



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
UNIVERSITY OF WESTERN MACEDONIA
FACULTY OF SOCIAL SCIENCES AND HUMANITIES

**Πτυχιακή Εργασία: Μαθητές με κινητικές δυσκολίες στο δημοτικό –
εκπαιδευτικές παρεμβάσεις/
Students with physical difficulties in primary school - educational
interventions**



Φοιτήτρια: Τσιμπούκου Λουτζιάνα

ΑΕΜ:4316

Εισηγητής: Μαυροπαλιάς Τρύφωνας

Φλώρινα,2020

It's not our disabilities, it is our abilities that count

~ Chris Burke~

Δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι συγγραφέας αυτής της πτυχιακής εργασίας, ότι έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες.

Τσιμπούκου Λουτζιάνα

Περίληψη

Η παρουσία πτυχιακή αποτελείται από θεωρητικό και ερευνητικό κομμάτι. Η παρουσία εργασία αναφέρει τις κυριότερες κινητικές αναπηρίες που εμφανίζονται σε μαθητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης με κινητική αναπηρία. Ειδικότερα, εστιάζει στους τύπους ,τα αίτια των κινητικών αναπηριών καθώς και κάποιες φορές στην διάγνωση. Εκτός από αυτό , αναλύεται η κινητική αναπηρία στην εκπαιδευτική διαδικασία.Επίσης, περιγράφονται οι απόψεις των δασκάλων και οι στάσεις των γονέων για τη κινητική αναπηρία. Στο ερευνητικό κομμάτι παραθέτονται τα αποτελέσματα της έρευνας σε σχέση με τις γνώσεις των εν ενεργεία δασκάλων για την κινητική αναπηρία.

Λέξεις κλειδιά:

κινητική αναπηρία, τύποι κινητικής αναπηρίας, απόψεις εκπαιδευτικών, σχέσεις γονέων – δασκάλων, γνώσεις εκπαιδευτικών για την κινητική αναπηρία

Abstract

The current dissertation is consisted of a theoretical and research part. Initially, it is analyzed the main physical difficulties that occur in primary school pupils. In particular, it focuses on the types, causes of these disabilities and sometimes on the diagnosis. In addition, physical disabilities are presented through the primary educational frame. Also, there are referred the views and the attitudes of educators and parents of these students as well as the partnerships that can be developed between them. Last but not least, the research part cites the results of the research related to the knowledge of teachers about physical disability.

Key words:

special education, physical disability, types of physical disability, teachers' attitudes, parent –teacher partnerships, experienced teachers' knowledge on physical disability

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	4
Abstract.....	5
Εισαγωγή.....	8
1.Ορισμός της Ειδικής Αγωγής.....	9
1.1 Ιστορική αναδρομή της Ειδικής Αγωγής.....	12
1.2.1 Ιστορική αναδρομή της Ειδικής Αγωγής στην Ελλάδα.....	14
1.2.1.1 Ιστορία του Νομοθετικού Πλαισίου της Ειδικής Αγωγής.....	15
2. Εισαγωγή στην Κινητική Αναπηρία.....	17
2.1 Αιτίες και κλινική εικόνα κινητικών αναπηριών.....	19
2.1.1 Εγκεφαλική παράλυση.....	20
2.1.2 Ταξινόμηση Εγκεφαλικής Παράλυσης.....	21
2.1.2.1 Νευρομυϊκή διαταραχή.....	21
2.1.2.2 Εγκεφαλική βλάβη.....	23
2.2 Επιληψία.....	24
2.2.1 Αίτια Επιληψίας.....	25
2.2.2 Διάκριση κρίσεων επιληψίας.....	26
2.3 Δισχιδής ράχη.....	27
2.3.1 Αίτια Δισχιδής Ράχης.....	28
2.3.2 Τύποι Δισχιδής ράχης.....	28
2.4 Κινητικές αναπηρίες ορθοπεδικής φύσεως.....	29
2.4.1 Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.....	29
2.4.2 Βαθμοί σοβαρότητας των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων.....	31
2.4.3 Πρόληψη κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης.....	32
2.5 Μυοπάθειες.....	32
2.5.1 Είδη μυοπαθειών.....	33

2.5.1.2 Μυϊκές Δυστροφίες.....	33
2.5.1.2.1 Μυϊκή δυστροφία Duchene.....	34
2.5.1.2.2 Μυϊκή Δυστροφία Becker.....	36
2.5.1.2.3 Μυϊκή δυστροφία Emery-Dreifuss.....	37
2.5.1.2.4 Μυϊκή Δυστροφία Limb-Gardle	37
2.5.1.2.5 Μυϊκή Δυστροφία Facioscapulothumeral	37
2.6 Νωτιαίες μυϊκές ατροφίες (NMA)	38
2.6.1 Τύποι της NMA	39
2.6.2 Συνοδές επιπλοκές σε συστήματα οργανισμών.....	41
2.6.3 Διάγνωση	43
2.6.3.1 Προγεννητικός έλεγχος.....	43
2.6.3.3 Γενετική Διάγνωση	43
2.7 Κακώσεις του νωτιαίου μυελού (KNM).....	44
2.7.1 Οι επιπτώσεις της KNM στα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού.....	45
2.7.2 Αντιμετώπιση των Κακώσεων του Νωτιαίου Μυελού.....	46
2.8 Νεανική αρθρίτιδα.....	46
2.9 Αθρογρίπωση	47
2.10 Ακρωτηριασμοί.....	47
2.11 Συμπέρασμα.....	47
3. Η κινητική αναπηρία στην εκπαιδευτική διαδικασία	48
3.1 Μορφές Ένταξης.....	49
3.1.2 Προϋποθέσεις ύπαρξης ένταξης.....	50
4. Απόψεις εκπαιδευτικών που σχετίζονται με την κινητική αναπηρία	52
5. Δάσκαλοι και γονείς παιδιών με κινητική αναπηρία	55
5.1 Μοντέλα συνεργασίας εκπαιδευτικών με γονείς παιδιών με κινητική αναπηρία	55
5.2 Σχέσεις δασκάλων και γονέων παιδιών με κινητική αναπηρία	56
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	59
6. Μεθοδολογία έρευνας.....	60
6.1 Αποτελέσματα έρευνας.....	61
6.3 Συμπεράσματα	74
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	76
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	79

Εισαγωγή

«Πάνω από ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι στον κόσμο ζουν με κάποια μορφή αναπηρίας, εκ των οποίων σχεδόν 200 εκατομμύρια αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στη λειτουργία. Στα επόμενα χρόνια, η αναπηρία θα είναι ακόμη μεγαλύτερη ανησυχία.. Σε όλο τον κόσμο, τα άτομα με αναπηρίες έρχονται αντιμέτωποι με ανεπαρκή πρόνοια στο τομέα της υγείας, παρουσιάζουν χαμηλότερα ακαδημαϊκά επιτεύγματα στην εκπαίδευση, λιγότερη οικονομική συμμετοχή και υψηλότερα ποσοστά φτώχειας από τα άτομα χωρίς αναπηρίες. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες που πολλοί από εμάς θεωρούμε από καιρό δεδομένους, συμπεριλαμβανομένης της υγείας, της εκπαίδευσης, της απασχόλησης και των μεταφορών καθώς και των πληροφοριών. Αυτές οι δυσκολίες επιδεινώνονται σε λιγότερο ευνοημένες κοινότητες. Για να επιτύχουμε τις μακροχρόνιες, πολύ καλύτερες προοπτικές ανάπτυξης που βρίσκονται στο επίκεντρο των Αναπτυξιακών Στόχων της Χίλιετίας του 2015 και πέραν αυτού, πρέπει να ενδυναμώσουμε τα άτομα που ζουν και να ξεπεραστούν οι δυσκολίες που τους εμποδίζουν να συμμετέχουν στις κοινωνίες τους , να αποκτήσουν ποιοτική εκπαίδευση , να βρουν αξιοπρεπή εργασία και να ακουστούν οι φωνές τους» (Παγκόσμια έκθεση για την αναπηρία , 2011, σελ.5)

Στο πρώτο κεφάλαιο πραγματοποιείται μια γενικότερη αναφορά στο ορισμό , στην ιστορία και στο νομοθετικό πλαίσιο της Ειδικής .

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια εισαγωγή στην κινητική αναπηρία . Οι κινητικές αναπηρίες διαχωρίζονται σε αυτές που προκαλούνται λόγω της εγκεφαλικής παράλυσης και σε νευρολογικής φύσεως ζητήματα. Πιο ειδικά , αναλύονται οι τύποι των κινητικών αναπηριών με τη αντίστοιχη συμπτωματολογία που παρουσιάζουν.

Στο τρίτο κεφάλαιο η κινητική αναλύεται σε σχέση με την εκπαιδευτική διαδικασία. Περιγράφονται μορφές ένταξης καθώς και οι προϋποθέσεις της .

Στα κεφάλαια 4 και 5 αναλύονται οι απόψεις των εκπαιδευτικών και οι σχέσεις τους με γονείς παιδιών με κινητική αναπηρία.

Τέλος , στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας σχέσεις με τις γνώσεις των ενεργειακών εκπαιδευτικών για την κινητική αναπηρία.

1.Ορισμός της Ειδικής Αγωγής

Οι ορισμοί που έχουν αποδοθεί κατά καιρούς για την Ειδική Αγωγή εκφράζουν την νοοτροπία της κοινωνίας απέναντι στη διαφορετικότητα και τα ανθρώπινα δικαιώματα (Κοκινάκη Δ.&Κοκκινάκη Α. 2014). Η ανάγκη για ισότιμη μεταχείριση και σεβασμό ξεκινάει από την απόδοση ορισμού. Ο ορισμός πρέπει να αναγνωρίζει τις ανάγκες των παιδιών , να τους δίνει ευκαιρίες εξέλιξης και να μην τους προσβάλλει με την «ετικετοποίηση» στην κοινωνία. Παρόλο που έχουν γίνει πολλές προσπάθειες στο να αποδοθεί ένας γενικά αποδεκτός ορισμός που να αναφέρεται στην επιστήμη της Ειδικής Αγωγής , κανένας δεν κατάφερε να ορίσει την έννοια εξ ολοκλήρου. Το εγχείρημα αυτό είναι ιδιαίτερα απαιτητικό καθώς στον προσδιορισμό ενυπάρχουν προσωπικές, πολιτικές και κοινωνικές πεποιθήσεις για τα άτομα αυτά και τις ιδιαιτερότητές τους. Δεν μπορεί ένας και μοναδικός ορισμός να συμπεριλάβει όλες τις κατηγορίες της αναπηρίας (τυφλοί, σωματικά ανάπηροι, κωφάλαλοι, χαρισματικοί μαθητές και άλλα) .

Η Ρόζα Ιμβριώτη, ως μητέρα της συγκεκριμένης επιστήμης στην Ελλάδα ανέφερε πως «είναι η επιστήμη που φροντίζει για την μόρφωση , την διδασκαλία, την πρόνοια όλων των παιδιών που η σωματική και η ψυχική τους εξέλιξη εμποδίζεται αδιάκοπα από παράγοντες ατομικούς και κοινωνικούς» (Ζώνιου - Σιδέρη 2011). Ο ορισμός αυτός συνδέει την επιστήμη με την εκπαίδευση, με την φροντίδα παιδιών που εξελίχθηκαν σωματικά και πνευματικά όσο τους φυσιολογικούς συνομήλικους. Η Ειδική Αγωγή σε αυτήν την περίπτωση προσπαθεί να εκλείψει τον κοινωνικό παράγοντα που εντοπίζεται ως εμπόδιο στην προσωπική εξέλιξη. Ένας άλλος ορισμός υποστηρίζει πως η Ειδική Αγωγή χρησιμοποιεί ιδιαίτερα παιδαγωγικά σχήματα με σκοπό να καλύψει τις ιδιαίτερες ανάγκες των παιδιών (Κρυσταλλάκης, 1994).

Σύμφωνα με το νόμο της Ειδικής Αγωγής ,την ορίζει ως το σύνολο των παρεχόμενων εκπαιδευτικών υπηρεσιών στους μαθητές με αναπηρία και διαπιστωμένες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (Νόμος 3699/2008, κεφ.Α Άρθρο 1). Επιπλέον , ειδική αγωγή σημαίνει ειδικά σχεδιασμένη διδασκαλία που υποστηρίζεται από ειδικά προγράμματα υποστηρικτικών υπηρεσιών και μπορεί να παρέχεται σε κατάλληλα

διαρρυθμισμένους και εξοπλισμένους χώρους με τη χρήση ειδικών μέσων και μεθόδων για την ικανοποίηση των ειδικών αναγκών του παιδιού, παρέχεται μέσα στη συνηθισμένη τάξη ή αν αυτό αποδειχθεί ότι δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του μαθητή μέσα σε τμήμα το οποίο λειτουργεί στο γενικό σχολείο, σε νοσοκομείο, στο σπίτι ή κάπου αλλού για όσο διάστημα προβλέπει η συνεχής αξιολόγηση του παιδιού (Πολυχρονοπούλου, 2012, σ.σ. 50).

Η Salah τονίζει με τη σειρά της το περιβάλλον φοίτησης. Οι μαθητές της Εδικής Αγωγής φοιτούσαν σε ξεχωριστά σχολεία. «Η έννοια της μειονεξίας την δεκαετία του 60΄ αρχίζει και συσχετίζεται και άλλες παραμέτρους εκτός από τις δυνατότητες του μαθητή. Έτσι πρέπει να διατυπωθεί ένας ορισμός διευρυμένος που να περιλαμβάνει κατηγορίες μαθητών. Στην 1^η κατηγορία ανήκουν και αυτοί που φοιτούν στο κανονικό σχολείο, αλλά αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως προς την διεκπεραίωση των μαθημάτων. Στην 2^η κατηγορία είναι εκείνοι που δεν εντάσσονται στο κανονικό σχολείο, θα μπορούσαν όμως να ωφεληθούν ικανοποιητικά και να καλύψουν τις ιδιαιτερότητες τους και τέλος υπάρχει και μια 3^η ομάδα με σοβαρές εκπαιδευτικές ανάγκες, οι οποίες δεν αντιμετωπίζονται» (Ζαφειριάδης Κ.).

Ένας ακόμη μελετητής, ο Tomlinson αναφέρει ότι η Ειδική Αγωγή κατανοείται και ερευνάται σύμφωνα με κοινωνικές, εκπαιδευτικές επιδράσεις και γενικά σε κάθε τομέα που σχετίζεται με αυτήν. Απεναντίας, ένας πιο αναπτυγμένος ορισμός δεν ορίζει την Ειδική Αγωγή με βάση τον χώρο αλλά από τις ανάγκες του παιδιού που θέλει να αντιμετωπίσει. Σημειώνεται ακόμη ότι τα μειονεκτήματα αλλά από τις αδυναμίες του σχολικού συστήματος και της κοινωνίας να καλύψει τις ανάγκες τους (Ζώνιου -Σιδέρη 2011).

Εκτός από αυτό, η έννοια έχει προσεγγιστεί υπό το πρίσμα της θεραπευτικής παρέμβασης, στην οποία εντοπίζεται το ιατρικό μοντέλο, η οποία θεωρεί την αναπηρία ως προσωπική τραγωδία, ανωμαλία, ασθένεια που πρέπει να θεραπευθεί (Παντελιάδου ,slide 5) , της αντιμετώπισης των ατόμων αυτών. Η θεραπευτική παρέμβαση εμπλέκει πολλούς επιστημονικούς κλάδους, κινώντας το εκκρεμές γύρω από «τη μόρφωση, τη διδασκαλία και την πρόνοια». Ο Καλαντζής απαγκιστρώνει την Ειδική Αγωγή από το ιατρικό μοντέλο και την θεωρεί «κοινωνικοεκπαιδευτικό πρόβλημα», που χρήζει ειδικών παιδαγωγικών χειρισμών (υλικού, μορφών εργασίας,

σχολικού κλίματος ζωής) με σκοπό « την εξελικτική βοήθεια και βοήθεια ζωής» (Ζαφειριάδης).

Η Ξηρομερίτη-Τσαλαγκάνου αναφέρει την Ειδική Αγωγή ως επιστήμη που μεριμνά για μαθητές , για τους οποίους η γενική εκπαίδευση παρουσιάζεται « ακατάλληλη και ανάρμοστη». Ενδιαφέρον αποτελεί ο εμπλουτισμός του ορισμού σε άλλο άρθρο της όπου επισημαίνει: «Η Ειδική Αγωγή είναι ο κλάδος των ανθρωπιστικών και κοινωνικών επιστημών και έχει αντικείμενο μελέτης τον άνθρωπο». Ένας επιπρόσθετος συλλογισμός της αναφέρει ότι : « η Ειδική Αγωγή είναι ένα ηθικό επιχείρημα , δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο η κοινωνία (κράτος-έθνος) αντιμετωπίζει με ειδικές παροχές τους μαθητές των οποίων οι ανάγκες δεν ικανοποιούνται όπως συμβαίνει με τους μαθητές της πλειοψηφίας».

Επίσης, παρατίθεται ο ορισμός ότι η Ειδική Αγωγή αποτελεί τομέα της παιδαγωγικής ψυχολογίας και προβλέπει την ανάπτυξη ειδικών θεραπευτικών και διδακτικών μέσων όπου θα εξασφαλίσουν καλύτερες συνθήκες μάθησης , παρά τις διάφορες μειονεξίες. Μια άλλη άποψη υποστηρίζει ότι η Ειδική Αγωγή είναι το σύνολο των επιστημονικά θεωρητικών και πρακτικών εγχειρημάτων που στοχεύει στην αφομοίωση στην εργασία , στην κοινωνική ζωή και στην ανάπτυξη των προσωπικών δυνατοτήτων. Μέσω της εργοθεραπείας , του παιχνιδιού ,της μουσικής , της ψυχοκινητικής και της ψυχανάλυσης τα παιδιά καλύπτουν τις ανάγκες τους και εξελίσσονται.

Όπως φαίνεται λοιπόν και από τους παραπάνω ορισμούς, είναι αδύνατη η σύνταξη ενός ορισμού που θα αγκαλιάζει , περιέχει όλες τις περιπτώσεις των ατόμων με αναπηρία. Από τη σύντομη αυτή ανασκόπηση αυτό που οφείλει να απομνημονευθεί είναι πως η Ειδική Αγωγή είναι μια μορφή εκπαίδευσης που αποσκοπεί στην κοινωνικοποίηση των ατόμων , στην αντιμετώπιση των αναγκών τους και όχι στην απρόσωπη μηχανιστική στείρα μάθηση (Τσινιάρα 2016).

1.1 Ιστορική αναδρομή της Ειδικής Αγωγής

Η Ειδική Αγωγή πέρασε από διάφορα στάδια αντιμετώπισης , από την δεισιδαιμονία/δαιμονοπληξία στην πρόβλεψη νόμων που αποβλέπουν στην ισάξια μεταχείρισή τους , στην εκπαίδευση , στην εργασία , στην αυτονομία και στην ζωή γενικότερα. Παρακάτω περιγράφονται τα στάδια που πέρασε μέχρις ότου να κατοχυρωθεί ως δικαίωμα και υποχρέωση της πολιτείας. Κατά τη διάρκεια της Πρωτόγονης και Αρχαίας περιόδου (3.000π.Χ – 500π.Χ) τα βρέφη με σωματικές αναπηρίες ή αρρώστιες θεωρούνταν λογικό να θανατωθούν. Επομένως, σε αυτήν την περίοδο δεν σκιαγραφούνται ιδιαίτερες αλληλεπιδράσεις μεταξύ ατόμων με αναπηρίες και κοινωνίας. Στην Ελληνική και Ρωμαϊκή εποχή σημειώθηκαν ανάμεικτες αντιμετώπισεις . Χαρακτηριστικά στη Σπάρτη τα παιδιά με σωματικές βλάβες ρίχνονταν στον Καιάδα. Την περίοδο εκείνη κυριαρχούσε η δαιμονοπληξία σε « ό,τι δε μπορούσαν να αποδώσουν στην κοινή λογική» (Πολυχρονοπούλου ,2013).. Δεν λαμβάνονταν υπόψη η ανθρώπινη υπόστασή του και συνεπακόλουθα ούτε και η πολιτική καθώς θεωρούσαν τις «βλάβες» θεϊκή τιμωρία. Αντίθετα στην δημοκρατική Αθήνα , προβλεπόταν ειδικός νόμος για την «αδυναμία». Οι ανάπηροι έπαιρναν επίδομα καθώς η Αθηναϊκή κοινωνία πίστευε πως η τύχη ήταν κοινή για όλους (Σκανδάλης 1981,σ.5).Αντίθετα , ο Πλάτωνας πίστευε πως τα ανάπηρα άτομα δεν είχαν θέση στην τότε κοινωνία.

Ο πρώτος που απέδωσε λογική στις «βλάβες» ήταν ο Ιπποκράτης (4-5π.Χ).Ο Ιπποκράτης ασχολήθηκε με την θεωρία και την θεραπεία της αναπηρίας. Συσχέτισε την αναπηρία με εγκεφαλική νόσο. Ασχολήθηκε με διαγνώσεις και ταυτόχρονα διερεύνησε την πηγή των προβλημάτων και έδωσε αντίστοιχα θεραπείες , φάρμακα. Ακόμη και σήμερα τα αποτελέσματα θεωρούνται αξιόλογα. Ο Αριστοτέλης πίστευε ότι ο άνθρωπος είναι πλασμένος με σωματικές και ψυχικές διαφορές. Κατά τον Αριστοτέλη, το σώμα και η ψυχή είναι άρρηκτα συνδεδεμένα και σε περίπτωση που «ατροφεί» το ένα , επηρεάζεται και το άλλο. Ο ίδιος είναι υπέρ των συναισθημάτων

της ελεημοσύνης προς τον συνάνθρωπο και όχι την κοροϊδία. Ιπποκράτης και Αριστοτέλης θεωρούνται τα άτομα που έστρεψαν την Ειδική Αγωγή προς την σωστή κατεύθυνση.

Στους Ρωμαϊκούς χρόνους δεν υπήρξε κάποια ιδιαίτερη εξέλιξη απλώς προτεινόταν πιο φιλικές μέθοδοι αντιμετώπισης της αναπηρίας όπως το μασάζ, η ηλιοθεραπεία, η άσκηση, η αποχή από το κρέας για την διαχείριση του πνευματικά διαταραγμένου. Δεν έλειπαν από το προσκήνιο και ακραίες μέθοδοι όπως: αφαίμαξη, χρήση ναρκωτικών, κλείσιμο σε απόλυτο σκοτάδι. Την περίοδο του Μεσαίωνα, παρατηρούνται διαφορούμενες συμπεριφορές καθώς την ίδια στιγμή κυριαρχεί έντονα η θρησκευτική πίστη αλλά και το μυαλό είναι γεμάτο προκαταλήψεις. Η ανθρωπιστική διάσταση της θρησκείας ωθεί στην φιλανθρωπική βοήθεια ατόμων με σωματικές αναπηρίες και νοητική καθυστέρηση. Ταυτόχρονα όμως, οι δεισιδαιμονίες αναφορικά με τους ψυχικά, συναισθηματικά διαταραγμένους φθονούν διότι θεωρείται περισσότερο από ποτέ άλλοτε, η ψυχική αστάθεια, κτήμα του σατανά.

Τον 16^ο και 17^ο αιώνα έγινε προσπάθεια εξήγησης της αναπηρίας, στροφής προς τον ανθρωπισμό, την φιλανθρωπία, η πολιτεία άρχισε να στρέφεται περισσότερο στις ανάγκες του πολίτη. Τον 18^ο αιώνα αρχίζουν να γίνονται αποδεκτά τα άτομα με αναπηρία (Πολυχρονοπούλου 2013, σ.81). Η Γαλλική Επανάσταση ήταν αφορμή για να προβλεφθεί κρατική μέριμνα απέναντι στους αναπήρους. Γιατροί που ξεχώρισαν αυτήν την περίοδο είναι ο Pinel, Tuke και Rush. Το 1651 κατασκευάστηκαν οι πρώτες πλάκες για τυφλούς καθώς και οι πρώτες τεχνικές επικοινωνίας με τους κωφούς (Πολυχρονοπούλου 2013, σ.82). Τον 19^ο αιώνα εξακολουθείτε να δίνετε έμφαση στην ανατομία και λιγότερο στην ψυχολογία και το συναίσθημα. Εξελίξεις παρατηρήθηκαν με την παρέμβαση σπουδαίων επιστημόνων Freud, Braille όπου δημιούργησε το σύστημα γραφής των τυφλών και ο Graham Bell, που χάρι σε αυτόν τα ακουστικά βαρηκοΐας βελτιώθηκαν.

Σταθμό στην ιστορία της Ειδικής Αγωγής αποτελεί το πείραμα του γιατρού Itard, ο οποίος προσπάθησε να εκπαιδεύσει ένα «άγριο» αγόρι που βρήκαν παρατημένο σε ένα δάσος του Aveyron στη νότια Γαλλία. Ο συγκεκριμένος πίστευε πως με το να εκπαιδεύσει το παιδί, θα κατάφερνε να το αλλάξει. Το παιδί όμως δεν μπορούσε να επικεντρώσει την προσοχή του σε πράγματα που δεν εξυπηρετούσαν τις ανάγκες του. Η αλληλεπίδραση με το περιβάλλον ήταν φτωχή. Ωστόσο παρά την αποτυχημένη

προσπάθεια , η κίνηση αυτή ήταν ένα σημαντικό βήμα για να δείξει ότι τα άτομα με ειδικές ανάγκες μπορούν να βελτιωθούν μέσω της ειδικής εκπαίδευσης. Μέχρι τα μέσα του 19^{ου} η προστασία των αναπήρων εξασφαλιζόταν από αναπηρίες. Στα τέλη του ίδιου αιώνα στις ΗΠΑ αλλά και σε προηγμένες χώρες της Ευρώπης , δημιουργήθηκαν σχολεία , ιδρύματα για την εκπαίδευση αναπήρων σε προστατευμένο περιβάλλον (Gargiulo 2012 , σ.17). Λίγο αργότερα η Montessori μέσω του βιβλίου του Seguin εφάρμοσε στρατηγικές και τεχνικές διδασκαλίας σε παιδιά με νοητική αναπηρία και αργότερα «σε παιδιά με φυσιολογική νοημοσύνη και συμπεριφορά» (Πολυχρονοπούλου 2013).

Σιγά-σιγά η κοινωνία αρχίζει και αναλαμβάνει τα ηνία της εκπαίδευσης του παιδιού με αναπηρία θεωρώντας πλέον ευθύνη της. Τον 20 αιώνα λόγω του συνωστισμού και των κονδυλίων πρόσφεραν στους αναπήρους απομόνωση, ιδρυματισμό αντί για κοινωνική ενίσχυση και εκπαίδευση. Με αφορμή τον Α΄ και Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο άρχισαν να διερευνούνται περισσότερο τα αίτια της αναπηρίας λόγω της αρχικής νοητικής εξέτασης των νεοσύλλεκτων και των σωματικά αναπήρων (λόγω του πολέμου). Έτσι, άρχισαν να λειτουργούν πολλοί φορείς , υπηρεσίες για την ανάπτυξη του κλάδου της Ειδικής Αγωγής.

1.2.1 Ιστορική αναδρομή της Ειδικής Αγωγής στην Ελλάδα

Η Ειδική Αγωγή στην Ελλάδα ξεκίνησε πολλά χρόνια αργότερα, μετά. Στην Οθωμανική περίοδο είχαν ληφθεί μέτρα για την αντιμετώπιση της δημόσιας υγείας. Με την κυβέρνηση του Καποδίστρια είχε δημιουργηθεί το ορφανοτροφείο της Αίγινας για την περίθαλψη παιδιών, αγωνιστών, προσφύγων και αναπήρων. Το 1920-1930 η κατάσταση στη χώρα ήταν πολύ άσχημη με τον υποσιτισμό , την θνησιμότητα, τον αναλφαβητισμό και τη μετανάστευση. Το 1923 δημιουργείται το Εθνικό Ίδρυμα Κωφαλάων και σχολεία για τυφλούς εφήβους και ενήλικες. Το 1937 ιδρύεται το φιλανθρωπικό σωματείο ΕΛΕΠΑΠ (Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αναπήρων Παίδων). Επιπρόσθετα , ψηφίζεται και ο πρώτος νόμος που αναφέρεται στην Ειδική Αγωγή 453/1937 όπου επιτρέπεται η ίδρυση ειδικών τάξεων για παιδιά με νοητική καθυστέρηση (Πολυχρονοπούλου, 2013). Το 1939 η Ρόζα Ιμβριώτη προσεγγίζει την Ειδική Αγωγή με μια πιο θεραπευτική διάσταση. Μέσω διάφορων

κινητοποιήσεων η ίδια προσπαθεί να φέρει σε επαφή το ελληνικό κοινό με την κοινωνική αιτία και την κοινωνική διάσταση των ειδικών αναγκών (Ζώνιου-Σιδέρη,2004). Η Ειδική Αγωγή στην Παιδαγωγική Επιστήμη ενσωματώνεται μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Ο Εμφύλιος Πόλεμος βοήθησε στην ανάπτυξη της Ειδικής Αγωγής. Από το ιατρικό μοντέλο της ιδρυματοποίησης το ενδιαφέρον στρέφεται προς την ένταξη των αναπήρων στο σχολείο και την κοινωνία. Το 1982 η αναπηρία ορίζεται για πρώτη φορά ως λειτουργία της σχέσης του αναπήρου με το περιβάλλον του (Πολυχρονοπούλου, 2013). Την ίδια χρόνια η κυβέρνηση ΠΑΣΟΚ αναλαμβάνει να επιμορφώσει δασκάλους Ειδικής Αγωγής για την υλοποίηση του θεσμού της ενσωμάτωσης. Σήμερα, η σχολική ενσωμάτωση υποστηρίζεται από τα τμήματα ένταξης μέσω της χρηματικής συνεισφοράς του κοινωνικού ταμείου της ευρωπαϊκής ένωσης.

1.2.1.1 Ιστορία του Νομοθετικού Πλαισίου της Ειδικής Αγωγής

Ο νόμος του 1143 του 1981 αναφέρεται στον « νόμος περί Ειδικής Αγωγής, επαγγελματικής εκπαίδευσεως ,απασχολήσεως, κοινωνικής μερίμνης των αποκλινόντων εκ του φυσιολογικού ατόμων». Μέσω του παραπάνω παρέχονταν ειδική εκπαίδευση , κοινωνική ένταξη από την κοινωνική μέριμνα (Λαμπροπούλου :ό.π).Ο νόμος εκφράζει την νοοτροπία του ιατρικού μοντέλου μέσω της έγκλισης των παιδιών σε ειδικά προστατευμένους χώρους. Το ιατρικό μοντέλο λαμβάνει την Ειδική Αγωγή ως προσωπική τραγωδία. Ενδιαφέρον αποτελεί ότι στην συγκεκριμένη χρονική περίοδο η υποχρεωτική εκπαίδευση των παιδιών με ειδικές ανάγκες ξεκινάει από τα 6 χρόνια και εκτυλίσσεται μέχρι τα 17 χρόνια (Λαμπροπούλου και Παντελιάδου:2000). Ακόμη, πραγματοποιείται «Συντονιστικόν και Γνωμοδοτικό Συμβούλιο Ειδικής Αγωγής» όπου απουσιάζουν άτομα, φορείς , γονείς που σχετίζονται άμεσα με την ειδική εκπαίδευση. Το 1984 με το νόμο 1566 «τα αποκλίνοντα εκ του φυσιολογικού άτομα» μετονομάζονται σε άτομα με ειδικές ανάγκες. Παρόλα αυτά, η έννοια της Ειδικής Αγωγής εξακολουθεί να παραμένει ιατρογενής. Σε αυτήν την περίπτωση όμως σμιλεύονται οι νομοθετικές προϋποθέσεις για την ένταξη των μαθητών με ειδικές ανάγκες στο κοινό σχολείο, ως μέλη της γενικής εκπαίδευσης καθώς συμπεριλαμβάνονταν στην ίδια νομοθεσία. Η αλληλοαποδοχή και η ένταξη στην παραγωγική διαδικασία αντικαθίστανται από

«αντίστοιχο προς τας δυνατότητας των ένταξης» του προηγούμενου νόμου (Λάμπροπούλου :ό:π).

Στη συνέχεια , η ίδρυση του «Συμβουλίου Ειδικής Αγωγής» αντικαθιστά το Γνωμοδοτικών . Στο νέο αυτό συμβούλιο λαμβάνουν μέρος εκπρόσωποι γονέων, αναπήρων , οργανώσεων και επιστημονικών ενώσεων. Καμία επιπλέον επιμόρφωση ή εκπαίδευση εκπαιδευτικών δεν επιτεύχθηκε. Την περίοδο του '80 λόγω του έντονου γονικού και αναπηρικού κινήματος για τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και των συνεδρίων Ειδικής Αγωγής που οργανώθηκαν, η κοινή γνώμη αρχίζει και ευαισθητοποιείται. Παράλληλα, το 1975 με τη νομοθετική ρύθμιση (Ν 227/75-ΦΕΚ273/4.12.75) οι δάσκαλοι εκπαιδεύονται στην Ειδική Αγωγή στο Μαράσλειο Διδασκαλείο . Το 1983-84 πραγματοποιείται επιμόρφωση κάποιων μαθημάτων στη ΣΕΛΔΕ (Σχολή Επιμόρφωσης Λειτουργών Δημοτικής Εκπαίδευσης)- ΣΕΛΕΤΕ (Σχολή Εκπαιδευτικών Λειτουργών Επαγγελματικής και Τεχνικής Εκπαίδευσης) και ΣΕΛΜΕ (Σχολή Επιμόρφωσης Λειτουργών Μέσης Εκπαίδευσης).

Πέρα από τους ψυχολόγους , ψυχιάτρους λίγοι είναι οι επιστήμονες που διεκδικούν τον τίτλο του «ειδικού» στην Ειδική Αγωγή. Στο Μαράσλειο αρχίζουν και συζητούνται θέματα που έχουν να κάνουν με τις αντιλήψεις, τις στάσεις την ένταξη και τον εκσυγχρονισμό της Ειδικής Αγωγής. Στην προκειμένη χρονική περίοδο η Ειδική Αγωγή δεν έχει κάποια δύναμη. Την δεκαετία του '80 ιδρύονται Παιδαγωγικά Τμήματα στα πανεπιστήμια , τα μαθήματα της Ειδικής Αγωγής υπάρχουν ως επιλογής , γεγονός που δείχνει ότι δεν αναγνωρίζεται όσο πρέπει (Λαμπροπούλου :ό:π). Ύστερα από 15 χρόνια προβλέπεται ένας νέος νόμος για την Ειδική Αγωγή , ο 2817/2000. Ενώ η έμφαση παραμένει στην ένταξη , δεν ψηφίστηκε κάτι αναφορικά με τη στήριξη μαθητών και δασκάλων στα σχολεία της γενικής εκπαίδευσης (Κοκκινάκη Α. & Κοκκινάκη Δ.). Παρόλα αυτά, επιτεύχθηκαν κάποιες αξιόλογες εξελίξεις με το 2817/2000 καθώς ιδρύθηκαν τα διαγνωστικά και συμβουλευτικά κέντρα (ΚΔΑΥ). Η γενικότερη ευαισθητοποίηση και η πιο οργανωμένη διεκδίκηση των δικαιωμάτων οδηγεί στο λαμπρό βήμα της ίδρυσης Μεταπτυχιακών Τμημάτων στην Ειδική Αγωγή σε Αθήνα , Πάτρα και Θεσσαλονίκη (Λαμπροπούλου,2011).

Σύμφωνα με τη νομοθεσία 3699/2008 , μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες είναι εκείνοι που για κάποια στιγμή της ζωής ή και για πάντα χρήζουν βοήθεια και υποστήριξη. Συμπεριλαμβάνει μαθητές με μαθησιακές ,

σωματικές, νοητικές δυσκολίες και ψυχικές βλάβες που είτε εκ γενετής προκλήθηκαν από το περιβάλλον (ατύχημα, οικογενειακό περιβάλλον). Όσο παράδοξο κι αν φαίνεται εκ πρώτης όψεως σε αυτήν την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται και τα χαρισματικά/ταλαντούχτα παιδιά , τα οποία υπερβαίνουν κατά πολύ τις ικανότητες της ηλικιακής τους ομάδας. Τέλος, παρατηρείται η τάση οι δικαστικές αποφάσεις να συγκλίνουν προς την εφαρμογή την συνεκπαίδευσης των παιδιών με ειδικές ανάγκες στα σχολεία της περιοχής (Κοκκινάκη Α. & Κοκκινάκη Δ.).

2. Εισαγωγή στην Κινητική Αναπηρία

Όπως στην Ειδική Αγωγή γενικότερα , έτσι και στις αναπηρίες παρατηρούνται δυσκολίες στον ακριβή ορισμό της. Η Βαλάχα (2018) αναφέρει διάφορους μελετητές και οργανισμούς που έκαναν αυτήν την προσπάθεια. Σύμφωνα λοιπόν , με τον Χαρτοκόλλη (1981) « αναπηρία σημαίνει μια ανίατη λειτουργική βλάβη , έλλειψη ή ανωμαλία συγγενή ή επίκτητη , συνήθως αποτέλεσμα ή κατάλοιπο αρρώστιας ή ατυχήματος , μια ανωμαλία που να εμποδίζει κατά κάποιο τρόπο την εκπλήρωση των βασικών κοινωνικών αναγκών όπως η κίνηση και η εργασία». Πέρα από αυτόν , η σύμβαση του Ο.Η.Ε (Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών) το 2008 αναφέρει ότι η αναπηρία περιέχει «άτομα με μακροχρόνιες σωματικές ,νοητικές, πνευματικές ή αισθητηριακές βλάβες , οι οποίες σε αλληλεπίδραση με διάφορα εμπόδια δύναται να παρεμποδίσουν την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή τους σε ίση βάση με άλλους». (αναφορά Βαλάχα ,2018, σελ.16).

Ο άνθρωπος μέσω της κίνησης, της βόδισης ,χαίρεται τις χαρές της ζωής και πραγματοποιεί τις υποχρεώσεις του (Νεστορίδης,2004). Η κίνηση είναι μια λειτουργία η οποία προϋποθέτει τον αρμονικό συντονισμό πολλών συστημάτων του οργανισμού (πχ. νευρικού, μυϊκού, οστικού) προκειμένου το άτομο να εκφράσει την παρουσία του στον κόσμο, χρησιμοποιώντας το σώμα του για να βαδίσει, να μετακινηθεί, να απολαύσει τις χαρές της ζωής και να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του (Σπετσιώτης & Σταθόπουλος, 2003). Σύμφωνα με άλλους μελετητές , Stone & Collea (1996), η κινητική αναπηρία εκφράζεται ως σωματική δυσλειτουργία που οδηγεί στον περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων. Ένας άλλος ορισμός σχετίζει την κινητική αναπηρία με την ολική ή μερική απώλεια των σωματικών

λειτουργιών (Ellsum & Pedersen 2005). Οι σωματικές αναπηρίες μπορεί να προέρχονται από ατυχήματα κατά τη διάρκεια της ζωής του παιδιού ή να είναι επίκτητες βλάβες. στην παιδική ηλικία. Οι κινητικές αναπηρίες στα παιδιά προκαλούνται από διάφορες αίτιες (Ντόνας&Πάλλας&Ταγκάλου, 2015).

Οι διάφορες μορφές σωματικών αναπηριών επηρεάζουν την λειτουργικότητα του στο κοινωνικό περιβάλλον, την ποιότητα ζωής και την ακαδημαϊκή επίδοση (Ιωαννίδη& Καρβέλα ,2018). Ανάλογα με την αιτία της κινητικής διαταραχής οι μαθητές με κινητικές αναπηρίες είναι μια ομάδα με πολλές υποομάδες (Ντόνας & Πάλλας &Ταγκάλου ,2015). Υπάρχει ποικιλία στα χαρακτηριστικά των παιδιών με σωματικές αναπηρίες και χρόνια προβλήματα υγείας . Για αυτόν τον καθίσταται δύσκολη και η περιγραφή τους . Κάποια παιδιά μπορεί να αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα υγείας αλλά σχετικά ήπια. Άλλα παιδιά έχουν εξαιρετικά περιορισμένη αντοχή και ζωτικότητα. Η τελευταία περίπτωση απαιτεί σύνθετη ιατρική τεχνολογία και συνεχή υποστήριξη για την επιβίωσή τους. Μια συγκεκριμένη σωματική άσκηση ή πρόβλημα υγείας μπορεί να ακολουθήσει διαφορετική πορεία στο ίδιο παιδί.

Τα παιδιά με κινητικές αναπηρίες εμφανίζουν νοητικά χαρίσματα. Βέβαια , οι συνεχείς απουσίες για θεραπείες και οι παρενέργειες που μπορεί να εμφανίζει μια φαρμακευτική αγωγή , αμβλύνουν την πορεία , την εξέλιξη το μαθητή στο σχολείο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να παρουσιάζει χαμηλή επίδοση στη μάθηση.

Εκτός από αυτό , φαίνεται η διάθεσή τους πολλές φορές διχάζεται. Αυτό εξηγείται από την συναισθηματική πάλη που βιώνουν μεταξύ της επιθυμίας της ολοκλήρωσης του εαυτού και της έλλειψης που επιφέρει η αναπηρία. Κάποια άτομα με αναπηρία , παρά το σωματικό τους εμπόδιο , κινητοποιούνται βρίσκοντας λύσεις στην αναπλήρωση των αδυναμιών τους. Τέτοια άτομα με κινητική αναπηρία αντιμετωπίζουν το πρόβλημά τους ως πρόκληση για εξέλιξη και επιβίωση. Υιοθετούν μια πιο θετική προσέγγιση στην κατάστασή τους. Αντιθέτως , υπάρχουν παιδιά που νιώθουν ιδιαίτερα μειονεκτικοί και εμφανίζουν συναισθήματα οργής, θυμού , μεμψιμοιρίας . Αποδίδουν τις δυσκολίες κοινωνικής προσαρμογής και προσωπικής εξέλιξης στην αναπηρία τους. Νιώθουν πως κάθε ανθρώπινη προσέγγιση είναι απόρροια λύπησης για τους ίδιους ή παραβίασης του προσωπικού τους χώρου. Πολλές φορές παρατηρούνται ανταγωνιστικές διαθέσεις μεταξύ με τα φυσιολογικά

τους αδέρφια. Σύμφωνα με τους Παπαπάνη& Γιαβρίμη& Βίκη (2007) τέτοια παιδιά αντιλαμβάνονται πιο εύκολα τα διάφορα συναισθήματα.

Όσον αφορά την ανατροφή του παιδιού με κινητική αναπηρία, απαιτεί σκέψη, υπευθυνότητα, υπομονή και δεξιότητες διαχείρισης της κατάστασης. Η συμβολή της οικογένειας είναι ιδιαίτερα σημαντική σε τέτοιες περιπτώσεις. Η οικογένεια στην προσπάθεια της να βοηθήσει το παιδί διακατέχεται από διάφορα συναισθήματα ανάλογα με την εξέλιξη του παιδιού. Η οικογένεια συμβάλλει σημαντικά στην σχέση που αναπτύξει το παιδί με την αναπηρία. Η σχέση του παιδιού με την αναπηρία καθορίζει διαδοχικά την πορεία στο γλωσσικό και γνωστικό τομέα (Βαλαχάκη, 2018).

Σημαντικός είναι ο ρόλος του εκπαιδευτικού και της οικογένειας που θα βοηθήσουν το παιδί με κινητική αναπηρία να ενταχθεί ισότιμα στην κοινωνία, μέσα στο κατάλληλο εργασιακό καθεστώς (Νεστορίδης, Κινητικές αναπηρίες σε παιδιά). Ο εκπαιδευτικός έχει την δυνατότητα να παρακολουθεί καθημερινά το παιδί και είναι αυτός που μπορεί να παραπέμψει την οικογένεια σε ειδικούς για τον έλεγχο συμπτωμάτων. Μια καλή συνεργασία, επικοινωνία και αλληλεπίδραση μεταξύ τους πιθανόν να επιφέρει να δημιουργήσει ιδανικότερες συνθήκες ανατροφής ενός παιδιού με κινητική αναπηρία.

2.1 Αιτίες και κλινική εικόνα κινητικών αναπηριών

Οι κατηγορίες των κινητικών αναπηριών, διακρίνονται με βάση τα αίτια της αναπηρίας. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει κινητικές αναπηρίες που οφείλονται σε εγκεφαλική παράλυση ή θέματα νευρολογικής φύσεως (Ντέρου & Ντεροπούλου, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών). Σε αυτήν την περίπτωση, ο εγκέφαλος παρουσιάζει μειωμένη ανάπτυξη ή βλάβη. Ο εγκέφαλος, γενικά, είναι υπεύθυνος για την σωματική κατάσταση και κίνηση. Για αυτό όταν δυσλειτουργεί, επηρεάζει τις λειτουργίες του σώματος και της κίνησης. Οι νόσοι που εντάσσονται σε αυτήν την κατηγορία είναι: η εγκεφαλική παράλυση, η δισχιδής ράχη και η επιληψία.

2.1.1 Εγκεφαλική παράλυση

Αναφέρεται και ως νόσος Little , καθώς ο χειρουργός Dr William J. Little, περιέγραψε για πρώτη φορά την κλινική εικόνα της εγκεφαλικής παράλυσης. Περιγράφει μια ομάδα κινητικής αναπηρίας με σχετίζεται με βλάβη στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο. Στη νόσο αυτή διαταράσσεται η κίνηση και η στάση του σώματος. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζονται δυσλειτουργίες στον συντονισμό των κινήσεων και τον έλεγχο του μυϊκού τόνου. Αποτελεί «βλάβη στο εξελισσόμενο νευρικό σύστημα , πριν, κατά την γέννηση ή τους πρώτους μήνες ζωής του ατόμου» (Τσιρώνη, 2012 , σελ.15 & Strokes , 1998). Καθώς τραυματίζεται το μεγαλύτερο μέρος του εγκεφάλου , παρατηρείται νοητική υστέρησης, διαταραχές των αισθητηριακών λειτουργιών της αντίληψης, της μάθησης, της ομιλίας και επιληπτικές κρίσεις (Τσιρώνη ,2012 κ Παντελιάδης, Παπαβασιλείου,2000).

Τα συμπτώματα είναι συνήθως εμφανή πριν από την ηλικία των 2 και σε βαριές περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστούν από τους 3 μήνες. Η εγκεφαλική παράλυση είναι ένας μη-προοδευτικός τύπος εγκεφαλοπάθειας (ζημία έναντι του εγκεφάλου) και τα συμπτώματα είναι άμεσα με αποτέλεσμα η ασθένεια να μην επιδεινώνεται (Freeman& Steven, 2006 & Τσιρώνη,2012 σελ.21)..Η εγκεφαλική παράλυση μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης , κατά τον τοκετό καθώς και στα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού (Βάσιος & Στεργιούλης& Σαρρής).

- Προγεννητικοί παράγοντες: Συγγενείς δυσπλασίες του εγκεφάλου, ενδομήτριες λοιμώξεις (ερυθρά ,τοξοπλάσμωση, ανεμοβλογιά, ιλαρά, σοβαρή γρίπη , απλός έρπητας), ενδομήτρια αγγειακά επεισόδια, ενδομήτρια ανοξία.
- Περιγεννητικοί παράγοντες: ασφυξία εγκεφάλου , αιμορραγικές βλάβες, ίκτερος. Επίσης , σε αυτήν την κατηγορία περιλαμβάνονται οι παράγοντες προκαλούν πρόωρο τοκετό ή λιποβαρή νεογνά (βάρος γέννησης κάτω από 2.500gr).

- Μεταγεννητικοί παράγοντες: Λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού συστήματος , μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα και εγκεφαλικά τραύματα που έχουν προκύψει από ατυχήματα ή σωματική κακοποίηση. Ακόμη, η μη επαρκής θρέψη του παιδιού , στα πρώτα χρόνια της ζωής, έχει αντίκτυπο στην σωματική και ψυχοκινητική ανάπτυξη.
- Επιπλέον αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν εγκεφαλική παράλυση η ακτινοβολία , η υπογλυκαιμία, μερικές περιπτώσεις νεοπλασμάτων και δηλητηριάσεις από μόλυβδο, διοξείδιο του άνθρακα.

2.1.2 Ταξινόμηση Εγκεφαλικής Παράλυσης

2.1.2.1 Νευρομυϊκή διαταραχή

Η πρώτη κατηγορία χωρίζεται σύμφωνα με τη φύση και τη μορφή της κυρίαρχης νευρομυϊκής διαταραχής. Στην πρώτη εντοπίζονται τα ακόλουθα είδη νευρομυϊκής διαταραχής: η αθέτωση, η σπαστικότητα, η αταξία, η υποτονία, η δυσκαμψία , ο τρόμος και μεικτής μορφής εγκεφαλική παράλυση.

Α.Σπαστικότητα, Συχνότητα 65%: : Η σπαστικότητα προκαλείται από βλάβη ή δυσλειτουργία στον εγκεφαλικό φλοιό, στο πυραμιδικό ή εξωπυραμιδικό σύστημα. Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει τις μεγαλύτερη ομάδα των εγκεφαλικών παραλύσεων. Η συχνότερη μορφή της Εγκεφαλικής Παράλυσης είναι η σπαστική, που χαρακτηρίζεται από γενικευμένη αύξηση του μυϊκού τόνου (Parkes & McCusker, 2008, Wilson- Jones, Morgan, Shelton & Thorogood, 2007 , Ιωαννίδη &Καρβέλα ,2018). Το παιδί με σπαστικότητα παρουσιάζει υπερτονικότητα, υπερλειτουργικότητα των αντανακλαστικών, χιαστί βάδισμα ,ανεξέλεγκτες κινήσεις, τινάζει βίαια τα μέλη του σώματος του.

Β. Αθέτωση, Συχνότητα 20%: Όταν παρουσιάζεται βλάβη στα νευρικά γάγγλια, εκδηλώνεται η αθέτωση. Αυτή περιλαμβάνει ακούσιες, ασυντόνιστες κινήσεις συνοδευόμενη από ανεξέλεγκτη στάση.



Εικόνα 1. Παιδί με αθέτωση (Ντέρου & Ντεροπούλου), eclass, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Γ. Αταξία, Συχνότητα 5%: Η παρεγκεφαλίδα είναι υπεύθυνη για την ισορροπία και το συντονισμό των μυών. Όταν δυσλειτουργεί οδηγεί στην αταξία. Το παιδί δεν μπορεί να κάνει γρήγορες κινήσεις και παρουσιάζονται δυσκολίες στην λεπτή κινητικότητα. Είναι σπανιότερη από τις δύο παραπάνω.

Δ. Υποτονία, Συχνότητα 5%: Παρουσιάζονται δυσκολίες ή απουσία προσπάθειας κινητικής δραστηριοποίησης. Οι μύες του υποτονικού παιδιού βρίσκονται σε χαμηλή τάση. Το παιδί . Επίσης , το παιδί δεν αντιδρά σε εξωτερικά ερεθίσματα. Η υποτονία συνοδεύεται από μικροκεφαλία και νοητική καθυστέρηση.

Ε. Δυσκαμψία, Συχνότητα 5%: Παρατηρείται σπαστικότητα σε όλα τα μέρη του σώματος, μεγάλη δυσκαμψία και νοητική καθυστέρηση. Το παιδί σε αυτής της κατηγορίας , έχει μικρή περίμετρο κεφαλής και δεν είναι σε θέση να αντιδρά στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος.

Ζ. Τρόμος: Κατά την διάρκεια της στάσης και κίνησης του σώματος, εμφανίζεται ακούσια ρυθμική σύσπαση και χαλάρωση των ανταγωνιζόμενων μυών.

Η. Μικτές μορφές εγκεφαλικής παράλυσης, Συχνότητα 5%: Όλες οι παραπάνω μορφές εμφανίζονται συνδυαστικά.

2.1.2.2 Εγκεφαλική βλάβη

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει μορφές εγκεφαλικής παράλυσης βάσει του εντοπισμού της κινητικής αναπηρίας. Ανάλογα με την βλάβη η εγκεφαλική παράλυση μπορεί να εκδηλωθεί με τη μορφή μονοπληγίας, διπληγίας, τριπληγίας, τετραπληγίας, ημιπληγίας και παραπληγίας.

1.Μονοπληγία: Πάσχει το ένα άκρο

2.Διπληγία: Πάσχουν και τα πάνω και τα κάτω άκρων , με μεγαλύτερη υπεροχή τα κάτω

- 3.Τριπληγία: Πάσχουν τα κάτω άκρα και το ένα χέρι.
- 4.Τετραπληγία: Πάσχει όλα τα άκρα, δηλαδή ολόκληρο το σώμα
- 5.Ημιπληγία: Πάσχει η μια πλευρά του σώματος, ένα χέρι και ένα πόδι
6. Παραπληγία: Πάσχουν μόνο τα κάτω άκρα

Είναι απαραίτητο ένας εκπαιδευτικός να έχει επίγνωση των «συνοδών προβλημάτων» (Ιωαννίδης & Καρβέλα,2018) που μπορεί να φέρει η εγκεφαλική παράλυση (γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, αισθητηριακές διαταραχές όρασης και ακοής, επιληψία, νοητική υστέρηση, διαταραχές λόγου – ομιλίας, μαθησιακά προβλήματα, ψυχολογικά - ψυχιατρικά προβλήματα αισθητικές διαταραχές).Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία κάποιο παιδί που δεν έχει καθίσει μέχρι το 5^ο έτος της ζωής του ,είναι απίθανο να βαδίσει (Νέστοριδης, Κινητικές αναπηρίες σε παιδιά). Η έγκαιρη παρέμβαση από ειδικευμένο προσωπικό με την συνεργασία της οικογένειας είναι καθοριστική για την βελτίωση της εγκεφαλικής παράλυσης.

2.2 Επιληψία

Ο όρος σχετίζεται με την αιφνίδια κατάληψη. Η μη φυσιολογική λειτουργία των ηλεκτρικών κυκλωμάτων του εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσει την επιληψία. Η επιληψία μπορεί να επηρεάζει κάθε δραστηριότητα που ελέγχει ο εγκέφαλος. Παλαιότερα , η νόσος θεωρούνταν προσωποποίηση του κακού και από άλλους ως ένδειξη δημιουργικής ικανότητας. Έκτοτε, οι γνώσεις για την επιληψία έχουν επεκταθεί αρκετά. Η νόσος είναι ανεξαρτήτου της κοινωνικής και οικονομικής θέσης, της καταγωγής και του φύλου του ατόμου. Αν και το κάθε άτομο μπορεί να εκδηλώσει μια τέτοια κρίση , οι περισσότεροι άνθρωποι εμφανίζουν αντίσταση στην εκδήλωσή της. Στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζεται πριν την ηλικία των 20 ετών. Εκτιμάται ότι 50 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως από επιληψία. Συγκεκριμένα , στην Ελλάδα υπολογίζονται 100 χιλιάδες πάσχοντες.

2.2.1 Αίτια Επιληψίας

Η επιληψία, ανάλογα με την μορφή που εκδηλώνεται , μπορεί να εμφανίζεται σπάνια ή συχνά. Στα μισά περιστατικά παραμένει μυστήριο. Ωστόσο , το υπόλοιπο ποσοστό οφείλεται στους παρακάτω παράγοντες:

- Γενετική προδιάθεση: Ορισμένοι τύποι επιληψίες που επηρεάζουν συγκεκριμένα τμήματα του εγκεφάλου , έχουν συνδεθεί με κάποια γονίδια. Εκτιμάται ότι 500 γονίδια ευθύνονται για την εμφάνιση της συγκεκριμένης πάθησης.
- Τραύματα στο κεφάλι : Ένας τραύμα στο κεφάλι , λόγω ατυχήματος
- Εγκεφαλικά προβλήματα: Όγκοι , εγκεφαλικές βλάβες και εγκεφαλικά επεισόδια
- Μολυσματικές μεταδοτικές ασθένειες: AIDS,μηνιγγίτιδα και ιογενή εγκεφαλίτιδα
- Προγεννητικός τραυματισμός: Η κακή διατροφή και κάποια μόλυνση της μητέρας κατά την διάρκεια την εγκυμοσύνης , μπορεί να προκαλέσουν εγκεφαλικές βλάβες στον έμβρυο.
- Αναπτυξιακές διαταραχές

Η « Διεθνής Ένωση κατά της Επιληψίας» (International League Against Epilepsy - ILAE) διακρίνει την επιληψία σε 4 βασικές κατηγορίες:

- Στις εστιακές επιληψίες , που σχετίζονται με την διαταραχή μιας περιοχής ενός ημισφαιρίου. Σε αυτήν την κατηγορία, και οι δευτερεύουσες γενικευμένες επιληψίες. Στην τελευταία , οι κρίσεις έχουν ως αφετηρία μια συγκεκριμένη εστία και ύστερα κλιμακώνονται και γενικεύονται.
- Σε γενικευμένες επιληψίες και σύνδρομα όπου ενεργοποιούνται και από τα δύο σύνδρομα (Ζωγραφίδου, 2017, σελ.24)

Οι δύο πρώτες κατηγορίες κατηγοριοποιούνται επιπλέον , σε σχέση με τα αίτια που προκαλούν την επιληψία. Οι επιληπτικές κρίσεις διακρίνονται σε:

- Ιδιοπαθείς , που σχετίζεται με την κληρονομική προδιάθεση του εγκεφάλου να προκαλέσει επιληπτική κρίση

- Συμπτωματικές. Όταν η επιληπτική κρίση οφείλεται σε επίκτητες βλάβες του εγκεφαλικού φλοιού.
 - Κρυπτογενείς (από το 1989) , στις οποίες δεν μπορεί να ανιχνευθεί η αίτια της κρίσης
- Σε επιληψίες που δεν μπορούν να θεωρηθούν ως γενικευμένες ή εστιακές
- Σε ειδικές επιληπτικές κρίσεις , που προκαλούνται από συγκεκριμένες καταστάσεις.

Οι επιληπτικές κρίσεις την εξής παρακάτω συμπτωματολογία:

- Προσωρινή σύγχυση
- Βλέμμα στο κενό
- Ανεξέλεγκτες και σπασμωδικές κινήσεις χεριών και ποδιών
- Απώλεια της συνείδησης
- Ψυχικά συμπτώματα

(Πηγή: Ζωγραφίδου Ε. , Φαρμακευτικές Μέθοδοι και Θεραπεία σε ασθενείς με επιληψία,2017, σελ.24)

2.2.2 Διάκριση κρίσεων επιληψίας

- Εστιακές κρίσεις χωρίς απώλεια συνείδησης. Παρόλο που το άτομο δεν χάνει τη συνείδησή του , παρατηρούνται αλλαγές στα συναισθήματα και στα αισθήσεις (γεύση , ακοή, όσφρηση, αφή). Το άτομο αποκωδικοποιεί το περιβάλλον γύρω του με διαφορετικό τρόπο. Ένας μέρος του σώματος , χέρι ή πόδι , πάλλεται ακούσια σπασμωδικά. Εκτός από αυτό , το άτομο μπορεί να νιώθει ότι ζαλίζεται , ότι « τα φώτα αναβοσβήνουν» , τσούξιμο.
- Σύνθετες εστιακές κρίσεις με απώλεια συνείδησης. Ο πάσχων έχει βλέμμα στο κενό και δεν ανταποκρίνεται στο περιβάλλον του. Παρατηρούνται επαναλαμβανόμενες κινήσεις , όπως το τρίψιμο στο χέρι , μάσημα ή κατάποση ή περπάτημα σε κύκλους.

Τα παραπάνω συμπτώματα ομοιάζουν με την ψυχική ασθένεια και την ναρκοληψία. Όμως , αποτελούν διαφορετικές καταστάσεις.

- Γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις απουσίας: Εμφανίζεται στις παιδικές ηλικίες. Παρατηρείται ότι τα παιδιά έχουν κενό βλέμμα , ανοιγοκλείνουν τα μάτια τους ή χτυπάνε τα χείλη τους. Μπορεί να προκληθεί στιγμιαία απώλεια της συνείδησης.
- Γενικευμένες τονικές κρίσεις : Προκαλείται δυσκαμψία των μυών της πλάτης, των χεριών και το ποδιών. Υπάρχουν περιπτώσεις , όπου ο πάσχων πέφτει στο έδαφος.
- Γενικευμένες ατονικές κρίσεις: Ο πάσχων χάνει τον έλεγχο των μυών του και πέφτει στο έδαφος.
- Γενικευμένες κλονικές κρίσεις: Περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενες κινήσεις του λαιμού, του προσώπου και των χεριών.
- Γενικευμένες μυοκλονικές κινήσεις : Περιλαμβάνει σύντομες , ξαφνικές συσπάσεις χεριών και ποδιών.
- Γενικευμένες τονικοκλονικές κινήσεις: Αποτελεί σοβαρό είδος επιληπτικής κρίσης. Ο πάσχων χάνει την συνείδηση του , συσφίγγει ακούσια τους μύς και τρέμει. Κάποιες φορές παρατηρείται το δάγκωμα της γλώσσας και αδυναμία ελέγχου κύστης.

2.3 Δισχιδής ράχη

Κατά την εμβρυική περίοδο, αυτό που αναπτύσσει το νευρικό σύστημα είναι μια πλάκα κυττάρων που εκτείνεται κατά μήκος της ράχης. Τα άκρα πλησιάζουν το ένα το άλλο και δημιουργούν τον νευρικό σωλήνα. Ο νευρικός σωλήνας σταδιακά κλείνει και σχηματίζει τον εγκέφαλο και ύστερα τον νωτιαίο μυελό. Η παραπάνω διαδικασία πραγματοποιείται την περίοδο της εγκυμοσύνης. Στην περίπτωση που παρουσιαστούν προβλήματα σε αυτήν την φάση , δεν αναπτύσσεται επαρκώς η σπονδυλική στήλη, ο νωτιαίος μυελός και τα μηνίγγια. Τα μηνίγγια προστατεύουν τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό. Η δισχιδής ράχη εμφανίζεται σε διαφορετικές μορφές και βαθμούς σοβαρότητας σε κάθε άτομο. Η ανωμαλία εντοπίζεται στον νευρικό σύστημα και εμφανίζεται περίπου σε 6 νεογνά ανά 10.000 τοκετούς.

2.3.1 Αίτια Δισχιδής Ράχης

Τα αίτια της νόσου παραμένουν άγνωστα. Ωστόσο κάποιοι επιστήμονες εικάζουν ότι οι λόγοι πρόκλησης είναι πολυπαραγοντικοί. Το περιβάλλον, η διατροφή, η κληρονομικότητα φαίνεται να επηρεάζουν. Εκτός από αυτό, έχει παρατηρηθεί από έρευνες ότι η ανεπαρκής λήψη του φυλλικού οξέος στη διατροφή της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί τον κύριο παράγοντα για την πρόκληση της νόσου.

Τα παιδιά με δισχιδή ράχη παρουσιάζουν: οστικές παραμορφώσεις, διαταραχές της στάσης του σώματος, μυϊκή αδυναμία, μώλωπες και ψυχολογικά προβλήματα (McMaster MJ, 2006). Μπορεί επίσης να είναι παράλυτα σε κάποιο βαθμό στα κάτω άκρα και να μπορούν να βαδίσουν με στηρίγματα (Ιωαννίδη κ Καρβέλα, 2018). Ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να δώσει προσοχή στις παραμορφώσεις και τις συγκάμψεις των αρθρώσεων, στις ασκήσεις των κάτω άκρων. Η παρουσία εργοθεραπευτή, ουρολόγου, ορθοπεδικού κρίνονται εξίσου απαραίτητες.

2.3.2 Τύποι Δισχιδής ράχης

Ανάλογα λοιπόν με την βλάβη της σπονδυλικής στήλης και του νωτιαίου μυελού υπάρχουν 4 τύποι δισχιδής ράχης: λανθάνουσα, ανωμαλίες του κλειστού νευρικού σωλήνα, μηνιγγοκήλη και μυελομηνιγγοκήλη.

- Λανθάνουσα μορφή: Αυτός ο τύπος δισχιδής ράχης εντοπίζεται συχνότερα και αποτελεί την πιο ήπια μορφή. Σε αυτήν την κατηγορία, οι δύο ή περισσότεροι σπόνδυλοι δεν αναπτύσσονται επαρκώς. Έτσι, δημιουργείται ένα άνοιγμα στην σπονδυλική στήλη, το οποίο καλύπτεται από δέρμα. Αυτός ο τύπος εμφανίζεται σε ποσοστό 10-20%. Σπάνια η λανθάνουσα μορφή οδηγεί σε προβλήματα ή στην αναπηρία.

- Οι ανωμαλίες του κλειστού νευρικού σωλήνα: Περιλαμβάνει ποικίλες ανωμαλίες της σπονδυλικής στήλης . Οι ανωμαλίες της σχετίζονται με τη διάπλαση των οστών, μεμβρανών και λίπους. Αυτό ο τύπος δισχιδής ράχης , μπορεί να προκαλέσει μερική παράλυση και δυσλειτουργίες στο παχύ έντερο και στο ουροποιητικό σύστημα.
- Μηνιγγοκήλη: Τα καλύμματα του νωτιαίου μυελού , τα μηνίγγια δημιουργούν μια κύστη στο δέρμα . Τα άτομα με μηνιγγοκήλη μπορεί να εκδηλώνουν λίγα ή καθόλου συμπτώματα. Σε άλλες περιπτώσεις τα συμπτώματα μοιάζουν με τις ανωμαλίες του κεντρικού νευρικού σωλήνα.
- Μυελομηνιγγοκήλη: Η μυελομηνιγγοκήλη αποτελεί την σοβαρότερη μορφή της νόσου. Σε αυτήν την μορφή , το άνοιγμα της σπονδυλικής στήλης αφήνει ακάλυπτα τον νωτιαίο μυελό ή νευρικά στοιχεία του. Το αποτέλεσμα της παραπάνω διαδικασίας , προκαλεί σοβαρές αισθητικές διαταραχές. Ακόμη , ο πάσχων μπορεί να είναι παράλυτος σε όλη του τη ζωή. Επίσης , εντοπίζονται σοβαρές δυσλειτουργίες στο έντερο και στο ουροποιητικό σύστημα.

2.4 Κινητικές αναπηρίες ορθοπεδικής φύσεως

Στη δεύτερη περίπτωση η κινητική αναπηρία προέρχεται από ορθοπεδικής φύσεως ζητήματα. Τα ζητήματα αυτά μπορεί να είναι εκ γενετής ή να προκύπτουν στην διάρκεια ζωής του ατόμου. Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι καταστάσεις αυτές να επιδιορθώνονται ή να διαρκούν επ ‘αορίστου.

2.4.1 Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

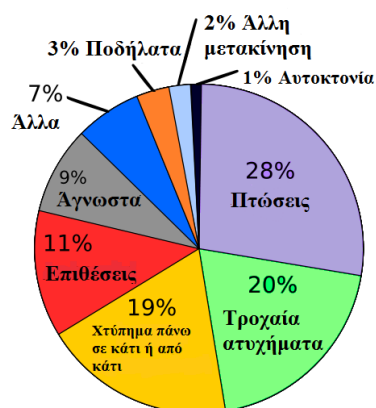
Η κρανιοεγκεφαλική κάκωση αφορά τον τραυματισμό της κεφαλής με ή χωρίς κάταγμα. Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις οφείλονται σε ατυχήματα. Συχνή αιτία θανάτου σε παιδιά και ενήλικες είναι η βαρεία κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Η πρόγνωση είναι χειρότερη όταν η κάκωση συμβεί σε ηλικία μικρότερη των 7 χρονών (Νεστορίδης, Κινητικές αναπηρίες σε παιδιά).Βέβαια πέρα από την κινητική αναπηρία συνδράμουν προβλήματα που σχετίζονται με την γνώση και την

συμπεριφορά. Οι γνωστικές αδυναμίες που παρατηρούνται είναι νοητική βραδύτητα, μειωμένη ικανότητα σχηματισμού και παραγωγής λέξεων, διαταραχές εγρήγορσης ,προσανατολισμού και άλλα. Όσον αφορά την συμπεριφορά, τα παιδιά μπορεί να εμφανίζουν υπερβολικές συναισθηματικές αντιδράσεις , να είναι απαθή , αδιάφορα, με κατάθλιψη και άλλα. Τα προβλήματα που προκύπτουν μετά από την κάκωση είναι κατάγματα , επιληψία, υδροκέφαλος, διαταραχές κύστης/εντέρου, κατακλίσεις και άλλα. Κάθε περίπτωση είναι διαφορετική. Αυτό εξαρτάται από το μέγεθος της κλινικής βλάβης καθώς και τις κλινικές επιπλοκές. Κάθε πρόγραμμα πρέπει να είναι εξατομικευμένο και καθίσταται σημαντικό να υπάρχει συνεργασία μεταξύ οικογένειας, εκπαιδευτικού και της ομάδας αποκατάστασης.

Αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου και κινητικής αναπηρίας στην Ελλάδα. 500.000 παιδιά τραυματίζονται κάθε χρόνο 3.000 από αυτά μένουν με μόνιμη αναπηρία και 700 από αυτούς πεθαίνουν. Εκτιμάται ότι μισές περιπτώσεις των τέτοιων τραυματιών απεβίωσαν προτού φτάσουν στο νοσοκομείο. Οι θάνατοι από κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις βρίσκονται στην 4^η θέση , μετά από τα εγκεφαλικά επεισόδια, τον καρκίνο και τα καρδιακά εμφράγματα.

Η πιο κοινή αιτία κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης αποτελούν οι πτώσεις. Χαρακτηριστικά, οι πτώσεις από μπαλκόνια, παράθυρα ,σκάλες εντάσσονται σε αυτήν την κατηγορία. Ακόμη, τα εργατικά ατυχήματα και τα τροχαία αποτελούν αιτία κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης. Δεν θα μπορούσαν να παραληφθούν στα αίτια, οι επιθέσεις με όπλο , τα χτυπήματα στο κεφάλι και οι τραυματισμοί που προέρχονται από διάφορα αθλήματα, ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Πιο αναλυτικά , παρακάτω παρουσιάζεται ένα διάγραμμα ποσοστών.

Αίτια των Κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων



Εικόνα 2, πηγή : Γκαβούνου , τίτλος πτυχιακής: Τα ελλείμματα που προκαλούν οι Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις, αξιολόγηση και θεραπεία, τμήμα λογοθεραπείας

Εκτός από αυτό , παρατηρείται ότι οι άντρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάθουν κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Επίσης , φαίνεται ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το κοινωνικοοικονομικό στάτους , η ανεργία αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης τέτοιων τραυματισμών.

2.4.2 Βαθμοί σοβαρότητας των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων

Οι βαθμοί σοβαρότητας διακρίνονται σε 3 κατηγορίες :

1. Κρανιοεγκεφαλική κάκωση ελαφριάς μορφής: Οι ασθενείς με ελαφριά κάκωση μπορεί να πάσχουν και από κακώσεις στην περιοχή του αυχένα και τις σπονδυλικής στήλης. Επίσης , σε αυτό τον τύπο περιλαμβάνεται η εγκεφαλική διάσειση. Η εγκεφαλική διάσειση μπορεί να συνοδεύεται από τα εξής συμπτώματα :αμνησία , σύγχυση και έλλειψη προσανατολισμού. Ακόμη, εντοπίζονται βραχύχρονες μετατραυματικές διαταραχές που σχετίζονται με την έλλειψη προσοχής, την επεξεργασία πληροφοριών. Με την πάροδο 4-6 εβδομάδων οι διαταραχές υποχωρούν.
2. Κρανιοεγκεφαλική κάκωση μέτριας μορφής: Σε αυτήν την κατηγορία , ανήκει μια μεγάλη ομάδων συμπτωμάτων που ποικίλει ως προς την φύση και την διάρκεια τους. Σύμφωνα με την Κλίμακα Κώματος της Γλασκώβης , διαπιστώθηκαν στους ασθενείς σημαντικές διαταραχές ακόμη και μετά από 3 μήνες , μετά το ατύχημα. Ακόμα και το 38 % των ασθενών που «θεραπεύτηκαν» παρουσίαζαν κεφαλαλγίες , προβλήματα με που σχετίζονται με δραστηριότητες καθημερινής ζωής. Επίσης, φάνηκε ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς δεν είχαν επιστρέψει στους ρυθμούς της επαγγελματικής τους ρουτίνας. Οι ασθενείς μπορούν να λειτουργήσουν κατά βάση ανεξάρτητα, αλλά δεν μπορούν να θεωρηθούν υγιείς.

3. Κρανιοεγκεφαλική κάκωση βαριάς μορφής: Μια κρανιοεγκεφαλική κάκωση βαριάς μορφής επηρεάζει το γνωστικό, το συναισθηματικό, το επαγγελματικό και το οικογενειακό πλαίσιο. Πλήττεται η ανεξαρτησία της διαβίωσης και παρουσιάζονται οικονομικά και συναισθηματικά προβλήματα καθώς οι ανάγκες αποκατάστασης είναι μεγάλες και ακριβές.

2.4.3 Πρόληψη κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης

Ωστόσο, από τους γιατρούς Jackson Wilkinson /1976/ προτείνονται τα εξής:

- Υπεύθυνη ενημέρωση για τους πιθανούς τρόπους ατυχημάτων σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, μέσω του σχολείου, της τηλεόρασης και διάφορων πολιτιστικών οργανώσεων.
- Αναγνώριση των καταστάσεων που μπορεί να προκαλέσουν ατυχήματα με σκοπό να η συχνότητα εκδήλωσής τους.
- Ανακοίνωση μέτρων για την ασφάλεια των παιδιών

Πηγή: Γκαβουνού Π., Πτυχιακή εργασία στα ελλείμματα που προκαλούν οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, αξιολόγηση και θεραπεία, σελ.43

Γενικά, η σωστή επίβλεψη και καθοδήγηση παιδιών είναι η καλύτερη πρόληψη. Παιδιά κάτω των ετών δεν έχουν την ωριμότητα να χρησιμοποιήσουν σωστά τους κανόνες ασφαλείας /Νεστορίδης,2004/.

2.5 Μυοπάθειες

Οι μυοπάθειες γενικότερα συνδέονται με την βλάβη των μυών, τα οποία προκαλούν κινητικές δυσλειτουργίες στην καθημερινή ζωή των ατόμων. Δεν πρόκειται για νευροπάθεια ή εγκεφαλικές διαταραχές, καθώς το πρόβλημα βρίσκεται μέσα στους

μυς. Προβλήματα στην δομή των μυϊκών κυττάρων και στο μεταβολισμό μπορούν μυϊκή αδυναμία και δυσλειτουργία. Εκτός από αυτό, επηρεάζονται και άλλα συστήματα οργάνων προκαλώντας προβλήματα που σχετίζονται με επικοινωνία και την φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς. Σε όλες τις μυοπάθειες, η κόπωση και η γενική αδυναμία, αδυναμία άσκησης αποτελούν τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα. Στις μυοπάθειες προσβάλλονται κυρίως τα κάτω άκρα. Ο διαβήτης, οι μεταβολικές διαταραχές, οι λοιμώξεις και οι φλεγμονές των μυών και οι μεταλλάξεις των γονιδίων είναι μερικοί λόγοι εμφάνισης των μυοπαθειών. Ανάλογα με τον τύπο, κάποιοι μυς προσβάλλονται περισσότερο και άλλοι λιγότερο.

2.5.1 Είδη μυοπαθειών

Παρακάτω θα αναφερθούν μυοπάθειες που εκδηλώνονται κατά την γέννηση του ατόμου ή κατά την νηπιακή ηλικία. Αυτές εντάσσονται στην κατηγορία των συγγενών μυοπαθειών. Αξίζει να σημειωθεί πως τα αίτια εμφάνισής τους είναι άγνωστα. Η διάγνωσή τους είναι δύσκολη. Εκτός από αυτό, υπάρχουν διάφοροι βαθμοί κλινικών συμπτωμάτων. Επίσης, φαίνεται ότι η φυσική εξέλιξη των μυοπαθειών δεν έχει εξηγηθεί επαρκώς.

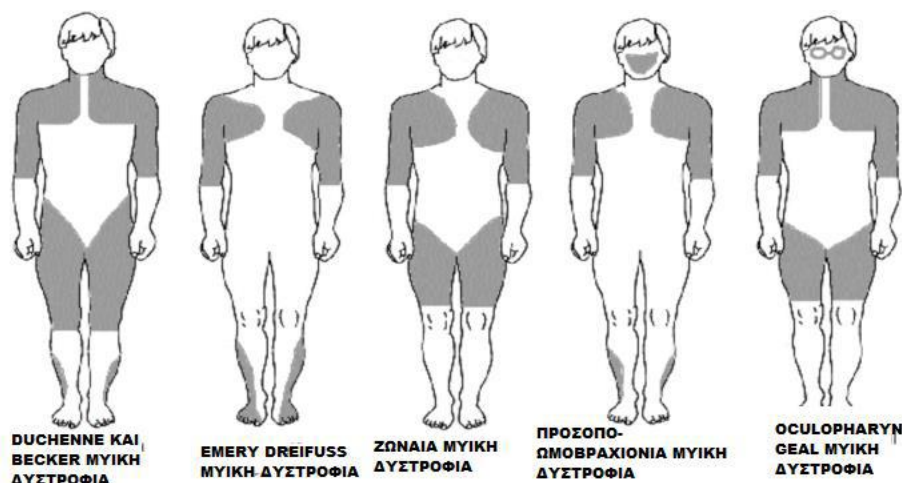
2.5.1.2 Μυϊκές Δυστροφίες

Διάφορες παθήσεις των γονιδίων δημιουργούν προβλήματα που σχετίζονται με την λειτουργία των μυών, δημιουργούν τις μυϊκές δυστροφίες. Η πορεία της νόσου είναι επιδεινούμενη και επιφέρει τον θάνατο των μυϊκών ινών. Κάποιες σοβαρές μορφές μυϊκής δυστροφίας μπορούν να φέρουν γρήγορο θάνατο. Άλλες περιπτώσεις μπορεί να μην εμφανίσουν συμπτώματα μέχρι την ενηλικίωση ή η κατάσταση να επιδεινώνεται σε διάρκεια δεκαετιών. Ανάλογα με την έκταση της καταστροφής των μυών, οι μυϊκές δυστροφίες διακρίνονται στους εξής παρακάτω κυριότερους τύπους:

- Μυϊκή Δυστροφία Duchenne
- Μυϊκή Δυστροφία Becker
- Μυϊκή Δυστροφία Emery-Dreifuss
- Μυϊκή Δυστροφία Limb-Girdle

- Μυϊκή δυστροφία Facioscapulothumeral

Οι κυρίαρχες αλλοιώσεις των μυϊκών δυστροφιών , είναι εύκολα διακριτές στην παρακάτω εικόνα:



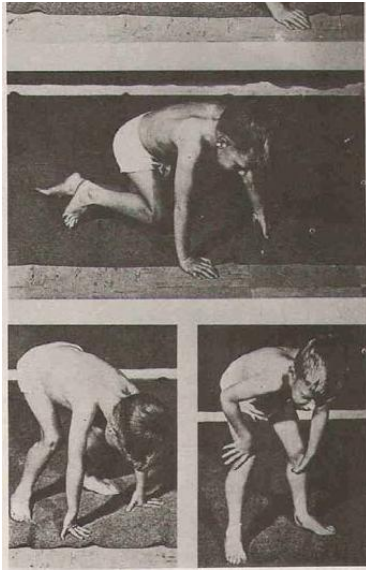
Εικόνα 3 , πηγή: (Γιάκερ & Banagjis , *Ο ρόλος της θεραπευτικής άσκησης στους ασθενείς με μυοπάθεια*, Πτυχιακή Εργασία , Τμήμα Φυσική Φυσικοθεραπείας , Αίγιο 2016,σελ.18)

2.5.1.2.1 Μυϊκή δυστροφία Duchene

Η μυϊκή δυστροφία αποτελεί την συνηθέστερο τύπο μυϊκής δυστροφίας. Με συχνότητα 1:3.600 , η νόσος μεταδίδεται όταν η μητέρα είναι φορέας και ο πατέρας νοσεί. Το πρόβλημα εντοπίζεται στο χρωμόσωμα 21 , το οποίο παράγει ένα απαραίτητο συστατικό πρωτεΐνης για την κυτταρική μεμβράνη, την δυστροφίνη. Η απουσία της δυστροφίνης, οδηγεί τις μυϊκές ίνες σε ρήξεις. Στο 30% των περιπτώσεων η νόσος οφείλεται σε νέα μετάλλαξη (Γιακερ & Banagjis ,2016). Εκτός από αυτό ,στο 20-30% των περιπτώσεων φαίνεται να ακολουθεί , νοητική υστέρηση με IQ μικρότερο του 70. Συνήθως εκδηλώνεται τα 5 πρώτα χρόνια της ζωής του ατόμου. Η εύκολη κόπωση , η βάδιση στα δάχτυλα των ποδιών , το να μην μπορεί κάποιος να τρέξει , το λικνιστικό περπάτημα αποτελούν πρωταρχικά συμπτώματα της

νόσου. Η νόσος προσβάλλει τους μύες του παιδιού από το κέντρο προς την περιφέρεια. Προσβάλλει κυρίως τους μύες των κάτω άκρων (γλουτιαίους, τετρακέφαλους, γαστροκνήμιους μύες) (Νεστορίδης, Κινητικές αναπηρίες σε παιδιά). Μικρότερη συμμετοχή έχουν οι μύες των άνω άκρων (Νεστορίδης, Κινητικές αναπηρίες σε παιδιά). Στην γέννηση δεν εντοπίζεται κάποιο πρόβλημα (Νεστορίδης, Κινητικές αναπηρίες σε παιδιά). Εκτός από αυτό, προσβάλλεται το μυοκάρδιο, επιβαρύνεται το αναπνευστικό σύστημα και μειώνεται η χωρητικότητα των πνευμόνων. Κατά μέσο τα παιδιά μέχρι και τα 5 τους χρόνια βαδίζουν. Ύστερα, η νόσος καθιλώνει το παιδί σε αναπηρικό αμαξίδιο. Η παρέμβαση που γίνεται σε αυτήν την περίπτωση είναι μέσω της φυσικοθεραπείας, της υδροθεραπείας και των αναπνευστικών ασκήσεων. Στο πρώτο στάδιο η χειρουργική παρέμβαση που πραγματοποιείται σχετίζεται με την παράταση του χρόνου της κίνησης . Ενώ η δεύτερη για να διορθώσει τις παραμορφώσεις του άκρου ποδός και της σπονδυλικής στήλης (Νεστορίδης, Κινητικές αναπηρίες σε παιδιά). Σε τέτοιες περιπτώσεις, το παιδί δεν συνίσταται η καθήλωση στο κρεβάτι διότι η θεραπεία θα πάει πίσω.

Η Βιοψία Μυός και η εξέταση DNA μέσω αίματος αποτελούν δυο μορφές διάγνωσης της νόσου. Η Βιοψία Μυός , λαμβάνει χειρουργικά ένα μικρό δείγμα και διαλευκάνει την κατάσταση των μυών .Το δείγμα αίματος DNA είναι πιο διαδεδομένη μέθοδος παρέχει ακριβείς γενετικές πληροφορίες που μπορούν να βοηθήσουν στην θεραπεία της νόσου. Παρά με τις εξελιγμένους μεθόδους , η διάγνωση συνήθως καθυστερεί . Η γενετική συμβουλευτική πριν την γέννηση παιδιών με την ίδια νόσο είναι κρίσιμης σημασίας.Η παρακάτω φωτογραφία δείχνει χαρακτηριστικά τον τρόπο όπου σηκώνεται ένα παιδί που πάσχει από το σύνδρομο αυτό.



Εικόνα 4 : Τρόπος ανέγερσης από το έδαφος παιδιού που πάσχει από νόσο Duchenne (Νεστορίδης, *Κινητικές αναπηρίες σε παιδιά*, , σελ.26)

2.5.1.2.2 Μυϊκή Δυστροφία Becker

Η νόσος είναι παρόμοια με την μυϊκή δυστροφία Duchenne. Αφορά την αλλοίωση της φυσικής κατάστασης των μυϊκών κυττάρων και της μυϊκής μάζας. Μεταδίδεται κυρίως σε άντρες με αναλογία 1/18.000. Μικρό ποσοστό των γυναικών προσβάλλονται και τα συμπτώματά του είναι ηπιότερα. Εμφανίζεται στην παιδική ηλικία και οι πρώτες ενδείξεις είναι το περπάτημα στις μύτες των ποδιών και η εμφάνιση κραμπών που σχετίζονται με την άσκηση. Τα κάτω άκρα προσβάλλονται πιο σοβαρά σε σχέση με τα πάνω. Η μυϊκή αδυναμία που προκύπτει καταστεί δύσκολες καθημερινές δραστηριότητες , όπως το ανέβασμα σκάλας. Δεν μένουν ανεπηρέαστη οι μύες του προσώπου, της ομιλίας και της κατάποσης. Η νόσος εξελίσσεται αργά και στις μισές περίπου περιπτώσεις απαιτείται αναπηρικό καροτσάκι. Τα άτομα που χρησιμοποιούν την αναπηρική καρέκλα , εμφανίζουν επίσης και αναπνευστικά προβλήματα. Οι μέθοδοι διάγνωσης της νόσου είναι ίδιες με την νόσο Duchenne. Όλες οι κόρες ενός ασθενή είναι φορείς . Επειδή η νόσος έχει 50% πιθανότητα να μεταδοθεί στους αρσενικούς απογόνους , είναι ιδιαίτερα σημαντική η γενετική συμβουλευτική.

2.5.1.2.3 Μυϊκή δυστροφία Emery-Dreifuss

Η νόσος Emery-Dreifuss κληρονομείται σπάνια. Περιλαμβάνει μυϊκή αδυναμία και ατροφία , πρωταρχικής μορφής σύγκλισης αρθρώσεων και μυοκαρδιοπάθεια. Οι συγκάψεις αφορούν τον αχίλλειο τένοντα και τον αγκώνα. Επίσης, η σπονδυλική στήλη είναι άκαμπτη. Από την παιδική ηλικία και μετά τα συμπτώματα επιδεινώνονται. Η μυϊκή αδυναμία χειροτερεύει και αργότερα στην ενήλικη ζωή παρουσιάζονται καρδιακές διαταραχές ρυθμού και αγωγιμότητας. Η νόσος μπορεί παρουσιάζει διαφορετική εξέλιξη στους πάσχοντες της ίδιας οικογένειας. Το ποια γονίδια ευθύνονται για την σοβαρότητα της νόσου δεν έχουν προσδιοριστεί ακριβώς.

2.5.1.2.4 Μυϊκή Δυστροφία Limb-Gardle

Η ηλικία έναρξης της νόσου είναι μεταξύ 10 και 30 ετών. Παρατηρείται ήπια προσβολή των κεντρομελικών μυών , χωρίς τη συμμετοχή του προσώπου (Γιάκερ κ Banagjis , 2016 και Fuller, Manford,2010).

2.5.1.2.5 Μυϊκή Δυστροφία Facioscapulohumeral

Κληρονομική μυοπάθεια με συχνότητα εμφάνισης 1 στις 20.000 στις δυτικές χώρες. Σε πρώτη φάση , παρατηρείται μυϊκή αδυναμία στους μύες του προσώπου και της ωμοπλάτης , ύστερα προσβάλλονται οι μύες του βραχιονίου , οι κοιλιακού και οι μύες του κάτω άκρου. Το άνοιγμα των ματιών , η γνάθος παρουσιάζουν ενοχλήσεις. Η μυϊκή αδυναμία του προσώπου μπορεί να γίνει εύκολα αντιληπτή από την ασυμμετρία των εκφράσεων. Πέρα από αυτό , παραμόρφωση και ασυμμετρία παρατηρείται στην ωμοπλάτη. Επίσης, αδυναμίες εντοπίζονται στους δικέφαλους και τρικέφαλους κατά την ρίψη μπάλας . Ακόμη, σε άλλους ασθενείς , μπορεί να εμφανιστούν καρδιακές αρρυθμίες , λόρδωση. Και σε αυτήν την νόσο εντοπίζεται δυσκολία στο περπάτημα , ο πάσχων βαδίζει στις μύτες. Οι ασθενείς αναπτύσσουν

διάφορους βαθμούς αναπηρίας. Σύμφωνα με τον Silvere το 20% των πασχόντων είναι κινητικά ανάπηρη (Γιάκερ & Banagjis , 2016).

2.6 Νωτιαίες μυϊκές ατροφίες (NMA)

Εντάσσεται στην κατηγορία των νευρομυικών παθήσεων. Σε αυτήν την νόσο αλλοιώνεται η φυσιολογική κατάσταση του κινητικού νευρώνα , η οποία εντοπίζεται στα πρόσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού. Η εκφύλιση του κινητικού νευρώνα διαταράσσει τον βαθμό ανταπόκρισης των κινητικών εντολών. Σύμφωνα με τον Νεστορίδη (Κινητικές αναπηρίες σε παιδιά) σχετίζεται με την απώλεια μάζας των σκελετικών μυών, εξαιτίας και κινητικών πυρήνων στο μεσεγκέφαλο στην παιδική ή βρεφική ηλικία. Η νευρομυϊκή πάθηση εμφανίζεται με συχνότητα 1 στις 6.000-11.000 γεννήσεις (Πολύζου Α. & Σιώπης Ε ,2019).Χαρακτηρίζεται από σταδιακή μυϊκή αδυναμία και λειτουργικότητα, υποτονία και προοδευτική παράλυση των κάτω άκρων (Πολύζου Α. & Σιώπης Ε. , 2019). Εκτός από αυτό , παρατηρούνται επιπτώσεις της νόσου σε αναπνευστικό , πεπτικό και μυοσκελετικό επίπεδο. Η νόσος είναι κληρονομική και σχετίζεται με το γονίδιο SMN. Μερικές φορές όμως , δεν ευθύνεται η μετάλλαξη του SMN, αλλά και άλλα γονίδια. Η αντιμετώπιση της νόσου παραμένει ακόμα ένα μυστήριο . Παρόλα αυτά , η μοριακή γενετική δίνει πληροφορίες για την νόσο.

2.6.1 Τύποι της NMA

Η κατηγοριοποίηση της νόσου γίνεται με βάση την ηλικία που παρουσιάζονται τα συμπτώματα της νόσου και με βάση τις κινητικές λειτουργίες που δεν ανέπτυξαν σε κάθε περίοδο.

Τύπος 0 : Είναι γνωστή ως νόσος , Werding-Hoffman, τα έμβρυα και τα νεογνά ,μετά την γέννα εμφανίζουν υποτονία και μυϊκή ατροφία. Το πρόσωπό τους μπορεί να είναι συμμετρικό παράλυτο και να αντιμετωπίζουν σοβαρά αναπνευστικά προβλήματα. Εκτός από αυτό , υπάρχει να εντοπίζεται δυσλειτουργίες στα αντανακλαστικά. Τα νεογνά με νωτιαία μυϊκή ατροφία τύπου 0 δεν καταφέρνουν να ξεπεράσουν τους 6 μήνες ζωής (Πολύζου Λ. & Σιώπης Ε. , 2019 , σελ.14 , Kolb & Kissel, 2015)

Τύπος I : Μαζί με τον τύπο 0 αποτελούν τις πιο συνηθισμένες σοβαρούς τύπους της νόσου. Εκδηλώνεται πριν τους 6 μήνες ζωής. Στου ασθενείς παρατηρείται υποτονία, απουσία τενόντιων αντανακλαστικών , συμμετρική μυϊκή αδυναμία (Πολύζου Λ. κ Σιώπης Ε., 2019,σελ.14). Τα παιδιά , δεν αναπτύσσονται κινητικά και αδυνατούν να καθίσουν ανεξάρτητα. Αντί για το τελευταίο , η στάση τους ομοιάζει με αυτή του βατράχου. Παραλύουν οι μύες του προσώπου συμμετρικά ή μη . Ακόμη, εντοπίζονται προβλήματα με την γλώσσα, τους μασητικούς μύες και την κατάποση. Είναι εύκολα αντιληπτό από τα προηγούμενα ότι παρουσιάζονται δυσκολίες στην λήψη τροφής. Μερικά από αυτά καταφέρνουν μόνο να καθίσουν τίποτε άλλο. Η δυσλειτουργία των αναπνευστικών μυών του διαφράγματος και η συνεπακόλουθη «κοιλιακή αναπνοή» , επιφέρει αναπνευστική ανεπάρκεια. Πριν τα 2 χρόνια των πασχόντων παιδιών , η αναπνευστική ανεπάρκεια έχει εμφανιστεί. Λόγω των επιπλοκών που παρουσιάζονται επέρχεται θάνατος στις μικρές ηλικίες (Νεστορίδης , Κινητικές αναπηρίες σε παιδιά).

Τύπος II: Εμφανίζεται σε παιδιά μεταξύ του 6ου μήνα με 1,5 χρόνου ζωής. Και σε αυτήν την περίπτωση εντοπίζεται υποτονία και απουσιάζουν τα τενόντια αντανακλαστικά. Εκτός από αυτά , παρατηρείται αδυναμία στα άκρα, πιθανότητα σκολίωσης και δυσκολίες στη μάσηση, στη κατάποση. Οι αναπνευστικοί μύες

ατροφούν σταδιακά και οδηγούν σε αναπνευστική ανεπάρκεια. Παρόλα αυτά , η νοημοσύνη τους διατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα (Πολύζου Λ. & Σιώπης Ε. , 2019, σελ.14 από Kolb & Kissel,2015). Σύμφωνα με έρευνες των d' Ydewalle & Summer (2015) τέτοια άτομα μπορούν να ζήσουν μέχρι τα 30 (Πολύζου Λ. & Σιώπης Ε. ,2019, σελ.14).

Τύπος III. Η χρόνια νόσος των Wohlfart-Kugelberg-Welander έχει μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής και εμφανίζεται μεταξύ των ηλικιών 2- 17 (Νεστορίδης , Κινητικές αναπηρίες σε παιδιά). Τα παιδιά με αυτό τον τύπο νόσου έχουν πιο αδύναμα πόδια (σε σχέση με τα χέρια) , πέφτουν συχνά και δυσκολεύονται να περπατήσουν. Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τον Prior και άλλους μελετητές (2016) υπάρχει η δυνατότητα ανεξάρτητης βάδισης. Ωστόσο σε μερικές περιπτώσεις είναι απαραίτητη η χρήση της καρέκλας (Πολύζου Λ. & Σιώπης Ε. , 2019,σελ.15). Ακόμη, μπορεί να εμφανιστεί σκολίωση και οστεοπόρωση (Πολύζου & Σιώπης , 2019 από D' Amico et al. , 2011; Kolb& Kissel,2015). Θεραπεία ειδική δεν υφίσταται παρά μόνο επέμβαση φυσικοθεραπευτή όπου διορθώνει τις παραμορφώσεις τις σπονδυλικής στήλης και βοηθάει στην αποφυγή συγκάψεων των αρθρώσεων. Ενδείκνυνται ειδικοί νάρθηκες για την νόσο αυτή , ιδίως για ασθενής με βραδεία εξέλιξη. Η νοημοσύνη και η διάρκεια ζωής βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Τύπος IV: Μοιάζει με τον τύπο III. Η νόσος εμφανίζεται μεταξύ 20 και 30 ετών. Εντοπίζεται ήπιας μορφής μυϊκή αδυναμία (Πολύζου Λ.& Σιώπης Ε. ,2019).. Δεν συνδράμουν προβλήματα που σχετίζονται με τη μάσηση και την αναπνοή. Οι ασθενείς αναπτύσσονται φυσιολογικά και είναι ικανοί να περπατήσουν. Το προσδόκιμο ζωής διατηρείται εξίσου σε φυσιολογικά επίπεδα.

Ο παρακάτω συγκεντρωτικός πίνακας απεικονίζει συγκεντρωτικά σχεδόν όλους τους τύπους:

Τύπος NMA	Ηλικία έναρξης	Κινητικά ορόσημα	Ηλικία Θανάτου (χωρίς αντιμετώπιση)
I	< 6 μήνες	ανίκανος να καθίσει ανεξάρτητος	<2 Χρόνια
II	< 18 μήνες	κάθεται ανεξάρτητος, δεν ορθοστατεί	2η - 3η δεκαετία
III	> 18 μήνες	κάθεται και βαδίζει ανεξάρτητος	φυσιολογική διάρκεια ζωής
IV	εφηβική ή ενήλικη ζωή	διατηρεί την ικανότητα βάδισης, φυσιολογική ανάπτυξη	φυσιολογική διάρκεια ζωής

Εικόνα 5 : Τύποι NMA και χαρακτηριστικά κάθε τύπου. Τροποποιημένο από

<https://www.perdanauniversity.edu.my/whenmusclesareweak>

2.6.2 Συνοδές επιπλοκές σε συστήματα οργανισμών

Οι ασθενείς πέρα από τις επιπλοκές που επιφέρει η νόσος , ταλαιπωρούνται και από διαταραχές σε αναπνευστικό, πεπτικό και μυοσκελετικό και μυοσκελετικό επίπεδο.

- **Αναπνευστικές διαταραχές:** Οι αναπνευστικές λοιμώξεις, η δυσλειτουργία των μυών της αναπνοής , αποτελούν την κυριότερη αιτία θανάτου στους τύπους I και II. Η αδυναμία των μυών της εισπνοής , δυσκολεύει την αναπνευστική διαδικασία ιδιαίτερα το βράδυ. Η μη φυσιολογική ανάπτυξη του θώρακα, έχει επιπτώσεις στις αναπνευστικές δομές . Οι αναπνευστικές δομές πέζονται από το στέρνο. Στους τύπους II και III η κατάσταση επιδεινώνεται με την σκολίωση. (Πολύζου & Σιώπης ,2019 & Wang et al.,2007)
- **Πεπτικές διαταραχές :** Η πεπτική διαταραχή ξεκινά από τα προβλήματα κατάποσης. Απασχολεί τους τύπους I και II (Πολύζου & Σιώπης , 2019). Η ανικανότητα βάδισης και η δυσκολία στη μάσηση , οδηγεί τους τύπους αυτούς , σε

κόπωση. Τα μειωμένα αντανακλαστικά κατάποσης και ο μειωμένος βήχας , συμβάλλει στη δημιουργία πνευμονίας από εισρόφηση. Σύμφωνα με έρευνα των Engel και Hoek et al.(2008) , είναι ύψιστης σημασίας να γνωρίζουν οι γονείς τρόπους ασφαλής σίτισης (Πολύζου & Σιώπης,2019). Πέρα από αυτά, αναφέρονται προβλήματα εκκένωσης και φούσκωμα. Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση αποτελεί συχνή αιτία θανάτου .Οι ασθενείς παρατηρείται να κάνουν εμετό μετά το φαγητό, έχουν αίσθημα καύσους στο θώρακα κι στη κοιλιά. Ακόμη, οι ασθενείς έχουν άσχημη αναπνοή. Οι άσχημες παραπάνω εμπειρίες οδηγούν τον πάσχοντα σε άρνηση λήψης τροφής.

- **Μυοσκελετικές διαταραχές:** Οι μυοσκελετικές διαταραχές προκαλούνται από μειωμένη αδυναμία και επομένως λειτουργικότητα των μυών. Τα κατάγματα , η οστεοπενία , η παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης αποτελούν ενδείξεις τέτοιων διαταραχών. Ασθενείς με νόσο τύπου II και III εμφανίζουν σκολίωση (Πολύζου & Σιώπης , 2019 από Wang et al., 2007; Haaker & Fujak, 2013; Kolb& Kissel, 2015). Οι ασθενείς που μπορούν να εγερθούν και να περπατήσουν έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σκολίωση. Σε περίπτωση που δεν ληφθεί έγκαιρη θεραπεία για την σκολίωση , μπορεί να δημιουργήσει αναπνευστικά προβλήματα. Εκτός από αυτό , κατάγματα εντοπίζονται στους τύπους I , II , III. Η ανικανότητα έγερσης , η χρήση αναπηρικής καρέκλας αυξάνουν τις πιθανότητες για κατάγματα. Το πάνω τμήμα των κάτω άκρων είναι πιο πιθανό να υποστεί κάταγμα. Αξίζει να αναφερθεί , ότι η μειωμένη φυσική δραστηριότητα και ο μειωμένη οστική πυκνότητα εμποδίζουν την αποκατάσταση των καταγμάτων (Πολύζου & Σιώπης ,2019 από Haaker & Fujak , 2013).
- **Γενικευμένες διαταραχές:** Η Νωτιαία μυϊκή ατροφία έχει ως βασικό σύμπτωμα την κόπωση. Σύμφωνα με την Kariya και άλλους μελετητές (2008) , έδειξαν ότι η νευρομυϊκή δυσλειτουργία αιτιολογεί την κόπωση στο βάδισμα και στη λήψη τροφής. Η μυϊκή αδυναμία, λόγω της κόπωσης, αποστρέφει τους ασθενείς να επιτελέσουν τα παραπάνω. Εκτός από αυτό, η μειωμένη ισορροπία κάνει τις πτώσεις συχνές. Αυτό εντοπίζεται στους πάσχοντες που διατηρούν οριακά την ικανότητα της κίνησης. Με την διάγνωση διαλευκαίνεται η κρισιμότητα των συνοδών προβλημάτων στα συστήματα του οργανισμού.

2.6.3 Διάγνωση

2.6.3.1 Προγεννητικός έλεγχος

Ο προγεννητικός έλεγχος εξετάζει την κατάσταση του εμβρύου. Ο γονείς που είναι ήδη ασθενείς ή τα παιδιά τους, κάνουν συνήθως τέτοιους ελέγχους. Ο προγεννητικός έλεγχος μειώνει την πιθανότητα γέννησης παιδιού με Νωτιαία μυϊκή ατροφία. Σε περίπτωση που και οι δύο γονείς είναι φορείς, υπάρχει 25% πιθανότητα να κληρονομηθεί η νόσος.

2.6.3.2 Συμπτώματα διάγνωσης της νόσου

Η κρισιμότητα των συμπτωμάτων διαφέρει ανάλογα με τα γονίδια SMN1, SMN2 και την πρωτεΐνη SMN. Τα συμπτώματα είναι τα εξής:

- Υποτονία
- Συμμετρική κεντρική αδυναμία των κάτω άκρων
- Μείωση τενόντιων αντανακλαστικών
- Αδυναμία των μεσοπλεύριων μυών και του διαφράγματος

2.6.3.3 Γενετική Διάγνωση

Οι γεννητικοί έλεγχοι δείχνουν και αναλύουν τα αντίγραφα του γονιδίου. Η πάθηση μπορεί να οφείλεται στη μετάλλαξη των αντιγράφων του γονιδίου SMN1 (Πολύζου Α. & Σιώπης Ε , 2019, σελ.24). Κάποιοι τύποι NMA δεν οφείλονται σε μετάλλαξη του SMN. Αν δεν υπάρχει μετάλλαξη, προτείνεται έλεγχος για τους υπόλοιπους τύπους NMA , στα οποία ευθύνονται άλλα γονίδια. Ωστόσο , ένας τόσο ειδικός έλεγχος δεν χρησιμοποιείται συχνά, γεγονός που κάνει τη διάγνωση δύσκολη υπόθεση.

Στην περίπτωση που ο γεννητικός έλεγχος είναι αρνητικός, υπάρχουν τα κλινικά συμπτώματα , ενδείκνυνται η χρήση ηλεκτρομυογράφου. Τοποθετείται στην

επιφάνεια δέρματος του ασθενή. Ο ηλεκτρομυογράφος καταγράφει την κατάσταση του ενεργοποιημένου μυ. Η συσκευή δείχνει την παρουσία ή μη , νευρομυϊκής πάθησης και όχι συγκεκριμένα την NMA. Στην περίπτωση που ο ηλεκτρομυογράφος εντοπίσει νευρομυϊκή πάθηση , τότε ο ασθενής υπόκειται σε περαιτέρω γενετικούς έλεγχους.

2.7 Κακώσεις του νωτιαίου μυελού (KNM)

Μια βίαια άσκηση δύναμης , μπορεί να δημιουργήσει πρόβλημα στον νωτιαίο μυελό (Αλεξανδροπούλου Α., 2018). Η κάκωση στον νωτιαίο μυελό επηρεάζει την επικοινωνία του πρώτου με τον εγκέφαλο. Έτσι , κάτω από το σημείο της βλάβης , παρουσιάζονται διαταραχές στις κινητικές , αισθητικές και αυτόνομες λειτουργίες.

Αυτή η νόσος είναι επικίνδυνη. Κανένα άτομο δεν έγκυρα ασφαλής από το να μην νοσήσει. Καθημερινά περιστατικά μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση της νόσου. Η υπερβολική ταχύτητα, η μέθη , η μη χρήση ζωνών ασφαλείας κατά την οδήγηση είναι μερικές αιτίες που μπορούν να τραυματίσουν τον νωτιαίο μυελό. Πέρα από αυτά , η πτώση από σκάλα, από κτίριο και το χτύπημα από βαρύ αντικείμενο αποτελούν επιπλέον αιτίες. Δεν θα μπορούσαν να παραληφτούν επίσης και οι φυσικές καταστροφές , όπως μια σεισμική δόνηση, μια κατολίσθηση ή μια έκρηξη ηφαιστείου. Ακόμη, μολύνσεις , η φλεγμονή στον νωτιαίο μυελό ,η αρθρίτιδα, οι συγγενείς παθήσεις (όπως δισχιδής ράχη) είναι μερικοί λόγοι που επηρεάζουν την σπονδυλική στήλη. Ο νωτιαίος μυελός βρίσκεται μέσα στην σπονδυλική στήλη , επομένως προσβάλλεται και η δικιά του λειτουργικότητα.

Μια κάκωση , ανάλογα με τον τραυματισμό που προκαλείται , χαρακτηρίζεται ως ατελής ή πλήρης. Όταν η κινητική και η αισθητική λειτουργικότητα μετά από τον τραυματισμό , διατηρούνται σε κάποιο βαθμό , τότε η βλάβη χαρακτηρίζεται ως ατελής (Αλεξανδροπούλου , 2018) Όταν η κίνηση και η αίσθηση παραλύουν τελείως , τότε η βλάβη είναι πλήρης. Ο ολοκληρωτικός διαχωρισμός του μυελού στην περιοχή του αυχένα , μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο. Γενικότερα , ανάλογα με τον τραυματισμό που προκαλείται , προσβάλλεται ο έλεγχος και το μέγεθος των μυών, των αγγείων, της κύστης , του εντέρου.

2.7.1 Οι επιπτώσεις της KNM στα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού

- Αναπνευστικό σύστημα : Η προσβολή του αναπνευστικού συστήματος αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου (Αλεξανδροπούλου Α., 2018). Οι μύες που ευθύνονται για την αναπνοή παραλύουν. Η αναπνοή δεν είναι επαρκής και τα άτομα οδηγούνται σε θάνατο.
- Οι επιπτώσεις στο κυκλοφοριακό σύστημα εκδηλώνονται μέσω των παρακάτω συμπτωμάτων :
 1. Κεφαλαλγία
 2. Σπασμοί
 3. Διαταραχές της όρασης
 4. Καρδιακές δυσρυθμίες
 5. Έμφραγμα μυοκαρδίου
 6. Ρινική συμφόρηση
 7. Πνευμονικό οίδημα
 8. Διαταραχές στο επίπεδο της συνείδησης
- **Ουροποιητικό σύστημα:**
 1. Απώλεια αντανακλαστικότητας
 2. Επίσχεση ούρων
- **Ερειστικό σύστημα :**
 1. Οστεοπόρωση
 2. Μυϊκές ατροφίες
- **Γαστρεντερικό σύστημα :**
 1. Έλκος
 2. Αιμορραγία από τον γαστρεντερικό σύστημα
 3. Κακώσεις που αφορούν την αυχενική και την θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης

Πηγή: Αλεξανδροπούλου Α, *Πτυχιακή Εργασία: Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις σε ασθενείς με κακώσεις νωτιαίου μυελού*, Πάτρα, 2018, σελ.37-39

2.7.2 Αντιμετώπιση των Κακώσεων του Νωτιαίου Μυελού

Για την κατηγοριοποίηση των κακώσεων του νωτιαίου μυελού ελέγχονται οι βλάβες σε αισθητικό, κινητικό και νευρολογικό επίπεδο.

Η αντιμετώπιση του ασθενούς το πρώτο 24ωρο, τις πρώτες μέρες μετά την κάκωση είναι κρίσιμη σημασίας για την πορεία της νόσου. Οι πρώτες ιατρικές παρεμβάσεις αποσκοπούν να αντιμετωπίσουν τα σοβαρά τραύματα του ασθενή ώστε να ζήσει. Επίσης, εργάζονται πάνω σε βλάβες που μπορούν να προκαλέσουν κινητική αναπηρία.

Για την αποκατάσταση του ασθενή, η νόσος αντιμετωπίζεται χειρουργικά μέσω μοσχευμάτων και σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή.

Οι περισσότεροι πάσχοντες δεν λαμβάνουν ικανοποιητική αποκατάσταση, καθώς οι θεραπείες κοστίζουν. Στην αποκατάσταση περιλαμβάνεται η αντιμετώπιση των βλαβών της σπονδυλικής στήλης, του νωτιαίου μυελού, της κίνησης και η κοινωνική ένταξη. Η νόσος έχει συνέπειες στην εκπαίδευση του ατόμου.

2.8 Νεανική αρθρίτιδα

Όπως λέει και το όνομά της, η νόσος εμφανίζεται κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία. Η αιτία εκδήλωσής της είναι άγνωστη. Αυτό που είναι γνωστό είναι ότι διαρκεί χρόνια. Η κίνηση των αρθρώσεων σταδιακά μειώνεται και εντοπίζεται φλεγμονή. Στα χαρακτηριστικά της νόσου συγκαταλέγονται: πόνος, οίδημα, ερυθρότητα, δυσκαμψία, δυσκολία στη βάδιση και μυϊκή ατροφία (Βάσιος & Στεργιούλης & Σαρρής).

2.9 Αθρογρίπωση:

Προσβάλλονται οι αρθρώσεις , λόγω της εκφύλισης του νωτιαίου μυελού. Τα χαρακτηριστικά της είναι : δυσκαμψία , λέπτυνση των άκρων, μυϊκή αδυναμία, περιορισμένη λειτουργικότητα και αντικατάσταση του μυϊκού με λιπώδη και συνδετικό ιστό (Βάσιος &Στεργιούλης &Σαρρής).

2.10 Ακρωτηριασμοί

Ο όρος ακρωτηριασμός αναφέρεται στην αφαίρεση ενός τμήματος ή ενός μέλους του σώματος. Οι κακοήθεις όγκοι ,δυσμορφίες τραυματισμός αποτελούν λόγοι πραγματοποίησής της. Μια τέτοια διαδικασία μπορεί να μειώσει τον βαθμό αυτονομίας , να προκαλέσει μυϊκή αδυναμία και να προκαλέσει ψυχολογικά προβλήματα.

2.11 Συμπέρασμα

Κλείνοντας, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η βαρύτητα της κινητικής αναπηρίας είναι διαφορετική σε κάθε παιδί. Γενικά, στις περιπτώσεις των κινητικών διαταραχών τα παιδιά πρέπει να ενθαρρύνονται να κοινωνικοποιηθούν με σκοπό να αλλάξουν την ζωή τους. Αυτό προϋποθέτει την επίγνωση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τέτοια παιδιά στο σχολείο καθώς και πώς μπορούν να προσεγγιστούν. Ενδείκνυται η συμμετοχή των παιδιών σε αθλητικές δραστηριότητες και πολιτιστικές εκδηλώσεις στα σχολεία. Έτσι υπάρχει κίνητρο για διάκριση, ευγενή άμιλλα, διάθεση για ζωή και άλλα. Ανάλογα με την περίπτωση, η φυσική αγωγή στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση για παιδιά με κινητικά προβλήματα περιλαμβάνει βάδισμα, τρέξιμο, σχοινάκι , πέταγμα και κλότσημα μπάλας (Νεστορίδης,2004).

3.Η κινητική αναπηρία στην εκπαιδευτική διαδικασία

Στις μέρες μας, η εκπαίδευση έχει αλλάξει στροφή αναφορικά με το πώς διαπαιδαγωγεί τα παιδιά (Dubey & Singh & Prasad). Από το 1970 επικρατεί μια τάση «μίξης» της γενικής εκπαίδευσης με την ειδική. Από τον συνδυασμό των δύο προηγούμενων προκύπτει η ένταξη. Η ένταξη, είναι μια εκπαιδευτική πρακτική που βασίζεται στην έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης. Υποστηρίζει την πρόσβαση ίσων εκπαιδευτικών ευκαιριών για όλους τους μαθητές ανεξάρτητα από κάθε είδους αναπηρία (Dubey, Singh & Prasad). Σύμφωνα με μελετητές, η ένταξη μπορεί να ερμηνευθεί ως η εκπαίδευση των μαθητών με κινητικές αναπηρίες (Bryant&Smith&Bryant,2008; Lipsky & Grather,1997;Rogers,1993; Salena,2001). Η Ζώνιου-Σιδέρη (1996) σχετίζει την ένταξη με την τοποθέτηση του ατόμου, ως «ακέραιου μέρους ενός ευρύτερου συνόλου», μέσα σε ένα κοινωνικό σύνολο. Στην συνεκπαίδευση, ο «καθένας ανήκει, γίνεται δεκτός, υποστηρίζει και υποστηρίζεται από τους συνομήλικους, τους συνεργάτες και τα άλλα μέλη της σχολικής κοινότητας» (Τάφα,1998, σ.101 κ Ντόνας, Πάλλας, Ταγκάλου,2015). Πλέον, με την ένταξη το ανάπηρο άτομο αντιμετωπίζεται ως προσωπικότητα με τα ίδια δικαιώματα και ευκαιρίες. Τα παιδιά με κινητικές αναπηρίες δεν αντιμετωπίζονται με οίκo και προκατάληψη. Αντιθέτως, αποτελούν μέλη μιας κοινωνίας, που μπορούν να εξελιχθούν.

Η εκπαίδευση των ατόμων με κινητικές αναπηρίες μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη της προσωπικότητά τους. Ο τρόπος με τον οποίο κάποιος αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, προσδιορίζει τα συναισθήματά του και την αυτοπεποίθησή του. Η σύγχρονη τάση της Παιδαγωγικής στοχεύει στην ένταξη παιδιών σε ένα ανοιχτό, «σχολείο για όλους». Η φιλοσοφία λοιπόν της ένταξης, προωθεί την ισότιμη εκπαίδευση. Αυτή με τη σειρά της εκτελεί τις κατάλληλες αναπροσαρμογές στο Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών για να ανταποκρίνεται στις ανάγκες τέτοιων παιδιών. Προάγεται μια ηθική σχολική πραγματικότητα που στηρίζεται στην ευελιξία, την αποδοχή, την αλληλεγγύη και την συνεργασία.

3.1 Μορφές Ένταξης

Σε κανονική τάξη: Ο μαθητής φοιτά και συμμετέχει με τους συνομήλικους του. Ανάλογα με τις ικανότητές του, λαμβάνει μέρος σε όλες ή στις περισσότερες δραστηριότητες από ειδικό.

Παράλληλη στήριξη: Μέσα στην συνήθη τάξη παρέχεται βοήθεια εκπαιδευτικού ειδικής αγωγής.

Κατ'οίκον διδασκαλία: Οι χρόνιες σοβαρές ασθένειες καθιστούν αδύνατη τη φοίτηση στο σχολείο. Έτσι, στην προκειμένη περίπτωση η διδασκαλία γίνεται από ειδικούς στο σπίτι.

Τοποθέτηση σε τμήμα ένταξης: Λειτουργεί ως παράρτημα στο κανονικό σχολείο. Σε αυτήν φοιτούν παιδιά που έχουν τις απαραίτητες προϋποθέσεις να ενταχθούν στις συνήθεις τάξεις, αλλά χρήζουν εκπαιδευτικής βοήθειας. Ο ειδικός παιδαγωγός του τμήματος ένταξης παρέχει βοήθεια στο παιδί εξ ολοκλήρου ή σε μερικά μαθήματα. Αξίζει να τονιστεί ότι ο δάσκαλος έχει επίγνωση της αναπηρίας, των δυνατοτήτων του παιδιού και χρησιμοποιεί τις κατάλληλες μεθόδους για αυτό. Τα τμήματα ένταξης διακρίνονται σε μερικής και πλήρης φοίτησης:

1. Τμήμα πλήρης φοίτησης: Σχετίζεται με σοβαρές μειονεξίες όπως νοητική καθυστέρηση, σχολική ανωριμότητα, συναισθηματικές διαταραχές κ.ά., (επιπτώσεις που μπορεί να προκύπτουν από την κινητική αναπηρία). Σε αυτήν την περίπτωση είναι αδύνατον ο μαθητής να τοποθετηθεί στην συνήθη τάξη.
2. Τμήμα μερικής φοίτησης: Σχετίζεται με πιο ήπιες διευθετήσεις καθώς ο μαθητής φοιτά στη συνήθη τάξη αλλά και στο τμήμα ένταξης. Ανάλογα με το περιστατικό, οι μαθητές παρακολουθούν μαθήματα και στις δύο εκπαιδευτικές δομές. Παιδιά με νοητική καθυστέρηση, προβλήματα στο λόγο και μαθησιακές δυσκολίες (επιπτώσεις που μπορεί να προκύπτουν από την κινητική αναπηρία) είναι τέτοιοι μαθητές. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι

και εδώ ο δάσκαλος της ένταξης είναι ειδικός (Ημέλλου ,2003 & Ζώνιου-Σιδέρη,2000).

3.1.2 Προϋποθέσεις ύπαρξης ένταξης

Βέβαια για να υφίσταται η ένταξη ως παιδαγωγική και κοινωνική διαδικασία , πρέπει να τηρεί τα ακόλουθα 13 κριτήρια (Meister,2003):

1. Το σχολείο για τα παιδιά με κινητικές αναπηρίες πρέπει να βρίσκεται κοντά ,ώστε το παιδί να μην δυσκολεύεται στην μετακίνησή του.
2. Οι εγκαταστάσεις να είναι ανάλογα ρυθμισμένες για παιδιά με κινητικές αναπηρίες
3. Ανάλογα με την θεραπεία του παιδιού με αναπηρία, να δέχεται και τις αντίστοιχες υπηρεσίες.
4. Η ειδική αγωγή που στρέφεται στην αναπηρία να παρέχεται σε καθημερινή βάση και να αποτελεί στοιχείο κοινής ζωής και μάθησης.
5. Ο χώρος και το επίπεδο του προσωπικού στο σχολείο να επαρκούν.
6. Να εξασφαλίζεται επιπλέον διδακτικό προσωπικό , όπου αυτό καθίσταται αναγκαίο.
7. Να υπάρχει συνεργασία μεταξύ αυτών που μετέχουν στην διαδικασία
8. Η κοινή εκπαίδευση να είναι επακόλουθο της οικειοθελούς απόφασης των συμμετεχόντων (Ντόνας & Πάλλας &Ταγκάλου, 2015).
9. Η παιδαγωγική πρακτική να αξιολογείται υπό την εποπτεία συμβούλων.
10. Κάθε παιδί να αντιμετωπίζεται με αξιοπρέπεια και με έμφαση στην προσωπικότητα.
11. Όλα τα παιδιά , ανεξαρτήτου αναπηρίας , να πηγαίνουν σχολείο στις ίδιες εγκαταστάσεις
12. Η κοινωνική ένταξη να ξεπερνάει τα πλαίσια του σχολείου και του νηπιαγωγείου.
- 13.Μετάβαση : η ένταξη υπερβαίνει τη διάρκεια φοίτησης στο νηπιαγωγείο ή στο σχολείο (Ντόνας & Πάλλας & Ταγκάλου,2015).

Για την επιτυχία της ενταξιακής διαδικασίας κρίνεται απαραίτητη η χάραξη καινούργιας εκπαιδευτικής πολιτικής και αναπροσαρμογή σχολείου , φορέων, υπηρεσιών.

Για την σχολική ενσωμάτωση, η Ζώνιου-Σιδέρη αναφέρει ότι εκλείπει ο παράγοντας του προσωπικού στοιχείου. Πιο συγκεκριμένα, τη στιγμή που το άτομο ενσωματώνεται στο σύνολο, αφομοιώνεται. Υπάρχει βέβαια και η πεποίθηση ότι στην σχολική ενσωμάτωση τα παιδιά με κινητικές αναπηρίες εξελίσσονται κοινωνικά και γλωσσικά. Έτσι τα παιδιά αυτά με τα παιδιά συνηθισμένης ανάπτυξης επικοινωνούν και αναπτύσσουν αλληλοσεβασμό.

Ανεξάρτητα από τις δυσκολίες και ιδιαιτερότητες που έχει κάθε μαθητής, παύει να ισχύει ο θεσμός της διαχωριστικής εκπαίδευσης. Η διαχωριστική εκπαίδευση ακυρώθηκε διότι στόχευε στον εγκλεισμό ατόμων με ιδιαιτερότητες σε ειδικές παιδαγωγικές μονάδες. Η εκπαίδευση στρεφόμενη προς τον ανθρωπισμό δεν διακρίνει τους μαθητές με βάση τις επιδόσεις, τις σωματικές, τις συναισθηματικές και τις νοητικές ιδιαιτερότητες. Πλέον , κυριαρχεί η αντίληψη της ενσωμάτωσης , της προσπάθειας δηλαδή «τα προβλήματα των παιδιών με μικρές ή μεγάλες δυσκολίες σε επίπεδο μάθησης και συμπεριφοράς να αντιμετωπίζονται στην κοινή τάξη μαζί με τους άλλους μαθητές σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης» (Τζουριάδου & Μπιτσαράκης,1990 ; Ντόνας & Πάλλας & Ταγκάλου,2015). Το παιδί με αναπηρία δεν απομονώνεται (Smith,2007). Άλλωστε « η ενσωμάτωση στο χώρο του συνηθισμένου σχολείου αποτελεί το πρώτο στάδιο για την πρόσβαση και την ισότιμη συμμετοχή σε όλες τις δραστηριότητες της κοινωνικής ζωής» (Πολυχρονοπούλου,1999; Ντόνας & Πάλλας & Ταγκάλου,2015). Εξάλλου, σε αυτήν την διαδικασία επωφελούνται όλοι οι μαθητές. Τα παιδιά με αναπηρίες επωφελούνται από τη μάθηση σε μια κανονική τάξη, ενώ οι συνομήλικοί τους εκτίθενται σε διαφορετικά χαρακτηριστικά μαθητών. Τα παιδιά με αναπηρίες αναπτύσσουν στο μέγιστο της ικανότητάς τους στα σχολεία γενικής εκπαίδευσης. Οι μαθητές φυσιολογικής ανάπτυξης ευαισθητοποιούνται σε θέματα αναπηρίας.. Έτσι , οι μαθητές με κινητικές αναπηρίες ξεπερνούν τις αρχικές προβλέψεις , κοινωνικοποιούνται και εξελίσσονται . Τα παιδιά με κινητικές αναπηρίες θα πρέπει να τοποθετηθούν στις γενικές τάξεις και η εκπαίδευση τους να βασίζεται στις ικανότητές τους κι όχι στις αναπηρίες τους (Al Zyoudi,2006).

Τέλος, ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να γνωρίζει τις ιδιαιτερότητες του κάθε παιδιού με κινητική αναπηρία. Η επίγνωση των στάσεων που περιορίζουν την κινητική δραστηριότητα και των στάσεων που διευκολύνουν είναι ωφέλιμη πληροφορία. Έτσι, ο παιδαγωγός θα συμβάλλει στην εξασφάλιση παιδαγωγικού κλίματος και ετοιμότητας για μάθηση.

4.Απόψεις εκπαιδευτικών που σχετίζονται με την κινητική αναπηρία

Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών οφείλονται σε πολλούς παράγοντες . Η ηλικία , το φύλο , η διδακτική εμπειρία, ο βαθμός επιμόρφωσης και η επαφή των δασκάλων με μαθητές με κινητικές αναπηρίες, καθορίζουν την νοοτροπία και σκέψη για αυτήν την μαθητική κοινότητα.

Ένας σημαντικός δείκτης για την επιτυχία της ενσωμάτωσης των μαθητών με αναπηρίες στις γενικές τάξεις είναι η θετική στάση του εκπαιδευτικού (Beyene & Tizamu,2010;Sharma,Florin,Lowerman&Earle,2006; Al Khateb,2004; Dover,2002; Gadium,2002; Mckeskey &Waldrom,2002;Avramidis,2001; Mowes & Elloker ,1999). Έχουν διεξαχθεί πολλές μελέτες για τη διερεύνηση των στάσεων. Σύμφωνα με τον Barton (1992) οι δάσκαλοι δεν είναι έτοιμοι να δεχτούν παιδιά με αναπηρίες στα γενικά σχολεία. Ο Clack (1997) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η γενική εκπαίδευση δεν είναι ακριβώς διαχωρισμένη αλλά ούτε και συμπεριληπτική (Dubey& Singh & Prasad). Οι Sharma και Mukhopadhyay (1990) διαπίστωσαν ότι: οι εκπαιδευτικοί διατηρούσαν θετική στάση σε σχέση με την παροχή ίσων εκπαιδευτικών ευκαιριών σε παιδιά με αναπηρίες.

Οι γυναίκες φαίνεται να αντιμετωπίζουν θετικότερα την αναπηρία από τους άντρες. Εκτός από αυτό , οι νεότεροι επαγγελματίες εκπαιδευτικοί είναι πιο δεκτικοί. Τα χρόνια εμπειρίας σε συνδυασμό με τη συχνή επαφή με τέτοια παιδιά καλλιεργεί θετικές αντιλήψεις . Σύμφωνα με τις Padelíadou & Lampropoulou (1997) οι νεότεροι εκπαιδευτική αν και με λιγότερη εμπειρία υιοθετούν θετικές αντιλήψεις στη σχολική ένταξη τέτοιων παιδιών.

Οι δάσκαλοι γενικής εκπαίδευσης διατηρούν μια θετική στάση απέναντι στην ένταξη τέτοιων μαθητών στα γενικά σχολεία. Παρόλα αυτά , νιώθουν ανεπαρκής ως προς τη διδασκαλία τέτοιων μαθητών. Η έλλειψη σχετικών γνώσεων και δεξιοτήτων για τις κατάλληλες προσεγγίσεις , τους κάνει να αισθάνονται επαγγελματικά ανασφαλείς για την διαχείριση τους.

Παρόλο που κάποιοι εκπαιδευτικοί πιστεύουν ότι οι μαθητές με αναπηρίες έχουν δικαίωμα στις ισότιμες εκπαιδευτικές ευκαιρίες , οι σκέψεις και οι στάσεις τους είναι αρνητικές. . Σύμφωνα με τους Avramidis & Norwich (2002) οι δάσκαλοι γενικής αγωγής υιοθετούν θετική στάση στην συμπερίληψη αλλά απουσιάζουν ευρήματα που να σχετίζονται με την δεκτικότητα της τάξης. Σύμφωνα με την Πέννα (2008): « οι στάσεις των δασκάλων ως προς την ένταξη οφείλουν να γίνουν κατανοητές μέσα από μια ισχυρή συναισθηματική παράμετρο. Είναι γενικά αποδεκτό ότι οι καταστάσεις αποδοχής στην εκπαιδευτική διαδικασία προάγουν την ψυχική υγεία , τον αυτοσεβασμό , την κοινωνική συμπεριφορά και τις γνωστικές διαδικασίες των μαθητών . Η ετοιμότητα του δασκάλου για ένταξη αποκτά μεγαλύτερη βαρύτητα , καθώς όλο και πιο συχνά γίνεται λόγος για την επιβάρυνση των δασκάλων στην εργασία».

Οι Singh και Prabha (1987) στο θέμα της αξιολόγησης στα σχολεία του Μπιχάρ της Ινδίας ανέφεραν ότι : Οι μαθητές με κινητικές αναπηρίες διατηρούν καλές σχέσεις με την οικογένειά τους. Παρόλα αυτά , υπάρχει έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των συμμαθητών (συμπεριλαμβανομένων κι των μαθητών με αναπηρία). Οι εκπαιδευτικοί με τη σειρά τους προσπαθούσαν να γεφυρώσουν το χάσμα. Σε μια έρευνα

Σε μια άλλη χώρα στην Νιγηρία οι δάσκαλοι αναφέρουν την εκπαίδευση των ατόμων με αναπηρία χάσιμο χρόνου , καθώς τέτοια παιδιά δυσκολεύονται να ενταχθούν στο προκαθορισμένο σχολικό σύστημα (Fakolade & Adeniyi & Tella, 2009). Όμως τα παιδιά με αναπηρίες επωφελούνται από τη μάθηση σε μια κανονική τάξη, ενώ οι συνομήλικοί τους εκτίθενται σε διαφορετικά χαρακτηριστικά. Αυτό αποτελεί και μια σημαντική πτυχή της ένταξης , καθώς το παιδί με αναπηρία δεν απομονώνεται (Smith, 2007).

Σε μια μελέτη που πραγματοποιεί ο Ivey (2002) οι δάσκαλοι γενικής εκπαίδευσης παρουσίασαν ανεκτικότητα προς την συμπεριληπτική εκπαίδευση. Κάποιες άλλες έρευνες (Wikzenshi ,1994; Jamieson 1984; Berrgman & Berrgman, 1981) έδειξαν ότι

η αρνητική στάση των εκπαιδευτικών απέναντι στην συνεκπαίδευση ήταν βασισμένη σε προηγούμενη εμπειρία τους. Αυτό συμβαδίζει και με την έρευνα Tella & Fakolade & Adeniyi (2009).

Η Zoniou-Sideri & Vlachou (2006) παρουσιάζουν διαφορούμενες απόψεις σχετικά με την σχολική ένταξη. Στην έρευνα του Al-Faiz απέναντι στις στάσεις των δασκάλων του δημοτικού σχολείου στο Ριάντ της Σαουδικής Αραβίας φάνηκε ότι : το πλαίσιο διδασκαλίας , η επαγγελματική εμπειρία και η ύπαρξη ενός ανάπηρου συγγενή διαμορφώνει τις στάσεις των εκπαιδευτικών. Αντιθέτως , στο Ισραήλ σύμφωνα με έρευνα του Avissar (2003) η ηλικία , το επίπεδο εκπαίδευσης και η εμπειρία σχετίζονται θετικά με την ένταξη.

Κλείνοντας , το είδος και ο βαθμός αναπηρίας επηρεάζει τις στάσεις των εκπαιδευτικών. Οι αρνητικές αντιλήψεις των δασκάλων αποτελούν εμπόδιο στην ένταξη ατόμων με κινητικές αναπηρίες.

5.Δάσκαλοι και γονείς παιδιών με κινητική αναπηρία

5.1 Μοντέλα συνεργασίας εκπαιδευτικών με γονείς παιδιών με κινητική αναπηρία

Διάφορα μοντέλα συνεργασίας εξηγούν τα είδη σχέσεων που μπορεί να επικρατούν μεταξύ εκπαιδευτικού και γονέα. Σύμφωνα με τους Cunningham & Davis (1991) 3 είναι τα μοντέλα σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ των 2 πλευρών

- Το μοντέλο του ειδήμονα (expert model)
- Το μοντέλο του μεταβιβαστή των γνώσεων (transplant model)
- Το μοντέλο του καταναλωτή των γνώσεων (consumer model)

Τα τελευταία χρόνια προστέθηκε και ένα άλλο μοντέλο , το μοντέλο της ενδυνάμωσης (empowerment model) από τον Dale (2006).

Στο μοντέλο του ειδήμονα κεντρικό ρόλο έχει ο εκπαιδευτικός και οι πρωτοβουλίες του. Ο γονέας είναι άβουλος ,αδύναμος να βοηθήσει, άμεσα εξαρτώμενος από την εκτέλεση οδηγιών και αποφάσεων του ειδικού εκπαιδευτικού. Ο τελευταίος αρκείται αποκλειστικά στην δικιά του οπτική γωνία του παιδιού ενώ ελλοχεύει κίνδυνος αγνόησης σημαντικών πληροφοριών για την κατανόηση του παιδιού. Ο γονέας σε αυτήν την περίπτωση δεν λαμβάνεται υπόψη ως πηγή βοήθειας και πληροφοριών.

Στο μοντέλο του μεταβιβαστή των γνώσεων ο εκπαιδευτικός εφαρμόζει τις οδηγίες-αποφάσεις μέσω του γονέα. Οι γονείς σε αυτό το μοντέλο είναι πιο ενεργητικοί, έχουν βοηθητικό ρόλο. Οι γονείς δίνουν ανατροφοδότηση στις εμπειρίες από την υλοποίηση των συμβουλών του ειδικού εκπαιδευτικού . Οι γονείς συμβιβάζονται με τις απόψεις του ειδικού εκπαιδευτικού , χωρίς να έχουν σημασία οι δικές τους σκέψεις.

Στο μοντέλο του καταναλωτή των γνώσεων , ο γονέας από παθητικός συνεργάτης αναλαμβάνει κεντρικό ρόλο. Σε αυτήν την περίπτωση , πιστεύεται πως ο γονέας κατέχει μια πιο ολοκληρωμένη πτυχή του παιδιού του. Ο ειδικός εκπαιδευτικός ακούει τις επιθυμίες των γονέων και τους προσφέρει διάφορες πιθανές λύσεις των

προβληματισμών τους.. Μέσα από την διαπραγμάτευση , γονείς και ειδικοί εκπαιδευτικοί , αποφασίζουν . Παρόλα αυτά, το δικαίωμα της τελικής απόφασης βρίσκεται στα χέρια των γονέων.

Το μοντέλο της ενδυνάμωσης αποδίδει και αυτό κεντρικό ρόλο στους γονείς. Οι γονείς έχουν και μπορούν να αποκτήσουν γνώσεις και ικανότητες και συμμετέχουν στην λήψη αποφάσεων. Επίσης , λαμβάνεται υπόψη η οικοσυστημική προσέγγιση , όπου η εξέλιξη και η ανάπτυξη του παιδιού επηρεάζεται από τον στενό περίγυρο της οικογένειας. Το πρόγραμμα παρέμβασης περιλαμβάνει μέλη της οικογενειακής κοινότητας του παιδιού (Μαυροπαλιάς , Emproy Σύμβουλοι Εκπαίδευσης & Σταδιοδρομίας).

5.2 Σχέσεις δασκάλων και γονέων παιδιών με κινητική αναπηρία

Ο νόμος 3699/2008 προβλέπει την συμμετοχή του γονέα στην εκπαίδευση του παιδιά με αναπηρία (6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ειδικής Αγωγής). Σύμφωνα με τους Pag και Watkins (2000) οι σχέσεις γονέων και εκπαιδευτικών πραγματοποιείται μέσω του θεσμού σχολείου-οικογένειας. Η σχέση μεταξύ των 2 αυτών μελών μπορεί να είναι άμεση ή μέσω του μαθητή. Η σημαντικότητα της σχέσης εξασφαλίζεται και νομοθετικά.

Η ποιότητα της επικοινωνίας και συνεργασίας εξαρτάται από το προφίλ των εκπαιδευτικών . Τα χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών : η ηλικία , η διδακτική εμπειρία , ο βαθμός της εσωτερικής του καλλιέργειας καθορίζουν το προφίλ του δασκάλου. Πολλές φορές οι εκπαιδευτικοί φοβούνται την εμπλοκή των γονέων .Αισθάνονται ότι προσβάλλεται ή αμφισβητείται ο επαγγελματικός τους ρόλος. Συμπληρωματικά , οι δάσκαλοι που συγκρούονται με τους γονείς , υιοθετούν μια γενικότερη αμυντική στάση (Δαβάζογλου & Κόκκινος ,2003).

Σύμφωνα με τους Staples & Diliberto (2000) οι γονείς δεν είναι ικανοί να επέμβουν στην εκπαιδευτική ζωή των παιδιών τους. Η επαφή και η συνεργασία του γονέα με τον εκπαιδευτικό είναι ωφέλιμη. Σε αυτήν την περίπτωση ο γονέας βελτιώνει τη σχέση του με το παιδί αλλά και το σχολείο του (Γεωργίου , 2000). Μέσω αυτής , οι

γονείς παίρνουν μια « ανάσα» , αποκτούν περισσότερη αυτοπεποίθηση σχετικά με τις αποφάσεις που παίρνουν για το παιδί με κινητική αναπηρία. Οι γονείς αρχίζουν και βλέπουν πιο λογικά την κατάσταση καθώς επικοινωνούν με τον δάσκαλο. Οι γονείς βελτιώνουν την αυτοεικόνα τους και την σχέση με τα παιδιά τους. Η εμπλοκή και η απόκτηση νέων παιδαγωγικών τρόπων διαχείρισης των καταστάσεων ενισχύει την αποτελεσματικότητά τους ως γονείς.

Πολλές φορές οι όροι «γονεϊκή εμπλοκή» και «γονεϊκή συμμετοχή» συγχέονται και θεωρείται πως έχουν την ίδια σημασία . Παρόλο που οι 2 έννοιες σημασιολογικά παρουσιάζουν ομοιότητες , διαφέρουν ως προς το βαθμό δράσης. Στην πρώτη περίπτωση , οι γονείς περιορίζονται στην απλή παρατήρηση. Στη δεύτερη, ο γονέας αντιμετωπίζεται ισότιμα από τους εκπαιδευτικούς και λαμβάνουν από κοινού αποφάσεις. Όταν οι σχέσεις μεταξύ των δύο τηρούν τα πλαίσια ισότητας και αμοιβαίου σεβασμού , τότε υπάρχει συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ τους.

Τα αισθήματα καχυποψίας και δυσπιστίας κρατούν την σχέση μεταξύ γονέων και δασκάλων σε πρώιμο στάδιο (Τσιμπιδάκη, 2013). Σε μελέτη της Phtiaka (2001) γονείς και εκπαιδευτικοί έχουν διαφορετικές σκέψεις, προσδοκίες για το παιδί-μαθητή. Η ασυμφωνία των προσδοκιών καταλήγει να δημιουργεί χάσμα επικοινωνίας και έλλειψη ενσυναίσθησης από την πλευρά του εκπαιδευτικού. Μια κακή επικοινωνία θα μπορούσε να επιφέρει άγχος και στις δύο πλευρές. Η κατάσταση αυτή θα μπορούσε να επιδεινωθεί ακόμη περισσότερο όταν η κινητική αναπηρία είναι πιο βαριάς μορφής. Μια τέτοια αναπηρία δυσχεραίνει την εκπαιδευτική διαδικασία και την καθημερινή φροντίδα ενός τέτοιου παιδιού.

Τα προβλήματα και τα εμπόδια που προκύπτουν πηγάζουν κυρίως από τον τρόπο επικοινωνίας της σχολικής μονάδας και της οικογένειας. Η έλλειψη χρόνου, διάθεσης και εμπειρίας στην συνεργασία με τους γονείς αποτελεί ένα επιπλέον πρόβλημα.

Το χαμηλό επίπεδο γνώσεων του εκπαιδευτικού , οι αρνητικές αντιλήψεις των γονιών για τους δασκάλους και οι διαφωνίες προκαλούν προβλήματα συνεργασίας. Οι εκπαιδευτικοί για την αποτελεσματικότερη συνεργασία αποζητούν την ειλικρίνεια και την διάθεση για παροχή συμβουλών σχετικά με την διαχείριση προβλημάτων. Ως καλές πρακτικές για αποτελεσματική συνεργασία αναφέρεται η ενημέρωση γονέων , η διάθεσή τους για συνεργασία και η πραγματοποίηση συναντήσεων . Η ανταλλαγή πληροφοριών μέσω επιστολής , οι τηλεφωνικές κλήσεις , οι κατ' οίκον επισκέψεις

ανά εβδομαδιαία βάση ή όποτε υπάρχει χρόνος αποτελούν βασικοί τρόποι επικοινωνίας.

Η θετική συνεργασία επιδρά θετικά στις ανάγκες του παιδιού. « Οι γονείς παιδιών με κινητικές αναπηρίες εμπλέκονται πιο ενεργητικά σε όλο το εύρος του εκπαιδευτικού προγράμματος» (Καραμπά , 2019). Στο δημοτικό , η στάση των εκπαιδευτικών προς τους γονείς είναι πιο δεκτική Όμως , πολλές φορές οι γονείς αναφέρουν πως οι δάσκαλοι δεν είναι ικανοί να αντιληφθούν τις ικανότητες του παιδιού με κινητική αναπηρία. Επομένως , ο εκπαιδευτικός σχεδιασμός διδασκαλίας που ακολουθείται παρουσιάζει αδυναμίες.

Τέλος, η συνεργασία των 2 πλευρών καθορίζεται από την συχνότητα επικοινωνίας. Στην Ελλάδα , ο εκπαιδευτικός φαίνεται να έχει κεντρικό ρόλο απέναντι στους διστακτικούς γονείς. Το χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο των γονέων δημιουργεί αισθήματα κατωτερότητας και έλλειψη αυτοπεποίθησης στην επικοινωνία. Αντιθέτως, γονείς με υψηλό κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο επικοινωνούν συχνότερα με τους δασκάλους.

Κλείνοντας, οι γονείς πολλές φορές εμφανίζονται αμυντικοί και αποδίδουν ευθύνες στους εκπαιδευτικούς. Το άγχος, ο φόβος από την πλευρά των δασκάλων , τους ωθεί να κατηγορούν τους γονείς. Ενώ φαίνεται οι γονείς να επιθυμούν την συνεργασία για την πρόοδο του παιδιού , η σχέση τους κατακλύζεται από αμοιβαία συναισθήματα καχυποψίας.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6. Μεθοδολογία έρευνας

Σκοπός της έρευνας ήταν να εξετάσει τις γνώσεις και στάσεις των ενεργεία εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για την κινητική αναπηρία.

Η έρευνα διεξάγεται ηλεκτρονικά από την φοιτήτρια Τσιμπούκου Λουτζιάνα του τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Παιδαγωγικού Τμήματος της Φλώρινας.

Το είδος της έρευνας που πραγματοποιήθηκε ήταν ποσοτική περιλαμβάνοντας ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής , κλίμακα Linkert και 5βάθμια κλίμακα.

Το μέγεθος του δείγματος είναι 50 άτομα. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε σε εκπαιδευτικούς του οικείου περιβάλλοντος και σε μια ομάδα ομάδα εκπαιδευτικών δημοτικής εκπαίδευσης στο Facebook.

6.1 Αποτελέσματα έρευνας

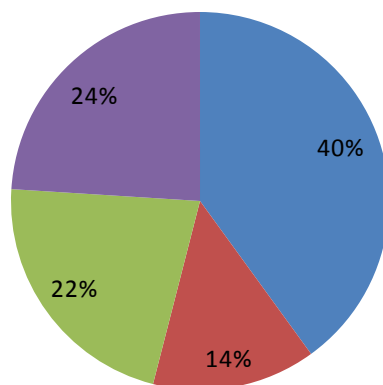
Παρακάτω θα παρουσιαστούν αναλυτικά οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με τις αντίστοιχες ποσοστιαίες απαντήσεις :



Το 60% των ενεργεία εκπαιδευτικών της έρευνας είναι γυναίκες (30 άτομα) και το 40% άντρες (40 άτομα).

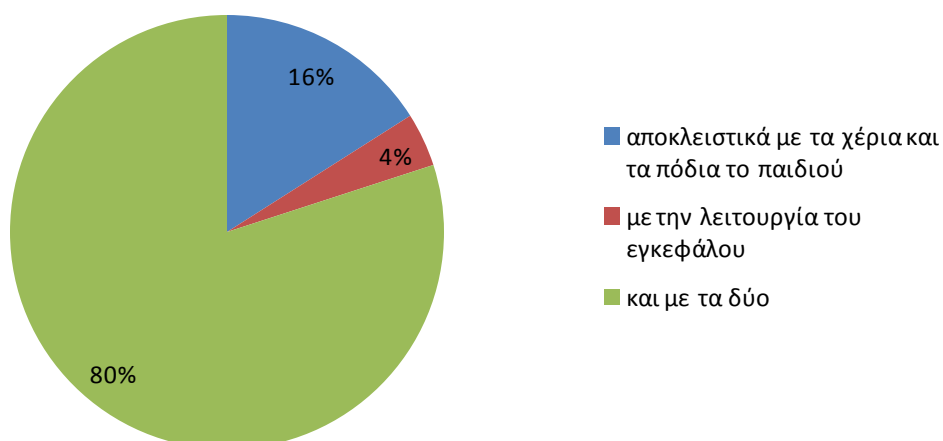
Χρόνια Επαγγελματικής Εμπειρίας

■ 1-5 χρόνια ■ 5-10 χρόνια ■ 10-20 χρόνια ■ 20+ χρόνια

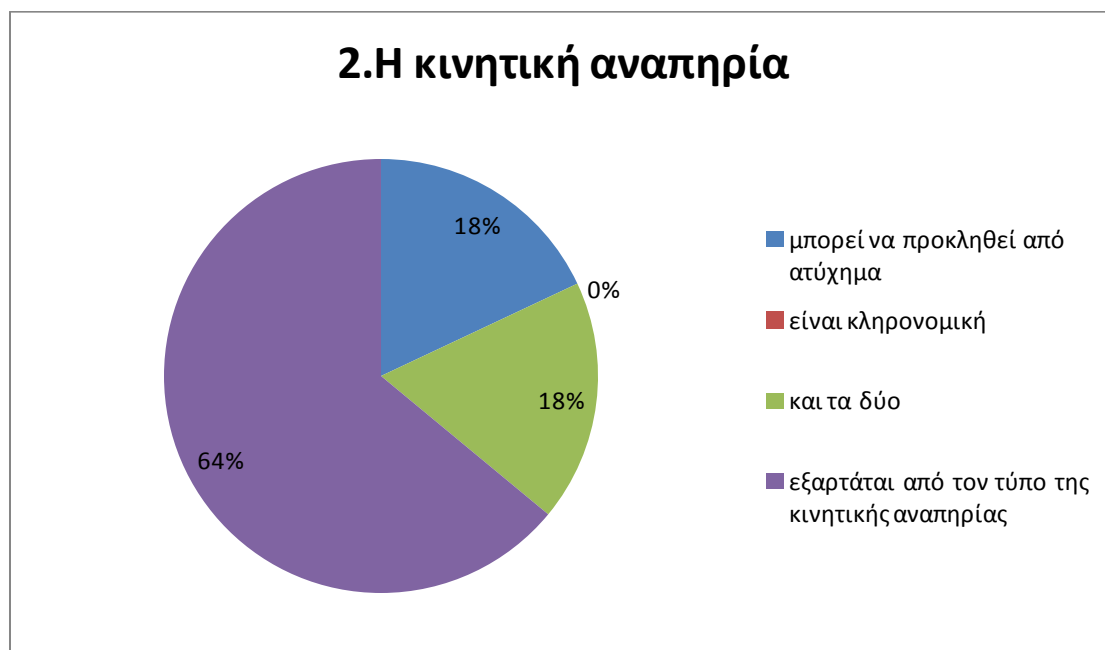


Το 40% (20 άτομα) των εν ενεργεία εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας του ερωτηματολογίου έχει εμπειρία από 1-5 χρόνια επαγγελματική εμπειρία. Το 24% (12 άτομα) έχει 20 και πάνω. Το 22% (11 άτομα) έχει 10-20 (7 άτομα) χρόνια και το 14% έχει 5-10 χρόνια.

1. Η κινητική αναπηρία σχετίζεται



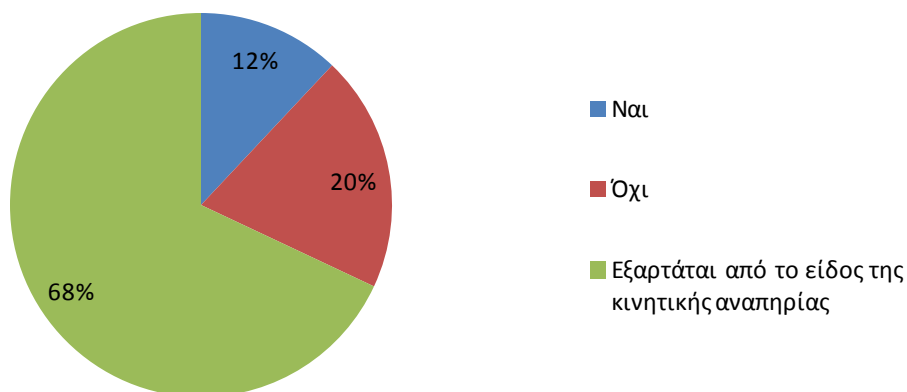
Στις 1^η ερώτηση το 80% των συμμετεχόντων απάντησε πως η κινητική αναπηρία σχετίζεται με τα πόδια , τα χέρια και την λειτουργία του εγκεφάλου. Το 16% συσχέτισε την κινητική αναπηρία αποκλειστικά και μόνο με τα χέρια και τα πόδια του παιδιού και το 4% το συσχέτισε με την λειτουργία του εγκεφάλου.



Στην ερώτηση 2 απάντησαν : Η κινητική αναπηρία :

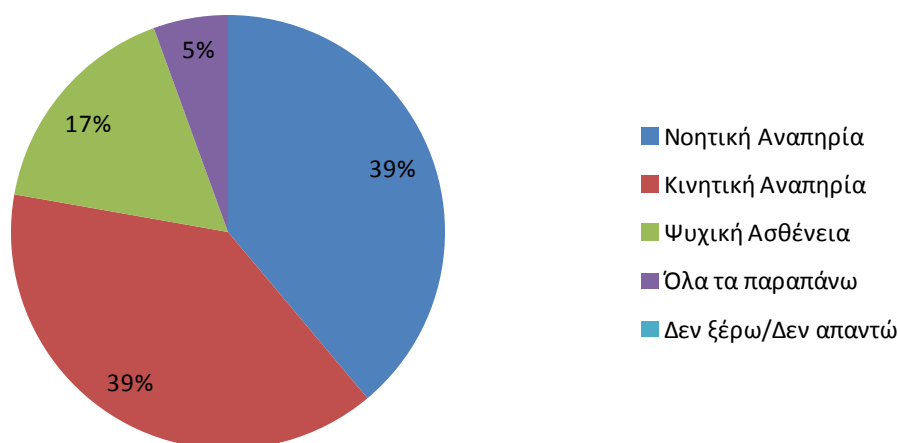
Το 64% δήλωσε ότι η κινητική αναπηρία εξαρτάται από τον τύπο της. Το 18% απάντησε πως είναι κληρονομική και το 18% και τα δύο. Κανένας δεν απάντησε (0%) πώς η κινητική αναπηρία μπορεί να είναι κληρονομική.

3. Η κινητική αναπηρία επηρεάζει τις επιδόσεις του μαθητή στο σχολείο



Στην ερώτηση 3 για το εάν η κινητική αναπηρία επηρεάζει τις επιδόσεις του μαθητή το 68% απάντησε πως εξαρτάται από τον τύπο της κινητικής αναπηρίας. Το 20% απάντησε πως όχι και το 12% απάντησε ναι.

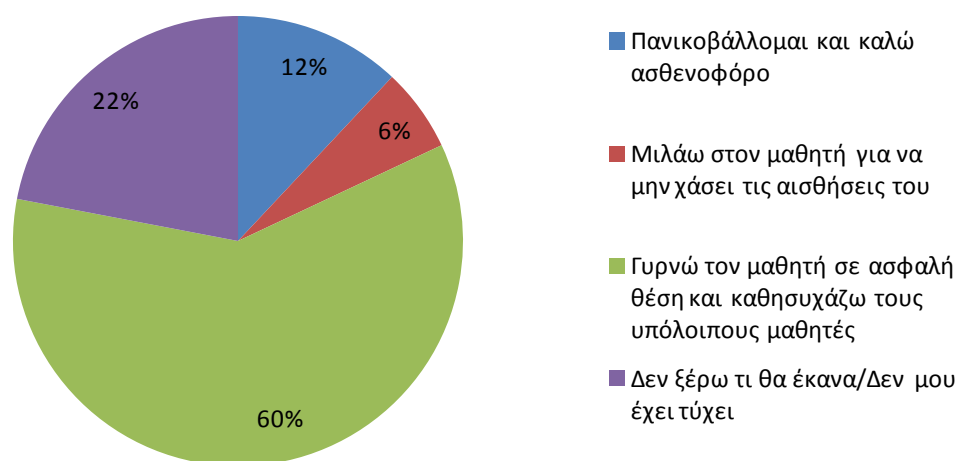
4. Η επιληψία είναι:



Στην ερώτηση 4 το 39% απάντησε πως η επιληψία είναι νοητική αναπηρία. Το άλλο 39% αντιθέτως απάντησε πως η επιληψία είναι κινητική αναπηρία. Το 17%

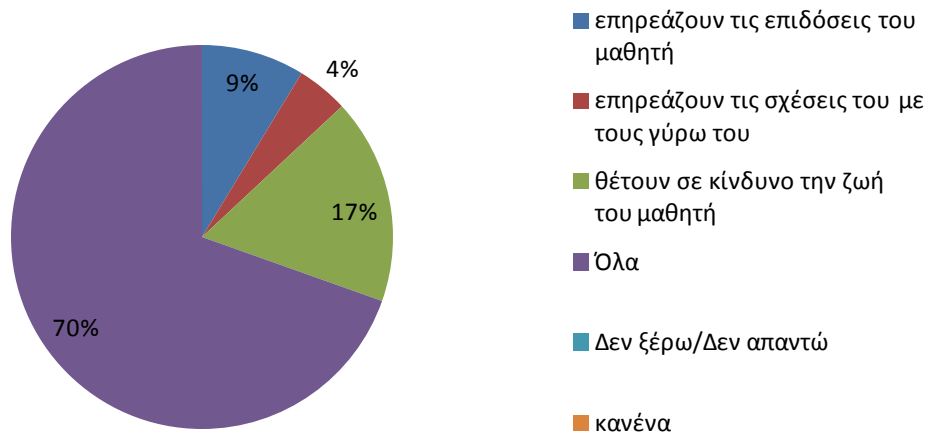
απάντησε ότι είναι ψυχική ασθένεια και το 5% απάντησε πως είναι όλα τα παραπάνω.

5. Στην περίπτωση που στην τάξη ένας μαθητής εκδηλώσει έντονο επιληπτικό επεισόδιο



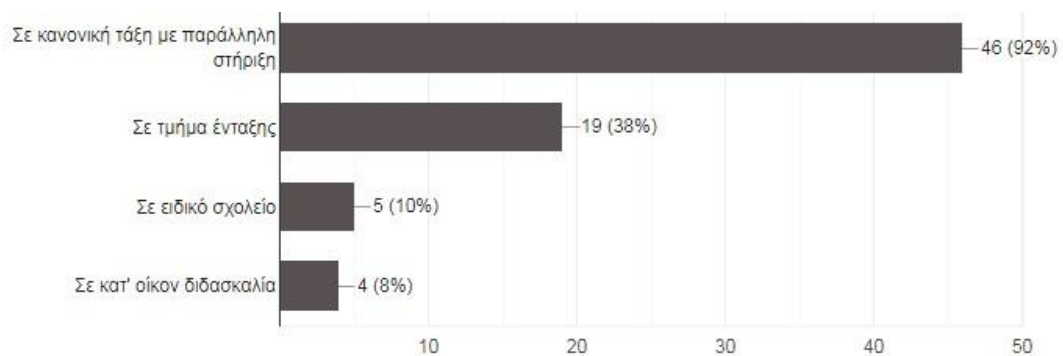
Στην ερώτηση 5 για το πώς θα διαχειριζόντουσαν ένα έντονο επιληπτικό επεισόδιο ενός μαθητή στην τάξη το 60% απάντησε πως θα γυρνούσε το μαθητή σε ασφαλή θέση και θα καθισχύαζε τους υπόλοιπους μαθητές στην τάξη. Το 22% απάντησε πως δεν ξέρει τι θα έκανε, ότι δεν τους έχει τύχει. Το 12% απάντησε πως θα πανικοβάλλονταν και θα καλούσε ασθενοφόρο και το 6% απάντησε πως θα μιλούσε στον μαθητή για να μην χάσει τις αισθήσεις του.

6.Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις σοβαρής μορφής



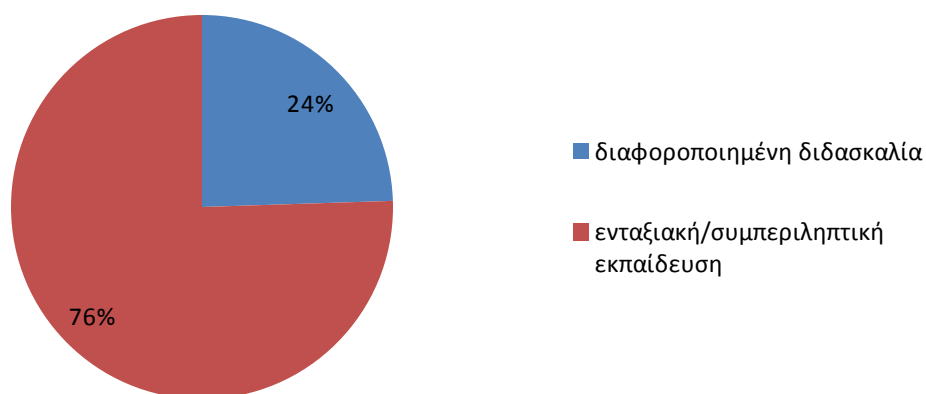
Στην ερώτηση 6 που σχετίζεται με τις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις το 70% απάντησε πως οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις επηρεάζουν τις επιδόσεις του μαθητή , τις σχέσεις του με τους γύρω και θέτουν και σε κίνδυνο την ζωή. Το 17 % απάντησε ότι θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του μαθητή , το 9% απάντησε ότι επηρεάζουν τις επιδόσεις του μαθητή και το 4% απάντησε ότι επηρεάζουν τις σχέσεις του με τους γύρω του.

7. Οι μαθητές με κινητική αναπηρία μέτριας μορφής έχουν την δυνατότητα να φοιτήσουν:



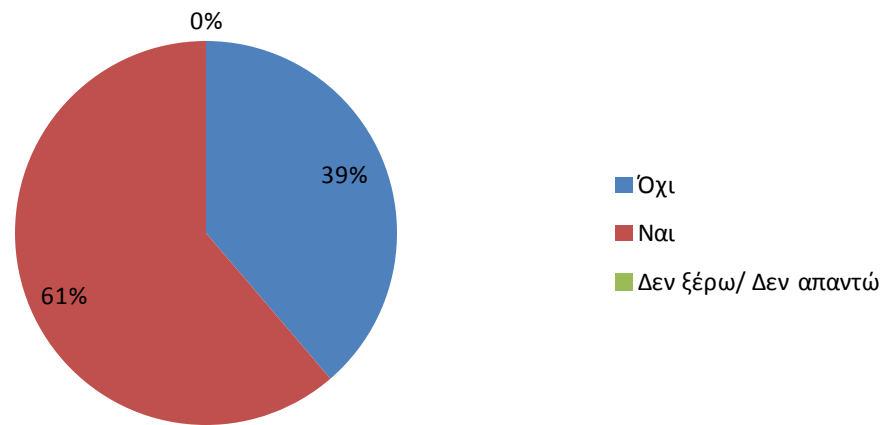
Στην ερώτηση 7 ανοιχτής επιλογής , μπορούσαν να επιλέξουν όσες απαντήσεις θέλουν οι συμμετέχοντες . Το 92% των εκπαιδευτικών απάντησε πως ένας μαθητής με κινητική αναπηρία μέτριας μορφής μπορεί να φοιτήσει σε κανονική τάξη με παράλληλη στήριξη. Το 38% απάντησε σε τμήμα ένταξης. Το 10% σε ειδικό σχολείο και το 8% σε κατ' οίκον διδασκαλία.

8. Για την εκπαίδευση των μαθητών με κινητική αναπηρία απαιτείται :

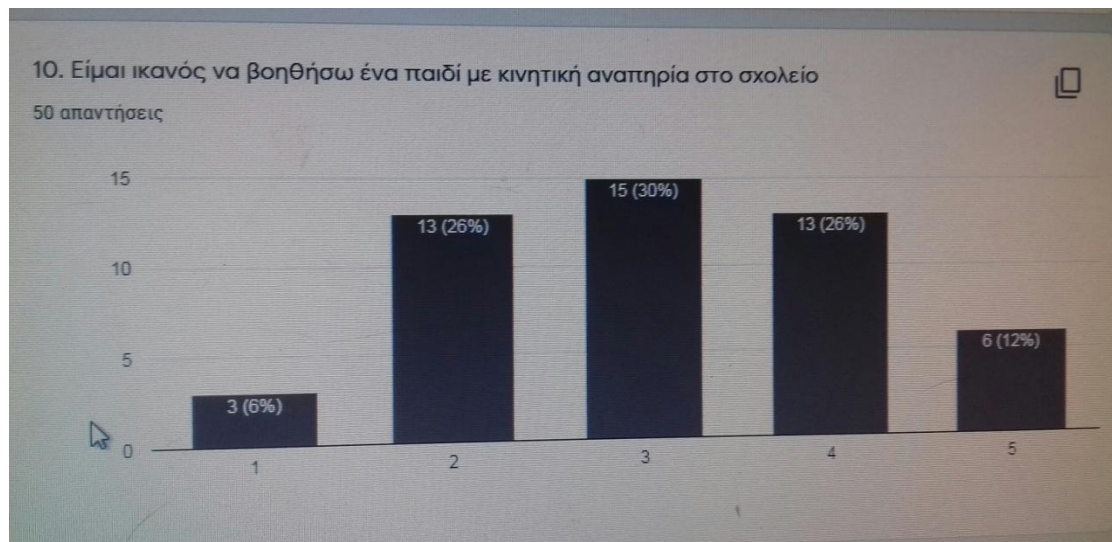


Στην ερώτηση 8 που σχετίζεται με το τι εκπαίδευση απαιτείται για την εκπαίδευση των μαθητών με κινητική το 76% επέλεξε στην ενταξιακή/συμπεριληπτική εκπαίδευση. Αντιθέτως , το 24% επέλεξε την διαφοροποιημένη διδασκαλία.

9. Έχω συναντήσει παιδιά με κινητική αναπηρία στο σχολείο



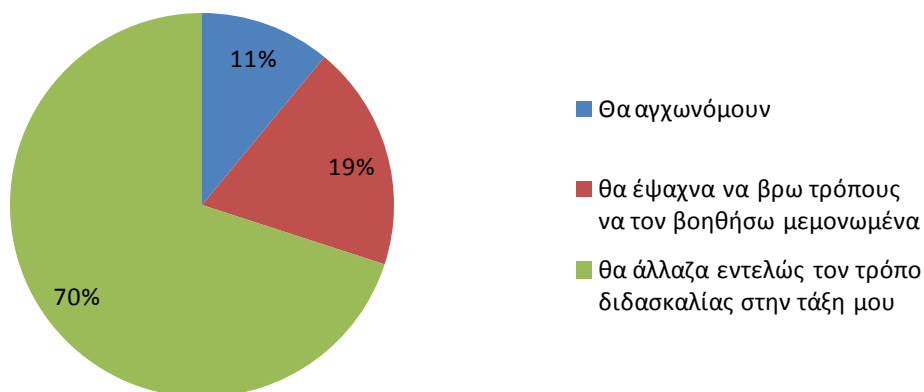
Η ερώτηση 9 αφορούσα για το εάν οι συμμετέχοντες έχουν συναντήσει παιδιά με κινητική αναπηρία στο σχολείο. Το 61% των συμμετεχόντων απάντησε πως ναι και το υπόλοιπο (39%) απάντησε πως όχι.



Στην ερώτηση 10, η οποία είναι 5βάθμια κλίμακα. Το 30% των συμμετεχόντων απάντησε πως ούτε συμφωνεί/ ούτε διαφωνεί για το βαθμό ικανότητάς του να βοηθήσουν ένα μαθητή με κινητική αναπηρία στο σχολείο. Το 26%

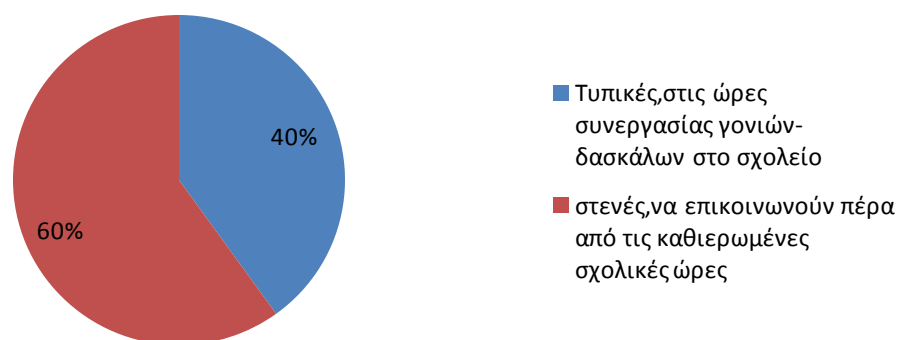
% απάντησε συμφωνεί , το άλλο 26% πως διαφωνεί. Το 12% των συμμετεχόντων απάντησε πως διαφωνεί απόλυτα και τέλος το 6% απάντησε πως συμφωνεί απόλυτα.

11. Αν είχα στην τάξη μου παιδί με κινητική αναπηρία



Στην ερώτηση 11 , το 70% των συμμετεχόντων επέλεξε πως θα άλλαζε εντελώς τον τρόπο διδασκαλίας . Το 19% απάντησε πως θα έψαχνε να βρει τρόπους να βοηθήσει το παιδί μεμονωμένα και το 11% θα αγχωνόταν σε μια τέτοια διαδικασία.

12. Οι σχέσεις μεταξύ των εκπαιδευτικών και γονέων παιδιών με κινητική αναπηρία πρέπει να είναι

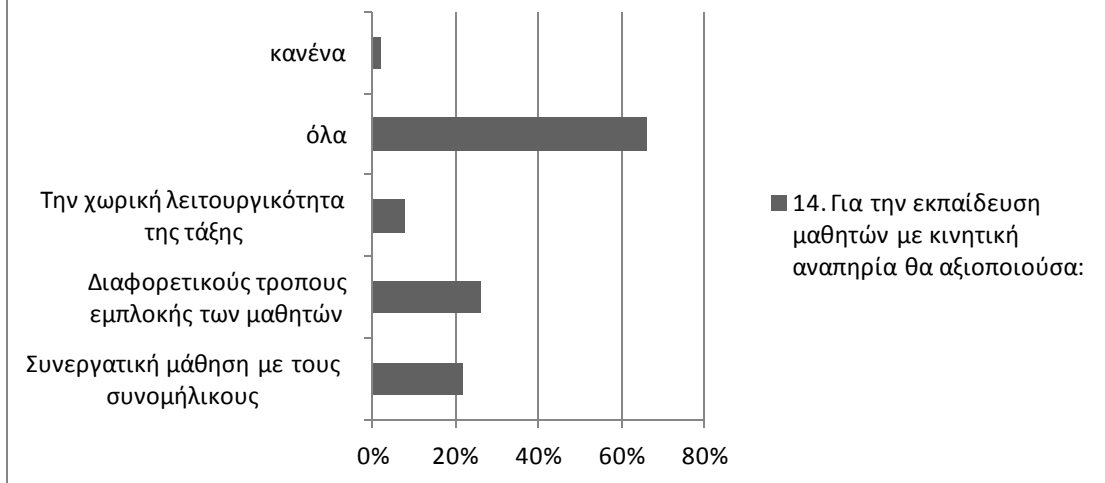


Στην ερώτηση 12 σχετικά με τις σχέσεις σχετικά με τις σχέσεις μεταξύ εκπαιδευτικών και γονέων παιδιών με κινητική αναπηρία πρέπει να είναι στενές απάντησε το 60% των συμμετεχόντων και τυπικές το υπόλοιπο 40%.



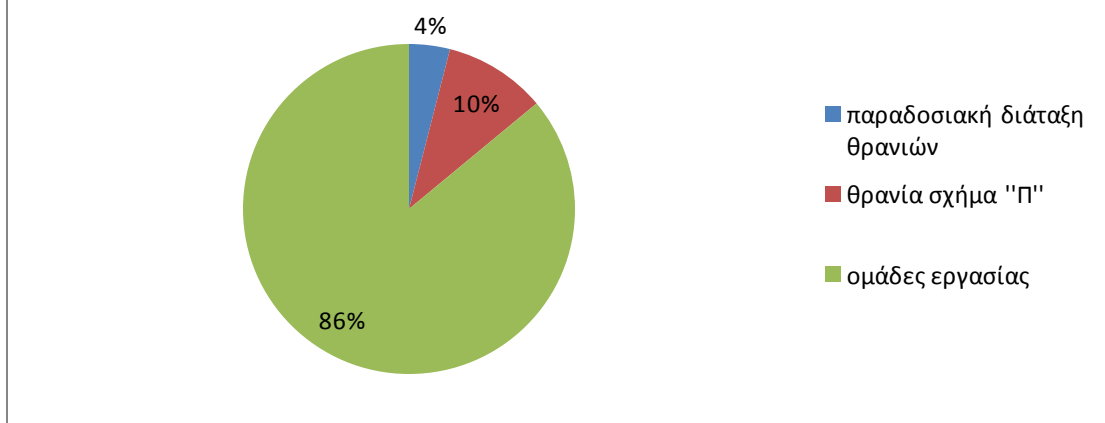
Στην ερώτηση 13 όλοι οι συμμετέχοντες 100% απάντησαν πως οι γονείς παιδιών με κινητική αναπηρία πρέπει να επιβλέπουν το παιδί αλλά ταυτόχρονα να του δίνουν ευκαιρίες αυτενέργειας.

14. Για την εκπαίδευση μαθητών με κινητική αναπηρία θα αξιοποιούσα:

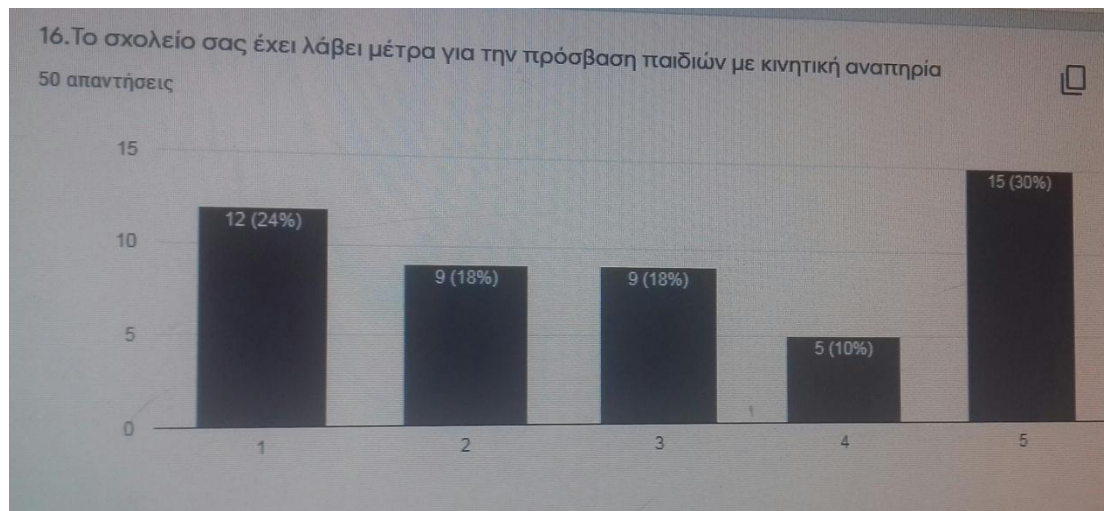


Στην ερώτηση 14 το 66% επέλεξε πως θα αξιοποιούσε την χωρική λειτουργικότητα της τάξης, τους διαφορετικούς τρόπους εμπλοκής των μαθητών και τη συνεργατική μάθηση με συνομήλικους. Το 26% επέλεξε πως θα αξιοποιούσε διαφορετικούς τρόπους εμπλοκής των μαθητών. Το 22% επέλεξε την συνεργατική μάθηση με συνομήλικους και το 2% επέλεξε πως δεν θα αξιοποιούσε καμία από τις προτεινόμενες επιλογές.

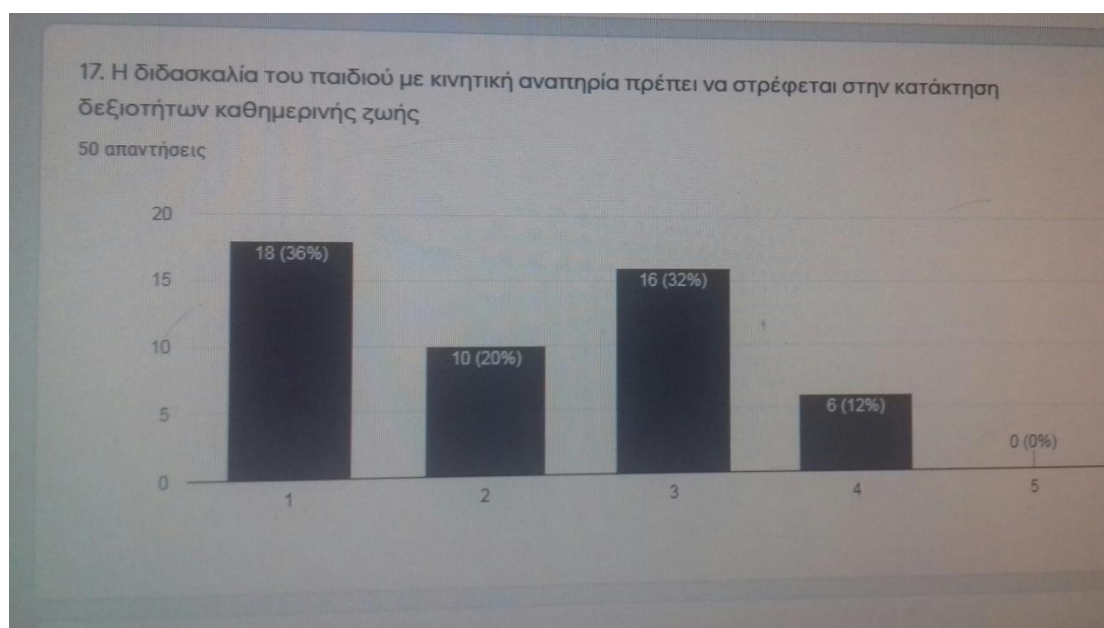
15. Ποια είναι η τοποθέτηση του παιδιού με κινητική αναπηρία στην αίθουσα διδασκαλίας:



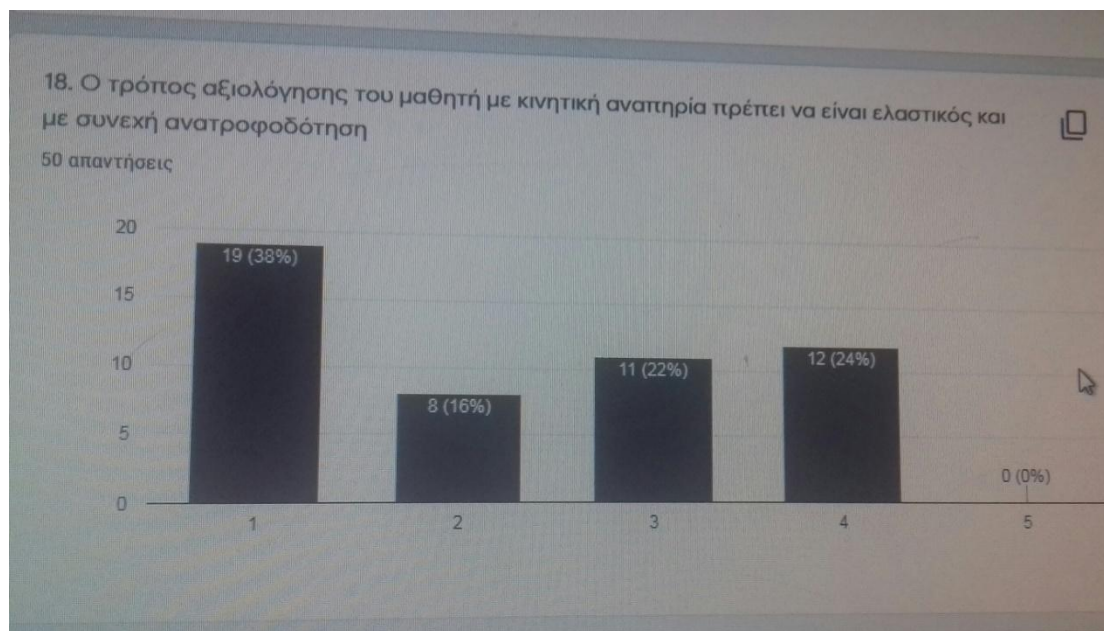
Στην ερώτηση 15 το 86% επέλεξε πως η τοποθέτηση του παιδιού με κινητική αναπηρία στην τάξη είναι οι ομάδες εργασίας . Το 10% απάντησε τα θρανία σε σχήμα «Π» και το 4% επέλεξε την παραδοσιακή διάταξη των θρανίων.



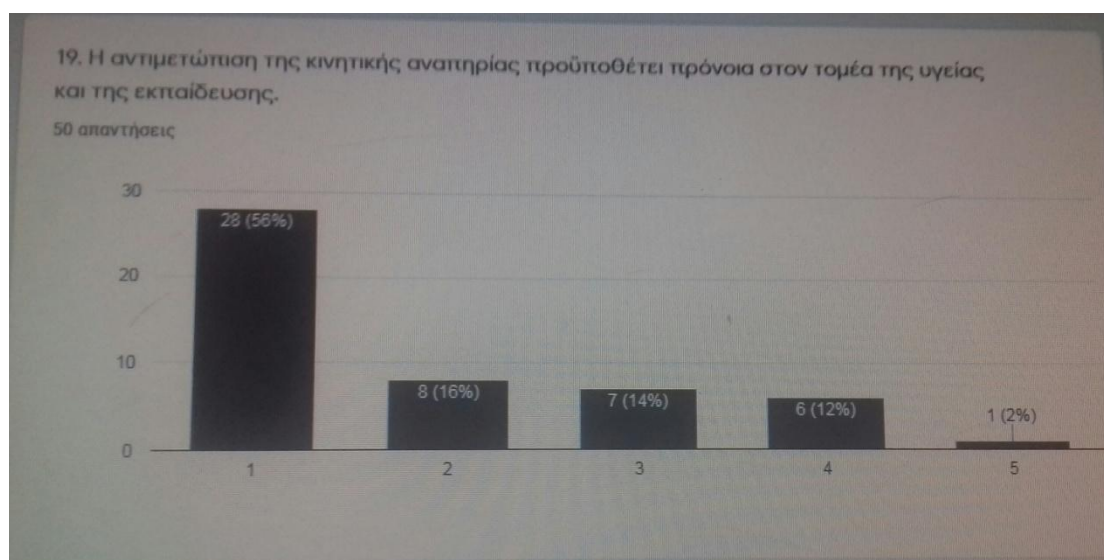
Στην ερώτηση 16 σχετικά με το βαθμό στο οποίο το σχολείο έχει λάβει μέτρα για την πρόσβαση παιδιών με κινητική αναπηρία το 30% επέλεξε πως διαφωνεί απόλυτα. Το 24% επέλεξε πως συμφωνεί απόλυτα . Το 18 % πως συμφωνεί και το άλλο 18% πως ούτε συμφωνεί/ούτε διαφωνεί και το 10% πως διαφωνεί.



Στην ερώτηση 17 σχετικά με το βαθμό στο οποίο η διδασκαλία του παιδιού με κινητική αναπηρία πρέπει να στρέφεται στην κατάκτηση δεξιοτήτων καθημερινής ζωής το 36% απάντησε πως συμφωνεί απόλυτα. Το 32% πως ούτε συμφωνεί/ούτε διαφωνεί. Το 20% πως συμφωνεί και το 12% πως διαφωνεί.



Στην ερώτηση 18 (5βάθμια κλίμακα) το 38% συμφωνεί απόλυτα ότι ο τρόπος αξιολόγησης του μαθητή με κινητική αναπηρία πρέπει να είναι ελαστικός και με συνεχή ανατροφοδότηση . Το 24% διαφωνεί . Το 22% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί και το 16% συμφωνεί.



Στην ερώτηση 19 (5βάθμια κλίμακα) το 56% των συμμετεχόντων συμφωνεί πως η αντιμετώπιση της κινητικής αναπηρίας προϋποθέτει πρόνοια στον τομέα της υγείας και της υγείας και της εκπαίδευσης. Το 16% επέλεξε πως συμφωνεί , το 14% επέλεξε πως ούτε συμφωνεί/ ούτε διαφωνεί , το 12 % πως διαφωνεί και τέλος το 2 % πως διαφωνεί απόλυτα.

6.3 Συμπεράσματα

Η έρευνα περιέχει σε μεγαλύτερο ποσοστό γυναίκες εκπαιδευτικούς το οποίο είναι συχνό φαινόμενο . Το μεγαλύτερο ποσοστό των ενεργεία εκπαιδευτικών είναι νέοι επαγγελματίες εκπαιδευτικοί . Οι συμμετέχοντες γνώριζαν κατά πλειοψηφία ότι η κινητική αναπηρία σχετίζεται με τον εγκέφαλο , τα πόδια και τα χέρια του παιδιού. Στην 2^η ερώτηση κανένας την επιλογή ότι η κινητική αναπηρία είναι κληρονομική . Από αυτό φαίνεται , ότι οι εκπαιδευτικοί συγγέουν την κινητική αναπηρία λιγότερο με την κληρονομικότητα. Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί επέλεξαν ότι ανάλογα με την τον τύπο της κινητικής αναπηρίας σχετικά με το εάν επηρεάζονται οι επιδόσεις του μαθητή στο σχολείο , το οποίο είναι κάτι που ισχύει.

Οι απαντήσεις σχετικά με το τι είναι επιληψία διαχωρίζονται σε κινητική και νοητική . Η επιληψία είναι κινητική αναπηρία. Παρά την έλλειψη αυτής της γνώσης , παραπάνω από τους μισούς συμμετέχοντες γνωρίζουν το πώς να αντιμετωπίσουν ένα τέτοιο περιστατικό.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων γνωρίζει ότι οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις επηρεάζουν τις επιδόσεις , τις σχέσεις με τους άλλους και θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του μαθητή. Σε ποσοστό 92% οι εκπαιδευτικοί επέλεξαν ότι ένα παιδί με κινητική αναπηρία μέτριας μορφής μπορεί να φοιτήσει σε κανονική τάξη με παράλληλη στήριξη. Αυτό έρχεται σε συμφωνία και με μια άλλη ερώτηση όπου επιλέγεται η ενταξιακή εκπαίδευση για την εκπαίδευση των μαθητών με κινητική αναπηρία.

Το γεγονός ότι παραπάνω από τους μισούς εκπαιδευτικούς έχει συναντήσει παιδί με κινητική αναπηρία στην τάξη , δείχνει ότι η κινητική αναπηρία δεν αποτελεί σπάνιο φαινόμενο και δεν βρίσκεται μακριά από τα σχολεία.

Οι εκπαιδευτικοί ενώ απαντούν πως θα άλλαζαν τον τρόπο διδασκαλίας τους στην τάξη άμα είχαν μαθητή με κινητική αναπηρία, νιώθουν ανασφαλείς σχετικά με την ικανότητά τους να διαχειριστούν μια τέτοια κατάσταση.

Το 60% των εκπαιδευτικών θεωρεί σημαντικό οι επαφές τους με γονείς παιδιών με κινητική αναπηρία να είναι στενές. Όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ανεξαιρέτως ότι οι γονείς παιδιών με κινητική αναπηρία χρειάζεται να επιβλέπουν τα παιδιά τους αλλά ταυτόχρονα να τους δίνουν ευκαιρίες αυτενέργειας.

Στην ερώτηση 14 το 66% επέλεξε πως θα αξιοποιούσε την χωρητικότητα της τάξης , τους διαφορετικούς τρόπους εμπλοκής και τη συνεργατική μάθηση με συνομηλίκους.

Εκτός από αυτό, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών αναγνώρισε ότι οι ομάδες εργασίες είναι η κατάλληλη τοποθέτηση του παιδιού με κινητική αναπηρία στην αίθουσα διδασκαλίας.

Σχετικά με το βαθμό που το σχολείο των εκπαιδευτικών έχει λάβει μέτρα για την πρόσβαση παιδιών με κινητική αναπηρία οι απαντήσεις δίστανται. Αυτό δείχνει ότι κάθε σχολείο είναι διαφορετικό ως προς το βαθμό προσβασιμότητας για ένα τέτοιο μαθητή.

Η στροφή της εκπαίδευσης στην κατάκτηση δεξιοτήτων καθημερινής ζωής είναι σημαντική για ένα παιδί με κινητική αναπηρία. Οι εκπαιδευτικοί δεν είναι και πολύ σίγουροι για αυτό καθώς οι γνώμες διχάζονται. Ο τρόπος αξιολόγησης ενός τέτοιου παιδιού πρέπει να είναι ελαστικός και με συνεχή ανατροφοδότηση, καθώς ένα τέτοιο παιδί αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες σε καθημερινό επίπεδο. Για αυτό ένας εκπαιδευτικός πρέπει να τον ενθαρρύνει να εξελίσσεται και να προσπαθεί. Αυτό επιτυγχάνεται με τη συνεχή και ελαστική αξιολόγηση.

Τέλος , για την καλύτερη αντιμετώπιση της κινητικής αναπηρίας απαιτείται πρόνοια στο τομέα της υγείας και της εκπαίδευσης για την μέγιστη δυνατή προσωπική ανέλιξη του κάθε μαθητή με κινητική αναπηρία ξεχωριστά.

Οι εκπαιδευτικοί είχαν γενικές γνώσεις σχετικά με την κινητική αναπηρία. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί και λόγω του νέων εν ενεργεία δασκάλων που περιείχε η έρευνα ως δείγμα.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Πολυχρονοπούλου Σ. (2013) *,Παιδιά και Έφηβοι με Ειδικές Ανάγκες και Δυνατότητες,* Αθήνα, σελ.76-100

Κοκκινάκη Δ. & Κοκκινάκη Α. , *Η νομοθεσία της ειδικής αγωγής στην Ελλάδα και στην Αγγλία: μια συγκριτική προσέγγιση,*σελ.1-8

Αρβανιτίδου Κ. (2018) , *Διπλωματική Εργασία. Οι στάσεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης γενικής και ειδικής αγωγής σχετικά με την συνεκπαίδευση μαθητών με και χωρίς ειδικές ανάγκες στους κόλπους των γενικών σχολείων,* Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής , Θεσσαλονίκη, σελ.13-16

Ιωαννίδη Β.& Καρβέλας Μ. (2018), *Σωματικές αναπηρίες: Η περίπτωση διαταραχών ισορροπίας και βάδισης. Καλές πρακτικές αποκατάστασης και εκπαιδευτικής ενδυνάμωσης*

Πρόσβαση :

https://www.researchgate.net/publication/325091198_Somatikes_anaperies_E_peripto_se_diatarachon_isorropias_kai_badises_Kales_praktikes_apokatastases_kai_ekpaideutikes_endynamoses (ημερομηνία επίσκεψης: 30/3/2020)

Ζαφειριάδης Κ., Ορισμός της Ειδικής Αγωγής

Πρόσβαση:<https://docplayer.gr/3111098-2-eidiki-agogi-2-1-orismos-tis-eidikis-agogis-dr-zafeiriadis-kyriakos.html> (ημερομηνία επίσκεψης 20/3/2020)

Πολύζου Α. & Σιώπης Ε. (2019) , Πτυχιακή Εργασία. Αξιολόγηση λειτουργικότητας και ισορροπίας σε άτομα με νωτιαία μυϊκή ατροφία, Τμήμα Φυσικοθεραπείας , Αίγιο , σελ.8-27

Τσιρώνη Χ. (2012).*Πτυχιακή Εργασία .Εγκεφαλική παράλυση και ο ρόλος του λογοθεραπευτή,* Τμήμα Λογοθεραπείας , Ιωάννινα , σελ.22-27

Γκαβούνου Π. , Πτυχιακή Εργασία. Τα ελλείμματα που προκαλούν οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, αξιολόγηση και θεραπεία, Τμήμα Λογοθεραπείας, Παράρτημα Ιωαννίνων , σελ.2 &σελ.17-25

Ζωγραφίδου Ε. (2017), Διπλωματική Εργασία: Φαρμακευτικές μέθοδοι και θεραπεία για ασθενής με επιληψία, Τμήμα στατιστικής και ασφαλιστικής επιστήμης, Πειραιάς

Νεστορίδης Χ. (2004),Κινητικές Αναπηρίες σε παιδιά, Περιοδικό Πρόσβαση

Ντέρου & Ντεροπούλου Ε., Κινητικές Αναπηρίες, eclass, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Πρόσβαση:

<https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/ECD284/%CE%9A%CE%99%CE%9D%CE%97%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%95%CE%A3%20%CE%91%CE%9D%CE%91%CE%A0%CE%97%CE%A1%CE%99%CE%95%CE%A3.pdf>

(ημερομηνία επίσκεψης 10/4/2020)

Τσινιάρη Ε. (2016), Πτυχιακή εργασία. *Ειδική ή ενταξιακή εκπαίδευση; Απόψεις εκπαιδευτικών που φοιτούν σε ειδικό σχολείο για τη λειτουργικότητα και τον ρόλο του ειδικού σχολείου*, Τμήμα Νηπιαγωγών , Φλώρινα , σελ.4-6

Ντόνας & Πάλλας & Ταγκάλου (2015), *Οδηγός Διαφοροποιημένης Διδασκαλίας για μαθητές με κινητικά προβλήματα*

Γιάκερ Π. & Βαναγjis Ε. (2016), *Πτυχιακή Εργασία. Ο ρόλος της θεραπευτικής άσκησης σε ασθενείς με μωσαπάθεια* , Τμήμα Φυσικοθεραπείας ,Αίγιο

Μηνιγγομυελοκλήλη – Δισχιδής Ράχη, Διάπλαση, Πρότυπο Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας Καλαμάτας

Πρόσβαση

από

[:https://www.diaplasis.eu/%CE%BC%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%B3%CE%B3%CE%BF%CE%BC%CF%85%CE%B5%CE%BB%CE%BF%CE%BA%CE%A%CE%BB%CE%B7-%CE%B4%CE%B9%CF%83%CF%87%CE%B9%CE%B4%CE%AE%CF%82-%CF%81%CE%AC%CF%87%CE%B7/](https://www.diaplasis.eu/%CE%BC%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%B3%CE%B3%CE%BF%CE%BC%CF%85%CE%B5%CE%BB%CE%BF%CE%BA%CE%A%CE%BB%CE%B7-%CE%B4%CE%B9%CF%83%CF%87%CE%B9%CE%B4%CE%AE%CF%82-%CF%81%CE%AC%CF%87%CE%B7/) (ημερομηνία επίσκεψης :23/5/2020)

Αλεξανδροπούλου Α. (2018) *Πτυχιακή Εργασία. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με κακώσεις νωτιαίου μυελού*, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα, σελ.6 ,σελ.10-11, σελ.30-32, σελ.37-39,σελ.54-58

Βάσιος Σ.& Στεργιούλης Ι. & Σαρρής Δ., *Η ένταξη των παιδιών με κινητικές αναπηρίες στη σχολική διαδικασία*

Βαλάχα Χ. (2008), *Μεταπτυχιακή εργασία . Απόψεις γονέων παιδιών με κινητικές αναπηρίες για τον ρόλο των ΤΠΕ στην εκπαίδευση των παιδιών τους*, Επιστήμες της Αγωγής- Εκπαίδευση με χρήση νέων τεχνολογιών , Ρόδος, σελ. 16-25

Μαυροπαλιάς Τ. , *Μοντέλα συνεργασίας μεταξύ ειδικών εκπαιδευτικών με γονείς παιδιών με αναπηρία*, Employ Σύμβουλοι Εκπαίδευσης & Σταδιοδρομίας . Πρόσβαση από : <https://e-employ.gr/el/dia-viou-ekpaideusi/arthra-dia-viou/item/940-sunergasia-ekpaideutikon-gonion> (τελευταία επίσκεψη 20/5/2020)

Μαντζίκος & Κωφίδου (2016). *Στάσεις και αντιλήψεις εκπαιδευτικών και μαθητών προς τα άτομα με αναπηρία* , Εκπαιδευτική Επικαιρότητα , Τόμος Β, τεύχος 2 ,σελ.13-15

Πρόσβαση από : http://ekpaideytikhepikairothta.gr/wp-content/uploads/2016/06/TOMOSB_TEYXOS2_Kofidou_Mantzikos.pdf (τελευταία επίσκεψη : 21/5/2020).

Τσιμπιδάκη Α. *Θεωρείο. Επικοινωνία γονέων παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή / και αναπηρίες και εργαζομένων στην ειδική αγωγή*, Παιδαγωγικά Ρεύματα στο Αίγιο

Πρόσβαση από : http://www.pre.aegean.gr/revmata/issue9-10/6_paper-%CE%A4%CE%A3%CE%99%CE%9C%CE%A0%CE%99%CE%94%CE%91%CE%9A%CE%97-OK.pdf (τελευταία επίσκεψη 21/5/2020)

Καραμπά Λ. (2019).*Διπλωματική Εργασία. Οι απόψεις των γονέων παιδιών με αναπηρία που φοιτούν στην Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση για τη συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς*, Τμήμα Φιλοσοφίας και Παιδαγωγικής , Κατεύθυνση Ειδική Αγωγή , Θεσσαλονίκη , σελ. 40-46

Πρόσβαση από : <http://ikee.lib.auth.gr/record/306029/files/GRI-2019-24878.pdf>
(τελευταία επίσκεψη : 26/5/2020)

Ζαφειρόπουλος. Κεφ. 5 *Είδη ερωτηματολογίου*

Πρόσβαση από :
https://www.google.com/search?authuser=1&sxsrf=ALeKk02a5Jqow5DU_tcvRHx8XuUt4sCZSA%3A1594465783391&source=hp&ei=950JX9yzFeLmrgSgjZbYBQ&q=%3Bidh+ervthmatologiy+zafeirolpoylos&oq=%3Bidh+ervthmatologiy+zafeirolpoylos&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzIHCCCEQChCgAToHCCMQ6gIQJzoECCMQJzoFCAAQkQI6AggAOgQIABAKOgkIABAKEMsBECo6BwgAEAoQywE6CAgAEBYQChAeOgYIABAWEB46BAgAEA06BggAEA0QCjoFCCEQoAFQhAxYqjhgvtIoAXAAeAGAAAd0CiAGZK5IBCDAuMzQuMC4xmAEAoAEBggEHZ3dzLXdperABCg&scient=psy-ab&ved=0ahUKEwic_70h8XqAhVIs4sKHaCGBVsQ4dUDCAc&uact=5 (πρώτη επιλογή)

Τελευταία πρόσβαση : 10/7/2020

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Dubey, R., Singh, U. & Prasad, D. (2016). *Attitude of teachers and peers towards special children*. In S. K. Pradhan & J. Mete (Eds.), *Higher Education* (pp. 145- 151). New Delhi: APH Publishing Corporation. ISBN 978-93-85876-97-4.

Fakolade& Adeniyi& Tella (2009), *Attitude of teachers towards the inclusion of special needs children in general education classroom: the case of teachers in some selected schools in Nigeria*, *International Electronic Journal of Elementary Education* Vol.1, Issue 3

