

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ, ΝΟΗΤΙΚΗ ΣΤΕΡΗΣΗ»



ΜΠΑΤΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2015

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται τη νοητική στέρηση τις έννοιες που τη διέπουν και το ρόλο του νοσηλευτή.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ορισμός της αναπηρίας καθώς και τα είδη της αναπηρίας. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η νοητική στέρηση και οι παράγοντες που τη διέπουν.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η ταξινόμηση και τα χαρακτηριστικά της νοητικής καθυστέρησης σχετικά με τον βαθμό iq.

Στο τέταρτο κεφάλαιο προσδιορίζονται οι ανάγκες των παιδιών που παρουσιάζουν νοητική υστέρηση.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ρόλος του νοσηλευτή και η ψυχολογική προσέγγιση του παιδιού.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η περίπτωση της νοσηλευτικής διεργασίας και τέλος τα συμπεράσματα και η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε.

ABSTRACT

This thesis deals with mental retardation concepts which govern the role of the nurse.

The first chapter presents the definition of disability and the types of disability. The second chapter presents the mental retardation and the factors that govern it.

The third chapter analyzes the classification and characteristics of mental retardation on the degree IQ.

The fourth chapter identifies the needs of children who have mental retardation.

The fifth chapter presents the role of the nurse and the psychological approach to the child.

The sixth chapter presents the case of the nursing process and finally the conclusions and the literature used.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....	8
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	8
1.2 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΜΕΙΟΝΕΞΙΑ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	9
1.3 ΠΟΛΥΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....	10
1.4 ΝΟΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ/ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	11
1.5 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	13
ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	13
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΗΣ	13
2.2 ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΥΝΟΔΕΥΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	14
2.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	16
2.3.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	22
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ- ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ	22
3.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ	22
3.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	22
3.2.1 ΟΡΙΑΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ Η ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ Η ΟΡΙΑΚΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ Η ΒΡΑΔΥΜΑΘΗ ΑΤΟΜΑ:	22
3.2.2 ΕΛΑΦΡΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ	23
3.2.3 ΜΕΤΡΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ	23
3.2.4 ΣΟΒΑΡΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ	24
3.2.5 ΒΑΡΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	25
3.2.6 ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ.	25
3.3 ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	26
3.3.1 ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ:	28

3.4 ΦΥΣΙΚΑ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	34
ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	34
4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	34
4.2 ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	37
4.3 Η ΕΚΚΛΗΣΙΑ	37
4.4 Η ΚΡΑΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	41
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	41
5.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ	41
5.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	42
5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΣΤΕΡΗΣΗ ..	45
5.4 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	45
5.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	49
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	49
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	57

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Αμερικάνικο Σύνδεσμο Νοητικής Καθυστέρησης (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010), νοητική στέρηση νοείται ως μία σημαντικά γενική νοητική λειτουργία, συνοδευόμενη από ανεπάρκειες στην προσαρμοστική συμπεριφορά (αυτοεξυπηρέτηση, κοινωνικές δεξιότητες, μαθησιακές δεξιότητες, ασφάλεια, χρήση κοινοτικών υπηρεσιών, εργασία, επικοινωνία) και εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου. Τα άτομα αυτά βιώνουν αρκετές δυσκολίες στην καθημερινότητά τους και υφίστανται τη στέρηση στην άσκηση των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους.

Η διαταραχή δεν περιορίζεται στη νοημοσύνη αλλά εκτείνεται στο σύνολο των ψυχικών και αισθησιοκινητικών λειτουργιών. Συνοδεύεται από ατελή προσαρμογή στο φυσικό περιβάλλον, μειωμένη συναισθηματικότητα, αμφιθυμικές διαταραχές, προβολή της κινητικότητας, γλωσσική ανεπάρκεια. Δεύτερο χαρακτηριστικό της είναι η μονιμότητα της διαταραχής. Τρίτο χαρακτηριστικό είναι ο αργός ρυθμός και η πρόωρη παύση της ανάπτυξης των ψυχικών λειτουργιών .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΑΠΗΡΙΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος «αναπηρία» είναι ένας γενικός όρος που σηματοδοτεί την επικοινωνία σε σχέση με τα άτομα με λιγότερες ευκαιρίες λόγω των φυσικών / σωματικών και διανοητικών τους προσόντων. Αυτή η διαφορά σε ευκαιρίες – προσόντα έχει προσεγγιστεί με διαφορετικούς τρόπους από διαφορετικά συστήματα. (Hodapp, 2005)

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization) η ανικανότητα (disability) είναι η συνέπεια του μειονεκτήματος όσον αφορά την απόδοση και την ικανότητα του ατόμου να δραστηριοποιηθεί. Η αναπηρία (handicap = ελάττωμα), αντίθετα, δηλώνει την διάκριση στην οποία εκτίθεται το άτομο ως αποτέλεσμα της έκπτωσης ή της ανικανότητας.

Οι ορισμοί των παραμέτρων αναπηρίας στο πλαίσιο της υγείας, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, έχουν ως ακολούθως:

∅ Σωματικές Λειτουργίες: είναι οι φυσιολογικές λειτουργίες των συστημάτων του σώματος (συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών λειτουργιών).

∅ Σωματικές Δομές: είναι τα ανατομικά μέρη του σώματος, όπως τα όργανα, τα άκρα και τα συστατικά τους μέρη.

∅ Βλάβες: είναι τα προβλήματα στη λειτουργία ή στη δομή του σώματος όπως μια σημαντική παρέκκλιση ή απώλεια. - Δραστηριότητα: είναι η εκτέλεση ενός έργου ή μιας πράξης από ένα άτομο.

∅ Συμμετοχή: είναι η εμπλοκή σε μια κατάσταση της ζωής.

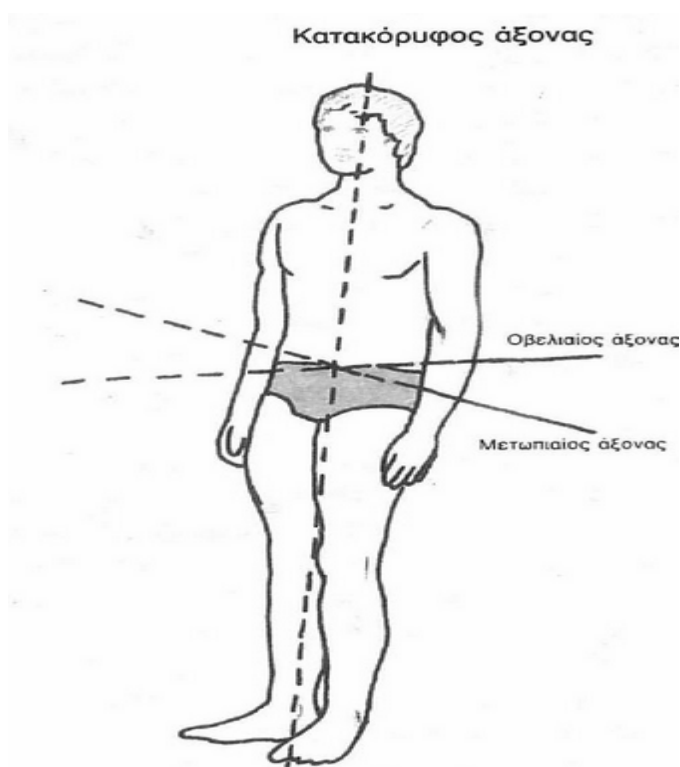
∅ Περιορισμοί Δραστηριότητας: είναι οι δυσκολίες που ένα άτομο μπορεί να έχει στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων.

∅ Περιορισμοί Συμμετοχής: είναι τα προβλήματα που ένα άτομο μπορεί να βιώσει στην εμπλοκή του σε καταστάσεις της ζωής.

∅ Περιβαλλοντικοί Παράγοντες: αποτελούν το φυσικό και το κοινωνικό περιβάλλον, καθώς και τις κοινωνικές στάσεις, μέσα στα οποία οι άνθρωποι ζουν και διευθύνουν τις ζωές τους. (Αθανάτου, 2000)

1.2 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΜΕΙΟΝΕΞΙΑ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Τα παιδιά με σωματική μειονεξία και κινητική αναπηρία δεν αντιμετωπίζουν μόνο πρόβλημα κινητικότητας. Συχνά συνυπάρχουν προβλήματα γλωσσικής ανάπτυξης και επικοινωνίας, πνευματικής ανάπτυξης, συναισθηματικής ωρίμανσης και αυτοεκτίμησης, προβλήματα κοινωνικής ανάπτυξης, καθώς και προβλήματα στην ενσωμάτωσή τους στη σχολική τάξη.



ΣΧΗΜΑ 1: ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ

Παίρνοντας σαν βάση την ανατομική θέση, οι κινήσεις του ανθρωπίνου σώματος γίνονται σε τρία επίπεδα

- ∅ Το οβελιαίο ή προσθιοπίσθιο επίπεδο κάθετος άξονας , το οποίο χωρίζει το σώμα σε αριστερό και δεξι ήμισιο. Οι κινήσεις που γίνονται στο επίπεδο αυτό είναι η κάμψη και η έκταση. Όταν γίνεται κάμψη, τα δυο τμήματα της άρθρωσης πλησιάζουν μεταξύ τους,

δηλαδή μικραίνει η γωνία της άρθρωσης στην οποία γίνεται η κίνηση. Όταν γίνεται έκταση, η γωνία αυτή γίνεται μεγαλύτερη.

- ∅ Το μετωπιαίο επίπεδο, το οποίο χωρίζει το σώμα σε πρόσθιο και σε οπίσθιο τμήμα. Οι κινήσεις που γίνονται στο επίπεδο αυτό είναι η απαγωγή, η προσαγωγή, η κερκιδική και ωλένια απόκλιση και οι πλάγιες κάμψεις. Κατά την απαγωγή το τμήμα της άρθρωσης ή το μέλος του σώματος που κάνει την κίνηση απομακρύνεται από τη μέση γραμμή, ενώ κατά την προσαγωγή κινείται προς αυτήν.
- ∅ Το εγκάρσιο επίπεδο, το οποίο χωρίζει το σώμα σε άνω και κάτω τμήμα. Οι κινήσεις που γίνονται στο επίπεδο αυτό είναι η οριζόντια απαγωγή και προσαγωγή, η έσω και έξω στροφή και ο υπτιασμός-πρηνισμός του αντιβραχίου. (Rimmer, 1994)

1.3 ΠΟΛΥΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Τα άτομα που παρουσιάζουν αισθητηριακή αναπηρία εμφανίζουν κυρίως δυσλειτουργία ή απουσία όρασης και ακοής ταυτόχρονα. Παράλληλα ο όρος πολυαισθητηριακή αναπηρία αναφέρεται και ως αισθητηριακή αναπηρία και είναι στενά συνυφασμένος με τον όρο πολλαπλή αναπηρία ή τον όρο σοβαρές μαθησιακές αναπηρίες ή ακόμα σύνθετες μαθησιακές δυσκολίες. Η λεκτικές εναλλαγές του όρου σηματοδοτούν το γεγονός ότι, κάποια άτομα μπορεί να παρουσιάζουν και άλλες καταστάσεις όπως νοητική υστέρηση, αυτισμό, εγκεφαλική παράλυση και άλλες επίσης σοβαρές καταστάσεις που απαιτούν συνεχή ιατρική παρακολούθηση και φροντίδα.

Ο λόγος που μας ενδιαφέρουν τα προβλήματα που παρουσιάζει ένα παιδί είναι επειδή αν πχ έχει οπτική διαταραχή παρόλα αυτά μπορεί να πλησιάσει κοντά σε ένα αντικείμενο και να το περιεργασθεί, αντίθετα αν ταυτόχρονα παρουσιάζει και κάποια κινητική διαταραχή δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτή την στρατηγική. Επιπρόσθετες μαθησιακές δυσκολίες θα του απαγορεύσουν να μάθει τι είναι ένα αντικείμενο και να το χρησιμοποιήσει. Έτσι ο συνδυασμός αναπηριών διαδρά παρόμοια κάθε φορά, με αποτέλεσμα το παιδί που βρίσκεται στην κατάσταση αυτή είναι στα αλήθεια πολλαπλά

ανάπηρο και να αντιμετωπίζει τεράστιες δυσκολίες στην κατανόηση του περιβάλλοντος που το περιβάλλει και στο να εξασκήσει έλεγχο πάνω του, επικοινωνώντας με τους γύρω του. (Πολυχρονοπούλου, 1996).

1.4 ΝΟΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ/ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

Είναι πολύ δύσκολο να υπάρξει μια γενική συμφωνία για το τι ακριβώς σημαίνει η διαγνωστική κατηγορία νοητική καθυστέρηση. Στη γενική σύγχυση συμβάλλει και το γεγονός της χρήσης πολλών διαφορετικών όρων ως συνώνυμων της νοητικής καθυστέρησης. Οι όροι αυτοί είναι νοητική ανεπάρκεια, νοητική μειονεξία, ολιγοφρένεια, εξελικτική μειονεξία, εξελικτική καθυστέρηση και νοητική αναπηρία (mental disability). Οι νοητικές αναπηρίες σύμφωνα με την ίδια εκτείνονται από σοβαρές καταστάσεις που οφείλονται σε μη αναστρέψιμη γενική εγκεφαλική βλάβη μέχρι την πιο εντοπισμένη διαταραχή της δυσλειτουργίας της γραφής ή της ανάγνωσης.

Ο όρος «νοητική καθυστέρηση» παρουσιάζει μια διπλή εξελικτική πορεία: αφενός προσδιορίζει την παιδαγωγική πράξη, δομεί επιμέρους μέρη της θεωρίας περί αναπηρίας, εγείρει νομικές αξιώσεις περί επιδόσεων και είναι η θεωρητική βάση των συζητήσεων υπό το πρίσμα της κανονιστικής-ηθικής διάστασης γύρω από την συμπερίληψη ή τον αποκλεισμό των ατόμων με αναπηρία. Από την άλλη ως επιστημονικός όρος στερείται ενός μονοσήμαντου εννοιολογικού προσδιορισμού. (Παρασκευόπουλος, 1980)

1.5 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Στις πηγές των στάσεων της κατηγορίας αυτής περιλαμβάνονται αναφορές στην αισθητική αποστροφή στη θέα ορισμένων σωματικών παραμορφώσεων ή διανοητικών και συναισθηματικών καταστάσεων, που έχουν επιπτώσεις στη συμπεριφορά, στην κινητικότητα ή στην ομιλία κάποιου.

Πιο συγκεκριμένα, μία από τις συχνότερα αναφερόμενες πηγές δημιουργίας αρνητικών στάσεων είναι η απειλή στην «άθικτη» εικόνα του

σώματος κάποιου, καθώς ο συγχρωτισμός με ένα άτομο με αναπηρία μπορεί να εγείρει το φόβο ότι κάτι παρόμοιο θα μπορούσε να συμβεί και σ' αυτόν.

Άλλοι εμπλέκουν τον αρχέγονο φόβο περί ευνουχισμού ή το άλυτο παιδικό άγχος του αποχωρισμού από τους γονείς με καταστάσεις που προκαλούνται από την παρουσία ενός ανάπηρου σώματος ή μιας μειωμένης σωματικής λειτουργίας.

Επίσης, ενδεχόμενη είναι η αναζωπύρωση του φόβου για το θάνατο κατά την επαφή με ένα άτομο με αναπηρία, του οποίου οι «απώλειες» εξισώνονται συμβολικά με την απώλεια του «εγώ» κάποιου (δηλαδή το θάνατο). (Τσιμπιδάκη, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΗΣ

Η νοητική καθυστέρηση αναφέρεται στη σημαντικά κάτω του μέσου όρου γενική νοητική λειτουργία, που συνυπάρχει με ανεπάρκεια στην προσαρμοστική συμπεριφορά όπως αυτή εκδηλώνεται κατά την περίοδο της ανάπτυξης. Για την κατανόηση του ορισμού αυτού, σκόπιμο είναι να αποσαφηνισθούν οι ακόλουθοι όροι:

α. νοητική λειτουργία (νοητική ικανότητα): δηλώνει τη γενική νοημοσύνη, όπως αυτή αξιολογείται από τις συνηθισμένες νοομετρικές κλίμακες (κλίμακα Binet, κλίμακα WISC, κ.α.).

β. κάτω από το μέσο όρο: σημαίνει ότι σε ένα σταθμισμένο τεστ νοημοσύνης, το διανοητικό πηλίκο που παρουσιάζει το άτομο, είναι περίπου ίσο ή μικρότερο από το 70.

γ. ανεπάρκεια προσαρμοστικής συμπεριφοράς: υποδηλώνει την αδυναμία του ατόμου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντός του (φυσικού και κοινωνικού), ανάλογα με την ηλικία του. Η μειονεκτική προσαρμοστική συμπεριφορά, αντανακλάται κυρίως στο ρυθμό ωρίμανσης, τη μάθηση και την κοινωνική προσαρμογή.

Ο ρυθμός ωρίμανσης, αφορά στην ανάπτυξη βασικών δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης, στα πρώτα χρόνια ζωής του ατόμου, δηλαδή στήριξη κεφαλιού, ομιλία, βάδισμα κ.λ.π. Η καθυστέρηση στο ρυθμό ανάπτυξης κάποιων από τις δεξιότητες αυτές, είναι σημαντικό κριτήριο για τη διάγνωση της νοητικής υστέρησης. Η ικανότητα για μάθηση, αφορά στην ευκολία με την οποία το άτομο αποκτά γνώσεις μέσα από την εμπειρία και το βίωμα. Πολύ συχνά και ιδίως στις περιπτώσεις ελαφράς Ν. Υ., η αδυναμία στον τομέα αυτό, γίνεται αντιληπτή, μετά την ένταξη του παιδιού στο σχολείο, κυρίως γιατί εμφανίζει δυσκολίες στην κατανόηση του περιεχομένου της διδασκαλίας, με τις κλασικές διδακτικές πρακτικές.

2.2 ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΥΝΟΔΕΥΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

A) Ανωμαλίες χρωμοσωμάτων

Κατά τη διαδικασία της μείωσης συμβαίνουν σφάλματα στην κατανομή των χρωμοσωμάτων. Μερικές από αυτές είναι η απώλεια ενός χρωμοσώματος, η παρουσία ενός επιπλέον, η ανταλλαγή τμημάτων που ανήκουν σε διαφορετικό ζευγάρι. Γίνεται ανώμαλη σύζευξη με δυσάρεστες συνέπειες για τα άτομα στα οποία παρατηρούνται οι ανωμαλίες αυτές.

Οι πιο συνηθισμένες χρωμοσωμικές ανωμαλίες:

- Τρισωμία 21 (Σύνδρομο Down)
- Τρισωμία 18 (Σύνδρομο Edwards)
- Τρισωμία 13 (Σύνδρομο Padou)
- Ανωμαλίες φυλετικών χρωμοσωμάτων
- Απουσία δεύτερου χρωμοσώματος στο 23^ο ζεύγος (σύνδρομο Turner, αποκλειστικά στα κορίτσια)
- Παρουσία ενός επιπλέον χρωμοσώματος στο 23^ο ζεύγος (σύνδρομο Klinefelter, μόνο στα αγόρια-θηλυκά χαρακτηριστικά)
- Μερικές τρισωμίες
- Εύθραστο X στο 5^ο ζεύγος κτλ. (Wehmeyer, 1996)

B) Ανωμαλίες μεταβολισμού

Σύμφωνα με βιοχημικές έρευνες που έχουν γίνει, έχει διαπιστωθεί ότι κάθε χρωμόσωμα αποτελείται από αναρίθμητες ουσίες, τις γονάδες. Αυτές, οι οποίες δημιουργούνται από τα βιοχημικά συστήματα αποτελούν τη βάση της ζωής και αναπαράγονται από γενιά σε γενιά σύμφωνα με συγκεκριμένο κώδικα που δεν μεταβάλλεται. Μερικές φορές υπάρχει το ενδεχόμενο λάθους στην αναπαραγωγή των γονάδων με αποτέλεσμα να μην παράγονται ένζυμα που είναι απαραίτητα ή να παραχθούν νέα ένζυμα και πρωτεΐνες διαφορετικές από τις αρχικές. Συνέπειες της ασυμφωνίας αυτής μπορεί να είναι ο θάνατος ή διάφορες βιοχημικές ανωμαλίες που οδηγούν στη νοητική υστέρηση.

Τέτοιες ανωμαλίες είναι:

- Η φαινυλκετονουρία: οφείλεται σε έλλειψη φαινυλαναλίνης, ενός ενζύμου απαραίτητου για το μεταβολισμό των οξέων των πρωτεϊνών.

- Γαλακτοζαιμία: οφείλεται στην έλλειψη ενός ενζύμου που μετατρέπει τη γαλακτόζη σε γλυκόζη. Τα άτομα που έχουν αυτή την ανωμαλία είναι νοητικώς υστερούντα και συνήθως παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα υγείας.

- Νόσος Tay-Sachs ή αμαυρωτική ιδιοτεία: Η βιοχημική αυτή διαταραχή έχει σχέση με το μεταβολισμό των λιποειδών με αποτέλεσμα την εναπόθεση διαφόρων παθογόνων λιποειδών ουσιών στον εγκέφαλο και στον αμφιβληστροειδή. Τα άτομα αυτής της κατηγορίας παρουσιάζουν νοητική υστέρηση, προβλήματα όρασης, κινητική αδεξιότητα.

- Μεταχρωματική λευκοδυστροφία
- Βλεννοπολυσακχαριδώσεις(Σούλης, 2006)

Γ) Καταστάσεις που συνδέονται από συγγενείς δυσπλασίες.

- Υδροκεφαλία: Ανώμαλη συσσώρευση υγρού στο κρανίο που έχει ως αποτέλεσμα τη βλάβη ιστών του εγκεφάλου και την αύξηση του μεγέθους του κρανίου.

- Ανεγκεφαλία
- Εγκεφαλοκήλη
- Κρετινισμός

Δ) Άλλες καταστάσεις:

- Ηβώδης σκλήρυνση
- Νευροϊνωμάτωση: Είναι δυσπλασική κληρονομική νόσο της οποίας βασικό χαρακτηριστικό είναι ο σχηματισμός νευρινωμάτων εντοπισμένων στα περιφερικά νεύρα ή τα κρανιακά (ενίοτε είναι ορατά στο δέρμα). Η νόσος εκδηλώνεται με ευρήματα ανάλογα της εντόπισης τόσο από τα νεύρα όσο και από το μυελό. Άλλο χαρακτηριστικό της νόσου είναι οι δερματικές κηλίδες.

- Νόσος Sturge-Weber. (Σούλης, 2006)

2.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

∅ Προγεννητικά αίτια: 1. Κληρονομικοί παράγοντες, 2. Χρωμοσωμικές ανωμαλίες (σύνδρομο Down, σύνδρομο Klinefelter, σύνδρομο Turner), 3. Ασθένειες της εγκύου (λοιμώξεις, ερυθρά, ιλαρά, κοκ.), 4. Ανωμαλίες μεταβολισμού (PKU), 5. Ασυμβατότητα του Rh του αίματος της μητέρας με αυτό του εμβρύου, 6. Ανοξία, 7. Τραυματισμοί της εγκύου, 8. Κακή διατροφή, 9. Δηλητηριάσεις από μόλυβδο.

∅ Περιγεννητικά αίτια: 1. Ανοξία, 2. Τραυματισμοί και αιμορραγία του εγκεφάλου, 3. Πρόωρη γέννηση.

∅ Μεταγεννητικά αίτια: 1. Μολυσματικές ασθένειες, 2. Ατυχήματα, 3. Υψηλός πυρετός, 4. Μεταβολικές ανωμαλίες, 5. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (ιδρυματο-ποίηση, στερημένο εκπαιδευτικό περιβάλλον, συναισθηματική αποστέρηση).

Τα αίτια της αναπηρίας, είναι παρόμοια με τα αίτια που προκαλούν την εγκεφαλική παράλυση. Επομένως, όπως έχει ήδη αναφερθεί η αναπηρία οφείλεται σε ένα μεγάλο ποσοστό σε προγεννητικούς, περιγεννητικούς και μεταγεννητικούς παράγοντες.

Στους *προγεννητικούς παράγοντες* εντάσσονται οι χρωμοσωματικές διαταραχές, η κληρονομικότητα, η εμφάνιση λοιμώξεων, όπως είναι η ερυθρά και ο έρπης, οι τοξικές ουσίες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως είναι το κάπνισμα και το αλκοόλ, καθώς επίσης και η εμφάνιση ενδομήτριων αιμορραγιών λόγω τραυματισμών, αναιμιών, φαινομένων υποσιτισμού και παρατεταμένης έκθεσης σε ηλιακή ακτινοβολία.

Οι *περιγεννητικοί παράγοντες* αναφέρονται σε προβλήματα και επιπλοκές που ενδέχεται να παρουσιαστούν κατά την διάρκεια του τοκετού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν η πρόωρη γέννηση του μωρού, η καθυστέρηση στην αναπνοή του, ή ακόμη και η εμφάνιση κάποιας κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης ή αιμορραγίας.

Τέλος, οι *μεταγεννητικοί παράγοντες* περιλαμβάνουν την εμφάνιση διάφορων ασθενειών κατά τα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού, την ύπαρξη διάφορων ατυχημάτων, την λήψη διάφορων τοξικών ουσιών, η ακόμη και την

έκθεση σε υπερβολική ακτινοβολία. (Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, Σ., 2003)

2.3.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Οι βιολογικοί παράγοντες ευθύνονται για τη νοητική καθυστέρηση που αντιπροσωπεύει το 25% του συνόλου των ατόμων με νοητική καθυστέρηση. Οι αιτίες που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη αναπηρία αφορούν ένα ευρύ φάσμα περιπτώσεων και έχουν να κάνουν με γενετικές και κληρονομικές αλλοιώσεις, διάφορες αρρώστιες, προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, παρουσία τοξικών ουσιών, κακώσεις του εγκεφάλου που συνοδεύονται από νευρολογικές βλάβες κ.ά. Η εξέλιξη των επιστημονικών μέσων και πρακτικών έχει συμβάλει στην ταυτοποίηση περισσότερων παραγόντων που ευθύνονται για τη νοητική καθυστέρηση.

Τα άτομα με νοητική καθυστέρηση εμφανίζουν σε τέτοιο βαθμό αναπηρία που τα καθιστά αδύναμα να εξυπηρετηθούν και εξαρτημένα δια βίου καθώς χρειάζονται συνεχή και επισταμένη βοήθεια. Το νοητικό επίπεδο των ατόμων με αναπηρία είναι άμεσα συνδεδεμένο με τους βιολογικούς παράγοντες ενώ δεν είναι πλήρως εξακριβωμένη η σύνδεση με τη δυνατότητα προσαρμογής των ατόμων αυτών. Μια μέτριας μορφής αναπηρία είναι δυνατό να επιτρέψει την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου αυτοτέλειας μετά από συγκεκριμένη εκπαιδευτική διαδικασία. (Μπουσκάλια, 1993)

Το 90% των περιπτώσεων νοητικής καθυστέρησης που οφείλεται σε βιολογικούς παράγοντες έχουν προγεννητική προέλευση και παρουσιάζονται κατά τον τοκετό ή στο διάστημα της βρεφικής ηλικίας. Η ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου μπορεί να επηρεαστεί από προβλήματα και κακή λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος κατά τη διάρκεια διαμόρφωσης του εγκεφάλου. Διάφοροι παράγοντες που αφορούν κάποιες ασθένειες, έκθεση σε ακτινοβολία και κακώσεις μπορεί να μην επηρεάσουν καταλυτικά έναν αναπτυσσόμενο εγκέφαλο αλλά επιδρούν δραστικά στον εγκέφαλο του εμβρύου που αναπτύσσεται. Παθολογικά, ψυχολογικά και συναισθηματικά αίτια που επηρεάζουν την υγεία της μητέρας μπορεί να επιφέρουν βλάβες και στην υγιή ανάπτυξη του εμβρύου.

Η αλλοίωση που συμβαίνει προγεννητικά ενδέχεται να είναι εγγενής ή επίκτητη. Σε περιπτώσεις η εγγενής τοξοπλάσμωση τα περισσότερα παιδιά δεν καταφέρνουν να επιζήσουν και όταν αυτό συμβαίνει, η πλειονότητα των περιστατικών συνοδεύεται από νοητική καθυστέρηση, σπαστικότητα και προβλήματα στην όραση. Στην περίπτωση όμως της επίκτητης τοξοπλάσμωσης οι διαταραχές που ενδεχομένως θα παρουσιαστούν είναι πολύ πιο ήπιες. (Σούλης, 2006)

Το κλίμα και ο τόπος κατοικίας, η ηλικία της μητέρας, διάφορες ασθένειες, η χρήση φαρμάκων ή άλλων επιβλαβών ουσιών, οι διατροφικές συνήθειες και το περιβάλλον είναι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την πορεία της εγκυμοσύνης και προκαλούν δυσκολίες στην εξέλιξη της θέτοντας σε κίνδυνο την ομαλή και υγιή ανάπτυξη του εμβρύου.

Μπορεί τα προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης να μην εμφανίζονται ιδιαίτερα συχνά, διάφοροι εξωγενείς παράγοντες ωστόσο του φυσικού περιβάλλοντος όπως το νερό και ο αέρας που έχουν μολυνθεί, τοξικές ουσίες και επιβλαβής ακτινοβολία μπορούν ενδεχομένως να προκαλέσουν δυσλειτουργίες στη διάρκεια της κύησης και να βλάψουν το έμβρυο μέσω του πλακούντα. (Hodapp, 2005)

Επιπλέον σε περιπτώσεις ανδρών που εργάζονται σε βιομηχανίες που χρησιμοποιούν τοξικές πρώτες ύλες, το σπέρμα επηρεάζεται και μπορεί δημιουργηθούν προβλήματα στο έμβρυο μετέπειτα. Αυτά τα αίτια έχει καταγραφεί να έχουν οδηγήσει σε σοβαρές εγκεφαλικές βλάβες, παραλύσεις και νοητική καθυστέρηση. Άλλοι χημικές ουσίες, όπως είναι τα συμπληρώματα διατροφής, το αλκοόλ, διάφορα φάρμακα και το κάπνισμα είναι άμεσα συνδεδεμένες με προβλήματα στην ανάπτυξη του εμβρύου μιας και η κατανάλωσή τους γίνεται από ένα πολύ μεγάλο τμήμα του πληθυσμού.

Πολλές έγκυες γυναίκες επίσης που είναι εθισμένες και κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών γεννούν βρέφη με κάποιες μορφής αναπηρία.

Η επίπτωση των ναρκωτικών στο νευρικό σύστημα δεν έχει εξακριβωθεί πλήρως, αλλά ναρκωτικές ουσίες όπως το LSD παρεμποδίζουν τη διαδικασία μίτωσης των χρωμοσωμάτων ή προκαλούν βλάβη στα νευροκύτταρα. (Μαδιανός, 2002)

Κατασταλτικά και ηρεμιστικά φάρμακα των οποίων γίνεται χρήση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να επιφέρουν αναπνευστικά προβλήματα,

τα οποία οδηγούν στη συνέχεια σε νοητικές ανεπάρκειες και αναπηρία. Ο εθισμός στο αλκοόλ επίσης έχει αποδειχτεί ότι μπορεί να συνεπάγεται εγγενείς δυσπλασίες καθώς και νοητική καθυστέρηση και προκαλείτο εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο. Έμμεση επίδραση στην εμφάνιση νοητικής καθυστέρησης και άλλων διανοητικών δυσκολιών έχει και το κάπνισμα το οποίο έχει κυρίως σχέση και με το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση. Πειράματα που έχουν γίνει σε ζώα απέδειξαν ότι οι χημικές ουσίες του τσιγάρου μπορεί απευθείας να επιφέρουν καθυστέρηση στη νοητική ανάπτυξη ή και προωρότητα. (Ζυγά, 2013)

Μεγάλες ποσότητες ακτινοβολίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει αποδειχτεί ότι μπορεί να επιφέρουν νοητική καθυστέρηση, μικροκεφαλία και λευχαιμία. Οι κακές διατροφικές συνθήκες της εγκύου σε συνάρτηση με άλλες κοινωνικό-περιβαλλοντικές συνθήκες μπορεί να προκαλέσουν βιολογική νοητική καθυστέρηση. Και σε αυτή την περίπτωση πειραματικά δεδομένα από έρευνες σε πειραματόζωα έχουν δείξει ότι η μη τήρηση καλής εγκεφάλου επιφέρει αλλοιώσεις στα κύτταρα, μείωση στη σύσταση της πρωτεΐνης και επηρεάζει τη μορφή και τη φύση του εγκεφάλου. Εξαιτίας της πολύπλοκης σύνδεσης της μορφής και της φύσης του εγκεφάλου με τη νοητική λειτουργία, δεν μπορεί να αποδειχτεί απόλυτα ο ρόλος της διατροφής στην ύπαρξη νοητικής καθυστέρησης, σε συνδυασμό όμως και με άλλους παράγοντες είναι πιθανό να ευθύνεται για την πρόκλησή της.

Οι γενετικές βλάβες είναι καθοριστικός παράγοντας βιολογικής νοητικής καθυστέρησης. Ένα ποσοστό της τάξης του 10% των νοητικά καθυστερημένων ατόμων με βαριά μορφή αναπηρίας εμφανίζει γενετικά προβλήματα. Διάφορες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχουν συμβάλει καταλυτικά στην πλήρη αντίληψη της δομής των κυττάρων, της λειτουργίας και της μεταβίβασής τους καθώς έχουν δείξει την αντιστοιχία με τους κανόνες του Mendel. Είναι επομένως εφικτό να γίνουν γνωστές τυχόν κυτταρικές αλλοιώσεις και ανωμαλίες με προγεννητικό έλεγχο και να γίνει εκτίμηση ενδεχομένου εμφάνισης νοητικής καθυστέρησης και αναπηρίας. Το εκφυλιστικό σύνδρομο Tay Sachs λόγω χάρη εμφανίζεται εντονότερα σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες και για την ακρίβεια σε εβραϊκούς πληθυσμούς και κατοίκους χωρών της ανατολικής Ευρώπης. Διάφορες γενετικές αλλοιώσεις όπως η φαινυλκετονουρία, η γαλακτοζαιμία, ο οικογενής

κρετινισμός, σχετίζονται με προβλήματα αναπαραγωγής και δεν εμφανίζονται ιδιαίτερα συχνά. (Ζώνιου, 2011).

Το σύνδρομο Down που αποτελεί την πιο συνηθισμένη μορφή νοητικής αναπηρίας προκαλείται από τρισωμία που συνιστά ανωμαλία στα χρωμοσώματα. Η συγκεκριμένη χρωμοσωμική ανωμαλία προκύπτει όταν δημιουργείται πρόβλημα στον πολλαπλασιασμό των κυττάρων με τη διαδικασία της μίτωσης. Ο προγεννητικός έλεγχος που διεξάγεται μπορεί να δώσει χρήσιμες πληροφορίες και συμβουλές στους γονείς για την εξέλιξη της κύησης και συμβάλει στην πρόληψη μιας και είναι εφικτή η διάγνωση γενετικών αλλοιώσεων και δυσλειτουργιών. (Σούλης, 2006)

Άλλοι παράγοντες που προσεγγίζονται βιολογικά και είναι υπεύθυνοι για την νοητική καθυστέρηση είναι ο πρόωρος τοκετός και το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση. Οι παράγοντες αυτοί συσχετίζονται με την ελλιπή φροντίδα της μητέρας, την κακή διατροφή, το κάπνισμα, τοξικές ουσίες κ.ά.

Ο ρόλος αυτών των παραγόντων, η συμβολή των ορμονικών διαταραχών και οι μηχανισμοί με τους οποίους δραστηριοποιούνται παραμένουν άγνωστοι. Ο πρόωρος τοκετών βρεφών από μητέρες χαμηλού ύψους συνδέεται με γενετικούς παράγοντες. Ακόμη και βρέφη που γεννιούνται μετά τον κανονικό χρόνο κύησης παρουσιάζουν έλλειψη βάρους εξαιτίας ανεπάρκειας στο μέρος του πλακούντα, με απόρροια η εμβρυακή ανάπτυξη να επιβραδύνεται γεγονός που συνδέεται με νευρολογικής φύσης παρενέργειες. Τη τελευταία δεκαετία έχει καταγραφεί αξιοσημείωτη ανάπτυξη στην αντιμετώπιση και θεραπεία τέτοιων βρεφών. (Δράκος, 2002)

Διάφορες ασθένειες, τοξικές ουσίες, ακτινοβολία αλλά και η κακή διατροφή μπορεί να ευθύνονται για εμφάνιση νοητικής καθυστέρησης μετά τη γέννηση του παιδιού. Παιδικές ασθένειες όπως η διφθερίτιδα, η ανεμοβλογιά, η ιλαρά και η οστρακιά, μπορεί να προκαλέσουν εγκεφαλίτιδα, που με τη σειρά της αποτελεί αφορμή νοητικής καθυστέρησης. Αυτό όμως μπορεί να συμβεί κυρίως σε υπανάπτυκτες χώρες που δε διαθέτουν καλή ιατρική περίθαλψη. Ατυχήματα που προκαλούνται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας συνδέονται περισσότερο με φυσική σωματική αναπηρία και λιγότερο με κάποια νοητική καθυστέρηση. Ιδιαίτερη προσοχή έχει δοθεί τελευταία στο κατά πόσο η κακοποίηση των παιδιών αποτελεί παράγοντα που δύναται να επιφέρει νοητική καθυστέρηση. Διαπιστώθηκε ότι παιδιά που κακοποιούνται

από το οικογενειακό τους περιβάλλον εμφανίζονται με χαμηλή νοημοσύνη, επιθετικότητα και ανωριμότητα.

Η εγκεφαλοπάθεια, που στο παρελθόν παρουσιαζόταν σαν αιτία νοητικής καθυστέρησης, στις μέρες μας έχει μειωθεί σαν αίτιο, και αυτό απορρέει από τα καλύτερα μέτρα προστασίας του παιδιού και από την πιο ολοκληρωμένη και επαρκή ιατρική φροντίδα. Η ελλιπής και κακή διατροφή μπορεί να αποτελέσει σοβαρή αιτία πρόκλησης νοητικής καθυστέρησης. Εκατομμύρια παιδιά στον κόσμο υποσιτίζονται. Σε περιπτώσεις που ο υποσιτισμός είναι έντονος και ιδιαίτερα τα τρία πρώτα χρόνια μετά τη γέννηση του παιδιού, συνδέεται με περιορισμένη και μειωμένη τόσο σωματική όσο και νοητική ανάπτυξη και ικανότητα. Εξάλλου και η κακή μητρική διατροφή αποτελεί συναφή αιτία υπεύθυνη για εγκεφαλικές αλλοιώσεις και νοητικά προβλήματα. (Τζουριάδου, 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ- ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ

3.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Η πιο διαδεδομένη μορφή ταξινόμησης της νοητικής καθυστέρησης είναι αυτή που χρησιμοποιεί το δείκτη νοημοσύνης. Δεδομένου ότι αφενός ο δείκτης νοημοσύνης αποτελεί ένα μόνο χαρακτηριστικό του ατόμου, αφετέρου από μόνος του δε βοηθάει το εκπαιδευτικό έργο, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην ερμηνεία του για τις ικανότητες των νοητικά καθυστερημένων ατόμων. Παρόλα αυτά αποτελεί έναν τρόπο για μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης του ανομοιογενούς αυτού πληθυσμού. Έτσι:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| α. Ελαφρά νοητική καθυστέρηση | Δ.Ν. 50-55 έως 70 |
| β. Μέτρια νοητική καθυστέρηση | Δ.Ν. 35-40 έως 50-55 |
| γ. Σοβαρή νοητική καθυστέρηση | Δ.Ν. 20-25 έως 35-40 |
| δ. Βαριά νοητική καθυστέρηση | Δ.Ν. κάτω από 20-25 |
| ε. Απροσδιόριστη νοητική καθυστέρηση | όταν υπάρχει ισχυρή υπόθεση για ύπαρξη νοητικής καθυστέρησης, αλλά η νοημοσύνη του ατόμου δε μπορεί να μετρηθεί με τα σταθμισμένα τεστ.(DSM-5, 2013) |

3.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

3.2.1 ΟΡΙΑΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ Η ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ Η ΟΡΙΑΚΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ Η ΒΡΑΔΥΜΑΘΗ ΑΤΟΜΑ:

Επίπεδο IQ 85-68. Τα άτομα αυτά μπορούν να εκπαιδευτούν σε κανονικά σχολεία και στις κανονικές σχολικές τάξεις. Απαραίτητη προϋπόθεση ωστόσο

είναι η εσωτερική διαφοροποίηση των προγραμμάτων της διδασκαλίας, σε ό,τι αφορά τους στόχους, τη μεθοδολογία, τα μέσα και τα υλικά διδασκαλίας ή η πρόσθετη βοήθεια σε ατομική βάση ή μικροομαδική βάση (τμήμα ένταξης). (DSM-5, 2013)

3.2.2 ΕΛΑΦΡΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

IQ 67-52 ή ελαφρά υπολειπόμενη νοημοσύνη. Τα άτομα αυτά αναπτύσσουν κοινωνικές και επικοινωνιακές ικανότητες στην προσχολική ηλικία. Με την πάροδο των χρόνων μπορούν να παρακολουθήσουν σχολικό ακαδημαϊκό πρόγραμμα, να ωφεληθούν από αυτό και να μάθουν να αυτοεξυπηρετούνται. Ενδέχεται να χρειαστούν καθοδήγηση, βοήθεια, εποπτεία στη διαβίωσή τους, ενώ συχνά μπορούν και καταφέρνουν να ζήσουν επιτυχημένα στην κοινωνία. Το ποσοστό εμφάνισης του επιπέδου αυτού σε άτομα με νοητική υστέρηση είναι περίπου 85%. Εκπαιδεύσιμοι σε Ειδικά Σχολεία και Τμήματα Ένταξης.

Μπορεί να παρουσιάσουν βλάβες στην ακοή, στην όραση ή και στον συντονισμό των κινήσεών τους, οι περιπτώσεις, όμως, αυτές δεν είναι πολύ συχνές.

Είναι πιθανόν να παρουσιάσουν ελαφρές διαταραχές του λόγου ή της ομιλίας. “Κατανοούν τα περισσότερα μαθήματα του δημοτικού σχολείου ή τουλάχιστον των περισσότερων τάξεων του δημοτικού” . (DSM-5, 2013)

3.2.3 ΜΕΤΡΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

IQ 51-36. Το ποσοστό εμφάνισης σε άτομα με νοητική υστέρηση είναι περίπου 10%. Τα άτομα αυτά αναπτύσσουν επικοινωνιακές ικανότητες στην προσχολική ηλικία. Με την πάροδο του χρόνου μπορούν να φτάσουν σε επίπεδο Β΄ Δημοτικού, αλλά αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στην αυτοεξυπηρέτηση. Έχουν δυνατότητα εργασίας σε προστατευόμενο ή ημιπροστατευόμενο περιβάλλον. Ανταποκρίνονται καλά σε εποπτευόμενη αυτόνομη διαβίωση. Εκπαιδεύσιμοι σε κέντρα εκπαίδευσης ημέρας.. Οφείλεται κυρίως σε βιολογικά αίτια, καθώς και σε ατυχήματα, τραυματισμούς

ή μολυσματικές ασθένειες κατά την ενδομήτρια, την περιγεννητική, τη βρεφική ή και τη νηπιακή περίοδο. Έχουν εμφανή εξωτερικά χαρακτηριστικά (ύψος, βάρος, σωματική κατασκευή χαρακτηριστικά προσώπου) και η διάγνωση μπορεί να γίνει από τη βρεφική ή την πρώτη παιδική ηλικία. Αποτελεί το 10% του πληθυσμού των ατόμων με νοητική καθυστέρηση. (DSM-5, 2013)

Εξαιτίας βλαβών ή διαταραχών στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα η κινητική τους ικανότητα είναι φτωχή και χαρακτηρίζεται από προβλήματα τόσο στην αδρή, όσο και στη λεπτή κινητικότητα. Παρουσιάζουν περισσότερα και σοβαρότερα προβλήματα στην ακοή, στην όραση, στο λόγο και στην ομιλία (προβλήματα άρθρωσης, φτωχό λεξιλόγιο, τηλεγραφικός λόγος, χαμηλό επίπεδο κατανόησης εννοιών, φτωχή ακουστική διάκριση, προβλήματα στη γραμματικο-συντακτική δομή κα.). Καταφέρνουν, παρόλα αυτά “να αποκτήσουν τις στοιχειώδεις σχολικές δεξιότητες, όπως ανάγνωση, γραφή απλών φράσεων ή μικρών κειμένων ή απλές αριθμητικές πράξεις.

Στον κοινωνικό τομέα μπορούν να επιτύχουν κάποιο βαθμό κοινωνικής υπευθυνότητας, ν’ αποκτήσουν δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, να ντύνονται, να τρώνε κλπ., να προστατεύουν τον εαυτό τους από συνηθισμένους κινδύνους στο σπίτι, στο σχολείο κλπ., να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις του σπιτιού ή της γειτονιάς, να σέβονται την περιουσία και τα δικαιώματα των άλλων, να συνεργάζονται.

Επαγγελματικά μπορούν να προσφέρουν δουλειά κάτω από επίβλεψη σε προστατευμένα εργαστήρια ή στην ανοικτή αγορά εργασίας. (DSM-5, 2013)

3.2.4 ΣΟΒΑΡΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

IQ 35-20. Το ποσοστό εμφάνισης σε άτομα με νοητική υστέρηση είναι 3-4% . Σημαντικό ποσοστό των ατόμων αυτών μπορούν να μάθουν να μιλούν και να αυτοεξυπηρετούνται με τον στοιχειώδη τρόπο κατά τη διάρκεια των σχολικών τους χρόνων. Η ικανότητά τους να επωφεληθούν από τη σχολική εκπαίδευση είναι πολύ περιορισμένη. Όταν ενηλικιωθούν μπορούν να εκτελούν απλές εργασίες αν εποπτεύονται. Εκπαιδευσιμοι σε κέντρα εκπαίδευσης ημέρας. (DSM-5, 2013)

Ο λόγος τους είναι πολύ στοιχειώδης και συνοδεύεται από προβλήματα άρθρωσης.

Μπορούν να ωφεληθούν μέχρι ενός περιορισμένου σημείου από τη διδασκαλία προ-ακαδημαϊκών αντικειμένων, όπως η οικειότητα με το αλφάβητο ή την απλή αρίθμηση.

Τα εκπαιδευτικά τους προγράμματα στοχεύουν “στην κοινωνική τους προσαρμογή σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον.

Πολλές φορές έχουν ανάγκη από ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. (DSM-5, 2013)

3.2.5 ΒΑΡΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

IQ κάτω του 20. Το ποσοστό εμφάνισης σε άτομα με νοητική υστέρηση είναι 1-2%. Τα περισσότερα άτομα αυτού του επιπέδου πάσχουν από νευρολογικές ασθένειες και έχουν αναπηρίες του Κ.Ν.Σ. Ενδέχεται να αναπτύξουν κάποιες ικανότητες επικοινωνίας και αυτοεξυπηρέτησης, ωστόσο τα άτομα αυτά εξαρτώνται πλήρως από άλλα άτομα. Η κινητική ανάπτυξη, η προσωπική φροντίδα και οι επικοινωνιακές τους δεξιότητες μπορούν να βελτιωθούν, αν τους δοθεί η απαραίτητη εκπαίδευση.

Τα εκπαιδευτικά τους, λοιπόν, προγράμματα, όπως και στη σοβαρή νοητική καθυστέρηση, στοχεύουν στην κοινωνική τους προσαρμογή σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον. (DSM-5, 2013)

3.2.6 ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ.

“ Η διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης ως απροσδιόριστη, θα πρέπει να χρησιμοποιείται, όταν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ύπαρξης νοητικής καθυστέρησης, αλλά το άτομο δε μπορεί να εξεταστεί επιτυχώς από τα σταθμισμένα τεστ νοημοσύνης. Αυτό μπορεί να συμβαίνει σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες, που είναι ιδιαίτερα ανίκανοι ή μη συνεργάσιμοι, ώστε να εξεταστούν ή σε βρέφη, που υπάρχει κλινική κρίση σημαντικά χαμηλής

νοητικής λειτουργίας, αλλά τα διαθέσιμα τεστ (π.χ. η κλίμακα Bayley για τη βρεφική ανάπτυξη, η κλίμακα Cattell για τη βρεφική νοημοσύνη κ.α.) δεν αποφέρουν μέτρηση της νοημοσύνης. Γενικά, όσο πιο μικρή είναι η ηλικία, τόσο πιο δύσκολο είναι να εκτιμηθεί η ύπαρξη νοητικής καθυστέρησης, εκτός από τις περιπτώσεις με βαριές αναπηρίες.” (DSM-5, 2013)

3.3 ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Γενικά, η ανάπτυξη της νοητικής ηλικίας εκτείνεται και μετά την πάροδο των 20 χρόνων. Σε έρευνα των Fisher & Zeaman (1970) βρέθηκε ότι το μέγιστο επίτευγμα της νοητικής ηλικίας επιτεύχθηκε στα 25 χρόνια για τους σοβαρά και βαριά νοητικά καθυστερημένους και στα 35 χρόνια για τους μέτρια, τους ελαφρά και τους οριακά νοητικά καθυστερημένους. Τα ίδια ισχύουν και για το δείκτη νοημοσύνης, όπου μειώνεται μέχρι περίπου την ηλικία των 20 χρόνων και στη συνέχεια αυξάνεται ή σταθεροποιείται για κάποια χρονική περίοδο για τα επόμενα χρόνια. Οι Demain & Silverstein (1978) επανέλαβαν την έρευνα και κατέληξαν στα ίδια συμπεράσματα. Παρόλο, λοιπόν, που το επίπεδο νοητικής ωριμότητας δε φθάνει ποτέ το κανονικό, αυτό το μοντέλο της ανάπτυξης υποδεικνύει μία σχετικά εκτεταμένη περίοδο της γνωστικής ανάπτυξης. (DSM-5, 2013)

Τα νοητικά καθυστερημένα άτομα ακολουθούν τα στάδια γνωστικής ανάπτυξης, όπως αυτά έχουν ορισθεί από τη θεωρία του Piaget. Πρωταρχική διαφορά μεταξύ φυσιολογικών και νοητικά καθυστερημένων παιδιών είναι ο αργότερος ρυθμός απόκτησης των σταδίων και η τάση της ανάπτυξης για σταθεροποίηση σε αντιστοιχία με τη σοβαρότητα της νοητικής καθυστέρησης.

Ο ρυθμός μετάβασης από το ένα στάδιο στο άλλο χαρακτηρίζεται από ουσιαστικές καθυστερήσεις, ανάλογα με τη σοβαρότητα της νοητικής καθυστέρησης. Η γνωστική, όμως, ανάπτυξη ακολουθεί τις περιστασιακές ταλαντώσεις και τις και τις περιόδους καθυστέρησης κατά τη διάρκεια των μεταβάσεων από το ένα στάδιο σκέψης στο άλλο με τρόπο ανάλογο με των φυσιολογικών παιδιών. (DSM-5, 2013).

Ο Inhelder (1968) πρότεινε το εξής σταθερό σχήμα για τη γνωστικά ανάπτυξη των νοητικά καθυστερημένων ατόμων:

α. Η βαριά νοητική καθυστέρηση ενεργεί στο στάδιο της αισθησιοκινητικής νοημοσύνης,

β. Η μέτρια νοητική καθυστέρηση ενεργεί στο στάδιο της προενεργητικής νοημοσύνης,

γ. Η ελαφρά νοητική καθυστέρηση ενεργεί στο στάδιο των συγκεκριμένων λειτουργιών. Παρόλα αυτά η δόμηση της σκέψης δεν ακολουθεί αυστηρά το σταθερό σχήμα του Inhelder, ούτε το κάθε στάδιο σκέψης έχει τα ίδια ποιοτικά χαρακτηριστικά σε αντιστοιχία με αυτά των παιδιών χωρίς νοητικής καθυστέρηση.

Υπάρχει μία ακόμα προσέγγιση για τη γνωστική ανάπτυξη που στηρίζεται στη θεωρία επεξεργασίας των πληροφοριών. Οι Campione, Brown & Ferrara (1982) μελετώντας τη γνωστική ανάπτυξη των νοητικά καθυστερημένων ατόμων σύμφωνα με τη θεωρία της επεξεργασίας πληροφοριών θεώρησαν τέσσερις (4) παράγοντες γενικούς και καθοριστικούς για την απόδοση σε νοητικές δεξιότητες. Οι παράγοντες αυτοί δεν είναι ανεξάρτητοι ή ξεχωριστοί. Αντίθετα, αλληλεπιδρούν σε κάθε περίπτωση δύο ή και περισσότεροι παράγοντες. (DSM-5, 2013)

Έτσι:

1. Η εκτέλεση σε πολλές πολύπλοκες περιστάσεις είναι αλληλεπιδραστική. Επομένως, τα διαφορετικά εισερχόμενα ερεθίσματα πρέπει να επεξεργάζονται ικανοποιητικά. Μία βλάβη σε ένα σύστημα καθυστερεί την εισροή του επόμενου ερεθίσματος, ελαχιστοποιώντας έτσι τη συνεισφορά του δεύτερου. Αν ένα ή περισσότερα από τα στοιχεία της εκτέλεσης είναι κάπως αργά ή ανεπαρκή, τότε το όλο σύστημα υποφέρει. Έτσι, η ικανότητα με την οποία τα στοιχεία εκτελούνται, αναπαριστά μία πιθανή πηγή ατομικών διαφορών, όπου οι διαφορές που συνδέονται με σχετιζόμενες συγκεκριμένες διαδικασίες να μπορούν να έχουν ευρείες συνέπειες.

2. Σε ένα απλό επίπεδο η απόδοση σε μία περίπτωση επηρεάζεται από το ποσό της γνώσης που ένα άτομο κατέχει γι' αυτήν την περίπτωση. Πιο ενδιαφέρον, βέβαια, είναι ο τρόπος με τον οποίο αυτή η γνώση επηρεάζει τα άλλα στοιχεία του συστήματος. Η γνωσιακή βάση περιλαμβάνει μία ποικιλία από διαδικασίες και στρατηγικές για την αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων - προβλημάτων και γνώση για αυτές τις στρατηγικές. Μία ερώτηση που θέτουν οι ερευνητές και χρειάζεται να ληφθεί υπόψη σε μελλοντικές έρευνες είναι *αν μία ανεπαρκής γνωσιακή βάση είναι καλύτερα να θεωρηθεί ως μία αιτία φτωχής μάθησης, όσον αφορά στα νοητικά καθυστερημένα άτομα ή ως συνέπεια των φτωχών μαθησιακών δεξιοτήτων.*

3. Παρόλο που αρκετή γνώση συμβαίνει τυχαία ή αυτόματα, πολλά πιο πολύπλοκα - στον τύπο του σχολείου - προβλήματα απαιτούν σχεδιασμό και δράση στην επεξεργασία τους, προκειμένου για μια θετική απόδοση. Θα φανεί κατά πόσο η φτωχή απόδοση των νοητικά καθυστερημένων ατόμων οφείλεται στην αποτυχία να εφαρμόσουν τις κατάλληλες στρατηγικές για τη συγκεκριμένη δεξιότητα.

4. Η γνώση για τη γνώση (μεταγνώση) και η ρύθμιση των γνωστικών δραστηριοτήτων (εκτελεστικός έλεγχος). Ο ρόλος του εκτελεστικού ελέγχου, η επιλογή, η ρύθμιση του χρόνου, η ακολουθία και η διαχείριση των γνωστικών δραστηριοτήτων σχετίζονται περισσότερο με τη θεωρητική προσέγγιση της επεξεργασίας των πληροφοριών. (DSM-5, 2013)

3.3.1 ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ:

Τα άτομα με νοητική καθυστέρηση εξαιτίας της δυσλειτουργίας που διατρέχει το γνωστικό τους σύστημα αντιμετωπίζουν πολλές γνωστικές δυσκολίες, από τις οποίες κάποιες αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά με την εκπαίδευση, άλλες παραμένουν κυρίαρχες στον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί η σκέψη τους και τη χαρακτηρίζουν:

Προσοχή: τα άτομα με νοητική καθυστέρηση παρουσιάζουν ελλείψεις στην προσοχή των κατάλληλων διαστάσεων (χρώμα, σχήμα, μέγεθος, θέση, βάρος) ενός συγκεκριμένου ερεθίσματος ή αντικειμένου. Αντίθετα από τα άτομα χωρίς νοητική καθυστέρηση, δυσκολεύονται να προσέξουν τις σωστές

διαστάσεις των αντικειμένων, που θα τους προσφέρουν τα απαραίτητα στοιχεία για μία επιτυχή διάκριση ανάμεσά τους. Όσο πιο χαμηλός είναι ο δείκτης νοημοσύνης και η νοητική ηλικία, τόσο πιο δύσκολο είναι να μάθει να εκτελεί συμπεριφορά διάκρισης. Και όσο πιο μεγάλος είναι ο αριθμός των διαστάσεων, που πρέπει να προσέξει, τόσο πιο πολύ θα διαρκέσει η μάθηση αυτής της συμπεριφοράς.

Ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών: τα άτομα με νοητική καθυστέρηση χρειάζονται περισσότερο χρόνο για την αποκωδικοποίηση γνωστών πραγμάτων σε σχέση με τα μη νοητικά καθυστερημένα άτομα. Επιπλέον, ο χρόνος αντίδρασης αυξάνεται τόσο πιο πολύ, όσο αυξάνονται και τα ερεθίσματα που απαιτούν κωδικοποίηση.

Οργάνωση των πληροφοριών και χρήση της λογικής: τα άτομα με νοητική καθυστέρηση δυσκολεύονται σε μεγάλο βαθμό να οργανώσουν τις εισερχόμενες πληροφορίες στον εγκέφαλο τόσο καλά, όσο και τα μη καθυστερημένα άτομα. Βέβαια, μπορούν να μάθουν στρατηγικές οργάνωσης των πληροφοριών, αλλά και πάλι συναντούν δυσκολίες στη μεταβίβαση των στρατηγικών, που μαθαίνουν, σε νέες καταστάσεις κάνοντας δύσκολη τη γενίκευση στην επίλυση των προβλημάτων. Το ίδιο ισχύει και για τη χρήση της λογικής, αφού τα άτομα με νοητική καθυστέρηση δεν κάνουν χρήση της λογικής στην προσπάθειά τους να επιλύσουν προβλήματα.

Μνήμη - Εύρος μνήμης: διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με νοητική καθυστέρηση παρουσιάζουν μειονεξίες σε διάφορες περιοχές της μνήμης. Κυριότερα, όμως, παρουσιάζονται ελλείψεις στη βραχυπρόθεσμη μνήμη και στη μετάβαση από τη βραχυπρόθεσμη στην πρωτογενή μνήμη. Μπορεί να έχουν τη δομική ακεραιότητα, που είναι απαραίτητη για τη βραχυπρόθεσμη μνήμη (υπό την έννοια της χωρητικότητας και της διάρκειας της εικόνας), αλλά μειονεκτούν στην ανάπτυξη των διαδικαστικών δεξιοτήτων προσοχής - αντίληψης, που αναμειγνύονται στην εξαγωγή πληροφοριών από το ερέθισμα. Οι Borowski, Peck & Damberg (1986) αναφέρουν ότι αυτές οι μειονεξίες στις διαδικασίες των νοητικά καθυστερημένων ατόμων είναι πιο πιθανόν να σχετίζονται με τη νοητική ηλικία, παρά με το δείκτη νοημοσύνης. Τα άτομα χωρίς νοητική καθυστέρηση χρησιμοποιούν στρατηγικές διαμεσολάβησης ή επεξεργασίας προκειμένου να ενισχύσουν την αποθήκευση και την ανάκληση πληροφοριών από τον εγκέφαλο. Τα άτομα με

νοητική καθυστέρηση φαίνεται ότι δεν τα καταφέρνουν στη χρήση τέτοιων στρατηγικών, παρόλο που μπορούν να τις διδαχθούν. Το πρόβλημα, επομένως, δεν είναι τόσο στην ικανότητα της χρήσης μιας στρατηγικής, αλλά στην επιλογή της σωστής στρατηγικής. Τα άτομα με νοητική καθυστέρηση (κυρίως με ελαφρά νοητική καθυστέρηση) αποτυγχάνουν στις μνημονικές δεξιότητες σε όλες τις θεμελιώδεις μορφές ή αποτυγχάνουν να θυμηθούν, γιατί δεν ενεργούν κατάλληλα στην πληροφορία; Π.χ. συχνά εμφανίζονται να προσεγγίζουν τις μαθησιακές δεξιότητες παθητικά και δε φαίνονται να ενεργοποιούν κάποια στρατηγική. Η διαδικασία της εννοιολογικής σημασίας έχει κατηγορηθεί για την αποτυχία των ατόμων αυτών να θυμηθούν λέξεις και έννοιες. Δε δείχνουν να τοποθετούν τη γνώση για την επεξεργασία των πληροφοριών να εργάζεται ικανοποιητικά σε δεξιότητες μάθησης και μνήμης. Όσον αφορά στο εύρο μνήμης, τα άτομα με νοητική καθυστέρηση αποτυγχάνουν στο να ομαδοποιούν τα εισερχόμενα στοιχεία. Το να αντιμετωπίζονται από κάποιο άτομο τρεις μονοψήφιοι αριθμοί ως ένας τριψήφιος οδηγεί στην αύξηση του περιεχομένου των πληροφοριών των ατομικών ομαδοποιήσεων και επειδή ο αριθμός των ομάδων περιορίζει τα περιεχόμενα της βραχυπρόθεσμης μνήμης, αυτή η ομαδοποίηση οδηγεί στην αύξηση της επανάκλησης. Παρόλα αυτά μπορούν να χρησιμοποιήσουν την ομαδοποίηση, αν τους δοθεί έτοιμη. Ο McMillan (1970) βρήκε ότι η ομαδοποίηση στοιχείων ήταν πιο ευεργετική στα μεγαλύτερα παιδιά με νοητική καθυστέρηση (12 χρ.) παρά στα μικρότερα (9 χρ.) (.Τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση όντως έχουν μικρότερο εύρος από τα μη νοητικά καθυστερημένα παιδιά και αυτές οι διαφορές στο εύρος μπορεί να εξηγούνται καλύτερα με τους όρους της ικανότητας με την οποία συμβαίνει η αναγνώριση των ερεθισμάτων και η ταξινόμησή τους. (Hodapp, 2005)

Γνωσιακή βάση: τα άτομα με νοητική καθυστέρηση είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν πληροφορίες ακόμα και αν γνωρίζουν ότι τις έχουν. Δεν ανακαλούν κατηγορίες με τις οποίες ταξινομούν τις πληροφορίες, ούτε δίνουν στοιχεία για τον τρόπο οργάνωσης της ανάκλησης των πληροφοριών γύρω από αυτές τις κατηγορίες. Τίθενται ερωτήματα, όπως:

- 1) Γιατί ξέρουν λιγότερα;
- 2) Ποιοί είναι οι παράγοντες που περιορίζουν το ποσό της μάθησης;
- 3) Μήπως επεξεργάζονται πιο αργά της πληροφορίες;

4) Μήπως τους λείπουν στρατηγικές και ο έλεγχος αυτών, ώστε να αντεπεξέρθουν τους περιορισμούς;

5) Πώς η γνώση από μόνη της επηρεάζει την περαιτέρω μάθηση;

Διαφορές στη γνώση προφανώς επηρεάζουν αυτά που μπορούν να μαθευτούν και είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ερωτηθεί πόσο οι διακυμάνσεις στην απόδοση αποδίδονται στις γνωστικές διαφορές και πόσο η διακύμανση της απόδοσης παραμένει, αφού οι γνωστικές διαφορές είναι μερικές.

Μεταγνώση: γενικά οι μεταγνωστικές δεξιότητες είναι υψηλότερες σε παιδιά με νοητική ηλικία πέντε (5) χρόνια και περισσότερο. Το ερώτημα είναι: είναι η μεταγνώση μία προϋπόθεση για τη στρατηγική μεταβίβασης στα παιδιά με νοητική καθυστέρηση ή πιο γενικά είναι η μεταγνώση μία προϋπόθεση για τη νόηση και την κατανόηση; (Βάρβολη , 2005)

3.4 ΦΥΣΙΚΑ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Χαμηλή φυσική κατάσταση, η οποία είναι αποτέλεσμα της περιορισμένης κινητικότητας. Υπάρχει χαμηλότερη ηλικία έναρξης της γήρανσης σε αυτά τα άτομα (55 χρονών) και έχουν υψηλότερη συχνότητα θανάτου (1,7 φορές για τα άτομα με ελαφρά, μέτρια νοητική καθυστέρηση και 4,1 για αυτά με σοβαρή νοητική καθυστέρηση). Η ανέλιξη των φυσικών ικανοτήτων στα άτομα με νοητική καθυστέρηση είναι ταχύτερη από το γενικό πληθυσμό. Αυτό οφείλεται κυρίως σε καρδιαγγειακές διαταραχές, οι οποίες συνδέονται ξεκάθαρα με καθιστική ζωή.

2. Αποκλίσεις στη στάση του κορμού: πολύ συχνό φαινόμενο είναι και οι διάφορες αποκλίσεις της σπονδυλικής στήλης (σκολίωση, λόρδωση, κύφωση).

3. Υπερευκαμψία: οι αρθρώσεις είναι ασυνήθιστα εύκαμπτες και ιδίως αυτές των ισχίων και των κάτω άκρων, με αποτέλεσμα να τραυματίζονται πολύ εύκολα και να προκαλούν έλλειψη ισορροπίας.

4. Παχυσαρκία: συνδέεται με καρδιακές παθήσεις, διαβήτη, υψηλά επίπεδα χοληστερίνης, μειωμένη HDL, υψηλή LDL-C, υπέρταση.

5. Μικρή μυϊκή δύναμη: οφείλονται σε προβλήματα μεταβολισμού, αλλά και σε έλλειψη επαρκούς φυσικής δραστηριότητας και εξάσκησης.

6. Προβλήματα νευρομυϊκής συναρμογής: που οφείλονται σε διαταραχές των κινητικών εγκεφαλικών κέντρων και των κέντρων κινητικού ελέγχου.

7. Ατελή κινητικά πρότυπα: η νευρομυϊκή ωρίμανση είναι πιο αργή στα παιδιά με νοητική καθυστέρηση. Αυτό σε συνδυασμό με τις περιορισμένες κινητικές εμπειρίες, που έχουν τα παιδιά αυτά, το αποτέλεσμα είναι τα κινητικά τους πρότυπα να τελειοποιούνται αργά ή να μην τελειοποιούνται ποτέ.

8. Δυσκολίες συντονισμού χεριού-ματιού, ματιού-ποδιού: επηρεάζεται από την ωρίμανση της οπτικής συσκευής, αλλά και από τις γνωστικές στρατηγικές που αναπτύσσει για να επιτύχει μεγαλύτερη ακρίβεια στην κίνησή του.

9. Δυσκολίες ισορροπίας του σώματος: το άτομο με νοητική καθυστέρηση αντιμετωπίζει προβλήματα στη μετάδοση των ερεθισμάτων-πληροφοριών από την ευσταχιακή σάλπιγγα (όργανο στο εσωτερικό ους που ευθύνεται για τη διατήρηση της ισορροπίας) στα κινητικά κέντρα του εγκεφάλου, καθώς και ανεπάρκεια που εμφανίζει η αντιληπτική του ικανότητα και η ικανότητά του για αφομοίωση των ερεθισμάτων-πληροφοριών .

10. Αντίληψη του σώματος, αυτοεικόνα: Το άτομο με νοητική καθυστέρηση έχει σοβαρό πρόβλημα αυτοεικόνας και αυτοαντίληψης του σώματός του μέσα στο χώρο. Γι' αυτό το λόγο δε μπορεί να εκτιμήσει τη θέση των άλλων σωμάτων σε σχέση με τη δική του. Η γνώση του για την πλευρικότητα των σωμάτων περιορίζεται στη γνώση του δικού του σώματος (στην καλύτερη περίπτωση). (Κρουσταλλάκης, 1998).

Έρευνα των Rarick & Francis (1959) σε 284 παιδιά με νοητική καθυστέρηση, με Δ.Ν.: 50-90 και ηλικία: 7,5 χρ.-14,5 χρ. Κατέληξε στα εξής συμπεράσματα:

Ø ως προς **τη δύναμη** ανάμεσα στα δύο φύλα ακολουθείται περίπου το ίδιο πρότυπο με τα “φυσιολογικά” παιδιά, αν και σε χαμηλότερα επίπεδα.

Ø ως προς **τις ρίψεις και το οριζόντιο άλμα** ακολουθούνται τα ίδια πρότυπα με τα “φυσιολογικά” παιδιά, αν και σε χαμηλότερα επίπεδα. Στο **άλμα από στάση** παρατηρούνται μεγάλες διαφορές σε σχέση με τα “φυσιολογικά” παιδιά.

Ø στο **δρόμο ταχύτητας, ισορροπία και ευκινησία** παρατηρούνται τα ίδια πρότυπα ανάπτυξης.

Γενικά τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση βρίσκονται τέσσερα (4) χρόνια πίσω από τις χρονολογικές νόρμες των παιδιών χωρίς νοητική καθυστέρηση. Αυτή η χρονική καθυστέρηση αύξανε το ποσοστό της σε κάθε επόμενο αναπτυξιακό χρονολογικό επίπεδο. Παρόλα αυτά η κινητική ανάπτυξη ακολουθούσε τον πρότυπο ανάπτυξης των “φυσιολογικών” παιδιών. (Hodapp, 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

Η είσοδος των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην κοινωνία ευελπιστεί την ολοκληρωτική ένταξή τους σε αυτήν, την εκπαίδευσή τους, την είσοδό τους στην αγορά εργασίας και την μείωση του κοινωνικού παραγκωνισμού. Στο πλαίσιο αυτό είναι απαραίτητη η σύμφωνη δράση διαφόρων παραγόντων της κοινωνίας.

4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Ο γέννηση κάθε παιδιού, κόσμο προξενεί κάποιες αλλαγές στον τρόπο ζωής της οικογένειας. Οι περισσότεροι γονείς είναι γνώστες αυτών των αλλαγών και προσπαθούν να εγκλιματιστούν στις νέες αυτές καταστάσεις. Δεν μπορούν όμως ποτέ να προετοιμαστούν και να εξοικειωθούν με την ιδέα της γέννησης ενός ανάπηρου παιδιού και τις συνέπειες που θα συνοδεύει η παρουσία ενός τέτοιου παιδιού. (Αντωνιάδης, 2002).

Κάθε γονέας όταν μαθαίνει ότι το παιδί του γεννήθηκε με αναπηρία, συνήθως αντιτάσσεται με άρνηση, θυμό, θλίψη, ενοχή, αμφιθυμία. Νιώθουν απορριπτικοί, εχθρικοί και καταστροφικοί προς το ανάπηρο παιδί τους. Η αδυναμία τους να αποδεχθούν τα αρνητικά τους συναισθήματα τους οδηγεί σε αυτοκατηγορία ή σε κατηγορίες ο ένας εναντίον του άλλου. (Skynner, 1998)

Πολλές φορές, οι γονείς πιστεύουν ότι ένα ανάπηρο παιδί είναι υπαίτιο για τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν, ενώ δεν δέχονται να παραδεχθούν, πως αιτία των προβλημάτων τους είναι οι ίδιοι οι σύζυγοι ή τα προβλήματα που έχουν στον χώρο εργασίας τους ή επίσης ψυχολογικοί λόγοι. Οι γονείς αγνοούν τα προβλήματα αυτά και δίνουν έμφαση στο παιδί με αναπηρία. (Σούλης, 2006)

Πολλές φορές, οι γονείς έχουν υψηλές προσδοκίες από τα υπόλοιπα παιδιά τους, με σκοπό να επικαλύψουν το αίσθημα αποτυχίας που αισθάνονται για την αναπηρία του παιδιού τους. Για παράδειγμα όταν το «υγιές» παιδί τους είναι καλός μαθητής, σπουδάσει, παντρευτεί ,κάνει παιδιά

τότε πέτυχαν σαν γονείς και έδωσαν συνέχεια στην οικογένεια. Το αίσθημα της αποτυχίας αυτής προβάλλεται συχνά από τον παππού και τη γιαγιά.

Υπάρχουν όμως και οικογένειες, οι οποίες παρέχουν υπερβολική φροντίδα και προστασία στο παιδί με αναπηρία. Αυτό συνεπάγεται το γεγονός τα άλλα παιδιά να εισπράττουν λιγότερη προσοχή καθώς θεωρούν ότι εκείνα είναι σε θέση να ανταποκριθούν μόνα τους στις ανάγκες τους. Θα πρέπει όμως να υπάρχει η ίδια αντιμετώπιση για να μη χαλάνε και να διατηρούνται οι οικογενειακές ισορροπίες. Οι γονείς των παιδιών με αναπηρία πρέπει να αντιμετωπίσουν δύσκολες αλλά όχι ακατόρθωτες συναισθηματικές προσαρμογές και καταστάσεις. Για τους περισσότερους γονείς η ιδιαιτερότητα του παιδιού τους δεν μπορεί να ξεπεραστεί, κι αυτό γιατί εκτός από την έλλειψη γνώσεων για το πώς θα ανταποκριθούν στην κατάσταση έρχονται αντιμέτωποι και με την αρνητική συμπεριφορά της κοινωνίας και πολλές φορές την απουσία του κρατικού μηχανισμού. (Ασημόπουλος, 2003).

Από τη μεριά των γονέων πρόσμεναν να εφησυχαστούν με την ανάπτυξη του παιδιού και να ηρεμήσουν από την συνεχόμενη και μεγάλη προσπάθειά τους. Αντιθέτως, η προσπάθειά τους γίνεται μεγαλύτερη, καθώς όσο το παιδί μεγαλώνει, μεγαλώνουν και οι ανάγκες του.

Τα παιδιά τα οποία δεν παρουσιάζουν κάποια αναπηρία στην οικογένεια, μετά το τέλος των σχολικών του υποχρεώσεων, φεύγουν από το σπίτι είτε λόγω σπουδών, είτε για την εύρεση εργασίας, είτε για να φτιάξουν τη δική τους οικογένεια. Αυτά τα παιδιά, που όσο έμεναν με την οικογένειά τους ενδέχεται να βοηθούσαν στην φροντίδα του παιδιού με αναπηρία, με την αποχώρησή τους σταματούν να συμβάλουν στη φροντίδα και η βοήθεια που έδιναν πρέπει πλέον να δίνεται στο ανάπηρο παιδί αποκλειστικά από τους γονείς.

Τα προβλήματα που έχει μια οικογένεια, η οποία αναθρέφει ένα παιδί με ειδικές ανάγκες είναι πολύπλευρα και μεγαλώνουν διαρκώς καθώς το παιδί μεγαλώνει. Κατ' αρχάς επηρεάζονται σημαντικά οι σχέσεις ισορροπίας εντός της οικογένειας ενώ παράλληλα υπάρχει η αγωνία της αποδοχής του παιδιού με ειδικές ανάγκες από τα μέλη της οικογένειας. Δημιουργείται επίσης έντονος προβληματισμός σχετικά με την εκπαιδευτική διαδικασία και την ιδιαίτερη φροντίδα που απαιτείται για το παιδί και κατά συνέπεια η ενέργεια που χρειάζεται για την ολοκληρωμένη κάλυψη των αναγκών είναι μεγαλύτερη με αποτέλεσμα και η κούραση που επέρχεται να είναι ανάλογου μεγέθους. Τα

έξοδα εξάλλου που είναι απαραίτητα για τη θεραπεία, τη φροντίδα και τον ενδεχόμενο εξοπλισμό που χρειάζεται επιβαρύνουν σημαντικά την οικογένεια. Η ανάγκη συνεχούς φροντίδας και επίβλεψης τόσο για τις καθημερινές δραστηριότητες όσο και για την ένταξη του ατόμου στο σύνολο απαιτούν την αφιέρωση πολύ χρόνου από την πλευρά της οικογένειας. Το άγχος τέλος για την τύχη του ανάπηρου παιδιού όταν δεν θα υπάρχει η παρουσία των γονιών αποτελεί έναν επιπλέον προβληματισμό για την οικογένεια.

Για την επίλυση όλων των προβλημάτων χρειάζεται να υπάρχουν ισχυροί δεσμοί μεταξύ των μελών της οικογένειας. Αυτό δεν είναι ιδιαίτερα εύκολο σκεφτεί κανείς ότι ακόμη και οικογένειες χωρίς ανάλογα περιστατικά δυσκολεύονται να διατηρήσουν τη συνοχή τους (Ουλής, 2004)

Ο μεγαλύτερος φόβος κάθε γονέα που έχουν παιδί με αναπηρία είναι το μέλλον του παιδιού και η ικανοποίηση των αναγκών του, όταν οι γονείς φύγουν από τη ζωή. Ο συγκεκριμένος φόβος προκύπτει από το γεγονός ότι δεν υπάρχει μέριμνα για τους ενήλικες με ειδικές ανάγκες και οι δυνατότητες που προσφέρονται είναι περιορισμένες. Οι ανάγκες των ενηλίκων σχετικά με την εκπαίδευση, τη συναισθηματική τους συγκρότηση και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις διαφοροποιούνται σε σχέση με αυτές των παιδιών και δεν είναι δυνατό να μη λαμβάνεται ειδική μέριμνα για αυτές τις περιπτώσεις.

Η διάσταση που δίνει η συγκεκριμένη πραγματικότητα έχει οδηγήσει στο να γίνουν εντατικότερες προσπάθειες από διάφορους φορείς έτσι ώστε να δοθεί μία πλήρης φροντίδα και μέριμνα σε κάποιον ενήλικα ο οποίος έχει κάποιου είδους αναπηρία και θα του δοθεί η ευκαιρία να αποκτήσει μία σωστή ένταξη στην κοινωνία.. Η βελτίωση επιπλέον των συνθηκών που επικρατούν σε ιδρύματα που σταγάζουν άτομα με ειδικές ανάγκες αποτελεί βασική προτεραιότητα.

Η οικογένεια των ΑΜΕΑ είναι απαραίτητο να έχει απόλυτη γνώση του προβλήματος, έτσι ώστε να είναι σε ετοιμότητα να υλοποιήσει τις συστάσεις που θα δοθούν από τους ειδικούς υγείας και να δώσει τη δυνατότητα στο άτομο με αναπηρία να μπορεί να έρχεται σε επαφή με τα άτομα του κοινωνικού του περιβάλλοντος. Η οικογένεια των ΑΜΕΑ με την ταυτόχρονη συνδρομή του κράτους θα πρέπει να ενθαρρύνει την ανάγκη των ατόμων για αρμονική συνύπαρξη και να απαιτεί υπηρεσίες που σχετίζονται με την εξυπηρέτηση των ΑΜΕΑ. Πολύ σημαντικός παράγοντας της οικογένειας είναι

και η ενημέρωση των ΑΜΕΑ ως προς τη σεξουαλικότητα και τις σχέσεις. Όσον αφορά τις συντροφικές σχέσεις η οικογένεια θα πρέπει να στρέφεται ενάντια σε όποια παρακώλυση υφίσταται το άτομο και σαν συνοδοιπόρος του να είναι σε θέση να εξαλείψει τις κακόβουλες αντιλήψεις του περιγύρου και να αντικρούσει τις αρνητικές λεκτικές απόπειρες εις βάρος τους. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 2005)

4.2 ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Το σχολείο είναι απαραίτητο να διαθέτει ειδικά προγράμματα που να αφορούν τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να διακατέχονται από πλήρη εκπαιδευτική επάρκεια και ετοιμότητα σε σχέση με την ειδική αγωγή που θα πρέπει να προσφέρεται στα άτομα αυτά. Ταυτόχρονα θα πρέπει τα σχολεία να διαθέτουν τμήματα ένταξης για την ομαλή και εποικοδομητική συνύπαρξη όλων των παιδιών. (Παντελιάδου, 2011).

4.3 Η ΕΚΚΛΗΣΙΑ

Η εκκλησία, που αντιπροσωπεύει την ελπίδα και την αρμονία, είναι απαραίτητο να συμβάλλει και αυτή από μεριά της στην είσοδο των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην κοινωνία. Έχει τη δυνατότητα να δημιουργεί καμπάνιες που σχετίζονται με την ενημέρωση του συνόλου του πληθυσμού για τα ΑΜΕΑ και να συνδράμει σε όλες τις κοινωνικές εκφάνσεις που προσδοκούν τη δημιουργία ευνοϊκότερου κλίματος για όλες τις ομάδες των ΑΜΕΑ. (Dale, 2000)

4.4 Η ΚΡΑΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Όπως και άλλες χώρες, έτσι και η Ελλάδα είναι απαραίτητο να δώσει ευκαιρίες στα άτομα με ειδικές ανάγκες να συμβάλλουν με τη σειρά τους στα κοινωνικά δρώμενα και στην αγορά εργασίας και να θεωρούνται ισάξια μέλη της κοινωνίας. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία θεσπίζονται νομοθετικά

μέτρα ισότητας των ΑΜΕΑ, κατοχυρώνονται τα δικαιώματά τους και δημιουργείται ένα περισσότερο κοινωνικό κράτος που φροντίζει τα άτομα που έχουν ανάγκη και θεμελιώνει το δικαίωμα συνύπαρξης και ίσης μεταχείρισής τους.

Οι ενέργειες, που παρατηρούνται στην χώρα μας, έχουν σκοπό την ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην κοινωνία καθώς επίσης την κάλυψη των αναγκών τους. Συμπεριλαμβάνουν κοινωνική και ηθική στήριξη τόσο στο άτομο όσο και στην οικογένειά του, παροχές που σχετίζονται με τη μετακίνηση των ατόμων, λειτουργικούς ξενώνες και κέντρα αλληλοβοηθείας, καθώς και οικονομική στήριξη για τις οικογένειες των ΑΜΕΑ που πλήττονται από την οικονομική κρίση. Σε σχέση με τον κοινωνικό περίγυρο των ΑΜΕΑ η δράσεις σχετίζονται με την ευαισθητοποίηση των πολιτών, την πληροφόρηση σχετικά με την ανάγκη ένταξε τους και την παρότρυνση των οικονομικών φορέων για προώθηση ευκαιριών απασχόληση.(Σούλης, 2006).

4.5 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αυτές είναι σύμφωνα με έρευνες οι συναισθηματικές καταστάσεις από τις οποίες διέρχονται οι γονείς μετά τη διάγνωση. Σαφώς, η μετάβαση από τη μία στην άλλη δεν είναι γραμμικά διαδοχική ούτε απαραίτητα περνούν όλοι από όλες. Ενδέχεται επίσης ένας γονιός να ξαναιώσει συναισθήματα τα οποία πίστευε πως είχε ξεπεράσει. Σημαντικό επίσης είναι να θυμόμαστε πως όλα τα μέλη της οικογένειας δεν περνούν από το ίδιο στάδιο την ίδια χρονική περίοδο. Κάθε στάδιο εξυπηρετεί κάποια συγκεκριμένη σκοπιμότητα στην πορεία προς την αποδοχή. (Πολυχρονοπούλου, 1995).

ΣΟΚ: Είναι σχεδόν πάντα η πρώτη αντίδραση των γονέων μετά τη διάγνωση. Την περιγράφουν σαν ζάλη, παραλυσία ή απώλεια συνείδησης. Πολλές φορές δεν εμπεριέχει αντιδράσεις ορατές από τρίτους. Μπορεί δηλαδή να φαίνεται ήρεμος εξωτερικά, αλλά οι ειδικοί πρέπει να έχουν υπόψη ότι ίσως δεν είναι σε θέση να ακούσει ή να επεξεργαστεί οποιαδήποτε πληροφορία. Το σοκ φαίνεται να είναι η «προστατευτική ασπίδα» που θα δώσει στους γονείς τον απαιτούμενο χρόνο για να συνειδητοποιήσουν τη νέα πραγματικότητα .

ΑΡΝΗΣΗ: Πρόκειται για επιφυλακτική και δύσπιστη στάση απέναντι στο άκουσμα της διάγνωσης. Πολλοί από τους γονείς που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο απαγορεύουν ρητά την οποιαδήποτε αναφορά σε αυτό το θέμα και συμπεριφέρονται σα να μην υπάρχει το πρόβλημα. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος που ενέχει το στάδιο αυτό είναι η άρνηση του παιδιού να βρει εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας με το παιδί.

ΕΝΟΧΗ: Πολλοί γονείς αισθάνονται την ανάγκη να βρουν την αιτία που προκάλεσε την ειδική ανάγκη στο παιδί τους και να μπορέσουν έτσι να θεωρήσουν κάποιον ή κάτι υπεύθυνο γι' αυτό. Είναι εξαιρετικά δύσκολο να πειστεί ο γονιός ότι οι ενοχές και η αυτοκατηγορία δεν ωφελούν και πως εμποδίζουν την πρόοδο και την ανάπτυξη του παιδιού. Τα συναισθήματα ενοχής, αφού εξυπηρετήσουν το σκοπό τους στην πορεία προς την αποδοχή, μέσα σε μερικές εβδομάδες θα ατονήσουν.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Η συναισθηματική αυτή κατάσταση περιγράφεται σαν θυμός που στρέφεται εναντίον του ίδιου του ατόμου. Ο γονιός σε αυτό το στάδιο νοιώθει μόνος, αβοήθητος, φοβισμένος και απογοητευμένος. Σε όλα αυτά προστίθεται και το συναίσθημα προσωπικής αποτυχίας και ανικανότητας. Η βοήθεια που μπορεί να προσφερθεί στο γονιό είναι η καθοδήγηση ώστε να επαναπροσδιορίσει τι σημαίνει επιτυχία και τι αποτυχία. Το ξεπέρασμα της κατάθλιψης από το γονιό σημαίνει ωριμότητα και ενδυνάμωση.

ΘΥΜΟΣ: Στην αρχή το συναίσθημα αυτό δεν έχει συγκεκριμένο αντικείμενο και δημιουργείται εξαιτίας της δυσκολίας που αντιμετωπίζουν οι γονείς να εντάξουν το παιδί μέσα στη ζωή τους. Η αίσθηση ότι είναι αβοήθητοι τους προκαλεί θυμό. Ο θυμός αυτός σύντομα βρίσκει έναν στόχο προς τον οποίο θα απευθυνθεί (γιατρός, δάσκαλος, το ίδιο το παιδί κ.ά.). Ο ειδικός πρέπει να βοηθήσει το γονιό να κατανοήσει ότι αυτό που νιώθει είναι μια φυσική αντίδραση και να συνειδητοποιήσει ότι η πραγματική αιτία του θυμού του είναι η αναπηρία του παιδιού.

ΑΓΧΟΣ: Το άγχος έχει σχέση με την αβεβαιότητα που νιώθει κανείς για το μέλλον. Λίγα πράγματα στη ζωή μπορεί να προκαλέσουν ανασφάλεια τόσο όση νιώθουν οι γονείς τις πρώτες εβδομάδες ή και μήνες που προσπαθούν να

προσαρμόσουν τη ζωή τους με ένα παιδί με ειδικές ανάγκες στην οικογένεια. Ένας πολύ αγχογόνος παράγοντας είναι οι απαιτήσεις που εμφανίζονται ξαφνικά και η αίσθηση ότι χάνουν τον έλεγχο και ειδικοί αναλαμβάνουν τις επιλογές που κανονικά ανήκουν στους ίδιους. Το άγχος αυτό ενδέχεται να γίνει δημιουργικό εφόσον βέβαια οι γονείς τύχουν ιδιαίτερης συναισθηματικής στήριξης.

ΑΠΟΔΟΧΗ: Πρόκειται για το τελικό στάδιο στο οποίο καταλήγει ο γονιός αφού έχει περάσει από όλα τα προηγούμενα. Ο γονιός αποδέχεται τελικά την ύπαρξη του προβλήματος χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει πως είναι ευτυχής με αυτή τη διαπίστωση. Απλά συνειδητοποιεί την ύπαρξη της αναπηρίας και αυτό που απομένει είναι η παροχή πληροφοριών από τους ειδικούς για τη διαχείριση και αντιμετώπιση της κατάστασης. (Τσιμπιδάκη,2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

5.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

Το παιδί δεν αποτελεί μια μικρογραφία του ενήλικα, αντιθέτως είναι ένας συνεχώς εξελισσόμενος και μεταβαλλόμενος οργανισμός σε σωματικό, πνευματικό και ψυχικό επίπεδο (Κρουσταλλάκης, 1998).

Ένα παιδί με χρόνια νόσημα είναι πάνω από όλα παιδί, που έχει ανάγκη από αγάπη, ασφάλεια και εκτίμηση. Όμως το παιδί αυτό συχνά έρχεται αντιμέτωπο με τις φυσικές απαιτήσεις της ωρίμανσης και της ανάπτυξης, σε συνδυασμό με τον αγώνα που δίνει για να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες, που προέρχονται από την αναπηρία ή τη χρόνια ασθένεια (Τζουριάδου, 2005).

Οι αντιδράσεις της οικογένειας απέναντι στο παιδί με αναπηρία συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη του παιδιού, επειδή εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την οικογένειά του για την ικανοποίηση των αναγκών του

Τα παιδιά για να αντιμετωπίσουν την χρόνια ασθένεια ή την αναπηρία αναπτύσσουν κάποιους ειδικούς μηχανισμούς άμυνας όπως:

1. Ανάπτυξη του αισθήματος της αισιοδοξίας και των ικανοτήτων,
2. Αίσθηση του διαφορετικού και απόσυρση,
3. Συμμόρφωση στη θεραπεία,
4. Αναζήτηση υποστήριξης. (Σούλης, 2006)

Το κύριο πρόβλημα του παιδιού είναι ο συμβιβασμός και η άρνηση αποδοχής της χρονιότητας του νοσήματος ή της αναπηρίας. Σύμμαχος του είναι πάντα η οικογένειά του που τον βοηθά και τον στηρίζει, ώστε να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση.

Η κατάσταση στη εφηβική ηλικία γίνεται δυσκολότερη, καθώς, ο έφηβος με χρόνια νόσημα αρχίζει να βιώνει ένα σύνολο δυσκολιών που συνδέονται με τη νόσο καταργώντας την αυτονομία. Επίσης δέχεται περιορισμούς λόγω του

θεραπευτικού σχήματος και δεν αποδέχεται τη διαφορετικότητα σε σχέση με τους συνομηλίκους του.

Κάποιες φορές παρατηρούνται προβλήματα επικοινωνίας και συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια που απορρέουν στην ανάγκη των νέων να ανεξαρτητοποιηθούν παράλληλα με το άγχος των γονέων για το άρρωστο παιδί οδηγώντας σε υπερπροστασία. Όταν στην αρχή της εφηβικής ηλικίας διαγνωστεί χρόνιο νόσημα ή αναπηρία τότε η συμπεριφορά των νέων διαφοροποιείται, καθώς μέχρι τότε αισθανόταν δυνατός και «άτρωτος» (Τζουριάδου, 2005).

5.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η οικογένεια εντάσσεται στους παλαιότερους και ισχυρότερους θεσμούς. Τα μέλη της μοιράζονται τις γενετικές καταβολές, το περιβάλλον, τις γενικές στάσεις και το ύφος της ζωής. Η λειτουργία της μέσα από αλληλεπιδράσεις και κοινές εξαρτήσεις της παρέχει το προνόμιο της μοναδικότητας. Η οικογένεια αποτελεί το περιβάλλον που δρα αποφασιστικά στην υγεία, στην αρρώστια, στην αναπηρία. Μέσα σε αυτή τη βασικότερη κοινωνική ομάδα ολοκληρώνεται το άτομο ενώ παράλληλα δημιουργούνται και εξελίσσονται πολλά υγειονομικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα.

Η οικογένεια ως μικρογραφία της κοινωνίας, αλλά παράλληλα πυρήνας και θεμέλιος λίθος για την περαιτέρω ένταξη του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο και την ενεργή συμμετοχή στο κοινωνικό γίνεσθαι κατέχει ρόλο σύνθετο και πολυδιάστατο. Δεν οριοθετείται στα πλαίσια της εξασφάλισης μόνο των βιολογικών αναγκών των μελών της. Αντίθετα, κατακερματίζεται, διοχετεύοντας στο πάσχον μέλος ψυχολογική και συναισθηματική υπόσταση, παρέχοντας στοιχεία που διαμορφώνουν μελλοντικά τον χαρακτήρα του και τη συμπεριφορά του. (Βάρβολη, 2005)

Οι γονείς του παιδιού με νοητική στέρηση, δηλώνουν ότι η ποιότητα της οικογενειακής ζωής υποβαθμίζεται αισθητά, συγκρίνοντας τις περιόδους πριν και μετά τη διάγνωση. Η απρόσμενη διάγνωση της ασθένειας στο παιδί,

απειλεί τη ζωή του και ανατρέπει την ακεραιότητα της οικογένειας, μεταβάλλοντας σημαντικά τις αποφάσεις και τα μελλοντικά τους σχέδια. Οι ερωτήσεις που απευθύνουν οι γονείς στους επαγγελματίες υγείας για τις επιπτώσεις της ασθένειας καθρεπτίζουν, σε μεγάλο βαθμό την αγωνία τους, βοηθώντας στον εντοπισμό μιας νέας, ασφαλούς δομής για την οικογένεια που θα εξυπηρετεί τις ανάγκες της καινούργιας κατάστασης.

Η παρουσία χρόνιου παιδικού νοσήματος στην οικογένεια, συνιστά αποδοχή της απτής πραγματικότητας, διαθεσιμότητα και αφοσίωση. Για την οικογένεια αποτελεί ένα τεράστιο ψυχολογικό, διαπροσωπικό, κοινωνικό και οικονομικό κόστος. Η αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων, που προκύπτουν από τη χρόνια ασθένεια στην οικογένεια εξαρτάται από:

- α) τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των μελών,
- β) την οικογενειακή συνοχή και την απουσία έντονων συγκρούσεων και
- γ) τη προσφορά υποστηρικτικού δικτύου.

Δίνεται έμφαση στις σημαντικές αλλαγές που αναπόφευκτα γίνονται σε όλους τους τομείς της οικογένειας: τις σχέσεις, την επικοινωνία, τους ρόλους και τον τρόπο ζωής. Η φυσική απουσία των γονέων για οικονομικούς και ιατρικούς λόγους από το σπίτι συνεπάγεται ανακατανομή των ρόλων για όλα τα μέλη της οικογένειας τα οποία πρέπει να προσαρμοσθούν στα νέα τους καθήκοντα. Ο μεγάλος αριθμός πρακτικών προβλημάτων στην καθημερινή ζωή αυξάνει την ενδοοικογενειακή ένταση, η οποία προκαλεί ή εντείνει την κοινωνική απομόνωση. Η τροποποίηση των συνηθισμένων δραστηριοτήτων και η εξανέμιση του χρόνου ψυχαγωγίας της οικογένειας, εξαιτίας των συχνών μεταβάσεων ή των εισαγωγών του παιδιού στο νοσοκομείο είναι υπαρκτό φαινόμενο. (Ζυγά, 2013)

Στη συνέχεια παρατηρούνται οι πέντε τρόποι εκτίμησης της ασθένειας με αντίστοιχες στρατηγικές / μεθόδους αντιμετώπισής της :

- α) οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια και τις επιπτώσεις της, ως « πρόκληση » και κινητοποιούνται για να ξεπεράσουν τις δυσκολίες,

αναζητώντας πληροφορίες αναπτύσσοντας νέες δεξιότητες, ενώ προσαρμόζονται αποτελεσματικά έχοντας πεποίθηση στις δυνάμεις τους,

β) οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως «δοκιμασία», επηρεαζόμενες από τις θρησκευτικές τους αντιλήψεις και πεποιθήσεις. Συχνά πιστεύουν ότι δοκιμάζεται η πίστη, η αντοχή ή οι σχέσεις τους,

γ) οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως «κακοτυχία» και συνήθως βιώνουν ταυτόχρονα με τη διάγνωση και άλλες απροσδόκητες εμπειρίες (ανεργία, θάνατος). Η αρρώστια θεωρείται ένα πρόσθετο γεγονός που απειλεί τη συνοχή και την ισορροπία του οικογενειακού συστήματος,

δ) οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως «θέλημα της μοίρας» και δέχονται τις ιατρικές συμβουλές, χωρίς να τις αμφισβητούν και να αναζητούν πληροφόρηση και

ε) οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια και τις επιπτώσεις της ως «τιμωρία» και έχουν μια αρνητική ή απαισιόδοξη αντίληψη για τη ζωή.

Η οικογένεια για να αντιμετωπίσει σωστά τις ιδιαίτερες δυσκολίες και τα προβλήματα, που δημιουργεί η παρουσία του παιδιού με χρόνια νόσημα πρέπει να έχει σύμμαχό της το προσωπικό υγείας-ομάδα αποκατάστασης. Με τη έγκαιρη συστηματική ενημέρωσή της, οδηγείται σταδιακά στην κατανόηση και στην προσαρμογή του νέου ρόλου που θα διαδραματίσει, μέσα από την εφαρμογή ενός ρεαλιστικού και θετικού προγράμματος. (Ζυγά, 2013)

Η οικογένεια μπορεί να ευαισθητοποιήσει την κοινωνική ομάδα, παλεύοντας με τα περίεργα βλέμματα της άγνοιας, της προκατάληψης και του οίκτου. Όσο περισσότερο η οικογένεια αποδέχεται το πρόβλημα του παιδιού, τόσο λιγοστεύουν οι πιθανότητες αποκοπής από το κοινωνικό σύνολο. (Σούλης, 2006)

5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΣΤΕΡΗΣΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στα παιδιά με νοητική στέρωση περιλαμβάνει:

- Ø Φροντίδα όπως : ατομική υγιεινή, υγιεινή στόματος και γενικευμένη περιποίηση του παιδιού με Ν.Υ.
- Ø Συμμετοχή και διενέργεια με την αυστηρή τήρηση άσηπτης τεχνικής χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής με καθετηριασμό ή Levin σε περίπτωση αδυναμίας κατάποσης του παιδιού.
- Ø Τήρηση των σωστών δόσεων φαρμακευτικής αγωγής που τυχόν μπορεί να λαμβάνει το παιδί.
- Ø Παρεντερική σίτιση του παιδιού με την εφαρμογή Levin χρησιμοποιώντας αυστηρά τη άσηπτη τεχνική.
- Ø Ψυχολογική υποστήριξη του παιδιού αφιερώνοντας αρκετές ώρες απασχόλησης με αυτό.
- Ø Παροχή πληροφοριών στην οικογένεια και ψυχολογική υποστήριξη – συμβουλευτική.
- Ø Σε περίπτωση λήψεως βιολογικών υγρών από το παιδί για εργαστηριακές εξετάσεις πρέπει να εφαρμόζεται αυστηρά η άσηπτη τεχνική.
- Ø Σε περίπτωση αδυναμίας του παιδιού να ουρεί στην τουαλέτα, εφαρμόζεται folley με τήρηση όλων των κανόνων άσηπτης τεχνικής.
(Πάνου, 2000)

5.4 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η αποκατάσταση του πάσχοντος ασθενή μπορεί να θεωρηθεί επιτυχής εφόσον εκπληρωθούν δύο προφανείς στόχοι:

1. Η επιβίωση,
2. Η πρόληψη ή ελαχιστοποίηση πιθανής αναπηρίας. Έχοντας επιτύχει στην βελτίωση των ποσοστών της επιβίωσης, είναι πλέον αναγκαιότητα να επικεντρώσουμε την προσοχή μας στην μελέτη εκείνων των παραγόντων που

μπορούν να επηρεάσουν την βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη έκβαση της πορείας του βαρέως πάσχοντος ασθενούς. Δηλαδή την ποιότητα της ζωής τους, όπως αυτή εκφράζεται από την λειτουργικότητα και την ψυχική ισορροπία. (Ζυγά, 2013)

Το έργο του νοσηλευτή στην αποκατάσταση των ατόμων με ειδικές ανάγκες, κινείται στα πλαίσια της συνεργασίας ως έκφραση και ως μορφή. Η εφαρμογή του νοσηλευτικού προγράμματος και νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να συνοδεύονται από υπευθυνότητα. Παράλληλα υπάρχει ανεξαρτησία και αυτονομία στο επιστημονικό της πεδίο, αλλά πάντα επικρατεί το πνεύμα της συνεργασίας με την ομάδα αποκατάστασης (Αθάνατου, 2000)

Ο νοσηλευτής με τη συχνή επαφή που έχει με τον ασθενή, συνδέεται ψυχικά μαζί του, αποπνέοντας εμπιστοσύνη. Τα βασικά χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτει μιας νοσηλεύτριας είναι : ολοκληρωμένες γνώσεις, σωστή κατάρτιση και εκπαίδευση σε θέματα βασικής νοσηλευτικής. Βέβαια, πρωταρχικό γνώρισμα είναι να διαθέτει μια έμφυτη αγάπη για τον ανάπηρο, υπομονή και κατανόηση στη συναισθηματική αντίδραση του πάσχοντος έναντι της αναπηρίας του. Συνήθως εκδηλώνεται αρνητισμός, νευρικότητα, απαισιοδοξία, μελαγχολία και κατάθλιψη (Αντωνιάδης, 2002)

Η αποστολή του είναι ιδιάζουσα και η συμβολή του στην αποκατάσταση του ανάπηρου τεράστια. Αρχικά, ο νοσηλευτής εκτιμά τις νοσηλευτικές ανάγκες του ασθενή, κατόπιν σχεδιάζει το πρόγραμμά της ενώ φροντίζει για την πιστή εφαρμογή του παρακολουθώντας, την εξέλιξη του και αξιολογώντας τα αποτελέσματά του. (Ρουμελιώτης, 2001)

Στην εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή συνεργάζεται με το θεράποντα ιατρό, αλλά κάποιες φορές πρέπει μόνη της να θέσει τους στόχους και να καταστρώσει το σχέδιο δράσης, με τελικό σκοπό τη σωματική και ψυχική υγεία του ασθενή.

Ο νοσηλευτής μπορεί να ασκήσει τα καθήκοντά της, τόσο στο νοσοκομείο (μονάδα αποκατάστασης), όσο και στο σπίτι με κατ' οίκον φροντίδα και νοσηλεία των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Πρόκειται για έναν τομέα που αναπτύσσεται στην Ελλάδα, επειδή ανταποκρίνεται στην ανάγκη για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας που συμφέρουν οικονομικά.

Τα καθήκοντα του νοσηλευτή είναι : Η χορήγηση των φάρμακων στην σωστή δόση, με τη σωστή τεχνική, τη σωστή ώρα, με το σωστό φάρμακο, με σωστό τρόπο και το σωστό πλησίασμα του αρρώστου. (Ραγιά, 2009)

Ο καθετηριασμός σε ασθενείς που έχουν προβλήματα με το ουροποιητικό. Παροχή οδηγιών στον ασθενή ή στην οικογένειά του σχετικά με τη σωστή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, την ενεσοθεραπεία, τη φροντίδα ασθενών με παραφύση έδρα, θέματα διατροφής, φροντίδα καθετήρα, διαδικασία αλλαγή τραυμάτων, αναγνώριση ενδείξεων και συμπτωμάτων της ασθένειας, συμβουλές για ατομική υγιεινή και περιποίηση του δέρματος. (Πάνου, 2000)

Ο νοσηλευτής μπορεί να διενεργήσει αιμοληψία (γενική αίματος, βιοχημικός έλεγχος), έλεγχος κοπράνων (αίμα, βλένες), λήψη αρτηριακής πίεσης και λοιπών ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, σφύξεις, αναπνοή). Αναγνωρίζοντας τις αποκλίσεις από το φυσιολογικό, ξέρει τότε να ζητήσει την ιατρική παρέμβαση. Το κύριο χαρακτηριστικό της είναι η συμπεριφορά της, ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή και να συνεργαστεί αρμονικά με τον ίδιο και οικογένειά του. (Ραγιά, 2009)

5.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Οι περισσότερες κοινωνικές υπηρεσίες των ατόμων με νοητική στέρωση διαθέτουν τμήμα ψυχολογικής υποστήριξης που ασχολείται με τη διάγνωση, την εφαρμογή προγραμμάτων ατόμων με νοητική στέρωση και με τη συμβουλευτική γονέων. Στο διαγνωστικό τομέα χορηγούνται ψυχομετρικές δοκιμασίες νοημοσύνης στα παιδιά προκειμένου να μελετηθούν οι γνωστικές τους λειτουργίες και να εκτιμηθεί η αγωγιμότητάς τους. Στη συμβουλευτική γονέων δημιουργούνται ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης των γονέων και του ευρύτερου συγγενικού περιβάλλοντος. Η στήριξη της οικογένειας τόσο με τη συνδρομή της κοινωνικής υπηρεσίας και του τμήματος ψυχολογικής υποστήριξη κάθε φορέα στοχεύει στην εκμάθηση γονεϊκών ρόλων και παιδαγωγικών δεξιοτήτων. (Ρουμελιώτης, 2001)

Η οικογένεια που έχει μέλος με ψυχοσωματικό ή σωματικό πρόβλημα θα πρέπει να τις παρακάτω βασικές αρχές :

1. Σταδιακή αντιμετώπιση της αρρώστιας ή αναπηρίας από τους γονείς,
2. Ενθάρρυνση του αδιάφορου γονέα να ασχοληθεί με το παιδί,
3. Συναίνεση των γονέων για τον προγραμματισμό της θεραπείας-αποκατάστασης,
4. Έμφαση στη δυσκολία του μέλους ώστε να αντιμετωπίσει τη νέα κατάσταση,
5. Προσπάθεια των γονέων να συνεργάζονται για να ενισχύσουν την αυτονομία, την υπευθυνότητα και την ωριμότητα του ιδιαίτερου μέλους,
6. Αξιοποίηση των θετικών στοιχείων που προέρχονται από τη θεραπεία(π.χ. ανταπόκριση του σακχαρώδους διαβήτη στη φαρμακευτική αγωγή) του παιδιού που αποτελούν μέσα για τη βελτίωση της οικογενειακής επικοινωνίας,
7. Ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των τυχόν αδερφών,
8. Προοδευτική σταδιακή μετατόπιση από την αρρώστια ή την σωματική αναπηρία προς τη φυσιολογική ψυχοκοινωνική προσαρμογή της οικογενειακής ζωής,
9. Έμφαση στα θέματα των συζυγικών σχέσεων όπου πιθανόν να υπάρχουν εντάσεις λόγω της ιδιαιτερότητας της κατάστασης (Παπαγεωργίου, 2002).

Οι στόχοι της ψυχο-κοινωνικής υποστήριξης και της θεραπείας της οικογένειας με παιδί με ειδικές ανάγκες:

1. Η δημιουργία νέων δομών που θα προάγουν μια αποτελεσματική ιατρική θεραπεία και αποκατάσταση,
2. Η μείωση του στρες στην οικογένεια, που είναι απόρροια των συμπτωμάτων της ψυχοσωματικής αναπηρίας,
3. Η μείωση του ρόλου των σωματικών συμπτωμάτων ώστε να διατηρηθεί η οικογενειακή ομοιόσταση και συνοχή,
4. Βοήθεια προς την οικογένεια για την ανάπτυξη της αυτονομίας των μελών και ιδιαίτερα του παιδιού με το χρόνιο νόσημα ή τη ψυχοσωματική αναπηρία. (Μαδιανός, 2002)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ασθενής ηλικίας 9 ετών Α.Π. εισήχθη στο Καραμανδάνειο νοσοκομείο παιδών παρουσιάζοντας έγκαυμα στο αριστερό άνω άκρο.

Το παιδί παρουσίασε ιδιαίτερο χαρακτήρα και έντονη ανησυχία.

Οι νοσηλευτές μίλησαν με τους γονείς του παιδιού και από το ιστορικό που έλαβαν αναγνώρισαν ότι το παιδί παρουσιάζει νοητική στέρηση εκ γενετής (σοβαρή νοητική καθυστέρηση) με IQ στο 30.

Το σημείο του πόνου παρουσίαζε ερυθρότητα και φυσαλίδες.

Το παιδί έδειχνε ότι νιώθει ιδιαίτερους πόνους στο χέρι ενώ έκλαιγε συνεχώς και δεν άφηνε τους νοσηλευτές να το φροντίσουν. Το παιδί δεν θέλει να μείνει χωρίς τους γονείς του. Οι γονείς ανέφεραν ότι σε στιγμή που δεν το πρόσεχαν το παιδί ακούμπησε στην εστία της κουζίνας που ήταν σε λειτουργία. Επίσης οι γονείς αναφέρουν ότι το παιδί αρέσκεται στα έντονα χρώματα και στα παιχνίδια με ήχους.

Το παιδί παρέμεινε στο χώρο του νοσοκομείου για ασφάλεια. Τη δεύτερη μέρα παραμονής οι νοσηλευτές παρατηρούν συμπτώματα έντονου πόνου στο κεφάλι και ενημερώνουν το θεράποντα ιατρό. Μετά τις ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις το παιδί έλαβε εξιτήριο την τετάρτη μέρα ενώ οι γονείς έλαβαν σαφείς οδηγίες για την χορήγηση καταπραϋντικής αλοιφής

Διάγνωση : Έγκαυμα 2^{ου} βαθμού στο αριστερό άνω άκρο

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Φυσαλίδες	<p>Αποτροπή δερματίτιδας</p> <p>Αποφυγή κινδύνου επιμόλυνσης της περιοχής</p>	<p>Συζήτηση με τους γονείς του παιδιού για τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί</p> <p>Αξιολόγηση για το περιεχόμενο υγρό των φυσαλίδων</p> <p>Προσπάθεια δημιουργίας καλής επαφής με τον ασθενή</p>	<p>Πλύση της πάσχουσας περιοχής του παιδιού με n/s 0.9%</p> <p>Εφαρμογή τοπικών επιθεμάτων</p> <p>Συνεχής προσπάθεια προσέγγισης του παιδιού</p>	Αποκατάσταση συμπτώματος

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
<p>Πόνος</p>	<p>Αντιμετώπιση πόνου</p> <p>Ανακούφιση ασθενούς από τα συμπτώματα</p>	<p>Προσπάθεια προσδιορισμού της έντασης</p> <p>Προσπάθεια εξάλειψης άγχους και φόβου</p> <p>Συζήτηση με το θεράποντα ιατρό για τη χρήση αναλγητικών</p>	<p>Χορήγηση παρακεταμόλης DOLAL 500MG/TAB BTX20(BLIST2X10) με ιατρική οδηγία</p> <p>Περιμετρική εφαρμογή θερμού επιθέματος συμπληρωματικά της θεραπείας 1/30min</p>	<p>Το παιδί ανακουφίστηκε από τον πόνο</p>

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
Προσέγγιση ασθενούς	Προσπάθεια συνεργασίας του παιδιού με το νοσηλευτικό προσωπικό	Προσπάθεια συνομιλίας με το παιδί Ενθάρρυνση και προσέγγιση του παιδιού	Προσπάθεια δημιουργίας ευχάριστου κλίματος εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος του παιδιού Εντός του δωματίου του παιδιού τοποθετήθηκαν παιχνίδια και έντονα χρώματα	Το παιδί έδειξε ότι εμπιστεύεται το νοσηλευτικό προσωπικό Το παιδί σταμάτησε να αποκρούει τη χορήγηση των απαραίτητων φαρμάκων και την τοποθέτηση επιθεμάτων

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Περιποίηση εγκαυματικής επιφάνειας</p>	<p>Αποκατάσταση του δέρματος στην περιοχή του εγκαύματος</p> <p>Πρόληψη πιθανότητας μόλυνσης</p>	<p>Προσέγγιση του παιδιού για να κατανοήσει τους λόγους που δεν πρέπει να αγγίζει την περιοχή</p> <p>Ενημέρωση γονέων για παρακολούθηση των κινήσεων του χεριού του παιδιού</p> <p>Φροντίδα της περιοχής του εγκαύματος</p>	<p>Εφαρμογή αντιμικροβιακών παραγόντων ιωδιούχου ποβιδόνης POVIDINE CUT.SOL 10% FLX250ML σε μορφή διαλύματος</p> <p>Επάλειψη με SYLFIO CREAM 1% W/W BOTTLE(πλαστ.)x500GCREAM10MG/G μετά από ιατρική οδηγία</p>	<p>Επιτυχής επούλωση δέρματος</p>

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
<p>Πόνος στο κεφάλι</p>	<p>Ανακούφιση του παιδιού από τα συμπτώματα</p>	<p>Συνεχής λήψη ζωτικών σημείων</p> <p>Ενημέρωση γονέων για την κεφαλαλγία του παιδιού/ συνομιλία με γονείς και ιατρό</p> <p>Αξιολόγηση του πόνου</p>	<p>Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος εντός του θαλάμου</p> <p>Συνεχής αερισμός θαλάμου</p> <p>Προτροπή παιδιού και συζήτηση μαζί του για την σωστή του ξεκούραση</p> <p>Προτροπή γονέων ασθενούς ώστε να μην υπάρχει θόρυβος εντός του θαλάμου</p>	<p>Τα συμπτώματα υποχώρησαν</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η άνιση αντιμετώπιση των ατόμων με αναπηρίες διαφαίνεται από τις περιορισμένες προληπτικές παρεμβάσεις, τη δυσκολία προσβασιμότητας σε υπηρεσίες, την έλλειψη εξειδικευμένων δομών, την ύπαρξη λίγων ειδικών θεραπευτών, τη δυσκολία παροχής εκπαίδευσης και απασχόλησης. Συνεπώς, τα άτομα με νοητική υστέρηση, όπως και με άλλες αναπηρίες, είναι ευάλωτα και εξαρτώνται συνεχώς από την οικογένειά τους. Πρέπει να αναφερθεί ότι η νοητική υστέρηση δεν είναι μια δυναμική, πολυπαραγοντική ψυχική διαταραχή.

Σήμερα η πλέον ευρέως αποδεκτή ταξινόμηση της αναπηρίας είναι αυτή που προτείνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Η νέα έκδοση της «Διεθνούς ταξινόμησης για τη λειτουργικότητα, την αναπηρία και την υγεία», περιλαμβάνει όλους τους τομείς της ανθρώπινης υγείας και κάποιες παραμέτρους της ευημερίας σχετικές με την υγεία, και τους περιγράφει με όρους των τομέων υγείας και των τομέων που σχετίζονται με την υγεία.

Η αντιμετώπιση του προβλήματος από τους γονείς επιδρά στο χαρακτήρα των παιδιών. Επιπλέον, από την στάση που έχουν οι γονείς απέναντι στο πρόβλημα, καθορίζεται και η αποδοχή της κοινωνίας. Αυτό εξηγείται όταν γίνει αντιληπτό ότι η αναπηρία είναι ένα γεγονός, ενώ η μειονεξία για την αναπηρία καλλιεργείται πρωταρχικά από την ίδια την οικογένεια. Συνήθως αισθάνονται την απόρριψη και την απομόνωση από τον κοινωνικό περίγυρο.

Όσο μεγαλώνει το παιδί, μεγαλώνει και η επίδραση της αναπηρίας στην οικογένεια. Οι γονείς τις περισσότερες φορές έχουν την πεποίθηση ότι θα πρέπει να έχουν την ευθύνη για τη φροντίδα των παιδιών τους μέχρι το τέλος της εφηβείας και ότι μετά, όταν αυτά πλέον φυσιολογικά μεγαλώσουν, θα αυτονομηθούν σε όλο και μεγαλύτερο βαθμό.

Επειδή οι χρόνια πάσχοντες είναι ως επί τω πλείστον παιδιά, η χρόνια ασθένεια ή αναπηρία επιδρά πάνω στον πάσχοντα και στην ισορροπία ολόκληρης της οικογένειας. Από την πλευρά του παιδιού το δυσκολότερο πρόβλημα είναι, ότι η ζωή του θα είναι πιο πολύπλοκη και πιο δύσκολη από τη ζωή των συνανθρώπων του. Χρειάζεται να κάνει τακτικές επισκέψεις στο νοσοκομείο και σε γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, προκαλώντας διαταραχή

στο ψυχισμό του, στις καθημερινές δραστηριότητες ενώ παράλληλα αναγκάζεται να απουσιάζει συχνά από το σχολείο του.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να προάγει την ισότητα στους κόλπους της κοινότητας καθώς και να εμπυχώνει και να προωθεί τα άτομα με κάθε είδους αναπηρία σε όλες τις εκφάνσεις της καθημερινότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, Definition of Intellectual Disability, 2010

Αθανάτου Ε. (2000). Κλινική νοσηλευτική. Βασικές και ειδικές νοσηλείες. Εκδόσεις Ελευθερία Αθανάτου, Αθήνα

Dale N.(2000), Τρόποι Συνεργασίας με Οικογένειας Παιδιών με Ειδικές Ανάγκες , Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα

Dederich M. (2001) Menschen mit Behinderung zwischen Ausschluss und Anerkennung Stuttgart: Klinkhardt

Hodapp R. (2005) Αναπτυξιακές θεωρίες και αναπηρία, Νοητική καθυστέρηση, αισθητηριακές διαταραχές και κινητική αναπηρία (μετ. Μαρία Δεληγιάννη) επιστ. επιμ. Αθηνά Ζώνιου-Σιδέρη, Ηλέκτρα Σπανδάγου Αθήνα: Μεταίχμιο

Skynner Robin-Cleese John, (1989), Οικογένεια, η σύγχρονη Οδύσσεια, Εκδόσεις Κέρδος.

Αθανάτου Ε. (2000). Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική. Εκδόσεις Ελευθερία Αθανάτου, Αθήνα

Αντωνιάδης Σ. (2002). Παιδιατρική. Εκδόσεις Π. Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα

Ασημόπουλος Χ. (2003). Ψυχο-κοινωνικές επιπτώσεις της χρόνιας σωματικής αναπηρίας στο παιδί και την οικογένεια. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα

Βάρβολη Λ. (2005). Όταν η οικογένεια έχει παιδί με ειδικές ανάγκες. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Δράκος Γεργιος (2002) Σύγχρονα Θέματα της Ειδικής Παιδαγωγικής, Προβληματισμοί, αναζητήσεις και προοπτικές Αθήνα: Ατραπός

Ζυγά Σ., (2013) Εισαγωγή στη νοσηλευτική επιστήμη, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Ζώνιου-Σιδέρη Α., (2011). *Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους*. Αθήνα: Πεδίο

Κρουσταλλάκης Γ. (1998). Παιδιά με ειδικές ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο. Ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Κωσταρίδου - Ευκλείδη Α. (2005) Μεταγνωστικές Διεργασίες και Αυτο-ρύθμιση Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Μαδιανός Μ. (2002). Κοινωνική ψυχιατρική και κοινωνική ψυχική υγιεινή. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα

Μπουσκάλια Λ., (1993) Άτομα με Ειδικές Ανάγκες και οι Γονείς τους», Εκδόσεις Γλάρος, Αθήνα

Ουλής Παναγιώτης (2004) Φιλοσοφία της Επιστημονικής Ψυχοπαθολογίας Μια συστηματική εισαγωγή Αθήνα: εκδόσεις Leader Books

Παντελιάδου Σ., (2011). *Ειδική Αγωγή. Από την έρευνα στη διδακτική πράξη*. Αθήνα: Πεδίο

Παπαγεωργίου Ε. (2002). Ψυχιατρική. Εκδόσεις Γραφικές Τέχνες, Αθήνα

Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, Σ., (2003) , Παιδιά με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες, Αθήνα: Ατροπός

Ραγιά , Α. (2009) Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.7η Έκδοση Βελτιωμένη. Αθήνα

Ρουμελιώτης Δ. (2001). Ιατρική Αποκατάσταση. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα

Σούλης Γεργίος - Σπυρίδων (2006) Παιδιά και έφηβοι με υψηλή νοητική λειτουργικότητα και η εκπαίδευση τους Αθήνα : Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδανός

Τζουριάδου Μ., Κουτσού Σ., Κυδωνιάτου Ε., Σταγιόπουλος Ν., Σταθοπούλου Ρ., Τζελέπη Θ. (2005). Ο θεσμός των ειδικών τάξεων : δομή ένταξης και περιθωριοποίησης των παιδιών με ειδικές ανάγκες. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα

Τσιμπιδάκη, Α. (2007). *Παιδί με ειδικές ανάγκες, οικογένεια και σχολείο. Μία σχέση σε αλληλεπίδραση*. Αθήνα: Ατραπός.

Πολυχρονοπούλου, Σ. (1995). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες*. Αθήνα: εκδ. Σ. Πολυχρονοπούλου

Πολυχρονοπούλου, Σ. (1996). *Νοητική υστέρηση*. Σημειώσεις για το Μ.Π.Σ. Ειδικής Αγωγής του Π.Τ.Δ.Ε.- Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Rimmer, J.H., Braddock, D. & Fujiura, G. (1994) Congruence of three indices for obesity in a population of adults with mental retardation. *Adapted Physical Quarterly*, 11, 396-403.

Rintala, P. (1998) Evaluation and intervention in mental retardation. XX, XX.

Wehmeyer, M.L., Kelchner, K. & Richards, K. (1996) Essential characteristics of self-determined behavior of individuals with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 100, 632-642.

Παπάνης Ε., Γιαβρίμης Π., Βίκη Α. (2007). *Ειδική Αγωγή, Επαγγελματικός Προσανατολισμός Ατόμων με Αναπηρίες και Αποασυλοποίηση*. Λέσβος:

Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας «Θεομήτωρ» Αγιάσου - Λέσβου, Δούκας & ΣΙΑ
ΟΒΕΕ

Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1980). *Νοητική καθυστέρηση: Διαφορική διάγνωση, αιτιολογία – πρόληψη, ψυχοπαιδαγωγική αντιμετώπιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Στασινός, Δ. (2001). *Η Ειδική Εκπαίδευση στην Ελλάδα. Αντιλήψεις, Θεσμοί και Πρακτικές. Κράτος και Ιδιωτική Πρωτοβουλία (1906-1989)*. Αθήνα: Gutenberg

Στασινός, Δ. (2013). *Η Ειδική Εκπαίδευση 2020. Για μια Συμπεριληπτική ή Ολική Εκπαίδευση στο Νέο-ψηφιακό Σχολείο με Ψηφιακούς Πρωταθλητές*. Αθήνα Παπαζήση

http://epapanis.blogspot.gr/2007/09/blog-post_4448.html

ΠΟΛΥΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ- ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

http://www.plasisworld.gr/news_info.php?data_id=73&pageNum=1&totalRows=19&timicat1=66030&timicat2=92973&timicat3=0&timicat4=0&timicat5=0&timicat6=0&timicat7=0#.VhzPCuztIHw