

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΘΕΜΑ:

***Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΣΤΡΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ***

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΑΡΩΝΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΒΑΡΔΑΡΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΚΑΜΠΙΡΕΛΛΗ ΜΑΡΙΑ**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2003

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πτυχιακή εργασία που παρουσιάζουμε έχει ως θέμα της « η συμβολή της νοητικής ανάπτυξης του παιδιού στο στρες της μητέρας'»

Η εργασία περιλαμβάνει στο πρώτο μέρος τη θεωρητική και ερευνητική ανάπτυξη και τη χρήση βιβλιογραφίας σε τρεις βασικές αλληλένδετες θεματικές ενότητες εκ των οποίων η πρώτη αναφέρεται στη νοητική καθυστέρηση εννοιολογικά, εμπεριέχοντας επίσης βασικά σημεία αναφοράς απαραίτητα στο να κατανοηθεί η φύση της νοητικής καθυστέρησης(αίτια, ταξινόμηση , διάγνωση, στοιχεία προσωπικότητας των ατόμων με νοητική καθυστέρηση) ο πόλος των ειδικών η χρήση των υπηρεσιών κυρίως όσον αφορά την εργασία με την οικογένεια τη πρόληψη, και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει μια οικογένεια που το παιδί της παρουσιάζει νοητική καθυστέρηση.

Η δεύτερη ενότητα της εργασίας αναφέρεται στο στρες, τη φυσιολογία του, παράγοντες που το επηρεάζουν στο να εμφανιστεί, στρατηγικές αντιμετώπισης του, επίσης ο προσδιορισμός στρεσογόνων παραγόντων κατά το γονεϊκό και συζυγικό ρόλο.

Η τρίτη ενότητα αναφέρεται στις ψυχολογικές αντιδράσεις της μητέρας που φέρνει στη ζωή ένα παιδί νοητικά καθυστερημένο, την επίδραση που έχει στην οικογένεια, στις σχέσεις μεταξύ των μελών της αλλά και στο ευρύτερο συγγενικό και κοινωνικό περιβάλλον της μητέρας και του παιδιού. Μελετώντας τη συνδρομή αυτών των παραγόντων στο να αισθανθεί η μητέρα στρες ή το αντίθετο.

Το δεύτερο μέρος της πτυχιακής αποτελείται από την ερευνητική εργασία που πραγματοποιήσαμε καθώς και τα αποτελέσματα που βγήκαν. Το τρίτο μέρος, αναφέρεται στα συμπεράσματα και τις προτάσεις, ενώ το τέταρτο μέρος έχει τα παραρτήματα και τη βιβλιογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί και να οριοθετηθεί το τι ακριβώς σημαίνει νοητική καθυστέρηση. Όρος που δεν επιδέχεται απλή εννοιολογική εξήγηση και αυτό γιατί η όποια προσπάθεια οριοθέτησης σχετίζεται με το σύνολο των λειτουργιών του ατόμου. (Κρασανάκης, 1989)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2001) ορίζει τη νοητική καθυστέρηση ως μια κατάσταση ελλιπής ή διακοπή της ανάπτυξης των νοητικών λειτουργιών που χαρακτηρίζεται από μειωμένες ικανότητες του ατόμου, οι οποίες γίνονται αντιληπτές κατά την περίοδο της ανάπτυξης, η οποία είναι μια κρίσιμη περίοδος της ζωής τους. Κατά τη διάρκειά της αναπτύσσονται ικανότητες που συνεισφέρουν στα συνολικά επίπεδα νοημοσύνης (σύνολο γνωστικών γλωσσικών και κοινωνικών ικανοτήτων).

Στην Αμερική, ο πλέον αποδεκτός ορισμός της νοητικής καθυστέρησης είναι αυτός που δίνει η Αμερικανική Εταιρεία για τη νοητική ανεπάρκεια (A.A.M.P. 1992) σύμφωνα με την οποία *«Η νοητική καθυστέρηση αναφέρεται σε ουσιώδεις περιορισμούς της κείμενης λειτουργικότητας του ατόμου. Τη χαρακτηρίζει σημαντική και κάτω του μέσου όρου νοητική λειτουργία η οποία θα πρέπει να σχετίζεται με δύο ή περισσότερα περιοριστικά στοιχεία από τα ακόλουθα στοιχεία και από τα ακόλουθα πεδία βιοτικών προσαρμοστικών ικανοτήτων: όπως η επικοινωνία, η αυτοεξυπηρέτηση, η αυτοσυντήρηση στο σπίτι, κοινωνικές ικανότητες, αυτοδιάθεση, συντήρηση της προσωπικής υγείας – υγιεινής και ασφάλειας, λειτουργικές σχολικές ικανότητες εργασίας, ψυχαγωγία. Η νοητική καθυστέρηση θα πρέπει να είναι εμφανής πριν από την ηλικία των 18 χρόνων (Α. Βλάχου – Μπαλαφούτη, 2000 σελ. 20-22)»*.

Κατά τον 19^ο αιώνα και αρχές του 20ού αιώνα η νοητική καθυστέρηση μελετήθηκε κάτω από ποικιλία κριτήρια, οι μελέτες αυτές οδήγησαν στον προσδιορισμό της έννοιας σύμφωνα με κριτήρια: 1) κοινωνικά, 2) βιολογικά, 3) ψυχομετρικά – λειτουργικά.

Στα κοινωνικά κριτήρια υποστηρίζεται κυρίως από ψυχοκοινωνιολόγους ότι καθυστερημένο πρέπει να θεωρείται το άτομο που δεν μπορεί να προσαρμοστεί στην κοινωνία, προτείνουν μάλιστα, να θεωρούνται αππροσάρμοστα και όχι καθυστερημένα άτομα. Πρόκειται για εκείνα τα άτομα που εμφανίζουν μειωμένες ικανότητες προσαρμογής στο κοινωνικό σύνολο όπου ζουν.

Η δυσκολία του ατόμου να εκτελέσει αυτά που του ανήκουν ή τα καθήκοντα που του αναθέτει και του ζητά μια κοινωνική ομάδα και δεν μπορεί να εκτελέσει ορίζουν την αναπηρία. Το άτομο που πάσχει από μια αναπηρία δεν μπορεί να αναλάβει το ρόλο που αντιστοιχεί στην ηλικία του, στο φύλο του, στο κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον. Η αναπηρία επομένως έχει και κοινωνική διάσταση που μπορεί να εκτιμηθεί από το γιατρό, τον παιδαγωγό, τον ψυχολόγο, τον κοινωνιολόγο.

Η νοητική καθυστέρηση σύμφωνα με κριτήρια βιολογικά – οργανικά θεωρείται ως μια παθολογική κατάσταση, μια ασθένεια με ποικιλόμορφη αιτιολογία που προσδιορίζεται με όρους ανατομίας. Η προσωρινή ή οριστική απώλεια μιας ψυχολογικής φυσιολογικής ή ανατομικής δομής ή λειτουργίας ορίζει την καθυστέρηση που οφείλεται είτε σε κληρονομικά ή περιβαλλοντικά αίτια (ύπαρξη μιας ασθένειας, ατυχήματα) από μια ψυχοσυναισθηματική στέρηση).

Τέλος, η νοητική καθυστέρηση με κριτήρια ψυχομετρικά – λειτουργικά θεωρεί ένα παιδί νοητικά καθυστερημένο με δείκτη νοημοσύνης μικρότερο από το μέσο όρο των Δ.Ν. του πληθυσμού στον οποίο ανήκει³.

Αντικειμενικά, η καθυστέρηση ορίζεται από έναν περιορισμό της δραστηριότητας (λειτουργικό επίπεδο). Αυτό που ορίζει την ανικανότητα (disability) είναι η αδυναμία εκτέλεσης μιας δεδομένης δραστηριότητας μέσα σε συνθήκες που θεωρούνται για έναν άνθρωπο φυσιολογικές. Η ανικανότητα δεν εξαρτάται υποχρεωτικά από την καθυστέρηση στο νοητικό τομέα, είναι δύσκολο να καλύψουμε όλες τις μορφές της πνευματικής καθυστέρησης και

όλα τα επίπεδα της νοητικής ανικανότητας μ' έναν μόνο ορισμό. Για το λόγο αυτό, σε κάθε μορφή ανταποκρίνεται ένας ειδικός τύπος ορισμού.

1.2 ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Για να γίνει ακριβής εννοιολογικά η νοητική καθυστέρηση είναι απαραίτητο να λάβουμε υπόψη μας δύο βασικές αρχές που προσδιορίζουν τη φύση της νοητικής ανεπάρκειας.

1^η Τα άτομα με νοητική καθυστέρηση εξελίσσονται με την ίδια ακριβώς σειρά στα αναπτυξιακά στάδια με τη διαφορά ότι περνούν τα στάδια πιο αργά από ότι τα άτομα χωρίς νοητική καθυστέρηση, σύμφωνα με τον Zigler (1969).

2^η Η δεύτερη αρχή είναι γνωστή ως θεωρία της ποιοτικής διαφοράς. Οι ερευνητές αυτής της θεωρητικής προσέγγισης θεωρούν ότι η ανάπτυξη των ατόμων με νοητική καθυστέρηση δεν μπορεί να μελετηθεί με εργαλείο της αρχής ανάπτυξης που χρησιμοποιούνται για τα άτομα που παρουσιάζουν φυσιολογική νοημοσύνη εφόσον η πρώτη ομάδα διαφοροποιείται από τη δεύτερη ως προς το λειτουργικό επίπεδο, παρουσιάζοντας παρεκκλίσεις σε ένα σημαντικό αριθμό δεξιοτήτων (Α. Βλάχου – Μπαλαφούτη, 2000):

A) Οι γνωστικές διεργασίες των ατόμων με νοητική καθυστέρηση είναι κατώτερη από αυτές των ατόμων χωρίς νοητική καθυστέρηση.

B) Οποιαδήποτε ανεπάρκεια στις γνωστικές λειτουργίες που συνδέεται με το γνωστικό επίπεδο σχετίζεται με ανεπάρκεια στις γνωστικές διεργασίες οι οποίες σχετίζονται άμεσα με το χαμηλό επίπεδο του Δείκτη Νοημοσύνης.

Γ) Τα άτομα με νοητική καθυστέρηση ακόμα και όταν εξισωθούν ως προς τη νοητική ηλικία, χρησιμοποιούν διαφορετικές γνωστικές και γλωσσικές διεργασίες, ιδιαίτερα στην επεξεργασία πληροφοριών (Α. Βλάχου – Μπαλαφούτη, 2000).

1.3 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Μια από τις κυριότερες γνωστικές διεργασίες του ανθρώπου είναι η ικανότητα του να κατανοήσει τα στοιχεία που του δίνονται, να τα οργανώνει και να τα αξιοποιήσει κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορεί να τα χρησιμοποιεί δημιουργικά σε διαφορετικά πλαίσια απαιτήσεων .

Τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση δυσκολεύονται να ενεργοποιήσουν και να εφαρμόσουν αυθόρμητα ή και αυτόματα κάποιες γνωστικές συμπεριφορές ή να χρησιμοποιούν γνωστικές διαδικασίες που δεν επαρκούν για την αποτελεσματική επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων τους.

Οι δυσκολίες που παρουσιάζουν τα νοητικά καθυστερημένα παιδιά αναφέρονται στις αντίδρασή τους και στις δυσκολίες που τους προκύπτουν, δίνοντας λύσεις μη αποτελεσματικές. Οι δυσκολίες αυτές έχουν χαρακτηριστικά τους την:

- α) εγωκεντρική επικοινωνία
- β) δυσκολίες στην προβολή σχέσεων
- γ) τυχαίες απαντήσεις
- δ) έλλειψη συγκεκριμένων γλωσσικών εργαλείων για την έκφραση και την ανάπτυξη επεξεργασμένων εννοιών και
- ε) παρορμητική συμπεριφορά (Βλάχου-Μπαλαφούτη, 2000).

Οι σχέσεις που συνάπτει το παιδί με τον περίγυρό του είναι στερεότυπες και άκαμπτες. Το περιεχόμενο του λόγου είναι πολύ φτωχό, εκφράζοντας τη φτωχή του σκέψη. Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ένα βασικό στοιχείο για πολλές περιπτώσεις ατόμων με νοητική καθυστέρηση, ότι το άτομο κατανοεί σε ένα μεγάλο βαθμό τα ερεθίσματα που δέχεται από τον περίγυρό του αντίθετα ο βαθμός εκφραστικότητάς του είναι χαμηλός σε σχέση με το βαθμό κατανόησης προς τον περίγυρό του.

Είναι πολύ πιθανό το παιδί μαζί με τη νοητική καθυστέρηση να έχει διαταραχές της προσωπικότητας – συμπεριφοράς, και ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές. Δυσκολεύεται να συγκρατήσει τις ενορμήσεις του είναι ευαίσθητο στις στερήσεις, η ανεπάρκειά του περιορίζει τις δυνατότητες αντίδρασης και προσαρμογής του . Ζει την παρούσα στιγμή και δεν μπορεί να προβάλλει τον εαυτό του στο μέλλον.

Σε μια αποτυχία, το «φυσιολογικό παιδί» αναθεωρεί την κατάσταση, αναδιοργανώνει τις πληροφορίες του και πραγματοποιεί μια νέα δοκιμή. Αντίθετα, στο καθυστερημένο παιδί, οι αποτυχίες οι ματαιώσεις και οι αντιδραστικές άμυνες που αυτές συνεπάγονται θα συντελέσουν στην κακή οργάνωση του εγώ του. Μέσα στο πλαίσιο αυτό έχουν περιγραφεί ο υπερκινητικός, απροσάρμοστος, ο απαθής απροσάρμοστος, ο νηπιόμορφος απροσάρμοστος, ο ευσυγκίνητος απροσάρμοστος.

Αν οι αντιδράσεις των γονιών είναι αρνητικές απέναντι στις δυσκολίες και στην αδεξιότητα του παιδιού να επικοινωνήσει το παιδί ασυνείδητα διαισθάνεται και εκλαμβάνει αυτή τη στάση των γονιών, επαυξάνοντας την παραίτηση από κάθε πρωτοβουλία – δράση, έχοντας ως άμεσο αποτέλεσμα το παιδί να αποθαρρύνεται και να αγχώνεται.

Ορισμένα παιδιά είναι ασταθή, δεν μπορούν να συγκεντρωθούν σ' ένα αντικείμενο, ή παιχνίδι για περισσότερο από μερικά λεπτά. Σ' αυτήν την αστάθεια την τόσο κουραστική για το περιβάλλον του έρχονται συχνά να προστεθούν κρίσεις θυμού και επιθετικότητας. Μπορούμε να πούμε με τρόπο σχηματικό ότι στην οργάνωση της προσωπικότητάς τους υπεισέρχονται νευρωτικά ή ψυχωτικά στοιχεία.

Στις νευρωτικές αντιδράσεις, διακρίνεται έντονο άγχος, το παιδί αναδιπλώνεται στον εαυτό του, αποφεύγει τα άλλα παιδιά, καταφεύγει σε τρόπους ικανοποίησης πολύ αρχαϊκούς (αυνανισμός, στερεότυπες κινήσεις). Άλλα παιδιά έχουν τάσεις εναντίωσης, άρνησης, αναστολής ή πρόκλησης.

Εξωτερικεύουν το άγχος τους με ψυχαναγκαστικά συμπτώματα ή με υστερικές αντιδράσεις.

Σε άλλες περιπτώσεις ένα νοητικά καθυστερημένο παιδί συγχέει το πραγματικό και το φανταστικό, παρουσιάζοντας η προσωπικότητά τους ψυχωσικά στοιχεία. Τα παιδιά αυτά κάνουν στερεότυπες κινήσεις, περισσότερο ή λιγότερο επεξεργασμένες, ορισμένες φορές ασταμάτητες που μπορούν να καταλήξουν σε αυτοτραυματισμό: το παιδί χτυπιέται, δαγκώνεται σαν να ήθελε να τιμωρηθεί.

Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν πρόκειται για ψυχώσεις αλλά για βαριές διαταραχές προσωπικότητας, δεν αποκόβονται από το πραγματικό κόσμο παρουσιάζουν κατάθλιψη, είναι γεμάτα φόβο, απελπισία, θλιμμένα, κουράζονται εύκολα και αναδιπλώνονται στον εαυτό τους (Α. Γκαλάν – Ζ. Γκαλάν, 1997).

1 . 4 ΑΙΤΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Τα αίτια της νοητικής καθυστέρησης είναι πολυάριθμα και ποικίλα και αυτό γιατί η νοητική καθυστέρηση δεν είναι μια ιδιαίτερη ασθένεια αλλά ένα σύμπτωμα. Η κάθε ασθένεια κατά κανόνα έχει ένα συγκεκριμένο αριθμό γενεσιουργών αιτιών, ενώ τα συμπτώματα είναι αποτέλεσμα ποικίλων και πολυάριθμων ασθενειών ή ελαττωματικών καταστάσεων (Μπαρδής, 1993) . Η νοητική καθυστέρηση είναι σημαντικό να αναφέρουμε, ότι παρόλο τη μεγάλη πρόοδο της επιστήμης της Βιολογίας – Γενετικής, τα αίτια για το μεγαλύτερο ποσοστό (94% περίπου) των περιπτώσεων της νοητικής καθυστέρησης δεν είναι γνωστά μέχρι σήμερα.

Τα αίτια που χαρακτηρίζονται άγνωστα, ενδογενή, περιβαλλοντικού – οικογενειακού τύπου ή μη παθολογικά αίτια, δεν προσδίδουν κάποια ένδειξη για οργανική βλάβη του εγκεφάλου. Στα άγνωστα αίτια υπάγονται κυρίως οι ελαφριές περιπτώσεις της νοητικής καθυστέρησης (εκπαιδευσιμοί).

Το υπόλοιπο 6% των περιπτώσεων οφείλονται σε οργανικές βλάβες του εγκεφάλου σ' αυτή την περίπτωση τα αίτια χαρακτηρίζονται γνωστά, παθολογικά, εξωγενή, οργανικά ή αίτια που οφείλονται σε οργανικές κακώσεις ή σε νευρολογικές διαταραχές στα γνωστά αίτια υπάγονται οι βαριές περιπτώσεις και πλήρως εξαρτώμενα άτομα (Παρασκευόπουλος, 1980).

1. Γνωστά αίτια

Τα αίτια που η επιστήμη έχει κατορθώσει να εντοπίσει για το 6% των περιπτώσεων της νοητικής καθυστέρησης, είναι πολυάριθμα και ποικίλα.

Λόγω της πολυπλοκότητας που παρουσιάζει η αιτιολογία της νοητικής καθυστέρησης υπάρχει μεγάλη ποικιλία στην ταξινόμηση των αιτιών της νοητικής καθυστέρησης συνήθως τη διακρίνουμε σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- Σε βιολογικά ή γενετικά (πρωτογενή, εγγενή) και
- Περιβαλλοντικά ή ψυχολογικά (δευτερογενή ή επιγενή)

A) Οργανικά αίτια λέγονται και αίτια ενδογενή – κληρονομικά, πρόκειται για τις έμφυτες εκείνες δυνάμεις που δημιουργούν την πρώτη φυσιολογική ή παθολογική δομή του ατόμου. Η μεταβίβαση ορισμένων γνωρισμάτων στα παιδιά από τους γονείς μπορεί να είναι φυσιολογικά ή παθολογικά. Στην ουσία δεν έχουμε μεταβίβαση γνωρισμάτων αλλά κληρονομούνται προδιαθέσεις εμφάνισης γνωρισμάτων. «Οι προδιαθέσεις αυτές μπορεί να είναι καθοριστικές ή εξαρτώμενες, θα αναπτυχθούν σε γνωρίσματα όποιο και να είναι το περιβάλλον εξέλιξης του ατόμου. Αντίθετα, οι εξαρτημένες δεν μπορούν να αναπτυχθούν μόνο κάτω από ευνοϊκές περιβαλλοντικές επιδράσεις(Κρασανάκης, 1997).

Η μεταβίβαση των κληρονομικών γνωρισμάτων διασφαλίζεται μέσω των γονιδίων, όπου είναι οι φορείς γενετικών πληροφοριών, φυσιολογικών ή παθολογικών

Η συνδρομή της κληρονομικότητας στην εμφάνιση νοητικής ανεπάρκειας είναι ένα σημαντικό αίτιο. Διαχωρίζεται σε «όμοια κληρονομικότητα» και «ανόμοια κληρονομικότητα».

Στην «όμοια κληρονομικότητα» οι γονείς ή οι πρόγονοι μεταδίδουν στο παιδί ανωμαλίες που αντιμετωπίζουν και οι ίδιοι. Στην περίπτωση της «ανόμοιας κληρονομικότητας» μεταβιβάζεται στους απογόνους, μια ανωμαλία διαφορετική από εκείνη που εμφανίζουν οι γονείς. Οι γονείς που πάσχουν παράδειγμα από διάφορες παθήσεις του Νευρικού Συστήματος χωρίς όμως να παρουσιάζουν διαταραχές νοημοσύνης (ψυχική νόσο, επιληψία) μπορεί να δώσουν παιδιά νοητικά καθυστερημένα. Επίσης τα γονίδια αν υποστούν βλάβες, τότε ένα ή περισσότερα χαρακτηριστικά που δίνονται στα παιδιά από τους γονείς ή προγόνους), αλλοιώνονται προκαλώντας διάφορες ανωμαλίες υπεύθυνες στο να προκαλέσουν νοητική καθυστέρηση (εδώ εντάσσονται διάφορες μορφές νοητικής καθυστέρησης όπως η αμαυρωτική ιδιοτελία, γαλακτοξαιμία).

Νοητική ανεπάρκεια ενδέχεται να εμφανιστεί όταν κατά την περίοδο της ωρίμανσης των αναπαραγωγικών κυττάρων, έχουμε μείωση ή αύξηση του αριθμού των χρωμοσωμάτων και τότε έχουμε σύνδρομο DOWN. Επίσης, νοητική ανεπάρκεια μπορεί να προκύψει και στην περίπτωση που θα συμβούν ανωμαλίες στην ωρίμανση των χρωμοσωμάτων στην κατηγορία αυτή έχουμε το σύνδρομο Turner (Κρασανάκης, 1997).

2. Αίτια προγεννητικά

Η περίοδος της ζωής του ανθρώπου που εκτείνεται από τη σύλληψη μέχρι τη γέννηση λέγεται προγεννητική ή εμβρυϊκή. Είναι η περίοδος κυοφορίας όταν το έμβρυο ολοκληρώνεται ως ανθρώπινος οργανισμός. Την πορεία αυτής της ανάπτυξης την επηρεάζουν πολλοί παράγοντες θετικοί και αρνητικοί εκτός από την κληρονομικότητα οι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν νοητική καθυστέρηση σ' ένα έμβρυο είναι:

1. Παράγοντες Rhesus: η ασυμβατότητα του Rhesus μητέρας – εμβρύου μπορεί να προκαλέσει κατά την κυοφορία, νοητική καθυστέρηση όπως και ημιπληγία, κώφωση.
2. Η ερυθρά: Η μητέρα που κυοφορεί το έμβρυο αν προσβληθεί από ερυθρά τους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης της, είναι αρκετά επικίνδυνη για το έμβρυο στο να επηρεάσει αρνητικά την πορεία ανάπτυξής του.
3. Η κληρονομική σύφιλη: Όταν η μητέρα κυοφορεί και έχει σύφιλη υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να προκαλέσει στο έμβρυο διάφορες παθήσεις όπως τύφλωση, αφασίες, βλάβες του νευρικού συστήματος καθώς και νοητική καθυστέρηση.
4. Η χρήση φαρμάκων από την έγκυο: Πολλά είναι τα φάρμακα που προκαλούν σοβαρές διαταραχές στην ανάπτυξη του εμβρύου καθώς και στην ορμονική ισορροπία της μητέρας.
5. Χρήση ναρκωτικών από την έγκυο.
6. Χρήση αλκοόλ από την έγκυο.
7. Το κάπνισμα.
8. Οι ακτινοβολίες: Πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δρουν βλαπτικά, προκαλώντας γενετικές ανωμαλίες ή μεταλλάξεις στα χρωμοσώματα των γενετικών κυττάρων.
9. Η ηλικία της μητέρας: Είναι ένας παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει και να προκαλέσει επιπλοκές και βλάβες στην υγεία του εμβρύου. Είναι επιστημονικά βεβαιωμένο ότι η προχωρημένη αναπαραγωγική ηλικία της μητέρας εγκυμονεί αυξημένο κίνδυνο στο να γεννήσουν ένα παιδί με σύνδρομο Down. Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία της μητέρας όταν γίνεται η σύλληψη, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα το παιδί να έχει χρωμοσωματικές ανωμαλίες. Σε μητέρες ηλικίας κάτω των 20 ετών η αναλογία είναι 1:2.300, ενώ σε

μητέρες ηλικίας άνω των 45 ετών η αναλογία είναι 1:45. Μετά το 25^ο έτος η πιθανότητα αυξάνεται κατά 25% ανά πενταετία. Το 80% των ατόμων με σύνδρομο Down είναι τέκνα μητέρων που όταν γέννησαν ήταν ηλικίας άνω των 35 ετών (Ματσιανιώτη, 1982).

10. Η διατροφή της εγκύου: Η έλλειψη βασικών στοιχείων επηρεάζουν σοβαρά το έμβρυο ή στο να γεννηθεί πρόωρα ή να παρουσιάζει διαταραχές στην ανάπτυξη του Νευρικού Συστήματος.
11. Η συναισθηματική ζωή της εγκύου: Οι συγκινήσεις της εγκύου επηρεάζουν έμμεσα τη ζωή του εμβρύου και επιδρούν στον οργανισμό του κυοφορούμενου παιδιού. Οι έντονες συγκινήσεις ή το έντονο άγχος της μητέρας, μπορούν να προκαλέσουν αποβολή ή και πρόωρο τοκετό με όλες τις συνέπειες στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού.
12. Η συγγενής τοξοπλάσμωση: Πρόκειται για εμβρυοπάθεια που οφείλεται σε παρασιτική νόσο της μητέρας, που προσβάλλει σοβαρά ή θανατώνει το έμβρυο. Αν δεν πεθάνει τις πρώτες ημέρες μετά τη γέννηση επιζεί με έντονες χρόνιες διαταραχές, νοητική καθυστέρηση, υδροκεφαλία, επιληψία (Κρασανάκης, 1997).

3. Αίτια μεταγεννητικά

Σύμφωνα με τον Κρασανάκη (1997) τα μεταγεννητικά αίτια είναι τα αίτια που ασκούν δυσμενή δράση στη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού μετά τη γέννησή του. Ένα παιδί μπορεί να γεννηθεί φυσιολογικό και χωρίς καμία κληρονομική επιβάρυνση κατά την πορεία όμως της ανάπτυξής του να καταστεί πνευματικά καθυστερημένο. Αυτό μπορεί να συμβεί με την επίδραση διάφορων παραγόντων, κοινωνικο-πολιτιστικής φύσης, ιδιαίτερα μάλιστα κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του.

Στα μεταγεννητικά αίτια μπορούμε να εντάξουμε όλους εκείνους τους παράγοντες που επηρεάζουν ή και ανακόπτουν την ομαλή ανάπτυξη του

νευρικού συστήματος προκαλούν τραύματα στον εγκέφαλο και συνεπιφέρουν μικρή ή μεγάλη νοητική καθυστέρηση.

Οι διάφορες ασθένειες τα ατυχήματα, η ελλιπής διατροφή μπορούν να προκαλέσουν εγκεφαλίτιδες, μηνιγγίτιδες, ποικίλες βλάβες εγκεφαλικών κέντρων καταστρώντας το παιδί πνευματικά ανάπηρο.

Αναλυτικά τα μεταγεννητικά αίτια αφορούν την:

1. Παιδική ηλικία

Η παιδική ηλικία είναι η σπουδαιότερη περίοδος για σωματική και πνευματική ανάπτυξη του ατόμου. Παράγοντες που επηρεάζουν την πνευματική εξέλιξη κατά την παιδική ηλικία είναι κυρίως οι εξής:

α) Ασθένειες: Ασθένειες μολυσματικές οι οποίες προκαλούν υψηλό πυρετό ή προσβάλλουν άμεσα τα εγκεφαλικά κύτταρα (εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα, πολιομυελίτιδα, προκαλώντας μόνιμες βλάβες στον εγκέφαλο).

β) Τραύματα: Τραύματα στον εγκέφαλο είναι δυνατό να προκαλέσουν μόνιμη βλάβη στα εγκεφαλικά κέντρα με δυσάρεστες συνέπειες.

γ) Κακή διατροφή: Κατά την παιδική ηλικία οι σωματικές και πνευματικές δυνάμεις του ατόμου αναπτύσσονται με γοργό ρυθμό και γι' αυτό το άτομο έχει ανάγκη από επαρκή και κατάλληλη τροφή.

δ) Ελαττωματικά αισθητήρια όργανα: Τα αισθητήρια όργανα είναι οι δίοδοι από τις οποίες τα εξωτερικά ερεθίσματα μεταβιβάζονται στον εγκέφαλο. Βλάβες ή ελαττωματική λειτουργία των αισθητηρίων οργάνων και κυρίως της όρασης, της ακοής και των οργάνων του λόγου παρεμποδίζουν την κανονική ανάπτυξη της νοημοσύνης του παιδιού.

ε) Ενδοκρινικές ανωμαλίες: Η κυριότερη ενδοκρινική ανωμαλία που αναστέλλει τη νοητική ανάπτυξη, είναι η υπολειτουργία του θυρεοειδούς. Η γνωστή μορφή νοητικής καθυστέρησης είναι ο κρετινισμός, οφείλεται στην

υπολειτουργία του αδένου αυτού. Απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και χορήγηση τονωτικών του θυρεοειδή .

2. Η συμβολή του οικογενειακού περιβάλλοντος στην νοητική ανάπτυξη του παιδιού

Θεωρητικά και εμπειρικά, επιβεβαιώθηκε ύστερα από πολλές έρευνες ότι το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί το πρώτο κοινωνικοπολιτιστικό παράγοντα της νοητικής ανάπτυξης του παιδιού.

Οι Binet και Decroly στις αρχές του 19^{ου} αιώνα διαπίστωσαν ότι η επίδοση των παιδιών των φτωχότερων οικογενειακών στα διάφορα test νοημοσύνης ήταν μικρότερη από εκείνη των παιδιών των πλουσιότερων οικογενειών. Κοινή διαπίστωση όλων των σύγχρονων παιδαγωγών, ειδικών που ασχολούνται με τη νοητική καθυστέρηση, είναι ότι τα περισσότερα παιδιά με νοητική καθυστέρηση ανευρίσκονται σε οικογένειες χαμηλού κοινωνικοπολιτιστικού επιπέδου. Η νοητική καθυστέρηση ευνοείται από το χαμηλό πολιτιστικό και οικονομικό επίπεδο του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Η κρισιμότητα του προβλήματος παίρνει μεγαλύτερες διαστάσεις, όταν σε μια οικογένεια χαμηλού κοινωνικού οικονομικού και πολιτιστικού επιπέδου έχουμε μεγάλο αριθμό παιδιών παρατηρείται η εξής σχέση, ότι όσο αυξάνει η διάσταση της οικογένειας, τόσο περισσότερο πέφτουν οι μέσες επιδόσεις στα test νοημοσύνης. Υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να βρεθούν περισσότερα παιδιά με νοητική καθυστέρηση στις πολύτεκνες οικογένειες (Μπαρδής, 1993).

Πίσω από τις διαφορές των διαστάσεων των οικογενειών βρίσκουμε διάφορες κοινωνικοπολιτιστικές, μορφωτικές και οικονομικές. Επίσης η πολιτισμική στάση της οικογένειας είναι υπεύθυνη ή όχι για την εμφάνιση προβλημάτων στο παιδί. Επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη ψυχοσύνθεση του παιδιού. Το γεγονός αυτό οφείλεται τόσο σε κληρονομικούς όσο και σε οικογενειακούς και ψυχολογικούς παράγοντες.

Συχνά προβλήματα πνευματικής καθυστέρησης με συναισθήματα και ψυχολογικά προβλήματα παρουσιάζονται έντονα σε παιδιά που στερήθηκαν τη μητέρα τους τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής τους. Σ' αυτά παρατηρούμε έντονη απομόνωση αναστολή στην ανάπτυξη πολλών λειτουργιών μέχρι μαρασμό, προβλήματα διατροφής, ύπνου, στερεότυπες κινήσεις. Συχνά συναντάμε τέτοιες περιπτώσεις σε βρεφοκομεία, όταν δεν υπάρχει αρκετή προσωπική φροντίδα και λόγω του ιδρυματισμού αναπτύσσεται μια χαρακτηριστική προσωπικότητα. Έχουν υπάρξει περιπτώσεις παιδιών από βρεφοκομεία τα οποία μετά την υιοθεσία παρουσίαζαν ανύψωση του Δείκτη Νοημοσύνης κατά 20-25 μονάδες.

3. Παιδιά καθυστερημένων γονιών

Μια άλλη κατηγορία παιδιών που πιθανόν επηρεάζονται νοητικά από ψυχολογικές εμπειρίες είναι τα παιδιά καθυστερημένων γονιών.

Σε μια οικογένεια με καθυστερημένους γονείς οι φυσικές και ψυχολογικές ανάγκες του παιδιού δεν ικανοποιούνται ή ικανοποιούνται στο ελάχιστο λόγω της άγνοιας των γονιών σε βασικά θέματα ανατροφής, των διαταραγμένων σχέσεων των γονιών, η έλλειψη εμπειριών και ευκαιριών για μάθηση είναι συνθήκες στις οποίες μεγαλώνουν τα παιδιά των καθυστερημένων γονιών. Σε μια τέτοια οικογένεια οι γονείς είναι ανήμποροι να προσφέρουν τα κατάλληλα ερεθίσματα επηρεάζοντας την ψυχολογία των παιδιών.

4. Νοητική καθυστέρηση και φτώχεια

Η φτώχεια σε αγροτικές περιοχές ή σε συνοικίες μεγάλων αστικών κέντρων σημαίνει κακή διατροφή, ακατάλληλες στεγαστικές συνθήκες, ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης ως και οικονομική πνευματική, συναισθηματική και κοινωνική εξαθλίωση.

Στις φτωχές οικογένειες οι ασθένειες είναι συνηθισμένο φαινόμενο αφού η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη πολλές φορές είναι ανύπαρκτη ή

ελλιπής. Οι πρόωροι τοκετοί, η παιδική θνησιμότητα παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό.

Όλες οι παραπάνω καταστάσεις οδηγούν στην αποδιοργάνωση της οικογενειακής ζωής στην απάθεια και στη νοητική καθυστέρηση.

Τα βασικότερα προβλήματα των φτωχών οικογενειών που προκαλούν νοητική καθυστέρηση είναι:

1. Προβλήματα υγείας: Οι Kruger και Parsons (1967) σε μια έρευνά τους με παιδιά με νοητική καθυστέρηση είχε το εξής αποτέλεσμα. μεγάλο ποσοστό μητέρων, που είχαν προσβληθεί κατά τη περίοδο εγκυμοσύνης από τοξαιμία, είχε σαν αποτέλεσμα να προκαλούνται πρόωροι τοκετοί, δημιουργώντας στη συνέχεια βλάβες στο Κ.Ν.Σ. των παιδιών.
2. Δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης: Οι δυσμενείς συνθήκες κάτω από τις οποίες οι φτωχές οικογένειες επιδρούν πολλές φορές ανασταλτικά στην συναισθηματική και νοητική ανάπτυξη του παιδιού. Μερικές από τις συνθήκες αυτές είναι οι εξής: Συνωστισμός (πολλά άτομα στο ίδιο δωμάτιο) έλλειψη πνευματικών ερεθισμάτων (δεν υπάρχουν βιβλία, παιχνίδια), έλλειψη χώρων για να αποσύρεται το παιδί για διάβασμα. Άρα περισσότερος εκνευρισμός, εντάσεις των γονιών μπροστά στα παιδιά.
3. Δομή της οικογένειας: Συνήθως οι φτωχές οικογένειες παρουσιάζουν την εξής σύνθεση: Πολλά παιδιά με ένα γονέα, που έχει αναλάβει την ευθύνη να φέρει σε πέρας και το μητρικό και το πατρικό ρόλο και ο γονέας αυτός τις περισσότερες φορές είναι η μητέρα. Ο πατέρας δαπανά λίγο χρόνο για τα παιδιά του ή για την οικογένεια γενικά.
4. Ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα: Η οικονομική, πνευματική, συναισθηματική και κοινωνική ανεπάρκεια του οικογενειακού

περιβάλλοντος δημιουργεί πολλά προβλήματα ψυχολογικά και κοινωνικά. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον τα παιδιά προετοιμάζουν μάλλον για την αποτυχία παρά για την επιτυχία στη ζωή. Δεν βρίσκουν επιδοκιμασία παραδοχή, αναγνώριση, στοργή, ενδιαφέρον. Πολλά από αυτά εγκαταλείπουν πρόωρα την οικογενειακή στέγη, πράγμα που οδηγεί τις περισσότερες φορές στην αντικοινωνική συμπεριφορά στην επαγγελματική αποτυχία. Στο σχολείο στο οποίο οδηγούνται τελείως απροετοίμαστα για σχολικές εμπειρίες γεύονται την αποτυχία με αποτέλεσμα να το εγκαταλείπουν. Γενικά οι στέρσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος «διδάσκουν» στο παιδί την πεποίθηση ότι δεν μπορεί να κάνει τίποτα στο να βελτιώσει τη ζωή του»> (Παρασκευόπουλος, 1980).

5. Η επίδραση και η αξία της οικογένειας στην ανάπτυξη του παιδιού. Σημαντική επίδραση στην εξέλιξη του παιδιού ασκούν οι διαπροσωπικές σχέσεις με τη μητέρα. Μια μητέρα με συναισθηματική αστάθεια ή αδιάφορη ή μια μητέρα παραφορτωμένη με τη φροντίδα πολλών παιδιών μέσα στην οικογένεια δεν είναι σε θέση ή δεν έχει το χρόνο να φροντίσει το παιδί της, με την ανάλογη ζεστασιά, στοργή και αγάπη. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, πολλές φορές το παιδί παρουσιάζει διαταραχές στη νοητική, κινητική και συναισθηματική του εξέλιξη. Ακόμη και η σωματική του ανάπτυξη μπορεί να επηρεάσει αρνητικά, έστω και αν σιτίζεται κανονικά. Η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί ή στο οικογενειακό περιβάλλον έχει θετικά αποτελέσματα. Έτσι, ιδιαίτερη προσοχή απαιτεί το οικογενειακό περιβάλλον. Δυσμενείς οικογενειακές συνθήκες επιδρούν ανασταλτικά στη συναισθηματική και νοητική ανάπτυξη του παιδιού. Η αποδιοργάνωση της οικογένειας λόγω διαζυγίου ή

διαταραγμένων σχέσεων των γονέων, οι διαπληκτισμοί των γονέων μπροστά στα παιδιά και η έλλειψη στοργής, έχουν ως συνέπεια την παραμέληση των ψυχικών αναγκών του παιδιού, την απουσία επαρκών εμπειριών και κατάλληλων ευκαιριών μάθησης, την έλλειψη επιτηρήσεων και καθοδήγησης του παιδιού και την παραμελημένη αγωγή, με αποτέλεσμα την επιβράδυνση της γλωσσικής και νοητικής του ανάπτυξης.

Ιδιάζουσα είναι η περίπτωση των παιδιών που στερούνται ολωσδιόλου οικογενειακού περιβάλλοντος. Πολλά παιδιά οδηγούνται από τη γέννησή τους σε ιδρύματα παιδικής προστασίας. Το περιβάλλον, λόγω της ελλείψεως των απαραίτητων ερεθισμάτων σωματικής ή συναισθηματικής φύσεως, έχει δυσμενείς επιδράσεις στην πνευματική υγεία του παιδιού. (Παρασκευόπουλος, 1980)

1 .5 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Η επιδημιολογία αναφέρεται στη μελέτη των περιστατικών, της συχνότητάς του, του ελέγχου και της κατανομής συγκεκριμένων διαταραχών μέσα σε ένα ορισμένο πληθυσμό.

Το θέμα της νοητικής καθυστέρησης έχει μελετηθεί κατά κύριο λόγο ως προς την επιδημιολογία της συχνότητας και τις συνθήκες που συνδέονται με την νοητική καθυστέρηση (Τσιάντης, 1989).

Η συχνότητα της νοητικής καθυστέρησης είναι γενικά δύσκολο να καθοριστεί με ακρίβεια εξαιτίας πολλών παραγόντων. Ένας βασικός παράγοντας δυσχέρειας στις στατιστικές είναι η απροθυμία των γονιών να παραδεχτούν το πρόβλημα του παιδιού τους, αλλά και το γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός καθυστερημένων παιδιών παραμένουν σε κανονικά σχολεία της υπαίθρου επειδή δεν υπάρχουν ειδικά.

Η συχνότητα ατόμων με οριακή νοημοσύνη (Δείκτη 70-79) υπολογίζεται σε 6-7% του πληθυσμού και γύρω στο 16% έχουν δείκτη (80-89) θεωρούμενοι ως μέσος όρος φυσιολογικής νοημοσύνη και τέλος Δείκτη 90-110 εμφανίζει το 50% του πληθυσμού.

Σημαντικό δημογραφικό στοιχείο στην εκτίμηση της συχνότητας της νοητικής καθυστέρησης αποτελεί η ηλικία του ατόμου.

Ηλικία

Η ομοφωνία που προκύπτει από μελέτες που έχουν γίνει σε σχολεία τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό αποδεικνύουν το ποια είναι η σχέση μεταξύ συχνότητας νοητικής καθυστέρησης και ηλικίας.

Καθώς προχωρούμε από τις προσχολικές ηλικίες (0-4 ετών) στο στάδιο της λανθάνουσας περιόδου (5 έως 12 ετών) υπάρχει σημαντική αύξηση του ποσοστού της νοητικής καθυστέρησης.

Η εξήγηση που μπορεί να δοθεί σ' αυτό το φαινόμενο είναι ότι πριν την έναρξη της σχολικής ηλικίας οι γονείς μπορεί να μην αντιλαμβάνονται ότι το παιδί παρουσιάζει ανωμαλίες στην εξέλιξή του. Επειδή οι προσδοκίες, για σχολική απόδοση αυξάνουν, η εξελεκτική καθυστέρηση γίνεται εμφανέστερη. Το ποσοστό κορυφώνεται είτε μεταξύ των ηλικιών 15 και 16 ετών, 20 και 22 ετών. Η αύξηση αυτή παρατηρείται λόγω του γεγονότος ότι τα εξελεκτικά προβλήματα γίνονται εμφανέστερα επειδή το εκπαιδευτικό σύστημα έχει περισσότερες απαιτήσεις.

Στους νέους ενήλικες μεταξύ 22 και 34 ετών η συχνότητα μειώνεται εφόσον έχει περάσει η κρίσιμη περίοδος παρακολούθησης του σχολείου. Πολλά άτομα που είχαν προηγουμένως χαρακτηριστεί ελαφρά καθυστερημένα ενσωματώνονται πλήρως στην κοινότητα, ανταπεξέρχονται σχετικά ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της καθημερινότητας (κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες).

Στους μεσήλικες μεταξύ των ηλικιών 35 και 54 το ποσοστό μειώνεται ακόμη πιο σημαντικά. Στην τρίτη ηλικία, η συχνότητα παρουσιάζει και άλλη μείωση της οποίας ο ρυθμός είναι σταθερός.

Συμπερασματικά σχεδόν το 75% των ατόμων που έχουν χαρακτηριστεί νοητικά καθυστερημένα είναι έφηβοι ή και μικρότεροι και από αυτούς το 70% ανήκουν στη σχολική ηλικία.

Συμπερασματικά μπορούμε να αναφέρουμε στην αρχική διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης γίνεται ουσιαστικά στο 100% των περιπτώσεων πριν ενηλικιωθούν (Τσιάντης, 1989).

Φύλο

Οι περισσότερες μελέτες συχνότητας ανέφεραν μεγαλύτερο ποσοστό νοητικής καθυστέρησης στους άνδρες από όσο στις γυναίκες. Υπάρχουν τουλάχιστον τρεις εξηγήσεις για τη μεγαλύτερη συχνότητα που παρουσιάζεται στους άντρες. Πρώτον οι άντρες φαίνονται να είναι πιο ευάλωτοι σε εξωτερικούς παράγοντες ή φορείς που μπορούν να βλάψουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και να προκαλέσουν νοητική καθυστέρηση. Συγγενείς ανωμαλίες όπως η προωρότητα, νεογνικός θάνατος, θνησιγενείς τοκετοί, είναι πιο συχνές ανάμεσα στα αγόρια.

Δεύτερον υπάρχουν κληρονομικοί παράγοντες που συμβάλλουν σε μεγαλύτερο αριθμό των αντρών όπως η νοητική καθυστέρηση που σχετίζεται αιτιολογικά με τα χρωμοσώματα «X».

Τρίτον στις δυτικές κοινωνίες τα αγόρια εκφράζουν τα συναισθήματα ματαίωσης με ποιο ανοιχτό και επιθετικό τρόπο απ' όσο τα κορίτσια, επομένως στην προσχολική και σχολική ηλικία τα αγόρια έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποπέσουν στην αντίληψη δασκάλων και να παραπεμφθούν σε ψυχοδιαγνωστική διάγνωση (Τσιάντης, 1989).

1 . 6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Οι παράγοντες που θα πρέπει να λάβουμε υπόψη στη διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης είναι:

Οι εξετάσεις δεν μπορούν σε καμιά περίπτωση να επιβεβαιώσουν ότι το παιδί είναι φυσιολογικό, αλλά μόνο ότι δεν υπάρχει καμιά ανωμαλία στον τομέα που έχει εξεταστεί. Η προγεννητική διάγνωση δε δίνει καμία ένδειξη για το βαθμό της αναπηρίας στις περισσότερες περιπτώσεις δεν καταλήγει σε καμία θεραπεία, παρά μόνο να παραταθεί η διακοπή της κύησης. Οι τεχνικές χρησιμοποίησης προγεννητικής διάγνωσης περιλαμβάνουν:

α) Την Αμνιοκέντηση. Συνιστάται στη λήψη αμνιακού υγρού με σκοπό τη μελέτη διαφόρων τύπων (εμβρυϊκών κυττάρων) εξετάζοντας:

- την αναζήτηση κάποιας χρωμοσωμικής ανωμαλίας (καρυότυπο)
- την ανίχνευση φύλου του εμβρύου (σημαντικό για ορισμένες ασθένειες π.χ. αιμοφιλία)
- την αναζήτηση D.N.A. που είναι η βάση του κληρονομικού γενετικού υλικού των εμβρυϊκών κυττάρων
- τη βακτηριολογική παρασιτική μελέτη του υγρού αναζήτησης ιών

β) Η λήψη αίματος από το έμβρυο

γ) Το υπερηχογράφημα

δ) Η εμβρυοσκόπηση (Αντουάν Γκαλά, 1987).

Μεταγενετική διάγνωση

Ουσιώδες στοιχείο στο να διαγνωστεί ότι ένα παιδί είναι διανοητικά καθυστερημένο ή όχι είναι να μελετήσει κανείς τα στάδια ανάπτυξης του

παιδιού των διανοητικών ικανοτήτων του, των ψυχικών εκδηλώσεών του και των τυχόν σωματικών ανωμαλιών του.

Η διάγνωση εκφράζεται και με ψυχολογικές δοκιμασίες (test) νοημοσύνης, οι οποίες είναι πολύ βοηθητικές, ιδίως για ελαφριές ή αμφίβολες μορφές καθυστέρησης.

Τα test νοημοσύνης μας δίνουν τη διανοητική ηλικία ενός παιδιού (σε αντίθεση με τη χρονολογική ηλικία) σταθμίζουν δηλαδή τις διανοητικές ικανότητες ενός παιδιού σε σχέση με το μέσο επίπεδο των συνομηλίκων του, το οποίο εκλαμβάνεται έως το 100%.

Ο τύπος που υπολογίζει το Δείκτη Νοημοσύνης:

$$\frac{\text{Διανοητική Ηλικία} \times 100}{\text{χρονολογική ηλικία}} = \text{Διανοητικό πηλίκο ή Δείκτη Νοημοσύνης}$$

Η διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης γίνεται πολύ πιο δύσκολη όταν πρόκειται να γίνει σε μικρά παιδιά. Κατά τη βρεφική και νηπιακή ηλικία πολύ δύσκολα μπορεί να διαγνωστεί νοητική καθυστέρηση εκτός των περιπτώσεων όπου υπάρχει βαριά νοητική καθυστέρηση. Οι διάφορες προβληματικές μορφές συμπεριφοράς του μικρού παιδιού αφήνουν πάντα ερωτηματικά αλλά δεν οδηγούν σε ασφαλή συμπεράσματα για μια ενδεχόμενη νοητική καθυστέρηση. Στις μικρές ηλικίες δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν test νοητικής ανάπτυξης και μελέτης της προσωπικότητας, που μόνο σχετική εγκυρότητα μπορούν να έχουν. Γεγονός που οφείλεται στο ότι το παιδί δύσκολα μπορεί να εκφραστεί όταν είναι πριν την ηλικία των 3-4 ετών, η ψυχολογική εξέταση ούτε αυτή να οδηγήσει σε έγκυρα αποτελέσματα. Η πιο αποτελεσματική μέθοδος διάγνωσης είναι η συστηματική παρατήρηση από τους γονείς, ψυχολόγους, παιδαγωγούς.

Αργότερα όταν το παιδί φοιτά στο δημοτικό σχολείο, η διάγνωση γίνεται ευκολότερη, τα test μπορούν να δώσουν έγκυρα αποτελέσματα. Απαραίτητο στοιχείο επίσης είναι η συστηματική παρατήρηση που οδηγεί σε

πολύ χρήσιμα συμπεράσματα. Η συμβολή του δάσκαλου στην καταγραφή, ανάλυση και την αξιολόγηση είναι πολύ σημαντική στο να εντοπίσει τις δυσκολίες και την προβληματική συμπεριφορά του παιδιού μέσα στην τάξη (αδυναμία συγκέντρωσης, προσοχής, διαταραχές ομιλίας, δυσκολίες στις λειτουργίες της μάθησης). Τα δεδομένα των παρατηρήσεων αυτών μπορούν να συνδυαστούν με τα αποτελέσματα των test και να δώσουν μια πληρέστερη εικόνα της νοητικής κατάστασης του παιδιού που πιθανά να διαγνωσθεί νοητική καθυστέρηση.

Τα συμπεράσματα αυτά κρίνονται εγκυρότερα όταν το παιδί εξεταστεί με ποικίλα κριτήρια γνώσεων και δεξιοτήτων. Είναι σημαντικό να αναφερθούν κάποια βασικά σημεία για την διαδικασία της διάγνωσης.

1. Η αξιολόγηση των νοητικών ικανοτήτων, όσο σπουδαία και αν είναι, δεν καλύπτει παρά μόνο μια πλευρά του ψυχισμού του παιδιού.
2. Να διαπιστωθεί πέρα από κάθε αμφιβολία ότι τα παιδιά με ίσες και παρόμοιες νοητικές ικανότητες (χαμηλό δείκτη νοημοσύνης) μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικά χαρακτηριστικά συμπεριφοράς, διαφορετικά συμπτώματα και ανάγκες.
3. Τα test νοημοσύνης δίνονται μόνο από ειδικούς και είναι συνήθως ένα από τα τελευταία στάδια της διαγνωστικής διαδικασίας.

Η αξιολόγηση της νοημοσύνης έχει ως κύριο εργαλείο τα τεστ νοημοσύνης. Ευρύτατη χρησιμοποιημένη κλίμακα γενικής νοημοσύνης (test) είναι των Binet-Simon γνωστά και ως Stanford-Binet. Άλλα test είναι του Wechsler (WAIS, WISC και WPPSI). Περιλαμβάνουν δύο τομείς, τα πρακτικά προβλήματα και τα γλωσσικά.

Ένας πολύ συνηθισμένος «μύθος» είναι η άποψη ότι τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση χαρακτηρίζονται από ομοιογένεια.

Η τυπική αξιολόγηση που γίνεται με τα τεστ νοημοσύνης αγνοεί την ποιοτική διαφορά και το γεγονός ότι το παιδί με νοητική καθυστέρηση είναι

μοναδική προσωπικότητα με τις δικές του αδυναμίες και δυνατότητες, ικανό με την κατάλληλη στήριξη – εκπαίδευση να βελτιωθεί το δυναμικό του.

Ιδιαιτερότητα αποτελεί το βασικό χαρακτηριστικό των παιδιών με νοητική καθυστέρηση, είναι η ετερογένεια, σημαντικό στοιχείο και χρήσιμο για την εκπαίδευση και τη μελλοντική εξέλιξή τους.

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (A.P.A.) και Αμερικανική Εταιρεία για τη Νοητική Ανεπάρκεια (A.A.M.D.) αναγνωρίζουν ότι υπάρχουν διάφοροι βαθμοί καθυστέρησης) (Μπεζεδέγκης, 1985).

1.7 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Η διάγνωση της σοβαρότητας νοητικής μειονεξίας γίνεται πιο συχνά κατά τη βρεφική ηλικία και τα πρώτα χρόνια της παιδικής ηλικίας. Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω σε πολλές περιπτώσεις η διαπίστωση της νοητικής καθυστέρησης είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει αισθητηριακή κινητική, γλωσσική, γνωστική κλπ. αξιολόγηση του παιδιού. Η όλη διαδικασία της διάγνωσης περιλαμβάνει:

Το πρώτο βήμα που αφορά την ανακοίνωση και ερμηνεία των πορισμάτων της διάγνωσης είναι η αναζήτηση μιας ορολογίας για την κατάσταση του παιδιού που θα γίνει κατανοητή από τους γονείς. Είναι ένα λεπτό σημείο που χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή (Μπουσκάλια, 1993).

Κατά το δεύτερο στάδιο, εξηγείται στους γονείς ποια είναι τα αίτια της παθολογικής κατάστασης. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι δύσκολο να πειστούν οι γονείς από τους ειδικούς ότι το παιδί αντιμετωπίζει μια παθολογική κατάσταση και να εξηγηθούν οι αιτίες εκτός αν είναι εμφανείς οι διαταραχές όπως είναι παιδί με σύνδρομο Down.

Στο τρίτο στάδιο συζητείται με τους γονείς η πρόγνωση εδώ απαιτείται προσοχή και ειδική ικανότητα προκειμένου να τους εξηγηθεί ότι το παιδί τους θα παρουσιάσει κάποια βελτίωση, αλλά ταυτόχρονα θα μείνει προβληματικό

μέχρι ενός βαθμού για όλη του η ζωή. Σ' αυτό το στάδιο είναι σημαντικό να διερευνηθεί το τι πιστεύουν οι γονείς για τη νοητική καθυστέρηση έτσι ώστε να τους δοθεί η δυνατότητα να ανασκευάσουν τυχόν εσφαλμένες αντιλήψεις – προκαταλήψεις και να βοηθηθούν στο να κατανοήσουν πληρέστερα τα πορίσματα της διαγνωστικής ομάδας.

Στο τέταρτο στάδιο συζητείται με τους γονείς ποιος είναι ο σωστός τρόπος αντιμετώπισης της νοητικής καθυστέρησης από άποψη κοινωνική και εκπαιδευτική. Πρέπει γι' αυτό τον τρόπο να προφυλαχθούν οι γονείς από ανεύθυνες «συμβουλές» και από άσκοπες περιπέτειες, που μόνο απογοήτευση θα πάρουν.

Τέλος, σημαντικό και απαραίτητο στοιχείο είναι να φροντίσουμε για το συναισθηματικό κλίμα μέσα στην οικογένεια.

Φυσικά, οι παραπάνω διαδικασίες της ανακοίνωσης και της ερμηνείας των πορισμάτων της διαγνωστικής ομάδας δεν πρέπει να ολοκληρωθεί μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα και ούτε μπορεί να γίνει κάτι τέτοιο.

Η εξέταση του παιδιού πρέπει να επαναλαμβάνεται κατά διαστήματα. Αυτό επιβάλλει η διαρκής αναπτυξιακή μεταβολή της συμπεριφοράς του παιδιού, αλλά και το γεγονός ότι μπορεί να έχει γίνει λάθος αρχική διάγνωση. Όσο πιο μικρό είναι το παιδί, τόσο πιο συχνά πρέπει να επαναλαμβάνεται η διαγνωστική διαδικασία.

Η συμμετοχή πολλών και διάφορων επιστημών στη διαγνωστική ομάδα ενισχύει την άποψη ότι το επίπεδο και η μορφή της νοητικής ανεπάρκειας απαιτούν σφαιρική ανάλυση όλων των επιτυχιών και αποτυχιών του παιδιού μέσα στο σχολικό και εξωσχολικό περιβάλλον.

Η νοητική καθυστέρηση συνυπάρχει συνήθως με άλλες αναπηρίες (κυρίως ψυχικές διαταραχές όπως αυτισμό ή σχιζοφρένεια), η συμμετοχή και η συνεργασία υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι καθοριστικής σημασίας για τη σωστή διάγνωση.

Τα νοητικά καθυστερημένα παιδιά παρουσιάζουν περισσότερα και συχνότερα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθηματικές διαταραχές. Μερικοί από τους λόγους που εξηγούν αυτή την κατάσταση είναι: η αδυναμία των παιδιών αυτών να κατανοήσουν τις απαιτήσεις της κοινωνίας να εκφράσουν λεκτικά τις ανάγκες τους, να επιλύσουν τις συναισθηματικές συγκρούσεις με το περιβάλλον τους.

Η διάγνωση όντως σύνθετη και πολύπλοκη διαδικασία και ιδιαίτερα σημαντική για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νοητικής καθυστέρησης αφορά ομάδα ειδικών επιστημών: γιατρό, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό (Κ.Λ.), ειδικό παιδαγωγό, ο επαγγελματίας σύμβουλος και λογοθεραπευτής (Morru – Στεφανίδου, 1993).

Ο ρόλος των γιατρών

Ο γιατρός είναι υπεύθυνος όχι μόνο για την παιδιατρική εξέταση, αλλά συνήθως και για την όλη αξιολόγηση του έργου της διαγνωστικής ομάδας. Στην αποστολή του διακρίνουμε δύο σκέλη:

Πρώτον την αξιολόγηση του ιατρικού ιστορικού και δεύτερον την εξέταση του παιδιού. Κατά την αξιολόγηση του ιατρικού ιστορικού, ο γιατρός συγκεντρώνει από τους γονείς διάφορες πληροφορίες, όπως για την κατάσταση του τοκετού της μητέρας πληροφορίες για την εγκυμοσύνη, για τυχόν ασυμβατότητα, καθώς και για διάφορα προβλήματα συμπεριφοράς.

Κατά την ιατρική εξέταση το παιδί αξιολογείται αισθητηριακά και κινητικά. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται σε νευρολογικές διαταραχές και σε μορφολογικές ανωμαλίες. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι σημαντικό για την αποσαφήνιση κλινικών διαταραχών που συνοδεύονταν από οργανική εγκεφαλική ασθένεια.

Ο ρόλος του ψυχολόγου

Βασική αποστολή του ψυχολόγου στη διαγνωστική διαδικασία είναι η αξιολόγηση της νοητικής και συναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού, καθώς και της κοινωνικής προσαρμογής του.

Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιεί διάφορες ψυχομετρικές (κλίμακες γενικής νοημοσύνης, ειδικών ικανοτήτων, προσωπικότητας, σχολικής απόδοσης, κοινωνικής ωριμότητας).

Επίσης, αποστολή του είναι να ανακοινώσει και να ερμηνεύσει στους άλλους ιδιαίτερα στους γονείς τόσο τα δικά του πορίσματα, όσο και τα πορίσματα και των άλλων μελών της διαγνωστικής ομάδας. Μπορεί βέβαια την ευθύνη αυτή ν' αναλάβει και ο παιδίατρος, που μπορεί να συζητήσει με τους γονείς την κατάσταση του παιδιού τους, ιδιαίτερα όταν αντιδρούν στα πορίσματα της διαγνωστικής ομάδας.

Ο ρόλος του παιδαγωγού

Ο ειδικός παιδαγωγός είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ της διαγνωστικής ομάδας και των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Με λίγα λόγια δίνει οδηγίες για την τοποθέτηση του παιδιού στο κατάλληλο σχολείο, προσαρμοσμένο στις δυνατότητες του παιδιού. Πολλές φορές αναλαμβάνει μαζί με τον ψυχολόγο και τον κοινωνικό λειτουργό να ανακοινώσει στους γονείς τα πορίσματα της διαγνωστικής ομάδας, σχετικά με την κατάσταση του παιδιού και τη μελλοντική αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού

Ο κοινωνικός λειτουργός έχει να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στο να διαγνώσει το συναισθηματικό κλίμα και τις αντιδράσεις που επικρατούν στην οικογένεια μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης ότι το παιδί τους είναι νοητικά καθυστερημένο. Ενημερώνει τα άλλα μέλη της διαγνωστικής ομάδας και τα βοηθάει να κατανοήσουν τις επιπτώσεις της διάγνωσης στην οικογένεια. Επίσης ρόλος του είναι να βοηθήσει τους γονείς να αποδεχθούν την

κατάσταση του παιδιού τους και με ψυχραιμία ν' αντιμετωπίσουν τα προβλήματά του, χωρίς ωστόσο να παραμελούν και τα άλλα παιδιά τους.

Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει πρώτα απ' όλα να έρχεται συχνά σε επαφή με το πνευματικά καθυστερημένο παιδί όσο και με τους γονείς του και να συζητά μαζί τους, τόσο για την πορεία εξέλιξης της υγείας του παιδιού, όσο και για τη συναισθηματική – ψυχολογική κατάσταση και των ίδιων.

Είναι πολύ σημαντικό ο κοινωνικός λειτουργός να πείσει τους γονείς ότι πρέπει να αποδεχτούν ως φυσιολογική την κατάσταση του παιδιού, ώστε να μπορέσουν στη συνέχεια να την βελτιώσουν.

Αυτό πρέπει να επιτευχθεί με τους εξής τρόπους:

α) Με συνεχή παρακολούθηση και πληροφόρηση των γονιών από τους ειδικούς κοινωνικούς λειτουργούς πάνω στις προόδους των παιδιών τους.

β) Με τη διαφώτισή τους, γύρω από τις αιτίες εξέλιξης της πνευματικής καθυστέρησης, με διαλέξεις και συζητήσεις.

γ) Με το να ενθαρρύνουν τους γονείς να συμμετέχουν στην ανάπτυξη σχολικών προγραμμάτων.

δ) Με την καθιέρωση συνάντησης οικογενειών με ειδικά παιδιά για την ανταλλαγή απόψεων πάνω στα προβλήματα των παιδιών τους και την αναζήτηση και εξεύρεση κοινωνικών λύσεων.

Ο κοινωνικός λειτουργός έχει ευθύνη να βοηθήσει την οικογένεια και να εντάξει αρμονικά το καθυστερημένο παιδί μέσα στο κοινωνικό σύνολο και να το ενσωματώσει. Έχει ευθύνη επίσης να ανακοινώσει και να ερμηνεύσει στους γονείς τα πορίσματα της διάγνωσης με μεγάλη προσοχή και αυτό γιατί έχει απέναντί του ένα γονιό που δεν θα δεχτεί τη διάγνωση χωρίς αντίδραση είναι μια διάγνωση που θα σημαδέψει για πάντα το μέλλον του παιδιού της και ολόκληρης της οικογένειας.

1.8. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Ένας πολύ συνηθισμένος «μύθος» είναι η άποψη ότι τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση χαρακτηρίζονται από ομοιογένεια. Η τυπική αξιολόγηση που γίνεται με τα τεστ νοημοσύνης αγνοεί την ποιοτική διαφορά και το γεγονός ότι το παιδί με νοητική καθυστέρηση είναι μοναδική προσωπικότητα με τις δικές του αδυναμίες και δυνατότητες ικανό με τη κατάλληλη στήριξη - εκπαίδευση να βελτιωθεί το δυναμικό του. Ιδιαιτερότητα αποτελεί το βασικό χαρακτηριστικό των παιδιών με νοητική καθυστέρηση ακόμα και όταν έχουν το ίδιο σύνδρομο ή τον ίδιο δείκτη νοημοσύνης, είναι η ετερογένεια, σημαντικό στοιχείο και χρήσιμο για την εκπαίδευση και τη μελλοντική εξέλιξή τους.

Η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (A.P.A.) και Αμερικανική Εταιρεία για τη Νοητική Ανεπάρκεια (A.A.M.O.) αναγνωρίζουν ότι υπάρχουν διάφοροι βαθμοί καθυστέρησης. Η A.P.A. και η A.A.M.O. έχουν αναπτύξει παρόμοια συστήματα ονοματολογίας που βασίζονται στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και χρησιμοποιούν τέσσερα επίπεδα, ορίζοντας κυρίως με βάση το συγκεκριμένο φάσμα των Δ.N. και τις παράλληλες ελλείψεις της προσαρμοστικής συμπεριφοράς. Η διάγνωση της σοβαρότητας νοητικής μειονεξίας γίνεται πιο συχνά κατά τη βρεφική ηλικία και τα πρώτα χρόνια της παιδικής ηλικίας. Ότι η μειονεξία είναι μόνιμη και ότι η μείωση της συχνότητας στις μεγαλύτερες ηλικίες προέρχεται από το γεγονός ότι η θνησιμότητα αυτής της ομάδας είναι μεγαλύτερη από το μέσο όρο. Αναγνωρίζεται ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων με νοητική καθυστέρηση ανήκει στην ομάδα της ελαφριάς καθυστέρησης.

Χρησιμοποιούνται από τους ειδικούς πολλοί τρόποι ταξινόμησης για τη νοητική καθυστέρηση. Στην παρούσα εργασία αναφέρονται δύο προσεγγίσεις. Ο πρώτος τρόπος ταξινόμησης βασίζεται στη σοβαρότητα του προβλήματος, όπως αυτή αντιπροσωπεύεται από το δείκτη νοημοσύνης του παιδιού.

Η δεύτερη μέθοδος στηρίζεται στα χαρακτηριστικά των νοητικά καθυστερημένων παιδιών και ιδιαίτερα εκείνα που αφορούν την ικανότητα του παιδιού για μάθηση. Σύμφωνα με την πρώτη προσέγγιση τη ψυχομετρική. Η νοητική καθυστέρηση διακρίνεται σε τέσσερις κατηγορίες ως προς το βαθμό σοβαρότητας του προβλήματος. Οι κατηγορίες αυτές είναι η ελαφρά, μέτρια, βαριά και πολύ βαριά νοητική καθυστέρηση.

Δείκτης Νοημοσύνης:

Binet Wechsler

Οι παράγοντες που καθορίζει τη σοβαρότητα της νοητικής καθυστέρησης είναι ο δείκτης νοημοσύνης που προκύπτει από τη νοητική αξιολόγηση με ένα από τα γνωστά τεστ νοημοσύνης.

Ταξινόμηση με βάση το εκπαιδευτικό δυναμικό

<u>52 – 67</u>	<u>55 – 69</u>
<u>36 – 51</u>	<u>50 – 54</u>
<u>20 – 35</u>	<u>25 – 39</u>
<u>Κάτω από</u>	<u>Κάτω από</u>
<u>20</u>	<u>25</u>

Η ταξινόμηση με βάση...το εκπαιδευτικό δυναμικό, διαχωρίζει τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση σε τέσσερις κατηγορίες. Η μέθοδος αυτή ταξινόμησης είναι πληρέστερη, πρακτικότερη και περισσότερο χρήσιμη, γιατί όπως ήδη αναφέρθηκε, δεν στηρίζεται τόσο στο συγκεκριμένο δείκτη νοημοσύνης του ατόμου, όσο στις νοητικές του δυνατότητες, στο ότι το άτομο μπορεί να μάθει, πόσο μπορεί να προχωρήσει η νοητική του εξέλιξη.

Τα παιδιά διαχωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες νοητικής καθυστέρησης.

1^ο Τα παιδιά με οριακή νοητική καθυστέρηση που μαθαίνουν αργά, με δείκτη νοημοσύνης (Δ.Ν. =75-85). Τα παιδιά αυτής της κατηγορίας τείνουν να έχουν περιθωριακή επιτυχία στην κανονική σχολική τάξη, λιγότερο στο Δημοτικό και περισσότερο στο Λύκειο. Μερικά από αυτά κατορθώνουν να αποφοιτήσουν, ενώ άλλος σημαντικός αριθμός είτε εγκαταλείπει το σχολείο, είτε κατατάσσεται στις ειδικές τάξεις. Είναι ικανά στη πλειοψηφία τους να αυτοσυντηρηθούν και να προσαρμοστούν κοινωνικά καθώς και να ασκήσουν κάποιο επάγγελμα.

2^ο Τα εκπαιδευόμενα νοητικά καθυστερημένα παιδιά με δείκτη

νοημοσύνης (Δ.Ν.=50-75). Τα παιδιά αυτά έχουν σχεδόν κανονική φυσική εμφάνιση, αλλά το επίπεδο της νοητικής τους ικανότητας είναι σχεδόν ταυτόσημο με τα τρία τέταρτα του επιπέδου των κανονικών παιδιών. Δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν σε ακαδημαϊκές δεξιότητες, μπορούν όμως να αντεπεξέλθουν στις πρώτες τάξεις ενός Δημοτικού σχολείου, διαπιστώνεται γρήγορα από τους δασκάλους η χαμηλή και ανεπαρκής τους απόδοση ή η προβληματική τους συμπεριφορά οπότε μετατάσσονται σε ειδικό σχολείο. Ως ενήλικες έχουν τη δυνατότητα να εργάζονται σε ημιεξειδικευμένα και ανιδείκευτα επαγγέλματα.

3^ο Ασκήσιμα νοητικά καθυστερημένα παιδιά με δείκτη νοημοσύνης (Δ.Ν.=25-50). Τα παιδιά αυτά έχουν μέτρια ως σοβαρή νοητική καθυστέρηση και το νοητικό τους επίπεδο είναι ίσο με το ένα τέταρτο έως το μισό των κανονικών παιδιών.

Πολλά από αυτά έχουν φυσικές ανωμαλίες και βλάβες στα αισθητήρια όργανα. Τα προβλήματά τους αναγνωρίζονται νωρίς στη βρεφική, παιδική ή προσχολική ηλικία τους. Τοποθετούνται από την αρχή σε ειδικό σχολείο χρειάζονται επίσης εξάσκηση και εκπαίδευση.

Αντίθετα από τους εκπαιδευσίμους, οι ασκήσιμοι δεν είναι σε θέση να μάθουν ούτε τις βασικές γλωσσικές γνώσεις. Μπορούν ωστόσο, να ασκηθούν σε βασικές δεξιότητες για την αυτοξυπηρέτηση και την κοινωνική τους προσαρμογή. Συνήθως με επιτεύξεις και δεξιότητες που είναι πολύ περιορισμένες είναι αναγκαίο για να εργαστούν σ' ένα επιβλεπόμενο και προστατευόμενο περιβάλλον.

4^ο Βαριά νοητική καθυστέρηση με δείκτη νοημοσύνης (Δ.Ν.=25 και κάτω). Τα παιδιά αυτά είναι εξ' ολοκλήρου εξαρτημένα, πολλά βρίσκονται σε δημόσια ιδρύματα και προς το παρόν τουλάχιστον οποιαδήποτε προσπάθεια «γιατί» η επαφή τους με το περιβάλλον είναι υποτυπώδης έως ελάχιστη και σε ορισμένες περιπτώσεις ανύπαρκτη.

«Οι σύγχρονες κατηγοριοποιήσεις των νοητικών καθυστερήσεων δίνει μια νέα οπτική με την οποία αντιμετωπίζεται το νοητικά καθυστερημένο παιδί, επιτρέποντας τη δημιουργία μιας άλλης κατηγοριοποίησης της νοητικής καθυστέρησης. Χρησιμοποιώντας

κριτήρια λιγότερα περιοριστικά από αυτά των κλασικών διαχωρισμών, που βασίζονται, αποκλειστικά στο αποτέλεσμα των ψυχομετρικών τεστ. Οι μελέτες του Roger Mises, (1975) λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη το βαθμό της ανεπάρκειας, κάνουν τη διάκριση, ανεξάρτητα από την αριθμητική αξία του δείκτη νοημοσύνης, ανάμεσα στις αρμονικές καθυστερήσεις και στις δυσαρμονικές καθυστερήσεις» (Γκαλαν, 1997 σελ. 110-111).

ΠΡΩΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ – ΒΑΡΥΤΑΤΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

1. **Προσχολική ηλικία (0-5 ετών): Ωρίμανση και ανάπτυξη.** Μεγάλη νοητική καθυστέρηση. Ελάχιστες αισθησιοκινητικές και αντιληπτικές δυνατότητες. Ανάγκη συνεχών περιποιήσεων και φροντίδων.
2. **Σχολική ηλικία (6-21): Μάθηση και αγωγή.** Εμφάνιση κάποιας κινητικής ανάπτυξης. Ανικανότητα μάθησης και αυτονομίας. Ανάγκη γενικών φροντίδων και περιποιήσεων. Ελάχιστη αυτοεξυπηρέτηση.
3. **Ωριμη ηλικία (21 ετών και άνω): Κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή.** Περιορισμένη κινητική και γλωσσική ανάπτυξη. Ανικανότητα ορθής προφορικής επικοινωνίας. Περιορισμένη ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης. Ανάγκη περιποιήσεων και συνεχούς επίβλεψης.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΠΙΠΕΔΟ – ΒΑΡΙΑ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

1. **Προσχολική ηλικία (0-5 ετών): Ωρίμανση και ανάπτυξη.** Κακή κινητική ανάπτυξη. Ελάχιστη ομιλία. Ελάχιστες (ή καθόλου) ικανότητες επικοινωνίας. Γενική ανικανότητα αυτονομίας και αυτοεξυπηρέτησης.
2. **Σχολική ηλικία (6-21): Μάθηση και αγωγή.** Απόκτηση στοιχειωδών κανόνων υγιεινής. Αδυναμία απόκτησης σχολικών

γνώσεων. Μάθηση συνηθειών ζωής με συστηματική άσκηση.

3. **Ωριμη ηλικία (21 ετών και άνω): Κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή.** Συμμετοχή στο έργο αυτοσυντήρησης, αλλά κάτω από πλήρη έλεγχο. Ανάπτυξη ικανοτήτων αυτοπροστασίας μέσα σε ελεγχόμενο περιβάλλον.

ΤΡΙΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ – ΜΕΤΡΙΑ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

1. **Προσχολική ηλικία (0-5 ετών): Ωρίμανση και ανάπτυξη.** Ικανότητα ομιλίας και επικοινωνίας. Φτωχή κοινωνική ενημέρωση. Αρκετά καλή κινητική ανάπτυξη. Καλή ανταπόκριση σε ασκήσεις αυτόνομης συμπεριφοράς. Ανάγκη μιας μέτριας επίβλεψης.
2. **Σχολική ηλικία (6-21): Μάθηση και αγωγή.** Απόκτηση γνώσεων τετάρτης τάξης δημοτικού σχολείου, γύρω στα είκοσί τους χρόνια, αν τύχουν ειδικής αγωγής.
3. **Ωριμη ηλικία (21 ετών και άνω): Κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή.** Ικανότητα επίδοσης σε επαγγέλματα ανειδίκευτων και ημειδίκευμένων εργατών. Ανάγκη επίβλεψης και καθοδήγησης όταν αντιμετωπίζουν οικονομικές και κοινωνικές πιέσεις.

ΤΕΤΑΡΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ – ΕΛΑΦΡΑ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

1. **Προσχολική ηλικία (0-5 ετών): Ωρίμανση και ανάπτυξη.** Δυνατότητες κοινωνικής επαφής και επικοινωνίας. Ελάχιστη αισθησιοκινητική καθυστέρηση. Δύσκολος διαχωρισμός τους από τα φυσιολογικά άτομα, πριν από τις επόμενες ηλικίες.
2. **Σχολική ηλικία (6-21): Μάθηση και αγωγή.** Απόκτηση, λίγο πριν τα είκοσί τους χρόνια, σχολικών γνώσεων περίπου έκτης τάξης δημοτικού. Αδυναμία παρακολούθησης μαθημάτων γυμνασίου, χωρίς ειδική αγωγή.
3. **Ωριμη ηλικία (21 ετών και άνω): Κοινωνική και επαγγελματική**

προσαρμογή. Ικανότητα κοινωνικής και επαγγελματικής προσαρμογής, με ανάλογη αγωγή και μάθηση. Ανάγκη συχνής επίβλεψης και καθοδήγησης μπροστά σε οικονομικές και κοινωνικές δυσκολίες.

Η ταξινόμηση που προτείνουν οι W. Sloan και J.W. Birch (1987) συγκεντρώνει, δύο βασικά πλεονεκτήματα: α) Είναι επιστημονική. Βασίζεται στα πορίσματα στέρεων επιστημονικών ερευνών. Κάτω από τον μανδύα της προσαρμοστικής συμπεριφοράς καλύπτονται αξιόλογα στοιχεία ανάπτυξης, μάθησης, ωρίμανσης και κοινωνικής ένταξης, που δίδουν ανάγλυφη την εικόνα των ατόμων που εμφανίζουν νοητική ανεπάρκεια. Β) Είναι πρακτική. Τα στοιχεία που δίδει είναι σαφή και εύληπτα. Η ανάλυση των γνωρισμάτων των ατόμων καθεμιάς ηλικίας των τεσσάρων επιπέδων έχει μεγάλη πρακτική αξία. Συμβάλλει πολύ στην κατανόηση του δύσκολου αυτού προβλήματος. Και με μια απλή ανάγνωση της προτεινόμενης διαίρεσης, ο αναγνώστης εντοπίζει τα κύρια γνωρίσματα των ατόμων που συναντούν δυσκολίες ανάπτυξης και κοινωνικής προσαρμογής.

1.9 ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

«Το μέγαλωμα ενός ανάπηρου παιδιού, απαιτεί πολλές θυσίες από όλη την οικογένεια, η οποία καλείται να αντιμετωπίσει ποικίλα προβλήματα, χωρίς κάποια κοινωνική υποστήριξη.

Η ύπαρξη υπηρεσιών «ανακουφιστικής φροντίδας» (respite care) και ψυχολογικής στήριξης ιδιαίτερα των οικογενειών που προέρχονται από χαμηλές κοινωνικές τάξεις και δεν αναζητούν βοήθεια, ενώ έχουν να αντιμετωπίσουν αρκετές δυσκολίες, όπως ανεργία, φτώχεια, απομόνωση.

Η οικογένεια έχει ανάγκη την κοινωνική υποστήριξη αντιμετωπίζοντας αυτές τις δυσκολίες αλλά και τις απαιτήσεις που έχει το παιδί στην εκπαίδευσή

του αλλά και προβλήματα σχετικά με τη συμπεριφορά του, συναισθηματικές διαταραχές υπερκινητικότητας.

Τα ήδη πιθανά προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια επιδεινώνονται από τη στάση της απέναντι στο παιδί της με νοητική καθυστέρηση βάζοντας εμπόδια και δυσκολίες στη θεραπευτική παρέμβαση.

Η προσπάθεια παρέμβασης έχει πολλαπλούς στόχους, στη στήριξη της οικογένειας, τη βοήθεια του παιδιού ώστε να μάθει να αντέχει τις μειονεξίες του και να βελτιώσει την κοινωνικοποίησή του. Βασική προϋπόθεση για να πραγματοποιηθεί σε αρκετά καλό βαθμό η αποδοχή του από την κοινότητα είναι να δοθεί έμφαση στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας.

Η χρήση υπηρεσιών παρουσιάζει δυσκολίες ως προς την πρόσβαση σ' αυτές από τους γονείς ιδίως στην επαρχία. Η έλλειψη ιατροπαιδαγωγικών υπηρεσιών σε νομούς της χώρας δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες ψυχολογικής υποστήριξης και συμβουλευτικής των γονιών των παιδιών με ιδιαιτερότητες. Υπηρεσίες απαραίτητες στο να στηρίξουν τους γονείς και ιδίως της μητέρας να εκφραστούν συναισθήματα θλίψης, και απογοήτευσης να τα επεξεργαστούν και να τα ξεπεράσουν (Παντελιάδου, 1991).

1.10 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Ο βασικότερος τρόπος αντιμετώπισης της νοητικής καθυστέρησης είναι η πρόληψη γιατί, αν για όλες τις παθολογικές περιπτώσεις η πρόληψη είναι προτιμότερη από τη θεραπεία, για τη νοητική καθυστέρηση είναι σχεδόν η μοναδική δυνατότητα και αυτό γιατί η νοητική καθυστέρηση δεν είναι ασθένεια που μπορεί να θεραπευτεί με τη λήψη φαρμάκων ή με χειρουργική επέμβαση και εδραιωθεί, γίνεται μόνιμη και συνοδεύει το άτομο σε όλη του τη ζωή.

Ένα πρόγραμμα πρόληψης της νοητικής καθυστέρησης πρέπει να αποσκοπεί στη λήψη μέτρων και τη χρήση μέτρων για την απομάκρυνση ή

την περιστολή των παραγόντων που επιδρούν δυσμενώς στη νοητική ανάπτυξη το παιδιού (αρνητική πρόληψη) καθώς και για την εξασφάλιση των αναγκών προϋποθέσεων ομαλής πνευματικής ανάπτυξης (θετική πρόληψη)¹⁹ (Τσιάντης, 1989).

Η πρόληψη αφορά την περιστολή κινδύνων σε διάφορες φάσεις της ζωής του παιδιού:

- α) προ της σύλληψης του παιδιού
- β) κατά την περίοδο της κύησης
- γ) κατά τον τοκετό
- δ) κατά την περίοδο της παιδικής ηλικίας

Για να είναι ολοκληρωμένο ένα πρόγραμμα πρόληψης της νοητικής καθυστέρησης θα πρέπει να περιλαμβάνει ποικίλους παράγοντες γενετικούς, βιολογικούς, ψυχολογικούς, διδακτικούς και κοινωνικούς.

Πρώτα απ' όλα θα πρέπει να περιλαμβάνει την υγιεινή περίθαλψη της μητέρας και κυρίως κατά το χρόνο κυήσεως και του τοκετού. Είναι απαραίτητη η μέριμνα που θα πρέπει να ληφθεί για την προστασία και για την παροχή ιατρικής περίθαλψης της εγκύου και του παιδιού της.

Δεύτερο μέτρο που θα πρέπει να ληφθεί είναι η υγιεινή περίθαλψη του παιδιού σε όλα τα στάδια της ανάπτυξής του και ιδιαίτερα στα πρώτα έτη της ζωής του μέσω αντίστοιχων υπηρεσιών που θα αναλάβουν αυτό το ρόλο.

Τρίτο μέτρο πρόληψης είναι η διαφώτιση του κοινού κυρίως σε θέματα υγιεινής και ανατροφής των παιδιών.

Αναλυτικά η πρόληψη περιλαμβάνει ή πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής μέτρα ανάλογα με τα στάδια της ζωής του παιδιού όπως αναφέρθηκαν παραπάνω (Παρασκευόπουλος, 1980).

1. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

A. 1. Η υγεία και η υγιεινή της μητέρας

2. Αποφυγή ασθενειών της μητέρας (π.χ. ερυθρά)

3. Αποφυγή χρήσης ναρκωτικών, αλκοόλ και καπνίσματος

4. Γενικά αποφυγή νόσων που μπορεί να προσβάλουν το κύημα

B. 1. Τοκετός

Αποφυγή κατά τη διάρκεια του τοκετού ασφυξίας ή τραύματος στον εγκέφαλο, που μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλική βλάβη.

Γ. 1. Περιγεννητική περίοδος

Καλή φροντίδα του νεογνού, ιατρική και νευρολογική εκτίμηση για την ύπαρξη συγγενών ανωμαλιών, αναπνευστικής δυσχέρειας. Καλή διατροφή του νεογνού, του βρέφους και του μικρού παιδιού.

Δ. 1. Ειδικότερα προληπτικά μέτρα

Μείωση της επίπτωσης των ειδικών διαταραχών με ειδικές παρεμβάσεις.

α) προγράμματα εμβολιασμού

β) Έλεγχος για χρωμοσωματικές ανωμαλίες (π.χ. σύνδρομο Down)

γ) Βιομηχανικός έλεγχος για συγγενείς διαταραχές του μεταβολισμού

δ) Πρόληψη ατυχημάτων.

2. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει τις ενέργειες εκείνες που έχουν ως στόχο την πρώιμη και έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, ώστε να μειωθεί η πιθανότητα της μετάδοσης της ασθένειας ή της διαταραχής και να περιοριστούν τα επακόλουθα της ασθένειας περιλαμβάνοντας την

- α) πρώιμη και έγκαιρη διάγνωση
- β) κατάλληλη θεραπεία και αντιμετώπιση
- γ) ανάπτυξη κατάλληλων υπηρεσιών και προγραμμάτων

2.A. Έγκαιρη διάγνωση

Η έγκαιρη διάγνωση συγγενών ασθενειών καθώς και της έγκαιρης διάγνωσης των αισθητηριακών ανωμαλιών (όραση, ακοή μαζί με την ανάπτυξη κατάλληλων θεραπευτικών προγραμμάτων). Για να επιτευχθεί η έγκαιρη διάγνωση απαιτείται έγκαιρη ιατρική, συμβουλευτική γονέων και χειρουργική θεραπεία. Τα παραπάνω θεραπευτικά μέτρα μπορούν να προλάβουν τη νοητική καθυστέρηση.

3. ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η τριτοβάθμια πρόληψη αναφέρεται στα μέτρα αυτά που στόχο έχουν τη μείωση της αναπηρίας που είναι αποτέλεσμα της διαταραχής ή της ασθένειας που δεν είναι δυνατό να θεραπευτεί πλήρως.

Οι ενέργειες στο επίπεδο αυτό είναι οι εξής:

1. Η εξάλειψη ή και η μείωση της πιθανότητας να εκτεθεί το άτομο σε βλαπτικές από το περιβάλλον συνθήκες.
2. Η βελτίωση ή η ενίσχυση των μηχανισμών και δυνατοτήτων του ατόμου για αντιμετώπιση των συνθηκών της ζωής (improving the coping resources). Για να επιτευχθούν οι στόχοι των ενεργειών αυτών είναι απαραίτητη η εξάλειψη ή και η μείωση της πιθανότητας να εκτεθεί το άτομο σε βλαπτικές από το περιβάλλον συνθήκες. Παράδειγμα, ένα άτομο με νοητική καθυστέρηση που του παρέχεται ιδρυματική περίθαλψη μπορεί να δέχεται βλαπτικές επιδράσεις λόγω της κακής ιδρυματικής περίθαλψης. Κύριος στόχος επομένως μπορεί να

είναι η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης, υπάρχουν δε και περιπτώσεις όπου η ιδρυματική περίθαλψη είναι αναπόφευκτη (Τσιάντης, 1989).

4. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΕΡΗΣΗΣ

Η ανάπτυξη του βρέφους και του μικρού παιδιού εξαρτάται όχι μόνο από τις κληρονομικές προδιαθέσεις του και τις καλές συνθήκες προληπτικής υγιεινής, αλλά και από την καλή συναισθηματική σχέση του βρέφους με τη μητέρα του, η οποία επίσης πρέπει να ανταποκρίνεται τόσο στις νοητικές, όσο και τις νοητικές ανάγκες το παιδιού.

Πιθανά οι γονείς από χαμηλές κοινωνικές τάξεις να μην είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών τους, έχοντας ως αποτέλεσμα αυτά τα παιδιά να εμφανίζουν ψυχοκοινωνική καθυστέρηση.

Οι παρεμβάσεις στην οικογένεια πρέπει να αφορούν:

- α) την κατάλληλη συναισθηματική υποστήριξη
- β) την εκπαίδευση σε θέματα σχετικά με τις συναισθηματικές, νοητικές και κοινωνικές ανάγκες του παιδιού
- γ) κατάλληλη κοινωνική – οικονομική υποστήριξη

«Σημαντικό ρόλο παρέμβασης στην οικογένεια μπορούν να διαδραματίσουν οι ενώσεις γονέων ατόμων με νοητική καθυστέρηση στην πρόληψη (πρωτογενή, δευτερογενή, τριτογενή). Οι κύριες λειτουργίες των ενώσεων είναι οι εξής:

1. Ενημέρωση της κοινότητας (τύπος, ραδιόφωνο, τηλεόραση, δημόσιες συγκεντρώσεις, κ.λ.π.).
2. Συνεργασία με δημόσιες υπηρεσίες φιλανθρωπικούς οργανισμούς και τοπικές ενώσεις

3. Συλλογή πόρων
4. Εγγραφή νέων μελών. Η συμμετοχή και συνεργασία με νέους γονείς είναι σημαντική.
5. Συμβουλευτική των γονέων και αμοιβαία βοήθεια των οικογενειών, ιδίως σε περιπτώσεις κρίσεων, σε περιόδους εγκυμοσύνης της μητέρας κ.λ.π.
6. Οργάνωση ψυχαγωγικών προγραμμάτων.
7. Οργάνωση ομάδων εθελοντών, που μπορεί να βοηθήσουν με ποικίλους τρόπους. Έχει πολύ μεγάλη σημασία, οι μητέρες που αντιμετωπίζουν δυσχερές κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο να εντοπιστούν στην περίοδο της εγκυμοσύνης. Είναι αναγκαίο επίσης να υπάρξουν παρεμβάσεις στο επίπεδο της εκπαίδευσης, όταν δηλαδή τα παιδιά πηγαίνουν στο νηπιαγωγείο και στις πρώτες τάξεις του Δημοτικού. Στην περίοδο αυτή, είναι απαραίτητη η βοήθεια από τους νηπιαγωγούς και τους δασκάλους, έτσι ώστε να επανορθώσουν τα αποτελέσματα της ψυχοκοινωνικής αποστέρησης μαζί με την ταυτόχρονη ενσωμάτωσή τους στο κανονικό εκπαιδευτικό σύστημα.

Στο επίπεδο της δευτερογενούς πρόληψης, συμπερασματικά τα κύρια σημεία είναι:

- α) Έγκαιρη διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης
- β) Ανάπτυξη μεθόδων για να εκτιμηθούν οι λιγότερο σοβαρές μορφές νοητικής καθυστέρησης
- γ) Ανάπτυξη μεθόδων για να πραγματοποιηθούν μελέτες αναφορικά με το ποσοστό των νοητικά υστερημένων ατόμων, μαζί με τα χαρακτηριστικά τους στο γενικό πληθυσμό

Στόχος αυτών των εκτιμήσεων θα πρέπει να είναι η ανάπτυξη υπηρεσιών και προγραμμάτων για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας και αποκατάστασης στο επίπεδο της κοινότητας (Παρασκευόπουλος, 1980).

Σύμφωνα με το Tizard (1960) θεωρεί ότι για να γίνει εκτίμηση της επίπτωσης (prevalence) της νοητικής υστέρησης, είναι απαραίτητο να εφαρμοστούν οι εξής μέθοδοι: ψυχιατρικές εκτιμήσεις μελέτες παρακολούθησης (Follow-up studies) και μελέτες πληθυσμών (population studies) των ατόμων που έχουν χαρακτηριστεί ως νοητική καθυστέρηση.

5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΜΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

Την κατάσταση της οικογένειας, σε ότι αφορά την οικονομική άνεση, αριθμό παιδιών, παρουσία ή απουσία ψυχολογικής διαταραχής στα μέλη της οικογένειας.

Κοινωνική κατάσταση, που περιλαμβάνει πολιτιστικές αντιλήψεις κοινωνικού περιβάλλοντος της οικογένειας καθώς και φαινόμενα στιγματισμού που επικρατούν. (Σ. Παντελιάδου, 1991).

Γεγονός, πάντως είναι ότι η αναπηρία του παιδιού αποτελεί πηγή χρόνιου stress για την οικογένεια: Αποτέλεσμα αυτού είναι οι ποικίλες συναισθηματικές αντιδράσεις της μητέρας ή του πατέρα, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν τη σχέση τους με το παιδί, με μεγάλη πιθανότητα να παραβλαφθεί η εξέλιξη της προσωπικότητάς του.

Η ύπαρξη ενός μειονεκτικού παιδιού προκαλεί αναμφισβήτητα στους γονείς πολλά και διαφορετικά συναισθήματα που συχνά είναι πολύ έντονα και προφανώς πολύ συγκεχυμένα και αντικρουόμενα. Παρ' όλα αυτά, διαπιστώνεται ότι τα συναισθήματα αυτά διαμορφώνονται ανάλογα με τη φάση, την οποία βρίσκεται η οικογένεια σε σχέση με τη συνειδητοποίηση της

ύπαρξης του συγκεκριμένου παιδιού της (Ι. Τσιάντης – Σ. Μανωλόπουλος, 1989).

Μέχρι πολύ πρόσφατα, η θεώρηση της οικογενειακής φροντίδας για τα άτομα με ειδικές ανάγκες είχε επικεντρωθεί σε πολύ μικρά παιδιά και τους γονείς τους. Ωστόσο, η σχέση και οι δεσμοί γονέων και παιδιών και η οικογενειακή φροντίδα γενικά συνεχίζεται ακόμα και όταν το παιδί ενηλικιωθεί.

Οι γονείς ψάχνουν συμβουλές και όπως είναι φυσικό δέχονται ποικιλία διαγνώσεων από ποικιλία ειδικών. Οι γονείς επιζητούν την όποια γρηγορότερη πληροφόρηση έχουν ανάγκη από πρακτικές συμβουλές για να μπορούν να χειριστούν τα παρόντα προβλήματα.

Επίσης χρειάζεται να κάνουν σχέδια και να γνωρίσουν οτιδήποτε για τις μελλοντικές ανάγκες του παιδιού τους.

Οι γονείς που προέρχονται από χαμηλά οικονομικά στρώματα ή έχουν πολύ μικρή πρόσβαση στη βοήθεια επαγγελματικών ειδικών και είναι πολύ διαφορετικές οι ανάγκες από γονιούς που βρίσκονται σε υψηλή επαγγελματική θέση.

Οι γονείς χρειάζονται αρκετή βοήθεια για να πάρουν αποφάσεις και να τις υλοποιήσουν. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων αφορά το παιδί, το γονιό και τους ειδικούς.

Σε ορισμένες περιοχές κυρίως αγροτικές, το εκπαιδευτικό σύστημα δεν παρέχει συγκεκριμένες υπηρεσίες και έτσι για να αντιμετωπιστεί ένα παιδί με ειδικές ανάγκες πρέπει να απομακρυνθεί από το σπίτι του. Αυτό είναι ένα πάρα πολύ σημαντικό βήμα και θέτει διαφορετικά είδη προβλημάτων οικονομικής φύσης, απώλεια οικογενειακών ερεθισμάτων για το παιδί (Ε. Καλλονάκη – Θ. Δούκα, 1995).

Πολλές φορές οι γονείς έρχονται αντιμέτωποι με πολλά προβλήματα, που όπως θα δούμε στην επόμενη ενότητα τους προκαλεί μεγάλη ένταση και στρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΡΕΣ

Η λέξη στρες δεν είναι ελληνική, αρχικά προήλθε από τα αρχαία Γαλλικά (distress) που σημαίνει να βρίσκεται κανείς σε στενότητα, σε καταπίεση. Από εκεί πέρασε στην Αγγλική γλώσσα ως distress και με τη χρήση έγινε stress. Η ελληνική γλώσσα δανείστηκε τη λέξη από τα Αγγλικά και τη χρησιμοποιεί με τη σημασία της ψυχολογικής πίεσης, της έντασης.

Η καλύτερη απόδοση του στρες στα ελληνικά είναι η λέξη «ζόρισμα». Οποιαδήποτε και αν είναι η φύση του στρες, η φυσιολογική αντίδραση μοιάζει να είναι όμοια, δεν έχει ιδιαίτερη σημασία αν το stress είναι φυσικό, συναισθηματικό ή φανταστικό. Μπορεί να είναι ένα stress ευχάριστο, οπότε μιλάμε για το «ευστρες» (Eustress) ή δυσάρεστο «δυστρές» (distress) (Fontana, 1995).

Ένας άλλος ορισμός αναφέρει ότι η λέξη «στρες» αποτελεί τον αγγλικό όρο (stress) αυτόν που θα ονομάζαμε στα ελληνικά «ψυχοκοινωνική πίεση». Αφορά ακριβώς το συναίσθημα που έχει το άτομο, όταν δέχεται πιέσεις είτε το εξωτερικό περιβάλλον (π.χ. οικογένεια, σχέσεις δουλειάς) είτε από τον εαυτό του (π.χ. προσδοκίες, απαιτήσεις) και τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά, όταν δέχεται αυτές τις πιέσεις.

Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω το stress δεν είναι απαραίτητα κάτι το αρνητικό. Σε μικρή ένταση, μπορεί να είναι η κινητήριος δύναμη του ατόμου. Όμως όλα τα άτομα, δεν χειρίζονται όλες τις καταστάσεις με τον ίδιο τρόπο. Έτσι το στρες από τη μια μεριά αντιπροσωπεύει τις προκλήσεις που διεγείρουν το ενδιαφέρον του ατόμου και από την άλλη αντιπροσωπεύει καταστάσεις όπου ένας άνθρωπος αδυνατεί οργανικά και ψυχολογικά να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Έχοντας ως αποτέλεσμα να οδηγείται το άτομο σε οργανική και ψυχολογική κατάπτωση.

Η λειτουργία του στρες είναι ως εξής: όταν ένας οργανισμός υφίσταται την επίδραση ενός σημαντικού στρεσογόνου παράγοντα υπάρχει μια αρχική περίοδος, αρκετά δύσκολη που την ονομάζουμε «αντίδραση συναγερμού».

Μετά ακολουθεί μια περίοδος σχετικά σταθερή, κατά την οποία ο οργανισμός αντέχει σε όλες τις δυσκολίες, γνωστή ως «στάδιο αντίστασης». Τέλος, μια φάση «εξαντλησης» στη διάρκεια της οποίας, οι μηχανισμοί άμυνας του οργανισμού έχουν καταργηθεί (Kennerley, 1999).

Συνεπώς, το στρες αναφέρεται στις προσαρμοστικές δυνατότητες του πνεύματος και του σώματος. Όταν οι δυνατότητες αυτές μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις, τότε το άτομο απολαμβάνει την πρόκληση αυτή. Όταν το άτομο θεωρεί την απαίτηση εξουθενωτική, τότε το στρες είναι ανεπιθύμητο και επιβλαβές.

Ο ορισμός αυτός είναι χρήσιμος για τρεις λόγους: Πρώτον διευκρινίζει ότι το στρες μπορεί να είναι και καλό και κακό, δεύτερον δεν είναι τόσα τα γεγονότα που καθορίζουν το βαθμό του στρες, που νιώθει το άτομο αλλά οι αντιδράσεις του ατόμου σ' αυτά και τρίτος ο ορισμός μας λέει ότι το στρες είναι μια απαίτηση που τίθεται στις δυνατότητες του σώματος.

Υπάρχουν 3 είδη του στρες:

- A) Οξύ στρες: προκαλείται από μία κατάσταση έντονη που μόλις προηγήθηκε ή που άμεσα πρόκειται να πραγματοποιηθεί. Το οξύ στρες θέτει το άτομο σε ετοιμότητα και μπορεί να προκαλέσει στο άτομο ευχαρίστηση όμως όταν επαναλαμβάνεται συχνά εξαντλεί το άτομο.
- B) Επεισοδιακό οξύ στρες: Τα άτομα αυτά είναι συνεχώς υπό πίεση. Προκαλεί στο άτομο έντονα σωματικά συμπτώματα και προβλήματα στη συμπεριφορά.
- Γ) Χρόνιο στρες: «Το άτομο βρίσκεται μόνιμα σε μια κατάσταση στρες, την οποία με το χρόνο συνηθίζει και γίνεται αναπόσπαστο μέρος της ζωής του», με αποτέλεσμα το άτομο να φθείρεται ψυχικά και σωματικά. Τα αποτελέσματα αυτού του τύπου στρες είναι αρκετά σοβαρά, καθώς μπορούν να καταλήξουν σε σημαντικά σωματικά ή ψυχικά προβλήματα συμπεριφοράς του, εξαιτίας της ψυχολογικής πίεσης περιλαμβάνουν τη

μείωση της αποτελεσματικότητας το κάπνισμα ή τη χρήση οιοπνεύματος, προδιάθεση για ατυχήματα, νευρική και αυξημένη ή μειωμένη ποσότητα φαγητού και ύπνου (Αντωνίου 1998).

2.2 ΟΞΕΙΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΙ ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Θα μπορούσε να υποστηριχθεί «*ότι ο όρος στρεσογόνος παράγοντας αντιπροσωπεύει εκείνα τα αντικειμενικά περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά ή γεγονότα που λειτουργούν ως ερεθίσματα σωματικού ή ψυχολογικού χαρακτήρα και προκαλούν ένταση στον άνθρωπο*» (Αντωνίου, 1998). Παρ' όλα αυτά οι στρεσογόνοι παράγοντες αποτελούν φυσικά κομμάτι της ανθρώπινης υπόστασης, ώστε ακόμα κι όταν δεν εμφανίζονται από μόνοι τους, το άτομο από μόνο του καταφέρνει να τους επινοεί.

Όσον αφορά τους διαφορετικούς τύπους στρεσογόνους παράγοντες, ο πιο συνήθης διαχωρισμός αφορά τέσσερις βασικούς τύπους:

- α) οξείς, χρονικά περιορισμένοι β) χρόνιοι
- γ) καθημερινοί στρεσογόνοι παράγοντες
- δ) σοβαρές αλλαγές

Το βασικό χαρακτηριστικό των οξέων στρεσογόνων παραγόντων είναι ότι έχουν καθορισμένο χρόνο εμφάνισης και μικρή διάρκεια. Συνήθως οι συγκεκριμένοι αυτοί στρεσογόνοι παράγοντες απαιτούν ιδιαίτερες ικανότητες προσαρμογής από τα άτομα και χρειάζεται υποστήριξη από την κοινωνία, προκειμένου να προσαρμοστούν στην νέα κατάσταση. Για παράδειγμα ο θάνατος ενός γονέα αποτελεί έναν ισχυρό στρεσογόνο παράγοντα για ένα παιδί, που θα μπορούσε να μετριαστεί, εάν υπήρχε μία μεγάλη οικογένεια, μέσα στην οποία θα μπορούσε να εκφράσει τα συναισθήματά του και να μοιραστεί το πρόβλημά του (<http://www.cc.noa.gr>). Οι χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες σε αντίθεση με τους οξείς, δεν έχουν ακριβή χρονικό προσδιορισμό, αντιθέτως παρουσιάζουν μεγάλη συχνότητα εμφάνισης.

Παρ' όλα αυτά υπάρχει κάποιου είδους σχέση μεταξύ οξέων και χρόνιων στρεσογόνων παραγόντων, καθώς οι χρόνιοι αυξάνουν την ψυχολογική ευπάθεια των οξέων παραγόντων. (Αντωνίου , 1998)

Εκτός από την επίδραση που ασκούν οι χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες στους αντίστοιχους οξείς, μπορούν επίσης να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την γενικότερη ικανότητα προσαρμογής των ανθρώπων στις αντιξοότητες της ζωής. Για παράδειγμα στην περίπτωση που μια οικογένεια αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα (χρόνιος παράγοντας), η χαμηλή επίδοση του παιδιού στο σχολείο (στρεσογόνος κατάσταση) δεν θα έχει την ίδια επίδραση στην ψυχολογική κατάσταση των γονέων όπως στην περίπτωση που δεν θα υπήρχε ο χρόνιος στρεσογόνος παράγοντας (Fontana, 1995).

2.3 ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ STRESS

Τα αίτια του stress αναφέρονται στα γεγονότα και τις καταστάσεις, που βιώνει ένα άτομο και που είναι γι' αυτόν ψυχοπιεστικές. Το stress προκαλείται από οτιδήποτε, κάνει το άτομο να νιώθει ένταση, θυμό, απογοήτευση ή δυστυχία. Η πηγή stress κάποιου ατόμου, μπορεί να αποτελεί πηγή ευχαρίστησης για κάποιον άλλον.

Οι αιτίες - παράγοντες, που δημιουργούν stress στο άτομο οφείλονται στο ίδιο το άτομο, στην οικογένειά του, στον εργασιακό χώρο, στο κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον.

Συγκεκριμένα οι παράγοντες είναι οι εξής:

1. Ο τύπος της προσωπικότητας
2. Το οικογενειακό ιστορικό
3. Οι αγχογόνοι παράγοντες
4. Το ψυχολογικό προφίλ
5. Το στίλ και οι δεξιότητες αντιμετώπισης

6. Η κοινωνική υποστήριξη

Αναλυτικότερα:

1. Ο τύπος της προσωπικότητας

Η σημασία του τύπου της προσωπικότητας στην εμφάνιση προβλημάτων που σχετίζονται με το stress έχει αμφισβητηθεί, ωστόσο υποστηρίζεται ότι ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, συνδέονται με την εκδήλωση προβλημάτων stress. Το 1960, καθορίσθηκε ιατρικά ένας τύπος προσωπικότητας, η προσωπικότητα «Τύπου Α» με αυξημένη αρτηριακή πίεση και με άλλα προβλήματα υγείας. Τα άτομα με προσωπικότητα «Τύπου Α» είναι ανταγωνιστικά και φιλόδοξα και έχουν την τάση να αγνοούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από την ψυχολογική πίεση.

Οι ειδικοί υποστήριξαν ότι τα άτομα με προσωπικότητα «Τύπου Α» είναι σε θέση να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους και φυσικά να ωφεληθούν από αυτές τις αλλαγές. Με αυτό τον τρόπο είναι δυνατόν να μειωθεί η ψυχολογική πίεση και να περιοριστούν τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν.

2. Το οικογενειακό ιστορικό

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί να μεταβιβάζονται από γενιά σε γενιά στα μέλη ορισμένων οικογενειών. Όμως είναι αδύνατον να γνωρίζουμε αν αυτό συμβαίνει εξαιτίας κάποιων γενετικών επιδράσεων εξαιτίας του γεγονότος ότι τα μέλη μιας οικογένειας παρατηρούν τη συμπεριφορά των άλλων, έχοντας υπόψιν τους τις προειδοποιήσεις τους για διάφορους «κινδύνους».

3. Οι αγχογόνοι παράγοντες

Αυτοί μπορεί να έχουν μία μορφή συγκεκριμένων γεγονότων (όπως προβλήματα σπουδών, τροχαία δυστυχήματα, προβλήματα σχέσεων, η μοναξιά, η βία) είτε να είναι συνεχή (όπως συνεχιζόμενες οικονομικές δυσκολίες, χρόνια προβλήματα υγείας, ο διαρκής φόβος για το μέλλον). Τα αγχογόνα γεγονότα - παράγοντες έχουν συνδεθεί με την εκδήλωση ψυχολογικών διαταραχών. Τα γεγονότα που αφορούν «απώλεια» σχετίζονται με την εκδήλωση κατάθλιψης, ενώ η «ελπίδα» συνδέεται με την άρση της κατάθλιψης. Ενώ τα γεγονότα που αφορούν «απειλή» σχετίζονται με την εκδήλωση αγχωδών διαταραχών, ενώ τα γεγονότα που προσφέρουν την αίσθηση της ασφάλειας συνδέονται με την υποχώρηση των αγχωδών διαταραχών. Οι αγχογόνοι παράγοντες σπανίως εμφανίζονται μεμονωμένοι. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο που αντιμετωπίζει τα γεγονότα παράγοντες είναι πιθανό να παρουσιάσει υπερβολική ψυχολογική πίεση.

4. Προκατάληψη σκέψης

Διάφορες προκαταλήψεις της σκέψης, όπως τα αυθαίρετα συμπεράσματα, η καταστροφική σκέψη, συμβάλλουν στην έναρξη του φόβου, του άγχους και της ανησυχίας. Άτομα που σκέπτονται με αυτό τον προκατειλημμένο τρόπο είναι πολύ πιθανό να εκδηλώσουν προβλήματα, σε σύγκριση με κάποιο άτομο που βλέπει τα πράγματα περισσότερο λογικά και λιγότερο ακραία (Kennerley, 1996).

2.4 ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ

Πρώτο στάδιο

- Μόνιμη βιασύνη σε ότι κάνει το άτομο
- Γρήγορη ομιλία
- Βιασύνη στο φαγητό

- Έντονος ρυθμός στη δουλειά για παρατεταμένα διαστήματα
- Αίσθηση ατελείωτης ενέργειας

Δεύτερο στάδιο

- Ευερέθιστα νεύρα
- Επιθετικότητα
- Δυσπεψία και στομαχικές διαταραχές
- Πονοκέφαλος και υπέρταση
- Ημικρανίες
- Αϋπνίες, έλλειψη ενέργειας
- Κακή διατροφή, καταχρήσεις, περισσότερο φαγητό

Τρίτο στάδιο

- Βάρος στο κεφάλι
- Έλκος στο στομάχι
- Ταχυκαρδία, πόνος στο στήθος, καρδιακό επεισόδιο
(www.cc.uoa.gr/skf/profhlamata/stress.html)

2.5 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ STRESS

Η ανησυχία, ο φόβος και το άγχος παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιβίωση του ατόμου. Επειδή προετοιμάζουν το άτομο να αντιμετωπίσει τις αγχογόνες ή επικίνδυνες καταστάσεις πυροδοτούν την απελευθέρωση μιας ορμόνης (της αδρεναλίνης) η οποία επιφέρει αλλαγές σε όλα τα επίπεδα του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα τα συμπτώματα του έντονου στρες, εκδηλώνονται σε 4 επίπεδα: στο συναίσθημα, στη σκέψη, στη συμπεριφορά και στο σώμα.

Σωματικές-οργανικές συνέπειες του υπερβολικού στρες

- **Έκκριση αδρεναλίνης και παραδρεναλίνης από τα επινεφρίδια στο αίμα.** Αυτές ενεργούν ως ισχυρά διεγερτικά, επιταχύνουν τα αντανακλαστικά, αυξάνουν τον καρδιακό παλμό και την πίεση, ανεβάζουν τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα και προκαλούν αλλαγές στο μεταβολισμό του σώματος. Όμως αν αυτό δεν μεταφραστεί σε στιγμιαία ενέργεια, στις μακροπρόθεσμες συνέπειες θα περιλαμβάνονται καρδιακές παθήσεις ή εμφράγματα και βλάβη στο συκώτι λόγω αυξημένης πίεσης.
- **Έκκριση των ορμονών του θυρεοειδούς από το θυρεοειδή αδένιο στο αίμα.** Αυτό επιταχύνει περισσότερο το μεταβολισμό του σώματος, καθώς αυξάνεται ο ρυθμός καύσης της ενέργειας, αλλά αν αυτό διαρκέσει για πολύ, αυτή η «κούρσα» του μεταβολισμού οδηγεί στην εξάντληση.
- **Έκκριση χοληστερόλης από το συκώτι στο αίμα.** Αυτό αυξάνει ακόμα πιο πολύ τα επίπεδα ενέργειας.
- **Διαταραχές στη λειτουργία του πεπτικού συστήματος.** Αυτό επιτρέπει την εκτροπή του αίματος από το στομάχι στους πνεύμονες και τους μυς, αλλά η διακοπή της πέψης, εάν παραταθεί, μπορεί να οδηγήσει σε στομαχικά προβλήματα και πεπτικές διαταραχές.
- **Δερματική αντίδραση:** Η ροή του αίματος εκτρέπεται από την επιφάνεια του δέρματος και διοχετεύεται αλλού, ενώ ταυτόχρονα παράγεται ιδρώτας για να ψυχράνει τους μυς που έχουν υπερθερμανθεί από την ξαφνική εισροή ενέργειας. Όμως το δέρμα χρειάζεται την ομαλή κυκλοφορία του δέρματος για να διατηρηθεί υγιές.
- **Διόγκωση των διόδων αέρα των πνευμόνων.** Αυτό επιτρέπει στο αίμα να δεχτεί περισσότερο οξυγόνο, αλλά το υπεροξυγονωμένο αίμα μπορεί να επιφέρει απώλεια των αισθήσεων.

- **Έκκριση ενδορφινών από τον υποθάλαμο στο αίμα.** Αυτές ενεργούν ως φυσικά αναλγητικά και μειώνουν την ευαισθησία στις σωματικές κακώσεις και τα τραύματα, ενώ προκαλείται μεγαλύτερη ευαισθησία σε πονοκεφάλους ή πόνους της μέσης.
- **Έκκριση κορτιζόνης από τα επινεφρίδια στο αίμα,** αυτή εξαλείφει τις αλλεργικές αντιδράσεις, αλλά μειώνονται οι ανοσολογικές αντιδράσεις προς όλα τα είδη μολύνσεων και αυξάνει ο κίνδυνος πεπτικού έλκους.
- **Η παραγωγή της σεξουαλικής ορμόνης μειώνεται:** αποφεύγεται η διάσπαση της προσοχής ή της ενεργητικότητας από τη σεξουαλική διέγερση, αν αυτό όμως παραταθεί, η μείωση μπορεί να καταλήξει σε ανικανότητα, ψυχρότητα, στειρότητα και άλλες σεξουαλικές διαταραχές.
- **Τα αιμοφόρα αγγεία συστέλλονται και το αίμα γίνεται παχύρρευστο,** όμως η καρδιά υποχρεώνεται να εργαστεί περισσότερο για να σπρώξει το παχύρρευστο αίμα, μέσα από τις στενές αρτηρίες και φλέβες (Fontana, 1989).

2 . 6 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

Οι ψυχολογικές αλλαγές που σχετίζονται με την ψυχολογική πίεση περιλαμβάνουν αλλαγές στον τρόπο σκέψης του ατόμου και μερικές φορές στα συναισθήματά του. Οι ψυχολογικές αλλαγές βοηθούν το άτομο να αντιμετωπίσει τις αγχογόνες καταστάσεις. Όταν το άτομο αντιμετωπίζει επικίνδυνες ή αγχογόνες καταστάσεις, εστιάζει περισσότερο τη σκέψη του, οπότε είναι πιθανόν να έχει αυξημένη ικανότητα συγκέντρωσης και λύσεις προβλημάτων.

Κάτω από την επίδραση αγχογόνων καταστάσεων είναι πολύ πιθανό το άτομο να βιώσει ποικίλες συναισθηματικές αντιδράσεις όπως αυξημένο εκνευρισμό ή ένα αίσθημα ευεξίας. Μερικές φορές τα συμπτώματα του στρες

γίνονται έντονα και παίρνουν τη μορφή προβλημάτων στη λειτουργικότητα και υγεία. Στήνεται ένας φαύλος κύκλος άγχους και συμπτωμάτων, όπου το ένα επιτείνει το άλλο. Με αποτέλεσμα η ανησυχία και οι άλλες αρνητικές συνέπειες να ξεφεύγουν από τον έλεγχο του ατόμου. Βέβαια οι επιβλαβείς συνέπειες ποικίλουν, από άτομο σε άτομο.

Αποκλεισμός του θετικού

Όταν το άτομο δεν μπορεί να αναγνωρίσει τα θετικά του σημεία και τις δυνατότητές του έχει μειωμένη αυτοπεποίθηση με αποτέλεσμα να έχει και μειωμένες δυνατότητες αντιμετώπισης των αγχογόνων παραγόντων. Οι δυσάρεστες σκέψεις κάνουν το άτομο να υποβαθμίζει τα θετικά του χαρακτηριστικά.

Οι αλλαγές της διάθεσης

Οι αλλαγές της διάθεσης πολλές φορές σχετίζονται και με την ψυχολογική πίεση. Η εμπειρία του συνεχούς άγχους μπορεί να προκαλέσει απελπισία και δυστυχία, γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό το άτομο να μάθει να προλαβαίνει τα προβλήματα που έχουν σχέση με το φόβο, την ανησυχία και το άγχος όσο το δυνατόν νωρίτερα.

Οι συμπεριφορικές συνέπειες του υπερβολικού στρες

Όταν το άτομο αντιμετωπίζει επικίνδυνες ή αγχογόνες καταστάσεις, στο επίπεδο της συμπεριφοράς του, παρατηρούνται συνήθως αντιδράσεις διαφυγής ή ετοιμότητας, δηλαδή φυγής ή διαμάχης. Οι σωματικές νοητικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις στις αγχογόνες καταστάσεις είναι φυσιολογικές χρήσιμες και συχνά ζωτικής σημασίας.

Όσο περισσότερο ψυχολογική πίεση βιώνει το άτομο τόσο αυξάνεται η ικανότητά του να αντιμετωπίσει τις αγχογόνες καταστάσεις. Στο κάτω μέρος σημειώνεται η κατάσταση χαλάρωσης, όπου το άτομο δεν είναι επαρκώς εξοπλισμένο - σε σωματικό και νοητικό επίπεδο. Καθώς αυξάνεται η ένταση αυξάνονται και οι δυνατότητες - σωματικές και νοητικές - αντιμετώπισης των αγχογόνων παραγόντων.

Η συνεχιζόμενη έκρηξη δραστηριότητας που χαρακτηρίζεται από νευρικότητα και βιασύνη εξουθενώνει το άτομο και το κάνει λιγότερο ικανό να χειριστεί την ψυχολογική πίεση.

Η αντίδραση στην ψυχολογική πίεση, μπορεί από μόνη της να γίνει πηγή δυσφορίας. Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή οι σωματικές αλλαγές προκαλούν ανησυχία, ή επειδή η ανησυχία και οι συναισθηματικές αλλαγές μειώνουν τη δυνατότητα αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, ή επειδή η μείωση της αυτοπεποίθησης κάνει πιο δύσκολη την αντιμετώπιση και το ξεπέρασμα του φόβου. Όταν η φυσιολογική αντίδραση στην ψυχολογική πίεση προκαλεί πρόσθετη δυσφορία, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, ο οποίος είναι πολύ δύσκολο να ελεγχθεί (Μπαλλής, 1996).

2 . 7 ΤΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ

Για την αντιμετώπιση των δυσκολιών που συναντά κάθε άτομο στη ζωή του, καταφεύγει σε διάφορες μεθόδους ή στρατηγικές. Συνήθως οι αλλαγές αυτές αφορούν τον εαυτό μας, δηλαδή προσπαθούμε ν' αλλάξουμε τα συναισθήματά μας ή να ξεχάσουμε ότι μας απασχολεί. Με αποτέλεσμα το πρόβλημα να παραμένει και τα δυσάρεστα συναισθήματα να δημιουργούν αρνητικές συνέπειες. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που ενεργοποιούν τα άτομα, για να μειώσουν το στρες και να χειριστούν τις εξωτερικές ή εσωτερικές απαιτήσεις, μιας ψυχοπιεστικής κατάστασης, διακρίνονται σε 2 κατηγορίες: α) στις στρατηγικές που επικεντρώνονται στην επίλυση του

προβλήματος και β) στις στρατηγικές που αποβλέπουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων.

Συνήθως οι στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος χρησιμοποιούνται, όταν το άτομο πιστεύει ότι μπορεί να έχει κάποια επίδραση στις στρεσογόνες συνθήκες, είτε μειώνοντας τις απαιτήσεις που προβάλλει η πραγματικότητα (Lazarus-Folkman, 1984).

Άλλοτε πάλι χρησιμοποιεί, γνωστικές μεθόδους που αποβλέπουν στην τροποποίηση της αντίληψής του σχετικά με την ψυχοπνευστική κατάσταση που αντιμετωπίζει.

Ένα άτομο που βιώνει στρες, συχνά ενεργοποιεί στρατηγικές που αποβλέπουν τόσο στην επίλυση του προβλήματος, όσο και στη ρύθμιση των συναισθημάτων του. Πολλά άτομα, χρησιμοποιούν διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης, για τη διαχείριση των ψυχολογικών τους προβλημάτων. Ένας τρόπος είναι η απόσπαση της προσοχής από το πρόβλημα, ή η προσπάθεια επίλυσης του προβλήματος. Πολλές φορές διατρέχουμε τον κίνδυνο να επιδεινώσουμε το πρόβλημα χρησιμοποιώντας λανθασμένους τρόπους αντιμετώπισης, όπως χρήση ναρκωτικών ουσιών και οινόπνεύματος. Συνήθως αυτό συμβαίνει είτε επειδή είναι πιο εύκολο να ακολουθήσουμε ακατάλληλες στρατηγικές, είτε γιατί το άτομο που έχει μάθει αναποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων (www.cc.uoa.gr/skf/proflhmata/stress2.html).

2 . 8 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ

1η Στρατηγική

Αρκετές φορές το άτομο καλείται να δώσει λύσεις σε διάφορες δύσκολες περιστάσεις ή προβλήματα. Για την συγκεκριμένη εφαρμογή της τεχνικής υπάρχουν 3 βήματα.

1. Καθορισμός του προβλήματος: Το άτομο, προσπαθεί να ορίσει επακριβώς τι το ενοχλεί ή απασχολεί.
2. Απαρίθμηση πιθανών λύσεων: Το άτομο, προσπαθεί να βρει και να καταγράψει όσο το δυνατό περισσότερες λύσεις, για κάθε πλευρά του προβλήματος που το απασχολεί.
3. Αξιολόγηση των «υπέρ» και των «κατά» κάθε πιθανής λύσης: Στόχος είναι η ανεύρεση εκείνης της λύσης με τα περισσότερα ή σημαντικότερα υπέρ και τα λιγότερα ή πιο ανώδυνα κατά.
4. Εφαρμογή της λύσης που δώσατε.
5. Αξιολόγηση αποτελεσμάτων: Αν η λύση που έδωσε το άτομο είχε θετικά αποτελέσματα και σε άλλα προβλήματα. Εάν όμως η λύση που επέλεξε δεν είχε αποτελέσματα, να δει τι δεν πήγε καλά.

2η Στρατηγική

Η κάθε κατάσταση και το κάθε γεγονός, αποκτούν την αξία που το άτομο δίνει και συνεπώς προκαλούν τόσο άγχος όσο το άτομο επιτρέπει εκείνο που αναστατώνει δεν είναι το ίδιο το γεγονός, αλλά η αντίληψη που έχει το άτομο γι' αυτό.

Ένας πολύ καλός τρόπος για να μειώσει ένα άτομο το άγχος του, είναι να εξετάσει κατά πόσο η κατάσταση ή το γεγονός που το απασχολεί είναι όντως τόσο αρνητικά όσο νομίζει ή αν γι' αυτό ευθύνονται ορισμένες σκέψεις του (www.cc.uoa.gr/skf/proflhmata/stress4.html).

Η σχετική προσπάθεια αποτελείται από 3 στάδια

1. Ακριβής εντοπισμός της πηγής του άγχους.

Το άτομο, προσπαθεί να εντοπίσει ακριβώς τι είναι εκείνο που το ενοχλεί. Το άγχος μπροστά σε κάτι συγκεκριμένο, είναι λιγότερο σε σύγκριση με κάτι αφηρημένο.

2. Έλεγχος και επαναξιολόγηση των σκέψεων του ατόμου.

Η επαναξιολόγηση της κατάστασης μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην ακριβέστερη εκτίμηση των δεδομένων και το βοηθάει να εντοπίζει σκέψεις που «παραμορφώνουν» την πραγματικότητα.

3. Εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών για την επίλυση του προβλήματος.

Έχοντας το άτομο απομονώσει το συγκεκριμένο πρόβλημα, πρέπει η αντιμετώπιση να πραγματοποιηθεί «κατά μέτωπο».

(www.cc.uoa.gr/skf/proflhmata/stress3.html).

Κοινωνική υποστήριξη

Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να έχει τη μορφή μίας ή περισσότερων ιδιαίτερα στενών και εμπιστευτικών σχέσεων. Ένα άτομο, που διαθέτει καλό υποστηρικτικό δίκτυο, έχει αυξημένη προστασία σε περιόδους κρίσης. Όσο περισσότερη κοινωνική υποστήριξη έχει το άτομο, τόσο ισχυρότερη είναι η προστασία του, απέναντι σε τραυματικά και αγχογόνα γεγονότα.

Κάποια από τα γεγονότα ή τις καταστάσεις που αντιμετωπίζει το άτομο μπορούν να θεωρηθούν στρεσογόνες για όλους τους ανθρώπους (π.χ. θάνατος, μοναξιά). Κάποια άλλα όμως γίνονται στρεσογόνα μόνο από το άτομο που θεωρεί ότι δεν μπορεί να τα αντιμετωπίσει. Παράγοντες όπως:

- Προσδοκίες - Επιθυμίες
- Ορισμένες αρνητικές συνήθειες (π.χ. τελειομανία) - Ελλιπής κοινωνική υποστήριξη
- Προσωπικότητα του ατόμου
- Ο αρνητικός τρόπος αντιμετώπισης των πραγμάτων

Διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο εάν θα αξιολογήσουμε ένα γεγονός ή μια κατάσταση ως στρεσογόνα καθώς και το πόσο στρες μας δημιουργεί. (<http://health.in.gr/woman/article/d>)

2.9 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΖΥΓΙΚΟΥ STRESS ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ

Οι Pearlin και Schooler (1978) προσδιόρισαν τους κυριότερους παράγοντες που μπορούν να εγείρουν stress στα πλαίσια της καθημερινής ζωής. Τρεις από αυτούς σχετίζονται με το γάμο: η αίσθηση μη αποδοχής από το σύζυγο, η έλλειψη αμοιβαιότητας (ο καθένας αισθάνεται ότι δίνει περισσότερα από όσα παίρνει) και η απογοήτευση από τη συμπεριφορά του συντρόφου.

Τρεις παράγοντες σχετίζονται με το γονεϊκό ρόλο: η απογοήτευση από το αποτέλεσμα της διαπαιδαγώγησης των παιδιών, η σύγκρουση των προσδοκιών των γονιών με αυτές των παιδιών και η αδιαφορία ή έλλειψη πειθαρχίας των παιδιών.

Η στρατηγική που εφαρμόζουν οι άνθρωποι για να αντεπεξέλθουν στις παραπάνω καταστάσεις διαφέρουν από ρόλο σε ρόλο.

Συγκεκριμένα στα συζυγικά ζητήματα οι στρατηγικές είναι οι εξής: Διαπραγματεύσεις και συζήτηση με το σύζυγο. Προσπάθεια για συμβιβασμό και επίλυση προβλημάτων. Αναζήτηση συμβουλών από φίλους, συγγενείς, ειδικούς. Οι γονείς αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που προκύπτουν από το ρόλο τους με γνωστικές στρατηγικές, όπως η επιθετική προσοχή ή οι θετικές συσχετίσεις. Τρόποι που συντελούν στο να μειωθούν οι ενστάσεις και να αντιμετωπιστούν πιο αισιόδοξα τα προβλήματα που προκύπτουν.

Συχνά εφαρμόζουν συμπεριφορικές στρατηγικές όπως η εκτόνωση μέσω επίπληξης και η επιβολή τιμωρίας στα παιδιά ή αναζήτηση συμβουλής από γιατρό, φίλο, δάσκαλο, ειδικό. Όταν εκτιμήσουν ότι οι ίδιοι δεν μπορούν

να τροποποιήσουν μια προβληματική κατάσταση αποστασιοποιούνται από το πρόβλημα «δεν μπορώ να κάνω τίποτα» αλλά «πρέπει να δεχτώ το παιδί όπως είναι» (Β. Μπουσκέλη, 1995).

Τα διάφορα ψυχοπιεστικά γεγονότα στη ζωή μητέρων μειονεκτούντων παιδιών δεν είναι αποτέλεσμα της δράσης ενός παράγοντα αυτό της νοητικής καθυστέρησης του παιδιού του, αλλά συνδυασμός πολλών παραγόντων που δεν συνδέονται μόνο με την ύπαρξη ενός προβληματικού παιδιού.

Έχει υποστηριχθεί ότι η παρεμβολή ορισμένων παραγόντων μπορεί να επιτρέψει την εμφάνιση σοβαρών ψυχολογικών προβλημάτων περιλαμβάνοντας:

1. Το βιοτικό επίπεδο της οικογένειας
2. Τη μόρφωση των γονιών
3. Την εργασιακή απασχόληση της μητέρας
4. Την κατάσταση σωματικής και ψυχικής υγείας των μελών της οικογένειας – μητέρας
5. Την παρουσία εκτεταμένων υποστηρικτικών συστημάτων από τους συγγενείς, την κοινότητα, τις υπηρεσίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

«Η μητέρα κατά διάρκεια της εγκυμοσύνης μέσα από μια διαδικασία που ο Winnicott ονόμασε "πρωταρχική μητρική ενασχόληση" (primary maternal preoccupation), ταυτίζεται με το έμβρυο, αποσύρει την ψυχική ενέργεια από οτιδήποτε άλλο και την επενδύει σ' αυτό, ενώ κάνει διάφορες φαντασιώσεις για το μέλλον του» (Ελευθεριάδου, 1996).

Σ' αυτή τη φάση της ζωής της η μέλλουσα μητέρα ταυτίζεται συνειδητά και ασυνειδητά με το παιδί που πρόκειται να γεννήσει. Παράλληλα η μέλλουσα μητέρα είναι πολύ ευάλωτη συναισθηματικά και είναι γνωστό το άγχος της αν θα αποκτήσει φυσιολογικό παιδί, πως θα εξελιχθεί ο τοκετός.

Όσον αφορά το τοκετό είναι σημαντικός, ακριβώς γιατί οι πρώτες στιγμές της ζωής του βρέφους είναι κρίσιμες για τη δημιουργία δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το μωρό της. Γι' αυτό το λόγο ο μαιευτήρας ακουμπά το βρέφος στο στήθος, στην αγκαλιά της μητέρας για να το νιώσει και να το καθησυχάσει από το στρες του τοκετού.

Μια κατάσταση που απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, είναι η επιλόχειος κατάθλιψη, οι γυναίκες την περίοδο του τοκετού είναι ευάλωτες και ευαίσθητες συναισθηματικά. Από τη πρώτη στιγμή της ζωής του παιδιού η μητέρα επικοινωνεί μαζί του με πάρα πολλούς τρόπους, από το πως το κρατά στην αγκαλιά της, με το βλέμμα και το χαμόγελό της, με τρυφερά λόγια.

Τη περίοδο αυτή η αλληλεπίδραση μητέρας - βρέφους φαίνεται πιο ολοκληρωμένη μέσα από τη λειτουργία του θηλασμού, όπου έχει να προσφέρει πολλά όχι μόνο στο βρέφος αλλά και στη μητέρα, γιατί η διαδικασία αυτή βοηθάει σημαντικά στη εγκατάσταση ενός ψυχικού δεσμού ανάμεσά τους.

Όσο μεγαλώνει το παιδί οι ανάγκες του αλλάζουν. Η σχέση με τη μητέρα μεταβάλλεται έτσι από σχέση απόλυτης εξάρτησης και υπερπροστασίας σε μικρότερη εξάρτηση, ώστε να προχωρήσει αργότερα το

παιδί στις προσπάθειες σταδιακής αυτονόμησης, φάση όπου ο ρόλος του πατέρα είναι καθοριστικός (Ελευθεριάδου, 1996).

Καμιά γυναίκα όταν είναι να γεννήσει, δεν είναι συναισθηματικά προετοιμασμένη για την περίπτωση να φέρει στον κόσμο παιδί με κάποια δυσλειτουργία.

Οι όποιες σκέψεις που εμφανίζονται απωθούνται γρήγορα. Οι πιθανότητες να αποκτήσει ένα υγιές παιδί, είναι πολύ περισσότερες. Δεν είναι προετοιμασμένη για τη πιθανότητα που το παιδί της θ' αναγκαστεί ίσως να ζήσει μια ζωή με μια ανικανότητα, η οποία θα του επιβάλλει μόνιμο περιορισμό σε όλες τις δραστηριότητες και που θα απαιτήσει από την ίδια, όπως και από όλα τα μέλη της οικογένειας εξαιρετική δαπάνη χρόνου, ενέργειας και χρήματος.

Ο αρχικός κλονισμός, το ονομαζόμενο «σοκ της αναγνώρισης» από τη συνειδητοποίηση αυτή και τα συνεπακόλουθα συναισθήματα σκεπτικισμού θα εξαρτηθούν, στην αρχή, από το βαθμό στον οποίο η ανικανότητα είναι καθαρά εμφανής ή ανίατη. Το μεγαλύτερο μέρος στην περίοδο του αρχικού ψυχικού κλονισμού, αφορά συναισθήματα και αντιδράσεις της μητέρας. Στην αρχική αντίδραση συμπεριλαμβάνεται και ο πατέρας και τα αδέρφια σε μικρότερο βαθμό. Τους ζητείται να δεχτούν μια ανεπιθύμητη πραγματικότητα, λιγότερο ιδεατή από τη προσδοκία. Η συνειδητοποίηση απογοητεύει ολόκληρη την οικογένεια.

Η κλινική έρευνα έχει δείξει επανειλημμένα πως η στάση της μητέρας ασκεί τη μεγαλύτερη επίδραση πάνω στο παιδί με ειδικές ανάγκες αν θα γίνει αποδεκτό ή θα απορριφθεί από την οικογένεια. Ουσιαστικός παράγοντας που επηρεάζει έντονα την αντίδραση της μητέρας είναι η προσωπικότητά της και οι ήδη υπάρχουσες συνθήκες ζωής. Οι Σόλνιτ και Σταρκ (1961) αναφέρουν ότι μέσα της στο θρήνο της μητέρας που δεν απέκτησε υγιές παιδί, υπάρχουν πόθοι και προσδοκίες οι οποίες συνθλίβονται από τη γέννηση του

μειονεκτικού παιδιού. Οι αγχωτικοί φόβοι μήπως αποκτήσει ένα ελαττωματικό παιδί επιβεβαιώνονται.

Η μητέρα αποκτώντας ένα παιδί, βλέπει τους απόγονούς της ως επέκταση του εαυτού της. Ελπίζει ότι το παιδί της θα γίνει κατά κάποιο τρόπο η αντανάκλαση του καλύτερου εαυτού της. Όταν η μητέρα μετά τη γέννηση του παιδιού της διαπιστώσει ότι παρουσιάζει νοητική καθυστέρηση - ειδικές ανάγκες, αισθάνεται ότι το παιδί αυτό διέψευσε τις ελπίδες και τις προσδοκίες της, δεν μπορεί να αποδεχτεί την πραγματικότητα της αναπηρίας, γεγονός ιδιαίτερα δύσκολο σε περιπτώσεις γονέων με υψηλό κοινωνικό - οικονομικό επίπεδο. Ορισμένες μητέρες νιώθουν προσωπική ευθύνη για την κατάσταση του παιδιού τους, όταν έρχεται στο κόσμο. Κατηγορούν τον εαυτό τους που δεν ήταν προσεκτικότερες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αναρωτιούνται μήπως οφείλεται σε κάτι που έκαναν ή παρέλειψαν να κάνουν. Παρόμοιες σκέψεις και ιδέες, μετατρέπονται σε ισχυρά συναισθήματα αυτοεπίπληξης και αυτοαποδοκιμασίας. Αυτά με τη σειρά τους, επιδρούν πάνω στα παιδιά υποβιβάζοντας την αντίληψη που έχουν για τον εαυτό τους και την αίσθηση της προσωπικής του αξίας.

Το επίπεδο άγχους αυξάνεται. Επίσης δημιουργούνται και ισχυρά συναισθήματα ενοχής. Οι μητέρες που έχουν παιδιά με νοητική καθυστέρηση ή άλλες αναπηρίες αισθάνονται συνήθως ντροπή. Τα συναισθήματα ντροπής είναι περισσότερο προσανατολισμένα σε τρίτους, σε σχέση με εκείνα της ενοχής.

Όταν τα συναισθήματα ντροπής γίνονται εξαιρετικά ισχυρά κάνουν πολλές φορές τη μητέρα να αισθάνεται όχι μόνο ανάξια, αλλά διεφθαρμένη και αηδιαστική. Αυτή η αίσθηση μπορεί να είναι τόσο έντονη που αρνείται να συναντήσει άλλους ανθρώπους. Υπάρχει περίπτωση μια μητέρα να αρνείται να δει τον άντρα της και τα παιδιά της για μέρες ή για εβδομάδες.

Φοβάται και νιώθει αβεβαιότητα για το παιδί, τη νοητική του δυσλειτουργία και τη πρόγνυσή της, τις αντιδράσεις του κόσμου απέναντι

στην οικογένεια και το παιδί. Υπάρχει ανησυχία: για το μέλλον και την ασφάλειά του, αν υπάρχουν κατάλληλα σχολεία, δυνατότητα για εργασία στο μέλλον.

Μετά τη γέννηση παιδιού με ειδικές ανάγκες η μητέρα να βιώνει ιστοπεδωτικά συναισθήματα. Αυτό περιγράφεται σαν περίοδος αυτοεξορίας, σωματικής και ψυχικής απομόνωσης κατά την οποία δεν θέλει να σκέφτεται, να προγραμματίζει, να αισθάνεται, είναι μια περίοδος φυγής, εμπάθειας, κενού (Μπουσκάλια, 1993).

Η οδυνηρή πραγματικότητα να βρεθεί ξαφνικά μπροστά σ' ένα παιδί με μόνιμη ανικανότητα και τα συναισθήματα απόλυτης αδυναμίας να θεραπεύσει το πρόβλημα είναι κάτι που δεν μπορεί να αποδεχτεί εύκολα. Τα συναισθήματα φόβου, άγχους και ψυχικού πόνου που συνοδεύουν τη συνειδητοποίηση αυτή, είναι αναμενόμενα. Είναι σπάνια να υπάρξουν γονείς που θα μπορούσαν, αμέσως και χωρίς καμία αμφισβήτηση να αποδεχτούν τα ιδιαίτερα παιδιά τους. Η μετάβαση μέσα από μια περίοδο μεμψιμοιρίας και θρήνου είναι αναμενόμενη. Έχουν το δικαίωμα να περάσουν ένα διάστημα πένθους όπως θα πένθουσαν το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου – και αυτό γιατί σε ένα βαθμό, η πραγματικότητα ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες είναι ο θάνατος ενός όμορφου ονείρου για το υπέροχο παιδί που ποθούσαν. Είναι φυσικό οι γονείς να πιστεύουν ότι θα αποκτήσουν ένα φυσιολογικό παιδί.

Η στάση της μητέρας προς το παιδί της και το ρόλο που έχει προς αυτό, περνά συνήθως από διάφορα στάδια. Μετά την αναγνώριση της αναπηρίας του παιδιού, η μητέρα παθαίνει σοκ με αποτέλεσμα να δημιουργείται δυσαρμονία στη σχέση μητέρας – παιδιού. Μερικές μητέρες εμφανίζουν έντονη καταθλιπτική εικόνα που μπορεί να επανεμφανιστεί αργότερα στη ζωή τους επηρεάζοντας τη σχέση μητέρας – παιδιού.

Τα πέντε στάδια αντίδρασης που πρότεινε ο Ρόζεν σε σχέση με τους γονείς καθυστερημένων παιδιών, εξελίσσονται από την αρχική συνειδητοποίηση του προβλήματος έως ένα επίπεδο αποδοχής.

1. Η συνειδητοποίηση πως υπάρχει ένα σοβαρό πρόβλημα
2. Η αναγνώριση της καθυστέρησης
3. Η αναζήτηση της αιτίας
4. Η αναζήτηση θεραπείας
5. Η αποδοχή προβλήματος

Αν και οι φάσεις αυτές ιεραρχούνται, δεν είναι διαχωρισμένες και αλληλοκαλύπτονται η μια από την άλλη, επηρεάζουν την έκταση της τελικής αποδοχής. Η διάκριση αυτών των κατηγοριών όπως και η χρονική διάρκεια των φάσεων δεν ισχύει το ίδιο για όλους τους γονείς.

Υπάρχουν μητέρες που μπορούν να αντικρίσουν τα προβλήματα και τα συναισθήματα τους να τα αποδεχτούν και να τα δουλέψουν. Μια άλλη συμπεριφορά που μπορεί να αναπτύξει μια μητέρα είναι η άρνηση και η απώθηση από το συνειδητό αυτών των συναισθημάτων. Αναπτύσσοντας την άρνηση και την απώθηση από το ασυνείδητο καταστέλλονται αυτά τα συναισθήματα, δημιουργούνται ασυνείδητα ψυχολογικές μορφές άμυνας, έτσι ώστε να υπάρχει έλεγχος. Οι μηχανισμοί άμυνας αναπτύσσονται για να αντεπεξέλθει η μητέρα σε οποιεσδήποτε πιέσεις ασκούνται πάνω της. Ο σημαντικός ρόλος της μητέρας στην ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού της είναι αναμφισβήτητος.

Πολλές μητέρες γίνονται με τα παιδιά τους υπερπροστατευτικές ή δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών τους, με αποτέλεσμα πολλά παιδιά να τραυματίζονται από μια μη ικανοποιητική σχέση με τη μητέρα τους.

Όλα αυτά συντελούν στην αρνητική ψυχολογική εξέλιξη του παιδιού. Μέσα στο πλαίσιο μάλιστα μιας ψυχοδυναμικής ερμηνείας θα μπορούσαμε να πούμε ότι το τελικό αποτέλεσμα στην ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού είναι η ανάπτυξη μιας παθολογίας του Εγώ και του Υπερεγώ, ελαττωματική εικόνα του σώματος και προβλήματα ταυτότητας (Καλλονάκη – Δούκα, 1995).

3 .2 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

Το στρες της μητέρας επηρεάζει και την εργασία της, καθώς είναι συχνές οι απουσίες από την εργασία εξαιτίας των αναγκών φροντίδας του ανάπηρου παιδιού, ιδιαίτερα σε περιόδους κρίσεις.

Οι μητέρες των μειονεκτούντων παιδιών αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Άλλωστε ένας μεγάλος αριθμός από αυτές προέρχεται από χαμηλές κοινωνικο-οικονομικές τάξεις, με προβλήματα ανεργίας και φτώχειας. Επίσης η ανεύρεση λιγότερων εργαζόμενων μητέρων που έχουν παιδιά με νοητική καθυστέρηση, οφείλεται, ενδεχομένως, στη χαμηλή τους μόρφωση, στα προβλήματα υγείας, σωματικά και ψυχικά που δεν επιτρέπουν την οργανωμένη αναζήτηση εργασίας από τη μεριά της μητέρας (Ελευθεριάδου, 1996).

3 . 3 ΣΧΕΣΗ ΣΥΖΥΓΩΝ

Το stress είναι πιθανό να επιδράσει στη συζυγική αρμονία και στη ψυχική υγεία των γονέων. Διάφοροι ερευνητές προσπάθησαν να ελέγξουν εάν σε οικογένειες με ανάπηρα παιδιά είναι συχνότερα τα διαζύγια, όμως στο θέμα αυτό δεν υπάρχει ομοφωνία.

Οι μητέρες τις περισσότερες φορές νιώθουν ότι οι σύζυγοί τους δεν καταλαβαίνουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Οι αντιδράσεις των γονιών - ζευγαριού απέναντι στη γέννηση ενός παιδιού με νοητική καθυστέρηση και που επηρεάζουν ουσιαστικά τη σχέση του ζευγαριού είναι:

1. Η άρνηση: *«Δεν συμβαίνει τίποτα στο παιδί μου»*. Συνήθως τη περίοδο αυτή οι γονείς αρχίζουν να ξεπερνούν το στάδιο αυτό, τώρα αρχίζουν να αναζητούν βοήθεια. Μερικές φορές ο πατέρας πηγαίνει σε σύμβουλο μετά από προτροπή της συζύγου.
2. Η ενοχή: *«Σε τι έφταιξα»*. *«Αυτός μπορεί αν είναι ο κοινός παρονομαστής όλων των αντιδράσεων των γονιών απέναντι σε μια, ιδιαιτερότητα. Ακόμη καταστρεπτικότερη από την ενοχή, είναι η άρνησή της ή επιρρίψει της στο άλλο μέρος του ζευγαριού. Με κάποιο τρόπο πρέπει οι γονείς να βοηθήσουν να βγάλουν στην επιφάνεια τα συναισθήματα ενοχής»* (Μπουσκάλια, 1993 σελ. 112).

Σημαντικό επίσης είναι να κατανοήσουμε ότι η αντίδραση των γονιών και η σχέση τους όταν αντιληφθούν τους νοητικούς περιορισμούς ενός παιδιού, ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό και επηρεάζεται έντονα από παράγοντες όπως η προσωπικότητά τους, η οικογενειακή σταθερότητα και η οικογενειακή σύνθεση. Ο καθένας έχει ικανότητες και αδυναμίες, φόβους, προτιμήσεις, ανάγκες, επιθυμίες και όνειρα.

Η ύπαρξη ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες στο σπίτι, θα γεννά προβλήματα που θα απαιτούν επαναπροσδιορισμό του ρόλου και αλλαγές από το ζευγάρι, ακόμη και μετά την αποδοχή του αρχικού αντίκτυπου. Οι ιδιαίτερες απαιτήσεις θα βρίσκονται συνεχώς μπροστά του.

Ο πατέρας θα πρέπει να αναπροσαρμόσει το ρόλο του, να βοηθήσει και να στηρίξει αυτή την απαιτητική περίοδο, τη μητέρα.

Στο παρελθόν δέχονταν ως αναπόφευκτο ότι η σχέση μητέρας - παιδιού μέσα στην οικογένεια είχε τη μεγαλύτερη σπουδαιότητα και πως αποτελούσε την πρώτη κοινωνική δυάδα. Γι' αυτό πίστευαν πως η σχέση

αυτή ήταν η σημαντικότερη στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς και της προσωπικότητας.

Η σχέση αυτή εξακολουθεί να θεωρείται θεμελιακή, γίνεται όλο και πιο σαφές πως οι ατομικές ή οι κοινωνικές σχέσεις μιας μικρής ομάδας μετατρέπονται σε δυναμικά σημαντικές μόνον ως τμήμα μιας ευρύτερης κοινωνικής αναφοράς. Οι διαπιστώσεις αυτές στρέφουν τους ειδικούς να μελετήσουν τις αλληλεπιδράσεις μέσα σε ολόκληρη την οικογενειακή ενότητα ως ομάδα.

Ο πατέρας αντιδρά συνήθως στο stress με κοινωνική απομόνωση με απόσυρση, εσωτερικεύοντας τον εσωτερικό πόνο. Επίσης μπορεί να αντιδράσει στο stress με διαταραχές συμπεριφοράς διαγωγής, αλκοολισμό.

3.4 Η ΣΤΑΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η αναγνώριση από μια οικογένεια ότι έχει ένα ανάπηρο παιδί, δημιουργεί, μια σειρά ανάμικτων αντιδράσεων, ενοχή, θυμό, κατάθλιψη και ματαίωση είναι τα πιο συχνά συναισθήματα. Γι' αυτό το λόγο οι γονείς ψάχνουν συμβουλές, ζητούν το δυνατό γρηγορότερα πληροφόρηση και χρειάζονται πρακτικές συμβουλές για να μπορέσουν να χειριστούν τα παρόντα προβλήματα αλλά και να γνωρίζουν οτιδήποτε σχετικό με πιθανές μελλοντικές ανάγκες.

Μέχρι πολύ πρόσφατα η θεώρηση της οικογενειακής φροντίδας για τα άτομα με ειδικές ανάγκες είχε επικεντρωθεί στα πολύ μικρά παιδιά και τους γονείς τους. Ωστόσο η σχέση και οι δεσμοί γονέων και παιδιών και η οικογενειακή φροντίδα συνεχίζεται ακόμα και αν το παιδί ενηλικιωθεί.

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις των γονιών παρουσιάζουν τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Απώλεια, αυτοεκτίμησης: Η μειονεξία στο παιδί μπορεί να ερμηνευθεί ως μειονεξία του ίδιου, ιδιαίτερα αν ο γονιός ταυτίζεται στενά με το παιδί. Οι

επιδιώξεις στη ζωή ίσως διαφοροποιηθούν απότομα και ριζικά, ενώ μπορεί να εξαφανιστεί η όποια φαντασίωση μέσω των παιδιών.

2. Ντροπή: Υπάρχει πιθανότητα, να προεξοφλούν οι γονείς την κοινωνική απόρριψη, τον οίκτο ή τον εμπαιγμό και τη συναιτιαζόμενη απώλεια γοήτρου. Ένα συνηθισμένο αποτέλεσμα μπορεί να είναι η κοινωνική απόσυρση.
3. Αμφιθυμία: Το φαινόμενο της ταυτόχρονης αγάπης και μίσους που βιώνουν συνήθως οι γονείς απέναντι στα παιδιά τους, είναι πιθανό να ενταθεί εξαιρετικά στη περίπτωση ενός καθυστερημένου παιδιού. Η έλλειψη εξέλιξης και η συμπεριφορά του καθυστερημένου παιδιού αποτελούν ίσως πηγές συνεχούς διάψευσης για τους γονείς. Η διάψευση αυτή με τη σειρά της προκαλεί θυμό και εχθρότητα, που μπορούν να οδηγήσουν στην επιθυμία θανάτου του παιδιού, σε συναισθήματα απόρριψης, συνοδευόμενα συνήθως από ενοχή. Επίσης μπορεί να υπάρξει αντιφατική συμπεριφορά από τους γονείς εναλλασσόμενη από την απόρριψη στην υπερπροστατευτικότητα.
4. Κατάθλιψη: Για ορισμένους γονείς, η νοητική καθυστέρηση συμβολίζει το θάνατο του παιδιού κι έτσι επιφέρει ξαφνικά μια αντίδραση πένθους. Τα χρόνια συναισθήματα πένθους, ως μη παθολογική αντίδραση στην ύπαρξη ενός καθυστερημένου παιδιού θεωρείται δεδομένη.
5. Αυτοθυσία: Ορισμένοι γονείς θυσιάζουν κάθε προσωπική ευχαρίστηση για χάρη του παιδιού σε βάρος άλλων μελών της οικογένειας. Το φαινόμενο αυτό ίσως συνοδευτεί από οικογενειακή αποδιοργάνωση συμπεριλαμβανομένων και συγκρούσεων μέσα στο γάμο. Το καθυστερημένο παιδί μπορεί να γίνει το κέντρο αμοιβαίων κατακρίσεων και επιρρίψεις ευθύνης μεταξύ των γονιών.
6. Αμυντική στάση: Οι γονείς ίσως γίνουν υπερευαίσθητοι σε υπονοούμενη κριτική του καθυστερημένου τους παιδιού και μπορεί να αντιδράσουν με

εχθρότητα. Σε ακραίες περιπτώσεις ίσως αρνηθούν την ύπαρξη καθυστέρησης, να εκλογικεύσουν τις ανεπάρκειες του παιδιού (Μπουσκάλια, 1993).

Οι Πιρόζα και Πιρόζα (1981) βλέπουν το παιδί σαν ένα μέλος του οικογενειακού συστήματος και έτσι θεωρούν πως η αποτελεσματική αντιμετώπιση - θεραπεία γι' αυτό είναι αδύνατη, χωρίς τη συμμετοχή και την υποστήριξη της οικογένειας.

Οι Gallanher, Beckman και Gtoss αναφέρουν ότι τα υψηλά επίπεδα του γονεϊκού stress συσχετίζονται με τους χαμηλότερους ρυθμούς της εξέλιξης των παιδιών. Συνήθως η φροντίδα του νοητικά καθυστερημένου παιδιού ανατίθεται εξ' ολοκλήρου στη μητέρα, αφού πολλές φορές ο πατέρας αφιερώνει αρκετό χρόνο στην εργασία του ή σε άλλες κοινωνικές δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να απομακρύνεται από την οικογένεια και έτσι να αποφεύγει τον πόνο που σχετίζεται με την παρουσία του νοητικά καθυστερημένου παιδιού.

Το στρες επηρεάζει όλους τους τομείς της ζωής της οικογένειας:

1. Την εργασία αφού εξαιτίας των αναγκών φροντίδας του νοητικά καθυστερημένου παιδιού, είναι συχνές οι απουσίες από την εργασία.
2. Τις συζυγικές σχέσεις: Το stress επηρεάζει τη συζυγική αρμονία και την ψυχική υγεία των γονέων. Όσο αφορά την ψυχική υγεία, υποστηρίζεται ότι συνήθως οι γυναίκες έχουν την τάση να στρέφονται προς τους άλλους αναζητώντας στήριξη και εξωτερικεύουν τα προβλήματα που τις απασχολούν, ενώ οι πατεράδες αντιδρούν στο stress με κοινωνική απομόνωση και απόσυρση.
3. Τις σχέσεις μεταξύ γονέων και φυσιολογικών παιδιών: Αρχικά υπήρχε η άποψη ότι επειδή οι γονείς αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στα παιδιά με ιδιαιτερότητες, με αποτέλεσμα να παραμελούν τα παιδιά τους δίχως κάποια ιδιαιτερότητα. Όμως σύμφωνα με έρευνες κατέληξαν στο σημείο

ότι οι γονείς είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένοι. Άλλωστε όπως έχουμε αναφέρει ξανά τα αδέρφια, εμπλέκονται στα πρακτικά προβλήματα φροντίδας του νοητικά καθυστερημένου παιδιού. Με αυτόν τον τρόπο μπορούν να εκτιμήσουν καλύτερα τη δική τους υγεία και βλέπουν με συμπάθεια, τους ανθρώπους που υποφέρουν.

4. Το stress επηρεάζει επίσης τις κοινωνικές σχέσεις της οικογένειας: Υπάρχει η τάση κοινωνικής απομόνωσης, δεδομένου ότι το στίγμα της αναπηρίας εξακολουθεί να υπάρχει. Το 1980 ο Duron σε μια σχετική έρευνα βρήκε ότι το 87% των οικογενειών περιορίζουν τις πολιτιστικές δραστηριότητες, ενώ το 77% περιορίζουν την επαφή και την επικοινωνία με φίλους (Ελευθεριάδου, 1996).

3 . 5 ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ – ΑΛΛΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Το νοητικά καθυστερημένο παιδί όταν είναι πρωτότοκο

Η πρώτη γέννηση έχει μεγάλη σημασία για τη μητέρα. Όμως η γέννηση ενός παιδιού με νοητική στέρηση μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες στην ισορροπία του ζευγαριού. Οι γονείς δεν έχουν κανένα εκπαιδευτικό πρότυπο, και πολλές φορές νιώθουν χαμένοι.

Αν στην συγκεκριμένη οικογένεια, γεννηθούν άλλα παιδιά, η παρουσία του ανάπηρου αδερφού ή αδερφής θα τους φανεί φυσική. Αλλά στην πορεία της εξέλιξης, θα ανακαλύψουν στους συμμαθητές τους άλλα οικογενειακά πρότυπα και θα πρέπει να προσδιορίσουν τη σχέση τους με τον πρωτότοκο αδερφό τους. Υπάρχουν περιπτώσεις που συμπεριφορά των γονιών απέναντι στο άρρωστο παιδί, που μπορεί να μονοπωλεί όλη την προσοχή, να έχει σοβαρές επιπτώσεις στα άλλα παιδιά: Με αποτέλεσμα να αισθανθούν επιθετικότητα απέναντι στο πρωτότοκο παιδί που μονοπωλεί όπως πιστεύουν, την προσοχή και την αγάπη των γονέων τους.

Το παιδί είναι το πιο μικρό από τ' αδέρφια

Πολλές φορές το μικρότερο παιδί υπερπροστατεύεται μέσα στην οικογένεια, γεγονός που εγκυμονεί κινδύνους και μπορεί να βλάψει την πρόοδο και την ανάπτυξή του. Μερικές φορές τ' αδέρφια ασκούν μια συμπεριφορά, παρόμοια μ' εκείνη των γονιών τους. Τα παιδιά δεν πρέπει να αναλαμβάνουν γονεϊκό ρόλο απέναντι στο καθυστερημένο αδερφό ή αδερφή τους.

Οι γονείς δεν πρέπει να αναγκάζουν τα παιδιά τους ν' αναλαμβάνουν ευθύνες που δεν τους αναλογούν και είναι πάνω από τις δυνατότητές τους. Αυτά τα παιδιά έχουν την προσωπική τους ζωή και οι γονείς δεν πρέπει να το ξεχνάνε. (Γκαλάν, 1997)

Άλλα αδέρφια στην οικογένεια

Μεγάλο μέρος της αρχικής αντίδρασης στη περίπτωση γέννησης ενός παιδιού με νοητική καθυστέρηση, η ενημέρωση των άλλων παιδιών που υπάρχουν ήδη στην οικογένεια, και είναι φυσιολογικά, είναι ζωτικής σημασίας. Η όποια προσποίηση για τα πραγματικά γεγονότα και η υποβάθμισή τους, προκαλεί αναπόφευκτα πολλά ερωτηματικά που με τη σειρά τους προκαλούν άγχος και φόβο.

Η στάση της μητέρας ασκεί τη μεγαλύτερη επίδραση αν το παιδί με ειδικές ανάγκες θα γίνει αποδεκτό ή θα απορριφθεί από την οικογένεια. Αν μπορέσει εκείνη ν' αντιμετωπίσει το πρόβλημα με λογική αποδοχή και αυτοπεποίθηση μ' έναν αρκετά ολοκληρωμένο τρόπο το ίδιο θα κάνει και η οικογένεια. Ο Μπάνις (1965) υποστήριξε ότι τα άλλα παιδιά στην οικογένεια υιοθετούν τη στάση των γονιών απέναντι στο παιδί με ειδικές ανάγκες.

Αρχικά υπήρχε η άποψη ότι επειδή οι γονείς αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στα ανάπηρα παιδιά τους, λόγω των αυξανόμενων αναγκών

φροντίδας, το αποτέλεσμα είναι να παραμελούν τα «φυσιολογικά» παιδιά τους.

Όμως οι έρευνες που επικεντρώθηκαν σ' αυτό το σημείο κατέληξαν σε ομοφωνία, δεδομένου ότι οι γονείς φαίνονται ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι στο θέμα αυτό. Άλλωστε τα αδέλφια αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο, ανάλογα με το φύλο τους και συνήθως εμπλέκονται στη φροντίδα του ανάπηρου αδελφού.

Μ' αυτό το τρόπο μπορούν να εκτιμήσουν καλύτερα τη δική τους υγεία και βλέπουν με συμπάθεια τους ανθρώπους που υποφέρουν. Ανάμεσα σε κύκλους επαγγελματιών υγείας (κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, γιατρών) βρέθηκε ένα, μεγάλο ποσοστό αδελφών ανάπηρων παιδιών.

Όσον αφορά τις διαταραχές που μπορούν να παρουσιάσουν τα αδέλφια των ανάπηρων παιδιών, αυτές είναι μαθησιακές δυσκολίες ή διαταραχές συμπεριφοράς (διαταρακτική συμπεριφορά). Είναι σίγουρα απαραίτητη η ψυχολογική υποστήριξη των φυσιολογικών αδελφών ή η θεραπευτική αντιμετώπιση αν εμφανιστούν οι ανωτέρω διαταραχές.

Είναι αναγκαίο επίσης η συμβουλευτική παρέμβαση και ενημέρωση και ειδικά για τις περιπτώσεις παιδιών που προέρχονται από μεγάλες οικογένειες με πολλά προβλήματα.

Τα αδέλφια ενός ανάπηρου παιδιού αντικατοπτρίζουν τα συναισθήματα των γονιών τους, αλλά αντιμετωπίζουν κάποια προβλήματα που αφορούν τα ίδια. Μπορεί να αισθάνονται παραμελημένα κι αγνοημένα μπορεί να εμφανίσουν νευρωτικά ή αντικοινωνικά συμπτώματα.

Η κοινωνική τους ζωή μπορεί να δοκιμαστεί από προβλήματα και συχνά βρίσκονται σε δύσκολη θέση να καλέσουν φίλους στο σπίτι. Η φροντίδα του ανάπηρου παιδιού μετά το θάνατο των γονιών είναι μια, πρόσθετη ανησυχία. Επίσης τα αδέλφια, κατά την εφηβεία μπορεί ν'

ανησυχούν για τις πιθανές γενετικές ανωμαλίες κατά τη δική τους τεκνοποιία. (Τσιάνης – Μανωλόπουλος, 1989)

Το πρόβλημα που δημιουργεί ένα ανάπηρο παιδί στα αδέρφια του εκτείνεται από τη στιγμή που σε μερικές οικογένειες, οι γονείς δεν είναι πια σε θέση να παρέχουν φροντίδα έχοντας σαν αποτέλεσμα όλη η φροντίδα να συγκεντρώνεται στα αδέρφια.

Τα αδέρφια ενός καθυστερημένου παιδιού αντικατοπτρίζουν τα συναισθήματα των γονιών, άλλα αντιμετωπίζουν κάποια μοναδικά προβλήματα που αφορούν τα ίδια. Μπορεί να αισθάνονται παραμελημένα και αγνοημένα και μπορεί να εμφανίσουν νευρωτικά ή αντικοινωνικά συμπτώματα. Η ίδια η κοινωνική τους ζωή μπορεί να δοκιμαστεί από προβλήματα και συχνά βρίσκονται σε δύσκολη θέση να καλέσουν φίλους στο σπίτι. Η φροντίδα του ανάπηρου παιδιού, μετά το θάνατο των γονιών είναι μια πρόσθετη ανησυχία. Επίσης, τα αδέρφια, κατά την εφηβεία, μπορεί να ανησυχούν για τις πιθανές γενετικές ανωμαλίες κατά τη δική τους τεκνοποιία.

Σε μια έρευνα του L. Rowitz (1992), σχετικά με τις αδελφικές σχέσεις καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Σε μια από τις λίγες μελέτες, που περιλάμβανε μια ευρεία κλίμακα ηλικιών (από 12 έως 69 χρόνια) αναφέρεται ένας αριθμός διαφορών σχετικών με την ηλικία και τη σειρά γέννησης στις σχέσεις ανάμεσα στα αδέρφια, παράδειγμα, αδέρφια που ήταν μερικά χρόνια μεγαλύτερα από το καθυστερημένο παιδί ήταν πιο ικανοποιημένα με την αδελφική σχέση απ' ό,τι εκείνα που ήταν μικρότερα σε ηλικία από το καθυστερημένο.

Από άλλες έρευνες, βρέθηκε ότι, ακόμη και όταν οι γονείς παραμένουν η βασική αγωγή φροντίδας, τα αδέρφια τείνουν να συγκεντρώνουν μεγαλύτερη ευθύνη για το καθυστερημένο παιδί καθώς οι γονείς μεγαλώνουν (L. Rowitz, 1992).

3 . 6 ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Νηπιακή και Πρώιμη παιδική ηλικία: Κατά τη νηπιακή και πρώιμη παιδική ηλικία, οι αναπτυξιακές καθυστερήσεις δεν είναι πάντα εμφανής, πολλές μητέρες δυσκολεύονται να καταλάβουν τις

ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού τους. Πολλές φορές το νοητικά μειονεκτικό παιδί, παρουσιάζει αργοπορία στην ομιλία, στις κινητικές δραστηριότητες και σε οπτικοκινητικές λειτουργίες.

Ώριμη παιδική ηλικία

Στη σχολική ηλικία, οι διαφορές ανάμεσα στ' άλλα παιδιά και στο παιδί με νοητική στέρηση, γίνονται πιο φανερές. Το παιδί με νοητική στέρηση, δυσκολεύεται να συμμετάσχει σ' ένα σχολικό πρόγραμμα χωρίς συγκρίσεις ανάμεσα στις ικανότητές του κι εκείνες των συμμαθητών. Είναι αδύνατο αυτό το παιδί να έχει την ίδια απόδοση στα μαθήματα με τους συμμαθητές του και είναι λογικό να του δοθεί ιδιαίτερη προσοχή, και πολλές φορές είναι αναπόφευκτη η τοποθέτησή του σε ειδική τάξη.

Κατά τη διάρκεια της σχολικής περιόδου προβλήματα υπάρχουν και στον τομέα της κοινωνικοποίησης. Είναι λογικό, το παιδί με νοητική στέρηση να λειτουργεί σε μία χαμηλότερη νοητική ηλικία από εκείνη των συνομηλίκων του και πολλές φορές δυσκολεύεται να κατανοήσει τη γλώσσα, τον τρόπο και τους κανόνες κάποιου παιχνιδιού. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ανακοπή αναγκαίας κοινωνικοποίησης και επικοινωνίας στην διασκέδαση και στις παιδικές δραστηριότητες.

Εφηβεία

Εφηβεία είναι η περίοδος της μετάβασης που χωρίζει την παιδική ηλικία από την ενηλικίωση. Ο έφηβος που έχει κάποια ιδιαιτερότητα έχει περισσότερες δυσκολίες από το «φυσιολογικό» έφηβο να εκφράσει την επαναστατικότητα του και έχει πολλές ερωτήσεις, χωρίς να τις διατυπώνει. Ο έφηβος γίνεται επιθετικός γιατί έχει ανάγκη τη μητέρα του και παράλληλα δεν

ανέχεται να την έχει ανάγκη. Η κοινωνικοποίηση του έφηβου, βρίσκεται στο κορυφαίο σημείο σπουδαιότητας. Η συμμετοχή και η αποδοχή από τους συνομηλίκους του, στην παρέα παίζουν μεγάλο ρόλο στην ανάπτυξη μιας καλής αυτοαντίληψης, όμως η ικανότητα επικοινωνίας είναι περιορισμένη, με αποτέλεσμα πολλές φορές να υπάρχει αδιαλλαξία.

Στην εφηβεία, οι αυξημένες σεξουαλικές ορμές φέρουν και άλλα προβλήματα στους νοητικά μειονεκτικούς. Οι σωματικές αλλαγές δημιουργούν ψυχολογικά προβλήματα στους περισσότερους εφήβους. Όμως οι νοητικά μειονεκτικοί έχουν λιγότερες πιθανότητες να διαθέτουν την ικανότητα να καταλάβουν τα φαινόμενα αυτά (Γκαλάν, 1997).

3.7 ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Η έλλειψη πληροφόρησης και ενημέρωσης της κοινότητας αλλά και η ίδια η στάση της οικογένειας του διανοητικά καθυστερημένου παιδιού δημιουργούν τις προϋπόθεσης για να αναπτυχθούν προκαταλήψεις, να δημιουργηθούν μύθοι έχοντας ως αποτέλεσμα να εμποδιστούν έτσι οι κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις.

Η οικογένεια αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κοινότητας, η απομόνωση δεν βοηθάει κανένα. Τα τελευταία χρόνια η στάση της κοινωνίας απέναντι στο διανοητικά καθυστερημένο παιδί δεν είναι πια τόσο αρνητική. Αυτό κατορθώθηκε κυρίως μετά από τις προσπάθειες των γονιών να εξασφαλίσουν για τα παιδιά τους μεγαλύτερη και ουσιαστικότερη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, όπως στο σχολείο, στη γειτονιά.

Η ανάπτυξη κατάλληλων δικτύων υποστήριξης στη κοινότητα είναι ταγμένα στο να ξεπεραστούν βιοτικές δυσκολίες της οικογένειας, προβλήματα υγείας άλλων μελών, οι αντιδράσεις στιγματισμού από την κοινότητα που επιδεινώνουν τα ψυχικά προβλήματα της μητέρας και τις ψυχικές διαταραχές. Εφαρμόζοντας δίκτυα φροντίδας προς τη μητέρα, το παιδί, την οικογένεια μπορεί να ανακοπεί ο φαύλος κύκλος των ανωτέρων στοιχείων.

Να περιοριστούν οι αντιδράσεις απομόνωσης και στιγματισμού εναντίον των ατόμων που μειονεκτούν και των οικογενειών τους. Αντιδράσεις στις οποίες η κοινωνία αποκαλύπτει έλλειψη ευαισθησίας, γνώσης. Τα κοινωνικά αισθήματα θα επηρεάσουν ολόκληρη την οικογένεια και τη σχέση της με το ιδιαίτερο μέλος.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΟΝΕΩΝ

Η σπουδαιότητα του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος είναι αναμφισβήτητη. Το είδος των ερεθισμάτων που δέχεται το άτομο από το άμεσο και έμμεσο περιβάλλον, έχει τεράστια επίδραση στη γλωσσική ανάπτυξη, στο σχηματισμό εννοιών και κρίσεων, στην όξυνση των αισθήσεων, στην εξέλιξη της δημιουργικής φαντασίας και στην απόκτηση συναισθηματικής ωριμότητας. Η έλλειψη μορφωτικού επιπέδου των γονέων μπορεί να προκαλέσει σημαντική καθυστέρηση στην ψυχοπνευματική καθυστέρηση του παιδιού.

Με λίγα λόγια, η έλλειψη μορφώσεως των γονέων, τα ακατάλληλα γλωσσικά πρότυπα και η έλλειψη των απαραίτητων ερεθισμάτων (γλωσσικών, οπτικών, ακουστικών) αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες για τη συναισθηματική και νοητική ανάπτυξη του παιδιού (Δ. Μπαρδής, 1993).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Η ύπαρξη αυξημένης εσωστρέφειας στις μητέρες πιθανώς εκφράζει και την τάση των οικογενειών με μειονεκτούντα άτομα για κοινωνική απομόνωση. Όπως και στις οικογένειες με ψυχωτικά μέλη, ενοχές, ντροπή, καχυποψία, περιορίζουν τις σχέσεις των ατόμων με την κοινότητα.

Το stress της μειονεξίας επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις της οικογένειας, υπάρχει η τάση για κοινωνική απομόνωση, δεδομένου ότι υπάρχει από την οικογένεια ο φόβος του στιγματισμού που είναι πιο έντονος στις μικρές κοινωνίες, δεδομένου ότι το στίγμα της αναπηρίας εξακολουθεί να

υφίσταται. Το 1980 ο Duron σε μια σχετική έρευνα βρήκε ότι το 87% των οικογενειών περιορίζουν τις πολιτιστικές δραστηριότητες, ενώ το 77% περιορίζουν την επαφή και την επικοινωνία με φίλους.

Το πρόβλημα επιδεινώνεται ακόμα περισσότερο όταν και η κοινότητα αντιδρά με τρόπο που απομονώνει και στιγματίζει τις οικογένειες με μειονεκτούντα μέλη.

Το κοινωνικό περιβάλλον αναφέρεται στους

1. Συγγενείς - φίλους της οικογένειας
2. Συνομήλικους του παιδιού
3. Σχολείο
4. Ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον

1. Συγγενείς - Φίλοι - Οικογένειας

Οι οικογένειες δεν θα έχουν μόνο να αντιμετωπίσουν μόνο τις εσωτερικές πιέσεις, αλλού και εκείνες που ασκούνται από εξωτερικές δυνάμεις. Αρχικά έχουν να αντιμετωπίσουν τους παππούδες και τις γιαγιάδες. Γι' αυτό και η ανακοίνωση είναι διπλά επώδυνη πρώτον επειδή ο εγγονός ή η εγγονή που περιμένανε έχει κάποια ιδιαιτερότητα κάποιο πρόβλημα και δεύτερον επειδή το παιδί τους υποφέρει.

Πολλές φορές οι συγγενείς ασυνείδητα μπορεί να δημιουργήσουν πιέσεις στη μητέρα. Οι καλοπροαίρετες παρατηρήσεις ερμηνεύονται συχνά από τις υπερευαίσθητες, εξαντλημένες μητέρες ως κριτική, σκληρότητα και αμφισβητήσεις των ικανοτήτων και των αποφάσεών της. Η επιθυμία τους να βοηθήσουν τα παιδιά τους μπορεί να τους κάνει αδέξιους ή αδιάκριτους.

Υπάρχει η περίπτωση να γίνεται κάποια κριτική στη μητέρα από συγγενείς. Αν ήταν προσεκτικότερη στην εγκυμοσύνη, αν δεν είχε παντρευτεί

το συγκεκριμένο άντρα, δεν θα είχε γεννήσει ένα παιδί με ειδικές ανάγκες. Κάτι τέτοιες απόψεις μπορεί να αποδειχτούν ισοπεδωτικές για τη μητέρα.

Σημαντικό ρόλο έχει η συμπεριφορά των θείων, των φίλων, ακόμη και η πιθανή νονά, οι οποίοι μπορούν να συμπαρασταθούν στη μητέρα, να την κάνουν να νιώσει ότι δεν είναι μόνη. Αντιλαμβανόμενη η μητέρα αυτή τη προθυμία τους να βοηθήσουν θα αισθανθεί λιγότερο μόνη και θα μπορέσει αν χρειαστεί να ζητήσει βοήθεια.

Συχνά οι γονείς στη προσπάθειά τους να μετριάσουν το πλήγμα παραλλάζουν τα γεγονότα, αλλά τις περισσότερες φορές είναι ένας ασυνείδητος τρόπος για την αποφυγή μιας δυσάρεστης ευθύνης.

2. Συνομήλικοι

Οι περισσότεροι άνθρωποι διστάζουν πάρα πολύ να πλησιάσουν παιδιά νοητικά καθυστερημένα, όπως θα έκαναν με άλλα παιδιά. Φοβούνται να τα αγγίξουν, να τα παίξουν να έχουν μαζί τους δραστηριότητες τις οποίες θα απολάμβαναν με οποιοδήποτε φυσιολογικό παιδί. Στερώντας τις πρώτες φυσικές διασκεδαστικές επαφές στα παιδιά αναγκάζεις στο να μάθουν πολυπλοκότερες κοινωνικές αλληλοεπιδράσεις που απαιτούνται καθώς μεγαλώνουν.

Πολλές φορές γονείς μειονεκτούντων παιδιών, εισπράττουν την άρνηση γονιών που έχουν φυσιολογικά παιδιά, να επιτρέψουν στα παιδιά τους να παίξουν με το δικό τους.

Μια ιδιαιτερότητα που παρουσιάζουν τα συνομήλικα παιδιά, είναι ότι τα παιδιά από τα πολύ μικρά τους χρόνια αποδέχονται και ενσωματώνουν στις παρέες τους, στο παιγνίδι τους, τα παιδιά με ιδιαιτερότητες, ίσως γιατί λειτουργούν με βάση το συναίσθημα και χωρίς προκαταλήψεις, όπως συμβαίνει συχνά με τους ενήλικες.

Η συναναστροφή στο παιχνίδι, στη διασκέδαση, στον αθλητισμό, σε κοινωνικές συγκεντρώσεις, είναι ο χώρος όπου μπορεί ένα παιδί με νοητική καθυστέρηση να ενσωματωθεί με τους συνομήλικους. Το κύριο βάρος για την ενθάρρυνση και προτροπή για συμμετοχή πέφτει στην οικογένεια.

Αντίθετα ένα παιδί που είναι προσκολλημένο στους γονείς δεν το βοηθάει να αναπτύξει την κοινωνικότητά του, να μάθει να συμπεριφέρεται σωστά, να χαίρεται το παιχνίδι και τη συντροφικότητα, περιθωριοποιείται και απομονώνεται.

3. Σχολείο

Οι ενοχές, η ντροπή, η καχυποψία, περιορίζουν τις σχέσεις της οικογένειας με την κοινότητα. Η ύπαρξη ενός δυσπροσάρμοστου μαθητή βιώνεται από τους γονείς των «φυσιολογικών» μαθητών ως η ζωντανή έκφραση ενός κινδύνου, ο οποίος απειλεί τα παιδιά τους. Ως αποτέλεσμα προκύπτει φόβος και επιθετικότητα. Οι δάσκαλοι κανονικών τάξεων αναφέρουν ότι συχνά γονείς ζητούν επίμονα την απομάκρυνση μαθητών που δεν μπορούν να προσαρμοστούν στο σχολικό περιβάλλον, λόγω της νοητικής δυσλειτουργίας τους, για τις μητέρες και τις οικογένειές τους αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα stress, λαμβάνοντας μηνύματα απόρριψης και κατανόησης για τα παιδιά τους αλλά και για τις ίδιες και τα προβλήματα που έχουν (Ελευθεριάδου, 1996).

3.8 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η παρουσία ενός ανάπηρου παιδιού δημιουργεί οπωσδήποτε πολλά προβλήματα και εντάσεις μέσα στο σπίτι. Οι γονείς πρέπει να εξασφαλίσουν μια ισορροπία ανάμεσα στις ανάγκες του προβληματικού παιδιού και τις ανάγκες τις δικές τους και των άλλων παιδιών τους και ως προς την κατεύθυνση αυτή θα χρειαστούν οπωσδήποτε τη βοήθεια των μελών της διαγνωστικής ομάδα.

Έτσι, προκύπτει σαν φυσικό επακόλουθο η ανάγκη συμβουλευτικής των γονέων, που στόχος της είναι να βοηθήσει τους γονείς στην καλύτερη αντιμετώπιση του παιδιού, καθώς και στην αντιμετώπιση των προσωπικών του αναγκών.

Η συμβουλευτική των γονιών προέχεται από δύο κυρίως θεωρητικές προσεγγίσεις ή προσανατολισμούς: τη συμβουλευτική αντικατοπτρισμού και τη συμβουλευτική που διέπεται από τις αρχές της θεωρίας της συμπεριφοράς.

Στην πρώτη περίπτωση, οι γονείς ενθαρρύνονται να εκφράσουν και να εξετάσουν τα δικά τους αισθήματα προς το παιδί και επίσης να συνειδητοποιήσουν και ν' αποδεχτούν τα συναισθήματα και τις ανάγκες του παιδιού.

Στη δεύτερη περίπτωση, δίνεται έμφαση στην ενεργό βοήθεια προς τους γονείς, για να μάθουν πώς να διδάσκουν στο παιδί νέες δεξιότητες και πώς να χειρίζονται την προβληματική του συμπεριφορά.

Σήμερα, επικρατεί γενικά η άποψη ότι η συμβουλευτική αρχίζει με τον εντοπισμό των ειδικών αναγκών των γονέων και του παιδιού τους, καθώς και την άμεση αντιμετώπισή τους (Τσιάντη, 1989).

Η στήριξη, πάντως των οικογενειών με παιδιά με ειδικές ανάγκες μπορεί να πάρει πολλές μορφές και βαθμούς, ανάλογα με το στάδιο συνειδητοποίησης στο οποίο βρίσκεται η οικογένεια, την ιδιαιτερότητα κάθε οικογένειας και το περιεχόμενο της παρεχόμενης στήριξης. Ανάλογα με το

περιεχόμενο της παρεχόμενης βοήθειας και στήριξης, μπορούμε να διακρίνουμε τρεις τύπους: την ψυχοσυναισθηματική στήριξη, την πληροφόρηση και την παροχή λύσεων σε συγκεκριμένα προβλήματα της καθημερινότητας.

A) Συναισθηματική – ψυχολογική υποστήριξη

Η αναταραχή που δημιουργείται στον ψυχολογικό και συναισθηματικό κόσμο των γονέων με τον ερχομό ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες είναι ιδιαίτερα έντονη και περίπλοκη. Τύφος, συναισθήματα ενοχής, θυμός και επιρρίψει ευθυνών στο σύζυγο, πανικός και τρόμος για το μέλλον, αμφιβολίες για την ικανότητά τους ως γονείς είναι ελάχιστα από τα στοιχεία που μπορεί να κλονίσουν τις όποιες ψυχοσυναισθηματικές ισορροπίες των γονιών.

Η ύπαρξη κάποιου ή κάποιων ατόμων που θα μπορέσουν να στηρίξουν τους γονείς ανάλογα με την περίπτωση είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η στήριξη αυτή δεν προϋποθέτει την ύπαρξη κάποιου ειδικού αλλά μπορεί να συμπεριλάβει τις ήδη υπάρχουσες δομές μέλη της ευρύτερης οικογένειας, τους φίλους, τους γείτονες της οικογένειας.

Οι ομάδες επίσης στήριξης – αυτοβοήθειας, που αποτελούνται από γονείς ατόμων με ειδικές ανάγκες, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές και μπορούν να προσφέρουν στους γονείς στοιχεία που δεν μπορούν να προσφέρουν ειδικοί επιστήμονες.

B) Πληροφόρηση

Ένα σημαντικό μέρος της στήριξης των οικογενειών με άτομα με ειδικές ανάγκες είναι η παροχή πληροφοριών. Οι πληροφορίες αυτές μπορεί να είναι ιατρικές, ψυχολογικής, εκπαιδευτικής ή επαγγελματικής φύσης και έχουν ως στόχο να βοηθήσουν τους γονείς να κατανοήσουν τη φύση, τα συμπτώματα και τις συνέπειες της αναπηρίας του παιδιού τους.

Οι ανάγκες, μάλιστα, πληροφόρησης δεν περιορίζονται μόνο στην αρχική φάση, αλλά σε κάθε περίπτωση κατά την οποία οι γονείς χρειάζεται να κάνουν μια επιλογή ή να πάρουν μια απόφαση.

Γ) Παροχή βοήθειας – λύσεων σε καθημερινά προβλήματα

Εκτός από την ψυχολογική στήριξη και την παροχή πληροφοριών, οι γονείς με άτομα με ειδικές ανάγκες χρειάζονται τη βοήθεια στην καθημερινότητά τους. Η καθημερινή ενασχόληση με ένα παιδί με νοητική καθυστέρηση ή γενικά με ειδικές ανάγκες μπορεί να είναι ιδιαίτερα κουραστική και να στερεί τους γονείς από πάρα πολλές ευκαιρίες. Έτσι οι δομές οι οποίες μπορούν να εξυπηρετήσουν και να ελαφρύνουν το βάρος της φροντίδας του παιδιού με ειδικές ανάγκες, είτε στο περιβάλλον του σπιτιού είτε έξω από αυτό, είναι πολύ σημαντικές (Παντελιάδου, 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Εισαγωγή Κεφαλαίου

Το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται στην επιλογή του δείγματος, στην κατάρτιση του ερωτηματολογίου και στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Η επιλογή του δείγματος και του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα είχε σκοπό να εξετάσει την επίδραση της νοητικής ανάπτυξης του παιδιού στο στρες της μητέρας.

Το δείγμα αποτελούσαν 30 μητέρες που τα παιδιά τους παρουσίαζαν νοητική καθυστέρηση και 30 μητέρες που είχαν παιδιά χωρίς νοητική καθυστέρηση.

4.2. Επιλογή δείγματος

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν 30 μητέρες που τα παιδιά τους είχαν νοητική καθυστέρηση (ομάδα Α) και 30 μητέρες που τα παιδιά τους δεν είχαν νοητική καθυστέρηση (ομάδα Β).

Για την ομάδα Α, η επιλογή του δείγματος έγινε σε 3 ειδικά σχολεία του νομού Ηρακλείου (Κνωσού, Πειράνθου, Παπανδρέου) και στο ΠΙΚΠΑ. Για την ομάδα Β, η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα 3 «κανονικά» σχολεία που συστεγά-ζονται με τα 3 ειδικά σχολεία που έχουν αναφερθεί. Το ΠΙΚΠΑ επιλέχτηκε σε μια προσπάθεια περισσότερων ερωτηματολογίων της ομάδας Α, ώστε ο αριθμός των ερωτηματολογίων των «κανονικών» σχολείων να είναι ίσος με τον αριθμό των ερωτηματολογίων των ειδικών σχολείων.

Τα ερωτηματολόγια στα «κανονικά» σχολεία δόθηκαν στην Ε και στην ΣΤ τάξη των δημοτικών σχολείων.

Στα «κανονικά» σχολεία δόθηκαν 74 ερωτηματολόγια, στο σχολείο της Κνωσού δόθηκαν 25 ερωτηματολόγια από τα οποία επιστράφηκαν τα 13, στο σχολείο στην Πειράνθου δόθηκαν 26 από τα οποία επιστράφηκαν τα 11 και στο σχολείο στην Παπανδρέου δόθηκαν 22 από τα οποία επιστράφηκαν τα 8. Δηλαδή συνολικά δόθηκαν 74 ερωτηματολόγια (100%) από τα οποία επιστράφηκαν τα 32 (43,2%).

Όσον αφορά τα ειδικά σχολεία και το ΠΙΚΠΑ δόθηκαν 51 ερωτηματολόγια, στο σχολείο της Κνωσού δόθηκαν 4 ερωτηματολόγια από τα οποία επιστράφηκαν τα 3, στο σχολείο της Πειράνθου δόθηκαν 24 από τα οποία επιστράφηκαν τα 17, στο σχολείο στην Παπανδρέου δόθηκαν 17 ερωτηματολόγια από τα οποία επιστράφηκαν τα 8 (από τα οποία αφαιρέθηκαν τα 2, γιατί δεν είχαν συμπληρωθεί όλες οι απαντήσεις) και στο ΠΙΚΠΑ δόθηκαν 6 από τα οποία επιστράφηκαν τα 4. Δηλαδή συνολικά δόθηκαν 51 ερωτηματολόγια (100%) από τα οποία επιστράφηκαν τα 39 (62.7%).

4.3. Κατάρτιση ερωτηματολογίου

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, αναφέρονται τα αντικειμενικά δημογραφικά στοιχεία των γονιών και του παιδιού. Το δεύτερο μέρος βασίζεται στο ερωτηματολόγιο των Friedrich et al (1983), το οποίο είναι ένα διεθνές αναγνωρισμένο ερωτηματολόγιο και που έχει χρησιμοποιηθεί στον ελλαδικό χώρο από Τούντα (1993) και από Αρώνη (2.000).

Αποτελείται από 4 υποομάδες:

Στην πρώτη ομάδα έχουμε ερωτήσεις οι οποίες αφορούν το νοητικό και επικοινωνιακό επίπεδο του παιδιού. Στην ομάδα αυτή ανήκουν οι ερωτήσεις (1, 6, 11, 14, 17, 19, 21, 23, 30, 34, 37, 39, 41, 44, 48).

π.χ. Ο/Η ... δεν επικοινωνεί με άλλα άτομα της ηλικίας του/της.

Ο/Η ... δεν μπορεί να συγκεντρώσει την προσοχή του/της για πολύ διάστημα.

Στην δεύτερη ομάδα έχουμε ερωτήσεις που αφορούν τα οικογενειακά προβλήματα. Στην συγκεκριμένη ομάδα ανήκουν οι ερωτήσεις (2, 3, 5, 9, 10, 12, 15, 16, 18, 20, 24, 31, 33, 35, 40, 42, 45, 46, 50, 51).

π.χ. Άλλα μέλη της οικογένειας πρέπει να στερηθούν κάποια πράγματα εξαιτίας του/της ...

Έχω εγκαταλείψει πράγματα, στα οποία θα ήθελα πραγματικά να κάνω, προκειμένου να φροντίσω τον/την.

Στην τρίτη ομάδα ανήκουν οι ερωτήσεις που αφορούν τα αρνητικά συναισθήματα και τις απαισιόδοξες σκέψεις της μητέρας απέναντι στο παιδί.

Στη συγκεκριμένη ομάδα ανήκουν οι ερωτήσεις (4, 7, 13, 22, 25, 27, 28, 29, 32, 43, 47).

π.χ. Ανησυχώ σχετικά με το τι θα συμβεί στον/στην ... όταν δεν θα μπορώ πια να τον/την φροντίζω.

Έχω αποδεχτεί το γεγονός ότι ο/η ... ίσως χρειαστεί να ζήσει το υπόλοιπο της ζωής του σε κάποιο ειδικό περιβάλλον (π.χ. ίδρυμα).

Στην τέταρτη ομάδα ανήκουν οι ερωτήσεις που αφορούν την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης του παιδιού. Στη συγκεκριμένη ομάδα ανήκουν οι ερωτήσεις (8, 26, 36, 38, 49, 52).

π.χ. Ο/Η ... μπορεί να τραφεί μόνος του/της

Ο/Η ... μπορεί να πάει στην τουαλέτα μόνος του/της

Κάθε θετική απάντηση δίνει μια μονάδα, κάθε αρνητική καμία μονάδα. Τα επίπεδα του στρες μπορούν να είναι από 0 (καμία θετική απάντηση) έως 52 (όλες οι απαντήσεις θετικές).

4.4. Διαδικασία έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα τέλη Οκτωβρίου 2001 και διήρκεσε έως τα τέλη Δεκεμβρίου του ίδιου χρόνου.

Αρχικά πραγματοποιήθηκε επαφή με τον προϊστάμενο της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης όπου του δόθηκαν πληροφορίες για το ποιοι ήμασταν, το περιεχόμενο της έρευνας και τη σκοπιμότητα αυτής. Στη συνέχεια αφού και δόθηκε η έγκρισή του, ακολούθησε επαφή με τους διευθυντές των σχολείων και στη συνέχεια επαφή με τους δασκάλους. Αυτοί ενημερώθηκαν επίσης για τους σκοπούς και το περιεχόμενο της έρευνας, όπου και τους ζητήθηκε η συμμετοχή τους. Όλοι δέχτηκαν.

Στα «κανονικά» σχολεία τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους δασκάλους και οι ίδιοι με τη σειρά τους τα έδωσαν στα παιδιά, όπου ήταν και οι ίδιοι υπεύθυνοι για την παραλαβή των ερωτηματολογίων, μέσα σε χρονικό διάστημα 10 ημερών.

Στα ειδικά σχολεία υπήρχαν διαφοροποιήσεις. Η διαδικασία ήταν η ίδια με τα κανονικά σχολεία, στο σχολείο στην Κνωσό και στην Πείρανθο. Όσον αφορά το ειδικό σχολείο στην Παπανδρέου και το ΠΙΚΠΑ τα ερωτηματολόγια

δόθηκαν κατευθείαν από τις υπεύθυνες σπουδάστριες προς τους γονείς, όπως επίσης και η παραλαβή πραγματοποιήθηκε από τις ίδιες. Ο αριθμός των μητέρων που μπορέσαμε να βρούμε στο ΠΙΚΠΑ ήταν μικρός λόγω ότι πολλές μητέρες που πηγαίνουν τα παιδιά τους στο ΠΙΚΠΑ συνεργάζονται και με τα ειδικά σχολεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Εισαγωγή

Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει παρουσίαση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων, αναφέρονται οι απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτηθέντες. Ενώ στην ανάλυση των αποτελεσμάτων γίνεται επεξεργασία των απαντήσεων που έδωσαν οι μητέρες. Τέλος, γίνεται μία σύγκριση των απόψεων των δύο επιμέρους δειγμάτων που χρησιμοποιήθηκαν.

5.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Δημογραφικά στοιχεία γονέων

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων παρουσιάζονται αναλυτικά στους παρακάτω 3 πίνακες.

Εκπαίδευση: Ο πίνακας 1 παρουσιάζει τα δημογραφικά στοιχεία του πατέρα.

Το 35% (N=21) έχουν τελειώσει τη βασική εκπαίδευση, ενώ το 36% (N=22) από αυτούς έχουν τελειώσει τη μέση εκπαίδευση. Το 20% από τους πατέρες έχουν τελειώσει ανώτερη εκπαίδευση (N=12) και το 8,35% (N=5) έχουν τελειώσει ανώτατη εκπαίδευση.

Το εκπαιδευτικό προφίλ των πατέρων, σκιαγραφείται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 1: Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Εκπαιδευτικό επίπεδο	N	%
Βασική	21	35%
Μέση	22	36%
Ανώτερη	12	20%
Ανώτατη	5	8,35%
Σ υ ν ο λ ο	60	100%



Εκπαίδευση

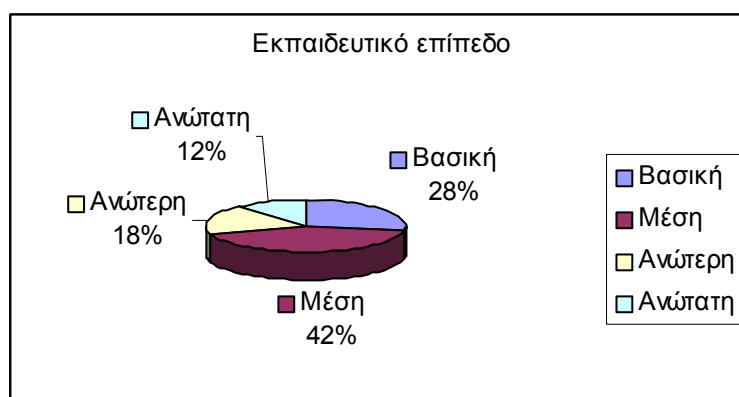
Ο πίνακας 2, παρουσιάζει τα δημογραφικά στοιχεία της μητέρας.

Το 28,33 των μητέρων (N=17) έχουν τελειώσει τη βασική εκπαίδευση, ενώ το 41,67% (N=25) από αυτές έχουν τελειώσει τη μέση εκπαίδευση. Το 18,33% (N=11) από τις μητέρες έχουν τελειώσει την ανώτερη εκπαίδευση και το 11,67% (N=7) έχουν τελειώσει την ανώτατη εκπαίδευση.

Το εκπαιδευτικό προφίλ των μητέρων, σκιαγραφείται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 2: Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Εκπαιδευτικό επίπεδο	N	%
Βασική	17	28,33
Μέση	25	41,67
Ανώτερη	11	18,33
Ανώτατη	7	11,67
Σ υ ν ο λ ο	60	100%



Οικογενειακή κατάσταση

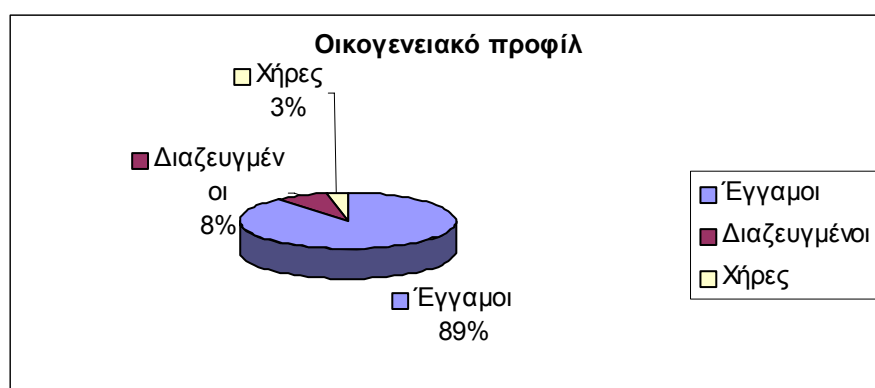
Ο πίνακας 3 παρουσιάζει την οικογενειακή κατάσταση των γονέων.

Το 88,33% (N=53) γονείς είναι παντρεμένοι ενώ το 8,33 (N=5) είναι διαζευγμένα και το 3,3% (N=2) μητέρες είναι χήρες.

Το οικογενειακό προφίλ των μητέρων σκιαγραφείται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 3: Οικογενειακό προφίλ γονέων

Οικογενειακό προφίλ	N	%
Έγγαμοι	53	88,33%
Διαζευγμένοι	5	8,33%
Χήρες	2	3,3%
Σ υ ν ο λ ο	60	100%



B. Δημογραφικά στοιχεία παιδιών

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του παιδιού παρουσιάζονται παρακάτω:

Άλλα παιδιά στην οικογένεια

Από τις 60 μητέρες που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια το 83,33% (N=50) είχαν και άλλα παιδιά στην οικογένεια, ενώ το 16,67% (N=10) δεν είχαν κανένα άλλο παιδί.

Μέση ηλικία παιδιών

Η μέση ηλικία των παιδιών με νοητική καθυστέρηση (ομάδα A) είναι 10,867 ενώ η μέση ηλικία των παιδιών που δόθηκαν τα ερωτηματολόγια χωρίς νοητική καθυστέρηση (ομάδα B) είναι 10,767. Η χρονολογική ηλικία είναι η ίδια χωρίς αυτό να σημαίνει ότι υπάρχει συσχέτιση της ηλικίας, με την νοητική ανάπτυξη των παιδιών.

Οι οικογένειες που έχουν παιδί με νοητική καθυστέρηση τείνουν να έχουν περισσότερα παιδιά (M=21) σε σχέση με τις μητέρες που δεν έχουν παιδιά με νοητική καθυστέρηση (M=12).

Άλλα παιδιά στην οικογένεια

Ο πίνακας 4 παρουσιάζει πόσα επιπλέον παιδιά υπάρχουν στις οικογένειες.

Το 30% των οικογενειών (N=18) είχαν ένα επιπλέον παιδί στην οικογένεια, ενώ το 38,33% (N=23) είχαν επιπλέον δύο παιδιά. Το 10% (N=6) είχαν άλλα τρία παιδιά, το 3,33% (N=2) είχαν άλλα τέσσερα παιδιά, το 1,675% (N=1) είχε άλλα έξι παιδιά, και το 16,67 (N=10) ήταν μοναχοπαίδια.

Το σύνολο των παιδιών στην οικογένεια σκιαγραφείται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 4: Άλλα παιδιά στην οικογένεια

Άλλα παιδιά	N	%
Ένα επιπλέον παιδί	18	30%
Δύο επιπλέον παιδιά	23	38,33%
Τρία επιπλέον παιδιά	6	10%
Τέσσερα επιπλέον παιδιά	2	3,33%
Έξι επιπλέον παιδιά	1	1,67%
Κανένα άλλο παιδί	10	16,67%
Σ ύ ν ο λ ο	60	100%

Σειρά γέννησης των παιδιών

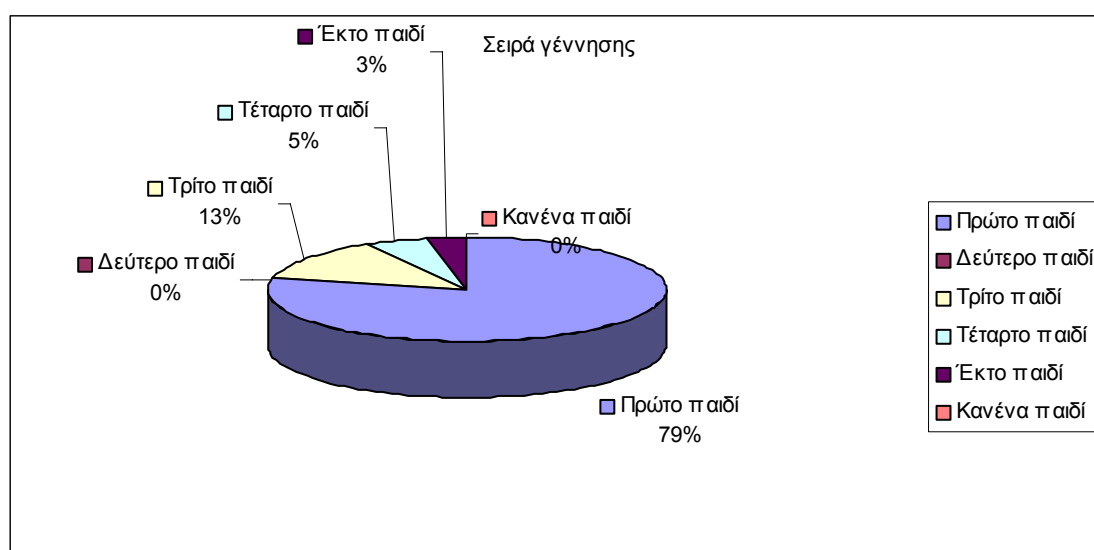
Ο πίνακας 5 παρουσιάζει τη σειρά γέννησης στα νοητικά καθυστερημένα και στα κανονικά παιδιά.

Το 46,67% (N=28) των παιδιών ήταν πρωτότοκα, το 30,00% (N=18) των παιδιών ήταν δευτερότοκα, το 8,33 (N=5) ήταν το τρίτο σε σειρά γέννησης και το 3,33 (N=2) ήταν το τέταρτο και το 1,67% (N=1) το παιδί τους ήταν το έκτο, ενώ για το 10% (N=6) ήταν το μοναδικό παιδί στην οικογένεια.

Η σειρά γέννησης του παιδιού φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 5: Σειρά γέννησης του παιδιού

Σειρά γέννησης	N	%
Πρώτο παιδί	28	46,67%
Δεύτερο παιδί	18	30,00%
Τρίτο παιδί	5	8,33%
Τέταρτο παιδί	2	3,33%
Έκτο παιδί	1	1,67%
Κανένα παιδί	6	10,00%



Στρες της μητέρας

Τα αναφερόμενα επίπεδα στρες της μητέρας παρουσιάζονται παρακάτω ανά κατηγορία.

Η μέση τιμή για την ομάδα ερωτήσεων που αφορά το νοητικό και επικοινωνιακό επίπεδο των παιδιών είναι 4,183 και η διακύμανση 3,52. Η μέση τιμή για την ομάδα ερωτήσεων που αφορούν τους οικογενειακούς προβληματισμούς είναι 4,983 και η διακύμανση 4,012. Η μέση τιμή για την ομάδα ερωτήσεων που αφορούν τα συναισθήματα της μητέρας απέναντι στο παιδί είναι 5,883 και η διακύμανση 3,103. Η μέση τιμή για την ομάδα ερωτήσεων που αφορούν την αυτοεξυπηρέτηση του παιδιού είναι 1,667 και η διακύμανση 1,525.

Ο πίνακας δείχνει τη μέση τιμή και τη διακύμανση του στρες της μητέρας.

Πίνακας 6: Στρες της μητέρας

Στρες της μητέρας	\bar{X}	sd
νοητικό και επικοινωνιακό επίπεδο	4,183	3,52
οικογενειακούς προβληματισμούς	4,983	4,011
συναισθήματα της μητέρας	5,883	3,103
αυτοεξυπηρέτηση του παιδιού	1,667	1,526



Τα επίπεδα στρες των μητέρων που έχουν παιδιά με νοητική καθυστέρηση ομάδα (A) και αυτών που δεν έχουν παιδιά με νοητική καθυστέρηση ομάδα (B) παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 7. Η μέση τιμή για την ομάδα A που αφορά το νοητικό και επικοινωνιακό επίπεδο του παιδιού είναι 6,733 ενώ η μέση τιμή της ομάδας B είναι 1,633. Υπάρχει στατιστική αναφορά ανάμεσα στις 2 ομάδες $P: 0,00 < 0,05$.

Η μέση τιμή της ομάδας A που αφορά τους οικογενειακούς προβληματισμούς είναι 6,167, ενώ της ομάδας B είναι 3,800. Υπάρχει στατιστική διαφορά ανάμεσα στις 2 ομάδες $P: 0,021 < 0,05$.

Η μέση τιμή της ομάδας A που αφορά τα συναισθήματα της μητέρας απέναντι στο παιδί είναι 8,33, ενώ της ομάδας B είναι 3,433. Υπάρχει στατιστική διαφορά ανάμεσα στις 2 ομάδες $P: 0,00 < 0,05$.

Η μέση τιμή της ομάδας A που αφορά την αυτοεξυπηρέτηση του παιδιού είναι 2,4, ενώ της ομάδας B είναι 0,933. Υπάρχει στατιστική διαφορά ανάμεσα στις 2 ομάδες $P: 0,00 < 0,05$.

Ο πίνακας 7 δείχνει το επίπεδο στρες της μητέρας και των δύο ομάδων.

Πίνακας 7

	A Ομάδα	B Ομάδα	X	Sd	t	P
νοητικό και επικοινωνιακό επίπεδο	6,73	2,96	1,63	1,77	8,10	0,00
οικογενειακούς προβληματισμούς	6,17	3,68	3,80	4,04	2,37	0,021
συναισθήματα της μητέρας	8,33	1,63	3,43	2,13	10,02	0,00
αυτοεξυπηρέτηση του παιδιού	2,40	1,43	0,93	1,26	4,22	0,00

Παρατηρούμε λοιπόν, από τα παραπάνω αποτελέσματα ότι και στις 4 κατηγορίες, το στρες των μητέρων που έχουν παιδί με νοητική καθυστέρηση, είναι πολύ υψηλότερο σε σύγκριση με το στρες των μητέρων που έχουν παιδί δίχως νοητική καθυστέρηση.

Αυτή η διαφορά παρατηρείται σε όλες τις κατηγορίες, κυρίως στην τρίτη κατηγορία, που αφορά τα συναισθήματα της μητέρας απέναντι στο παιδί. Βλέπουμε ότι δέχεται τη μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων (μητέρων που έχουν παιδί με νοητική καθυστέρηση, και μητέρων που έχουν παιδί δίχως νοητική καθυστέρηση), ενώ η μικρότερη διαφορά παρατηρείται στην τελευταία ομάδα που αφορά την αυτοεξυπηρέτηση του παιδιού.

Στο κεφάλαιο 3.3. θα γίνει αναλυτική παρουσίαση των απαντήσεων, των μητέρων και των 2 ομάδων (μητέρων που έχουν παιδί με νοητική καθυστέρηση, και μητέρων που έχουν παιδί δίχως νοητική καθυστέρηση).

5.3. Ανάλυση αποτελεσμάτων

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι, το χαμηλό νοητικό και επικοινωνιακό επίπεδο του παιδιού, είναι ένας τομέας που δίνει αρκετό στρες στις μητέρες. Φαίνεται να τις προβληματίζει το μέλλον του παιδιού τους, και να τις ανησυχεί το γεγονός ότι πολλές φορές οι άνθρωποι δυσκολεύονται να κατανοήσουν τι προσπαθούν να πουν. Σε αντίθεση με τις μητέρες που έχουν παιδιά χωρίς νοητική καθυστέρηση, δεν αντιμετωπίζουν καμία δυσκολία σε σχέση με το παιδί τους, σ'αυτόν τον τομέα. Αυτό φαίνεται από το επίπεδο στρες των μητέρων που είναι μόλις 49 μονάδες, συγκριτικά με μητέρες που έχουν παιδιά με νοητική καθυστέρηση που το επίπεδο στρες αυτών των μητέρων είναι 202 μονάδες.

Όσον αφορά τη δεύτερη ομάδα, δηλαδή ερωτήσεις που αφορούν την οικογένεια, παρατηρήσαμε, ότι μερικές ερωτήσεις, δίνουν στρες σε μητέρες που έχουν παιδιά με νοητική καθυστέρηση. Για παράδειγμα στην ερώτηση: έχω εγκαταλείψει πράγματα τα οποία θα ήθελα πραγματικά να κάνω προκειμένου να φροντίσω τον/την. Είναι μία ερώτηση που δίνει αρκετό στρες στις περισσότερες μητέρες.

Ενώ αντίθετα, στην ίδια ομάδα ερωτήσεων σε ερώτηση: όταν παίρνουμε τον/την ... σε διακοπές, όλη η οικογένεια στερείται την ευχαρίστηση. Είναι ερώτηση, που δίνει στρες σε ένα μεγάλο ποσοστό μητέρων. Από αυτό μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η οικογένεια προσαρμόζεται αναλόγως με τα «πρέπει» της οικογένειας και τις ανάγκες του κάθε ατόμου. Αρκεί βέβαια να αναγνωρίζονται οι ανάγκες και των άλλων μελών της οικογένειας. Όπως επίσης πολλές ανησυχίες μητέρων που έχουν παιδί με νοητική καθυστέρηση είναι κοινές.

Στην ίδια ομάδα ερωτήσεων αυτό που παρατηρήσαμε, είναι ότι το επίπεδο στρες των μητέρων που έχουν παιδί δίχως νοητική καθυστέρηση ήταν αρκετά ψηλό αφού φτάνει τις 114 μονάδες. Ενώ το επίπεδο στρες μητέρων που έχουν παιδί με νοητική καθυστέρηση ήταν 183 μονάδες. Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι μητέρες έχουν αρκετό στρες σε θέματα που αφορούν την οικογένεια. Ίσως επειδή είναι περισσότερο αρμόδιες για τη φροντίδα του παιδιού τους κυρίως σε αυτή την ηλικία.

Όσον αφορά την τρίτη ομάδα, δηλαδή ερωτήσεις που αφορούν τα συναισθήματα της μητέρας απέναντι στο παιδί, παρατηρήσαμε ότι είναι ένας

τομέας που προβληματίζει - ανησυχεί αρκετά τις μητέρες που έχουν παιδιά με νοητική καθυστέρηση, αφού συγκριτικά, με όλα τα προηγούμενα αποτελέσματα και αυτά που επρόκειται ν'ακολουθήσουν το συγκεκριμένο ποσοστό είναι το μεγαλύτερο με 253 μονάδες.

Οι ανησυχίες των συγκεκριμένων μητέρων τείνουν να δίνουν τις ίδιες απαντήσεις σε θέματα όπως: έχω αποδεχτεί το γεγονός ότι ο/η ... ίσως χρειαστεί να ζήσει το υπόλοιπο της ζωής του, σε κάποιο ειδικό περιβάλλον (π.χ. ίδρυμα). Ήταν ερώτηση που έδινε στρες σε όλες τις μητέρες, όπως επίσης στο συγκεκριμένο τομέα υπήρχαν ερωτήσεις που έδιναν στρες στις περισσότερες μητέρες.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των μητέρων, φαίνεται ξεκάθαρα πόσο πολύ τις απασχολεί το μέλλον του παιδιού τους, ποιος θα τα φροντίζει γενικότερα τι θα απογίνουν όταν εκείνοι δεν θα είναι σε θέση να τα φροντίζουν. Ένας λόγος που ίσως ανησυχούν τόσο πολύ, είναι ότι στην Ελλάδα δεν είναι τόσο αναπτυγμένος ο τομέας της αποκατάστασης ή της φιλοξενίας ή της μόνιμης εγκατάστασης για τη συγκεκριμένη ομάδα ατόμων. Επομένως είναι ένας επιπλέον λόγος που οι μητέρες προβληματίζονται και δυσκολεύονται να αποδεχτούν ορισμένες καταστάσεις.

Το επίπεδο στρες των μητέρων που έχουν παιδιά δίχως νοητική καθυστέρηση είναι 93 μονάδες. Από τη μία το συγκεκριμένο ποσοστό είναι μικρό, αν το συγκρίνουμε με το ποσοστό μητέρων που έχουν παιδιά με νοητική καθυστέρηση. Από την άλλη όμως, παρατηρούμε ότι οι συγκεκριμένες μητέρες, έχουν και εκείνες τις δικές τους ανησυχίες, παρόλο που τα παιδιά τους δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα. Ίσως μπορούμε να συμπεράνουμε ότι παρόλο που πολλές φορές τα παιδιά μεγαλώνουν και ανεξαρτητοποιούνται οι γονείς δεν παύουν να ανησυχούν.

Όσον αφορά την τέταρτη ομάδα, δηλαδή ερωτήσεις που αφορούν την αυτοεξυπηρέτηση του παιδιού παρατηρήσαμε ότι η ερώτηση που δίνει περισσότερο στρες στις μητέρες που έχουν παιδί με νοητική καθυστέρηση είναι: ο/η ... μπορεί να χρησιμοποιήσει το λεωφορείο. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις που δίνουν στρες στις μητέρες είναι διάσπαρτες. Το σύνολο των απαντήσεων που δίνουν στρες είναι 72 μονάδες. Είναι ένα ψηλό ποσοστό μιας και οι ερωτήσεις που αφορούν την αυτοεξυπηρέτηση του παιδιού είναι μόνο 6 στον αριθμό. Παρατηρούμε ότι και αυτός είναι ένας τομέας που δίνει

στρες στις μητέρες. Η αυτοεξυπηρέτηση του παιδιού είναι ένα σημαντικό κομμάτι το οποίο δεν πρέπει να γίνεται μόνο από τους γονείς αλλά και από εξειδικευμένο προσωπικό.

Τέλος, όσον αφορά τις μητέρες που έχουν παιδιά δίχως νοητική καθυστέρηση, το επίπεδο του στρες των συγκεκριμένων μητέρων είναι 28 μονάδες. Και εδώ παρατηρούμε ότι σχεδόν η μοναδική ερώτηση που δίνει στρες στις μητέρες είναι η ίδια ερώτηση που δίνει στρες στις μητέρες που έχουν παιδιά με νοητική καθυστέρηση (ο/η μπορεί να χρησιμοποιήσει το λεωφορείο). Ίσως αν η ηλικία των συγκεκριμένων παιδιών ήταν διαφορετική να ήταν διαφορετικά και τα αποτελέσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αρχικοί στόχοι της παρούσας μελέτης ήταν:

α) Να δούμε αν οι μητέρες που έχουν παιδιά με νοητική καθυστέρηση έχουν περισσότερο ή λιγότερο στρες σε σχέση με τις μητέρες που έχουν παιδιά δίχως νοητική καθυστέρηση.

β) Να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ως προς το βαθμό του στρες μεταξύ των μητέρων που έχουν παιδιά με νοητική καθυστέρηση και μητέρων που έχουν παιδιά δίχως νοητική καθυστέρηση.

Γενικά, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, μητέρες που έχουν παιδιά με νοητική καθυστέρηση, έχουν και περισσότερο στρες, σε σύγκριση με μητέρες που έχουν παιδιά δίχως νοητική καθυστέρηση. Οι ανησυχίες των μητέρων που έχουν παιδιά με νοητική καθυστέρηση τείνουν να δίνουν τις ίδιες απαντήσεις σε θέματα όπως: Έχω αποδεχτεί το γεγονός ότι ο/η ... ίσως χρειαστεί να ζήσει το υπόλοιπο της ζωής του σε κάποιο ειδικό περιβάλλον (π.χ. ίδρυμα).

Τα προβλήματα, το είδος των προβλημάτων, αλλά και οι ανησυχίες που αντιμετωπίζουν, τόσο οι μητέρες που έχουν παιδιά με νοητική καθυστέρηση, όσο και οι μητέρες που έχουν παιδιά δίχως νοητική καθυστέρηση είναι διαφορετικές. Αυτό μπορούμε να το συμπεράνουμε από τη διαφορετικότητα των απαντήσεων μεταξύ των 2 ομάδων (μητέρων που έχουν παιδιά με νοητική καθυστέρηση και μητέρων που έχουν παιδιά δίχως νοητική καθυστέρηση). Επομένως, είναι πιθανό οι ανάγκες τόσο μεταξύ των μητέρων, όσο και μεταξύ των παιδιών να είναι διαφορετικές.

Με αφορμή τα παραπάνω, στις επόμενες ενότητες θα ακολουθήσει μία σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης, με αποτελέσματα άλλων ερευνών. Θα αναφερθούν οι ερευνητικές αδυναμίες της παρούσας μελέτης και θα ακολουθήσει μία αξιοποίηση των αποτελεσμάτων καθώς και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

6.2. Σύγκριση αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με αποτελέσματα άλλων ερευνών

Από τη βιβλιογραφική μας αναζήτηση δύο έρευνες που είναι συναφείς με την παρούσα έρευνα για τα ελληνικά δεδομένα είναι: «Κοινωνικά προβλήματα οικογενειών με μειονεκτούντα παιδιά»¹ των Νικολάρα , Λειβαδίτης , Δαρβούδης , Υφαντή , Ασπραδάκη , Κανιάρη , Αδαμίδης και «Ψυχολογικά προβλήματα μητέρων με μειονεκτούντα παιδιά»² των Κανιάρη , Λειβαδίτης , Ελευθεριάδου , Παπαγιάννης , Τελλίδου , Νικολάρα , Σταυρακάκη .

Από τη σύγκριση των συμπερασμάτων των τριών ερευνών, μπορούμε να καταγράψουμε τις ομοιότητες και διαφορές που υπάρχουν μεταξύ τους.

Παρατηρήσαμε ότι και στις τρεις έρευνες, οι απαντήσεις δόθηκαν από μητέρες που είχαν παιδιά με νοητική καθυστέρηση, όπου πραγματοποιήθηκε σύγκριση των αποτελεσμάτων, μεταξύ μητέρων που είχαν παιδιά με νοητική καθυστέρηση και μητέρων που είχαν παιδιά δίχως νοητική καθυστέρηση. Επίσης και στις 3 έρευνες το κύριο μέσο πηγής πληροφόρησης ήταν το ερωτηματολόγιο.

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώσαμε ότι μητέρες που είχαν παιδιά με νοητική καθυστέρηση είχαν και περισσότερο στρες, ενώ στην έρευνα του Κανιάρη Κ. και συνεργατών διαπιστώθηκε ότι μητέρες που είχαν παιδιά με μειονεξίες, είχαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης, σε σύγκριση με μητέρες που είχαν παιδιά δίχως μειονεξίες.

Στις 2 παραπάνω έρευνες διαπιστώθηκε επίσης, ότι υπήρχαν μητέρες, όπου και οι ίδιες είχαν νοητική καθυστέρηση. Αυτός ήταν άλλωστε και ένας λόγος που δυσκόλεψε τη διεξαγωγή της έρευνας. Ένας από τους στόχους της παρούσας μελέτης ήταν η μέτρηση του επιπέδου στρες των μητέρων που είχαν παιδί με νοητική καθυστέρηση και η μέτρηση του επιπέδου στρες των μητέρων που είχαν παιδί δίχως νοητική καθυστέρηση.

Ενώ στην έρευνα «ψυχολογικά προβλήματα μητέρων με μειονεκτούντα παιδιά»³ ερευνώνται τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και οι ψυχοπιεστικοί

¹ Νικολάρα Ρ. και συνεργάτες 1993.

² Κανιάρη Κ. και συνεργάτες 1993.

³ Κανιάρη Κ. και συνεργάτες 1993.

παράγοντες, που επηρεάζουν τις μητέρες μαθητών που φοιτούν σε σχολεία και τάξεις ειδικής αγωγής, στους νομούς Έβρου και Ροδόπης.

Στην έρευνα «Κοινωνικά προβλήματα οικογενειών με μειονεκτούντα παιδιά»⁴ στόχος ήταν η διερεύνηση κοινωνικών χαρακτηριστικών των οικογενειών, σε μαθητές που παρακολουθούν το σύστημα ειδικής αγωγής στους νομούς Έβρου και Ροδόπης.

Παρατηρούμε ότι στις έρευνες των Κανιάρη Κ. και συνεργατών, και Νικολάρα. και συνεργατών, οι έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί στους ίδιους νομούς (Έβρου και Ροδόπης).

Στην παρούσα μελέτη και στην έρευνα «Κοινωνικά προβλήματα οικογενειών με μειονεκτούντα παιδιά» υπάρχουν κάποια κακά σημεία. Και στις 2 έρευνες παρατηρήθηκε, ότι μητέρες που έχουν παιδιά με ιδιαιτερότητες, δεν εργάζονται, τα ποσοστά και των 2 ερευνών (των συγκεκριμένων μητέρων) ήταν αρκετά ψηλά. Αυτό ίσως μας καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά με ιδιαιτερότητες, έχουν αυξημένες ανάγκες, συγκριτικά με τα παιδιά δίχως ιδιαιτερότητες.

Επίσης στις 2 παραπάνω έρευνες οι ηλικίες των παιδιών με ιδιαιτερότητες, που φοιτούσαν στα ειδικά σχολεία είναι σχεδόν η ίδια (στην παρούσα έρευνα, η μέση ηλικία των παιδιών με ιδιαιτερότητες είναι 10,867 ενώ στην έρευνα των Νικολάρα . και συνεργάτες, η ηλικία των παιδιών είναι από 7-12 ετών).

Συνοψίζοντας είναι καταφανές, ότι και οι τρεις έρευνες, έχουν αρκετά κοινά σημεία, αφού και στις τρεις περιπτώσεις το δείγμα αφορά μητέρες που έχουν παιδιά με ιδιαιτερότητες.

6.3. Ερευνητικές αδυναμίες της παρούσας μελέτης

Αξιολογώντας την παρούσα έρευνα, μία πρώτη αδυναμία που εντοπίζεται είναι ο μικρός αριθμός του δείγματος συγκριτικά με τον αριθμό των παιδιών που υπήρχαν, τόσο στα ειδικά όσο και στα «κανονικά» σχολεία. Άλλωστε αυτός ήταν και ο κυριότερος λόγος που απευθυνθήκαμε στο ΠΙΚΠΑ. Αρχική σκέψη ήταν το δείγμα να αφορά ομάδα παιδιών με τον ίδιο βαθμό

⁴ Νικολάρα Ρ. και συνεργάτες 1993.

νοητικής ανεπάρκειας (βαριάς ή μέτριας ή ελαφριάς μορφής) όμως ο αριθμός του δείγματος θα ήταν ακόμη μικρότερος.

Ερωτηματολόγια που δόθηκαν σε μητέρες που είχαν παιδιά με νοητική καθυστέρηση, δεν μας είχαν επιστραφεί. (Από τα 52 ερωτηματολόγια επιστράφηκαν τα 32). Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι υπήρχαν μητέρες που παρουσίαζαν νοητική ανεπάρκεια. Υπήρξαν ερωτηματολόγια που είτε είχαν μουντζούρες, είτε ορισμένες απαντήσεις ήταν ελλείψεις.

Μια άλλη δυσκολία που αντιμετωπίσαμε ήταν στη διαδικασία διανομής των ερωτηματολογίων. Στα 2 ειδικά σχολεία (Κνωσού και Πειράνθου) τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους υπεύθυνους δασκάλους του κάθε τμήματος με σκοπό να δοθούν τα ερωτηματολόγια στα παιδιά. Λόγο ότι υπήρχαν μεταφορικά μέσα (ταξί - λεωφορείο) για την μετακίνηση των παιδιών από το σχολείο στο σπίτι και αντίθετα, με αποτέλεσμα να είναι αδύνατη η άμεση επαφή με τις μητέρες. Ενώ στο ΠΙΚΠΑ και στο σχολείο στην Παπανδρέου υπήρχε προσωπική επαφή με τις μητέρες, μιας και οι ίδιες παραλάμβαναν τα παιδιά τους από το σχολείο.

Η ανάλυση περιορίστηκε στην καταγραφή / παρουσίαση των αποτελεσμάτων και όχι στη χρήση κάποιου στατιστικού πακέτου. Λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος, δεν πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη από τις υπεύθυνες σπουδάστριες.

6.4. Αξιοποίηση των αποτελεσμάτων

Από την προηγούμενη ανάλυση των αποτελεσμάτων παρατηρείται ότι οι ανησυχίες των μητέρων που έχουν παιδιά με νοητική καθυστέρηση τείνουν να δίνουν τις ίδιες απαντήσεις σε θέματα όπως: Ανησυχώ σχετικά με το τι θα συμβεί στον/στην ... όταν δεν θα μπορώ πια να τον/την φροντίζω. Παρατηρείται ανησυχία των μητέρων, αφού τα ιδρύματα που καλύπτουν τις ανάγκες των νοητικά καθυστερημένων, δεν είναι τόσο αναπτυγμένα, σε σύγκριση με τα ιδρύματα του εξωτερικού. Επομένως, βλέπουμε πόσο μεγάλη είναι η ανάγκη για την ανάπτυξη προγραμμάτων, που θα βοηθήσουν το νοητικά καθυστερημένο παιδί ώστε να μπορέσει ν' ανταποκριθεί στις ατομικές, οικογενειακές και κοινωνικές του υποχρεώσεις. Βλέπουμε τη σημαντικότητα προγραμμάτων ειδικής αγωγής η οποία είναι αποτελεσματική στην περίπτωση μέτριας ή ελαφριάς μορφής νοητικής ανεπάρκειας.

Σε ερωτήσεις προς τις μητέρες, που αφορά την αυτοεξυπηρέτηση του παιδιού τους, παρατηρούμε ότι μητέρες που έχουν παιδί με νοητική καθυστέρηση, υποστηρίζουν ότι το παιδί τους έχει περιορισμένες δυνατότητες, σχετικά με το είδος της δουλειάς που μπορεί να κάνει για να ζήσει. Αυτό ίσως μας κάνει να σκεφτούμε ότι οι γονείς, δεν βλέπουν τα θετικά στοιχεία του παιδιού τους, με αποτέλεσμα πολλές φορές ν'απογοητεύονται. Οι γονείς ορισμένες φορές φροντίζουν το παιδί τους, δίχως να το αφήνουν να δείξει το ίδιο τις δυνατότητές του.⁵ Για ακόμα μία φορά φαίνεται πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού ή του ειδικού: Όστε οι γονείς ν'αρχίσουν να βλέπουν τα παιδιά τους, σαν άτομα με δυνατότητες και προοπτικές και να σταματήσουν να τους φέρονται με υπερπροστατευτικό τρόπο. Αρκεί βέβαια τα παιδιά να έχουν δεχτεί την κατάλληλη εκπαίδευση.

Οι ανησυχίες σχεδόν όλων των μητέρων που συμμετέχουν στην έρευνα, τείνουν να είναι κοινές σε θέματα όπως: ανησυχώ σχετικά με το τι θα συμβεί στον/στην ... όταν δεν θα μπορώ πια να τον/την φροντίζω. Οι ανησυχίες των μητέρων που έχουν παιδί με νοητική καθυστέρηση ίσως να είναι λογικές, αφού αν το νοητικό επίπεδο του παιδιού είναι χαμηλό, τότε το καθυστερημένο άτομο πρέπει να προστατεύεται και να καθοδηγείται σε όλη του τη ζωή.

Όσον αφορά τις μητέρες που έχουν παιδιά δίχως ιδιαιτερότητες, μπορούμε να υποθέσουμε ότι δυσκολεύονται να παραδεχτούν ότι το παιδί τους όσο μεγαλώνει είναι λογικό να ανεξαρτητοποιείται, και να αναλαμβάνει περισσότερες ευθύνες.

Παρατηρήσαμε ότι όσον αφορά τα συναισθήματα της μητέρας απέναντι στο παιδί με νοητική καθυστέρηση, το επίπεδο στρες (των μητέρων) είναι αρκετά υψηλό. Μπορούμε ίσως να συμπεράνουμε ότι υπάρχει έντονη συναισθηματική φόρτιση, επομένως ο ρόλος του ειδικού σε αυτές τις περιπτώσεις είναι απαραίτητος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, αλλά και με την προσωπική επαφή που είχαμε με τις μητέρες, φάνηκε έντονα ότι η ψυχολογική στήριξη και η συμβουλευτική των μητέρων είναι απαραίτητη.

Αρκετά σημαντικό θα ήταν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ή και παρόμοιων ερευνών να ανακοινωθούν σε όλους όσους συμμετείχαν για

⁵ Ελευθεριάδου Μ. «Η συμβουλευτική εργασία με εκπαιδευτικούς και γονείς

την διεξαγωγή κάθε έρευνας. Για παράδειγμα, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας καλό θα ήταν να ανακοινωθούν στους φορείς με τους οποίους υπήρξε συνεργασία (ΠΙΚΠΑ - σχολεία). Η ανακοίνωση μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με τη μορφή επιστολής όπου θα αναγράφονται τα αποτελέσματα είτε από τις υπεύθυνες σπουδάστριες που ήταν αρμόδιες για το συγκεκριμένο θέμα. Έτσι, θα μπορέσουν να ενημερωθούν, να προβληματιστούν και πιθανά να προβούν σε ενέργειες.

6.5. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Από την αξιοποίηση των αποτελεσμάτων είδαμε πόσο σημαντική είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων που θα βοηθήσουν το νοητικά καθυστερημένο παιδί ν'ανταποκριθεί στις ατομικές, οικογενειακές και κοινωνικές του υποχρεώσεις. Σχετικά με τις ικανότητες των παιδιών με νοητική καθυστέρηση, θα ήταν αρκετά ενδιαφέρον, να ερευνηθούν οι ικανότητες παιδιού στο οποίο παρέχεται ιδρυματική φροντίδα (διαγνωστικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες) και οι ικανότητες παιδιού στο οποίο δεν παρέχεται καμία φροντίδα. Και οι 2 ομάδες παιδιών είναι λογικό ότι θα έχουν τον ίδιο βαθμό νοητικής ανεπάρκειας, όπως επίσης και ότι θα μεγαλώνουν κάτω από τις ίδιες συνθήκες. Στόχος θα είναι οι κινητοποίηση γονέων ώστε να δώσουν το δικαίωμα στα παιδιά με νοητική καθυστέρηση, να χρησιμοποιήσουν τις διάφορες υπηρεσίες π.χ. (ΠΙΚΠΑ). Δυστυχώς πολλοί γονείς είναι προκατελιμμένοι ως προς τις δυνατότητες αυτών των υπηρεσιών.

Επίσης θα είχε αρκετό ενδιαφέρον η ίδια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τις μητέρες, να πραγματοποιηθεί από τους πατέρες παιδιών με νοητική καθυστέρηση, με σκοπό τη μέτρηση βαθμού στρες. Το ερωτηματολόγιο θα μπορούσε να είναι το ίδιο ώστε να υπάρξει σύγκριση μεταξύ του βαθμού στρες των πατέρων και των μητέρων. Τα αποτελέσματα θα είχαν αρκετό ενδιαφέρον μιας και στη σημερινή κοινωνία οι ρόλοι μεταξύ των συζύγων έχουν διαφοροποιηθεί σε σχέση με παλιότερα. Παλιότερα ο ρόλος του πατέρα περιοριζόταν στο ρόλο του «κουβαλητή», ο οποίος δεν αναλάμβανε καμία ευθύνη για την ανατροφή - εξέλιξη του παιδιού του. Σήμερα

ο ρόλος του έχει αλλάξει και ο ίδιος συμβάλλει στη φροντίδα του παιδιού αλλά και στις παραπέρα υποχρεώσεις της οικογένειας.

Σημαντικό θα ήταν να πραγματοποιηθεί η ίδια έρευνα σε χωριό και σε πόλη, με στόχο τις ανησυχίες των γονέων για το μέλλον του παιδιού τους. Γιατί ίσως οι ανησυχίες γονέων οι οποίοι ζουν στην πόλη έχουν τη δυνατότητα να απευθυνθούν σε υπηρεσίες ώστε τα παιδιά τους να συμμετάσχουν σε διάφορα προγράμματα π.χ. ειδικής αγωγής, να ανησυχούν λιγότερο, σε σχέση με γονείς οι οποίοι ζουν σε ένα απομονωμένο χωριό όπου το παιδί τους δεν έχει τη δυνατότητα για θεραπευτική αγωγή ή κατάλληλη ιατρική επίβλεψη. Σίγουρα όμως σημαντικό ρόλο έχει το οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των γονέων και οι αντιλήψεις - προκαταλήψεις του κάθε ατόμου.

Ένα θέμα, που θα μπορούσε επίσης να ερευνηθεί είναι οι αντιλήψεις - τα «πιστεύω» ατόμων που ζουν σε δημοτικά διαμερίσματα, όπου υπάρχουν ιδρύματα που προσφέρουν τις υπηρεσίες του, σε άτομα με νοητική καθυστέρηση. Το ίδιο θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί, σε δημοτικά διαμερίσματα όπου δεν υπάρχουν ιδρύματα που να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Στόχος θα είναι να δούμε αν τα άτομα δέχονται στην κοινότητα, τα άτομα με νοητική καθυστέρηση. Γιατί πολλές φορές η διάθεση και η συμπεριφορά των ατόμων με νοητική καθυστέρηση, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο που τους αντιμετωπίζει ο κοινωνικός περίγυρος. Επίσης από τη συγκεκριμένη έρευνα θα μπορούσαμε να δούμε για ποιους λόγους οι άνθρωποι δεν δέχονται τα άτομα με νοητική καθυστέρηση. Πολλές φορές υπάρχει λανθασμένη αντίληψη γι'αυτά τα άτομα, με αποτέλεσμα να περιθωριοποιούνται.

Αρκετά ενδιαφέρον θα ήταν να πραγματοποιηθεί η ίδια έρευνα σε μητέρες που έχουν παιδιά με τον ίδιο βαθμό νοητικής ανεπάρκειας αλλά σε όλα τα επίπεδα (βαριά, μέτρια, ελαφριά μορφή). Στόχος θα ήταν να συγκρίνουμε το βαθμό στρες που έχουν οι μητέρες που έχουν παιδιά με βαριά, μέτρια και ελαφριά μορφή και να δούμε αν μητέρες που έχουν παιδιά με βαριά νοητική καθυστέρηση, έχουν και περισσότερο στρες. Το ερωτηματολόγιο θα μπορούσε να είναι το ίδιο το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα.

Τέλος, ενδιαφέρον, θα παρουσίαζε να δούμε εάν υπάρχουν διαφορές ως προς το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων εκείνων που έχουν παιδιά με

νοητική καθυστέρηση και των μητέρων που έχουν παιδιά, δίχως νοητική καθυστέρηση. Ακόμη θα ήταν ενδιαφέρον να βλέπαμε εάν υπάρχουν διαφορές σύμφωνα με το φύλο του παιδιού με νοητική καθυστέρηση. Δηλαδή εάν υπάρχει γρηγορότερη εξέλιξη στην εκπαίδευση- εκμάθηση μεταξύ αγοριών και κοριτσιών όπως επίσης θα μπορούσαμε να δούμε εάν μητέρες που έχουν παιδί με νοητική καθυστέρηση έχουν περισσότερο στρες, εάν το παιδί τους είναι αγόρι ή κορίτσι. Είναι σημεία τα οποία παρουσιάζουν αρκετό ενδιαφέρον για μελέτη, βοηθώντας μας έτσι θα έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη άποψη τόσο για τις μητέρες, όσο και για το παιδί.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Ο σκοπός της παρέμβασής μας πρέπει να είναι η επαύξηση της αξίας της κοινότητας, ώστε τα ειδικά παιδιά και οι οικογένειές τους να μπορούν να αναπτύσσονται σύμφωνα με τις δυνατότητές τους. Ειδικά παιδιά και οικογένειες έχουν το νόμιμο δικαίωμα ν' απολαμβάνουν τις παροχές της κοινότητας και την υποστήριξη που χρειάζονται για να εκτελέσουν τα αναπτυξιακά καθήκοντα.

2. Η παρέμβασή μας πρέπει ν' αποβλέπει στην επαύξηση της αξίας της ανθρώπινης ανάπτυξης, ώστε τα ειδικά παιδιά και οι οικογένειές τους να είναι αποτελεσματικοί μέτοχοι της κοινότητας. Η κοινότητα μπορεί με τη σειρά της να προσδοκά ότι τα παιδιά και οι οικογένειές τους μαθαίνουν τέλεια να ασκούν τα καθήκοντά τους.

Η ικανότητα ενός προγράμματος ή μιας τακτικής ενδυνάμωσης των οικογενειών των ειδικών παιδιών μπορεί να εκτιμηθεί με βάση το κατά πόσο ασκεί μια ευρεία σειρά καθηκόντων που επαυξάνουν τη γνώση, τις δεξιότητες και την ικανότητα για λήψη αποφάσεων των γονέων.

Οι γονείς ενθαρρύνονται κι ενδυναμώνονται, όταν η κοινότητά τους αντιμετωπίζει ως ικανούς ανηλίκους και όταν οι επαγγελματίες της ειδικής αγωγής τους βοηθούν να γίνουν πιο ικανοί. Ενδυνάμωση επίσης συμβαίνει όταν παρέχονται στους γονείς πόροι και νομικά δικαιώματα, ώστε να μπορούν να διαπραγματεύονται αποτελεσματικά με τα κοινωνικά ιδρύματα (Καλονάκη-Δούκα, 1995).

Η ικανότητα ενός προγράμματος ή μιας τακτικής ενδυνάμωσης των οικογενειών των ειδικών παιδιών μπορεί να εκτιμηθεί με βάση το κατά πόσο βελτιώνει και αναπτύσσει τη δυνατότητα της οικογένειας να μαθαίνει και να ασκεί μια ευρεία σειρά καθηκόντων σχετικών με την ανάπτυξη, μέσω των υπηρεσιών που επαυξάνουν τη γνώση, τις δεξιότητες και την ικανότητα για λήψη αποφάσεων των γονέων.

Οι γονείς ενθαρρύνονται κι ενδυναμώνονται όταν η κοινότητα τους αντιμετωπίζει ως ικανούς ενήλικες και όταν οι επαγγελματίες της ειδικής αγωγής τους βοηθούν να γίνουν ακόμα πιο ικανοί. Ενδυνάμωση επίσης συμβαίνει, όταν παρέχονται στους γονείς πόροι και νομικά δικαιώματα, ώστε να μπορούν να διαπραγματεύονται αποτελεσματικά με τα κοινωνικά ιδρύματα (Καλλονάκη-Δούκα, 1995).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγγελοπούλου Ν.,-Σακαντάμη, «Ειδική αγωγή, βασικές αρχές και μέθοδοι», Εκδόσεις Χριστοδουλίδη, Θεσσαλονίκη.
- Αντουάν Γκαλάν, Ζαλίν Γκαλάν, (1997), «Το παιδί, η οικογένεια, το σχολείο», Εκδόσεις Πατάκη.
- Ελευθεριάδου Μαρία, (1996), «Το παιδί ένας άγνωστος κόσμος», Εκδόσεις Κώδικας, Θεσσαλονίκη.
- Καλλονάκη Ε., Δούκα Θ., «Παιδιά με ειδικές ανάγκες. Αντιμετώπιση από το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον». Διπλωματική εργασία Α.Π.Θ..
- Θεόδωρος Μπάλης, (1996), Ιατρικές εκδόσεις, Θεσσαλονίκη.
- Παντελιάδου Σουλτάνα, (1991), «Εισαγωγή στην ειδική αγωγή», τεύχος Β΄ Υπηρεσία Δημοσιευμάτων Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη.
- Τσιάντης Ι. Μανωλόπουλος Σ. (1995), «Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής» τόμος Γ΄, εκδόσεις Καστανιώτης, (1989), Αθήνα.
- David Fontana, (1995), «Άγχος και η αντιμετώπισή του» Β΄ έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Helen Uennerley, (1999), «Ξεπερνώντας το άγχος», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Θεόδωρος Μπάλης, (1996), «Άγχος, στρες, κατάθλιψη», Ιατρικές εκδόσεις, Θεσσαλονίκη.
- Αλέξανδρος - Σταμάτιος Αντωνίου, (1998), «Οξείες και χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες» αφιέρωμα.
- David Fontana, (1995), «Άγχος και η αντιμετώπισή του» Β΄ έκδοση ελληνικά γράμματα Αθήνα.
- Τσιάντης Ι, Μανωλόπουλος Σ. (1989), «Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής», Τόμος Γ΄, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.

- Πολ. Δ. Μπαρδής, (1993), «Νοητική καθυστέρηση» Καρδίτσα.
- Μπουσκαλια Λέο, (1993), «Άτομο με ειδικές ανάγκες και οι γονείς τους», Εκδόσεις Γλάρος.
- Παρασκευόπουλος Ιωάννης, (1980), «Νοητική καθυστέρηση», Εκδόσεις Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- Νικολαρά Ρ., -Λειβαδίτης Μ.- Δαρβούδης Α. - Υφαντή Κ.- Ασπραδάκη Μ.- Κανιάρη Κ., Τετράδια Ψυχιατρικής Νο45, «Οικογένεια και θεραπεία, Κοινωνικά προβλήματα οικογενειών με μειονεκτούντα παιδιά».
- Δαρβούδης Α. - Υφαντή Κ.- Ασπραδάκη Μ.- Κανιάρη Κ., Αδαμίδης Δ., «Τομέας κοινωνικής ιατρικής και ψυχικής υγείας». Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Παιδοψυχιατρική κλινική.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

- Κανιάρη Κ.- Λειβαδίτης Μ.- Παπαγιάννης Γ.- Τελλίδου Χ. – Νικολαρά Ρ.- Σταυρακάκη Τίτα. «Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας», Δημοκρίτειου, Πανεπιστήμιο Θράκης. Παιδοψυχιατρική Κλινική Γ.Π.Ν. Αλεξανδρούπολη.
- Αικατερίνη Τσάκου – Τσοχατζίδου Ε. (1995), «Το Στρες και τα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης», Διπλωματική Εργασία.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΙΝΤΕΡΝΕΤ

Http://www.cc.noq.gr.skf/prob/hmata/stress.htm.

<http://health.in.gr/womman/Article/d>

<http://www.cc.uoa.gr/skf/proflhmata/stress2.html>

<http://www.cc.uoa.gr/skf/proflhmata/stress3.html>

<http://www.cc.uoa.gr/skf/proflhmata/stress4.html>

<http://www.cc.uoa.gr/skf/proflhmata/stress.html>

<http://www.cc.noa.gr>

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2
Κεφάλαιο 1: ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ	
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	4
1.2 ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	6
1.3 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	7
1.4 ΑΙΤΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	9
1.5 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	19
1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	22
1.7 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ.....	25
1.8. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	30
1.9 ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....	35
1.10 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	36
Κεφάλαιο 2: ΣΤΡΕΣ	
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΡΕΣ.....	46
2.2 ΟΞΕΙΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΙ ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	48
2.3 ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ STRESS.....	49
2.4 ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ.....	51
2.5 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ STRESS.....	52
2.6 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ.....	54
2.7 ΤΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ.....	56
2.8 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ.....	57
2.9 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΖΥΓΙΚΟΥ STRESS ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ.....	60
Κεφάλαιο 3: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ	
3.1 ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ.....	62
3.2 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ.....	68
3.3 ΣΧΕΣΗ ΣΥΖΥΓΩΝ.....	68
3.4 Η ΣΤΑΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ.....	70

3 . 5 ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ – ΑΛΛΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	73
3 . 6 ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ.....	77
3 .7 ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.....	78
3 .8 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	
2.1. Εισαγωγή Κεφαλαίου	87
2.2. Επιλογή δείγματος.....	87
2.3. Κατάρτιση ερωτηματολογίου	88
2.4. Διαδικασία έρευνας	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	91
3.1. Εισαγωγή	91
3.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	91
3.3. Ανάλυση αποτελεσμάτων	101
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	104
4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	104
4.2. Σύγκριση αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με.....	105
αποτελέσματα άλλων ερευνών.....	105
4.4. Αξιοποίηση των αποτελεσμάτων.....	107
4.5. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	109
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	112
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	114
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	