



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ
ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΤΟΥΣ »**

Σπουδαστές: Βασίλης Μπάρλας / Σμαράγδα Παπαδάκη

Εποπτεύων καθηγητής: Αναστάσιος Τζεναλής RN, BSc, MSc, PhD

**ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2021
ΠΑΤΡΑ**

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ένα μέρος του κοινωνικού συνόλου αποτελείται από άτομα με ειδικές ανάγκες. Καθ' όλη τη πάροδο της ανθρώπινης ιστορίας η αναπηρία ήταν ένας αληθινός φόβος και κίνδυνος για όλους ανεξαρτήτως εθνικότητας. Στις μέρες μας, όμως, γνωρίζουμε πως υπάρχουν πολλές δυνατότητες για την ελάττωση του αριθμού των ατόμων με ειδικές ανάγκες καθώς και για τη καλύτερη αποκατάστασή τους. Ταυτόχρονα, το κράτος είναι πλέον υπεύθυνο για την παροχή υπηρεσιών και την αποκατάσταση των ατόμων αυτών.

Όλοι οι άνθρωποι γεννιούνται ελεύθεροι και έχουν ως κύριο στόχο την διασφάλιση μιας άνετης, ασφαλούς και ευχάριστης ζωής, δυστυχώς όμως δεν έχουν όλοι τη τύχη να γεννηθούν υγιείς. Αυτό, βέβαια, δεν σημαίνει ότι αυτοί οι άνθρωποι έχουν λιγότερα δικαιώματα από τους υπόλοιπους αλλά ότι σε ορισμένες περιπτώσεις λόγω της αναπηρίας τους η διασφάλιση αυτών των δικαιωμάτων είναι πιο δύσκολη. Γι' αυτό τον λόγο η κοινωνία και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να βοηθήσουν τα άτομα αυτά στον δύσκολο αγώνα τους.

Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθούμε στις δεξιότητες και στον ρόλο του νοσηλευτή στην προώθηση και στη διατήρηση της υγείας των ατόμων με αναπηρία καθώς και στην συμμετοχή τους για την υλοποίηση του οράματος που αφορά την επίλυση των προβλημάτων των κοινωνικών προκαταλήψεων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα άτομα με ειδικές ανάγκες αποτελούν ένα σύνολο ανθρώπων που η νοητική και φυσική κατάστασή τους εμποδίζει την πλήρως φυσιολογική διαβίωσή τους. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με ειδικές ανάγκες κατηγοριοποιούνται σε άτομα με φυσική αναπηρία, με νοητική στέρση ή με παθολογικά προβλήματα. Επιπρόσθετα, οι ανάγκες των ατόμων αυτών τείνουν να περιθωριοποιούνται λόγω προκατάληψης της κοινωνίας και αποτελούν τον υψηλότερο φραγμό στις κοινωνικές σχέσεις των ατόμων με αναπηρία, τις ίσες ευκαιρίες εργασίας και διαβίωσης καθώς και τα ίσα δικαιώματα στην εκπαίδευση, την υγεία, αλλά και την ψυχαγωγία. Ο 20^{ος} αιώνας όμως υπήρξε ιδιαίτερα καταλυτικός για το θέμα την αναπηρίας. Οι προκαταλήψεις άρχισαν να εξαλείφονται. Τα άτομα αυτά άρχισαν να έχουν μια διαφορετική σκέψη και έναν διαφορετικό τρόπο να αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους. Ουσιαστικό ρόλο διαδραμάτισε η δημιουργία διαφόρων ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων στήριξης για τα άτομα αυτά, αλλά και η νομοθεσία, όπου εξασφάλιζε τη συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία έχει ως κύριο σκοπό της να παρουσιάσει τις κατηγορίες των ατόμων με ειδικές ανάγκες, τον τρόπο εκπαίδευσής τους, καθώς και την ένταξη τους στον κοινωνικό και επαγγελματικό χώρο.

Υλικό και μέθοδος: Για την συγγραφή της παρούσας πτυχιακής εργασίας χρησιμοποιήθηκε η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση από ιατρικά βιβλία, επιστημονικά άρθρα καθώς και διαδικτυακή αναζήτηση σε επιστημονικές ιστοσελίδες (pubmed, google scholar, science direct, springer link).

Αποτελέσματα: Τα άτομα με ειδικές ανάγκες να μπορούν να έχουν την ίδια αντιμετώπιση που έχουν όλοι οι άνθρωποι, να διευκολύνεται η καθημερινότητά τους, η πρόσβασή τους σε δημόσιους χώρους. Τέλος, να έχουν την δυνατότητα να εργάζονται και να έχουν κατάλληλη πρόσβαση στους χώρους υγείας, καθώς και να υπάρχουν σύγχρονες νοσηλευτικές προσεγγίσεις, υπηρεσίες και μέσα που να τους παρέχονται.

Συμπεράσματα: Ύστερα από την μελέτη σύγχρονων δεδομένων καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως μια αναπηρία μπορεί να διαταράξει την ισορροπία στο κοντινό περιβάλλον ενός ατόμου, λόγω της ύπαρξης ορισμένων σωματικών ή διανοητικών δυσκολιών. Σημαντικό ρόλο σε αυτό διαδραματίζουν οι επαγγελματίες υγείας καθώς και η κοινωνία που βοηθάνε ο καθένας με τον δικό του τρόπο, στην μείωση των συνεπειών της αναπηρίας. Τα άτομα με ειδικές ανάγκες πρέπει να έχουν την στήριξη και την κατανόηση όλων μας προκειμένου να ζήσουν μια όσο γίνεται πιο φυσιολογική ζωή.

ABSTRACT

Introduction: People with special needs are a group of individual whose mental and physical state restrict them from living normally. Specifically, patients with special needs are divided into people with physical disabilities, mental disabilities or pathological problems. Moreover, these people's needs tend to be marginalized as a result of society's prejudice, which is the biggest obstacle in disabled people's socialization, equal work opportunities, as well as their equal rights in education, health care and entertainment. The 20th century, however, was significantly crucial for the matter of disability. Individuals who faced some kind of disability had a different way of thinking and a different way of solving their problems. In this change, a significant factor was the establishment of many educational programs that support disabled people, but also the legislation, which provides them with the participation in the country's social, economical and political life.

Aim: The main purpose of this dissertation is to present the categories of people with disabilities, the way in which they are educated, as well as their integration in the social and professional field.

Material and method: The bibliographic review was used to write the present thesis. An extend research has been carried out on medical books, scientific articles as well as scientific websites (PubMed, google scholar, science direct, springer link).

Results: People with disabilities can be treated the same as all people. Their daily lives can be facilitated. Also, it is essential that they have proper access to health facilities and that there should be modern nursing approaches, as well as services and means provided to them.

Conclusions: After studying modern data, we come to the conclusion that a disability can disturb the balance in a one's immediate environment, as it implies some difficulties that are either physical or mental. In this context, an important role have to play health professionals as well as society, who both help in their own way in reducing the consequences of disability. People with disabilities need the support and understanding of all of us in order to live a life as normal as possible.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	II
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	III
ABSTRACT	IV
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	V
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	VIII
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	2
Άτομα με ειδικές ανάγκες	2
1.1 Ορισμός της αναπηρίας.....	2
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	3
1.3 Ταξινόμηση ατόμων με ειδικές ανάγκες.....	5
1.3.1 Άτομα με προβλήματα κώφωσης ή βαρηκοΐας.....	5
1.3.2 Άτομα με προβλήματα όρασης.....	6
1.3.3 Άτομα με κινητικά προβλήματα.....	6
1.3.4 Επιληπτικά άτομα.....	6
1.4 Κοινωνική νοσηλευτική.....	7
1.5 Η εξέλιξη της κοινωνικής νοσηλευτικής.....	8
1.6 Κοινωνικός νοσηλευτής και ο ρόλος του.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	9
Ταξινόμηση ατόμων με ειδικές ανάγκες	9
2.1 Άτομα με προβλήματα ακοής.....	9
2.1.1 Είδη βαρηκοΐας	10
2.1.2 Κοχλιακό εμφύτευμα.....	12
2.1.3 Κριτήρια για εμφύτευση κοχλιακού εμφυτεύματος.....	12
2.1.4 Κοχλιακό εμφύτευμα και ποιότητα ζωής.....	13
2.1.5 Απώλεια ακοής σε παιδιά μικρής ηλικίας.....	13
2.1.6 Μαθητές με απώλεια ακοής στο σχολείο.....	13
2.1.7 Νοηματική γλώσσα.....	14
2.2 Άτομα με προβλήματα όρασης.....	15
2.2.1 Κώδικας Μπράιγ και υποστήριξη των τυφλών.....	15
2.2.2 Εμπόδια των τυφλών μαθητών στην εκπαίδευση.....	16

2.2.3 Προβλήματα των τυφλών σε εσωτερικούς χώρους.....	16
2.3 Επιληπτικά άτομα.....	17
2.3.1 Κατηγορίες επιληπτικών κρίσεων.....	18
2.3.2 Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης επιληπτικής νόσου.....	18
2.3.3 Αντιμετώπιση της επιληπτικής νόσου.....	20
2.3.4 Φαρμακευτική αγωγή σε επιληπτικά άτομα.....	20
2.3.5 Διάγνωση επιληψίας.....	21
2.4 Άτομα με τραυματισμό του νωτιαίου μυελού.....	22
2.4.1 Άτομα με εγκεφαλική παράλυση.....	22
2.4.2 Θεραπευτικές στρατηγικές σε τραυματισμούς του νωτιαίου μυελού.....	22
2.4.3 Είδη παράλυσης.....	23
2.4.4 Μονοπληγία.....	23
2.4.5 Παραπληγία.....	24
2.4.6 Τετραπληγία.....	24
2.4.7 Ημιπληγία.....	25
2.4.8 Προβλήματα ελκών σε παραπληγικά άτομα.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	27
Νοσηλευτικές προσεγγίσεις και παρεμβάσεις.....	27
3.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε άτομα με προβλήματα ακοής.....	27
3.1.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε άτομα με προβλήματα ακοής.....	28
3.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των τυφλών.....	28
3.2.1 Νοσηλευτική προσέγγιση σε τυφλά άτομα.....	29
3.2.2 Λευκό μπαστούνι πλοήγησης.....	30
3.2.3 Οφέλη ιδιοκτησίας σκύλου.....	30
3.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε επιληπτικά άτομα.....	30
3.3.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των επιληπτικών.....	31
3.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε άτομα με παράλυση	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	32
Υπηρεσίες και μέσα για άτομα με ειδικές ανάγκες	34
4.1 Παροχές και υπηρεσίες σε άτομα με προβλήματα ακοής.....	35
4.2 Παροχές και υπηρεσίες σε άτομα με προβλήματα όρασης	36
4.3 Παροχές και υπηρεσίες σε άτομα με κινητικά προβλήματα.....	37
4.4 Παροχές και υπηρεσίες σε επιληπτικά άτομα.....	38
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	40
Νοσηλευτική διεργασία	40
5.1 Διερεύνηση πρώτης περίπτωση ασθενούς.....	41
5.2 Διερεύνηση δεύτερης περίπτωσης ασθενούς.....	50
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	56

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία επικεντρώνεται στην περιγραφή των ατόμων με ειδικές ανάγκες, στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά και στην επίλυσή αυτών, εστιάζοντας ταυτόχρονα στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των αναπήρων. Σημαντικός ρόλος του νοσηλευτή αποτελεί τα άτομα με ειδικές ανάγκες να κατανοήσουν πως έχουν δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, στην ισότιμη μεταχείριση, στην αυτονομία και στην πλήρη συμμετοχή στην κοινωνία.

Το περιεχόμενο της εργασίας δομείται από το γενικό μέρος, το οποίο αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια και το ειδικό μέρος. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στον ορισμό της αναπηρίας, στην εξέλιξη της καθ' όλη την πάροδο της ιστορίας και στον ρόλο της κοινοτικής νοσηλευτικής. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια ταξινόμηση των ατόμων με ειδικές ανάγκες με αναφορές στα προβλήματα που αυτά αντιμετωπίζουν. Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στις σύγχρονες νοσηλευτικές παρεμβάσεις και προτεραιότητες που στοχεύουν στη βελτίωση της ζωής των ατόμων αυτών. Ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφονται οι παροχές και οι υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες στα άτομα με ειδικές ανάγκες στην Ελλάδα. Στο πέμπτο κεφάλαιο το οποίο δομεί το ειδικό μέρος της εργασίας, πραγματοποιείται περιγραφή δύο περιστατικών και ανάλυση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων σύμφωνα με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας. Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται με την καταγραφή των συμπερασμάτων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

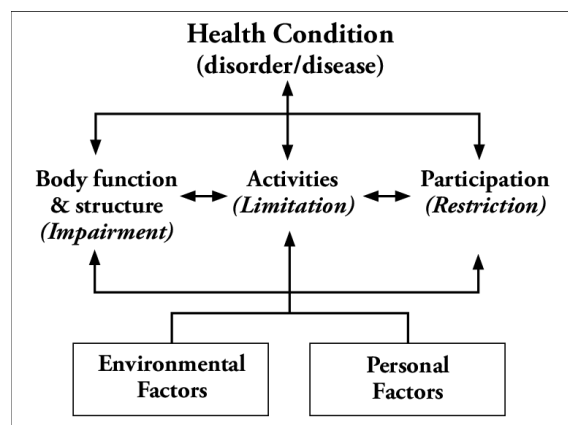
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Άτομα με ειδικές ανάγκες

1.1 Ορισμός της αναπηρίας

Η αναπηρία είναι μια πραγματικά περίπλοκη και διαστατική έννοια και γι' αυτό το λόγο ένας γενικά αποδεκτός και σύντομος ορισμός θα ήταν ανεπαρκής. Στην πραγματικότητα κάποιος θα μπορούσε να προσδιορίσει τον όρο «αναπηρία» με πολλούς τρόπους. Ένας από αυτούς είναι ότι η αναπηρία συνδέεται άμεσα με τη διάγνωση, για παράδειγμα δηλαδή μια ιατρική διάγνωση εγκεφαλικής παράλυσης σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με το επίπεδο αναπηρίας του ατόμου. Ταυτόχρονα, όμως πολλοί καθορίζουν την αναπηρία με βάση τη λειτουργικότητα του ανθρώπου και στο ποσοστό στο οποίο αυτός μπορεί να αντεπεξέλθει σε βασικές δραστηριότητες που σχετίζονται με την κινητικότητα, την επικοινωνία και τη μάθηση. Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι οι απόψεις πάνω στο θέμα δίστανται και γι' αυτό το λόγο το 1981 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) δημοσίευσε τη Διεθνή Ταξινόμηση των αναπηριών, βλαβών και μειονεκτημάτων. Το βασικό μέλημα της οποίας ήταν ο προσδιορισμός και ο χαρακτηρισμός της αναπηρίας αναγνωρίζοντας παράλληλα την ύπαρξη διάφορων χαρακτηριστικών της που ορίζονται μέσω της λειτουργικότητας και των κοινωνικών ρόλων (Lollar et al. 2017).

ΓΡΑΦΗΜΑ 1



(Lollar et al. 2017)

1.2 Ιστορική αναδρομή

Ρίχνοντας μια ματιά πίσω προς στην ιστορία της αναπηρίας, θα διαπιστώσουμε πως από τη στιγμή που έκανε το ανθρώπινο είδος την εμφάνισή του στον πλανήτη υπήρχαν και άτομα με αναπηρίες. Σε κάθε εποχή τα άτομα αυτά αντιμετώπιζονταν διαφορετικά από τα υπόλοιπα. Η διαφορετική αντιμετώπιση αυτή ποίκιλε ανάλογα με τα συμφέροντα και τις κυρίαρχες ομάδες που επικρατούσαν. Τα άτομα με αναπηρίες μέσα από το πέρασμα των αιώνων δέχτηκαν πολλές διαφορετικές μεθόδους αντιμετώπισης. Μερικές από αυτές τις μεθόδους ήταν οι βρεφοκτονίες, οι βασανισμοί, το μαστίγωμα, οι ξυλοδαρμοί, η εγκατάλειψη, η απομόνωση, ο εγκλεισμός σε ιδρύματα, η φυλάκιση, τα πειράματα ακόμα και η εκμετάλλευση. Αργότερα, άρχισαν να αντιμετωπίζονται θετικά μέσα από τη φιλανθρωπία, την προστασία, τη φροντίδα και αυτές οι αρνητικές αλλά και οι θετικές παράμετροι αντιμετώπισής τους άρχισαν να αποτελούν μερικά από τα στάδια εξέλιξης της ειδικής αγωγής των ατόμων με αναπηρίες (Τσαούση 2007).

Στις πρωτόγονες κοινωνίες λόγω των δύσκολων συνθηκών, ο χρόνος ζωής των ατόμων που γεννιούνταν με αναπηρίες ήταν περιορισμένος και δεν ξεπερνούσε τη βρεφική ηλικία. Γεγονός είναι πως στις περισσότερες φυλές επιτρέπονταν η βρεφοκτονία. Ιστορικά στοιχεία μας δίνουν πληροφορίες πως στην παλαιολιθική εποχή ο άνθρωπος του Κρο-Μανιόν εφάρμοζε μια εντυπωσιακή μέθοδο «θεραπείας» για εκείνη την εποχή, χρησιμοποιώντας αιχμηρά πέτρινα εργαλεία με τα οποία τρυπούσε το κρανίο του βρέφους που παρουσίαζε κάποια αναπηρία, ώστε να απαλλαγεί από τα «κακά πνεύματα» που του προκαλούσαν μειονεξία. Αντίθετα στην περίπτωση της αρχαίας Αιγύπτου απαγορευόταν η βρεφοκτονία των μωρών που παρουσίαζαν κάποια μορφή αναπηρίας. Τα άτομα με τύφλωση μάλιστα προσέφεραν τις υπηρεσίες τους στην πολιτεία αναλαμβάνοντας το μοιρολόι των νεκρών.

Στην αρχαία Ελλάδα και συγκεκριμένα στην Αθήνα και τη Σπάρτη υπήρχαν δύο διαφορετικές αντιλήψεις. Στη Σπάρτη επικρατούσε το πρότυπο του τέλειου πολεμιστή, οπότε τα άτομα με ειδικές ανάγκες τα οποία πίστευαν πως δεν προσέφεραν σε τίποτα στην πολιτεία τα ρίχνανε στον Καιάδα. Αντίθετα, στην Αθήνα υπήρχε ειδικός νόμος ο «περί αδυνάτων», που είχε σκοπό να προστατεύσει όσα άτομα είχαν μικρό εισόδημα και αναπηρία που δεν τους επέτρεπε να εργαστούν και να ζουν ανεξάρτητα. Τα άτομα με αναπηρία περνούσαν εξέταση από τη Βουλή και στη συνέχεια τους δίνονταν κάποιο επίδομα.

Στη Ρωμαϊκή εποχή εφαρμόζονταν η βρεφοκτονία στα βρέφη με αναπηρίες. Πολλοί Ρωμαίοι που ανήκαν στην ελίτ της εποχής χρησιμοποιούσαν τα άτομα που παρουσίαζαν μειονεξίες για υπηρέτες ή ως γελωτοποιούς, συνήθεια που συνεχίστηκε στην Ευρώπη για πολλούς αιώνες. Ενώ στην εποχή της Βυζαντινής αυτοκρατορίας επικρατούσε η άποψη πως τα άτομα με

αναπηρίες πληρώνουν τις αμαρτίες των προγόνων τους γι' αυτό και γεννιούνται με μειονεξίες (τιμωρία από τον Θεό). Η ελεημοσύνη, η απομόνωση και ο εγκλεισμός σε μοναστήρια και ιδρύματα ήταν η μέθοδος που εφαρμόζονταν στα άτομα με αναπηρίες. Στον Μεσαίωνα τα άτομα με αναπηρίες ανήκαν στη λίστα των αμαρτωλών που είχαν το «κακό πνεύμα» μέσα τους. Με διάταγμα του πάπα Ιννοκεντίου του 8ου εκατοντάδες-χιλιάδες άτομα με αναπηρίες και ψυχικές διαταραχές οδηγήθηκαν στην Ιερά Εξέταση. Τα άτομα αυτά μη μπορώντας να υπερασπιστούν τον εαυτό τους καταδικάζονταν σε φριχτά βασανιστήρια και με θάνατο στην πυρά.

Στην Αναγέννηση η κατάσταση άλλαξε, η κοινωνία άρχισε να αντιμετωπίζει τα άτομα με αναπηρίες πιο ανθρώπινα. Βέβαια αυτό δεν σήμαινε πως σταμάτησε και εξ' ολοκλήρου η εκμετάλλευσή τους, καθώς χρησιμοποιούνταν ως φαινόμενα και τέρατα για την προσέλκυση κοινού και χρηματικών εσόδων των θιασωτών της εποχής (τσίρκο). Στα τέλη του 18ου αιώνα άρχισαν να λειτουργούν οργανωμένα σχολεία για άτομα με τύφλωση και με κώφωση αλλά ελάχιστα γίνονταν για τα παιδιά με νοητική υστέρηση και με κινητικές αναπηρίες. Ενώ ο 19^{ος} αιώνας θεωρείται η αρχή της ειδικής αγωγής. Σπουδαίοι γιατροί, φιλόσοφοι και παιδαγωγοί της εποχής ασχολήθηκαν ιδιαίτερα με το θέμα της αναπηρίας, μελετώντας και δίνοντας λύσεις σε πολλές περιπτώσεις. Ένα άλλο σημαντικό επίτευγμα της εποχής για τα άτομα με αναπηρίες είναι η εφεύρεση του συστήματος γραφής για τους τυφλούς. Τη εποχή αυτή αρχίζει να θεωρείται πως τα άτομα με αναπηρίες είναι ευθύνη της πολιτείας και προάγεται η ειδική αγωγή. Εν συνεχεία ο 20^{ός} αιώνας χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια συστηματικής μελέτης, ταξινόμησης και επιστημονικής-ανθρωπιστικής αντιμετώπισης των ατόμων με αναπηρίες. Βέβαια δεν πρέπει να ξεχαστεί το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου οι ναζί έκαναν πειράματα σε άτομα με αναπηρίες ώστε να εξαλείψουν τις σωματικές ή νοητικές μειονεξίες που παρουσίαζαν και να τα κάνουν υγιή και με τα χαρακτηριστικά της άριας φυλής, ή επίσης τα οδηγούσαν στα κρεματόρια. Μετά το 1960 οι ανάπηροι άρχισαν να δημιουργούν οργανώσεις και να διεκδικούν τα δικαιώματά τους. Στις μέρες μας τα άτομα με αναπηρίες αγωνίζονται για την πλήρη ένταξή τους στην κοινωνία και την αυτόνομη διαβίωση.

Τέλος, στην Ελλάδα κατά τον 20^ό αιώνα, η ειδική αγωγή για τα άτομα με αναπηρίες ξεκινά με στόχο την προστασία, την εκπαίδευση, την περίθαλψη και την επαγγελματική κατάρτισή τους. Οι δράσεις που αναπτύσσονται ελέγχονται κυρίως από την ιδιωτική πρωτοβουλία, με χαρακτηριστικό γνώρισμα τον οίκτο και τη φιλανθρωπία διότι το επίσημο κράτος αδιαφορούσε για πολλά χρόνια. (Τσαούση 2007). Σαν σύνολο τα άτομα με ειδικές ανάγκες έχουν υποστεί πολλές κακουχίες και μια από αυτές είναι η φτώχεια. Άμεσα με αυτή συνδέεται ο κοινωνικός αποκλεισμός και η περιθωριοποίηση που αντιμετωπίζουν σε καθημερινή βάση. Για παράδειγμα

εκατομμύρια παιδιά με ειδικές ανάγκες εξακολουθούν να μη δέχονται σωστή εκπαίδευση και ταυτόχρονα λόγω προκαταλήψεων και του στίγματος τα ποσοστά ανεργίας μεταξύ των ατόμων με αναπηρία είναι συχνά τα διπλάσια από αυτά του γενικού πληθυσμού. Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι είναι συχνά δύσκολο ή ακόμα και αδύνατο για εκατομμύρια άτομα με αναπηρία να έχουν την πιο βασική υγειονομική περίθαλψη και τις πιο οικονομικές βοηθητικές συσκευές (Groce ,2017)

1.3 Ταξινόμηση ατόμων με ειδικές ανάγκες

Όταν αναφερόμαστε σε άτομα με ειδικές ανάγκες εννοούμε εκείνα τα άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να εξασφαλίσουν από μόνα τους τις καθημερινές ανάγκες της ζωής τους. Αυτό είναι αίτιο ενός ορισμένου σωματικού ή διανοητικού μειονεκτήματος των ατόμων αυτών που γίνεται ανεξάρτητα από τη μορφή και τον χρόνο εκδήλωσης (Σταθόπουλος 1999)

Η ταξινόμηση των ατόμων με ειδικές ανάγκες θα μπορούσε να είναι η ακόλουθη:

1.3.1 Άτομα με προβλήματα κώφωσης ή βαρηκοΐας

Κώφωση ή βαρηκοΐα ονομάζεται η πλήρης ή μερική αδυναμία ακρόασης ομιλίας και άλλων ήχων ανεξάρτητα από το πόσο αυτοί ενισχυθούν. Σχεδόν το 20% του παγκόσμιου πληθυσμού παρουσιάζει κάποιο βαθμό απώλειας ακοής και πάνω από 5% έχει πλήρη απώλειά του (Schrepfer et al 2017). Υπάρχουν παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο σε ένα κωφό άτομο ώστε να μπορέσει να αναπτύξει την ομιλούμενη ή τη νοηματική γλώσσα. Και είναι οι ακόλουθες:

- Ο βαθμός της υπολειμματικής ακοής
- Η ηλικία εμφάνισης απώλειας ακοής
- Η ηλικία στην οποία έγινε η διάγνωση της κώφωσης
- Η αιτιολογία
- Η ικανότητα που έχουν οι γονείς να επικοινωνήσουν με το παιδί τους που έχει κώφωση (Κρουσταλάκης 2005)

1.3.2 Άτομα με προβλήματα όρασης

Η τύφλωση είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει αυτούς που έχουν πλήρη έλλειψη της αντίληψης του φωτός. Η πλειονότητα των ατόμων με οφθαλμικές διαταραχές έχει κάποιο επίπεδο όρασης ενώ τουλάχιστον το 15% παρουσιάζει πλήρη τύφλωση. Ασθενής όραση είναι μια έννοια που χρησιμοποιείται για την περιγραφή εκείνων των οποίων η όραση δεν μπορεί να διορθωθεί πλήρως με συμβατικές μεθόδους όπως τα γυαλιά, οι φακοί επαφής, τα φάρμακα ή η χειρουργική επέμβαση.

Από την άλλη πλευρά η εξασθένιση της όρασης είναι ένας διαφορετικός όρος για την περιγραφή εκείνων των οποίων η μειωμένη οπτική λειτουργία παρεμποδίζει την ικανότητά τους να εκτελούν δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής, όπως είναι η ανάγνωση ή η οδήγηση. Η τύφλωση σύμφωνα με την Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλειας των Ηνωμένων Πολιτειών (SSA) αποτελεί έναν όρο ο οποίος προσδιορίζει το αν ένα άτομο πρέπει να λαμβάνει παροχές αναπηρίας. Ένα άτομο θεωρείται νομικά τυφλό αν μετά από ειδικές δοκιμές έχει κεντρική οπτική οξύτητα 20/200 ή μικρότερη (Yeon & Mesfin 2020)

1.3.3 Άτομα με κινητικά προβλήματα

Στα άτομα με κινητικές διαταραχές συμπεριλαμβάνονται όλα τα άτομα τα οποία έχουν μια μορφή αναπηρίας που τους παρεμποδίζει να κινηθούν. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι ημιπληγικοί, οι παραπληγικοί και οι τετραπληγικοί. Η ανεπαρκής εξέλιξη της εναρμόνισης των κινήσεων που δεν συνδέεται με μια γενική νοητική καθυστέρηση ή ειδική νευρολογική αναπηρία είναι η πρωταρχική ιδιαιτερότητα αυτής της διαταραχής (Κρουσταλάκης 2005).

1.3.4 Επιληπτικά άτομα

Η επιληψία είναι το πιο κοινό σοβαρό νευρολογικό πρόβλημα, το οποίο επηρεάζει περίπου 0,5-1% του πληθυσμού (παγκοσμίως έως 60 εκατομμύρια άνθρωποι μπορεί να έχουν επιληψία). Είναι μια κατάσταση επαναλαμβανόμενων επιληπτικών κρίσεων οι οποίες οφείλονται σε υπερβολική απόρριψη νευρώνων προκαλώντας ένα γεγονός το οποίο είναι διακριτό από το άτομο που το βιώνει (Sander 2014).

1.4 Κοινωνική νοσηλευτική

Η κοινωνική νοσηλευτική αποτελεί ένα παρακλάδι της νοσηλευτικής επιστήμης, το οποίο συνδυάζει πρακτικές ικανότητες και επιστημονικές γνώσεις για να αντεπεξέλθει στις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους που βρίσκονται στην κοινότητα (σπίτι, σχολείο, χώρο εργασίας). Η κοινωνική νοσηλευτική έχει ως ρόλο την προαγωγή και τη διατήρηση της υγείας καθώς και την πρόληψη της ασθένειας (Μεϊμέτη και συν 2015).

Βασικοί της στόχοι αποτελούν οι εξής:

1. Πρόληψη και αποτροπή της εξέλιξης της ασθένειας
2. Μείωση των επιπτώσεων μιας ήδη υπάρχουσας αρρώστιας
3. Συμπαράσταση και ψυχολογική στήριξη ασθενών σε περιόδους άγχους
4. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών ή ατόμων με αναπηρία πριν ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
5. Ενημέρωση και εκπαίδευση των ατόμων και της οικογένειάς τους για τη διατήρηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής με σκοπό την εξέλιξη της υγείας της κοινότητας (Μεϊμέτη και συν 2015).

Τα βασικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής νοσηλευτικής είναι τα παρακάτω:

1. Συνδυασμός γνώσεων και δεξιοτήτων της νοσηλευτικής και άλλων κλάδων όπως της Δημόσιας Υγείας.
2. Αναβάθμιση της συμμετοχής των ατόμων της κοινότητας στα ζητήματα της υγείας.
3. Συνεργασία με άλλους επιστήμονες του κλάδου της υγείας όπως ψυχολόγοι ή κοινωνικοί λειτουργοί.
4. Επικεντρώνεται στην υγεία παρά στην ασθένεια (Μεϊμέτη και συν 2015)

1.5 Η εξέλιξη της κοινοτικής νοσηλευτικής

Στη δημόσια υγεία ανέκαθεν οι νοσηλευτές έπαιζαν ρόλο ζωτικής σημασίας ώστε να βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας. Ο παραδοσιακός ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ή φροντιστή ή θεραπευτή έχει σχεδόν εξαφανιστεί. Γιατροί και νοσηλευτές που έχουν ερευνήσει και μελετήσει πρωτόγονους αλλά και δυτικούς πολιτισμούς ξέρουν τον ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή καλά. Στις αρχαίες και πρωτόγονες κοινωνίες ο κοινοτικός νοσηλευτής-θεραπευτής εμφανιζόταν σε διάφορες μορφές όπως ήταν ο μάγος, η μαία, ο βοτανολόγος και ο ιερέας. Αργότερα όμως οι επαγγελματίες υγείας και τα άτομα των βιομηχανοποιημένων κοινωνιών παράβλεψαν ή μηδένισαν τον ρόλο αυτών. Οι παραδοσιακές θεραπευτικές πράξεις είναι κοινωνικά ενωτικές για τους ασθενείς. Συνήθως, εκτός από τον ασθενή συμμετέχουν και οι οικογένειες αλλά και οι γείτονες. Όταν αυτό γίνεται επιτρεπτό από τον θεραπευτή τότε αυτό τον βοηθά στο να μπορεί να εφαρμοστεί η θεραπεία σε μια ολόκληρη ομάδα ή σύνολο. (Tom H. Cook 2013 Φτάνοντας στο σήμερα βλέπουμε πως η πρακτική των κοινοτικών νοσηλευτών έχει ως στόχο την πρόληψη της νόσου και την προαγωγή της υγείας. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως η κοινοτική νοσηλευτική βασίζεται στην έρευνα και τη θεωρία. Το νοσηλευτικό αυτό έργο έγκειται στη φροντίδα των ατόμων, των οικογενειών αλλά και των κοινωνικών συνόλων και της κοινότητας (Cook 2013).

1.6 Κοινοτικός νοσηλευτής και ο ρόλος του

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές έχουν ως επίκεντρο τη φροντίδα των ατόμων και των κοινωνικών συνόλων στο περιβάλλον της οικογένειας, των υπηρεσιών υγείας και των σχολείων. Σε εξαίρεση της λήψης συνεντεύξεων από τους πελάτες και την αξιολόγηση της υγείας των ατόμων και των οικογενειών, οι νοσηλευτές χρειάζεται να είναι σε θέση να κάνουν εκτίμηση των υγειονομικών αναγκών, καθώς και των πόρων ενός κοινωνικού συνόλου και τον προσδιορισμό των ηθικών και κοινωνικών αξιών. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές χρειάζεται να έχουν συνεργασία με την κοινότητα για τη βέλτιστη υλοποίηση των προγραμμάτων που θα ικανοποιούν τις ανάγκες της υγείας που υπάρχουν και να αξιολογούν την αποτελεσματικότητά τους αφού τελειώσουν με την εφαρμογή τους (McEwen & Nies 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Ταξινόμηση ατόμων με ειδικές ανάγκες

2.1 Άτομα με προβλήματα ακοής

Τα άτομα τα οποία είναι κωφά δεν είναι απαραίτητο να αντιμετωπίζουν προβλήματα στην ομιλία τους. Επομένως, στις μέρες μας δεν χρησιμοποιείται καθολικά και αόριστα ο όρος «κωφάλαλο». Ύστερα από ειδική εκπαίδευση, άτομα κωφά μπορούν να μιλήσουν. Η κώφωση στην βρεφική ηλικία επηρεάζει την ικανότητα του βρέφους να ακούει και άρα να μιμείται τους ήχους, γι' αυτό και καταλήγει στην απώλεια ομιλίας, αν δεν υπάρχει έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική αγωγή. (Σταθόπουλος, 2005). Τα βαρήκοα άτομα αντιπροσωπεύουν μια ετερογενή ομάδα και συχνά ποικίλει η φύση της βαρηκοΐας. Οι ιδιότητες της βαρηκοΐας μπορεί να επηρεάσουν τον σχεδιασμό του πλάνου παρέμβασης ακοολογικής αποκατάστασης.

Η βαρηκοΐα κατηγοριοποιείται σε τέσσερα στάδια: στον βαθμό, στον χρόνο έναρξης, στην αιτιολογία και στην πορεία στον χρόνο. Στα πλαίσια του βαθμού την βαρηκοΐα μπορούμε να την χαρακτηρίσουμε ως ήπια, μέτρια, μέτρια προς σοβαρή, σοβαρή ή πολύ σοβαρή. Κάποιο άτομο που έχει μια ήπια, μέτρια ή μέτρια προς σοβαρή βαρηκοΐα συχνά χαρακτηρίζεται ως βαρήκοο. Μερικές φορές, ο όρος ακουστικά ανάπηρος αντικαταστέι τον όρο βαρήκοος. Σε πολλά άτομα αυτός όρος δεν αρέσει, διότι υπονοεί ότι πιθανόν να είναι ακριβώς αυτό, ανάπηροι, παρόλο που καταφέρνουν να λειτουργούν στην καθημερινότητά τους αποτελεσματικά. Κάποιο άτομο που έχει μια πολύ σοβαρή βαρηκοΐα, ορισμένες φορές αποκαλείται Κωφός. Άτομο που ανήκουν στην κοινότητα των Κωφών, άτομα που έχουν γεννηθεί κωφά ή μεγάλωσαν με κωφά μέλη της οικογένειάς τους μπορεί να αναφέρονται στους εαυτούς τους ως Κωφοί. Το κεφαλαίο «Κ» δηλώνει την ιδιότητά τους ως μέλη στην κοινότητα των Κωφών. Τα μέλη της κοινότητας των Κωφών μοιράζονται μια παρόμοια νοηματική γλώσσα, κουλτούρα και εκπαιδευτικές εμπειρίες (Τρίμης 2012).

2.1.1 Είδη βαρηκοΐας

Περιγραφές που σχετίζονται με την βαρηκοΐα, περιλαμβάνουν τα εξής:

- Αμφίπλευρη έναντι μονόπλευρης. Με την αμφίπλευρη βαρηκοΐα εννοείται ότι και τα δύο αυτιά αντιμετωπίζουν μειωμένη ευαισθησία, ενώ η μονόπλευρη σημαίνει ότι έχει επηρεαστεί μόνο το ένα από τα δύο αυτιά.
- Συμμετρική έναντι ασύμμετρης. Με την συμμετρική βαρηκοΐα καταλαβαίνεται ότι η διαμόρφωση και ο βαθμός της βαρηκοΐας είναι ίδιο και στα δύο αυτιά, ενώ η ασύμμετρη βαρηκοΐα σημαίνει πως διαφέρουν και τα δύο αυτιά.
- Κυμαινόμενη έναντι σταθερής. Ορισμένες φορές η ακουστική ευαισθησία του ατόμου αντιμετωπίζει διακυμάνσεις (για παράδειγμα αν σε ένα παιδί υπάρχει υγρό στο αυτί), ενώ άλλες φορές παραμένει σταθερή η ευαισθησία.

Στα πλαίσια του χρόνου έναρξης μια βαρηκοΐα μπορεί να περιγράφει ως προγλωσσική, περιγλωσσική ή μεταγλωσσική.

- Προγλωσσική βαρηκοΐα. Ένα άτομο που έχει μια προγλωσσική βαρηκοΐα παρουσίασε την απώλεια πριν την κατάκτηση των δεξιοτήτων προφορικού λόγου. Παρόλο που δεν υπάρχει παγκόσμια συμφωνία με το πότε τελειώνει η προγλωσσική φάση, γενικά, όταν παρουσιάσει ένα παιδί μια βαρηκοΐα πριν την ηλικία των 2 ετών, θα θεωρηθεί ότι έχει μια προγλωσσική βαρηκοΐα.
- Συγγενής βαρηκοΐα. Μια συγγενής βαρηκοΐα θεωρείται ότι παρουσιάζεται στη γέννηση ή ότι σχετίζεται με την διαδικασία της γέννησης.
- Επίκτητη βαρηκοΐα. Η επίκτητη βαρηκοΐα δεν είναι παρούσα στην γέννηση, αλλά εμφανίζεται πιο αργά, είτε ως παιδί, είτε ως ενήλικας.
- Περιγλωσσική βαρηκοΐα. Ένα παιδί, το οποίο θα χάσει την ακοή του, έπειτα από την κατάκτηση, θεωρείται ότι έχει μια περιγλωσσική βαρηκοΐα.

- Μεταγλωσσική βαρηκοΐα. Μεταγλωσσική είναι η βαρηκοΐα που εμφανίζεται έπειτα από την κατάκτηση της ομιλίας και του λόγου. Όμως, πάλι δεν υπάρχει συμφωνία σχετικά με την ηλικία κατά την οποία τελειώνει το περιγλωσσικό στάδιο, αλλά μπορεί να είναι κοντά στην ηλικία των 5 ετών. Η μεταγλωσσική διάκριση πιθανώς να διαχωρίζεται περαιτέρω σε 4 πρόσθετες ομάδες : προεπαγγελματική ηλικία (5-17 ετών), πρώιμη ηλικία εργασίας (18-44 ετών), ύστερη ηλικία εργασίας (45-64 ετών) και ηλικία συνταξιοδότησης (65 ετών και άνω).

Μια τρίτη διάσταση που χρησιμοποιείται για την κατηγοριοποίηση της βαρηκοΐας είναι η αιτιολογία.

- Βαρηκοΐα αγωγιμότητας. Αυτού του είδους η βαρηκοΐα προέχεται από μια έμφραξη είτε στο εξωτερικό ή στο μεσαίο αυτί, η οποία αποτρέπει τον ήχο από το να φτάσει στις νευροαισθητηριακές δομές του εσωτερικού αυτιού. Μια έμφραξη μπορεί να είναι συγγενής όπως μικρωτία ή στρησία ή μπορεί να είναι επίκτητη όπως συσσώρευση κυψελίδας στον ακουστικό πόρο ή μέση ωτίτιδα στο μεσαίο αυτί. Πολλές βαρηκοΐες αγωγιμότητας αντιμετωπίζονται με ιατρική θεραπεία ή με το πέρασμα του χρόνου. Σε περιπτώσεις όπου η απώλεια στην ακουστική ευαισθησία παραμένει, η αποτελεσματική ενίσχυση μπορεί να ελαχιστοποιήσει τις δυσκολίες ακρόασης. Επίσης, οι βαρηκοΐες αγωγιμότητας προκαλούν την εξασθένηση της ομιλίας. Σε περίπτωση που η ομιλία μπορεί να ενισχυθεί αρκετά, ο ασθενής, μπορεί να αναγνωρίσει την ομιλία αρκετά εύκολα.
- Νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα. Αυτού του είδους η βαρηκοΐα προέρχεται από μία διαταραχή στο εσωτερικό αυτί, στο όγδοο κρανιακό νεύρο, στο εγκεφαλικό στέλεχος, στο μεσεγκέφαλο ή στον ακουστικό φλοιό. Η νευροαισθητηριακές βαρηκοΐες είναι, χαρακτηρίστηκα, μόνιμες και προκαλούνται από έναν αριθμό παραγόντων συμπεριλαμβανόμενης της γενετικής σύνθεσης, των μητρικών λοιμώξεων ή μεταγεννητικής λοίμωξης, όπως μηνιγγίτιδα ή εγκεφαλίτιδα. Οι νευροαισθητηριακές βαρηκοΐες μπορεί να σχετίζονται με έκθεση σε θόρυβο, την λήψη ωτοτοξικών φαρμάκων ή την γήρανση και οι ασθενής εμφανίζουν μειωμένη ικανότητα να αναγνωρίσουν την ομιλία. Αυτό συμβαίνει γιατί έχουν μειωμένη ή μηδαμινή νευρική ικανότητα για μετάβαση του ήχου στον εγκέφαλο.

- Μικτή βαρηκοΐα. Ένα άτομο μπορεί να έχει βαρηκοΐα αγωγιμότητας και νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα μαζί.
- Προοδευτική βαρηκοΐα. Ένα άτομο το οποίο έχει μια βαρηκοΐα που παρουσιάζεται κατά την πάροδο αρκετών μηνών ή χρόνων.
- Αιφνιδιά βαρηκοΐα. Ένα άτομο το οποίο χάνει την ακοή του ξαφνικά (Τρίμης 2012).

2.1.2 Κοχλιακό εμφύτευμα

Ένα κοχλιακό εμφύτευμα είναι μια προσθετική συσκευή που ενεργοποιεί το ακουστικό νεύρο απευθείας με ηλεκτρικούς παλμούς για να αναδημιουργήσει την ακοή σε άτομα με διαταραχές ή απώλεια αυτής. Παρόλο που η συσκευή αυτή δεν μπορεί να αναδημιουργήσει πλήρως τα περίπλοκα μοτίβα της νευρικής ενεργοποίησης ενός φυσιολογικού αυτιού, τα άτομα με κοχλιακά εμφυτεύματα μπορούν να κατανοήσουν καλά την ομιλία. Η κατανόηση της ομιλίας σε θορυβώδεις συνθήκες ακρόασης καθώς και η εκτίμηση της σύνθετης μουσικής εξακολουθούν να αποτελούν προβλήματα για τα άτομα αυτά (Shannon 2008).

2.1.3 Κριτήρια για εμφύτευση κοχλιακού εμφυτεύματος

Καθώς η λίστα των ενδείξεων επεκτείνεται, οι αντενδείξεις για πραγματοποίηση κοχλιακού εμφυτεύματος γίνονται όλο και πιο ξεκάθαρες όσο αυξάνεται η εμπειρία. Πρώτον για να υποστεί κάποιος κοχλιακή εμφύτευση είναι απαραίτητο να έχει κοχλιακό νεύρο κάτι το οποίο προσδιορίζεται με τη χρήση μαγνητικής τομογραφίας συνήθως στη παιδική ηλικία. Η απουσία ενός ακουστικού νεύρου δεν είναι πάντα εύκολο να προσδιοριστεί και ταυτόχρονα η υποψία απουσίας ή δυσπλασίας αυτού υποδηλώνει μια σχετική αντένδειξη για τα άτομα που επιθυμούν την εμφύτευση. Επιπλέον, η διάρκεια της κώφωσης αποτελεί το πιο σημαντικό κριτήριο καθώς ένας ενήλικας ασθενής ο οποίος δεν έχει αναπτύξει κάποια γλώσσα επικοινωνίας αντενδείκνυται της εμφύτευσης. Τέλος οι ασθενείς που δεν έχουν την ικανότητα ή την κοινωνική υποστήριξη να αναλάβουν την διαδικασία αποκατάστασης δεν θα πρέπει να λαμβάνουν το εμφύτευμα (Naples & Ruckenstein 2019).

2.1.4 Κοχλιακό εμφύτευμα και ποιότητα ζωής

Τα κοχλιακά εμφυτεύματα συσχετίζονται με στατικά σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής των κωφών ατόμων. Οι βελτιώσεις που παρατηρήθηκαν αφορούν κυρίως τους τομείς της επικοινωνίας, του συναισθήματος της επιβάρυνσης στους άλλους, την απομόνωση και τις σχέσεις με φίλους και την οικογένεια. Παράλληλα τα εμφυτεύματα οδήγησαν στην μείωση του άγχους και της κατάθλιψης και καλυτέρευσαν τη ζωή και των συγγενών. (Birger et al 2004) Με τον ίδιο τρόπο τα κοχλιακά εμφυτεύματα έχουν επηρεάσει θετικά την ζωή των κωφών παιδιών με σημαντικά αποτελέσματα στις κοινωνικές τους σχέσεις καθώς και στη ελάττωση της εξάρτησης από τους γονείς τους. Υπάρχουν βέβαια και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των παιδιών με κοχλιακό εμφύτευμα όπως η ηλικία που πραγματοποιήθηκε η επέμβαση, η γλωσσικές του δεξιότητες καθώς και η δεκτικότητα της οικογένειας (Moura et al 2019).

2.1.5 Απώλεια ακοής σε παιδιά μικρής ηλικίας

Η απώλεια ακοής στη πρώιμη παιδική ηλικία ενέχει μεγαλύτερους κινδύνους για τη δημιουργία γνωστικών, κοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων ειδικά σε περιπτώσεις καθυστέρησης της ομιλίας ή εκμάθησης της γλώσσας εκτός αν διαγνωστούν σε αρχικό στάδιο. Τα παιδιά με κώφωση έχουν τη δυνατότητα να αναπτύξουν παρόμοια αποτελέσματα με τα συνομήλικα φυσιολογικά ακουστικά παιδιά όταν αυτά διαγιγνώσκονται πριν την ηλικία των 6 μηνών και λάβουν τις απαραίτητες υπηρεσίες πρώιμης ακουστικής και λεκτικής θεραπείας. Η πρώιμη κοχλιακή εμφύτευση σε παιδιά με απώλεια ακοής έχει ζωτική σημασία και αντίκτυπο στην ανάπτυξη του παιδιού σε όλους του τομείς. Ενώ η καθυστερημένη ηλικία διάγνωσης και επέμβασης επηρεάζουν δυσμενώς όλους τους αναπτυξιακούς τομείς ενός παιδιού (γλώσσα, ομιλία κλπ.). Γίνεται εύκολα αντιληπτό πως η έγκαιρη διάγνωση, η επέμβαση και η πρώιμη ακουστική και λεκτική θεραπεία έχει θετική επίδραση στην ανάπτυξη ενός παιδιού (Sahli 2019).

2.1.6 Μαθητές με απώλεια ακοής στο σχολείο

Σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Κορέα τα περισσότερα παιδιά με απώλεια ακοής που έχουν υποστεί επέμβαση κοχλιακής εμφύτευσης και φοιτούν σε κάποιο γενικό σχολείο φάνηκαν να έχουν θετική αυτοεκτίμηση και μικρή δυσκολία στην επικοινωνία με τους

συμμαθητές τους. Ταυτόχρονα πάνω από τα μισά από αυτά τα παιδιά σημείωσαν πάνω από το μέσο όρο στις ακαδημαϊκές τους υποχρεώσεις με ορισμένες δυσκολίες σε δεύτερες γλώσσες ή στην επικοινωνία με πολλαπλούς συμμαθητές τους σε μια θορυβώδες τάξη (Choi et al 2020).

2.1.7 Νοηματική γλώσσα

Η νοηματική γλώσσα είναι μια μορφή χειροκίνητης επικοινωνίας που χρησιμοποιείται από κάθε κοινότητα κωφών στην οποία εφευρίσκονται εκ νέου λέξεις και ορισμοί που δεν είχαν διατυπωθεί στο παρελθόν. Αποτελείται σε μεγάλο βαθμό από σταθερές, συμβατικές κινήσεις και στάσεις των χεριών με δική τους έννοια και θυμίζει παντομίμα ενώ στην πραγματικότητα απέχει πολύ από την απλότητα αυτής. Ταυτόχρονα η νοηματική είναι εντελώς ανεξάρτητη από την προφορική γλώσσα.

Επιπλέον η νοηματική γλώσσα περιλαμβάνει τη χρήση διαφορετικών τμημάτων του σώματος όπως τα δάχτυλα, το χέρι, τον βραχίονα, το κεφάλι το σώμα και την έκφραση του προσώπου. Υπάρχουν πέντε κύριες παράμετροι στη νοηματική γλώσσα οι οποίες σχετίζονται με το σχήμα που δημιουργεί το χέρι, τον προσανατολισμό της παλάμης, την κίνηση , την τοποθεσία καθώς και τα σήματα έκφρασης. Για να έχουμε μια ορθή νοηματική λέξη πρέπει και οι πέντε αυτοί παράμετροι να εκτελεστούν σωστά. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ομοσπονδία κωφών υπάρχουν 300 νοηματικές γλώσσες σε όλο το κόσμο που χρησιμοποιούνται από 70 εκατομμύρια κωφούς. Η αναγνώριση της νοηματική γλώσσας είναι πολύ σημαντική καθώς μπορεί να αποτρέψει διάφορα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι κωφοί στην κοινωνία. Οι περισσότερες τεχνολογίες επικοινωνίας έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια υποστηρίζοντας την ομιλία και την γραπτή γλώσσα, παραμελώντας όμως την νοηματική. Εφαρμογές επικοινωνίας όπως το IMO και το WhatsApp έχουν γίνει σημαντικό μέρος της ζωής μας, αλλά οι κωφοί άνθρωποι αλλά οι κωφοί άνθρωποι αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα κατά την χρήση τους. Η καθημερινή επικοινωνία της κοινότητας των κωφών με τον υπόλοιπο κόσμο θα μπορούσε να διευκολυνθεί χρησιμοποιώντας τέτοιες εφαρμογές. Μεγάλες εταιρίες τεχνολογίας όπως η Google, η Microsoft και το Facebook έχουν διευρύνει ευρέως τις τεχνολογίες αναγνώρισης χειρών και κίνησης. Έτσι η ανάπτυξη αυτόματων συστημάτων μετάφρασης νοηματικής γλώσσας εξελίσσεται με στόχο την ικανοποίηση πολλών απαιτήσεων για την προώθηση ίσων ευκαιριών επικοινωνίας για τη βελτίωση της δημόσιας ευημερίας. (Rastgoo et al 2020).

2.2 Άτομα με προβλήματα όρασης

Άνθρωποι με οπτική οξύτητα η οποία είναι μικρότερη από το 1/20 της φυσιολογικής ορίζονται ως τυφλοί και τυγχάνουν διαφόρων ευεργετημάτων και παροχών από το κράτος. Τα βασικά αίτια που καθιστούν τυφλά ορισμένα βρέφη και μικρά παιδιά είναι κληρονομικές, μολυσματικές και λοιμώδεις ασθένειες. Από την άλλη, στους ενήλικες τα αίτια συνήθως βασίζονται σε διάφορα ατυχήματα, ενώ οι υπερήλικες τυφλώνονται εξαιτίας των εκφυλιστικών οπτικών αλλοιώσεων και ασθενειών, όπως είναι ο διαβήτης. Το να χάσει κανείς την όρασή του θεωρείται ίσως και η πιο σοβαρή μορφή αναπηρίας σε όλες τις κοινωνίες. Επομένως, τους τυφλούς τους αντιμετώπιζαν με συμπόνια και θετική διάθεση από τα αρχαία χρόνια. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα εκδήλωσης αυτής της συμπόνιας ήταν η ίδρυση ενός ειδικού σχολείου για τυφλά άτομα από τον Γάλλο Βαλεντίνο Άουί, το 1785. Αργότερα, ένας τυφλός μαθητής του, ο Λουδοβίκος Μπράιγ, επινόησε ένα καινούργιο σύστημα γραφής και ανάγνωσης το οποίο χρησιμοποιείται με ανάγλυφες τελείες (Σταθόπουλος, 2005).

2.2.1 Κώδικας Μπράιγ και υποστήριξη των τυφλών

Έχουν περάσει σχεδόν 200 χρόνια από τότε που ο Louis Braille, ο οποίος έχασε την όραση του όταν ήταν παιδί, εφηύρε το σύστημα γραφής που χρησιμοποιείται τώρα σε ολόκληρο τον κόσμο. Αυτό το σύστημα 6 κουκίδων επιτρέπει στα τυφλά άτομα να διαβάζουν (και να γράφουν) χρησιμοποιώντας το αίσθημα της αφής. Ο κώδικας Μπράιγ είναι διαθέσιμος σε περισσότερες από 120 γλώσσες και έχει γίνει ένα ισχυρό μέσο με το οποίο οι τυφλοί επιτυγχάνουν να έχουν μια ανεξάρτητη ζωή. Πρόσφατες εκτιμήσεις δείχνουν πως επί του παρόντος υπάρχουν 217 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο που έχουν προβλήματα όρασης και 36 εκατομμύρια που είναι τυφλοί. Η απόκτηση της ανεξαρτησίας αυτών των ατόμων αποτελεί μια πολύπλευρη και εξατομικευμένη προσέγγιση που θα μπορούσε να χωριστεί σε τρεις τομείς, τα εργαλεία και τις τεχνικές, τις πολιτικές και τα σχέδια και τέλος τη ψυχολογική υποστήριξη.

Εργαλεία και τεχνικές: Ο Louis Braille προσάρμοσε ένα σύστημα απλής γραφής που είχε αναπτυχθεί από τον Charles Barbier ως μέσο επικοινωνίας μεταξύ των στρατιωτών. Έτσι και οι σημερινοί εφευρέτες προσαρμόζουν τη τεχνολογία των κινητών τηλεφώνων και του παγκόσμιου συστήματος εντοπισμού θέσης (GPS) με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να επιτρέπουν στους τυφλούς να πλοηγούνται με ασφάλεια και χρησιμοποιώντας την κάμερα με τεχνολογία

οπτικής ανάγνωσης να διαβάζουν. Επιπλέον, δεν πρέπει να παραλείπει κανείς τα παραδοσιακά βοηθήματα όπως είναι το λευκό ραβδί πλοήγησης και οι σκύλοι καθοδήγησης.

Πολιτικές και σχέδια: Μερικά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι τυφλοί δεν λύνονται με εργαλεία και τεχνικές. Η υπεράσπιση των δικαιωμάτων των τυφλών και η οργάνωση της νομοθεσίας είναι εξίσου σημαντικά. Για παράδειγμα, είναι απαραίτητη η ύπαρξη ετικετών και εγγράφων στον κώδικα Μπράιγ καθώς και η δέουσα προσοχή κατά την διάρκεια σχεδιασμού δημόσιων κτηρίων. Ταυτόχρονα, απαραίτητη είναι και η χρηματοδότηση ατόμων με ειδικές ανάγκες και των οργανισμών που τους βοηθούν. Τέλος, πρέπει να συμπεριληφθούν οι τυφλοί και τα άτομα με προβλήματα όρασης στο χώρο εργασίας για την αποφυγή διακρίσεων.

Ψυχολογική υποστήριξη: Παρά τη διαθεσιμότητα εργαλείων, τεχνικών, υποδομών και της νομοθεσίας ένα σημαντικό εμπόδιο για την ανεξάρτητη διαβίωση των τυφλών ατόμων είναι η απροθυμία των ανθρώπων να τους δώσουν ευκαιρίες λόγω της κατάστασής τους. Καταργώντας το κοινωνικό στίγμα, απομυθοποιώντας τις προκαταλήψεις και εκπαιδύοντας την κοινωνία η ανεξαρτητοποίηση των των τυφλών και γενικά των ατόμων με ειδικές ανάγκες θα ήταν πολύ πιο εύκολη (Clement , 2018).

2.2.2 Εμπόδια των τυφλών μαθητών στην εκπαίδευση

Τα εμπόδια που υπάρχουν στα περισσότερα εκπαιδευτικά ιδρύματα σχετίζονται με τις ελλειπείς παροχές προς τους μαθητές με προβλήματα όρασης όπως τα ειδικά τμήματα για εκείνους. Ταυτόχρονα, έχουν εντοπιστεί προβλήματα και στους πόρους που παρέχονται σε αυτούς τους μαθητές. Για παράδειγμα είναι μέγιστης σημασίας να δοθούν έντυπες πληροφορίες σε μορφή που θα είναι προσβάσιμη σε εκείνους κάτι το οποίο δεν πραγματοποιείται στο 47% του συνόλου των μαθητών με προβλήματα όρασης. Παράλληλα, υπάρχουν και τα περιβαλλοντικά εμπόδια που αφορούν την πρόσβαση σε κτίρια, σε αίθουσες διδασκαλίας και στη διαμονή τους σε φοιτητικές εστίες. Ωστόσο, ορισμένα από αυτά τα εμπόδια μπορούν να ξεπεραστούν μέσω της χρήσης ανελκυστήρων, αυτόματων θυρών, κατάλληλων πινακίδων και άλλων μέσων βοηθητικής τεχνολογίας (Bishop 2011).

2.2.3 Προβλήματα των τυφλών σε εσωτερικούς χώρους

Ορισμένα άτομα με προβλήματα όρασης απέχουν από διάφορες δραστηριότητες που περιλαμβάνουν κάποια μορφή πλοήγησης, λόγω προηγούμενων ατυχημάτων που τους

αποθάρρυναν με αποτέλεσμα να μειώνονται οι κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις. Σε αντίθεση με την ύπαιθρο που υπάρχουν πολλά περιβαλλοντικά στοιχεία που βοηθάνε στη περιήγηση, οι κλειστοί χώροι έχουν ένα σύνολο δυσκολιών. Γι' αυτό το λόγο ορισμένες τεχνολογίες έχουν τεθεί σε λειτουργία για να βοηθήσουν τους ανθρώπους αυτούς να έχουν μια ελεύθερη πλοήγηση (π.χ. προσβάσιμος χάρτης, εσωτερικά συστήματα πλοήγησης και φορητούς ηλεκτρονικούς υπολογιστές). Ωστόσο αυτές οι τεχνολογίες είναι ανεπαρκείς όσον αφορά την πλήρη ανεξαρτοποιημένη πλοήγηση αυτών των ατόμων λόγω της ύπαρξης διάφορων εμποδίων στο χώρο (Jeamwathanachai, 2019).

2.3 Επιληπτικά άτομα

Η επιληψία είναι μια εξαιρετικά διαδεδομένη χρόνια νευρολογική διαταραχή και οδηγεί σε κοινωνικές, συμπεριφορικές και οικονομικές συνέπειες. Το «χάσμα θεραπείας» κυμαίνεται από 10% στις ανεπτυγμένες χώρες έως 75% στις χώρες με χαμηλό εισόδημα. Ενώ, ταυτόχρονα, το στίγμα και οι διακρίσεις που σχετίζονται με την επιληψία είναι διαδεδομένες παγκοσμίως. Η ηλεκτροεγκεφαλογραφία (EEG) θεωρείται το πιο σημαντικό εργαλείο για την αξιολόγηση του ασθενούς με επιληψία και η παρακολούθηση βίντεο-EEG είναι ένα σημαντικό εργαλείο για την επιβεβαίωση του τύπου της κατάσχεσης και την εκτίμηση της επιληπτογενούς ζώνης στον εγκέφαλο. Επιπλέον, αξιολόγηση της νευροαπεικόνισης είναι σημαντική για τον προσδιορισμό της αιτιολογίας των επιληψιών και οι γενετικοί έλεγχοι αύξησαν την πιθανότητα εντοπισμού των αιτιών ορισμένων τύπων επιληψίας. Η επιληψία μπορεί να αντιμετωπιστεί με προσιτό τρόπο με φάρμακα χαμηλού κόστους. Ανθεκτική επιληψία συμβαίνει περίπου στο ένα τρίτο των πρόσφατα διαγνωσμένων ασθενών με επιληψία. Για αυτήν την ομάδα ασθενών, υπάρχουν επιλογές χειρουργικής θεραπείας, δίαιτας και νευροδιέγερσης για τη βελτίωση του ελέγχου των επιληπτικών κρίσεων και της ποιότητας ζωής. Σε ανεπαρκώς οργανωμένες κοινωνίες, υπάρχει έλλειψη ιεράρχησης της επιληψίας στις εθνικές πολιτικές υγείας, περιορισμένοι πόροι για εκπαιδευμένο προσωπικό και έλλειψη βασικών αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Υπάρχουν ενδείξεις βελτίωσης στην κατανόηση της επιληψίας και σαφής πρόοδος στη διαχείριση των επιληπτικών κρίσεων τα τελευταία χρόνια. Υπάρχει έλλειψη ιεράρχησης της επιληψίας στις εθνικές πολιτικές υγείας, περιορισμένοι πόροι για εκπαιδευμένο προσωπικό και έλλειψη βασικών αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Υπάρχουν όμως ενδείξεις βελτίωσης στην κατανόηση της επιληψίας και σαφής πρόοδος στη διαχείριση των επιληπτικών κρίσεων τα τελευταία χρόνια (Guerreiro 2016).

2.3.1 Κατηγορίες επιληπτικών κρίσεων

Οι επιληπτικές κρίσεις διακρίνονται σε δύο κατηγορίες.

A. Γενικευμένες

B. Εστιακές

Στις γενικευμένες κρίσεις παρατηρείται συμμετοχή του δικτυωτού σχηματισμού του εγκεφάλου με αποτέλεσμα την απώλεια συνείδησης καθ' όλη τη διάρκεια της κρίσης. Στις μεγάλες γενικευμένες κρίσεις (Grand Mal) το άτομο πέφτει και έχει τονοκοκλονικούς σπασμούς σ' όλους τους μυς του για μερικά δευτερόλεπτα έως και λεπτά. Η «επιληπτική κρίση» χαρακτηρίζεται από δύο φάσεις. Πρώτα είναι η φάση των σπασμών που ξεκινάει με την πολύ χαρακτηριστική κραυγή την οποία ακολουθεί η απώλεια συνειδήσεως. Ο ασθενής πέφτει προς τα μπροστά όπου και να βρίσκεται. Στις μικρές γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις δεν παρατηρείται πτώση του ατόμου. Οι πιο συχνές από αυτές τις κρίσεις είναι οι «αφαιρέσεις» που στην παιδική ηλικία εμφανίζονται τακτικά και δίνουν την εντύπωση πως το παιδί είναι αφηρημένο.

Οι εστιακές επιληπτικές κρίσεις οφείλονται σε εκφόρτιση κυττάρων κάποιας εστίας του εγκεφάλου με συμπτωματολογία ανάλογη της εστίας εκφόρτωσης. Οι κρίσεις αυτές διακρίνονται σε σωματοκινητικές και ψυχοαισθητηριακές. Ο υψηλός πυρετός, η μέθη με οινόπνευμα, η έντονη σωματό-ψυχική κόπωση, η αφυδάτωση και η μακρά έκθεση στον ήλιο αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες μια επιληπτικής κρίσης. Ενώ οργανικές βλάβες του εγκεφάλου επερχόμενες από την ενδομήτριο ζωή, τον τοκετό ή κατά την διάρκεια της ζωής (π.χ. μετατραυματικές επιληψίες) αποτελούν τους αιτιολογικούς παράγοντες εμφάνισης της επιληπτικής νόσου (Σταθόπουλος 2005).

2.3.2 Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης επιληπτικής νόσου

- Τραυματισμός εγκεφάλου

Πάνω από το 3% των ατόμων που έχουν υποστεί κάποιο τραυματισμό εγκεφάλου αναμένεται στη συνέχεια να αναπτύξουν επιληψία. Η συχνότητα εμφάνισης είναι περίπου 50% σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε στρατιωτικό πληθυσμό που υπέστη διεισδυτικό τραυματισμό στο

κρανίο τους. Ο κίνδυνος εμφάνισης επιληψίας αυξάνεται ανάλογα με την σοβαρότητα του τραυματισμού. Στους ασθενείς με σοβαρό τραυματισμό ο κίνδυνος παραμένει υψηλός για τουλάχιστον 15 χρόνια μετά (Hesdorffer & Hauser 2014).

- Μόλυνση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

Οι λοιμώξεις του Κεντρικού Νευρικού συστήματος αποτελούν σαφώς ένα παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση επιληψίας. Βέβαια, υπάρχει ετερογένεια του κινδύνου ανάλογα με τη φύση της λοίμωξης. Συνολικά περίπου 5% των ατόμων που επιβιώνουν από βακτηριακή μηνιγγίτιδα θα αναπτύξουν επιληψία. Ενώ στο εγκεφαλικό επεισόδιο ο κίνδυνος είναι ακόμα πιο υψηλός. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η νευροκυστερίωση είναι μια σημαντική αιτία επιληψίας, όπου οι περισσότερες επιληπτικές κρίσεις εμφανίζονται όταν ο ασθενής βρίσκεται σε οξεία συμπτωματική φάση της νόσου (Hesdorffer & Hauser 2014).

- Κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών

Η κατάχρηση αλκοόλ έχει αποδεχθεί ότι σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιληψίας. Τα επίπεδα κινδύνου σχετίζονται με το μέγεθος της δόσης χωρίς κάποια εμφανή αύξηση με λιγότερα από δύο ποτά την ημέρα και έως και 20 φορές αύξηση αν η πρόσληψη αλκοόλ είναι μεγαλύτερη από 200g την ημέρα. Ταυτόχρονα, η κοκαΐνη σχετίζεται με διπλή αύξηση του κινδύνου για επιληψία και η ηρωίνη με τριπλή αύξηση ενώ η μαριχουάνα έχει προστατευτικό ρόλο στην εμφάνιση επιληψίας (Hesdorffer & Hauser 2014).

- Όγκοι

Οι πρωτογενείς και μεταστατικοί όγκοι του εγκεφάλου έχουν θεωρηθεί παράγοντες εμφάνισης επιληψίας. Σε πολλούς ασθενείς με επιληπτική νόσο έχουν εντοπιστεί όγκοι κατά την διάρκεια κάποιας χειρουργικής επέμβασης ενώ δεν είναι και ασυνήθιστο να εντοπιστεί όγκος σε άτομα με μακροχρόνια επιληψία. Περίπου το 1/3 όλων των περιπτώσεων όγκου εγκεφάλου στις Δυτικές χώρες παρουσιάζουν επιληπτικές κρίσεις (Hesdorffer & Hauser 2014).

- Γονίδια

Τα γονίδια παίζουν σίγουρα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη επιληψίας. Αν και υπάρχει ένας μικρός κίνδυνος λόγω δομικών ή μεταβολικών παραγόντων, υπάρχει μια τριπλή αύξηση κινδύνου για συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με επιληψία άγνωστης, γενετικής ή υποτιθέμενης γενετικής αιτίας. (Hesdorffer & Hauser 2014. Άλλοι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων είναι η πολλαπλή σκλήρυνση, η ασθένεια του Αλτσχάιμερ, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, η κατάθλιψη, η μεσοχρονική σκλήρυνση, η υπέρταση και οι ημικρανίες. Παράλληλα, έρευνες δείχνουν πως η ηλικία (αυξανόμενος κίνδυνος σε μεγαλύτερες ηλικίες) και το φύλο (αυξημένος κίνδυνος στους άνδρες) αποτελούν παράγοντες κινδύνου αλλά χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση (Hesdorffer & Hauser 2014).

2.3.3 Αντιμετώπιση της επιληπτικής νόσου

Ο στόχος της θεραπείας στην επιληψία είναι η μεγιστοποίηση της ποιότητας ζωής. Στην ιδανική περίπτωση αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής δεν θα έχει επιληπτικές κρίσεις και παρενέργειες το συντομότερο δυνατό, γεγονός που τις περισσότερες φορές δεν γίνεται. Η φαρμακευτική αγωγή που εξαλείφει όλες τις κρίσεις αλλά αφήνει τον ασθενή ανίκανο να ασκεί τις καθημερινές του δραστηριότητες δεν είναι κατάλληλη. Ωστόσο το 60-70% των ασθενών που δέχονται φαρμακευτική αγωγή έχουν πολύ καλά αποτελέσματα εξαλείφοντας τη πλειονότητα των κρίσεων χωρίς να παρουσιάζουν ανεπιθύμητες παρενέργειες. Η επιλογή ενός αντιεπιληπτικού φαρμάκου εξαρτάται από τον τύπο της επιληπτικής κρίσης καθώς και της διάγνωσης του συνδρόμου του ασθενή. Υποστηρίζεται ότι η χρήση ενός φαρμάκου είναι συνήθως πιο αποτελεσματική παρόλα αυτά σε μερικές περιπτώσεις είναι απαραίτητη η χρήση δύο ή και τριών διαφορετικών φαρμάκων. Ο στόχος είναι ο καθορισμός ενός σταθερού επιπέδου φαρμάκων στο αίμα που είναι αποτελεσματικό στον έλεγχο επιληπτικών κρίσεων χωρίς την πρόκληση παρενεργειών. Για να επιτευχθεί αυτό οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν τα φάρμακά τους σε τακτά χρονικά διαστήματα, όπως ορίζεται από τον ιατρό τους (Engel 2014).

2.3.4 Φαρμακευτική αγωγή σε επιληπτικά άτομα

Η επιληψία μπορεί να αντιμετωπιστεί με προσιτό τρόπο με φάρμακα χαμηλού κόστους, όπως τα παραδοσιακά αντιεπιληπτικά φάρμακα: καρβαμαζεπίνη, φαινοβαρβιτάλη, φαινοτοΐνη,

βαλπροϊκό οξύ και βενζοδιαζεπίνες. Τα περισσότερα νέα φάρμακα προσθέτουν περισσότερη ανοχή από την αποτελεσματικότητα στην ιατρική θεραπεία αυτών των ασθενών. Ως εκ τούτου, αυτά μπορεί μερικές φορές να επηρεάσουν το αποτέλεσμα με καλύτερη συμμόρφωση, οδηγώντας σε μια κατάσταση χωρίς επιληπτικές κρίσεις . Ανθεκτική επιληψία συμβαίνει περίπου στο ένα τρίτο των πρόσφατα διαγνωσμένων ασθενών με επιληψία . Το International League Against Epilepsy (ILAE) ορίζει έναν ασθενή με πυρίμαχη επιληψία ως έναν που δεν ανταποκρίνεται σε δύο κατάλληλες ιατρικές θεραπείες . Για αυτήν την ομάδα ασθενών, υπάρχουν επιλογές χειρουργικής θεραπείας, δίαιτας και νευροδιέγερσης για τη βελτίωση του ελέγχου των επιληπτικών κρίσεων και της ποιότητας ζωής . Επί του παρόντος, οι καλύτερες χειρουργικές ενδείξεις είναι καλά καθορισμένες για τη θεραπεία της εστιακής επιληψίας, με το καλύτερο αποτέλεσμα για την επιληψία του μεσαίου κροταφικού λοβού, εστιακές βλάβες όπως όγκους, αρτηριοφλεβικές δυσπλασίες και δυσπλασία της φλοιώδους ανάπτυξης, μεταξύ άλλων. Παράλληλα, η κετογονική δίαιτα χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση της πυρίμαχης επιληψίας για πολλά χρόνια. Πρόσφατα, υπήρξαν νέες εκδόσεις δίαιτας με καλύτερη συμμόρφωση και ανεκτικότητα που χρησιμοποιήθηκαν σε παιδιά με σοβαρά επιληπτικά σύνδρομα με σχετικά καλά αποτελέσματα (Guerreiro 2016).

2.3.5 Διάγνωση επιληψίας

Οι γενετικοί έλεγχοι αύξησαν την πιθανότητα εντοπισμού των αιτιών ορισμένων τύπων επιληψίας. Αυτό αποτελεί βέβαια ένα πολύπλοκο έργο και απαιτεί κάποια εμπειρία στην κλινική του εφαρμογή. Οι μέθοδοι γενετικής δοκιμής είναι η ανάλυση χρωμοσωμικής μικροσυστοιχίας, ο καρυοτυπικός έλεγχος, η δοκιμή ενός γονιδίου, η δοκιμή γονιδιακών πάνελ, η αλληλουχία ολόκληρου του εξώματος και η αλληλουχία ολόκληρου του γονιδιώματος. Εάν χρησιμοποιηθεί με σοφία, μπορεί να συμβάλει στην κλινική διάγνωση και διαχείριση με πρακτικές παρεμβάσεις . Οι εξελίξεις στη μοριακή γενετική έχουν οδηγήσει στον εντοπισμό αρκετών γονιδίων για επιληπτικές εγκεφαλοπάθειες παιδικής ηλικίας με συσχετίσεις φαινοτύπου-γονότυπου . Βέβαια υπάρχουν και κάποιοι περιορισμοί των γενετικών δοκιμών όπως η έλλειψη διαθεσιμότητας και το σχετικά υψηλό κόστος. Επιπλέον, οι κλινικοί γιατροί πρέπει πάντα να γνωρίζουν τις ηθικές, νομικές και κοινωνικές συνέπειες των γενετικών δοκιμών (Guerreiro 2016).

2.4 Άτομα με τραυματισμό του νωτιαίου μυελού

Ο τραυματισμός του νωτιαίου μυελού δεν αποτελεί μια ασθένεια στην οποία απαιτείται η υποχρεωτική δήλωσή της και ως εκ τούτου η ετήσια καταγραφή της μπορεί να είναι ανακριβής. Η εκτιμώμενη όμως συχνότητα τραυματισμού του μυελού παγκοσμίως είναι 11 με 53 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους. Σε γενικές γραμμές τα τροχαία ατυχήματα αντιπροσωπεύουν τον μεγαλύτερο αίτιο τραυματισμού και ακολουθούνται από τις πτώσεις, τους αθλητικούς τραυματισμούς και της αθλητικής βίας. Οι παράγοντες βέβαια διαφέρουν ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες στη χώρα στην οποία συμβαίνουν. Οι μη τραυματικές περιπτώσεις έχουν διαφορετικό δημογραφικό προφίλ (Bromley 2006).

2.4.1 Άτομα με εγκεφαλική παράλυση

Με την έννοια εγκεφαλική παράλυση, αναφερόμαστε στις βλάβες του εγκεφάλου. Μια από τις κυριότερες αιτίες της θεωρείται ο πρόωρος τοκετός. Υπάρχουν όμως και άλλες αιτίες που προκαλούν εγκεφαλική παράλυση όπως είναι ο παρατεταμένος και δύσκολος τοκετός, η ασφυξία, η τραυματική βλάβη του εγκεφάλου, αλλά και η διάρκεια του τοκετού. Μια συνηθισμένη μορφή εγκεφαλικής παράλυσης είναι η σπαστική, με ποσοστό 65%. Την εγκεφαλική παράλυση την παρατηρούμε περίπου 6 στις 1000 γεννήσεις και προκαλείται στο 0,2% του πληθυσμού. Στην Ελλάδα ο αριθμός αυτός κυμαίνεται στα 400 σπαστικά βρέφη τον χρόνο και συνολικά στην χώρα μας ερχόμαστε αντιμέτωποι με ήδη 20.000 σπαστικούς. Τέλος, τα σπαστικά παιδιά διαθέτουν δυνατότητες αποκατάστασης και ένταξης στην κοινωνική ζωή, ανάλογα με την έκταση και την μορφή εγκεφαλικής βλάβης που διαθέτουν. Αυτά τα παιδιά είναι σημαντικό να παρακολουθούνται από ειδικές διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες (Σταθόπουλος 2005).

2.4.2 Θεραπευτικές στρατηγικές σε τραυματισμούς του νωτιαίου μυελού

Η πρώτη περιγραφή του τραυματισμού του νωτιαίου μυελού (SCI) προέρχεται από τον πάπυρο Edwin Smith που χρονολογείται από τον 17^ο αιώνα π.Χ.. Το SCI τότε θεωρήθηκε ως μια

ασθένεια που δεν μπορούσε να αντιμετωπιστεί. Μέχρι και σήμερα δεν έχουμε τα απαραίτητα εργαλεία για την αναγέννηση του νευρικού ιστού. Ωστόσο, συνεχίζουν να εμφανίζονται διαφορετικές προσεγγίσεις και στρατηγικές, συνδυάζοντας γνώσεις με στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Παρά τα πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα στην προκλινική έρευνα, η πραγματοποίησή τους στην κλινική προχωράει αργά. Μέχρι και σήμερα, η πλειονότητα των ασθενών παραμένει σε στάσιμη κατάσταση για το υπόλοιπο της ζωής τους. Για να επιλυθεί αυτή η μέχρι τώρα ανίατη κατάσταση, πρέπει να πραγματοποιηθούν έρευνες με μοντέλα SCI τα οποία σχετίζονται κυρίως με την κλινική τους φάση έτσι ώστε να επιτραπεί μια αξιόπιστη αξιολόγηση των θεραπευτικών στρατηγικών για μελλοντικές θεραπείες ασθενών με τραυματισμό του νωτιαίου μυελού (Jendelova 2018)

2.4.3 Είδη παράλυσης

Η παράλυση είναι η πλήρης απώλεια κινητικής ισχύος σε οποιαδήποτε μυϊκή ομάδα. Όταν η παράλυση επηρεάζει και τα τέσσερα άκρα ονομάζεται τετραπληγία, όταν επηρεάζει μόνο το κάτω άκρα παραπληγία και όταν επηρεάζει τα άκρα στην μία πλευρά του σώματος ημιπληγία. Πολλές διαφορετικές ανατομικές βλάβες και αιτιολογίες μπορούν να προκαλέσουν παράλυση καθώς και να καθορίσουν την θεραπεία τους (Masdeu 2014).

2.4.4 Μονοπληγία

Η μονοπληγία αποτελεί μια μονομελή μορφή μυϊκής ατροφίας της σπονδυλικής στήλης, που επηρεάζει μόνο ένα χέρι ή πόδι και πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη όταν προοδευτικά η αδυναμία συνοδεύεται αισθητηριακή απώλεια. Η αδυναμία ή παράλυση ενός άκρου οφείλεται συνήθως στην παθολογία της σπονδυλικής στήλης και των αντίστοιχων νεύρων. Η μονοπληγία μπορεί να είναι η αρχική παρουσίαση μιας ημιπληγίας, παραπληγίας ή και τετραπληγίας. Η άρνηση χρήσης ενός άκρου μπορεί να προκληθεί από πόνο και αδυναμία και τα αίτια της οποίας είναι συνήθως ορθοπεδικά ή ρευματολογικά (αρθρίτιδα, λοίμωξη, όγκος). Οι πλεξοπάθειες και οι νευροπάθειες είναι οι κορυφαίες αιτίες εμφάνισης μονοπληγίας. Το εγκεφαλικό επεισόδιο επηρεάζει ένα άκρο (κυρίως άνω άκρο παρά κάτω άκρο) περισσότερο από τα άλλα αίτια. Πολλές φορές η εξέταση υποδηλώνει μονοπληγία αλλά πρέπει να πραγματοποιείται προσεκτική διάγνωση καθώς συχνά αποκαλύπτονται αυξημένα αντανακλαστικά των τενόντων στο ‘ανεπηρέαστο’ άκρο. Η χρόνια προοδευτική μονοπληγία είναι ασυνήθιστη. Όταν συμβεί όμως πρέπει να υποπτευόμαστε τη συριγγομυελία και όγκους

του τραχήλου της μήτρας ή του βραγχιόνιου πλέγματος. Τέλος, η χρόνια προοδευτική ενός ποδιού υποδηλώνει όγκο στον νωτιαίο μυελό (Piña-Garza et al 2019).

2.4.5 Παραπληγία

Η παραπληγία αποτελεί αδυναμία των δύο ποδιών, χωρίς εμπλοκή των χεριών και υποδηλώνει κάποια ανωμαλία στο νωτιαίο μυελό και στα περιφερειακά νεύρα. Συνήθως ένα μοτίβο περιφερειακής αδυναμίας, αισθητηριακής απώλειας, ατροφίας των μυών και απουσίας των αντανακλαστικών του τένοντα είναι αρκετό για να αναγνωριστούν περιφερειακές νευροπάθειες. Αντιθέτως, στην παραπληγία προκαλείται σπαστικότητα, υπερβολικά αντανακλαστικά τένοντα και ένα δερματοσωματικό επίπεδο αισθητηριακής απώλειας. Επιπλέον, παραπληγία προκαλούν ορισμένες φορές και οι εγκεφαλικές ανωμαλίες. Σε τέτοιες περιπτώσεις τα χέρια και τα πόδια του ασθενή είναι αδύναμα. Ωστόσο, η αδυναμία των ποδιών είναι πολύ μεγαλύτερη από αυτή των χεριών με αποτέλεσμα η παραπληγία να είναι το κυρίως παράπονο (Piña-Garza et al 2019).

2.4.6 Τετραπληγία

Η τετραπληγία είναι ένα κλινικό σημάδι που περιλαμβάνει την απώλεια ισχύος όλων των τεσσάρων άκρων. Η μερική απώλεια της δύναμης ονομάζεται τετραπάρεση. Η τετραπληγία εμφανίζεται συχνά λόγω παθολογίας στο κεντρικό ή περιφερειακό νευρικό σύστημα, λόγω κάποιας μυϊκής νόσου και πολύ σπάνια λόγω κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής. Μια από τις πιο συχνές αιτίες τετραπληγίας είναι η οξεία απομυελινωτική νευροπάθεια του συνδρόμου Guillain Barre. Αυτοί οι ασθενείς μπορεί να παραμείνουν παράλυτοι για εβδομάδες πριν αναρρώσουν. Η θεραπεία με ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη ή η ανταλλαγή πλάσματος μπορεί να μειώσει τη φυσική πορεία αυτής της διαταραχής. Παράλληλα, η εκτεταμένη συμμετοχή των κινητικών νευρώνων της σπονδυλικής στήλης μπορεί, επίσης, να προκαλέσει τετραπληγία, όπως φαίνεται χαρακτηριστικά στην αμυοτροφική πλευρική σκλήρυνση τελικού σταδίου. Για να προκαλέσει τετραπληγία μια βλάβη της σπονδυλικής στήλης πρέπει να βρίσκεται πάνω από το αυχενικό επίπεδο (C4) το οποίο ενδυναμώνει μερικούς από τους μύες των άνω άκρων. Η πιο κοινή αιτιολογία για αυτών των ειδών βλάβης είναι το τραύμα αλλά και άλλες παθολογίες

όπως πολλαπλή σκλήρυνση, όγκοι του νωτιαίου μυελού, η αυχενική σπονδύλωση και η ισχαιμία (Masdeu 2014).

2.4.7 Ημιπληγία

Οι βλάβες που προκαλούν ημιπληγία εμφανίζονται στον εγκέφαλο ή στα άνω άκρα και επηρεάζουν όλες τις ηλικιακές ομάδες. Χαρακτηριστικό της ημιπληγίας αποτελεί η συνεχής έλλειψη εκούσιας κίνησης με μεταβολές στον μυϊκό τόνο και μείωση αισθητικότητας σε ολόκληρη τη μια πλευρά του σώματος (Todd 1974).

2.4.8 Προβλήματα ελκών σε παραπληγικά άτομα

Ηλικιωμένοι, πολυσυμπτωματικοί ασθενείς με σύνδρομο ακινησίας διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη ελκών επώασης, όπως και οι παραπληγικοί ασθενείς. Ο πιο ευεργετικός τρόπος για την πρόληψη των ελκών των διασωληνώσεων και τη θεραπεία τους όταν είναι παρόντες, είναι η αποφυγή υπερβολικής πίεσης ενθαρρύνοντας την κίνηση. Ταυτόχρονα, οι παράγοντες κινδύνου που προάγουν την ανάπτυξη ελκών εκφύλισης πρέπει να ελαχιστοποιούνται όσο το δυνατόν περισσότερο. Ο υποσιτισμός, η κακή κυκλοφορία (υποσύντηξη) και οι υποκείμενες ασθένειες που επηρεάζουν την κινητικότητα θα πρέπει να αναγνωρίζονται εάν υπάρχουν και στη συνέχεια να υποβληθούν σε θεραπεία και οι συνοδευτικές εκδηλώσεις, όπως ο πόνος, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται συμπτωματικά. Κατά τη διάρκεια της περαιτέρω πορείας του ασθενούς, η σκοπιμότητα, η εφαρμογή και η αποτελεσματικότητα των μέτρων πρόληψης του έλκους θα πρέπει να επαναξιολογούνται και να τεκμηριώνονται επανειλημμένα, έτσι ώστε να γίνουν οι απαραίτητες αλλαγές. Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ελκών κατάκλισης πρέπει να αξιολογούνται κατά την πρώτη επαφή του ιατρού με έναν ακίνητο ασθενή ή μόλις επιδεινωθεί η κατάσταση του ασθενούς. Αυτό αποτελεί προϋπόθεση για την έγκαιρη πρόληψη. Μόλις εκτιμηθούν οι κίνδυνοι, θα πρέπει να λαμβάνονται θεραπευτικά μέτρα βάσει του ατομικού προφίλ κινδύνου του ασθενούς,

Τα έλκη πίεσης είναι μια σοβαρή επιπλοκή της πολυμορφίας και της ακινησίας. Τα έλκη δεν μπορούν πάντα να αποφευχθούν ούτε να θεραπευτούν. Η εξασθενημένη αιμάτωση, μεταξύ άλλων παραγόντων, αυξάνει τον κίνδυνο έλκους κατά την εκκόλαψη και οι γνωστικές διαταραχές μπορούν να κάνουν τα προφυλακτικά μέτρα δυσκολότερα. Ο επιπολασμός των ελκών υψηλού βαθμού διαβήτη (βαθμοί 3 και 4) είναι τόσο υψηλός όσο 3% και μπορεί να

φτάσει το 4% μεταξύ των ηλικιωμένων που λαμβάνουν νοσηλευτική φροντίδα σε ιδρύματα. Δεν έχει σημειωθεί σημαντική μείωση στον επιπολασμό των ελκών των διασωληνωμένων τα τελευταία 10 χρόνια, όπως έδειξε μια μελέτη από το Αμβούργο (Anders et al 2010)

Οι παράγοντες κινδύνου θα πρέπει να αξιολογούνται κατά την πρώτη επαφή ενός ακίνητου ασθενούς με έναν επαγγελματία υγείας. Τα κατάλληλα μέτρα που πρέπει να ληφθούν μπορούν στη συνέχεια να καθοριστούν με βάση το ατομικό προφίλ κινδύνου του ασθενούς, με έμφαση σε δύο βασικές αρχές: την ενεργή προώθηση της κίνησης και παθητική μείωση της πίεσης μέσω συχνών αλλαγών της θέσης. Επιπλέον, ο υποσιτισμός, η μειωμένη έγχυση και τυχόν υποκείμενες ασθένειες που περιορίζουν την κινητικότητα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ειδική θεραπεία και τα συνοδευτικά συμπτώματα, όπως ο πόνος, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται συμπτωματικά. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας του ασθενούς, η σκοπιμότητα, η εφαρμογή και η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών μέτρων θα πρέπει να επανεξετάζονται και να τεκμηριώνονται περιοδικά και να γίνονται οι απαραίτητες διορθώσεις. Η καλή επικοινωνία μεταξύ όλων των φροντιστών - γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, άλλων (ειδικευμένων) ιατρών, νοσοκόμων και συγγενών που παρέχουν φροντίδα - είναι επιθυμητή, αλλά συχνά είναι δύσκολο να διατηρηθεί. Όταν ασθενείς με έλκη επώασης, ή κινδυνεύουν να τα αναπτύξουν, μεταφέρονται από τη μία περιοχή στην άλλη, θα πρέπει να συνοδεύονται από κατάλληλη τεκμηρίωση των προφυλακτικών και θεραπευτικών μέτρων που λαμβάνουν (Anders et al 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Νοσηλευτικές προσεγγίσεις και παρεμβάσεις

3.1 Νοσηλευτική προσέγγιση σε κωφά και με προβλήματα ακοής άτομα

Έχετε εισέλθει ποτέ στο σπίτι ενός ασθενούς μαθαίνοντας πως ο ίδιος ή μέλη της οικογένειας τους είναι κωφά ή άτομα με προβλήματα ακοής και χρησιμοποιούν την νοηματική γλώσσα ως κύριο τρόπο επικοινωνίας; Πώς θα μπορούτε να μεταφέρετε τις απαραίτητες πληροφορίες και να παρέχετε τις απαραίτητες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης εάν δεν μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον ασθενή και την οικογένειά του; Δυστυχώς αυτή είναι μια κοινή κατάσταση την οποία πολλοί επαγγελματίες υγείας και ασθενείς με προβλήματα ακοής αντιμετωπίζουν συχνά στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι. Η έλλειψη κατανόησης σχετικά με την κώφωση και τις μεθόδους αποτελεσματικής επικοινωνίας και από τις δύο μεριές οδηγεί στη αδυναμία επικοινωνίας και στη μη επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων περίθαλψης. Μελέτες έχουν βρει πως συχνά συμβαίνει λανθασμένη επικοινωνία μεταξύ κωφών ασθενών και παροχών υγειονομικής περίθαλψης κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε παρανόηση σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία. Πολλοί νοσηλευτές αγνοούν τις πολιτιστικές διαφορές και τις ανάγκες της γλώσσας αυτού του πληθυσμού καθώς και το πως αυτό μπορεί να επηρεάσει τη λήψη κατάλληλων υπηρεσιών. Για παράδειγμα, οι ασκούμενοι πιστεύουν συχνά πως η ομιλία, η χειλοανάγνωση και η γραφή σημειώσεων παρέχουν αποτελεσματική επικοινωνία για την υγεία. Οι κωφοί που έχουν ασκήσει την ομιλία και τη χειλοανάγνωση για αρκετά χρόνια και οι οποίοι είναι εξοικειωμένοι με τη προφορική γλώσσα είναι σε θέση να καταλάβουν στην καλύτερη περίπτωση μόνο το 30% με 45% των ομιλούμενων. Γράφοντας συνέχεια σημειώσεις απαιτεί γνώση της ιατρικής ορολογίας και την ικανότητα να περιγράφονται με ακρίβεια τα συμπτώματα. Αυτό είναι μια σημαντική πρόκληση για πολλά κωφά άτομα όταν είναι υγιείς, πόσο μάλλον όταν είναι άρρωστα ή υπό την επήρεια φαρμάκων για τον πόνο. Επιπλέον, η γραπτή επικοινωνία απαιτεί περισσότερο χρόνο κάτι το οποίο μπορεί να απογοητεύσει τους επαγγελματίες υγείας που έχουν ήδη άγχος λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας του ασθενούς. Οι πιστοποιημένες υπηρεσίες ιατρικής διερμηνείας

νοηματικής γλώσσας είχαν ως αποτέλεσμα τη βελτιωμένη ποιότητα φροντίδας, χαμηλότερο κόστος και μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών (McKittrick, 2019).

3.1.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε άτομα με προβλήματα ακοής

Οι νοσηλευτές πρέπει να παρέχουν χώρο για να εκφράσουν οι ασθενείς τις ανησυχίες τους έτσι ώστε να τους βοηθούν να αναγνωρίζουν τις συγκεκριμένες επικοινωνιακές δυσκολίες τους ακόμα και τις προσδοκίες τους, και φυσικά να τους βοηθούν να δουλεύουν την επινόηση των λύσεων δείχνοντας παράλληλα ένα «ανθρώπινο πρόσωπο». Αυτή η προσέγγιση επικεντρώνεται στον ασθενή σε αντίθεση με ένα προσανατολισμός στις πωλήσεις, κατά τον οποίο δίνεται έμφαση στο να πειστούν τα άτομα ότι χρειάζονται συγκεκριμένες υπηρεσίες ακουστικής αποκατάστασης ή συσκευές ακρόασης και ότι η εξάσκηση τους είναι καλύτερη από ότι ο ανταγωνισμός για την παροχή τους.

Με αυτόν τον φιλοσοφικό προσανατολισμό δεν εννοούμε ότι οι νοσηλευτές πρέπει να ξεκινήσουν από το μηδέν με κάθε καινούργιο ασθενή. Μάλιστα συγκεκριμένες προσφορές αποκατάστασης μπορεί να είναι πιο κατάλληλες για ορισμένα άτομα, παρά για άλλα και μεταβλητές παράμετροι αυτών των υπηρεσιών μπορούν να προσαρμοστούν για να ανταποκριθούν στην ανάγκη του ασθενή. Κάποιος ασθενής όποιος έχει ελάχιστη εναπομένουσα ακοή μπορεί να μη λάβει ακουστική εκπαίδευση αλλά μία εκπαίδευση επικοινωνιακών στρατηγικών και ανάγνωση ομιλίας. Ενώ κάποιος ασθενής με ήπια βαρηκοΐα μπορεί επίσης να λάβει μόνο ένα ακουστικό βαρηκοΐας και συμβουλευτική καθοδήγηση (Τρίμης 2012).

3.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των τυφλών

Περίπου 4 εκατομμύρια άτομα ή περίπου 4,1% του πληθυσμού των Η.Π.Α. θεωρούνται λειτουργικά κωφά ή έχουν προβλήματα ακοής. Τα κωφά άτομα χρειάζονται υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης με την ίδια συχνότητα και για τα ίδια προβλήματα όπως ασθενής με φυσιολογική ακοή. Οι κωφοί αντιμετωπίζουν μοναδικές προκλήσεις όσον αφορά τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, λόγω της έλλειψης κατάλληλων επικοινωνιακών και εκπαιδευτικών δεξιοτήτων του υγειονομικού προσωπικού. Οι στάσεις των νοσηλευτών προς την κώφωση, την κουλτούρα των κωφών παρουσιάζει ελλείμματα με αποτέλεσμα να παρατηρείται περιορισμός στην παροχή ευαίσθητης και κατάλληλης φροντίδας στους κωφούς ασθενείς. Για τους παραπάνω λόγους οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν κατανόηση στην κουλτούρα και στις

ιδιαίτερες ανάγκες των κωφών έτσι ώστε να μπορέσουν να τους βοηθήσουν αποτελεσματικά (Barber 2013).

3.2.1 Νοσηλευτική προσέγγιση σε τυφλά άτομα

Σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής, η επικοινωνία είναι παρούσα και αντιπροσωπεύει ένα ουσιαστικό στοιχείο για την αλληλεπίδραση μεταξύ των ανθρώπων. Η διαδικασία επικοινωνίας είναι ένα βασικό μέσο στην κοινωνική εμπειρία. Έτσι, για να υπάρξει επικοινωνία, πρέπει να υπάρχει και κατανόηση έτσι ώστε οι ιδέες, οι εικόνες και οι εμπειρίες να μεταφερθούν σε έναν κοινό χώρο. Σε αυτήν τη διαδικασία, οι κοινωνικές σχέσεις δημιουργούνται και κατανοούνται από τη διαπροσωπική επικοινωνία, όπου ανταλλάσσονται εμπειρίες, συναισθήματα, και ανακαλύψεις. Η επικοινωνία μπορεί να ταξινομηθεί ως λεκτική και μη λεκτική. Η λεκτική επικοινωνία είναι εντελώς εθελοντική, ενώ η μη λεκτική μπορεί να είναι ακούσια αντίδραση ή σκόπιμη επικοινωνιακή πράξη. Η μη λεκτική επικοινωνία αναφέρεται σε μηνύματα που αποστέλλονται από ανθρώπινες ενέργειες και συμπεριφορές αντί για λέξεις, που αντιπροσωπεύουν την πλειονότητα των μηνυμάτων που αποστέλλονται και λαμβάνονται, μέσω εκφράσεων του προσώπου, τρόπων, φωνής, στάσης και ρουχισμού. Αυτό το είδος επικοινωνίας συμβαίνει κυρίως σε προσωπικές συναντήσεις.

Στην παροχή νοσηλευτικής περίθαλψης σε ασθενείς, η επικοινωνία θα διευκολύνει την επίτευξη των στόχων φροντίδας. Είναι μέγιστης σημασίας η επικοινωνία να εξεταστεί στο πλαίσιο της σχέσης στην οποία εμφανίζεται και να προγραμματιστεί σύμφωνα με τους ασθενείς και συγκεκριμένα κάθε άτομο ξεχωριστά. Ωστόσο, αυτοί οι νοσηλευτές πρέπει να δώσουν προσοχή στην έκφραση της φωνής τους, επειδή τα μη λεκτικά σημάδια που στέλνουν στους τυφλούς δεν αναφέρονται σε αυτό που εκφράζουν προφορικά. Από την άλλη πλευρά, τα μη λεκτικά σημάδια που αποστέλλονται από τους τυφλούς μπορούν να έχουν διαφορετικό νόημα για ένα άτομο που βλέπει, καθώς εξαρτώνται από το κοινωνικό πλαίσιο και τις οπτικές εμπειρίες του κάθε ατόμου. Τέλος, η μειωμένη ή μηδαμινή όραση μπορεί να εμποδίσει τη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς και να θέσει σε κίνδυνο την εργασία αυτών των επαγγελματιών στον προσανατολισμό του ασθενούς, στην τήρηση της θεραπείας, στην κατανόηση και στην ερμηνεία της επικοινωνίας (Brasil de Almeida Rebouças 2007).

3.2.2 Λευκό μαστούνι πλοήγησης

Παρόλο που η χρήση ενός μαστουνιού πλοήγησης έχει τεκμηριωθεί εδώ και χιλιάδες χρόνια, μόλις στον Β Παγκόσμιο πόλεμο εμφανίστηκε ο σύγχρονος σχεδιασμός και οι τεχνικές χρήσεις του. Ο σχεδιασμός του επηρεάζει το πόσο καλά ο χρήστης του μπορεί να το χρησιμοποιήσει έτσι ώστε να αποφύγει κινδύνους όπως μια πτώση. Ένα συνηθισμένο λευκό μαστούνι πλοήγησης αποτελείται από τρία μέρη: την λαβή η οποία είναι φτιαγμένη από καουτσούκ, τον άξονα ο οποίος έχει συνήθως μήκος από 115 έως και 165cm και την άκρη που μπορεί να είναι κατασκευασμένη από διάφορα υλικά όπως μέταλλο ή πλαστικό.

Ένας νοσηλευτής θα πρέπει να έχει την ικανότητα να εκπαιδεύσει τους τυφλούς ασθενείς στις δύο τεχνικές χρήσεις το μαστουνιού πλοήγησης. Η πρώτη τεχνική που αναπτύχθηκε τη δεκαετία του 1940 ονομάζεται τεχνική αφής δύο σημείων και περιλαμβάνει τη μετακίνηση του μαστουνιού από τη μια άκρη του μονοπατιού έως την άλλη σχηματίζοντας ένα τόξο ελαφρώς πλατύτερο από το ευρύτερο τμήμα του σώματος. Η δεύτερη τεχνική ονομάζεται τεχνική συνεχούς επαφής περιλαμβάνει τη μετακίνηση του μαστουνιού από τη μια άκρη του μονοπατιού έως την άλλη σχηματίζοντας ένα τόξο ελαφρώς πλατύτερο από το ευρύτερο τμήμα του σώματος, διατηρώντας ταυτόχρονα την άκρη του μαστουνιού σε επαφή με την επιφάνεια στην οποία περπατάει (Dae Shik Kim et al 2017).

3.2.3 Οφέλη ιδιοκτησίας σκύλου

Τα πιθανά οφέλη που προσφέρουν οι βοηθητικοί σκύλοι στην υγεία των τυφλών πολλές φορές παραβλέπονται από τους επαγγελματίες υγείας καθώς επικεντρώνονται κυρίως στις φαρμακευτικές και χειρουργικές θεραπείες. Τα πιο κοινά βοηθήματα των τυφλών μπορεί να είναι το λευκό ραβδί και διάφορες συσκευές τεχνολογίας (GPS) καθώς είναι πολύ πρακτικά αλλά ο βοηθητικός σκύλος συνεχίζει να προτιμάται από τη συντριπτική πλειοψηφία. Αυτό συμβαίνει διότι οι τυφλοί αντιλαμβάνονται τους σκύλους-οδηγούς ως ασφαλέστερους και γρηγορότερους βοηθούς για να κινηθούν, κυρίως, σε άγνωστα περιβάλλοντα. Παράλληλα με όλα αυτά η κατοχή ενός βοηθητικού σκύλου οδηγεί στην αύξηση της σωματικής δραστηριότητας καθώς τα άτομα με προβλήματα όρασης περπατάνε μεγαλύτερες αποστάσεις απ' ό,τι αν χρησιμοποιούσαν ένα μαστούνι. Πολλές φορές τα άτομα με οπτικές αναπηρίες δεν μπορούν να φανταστούν πως ένα σκυλί-οδηγός μπορεί όχι μόνο να γίνει φίλος τους αλλά και μέσο για να διευκολύνει την αλληλεπίδραση τους με άλλα άτομα. Κατά συνέπεια ένας νοσηλευτής οφείλει να συμβουλευτεί αυτά τα άτομα πως μια υποβολή αίτησης για βοηθητικό

σκύλο θα οδηγήσει στην αυξημένη κινητικότητα και ανεξαρτησία τους καθώς και πως ταυτόχρονα αυτός ο σκύλος μπορεί να αποτελέσει μια πολύ θετική έκπληξη για το μέλλον του ιδιοκτήτη του (Glenk et al 2019).

3.3 Νοσηλευτική παρέμβαση σε επιληπτικά άτομα

Σε όλο τον κόσμο, η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από τους νοσηλευτές σε πολλές και διαφορετικές κλινικές. Με την έλευση ορισμένων ολοκληρωμένων κέντρων επιληψίας, ο ρόλος του νοσηλευτή ποικίλλει ακόμα περισσότερο κάνοντας έτσι τους νοσηλευτές με εξειδικευμένες γνώσεις και εξειδίκευση στην επιληψία να γίνονται αναπόσπαστα μέλη της ομάδας φροντίδας επιληψίας. Σε περιβάλλοντα που δεν διαθέτουν αρκετούς πόρους, οι νοσηλευτές είναι συχνά οι μόνοι επαγγελματίες που παρέχουν ολοκληρωμένη διαχείριση και υποστήριξη ασθενών με επιληψία και των οικογενειών τους.

Συχνά, οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν πολλαπλούς ρόλους που απαιτούν εμπειρογνωμοσύνη όπως η παροχή φροντίδας επιληψίας, εκπαίδευσης αυτοδιαχείρισης ασθενούς και οικογένειας, ψυχοκοινωνικής φροντίδας και κλινικής έρευνας. Ταυτόχρονα, η νοσηλευτική εκπαίδευση έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια με ιατρικές γνώσεις για την διαχείριση της επιληψίας και των επιληπτικών κρίσεων, καθώς και για τη χρήση των κατάλληλων φαρμάκων και άλλων θεραπειών που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο αυτής της πάθησης. Οι νοσηλευτές που εξειδικεύονται στη διαχείριση της επιληψίας μπορούν να λειτουργήσουν οπουδήποτε βρίσκεται ένα άτομο με επιληψία όπως είναι το σχολείο, το σπίτι, η κλινική, το νοσοκομείο ή και κάποια εξειδικευμένα κέντρα. Επιπλέον, μπορούν να συμβάλλουν στη νοσηλευτική εκπαίδευση, έρευνα και κλινική πρακτική που σχετίζεται με την επιληψία καθώς και να λειτουργήσουν ως μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας αλλά και ως ανεξάρτητοι επαγγελματίες. Παράλληλα, μπορούν να παρέχουν ένα ευρύ φάσμα φροντίδας για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους το οποίο περιλαμβάνει την εκπαίδευση σχετικά με τη διάγνωση και τον αντίκτυπο στη ζωή τους, προωθώντας την ανεξαρτησία και την βέλτιστη ποιότητα ζωής. Συγχρόνως, το πεδίο εφαρμογής των νοσηλευτικών πρακτικών έχει εξελιχθεί κάνοντας τους νοσηλευτές σε διάφορες χώρες του κόσμου υπεύθυνους για δραστηριότητες που βρίσκοντας προηγουμένως στον τομέα του ιατρού. Για παράδειγμα, πολλοί νοσηλευτές είναι πλέον σε θέση να συνταγογραφούν φάρμακα, να κάνουν διαγνωστικές εξετάσεις και να συνταγογραφούν άλλους τύπους ιατρικών θεραπειών είτε μόνοι τους είτε σε συνεργασία με κάποιον ιατρό. Ενώ άλλοι μπορούν να επικεντρωθούν στον τομέα της παροχής εκπαίδευσης. Ο ρόλος της νοσηλευτικής στη διαχείριση της επιληψίας εκτείνεται επίσης πέρα από την άμεση φροντίδα

των ασθενών στην εκπαίδευση σε συναδέλφους, κοινότητες και μαθητές με κορυφαίες πρωτοβουλίες βελτίωσης της ποιότητας της έρευνας (Prevos et al 2019).

3.3.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των επιληπτικών

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους νοσηλευτές στα άτομα με επιληψία έχουν επικριθεί τα τελευταία χρόνια για τον λόγο πως δεν παρέχουν την κατάλληλη ποιότητα φροντίδα. Ταυτόχρονα, σύμφωνα με έρευνες παρατηρήθηκε κακή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας καθώς μόνο ένα μικρό ποσοστό οικογενειών ενημερωνόταν κατάλληλα για την κατάσταση των επιληπτικών ασθενών. Για την βελτίωση αυτής της κατάστασης πρέπει να δημιουργηθεί ένα σχέδιο δράσης με τρεις βασικούς στόχους.

1. Την φροντίδα, την διαχείριση και την θεραπεία της επιληψίας
2. Την παροχή πληροφοριών και εκπαίδευσης
3. Εξελισσόμενες έρευνες παθολογίας της επιληψίας

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας, οι φοιτητές και οι φροντιστές πρέπει να ευαισθητοποιηθούν σχετικά με τον υψηλότερο κίνδυνο θανάτου για άτομα με επιληψία (Fearnis et al 2006).

3.4 Νοσηλευτική παρέμβαση σε άτομα με κινητικά προβλήματα

Η κινητικότητα δεν σημαίνει μόνο διέγερση, αλλά μπορεί να είναι και δραστηριότητες που προωθούν την κινητικότητα στο κρεβάτι, όπως είναι η κύλιση, η σωστή τοποθέτηση κρεβατιού και η μετακίνηση από ύπτια σε καθιστή θέση. Ο νοσηλευτής πρέπει να προωθεί την κινητικότητα ανάλογα με το επίπεδο που ανέχεται ο κάθε ασθενής, μετρούμενη ανάλογα με την σταθερότητα ζωτικών σημείων, την νευρολογική εξέταση, καθώς και το επίπεδο πόνου / δυσφορίας και κόπωσης.

Πριν οποιαδήποτε νοσηλευτική δραστηριότητα, πρέπει να γίνει έλεγχος των επιπέδων δραστηριότητας του ασθενή και των κλινικών παραμέτρων, όπως καθορίζονται από την ιατρική ομάδα. Μια συνιστάμενη εξέλιξη είναι οι ακόλουθες δραστηριότητες:

- Ανυψώστε την κεφαλή του κρεβατιού 30° και άνω, αξιολογήστε την ανοχή της ανύψωσης της κεφαλής του κρεβατιού με βάση τα φυσιολογικά μέτρα και κλινικά σημεία αλλά και συμπτώματα όπως είναι η αλλαγή στη νευρολογική κατάσταση, οι αναφορές πόνου και οι μορφασμοί του προσώπου.
- Παρέχετε δραστηριότητες, που σχετίζονται με το εύρος κίνησης και περιλαμβάνουν αισθητηριακή διέγερση για όλες τις μεγάλες αρθρώσεις των άνω και κάτω άκρων. Εκπαιδεύστε την οικογένεια για την εφαρμογή των παραπάνω ενεργειών και δείξτε τους ασκήσεις αισθητηριακής διέγερσης που μπορούν να εκτελούν 2 έως 3 φορές την ημέρα.
- Ξεκινήστε δραστηριότητες κινητικότητας στο κρεβάτι, όπως κύλιση, σωστή τοποθέτηση κλίνης και μετακίνηση από ύπτια σε καθιστή θέση. Αυτές οι δραστηριότητες ενθαρρύνουν την ευκαμψία του θώρακα και του θωρακικού τοιχώματος, τη μυϊκή ενεργοποίηση των μεσοπλευρίων και κοιλιακών μυών για διαφραγματική υποστήριξη και απελευθέρωση του αέρα από τους πνεύμονες.
- Προωθήστε την κινητικότητα εκτός κλίνης από την αρχή με κρέμασμα, που προάγει τη στάση του σώματος και τον έλεγχο των μυών της κεφαλής και του λαιμού καθώς και τον αυτόνομο έλεγχο του καρδιακού ρυθμού, επιτρέποντας την επιθεώρηση των στοιχειωδών ιστών οπίσθια.
- Μόλις ο ασθενής μπορεί να ανεχθεί τη κίνηση με τη χρήση βοηθητικών ιμάντων, βάλτε τον να καθίσει και περιστρέψτε την καρέκλα του με ή χωρίς υποστήριξη. Αυτές οι δραστηριότητες επιτρέπουν στον ασθενή να χρησιμοποιεί δεξιότητες μέσω του βάρους του και της αντίστασης του εδάφους.
- Χρησιμοποιήστε βοηθητικές συσκευές, όπως περιπατητής ή μαστούνη χειρός. Ενώ, ταυτόχρονα μια ζώνη βάδισης πρέπει πάντα να χρησιμοποιείται για την ασφάλεια τόσο του ασθενούς όσο και του νοσηλευτή σε περίπτωση που ο ασθενής χάσει την ισορροπία του ή αρχίσει να πέφτει κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων κινητικότητας.

Η κινητοποίηση ασθενών με ΜΕΘ απαιτεί ομάδα. το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό, επαγγελματίες και αναπνευστικοί θεραπευτές διαδραματίζουν μεγάλο ρόλο στη μεγιστοποίηση της κινητικότητας για τον νευρολογικά εξασθενημένο ασθενή. Η λειτουργία αυτής της ομάδας απαιτεί εμπιστοσύνη ότι όλα επικεντρώνονται στο να διατηρηθεί ο ασθενής σταθερός και ασφαλής. Ένας τρόπος για την προώθηση της ανάπτυξης είναι η εμπιστοσύνη και η παροχή αμοιβαίας εκπαίδευσης. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να γνωρίζει πώς να αποτρέψετε την απόσπαση των καθετήρων κατά τη μετακίνηση του ασθενούς, καθώς και τι

μέτρα ασφαλείας πρέπει να υπάρχουν για τη μετακίνηση του κρεβατιού ή το κεφάλι του κρεβατιού (Kocan 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Υπηρεσίες και μέσα σε άτομα με ειδικές ανάγκες

4.1 Παροχές και υπηρεσίες σε άτομα με προβλήματα ακοής

A. παροχές σε γρήμα

Με απόφαση του υπουργείου, παρέχεται οικονομική μηνιαία ενίσχυση σε άτομα που πάσχουν από κώφωση ή βαρηκοΐα. Σε παιδιά που είναι μικρότερα από 18 ετών παρέχεται το επίδομα ασχέτως του αν έχουν ασφαλιστεί ή όχι. Επιχορηγούνται, επίσης, άτομα ηλικίας 19 με 25 ετών, από την στιγμή που φοιτούν, κωφοί ηλικίας 19 με 65 ετών οι οποίοι είναι ανίκανοι να δουλέψουν, αλλά και οι υπερήλικες άνω των 65 ετών επιχορηγούνται, από την στιγμή που δεν παίρνουν για την ίδια αιτία από το δημόσιο ή από άλλη πηγή της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, ενίσχυση ίση ή μεγαλύτερη προς το επίδομα του υπουργείου. Αν όμως το επίδομα που παίρνουν είναι μικρότερο από αυτό του υπουργείου τους προσθέτετε η διαφορά. Το επίδομα κώφωσης δεν έχει καμία σύνδεση με την σύνταξη από ασφαλιστικό οργανισμό, το οποίο δικαιούται ο ανάπηρος από κώφωση (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων 2013)

B. παροχές σε είδος και υπηρεσίες

Η κώφωση κατά την βρεφική ηλικία επηρεάζει την ακοή του βρέφους και το βρέφος δεν μπορεί να μιμηθεί τους ήχους, με αποτέλεσμα να καταλήγει σε απώλεια ομιλίας, ιδιαίτερα αν δεν υπάρχει έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική αγωγή. Ήδη από τον 16^ο αιώνα ένας Ισπανός μοναχός επιχείρησε να διδάξει σε κωφάλαλους να μιλούν. Στην αρχή του 18^{ου} αιώνα, ένας Γερμανός εφεύρε ένα σύστημα διδασκαλίας το οποίο ήταν βασισμένο στην ψηλάφηση του λάρυγγα και την χειλανάγνωση. Η χειλανάγνωση είναι η πιο γνωστή μέθοδος. Στην Ελλάδα, το 1923, έγινε η πρώτη προσπάθεια ίδρυσης σχολείου κωφάλαλων, από το Αμερικάνικο ίδρυμα περίθαλψης «Εγγύς Ανατολή». Το 1937, το ζεύγος Χαραλάμπους και Ελένης Σπηλιοπούλου άφησε ένα μεγάλο κληροδότημα για αυτό το σχολείο, το οποίο μετά τον πόλεμο λειτουργεί ως

Ελληνικό Ίδρυμα δημοσίου δικαίου με το όνομα Εθνικό Ίδρυμα Προστασίας Κωφάλαλων. Το ίδρυμα αυτό παρέχει στα παιδιά του σχολείου συμβουλευτικές υπηρεσίες καθώς και σε άλλα παιδιά της προσχολικής ηλικίας που αντιμετωπίζουν προβλήματα βαρηκοΐας. Επιπλέον, λειτουργεί και ιατροπαιδαγωγικός σταθμός για παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών. (Σταθόπουλος, 2005).

4.2 Παροχές και υπηρεσίες σε άτομα με προβλήματα όρασης

A. παροχές σε χρήμα

Στα άτομα με προβλήματα όρασης, η οικονομική βοήθεια ποικίλει ανάλογα με τον βαθμό αναπηρίας, την επαγγελματική τους κατάσταση, την ασφαλιστική κάλυψη που έχουν καθώς και το επίπεδο εκπαίδευσης που έχουν. Σύμφωνα με στοιχεία του υπουργείου υγείας και πρόνοιας, επιδοτούνται περίπου 23.742 τυφλοί, εκ των οποίων η πλειοψηφία είναι εργαζόμενοι και συνταξιούχοι και οι υπόλοιποι άνεργοι και ανασφάλιστοι. Φοιτητές και εργαζόμενοι, παιδιά έως 18 ετών που πηγαίνουν στο σχολείο ή φιλοξενούνται σε οικοτροφεία παίρνουν 460 ευρώ το μήνα. Προσφέρεται αυτό το ποσό προκειμένου να διασφαλιστεί ένα σταθερό οικονομικό βοήθημα σε όσους δεν εργάζονται, αλλά προσφέρεται επίσης, για να καλύψει επιπλέον δαπάνες που έχουν οι τυφλοί εργαζόμενοι σε σύγκριση με τους υπόλοιπους εργαζόμενους και με αυτόν τον τρόπο να αντισταθμίσει την ανισότητα μεταξύ των τυφλών και των υπόλοιπων εργατών. Οι τυφλοί που εργάζονται συνταξιοδοτούνται συνήθως με πλήρη σύνταξη, από την στιγμή που έχουν συμπληρώσει 15 χρόνια ή 4.050 ημέρες ασφάλισης σε ασφαλιστικούς φορείς αρμοδιότητας του υπουργείου υγείας και πρόνοιας. Όσα άτομα εργάζονται στο δήμο παίρνουν σύνταξη μετά από 15 χρόνια πραγματικής εργάσιμης υπηρεσίας, αλλά με μειωμένη σύνταξη. (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων 2013)

B. παροχές σε είδος και σε προσωπικές υπηρεσίες

Η απώλεια της όρασης θεωρείται ίσως και η πιο σοβαρή μορφή αναπηρίας σε όλες τις κοινωνίες. Γι' αυτό τον λόγο οι τυφλοί αντιμετωπίζονται με συμπόνια και θετική διάθεση από την αρχαιότητα. Έκφραση αυτής της συμπόνιας ήταν η ίδρυση ειδικού σχολείου για τυφλούς από τον Γάλλο Βαλεντίνο Άουι , το 1785. Αργότερα, ένα τυφλός μαθητής του επινόησε ένα

σύστημα γραφής και ανάγνωσης με ανάγλυφες τελείες. Η γραφή μπράιγ είναι πλέον καθιερωμένη διεθνώς μέθοδος ανάγνωσης και γραφής για τους τυφλούς.

Μετά την καθιέρωση της γραφής άρχισαν οι προσπάθειες για την ίδρυση σχολείων για τυφλούς. Στην αρχή υπήρχαν αντιδράσεις όμως σταδιακά ηρέμισαν καθώς έγινε κοινή η πεποίθηση ότι όσο νωρίτερα αρχίσουν τα τυφλά παιδιά αυτή την εκπαίδευση τόσο θα αυξάνονται οι πιθανότητες της επιτυχίας. Υπάρχει και ένα ίδρυμα τυφλών ο «φάρος τυφλών» το οποίο ιδρύθηκε το 1948 με σκοπό την επαγγελματική αποκατάσταση των ενηλίκων τυφλών και λειτούργησε ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου. Εκπαιδεύει τηλεφωνητές και στα εργαστήρια προστατευμένης εργασίας οι τυφλοί μαθαίνουν να κατασκευάζουν διάφορα αντικείμενα τα οποία διατίθενται με σύμβαση στις ένοπλες δυνάμεις καθώς και σε άλλες δημόσιες υπηρεσίες. Οι τυφλοί, έχουν επίσης δικαίωμα εγγραφής χωρίς εξετάσεις στα λύκεια και στα ΤΕΙ και ΑΕΙ της χώρας (Σταθόπουλος, 2005).

4.3 Παροχές και υπηρεσίες σε άτομα με κινητικά προβλήματα

A. παροχές σε χρήμα

Όσοι παραπληγικοί και τετραπληγικοί έχουν ασφάλεια και είναι ανίκανοι να εκτελέσουν κάποια βιοποριστική απασχόληση, τους χορηγείται ένα οικονομικό βοήθημα. Το επίδομα αυτό είναι περίπου 20 φορές το ημερομίσθιο του ανειδίκευτου εργάτη και έχει σχετικές επαυξήσεις. Για να χορηγηθεί το επίδομα αυτό είναι σημαντική προϋπόθεση, η κρίση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής επιτροπής, από την οποία τα άτομα αυτά εξετάζονται για το αν είναι ανίκανα για εργασία. Οι φοιτητές ΤΕΙ και ΑΕΙ λαμβάνουν ένα μηνιαίο επίδομα με το σκεπτικό ότι δεν μπορούν, εξαιτίας της κινητικής τους αναπηρίας να χρησιμοποιήσουν τα μαζικά μέσα συγκοινωνίας (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων 2013).

B. παροχές και είδος σε προσωπικές υπηρεσίες

Στην πολιτική για την ένταξη των αναπήρων στην κοινότητα παίρνονται ειδικά μέτρα με τα οποία διευκολύνονται στις μετακινήσεις τους. Κάποια από αυτά είναι τα ακόλουθα:

1. Ανάπηροι του εμφυλίου πολέμου με πλήρη παράλυση των κάτω άκρων, έχουν το δικαίωμα να εισάγουν ατελώς αυτοκίνητα για την εξυπηρέτησή τους. Επιπλέον,

παίρνουν ένα συγκεκριμένο μηνιαίο επίδομα καυσίμων από το υπουργείο υγείας και πρόνοιας.

2. Το εθνικό ίδρυμα αποκατάστασης αναπήρων παρέχει δωρεάν ορθοπεδικές προσθετικές συσκευές, αμαξίδια και άλλα βοηθητικά μέσα.
3. Σε δημόσια κτήρια και σε μεγάλες επιχειρήσεις πρέπει να υπάρχουν ειδικές προσβάσεις (ράμπες) για τους ανάπηρους.
4. Τα πεζοδρόμια στις κύριες λεωφόρους και στο κέντρο των πόλεων είναι επικλινή ώστε να είναι πιο εύκολο στους αναπήρους να κυκλοφορούν με τα αμαξίδια.

Στο Ε.Ι.Α.Α. υπάγονται κλινικές για χρόνιες παθήσεις, κέντρα εργασίας αναπήρων τα οποία είναι, προστατευμένα εργαστήρια. Τέλος, ο Ο.Α.Ε.Δ. έχει ειδικό στελεχωμένο με κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και άλλους ειδικούς, οι οποίοι τοποθετούν αναπήρους στην ελεύθερη αγορά εργασίας (Σταθόπουλος, 2005).

4.4 Παροχές και υπηρεσίες σε επιληπτικά άτομα

Στις πολύ βαριές περιπτώσεις επιληπτικών παιδιών είναι αναγκαία η φοίτηση αυτών των παιδιών σε ειδικά σχολεία. Σε αρκετές περιπτώσεις όπως έχει αποδειχθεί από σχετικές έρευνες τα άτομα αυτά ιδίως όταν υπάρχει και νοητική υστέρηση βρίσκονται σε ιδρύματα. Οι επιληπτικοί ανήκουν σε μία ακόμη κατηγορία αναπήρων που κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις δικαιούνται χρηματικές παροχές. Το 15% περίπου των ατόμων που πάσχουν από βαριά μορφή επιληψίας υπολογίζεται ότι συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις για να μπορούν να λαμβάνουν το επίδομα. Σύμφωνα με νόμο η επιληπτική με βαριά μορφή αναπηρίας όταν συντρέχουν και άλλες προϋποθέσεις λαμβάνουν ένα μηνιαίο επίδομα από το υπουργείο υγείας και πρόνοιας (Σταθόπουλος, 2005).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Νοσηλευτική διεργασία

Ως νοσηλευτική διεργασία ορίζεται μια συστηματική και δυναμική διαδικασία ή ένα σύνολο ενεργειών που εστιάζεται σε στόχους και δραστηριότητες, οι οποίες είναι αλληλένδετες και χρησιμοποιείται από τον νοσηλευτή έτσι ώστε να καθορίσει, να σχεδιάσει και να εφαρμόσει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία στοχεύει στην επίτευξη των στόχων

Περίληπτικά η νοσηλευτική διεργασία αποτελείται από:

- Προγραμματισμένες ενέργειες που εκτελούνται για την επίτευξη ορισμένων στόχων
- Μεθόδους σχεδιασμού και παροχής περίθαλψης
- Μεθόδους λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων
- Επιστημονικές βάσεις για την κατανόηση των ανθρώπινων προβλημάτων

Η όλη διαδικασία της νοσηλευτικής διεργασίας είναι κυκλική και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επίλυση οποιουδήποτε προβλήματος ενός ατόμου, μια οικογένειας, μια ομάδας ή κοινότητας. Η νοσηλευτική διεργασία δεν επικεντρώνεται μονάχα στους τρόπους βελτίωσης των φυσικών αναγκών αλλά και των πνευματικών, των κοινωνικών και των συναισθηματικών αναγκών. Τέλος, η νοσηλευτική διεργασία αποτελείται από 5 στάδια τα οποία είναι:

1. Η αξιολόγηση των αναγκών του ατόμου και των πόρων για την νοσηλευτική φροντίδα
2. Η νοσηλευτική διάγνωση
3. Ο προγραμματισμός για την ικανοποίηση των αναγκών που εντοπίστηκαν
4. Η εφαρμογή της προβλεπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας
5. Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων και η ανατροφοδότηση (Μπακάλης 2015)

5.1 Διερεύνηση πρώτης περίπτωσης ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Υ

Πατρώνυμο: Ψ

Τόπος καταγωγής: Αθήνα

Τόπος μόνιμης κατοικίας: Πάτρα

Ηλικία: 22

Φύλο: Άρρεν

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος

Τέκνα: -

Σχέση με την οικογένεια: Αδιάφορη

Οικονομική κατάσταση: Μέτρια

Επάγγελμα: -

Ασφαλιστικός τομέας: ΙΚΑ

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο- αίτια εισαγωγής: 1 φορά 7 μήνες πριν – επιληπτικό επεισόδιο

Οικογενειακό ιστορικό: -

Ημερομηνία εισαγωγής : 08/07/2021

Διάγνωση εισαγωγής: Επιληπτική κρίση

Πηγή ιστορικού: Η μητέρα του

Ασθενής με το όνομα Υ, εισάγεται στην Νευρολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού νοσοκομείου Πατρών, συνοδευόμενος από την μητέρα του, στις 08/07/2021 με αναφερόμενο επιληπτικό επεισόδιο. Η μητέρα του ασθενή αναφέρει πως ο υιός της έπασχε από επιληπτικές κρίσεις από πολύ μικρή ηλικία και πως τον τελευταίο καιρό παρατηρήθηκε απορρύθμιση της

φαρμακευτικής αγωγής του. Παρακάτω ακολουθεί το νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας του ασθενή.

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα ανάγκες ασθενούς)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
1. Ο ασθενής παρουσιάζει επιληπτικό επεισόδιο	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Προστασία του ασθενή από πιθανή σωματική βλάβη 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Να εκτιμηθεί η επιληπτική κρίση ➤ Να πραγματοποιηθεί ορθή τοποθέτηση του ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Διατήρηση της ψυχραιμίας και επιβεβαίωση της επιληπτικής κρίσης ➤ Τοποθέτηση του ασθενή σε θέση ανάληψης ➤ Απομάκρυνση αντικειμένων που βρίσκονται κοντά στον ασθενή και μπορούν να τον τραυματίσουν ➤ Τοποθέτηση του κεφαλιού του στο πλάι για την αποφυγή εισρόφησης ➤ Διατήρηση ανοιχτού αεραγωγού 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ορθή και ασφαλής θέση και επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα έπειτα από μερικά λεπτά

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα ανάγκες ασθενούς)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
2. Ο ασθενής είναι ανίκανος να φροντίσει τον εαυτό του	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Φροντίδα του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Διατήρηση ασφαλούς χώρου ➤ Ενημέρωση της μητέρας του για την φροντίδα του ➤ Τακτικό έλεγχο των ζωτικών σημείων του ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Απομακρύνθηκαν επικίνδυνα αντικείμενα ➤ Τοποθέτηση προστατευτικών στο κρεβάτι του ασθενή ➤ Πραγματοποιήθηκε αναλυτική ενημέρωση της μητέρας του ασθενή για την φροντίδα του ➤ Ανά τακτά χρονικά διαστήματα πραγματοποιήθηκε μέτρηση της θερμοκρασίας, της αρτηριακής πίεσης, των σφυγμών και των αναπνοών του ασθενή ➤ Εξασφάλιση αναρρόφησης δίπλα στο κρεβάτι του 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Πραγματοποιήθηκε η κατάλληλη φροντίδα του ασθενή και η τακτική παρακολούθησή του.

			<p>ασθενή για την αναρρόφηση εκκρίσεων κατά τη διάρκεια της κρίσης.</p> <p>➤ Εξασφάλιση παροχής οξυγόνου σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάσει αναπνευστική δυσχέρεια.</p>	
--	--	--	---	--

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα ανάγκες ασθενούς)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
3. Παροξυσμός	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ακριβής παρατήρηση και καταγραφή των χαρακτηριστικών του παροξυσμού 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Τακτικός έλεγχος του ασθενή για παρακολούθηση επιληπτικής αύρας 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Πραγματοποιήθηκε καταγραφή του χρόνου έναρξης και λήξης των σπασμών, των μυών που οι σπασμοί ξεκίνησαν, της θέσης του κεφαλιού και των άκρων, την παρουσία αφρών από το στόμα και τον βαθμό απώλειας συνείδησης. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Έγινε καταγραφή των χαρακτηριστικών του παροξυσμού

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα ανάγκες ασθενούς)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
4. Έλεγχος των σπασμών	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Να μειωθεί η εμφάνιση σπασμών 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Χορήγηση αντισπασμωδικών ➤ Παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής του ασθενούς για τυχόν αντιδράσεις 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Χορηγήθηκαν αντισπασμωδικά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες ➤ Πραγματοποιήθηκε παρακολούθηση της αγωγής χωρίς καμία επιπλοκή 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Η εμφάνιση σπασμών μειώθηκε λόγω της φαρμακευτικής αγωγής.

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα ανάγκες ασθενούς)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
5. Κίνδυνος επανεμφάνισης των σπασμών	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Τακτικός έλεγχος του ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Παρακολούθηση και συχνή καταγραφή των ζωτικών σημείων και αξιολόγηση της νευρολογικής του κατάστασης 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Πραγματοποιήθηκε τακτική παρακολούθηση του ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Μειώθηκε ο κίνδυνος τραυματισμού σε περίπτωση επανεμφάνισης των σπασμών

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα ανάγκες ασθενούς)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
6. Άγχος του ασθενή για την κατάσταση του και την παραμονή στο νοσοκομείο	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Μείωση του άγχους του ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Επεξήγηση των διαγνωστικών εξετάσεων και του θεραπευτικού σχήματος με τρόπο που θα μπορεί να τα καταλάβει ➤ Να ενθαρρύνεται να υποβάλλει ερωτήσεις και να μιλάει για την εμπειρία του ➤ Παραμονή κοντά στον ασθενή κατά τη διάρκεια των σπασμών και ήρεμη διαβεβαίωση του ότι όλα θα πάνε καλά 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Πραγματοποιήθηκε επεξήγηση των εξετάσεων και της αγωγής του με απλοϊκό τρόπο ➤ Ο ασθενής ενθαρρύνθηκε να υποβάλλει ερωτήσεις για την κατάστασή του ➤ Ο νοσηλευτής παρέμεινε κοντά του και τον καθησύχασε κατά τη διάρκεια επιληπτικής κρίσης ➤ Εξασφαλίστηκε ήσυχο περιβάλλον για τον ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Το άγχος του ασθενή μειώθηκε σημαντικά

		<p>➤ Εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος, εάν οι σπασμοί διήρκεσαν πολλή ώρα</p>		
--	--	--	--	--

5.2 Διερεύνηση δεύτερης περίπτωσης ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Α

Πατρώνυμο: Κ

Τόπος γέννησης: Θάσος

Τόπος μόνιμης κατοικίας: Πάτρα

Ηλικία: 55 ετών

Φύλο: Άρρεν

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμος

Τέκνα: 2 παιδιά

Σχέση με την οικογένεια: υποστηρικτική

Οικονομική κατάσταση: καλή

Επάγγελμα: συνταξιούχος καθηγητής νοηματικής γλώσσας

Ασφαλιστικός τομέας: τράπεζα Ελλάδος

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-αιτία εισαγωγής: μία εισαγωγή λόγω κατάγματος σε οσφυϊκό σπόνδυλο που οδήγησε σε ημιπληγία των κάτω άκρων

Οικογενειακό ιστορικό: -

Ημερομηνία εισαγωγής: 05/07/2021

Διάγνωση εισαγωγής: εισρόφηση

Πηγή ιστορικού: σύζυγος

Εκ γενετής κωφός ασθενής ονόματι Α, 55 ετών, προσήλθε στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών λόγω εισρόφησης από φαγητό, συνοδευόμενος από τη σύζυγό του σε αναπηρικό καροτσάκι. Μεταφέρθηκε από το σπίτι του με αυτοκίνητο στο νοσοκομείο καθώς η σύζυγός του παρατήρησε συμπτώματα εισρόφησης κατά τη διάρκεια της σίτισής του. Παρακάτω ακολουθεί το νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας του ασθενούς.

Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
<p>1. Ο ασθενής παρουσιάζει ταχύπνοια και εργώδη αναπνοή λόγω της εισρόφησης</p>	<p>➤ Αντιμετώπιση της αναπνευστικής δυσχέρειας</p>	<p>➤ Άμεση χορήγηση οξυγόνου με απλή μάσκα (10lt/min)</p> <p>➤ Τακτική καταμέτρηση ζωτικών σημείων (SPO2 > 95)</p>	<p>➤ Τοποθετήθηκε απλή μάσκα οξυγόνου (10lt/min)</p> <p>➤ Πραγματοποιήθηκε καταμέτρηση ζωτικών σημείων ανά 1 ώρα με SPO2>90</p>	<p>➤ Η αναπνευστική κατάσταση του ασθενή βελτιώθηκε</p>

Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
<p>2. Ο ασθενής είναι αγχωμένος και φοβισμένος εξαιτίας της αναπνευστικής του κατάστασης αλλά και λόγω της αδυναμίας του να επικοινωνήσει με το προσωπικό λόγω της κώφωσής του</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ο ασθενής πρέπει να ανακουφιστεί από το άγχος και τον φόβο ή να περιοριστεί όσο αυτό είναι εφικτό 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Χρειάζεται η παρουσία διερμηνέα νοηματικής γλώσσας για την διευκόλυνση της επικοινωνίας ➤ Χρειάζεται ενημέρωση του ασθενή για την κατάσταση και να δοθούν απαντήσεις σε τυχόν ερωτήσεις και απορίες του. ➤ Χρειάζεται επικοινωνία με τον ασθενή για να γίνει κατανοητή η δυσκολία του προβλήματός. ➤ Πρέπει να γίνει παροχή 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Παρεβρέθει διερμηνέας νοηματικής γλώσσας ➤ Ο ασθενής ενημερώθηκε για την κατάστασή του και δόθηκαν απαντήσεις στις ερωτήσεις που είχε. ➤ Δόθηκε ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς τονίζοντας πως το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό θα κάνει ότι μπορεί για να βελτιωθεί η κατάστασή του. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή βελτιώθηκε.

ψυχολογικής
υποστήριξης

- Συζήτηση με την οικογένεια του ασθενή προς υποστήριξη των ίδιων αλλά και του ασθενή.

Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
<p>3. Η ζωή του ασθενή κινδυνεύει σε περίπτωση επιδείνωσης της κατάστασής του</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Πρόληψη των επιπλοκών της εισρόφησης 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ο ασθενής να τοποθετηθεί σε κλίση 30-45° στο κρεβάτι του ➤ Να τοποθετηθεί σύστημα αναρρόφησης δίπλα στην κλίνη του ασθενή ➤ Να τοποθετηθεί Levin για την ασφαλή σίτιση του ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε κλίση 30-45° στο κρεβάτι του ➤ Τοποθετήθηκε σύστημα αναρρόφησης κοντά στον ασθενή ➤ Τοποθετήθηκε Levin από του γιατρούς. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Μειώθηκε ο κίνδυνος επιδείνωσης της κατάστασης του ασθενή

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα πτυχιακή αναλύθηκε το θέμα των ατόμων με ειδικές ανάγκες, τα προβλήματα που αυτά αντιμετωπίζουν και μελετήθηκαν οι σύγχρονες νοσηλευτικές προσεγγίσεις καθώς και τα μέσα και οι υπηρεσίες που τους παρέχονται. Η πτυχιακή αυτή είχε ως αποτέλεσμα την ανάδειξη των παραγόντων που επηρεάζουν τη ποιότητα και τον τρόπο ζωής των ατόμων με ειδικές ανάγκες καθώς και τον σπουδαίο ρόλο του νοσηλευτή στην φροντίδα, εκπαίδευση και αποκατάσταση αυτών. Σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα συμπεράναμε πως η αναπηρία αποτελεί την ύπαρξη μιας ορισμένης αδυναμίας η οποία προέρχεται από διαταραγμένη ή μειωμένη σωματική ή νοητική λειτουργία με αποτέλεσμα τη ανισορροπία του ατόμου με το περιβάλλον του. Πρέπει να αναγνωριστεί πως οι επαγγελματίες υγείας αλλά και η ίδια η κοινωνία έχει τη δυνατότητα να συνεισφέρει στην ελάττωση των συνεπειών της αναπηρίας μέσω της κατάλληλης διαμόρφωσης του περιβάλλοντος και την χορήγηση τεχνικών βοηθημάτων για την εξυπηρέτηση των ειδικών αναγκών των ατόμων.

Παρατηρώντας τα παραπάνω γίνεται κατανοητό πόσο μεγάλη πρέπει να είναι η προσπάθεια όλων μας. Ενώ ταυτόχρονα γίνεται σαφές πως η στήριξή μας είναι απαραίτητη προκειμένου τα άτομα με ειδικές ανάγκες να γίνουν ενεργά μέλη της κοινωνίας μας. Είναι ανήκουστο κάποιος να στερείται τα αγαθά της κοινωνικής ζωής λόγω κάποιας μορφής αναπηρίας. Αυτό παρατηρείται μόνο σε υποβαθμισμένες κοινότητες που το κράτος ενδιαφέρεται μόνο για τα υγιή άτομα και σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να επιτραπεί στην δική μας χώρα.

Ανεξάρτητα της κοινωνικής πολιτικής, σημαντικός ρόλος δίνεται και στην νοσηλευτική υποστήριξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Οι παροχές και οι υπηρεσίες δεν αποτελούν τα μόνα πράγματα που πρέπει να διευρυνθούν. Ταυτόχρονα με τα παραπάνω οφείλει να αναπτυχθεί και ο τομέας της έρευνας με σκοπό την ανακάλυψη νέων τρόπων για την

αποκατάσταση της υγείας των αναπήρων. Πιο συγκεκριμένα, ο τομέας της τεχνολογίας πρέπει να επικεντρωθεί στην ανακάλυψη και κατασκευή διάφορων μορφών υποκατάστατων και βοηθημάτων με σκοπό της αρωγή στην καθημερινή ζωή των αναπήρων και την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και επιπλέον να κατορθώσει την άρση του ψηφιακού χάσματος που βιώνουν τα άτομα αυτά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Jennifer Anders , Axel Heinemann, Carsten Leffmann, (2010). Decubitus ulcers: Pathophysiology and Primary prevention. Deutsches Arzteblatt, 107(21), 371-381.

Barber, S. (2013). Are We Hard of Hearing When It Comes to Caring for Deaf, Patients? Nurses Attitudes Toward Deafness. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 8(1), 109-117.

Bishop, D., & Rhind, D. J. A. (2011), Barriers and enablers for visually impaired students at a UK Higher Education Institution. British Journal of Visual Impairment, 29(3), 177–195.

Carlos A M Guerreiro (2016) Epilepsy: Is there hope?, Indian Journal of Medical Research, 144(5), 657-660.

Clement WT Tan, (2018), Braille and the Need to Innovate for the Blind, Annals of the Academy of Medicine 47(1), 1- 2.

Dae Shik Kim, Robert Wall Emerson, Koorosh Naghshieh, Alexander Auer, Drop-off detection with the long cane: effect of cane shaft weight and rigidity on performance, *Ergonomics*, 2016, 60(1), 59-68.

Debra Fearnls et al, (2006), health promotion perspectives for adults with learning disabilities, England.

Engel, J. (2014), Epilepsy, Overview. *Encyclopedia of the Neurological Sciences*, New York US.

Groce, N. E. (2017). *Disability and Rehabilitation. International Encyclopedia of Public Health*, UK

Hesdorffer, D. C., & Hauser, W. A. (2014). Epilepsy, Risk Factors. *Encyclopedia of the Neurological Sciences*, New York USA.

J.C Masdeu, 2014, *Encyclopaedia of the Neurological Sciences (Second Edition)*, Houston USA

J.C Masdeu, 2014, *Quadriplegia, Encyclopaedia of the Neurological Sciences (Second Edition)*, Houston USA

Jeamwathanachai, W., Wald, M., & Wills, G. (2019). Indoor navigation by blind people: Behaviors and challenges in unfamiliar spaces and buildings. *British Journal of Visual Impairment*, 37(2), 140–153.

Ji Eun Choi, Sung Hwa Hong, Joon Moon (2020), Academic Performance, Communication and Psychosocial Development of Prelingual Deaf Children with Cochlear Implants in Mainstream Schools, *J Audiol Otol*, 24(2), 61-70.

Joice de Moura, Midori Otake Yamada, Elida Garbo Guedes Adriane Lima Mortari Moret (2019), Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, Factors influencing the quality of life of children with cochlear implants, Braz J Otorhinolaryngol, 86(4), 411- 418.

Lisa Maria Glenk et al (2019), Perceptions on Health Benefits of Guide Dog Ownership in an Austrian Population of Blind People with and without a Guide Dog, Animals, 9(7), 1-16/

Lollar, D. J., & Horner-Johnson, W. (2017). Public Health Dimensions of Disability. International Encyclopedia of Public Health, Portland

Mary Jo Kocan, (2013), Special Considerations for Mobilizing patients in the Neurointensive Care Unit, Crit Care Nurs Q, 36(1), 50-55.

McKittrick, D. (2019) Communicating With Deaf and Hard of Hearing Patients. Home Healthcare Now, 37(5), 303.1

Melanie McEwen και Mary A. Nies (2013) υγεία: κοινοτική αντίληψη, Κοινοτική Νοσηλευτική- Νοσηλευτική δημόσιας υγείας, Λαγός Δημήτριος, Αθήνα, Ελλάδα.

Mo Birger; Lindbæk, Morten, Harris, (2005), Cochlear Implants and Quality Of Life: A prospective study, Ear Hear, 26(2), 186-194.

M.Prevo-Morgant, Y. Leavy, D.Chartrand, L. Jurasek, P. Osborne Shafer, R,Shinnar ,M.Goodwin (2019), Benefits Of The Epilepsy Specialist nurses (ESN) role, standardized practices and education around the world, Revue Neurologique, 175(3) 189-193.

Naples, J. G., & Ruckenstein, M. J. (2019). Cochlear Implant. Otolaryngologic Clinics of North America, Otolaryngologic Clinics, 53(1) 87-97.

Pavla Jendelova, (2018), Therapeutic Strategies for Spinal Cord Injuries, International Journal of Molecular Sciences, 19(10), 32-35.

Piña-Garza, J. E., & James, K. C. (2019). Monoplegia. Fenichel's Clinical Pediatric Neurology, United States

Rastgoo, R., Kiani, K., & Escalera, S. (2020). Sign language recognition: A deep survey. *Expert Systems with Applications*, 164(8), 1-25.

R.V. Shannon (2008), *The Senses: A Comprehensive Reference*, 3(7), 469-474.

Sander, J. W. (2014). *Epileptic Seizures*. *Encyclopedia of the Neurological Sciences*, Academic Press, London UK

Sahli, A. S. (2019). Developments of children with hearing loss according to the age of diagnosis, amplification, and training in the early childhood period. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 276(9), 469-473.

Schrepfer, T., & Schacht, J. (2017). Deafness☆. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 9(3), 1-12.

Treasure Island, Statpearls Publishing, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430685/>, 2020

Ida Bromley *Spinal cord injury*. (2006). *Tetraplegia and Paraplegia*, Churchill LivingStone, London United Kingdom.

Todd JM, (1974), *Physiotherapy in the early stages of hemiplegia*, *Physiotherapy*, 336-337, 60(11).

Tom H. Cook (2013), *Ιστορικοί Παράγοντες: το πλαίσιο της κοινοτικής νοσηλευτικής, κοινοτική νοσηλευτική νοσηλευτική δημόσιας υγείας*, Λαγός Δημήτριος, Αθήνα, 23-47

Ελληνόγλωσση

Ευαγγελία Μ., Σαράφης Π., Βιβιλάκη Β., (2015), Η Συνέχεια της Φροντίδας: Από το Νοσοκομείο στην Κοινότητα, Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη φροντίδα Υγείας, Πασχαλίδης, Λευκωσία

Κρουσταλάκης Γ.Σ. (2005), Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο, Ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση Αθήνα: Εκδότης Γρηγόρη

Νικόλαος Τρίμμης, 2012, Θεμελιώδεις αρχές ακουστικής αποκατάστασης παιδιά, ενήλικες και μέλη της οικογένειάς τους, Πάτρα

Πέτρος Α. Σταθόπουλος, (2005), κοινωνική πρόνοια, ιστορική εξέλιξη- νέες κατευθύνσεις, Αθήνα.

Σταθόπουλος Π. (1999), Κοινωνική πρόνοια, μια γενική θεώρηση, Αθήνα: Έλλην

Τσαούση, Λ. (2007). Το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού, Κέντρο στήριξης οικογένειας Κορίνθου, Αθήνα

Ιστοσελίδες

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, <https://opeka.gr/atoma-me-anapiria/atoma-me-anapiria-paroches/> , Αύγουστος 28, 2021