



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:**

**ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

**ΜΠΕΓΚΑΙ ΛΕΝΤΙΑΝΑ**

**ΑΙΜΙΛΙΑ ΚΥΡΙΑΖΗ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :ΦΩΤΗΣ ΣΠΥΡΑΤΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ, 2020**

**SPECIAL LEARNING DISORDERS**  
**THE ROLE OF THE NURSE**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Σε πολλούς, ο όρος μαθησιακές δυσκολίες δημιουργεί σύγχυση διότι και τα παιδιά με τη νοητική καθυστέρηση (N.K.) παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες. Η μαθησιακή δυσκολία όμως του παιδιού με N.K. είναι μια γενική δυσκολία μάθησης κι όχι μια δυσκολία σε ένα συγκεκριμένο τομέα. Για παράδειγμα το παιδί μπορεί να παρουσιάζει καθυστέρηση δύο χρόνια σε όλους ή σχεδόν σε όλους τους τομείς της μάθησης κι όχι σε ένα συγκεκριμένο τομέα, όπως είναι η ανάγνωση ή η γραφή στην περίπτωση του δυσλεκτικού μαθητή.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση του ρόλου του νοσηλευτή στη διαχείριση των ειδικών μαθησιακών διαταραχών και ο προσδιορισμός των διαταραχών αυτών στην παιδική ηλικία.

**Μεθοδολογία:** Για τη δημιουργία της εργασίας χρησιμοποιήθηκαν άρθρα από τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία που αναζητήθηκαν σε βάσεις δεδομένων.

**Συμπεράσματα:** Η σχολικός νοσηλευτής μπορεί να λειτουργήσει ως σύνδεσμος μεταξύ γονέων, επαγγελματιών του σχολείου και κοινοτικών πόρων. Η προσέγγιση της ομάδας για τον αυτισμό είναι πολύ χρήσιμη. Το παιδί όχι μόνο επωφελείται από τη διαθεσιμότητα εμπειρογνομόνων σε μια ποικιλία ειδικοτήτων, αλλά οι γονείς φαίνεται λιγότερο ανήσυχοι να συνεργάζονται με μια ομάδα και όχι με ένα άτομο.

**Λέξεις κλειδιά:** μαθησιακές δυσκολίες, εκπαιδευτική διαδικασία, σχολικός νοσηλευτής

## **ABSTRACT**

**Introduction:** For many, the term learning disabilities is confusing because children with mental retardation (ND) also have learning disabilities. However, the learning difficulty of the child with NK is a general learning difficulty and not a difficulty in a specific area. For example, the child may be two years late in all or almost all areas of learning and not in a specific area, such as reading or writing in the case of a dyslexic student.

**Aim:** The aim of this study is the literature review of the role of the nurse in the management of special learning disorders and the identification of these disorders in childhood.

**Methodology:** Articles from the international and Greek bibliographies searched in databases were used to create the work.

**Conclusions:** The school nurse can act as a liaison between parents, school professionals and community resources. The team approach to autism is very helpful. The child not only benefits from the availability of experts in a variety of specialties, but parents seem less anxious to work with a team rather than an individual.

**Keywords:** learning difficulties, educational process, school nurse

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	8
ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....	8
1.1 ΑΙΤΙΑ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ .....	8
1.2 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ.....	9
1.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ .....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	15
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ.....	15
2.1 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ.....	15
2.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ .....	16
2.2.1 ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ .....	17
2.2.2 ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....	17
2.2.3 ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ.....	18
2.2.4 ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....	20
2.2.5 ΑΥΤΙΣΜΟΣ .....	22
2.2.6 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	23
2.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ .....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	26
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ .....	26
3.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ.....	26
3.2 ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΣΗ .....	27

3.3 ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΓΡΑΠΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ..	29
3.4 ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	33
ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	33
4.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	33
4.2 ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....	34
4.3 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ DENVER EARLY START (ESDM) .....	36
4.4 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ (TEACCH) .....	38
4.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ FLOORTIME .....	39
4.6 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΟΤ) .....	40
4.7 ΒΑΣΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ (PRT) .....	42
4.8 ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΧΕΣΕΩΝ (RDI).....	43
4.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (VB) .....	44
4.10 ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....	46
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	46
5.1 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	46
5.2 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	47
5.3 ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ.	48
5.4 Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΣΧΟΛΙΚΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ .....	48
5.5 Η ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ .....	54
5.6 ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 .....	60
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	60
6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1 .....	60
6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2 .....	64

<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>67</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>68</b>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

#### 1.1 ΑΙΤΙΑ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ

Οι μαθησιακές διαταραχές μπορεί να αφορούν παιδιά οποιασδήποτε ηλικίας και ευφυΐας. Δεν οφείλονται πρωτογενώς σε προβλήματα ακοής, όρασης ή κίνησης, νοητικής καθυστέρησης, συγκινησιακής διαταραχής ή περιβαλλοντικής αποστέρησης. Δύναται όμως να εμφανιστούν μαζί με όλα αυτά (Πόρποδας, 2010).

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι η προέλευση τους δύναται να είναι:

1. από γενετικές αλλοιώσεις, βιοχημικές ανωμαλίες και προ-γεννητικές καταστάσεις (π.χ. μολυσματικές ασθένειες και ιογενείς λοιμώξεις της εγκύου, ακτινοβολία X, διαβήτη, νεφρική ανεπάρκεια, υποθυρεοειδισμός, συγκινησιακές καταστάσεις κ.λ.π. φαρμακευτικές και τοξικές ουσίες, κάπνισμα και ναρκωτικά),

2. από περιγεννητικούς παράγοντες (από την 28η εβδομάδα της εξωμήτριας ζωής, ιδιαίτερα κατά την ώρα του τοκετού, όπως: ενδοκρανιακή αιμορραγία, εγκεφαλική κάκωση, ανοξία νεογνού, επιπλοκές στη γέννα, ίκτερος κ.λ.π.) και

3. από μεταγεννητικούς παράγοντες οι οποίοι προκαλούνται από μικροτραυματισμούς του παιδιού στο κεφάλι, από διαφόρους όγκους και φλεγμονές στον εγκέφαλο, από την κακή διατροφή η οποία επιφέρει επιβράδυνση στην ανάπτυξη των νοητικών λειτουργιών, από ασθένειες που προκαλούν υψηλό πυρετό, από μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, επιληπτογενείς σπασμούς, επιληψίες κ.λ.π (Στασινός, 2009).

Οι βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες προβληματίζουν για τη συμμετοχή τους στην αιτιολογία των μαθησιακών δυσκολιών, ενώ δεν υπάρχει σήμερα καμία αμφιβολία ότι οι νοητικές λειτουργίες σχετίζονται στενά με τη δραστηριότητα του εγκεφάλου (Τεντζέρης, 2012).

Το παιδί με μια εγκεφαλική δυσλειτουργία δεν έχει να αντιμετωπίσει κανένα πρόβλημα, μέχρι τη στιγμή που αρχίζει το σχολείο, όπου για πρώτη φορά γίνονται



φανερές οι γνωστικές του δυσκολίες. Τα παιδιά αυτά πολύ συχνά αντιμετωπίζουν δευτερογενή συναισθηματικά προβλήματα, ξεκινώντας από τις ματαιώσεις που έχουν στο σχολείο (Κουμουνδούρος, 2012).

Τα αίτια των μαθησιακών δυσκολιών επίσης μπορεί να είναι και φυσικά αίτια όπως:

α) η εξελικτική ανωριμότητα,

β) φυσικές μειονεξίες, όπως οι αισθητηριακές διαταραχές μπορούν να επηρεάσουν τη γλωσσική εξέλιξη, τις αναγνωστικές δεξιότητες και να προκαλέσουν επιθετική συμπεριφορά. Οι χρόνιες ασθένειες καθώς και οι σοβαρότερες φυσικές μειονεξίες μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη μάθηση.

γ) Η διαιτητική ανεπάρκεια ή οι διαταραχές του ύπνου, επηρεάζουν αρνητικά τη μνήμη και την προσοχή(Κουμουνδούρος, 2012).

## **1.2 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ**

Στην κατηγορία των μαθησιακών δυσκολιών περιλαμβάνονται παιδιά που εμφανίζονται συχνά τελείως φυσιολογικά ως προς το μεγαλύτερο μέρος της συμπεριφοράς τους, αλλά παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα σε επί μέρους τομείς. Για παράδειγμα υπάρχουν μαθητές που γνωρίζουν ανάγνωση, αλλά δυσκολεύονται πολύ να καταλάβουν το νόημα του αναγνωστικού κειμένου, να ακολουθήσουν προφορικές οδηγίες ή να αντιληφθούν όλα όσα λέει ο συνομιλητής τους.

Παράλληλα κάποια άλλα αργούν να μιλήσουν ενώ δεν έχουν χαμηλή νοημοσύνη ή βαρηκοΐα, άλλα αδυνατούν να αντιληφθούν ορισμένες οπτικές παραστάσεις παρ' ότι δεν έχουν προβλήματα όρασης και τέλος άλλα που δυσκολεύονται πολύ να μάθουν με τις συνηθισμένες διδακτικές μεθόδους, ενώ δεν έχουν νοητική υστέρηση (Πόρποδας, 2010).

Σχηματίζεται έτσι μια ανομοιογενής ομάδα με ένα κύριο χαρακτηριστικό: Ακανόνιστο σχέδιο συμπεριφοράς, δηλαδή, ασυμφωνία στην εξέλιξη των επιμέρους ικανοτήτων, που σημαίνει ότι το παιδί έχει καλές ικανότητες σε ορισμένους τομείς και αδικαιολόγητα χαμηλές σε άλλους.

Τα περισσότερα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζουν πολλά χαρακτηριστικά συμπτώματα και μάλιστα σε τέτοιους συνδυασμούς ώστε να μην είναι εύκολο να σχηματίσουμε ομοιογενείς ομάδες(Στασινός, 2009).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι για τον όρο μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζεται μια σύγχυση καθώς δεν είναι λίγοι αυτοί που θεωρούν ότι οι μαθησιακές δυσκολίες ταυτίζονται με τα προβλήματα ανάγνωσης ενώ σε αρκετές περιπτώσεις το αναγνωστικό πρόβλημα μπορεί να συνοδεύεται από διάφορες άλλες δυσκολίες όπως είναι οι δυσκολίες στην ορθογραφία, στη γραφή ή στην αριθμητική, καθώς και από αναπτυξιακά προβλήματα που περιλαμβάνουν διαταραχές αντιληπτικότητας, μνήμης, κινητικότητας κλπ.

Στα κοινά χαρακτηριστικά των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες περιλαμβάνονται:

- Η Φυσιολογική νοημοσύνη (ή υψηλότερη του φυσιολογικού).
- Οι επαρκείς αισθητηριακές ικανότητες (άρτια όραση και ακοή).
- Η σχολική επίδοση σημαντικά κατώτερη από αυτή που δικαιολογεί: - το νοητικό τους επίπεδο, - η ηλικία τους, και - οι εκπαιδευτικές τους ευκαιρίες.
- Το ακανόνιστο σχέδιο συμπεριφοράς ή ασυμφωνία στην εξέλιξη των επί μέρους ικανοτήτων (Στασινός, 2009).

Εκτός από τα παραπάνω χαρακτηριστικά υπάρχουν και ορισμένα άλλα τα οποία παρουσιάζονται σε αρκετές περιπτώσεις παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες όπως είναι η έλλειψη ικανότητας συγκέντρωσης και προσοχής και οι διαταραχές στη μνήμη. Αναλυτικότερα, το πρώτο χαρακτηριστικό σχετίζεται με την πραγματική ανικανότητα του παιδιού να συγκεντρωθεί σε ένα συγκεκριμένο έργο ή να ασχοληθεί με μια συγκεκριμένη δραστηριότητα για παραπάνω από μερικά λεπτά (Κουμουνδούρος, 2012).

Σε αυτή την περίπτωση υπάρχουν παιδιά τα οποία δεν μπορούν να ολοκληρώσουν την εργασία που τους αναθέτει ο εκπαιδευτικός όχι επειδή έχουν νοητική καθυστέρηση, αδιαφορούν για τα μαθήματα ή τεμπελιάζουν, αλλά επειδή αδυνατούν να συγκεντρώσουν την προσοχή τους για τόσο χρόνο, όσο χρειάζεται για να ολοκληρωθεί η συγκεκριμένη εργασία. Όσο μικρότερος είναι ο χρόνος συγκέντρωσης και προσοχής του παιδιού, τόσο σοβαρότερο αποδεικνύεται το πρόβλημά του (Στασινός, 2009).

Το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό δύναται να οφείλεται:

- στην αργή επεξεργασία των γλωσσικών πληροφοριών με αποτέλεσμα να διασπάται η προσοχή τους,
- στην έλλειψη ενδιαφέροντος για το έργο που τους ζητεί ο εκπαιδευτικός να εκτελέσουν (έλλειψη κινήτρων),
- στην έλλειψη αποτελεσματικών στρατηγικών μάθησης και
- στην παρορμητικότητα που μπορεί να χαρακτηρίζει πολλά από αυτά τα παιδιά (Αρβανίτη, 2009).

Όσον αφορά τις διαταραχές μνήμης αποτελούν ένα από τα πιο συνηθισμένα προβλήματα των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες που επιδεινώνουν την ικανότητά τους να ακολουθούν οδηγίες, να θυμούνται τα σχήματα των γραμμάτων ή των αριθμών κλπ (Πόρποδας, 2010).

Η μνήμη όπως γνωρίζουμε, αναφέρεται στην ανάπλαση λεκτικών ή μη λεκτικών εμπειριών ή με άλλα λόγια στην ικανότητα να αποθηκεύουμε και να ανακαλούμε αυτά που ακούμε. Τα προβλήματα μνήμης μπορεί να σχετίζονται με ένα ειδικό κανάλι (δυσκολίες οπτικής μνήμης ή ακουστικής μνήμης).

Υπάρχουν επίσης προβλήματα που σχετίζονται με την άμεση ή βραχυπρόθεσμη μνήμη και τη μακροπρόθεσμη μνήμη που δηλώνει επανάληψη χωρίς κατανόηση, καθώς και τη μνήμη ακουστικών ή οπτικών ακολουθιών. Η ικανότητα να θυμόμαστε τη σειρά των αντικειμένων, αναφέρεται στη μνήμη ακουστικών ακολουθιών. Το παιδί για παράδειγμα δυσκολεύεται να πει το αλφάβητο, τους μήνες με τη σωστή σειρά, να αριθμήσει ζυγούς αριθμούς κλπ (Πόρποδας, 2010).

Επίσης, έχει βρεθεί πως τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες έχουν συνήθως χαμηλή μνήμη σε έργα που απαιτούν γλωσσική επεξεργασία. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιούν πτωχές στρατηγικές για να οργανώσουν και να αποθηκεύσουν τις πληροφορίες με τρόπο που να μπορούν να τις ανασύρουν όταν τις χρειαστούν (Πόρποδας, 2010).

Τέλος, στα χαρακτηριστικά των μαθησιακών δυσκολιών περιλαμβάνονται:

- *Διαταραχές οπτικής αντίληψης:* Οι ικανότητες οπτικής αντίληψης είναι πολύ σημαντικές για την εκμάθηση της ανάγνωσης. Τα παιδιά που παρουσιάζουν

προβλήματα οπτικής αντίληψης δυσκολεύονται να κάνουν διακρίσεις μεταξύ γραμμάτων, λέξεων, αριθμών, γεωμετρικών σχημάτων και εικόνων.

➤ *Προβλήματα γλωσσικής ανάπτυξης:* Τα μαθησιακά προβλήματα που σχετίζονται με τη γλώσσα είναι η πιο συνηθισμένη αιτία παραπομπής του παιδιού στη διαγνωστική ομάδα του ιατροπαιδαγωγικού κέντρου ή του ΚΕΣΥ. Τα προβλήματα αυτά συχνά επιμένουν να εμφανίζονται στην εφηβεία, ακόμα και στην ενηλικίωση, παρά την βελτίωση που μπορεί να σημειωθεί κατά την περίοδο της στοιχειώδους εκπαίδευσης του μαθητή. Οι δυσκολίες αυτές περιλαμβάνουν κυρίως προβλήματα προφορικού και γραπτού λόγου(Πόρποδας, 2010).

### **1.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ**

Η διαγνωστική αξιολόγηση αποτελεί την πιο καθοριστική φάση στη διαδικασία προσδιορισμού, διάγνωσης και αντιμετώπισης των μαθησιακών δυσκολιών.

Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι: *«...η σωστή, αναλυτική και έγκαιρη εκτίμηση και αξιολόγηση των μαθησιακών δυσκολιών αποτελεί ένα ιδιαίτερα πολύπλοκο και δύσκολο ζήτημα στην προσπάθεια για την αναγνώριση, διάγνωση και εκπαίδευση των παιδιών με τέτοιου είδους αδυναμίες. Πρόκειται για έναν τομέα που χαρακτηρίζεται από ποικιλία και διαφορές ως προς τις μεθόδους, τα κριτήρια και τα εργαλεία αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται. Για το λόγο αυτό σε άλλες χώρες έχουν γίνει προσπάθειες για τη θεσμοθέτηση κανόνων αναφορικά με τα μέσα, τις μεθόδους και τη διαδικασία αξιολόγησης των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες»(Πόρποδας, 2010,).*

*«Βασικός σκοπός της αξιολόγησης των μαθησιακών δυσκολιών είναι ο προσδιορισμός των συγκεκριμένων αδυναμιών ή δυσλειτουργιών που προκαλούν τα προβλήματα στην προσπάθεια ενός ατόμου να μάθει και να αποκτήσει γνώσεις»(Πόρποδας, 2010).*

*«Επειδή στα αποτελέσματα της αξιολόγησης θα στηριχθούν οι αποφάσεις που, ως ένα βαθμό, θα επηρεάσουν τη ζωή των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες, εξυπακούεται ότι η αξιολόγηση πρέπει να είναι αντικειμενική και αδιάβλητη, ώστε να εξασφαλίζονται έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα. Σε κάθε περίπτωση εκείνο που δεν πρέπει να*

*ξεχνιέται είναι ο σεβασμός της προσωπικότητας και της ιδιαιτερότητας του κάθε παιδιού και ότι η οποιαδήποτε αξιολόγηση που γίνεται κάθε φορά καταγράφει αντιλήψεις, ανάγκες και ικανότητες των παιδιών της συγκεκριμένης χρονικής στιγμής» (Πόρποδας,2010).*

Η διαγνωστική αξιολόγηση πραγματοποιείται από τους σχολικούς ψυχολόγους και ειδικά εκπαιδευόμενους εκπαιδευτικούς, μέσω τυπικών ή άτυπων τεστ, συνεντεύξεων, βιογραφικών και μεθόδων εκτίμησης μέσα στη σχολική αίθουσα. Τα τυπικά μέσα αξιολόγησης είναι τα σταθμισμένα τεστ, που έχουν πίνακες με νόρμες επιδόσεων.

Σ' αυτά, η επίδοση του κάθε μαθητή συγκρίνεται με τις επιδόσεις των μαθητών μιας συγκεκριμένης αντιπροσωπευτικής ομάδας ίδιας ηλικίας. Τα τεστ αυτά χρησιμοποιούνται συχνά για την αξιολόγηση όλων των μαθητών (και, επομένως, των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες), καθώς παρέχουν πληροφορίες για τη σύγκρισή τους με τους συνομηλίκους τους.

Κατά την εφαρμογή τους, οι αξιολογητές πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι τα παιδιά που αξιολογούνται συγκρίνονται με μια ομάδα παιδιών που αποτελεί αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού ως προς την ηλικία, την εθνικότητα και, ίσως, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση(Κουμουνδούρος, 2012).

Το μειονέκτημά τους είναι ότι πολλές φορές δε λάμβαναν υπόψη τις ιδιαιτερότητες των μειονοτήτων.

Πάνω σε αυτή τη βάση τα τεστ αξιολόγησης τροποποιήθηκαν με βάση τα εξής:

α) Τα τεστ που χρησιμοποιούν να έχουν λάβει υπόψη τους το πολιτιστικό περιβάλλον των μαθητών, που ίσως ευθύνεται για τη μειωμένη επίδοσή τους.

β) να χρησιμοποιούν ξεχωριστές νόρμες για τις μειονότητες.

γ) να προτιμούν τη χρήση άτυπων διαδικασιών αξιολόγησης αντί των διαδικασιών με τα τυπικά τεστ. Επίσης, ιδιαίτερη σημασία στην επιτυχή αξιολόγηση έχει η στάση και οι απόψεις του αξιολογητή για τα παιδιά που αξιολογεί. Ο ίδιος πρέπει να κατανοεί τις συνήθειές τους και τον τρόπο σκέψης τους και, φυσικά, να μην έχει προκαταλήψεις τόσο κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης όσο και κατά την εξαγωγή των αποτελεσμάτων (Πόρποδας, 2010).

Τα άτυπα μέσα αξιολόγησης αποτελούν έναν εξίσου σημαντικό τρόπο εξέτασης των ατόμων με μαθησιακές δυσκολίες. Μερικά από τα πλεονεκτήματά τους είναι ότι:

α) μπορούν να συνταχθούν εύκολα από τα γνωστικά υλικά του αναλυτικού προγράμματος του σχολείου.

β) μειώνουν το άγχος και τις φοβίες των παιδιών λόγω του μη επίσημου χαρακτήρα τους.

γ) μπορούν να γίνονται συχνά.

δ) κυρίως γίνονται από το δάσκαλο του παιδιού που είναι οικείο πρόσωπο.

Ωστόσο, αυτά τα μέσα αξιολόγησης πρέπει να συντάσσονται σωστά, να περιλαμβάνουν κατάλληλες ερωτήσεις και αυτοί που τα χρησιμοποιούν να έχουν τη σχετική εκπαίδευση και εμπειρία στη συλλογή και επεξεργασία των αποτελεσμάτων τους (Πόρποδας, 2010).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ

#### 2.1 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Τα χαρακτηριστικά ποικίλουν ανάλογα με το είδος της νοητική υστέρησης. Στην ελαφρά υπάρχει περιορισμένη κινητικότητα, δυσκολία στην ακοή, την όραση, και τον συντονισμό των κινήσεων, ελαφρές διαταραχές λόγου και ομιλίες. Στα θετικά έχουν ευκολία στην κατανόηση του μαθήματος, προσαρμόζονται στο κοινωνικό σύνολο. Μπορούν να ενταχθούν στην αγορά εργασίας. Παρόλα αυτά και εκεί υπάρχει αποκλεισμός. Επίσης υψηλό ποσοστό δεν εργάζεται (Βελινασάκη & Τσιβαλιού, 2007).

Τα χαρακτηριστικά της μέτριας νοητικής υστέρησης είναι η δυσκολία στην λεπτή κινητικότητα, την ακοή, την όραση, τον λόγο, την ομιλία. Αποκτούν τις βασικές σχολικές δεξιότητες, δηλαδή, η ανάγνωση, η γραφή πολύ απλών λέξεων, εκτελούν απλές μαθηματικές πράξεις. Αποκτούν υπευθυνότητα και κάποιες δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης. Μπορούν να εργαστούν με επίβλεψη σε προστατευόμενα πλαίσια ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας.

Τα χαρακτηριστικά της σοβαρής νοητικής υστέρησης είναι η δυσκολία στην φυσική κινητική ανάπτυξη, η απόκτηση του στοιχειώδη λόγου, η γνώση του αλφάβητου και της απλής αρίθμησης (Κουλικούρδη, 2009).

Γενικότερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού είναι η διάσπαση προσοχής, η δυσκολία στην μνήμη και την αντίληψη, η δυσπροσαρμοστικότητα στην καθημερινότητα και η δυσκολία στην επεξεργασία των πληροφοριών. Επηρεάζει αρνητικά την επικοινωνία, τις δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, την διαβίωση στο σπίτι, τις κοινωνικές δεξιότητες, την αξιοποίηση των πηγών στην κοινότητα, την αυτονομία, τις σχολικές επιδόσεις,

την εργασία, τον ελεύθερο χρόνο, την υγεία και την ασφάλεια. Οι γνωστικές δεξιότητες αναπτύσσονται πιο αργά από τον γενικό πληθυσμό. Παρουσιάζουν δυσκολίες στην μνήμη, την προσοχή, το διάβασμα και τις συνδιαστικές πράξεις (Τσίνογ, 2011).

Εξαρτώνται από άλλους, συνήθως οικεία άτομα. Η οικογένεια πολλές φορές είναι παραπάνω του φυσιολογικού προστατευτική λόγω της αναπηρίας του μέλους της. Η αποτυχία επηρεάζει την αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους.

## **2.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ**

Οι μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζονται ραγδαία σε παιδιά.. Προέρχονται από προδιαθεσικούς, γενετικούς, νευροβιολογικούς, περιβαλλοντικούς ή συναισθηματικούς παράγοντες . Επηρεάζουν αρνητικά την μάθηση στο σχολείο και παράγοντες που τις ενισχύουν είναι η οικογένεια και το σχολείο. Ως κατάσταση μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη και το άγχος.

Οι μορφές της είναι η δυσλεξία ( δυσκολία στην ανάγνωση και την κατανόηση κειμένου), η δυαναγνωσία, η δυσορθογραφία και η δυσαριθμία. Γενικότερα επηρεάζουν τις μαθησιακές δεξιότητες. Η ΔΕΠΥ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα) συνεπάγεται διάσπαση στην προσοχή και υπερδραστηριότητα. Ο αυτισμός σχετίζεται με την επίδραση στην αίσθηση.

Η νοητική υστέρηση είναι το είδος αναπηρίας όπου ένα άτομο αναπτύσσεται στην νοημοσύνη πιο αργά από τα άτομα του γενικού πληθυσμού. Παρουσιάζουν δυσκολία στην γλώσσα και τον πολιτισμό και δυσπροσαρμοστικότητα σε σχέση με τους συνομήλικούς τους της ίδιας ηλικίας. Για την κάλυψη των αναγκών τους χρειάζονται την φροντίδα από τους άλλους, συνήθως τους οικείους τους. Η κατάσταση τους βελτιώνεται μέσω της εκπαίδευσης μέχρι μια συγκεκριμένη ηλικία (Νικολάου & Καρτασίδου, 2011).



Τα άτομα με νοητική υστέρηση έχουν διαβαθμίσεις στο νοητικό επίπεδο μεταξύ τους. Για την διάκριση αυτή, η οποία μπορεί να βοηθήσει στην διάκριση αναγκών και την καλύτερη σχεδίαση ενός εξατομικευμένου προγράμματος αποκατάστασης χρησιμοποιείται ο δείκτης νοημοσύνης. Τα άτομα με δείκτη νοημοσύνης 50-55 ως 70 έχουν ελαφρά νοητική υστέρηση. Με δείκτη 35 – 40 ως 50- 55 είναι τα άτομα με μέτρια νοητική υστέρηση. Με δείκτη 20-25 ως 35 -40 είναι η σοβαρή νοητική υστέρηση. Με δείκτη κάτω του 20 – 25 είναι βαριά νοητική υστέρηση (Μουζουρίδη, 2009).

### **2.2.1 ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

Η οπτική αναπηρία εμπεριέχει την τύφλωση, την αμβλυωπία, τον δαλτωνισμό, τον καταρράκτη, το σωληνοειδές οπτικό πεδίο την εμβλωματική όραση, την περιφερειακή τύφλωση, την φλοιώδη τύφλωση, τον περιορισμό του οπτικού πεδίου, κ.α. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, ως τυφλός ορίζεται κάποιος του οποίου η οπτική οξύτητα είναι μικρότερη από το 1/20 της φυσιολογικής στο μάτι.

Η τύφλωση εμφανίζεται είτε εκ γενετής είτε στην διάρκεια της ζωής του ατόμου. Τα άτομα που την απέκτησαν κατά την διάρκεια της ζωής τους δυσκολεύονται περισσότερο στην προσαρμογή από τα άτομα που γεννήθηκαν με αυτήν. Υπάρχει διαφορά στις εμπειρίες και το υπόβαθρο (Μουζουρίδη, 2009).

### **2.2.2 ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

Τα άτομα που οι αναπηρίες τους σχετίζονται με την ακοή έχουν την τάση να είναι σε άρνηση με την μειονεξία τους. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται οι βαρήκοοι, οι κωφοί και οι κωφάλαλοι. Τα βαρήκοα άτομα έχουν δυσκολία στην ακοή και

συγκεκριμένα στην αντίληψη της ομιλίας. Τα κωφά άτομα μπορούν να φορούν ακουστικά, αλλά δεν αντιλαμβάνονται την ομιλία μέσω της ακοής. Τα κωφάλαλα – κωφά άτομα έχουν θέμα από την γέννησή τους και δυσκολεύονται στην χρήση του προφορικού λόγου.

Οι προγλωσσικοί κωφοί χάνουν την ακοή τους πριν την ανάπτυξη της γλώσσας (γύρω στην ηλικία των δυο με τριών ετών), όπου δημιουργείται η βασική δομή της γλώσσας. Οι μεταγλωσσικοί κωφοί χάνουν την ακοή τους σε πιο μεγάλη ηλικία αφού έχουν ακούσει πρώτα και έχουν αναπτύξει τον προφορικό λόγο. Ανάλογα σε ποια ηλικία χάνουν την ακοή τους έχουν διαφορετικές ανάγκες. Οι παράγοντες που τους διαφοροποιούν από τον πληθυσμό είναι:

- Ο βαθμός αναπηρίας
- Ο χρόνος έναρξης της κώφωσης
- Η έκθεση του ατόμου στην νοηματική
- Η πρόσβαση στην εκπαιδευτική τεχνολογία
- Η στάση της κοινωνίας και οι προκαταλήψεις στην εν λόγω ομάδα
- Η συνύπαρξη και άλλης πιθανής αναπηρίας

Η εξατομίκευση του εκάστοτε ατόμου με ακουστική αναπηρία (Κουλικούρδη, 2009).

### **2.2.3 ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ**

Οι ψυχικά πάσχοντες συμπεριλαμβάνονται στα άτομα με αναπηρία λόγω της επίδρασης της ψυχικής υγείας στην καθημερινότητά τους. Συμπεριλαμβάνεται στις αφανείς αναπηρίες καθώς για να φανεί η ψυχική ασθένεια πρέπει να υπάρξει επικοινωνία με το άτομο που πάσχει από αυτήν. Οι ψυχικές ασθένειες ταξινομούνται

στις ψυχώσεις ( σχιζοφρένεια), διαταραχές διάθεσης (Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή), τις νευρώσεις ( αγχώδεις διαταραχές) και τις διαταραχές προσωπικότητας. Έχουν ελεύθερο χρόνο που μένει αναξιοποίητος. Έχουν παρόμοια ενδιαφέροντα με τον γενικό πληθυσμό και συμμετέχουν σε εκπαιδευτικές και πολιτισμικές δραστηριότητες. Η ψυχική ασθένεια δεν συνεπάγεται απαραίτητα και νοητική υστέρηση. Μπορεί να συνυπάρχουν η μια με την άλλη αλλά δεν είναι κανόνας ότι μια εξασφαλίζει την ύπαρξη της άλλης. Σημαντική παράμετρος είναι η άποψη του γενικού πληθυσμού για την ψυχική ασθένεια. Ο γενικός πληθυσμός έχει την προκατάληψη ότι οι ψυχικά πάσχοντες είναι βίαιοι γεγονός που δεν ισχύει. Την εκπαίδευση την αξιοποιούν για να ενημερωθούν πάνω στην ασθένειά τους (Κουλικούρδη, 2009).

Οι ορισμοί που δίνονται στην αναπηρία επηρεάζονται από τις απόψεις της κοινωνίας για την αναπηρία. Με την σειρά τους επηρεάζουν τις πολιτικές του κράτους και τους πόρους που θα δοθούν για την αποκατάσταση των ατόμων αυτών. Λόγω των συνθηκών κοινωνικού αποκλεισμού και της κακής ποιότητας ζωής, τα ενταξιακά προγράμματα είναι απαραίτητα. Η αλλαγή στους θεσμούς θα συμβάλλει στην κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία. Ο κοινωνικός αποκλεισμός οδηγεί τον συγκεκριμένο πληθυσμό στην φτώχεια, την δυσκολία πρόσβασης στην εκπαίδευση, την στέγη, την υγεία και τα κοινωνικά δικαιώματα. Η κατάσταση αυτή δημιουργεί στο άτομο με αναπηρία κακή εικόνα για τον εαυτό του και τις δυνατότητές του. Η κατάσταση αυτή ορίζεται ως αυτοστιγματισμός.

Οι προκαταλήψεις που οδηγούν τα άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό προέρχονται από την διαδικασία της ετικετοποίησης. Η ετικετοποίηση είναι η διαδικασία όπου η κυρίαρχη ομάδα του πληθυσμού μιας κοινωνίας προσδίδει ορισμένα χαρακτηριστικά ως φυσιολογικά για το φυσιολογικό στην κοινωνία. Τα κριτήρια αυτά δίνουν την πρόσβαση στα κοινωνικά αγαθά. Η μη ύπαρξη των κριτηρίων οδηγούν σε αποκλεισμό. Η ετικετοποίηση δεν επηρεάζει μόνο το άτομο αλλά και την περιοχή διαμονής του, με αποτέλεσμα την υποβάθμισή της (Thio, 2007).

## 2.2.4 ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Η κινητική αναπηρία χαρακτηρίζεται σύμφωνα με τον ΠΟΥ ως ανατομική δυσλειτουργία που οφείλεται είτε από φυσικά αίτια είτε από την απώλεια μέλους λόγω ατυχήματος ή κάποιας ασθένειας. Συγκεκριμένα μπορεί να προέρχεται από ακρωτηριασμούς κάτω ή άνω άκρων, την έλλειψη μέλους, την εγκεφαλική παράλυση την πολιομυελίτιδα, και την φυματίωση των οστών.

Η κατάσταση αυτή δυσκολεύει το άτομο στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Η απώλεια των λειτουργιών είναι είτε μερική είτε ολική. Υπάρχουν τρεις παράμετροι στην κινητική αναπηρία:

- Η απώλεια της πρότερης δομής του σώματος σε όσους απέκτησαν την αναπηρία κατά την διάρκεια της ζωής τους
- Η ατομική δραστηριότητα του ατόμου και κατά πόσο εξαρτάται από τους οικείους του
- Ο βαθμός της κοινωνικής του ένταξης (Νικολάου & Καρτασίδου, 2011)

Οι κινητικές αναπηρίες ταξινομούνται σε:

- αυτές που προέρχονται από βλάβη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος
- αυτές που προέρχονται από βλάβη ορθοπεδικής φύσεως ( όπως η έλλειψη μελών ή η ατελής ανάπτυξη τους, οι βλάβες που δημιουργήθηκαν από ασθένεια ή ατύχημα)
- παραμορφώσεις και δυσμορφίες

Οι καταστάσεις που συνοδεύονται με την κινητική αναπηρία είναι οι βλάβες στις κινητικές περιοχές του εγκεφάλου, η τετραπληγία, η διπληγία, η τριπληγία και η μονοπληγία, η αδυναμία στους μύες και στον συντονισμό των κινήσεων. Τα περισσότερα άτομα έχουν τετραπληγία ή ημιπληγία (Κουλικούρδη, 2009).

Τα χαρακτηριστικά της είναι τα εξής. Εμφανίζουν δυσκολία στην μετακίνηση. Υπάρχουν άτομα που δεν μπορούν να κάνουν λεπτές κινήσεις λόγω αδυναμίας στα χέρια (δυσκολία στο να κρατάνε πράγματα). Αυτό συνεπάγεται δυσκολία στο τέντωμα των άκρων και το να φτάνουν κάτι. Υπάρχουν άτομα με σκελετικές βλάβες, μηχανικές και κινητικές στα άκρα. Μπορεί να υπάρχει ανεπάρκεια άκρων και άλλες παραμορφώσεις. Στο σώμα υπάρχει δυσκολία στην κίνηση, στις λεπτές κινήσεις και χρειάζεται χρήση εξοπλισμού όπως τα αναπηρικά αμαξίδια. Στον κοινωνικό – συναισθηματικό τομέα υπάρχει τάση για επιθετικότητα, υπερκινητικότητα, απάθεια, άγχος για την αποδοχή της νέας κατάστασης εφόσον προήλθε από ατύχημα (Νικολάου & Καρτασίδου, 2011)

Λίγες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για τον πληθυσμό αυτό. Όπως η πλειοψηφία των ατόμων με αναπηρία μένουν με του οικείους καθώς έχουν ανάγκη από άτομα να τους βοηθήσουν με τις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Ένα πολύ μικρό ποσοστό ζει μόνο του μετά από εκπαίδευση στην αυτοεξυπηρέτηση.

Οι κινητικές αναπηρίες συνεπάγονται ειδικούς εξοπλισμούς και ειδική διαμόρφωση κτιρίων για την πρόσβαση σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους. Αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση σε ορόφους, σκάλες και μικρά δωμάτια (όπως τουαλέτες). Το γεγονός αυτό τους ωθεί να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που απαιτούν ελάχιστη κίνηση.

Στα άτομα με αναπηρία στα άνω άκρα καθίσταται δύσκολη η επιδεξιότητα και οι λεπτές κινήσεις στα χέρια.

Σε άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζεται απώλεια ισορροπίας, αποδυνάμωση μυών, δυσκολία στην συγκέντρωση, αδυναμία στην ζέστη. Η συμπεριφορά λόγω της ασθένειας δεν μπορεί να προβλεφθεί. Δυσκολεύονται να κινηθούν. Καταπονούνται εύκολα. Η κατάσταση δυσχεραίνεται με το πέρασμα του χρόνου (Μουζουρίδη, 2009).

## 2.2.5 ΑΥΤΙΣΜΟΣ

Τα διαγνωστικά κριτήρια που αφορούν το φάσμα του αυτισμού εμφανίζονται στην πέμπτη (αναθεωρημένη) έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5). Από τον Μάιο του 2013, οι επιστήμονες χρησιμοποιούν αυτά τα κριτήρια κατά την αξιολόγηση των ατόμων για αυτές τις αναπτυξιακές διαταραχές. (DSM-5, 2018)

### Διαγνωστικά κριτήρια

A. Επίμονες δυσκολίες στην κοινωνική χρήση της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας όπως εκδηλώνονται από όλα τα παρακάτω:

1. Έλλειψη στη χρήση της επικοινωνίας για κοινωνικούς σκοπούς, όπως χαιρετισμό και ανταλλαγή πληροφοριών, με τρόπο που να είναι κατάλληλος για το κοινωνικό πλαίσιο.
2. Βλάβη της ικανότητας αλλαγής της επικοινωνίας ώστε να ταιριάζει με το περιεχόμενο ή τις ανάγκες του ακροατή, όπως να μιλάει διαφορετικά σε μια τάξη παρά στην παιδική χαρά, να μιλά διαφορετικά σε ένα παιδί παρά σε έναν ενήλικα και να αποφεύγει τη χρήση υπερβολικά τυπικής γλώσσας.
3. Δυσκολίες σύμφωνα με τους κανόνες για συνομιλία και αφήγηση, όπως η αλλαγή της συνομιλίας, η αναδιατύπωση όταν παρεξηγηθεί και η γνώση του τρόπου χρήσης λεκτικών και μη λεκτικών σημάτων για τη ρύθμιση της αλληλεπίδρασης.
4. Δυσκολίες στην κατανόηση όσων δεν δηλώνονται ρητά (π.χ., κάνοντας συμπεράσματα) και μη διφορούμενες έννοιες της γλώσσας (π.χ., ιδιώματα, χιούμορ, μεταφορές, πολλαπλές έννοιες που εξαρτώνται από το πλαίσιο ερμηνείας). (DSM-5, 2018, σελ. 7-8)

B. Τα ελλείμματα οδηγούν σε λειτουργικούς περιορισμούς στην αποτελεσματική επικοινωνία, την κοινωνική συμμετοχή, τις κοινωνικές σχέσεις, τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα ή τις επαγγελματικές επιδόσεις, μεμονωμένα ή σε συνδυασμό.

Γ. Η εμφάνιση των συμπτωμάτων είναι στην πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο (αλλά τα ελλείμματα ενδέχεται να μην γίνουν πλήρως εμφανή έως ότου οι απαιτήσεις κοινωνικής επικοινωνίας ξεπεράσουν τις περιορισμένες ικανότητες). (DSM-5, 2018, σελ. 7-8)

Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άλλη ιατρική ή νευρολογική κατάσταση ή σε χαμηλές ικανότητες στους τομείς ή τη δομή και τη γραμματική των λέξεων και δεν εξηγούνται καλύτερα από διαταραχή του φάσματος του αυτισμού, διανοητική αναπηρία (διανοητική αναπτυξιακή διαταραχή) ψυχική διαταραχή (DSM-5, 2018, σελ. 7-8)

## 2.2.6 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Παραδοσιακά, ο αυτισμός χαρακτηρίζεται από σοβαρές δυσκολίες σε τρεις τομείς: αμοιβαία κοινωνική αλληλεπίδραση, επικοινωνία και επαναλαμβανόμενη στερεότυπη συμπεριφορά. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι τα αυτιστικά συμπτώματα διανέμονται συνεχώς στον πληθυσμό και σχηματίζουν ένα ευρύ φάσμα. Επομένως, η διαταραχή μπορεί να λάβει πολλές μορφές από ήπια έως μέτρια έως σοβαρή, με ποικίλες βλάβες. Αυτή η αυξανόμενη ετερογένεια της διαταραχής μπορεί να προκαλέσει δυσκολία στην μέτρηση. Οι κλίμακες θα πρέπει να είναι σε θέση να ποσοτικοποιούν τις λεπτές διαφορές στον βαθμό εξασθένησης σε όλο το φάσμα και να προειδοποιούν τους κλινικούς για τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που μπορεί να είναι κατώτερα των ορίων. (DSM-5, 2018)

### Σειρά κοινωνικής απόκρισης / Κοινωνική κλίμακα αμοιβαιότητας

Η κλίμακα κοινωνικής ανταπόκρισης (SRS) είναι ένα ερωτηματολόγιο για εκπαιδευτικούς / γονείς που μετρούν τις κοινωνικές αναπηρίες των παιδιών σε φυσιολογικά κοινωνικά περιβάλλοντα. Το SRS διαπιστώνει την κοινωνική ευαισθητοποίηση, την επεξεργασία των κοινωνικών πληροφοριών, την ικανότητα για αμοιβαία κοινωνική επικοινωνία, την κοινωνική ανησυχία / αποφυγή και τις αυτιστικές ανησυχίες και τα γνωρίσματα.

### Ερωτηματολόγιο κοινωνικής επικοινωνίας / ερωτηματολόγιο επιλογής αυτισμού

Το ερωτηματολόγιο κοινωνικής επικοινωνίας (SCQ) αναπτύχθηκε ως απάντηση στην ανάγκη για ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο ανίχνευσης με βάση τα τρέχοντα διαγνωστικά κριτήρια για την αναθεωρημένη συνέντευξη διαγνωστικού ελέγχου του αυτισμού (ADI-R).

### Λίστα ελέγχου συμπεριφοράς αυτισμού

Η λίστα ελέγχου της συμπεριφοράς του αυτισμού (ABC) αναπτύχθηκε για να δημιουργήσει μια κλίμακα που θα μπορούσε να αξιοποιηθεί αξιόπιστα στα σχολεία για τη μέτρηση των επιπέδων αυτιστικής συμπεριφοράς.

### Δοκιμή συνδρόμου παιδικής ηλικίας

Η δοκιμή του συνδρόμου παιδικής ηλικίας (CAST) είναι ένα ερωτηματολόγιο για τον έλεγχο των πληθυσμών σχολικής ηλικίας για την ASD. Παρόλο που με το όνομα στοχεύει στο πεδίο εφαρμογής το σύνδρομο asperger (AS), στοχεύει το πλήρες φάσμα, συμπεριλαμβανομένου του τυπικού αυτισμού και της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής. (DSM-5, 2018)

## **2.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ**

Στην αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών συναντάται πολύ συχνά ο όρος πρόωμη παρέμβαση ο οποίος ορίζεται ως οι μορφές παιδοκεντρικών δραστηριοτήτων εξάσκησης και εκπαίδευσης καθώς και δραστηριοτήτων που αφορούν στην καθοδήγηση των γονέων αμέσως μετά τον εντοπισμό του προβλήματος των παιδιών. Η πρόωμη παρέμβαση ασχολείται με παιδιά βρεφικής ή νηπιακής ηλικίας (πριν αρχίσει η υποχρεωτική εκπαίδευση) με εμφανείς αναπηρίες ή που βρίσκονται σε επικινδυνότητα για αναπτυξιακές διαταραχές και απευθύνεται στο ίδιο το παιδί, στους γονείς, καθώς και σε ολόκληρη την οικογένεια και στο ευρύτερο περιβάλλον (Στασινός, 2009).

Το θέμα αντιμετώπισης των μαθησιακών δυσκολιών αποτελεί ίσως την πιο σημαντική διάσταση του όλου προβλήματος και τον τελικό στόχο όλων των προσπαθειών. Όμως η διαφοροποίηση της αιτιολογίας, των χαρακτηριστικών και του βαθμού έντασης των μαθησιακών δυσκολιών δημιουργούν προβλήματα, τόσο στη διάγνωση όσο και στην αντιμετώπιση τους (Στασινός, 2009).



Επιπλέον, είναι φυσικό οι γονείς να έχουν μία μάλλον ιδεατή αντίληψη για το παιδί τους και είναι δύσκολο να παραδεχθούν τις μαθησιακές του δυσκολίες. Πολλές φορές μάλιστα καταφεύγουν σε μηχανισμούς άμυνας, όπως είναι η άρνηση της πραγματικότητας και η διατήρηση μη ρεαλιστικών προσδοκιών από τα παιδιά. Συνεπώς, είναι αναγκαία η άμεση ενημέρωσή τους και η ουσιαστική υποστήριξη από το σχολείο και τους δασκάλους των παιδιών τους. Όλες οι παρεμβάσεις, λοιπόν, στην αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών δεν πρέπει να περιορίζονται στο σχολικό χώρο, αλλά θα πρέπει να επεκτείνονται και στο χώρο της οικογένειας (Στασινός, 2009).

Ο ειδικός ο οποίος θα αναλάβει την αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών στο παιδί θα πρέπει να χρησιμοποιήσει το κατάλληλο πρόγραμμα το οποίο θα είναι προσαρμοσμένο και εξατομικευμένο στις εκπαιδευτικές ανάγκες του κάθε παιδιού. Κατά κύριο λόγο χρησιμοποιείται διδακτικό υλικό το οποίο βασίζεται στην πολυαισθητηριακή μέθοδο. Αυτό σημαίνει ότι όλες οι αισθήσεις (όραση, ακοή, αφή) συμμετέχουν καθώς βοηθούν το παιδί στη συμμετοχή της μαθησιακής διδασκαλίας και συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση και εμπέδωση των πληροφοριών.

Επίσης, το διδακτικό υλικό είναι αυστηρά δομημένο και χαρακτηρίζεται από σταδιακή διαβάθμιση. Συνήθως η κάθε διδακτική ενότητα ξεκινά από ένα επίπεδο πιο κάτω από εκείνο που βρίσκεται το παιδί, προκειμένου να του προσφέρει ενθάρρυνση για να συνεχίσει στην επόμενη ενότητα (Στασινός, 2009).

Η διαδικασία θα πρέπει να αποτελέσει για το παιδί μια ευχάριστη διαδικασία από την οποία θα αντλεί ευχαρίστηση και ικανοποίηση. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την αποκατάσταση των μαθησιακών δυσκολιών, αλλά και τη διατήρηση της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης του παιδιού σε υψηλά επίπεδα. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι, αν οι μαθησιακές δυσκολίες δε διαγνωστούν και δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα, οδηγούν σε απώλεια ηθικού, χαμηλή αυτοπεποίθηση, διαταραχές στις κοινωνικές δεξιότητες, ακόμα και σε εγκατάλειψη του σχολείου. Τέλος, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να βρίσκεται σε στενή συνεργασία με τους γονείς του και με το σχολείο, προκειμένου το παιδί να ωφεληθεί σε μεγαλύτερο βαθμό από το θεραπευτικό πρόγραμμα (Στασινός, 2009).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ**

#### **3.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ**

Οι μαθησιακές δυσκολίες αναγνωρίζονται συχνά όταν ένα παιδί φοιτά στο σχολείο. Οι μαθησιακές δυσκολίες δεν πρέπει να συγχέονται με μαθησιακά προβλήματα τα οποία είναι κατά κύριο λόγο αποτέλεσμα οπτικών, ακουστικών ή κινητικών μειονεκτημάτων, πνευματικής αναπηρίας, συναισθηματικής διαταραχής (Berninger & May, 2011).

Οι μαθησιακές δυσκολίες ενδέχεται να παρουσιάζουν δυσκολίες στην επεξεργασία οπτικών και ακουστικών πληροφοριών. Οι μαθησιακές δυσκολίες μπορούν να επηρεάσουν την μνήμη και την ταχύτητα επεξεργασίας, οι οποίες είναι βασικές γνωστικές διαδικασίες που υποτάσσονται στις εκτελεστικές λειτουργίες του παιδιού. Ο προμετωπικός φλοιός δεν αρχίζει να αναπτύσσεται πλήρως μέχρι το παιδί να είναι ηλικίας 7 έως 8 ετών (Barth et al., 2008).

Η αποδυνάμωση στον τομέα αυτό μπορεί να παρουσιαστεί ως δυσκολία με τη διαχείριση του χρόνου, την οργάνωση ή την απώλεια των πραγμάτων. Ορισμένα παιδιά μπορεί να έχουν μη λεκτικές δυσκολίες μάθησης που παρουσιάζονται ως δυσκολίες στην κατανόηση των μαθηματικών και των λέξεων και δυσκολία στην αντιληπτική λογική. Για παράδειγμα, το παιδί μπορεί να είναι σε θέση να επαναλαμβάνει τις πληροφορίες κατά τρόπο συνηθισμένο, αλλά να μην αντιλαμβάνεται την έννοια αυτού που λέγεται (Christopher et al., 2013).

Θεωρείται πολύ σημαντικό να ανιχνευθούν οι μαθησιακές δυσκολίες το συντομότερο δυνατόν ώστε να μπορέσει να παρέμβει και να μειώσει τη σοβαρότητα και τις μελλοντικές επιπτώσεις η διεπιστημονική ομάδα. Η ανίχνευση εξαρτάται από την οικογένεια των παιδιών, τους δασκάλους, τους συμβούλους. Η ομαδική εργασία είναι αυτό που καθιστά δυνατή αυτή τη διαδικασία (Berninger & May, 2011).

### 3.2 ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΣΗ

Βασικά προβλήματα ανάγνωσης συμβαίνουν όταν υπάρχει δυσκολία στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ ήχων, γραμμάτων και λέξεων. Τα προβλήματα κατανόησης ανάγνωσης συμβαίνουν όταν υπάρχει αδυναμία να κατανοηθεί η έννοια των λέξεων, των φράσεων και των παραγράφων (Denton, 2012).

Οι μαθησιακές δυσκολίες στην ανάγνωση συμβαίνουν όταν ένα άτομο έχει πρόβλημα με οποιοδήποτε μέρος της διαδικασίας ανάγνωσης. Στις μαθησιακές δυσκολίες στην ανάγνωση περιλαμβάνεται η δυσλεξία κατά την οποία ένα παιδί διαβάζει κάτω από το αναμενόμενο επίπεδο λόγω της ηλικίας του, του βαθμού στο σχολείο και της νοημοσύνης. Τα παιδιά με αυτό το πρόβλημα διαβάζουν αργά και δυσκολεύονται να καταλάβουν τι διαβάζουν. Μπορεί να έχουν πρόβλημα με την αναγνώριση λέξεων. Μπορεί να συγχέουν λέξεις που μοιάζουν. Παρατηρείται ότι υπάρχει δυσκολία υπάρχει παρά την επαρκή διδασκαλία και την απουσία πνευματικών, αισθητηριακών ή νευρολογικών δυσκολιών ενώ συνηθέστερο είναι να υπάρχει δυσκολία αναγνώρισης λέξεων (Hoefl et al., 2011).

Η δυσλεξία ορίζεται ως η χρόνια νευρολογική διαταραχή που προκαλεί ανικανότητα ή μεγάλη δυσκολία στην εκμάθηση της ανάγνωσης. Αναστέλλει την αναγνώριση και την επεξεργασία των γραφικών συμβόλων, ιδίως εκείνων που σχετίζονται με τη γλώσσα. Τα συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένων των πολύ κακών δεξιοτήτων ανάγνωσης, των αναστρέψιμων ακολουθιών λέξεων και επιστολών και του δυσανάγνωστου χειρόγραφου, γίνονται συνήθως εμφανείς κατά τα πρώτα σχολικά έτη. Με την έγκαιρη αναγνώριση και τις εξειδικευμένες προσεγγίσεις στην ανάγνωση της ανάγνωσης τα περισσότερα παιδιά μπορούν να παρουσιάσουν πολλά σημάδια βελτίωσης στην εκπαιδευτική διαδικασία (Denton, 2012).

Τα άτομα με μαθησιακές δυσκολίες στην ανάγνωση μπορεί να έχουν προβλήματα αναγνωρίζοντας λέξεις που ήδη γνωρίζουν και μπορεί επίσης να έχουν φτωχό λεξιλόγιο. Άλλα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Προβλήματα ανάγνωσης με σωστή έκφραση
- Προβλήματα κατανόησης της γραπτής λέξης.

Ειδικότερα, στις μαθησιακές δυσκολίες ανάγνωσης υπάρχει δυσκολία στην αποκωδικοποίηση λέξεων. Δηλαδή, τα άτομα δυσκολεύονται να ακούσουν γραπτές λέξεις, να ταιριάζουν τα γράμματα με τους ήχους ώστε να μπορούν να διαβάσουν μια λέξη. Η σημασία της φωνολογικής, ορθογραφικής και μορφοχημικής συνειδητοποίησης για την αποκωδικοποίηση και την ακριβή αναγνώριση λέξεων έχει τεκμηριωθεί καλά (Döhla & Heim, 2015).

Επίσης παρουσιάζεται έλλειψη ευχέρειας. Δηλαδή τα άτομα έχουν δυσκολία να διαβάζουν γρήγορα, με ακρίβεια και με σωστή έκφραση (αν διαβάζουν δυνατά). Τέλος, παρουσιάζεται κακή κατανόηση της ανάγνωσης. Δηλαδή, τα άτομα με κακή κατανόηση της ανάγνωσης δυσκολεύονται να καταλάβουν τι διαβάζουν (Döhla & Heim, 2015).

Οι μαθητές με δυσκολίες ανάγνωσης δεν επιτυγχάνουν ευχέρεια στην ανάγνωση και ταυτόχρονα αλλάζουν τη μέθοδο ανάγνωσής τους και την ταχύτητα ανάλογα με τις ανάγκες τους. Επομένως, μπορεί να γίνει πιο δύσκολο για αυτούς να καταλάβουν τι διαβάζουν. Επιπλέον, μπορεί να γίνει δύσκολο να αποκτηθεί μια βαθύτερη κατανόηση του κειμένου, κάτι που απαιτεί την ενσωμάτωση της δικής του ικανότητας, της εμπειρίας και των γνώσεων στην ανάγνωση (Christopher et al., 2013).

Τα συμπτώματα στις μαθησιακές δυσκολίες ανάγνωσης μπορεί να διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Ο τρόπος εμφάνισης των προβλημάτων μπορεί επίσης να ποικίλει ανάλογα με το άτομο. Αυτό ισχύει τόσο για την ανάγνωση όσο και για τη γραφή. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να είναι πολύ καλοί στο να καλύψουν και να αντισταθμίσουν τις δυσκολίες τους και έτσι οι δυσκολίες τους είναι πιο δύσκολο να παρατηρηθούν (Christopher et al., 2013).

### 3.3 ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΓΡΑΠΤΟΥ ΛΟΓΟΥ

Η γραπτή έκφραση περιλαμβάνει τις βασικές δεξιότητες χειρόγραφου και ορθογραφίας. Δεδομένου ότι η γραφή είναι μια αναπτυξιακή διαδικασία - τα παιδιά μαθαίνουν τις κινητικές δεξιότητες που απαιτούνται για να γράψουν, ενώ μαθαίνουν τις δεξιότητες σκέψης που απαιτούνται για την επικοινωνία στο χαρτί - οι δυσκολίες μπορούν επίσης να αλληλεπικαλύπτονται. Ένα σημάδι προειδοποίησης σχετικά με τις δυσκολίες γραφής είναι όταν ένα παιδί μπορεί να παρουσιάσει τις ιδέες του καλά χρησιμοποιώντας ομιλούμενη γλώσσα, αλλά το προϊόν γραφής είναι πολύ πιο περιορισμένο ή κακώς κατασκευασμένο (Chung & Patel, 2015).

Οι μαθησιακές δυσκολίες στο γραπτό λόγο μπορούν να περιλαμβάνουν τη φυσική πράξη της γραφής ή τη δραστηριότητα της σύνθεσης πληροφοριών. Η βασική διαταραχή γραφής αναφέρεται στη σωματική δυσκολία να σχηματιστούν λέξεις και γράμματα. Οι μαθησιακές δυσκολίες στις βασικές δεξιότητες γραφής επηρεάζουν την ικανότητα του μαθητή να γράφει λέξεις με σωστή ορθογραφία, κατάλληλη επιλογή λέξεων και βασική μηχανική, όπως σχηματισμός γράμματος, γραμματική και στίξη (Lassonde & Richards, 2013).

Στις μαθησιακές δυσκολίες στην παραγωγή γραπτού λόγου περιλαμβάνεται η δυσγραφία. Ένα παιδί με αυτή τη συγκεκριμένη μαθησιακή δυσκολία μπορεί να έχει προβλήματα, συμπεριλαμβανομένου του δυσανάγνωστου χειρόγραφου, των ασυνεπών αποστάσεων, του ανεπαρκούς χωροταξικού σχεδιασμού σε χαρτί, της κακής ορθογραφίας και της δυσκολίας σύνθεσης γραφής, καθώς και σκέψης και γραφής ταυτόχρονα (Hulme & Melby-Lervåg, 2015).

Η ικανότητα γραπτής γλώσσας μπορεί να εκτιμηθεί με ψευδοκαθορισμένη αποκωδικοποίηση ή αποκρυπτογράφηση λέξεων χωρίς λόγο που βασίζονται στη φωνητική συνειδητοποίηση. Παρόλο που η δυσκολία να ακολουθήσουν τα παιδιά οδηγίες μπορεί να είναι ένα σημάδι έγκαιρης προειδοποίησης, ωστόσο πολλά παιδιά αντιμετωπίζουν προβλήματα σε αυτόν τον τομέα χωρίς συγκεκριμένη μαθησιακή δυσκολία δηλαδή μπορεί να δίνονται πολύπλοκες οδηγίες που δεν μπορεί να ακολουθήσει ένα μικρότερο παιδί (Chung & Patel, 2015).

Μπορεί να παρατηρηθεί κακή κινητική δυσλειτουργία όταν τα παιδιά δεν μπορούν εύκολα να κρατούν σκεύη, κουμπιά, ή να χειρίζονται μικρά αντικείμενα όπως μολύβια και κραγιόνια. Ωστόσο, η ικανότητα χειρισμού μικρών αντικειμένων δεν πρέπει να αποκλείει την μαθησιακή δυσκολία στα παιδιά από «μεγαλύτερες» οικογένειες, όπου αναπτύσσονται νωρίτερα μικρές κινητικές δεξιότητες και ανεξάρτητη επίδεση. Οι διαγνωστικές αξιολογήσεις και οι δοκιμασίες γραφής μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να προσδιοριστούν οι συγκεκριμένοι τύποι προβλημάτων που επηρεάζουν τις ικανότητες γραφής του μαθητή (Hoeft et al., 2011; Lasonde & Richards, 2013).

### **3.4 ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ**

Σύμφωνα με την ερεύνα των Αντωνοπούλου Α., Σταμπολτζή Α. και Κουβαβά Σ. η οποία δημοσιεύτηκε στο *ri-schools* και έχει σαν βασικό τίτλο «Γνώσεις δασκάλων σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)» 139 εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης φαίνεται πως οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να είναι συνεχώς σε εγρήγορση ώστε να αντιμετωπίσουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

Η έρευνα ταυτίζεται με τα αποτελέσματα της παρούσας μελετάς στο ότι θα πρέπει να υπάρχει η παροχή συστηματικής πληροφόρησης στους δασκάλους γενικής εκπαίδευσης γύρω από θέματα που αφορούν στη ΔΕΠ-Υ μέσα από προγράμματα συνεχούς ενδοσχολικής επιμόρφωσης και στο ότι η σωστή πληροφόρηση και η εξάλειψη των λανθασμένων πεποιθήσεων για τη ΔΕΠ-Υ μπορεί να αυξήσει τον αριθμό των παιδιών που παραπέμπονται έγκαιρα για διάγνωση κάθε χρόνο.

Έρευνα του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης του Χατζηαγοράκη Δ. με γενικό τίτλο «Γνώσεις Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας στο Δημοτικό Σχολείο» στην οποία συμμετείχαν 154 εκπαιδευτικοί. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ δεν θα πρέπει να περιορίζεται στην απαρίθμηση των συμπτωμάτων της διαταραχής, τα οποία άλλωστε

αναφέρονται και στα βιβλία, αλλά να εμβαθύνει σε θέματα, μακρόχρονης πρόγνωσης και αντιμετώπισης της διαταραχής. Στην έρευνα αυτή συγκλίνουν τα αποτελέσματα με την παρούσα μελέτη στην επιτακτική ανάγκη παροχής συστηματικής πληροφόρησης στους δασκάλους γενικής εκπαίδευσης γύρω από θέματα που αφορούν στη ΔΕΠ-Υ μέσα από προγράμματα συνεχούς επιμόρφωσης.

Ο Κάκκουρος και οι συνεργάτες του το 2006 για να διερευνήσουν τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ διεξήγαγαν έρευνα σε 193 εκπαιδευτικούς. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί θεωρούν ως κυριότερα αίτια εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ την παραμέληση και κακή ανατροφή των παιδιών, την ιδιοσυγκρασία του και τυχόν διαζύγιο των γονέων.

Το 2008 ο Hong Y. εκπονεί μελέτη με θέμα τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή οι δάσκαλοι απάντησαν ότι το πιο χαρακτηριστικό συμπεριφορικό χαρακτηριστικό των παιδιών με τη ΔΕΠΥ ήταν η ανικανότητα των παιδιών να ελέγχουν τον εαυτό τους ενώ δήλωσαν ότι αισθάνονται αβοήθητοι και απογοητευμένοι όταν δεν κατάφεραν να βοηθήσουν ένα παιδί.

Το 2010 οι Perold M., Louw C. και Kleynhans S. μελέτησαν τις γνώσεις και τις εσφαλμένες αντιλήψεις των δασκάλων του δημοτικού σχολείου για τη διαταραχή υπερκινητικότητας λόγω έλλειψης προσοχής. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι οι εκπαιδευτικοί γνώριζαν πολύ καλά τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ. Οι ερωτώμενοι είναι ενημερωμένοι για τα προβλήματα που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠΥ ενώ μπορούν να αναγνωρίσουν τις οργανωτικές δεξιότητες των παιδιών.

Οι Mohr-Jensen C., ο Steen-Jensen T., Bang-Schnack M. το 2015 εντόπισαν τόσο τις δυνάμεις όσο και το αδυναμίες όσον αφορά τις γνώσεις για τη ΔΕΠΥ στους δασκάλους της Δανίας. Σύμφωνα με την έρευνα οι εκπαιδευτικοί χρειάζονται περισσότερες γνώσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά, την αιτιολογία, την πρόγνωση και τη θεραπεία της ΔΕΠΥ, και οι ισχυρότεροι μηχανισμοί αλλαγής μπορεί να είναι μέσω της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης.

Το 2008 η ερευνήτρια Julie M. Kos μελέτησε τις γνώσεις των δασκάλων της Βικτωριανής (αυστραλιανής) πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με τη ΔΕΠΥ. Μέσα από τα αποτελέσματα φαίνεται πως οι εκπαιδευτικοί αντιλήφθηκαν ότι

γνωρίζουν πολύ λιγότερο από ό, τι γνωρίζουν πραγματικά για τη διαταραχή, κάτι που μπορεί να υποδηλώνει ότι οι εκπαιδευτικοί γνωρίζουν την έλλειψη γνώσης της ΔΕΠΥ.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

#### 4.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ο στόχος της παρέμβασης είναι η βελτίωση της κοινωνικής επικοινωνίας και άλλων γλωσσικών προβλημάτων και η τροποποίηση των συμπεριφορών για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου και την αύξηση της κοινωνικής αποδοχής. Τα βασικά αποτελέσματα επικεντρώνονται στις βελτιώσεις στην κοινωνική επικοινωνία που επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να αναπτύσσει σχέσεις, να λειτουργεί αποτελεσματικά και να συμμετέχει ενεργά στην καθημερινή ζωή (Medavarapu, Marella, Sangem, Kairam, 2019).

Τα άτομα με αυτισμό έχουν μοναδικές ανάγκες όσον αφορά την ανεξαρτησία της μάθησης και την αυτοπροβολή λόγω των βασικών προκλήσεων τους στην κοινωνική αλληλεπίδραση και τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορούν να συμβάλλουν στην ανεξαρτησία και την αυτοπροστασία των ατόμων με αυτισμό, εξασφαλίζοντας ότι κάθε άτομο έχει λειτουργικό σύστημα επικοινωνίας και υποστηρίζοντας την επικοινωνία σε διαφορετικά κοινωνικά περιβάλλοντα με διάφορους εταίρους για την προώθηση της γενίκευσης δεξιοτήτων (Williams-Arya et al., 2019, σελ 1551-1553).

Η θεραπεία για άτομα με αυτισμό συνήθως περιλαμβάνει:

- Καθορισμός στόχων με βάση τα δεδομένα αξιολόγησης που στοχεύουν τα βασικά ελλείμματα της διαταραχής και εστιάζουν στην εκκίνηση της αυθόρμητης επικοινωνίας σε λειτουργικές δραστηριότητες, στην εμπλοκή σε αμοιβαίες επικοινωνιακές αλληλεπιδράσεις.
- Χρήση ενός πολυτροπικού συστήματος επικοινωνίας (π.χ. ομιλούμενη γλώσσα, χειρονομίες, νοηματική γλώσσα, επικοινωνία εικόνας, συσκευές παραγωγής

ομιλίας ή γραπτή γλώσσα) που είναι εξατομικευμένες ανάλογα με τις ικανότητες του ατόμου και τα περιβάλλοντα επικοινωνίας (Medavarapu, Marella, Sangem, Kairam, 2019).

- Τα ουσιαστικά αποτελέσματα συνδέονται στενά με την ικανότητα επικοινωνίας σε λειτουργικά κοινωνικά πλαίσια (π.χ. σπίτι, σχολείο, επαγγελματικό περιβάλλον και περιβάλλον) (Williams-Arya et al., 2019, σελ 1551-1553).
- Ενσωμάτωση πολιτιστικών, γλωσσικών και προσωπικών αξιών και ιδιότητες μοναδικές για κάθε άτομο σε θεραπευτικές δραστηριότητες.
- Χρήση μιας σειράς από προσεγγίσεις για την ενίσχυση των δεξιοτήτων επικοινωνίας κατά μήκος μιας συνέχειας από τη συμπεριφορά στην ανάπτυξη.
- Χρήση αναπτυξιακών ακολουθιών και διαδικασιών γλωσσικής ανάπτυξης για να παράσχει ένα πλαίσιο για τον καθορισμό των βασικών γραμμών και των επιπτώσεων για τους στόχους παρέμβασης.
- Αξιολόγηση της προόδου χρησιμοποιώντας συστηματικές μεθόδους για τον προσδιορισμό εάν το άτομο με αυτισμό ωφελείται από ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα ή στρατηγική θεραπείας (Medavarapu, Marella, Sangem, Kairam, 2019).

## **4.2 ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

Το ABA χρησιμοποιείται συχνά σε σχολεία και κλινικές για να βοηθήσει το παιδί να μάθει θετικές συμπεριφορές και να μειώνει αρνητικές συμπεριφορές. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση ενός ευρέος φάσματος δεξιοτήτων και υπάρχουν διαφορετικοί τύποι για διαφορετικές καταστάσεις, όπως:

- Η διακεκριμένη δοκιμαστική εκπαίδευση (DTT): χρησιμοποιεί απλά μαθήματα και θετική ενίσχυση.
- Η βασική εκπαίδευση ανταπόκρισης (PRT): βοηθά στην ανάπτυξη κινήτρων για μάθηση και επικοινωνία.
- Η πρώιμη εντατική συμπεριφορά (EIBI): είναι καλύτερη για παιδιά κάτω των 5 ετών.

- Η παρέμβαση λεκτικής συμπεριφοράς (VBI): επικεντρώνεται στις γλωσσικές δεξιότητες (Medavaranu, Marella, Sangem, Kairam, 2019 σελ. 4-5).

- **Στις θεραπείες εφαρμοσμένης ανάλυσης συμπεριφοράς περιλαμβάνονται οι Αναπτυξιακές, μεμονωμένες διαφορές, προσέγγιση βάσει σχέσεων (DIR).** Αυτό το είδος θεραπείας είναι περισσότερο γνωστό ως Floortime. Αυτό συμβαίνει επειδή περιλαμβάνει το να πας για παράδειγμα στο πάτωμα με το παιδί να παίζει και να κάνει τις δραστηριότητες που του αρέσουν. Έχει σκοπό να υποστηρίξει τη συναισθηματική και πνευματική ανάπτυξη, βοηθώντας τον να μάθει δεξιότητες γύρω από την επικοινωνία και τα συναισθήματα. Το σύστημα επικοινωνίας ανταλλαγής εικόνων (PECS) είναι μια άλλη οπτική θεραπεία, αλλά χρησιμοποιεί σύμβολα αντί για κάρτες γραφικών. Το παιδί μαθαίνει να κάνει ερωτήσεις και να επικοινωνεί μέσω ειδικών συμβόλων (Williams-Arya et al., 2019, σελ 1551-1553).

Η Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς (ABA) είναι μια θεραπεία βασισμένη στην επιστήμη της μάθησης και της συμπεριφοράς. Η ανάλυση της συμπεριφοράς βοηθά στην κατανόηση:

- Πώς λειτουργεί η συμπεριφορά
- Πώς επηρεάζεται η συμπεριφορά από το περιβάλλον
- Πώς γίνεται η εκμάθηση

Η θεραπεία ABA εφαρμόζει την κατανόησή για το πώς λειτουργεί η συμπεριφορά σε πραγματικές καταστάσεις. Ο στόχος είναι να αυξηθούν οι συμπεριφορές που είναι χρήσιμες και να μειωθούν οι συμπεριφορές που είναι επιβλαβείς ή επηρεάζουν τη μάθηση (Williams-Arya et al., 2019).

Οι μέθοδοι ανάλυσης συμπεριφοράς έχουν χρησιμοποιηθεί και μελετηθεί εδώ και δεκαετίες. Έχουν βοηθήσει πολλούς τύπους μαθητών να αποκτήσουν διαφορετικές δεξιότητες - από τον υγιέστερο τρόπο ζωής έως την εκμάθηση μιας νέας γλώσσας. Οι θεραπευτές έχουν χρησιμοποιήσει το ABA για να βοηθήσουν τα παιδιά με αυτισμό και σχετικές αναπτυξιακές διαταραχές από τη δεκαετία του 1960 (Medavaranu, Marella, Sangem, Kairam, 2019).

Η Εφαρμοσμένη Συμπεριφορά Ανάλυση περιλαμβάνει πολλές τεχνικές για κατανόηση και αλλαγή συμπεριφοράς. Το ΑΒΑ είναι μια ευέλικτη θεραπεία:

- Μπορεί να προσαρμοστεί για να καλύψει τις ανάγκες κάθε μοναδικού προσώπου
- Παρέχεται σε πολλές διαφορετικές τοποθεσίες - στο σπίτι, στο σχολείο και στην κοινότητα
- Διδάσκει δεξιότητες που είναι χρήσιμες στην καθημερινή ζωή
- Μπορεί να περιλαμβάνει διδασκαλία διδασκαλίας ή ομαδική διδασκαλία (Williams-Arya et al., 2019, σελ 1551-1553).

Η θετική ενίσχυση είναι μία από τις βασικές στρατηγικές που χρησιμοποιούνται στην ΑΒΑ. Όταν μια συμπεριφορά ακολουθείται από κάτι που αποτιμάται (ανταμοιβή), ένα άτομο είναι πιο πιθανό να επαναλάβει αυτή τη συμπεριφορά. Με την πάροδο του χρόνου, αυτό ενθαρρύνει τη θετική αλλαγή συμπεριφοράς.

Πρώτον, ο θεραπευτής προσδιορίζει μια συμπεριφορά στόχου. Κάθε φορά που το άτομο χρησιμοποιεί τη συμπεριφορά ή την ικανότητα με επιτυχία, παίρνουν ανταμοιβή. Η ανταμοιβή έχει νόημα για το άτομο - παραδείγματα περιλαμβάνουν έπαινο, παιχνίδι ή βιβλίο, βλέποντας ένα βίντεο, πρόσβαση σε παιδική χαρά ή άλλη τοποθεσία και πολλά άλλα. Οι θετικές ανταμοιβές ενθαρρύνουν το άτομο να συνεχίσει να χρησιμοποιεί την ικανότητα. Με τον καιρό αυτό οδηγεί σε σημαντική αλλαγή συμπεριφοράς (Medavarapu, Marella, Sangem, Kairam, 2019).

#### **4.3 TO ΜΟΝΤΕΛΟ DENVER EARLY START (ESDM)**

Το μοντέλο Denver Early Start (ESDM) είναι μια συμπεριφορική θεραπεία για παιδιά με αυτισμό ηλικίας 12-48 μηνών. Βασίζεται στις μεθόδους της εφαρμοσμένης ανάλυσης συμπεριφοράς (ΑΒΑ).

Οι γονείς και οι θεραπευτές χρησιμοποιούν το παιχνίδι για να δημιουργήσουν θετικές και διασκεδαστικές σχέσεις. Μέσα από το παιχνίδι και τις κοινές

δραστηριότητες, το παιδί ενθαρρύνεται να ενισχύσει τις γλωσσικές, κοινωνικές και γνωστικές δεξιότητες.

- Με βάση την κατανόηση της κανονικής μάθησης και ανάπτυξης του μικρού παιδιού.
- Εστιάζεται στην οικοδόμηση θετικών σχέσεων.
- Η διδασκαλία πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια του φυσικού παιχνιδιού και των καθημερινών δραστηριοτήτων.
- Χρησιμοποιεί το παιχνίδι για να ενθαρρύνει την αλληλεπίδραση και την επικοινωνία (Williams-Arya et al., 2019, σελ 1551-1553).

Η θεραπεία ESDM μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε πολλά περιβάλλοντα, όπως στο σπίτι, σε κλινική ή στο σχολείο. Η θεραπεία παρέχεται και στις δύο ρυθμίσεις ομάδας και ένα προς ένα. Έχει διαπιστωθεί ότι είναι αποτελεσματικό για τα παιδιά με ένα ευρύ φάσμα μαθησιακών στυλ και ικανοτήτων. Το ESDM μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά να σημειώσουν πρόοδο στις κοινωνικές τους δεξιότητες, τις γλωσσικές δεξιότητες και τις γνωστικές δεξιότητες (Williams-Arya et al., 2019).

Τα παιδιά που έχουν σημαντικές μαθησιακές προκλήσεις μπορούν να ωφεληθούν εξίσου με εκείνα που δεν έχουν προκλήσεις μάθησης. Η συμμετοχή των γονέων αποτελεί βασικό μέρος του προγράμματος ESDM. Οι θεραπευτές πρέπει να εξηγούν και να μοντελοποιούν τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν, έτσι ώστε οι οικογένειες να μπορούν να τις εξασκούν στο σπίτι (Tindal et al., 2013).

Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει τα οφέλη του ESDM ως πρώιμη παρέμβαση για αυτισμό μεταξύ παιδιών ηλικίας έως 18 μηνών. Αυτές οι μελέτες περιελάμβαναν παιδιά σε ένα ευρύ φάσμα ικανοτήτων μάθησης. Πολλές από αυτές τις μελέτες εξέτασαν το ESDM που παρέχεται από εκπαιδευμένους θεραπευτές σε συνεδρίες one-on-one με το παιδί. Κάποιος εξέτασε το ESDM που παραδόθηκε σε ομάδες παιδιών στην παιδική φροντίδα. Άλλοι εξέτασαν τα οφέλη της κατάρτισης των γονέων για τη θεραπεία ESDM στο σπίτι (Tindal et al., 2013).

Τα οφέλη περιλαμβάνουν βελτιωμένες ικανότητες μάθησης και γλώσσας και προσαρμοστική συμπεριφορά και μειωμένα συμπτώματα αυτισμού. Επίσης έρευνες αποδεικνύουν ότι το ESDM βελτιώνει την εγκεφαλική δραστηριότητα που σχετίζεται

με κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες (Medavarapu, Marella, Sangem, Kairam, 2019).

#### 4.4 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ (TEACCH)

Αυτή η θεραπεία χρησιμοποιεί οπτικές ενδείξεις, όπως κάρτες εικόνων, για να βοηθήσετε το παιδί να μάθει καθημερινές δεξιότητες, όπως να ντυθεί. Οι πληροφορίες αναλύονται σε μικρά βήματα ώστε να μπορούν να το μάθουν πιο εύκολα.

Το TEACCH αναπτύχθηκε από τους Dr. Eric Schopler και τον Dr. Robert Reichler στη δεκαετία του 1960. Ιδρύθηκε ως κρατικό πρόγραμμα το 1972 και έχει γίνει ένα πρότυπο για άλλα προγράμματα σε όλο τον κόσμο. Το TEACCH χρησιμοποιεί μια μέθοδο που ονομάζεται «δομημένο TEACCHing». Αυτό βασίζεται στις μοναδικές μαθησιακές ανάγκες των ατόμων με ASD, όπως:

- Πλεονεκτήματα στην επεξεργασία οπτικών πληροφοριών
- Δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία, προσοχή και εκτελεστική λειτουργία

Το δομημένο TEACCHing παρέχει στρατηγικές και εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι εκπαιδευτικοί στην τάξη. Αυτά βοηθούν τους μαθητές με αυτισμό να επιτύχουν εκπαιδευτικούς και θεραπευτικούς στόχους. Η δομημένη προσέγγιση TEACCHing επικεντρώνεται στα εξής:

- Εξωτερικές οργανωτικές υποστηρίξεις για την αντιμετώπιση προκλήσεων με προσοχή και εκτελεστική λειτουργία
- Οπτικές και / ή γραπτές πληροφορίες που συμπληρώνουν τη λεκτική επικοινωνία
- Δομημένη υποστήριξη για την κοινωνική επικοινωνία (Tindal et al., 2013, σελ. 1086-1087).

Αυτή η μέθοδος υποστηρίζει την ουσιαστική συμμετοχή σε δραστηριότητες. Επίσης, εργάζεται για την αύξηση της ευελιξίας, της ανεξαρτησίας και της αυτοεκτίμησης των σπουδαστών. Οι δομημένες στρατηγικές TEACCHing μπορούν

να χρησιμοποιηθούν παράλληλα με άλλες προσεγγίσεις και θεραπείες (Medavarapu, Marella, Sangem, Kairam, 2019).

#### **4.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ FLOORTIME**

Το Floortime είναι μια θεραπεία που βασίζεται στη σχέση για παιδιά με αυτισμό. Η παρέμβαση καλείται Floortime επειδή ο γονιός κατεβαίνει στο πάτωμα με το παιδί να παίζει και να αλληλεπιδρά με το παιδί στο επίπεδο του. Ο χρόνος δαπέδου είναι μια εναλλακτική λύση έναντι του ABA και μερικές φορές χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με θεραπείες ABA. Ο στόχος είναι οι ενήλικες να βοηθήσουν τα παιδιά να διευρύνουν τους "κύκλους επικοινωνίας". Γνωρίζουν το παιδί στο αναπτυξιακό επίπεδο και αξιοποιούν τα δυνατά τους. Οι θεραπευτές και οι γονείς ασχολούνται με τα παιδιά μέσω των δραστηριοτήτων που κάθε παιδί απολαμβάνει. Παίρνουν τα παιχνίδια του παιδιού. Ακολουθούν το προβάδισμα του παιδιού.

Το Floortime στοχεύει να βοηθήσει το παιδί να φτάσει σε έξι βασικά ορόσημα που συμβάλλουν στη συναισθηματική και πνευματική ανάπτυξη:

- Αυτορρύθμιση και ενδιαφέρον για τον κόσμο
- Η οικειότητα ή η εμπλοκή στις σχέσεις
- Αμφίδρομη επικοινωνία
- Σύνθετη επικοινωνία
- Συναισθηματικές ιδέες
- Συναισθηματική σκέψη (Tindal et al., 2013, σελ. 1086-1087).

Οι θεραπευτές διδάσκουν στους γονείς πώς να κατευθύνουν τα παιδιά τους σε όλο και πιο σύνθετες αλληλεπιδράσεις. Αυτή η διαδικασία, που ονομάζεται "άνοιγμα και κλείσιμο των κύκλων επικοινωνίας", είναι κεντρική στην προσέγγιση του Floortime. Το Floortime δεν λειτουργεί μεμονωμένα σε ομιλία, κινητικές ή γνωστικές δεξιότητες. Απευθύνεται σε αυτούς τους τομείς μέσω της εστίασής του στη

συναισθηματική ανάπτυξη. Συνολικά, η μέθοδος αυτή ενθαρρύνει τα παιδιά με αυτισμό να ωθήσουν τους εαυτούς τους στο πλήρες δυναμικό τους. Αναπτύσσει "ποιοι είναι", και όχι "τι λέει η διάγνωσή τους" (Tindal et al., 2013, σελ. 1086-1087).

Οι συνεδρίες θεραπείας κυμαίνονται από δύο έως πέντε ώρες την ημέρα. Περιλαμβάνουν εκπαίδευση για γονείς και φροντιστές καθώς και αλληλεπίδραση με το παιδί. Κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίασης, ο γονέας ή ο πάροχος συνδέεται με τις δραστηριότητες του παιδιού και ακολουθεί το προβάδισμα του παιδιού. Ο γονέας ή ο πάροχος συνεπώς δεσμεύει το παιδί σε όλο και πιο πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις (Tindal et al., 2013).

Το Floortime ενθαρρύνει την ένταξη με τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους όταν χρησιμοποιείται σε προσχολική ρύθμιση. Οι περιόδους λειτουργίας υπογραμμίζουν την αναπαραγωγή προς τα πίσω και προς τα πίσω. Αυτό δημιουργεί το θεμέλιο της κοινής προσοχής, της δέσμευσης και της επίλυσης προβλημάτων. Οι γονείς και οι θεραπευτές βοηθούν το παιδί να διατηρήσει την εστία του για να οξύνει τις αλληλεπιδράσεις και την αφηρημένη λογική σκέψη (Medavarapu, Marella, Sangem, Kairam, 2019).

#### **4.6 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΟΤ)**

Η επαγγελματική θεραπεία (ΟΤ) βοηθά τους ανθρώπους να ασχολούνται με τις γνωστικές, σωματικές, κοινωνικές και κινητικές δεξιότητες. Ο στόχος είναι να βελτιωθούν οι καθημερινές δεξιότητες που επιτρέπουν στους ανθρώπους να γίνουν πιο ανεξάρτητες και να συμμετέχουν σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων. Για τα άτομα με αυτισμό, τα προγράμματα ΟΤ επικεντρώνονται συχνά στις δεξιότητες παιχνιδιού, τις στρατηγικές μάθησης και την αυτο-φροντίδα. Οι στρατηγικές ΟΤ μπορούν επίσης να βοηθήσουν στη διαχείριση των αισθητηριακών προβλημάτων (Tindal et al., 2013).



Ο επαγγελματίας θεραπευτής θα αρχίσει με την αξιολόγηση του σημερινού επιπέδου ικανότητας του ατόμου. Η αξιολόγηση εξετάζει διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο το άτομο:

- Μαθαίνει
- Παίζει
- Φροντίζει τον εαυτό τους
- Αλληλεπίδραση με το περιβάλλον τους (Tindal et al., 2013, σελ. 1086-1087).

Η αξιολόγηση θα εντοπίσει επίσης τυχόν εμπόδια που εμποδίζουν το άτομο να συμμετάσχει σε οποιεσδήποτε συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες. Βάσει αυτής της αξιολόγησης, ο θεραπευτής δημιουργεί στόχους και στρατηγικές που θα επιτρέψουν στο άτομο να εργαστεί σε βασικές δεξιότητες. Μερικά παραδείγματα κοινών στόχων περιλαμβάνουν: (Tindal et al., 2013)

- Ανεξάρτητος ντύσιμο
- Τρώει
- Περιποίηση
- Χρησιμοποιώντας το μπάνιο
- Λεπτές κινητικές δεξιότητες όπως γραφή, χρωματισμό και κοπή με ψαλίδι

Η επαγγελματική θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει μισή ώρα έως μία ώρα συνεδρία. Ο αριθμός των συνεδριών ανά εβδομάδα βασίζεται στις ατομικές ανάγκες. Το άτομο με αυτισμό μπορεί επίσης να ασκήσει αυτές τις στρατηγικές και δεξιότητες εκτός των συνεδριών θεραπείας στο σπίτι και σε άλλα περιβάλλοντα συμπεριλαμβανομένου του σχολείου (Tindal et al., 2013).

Ορισμένοι OTs είναι ειδικά εκπαιδευμένοι για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις διατροφής και κατάποσης σε άτομα με αυτισμό. Μπορούν να αξιολογήσουν το συγκεκριμένο ζήτημα που αντιμετωπίζει ένα άτομο και να παρέχουν σχέδια θεραπείας για τη βελτίωση των σχετικών με τη σίτιση προκλήσεων (Medavarapu, Marella, Sangem, Kairam, 2019).

#### 4.7 ΒΑΣΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ (PRT)

Η Pivotal Response Treatment, ή PRT, είναι μια συμπεριφορική θεραπεία για τον αυτισμό. Αυτή η θεραπεία είναι παιγνιώδη και αρχίζει από το παιδί. Το PRT βασίζεται στις αρχές της Ανάλυσης Εφαρμοσμένης Συμπεριφοράς (ABA).

Οι στόχοι αυτής της προσέγγισης περιλαμβάνουν:

- Ανάπτυξη επικοινωνιακών και γλωσσικών δεξιοτήτων
- Αύξηση θετικών κοινωνικών συμπεριφορών
- Ανακούφιση από καταστροφικές αυτοεκκινητικές συμπεριφορές (Tindal et al., 2013 σελ. 1086-1087).

Ο θεραπευτής PRT στοχεύει σε «κεντρικές» περιοχές ανάπτυξης ενός παιδιού, αντί να δουλεύει σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά. Με την εστίαση σε βασικούς τομείς, η PRT παράγει βελτιώσεις σε άλλους τομείς των κοινωνικών δεξιοτήτων, της επικοινωνίας, της συμπεριφοράς και της μάθησης (Tindal et al., 2013).

Οι κεντρικές περιοχές περιλαμβάνουν:

- Κίνητρο
- Απάντηση σε πολλά σημάδια
- Αυτοδιαχείριση
- Έναρξη κοινωνικών αλληλεπιδράσεων (Tindal et al., 2013).

Οι στρατηγικές κίνητρα αποτελούν σημαντικό μέρος της προσέγγισης PRT. Αυτά τονίζουν τη φυσική ενίσχυση. Για παράδειγμα, αν ένα παιδί κάνει μια σημαντική προσπάθεια να ζητήσει ένα γεμιστό ζώο, η ανταμοιβή είναι το γεμιστό ζώο - όχι καραμέλα ή άλλη ανεξάρτητη ανταμοιβή. Τα παιδιά ανταμείβονται για μια καλή προσπάθεια, ακόμη και αν δεν είναι τέλεια (Medavarapu, Marella, Sangem, Kairam, 2019).

Κάθε πρόγραμμα είναι προσαρμοσμένο ώστε να ικανοποιεί τους στόχους και τις ανάγκες του ατόμου και τις καθημερινές του συνήθειες. Μια συνεδρία συνήθως περιλαμβάνει έξι τμήματα. Η γλώσσα, η παιδεία και οι κοινωνικές δεξιότητες στοχεύουν τόσο στις δομημένες όσο και στις μη δομημένες αλληλεπιδράσεις. Το επίκεντρο κάθε συνεδρίας αλλάζει καθώς το άτομο προχωράει, για να φιλοξενήσει πιο προηγμένους στόχους και ανάγκες (Tindal et al., 2013).

Τα προγράμματα PRT συνήθως περιλαμβάνουν 25 ή περισσότερες ώρες την εβδομάδα. Όλοι που εμπλέκονται στη ζωή του παιδιού ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν μεθόδους PRT με συνέπεια σε κάθε μέρος της ζωής του. Το PRT έχει περιγραφεί ως τρόπος ζωής που υιοθετείται από όλη την οικογένεια (Tindal et al., 2013).

Η PRT βελτιώνει τις δεξιότητες επικοινωνίας σε πολλά (αν και όχι όλα) παιδιά που έχουν αυτισμό. Πολλές μελέτες εξέτασαν το PRT που παρέχεται από εκπαιδευμένους θεραπευτές σε συνεδρίες θεραπείας one-on-one. Άλλες εξέτασαν το PRT που παραδόθηκε σε ομάδες από εκπαιδευτικούς και εκπαιδευμένους γονείς στα σπίτια τους. Η PRT βελτιώνει τη δραστηριότητα του εγκεφάλου που σχετίζεται με την κοινωνικότητα και την επικοινωνία (Lyon, Shogren, 2015).

#### **4.8 ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΧΕΣΕΩΝ (RDI)**

Η Παρέμβαση για την Ανάπτυξη Σχέσεων (RDI) είναι μια οικογενειακή συμπεριφορική θεραπεία που αντιμετωπίζει τα βασικά συμπτώματα του αυτισμού. Επικεντρώνεται στην οικοδόμηση κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων. Οι γονείς εκπαιδεύονται ως ο κύριος θεραπευτής στα περισσότερα προγράμματα RDI (Lyon, Shogren, 2015).

Το RDI βοηθά τα άτομα με αυτισμό να διαμορφώνουν προσωπικές σχέσεις ενισχύοντας τα δομικά στοιχεία των κοινωνικών συνδέσεων. Αυτό περιλαμβάνει την

ικανότητα να διαμορφώνεται ένας συναισθηματικός δεσμός. Οι γονείς και οι φροντιστές ατόμων με αυτισμό συνήθως λειτουργούν ως πρωτοβάθμιοι θεραπευτές σε ένα πρόγραμμα RDI. Οι γονείς μπορούν να μάθουν τις τεχνικές μέσω εκπαιδευτικών σεμιναρίων, βιβλίων και άλλων υλικών (Lyon, Shogren, 2015).

#### **4.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (VB)**

Η θεραπεία της λεκτικής συμπεριφοράς (VB) διδάσκει την επικοινωνία και τη γλώσσα. Βασίζεται στις αρχές της ανάλυσης της εφαρμοσμένης συμπεριφοράς και των θεωριών του behaviorist BF Skinner. Αυτή η προσέγγιση ενθαρρύνει τα άτομα με αυτισμό να μάθουν τη γλώσσα συνδέοντας τις λέξεις με τους σκοπούς τους. Ο μαθητής μαθαίνει ότι οι λέξεις μπορούν να τους βοηθήσουν να αποκτήσουν επιθυμητά αντικείμενα ή αποτελέσματα. Η λεκτική θεραπεία συμπεριφοράς δεν επικεντρώνεται στις λέξεις μόνο ως ετικέτες (γάτα, αυτοκίνητο κ.λπ.). Μάλλον διδάσκει γιατί χρησιμοποιούνται λέξεις και πώς είναι χρήσιμες για την υποβολή αιτημάτων και την επικοινωνία ιδεών (Lyon, Shogren, 2015).

#### **4.10 ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η λογοθεραπεία αντιμετωπίζει τις προκλήσεις με τη γλώσσα και την επικοινωνία. Μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με αυτισμό να βελτιώσουν τη λεκτική, μη λεκτική και κοινωνική τους επικοινωνία. Ο γενικός στόχος είναι να βοηθήσει το άτομο να επικοινωνήσει με πιο χρήσιμους και λειτουργικούς τρόπους. Οι προκλήσεις που σχετίζονται με την επικοινωνία και την ομιλία ποικίλλουν από άτομο σε άτομο. Μερικά άτομα στο φάσμα του αυτισμού δεν μπορούν να μιλήσουν. Άλλοι αγαπούν να μιλούν, αλλά δυσκολεύονται να κρατήσουν μια συνομιλία ή να κατανοήσουν τη

γλώσσα του σώματος και τις εκφράσεις του προσώπου όταν μιλάνε με άλλους (Lyon, Shogren, 2015).

Ένα πρόγραμμα λογοθεραπείας ξεκινά με μια αξιολόγηση από έναν παθολόγο της γλώσσας ομιλίας (SLP) για την αξιολόγηση των δυνατοτήτων και των προκλήσεων της επικοινωνίας του ατόμου. Από αυτή την αξιολόγηση, το SLP δημιουργεί μεμονωμένους στόχους για τη θεραπεία.

Οι κοινοί στόχοι μπορεί να περιλαμβάνουν τη βελτίωση της ομιλούμενης γλώσσας, την εκμάθηση μη λεκτικών δεξιοτήτων όπως σημάδια ή χειρονομίες ή μάθηση για επικοινωνία χρησιμοποιώντας μια εναλλακτική μέθοδο (όπως εικόνες ή τεχνολογία) (Medavarapu, Marella, Sangem, Kairam, 2019).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

#### **5.1 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Ο σχολικός νοσηλευτής είναι ο ειδικός στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στο σχολείο και είναι σε μοναδική θέση να ανταποκριθεί στις ανάγκες των μαθητών έχοντας εξειδικευμένες γνώσεις ανάπτυξης και ανάπτυξης παιδιών και εφήβων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με ειδικές ανάγκες. Τα σχέδια φροντίδας των μαθητών αναπτύσσονται με τη χρήση της νοσηλευτικής διαδικασίας, η οποία περιλαμβάνει την αξιολόγηση, τον προγραμματισμό, την παρέμβαση και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (Nies & McEwen, 2015).

Ο σχολικός νοσηλευτής λειτουργεί ως ηγέτης στην προώθηση της υγείας και της ασφάλειας, παρέχοντας εκπαίδευση σχετική με την υγεία όχι μόνο στους σπουδαστές αλλά και σε όλο το προσωπικό του σχολείου. Πρόσθετες δραστηριότητες προώθησης της υγείας περιλαμβάνουν την παρακολούθηση του καθεστώτος ανοσοποίησης, τη διαχείριση μεταδοτικών ασθενειών, την εφαρμογή μέτρων ελέγχου των λοιμώξεων και την εκπόνηση σχεδίων αντιμετώπισης του εκφοβισμού, της σχολικής βίας και των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης (Robert Wood Johnson Foundation, 2010, σελ 3-4).

Μία μεγάλη ευθύνη του είναι η παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης για οξείες και χρόνιες ασθένειες καθώς και τραυματισμοί. Οι πρόσθετες ευθύνες περιλαμβάνουν επίσης τη διασφάλιση της σωστής διάθεσης και χορήγησης φαρμάκων, την οργάνωση ή διεξαγωγή ελέγχων υγείας και την ανάπτυξη σχεδίων υγειονομικής περίθαλψης. Αναλαμβάνει τη δημιουργία εξατομικευμένων σχεδίων υγειονομικής περίθαλψης και σχεδίων έκτακτης φροντίδας, προσαρμόζοντας το καθένα στις συγκεκριμένες ανάγκες του μαθητή, του προσωπικού του σχολείου και του σχολικού περιβάλλοντος (Nies & McEwen, 2015).

Επίσης, η παροχή φροντίδας περιλαμβάνει φροντίδα για τραυματισμούς και οξείες ασθένειες για όλα τα παιδιά καθώς και συνεχή και μακροχρόνια διαχείριση παιδιών με ειδικές ανάγκες. Εξατομικευμένα σχέδια υγειονομικής περίθαλψης αναπτύσσονται για παιδιά με χρόνιες παθήσεις και ειδικές ανάγκες και αναπτύσσονται σχέδια έκτακτης ανάγκης για την αντιμετώπιση αναδυόμενων συμβάντων, όπως εξάρσεις άσθματος και διαβήτη και αλλεργικών αντιδράσεων.

Ο σχολικός νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση του σχεδίου καθώς και για την επικοινωνία του σχεδίου με το κατάλληλο προσωπικό του σχολείου. Η ηγεσία για την παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει την αξιολόγηση του συνολικού συστήματος περίθαλψης και την ανάπτυξη κατάλληλου σχεδίου για να διασφαλιστεί ότι ικανοποιούνται όλες οι ανάγκες. Ο έλεγχος και η παραπομπή για υγειονομικές συνθήκες περιλαμβάνουν έγκαιρη ταυτοποίηση και παραπομπή στο ιατρικό σπίτι ή στους κατάλληλους κοινοτικούς πόρους για τη διευκόλυνση των βέλτιστων αποτελεσμάτων στην υγεία (Robert Wood Johnson Foundation, 2010).

Η προώθηση ενός υγιούς σχολικού περιβάλλοντος απαιτεί από το σχολικό νοσηλευτή να εξασφαλίζει τη σωματική και συναισθηματική ασφάλεια του σχολικού περιβάλλοντος μέσω της συνεχιζόμενης αξιολόγησης και παρακολούθησης των μαθητών. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί το σχολικό περιβάλλον και εντοπίζει και διορθώνει τους πιθανούς ή πραγματικούς κινδύνους (Nies & McEwen, 2015).

Τέλος, ο σχολικός νοσηλευτής ασχολείται με την ανάπτυξη και εφαρμογή σχεδίων πρόληψης και διαχείρισης του εκφοβισμού, της σχολικής βίας και των φυσικών και ανθρωπογενών καταστροφών. Μπορεί επίσης να συνεργάζεται με συμβούλους στην ανάπτυξη σχεδίων πρόληψης αυτοκτονίας (Nies & McEwen, 2015).

## **5.2 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Το φάσμα των υπηρεσιών υγείας των σχολείων ποικίλλει ανάλογα με τη σχολική κοινότητα. Ωστόσο θα πρέπει να ακολουθηθούν οι παρακάτω υπηρεσίες υγείας:

- Αξιολόγηση περιστατικών, διαχείριση φαρμάκων και φροντίδα για μαθητές με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης.

- Ένα σύστημα διαχείρισης καταστάσεων έκτακτης ανάγκης.
- Ενδεικτικά προγράμματα διάγνωσης περιστατικών, επαλήθευση εμβολιασμών και αναφορά εμφάνισης κάποιας λοιμώδους νόσου.
- Ταυτοποίηση και διαχείριση των χρόνιων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των μαθητών που επηρεάζουν την επιτυχία της εκπαιδευτικής διαδικασίας. (Taras et al., 2004)

### **5.3 ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

Ο νοσηλευτής του σχολείου λειτουργεί ως ηγέτης και ο συντονιστής της ομάδας των σχολικών υγειονομικών υπηρεσιών. Η ομάδα μπορεί επίσης να περιλαμβάνει έναν θεράποντα ιατρό, εξουσιοδοτημένους πρακτικούς νοσοκόμους, βοηθούς υγείας και υπαλλήλους γραφείου, σχολικούς συμβούλους, σχολικούς ψυχολόγους, σχολικούς κοινωνικούς λειτουργούς και συμβούλους κατάχρησης ουσιών. Η ομάδα υγείας μπορεί επίσης να επεκταθεί για να δημιουργήσει μια συντονισμένη ομάδα σχολικής υγείας που να ενσωματώνει τις υπηρεσίες υγείας, την υγειονομική εκπαίδευση, τη σωματική αγωγή, τις υπηρεσίες διατροφής, τις συμβουλευτικές / ψυχολογικές / κοινωνικές υπηρεσίες, το υγιές σχολικό περιβάλλον, την προαγωγή της υγείας του προσωπικού. (Schainker et al., 2005)

Ένας παιδίατρος συχνά συμπληρώνει το ρόλο του ιατρού του σχολείου, επειδή οι παιδίατροι γνωρίζουν τη γενική παιδιατρική, την υγεία των σχολείων και την υγεία των εφήβων. Οι σχολικοί γιατροί αναθεωρούν τις οδηγίες, τις πολιτικές και τα προγράμματα που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη στα σχολεία. Σε ορισμένα σχολεία, ένας παιδίατρος μπορεί να παρέχει πρόσθετες υπηρεσίες. (Schainker et al., 2005)

### **5.4 Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΣΧΟΛΙΚΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**

Τις τελευταίες δεκαετίες, σημαντικές νομικές, ιατρικές και κοινωνικές αλλαγές έχουν επηρεάσει αποφασιστικά την ανάγκη για τους νοσηλευτές στο σχολικό περιβάλλον.



### Νομικές αλλαγές

Οι κοινωνικές συμπεριφορές που προωθούν την ένταξη, καθώς και οι κρατικοί και ομοσπονδιακοί νόμοι όπως ο νόμος για τα άτομα με αναπηρίες και ο νόμος αποκατάστασης του 1973, καθορίζουν τα δικαιώματα αναπηρίας και την πρόσβαση στην εκπαίδευση, με αποτέλεσμα περισσότερα παιδιά να χρειάζονται και να λαμβάνουν νοσηλευτική φροντίδα και άλλες υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία στο σχολείο.

Οι σχολικοί νοσηλευτές συνεργάζονται με τους γονείς για να εκπαιδεύσουν, να διευκολύνουν και να επιταχύνουν την απαραίτητη επικοινωνία μεταξύ των σχολείων και του οικογενειακού περιβάλλοντος. Οι νοσηλευτές των σχολείων διευκολύνουν τις γονικές άδειες για την ανταλλαγή πληροφοριών και χρησιμεύουν ως σύνδεσμος μεταξύ γονέα και παιδίατρο για τη δημιουργία ουσιαστικών και αποτελεσματικών εξατομικευμένων σχεδίων υγειονομικής περίθαλψης για τους μαθητές στο σχολείο. (National Association of School Nurses, 2015)

### Ιατρικές Αλλαγές

Τα ποσοστά επιβίωσης των πρόωγων βρεφών αυξήθηκαν σε περισσότερο από το 80% των βρεφών που γεννήθηκαν σε 26 εβδομάδες κύησης και σε περισσότερο από 90% των βρεφών που γεννήθηκαν μετά την 27ήμερη κύηση, με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των παιδιών με μέτρια έως σοβαρή αναπηρία και μάθησης ή συμπεριφοράς.

Οι χρόνιες ασθένειες επίσης αυξάνονται. Το 2010, 215.000 άτομα ηλικίας κάτω των 20 ετών στις Ηνωμένες Πολιτείες είχαν διάγνωση είτε διαβήτη τύπου 1 είτε τύπου 2. Ο επιπολασμός των αλλεργιών σε παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών αυξήθηκε από 3,4% το 1997-1999 σε 5,1% 2009-2011. Κατά μέσο όρο 1 στα 10 παιδιά σχολικής ηλικίας έχει άσθμα, συμβάλλοντας σε περισσότερες από 13 εκατομμύρια χαμένες σχολικές ημέρες ετησίως. Καθώς ο αριθμός των μαθητών με χρόνιες παθήσεις αυξάνεται, η ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη στο σχολείο έχει αυξηθεί. Η αύξηση της εγγραφής των μαθητών με ειδικές ανάγκες αυξάνει την ανάγκη για σχολικούς νοσηλευτές και υπηρεσίες υγείας στο σχολικό περιβάλλον. Η φροντίδα των παιδιών με χρόνιες παθήσεις στα σχολεία απαιτεί την πρόσληψη επαγγελματιών νοσηλευτών. (Mitchell et al., 2012)

## **Κοινωνικές αλλαγές**

Οι οικογένειες αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια στην επαρκή υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της προσβασιμότητας, της διαθεσιμότητας και της προσιτής τιμής. Πολλοί εργαζόμενοι γονείς φοβούνται επίσης την απώλεια θέσεων εργασίας αν απουσιάζουν από την εργασία για να παρακολουθήσουν την υγεία του παιδιού τους, αναγκάζοντάς τους να αφήσουν ασθένειες και χρόνιες καταστάσεις χωρίς επίβλεψη. Η διαθεσιμότητα σχολικών νοσηλευτών σε παιδιά και οικογένειες βοηθά να αυξηθεί η πρόσβαση της ιατρικής περίθαλψης στο σπίτι καθώς και σε βασικά ζητήματα δημόσιας υγείας, όπως η πρόληψη της παχυσαρκίας.

Τα σχολεία και οι νοσηλευτές μπορούν να συνεργαστούν για τη νοσηλευτική περίθαλψη εντός του σπιτιού και με φορείς δημόσιας υγείας για να αυξήσουν την πρόσβαση. Οι σχολικοί νοσηλευτές μπορούν να βελτιώσουν την πρόσληψη εμβολίων παρέχοντας ακριβείς πληροφορίες σχετικά με αυτά. (National Association of School Nurses, 2015)

Η αύξηση των ποσοστών παχυσαρκίας τις τελευταίες δεκαετίες αντιπροσωπεύει ανησυχητικούς κινδύνους για την τρέχουσα και μελλοντική υγεία των παιδιών και των εφήβων. Το ποσοστό των παιδιών ηλικίας 6 έως 11 ετών με παχυσαρκία αυξήθηκε από 7% το 1980 σε σχεδόν 18% το 2012, ενώ πάνω από το ένα τρίτο των παιδιών είναι πλέον υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Οι άμεσες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία κυμαίνονται από καρδιαγγειακές παθήσεις και σακχαρώδη διαβήτη σε κοινωνικά προβλήματα λόγω στιγματισμού. (National Association of School Nurses, 2015)

Οι σχολικοί νοσηλευτές, με την καθημερινή παρουσία τους στο σχολείο και την πρόσβαση σε μεγάλους πληθυσμούς μαθητών, είναι σε θέση να αποτρέψουν και / ή να παρέμβουν σε αυτό το ζήτημα υγείας μέσω:

- (1) υλοποίησης προβολών ΔΜΣ και παραπομπών στο σπίτι ανάλογα με τις ανάγκες,
- (2) συνεργασίας με προσωπικό παροχής υπηρεσιών διατροφής και διαχειριστές για να υποστηρίξουν και να παρέχουν διατροφικά γεύματα και σνακ,
- (3) προώθησης ευκαιριών σωματικής άσκησης,
- (4) εκπαίδευσης των γονέων για τον υγιεινό τρόπο ζωής και
- (5) συμμετοχής των κοινοτικών παρόχων και οργανισμών σε αυτές τις προσπάθειες.

Μια άλλη κοινωνική αλλαγή είναι η αύξηση των μαθητών που έχουν εντοπιστεί με ψυχικά ή συμπεριφορικά θέματα υγείας. Ένας στους πέντε νέους ηλικίας μεταξύ 4

και 17 ετών έχει συμπτώματα μικρών έως σοβαρών ψυχικών / συμπεριφορικών προβλημάτων υγείας. Ένα στους δέκα παιδιά και εφήβους έχει ψυχική ασθένεια αρκετά σοβαρή ώστε να προκαλέσει κάποιο επίπεδο εξασθένησης. Ωστόσο, σε ένα δεδομένο έτος, μόνο το 12% των παιδιών που χρειάζονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας τους λαμβάνουν. Οι παιδίατροι, τόσο οι κοινότητες όσο και οι σχολικοί, και οι νοσηλευτές των σχολείων πρέπει να συνεργαστούν για να υποστηρίξουν επαγγελματικούς πόρους που αντιμετωπίζουν αυτό το αναδυόμενο πρόβλημα επηρεάζει και τις δύο πρακτικές τους. (National Association of School Nurses, 2015)

Η μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου χρηματοδότησης και παράδοσης της υγειονομικής περίθαλψης, αποτελεί σημαντική κοινωνική αλλαγή. Εκτός από τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, ο περιορισμός του κόστους αποτελεί μείζονα στόχο. Σε στενή συνεργασία με τους γονείς, το προσωπικό του σχολείου και οι γιατροί, οι σχολικοί νοσηλευτές είναι σε θέση να συμβάλουν στη μείωση του κόστους. Πρωτοβουλίες όπως η διαχείριση χρόνιων ασθενειών, η έγκαιρη ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και η πρόληψη της παχυσαρκίας αποτελούν μερικά μόνο παραδείγματα για το πώς οι νοσηλευτές των σχολείων συμβάλλουν σε σημαντική εξοικονόμηση κόστους για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχουν ολόένα και περισσότερες ενδείξεις ότι η πλήρης απασχόληση των νοσηλευτών στο σχολείο έχει ως αποτέλεσμα την εξοικονόμηση κόστους για την κοινωνία. (Mitchell et al., 2012)

Η κατανόηση των πολύπλοκων παραγόντων που οδηγούν στην ακαδημαϊκή ανεπάρκεια, την κακή σχολική φοίτηση, την εγκατάλειψη του φοιτητή και τα αρνητικά αποτελέσματα υγείας είναι κρίσιμα ζητήματα για την κοινότητα και την εκπαίδευση. Τα φυσικά και συναισθηματικά προβλήματα υγείας κατατάσσονται σε υψηλά επίπεδα μεταξύ των παραγόντων που συμβάλλουν στην αποτυχία ολοκλήρωσης του σχολείου. (Robert Wood Johnson Foundation, 2010)

Τα προβλήματα υγείας που συμβάλλουν στην ακαδημαϊκή ανεπάρκεια είναι πρωταρχικά την ευθύνη του ιατρικού σπιτιού, της οικογένειας και της σχολικής υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης που διευθύνεται καθημερινά από τον νοσηλευτή του σχολείου στο υγειονομικό κέντρο. Η συνεχής έρευνα δείχνει ότι οι νοσηλευτές των σχολείων μπορούν να βελτιώσουν τη συμμετοχή τους μειώνοντας τα ποσοστά ασθενειών μέσω της εκπαίδευσης σχετικά με την προληπτική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, την έγκαιρη αναγνώριση των ασθενειών, τη βελτίωση της διαχείρισης

χρόνιων ασθενειών και την αύξηση των ποσοστών επιστροφής στην τάξη. Η παρουσία ενός συντονισμένου προγράμματος υγείας για τα σχολεία, συχνά υπό την καθοδήγηση των νοσηλευτών του σχολείου, συμβάλλει τόσο στην ακαδημαϊκή επιτυχία όσο και στο εκπαιδευτικό σύστημα. (Robert Wood Johnson Foundation, 2010)

### **Εκπαίδευση μαθητών σε θέματα υγιεινής**

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «η εκπαίδευση για τη υγεία / Αγωγή Υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που αποβλέπει στη διαμόρφωση ή και την τροποποίηση προτύπων συμπεριφοράς, τα οποία οδηγούν στην προάσπιση, προαγωγή και βελτίωση του επιπέδου υγείας».

Το σχολείο αποτελεί την έκφραση της συστηματικής και τυπικά διαρθρωμένης διαδικασίας της αγωγής και αναλαμβάνει τη διαπαιδαγώγηση, τη μόρφωση και την εκπαίδευση (με τη μορφή της επαγγελματική προετοιμασίας) του νεαρού κοινωνού.

Ιδιαίτερα στις μέρες μας που γίνεται προσπάθεια ώστε το σχολείο να ακολουθεί τη «νεωτερική» παιδαγωγική που είναι λιγότερο συστηματική, περισσότερο ευχάριστη και το λιγότερο δυνατό «σχολική», δίνοντας αξία στην προσωπική μελέτη και επιτρέποντας να μαθαίνει κανείς παίζοντας, ευαισθητοποιείται περισσότερο στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε παιδιού όπως είναι η προσωπικότητα, η ψυχολογία, η δημιουργικότητα, η κρίση (de Queiroz, 2000).

Ο συνδυασμός των κατάλληλων εγκαταστάσεων, η σωστή συμπεριφορά των πρακτικών και της εκπαίδευσης αναμένεται να έχουν θετικό αντίκτυπο στην υγεία και την υγιεινή της κοινότητας στο σύνολό της, τόσο σήμερα όσο και στο μέλλον. Η επιτυχία ενός προγράμματος υγιεινής στο σχολείο επομένως, δεν καθορίζεται μόνο από τον αριθμό των αποχωρητηρίων που κατασκευάζονται και τον αριθμό των σωληνώσεων νερού που έχουν εγκατασταθεί. Επίσης, η επιτυχία ενός τέτοιου προγράμματος δεν καθορίζεται απλά από ό, τι τα παιδιά γνωρίζουν. Η γνώση υγιεινής συμπεριφοράς, αλλά η μη εφαρμογή στην πράξη δεν έχει καμία επίδραση στην υγεία.

Το Πλύσιμο των χεριών είναι ένας από τους πιο σημαντικούς τρόπους πρόληψης των μολύνσεων Τα Χέρια των μαθητών μπορούν να μετακινούν τα μικρόβια από τα αποχωρητήρια σε άλλους χώρους, όπως στην τάξη και κατ' επέκταση να τα διασπείρουν στους συμμαθητές τους(Χατζηχρήστου κ.α 1991).

Η σημασία της υγιεινής των χεριών για να αποτραπεί ο κίνδυνος μόλυνσης είναι καλά τεκμηριωμένη. Εκπαίδευση, σχετικά με την υγιεινή των χεριών, στα σχολεία αποτελεί

μια πολύ σημαντική διαδικασία εκπαίδευσης, με ταυτόχρονη πρόσβαση σε κατάλληλες εγκαταστάσεις υγιεινής έτσι ώστε να εφαρμόζονται στην πράξη οι σωστές και υγιεινές πρακτικές σε κατάλληλο περιβάλλον. Υγρό σαπούνι και χάρτος υγείας μαζί με ζεστό και κρύο νερό θεωρούνται ως οι καλύτερες πρακτικές για το πλύσιμο των χεριών. Το σωστό πλύσιμο των χεριών με ζεστό νερό και σαπούνι θα απομακρύνει τα μικρόβια μαζί με αποτελεσματικό στέγνωμα χεριών(Γαλανάκη, 2000).

Πότε πρέπει να μάθουν τα παιδιά πλένουν τα χέρια τους:

Πριν από την κατανάλωση των τροφίμων στο μεσημεριανό τους γεύμα

- Μετά τη χρήση του αποχωρητηρίου
- Μετά την επαφή με αίμα ή άλλα σωματικά υγρά
- Μετά την επαφή με κατοικίδια ή προσωπικά τους αντικείμενα
- Μετά το παιχνίδι στην αυλή του σχολείου ή γενικότερα στο ύπαιθρο
- Μετά την επαφή με μολυσμένο χώρο, όπως κάδοι απορριμμάτων
- Κάθε φορά που τα χέρια τους είναι βρώμικα

Η σχολική εκπαίδευση σε θέματα υγιεινής σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη δεξιοτήτων που θα αναπτύξουν τα παιδιά και προτύπων που θα ακολουθήσουν σε όλη τη ζωή τους. Ένα υγιές και ασφαλές σχολικό περιβάλλον επηρεάζει τις οικογένειες των παιδιών και τις ευρύτερες κοινότητες αυτών. Η επένδυση στην σχολική εκπαίδευση σε θέματα υγιεινής έχει πολλά πλεονεκτήματα:

- Προωθεί την αποτελεσματική μάθηση: Τα παιδιά έχουν καλύτερη απόδοση όταν λειτουργούν σε υγιεινό και καθαρό περιβάλλον.
- Αυξάνει τις εγγραφές των κοριτσιών στα σχολεία: Η έλλειψη ιδιωτικών εγκαταστάσεων υγιεινής για τα κορίτσια μπορεί να αποθαρρύνουν τους γονείς από την αποστολή των κοριτσιών στο σχολείο και αυτό να συμβάλλει στην πτώση της εκπαίδευσης των κοριτσιών, ιδιαίτερα κατά την εφηβεία.
- Μειώνει τις επιπτώσεις της ύπαρξης ασθενειών και λοιμώξεων: Εάν στο σχολείο οι εγκαταστάσεις υγιεινής αποχέτευσης λείπουν, ή συντηρούνται κακώς, και χρησιμοποιούνται, τα σχολεία μπορεί να είναι επικίνδυνα για την υγεία.
- Προωθεί την περιβαλλοντική καθαριότητα: Η παρουσία και η σωστή χρήση των εγκαταστάσεων θα βοηθήσει στην πρόληψη της ρύπανσης του περιβάλλοντος και των κινδύνων για την υγεία.
- Εφαρμόζει τα δικαιώματα του παιδιού: Τα παιδιά έχουν το δικαίωμα να είναι όσο πιο υγιή και ευτυχισμένα γίνεται. Η καθαριότητα, η υγεία το καθαρό νερό και οι

κατάλληλες εγκαταστάσεις υγιεινής συμβάλουν σε μια ευτυχισμένη παιδική ηλικία(Γαλανάκη, 2000).

## **5.5 Η ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ**

Κατά τη σχολική ηλικία πραγματοποιούνται σημαντικές μεταβολές στον τομέα της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού. Καταρχήν μεταβάλλεται το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο δρα και αλληλεπιδρά το παιδί. Έπειτα, αλλάζει η ψυχοδυναμική του παιδιού, τα κίνητρα και οι αναπτυξιακές επιδιώξεις του. η περίοδος από το 6<sup>ο</sup> έως το 12<sup>ο</sup> έτος ονομάζεται σύμφωνα με τον Freud (1905) λανθάνουσα περίοδος γιατί το παιδί στη φάση αυτή δε βρίσκεται κάτω από την έντονη επίδραση των ενστικτωδών του ενορμήσεων, ενώ η ψυχοσυναισθηματική του ανάπτυξη είναι πιο ήρεμη σε σχέση με τις προηγούμενες ή τις επόμενες περιόδους. Κυριαρχεί ο σχηματισμός του Υπερεγώ, ομάδα λειτουργιών που σχετίζονται με τις ηθικές αξίες και τα ιδανικά του ατόμου, η ταυτοποίηση με τους συνομηλίκους του ίδιου φύλου, η δημιουργία ομάδων, η αναζήτηση στενού φίλου. Το παιδί έχει σαφή αντίληψη της θέσης του μέσα στην οικογένεια και της ταυτότητάς του ως αγόρι ή κορίτσι, μπορεί να επεξεργαστεί συναισθήματα αποτυχίας και να αναπτύξει την αίσθηση της φιλοπονίας αλλά και την ικανότητα κυριαρχίας πάνω σε αντικείμενα και έννοιες. Κατά τη λανθάνουσα περίοδο παρατηρείται σημαντική πρόοδος στην ανάπτυξη της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του παιδιού.

Η αρχή της σχολικής ζωής είναι μία δύσκολη και απαιτητική μεταβατική περίοδος διότι το παιδί καλείται αφενός να αποκτήσει σχολικές γνώσεις και αφετέρου να προσαρμοστεί σε ένα νέο άγνωστο περιβάλλον. Στη φάση αυτή εμφανίζονται συγκεκριμένα προβλήματα τα οποία δεν έχουν μία και μοναδική αιτιολογία που μπορούμε εύκολα να αναγνωρίσουμε, καθώς βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν και το πρόβλημα που εμφανίζεται είναι το αποτέλεσμα αυτής της αλληλεπίδρασης. Ο εκπαιδευτικός ανησυχεί και αισθάνεται ότι πρέπει να παρέμβει, εφόσον το πρόβλημα είναι σοβαρό, διαρκεί πολύ και αποτελεί εμπόδιο στην επίδοση του παιδιού ή στην παρακολούθηση του σχολείου(Γαλανάκη,2000).

Το παιδί συμπεριφέρεται διαφορετικά στο σπίτι από ότι στο σχολείο. Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις από την παρατήρηση και την έρευνα που φανερώνουν ότι ο βαθμός της προσαρμογής του παιδιού στο σχολείο συσχετίζεται με τις διαφορές που μπορεί να υπάρχουν μεταξύ της ατμόσφαιρας του σπιτιού και του σχολείου όσον αφορά στις

αξίες, τις ιδέες και τις στάσεις απέναντι στη ζωή γενικότερα. Γι' αυτό το πρώτο βήμα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων που παρουσιάζουν τα παιδιά στο σχολείο είναι η συνεργασία σχολείου και οικογένειας.

Η σχολική φοβία εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους όπως π.χ. το παιδί δείχνει απροθυμία ή διστακτικότητα να πάει στο σχολείο, άλλοτε αρνείται να πάει στο σχολείο κατηγορηματικά ή παρουσιάζει συμπτώματα αντικοινωνικής συμπεριφοράς όπως εκρήξεις θυμού, επιθετικότητα, υπερκινητικότητα, άρνηση να δεχθεί φαγητό ή ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως εμετούς, πονοκεφάλους, νυχτερινούς εφιάλτες κ.ά. Σε άλλες περιπτώσεις, προβάλλει διάφορες αιτιάσεις κατά του σχολείου, όπως π.χ. ότι ο δάσκαλος είναι κακός και άδικος ή ότι τα μαθήματα είναι ανιαρά και δύσκολα ή ότι οι συμμαθητές του τον απειλούν, τον δέρνουν ή τον περιφρονούν, κ.ά.

Η νοητική υστέρηση δεν είναι αποκλειστικά ιατρικό πρόβλημα και ενίοτε οφείλεται σε διάφορες δομικές ανωμαλίες του εγκεφάλου. Είναι πολύ σημαντικό ο δάσκαλος να ενθαρρύνει το παιδί με νοητική υστέρηση και να του δώσει επιπλέον βοήθεια στην τάξη, να ανακαλύψει τα ενδιαφέροντα και τις κλίσεις του και να το ενθαρρύνει να ασχοληθεί με αυτά, να εξηγήσει στους γονείς με τι τρόπο μπορούν να το βοηθήσουν στο σπίτι κι αυτό που έχει μεγάλη σημασία είναι να βοηθήσει το παιδί να παραμείνει στο σχολείο και να ενταχθεί στην ομάδα της τάξης του, αντί να πάει σε ειδικό σχολείο. Σε αυτές τις περιπτώσεις η σωστή κοινωνικοποίηση του παιδιού είναι πολύ πιο σημαντική από την άρτια εκμάθηση της «διδασκτέας ύλης»(Χατζηχρήστου κ.α 1991).

Έρευνες έχουν δείξει ότι πολλοί είναι οι παράγοντες που συντελούν στη διεργασία απόκτησης της γλώσσας. Υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των παιδιών στην εξέλιξη της ομιλίας γεγονός που οφείλεται τόσο σε περιβαλλοντικούς όσο και σε κληρονομικούς παράγοντες. Φυσικά το περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στη λεκτική εξέλιξη του παιδιού. Για παράδειγμα παρατεταμένη παραμονή σε ίδρυμα μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην εξέλιξη της ομιλίας ή παιδιά από πολυμελείς οικογένειες έχουν φτωχότερο λεξιλόγιο από παιδιά που έχουν μεγαλώσει μόνο με ένα ή δύο αδέρφια κάτι το οποίο πιθανόν να οφείλεται στο χρόνο που διαθέτουν οι γονείς για να επικοινωνήσουν με τα παιδιά τους. Το παιδί που παρουσιάζει καθυστέρηση στην ομιλία μπορεί να ψευδίζει ή να δυσκολεύεται να προφέρει ορισμένες λέξεις. Σε αυτή τη περίπτωση ο εκπαιδευτικός μπορεί να δώσει πρακτικές και χρήσιμες συμβουλές στους γονείς. Για παράδειγμα μπορούν να προφέρουν τις λέξεις αργά και

δυνατά. Είναι μεγάλη βοήθεια για το παιδί να μπορεί να μιμείται τις κινήσεις που κάνουν τα χείλη και η γλώσσα στην προφορά μιας λέξης(Χατζηχρήστου κ.α 1991).

Η περίοδος της σχολικής ηλικίας είναι η εποχή κατά την οποία οι σχέσεις με τους συνομηλίκους αποκτούν ιδιαίτερη σημασία. Ήδη από την αρχή των μεσαίων χρόνων αρχίζει να εμφανίζεται ενσυναίσθηση και έγνοια για τους άλλους ενώ στην ηλικία των 9 ή 10 χρόνων έχουν αρκετά αναπτυγμένη την ικανότητα για αγάπη και για συμπόνια. Οι φιλικές σχέσεις με τους συνομηλίκους αποτελούν ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο διευκολύνεται η συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Στα πλαίσια της φιλικής σχέσης αναπτύσσονται δεξιότητες και χαρακτηριστικά όπως η ανάπτυξη, εφαρμογή και εξάσκηση των κοινωνικών δεξιοτήτων και ιδιαίτερα της ικανότητας για κατανόηση της οπτικής γωνίας των άλλων, η οργάνωση και η τελειοποίηση του παιχνιδιού, η ανάπτυξη του αισθήματος της κοινωνικής στήριξης και ασφάλειας, η ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και της αίσθησης της προσωπικής αξίας, η παροχή ευκαιριών για έκφραση οικειότητας και στοργής, η ανάπτυξη του αισθήματος της εμπιστοσύνης και της συντροφικότητας, η παροχή βοήθειας σε δύσκολες στιγμές αλλά και η απόκτηση ηθικών αρχών και κυρίως της έννοιας της δικαιοσύνης, η ανάπτυξη του ελέγχου των συναισθημάτων, το επίπεδο αποδοχής που λαμβάνει ένα παιδί από την ομάδα των συνομηλίκων του, έχει προγνωστική αξία για μετέπειτα κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα. Η απόρριψη, η άγνοια, η αδιαφορία φαίνεται να λειτουργούν αρνητικά στη συμπεριφορά τους. Τα απορριπτόμενα παιδιά δεν αντεπεξέρχονται επαρκώς στο χειρισμό διαπροσωπικών προβλημάτων, σκέφτονται μόνο τον εαυτό τους και αδυνατούν να μπουν στο πνεύμα της ομάδας, επιλέγονται ελάχιστα από τους συνομηλίκους τους ενώ αρκετές φορές είναι οξύθυμα και εμπλέκονται σε φασαρίες, γίνονται επιθετικά, λένε ψέματα, δείχνουν ανυπακοή, κάνουν σκασιαρχείο, κ.ά.

Αυτή συμπεριφορά μπορεί να είναι εμφανής στο σχολείο ή να την αναφέρουν οι γονείς. Σημασία έχει να διευκρινιστεί ο χρόνος εμφάνισης αν δηλαδή είναι παλιά ή αν έχει αρχίσει πρόσφατα. Είναι πολύ σημαντικό να ανιχνεύσει και να κατανοήσει ο εκπαιδευτικός τις αιτίες αυτής της συμπεριφοράς οι οποίες μπορεί να είναι πολλαπλές ή μεμονωμένες και να ενυπάρχουν στο οικογενειακό ή σχολικό ή κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού(Γαλανάκη, 2000).

Είναι άξιο αναφοράς το γεγονός ότι τα σωματικά παράπονα (π.χ. πονοκέφαλοι, ημικρανίες, κοιλιακά άλγη) που εκφράζουν πολλά παιδιά στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας συνδέονται με συναισθηματικές διαταραχές. Οι πονοκέφαλοι είναι πολύ



συχνοί στα παιδιά και οφείλονται σε ψυχική ένταση και συνοδεύονται από άγχος, ναυτία, εμετό. Οι κοιλιακοί πόνοι αποτελούν ψυχολογικό πρόβλημα που είναι σύνηθες στα παιδιά σχολικής ηλικίας, φθάνοντας ένα ποσοστό 10% στις αιτίες επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Στη μέση παιδική ηλικία τέτοιου είδους σωματικά προβλήματα συνδέονται με αγχώδεις διαταραχές και ψυχοσυγκρούσεις με το περιβάλλον ενώ οι κοιλιακοί πόνοι μπορεί να προηγούνται ή να συνυπάρχουν με φοβικές διαταραχές. Η έλλειψη αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας στο οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να προκαλέσει στα παιδιά διάφορα συναισθηματικά προβλήματα. Οι αγχώδεις διαταραχές ωστόσο μπορεί να οφείλονται και σε οικογενειακές συγκρούσεις, διαζύγιο, θάνατο ή ασθένεια γονέα, πολλαπλές μετακινήσεις κ. ά (Γαλανάκη, 2000).

## **5.6 ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Ο σχολικός νοσηλευτής παίζει ρόλο στην προαγωγή της υγείας και στον προγραμματισμό για ασφαλή περιβάλλοντα και υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης σε όλους τους τύπους σχολικών τάξεων. Ωστόσο, ο ρόλος είναι πρωταρχικής σημασίας στην τάξη ειδικής εκπαίδευσης λόγω μοναδικών ζητημάτων που δύναται να περιλαμβάνουν είτε τη μειωμένη κινητικότητα είτε περιορισμένες γνωστικές ικανότητες και αδυναμίες των μαθητών. Αυτό σημαίνει ότι σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης χρήζουν ειδικής μεταχείρισης. Τα προβλήματα υγείας και ασφάλειας στο ειδικό εκπαιδευτικό περιβάλλον μπορούν να αντιμετωπιστούν από μια πολυτομεακή προσέγγιση του σχολικού νοσηλευτή ο οποίος αναλαμβάνει ηγετικό ρόλο (Robert Wood Johnson Foundation, 2010).

Οι μαθητές με ειδικές ανάγκες απαιτούν συνεχή αξιολόγηση, σχεδιασμό για ανάγκες, εφαρμογή προγραμματισμένων παρεμβάσεων και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων περίθαλψης. Οι ανάγκες μπορεί να συνίστανται στην παρακολούθηση της γνωστικής κατάστασης, τη διαχείριση κρίσεων, τη χορήγηση φαρμάκων μέσω οδών εκτός του στόματος κλπ. Είναι εξαιρετικά σημαντικό οι

παρεμβάσεις να αποτελούν συστατικό μιας προγραμματισμένης, συστηματικής διαδικασίας (Robert Wood Johnson Foundation, 2010).

Η παροχή επαγγελματικών νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι ζωτικής σημασίας για να μπορέσουν οι μαθητές με ειδικές ανάγκες να προχωρήσουν στο εκπαιδευτικό σύστημα. Ο σχολικός νοσηλευτής θα πρέπει να αναπτύξει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα υγείας για τους μαθητές που χρειάζονται φροντίδα κατά τη διάρκεια της σχολικής ημέρας. Ο ρόλος του έχει καταστεί ζωτικής σημασίας στην τάξη ειδικής εκπαίδευσης (Nies & McEwen, 2015).

Η έλλειψη κατάλληλης θεραπείας για τις ανάγκες ψυχικής υγείας μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις για τα παιδιά, συμπεριλαμβανομένης μεγαλύτερης δυσκολίας στην ακαδημαϊκή απόδοση και αυξημένης ευπάθειας σε διάφορα αρνητικά σχολικά αποτελέσματα. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας οδηγούν σε άμεσα και μακροπρόθεσμα προβλήματα στους μαθητές. Τα προγράμματα που βασίζονται σε σχολεία μπορούν να μετριάσουν πολλές από αυτές τις προκλήσεις. Αυτό θέτει το σχολικό νοσηλευτή σε κρίσιμη θέση για να αξιολογήσει και να διαγνώσει τους μαθητές με προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς και να τους παράσχει φροντίδα και υπεράσπιση (Baltag et al., 2015).

Οι σχολικοί νοσηλευτές εξυπηρετούν έναν ζωτικό ρόλο στην σχολική κοινότητα προωθώντας θετικά αποτελέσματα ψυχικής υγείας στους μαθητές μέσω προγραμμάτων και προγραμμάτων σπουδών που βασίζονται σε σχολεία / κοινότητα. Ως μέλη διεπιστημονικών ομάδων, οι σχολικοί νοσηλευτές συνεργάζονται με το προσωπικό του σχολείου, τους επαγγελματίες της κοινότητας, τους σπουδαστές και τις οικογένειες στην αξιολόγηση, τον εντοπισμό, την παρέμβαση, την παραπομπή και την παρακολούθηση των παιδιών που χρειάζονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Baltag et al., 2015).

Οι σχολικοί νοσηλευτές διαδραματίζουν πολύτιμο ρόλο στη συλλογή πληροφοριών για τη στήριξη μιας διαγνωστικής αξιολόγησης. Προκειμένου να εντοπιστούν και να κατανοηθούν τα χαρακτηριστικά του φάσματος του αυτισμού απαιτείται κατάρτιση για Η κακή συμπεριφορά δεν είναι πάντα ένα σημάδι της συγκεκριμένης διαταραχής. Η μάθηση είναι μια διαδικασία που περιλαμβάνει την οικογένεια και το σχολείο προκειμένου να κοινωνικοποιηθεί το παιδί και να υποστηριχτεί η ομαλή

ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική του ανάπτυξη. Μερικές φορές τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες απογοητεύονται και έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση επειδή βρίσκουν το σχολικό έργο πιο δύσκολο από τους συμμαθητές τους. Αυτό είναι γνωστό ως «άγχος του εκπαιδευόμενου» και αυτό είναι συνήθως η αιτία οποιασδήποτε ακατάλληλης συμπεριφοράς. Οι σχολικοί νοσηλευτές θα πρέπει να συζητήσουν με τους γονείς και τον εκπαιδευτικό τις οποιοσδήποτε περιπτώσεις «περίεργης συμπεριφοράς». Ο ρόλος αυτός θα μπορούσε εναλλακτικά να ονομαστεί σχολικός συντονιστής πρόσθετων εκπαιδευτικών αναγκών (Nies & McEwen, 2015).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

#### **6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1**

Μαθητής ηλικίας 8 ετών παρουσιάζει μαθησιακές δυσκολίες οι οποίες γίνονται αντιληπτές από τον εκπαιδευτικό και ζητά την παρέμβαση του σχολικού νοσηλευτή.

Στο ιστορικό του μαθητή είναι καταγεγραμμένη η ύπαρξη ΔΕΠΥ.

Ο νοσηλευτής προχωρά στη διαχείριση του περιστατικού με βάση την έλξης ιεράρχηση των παρεμβάσεων του.

Εκτίμηση	Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<p>Αναγνώριση και αντιμετώπιση του προβλήματος διάσπασης προσοχής στο σχολείο</p>	<p>Συμπτώματα ΔΕΠΥ με βάση την αρχική ιατρική διάγνωση</p>	<p>Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των δυσκολιών του παιδιού με συμμετοχή του ίδιου του παιδιού και των εκπαιδευτικών</p> <p>Τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς για την εξομάλυνση κυρίως πρακτικών προβλημάτων στο σχολείο.</p>	<p>Ενημέρωση του εκπαιδευτικού ώστε το παιδί να καθίσει σε θρανίο μακριά από ποίικλα οπτικά ερεθίσματα</p> <p>Ενσωμάτωση των τρόπων διοχέτευσης κινητικότητας στο καθημερινό πρόγραμμα και παράλληλα χρησιμοποίηση τους ως αφορμή για θετική ενίσχυση και αναγνώριση της αξίας του ως μαθητή.</p>	<p>Υποχώρηση των συμπτωμάτων ΔΕΠΥ</p>

Εκτίμηση	Διάγνωση	Νοσηλείας	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<p>Αναγνώριση και αντιμετώπιση του προβλήματος διάσπασης προσοχής στο σπίτι</p>	<p>Συμπτώματα ΔΕΠΥ με βάση την αρχική ιατρική διάγνωση</p>	<p>Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των δυσκολιών του παιδιού με συμμετοχή των γονέων</p>	<p>Πραγματοποιήθηκαν παρεμβάσεις με κεντρικό άξονα το παιδί και δόθηκαν πληροφορίες στους γονείς για τη τήρηση ησυχίας την ώρα που θα παιδί διαβάζει</p>	<p>Υποχώρηση των συμπτωμάτων ΔΕΠΥ</p>

Εκτίμηση	Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Διάσπασης προσοχής	Συμπτώματα ΔΕΠΥ με βάση την αρχική ιατρική διάγνωση	Να καθίσει στο ίδιο θρανίο με κάποιον συνεπή μαθητή	Ο μαθητής έκατσε στο ίδιο θρανίο με συνεπή μαθητή, ο οποίος δε θα του αποσπά την προσοχή και παράλληλα θα αποτελεί για αυτόν πρότυπο μίμησης	Υποχώρηση των συμπτωμάτων ΔΕΠΥ

## 6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Μαθητής ηλικίας 7 ετών παρουσιάζει δυσκολία στον γραπτό και προφορικό λόγο που του δημιουργεί άρνηση στο μαθητή ώστε να συμμετάσχει στην εκπαιδευτική διαδικασία και απείθαρχη συμπεριφορά. Ο νοσηλευτής παροτρύνει τους γονείς να επισκεφτούν ιατρό για να εξετάσει την περίπτωση ύπαρξης νοητικής στέρησης. Η γνωμάτευση αναφέρει κανονικό δείκτη νοημοσύνης και μαθησιακή δυσκολία χωρίς κάποια υποκείμενη πνευματική νόσο και συστήνει παρεμβάσεις σε επίπεδο σχολείου. Μετά την επαφή του ιατρού με το σχολικό νοσηλευτή και τον εκπαιδευτικό αποφασίστηκαν οι εξής παρεμβάσεις.



Εκτίμηση	Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<p>Άρνηση συμμετοχής στην εκπαιδευτική διαδικασία</p>	<p>Απόρροια των μαθησιακών δυσκολιών</p>	<p>Επαφή και συζήτηση με το μαθητή</p> <p>Τεχνικές αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας</p>	<p>Συζήτηση με το μαθητή για τις υποχρεώσεις και τα καθήκοντά του στη σχολική αίθουσα</p> <p>Αποσαφήνιση της αξίας της ενεργητικής ακρόασης, εξάσκηση του μαθητή στις κοινωνικές και διαπροσωπικές ικανότητες αλληλεπίδρασης με συμμαθητές και εκπαιδευτικούς</p>	<p>Υποχώρηση των συμπτωμάτων άρνησης</p>

				<b>Αξιολόγηση</b>
<b>Εκτίμηση</b>	<b>Διάγνωση</b>	<b>Προγραμματισμός</b>	<b>Εφαρμογή</b>	<b>αποτελεσμάτων Αξιολόγηση</b>
<b>Απειθαρχη συμπεριφορά</b>	<b>Απόρροια</b>	<b>Προγραμματισμός</b>	<b>Εφαρμογή</b>	<b>αποτελεσμάτων</b>
Εκτίμηση	Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	αποτελεσμάτων
Απειθαρχη συμπεριφορά	Απόρροια	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	αποτελεσμάτων
Απροθυμία συμμετοχής στην εκπαιδευτική διαδικασία	μαθησιακών Απορροια των μαθησιακών δυσκολιών μαθησιακών δυσκολιών	Εφαρμογή συμβουλευτικής Θετική ενίσχυση Αντιμετώπιση της Ελέγχος απόδοσης συμπεριφοράς από τον εκπαιδευτικό	Τεχνικές διδασκαλίας κοινωνικών δεξιοτήτων αυτό-εκπαίδευση του μαθητή Ο μαθητής διαβάζει να ησυχά στον τρόπο που θα διαχειρίζεται αποτελεσματικά την οργή του Ο μαθητής κατεβαίνει ησυχά στην καρέκλα του, χωρίς να σηκώνεται ή να κινείται στηρίζοντας την καρέκλα στα δύο πόδια Ενίσχυση στην ποιή που προτείνεται να χρησιμοποιεί ο εκπαιδευτικός, τονίζεται ότι αυτές θα χρησιμοποιούνται πάντοτε από τον εκπαιδευτικό, που θα έχει υπόψη του ότι τις χρησιμοποιεί μετά τη συμπεριφορά του. Σημαντικό είναι να ελέγχει ο εκπαιδευτικός αν καταγράφει τις ασκήσεις του, αν σημειώνει της ημερομηνίες των διαγωνισμάτων και οργανώνει το χρόνο απάντησης ερωτήσεων.	Υποχώρηση των συμπτωμάτων απείθαρχης συμπεριφοράς απροθυμίας

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι μαθησιακές δυσκολίες είναι συγκεκριμένες και διαρκείς, αλλά παρουσιάζουν διαφορετικά σχολικά προβλήματα σε διαφορετικές ηλικίες, ανάλογα με παράγοντες όπως η ηλικία, το ιατρικό ιστορικό και το οικογενειακό ιστορικό. Απαιτούνται κατάλληλα εξατομικευμένα προγράμματα διάγνωσης και θεραπείας για την αποκατάσταση αυτών των προβλημάτων και την παροχή επαρκών στρατηγικών αντιμετώπισης. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μπορεί να καταστήσει λιγότερο σοβαρή μια μαθησιακή δυσκολία. Θα βελτιώσει επίσης το μαθησιακό δυναμικό και την ποιότητα ζωής του παιδιού.

Έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος στην κατανόηση των μαθησιακών δυσκολιών. Η επίλυση των θεμάτων ορισμού και των εννοιολογικών θεμάτων θα συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στην έρευνα για την αξιολόγηση, τη θεραπεία και τη μακροπρόθεσμη έκβαση των μαθησιακών δυσκολιών. Περαιτέρω έρευνα σχετικά με τη φύση, την έκταση και τις συσχετίσεις των συνυπαρχουσών μαθησιακών δυσκολιών και τη θεραπεία τους είναι πολύ αναγκαία.

Οι πρόοδοι στην πρόληψη και τη θεραπεία των μαθησιακών δυσκολιών κατέχουν την υπόσχεση βελτίωσης της παιδείας, της υγείας, της κοινωνικής ζωής και της ζωής των παιδιών και των οικογενειών τους. Για να τηρηθεί αυτή η υπόσχεση, απαιτείται συνεχής και συντονισμένη προσπάθεια για την ανάπτυξη και βελτίωση των προσεγγίσεων παρέμβασης που στοχεύουν τους μαθητές που αγωνίζονται ή απειλούνται και εκείνοι που προσδιορίζονται με μια συγκεκριμένη μαθησιακή αναπηρία. Αυτές οι παρεμβάσεις θα παραδοθούν σε ποικίλα περιβάλλοντα από επαγγελματίες που εκπροσωπούν μια σειρά επιστημονικών κλάδων.

Ως μέλος της ομάδας, ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να παράσχει υποστήριξη στο παιδί με αυτισμό βοηθώντας να εξασφαλίσει ηθική και ανθρώπινη μεταχείριση. Οι θεραπείες τροποποίησης της συμπεριφοράς χρησιμοποιούνται συχνά στην εκπαίδευση και τη θεραπεία παιδιών με αυτισμό. Οι σχολικοί νοσηλευτές θα πρέπει να αμφισβητούν οποιαδήποτε φροντίδα που φαίνεται να παρεμποδίζει το δικαίωμα του παιδιού στη σωστή μεταχείριση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Altarac M & Saroha E. (2007). Lifetime prevalence of learning disability among US children. *Pediatrics*, 119:S77–S83.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Anastasiou, D. & Polychronopoulou, S. (2009). Identification and overidentification of Specific Learning Difficulties (Dyslexia) in Greece. *Learning Disabilities*, 32, 55-69

Baltag et al. (2015). Global overview of school health services: Data from 102 countries. *Health Behavior and Policy Review*. 2: 268–283

Barth A, Stuebing K, Anthony J, Denton C, Mathes P, Fletcher J, Francis D. (2008). Agreement among response to intervention criteria for identifying responder status. *Learning and individual Differences*.18:296–307.

Berninger VW, May MO. (2011). Evidence-based diagnosis and treatment for specific learning disabilities involving impairments in written and/or oral language. *J Learn Disabil*, 44:167–83.

Christopher M, Hulslander J, Byrne B, Samuelsson S, Keenan J, Pennington B, DeFries J, Wadsworth S, Willcutt E, Olson R. (2013). Modeling the etiology of individual differences in early reading development: Evidence for strong genetic influences. *Scientific Studies of Reading*. 17:350–368.

Chung P, Patel DR. (2015). Dysgraphia. *Int J Child Adolesc Health*, 8:27.

Denton C. (2012). Response to intervention for reading difficulties in the primary grades: Some answers and lingering questions. *Journal of Learning Disabilities*, 45:232–243.

Döhla D, Heim S. (2015). Developmental dyslexia and dysgraphia: What can we learn from the one about the other? *Front Psychol*, 6:2045.

Guldberg, K. (2016). *Evidence-based practice in autism educational research: can we bridge the research and practice gap?* Oxford Review of Education, 1-13

Hoefl F, McCandliss B, Black J, Gantman A, Zakerani N, Hulme C, Lyytinen H, Whitfield-Gabrieli S, Glover G, Reiss A, Gabrieli J. (2011). Neural systems predicting long-term outcome in dyslexia. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108:361–366.

Hughes, E.M., Yakubova, G (2016). Developing Handheld Video Intervention for Students With Autism Spectrum Disorder. *Intervention in School and Clinic*. 52 (2), pp. 115-121

Hulme C, Melby-Lervåg M. (2015). Educational interventions for children's learning difficulties. In: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E, editors. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 6th ed. West Sussex: John Wiley and Sons, Ltd, 533–44.

Kavale, K.A. & Forness, S.R. (2000). «*The Great Divide in Special Education: Inclusion, Ideology and Research*», in *Advances in Learning and Behavioural Disabilities*, Volume 14.

Kisamore, A.N., Karsten, A.M., Mann, C.C. (2016). Teaching multiply controlled intraverbals to children and adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 49 (4), 826-847

Lassonde, C., & Richards, J.C. (2013). *Best practices in teaching planning for writing*. New York: Guilford Press.

Lerner, J. & Hohns, B. (2009). *Learning disabilities and related mild disabilities* (11th ed.). Belmont CA: Wadsworth/Cengage Learning .

Lyon k., Shogren k. (2015). *Supporting Students With Severe Disabilities in Inclusive Schools. A Descriptive Account From Schools Implementing Inclusive Practices*. USA: Illinois State University, Normal, 58-62

MacArthur, C. A. (2009). Reflections on research on writing and technology for struggling writers. *Learning Disabilities Research & Practice*, 24(2), 93-103.

Medavarapu S, Marella LL, Sangem A, Kairam R. (2019). Where is the Evidence? A Narrative Literature Review of the Treatment Modalities for Autism Spectrum Disorders. *Cureus*. 16;11(1).

Memari, A., Ziaee, V., Mirfazeli, F., & Kordi, R. (2012). Investigation of autism comorbidities and associations in a school-based community sample. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25, 84-90.

Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J. Further evidence of an association between attention-deficit/hyperactivity disorder and cigarette smoking. Findings from a highrisk sample of siblings. *Am J Addict* 1997, 6:205–217 29.

Nies, M., & McEwen, M. (2015). *Community/Public health nursing: Promoting the health of populations (6th ed.)*. St. Louis, MO: Elsevier

Richards, M. (2016). You've got autism because you like order and you do not look into my eyes': some reflections on understanding the label of 'autism spectrum disorder' from a dishuman perspective. *Disability and Society*, 1-5

Robert Wood Johnson Foundation. (2010). *Unlocking the potential of school nursing: Keeping children healthy, in school, and ready to learn*. Charting Nursing's Future.

Stevens SE, Kreppner JM, Beckett C, et al. Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: Presentation and associations in early adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 2008, 36:385–398

Thapar A, Rice F, Hay D, Boivin J, Langley K, Bree M, et al. Prenatal smoking might not cause attention-deficit/hyperactivity disorder: Evidence from a novel design. *Biol Psychiatry* 2009, 66:722–727 30.

Tindal G., Nese J., Stevens J, Alonzo J. (2013). *Growth on Oral Reading Fluency Measures as a Function of Special Education and Measurement Sufficiency*. USA: University of Oregon, Eugene 48-53

U.S. Department of Education. (2010). Office of Special Education and Rehabilitative Services. 29th Annual Report to Congress on the Implementation of the Individuals with Disabilities Education Act, Washington, DC.

Unni JC. (2012). Specific learning disability and the amended “Persons with disability act” *Indian Pediatr*, 49:445–7.

Zaiger D. (2013). Historical perspectives of school nursing. In: Selekman J, ed. *School Nursing: A Comprehensive Text*. 2nd ed. Philadelphia, PA: F.A. Davis; :2–24

National Association of School Nurses. (2015). Resolution: public health as the foundation of school nursing practice.

Mitchell P, Wynia M, Golden R, et al. (2012). *Core Principles and Values of Effective Team-Based Health Care*. Washington, DC: National Academies Press.

Robert Wood Johnson Foundation. (2010). Unlocking the potential of school nursing: keeping children healthy, in school, and ready to learn. *Charting Nursing’s Future*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation;14:1–8.

Taras H, Wright S, Brennan J, Campana J, Lofgren R. (2004). Impact of school nurse case management on students with asthma. *J Sch Health.*;74(6):213–219

Wolfe LC. (2006). Role of the school nurse. In: Selemank J, ed. *School Nursing: A Comprehensive Text*. Philadelphia, PA: F. A. Davis;:111–127

Schainker E, O’Brien MJ, Fox D, Bauchner H. (2005). School nursing services: use in an urban public school system. *Arch Pediatr Adolesc Med.*;159(1):83– 87

Williams-Arya P, Anixt J, Kuan L, Johnson H, Kent B, Bing N, Ehrhardt J, Manning-Courtney P. (2019). Improving Access to Diagnostic Assessments for Autism Spectrum Disorder Using an Arena Model. *J Dev Behav Pediatr*. 40(3):161-169.

Γεωργοπούλου Σ.(2012) Μεθοδολογία Έρευνας και Ανάλυση Δεδομένων στη Λογοπαθολογία, Εκδότης: ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ

Κάκουρος Ε., Παπαηλιού Χ., Μπαδικιάν Μ., (2006). Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τη φύση και την αντιμετώπιση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). Παιδαγωγική Επιθεώρηση, Τεύχος 41

Μήτσιου-Δάκτυλα , Γλ. (2008). «*Νευροψυχολογία Μαθησιακών Δυσκολιών- Δυσλεξία- Πρόγνωση και Αντιμετώπιση*». Αθήνα: Δαρδανός.

Παντελιάδου, Σ. (2000). Μαθησιακές δυσκολίες και εκπαιδευτική πράξη. Τι και Γιατί'. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Πόρποδας , Κ. (2003). Η μάθηση και οι δυσκολίες της». Εκδότης: Κ.Δ Πόρποδας Πάτρα.

Πόρποδας , Κ. (2010). «*Η ανάγνωση*». Εκδότης: Κ.Δ Πόρποδας. Πάτρα.

Στασινός ,Π. Δ. (2009). «*Ψυχολογία του λόγου και της γλώσσας*». Εκδόσεις: Gutenberg