

Somatopedie

Studijní opora: Vítková, M. (2019) Somatopedie. Opava: Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik v Opavě

Literatura - Somatopedie

- Vítková, M. (2019) *Somatopedie*. Opava: Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik v Opavě.
- Bartoňová, M., Pitnerová, P., Vítková, M. (2013) *Vzdělávání žáků s speciálními vzdělávacími potřebami ve středním školství*. Brno: Paido.
- Bartoňová, M., Vítková, M. (2016) *Strategie vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v inkluzivním prostředí základní školy*. Brno: Paido.
- Bartoňová, M., Bytešníková, I., Vítková, M. et al. (2012) *Děti se speciálními vzdělávacími potřebami v mateřské škole*. Brno: Paido.
- Bartoňová, M., Opatřilová, D., Vítková, M. (2019) *Školní zralost a dítě s SVP: vzdělávání a diagnostika*. Praha: Raabe.
- Opatřilová, D., Nováková, Z., Vítková, M. et al. (2012) *Intervence u dětí se zdravotním postižením vraném věku*. Brno: Paido.
- Valenta, M. a kol. (2003) *Přehled speciální pedagogiky. Rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál.
- Vítek, J. (2007) *Medicinská propedeutika pro speciální pedagogy*. Brno: Paido.
- Vítek, J., Vítková, M. (2010) *Teorie a praxe v edukaci, intervenci, terapii a psychosociální podpoře jedinců se zdravotním postižením se zaměřením na neurologická onemocnění*. Brno: Paido.
- Vítková, M. (2006) *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido.
- Vítková, M. (2012) Žák s tělesným postižením. In Valenta, M. a kol. (2012) *Školská integrace žáků se zdravotním postižením. Inkluzivní pedagogika pro pedagogy běžných škol*. Olomouc: UP, s. 81-106.

Pojetí oboru somatopedie – okruh osob s tělesným postižením, chronickým onemocněním a zdravotním oslabením

- Somatopedie (speciální pedagogika osob s tělesným postižením...) je obor, který se zabývá edukací jedinců s tělesným postižením, chronickým onemocněním a oslabením. Školská oblast je rozšířená o oblast rané péče, profesního vzdělávání a pracovního uplatnění osob s tělesným postižením.
- Označení somatopedie (soma-tělo, paideia-výchova) začal u nás používat od roku 1956 jako první František Kábele (1913-1998).
- Okruh osob s tělesným postižením – heterogenní skupina. Jejich společným znakem je omezení v pohybu.
- Může se jednat o prvotní nebo druhotné omezení hybnosti.
- V prvním případě se jedná o přímé postižení vlastního hybného ústrojí nebo o postižení CNS.
- Ve druhém případě je hybnost omezena z jiných příčin – v důsledku chorob srdečních, revmatických, kostních.
- Tělesné postižení postihuje člověka v celé jeho osobnosti. Motorika, vnímání, kognice a emoce jsou vzájemně propojeny.

Socializace osob s tělesným postižením

- Problémy v socializaci osob s tělesným postižením jsou odlišné, a to v závislosti na druhu a rozsahu závažnosti postižení, na individuálních zvláštностech a osobnostních vlastnostech člověka.
- Jedná se o dlouhodobý, celoživotní proces.
- Tělesné postižení je zpravidla svázáno s viditelnou odchylkou vnějšího klinického vzhledu.

Podmínky socializace

- Osobní podmínky – sebekoncept – osobní **system** hodnot a kladných i záporných **postojů** k sobě (např. na základě vlastní výkonnosti a srovnávání se s ostatním), který **determinuje** vztahy jedince i k druhým lidem a postup dalšího utváření vlastní **identity**, sebe sama, své **psychiky** a osobnosti

Socializace osob s tělesným postižením

- Medicínská diagnóza – vede k hlubokému zásahu do rodinného života.
- Rodinné podmínky – rozhodující pro rovnováhu rodiny jsou procesy zpracování postižení.
- Institucionální podmínky – pro jedince s tělesným postižením je k dispozici řada zařízení.
- Společenské podmínky – viz antidiskriminační zákon

Klasifikace pohybových vad

- Za tělesná postižení se považují přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony.
- Příčinou je poškození podpůrného (nosného) nebo pohybového aparátu nebo jiné organické poškození.
- V zásadě rozlišujeme dvě základní skupiny, k nimž patří **poruchy vrozené** včetně dědičných a **poruchy získané**.
- Všechny pohybové vady mohou být různého stupně.
- Podle postižené části těla rozeznáváme skupinu **obrn** centrálních a periferních, **deformace**, **malformace** a **amputace**.

Obrny centrální a periferní - charakteristika

- Obrny se týkají centrální a periferní nervové soustavy. Centrální část zahrnuje mozek a míchu, část periferní obvodové nervstvo.
- Jednotlivé druhy se od sebe liší rozsahem a stupněm závažnosti a dělí se na **parézy** (částečné ochrnutí) a **plégie** (úplné ochrnutí).
- Mozkové pohybové postižení je senzomotorické poškození držení a pohybu na základě nepokračující léze (zranění, poškození), která postihla zrající mozek.
- Poškození může nastat před narozením, během porodu, cca do 4 let věku dítěte.
- Narušena je rovněž jak senzorka (smyslové vnímání), tak motorika (pohybová schopnost).
- Samozřejmě existují také postižení získaná nemocí nebo v důsledku úrazu, která nastupují v průběhu celého života člověka.

Vybrané druhy obrn centrálních a periferních I.

- **Dětská obrna** (poliomyelitis) – je **infekční onemocnění**, které postihovalo nejčastěji děti v předškolním věku a zanechávalo trvalé a často velmi těžké následky. Od roku 1958 probíhá povinné očkování všech dětí Sabinovou vakcínou.
- **Mozkové záněty** – závažnou skupinou jsou různé druhy mozkových zánětů (encephalitis), které jsou nejčastěji vyvolány mikrobiálními činiteli.
- **Mozkové nádory** – komplikovaným postižením jsou stavy po mozkových nádorech (tumor cerebri), které mohou po operaci zanechat následky v pohybové oblasti, ev. v oblasti řeči.
- **Mozkové příhody** – mají podobné následky, vznikají v důsledku krvácení do mozku a u mozkových embolií, které jsou způsobeny nedokrevností části mozku.
- **Traumatické obrny** – vznikají při úrazu, který způsobuje buď otevřené, nebo uzavřené poranění hlavy, při němž může být zasažena lebka i mozek nebo uzavřené poranění hlavy různého stupně. Nejlehčí je otřes mozku (komoce), stlačení mozku (komprese) a nejtěžší zhmoždění mozku (kontuze).
- **Obrna míchy** – nastává vlivem různých onemocnění, častou příčinou je úraz páteře s následujícím poraněním míchy.

Vybrané druhy obrn centrálních a periferních II

- **Rozštěp páteře** (spina bifida) – rozštěp páteře a míšních plen (meningokéla), rozštěp páteře, plen a míchy (meningomyelokéla) je vrozené postižení, které vzniká nesprávným uzavřením páteřního kanálu, nejčastěji v bederní části.
- **Degenerativní onemocnění mozku** – se projevuje až v průběhu života člověka. Nervová vlákna a později i nervové dráhy postihuje proces rozpadu a zániku nervových buněk (např. mozečková heredoataxie).
- **Roztroušená skleróza mozkomíšní** – se vyznačuje ložiskovými změnami mozku a míchy. Postihuje 1 % populace, výskyt je zejména u mladších dospělých. Příznaky jsou pestré, nejčastěji se jedná o poruchy pohybového aparátu, poruchy zraku a řeči.
- **Degenerativní onemocnění míchy** – tzv. Friedreichova heredoataxie je podmíněna degenerací míšních provazců.
- **Obrna periferních nervů** – většinou k ní dochází při úrazu horní nebo dolní končetiny, kdy dojde k přerušení nebo zhmoždění nervu na končetině s částečnou nebo úplnou obrnou.

Deformace, malformace, amputace

- **Deformace** – zahrnují velkou skupinu vrozených nebo získaných vad, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla.
- **Malformace** - termínem malformace rozumíme patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji jsou to končetiny. Částečné chybění končetiny označujeme jako amélie, stav, kdy končetina navazuje přímo na trup, nazýváme fokomélie.
- **Amputace** - termínem amputace rozumíme umělé odnětí části končetiny od trupu. Příčinou jsou úrazy, kdy k amputaci končetiny může dojít v okamžiku úrazu nebo těsně po něm.

Deformace

- Jedná se o vrozenou nebo získanou vadu, která je charakteristická nesprávným tvarem některého orgánu nebo části těla (kostí, svalů).
Rozlišujeme:
 - *vývojové deformace*, např. lebky, hrudníku, kloubů, končetin;
 - *získané deformace*, které vznikají po úrazech (např. traumatické deformace – špatně zhojená zlomenina) a po zánětlivých onemocněních (deformace kostí a kloubů)

Deformace

Deformace DK a HK

- Syndaktilie (srůsty prstů), Polydaktilie (Mnohoprstost)
- Vrozené vykloubení kyčlí
- Porucha růstu dlouhých kostí nebo jejich absence. Noha hákovitá/plochá (nohy do O, nebo do X)
- Perthesova choroba (aseptická kostní nekróza) hlavice kosti stehenní, což znamená, že dojde k poruše prokrvení části nebo celé hlavice, která je součástí kyčelního kloubu a jejímu „rozpadu“. Nejde o onemocnění vrozené.
- Deformace páteře a hrudníku. Plochý nebo nálevkovitý hrudník, skoliózy, ...
- Degenerativní a zánětlivá onemocnění Bechtěrevova choroba, tuberkulóza kostí a kloubů, ...

Deformace

- **Progresivní svalová dystrofie** (myopatie) je závažné onemocnění. Jedná se o primární dědičné onemocnění svalů vzniklé na podkladě dědičné metabolické poruchy. Dvě formy onemocnění – forma postihující pletenec ramenní a pánevní pletenec.
- Specifickým onemocněním je Duchennová svalová dystrofie, postihuje chlapce, je dominantně dědičná.

Malformace

- **Malformace** jsou vrozené vývojové vady – vrozené morfologické odchylky přesahující normální variabilitu spojené s významnými tvarovými a funkčními poruchami.
- Tato vrozená úchylka vzniká v období nitroděložního vývoje zárodku. K malformacím řadíme:
 - rozštěp rtu
 - Fallotovu tetralogii (kombinovaná srdeční vada)
 - dále hovoříme o **genezi** (vrozené nevyvinutí části těla) - Amélie (chybění končetiny), Fokomelie (Ploutve), Mikromelus (zmenšení končetiny), Peromelie (vrozené chybění části páže – předloktí, ruky ...)
 - aplazii (nevyvinutí, chybění orgánu)

Amputace

O amputaci hovoříme tehdy, když se jedná o **nevratné oddělení orgánu, končetiny nebo její části od těla**. Rozlišujeme amputace v důsledku:

- traumatických příčin
- chirurgického zásahu (řeší nádorové, cévní, metabolické nebo zánětlivé onemocnění).

Některé formy amputací lze kompenzovat protézami.

Mozková obrna (dětská mozková obrna)

Mozková obrna je onemocnění, které vzniká v důsledku poškození mozku. Nejčastěji se tak děje v důsledku omezení dodávky kyslíku do mozkové tkáně a následným postižením části mozku, které je zodpovědná za hybnost, tzv. motorická centra.

K tomu může dojít u plodu v době:

- Prenatální - během těhotenství matky (infekce, krvácení, vážný úraz),**
- Perinatální - při porodu (obtížný porod, předčasný porod) nebo**
- Postnatální - v prvních měsících života (například v důsledku infekce).**
- Označení „mozková“ značí, že onemocnění vzniká v mozku, nikoliv ve svalech nebo nervech.**

Mozková obrna

Při mozkové obrně mohou být postiženy:

- dolní končetiny (diparéza/diplégie),
- polovina těla (hemiparéza/hemiplegie)
- nebo všechny čtyři končetiny (kvadruparéza / kvadruplegie).
- Forma diparetická - je spastická obrna, kdy jsou postiženy zejména dolní končetiny. Chůze bývá nůžkovitá, po špičkách, s pokrčenými koleny při spasticitě flexorů bérce. Vzhledem ke kognitivnímu vývoji je prognóza dobrá.
- Forma hemiparetická - je spastická obrna horní i dolní končetiny jedné poloviny těla, zpravidla s převážným postižením horní končetiny, která bývá ohnuta v lokti. Při postižení pravé hemisféry je kognitivní kapacita těchto dětí nejčastěji lehce subnormální.
- Forma kvadruparetická - je spastická obrna na všech čtyřech končetinách, s převážným postižením dolních končetin (pokud vzniká zdvojením formy diparetické) nebo horních končetin (pokud vzniká zdvojením formy hemiparetické). Ze spastických forem je vzhledem k dalšímu kognitivnímu vývoji obecně prognóza nejméně příznivá.

Přidružená postižení k mozkové obrně

Mozková obrna je často kombinovaná

- s poruchami duševního vývoje a sníženým intelektem (asi 66 %),
- s poruchami řeči (přes 50 %),
- s poruchami chování (cca 50 %),
- s epileptickými záchvaty (od 15 % do 70 %).

Výjimkou nejsou ani smyslová postižení

- Jedná se o vady zraku (např. tupozrakost, šilhavost, ale i slabozrakost různého stupně)
- vady sluchu (různé stupně nedoslýchavosti).

Epilepsie

- Epilepsie patří vůbec k nejčastějším neurologickým poruchám.
- O epilepsii mluvíme tehdy, když se epileptické záchvaty opakují bez zjevné příčiny.
- Epilepsie není homogenní z hlediska etiologického, patogenetického ani sémiologického.
- U každého pacienta, který prodělal první epileptický záchvat, se provádí podrobný anamnestický rozbor obtíží, interní a neurologické vyšetření.
- Nezbytným vyšetřením je vyšetření elektroencefalografické EEG a zobrazovací vyšetření magnetickou rezonancí než CT mozku.

Charakteristika nejčastějších forem MO z vývojového hlediska - diparéza

- Srovnáme-li psychomotorický vývoj zdravého dítěte v raném věku s dítětem s mozkovou obrnou, pak zde najdeme odlišnosti závislé jednak na druhu postižení, jednak na věku dítěte.
- Příčinou diparézy je poškození mozku v temenním laloku. Toto poškození je časté u předčasných porodů, kdy plod ještě nebyl dostatečně zralý.
- Diparéza způsobuje, že pohybový vývoj zůstává na obou dolních končetinách na úrovni čtvrtého měsíce vývoje zdravého dítěte.
- Při včasné zahájení terapie, tj. mezi 4-6 měsícem, je léčení pohybových poruch velmi úspěšné.

Hemiparetický vývoj MO

- Příčinou hemiparézy je lokalizované poškození vznikající krvácením do mozku v postranních komorách mozkové kůry.
- U hemiparézy lze očekávat poškození především v oblasti hlavy a horní končetiny, už ne tak výrazné bývá postižení dolní končetiny.
- Jednostranným držením hlavy v asymetrickém tonickém šíjovém reflexu se vyvíjí následující obraz:
- Hlava je natočena ke zdravé straně a zakloněna lehce dozadu,
- Stálým jednostranným držením hlavy se asymetricky otvírají ústa k pootočené straně, jazyk, stejně jako pohled směřuje ke stejné straně.
- Díky asymetrickému šíjovému reflexu se držení ruky v pěst velmi rychle fixuje.
- Páteř následuje vybočení šíje ke zdravé straně, a to ve skoliotickém držení ve tvaru písmene C s vyklenutím ke zdravé straně.
- Od 5. měsíce se dítě pokouší převrátit se z polohy na zádech uchopovat nataženou paží předměty, ovšem pouze na zdravé straně.
- Při plazení se dítě pohybuje asymetricky.
- Příliš včasným vzpřímením postižené strany dochází často k vytvoření vadného držení těla – kyfóze nebo skolióze.

Rozvoj kvadruparézy

- Termín kvadruparéza vyjadřuje globální poškození rozsáhlých částí senzomotorické oblasti mozkové kůry. Je narušena celková senzomotorika těla i v oblasti hlavy. Příčiny mohou být různé.
- Kvadruparéza se vyskytuje např. u předčasně narozených dětí, které mají potíže s adaptací na nové podmínky, a s tím souvisejícími problémy s dýcháním během prvních několika hodin nebo dní svého života.
- Při těžkém postižení mozku mohou být postižena také další funkční centra CNS. Takže se dají očekávat symptomatické poruchy řeči, smyslové vady a také smíšené formy jako kvadruparéza s atetózou. Stejně tak se může k původnímu postižení přidat epilepsie.
- U středně těžké formy kvadruparézy se vývoj od normy odchyluje od tří měsíců. Z polohy na bříšku dítě nezvedne hlavu. Držení hlavy zůstává nesymetrické, ruce jsou nataženy dozadu a přitlačeny k tělu, nohy a kyčle jsou ohnuté. Postavení zůstává jako u novorozence, tedy v prvním trimenonu.
- Protože se ve 3. – 4. měsíci očekává vzepření na předloktí s pevným držením hlavičky, je v tuto dobu kvadruparéza již patrná.
- Jako motorika ruky je postižena motorika úst v důsledku nedostatečného držení hlavy, ramen a trupu.

Terapie při léčbě mozkové obrny

- Mezi nejznámější a nejpoužívanější terapie při léčbě mozkové obrny patří Vojtova reflexní terapie, Bobathova terapie a v některých zemích, jako je Maďarsko, Rakousko nebo Anglie ještě Petöho terapie. Inkluzivní vyučování je nejlepší formou vyučování pro žáky.
- Cílem Vojtovy terapie je podpora vývoje vzpřimování s konečným stadiem bipedální chůze malého dítěte. Podle V. Vojty základní myšlenkou terapie je, že určitý podnět vyvolá řadu reakcí, které jsou základem pro vývoj vzpřimování.
- Manželé Bobathovi vytvořili souhrnný koncept (fyzioterapie, ergoterapie a logopedie) pro léčebnou péči o děti s mozkovým postižením (zejména MO).
- Rakousko-maďarský lékař prof. Dr. Andras Petö se orientuje při podpoře pohybu zejména na potřeby dítěte s MO v průběhu dne při tzv. konduktivní výchově.

Edukace dětí s tělesným postižením v mateřské škole

- Období předškolního věku je především dobou rozvoje v oblasti poznávacích procesů a socializace.
- U pohybově postižených dětí bývá překážkou jejich adekvátního vývoje podnětová a zkušenostní deprivace v důsledku omezení pohybu a imobility dětí v raném a předškolním věku.
- U dětí s organickým poškozením mozku se vyskytují poruchy pozornosti a paměti ovlivněné negativně snadnou unavitelností a sníženou aktivační úrovní dětí, častý je výskyt vad řeči a poruch komunikačních schopností.
- U dětí s MO se často setkáváme s poruchami funkcí vnímání, popř. integrace vnímání a motoriky, ve školním věku se pak tyto poruchy manifestují ve velké míře SPU.
- Rozumové schopnosti bývají často sníženy. V některých případech se jedná o přidružené mentální postižení, někdy k opoždění dochází na základě nedostatků podnětů, zaviněným malou pohyblivostí dítěte.

RVP PV, školní vzdělávací program

- Rámcové cíle a záměry předškolního vzdělávání jsou pro všechny děti stejné. Při jejich realizaci je však třeba zohledňovat individuální potřeby dětí a u dětí se zdravotním postižením nebo znevýhodněním je třeba respektovat některé další podmínky.
- Podmínky ke vzdělávání dětí se SVP se uvádějí do školního vzdělávacího programu (ŠVP), který vytváří každá škola.
- Koncepce mateřské školy pro děti se SVP vychází z koncepce běžných MŠ, má však své specifické odlišnosti odrážející problematiku postižení i situaci rodin, kde tyto děti žijí.
- V mateřské škole jsou respektovány a zajišťovány pro děti s tělesným postižením a souběžným postižením více vadami tyto podmínky:
 - je zajištěno osvojení specifických dovedností dle individuálních potřeb dítěte,
 - prostředí je bezbariérové,
 - jsou využívány vhodné kompenzační pomůcky,
 - jsou vytvořeny podmínky pro náhradní tělovýchovné aktivity,
 - je zajištěna podle potřeby přítomnost asistenta pedagoga.

Specifika ve vyučování žáků s tělesným postižením na základní škole

- U jedinců s mozkovým hybným postižením, tj. u jedinců, kde příčinou tělesného postižení je poškození mozku, lze často pozorovat přidružené zvláštnosti a nápadnosti v oblasti vnímání.
- Ve školním věku jsou nápadné zrakové, akustické a taktilně kinestetické zvláštnosti vnímání, jež jsou zpravidla hodnoceny jako specifické poruchy učení.
- Výskyt vad řeči u dětí s hybným postižením je poměrně častý. U dětí s MO se potřeba terapie posouvá z předškolního věku i do školního věku.
- U dětí s tělesným postižením se mohou v podstatě vyskytovat všechny vady řeči.
- U dětí s tělesným postižením se nejčastěji jedná o dysartrii a anartrii.
- Opožděný nebo narušený vývoj řeči se objevuje u většího počtu dětí s tělesným postižením.

Alternativní a augmentativní komunikace

- Augmentativní komunikační systémy podporují již existující komunikační schopnosti, které však nestačí k dorozumění, ale usnadňují porozumění řeči i vlastní vyjadřování.
- Alternativní komunikační systémy se užívají jako náhrada mluvené řeči.
- Grafické komunikační systémy mohou být statické nebo dynamické.
- Mezi statické patří Bliss a piktogramy,
- mezi dynamické se řadí systémy zahrnující znaky a gesta, např. prstová abeceda, znaková řeč, Makaton.
- Pro jedince s tělesným a mentálním postižením se nejvíce používají piktogramy, které jako jazykový program umožňují komunikaci a rozvoj řeči.
- Piktogramy jsou zjednodušená zobrazení skutečnosti (předmětů, činností, vlastností). Jednoduchým řazením piktogramů lze skládat věty (rozvrh hodin, program dne), lze jejich pomocí dávat různé instrukce apod.
- Při první výuce piktogramů lze používat předměty a fotografie.

Podmínky ve výuce žáků s tělesným postižením

- Mobilita žáků s tělesným postižením podstatně ovlivňuje kvalitu jejich života a je základním předpokladem pro jejich úspěšnou sociální inkluzi.
- Na počátku školní docházky je u žáků s tělesným postižením důležité zjištění, zda se mohou sami pohybovat nebo jen s cizí pomocí.
- Snaha je řešit celé prostředí školy v okruhu žáka s tělesným postižením tak, aby byl pokud možno nezávislý na cizí pomoci (toaleta, šatna, jídelna).
- V neposlední řadě je třeba myslet i na vhodné sezení imobilních žáků.
- Využívání počítačové technologie pomáhá žákům ke zvýšení sebedůvěry a pozitivně ovlivňuje přístup ostatních žáků k postiženým spolužákům.
- Široký rozsah technologií je vhodný k podpoře žáků zejména v oblastech komunikace, edukace, mobility, socializace.

Úskalí ve výuce žáků s tělesným postižením

- Předpokladem školní úspěšnosti je dostatečná úroveň rozvoje dílčích schopností, znalostí a dovedností.
- U tělesného postižení nebo onemocnění, které zasahuje CNS (mozek) dochází často ke kombinaci s jiným typem postižení (např. zrakovým, sluchovým, mentálním), k nerovnoměrnému vývoji dílčích funkcí, nebo dochází k oslabení některých dalších funkcí.
- Jedná se zejména o poruchy:
 - Motoriky s dopadem na přesuny, tempo, psaní, grafomotoriku
 - Vnímání (prostorová představivost, prostorová a časová orientace, narušení fonologického sluchu)
 - Pozornosti (potíže se zaměřením a udržením pozornosti, snadné rozptýlení)
 - Paměti (narušena může být krátkodobá i dlouhodobá paměť, obtížné a nevýběrové zapamatování, horší výbavnost a reprodukce zapamatovaného)
 - Myšlení (menší pružnost, ulpívavost, zpomalené myšlení, rigidnost)
 - Učení (specifické poruchy učení, deficity dílčích funkcí)
 - Řeči (narušení artikulace, plynulosti řeči, aktivního řečového projevu, porozumění)
 - Exekutivních funkcí (úkolová a volní zralost, přiměřená vytrvalost, schopnost začít a dokončit úkol)

Problémy ve výuce žáků s tělesným postižením

- Řada postižení a onemocnění souvisí se zvýšenou unavitelností, tu ale mohou vyvolat i užívané léky.
- Únava vede ke snížení koncentrace pozornosti, zvýšenou ospalost, zpomalení psychomotorického tempa a myšlenkových operací.
- Problémy způsobené častou absencí (hospitalizace, časté ambulantní kontroly nebo zákroky, omezení docházky do školy na doporučení lékaře, pobyty v léčebnách a lázních).
- Žák může mít problémy s pochopením nového učiva, které není dostatečně vysvětleno, fixováno, procvičeno.
- Po návratu do školy musí dohánět větší objem učiva, což u něj může vést k pocitu přetížení, demotivaci.
- Mohou se vyskytnout i obtíže se začleňováním do kolektivu spolužáků.
- Na školní neúspěch může mít vliv i psychický stav dítěte, vyrovnávání se zdravotním stavem (adaptační mechanismy), tolerance k zátěži, nízká motivace a oslabení volných vlastností žáka (cílevědomost, přiměřená vytrvalost).
- Nemalý vliv může mít i prostředí, v němž žák vyrůstá.

Výchovné problémy

- Adaptace žáka na nemoc nebo získané postižení závisí na věku žáka a na dosažené zralosti osobnosti.
- Postižený nebo nemocný žák používá stejné mechanismy ke zvládnutí těchto životních situací jako žák zdravý.
- Hlavními mechanismy jsou únik a agrese.
- Ve škole se můžeme setkat např. s těmito projevy:
 - verbální agrese – slovní napadání, nadávky, nevhodné komentáře směřující ke spolužákům, pedagogům
 - agresivní projevy vůči osobám, předmětům nebo vůči sobě – fyzické napadání, poškozování, sebepoškozování či cílené zanedbávání sebe sama
 - negativismus, egocentrismus – agresivní sebeprosazování sama sebe, upoutávání pozornosti
 - únikem do nemoci – psychosomatické projevy, neurotizace.
- Výchovné problémy ve škole mohou být také do jisté míry ovlivněny výchovnými přístupy rodičů, např. jejich hyperprotektivitou, zanedbáváním dítěte, ale i nereálnými požadavky na výkon dítěte.

Problémy s vrstevníky

- Děti s tělesným postižením snadněji vzbuzují extrémní postoje jak u dospělých, tak i u svých vrstevníků.
- Velký význam pro sociální akceptaci má zejména na první pohled patrná tělesná nebo estetická vada.
- Mohou se setkat s odmítáním, ignorováním, izolací, mohou se stát objektem posměchu až šikany.
- Na druhé straně bývají svými spolužáky častěji ochraňováni, opečovávaní.
- Dítě s postižením je ve škole vystaveno většímu nebezpečí negativního, nejasného či jinak stresujícího hodnocení ze strany vrstevníků, se kterým se musí nějak vyrovnat, a které ovlivňuje jeho sebevědomí a sebehodnocení.

RVP ZV – podmínky pro žáky s tělesným postižením

- RVP ZV je koncipován také pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, tj. pro žáky se zdravotním postižením a se zdravotním znevýhodněním, pro žáky sociálně znevýhodněné a žáky nadané a nadprůměrně nadané.
- Podmínky vzdělávání žáků s tělesným postižením:
 - bezbariérový vstup do školy
 - odpovídající technické vybavení pro pohyb žáků po škole
 - vhodné didaktické pomůcky, pomůcky pro psaní a kreslení, pro rozvoj manuálních dovedností
 - pomůcky pro tělesnou výchovu a relaxaci
 - technické pomůcky usnadňující získání a uchování informací – diktafon, xeroxovací tabule, počítače.
 - vybavení kompenzačními pomůckami - berle a hole – pomůcky k chůzi pro žáky částečně pohyblivé, přenosná rampa, zvedací plošina

Střední vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a jejich pracovní uplatnění

- Střední vzdělávání rozvíjí vědomosti, dovednosti, schopnosti, postoje a hodnoty získané v základním vzdělání důležité pro osobní rozvoj žáků a poskytuje obsahově širší vzdělávání.
- Vytváří předpoklady pro plnoprávný osobní a občanský život a přípravu na výkon povolání nebo pracovní činnosti.
- Obsah, formy a metody středního vzdělávání jsou přizpůsobeny vzdělávání žáků se zdravotním postižením, zdravotním a sociálním znevýhodněním.
- Problematika vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve středním školství je řešena v Nařízení vlády o soustavě oborů vzdělávání v základním, středním a vyšším odborném vzdělávání z května roku 2010.
- V tomto dokumentu jsou uvedeny kategorie dosaženého vzdělání.

Oblast středoškolského vzdělávání

- Oblast středoškolského vzdělání tvoří 6 kategorií.
- J – Obory poskytující střední vzdělání 78-62-C/01 Praktická škola jednoletá a 78-62-C/02 Praktická škola dvouletá, které poskytují střední vzdělání (bez výučního listu a maturitní zkoušky).
- E – Dvouleté a tříleté obory vzdělání poskytující střední vzdělání s výučním listem (určené hlavně pro žáky se zdravotním postižením nebo zdravotním znevýhodněním; jsou koncipovány s nižšími nároky v oblasti všeobecného i obecně odborného vzdělání; absolventi jsou připraveni pro výkon jednoduchých prací v rámci dělnických povolání).
- H – Obory vzdělání, dosažený stupeň vzdělání je střední vzdělání s výučním listem, dokladem o úspěšném ukončení studia je vysvědčení o závěrečné zkoušce a výuční list.
- L – Obory vzdělání poskytující střední vzdělání s maturitní zkouškou.

Střední vzdělání žáků s tělesným, mentálním nebo souběžným postižením více vadami

- Záměrem středního odborného vzdělání je připravit žáka, na úrovni odpovídající jeho vstupním učebním předpokladům a osobním schopnostem a v návaznosti na předchozí vzdělávání, na úspěšný, smysluplný a odpovědný osobní, občanský i pracovní život.
- Po ukončení povinné školní docházky mají žáci s tělesným, mentálním a souběžným postižením více vadami možnost získat své budoucí profesní vzdělání v odborných učilištích, praktických školách jednoletých a dvouletých, které spadají do oblasti středního vzdělávání.
- Pojetí RVP navazuje na RVP ZV a přihlíží ke specifickým vzdělávacím potřebám žáků v oborech vzdělání kategorie E – odborná učiliště.

Rámcové vzdělávací programy

- Požadavky na odborné vzdělávání a způsobilosti (kompetence) absolventů vycházejí z požadavků trhu práce popsaných v profesních profilech a kvalifikačních standardech.
- Rámcové vzdělávací programy jsou zpracovány tak, aby zajišťovaly srovnatelnou úroveň odborného vzdělávání a přípravy všech absolventů a aby zároveň umožňovaly škole reagovat na potřeby trhu práce v regionu.
- Kladou důraz na význam všeobecného vzdělání pro rozvoj žáků a na jeho průpravnou funkci pro odborné vzdělávání a pro získání kompetencí potřebných k výkonu povolání.

Školní vzdělávací programy

- Při zvažování možností a záměrů školy zpřístupnit vzdělávání co nejširšímu spektru žáků, tedy i žákům se speciálními vzdělávacími potřebami,
- vzít v úvahu specifika, jako je charakter oboru vzdělání a požadavků na zdravotní způsobilost uchazeče o vzdělávání vzhledem ke stupni zdravotního postižení nebo zdravotního znevýhodnění žáků,
- možnosti pracovního uplatnění, materiální a organizační podmínky vzdělávání (např. bezbariérový přístup, informační a komunikační technologie),
- odborné a personální zabezpečení výuky,
- znalost specifik jednotlivých druhů postižení a zdravotního znevýhodnění, způsob spolupráce se školskými poradenskými pracovišti, se ZŠ, ve kterých žák končil povinnou školní docházkou a podmínky dané legislativou (školskou a sociální) pro vzdělávání žáků se SVP a jejich sociální ochranu.