

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2019-2020

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Petra Plchová

**Problematika dětí s juvenilní idiopatickou artritidou v
běžných školách**

Praha 2020

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Milan Fleischmann

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2019-2020

BACHELOR THESIS

Petra Plchová

**The problematics of children with juvenile idiopathic arthritis
in regular schools**

Prague 2020

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Milan Fleischmann

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 17. 2. 2020

Jméno autorky

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Milanu Fleischmannovi za jeho laskavý přístup, cenné rady, konzultace a odborné vedení mé bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na děti trpící juvenilní idiopatickou artritidou (JIA). Hlavním tématem je začlenění žáka s touto chorobou do běžných škol a postoj pedagogů k těmto žákům. Práce je tvořena teoretickou a praktickou částí. Bakalářská práce je rozdělena do čtyř kapitol. První tři kapitoly se týkají teoretické části a čtvrtá kapitola zahrnuje část praktickou. První kapitola se zabývá charakteristikou onemocnění juvenilní idiopatická artritida, přidruženými onemocněními, a možnostmi léčby. Druhá kapitola zahrnuje psychologické aspekty onemocnění, psychologii dítěte předškolního, mladšího školního a staršího školního věku. Třetí kapitola se týká začlenění dětí s JIA do běžných mateřských a základních škol. Čtvrtá kapitola zahrnuje kazuistiku dítěte s JIA, výsledky dotazníkového šetření a návrh možných opatření ve školním prostředí pro děti s JIA.

Klíčová slova

dítě předškolního věku, dítě školního věku, dotazníkové šetření, juvenilní idiopatická artritida, kazuistika, somatopedie, speciální vzdělávací potřeby

Annotation

This bachelor thesis focuses on children suffering from Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA). The main topic focuses on the integration of students that have this disease, into the regular school system, as well as the teacher's attitude towards these students. The work comprises of both a theoretical and a practical part. The bachelor work is divided into four chapters. The first three chapters focus on the theoretical part and the fourth chapter covers the practical part. The first chapter covers the characteristics of the juvenile idiopathic disease, associated diseases, and the treatment options. The second chapter covers the psychological aspects of the disease, the psychology of a pre-schooler, young student, and older student. The third chapter focuses on integrating children with JIA into pre-schools and elementary schools. The fourth chapter comprises of a case study on a child with JIA, the results of the survey's questionnaire and suggested proposals for school environments for children with JIA.

Keywords

case study, elementary school-aged child, juvenile idiopathic arthritis, pre-schooler, somatopedia, special educational needs, survey

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ JIA.....	10
1.1 Projevy JIA.....	12
1.3 Přidružená onemocnění k JIA.....	15
1.4 Možnosti léčby.....	16
1.5 Lázeňská péče v ČR.....	19
2 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ONEMOCNĚNÍ.....	21
2.1 Psychologie dítěte předškolního věku.....	22
2.2 Psychologie dítěte mladšího školního věku.....	24
2.3 Psychologie dítěte staršího školního věku.....	26
3 ZAČLENÍ DĚTÍ S JIA DO BĚŽNÝCH ŠKOL V ČR.....	28
3.1 Mateřské školy.....	28
3.2 Základní školy.....	28
3.3 Speciální vzdělávací potřeby, inkluze, integrace, IVP.....	29
3.4 RVP PV, RVP ZV z hlediska dětí s JIA.....	31
PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
4 DĚTI S JUVENILNÍ IDIOPATICKOU ARTRITIDOU.....	34
4.1 Průběh a cíl výzkumu.....	34
4.2 Metodika výzkumu.....	34
4.3 Výsledky dotazníkového šetření.....	36
4.4 Kazuistika dítěte s JIA.....	47
ZÁVĚR.....	53
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	55
SEZNAM ZKRATEK.....	59
PŘÍLOHA.....	I

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá dětmi, kterým byla diagnostikována juvenilní idiopatická artritida. Jedná se o méně známé chronické onemocnění kloubů, avšak velmi agresivní, které postihuje mnoho dětí do šestnácti let. Juvenilní idiopatická artritida se dle počtu postižených kloubů dělí na několik různých typů. Může být doprovázena přidruženými chorobami, např. psoriázou či uveitidou. Typickým projevem jsou bolestivé klouby, ranní ztuhlost kloubů, deformita kloubů a končetin. Nejčastěji postihuje kolena a další velké klouby, dále pak malé klouby prstů horních i dolních končetin. Po čase dochází k deformitám kloubů, které ztěžují dětem každodenní fungování ve školním prostředí i mimo ně. Dětem následně činí obtíže i každodenní standardní činnosti jako jsou zapnutí knoflíků, česání, čištění zubů, psaní nebo chůze do schodů. Při delší nečinnosti dochází ke ztuhnutí kloubů, nejčastější je ranní ztuhlost a ztuhlost po jízdě automobilem. Dětem již od diagnostikování nemoci musí být nasazeny léky, léčba probíhá dlouhodobě a pro děti není zcela příjemná. Spolupráce dítěte, rodiny i lékařů je pro úspěšné zvládnutí nemoci nezbytná.

Termín artritida označuje zánětlivé onemocnění kloubů. Termín idiopatická označuje neznámou příčinu nemoci; předpokládá se, že jde o autoimunitní onemocnění; pravděpodobná je i dědičná predispozice. Pojem juvenilní označuje začátek projevů před dosažením věku šestnácti let. Při léčbě v dospělosti se i nadále používá název juvenilní idiopatická artritida.

V teoretické části bakalářské práce je popsáno onemocnění JIA, jeho nejčastější typy, projevy onemocnění a přidružená onemocnění, které jej nejčastěji doprovází. Dále se práce zabývá psychologíí dítěte předškolního, mladšího školního a staršího školního věku, začleněním dětí s juvenilní idiopatickou artritidou do běžných mateřských a základních škol, a možnostmi, jak lze tyto děti léčit. Vzhledem k častým zánětům a postižení kloubů mají děti trpící juvenilní idiopatickou artritidou mnohé potíže v rámci školní docházky a plnění školních povinností. V praktické části je sepsána kazuistika chlapce s diagnózou juvenilní idiopatické artritidy, který s touto nemocí žije od svých tří let. Dále jsou zde zpracovány a vyhodnoceny údaje získané z dotazníků, které byly vyplněny rodiči dětí s diagnózou JIA. Cílem výzkumu je zjistit, jaké potíže v rámci

školní docházky děti nejčastěji řeší, s jakými problémy se potýkají. Závěrem, na základě získaných údajů, budou navrženy možné úpravy školního prostředí a pomůcek pro tyto děti a doporučení pro vyučující pedagogy.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ JIA

Juvenilní idiopatická artritida (JIA) postihuje děti mladší šestnácti let. Zpravidla se u dětí objeví mezi prvním a čtvrtým rokem života. Onemocněním trpí jedno dítě z tisíce. (Young, 1997, s. 17)

Onemocnění se řadí mezi vzácné choroby, ročně onemocní dvě až dvacet nových dětí ze sta tisíc. V evropských zemích jsou dívky postiženy dvakrát častěji než chlapci. Juvenilní idiopatická artritida je onemocněním nevyléčitelným, střídají se zde aktivní období s méně aktivními, případně může nastat remise. JIA se projevuje zánětlivými změnami jednoho či více kloubů, které trvají déle než šest týdnů. (Němec, 2016, s. 181-182)

Vzhledem k počátku vzniku onemocnění před šestnáctým rokem života je nemoc označována za juvenilní, díky neznámým příčinám za idiopatickou. Termín artritida zahrnuje chronické zánětlivé onemocnění kloubů a šlach. Na počátku nemoci je obtížné ji zjistit, vyvíjí se pozvolna, několik týdnů až měsíců. Typickými projevy jsou ranní ztuhlost (až několikahodinová), postižené klouby jsou nateklé, bolestivé, omezeně pohyblivé. Některá postižení jsou lehčího typu, doprovázená např. pouze ranní ztuhlostí, jiná postižení jsou těžšího typu, s mnohočetným postižením a deformací kloubu. Příčinou nemoci jsou dědičné predispozice, hlavně v systému HLA, a dále zevní faktory, např. infekce. Nemoc je považována za autoimunitní, kdy imunitní systém dítěte částečně ztratí schopnost odlišit vlastní a cizí buňky a reaguje tak sám proti sobě. V prvních šesti měsících se dle projevů dělí JIA na: systémovou artritidu, oligoartritidu a polyartritidu. Nové dělení zahrnuje dokonce sedm druhů JIA: systémovou artritidu, oligoartritidu, polyartritidu s negativními revmatoidními faktory, polyartritidu s pozitivními revmatoidními faktory, psoriatickou artritidu, artritidu s entezitidou, jinou formu artritidy (splňující dvě podmínky a více z předchozích forem či nesplňující podmínky ani jedné z předchozích forem). (Pavelka, 2010, s. 25-37)

„Charakteristický znak kloubního zánětu je ztuhlost, která se objevuje po delším období klidu, což je především v ranních hodinách (ranní ztuhlost) Dítě se často snaží zmírnit bolest držením kloubu v pokrčené pozici, kterou také nazýváme "antalgickou" pozicí, což vyjadřuje skutečnost cíleného snížení bolesti v této poloze. Pokud je kloub v této pozici udržován delší dobu (obvykle více než 1 měsíc) dochází ke zkrácení (kontrakture) svalů a šlach a k vývoji tzv. flekční deformity.“
(PRINTO, online, cit. 2020-01-09)

Pro juvenilní idiopatickou artritidu se někdy užívá termínů juvenilní artritida či juvenilní revmatoidní artritida. (Bird, 2007, s. 182)

- Oligoartritida zahrnuje postižení jednoho až čtyř kloubů dítěte. Touto formou trpí přibližně polovina dětských pacientů. U některých dětí je doprovázena uveitidou. (Bird, 2007, s. 182-183)

U oligoartritidy není přítomna horečka. Nejčastěji jsou postiženy velké klouby, zejména kotníky a kolena. Pokud se po šesti měsících rozšíří onemocnění na více než pět kloubů, hovoříme o extendované (rozšířené) artritidě, pokud je i nadále postižených kloubů méně než pět, jedná se o perzistentní oligoartritidu. Oligoartritida se objevuje častěji u děvčat. (PRINTO, online, cit. 2020-01-09)

- Polyartritida znamená postižení pěti a více kloubů, může se objevit již u několika měsíčního dítěte. Některé z dětí mají pozitivní test na revmatoidní faktor, který je nejznámější autoprotilátkou zjišťující se krevními testy. Přítomnost revmatoidního faktoru však neprokazuje kloubní onemocnění, vyskytuje se i u jiných chorob. U osob s kloubním onemocněním je přítomen u dvou třetin lidí. (Bird, 2007, s. 183)

Polyartritida se dělí dle přítomnosti revmatoidního faktoru na RF negativní a RF pozitivní. Při RF pozitivní polyartritidě jsou zasaženy malé klouby, především symetricky postihují klouby prstů na ruku a nohu. (PRINTO, online, cit. 2020-01-09)

- Systémovou artritidou trpí asi desetina až dvacetina dětských revmatiků, u dospělých se nevyskytuje. Projevuje se horečkou a bolestí kloubů, kdy horečka během dne může klesnout na teplotu blízkou se běžným hodnotám. U části dětí

onemocnění odezní a již se nevrátí, u jiných se vyvine až do závažné formy. (Bird, 2007, s. 183)

U systémové artritidy jsou kromě kloubů postiženy další orgány. Objevuje se horečka, vyrážka a záněty různých orgánů. Záněty mohou začít spolu s artritidou i před jejím vznikem. Onemocnění se vyskytuje především u batolat a dětí předškolního věku, postihuje stejně často chlapce i dívky. Touto formou artritidy onemocní přibližně deset procent z celkového počtu dětí trpících JIA. (PRINTO, online, cit. 2020-01-09)

- Artritida s entezitidou zahrnuje chronická zánětlivá onemocnění kloubů, úponů šlach a vazů ke kostem. Dochází k postižení převážně dolních končetin. Postihuje častěji chlapce starší 8 let. (Bird, 2007, s. 183)
Nejčastěji je zánět lokalizován na patě, v místě úponu Achillovy šlachy či na plosce nohy. Projevuje se intenzivní bolestí. Děti mající artritidu asociovanou s entezitidou někdy také trpí uveitidou. (PRINTO, online, cit. 2020-01-09)
- Psoriatická artritida je revmatickým onemocněním, kde se s postižením kloubů vyskytne souběžně onemocnění lupénkou (psoriázou). (Bird, 2007, s. 183)

1.1 Projevy JIA

Nejčastějšími a prvotními projevy juvenilní idiopatické artritidy jsou především bolest, ztuhlost, poškození kloubů a únava. Vnímání bolesti je individuální, každé dítě ji pociťuje v jiné míře, nemocné klouby jsou bolestivé nejen v pohybu, ale též v klidu. Poškozený kloub bývá bolestivější při působení tlaku. Ztuhlost se projevuje především ráno, po probuzení. Dále se ztuhlost projevuje po delším sezení, ve škole či při jízdě dopravními prostředky. Občasně je ztuhlost pociťována také po déle trvající aktivitě.

Postižené klouby jsou často omezeny ve své funkci, nepracují v plném rozsahu, dítě s nimi nemůže správně pohybovat. Tyto klouby dítě používá poté nesprávně, čímž následně dochází ještě k vyšší nepohyblivosti a omezení funkce. Díky omezení funkčnosti kloubů mají děti s JIA potíže s plněním běžných denních povinností, ve škole, při vykonávání domácích prací či v sebeobslužných činnostech. (Bird, 2007, s. 36-38)

Často bývají mezi prvními bolestivě postižena zápěstí a klouby prstů na rukách, zejména střední klouby, k postižení koncových kloubů prstů rukou většinou nedochází. Obtíže bývají větší ráno, klouby jsou nejen bolestivé, ale i oteklé a ztuhlé. Ranní ztuhlost může trvat až několik hodin. Vznik potíží je zpravidla pomalý, plíživý, nebo naopak prudký, se silně oteklými klouby, teplotami a zarudnutím. Onemocnění má kolísavý průběh, období klidu se střídá s obdobími aktivní nemoci. Nejzávažnějšími deformitami jsou postiženy klouby kolenní a loketní, kdy při deformitě kolenního kloubu dochází k potížím s chůzí, koleno není možné propnout, při deformitách loketního kloubu není možné kloub plně pokrčit, děti tak mají potíže např. s jídlom, kdy nemohou vložit příbor do úst či si učesat vlasy. Páteř nebývá postižena. (Trnavský, 1994, s. 19-21)

Obr. 1: Ruka chlapce s onemocněním JIA



Obr. 2: Ruka zdravého chlapce



Zdroj: autor práce, 2020

V případě postižení kloubů na rukách činí dětem potíže psaní, zavazování tkaniček, zapínání knoflíků, navlékání korálek a ostatní činnosti, u kterých je zapotřebí využít jemné motoriky. Pokud jsou postiženy klouby na nohách, mají děti potíže nejen s chůzí či během, ale také s delším stáním. Projevy JIA se většinou zhoršují při jakékoliv infekci, kterou děti trpí, již obyčejná rýma dokáže jedincům velmi přitížit. Klouby, ve kterých aktuálně probíhá zánět jsou na pohmat teplejší. Velkou roli hraje

také únava, děti jsou snadno unavitelné, a to díky bolesti, která je vyčerpává nejen fyzicky, ale také psychicky. Děti bývají spavější než zdravé děti, avšak během nočního spánku si náležitě neodpočinou díky bolestem, které bývají chronické. Potíže se zhoršují při vlhkém a chladném počasí, zlepšují se při suchém a teplém počasí. (Revmatické nemoci, online, cit. 2020-01-10)

Děti s revmatickými chorobami vykazují známky celkové utlumenosti, jsou pomalejší v reakcích i duševní činnosti. Je zapotřebí jim ukládat takové úkoly, které je nepřepínají. Nepřítelem těchto dětí je klid, dochází při něm k tuhnutí kloubů a následným deformitám kloubů i končetin. Klid je nutný pouze při akutních zánětech. (Kábele, 1993, s. 127)

1.2 Diagnostika juvenilní idiopatické artritidy

Pro určení diagnózy JIA je nutné, stejně jako u jiných onemocnění, provést osobní a rodinnou anamnézu. Zkoumá se vznik příznaků, charakter a intenzita bolestí, denní průběh, co funguje pro úlevu od bolesti, kolik kloubů je postiženo. V rámci rodinné anamnézy se zkoumá, zda někdo z blízké rodiny trpí revmatickým onemocněním. Dále probíhá fyzikální vyšetření revmatologem, pohledem se zkoumá celkové postavení těla, pohyb, viditelný otok kloubů, tvar kloubů, deformita kloubů a svalů, kožní postižení či vzhled nehtů. Důležitou vyšetřovací metodou je vyšetření pohmatem, kterým se vyšetří otok jednotlivých kloubů, citlivost, rozsah možného pohybu kloubu a teplota okolí postižených kloubů. (Hakl, 2017, s. 148-149)

Důležité je provést analýzu počátku onemocnění, jaké události mu předcházely, zjistit věk pacienta, upřesnit začátek onemocnění, zda byl akutní či plíživý. Dále se provádí anamnéza bolesti – lokalizace, intenzita, bolest klidová či námahová, ranní ztuhlost. Důležité je pátrat po celkových příznacích, jelikož zpravidla značí zánětlivé onemocnění. K těmto příznakům patří např. vyšší únava, nechutenství, zvýšená teplota, poruchy spánku. Poté se zjišťuje přítomnost dalších onemocnění: projevy kožní, oční, plicní či choroby trávicího traktu. (Pavelka, 2010, s. 15-16)

K potvrzení diagnózy a následně k ověření bezpečnosti a účinnosti léčby jsou používány krevní testy. Krevními testy lze také identifikovat specifické autoprotilátky,

mezi nimi i revmatoidní faktor. Prostřednictvím sedimentace se zjišťuje rozsah zánětu v těle, čím je sedimentace vyšší, tím je větší zánět. Sedimentací se rozumí rychlost usazování červených krvinek ve stojící krvi. (Bird, 2007, s. 41)

1.3 Přidružená onemocnění k JIA

K artritickým onemocněním se mohou přidružit další onemocnění, jako je uveitida – nitrooční zánět, zánět střev či psoriáza – lupénka.

- Chronická přední uveitida doprovází nejčastěji oligoartritidu. Postihuje duhovku a její okolní tkáň. Někdy se jí také říká iridocyklitida. Častěji předchází JIA uveitidě, občas se mohou rozvinout společně. Onemocnění se rozvíjí bezbolestně a bez jakýchkoliv jiných projevů, pomalu a neznatelně. Nemocní nepocítují žádné potíže. Neléčená uveitida může způsobit těžké poškození očí. Děti s JIA proto musí navštěvovat jednou za 3 měsíce speciální vyšetření očí štěrbinovou lampou. U dětí majících artritidu asociovanou s entezitidou se však uveitida obvykle projevuje i zarudnutím, slzením a vyšší citlivostí oka na světlo. (PRINTO, online, cit. 2020-01-09)
- Lupénka (psoriáza) je druhým nejčastějším kožním onemocněním, jejím projevem je rohovatění kůže a její odlupování. (Morschitzky, 2007, s. 100)
Psoriatická artritida je charakteristická současnými projevy kožního a kloubního onemocnění. U psoriatické artritidy je zpravidla postiženo maximálně 5 kloubů, časté je postižení páteře v křížové oblasti. Pozitivní revmatoidní faktor zpravidla není přítomen. Nejčastější formou psoriázy je ložisková forma, kterou jsou zasaženy především lokty a kolena. Psoriáza může kromě kůže postihovat také nehty všech končetin (Revmatické nemoci, online, cit. 2020-01-09)
- Blauuv syndrom je složen ze tří onemocnění: dermatitidy, uveitidy a artritidy. Nejprve se objevuje kožní vyrážka, tvořena dlouhými okrouhlými ložisky, která se během let objevuje a opětovně mizí. Dále se přidává artritida, nejprve bez omezení hybnosti, ale s výrazným otokem kloubů a následně ještě uveitida. Pokud se choroba neléčí, dochází k její progresi. Onemocnění je dědičné, vždy

alespoň jeden z rodičů dítěte je nositelem genu, který jej způsobuje. (PRINTO, online, cit. 2020-01-17)

1.4 Možnosti léčby

Neléčená artritida může vést až k plné invaliditě dítěte, a to z důvodu zdeformování kloubů horních či dolních končetin. (Kábele, 1993, s. 126-127)

Léčba artritidy je závislá na závažnosti onemocnění. V počátku onemocnění jsou dětem proti bolesti podávána volně prodejná analgetika, např. Nurofen či Panadol. Po stanovení diagnózy je dětem nejčastěji podáván methotrexát, v tabletách či nitrosvalovou injekcí. Methotrexát, ze skupiny léků DMARD (Disease-modifying antirheumatoid drugs – chorobu modifikující antirevmatické léky), je chemoterapeutikum vyvinuté k léčbě nádorových onemocnění, v menších dávkách se využívá pro léčbu artritických onemocnění. Vzhledem k jeho možným nežádoucím účinkům je dětem podávána vždy následující den kyselina listová (acidum folicum). Methotrexát se může hromadit v kostní dřeni a v játrech, může způsobit vředy v ústech či zápal plic, což je ale vzácné. (Bird, 2007, s. 82-84)

Léky DMARD nemají okamžitý protizánětlivý účinek, ani netlumí okamžitě bolest. Jejich účinek nastupuje až po určité době jejich užívání, je však trvalejší. Léky DMARD dokáží zpomalit postup nemoci, především destrukci kloubů. (Trnavský, 1994, s. 27)

V případě, že nepomůže léčba methotrexátem či jiným lékem ze skupiny DMARD je pacientům, kteří nedosáhnou na biologickou léčbu, poskytována kombinovaná léčba zahrnující methotrexát, sulfasalazin a hydroxychlorochin. Každý z těchto léků působí na organismus jinou cestou. Léky jsou podávány v nižších dávkách než v případě jejich samostatného podávání, čímž se zmenšují nežádoucí účinky každého z těchto léků. (Bird, 2007, s. 86-87)

Některým nemocným je zapotřebí podat kortikoidy, protizánětlivé léky blízké hormonům kůry nadledvinek. Nástup účinku kortikoidů je rychlý, takže ihned po jejich podání dochází ke zmírnění bolesti a ústupu zánětu kloubu. Při vysazení léčby dochází

k opětovnému nástupu potíží, z tohoto důvodu musí být léčba obvykle podávána po delší dobu. (Trnavský, 1994, s. 27)

Pokud nepomůže žádná z dostupných možností léčby, je pro některé děti s JIA vhodná biologická léčba, např. lékem Humira, který se podává injekčně do svalů. Lék je určen pro děti starší dvou let, podává se samostatně (při nesnášenlivosti methotrexátu), ale častěji v kombinaci s methotrexátem. Biologická léčba je poskytována od roku 2000, zkušenosti s tímto druhem léčby nejsou velké, léčba je však dobře snášena. (PRINTO, online, cit. 2020-01-09)

V rámci léčby se dále využívá fyzioterapie, ergoterapie, rehabilitace, zdravotní cvičení, vč. plavání, vodoléčba a míčkování.

Fyzikální léčba, neboli fyzioterapie je využívána hlavně při nemocnicích, ale také při domácí péči o klienty. Fyzioterapeuti připravují individuální cvičební plány pro rozšíření mobility jednotlivých kloubů, pro zmenšení bolestivosti kloubů, určují rozsah jejich pohybu a v případě potřeby uplatňují další fyzikální metody, například elektroterapii či parafinové zábaly. Cvičením dochází k mobilizaci kloubů a svalů, které jsou bez cvičení oslabeny a dále ke zvýšení jejich pohyblivosti. V případě zánětlivých kloubů se využívá terapie chladem, chlad zmírňuje jejich bolestivost a urychlí hojivý proces. (Young, 1997, s. 66-67)

Míčkování, odborným názvem míčková facilitace, je metodou, která napomáhá ke zlepšení držení těla, k léčbě alergických a dýchacích obtíží, při astmatu či průduškových onemocněních. Autorkou této metody je paní Zdena Jebavá, pracující jako fyzioterapeutka. Míčkování je oblíbeno hlavně u dětských pacientů, kdy jsou tahy míčkem prováděny rodiči, některé děti si míčkování – masírování postiženého místa provádí i samy. Míčkování je zapotřebí provádět pravidelně, jedenkrát denně, po dobu minimálně dvou až třech měsíců. Teprve tehdy je možné předpokládat jeho pozitivní účinky. Pro míčkování jsou využívány speciální molitanové míčky velké v průměru jeden, dva, čtyři, pět, sedm, devět a dvanáct centimetrů. Míčkování se dětem provádí vsedě a vleže. (Jebavá, 1997, s. 4-6)

„Při míčkování oproti očekávání nejde jen o povrchovou masáž, ale dochází i k reflexnímu působení na vnitřní orgány a i k celkovému zlepšení zdravotního stavu organismu. Při koulení nebo vytírání míčkem po dále popsanych drahách dojde

k protažení a uvolnění příslušných svalových skupin – počínaje krčními, přes hrudní, břišní a pánevní svaly a konče svaly okolo páteře i páteří samotnou.“ (Jebavá, 1997, s. 4)

Dle mých zkušeností se u dětí s JIA využívá úspěšně ergoterapie. Ergoterapie, neboli pracovní terapie, pomáhá dětem především s činnostmi vyžadujícími jemnou motoriku. Děti posilují prsty ruky speciálními modelinami, jejich následným tvarováním a modelováním. Součástí této terapie u dětí je i stříhání, lepení, práce s vlnou a všelijaké tvoření.

Dále se v rámci ergoterapie hledají a učí používat vhodné nástroje pro usnadnění běžných činností v každodenním životě. Ergoterapeut navrhne také možné úpravy, které by člověk mohl potřebovat. (Young, 1997, s. 67)

Cílem ergoterapie je maximální možné zapojení člověka do každodenního života, umožnit mu vykonávat soběstačně a nezávisle činnosti nejen doma, ale i ve škole či v rámci mimoškolních činností. Prostředkem k dosažení cílů je činnost. Ergoterapie usiluje o zachování a využití schopností jedince, respektuje jeho potřeby, schopnosti a možnosti. Svých cílů ergoterapie dosahuje nejen nácvikem určitých činností, ale také úpravou prostředí či využitím speciálních pomůcek. (Revma Liga, online, cit. 2020-01-31)

U dětí s JIA je v rámci léčby i prevence využíváno zdravotní cvičení. Zdravotním cvičením jsou kupříkladu jóga, t'ai či, cvičení v bazénu, cvičení na míčích, plavání, jízda na kole či rotopedu.

Jóga je šetrným a kontrolovaným cvičením, kterým dochází k rozvoji pohyblivosti kloubů a svalů, koordinaci pohybů, k relaxaci a lepšímu zvládnutí stresu. T'ai či je starověké řecké cvičení, jedná se o tzv. meditaci v pohybu. Je složeno z pomalých nepřetržitých pohybů, při kterých se člověk soustředí na svoje tělo, mysl i emoce. (Young, 1997, s. 88-89)

Cílem léčby juvenilní idiopatické artritidy je, aby děti vedly co nejběžnější život. Děti by měly vykonávat především lehčí pohybové aktivity, mnohdy však psychická pohoda z vykonaného pohybu má pro děti vyšší hodnotu než fyzická bolest. Důležité je, aby byl zvolen takový typ pohybu, který je baví, aby u něj vydržely a stal se pro ně přínosným. Mírná fyzická aktivita, rychlejší chůze, plavání, jízda na kole či rotopedu,

protahování a vykonávání domácích prací, jsou klíčové pro udržení kondice dětí s revmatickým onemocněním. Nejenže zlepšují funkčnost a pohyblivost kloubů a šlach, ale přispívají taktéž k většímu sebevědomí, zmírňují bolest, a zlepšují koordinaci těla. (PRINTO, online, cit. 2020-01-09)

Nezastupitelnou roli při léčbě JIA má nejbližší okolí dítěte, především rodina, která je připravena dítěti pomoci s potřebnými činnostmi. Významný je také jejich optimistický a vyrovnaný přístup k nemoci. (Trnavský, 1994, s. 26)

1.5 Lázeňská péče v ČR

Komplexní lázeňská léčba pro děti s juvenilní idiopatickou artritidou probíhá například v Léčebně Dr. L. Filipa v Poděbradech či v dětské léčebně Radost v Teplicích nad Bečvou.

Do lázní jezdí děti s JIA jedenkrát ročně na dobu čtyř týdnů. Dětem do šesti let je hrazen doprovod rodičů, děti od šesti let výše navštěvují lázně samostatně, bez doprovodu. V ojedinělých případech, na základě doporučení klinického psychologa, hradí pojišťovna pobyt doprovodu i dětem starším šesti let.

V rámci léčby v Léčebně Dr. L. Filipa podstupují děti dvakrát denně skupinové cvičení, jedenkrát denně uhličitou či masážní koupel, třikrát týdně individuální cvičení, třikrát týdně cvičení v bazénu, jedenkrát týdně cvičení na míčích a ergoterapii. Jeden den v týdnu, vždy v sobotu či v neděli, je odpočinkový den, děti nemají žádné řízené aktivity. Předškolní děti jezdí do lázní vždy s doprovodem, mateřská škola při Léčebně Dr. L. Filipa není zřízena. V rámci léčebny jsou však těmto dětem k dispozici dvě herny vybavené hračkami a na vyžádání též tělocvična. Děti s doprovodem jsou ubytovány v samostatných pokojích, na jednom pokoji vždy jedna rodina. Pobyt a stravu je možno uhradit též dalším členům rodiny, nedochází tak k odtržení dětí od matky na dlouhou dobu osmadvaceti dnů, po kterou léčba probíhá. Děti, absolvující lázeňskou péči bez doprovodu, mohou příbuzní navštívit dvakrát týdně, vždy ve středu odpoledne a volný den o víkendu.

Pro děti školního věku navštěvujících základní školu je k dispozici několik aprobovaných učitelů. Vyučování probíhá ve všední dny během klasického školního

roku. Základní škola při Léčebně Dr. L. Filipa má školní vzdělávací program Škola pro život. Vzdělávací program ŠKOLA PRO ŽIVOT je založen na předávání poznatků žákům nikoliv hotovou formou, nýbrž za pomoci pozorování, pokusů a vlastního objevování. Škola zde funguje od roku 1950. Vyučování probíhá se sníženým počtem hodin, jelikož děti absolvují mnoho procedur. V hodinách se probírají především hlavní předměty, výchovám se děti věnují během odpoledních hodin ve školní družině. Vyučující se snaží, aby děti při návratu do své kmenové školy nebyly pozadu za spolužáky a zapojily se bezproblémově do další výuky. Vyučování neprobíhá ve standardních třídách, probíhá např. v jídelnách či v herně. Škola má k dispozici tři interaktivní tabule, dva dataprojektory, učitelé mají k dispozici notebooky. V provozu je taktéž školní družina pro čtyřadvacet dětí. Výuku zajišťuje šest učitelů, pro školní družinu jsou k dispozici dvě vychovatelky. Vyučování probíhá dohromady pro první až třetí ročník, dále pro čtvrtý a pátý ročník. Šestý a sedmý ročník má vyučování oddělené, spojena je osmá a devátá třída. Informace o vzdělávání žáků je rodičům sdělována dvakrát během čtyř týdenního pobytu, na vyžádání jsou informace poskytnuty telefonicky. (Léčebna Dr. L. Filipa, online, cit. 2020-01-05)

2 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ONEMOCNĚNÍ

Se všemi dětmi majícími určité znevýhodnění je zapotřebí přiměřeně jejich věku o daném stavu mluvit. Jednoduché vysvětlení dokáže chápat i roční dítě. O postižení je zapotřebí hovořit nejenom se samotným dítětem, ale též s jeho sourozenci. Děti poznají, když se rodiče trápí, a pokud jim není upřesněn důvod, mohou si situaci vyložit špatně. Třeba tak, že se nechovaly správně a proto jsou rodiče smutní. Informace by dětem měli sdělit nejlépe rodiče, pokud se na to sami necítí, měly by být dítěti sděleny jinými příbuznými, které děti dobře znají. Děti se s diagnózou zpravidla vyrovnávají lépe než samotní rodiče. Dětem by vždy měly být sdělovány zjednodušené pravdivé informace, přiměřené jejich věku. V případě nepravdivých sdělení by děti brzy ztratily tolik potřebnou důvěru ke svým nejbližším. (Kerr, 1997, s. 19-21)

V případě života s dítětem s postižením je zapotřebí uspořádat rodinný život tak, aby byly pokryty potřeby nejen nemocného dítěte, ale i všech dalších členů rodiny. Odchylkami od ideální adaptace jsou:

- Hyperprotektivita, kdy obvykle matka věnuje dítěti přemíru péče a nedovolí dalším osobám se o dítě starat, ostatní členové rodiny se mohou cítit vyloučení a trpět naopak nedostatkem pozornosti.
- Odmítání dítěte – vzniká nejčastěji tam, kde je dítě postiženo těžce a postižení diagnostikováno v raném věku, kdy ještě nebyly vytvořeny pevné vazby mezi dítětem a rodiči. Odmítání bývá zpravidla pouze jedním z rodičů. Těmto dětem hrozí umístění do ústavu, v případě domácí péče jim hrozí zanedbávání či týrání, ať už psychické či fyzické.
- Přetrvávající vztek na druhého z rodičů, obviňování, že za postižení dítěte může partner. Tento stav může vést k rozpadu rodiny. Také sebe obviňování může vést k partnerskému odcizení. V reálu však k rozpadu rodin s dítětem s postižením nedochází častěji než v běžných rodinách. (Kábele, 2006, s. 71-72)

K chronickému postižení dítěte dochází asi v 7–10 % z dětské populace. Chronická nemoc přináší stres nejen pro rodiče, ale i pro dítě. Děti provází bolest, léčebné procedury, v případě hospitalizace odloučení od rodiny, strach z budoucnosti.

Důležitá je spolupráce lékařů s rodiči, na rodiče je přenášena zodpovědnost za léčbu dítěte i provádění někdy až bolestivého cvičení. Důležité je komunikovat s dětmi o jejich postižení či nemoci již od útlého věku, nezamlčovat skutečnosti a neodkládat sdělování pravdivých informací o diagnóze do pozdějšího věku. (Kábele, 2006, s. 79-80)

2.1 Psychologie dítěte předškolního věku

Dítě se nachází v předškolním období mezi třetím a šestým až sedmým rokem věku. Konec tohoto období je dán nástupem dítěte do základní školy. (Wágnerová, 2012, s. 177)

„V jeho poznávání dítěti pomáhá představivost, pro předškolní věk je typické fantazijní zpracování informací a intuitivní uvažování, které ještě není regulováno logikou. Dítě své představy přizpůsobuje vlastním možnostem poznání i aktuálním potřebám.“ (Wágnerová, 2012, s. 177)

Předškoláci mají barvitou fantazii a často nerozlišují, co je skutečné a co smyšlené, mezery mezi jednotlivými jevy jsou vyplňovány častou tzv. dětskou konfabulací. Představy jsou pro předškoláky nutné, díky nim se dokáží vyrovnat či přizpůsobit např. těžce pochopitelné realitě. Zcela nezastupitelnou roli pro dítě mají dospělí, rodiče, prarodiče, učitelé mateřských škol, kteří mají trpělivost, čas a znalosti odpovídat na otázky dítěte. Děti jsou v tomto období egocentrické, okolní svět vnímají pouze ze svého pohledu, nedokáží na něj nazírat z pohledu druhého. Dalším znakem tohoto období je tendence polidšťování věcí, tzv. antropomorfismus a prezentismus, kdy děti chápou ve vztahu k aktuální přítomnosti. U dětí předškolního věku převažuje krátkodobá paměť nad dlouhodobou, děti si lépe pamatují konkrétní události než jejich slovní popis, některé emotivní situace si však dokáží zapamatovat na celý život. (Mertin, Gillernová, 2010, s. 15-17)

Předškolní věk je nutné brát jako fázi přípravy na fungování ve společnosti, dítě se učí prosadit i přijmout určitá pravidla v různých situacích. Do tohoto období spadá počátek prosociálního chování. (Wágnerová, 2012, s. 177)

V předškolním období dochází ke vzrůstu pohybové koordinace. V tomto období je velmi vhodné začít se sporty jako je plavání, lyžování či jízda na kole. Rozvoj hrubé motoriky dítěte souvisí s jeho celkovou aktivitou a možnostmi pohybu. Pohybová koordinace se promítá také do sebeobslužných činností, dítě je schopno se samostatně obléknout a svléknout, obout, zavázat si tkaničky, najíst se či provést osobní hygienu. Rovněž dochází k rozvoji jemné motoriky, zdokonaluje se kresba dítěte, dokáže tvořit z plastelíny, třídí a řadí předměty. V období okolo čtvrtého roku se vyhraňuje laterálníta a je možno určit, zda dítě bude pravák či levák. (Mertin, Gillernová, 2010, s. 13-14)

Neutuchající aktivita předškoláků se někdy projevuje také verbálně, neustálými otázkami a mluvením, projevuje se nepřetržitým pohybem typu poskakování, poposedávání. Někdy je toto vysvětlováno potřebou pohybu z důvodu růstu dlouhých kostí, tyto činnosti mají tedy i biologický aspekt. Nejsnáze lze předškoláky motivovat během hry s vrstevníky, jejich vůle je kolísavá, potřebují jasné cíle motivované uspokojením jejich potřeb či příslibem činnosti. Nejčastější frustrace dětí předškolního věku plyne z neumožnění pohybových aktivit, nedostatku možností pravidelného setkání s vrstevníky i dospělými, a to i s rodiči. Děti se potom v rámci frustrace mohou stát agresivnějšími či naopak se uzavřít do sebe, případně uniknout do vývojově nižší kategorie, kdy se začne chovat jako batolata. Předškolní děti vnímají dospělé jako přirozenou autoritu, považují za správné i chybné chování dospělých, jelikož je prováděno autoritou. Jedním z nejdůležitějších vztahů mezi dospělými jsou pro děti vztahy matky a otce, v tomto období jsou vytvářeny u dětí základy citového chování, je velmi důležité, jaká je věnována pozornost dětským emocím. (Mertin, Gillernová, 2010, s. 17-19)

V předškolním věku ubývá negativních emocí a přibývá emocí pozitivních, emoce dětí se často střídají, smích nahrazuje pláč a naopak. Děti méně často prožívají vztek a zlost, dokáží již pochopit nutnost negativních situací i příčiny jejich vzniku. U dětí se objevuje smysl pro humor, často vyvolaný opakováním nesmyslných či tabuizovaných slov. Dokáží si představit budoucí dění a na něco těšit. Při hodnocení emocí druhých vychází děti z vlastního cítění dané situace. Jsou přesvědčeny, že určité situace lidé prožívají stejně jako je prožívají ony samy. Ve věku pěti let již děti dokáží pochopit, že vnější výraz člověka nemusí odrážet jeho skutečné emoce, že lidé mohou své emoce

maskovat, aby okolí nevidělo, jak se cítí. Dovednost regulovat vlastní emoce ovlivňuje i temperament dítěte, pro některé děti je ovládání emocí těžší než pro jiné. Nově se v předškolním období projevuje pocit viny, kdy dítě ví, že udělalo něco nežádoucího. (Vágnerová, 2012, s. 218-223)

Při předávání informací dětem předškolního věku je zapotřebí sdělovat jednoduché informace. Děti žijí přítomností, zajímají je věci, které se dějí právě teď, nebo bezprostředně potom. Nemá smysl jim sdělovat, co se bude dít za několik týdnů, měsíců či let. Informace je též vhodné předávat a přibližovat dětem pomocí příběhů a pohádek. Pokud je to možné, děti by neměly být v případě hospitalizace odloučeny od matky. (Kerr, 1997, s. 21)

Pokud není dítě před lékařským zákrokem či hospitalizací pravdivě informováno, může je tyto brát jako trest za své provinění. Dobře je možné dítě připravit na zákrok či hospitalizaci prostřednictvím symbolické hry. (Kábele, 2006, s. 81)

2.2 Psychologie dítěte mladšího školního věku

„Nástup do školy je důležitým sociálním mezníkem. Dítě v této souvislosti získává novou roli, stává se školákem. Doba, kdy tuto roli získá, je přesně časově určena a jako společensky významný akt ritualizována.“ (Vágnerová, 2012, s. 254)

V mladším školním věku se nachází děti šesti až sedmileté do věku deseti až jedenácti let, kdy u nich nastupuje prepuberta a začínají se objevovat první známky pohlavního dospívání. Toto období je emocionálně a osobnostně nejstabilnější z dětského věku. Zpočátku bere školák jemu podávané informace tak, jak jsou mu předávány, teprve později se na ně dívá kriticky a porovnává je. Naivní realismus se přeměňuje na kritický realismus, který je jedním z prvotních příznaků blížící se puberty. Výhodou tohoto období je, že dítě poznává, v čem vyniká, co umí a co ho baví, čímž získává pocit, že je šikovné. Nevýhodou naopak je, že může získat pocit méněcennosti, marnosti, pokud nemůže přijít na to, v čem je dobré, v čem vyniká. Toto období je především obdobím snaživosti a iniciativy. Hodnotu si dítě přisuzuje především výkonem, vlastní pílí a snaživostí. Zkušenost dítěte přesahuje rámec rodiny,

musí obstát i mimo ni, například ve škole či v rámci mimoškolních aktivit. (Pugnerová, 2019, s. 47-48)

Snaha o vlastní prosazení a výkon ve školním prostředí i mimo něj se dostává do popředí. V případě, kdy dítě není dostatečně úspěšné, hrozí vznik až celoživotních pocitů méněcennosti. Pro děti je velmi důležitý kontakt s vrstevníky, případné vyloučení z kolektivu je zapotřebí dle možností minimalizovat. (Kábele, 2006, s. 81-82)

Počátek školního věku lze považovat za oficiální vstup dítěte do společnosti. Raný školní věk zahrnuje děti od šesti do devíti let, tj. přibližně první až třetí třídu základní školy. Děti se naučí číst, psát a počítat. Střední školní věk zahrnuje období od devíti do jedenácti až dvanácti let, tj. čtvrtý až pátý ročník základní školy. Děti si v této době utváří postavení v rámci třídy a v kolektivu vrstevníků. V tomto období dochází k některým méně nápadným změnám, které jsou přípravou na období dospívání. (Vágnerová, 2012, s. 255)

Děti mladšího školního věku bývají pozitivní a optimistické, pokud tomu tak není, má tento stav povětšinou jasnou příčinu. Dochází k rozvoji emoční inteligence, děti se rozvíjí v poznání svých vlastních citů, ale i emocí druhých. Přibližně okolo desátého roku počínají děti chápat emoční ambivalenci, kdy stejná situace může vyvolat u různých lidí rozličné emoce. Dochází ke zvýšení schopnosti pracovat s empatií, děti, které jsou empatické bývají v kolektivu oblíbenější. Dále se u dětí rozvíjí emoce spojené s představami o tom, že by věci byly lepší či horší, kdyby se člověk zachoval jinak. Děti okolo devátého roku si již dokáží představit emoce a cítění druhých a dokáží o těchto pocitech hovořit a popsat je. Rozumí, že některé emoce jsou okolím chápány negativně, např. vztekání, strach či úzkost a snaží se jim vyvarovat. Děti v určitých situacích dokáží emoce i předstírat, pokud mají pocit, že je to žádané, či je naopak potlačit. (Vágnerová, 2012, s. 305-310)

Děti přibližně od sedmi let již dokáží pochopit, že i nepříjemná vyšetření či ošetření mohou být prospěšná. Při hovorech o nemoci je možné dítěti, kromě sdělování zjednodušených informací, nabídnout pročtení letáků o nemoci. I děti školního věku mají strach z odloučení od rodiny, v případě hospitalizace jsou nutné časté návštěvy rodičů. Je důležité děti i jejich sourozence ujistit, že onemocnění není jejich vina, a není trestem za jejich chování. Důležité je hovořit s dětmi o jejich pocitech a vysvětlit pocity

vlastní. Vhodné je setkávání dítěte s dětmi majícími stejnou diagnózu, aby viděly, že nejsou s danými potížemi na světě samy. (Kerr, 1997, s. 21-23)

2.3 Psychologie dítěte staršího školního věku

Starší školní věk trvá od nástupu na druhý stupeň do ukončení povinné školní docházky, zahrnuje tedy šestý až devátý ročník základní školy. Věkově zahrnuje děti od jedenácti až dvanácti let do přibližně patnácti let. (Vágnerová, 2012, s. 256)

Vývojové období mezi jedenáctým a patnáctým rokem je považováno za jedno z nejnáročnějších a nejsložitějších období lidského života. Jeho průběh závisí na mnoha okolnostech, např. způsobu života rodiny, normách společnosti či tradicích. Pro toto období jsou charakteristické rozpory mezi minimálně dvěma generacemi, výraznější potíže vznikají u rodin, kde konflikty trvají od raných období. (Pugnerová, 2019, s. 71)

„Dospívání často provázejí emoční instabilita, časté a nápadné změny nálad (a to zejména k negativním rozladám), impulzivita v jednání, nestálost a nepředvídatelnost reakcí a postojů.“ (Farková, 2008, s. 185)

S přibývajícím věkem, přibližně od věku dvanácti let, je zapotřebí začít předávat dítěti kompetence týkající se léčby jeho nemoci, např. samostatné brání léků či píchání injekcí. Dítěti je nutné umožnit zúčastnit se spolurozhodování v otázkách léčby i komunikace s lékařem. (Kábele, 2006, s. 79-82)

V období dospívání stoupá snaha o sociální odlišení, projevující se například využíváním slangových či vulgárních výrazů. Děti hledají vlastní identitu, mohou zažívat pocity zmatenosti, nevědí jakou roli mají zaujmout. Velké starosti jim činí, jak na ně nahlíží ostatní. Velký význam má pro dospívající skupinová identita, kdy svou příslušnost ke skupině dávají najevo shodným oblékáním, zálibami či gesty. Skupina si vzájemně pomáhá nalézt novou identitu. (Pugnerová, 2019, s. 70-76)

V rané adolescenci, tj. období mezi jedenáctým až patnáctým rokem, dochází u dětí ke změně způsobu myšlení, dokáží uvažovat hypoteticky, a to i o možnostech, které ve skutečnosti neexistují. Hypoteticky přemýšlejí též nad budoucností, přemýšlejí o situacích, které by mohly nastat, či naopak nad minulostí, zda bylo možné věci udělat jinak a tím změnit následující dění. Děti se osamostatňují od rodičů a naopak přimykají

k vrstevnickým skupinám, se kterými se ztotožňují. V průměru dospívají dívky asi o dva roky dříve než chlapci. U dětí dochází k výrazným tělesným změnám – růstu, vývoji sekundárních pohlavních znaků, zesílení, a tím i změně přístupu okolí k jejich osobnosti. Atraktivní dospívající mají lepší sociální status a jsou lépe přijímáni dospělými i vrstevníky. (Vágnerová, 2012, s. 369-381)

Pohybové dovednosti jsou taktéž v kolektivu vysoce hodnoceny. Nemotorné děti jsou hůře přijímány než děti pohybově nadané, snižuje se tak jejich sociální prestiž. (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 384)

„Významným úkolem dospívání je vytvoření diferencovaných vztahů k vrstevníkům obojího pohlaví. Vztahy uvnitř rodiny, ze kterých se postupně odpoutává, nahrazuje ve vztazích k vrstevníkům. Zdá se, jako by ubývající jistota z opouštění rodiny byla kompenzována přibývajícím jistotou ve vztazích právě k vrstevníkům jako příprava na nové a trvalé emoční vztahy v dospělosti. Vztahovost v této oblasti vzniká postupně, jakoby po krocích.“ (Farková, 2008, s. 187)

3 ZAČLENÍ DĚTÍ S JIA DO BĚŽNÝCH ŠKOL V ČR

3.1 Mateřské školy

V České republice v roce 2018/2019 bylo zřízeno celkem 5 287 mateřských škol se 16 064 třídami. Celkem mateřské školy navštěvovalo 363 776 žáků, z toho žáků se speciálními vzdělávacími potřebami bylo 11 245. V mateřských školách učilo v daném období celkem 30 581 učitelů. Za posledních deset let přibylo v České republice 9,9 % mateřských škol, žáků se speciálními vzdělávacími potřebami přibylo o 29,7 %. (ČSÚ, online, cit. 2020-02-01)

Mateřské školy navštěvují zpravidla děti od tří do šesti let, nejdéle však do školního roku, ve kterém dítě s odkladem školní docházky dovrší osmi let věku. Nejdříve lze přijmout děti, které dovršily dvou let, tyto děti však nemají na přijetí do mateřské školy právní nárok. Povinné je předškolní vzdělávání pro děti, které dovršily v předchozím školním roce pěti let. Těmto dětem a dětem s odkladem školní docházky je předškolní vzdělávání poskytováno bezúplatně. V případě vyšší nemocnosti dítěte či jiných důvodů ze strany rodičů je možné dítěti zajistit individuální formu vzdělávání, při které dítě nedochází do mateřské školy. (MŠMT, online, cit. 2020-02-01)

„Jak se vzdělávají děti se speciálními vzdělávacími potřebami v mateřské škole? Přijetí těchto dětí je podmíněno dodáním doporučení školského poradenského zařízení. Ředitel mateřské školy rozhodne na základě § 34 odst. 6 školského zákona o přijetí dítěte uvedeného v § 16 odst. 9 (dítě s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem) na základě písemného doporučení školského poradenského zařízení, popřípadě také registrujícího lékaře.“ (MŠMT, online, cit. 2020-02-01)

3.2 Základní školy

V České republice v roce 2018/2019 bylo zřízeno celkem 4 172 základních škol se 46 774 třídami, z toho 28 759 na prvním stupni. Celkem základní školy navštěvovalo

940 928 žáků. Celkový počet žáků zahrnuje též žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, kterých bylo 101 983, z toho žáků vyučovaných v běžných třídách základních škol bylo 76 037. Na základních školách učilo v daném období celkem 64 345 učitelů, z toho 32 830 na prvním stupni. Za posledních deset let přibylo v České republice 0,9 % základních škol. (ČSÚ, online, cit. 2020-02-02)

Vzdělávání na základních školách probíhá v devíti postupných ročnících, na dvou stupních. První stupeň zahrnuje první až pátý ročník, druhý stupeň šestý až devátý ročník. Vzdělávání na základních školách se poskytuje pouze denní formou, tj. každý pracovní den mimo stanovených prázdnin. Jedna vyučovací hodina trvá 45 minut. Maximální počet vyučovacích hodin je odlišný pro různé ročníky základních škol. Děti v prvních a druhých třídách mohou mít maximálně 22 vyučovacích hodin týdně, ve třetí až páté třídě je maximum 26 vyučovacích hodin, v šestém a sedmém ročníku 30 hodin a v nejvyšších dvou ročnících 32 vyučovacích hodin týdně.

Školní docházka je povinná po dobu devíti let, nejdéle však do sedmnáctého roku věku, kterého dosáhl žák v daném školním roce. K povinné školní docházce jsou přijímány děti, které k 31. 8. daného roku dosáhnou věku šesti let, pokud jim nebyl povolen odklad. Pokud rodiče požádají, a kladně se vyjádří i školské poradenské zařízení (příp. i odborný lékař), může být k povinné školní docházce přijato dítě, které šesti let dovrší až v průběhu školního roku, v němž školní docházku započne. Nejpozději lze školní docházku započít ve školním roce, který následuje osmým narozeninám dítěte. Na základě žádosti rodičů, při splnění nutných podmínek, může být žákovi povoleno individuální vzdělávání. (MŠMT, online, cit. 2020-02-03)

3.3 Speciální vzdělávací potřeby, inkluze, integrace, IVP

„Dítětem, žákem, či studentem (dále jen „žák“) se speciálními vzdělávacími potřebami je žák, který k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění a užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními, potřebuje poskytnutí podpůrných opatření vyplývajících z jeho individuálních potřeb na základě jeho zdravotního stavu, odlišného kulturního prostředí nebo jiných životních podmínek.“
(MŠMT, online, cit. 2020-02-02)

Mezi žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP) spadají žáci tělesně, zrakově, sluchově postižení, žáci s lehkým mentálním postižením, s vadami řeči, specifickými poruchami učení, poruchou pozornosti či chování, kombinovanými vadami, zdravotně oslabení či dlouhodobě nemocní. Řadí se sem také žáci s odlišným mateřským jazykem a žáci nadaní, pokud mají přidružené speciální vzdělávací potřeby. (MŠMT, online, cit. 2020-02-02)

Vzdělávání dětí se specifickými vzdělávacími potřebami může usnadnit individuální vzdělávací plán (IVP), který upravuje podmínky, za jakých bude těmto dětem vzdělávání poskytováno. Pro zařazení dětí mezi děti se speciálními vzdělávacími potřebami je zapotřebí vyjádření pedagogicko psychologické poradny (PPP) či speciálně pedagogického centra (SPC). Žáci se SVP jsou vedeni jako integrovaní. Integrovat je lze do běžné třídy základní školy – individuální integrace, či do speciálních tříd základních škol pro žáky se zdravotním postižením – skupinová integrace. Integrace je prováděna za účelem jejich nejvyššího možného začlenění do běžného plnohodnotného života. (Jucovičová, 2009, s. 7-9)

„Obecně si tedy můžeme pod termínem „integrace“ představit zařazení jedince s postižením do běžné školy za předpokladu, že žák je brán jako „prvek“, který se musí přizpůsobit, aby byl adekvátně sjednocen s intaktními spolužáky v běžné škole; jeho speciální potřeby jsou naplňovány mimo tento hlavní vzdělávací proud v individuálním vzdělávacím plánu.“ (Zilcher, Svoboda, 2019, s. 23)

Podklady pro vypracování IVP škole poskytne PPP či SPC (se souhlasem zákonných zástupců dítěte) či přímo rodič, v případě žáka se specifickými poruchami chování se vyžaduje též vyjádření psychologa. Žádost o vypracování a vzdělávání žáka podle individuálního vzdělávacího plánu dává škole rodič dítěte. Individuální vzdělávací plán musí být vypracován nejpozději do jednoho měsíce od nástupu dítěte do školského zařízení, případně do jednoho měsíce od zjištění specifických potřeb žáka. Pro děti vzdělávané podle IVP je možné využít asistenta pedagoga. V jedné třídě běžné ZŠ může být integrováno maximálně pět dětí se zdravotním postižením. Při tvorbě IVP je zapotřebí vycházet z více zdrojů a vyhnout se tak možnému zkreslení informací o dítěti a tím nesprávnému nastavení podpůrných opatření. Důležitou součástí pro získání informací je pedagogická diagnostika žáka učitelem. Informace vychází ze

zkušeností a poznání žáka učitelem, dále je lze získat od rodičů dítěte, od vedoucích zájmových kroužků, dalších učitelů, z rozboru prací či z rozhovorů se samotným žákem. Je zapotřebí zjistit specifické potřeby a zvláštnosti daného dítěte, způsoby jeho reakcí, postoje a prožívání (například způsob vyrovnání se se svým zdravotním omezením). (Jucovičová, 2009, s. 9-15)

3.4 RVP PV, RVP ZV z hlediska dětí s JIA

Rámcové vzdělávací programy vydává Ministerstvo školství. Stanovují cíle, formy a povinný obsah vzdělávání. Rámcové vzdělávací programy zahrnují ustanovení podmínek pro vzdělávání dětí se specifickými vzdělávacími potřebami. Z rámcových vzdělávacích programů vychází školní vzdělávací programy a následně třídní vzdělávací programy. Ve školních vzdělávacích programech jsou stanoveny podmínky vzdělávání konkrétní školy pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami a děti nadané. (Jucovičová, 2009, s. 11-12)

RVP PV zahrnuje pět oblastí vzdělávání, které se nazývají:

- Dítě a jeho tělo
- Dítě a jeho psychika
- Dítě a ten druhý
- Dítě a společnost
- Dítě a svět.

V rámcovém vzdělávacím programu pro předškolní vzdělávání oblasti **Dítě a jeho tělo**, tj. oblasti biologické by na konci předškolního období měly děti bezpečně ovládat například tyto činnosti: zacházet s předměty denní potřeby, zacházet s grafickým a výtvarným materiálem – s tužkou, nůžkami, papírem či modelínou. Dále by se dítě mělo samo umět oblékat a svlékat, obouvat, postarat se o osobní hygienu a umět stolovat. (NÚV, online, cit. 2020-02-08)

Dle vlastních zkušeností vím, že s plněním výše vyjmenovaných činností RVP PV z oblasti Dítě a jeho tělo mají děti s JIA nejčastější potíže. Největší problémy mají děti v oblasti jemné motoriky, stříhání nůžkami či správné držení tužky může být při postižení kloubů prstů na ruce nesmírně obtížné. Pokud nejsou učitelé informováni

o diagnóze JIA, nemusí si deformity kloubů všimnout; na dítě jsou poté kladeny nepřiměřené nároky. Děti s postižením loketního kloubu mají ztížené oblékání, osobní hygienu i stolování.

V oblasti **Dítě a ten druhý** by děti s JIA mohly mít problém se záměrným soustředěním se na činnost a udržení pozornosti. Děti s touto diagnózou vykazují známky celkové utlumenosti, bývají pomalejší v reakcích i duševní činnosti.

Oblast RVP PV **Dítě a společnost** zahrnuje tyto očekávané výstupy: před odchodem do základní školy by dítě mělo umět šetrně zacházet s vlastními i cizími hračkami, věcmi denní potřeby či s knížkami. Dále by měly dokázat vyjádřit své představy různými výtvarnými technikami (kreslením, modelováním, konstruováním, tvořením z papíru a vyráběním z různých materiálů). (NÚV, online, cit. 2020-02-08)

Obdobně jako v oblasti dítě a jeho tělo mají děti s JIA v oblasti Dítě a společnost potíže v rámci provádění kreativních činností. Šetrné obracení stránek v knize, správný úchop tužky či štětce nebo přesné překládání papíru může být pro tyto děti dosti namáhavé.

V rámci RVP PV v oblasti **Dítě a jeho psychika** a **Dítě a svět** by děti s očekávanými výstupy na konci předškolního věku neměly mít potíže, tyto se týkají pouze intelektové stránky osobnosti dítěte.

RVP ZV je tvořen devíti vzdělávacími oblastmi, které se nazývají:

- Jazyk a jazyková komunikace
- Matematika a její aplikace
- Informační a komunikační technologie
- Člověk a jeho svět
- Člověk a společnost
- Člověk a příroda
- Umění a kultura
- Člověk a zdraví
- Člověk a svět práce. (NÚV, online, cit. 2020-02-09)

Dle mých zkušeností mají děti s JIA na prvním stupni ZŠ nejvíce potíží v hodinách českého jazyka z důvodu učení se psaní. Problémy však přináší i ostatní předměty, jelikož si dítě musí zapisovat učivo do sešitu či psát zadání písemných prací.

Obzvláště problematické je psaní rychlých prověrek typu matematická pětiminutovka a diktát. Dítě se snaží psát rychle, ruka je křečovitě sevřená, písmo neúhledné, a dítě z celé situace vyčerpané. Na následnou kontrolu napsaného textu již dětem nezbývá čas.

Další potíže mohou nastat v hodinách tělesné výchovy, kdy může být dítě označeno za líné, pokud nevydrží vytrvalostní činnost, či odmítne provádět některou z činností.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 DĚTI S JUVENILNÍ IDIOPATICKOU ARTRITIDOU

4.1 Průběh a cíl výzkumu

V této kapitole bude proveden vlastní výzkum. Pro zkoumání problematiky byly vybrány děti trpící juvenilní idiopatickou artritidou. Cílem výzkumu je:

1. Zjistit, jaké potíže nejčastěji řeší děti s JIA a jejich rodiče řešit v průběhu školní docházky v běžných školách
2. Zjistit, zda některé z dětí s JIA potřebuje či již využívá pedagogického asistenta.
3. Zjistit jaké pomůcky či opatření by rodiče ve školním prostředí pro své děti uvítali.

Pro výzkum byla zvolena metoda dotazníkového šetření a kazuistika dítěte s JIA. V dotazníku byly použity uzavřené i otevřené otázky. Výzkumným vzorkem byly děti ve věku tři až pánáct let, tj. děti navštěvující běžnou mateřskou či základní školu. Rodiče byli kontaktováni povětšinou osobně s tištěnými dotazníky, několik dotazníků bylo vyplněno elektronicky. Celkem bylo vyplněno 21 dotazníků z 24 rozdaných. Výzkum byl prováděn v období listopad - prosinec 2019.

4.2 Metodika výzkumu

Výzkumnou metodou byl zvolen kvantitativní výzkum. Dotazník zahrnuje celkem 17 otázek ze tří oblastí:

1. oblast – Všeobecné informace o dítěti

- Pohlaví dítěte:
- Věk dítěte/rok narození:

Při těchto otázkách bylo úkolem zjistit věk výzkumu zúčastněných dětí a poměr rozložení onemocnění JIA mezi dívky a chlapce. Předpokládá se větší zastoupení děvčat než chlapců.

2. oblast – Diagnostika onemocnění JIA

- V kolika letech byla u dítěte zjištěna JIA?
- Vyskytuje se artritida u dalších členů rodiny?
- Pokud ano, u kterého z členů?
- Má dítě k JIA nějaké přidružené onemocnění (uveitidu, psoriázu...):
- Pokud ano, jaké?

Cílem druhého okruhu otázek bylo zjistit, kdy se u dětí projevila nemoc JIA, zda trpí revmatickým onemocněním další rodinní příslušníci či zda mají děti k JIA nějaké z přidružených onemocnění. Předpokládá se, že se onemocnění JIA bylo u dětí zjištěno nejčastěji do čtyř let věku.

3. oblast – Dítě s JIA ve školním prostředí

- Navštěvuje či navštěvovalo dítě běžnou MŠ?
- Navštěvuje dítě běžnou ZŠ?
- Pokud ano, kolikátý ročník?
- Jsou učitelé dítěte informováni o tom, že má dítě diagnózu JIA?
- Hovořili jste s učiteli o této nemoci a možných úpravách, speciálních potřebách či podpůrných opatřeních pro dítě?
- Využívá dítě ve škole pomoci pedagogického asistenta?
- Má dítě ve škole speciálně upravené prostředí/ pomůcky?
- Pokud ano, jak/ jaké?
- S jakými potížemi, v souvislosti s JIA, se ve škole dítě nejčastěji potýká (uved'te prosím jeden či více příkladů):
- Jaké změny či pomůcky byste pro své dítě ve škole uvítali?

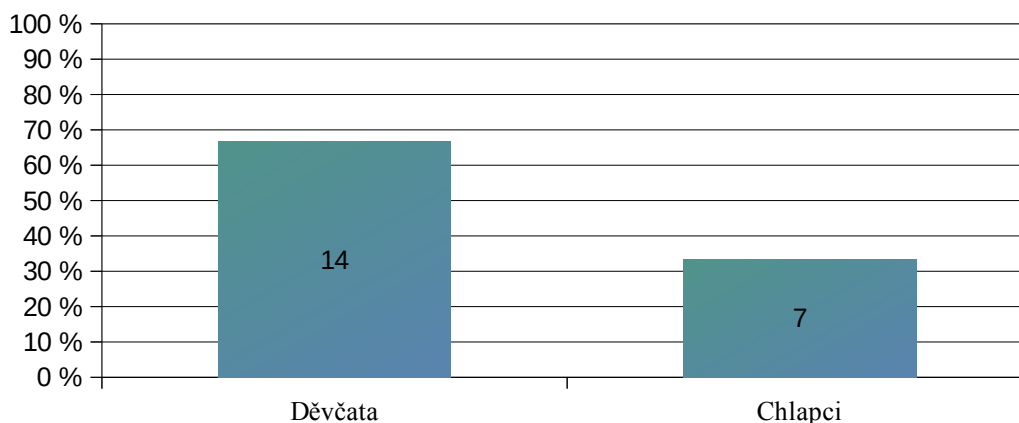
Třetí skupina dotazů se zabývá dětmi s JIA ve školním prostředí. Zjišťuje se, zda jsou o onemocnění informováni učitelé dětí, jaké potíže rodiče dětí s JIA v rámci běžných škol řeší, zda dítě využívá pedagogického asistenta a jaké změny by byly v rámci školního prostředí pro děti dle rodičů přínosné. Předpokládá se, že učitelé jsou o diagnóze JIA a specifických potřebách dětí s JIA ve většině případů informováni.

4.3 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1 – Pohlaví dítěte:

Výzkumu se zúčastnilo celkem 21 dětí. Dotazník vyplnili rodiče čtrnácti děvčat a sedmi chlapců. Výzkumu se zúčastnila 1x dvojvaječná dvojčata, chlapec a děvče, onemocněním JIA trpí oba dva, chlapec má navíc přidruženou psoriázu. Potvrdilo se, že zastoupení děvčat s JIA je vyšší než zastoupení chlapců, jak již bylo uvedeno v první kapitole této práce.

Graf 1: Pohlaví dítěte

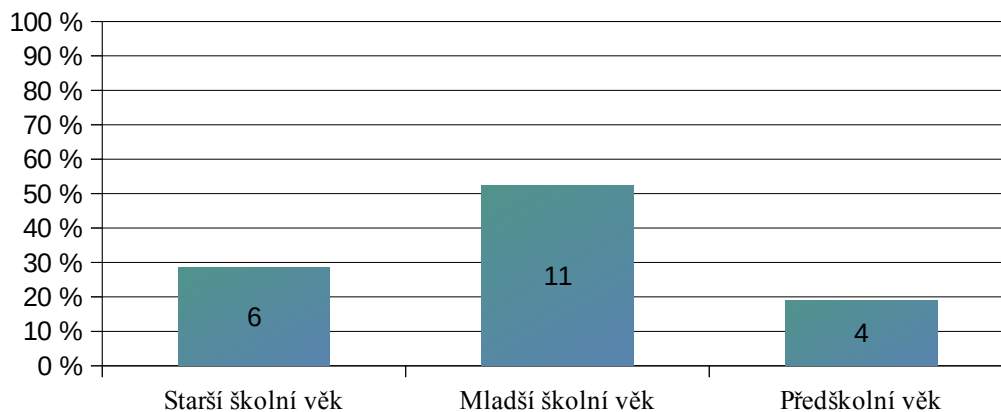


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Otázka č. 2 – Věk dítěte/rok narození:

Věkové zastoupení dětí je od tří do patnácti let. Dotazník vyplnili rodiče čtyř dětí předškolního věku, jedenáct dětí mladšího školního věku a šest dětí staršího školního věku.

Graf 2: Věk dítěte

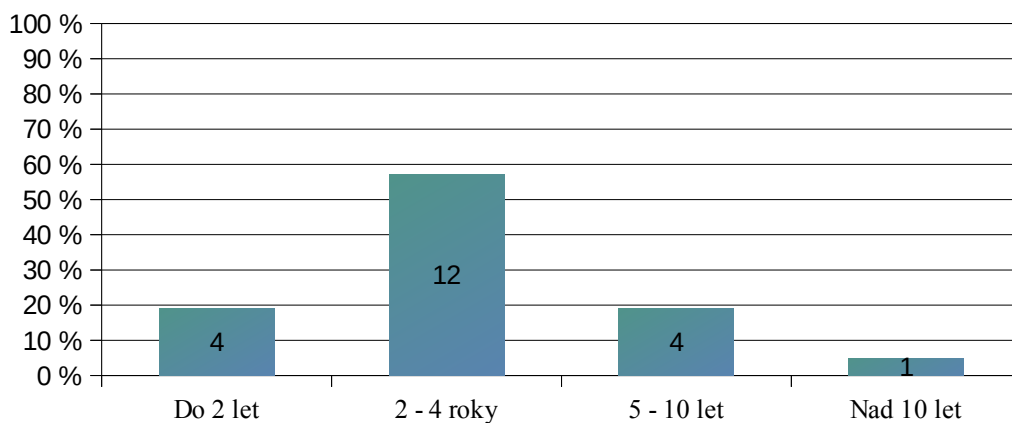


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Otázka č. 3 – V kolika letech byla u dítěte zjištěna JIA?

Juvenilní idiopatická artritida byla dětem diagnostikována nejčastěji mezi druhým a čtvrtým rokem života, a to ve dvanácti případech. U dětí do dvou let byla diagnostikována ve čtyřech případech, ve věku pět až deset let taktéž čtyřikrát. U dětí starších deseti let byla JIA diagnostikována jedenkrát. Potvrdilo se, že nejčastěji nemoc u dětí propuká do čtyř let věku, a to v 76 %.

Graf 3: V kolika letech byla diagnostikována JIA

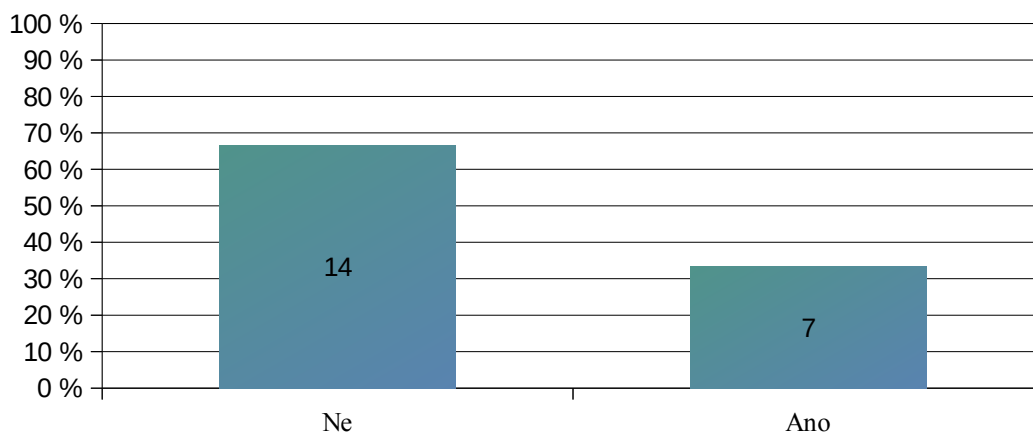


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Otázka č. 4 – Vyskytuje se artritida u dalších členů rodiny?

Na tuto otázku odpovědělo kladně sedm rodičů, čtrnáct rodičů nepotvrdilo, že by artritidou trpěl další rodinný příslušník.

Graf 4: Výskyt artritidy u dalších členů rodiny

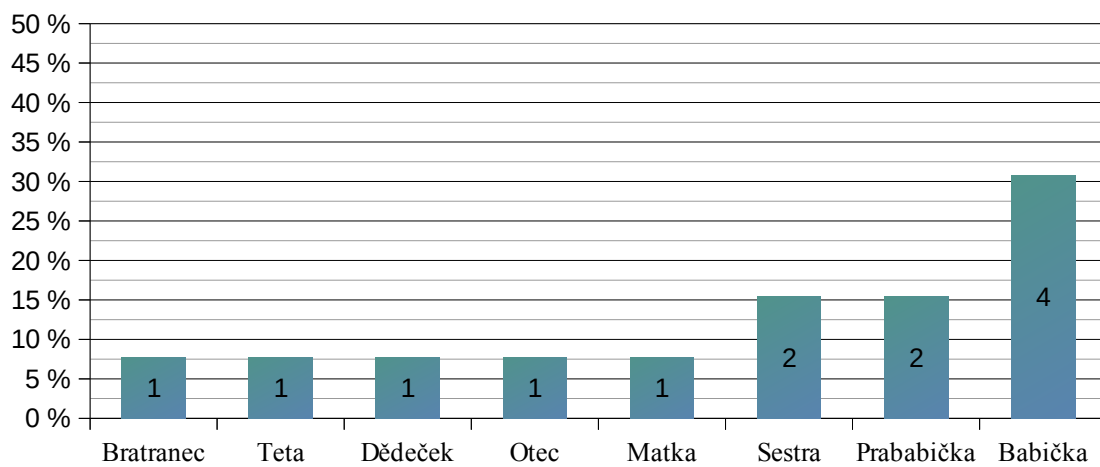


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Otázka č. 5 – Pokud ano, u kterého z členů?

Většina ze sedmi respondentů, kteří uvedli, že artritidou trpí další členové rodiny, uvedla více členů, jež mají toto onemocnění. Nejčastěji se jedná o babičku (4x), prababičku (2x), sestru (2x). Po jedné odpovědi byli uvedeni: dědeček, matka, otec, bratr, teta a bratranec.

Graf 5: Příbuzní trpící artritidou

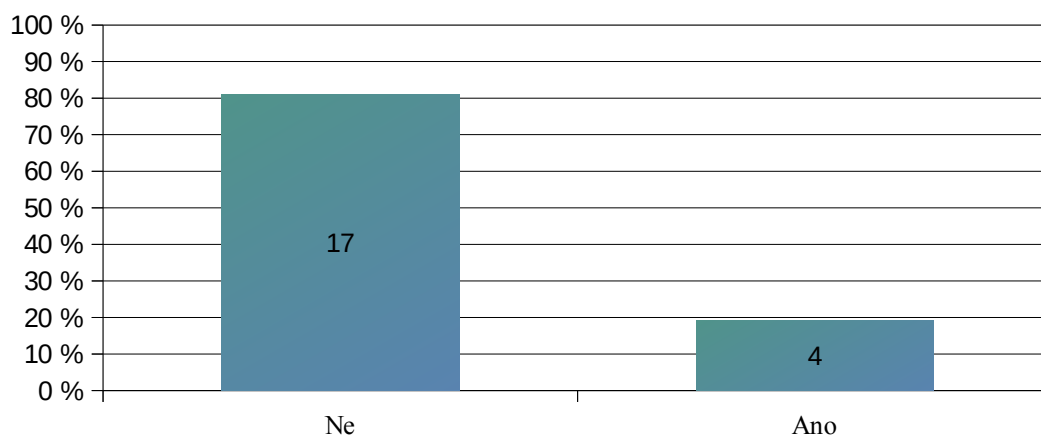


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Otázka č. 6 – Má dítě k JIA nějaké přidružené onemocnění (uveitidu, psoriázu...):

Přidružené choroby k JIA mají čtyři děti, sedmnáct dětí z výzkumu má samostatnou diagnózu JIA.

Graf 6: Přidružená onemocnění k JIA

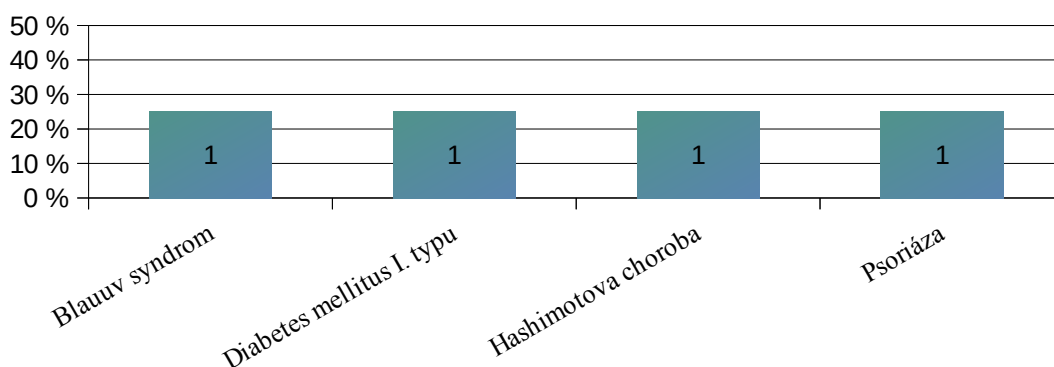


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Otázka č. 7 – Pokud ano, jaké?

Rodiči čtyř dětí bylo uvedeno šest různých typů přidružených onemocnění k JIA, každé z uvedených onemocnění bylo zaznamenáno pouze jedenkrát. Jedná se o tato: Blauuv syndrom, diabetes mellitus I. typu, Hashimotova choroba, pankreatická insuficience, psoriáza, uveitida. Dvě z dětí mají k JIA dvě přidružená onemocnění, další dvě děti trpí k JIA jedním přidruženým onemocněním.

Graf 7: Jakými přidruženými onemocněními trpí děti s JIA

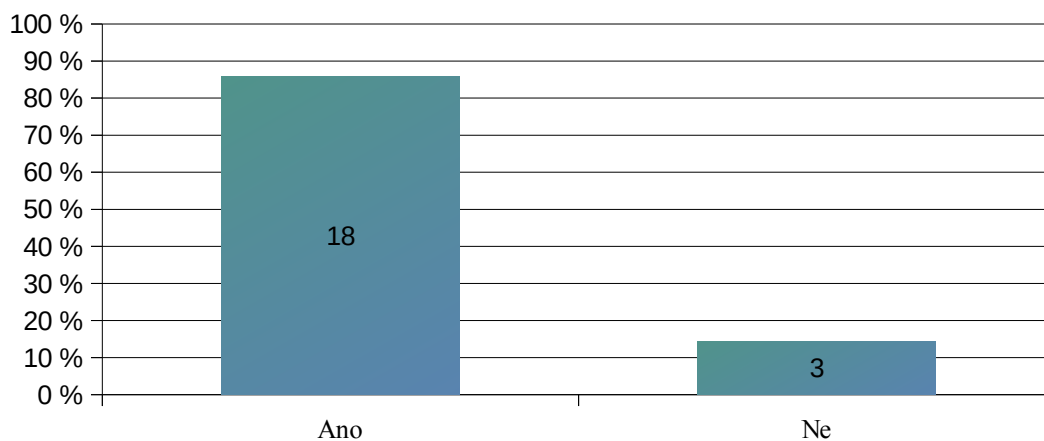


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Otázka č. 8 – Navštěvuje či navštěvovalo dítě běžnou MŠ?

Mateřskou školu navštěvuje či dříve navštěvovalo osmnáct dětí, tři děti MŠ nenavštěvovaly. Jeden respondent uvedl, že dítě je do MŠ přihlášeno, avšak z důvodu vysoké absence ji téměř nenavštěvuje. Děti, které MŠ nenavštěvovaly, jsou aktuálně žáky běžných základních škol. Každé ze čtyř předškolních dětí z výzkumu je zapsáno aktuálně do běžné MŠ.

Graf 8: Docházka do MŠ

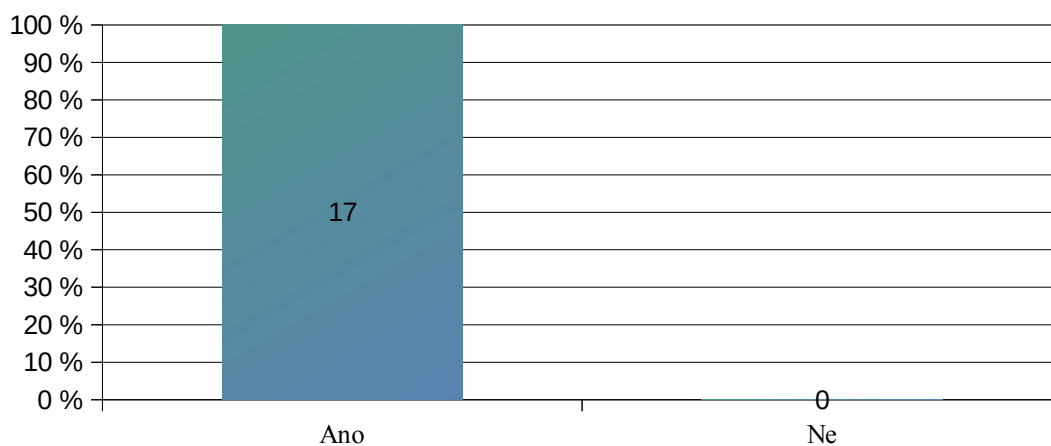


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Otázka č. 9 – Navštěvuje dítě běžnou ZŠ?

Běžnou základní školu navštěvují všichni respondenti, kteří odpovídají věku, v kterém je základní škola navštěvována, tj. sedmnáct dětí. Zbylé čtyři děti jsou v předškolním věku.

Graf 9: Docházka do ZŠ

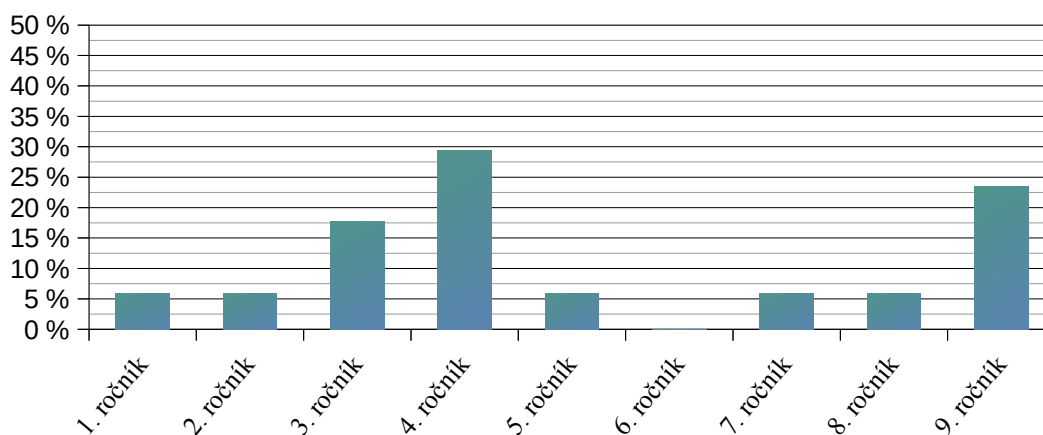


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Otázka č. 10 – Pokud ano, kolikátý ročník?

Na první stupeň základní školy dochází jedenáct dětí, na druhý stupeň šest dětí. První ročník navštěvuje jedno dítě, 2. třídu taktéž jedno dítě, 3. třídu navštěvují tři děti, do 4. třídy dochází pět dětí, do 5. třídy jedno dítě. Do 6. třídy nedochází žádné z dětí účastnících se výzkumu, 7. třídu navštěvuje jedno dítě, do 8. třídy chodí jedno dítě a 9. ročník ZŠ navštěvují čtyři děti účastnící se výzkumu.

Graf 10: Jaký ročník ZŠ děti navštěvují

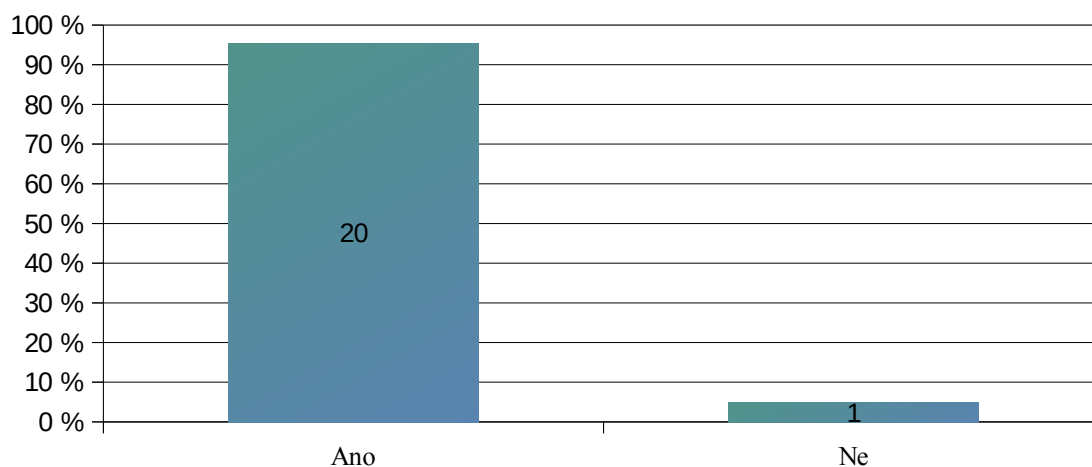


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Otázka č. 11 – Jsou učitelé dítěte informováni o tom, že má dítě diagnózu JIA?

Dvacet respondentů uvedlo, že jsou učitelé dítěte informováni o tom, že dítě trpí onemocněním juvenilní idiopatická artritida. Jedno z dětí má diagnostikovanou nemoc čerstvě, učitelé prozatím informováni nebyli. Potvrdilo se, že učitelé jsou informováni rodiči o tom, že dítě má diagnózu JIA.

Graf 11: Informovanost učitelů rodiči

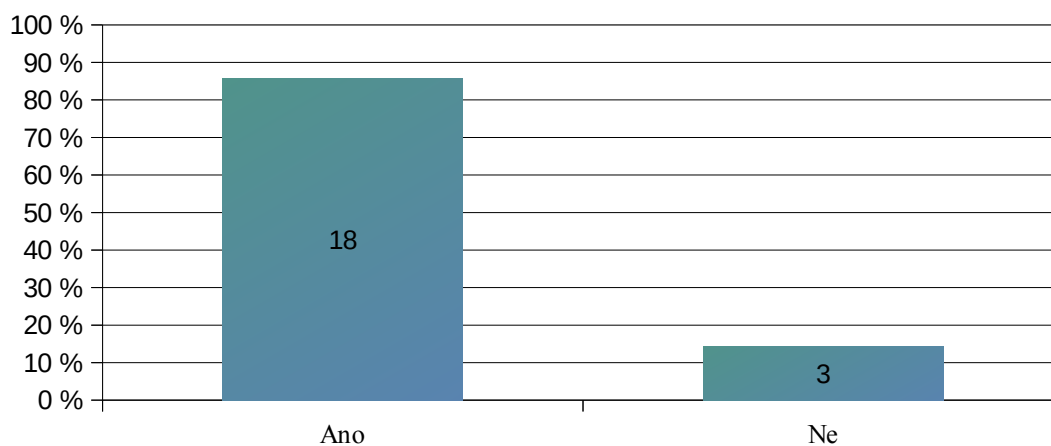


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Otázka č. 12 – Hovořili jste s učiteli o této nemoci a možných úpravách, speciálních potřebách či podpůrných opatřeních pro dítě?

Diagnózu juvenilní idiopatické artritidy u svého dítěte osobně s učiteli prodiskutovalo osmnáct rodičů, tj. více než 80 %. Rodiče tří dětí o diagnóze s učiteli nehovořili.

Graf 12: Osobní kontakt rodičů s učiteli ohledně specifických potřeb dítěte s JIA

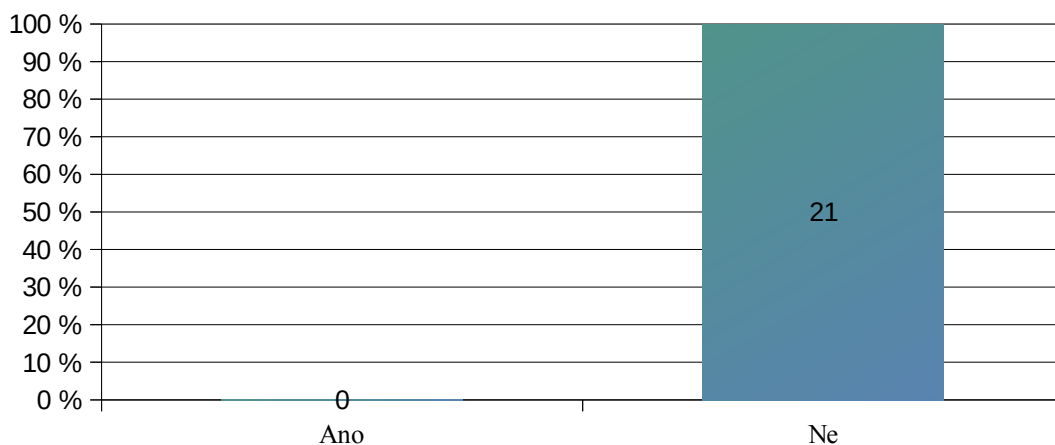


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Otázka č. 13 – Využívá dítě ve škole pomoci pedagogického asistenta?

Využití pedagogického asistenta negovalo 100 % rodičů. Žádné z dětí nevyužívá ve škole pomoci pedagogického asistenta.

Graf 13: Využití pedagogického asistenta

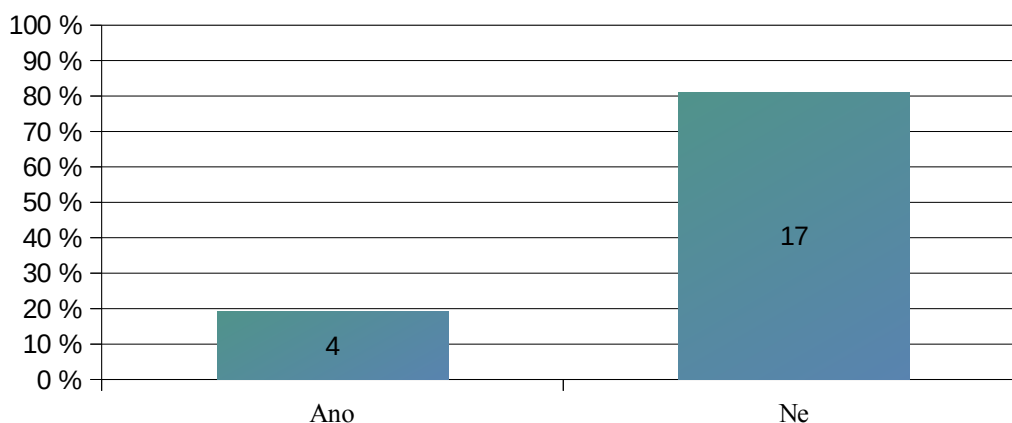


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Otázka č. 14 – Má dítě ve škole speciálně upravené prostředí/ pomůcky?

Využití speciálních pomůcek či úpravy školního prostředí potvrdili rodiče čtyř dětí. Ostatních sedmnáct dětí speciální pomůcky ani prostředí dle vyjádření rodičů nevyužívá.

Graf 14: Využití speciálních pomůcek či upravenosti prostředí ve škole



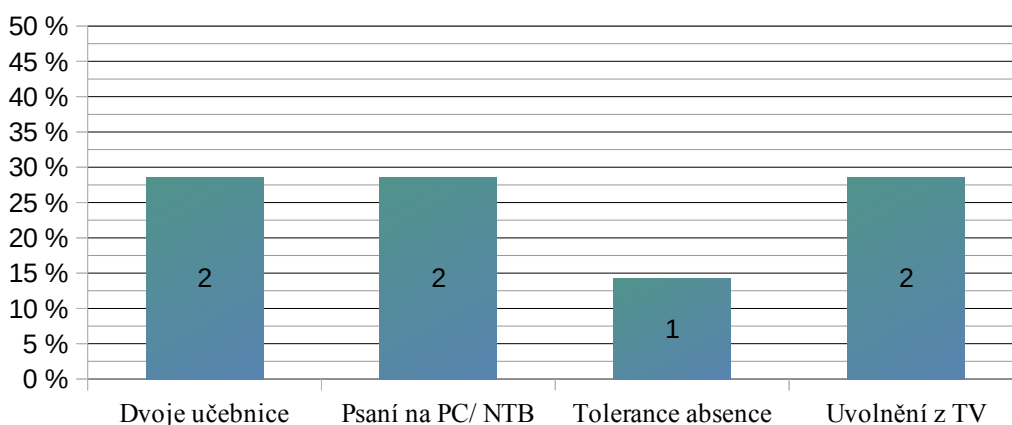
Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Otázka č. 15 – Pokud ano, jak/ jaké?

Respondenti, kteří potvrdili využívání speciálních pomůcek či úprav ve škole, uvedli tyto úpravy a pomůcky:

- Dvoje učebnice – jedna sada k využití doma, druhá ve škole – 2x
- Možnost psaní na notebooku či práce s tabletem - 2x
- Uvolnění z hodin tělesné výchovy - 2x
- Větší tolerance absence – 1x

Graf 15: Jaké speciální potřeby (úpravy) dítě ve škole používá



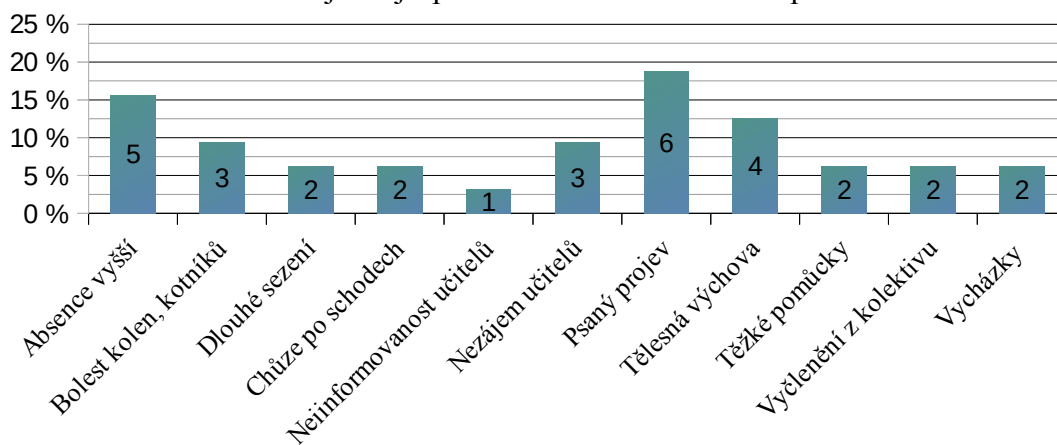
Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Otázka č. 16 – S jakými potížemi, v souvislosti s JIA, se ve škole dítě nejčastěji potýká (uved'te prosím jeden či více příkladů):

Děti s juvenilní idiopatickou artritidou musí ve školním prostředí řešit mnoho obtíží. Netýkají se jen fyzické bolesti, ale také například vyloučení z kolektivu, kdy dítě není schopno absolvovat školní výlet apod. Rodiči byly uvedeny tyto potíže:

- Absence způsobená vyšší nemocností – vyšší počet hodin, doplňování učiva (5x)
- Bolest kolen, kotníků (3x)
- Bolest kloubů dolních končetin při společných vycházkách (dítě z MŠ) (2x)
- Dlouhé sezení a následující ztuhlost kloubů (2x)
- Neinformovanost zastupujících učitelů (1x)
- Nezájem ze strany učitelů – bagatelizace onemocnění JIA, zapomínání na to, že dítě onemocněním trpí (3x)
- Potíže s psaným projevem, neúhledné písmo, problémy s rychlým psaním – diktáty, pětiminutovky (6x)
- Potíže s chůzí po schodech (2x)
- Tělesná výchova – omezení pohybu, posměch spolužáků (4x)
- Těžké učební pomůcky (2x)
- Vyčlenění z kolektivu – výlety, škola v přírodě (2x)

Graf 16: Nejčastější potíže dětí s JIA ve školním prostředí

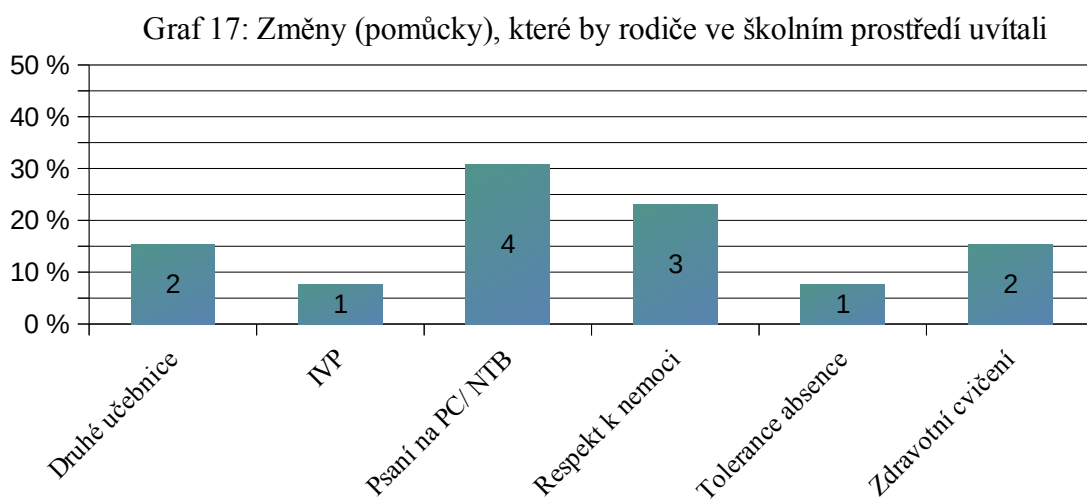


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Otázka č. 17 – Jaké změny či pomůcky byste pro své dítě ve škole uvítali?

Odpovědi na tuto otázku vycházejí z potíží v předchozí otázce. Rodiče by uvítali tyto změny či pomůcky:

- Druhou sadu učebnic (2x)
- Individuální vzdělávací plán (1x)
- Možnost psaní na počítači/tabletu (4x)
- Více respektu k nemoci, větší pochopení učitelů (3x)
- Tolerance absence (1x)
- Zdravotní cvičení a cvičení na míčích (2x)



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

4.4 Kazuistika dítěte s JIA

Uvedení do problematiky

David B., aktuálně devítiletý chlapec, kterému byla ve třech letech a třech měsících diagnostikována juvenilní idiopatická artritida.

Rodinná anamnéza

David se narodil do úplné rodiny. Má starší sestru, narozenou počátkem roku 2009 a mladšího bratra narozeného v létě roku 2013. Matka chlapce má dokončené vyšší odborné vzdělání, aktuální věk 38 let. Otec chlapce má dokončené úplné středoškolské vzdělání s maturitou, aktuální věk 41 let. Matka pracuje jako učitelka v mateřské škole, otec pracuje jako projektant v telekomunikační společnosti. Oba rodiče jsou alergici. Matka, otec, sestra i David nosí brýle pro korekci krátkozrakosti. Alergie se u žádného z dětí neprojevuje, pouze sestra v raném dětství trpěla alergií na bílkovinu kravského mléka, která odezněla po druhém roce života. Sestra Davida navštěvuje pátý ročník ZŠ, mladší bratr přípravný ročník ZŠ, David chodí do třetí třídy běžné sídlištní ZŠ.

Od roku 2016 jsou rodiče dětí rozvedeni, děti mají ve společné péči, jejich bydliště se nachází přibližně 300 metrů od sebe. Děti navštěvují jednu základní školu, s rodiči tráví čas dle vlastní potřeby, pouze se střídá místo pro přespání, jeden týden u matky, jeden týden u otce. Přípravu dětí do školy zajišťuje především matka, střídání přípravy oběma rodiči se neosvědčilo. O zdravotní péči, finanční potřeby a volný čas dětí se starají oba rodiče. Děti jsou v kontaktu se širší rodinou z matčiny i otcovy strany, všechny babičky i dědečci o ně jeví zájem.

Osobní anamnéza

David se narodil na podzim roku 2010 z druhého těhotenství, ve 40. týdnu s Apgar skóre 9, 10, 10. Celé těhotenství probíhalo bezproblémově. Z porodnice byl propuštěn standardně po třech dnech od narození. Kojen byl do jednoho roku věku. Psychomotorický vývoj byl i dle dětského lékaře v normě. Od narození se David jevil pomalejší než jeho starší sestra, což je však dáno i jeho klidnější povahou. Přibližně od dvou let si stěžoval na bolest nohou, například ráno po probuzení či po jízdě autem, kdy odmítal dojít třeba i jen k domu. Rodiče přisuzovali tento stav tomu, že je línější. Pověštinou však jeho přání akceptovali a na kratší úsek jej přenesli. Na procházky chodil s rodiči převážně s odrážecím kolem, na kterém se naučil bez obtíží jezdit krátce po druhých narozeninách. Ve dvou a půl letech objevila matka Davida nateklý

prostředník na jeho levé noze. Den předtím byly děti na oslavě a tak si rodiče mysleli, že by prst mohl být oteklý důsledkem naražení či zlomení. Návštěva chirurgického oddělení však zlomeninu vyloučila a rodiče nateklý prst dále neřešili. Na jeho bolestivost si chlapec nestěžoval. Před Vánoci 2013 matka chlapce zjistila, že má zduřelý kloub na prsteníku pravé ruky. Po kontrole ostatních prstů dolních i horních končetin našli rodiče i další, méně oteklé prsty.

Pediatr potvrdil, že by se mohlo jednat o juvenilní idiopatickou artritidu a vypsals žádanku na revmatologii, kterou chlapec spolu s rodiči navštívil počátkem ledna 2014. Vyšetření i krevní testy diagnózu potvrdily. Ve třech letech a třech měsících byla Davidovi diagnostikována juvenilní idiopatická artritida - polyartritida. Měl zasaženy kolenní klouby, kotníky, malé klouby horních i dolních končetin. Lékařka předepsala chlapci ihned lék methotrexát ve výši 7,5 mg týdně. Lék v této výši užívá chlapec dodnes, jeho užití je často spojeno s nauzeou až zvracením, které je zřejmě zapříčiněno především psychicky. Aktuálně se jedná s lékařkou o přechodu na injekční aplikaci léku.

Mateřskou školu začal David navštěvovat před čtvrtými narozeninami, ve třech letech nebyl z kapacitních důvodů přijat. Adaptace proběhla úspěšně, i přes to, že poměrně špatně komunikoval. Ve třech a půl roce byla Davidovi odstraněna nosní mandle a vzhledem k tomu, že nedošlo ke zlepšení sluchu, byly mu vsazeny do obou uší gromety. Díky grometám došlo k rychlému rozvoji řeči a komunikace, do druhého ročníku MŠ již nastupoval na srovnatelné úrovni s ostatními dětmi. Od pěti let navštěvoval logopedickou ambulanci. Dnes je jeho mluva převážně správná, občas nepoužívá dobře písmeno „L“, které však umí správně vyslovit poté, co je požádán o nápravu. Gromety do uší má aplikovány opakovaně, naposledy v únoru 2019. Bez gromet je sluch i nadále špatný, v budoucnu se předpokládá oboustranná operace bubínků. Od prosince roku 2019 nosí David brýle z důvodu krátkozrakosti.

Do školy nastoupil David, vzhledem k narození na podzim, téměř v sedmi letech. Od počátku mu dělalo potíže psaní, příliš se nedařily ani počátky čtení. V matematice patřil vždy k lepším žákům. Nejoblíbenějším předmětem, přes postižení kloubů, zůstává pro Davida tělesná výchova.

David každoročně absolvuje pobyt v Léčebně Dr. L. Filipa, prozatím v doprovodu rodičů. Pobyt velmi prospívá jak hybnosti kloubů, tak i jeho psychickému

rozpoložení, kdy je ve společnosti dětí majících stejnou diagnózu. Vidí, že s nemocí není sám a že není jiný než ostatní děti. Cvičení provádí s radostí, poslouchá pokyny sester. Cviky se snaží provádět co nejlépe, nikdy nepolevuje. Stejně jako u sportu, který má velmi rád, a který i přes svou diagnózu provozuje ve většině svého volného času. Baví jej plavání, jízda na kole, fotbal a především florbal. Velmi rád skáče na trampolíně, ač ví, že to není pro jeho klouby příliš vhodné, ba spíše nevhodné. Dodržuje nevhodnost skoků z výšky na tvrdý povrch, učitele i vedoucí zájmových kroužků upozorňuje na to, že skákat nesmí. Stejně tak v případě dřepování, které nadměrně zatěžuje jeho kolenní klouby a následně jej bolí. David velmi rád běhá, zpočátku běží rychle, ale při delší vzdálenosti je znát ztuhlost a bolestivost kloubů.

V oblasti jemné motoriky je pozorováno více potíží. Díky zbytnělým kloubům na rukách má David problémy se psáním, píše zřetelně pomaleji než jeho spolužáci a jeho písmo působí neúhledně. Potíže mu činí také zapínání knoflíků či zavazování tkaniček, které nedokáže dobře utáhnout. David je vyhraněný pravák, ale v mnoha případech si musí pomoci v činnostech i levou rukou, aby je zvládl.

4.5 Návrh možných opatření pro děti s JIA v běžném školním prostředí

Děti, které onemocní juvenilní idiopatickou artritidou se setkávají v běžném životě s mnoha problémy. Potíže jim může činit vykonání běžných domácích prací, školní vzdělávání i mimoškolní činnosti. Vždy záleží na míře poškození kloubů a následných deformitách kloubů a končetin.

Ve školním prostředí se děti s JIA setkávají s menšími či většími potížemi. Je důležité, aby pedagogové, kteří s dětmi pracují, byli rodiči seznámeni s tím, že dítě má onemocnění JIA, které nemusí být vůbec na první pohled u dětí vidět. K deformitě kloubů dochází postupně, pomalu, a v různém rozsahu. Kromě kloubů na prstech horních končetin, je většina postižených kloubů schována pod oblečením. Rodiče by měli učitele upozornit na projevy onemocnění a omezení, které dítě má. Na pohyb, který by dítě nemělo v rámci cvičení vykonávat a také na konkrétní poškození kloubů. Důležité je pedagogům sdělit, že dítě není zapotřebí vyčleňovat z činností kolektivu a probíhajících aktivit, pokud mu to zdravotní stav dovolí. Děti samotné vědí, kdy je jim

již pohyb nepříjemný a klouby bolí. Ale stejně jako děti zdravé by tyto děti měly být k fyzické aktivitě podporovány. Velmi prospěšnými se pro děti s JIA jeví zdravotní cvičení, plavání, jízda na kole nebo rotopedu.

Děti v mateřských školách mohou trpět bolestmi kloubů při vycházkách, bývají unavenější. Největší potíže mívají s rozvojem jemné motoriky při postižení kloubů prstů. Potíže jim může činit vyplňování pracovních listů, stříhání nůžkami i vykonávání sebeobslužných činností.

Některé z dětí o svých bolestech nerady mluví, je nutné sledovat jejich chování a projevy, které mohou učitelům napovědět. Bolest je subjektivní, nelze ji zlehčovat. Juvenilní idiopatická artritida je nepředvídatelná, nikdo neví, kdy začne nový zánět a kdy zase odezní. Po dohodě s dítětem je vhodné upozornit také spolužáky dítěte, aby věděli, proč je dítě ve škole často nepřítomné, proč nemusí provádět všechna cvičení v rámci tělesné výchovy či proč je nutné, aby mělo možnost během vyučovací hodiny vstát a projít se po třídě. Kolektiv, díky neviditelnosti příznaků, může dítě s JIA označovat za simulanta. Je důležité dítě ujistit, že se na pedagogy může v případě potíží obrátit.

Na základní škole dětem činí potíže váha učebnic a pracovních sešitů, dlouhé sezení v lavicích a často psaní, které je provází celým dnem. Těmto dětem by mělo být školou umožněno využívat dvojce učebnice, jedny mít doma a jedny ve škole. V průběhu vyučovací hodiny, kdy dítě začne pociťovat ztuhlost kloubů, by mu mělo být umožněno se krátce projít a rozhýbat klouby. Případně je nekárat za protažení se v lavici, pokud toto potřebuje. V případě postižení kloubů prstů horních končetin mají školáci velké potíže se psáním. Písmo je neúhledné, píše pomalým tempem, nedokáže správně držet tužku. Pro mnohé z dětí by bylo řešením umožnit jim psaní na počítači či notebooku, případně jim texty opisované z tabule či učebnice okopírovat od zdravých spolužáků.

Potíže mohou vzniknout též v rámci školní jídelny, pro děti je těžké nést v rukách talíř či táč s jídlem. Stejně tak pití z hrnku, zde může být zapotřebí použít k držení hrnku či sklenice obou rukou, nedržet je jen prsty jedné ruky, ale obejmout je oběma dlaněmi.

Pro rozcvičení postižených kloubů prstů ruky je pro děti vhodné několikrát denně svírat a rozevírat pěsti. Velmi vhodné je stlačování molitanových míčků určených

pro míčkování, případně jiných měkkých míčků. Toto cvičení by mělo být dětem umožněno v případě potřeby i během vyučovací hodiny, pokud probíhá výklad. Pro procvičení jemné motoriky se využívají plastelíny, které lze mačkat, natahovat, uždíbovat či válet. Oblíbené je vytváření „mraveniště“, kdy děti z plastelíny vytahují tenká vlákna, z kterých postupně vznikne hromádka připomínající mraveniště. Další možností je vyvážení modelíny do tenkého dlouhého válce a vytvoření šneka. Tyto činnosti především menší děti velmi baví.

V hodinách tělesné výchovy je nutné nechat dítě s JIA určit, které cviky jsou pro ně snesitelné, a které již nikoli. Mezi dětmi s JIA se nachází mnoho dětí sportovně založených, které se nerady šetří a vypadají, jako když jim nic není, ale často tak činí hlavně proto, aby se nevymykaly z kolektivu. Pro děti s JIA by bylo vhodné do hodin tělesné výchovy zařadit zdravotní cvičení, protahovací a uvolňovací cviky, jógové pozice, cvičení s overbally či cvičení na velkých gymnastických míčích. Fyzická aktivita má pro děti s JIA pozitivní účinky, zlepšuje psychiku dítěte, svalovou sílu a hybnost kloubů. V případě akutního zánětu se jakékoli cvičení bez rady s lékařem nedoporučuje, je zapotřebí provádět pouze protahovací cviky, aby nedošlo ke zkrácení svalů, deformitě a ztrátě rozsahu pohyblivosti kloubů.

Děti s postiženými klouby prstů rukou nestíhají rychle čitelně psát, nemohou si po sobě zkontrolovat text a v případě diktátů či matematických pětiminutovek jim hrozí špatné známky, ač učivo mohou ovládat dobře. Vhodné by bylo těmto dětem dát zadání příkladů již napsané, tak aby se mohly věnovat vypracování úloh a nemusely se trápit opisováním, které je vyčerpá dříve, než začnou pracovat. V případě prověřování znalostí gramatiky českého jazyka by bylo u těchto dětí vhodnější než diktát zadat doplňovací cvičení. Vhodné je též ústní zkoušení, pokud je to z hlediska prověření učiva možné.

V případě navštěvování jakéhokoliv školského zařízení je obzvláště důležité, aby o diagnóze JIA byli informováni všichni pedagogové, kteří s dítětem přichází do styku. Měly by jim být předány informace o nemoci i omezeních, která dítěti přináší. Společně s rodiči by měly být dohodnuty způsoby prověřování znalostí a výkonů dítěte tak, aby nedocházelo k jeho případnému zesměšňování a ponižování před spolužáky.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá dětmi s diagnostikovanou juvenilní idiopatickou artritidou, tedy dětmi, u nichž byla artritida zjištěna do šestnácti let věku.

V první části práce jsou uvedeny základní informace o této nemoci, které ji mohou snadněji přiblížit laické veřejnosti, ať již z řad rodičů či pedagogů. JIA se řadí mezi vzácná onemocnění, častěji se vyskytuje u děvčat než u chlapců. Příčina onemocnění není známa, u některých dětí jsou dědičné predispozice, u jiných dětí se v rodině kloubní onemocnění neobjevuje. V případě diagnostikování nemoci je zapotřebí neprodleně začít podávat medikamenty, aby nedošlo k rozvoji zánětu a následné deformaci kloubů. Pokud by nebyla JIA léčena, mohlo by dojít až k plné invaliditě dítěte.

Léčba probíhá medikamenty, které dokáží zpomalit postup nemoci, vyléčit ji však nemohou. Při těžších formách JIA může být pro některé děti vhodná biologická léčba. Pro zlepšení zdravotního stavu proplácí zdravotní pojišťovna dětem jedenkrát ročně čtyřtýdenní pobyt v lázních. Pro děti navštěvující základní školu v lázních probíhá během školního roku výuka, tak aby po návratu dítě nemělo potíže s navázáním na učivo ve své kmenové třídě.

Prvotními projevy JIA jsou nateklé bolestivé klouby, jejich poškození, ranní ztuhlost a vyšší únava. Pokud dítě postižené klouby používá nesprávně, dochází k jejich deformitě a následně k vyšší nepohyblivosti či ztrátě funkce. Pro děti s JIA je důležité provádění pohybových aktivit, aby nedocházelo k zatumnutí kloubů. Pouze v případě aktivního zánětu je nutné dodržovat klidový režim a klouby pouze mírně rozhýbat. Tuto informaci je zapotřebí předat vyučujícím, aby nedocházelo k neadekvátnímu vyčleňování dítěte z aktivit, které dělat může, ale jsou vyhodnoceny učiteli jako škodlivé.

Ve druhé kapitole jsou shrnuty informace týkající se psychologických aspektů onemocnění. Nalezneme zde poznatky týkající se psychologie předškolního, mladšího školního a staršího školního věku. Již nejmenším dětem i jejich sourozencům je potřeba předávat pravdivé informace týkající se onemocnění, samozřejmě přiměřeně konkrétnímu věku.

Ve třetí kapitole jsou uvedeny informace týkající se běžných mateřských a základních škol v ČR. Některé oblasti z RVP PV a RVP ZV mohou dětem s JIA činit větší či menší potíže. V rámci RVP PV se obtíže projevují ponejvíc v oblasti Dítě a jeho tělo. Pro děti s postiženými klouby prstů ruky může být velkým problémem správné uchopení tužky, stříhání nůžkami či držení příboru. V rámci RVP ZV na prvním stupni přichází nejvíce potíží v oblasti Jazyk a jazyková komunikace, kdy se děti učí psát. Potíže se následně prolínají i do ostatních předmětů, ve kterých si děti musí dělat zápisky. Děti píší pomalu, jejich písmo je neúhledné, často stráví čas opisováním zadání testu a nestihnou jej pak již vypracovat. Teoretická část práce by měla podstatu této indispozice přiblížit tak, aby bylo vyučujícími na tuto skutečnost nahlíženo podobně jako např. na dysgrafii.

Praktická část se zabývá vyhodnocením dotazníků, které byly vyplněny rodiči dětí majících JIA. Následně je zaznamenána kazuistika chlapce s JIA. Cílem praktické části bylo získat, s jakými potížemi se děti s JIA ve školských zařízeních setkávají nejčastěji. Požadované informace byly zjištěny díky spolupráci s rodiči, kteří vyplnili předložené dotazníky. Odpovědi rodičů korespondují s informacemi uvedenými v teoretické části; potvrzují oblasti, ve kterých mají děti s JIA nejčastěji obtíže. V rámci vyhodnocení dotazníků bylo dále potvrzeno, že juvenilní idiopatická artritida je diagnostikována dětem nejčastěji do čtyř let věku, že jí trpí častěji děvčata než chlapci a že učitelé dětí jsou seznámeni s tím, že děti tuto diagnózu mají. Vzhledem k tomu, že deformity kloubů často nejsou u dětí příliš viditelné, dochází však v některých případech k bagatelizaci onemocnění vyučujícími a neposkytnutí potřebných úlev dětem.

V závěrečné části poslední kapitoly byla navržena opatření pro usnadnění školní docházky pro děti s JIA. Vhodné je těmto dětem poskytnout druhou sadu učebnic, umožnit jim psaní na počítači či notebooku, v případě možnosti zvolit raději ústní zkoušení než písemný test. Při provozování fyzické aktivity je zapotřebí naslouchat dítěti, které jako jediné ví, jaký pohyb je ještě v normě a který již je pro ně bolestivý. Důležité je, aby dítě vědělo, že se na pedagoga může s důvěrou obrátit, že jej vyslechnou a navrhnou možné řešení.

Tato bakalářská práce by následně mohla být podkladem k vytvoření příručky pro pedagogy mající ve skupině dítě s JIA.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BIRD, H., 2007. *Artritida: zlepšete si zdraví, ulevte svým bolestem a žijte naplno*. Praha: Slovart. ISBN 9788073910075.

FARKOVÁ, M., 2008. *Vybrané kapitoly z psychologie*. Vyd. 2. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha. ISBN 9788086723648.

HAKL, M., 2017. *Bolesti zad a kloubů*. Praha: Mladá fronta. ISBN 9788020443250.

JEBAVÁ, Z., 1997. *Míčkování*. Stará Paka: Bellis.

JUCOVIČOVÁ, D., 2009. *Individuální vzdělávací plán pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami: se specifickými poruchami učení a chování, s mentálním postižením (v MŠ i ZŠ), se sociálním znevýhodněním, z cizojazyčného prostředí*. Praha: D + H. ISBN 9788087295007.

KÁBELE, F., 1993. *Somatopedie: Učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže*. Praha: Karolinum. ISBN 8070665335.

KERR, S., 1997. *Dítě se speciálními potřebami*. Praha: Portál. ISBN 8071781479.

MERTIN, V. a GILLERNOVÁ I., ed., 2010. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 9788073676278.

MORSCHITZKY, H. a SATOR S., 2007. *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál. ISBN 9788073672188.

NĚMEC, P., 2016. *Revmatologie pro praxi*. Praha: Mladá fronta. ISBN 9788020441324.

PAVELKA, K., 2010. *Revmatologie. 2.*, přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 9788072626885.

PUGNEROVÁ, M., 2019. *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Grada. ISBN 9788027105328.

ŘÍČAN, P. a KREJČÍŘOVÁ D., 2006. *Dětská klinická psychologie. 4.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024710495.

TRNAVSKÝ, K., 1994. *Revmatické nemoci - co o nich víme a jak s nimi žít*. Praha: Grada. ISBN 8071690511.

VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 9788024621531.

YOUNG, P., 1997. *Artritida a revmatismus*. Frýdek-Místek: Alpress. ISBN 8072181505.

ZILCHER, L. a SVOBODA Z., 2019. *Inkluzivní vzdělávání: efektivní vzdělávání všech žáků*. Praha: Grada. ISBN 9788027107896.

Seznam použitých internetových zdrojů

ČSÚ [online]. 2019 [cit. 2020-02-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/skoly-a-skolska-zarizeni-skolni-rok-20182019>

ČSÚ [online]. 2019 [cit. 2020-02-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/b1-zakladni-vzdelavani-poskytovane-na-zakladnich-skolach>

Léčebna Dr. L. Filipa [online]. Poděbrady, 2008 [cit. 2020-01-05]. Dostupné z: <http://www.detska-lecebna.cz/?id=863&c=270>

MŠMT [online]. 2019 [cit. 2020-02-01]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/predskolni-vzdelavani/nejcastejsi-dotazy-k-predskolnimu-vzdelavani-aktualizace-k>

MŠMT [online]. [cit. 2020-02-02]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/13-informace-ke-vzdelavani-zaku-se-specialnimi-vzdelavacimi?highlightWords=informace+základním+školsví>

MŠMT [online]. 2019 [cit. 2020-02-03]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon-ve-zneni-ucinnem-od-15-2-2019>

NUV [online]. Praha, 2018 [cit. 2020-02-08]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/rvp-pro-vseobecne-vzdelavani>

NUV [online]. Praha, 2018 [cit. 2020-02-09]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/rvp-pro-zakladni-vzdelavani>

PRINTO [online]. [cit. 2020-01-09]. Dostupné z: <https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/CZ/info/2/Juvenilní-idiopatická-artritida>

PRINTO [online]. [cit. 2020-01-17]. Dostupné z: <https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/CZ/info/16/Blauův-syndrom>

Revmatické nemoci [online]. [cit. 2020-01-09]. Dostupné z: <https://www.revmaticke-nemoci.cz/psoriaticka-artritida>

Revmatické nemoci [online]. [cit. 2020-01-10]. Dostupné z: <https://www.revmaticke-nemoci.cz/co-je-revmatoidni-artritida>

ŠMUCROVÁ, H. *Revma Liga* [online]. Praha, 2019 [cit. 2020-01-31]. Dostupné z:
<https://www.revmaliga.cz/klub/skleroderma/vite-co-je-ergoterapie/>

SEZNAM ZKRATEK

- ČSÚ – Český statistický úřad
- IVP – Individuální vzdělávací plán
- JIA – Juvenilní idiopatická artritida
- HLA – Human Leucocyte Antigen – lidské leukocytární antigeny
- DMARD – Disease-modifying antirheumatoid drugs - chorobu modifikující léky
- MŠ – Mateřská škola
- MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
- NÚV – Národní ústav pro vzdělávání
- PPP – Pedagogicko psychologická poradna
- PRINTO – Paediatric Rheumatology International Trials Organisation - Organizace pro mezinárodní studie v dětské revmatologii
- RF – Revmatoidní faktor
- SPC – Speciálně pedagogické centrum
- SVP – Speciální vzdělávací potřeby
- ZŠ – Základní škola

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Petra Plchová

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Problematika dětí s juvenilní idiopatickou artritidou na běžných školách

Rok: 2020

Počet stran textu: 59

Celkový počet stran příloh: 1

Počet titulů českých použitých zdrojů: 17

Počet internetových zdrojů: 13

Vedoucí práce: Mgr. Milan Fleischmann