



Rozdíly ve zdravotním stavu žáků a jejich dopady na fungování žáků ve škole

JIŘÍ MAREŠ

Abstrakt: *Jak mezi dětmi, tak mezi adolescenty existují rozdíly dané jejich pohlavím, věkem, sociálním zázemím, intelektovými schopnostmi, školním prospěchem. Tyto rozdíly jsou široké veřejnosti dobře známy. Mnohem méně pozornosti je zatím věnováno rozdílům mezi zdravými a nemocnými žáky, které vznikají v důsledku chronických onemocnění některých dětí a dospívajících. Je prokázáno, že chronická onemocnění mají negativní dopad na školní docházku těchto žáků, jejich učení, školní prospěch i sociální začleňování do běžných tříd. Přehledová studie shrnuje současný stav poznání této problematiky, která má aspekty zdravotnické, pedagogické, psychologické i sociální.*

Studie má pět částí. V první části si všíká zdravotnického kontextu ovlivňujícího vzdělávání chronicky nemocných žáků. Představuje tři odborné pohledy na pojem nemoc (disease, illness, sickness), obtíže s definováním chronické nemoci a odbady prevalence chronických onemocnění u žáků navštěvující běžnou školu. Druhá část ukazuje, jaké dopady má chronické onemocnění a jeho léčba na učení těchto žáků, na jejich chování a školní prospěch. Třetí část přibližuje čtyři modely pokoušející se vysvětlit dopady chronických onemocnění na učení žáků (biomedicínský, sociální, bio-psycho-sociální a model pozitivní edukace). Čtvrtá část shrnuje specifika vzdělávání chronicky nemocných žáků ve třech sociálních a pedagogických situacích: vzdělávání žáků hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních, vzdělávání nemocných žáků společně se zdravými spolužáky v běžné škole a konečně individuální vzdělávání nemocných žáků v domácím prostředí. Pátá část se věnuje poradenským službám pro chronicky nemocné žáky vzdělávající se v běžné škole a také pěti typům podpůrných opatření, která jim mají učení usnadnit. Závěr studie přináší shrnutí zahraničních zkušeností i ověřená doporučení pro učitele a vedení škol, jak zlepšit péči o tuto skupinu žáků.

Klíčová slova: *rozdíly ve zdravotním stavu, děti a dospívající, chronicky nemocní žáci, obtíže související s nemocí, učení, edukace, škola*

ÚVOD

Přehledová studie se věnuje tématu, o něž se v České republice obvykle zajímali jen lékaři a speciální pedagogové,

zpravidla však odděleně. Ve vyspělých zemích se problematika zvláštěností učení, chování a školní úspěšnosti chronicky nemocných žáků stává problematikou **multioborovou**. Kromě medicínských oborů

a speciální pedagogiky se na jejím řešení podílejí i další obory: klinická psychologie, pedagogická, školní a poradenská psychologie. V některých zemích, např. v Polsku či na Slovensku, dokonce vznikly nové obory typu zdravotní pedagogika.¹

V současné době se ukazuje, že nové léčebné postupy zlepšují prognózu mnoha chronických i vážných nemocí u dětí i u dospívajících. S těmito pokroky přichází velká zodpovědnost profesionálů: zajistit přijatelnou kvalitu života dětem a adolescentům, kteří žijí s chronickou nemocí a současně chodí do školy (Irwin & Elam, 2011). My se v celém textu věcně i terminologicky soustředíme na **žáky s chronickým onemocněním**, kteří se dlouhodobě potýkají se zdravotními problémy – a přitom se vzdělávají ve školách hlavního vzdělávacího proudu. Ze zdravotních problémů, které mají, se odvíjejí další problémy: s učením, chováním, školním prospěchem, sociálními vztahy (s rodiči, učiteli, spolužáky), souhrnně řečeno s kvalitou života žáka. Realita je však složitější, neboť ve skutečnosti nejsou zdravotní, psychické a sociální problémy od sebe striktně odděleny. Navzájem se ovlivňují, potencují nebo kompenzují.

Cíle studie. Naše přehledová studie si stanovila pět cílů: 1. přiblížit zdravotnický kontext zvoleného tématu (tři pojetí nemoci, pojem chronické onemocnění); 2. specifikovat hlavní dopady chronických onemocnění žáků na jejich učení, chování a školní úspěšnost; 3. předložit čtyři teore-

tické modely, jež se pokoušejí vysvětlit dopady chronických onemocnění na učení žáků; 4. popsat kontext, v němž probíhá vzdělávání žáků s chronickým onemocněním (vzdělávání žáků během hospitalizace, vzdělávání těchto žáků v běžné škole, individuální vzdělávání těchto žáků); 5. shrnout možnosti poradenských služeb pro žáky s chronickým onemocněním.

Zvolené téma je pochopitelně mnohem širší. Museli jsme **ponechat stranou** další důležitá témata: vzdělávání chronicky nemocných žáků z pohledu rodičů, z pohledu učitelů v činné službě, z pohledu spolužáků, z pohledu přípravy budoucích učitelů na edukaci nemocných žáků v běžné škole, z pohledu spolupráce mezi pediatry a učiteli nemocných žáků. Tato témata si zasluhují další, samostatnou publikaci.

1. TERMINOLOGICKÉ A VĚCNÉ PROBLÉMY MULTIOBOROVOSTI

V úvodu jsme konstatovali, že ve vyspělých zemích se téma vzdělávání chronicky nemocných žáků v běžných školách stává multioborovou záležitostí. Pokud se vydáme touto cestou, musíme počítat s terminologickými a také s věcnými komplikacemi. V dalším výkladu budeme toto tvrzení ilustrovat třemi pohledy: pohledem lékařským, pohledem speciální pedagogiky a pohledem multioborovým.

Lékařský pohled. Lékařské obory se zabývají dětmi a dospívajícími, kteří

¹ Zajímají se o zdravotní i další potřeby žáků, jejich kvalitu života. Nejde jim však jenom o žáky se zdravotními problémy, ale o všechny žáky. Tato oblast se spíše blíží tomu, co v České republice známe pod označením Výchova (žáků) ke zdraví.



mají různé somatické a/nebo psychické problémy. Nahlédneme-li do lékařských publikací, zjistíme, že pediatri pracují s různými odbornými termíny, a ty se ještě v průběhu času mění.

Setkáme se např. s termínem *ohrožené dítě*, jímž se rozumí dítě, u něhož z nějakého důvodu (vnitřního nebo vnějšího) je podstatně větší pravděpodobnost, že se jeho stav a vývoj bude odchýlovat od normy, než u dítěte, které takovým nepříznivým podmínkám při vzniku a během života nebylo vystaveno (Hrodek & Vavřinec, 2002, s. 592). Složitějším případem je *postižené dítě*. Je to dítě, jehož tělesný, smyslový nebo duševní stav i vývoj je z nejrůznějších příčin (prenatálních, perinatálních i postnatálních) natolik poškozen, že se nemůže do prostředí svých vrstevníků začlenit nebo začlenění probíhá odlišným způsobem (ibid., s. 593).

V oboru sociální a preventivní pediatrie se pracuje s dalšími typy dětí, které vyžadují speciální lékařskou péči (Kukla et al. 2016). *Rizikové dítě* je dítě, které se např. narodilo z odchýlně probíhajícího těhotenství či jehož porod nebo období po něm proběhly nenormálním způsobem. Odchylky u těchto dětí se objevují mnohem častěji než u ostatních dětí (ibid., s. 177). *Dítě se zdravotním postižením* „je v současnosti asi nejvíce používaný výraz pro děti, jejichž tělesný, duševní či smyslový vývoj neprobíhá z nejrůznějších příčin – prenatálních, perinatálních i postnatálních – v obecně přijatých normách a které se z tohoto důvodu nemohou zcela začlenit

do prostředí svých vrstevníků či jejich začleňování probíhá odchýlným způsobem. (...) Zdravotní postižení může být rozmanité, často mnohostranné, různého charakteru, původu i času, stupně a závažnosti. Zahrnuje drobné odchylky, které z hlediska vývoje dítěte nejsou významné, odchylky významnější, které v určitých úsecích komplikují život dítěte a narušují jeho normální společenskou adaptaci, a konečně těžké až s životem neslučitelné defekty a vady. Zdravotní postižení dítěte ovlivňuje negativně jeho optimální vývoj ve všech složkách“ (ibid., s. 178). Postupně se začíná prosazovat spolupráce pediatriů s **psychology** pracujícími v pedagogicko-psychologických poradnách. Jednou z prvních vlaštovek tohoto snažení byla v ČR práce Schneidera (2005).

Pohled speciální pedagogiky. V rámci speciální pedagogiky se až do roku 2005 používal termín „zdravotně oslabené dítě“ (cit. podle Hájková, 2008, s. 22). Teprve nový školský zákon (zákon č. 561/2004 Sb.) zavedl termín, který zní: (zdravotní) **znevýhodnění dítěte, žáka nebo studenta**. Ve školském zákoně se v § 16 obecně mluví o dítěti, žákovi a studentovi se **speciálními vzdělávacími potřebami**. Rozumí se jím osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Uvedený termín, který akcentuje „speciální vzdělávací potřeby“, je relativně široký (zahrnuje totiž i talentované žáky). Pro-



to se občas setkáváme s ještě jemnějším členěním, např. podle typu a závažnosti obtíží, které žák má:

1. *žáci se zdravotním znevýhodněním* – tj. zdravotním oslabením, dlouhodobým onemocněním a lehčími zdravotními poruchami vedoucími k poruchám učení a chování;
2. *žáci se zdravotním postižením* – tělesným, zrakovým, sluchovým, mentálním, vadami řeči, souběžným postižením více vadami, vývojovými poruchami učení nebo chování;
3. *žáci se sociálním znevýhodněním* – z rodinného prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou a žáci v postavení azylantů a účastníků řízení o udělení azylu (NPI ČR, 2022).

V současné době se již nepraktikuje dělení diagnóz na zdravotní postižení a zdravotní znevýhodnění. Školy naplňují speciální vzdělávací potřeby dětí prostřednictvím tzv. podpůrných opatření (Bursíková, 2019, s. 31).²

Multioborový pohled na změny funkčního stavu člověka. Vyjádřením tohoto pohledu je *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví* (česká verze viz MKF, 2020). V úvodu nového vydání této klasifikace čteme: „V minulosti byl běžný pojem handicap, který byl postupně nahrazen pojmem disability. O lidech se zdravotním postižením se stále více hovoří

jako o lidech se speciálními potřebami a předpokládáme, že vývoj půjde dál, tak jak dochází ke stále většímu splyvání běžné populace a populace lidí s těmito potřebami“ (ibid., s. 9).

Výše zmíněný pojem disability je nyní definován takto: „Disability je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí“ (ibid., s. 14).

Olga Švestková v předmluvě k této klasifikaci píše: „Velký filosofický posun spočívá v tom, že Mezinárodní klasifikace (MKF) neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje situace každého člověka v řadě okolností vztahujících se ke zdraví. Zjednodušeně řečeno, každý občan má určitý zdravotní stav, který ho s různými životními situacemi konfrontuje, dostává se tak často do různých znevýhodňujících pozic. Klasifikace tedy nevytváří kategorie ‚méněcenných‘ osob, označených devalorizujícím názvem. (...) Důležitá je i změna základní filosofie člověka s disability. Klasifikace MKF na něj pohlíží z hlediska ‚zdraví‘, ovšem v určitých konkrétních situacích (tab. 1). Člověk může mít určité problémy disability, které se podle klasifikace dají přesně procentuálně kvantifikovat a případně odstranit, aby člověk mohl plně využívat své ‚zbytkové zdraví‘.“ (ibid., s. 14–15)

Přínos *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví* je

² Viz vyhláška MŠMT č. 416/2017 Sb., vyhláška MŠMT č. 244/2018 Sb., a vyhláška MŠMT č. 248/2019 Sb.



Tab. 1 Vybrané komponenty Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (upraveno podle MKF, 2020, s. 28)

Pozitivní hledisko	Funkční a strukturální integrita	Aktivita člověka Participace člověka	Facilitátory
	Funkční schopnost		
Negativní hledisko	Poruchy	Snížení aktivity Omezení participace	Bariéry/překážky
	Disabilita		

v tom, že sjednocuje hodnocení disability, může být základem pro politickou integraci, porovnatelnost získaných dat, může se stát nástrojem pro přesnější a podrobnější evidování incidence a prevalence disability. Na základě toho by mohlo dojít ke zlepšení služeb v oblasti sociální, vzdělávací i zaměstnanosti – a tím i ke zlepšení života osob s disability.

2. ZDRAVOTNICKÝ KONTEXT

V anglicky psané literatuře se pro český termín **nemoc** používají tři rozdílné pojmy: *disease*, *illness* a *sickness* (Mareš, 2009, s. 14). Výraz *disease* je vyhrazen pro nemoc jako klinickou jednotku, pro niž máme odborné lékařské označení, tj. diagnózu. Známe její etiologii, diagnostiku, jsou u ní definovány objektivní ukazatele a jejich referenční hodnoty, existují doporučené lékařské postupy pro její léčbu (*guidelines*). Označení se objevuje v záhlaví Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize, krátce MKN-11. Dominuje zde pohled lékaře-profesionála.

Oproti tomu výraz *illness* se používá pro označení subjektivního pohledu

laika na nemoc, tedy pohledu, který se může lišit od člověka k člověku. Jde jednak o prožívanou individuální zkušenost s nemocí, dále o přebírané rodinné zkušenosti s různými nemocemi a do jisté míry též o všeobecně sdílený pohled laiků na určitou nemoc v konkrétní komunitě či určité kultuře. Proto se subjektivní pohled pacienta-laika může lišit podle místních lidových tradic, místních způsobů léčby, podle náboženských předpisů, podle země, v níž žije nebo z níž se k nám do České republiky přistěhoval. V pojmu *illness* tedy dominuje pohled laiků. Křivohlavý (2002) zdůrazňuje tento znak: jde o jedincův subjektivní pocit nemoci, a proto navrhuje překládat *illness* českým výrazem jedincova zdravotní nepohoda. Mluví o stavu, kdy se člověk necítí dobře. Bylo by možné zvolit i jiné označení než „nemoc“, např. „choroba“, ale v medicíně i v ošetrovatelství se nemoc a choroba chápou téměř jako synonyma; jejich rozlišení se prakticky nevžilo. Proto navrhuje složitější, ale srozumitelnější výraz: (pacientův) subjektivní pohled na nemoc, pacientovo pojetí nemoci.



Konečně výraz *sickness* se užívá pro stav, kdy se člověk ocitá v roli nemocného. Je úředně uznán nemocným, je mu vystavena pracovní neschopenka, dostane doklad o tom, že trpí chronickou nemocí, je mu přidělena sociální role pacienta.

Stručně a výstižně formuloval rozdíly mezi těmito třemi pojmy B. Hofman (2002, s. 114). Negativní somatické stavy jedince, jeho zdravotní problémy:

- jak je chápe medicína a příslušníci zdravotnických profesí se označují *disease*;
- jak je chápe jedinec sám, se označují *illness*;
- jak je chápe společnost či určitá instituce, se označují *sickness*.

Pokud v této studii budeme zmiňovat názory a zkušenosti zdravotníků (zejména lékařů a sester), pak jimi budeme rozumět nemoc ve smyslu *disease*. Pokud budeme zmiňovat názory a zkušenosti nezdravotníků (učitelů, psychologů, rodičů) budeme jimi rozumět nemoc ve smyslu *illness*.

Existuje mnoho pohledů na chronická onemocnění, kterými trpí děti, dospívající i dospělí. Jak se tento pojem obecně definuje? Chronickými nemocemi obecně rozumíme nemoci, které mívají delší latenci a vleklý průběh. Jejich etiologie je multifaktorová a nedají se úplně vyléčit. Jejich průběh kolísá v čase a jednotlivci, kteří jimi trpí, jsou na jejich průběh a dopady rozdílně citliví (Martin, 2007).

Definice chronického stavu podle Feudtnera et al. (2000, s. 206) zní takto: jde o jakýkoli zdravotní stav, o němž

lze důvodně předpokládat, že bude trvat nejméně 12 měsíců (pokud nedojde k úmrtí pacienta). Zdravotní problém se bude týkat buď několika orgánových systémů, nebo jednoho orgánu natolik vážně, že dětský pacient bude vyžadovat specializovanou pediatrickou péči a pravděpodobně hospitalizaci v terciárním zdravotnickém zařízení.

Stručná česká definice říká: „**Chronické onemocnění** je takové onemocnění, které přetrvává dlouhou dobu (podle některých definic déle než tři měsíce) a které je prakticky nevyléčitelné. Cílem zdravotní péče u chronických onemocnění je zajištění co nejvyšší kvality života nemocného, a to stabilizací stavu a zabráněním rozvoje komplikací“ (NZIP, 2021).

Formálním i věcným problémem mj. zůstává, kolik chronicky nemocných žáků v České republice vlastně máme, i to, jak se prevalence a incidence chronických onemocnění u dětí a adolescentů zjišťuje. Hrkal (2019) zmiňuje některé obtíže: údaje o počtu a charakteristikách dětí se zdravotními problémy je možné získat z více zdrojů, které však používají odlišné definice, odlišnou strukturu údajů i rozdílné metodické postupy při jejich sběru. Navíc – ale to už dodáváme my – tyto údaje sbírá jednak Ministerstvo zdravotnictví (přesněji Ústav zdravotnických informací a statistiky), jednak Ministerstvo školství a do jisté míry i Ministerstvo práce a sociálních věcí. Není tedy divu, že se údaje získané akcentováním hledisek zdravotnických, školských a so-



ciálních poněkud rozcházejí. Současně platí, jak připomínají Longová et al. (2020), že zdravotní stav lidí a jejich vzdělávání jsou navzájem neoddelitelně spjaty a obojí je výrazně ovlivněno sociálními faktory (zejména sociálním statutem rodiny) v průběhu celého života dítěte.

Podíváme-li se do zahraničí, zjistíme, že ve Velké Británii (Department of Health, 2012) má přibližně 10 % dětí ve věku 0–9 let a 12 % dětí ve věku 10–19 let *dlouhodobé zdravotní obtíže*³ (long-term medical condition). Ve Spojených státech jsou uváděny podobné údaje: mezi 10 a 20 % dětí. (Nabors et al., 2008). Na Novém Zélandu se prevalence chronicky nemocných žáků v populaci pohybuje mezi 17 % (Adolescent Health Research Group, 2008) a 37 % (Ministry of Education, 2008).

V Nizozemí jsou k dispozici údaje jen u adolescentů, a to ještě z pohledu jejich rodičů, nikoli z pohledu lékařů: 10–25 % (Hirasing et al., 1995). Počty se mohou v různých zemích lišit také proto, že neexistuje jednotná definice. Dlouhodobé dětské obtíže jsou podle definice ty, které vyžadují dlouhodobé zvládnutí nemoci pomocí léků a/nebo jiné terapie. Bývají charakterizovány přetrvávajícími nebo prodlouženými obdobími vysilujících a/nebo progredujících symptomů a mohou být svým dopadem buď život omezující, nebo život ohrožující (Department of Health, 2012).

Chronická onemocnění ovšem mají své *nezdravotnické důsledky*, zejména důsledky psychické, sociální, studijní a pracovní. Důsledky onemocnění se mohou navzájem kombinovat.

Chronické onemocnění zpravidla jedinci komplikuje život; přesněji řečeno zhoršuje kvalitu jeho života. Podívejme se na některé příklady.

2.1 Důsledky onemocnění a způsobů jeho léčby u chronicky nemocných žáků

Náš výklad rozdělíme do dvou částí. Nejprve probereme to, co mají děti a dospívající s různým chronickým onemocněním společného. Potom (na vybraných příkladech) ukážeme, jaké jsou konkrétní dopady určitého chronického onemocnění na učení těchto žáků, na jejich chování a školní prospěch.

Výzkumy z posledních let konstatovaly, že chronická onemocnění mají dva odlišné dopady na vzdělávání žáků: 1. přímý – ovlivňují jejich učení a vzdělávání ve škole; 2. nepřímý – ovlivňují sociální a psychologické aspekty života a tím zprostředkovaně komplikují jeho učení a studijní výsledky (Thongseiratch & Chandeying, 2020).

V čem jsou specifika chronického onemocnění u dětí a dospívajících oproti dětem somaticky postiženým? Jednou ze základních charakteristik je skutečnost, že na rozdíl od tělesného postižení

³ Podle uvedené definice pojmu dlouhodobé zdravotní obtíže (započítávají se do nich i život ohrožující nemoci) se tedy dá předpokládat, že jde o údaj, který v sobě zahrnuje dvě skupiny nemocných dětí: děti zdravotně znevýhodněné a děti zdravotně postižené.



mívá chronické onemocnění podobu *neviditelného znevýhodnění*. Zdravotní a psychické problémy žáka nejsou na jeho těle patrné, nejsou pro okolí viditelné (Berland, 2009), a proto si laici neuvědomují jeho existenci a možné dopady. Pohled „z druhého břehu“ říká, že mnoho žáků s chronickým onemocněním touží žít život, který je podobný tomu, který žijí jejich zdraví spolužáci, a současně si uvědomují, že to není vždy možné. Chronicky nemocní žáci přesto usilují o to být „normální“, jednájí tak, aby se co nejvíce omezil vliv nemoci na jejich život. Snaží se zachovat si sebekontrolu, činit vlastní rozhodnutí a být zodpovědnými v každodenním životě; to je pro ně velmi důležité (Ohman et al., 2003).

Společné obtíže žáků s chronickým onemocněním ve škole. Žáci s chronickým onemocněním musí čelit řadě obtíží. Podle Daileyové (2010) k jejich nejčastějším zdravotním problémům patří „univerzální syndrom“ zvaný zvýšená únava a jeho účinky na pozornost a paměť. Další obecné, společné obtíže připomíná Čadová. Především jde o psychickou a fyzickou zátěž, jež somatická onemocnění provází. Onemocnění žáka mívá vliv na jeho celkový fyzický, psychický a sociální vývoj, na jeho menší odolnost vůči zátěži. Chronicky nemocní žáci mívají častější absences ve škole (zdravotní kontroly, občasná hospitalizace), dlouhodobě jsou limitováni v provádění některých činností, obtížněji se integrují do kolektivu zdravých spolužáků, rodina se

musí přizpůsobovat jejich nemoci, což někdy přináší finanční problémy. Tyto a další obtíže se pochopitelně promítají do podoby a výsledků vzdělávání žáků s chronickým onemocněním. Ukazuje se, že mnoha potíží, které souvisejí s nemocí, nelze zabránit. Dají se však zmírnit (podle Čadová, 2012, s. 13).

Mnozí žáci s chronickým onemocněním musí dodržovat předepsanou životosprávu, v mnoha případech musí brát pravidelně léky. Předepsané léky mívají (kromě potřebných pozitivních účinků) někdy i další, nepříjemné *vedlejší účinky*. Patří k nim smyslové, motorické, kognitivní a emocionální obtíže. Smutnou skutečností je (jak ukazují zahraniční výzkumy), že jen málo učitelů vnímá školní učení svých žáků, kteří mají chronické onemocnění, jako svébytný problém (Olson et al., 2004). Behaviorální a kognitivní dopady chronických nemocí na nemocné žáky, kteří navštěvují běžné školy, bývají některými učiteli buď přehlíženy, anebo špatně interpretovány (Shiu, 2001).

U dětí se zdravotními problémy (často nemocných či chronicky nemocných) bývá příčinou snižování jejich školních výkonů právě zdravotní oslabení. Projevuje se výraznější unavitelností, kolísáním pozornosti a sníženou odolností v zátěžových situacích. Podrobnější pedagogicko-psychologické vyšetření žáka a na ně navazující individuální doporučení může pomoci učitelům vnímat dítě z hlediska jeho skutečných schopností a zohledňovat jeho možné výkyvy v učení (Schneider, 2005).



Specifické obtíže žáků s chronickým onemocněním v běžné škole. Už v roce 1999 K. M. Thiesová (1999) připravila pro učitele přehledovou tabulku, v níž jim ukazovala negativní dopady, které může mít léčba různých chronických onemocnění na učení žáků. Od té doby naše poznání pokročilo.

Pro ilustraci velkého počtu chronických onemocnění žáků, kteří navštěvují běžné školy, uvedeme přehled podle Čadové (2012, s. 13). Jde například o tato onemocnění:

- alergická a astmatická onemocnění – bronchiální astma, cystická fibróza, alergie (celiakie);
- kožní onemocnění – psoriáza, ekzémy (atopický ekzém);
- poruchy metabolických procesů – diabetes mellitus, chronické onemocnění ledvin, infekční onemocnění jater (hepatitida), fenylketonurie, galaktosemie;
- nádorová onemocnění – nádory zhoubné/nezhoubné, leukemie;
- záchvatová onemocnění – epilepsie;
- onemocnění trávicího traktu – Crohnova nemoc, ulcerózní kolitida, nespecifické záněty;
- onemocnění krve a kardiologická onemocnění – hemofilie, vrozené srdeční vady;
- psychiatrická onemocnění – schizofrenie, psychózy, dětské úzkosti, deprese, poruchy příjmu potravy;
- jiná, méně častá onemocnění – např. Praderové–Willyho syndrom.

Je pochopitelné, že v jedné studii nemůžeme ukázat *všechna* chronická onemocnění dětí a dospívajících, která

ovlivňují jejich učení a školní výsledky. Vybrali jsme ta onemocnění, jejichž výskyt je relativně častý. Jedná se (v abecedním pořádku) o astma, diabetes mellitus a epilepsii.

Bronchiální astma patří k závažným onemocněním dětského věku, neboť zhoršuje kvalitu života dítěte i celé jeho rodiny. Prevalence se pohybuje od 5 % až po 13–15 % astmatiků v populaci. Hlavní rizikovou skupinou jsou tzv. atopici, tj. děti z rodin, kde se astma vyskytuje u více jejich členů. Jde o chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest. Ke spouštěcím vlivům patří: alergeny v prostředí, infekce, fyzikálně-chemické škodliviny, tělesná a psychická zátěž, prudké změny teploty prostředí (Špičák, 2002, s. 160). Pro toto onemocnění je příznačné, že se u dítěte střídají ataky nemoci s obdobími, kdy je dítě bez zdravotních obtíží a žije úplně stejně jako jeho zdraví vrstevníci. Je ovšem důležité připomenout, že i u žáka s lehkým stupněm astmatu se může vyvinout těžký, až život ohrožující astmatický záchvat, zvláště u pacientů, kteří mají snížené vnímání dušnosti.

Zdravotní stav žáků s bronchiálním astmatem může být ohrožen vnitřním prostředím školy (tj. tříd, specializovaných učeben, tělocvičen, společných prostor školy). Výzkumná sonda na vybraných jihomoravských základních školách (Havelková, Kachlík & Menšík, 2010) např. konstatovala, že prostředí školy bývá pro nemocné žáky zátěžové: zaprášené záclony a závěsy, ve třídách na 1. stupni ZŠ koberce plné prachu

a celkově nekvalitní úklid. Školní prostory navíc nebývají dostatečně větrány, vlhkost vzduchu je nízká, což zhoršuje žákům dýchání. Chrastina, Ivanová a Krátká (2010) doplňují problémy se školním prostředím o specifické alergeny. Nemocné děti musí obvykle oželet zájmové kroužky, v nichž hrozí přímý kontakt s alergenem: např. v modelářském kroužku kontakt s lepidly, ve výtvarném kroužku kontakt se spreji a fixátory.

Léky, které bere žák trpící astmatem, mívají nežádoucí vedlejší účinky. Patří k nim neklid, nervozita, neschopnost se soustředit, hyperaktivita nebo naopak ospalost, někdy i trávící problémy typu nauzey (Evans-Agnew & Shering, 2013, s. 36).

Chrastina et al. (2010) připomínají riziko ze strany spolužáků, kteří doma pěstují domácí zvířata a přicházejí do školy v oblečení, na němž jsou zachyceny alergeny (srst, roztoči). Dochází tak k sekundárnímu přenosu alergenů, které se ve třídě postupně hromadí. Zahraniční výzkumy zase potvrzují, že astma zhoršuje u žáků schopnost koncentrace a negativně ovlivňuje školní prospěch.

Obecně lze říci, že tato nemoc dlouhodobě nepříznivě ovlivňuje zdravotní stav dítěte; má vliv na jeho fyzický, psychický i sociální vývoj. Vynucuje si opakované hospitalizace, někdy dlouhodobě. To vše vytrhuje žáka ze sociálního prostředí školní třídy a způsobuje opožďování v učení.

Specifickým vyučovacím předmětem (podobně jako u jiných chronických

onemocnění) je pro žáky s astmatem tělesná výchova. Tito žáci zažívají při pohybových aktivitách větší fyzickou zátěž. Během sportovních činností nechtějí zůstat příliš pozadu za zdravými spolužáky. Může se však u nich objevit tzv. pozátěžový bronchospasmus, který bývá důsledkem hyperventilace při zátěži. Bronchiální astma může komplikovat venkovní tělesnou výchovu, účast na škole v přírodě, rekreační sportování s vrstevníky. Tak se stává, že žáci s astmatem bývají svými vrstevníky vyčleňováni z kolektivu, protože toho „tolik nezvládnou“ (Chrastina et al., 2010).

Diabetes mellitus. V dětském věku a v dospívání se nejčastěji setkáváme s diabetem 1. typu. Jedná se o chronické autoimunitní onemocnění, při kterém dochází k nevratnému poškození beta-buněk Langerhansových ostrůvků slinivky břišní, což vede k zániku (či výraznému snížení) schopnosti produkovat inzulin. Následkem toho organismus není schopen využít cukr v krvi (glukózu) jako zdroj energie pro buňky. Nemocné osoby se stávají závislými na dodávkách inzulínu zvnějšku – pomocí inzulínových per či pump (Bartoš, Pelikánová et al. 2018). V České republice je prevalence diabetes mellitus 1. typu asi 6,8 % (2016).

Stanovisko pracovní skupiny pro dětský diabetes České pediatrické společnosti říká školám toto: žáci trpící diabetem 1. typu (pokud správně dodržují stanovený léčebný režim doma i ve škole) se mohou bez omezení účastnit školních i mimoškolních aktivit (Pracovní



skupina, 2021). K tomu mj. patří: aplikovat si inzulín několikrát denně inzulínovým perem nebo inzulínovou pumpou; správně počítat obsah sacharidů ve stravě; dodržovat vhodný pohybový režim; pravidelně si měřit hladinu krevního cukru (glykemii); dodržovat pravidelný režim dne (zejména časové odstupy mezi jednotlivými jídly).

Výše uvedené tvrzení o tom, že diabetes mellitus 1. typu žáky-diabetiky nijak zvláště neomezuje, ale možná neplatí všeobecně. Například Brandsová et al. (2005) ve své meta-analýze 33 výzkumných studií došli k jiným závěrům: existuje mírný, ale velmi významný rozdíl v kognitivní výkonnosti diabetika 1. typu a zdravými osobami. Nejde sice o celkové zhoršení kognitivních funkcí, ale o *zpomalení* mentální rychlosti a sníženou mentální flexibilitu. Jedná se o středně závažné formy kognitivní dysfunkce (Cohenovo $d = 0,5$), jež může ztěžovat každodenní činnosti, a dá se očekávat, že dysfunkce bude žákovi přinášet problémy v psychicky náročnějších situacích. Objevují se i další obtíže, např. snížení psychomotorického výkonu, pozornosti a vizuální percepce. Velmi raný věk při nástupu diabetu 1. stupně (do 5 let) se zdá být spojen se závažnějším zhoršením kognitivních funkcí. Kromě kognitivních funkcí ovlivňují chování člověka další dvě složky: emocionálna a exekutivní funkce (Höschl, Libiger, Švestka, 2002). Exekutivní (výkonné, řídicí) funkce jsou mentální pochody, které člověku usnadňují cílené chování. Dů-

kladný psychologický výzkum Šimákové (2021) na relativně malém vzorku 53 diabetiků (dětí i dospívajících) konstatoval, že jejich exekutivní funkce (ve srovnání se zdravými vrstevníky) nejsou výrazně narušeny, spíše jen oslabeny. Změny ve zkoumaném souboru diabetiků nedosáhly hladiny statistické významnosti. Současně se ukázalo, že zprůměrované údaje mohou být zavádějící, neboť mezi dětskými diabetiky existují výrazné rozdíly v reagování na totéž onemocnění.

Velmi významnou a žádoucí součástí života dětských diabetiků je pohybová aktivita, neboť přispívá k udržování rovnováhy mezi příjmem a výdejem energie. Při školní tělesné výchově však musí dodržovat specifický režim. V průběhu diabetikovy sportovní aktivity může totiž dojít k poklesu hladiny cukru v krvi, a proto je třeba měřit hladinu cukru v krvi před začátkem cvičení, v polovině vyučovací hodiny a na jejím konci. V případě poklesu hladiny cukru je nutno ihned zareagovat.

Epilepsie je různorodé onemocnění, které se manifestuje mnoha rozdílnými způsoby. Je definována jako chronické onemocnění projevující se opakovanými nevyprovokovanými epileptickými záchvaty. Jedná se o nejčastější léčitelné neurologické onemocnění, a to jak v dětství, tak v dospělosti. Jeho prevalence v populaci činí 0,5–1 % (Kršek, 2010, s. 106). Epileptickým záchvatem se rozumí přechodný výskyt symptomů vznikajících v důsledku abnormální synchronní (epileptické) neuronální



aktivity mozku (Marusič et al., 2018). Podle svého začátku se záchvaty dělí na fokální, generalizované a záchvaty s neznámým začátkem.

Dítě s epilepsií se v běžné škole potýká s řadou problémů. Epilepsie mj. ovlivňuje jeho kognitivní funkce. Buršíková (2019, s. 36) píše: „Přesné údaje o rozložení inteligence u dětí s epilepsií nejsou známy, dostupné studie však naznačují, že je znatelně více zastoupeno pásmo výrazného podprůměru na úkor průměrných hodnot, zatímco v oblasti nadprůměru je distribuce v zásadě srovnatelná s celkovou populací.“⁴ U žáků s epilepsií se relativně často objevují i specifické poruchy učení. Některou z těchto poruch trpí až 30 % dětských epileptiků. Nejčastěji se jedná o dyslexii, jejíž prevalence je vysoká – 70–80 % (tamtéž, s. 40–41). Další komorbiditou u dětských epileptiků bývá porucha pozornosti v podobě buď hyperaktivity, nebo hypoaktivity. Jiným zdravotním problémem těchto dětí jsou poruchy chování. Některá z forem problémového chování byla zjištěna u 50 % dětských epileptiků ve srovnání s jejich zdravými vrstevníky. Vágnerová (2005) uvádí, že dané onemocnění má své dopady na psychiku dětí s epilepsií: objevují se u nich výkyvy emočního prožívání, projevy pesimismu až deprese, impulzivita, nedůtklivost až agresivita. Pokud dítě musí brát léky typu antiepileptik, projevuje se to zhoršením paměti a pozornosti.

Až doposud jsme mluvili především o psychických problémech nemocných žáků. Existují však také problémy, které souvisí s fyzickou zátěží dětských epileptiků. Máme na mysli především školní tělesnou výchovu. Epileptikům se nedoporučují tyto sportovní aktivity: cvičení na kruzích, chůze po kladině, šplh, dlouhé vytrvalostní běhy anebo plavání bez dozoru (Buršíková, 2019, s. 32). Souhrnně lze říci, že školní prospěch bývá celkově u žáků-epileptiků horší než u jejich zdravých vrstevníků.

Vrozené srdeční vady jsou klasifikovány jako nejčastější vrozené anomálie. V dětské kardiologii odborníci rozeznávají asi 30 srdečních vad, které se mohou vyskytovat i ve vzájemných kombinacích. Existuje řada schémat pro jejich rozdělení, ale nejužívanější a nejuplněnější je anatomická klasifikace. Další možností je funkční dělení, které vychází z přítomnosti zkratu krve v srdci a směru krve. I když nutně dochází k překrývání jednotlivých kategorií, dají se vrozené malformace schematicky rozdělit na vady bez cyanózy a s cyanózou. Z hlediska péče o děti s vrozenou vadou se dají vady rozdělit podle naléhavosti péče na vady kritické, jež nesnesou odkladu, a vady neurgentní. Prevalence vrozených srdečních vad při narození činí 6,16/1000 živě narozených dětí (Hruda, Škovránek & Hrabová, 2002, s. 285–286).

⁴ Například Reilly a Neville (2011) uvádějí, že prevalence jedinců s IQ < 70 mezi epileptiky činí asi 18–30 %, zatímco v běžné populaci jsou zastoupeni asi ve 2 % (podle Buršíková, 2019, s. 35).



Třebaže má určité dítě vrozenou srdeční vadu, neznamená to, že nemůže být pohybově aktivní. Odborníci z dětské kardiologie (Gombošová & Radvan-ský, 2019) říkají, že je třeba, aby takové dítě získávalo základní pohybové dovednosti (jízda na koloběžce či na kole, bruslení, plavání) již v předškolním a mladším školním věku. Pokud jde o školní tělesnou výchovu, řídí se lékaři při formulování svého doporučení pro bezpečné zapojení těchto dětí do pohybových aktivit příslušným doporučením.⁵

Citovaní autoři připomínají, že lékaři rozdělují děti s vrozenou srdeční vadou navštěvující školu do čtyř kategorií. „V první kategorii mají děti povoleny pohybové aktivity včetně plné účasti v tělesné výchově a možnosti závodního sportu. V druhé kategorii mají děti povolen rekreační sport a tělesnou výchovu s úlevami. Ve třetí kategorii mají děti povolen rekreační sport nižší intenzity, ovšem účast v běžné školní tělesné výchově se považuje již za nevhodnou. Ve čtvrté kategorii se nacházejí děti, pro které je pohybová aktivita vhodná pouze ve velmi nízké intenzitě s individuálním přístupem. Zařazování dětí do těchto kategorií se neděje pouze na základě diagnózy, tedy druhu vady, který dítě má, ale na základě podrobného klinického nálezu. Dvě děti s „identickou“ diagnózou tedy mohou mít zcela jiné zařazení pro sportovní aktivity“

(ibid., 2019, s. 44). Přiměřená pohybová aktivita žáků s vrozenou srdeční vadou přináší nejen zdravotní benefity, pozitivní efekt na prognózu jejich onemocnění, ale i sociální a psychologické benefity. Nemocní žáci mívají vyšší sebevědomím, více si věří, snadněji se zařazují do kolektivu spolužáků; hodnotí svoji zdravotní situaci jako méně vážnou a lépe zvládají operaci a pooperační stavy.

Žáci s vrozenými srdečními vadami však nejsou ovlivňováni jenom dětskými kardiology, praktickými lékaři pro děti a dorost, učiteli a spolužáky. Nezanedbatelné je rovněž chování rodičů dítěte, zejména matek. Jedlička (2011) ukazuje, že snaha některých rodičů *ochránit* své nemocné dítě před nepohodou, námahou, vyčerpáním, před „tvrdostí života“ bývá kontraproduktivní. Hyperprotektivita rodičů vede k pohybové neobratnosti, nesamostatnosti, ale také k sociální nezralosti a plachosti dítěte při kontaktu s běžnými vrstevníky. Dítě bývá méně odolné proti běžným infekcím, zvýšeně psychicky zranitelné a úzkostné. Chybí mu radost z pohybu, ze hry, hrdost na sebe sama, na zlepšující se výsledky, chybí mu oprávněná nádej na další pokrok.

Na vybraných příkladech chronických onemocnění jsme přiblížili **dlouhodobé dopady** nemocí na zdravotní stav, psychiku i sociální vztahy nemocných dětí.

⁵ Jde o společný dokument Pracovní skupiny pediatrické kardiologie České kardiologické společnosti a České společnosti tělovýchovného lékařství,



Je však třeba připomenout, že se v běžné škole učitelé setkávají také s **akutním zhoršením** zdravotního stavu žáka během vyučování nebo o přestávce. Jde o situace, které není možné přesněji předvídat – a přesto je učitel musí nějak řešit (viz např. záchvat žáka-epileptika v průběhu vyučovací hodiny). Kompetenční i právní aspekty s tím spojené jsou zatím stále otevřené a přijatelné řešení se teprve hledá (viz např. Stanovisko MŠMT, 2018; Šumník, 2021).

Tím končí přehled o tom, jak chronická onemocnění ovlivňují chování, učení a školní prospěch nemocných žáků. Podle odborníků existují nejméně čtyři teoretické přístupy k vysvětlování toho, které hlavní aspekty problémy žáků způsobují, jak je zjišťovat a jak intervenovat.

3. ČTYŘI MODELY POKOUŠEJÍCÍ SE VYSVĚTLIT DOPADY CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ NA UČENÍ ŽÁKŮ

Biomedicínský (lékařský) model se soustřeďuje na zdravotní problémy, které chronicky nemocnému dítěti či dospívajícímu komplikují vykonávání určitých aktivit běžného života i aktivit potřebných pro školní vzdělávání. Lékaři se především snaží zjistit, co tito žáci nemohou vykonávat stejně kvalitně jako jejich zdraví spolužáci. Jinak řečeno zmíněný model chápe chronické onemocnění jako něco negativního, jako deficit somatických struktur a je-

jich funkcí. (Abrams, Hazen & Penson, 2007). Lékaři sice uznávají, že chronické onemocnění má své psychosociální dopady, ale v centru jejich pozornosti je snaha zachytit všechny důležité příznaky onemocnění, pomocí fyzikálních, laboratorních a přístrojových vyšetření stanovit správně diagnózu a nasadit vhodnou léčbu tak, aby obtíže vymizely nebo se alespoň zmírnily. Vždyť studium medicíny stojí z velké části na přírodovědném principu. Zdravotní obtíže proto berou lékaři jako lékařský problém, jako zjištěný patologický stav, který je třeba řešit (Hamonová, 2015).

Druhý model se označuje jako **sociální model zdravotního znevýhodnění**. Model se opírá o předpoklad, že chronické onemocnění je do jisté míry sociální konstrukt. Ekonomické a sociální nerovnosti mezi lidmi vytvářejí pro některé osoby překážky pro to, aby dosáhly dobrého zdraví a dobré kvality života (Simmons, 2010). Sociální model se snaží vybudovat prostředí, které je vůči nemocným žákům vstřícné, bere v úvahu jejich obtíže, snaží se jim pomáhat při překonávání překážek, poskytovat jim sociální oporu (Jacksonová, 2013). Současně se snaží chronicky nemocné žáky aktivovat, zapojovat je do výuky. Vždyť podle Shiuové „může právě škola představovat jediné místo, kde lze na chronicky nemocného žáka pohlížet spíše jako na osobu než na pacienta“ (Shiu, 2001, s. 273). Sociální model slouží i k tomu, že poukazuje na nerovnosti mezi lidmi a přichází s návrhy, jak nemocným osobám pomoci, např.



iniciováním změn ve společnosti (včetně postojů veřejnosti ke znevýhodněným a postiženým jedincům) a iniciování změn legislativních předpisů tak, aby těmto jedincům usnadňovaly život.

Třetí model se nazývá **bio-psycho-sociální**. Silnou stránkou tohoto modelu je, že propojuje aspekty medicínské, psychologické a sociální, pohlíží na člověka celostně. Představil jej v roce 1977 americký psychiatr G. Engel. Někteří autoři v posledních letech rozšiřují tento model ještě o spirituální aspekty. Nemoc (tedy i chronické onemocnění) vzniká působením složité interakce řady faktorů: biologických (genetických, biochemických, patofyziologických, imunitních atd.), psychologických (osobnostních, kognitivních, afektivních, zvládacích, behaviorálních atd.), sociálních (rodinných, socioekonomických, sociální opory, kulturních, etnických atd.) a životního prostředí.

Čtvrtý model je model opírající se o poznatky pozitivní psychologie. Pozitivní psychologie jako relativně nová psychologická disciplína byla konstituována článkem Seligmána a Csikszentmihalyiho (2000). Autoři v něm upozorňovali, že dosavadní snaha psychologů pomáhat lidem, kteří mají určité psychické problémy, způsobila, že v oboru převládá zájem o negativní jevy (distres, agrese, násilí, nemoc, bolest, postižení jedince), zatímco pozitivní jevy stály stranou pozornosti odborníků. Od té doby se situace zlepšila; přibýly výzkumy, monografie, články o subjektivní pohodě, o zdraví, štěstí, naději,

optimismu atd. Stranou výzkumného zájmu nezůstala ani výchova a vzdělávání žáků. Máme na mysli **model pozitivní edukace**. Pozitivní edukace bývá definována jako takový přístup ke vzdělávání, který vychází z vědeckých poznatků pozitivní psychologie, obohacuje běžné školní vzdělávání o důraz kladený na rozvoj osobní pohody, odolnosti a silných stránek charakteru žáka (Seligman et al., 2009). A. Slezáčková zdůraznila, že pozitivní edukace vychází z přesvědčení, že pro to, aby studenti skutečně prospívali ve škole i v životě, je potřeba nejen naučit je efektivně zvládat problémy a překonávat obtíže, ale také identifikovat a využívat silné stránky své osobnosti, přemýšlet a jednat pozitivně, optimisticky a rozvíjet kvalitní mezilidské vztahy (Slezáčková, 2012). Můžeme zmínit intervenční program *The Strath-Haven Positive Psychology Program* (tamtéž), který se zaměřil na rozvíjení silných stránek charakteru u žáků 9. třídy. U chronicky nemocných osob probíhají výzkumy, které se zajímají o optimismus a naději u dospívajících s roztroušenou sklerózou (Hart, Vella & Mohr, 2008) a také o odolnost u žáků, kteří pociťují (v souvislosti se svým chronickým onemocněním) často bolesti (Wideman-Johnston, 2011).

4. VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Obecně lze říci, že vzdělávání zdravotně znevýhodněných žáků ve škole (mezi něž patří i žáci chronicky ne-



mocní) je v České republice upraveno zákonem. Zmíněných žáků se týkají především tyto části: § 2 Zásady a cíle vzdělávání, § 16 Podpora vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, zejména § 16a, v jehož obsahu je specifikována poradenská pomoc školského poradenského zařízení, § 18 charakterizující individuální vzdělávací plán, § 19 vymežující působnost specializovaných vyhlášek, které podrobněji stanoví postupy škol a školských poradenských zařízení při zajišťování řádného vzdělávání a podpůrných opatření pro chronicky nemocné děti, žáky a studenty (včetně čísel a názvů těchto právních předpisů), § 22 Povinnosti žáků, studentů a zákonných zástupců dětí a nezletilých žáků, § 25 stanovující různé formy vzdělávání, § 28 Dokumentace škol a školských zařízení, § 29 týkající se bezpečnosti a ochrany zdraví ve školách a školských zařízeních, § 41 věnovaný problematice individuálního vzdělávání, § 50 Průběh základního vzdělávání a dále § 116, který charakterizuje školská poradenská zařízení a rámcově vymezuje služby, jež tato zařízení chronicky nemocným jedincům, jejich učitelům a rodičům poskytují.

Zdravotnický kontext může mít v České republice řadu podob: 1. během hospitalizace dětí a adolescentů se tak děje ve školách při zdravotnických zařízeních, 2. v běžných mateřských, základních a středních školách, vyšších odborných školách a vysokých školách formou inkluze,

3. ve škole zřízené podle § 16 školského zákona podle vzdělávacího programu základní školy speciální, pakliže se druží chronická nemoc s určitým mentálním, tělesným či smyslovým znevýhodněním (třeba u těžšího zrakového postižení spojeného s diabetem), 4. střední a vyšší odborné vzdělávání lze u chronicky nemocných žáků a studentů uskutečňovat podle § 25 školského zákona dálkově nebo je možné ho realizovat v kombinované formě, případně distanční formou.

4.1 Vzdělávání hospitalizovaných žáků

Školy při zdravotnických zařízeních fungují na českém území už více než sto let. Prvním oficiálním léčebným ústavem, ve kterém se děti nejen léčily, ale byly také dlouhodobě a systematicky vzdělávány, byl léčebný ústav pro tuberkulózní děti v Luži-Košumberku. Škola, kterou zakladatel léčebny MUDr. F. Hamza při léčebně otevřel již v roce 1908 s cílem zajistit školní výuku pro své dětské pacienty, funguje dodnes (Volejník, 2011).

V současnosti se se školami, které pečují o vzdělávání dlouhodobě hospitalizovaných žáků, setkáme při některých menších nemocnicích, dále při krajských nemocnicích, při fakultních nemocnicích, při léčebnách pro děti, při lázních a sanatoriích.

V současnosti se úkoly škol při zdravotnických zařízeních rozšiřují. Tyto školy plní nejméně šest funkcí:



1. preventivní – spolupracují s kmenovou školou, s lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky; školy mohou kontaktovat děti ještě před jejich nástupem do zdravotnického zařízení a dohodnout s rodiči potřebné postupy;
2. výchovně-vzdělávací – se souhlasem ošetřujícího lékaře žaky vyučují *ve vybraných předmětech*,⁶ řídí jejich učení, individuálně s nimi pracují po celou dobu pobytu v léčebném zařízení; spolupracují také s kmenovými školami;
3. poradenskou – radí žákům, informují rodiče i učitele kmenových škol; radí učitelům kmenových škol, jak dětským pacientům usnadnit návrat do běžné výuky; v některých případech konzultují se zdravotníky dětské pohledy na průběh léčby (dětské pacienti se spíše svějí jim než zdravotníkům);
4. spolupráce s rodinou – navazují užší spolupráci s rodinou dítěte, ovlivňují jeho denní režim (denní návštěvy, pobyt rodičů v nemocnici);
5. materiální – pro své žaky zajišťují speciální pomůcky a vybavení odpovídající specifickým potřebám vzdělávaných žáků v daném typu zdravotnického zařízení;
6. didaktickou – snaží se vyučovat žaka podle vzdělávacího programu jeho kmenové školy; přihlížejí k jeho zdravotnímu stavu, jeho schopnostem, motivací a aktuálním potřebám; berou v úvahu, že výchova a vzdělávání pro-

bíhá u jedinců nemocných a zdravotně oslabených.

Učitelé škol při zdravotnických zařízeních se starají o nemocné a zdravotně znevýhodněné dětské pacienty, ale jiným způsobem než zdravotníci. Učitelé jsou zde plnohodnotnými členy multidisciplinárního zdravotnického týmu, jehož úkolem je co nejkvalitnější péče o dětského pacienta. Učitel tedy neplní jen svou výchovně-vzdělávací roli, ale bere v úvahu, že nemoc je obvykle záležitostí psychosomatickou. Proto musí (do jisté míry) plnit i roli psychologa a psychoterapeuta. Podstatné je, že bere dětského pacienta jako celek, věnuje se jeho učení, snaží se, aby se cítil lépe, aby se chtěl učit a – pokud je možné – aby se vrátil domů v lepším stavu, než byl před hospitalizací. Důležitý je lidský vztah mezi učitelem a dětským pacientem, nikoli spoléhání se na výhody informačně-komunikační techniky při výuce dětí v nemocnici (Peyrad, 2000).

Problémy škol při zdravotnických zařízeních a problémy jejich učitelů.

Platná školská legislativa nebere příliš v úvahu *specifičnost* těchto škol, která plyne z podmínek, v nichž výuka žáků-pacientů probíhá. Zde jsou čtyři příklady (Mareš & Žofka, 2016, s. 65–66):

- V nemocniční škole není legislativně stanovena odlišná průměrná délka vyučovací hodiny, přestože zde vyučující pracují s nemocnými či zdravotně osla-

⁶ V základní škole při nemocnici se vyučuje (na prvním i druhém stupni) podle rozvrhu každý den jeden předmět hlavní (český jazyk, matematika, cizí jazyk) a k němu se zpravidla přiřazuje jeden z předmětů vedlejších (jako je prvouka, vlastivěda na prvním stupni a přírodopis, fyzika, zeměpis na stupni druhém). Obvyklá délka vyučování je 1–4 hodiny denně (Plevová, 1997).



benými dětmi, které nemohou absolvovat stejnou zátěž jako jejich zdraví spolužáci v kmenové škole.

- Vyhláška MŠMT č. 48/2005 Sb. (ve znění ke dni 1. 9. 2021) stanoví, že při výuce v základní škole při zdravotnickém zařízení má mít třída této školy nejméně 6 a nejvýše 14 žáků s přihlédnutím k jejich speciálním vzdělávacím potřebám a při zajištění jejich bezpečnosti a zdraví (§ 5a odst. 3). Ve škole při nemocnici je tento požadavek nereálný. Výuka se totiž odehrává na různých klinikách či různých nemocničních odděleních. Reálná hranice pro tyto případy by měla být 8–10 žáků-pacientů. Popsaná situace má své negativní dopady na stanovení počtu potřebných učitelů a jejich pedagogickou činnost.
- Ve školách při nemocnicích není vhodné zjišťovat každoročně aktuální počty žáků (tzv. stop-stavy) v přesně stejných termínech jako v běžných školách, tj. k 30. 9. a k 31. 10. To proto, že uvedeným termínům předchází státní svátky a mnohé nemocné děti bývají přechodně propouštěny domů. Tak vzniká situace, kdy právě v těchto dnech bývají na odděleních mnohem nižší stavy dětských pacientů, než je obvyklé během roku. Přitom se stavy nemocných žáků zjišťují nejen pro statistické přehledy, ale také pro účely financování škol.
- Pokud se výrazněji sníží počet učitelů ve škole při nemocnici (k čemuž nyní běžně dochází), nelze zajistit, aby žáky vyučoval plně aprobovaný učitel pro výuku na 1. stupni ZŠ a na 2. stupni ZŠ, zejména pro předměty český jazyk,

matematika či cizí jazyky. Učitelé školy při nemocnici musí vyučovat žáky v rozpětí 1.–9. třídy ZŠ, což je obtížné nejen z věcného hlediska, ale i z hlediska oborových didaktik pro tak velké věkové rozdíly. K tomu je třeba připočítat, že školní vzdělávací programy a používané učebnice na různých kmenových školách, které nemocní žáky navštěvují, se *obvykle liší*.

Z legislativního pohledu zákon č. 561/2004 Sb. (školský zákon) stanoví, že školy při zdravotnických zařízeních, které dříve spadaly pod MŠMT, nyní spadají pod pravomoc krajských úřadů. Znamená to, že už se k jejich fungování nevyjadřují jako dříve speciální pedagogové, ale krajští úředníci, tj. laici. Má to své negativní dopady v povrchní interpretaci změn, které ve zdravotnictví nastaly, a v nedomyšlených rozhodnutích v některých regionech o nepotřebnosti těchto škol (konkrétní příklady viz dále).

Od roku 1990 je patrná tendence zkracovat pobyt pacientů v nemocnicích. Platí to i pro děti a adolescenty. Například v roce 2011 činila průměrná ošetřovací doba dětí 3,8 dne, v roce 2012 byla situace obdobná: průměrná ošetřovací doba nepřesáhla 4 dny. V roce 2013 činila průměrná ošetřovací doba 3,6 dne a v roce 2014 už jen 3,5 dne. Uvedené statistické údaje plně nevystihují složitost života, neboť u řady dětí, jejichž zdravotní problémy jsou větší, dochází k *opakovaným* hospitalizacím. Tedy i k opakovanému zameškávání pravidelné školní docházky. U těch-



to dětí opakované zdravotní problémy potencují a prohlubují jejich *problémy školní*. Navíc, je-li onemocnění dítěte složitější nebo chronické, nekončí pro dítě absence v kmenové škole propuštěním z nemocnice. Bývá propuštěno jen do domácího ošetřování, takže zaostávání dítěte za spolužáky pokračuje.

Laická interpretace výše uvedených statistických dat ze strany úředníků vede k závěru, že na tak krátkou dobu není třeba školy při nemocnici udržovat, neboť těch několik zameškaných dní děti bez větších problémů doženou. Úředníci říkají, že je proto nutné posoudit, do jaké míry a za jakých podmínek je nezbytně nutné školy při nemocnicích vůbec provozovat (Metodika, 2010). Výsledek takového administrativního přístupu je velmi závažný: ve školním roce 1990/1991 bylo v České republice 274 škol při zdravotnických zařízeních (Kábele et al., 1993), v roce 2014 už jen 90, z toho 80 základních škol při nemocnicích a 10 škol při léčebnách, sanatoriích a lázních.

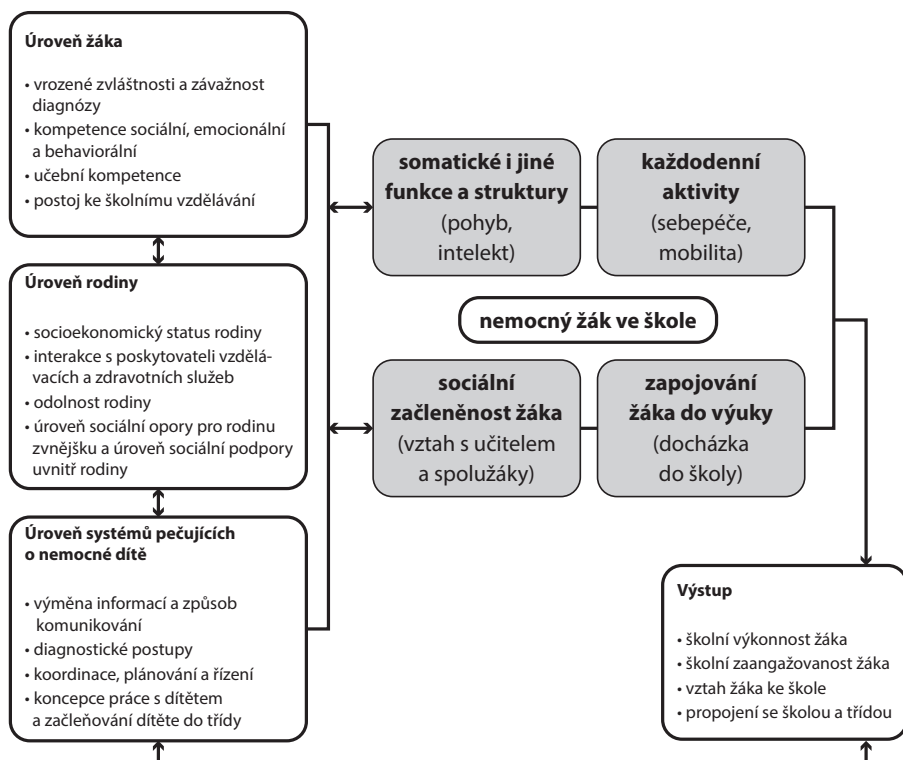
Přítom detailní analýza (Mareš & Žofka, 2016) ukazuje, že do průměrné doby hospitalizace dětí ve věku 5–14 let započítává ÚZIS i jednodenní hospitalizaci, což pochopitelně průměrnou dobu hospitalizace zkracuje. Jen v roce 2013 z celkového počtu hospitalizovaných dětí a adolescentů bylo 23 % hospitalizováno pouze jeden jediný den. Hodnoty ovlivňuje i dvou- až sedmidenní hospitalizace. Autoři analýzy však upozorňují, že vždycky existovala (a zřejmě existovat bude) skupina dětí,

jejichž zdravotní stav vyžaduje delší léčení, a proto bývají hospitalizovány *déle než dva týdny*. Každoročně se v České republice jejich počet pohybuje mezi 6200 a 7000. Právě u těchto dětských pacientů hrozí riziko studijních problémů, které jsou spojeny s delším pobytem v nemocnici. Proto je třeba jim zajistit v našich zdravotnických zařízeních kvalitní vzdělávání tak, jak to odpovídá nejen Chartě práv hospitalizovaného dítěte, ale i dikci zákona č. 561/2004 Sb.

Vraťme se však na začátek tohoto oddílu, kde jsme uvedli, že žáci s chronickým onemocněním bývají čas od času hospitalizováni a jejich zdravotní obtíže jsou intenzivně léčeny. Aby nezaostávali oproti svým zdravým spolužákům v učení, o to se starají učitelé škol při zdravotnických zařízeních. Jakmile se zdravotní stav dětských a adolescentních pacientů stabilizuje nebo zlepší, hospitalizace končí. Jsou propuštěni do domácího ošetřování a čeká je *reintegrace* do kmenové školy a do jejich třídy.

4.2 Vzdělávání chronicky nemocných žáků v běžné škole

Dlouhodobé zkušenosti škol i cílené výzkumy ukázaly, že žáci a studenti s chronickým onemocněním se mohou vzdělávat v rámci běžných škol. Ví se také, že běžné školní prostředí může být prospěšné pro školní, sociální a emocionální rozvoj nemocných žáků. Možnosti zde tedy existují, ale začle-



Obr. 1 Vztah mezi rizikovými a protektivními faktory, fungováním chronicky nemocného žáka ve škole a jeho studijními výsledky (upraveno podle O'Connor et al., 2015, s. 18)

ňování chronicky nemocných žáků se neděje bez určitých problémů. Úspěšné sociální začlenění mezi zdravé spolužáky, přijetí nemocných žáků učiteli, učení a vyučování nemocných žáků i jejich školní prospěch bývají **komplikovány** či **přímo zhoršovány** těmito faktory: samotnou nemocí, tj. jejími nepříznivými dopady na žáka a jeho učení, absencemi způsobenými občasným zhor-

šením zdravotního stavu nemocného žáka, osobnostními zvláštnostmi nemocného žáka, jeho problémy v rodině, málo vstřícnými postoji spolužáků, nepřipraveností řady učitelů na vhodné pedagogicko-psychologické postupy při práci s tímto typem žáků. Hlavní faktory, které ovlivňují vzdělávání chronicky nemocných žáků ve škole, shrnuje model na obrázku 1.



Uvedli jsme již, které faktory komplikují **integraci či reintegraci** chronicky nemocných žáků do běžného školního vzdělávání. Mnoho škol v zahraničí má dnes ve třídách chronicky nemocné žáky. Málokterá škola však má konkrétní plány, co tito žáci potřebují a jak jim konkrétně pomoci. Plány na reintegraci jsou ve školách často vytvářeny na poslední chvíli a neobsahují všechno, co by měly. Výstupem citovaného výzkumu byl návrh individualizovaného reintegračního programu pro každého chronicky nemocného žáka, s nímž by pracovali jak učitelé, tak pracovníci školního poradenského zařízení (Tibbittsová, 2018).

Žáci však jsou součástí konkrétní třídy, která má specifické třídní klima. Je proto třeba pojednat také o práci se **spolužáky chronicky nemocného žáka**. Závažnou otázkou je, zda si rodiče přejí, aby škola zatajila chronické onemocnění jejich dítěte před spolužáky, nebo ne. U některých chronických nemocí (např. epilepsie) odborníci doporučují, aby učitelé citlivě informovali žáky až ve věku 12 a více let o tom, že jejich nemocný spolužák má zdravotní problémy, za které nemůže (Buršíková, 2019, s. 248).

Nejde jenom o dobré vztahy se spolužáky, ale také o nezanedbatelné riziko šikany ze strany spolužáků (Hamiwka et al., 2009). Přehledová studie Sente-

nacové et al. (2012) shrnula poznatky z 59 výzkumů. Konstatovala, že častější šikanování zažívaly děti se všemi typy chronického onemocnění. Nebylo však možné analyzovat rozdíly v četnosti výskytu šikanování a rozdíly v družích šikanování u chronicky nemocných dětí a u jejich zdravých spolužáků, protože se výzkumy lišily v definování šikany i ve způsobu třídění druhů šikany. Autoři předkládají dvě hypotézy, proč jsou zdravotně znevýhodněné děti více šikanovány: 1. protože se od zdravých spolužáků liší svým chováním, někdy i vzhledem; 2. děti s chronickým onemocněním se sice snaží přizpůsobit zdravým spolužákům, nelíší se, neupozorňovat na sebe, „držet se ve stínu“ sociální skupiny, ale vnitřně se cítí osamělé, mají strach z odmítání skupinou, bojí se veřejného sociálního vyloučení ze skupiny.

Tento oddíl uzavřeme důležitým upozorněním. Připravit pouze **učitele** na poučenou pedagogickou činnost s chronicky nemocnými žáky nestačí (Berger et al., 2018). Je třeba připravit a realizovat **týmovou péči** o tyto žáky, tj. zapojit rodiče těchto žáků, pracovníky školních poradenských pracovišť (školní psychology, školní speciální pedagogy), logopedy a zdravotníky. V některých zemích (např. v USA) pomáhají škole s řešením zdravotních problémů chronicky nemocných žáků i školní zdravotní sestry.⁷

⁷ Školní zdravotní sestry jsou specializované komunitní zdravotní sestry, které patří do sektoru veřejného zdraví, pracují s dětmi a dospívajícími ve školním věku a jejich rodinami s cílem zlepšit zdravotní stav dětí a dospívajících, dosáhnout pro ně dobrých životních podmínek, snížit jejich zranitelnost a pomáhat jim při odstraňování nerovností vyplývajících z jejich zdravotního stavu.



4.3 Individuální vzdělávání chronicky nemocných žáků

Důvody, proč někteří žáci nechodí do běžné školy se svými vrstevníky, bývají rozdílné. Široké veřejnosti jsou známy případy, kdy někteří rodiče chtějí své děti vzdělávat sami a/nebo jim obstarávají domácího učitele. Tento způsob vzdělávání dětí má u nás i ve světě dlouhou historickou tradici a je znám pod označením **domácí vzdělávání**. Současná česká legislativa už tento termín opustila a od roku 2016 používá širší pojem **individuální vzdělávání žáků** (MŠMT, 2016). Legislativní úprava umožňuje individuální vzdělávání žáků na 1. i na 2. stupni ZŠ, a to podle § 41 zákona č. 561/2004 Sb. (školský zákon). Zákon ovšem pojímá individuální vzdělávání jako zcela výjimečný způsob plnění povinné školní docházky. Pro povolení musí být mimo jiné dány závažné důvody, k nimž podle dosavadních zkušeností českých škol patří:

- takový zdravotní stav žáka, který nedovoluje pravidelnou řádnou docházku do školy;
- časté krátkodobé pracovní cesty zákonných zástupců a členů jejich rodiny do zahraničí; dlouhodobé cesty (půl roku a více) už vyžadují žákovu docházku do školy;

- další potíže žáků různého charakteru (např. konflikty žák-učitel, šikana žáka, stres ze školy);
- žáci se speciálními vzdělávacími potřebami a žáci mimořádně nadaní (nevyhovuje jim tempo nebo metody či formy vzdělávání).

V dalším výkladu se soustředíme na **zdravotní důvody**; konkrétně půjde o zhoršení chronického onemocnění, které brání dítěti či adolescentovi docházet do školy. Podle § 41 školského zákona žádá školu o možnost individuálního vzdělávání nemocného žáka jeho zákonný zástupce (zpravidla jde o rodiče). O povolení vzdělávat nemocného žáka doma rozhoduje ředitel té školy, do níž byl žák přijat k plnění povinné školní docházky. Odborné stanovisko v České republice poskytuje řediteli podle zákona školské poradenské zařízení. V jiných zemích bývá praxe odlišná.⁸

Než je povolení vydáno, musí být zajištěny všechny formální náležitosti: jasně stanoveno období, po které má být žák individuálně vzděláván; ověřeno, že rodič, který bude žáka doma vzdělávat, má nejméně středoškolské vzdělání s maturitou; vzdělávání v domácím prostředí je dostatečně prostоровě a materiálně-technicky zabezpečeno; žák má zajištěny všechny učebnice a učební texty, které budou ve výuce užívány. Podle české legislativy musí

⁸ Například v USA musí žádost rodičů o individuální vzdělávání nemocného dítěte potvrdit lékař a uvést, že žák má skutečně závažné zdravotní obtíže, které mu znemožňují docházet do školy, ale může mít prospěch z domácí výuky. Další postup pak obvykle řeší příslušný školský obvod. Lékař tedy vyplní příslušný formulář a s rodinou se spojí služba, která nese název *Medical Homebond Instruction*.



žák, který je individuálně vzděláván, vykonat za každé pololetí zkoušky z příslušného učiva, a to ve škole, do níž kmenově patří.

Jak se uskutečňuje individuální vzdělávání v domácím prostředí? Existuje několik možností: 1. škola posílá nemocnému žákovi úkoly, které doma plní, doma ho vzdělávají jeho rodiče; 2. rodiče kombinují tuto možnost s výukou některých předmětů soukromým učitelem – profesionálem; 3. kombinuje se vzdělávání poskytované rodiči s využíváním některých volně dostupných počítačových vzdělávacích programů pro děti a dospívající; 4. nemocné dítě a jeho rodiče využívají distanční formy výuky poskytované školou, do níž nemocný žák patří (žák se virtuálně účastní části školní výuky se svými spolužáky).

Nemalým problémem v České republice je skutečnost, že individuální vzdělávání žáků je obecně diskutováno z mnoha aspektů, ale chybí **důkladný domácí výzkum**. Zatím probíhají diskuse na sociálních sítích, jsou zde uváděny praktické zkušenosti rodin i institucí, jsou prezentovány aktivity Asociace domácího vzdělávání a dalších sdružení. Vycházejí zde přehledové studie o situaci „domácího vzdělávání“ v různých zemích, vycházejí články o právních aspektech této podoby vzdělávání. Dosud však existuje jen málo domácích, seriózně prováděných výzkumů fungování a dopadů této podoby vzdělávání. K výjimkám patří kvalifikační práce vysokoškoláků

(např. Černochová, 2016; Pražáková, 2017). V dostupné domácí literatuře jsme však nenašli výzkumy, které by se zabývaly specifickým problémem – **individuálním vzděláváním pouze žáků chronicky nemocných** v domácím prostředí.

V zahraničí už takové výzkumné publikace existují. Přehledová studie kanadských autorů (Shaw, Clyde & Sarrasin, 2014) konstatovala, že vyučování a učení, které probíhá v domácím prostředí, umožňuje skutečně individualizovanou výuku a pomáhá nemocným žákům udržet krok se zdravými vrstevníky. Přitom chronicky nemocní žáci mívají nejen somatické, ale i s nimi často související psychické obtíže. Jejich zdravotní stav se zpravidla během dne mění účinkem bolesti, nevolnosti, léků, kognitivních obtíží; dochází ke snížení jejich učební motivace.

Odpovědnost za vzdělávání nemocných dětí často přechází na rodiče. Mnozí s nich se de facto stávají učiteli „školy doma“. K jejich dosavadním rolím přibývá nová, a bývá to práce na plný úvazek, která se pro ně stává dalším stresorem. Také v České republice máme podobné zkušenosti. Kvalitativní výzkum Černochové např. zjistil, že z celkového počtu 10 zkoumaných rodin došlo ve dvou případech po čase k psychickému vyčerpání a zhroucení matek (Černochová, 2016, s. 52–53).

Další problém spočívá v tom, zda kmenová škola a její učitelé mají vůbec



zkušenosti s individuálním domácím vzděláváním chronicky nemocných žáků. Údaje z USA naznačují, že i tam většina základních škol nemá dobře promyšlené zásady spolupráce, nemá individuální vzdělávací plány a neuvažuje o tom, jak maximalizovat účinnost individuálního domácího vzdělávání (Shaw et al., 2014).

Jednou z možných cest, jak překonávat překážky, s nimiž se potýká individuální domácí vzdělávání nemocných žáků, by mohlo být širší využívání digitálních technologií. V principu jsou k dispozici dva hlavní přístupy – jednosměrný a obousměrný. **Jednosměrným přístupem** rozumíme práci se studijními materiály, které jsou dostupné na internetu či nosičích typu flash disk, CD, DVD apod. Jinou variantou jsou přístupy, kdy nemocný žák může sledovat průběh vyučování „své třídy“ na dálku. Typické pro tyto případy je skutečnost, žák obvykle nedostává potřebnou zpětnou vazbu.

Obousměrným přístupem rozumíme práci se studijními materiály, které umožňují žákům získat okamžitou zpětnou vazbu, reagovat v reálném čase, sledovat a příp. komentovat to, co se při učení a vyučování děje. Ať už jde o žákovo individualizované učení pomocí adaptivního počítačového programu, anebo učení zprostředkované dalšími digitálními zařízeními. Jedním z takových zařízení jsou roboti,

kteří nemocnému žákovi zprostředkávají na dálku **virtuální přítomnost** ve třídě mezi spolužáky. Umožňují mu být mezi nimi, účastnit se výuky, vstupovat do děje, dostávat zpětnou vazbu od učitele i spolužáků, **virtuálně se začlenit** do fungování třídy, na dálku se **učit ve škole** s ostatními.

Proč je to důležité? Chronicky nemocný žák bývá obvykle ve styku se svou kmenovou školou prostřednictvím učitelů, kteří mu zadávají úkoly a jednou za půl roku ho přezkušují. Pravidelný kontakt se zdravými spolužáky nebývá běžnou součástí individuálního domácího vzdělávání. Většina nemocných žáků se proto cítí izolovaná od svých vrstevníků i zdravých spolužáků. Pokud tato situace trvá dlouho, objevuje se u některých z nich pocit izolace, samoty, nastupují i depresivní stavy. Přítom sociální vztahy s vrstevníky jsou důležitou složkou příznivého vývoje dětí a hlavně adolescentů.

Myšlenka alespoň **virtuálního začlenění** žáka (*virtual inclusion*) do života školní třídy je uskutečnitelná s využitím principu „dálkové přítomnosti osoby“ (*telepresence*), třebaže fyzicky tato osoba zůstává jinde. Zmíněnou kategorii operacionalizovali např. Kim a Biocca (1997). Princip fungování **speciálního robota**⁹ lze ve stručnosti charakterizovat takto: Robot je umístěn ve třídě, v níž probíhá výuka pro žáky zdravé spolužáky. Robot

⁹ Komerčně dostupné jsou zatím čtyři typy speciálních robotů pro školy: VGo, Double, Beam, RP-7 (Newhart, 2018, s. 107).



má v horní části přístroje obrazovku, na niž se promítá obličej nemocného studenta, který je přitom stále doma. Robot je mobilní zařízení, jehož aktivity žák ovládá na dálku. Robot se může svobodně pohybovat po třídě, jako by tam byl nemocný žák přítomen na invalidním vozíku.

Výzkum ukázal, že popsaná problematika leží na průniku řady oborů: pedagogiky, speciální pedagogiky, psychologie, medicíny, technických věd, softwarového inženýrství. V jejím řešení, z něhož by měli prospěch především chronicky nemocné děti a adolescenti, mají výzkumníci za sebou jen první kroky.

5. PORADENSTVÍ PRO CHRONICKY NEMOCNÉ ŽÁKY VZDĚLÁVAJÍCÍ SE V BĚŽNÉ ŠKOLE

S určitým zjednodušením lze konstatovat, že jedním z impulzů ke změně postojů ministerstva školství, politiků a odborné i laické veřejnosti k žákům, kteří mají speciální potřeby ve vzdělávání, byly tři dokumenty: 1. vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních; 2. rozsudek Evropského soudu pro lidská práva z roku 2007, který se sice týkal *sociálně znevýhodněných* žáků (konkrétně šlo o romské žáky), ale výsledkem rozhodnutí byl požadavek zajistit v České republice rovný přístup ke vzdělávání všem osobám; 3. ve vzta-

hu ke vzdělávání žáků se *zdravotním* postižením byla klíčová ratifikace Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v roce 2009, která zavazuje Českou republiku k zajištění inkluзивního vzdělávání na všech úrovních vzdělávací soustavy. MŠMT v reakci na závazky vyplývající z implementace Úmluvy a rozsudku Evropského soudu připravilo Národní akční plán inkluзивního vzdělávání (podle Michalík et al., 2015).

Důležitou součástí přijatých opatření jsou poradenské služby pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a vhodné odborné intervence.

Podle vyhlášky MŠMT č. 72/2005 existují dva typy **školských poradenských zařízení**: pedagogicko-psychologická poradna a speciálněpedagogické centrum. Poradna zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků škol a na základě výsledků psychologické a speciálněpedagogické diagnostiky vypracovává doporučení s návrhy podpůrných opatření pro žáka. Služby se obvykle uskutečňují na pracovišti poradny a jedná se o ambulantní poradenské služby.

Dalším typem je **školní poradenské pracoviště**. Poradenské služby jsou poskytovány přímo ve škole. Ředitel základní, střední a vyšší odborné školy musí zabezpečit poskytování poradenských služeb ve škole školním poradenským pracovištěm, ve kterém působí zpravidla výchovný poradce a školní metodik prevence, kteří spolupracují zejména s třídními učiteli,

učiteli výchov, případně s dalšími pedagogickými pracovníky školy. Poskytování poradenských služeb ve škole může být zajišťováno i školním psychologem nebo školním speciálním pedagogem.

Poradenské služby ve školách i ve školských poradenských zařízeních zřizovaných státem, krajem či obcí jsou poskytovány dětem, žákům, studentům, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením na jejich vyžádání, a to zdarma. Škola nebo školské poradenské zařízení musí předem srozumitelně žáka informovat (a v případě žáka, který má zákonného zástupce, také jeho zákonného zástupce) o všech podstatných náležitostech poskytované poradenské služby, zejména o povaze, rozsahu, trvání, cílech a postupech, dále o prospěchu, který je možné u žáka očekávat, a o všech předvídatelných důsledcích, které mohou vyplynout z poskytování poradenské služby. Také o možných následcích, pokud tato služba nebude poskytnuta, a o žakových právech a povinnostech spojených s poskytováním poradenských služeb.

Podpůrná opatření se ve školské legislativě objevila ve vyhlášce MŠMT č. 73/2005 Sb., která stanovuje, že při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami se užívají vyrovnávací a podpůrná opatření. Existuje pět stupňů podpůrných opatření, podle úrovně dopadů zdravotního postižení (znevýhodnění) na vzdělávání žáka. Čím závažnější je zdravotní stav da-

ného žáka, tím vyšší musí být stupeň podpory – a tím je nutná podpora rozsáhlejší.

Stupeň 1. Cílem podpůrných opatření v tomto stupni je aplikovat běžně dostupné metody a formy práce, které při správné aplikaci mohou působit jako prevence zhoršování školní úspěšnosti žáka. Správné uplatnění podpůrných opatření příslušejících prvnímu stupni může být důvodem, proč se žák „optimálně stabilizuje“ ve svém výkonu a nedostane se do spirály školních neúspěchů a nechuti ke vzdělávání. Podporu zajišťují jednotliví vyučující ve třídě, konzultují ji s pracovníky školního poradenského pracoviště a v odůvodněných případech i s pracovníky poradny. Podpora spočívá například v úpravě zasedacího pořádku, délky vyučovací jednotky, přestávek mezi hodinami, v plánování a organizaci využití času stráveného ve škole mimo vyučování a ve stanovení odlišných časových limitů pro práci žáka. Podpůrná opatření v prvním stupni jsou hrazena v rámci běžného provozu školy; žákům nenáleží žádný navýšený normativ.

Stupeň 2. Cílem podpůrných opatření v tomto stupni je zařazovat takové speciálněpedagogické metody a formy práce, které je učitel schopen realizovat bez závažnějších dopadů na vzdělávání ostatních žáků ve třídě. Optimální je plně zapojení žáka do společné výuky s důrazem na individuální přístup k žákovi. Tato opatření se realizují na základě doporučení školního poradenského pracoviště, jehož pracov-



ník v závěru zprávy z vyšetření identifikuje potřebu podpůrných opatření ve stupni 2. Doporučení se mohou týkat úpravy zasedacího pořádku, délky vyučovací jednotky, přestávky mezi hodinami, doby přímé práce, stanovení odlišných časových limitů pro práci žáka, zavedení individuální hodnocení apod. Do vzdělávání žáka může v tomto stupni podpory vstoupit další pedagogický pracovník, doba jeho působení je však omezená (1 hodina týdně). Významnou roli zde může sehrát i tzv. sdílený asistent. Škole vzdělávající žáka ve stupni podpory 2 náleží navýšení finančních prostředků ze státního rozpočtu odpovídající potřebám žáka.

Stupeň 3. Charakter obtíží žáka ve vzdělávání v tomto stupni podpory vyžaduje takové dílčí úpravy v organizaci a průběhu vzdělávání, které již závažněji zasáhnou do organizace práce se třídou, v níž je žák vzděláván. Rozsah těchto opatření zahrnuje zejména úpravy ve vzdělávacích podmínkách a postupech, úpravy režimu školní práce i domácí přípravy. Opatření se realizují na základě doporučení školního poradenského pracoviště, jehož pracovník v závěru zprávy z vyšetření identifikuje potřebu podpůrných opatření ve stupni 3. Je už nutná odborná speciálněpedagogická a psychologická intervence. Provádí se podle potřeby ve škole, školním poradenském pracovišti nebo rodině žáka. Škole vzdělávající žáka ve 3. stupni podpory náleží navýšení finančních prostředků ze státního rozpočtu odpovídající potřebám žáka.

Stupeň 4. Charakter obtíží žáka ve vzdělávání vyžaduje *podstatné* úpravy v organizaci a průběhu vzdělávání, ve stanovení postupu při jejich nápravě i forem nápravy. Opatření se realizují na základě doporučení školního poradenského pracoviště, jehož pracovník v závěru zprávy z vyšetření identifikuje potřebu podpůrných opatření ve stupni 4. Žák vzdělávaný formou individuální integrace je vzděláván vždy s podporou individuálního vzdělávacího plánu. Odborná speciálněpedagogická intervence ve škole je zpravidla pravidelná a četnější než v předcházejících stupních podpory. Pro hodnocení přínosů individuálního vzdělávacího plánu je možno ustavit pedagogická konzilia složená z pedagogů a dalších odborníků poskytujících žákovi potřebné služby (vzdělávací, ale i další). Škole vzdělávající žáka ve stupni podpory 4 náleží navýšení finančních prostředků ze státního rozpočtu odpovídající potřebám žáka

Stupeň 5. Charakter obtíží žáka ve vzdělávání vyžaduje *nejvyšší míru přizpůsobení* organizace výuky, obsahu, forem a metod vzdělávání vzdělávacím potřebám žáka a respektování jeho možností a omezení při hodnocení výsledků vzdělávání. Obsah učiva je vždy modifikován, případně i výrazně redukován vzhledem k možnostem žáka. Je oprávněně poskytovat individuální pedagogickou nebo speciálněpedagogickou péči i mimo vyučování v rámci školy. Vzniká potřeba zařazení dalšího pedagogického pracovníka nejen



na dobu výuky odpovídající učebnímu plánu žáka, ale k umožnění účasti žáka na dalších školních aktivitách souvisejících se vzděláváním (školní družina, zájmové kroužky apod.). V případě potřeby (z důvodu zdravotního stavu žáka a na doporučení lékaře) se využívá individuální výuka v domácím prostředí zajišťovaná pedagogy školy, případně pracovníkem speciálněpedagogického centra (podle Michalík et al., 2015, s. 40–45).

ZÁVĚRY

Velké pokroky medicíny umožňují lepší péči o nemocné osoby, včetně nemocných dětí a adolescentů. Řadu nemocí lze nyní vyléčit úplně, u jiných se dá zlepšit zdravotní stav pacienta či rozvoj nemoci zastavit. Specifickou skupinu však tvoří chronická onemocnění, která nelze vyléčit a která provázejí (s různou intenzitou a různými dopady) dětské pacienty po celý život. Naše přehledová studie shrnula soudobé poznatky o tom, jak chronické onemocnění žáků ovlivňuje jejich učení. Výklad se soustřeďuje na teoretické a praktické problémy toho, jak by měla škola zajistit podmínky pro co nejlepší vzdělávání těch žáků, které školská legislativa označuje odborným termínem *zdravotně znevýhodnění žáci*.

Těchto žáků ve všech vyspělých zemích přibývá, ale příprava budoucích učitelů ani učitelů v praxi na to zatím adekvátně nezareagovala. V různých zemích je vztah mezi školstvím, zdra-

votnictvím a sociální sférou (včetně spolupráce s rodinou nemocných dětí) řešen rozdílnými způsoby. V České republice např. nemáme školní lékaře a školní zdravotní sestry jako v USA (NCCDPHP, 2017), ale můžeme se inspirovat zahraničními doporučeními o tom, jak dobře pracovat s chronicky nemocnými žáky na úrovni školy, učitelů a rodičů. Doporučení se týkají např. těchto úkolů:

- Zpracovat koncepci práce školy s chronicky nemocnými žáky, včetně určení pracovníka, který bude mít tuto oblast na starosti. Analyzovat silné a slabé stránky dosavadních postupů.
- Identifikovat chronicky nemocné žáky a upozornit učitele školy na nutnost individuálního přístupu k nim – nejen v případech vyšší kognitivní zátěže, vyžadovaného vysokého tempa, ale i v případech vyšší fyzické zátěže (viz tělesná výchova) či výskytu sezónních alergenů.
- Samo chronické onemocnění a léky, které žák bere, mu přinášejí smyslové, motorické, kognitivní, emocionální a sociální obtíže, zvyšují počet jeho absencí ve škole. Zhoršují jeho učení, jeho studijní výsledky i jeho pozici mezi zdravými spolužáky.
- Učitelé musí s těmito problémy počítat a být na ně připraveni. Škola by měla v tomto směru aktivovat školní poradenské služby pro žáky a promyslet (v rámci dalšího vzdělávání učitelů) i seriózní poučení o nejběžnějších chronických onemocnění u žáků daného věku a zkušenostech škol, jak upravit pedagogické postupy.



- Škola by měla zajistit jak *zdravotně bezpečné prostředí* pro chronicky nemocné žáky (větrání tříd, důkladný úklid, omezení účinku dráždicích chemických látek apod.), tak bezpečné *sociální prostředí* (zahraniční výzkumy ukazují, že nemocným žákům hrozí vyšší riziko šikany).
Dá se to říci i jinak: koordinovaná péče o žáky s chronickým onemocněním v českých školách může pomoci zlepšit zdravotní stav těchto dětí, prožívání jeho dopadů, jejich učení a prospěch, omezit jejich absenci. Pokud se k tomu přidá rozumně prováděná výchova ke zdraví jak u žáků, tak u učitelů, může to vytvořit pozitivní klima nejen v daných třídách, ale také v celé škole (NCCDPHP, 2017).

LITERATURA

- Abrams, A. N., Hazen, E. P., & Penson, R. T. (2007). Psychosocial issues in adolescents with cancer. *Cancer Treatment Reviews*, 33(7), 622–630.
- Adolescent Health Research Group. (2008). *Youth '07: The health and wellbeing of secondary school students in New Zealand. Initial findings*. Auckland: University of Auckland.
- Bartoš, V., Pelikánová, T. et al. (2018). *Praktická diabetologie*. Praha: Maxdorf.
- Berger, C., Valenzuela, J., Tsikis, J. et al. (2018). School professionals' knowledge and beliefs about youth with chronic illness. *Journal of School Health*, 88, 615–623.
- Berland, J. (2009). The elephant in the classroom. *International Journal of Inclusive Education*, 13(7), 699–711.
- Brands, A. M. et al. (2005). The effects of type 1 diabetes on cognitive performance: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 28(3), 726–735.
- Buršíková, D. (2019). *Dítě s epilepsií v prostředí školy*. Praha: Triton.
- Čadová, E. et al. (2012). *Metodika práce se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. Olomouc: Pedagogická fakulta UP.
- Černochová, I. (2016). *Individuální vzdělávání pohledem rodičů: motivace, realizace, podpora*. (Diplomová práce). Brno: Pedagogická fakulta MU.
- Dailey, M. A. (2010). Needing to be normal: The lived experience of chronically ill nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 7(1), 1–23.
- Department of Health (2012). *Long term conditions compendium of information*. 3. vyd. London: Department of Health. Dostupné z www.gov.uk
- Evans-Agnew, R. A., & Sherling, M. (Eds.). (2013). *Asthma management in educational settings*. Seattle: Washington Asthma Initiative. Dostupné z www.k12.wa.us
- Feudtner, C., Christakis, D. A., & Connell, F. A. (2000). Pediatric deaths attributable to complex chronic conditions: A population-based study of Washington State, 1980–1997. *Pediatrics*, 106, 205–209.
- Gombošová, A., & Radvanský, J. (2019). Dítě s vrozenou srdeční vadou v hodinách tělesné výchovy. *Tělesná výchova a sport mládeže*, 85(5), 41–48.



- Hájková, V. (2008). *Podpora speciálních vzdělávacích potřeb žáků se zdravotním znevýhodněním*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy.
- Hamiwka, L. D., Yu, C. G., Hamiwka, L. A. et al. (2009). Are children with epilepsy at greater risk for bullying than their peers? *Epilepsy Behavior*, 15(4), 500–505.
- Hamon, M. R. (2015). *The learning experiences of New Zealand secondary school students with chronic health conditions*. (Doctoral dissertation). Wellington: Victoria University.
- Hart, S. L., Vella, L., & Mohr, D. C. (2008). Relationships among depressive symptoms, benefit-finding, optimism, and positive affect in multiple sclerosis patients after psychotherapy for depression. *Health Psychology*, 27(2), 230–238.
- Havelková, M., Kachlík, P., & Menšík, P. (2010). Speciální požadavky chronicky nemocných žáků na kvalitu školního prostředí. *Speciální pedagogika*, 20(2), 114–121.
- Hirasing, R. A., Aardoom, H. A., & Van den Heuvel, G. W. (1995). Prevalence of chronic disease in school children reported their parents. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 934–938.
- Hofman, B. (2002). *The technological invention of disease: On disease, technology and values*. (Doctoral dissertation). Oslo: University of Oslo.
- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.). (2004). *Psychiatrie*. Praha: Tigis.
- Hrkal, J. (2019). *Kolik je v Česku dětí se zdravotním postižením?* (Online). Dostupné z www.statistikaamy.cz
- Hrodek, O., & Vavřínek, J. (Eds.). (2002). *Pediatric*. Praha: Galén.
- Hruda, J., Škovránek, J., & Hraboňová, V. (2002). Kardiologie. In O. Hrodek & J. Vavřínek (Eds.), *Pediatric* (s. 283–307). Praha: Galén.
- Chrastina, J., Ivanová, K., & Krátká, A. (2010). Edukační dopad a životní styl s astma bronchiale. In *Pedagogika v ošetrovatelství: tradice, současnost a perspektivy: konferenční sborník* (s. 38–48). Zlín: Fakulta humanitních studií UTB.
- Irwin, M. K., & Elam, M. (2011). Are we leaving children with chronic illness behind? *Physical Disabilities: Education and Related Services*, 30(2), 67–80.
- Jackson, M. (2013). The special educational needs of adolescents living with chronic illness: A literature review. *International Journal of Inclusive Education*, 17(6), 543–554.
- Jedlička, R. (2011). *Výchovné problémy s žáky z pohledu hlubinné psychologie: Chronicky nemocné dítě*. Praha: Portál.
- Kábele, F. et al. (1993). *Somatopedie*. Praha: Univerzita Karlova.
- Kim, T., & Biocca, F. (1997). Telepresence via television: Two dimensions of telepresence may have different connections to memory and persuasion. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 3(2), 1–16.
- Kršek, P. (2010). Epileptické a neepileptické záchvaty u dětí. *Pediatric pro praxi*, 11(2), 106–110.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.



- Kukla, L., Velemínský, M., sen., Schneiberg, F. et al. (2016). Děti vyžadující speciální péči. In L. Kukla et al. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí* (s. 177–206). Praha: Grada.
- Long, S. J., Littlecott, H., Hawkins, J. et al. (2020). Testing the “zero-sum game” hypothesis: an examination of school health policies and practices and inequalities in educational outcomes. *Journal of School Health*, 90(5), 415–424.
- Mareš, J. (2009). Problémy s konceptem „pacientovo pojetí nemoci“ a s jeho definováním. In J. Mareš & E. Vachková (Eds.), *Pacientovo pojetí nemoci I* (s. 11–28). Brno: MSD.
- Mareš, J., & Žofka, J. (2016). Školy při nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních. *Česká a slovenská pediatrie*, 71(2), 59–67.
- Martin, C. M. (2007). Chronic disease and illness care. *Canadian Family Physician / Le Médecin de Famille Canadien*, 53(12), 2086–2091.
- Marušič, P. et al. (2018). Nové klasifikace epileptických záchvatů a epilepsií ILAE 2017. *Neurologie pro praxi*, 19(1), 32–36.
- Metodika a harmonogram optimalizace škol a školských zařízení zřizovaných Jihomoravským krajem 2010. Dostupné z www.ods.cz
- Michalík, J. et al. (2015). *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Ministry of Education (2008). *Individual Education Program (IEP)*. Dostupné z www.minedu.govt.nz
- MKF (2020). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. 2. české vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.
- MŠMT (2016). *Informace a doporučení Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k individuálnímu vzdělávání žáků v základní škole*. Praha: MŠMT.
- Nabors, L. A., Little, S. G., Akin-Little, A. et al. (2008). Teacher knowledge of and confidence in meeting the needs of children with chronic medical conditions: Pediatric psychology's contribution to education. *Psychology in the Schools*, 45(3), 217–226.
- NCCDPHP (2017). *Chronic health conditions and academic achievement*. Atlanta: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Dostupné z <https://www.cdc.gov>
- Newhart, V. A. (2018). *Are they present? Homebound children with chronic illness in our schools and the use of telepresence robots to reach them*. Irvine: University of California.
- NPI ČR (2022). *Jakého žáka lze považovat za žáka se speciálními vzdělávacími potřebami?* Praha: Národní pedagogický institut. (Online). Dostupné z www.nuv.cz/tl/jakeho-zaka-lze-povazovat-za-zaka-se-specialnimi
- NZIP (2021). *Chronické onemocnění. Národní zdravotnický informační portál*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. Dostupné z www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/160



- O'Connor, M., Howell-Meurs, S., Kvalsvig, A. et al. (2015). Understanding the impact of special health care needs on early school functioning: a conceptual model. *Child Care and Health Development*, 41(1), 15–22.
- Ohman, M., Sonderberg, S., & Lundman, B. (2003). Hovering between suffering and enduring: The meaning of living with serious chronic illness. *Qualitative Health Research*, 13(4), 528–542.
- Olson, A. L., Seidler, A. B., Goodman, D. et al. (2004). School professionals' perceptions about the impact of chronic illness in the classroom. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158(1), 53–58.
- Peyrad, J. P. (2000). Problématique de l'enseignement des élèves malades. Reflections d'un enseignant en service de pédiatrie. *Archives de pédiatrie*, 7(9), 1001–1006.
- Plevová, M. (1997). *Dítě v nemocnici*. Brno: Masarykova univerzita.
- Pracovní skupina (2021). *Diabetes 1. typu: Informace pro školu*. Praha: Pracovní skupina pro péči o chronicky nemocné děti ve školách České pediatrické společnosti ČLS JEP. Dostupné z <https://www.pediatrics.cz>
- Pražáková, D. (2017). *Matematika v domácím vzdělávání: charakteristiky vzdělávacího stylu rodin*. (Disertační práce). Praha: Pedagogická fakulta UK.
- Schneider, L. (2005). Aspekty spolupráce PPP a pediatriů. *Pediatric pro praxi*, 2(1), 69–70.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14.
- Seligman, M. E., Ernst, R. M., Gilham, J. et al. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(3), 293–311.
- Sentenac, M., Arnaud, C., Gavin, A. et al. (2012). Peer victimization among school-aged children with chronic conditions. *Epidemiologic Reviews*, 34(1), 120–128.
- Shaw, S. R., Clyde, M. A., Sarrasin, M. (2014). Homebound instruction for students with chronic illness: reducing risk outside of the box. *Health Psychology Report*, 2(1), 1–9.
- Shiu, S. (2001). Issues in the education of students with chronic illness. *International Journal of Disability, Development, and Education*, 48(3), 269–281.
- Simmons, R. D. (2010). Life issues in multiple sclerosis. *Nature Reviews Neurology*, 6(10), 603–610.
- Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií. Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada.
- Stanovisko MŠMT (2018). *Stanovisko MŠMT k poskytování zdravotnických služeb ve školách a školských zařízeních*. Praha: MŠMT. Dostupné z www.kr-vysocina.cz/stanovisko-msmt-k-poskytovani-zdravotnich-sluzeb
- Špičák, V. (2002). Alergologie. In O. Hrodek & J. Vavřinec (Eds.), *Pediatric* (s. 159–195). Praha: Galén.



- Šumník, Z. (2021). *Pracovní skupina pro péči o chronicky nemocné děti ve školách*. Praha: Česká pediatriká společnost ČLS JEP. Dostupné z <https://www.pediatrics.cz/sekce-a-pracovni-skupiny/pece-o-chronicky-nemocne-deti-pracovni-skupina/>
- Wideman-Johnston, T. (2011). Resilience and students with chronic illness: A literature Review of fostering resilience into the lives of students with chronic illness. *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 1(1), 127–132.
- Thies, K. M. (1999). Identifying the educational implications of chronic illness in school children. *Journal of School Health*, 69(10), 302–397.
- Thongseiratch, T., & Chandeying, N. (2020). Chronic illnesses and student academic performance. *Journal of Health Science and Medical Research*, 38(3), 245–253.
- Tibbitts, J. (2018). *Classroom reintegration for the chronically ill child*. (Disertační práce). Allendale: Grand Valley State University.
- Vágnerová, M. (2005). *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum.
- Volejník, V. (2011). Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé v historickém kontextu a dnes. *Ošetřovatelsví*, 13(3/4), 4.
- Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Praha: MŠMT.
- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

MAREŠ, J. Differences in Pupils' Health and Their Effects on Pupils' Functioning at School

Among both children and adolescents there are differences resulting from their gender, age, social background, intellectual abilities, and school performance. These differences are also well known to the general public. Much less attention, meanwhile, is paid to the differences between healthy and sick pupils arising from chronic illnesses in some children and adolescents. Chronic diseases have been shown to have a negative impact on pupils' schooling, their learning, their school performance, and their social inclusion in mainstream classrooms. This overview study summarizes the current state of knowledge of this issue, which has health, educational, psychological, and social aspects. The study has four parts. In the first part, the author notes the context affecting the education of chronically ill pupils. It presents three expert views (disease, illness, sickness), the difficulties involved in defining chronic disease, the proven impacts of chronic disease on a pupil's learning and behaviour, and the views of school legislation on the education of sick pupils. The second section sets out the specifics of the education of chronically ill pupils in three social and educational situations: the education of pupils hospitalized in health facilities, the education of sick pupils together with healthy classmates in a mainstream school, and finally the individual



education of sick pupils at home. The third part of the study introduces the unresolved issue of administering medicines to sick pupils while they are at school and routine instruction is taking place. The fourth part of the study takes a sociological view of possible differences in the educational pathways of healthy and sick pupils. Some international research suggests that healthy pupils are more likely to continue to secondary general education schools such as grammar schools, while chronically ill pupils are more likely to attend secondary vocational schools. The conclusion of the study provides a summary of the international experience, as well as validated recommendations for teachers and school leaders on how to improve care for this group of pupils.

Keywords: *differences in health, healthy pupils, sick pupils, chronic diseases, education of sick pupils, teachers, school*