“ (Brázdil et al., 2004, s. 32). V případě, že vědomí narušeno nebylo, se jedná o záchvaty parciální s elementární symptomatologií a v opačném případě, kdy vědomí narušeno bylo, se jedná o záchvaty parciální s komplexní symptomatologií (Brázdil et al., 2004, s. 32).

„Generalizované záchvaty jsou takové, u nichž první klinické změny naznačují počáteční zapojení obou hemisfér“ (Brázdil et al., 2004, s. 32).

Absence – nečekaný výskyt, přerušení jakékoliv činnosti, například při hovoření se řeč zpomalí, při chůzi se ochromeně pacient zastaví, v případě jezení přestane hýbat ústy. Tento záchvat může trvat několik sekund až půl minuty.

Myoklonické záchvaty – krátké záškuby neboli kontrakce různých svalových skupin například v oblasti obličeje, trupu, končetin.

Klonické záchvaty – opakující se klonické záškuby.

Tonické záchvaty – dle Gowers jsou tonické záchvaty *„pevnou, násilnou svalovou kontrakcí, která fixuje končetiny v určité poloze“* (Brázdil et al., 2004, s. 32).

Tonicko-klonické záchvaty – častým názvem je „grand mal“ (velký záchvat), během tohoto záchvatu pacient upadne do tonické křeče na zem, nemůže dýchat a začíná se také objevovat cyanóza (modrofialová barva obličeje), také může dojít k pokousání jazyka a pomočení.

Atonické záchvaty – znamená náhlý pokles svalového napětí.

Mezi neklasifikovatelné epileptické záchvaty patří všechny ty, které nelze klasifikovat vzhledem k malým množstvím údajů (Brázdil et al., 2004, s. 32-34).

Další klasifikací je anatomická klasifikace, která spočívá v tom, že můžeme lokalizovat epileptický záchvat dle symptomatologie.

Poslední semiologická klasifikace spočívá v hodnocení následujících složek záchvatu, a to vědomí, sensorické příznaky, motorické projevy, vegetativní příznaky. Hlavní dělení je epileptický záchvat a neklasifikovatelný záchvat. Epileptické záchvaty se dále dělí na auru, absence, motorický záchvat jednoduchý nebo komplexní (Komárek, 1997, s. 24-25).

3 EPILEPTICKÉ SYNDROMY U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

„Epileptický syndrom bývá definován jako komplex společně se vyskytujícími specifických příznaků a charakteristik. Součástí komplexu musí být určení typu záchvatu, popis EEG nálezu, posouzení možné etiologie, věkové vazby a předpokládané prognózy“ (Komárek, 1997, in Komárek, 2007, s. 474).

Hlavním cílem této kapitoly bude vymezení epileptických syndromů, které se pojí s dětstvím a dospělostí a jejich členění.

3.1 SYNDROMY VYSKYTUJÍCÍ SE U DĚTÍ

„Skupina pojednává o epileptických záchvatech a syndromech, které se vyskytují v rozmezí asi 4. až 12. roku věku, v období stabilizace mozkových funkcí, vytváření rovnováhy po ukončení vývoje mozečku a dalších inhibičních mozkových struktur“ (Moráň, 2003, s. 47). Výskyt epilepsií v tomto období je nižší než před 4. rokem věku, nicméně je stále vyšší než v dospělosti (Moráň, 2003, s. 47).

3.1.1 DĚTSKÁ ABSENCE – CHILDHOOD ABSENCE EPILEPSY (CAE)

Termín absence, tedy generalizovaný epileptický záchvat, byl poprvé použit Calmeilnem (1824) a Gowersem (1881). Dříve používaný termín „petit mal“ je dnes považován za nevhodný a zastaralý. Dětská absence se objevuje přibližně u 8 % dětí školního věku. Nejčastější výskyt je mezi 6. a 7. rokem. CAE bychom mohli definovat dle Loiseau z roku 1992 následovně: (Komárek, 1997, s. 108)

1. *„výskyt mezi 4. až 12. rokem;*
2. *absence jsou prvním a vedoucím příznakem;*
3. *absence jsou časté a různého typu – ne však myoklonické;*
4. *na EEG jsou bilaterální, symetrické a synchronní výboje hrotu a vln 3/s při normální (věku odpovídající) základní aktivitě (lze pozorovat rychlejší sw na začátku záchvatu a relativně pomalejší na jeho konci);*
5. *absence se objevují u dětí s normálním psychomotorickým vývojem“* (Komárek, 1997, s. 108).

Můžeme rozlišit až 6 variant absencí, a to prostou, s klonickou komponentou (záškuby očních víček), s anatomickou komponentou (poklesy hlavy), s tonickou komponentou

(stočení očí vzhůru, hlava v záklonu, hrozí zde pád), s automatismy, s autonomní komponentou.

Nejčastějším vyvolávacím faktorem je ospalost. Nejvíce záchvatů se vyskytuje hodinu po probuzení, po obědě a k večeru. Prognózou CAE je příznivá, obvykle se po pubertě ztrácí. Při změně životosprávy – noční bdění při kombinaci s alkoholem je třeba mít na paměti určité riziko recidivity velkých záchvatů (Komárek, 1997, s. 108-109).

3.1.2 BENIGNÍ EPILEPSIE S ROLANDICKÝMI HROTY (BERS) A BENIGNÍ EPILEPSIE S CENTROTEMPORÁLNÍMI HROTY (BECT)

Tímto syndromem trpí 15-20 % dětí s epilepsií. Oba tyto názvy jsou v literatuře používány, ale jedná se o jeden a ten samý syndrom (Komárek, 1997, s. 109-110). Tyto záchvaty se většinou objevují mezi 4.-10. rokem a obvykle ve spánku, pouze u třetiny nemocných se záchvaty objevují po probuzení během dne (Moráň, 2003, s. 48). Jedná se o krátké klonické křeče jednotlivých svalových skupin v oblastech obličeje a horních končetin. Dále se objevuje chrčení, dysartrie, polykání, slinění, v některých případech může předcházet nebo i následovat parestézie v oblasti jazyka, ruky nebo poloviny obličeje. Nedochozí k poruše vědomí, ke konci se může objevit i zvracení. Prognóza je v tomto případě dobrá, většinou po pubertě záchvaty vymizí a znovu už se neobjeví (Komárek, 1997, s. 109-110).

3.1.3 LAUDAUŮV-KLEFFNERŮV SYNDROM (LKS)

Tento syndrom je nejčastější v rozmezí 3.-5. roku. „*Syndrom se sestává ze 4 hlavních symptomů: získaná afázie, poruchy chování (hyperaktivita), EEG abnormality (mnohočetné hroty a komplexy hrot-vlna), epileptické záchvaty*“ (Komárek, 1997, s. 110).

Získaná afázie je dominantním a nepostradatelným příznakem. Vyskytuje se u dětí, které mají již osvojené základy mluvené řeči. Řeč se pomalu rozpadá, až se úplně ztrácí, a proto dítě není schopné verbální komunikace. Schopnost rozpoznat mluvené slovo vázne, v tom případě dítě nerozumí tomu, co slyší, ani tomu, co samo chce říci.

Poruchy chování (hyperaktivita) – dítě, které není schopno se domluvit, je zoufalé, proto se snaží upoutat pozornost, také se nedokáže soustředit, a tím pádem se schopnost komunikovat více zhoršuje.

Epileptické záchvaty se mohou vyskytovat jak jednotlivě, tak v nakupeních, epileptickém statu. Jen zřídka jsou tonické, častější jsou klonické nebo atonické.

Po patnáctém roce věku je možné očekávat ústup záchvatů a případně i normalizaci EEG. Bohužel je méně příznivá prognóza z hlediska úpravy afázie. Normální psychosociální vývoj je možné očekávat u 40-50 % postižených (Komárek, 1997, s. 111).

3.2 SYNDROMY VYSKYTUJÍCÍ SE U DOPÍVAJÍCÍCH

Prevalence epilepsie v tomto období je okolo 1,5-2 %. Do období dospívání může dojít k odeznění specifických dětských záchvatů, některé ovšem mohou přetrvávat a některé se naopak mohou vyvíjet. Velký vliv na epilepsii má právě v tomto období menarché a také rozvíjející se syndrom meziotemporální epilepsie. Již Hippokrates popsal právě efekt menarché neboli možný vztah mezi pubertou a epilepsií. Pozoroval, že v období puberty má epilepsie mnohem lehčí průběh a nějaké části epilepsie se vyléčí úplně. Po několika pozorováních a studiích, které hodnotí vztahy hormonální změny, počet a tíhu záchvatů, významné změny potvrzeny nebyly (Moráň, 2003, s. 49).

3.2.1 JUVENILNÍ MYOKLONICKÁ EPILEPSIE (JME)

„Typickým projevem jsou prudké (impulzivní) klonické záškuby převážně extenzorů horních končetin, obvykle oboustranné, ale ne zcela symetrické“ (Komárek et al., 2000, s. 75). Jejich výskyt je častý po probuzení, například při snídani nebo v koupelně. Spouštěčem také může být náhlá změna světla nebo se aktivují předchozí spánkovou deprivací (Komárek et al., 2000, s. 75). V tomto případě je důležité vyvarovat se spánkové deprivaci, celkově je důležitá životospráva (Komárek, 1997, s. 114).

3.2.2 EPILEPSY WITH GRAND MAL ON AWAKENING (GMA)

„Jde o syndrom, pro nějž nemáme přílehlavý český název, lze ho vyjádřit jen opisem: epilepsie s generalizovanými tonicko-klonickými záchvaty po probuzení“ (Komárek, 1997, s. 114). Nejčastější výskyt je po ranním probuzení, ve dne je možný výskyt při odpolední relaxaci a následném probudění. Hlavní je úprava životosprávy a také vyvarování se zkrácení spánku.

3.2.3 JUVENILNÍ ABSENCE (JAE – JUVENILE ABSENCE EPILEPSY)

Tento typ syndromu patří mezi skupinu idiopatických generalizovaných epilepsií s genetickou predispozicí. Juvenilní absence se od dětských liší v několika případech, a to vzhledem k věkovému období (v tomto případě je věkové rozmezí 10-17 let s vrcholem kolem 14. roku), dále charakterem záchvatů. Častěji je možné se setkat

s výskytem generalizovaných tonicko-klonických záchvatů (většinou se jedná o záchvaty po probuzení, a to v 75 %) (Komárek, 1997, s. 114-115).

4 DIAGNOSTIKA, TERAPIE A PROGNÓZA EPILEPSIE

Níže uvedená kapitola bude pojednávat o diagnostice, se kterou úzce souvisí především anamnéza pacienta, dále pak terapie, ke které se používá například farmakoterapie a alternativní léčba, a v neposlední řadě se zaměříme na prognózu epilepsie, kdy pacienty zajímá především otázka léčitelnosti epilepsie, popřípadě její vyléčitelnost a také otázka, zda a jak tato nemoc ovlivní kvalitu jejich života.

4.1 DIAGNOSTIKA

Pro správnou diagnostiku a klasifikaci epileptického záchvatu je důležitá anamnéza pacienta. Nezbytné jsou výpovědi pacienta ohledně okolností záchvatu, provokačních faktorů, aury nebo také prodromech (tj. změny nálad, které mohou záchvatu předcházet i 24 hodin). Nápomocný je objektivní pozorovatel, který je schopen popsat průběh, symptomy, délku i doznívání záchvatu. Všechny tyto nové informace jsou velice důležité k prvnímu diferenciálně diagnostickému posouzení záchvatového stavu lékařem. Dále je nutné interní nebo pediatrické vyšetření včetně biochemických a hematologických odběrů, následuje neurologické vyšetření, jehož součástí je EEG (Ošlejšková, Makovská, 2009, s. 12-13). Důležitá je i rodinná anamnéza, která zvyšuje možnost výskytu epilepsie na základě dědičnosti. V případě, že má epilepsii jeden z rodičů, se jedná o 5 % možnost výskytu a v případě, že epilepsii trpí oba rodiče, tak hovoříme o 10-15 % možnosti výskytu (Moráň, 2007 in Brabcová, 2013, s. 21-22).

4.2 TERAPIE

Nejčastěji používaný způsob léčby epilepsie je farmakoterapie. V posledních letech došlo k výraznému rozvoji možností farmakologické léčby. V průběhu posledních dvou desetiletí bylo do klinické praxe zavedeno až deset druhů nových antiepileptik (Ošlejšková et al., 2009, s. 98). Většině pacientů stačí ke zbavení se záchvatů léčba pouze jedním typem antiepileptik. Asi 10-15 % pacientů potřebuje léčbu kombinovanou, sestavenou z více druhů antiepileptik. Obvykle se léčba nasazuje tak, že se postupně zvyšuje dávkování, dokud nedojde k vymizení záchvatů, nebo do doby, kdy pacient nepocítuje žádné vedlejší účinky (Vojtěch, 2000, s. 34). Dávkování antiepileptik je závislé na několika prvcích jako je věk, váha pacienta a jiná onemocnění, která mohou ovlivnit farmakokinetiku antiepileptika a používání dalších medikací (Moráň, 2003, s. 60). Dalším důležitým krokem v terapii zůstává dodržování režimových opatření, do kterých patří pravidelný rytmus spánku a bdění, neboť usínání a probouzení provokují epileptické záchvaty. Dále je

nutné omezit činnosti, při kterých dochází k nadměrnému zadýchávání, zredukovat užívání léků, vyvarovat se požívání alkoholu, v některých případech je zakázána práce na počítači nebo sledování televize (Ošlejšková, Makovská, 2009, s. 13). Další možností léčby epilepsie je alternativní léčba. Tento způsob léčby je však většinou praktikován léčiteli, pouze výjimečně epileptology, neurology. Alternativní medicína se převážně uplatňuje pro zmírnění záchvatových projevů a dopadů záchvatů. Mezi techniky alternativní medicíny můžeme zařadit jógu a meditaci, aromaterapii a biofeedback (Moráň, 2003, s. 75). Jednoznačným cílem léčby pacientů s epilepsií je úplné utlumení výskytu epileptických záchvatů, eliminování negativního sociálního dopadu, vyloučení nebo alespoň minimalizace výskytu nežádoucích účinků léčby a především zachovat či zlepšit kognitivní funkce. Naopak špatně zvolená léčba může zapříčinit v některých případech poškození mozkové funkce, mentální výkonnost nebo i vývoj mozku, dále má důsledky v možném zhoršení intelektových schopností, kvality života a dalších (Ošlejšková, Makovská, 2009, s. 15).

4.3 PROGNÓZA

Mezi nejčastější otázky pacientů a jejich rodin patří právě dotazy týkající se prognózy onemocnění, její léčitelnosti či úplné vyléčitelnosti a kvality života (Moráň, 2003, s. 75). Můžeme říci, že jedna třetina pacientů má šanci na úplné vyléčení, druhá třetina je při používání jednoho léku prakticky bez záchvatů a žije normálním životem, u poslední skupiny projevy nemoci přetrvávají navzdory pravidelnému užívání léků, které přestávají účinkovat, a proto lékaři zkouší další možné kombinace antiepileptik (Ošlejšková, Makovská, 2009, s. 27). Vše záleží na příčině a typu epilepsie. I přes veškeré snahy lékařů se u zhruba 20-30 % pacientů nepodaří docílit stavu, kdy záchvaty zcela vymizí, farmakologická léčba nezabírá, jedná se o tzv. farmakorezistentní epilepsii (Ošlejšková, 2008). Co se týče dětí s epilepsií, je nezbytně nutné, aby mohli vést plnohodnotný život, navštěvovat školu, kroužky a jiné aktivity jako ostatní děti stejného věku a nebýt izolováni (Brabcová, 2013, s. 24).

5 SZVLÁŠTNOSTI EPILEPTICKÉHO ŽÁKA

V této kapitole se blíže zaměříme na žáka trpícího epilepsií, na jeho kognitivní funkce spojené s tímto onemocněním, zda má epilepsie vliv na intelekt a jestli může epilepsie ovlivnit výskyt specifických poruch učení. Rovněž zde bude zmíněna otázka sebepojetí školní úspěšnosti žáka s epilepsií a první pomoc při epileptickém záchvatu.

5.1 EPILEPSIE A KOGNITIVNÍ FUNKCE

U pacientů s epilepsií se hovoří o možných poruchách kognitivních funkcí, které mohou být způsobeny epileptickým procesem, ale také vlivem některých antiepileptik. Postiktální tranzitorní porucha kognice vznikající bezprostředně po záchvatu se projevuje poruchou paměti a koncentrace, zmateností a dezorientací. Častější výskyt kognitivní poruchy se objevuje u pacientů, kteří trpí jak epilepsií, tak depresivní či úzkostnou poruchou (Moráň, 2003, s. 78-79). Zde je to naprosto opodstatněné, pokud budeme uvažovat o depresi, úzkosti jakožto psychickém stavu, který tvoří klíčové pozadí, na kterém probíhají kognitivní psychické procesy.

5.1.1 EPILEPSIE A IQ

Nabízí se zcela přirozeně otázka, která se zaměřuje na souvislost poruchy intelektu u pacientů s epilepsií.

Dle Vágnerové (2005) lze očekávat lehké postižení intelektu u 30 % dětí epileptiků. Vše závisí na několika důležitých faktorech, a těmi jsou typ záchvatu, frekvence záchvatů, věk v době počátečního záchvatu, pohlaví, rodinné prostředí a další (Cull, 1988 in Brabcová, 2013, s. 36-37). Bylo prokázáno, že při standardizovaných testech inteligence dosáhlo více jak 80 bodů 73 % dětí s epilepsií, oproti celkové populaci, kdy se nad tuto hranici dostane 90 % jedinců (Berg et al., 2008 in Brabcová, 2013, s. 37). U pacientů s epilepsií frontálního laloku může být oslabena paměť pracovní, epizodická, procedurální, také časové sekvencování a znovupoznávání informací již uložených v paměti. Dále může být změněna schopnost myšlenkové abstrakce, generalizace, kategorizace pojmů, také dedukce a v neposlední řadě schopnost odhadu a tipování (Brázdil et al., 2004, s. 141).

Celkově lze říci, že posouzení kognitivních funkcí dítěte s epilepsií je v kompetenci klinického psychologa, který pacienta neuropsychologicky vyšetří. Nelze generalizovat to, že jedinci s epilepsií automaticky dosahují nižšího IQ. V historii jsou známi jedinci

s epilepsií, kteří dosahovali vynikajících intelektových schopností a právem se zapsali do historie (Nobel, Dostojevskij, Sócratés, Moliére).

5.1.2 EPILEPSIE A SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ

„*Specifické poruchy učení jsou vývojovou poruchou*“ (Vágnerová, 2005, s. 60). Pod tuto diagnostickou kategorii spadají takové výukové problémy, které jsou zapříčiněné důsledkem dílčích dysfunkcí, které jsou nutné pro osvojení školních dovedností. Tyto poruchy nejsou vyvolané postižením sluchu, zraku, mentální retardací nebo jinou psychickou poruchou, přestože jejich externí projev může být shodný. Specifické poruchy učení (SPU) jsou rozděleny dle místa, které postihují. Hlavní kategorie specifických poruch učení tvoří specifická porucha čtení, specifická porucha psaní a vyjadřování psaním a specifická porucha počítání (Vágnerová, 2005, s. 60). Výskyt specifických poruch učení je mnohem vyšší u osob s epilepsií než v celkové populaci. Dále také přítomnost SPU u dětí s epilepsií má hlavní vliv na sebepojetí školní úspěšnosti (Brabcová et al., 2015, s. 12). Jedná se o polovinu až dvě třetiny pacientů trpících touto chorobou, kteří mají nějaké poruchy učení. Jde spíše o celkové poruchy učení (Říčan, Krejčířová, 1997 in Brabcová 2013, s. 37). V těchto případech dochází k poškození určité oblasti mozku, která je nezbytně nutná pro další rozvoj školních dovedností (Vágnerová, 2005 in Brabcová, 2013, s. 37).

5.1.3 ANTIEPILEPTIKA A NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY

Dlouhodobá léčba antiepileptiky má nepříznivý vliv z hlediska vedlejších nežádoucích účinků léků, které souvisí zejména s velikostí podávané dávky. Vedlejší nežádoucí účinky lze rozdělit do čtyř skupin, a to příznaky akutního předávkování, chronické příznaky, alergie na léky a poslední jsou rizika vzniku vrozených vad u dětí, jejichž matky jsou léčeny antiepileptiky. Typické příznaky pro akutní předávkování jsou například zhoršená koordinace pohybů, náhle vzniklá nevolnost, dvojité vidění, bolesti hlavy, celková únava a závratě. Chronické příznaky se projevují pozvolna oproti těm předchozím. V tomto případě dochází ke zpomalenému myšlení, zhoršení paměti a depresi (Vojtěch, 2000, s. 35). Krajním nežádoucím účinkem podávaných antiepileptik může být až chronická toxicita, jejímiž nejčastějšími projevy jsou například postižení paměti, učení, kognitivních funkcí, změny chování, pseudodemence, závratě, ospalost, diplopie (dvojité vidění), také kožní projevy nebo poruchy funkce jater a další (Moráň, 2003, s. 60). Dalšími

nežádoucími účinky antiepileptik mohou být například hyperaktivita nebo naopak únava v průběhu dne.

Učitel by měl mít elementární povědomost o epilepsii a možných nežádoucích dopadech antiepileptické léčby, což je nezbytné pro zaujetí co nejlepšího postoje k žákovi (Brabcová, 2013, s. 42).

5.2 SEBEPOJETÍ ŠKOLNÍ ÚSPĚŠNOSTI DĚTÍ S EPILEPSIÍ

Sebepojetí můžeme chápat jako „*představu o sobě samém*“ (Hartl, Hartlová, 2009, s. 524). Mezi základní aspekty sebepojetí patří sebehodnocení, sebedůvěra, sebeúcta a sebeláska. Vývoj sebepojetí v období školního věku získává další rozměr, objeví se nová role, role školáka, dítě je hodnoceno na základě svých výkonů (Vágnerová, 2005, s. 255-262). Po celou dobu školní docházky dochází k sebehodnocení, posuzování vlastní školní úspěšnosti, žáci se opírají o srovnávání s ostatními (Brabcová et al., 2015, s. 38-40). Ve vztahu k výkonu a jeho kvalitě je sebehodnocení žáků školního věku stanoveno Eriksonem podle hesla „*Jsem to, co dovedu*“ (Říčan, 1972, in Matějček, Vágnerová, 1992, s. 5).

Školní úspěšnost bychom si mohli vysvětlit například tak, že splníme nároky společnosti, které jsou na nás kladené v prostředí školy. Na školní úspěšnost lze pohlížet ze dvou hledisek, a to subjektivního nebo objektivního hlediska. Objektivní hledisko je snaha dítěte uspokojit požadavky, dosáhnout úspěchu ve vztahu k vnějším činitelům, kterými mohou být například rodič, učitel. Subjektivní hledisko je naopak zaměřené na pocity samotného žáka, jedná se o to, jak se dítě cítí v prostředí školy a jak je motivováno ke vzdělávání se (Brabcová et al., 2015, s. 40).

Školní úspěšnost může být ovlivněna dvěma faktory. Jaký je obsah učiva, osobnost učitele, dále metodami při vyučování a také prostředím. Zmíněné proměnné můžeme zařadit mezi vnější faktory. Mezi vnitřní faktory řadíme charakter dítěte či dospívajícího, jeho dovednosti i návyky, motivaci a jiné (Brabcová, 2013, s. 133).

5.3 KVALITA ŽIVOTA A ŠKOLNÍ ÚSPĚŠNOST

Do jaké míry může školní úspěšnost ovlivnit kvalitu našeho života? Každý z nás se jistě zamyslí nad tím, že kvalitu života samozřejmě ovlivňuje školní úspěšnost, vždyť ve škole žáci tráví velkou část svého času, jejich výsledky jsou porovnávány s výsledky ostatních a nároky, které jsou na ně kladené, žáci splňují a posouvají se tím dál.

Naopak může nastat situace, kdy žák nepokládá školní úspěšnost za důležitou ve vztahu ke kvalitě života. Vzdělání „sabotuje“ a za svůj vzor má jedince, kteří dosáhli úspěchu i bez vzdělání, tudíž vzdělání nepokládají za důležité (Brabcová et al., 2015, s. 41).

Při otázce, jaké faktory ovlivňují sebepojetí školní úspěšnosti právě u dětí s epilepsií, bylo zjištěno, že se jedná o to, zda u jedince byla zjištěna specifická porucha učení či nikoli (Brabcová et al., 2015, s. 53). Pokud bude mít učitel ve třídě žáka s epilepsií, je důležité také to, aby pečlivě zjistil, zda u toho daného žáka nebyla diagnostikována specifická porucha učení a případně jakého druhu. Brabcová et al. (2015) zjistili, že děti s epilepsií bez specifické poruchy učení dosahovaly srovnatelného sebepojetí školní úspěšnosti, jako děti z normální populace. Pro normální populaci zde byly brány hodnoty stenů, které jsou uvedeny v manuálu testu SPAS, od autorů Matějčka a Vágnerové (1992).

5.4 DÍTĚ S EPILEPSIÍ V PROSTŘEDÍ ŠKOLY

Nástup do první třídy není umožněn jedné třetině dětí s epilepsií, a tak jsou nuceny být zařazeny do zvláštních škol (Vágnerová, 2005). U dětí, jejichž schopnosti pro zahájení povinné školní docházky jsou hraniční, je vhodné odložit nástup do školy po poradě s psychologem. Po nástupu epileptika do školy je důležité zaměřit se na informování spolužáků učitelem o jeho přítomnosti, dále seznámení s možností výskytu záchvatu, o jeho příznacích a pravidlech chování v případě nastalé situace. Cílem je, aby dítě u svých spolužáků nezbuzovalo posměch. Co se týká případného omezení dítěte s epilepsií při výuce, tak by mělo být minimální. Dítě by mělo absolvovat tělocvik s minimálním omezením, v případě většího ochraňování dítěte by mohlo dojít k jeho vyčlenění z kolektivu dětí. V oblasti sportu je několik nevhodných aktivit, které mohou vést k poškození nemocného i jeho okolí. Jedná se například o potápění, skoky do vody, hod diskem, koulí či kladivem, skoky a sjezd na lyžích a další (Moráň, 2003, s. 82-83).

V prostředí školy může být dítě s epilepsií častěji obětí šikany ve srovnání s ostatními dětmi (Hamiwka et al., 2009). Důležité jsou také znalosti učitele o epilepsii, aby nedocházelo k neadekvátnímu vyhodnocení situace, například nepozornosti epileptika zapříčiněné vedlejšími účinky užívaných antiepileptik, které mají negativní vliv na udržení pozornosti. Významnou roli hraje také očekávání rodičů. Většinou dochází ke snižování požadavků na školní výkony u dětí s epilepsií. Dítě pak opravdu podává nižší výkony, přestože by mohly být s ohledem na jeho mentální kapacitu vyšší (Brabcová et al., 2015,

s. 38-39). Další negativní dopad na školní úspěšnost žáka je větší procento výskytu specifických poruch učení, ale i chování, jak již bylo řečeno.

Ve studii Brabcové et al. (2015) bylo zjištěno, že 75 % dotazovaných dětí s epilepsií nemá žádné problémy se začleněním do kolektivu, třída je přijímá bez jakýchkoliv rozdílů. Dále 83 % dotazovaných uvedlo, že důvěřují svému učiteli, který by jim byl schopen v případě epileptického záchvatu poskytnout první pomoc. Co se týká úlev ve vyučování, tak 56 % dětí odpovědělo, že si myslí, že nemají ve vyučování nějaké úlevy vzhledem ke své nemoci. A co se týká obav, které žáci s epilepsií mají, je na prvním místě (63 %) obava z náročného učiva a ze známkování, následuje obava ze spolužáků (18 %) a v poslední řadě lze u 13 % respondentů vysledovat strach z hrozícího záchvatu ve škole (Brabcová et al., 2015, s. 49-50).

5.4.1 PRVNÍ POMOC PŘI EPILEPTICKÉM ZÁCHVATU

V případě, že jsme svědky epileptického záchvatu a nemáme k dispozici žádný lék, je nejlepším řešením pouze snaha zabránit během záchvatu mechanickému poranění, a to především hlavy. Bohužel průběh již spuštěného epileptického záchvatu nemáme šanci nijak ovlivnit. V případě parciálního záchvatu s komplexní symptomatologií nesmíme odvádět postiženého pryč, nebránit mu v jeho automatizmech, nesmíme ho omezovat, neboť by mohlo dojít k ještě horšímu průběhu, k prudší motorické reakci a agresivitě. Neměli bychom rozevírat ústa a vkládat do nich nějaké předměty, rozevírat pěsti a násilím držet končetiny (Moráň, 2003, s. 57). V průběhu záchvatu by měla být hlava vypodložena, těsné části oděvu by měly být uvolněny (Vojtěch, 2000, s. 51).

V pozáchvatové fázi je nutné zjistit, zda nedošlo k poranění, pokud ano, je třeba zajistit ošetření. Nemocného uložíme do stabilizované polohy (Moráň, 2003, s. 57).

V případě, že k záchvatu dojde u žáka v prostředí školy, je nutné, aby měl učitel na paměti výše uvedené zásady. Po skončení záchvatu může dojít k dezorientaci žáka, a proto je velice důležité, aby učitel u žáka zůstal po celou dobu, než dojde k plnému návratu jeho vědomí. Dále může nastat situace, kdy porucha vědomí stále přetrvává. V tomto případě je vhodné žáka uložit do stabilizované polohy.

Ve většině případů epileptický záchvat ustává během několika minut a nevyžaduje zajištění lékařské péče (volání rychlé záchranné služby). Pokud se jedná o generalizované tonicko-klonické záchvaty, tak může nastat situace, kdy je nutné volat záchrannou službu a to v případě:

1. Jedná se o vůbec první epileptický záchvat v životě, učitel si doposud nebyl vědom toho, že má ve třídě žáka s epilepsií.
2. Při záchvatu došlo ke zranění (pokousání jazyka, úder do hlavy...).
3. Pokud záchvat trvá déle než 5 minut nebo jeden záchvat přechází do druhého záchvatu, žák se neprobere k plnému vědomí.

Po prodělaném záchvatu je většinou dítě unavené, a tak je důležité jej nechat odpočinout (Reilly and Ballantine, 2011 in Brabcová, 2013, s. 42-43). Jak již bylo výše uvedeno, nejen učitel, ale i žáci by měli být informováni o tom, co může nastat a jak se mají při takové situaci zachovat, co můžou očekávat a jak takový záchvat vůbec probíhá.

Pro učitele byla vyrobena brožura (obrázek č. 1). Ve které jsou stručně shrnuty veškeré informace o epilepsii, včetně první pomoci při epileptickém záchvatu.



Obrázek č. 1 – Titulní strana brožury pro učitele.

6 ZNALOSTI, POSTOJE, SEBEDŮVĚRA VE VZTAHU K EPILEPSII

V této kapitole budou vymezeny pojmy znalosti, postoje a sebedůvěra. Následně se zaměříme na studie z Evropy a Spojených států amerických, které měří znalosti, postoje a sebedůvěru u učitelů z praxe. Rovněž se v této části kapitoly zmíníme o znalostech, postojích vysokoškolských studentů neučitelských oborů například z Říma a Kuvajtu. Tyto studie byly vybrány záměrně, neboť jiné studie na toto téma nebyly dosud realizovány. V samotném závěru této kapitoly bude zmíněna nová studie z roku 2016, která se věnuje znalostem, postojům a sebedůvěře budoucích učitelů (Brabcová et al., 2016).

Znalost (knowledge) je systém poznatků, které je možné rozdělit na znalosti praktické, zkušenostní a na znalosti teoretické, tj. principy, zákony (Hartl, Hartlová, 2004, s. 705).

„Zvláštní prvky ve struktuře osobnosti představují postoje, ale psychologové nejsou zajedno v tom, co pojem postoje vyjadřuje“ (Nakonečný, 1995, s. 118). Tento pojem je možné vysvětlit jako hodnotící vztah neboli postoj vůči něčemu, předmětem může být cokoli – jedná se o hodnocení objektu subjektem. Naše postoje mohou být negativní, pozitivní, dále se nemusí shodovat s postoji ostatních. Postoj je dle psychologického slovníku definován jako *„sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama. Postoje jsou součástí osobnosti, souvisí se sklony a zájmy osobnosti, předurčují poznání, chápání, myšlení a cítění; vědomosti, dovednosti a postoje se získávají v průběhu života, především vzděláváním a širšími soc. vlivy, jako je veřejné mínění, soc. kontakty a jiné, ...“* (Hartl, Hartlová, 2004, s. 442).

Sebedůvěra je dle psychologického slovníku definována následovně *„kladný postoj člověka k sobě samému, svým možnostem a výkonnosti. Sebedůvěru lze posilovat zadáváním přiměřeně obtížných úkolů, povzbuzováním a pochvalou, naopak snižovat zadáváním příliš obtížných úkolů, přehnaným napomínáním, trestáním, zesměšňováním, nespravedlivým hodnocením apod.“* (Hartl, Hartlová, 2004, s. 523).

Jednou z chyb, kterých se lidé dopouštějí velice často při vnímání a hodnocení druhých, je právě chyba podlehnutí prvnímu dojmu. Tato chyba vychází z přirozené tendence člověka zařadit si lidi do určitých kategorií, a to co nejrychleji, s cílem lepší orientace v nich. První informace o člověku výrazně ovlivní následné vnímání osoby, a to buďto v případě, kdy byl náš první dojem kladný, dobrý, pak máme tendenci další fáze vnímání zlepšovat (záporným vlastnostem nepřisuzujeme takový význam). Toto platí i v případě opačném. Ve školách se objevuje další chyba sociálního vnímání, tzv. efekt přání, díky kterému mají

učitelé tendenci vnímat oblíbeného žáka pozitivněji ve všech směrech a jeho vlastnostech. Tato tendence může vyústit v tzv. Pygmalion efekt, což je jakési kladné sebenaplnující proroctví.

Důležité je uvědomit si také zcela opačný případ, kterého se mohou pedagogové dopouštět. „*Pokud bude dítěti stabilně poskytovat negativní zpětnou vazbu, bude paradoxně posilovat jeho nežádoucí projevy: dítě se bude s největší pravděpodobností chovat podle nepříznivého očekávání. Jde o mechanismus označovaný jako Golem efekt*“ (Vágnerová, 2005, s. 20). Příkladem může být i situace, kdy se žák v úvodních hodinách projevil spíše jako slabší, čímž ho učitel nevědomky přiřadil k dětem s nižšími rozumovými schopnostmi. V průběhu dalších hodin a týdnů se učitel chová k žákovi jako k méně schopnému. Bohužel postoj učitele přebírají i spolužáci a dítě samotné se postupem času skutečně začne projevovat tak, jak se to od něj očekává (Holeček et al., 2007, s. 216).

6.1 STUDIE O UČITELÍCH Z PRAXE

Na základě provedených výzkumů, které daly najevo, že i ve vyspělých zemích stále přetrvávají předsudky vůči osobám, které trpí epilepsií, a to i ze stran učitelů, přibývá v poslední době na všech kontinentech více a více studií, které se zaměřují na znalosti a postoje učitelů z praxe k epilepsii.

Této problematice se věnovali například ve Spojených státech, v jižní Americe (Brazílie), evropských zemích, Asii a dalších. V této části práce se zmíníme pouze o studiích, které pocházejí z evropských zemí. Podrobnější analýzu znalostí, postojů učitelů k epilepsii v různých částech světa provedla Brabcová (2013) ve své disertační práci.

Ze studií, které se věnovaly této problematice, vyplynulo mimo jiné, že ani učitelé z praxe by si nevěděli rady při poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu (Brabcová et al., 2013). Pozitivní výsledky byly zjištěny například ve Spojeném království, kde skoro většina dotazovaných učitelů tj. 96 %, byla přesvědčena, že dítě s epilepsií by mělo navštěvovat běžnou školu bez jakéhokoliv omezení. S normálním výkonem těchto žáků počítá 83 % dotazovaných (Bannon et al., 1992 in Brabcová, 2013, s. 54).

Další studie, která probíhala v Chorvatsku, odhalila, že více jak polovina učitelů nepřipouští možnost, že by dítě s epilepsií mělo v prostředí školy i v oblasti vzdělávání nějaké problémy, dále asi 60 % učitelů nemá dostatečnou informaci o žákovi s epilepsií ze strany rodičů a většina dotazovaných má zájem o další vzdělávání v této oblasti (Prpic et

al., 2003 in Brabcová, 2013, s. 55). K podobným výsledkům se dospělo i v Řecku (Kaleyias et al., 2005 in Brabcová, 2013 s. 55).

Ve studii z Itálie, která patří mezi ty nejnovější, a to z roku 2011, bylo zjištěno, že více jak polovina dotazovaných (celkem bylo respondentů 600) by nedokázala řešit probíhající záchvat. Dále 40 % učitelů má nebo někdy mělo za svou učitelskou praxi ve třídě žáka trpící touto chorobou, pouze 25 % však bylo někdy svědkem epileptického záchvatu ve třídě (Mecarelli, 2011 in Brabcová, 2013, s. 55). Ze studií, které probíhaly ve Spojených státech amerických v roce 2004, vyplynulo, že pozitivní pohled na žáka s epilepsií mají právě učitelé s praxí a učitelé, kteří už žáka s epilepsií měli možnost učit. V závěru vyšlo najevo, že negativní postoj má celkem 30 % dotazovaných. Ve studii probíhající o dva roky později byly zjištěny následující údaje: 64 % učitelů se domnívá, že jsou dostatečně informováni a připraveni na možný epileptický záchvat, 44 % učitelů odpovědělo, že má za sebou dostačující výcvik pro poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu (Bishop & Slevin, 2004, Bishop & Boag, 2006 in Brabcová, 2013, s. 57).

Výsledky české studie, které byly zaměřeny na to, jaké znalosti mají učitelé o epilepsii a jaké postoje zaujímají k dětem trpícím touto nemocí, byly publikovány v roce 2012 ve vědeckém časopise *Seizure – Europe Journal of Epilepsy*. V této studii se porovnávaly dvě skupiny respondentů, a to učitelé, kteří mají osobní zkušenost s epilepsií, a učitelé oborové specializace. V celkovém výsledku se ukázalo, že učitelé mající osobní zkušenost s epilepsií, dosahovali u většiny otázek zaměřených na znalosti problematiky lepších výsledků než učitelé, kteří tuto zkušenost nemají. Co se týče postojů učitelů k problému, učitelé bez osobní zkušenosti s žákem epileptikem spíše předpokládají, že žák s epilepsií bude mít problémy začlenit se do kolektivu a hrozí mu i šikana (Brabcová, 2012, s. 14).

6.2 STUDIE O VYSOKOŠKOLSKÝCH STUDENTECH NEUČITELSKÝCH OBORŮ

Studie o vysokoškolských studentech neučitelských oborů byly prováděny v několika zemích. Například dle studie, která proběhla v Malajsii u 289 studentů vysokých škol zaměřené na úroveň povědomí a znalostí o epilepsii, se ukázala celkově příznivá úroveň znalostí o epilepsii, nicméně prostor pro zlepšování určitých aspektů poznání a pochopení epilepsie zůstal (Ab Rahman, 2005).

Další studie byla realizována v Římě, kdy se testovaly všeobecné znalosti, specifické znalosti a sociální dopad epilepsie. Italští studenti vědí o epilepsii velice málo a tyto

výsledky by měly posloužit jako výchozí bod pro budoucí hloubkové šetření na školách v oblasti Říma (Mecarelli et al., 2007).

Další překvapivé výsledky jsou ze studie, která probíhala v Kuvajtu, kdy cílem studie bylo zjistit, jaké znalosti, vnímání a postoje k epilepsii mají studenti vysokých škol. Bylo zjištěno, že mají přímo alarmující znalosti o vzniku epilepsie a mylné představy o epilepsii. V této studii bylo například zjištěno, že okolo 30 % studentů si myslí, že epilepsie je způsobena zlým duchem a 56 % studentů by si nevzalo člověka s epilepsií (Al-Rashed et al., 2009).

6.3 STUDIE O BUDOUCÍCH UČITELÍCH

Zkoumání úrovně znalostí a postojů ve vztahu k epilepsii a užitečnost profesní přípravy budoucích učitelů na vysokých školách bylo v celosvětovém měřítku zcela opomíjeno.

Následně byla realizována studie s cílem soustavného prozkoumání úrovně znalostí a postojů k epilepsii budoucích učitelů v celé České republice. Výzkum proběhl v roce 2014 na Fakultě pedagogické Západočeské univerzity v Plzni a byl nedávno publikován v prestižním časopise *Epilepsy Behavior*. Sběr dat probíhal u studentů prezenční formy studia prvních ročníků ($n=238$) a u studentů, kteří jsou v posledním ročníku studia ($n=136$). Výzkumný vzorek tvořili studenti humanitních a přírodovědných oborů učitelství pro střední a základní školy. Znalosti o epilepsii byly v průměru vyšší u studentů posledního ročníku, největší procento správných odpovědí bylo zaznamenáno u otázek týkajících se diagnostiky epilepsie a možností kojení matek epileptiček. Bohužel v oblasti postojů k lidem s epilepsií a také v oblasti sebedůvěry v souvislosti s epilepsií nebyla zjištěna statisticky významná změna. Alarmující je nízká sebedůvěra budoucích učitelů v případě nutnosti poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu ve třídě (Brabcová et al., 2016).

7 PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části nejprve stanovíme metodologii a určíme výzkumný cíl a jednotlivé hypotézy. Následně popíšeme výzkumné nástroje, proceduru sběru dat a soubor respondentů. V dalším kroku provedeme statistickou analýzu výsledků tak, abychom mohli potvrdit resp. vyvrátit jednotlivé hypotézy. Následovat bude diskuze výsledků ve světle odborné literatury a závěr obsahující doporučení pro další výzkum.

Metodologie

V praktické části práci byla zvolena kvantitativní metodologie využívající sběr dat pomocí dotazníků. Její předností je dle Hendla (2008) relativně rychlý sběr a analýza dat. Rovněž je tento výzkum vhodný ke zkoumání velkých skupin. Většina výzkumů v této oblasti byla realizována právě kvantitativními technikami, kvalitativní a smíšené výzkumy jsou poměrně vzácné. Výzkumný cíl, dílčí cíle i jednotlivé hypotézy byly stanoveny na základě teoretické části práce a v souladu s aktuálními potřebami výzkumu definovanými v (Brabcová et al., 2016) následovně:

Výzkumný cíl

Srovnat znalosti a postoje k epilepsii mezi nekvalifikovanými učiteli 1. stupně z praxe a studenty učitelství 1. stupně, kteří dosud zkušenosti z praxe nemají.

Dílčí cíle

- 1) Analyzovat faktory ovlivňující úroveň znalostí o epilepsii a postojů k dětem s epilepsií mezi učiteli 1. stupně, resp. studenty učitelství pro 1. stupeň.
- 2) Pokusit se navrhnout, jak zefektivnit přípravu budoucích učitelů 1. stupně směrem k dětem s epilepsií či příbuznými nemocemi.

Hypotézy

H1. Nekvalifikovaní učitelé 1. stupně z praxe mají v průměru větší znalosti o epilepsii než studenti učitelství 1. stupně, kteří dosud zkušenosti z praxe nemají.

H2. Postoje k lidem s epilepsií jsou v průměru pozitivnější ve skupině nekvalifikovaných učitelů 1. stupně z praxe ve srovnání se studenty učitelství 1. stupně, kteří dosud zkušenosti z praxe nemají.

H3. Délka učitelské praxe má pozitivní vliv na míru znalostí o epilepsii.

H4. Délka učitelství má pozitivní vliv na postoje k lidem s epilepsií.

7.1 VÝZKUMNÉ NÁSTROJE

Pro sběr dat byl zvolen dotazník, jehož předností je to, že se ve velmi krátkém časovém úseku podaří sebrat poměrně velké množství dat. Vzhledem k povaze respondentů – studenti učitelství 1. stupně prezenční formy a studenti učitelství 1. stupně kombinované formy, kteří již působí jako učitelé, bylo nutné rozlišit pro obě skupiny otázky sloužící k popisu vzorku respondentů. Klíčové oblasti dotazníků, jako je škála postojů, znalostní otázky, sebedůvěra k epilepsii, však byly v obou případech stejné. Dotazníky pro studenty prezenční i kombinované formy jsou součástí přílohy č. 1 a přílohy č. 2.

Pro měření postojů jsme použili českou verzi dotazníku ATPE. Ta obsahuje 21 tvrzení, se kterými se lidé ztotožňují nebo neztotožňují. Respondent vybírá odpovědi na otázky na šestistupňové škále, a to od stupně rozhodně souhlasím, až rozhodně nesouhlasím. Škála je uspořádána od -3 až +3, kde vyšší hodnoty odpovídají pozitivnějším postojům k lidem s epilepsií (Antonak, 1990). Česká verze škály postojů dotazníku ATPE byla v roce 2015 psychometricky ověřena na skupině studentů fakulty pedagogické ZČU a vykazuje velmi dobré psychometrické vlastnosti. Autoři ke zjištění psychometrických vlastností nástroje stanovili Cronbachova alfa, která byla vypočtena Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (KMO), rovněž byla realizována faktorová analýza metodou hlavních faktorů s rotací faktorů metodou Varimax. U české verze škály postojů dotazníku ATPE byla hodnota Cronbachova alfa 0,817 ve skupině studentů prvního ročníku a 0,789 ve skupině studentů posledního ročníku. Vnitřní konzistence této škály je z hlediska autorů zcela vyhovující. Zjištěné hodnoty KMO byly 0,728 u studentů prvního ročníku a 0,658 u studentů posledního ročníku (požadovány jsou zpravidla hodnoty minimálně 0,5) (Brabcová et al., 2016).

Ke zjištění znalostí byl použit 18 položkový dotazník vlastní konstrukce autorů Brabcová, Kršek, Kohout (2016), kde bylo zjištěno Cronbachovo alfa (vypočtené v tomto případě z polychorických korelací) pouze 0,312 ve skupině studentů prvního ročníku a 0,409 ve skupině studentů posledního ročníku. Nevyhovující vnitřní konzistence dotazníku se projevila i u výpočtu KMO, které dosáhlo hodnot pouze 0,365, resp. 0,414. Autoři uvádějí, že provedení faktorové analýzy v tomto případě je nevhodné a že za příčinou špatných psychometrických vlastností znalostního dotazníku může být to, že se jedná vlastně multiple-choice test s výběrem jedné správné možnosti ze čtyř nabízených a velkou roli

zde může hrát hádání odpovědí respondenty (tuto hypotézu však bude potřeba ověřit). Je nutné zmínit, že i přes nevyhovující vnitřní konzistenci a neověřenou faktorovou strukturu testu bylo stanoveno celkové skóre znalostního dotazníku jako počet správných odpovědí (Brabcová et al., 2016).

Sebedůvěra ve vztahu k epilepsii byla měřena vlastním 5-ti položkovým dotazníkem, který zjišťoval, do jaké míry si respondenti důvěřují při zvládnutí situací, které mohou nastat ve třídě, kde je žák s epilepsií. Respondenti měli posoudit na škále 1-5, do jaké míry by byli schopni zvládat situace. Dotazník byl převzatý od autorů (Brabcová et al., 2016). Jen je potřeba zmínit to, že autoři blíže nespecifikují volbu otázek, snad jen to, že se inspirovali prací (Wodrich et al., 2011).

7.2 PROCEDURA SBĚRU DAT A SOUBOR RESPONDENTŮ

Sběr dat probíhal u studentů studijního programu Učitelství prvního stupně pro základní školy. Studenti byli osloveni na FPE ZČU v Plzni a také na FPE JČU v Českých Budějovicích, kde byly dotazníky administrovány v různých předmětech.

Data byla rovněž sbírána u studentů, kteří studují kombinovanou formu studia Učitelství pro první stupeň základní školy a jsou již učiteli na prvním stupni. Tento sběr dat probíhal na Fakultě pedagogické Západočeské univerzity v Plzni a na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde probíhala rovněž výuka nekvalifikovaných pedagogů.

Před vyplněním dotazníku byli studenti seznámeni s cílem výzkumu a požádání o spolupráci. Studenti vyplňovali dotazník zcela samostatně, dobrovolně a anonymně.

Základní charakteristika respondentů je patrná z tabulky 1. Z tabulky je zřejmé, že převážnou část respondentů tvořily ženy, a to v obou skupinách, jak u prezenční, tak i kombinované formy studia. Průměrný věk u studentů prezenční formy studia byl 21 let, průměrný věk studentů kombinované formy studia byl zhruba 42 let a délka praxe 15 let.

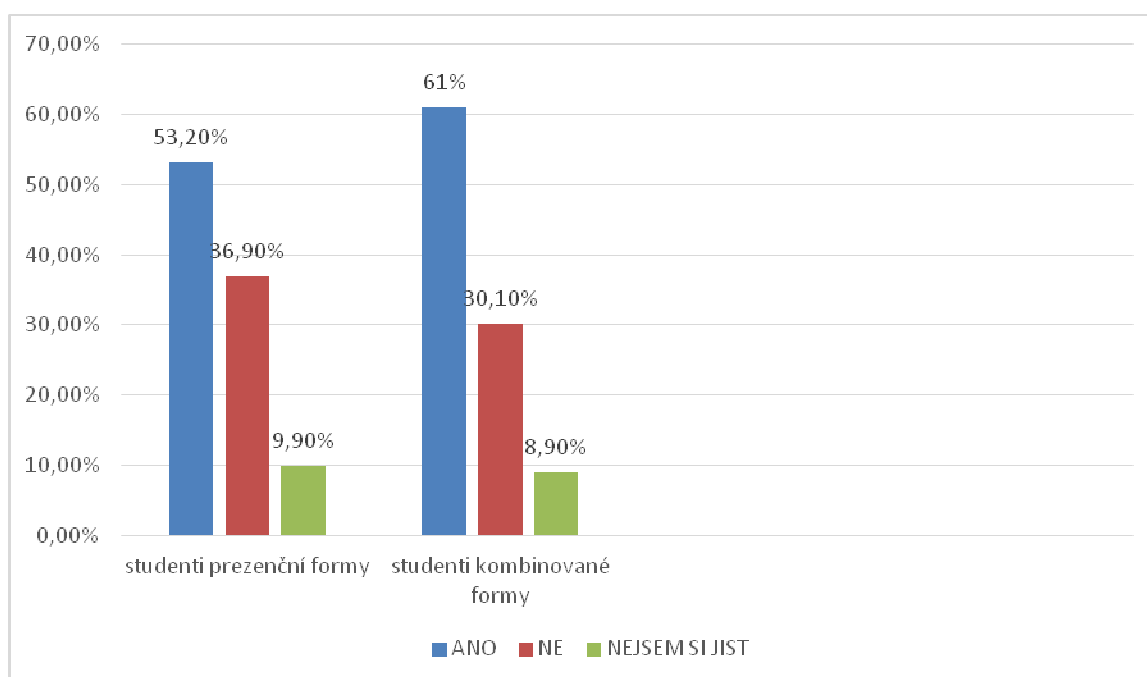
Tabulka 1. Základní charakteristiky souboru respondentů.

Charakteristika	Studenti prezenční formy (n = 111)	Studenti kombinované formy (n = 123)
Pohlaví		
Muž	6 (5,4 %)	13 (10,6 %)
Žena	105 (94,6 %)	110 (89,4 %)
Věk	21,3±1,6 ^a roku (rozpětí 19-30 let)	41,7±10,6 ^a roku (rozpětí 20-60 let)
Pedagogická praxe	N/A	14,6±10,5 ^a roku (rozpětí 0-36 let)
Osobní znalost někoho s epilepsií		
Ano	59 (53,2 %)	75 (61,0 %)
Ne	41 (36,9 %)	37 (30,1 %)
Nejsem si jist	11 (9,9 %)	11 (8,9 %)
Výuka žáka s epilepsií	N/A	
Ano		30 (24,4 %)
Ne		93 (75,6 %)
Setkání se s epilepsií během studia		
Ano, podrobně	5 (4,5 %)	5 (4,1 %)
Ano, okrajově	63 (56,8 %)	79 (64,2 %)
Ne	43 (38,7 %)	39 (31,7 %)
Typ absolvované střední školy		
Gymnázium	49 (44,1 %)	51 (41,5 %)

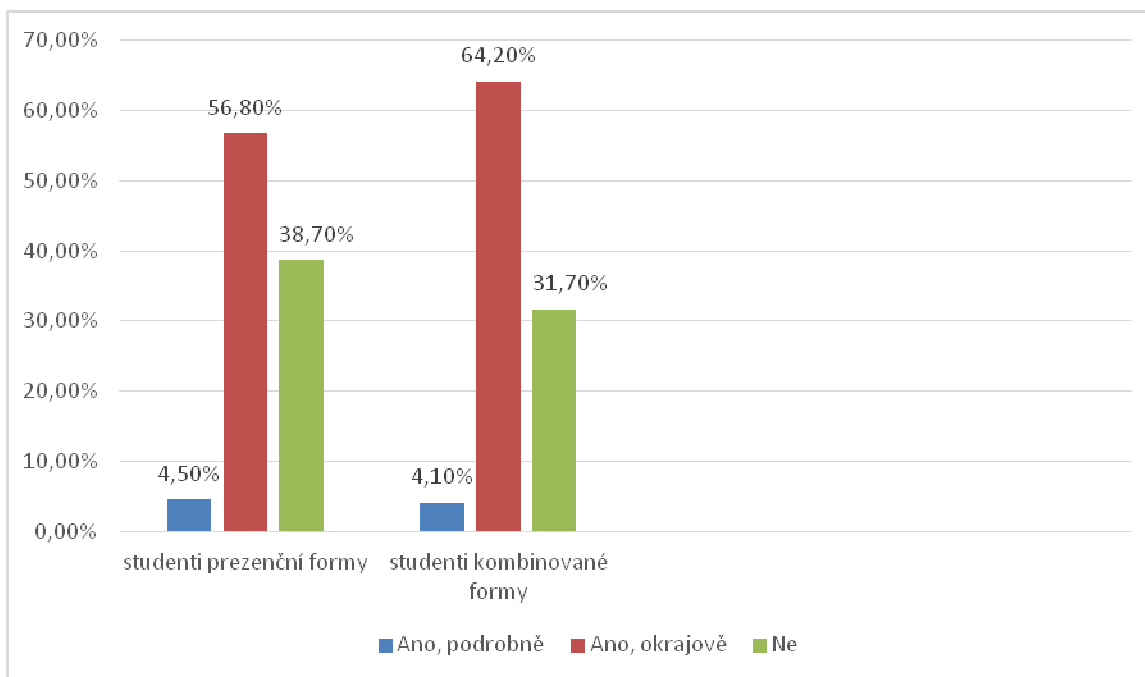
Jiná střední škola	62 (55,9 %)	72 (58,5 %)
Zájem o informace o epilepsii během VŠ studia		
Určitě ano	64 (57,7 %)	50 (40,7 %)
Spíše ano	42 (37,8 %)	65 (52,8 %)
Spíše ne	5 (4,5 %)	8 (6,5 %)
Určitě ne	0 (0 %)	0 (0 %)

^a průměr ± výběrová směrodatná odchylka

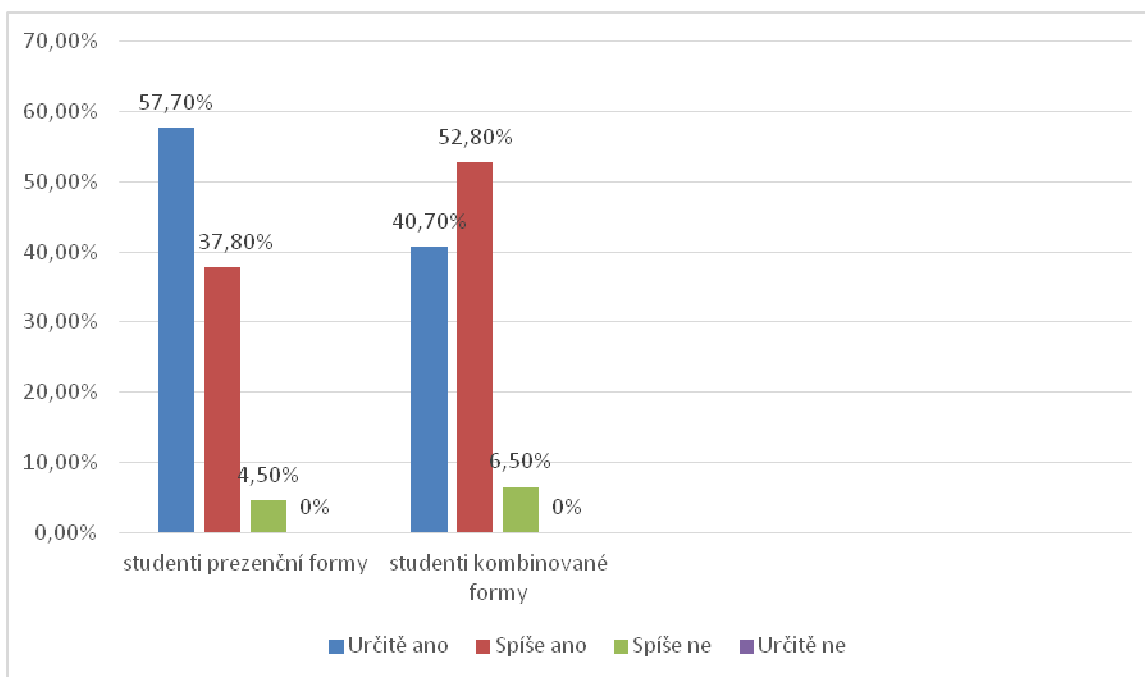
Více jak polovina všech respondentů, jak studentů prezenční formy, tak i kombinované formy studia, uvedla, že znají někoho s epilepsií. Je však potřeba zmínit, že tato otázka byla zaměřena na obecnou znalost někoho s epilepsií, nikoliv z prostředí školy. Převážná část učitelů, 76 %, dosud nevyučovala žáka s epilepsií. Za povšimnutí stojí rovněž otázka, zda se respondenti během studia setkali s problematikou epilepsie. Zde se odpovědi respondentů prezenční a kombinované formy příliš neliší. Zhruba polovina respondentů jak prezenční, tak i kombinované formy studia, vyjádřila zájem o další informace o epilepsii během studia. Přehlednější shrnutí základních informací nabízí grafy číslo 1, 2 a 3.



Graf č. 1 - Osobní znalost někoho s epilepsií.



Graf č. 2 - Setkání se s epilepsií během studia.



Graf č. 3 - Zájem o informace o epilepsii během VŠ studia.

7.3 STATISTICKÁ ANALÝZA

Získaná data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel 2007.

Statistická analýza získaných dat zahrnovala ověření normality získaných dat, které bylo s pozitivním výsledkem provedeno u celkových skóre znalostí, sebedůvěry i postojů v obou sledovaných skupinách. Díky tomu bylo možné realizovat parametrické t-testy shody středních hodnot v obou sledovaných skupinách pro celkové skóre stejně jako pro jednotlivé položky dotazníků zaměřených na sebedůvěru a postoje k lidem s epilepsií. Srovnání u jednotlivých položek dotazníku zaměřeného na znalosti bylo realizováno pomocí testu shody populačních pravděpodobností. Byla rovněž provedena korelační analýza různých proměnných pomocí Pearsonových koeficientů korelace. Ve všech případech jsou výsledky testů prezentovány pomocí p-hodnot, přičemž jako statisticky signifikantní jsou uvažovány rozdíly, u nichž je p-hodnota menší než 0,05.

7.4 VÝSLEDKY

7.4.1 ZNALOSTI O EPILEPSII

Z tabulky 2 je patrné, že studenti kombinované formy dosahují v průměru vyšších celkových znalostí o epilepsii ve srovnání se studenty prezenční formy (průměrný počet bodů je 10,21 oproti 9,41 z možných 18, přičemž p-hodnota testu shody středních hodnot je 0,012).

Již na základě tohoto výsledku můžeme říci, že hypotéza H1 týkající se rozdílů ve znalostech mezi učiteli 1. stupně z praxe a studenty učitelství v prezenční formě se potvrdila.

Celkově lze říci, že prokazujeme statisticky signifikantní rozdíly mezi oběma skupinami na hladině významnosti 0,05. Z jednotlivých položek byly statisticky významné rozdíly populační pravděpodobnosti zaznamenány u 8 z celkem 18 položek, přičemž ve většině případů vyššího procenta správných odpovědí dosahovali studenti kombinované formy studia, tudíž učitelé z praxe, kteří si doplňují vzdělání. Pouze u dvou otázek dosahovali vyššího procenta správných odpovědí studenti prezenční formy studia. Tato situace nastala u otázky č. 11, která se týká náhlého rizika úmrtí epileptika a u otázky 13, která se týká rizikových faktorů pro vypuknutí epilepsie. Nejvýraznější rozdíly ($p < 0,001$) byly pozorovány u položek týkajících se toho, co je to epilepsie, náhlého úmrtí epileptika, projevů záchvatu typu absence.

Pro zajímavost jsou v pravé části tabulky uvedeny výsledky testování studentů 1. ročníku a posledního ročníku u studentů učitelství pro 2. stupeň a SŠ, které byly získány pomocí stejného nástroje a publikovány v práci Brabcové, Kohouta a Krška (2016). Je patrné, že celkové skóre znalostí je ze všech sledovaných skupin nejvyšší u učitelů 1. stupně z praxe (t. studentů kombinované formy). Statisticky signifikantní rozdíly v oblasti znalostí lépe znázorňují grafy č. 4 až č. 11.

Tabulka 2. Znalosti studentů učitelství prvního stupně o epilepsii a srovnání jejich výsledků s výsledky studentů učitelství pro 2. stupeň ZŠ a SŠ prezentovanými ve studii Brabcové et al. 2016.

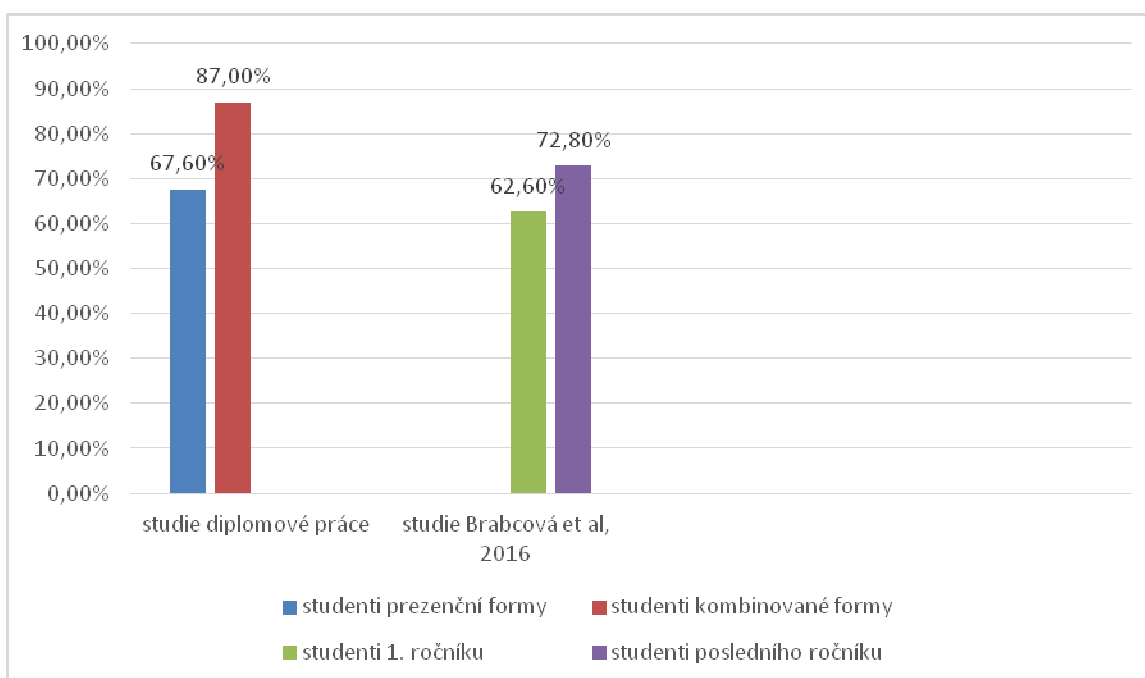
Obsah otázky	Studenti prezenční formy (n = 111)	Studenti kombinované formy (n = 123)	P-hodnota testu	Studenti 1. ročníku (n = 238) ze studie Brabcová et al., 2016	Studenti posledního ročníku (n = 136) ze studie Brabcová et al., 2016	p-hodnota testu Brabcová, et al., 2016)
1. Co je epilepsie?	67,6 ^a	87,0 ^a	<0,001	62,6 ^a	72,8 ^a	0,044
2. Povaha epilepsie	64,9	56,1	0,173	53,8	50,7	0,569
3. Prevalence epilepsie	54,1	47,2	0,294	52,5	55,1	0,624
4. Kdy může epilepsie vypuknout?	76,6	68,3	0,159	68,5	69,1	0,897
5. Léčitelnost epilepsie	39,6	56,1	0,012	31,5	42,6	0,031
6. Dědičnost epilepsie	56,8	72,4	0,012	55,0	54,4	0,904
7. První pomoc při záchvatu	74,8	74,0	0,889	63,4	74,3	0,032
8. Volání záchranné služby při záchvatu	48,6	43,1	0,395	37,4	39,7	0,660

9. Diagnostika epilepsie	81,1	92,7	0,008	70,6	86,8	<0,001
10. Specifické poruchy učení u osob s epilepsií	18,0	28,5	0,060	31,1	27,2	0,430
11. Náhlá úmrtí u osob s epilepsií (tzv. SUDEP)	18,0	1,6	<0,001	13,4	7,4	0,072
12. Možnost kojení u matek s epilepsií	21,6	28,5	0,230	12,6	28,7	<0,001
13. Rizikové faktory pro vypuknutí epilepsie	86,5	74,0	0,045	80,3	77,2	0,484
14. Zasažení mozku při záchvatu	50,5	59,4	0,171	45,8	61,0	0,005
15. Podstata epileptického záchvatu	56,8	74,0	0,006	56,7	69,1	0,018
16. Výskyt psychózy u osob s epilepsií	59,5	57,7	0,787	46,2	60,3	0,009
17. Projevy záchvatu typu absence	35,1	63,1	<0,001	37,8	48,5	0,044
18. Status epilepticus	31,5	37,4	0,347	28,6	34,6	0,226
Celkové skóre u znalostí	9,41±2,23 ^b	10,21±2,08 ^b	0,012	8,48±2,23 ^b	9,60±2,27 ^b	<0,001

^a procento správných odpovědí

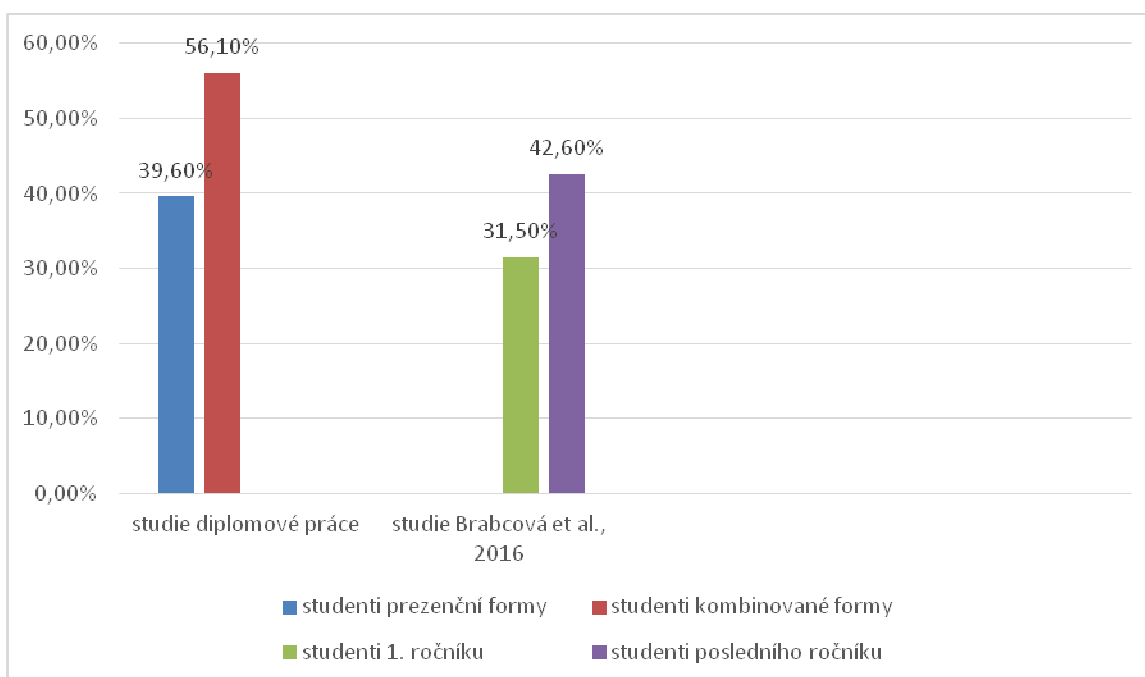
^b průměr± směrodatná odchylka

Poznámka. Tučně označené hodnoty odpovídají případům, kdy byla nulová hypotéza o shodě dvou experimentálních skupin zamítnuta na hladině významnosti 0,05.

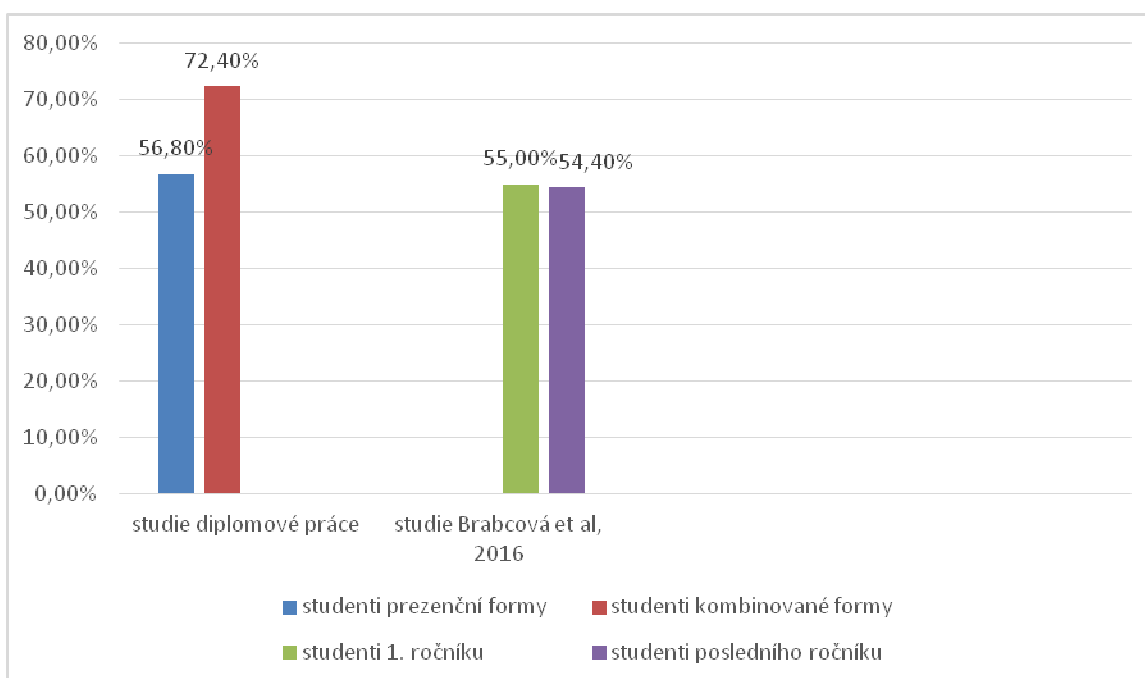


Graf č. 4 - Co je epilepsie?

Nejlépe na tuto otázku odpověděli studenti kombinované formy studia, a to v 87 % případů. Naopak nejhůře na tom byli studenti 1. ročníku (skupina ze studie Brabcové et al., 2016).

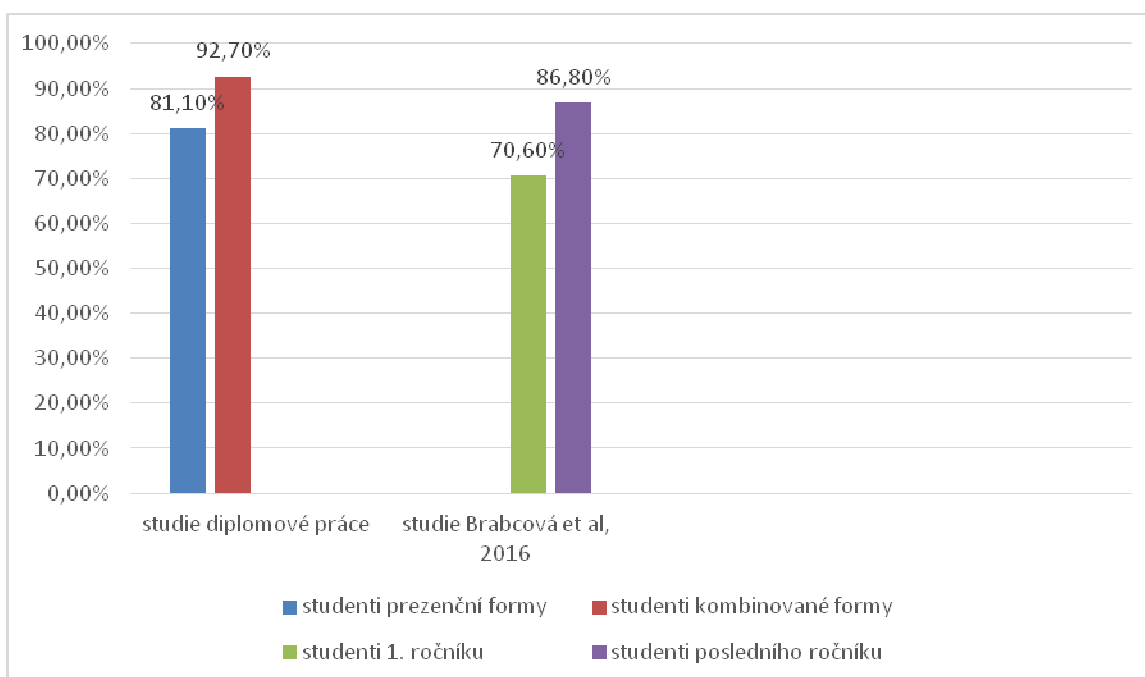


Graf č. 5 - Léčitelnost epilepsie.

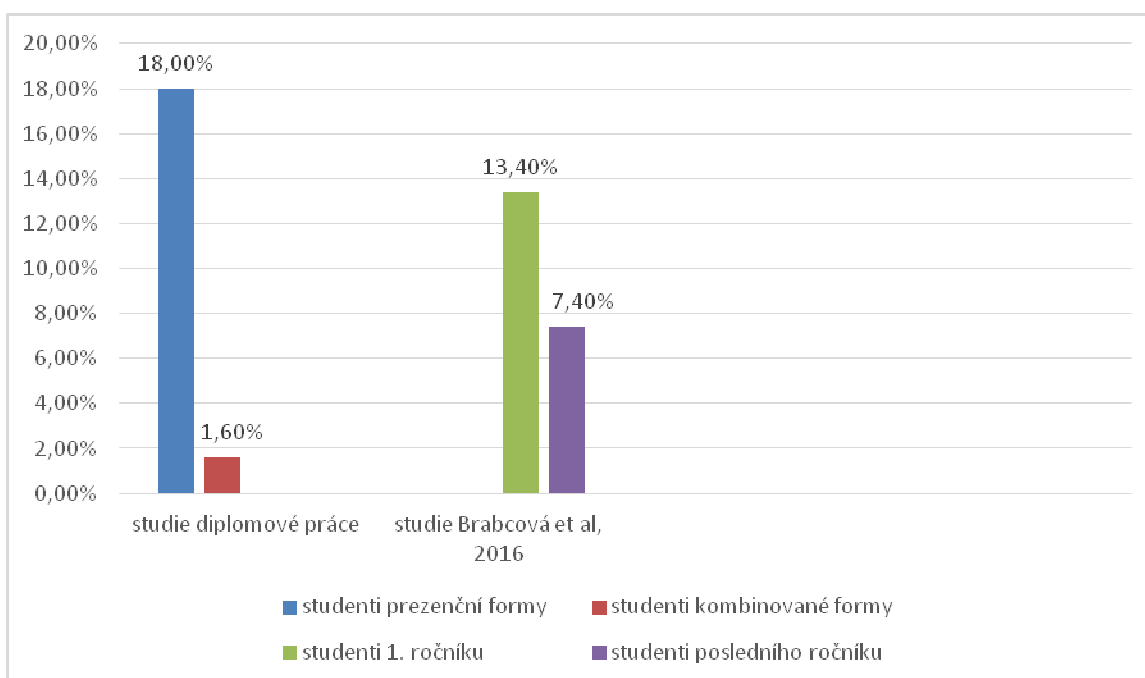


Graf č. 6 - Dědičnost epilepsie.

Odpovědi na otázku dědičnosti epilepsie byly dosti podobné. Viditelně lepší výsledky jsme zaznamenaly u skupiny studentů z kombinované formy studia, kde správně odpovědělo přes 70 % respondentů.

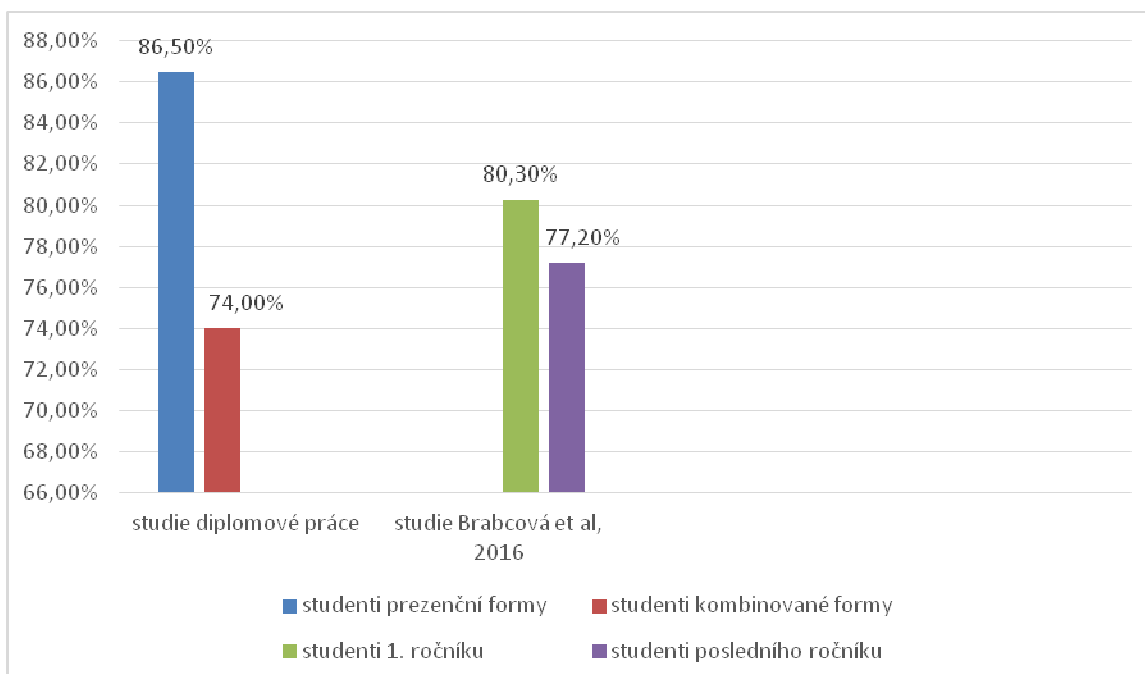


Graf č. 7 - Diagnostika epilepsie.

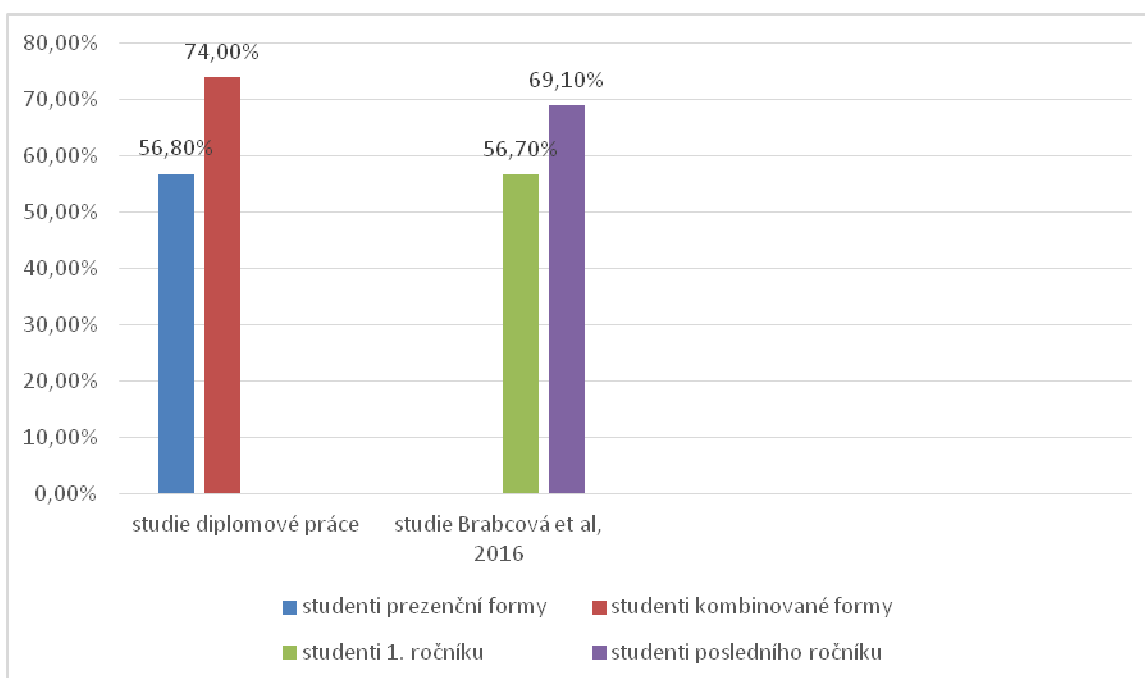


Graf č. 8 - Náhlá úmrtí u osob s epilepsií (tzv. SUDEP).

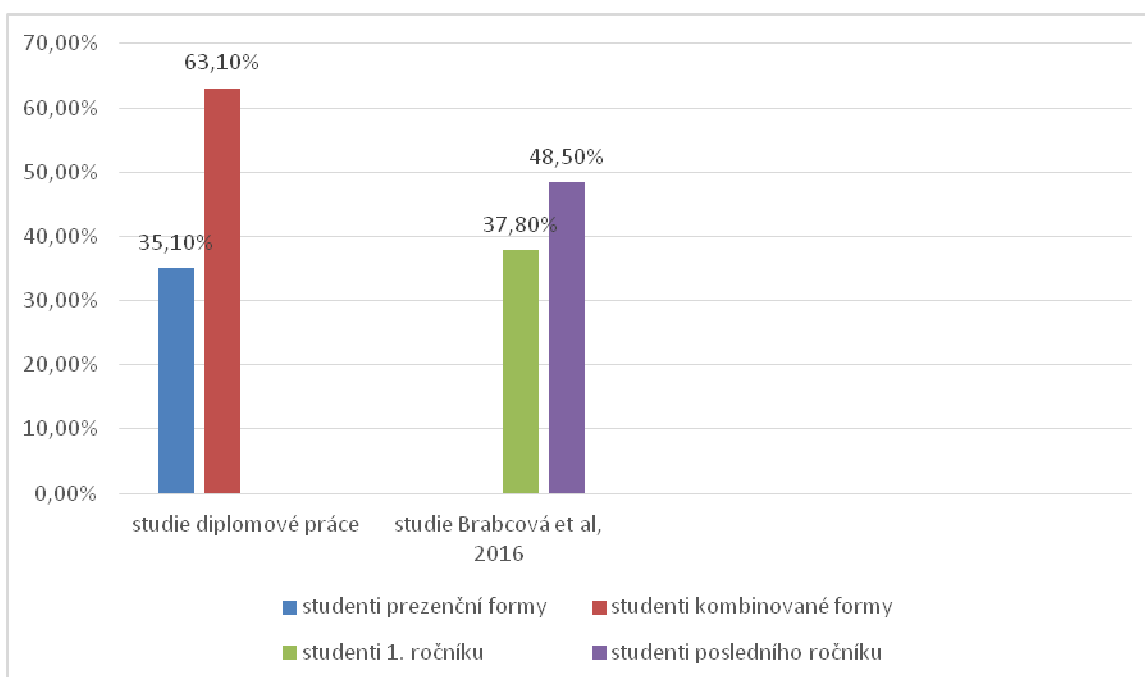
Celkové procento správných odpovědí bylo velice nízké, a to pouhých 18 % od studentů prezenční formy studia.



Graf č. 9 - Rizikové faktory pro vypuknutí epilepsie.



Graf č. 10 - Podstata epileptického záchvatu.



Graf č. 11 - Projevy záchvatu typu absence.

Nejvíce správných odpovědí (63 %) na tuto otázku bylo ve skupině studentů kombinované formy studia.

7.4.2 SEBEDŮVĚRA VE VZTAHU K EPILEPSII

Tabulka 3 ukazuje srovnání sebedůvěry ve vztahu k epilepsii mezi studenty prezenční formy studia a studenty kombinované formy studia. Pro srovnání ukazuje také výsledky nedávné studie zaměřené na studenty prvních a posledních ročníků učitelství 2. stupně a SŠ (Brabcová et al., 2016). Na první pohled je zjevné, že u celkového skóre byl zaznamenán statisticky signifikantní rozdíl ($p < 0,001$) ve prospěch studentů kombinované formy studia, rovněž stejně významné rozdíly byly zaznamenány v sebedůvěře poskytnutí první pomoci epileptickému žákovi a rozpoznat vedlejší účinky antiepileptické léčby. Otázka zaměřená na rozhodnutí volat záchrannou službu ukazovala rovněž statisticky signifikantní rozdíl ve prospěch učitelů kombinované formy studia. Celkově lze konstatovat, že učitelé z praxe vykazují vyšší míru sebedůvěry v souvislosti k přístupu k epileptickému žákovi.

Tabulka 3. Sebedůvěra v souvislosti s epilepsií u studentů učitelství prvního stupně o epilepsii a srovnání jejich výsledků s výsledky studentů učitelství pro 2. stupeň ZŠ a SŠ prezentovanými ve studii Brabcové et al. 2016.

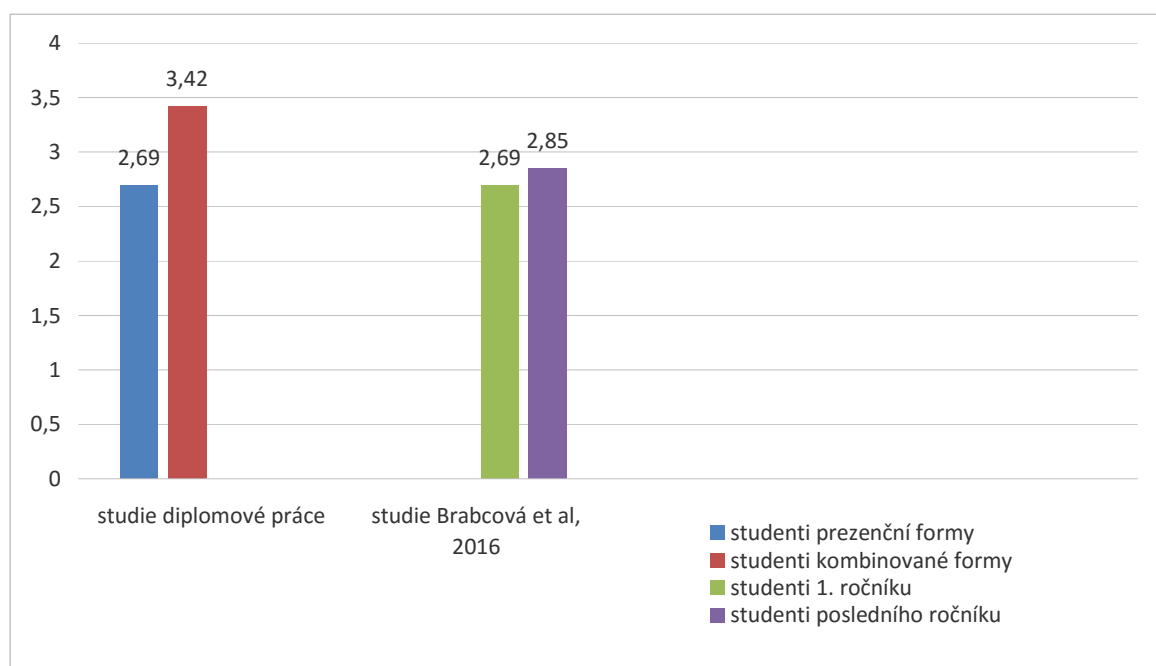
Obsah položky	Studenti prezenční formy (n = 111)	Studenti kombinované formy (n = 123)	P-hodnota testu	Studenti 1. ročníku (n = 238) ze studie Brabcová et al., 2016	Studenti posledního ročníku (n = 136) ze studie Brabcová et al., 2016	p-hodnota testu (Brabcová et al., 2016)
1. Poskytnutí první pomoci	2,69±1,05 ^a	3,42±1,21 ^a	<0,001	2,69±1,11 ^a	2,85±1,04 ^a	0,174
2. Rozhodnutí, zda volat záchrannou službu	3,27±1,27	3,71±1,18	0,006	3,49±1,20	3,39±1,16	0,406
3. Uklidnit třídu po záchvatu, vysvětlit situaci	3,74±0,93	4,00±1,19	0,071	3,72±1,22	3,82±1,05	0,434
4. Zabránit posměchu vůči žákovi s epilepsií	3,80±1,01	3,89±1,35	0,548	3,95±1,17	3,90±1,01	0,661

5. Rozpoznat vedlejší účinky antiepileptické léčby	2,04±0,95	2,70±1,17	<0,001	2,16±1,09	2,41±1,06	0,028
Celkové skóre u sebedůvěry	15,55±3,26	17,71±3,86	<0,001	16,01±3,47	16,37±3,20	0,331

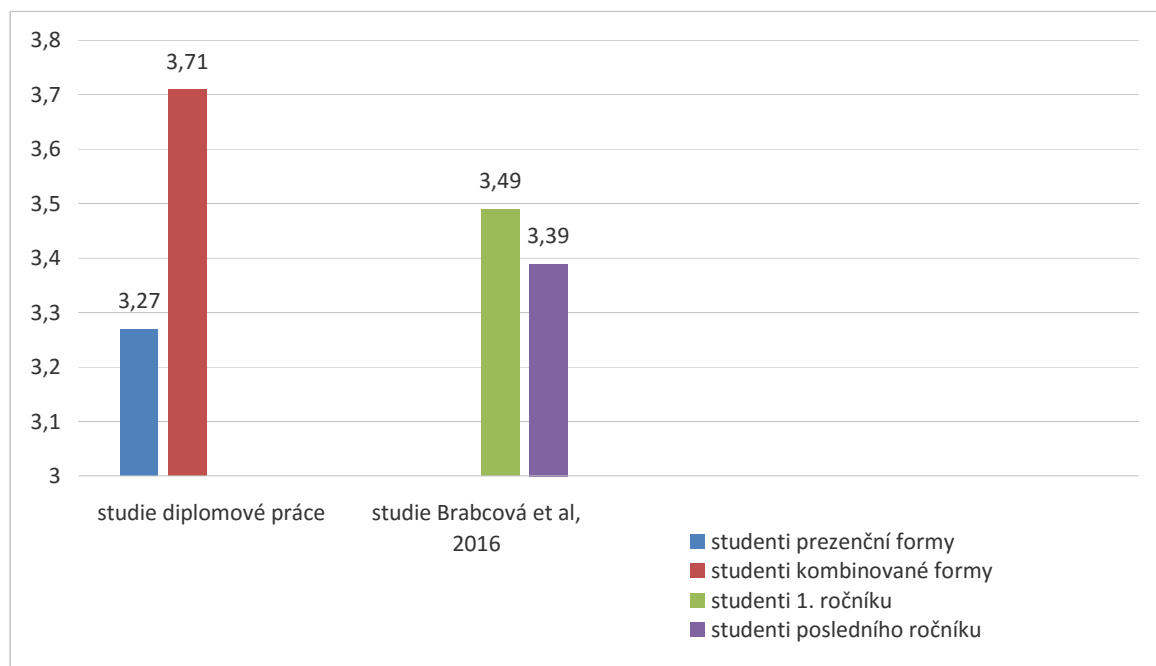
^a průměr ± směrodatná odchylka

Poznámka. Tučně označené hodnoty odpovídají případům, kdy byla nulová hypotéza o shodě dvou experimentálních skupin zamítnuta na hladině významnosti 0,05.

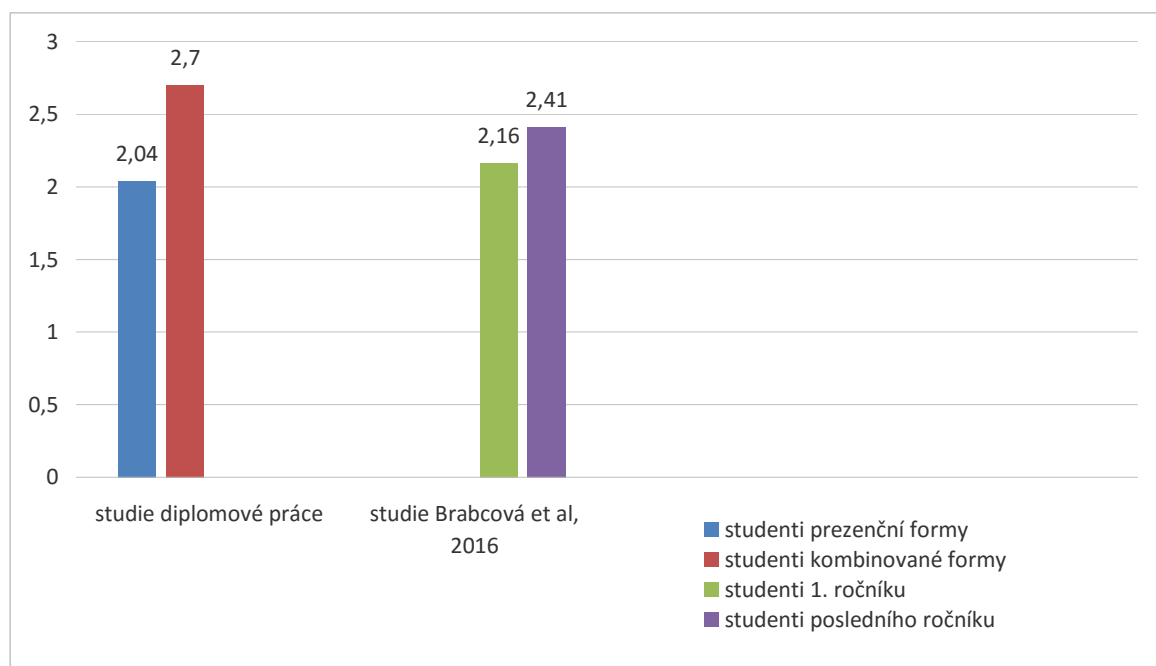
Lepší znázornění nabízí níže uvedené grafy č. 12-14, zpracované pro položky 1, 2 a 5, u nichž byl nalezen statisticky významný rozdíl. V této části dotazníku byla hodnotící škála od 1-5, a to 1= vůbec si v této situaci nedůvěřuji, 5= v této situaci si zcela důvěřuji. Výsledky uvedené v grafu jsou znázorněny jako průměrné hodnoty z daných odpovědí.



Graf č. 12 - Poskytnutí první pomoci.



Graf č. 13 - Rozhodnutí, zda volat záchrannou službu.



Graf č. 14 - Rozpoznat vedlejší účinky antiepileptické léčby.

7.4.3 POSTOJE VE VZTAHU K EPILEPSII

Tabulka 4 ukazuje porovnání postojů k lidem s epilepsií studentů prvního stupně a studentů kombinované formy studia. Pro zajímavost jsou uvedeny i výsledky ze srovnání studentů prvního a posledního ročníku prezentované ve studii Brabcové et al. (2016). Je patrné, že v celkovém skóre nebyl na dané hladině významnosti zaznamenán statisticky významný rozdíl.

Díky tomu můžeme zamítnout hypotézu H2, podle níž měl existovat statisticky významný rozdíl v postojích mezi oběma skupinami. Stejný závěr o neexistenci statisticky významných rozdílů platí i pro 18 z celkem testovaných 21 položek. Výjimkami, kde p-hodnota testu byla menší než 0,05, jsou položky 4, 5 a 17.

Tabulka 4. Postoje studentů učitelství prvního stupně o epilepsii a srovnání jejich výsledků s výsledky studentů učitelství pro 2. stupeň ZŠ a SŠ prezentovanými ve studii Brabcové et al. 2016.

Tvrzení	Studenti prezenční formy (n = 111)	Studenti kombinované formy (n = 123)	p-hodnota testu	<i>Studenti 1. ročníku (n = 238) ze studie Brabcová et al., 2016</i>	<i>Studenti posledního ročníku (n = 136) ze studie Brabcová et al., 2016</i>	p-hodnota testu (Brabcová, et al., 2016)
1. Školy by neměly zařazovat děti s epilepsií do běžných tříd.	1,67±1,50 ^a	1,73±1,66 ^a	0,772	1,36±1,76 ^a	1,24±1,88 ^a	0,516
2. Lidé s epilepsií mají stejná práva jako ostatní lidé.	2,41±0,93	2,25±1,18	0,263	2,37±1,17	2,32±1,04	0,682
3. Lidé s epilepsií mohou bezpečně	-0,86±1,57	-1,16±1,39	0,122	-0,87±1,41	-0,86±1,47	0,953

obsluhovat stroje.						
4. Pojišťovny by neměly odmítat pojistit lidi s epilepsií.	1,85±1,51	1,24±1,93	0,008	<i>1,41±1,89</i>	<i>1,50±1,79</i>	0,668
5. Lidem s epilepsií by nemělo být bráněno mít děti.	1,82±1,37	1,35±1,77	0,028	<i>1,54±1,57</i>	<i>1,49±1,58</i>	0,762
6. Lidem s epilepsií by mělo být zakázáno řízení motorových vozidel.	-0,62±1,73	-0,97±1,56	0,115	<i>-0,74±1,58</i>	<i>-0,65±1,61</i>	0,596
7. Děti s epilepsií by měly chodit do běžných základních škol.	2,10±0,96	1,93±1,13	0,236	<i>1,82±1,39</i>	<i>2,06±0,96</i>	0,052
8. Onemocnění epilepsií u dospělého jedince by mělo být dostatečným důvodem k rozvodu.	2,57±0,94	2,43±1,02	0,256	<i>2,47±1,08</i>	<i>2,30±1,21</i>	0,150
9. Lidé s epilepsií jsou nebezpečím	2,20±0,85	2,26±1,01	0,623	<i>2,04±1,15</i>	<i>2,10±1,15</i>	0,618

pro veřejnost.						
10. Odpovědnost za vzdělání dětí s epilepsií nese společnost.	-0,22±1,76	0,05±2,12	0,292	0,34±1,85	0,76±1,70	0,028
11. Jedinci s epilepsií jsou náchylní k nehodám.	-0,65±1,58	-0,30±1,64	0,104	-0,50±1,56	-0,24±1,48	0,114
12. Děti potřebují být chráněny před spolužáky s epilepsií.	1,75±1,60	1,82±1,39	0,739	1,65±1,57	1,78±1,25	0,395
13. Rodiče by měli očekávat od dětí s epilepsií to samé jako od ostatních dětí.	0,89±1,55	0,94±1,65	0,805	0,59±1,66	1,04±1,43	0,008
14. U lidí s epilepsií je vyšší náchylnost ke zločineckým sklonům než u ostatních.	2,28±0,56	2,41±0,66	0,101	2,17±1,13	2,14±1,06	0,819
15. Lidem s epilepsií by nemělo být zakázáno se oženit/vdát.	1,59±2,27	1,01±2,41	0,062	0,77±2,49	0,77±2,52	1,000
16. Zákony uvádějící epilepsii jako	1,25±1,60	1,35±1,61	0,630	0,76±1,87	1,18±1,47	0,017

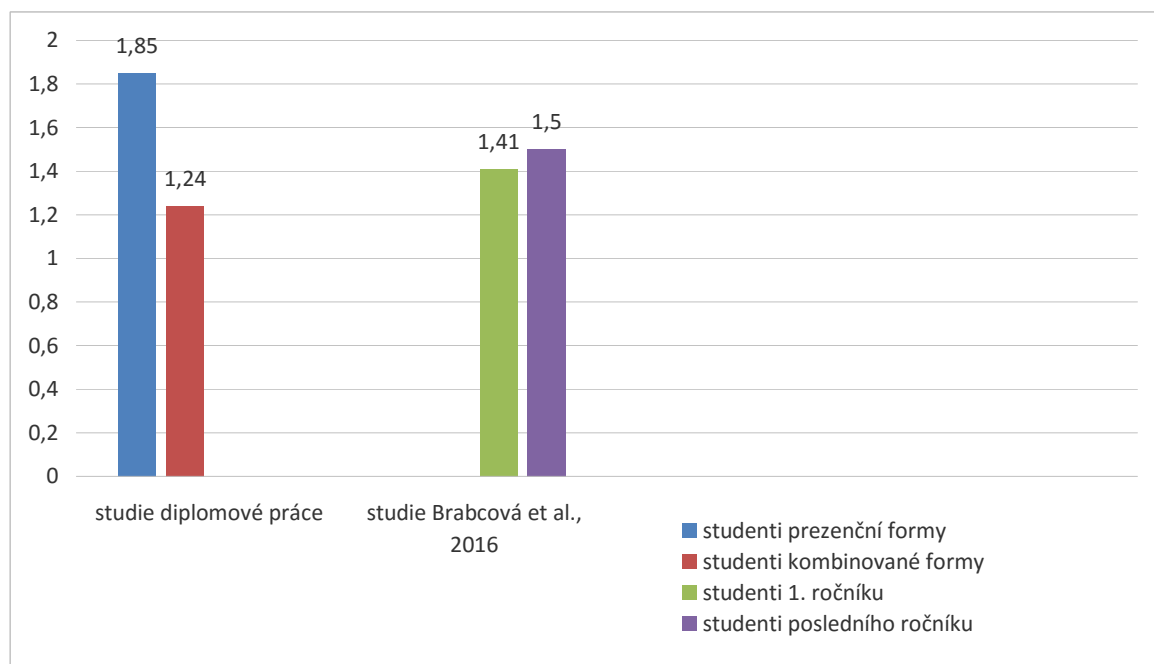
důvod pro zrušení adopce by měly být zrušeny.						
17. Lidé s epilepsií jsou raději ve společnosti osob se stejným onemocněním.	0,78±1,49	1,31±1,32	0,005	0,53±1,63	0,86±1,42	0,049
18. Lidem s epilepsií by měly být k dispozici stejné pracovní příležitosti jako ostatním.	1,06±1,42	0,73±1,63	0,106	0,99±1,46	1,03±1,47	0,782
19. Lidé s epilepsií jsou jako kdokoliv jiný, pokud jsou jejich záchvaty kontrolovány léčbou.	2,12±0,98	2,12±0,98	0,971	1,87±1,18	1,96±1,22	0,482
20. Rodinám dětí s epilepsií by neměly být poskytovány podpůrné sociální služby.	1,12±1,48	0,78±1,75	0,113	1,02±1,85	0,81±1,76	0,279
21. Děti s epilepsií v běžných	2,24±0,80	2,28±0,85	0,741	2,07±1,22	2,24±0,86	0,125

třídách mají negativní vliv na ostatní děti.						
Celkové skóre postoje	27,16±11,85	24,80±11,01	0,113	23,65±12,33	25,81±10,20	0,070

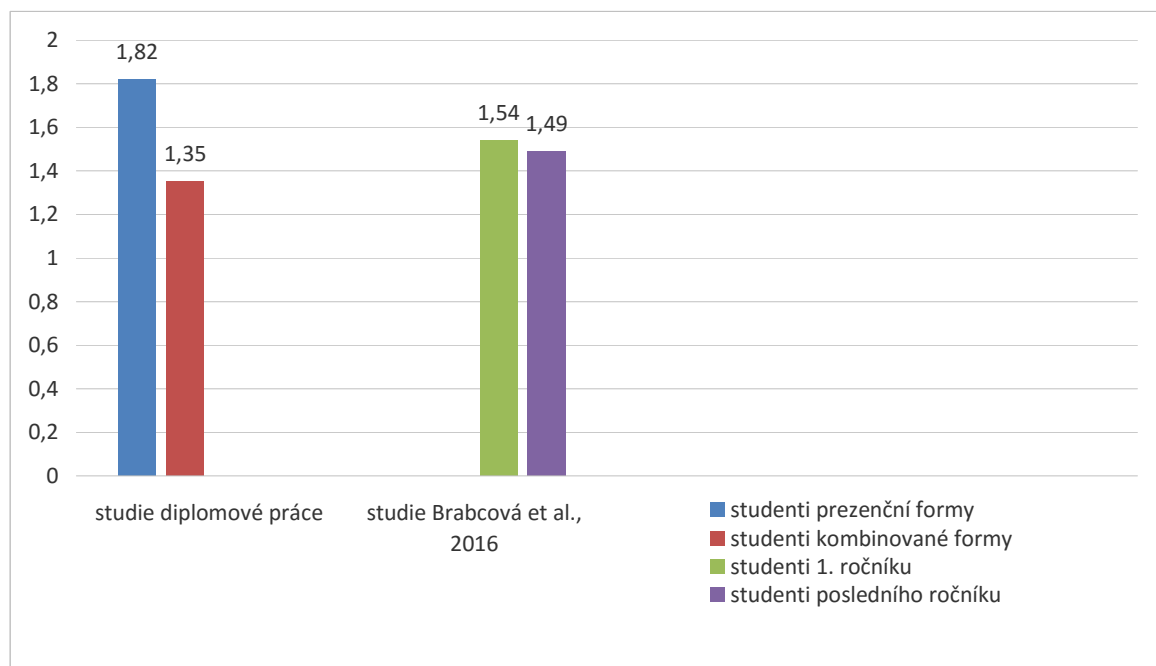
^a průměr± směrodatná odchylka

Poznámka. Tučně označené hodnoty odpovídají případům, kdy byla nulová hypotéza o shodě dvou experimentálních skupin zamítnuta na hladině významnosti 0,05.

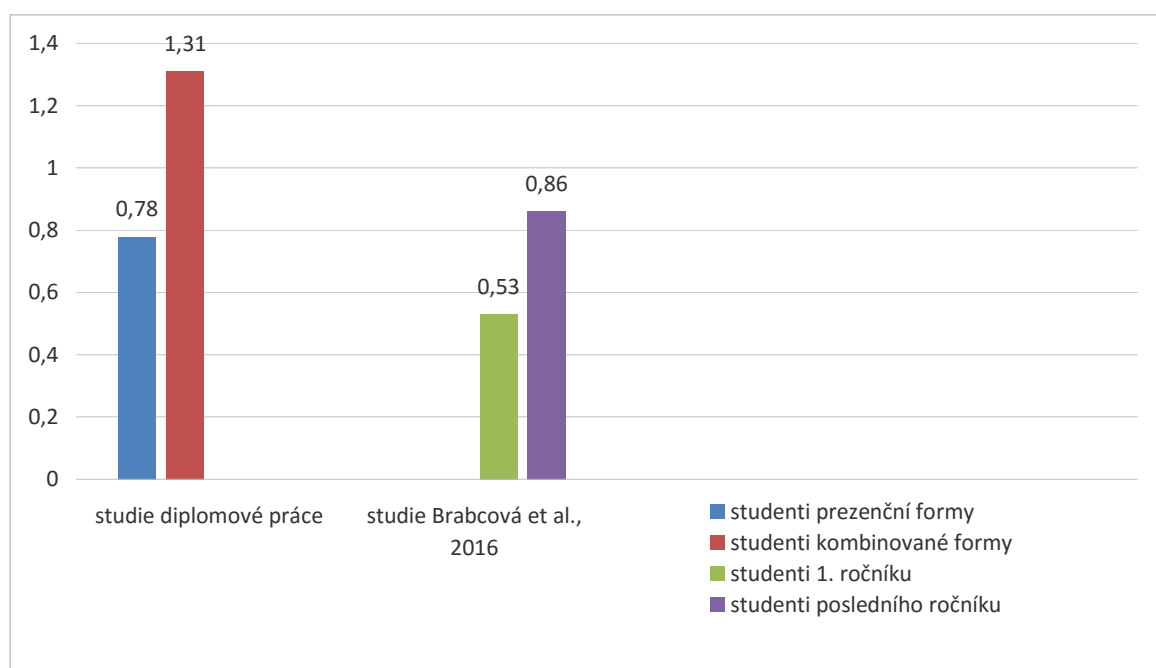
Lepší znázornění pro položky 4, 5 a 17, kde byly zjištěny statisticky významné rozdíly, nabízí níže uvedené grafy č. 15-17. V této části dotazníku byla hodnotící škála šestistupňová, a to rozhodně souhlasím až rozhodně nesouhlasím. Škála je uspořádána od -3 až +3, kde vyšší hodnoty odpovídají pozitivnějším postojům k lidem s epilepsií (Antonak, 1990). Výsledky uvedené v grafu jsou znázorněné jako průměrné hodnoty z daných odpovědí.



Graf č. 15 - Pojišťovny by neměly odmítat pojistit lidi s epilepsií.



Graf č. 16 - Lidem s epilepsií by nemělo být bráněno mít děti.



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

7.4.4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZNALOSTI O EPILEPSII, POSTOJE A SEBEDŮVĚRU

S cílem zjistit, jaké faktory ovlivňují znalosti, sebedůvěru a postoje budoucích učitelů 1. stupně prezenční formy (n=111) a prozkoumat vztahy mezi těmito proměnnými, byla provedena korelační analýza pro následující proměnné: pohlaví (muž/žena), osobní znalost někoho s epilepsií (ano/nejsm si jist/ne), setkání s epilepsií při studiu (ano/ne), typ absolvované střední školy, míra znalostí o epilepsii (celkové skóre znalostí-viz část 7.4.1), sebedůvěra ve vztahu k epilepsii (celkové skóre znalostí-viz část 7.4.2) a postoje k epilepsii (celkové skóre znalostí-viz část 7.4.3). Počty respondentů v jednotlivých kategoriích jsou uvedeny v tabulce 1 a výsledná korelační matice obsahující Pearsonovy korelační koeficienty (pro jednoduchost byly stanoveny pouze tyto koeficienty, a to i v případě, že byla zjišťována korelace například mezi dvěma dichotomickými proměnnými), je uvedena v tabulce 5.

Z tabulky je patrné, že na příslušné hladině významnosti 0,05 koreluje sebedůvěra statisticky významně se třemi proměnnými, a to se znalostí někoho s epilepsií, setkáním s epilepsií při studiu a postoji. Proměnná setkání s epilepsií při studiu koreluje s pohlavím a znalostí někoho s epilepsií.

Tabulka 5. Korelace mezi různými potenciálně významnými faktory a znalostmi, sebedůvěrou a postoji ve vztahu k epilepsii – studenti prezenční formy (n = 111).

	Pohlaví	Znalost někoho s epi.	Setkání s epi. při studiu	Typ školy	Znalosti	Sebedůvěra	Postoje
Pohlaví	1,000	-0,169	-0,209	0,028	0,145	-0,016	-0,083
Znalost někoho s epi.		1,000	0,380	-0,057	0,166	0,298	0,023
Setkání s epi. při studiu			1,000	-0,007	0,169	0,302	0,033
Typ školy				1,000	0,015	0,088	0,083
Znalosti					1,000	0,120	0,057
Sebedůvěra						1,000	0,264
Postoje							1,000

Poznámka. Tučně označené hodnoty odpovídají případům, kdy byla nulová hypotéza o nekorelovanosti příslušných statistických znaků zamítnuta na hladině významnosti 0,05.

Analogickým způsobem byla provedena korelační analýza. Zde jsme zahrnuli všechny proměnné jako v předešlé skupině a navíc jsme uvážili další proměnné, kterými jsou počet let pedagogické praxe (označeno jako Pedagogická praxe) a výuka žáka s epilepsií (ano/ne). Počty respondentů v jednotlivých kategoriích jsou uvedeny v tabulce 1 a výsledná korelační matice obsahující Pearsonovy korelační koeficienty je uvedena v tabulce 6.

Tabulka 6. Korelace mezi různými potenciálně významnými faktory a znalostmi, sebedůvěrou a postoji ve vztahu k epilepsii – studenti kombinované formy (n = 123).

	Pohlaví	Znalost někoho s epi.	Setkání s epi. při studiu	Typ školy	Pedagogická praxe	Výuka žáka s epilepsií	Znalosti	Sebedůvěra	Postoje
Pohlaví	1,000	-0,088	-0,120	0,140	-0,054	0,051	0,091	-0,054	0,121
Znalost někoho s epi.		1,000	0,195	0,187	0,042	0,351	0,176	0,083	0,083
Setkání s epi. při studiu			1,000	- 0,090	0,144	0,118	0,035	0,217	-0,046
Typ školy				1,000	0,197	0,022	0,051	-0,058	0,046
Pedagogická praxe					1,000	0,151	0,111	0,068	-0,015
Výuka žáka s epi.						1,000	0,195	0,125	0,041
Znalosti							1,000	0,168	0,093

Sebedů věra								1,000	0,012
Postoje									1,000

Poznámka. Tučně označené hodnoty odpovídají případům, kdy byla nulová hypotéza o nekorelovanosti příslušných statistických znaků zamítnuta na hladině významnosti 0,05.

Z tabulky 6 je jasně patrné, že proměnná znalost někoho s epilepsií koreluje s proměnnou setkání s epilepsií při studiu, typem školy, výukou žáka s epilepsií a celkovými znalostmi o epilepsii. Další významná korelace je mezi proměnnou výuka žáka s epilepsií a celkovými znalostmi. Obdobná je rovněž korelace mezi typem školy a pedagogickou praxí. Z hlediska hypotéz stanovených na začátku praktické části práce je důležité, že statisticky významná korelace nebyla zaznamenána mezi počtem let pedagogické práce a znalostmi, resp. postoji.

Na základě toho můžeme zamítnout hypotézy H3 a H4 uvádějící, že počet let pedagogické praxe bude korelovat se znalostmi, resp. postoji ve vztahu k epilepsii.

7.5 DISKUZE

Bylo zjištěno (viz tabulka 2), že znalosti o epilepsii jsou v průměru vyšší u studentů kombinované formy studia, tedy učitelů z praxe. Zde může hrát určitou roli zkušenost. Výzkum z roku 2013 věnující se znalostem a postojům učitelů z praxe uvádí, že učitelé s nějakou osobní zkušeností s epilepsií dosahovali statisticky významně lepších výsledků u většiny otázek, které byly zaměřeny na znalosti o epilepsii, oproti učitelům, kteří tyto zkušenosti neměli (Brabcová, 2013; Brabcová et al., 2012). Největší rozdíly v procentu správných odpovědí byly zaznamenány u otázek týkajících se toho, co je to epilepsie, náhlého úmrtí epileptiků a projevu záchvatu typu absence.

V případě rozpoznání projevu záchvatu typu absence a správného definování toho, co je epilepsie, může být příčinou skutečnost, že studenti kombinované formy studia se za dobu své praxe, která dosahovala v průměru téměř 15 let, mohli setkávat s dětmi, které tímto druhem záchvatů trpěly. Podívejme se na to, u kterých otázek byla zaznamenána nejnižší míra úspěšnosti. Velmi špatně dopadla otázka týkající se výskytu specifických poruch učení (SPU) u lidí s epilepsií. Pouze 18 % studentů prezenční formy studia a 28,5 % učitelů z praxe uvedlo správnou odpověď, že výskyt SPU je mnohem vyšší než v celkové populaci. Zjištěné údaje jsou v dobrém souladu s předešlou prací na toto téma, která uvádí, že pouze 31 % studentů 1. ročníku FPE a 27 % studentů posledního ročníku FPE, se

domnívá, že výskyt SPU je mnohem vyšší než v celkové populaci. Jedná se přitom o nesporně dokázaný fakt, když jsou u dětí s epilepsií uváděny hodnoty typicky 30-50 % v závislosti na daném diagnostickém kritériu (Fasternau, Shen, Dunn, Austin, 2008 in Brabcová et al., 2016) oproti méně než 10 % v celé populaci (Boyle et al., 2011 in Brabcová et al., 2016).

V oblasti sebedůvěry ve vztahu k epilepsii (viz tabulka 3) prokazujeme statisticky signifikantní rozdíly v celkovém skóre ve prospěch studentů z kombinované formy studia, učitelů z praxe. Rovněž i studenti kombinované formy studia dosahují výrazné sebedůvěry oproti studentům prezenční formy v oblastech poskytnutí první pomoci, rozhodnutí, zda volat záchrannou službu, a také rozpoznání vedlejších účinků antiepileptické léčby. Zdá se, že na výsledcích v oblasti sebedůvěry se významným způsobem v kladném slova smyslu podepsala pedagogická praxe. To je v souladu s výsledky předešlého výzkumu (Brabcová et al., 2016), kde se ukázala alarmující nízká sebedůvěra budoucích učitelů v tom, zda by dokázali poskytnout první pomoc a to přesto, že alespoň základní teoretickou znalost o tomto tématu má 64 % studentů prvního a dokonce 74 % studentů posledního ročníku (Brabcová et al., 2016). Můžeme tedy konstatovat, že v oblasti sebedůvěry hraje významnou roli u českých učitelů právě zkušenost v podobě praxe, nikoliv teoretické znalosti. Naše výsledky u učitelů z praxe se přitom zdají být o něco pozitivnějšími oproti studiím z Itálie (Mecarelli, 2011) a Řecka (Kaleyias et al., 2005), kde si ani učitelé působící na školách řadu let v této oblasti příliš nevěří. Praxe může hrát roli i v tom, že si učitelé věří v rozpoznání vedlejších příznaků antiepileptické léčby, což může souviset s faktem, že učitelé z praxe jsou oproti studentům učitelství téměř v neustálém kontaktu se žákem a tím pádem si všimnou vedlejších příznaků antiepileptické léčby, jako například náhlých změn v oblasti chování a změny osobnosti včetně případné depresivnosti až psychózy (Schmitz, 2006).

V oblasti postojů nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ani v celkovém skóre ani u naprosté většiny dílčích položek. V oblasti postojů se shodujeme s výsledky práce Brabcové et al. (2016). Na základě srovnání díky dotazníku ATPE lze říci, že jak učitelé z praxe, tak studenti prezenční formy studia učitelství pro první stupeň, tak studenti učitelství pro střední a základní školy na začátku studia a na konci studia, mají nepříliš pozitivní postoje k lidem s epilepsií. Bohužel tyto výsledky dále nelze srovnat s dalšími pracemi z České republiky, protože žádné další podobné studie nejsou dosud k dispozici. Porovnáme-li výsledky týkající se postojů našich respondentů se zahraničními studií, která

pracuje rovněž s dotazníkem ATPE, jsou postoje našich respondentů méně pozitivní (Bishop, Boag, 2006), ale přibližně srovnatelné s prací (Brabcová et al., 2016). Je potřeba upozornit na to, že přes existující korelace mezi znalostmi a postoji (Abulhamail et al., 2014 in Brabcova et al., 2016), je dosažení změny postojů obecně mnohem náročnější (Tesser, 1990 in Brabcová et al., 2016).

Z hlediska stanovených hypotéz se nám potvrdila pouze hypotéza H1 týkající se vyšších znalostí o epilepsii u studentů kombinované formy (tj. učitelů z praxe) ve srovnání se studenty prezenční formy. Naopak se nepotvrdil očekávaný pozitivnější výsledek u postojů k epilepsii ve skupině studentů kombinované formy (hypotéza H2) ani kladná korelace mezi počtem let pedagogické praxe a znalostmi (hypotéza H3), resp. postoji (hypotéza H4). Zdá se tak, že odučená léta nemají na tyto důležité proměnné podstatný vliv, což je zajímavé zjištění z hlediska dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti epilepsie.

ZÁVĚR

V úvodu diplomové práce bylo stanoveno, že teoretická část práce bude zaměřena na stručné vymezení základních pojmů z oblasti epilepsie, klasifikaci epileptických záchvatů a epileptických syndromů u dětí a dospívajících, diagnostiku, terapii a prognózu epilepsie. Pozornost byla věnována rovněž specifickým epileptického žáka. V poslední kapitole teoretické části práce byly stručně představeny studie mapující znalosti a postoje učitelů k epilepsii v ČR i ve světě. Celá tato část byla důležitá především pro celkové pochopení a orientování se v dané problematice. Dle mého názoru jsem tohoto cíle dosáhla a pojmy jsem dostatečně vymezila.

Na teoretickou část plynule navázala část praktická, kde jsme si na základě teoretických poznatků i aktuálních výzkumných trendů stanovili výzkumný cíl, a to srovnání znalostí a postojů k epilepsii mezi nekvalifikovanými učiteli 1. stupně z praxe a studenty učitelství 1. stupně, kteří dosud zkušenosti z praxe nemají. Toto srovnání bylo provedeno pomocí komplexního dotazníkového šetření. Jako dílčí výzkumný cíl jsme si stanovili provedení analýzy faktorů ovlivňujících úroveň znalostí o epilepsii a postoje k dětem s epilepsií mezi učiteli 1. stupně resp. studenty učitelství pro 1. stupeň. Součástí měl být i návrh toho, jak zefektivnit přípravu budoucích učitelů 1. stupně směrem k dětem s epilepsií či příbuznými nemocemi. Vzhledem k realizovanému šetření a jeho vyhodnocení a interpretaci je možné říci, že stanovené cíle byly splněny.

Zároveň s výzkumnými cíli jsme si určili i hypotézy. První hypotézou bylo, že nekvalifikovaní učitelé 1. stupně z praxe mají v průměru větší znalosti o epilepsii než studenti učitelství 1. stupně, kteří dosud zkušenosti z praxe nemají. Tato hypotéza se potvrdila. Ostatní hypotézy týkající se jednak rozdílů v postojích k dětem s epilepsií v obou analyzovaných skupinách a jednak vlivu délky pedagogické praxe na znalosti a postoje, se však již potvrdit nepodařilo. Je třeba poukázat na limity tohoto výzkumu a to, že znalosti byly měřeny dotazníkem, který nemá příliš dobré psychometrické vlastnosti, jak uvádějí sami autoři tohoto dotazníku (Brabcová, Kohout, Kršek, 2016).

V každém případě však tento výzkum ukazuje na nedostatečnou efektivitu vysokoškolské přípravy budoucích učitelů, snad až praxe vytváří onu sebedůvěru učitele. Nabízí se otázka toho, jak zlepšovat postoje k epilepsii, a to už v rámci vysokoškolské přípravy budoucích učitelů. Odpovědí na tuto otázku je dle mého názoru věnování větší části praxi, kde může student právě získat cenné zkušenosti nejen s epileptiky. Díky větší praxi a osobnímu

kontaktu s dítětem získají studenti – budoucí pedagogové větší sebedůvěru, která je pro jejich zvolené povolání klíčová.

RESUMÉ

Diplomová práce byla klasicky rozdělena na teoretickou a praktickou část. Zpracování celé teoretické části bylo důležité zejména pro pochopení a orientování se v dané problematice a k celkovému propojení tématu. Pojmy jsem dostatečně vysvětlila, tudíž mohu říci, že jsem tento úkol splnila. V praktické části jsem si stanovila tři hypotézy. První hypotézou bylo, že nekvalifikovaní učitelé 1. stupně z praxe mají v průměru větší znalosti o epilepsii než studenti učitelství 1. stupně, kteří dosud zkušenosti z praxe nemají. Tato hypotéza se potvrdila. Ostatní hypotézy týkající se jednak rozdílů v postojích k dětem s epilepsií v obou analyzovaných skupinách a jednak vlivu délky pedagogické praxe na znalosti a postoje, se však již potvrdit nepodařilo.

Na základě výsledků vzniká otázka, jak zlepšovat postoje k epilepsii už v rámci vysokoškolské přípravy budoucích učitelů. Dle mého názoru je zapotřebí věnovat větší část praxi, která může studentům pomoci zlepšit se nejen v oblasti znalostí a postojů ve vztahu k epilepsii, ale také v míře zdravé sebedůvěry, která je pro povolání pedagoga potřebná.

Thesis was as usual divided to theoretical and practical part. Processing the theoretical part was important for overall understanding and orientation in the problematic, and for overall understanding of the topic. Concepts were explained enough, therefore I can state the task was fulfilled. In the practical part based on careful discussion of the theoretical findings and carried out using an questionnaire survey, four hypotheses were formulated. We believed that the elementary teachers with a practical experience with teaching should have greater knowledge about epilepsy than students of the corresponding field at Faculty of Education without practice. This hypothesis was clearly confirmed. Surprisingly, further hypotheses concerning more positive attitudes of the former group towards people with epilepsy as well as a positive effect of the length of teaching experience on knowledge and attitudes regarding epilepsy were not confirmed in the statistical analysis.

Based on the results of our research, the important question how to improve knowledge of epilepsy and attitudes towards people with this disease among future teachers during their studies at the university arises. In my opinion, it is necessary in this context to pay more attention to practice which could help students to improve themselves not only in the field of epilepsy, but also more general in self-confidence which is for the future teachers highly needed.

SEZNAM LITERATURY

- AB RAHMAN, Ab Fatah. Awareness and knowledge of epilepsy among students in a Malaysian university. *Seizure: European Journal of Epilepsy*. 2005, 14(8), 593-596.
- AL-RASHED, Hessa, et al. Knowledge of, perceptions of and attitudes toward epilepsy among university students in Kuwait. *Epilepsy & Behavior*. 2009, 14(2), 367-371.
- AMBLEROVÁ, Věra. Záchvatová onemocnění dětského věku. *Vox pediatryae*. Liberec: UMÚN s. r. o., 2009, 9(9), 33. ISSN 1213-2241.
- ANTONAK, Richard F. Psychometric analysis and validation of the scale of attitudes toward persons with epilepsy. *Journal of Epilepsy*. 1990, 3(1), 11-16.
- BISHOP, Malachy and BOAG, Emily M. Teachers' knowledge about epilepsy and attitudes toward students with epilepsy: results of a national survey. *Epilepsy & Behavior*. 2006, 8(2), 397-405.
- BRABCOVÁ, Dana et al. Diagnostika sebepojetí dětí a dospívajících s epilepsií v oblasti školní úspěšnosti ve vztahu ke kvalitě života. In: Jošt, J. et al. *Pedagogicko-psychologická diagnostika – cesta k účinnému vedení dítěte*. Praha: Eduko. 2015, s. 38-65. ISBN 978-80-88057-18-5.
- BRABCOVÁ, Dana, et al. Familiarity with and attitudes towards epilepsy among teachers at Czech elementary schools - The effect of personal experience and subspecialization. *Seizure*. 2012, 21(6), 461-465.
- BRABCOVÁ, Dana, KOHOUT, Jiří a KRŠEK Pavel. Knowledge about, confidence with and attitudes towards epilepsy among pre-service teachers in the Czech Republic. *Epilepsy Behavior*. 2016, 54, 88-94.
- BRABCOVÁ, Dana. *Disertační práce*. Pedagogicko-psychologické aspekty v přístupu k dětem s epilepsií v kontextu jejich kvality života. České Budějovice, 2013.
- BRABCOVÁ, Dana. Sociální aspekty epilepsie. In Jošt, J., Man, F., & Nohavová, A., et al. *Podpora zdravého psychického vývoje z aspektu dítěte a učitele* Praha: Eduko. 2013, s. 7-28. ISBN 978-80-87204-66-5.
- BRÁZDIL, Milan, et al. *Farmakorezistentní epilepsie*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-562-0.
- HAMIWKA, L. D., et al. Are children with epilepsy at greater risk for bullying than their peers? *Epilepsy & Behavior*. 2009, 15, 500-505.
- HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 978-80-7367-569-1.

- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HOLEČEK, Václav, MIŇHOVÁ, Jana a PRUNNER, Pavel. *Psychologie pro právníky*. 2. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7380-065-9.
- KALEYIAS, Joseph, et al. Knowledge and attitude of the Greek educational community toward epilepsy and the epileptic student. *Epilepsy & Behavior*. 2005, 6(2), 179-186.
- KOMÁREK, Vladimír, et al. *Dětská neurologie: vybrané kapitoly*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-246-0190-7.
- KOMÁREK, Vladimír. *Epileptické záchvaty a syndromy*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-56-6.
- KOMÁREK, Vladimír. Léčba epileptických syndromů u dětí. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2007, 70/103(5), 473-487.
- KRŠEK, Pavel, et al. *Epilepsie a škola, souhrnný průvodce tematikou pro učitele*. Praha: Občanské sdružení EpiStop, 2012. ISBN 978-80-903979-5-8.
- KRŠEK, Pavel. Epileptické a neepileptické záchvaty u dětí. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen s. r. o., 2010, 11(2), 106-109. ISSN 1213-0494.
- MARUSIČ, Petr a TOMÁŠEK, Martin. *Atlas epileptických záchvatů*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-465-9.
- MATĚJČEK, Zdeněk a VÁGNEROVÁ, Marie. *Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti SPAS*. Příručka. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy. 1992.
- MECARELLI, Oriano, et al. A questionnaire study on knowledge of and attitudes toward epilepsy in schoolchildren and university students in Rome, Italy. *Seizure*. 2007, 16(4), 313-319.
- MORÁŇ, Miroslav. *Praktická epileptologie*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-352-0.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1995. ISBN 80-200-0525-0.
- OŠLEJŠKOVÁ, Hana a MAKOVSKÁ, Zuzana. *Naše dítě má epilepsii: informace pro rodiče*. Plzeň: Adéla, 2009. ISBN 978-80-87094-05-1.
- OŠLEJŠKOVÁ, Hana, et al. *Epileptické a neepileptické záchvaty v dětství a adolescenci*. Plzeň: Adéla, 2009. ISBN 978-80-87094-06-8.
- OŠLEJŠKOVÁ, Hana, et al. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie*. Brno: NCO NZO, 2008. ISBN 978-80-7013-479-5.

OŠLEJŠKOVÁ, Hana. Klinické projevy a specifika léčby epileptických záchvatů v dětství a adolescenci. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá fronta, 2009, 11(9). ISSN 1212-41184.

SCHMITZ, Bettina. Effects of antiepileptic drugs on mood and behavior. *Epilepsia*. 2006, 47(S2), 28-33.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4.

VOJTĚCH, Zdeněk. *Epilepsie dospělých*. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-096-3.

WODRICH, David L., et al. Knowledge about epilepsy and confidence in instructing students with epilepsy: Teachers' responses to a new scale. *Epilepsy & Behavior*. 2011, 20(2), 360-365.

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ

Obrázek č. 1 - Titulní strana brožury pro učitele	22
Tabulka 1 - Základní charakteristiky souboru respondentů	30-31
Tabulka 2 - Znalosti studentů učitelství prvního stupně o epilepsii	34-35
Tabulka 3 - Sebedůvěra v souvislosti s epilepsií u studentů	40-41
Tabulka 4 - Postoje studentů učitelství prvního stupně o epilepsii	43-47
Tabulka 5 - Korelace mezi různými potenciálně významnými faktory	49
Tabulka 6 - Korelace mezi různými potenciálně významnými faktory	50-51
Graf č. 1 - Osobní znalost někoho s epilepsií	31
Graf č. 2 - Setkání se s epilepsií během studia.....	32
Graf č. 3 - Zájem o informace o epilepsii během VŠ studia.....	32
Graf č. 4 - Co je epilepsie?	36
Graf č. 5 - Léčitelnost epilepsie.....	36
Graf č. 6 - Dědičnost epilepsie.....	37
Graf č. 7 - Diagnostika epilepsie.....	37
Graf č. 8 - Náhlá úmrtí u osob s epilepsií (tzv. SUDEP).....	38
Graf č. 9 - Rizikové faktory pro vypuknutí epilepsie.....	38
Graf č. 10 - Podstata epileptického záchvatu.....	39
Graf č. 11 - Projevy záchvatu typu absence.....	39
Graf č. 12 - Poskytnutí první pomoci.....	41
Graf č. 13 - Rozhodnutí, zda volat záchrannou službu.....	42
Graf č. 14 - Rozpoznat vedlejší účinky antiepileptické léčby.....	42
Graf č. 15 - Pojišťovny by neměly odmítat pojistit lidi s epilepsií.....	47
Graf č. 16 - Lidem s epilepsií by nemělo být bráněno mít děti.....	48
Graf č. 17 - Lidé s epilepsií jsou raději ve společnosti osob se	48

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Dotazník pro budoucí učitele (studenty prezenčního studia Učitelství pro 1. stupeň základní školy)

Dotazník – znalosti, sebedůvěra a postoje k epilepsii

Vážení kolegové a kolegyně, prosíme Vás o vyplnění dotazníku týkajícího se Vašich znalostí o epilepsii, sebedůvěry s ní související, a konečně Vašich postojů k tomuto onemocnění. Toto dotazníkové šetření je součástí systematického výzkumu zaměřeného na to, jak jsou současní a budoucí učitelé informováni o epilepsii a jejích případných dopadech v prostředí školní třídy.

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

Předem Vám děkujeme za pečlivé vyplnění dotazníku. Eliška Strejcová, Dana Brabcová

I. Základní otázky

Tato část obsahuje několik základních otázek sloužících k charakterizaci výzkumného vzorku. U otázek 1-3 a 6 zakroužkujte jednu Vámi zvolenou možnost, u otázek 4 a 5 pak dopište příslušný údaj.

1. Jste muž nebo žena? muž žena

2. Znáte osobně někoho, u něhož byla diagnostikována epilepsie? ano ne nejsem si jist

3. Setkal(a) jste se během svého předchozího studia s problematikou epilepsie?
 vůbec ne ano, ale pouze okrajově ano, poměrně podrobně

4. Na jaké střední škole jste maturoval(a)?

5. Jaký obor studujete na vysoké škole?

6. Chtěl byste během svého studia na VŠ získat znalosti týkající se epilepsie a práce s epileptickým žákem?
 určitě ne spíše ne spíše ano určitě ano

II. Znalosti o epilepsii

Tato část dotazníku obsahuje celkem 20 otázek týkajících se Vašich znalostí různých aspektů epilepsie. U každé otázky jsou čtyři možnosti, z nichž **právě jedna** je správná. Některé otázky jsou poměrně náročné a je tudíž možné, že u nich nebudete znát odpověď. V takovém případě, prosím, označte možnost, která Vám připadá jako nejpravděpodobnější. **Označení odpovědí proveďte zakroužkováním písmene u příslušné možnosti.**

1. Epilepsie je

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

2. Epilepsie

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

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

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

4. Epilepsie může vypuknout

- a) zpravidla při narození, výjimečně do 1 roku života
- b) zpravidla mezi 3. a 6. rokem života, nejpozději však v době puberty
- c) v kterémkoliv věku, nejčastěji však do 20. roku života
- d) v kterémkoliv věku, nejčastěji však mezi 30. a 50. rokem života

5. Epilepsie je

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

6. Dědičnost epilepsie je

- a) obecně nízká (do 10 %) a závislá na druhu epilepsie a dalších faktorech
- b) vysoká (cca 50 %) a zcela nezávislá na tom, zda epilepsií trpěli oba rodiče nebo jen jeden z nich
- c) vysoká (cca 25 – 75 %) a silně závislá na tom, zda epilepsií trpěli oba rodiče nebo jen jeden z nich

d) 100 % dokonce i v případě, že epilepsií trpí pouze jeden z rodičů

7. Při epileptickém záchvatu s křečemi je třeba především:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. Mohou matky trpící epilepsií kojít?

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

13. Mezi rizikové faktory ovlivňující epilepsii nejspíše nepatří:

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

14. Při epileptickém záchvatu:

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

15. Podstatou epileptického záchvatu je

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

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

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

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

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

18. Termínem Status epilepticus je označován:

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

III. Sebedůvěra v oblasti epilepsie

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

Příslušnou volbu proveďte zakroužkováním odpovídajícího čísla.

Poskytnout první pomoc při epileptickém záchvatu u žáka	1	2	3	4	5
Rozhodnout, zda je třeba volat záchrannou službu	1	2	3	4	5
Uklidnit třídu po proběhlém záchvatu a vysvětlit, co se stalo	1	2	3	4	5

Zabránit tomu, aby se žák s epilepsií stal terčem posměchu	1	2	3	4	5
Rozpoznat případné vedlejší účinky léčby epilepsie na žáka	1	2	3	4	5

IV. Postoje k epilepsii

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

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

3. Lidé s epilepsií mohou bezpečně obsluhovat stroje.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

4. Pojišťovny by neměly odmítat pojistit lidi s epilepsií.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

9. Lidé s epilepsií jsou nebezpečím pro veřejnost.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

10. Odpovědnost za vzdělání dětí s epilepsií nese společnost.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

11. Jedinci s epilepsií jsou náchylní k nehodám.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

12. Děti potřebují být chráněny před spolužáky s epilepsií.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku!

Příloha č. 2 – Dotazník určený studentům kombinované formy studia Učitelství pro
1. stupeň základní školy

Dotazník – znalosti, sebedůvěra a postoje k epilepsii

Vážení kolegové a kolegyně, prosíme Vás o vyplnění dotazníku týkajícího se Vašich znalostí o epilepsii, sebedůvěry s ní související, a konečně Vašich postojů k tomuto onemocnění. Toto dotazníkové šetření je součástí diplomové práce.

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

Předem Vám děkujeme za pečlivé vyplnění dotazníku. Eliška Strejcová, Dana Brabcová

I. Základní otázky

Tato část obsahuje několik základních otázek sloužících k charakterizaci výzkumného vzorku. U otázek 1, 4-6 a 8 zakroužkujte jednu Vámi zvolenou možnost, u otázek 2-3 a 7 pak dopište příslušný údaj.

1. Jste muž nebo žena? muž žena
2. Kolik je Vám let?
3. Kolik let učitelské praxe máte?
4. Znáte osobně někoho, u něhož byla diagnostikována epilepsie? ano ne nejsem si jist
5. Pokud učíte, měl jste někdy ve třídě žáka s diagnostikovanou epilepsií? ano ne
6. Setkal(a) jste se během svého předchozího studia s problematikou epilepsie?
vůbec ne ano, ale pouze okrajově ano, poměrně podrobně
7. Na jaké střední škole jste maturoval(a)?
.....
8. Chtěl byste během svého studia na VŠ získat znalosti týkající se epilepsie a práce s epileptickým žákem?
určitě ne spíše ne spíše ano určitě ano

II. Znalosti o epilepsii

Tato část dotazníku obsahuje celkem 20 otázek týkajících se Vašich znalostí různých aspektů epilepsie. U každé otázky jsou čtyři možnosti, z nichž **právě jedna** je správná. Některé otázky jsou poměrně náročné a je tudíž možné, že u nich nebudete znát odpověď. V takovém případě, prosím, označte možnost, která Vám připadá jako nejpravděpodobnější. **Označení odpovědí proved'te zakroužkováním písmene u příslušné možnosti.**

1. Epilepsie je

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

2. Epilepsie

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

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

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

4. Epilepsie může vypuknout

- a) zpravidla při narození, výjimečně do 1 roku života
- b) zpravidla mezi 3. a 6. rokem života, nejpozději však v době puberty
- c) v kterémkoliv věku, nejčastěji však do 20. roku života
- d) v kterémkoliv věku, nejčastěji však mezi 30. a 50. rokem života

5. Epilepsie je

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

6. Dědičnost epilepsie je

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

7. Při epileptickém záchvatu s křečemi je třeba především:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. Mohou matky trpící epilepsií kojit?

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

13. Mezi rizikové faktory ovlivňující epilepsii nejspíše nepatří:

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

14. Při epileptickém záchvatu:

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

15. Podstatou epileptického záchvatu je

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

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

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

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

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

18. Termínem Status epilepticus je označován:

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

III. Sebedůvěra v oblasti epilepsie

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

Příslušnou volbu proved'te zakroužkováním odpovídajícího čísla.

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

IV. Postoje k epilepsii

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

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

3. Lidé s epilepsií mohou bezpečně obsluhovat stroje.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

4. Pojišťovny by neměly odmítat pojistit lidi s epilepsií.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

9. Lidé s epilepsií jsou nebezpečím pro veřejnost.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

10. Odpovědnost za vzdělání dětí s epilepsií nese společnost.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

11. Jedinci s epilepsií jsou náchylní k nehodám.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

12. Děti potřebují být chráněny před spolužáky s epilepsií.

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

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

rozhodně souhlasím	souhlasím	spíše souhlasím
spíše nesouhlasím	nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím

Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku!