



**ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
« Η ΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΑΜΕΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ
ΚΑΙ Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ. »**



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ: ΚΑΠΑΡΕΛΟΥ ΑΘΗΝΑ

ΕΠΟΠΤΕΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΑ

ΠΑΤΡΑ 2018

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την τριμελή επιτροπή και ιδιαιτέρως την καθηγήτρια μου κα Μιχαλοπούλου Έλενα για τη βοήθεια που μου προσέφερε όλον αυτόν τον καιρό, αλλά κυρίως γιατί ήταν ο πρώτος άνθρωπος που πίστεψε στην ιδέα της παρούσας εργασίας, δίνοντας μου την απαραίτητη καθοδήγηση για την πραγματοποίησή της.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω και να αφιερώσω τη συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία στην οικογένειά μου για τη συνεχή υποστήριξή της καθ' όλη τη φοίτηση μου στο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα άτομα με ειδικές ανάγκες πρέπει να ζουν σε ένα περιβάλλον χωρίς περιορισμούς, το οποίο θα τους δίνει τη δυνατότητα επικοινωνίας και συμμετοχής με το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Αυτό σημαίνει, ότι τα συγκεκριμένα παιδιά οφείλουν να ενταχθούν ανάλογα με τις ανάγκες τους στο ανάλογο σχολείο. Το κοινωνικό στίγμα, είναι αυτό το οποίο έχει διαμορφώσει δύο στρατόπεδα, εκείνο των φυσιολογικών παιδιών κι εκείνο των παιδιών με ειδικές ανάγκες. Διαμορφώνεται έτσι, μια ρατσιστική και προκατειλημμένη άποψη για τα δεύτερα, με αποτέλεσμα να μη λαμβάνουν την αποδοχή, αλλά την απαξίωση και τον εκφοβισμό όχι μόνο από τα παιδιά, αλλά και από τις οικογένειές τους.

Ο σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να μελετηθεί η παρέμβαση του σχολικού νοσηλευτή στην ένταξη των Ατόμων Με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ) στο σχολείο από εκπαιδευτική και συμβουλευτική διάσταση.

Συμπερασματικά, ο σχολικός νοσηλευτής δρα σαν «καταλύτης» στη σχέση των συγκεκριμένων παιδιών με το σχολείο. Αρμοδιότητα του είναι να συμβάλλει στη ψυχολογική υποστήριξη των παιδιών, έτσι ώστε να επιτευχθεί η εσωτερική ευημερία και η ψυχική τους υγεία. Παράλληλα, συμμετέχει στην αντιμετώπιση προβλημάτων άρα και στην πρόληψη από πιθανά μελλοντικά προβλήματα. Τέλος, για να ανταποκριθεί σωστά στις αρμοδιότητες του οφείλει να είναι κατάλληλα ενημερωμένος, σε γνωστικό επίπεδο, για να καταφέρει να παρέχει την ανάλογη βοήθεια σε οποιοδήποτε παιδί και στο οικογενειακό του περιβάλλον σε περίπτωση που προκύψει κάποιο πρόβλημα.

Λέξεις – Κλειδιά: ΑΜΕΑ, σχολικός νοσηλευτής, κοινωνικό στίγμα, επικοινωνία, δικαιώματα, εκπαίδευση, ένταξη, κοινωνικοποίηση, απομόνωση

SUMMARY

People with disabilities must live in an unrestricted environment that will enable them to communicate and participate with the rest of society. This means that these children have to be integrated according to their needs in a relevant school. Social stigma has formed two camps, that of normal children and that of children with special needs. Thus, a racist and prejudiced view is formed about the latter. These children do not receive acceptance but deprivation and intimidation from children as well as families.

The purpose of this work is to study the intervention of the school nurse in the integration of Disabled People into the school from an educational and advisory dimension.

In conclusion, the school nurse acts as a "catalyst" in the relationship of these particular children with the school. The nurses role aims to offer psychological support to children in order to achieve their inner well-being and mental health. At the same time, they solve and prevent possible future problems. Finally, in order to properly meet his / her responsibilities, he / she must be properly informed at a cognitive level in order to be able to provide the appropriate care to these children and his / her family, within the school setting.

Keywords: school nurse, children with special needs, social stigma, communication, rights, education, integration, socialization, isolation.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
SUMMARY.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9-10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΑΤΑ Π.Ο.Υ.....	11-12
1.1.1 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ «ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ».....	12
1.2 ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....	12
1.2.1. ΑΝΑΛΥΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....	13
1.2.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....	13-14
1.2.3 ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ.....	14-15
1.3 ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	15
1.3.1 ΑΝΑΠΤΥΞΗ-ΟΡΙΣΜΟΣ.....	15
1.3.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ-ΟΡΙΣΜΟΣ.....	16
1.4 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	16
1.5 ΕΙΔΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	16-17
1.6 ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	17-18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	19
2.1.1 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ.....	20
2.2 ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	20
2.2.1 ΕΠΙΠΕΔΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	21
2.2.2 ΑΙΤΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	21

2.2.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	21-22
2.2.4 ΣΚΟΠΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	22
2.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN.....	22
2.3.1 ΑΙΤΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ DOWN.....	23
2.3.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ-ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ DOWN.....	23-24
2.3.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	24-25
2.4 ΑΥΤΙΣΜΟΣ-ΟΡΙΣΜΟΣ.....	25
2.4.1 ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΥΤΙΣΜΟΥ	25-26
2.4.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	26-27
2.4.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	27-28
2.5 ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	28
2.5.1 ΕΙΔΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗΣ ΑΚΡΩΝ.....	29
2.6 ΤΥΦΛΩΣΗ.....	29
2.6.1 ΑΙΤΙΑ ΤΥΦΛΩΣΗΣ.....	29-30
2.6.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΥΦΛΩΣΗΣ.....	30-31
2.7 ΚΩΦΩΣΗ.....	31
2.7.1 ΤΙΜΕΣ ΥΠΟΛΛΕΙΜΑΤΙΚΗΣ ΑΚΟΗΣ.....	31
2.7.2 ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΚΩΦΩΣΗΣ.....	32
2.7.3 ΓΛΩΣΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΩΦΩΣΗΣ.....	32
2.8 ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ.....	33
2.8.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ.....	33
2.8.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ.....	33-34
2.9 ΨΥΧΩΣΗ.....	34
2.9.1 ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΨΥΧΩΣΗΣ.....	35
2.9.2 ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΩΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	35-36

2.10 ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ.....	36
2.10.1 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ.....	36-37
2.11 ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	37
2.11.1 ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.....	37-38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
3.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΜΕΑ.....	39
3.2 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ.....	40-41
3.2.1 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΜΕΑ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....	41-42
3.3 ΣΧΟΛΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	43
3.3.1 ΣΧΟΛΕΙΟ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ.....	43-44
3.3.2 ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ.....	44-45
3.3.3 ΕΙΔΙΚΑ ΣΧΟΛΕΙΑ.....	46-47
3.3.4 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΚΤΟΣ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	47-48
3.4 ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΙΔΙΚΩΝ-ΓΟΝΕΩΝ.....	48-49
3.4.1 ΤΡΟΠΟΙ ΣΥΜΒΟΛΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΛΗ ΣΧΕΣΗ ΓΟΝΕΩΝ-ΕΙΔΙΚΩΝ.....	49-51
3.4.2 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΓΟΝΕΩΝ-ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ.....	51-52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	
4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΣΚΟΠΟΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	53
4.1.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	53-54
4.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	54-55
4.2.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	55-56
4.3 ΟΡΙΣΜΟΙ-ΣΚΟΠΟΙ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	56-57
4.3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ.....	57-58
4.4 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ-ΟΡΙΣΜΟΣ.....	58-59
4.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	59-61

4.6 ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ.....	61-62
4.6.1 ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ-ΟΡΙΣΜΟΣ.....	61-62
4.6.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	62-63
4.6.3 ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	63-65
4.6.4 ΚΑΘΗΚΟΝΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	65-68
4.7 ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	69-70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α'.....	71
6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β'.....	72-73
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	75-79

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αν για τον οργανισμό η βασική δομική και λειτουργική μονάδα είναι το κύτταρο τότε για την κοινωνία είναι ο άνθρωπος, ή καλύτερα οι ποικίλες υποομάδες ανθρώπων.

Μια ευπαθή υποομάδα της κοινωνίας μας είναι τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Άτομα τα οποία φέρουν προβλήματα αγωγής, εκπαίδευσης καθώς και κατάρτισης και που στόχος της Ειδικής Αγωγής είναι να αναπτύξουν πλήρως τις δυνατότητές τους, να αποκτήσουν γνώσεις και δεξιότητες, έτσι ώστε να αποκτήσουν την απαιτούμενη αυτονομία και ανεξαρτησία που τους αρμόζει καθώς και να καταφέρουν να ενταχθούν στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή.

Για να πραγματοποιηθεί, η Αγωγή και η Εκπαίδευση ο εκάστοτε σχολικός νοσηλευτής οφείλει να φέρει πλήρη αυτογνωσία και αυτεπίγνωση για τα παιδιά με ειδικές ανάγκες. Όντας επιμελητής υγείας οφείλει να χαρακτηρίζεται από προσωπική ισορροπία, που θα συμβάλλει έτσι στη σωστή συμπεριφορά, να είναι γνώστης σε εκπαιδευτικό επίπεδο και να συγκεντρώνει στο πρόσωπό του πολλές επιστημονικές ειδικότητες (εκπαιδευτικού, σχολιάτρου, ψυχολόγου, ειδικού παιδαγωγού). Η πολυδιάστατη αυτή γνώση ανταπεξέρχεται σε όλα τα στάδια αντιμετώπισης του φαινομένου της αναπηρίας (Διάγνωση, Πρωτογενής Πρόληψη, Δευτερογενής και Τριτογενής Πρόληψη, Συμβουλευτική σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, παρέμβαση και θεραπευτική αντιμετώπιση).

Ειδικότερα, οφείλει να κατέχει σαφείς – ακριβείς έννοιες, μεθόδους και τεχνικές προσέγγισης για να μπορεί να κατανοήσει, να ερμηνεύσει την ιδιαίτερη ψυχολογία και ψυχοσύνθεση των παιδιών με ειδικές ανάγκες, καθώς και αυτή του στενού οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Η πλήρη κατανόηση των αναγκών και δυσκολιών των παιδιών, επιτρέπει στο σχολικό νοσηλευτή να παρεμβαίνει σε ατομικό επίπεδο και να συνεργάζεται αποτελεσματικότερα με την οικογένειά τους. Εξάλλου, σχολείο και οικογένεια έχουν μια σχέση δράσης – αντίδρασης, εκ την οποία προκύπτει η ,όσο το δυνατόν, μείωση και εξάλειψη των ελλείψεων και των αδυναμιών αυτών των παιδιών (Παπάνης και συν. 2009).

Η παρούσα εργασία παρουσιάζει τη συνεισφορά του σχολικού νοσηλευτή σε εκπαιδευτικό και συμβουλευτικό επίπεδο.

Πιο συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο ορίζεται η έννοια της αναπηρίας, αλλά και δίνεται ορισμός και στα άτομα με ειδικές ανάγκες καθώς παρουσιάζεται η ανάπτυξη, η ψυχολογία των παιδιών, των εφήβων και γίνεται λόγος για πιθανές αναπτυξιακές διαταραχές που μπορούν να προκληθούν.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις κατηγορίες των παιδιών με ειδικές ανάγκες και στα πιο κοινά προβλήματα τα οποία παρουσιάζουν τα παιδιά με ειδικές ανάγκες, ενώ στο τρίτο παρουσιάζεται ο κοινωνικός αποκλεισμός των ατόμων με αναπηρίες, τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν λόγω των καθημερινών προβλημάτων που έχουν, αναπτύσσονται τα δικαιώματα τα οποία έχουν γενικά, αλλά και πιο ειδικά στον τομέα της εκπαίδευσης, ενώ τέλος παρουσιάζεται η δύσκολη ,αλλά επιτακτική συνεργασία ανάμεσα στο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού με το σχολείο και πιο συγκεκριμένα με το σχολικό νοσηλευτή.

Στο τελευταίο κεφάλαιο αναπτύσσεται η συμβολή του σχολικού νοσηλευτή και όλα τα χαρακτηριστικά που πρέπει να συγκεντρώνει για να καταφέρει να αποδώσει σωστά στο ρόλο του εκπαιδευτικού και του συμβούλου. Στο πρόσωπό του συγκεντρώνει αρκετούς ρόλους και τους οποίους οφείλει να θέτει σε εφαρμογή ώστε να βοηθήσει στη διαμόρφωση του χαρακτήρα των παιδιών, αφού έχει προηγηθεί τόσο η κατανόηση όσο και η αποδοχή του προβλήματος από τα ίδια, για να τεθούν οι θεμέλιοι λίθοι για την ένταξη τους όχι μόνο στο σχολείο, αλλά και στην ευρύτερη κοινωνία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ(Π.Ο.Υ)

Το 1980 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) σχεδίασε δύο βασικά «ανταγωνιστικά» πλαίσια αντίληψης και ανάλυσης της αναπηρίας. Το αρχικό ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) και το πιο πρόσφατο ICIDH-2 (International Classification of Impairments, Activities and Participation) (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2008).

Με βάση την πρώτη ταξινόμηση, η αναπηρία αποτελείται από τρία ξεχωριστά αλλά αλληλοσυνδεδεμένα μέρη, «μειονέκτημα (impairment)», «ανικανότητα (disability)», «αναπηρία – μειονεξία (handicap).

✓ Ως μειονέκτημα (impairment) ορίζεται η κάθε απώλεια ή αλλοίωση ψυχολογικής, πνευματικής ή ανατομικής λειτουργίας.

✓ Ανικανότητα (disability) ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία υπάρχει μερική ή ολική μείωση της ικανότητας(αποτέλεσμα του μειονεκτήματος) στην εκτέλεση μιας δραστηριότητας με συγκεκριμένο τρόπο ή μέσα στα φυσιολογικά όρια για την ανθρώπινη υπόσταση.

✓ Αναπηρία (handicap) είναι κάθε μειονέκτημα ενός ατόμου, που προκύπτει από κάποια χρόνια βλάβη, η οποία παρεμποδίζει την υλοποίηση ενός φυσιολογικού ρόλου (ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, τους κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες).

Άρα : Αρρώστια ↔ Μειονέκτημα ↔ Ανικανότητα ↔ Μειονεξία/αναπηρία

✓ Στο δεύτερο πλαίσιο αναφοράς ICIDH-2, δημιουργήθηκε σε μία ανάγκη να βελτιωθεί το πρώτο μοντέλο, λαμβάνοντας υπόψη εμπειρίες που αποκτήθηκαν και κριτικές που είχε αρχικά δεχτεί, έτσι η αναπηρία αποτελεί έναν ευρύτερο όρο, που αποτελείται από τις επιμέρους διαστάσεις:

✓ Σωματικές λειτουργίες: είναι οι φυσιολογικές ή ψυχολογικές λειτουργίες του σώματος.

✓ Σωματικές δομές: τα όργανα, τα άκρα συντελούν τα ανατομικά μέρη του σώματος.

- ✓ Ατομικές δραστηριότητες: είναι η ατομική απόδοση μιας ενέργειας ή ενός έργου.
- ✓ Κοινωνική συμμετοχή: είναι η εμπλοκή ενός ατόμου στη κατάσταση ζωής, που σχετίζεται με το πλαίσιο της υγείας, τις σωματικές δομές, τις λειτουργίες και τις δραστηριότητες.

1.1.1 ΠΡΟΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ «ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ»

Η φράση «άτομα με ειδικές ανάγκες», έχει δεχτεί κατά καιρούς πολλούς ορισμούς σε εθνικό, αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο. Στη σημερινή εποχή, η κοινωνία προσπαθεί να αποδεχτεί αυτά τα άτομα και να τα θεωρήσει ισότιμα μέλη της.

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών , στη διακήρυξη για την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των συγκεκριμένων ατόμων δίνεται ο εξής ορισμός «ανάπηρος είναι κάθε πρόσωπο, το οποίο είναι ανίκανο να αναλάβει μόνος τους όλες ή μέρος των ατομικών και κοινωνικών, φυσιολογικών αναγκών, λόγω μιας εκ γενετής ή όχι βλάβης των φυσικών ή διανοητικών ικανοτήτων του».

Ενώ, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τα «άτομα με ειδικές ανάγκες» ως «οι πολίτες με κινητικές και άλλες ανικανότητες ή και ψυχονοητικές διαταραχές». Δυστυχώς, τα άτομα αυτά λόγω της διαφορετικότητάς τους στοχοποιούνται με αποτέλεσμα να περιθωριοποιούνται.

1.2 ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Έχουν δημιουργηθεί ποικίλα μοντέλα ερμηνείας της και η αναπηρία προσεγγίστηκε μέσα από διαφορετικές οπτικές, ανάλογα με την ιδεολογία και την αντίληψη του κάθε μελετητή καθώς και από τον τρόπο που κάθε κοινωνία την αντιλαμβάνεται ανά περίοδο. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι πρόκειται για ένα πολυδιάστατο μοντέλο, το οποίο κατηγοριοποιείται ως εξής:

- ✓ Ιατρικό μοντέλο προσέγγισης της αναπηρίας (medical model).
- ✓ Ατομικό μοντέλο προσέγγισης της αναπηρίας (individual model) και η αναπηρία, ως ατομική τραγωδία (disability as a personal tragedy).
- ✓ Κοινωνικό μοντέλο (social model).

1.2.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

Βασίζεται στην έννοια της αναπηρίας εννοούμενη σαν διαφορετικότητα σε σχέση με τη φυσική ομαλότητα. Άρα θέτει στο στόχαστρο τον ανάπηρο με βάση την εξέλιξη ή μη της νόσου και το είδος της. Το ανάπηρο άτομο, αντιμετωπίζει λειτουργικούς περιορισμούς, λόγω του υπάρχοντος «προβλήματος» (παραπληγία, κώφωση, νοητική στέρηση, τύφλωση), που ορισμένοι αντιμετωπίζονται ιατρικά, ενώ άλλοι οδηγούν σε μια στέρηση συμμετοχής του ατόμου στις διάφορες δραστηριότητες της ανθρώπινης του ζωής. Το ιατρικό μοντέλο, εστιάζει:

- ✓ Στην αυθεντία της ιατρικής διάγνωσης.
- ✓ Στην έρευνα που αφορά την κλινική εικόνα της αναπηρίας.

Έτσι, το ιατρικό μοντέλο οδηγείται:

- ✓ Στον περιορισμό της ερευνητικής ενασχόλησης με την ιατρική διάγνωση.
- ✓ Στην αντιμετώπιση των ατόμων ως πάσχοντες.
- ✓ Στο σκεπτικό ότι η αιτία των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το άτομο είναι η ίδια η αναπηρία του.

✓ Στο «στιγματισμό» του ατόμου λόγω της ύπαρξης στερεοτύπων.

✓ Στις αυθαίρετες αποφάσεις των επιστημόνων μη λαμβάνοντας υπόψη τον πάσχοντα όσον αφορά τη μελλοντική κοινωνική, εκπαιδευτική του πορεία (Ντεροπούλου – Ντέρου, 2015).

1.2.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

Σύμφωνα με τις απόψεις μας η κοινωνική δομή «στοχοποιεί» τους κινητικά ανάπηρους. Η αναπηρία, εκμεταλλεζόμενη την υπάρχουσα κινητική δυσλειτουργία, εμφανίζεται αναίτια να μας περιθωριοποιεί και να μας αποκλείει συνολικά από τις συμμετοχικές κοινωνικές διαδικασίες (U.P.I.A.S , 1976).

Το κοινωνικό μοντέλο αντιμετωπίζει τα άτομα με αναπηρία όπως ακριβώς αντιμετωπίζει και τους υπόλοιπους ανθρώπους και θεωρεί πως το πρόβλημα πηγάζει από την ίδια την κοινωνία υποστηρίζοντας πως η αναπηρία δεν αποτελεί έλλειμμα αλλά ένα

συνονθύλευμα συνθηκών. Τα βασικά χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου μοντέλου συνοψίζονται ως εξής :

- ✓ Αναγνωρίζει την αλληλεπίδραση των διαφόρων δομών και συμπεριφορών που δημιουργούν την κοινωνική διάσταση της αναπηρίας
- ✓ Αναγνωρίζει τη φωνή και τη γνώμη των αναπήρων ανθρώπων
- ✓ Παραδέχεται ότι οι πρόοδοι της πολιτικής καταπιέζουν και αρνούνται τα πολιτικά αστικά δικαιώματα των αναπήρων ανθρώπων
- ✓ Ενισχύει, παρέχει δύναμη και πληροφόρηση στα άτομα με αναπηρίες και στις οργανώσεις τους (Σπυρωνίδου, 2011).

1.2.3 ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Σύμφωνα με τους Lindroos και Ovegand (2005), αναφέρουν ότι το «ιατρικό μοντέλο βλέπει τον ανάπηρο σαν πρόσωπο που χρειάζεται διόρθωση για να βελτιωθεί» και ο Κουντάτος (2005) (όπως αναφέρεται στην Πολυχρονοπούλου, 2012) υποστηρίζει ότι το «κοινωνικό μοντέλο είναι αυτό που εντοπίζει τα κύρια προβλήματα σε θεσμούς και συστήματα όπως το σχολείο». Δηλαδή, η βασική διαφορά ανάμεσα στα δύο μοντέλα είναι ότι το ιατρικό μοντέλο υποστηρίζει ότι η αναπηρία είναι ατομικό χαρακτηριστικό και προσωπικό πρόβλημα, αντίθετα το κοινωνικό θεωρεί ότι είναι απόρροια της σχέσης ατόμου περιβάλλοντος, ως «κοινωνική κατασκευή» καθώς και αποτελεί μαζικό πρόβλημα. Συνεπώς, όπως είναι αντιληπτό το πρόβλημα σύμφωνα με το πρώτο μοντέλο αντιμετωπίζεται ατομικά μέσω της «θεραπείας» , καθώς αποτελεί μια προσωπική τραγωδία, ενώ στη δεύτερη περίπτωση αναδύεται η έννοια της ομάδας και το σύστημα αυτοβοήθειας από έμπειρους ανθρώπους σε άτομα με αναπηρίες, με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Μια τελευταία και εξίσου σημαντική διάκριση είναι ότι το κοινωνικό μοντέλο εστιάζει στη συλλογική ταυτότητα, στη διεκδίκηση των δικαιωμάτων και στη βασική τους ανάγκη για επιβίωση κάτι με το οποίο το ιατρικό μοντέλο δε συμφωνεί καθώς υποστηρίζει ότι τα άτομα αυτά αποτελούν μεμονωμένες ταυτότητες που στόχο τους έχουν την προσαρμογή τους στο υπάρχον κοινωνικό περιβάλλον (Ζώνιου- Σιδέρη, 2012).

ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ
Η αναπηρία είναι μια «προσωπική τραγωδία»	Η αναπηρία είναι αποτέλεσμα της ίδιας της κοινωνίας
Η αναπηρία είναι προσωπικό πρόβλημα	Η αναπηρία είναι κοινωνικό πρόβλημα
Επιδέχεται ατομική θεραπεία	Επιδέχεται κοινωνική δράση
Ο ειδικός αναγνωρίζεται σαν ασθεντία	Συλλογική εμπειρία ατόμων με αναπηρία
Ατομική ταυτότητα	Συλλογική ταυτότητα
Διορθωτική – αντισταθμιστική προσέγγιση	Ενδυνάμωση – αυτοεκτίμηση

Πίνακας σύγκρισης ιατρικού-κοινωνικού μοντέλου.

1.3 ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.3.1 ΑΝΑΠΤΥΞΗ-ΟΡΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με το Νέο Ελληνικό Λεξικό (1992: 73-74), η λέξη ανάπτυξη προέρχεται από το ρήμα «αναπτύσσω» που σημαίνει ξεδιπλώνω, αυξάνω δηλαδή τις διαστάσεις. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μεταφορικά με την έννοια της περαιτέρω επεξήγησης. Επιπλέον, μπορεί να περιγράψει:

- ✓ Την πρόοδο ενός μεγέθους
- ✓ Την εξέλιξη των φυσικών και κοινωνικών φαινομένων.
- ✓ Την ολοκλήρωση ανθρώπινων ενεργειών.

1.3.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ-ΟΡΙΣΜΟΣ

✓ Η λέξη διαταραχή προέρχεται από το ρήμα «ταράσσω» που σημαίνει ανωμαλία, σύγχυση, αταξία. Περιγράφει:

✓ Την πρόκληση μιας ανωμαλίας σε κάτι που βρίσκεται σε «κανονική κατάσταση»

✓ Τη μη φυσιολογική λειτουργία ενός ζωντανού οργανισμού (στομαχικές, ψυχικές διαταραχές) (Νέο Λεξικό της Ελληνικής, 1992:20).

1.4 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το Νευρικό Σύστημα (ΝΣ) είναι ο ρυθμιστής και ο ελεγκτής της λειτουργίας όλων των οργάνων του ανθρώπινου σώματος, καθώς συμβάλλει στη μεταξύ τους αρμονική συνεργασία. Αποτελεί τη βάση των ψυχικών λειτουργιών και μέσω των αισθητήριων οργάνων και συνεισφέρει στην αντίληψη του περιβάλλοντος από τον άνθρωπο.

Το ΝΣ διαιρείται σε τμήματα:

✓ Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό)

✓ Το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα (εγκεφαλικά και νωτιαία νεύρα)

Πιο συγκεκριμένα:

✓ Δέχεται και μεταφέρει πληροφορίες τόσο από το εξωτερικό περιβάλλον όσο και από το υπόλοιπο σώμα

✓ Επεξεργάζεται τις πληροφορίες που λαμβάνει από το ΚΝΣ

✓ Ελέγχει και ρυθμίζει μια αντίδραση, η οποία μπορεί να είναι είτε εκούσια είτε ακούσια (Ρήγας, 2009-2010: 2).

1.5 ΕΙΔΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Κατά τη νηπιακή-παιδική ηλικία γίνονται εμφανείς οι αναπτυξιακές διαταραχές μέσω της βλάβης-καθυστέρησης των λειτουργιών που συνδέονται άμεσα με την ωρίμανση του ΚΝΣ. Επιπρόσθετα, ανήκουν στην ψυχιατρικές παθήσεις που προκαλούν ένα είδος «εξασθένισης» σε διάφορους τομείς. Ο συγκεκριμένος όρος

χρησιμοποιείται ποικιλοτρόπως όπως στο ICD-10 (είναι η δέκατη αναθεώρηση της διεθνούς στατιστικής ταξινόμησης των ασθενειών και των σχετικών προβλημάτων υγείας (ICD)). Στις συγκεκριμένες διαταραχές περιλαμβάνονται:

- ✓ Οι μαθησιακές δυσκολίες
- ✓ Οι διαταραχές λόγου
- ✓ Οι κινητικές διαταραχές
- ✓ Οι διαταραχές αυτιστικού φάσματος.

Τα παιδιά τα οποία εμφανίζουν αναπτυξιακές διαταραχές παρουσιάζουν συναισθηματικές διαταραχές και προβλήματα στη συμπεριφορά τους, που μέσα από έρευνες προκύπτει, σε τριπλάσιο ποσοστό από τον κανονικό πληθυσμό των παιδιών (Σίσκα, 2014).

1.6 ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Είναι υπαίτιες για τη βλάβη, στη δυσκολία ανάπτυξης και στην εξέλιξη του εγκεφάλου ή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, μια βλάβη η οποία δυσχεραίνει τη λειτουργία του εγκεφάλου, σαν αποτέλεσμα οι αρνητικές επιπτώσεις σε συναισθηματικό, μαθησιακό και μνημονικό επίπεδο. Έχουν νευρολογική φύση και προκύπτουν στην βρεφική και παιδική ηλικία συνήθως και περιλαμβάνουν:

- ✓ Κινητικές διαταραχές
- ✓ Στερεοτυπική κινητική διαταραχή (σύνδρομο Tourette- παρουσία πολλών κινητικών και φωνητικών τικ)
- ✓ Τραυματική βλάβη εγκεφάλου
- ✓ Διαταραχές επικοινωνίας (λόγου, ομιλίας)
- ✓ Γενετικές διαταραχές (σύνδρομο Down)
- ✓ Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής (ΔΕΠ) ή Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) (μια αναπτυξιακή διαταραχή νευρολογικής φύσεως που εκδηλώνεται με δύο βασικά συμπτώματα τη μικρή διάρκεια προσοχής και την έντονη κινητικότητα)
- ✓ Αντικοινωνική συμπεριφορά και σχιζοφρένεια (η αντικοινωνική συμπεριφορά κατατάσσεται στις διαταραχές προσωπικότητας κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει συμπεριφορές, αντιδράσεις που δύσκολα μπορούν να είναι κοινωνικά

προσαρμοστικές, ενώ η σχιζοφρένεια αποτελεί μια ψυχική διαταραχή κατά την οποία είναι ανέφικτη η διαφοροποίηση του πραγματικού από το φανταστικό (Σίσκα, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο

2.1 ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Κατά το πέρασμα των χρόνων, έγιναν πολλές προσπάθειες να δημιουργηθεί ένας ορισμός ή έστω μια προσέγγιση της έννοιας της Ειδικής Αγωγής, από ανθρώπους που βρίσκονται στον τομέα της εκπαίδευσης και ασχολούνται με τα παιδιά με ειδικές ανάγκες. Πρώτη η Ρόζα Ιμβριώτη αναφέρει ότι η Ειδική Αγωγή είναι «η επιστήμη που φροντίζει για τη μόρφωση, τη διδασκαλία και πρόνοια όλων των παιδιών που η σωματική και η ψυχική τους εξέλιξη εμποδίζεται από ατομικούς, κοινωνικούς παράγοντες». Έπειτα, ο Κώστας Καλαντζής παραθέτει πως είναι ένας «κύκλος ειδικών χειρισμών, ειδικών μορφών εργασίας, διδακτικού περιεχομένου και υλικού, ειδικού παιδαγωγικού κλίματος και ζωής», ενώ συμπληρώνει και τονίζει πως «είναι ένας νέος επιστημονικός κλάδος που μέσα από ειδικές μεθόδους διαπαιδαγώγησης και ειδικών μέσων προσπαθεί να ολοκληρώσει και να εξελίξει ως ένα βαθμό την καθυστερημένη, διαταραγμένη προσωπικότητα των μειονεκτικών αυτών παιδιών, έτσι ώστε να καταφέρουν να ενταχθούν, να προσαρμοστούν στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο και να νιώσουν ευτυχισμένα λόγω των γνώσεων, των ικανοτήτων – δεξιοτήτων που θα έχουν αποκτήσει». Συμπληρωματικά, πολλά Ευρωπαϊκά κράτη έχουν δώσει την εξής προσέγγιση: «είναι η ειδική μεταχείριση που στόχο έχει να εκπαιδεύσει και να ικανοποιήσει τις ανάγκες των παιδιών που έχουν ειδικές ανάγκες». Άρα, η Ειδική Αγωγή ξεπερνάει τα όρια του επιστημονικού κλάδου και επεκτείνεται σε μια ευρύτερη επιστημονική περιοχή που επηρεάζεται από άλλες επιστήμες που δεν έχει επίκεντρο την εξατομίκευση όσον αφορά το μειονεκτικό παιδί, αλλά όλα τα παιδιά. Αποβλέπει στην απόκτηση δεξιοτήτων και γνώσεων καθώς και στη διατήρηση, εξέλιξη της φυσικής και πνευματικής υγείας των παιδιών και να οδηγήσει με αυτόν τον τρόπο στην κοινωνικοποίηση του ατόμου.

Συμπερασματικά, η έννοια της Ειδικής Αγωγής είναι δύσκολο να οριστεί καθώς υπάρχουν παράγοντες κοινωνικού, πολιτικού, εκπαιδευτικού περιεχομένου που έχουν περισσότερο σχέση με τις ανάγκες της κοινωνίας παρά με τις ατομικές ανάγκες του κάθε παιδιού.

2.1.1 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Μια κατά προσέγγιση ποσοστιαία εκτίμηση που αναλογεί στα παιδιά με ειδικές ανάγκες κυμαίνεται γύρω στο 10-20%. Το μεγαλύτερο πληθυσμό με βάση έρευνας το καταλαμβάνουν τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες. Οι δυσκολίες αυτές, ευθύνονται είτε στην αδιαφορία των εκπαιδευτικών να χειριστούν τους «ιδιαιτέρους» αυτούς μαθητές, είτε στο κοινωνικό στίγμα που τα θεωρεί κατά κόρον «νοητικά καθυστερημένα». Τα συγκεκριμένα άτομα, αποτελούν μια ευπαθή ομάδα, αφού παρουσιάζουν δυσκολία στην προσαρμογή και στη μάθηση λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που φέρουν σωματικά, νοητικά, συναισθηματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά. Τα άτομα αυτά φέρουν τα εξής προβλήματα:

- ✓ Νοητική Στέρωση
- ✓ Σύνδρομο Down
- ✓ Αυτισμός
- ✓ Κινητικά προβλήματα
- ✓ Τύφλωση
- ✓ Κώφωση
- ✓ Εγκεφαλική παράλυση
- ✓ Επιληψία
- ✓ Ψυχώσεις
- ✓ Χρόνιες ασθένειες (Λαμπροπούλου, 2010).

2.2 ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

Υπάρχουν ελλείμματα – προβλήματα λειτουργικότητας στον τομέα της επικοινωνίας, της αυτοεξυπηρέτησης, των δεξιοτήτων, της υγείας, της ασφάλειας, της εργασίας καθώς η έναρξη των δυσκολιών αυτών τοποθετείται πριν την ηλικία των 18 ετών.

Το πρόβλημα της νοητικής υστέρησης αντιμετωπίζεται όχι μόνο εγγενώς, αλλά και με βάση της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του. Η συχνότητα εμφάνισής της στο γενικό σύνολο κυμαίνεται στο 1%, ενώ σύμφωνα με άλλες εκτιμήσεις στο 3% (Σταθόπουλος, 2005).

2.2.1 ΕΠΙΠΕΔΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

- ✓ Ελαφρά νοητική υστέρηση: IQ 55-70 (νοητική ηλικία 7-12 ετών)
- ✓ Μέτρια νοητική υστέρηση: IQ 40-55 (νοητική ηλικία 6-9 ετών)
- ✓ Σοβαρή νοητική υστέρηση: IQ 25-40 (νοητική ηλικία 3-6 ετών)
- ✓ Βαριά νοητική υστέρηση: IQ < 25 (νοητική ηλικία < 3 ετών) (Σταθόπουλος, 2005).

2.2.2 ΑΙΤΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

- ✓ Προγεννητικά (σε ποσοστό 50% - 70%): Κληρονομικοί παράγοντες, ασθένειες-λοιμώξεις, τραυματισμοί της εγκύου, κακή διατροφή, δυσπλασίες του ΚΝΣ, χημικοί - τοξικοί παράγοντες.
- ✓ Περιγεννητικά (σε ποσοστό 10% - 20): Πρόωρη γέννηση, τραυματισμοί, αιμορραγία εγκεφάλου, ασφυξία, αναπνευστική δυσχέρεια, υπεργλυκαιμία, λοιμώξεις (μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, πνευμονία).
- ✓ Μεταγεννητικά (σε ποσοστό 5% - 10%) : Ατυχήματα, μολυσματικές ασθένειες, τοξικοί παράγοντες, ενδοκρινολογικοί παράγοντες, υψηλός πυρετός, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (κακοποίηση, παραμέληση) (Hodapp & Σταθόπουλος 2005).

2.2.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Τα σύνηθες συμπτώματα της νοητικής υστέρησης είναι: κινησιολογικά προβλήματα (κινητική κατάσταση χαμηλή), ανωμαλία όρασης και ακοής, περιορισμένη καθώς και αφηρημένη σκέψη, μειωμένη αντίληψη (π.χ προσανατολισμός στο χώρο). Επιπρόσθετα, δυσκολία στη γλώσσα (π.χ περιορισμένο λεξιλόγιο, αδυναμία εντοπισμού ομοιοτήτων και διαφορών, πρόβλημα άρθρωσης, δυσκολία περιγραφής σχημάτων, αδυναμία συμμετοχής σε συζήτηση, μικρό εύρος μνήμης και «αδύναμη» οργάνωση σκέψης, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης. Τα βαριά περιστατικά εμφανίζουν καρδιακά,

αναπνευστικά και κινητικά προβλήματα καθώς και εμφανή εξωτερικά χαρακτηριστικά (π.χ ύψος, βάρος, χαρακτηριστικά προσώπου) (Hodapp & Σταθόπουλος, 2005).

2.2.4 ΣΚΟΠΟΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

✓ Το άτομο να καταφέρει να αναπτύξει ένα καλό επίπεδο αυτοσυντήρησης και αυτονομίας (να μπορεί να τρώει, να ντύνεται μόνο του, ατομικός καθαρισμός) για να μπορέσει να εξασφαλίσει μια παραγωγική και ικανοποιητική ζωή.

✓ Να αναπτύξει αντιληπτικές και γλωσσικές ικανότητες (π.χ προσανατολισμός στο χώρο, άσκηση μνήμης).

✓ Να αναπτύξει κοινωνικές δεξιότητες (ικανότητα να «φιλτράρει» πληροφορίες και να μπορεί να τις εκτελεί, να οργανώσει και να διαμορφώσει έτσι έναν τρόπο συμπεριφοράς) (Χαρουπιάς, 1997).

2.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN

Το Σύνδρομο Down είναι μια από τις πιο γνωστές χρωμοσωμιακές ανωμαλίες, ίσως η πιο γνωστή. Η πιθανότητα να γεννηθεί ένα παιδί με το συγκεκριμένο σύνδρομο είναι ανάλογο με την ηλικία της μητέρας, δηλαδή όσο αυξάνεται η ηλικία μιας μητέρας τόσο μεγαλώνει η πιθανότητα να γεννηθεί ένα παιδί με αυτή τη χρωμοσωμιακή ανωμαλία. Η πιθανότητα γέννησης παιδιού με σύνδρομο Down σχετίζεται με την ηλικία της μητέρας. Μελέτες δείχνουν ότι μια μέλλουσα μητέρα ηλικίας 45 ετών έχει πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα να αποκτήσει παιδί με σύνδρομο Down σε σχέση με μια μέλλουσα μητέρα ηλικίας 19 ετών. Η εμφάνιση ενός επιπλέον χρωμοσώματος στο 21^ο ζευγάρι έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας τρισωμίας, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο συνολικός αριθμός χρωμοσωμάτων από 46 σε 47 (Βιολογία Γ' Γενικού Λυκείου).

2.3.1 ΑΙΤΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ DOWN

Επικεντρώνονται κυρίως στα εξής αίτια:

- ✓ Στην υγεία των γονέων (όπως διάφορα νοσήματα- καρδιακές παθήσεις, διαβήτη στη μητέρα)
- ✓ Ψυχικές διαταραχές (όπως η σχιζοφρένεια και η επιληψία που αλλοιώνουν το γενετικό σύστημα και μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα κατά τη διάρκεια της κύησης, που αποτελούν μεγάλο κίνδυνο για το έμβρυο)
- ✓ Η γέννηση του παιδιού από μητέρα, η οποία ξεπερνάει το 35^ο έτος της ηλικίας της
- ✓ Οι συνεχείς εκτρώσεις
- ✓ Η ψυχολογική διακύμανση της μητέρας και η έντονη νευρικότητά της
- ✓ Η συνεχιζόμενη έμμηνος ρύση επί τριμήνου μετά τη σύλληψη
- ✓ Η κακή λειτουργία του θυρεοειδούς αδένου (Κρασανάκης, 2009).

2.3.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ-ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ DOWN

Ένα βασικό χαρακτηριστικό που παρουσιάζουν όλα τα παιδιά με το συγκεκριμένο σύνδρομο είναι η νοητική καθυστέρηση, καθώς ο χαμηλός δείκτης νοημοσύνης είναι κοινό γνώρισμα για αυτά τα παιδιά (Τζουριάδου, 1995). Τα κορίτσια παρουσιάζουν μεγαλύτερο δείκτη νοημοσύνης από τα αγόρια καθώς τα δεύτερα εμφανίζουν καθυστέρηση σε όλους τους τομείς ανάπτυξης (Αγγελοπούλου & Σακαντάμη, 2005).

Όσον αφορά τα εξωτερικά χαρακτηριστικά επικεντρώνονται κυρίως στις σωματικές ανωμαλίες, αυτές που αφορούν τα χαρακτηριστικά του προσώπου, της κεφαλής και του υπόλοιπου σώματος. Πιο συγκεκριμένα:

- ✓ Όσον αφορά την κεφαλή: το κεφάλι τους είναι μικρό και στρογγυλό καθώς το πίσω μέρος είναι ελαφρώς πιο πλατύ (βραχυκεφαλία), ενώ τα μαλλιά τους είναι αραιά, ίσια και πολύ απαλά.
- ✓ Όσον αφορά το πρόσωπο: έχουν πεπλατυσμένο πρόσωπο, τα μάτια τους είναι ελαφρά λοξά και νυσταγμένα, ενώ η μυωπία, η υπερμετροπία και ο καταρράκτης είναι σύνηθες ασθένειες, η μύτη είναι μικρή και πεπλατυσμένη ενώ δυσκολεύονται να αναπνεύσουν, τα αυτιά τους είναι μικροσκοπικά όπως και η στοματική τους κοιλότητα είναι πιο μικρή σε σύγκριση με το φυσιολογικό και τέλος η φωνή τους συνήθως βραχνή.

▼ Όσον αφορά το υπόλοιπο σώμα: είναι μικρόσωμα, τα χέρια και τα δάχτυλα είναι πολύ κοντά και παρουσιάζουν μεγάλη ευλυγισία, έχουν μεγάλη κοιλιά που στην πλειονότητα οδηγεί σε ομφαλοκήλη, οι παλάμες είναι τετράγωνες και εμφανίζουν έντονες αύλακες, τα πόδια τους είναι κοντόχοντρα με πολυδακτυλία καμιά φορά ή με μεγάλη απόσταση του μεγάλου δακτύλου από τα υπόλοιπα, γενικά όσον αφορά το βάρος τους είναι πολύ μικρότερο από το φυσιολογικό όπως και το ύψος τους.

Γλωσσικά και συμπεριφορικά τα παιδιά με σύνδρομο Down παρουσιάζουν και εδώ ιδιαιτερότητες. Καταφέρνουν να μιλήσουν αλλά με κάποιες δυσκολίες βέβαια, ενώ υπάρχει ένα αρκετά μεγάλο τμήμα τους που δε χρησιμοποιεί τη λεκτική επικοινωνία. Το λεξιλόγιό τους είναι συνήθως φτωχό και για αυτό ακριβώς το λόγο οι προτάσεις τους περιορίζονται στις δύο λέξεις, ενώ έχουν την τάση να επαναλαμβάνουν την ίδια πρόταση πολλές φορές. Τώρα η παρουσία τους στο χώρο θα λέγαμε ότι είναι ευχάριστη καθώς τα περισσότερα είναι χαρούμενα, με ευχάριστη διάθεση, χαριτωμένα και φιλικά με καλή αίσθηση του χιούμορ, αλλά δε λείπουν και οι περιπτώσεις εκείνες που η επιθετικότητα, η άρνηση για συνεργασία κάνουν την εμφάνισή τους. Πάσχουν κυρίως από έλλειψη προσοχής, υπερκινητικότητα, ενώ σπάνια παρουσιάζουν ψυχιατρικές παθήσεις κατά τις οποίες προκύπτουν φαντασιώσεις και άσχετη ομιλία (Καραμάνου και συν. 2013).

2.3.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η παρέμβαση που πρέπει να λάβει χώρα πρέπει να επικεντρωθεί σε δύο βασικά στοιχεία: τη διδασκαλία του λόγου και τη διδασκαλία της κίνησης.

Στη διδασκαλία του λόγου στόχος είναι η επίτευξη της επικοινωνίας, για αυτό το παιδί πρέπει να μάθει να χρησιμοποιεί απλές λέξεις όχι ομόηχες που θα το μπερδεύουν, ενώ θα πρέπει να συνοδεύονται από εικόνες για να ενισχύεται το οπτικό ερέθισμα. Επιπρόσθετα, πρέπει να γίνονται επαναλήψεις και χρήση μεθόδων που θα ενισχύσουν τη μνήμη τους.

Το πρόβλημα του χαλαρού μυϊκού τους τόνου και του μικρού μεγέθους των δαχτύλων των συγκεκριμένων παιδιών τα περιορίζει όσον αφορά τις κινήσεις, για αυτό και πρέπει να εφαρμοστεί και εδώ κάποια διδασκαλία. Η μάθηση πρέπει να επικεντρωθεί στη σωστή βάρδια, στη λεπτή κινητικότητα (να μάθει το παιδί να κρατάει το πιρούνι για να φάει κτλ.) και στην αδρή κινητικότητα (να μάθει να τρέχει, να κολυμπάει), ώστε να

επιτευχθεί η ενδυνάμωση και η ανάπτυξη της ισορροπίας και της δύναμης. Οι διάφορες δραστηριότητες όπως το παιχνίδι το θέατρο θα κάνει πιο εύκολη τη διαδικασία της εκμάθησης (Καραμάνου και συν. 2013).

2.4 ΑΥΤΙΣΜΟΣ-ΟΡΙΣΜΟΣ

Είναι μια διαταραχή που συμβαίνει στην πρώιμη παιδική ηλικία και επηρεάζει την επικοινωνιακή και κοινωνική ζωή του παιδιού. Τα αίτια δεν έχουν προσδιοριστεί πλήρως, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει κάποια συγκεκριμένη είτε πρόληψη είτε θεραπεία. Τα συμπτώματα ποικίλουν και διαφέρουν σε κάθε περίπτωση, αν και σε γενικό πλαίσιο επικρατεί μειωμένο ενδιαφέρον, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και αδυναμία σε επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες (Παγκάκη, 2009).

Επίσης, η Παγκάκη (2009) δίνει τον εξής ιατρικό ορισμό: «Ο αυτισμός ορίζεται και διαγιγνώσκεται στη βάση χαρακτηριστικών μορφών συμπεριφοράς, όμως δεν υπάρχουν συμπεριφορές που να αποτελούν από μόνες τους μονοσήμαντη ένδειξη αυτισμού. Η συμπεριφορά είναι ουσιώδης για την αναγνώριση του αυτισμού, αλλά από μόνη της δεν μας βοηθά να κατανοήσουμε την πάθηση αυτή ή να αποφασίσουμε για τον τρόπο προσέγγισης τους».

2.4.1 ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Αρχικά, ο αυτισμός πρέπει να διαγνωστεί, τα τρία κριτήρια για τον αυτισμό ή αλλιώς «τριάδα μειονεξίας» σύμφωνα με τη Wing (1976) είναι:

▼ Η μειωμένη έως και σε μεγάλο βαθμό καθυστερημένη κοινωνικοποίηση, ειδικά η διαπροσωπική ανάπτυξη (Κατά την οποία το άτομο δεν είναι ότι αδυνατεί να μάθει να είναι «κοινωνικό» απλά δε διαθέτει το βιολογικό προγραμματισμό, που είναι απαραίτητος για την ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Επίσης, έχει και τον τρόπο να ψελλίσει, να προσεγγίσει, αλλά δεν έχει αναπτυγμένο και ποσοτικό προφορικό λόγο (Jordan, 1999).

▼ Η μειωμένη χρήση και παρέκκλιση της γλώσσας και της επικοινωνίας λεκτικής και μη (Τα άτομα με αυτισμό παρουσιάζουν μια ποικιλία διαταραχών στη λεκτική και μη επικοινωνία. Σχεδόν ο μισός πληθυσμός που πάσχουν δεν καταφέρνουν να αποκτήσουν έναν λειτουργικό λόγο ακόμα και αν αυτός υπάρχει δε συνοδεύεται από χειρονομίες, μορφασμούς, σωματικές κινήσεις. Η αναπαραγωγή μια φράσης γίνεται επειδή έχει απομνημονευθεί κι όχι επειδή έχει κατανοηθεί. Όλα τα παραπάνω, μαζί με την παντελή απουσία της κατανόησης της λειτουργίας της επικοινωνίας οδηγούν στα περισσότερα προβλήματα των παιδιών με αυτισμό) (Παπαγεωργίου, 2000)

▼ Η ακαμψία στη σκέψη ,το περιορισμένο παιχνίδι και η φαντασία (Jordan, 1999).

2.4.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η συμπεριφορική θεραπεία είναι αυτή η οποία προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο όσον αφορά τις προβληματικές συνθήκες και τις αντιδράσεις του, όπως είναι ο θυμός, η κατάθλιψη ο φόβος.









Σε αντίθεση με τη συμπεριφορική, η γνωστική θεραπεία αποβλέπει το άτομο να κατανοήσει ότι τα αισθήματα τα οποία βιώνει (θυμός, κατάθλιψη κτλ) είναι αυτά που καθιστούν τα ίδια τα άτομα να έχουν συγκριμένες συμπεριφορές και καταφεύγουν σε λανθασμένες αντιδράσεις (Attwood, 1998).

Έτσι, αν το άτομο αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται για τον εαυτό του, αλλά και για τους άλλους, θα είναι ικανό να αλλάξει και την καθημερινότητά του. Αυτή η αλλαγή μπορεί να πραγματοποιηθεί με δύο είδη εκπαίδευσεων, αυτό της συναισθηματικής εκπαίδευσης (επικεντρώνεται σε ένα θετικό συναίσθημα που επηρεάζει την καθημερινότητα) και αυτό της γνωστικής αναδόμησης (μέσα από λογικά επιχειρήματα και αποδείξεις επιτυγχάνεται η αμφισβήτηση της σκέψης τους και η εκλογίκευση των συναισθημάτων τους).

Επίσης, η γνωστική θεραπεία αποτελεί τη βάση του προγράμματος TEAACH, το οποίο έχει σχεδιαστεί με απώτερο σκοπό τη διδασκαλία και την εκπαίδευση των παιδιών. Βελτιώνει τις ήδη υπάρχουσες δεξιότητες των παιδιών, βελτιώνει την προσαρμογή του ατόμου στο ευρύ κοινωνικό σύνολο, ενισχύει τη συνεργασία ανάμεσα σε επαγγελματίες και γονείς, αξιολογεί τις δεξιότητες του κάθε παιδιού και να δημιουργηθεί ένα ξεχωριστό πρόγραμμα για το κάθε παιδί και τέλος εκπαιδεύονται οι

επαγγελματίες για να καταφέρουν να αντιμετωπίσουν ένα μεγάλο εύρος συμπεριφορών (Παγκάκη, 2009).

Πηγαίνω τουαλέτα

1		Κατεβάζω το παντελόνι.
2		Κατεβάζω το βρακάκι.
3		Κάθομαι στη λεκάνη.
4		Κάνω τσίσα ή κακά.
5		Σκουπίζομαι με το χαρτί.
6		Πατάω το καζανάκι.
7		Ανεβάζω το βρακάκι.
8		Ανεβάζω το παντελόνι.

The Picture Communication Symbols ©1981–2010 by Mayer-Johnson LLC. All Rights Reserved Worldwide. Used with permission.

Παράδειγμα μεθόδου TEAACH.

2.4.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Συνήθως οι γονείς είναι αυτοί που παρατηρούν πρώτοι τυχόν πρόβλημα που μπορεί να έχουν τα παιδιά τους. Ένα παιδί μπορεί να μην αντιδράει από τη γέννησή του, να μην έχει βλεμματική επαφή ή να εστιάζει σε ένα συγκεκριμένο σημείο για αρκετή ώρα. Τα παιδιά ενώ μπορεί να φαίνονται ότι αναπτύσσονται σωστά από ένα σημείο κι έπειτα παύουν να ανταποκρίνονται στο όνομά τους, να συμμετέχουν στο παιχνίδι με άλλα παιδιά, χάνουν τις δεξιότητές τους όσον αφορά το φαντασικό παιχνίδι.

Στην αξιολόγηση του παιδιού, ο γιατρός πρέπει να λάβει υπόψη κάθε συμπεριφορικό χαρακτηριστικό για να κάνει τη διάγνωση. Οι παρατηρήσεις των γονέων αποτελούν

σημαντικό παράγοντα για την επίτευξη της διάγνωσης. Επιπρόσθετα, χρησιμοποιούνται κάποια εργαλεία όπως η Λίστα Αυτισμού στα Νήπια (CHAT) και η Κλίμακα Αξιολόγησης Κατανόησης Αυτισμού (CARS). Τα εργαλεία αυτά, δεν οδηγούν στην εξαγωγή ενός συμπεράσματος, αλλά υποδεικνύουν στην ομάδα των ειδικών που πρέπει να παραπεμφθεί το παιδί (νευρολόγο, ψυχολόγο, ψυχίατρο, αναπτυξιακό παιδίατρο, εργοθεραπευτή, λογοθεραπευτή). Δεν υπάρχει κάποια ειδική εξέταση ή βιολογική βαθμολογία για τον αυτισμό στην οποία μπορεί να υποβληθεί το παιδί παρά μόνο μέσω των παρατηρήσεων των γονέων και μέσω μιας σειράς ψυχολογικών και εκπαιδευτικών τεστ, από τα οποία προκύπτουν οι δεξιότητες και αδυναμίες του παιδιού (Autism Speaks. The Autism Speaks Page. [Home | Autism Speaks](#)).

2.5 ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν άνθρωποι που αντιμετωπίζουν προβλήματα στα άκρα τους. Μπορούν να διαχωριστούν σε δυο κατηγορίες προβλημάτων: στα άνω και στα κάτω άκρα. Τα άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα στα κάτω άκρα χρησιμοποιούν κυρίως αναπηρική καρέκλα, μαστούνια ή και άλλα βοηθήματα. Η χρήση ειδικά της αναπηρικής καρέκλας απαιτεί αρκετό χώρο, για να επιτευχθεί η άνετη και βολική κίνηση του ατόμου που τη χρησιμοποιεί. Στα άνω άκρα, υπάρχει μειωμένη δύναμη και περιορισμένη δυνατότητα ελέγχου των κινήσεων των άνω άκρων, με αποτέλεσμα να αδυνατούν να μετακινούν, να χειρίζονται αντικείμενα και υποχρεώνονται έτσι να αξιοποιούν εναλλακτικά βοηθήματα όπως η ειδική ράβδος από το στόμα.

- ✓ Συνεπώς, τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν συνήθως:
- ✓ Δυσκολίες στην κίνηση
- ✓ Δυσκολίες στην αυτοσυντήρηση
- ✓ Χρειάζονται κάποιον φροντιστή για πιθανές δυσκολίες που θα αντιμετωπίσουν
- ✓ Έχουν μειωμένες δυνατότητες εύρεσης εργασίας
- ✓ Έχουν μειωμένη πρόσβαση σε χώρους που δεν είναι κατάλληλα διαμορφωμένοι για άτομα με κινητικά προβλήματα (Χαρουπιάς, 1997).

2.5.1 ΕΙΔΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗΣ ΑΚΡΩΝ

- ✓ Τετραπληγία : όταν πάσχουν δύο άνω και δύο κάτω άκρα
- ✓ Ημιπληγία : όταν πάσχει ένα άνω και ένα κάτω άκρο από την ίδια πλευρά
- ✓ Παραπληγία : όταν πάσχουν τα δύο κάτω άκρα
- ✓ Μονοπληγία : όταν πάσχει ένα άκρο είτε άνω είτε κάτω άκρο
- ✓ Διπληγία: όταν πάσχουν και τα τέσσερα άκρα, συνηθέστερα τα δύο κάτω περισσότερο από τα άνω (Σταθόπουλος, 2005).

2.6 ΤΥΦΛΩΣΗ

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ιατρική Ένωση ως τυφλό ορίζεται το άτομο που η οπτική του οξύτητα δεν υπερβαίνει τα 20/200 ή τα 2/20 στο καλύτερο μάτι, ύστερα από την καλύτερη ιατρική παρέμβαση. Ως μερικά τυφλό ορίζεται το άτομο που η οπτική του οξύτητα με διόρθωση κυμαίνεται στα 20/70 με 20/200 ύστερα από την καλύτερη ιατρική παρέμβαση. Όμως, ένα μικρό μέρος όσων δηλώνονται νομικά τυφλοί δεν έχουν καθόλου όραση και επίσης μέρος των νομικά τυφλών διαβάζουν μεγεθυμένο κείμενο.

Ο Χαρουπιάς (1997) και ο Σταθόπουλος (2005) ορίζουν την τύφλωση σαν την απώλεια όρασης ενός ατόμου εξαιτίας κάποιων νευρολογικών, ψυχολογικών προβλημάτων, με αποτέλεσμα να διαθέτει περίπου το 1/20 της οπτικής του ικανότητας. Έτσι, η έννοια της τύφλωσης προσδιορίζει από τη μειωμένη όραση μέχρι και την απουσία της.

2.6.1 ΑΙΤΙΑ ΤΥΦΛΩΣΗΣ

Ταξινομούνται σε τέσσερις βασικές ομάδες:

- ✓ Γενετικά αίτια (γονείς φορείς, στενοί συγγενείς)
- ✓ Προγεννητικά (κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του εμβρύου, από μολύνσεις – αρρώστιες)

- ✓ Περιγεννητικά (κατά τη διάρκεια του τοκετού κάποιος πιθανός τραυματισμός).
- ✓ Μεταγεννητικά (οι παιδικές αρρώστιες, οι όγκοι – χημειοθεραπείες στα πρώτα χρόνια της ζωής, γενικές νευρολογικές διαταραχές μπορούν να προκαλέσουν οπτική δυσλειτουργία).

Τα τυφλά άτομα καθυστερούν να αναπτυχθούν ψυχοκινητικά, για αυτό πρέπει να συμμετέχουν σε δραστηριότητες κινητικού περιεχομένου. Τα προγράμματα φυσικής αγωγής για τυφλά άτομα πρέπει να περιλαμβάνουν δραστηριότητες που να ενισχύουν την αίσθηση της ακοής, της αφής, της κίνησης. Η ενίσχυση των αισθήσεων συμβάλλει στη βελτίωση των ψυχικών και φυσικών ικανοτήτων του παιδιού. Αν και μπορεί να κινδυνεύουν αν ο βαθμός δυσκολίας είναι μεγάλος, παρόλα αυτά μπορούν να συμμετέχουν στον αγωνιστικό αθλητισμό (Χαρουπιάς 1997, Σταθόπουλος 2005).

2.6.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΤΥΦΛΩΣΗΣ

Είτε η μερική είτε η ολική τύφλωση του παιδιού επηρεάζει τη ψυχολογία του κάποιες φορές περισσότερο και κάποιες λιγότερο. Το μεγαλύτερο πρόβλημα εντοπίζεται στα παιδιά τα οποία έχουν πρόσφατα χάσει την όρασή τους παρά σε εκείνα τα οποία είναι εκ γενετής τυφλά. Όμως το πιο δύσκολο το οποίο οφείλει να κάνει ένα παιδί αυτής της ομοταξίας είναι να έχει αποδεχτεί όχι μόνο το πρόβλημά του, αλλά κυρίως τις νέες ανάγκες που πηγάζουν από αυτό:

- ✓ Να έχει επίγνωση της δικής του οφθαλμολογικής κατάστασης
- ✓ Να είναι σε θέση να εξηγεί τις ανάγκες του με βάση το πρόβλημά του στους άλλους
- ✓ Να κατανοεί τους κινητικούς περιορισμούς που απορρέουν από το πρόβλημα της όρασης
- ✓ Να αντιλαμβάνεται τις λειτουργίες της όρασης
- ✓ Να αποδέχεται τη χρήση βοηθημάτων και εναλλακτικών μεθόδων (Braille, μπαστούνι) για τη βελτίωση της καθημερινότητάς του
- ✓ Να έχει τη γνώση όσον αφορά την υγιεινή των ματιών του
- ✓ Να μάθει να ελέγχει την κίνηση του σώματος, του κεφαλιού, των άκρων για την περαιτέρω εξερεύνηση και κίνηση
- ✓ Να μάθει να κάθεται, να στέκεται στη σωστή θέση και να περπατά με αυτονομία

✓ Να αναπτύξει την ικανότητα της ισορροπίας είτε βρίσκεται σε κίνηση είτε στέκεται ακίνητος

✓ Να αναπτύξει ικανότητες πιο εκλεπτυσμένων κινήσεων (όπως να πιάνει και να αφήνει αντικείμενα διαφόρων μεγεθών)

✓ Να αναπτύξει μυϊκή ευλυγισία για να ανταπεξέρχεται σε καθημερινές κινήσεις με αποδοτικότητα και ασφάλεια (Mason & McCall, 2004)

2.7 ΚΩΦΩΣΗ

Δύο είναι οι βασικοί όροι που χαρακτηρίζουν τα άτομα με απώλεια ακοής : «κωφός» και «βαρήκοος». Ο κωφός άνθρωπος είναι εκείνος που είτε φοράει ακουστικά βαρηκοΐας είτε όχι δε μπορεί να κατανοήσει την ομιλία του μόνο με την ακοή του, αλλά χρησιμοποιεί τη νοηματική ή τη γραπτή γλώσσα για να επικοινωνήσει με τους συνομιλητές του. Βαρήκοος είναι αυτός ο οποίος ναι μεν δυσκολεύεται να ακούσει την ομιλία του από το αυτί του, αλλά δεν περιορίζεται η ικανότητά του να κατανοεί το μεγαλύτερο μέρος των πληροφοριών. Ένας ακόμα διαχωρισμός γίνεται με βάση την ηλικία στην οποία παρουσιάζεται η ακουστική βλάβη (Hodapp, 2005).

2.7.1 ΤΙΜΕΣ ΥΠΟΛΛΕΙΜΑΤΙΚΗΣ ΑΚΟΗΣ

✓ Φυσιολογική ακοή: 0-15 Db

✓ Πολύ μικρού βαθμού βαρηκοΐα: 15-25 Db

✓ Μικρού βαθμού βαρηκοΐα: 25-40 Db

✓ Μετρίου βαθμού βαρηκοΐα: 40-55 Db

✓ Μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα: 55-70 Db

✓ Πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα: 70-90 Db

✓ Πάρα πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα: 90-110 Db (Χαρούπιας,1997).

2.7.2 ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΚΩΦΩΣΗΣ

- ✓ Η κληρονομικότητα
- ✓ Η ερυθρά σε περίπτωση που νοσήσει η μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης
- ✓ Επιπλοκές όπως η προωρότητα ή ανοξία του εμβρύου
- ✓ Κακώσεις κατά τον τοκετό
- ✓ Η ασυμβατότητα του αίματος μητέρας – εμβρύου
- ✓ Η εμφάνιση πυρηνικού ίκτερου μετά τη γέννηση του παιδιού
- ✓ Η χρήση φωτοξικών φαρμάκων
- ✓ Περιπτώσεις τραυματισμών (Σταθόπουλος, 2005).

2.7.3 ΓΛΩΣΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΚΩΦΩΣΗΣ

Τα κωφά παιδιά λόγω της καθυστέρησης στο λόγο, στη δυσκολία της άρθρωσης, έχουν αναπτυγμένες τις αισθητηριοκινητικές δομές χρησιμοποιώντας κατά βάση την όραση και την αφή καθώς δε λαμβάνουν ακουστικά ερεθίσματα. Πιο συγκεκριμένα τονίζονται τα εξής χαρακτηριστικά των κωφών παιδιών:

- ✓ Σπάνια χρήση πολύπλοκων προτάσεων
- ✓ Μικρό μήκος προτάσεων
- ✓ Συχνή χρήση ουσιαστικών και ρημάτων
- ✓ Παράλειψη ή προσθήκη λέξεων που είτε είναι λανθασμένη είτε είναι περιττή
- ✓ Παραλήψεις άρθρων, προσδιορισμών και προθέσεων
- ✓ Πολλά συντακτικά λάθη
- ✓ Σπάνια χρήση αντωνυμιών, βοηθητικών ρημάτων, συνδέσμων και παθητικής φωνής
- ✓ Επιπλέον, παρατηρείται πολύ «φτωχό» λεξιλόγιο, αδυναμία κατανόησης μεταφορικών εννοιών. Η ομιλία τέλος, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί μονότονη και χωρίς ροή (Συλλογικό, 2012).

2.8 ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ

Γνωστή και ως η νόσος του Little είναι μια ομάδα μόνιμων και μεταβαλλόμενων νευρικών διαταραχών της κίνησης και της στάσης του σώματος που προκύπτουν κατά την πρώιμη παιδική ηλικία και ο βασικός λόγος είναι η διαταραχή που συμβαίνει στον ανώριμο εγκέφαλο. Το κύριο σημείο της εγκεφαλικής παράλυσης είναι η διαταραγμένη κινητικότητα, που συνοδεύεται συνήθως από διαταραχές στη συναισθηματική ανάπτυξη, στην ομιλία, στις διανοητικές ικανότητες και τέλος στην αισθητικότητα (Σίσκα, 2014).

2.8.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ

Τα αίτια ταξινομούνται με βάση τη χρονική περίοδο στα οποία διαδραματίζονται. Δηλαδή:

✓ σε εκείνα που επεμβαίνουν καθοριστικά στην ανάπτυξη του εγκεφάλου κατά διάρκεια της εγκυμοσύνης (ενδομήτρια ασφυξία, ενδομήτριες λοιμώξεις, σε ακτινοβολία που πιθανόν εκτέθηκε η μητέρα)

✓ κατά τη διάρκεια του τοκετού (περιγεννητική ασφυξία, γέννηση πρόωρων νεογνών)

✓ μετά τον τοκετό (μηνιγγίτιδα, νεογνικός ίκτερος, τραύματα στην κεφαλή από ατυχήματα που συμβαίνουν λόγω της υπερκινητικότητας του μωρού) μέχρι την ηλικία των 3 ετών (Σίσκα, 2014).

2.8.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ

Η διάγνωση μπορεί να λάβει χώρα ανάλογα με το είδος της εγκεφαλικής παράλυσης. Αν η εγκεφαλική παράλυση είναι βαριάς μορφής τότε η διάγνωση μπορεί να γίνει αμέσως μετά τον τοκετό από τον παιδίατρο, αν όμως είναι ελαφράς μορφής διαγιγνώσκεται καθυστερημένα μέσα από κινητικά, διανοητικά συμπτώματα τα οποία εμφανίζει το παιδί (Συλλογικό, 2012).

Η εγκεφαλική παράλυση παρουσιάζει τις εξής βασικές μορφές, οι οποίες μπορούν και να συνυπάρξουν, αυτές είναι:

- ✓ Σπαστική μορφή (η συχνότερη μορφή που παρουσιάζει αυξημένο μυϊκό τόνο που επηρεάζει τους μύες του λόγου και της σίτισης)
- ✓ Αθέτωση (έλλειψη συντονισμού των κινήσεων, με αποτέλεσμα να είναι ακούσιες κινήσεις των οργάνων της άρθρωσης, ακανόνιστες) (Creaghead et al, 1985)
- ✓ Διαταραχές ομιλίας (μπορεί να υπάρχει ομιλία μπορεί να μην υπάρχει καθόλου)
- ✓ Δυσαρθρία (διαταραχές στη φώνηση, στην αναπνοή, στην αντήχηση που μπορεί να εμφανίζονται η καθεμία ξεχωριστά ή συνδυαστικά)
- ✓ Δυσπραξία (αισθητοκινητική διαταραχή στην ομιλία που εμποδίζει τον προγραμματισμό των κινήσεων που προφέρουν λέξεις)
- ✓ Διαταραχές στο λόγο και στην επικοινωνία (οι κινητικές δυσκολίες που συνοδεύονται από διαταραχές ομιλίας και επικοινωνίας είναι συμπτώματα γλωσσικής ανωριμότητας(λόγω νοητικής υστέρησης, διαταραχές στην ακοή, στην αντίληψη)) (Mysak 1991, Τσιρώνη 2012).

2.9 ΨΥΧΩΣΗ

Η έννοια της ψύχωσης χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια διαταραχή στη φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου, κατά την οποία χάνεται η επαφή με την πραγματικότητα. Ο εγκέφαλος παίζει τον πρωταγωνιστικό ρόλο στην ανάπτυξη της ψύχωσης. Σε ασθενείς με ψύχωση έχουν εντοπιστεί αλλοιώσεις στη δομή και στη λειτουργία του εγκεφάλου καθώς και στη χημεία του. Οι χημικές ουσίες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στις ψυχώσεις είναι η σεροτονίνη και η ντοπαμίνη, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τη μεταφορά πληροφοριών και ονομάζονται νευροδιαβιβαστές. Πιο συγκεκριμένα, στους ψυχωτικούς ασθενείς η χημική ισορροπία ανάμεσα σε αυτές τις δύο ουσίες βρίσκεται σε πλήρη διαταραχή (Σικελιανού, 2010).

2.9.1 ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ

Οι βασικοί παράγοντες ανάπτυξης μια ψύχωσης είναι:

- ✓ Η χημική ανισορροπία ανάμεσα στους δύο νευροδιαβιβαστές
- ✓ Βιολογικοί
- ✓ Κοινωνικοί
- ✓ Κληρονομικοί
- ✓ Οικογενειακοί

Τα συμπτώματα που εμφανίζει η ψύχωση είναι:

- ✓ Ψευδαισθήσεις: η αντίληψη του ασθενούς για πράγματα τα οποία δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα
- ✓ Παραληρητικές ιδέες: είναι πεποιθήσεις που είναι ψευδείς και δεν ελέγχονται από τη λογική και έχουν θέμα δίωξης πχ. οι άλλοι επιδιώκουν το κακό του ασθενούς
- ✓ Αποδιοργανωμένη σκέψη
- ✓ Εμμονές
- ✓ Απλανές βλέμμα
- ✓ Αδυναμία συγκέντρωσης
- ✓ Αποξένωση – κοινωνική απόσυρση
- ✓ Απώλεια ενδιαφέροντος
- ✓ Παραμέληση προσωπικής υγιεινής (Σικελιανού, 2005).

2.9.2 ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΩΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Όπως κάθε άνθρωπος ο οποίος βρίσκεται σε κρίση διακατέχεται από ένα αίσθημα ανησυχίας, έτσι κι ένας ψυχωτικός ασθενής έχει την ανάγκη από μια ανθρώπινη υποστήριξη, την απαραίτητη ηρεμία και τον απαιτούμενο χρόνο. Η πραγματική οπτική επαφή των γεγονότων χωρίς να είναι εχθρικά εκφρασμένη μπορεί να συμβάλλει στον επαναπροσανατολισμό και στην επαναφορά του αισθήματος της ασφάλειας του ασθενούς. Το άμεσο περιβάλλον και κυρίως η οικογένεια παίζουν καταλυτικό ρόλο στην εξέλιξη και στην πορεία της ψύχωσης (Bennet, 2010).

Η έγκαιρη διάγνωση και η όσο το δυνατόν ταχύτερη εφαρμογή της θεραπείας τόσο καλύτερη θα είναι η προοπτική της βελτίωσης. Η επίσης κατάλληλη χορήγηση φαρμάκων μπορούν να επαναφέρει τη φυσιολογική ισορροπία και να μειώσει την

πιθανότητα κάποιας υποτροπής και την εμφάνιση κάποιας κρίσης. Τέλος, η ψυχοθεραπεία έχει αποδειχθεί εξίσου αποτελεσματική (Σικελιανού 2005, Bennet 2010).

2.10 ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Σύμφωνα με την Εθνική Επιτροπή Χρόνιων Νοσημάτων, των ΗΠΑ η χρόνια νόσος ορίζεται ως οποιαδήποτε επιδείνωση ή απόκλιση από τη φυσιολογική κατάσταση με την παρουσία ενός ή και περισσότερων χαρακτηριστικών από τα παρακάτω:

- ✓ Η νόσος είναι μόνιμη
- ✓ Αφήνει κατάλοιπα ανικανότητας
- ✓ Προκαλείται από μη αναστρέψιμες παθολογικές μεταβολές και απαιτεί συνεχή παρακολούθηση και φροντίδα.

Το Υπουργείο Υγείας της Αυστραλιανής κυβέρνησης ορίζει ότι χρόνια νόσος είναι ένα είδος ασθένειας που είναι παρατεταμένης διάρκειας, σπάνια εξαλείφεται πλήρως και συνεπώς δεν υποχωρεί. Κάποιες χρόνιες ασθένειες έχουν συμβάλλει στον πρόωρο θάνατο, ενώ άλλες στην εμφάνιση αναπηρίας. Τα ευρύτερα κοινά χαρακτηριστικά των χρόνιων παθήσεων είναι:

- ✓ Συννοσήλευμα αιτιών, με πολλούς παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνισή τους
- ✓ Μια ασυμπτωματική περίοδος ανάπτυξης της νόσου
- ✓ Μια παρατεταμένη πορεία της νόσου που συμβάλλει στην εμφάνιση εκ νέων επιπλοκών υγείας
- ✓ Λειτουργική ανεπάρκεια – ανικανότητα.

2.10.1 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Περιλαμβάνονται:

- ✓ Οι αιματολογικές παθήσεις (μεσογειακή αναιμία)
- ✓ Οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (άσθμα)
- ✓ Οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος (καρδιακή ανεπάρκεια)
- ✓ Οι ψυχικές διαταραχές (η νόσος του Alzheimer)

- ✓ Οι νεφρολογικές παθήσεις (χρόνια νεφρική ανεπάρκεια)
- ✓ Οι ογκολογικές παθήσεις (κακοήγη νεοπλάσματα τελικού σταδίου)
- ✓ Ωστόσο, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και τα κακοήγη νεοπλάσματα είναι αυτά τα οποία συναντώνται σε μεγαλύτερο βαθμό και οδηγούν με τη σειρά τους σε μεγάλο ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας. Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ότι δεν οφείλονται σε κάποιο μικροβιακό παράγοντα, αλλά δημιουργούνται από περιβαλλοντικούς – ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες. Οι κακοήθεις νεοπλασίες, κοινά καρκίνος, περιλαμβάνουν πολλές μορφές ανώμαλης υπερπλασίας των κυττάρων σε όλο το σώμα και συμβάλλουν σε μεγάλη θνητότητα, το ένα πέμπτο των θανάτων της χώρας μας οφείλονται σε αυτές και εντοπίζονται κυρίως σε μεγαλύτερες ηλικίες (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1990).

2.11 ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Θεωρείται μια παθολογική κατάσταση, κατά την οποία επικρατεί μια πρόσκαιρη εγκεφαλική δυσλειτουργία που εμφανίζεται ξαφνικά, παύει αυτόματα και έχει την τάση να επαναλαμβάνεται, χωρίς την επίδραση αξιόλογων ψυχοσωματικών ή περιβαλλοντικών μεταβολών (Σταθόπουλος, 2005).

2.11.1 ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Τα βασικά αίτια εμφάνισης της νόσου είναι:

- ✓ Εγκεφαλικές κακώσεις κατά τον τοκετό
- ✓ Εγκεφαλίτιδες
- ✓ Τραύματα του κρανίου
- ✓ Όγκος στον εγκέφαλο
- ✓ Τα συμπτώματα της επιληψίας συνοψίζονται:
 - ✓ Μεγάλη επιληπτική προσβολή: απότομη απώλεια συνείδησης με παροξυσμό σπασμών – διαρκεί λίγα λεπτά (ο ασθενής πέφτει στο έδαφος και σπασμοί τινάζουν το σώμα του)

▼ Μικρή επιληπτική προσβολή: στιγμιαία απώλεια συνείδησης, το άτομο διακόπτει την εργασία την οποία εκτελούσε- δεν παρουσιάζονται σπασμοί.

▼ Μερικές φορές η επιληψία δεν παρουσιάζει σπασμούς, μόνο ψυχολογικά συμπτώματα, όπως αίσθηση τρόμου, απομόνωσης διαταραχές προσωπικότητας, αλλαγές στη συμπεριφορά (Σταθόπουλος, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΜΕΑ

Αν θα μπορούσε να δοθεί ένας ορισμός στην έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού είναι «η ιδιόμορφη διαδικασία περιθωριοποίησης κοινωνικών ομάδων και ατόμων, που συμβαίνει επειδή καθίσταται δύσκολη η πρόσβασή τους στα κοινωνικά και δημόσια αγαθά». Ο ορισμός αυτό έχει το πλεονέκτημα ότι μπορεί να διαχωρίσει τον κοινωνικό αποκλεισμό από τις μορφές της φτώχειας (Τσιάκαλος, 1999). Θα μπορούσε όμως να συσχετιστεί με τη στέρηση των δικαιωμάτων. Πράγματι, ένας αποξενωμένος απέχει από τα κοινωνικά, πολιτικά και οικονομικά του δικαιώματα. Συνεπώς, ο κοινωνικός αποκλεισμός έχει σχέση με την αποξένωση και την περιθωριοποίηση ατόμων που ανήκουν σε ομάδες με κοινά χαρακτηριστικά φύλο, ηλικία, αναπηρία και σχετίζεται όχι με την οικονομική θεώρηση, αλλά και με την αποξένωση από τους θεσμούς, τη δυσκολία πρόσβασης των κοινωνικών αγαθών. (Τσιρώνη, 2003).

Όλος αυτός ο διαχωρισμός και η μειωμένη συμμετοχή των ατόμων σε δραστηριότητες δεν είναι αποτέλεσμα της ανικανότητας που φέρουν, αλλά απόρροια κυρίως των κοινωνικών δομών και της επικρατούσας κοινωνικής στάσης. Τα σύνηθες αισθήματα που καταβάλλουν το «φυσιολογικό» κοινό είναι αυτό του οίκτου, της αδιαφορίας, της αμηχανίας καθώς είναι «επιφυλακτικά» και σπάνια εκδηλώνουν έντονες ρατσιστικές συμπεριφορές και συμπεριφορά προσέγγισης. Οι στάσεις αυτές που διαμορφώνονται επηρεάζονται κυρίως από την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο μόρφωσης, την προσωπική επαφή με άτομα με ειδικές ανάγκες ενώ πρωτεύον ρόλο διαδραματίζουν το εμφανές της απόκλισης, η προοπτική βελτίωσης και η ικανότητα αυτοφροντίδας. Τα άτομα που φέρουν κάποιο αισθητό πρόβλημα ή τα ίδια είναι υπεύθυνα για την ανικανότητά τους, δέχονται πιο έντονη απόρριψη, ενώ υπάρχει μια πιο θετική αντιμετώπιση στα άτομα που οι ιδιαιτερότητές τους μπορούν να βελτιωθούν και συνεπώς να αυτοεξυπηρετηθούν.

Συμπερασματικά, οι ιδιαιτερότητες αυτές λόγω των αρνητικών στάσεων που δέχονται συμβάλλουν στην εσωτερίκευση του αισθήματος της μειονεξίας που με τη σειρά του οδηγεί το άτομο στην αυτό-περιθωριοποίηση – αυτό-απομόνωση (Παπάνης και συν. 2007).

3.2 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΠΑΙΔΙΩΝ

Η Διεθνής Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού υπογράφηκε από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών το 1989, κατά την οποία τα κράτη - μέλη είναι υπεύθυνα για την προαγωγή και την προστασία των δικαιωμάτων του παιδιού. Στην Ελλάδα, δημιουργήθηκε ο συγκεκριμένος νόμος (Ν.2101/92) το 1992. Η Σύμβαση περιλαμβάνει τρεις μεγάλες κατηγορίες δικαιωμάτων:

- ✓ Προστασία (από κάθε μορφής κακοποίηση, εκμετάλλευση, ρατσισμό)
- ✓ Παροχές (δικαίωμα στην εκπαίδευση, στην υγεία, στη ψυχαγωγία)
- ✓ Συμμετοχή (δικαίωμα στην ελευθερία της έκφρασης, στην πληροφόρηση, τον ελεύθερο χρόνο).

Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά με ειδικές ανάγκες αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα όσον αφορά την ένταξη τους κοινωνία. Για την υλοποίηση της ισότητας μέσα από την κοινωνική ένταξη των παιδιών απαιτούνται τα εξής:

✓ Να επικυρωθούν και να εφαρμοστούν η Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία και η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού.

✓ Να καταπολεμηθούν οι διακρίσεις και να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση ως προς τα θέματα που άπτονται της αναπηρίας, τόσο στο ευρύ κοινό και στους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων όσο και στα άτομα που παρέχουν ουσιαστικές υπηρεσίες στα παιδιά και στους εφήβους, σε τομείς όπως η υγεία, η εκπαίδευση και η προστασία.

✓ Να αρθούν τα εμπόδια στην ένταξη των παιδιών με αναπηρίες, έτσι ώστε η πρόσβαση και η συμμετοχή των ίδιων καθώς και των συνομηλίκων τους να είναι εύκολη σε όλα τα περιβάλλοντα, όπως σχολεία, νοσοκομειακές εγκαταστάσεις, μέσα μαζικής μεταφοράς και τα λοιπά.

✓ Να δοθεί ένα τέλος στην ιδρυματοποίηση των παιδιών με αναπηρίες, ξεκινώντας με την αναστολή της ένταξης και άλλων παιδιών. Αυτό θα πρέπει να γίνει παράλληλα με την προώθηση και τη βελτίωση της υποστήριξης για τη φροντίδα της οικογένειας και την αποκατάσταση σε επίπεδο κοινότητας.

✓ Να στηριχθούν οι οικογένειες έτσι ώστε να είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν στο υψηλό κόστος διαβίωσης και στο τίμημα της απώλειας ευκαιριών, καθώς και να αυξήσουν το εισόδημά τους για τη φροντίδα των παιδιών με αναπηρίες.

✓ Να καθοριστούν οι ελάχιστες απαιτήσεις για τη συμμετοχή των παιδιών και των εφήβων με αναπηρίες στην αξιολόγηση των μέσων υποστήριξης και των υπηρεσιών που συμβάλλουν στην εκπλήρωση των αναγκών τους.

✓ Να συντονιστούν οι υπηρεσίες σε όλους τους τομείς, ούτως ώστε να αντιμετωπίζουν όλες τις προκλήσεις με τις οποίες έρχονται αντιμέτωπα τα παιδιά και οι έφηβοι με αναπηρίες αλλά και οι οικογένειές τους.

✓ Να συμπεριληφθούν τα παιδιά και οι έφηβοι με αναπηρίες στη λήψη αποφάσεων για θέματα που τους αφορούν, ώστε να καταστούν φορείς και όχι μόνο αποδέκτες αλλαγών.

✓ Να προωθηθεί ένα συντονισμένο, παγκόσμιο ερευνητικό πρόγραμμα για τα άτομα με αναπηρία, προκειμένου να συγκεντρωθούν τα συγκρίσιμα και αξιόπιστα στοιχεία που χρειάζονται για τον προσανατολισμό του σχεδιασμού και της κατανομής πόρων, καθώς και για την πιο ξεκάθαρη τοποθέτηση των παιδιών με αναπηρίες στα αναπτυξιακά προγράμματα (UNICEF, 2013).

3.2.1 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΜΕΑ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Σύμφωνα με το άρθρο 21 παρ.2 του Συντάγματος, οι ανάπηροι πολέμου και ειρηνικής περιόδου, όσοι πάσχουν από κάποια ανίατη σωματική ή πνευματική νόσο έχουν το δικαίωμα παροχής ειδικής φροντίδας από το κράτος, ενώ σύμφωνα με την παρ.3 το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων. Στο άρθρο αυτό, θεμελιώνεται το κοινωνικό κράτος δικαίου και η κοινωνική πολιτική του κράτους, η οποία ασκείται μέσω των ειδικότερων νόμων που εκτελούν αυτή τη συνταγματική επιταγή.

Τα παιδιά με ειδικές ανάγκες έχουν το δικαίωμα να εκπαιδεύονται σε όλες τις βαθμίδες και στα εκπαιδευτήρια σαν όλα τα «υγιή» παιδιά με «γενικές» εκπαιδευτικές ανάγκες, και να δικαιούνται τους ίδιους τίτλους σπουδών, όπως όλοι οι υπόλοιποι. Σε ό,τι αφορά την οργάνωση και τη λειτουργία της ειδικής αγωγής στην Ελλάδα, από το 1970 και μετά υπάρχει πλήθος νόμων για την εκπαίδευση των ατόμων αυτών. Η αντίστοιχη εκπαίδευση παρέχεται: Σε ειδικά νηπιαγωγεία και σε αυτοτελή ειδικά σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

✓ Σε ειδικές τάξεις ή τμήματα που λειτουργούν μέσα σε κανονικά σχολεία ή σε ειδικές τάξεις ή τμήματα παρατήρησης, τα οποία αποσκοπούν στην αντιμετώπιση

δύσκολων περιπτώσεων και τα οποία συνήθως εφαρμόζουν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα.

✓ Σε κανονικά σχολεία, στα οποία εντάσσονται άτομα με ειδικές ανάγκες.

✓ Σε ειδικές επαγγελματικές σχολές ή ειδικά τμήματα επαγγελματικής εκπαίδευσης που λειτουργούν μέσα σε κανονικά σχολεία επαγγελματικής κατάρτισης, καθώς και σε ειδικά επαγγελματικά εργαστήρια».

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να παρασχεθεί σ' ένα παιδί εκπαίδευση στο σπίτι υπό την επίβλεψη κάποιου ειδικού, αφού προηγουμένως έχουν συμφωνήσει πλήρως οι γονείς. Η ειδική εκπαίδευση είναι υποχρεωτική από την ηλικία των 5.5-6 ετών μέχρι και την ηλικία των 15 ετών. Είναι στην επιλογή των γονέων όμως και μπορεί κάποιο παιδί να αρχίσει την εκπαίδευση νωρίτερα ή ακόμα και να την παρατείνει μετά τα 15 χρόνια.

Η ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες σε αντίστοιχο σχολείο γίνεται ύστερα από εξέταση, καθώς είναι αναγκαίος ο καθορισμός της φύσης της αναπηρίας ή της ανεπάρκειας του ατόμου. Σε πολλά ιδρύματα ειδικής αγωγής παρέχονται στους αποδέκτες διατροφή και στέγαση, κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη καθώς και ιατρική και παραϊατρική περίθαλψη και βοήθεια.

Τα άτομα με ειδικές ανάγκες μπορούν εάν το επιθυμήσουν να φοιτήσουν και να συνεχίσουν τις σπουδές τους σε ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα των οποίων οι εξετάσεις γίνονται με συγκεκριμένη διαδικασία. Για παράδειγμα οι «φυσικώς αδύναμοι» εξετάζονται γραπτά ή προφορικά πάνω στα ίδια θέματα που εξετάζονται και οι υπόλοιποι υποψήφιοι και μόνο με απόφαση της επιτροπής της οποίας τους εξετάζει, μπορεί συχνά να παραταθεί ο χρόνος εξέτασης των συγκεκριμένων ατόμων. Επίσης, οι τυφλοί, οι κωφάλαλοι και οι πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία μπορούν να εισαχθούν στα τμήματα που δέχονται άτομα με ειδικές ανάγκες χωρίς να δώσουν εξετάσεις, ακόμα και αν ξεπερνούν τον αριθμό των καθορισμένων εισακτέων.

3.3 ΣΧΟΛΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Το πλαίσιο διδασκόμενης ύλης στην Ειδική Εκπαίδευση περιλαμβάνει 25 μαθήματα και 30 ώρες εβδομαδιαίως σε σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, αντίστοιχα (Προεδρικό Διάταγμα, 301/1996).

Ο Οργανισμός Έκδοσης Διδακτικών Βιβλίων έχει εκδώσει βιβλία, υλικά και μεθοδολογία υπό τον τίτλο «δραστηριότητες για μαθησιακή ετοιμότητα». Περιλαμβάνουν, βιβλία, κάρτες και συμπληρωματικά CD εκπαιδευτικού υλικού που αφορούν στον προφορικό λόγο, τις ψυχοκινητικές ικανότητες, τις γνωστικές ικανότητες και τη συναισθηματική προσαρμογή. Όλο αυτό το υλικό, στοχεύει στην προετοιμασία των ατόμων με διαγνωσμένες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, συμπεριλαμβανομένων αυτών με νοητική καθυστέρηση, για την ένταξή τους στις μαθησιακές διαδικασίες του σχολείου.

Η νομοθεσία προβλέπει επίσης ότι στα σχολεία ειδικής αγωγής εκτός του ημερήσιου προγράμματος διδασκαλίας μπορεί να εφαρμοστεί και πρόγραμμα δημιουργικής απασχόλησης. Στο σχολικό πρόγραμμα του ειδικού δημοτικού σχολείου μπορούν να περιλαμβάνονται και δραστηριότητες προεπαγγελματικής εκπαίδευσης. Στα προγράμματα των ειδικών σχολείων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (γυμνάσια και λύκεια) μπορεί να περιλαμβάνονται και μαθήματα τεχνικής επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης. Το περιεχόμενο των παραπάνω προγραμμάτων καθορίζεται με αποφάσεις του υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων που εκδίδονται ύστερα από εισήγηση του Τμήματος Ειδικής Αγωγής και Παιδαγωγικού Ινστιτούτου (Ν.2817/2000, άρθρο 16).

3.3.1 ΣΧΟΛΕΙΟ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

Με βάση την Έκθεση της Salamanca και τους βασικούς κανόνες του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για την παροχή ίσων ευκαιριών στα άτομα με αναπηρίες (συγκεκριμένα τον κανόνα 6 που αναφέρεται στην παροχή ίσων ευκαιριών στην εκπαίδευση) (<https://www.ohchr.org/EN/pages/home.aspx>), η πολιτική της Ελλάδας επίσημα θεωρεί ότι η προαγωγή τμημάτων ένταξης και η ανάπτυξη της συνεκπαίδευσης ή της συμμετοχικής εκπαίδευσης είναι ο ασφαλέστερος τρόπος δημιουργίας αλληλεγγύης μεταξύ των παιδιών με νοητική καθυστέρηση και των συνομηλίκων τους (Νόμος για την Ειδική Αγωγή, άρθρο 1). Όμως, στην πράξη η ειδική αγωγή σε ειδικές τάξεις ένταξης και αυτοτελή ειδικά σχολεία είναι η συνηθέστερη τακτική στην Ελλάδα.

Τα δεδομένα του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων για τον αριθμό των ατόμων με νοητική καθυστέρηση για το ακαδημαϊκό έτος 2002-2003 δείχνουν ότι από τα 18.585 άτομα με ειδικές ανάγκες που φοιτούσαν σε αντίστοιχες μονάδες, μόνο τα 2.859 ήταν άτομα με νοητική καθυστέρηση. Επίσης, καταδεικνύεται ότι 2.619 ειδικοί καθηγητές εργάζονταν σε 1.419 ειδικά σχολεία κατά την ίδια σχολική περίοδο. Μέσω της καταμέτρησης αυτής, γενικά επικρατεί η εντύπωση ότι ο αριθμός των σχολικών μονάδων παράλληλων τάξεων, τάξεων ένταξης και των ειδικών σχολείων της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης δεν επαρκεί. Επίσης, παρατηρείται ότι υπάρχει μεγάλη απόκλιση στον αριθμό των σχολικών μονάδων μεταξύ της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Τα άτομα με νοητική καθυστέρηση είτε σταματούν το σχολείο όταν φτάνουν στο επίπεδο της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, είτε ακολουθούν ιδιωτικά μαθήματα εφόσον οι γονείς τους μπορούν να τα επωμιστούν οικονομικά, ή ακόμη απασχολούνται σε κέντρα δημιουργικής απασχόλησης, όπου υπάρχει αυτή η δυνατότητα. Επιπλέον, υπάρχουν περιοχές στην ηπειρωτική (π.χ. Ανατολική Μακεδονία-Θράκη, Ήπειρος, Πελοπόννησος, Θεσσαλία) και νησιωτική Ελλάδα (Αιγαίο και Ιόνια νησιά) που δεν υποστηρίζονται από ειδικές μονάδες σχολικής αγωγής ή τμήματα ένταξης σε αρκετές από τις σχολικές βαθμίδες. Ως αποτέλεσμα δεν είναι γνωστό πώς τελικά εξυπηρετείται η εκπαίδευση και η στήριξη των ατόμων με νοητική καθυστέρηση. Παράλληλα διαπιστώνεται ανεπάρκεια παροχής ειδικευμένου προσωπικού και υποστηρικτικών υπηρεσιών στις αντίστοιχες περιοχές με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται οι ψυχολογικές, αναπτυξιακές και κοινωνικές ανάγκες του αντίστοιχου πληθυσμού (Παντελιάδου,2004).

3.3.2 ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

Για να καταφέρουν τα παιδιά με ειδικές ανάγκες να ενταχθούν κοινωνικά και εκπαιδευτικά τα κανονικά και τα ειδικά σχολεία πρέπει να συνεργαστούν σε όλα τα εκπαιδευτικά επίπεδα (Νόμος για την Ειδική Αγωγή, άρθρο 1). Σε μικρές επαρχιακές πόλεις όπως είναι λογικό, μπορεί να μην υφίστανται η ύπαρξη ειδικών σχολείων, με αποτέλεσμα να είναι αναγκασμένα να φοιτούν σε κανονικά σχολεία.

Η λειτουργία της ειδικής τάξης ένταξης και της συνεκπαίδευσης στηρίζεται στη θεμελιώδη αρχή ότι όλα τα παιδιά πρέπει να διδάσκονται μαζί, εφόσον αυτό είναι

εφικτό, παρά τις δυσκολίες και τις διαφορές. Τα άτομα που φοιτούν στην ειδική τάξη ενταγμένη σε κανονικό σχολείο παρακολουθούν κάποιες κοινές ώρες διδασκαλίας με τα υπόλοιπα παιδιά που εντάσσονται στην κανονική τάξη. Παρόμοια εφαρμόζεται και η συνεκπαίδευση, κατά την οποία, η ένταξη των παιδιών με ειδικές ανάγκες σε κανονική τάξη και η διδασκαλία γίνεται με την παρουσία ενός δεύτερου δασκάλου ειδικής αγωγής. Ο βασικός ρόλος του είναι η κάλυψη και η στήριξη των αναγκών των παιδιών που φέρουν είτε ειδικές ανάγκες είτε κάποιας μορφής νοητικής στέρησης.

Στην πραγματικότητα όμως, τα παιδιά με ειδικές ανάγκες σπάνια εντάσσονται σε κανονικό σχολείο με την ύπαρξη κάποιου ειδικού δασκάλου καθώς είτε δε λειτουργούν τμήματα ένταξης, είτε δεν υπάρχουν οι υποδομές για την πρόσληψη τέτοιων ειδικών δασκάλων για την επίτευξη της συνδιδασκαλίας, είτε ο φόβος και η προκατάληψη δεν έχουν εξαλειφθεί, με αποτέλεσμα οι διευθυντές και οι γονείς των «κανονικών» παιδιών να αντιδρούν στην παρουσία των παιδιών αυτών και του ειδικού δασκάλου μέσα σε μια κανονική τάξη. Επομένως, χρειάζεται ευαισθητοποίηση και ενημέρωση τόσο των εκπαιδευτικών όσο και των γονέων για την αναγκαιότητα της υλοποίησης του θεσμού της συνεκπαίδευσης στα κανονικά σχολεία. Επίσης αναγκαία, είναι η οργάνωση επισκέψεων των παιδιών με ειδικές ανάγκες στα κανονικά σχολεία και το αντίστροφο. Ο θεσμός της συνδιδασκαλίας, σύμφωνα και με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Ανάπτυξης της Ειδικής Αγωγής μπορεί να αποτελέσει ένα κατάλληλο μέσο αρκετά ικανό να βοηθήσει τα παιδιά με ειδικές ανάγκες όχι μόνο να επιτύχουν στα κανονικά σχολεία, αλλά και να του παρέχει υποστήριξη, καθοδήγηση, αποδοχή δημιουργώντας θετικές προσδοκίες για την πλήρη κοινωνική και εκπαιδευτική του ένταξη (Open Society Institute, 2006).

3.3.3 ΕΙΔΙΚΑ ΣΧΟΛΕΙΑ

Η Ειδική Αγωγή, μέσω της ειδικής εκπαίδευσης καλύπτει τις ανάγκες των παιδιών να αναπτύξουν και να διαμορφώσουν την προσωπικότητά τους, έτσι ώστε να καταφέρουν να ενταχθούν και να επανενταχθούν στην κοινωνική – κοινωνική ζωή καθώς επίσης τους παρέχει την προοπτική για επαγγελματική κατάρτιση. Οι βασικοί της στόχοι είναι να διευκολύνει τη συμμετοχή και να συντελέσει στην αποδοχή των ατόμων με ειδικές ανάγκες από την κοινωνία και να διευκολύνει την κοινωνική τους εξέλιξη, στόχοι που

εφαρμόζονται με τη βοήθεια υπηρεσιών και μέτρων που παρέχονται μέχρι την ηλικία των 22 ετών, καθ' όλη τη διάρκεια της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσής τους. Τα εν λόγω μέτρα είναι ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, προσαρμοσμένου εκπαιδευτικού υλικού, ειδικού εξοπλισμού και την παροχή ειδικών υποστηρικτικών υπηρεσιών. Από την άλλη οι υπηρεσίες είναι η διάγνωση και η αξιολόγηση των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών, η ψυχολογική και εκπαιδευτική υποστήριξη, η φυσιοθεραπεία, η κοινωνική και συμβουλευτική υποστήριξη.

Οι γονείς θεωρούν ότι η διαδικασία τοποθέτησης των παιδιών στο σχολείο δεν είναι αξιοκρατική καθώς δεν υπάρχουν κριτήρια ένταξης που λαμβάνουν υπόψη το είδος και το βαθμό αναπηρίας του κάθε παιδιού. Ενώ, υποστηρίζουν πως η εξατομικευμένη εκπαίδευση είναι καταλληλότερη καθώς σε αυτήν μπορεί να συμπεριληφθούν άτομα με είτε αργούς ρυθμούς μάθησης είτε παιδιά με μεγάλο βαθμό νοητικής καθυστέρησης.

Επιπλέον, πέρα από την απουσία διαφοροποίησης των προγραμμάτων υπάρχει και έντονη έλλειψη προσωπικού, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να καλυφθούν όλες οι ανάγκες των παιδιών. Το επίσης ανησυχητικό είναι ότι για τα παιδιά που πάσχουν από σοβαρής μορφής νοητικής καθυστέρησης δεν υπάρχουν πολλές επιλογές ειδικής εκπαίδευσης, ως απόρροια να μένουν εγκλωβισμένα μέσα στο σπίτι ή να ιδρυματοποιούνται χωρίς καμία πρόσβαση στην εκπαίδευση και στη γνώση.

Μια καλή πρόταση αποτελεί η θεσμοθέτηση του ολόημερου προγράμματος στα ειδικά σχολεία, όπως και στα κανονικά, όπου θα διεξάγεται μια δημιουργική απασχόληση μέσω δημιουργικών δραστηριοτήτων, καθώς θα διευκολύνεται η απόκτηση δεξιοτήτων μέσα στην καθημερινότητα, θα επιτυγχάνεται η κοινωνικοποίηση και η προεπαγγελματική - επαγγελματική κατάρτιση θα είναι πιο «προσβάσιμη» για τα παιδιά και τους εφήβους με νοητική καθυστέρηση (Open Society Institute, 2006).

Σύμφωνα με τη νομοθεσία και την πρακτική στην Ελλάδα τα ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να τροποποιηθούν, ώστε να καλύπτονται οι εκπαιδευτικές ανάγκες και των βαρέων από νοητική καθυστέρηση παιδιών και όχι μόνο εκείνων με ελαφρά ή μέτρια νοητική καθυστέρηση. Πέρα από το σύστημα αξιολόγησης των αναγκών των παιδιών με βάση το βαθμό της αναπηρίας που διαθέτουν οι γονείς έχουν κάνει έκκληση για χωριστά διαλείμματα σε συστεγαζόμενες μονάδες και καλύτερη μεταφορά στο σχολείο για καλύτερη ασφάλεια και περισσότερη προστασία (Open Society Health Initiative, 2016).

3.3.4 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η εκπαίδευση εκτός σχολικού συστήματος περιλαμβάνει την εκπαίδευση κατ' οίκον και την εκπαίδευση σε ιδρύματα.

Σύμφωνα με τη Νομοθεσία, στα παιδιά με ειδικές ανάγκες παρέχεται η δυνατότητα εφαρμογής εκπαιδευτικών προγραμμάτων στο σπίτι. Τα παιδιά λόγω είτε μεγάλης κινητικής αδυναμίας είτε λόγω μεγάλου βαθμού νοητικής στέρησης δε μπορούν να μεταφερθούν στο σχολείο και μέσω αυτών των προγραμμάτων ενισχύεται η υποστήριξη και η προετοιμασία των ατόμων αυτών για τη μελλοντική πρόσβαση των παιδιών στο σχολείο και η προσαρμογή τους σε αυτό (Νόμος για Ειδική Αγωγή, 2817/2000).

Οι εκπαιδευτικοί και οι ειδικοί που είναι αρμόδιοι για την εκπαίδευση των παιδιών οφείλουν να έρχονται σε συχνή επαφή με το σχολείο στο οποίο είναι εγγεγραμμένοι οι μαθητές, έτσι ώστε να υπάρχει η κατάλληλη παροχή εκπαιδευτικού υλικού, καθώς και να υπάρχει ένας παραλληλισμός όσον αφορά την τήρηση του εκπαιδευτικού προγράμματος ανάμεσα στο παιδί και στο σχολείο. Επίσης, οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να προγραμματίσουν κάποιες επισκέψεις του παιδιού στο σχολείου, έτσι ώστε να αποφευχθεί η απομόνωση και να προαχθεί με αυτόν τον τρόπο η κοινωνικοποίηση και η ένταξη του ατόμου (Νόμος για Ειδική Αγωγή, 2817).

Τα άτομα με αναπηρίες και με νοητική καθυστέρηση που ανήκουν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης δεν έχουν την παροχή εκπαίδευσης ή κάποιας επαγγελματικής κατάρτισης καθώς δεν υπάρχει διαχωρισμός ανάλογα την ηλικία ή το βαθμό αναπηρίας των ατόμων. Συνεπώς πρέπει να υπάρξει κάποια συνεργασία ανάμεσα στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, έτσι ώστε να καλύπτονται οι κατάλληλες εκπαιδευτικές ανάγκες των παιδιών αυτών. Αυτά τα άτομα έχουν δικαίωμα στο να συμμετέχουν στη γνώση, στις ποικίλες δραστηριότητες καθώς και στην επαγγελματική κατάρτιση, ανάλογα πάντα με το είδος και το βαθμό αναπηρίας τους.

Ένα δείγμα θετικής εξέλιξης όσον αφορά την εκπαίδευση των παιδιών είναι η ειδική επιμόρφωση που λαμβάνουν οι ειδικοί επαγγελματίες που αποτελούν το προσωπικό των κλειστών αυτών ιδρυμάτων και συμβάλλουν στη φροντίδα και στην υποστήριξη των συγκεκριμένων παιδιών με βάση το μεταφρασμένο εκπαιδευτικό εργαλείο με τίτλο «Ψυχική Υγεία και Νοητική καθυστέρηση» (Ζαχαριάς και συν. 2002).

3.4 ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΙΔΙΚΩΝ - ΓΟΝΕΩΝ

Η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών και των γονέων είναι ο σημαντικότερος παράγοντας στον οποίο βασίζεται η επιτυχής διεξαγωγή ενός «παρεμβατικού» προγράμματος (Κοντοπούλου, 2004). Ανάμεσα στις επιθυμίες των γονέων και στις στάσεις των ειδικών θα πρέπει να υπάρχει μια σχέση ισορροπίας και όχι ανταγωνισμού (Χαρίσης, 2010).

Από πολύ νωρίς θεωρήθηκε αναγκαία η ύπαρξη αυτής της συνεργασίας, καθώς οι επικρατέστερες απόψεις της ειδικής αγωγής, ήταν εκείνες που διαμόρφωναν τον τρόπο υλοποίησης αυτής της συνεργατικής σχέσης (Κοντοπούλου, 2004). Έτσι, διαμορφώνονται διαφορετικά μοντέλα από τους ειδικούς όσον αφορά τις ανάγκες των γονέων (Πλεξουσάκης, 2010).

Το πιο πρόσφατο και θεωρημένο μοντέλο είναι αυτό που θέλει στο επίκεντρο το παιδί μέσα στην οικογένεια. Κάθε παιδαγωγική, κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη έχει ως βάση το παιδί μέσα στην οικογένεια καθώς τα ποικίλα αποτελέσματα από τις αδυναμίες του παιδιού έχουν άμεση επίπτωση και στην υπόλοιπη οικογένεια και στην κοινωνία ακόμα. Μεγάλη προσοχή δίνεται στην ποιότητα της σχέσης ανάμεσα στο παιδί και στην οικογένεια καθώς και στις δυνατότητες, τις ανάγκες και τις προσδοκίες των γονέων (Κοντοπούλου, 2004). Στη συγκεκριμένη ομάδα, το πρωταγωνιστικό ζεύγος είναι αυτό του παιδιού με το γονέα, ενώ αναγνωρίζεται η ανάγκη του δεύτερου να συμμετέχει στις διάφορες υπηρεσίες (Carpenter, 2001).

Συμπερασματικά, ο γονέας δεν αποτελεί έναν απλό δέκτη ή έναν απλό βοηθό, αλλά φέρει το ρόλο του συνεργάτη. Είναι απαραίτητο λοιπόν, να υπάρξει ένας συνδυασμός που να εμπεριέχει την ειδική γνώση του γονέα που έχει για το παιδί του, την επαγγελματική γνώση της κατάστασης του παιδιού και τις διαθέσιμες υπηρεσίες που θα συμβάλλουν στο καλύτερο δυνατό σε κάθε περίπτωση (Callias, 1994).

3.4.1 ΤΡΟΠΟΙ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΓΟΝΕΩΝ-ΕΙΔΙΚΩΝ

Η επίτευξη μιας καλής σχέσης με τους γονείς επιτυγχάνεται με τους εξής τρόπους:

▼ Ενίσχυση της επάρκειας των γονέων: η ύπαρξη ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες ισοδυναμεί με πολυάριθμα προβλήματα, απαιτήσεις, ανάγκες, για αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία ενός θετικού και λειτουργικού περιβάλλοντος από τους γονείς (Τσιγλάκης & Κουρκούτας, 2010).

▼ Δημιουργία ενός οικογενειακού περιβάλλοντος που συμβάλλει στην ανάπτυξη του παιδιού: η συνεργασία με τους γονείς θα πρέπει να αποσκοπεί στη δημιουργία ενός οικογενειακού περιβάλλοντος που θα ανταπεξέρχεται στις ανάγκες και στις ιδιαιτερότητες του παιδιού, καθώς θα αποτελεί ένα σωστό περιβάλλον μέσα στο οποίο το παιδί θα μπορεί να αναπτύξει και να διαμορφώσει στο καλύτερο δυνατό τις ικανότητες του. Εκτός από την αναγκαιότητα κάλυψης των πρωτογενών αναγκών του παιδιού, οι γονείς θα πρέπει να έχουν έντονο το αίσθημα της παρατηρητικότητας καθώς πρέπει να κατανοούν, να ερμηνεύουν τις αντιδράσεις του παιδιού και να παρατηρούν και να καταγράφουν κάθε δείγμα βελτίωσης που παρουσιάζεται. Επιπρόσθετα, οι γονείς θα πρέπει να υποστηρίζονται και να επιβραβεύονται για να μπορούν να δημιουργούν ένα θετικό συναισθηματικά περιβάλλον και να περιλαμβάνουν σε αυτό το παιδί, που θα νιώθει ασφάλεια, αυτονομία και προστασία μέσα σε αυτό (Τσιγλάκης & Κουρκούτας, 2010).

▼ Ενθάρρυνση της αλληλεπίδρασης και της επικοινωνίας μεταξύ γονέων-παιδιών: με την κατάλληλη συμβουλευτική υποστήριξη οι γονείς μπορούν να ξεπεράσουν φοβίες και στερεοτυπικές αντιλήψεις που με αυτόν τον τρόπο θα ενισχύσουν τη σχέση αλληλεπίδρασης με το παιδί τους και θα κατανοήσουν πλήρως τις ανάγκες του παιδιού τους. Έτσι, οι γονείς θα πρέπει να είναι πάντα διαθέσιμοι και δεκτικοί στα μηνύματα που λαμβάνουν από το παιδί και να προσαρμόζουν τις ενέργειες τους με βάση το συναισθηματικό υπόβαθρο του παιδιού (Τσιγλάκης & Κουρκούτας, 2010).

▼ Συμβουλευτική γονέων για τις προοπτικές εξέλιξης του παιδιού: η Συμβουλευτική παρέχει και εξοπλίζει τους γονείς με γνώσεις και δεξιότητες που αφορούν την ανατροφή και το χειρισμό του παιδιού. Διαμορφώνουν αμυντικές στάσεις που περιορίζουν την εμφάνιση αρνητικών συμπεριφορών προς το παιδί όταν αυτό δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους καθώς τους αποδεσμεύουν από πρότυπα που δημιουργούν περισσότερη ένταση. Επίσης, τους παρέχει την ικανότητα να επιλύουν

προβλήματα καθώς είναι ικανοί να κατανοούν την έκταση και τη σοβαρότητα των προβλημάτων και να τα διευθετούν με τη λήψη των ανάλογων αποφάσεων (Τσιχλάκης & Κουρκούτας, 2010).

▼ Αντιμετώπιση της προσωπικής και οικογενειακής δομής: η αποδοχή των γονέων όσον αφορά την κατάσταση του παιδιού τους, θα συμβάλλει στην απομάκρυνση των αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων, θα βελτιωθεί η μεταξύ τους σχέση και θα επιτρέψει με αυτόν τον τρόπο στο παιδί να αναπτύξει τη συναισθηματική, κοινωνική και πνευματική πλευρά του (Τσιχλάκης & Κουρκούτας, 2010).

▼ Δημιουργία ενός επικοινωνιακού πλαισίου ανάμεσα σε γονείς-επαγγελματίες για τα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης: η παρεμβατική συμμετοχή των γονέων, η γνώση και η εμπειρία που πηγάζει από αυτή τη συνεργασία δημιουργεί όχι μόνο το κατάλληλο περιβάλλον για το παιδί, αλλά συμβάλλει στη διεξαγωγή συζήτησης ανάμεσα στους γονείς και στους ειδικούς που στόχο έχει την επίλυση των προβλημάτων και την ανάλυση της προόδου του παιδιού (Τσιχλάκης & Κουρκούτας, 2010).

▼ Ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων: μια οικογένεια που έχει ένα παιδί με αναπηρίες οδηγείται κι αυτή στην απομόνωση, κυρίως η μητέρα. Η συμμετοχή τους σε ομάδες αυτοβοήθειας και η ύπαρξη υποστηρικτικής διάθεσης προς το πρόσωπο της οικογένειας, δημιουργεί ένα υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο που εξομαλύνει τη συναισθηματική τους κατάσταση (Τσιχλάκης & Κουρκούτας, 2010).

▼ Η θετική εμπειρία που αποκομίζουν οι γονείς από τη συνεργασία τους με τους ειδικούς τους ενισχύει την ανάγκη να συμμετάσχουν και σε άλλα προγράμματα. Επιπλέον, όλες οι παράμετροι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τους ειδικούς που θα ασχοληθούν είτε με τη συμβουλευτική εκπαίδευση των γονέων είτε με το παιδί και να κατανοούν τις αντιδράσεις των γονιών και τους λόγους που επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων (Χαρίσης, 2010).

▼ Οι θεραπευτικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις καθώς και οι υπηρεσίες υγείας έχουν το περιθώριο βελτίωσης μέσω των απόψεων και της κριτικής που ασκούν οι γονείς. Η κριτική αυτή συνοψίζεται στα εξής:

▼ Δυσκολία στην επικοινωνία καθώς οι ειδικοί χρησιμοποιούν ειδική ορολογία καθώς επίσης οι πληροφορίες είτε θα είναι ελλιπείς είτε πολλές σε μια συνάντηση με αποτέλεσμα οι γονείς να μη μπορούν να αφομοιώσουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες.

▼ Δεν υφίστανται ενστερνισμός των συναισθημάτων των γονέων και του παιδιού με αποτέλεσμα να είναι εμφανής η έλλειψη ενδιαφέροντος και σεβασμού προς τους ίδιους και το παιδί.

▼ Είναι σύνηθες η λανθασμένη διάγνωση με αποτέλεσμα οι γονείς να μη μπορούν να αντεπεξέλθουν σε όλες τις συμπεριφορές του παιδιού.

▼ Οι υπηρεσίες είναι περιορισμένες ως προς τον αριθμό και την επάρκεια.

▼ Αδυναμία πρόσβασης καθώς οι περισσότερες υπηρεσίες είναι συγκεντρωμένες στις μεγάλες πόλεις.

▼ Η οργάνωση των υπηρεσιών είναι ελλιπής σε διαφορετικούς παράγοντες από τη συνέπεια στις συναντήσεις έως το προσωπικό και τον εξοπλισμό.

▼ Η συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών και υπηρεσιών οδηγεί συνήθως στη μεταφορά πληροφοριών από τη μια υπηρεσία στην άλλη, ενώ οι αποφάσεις των ειδικών κάποιες φορές είναι αντιφατικές (Παπαγεωργίου, 2008).

3.4.2 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΓΟΝΕΩΝ – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ

Οι διαφορετικές στάσεις και προσδοκίες είναι η βασική αιτία αυτές οι δύο πλευρές να αντικρούονται μεταξύ τους, ενώ είναι εμφανής η προκατάληψη των γονέων για τους επαγγελματίες και το αντίθετο.

Οι γονείς είναι αυτοί που καταβάλλονται από μεγαλύτερη συναισθηματική φόρτιση, καθώς ένα παιδί με ειδικές ανάγκες μέσα στην οικογένεια αποτελεί «πρόβλημα» για όλους, ειδικά για τους γονείς. Συνεπώς, θεωρούν ότι ο ειδικός – επαγγελματίας είναι αυτός ο οποίος στον οποίο εναποθέτουν άθελά τους το μεγαλύτερο βάρος για να βρει τις λύσεις, με αποτέλεσμα να μη δίνουν βαρύτητα στη συνεργασία που απαιτείται, ενώ θεωρούν ότι ο ειδικός κρατάει μια επαγγελματική απόσταση και δε λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις ανάγκες τους. Τα πιθανά άσχημα σχολικά χρόνια των γονέων επιφέρει την έλλειψη εμπιστοσύνης στο πρόσωπο του ειδικού, καθώς δεν τον εμπιστεύονται και πιστεύουν ότι οι συμβουλές του είναι αυστηρή κριτική προς το πρόσωπό τους, ενώ νιώθουν ότι «διεισδύει» στο οικογενειακό περιβάλλον και θέλει να μάθει τα μυστικά τους.

Από την άλλη οι επαγγελματίες είναι αυτοί που λόγω των γνώσεών τους «απαξιούν» και «υποβαθμίζουν» τους γονείς αφού θεωρούν ότι οι δεύτεροι δε μπορούν να

βοηθήσουν, ενώ οι ερωτήσεις τους είναι άσχετες σε σημείο ενόχλησης. Οι γονείς έχουν προσκολληθεί με το παιδί τους λόγω των ειδικών αναγκών που φέρουν, με αποτέλεσμα να μην είναι αντικειμενικοί στις παρατηρήσεις τους και να θεωρούν τις συμβουλές ως άσχημη κριτική, ενώ οι ειδικοί θεωρούν ότι αυτό το «δέσιμο» ανάμεσα σε γονείς και παιδί έχει μεταδώσει στους γονείς ορισμένες ιδιαιτερότητες ψυχολογικής ή άλλης φύσεως.

Υπάρχουν και κάποιοι «εξωτερικοί παράγοντες», οι οποίοι δυσχεραίνουν τη μεταξύ τους σχέση. Οι οικονομικές δυσκολίες, τα προβλήματα υγείας κάποιου άλλους μέλους, η κακομεταχείριση, η χρήση ουσιών ακόμα και οι πολυάριθμες ώρες εργασίες των γονιών μπορούν να αναστείλουν την καλή συνεργασία. Επίσης, η έλλειψη γνώσεων και εμπειρίας συμβάλλει οι ειδικοί να μη θεωρούν τους γονείς σαν συνεργάτες και έτσι να τους συμβουλεύουν με αυταρχικό τρόπο και να τους θεωρούν «κομμάτι» του προβλήματος και όχι σαν βοηθούς για την επίλυση των προβλημάτων (http://www.glossa-mathisi.gr/images/stories/tefxos8/barbara_drosou_synergasia.pdf).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ – ΣΚΟΠΟΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Αποτελεί μια ειδικότητα της Νοσηλευτικής στην οποία συνδυάζεται η γενική νοσηλευτική με τη δημόσια υγεία και στόχο έχει την προαγωγή της υγείας. Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτικών (ANA) έχει δοθεί ο παρακάτω ορισμός : « Η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι κλάδος της Νοσηλευτικής Επιστήμης που συγκεντρώνει ειδικές γνώσεις κι δεξιότητες για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας της οικογένειας, των ατόμων, των κοινοτήτων που βρίσκονται στο φυσικό τους περιβάλλον όπως το σπίτι, το σχολείο, ο χώρος εργασίας τους. Η νοσηλευτική εργασία αυτή υλοποιείται έξω από το θεραπευτικό χώρο του νοσοκομείου».

Η Κοινοτική Νοσηλευτική έχει τους εξής σκοπούς-στόχους:

- ✓ Την πρόληψη της ασθένειας, της αναπηρίας και του πρόωρου θανάτου
- ✓ Την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και την αποκατάσταση του αρρώστου
- ✓ Την υγειονομική διαπαιδαγώγηση των ατόμων της κοινότητας
- ✓ Τη συμμετοχή προγραμμάτων υπηρεσιών υγείας
- ✓ Τη συμμετοχή εκπαίδευσης προσωπικού υγείας (Σπατιώτη & Σοφιανού, 2015).

4.1.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η Κοινοτική Νοσηλευτική διακρίνεται από έξι βασικά χαρακτηριστικά:

✓ Είναι κλάδος της Νοσηλευτικής Επιστήμης, δηλαδή οι επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες που εφαρμόζονται σε αυτήν εφαρμόζονται και στην Κοινοτική Νοσηλευτική και κυρίως ο τομέας της Νοσηλευτικής Διεργασίας. Με το να χρησιμοποιεί ιδέες και δεξιότητες από άλλες επιστήμες η Κοινοτική δημιουργεί το δικό της τρόπο πρακτικής.

✓ Είναι επικεντρωμένη στις ανάγκες του συνόλου και όχι μεμονωμένα. Στόχος της είναι η προαγωγή της οικογένειας από ένα μικρό σύνολο ατόμων μέχρι σε ένα μεγαλύτερο, από την οικογένεια μέχρι το σύνολο ενός πληθυσμού μιας πόλης. Άρα αποσκοπεί στη διατήρηση της υγείας και στην πρόληψη της νόσου στο σύνολο του

πληθυσμού, ενώ δεν στοχεύει μόνο στην επίλυση ενός προβλήματος, αλλά και στον προσδιορισμό της αιτίας που το προκάλεσε.

✓ Η Κοινωνική έχει σαν πρωταρχικό τη ρόλο την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, σε αντίθεση με τη Νοσηλευτική και την Ιατρική που στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα στοχεύουν στην αντιμετώπιση της αρρώστιας-θεραπεία και μετά στην πρόληψη.

✓ Για να επιτευχθεί η υγεία στο ευρύτερο σύνολο δεν αρκεί ο κοινοτικός νοσηλευτής, απαιτείται η συνεργασία και ο συντονισμός του με άλλους επιστήμονες, καθώς η υγεία αποτελεί ένα σύνολο κοινωνικοοικονομικών, πολιτικών, περιβαλλοντικών, πολιτισμικών παραγόντων.

✓ Η κεντρική ιδέα της Κοινωνικής Νοσηλευτικής είναι η ευαισθητοποίηση του κοινού, να συμμετέχουν σε προγράμματα υγείας.

✓ Τέλος, για να εφαρμοστεί η Κοινωνική είναι απαραίτητη η γνώση της Δημόσιας Υγιεινής (Σπατιώτη & Σοφιανού, 2015).

4.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Για να επιφέρει ένα θετικό αποτέλεσμα η φροντίδα στον τομέα της υγείας πρέπει να συμμετάσχει τόσο το ίδιο το άτομο-ασθενής όσο και η οικογένεια του. Σύμφωνα, με τον Π.Ο.Υ (1985) στις ευθύνες του κοινοτικού νοσηλευτή προστίθενται τα εξής:

- ✓ Την ενθάρρυνση της συμμετοχής της κοινότητας
- ✓ Τη συνεργασία με άτομα, οικογένειες και την κοινότητα
- ✓ Την ενδυνάμωση των ατόμων, των οικογενειών, της κοινότητας
- ✓ Την καθοδήγηση και την υποστήριξη άλλων επαγγελματιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- ✓ Το συνδυασμό των δραστηριοτήτων ανάπτυξης της κοινότητας που σχετίζονται με την υγεία

Για την υλοποίηση των παραπάνω ευθυνών απαραίτητη προϋπόθεση είναι οι παρακάτω δραστηριότητες του κοινοτικού νοσηλευτή:

- ✓ Πρόληψη ασθένειας και προαγωγή της υγείας
- ✓ Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας, παροχή φροντίδας και ανάλογη καθοδήγηση

- ✓ Σωματική και ψυχολογική παροχή φροντίδας σε περιπτώσεις ασθένειας
 - ✓ Ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου-ασθενή, του ετοιμοθάνατου και της οικογένειας
 - ✓ Συμβουλευτική εργασία και βοήθεια για τη δημιουργία-διατήρηση ενός υγιεινού περιβάλλοντος
 - ✓ Συμβουλευτική εργασία και βοήθεια για τη δημιουργία ενός υγιούς τρόπου ζωής επί καθημερινής βάσεως
 - ✓ Συμβουλευτική εργασία με τη θεραπευτική ομάδα για την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος
 - ✓ Συμβουλευτική εργασία και παροχή φροντίδας για την αποκατάσταση της νόσου
 - ✓ Συντονισμός παροχής υπηρεσιών υγείας και παρακίνηση των ατόμων να τις χρησιμοποιούν όταν χρειάζεται
 - ✓ Επικοινωνία με τη νοσηλευτική και υγειονομική ομάδα, με το άτομο, με την οικογένεια, με την κοινότητα
 - ✓ Εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού
 - ✓ Συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας για να παρακινηθεί και να ενδιαφερθεί ο υπόλοιπος πληθυσμός σε θέματα υγείας
 - ✓ Συμβολή στην ανάπτυξη της επιστήμης και της τέχνης της Νοσηλευτικής
- Η Κοινωνική Νοσηλευτική εφαρμόζεται κυρίως στα Κέντρα Υγείας, διότι καλύπτει όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων της (Αναγνωστοπούλου & συν. 2005).

4.2.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Τα βασικά χαρακτηριστικά που πρέπει να συγκεντρώνει ένας Κοινωνικός Νοσηλευτής στο πρόσωπό του είναι:

- ✓ Νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες
- ✓ Ικανότητα επικοινωνίας και συνεργασίας με άλλους ανθρώπους
- ✓ Ικανότητα να αξιολογεί, να ιεραρχεί και να αντιμετωπίζει τα προβλήματα με βάση την εκάστοτε σοβαρότητα
- ✓ Ικανότητα διδασκαλίας και καθοδήγησης
- ✓ Σωστή πληροφόρηση για τα διάφορα μέσα και πηγές που υπάρχουν στην κοινότητα

▼ Ξεκάθαρη αντίληψη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Κοινωνικής Νοσηλευτικής (Μάργαρη, 1999).

4.3 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΣΚΟΠΟΙ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ως Αγωγή Υγείας μπορεί να οριστεί η διαδικασία κατά την οποία το άτομο αυτό καθ' αυτό μπορεί να πάρει πρωτοβουλίες, αποφάσεις μέσω των οποίων μπορεί να εξασφαλίσει τη σωματική, πνευματική και ψυχική του ευεξία. Επίσης, εξοπλίζει τα άτομα με γνώσεις και εμπειρίες μέσω δραστηριοτήτων και επιτυγχάνει να αλλάξει τον τρόπο σκέψης, τη στάση και τις διάφορες πεποιθήσεις, την ανάπτυξη δεξιοτήτων-ικανοτήτων καθώς και τον τρόπο συμπεριφοράς.

Ο Π.Ο.Υ(1985) ορίζει την Αγωγή της Υγείας ως τον «τρόπο γεφύρωσης ανάμεσα στην πληροφορία για την υγεία και την πρακτική για την υγεία». Έπειτα, επαναπροσδιορίστηκε σαν μια εκπαιδευτική διαδικασία με πολλές ψυχολογικές, πνευματικές, κοινωνικές παραμέτρους που περιλαμβάνουν δραστηριότητες μέσω των οποίων επιδιώκουν την ενίσχυση της υπευθυνότητας του ατόμου για τη λήψη πρωτοβουλιών και σωστών αποφάσεων σε ατομικό, οικογενειακό, κοινωνικό επίπεδο. Ουσιαστικά χωρίζεται σε δυο επιμέρους μορφές αυτή της τυποποιημένης και αυτή της άτυπης αγωγής της υγείας. Σύμφωνα, με την πρώτη αποτελεί μια επιστημονική διαδικασία κατά την οποία εφαρμόζεται η ενημέρωση και η εκπαίδευση σε θέματα υγείας, ενώ κατά την άτυπη μορφή εφαρμόζεται η διαπαιδαγώγηση του ατόμου από πολύ μικρή ηλικία και η συγκεκριμένη προσαρμόζεται ανάλογα το περιβάλλον και το οικονομικό υπόβαθρο.

Αποτελεί μια από τις πιο σωστές μεθόδους που στα χέρια των ειδικών αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την προαγωγή υγείας στον πληθυσμό, καθώς εφαρμόζεται στα σχολεία, στην κοινότητα και στον τόπο εργασίας.

Πιο συγκεκριμένα, στο πλαίσιο του σχολείου η Αγωγή της Υγείας αποσκοπεί στη βελτίωση και στην προαγωγή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας των μαθητών με την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι στόχοι της είναι:

▼ Η παροχή και παραγωγή γνώσεων που στοχεύει στον εξοπλισμό του ατόμου ώστε να είναι αρκετά ικανό να κατευθύνεται στις σωστές αποφάσεις

- ✓ Η ανάπτυξη δεξιοτήτων που προάγουν την υγεία
 - ✓ Η υιοθέτηση και διατήρηση συμπεριφοράς, κατά την οποία το άτομο δύναται να αλλάξει στάση και συμπεριφορά με βάση νέα δεδομένα
 - ✓ Η πλήρης υγειονομικής κάλυψη των παιδιών
 - ✓ Η εξάλειψη του αποκλεισμού των παιδιών από την κοινωνία, την αγορά εργασίας
 - ✓ Η εξάλειψη της πρόωρης εγκατάλειψης της υποχρεωτικής εκπαίδευσης
 - ✓ Η ευαισθητοποίηση του ατόμου και του συνόλου για το πρόβλημα το οποίο υπάρχει και η ανάγκη επίλυσης του
 - ✓ Η ιεράρχηση αξιών που αποσκοπεί στην τροποποίηση των αξιών για την να υπάρξει η διορθωτική παρέμβαση
 - ✓ Ως κεντρικό στόχο θέτει το παιδί προσχολικής ηλικίας λόγω της σημαντικότητας που φέρει η πρωτογενής κοινωνικοποίησή του
 - ✓ Η αλλαγή περιβάλλοντος που συμβάλλει στην αλλαγή των παραγόντων του περιβάλλοντος που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά
- Συμπερασματικά, η Αγωγή της Υγείας επιδιώκει να αναπτύξει στο άτομο ένα αίσθημα ευθύνης για τις συνθήκες υγείας που αφορούν το ίδιο ατομικά και κοινωνικά.

4.3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η βάση της Αγωγής της Υγείας είναι η σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ατόμου, νοσηλευτή και οικογένειας, νοσηλευτή και κοινότητας που επιδιώκει τη θεραπεία. Για να διευκολυνθεί αυτή η σχέση, ο σχολικός νοσηλευτής πρέπει να συγκεντρώνει ορισμένα χαρακτηριστικά όπως : αυτοπεποίθηση, επαγγελματική ικανότητα, ευαισθησία όσον αφορά το άτομο και επικοινωνιακή ικανότητα. Ο ρόλος του στις δραστηριότητες της αγωγής υγείας είναι:

- ✓ Υποστηρικτικός
- ✓ Συνεργάτης
- ✓ Ειδικός σύμβουλος-καθοδηγητής
- ✓ Παιδαγωγός
- ✓ Μεσολαβητής
- ✓ Ερευνητής
- ✓ Συνήγορος

Οι σχολικοί νοσηλευτές έρχονται σε επαφή με τα παιδιά στο χώρο του σχολείου και οφείλουν να αναγνωρίζουν τις ανάγκες τους, αλλά και τα προβλήματά τους. Ως παιδαγωγοί οφείλουν να σέβονται τα παιδιά, τις επιλογές τους ακόμα και τον τρόπο τον οποίο εκφράζονται ώστε να υπάρχει μια καλή επικοινωνία μέσω της οποίας θα ενισχύεται το αίσθημα της υποστήριξης και της βοήθειας προς τις επιλογές και προς το πρόσωπο των παιδιών. Μέσα από ειδικά προγράμματα αγωγής της υγείας, οι νοσηλευτές αποσκοπούν στη βελτίωση της σχολικής απόδοσης αλλά και στην ανάπτυξη των ικανοτήτων των παιδιών για να «μετατρέψουν» σε αυτοδύναμα άτομα που θα μπορούν να προσέχουν μόνο τους τον εαυτό τους. Στα «πρέπει» στη λίστα των σχολικών νοσηλευτών είναι η αποτροπή των ίδιων από το να θεωρούν τους εαυτούς τους ως αυθεντίες και γενικότερα το μοναδικό πομπό γνώσης, ενώ η εξειδίκευση είναι το μοναδικό μέσο που μπορεί να εξασφαλίσει τη μετάδοση της απαραίτητης τεχνογνωσίας για να μπορούν να δρουν οι ίδιοι ως σύμβουλοι στη σχολική κοινότητα.

Τέλος, είναι απαραίτητη η συνεργασία του νοσηλευτή με τα άτομα και τις κοινότητες και η ικανότητα προαγωγής της υγείας για να μπορέσουν να εφαρμοστούν όλες οι απαιτούμενες μέθοδοι (Αλμπάνη & Μαρνέρας, 2010).

4.4 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ – ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Συμβουλευτική είναι κλάδος της Παιδαγωγικής επιστήμης και υλοποιείται στην πράξη ως ψυχολογική συμβουλευτική, εκπαιδευτική, επαγγελματική και θεραπευτική. Στην εκπαίδευση γίνεται χρήση των δύο πρώτων μορφών και ορίζεται ως Ψυχοπαιδαγωγική Συμβουλευτική (Μάνος, 1991). Στηρίζεται στην εξελικτική πορεία της ανάπτυξης του κάθε ατόμου και διαμορφώνεται ανάλογα με την ηλικία (Σάλμοντ, 2004).

Ο όρος Συμβουλευτική περιλαμβάνει την εργασία με άτομα και σχέσεις, η οποία μπορεί να συνδέεται με την ανάπτυξη, την υποστήριξη, τη ψυχοθεραπευτική, την καθοδήγηση ή ακόμα και την επίλυση προβλημάτων. Η Συμβουλευτική έχει στόχο να καθοδηγήσει το άτομο στο να ανακαλύψει και να ξεδιαλύνει τους τρόπους που θα του παρέχουν μια πιο ικανοποιητική και βελτιωμένη ζωή (Bac, 2010).

«Η Συμβουλευτική είναι μια αυστηρά καθορισμένη σχέση, κατά την οποία εφαρμόζονται μία ή περισσότερες θεωρίες ψυχολογίας και ένα συγκεκριμένο σύνολο

επικοινωνιακών δεξιοτήτων, οι οποίες αλλάζουν με την εμπειρία και άλλους διαφορετικούς παράγοντες των πελατών. Η κυρίαρχη ιδέα είναι πρώτα να διευκολύνει και στη συνέχεια να παρέχει συμβουλές και να παρακινεί. Είναι μια υπηρεσία που την αποζητούν οι άνθρωποι που φέρουν κάποια διαταραχή ή κάποιο είδος σύγχυσης και θέλουν να συζητήσουν για να βρουν λύση στα προβλήματά τους σε μια σχέση πιο εμπιστευτική και πιο οικεία από μια φιλία που θα τους στιγματίσει λιγότερο από τις σχέσεις βοήθειας που παρέχονται σε ένα κλασσικό ιατρικό ή ψυχιατρικό περιβάλλον» (Feltham & Dryden, 2003).

Τα πιθανότερα αποτελέσματα που μπορεί να επιφέρει η συμβουλευτική σε διαδικασία είναι τα εξής:

✓ **Επίλυση στο πρόβλημα:** το άτομο αποκτάει την ικανότητα να καταλαβαίνει την αιτία που προκάλεσε το πρόβλημα, να αναλύει τις ποικίλες πλευρές του, να το αποδέχεται και να οδηγείται στην απόφαση ότι πρέπει να αλλάξει την υπάρχουσα κατάσταση.

✓ **Μάθηση:** το άτομο μέσω της συμβουλευτικής αποκτάει γνώσεις και δεξιότητες που τον καθιστούν αρκετά ικανό να διαχειριστεί παρόμοιες καταστάσεις με την ήδη υπάρχουσα.

✓ **Κοινωνική ενσωμάτωση:** το άτομο ενισχύεται ώστε να συμμετέχει στην ευημερία των υπολοίπων και γενικότερα στο κοινωνικό καλό (McLeod, 2003).

4.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Συμβουλευτική και η Αγωγή της Υγείας αποτελούν διεπιστημονικές και διαθεματικές δραστηριότητες, έτσι τα προγράμματα αυτά πρέπει να είναι αποτελεσματικά. Αυτό επιτυγχάνεται με την ολιστική δομή των θεμάτων και μέσα από τη διαθεματική προσέγγιση να ενσωματώνονται σε άλλα μαθήματα του αναλυτικού προγράμματος.

Τόσο η ψυχοσύνθεση του μαθητή όσο και η φύση των προγραμμάτων αυτών αποτελούν το βασικό οδηγό-«μούσουλα» που πρέπει να έχει η διαθεματική αυτή προσέγγιση για να είναι μια αποτελεσματική μαθησιακή διαδικασία. Με τη διαθεματική αυτή προσέγγιση το αντικείμενο μπορεί να ερευνηθεί οποιαδήποτε ώρα μέσα στο

ωρολόγιο πρόγραμμα, με τη συμμετοχή οποιοδήποτε μαθητή και με τον τρόπο αυτό ενεργοποιείται και ευαισθητοποιείται όλη η τάξη.

Αυτή προσέγγιση συμβάλλει στον εξοπλισμό του μαθητή με διευρυμένες γνώσεις, τις οποίες μπορεί να μετατρέψει από τεχνική γνώση σε καθημερινές συνήθειες που έχουν άμεση και θετική επίδραση στη ζωή του.

Η Συμβουλευτική δεν εξετάζεται μεμονωμένα, αλλά εμπεριέχεται σαν συστατικό σε κάθε πτυχή της σχολικής ζωής και εξοπλίζει τους μαθητές με δεξιότητες ώστε:

- ✓ Να αναζητούν, να αξιολογούν και να ταξινομούν τις πληροφορίες
- ✓ Να σχεδιάζουν μια έρευνα και να αξιολογούν τα αποτελέσματά της
- ✓ Να επικοινωνούν
- ✓ Να ερμηνεύουν τις σχέσεις ανάμεσα στον κόσμο και στους ανθρώπους
- ✓ Να αναγνωρίζουν τους κινδύνους που τους απειλούν
- ✓ Να μάθουν να συνεργάζονται με άλλα άτομα
- ✓ Να κοινωνικοποιούνται

Μέσα από τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση ο νοσηλεύτης θέλει να εκπαιδεύσει τα παιδιά :

✓ Την κατανόηση ότι η οικογένεια είναι το περιβάλλον, το οποίο τους παρέχει την ασφάλεια που έχουν ανάγκη, προσδιορισμός των ρόλων των ατόμων μέσα στην οικογένεια.

✓ Την κατανόηση το πώς μπορούν να αναπτύξουν μια φιλία και το πόσο σημαντική είναι για τη ζωή τους.

✓ Τη συζήτηση για θέματα, τα οποία αφορούν τον τρόπο με τον οποίο αξιοποιούν ορισμένους χώρους προκειμένου να ικανοποιήσουν κάποιες ανάγκες τους.

✓ Την κατανόηση των τρόπων από τους οποίους η κοινωνία επηρεάζεται και διαμορφώνει στάσεις και μορφές συμπεριφοράς.

Κάποιες ενδεικτικές δραστηριότητες είναι:

- ✓ Ερωματολογία έρευνας
- ✓ Παιχνίδια ρόλων
- ✓ Καλλιτεχνική δημιουργία
- ✓ Ενίσχυση της δυναμικής της ομάδας
- ✓ Δραστηριότητες μικρών ομάδων σε θέματα αγωγής της υγείας
- ✓ Μιμητικά παιχνίδια πάνω σε θέματα υγείας

Όσον αφορά τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση οι στόχοι είναι:

- ✓ Αναζήτηση παραγόντων που προσδιορίζουν την ταυτότητα του μαθητή.

✓ Κατανόηση των συναισθημάτων και το πόσο και πώς επηρεάζουν τη μεταξύ τους σχέση με άλλους, αλλά και με την εικόνα που έχουν για τον ίδιο τους τον εαυτό.

✓ Η αλληλεπίδραση των εφήβων μεταξύ τους και η σημασία αυτής για τη διαμόρφωση στάσεων, συμπεριφορών, συναισθημάτων, αναγκών.

Οι στόχοι μπορούν να πραγματοποιηθούν με τις παρακάτω δραστηριότητες:

✓ Ερωτηματολόγια έρευνας

✓ Παιχνίδια ρόλων

✓ Καλλιτεχνική δημιουργία

✓ Ενίσχυση της δυναμικής της ομάδας

✓ Δραστηριότητες μικρών ομάδων σε θέματα αγωγής της υγείας.

Δυστυχώς με έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε εθνικό επίπεδο η εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων έχει αρνητικά αποτελέσματα:

✓ Μεγάλος αριθμός παιδιών πάσχουν από αναπτυξιακά προβλήματα.

✓ Στην πλειοψηφία τα προβλήματα των παιδιών επηρεάζονται από άλλους παράγοντες π.χ. κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.

✓ Έλλειψη συμβουλευτικής υποστήριξης και θεραπευτικής παρέμβασης.

✓ Ελάχιστοι εμπλεκόμενοι φορείς είναι αυτοί που ενδιαφέρονται πραγματικά για τη ψυχική υγεία των παιδιών.

Άρα, είναι η επιτακτική ανάγκη για:

✓ Συχνή αξιολόγηση των προγραμμάτων πρόληψης.

✓ Δραστηριοποίηση των ομάδων, συλλόγων γονέων.

✓ Συνεργασία, συντονισμός φορέων, υπηρεσιών και ειδικών μεταξύ τους.

✓ Συνεργασία όλων των φορέων στους τομείς υγείας, παιδείας, πρόνοιας και δικαιοσύνης.

✓ Συνεχής επιμόρφωση του σχολικού νοσηλευτή, ο οποίος μπορεί να αποτελέσει τον καταλληλότερο συνδετικό κρίκο ανάμεσα σε όλους τους ενδιαφερόμενους και που ο βασικός τους σκοπός είναι η επίλυση των προβλημάτων των παιδιών σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Μαρνέρας & Αλμπάνη, 2010).

4.6 ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

4.6.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο σχολικός νοσηλευτής αποτελεί ένα εξειδικευμένο επιστήμονα υγείας που διαθέτει τα προσόντα εκπαίδευσης των παιδιών. Έχει το πλεονέκτημα να έρχεται σε άμεση επαφή με τα παιδιά, να τα παρατηρεί και να εντοπίζει πιθανά προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Στο σχολικό περιβάλλον «χάνει» τον παραδοσιακό του ρόλο και μετατρέπεται στο συνεργάτη των παιδιών.

Άρα, ο σχολικός νοσηλευτής αποτελεί το κλειδί για την προαγωγή της υγείας στο σχολικό περιβάλλον, καθώς η θέση του δίνει τη δυνατότητα διάγνωσης προβλημάτων σε πρώιμο στάδιο. Συνεπώς, ο σχολικός νοσηλευτής καθίσταται υπεύθυνος για την αντιμετώπιση, τη διεξαγωγή συζητήσεων, την επίλυση των προβλημάτων υγείας που αφορούν τα παιδιά, της οικογένειες και το προσωπικό του σχολείου. Ο πληθυσμός στον οποίο στοχεύει η νοσηλευτική είναι αρχικά τα παιδιά, έπειτα οι οικογένειές τους, εν συνεχεία όλο το σχολικό περιβάλλον και κατ' επέκταση όλη η τοπική κοινωνία (Αναγνωστοπούλου και συν. 2005).

4.6.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Το Υπουργείο Παιδείας είναι αυτό το οποίο διορίζει το σχολικό νοσηλευτή όπως και το υπόλοιπο διδακτικό προσωπικό ή το Υπουργείο Υγείας είναι αυτό που το διορίζει σαν κοινοτικό νοσηλευτή στο Κέντρο Υγείας της περιοχής, με έδρα το σχολείο.

Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος καθώς εργάζεται με το σχολικό πληθυσμό. Ο λειτουργικός ρόλος είναι ο πρώτος ρόλος που του παραχωρείται, κατά τον οποίο ο νοσηλευτής έρχεται σε πρώτη επαφή με το παιδί και το οποίο το αξιολογεί (ατομικό και οικογενειακό ιστορικό) και το ελέγχει (πλήρης ιατρικός έλεγχος, έλεγχος εμβολιασμών, ακοής, όρασης). Με αυτόν τον τρόπο, μέσω της στενής επαφής με τα παιδιά και με το συγκεκριμένο έλεγχο ο νοσηλευτής καταφέρνει να διεισδύσει στη ψυχολογία των παιδιών και να εντοπίσει πιθανά προβλήματα υγείας που θα μετατρέψουν το ρόλο του σε θεραπευτικό. Για να γίνει θεραπευτικός ο ρόλος του θα πρέπει πρώτα να έχει προηγηθεί ο ρόλος του συμβούλου.

Ο συγκεκριμένος ρόλος ενισχύεται από κάποια βασικά σημεία τα οποία πρέπει να υπάρχουν όπως : η συμφωνία, η «διαύγεια» - αυθεντικότητα απέναντι στα παιδιά, η κατανόηση, η αναγνώριση του προβλήματος του παιδιού. Οι φοβίες και η γενικότερη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού θα πρέπει να αξιολογείται και να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη για την περαιτέρω διερεύνηση των προβλημάτων και τη διεξαγωγή κάποιας πιθανής λύσης που θα επιφέρει τη συναισθηματική τους ανάπτυξη.

Οφείλει να παρατηρεί το σχολικό περιβάλλον για να επιτυγχάνεται η προστασία και η ασφάλεια των παιδιών. Έτσι, πρέπει να ελέγχεται η ποιότητα τροφών , η τήρηση των κανόνων υγιεινής των κυλικείων, την ενημέρωση των μαθητών και του υπόλοιπου προσωπικού για το τι τροφές πρέπει να καταναλώνουν ή να αποφεύγουν αντίστοιχα, η διεξαγωγή εμβολιασμών, η έγκαιρη διάγνωση λοιμωδών νοσημάτων και τρόπους αντιμετώπισής τους. Επιπρόσθετα, οι γνώσεις του όσον αφορά τις πρώτες βοήθειες τον καθιστούν ικανό στην προαγωγή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε περίπτωση κάποιου ατυχήματος ή ασθένειας. Χρέος του είναι μεταλαμπαδεύει αυτές τις γνώσεις του στο προσωπικό, αλλά και στα παιδιά μέσω ειδικών προγραμμάτων αγωγής της υγείας. Ανήκει στην ομάδα υγείας του σχολείου που αποτελείται από το γιατρό, το ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, το δάσκαλο φυσικής αγωγής και το δάσκαλο της τάξης. είναι δραστήριος και ενεργός σε συνελεύσεις του προσωπικού στις οποίες εκφράζει την άποψη του για λύσεις και προτάσεις που μπορούν να λάβουν χώρα για την υγεία και την αντιμετώπιση των παιδιών. Τέλος έχει ερευνητικό και θεραπευτικό ρόλο καθώς είναι ο αρμόδιος για να ανακαλύπτει τους μαθητές που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για συγκεκριμένα προβλήματα υγείας, συντονίζει και φροντίζει παιδιά με χρόνια νοσήματα ή σε οποιαδήποτε εκδήλωση οξύ προβλήματος που προκύψει και προγραμματίζει συνεχή φροντίδα για τα παιδιά αυτά είτε στο σχολικό περιβάλλον είτε εκτός (Βλάχου, 2017).

4.6.3 ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Όπως προαναφέρθηκε οι σχολικοί νοσηλευτές εργάζονται σε εκπαιδευτικά ιδρύματα με στόχο τη συμβουλευτική και την αποκατάσταση υγείας των παιδιών. Ειδικότερα, οι αρμοδιότητες ενός σχολικού νοσηλευτή είναι:

▼ Χορήγηση φαρμάκων: γίνεται με ειδική υπόδειξη από το γιατρό. Ο νοσηλευτής έχοντας εντοπίσει τα συμπτώματα του παιδιού σε συνδυασμό με το ατομικό-οικογενειακό ιστορικό του ενημερώνει το γιατρό για να προβεί στη διαδικασία της συνταγογράφησης των φαρμάκων. Σε περίπτωση απουσίας του γιατρού, ή αδυναμίας σε κάποιο κέντρο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο νοσηλευτής μπορεί να χορηγήσει ορισμένα μόνο είδη φαρμάκων όπως είναι αντιπυρετικά, παυσίπονα, φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την επάλειψη των τραυμάτων. Δεν είναι λίγες οι φορές που τα παιδιά έχουν υποστεί κάποια αλλεργική αντίδραση και ο σχολικός νοσηλευτής έπρεπε να επέμβει με τη χορήγηση κάποιου κορτιζονούχου σκευάσματος, συνεπώς ανάλογα το πρόβλημα πρέπει να χορηγείται και το ανάλογο φάρμακο κάθε φορά.

▼ Οργάνωση του σχολικού φαρμακείου: οι αποθήκες φαρμάκων καθώς και η οργάνωση του σχολικού φαρμακείου είναι μια από τις πιο σημαντικές αρμοδιότητες του σχολικού νοσηλευτή. Παρακολουθεί κάθε μήνα τα φάρμακα, καταγράφει τον αριθμό των χρησιμοποιημένων ή μη των φαρμάκων. Φροντίζει να υπάρχει απόθεμα σε φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης και σε περιπτώσεις τραυματισμών, ενώ ελέγχει τα φάρμακα τα οποία έχουν λήξει και τα οποία πρέπει να αντικατασταθούν. Οφείλει να ενημερώνεται από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) για την κυκλοφορία νέων φαρμάκων ή ακόμα και την αντικατάσταση των ληγμένων. Τέλος, πρέπει να επιμελείται τη σωστή θερμοκρασία και γενικά το σωστό περιβάλλον για τα φάρμακα για να μην αλλοιώνονται, καθώς και ο χώρος αποθήκευσής τους να είναι σωστά ασφαλισμένος για να μην είναι προσβάσιμος από τα παιδιά.

▼ Παροχή πρώτων βοηθειών: όλοι οι σχολικοί νοσηλευτές πρέπει να έχουν τις κατάλληλες γνώσεις για να ανταπεξέλθουν σε καταστάσεις πρώτων βοηθειών ή σε περιπτώσεις σοβαρού τραυματισμού στο χώρο του σχολείου. Η άμεση παροχή φροντίδας περιλαμβάνει την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, κατά την οποία ένας συνδυασμός από τεχνητές αναπνοές και καρδιακές μαλάξεις σε διάρκεια 3 λεπτών μπορούν να επαναφέρουν το άτομο. Για να γίνει όμως αυτό, προϋποθέεται η διάγνωση παύσης της καρδιακής κυκλοφορίας.

▼ Δημιουργία πρωτοκόλλων: αφορά τη δημιουργία ενός σχεδίου δράσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Με βάση το συγκεκριμένο σχέδιο, ταξινομούνται τα περιστατικά με βάση τη σοβαρότητά τους, τη συμπτωματολογία τους σε κλασικές ασθένειες (παιδικές, εφηβικές), εύκολα αναγνωρίσιμες (ανεμοβλογιά), σε εκείνες με γνωστή συμπτωματολογία (εμπύρετο, διάρροιες) όπως κρυολόγημα, γαστρεντερίτιδα κ.ά. κατά τις οποίες ο σχολικός νοσηλευτής δρα συντηρητικά και βάση με τη

φαρμακευτική αγωγή που του έχει δώσει ο θεράπων γιατρός. Με αυτόν τον τρόπο, η αντιμετώπιση των ασθενειών είναι πιο γρήγορη και δεν υφίστανται θέμα αναμονής.

✓ Παρακολούθηση ανάπτυξης μαθητών: προτείνεται η προληπτική ετήσια επίσκεψη που αποτελεί κι αυτό αρμοδιότητα του σχολικού νοσηλευτή. Μέσω της επίσκεψης αυτής εντοπίζονται σωματικές, ψυχικές διαταραχές και υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να βρεθεί κάποια λύση και με τη βοήθεια της συμβουλευτικής προλαμβάνονται συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Σημεία που πρέπει να προβληματίσουν τους γονείς είναι η μεγάλη αλλαγή στην αύξηση/μείωση του βάρους, οι μεταβολές του ύπνου, η αδιαφορία για προσωπική καθαριότητα και για την προσωπική εμφάνιση, κοινωνική απομόνωση.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας σχολικός νοσηλευτής είναι:

✓ Η εικόνα του σχολικού νοσηλευτή ως επιστήμονα υγείας, αυτό οφείλεται στην ένταξη της ευθύνης της σχολικής υγιεινής.

✓ Ο καθορισμός του ρόλου και οι αρμοδιότητες του σχολικού νοσηλευτή.

✓ Οι σχολικοί νοσηλευτές είναι απομονωμένοι από τους συναδέλφους τους και επειδή δεν έχουν κάποια εκπροσώπηση στον κλάδο τους δε μπορούν να υπερασπιστούν τα δικαιώματά τους.

✓ Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

✓ Δεν έχουν τη δυνατότητα εξέλιξης.

✓ Δεν έχουν δικό τους χώρο για τη παροχή πρώτων βοηθειών.

✓ Δεν έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στα σπίτια.

✓ Η τήρηση του ιατρικού απορρήτου.

✓ Οι ανταγωνιστικές συμπεριφορές (Βλάχου, 2017).

4.6.4 ΚΑΘΗΚΟΝΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο Σχολικός Νοσηλευτής υποστηρίζει μαθητές με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, που φοιτούν σε σχολεία γενικής εκπαίδευσης και για τους οποίους έχει εκδοθεί απόφαση έγκρισης υποστήριξης κατόπιν σχετικής γνωμάτευσης δημοσίου νοσοκομείου. Με απόφαση του Περιφερειακού Διευθυντή Εκπαίδευσης ύστερα από πρόταση του Περιφερειακού Υπηρεσιακού Συμβουλίου Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού (Π.Υ.Σ.Ε.Ε.Π.) η άσκηση των καθηκόντων του δύναται να επεκτείνεται και σε μαθητές

των ίδιων ή συστεγαζόμενων σχολικών μονάδων, για τους οποίους έχει εκδοθεί απόφαση έγκρισης υποστήριξης, εφόσον καλύπτονται οι ανάγκες των μαθητών των σχολείων στα οποία υπηρετούν.

Ειδικότερα ο Σχολικός Νοσηλευτής:

✓ Υποστηρίζει τους μαθητές, για τους οποίους έχει εκδοθεί απόφαση έγκρισης υποστήριξης, καθ' όλη τη διάρκεια της εκπαιδευτικής διαδικασίας, τόσο κατά τη διάρκεια των μαθημάτων όσο και κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων, καθώς επίσης και σε όλες τις δραστηριότητες της σχολικής ζωής, όπως περιπάτους, διδακτικές επισκέψεις, εκδρομές και σε κάθε είδους εκδήλωση που οργανώνει το σχολείο. Σε καμία περίπτωση ο Σχολικός Νοσηλευτής δεν υποκαθιστά τον εκπαιδευτικό της τάξης, ο οποίος έχει την ευθύνη εκπαίδευσης του μαθητή.

✓ Μετά την ανάληψη των καθηκόντων του συνεργάζεται με τους γονείς των υποστηριζόμενων μαθητών και τους θεράποντες ιατρούς προκειμένου να ενημερωθεί και να λάβει τις απαραίτητες πληροφορίες για να καταρτίσει το ιστορικό τους, να λάβει οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή τους όπως και κάθε άλλη απαραίτητη πληροφορία που αφορά την υποστήριξή τους.

✓ Χορηγεί την προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή μετά τις έγγραφες οδηγίες των θεράποντων ιατρών και την έγγραφη συναίνεση των γονέων ή κηδεμόνων ή των εχόντων τη γονική μέριμνα των μαθητών.

✓ Δεσμεύεται στην εκτέλεση καθηκόντων που ορίζονται από το ισχύον θεσμικό πλαίσιο της «Άδειας άσκησης επαγγέλματος» του κλάδου τους.

✓ Ακολουθεί συγκεκριμένο πρόγραμμα, το οποίο καταρτίζει σε συνεργασία με το διευθυντή του σχολείου, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες των μαθητών, τις οδηγίες των θεράποντων ιατρών και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα των μαθητών.

✓ Διαμορφώνει σχέδιο επείγουσας παρέμβασης λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες των υποστηριζόμενων μαθητών. Σε συνεργασία με το διευθυντή του σχολείου ενημερώνει και δίνει κατάλληλες οδηγίες στο προσωπικό του σχολείου προκειμένου να είναι σε θέση να ανταποκριθεί στη λήψη μέτρων πρώτων βοηθειών για την αντιμετώπιση έκτακτου περιστατικού, ακόμα και στην περίπτωση απουσίας του από τη σχολική μονάδα.

✓ Προτείνει τη λήψη των απαραίτητων μέτρων σε σχέση με τη λειτουργία της σχολικής μονάδας ή απαραίτητων τεχνικών παρεμβάσεων ή επιβεβλημένων συνθηκών υγιεινής που αφορούν την προστασία των μαθητών.

▼ Σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς των τάξεων και όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο, ενημερώνει τους μαθητές των τάξεων, με κατάλληλο τρόπο και εποπτικό υλικό ανάλογα με την ηλικία των μαθητών, προκειμένου να είναι προετοιμασμένοι για την αντιμετώπιση έκτακτου περιστατικού που πιθανόν να συμβεί εντός της αίθουσας ή του προαύλιου χώρου ή σε δραστηριότητα εκτός σχολικού χώρου, με στόχο την αποφυγή καταστάσεων πανικού, τη διατήρηση της ψυχραιμίας και την ενημέρωση των υπεύθυνων εκπαιδευτικών.

▼ Καθ' όλη τη διάρκεια της εκτέλεσης των καθηκόντων του τηρεί το απόρρητο όπως ορίζεται από τις ισχύουσες διατάξεις.

▼ Για κάθε υποστηριζόμενο μαθητή τηρείται ατομικός φάκελος και φροντίζει για την ενημέρωση αυτού με το ιατρικό ιστορικό του μαθητή, τις έγγραφες ενημερώσεις ή οδηγίες που έχει λάβει από τους γονείς ή κηδεμόνες και τους θεράποντες ιατρούς, το υποστηρικτικό πρόγραμμα του μαθητή, το σχέδιο επείγουσας παρέμβασης και αντιμετώπισης και καταχωρεί, παρατηρήσεις, καταγραφές συμβάντων, κ.α. Οι ατομικοί φάκελοι φυλάσσονται σε ασφαλές σημείο στο γραφείο του Διευθυντή ή του συλλόγου διδασκόντων του σχολείου.

▼ Σε συνεργασία με το διευθυντή του σχολείου, ενημερώνει και συμβουλεύει τους γονείς ή κηδεμόνες των υποστηριζόμενων μαθητών για θέματα της αρμοδιότητάς του και εφόσον χρειάζεται συνεργάζεται με τον θεράποντα ιατρό για ζητήματα που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της σχολικής ζωής και σχετίζονται με την υγεία του μαθητή.

▼ Συνεργάζεται με τους εκπαιδευτικούς των τάξεων και το Διευθυντή της σχολικής μονάδας για την καλύτερη ένταξη του μαθητή στο σχολικό περιβάλλον.

▼ Σε περίπτωση που κριθεί αναγκαία η μεταφορά του μαθητή σε νοσηλευτικό ίδρυμα συνοδεύει το μαθητή και παραμένει σε αυτό μέχρι την άφιξη του γονέα ή του κηδεμόνα και μεριμνά για την πλήρη ενημέρωσή τους.

▼ Συμμετέχει ισότιμα στο Σύλλογο Διδασκόντων της σχολικής μονάδας που υπηρετεί και λαμβάνει μέρος στις δραστηριότητές του, διατυπώνοντας απόψεις για θέματα που εμπίπτουν στην αρμοδιότητα του ή είναι γενικότερου ενδιαφέροντος και λαμβάνει μέρος στις αποφάσεις.

▼ Αναλαμβάνει καθήκοντα που ανατίθενται, από τα όργανα διοίκησης του σχολείου, που σχετίζονται με τη λειτουργία της σχολικής μονάδας, όταν τα καθήκοντά του το επιτρέπουν, στο πλαίσιο της ισότιμης συμμετοχής του με τους εκπαιδευτικούς της σχολικής μονάδας.

▼ Κατά την ώρα των διαλειμμάτων εποπτεύει τους υποστηριζόμενους μαθητές, ενώ συνεργάζεται με τους εφημερεύοντες για πιθανές προσαρμογές προς διευκόλυνση των μαθητών, όταν αυτές κρίνονται απαραίτητες.

▼ Σε περίπτωση βραχυχρόνιας απουσίας των υποστηριζόμενων μαθητών από οποιαδήποτε δραστηριότητα του σχολικού προγράμματος, προσέρχεται κανονικά στη σχολική μονάδα και ασκεί καθήκοντα που προβλέπονται ή αναλαμβάνει εργασίες που τα όργανα διοίκησης του σχολείου δύνανται να αναθέσουν, είτε εντός του σχολικού χώρου είτε εκτός αυτού σε προγραμματισμένη δραστηριότητα του σχολείου. Σε περίπτωση μακροχρόνιας απουσίας των υποστηριζόμενων μαθητών με απόφαση του Περιφερειακού Διευθυντή Εκπαίδευσης ύστερα από πρόταση Π.Υ.Σ.Ε.Ε.Π. τοποθετείται για την άσκηση των καθηκόντων σε άλλη σχολική μονάδα για την υποστήριξη μαθητή/ών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, για τον/τους οποίο/ους έχει εκδοθεί απόφαση έγκρισης υποστήριξης.

▼ Επιπλέον των κύριων καθηκόντων του που σχετίζονται με την κάλυψη των αναγκών των υποστηριζόμενων μαθητών: α) παρέχει πρώτες βοήθειες για όλους τους μαθητές της σχολικής μονάδας, β) φροντίζει για τη διαμόρφωση του φαρμακείου του σχολείου, γ) ενημερώνει και συμβουλεύει εκπαιδευτικούς, μαθητές και γονείς για θέματα υγείας, για την προστασία του σχολείου από ιογενείς καταστάσεις, εποχιακές λοιμώξεις και επιδημίες όπως και για την αποφυγή μεταδιδόμενων νοσημάτων, δ) συνεργάζεται με τους εκπαιδευτικούς του σχολείου για την οργάνωση και υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, ε) διοργανώνει σεμινάρια παροχής πρώτων βοηθειών στο προσωπικό του σχολείου, με πιστοποιημένους εκπαιδευτές, στο πλαίσιο της ενδοσχολικής επιμόρφωσης, στ) σε συνεννόηση με το διευθυντή του σχολείου αναλαμβάνει την επικοινωνία με τις υγειονομικές υπηρεσίες σε θέματα που άπτονται των αρμοδιοτήτων του και ζ) συνεργάζεται με το διευθυντή του σχολείου για την παρακολούθηση και τον έλεγχο της υγιεινής του σχολικού περιβάλλοντος (αίθουσες, κοινόχρηστοι χώροι, κυλικείο, κ.α.), και συνιστά τη λήψη των απαραίτητων μέτρων για την προστασία των μαθητών.

▼ Το εβδομαδιαίο υποχρεωτικό ωράριο του υποστηρικτικού έργου του σχολικού νοσηλευτή καθορίζεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις για το ωράριο του Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού και σε καμία περίπτωση ο χρόνος παραμονής του στη σχολική μονάδα δεν μπορεί να είναι α) μικρότερος του διδακτικού ωραρίου των υποστηριζόμενων μαθητών και β) μεγαλύτερος του εργασιακού ωραρίου των τριάντα (30) ωρών την εβδομάδα (Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως, 2018).

4.7 ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ο Σχολικός Νοσηλευτής ασκεί το έργο της υγείας, της συμβουλευτικής και της παροχής φροντίδας. Στην αρχή του είχε αποδοθεί ο ρόλος του «επιμελητή» (σύμφωνα με το άρθρο 35 του νομοθετικού πλαισίου 1566/1985) ενώ στη συνέχεια του δόθηκε η δυνατότητα πρόσβασης στους χώρους εκπαίδευσης των ΑΜΕΑ και κατοχύρωσε το ρόλο του «σχολικού νοσηλευτή» (σύμφωνα με το Νόμο 2817/2000) κατά τον οποίο πρέπει να εφαρμόζει την απαραίτητη υγιεινή, φροντίδα, εκπαίδευση στα παιδιά με ειδικές ανάγκες. Θα πρέπει να είναι εξοπλισμένος με γενικές γνώσεις, παιδαγωγικές και επικοινωνιακές δεξιότητες καθώς η υπομονή και η θέληση πρέπει να είναι από τα βασικά χαρακτηριστικά του.

Ο κύριος σκοπός ενός σχολικού νοσηλευτή είναι να προσεγγίσει το παιδί και να προωθήσει το μοτίβο της αυτοεκτίμησης που αναπτύσσεται κατά κόρον στην παιδική ηλικία και προάγει την καλή ψυχική υγεία. Για αυτό ακριβώς το λόγο, η αγωγή της υγείας είναι σημαντικό κομμάτι στο έργο του σχολικού νοσηλευτή καθώς συμβάλλει στη δημιουργία μιας έντονης και δυνατής αυτό-εικόνας του παιδιού. Έτσι ο κάθε νοσηλευτής θα συνεισφέρει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων με τις οποίες θα μάθουν να διαχειρίζονται ειδικές ψυχολογικές καταστάσεις, στην ανάπτυξη σχέσης συνεργασίας μεταξύ τους για να τη δημιουργία στρατηγικών επίλυσης των προβλημάτων και τέλος στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων που θα αναπτερώσουν το ηθικό τους και θα βελτιώσουν τη ψυχική υγεία τους.

Συνεπώς ο σχολικός νοσηλευτής συγκεντρώνει δύο βασικούς ρόλους, εκείνον του δασκάλου κι εκείνου του συμβούλου.

Ως δάσκαλος λοιπόν πρέπει να κατανοήσει πλήρως τη βαρύτητα της σχέσης διδασκαλίας-μάθησης για να μπορέσει να αποκτήσει τις απαραίτητες δεξιότητες που με τη σειρά τους θα αναπτύξουν τη σωστή αυτή σχέση ανάμεσα σε διδασκαλία και μάθηση. Τα σημεία που επηρεάζουν αυτή τη σχέση είναι:

✓ Η διανοητική εξέλιξη του παιδιού σύμφωνα με τη θεωρία του Piaget. Ο σχολικός νοσηλευτής πρέπει να απλοποιεί τις πληροφορίες και ανάλογα με τη διανοητική εξέλιξη του παιδιού να ενισχύει το μάθημα με οπτικοακουστικά μέσα.

✓ Η κινητική εξέλιξη του μαθητή, αν δηλαδή το παιδί έχει τις ανάλογες κινητικές δυνατότητες που απαιτούνται για τη διαδικασία της μάθησης.

✓ Η ψυχοκοινωνική κατάσταση του παιδιού, δηλαδή κατά πόσο έχει μάθει να διαχειρίζεται αγχωτικές και γενικότερα καταστάσεις που επιφέρουν αλλαγές.

Επίσης, οφείλει να εκπαιδεύσει τα παιδιά:

- ✓ Στη σωστή χρήση της ατομικής υγιεινής και της κατάλληλης διατροφής.
- ✓ Να οργανώνει και να διατηρεί σε καλή κατάσταση το φαρμακείο πρώτων βοηθειών.
- ✓ Να ελέγχει τα βιβλιάρια των παιδιών για υπολειπόμενα εμβόλια και να πραγματοποιεί εμβολιασμούς.
- ✓ Να ενημερώνει το προσωπικό και τους γονείς σε περιπτώσεις λοιμωδών νοσημάτων.
- ✓ Να προτείνει βελτιώσεις στις σχολικές εγκαταστάσεις.
- ✓ Να συμβουλεύει και να ενημερώνει για την υγιεινή των κοινόχρηστων χώρων.
- ✓ Να οργανώνει σεμινάρια πρώτων βοηθειών και κατ' οίκον συμβουλευτική με τους γονείς για τη σωστή διατροφή, υγιεινή και φροντίδα της υγείας των παιδιών.

Ο δεύτερος σημαντικός ρόλος του είναι αυτός του συμβούλου προς τους γονείς. Υπάρχουν τρία είδη συμβουλευτικής, της μικρής διάρκειας κατά την οποία ο σχολικός νοσηλευτής συμβουλεύει σε περίπτωση κάποιας περιστασιακής κρίσης που αλλάζει προσωρινά την καθημερινότητα του ίδιου του ατόμου και της οικογένειας. Η μεγάλης διάρκειας συμβουλευτική, που πραγματοποιείται σε χρόνιες καταστάσεις και τέλος η συμβουλευτική κινητοποίησης που μέσα από αυτήν το άτομο μαθαίνει να συζητάει και μέσα από κίνητρα αποβάλλει την απροθυμία του να αλλάξει στάση και συμπεριφορά.

Τέλος, είναι απαραίτητο να αξιολογείται αν η παροχή φροντίδας ήταν αποδοτική ή όχι. Σε αυτήν την αξιολόγηση συμβάλλουν τα εξής σημεία:

- ✓ Διατήρηση της ψυχοσωματικής υγείας που θα επιτρέπει στα παιδιά να συμμετέχουν στην καθημερινότητα.
- ✓ Η άμεση αποκατάσταση και ανακούφιση από νοσήματα.
- ✓ Παροχή εξατομικευμένης και εξειδικευμένης φροντίδας επί καθημερινής βάσεως.
- ✓ Νοσηλευτική φροντίδα που είναι σύμφωνη με τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας.

Συμπερασματικά, ο σχολικός νοσηλευτής είναι απαραίτητος αφού οι γνώσεις και οι δεξιότητές του διδάσκει τα παιδιά με ειδικές ανάγκες, που δυσκολεύονται να αυτοεξυπηρετηθούν, χρήσιμα μαθήματα μέσα από προγράμματα αγωγής υγείας (Βλάχου, 2017).

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄

Κορίτσι 8,5 ετών έχει διαγνωσθεί με αυτισμό. Φοιτά σε κανονικό σχολείο, καθώς η φαρμακευτική του αγωγή είναι κυρίως το Ritalin, το οποίο διαρκεί για 2ώρες. Το παιδί μετά τη δράση του συγκεκριμένου φαρμάκου παρουσιάζει επιθετική συμπεριφορά (πετάει αντικείμενα), ενώ δε μπορεί να συγκεντρωθεί.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΣΤΟΧΟΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ-ΜΕΘΟΔΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΕΠΑΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>ΤΟΜΙΚΟ ΣΤΟΡΙΚΟ: αλλεργίες: όχι ομιώδη νοσήματα: χι ρόνια νοσήματα: υτισμός</p> <p>ΥΝΘΕΣΗ ΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ: δέλφια: όχι χέση με την ικογένεια: ποστηρικτική</p> <p>ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΙ: ίδος : tab Ritalin 0mg/tab μυχοαναληπτικό, ιεγερτικό) όση: $\frac{1}{2}$ x 2 (30'-5'προ πρωινού, προ εσημεριανού)</p> <p>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ : επιθετική υπερκινητικότητα υπερκινητικότητα έλλειψη προσοχής</p>	<p>• Να βελτιωθεί η αυτό-εικόνα και η αυτοεκτίμησή του (να κατανοήσει τη μοναδικότητά του καθώς και τις δυνατότητες – αδυναμίες του).</p> <p>• Να ενημερωθεί το εκπαιδευτικό προσωπικό για τις επιθετικές συμπεριφορές του και να δημιουργηθεί κάποιο σχέδιο δράσης.</p> <p>• Να εκπαιδευτεί όσον αφορά την προσωπική του υγιεινή.</p> <p>• Διατήρηση κινητικότητας σε ήπια επίπεδα.</p> <p>• Να γνωρίσει τον εαυτό του και τους άλλους.</p> <p>• Να αναγνωρίσει, να κατανοήσει και να μάθει να διαχειρίζεται τα αισθήματά του.</p> <p>• Να εκπαιδευτεί σε κοινωνικές δεξιότητες (ανάλογα με τις κοινωνικές συνθήκες να έχει και την ανάλογη συμπεριφορά).</p>	<p>• Πραγματοποίηση εργασιών σε ομάδες (παιχνίδια ρόλων).</p> <p>• Ενημέρωση των οικείων και του εκπαιδευτικού προσωπικού για την ανάγκη διατήρησης περιβάλλοντος χαμηλού τόνου κατά την παρουσία του παιδιού.</p> <p>• Με τη συμμετοχή στα παιχνίδια εκμάθησης ο μαθητής θα μπορεί να εκφράζεται με τον τρόπο που θέλει και θα ανακαλύψει μόνος του πώς μπορεί να βελτιώσει την εικόνα και την αυτό-φροντίδα του.</p> <p>• Βιωματικές δραστηριότητες, οι οποίες θα βοηθήσουν το άτομο να αντιληφθεί τη σωματική του διάπλαση και τους τρόπους με τους οποίους θα είναι ικανός να φροντίζει μόνος του την ατομική του υγιεινή.</p>	<p>• Η επίτευξη όσων των περισσότερων στόχων του προγράμματος και η πιο ποιοτική πραγματοποίησή τους.</p> <p>• Απέκτησε νέες γνώσεις-δεξιότητες σχετικά με τις ανάγκες της.</p> <p>• Κατανόησε ως ένα βαθμό τη συμπεριφορά πρέπει να έχει μέσα στην τάξη.</p> <p>• Καταφέρνει να πηγαίνει στην τουαλέτα μόνο του και να εφαρμόζει κάποιους κανόνες περί ατομικής υγιεινής.</p>	<p>• Ανά τακτά χρονικά διαστήματα διατύπωση απλών ερωτήσεων ή παιχνιδιών ρόλου για την κατανόηση όσων διδάχθηκε</p> <p>• Εφαρμογή ερωτηματολογίων για τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς σχετικά με τις πρώτες βοήθειες κατά την επιθετική συμπεριφορά.</p>

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β'

Ο Γ. είναι σήμερα 9 χρονών και πάσχει από εγκεφαλική παράλυση-σπαστική τετραπληγία. Πρώτη φορά φοίτησε στο νηπιαγωγείο σε ηλικία 7 ετών, είναι ο δεύτερος χρόνος που φοιτά σε αυτό.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΣΤΟΧΟΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ-ΜΕΘΟΔΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΕΠΑΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Αλλεργίες: όχι Λοιμώδη νοσήματα: όχι Χρόνια νοσήματα: εγκεφαλική παράλυση-σπαστική τετραπληγία</p> <p>ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ: Αδέλφια: ένας μεγαλύτερος αδελφός Σχέση με την οικογένεια: πολύ υποστηρικτική, κυρίως από τη μητέρα καθώς ο πατέρας λόγω επαγγελματικών υποχρεώσεων λείπει αρκετά μεγάλα διαστήματα από το σπίτι. Οι παππούδες και ο θείος, από την πλευρά της μητέρας έχουν ιδιαίτερο δέσιμο με το παιδί, παρόλο το ότι ζουν σε άλλη πόλη. Το παιδί όταν τους αποχωρίζεται κλαίει ασταμάτητα. Είναι όλοι άνθρωποι αισιόδοξοι, με χιούμορ και αγαπάνε τα ταξίδια πράγματα που έχουν επηρεάσει και το ίδιο το παιδί. Η κατάσταση του παιδιού στεναχωρεί τη μητέρα που βίωσε μια κακή εγκυμοσύνη.</p>	<p>• Το παιδί να μπορεί έως ένα ελάχιστο το βαθμό να μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί καθώς αντιμετωπίζει μεγάλα κινητικά προβλήματα, τόσο στην καθιστή όσο και στην ύπτια θέση. Το κορμί του κάνει στροφή προς τα αριστερά, ο θώρακας κάμπτεται προς τα μπροστά καθώς μεγάλη κάμψη εμφανίζει και η μέση, ενώ το κεφάλι στρέφεται προς τα πίσω και δεξιά. Τα άνω άκρα εμφανίζουν έντονο μυϊκό τόνο καθώς τα δάχτυλα είναι κλειστά σε γροθιά, ενώ ανοίγουν στιγμιαία για αδρή σύλληψη. Παρουσιάζει επίσης μεγάλο στραβισμό, η κατάποση και το μάσημα γίνεται με δυσκολία και μόνο με τη στήριξη του κεφαλιού σε όρθια θέση, με τη βοήθεια του ενός χεριού στο πίσω μέρος.</p> <p>• Το παιδί να μάθει το σώμα του. Έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στο να βρεθεί μια κατάλληλη θέση-κάθισμα για το παιδί και μια στοιχειώδη επικοινωνία.</p> <p>• Το παιδί να αναπτύξει και να εξελίξει δεξιότητες.</p> <p>• Το παιδί να εξοικειωθεί με το περιβάλλον και τους ανθρώπους γύρω του.</p>	<p>• Η προσπάθεια από τους θεραπευτές να βρεθεί το κατάλληλο κάθισμα για το παιδί.</p> <p>• Η συμμετοχή του παιδιού σε δραστηριότητες για να αναπτυχθεί η σωματογνωσία του.</p> <p>• Η χρήση ειδικών καρτών για να ξεκινήσει η νοητική του εξέλιξη να λαμβάνει χώρα.</p> <p>• Η πραγματοποίηση εκδρομών συμβάλλουν στην ανάπτυξη σχέσεων του παιδιού με το εκπαιδευτικό προσωπικό καθώς και με τα υπόλοιπα παιδιά βοηθούν το παιδί να γίνει κοινωνικό και να αποβάλλει το κλάμα και την απομόνωση.</p> <p>• Παρά τη δυσκολία επικοινωνίας του παιδιού, η μέθοδος με το NAI-OXI βοηθάει το παιδί στο να εκφράσει τι θέλει και τι όχι.</p>	<p>• Το μόνο το οποίο επιτεύχθηκε όσον αφορά την αυτοεξυπηρέτηση είναι με τη χρήση ενός προσκέφαλου να εξασφαλίζεται η στήριξη σε όρθια θέση του κεφαλιού για περισσότερο χρόνο, κάτι το οποίο επιτυγχάνεται μόνο όταν το παιδί είναι χαλαρό.</p> <p>• Το παιδί άρχισε να γνωρίζει το σώμα του καθώς ξεκίνησε να ασχολείται με δραστηριότητες όπως παίζει μπάλα, μπόουλινγκ και γενικά να κινείται στο χώρο δίχως το κάθισμά του.</p> <p>• Παρά την ιδιαίτερη προτίμησή του στη ζωγραφική, στη μουσική, στα παραμύθια, στις διάφορες κατασκευές και τον Η/Υ το έντονο κινητικό πρόβλημα με τον αδύναμο προφορικό λόγο δε βοηθάει στη νοητική εξέλιξη.</p> <p>• Η αρχική άρνηση του παιδιού να μείνει στο χώρο του νηπιαγωγείου έχει εξαλειφθεί καθώς το παιδί δεν κλαίει πια όταν η μητέρα του φεύγει, ενώ οι βόλτες, τα αστεία από το εκπαιδευτικό έχουν συμβάλει στο παιδί να νιώθει οικεία με το</p>	<p>• Η βελτίωση της επικοινωνίας του παιδιού αποτελεί προτεραιότητα καθώς είναι ο λόγος που θα οδηγήσει και στη νοητική ανάπτυξη του παιδιού.</p> <p>• Η πρόταση το παιδί να εγγραφεί στο ειδικό σχολείο γιατί λόγω ηλικίας δε μπορεί να παραμείνει άλλο στο χώρο του νηπιαγωγείου.</p>

<p>ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Η εγκυμοσύνη της μητέρας εμφάνισε επιπλοκές καθώς το παιδί γεννήθηκε πρόωρα και λόγω του ότι ήταν λιποβαρές αναγκάστηκε να νοσηλευθεί στη μονάδα νεογνών. Προτάθηκε να ενταχθεί σε πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης σε εξειδικευμένο κέντρο, ενώ το πρόγραμμα διακόπηκε σε ηλικία 2,5 ετών. Η μητέρα το επανέφερε στην ηλικία των 7 για να μπορέσει το παιδί να φοιτήσει στο νηπιαγωγείο.</p> <p>ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΙ: Καμία φαρμακευτική υποστήριξη.</p> <p>ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ: Εγκεφαλική παράλυση-σπαστική τετραπληγία</p>	<p>Ü Να βελτιωθεί ο προφορικός λόγος για την ανάπτυξη και την επίτευξη της επικοινωνίας.</p> <p>Ü Η ενσωμάτωση του παιδιού στο νηπιαγωγείο και στην ομάδα και να εξαλειφθεί η απομόνωσή του.</p>		<p>περιβάλλον, να χαίρεται και να εκδηλώνεται αυτή του η χαρά με μεγάλα χαμόγελα, ενώ έχει αναπτύξει καλή σχέση με δύο παιδιά, τα οποία φαίνεται και να συμπαθεί και γενικά έχει μετατραπεί σε ένα κοινωνικό παιδί.</p> <p>Ü Η βοήθεια με τις κάρτες και το ΝΑΙ-ΟΧΙ έχει βελτιώσει την επικοινωνιακή σχέση του παιδιού, ενώ μια συσκευή με φώνηση θα βοηθήσει εξίσου.</p>	
--	--	--	---	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν και έχει εξασφαλιστεί η παρουσία του σχολικού νοσηλευτή στα Ειδικά σχολεία τόσο πρέπει να εφαρμοστεί η παρουσία του και στα Γενικά σχολεία, στα οποία λαμβάνουν χώρα πολλά έκτακτα περιστατικά.

Ο ρόλος του θα πρέπει να καθιερωθεί, αφού είναι απαραίτητος στο σχολικό περιβάλλον καθώς λαμβάνουν χώρα που χρήζουν πρώτων βοηθειών μέχρι τη μεταφορά του παιδιού στο νοσοκομείο. Τα καθήκοντά του περιλαμβάνουν τη μεταφορά του παιδιού από και προς το αυτοκίνητο, η εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων, η συνεργασία με το λοιπό εκπαιδευτικό προσωπικό, η αγωγή της υγείας που εφαρμόζεται μέσω της πλήρης ενασχόλησης του παιδιού με δραστηριότητες και δεξιότητες. Στα πλαίσια του ελληνικού σχολείου ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή «περιορίζεται» στην εκπαίδευση, στη διαβίωση και αποκατάσταση των ΑΜΕΑ, ενώ σε Διεθνές επίπεδο ο ρόλος του δεν επικεντρώνεται μόνο σε μια ομάδα ανθρώπων, αλλά στο ευρύτερο σχολικό πληθυσμό και όχι μόνο στην Ειδική Αγωγή.

Αρχικά, επιβάλλεται η ενημέρωση του κοινού, του προσωπικού των σχολείων και των αρμόδιων αρχών ότι θα πρέπει να υπάρχει ένας σχολικός νοσηλευτής σε κάθε σχολική μονάδα. Θα πρέπει επίσης, να τονισθεί ότι η ύπαρξη του είναι αναγκαία και σημαντική ώστε να του παρέχεται το κίνητρο να συνεχίζει το έργο του, το οποίο επικεντρώνεται όχι μόνο στην αντιμετώπιση των έκτακτων προβλημάτων που προκύπτουν μέσα στο σχολικό περιβάλλον, στην οργάνωση και στο σχέδιο δράσης για να επιτυγχάνεται η αγωγή της υγείας των μαθητών. Δυστυχώς όμως, ο σχολικός νοσηλευτής και ο ρόλος του είναι υποτιμημένος στην Ελλάδα, κάτι το οποίο πρέπει να αλλάξει έτσι ώστε να κατοχυρωθεί η ενσωμάτωσή του στο σχολικό περιβάλλον για να μπορούν να αντιμετωπίζονται τα έκτακτα περιστατικά και να εφαρμόζονται οι πρώτες βοήθειες όταν απαιτούνται.

Συμπερασματικά, η Σχολική Νοσηλευτική πρέπει να ενισχυθεί από τη δύναμη του νόμου και στη συνέχεια να γίνουν προσλήψεις σχολικών νοσηλευτών έτσι ώστε να υπάρξει οργάνωση και προσφορά υπηρεσιών σε όλο το σχολικό σύνολο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Autism Speaks. The Autism Speaks Page. <https://www.autismspeaks.org/>

Attwood, A., Frith, U., Hermelin, B. (1988). The understanding and use of interpersonal gestures by autistic and Down's children. *Journal of autism and developmental disorders*, part: 18.

Bac (2010). Στο: Καρολίδου Σ. (2017). Συμβουλευτική ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους.

Bennet P. (2010). Κλινική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία. Πεδίο, Αθήνα.

Callias (1994). Στο: Καρολίδου Σ. (2017). Συμβουλευτική ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους.

Carpenter (2001). Στο: στην Καρολίδου Σ. (2017). Συμβουλευτική ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους.

Creaghead N.A., Newman P.W, Secord W.A. (1985). *Assessment and Remediation of Articulatory Disorders (2nd Edition)*. Merrill Publishing Co.: Columbus, Ohio (1985).

Felthan & Dryden (2003). Στην Καρολίδου Σ. (2017). Συμβουλευτική ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους.

Hodapp R.M. (2005). Αναπτυξιακές Θεωρίες και Αναπηρία. Στο Μ. Δεληγιάννη (μετ.). Μεταίχμιο, Αθήνα

Jordan, R. (2000). Αυτισμός-Ψυχολογική Θεώρηση. Gutenberg, Αθήνα.

McLeod (2003). Στην Καρολίδου Σ. (2017). Συμβουλευτική ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους.

Mysak E.D. (1991). Cerebral Palsy Speech Syndromes. In Travis, L.E. (Ed.), Handbook of Speech Pathology and Audiology. Meredith Corporation.

The World Health Organization. The World health organization page. <http://www.who.int/>.

United Nations-Disability, department of economic and social affairs. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/news/dspd/new-ga-president.html>.

United Nations Human Rights, Office of high commissioner. The United Nations Human rights Page. <https://www.ohchr.org/EN/pages/home.aspx>.

UPIAS (1987). Fundamental Principles of Disability. London Union of the Physically Impaired Against Segregation .

Αγγελοπούλου Σακαντάμη Ν., Ειδική αγωγή : αναπτυξιακές διαταραχές και χρόνιες μειονεξίες, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη, 2005.

Αλεπόρου-Μαρίνου Β., Αργυροκαστρίτης Α., Κοσμητοπούλου Α., Πιαλόγλου Π. (2009).

Βιολογία Θετικής Κατεύθυνσης Γ' Γενικού Λυκείου. Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα.

Αναγνωστοπούλου Δ. & Σίνη Α., (2005). Διαταραχές σχολικής μάθησης και ψυχοπαθολογία. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Βελλή Θ., Βλάχου Κ. (2017). Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή σε δομές ειδικής αγωγής, Πάτρα.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ) (2018). Αποφάσεις αριθμ. 88348/Δ3. Άρθρο 1, Καθήκοντα και υποχρεώσεις του κλάδου ΠΕ25, (2), 22093-22096.

Δρόσου Β. Συνεργασία γονέων και εκπαιδευτικών στην ειδική αγωγή. http://www.glossa-mathisi.gr/images/stories/tefxos8/barbara_drosou_synergasia.pdf.

Ζώνιου-Σιδέρη Α., Ντεροπούλου-Ντέρου Ε., Βλάχου-Μπαλαφούτη Α., Αναπηρία και εκπαιδευτική πολιτική: Κριτική προσέγγιση της Ειδικής Αγωγής και ενταξιακής εκπαίδευσης. Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα 2012.

Ιμβριώτη Ρ. (1939). Ανώμαλα και καθυστερημένα παιδιά, Ελληνική Εκδοτική Εταιρεία Α.Ε.

Καλαντζής Κ. (1972). Διδακτική των ειδικών σχολείων για νοητικά καθυστερημένα παιδιά. Εκδόσεις Καββαδίας-Ρουσόπουλος.

Καλαντζής Κ. (1979). Τα προβλήματα των μειονεκτικών παιδιών και εφήβων και η αντιμετώπισή τους. Εκδόσεις Καββαδίας-Ρουσόπουλος.

Καραμάνου Χ., Πετίνη Θ., Ρούσα, Γ. (2013). Νοητική υστέρηση, Σύνδρομο Down και Κοινωνικός Αντίκτυπος. Ιωάννινα: Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας. http://apothetirio.teiep.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/706/lgt_2013077.pdf?sequence=1 . Τελευταία προσπέλαση 27 Μαΐου 2017.

Κοντοπούλου (2004). Στο: Καρολίδου Σ. (2017). Συμβουλευτική ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους.

Κουντάτος Δ. (2005). Η εκπαίδευση παιδιών και νέων με μειωμένη όραση. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Κρασανάκης Ε.Γ. (2009). Παιδιά με νοητική ανεπάρκεια. Εκδόσεις Γρηγόρη.

Λαμπροπούλου Β. , Παντελιάδου Σ. (2010). Η Ειδική Αγωγή στην Ελλάδα-Κριτική θεώρηση.

Μάνος Κ. (1991). Ψυχοπαιδαγωγική Συμβουλευτική. Αθήνα.

Μαρνέρας Χ., Αλμπάνη Ε. (2010). Συμβουλευτική και Σχεδιασμός Προγράμματος Αγωγής Υγείας στο Χώρο της Εκπαίδευσης: Ο Ρόλος του Σχολικού Νοσηλευτή, ΕΣΝΕ.

Νέο Ελληνικό Λεξικό (1992).). Ετυμολογικό, Ερμηνευτικό, Ορθογραφικό, Κυριών ονομάτων, Πληροφορικής. Εκδόσεις Σταφυλίδη, Αθήνα. 20, 73-74.

Ν.2101/92 (1992). Κύρωση της Διεθνούς Σύμβασης για τα δικαιώματα του παιδιού.

Ν.2817/2000. Εκπαίδευση ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και άλλες διατάξεις.

Ν.1566/1985. Δομή και λειτουργία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και άλλες διατάξεις.

Παγκάκη Μ. (2009). Αυτισμός, Προσπάθεια προσέγγισης του γυάλινου αυτού κόσμου. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Ηπείρου.

Παπαγεωργίου (2008). Στο: Καρολίδου Σ. (2017). Συμβουλευτική ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους.

Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.

Παντελιάδου Σ., Μπότσας Γ. (2007). Μαθησιακές δυσκολίες, Βασικές έννοιες-Χαρακτηριστικά. Βόλος.

Παπάνης Ε., Γιαβρίμης Π., Βίκη Α. (2009). Καινοτόμες προσεγγίσεις στην Ειδική Αγωγή. Εκπαιδευτική έρευνα για τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού. Εκδόσεις Σιδέρης.

Παπάνης Ε., Γιαβρίλης Π., Βίκη Α. (2007). Ειδική Αγωγή, Επαγγελματικός Προσανατολισμός Ατόμων με Αναπηρία και Αποσυλοποίηση. Εκδόσεις Ίδρυμα κοινωνικής Πρόνοιας «Η Θεομήτωρ», Μυτιλήνη.

Πλεξουδάκης (2010). Στο: Καρολίδου Σ. (2017). Συμβουλευτική ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους.

Προεδρικό Διάταγμα 301/1996. Αναλυτικό πρόγραμμα Ειδικής Αγωγής.

Ρήγας Ρ. (2009-2010). Συμπληρωματικά Φυλλάδια Διδασκαλίας. Εργαστήριο Φυσιολογίας ΙΙ: Εαρινό Εξάμηνο 2009-2010. Τελευταία προσπέλαση 27.5.2017.
<http://www.teiath.gr/userfiles/akanellou/phys2%20fyll1%20kns.pdf>

Σάλμοντ (2004). Στο: Καρολίδου Σ. (2017): Συμβουλευτική ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους.

Σικελιανού Δ. (2010). Κλινική ψυχοπαθολογία ενηλίκων. Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα.

Σίσκα Γ. (2014). Profile παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές. Ιωάννινα: Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Ηπείρου http://apothetirio.teiep.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/482/lgt_2014006.pdf?sequence=1.

Σταθόπουλος, Π. (2005). Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη - Νέες κατευθύνσεις. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Τζουριάδου Μ. (1995). Παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, μια ψυχοπαιδαγωγική προσεγγίση. Εκδόσεις: Προμηθεύς.

Τσιάκαλος Γ. (1999). Ανθρώπινη αξιοπρέπεια και κοινωνικός αποκλεισμός. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Τσιρώνης Χ. (2003). Κοινωνικός αποκλεισμός και εκπαίδευση στην ύστερη νεωτερικότητα. Εκδόσεις Βάνιας, Θεσσαλονίκη.

Τσιρώνη Χ. (2012). Εγκεφαλική παράλυση και ο ρόλος του Λογοθεραπευτή. Ιωάννινα: Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.

Τσιχλάκης, Κουρκούτας (2010). Στο: Καρολίδου Σ. (2017). Συμβουλευτική ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους.

Χαρούπιας, Π. (1997). Ειδική Εκπαίδευση - Θεωρία και Πράξη. Εκδόσεις Ατραπός, Αθήνα.