

Κινητική αναπηρία σε παιδιά

Οι παθήσεις που προκαλούν κινητική αναπηρία είτε συνυπάρχουν από τη γέννηση είτε αναπτύσσονται αργότερα.

Οι κυριότερες παθήσεις είναι:

- 1) Συγγενείς παθήσεις
- 2) Κληρονομικές παθήσεις
- 3) Έλλειψη μελών ή τμημάτων αυτών
- 4) Υποπλασίες και ατροφίες μελών
- 5) Ημιμελικές δυσπλασίες
- 6) Νευρομυϊκές παθήσεις
- 7) Μεταβολικά νοσήματα
- 8) Φλεγμονώδη νοσήματα
- 9) Αρθρίτιδες
- 10) Αρθρογρύπωση
- 11) Ατελής οστεογένεση
- 12) Αιμοφιλία
- 13) Διάφορα σύνδρομα με εκδηλώσεις και από το κινητικό σύστημα

Και κυρίως

- 14) Εγκεφαλική παράλυση
- 15) Κακώσεις – κατάγματα

Εγκεφαλική Παράλυση

Ο όρος Εγκεφαλική Παράλυση χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ομάδα συνδρόμων με κύριο χαρακτηριστικό την κινητική αναπηρία που οφείλεται σε μία μη προϊούσα βλάβη ή διαταραχή στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο. Παρ' όλο που η εγκεφαλική βλάβη είναι στάσιμη, παρατηρείται μεταβαλλόμενη εξέλιξη των κλινικών χαρακτηριστικών της.

Γενικά η εγκεφαλική παράλυση εκφράζεται σαν διαταραχή της στάσης και της κίνησης με συχνά και ποικίλα συνοδά νευροαναπτυξιακά προβλήματα.

Σε παγκόσμια δεδομένα η συχνότητα της Ε.Π. είναι 2,5 ανά 1.000 παιδιά που γεννιούνται και επιζούν, δηλ. στη χώρα μας με 100.000 γεννήσεις ετησίως αντιστοιχούν 250 παιδιά με Ε.Π. ποικίλης βαρύτητας. Η συχνότητα αυξάνεται δραστικά στα πρόωρα παιδιά, όπου μπορεί να αγγίξει τα 15 ανά 100 παιδιά, ανάλογα με το βάρος γέννησης και τις δυνητικές και αναπόφευκτες επιπλοκές της προωρότητας.

Δυστυχώς ένα σημαντικό μέρος των αιτίων της εγκεφαλικής παράλυσης δεν μπορεί να διαγνωσθεί προγεννητικά, ακόμη και με τις πλέον σύγχρονες εξετάσεις, όπως αμνιοπαρακέντηση, προγεννητικοί υπέρηχοι κ.ά.

Τα αίτια της Ε.Π. είναι ποικίλα και διακρίνονται σε προγεννητικές, περιγεννητικές και μεταγεννητικές βλάβες (μέχρι της ηλικίας 3 ή 5 ετών).

Ο ακριβής προσδιορισμός του αιτιολογικού παράγοντα δεν είναι πάντα εύκολος, γιατί πολλές φορές υπάρχουν ενδείξεις και όχι αποδείξεις, ενώ υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό που τα αίτια είναι αδιευκρίνιστα. Ο καθορισμός λοιπόν του αιτιολογικού παράγοντα επιτυγχάνεται σε ποσοστό 50-75%.

Αίτια της Εγκεφαλικής Παράλυσης

• Προγεννητικές βλάβες

- 1) Συγγενείς λοιμώξεις (έρπης, τοξοπλάσμωση, ερυθρά, μεγαλοκυτταροϊός, σύφιλη κ.ά.)
- 2) Συγγενείς ανωμαλίες του Κ.Ν.Σ. (αγενεσία μεσολοβίου, σύνδρομο Dandy-Walker, συγγενής υδροκέφαλος κ.ά.).
- 3) Χρωματοσωμικές ανωμαλίες
- 4) Προγεννητικές μαιευτικές επιπλοκές (τοξιναιμία, πρόδρομος πλακούντας, δυσθρεψία κ.ά.).
- 5) Ενδομήτρια αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια

• Περιγεννητικές βλάβες

- 1) Προωρότητα

- 2) Επιπλοκές τοκετού
- 3) Λοιμώξεις Κ.Ν.Σ.
- 4) Υπερχολερυθριναιμία
- 5) Υπογλυκαιμία
- 6) Τραύματα τοκετού

• Μεταγεννητικές βλάβες

- 1) Εγκεφαλική κάκωση
- 2) Λοιμώξεις
- 3) Ενδοκράνια αιμορραγία
- 4) Επίκτητη εγκεφαλοπάθεια
- 5) Νεογνικοί σπασμοί

Μορφές Εγκεφαλικής Παράλυσης

Η Ε.Π. είναι μία παθολογική οντότητα με πολλαπλές μορφές κλινικής έκφρασης. Ανάλογα με την τοπογραφική κατανομή της βλάβης της Ε.Π. χαρακτηρίζεται ως τετραπληγία, διπληγία, ημιπληγία, τριπληγία και μονοπληγία.

Ανάλογα με την διαταραχή του μυϊκού τόνου η Ε.Π. διακρίνεται σε σπαστική, δυσκινητική, αταξική, μικτή και υποτονική. Η συχνότερη μορφή της Ε.Π. είναι η σπαστική, που χαρακτηρίζεται από γενικευμένη αύξηση του μυϊκού τόνου.

Συνοδά προβλήματα της Ε.Π.

Τα συνοδά προβλήματα της Ε.Π. είναι:

- 1) Αισθητηριακές διαταραχές όρασης και ακοής
- 2) Επιληψία
- 3) Νοητική υστέρηση
- 4) Διαταραχές λόγου - ομιλίας
- 5) Μαθησιακά προβλήματα
- 6) Ψυχολογικά - Ψυχιατρικά προβλήματα
- 7) Αισθητικές διαταραχές

Διαταραχές όρασης

Οι διαταραχές όρασης παρουσιάζονται σε υψηλή συχνότητα (30-75%) σε παιδιά με Ε.Π. Συχνότερα συναντιόνται οι διαθλαστικές ανωμαλίες όπως η μυωπία, η υπερμετρωπία και ο αστιγματισμός. Στην ημιπληγική μορφή της Ε.Π. μπορεί να συνυπάρχει ημιανοψία, δηλ. περιορισμός του οπτικού πεδίου. Πρέπει επίσης να γνωρίζουμε ότι οι διαταραχές της οπτικής αντιληπτικότητας, όπως διαταραχές οπτικής εντόπισης, οπτικής μνήμης και καθυστέρηση αναγνώρισης χρωμάτων συναντιόνται σε παιδιά με Ε.Π. και φυσιολογική νοημοσύνη.

Τέλος μπορεί να συνυπάρχει νυσταγμός - ακούσιες συνήθως συγχρονισμένες κινήσεις πάνω-κάτω ή κυκλικές των ματιών - ή σπάνια ολική τύφλωση.

Διαταραχές ακοής

Η συχνότητα διαταραχών ακοής σε παιδιά με Ε.Π. φτάνει στο 15%. Η βαρηκοΐα είναι τύπου αγωγιμότητας - που οφείλεται στις συχνές προσβολές οξείας πυώδους ή εκκριτικής ωτίτιδας - ή νευροαισθητήριο βαρηκοΐα.

Η οφθαλμολογική και ωτορινολαρυγγολογική εξέταση συχνά είναι δύσκολη, είτε γιατί το παιδί δεν επικοινωνεί επαρκώς, είτε γιατί δεν συνεργάζεται και γι' αυτό απαιτείται εξειδικευμένο προσωπικό με κατάλληλο τρόπο προσέγγισης.

Επιληψία

Η επιληψία είναι συχνή (30-50%) στην Ε.Π., ενώ στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου 4%. Όταν η επιληψία είναι ανθεκτική στην θεραπευτική αγωγή - παρά την χορήγηση δύο ή τριών φαρμάκων - τότε είναι σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας για την εξέλιξη του παιδιού.

Οι επιληπτικές κρίσεις μπορεί να είναι γενικευμένοι τονικοκλινικοί σπασμοί ή εστιακοί σπασμοί ή αφαιρέσεις.

Πρέπει να γίνει ιδιαίτερη αναφορά στην ημιπληγική μορφή όπου οι σπασμοί είναι συνήθως εστιακοί με ή χωρίς δευτεροπαθή γενίκευση. Αρχίζουν συνήθως τα πρώτα χρόνια της ζωής και σε μικρότερη συχνότητα στην σχολική ηλικία. Όμως στο ήμισυ του αριθμού των παιδιών που παρουσιάζουν ημιπληγική μορφή Ε.Π. και επιληψία θα έχουμε πλήρη υποχώρηση των κρίσεων.

Διαταραχές λόγου και ομιλίας

Πρέπει να γίνει γνωστό ότι στα παιδιά με Ε.Π. παρατηρείται γενικευμένη χρονολογική καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας.

Μπορεί να υπάρχει δυσαρθρία, απραξία του λόγου, ή δυσφασία. Σήμερα με την χρήση μεθόδων επαυξητικής και εναλλακτικής επικοινωνίας - με την βοήθεια της σύγχρονης τεχνολογίας - έχει γίνει ουσιαστική παρέμβαση στα παιδιά με σοβαρό κινητικό πρόβλημα.

Νοητική υστέρηση

Η διαδικασία της νοητικής εξέλιξης καθυστερεί πολλές φορές και δεν έχουμε την ίδια ωρίμανση στα χρονικά όρια που καθορίζονται στα φυσιολογικά παιδιά. Τα ποσοστά της νοητικής υστέρησης είναι αρκετά υψηλά (30%-50%).

Η εκτίμηση του νοητικού δυναμικού πολλές φορές είναι ιδιαίτερα δύσκολη λόγω της βαρειάς κινητικής κατάστασης και των σοβαρών προβλημάτων επικοινωνίας που μπορεί να συνυπάρχουν. Είναι όμως απαραίτητο να λαμβάνεται πάντοτε υπ' όψη το κοινωνικό περιβάλλον που μεγαλώνει το παιδί, γιατί μπορεί να υπάρχει περιβαλλοντολογική στέρηση.

Μαθησιακά προβλήματα

Το παιδί με Ε.Π. δυνατόν να παρουσιάσει διαταραχές στη μνήμη και την σκέψη, υπερκινητικότητα, επιθετικότητα, διαταραχές στο λόγο και την ομιλία, ειδικές μαθησιακές διαταραχές στην ανάγνωση, την ορθογραφία και την αριθμητική. Είναι προβλήματα που συχνότατα γίνονται αντιληπτά στην προσχολική ή σχολική ηλικία, με αποτέλεσμα την καθυστερημένη εφαρμογή κατάλληλου προγράμματος περιορισμού των συγκεκριμένων μαθησιακών ελλειμμάτων.

Είναι χαρακτηριστική η δυσκολία που παρουσιάζουν τα παιδιά με Ε.Π. στην εκμάθηση των μαθηματικών εννοιών, κάτι που καταγράφεται συχνότατα και στην ημιπληγική μορφή της Ε.Π.

Ψυχολογικά - ψυχιατρικά προβλήματα

Οι ψυχικές διαταραχές σε παιδιά με Ε.Π. είναι συχνότατα δευτεροπαθείς λόγω της κινητικής αναπηρίας και αφορούν την προσωπικότητα και την προσαρμογή. Όμως δεν είναι δυνατόν να αποκλειστούν βαρύτερες καταστάσεις, όπως κατάθλιψη.

Οι ψυχικές διαταραχές που εμποδίζουν στην αποκατάσταση δεν αφορούν όμως μόνο τα παιδιά, αλλά κυρίως τους γονείς. Οι γονείς συχνά παρουσιάζουν ενοχές, υπερπροστασία, επιθετικότητα προς το περιβάλλον, ενώ αργότερα εμφανίζουν ενίοτε απόρριψη του παιδιού, έντονη ψυχική κόπωση και δευτερογενή κατάθλιψη. Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι το παιδί με κινητικό πρόβλημα καταφέρνει να φθάσει στο μέγιστο των δυνατοτήτων του μόνον όταν οι γονείς του γίνουν έγκαιρα κοινωνοί του προβλήματος και συμμετάσχουν ισότιμα στη λύση του με εξειδικευμένη καθοδήγηση. Δεν πρέπει να επικρατούν ακραίες απόψεις όπως αναφορές για εγκατάλειψη του παιδιού σε ίδρυμα, ούτε όμως εφησυχασμός ότι όλα τα προβλήματα των παιδιών θα λυθούν με το πέρασμα του χρόνου, ερήμην των γονέων.

Αισθητικές διαταραχές

Τα παιδιά με Ε.Π. μπορεί να παρουσιάζουν στερεοαγνωσία, σωματοαγνωσία, διαταραχές προσανατολισμού και κατευθυντικότητας.

Γήρας

Παρόλο που είμαστε ικανοί να αναγνωρίσουμε έναν ηλικιωμένο σε σχέση με ένα άτομο νεότερης ή μέσης ενήλικης ζωής, είναι συχνά δύσκολο να δώσει κανείς έναν επιστημονικό ορισμό της γήρανσης. Και αυτό διότι η γήρανση συνδέεται με σειρά μεταβολών στα άτομα, οι οποίες είναι συνάρτηση της παρέλευσης του χρόνου και οι οποίες εκδηλώνονται τόσο σε βιολογικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο εμφάνισης, συμπεριφοράς, εμπειρίας και κοινωνικών ρόλων. Το γήρας θεωρείται απότοκος των χρονικά εξαρτημένων μεταβολών στα ζώντα συστήματα. Είναι κατάσταση που δημιουργείται στον οργανισμό παρά την ύπαρξη μεταβολικών μηχανισμών που συμβάλλουν στην επιδιόρθωση των βλαβών και τη συντήρηση του οργανισμού. Επειδή, το γήρας εξαρτάται από το χρόνο, η χρονολογική ηλικία ενός οργανισμού θεωρείται ένας από τους πιο ισχυρούς δείκτες του γήρατος. Επειδή όμως οι οργανισμοί γηράσκουν με διαφορετικούς ρυθμούς, η ηλικία από μόνη της δεν αρκεί για να προσδιορίσουμε το γήρας.

Μια πρώτη διάκριση που είναι χρήσιμο να γίνεται αφορά το πρωτογενές και το δευτερογενές γήρας (Busse, 1969. Lemme, 1995). Το **πρωτογενές γήρας** αναφέρεται στις φυσιολογικές και εσωτερικές λειτουργίες της βιολογικής γήρανσης. Οι βιολογικές μεταβολές θα εκδηλωθούν παρά την ύπαρξη καλής υγείας και παρά την έλλειψη ασθενειών. Το πρωτογενές γήρας έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (Lemme, 1995):

- Είναι μια πολύπλοκη διεργασία δομικών αλλαγών και λειτουργικών αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πρόοδο του χρόνου.
- Έχει αθροιστικά αποτελέσματα, δηλαδή η κάθε μεταβολή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη επισυμβεί.
- Συνίσταται σε αλλαγές που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου.
- Είναι προοδευτικό στη διαμόρφωσή του και δεν εμφανίζεται ξαφνικά.
- Οφείλεται σε εσωτερικές αιτίες.

- Είναι αναπόδραστο, δηλαδή δεν μπορεί να το αποφύγει κανείς.
- Είναι καθολικό.
- Είναι μη αναστρέψιμο.
- Αρχίζει μετά τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.
- Καταλήγει στο θάνατο.

Το **δευτερογενές γήρας** αναφέρεται σε μεταβολές που είναι παθολογικές και απορρέουν από εξωτερικούς παράγοντες, όπως οι περιβαλλοντικές επιδράσεις (φυσικές, κοινωνικές, ιστορικές, οικονομικές), η ίδια η συμπεριφορά του ατόμου (συνήθειες που έχει αποκτήσει και οι οποίες μπορεί να βοηθούν στη διατήρηση της καλής κατάστασης του οργανισμού ή να την επιβαρύνουν), αλλά και η προσωπικότητα και η αυτοεικόνα του ατόμου καθώς και οι ασθένειες (Butler, 1988. Schroots, 1996). Για παράδειγμα, η έλλειψη σωστής διατροφής, η υπερβολική έκθεση στις υπεριώδεις ακτίνες του ήλιου, η έκθεση σε υπερβολικούς θορύβους, το κάπνισμα, η υπερβολική χρήση αλκοόλ, κ.ά. είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόωμη εμφάνιση του γήρατος και τη μορφή που θα πάρει αυτό. Το δευτερογενές γήρας, με άλλα λόγια, δεν είναι υποχρεωτικό, ούτε καθολικό αν και τείνει να συνυπάρχει με το πρωτογενές και να το επιβαρύνει. Για παράδειγμα, η απουσία μόρφωσης και οικονομικών πόρων επιβαρύνουν το πρωτογενές γήρας τόσο από την άποψη της έλλειψης υγιεινού τρόπου ζωής, που προλαμβάνει τις εκδηλώσεις του γήρατος, όσο και από την άποψη της έλλειψης σωστής και έγκαιρης ιατρικής φροντίδας όταν εκδηλωθούν οι ασθένειες.

Οι φυσιολογικές αλλαγές στους ηλικιωμένους εμφανίζονται :

- **Στην κινητικότητα:** Υπάρχει μικρή μείωση στη μυϊκή δύναμη μέχρι και τα 40-50 χρόνια και 30-40% μείωση στα 70 με 80 χρόνια. Υπάρχει επίσης μια μείωση 5% μέχρι 12% στην αντοχή των οστών από την ηλικία των 20 χρόνων και μετά. Η μείωση αυτή οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες και στον τρόπο ζωής. Η σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα, η δίαιτα και η χρήση οιοπνευματωδών ποτών επηρεάζουν την πυκνότητα των

οστών. Τα προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα μπορούν να δυσκολέψουν στην εκτέλεση λεπτών κινήσεων με τα χέρια, να επιβραδύνουν το ρυθμό βαδίσματος και να κάνουν το άτομο πιο επιρρεπές στην πτώση και στα κατάγματα, ιδιαίτερα τις γυναίκες.

- **Στο καρδιαγγειακό σύστημα:** Οι συνδεόμενες με την ηλικία μεταβολές στη λειτουργία της καρδιάς και των αρτηριών έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της ποσότητας αίματος που φθάνει στα κύτταρα, τη μείωση του οξυγόνου που φθάνει στους μύες κατά τη διάρκεια της άσκησης (κίνδυνος για παροδική ισχαιμία) και την υψηλή συστολική και διαστολική πίεση του αίματος.
- **Στο εκκριτικό σύστημα:** Η μειωμένη λειτουργία των νεφρών έχει σαν αποτέλεσμα το βραδύτερο ρυθμό αποβολής των φαρμάκων από το σώμα, έτσι που ακόμα και σχετικά χαμηλές δόσεις φαρμάκων να σωρεύονται στο αίμα και να έχουν παρενέργειες.
- **Στο αναπνευστικό σύστημα:** Η προχωρημένη ηλικία έχει ως αποτέλεσμα την πτώση της ποσότητας της ανταλλαγής των αερίων στους πνεύμονες με αποτέλεσμα να φθάνει στο αίμα λιγότερο οξυγόνο από τον αέρα. Επίσης, μειώνεται η ποσότητα του αέρα που εισπνέεται και εκπνέεται στους πνεύμονες κατά τα μέγιστα επίπεδα προσπάθειας.
- **Στο Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα:** Δύο από τις κύριες λειτουργίες του ANΣ φαίνεται ότι επηρεάζονται με την αύξηση της ηλικίας. Αυτές είναι *η ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και ο ύπνος*. Τα άτομα άνω της ηλικίας των 65 χρόνων παρουσιάζουν ελαττωμένη προσαρμοστικότητα στις πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές περιβαλλοντικές θερμοκρασίες. Αυτό οδηγεί σε μεγαλύτερη δυσφορία των ηλικιωμένων σε σχέση με τους νεότερους και σε αυξημένο αριθμό ηλικιωμένων ατόμων που πεθαίνουν σε περιόδους καύσωνα ή παγωνιάς. Υπάρχει και η περίπτωση ένας ηλικιωμένος να αισθάνεται κρύο ακόμη και όταν οι άλλοι στο περιβάλλον αισθάνονται πολύ ζεστά. Αυτή η κατάσταση όμως δεν οφείλεται στη

μειωμένη αυτορρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος αλλά σε μειωμένη καρδιακή λειτουργία. Σε σχέση με τον ύπνο, οι ηλικιωμένοι συχνά εμφανίζουν αϋπνία, παρόλο που περνούν μεγάλο χρονικό διάστημα στο κρεβάτι. Οι διαταραχές ύπνου στους ηλικιωμένους οφείλονται μεταξύ άλλων στην άπνοια, στη συχνή ανάγκη για ούρηση, αλλά και σε προβλήματα με τα πόδια, την καρδιά κ.ά.

- **Στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα:** Υπάρχει σημαντική μείωση νευρώνων στον ιππόκαμπο, περιοχή η οποία συνδέεται με τη βραχύχρονη μνήμη όπως και στην παρεγκεφαλίδα, περιοχή που ρυθμίζει τις λεπτές κινήσεις. Επίσης, υπάρχει απώλεια μεγάλου μέρους των κυττάρων των αισθητηρίων και των κινητικών περιοχών του φλοιού, ενώ οι υποφλοιώδεις περιοχές δεν πάσχουν τόσο.
- **Στην οξύτητα των αισθητηρίων:** Η μειωμένη λειτουργία των αισθητηρίων κατά την προχωρημένη ηλικία περιορίζει την προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου στο εξωτερικό περιβάλλον και σε βαρύτερες περιπτώσεις παρεμποδίζει την ικανότητά του να διατηρήσει την επαφή με αυτά που συμβαίνουν γύρω του, να ζει ανεξάρτητα, να επικοινωνεί, να φροντίζει την προσωπική του υγεία, διατροφή και ασφάλεια καθώς και να συμμετέχει στις κοινωνικές σχέσεις. Επηρεάζει ακόμη και τις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες, όπως η μνήμη και η διαλογιστική (Batles & Lang, 1997. Marsiske, Klumb, & Battles, 1997). Αυτή η σχέση αισθητηριακής λειτουργίας με τη νοημοσύνη/γνωστικές λειτουργίες είναι ιδιαίτερα εμφανής στα άτομα της τέταρτης ηλικίας. Ιδιαίτερα σημαντική στη βασική και ευρύτερη λειτουργικότητα του ατόμου είναι η επίδραση της όρασης, και όχι τόσο της ακοής και των άλλων αισθήσεων, οι οποίες επηρεάζουν αλλά όχι τόσο πολύ. Η μείωση της όρασης δυσκολεύει την ικανότητα του ηλικιωμένου για αυτόνομη διαβίωση και τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες.

Σωματικές ασθένειες και οι αντίστοιχες συνήθειες ψυχολογικές εκδηλώσεις.

Ασθένεια: Νόσος του Parkinson

Ψυχολογικές εκδηλώσεις: Κατάθλιψη σε 40% περίπου των ασθενών. Γνωστικές βλάβες της μνήμης και της οπτικοχωρικής δεξιότητας. Άνοια σε 30-70% των ασθενών. Διαταραχές άγχους.

Ασθένεια: Χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσος

Ψυχολογικές εκδηλώσεις: Κατάθλιψη σε 25-50% των ασθενών. Άγχος σχετικό με τα συμπτώματα, όπως η υποξία και η δύσπνοια. Γνωστικά συμπτώματα που οφείλονται στην αποστέρωση οξυγόνου, όπως πτώση της νοητικής αποτελεσματικότητας, λύσης σύνθετων προβλημάτων, μνήμης και κινητικού συντονισμού και ταχύτητας.

Ασθένεια: Αγγειοεγκεφαλική νόσος και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Ψυχολογικές εκδηλώσεις: Υπάρχουν γνωστικές επιπτώσεις που οφείλονται σε ανοξία, όπως σύγχυση, έλλειψη προσανατολισμού, βλάβες μνήμης.

Ασθένεια: Καρκίνος

Ψυχολογικές εκδηλώσεις: Εμφανίζεται κατάθλιψη σε περίπου 40% των ασθενών. Αυτή μπορεί να οφείλεται στον πόνο ή στη θεραπεία που εφαρμόζεται (χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία).

Ασθένεια: Σακχαρώδης διαβήτης

Ψυχολογικές εκδηλώσεις: Εμφανίζεται κατάθλιψη σε περίπου 14-30% των ασθενών, κόπωση, ανεξήγητη μείωση βάρους, απώλεια ενέργειας και δυσκολία συγκέντρωσης. Η κατάθλιψη είναι κυρίως αποτέλεσμα αντίδρασης στη διάγνωση και της συνεπαγόμενης αλλαγής του τρόπου ζωής, ζητημάτων αυτό-ελέγχου και σωματικών επιπλοκών, όπως η ανικανότητα και η τύφλωση. Μπορεί να εμφανιστεί και οξύ άγχος που συνοδεύεται από ζάλη, εφίδρωση, τρόμος και σύγχυση σε περιπτώσεις υπογλυκαιμίας (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ 1

Εργάζεστε ως νοσηλεύτης σε ένα Κέντρο Αποκατάστασης Κινητικών Προβλημάτων για παιδιά. Ο ρόλος σας είναι να υποδέχεστε τα παιδιά και να τα βοηθάτε στην προετοιμασία τους (αλλαγή ρούχων, μετακίνηση μέσα στο χώρο του Κέντρου Αποκατάστασης) για την παρακολούθηση του θεραπευτικού προγράμματος. Πριν την πρώτη σας επαφή με το παιδί, ο Κοινωνικός Λειτουργός και εσείς πραγματοποιείτε μια συνέντευξη με τους γονείς για να συγκεντρώσετε πληροφορίες ιστορικού του παιδιού και της στάσης των γονιών προς το παιδί.

Σενάριο: Υποθέστε ότι έχετε επωμισθεί την ευθύνη για ένα αγόρι 8 ετών που υποφέρει από τετραπληγία και πραγματοποιείτε την πρώτη σας επαφή με τους γονείς.

1^{ον} Διατυπώστε τους στόχους που πρέπει να επιτύχετε μέσω της συνέντευξης με τους γονείς και

2^{ον} Διαμορφώστε τις βασικές αρχές που πρέπει να χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορά σας προς το παιδί (π.χ. τρόπος ομιλίας, στάση απέναντι στο παιδί).

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ 2

Υποθέστε ότι εργάζεστε στην Ορθοπαιδική Κλινική ενός Γενικού Νοσοκομείου και έχει γίνει η εισαγωγή μιας κυρίας 70 χρόνων, η οποία υποφέρει από ένα κάταγμα στο δεξί της χέρι και θα υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Είναι στο νοσοκομείο 2 μέρες και η συμπεριφορά της παρουσιάζει τα εξής χαρακτηριστικά: ευερεθιστικότητα, άρνηση επικοινωνίας με το περιβάλλον με συχνά διαστήματα απόσυρσης και απομόνωσης, περιορισμένη λεκτική παραγωγή, απώλεια προσανατολισμού στο χώρο και στο χρόνο, δυσκολία ανάκλησης ατομικών στοιχείων (ηλικία, αριθμός και ονόματα παιδιών, τόπος κατοικίας). Αξιολογώντας τη συμπεριφορά της κυρίας:

- 1) Αποφανθείτε για το αν συνυπάρχει κάποιο πρόβλημα υγείας εκτός από το κάταγμα.
- 2) Περιγράψτε τον τρόπο προσέγγισης σας προς τον ασθενή.
- 3) Προτείνετε τον τρόπο διαμόρφωσης του χώρου διαμονής της ασθενούς.