

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ
ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ
ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ: ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ
ΜΑΚΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΛΕΦΤΟΓΙΑΝΝΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ



ΠΑΤΡΑ, 1995

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1968
----------------------	------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελίδες

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ	1
-------------------------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ - ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

- Έννοια και κριτήρια της διανοητικής καθυστέρησης	3
- Βαθμοί βαρύτητας διανοητικής καθυστέρησης και κατηγορίες νοητικά καθυστερημένων	8
- Αίτια νοητικής καθυστέρησης	12
Γενετικά αίτια	13
Περιβαλλοντικά αίτια	18
- Διάγνωση νοητικής καθυστέρησης	22
- Διαφορική διάγνωση	27
- Νοσηλευτική παρέμβαση	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ - ΒΑΡΙΕΣ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

- Γενικά	40
- Διαφορική διάγνωση	43
- Αυτιστική διαταραχή	43
- Εμφάνιση αυτισμού - πρώτα συμπτώματα	44
- Αιτιολογία	44
- Διάγνωση αυτιστικής διαταραχής	47
- Διαφορική διάγνωση	49
- Πρόγνωση του αυτισμού	52

- Αντιμετώπιση της αυτιστικής διαταραχής	54
- Νοσηλευτική παρέμβαση	56
- Βαριά εκτεταμένη διαταραχή της ανάπτυξης ΜΠΑ	58
- Νοσηλευτική παρέμβαση	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ - ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- Γενικά	60
A. Διαταραχές των σχολικών δεξιοτήτων	62
A1. Αναπτυξιακή διαταραχή της αριθμητικής	62
Διάγνωση	62
Διαφορική διάγνωση	63
A2. Αναπτυξιακή διαταραχή της γραπτής έκφρασης	63
Διάγνωση	63
Διαφορική διάγνωση	64
A3. Αναπτυξιακή διαταραχή της ανάγνωσης	64
Διάγνωση	65
Διαφορική διάγνωση	65
B. Διαταραχές του λόγου (ομιλίας) και της γλώσσας	66
B1. Αναπτυξιακή διαταραχή της άρθρωσης	66
Διάγνωση	66
Διαφορική διάγνωση	66
Θεραπεία	67
B2. Αναπτυξιακή διαταραχή της γλωσσικής έκφρασης	67
Διάγνωση	67
Διαφορική διάγνωση	68
Πρόγνωση	68

	σελ.
B3. Αναπτυξιακή διαταραχή γλωσσικής αντίληψης	69
Διάγνωση	69
Διαφορική διάγνωση	70
Πρόγνωση	70
Γ. Διαταραχή των κινητικών δεξιοτήτων	70
Γ1. Αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού	70
Διάγνωση	70
Διαφορική διάγνωση	71
Γ2. Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή ΜΠΑ	71
Ανακεφαλαίωση - Θεραπευτική Αντιμετώπιση των ειδικών	
Αναπτυξιακών Διαταραχών	72
Νοσηλευτική παρέμβαση	73
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	
Περιστατικό πρώτο	75
Περιστατικό δεύτερο	79

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Μέσα απ' αυτή την εργασία, προσπαθώ να δώσω τις βασικές ιατρικές θεωρήσεις γύρω από το θέμα των αναπτυξιακών διαταραχών στην παιδική ηλικία και τη συμβολή του νοσηλευτή στη φροντίδα, την αγωγή και την εκπαίδευση αυτών των παιδιών.

Σκοπός λοιπόν της εργασίας είναι να παρουσιάσει σε ολόκληρο το πρόβλημα των διαταραχών ανάπτυξης και τη νοσηλευτική του προσέγγιση.

Σίγουρα δεν είναι δυνατό, μέσα σε τόσο λίγες σελίδες, να καλυφθεί ένα τόσο σημαντικό θέμα. Παρόλα αυτά, έχει γίνει μια προσπάθεια να παρουσιαστεί η ιδιαίτερη προσφορά της Νοσηλευτικής στον τόσο ευαίσθητο αυτό χώρο των νοσοκομείων, των ιδρυμάτων περίθαλψης, αλλά και των σχολείων όπου φιλοξενούνται παιδιά με κάποια αναπτυξιακή διαταραχή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ατομικές διαφορές αποτελούν φυσικό νόμο αλλά σε ορισμένα άτομα οι αποκλίσεις είναι τόσο σημαντικές ώστε παρεμποδίζεται η ομαλή εξέλιξη και προσαρμογή. Τα άτομα με τέτοιου είδους αποκλίσεις έχουν κατά καιρούς ονομαστεί προβληματικά, απροσάρμοστα, υπολειπόμενα, ειδικά, διαφορετικά, αποκλίνοντα. Τελευταία τείνει να επικρατήσει στην επιστημονική ορολογία διεθνώς ο όρος αποκλίνοντα άτομα. Ο όρος αυτός δεν στιγματίζει το άτομο και δεν προκαλεί θυμικές αντιδράσεις.

Σημαντικές αποκλίσεις που παρεμποδίζουν την ομαλή εξέλιξη και προσαρμογή του ατόμου παρατηρούνται κυρίως στην κατασκευή και τη λειτουργία των μελών του σώματος, στα αισθητήρια όργανα, στην εξέλιξη των νοητικών λειτουργιών, στη δομή της προσωπικότητας κ.λπ. Ανάλογα με το είδος και το βαθμό της αποκλίσεως καθορίζονται και οι κατηγορίες των αποκλινόντων ατόμων. Έτσι υπάρχουν άτομα με ελαττωματικά αισθητήρια όργανα (τυφλά, κωφάλαλα, βαρήκοα), άτομα με εμφανείς σωματικές αναπηρίες (ανάπηρα), άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες (ασθενικά, καχεκτικά), άτομα με διαταραχές του χαρακτήρα και της προσωπικότητας (ψυχασθενή, παραπτωματικά, εγκληματικά), άτομα με διαταραχές του λόγου και άτομα με ανεπαρκή νοητική ανάπτυξη.

Οι διαταραχές της ανάπτυξης ή αναπτυξιακές διαταραχές, οι οποίες θα αναλυθούν στη συνέχεια, είναι διαταραχές που συνήθως πρωτοεμφανίζονται στη βρεφονηπιακή, παιδική ή εφηβική ηλικία. Στην ομάδα αυτή λοιπόν των διαταραχών χαρακτηριστικά

προεξάρχει η διαταραχή στην απόκτηση δεξιοτήτων γνωστικών, γλωσσικών, κινητικών ή κοινωνικών. Η διαταραχή μπορεί να αφορά είτε γενική καθυστέρηση, όπως στη διανοητική καθυστέρηση είτε καθυστέρηση ή αδυναμία προόδου σε μια συγκεκριμένη περιοχή απόκτησης δεξιοτήτων, όπως στις ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές ή σε πολλαπλές περιοχές, οπότε και υπάρχουν ποιοτικές παρεκκλίσεις από τη φυσιολογική ανάπτυξη, όπως στις βαριές εκτεταμένες διαταραχές της ανάπτυξης.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Π Ρ Ω Τ Ο

ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΈννοια και κριτήρια της διανοητικής καθυστέρησης

Ο όρος νοητική καθυστέρηση, μολονότι συναντάται ακόμα και σε γραπτά κείμενα 2.500 ετών, δεν έχει καθοριστεί σαφώς.

Η καθιέρωση ενός γενικά αποδεκτού ορισμού παρουσιάζει ποικίλες δυσκολίες. Οι κυριότεροι λόγοι είναι πρώτα ότι η διανοητική καθυστέρηση δεν είναι μια ιδιαίτερη παθολογική κατάσταση, για να μπορέσουμε να απαριθμήσουμε τα σημαντικά χαρακτηριστικά της και στη συνέχεια να τα ενσωματώσουμε σ' έναν ενιαίο ορισμό, αλλά ένας γενικός όρος που περιλαμβάνει πλήθος ανομοιογενών παθολογικών περιπτώσεων. Οι παθολογικές αυτές περιπτώσεις έχουν κοινό χαρακτηριστικό ότι η ανάπτυξη των νοητικών λειτουργιών είναι ατελής, εμφανίζονται όμως υπό διάφορες μορφές, με διάφορους βαθμούς σοβαρότητας, σε διάφορες περιόδους της ατομικής ζωής, κάτω από διάφορες συνθήκες και αιτίες κ.λπ.

Δεύτερο, το πρόβλημα του καθορισμού της έννοιας της νοητικής καθυστέρησης περιπλέκεται περισσότερο γιατί, με το πρόβλημα αυτό ασχολούνται διάφορες επιστημονικές ειδικότητες, όπως ψυχολόγοι, γιατροί, βιολόγοι, κοινωνιολόγοι, παιδαγωγοί κ.λπ. Όπως είναι φυσικό, κάθε ειδικός εντοπίζει το ενδιαφέρον του σε ορισμένες μονάχα διαστάσεις του

προβλήματος. Οι γιατροί και οι βιολόγοι π.χ. εντοπίζουν τη μελέτη τους στην αιτιολογία, τα κλινικά χαρακτηριστικά και τις διαταραχές της λειτουργίας των διάφορων οργανικών συστημάτων, οι ψυχολόγοι τονίζουν τις εκτροπές στη συμπεριφορά, οι κοινωνιολόγοι περιορίζονται στις δυσκολίες της προσαρμογής στην κοινωνική ομάδα, οι εκπαιδευτικοί αναφέρονται στις δυσκολίες της μάθησης κ.λπ. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, κάθε ειδικός να ορίζει τη νοητική καθυστέρηση σύμφωνα με το δικό του προσανατολισμό και την εκπαίδευσή του και να χρησιμοποιεί ορολογία της ειδικότητάς του και περιγραφή που εξυπηρετεί τον τομέα του.

Τρίτο, ότι οι διχογνωμίες για τη φύση της νοημοσύνης, τη δομή της, την πορεία της εξέλιξής της και για το κατά πόσο αυτή υπόκειται σε αλλαγές, έχουν προκαλέσει ατέλειωτες διαμάχες, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται παρερμηνείες και σύγχυση.

Δυο ορισμοί της νοητικής καθυστέρησης, ο ένας από το Βρετανό ιατρό A.F. Tredgold και ο άλλος από τον Αμερικανό ψυχολόγο Edgar Doll, έχουν τύχει ιδιαίτερης προσοχής στο παρλεθόν. Ο Tredgold ορίζει τη νοητική καθυστέρηση ως μια κατάσταση απεναρκούς νοητικής ανάπτυξης σε τέτοιο βαθμό και ποιό, ώστε το άτομο να είναι ανίκανο να προσαρμοστεί στο σύνηθες περιβάλλον και να διατηρηθεί χωρίς καθοδήγηση, προστασία και εξωτερική βοήθεια.

Ο Doll θεωρεί ως βασικά κριτήρια της νοητικής καθυστέρησης τα εξής: α) ότι εμφανίζεται κατά τη γέννηση ή νωρίς στην παιδική ηλικία, β) χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή νοητική ανάπτυξη, γ) συνοδεύεται από ανεπαρκή κοινωνική

προσαρμοστικότητα, δ) καταλήγει σε κοινωνική ανεπάρκεια κατά την ώριμη ηλικία, ε) οφείλεται σε οργανικά αίτια και στ) είναι βασικά ανίατη.

Τα δυο τελευταία κριτήρια έχουν αμφισβητηθεί σοβαρά από εκείνους που θεωρούν ότι η νοητική καθυστέρηση δεν είναι αναγκαστικά οργανική αθεράπευτη ασθένεια, αλλά ένα σύμπτωμα, που είναι δυνατό να οφείλεται και σε παροδικά ψυχολογικά ή περιβαλλοντικά αίτια και να πάψει να υπάρχει σε μια ορισμένη περίοδο της ζωής του ατόμου.

Το 1959 ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοητικής Καθυστέρησης συγκρότησε μια επιτροπή από επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων, η οποία πρότεινε τον εξής ορισμό για τη νοητική καθυστέρηση: "Νοητική καθυστέρηση είναι μια παθολογική κατάσταση, που εμφανίζεται στην περίοδο ανάπτυξης, χαρακτηρίζεται από νοητική ικανότητα κάτω από το μέσο όρο και συνοδεύεται από μειωμένη ικανότητα προσαρμογής".

Νοητική ικανότητα: Υποδηλώνει τη γενική νοημοσύνη, όπως αξιολογείται με τις συνηθισμένες νοομετρικές κλίμακες (κλίμακα Binet, κλίμακα WISC κ.λπ.).

Κάτω από το μέσο όρο: Σημαίνει ότι το άτομο σ' ένα σταθμισμένο τεστ νοημοσύνης παίρνει δείκτη νοημοσύνης κάτω του 70. Ο βαθμός αυτός νοητικής ικανότητας είναι δύο τυπικές αποκλίσεις κάτω από το μέσο όρο και έτσι το άτομο βρίσκεται στο κατώτερο 3% των συνομηλίκων του.

Περίοδος ανάπτυξης: Είναι η περίοδος που αρχίζει από τη σύλληψη και φτάνει ως το 16ο έτος της ηλικίας.

Ικανότητα προσαρμογής: Αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται αποτελεσματικά στις απαιτήσεις του

φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Η μειωμένη ικανότητα προσαρμογής είναι δυνατό ν' αντικατοπτρίζεται: α) Στην ωρίμανση, δηλαδή το ρυθμό και το επίπεδο ανάπτυξης των βασικών κινητικών και αντιληπτικών ικανοτήτων, καθώς και των δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης, β) στη μάθηση, δηλαδή την ικανότητα του ατόμου ν' αποκτά γνώσεις και δεξιότητες από την επαφή του με τα πρόσωπα και τα πράγματα στο περιβάλλον του, γ) στην κοινωνική ένταξη, δηλαδή την ικανότητα του ατόμου ν' ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις και τα κριτήρια της κοινωνίας μέσα στην οποία ζει.

Κάθε μορφή προσαρμογής έχει διαφορετική σημασία στις διάφορες φάσεις της εξέλιξης του ατόμου. Η ωρίμανση αναφέρεται στο βαθμό και το ρυθμό με τον οποίο εξελίσσονται βασικές δεξιότητες που συνήθως σχετίζονται με την προσχολική ηλικία, όπως βάδισμα, ομιλία, ατομική εξυπηρέτηση στο φαγητό και στην καθαριότητα κ.ά. Η ικανότητα της μάθησης έχει ιδιαίτερη σημασία στη σχολική ηλικία. Η κοινωνική ένταξη έχει ιδιαίτερη σημασία στην ενηλικίωση, όταν η νοητική καθυστέρηση επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να συντηρεί τον εαυτό του, να συνεργάζεται με άλλα άτομα και ν' αντιλαμβάνεται τις ευθύνες του ως μέλος της ομάδας.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Αμερικανικού Συνδέσμου Νοητικής Καθυστέρησης, για να χαρακτηριστεί ένα άτομο καθυστερημένο πρέπει τα πιο πάνω κριτήρια (ανεπαρκής νοητική ανάπτυξη, μειωμένη ικανότητα προσαρμογής και εμφάνιση της νοητικής καθυστέρησης κατά την περίοδο ανάπτυξης) να είναι παρόντα συγχρόνως. Στα άτομα με βαριά καθυστέρηση και οι τρεις αυτοί παράγοντες συνυπάρχουν. Σε άτομα όμως με οριακή

καθυστέρηση, η χαμηλή νοημοσύνη είναι δυνατό να μη συνεπάγεται και κοινωνική ανεπάρκεια. Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι η κοινωνική προσαρμογή έχει συμπεριληφθεί στα βασικά και απαραίτητα κριτήρια νοητικής καθυστέρησης, γιατί η νοητική καθυστέρηση, ανεξάρτητα από την αιτιολογία και τη μορφή της, είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο, που καθορίζεται με βάση την πολυπλοκότητα και τις ιδιαίτερες απαιτήσεις της κοινωνίας μέσα στην οποία ζει το άτομο.

Τέλος, η διευκρίνιση που θα έπρεπε να γίνει όσον αφορά τη νοητική καθυστέρηση είναι ότι, σε πολλούς ορισμούς αυτής ως κύριο χαρακτηριστικό της αναφέρεται η "βραδεία νοητική ανάπτυξη", γεγονός που πολλές φορές δημιουργεί παρερμηνείες. Ο όρος αυτός συνήθως εκλαμβάνεται με τη σημασία ότι απλώς ο ρυθμός της ανάπτυξης είναι βραδύς και ότι για να ολοκληρωθεί η ανάπτυξη απαιτείται απλώς περισσότερος χρόνος. Η νοητική ανάπτυξη όμως των νοητικά καθυστερημένων δεν είναι μόνο βραδεία, αλλά και ελλιπής και δεν φτάνει ποτέ στο επίπεδο του κανονικού. Έτσι, ενώ στο κανονικό άτομο η νοητική ηλικία μετά το τέλος της ανάπτυξης είναι τουλάχιστον 16 έτη, στο νοητικώς καθυστερημένο άτομο δεν υπερβαίνει ποτέ τα 12 έτη (δηλαδή τα 3/4 του κανονικού). Συγκεκριμένα, το ανώτατο όριο νοητικής ανάπτυξης μετά την ολοκλήρωσή της είναι για το 83% περίπου των νοητικά καθυστερημένων 8 έως 12 έτη, για το 3% 4 έως 8 έτη και για το 4% μικρότερο από 4 έτη.

Βαθμοί βαρύτητας διανοητικής καθυστέρησης και κατηγορίες νοητικά καθυστερημένων

Τα νοητικά καθυστερημένα άτομα αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα διαφορές μεταξύ τους υπάρχουν ως προς την αιτία και το βαθμό της νοητικής καθυστέρησης ως προς τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς, ως προς το πλήθος και το είδος των άλλων διαταραχών που συνυπάρχουν με τα κύρια συμπτώματα, ως προς τη πρόγνωση για το τελικό επίπεδο ανάπτυξης, ως προς το είδος των απαιτούμενων προγραμμάτων εκπαίδευσης και κοινωνικής αποκατάστασης, κλπ.

Για την διευκόλυνση λοιπόν της διδασκαλίας και του κοινωνικού προγραμματισμού είναι απαραίτητο να ταξινομηθούν τα άτομα σε κατηγορίες οι οποίες θα περιλαμβάνουν όσο το δυνατό περισσότερο ομοιογενείς περιπτώσεις.

Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορα κριτήρια και κατηγορίες ταξινόμησης των νοητικά καθυστερημένων. Το παλιότερο βασικό κριτήριο είναι ο δείκτης νοημοσύνης. Ο πρώτος που εισήγαγε το κριτήριο αυτό είναι ο Lewis Terman. Σύμφωνα με την ταξινόμηση αυτή, νοητικό ηλικίο μεταξύ 80 και 90 στην κλίμακα Binet κατατάσσει το άτομο στη βαθμίδα του μέσου κατωτέρου, ηλικίο μεταξύ 50 και 79 στη βαθμίδα του οριακώς (ή ελαφρώς) καθυστερημένου (ελαφρά - ήπια - διανοητική καθυστέρηση) και ηλικίο κάτω του 50 στη βαθμίδα του βαριά καθυστερημένου.

Άλλο κριτήριο ταξινόμησης των νοητικά καθυστερημένων είναι τα κλινικά σύνδρομα. Σύνδρομο είναι ένα σύνολο χαρακτηριστικών ή συμπτωμάτων που εμφανίζονται σ' ένα άτομο

συγχρόνως. Στην περίπτωση της νοητικής καθυστέρησης κάθε σύνδρομο περιλαμβάνει ψυχολογικά, κοινωνικά και μορφολογικά χαρακτηριστικά, που το διαφοροποιούν από τ' άλλα. Τα κυριότερα κλινικά σύνδρομα της νοητικής καθυστέρησης είναι η μογγολοειδής ιδιοτεία (ή σύνδρομο του Down), η υδροκεφαλία, το σύνδρομο του Turner, το σύνδρομο του Klinefelter, η φαινυλκετονουρία, η νευροφυμπρομάτωση και ο κρετινισμός.

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοητικής καθυστέρησης έχει προτείνει δύο συστήματα ταξινόμησης. Το ένα βασίζεται στα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς των νοητικά καθυστερημένων και χρησιμοποιείται περισσότερο στο προγραμματισμό της αγωγής και της κοινωνικής τους αποκατάστασης και το άλλο βασίζεται στην αιτιολογία της νοητικής καθυστέρησης και χρησιμοποιείται κυρίως στην πρόληψη και στη θεραπεία της.

Η ταξινόμηση με βάση την αιτιολογία περιλαμβάνει οκτώ κατηγορίες νοητικής καθυστέρησης οι οποίες οφείλονται: α) σε λοιμώξεις, β) σε δηλητηριάσεις, γ) σε εγκεφαλικά τραύματα κατά την κύηση, τον τοκετό ή την παιδική ηλικία, δ) σε διαταραχές του μεταβολισμού ή της θρέψης, ε) σε ασθένειες ή ελαττωματικές καταστάσεις που συμβαίνουν στην παιδική ηλικία, στ) σε άγνωστα αίτια, ζ) σε άγνωστα ή ασαφή αίτια και συνοδεύεται από νευρολογικές διαταραχές και η) σε σαφή ή πιθανά ψυχολογικά αίτια, χωρίς να συνοδεύεται από νευρολογικά συμπτώματα.

Η ταξινόμηση με βάση τη συμπεριφορά περιλαμβάνει πέντε βαθμίδες νοητικής καθυστέρησης: α) την οριακή νοητική καθυστέρηση με νοητικό πηλίκο 70 ως 84, β) την ελαφρά νοητική καθυστέρηση με νοητικό πηλίκο 55 ως 69, γ) την μέτρια νοητική

καθυστέρηση με νοητικό ηλικίο 40 ως 54, δ) τη βαριά νοητική καθυστέρηση με νοητικό ηλικίο 25 ως 39 και ε) τη βαρυτάτη νοητική καθυστέρηση με νοητικό ηλικίο κάτω του 25. Η ταξινόμηση αυτή βασίζεται περισσότερο στην επίδοση του ατόμου (γνώσεις και δεξιότητες) σε διάφορους τομείς όπως είναι η ικανότητα πρόσληψης πληροφοριών από το περιβάλλον, η δυνατότητα επικοινωνίας με άλλους, η κοινωνική ανάπτυξη, η ψυχική υγεία, οι ατομικές συνήθειες, η αυτοεξυπηρέτηση, η σχολική επίδοση και ο βαθμός γενικής νοημοσύνης.

Μια άλλη ταξινόμηση για διδακτικούς σκοπούς έχει προταθεί από το Samuel A. Kirk. Οι κατηγορίες που περιλαμβάνει η ταξινόμηση είναι: 1) οι εκπαιδευσιμοι, 2) οι ασκήσιμοι, και 3) οι ιδιώτες.

Οι εκπαιδευσιμοι αποτελούν την ανώτερη βαθμίδα των νοητικά καθυστερημένων ο ρυθμός της νοητικής τους ανάπτυξης είναι μεταξύ του μισού ($1/2$) και των τριών τετάρτων ($3/4$) του κανονικού (νοητικό ηλικίο περίπου μεταξύ 50 και 75). Είναι ικανοί να μάθουν στοιχεία των συνηθών σχολικών γνώσεων και δεξιοτήτων (ανάγνωσης, γραφής, αριθμητικής) σε βαθμό ώστε να μη θεωρούνται αναλφάβητοι (μπορούν να αφομοιώσουν σχολική ύλη ως την Δ' τάξη του δημοτικού σχολείου). Ακόμα έχουν τις ικανότητες ν' αποκτήσουν κοινωνικές και επαγγελματικές δεξιότητες και τελικά να ενταχθούν στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και να ζήσουν κοινωνικά και οικονομικά ανεξάρτητοι μερικώς ή ολικώς. Χρειάζονται όμως καθοδήγηση και βοήθεια όταν βρεθούν κάτω από έντονες κοινωνικές ή οικονομικές πιέσεις. Παρουσιάζουν μικρή καθυστέρηση στις κινητικές και αντιληπτικές ικανότητες.

Οι ασκήσιμοι αποτελούν τη μέση βαθμίδα των νοητικά καθυστερημένων. Ο ρυθμός της νοητικής τους ανάπτυξης είναι μεταξύ του ενός τετάρτου ($1/4$) και του μισού ($1/2$) του κανονικού (νοητικό πηλίκο περίπου μεταξύ 25 και 50). Δεν είναι ικανοί ν' αποκτήσουν τις συνήθεις σχολικές γνώσεις και δεξιότητες εκτός από μερικές μεμονωμένες λέξεις ή απλές φράσεις και απλές αριθμητικές έννοιες. Μπορούν όμως να ασκηθούν σε δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης όπως π.χ. η καθαριότητα, η ένδυση, η προπαρασκευή και η λήψη φαγητού, η κυκλοφορία μέσα στο σπίτι και στην αυλή και η εκτέλεση απλών εργασιών μέσα στην οικογένεια ή σε προστατευτικά εργαστήρια με αμοιβή. Οι ασκήσιμοι όμως απαιτούν συνεχή φροντίδα, εποπτεία και οικονομική υποστήριξη.

Οι ιδιώτες αποτελούν την κατώτερη βαθμίδα νοητικά καθυστερημένων. Η καθυστέρησή τους είναι τόσο μεγάλη και τα ελλωτάματα που τη συνοδεύουν τόσο σημαντικά ώστε τα άτομα αυτά δεν μπορούν ουσιαστικά να επωφεληθούν από οποιαδήποτε μορφή αγωγής ή άσκησης. Οι ιδιώτες δεν είναι σε θέση να μάθουν ακόμα και τις απλούστερες δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης. Για να διατηρηθούν στη ζωή απαιτούν συνεχή ιατρική και φαρμακευτική μέριμνα και θεραπεία. Η πλειονότητα των ιδιωτών περιθάλλεται σε ιδρύματα - άσυλα για όλη τους τη ζωή.

Ο καθηγητής Kirk προτείνει και άλλη μια κατηγορία παιδιών με ανεπαρκή νοητική ανάπτυξη, "τους βραδέως μανθάνοντες". Τα παιδιά αυτά στην κοινωνική συναισθητιμότητα, σωματική και κινητική ανάπτυξη είναι φυσιολογικά, έχουν όμως οριακή νοημοσύνη, βρίσκονται δηλαδή στο κατώτερο όριο του κανονικού. Αν και δεν είναι σε θέση να παρακολουθήσουν πλήρως

το πρόγραμμα της συνήθους τάξης, ως καλύτερη μορφή εκπαίδευσης τους θεωρείται η τοποθέτησή τους στις συνήθεις τάξεις κι αυτό γιατί η απόκλισή τους από το κανονικό είναι μικρή και η απαιτούμενη τροποποίηση του σχολικού προγράμματος μπορεί να γίνει εύκολα μέσα στα πλαίσια του συνήθους σχολείου. Ως ενήλικοι τα άτομα αυτά είναι συνήθως αυτάρκη κοινωνικά και οικονομικά.

Αίτια Νοητικής Καθυστέρησης

Τα αίτια της νοητικής καθυστέρησης είναι πολυάριθμα και ποικίλα κι' αυτό γιατί η νοητική καθυστέρηση δεν είναι μια ιδιαίτερη ασθένεια αλλά ένα σύμπτωμα που συνοδεύει ή είναι επακόλουθο ποικίλων και πολυάριθμων ασθενειών και ελαττωματικών καταστάσεων.

Τα αίτια της νοητικής καθυστέρησης ταξινομούνται σε δύο μεγάλες κατηγορίες α) τα γενετικά (ή πρωτογενή ή εγγενή) και β) τα περιβαλλοντικά (ή δευτερογενή ή επιγενή).

Τα γενετικά είναι παρόντα κατά τη στιγμή της σύλληψης και σ' αυτά συμπεριλαμβάνονται κι εκείνα που ανάγονται σε κληρονομικούς παράγοντες.

Τα περιβαλλοντικά αίτια οφείλονται σε εξωτερικούς παράγοντες και επενεργούν κατά την περίοδο της κύησης, και την ατομική ζωή από τη βρεφική ηλικία ως την ολοκλήρωση, της ωρίμανσης του ατόμου (περίπου ως το 16ο έτος της ηλικίας).

Γενετικά Αίτια

Τα γενετικά αίτια οφείλονται κυρίως σε ανωμαλίες χρωμοσωμάτων και σε ανωμαλίες του μεταβολισμού.

Η συνηθέστερη μορφή ανωμαλίας χρωμοσωμάτων όσον αφορά τον αριθμό τους είναι το τριπλό χρωμόσωμα, η ονομαζόμενη τρισωμία. Στις περιπτώσεις αυτές αντί για 46 χρωμοσώματα, υπάρχει ένα επιπλέον, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανωμαλίες στη σωματική και τη νοητική ανάπτυξη. Το τριπλό αυτό χρωμόσωμα άλλοτε παρουσιάζεται στο 13ο, στο 15ο ή στο 18ο ζεύγος χρωμοσωμάτων οπότε προκαλεί βαριά μορφή νοητικής καθυστέρησης και σωματικές παραμορφώσεις, και άλλοτε στο 21ο ζεύγος οπότε προκαλεί το σύνδρομο της μογγολοειδούς ιδιοτείας. Το σύνδρομο αυτό περιέγραψε πρώτος το 1860 ο Βρετανός γιατρός L. Down και γι' αυτό αποκαλείται σύνδρομο Down. Ατομα με σύνδρομο Down παρουσιάζουν 50 τουλάχιστον ιδιαίτερα κοινά σωματικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Το σύνδρομο αυτό συναντάται μια φορά σε κάθε 700 ζωντανές γεννήσεις και αποτελεί το 10% ως 20% των περιπτώσεων μέσης και βαριάς νοητικής καθυστέρησης. Πρώτος ο Ελβετός Lejeune το 1959 ανακάλυψε ότι η ανωμαλία αυτή οφείλεται στο τριπλό χρωμόσωμα.

Τα εξωτερικά χαρακτηριστικά των ατόμων με σύνδρομο Down είναι: μικρή κεφαλή, μεγάλη γλώσσα, που συχνά εξέχει από τη στοματική κοιλότητα, μικρή και πλατιά μύτη και στενά μάτια. Οι παλάμες τους έχουν ανώμαλη κατασκευή με μικρά δάχτυλα (ιδίως τα τελευταία), επίσης έχουν κοντά και πλατιά χέρια και πόδια καθώς και κοντό και πλατύ λαιμό. Από άποψη σωματικής

υγείας συχνά έχουν σοβαρά προβλήματα με το καρδιαγγειακό και αναπνευστικό τους σύστημα πράγμα που αυξάνει τη θνησιμότητά τους, (σε ποσοστό πάνω από 30%). Η σεξουαλική τους ανάπτυξη είναι συνήθως αργοπορημένη ή ατελής, παρόλο που μερικές γυναίκες με το σύνδρομο έχουν τεκνοποιήσει.

Από άποψη ψυχολογική τα άτομα με σύνδρομο Down είναι τόσο σαν παιδιά όσο και σαν ενήλικοι συμπαθητικοί, ήρεμοι, κοινωνικοί, χωρίς σχεδόν κανένα πρόβλημα προσωπικότητας. Η νοητική τους ανάπτυξη είναι σχεδόν πάντοτε προβληματική, παρόλο που ο βαθμός της καθυστέρησης τους μπορεί να ποικίλει από ήπια μέχρι βαριά νοητική καθυστέρηση.

Πολλές χρωμοσωμικές ανωμαλίες οφείλονται στις διαταραχές των χρωμοσωμάτων του φύλλου μία τέτοια ανωμαλία είναι η απουσία δεύτερου χρωμοσώματος στο 23ο ζεύγος (υπάρχει ένα μόνο χρωμόσωμα τύπου X). Η ανωμαλία αυτή προκαλεί το σύνδρομο Turner. Το σύνδρομο αυτό συναντάται μόνο στα θήλεα και χαρακτηρίζεται από δυσπλασία των γεννητικών οργάνων και νοητική καθυστέρηση.

Μια άλλη ανωμαλία των χρωμοσωμάτων του φύλλου είναι η παρουσία ενός επιπλέον χρωμοσώματος στο 23ο ζεύγος (υπάρχουν δηλαδή δύο χρωμοσώματα X του θηλυκού και ένα χρωμόσωμα Y του αρσενικού). Η ανωμαλία αυτή προκαλεί το σύνδρομο Klinefelter. Το σύνδρομο αυτό συναντάται αποκλειστικά στα άρρενα (αποτελεί περίπου το 1% των αρρένων που νοσηλεύονται σε ιδρύματα). Κατά την εφηβεία άτομα με το σύνδρομο Klinefelter παρουσιάζουν χαρακτηριστικά θηλυκού και έχουν νοητική καθυστέρηση.

Παραλλαγή του συνδρόμου αυτού είναι η παρουσία στο 23ο ζεύγος τεσσάρων χρωμοσωμάτων (τριών χρωμοσωμάτων X του

θηλυκού και ενός χρωμοσώματος Y του αρσενικού). Τα άτομα αυτά, παράλληλα προς τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου Klinefelter παρουσιάζουν και μογγολοειδή ιδιοτεία.

Τελειώνοντας με τις χρωμοσωμικές ανωμαλίες που αναφέρονται στον αριθμό των χρωμοσωμάτων θα ασχοληθούμε με τις χρωμοσωμικές ανωμαλίες που αναφέρονται στη βιοχημική σύσταση των χρωμοσωμάτων και προκαλούν όπως και προηγούμενα νοητική καθυστέρηση.

Μια περίπτωση βιοχημικής ανωμαλίας η οποία προκαλεί νοητική καθυστέρηση είναι η φαινυλοπυροσταφυλική ιδιοτεία γνωστή με το τρίγραμμα PKU. Η ανωμαλία αυτή χαρακτηρίζεται από έλλειψη φαινυλalanίνης, ενός ενζύμου που είναι απαραίτητο για το μεταβολισμό των οξέων τα οποία βρίσκονται στις πρωτεΐνες. Η PKU απαντάται μια φορά σε κάθε 40.000 ζωντανές γεννήσεις. Το άτομο με PKU έχει ως χαρακτηριστικά ξανθά μαλλιά και γαλανά μάτια. Θεραπεία μπορεί να επιτευχθεί με ειδική δίαιτα του παιδιού.

Άλλη περίπτωση ανωμαλίας είναι η γαλακτοζαιμία. Η ανωμαλία αυτή οφείλεται στη έλλειψη ενός ενζύμου το οποίο μετατρέπει τη γαλακτόζη σε γλυκόζη. Η συσσώρευση γαλακτόζης στο κεντρικό νευρικό σύστημα προκαλεί νοητική καθυστέρηση, θεραπεία της ανωμαλίας αυτής μπορεί να επιτευχθεί με ειδική δίαιτα. Η γαλακτοζαιμία παρουσιάζεται μια φορά σε κάθε 17.000 ζωντανές γεννήσεις.

Άλλη βιοχημική διαταραχή είναι η αμαυρωτική ιδιοτεία, η οποία χαρακτηρίζεται από ανωμαλίες στο μεταβολισμό των λιποειδών, με αποτέλεσμα την εναπόθεση παθογόνου ουσίας κυρίως στον εγκέφαλο και τον αμφιβληστροειδή. Η ασθένεια αυτή

χαρακτηρίζεται από ελαττωματική όραση και νοητική καθυστέρηση. Μπορεί να εμφανιστεί σε διάφορες ηλικίες. Η μορφή αυτή είναι γνωστή ως ασθένεια Tay-Sachs.

Άλλες περιπτώσεις που μπορούν να ενταχθούν στα γενετικά αίτια είναι ο κρετινισμός, η μικροκεφαλία και η υδροκεφαλία.

Ο κρετινισμός χαρακτηρίζεται από καθυστέρηση στην ανάπτυξη του σώματος και νοητική ανεπάρκεια. Συνοδεύεται από ασύμμετρη ανάπτυξη του σκελετού και από αναστολή στην ανάπτυξη των γεννητικών οργάνων. Οι κρετίνοι είναι αργοκίνητοι, απαθείς και με υποτυπώδεις συγκινησιακές αντιδράσεις, αδύνατη μνήμη και φτωχά ενδιαφέροντα. Το αίτιο του κρετινισμού είναι η ατροφία του θυροειδή αδένος, τα δραστικά συστατικά του οποίου περιέχουν ιώδιο. Για τη θεραπεία του κρετινισμού χορηγούνται παρασκευάσματα θυροειδή (ιωδιοθυρίνη, θυρεοειδίνη, κλπ.).

Η υδροκεφαλία χαρακτηρίζεται από αύξηση της ποσότητας του υγρού στην κοιλότητα του κρανίου. Η αύξηση αυτή οφείλεται σε διεργασίες που περιορίζουν την αποχέτευση του ή προκαλούν υπερβολική παραγωγή του. Η υδροκεφαλία μπορεί να είναι εγγενής ή επίκτητη. Η επίκτητη οφείλεται σε ενδομήτριες φλεγμονώδεις επεξεργασίες των λεπτών μηνίγγων ή σε παραμορφώσεις κατά την ανάπτυξη του εγκεφάλου λόγω ενδομητρίων λοιμωδών νοσημάτων (σύφιλη, φυματίωση). Θεραπεία της επίκτητης υδροκεφαλίας μπορεί να επιτευχθεί με ακτινοθεραπεία ή με εγχείρηση.

Στα γενετικά αίτια της νοητικής καθυστέρησης συμπεριλαμβάνονται και τα κληρονομικά αίτια. Βέβαια προβάλλει

το ερώτημα κατά πόσο η νοητική καθυστέρηση είναι κληρονομική ή όχι.

Είναι αρκετά σύνηθες, το ιστορικό των νοητικά καθυστερημένων ατόμων να αποκαλύπτει την ύπαρξη και άλλων όμοιων ατόμων στο γενεολογικό τους δέντρο.

Αρχικά κίνδυνο νοητικής καθυστέρησης εγκυμονούν οι χρόνιες μολύνσεις γων γονέων, όπως η χρόνια βλενόρροια, η ελονοσία, η φυματίωση και ιδιαίτερα η σύφιλη. Επίσης οι χρόνιες δηλητηριάσεις όπως η κατάχρηση τοξικογενών ουσιών, ιδίως κατά το χρόνο της σύλληψης. Ακόμα ο αλκοολισμός και η αλόγιστη χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων ακόμη και σε περίοδο προγενέστερη της σύλληψης.

Εξάλλου η επέμβαση του γιατρού για διακοπή της εγκυμοσύνης ακόμα κι αν πετύχει, εκτός από τους κινδύνους τους οποίους κρύβει για την υγεία και τη ζωή της εγγύου είναι δυνατό να μεταβάλλει το μητρικό κόλπο σε εχθρική εστία για το έμβρυο το οποίο θα φιλοξενηθεί αργότερα.

Επικίνδυνη επίσης είναι η ανεπιθύμητη σύλληψη. Η μητέρα καταβάλλει πολλές φορές μόνη της προσπάθειες για τη βίαιη αποβολή του εμβρύου, οι οποίες αν αποτύχουν αποβαίνουν συχνά μοιραίες για την σωματική και πνευματική υγεία του εμβρύου.

Πολλά χαρακτηριστικά των γονέων όπως η συγγένεια εξ αίματος, η προχωρημένη ηλικία, διάφορα νοσήματα (διαταραχές της θρέψης, διαβήτης στη μητέρα, καρδιακές διαταραχές, ανωμαλίες του θυρεοειδούς) και ψυχικές διαταραχές (χορεία του Huntington σχιζοφρένεια, επιληψία) προκαλούν κατά την κύηση και εγκυμονούν σοβαρούς κινδύνους για το έμβρυο).

Δυσοίωνα τέλος προοπτική έχουν και τα παιδιά γονέων με ενδείξεις βεβαρημένης κληρονομικότητας - διανοητικά καθυστερημένων, τοξικομανών, ανίατα ψυχοπαθών, κλπ.

Περιβαλλοντικά Αίτια

Τα περιβαλλοντικά αίτια επενεργούν σε οποιαδήποτε στιγμή μετά τη σύλληψη και συγκεκριμένα: 1) Κατά το χρόνο της κύησης, 2) κατά τον τοκετό, 3) κατά την παιδική ηλικία.

Κατά το χρόνο της κύησης, μολυσματικές ασθένειες της μητέρας όπως η παρωτίτιδα, η ιλαρά, η ερυθρά και η γρίπη ιδίως τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης είναι δυνατό να προκαλέσουν, αποβολή του εμβρύου, τύφλωση, κώφωση, νοητική καθυστέρηση ή σωματική αναπηρία.

Επιβλαβείς επιδράσεις στο έμβρυο μπορεί επίσης να προκαλέσει και η λήψη από την έγκυο διαφόρων φαρμακευτικών παρασκευασμάτων

Η υποβολή της εγκύου σε ακτινοβολίες - συμπεριλαμβανομένων και των ακτίνων X - ιδίως κατά τους τρεις πρώτους μήνες της κύησης, ακόμα και σε μικρές ποσότητες, είναι επικίνδυνη για το έμβρυο.

Μια άλλη αιτία που πολλές φορές προκαλεί νοητική καθυστέρηση είναι η ασυμφωνία Rhesus (Rh) των γονέων.

Παράγοντας αποφασιστικός για τη σωματική και μυϊκή υγεία του παιδιού είναι η διατροφή της εγκύου. Ο υποσιτισμός έχει πολύ δυσμενείς επιδράσεις στο έμβρυο. Το διαιτολόγιο της εγκύου πρέπει να ελέγχεται και να καθορίζεται από ειδικό ώστε να επιτυγχάνεται η λήψη των απαραίτητων θρεπτικών

ουσιών. Επίσης απαιτείται ιδιαίτερη φροντίδα για την αποφυγή τροφικών δηλητηριάσεων.

Η συναισθηματική ζωή της εγκύου έχει άμεση επίδραση στην ανάπτυξη του εμβρύου.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η στάση της μητέρας απέναντι στη εγκυμοσύνη. Ιδιάζουσα είναι η περίπτωση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης γιατί αυτή προκαλεί δυσάρεστα συναισθήματα με αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του εμβρύου.

Οι απευθείας τραυματισμοί εξάλλου στην κοιλιακή χώρα της εγκύου έχουν δυσάρεστες επιπτώσεις στην εξέλιξη του παιδιού.

Κατά τον τοκετό είναι δυνατό να παρουσιαστούν πολλές επιπλοκές που όχι μόνο βάζουν σε κίνδυνο τη ζωή της μητέρας και του παιδιού αλλά έχουν σοβαρότατες συνέπειες για την ομαλή ψυχοπνευματική ανάπτυξη του παιδιού.

Η δυσκολία εξόδου του παιδιού από το μητρικό κόλπο λόγω μη κανονικής θέσης του κυήματος, δυσανάλογου μεγέθους, δίδυμης κύησης ή άλλων επιπλοκών, δημιουργεί ισχυρή πίεση στον εγκέφαλο με αποτέλεσμα να προκληθεί διάσπαση των εγκεφαλικών κυττάρων και αιματώματα στον εγκέφαλο. Σε περιπτώσεις εξαιρετικά δύσκολου τοκετού, οπότε επιβάλλεται η χρήση μηχανικών μέσων, είναι δυνατό να προκληθούν σοβαρά τραύματα στον εγκέφαλο του παιδιού. Άλλες επιπλοκές κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι η συμπίεση ή περίσφιξη ή ακόμα και η περιτύλιξη του ομφάλιου λώρου στο σώμα του παιδιού, οπότε διακόπτεται η κυκλοφορία του αίματος και η ανταλλαγή της υλής με επακόλουθο τη δηλητηρίαση των εγκεφαλικών κυττάρων από διάφορες τοξίνες. Επίσης, αν ο χρόνος που μεσολαβεί από τη

γέννηση μέχρι την πρώτη αναπνοή είναι μεγάλος, το παιδί είναι δυνατό να παρουσιάσει νητική καθυστέρηση.

Λεπτομερής εξέταση και επαρκής ιατρική περίθαλψη του νεογέννητου αμέσως μετά τον τοκετό μπορεί να προλάβει δυσάρεστες συνέπειες που διαφορετικά θα βαρύνουν το άτομο για όλη του τη ζωή. Π.χ. το εγγενές σφάλμα του μεταβολισμού, η ανωμαλία PKU, μπορεί να θεραπευτεί τελείως, αν διαγνωστεί αμέσως μετά τη γέννηση - αυτό γίνεται ευκολότατα με το Guthrie test - και αν στη συνέχεια το παιδί υποβληθεί σε κατάλληλη διαίτα στα τέσσερα πρώτα έτη της ζωής του. Επίσης στις περιπτώσεις ασυμφωνίας αίματος οι μετέπειτα συνέπειες είναι δυνατό να αποφευχθούν αν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα αμέσως μετά τη γέννηση. Το νευρικό σύστημα του νεογέννητου, λόγω της μεγάλης του ευπάθειας, απαιτεί ιδιαίτερη προστασία. Κυρίως πρέπει η θερμοκρασία και η πίεση του περιβάλλοντος να διατηρούνται σταθερές.

Εξαιρετικά ιδιαίτερη περίπτωση αποτελεί ο πρόωρος τοκετός, γιατί τα παιδιά που γεννιούνται πρόωρα έχουν δυσοίωνες προοπτικές. Χρειάζονται επίσης αν επιβιώσουν ιδιαίτερη φροντίδα και συνεχή παρακολούθηση.

Η παιδική ηλικία είναι η σπουδαιότερη περίοδος για τη σωματική και πνευματική ανάπτυξη του ατόμου.

Παράγοντες που επηρεάζουν την πνευματική εξέλιξη κατά την παιδική ηλικία είναι κυρίως οι εξείς:

α) Ασθένειες μολυσματικές και άλλες, οι οποίες προκαλούν υψηλό πυρετό ή με άλλο τρόπο προσβάλλουν άμεσα τα εγκεφαλικά κύτταρα (εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα, πολιομυελίτιδα,

παρωτίτιδα, ιλαρά κ.α.) δυνατό να προκαλέσουν μόνιμες βλάβες στον εγκέφαλο.

β) Τραύματα από πτώσεις είναι δυνατό να προκαλέσουν μόνιμη βλάβη στα εγκεφαλικά κέντρα με δυσάρεστες συνέπειες.

γ) Κακή διατροφή ή υποσιτισμός του παιδιού δρουν ανασταλτικά στην εν γένει εξέλιξή του.

δ) Δηλητηριάσεις που προκαλούνται από χημικές ουσίες όπως αυτές που περιέχονται στα χρώματα των παιδικών παιχνιδιών.

ε) Ελαττωματικά αισθητήρια όργανα παρεμποδίζουν την κανονική ανάπτυξη της νοημοσύνης του παιδιού.

στ) Ενδοκρινικές ανωμαλίες είναι επίσης δυνατό να προκαλέσουν νοητική καθυστέρηση. Η κυριώτερη ανωμαλία που αναστέλλει τη νοητική ανάπτυξη είναι η υπολειτουργία του θυρεοειδούς.

ζ) Ακατάλληλο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Είναι δυνατό να προκαλέσει σημαντική καθυστέρηση την ψυχοπνευματική εξέλιξη του παιδιού.

Ιδιαίτερη είναι η περίπτωση των παιδιών που στερούνται ολωσδιόλου οικογενειακού περιβάλλοντος. Πολλά παιδιά εξώγαμα κυρίως, οδηγούνται από τη γέννησή τους ακόμα, σε ιδρύματα παιδικής προστασίας. Το περιβάλλον των ιδρυμάτων αυτών λόγω της έλλειψης των απαραίτητων ερεθισμάτων έχει δυσμενείς επιδράσεις στην πνευματική υγεία των παιδιών.

Η επίδραση του χαμηλού βιοτικού επιπέδου στη νοητική καθυστέρηση είναι κυρίως έμμεση. Στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις η φροντίδα της εγκύου είναι ανεπαρκής και το ποσοστό των πρόωπων τοκετών υψηλό. Ανεπαρκής επίσης είναι η υγιεινή

και η εν γένει περίθαλψη του παιδιού με αποτέλεσμα πολλά ελαφρά τραύματα και δηλητηριάσεις στον εγκέφαλο με λανθάνουσα εξέλιξη να μένουν απαρατήρητα και χωρίς ιατρική παρακολούθηση. Άλλος βασικός λόγος είναι ότι σε τέτοιου είδους περιβάλλον είναι περιορισμένες οι ευκαιρίες για μάθηση.

η) Είσοδος του παιδιού στο σχολείο αν το ίδιο δεν είναι ώριμο πνευματικά, ακόμα κι αν έχει την απαιτούμενη φυσική ηλικία μπορεί να αποβεί ανασταλτικός παράγοντας στην εξέλιξή του.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Απαραίτητη προϋπόθεση για μια έγκυρη διάγνωση και μια πλήρη κλινική αξιολόγηση των νοητικά καθυστερημένων είναι η συλλογή πληροφοριών από ποικίλους τομείς που συλλέγονται και αξιολογούνται αναφέρονται τόσο στο ιστορικό όσο και στην παρούσα κατάσταση του παιδιού και της οικογένειάς του.

Οικογενειακό Περιβάλλον

Η οικογένεια είναι το πλαίσιο μέσα στο οποίο ζεί και αναπτύσσεται το παιδί. Οτι είναι σήμερα το παιδί οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στις εμπειρίες που απέκτησε μέσα στην οικογένεια.

Πολλές φορές το ίδιο το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί τη γενεσιουργό αιτία της νοητικής καθυστέρησης. Η μελέτη του

λοιπόν παρέχει στοιχεία και πολλές φορές ερμηνεία για τις ιδιαίτερες συνθήκες που προκάλεσαν τη νοητική καθυστέρηση.

Οι κυριώτεροι παράγοντες για τους οποίους πρέπει να συλλεγούν πληροφορίες είναι: α) τα συναισθήματα των γονέων και των λοιπών μελών της οικογένειας απέναντι στο νοητικά καθυστερημένο παιδί, β) οι ενδοοικογενειακές σχέσεις και ιδιαίτερα οι σχέσεις μεταξύ των συζύγων, γ) το κοινωνικό οικονομικό επίπεδο της οικογένειας, δ) το γενεαλογικό δέντρο της οικογένειας για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν κι άλλες περιπτώσεις νοητικής καθυστέρησης.

Οι πληροφορίες για την οικογενειακή κατάσταση και το οικογενειακό ιστορικό παρέχονται από τους γονείς και η συλλογή τους απαιτεί επισκέψεις από την κοινωνική λειτουργό.

Εξελικτικό ιστορικό του παιδιού

Το ιστορικό του παιδιού περιλαμβάνει στοιχεία που αναφέρονται σε όλους γενικά τους τομείς της ανάπτυξης του, τη σωματική, τη νοητική και την κοινωνική ανάπτυξη καθώς και τη σχολική πρόοδο.

Στον τομέα της σωματικής ανάπτυξης συγκεντρώνονται πληροφορίες σχετικά με σοβαρές ασθένειες που τυχόν πέρασε το άτομο νωρίς κατά την παιδική ηλικία, τη διάρκεια της κάθε μιάς και τις επιπτώσεις που είχε για το παιδί.

Στον τομέα της κοινωνικής ανάπτυξης συγκεντρώνονται πληροφορίες που αναφέρονται στις σχέσεις του παιδιού με τους άλλους, στην επαφή και στη συνεργασία του με τ' άλλα παιδιά, τα είδη των παιχνιδιών που έπαιζε και αν

παρουσίαζε υπερβολική προσκόλληση στην οικογένεια ή σ' ένα μόνο μέλος.

Στον τομέα της νοητικής ανάπτυξης συγκεντρώνονται πληροφορίες σχετικά με το ρυθμό ανάπτυξης των κινητικών και αντιληπτικών ικανοτήτων του παιδιού και των άλλων γνωστικών λειτουργιών (μνήμης, προσοχής, κρίσης).

Στον τομέα της σχολικής πρόδου συλλέγονται στοιχεία σχετικά με το αν το παιδί έχει απορριφθεί στο σχολείο, αν η φοίτησή του ήταν τακτική ή ελλειπής, αν φοίτησε σε ειδική τάξη, κλπ.

Παρούσα κατάσταση του παιδιού

Για τη συλλογή του απαραίτητου διαγνωστικού υλικού διενεργείται σειρά εξετάσεων από ειδικούς (τον γιατρό, τον ψυχίατρο, και τον ψυχολόγο).

Οι πληροφορίες που συλλέγονται από ειδικούς αφορούν στον τομέα της σωματικής ανάπτυξης, στον ψυχολογικό τομέα, στον τομέα της κοινωνικής προσαρμογής και της σχολικής επίδοσης.

Ψυχοτεχνικά μέσα διάγνωσης

Τα χρησιμοποιούμενα τεστ για την διάγνωση και τη κλινική αξιολόγηση των νοητικά καθυστερημένων παιδιών σχολικής και προσχολικής ηλικίας γίνονται στους εξείς τομείς: 1) τη γενική νοημοσύνη, 2) τις ειδικές λειτουργίες, 3) την κοινωνική ωριμότητα, 4) την προσωπικότητα και 5) τη σχολική επίδοση.

Τέστ γενικής νοημοσύνης

- 1) Κλίμακα Binet-Simon
- 2) Κλίμακες Wechsler
- 3) Κλίμακα WISC
- 4) Σχεδιασμός Ανδρα (ή Γυναίκας) των Harris και Goodenough
- 5) Προοδευτικοί τύποι Raven
- 6) Λεξιλόγιο με εικόνες Peabody (PPVT)
- 7) Geary Test Νοημοσύνης για παιδιά

Τέστ γενικής νοημοσύνης για παιδιά προσχολικής ηλικίας

- 1) Εξελικτικό χρονοδιάγραμμα του Gesell
- 2) Οι κλίμακες Νοητικής και κινητικής εξέλιξης του Bayley
- 3) Εξελικτικό προκριματικό Test Denver
- 4) Κλίμακα του Gotell

Τέστ ειδικών ικανοτήτων

- 1) Ιλινόις τέστ ψυχογλωσσικών ικανοτήτων (ITPA)
- 2) Εξελικτικό τέστ οπτικής αντίληψης του Frostig
- 3) Κλίμακα Αντιληπτικής Ικανότητας Purdue

Τέστ κοινωνικής ωριμότητας

- 1) Κλίμακα κοινωνικής ωριμότητας Vineland
- 2) Κλίμακα προσαρμοστικής συμπεριφοράς του Αμερικανικού Συνδέσμου Νοητικής καθυστέρησης.
- 3) Διαγράμματα προόδου του Gunzburg

Τέστς προσωπικότητας

- 1) Προβολικά τέστς
- 2) Ερωτηματολόγια προβληματικής Συμπεριφοράς

Τέστς σχολικής επίδοσης

- 1) Τέστς σχολικής προόδου
- 2) Τέστς σχολικής ωριμότητας
- 3) Αναλυτικά τέστς διάγνωσης σχολικών δυσκολιών

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Διανοητικής καθυστέρησης σύμφωνα με το OSH-III-R είναι τα εξής:

A) Γενική διανοητική λειτουργία σημαντικά κάτω του μέσου φυσιολογικού όρου: ΔΠ 70 ή λιγότερο σε ατομικά χορηγούμενο τέστ νοημοσύνης (για βρέφη και νήπια). Επειδή τα υπάρχοντα τέστ νοημοσύνης δεν δίνουν αριθμητικές τιμές πρέπει να υπάρχει κλινική εξέταση και εκτίμηση ότι η διανοητική λειτουργία βρίσκεται σημαντικά κάτω του μέσου φυσιολογικού όρου.

B) Ταυτόχρονα υπάρχουν ελλείματα ή βλάβες στην προσαρμοστική λειτουργικότητα, δηλ. στην αποτελεσματικότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις σταθερές που αναμένονται για την ηλικία του από την πολιτισμική του ομάδα σε τομείς όπως κοινωνικές δεξιότητες και υπευθυνότητα, επικοινωνία, δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης, ατομική ανεξαρτησία και αυτάρκεια.

Γ) Εναρξη πριν την ηλικία των 18 χρόνων.

Διαφορική Διάγνωση

Εαν πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια, άσχετα με το αν συνυπάρχει κι άλλη διάγνωση, θα πρέπει να μπαίνει η διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης.

Στις Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές (όταν δεν σχετίζονται με διανοητική καθυστέρηση) υπάρχει μια καθυστέρηση ή αδυναμία ανάπτυξης σε μια συγκεκριμένη περιοχή, όπως η ανάγνωση, η γλώσσα, κ.α., αλλά σε άλλες περιοχές της ανάπτυξης το παιδί αναπτύσσεται φυσιολογικά. Αντίθετα ένα παιδί με Διανοητική Καθυστέρηση έχει πάντα γενικευμένες καθυστερήσεις στην ανάπτυξή του σε πολλές περιοχές.

Στις Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές υπάρχει ποιοτική έκπτωση στην ανάπτυξη αυταπόκρισης ή ανταπόδοσης κατά την κοινωνική επαφή, στην ανάπτυξη των λεκτικών και μη λεκτικών δεξιοτήτων επικοινωνίας και στην ανάπτυξη φαντασίας, χαρακτηριστικά που δεν ανταποκρίνονται σε κανένα φυσιολογικό στάδιο ανάπτυξης. Αντίθετα στη Διανοητική Καθυστέρηση υπάρχουν γενικευμένες καθυστερήσεις στην ανάπτυξη, αλλά το άτομο συμπεριφέρεται σαν να βρίσκεται σε χαμηλότερο αναπτυξιακό στάδιο.

Η Διανοητική Καθυστέρηση μπορεί, όμως να συνυπάρχει με Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές. Επίσης, τα άτομα με Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης παρουσιάζουν ταυτόχρονα πολλές φορές και Διανοητική Καθυστέρηση.

Η διαφοροδιάγνωση από τη Μετaihμιακή Διανοητική Λειτουργία απαιτεί προσεκτική εκτίμηση όλων των διαθέσιμων

πληροφοριών, συμπεριλαμβανομένων και των δεικτών των ψυχολογικών δοκιμασιών.

Η Σχιζοφρένεια μπορεί να συνυπάρχει.

Πολλές φορές η νοητική καθυστέρηση συγγέεται με την ψυχική ασθένεια. Πρόκειται όμως για δύο καθαρά διαφορετικές καταστάσεις.

Οι κυριότερες διαφορές μεταξύ νοητικής καθυστέρησης και ψυχικής ασθένειας είναι:

α) Στις περιπτώσεις νοητικής καθυστέρησης οι παρατηρούμενες στη συμπεριφορά ανωμαλίες και αποκλίσεις είναι συνάρτηση της χαμηλής νοημοσύνης ενώ στις περιπτώσεις ψυχικών ασθενειών είναι συνάρτηση διαταραχών του θυμικού. Έτσι, το νοητικά καθυστερημένο άτομο δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, κυρίως γιατί, εξαιτίας των μειωμένων νοητικών ικανοτήτων του, δεν είναι ικανό να κατανοήσει τις απαιτήσεις αυτές και στη συνέχεια να συμμορφωθεί. Αντίθετα το άτομο με ψυχική ασθένεια ακόμα κι αν έχει πλήρη επίγνωση των απαιτήσεων του περιβάλλοντος, δεν ανταποκρίνεται σ' αυτές λόγω συναισθηματικών διαταραχών και εσωτερικών συγκρούσεων.

β) Η νοητική καθυστέρηση είναι παρούσα στη γέννηση ή νωρίς στην ατομική ζωή (ως το 16ο έτος), ενώ οι ψυχικές ασθένειες είναι πιθανό να παρουσιαστούν σε οποιαδήποτε ηλικία, ακόμα και στους ενήλικες.

γ) Στις περιπτώσεις νοητικής καθυστέρησης - με ξεαίρεση ορισμένες σπάνιες περιπτώσεις που προκαλούνται από τραύματα, από ατύχημα ή από σοβαρές ασθένειες - δεν παρατηρούνται απότομες αλλαγές στις ικανότητες ή στην προσαρμογή: Αντίθετα

στις περιπτώσεις, ψυχικών ασθενειών, συνήθως το άτομο ενώ εξελίσσεται ομαλά, παρουσιάζει παθολογικά συμπτώματα απότομα.

δ) Στις περιπτώσεις νοητικής καθυστέρησης το βασικό χαρακτηριστικό είναι η περιορισμένη ικανότητα μαθήσεως, ενώ στις ψυχικές ασθένειες είναι οι διαταγμένες διαπροσωπικές σχέσεις. Τα νοητικά καθυστερημένα άτομα συναντούν δυσκολίες κυρίως στην απόκτηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων, συμπεριφέρονται όμως φιλικά προς τους άλλους και επιζητούν την προσοχή και τη συνεργασία τους. Αντίθετα τα άτομα με ψυχικές ασθένειες, ακόμα κι αν οι γνωστικές τους λειτουργίες εξελίσσονται κανονικά παρουσιάζουν αντικοινωνική συμπεριφορά, επιθετικότητα, καταστροφική διάθεση ή υπερκινητικότητα. Άλλωστε είναι φλύαρα με νοσηρές ιδέες και εσωτερικές συγκρούσεις και άλλοτε υπερβολικά συνεσταλμένα και κοινωνικά απομονωμένα.

ε) Η νοητική καθυστέρηση από τη στιγμή που θα εκδηλωθεί, δεν είναι δυνατό να θεραπευτεί. Τα νοητικά καθυστερημένα άτομα δεν επιδέχονται πλήρη θεραπεία και εμφανίζουν τα συμπτώματα σε όλη τους τη ζωή. Αντίθετα, η ψυχική ασθένεια μπορεί να θεραπευθεί και στις περιπτώσεις επιτυχημένης θεραπείας το άτομο αποκαθίσταται πλήρως και ζει ομαλή ζωή.

Οι δύο αυτές διαφορετικές παθολογικές καταστάσεις είναι δυνατό να συνυπάρχουν σ' ένα και το αυτό άτομο κι αυτό γιατί, κατά κύριο λόγο άτομα με νοητική καθυστέρηση δημιουργούν εκ των υστέρων ψυχολογικές διαταραχές. Ένα καθυστερημένο π.χ. άτομο που έχει δοκιμάσει συνεχείς αποτυχίες στο σχολείο, απόρριψη και περιφρόνηση εκ μέρους των άλλων, κατέχεται από άγχος και συναισθήματα μειονεξίας, με αποτέλεσμα να

παρουσιάζει αποκλίσεις και στη συμπεριφορά (επιθετικότητα, αρνητισμό ή τάση για απομόνωση), οι ψυχικές διαταραχές δηλαδή προστίθενται στη νοητική καθυστέρηση ως επακόλουθη συνέπεια. Κατά δεύτερο λόγο είναι ενδεχόμενο τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες (βαριές ψυχώσεις) να παρουσιάζουν^{και} νοητική καθυστέρηση. Τρίτο ενδέχεται και οι δύο παθολογικές μορφές (η νοητική καθυστέρηση και η ψυχική ασθένεια) να είναι αποτέλεσμα ενός τρίτου παράγοντα, εγκεφαλικά τραύματα π.χ. προκαλούν σε πολλές περιπτώσεις ταυτόχρονα και νοητική καθυστέρηση και διαταραχές στη συμπεριφορά.

Ενώ στη θεωρία είναι εύκολο να διαχωρίσουμε τη νοητική καθυστέρηση από την ψυχική ασθένεια στην πράξη αυτό είναι συχνά δύσκολο. Πολλές φορές απαιτείται εξαιρετική διαγνωστική ικανότητα για να καθοριστεί κατά πόσο το άτομο είναι μόνο συναισθηματικά διαταραγμένο ή μόνο νοητικά καθυστερημένο ή νοητικά καθυστερημένο και ψυχοπαθές συγχρόνως. Στη διαδικασία της διαφορικής διάγνωσης μεταξύ νοητικής καθυστέρησης και ψυχικής ασθένειας, ιδιαίτερη προσοχή απαιτεί ο παιδικός αυτισμός.

Θεραπεία

Η αγωγή της Διανοητικής Καθυστέρησης σχεδιάζεται ανάλογα με τα αίτια και κυρίως με το βαθμό της Διανοητικής Καθυστέρησης.

Η θεραπεία των σωματικών προβλημάτων, όπως διαιτολογικά προβλήματα και επιληπτικές διαταραχές. Εμπλουτισμός των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων είναι αρκετός καμιά φορά για να

βοηθήσει τα παιδιά με ήπια ή μεταιχμιακή καθυστέρηση στην πνευματική και κοινωνική τους ανάπτυξη, όταν ένα στερητικό οικογενειακό περιβάλλον συνέβαλε στην καθυστέρηση της ανάπτυξης του παιδιού οι περισσότερες μορφές θεραπείας είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να βοηθήσουν το καθυστερημένο άτομο να μεγιστοποιήσει τις ικανότητές του για αυτάρκη φροντίδα και κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα.

Έτσι η θεραπεία περιλαμβάνει προγράμματα κοινωνικοποίησης όπου διδάσκονται ομιλία, υγιεινή, σχολές και διαπροσωπικές δεξιότητες και επαγγελματική εκπαίδευση όπου δίνεται η ευκαιρία στο άτομο να εργαστεί μέσα σ' ένα προστατευτικό πλαίσιο. Οτι διδάσκεται στα καθυστερημένα παιδιά πρέπει να βρίσκεται σε άμεση σχέση με τις πρακτικές ανάγκες της καθημερινής ζωής και να συντελεί στην επίτευξη των ειδικών σκοπών της αγωγής τους, δηλαδή στην επαγγελματική και κοινωνική τους ένταξη σαν ανειδίκευτων ή ημειδίκευμένων εργατών.

Όλο και περισσότερο δίνεται έμφαση στο να κρατηθούν ακόμη και τα σοβαρά καθυστερημένα άτομα μέσα στην κοινωνία και έξω από ιδρύματα ώστε να μεγιστοποιηθεί η κοινωνικοποίησή τους και η ικανότητά τους να λειτουργήσουν στην κοινωνία ορισμένα καθυστερημένα παιδιά μπορεί να χρειαστούν ειδικά σχολεία - οικοτροφεία που να μπορούν να τα βοηθήσουν με τα σοβαρά τους συμπεριφορικά προβλήματα και ορισμένα βαθιά καθυστερημένα παιδιά με σωματικές αναπηρίες μπορεί να χρειαστούν ειδικά ιδρύματα. Διαφορετικά η θεραπεία αποσκοπεί στο να βοηθήσει να κρατηθεί το παιδί στο σπίτι του ή σε ειδικό πρόγραμμα υιοθεσίας και στο να πάρει εκπαίδευση και

άσκηση μέσα στην κοινότητα πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε το παιδί να τοποθετείται και να προωθείται, όσο το επιτρέπουν οι ικανότητες μάθησης και τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά του, σε εκπαιδευτικές μονάδες που να μοιάζουν περισσότερο με τις μονάδες εκπαίδευσης των κανονικών παιδιών.

Οι εκπαιδευτικές μονάδες που χρησιμοποιούνται συνηθέστερα για τα εκπαιδευσιμα σχολικά, διανοητικά καθυστερημένα άτομα είναι: 1) τα ειδικά σχολεία - οικοτροφεία 2) τα ημερήσια ειδικά σχολεία, 3) οι παράλληλες ειδικές τάξεις. Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθούν και 4) οι περιοδεύοντες ειδικοί δάσκαλοι. Η παράλληλη ειδική τάξη θεωρείται σήμερα η προτιμότερη ειδική εκπαιδευτική μονάδα για τα εκπαιδευσιμα άτομα. Αφ' ενός επιτρέπει τη συναναστροφή με κανονικούς συνομηλίκους και αφ' ετέρου προσφέρει τη δυνατότητα παροχής ενός ειδικού και ολοκληρωμένου προγράμματος προσαρμοσμένου στις ικανότητες και τα ενδιαφέροντα του παιδιού, χωρίς τις δυσμενείς επιδράσεις της απομόνωσης.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο Νοσηλευτής κοντά στα Παιδιά με Διανοητική Καθυστέρηση:

Όπως γίνεται αντιληπτό από τα προηγούμενα το σύστημα παροχής ειδικής βοήθειας σε νοητικά καθυστερημένα παιδιά εφαρμόζεται από πολλές ειδικότητες όπως τον παιδοψυχίατρο, τον κοινωνικό λειτουργό, το λογοπεδικό και τον νοσηλευτή.

Σ' αυτό λοιπόν το σημείο που αποτελεί και το τέλος του πρώτου κεφαλαίου και ονομάζεται νοσηλευτική παρέμβαση θα δώσουμε έμφαση στο έργο του νοσηλευτή και θα ασχοληθούμε περισσότερο με τη δική του συμβολή στη θεραπευτική αντιμετώπιση των παιδιών με νοητική καθυστέρηση.

Είναι απαραίτητο ν' αναφερθούμε αρχικά στα προσόντα που θα πρέπει να έχει ο νοσηλευτής για να ανταπεξέλθει στο δύσκολο έργο της νοσηλείας και της εκπαίδευσης των αποκλινόντων παιδιών. Πρέπει να είναι προικισμένος με διάθεση για εργασία, υπομονή και επιμονή ανεκτικότητα, συμπάθεια, δημιουργικότητα, ευελιξία, καλή συναισθηματική σταθερότητα και κυρίως μεγάλη ευαισθησία και διαίσθηση.

Βέβαια πάνω απ' όλα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι τα νοητικά καθυστερημένα παιδιά, ανάλογα με το βαθμό καθυστέρησης που έχουν εμφανίζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους και κατ' επέκταση έχουν διαφορετικές ανάγκες φροντίδας, αγωγής και εκπαίδευσης. Χρειάζονται όμως πάντα την ίδια αγάπη, ζεστασιά και ευαισθησία να τα περιβάλλει, από άτομα κατάλληλα που θα μπορέσουν να τα φροντίσουν, να τα προστατεύσουν και να τα μάθουν σιγά - σιγά τον κόσμο.

Στα νοσηλευτικά ιδρύματα, στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή στα ειδικά σχολεία που φιλοξενούνται παιδιά με νοητική καθυστέρηση γίνεται ταξινόμηση αυτών σε ομάδες ή τμήματα ανάλογα με τις δυνατότητες που έχουν και τις ανάγκες που παρουσιάζουν προς εκπλήρωση.

Ο νοσηλευτής ενημερώνεται πάντοτε ικανοποιητικά για το ιστορικό κάθε παιδιού που αναλαμβάνει τη φροντίδα του και

λαμβάνει υπ' όψιν του τις απαιτήσεις που θα έχει από τον ίδιο στη συνεργασία μαζί του.

Σ' ένα νοσηλευτικό ίδρυμα ή ψυχιατρικό νοσοκομείο που φιλοξενούνται αποκλίνοντα παιδιά πολύ σημαντικό ρόλο παίζει το περιβάλλον και ο χώρος, στη διαμόρφωση του οποίου θα συμβάλλει ιδιαίτερα ο νοσηλευτής ώστε να απαπνέει ζεστασιά, καλαισθησία, να είναι όμορφο, χαρούμενο και άνετο. Μ' αυτό τον τρόπο τα παιδιά θα νιώσουν σιγουριά, άνεση, ευχαρίστηση και θα αποδώσουν καλύτερα στη θεραπευτική τους αγωγή.

Όσον αφορά τους εκπαιδευσίμους που είναι και η ανώτερη βαθμίδα νοητικά καθυστερημένων παιδιών πρέπει να προωθούνται σε μονάδες εκπαίδευσης που μοιάζουν περισσότερο με την εκπαίδευση των κανονικών παιδιών και όχι με ιδρυματική περίθαλψη. Γι' αυτό είναι προτιμότερο να προωθούνται σε σχολεία - οικοτροφεία όπου θα έχουν κατάλληλη ιατρική - νοσηλευτική και παιδαγωγική φροντίδα.

Απώτερος σκοπός του νοσηλευτή που ασκεί τα καθήκοντά του κοντά σ' αυτά τα παιδιά είναι η κοινωνική ένταξη και η επαγγελματική αποκατάστασή τους.

Φροντίζει πριν απ' όλα να δημιουργήσει μια σχέση εμπιστοσύνης και φιλίας με το παιδί ώστε το ίδιο να νιώθει άνετα μαζί του χωρίς να τον φοβάται ή να τον ντρέπεται. Βοηθάει μ' αυτό τον τρόπο το παιδί να αποκτήσει αίσθημα αυτοπεποίθησης και ατομικής αξίας και μαθαίνει να εμπιστεύεται και να πλησιάζει τους ανθρώπους. Το περιβάλλον όπως προαναφέρθηκε παίζει το δικό του ρόλο στο να εκπαιδευτεί σωστά και ομαλά ένα παιδί με τέτοια ιδιαίτερα προβλήματα.

Ο Νοσηλευτής ασκεί το παιδί σε συνήθειες ατομικής υγιεινής και καθαριότητας και το βοηθά να συνειδητοποιήσει την ανάγκη διαφύλαξης και προαγωγής της σωματικής του υγείας ευεξίας και ακεραιότητας. Βάζει ένα πρόγραμμα το οποίο μαθαίνουν τα φιλοξενούμενα παιδιά να ακολουθούν καθημερινά ώστε να φροντίζουν κατάλληλα τον εαυτό τους όπως πρωινή καθαριότητα, στρώσιμο κρεβατιού, λήψη πρωϊνού, αλλαγή ρούχων κλπ. Παράλληλα δημιουργεί καλές συνήθειες όσον αφορά τον ύπνο, τη διατροφή και το παιχνίδι έτσι τα παιδιά μαθαίνουν στην τάξη και στην οργάνωση της καθημερινής τους ζωής. Φροντίζει ακόμη να λαμβάνουν τα παιδιά τα φάρμακά τους (όταν υπάρχει φαρμακευτική αγωγή) στις σωστές ώρες και δόσεις ενώ παράλληλα παρατηρεί την επίδραση των φαρμάκων στην σωματική και ψυχική τους υγεία. Αναφέρει στο γιατρό και στους άλλους ειδικούς καλύτευση της υγείας κάποιου παιδιού ή πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων. Η νοσηλεία πρέπει να ακολουθεί πιστά τις ιατρικές οδηγίες και να γίνεται υπεύθυνα και προσεκτικά για να αποφευχθούν δυσάρεστες καταστάσεις. Τα φάρμακα πρέπει να φυλάσσονται πάντοτε σε ασφαλές μέρος μακριά από τα παιδιά.

Το έργο όμως του νοσηλευτή δεν περιορίζεται μόνο στην νοσηλεία και στην άσκηση σε κανόνες ατομικής υγιεινής. Βοηθά τα παιδιά στην καλύτευση της προφορικής και γραπτής έκφρασής τους και την εκμάθηση βασικών στοιχείων από το ανθρώπινο περιβάλλον όπως φυσικών φαινομένων κλπ. Αυτό θα γίνει με το διάβασμα απλών και ευχάριστων βιβλίων ή περιοδικών. Ακόμη προσφέρει τα παιδιά ευκαιρίες για προαγωγή

της ψυχικής τους υγείας και της φαντασίας τους με παιχνίδι, οργάνωση ψυχαγωγικών εκδηλώσεων, προβολή φιλμ, κλπ.

Το παιχνίδι και η γυμναστική είναι δραστηριότητες που θα βοηθήσουν το παιδί να μάθει να συντονίζει τις κινήσεις του, να αποκτήσει περισσότερη εικαμψία και να διατηρήσει τη σωματική και ψυχική του υγεία σε καλά επίπεδα.

Δεν πρέπει να λείπει και η προσπάθεια για την ανάπτυξη κοινωνικού συναισθήματος και την απόκτηση κοινωνικών σχέσεων των παιδιών αυτών. Σ' αυτό βοηθάει πολύ το ομαδικό παιχνίδι και η ανάθεση δραστηριοτήτων που απαιτούν και τη βοήθεια άλλων ατόμων για να εκπληρωθούν. Μ' αυτό το τρόπο τα παιδιά μαθαίνουν την έννοια της συνεργασίας και της αλληλοβήθειας ενώ παράλληλα αναλαμβάνουν τις υποχρεώσεις τους απέναντι στους άλλους. Είναι απαραίτητο όμως να μάθουν να αποδέχονται την επίβλεψη και την καθοδήγηση από τους άλλους όταν χρειάζεται.

Μέσα στα πλαίσια της προσπάθειας για την κοινωνικοποίηση των παιδιών αυτών, θα μπορούσαν να οργανωθούν από το νοσηλευτικό προσωπικό εορταστικές εκδηλώσεις όπου τα παιδιά θα καλούνταν να διακοσμήσουν το χώρο (ζωγραφιές, γιρλάντες, μπαλόνια) μόνα τους και θα είχαν τη δυνατότητα να καλέσουν άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, όπως γονείς, αδέρφια, κλπ.

Δεν αμελούμε βέβαια να δώσουμε στο κάθε παιδί τις βασικές σχολικές γνώσεις όπως και να φροντίσουμε για την επαγγελματική του κατάρτιση σ' ένα χώρο που να του αρέσει και να μπορεί να ανταπεξέλθει, όταν θα τελειώσει το πρόγραμμα αγωγής του.

Οι εκπαιδευσιμοι όμως δεν είναι η μόνη κατηγορία παιδιών με νοητική καθυστέρηση. Οι ασκήσιμοι αποτελούν την μέση βαθμίδα των νοητικά καθυστερημένων παιδιών. Η αγωγή τους πρέπει να αποβλέπει στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους για αυτοεξυπηρέτηση και κοινωνική προσαρμογή.

Η αυτοεξυπηρέτηση συνίσταται στην απόκτηση ατομικών συνηθειών και δεξιοτήτων. Ο Νοσηλευτής διδάσκει στο παιδί δραστηριότητες όπως ένδυση, υπόδηση, ατομική καθαριότητα, χρήση τουαλέτας, λήψη τροφής κλπ. Χρειάζεται μεγάλη υπομονή και προσπάθεια εκ μέρους όλων των ειδικών που ασχολούνται με αυτά τα παιδιά γιατί η ψυχοκινητική τους ανάπτυξη είναι βραδεία και τα σωματικά και οργανικά ελαττώματα που τη συνοδεύουν σοβαρά.

Στη συνέχεια εκπαιδευουμε τα παιδιά στην απόκτηση συνηθειών και δεξιοτήτων ατομικής ασφάλειας, προστασίας της ατομικής ακεραιότητας, περιποίησης προσώπου και σώματος, καθαριότητας δοντιών. Ο νοσηλευτής φροντίζει και σ' αυτή την περίπτωση για την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής από τα παιδιά στις σωστές πάντοτε ώρες και δόσεις.

Η κοινωνική προσαρμογή των ασκήσιμων καλλιεργείται με την άσκηση της γλώσσας, την ψυχαγωγία, το παιχνίδι, τη μουσική και γενικά κάθε δραστηριότητα που φέρει σε επαφή τα άτομα μεταξύ τους.

Οι ασκήσιμοι πρέπει να μαθαίνουν να εκτελούν απλές στην αρχή και αργότερα περισσότερο σύνθετες εργασίες κάτω πάντα από επίβλεψη και καθοδήγηση των ειδικών, στη συγκεκριμένη περίπτωση του νοσηλευτή. Έτσι καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι

οι ασκήσιμοι δεν εκπαιδεύονται με την κλασσική έννοια του όρου αλλά ασκούνται σε ατομικές και κοινωνικές συνήθειες και δεξιότητες.

Οι ιδιώτες που αποτελούν και την κατώτερη βαθμίδα νοητικά καθυστερημένων παιδιών παρουσιάζουν τέτοιο βαθμό καθυστέρησης ώστε δεν επιδέχονται ούτε εκπαίδευση ούτε άσκηση. Το έργο του νοσηλευτή εδώ περιορίζεται στην εκπλήρωση των φυσικών αναγκών των παιδιών όπως διατροφή, ένδυση, καθαριότητα και λήψη των απαραίτητων φαρμάκων σύμφωνα με την φαρμακευτική αγωγή που έχει οριστεί.

Καθήκον του εργαζόμενου κοντά σε παιδιά με τέτοια μορφή καθυστέρησης είναι η διατήρηση της σωματικής ακεραιότητάς τους και η διαφύλαξη τους από κινδύνους εξαιτίας της χαμηλής τους νοημοσύνης. Γι' αυτό το λόγο ο Νοσηλευτής βρίσκεται πάντοτε κοντά τους τα φροντίζει και τα προφυλάσσει.

Η προσφορά του Νοσηλευτή δεν περιορίζεται μόνο μέσα στο ίδρυμα ή στο ειδικό σχολείο στο οποίο εργάζεται αλλά επεκτείνεται και στην οικογένεια του παιδιού που είναι νοητικά καθυστερημένο. Ενημερώνει τους γονείς για την κατάσταση και την πορεία του και συμπαραστέκεται στο πρόβλημά τους. Εκπαιδεύει και τους ίδιους όσον αφορά τις βασικές αρχές αντιμετώπισης του παιδιού και για τη λειτουργία της οικογένειας όταν αυτό επιστρέψει στο σπίτι. Έτσι αποφεύγονται προβλήματα στο ίδιο αλλά και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Η φροντίδα του νοσηλευτή είναι προτιμότερο να είναι εξατομικευμένη για κάθε παιδί γιατί καθένα έχει τις ιδιαιτερότητές του και απαιτεί ίσως διαφορετική προσέγγιση.

Γι' αυτό το λόγο πρέπει να πλησιάζει πολύ καθένα απ' αυτά τα παιδιά, να συζητά και να ασχολείται μαζί τους γιατί έτσι ανακαλύπτει πράγματα που μπορεί να αποβούν χρήσιμα στο σχεδιασμό της εξατομικευμένης φροντίδας για καθένα τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΒΑΡΙΕΣ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣΓενικά

Οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται από μια ποιοτική έκπτωση στην ανάπτυξη ανταπόκρισης ή ανταπόδοσης κατά τη διαπροσωπική επικοινωνία, στην ανάπτυξη των λεκτικών και μη λεκτικών δεξιοτήτων επικοινωνίας και στη δραστηριότητα που έχει σχέση με τη φαντασία.

Οι διαταραχές αυτές συχνά συνδυάζονται με μια ποικιλία άλλων καταστάσεων. Παραμορφώσεις ή καθυστερήσεις στην ανάπτυξη υπάρχουν συνήθως στις εξείς περιοχές:

1) στις διανοητικές ικανότητες, όπως μετρώνται στα τέστ νοημοσύνης (συνήθως συνυπάρχει η διάγνωση της Διανοητικής Καθυστέρησης), 2) στην εννοιολογική κατανόηση της γλώσσας και στην παραγωγή της ομιλίας για διαπροσωπική επικοινωνία, 3) στη στάση και στις κινήσεις, 4) στους τρόπους πρόσληψης τροφής, κατανάλωσης υγρών ή ύπνου και 5) στον τρόπο απάντησης σε ερεθίσματα που δέχονται.

Εκτός από την Αυτιστική Διαταραχή δεν υπάρχουν άλλες γενικά αναγνωρισμένες υποκατηγορίες των διαταραχών αυτών.

Ο όρος Βαριές εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης χρησιμοποιήθηκε γιατί περιγράφει με μεγαλύτερη ακρίβεια την πυρινική κλινική διαταραχή στην οποία πολλές βασικές περιοχές

της ψυχολογικής ανάπτυξης έχουν προσβληθεί στο ίδιο χρονικό διάστημα και σε σοβαρό βαθμό.

Η ταξινόμηση κατά DSM-III-R αναγνωρίζει μόνο μια υποομάδα στη γενική κατηγορία βαριές εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης: την Αυτιστική Διαταραχή γνωστή επίσης σαν βρεφονηπιακός αυτισμός και σύνδρομο του Kanner.

Περιστατικά που πληρούν τη γενική περιγραφή της Βαριάς Εκτεταμένης Διαταραχής της Ανάπτυξης αλλά όχι τα ειδικά κριτήρια για Αυτιστική Διαταραχή διαγιγνώσκονται σαν Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης ΜΠΑ.

Στις Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης, το παιδί δεν καταφέρνει να αναπτύξει διαπροσωπικές σχέσεις και δεν απαντάει ή δεν ενδιαφέρεται για άλλα άτομα. Ο Kanner το 1943 ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον τίτλο "αυτιστικές διαταραχές της συναισθηματικής επαφής" για να περιγράψει τη διαταραχή αυτή της προσκόλλησης. Τα βράφη μ' αυτές τις διαταραχές συνήθως δεν επιζητούν χάδια και στοργή, ακόμα μπορεί ν' αποφεύγουν τη σωματική επαφή, η προσκόλληση είναι μηχανική και οι αντιδράσεις στο περιβάλλον αλλόκοτες.

Σε ορισμένες περιπτώσεις το παιδί αναπτύσσεται φυσιολογικά ή σχεδόν φυσιολογικά στα πρώτα χρόνια της ζωής του. Από πολύ νωρίς όμως δείχνει ότι δεν μπορεί να συνεργαστεί στο παιχνίδι και να κάνει φίλους. Πολλά απ' τα παιδιά μεταχειρίζονται τους ανθρώπους σα νάταν άψυχα αντικείμενα, δεν χαμογελούν στον κόσμο ή κοιτάζουν μ' ένα ακίνητο βλέμα. Επίσης στα παιδιά αυτά απουσιάζουν οι δραστηριότητες που έχουν σχέση με τη φαντασία. Μπορεί να μιμηθούν κάτι μηχανικά και επαναληπτικά. Χρησιμοποιούν το

"Εσύ" όταν εννοούν "εγώ" και αδυνατούν να ονομάσουν αντικείμενα. Έχουν μεγάλη δυσκολία στο να αρχίσουν και να συνεχίσουν μια συνομιλία με τους άλλους παρόλο που η ανάπτυξη του λόγου μπορεί να είναι επαρκής. Η γλωσσική επικοινωνία όμως μπορεί να απουσιάζει και τελείως. Τα παιδιά αυτά αδυνατούν να καταλάβουν αστεία και σαρκασμό.

Τα παιδιά με Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές Ανάπτυξης, απαντούν αλλόκοτα στο περιβάλλον. Ακόμη και ασήμαντες αλλαγές π.χ. αλλαγές στη θέση που κάθεται το παιδί στο τραπέζι, καινούργια ρούχα μπορεί να προκαλέσουν καταστροφικές αντιδράσεις. Οι κινήσεις του σώματος μπορεί να είναι ιδιόρρυθμες και παρουσιάζουν προσκόλληση και έμμονη ενασχόληση με διάφορα αντικείμενα και επιμένουν σε καταστάσεις ρουτίνας.

Σε μεγαλύτερη ηλικία μπορεί να κατάπληξουν καθώς θυμούνται ή επαναλαμβάνουν μηχανικά λόγια που έχουν λεχθεί πριν από χρόνια. Η διάθεσή τους τέλος μπορεί να είναι ευμετάβλητη ή ακόμη μπορεί να έχουν και καταστροφική συμπεριφορά.

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι γονείς αναφέρουν ότι οι διαταραχές αυτές άρχισαν πριν από την ηλικία των τριών χρόνων. Πιστεύεται ότι στην ανάπτυξη των Διαταραχών αυτών προδιαθέτουν μια πολύ μεγάλη ποικιλία, προ περί και μεταγεννητικών καταστάσεων που δημιουργούν δυσλειτουργία του εγκεφάλου (π.χ. ερυθρά, ανοξία κατά τη γέννηση, εγκεφαλίτιδα, κλπ.). Η κυριώτερη επιπλοκή είναι ανάπτυξη επιληπτικών σπασμών συνήθως σε παιδιά με ΔΠ < 50.

Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από την Νοητική καθυστέρηση, Σχιζοφρένεια, ακουστικές βλάβες και Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές της Γλώσσας και του Λόγου ορισμένες οπτικές βλάβες, τη Σχιζοειδή και Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας, Διαταραχές, τικ, Διαταραχή Στερεοτυπιών λέξεων.

Αυτιστική διαταραχή

Γενικά περί Αυτισμού

Ο Αυτισμός είναι μια σοβαρή μορφή Βαριάς εκτεταμένης Διαταραχής της Ανάπτυξης με έναρξη στη βρεφονηπιακή ή πρώτη παιδική ηλικία. Σαν αντίβαρο στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του αυτισμού, το σύνδρομο αυτό είναι αρκετά σπάνια στο γενικό πληθυσμό. Υπολογίζεται ότι 1-2 στα 10.000 παιδιά παρουσιάζουν αυτιστική διαταραχή (συμπεριφορά) στη βρεφική ηλικία. Σύμφωνα με άλλους μελετητές ο αυτισμός είναι ακόμα πιο σπάνιος. Η μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων αυτών είναι αγόρια. Συγκεκριμένα στο 1 κορίτσι με αυτισμό αντιστοιχούν 3-4 αγόρια με το ίδιο σύνδρομο.

Η εξωτερική εμφάνιση των παιδιών αυτών δεν βοηθάει σχεδόν καθόλου τη διαπίστωση του προβλήματος. Σχεδόν όλα τα αυτιστικά παιδιά έχουν ομαλή σωματική ανάπτυξη και καλή σωματική υγεία.

ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΥΤΙΣΜΟΥ - ΠΡΩΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η ανταπόκριση των παιδιών με αυτιστική διαταραχή σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα δημιουργεί στους γονείς τις πρώτες υπόνοιες για ύπαρξη προβλήματος από τους πρώτους ακόμη μήνες της ζωής. Το αυτιστικό βρέφος δεν αντιδρά καθόλου στην προσπάθεια ενός ενηλίκου να το πάρει στα χέρια ούτε παίρνει το σώμα του την κατάλληλη στάση όταν βρίσκεται π.χ. στην αγκαλιά της μητέρας του.

Μια άλλη "ύποπτη" μορφή συμπεριφοράς στο πρώτο χρόνο είναι ότι, όταν αρχίζει να κάθεται μόνο του (χωρίς υποστήριξη) κινεί το σώμα του μπρος - πίσω σε μια συνεχή ακολουθία (rocking). Κατά τη διάρκεια του δεύτερου χρόνου, δύο είναι τα χαρακτηριστικά συμπτώματα που καθιστούν πολύ πιθανή τη διαπίστωση αυτισμού: α) το παιδί δεν επιδιώκει ούτε αποκαθιστά άμεση οπτική επαφή με τα πρόσωπα του περιβάλλοντός του (eye contact), το βλέμμα του δηλαδή δεν στρέφεται σχεδόν ποτέ να αντικρίσει το πρόσωπο του περιβάλλοντος ακόμη κι αν εκείνο του απευθύνει το λόγο, β) αυτιστικό παιδί δεν σημειώνει καμιά σχετική πρόοδο στον προφορικό λόγο ενώ απ' όλα τα φυσιολογικά παιδιά της ηλικίας αυτής αναμένονται οι πρώτες εκδηλώσεις προφορικού λόγου.

Αιτιολογία

Ως προς την αιτιολογία του Αυτισμού η επικρατέστερη άποψη είναι ότι οφείλεται σε οργανική βλάβη της οποίας η θέση δεν έχει επακριβώς καθοριστεί. Είναι μια βλάβη που, αν και

δεν ανιχνεύεται εύκολα με συνήθεις νευρολογικές εξετάσεις, πρέπει να είναι αρκετά σοβαρή ώστε να προκαλεί προβλήματα και ανεπάρκειες στη συμπεριφορά των αυτιστικών παιδιών. Παρόλο που οι οργανικοί παράγοντες θεωρούνται από όλο και περισσότερους μελετητές ως η κύρια αιτία του αυτισμού δεν είναι λίγοι εκείνοι που ανάγουν την εμφάνιση του αυτισμού σε καθαρά ψυχολογικά αίτια.

Θεωρία του Kanner για τον Αυτισμό

Ο Kanner από παρατηρήσεις και δεδομένα των πρώτων παιδιών κυρίως με το σύνδρομο αυτό κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπεύθυνοι για το πρόβλημα του παιδιού είναι ίσως οι γονείς, τους οποίους περιγράφει ως εξαιρετικά ευφυείς, πετυχημένους επαγγελματικά με διαπροσωπικά όμως προβλήματα, νευρωσική συμπεριφορά και συναισθηματικά ψυχρούς - τους δνόμαστε "γονείς ψυγεία".

Ο Kanner είναι μεταξύ εκείνων που θεωρούν ότι τα αίτια του αυτισμού είναι ψυχολογικά. Ωστόσο, ο ίδιος ο Kanner απορρίπτει έναν τέτοιο ισχυρισμό και υποστηρίζει ότι το βασικό αίτιο του αυτισμού είναι κάποια εγγενής βλάβη η οποία προκαλεί όλα τα γνωστά προβλήματα στο αυτιστικό παιδί.

Βιολογικές Θεωρίες

Κοινή βάση των θεωριών αυτών είναι ότι η αιτία του αυτισμού πρέπει να αναζητηθεί σε κάποια βλάβη του εγκεφάλου η οποία μπορεί να είναι προγεννητική ή περιγεννητική.

Σύμφωνα με τον Rimland, από τους κυριώτερους μελετητές του αυτισμού η βλάβη αυτή τοποθετείται στον εγκεφαλικό χώρο που είναι υπεύθυνος για το συσχετισμό των νέων με παλιότερες εμπειρίες και ερεθίσματα.

Ο Tanguay υποστηρίζει ότι η βλάβη πρέπει να τοποθετηθεί στο αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου πράγμα που εξηγεί την καθυστέρηση και τις διαταραχές στο γλωσσικό τομέα.

Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το βασικό πρόβλημα του αυτιστικού παιδιού είναι η αισθητηριακή υπέρ - ή υπό - διέγερση, η οποία οφείλεται σε ανεπάρκεια του συστήματος που ευθύνεται για την αντιμετώπιση των εξωτερικών ερεθισμάτων και πληροφοριών.

Τέλος πολλοί ερευνητές εντοπίζουν τη βλάβη του εγκεφάλου του αυτιστικού παιδιού σε εγκεφαλικά κέντρα που είναι υπεύθυνα για την αντίληψη, τη σκέψη και τη γλώσσα. Το σημαντικότερο όνομα στην ομάδα αυτή είναι ο Rutter.

Ψυχοδυναμικές θεωρίες

Η θεωρητική βάση των ψυχοδυναμικών θεωριών είναι ότι ο αυτισμός οφείλεται στον τρόπο με τον οποίο το περιβάλλον, και ιδιαίτερα οι γονείς, επιδρούν στο παιδί κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του. Η πρωτογενής αιτία είναι ίσως η αδυναμία του παιδιού να κάνει ορθή χρήση αυτής της σχέσης, παρόλο που η έμφαση δίνεται στην αδυναμία της μητέρας να δημιουργήσει μια φυσιολογική σχέση αγάπης και φροντίδας με το παιδί της. Ο κυριώτερος εκπρόσωπος αυτής της κατεύθυνσης είναι ο Bruno Bettelheim.

Συμπεριφοριστικές Θεωρίες

Ο συμπεριφορισμός ενδιαφέρεται περισσότερο για το συγκεκριμένο μηχανισμό με τον οποίο οι γονείς θεωρούνται ότι είναι άμεσα υπεύθυνοι για το πρόβλημα του παιδιού. Ο μηχανισμός αυτός βασίζεται στις θεωρίες της κοινωνικής μάθησης.

Ο κυριώτερος ερευνητής που αντιπροσωπεύει αυτή την κατεύθυνση είναι ο Ferster.

Διάγνωση Αυτιστικής Διαταραχής

Τα διαγνωστικά κριτήρια της αυτιστικής διαταραχής σύμφωνα με το DSM-III-R είναι τα εξής:

- A) Ποιοτική έκπτωση στην ανταπόδοση ή ανταπόκριση κατά την κοινωνική επαφή και συναλλαγή, όπως εκδηλώνεται με τα παρακάτω:
- έλλειψη επίγνωσης της ύπαρξης των άλλων ή των αισθημάτων τους.
 - Δεν αποζητάει καθόλου παρηγοριά ή το κάνει με μη φυσιολογικό τρόπο.
 - Μειωμένη ή καθόλου μίμηση
 - Καθόλου ή μη φυσιολογικό κοινωνικό παιχνίδι.
 - Μειωμένη ικανότητα να γίνει φίλος με τους συνομηλίκους του.

B) Ποιοτική έκπτωση στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και στη δραστηριότητα που έχει σχέση με τη φαντασία

- Δεν υπάρχει κανένας τύπος επικοινωνίας, όπως επικοινωνιακή μωρουδίστικη γλώσσα, εκφράσεις προσώπου, χειρονομίες, μίμηση ή γλωσσική επικοινωνία.
- Παθολογική μη λεκτική επικοινωνία, όπως στη χρήση της βλεμματικής επαφής, της έκφρασης του προσώπου, στη στάση του σώματος ή σε κινήσεις που εισάγουν ή ρυθμίζουν την κοινωνική συναλλαγή.
- Απουσία δραστηριότητας που έχει σχέση με τη φαντασία και έλλειψη ενδιαφέροντος για ιστορίες που αφορούν φανταστικά γεγονότα.
- Ανωμαλίες στην παραγωγή της ομιλίας συμπεριλαμβανομένης της έντασης, της χροιάς, της έμφασης, της ταχύτητας, του ρυθμού και του τονισμού της ομιλίας.
- Ανωμαλίες στη μορφή ή το περιεχόμενο της ομιλίας που περιλαμβάνουν στερεότυπη και επαναληπτική χρήση της ομιλίας.
- Έκπτωση της ικανότητας να αρχίσει ή να διατηρήσει μια συζήτηση με άλλους, παρόλο που υπάρχει επαρκής ομιλία.

Γ) Περιορισμένο ρεπετόριο δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων

- Στερεότυπες κινήσεις του σώματος.
- Επίμονη ενασχόληση με τμήματα αντικειμένων.
- Αναστατώνεται έντονα όταν γίνουν ασήμαντες αλλαγές στο περιβάλλον του.

- Μη λογική επιμονή στο ν' ακολουθεί ρουτίνες με ακριβείς λεπτομέρειες.
- Εξαιρετικά περιορισμένο εύρος ενδιαφερόντων και επίμονη ενασχόληση με κάποιο πολύ περιορισμένο ενδιαφέρον.

Δ) Εναρξη κατά τη διάρκεια της βρεφονηπιακής ή παιδικής ηλικίας

Τουλάχιστον οκτώ από τα παραπάνω χαρακτηριστικά πρέπει να είναι παρόντα για να διαγνωσθεί αυτισμός σε περίπτωση προβλήματος.

Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει σε σχέση με τη νοητική καθυστέρηση και τη σχιζοφρένεια.

Οι κυριώτερες διαφορές μεταξύ αυτισμού και νοητικής καθυστέρησης είναι:

α) Το παιδί με αυτισμό διακρίνεται για την τάση του προς απομόνωση και την απώλεια κάθε επαφής με το γύρω κόσμο. Παρουσιάζει αρνητισμό, αδιαφορία για την κοινωνική συμπεριφορά, απουσία συναισθήματος, επαναληπτικές κινήσεις του σώματος, λειτουργική κώφωση, απουσία ομιλίας, κ.α. Αντίθετα, το παιδί με νοητική καθυστέρηση συνήθως παρουσιάζει ελλειπή ανάπτυξη σε όλους τους τομείς ανάπτυξης δηλ. στη γλωσσική ανάπτυξη, στο συντονισμό των κινήσεων, στην απόκτηση ατομικών συνηθειών, στην κοινωνική συμπεριφορά, στην ικανότητα μάθησης κ.α. Συμπεριφέρεται όμως φιλικά προς τα άλλα άτομα, αντιδρά στα ερεθίσματα με την ομιλία και την

εκδήλωση ενδιαφέροντος, παρουσιάζει ποικιλία θυμικών αντιδράσεων κι έχει επαρκή επαφή με το περιβάλλον.

β) Το παιδί με αυτισμό ακόμα κι αν έχει κανονική ή ανώτερη νοημοσύνη δεν παρουσιάζει πρόοδο παραμένει σχεδόν στάσιμο, αντίθετα το νοητικά καθυστερημένο παρουσιάζει βραδεία, αλλά σταθερή ανάπτυξη.

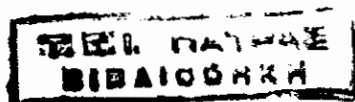
Σήμερα οι ειδικοί δεν ενδιαφέρονται τόσο για τη διαφορική διάγνωση (αυτισμός - νοητική καθυστέρηση) αλλά αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο ότι τα περισσότερα αυτιστικά παιδιά είναι και νοητικά καθυστερημένα. Η καθυστέρησή τους δηλ. αυτή δεν θεωρείται απλώς αποτέλεσμα της αυτιστικής τους συμπεριφοράς αλλά θεωρείται ένδειξη πραγματικής νοητικής ανεπάρκειας.

Το σημαντικότερο πρόβλημα στη μελέτη του βρεφικού αυτισμού είναι η διαφορική του διάγνωση και διάκριση από την παιδική σχιζοφρένεια.

Ο B. Rimland προτείνει έναν κατάλογο σημείων στα οποία ο αυτισμός διαφοροποιείται από τη σχιζοφρένεια.

α) Χρόνος εμφάνισης - εξέλιξη

Ο αυτισμός εμφανίζεται πολύ νωρίς στη βρεφική ηλικία, ενώ η παιδική σχιζοφρένεια εκδηλώνεται μετά από ένα διάστημα φυσιολογικής ζωής (0-3 έτη). Επίσης ενώ η βασική ανεπάρκεια του αυτιστικού παιδιού - απομόνωση από το περιβάλλον - παραμένει λίγο πολύ αμετάβλητη, το παιδί με σχιζοφρένεια εμφανίζει αργότερα και μορφές συμπεριφοράς ενηλίκων σχιζοφρενών.



β) Σωματική υγεία - εμφάνιση

Τα αυτιστικά παιδιά δείχνουν σωματική υγιή, χωρίς σωματικά προβλήματα και ελαττώματα. Ενώ τα παιδιά με σχιζοφρένεια φαίνεται να έχουν τέτοια προβλήματα από τη γέννησή τους ακόμη.

γ) Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα

Στα αυτιστικά παιδιά είναι σχεδόν πάντα ομαλό ενώ το αντίθετο συμβαίνει στη παιδική σχιζοφρένεια.

δ) Αυτιστική απομόνωση

Κύριο χαρακτηριστικό του αυτιστικού παιδιού είναι η απομόνωση από τον γύρω κόσμο. Στη σχιζοφρένεια υπάρχει επαφή με το περιβάλλον παρόλο που είναι συχνά διαταραγμένη και τα παιδιά αυτά είναι πηγή ερεθισμάτων για τους ενήλικες.

ε) Διατήρηση Status quo

Με τον όρο αυτό εννοούμε την έμμονη επιθυμία και επίμονη προσπάθεια του αυτιστικού παιδιού να διατηρήσει το περιβάλλον αναλλοίωτο και να αποφύγει οποιεσδήποτε αλλαγές στο καθημερινό του πρόγραμμα. Τα παιδιά με σχιζοφρένεια δεν παρουσιάζουν ανάλογες επιθυμίες και ανάγκες.

στ) Παραισθήσεις

Το φαινόμενο αυτό είναι άγνωστο στον αυτισμό, ενώ είναι κύριο γνώρισμα της σχιζοφρένειας.

ζ) Γλώσσα

Τα αυτιστικά παιδιά διακρίνονται για την περιορισμένη γλωσσική ανάπτυξη όταν αυτή υπάρχει εμφανίζονται γλωσσικές ιδιαιτερότητες. Χαρακτηριστικές για τον αυτισμό, αλλά όχι για τη σχιζοφρένεια (π.χ. ηχολαλία, επανάληψη). Τα γλωσσικά προβλήματα στη σχιζοφρένεια αναφέρονται στο περιεχόμενο του λόγου ο οποίος είναι ασυνάρτητος και αποσπασματικός.

η) Ειδικές επιδόσεις

Τα αυτιστικά παιδιά συχνά έχουν να επιδείξουν τομείς στην ανάπτυξή τους, στους οποίους όχι μόνο δεν είναι καθυστερημένα αλλά εμφανίζουν και εξαιρετικές επιδόσεις. Τα σχιζοφρενή παιδιά δεν παρουσιάζουν τέτοιες ανισομέρειες στη συμπεριφορά τους.

θ) Οικογενειακό περιβάλλον

Έχει παρατηρηθεί ιδιαίτερα στις πρώτες σχετικές μελέτες ότι τα αυτιστικά παιδιά έχουν γονείς υψηλού μορφωτικού επιπέδου και ευφυείς στη σχιζοφρένεια δεν έχουν γίνει ανάλογες παρατηρήσεις.

Πρόγνωση του αυτισμού

Οι προοπτικές για τα παιδιά αυτά διαγράφονται αρνητικά δυσμενείς. Στη μεγάλη πλειοψηφία τους αντιμετωπίζουν τεράστια προβλήματα και ως ενήλικοι, αφού οι βασικές αδυναμίες και ανεπάρκειες της βρεφικής ηλικίας εξακολουθούν να υπάρχουν στον ίδιο ή και σε μεγαλύτερο βαθμό.

Σε περιπτώσεις ωστόσο, που ο αυτισμός δεν είναι βαριάς μορφής έχει παρατηρηθεί βελτίωση στις κοινωνικές δεξιότητες και διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού όσο και στις γλωσσικές του δυνατότητες. Πολλές γλωσσικές ιδιαιτερότητες και προβλήματα εξαφανίζονται με την ηλικία. Ακόμα και σ' αυτές πάντως τις περιπτώσεις το παιδί παραμένει και ως ενήλικας, συναισθηματικά απόμακρος, κοινωνικά ανώριμος και δύσκολος στη δημιουργία φιλικών σχέσεων.

Το ποσοστό των παιδιών που παρουσίασαν βελτίωση είναι πολύ χαμηλό πιθανότατα κάτω του 3%, αντίθετα τα αυτιστικά παιδιά που δεν παρουσιάζουν καμιά βελτίωση είναι πολύ περισσότερα (το ποσοστό κυμαίνεται από 60% μέχρι και 85%).

Ενας σημαντικός αριθμός παιδιών επιτυγχάνουν μια οριακή βελτίωση και μπορούν να ζήσουν χωρίς συνεχή έλεγχο και φροντίδα από τους άλλους.

Οι παράγοντες που φαίνεται να συνδέονται με τη πορεία και τελική έκβαση του αυτισμού είναι: η ικανότητα για μάθηση, ο δείκτης νοημοσύνης (Δ.Ν.) η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, οι κοινωνικές δεξιότητες, η γλώσσα και ο βαθμός της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας. Με άλλα λόγια, διαπιστωμένη ικανότητα για μάθηση, Δ.Ν. στα όρια τουλάχιστον του φυσιολογικού, ήπια αυτιστικά συμπτώματα, ύπαρξη μέτριων γλωσσικών ικανοτήτων και απουσία εμφανούς εγκεφαλικής βλάβης (όχι απαραίτητα όλα μαζί) είναι από τους παράγοντες που συνηγορούν σε μια ευνοϊκή εξέλιξη του αυτισμού. Εννοείται πως για τη μείωση της έντασης ή και την εξαφάνιση μερικών αυτιστικών μορφών συμπεριφοράς σπουδαίο ρόλο παίζει η έγκαιρη διάγνωση και η ψυχοπαιδαγωγική αντιμετώπιση του αυτισμού.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η αντιμετώπιση του αυτισμού στηρίζεται κυρίως στην πεποίθηση ότι η συμπεριφορά του παιδιού ακόμα κι αν έχει ο αυτισμός οργανικά αίτια μπορεί να βελτιωθεί μόνο με ψυχολογική παρέμβαση στο περιβάλλον του. Η παρέμβαση αυτή παίρνει συνήθως δύο μορφές: την ψυχοδυναμική ή τη συμπεριφοριστική.

Ψυχοδυναμική κατεύθυνση

Η βασική θέση, στην οποία στηρίζονται οι ψυχοδυναμικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση του αυτισμού, είναι ότι πρέπει να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον όπου το παιδί θα νοιώθει ότι γίνεται αποδεκτό, όπως είναι ένα περιβάλλον υποστηρικτικό και συναισθηματικά θερμό. Μια τέτοια αντιμετώπιση μεταβιβάζει στο παιδί το "μήνυμα" ότι δεν εξαναγκάζεται το ίδιο να μπει βίαια στο δικό μας κόσμο, αλλά προσπαθούμε εμείς να καταλάβουμε και να μπούμε στο δικό του κόσμο.

Συμπεριφοριστική κατεύθυνση

Η συμπεριφοριστική κατεύθυνση στη θεραπεία του αυτισμού συνίσταται στη χρήση των αρχών της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης και την εφαρμογή τους για την τροποποίηση της συμπεριφοράς.

Η κριτική που ασκείται κατά της θεραπείας της συμπεριφοράς είναι ότι είναι υπερβολικά μηχανιστική και αντιμετωπίζει τα αυτιστικά παιδιά σαν αντικείμενα και όχι σαν πρόσωπα που μπορούν να κάνουν τις δικές τους επιλογές.

Νέες Προοπτικές στην Αντιμετώπιση του Αυτισμού

Η αναγνώριση ότι ο αυτισμός δεν είναι τόσο πρόβλημα κοινωνικής ή συναισθηματικής απομόνωσης, όσο μια σοβαρή εξελκτική διαταραχή που έχει βιολογική βάση και συνεπάγεται γνωστικές ανεπάρκειες έχει προσδώσει στις θεραπευτικές προσπάθειες μια εντονότερη παιδαγωγική χροιά τα τελευταία χρόνια.

Κατά τον Rutter ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό σχέδιο πρέπει να έχει τους εξής στόχους:

α) Να διευκολύνει την ομαλή ανάπτυξη. Οι προσπάθειες αυτές κατευθύνονται κυρίως στους τομείς της γλώσσας της κοινωνικοποίησης και της προώθησης των γνωστικών ικανοτήτων του παιδιού σε συνάρτηση πάντα με την πορεία της εξέλιξης του φυσιολογικού παιδιού και τους τρόπους που εκείνο χρησιμοποιεί στην απόκτηση αυτών των ικανοτήτων.

β) Να προωθήσει γενικά την ικανότητα για μάθηση στο αυτιστικό παιδί. Αυτό επιτυγχάνεται με τη δημιουργία καταστάσεων στις οποίες μπορεί να μπει στη διαδικασία της μάθησης και το αυτιστικό παιδί, με συνεχή έλεγχο και καθοδήγηση καθώς και με τη χρήση αμοιβών σε περίπτωση επιτυχίας.

γ) Να μειώσει την άκαμπτη και στερεότυπη συμπεριφορά. Αυτό επιτυγχάνεται με τη μέθοδο των διαδοχικών προσεγγίσεων ή των βαθμιαίων αλλαγών με την οποία η πειθυμητή συμπεριφορά κατακτάται από το παιδί μέσω ανεπαίσθητων αλλαγών στην "τυπική" του συμπεριφορά. Οι αλλαγές είναι σκόπιμα

ανεπαίσθητες και σταδιακές ώστε να μη βγάλουν το παιδί απότομα από τη συνηθισμένη αυτιστική του συμπεριφορά, πράγμα που θα είχε ως συνέπεια τη βίαιη αντίδρασή του.

δ) Να μειώσει ανεπιθύμητες μορφές συμπεριφοράς. Τέτοιες είναι οι εκρήξεις οργής, η επιθετικότητα και ο ανεπαρκής έλεγχος των σφιγκτήρων. Στον τομέα αυτό έχουν θεαματικά αποτελέσματα οι γνωστές συμπεριφοριστικές διαδικασίες της κλασικής ή της συντελεστικής υποκατάστασης.

ε) Να μειώσει την ένταση της οικογένειας. Ο στόχος αυτός αποβλέπει στο να καταστήσει τα μέλη της οικογένειας ενήμερα για το πρόβλημα του παιδιού ώστε να γνωρίζουν πως να το αντιμετωπίζουν, να μην απαγορευτούν από την έλλειψη αντιδράσεων εκ μέρους του, αλλά να εκτιμούν και να ενισχύουν τυχόν βελτιώσεις και κατακτήσεις.

Πρέπει να σημειωθεί τέλος ότι οι στόχοι αυτοί μπορεί να επιδιώκονται και από τους γονείς αφού πρώτα αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο Νοσηλευτής Κοντά στα Παιδιά με Αυτιστική Διαταραχή

Αναφέρθηκε ήδη στο προηγούμενο κεφάλαιο πόσο δύσκολο αλλά και πόσο σημαντικό είναι το έργο του Νοσηλευτή όπως και κάθε ειδικού που εργάζεται κοντά σε παιδιά με κάποια Αναπτυξιακή Διαταραχή.

Τα αυτιστικά παιδιά αποτελούν ιδιαίτερα περίπτωση και απαιτούν ιδιαίτερη υπομονή, επιμονή, ευελιξία και

ανεκτικότητα στη φροντίδα τους εκ μέρους του Νοσηλευτικού προσωπικού. Είναι απαραίτητο να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην τάση των αυτιστικών παιδιών για απομόνωση και στην αδυναμία τους να αναπτύξουν διαπροσωπικές σχέσεις όπως επίσης και στην επιθυμία που εκδηλώνουν με την συμπεριφορά τους, για διατήρηση του περιβάλλοντός τους αμετάβλητου.

Ο Νοσηλευτής πρέπει λοιπόν πρώτα απ' όλα να φροντίσει να δημιουργηθεί ένα ευχάριστο και θερμό περιβάλλον μέσα στο οποίο το αυτιστικό παιδί θα νοιώθει αποδεκτό, δεν θα αισθάνεται φόβο ή σύγχυση και θα μπορεί να λειτουργήσει.

Είναι πρωτεύον καθήκον του Νοσηλευτή να εκληρώνει τις φυσικές ανάγκες του παιδιού για διατροφή, καθαριότητα, ανάπαυση, ψυχαγωγία. Εδώ χρειάζεται μεγάλη υπομονή και επιμονή εκ μέρους του Νοσηλευτή επειδή πολλά παιδιά με παρόμοια διαταραχή μπορεί να παρουσιάζουν άρνηση για τη λήψη τροφής, ή φαρμάκων και για λουτρό καθαριότητας. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να εφευρίσκει τρόπους που θα κάνουν αποδεκτές από το παιδί αυτές τις δραστηριότητες χωρίς να του προκαλούν θυμό ή νευρικότητα. Για παράδειγμα φροντίζει το φαγητό να είναι καλοσερβιρισμένο και με τέτοιο τρόπο ώστε να προκαλέσει ίσως το ενδιαφέρον του παιδιού. Κατά τη διάρκεια του ταΐσματος ή του λουτρού καθαριότητας θα ήταν σκόπιμο να επιτραπεί στο παιδί να ασχοληθεί με ένα αντικείμενο που το ευχαριστεί, για παράδειγμα μ' ένα παιγχνίδι που του αρέσει να κινεί δεξιά και αριστερά.

Οι λεκτικές επιδεξιότητες του αυτιστικού παιδιού είναι περιορισμένες και απαιτούν βελτίωση. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη χρησιμοποίηση απλής επαναληπτικής γλώσσας

που να συνδυάζεται με δράση, με αντικείμενα, τραγούδια με απλούς ρυθμούς, ώστε να μαθαίνει και την έννοια των λέξεων που χρησιμοποιούνται.

Και οι κοινωνικές όμως επιδεξιότητες του αυτιστικού παιδιού χρειάζονται βελτίωση. Θα βοηθήσει πολύ η διοργάνωση εκδηλώσεων όπου θα φέρουν σ' επαφή τα παιδιά. Σκόπιμη είναι η πρόσκληση και άλλων προσώπων (π.χ. συγγενών ή φίλων του) στις εκδηλώσεις αυτές, που θα είναι καινούργια στο χώρο. Νέες εμπειρίες και ερεθίσματα είναι απαραίτητα για να αποσπάσουν το αυτιστικό παιδί από την άκαμπτη και στερεότυπη συμπεριφορά του, όλα αυτά βέβαια πρέπει να του προσφέρονται σταδιακά για να μη νοιώσει φόβο ή ενόχληση και να μάθει να δέχεται την αλλαγή γενικώτερα.

Οι εκρήξεις θυμού και η επιθετικότητα μπορούν να αποφευχθούν με την αποφυγή καταστάσεων ή προσώπων που δημιουργούν ευερεθιστότητα και νευρικότητα στο παιδί.

Δεν πρέπει να παραληφθεί και η επικοινωνία με την οικογένεια του αυτιστικού παιδιού. Τα μέλη της πρέπει να είναι ενήμερα της κατάστασης και να γνωρίζουν να αντιμετωπίζουν τις διάφορες μορφές συμπεριφοράς που εκδηλώνει.

Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης ΜΠΑ

Σύμφωνα μ' αυτή τη διαταραχή υπάρχει μια ποιοτική έκπτωση στην ανάπτυξη ανταπόδοσης ή ανταπόκρισης κατά την κοινωνική επαφή και συναλλαγή και στην ανάπτυξη των λεκτικών

και μη λεκτικών δεξιοτήτων επικοινωνίας, αλλά τα κριτήρια δεν πληρούνται για Αυτιστική Διαταραχή, Σχιζοφρένεια ή Σχιζότυπη ή Σχιζοειδή Διαταραχή της προσωπικότητας. Ορισμένα άτομα μ' αυτή τη διάγνωση έχουν ένα πολύ περιορισμένο ρεπερτόριο δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων, ενώ άλλα όχι.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η παρέμβαση του Νοσηλευτή στη βαριά εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης ΜΠΑ απαιτεί ιδιαίτερη προσπάθεια και αρκετό κόπο για να επιφέρει κάποια ίσως θετικά αποτελέσματα.

Το παιδί με μια τέτοιου είδους διαταραχή χρειάζεται συνεχή φροντίδα και παρακολούθηση. Ο Νοσηλευτής πρέπει να εκπληρώνει τις φυσικές του ανάγκες για διατροφή, ένδυση, καθαριότητα. Είναι επίσης απαραίτητο να αφιερώνει αρκετές ώρες μαζί του κάνοντας του συντροφιά, παίζοντας ή και μιλώντας του προσπαθώντας έτσι να αναπτύξει μια οδό επικοινωνίας μαζί του όσο κι αν αυτό αρχικά φαίνεται ακατόρθωτο.

Στα παιδιά που εμφανίζουν πολύ περιορισμένες λεκτικές και κοινωνικές δεξιότητες, η νοσηλευτική παρέμβαση πρέπει να έχει στόχο στην βελτίωση αυτών των επιδεξιοτήτων. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί με το να δημιουργήσουμε γύρω από το παιδί ένα περιβάλλον πλούσιο σε ερεθίσματα και νέες παραστάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣΓΕΝΙΚΑ

Ο ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές είναι διαταραχές που χαρακτηρίζονται από ανεπαρκή ανάπτυξη συγκεκριμένων σχολικών, γλωσσικών, λεκτικών και κινητικών δεξιοτήτων και δεν οφείλονται σε δυνάμενες ν' αποδειχτούν σωματικές ή νευρολογικές διαταραχές, σε Βαριά εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης, σε Διανοητική Καθυστέρηση ή σε ανεπαρκείς ευκαιρίες εκπαίδευσης.

Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι περιγεννητικοί τραυματισμοί ποικίλης αιτιολογίας προδιαθέτουν στην Ανάπτυξη Ειδικών Αναπτυξιακών Διαταραχών. Παρόλο ότι πολλά από τα κλινικά στοιχεία αυτών των Διαταραχών αντιπροσωπεύουν επίπεδα λειτουργικότητας, που είναι φυσιολογικά για πολύ μικρά παιδιά αυτό δεν σημαίνει ότι τα παιδιά με τις διαταραχές αυτές θα προφθάσουν τα άλλα παιδιά μεγαλώνοντας.

Οι Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές αναφέρονται σε βλάβες σε κάποια γνωστική περιοχή της ωρίμανσης. Τα παιδιά με τις διαταραχές αυτές λειτουργούν καλά αλλά αναλογικά με την ηλικία τους και το εκπαιδευτικό τους υπόστρωμα έχουν φανερό δυσκολία σε κάποια περιοχή της μάθησης. Αναπτυξιακή Διαταραχή της Ανάγνωσης, της Αριθμητικής και της Γλώσσας αντιστοιχούν σ' αυτό που οι εκπαιδευτικοί αποκαλούν μαθησιακές δυσκολίες.

Είναι πολύ συχνές αυτές οι διαταραχές. Υπολογίζεται, ότι υπάρχουν στο 10 - 20% των παιδιών του δημοτικού σχολείου.

Αυτές οι διαταραχές παρατηρούνται σε συνδυασμό με άλλες διαταραχές όπως η Διαταραχή ελαττωματικής προσοχής - Υπερκινητικότητας και Διαταραχή της Διαγωγής.

Στις περισσότερες περιπτώσεις τα παιδιά μ' αυτές τις διαταραχές δεν έχουν απλά μια καθυστέρηση και δεν μπορούν να φτάσουν αργότερα τους συμμαθητές τους. Τα περισσότερα απ' αυτά συνεχίζουν να έχουν στοιχεία αυτών των διαταραχών στην εφηβεία τους και στην ενήλικη ζωή, αν και καταφέρνουν να τις αντιρροπήσουν.

Καλύτερη πρόγνωση έχουν οι δυσκολίες της οπτικοκινητικής αντίληψης και χειρότερη οι δυσκολίες του ακουστικο - φωνητικού τύπου, ιδιαίτερα αν το παιδί δεν αντιμετωπισθεί θεραπευτικά και δεν έχει υψηλό διανοητικό δυναμικό. Τα παιδιά αυτά δυσκολεύονται να συλλάβουν αφηρημένες έννοιες, πράγμα που αποκλείει περαιτέρω μάθηση.

Ο Rutter επίσης αναφέρει ότι η πρόγνωση για επαγγελματική επιτυχία αργότερα δεν είναι ιδιαίτερα καλή κυρίως αν τα παιδιά δεν έχουν πολύ υψηλό δυναμικό και κοινωνικά προνομιούχο υπόβαθρο. Αυτό δεν οφείλεται μόνο στο χαμηλό επίπεδο σχολικής επίδοσης αλλά κυρίως στις συνοδούς διαταραχές της συμπεριφοράς που προκαλεί η αποτυχία και η απαγοήτευση.

A) ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

A1. Αναπτυξιακή διαταραχή της αριθμητικής

Η διαταραχή αυτή δεν είναι πολύ συχνή αλλά πολλές φορές παιδιά μ' αυτή τη διαταραχή έχουν και διαταραχή της Ανάγνωσης.

Η βλάβη των δεξιοτήτων στην αριθμητική αφορά στην κατανόηση μαθηματικών όρων και εννοιών, την αναγνώριση αριθμητικών συμβόλων και την ομαδοποίησή τους, τη σωστή αντιγραφή και παρακολούθηση αριθμητικών συμβόλων όπως και την εκτέλεση συνεχόμενων μαθηματικών πράξεων, την αρίθμηση αντικειμένων και την εκμάθηση πολλαπλασιασμών.

Διάγνωση

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Αναπτυξιακής Διαταραχής, της Αριθμητικής σύμφωνα με το DSM-III-R είναι:

α) Οι αριθμητικές δεξιότητες που μετρώνται με ατομικά τεστ κάτω από το αναμενόμενο επίπεδο, δεδομένης της σχολικής εκπαίδευσης και της διανοητικής ικανότητας.

β) Η διαταραχή στις αριθμητικές δεξιότητες παρεμποδίζει σημαντικά τη σχολική επίδοση ή τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής όπου απαιτούνται αριθμητικές δεξιότητες.

γ) Η διαταραχή αυτή δεν οφείλεται σε ελάττωμα της οπτικής ή ακουστικής οξύτητας ή σε μια νευρολογική διαταραχή.

Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση γίνεται από τη Διανοητική Καθυστέρηση και την ανεπαρκή σχολική εκπαίδευση.

A2. Αναπτυξιακή Διαταραχή της Γραπτής Εκφρασης

Στις σοβαρές περιπτώσεις η διαταραχή αυτή είναι εμφανής στην ηλικία των 7 ετών, σε λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να μην είναι εμφανής μέχρι τα 10 χρόνια ή και αργότερα. Υπάρχει συνήθως ιστορικό Διαταραχών των Σχολικών δεξιοτήτων στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού. Συχνά συνυπάρχουν και άλλες ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές (ιδιαίτερα της Ανάγνωσης και της Γλώσσας).

Στη διαταραχή αυτή η επίδοση του παιδιού σε καθημερινά καθήκοντα στο σχολείο που απαιτούν σύνθεση γραπτού κειμένου (έκφραση σκέψεων με γραμματικές σωστές προτάσεις και οργανωμένες παραγράφους) βρίσκεται αισθητά κάτω από τη διανοητική του ικανότητα. Έτσι το παιδί κάνει ορθογραφικά λάθη, λάθη γραμματικά ή τονισμού ή δεν μπορεί να οργανώσει τις παραγράφους.

Διάγνωση

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Αναπτυξιακής Διαταραχής της Γραπτής Εκφρασης σύμφωνα με το DSM-III-R είναι:

α) Οι δεξιότητες γραφής που μετρώνται με ατομικά τέστ είναι κάτω από το αναμενόμενο επίπεδο, δεδομένης της σχολικής εκπαίδευσης και της διανοητικής ικανότητας.

β) Η διαταραχή στις δεξιότητες γραφής παρεμποδίζει σημαντικά τη σχολική επίδοση ή τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής που απαιτούν σύνθεση γραπτών κειμένων.

δ) Δεν οφείλεται σε ελάττωμα της οπτικής ή ακουστικής οξύτητας ή σε μια νευρολογική διαταραχή.

Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση γίνεται από :

- τη Διανοητική καθυστέρηση
- οπτική ή ακουστική βλάβη
- βλάβη στο συντονισμό των κινήσεων
- ανεπαρκήσχολική εκπαίδευση

A3. Αναπτυξιακή Διαταραχή της Ανάγνωσης

Αυτή η διαταραχή αναφέρεται συχνά και ως δυσλεξία. Μια μέτρια τέτοιου είδους διαταραχή γίνεται εμφανής στην ηλικία των 7 ετών. Στις σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να είναι φανερή και σε ηλικία 6 ετών. Καμιά φορά ιδιαίτερα αν το παιδί έχει υψηλό δείκτη νοημοσύνης η διαταραχή αυτή μπορεί να μη γίνει φανερή μέχρι την ηλικία των 9 ετών ή αργότερα. Το ποσοστό στα παιδιά σχολικής ηλικίας είναι 2-8%. Η διαταραχή αυτή είναι πιά συνηθισμένη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού των ασθενών απ' 'οτι στο γενικό πληθυσμό.

Το παιδί έχει σοβαρές βλάβες στην ανάπτυξη της δεξιότητας της ανάγνωσης ή ακόμη και της κατανόησης του γραπτού λόγου, κι αυτό δεν οφείλεται στη χρονολογική ή διανοητική ηλικία του παιδιού ούτε σε ανεπαρκή εκπαίδευση.

Η διαταραχή αυτή επίσης συχνά περιλαμβάνει κάποια δυσκολία στην ενσωμάτωση και οργάνωση οπτικών πληροφοριών. Τα παιδιά παραλείπουν, παραμορφώνουν, προσθέτουν ή αλλάζουν λέξεις. Διαβάζουν αργά και κατανοούν δύσκολα αυτό που διαβάζουν.

Διάγνωση

Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-III-R είναι:

α) Η επίδοση στην ανάγνωση μετρούμενη με ατομικά τεστ είναι κάτω από το αναμενόμενο επίπεδο, δεδομένης της σχολικής εκπαίδευσης και της διανοητικής ικανότητας.

β) Η διαταραχή στην επίδοση που έχει στην ανάγνωση παρεμποδίζει σημαντικά τη σχολική επίδοση ή τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής που απαιτούν δεξιότητες ανάγνωσης.

γ) Δεν οφείλεται σε ελάττωμα της οπτικής ή ακουστικής οξύτητας ή σε μια νευρολογική διαταραχή.

Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση γίνεται από:

- Διανοητική καθυστέρηση
- οπτική ή ακουστική βλάβη
- ανεπαρκή σχολική εκπαίδευση

B. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ (ΟΜΙΛΙΑΣ) ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ

B1. Αναπτυξιακή Διαταραχή της Αρθρωσης

Η Διαταραχή της Αρθρωσης είναι πολύ συχνή το 10% των παιδιών κάτω των οκτώ ετών και το 5% των παιδιών άνω των οκτώ ετών έχουν αυτή τη διαταραχή.

Η διαταραχή είναι πιο συχνή στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων που έχουν την διαταραχή απ' ότι στο γενικό πληθυσμό. Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από αδυναμία ανάπτυξης ήχων όπως το π, β και τ μέχρι την ηλικία των 6 ετών.

Διάγνωση

Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-III-R είναι:

α) Σταθερή αδυναμία του παιδιού να χρησιμοποιήσει αναπτυξιακά αναμενόμενους ήχου ομιλίας.

β) Δεν οφείλεται σε μια Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης, σε Διανοητική Καθυστέρηση, ελάττωμα της ακουστικής οξύτητας, διαταραχές του μηχανισμού του προφορικού λόγου ή σε μια νευρολογική διαταραχή.

Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση γίνεται από:

- Ακουστική βλάβη
- Δυσαρθρία ή απραξία

- Διανοητική καθυστέρηση
- Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης

Θεραπεία

Ολες σχεδόν οι περιπτώσεις αντιμετωπίζονται θεραπευτικά με λογοθεραπεία.

B2. Αναπτυξιακή Διαταραχή της Γλωσσικής Εκφρασης

Υπάρχει καθυστέρηση της ανάπτυξης της γλωσσικής έκφρασης όταν δεν υπάρχει βλάβη της ακοής ή Διανοητική Καθυστέρηση. Περίπου 3-10% των παιδιών της σχολικής ηλικίας πάσχουν απ' αυτή τη διαταραχή. Εμφανίζεται πιο συχνά σε παιδιά που έχουν οικογενειακό ιστορικό Αναπτυξιακής Διαταραχής της Αρθρώσης ή άλλης Ειδικής Αναπτυξιακής Διαταραχής.

Η διαταραχή εκδηλώνεται στις σοβαρές περιπτώσεις με χρήση πολύ περιορισμένου λεξιλογίου ή το παιδί μιλάει με πολύ απλές προτάσεις ή αναφέρεται μόνο στο παρόν.

Σε λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να υπάρχουν δισταγμός ή λάθη στην ανάκληση ορισμένων λέξεων ή λάθη στην παραγωγή μεγάλων ή περίπλοκων προτάσεων.

Διάγνωση

Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-III-R είναι:

α) Η βαθμολογία που επιτυγχάνεται σε μια σταθμισμένη μέτρηση της γλωσσικής έκφρασης είναι σημαντικά πιο χαμηλή απ'

αυτήν που επιτυγχάνεται με μια σταθμισμένη της μη λεκτικής διανοητικής ικανότητας.

β) Η διαταραχή αυτή παρεμποδίζει σημαντικά τη σχολική επίδοση ή τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής που απαιτούν έκφραση λεκτικής γλώσσας.

Ετσι σε σοβαρές περιπτώσεις το παιδί χρησιμοποιεί περιορισμένο λεξιλόγιο, απλές προτάσεις στην ομιλία του ή μόνο ενεστώτα χρόνο. Σε λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να υπάρχει δισταγμός ή λάβθη στην ανάκληση ορισμένων λέξεων ή λάθη στην παραγωγή μεγάλων ή πολύπλοκων προτάσεων.

γ) Δεν οφείλεται σε μια Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης, ελάττωμα της ακουστικής οξύτητας ή σε νευρολογική διαταραχή (αφασία).

Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση γίνεται από:

- Διανοητική Καθυστέρηση
- Βλάβη της ακοής
- Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης
- Εκλεκτική Βωβότητα
- Επίκτητη Αφασία

Πρόγνωση

Η πρόγνωση είναι καλή. Το 50% των παιδιών μ' αυτή τη διαταραχή αποκτούν από μόνα τους τις σωστές λεκτικές εκφραστικές δεξιότητες πριν αρχίσουν το σχολείο και έτσι δεν χρειάζονται εξειδικευμένη βοήθεια. Στις σοβαρότερες

περιπτώσεις η βελτίωση έχει πιο αργό ρυθμό αλλά τα περισσότερα παιδιά αποκτούν σωστές λεκτικές ικανότητες μέχρι το τέλος της εφηβείας τους.

B3. Αναπτυξιακή Διαταραχή Γλωσσικής Αντίληψης

Περίπου 3-10% των παιδιών της σχολικής ηλικίας πάσχουν από τη διαταραχή αυτή.

Διάγνωση

Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-III-R είναι:

α) Η βαθμολογία που επιτυγχάνεται σε μια σταθμισμένη μέτρηση της γλωσσικής αντίληψης είναι σημαντικά πιο χαμηλή απ' αυτήν που επιτυγχάνεται σε μια σταθμισμένη μέτρηση της μη λεκτικής διανοητικής ικανότητας.

β) Η διαταραχή στη γλωσσική αντίληψη παρεμποδίζει σημαντικά τη σχολική επίδοση ή τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής που απαιτούν κατανόηση της λεκτικής γλώσσας. Κατά αυτό το τρόπο (στις σοβαρότερες περιπτώσεις) το παιδί μπορεί να παρουσιάσει αδυναμία κατανόησης απλών λέξεων ή προτάσεων. Σε λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να υπάρχει δυσκολία στην κατανόηση μόνο ορισμένων τύπων λέξεων ή αδυναμία κατανόησης μεγαλύτερων ή πιο περίπλοκων προτάσεων.

δ) Δεν οφείλεται σε μια Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης, ελάττωμα της ακουστικής οξύτητας ή σε μια νευρολογική διαταραχή (αφασία).

Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση γίνεται από:

- Διανοητική Καθυστέρηση
- Ακουστική βλάβη
- Βαριές εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης
- Εκλεκτική Βωβότητα
- Επίκτητη Αφασία

Πρόγνωση

Η πρόγνωση σ' αυτές τις περιπτώσεις διαταραχής είναι καλή.

Γ. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΩΝ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Γ1. Αναπτυξιακή Διαταραχή του Συντονισμού (των κινήσεων)

Το παιδί μ' αυτή τη διαταραχή έχει πρόβλημα στο συντονισμό των κινήσεων στις καθημερινές τους δραστηριότητες, πράγμα που η ηλικία του δεν επιτρέπει.

Διάγνωση

Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-III-R είναι:

α) Η πόδοση του παιδιού σε καθημερινές δραστηριότητες που απαιτούν κινητικό συντονισμό είναι σημαντικά κάτω από το

αναμενόμενο επίπεδο, δεδομένης της χρονολογικής ηλικίας του ατόμου και της διανοητικής του ικανότητας. Έτσι μπορεί να εκδηλώνει καθυστέρηση στην επίτευξη των αναπτυξιακών κινητικών σταθμών (περπάτημα, κάθισμα), να πέφτουν αντικείμενα από τα χέρια του, να είναι αδέξιο, να έχει κακή απόδοση στα αθλήματα και στο γράψιμο.

β) Η διαταραχή αυτή εμποδίζει σημαντικά τη σχολική επίδοση ή τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

γ) Η διαταραχή αυτή δεν οφείλεται σε κάποια γνωστή σωματική διαταραχή όπως εγκεφαλική παράλυση ημιπληγία ή μυϊκή δυστροφία.

Διαφοριϊκή διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση γίνεται από:

- Νευρολογικές διαταραχές συνοδευόμενες από ρποβλήματα στο συντονισμό των κινήσεων.
- Διαταραχή ελαττωματικής προσοχής - Υπερκινητικότητας
- Διανοητική Καθυστέρηση
- Βαριές εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης

Γ2. Ειδική Αναπτυξιακή Διαταραχή ΜΠΑ

Είναι μια κατηγορία που περιλαμβάνει διαταραχές στην ανάπτυξη του λόγου, της γλώσσας, των σχολικών και κινητικών δεξιοτήτων και δεν πληρούνται κριτήρια για κάποια ειδική ή

επίκτητη παιδική αφασία με επιληψία (σύνδρομο Landow) και ειδικές αναπτυξιακές δυσκολίες στην ορθογραφία.

Ανακεφαλαίωση - Θεραπευτική Αντιμετώπιση των Ειδικών Αναπτυξιακών Διαταραχών

Σήμερα σχεδόν σ' όλο τον κόσμο υπάρχει το μοντέλο της ενσωμάτωσης, που σημαίνει ότι όλες οι δυσκολίες σε επίπεδο μάθησης και συμπεριφοράς αντιμετωπίζονται μέσα στο κανονικό σχολείο. Απαιτούνται φυσικά ορισμένες προϋποθέσεις, τόσο σε επίπεδο ευαισθητοποίησης των παιδαγωγών και της κοινής γνώσης, όσο και σε επίπεδο παιδαγωγικής, διδακτικής και υλικοτεχνικής υποδομής που να ανταποκρίνονται στις συγκεκριμένες ανάγκες των μαθητών. Εφόσον λειτουργήσουν μικρά φροντιστηριακά τμήματα, πρέπει να γίνει σωστή επιλογή των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες και το προσωπικό πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένο και εκπαιδευτικά εξειδικευμένο.

Η δημιουργία ειδικών θεραπευτικών τάξεων χωρίς την ταυτόχρονη φοίτηση στην κανονική τάξη είναι θεσμός που έχει αποτύχει. Πρέπει όμως τα φροντιστηριακά τμήματα να θεωρηθούν θεσμός που ενισχύει τη λειτουργία του μαθητή μέσα στην κανονική τάξη.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο Νοσηλευτής, που εργάζεται στην εκπαίδευση και έχει να αντιμετωπίσει και να φροντίσει παιδιά με κάποια ή κάποιες αναπτυξιακές διαταραχές, όπως διαταραχές στις σχολικές δεξιότητες, στο λόγο και τη γλώσσα ή στις κινητικές δεξιότητες, συνεργάζεται πάντα στενά με τον ειδικό ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό και κυρίως το λογοθεραπευτή και εκπαιδευτή του σχολείου.

Η προσπάθεια που θα καταβάλει για να βοηθήσει καθένα απ' αυτά τα παιδιά πρέπει να επικεντρωθεί στο πλησιάζοντά τους. Μόνο μ' αυτόν τον τρόπο το παιδί θα μάθει να τον εμπιστεύεται και ο ίδιος θα μπορέσει να ανακαλύψει περισσότερα πράγματα γι' αυτό και για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, ώστε να μπορέσει να το βοηθήσει. Θα ήταν ίσως σκόπιμο να επισκεφθεί το παιδί στο σπίτι του, να μιλήσει με τους γονείς του, έτσι ώστε να βγάλει τα συμπεράσματά του για τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας της οικογένειας και τις σχέσεις των μελών μεταξύ τους.

Οι συνθήκες στη σχολική τάξη πρέπει να είναι τέτοιες που το παιδί να αισθάνεται άνετα και όχι μειονεκτικά και να μπορεί να λειτουργήσει χωρίς να φοβάται ότι θα το μαλώσουν ή θα το κοροϊδέψουν. Ο τρόπος διδασκαλίας και οι ασκήσεις πρέπει να τροποποιηθούν για να είναι σε θέση το παιδί να ανταποκριθεί, ανάλογα βέβαια και με το πρόβλημα που παρουσιάζει (π.χ. διαταραχή ανάγνωσης, γραφής κ.λπ.) και τις δυνατότητες που εκδηλώνει.

Το παιδί πρέπει να ενθαρρύνεται και να ανταμείβεται για κάθε θετική προσπάθεια απόδοσης που εκδηλώνει. Πρέπει να ανατίθενται σε κάθε μαθητή δραστηριότητες που να είναι προσαρμοσμένες στις ικανότητές του και οι οποίες μπορούν να πραγματοποιηθούν μέσα ή έξω από το σχολείο. Στα παιδιά που παρουσιάζουν πρόβλημα στις κινητικές τους δεξιότητες, απαραίτητη είναι η συνεχής εξάσκησή τους στο συντονισμό των κινήσεων του σώματος.

Το παιχνίδι επίσης είναι σημαντική πηγή μάθησης, αλλά και άσκησης. Το παιχνίδι συνεισφέρει ιδιαίτερα στην ανάπτυξη του παιδιού, είναι ερέθισμα για δημιουργικότητα και επικοινωνία. Παίζοντας, το παιδί μαθαίνει ηθικούς και κοινωνικούς κανόνες, βρίσκει διεξόδους για επιθυμίες του και αναπτύσσει τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Το μέσο αυτό λοιπόν, το βοηθά στη βελτίωση των κινητικών επιδεξιοτήτων του και το συγχρονισμό, στην εξάσκηση της γλώσσας και του λόγου, ενώ παράλληλα είναι διέξοδος ενέργειας, γεγονός που σημαίνει λιγότερη επιθετικότητα, νευρικότητα και ανησυχία εκ μέρους του.

Εποικοδομητική θα ήταν άλλωστε και η προβολή εκπαιδευτικών ταινιών, που θα γίνονταν ευχάριστα αποδεκτές από τα παιδιά, όπως και η ανάθεση κατασκευών, που οξύνουν τη φαντασία, την αντιληψη για το χώρο και το συντονισμό των κινήσεων.

Στόχοι λοιπόν του εκπαιδευτικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι η εξασφάλιση των απαραίτητων συνθηκών για την ομαλή σωματική και πνευματική ανάπτυξη των παιδιών και η δημιουργία οργανωμένων προγραμμάτων για την εκπαίδευση.

1ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Κ.Δ.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΥΤΙΣΤΙΚΗΣ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: 5/3/1995

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ : -

Παιδί ηλικίας 12 ετών. Εισήλθε στο νοσηλευτικό ίδρυμα συνοδευόμενο από τη μητέρα του. Παρακολουθείται από την προσχολική του ηλικία από παιδοψυχιάτρους και ψυχολόγους. Παρουσιάζει μέτρια νοητική καθυστέρηση και στοιχεία αυτιστικής συμπεριφοράς.

Η μητέρα του ανέφερε ότι τους τελευταίους μήνες παρουσίασε έκδηλη νευρικότητα, έγινε περισσότερο απαιτητικός και νευρικός.

Αν και έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες στο παρελθόν από ειδικούς (κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές, εκπαιδευτικούς), δεν έχει καταφέρει να προσαρμοστεί ικανοποιητικά στα μαθήματά του.

Είναι το μεγαλύτερο από τα δυο παιδιά της οικογένειας. Προηγήθηκαν τέσσερις εγκυμοσύνες της μητέρας πριν τη γέννησή του. Η μητέρα του εργάζεται σε εργοστάσιο. Ο πατέρας του δεν εργάζεται λόγω προβλήματος υγείας.

Εισάγεται στο νοσηλευτικό ίδρυμα για παρακολούθηση και εντατικοποίηση των προσπαθειών για την αποκατάσταση των προβλημάτων του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Ελάχιστες λεκτικές επιδειξιότητες. 	<ul style="list-style-type: none"> - Βελτίωση των λεκτικών επιδειξιότητων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χρησιμοποίηση απλής επαναληπτικής γλώσσας. - Συχνή χρήση του ραδιοφώνου, το οποίο παίζει απλά τραγούδια σε ευχάριστους ρυθμούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Γίνεται χρήση απλής επαναληπτικής γλώσσας αρχικά. - Το παιδί ακούει αρκετές ώρες την ημέρα συζητήσεις ή απλά τραγούδια από το ραδιόφωνο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Το παιδί άρχισε να χρησιμοποιεί μερικές από τις λέξεις που άκουγε συνεχώς, μαθαίνοντας παράλληλα και τη σημασία τους.
<ul style="list-style-type: none"> - Αντικοινωνικότητα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Βελτίωση των κοινωνικών του επιδειξιότητων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης. - Διοργάνωση εκδηλώσεων όπου θα έρχονταν σε επαφή τα παιδιά μεταξύ τους αλλά και με πρόσωπα του συγγενικού ή φιλικού περιβάλλοντός τους. - Ανάθεση δραστηριοτήτων στο παιδί, που απαιτούν τη συνεργασία και άλλων ατόμων για να πραγματοποιηθούν. 	<ul style="list-style-type: none"> - Πλησίασμα και ζητηση μαζί του. - Οργανώνονται μικρές γιορτούλες όπου καλούνται και πρόσωπα από το περιβάλλον του παιδιού. - Τα παιδιά κλήθηκαν να ετοιμάζουν ζωγραφίες, στολίδια και να διακοσμήσουν το χώρο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Άρχισε να δέχεται περισσότερους γύρω του, χωρίς όμως να ανοίγεται πολύ μαζί τους.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Νευρική 	<ul style="list-style-type: none"> - Εξάλειψη ή μείωση της νευρικής. 	<ul style="list-style-type: none"> - Απομάκρυνση των πα- ραγόντων που προκαλούν νευρική στο παιδί. - Δημιουργία ενός ζε- στού και ήρεμου περι- βάλλοντος. 	<ul style="list-style-type: none"> - Δεν αφήνουμε το παιδί να έρχεται σε επαφή με πρόσωπα ή αντικείμενα που το κάνουν να νιώθει ά- βολα και εξάπτουν τη νευρική του. - Ελαττώθηκαν οι θό- ρυβοι στο χώρο. Δια- κοσμήθηκε το δωμάτιό του με ευχάριστα και ζεστά αντικείμενα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εμφάνισε ε- λάτωση της νευρικής.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Άρνηση καθαριότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Διατήρηση του παιδιού καθαρού. - Προσπάθεια για μείωση της άρνησής του. 	<ul style="list-style-type: none"> - Καθημερινό λουτρό καθαριότητας χωρίς να εξασκείται πίεση ή εξαναγκασμός. - Δημιουργία συνθηκών που το κάνουν να νιώθει άνετα και ευχάριστα κατά τη διάρκεια του λουτρού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Γίνεται καθημερινά λουτρό καθαριότητας, τις ώρες της ημέρας που το παιδί ένιωθε πιο ήρεμο. - Ο χώρος του λουτρού ήταν καθαρός, ζεστός, το νερό χλιαρό και το σαπούνι δεν δημιουργούσε ερεθισμούς στα μάτια ή το δέρμα. - Κατά τη διάρκεια του λουτρού το παιδί αφηνόταν να ασχολείται με κάτι που του προκαλούσε ευχαρίστηση, όπως το να κουνά και να στριφογυρίζει ένα από τα παιχνίδια του, μέσα στο νερό. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εμφάνιση μεγαλύτερης ανεκτικότητας για το λουτρό καθαριότητας, χωρίς όμως να λείπουν περιστασιακά και τα ξεσπάσματα άρνησης.

2ο Περιστατικό

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Π.Θ.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: 15/6/1995

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ : -

Παιδί ηλικίας 10 ετών εισήλθε στο νοσηλευτικό ίδρυμα συνοδευόμενο από στενό συγγενικό του πρόσωπο.

Σε ηλικία 5 ετών χειρουργήθηκε και στους δυο οφθαλμούς (δεν αναφέρθηκε το συγκεκριμένο πρόβλημα). Παρουσιάζει πρόβλημα όρασης, έχει χαμηλή απόδοση στο σχολείο.

Τον τελευταίο καιρό είναι περισσότερο υβριστική, αντιδραστική και ευερέθιστη. Αναφέρονται επίσης διάφορες φοβίες (σκοτάδι, ζώα κ.λπ.).

Χαρακτηρίζεται σαν ένα παιδί φοβισμένο και αρνητικά αντικοινωνικό. Ωστόσο είναι πολύ συμπαθητικό και ομιλητικό.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Πρόβλημα όρασης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εξυπηρέτηση των αναγκών του παιδιού (διατροφή, ένδυση, υπόδηση, καθαριότητα, περιποίηση, διάβασμα). 	<ul style="list-style-type: none"> - Συζητούνται και σχεδιάζονται οι τρόποι με τους οποίους θα γίνονται όσο το δυνατό καλύτερα η εξυπηρέτηση των αναγκών του παιδιού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθετήθηκαν τα αντικείμενα άμεσης χρήσης από το παιδί σε μέρη προσιτά, και που δεν κρύβουν κινδύνους για το παιδί. - Διακοσμήθηκε το δωμάτιο κατά τέτοιο τρόπο που να μη συναντά εμπόδια κατά την είσοδο και έξοδό του. - Προσφέρθηκε βοήθεια στο διάβασμα και το γράψιμο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Το παιδί κινούταν πιο εύκολα και άνετα στο χώρο. - Κατάφερε να αυτοεξυπηρετείται. - Είχε καλύτερη απόδοση στα σχολικά μαθήματα.
<ul style="list-style-type: none"> - Συμπεριφορά ευερέθιστη, υπερβριστική, ανυδραστική. 	<ul style="list-style-type: none"> - Διδασκαλία του παιδιού για δημιουργία υγιών διαπροσωπικών σχέσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συζήτηση με το παιδί για τους παράγοντες που κάνουν ευερέθιστο και επιθετικό (π.χ. πρόσωπα, αντικείμενα) και απομάκρυνση αυτών των παραγόντων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Δεν αφήνουμε το παιδί να έρχεται σε επαφή με παράγοντες που το δυσαρεστούν, το κάνουν ευερέθιστο και επιθετικό. 	<ul style="list-style-type: none"> - Το παιδί παρουσίασε ύφεση της υπερβριστικότητας και επιθετικότητας συμπεριφοράς. Δεχόταν πιο ευχάριστα τη σωμα-

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		<ul style="list-style-type: none"> - Δημιουργία φιλικού κλίματος που να αποπνέει εμπιστοσύνη και ασφάλεια. 	<ul style="list-style-type: none"> - Λαμβάνουμε υπ' όψη μας τις επιθυμίες του σχετιικά με τις ώρες ύπνου, φαγητού κ.λπ. και κάνουμε τις απαραίτητες αλλαγές στο πρόγραμμά του. - Του δίνουμε πάντα σημασία όταν έχει καί να μας εκφράσει και δεν το αποπαίρνουμε ποτέ. 	<ul style="list-style-type: none"> - τική καθαριότητα, τη λήψη των φαρμάκων και του φαγητού.
<ul style="list-style-type: none"> - Φοβίες, (σκοτάδι, ζώα) 	<ul style="list-style-type: none"> - Εξάλειψη της φοβίας που εκδηλώνει για ορισμένες καταστάσεις. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εξοικείωση του παιδιού με καταστάσεις που του προκαλούν φόβο (σκοτάδι, θόρυβοι, ύπαρξη ζώων γύρω του). 	<ul style="list-style-type: none"> - Κρατάμε συντροφιά στο παιδί τη νύχτα μέχρις ότου αποκοιμηθεί. - Αφήνουμε πάντα κάποιον μικρό φωτισμό στο δωμάτιο, που να μην ενοχλεί. 	<ul style="list-style-type: none"> - Δεν αντιδρούσε τόσο έντονα πια στο σκοτάδι και άρχισε να δέχεται την παρουσία ζώων δίπλα του, χωρίς όμως να τα πλησιάζει.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Χαμηλή σχολική απόδοση. 	<ul style="list-style-type: none"> - Καλύτερευση της σχολικής απόδοσης του παιδιού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Προσπάθεια να μετατραπεί η διαδικασία του διαβάσματος και του γραψίματος σε κάτι ευχάριστο και δημιουργικό και όχι κλάτι κουραστικό και αναγκαστικό. 	<ul style="list-style-type: none"> - Δείχνουμε στο παιδί φωτογραφίες ή ταινίες με ζώα, του διηγούμαστε ιστορίες με αυτά και του εξηγούμε τη χρησιμότητά τους. - Φροντίζουμε τα βιβλία να είναι ευχάριστα, με μεγάλα, ευκολοδιάβαστα γράμματα και με πολλές ζωγραφιές. - Βοηθάμε το παιδί στις δυσκολίες που ενθαρρύνουμε και ποτέ δεν αποδοκιμάζουμε την προσπάθειά του. 	<ul style="list-style-type: none"> - Άρχισε σταδιακά να καλυτερεύει η απόδοση του στα μαθήματα του σχολείου.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Τελειώνοντας την εργασία μου για τη συμβολή του Νοσηλευτή στις αναπτυξιακές διαταραχές στην παιδική ηλικία, θα ήθελα να επισημάνω, για μια ακόμη φορά, το δύσκολο αλλά πολύ σημαντικό έργο του.

Πρέπει πάνω απ' όλα να τον διακατέχει μεγάλη αγάπη για την εργασία του, αλλά και να είναι προικισμένος με ιδιαίτερα προσόντα, όπως υπομονή, επιμονή, ευελιξία, ευαισθησία, δημιουργικότητα κ.λπ., που θα του επιτρέψουν να εργαστεί κοντά σ' αυτά τα παιδιά, που έχουν τόσο ανάγκη τη φροντίδα και την αγάπη του.

Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι και τα παιδιά με διαταραχές ανάπτυξης, όπως τα νοητικά καθυστερημένα ή τα αυτιστικά, έχουν το ίδιο δικαίωμα όπως όλοι μας για κοινωνική περίθαλψη και εκπαίδευση, ανεξάρτητα από τις ικανότητες ή τις αναπηρίες τους.

Πέρα λοιπόν από τη συμπάθεια και την κατανόησή μας, τα παιδιά αυτά χρειάζονται ειδική αγωγή και καθοδήγηση, για ν' αποβούν όσο το δυνατό παραγωγικά, κοινωνικώς επαρκή και οικονομικά ανεξάρτητα, ολικώς ή μερικώς.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΘΗΝΑ. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Έκδοση Τέταρτη.
Αθήνα 1988.

ΚΑΛΑΝΤΖΗ - ΑΖΙΖΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΣ. Θέματα κλινικής ψυχολογίας.
Δεύτερος τόμος. Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο
του σχολείου. "Παρεμβάσεις βασισμένες στις θεωρίες της
μάθησης". Αθήνα 1985.

ΜΠΕΤΕΒΕΓΚΗ ΗΛΙΑ. Θέματα εξελικτικής ψυχολογίας. Εξελικτική
ψυχοπαθολογία. Τόμος Α. Αθήνα 1987.

ΜΑΝΟΥ ΝΙΚΟΥ. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Εκδόσεις
University Studio Press. Πρώτη έκδοση: Θεσσαλονίκη 1988.
Ανατύπωση: Θεσσαλονίκη 1992.

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΖΑΧΟΥ. Ψυχολογία. Δ' έκδοση. Κέντρο Ψυχολογικών
Μελετών. Πρώτη έκδοση: Αθήνα 1985.

ΠΑΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΗ. Νοητική καθυστέρηση - Διαφορική
διάγνωση - Αιτιολογία - Πρόληψη - Ψυχοπαιδαγωγική
αντιμετώπιση. Ανατύπωση της έκδοσης του Ο.Ε.Δ.Β. "Αγωγή
των νοητικώς καθυστερημένων", Αθήνα 1980.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΗ. Στοιχεία κλινικής ψυχολογίας. Αθήνα
1984.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΗ. Κλινική Ψυχολογία. Διάγνωση - Πρόληψη
και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Αθήνα 1988.

ΡΑΓΙΑ ΑΦΡΟΔΙΤΗΣ. "Βασική Νοσηλευτική". Αθήνα 1987.