

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

***Η Λεπτή Κινητικότητα
και το Παιδί με Κινητική Αναπηρία
στο Σχολείο***

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ:

Βαγγέλης Βασαλάκης
Εργοθεραπευτής
Μαρία Μούκα
Εργοθεραπεύτρια

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Χ.1 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	4
Χ.2 ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ (ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ)	4
Χ.2.1 Ασύμμετρο Τονικό Αυχενικό Αντανακλαστικό (Α.Τ.Α.Α)	5
Χ.2.2 Συμμετρικό Τονικό Αυχενικό Αντανακλαστικό (Σ.Τ.Α.Α.)	6
Χ.2.3 Αντανακλαστικό Moro	6
Χ.2.4 Αντανακλαστικό Gallant	6
Χ.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΥΪΚΟΥ ΤΟΝΟΥ	7
Χ.4 ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ	9
Χ.4.1 ΟΠΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	10
Χ.4.4.1 Οπτική οξύτητα	10
Χ.4.4.2 Οπτικό πεδίο	11
Χ.4.4.3 Οπτική αντίχνευση	11
Χ.4.4.4 Οπτική σάρωση	11
Χ.4.4.5 Οπτική προσαρμογή	12
Χ.4.4.6 Οπτική αντίληψη	12
Χ.4.2 ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	13
Χ.4.3 ΑΛΛΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟ – ΑΝΤΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ... 13	
Χ.4.3.1 Απτική αντιληπτικότητα	13
Χ.4.3.2 Ιδιοδεκτική αντιληπτικότητα	13
Χ.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ	14
Χ.5.1 ΓΕΝΙΚΑ	14
Χ.5.2 ΑΡΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	15
Χ.5.3 ΑΡΧΕΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	15
Χ.5.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ – ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟ ΔΑΣΚΑΛΟ .. 16	
Χ.5.5 ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	16
Χ.5.6 ΤΡΟΠΟΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ	16
Χ.5.7 ΤΡΟΠΟΣ ΔΟΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ	17
Χ.5.7.1 Απλοποίηση των οδηγιών	17
Χ.5.7.2 Φωναχτή επανάληψη των οδηγιών	17
Χ.5.7.3 Υπενθύμιση χρόνου	17
Χ.5.7.4 Αξιολόγηση επιπέδου γνώσεων	18
Χ.5.7.5 Διαφορική προσοχή	18
Χ.6 ΝΑΡΘΗΚΕΣ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΑΣ	20
Χ.6.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΕΝΟΣ ΝΑΡΘΗΚΑ	20
Χ.6.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΥΠ’ ΟΨΙΝ	20
Χ.7 ΓΡΑΦΟΝΤΑΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	21
Χ.7.1 ΣΗΜΑΣΙΑ ΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	21
Χ.7.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΝΟΣ ΓΡΑΠΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ	21
Χ.7.3 ΠΡΟΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΓΡΑΨΙΜΟ	22
Χ.7.4 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ	22
Χ.7.4.5 ΑΝΩΡΙΜΑ ΠΡΟΤΥΠΑ	23
Χ.7.6 ΜΗ ΕΠΑΡΚΗ (ΑΝΤΙΠΑΡΑΓΩΓΙΚΑ) ΠΡΟΤΥΠΑ	23
Χ.8.1 Προσαρμογές για τη σύλληψη του μολυβιού	26
Χ.8.2 Δραστηριότητες για τη βελτίωση της λεπτής κινητικότητας	26
Χ.8.3 Δραστηριότητες για την πλευρίωση	27
Χ.8.4 Δραστηριότητες για την ενδυνάμωση του χεριού	27
Χ.8.5 Δραστηριότητες για βελτίωση του κινητικού σχεδιασμού	27

Χ.9 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ	28
Χ.9.1 ΣΗΜΑΣΙΑ ΣΙΤΙΣΗΣ	28
Χ.9.3 ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ	29
Χ.9.3.1 Προβλήματα στην κάτω γνάθο	29
Χ.9.3.2 Προβλήματα στη γλώσσα	30
Χ.9.3.4 Σιελόρροια	30
Χ.9.3.5 Πνιγμός	31
Χ.9.3.6 Εμετός - Εμετική Διάθεση	31
Χ.11 ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΙΤΙΣΗ	32
Χ.11.1 Πολύ μικρές ηλικίες – βρέφη /συνήθως στην αγκαλιά του θεραπευτή	32
Χ.11.2 Μεγαλύτερες ηλικίες/ χρήση ειδικού καθίσματος	32
Χ.11.3 ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΩΝ ΒΟΗΘΗΜΑΤΩΝ	32
Χ.12 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΕΝΔΥΣΗΣ – ΑΠΟΔΥΣΗΣ	33
Χ.12.1 ΣΗΜΑΣΙΑ ΕΝΔΥΣΗΣ – ΑΠΟΔΥΣΗΣ	33
Χ.12.2 ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	33
Χ.12.3 ΑΝΤΙΣΤΑΘΜΙΣΤΙΚΗ – ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	33
Χ.12.4 ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ	34
Χ.12.4.1 Προσαρμογή των τεχνικών ανάλυσης και διαβάθμισης της δραστηριότητας	34
Χ.12.4.3 Προσαρμογή των τεχνικών ενίσχυσης	34
Χ.12.4.4 Προσαρμογή των εποπτικών μέσων	34
Χ.12.4.5 Προσαρμογή του περιβάλλοντος	35
Χ.12.4.6 Προσαρμογή της θέσης και της υποστήριξης	35
Χ.12.4.7 Προσαρμογή των σταδίων και του τρόπου συμμετοχής στη δραστηριότητα	35
Χ.12.4.8 Προσαρμογή της ώρας της ημέρας	36
Χ.12.5 ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ	36
Χ.12.6 ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΩΝ ΡΟΥΧΩΝ	36
Χ.12.7 ΧΡΗΣΗ ΒΟΗΘΗΜΑΤΩΝ	36

Χ.1 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Τον πρώτο καιρό λειτουργίας των θεραπευτικών ομάδων, το πρότυπο που επικρατούσε ήταν αυτό της **Μονοεπιστημονικής Ομάδας**, όπου η κάθε ειδικότητα λειτουργούσε αυτόνομα. Στη συνέχεια, εισήχθη το πρότυπο της **Πολυεπιστημονικής Ομάδας**, όπου οι ανάγκες του ατόμου εξυπηρετούνταν από πολλές ειδικότητες. Οι επιστήμονες αυτών των ειδικοτήτων όμως, συχνά δεν είχαν καμία επικοινωνία μεταξύ τους. Το πρότυπο που προτείνεται σήμερα, επειδή κρίνεται πιο αποτελεσματικό, είναι αυτό της **Διεπιστημονικής Ομάδας**. Σε αυτή, οι ειδικοί που δουλεύουν με το άτομο, έχουν στενή συνεργασία σε επίπεδο **Πληροφόρησης, Προτεραιοτήτων προγράμματος και θεραπευτικής μεθόδου**, το οποίο αφορά πιο αναλυτικά στα εξής:

- **Πληροφόρηση:** Η κάθε ειδικότητα πληροφορεί τις άλλες για τις δυνατότητες του ατόμου, τις αδυναμίες του, καθώς και τις αντενδείξεις που το αφορούν. Π.χ., η ειδική παιδαγωγός ενημερώνει την εργοθεραπεύτρια της ομάδας για τα χρώματα τα οποία γνωρίζει το παιδί.
- **Προτεραιότητες προγράμματος:** Όλα τα μέλη της ομάδας εργάζονται για την επίτευξη ενός **Κεντρικού στόχου** ο οποίος είναι κοινός για όλους. Οι επιμέρους στόχοι (βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι) του κάθε μέλους της ομάδας πρέπει να τείνουν προς την πραγματοποίηση αυτού του στόχου και όχι κάποιου άλλου, σύμφωνα με τις προσωπικές προτεραιότητες του θεραπευτή.
- **Θεραπευτικές μέθοδοι:** Τα μέλη της ομάδας τροποποιούν τις εκπαιδευτικές και θεραπευτικές μεθόδους τους σύμφωνα με τις υποδείξεις και των άλλων ειδικοτήτων, ώστε να υπάρχει μία κοινή στρατηγική.

Μέσα από τη λειτουργία της **Διεπιστημονικής Θεραπευτικής Ομάδας**, ο γιατρός π.χ. έχει την ευκαιρία να δει το παιδί π.χ. για 20 λεπτά της ώρας κάθε 15 ημέρες, ο θεραπευτής π.χ. 2 σαρανταπεντάλεπτα την εβδομάδα, ενώ οι γονείς (που είναι σαφώς μέλη της ομάδας) ζουν με το παιδί τους. Ο ειδικός παιδαγωγός, ζώντας το παιδί 5 ώρες ημερησίως, είναι ένα πολύ σημαντικό μέλος της ομάδας, έχοντας πολλά να προσφέρει στο παιδί με αναπηρία.

Χ.2 ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ (ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ)

Ολόκληρη η συμμετοχή ενός παιδιού στις σχολικές δραστηριότητες, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητά του να κινείται. Είναι σημαντικό

λοιπόν να δούμε ως μία έκταση ποια είναι η αρχική κινητική δραστηριότητα ενός παιδιού και ποια τα προβλήματα που μπορεί να παρατηρηθούν στην εξέλιξη αυτής.

Η πρώτη κινητική δραστηριότητα ενός παιδιού είναι αντανακλαστική. Αυτά τα *πρωτογενή αντανακλαστικά* είναι στερεότυπες (πάντα με τον ίδιο τρόπο) και ακούσιες (χωρίς τη βούληση του παιδιού) κινητικές αντιδράσεις που προκαλούνται από την επίδραση συγκεκριμένου ερεθίσματος (π.χ. απτικού). Αυτά, είναι παρόντα κατά τη γέννηση και για κάποιο χρονικό διάστημα μετά από αυτή, ενώ αργότερα και *μετατρέπονται-ενσωματώνονται* σε εκούσιες κινήσεις, με σκοπό το στατικό έλεγχο και την εκτέλεση βασικών κινητικών προτύπων. Βλάβη στο νευρικό σύστημα μπορεί να μην επιτρέψει την *αναχαίτιση* αυτών των αντανακλαστικών και την τελική τη μετατροπή τους σε εκούσια κίνηση (Colangelo, 1992; Σηφάκη, 1998).

Τα αντανακλαστικά που πιο συχνά παρεμβάλλονται στην αποτελεσματική χρήση των χεριών και έτσι εμποδίζουν τη φυσιολογική ενασχόληση με δραστηριότητες καθημερινής ζωής, είναι τα εξής (Cook & Hussey, 1995):

Χ.2.1 Ασύμμετρο Τονικό Αυχενικό Αντανακλαστικό (Α.Τ.Α.Α)

Εκδηλώνεται με τη στροφή της κεφαλής, προκαλώντας έκταση και απαγωγή του άνω και κάτω άκρου προς το οποίο στρέφεται το πρόσωπο και κάμψη και προσαγωγή του άνω άκρου το οποίο μετά τη στροφή της κεφαλής βρίσκεται προς την ινιακή πλευρά αυτής (πίσω μέρος κεφαλής). Αυτό, εμποδίζει τη φυσιολογική συμμετρική στάση και την αμφίπλευρη χρήση των άνω άκρων (Colangelo, 1992). Έτσι, το παιδί δεν μπορεί να φέρει μπροστά τα χέρια του, έτσι ώστε να εκτελέσει τις δραστηριότητες που απαιτούν συνεργασία και των δύο άνω άκρων. Επίσης, λόγω της έντονης δράσης του, χρησιμοποιείται μόνο το ένα άκρο, με αποτέλεσμα η πλευρά που εκτείνεται να βρίσκεται μόνιμα σε έκταση και να υπάρχει κίνδυνος σκολίωσης και εξάρθρωτος του ισχίου (η οποία παραμόρφωση προκαλεί και πόνο).

Ένα παιδί που συνεχίζει να παρουσιάζει αυτό το αντανακλαστικό αλλά είναι έξυπνο, συχνά μαθαίνει να το χρησιμοποιεί ώστε να συλλάβει ένα αντικείμενο. Για να το επιτύχει, πρώτα στρέφει το κεφάλι του προς την πλευρά του αντικειμένου (ώστε να εκτείνει το χέρι του και να το φτάσει) και ύστερα προς την αντίθετη πλευρά (ώστε να κάμψει το χέρι του και να το συλλάβει

στην παλάμη του) (Bobath, 1980). Με τον τρόπο αυτό μπορεί να προσπαθεί να συλλάβει οποιοδήποτε αντικείμενο του δοθεί ή θελήσει να πιάσει στις ώρες που βρίσκεται στο σχολείο (π.χ. το χαρτί που του δίνει η δασκάλα).

Χ.2.2 Συμμετρικό Τονικό Αυχενικό Αντανακλαστικό (Σ.Τ.Α.Α.)

Εκδηλώνεται με κάμψη ή έκταση της κεφαλής, οπότε το σώμα του ατόμου έρχεται σε ολικό πρότυπο κάμψης ή έκτασης αντίστοιχα. Στην καθιστή θέση, που μας ενδιαφέρει ιδιαίτερα, επηρεάζει ανάμεσα σε άλλα τη θέση της λεκάνης και τα κυρτώματα της σπονδυλικής στήλης στην οσφυϊκή και θωρακική μοίρα. Έτσι, η καθιστή θέση του ατόμου γίνεται προβληματική (Colangelo, 1992). Π.χ., το παιδί που έχει έντονο εκτατικό πρότυπο, προσπαθεί να ακινητοποιήσει τη λεκάνη του φέρνοντάς τη σε οπίσθια κλίση. Το τελικό αποτέλεσμα της προσπάθειας αντιστάθμισης είναι η κυφωτική στάση. Γενικά, το αντανακλαστικό αυτό παρεμβάλλεται στη ζητούμενη ελευθερία κινήσεων, η οποία κατ' εξοχήν απαιτείται για την παρακολούθηση των μαθημάτων.

Χ.2.3 Αντανακλαστικό Moro

Ένα ηχητικό ερέθισμα που μπορεί να τρομάξει το παιδί ή η απότομη έκταση της κεφαλής, μπορεί να προκαλέσει πρώτα έκταση των άνω άκρων και ύστερα κάμψη τους (κίνηση που μοιάζει με το αγκάλιασμα ενός κορμού). Συνήθως παρατηρείται η φάση της έκτασης και όχι απαραίτητα της κάμψης. Με την παραμονή του, είναι πολύ δύσκολη η ισορροπία του παιδιού σε οποιαδήποτε θέση, και ελλείψει των αντιδράσεων προστατευτικής έκτασης το παιδί κινδυνεύει να πέσει προς τα πίσω (Bobath & Bobath, 1992). Έτσι, μία απότομη κίνηση που θα του προκαλέσει ένας συμμαθητής του, καθώς και ένας ήχος που μπορεί να ακούσει (ξαφνική δυνατή φωνή ή ξαφνικό χτύπημα των χεριών σαν παλαμάκι για να επικρατήσει ησυχία στην τάξη) μπορεί να προκαλέσει ένα τέτοιο αποτέλεσμα.

Χ.2.4 Αντανακλαστικό Gallant

Εκδηλώνεται με κάποιο ερέθισμα στην πλάγια επιφάνεια του κορμού (συγκεκριμένα ανάμεσα στη 12^η πλευρά και τη λαγόνια άκανθα) και προκαλεί πλάγια κάμψη του κορμού (με το κοίλο προς την πλευρά όπου επέδρασε το

ερεθίσμα) (Bobath & Bobath, 1998). Έτσι, ο κορμός δε διατηρεί τη συμμετρική του θέση, αφού έρχεται σε πλάγια κάμψη (με το κοίλο στην πλευρά του ερεθίσματος). Το αντανakλαστικό αυτό μπορεί να εκδηλωθεί π.χ. λόγω μίας ζώνης που σφίγγει τη μέση του παιδιού. Έτσι, η συγκεκριμένη περιοχή του σώματος, δεν πρέπει να δέχεται ενοχλητικά ερεθίσματα. Καλό είναι να το έχει κανείς αυτό υπ' όψιν, ιδιαίτερα όταν ντύνει κάποιο παιδάκι συμμετέχει στη διαδικασία μετακίνησής του.

Χ.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΥΪΚΟΥ ΤΟΝΟΥ

Ο μυϊκός τόνος είναι η αντίσταση που προβάλλει ένας μυς στην παθητική διάταση. Ένας φυσιολογικός μυς έχει την ικανότητα να συσπάται κατά βούληση και να διατηρεί ή να διακόπτει αυτή τη σύσπαση καταλλήλως. Ο φυσιολογικός μυϊκός τόνος εξαρτάται από την ικανότητα του Κ.Ν.Σ. να ανταποκρίνεται σε ιδιοδεκτικά ερεθίσματα, επιτρέποντας ταυτοχρόνως τη σύσπαση κάποιων μυών (αγωνιστές) και την αναχαίτιση άλλων (ανταγωνιστές) (Scherzer & Tscharnuter, 1990).

Ο μυϊκός τόνος μπορεί να είναι χαμηλότερος του φυσιολογικού (υποτονία) υψηλότερος (υπερτονία) ή κυμαινόμενος (αθέτωση).

- **Υποτονία:** Πρόκειται για μικρότερη από το φυσιολογικό αντίσταση στην παθητική διάταση. Ένας υποτονικός μυς αντιδρά πολύ καθυστερημένα στα ερεθίσματα. Οι υποτονικοί μύες κάνουν το άτομο να υποκύπτει στη δύναμη της βαρύτητας. Χαρακτηριστική η εικόνα του υποτονικού κορμού, με το παιδί να φαίνεται «χυμένο» στο καρεκλάκι του.
- **Υπερτονία:** Πρόκειται για μεγαλύτερη από το φυσιολογικό αντίσταση στην παθητική επιμήκυνση (Mathiowetz & Bass Haugen, 1995). Οι κινήσεις των υπερτονικών μυών είναι μη διαβαθμίσιμες. Χαρακτηριστική εικόνα ένα παιδί με τα άκρα του «σφιγμένα», με αποτέλεσμα να μην μπορεί να χρησιμοποιήσει τα άνω άκρα του π.χ. για να γράψει και τα κάτω άκρα για να μετακινηθεί αυτόνομα. Το αποτέλεσμα είναι συχνά το μικρό εύρος κίνησης, οπότε, αν αυτό ισχύει για τα άνω άκρα, τα αντικείμενα πρέπει να τοποθετούνται ως εξής: 1) Κοντά του, προκειμένου να διευκολύνεται στην ολοκλήρωση της δραστηριότητάς του. 2) Πιο μακριά, αν θέλουμε να το «προκαλέσουμε» να ξεφύγει από το μικρό εύρος κίνησης.

Δύο είναι τα πιο συχνά στασικά πρότυπα οφειλόμενα στην υπέρτονία: **α)** Κάμψης, απαγωγής και έξω στροφής στα άνω άκρα. **β)** Έκτασης, προσαγωγής και έσω στροφής στα κάτω άκρα.

Η υπέρτονία επηρεάζει ιδιαίτερα τους μύες που αντιστέκονται στη βαρύτητα. Οι μύες αυτοί ενεργοποιούνται με πλήρη και γρήγορη σύσπαση ενώ οι ανταγωνιστές (εκτός από την περίπτωση της δυσκαμψίας) παραμένουν σχετικά ανενεργοί (Colangelo, 1992).

1. Διακύμανση: Αυτή προκαλεί τις αθετωσικές κινήσεις και οφείλεται στην έλλειψη συνσύσπασης αγωνιστών-ανταγωνιστών, η οποία στηρίζει την κίνηση του κινούμενου μέλους. Οι κινήσεις είναι υπερβολικές, με ανώμαλη τροχιά και πτωχό έλεγχο στο μέσο εύρος (Bobath, 1980).

Λόγω των παραπάνω διαφοροποιήσεων από το τυπικό, τα εκτελεστικά όργανα ενός ατόμου με κινητικούς περιορισμούς πιθανώς θα παρουσιάζουν προβλήματα στους εξής τομείς (Cook & Hussey, 1995):

- **Ανάλυση:** Ο βαθμός λεπτού κινητικού ελέγχου που μπορεί να επιδειχθεί, η μικρότερη διάκριση μεταξύ δύο αντικειμένων που μπορεί να ελέγξει αξιόπιστα το εκτελεστικό όργανο. Τα δάκτυλα της άκρας χείρας φυσιολογικά διαθέτουν πολύ καλή ανάλυση. Έτσι, π.χ., καλός λεπτός κινητικός έλεγχος σημαίνει ότι το παιδί μπορεί να πιάσει με τον αντίχειρα και το δείκτη του ένα χαρτί και να το διπλώσει στη μέση, ή να πατήσει με ευκολία το πλήκτρο του πληκτρολογίου που θα του υποδείξουμε.
- **Εύρος:** Η ικανότητα του ατόμου να κινεί τα μέλη του σώματός του δια μέσου ενός τόξου. Ο συνδυασμός ανάλυσης και εύρους (κίνησης) ορίζει τη δυνατή επιφάνεια εργασίας του εκτελεστικού οργάνου. Έτσι, το παιδί μπορεί να πιάσει αντικείμενα που βρίσκονται πάνω στο θρανίο του, ίσως και στην πλευρά του διπλανού του συμμαθητή (αν κάθεται στο ίδιο θρανίο με κάποιο άλλο παιδάκι).
- **Δύναμη:** Η ικανότητα επίδειξης ενός επιπέδου μυϊκής ισχύος, όταν η κίνηση αντιάσσεται στη βαρυντική δύναμη. Η δύναμη ενός μυός είναι μηδενική στην περίπτωση Κ.Ν.Μ. κάτω από το επίπεδο βλάβης (παράλυση). Σε ασθένειες όπως η μυϊκή δυστροφία, μπορεί να υπάρχει επαρκής λεπτός κινητικός έλεγχος αλλά σημαντική αδυναμία. Έτσι, ίσως το παιδί να δυσκολεύεται να μεταφέρει πολλά τετράδια των συμμαθητών του και να τα μεταφέρει στην έδρα

- **Αντοχή:** Είναι η ικανότητα του ατόμου να διατηρεί την εφαρμογή μίας δύναμης για ορισμένο χρονικό διάστημα. Έτσι μετά από πολλές επαναλήψεις της κίνησης, επέρχεται μυϊκός κάματος.
- **Ευελιξία:** Κάποια εκτελεστικά όργανα μπορούν να εκτελέσουν πλήθος δραστηριοτήτων και με πολλούς τρόπους την καθεμιά από αυτές. Παράδειγμα αποτελεί η άκρα χείρα.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΜΥΪΚΟ ΤΟΝΟ ΚΑΙ ΤΑ ΣΤΑΣΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ

- Ελαφριά αγγίγματα, μπορεί να προκαλέσουν κινήσεις που επηρεάζουν τη θέση όλου του σώματος (ολικά πρότυπα).
- Το άγχος του παιδιού επιδρά αρνητικά. Στην προσπάθεια εκτέλεσης μίας κίνησης που απαιτεί επιδεξιότητα, προκαλείται η εμφάνιση ολικών προτύπων.
- Η εμφάνιση *εξαρτημένων αντιδράσεων*, δηλαδή η αύξηση του μυϊκού τόνου στην πιο επιβεβαρυμένη πλευρά, κατά την προσπάθεια κίνησης της λιγότερο επιβεβαρυμένης, είναι ένα συχνό πρόβλημα. Π.χ., το εμποδίζουν να συγκρατεί την κόλλα χαρτί με το άλλο χέρι. Για την αντιμετώπισή τους, μπορούμε να τοποθετούμε μία λαβή την οποία να συλλαμβάνει το παιδί με το μέλος που παρουσιάζει τις εξαρτημένες αντιδράσεις.
- Η υψηλή θερμοκρασία του περιβάλλοντος αυξάνει το μυϊκό τόνο.
- Η πληθώρα των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων επίσης αυξάνει το μυϊκό τόνο. Ένα περιβάλλον χωρίς ερεθίσματα (– π.χ. με το δάσκαλο να μην απευθύνεται στο παιδί για πολλή ώρα), ελαττώνει το μυϊκό τόνο φέρνοντας ως και υπνηλία.
- Η έντονη συναισθηματική κατάσταση αυξάνει το μυϊκό τόνο. Βέβαια, οι θετικές συναισθηματικές αντιδράσεις που απορρέουν από την καλή διάθεση και την κινητοποίηση του παιδιού, δεν αποθαρρύνονται (Scherzer & Tscharnuter, 1990).

Χ.4 ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Η λειτουργία κάποιων αισθητηρίων οργάνων επηρεάζει την ικανότητα του παιδιού να συμμετάσχει στην εκπαιδευτική διαδικασία. Ο εργοθεραπευτής αξιολογεί κάποιες παραμέτρους αυτών των αισθητηριακών λειτουργιών.

Χ.4.1 ΟΠΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Αυτή είναι απαραίτητη και δίνει στο παιδί τη δυνατότητα να διαβάζει και να γράφει στο τετράδιο ή να βλέπει στον πίνακα. Επίσης, το βοηθά πολύ στο να κινείται με ασφάλεια στο χώρο, π.χ. να ανεβαίνει – κατεβαίνει σκάλες, να αποφεύγει διάφορα εμπόδια που συναντά, όπως μικρές υψομετρικές διαφορές ή αλλαγές στην υφή του δαπέδου. Πρόκειται σαφώς για μία σπουδαία αίσθηση, μέσω της οποίας το παιδί *αντιλαμβάνεται* και *μαθαίνει* τον κόσμο γύρω του (Warren 1992a).

Η οπτική λειτουργία είναι σύνθετη και οι διάφορες παράμετροί της πρέπει να εξεταστούν ξεχωριστά.

Χ.4.4.1 Οπτική οξύτητα

Πρόκειται για την ικανότητα του οφθαλμού να εστιάζει το είδωλο στον αμφιβληστροειδή και να εξάγει αισθητηριακές πληροφορίες για την εικόνα του ειδώλου (Cook & Hussey, 1995). Σε περιπτώσεις βλάβης της *διαθλαστικής συσκευής* του ματιού, όπως η μυωπία (αδυναμία διάκρισης των αντικειμένων που βρίσκονται μακριά), ο γιατρός χορηγεί γυαλιά τα οποία διορθώνουν – τουλάχιστον σε ένα βαθμό – το πρόβλημα. Σε περιπτώσεις βλάβης του *οπτικού νεύρου*, η αντιμετώπιση είναι σαφώς πιο δύσκολη, όπως και σε περιπτώσεις βλάβης του *οπτικού κέντρου*.

Ο εργοθεραπευτής μπορεί να μεταβάλλει τους εξής παράγοντες για να διαπιστώσει την ικανότητα του παιδιού να διακρίνει τις λεπτομέρειες των αντικειμένων: **1)** Να μεταβάλλει το μέγεθος των αντικειμένων που πρέπει να δει, π.χ. να γράφει μεγαλύτερα γράμματα στον πίνακα. **2)** Να μεταβάλλει την αντίθεση χρωμάτων ανάμεσα στα αντικείμενα πρώτου πλάνου και δεύτερου πλάνου. **3)** Να μεταβάλλει την απόσταση ανάμεσα στα αντικείμενα-στόχους και αυτά που τα περιβάλλουν (Cook & Hussey, 1995; Warren, 1992b), π.χ. να γράφει στον πίνακα με τρόπο ώστε τα διάφορα γράμματα να είναι σχετικά αραιά μεταξύ τους).

Χ.4.4.2 Οπτικό πεδίο

Οι βλάβες στο οπτικό πεδίο είναι συχνές μετά από κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και εμποδίζουν τα άτομα ανάμεσα σε άλλα και στην ανάγνωση (Warren, 1992a). Τα προβλήματα αυτά ονομάζονται ανοψίες (Jackson, 1997).

Για να αξιολογήσουμε το πρόβλημα, ζητάμε από το άτομο να κοιτά ευθεία μπροστά και να μας ενημερώνει για το πότε εμφανίζεται μπροστά του ένα κινούμενο ερέθισμα στην περιφερική του όραση. Το αντικείμενο διατηρείται σε απόσταση περίπου 45 εκ. και κινείται σε ένα τόξο προς το μέσον του πεδίου όρασης.

Αν διαπιστωθούν προβλήματα περιφερικής όρασης, ο εργοθεραπευτής φροντίζει να τοποθετεί όλα τα αντικείμενα που χρειάζεται το παιδί μέσα στο υπάρχον οπτικό πεδίο (Cook & Hussey, 1995) (π.χ. την κόλλα χαρτί για να ζωγραφίσει το παιδί, όλες τις μπογιές του, το ψαλίδι και την κόλλα του).

Χ.4.4.3 Οπτική ανίχνευση

Οπτική ανίχνευση είναι η ικανότητα του ατόμου να παρακολουθεί με τα μάτια ένα αντικείμενο που κινείται (π.χ. τη μπάλα που του πετάει ο συμμαθητής το). Ζητάμε από το άτομο να παρακολουθήσει ένα αντικείμενο σε απόσταση 45 εκ. περίπου, το οποίο κινείται οριζόντια, κάθετα και διαγώνια. Παρατηρούμε αν οι δύο οφθαλμοί ανιχνεύουν συγχρόνως (στραβισμός σε περίπτωση διαταραχής, συγκλίνων ή αποκλίνων), αν οι κινήσεις τους είναι ομαλές, αν η κεφαλή κινείται ή όχι συγχρόνως με τα μάτια (συχνό πρόβλημα στην εγκεφαλική παράλυση) (Warren, 1992b).

Χ.4.4.4 Οπτική σάρωση

Εδώ, το αντικείμενο δεν κινείται: Τα μάτια κινούνται σε διαφορετικές περιοχές της του οπτικού πεδίου για να εντοπίσουν ένα συγκεκριμένο στοιχείο. Η λειτουργία είναι απαραίτητη π.χ. για να εντοπίσει το παιδί το συγκεκριμένο ζώο που του αναφέρει λεκτικά ο δάσκαλος και το οποίο βρίσκεται ανάμεσα σε διάφορες εικόνες ή για να διαλέξει την ξυλομπογιά που επιθυμεί. Γι' αυτό ο θεραπευτής μπορεί να μεταβάλλει ανάλογα τον αριθμό των επιλογών που διατίθενται προς επιλογή (Cook & Hussey, 1995). Μαζί με την οπτική ανίχνευση, αποτελούν τον *οπτικοκινητικό έλεγχο*.

Χ.4.4.5 Οπτική προσαρμογή

Είναι η ικανότητα του οφθαλμικού φακού να προσαρμόζει την καμπυλότητά του, ανάλογα με την απόσταση των αντικειμένων. Έτσι, απαιτείται να γίνει κάτι ανάλογο έτσι ώστε να μεταφέρει το παιδί το βλέμμα του από τον πίνακα στο τετράδιό του όπου αντιγράφει αυτό που βλέπει. Τα παιδιά με Ε.Π. αντιμετωπίζουν συχνά αυτό το πρόβλημα.

Χ.4.4.6 Οπτική αντίληψη

Πρόκειται για την επιλογή, ανάλυση, ερμηνεία και χρήση των εισερχόμενων οπτικών πληροφοριών, δηλαδή για λειτουργίες απαραίτητες για την επιτυχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον. Είναι εφικτή στο βαθμό που το επιτρέπουν οι προαναφερθείσες οπτικές λειτουργίες. Επίσης, η αντιληπτική αυτή ικανότητα, σχετίζεται άμεσα με την ικανότητα του παιδιού να εκτελέσει σωστούς κινητικούς χειρισμούς. Οι δεξιότητες αυτές είναι εξαιρετικά σημαντικές και για την ασφαλή μετακίνηση στο χώρο (Cook & Hussey, 1995). Πιο αναλυτικά, μας ενδιαφέρουν τα εξής:

- **Σταθερότητα σχήματος:** Η ικανότητα του παιδιού να αναγνωρίζει σχήματα και αντικείμενα σε διαφορετικό περιβάλλον, θέση και μέγεθος.
- **Χωρικές σχέσεις:** Η ικανότητα του παιδιού να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του σε σχέση με τα αντικείμενα ή τα αντικείμενα μεταξύ τους. Εδώ, περιλαμβάνεται η ικανότητα αντίληψης της *θέσης στο χώρο*, δηλαδή έννοιες όπως πάνω – κάτω, εμπρός – πίσω, ανάμεσα κ.τ.λ., καθώς και ο *τοπογραφικός προσανατολισμός*, δηλαδή η ικανότητα εντόπισης των αντικειμένων, της θέσης τους και της διαδρομής τους.
- **Οπτική συνέχεια:** Είναι η ικανότητα διάκρισης του μέρους από το σύνολο, δηλαδή η ικανότητα να αναγνωρίζει σχήματα και αντικείμενα από μία ατελή παράσταση.
- **Πρώτο – δεύτερο πλάνο:** Η ικανότητα διάκρισης του πρώτου από το δεύτερο πλάνο, π.χ. δυσκολία διάκρισης της κόλλας χαρτιού που βρίσκεται πάνω στο θρανίο όταν αυτά έχουν παρόμοιο χρώμα.
- **Αντίληψη βάθους:** Η ικανότητα καθορισμού της σχετικής απόστασης ανάμεσα σε αντικείμενα, σε εικόνες αλλά και τις αλλαγές σε επίπεδες επιφάνειες. Εξαιρετικά σημαντικό στοιχείο για την ασφαλή μετακίνηση (A.O.T.A., 1994; Warren 1992a; Warren 1992b).

Ένα παιδί χωρίς κινητική αναπηρία έχει πολλές δυνατότητες να εξερευνήσει το περιβάλλον του και να κατακτήσει όλες αυτές τις έννοιες (π.χ. να μπουσουλήσει από νωρίς κάτω από το τραπέζι ή να περάσει ανάμεσα από την πολυθρόνα της γιαγιάς και το ντουλάπι με τις αγαπημένες του λιχουδιές). Οι αντίστοιχες δυνατότητες παιδιών με κινητική αναπηρία είναι περιορισμένες, έτσι είναι ακόμα πιο απαραίτητο να τους περιγράφεται η ακριβής θέση αντικειμένων και η συχνή περιγραφή των σχέσεων ανάμεσα στα αντικείμενα.

Χ.4.2 ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Η ακοή είναι μία αισθητηριακή λειτουργία πολύ σημαντική για την επικοινωνία με το παιδί, ειδικά όταν δεν υπάρχει άμεση οπτική επαφή. Το παιδί πρέπει να ακούει το δάσκαλο που του απευθύνεται για να δώσει μία απάντηση, να ακούει τους συμμαθητές του που του μιλούν, να αντιλαμβάνεται επικείμενους κινδύνους κ.τ.λ. Γενικότερα, να μπορεί να ερμηνεύει, να διακρίνει και να εντοπίζει ήχους αλλά και τη συνοδεία τους. Η μείωση της *ακουστικής οξύτητας* είναι πιο συχνή – από τις περιπτώσεις Ε.Π. – στην αθέτωση (Σηφάκη, 1998). Πολλές φορές, ένα παιδί δεν ανταποκρίνεται με τον αναμενόμενο τρόπο σε αυτά που του λένε λόγω τέτοιων προβλημάτων και δίνει τη λανθασμένη εντύπωση ότι δεν είναι αρκετά έξυπνο.

Χ.4.3 ΑΛΛΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟ – ΑΝΤΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ

Χ.4.3.1 Απτική αντιληπτικότητα

- Στερεογνωσία: Η ικανότητα αναγνώρισης αντικειμένων με την αίσθηση της αφής, με την εν τω βάθην αίσθηση και με τη γνώση. Έτσι, αν ένα παιδί έχει κοντά του στο θρανίο το μολύβι, το χάρακα κ.τ.λ., μπορεί να απλώσει το χέρι του προς αυτά και να πάρει το εργαλείο που θέλει χωρίς να κοιτάξει προς τα εκεί, αναγκασμένο να μεταθέσει το βλέμμα του.
- Γραφαισθησία: Η ικανότητα αναγνώρισης συμβόλων και σχημάτων, τα οποία γράφονται στο δέρμα μέσα από την αίσθηση της αφής. (Α.Ο.Τ.Α., 1994).

Χ.4.3.2 Ιδιοδεκτική αντιληπτικότητα

- Κιναισθησία: Η ικανότητα αναγνώρισης της διαδρομής και της κατεύθυνσης των κινήσεων και των αρθρώσεων. Έτσι, όταν το παιδί θέλει να

κάνει μία οποιαδήποτε κίνηση, έχει τη δυνατότητα να την παρακολουθεί κατά την πορεία της και να διορθώνει τις όποιες αποκλίσεις από τον αρχικό σκοπό.

- Σχήμα σώματος: Η ικανότητα να έχει κανείς μία εσωτερική γνώση του σώματος και των σχέσεων των μελών μεταξύ τους.
- Διάκριση δεξιού – αριστερού: Η ικανότητα διαφοροποίησης της μίας πλευράς από την άλλη και μάλιστα ειδικά στην περίπτωση του καθρεπτισμού. Έτσι, όταν καθόμαστε απέναντι στο παιδί και του δείχνουμε το δεξί μας χέρι, αυτό πρέπει να καταλαβαίνει ότι το δικό του δεξί δεν είναι το αμέσως απέναντι από το δικό μας (Α.Ο.Τ.Α., 1994).

Χ.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ

Χ.5.1 ΓΕΝΙΚΑ

Τα παιδιά που αντιμετωπίζουν κινητικούς περιορισμούς, έχουν συχνά ελλείμματα σε διάφορες γνωστικές δεξιότητες. Αυτά τα ελλείμματα οφείλονται σε δυσλειτουργίες του εγκεφάλου και περιορίζουν την ικανότητα μάθησης, με ανάλογες επιπτώσεις στην ακαδημαϊκή πορεία (ανταπόκριση σε σχολικές απαιτήσεις) του παιδιού, αλλά και στην εκπαίδευσή του στους τομείς Δραστηριοτήτων Καθημερινής Ζωής. Μία από αυτές τις δεξιότητες είναι η προσοχή.

Οι όροι που αφορούν στην προσοχή και μας ενδιαφέρει να ορίσουμε, είναι: **Εστίαση της προσοχής:** Η ικανότητα του παιδιού να εστιάζει την προσοχή του σε ένα αντικείμενο ή σε ένα σημείο του περιβάλλοντος. Πρόκειται επομένως για την ικανότητα να διακρίνει το παιδί το αντικείμενο που το ενδιαφέρει από τα υπόλοιπα.

Διάρκεια προσοχής: Η ικανότητα του παιδιού να προσηλώνει το ενδιαφέρον του για κάποιο χρονικό διάστημα σε μία δραστηριότητα. Είναι δεξιότητα απαραίτητη για την ολοκλήρωση μίας δραστηριότητας (Α.Ο.Τ.Α., 1994).

Οι διαταραχές αυτές οφείλονται στην αδυναμία αναστολής παρορμητικών αντιδράσεων και στην αυξημένη κινητική δραστηριότητα που συχνά συνυπάρχει. Επειδή η ύπαρξη κάποιας εγκεφαλικής βλάβης σημαίνει την ύπαρξη οργανικού υποστρώματος το οποίο δε θεραπεύεται, μιλάμε για «θεραπευτική αντιμετώπιση» και όχι για «θεραπεία» της διαταραχής. Στις περιπτώσεις όπου η τα συμπτώματα είναι ήπια ή τουλάχιστον δεν προεξάρχουν σε βαθμό όπως στη διάγνωση ΔΕΠ – Υ (Διαταραχή

Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα), δε συνίσταται φαρμακευτική αντιμετώπιση της διαταραχής, αλλά συμπεριφορικές προσεγγίσεις (οι οποίες και θα μας απασχολήσουν) (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Χ.5.2 ΑΡΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Με αυτή την προσέγγιση, θέτουμε ως στόχο:

- Τη μείωση των ανεπιθύμητων συμπεριφορών.
- Την αύξηση των επιθυμητών συμπεριφορών.
- Την εμφάνιση νέων – λειτουργικών τρόπων συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με τον Barkley (1997), εφόσον πρόκειται για μία αναπτυξιακή καθυστέρηση στην αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς μέσω εσωτερικευμένων κανόνων και κινήτρων, προτείνεται η *τροποποίηση των ερεθισμάτων που προηγούνται της αντίδρασης και των συνεπειών που έπονται αυτής*. Η εκπαίδευση των γονέων και των δασκάλων σε αυτές τις μεθόδους *τροποποίησης της συμπεριφοράς* είναι απαραίτητη, εφόσον η γενίκευση δε γίνεται αυτόματα σε όλα τα περιβάλλοντα του παιδιού (Du Paul & Eckert, 1997; Werry & Sprague, 1970).

Χ.5.3 ΑΡΧΕΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Η βασική αρχή αυτής της παρέμβασης, είναι η έμφαση που δίνεται στην κατανόηση και ενδεχομένως αλλαγή των αντιλήψεων, των στάσεων και των πεποιθήσεων τόσο του παιδιού που δέχεται άμεσα τη θεραπευτική αντιμετώπιση, όσο και των σημαντικών προσώπων του περιβάλλοντός του. Πολύ συχνά, οι λανθασμένες αντιλήψεις αυτών των ενηλίκων για τη συμπεριφορά του παιδιού καθιστούν προβληματική την επικοινωνία μαζί του. Π.χ., ο δάσκαλος που θεωρεί ότι το παιδί «τεμπελιάζει» όταν διασπάται συνεχώς από ερεθίσματα του περιβάλλοντος και δε συγκεντρώνεται στο μάθημα, δε βοηθά στη αποκατάσταση της επικοινωνίας και απέχει από την κατανόηση του προβλήματος (εφόσον αυτό υπάρχει) (Ollendick, 1986).

Πολλές φορές, τα μαθησιακά προβλήματα που συνυπάρχουν σε αυτά τα παιδιά, αποτελούν εκπαιδευτικό στόχο των δασκάλων τους. Είναι όμως φανερό ότι προηγείται η τροποποίηση της συμπεριφοράς του παιδιού (σύμφωνα με την ηλικία και το αναπτυξιακό του επίπεδο), η αποκατάσταση της επικοινωνίας μαζί του και η αύξηση της αυτοπεποίθησής του, ως

προαπαιτούμενα επίτευξης όλων των σημαντικών παιδαγωγικών στόχων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Χ.5.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ – ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟ ΔΑΣΚΑΛΟ

Αν θέλουμε το παιδί να μάθει να διατηρεί την προσοχή και την προσπάθειά του, να εφαρμόζει κανόνες και να αναστέλλει τις παρορμητικές του αντιδράσεις, πρέπει τα πρόσωπα του περιβάλλοντός του να δείχνουν την ίδια αντιμετώπιση στις δυσλειτουργικές περιοχές. Ο δάσκαλος αποτελεί σημαντικό κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας.

Οι **οδηγίες** που πρέπει να δίνει ο δάσκαλος στο παιδί με διαταραχές προσοχής, πρέπει να χαρακτηρίζονται από *συνέπεια, σταθερότητα, ενίσχυση, ενθάρρυνση, σαφήνεια και ακρίβεια*. Τα βήματα που ακολουθούνται, έχουν ως εξής:

- Εντόπιση και λεπτομερής καταγραφή των δυσλειτουργικών περιοχών.
- Στοχοθεσία, δηλαδή ιεράρχηση και διαβάθμιση των στόχων που θα τεθούν.

Για να γίνει αυτό, το παιδί θα πρέπει να μάθει να ξεκινά όταν ξεκινούν τα άλλα παιδιά, να σταματά όταν σταματούν και τα άλλα παιδιά (έχοντας ολοκληρώσει τη δραστηριότητά του), ενώ ο τρόπος ολοκλήρωσης πρέπει να δείχνει ότι το παιδί ακολούθησε τις *οδηγίες* και τους *κανόνες* που τέθηκαν από το δάσκαλο και το θεραπευτή (Goldstein, 1994).

Χ.5.5 ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η θέση του παιδιού που παρουσιάζει διαταραχές προσοχής (κατά τη θεραπευτική συνεδρία ή το μάθημα στην τάξη) είναι πολύ σημαντική για τη διατήρηση της επικοινωνίας με το θεραπευτή ή το δάσκαλο. Όταν στο μάθημα που γίνεται βρίσκονται πολλά παιδιά, το παιδί πρέπει να βρίσκεται σε μπροστινό θρανίο, έτσι ώστε ο δάσκαλος να το εποπτεύει, να το ενθαρρύνει με το βλέμμα του ή να το επιπλήττει όταν αυτό είναι απαραίτητο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Χ.5.6 ΤΡΟΠΟΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ

Ο δάσκαλος ή ο θεραπευτής, οφείλει να ανακαλύψει τους ενισχυτές που το ενδιαφέρουν περισσότερο. Ο *ενισχυτής* μπορεί να πάρει τη μορφή:

- Λεκτικής επιβράβευσης, η οποία συχνά και ειδικά όταν δίνεται άμεσα και με ζωντανό τρόπο για αρκετά παιδιά είναι αρκετή.
- Υλικής επιβράβευσης, όπως ένα αυτοκόλλητο στο τετράδιο ή το χέρι του παιδιού.
- Επιβράβευσης μέσω παραχώρησης κάποιου προνομίου (π.χ. κινηματογράφος) (Sulzer – Azaroff & Mayer, 1991).

Χ.5.7 ΤΡΟΠΟΣ ΔΟΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ

Ο δάσκαλος ή ο θεραπευτής οφείλει να παρουσιάζει τις διάφορες δραστηριότητες με τρόπο που να κερδίζει την προσοχή του παιδιού και να μην το κάνει να βαριέται. Οι αρχές που έχουμε υπ' όψιν, είναι οι εξής (Jones, 1989):

Χ.5.7.1 Απλοποίηση των οδηγιών

Οι οδηγίες πρέπει να δίνονται με απλό τρόπο και να επιβεβαιώνεται ότι έγιναν κατανοητές. Αν οι οδηγίες είναι μακροσκελείς, πιθανώς δε θα γίνουν κατανοητές.

Χ.5.7.2 Φωναχτή επανάληψη των οδηγιών

Αν το παιδί δείχνει απρόθυμο να προσέξει τις οδηγίες που του δίνονται, τότε μπορούμε να του ζητήσουμε να επαναλάβει φωναχτά τις οδηγίες που του λέμε βήμα – βήμα. Έτσι, επιβεβαιώνουμε ότι οι οδηγίες έγιναν κατανοητές, ενώ συγχρόνως εισάγουμε το παιδί στη διαδικασία της *αυτοκαθοδήγησης*, που είναι πολύ σημαντική για την αυτόνομη ολοκλήρωση δραστηριοτήτων. Αυτό μπορεί να φαίνεται κουραστικό στην αρχή, σύντομα όμως το παιδί θα το υιοθετήσει βλέποντας ότι το βοηθά να ολοκληρώσει την εργασία του πιο γρήγορα.

Χ.5.7.3 Υπενθύμιση χρόνου

Πρέπει να υπενθυμίζεται στο παιδί ο χρόνος που διατίθεται για την ολοκλήρωση της δραστηριότητας. Τα παιδιά συχνά δεν έχουν καλή εσωτερική αναπαράσταση του χρόνου, οπότε χρειάζονται μία εξωτερική αναπαράσταση του χρόνου που έχει απομείνει. Ας μην ξεχνάμε ότι η συμπεριφορά τους εξαρτάται περισσότερο από τα γεγονότα που ανήκουν στο παρόν και

συμβαίνουν άμεσα, παρά από εσωτερικές πληροφορίες που αφορούν στο μέλλον. Επίσης, το παιδί δεν πρέπει να νιώθει ότι βιάζεται να αντιδράσει με τον επιθυμητό και σωστό τρόπο.

Χ.5.7.4 Αξιολόγηση επιπέδου γνώσεων

Ο δάσκαλος ή θεραπευτής πρέπει να μη διορθώνει όλα τα λάθη του παιδιού, αλλά να επικεντρώνεται σε ορισμένες κατηγορίες λαθών. Αυτά τα λάθη θα διορθώνονται συστηματικά μέχρι να εμπεδωθούν. Στη συνέχεια, οι στόχοι και οι απαιτήσεις θα αυξάνονται για την επίτευξη ενός ανώτερου επιπέδου.

Χ.5.7.5 Διαφορική προσοχή

Ο δάσκαλος ή θεραπευτής πρέπει να μην ξεχνά ποτέ την αρχή της διαφορικής προσοχής. Έτσι, δεν πρέπει να στρέφεται στο παιδί μόνο όταν αυτό ξεφεύγει από την ολοκλήρωση του στόχου επιδεικνύοντας οποιαδήποτε μορφή αρνητικής συμπεριφοράς, αλλά να το ενισχύει συχνά και όταν η δραστηριότητα δείχνει να προχωρά έστω κατά μικρά βήματα.

Η επιβράβευση πρέπει να αναφέρεται συγκεκριμένα σε αυτό που το παιδί ολοκλήρωσε και να μην είναι γενική. Το ίδιο ισχύει και για την επίπληξη. Εννοείται πως ο τόνος κατά την επίπληξη πρέπει να είναι ήρεμος και να μην ξεχνάμε πως το παιδί αυτό παρουσιάζει συγκεκριμένες αναπτυξιακές δυσκολίες και χρειάζεται ειδική μεταχείριση. Ο δάσκαλος – θεραπευτής πρέπει να μάθει να διαχειρίζεται τα συναισθήματα ματαίωσης και απογοήτευσης, ακόμα και όταν βλέπει ότι η συμπεριφορά του παιδιού επηρεάζει αρνητικά την πορεία όλης της τάξης. Ο θεραπευτής πρέπει να θυμάται ότι:

- Η αρνητική συμπεριφορά του παιδιού δεν πηγάζει από σκοπιμότητα, αλλά από αδυναμία.
- Σε καμία περίπτωση δεν είναι συνετό να περιμένουμε θεαματικές αλλαγές στη συμπεριφορά του παιδιού.
- Ακόμα και όταν το παιδί έχει καταφέρει να επιδείξει πιο επιθυμητές μορφές συμπεριφοράς, συχνά θα επιστρέφει στις πρότερες, αρνητικού τύπου, για να δοκιμάσει τη σταθερότητα του δασκάλου του.

- Η όλη κατάσταση ταλαιπωρεί συχνά το δάσκαλο (όπως και το θεραπευτή ή το γονέα του παιδιού), όμως προπαντός ταλαιπωρεί το ίδιο το παιδί και το εμποδίζει να αποκτήσει αυτοπεποίθηση, να αποκτήσει απαραίτητες γνώσεις και τελικά να αγαπήσει τη μάθηση.

Χ.5.8 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Κατά τη διάρκεια της επαφής με το παιδί, ο θεραπευτής φροντίζει να είναι σταθερός, υποστηρικτικός και προβλέψιμος. Θα πρέπει να φροντίζει για την *τήρηση των κανόνων* που τέθηκαν και συμφωνήθηκαν χωρίς ποτέ να ξεχνά να ακούει το παιδί. Φυσικά, δεν πρέπει να παρασύρεται από τη χαριτωμένη συμπεριφορά του παιδιού και να υποχωρεί με αυτήν την αφορμή.

Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να καταφεύγουμε στην ηθικολογία. Φράσεις του είδους «δεν είσαι καλό παιδί και δε σε αγαπάω» είναι τελείως ακατάλληλες. Παράλληλα, θα πρέπει να ξεκαθαρίζει στο παιδί ότι η ώρα της δουλειάς είναι ώρα δουλειάς και όχι παιχνιδιού (πάντα σύμφωνα με τους κανόνες που έχουν τεθεί). Π.χ., δεν πρέπει να λέμε στο παιδί «θέλεις να ξεκινήσουμε τη δουλειά μας;» αλλά «είναι ώρα να ξεκινήσουμε τη δουλειά μας» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η επιβράβευση πρέπει να στηρίζεται πάντα στην «αρχή της επιτυχίας». Αυτό σημαίνει ότι δίνεται μόνο όταν το παιδί το αξίζει, γιατί αλλιώς αυτό μπορεί να πιστέψει ότι μπορεί να χειριστεί το θεραπευτή του. Αυτό που μπορεί να γίνει, για να ενισχύεται η θεμιτή συμπεριφορά του παιδιού, είναι να δίνονται συχνότερα ευκαιρίες για επιβράβευση και αυτές φυσικά να τηρούνται ακριβώς σύμφωνα με τη συμφωνία.

Αν κριθεί ότι το παιδί πρέπει να τιμωρηθεί, οι όποιες – πάντα χωρίς συναισθηματική ένταση – συνέπειες πρέπει να έρχονται κατά προτίμηση αμέσως μετά την εκδήλωση της συμπεριφοράς και όχι ετεροχρονισμένα. Το ίδιο ισχύει και για τη θετική ενίσχυση, δηλαδή την αμοιβή. Πολλές φορές τα παιδιά προτιμούν το άμεσο κέρδος από μία άμεση, ζωντανή επιβράβευση (Abramowitz & O' Leary, 1990).

Χ.6 ΝΑΡΘΗΚΕΣ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΑΣ

Χ.6.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΕΝΟΣ ΝΑΡΘΗΚΑ

Ένας νάρθηκας ή ορθοτική συσκευή (splint ή orthotics) είναι μία εξωτερικά εφαρμοζόμενη συσκευή, που τοποθετείται για να τροποποιήσει τα δομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του νευρομυϊκού συστήματος (το οποίο είναι προβληματικό στις περιπτώσεις κινητικών περιορισμών). Οι νάρθηκες της άκρας χείρας βοηθούν το παιδί να αποκτήσει τη σωστή λαβή του μέσου με το οποίο θα προσπαθήσει να γράψει και αυτοί είναι που θα μας απασχολήσουν στη συνέχεια. (Duncan, 1989; Rowe, 1997).

Χ.6.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΥΠ' ΟΨΙΝ

Ο εργοθεραπευτής και ο φυσικοθεραπευτής κατασκευάζουν το νάρθηκα χεριού που χρειάζεται το συγκεκριμένο παιδί, έτσι ώστε το χέρι του να γίνει πιο λειτουργικό στο γράψιμο με το μολύβι ή στη σύλληψη του joystick και την εκτέλεση των καθηκόντων που απαιτούν γραπτή εργασία με εναλλακτικό τρόπο.

Ο παιδαγωγός παρακολουθεί το παιδί κατά τη χρήση του νάρθηκα περισσότερες ώρες από τους άλλους επαγγελματίες, οπότε μπορεί να παρατηρήσει στοιχεία που θα μπορούσαν να βελτιώσουν τη λειτουργικότητα και την ασφάλεια χρήσης του νάρθηκα και να μεταφέρει τις αντίστοιχες παρατηρήσεις στο θεραπευτή.

Χ.6.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΝΑΡΘΗΚΑ

Όσο τέλεια κατασκευασμένος και αν είναι ένας νάρθηκας, το παιδί δε θα τον χρησιμοποιήσει αν το θεωρεί ένα άσχημο ή άβολο αντικείμενο.

Ένας νάρθηκας είναι καλαίσθητος (οπτικά αποδεκτός) και άνετος, όταν:

- Το υλικό από το οποίο κατασκευάστηκε καθαρίζεται εύκολα.
- Δεν υπάρχουν πάνω του σημάδια από στυλό (κατά τη φάση της σχεδίασης, όπου το υλικό κόβεται στο μέγεθος που υποδεικνύει το μέγεθος και η κατασκευή του χεριού).
- Οι άκρες του είναι κομμένες ομοιόμορφα.
- Οι λωρίδες Velcro είναι τοποθετημένες προσεγμένα.

- Δεν είναι ζεστός
- Δεν εμποδίζει υπερβολικά την κυκλοφορία του αίματος.
- Επιτρέπει την κυκλοφορία αέρα ανάμεσα στο δέρμα και το υλικό του νάρθηκα.

Σε αντίθετη περίπτωση, μπορεί να παρατηρηθεί ότι το δέρμα του παιδιού μυρίζει λόγω του ιδρώτα που εγκλωβίζεται (Rowe, 1997).

Γενικά, όταν ο νάρθηκας δεν είναι κατασκευασμένος σύμφωνα με τις αποδεκτές αρχές, ή όταν το παιδί, ο γονέας ή ο παιδαγωγός δεν είναι εκπαιδευμένος σωστά στη σωστή τοποθέτηση του, είναι πολύ πιθανό ο νάρθηκας να εγκαταλειφθεί.

Χ.7 ΓΡΑΦΟΝΤΑΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Χ.7.1 ΣΗΜΑΣΙΑ ΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Κάποια από τα βασικά καθήκοντα ενός παιδιού που πηγαίνει στο σχολείο είναι το να γράφει με μολύβι τις εργασίες που χρειάζονται στην τάξη αλλά και αυτές που παίρνει για το σπίτι, να γράφει την ορθογραφία του, να γράφει στον πίνακα με κιμωλία όταν το επιθυμεί ο δάσκαλος και να εξετάζεται γραπτός σε διαγωνίσματα. Για το παιδί με κινητικούς περιορισμούς, όλα αυτά μπορεί να είναι πολύ δύσκολα και επώδυνα, έως και αδύνατα. Ο δάσκαλος μπορεί να το βοηθήσει, λαμβάνοντας υπ' όψιν του αυτά που ακολουθούν.

Χ.7.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΝΟΣ ΓΡΑΠΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ

Το κείμενο που γράφει ένας μαθητής για το σχολείο του πρέπει να είναι:

α) Ευανάγνωστο: Το ευανάγνωστο ενός κειμένου διευκολύνει για αυτονόητους λόγους αυτόν που πρέπει να το διαβάσει. Επίσης, ένα κείμενο όπου τα γράμματα είναι κακοσχηματισμένα, μπορεί να εκληφθεί ως ανορθόγραφο ακόμα και σε σημεία όπου δεν είναι. Το να ζητήσουμε από ένα παιδί που είναι ελαφρά αδέξιο να γράψει ξανά το κείμενο θα το βοηθήσει να βελτιωθεί. Για ένα παιδί με σοβαρά προβλήματα, κάτι τέτοιο μπορεί να είναι πολύ δύσκολο.

β) Γρήγορα ολοκληρωμένο: Είναι φυσικό για ένα παιδί να ματαιώνεται όταν αργεί να τελειώσει την εργασία του στο σπίτι, όταν τελειώνει πάντα τελευταίο στην τάξη ή όταν πρέπει να εξεταστεί γραπτός και ο χρόνος δεν του αρκεί.

Επίσης, όταν αργότερα θα πρέπει να κρατά σημειώσεις από αυτά που λέει ο δάσκαλος ή ο καθηγητής, η θέση του θα είναι δύσκολη (Alley, 1992).

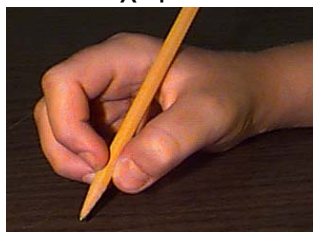
Χ.7.3 ΠΡΟΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΓΡΑΨΙΜΟ

Λεπτός κινητικός έλεγχος: Αυτός είναι απαραίτητος για κινήσεις που απαιτούν λεπτομέρεια και επιδεξιότητα και για τη λήψη λειτουργικού συλληπτικού προτύπου.

Τα διάφορα συλληπτικά πρότυπα που συναντώνται, είναι τα εξής:

Χ.7.4 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ

- **Τριποδική ανοιχτή λαβή (Εικόνα 2):** Το μολύβι κρατιέται με την άκρη του αντίχειρα και του δείκτη, ενώ αναπαύεται στο μέσο δάκτυλο. Ονομάζεται



ανοιχτή γιατί ο αντίχειρας και ο δείκτης σχηματίζουν (κατά προσέγγιση) έναν κύκλο.

Εικόνα 2: Τριποδική ανοιχτή λαβή

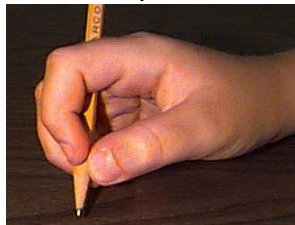
- **Τετραποδική ανοιχτή λαβή (Εικόνα 3):** Το μολύβι κρατιέται με την άκρη του αντίχειρα, του δείκτη και του μέσου, ενώ αναπαύεται στον παράμεσο. Ονομάζεται ανοιχτή γιατί πάλι ο αντίχειρας και ο δείκτης σχηματίζουν



έναν κύκλο.

Εικόνα 3: Τετραποδική λαβή

- **Προσαρμοσμένη τριποδική (Εικόνα 4):** Το μολύβι κρατιέται ανάμεσα στο δείκτη και το μέσο και συγκρατείται κυρίως από τις άκρες του αντίχειρα και του δείκτη, ενώ αναπαύεται κοντά στην άκρη του μέσου.



Εικόνα 4: Προσαρμοσμένη τριποδική λαβή

Χ.7.4.5 ΑΝΩΡΙΜΑ ΠΡΟΤΥΠΑ



- **Σφιγμένη γροθιά (Εικόνα 5):** Τα πολύ μικρά παιδιά, συνηθίζουν να κρατούν το μολύβι με σφιγμένη τη γροθιά και την κορυφή της μύτης του προς την πλευρά του μικρού

Εικόνα 5: Σφιγμένη γροθιά δακτύλου.

- **Σύλληψη πρηνηδόν (Εικόνα 6):** Σε ηλικία 2 – 3 ετών, τα παιδιά κρατούν το μολύβι διαγώνια, κυρίως με την άκρη του αντίχειρα και του δείκτη. Το αντιβράχιο βρίσκεται σε πρηνισμό.



Εικόνα 6: Σύλληψη πρηνηδόν

Χ.7.6 ΜΗ ΕΠΑΡΚΗ (ΑΝΤΙΠΑΡΑΓΩΓΙΚΑ) ΠΡΟΤΥΠΑ

- **Πενταδακτυλική λαβή (Εικόνα 7):** Το μολύβι συγκρατείται με την άκρη και των πέντε δακτύλων. Η κίνηση εντοπίζεται κυρίως στην ωλένια πλευρά του χεριού (η οποία ωριμάζει πριν από την κερκιδική αλλά δεν επιτρέπει τον καλύτερο λεπτό χειρισμό).



Εικόνα 7: Πενταδακτυλική λαβή

- **Με τον αντίχειρα «καλυμμένο» (Εικόνα 8):** Εδώ, το μολύβι κρατιέται με τριποδική ή τετραποδική λαβή, μόνο που ο αντίχειρας καλύπτεται μέσα και κάτω από το δείκτη.



Εικόνα 8: Με τον αντίχειρα «καλυμμένο»

- **Με τον αντίχειρα «τυλιγμένο» (Εικόνα 9):** Κι εδώ το μολύβι κρατιέται με τριποδική ή τετραποδική λαβή, όμως ο αντίχειρας «τυλίγεται» γύρω από το δείκτη.



Εικόνα 9: Με τον αντίχειρα «τυλιγμένο»

- **Κλειστή τριποδική λαβή (Εικόνα 10):** Όμοια με την τριποδική λαβή, μόνο που το άνοιγμα ανάμεσα στον αντίχειρα και το δείκτη είναι μικρότερο.



Εικόνα 10: Κλειστή τριποδική λαβή

και «σφιχτά» τα δάκτυλα (Εικόνα 11): Το μολύβι κρατιέται ανάμεσα στο δείκτη και το μέσο. Όλα τα δάκτυλα είναι σφιγμένα, με αποτέλεσμα να εξαφανίζεται η απόσταση ανάμεσα σε αντίχειρα και δείκτη.

- Με

«τυλιγμένα»

και «σφιχτά» τα δάκτυλα (Εικόνα 11): Το μολύβι



Εικόνα 11: Με «τυλιγμένα» και «σφιχτά» τα δάκτυλα

- **Με λυγισμένο τον καρπό (Εικόνα 12):** Το μολύβι μπορεί να κρατιέται με ποικίλους τρόπους και τον καρπό σε κάμψη. Η λαβή αυτή συναντάται πιο συχνά σε αριστερόχειρες (Alley, 1992).



Εικόνα 12: Λαβή με λυγισμένο τον καρπό

Απομόνωση των δακτύλων – δυναμική κίνηση: Τα δάκτυλα πρέπει να συνεργάζονται κατάλληλα κατά το γράψιμο, ώστε η κίνηση να μην εκτελείται μόνο από τον καρπό ή τον αγκώνα και το βραχίονα (Erhardt, 1983; Erhardt, 1993).

Κινητικός σχεδιασμός: Πρόκειται για τη σύνθετη ικανότητα να μπορεί κάποιος να φανταστεί την κίνηση που πρέπει να κάνουν οι μύες και οι αρθρώσεις προκειμένου να εκτελεστεί το συγκεκριμένο κινητικό αποτέλεσμα (Α.Ο.Τ.Α, 1994).

Πλευρίωση: Πρόκειται για την ικανότητα του παιδιού να χρησιμοποιεί μία κατά προτίμηση πλευρά του σώματος για δραστηριότητες που απαιτούν υψηλού επιπέδου δεξιότητες (Α.Ο.Τ.Α., 1994). Μία από αυτές είναι και η γραφή. Μπορούμε να διαπιστώσουμε την πλευρίωση του παιδιού τοποθετώντας μπροστά του, ακριβώς στη μέση, μία ξυλομπογιά και παρατηρώντας με ποιο χέρι θα τη συλλάβει, ή με ποιο πόδι θα κλωτσήσει μία μπάλα. Πάντως, σε καμία περίπτωση δεν πιέζουμε το παιδί να γίνει π.χ. αριστερόχειρας, γιατί αυτό μπορεί να το αποδιοργανώσει και να προκαλέσει

ακόμα και τραυλισμό. Αν η πλευρίωση δεν είναι σαφής, πρέπει να του δοθεί η ευκαιρία να εξερευνήσει και τις δύο πλευρές. Στη συνέχεια, η επιλογή που έγινε μπορεί να ενθαρρυνθεί μέσω διαφόρων δραστηριοτήτων (Galloway, 1990).

Αμφίπλευρη οργάνωση: Πρόκειται για την ικανότητα του παιδιού να χρησιμοποιεί και τις δύο πλευρές του σώματος συγχρόνως, με ένα συντονισμένο τρόπο, κατά τη διάρκεια μίας δραστηριότητας. Π.χ., χρησιμοποιώντας ένα ψαλίδι για να κόψει ένα σχεδιασμένο αστέρι, κρατά το εργαλείο π.χ. με το δεξί χέρι και το χαρτί με το αριστερό (Α.Ο.Τ.Α., 1994).

Σωστή καθιστή θέση: Η θέση του παιδιού πάνω στην καρέκλα και σε σχέση με το θρανίο του είναι πολύ σημαντική. Κάποιες γενικές αρχές που ισχύουν, είναι οι εξής:

- Τα πόδια πρέπει να αναπαύονται στο πάτωμα. Σε περίπτωση που αυτά είναι πολύ κοντά, τοποθετείται υποπόδιο σχηματίζοντας αν είναι δυνατόν γωνία 90° .
- Οι μηροί πρέπει να είναι παράλληλοι με το πάτωμα, άρα στα ισχία και τα γόνατα πρέπει να σχηματίζεται γωνία 90° .
- Το βάθος της καρέκλας πρέπει να είναι περίπου 2,5 cm μικρότερο από τους μηρούς, ώστε να επιτρέπεται στο παιδί να φέρνει κατά διαστήματα τις γάμπες πίσω από την αρχική θέση.
- Η απόσταση ανάμεσα στην κοιλιά του παιδιού και του θρανίου πρέπει να είναι περίπου 2,5 cm.
- Το ύψος του θρανίου πρέπει να βρίσκεται περίπου 5 cm πάνω από το επίπεδο του αγκώνα, έτσι ώστε το παιδί να μη χρειάζεται να σκύβει για να φτάσει στο γραπτό του.
- Το θρανίο πρέπει να είναι τοποθετημένο παράλληλα με τον πίνακα, ώστε να μη χρειάζεται το παιδί να στρίβει το κεφάλι του για να βλέπει.
- Για τα παιδιά που χρησιμοποιούν το δεξί χέρι, η αριστερή κάτω γωνία του τετραδίου πρέπει να είναι ελαφρώς στραμμένη προς την κοιλιά. Για όσα χρησιμοποιούν το δεξί χέρι, η δεξιά κάτω γωνία πρέπει να είναι στραμμένη ομοίως.
- Πρέπει να υπενθυμίζεται στο παιδί να τοποθετεί πιο ψηλά στο θρανίο την κόλλα του όσο πλησιάζει το τέλος της σελίδας, έτσι ώστε να μην καταλήγει

γράφοντας με τα χέρια να κρέμονται έξω από το θρανίο (Alley, 1992; Wilsdon, 1997).

Χ.8 ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΕΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΓΡΑΦΗ

Χ.8.1 Προσαρμογές για τη σύλληψη του μολυβιού

- Αν αυτό γλιστράει από τα δάκτυλά του, τοποθετούμε γύρω από την περιοχή της σύλληψης αφρώδες υλικό.
- Τοποθετούμε κατάλληλο λαστιχένιο εξάρτημα, που καθορίζει την περιοχή της σύλληψης.
- Χρησιμοποιούμε μολύβι ή ξυλομπογιά μικρού μήκους (Alley, 1992).

Χ.8.2 Δραστηριότητες για τη βελτίωση της λεπτής κινητικότητας

- Να εξασκεί τη «γραφή» στον αέρα.
- Να «γράφει» τα γράμματα σε επιφάνεια καλυμμένη με άμμο, αλεύρι, ρύζι κ.τ.λ.
- Να «γράφει» τα γράμματα πάνω στο χέρι του ή στο χέρι του δασκάλου (χωρίς τη χρήση στυλό που γράφει).
- Να σχεδιάζει διαγώνιες γραμμές και γωνίες σε ένα τετράγωνο.
- Να ακολουθεί με το μολύβι την πορεία λαβυρίθων για να φτάνει στο στόχο.
- Να τσαλακώνει πρώτα με τα χέρια του το χαρτί που θέλει να πετάξει.
- Να παίζει επιτραπέζια παιχνίδια που απαιτούν τη ρίψη ζαριού.
- Να ζωγραφίζει σε καβαλέτο. Αυτό βελτιώνει τον καρπό που βρίσκεται σε κάμψη.
- Να βιδώνει και να ξεβιδώνει παιχνίδια με τον κατάλληλο εξοπλισμό.
- Να ζωγραφίζει.
- Να παίζει παιχνίδια που απαιτούν το μοίρασμα καρτών (π.χ. Μονόπολι, Τόμπολα Ζώων).
- Να φτιάχνει κολιέ και βραχιόλια για τη μαμά, περνώντας χάντρες μέσα από νήμα. Ο θεραπευτής έχει φροντίσει να εμποδίσει τις χάντρες να φεύγουν από τη μία άκρη π.χ. έχοντάς τη προηγουμένως βουτήξει σε κόλλα.
- Να φτιάχνει μωσαϊκό επιλέγοντας πετρούλες διαφόρων χρωμάτων.

ΕΠΕΑΕΚ: Πρόσβαση για Όλους

- Να ζωγραφίζει χρησιμοποιώντας Stencil.
- Να προσθέτει χρώμα χρησιμοποιώντας σταγονόμετρο.
- Να τοποθετεί μικρές σφήνες σε ανάλογες υποδοχές, π.χ. *Mastermind*.
- Να γυρίζει κέρματα χρησιμοποιώντας τον αντίχειρα, το δείκτη και το μέσο.

Τα κέρματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για την εκμάθηση των αριθμών.

- Να βάζει συνδετήρα στα χαρτιά πριν τα παραδώσει.
- Να πλάθει πλαστελίνη με τα χέρια του και να προσπαθεί να βρει μικρά αντικείμενα κρυμμένα μέσα σε αυτή. Προσοχή μην καταπιεί κάποιο από αυτά (Alley, 1992).

Χ.8.3 Δραστηριότητες για την πλευρίωση

- Να διαρρυθμιστούν τα αντικείμενα του θρανίου με τρόπο ώστε να χρειάζεται να περάσει τη μέση γραμμή με το επικρατές χέρι. Π.χ., αν το παιδί είναι δεξιόχειρας, να τοποθετείται το κουτί με τις μπογιές στα αριστερά. Επίσης, μπορεί να δανείζεται κόλλα από το παιδί που κάθεται αριστερά του.
- Να τοποθετεί μικρές σφήνες σε ανάλογες υποδοχές, π.χ. *Mastermind*. Το δοχείο με τις σφήνες να βρίσκεται στην αντίθετη πλευρά από το επικρατές άκρο (Alley, 1992).

Χ.8.4 Δραστηριότητες για την ενδυνάμωση του χεριού

- Να τσαλακώνει πρώτα με τα χέρια του το χαρτί που θέλει να πετάξει.
- Να σχίζει χαρτιά χρησιμοποιώντας τις άκρες των δακτύλων. Στη συνέχεια, όταν θα έχει δυναμώσει αρκετά, να σχίζει περισσότερα χαρτιά μαζί.
- Να στραγγίζει κομμάτια από ύφασμα ή σφουγγάρι που τα έβρεξε σε ένα δοχείο με νερό. Με το νερό που θα μαζέψει από το στράγγισμα, θα ποτίζει κάποιο λουλούδι.
- Να κόβει με ψαλίδι χαρτιά διάφορου πάχους.
- Να προσθέτει χρώμα χρησιμοποιώντας σταγονόμετρο.
- Να πλάθει πλαστελίνη με τα χέρια του (Alley, 1992).

Χ.8.5 Δραστηριότητες για βελτίωση του κινητικού σχεδιασμού

- Να ακολουθεί με το μολύβι την πορεία λαβυρίνθων για να φτάνει στο στόχο.

ΕΠΕΑΕΚ: Πρόσβαση για Όλους

- Να ζωγραφίζει.
- Να κόβει με ψαλίδι.
- Να ζωγραφίζει χρησιμοποιώντας Stencil (Alley, 1992).

Τέλος, για τη βελτίωση της γραφοκινητικής ικανότητας καθεαυτής, ο δάσκαλος μπορεί να δίνει στο παιδί ειδικό χαρτί ή τετράδια (που θα κατασκευάζει) για να γράφει. Σε αυτές τις σελίδες, η κάθε γραμμή ορίζεται από τρεις λεπτές γραμμές, δηλαδή υπάρχει και μία ενδιάμεση. Η ενδιάμεση λειτουργεί ως οδηγός για το ύψος των γραμμάτων δεν πρέπει να μοιάζει με τις άλλες. Μάλιστα, η κάτω γραμμή μπορεί να είναι καφέ (όπως το έδαφος, στο οποίο ακουμπά το κάτω μέρος του γράμματος), η πάνω μπλε (όπως ο ουρανός, στο οποίο ακουμπά το πάνω μέρος των ψηλών γραμμάτων) και η μεσαία διακεκομμένη κίτρινη (όπως ο ήλιος, για τα ενδιάμεσα ύψη) (Εικόνα). Επίσης, στο κάτω μέρος του χαρτιού μπορεί να υπάρχει μία παχιά καφέ γραμμή, στο πάνω μέρος μία παχιά γαλάζια γραμμή και στη μέση ένας ήλιος.

Χ.9 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

Χ.9.1 ΣΗΜΑΣΙΑ ΣΙΤΙΣΗΣ

Η σίτιση ενός παιδιού αποτελεί κύρια Δ.Κ.Ζ., εφόσον εξασφαλίζει την επιβίωσή του. Συγχρόνως αποτελεί και ένα κοινωνικό γεγονός, εφόσον για τους περισσότερους πολιτισμούς η ώρα του φαγητού είναι ώρα σύσφιξης των οικογενειακών σχέσεων, ενώ τα γεύματα με φίλους κ.τ.λ. αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής κάθε ατόμου που λειτουργεί ανεξάρτητα (Σηφάκη, 1998). Επίσης, κατά την παραμονή του στο σχολείο, θα χρειαστεί να φάει το κολατσιό του κ.τ.λ.

Χ.9.2 ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ - ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ

Ο έλεγχος της κεφαλής και της ωμικής ζώνης είναι απαραίτητος για τη συνεργασία κατά τη σίτιση, καθώς και ο έλεγχος των οργάνων της στοματικής κοιλότητας. Επίσης, τα ενεργητικά πρότυπα σύλληψης της άκρας χείρας είναι απαραίτητα για την ανεξάρτητη σίτιση. Μέχρι όμως να κατακτηθούν αυτές οι

δεξιότητες, χρησιμοποιούνται αντανεκλαστικοί μηχανισμοί για τη λήψη της τροφής. Αυτοί είναι οι *βασικές κινητικές στοματικές λειτουργίες* που ακολουθούν, οι οποίες στη συνέχεια θα μετατραπούν (όπως και τα άλλα αντανεκλαστικά) σε *πολυπλοκότερους ενεργητικούς μηχανισμούς* (Σηφάκη, 1998).

- **Αντανεκλαστικό αναζήτησης ή προσανατολισμού**
- **Αντανεκλαστικό θηλασμού και κατάποσης**
- **Αντανεκλαστικό εξέμεσης**
- **Αντανεκλαστικό δήξεως**

Η παραμονή ή μη εμφάνιση αυτών των αντανεκλαστικών εμποδίζει τη σίτιση του παιδιού, κάτι το οποίο μπορεί να φτάσει κάποιες φορές σε σημείο υποσιτισμού.

Χ.9.3 ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

Ο παθολογικός μυϊκός τόνος, καθώς και τα διάφορα αντανεκλαστικά που παρουσιάστηκαν σε προηγούμενη ενότητα, μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση παθολογικών προτύπων που δυσχεραίνουν τη λήψη της τροφής. Η παθολογική εικόνα, που μπορεί να οφείλεται και σε υπερευαισθησία της περιοχής, έχει ως εξής:

Χ.9.3.1 Προβλήματα στην κάτω γνάθο

Η κάτω γνάθος είναι το κινητό τμήμα της κροταφογναθικής άρθρωσης, και μπορεί να προκαλεί τα εξής (Warner, 1981):

- *Το στόμα φαίνεται ανοικτό, επειδή η κάτω γνάθος έχει τραβηχτεί προς τα κάτω ή προς τα πίσω και κάτω.* Οφείλεται στη δράση του ολικού εκτατικού προτύπου, το οποίο επιδρά στον αυχένα και στην κροταφογναθική.
- *Το στόμα κρατείται σφιχτά κλειστό.* Αυτό, οφείλεται πιθανώς σε ισχυρό αντανεκλαστικό δήξεως, εφόσον τα δόντια έρχονται σε επαφή μεταξύ τους. Επίσης, στην καθιστή θέση μπορεί να οφείλεται σε χαμηλό μυϊκό τόνο στον κορμό, ο οποίος αντισταθμίζεται με καμπτικό πρότυπο, οπότε η κροταφογναθική κλείνει, τα ισχία κάμπτονται και η λεκάνη έρχεται σε οπίσθια κλίση.
- *Το στόμα εμφανίζεται ασταθές.* Το πρόβλημα οφείλεται σε χαμηλό μυϊκό τόνο ή σε διακυμαινόμενο μυϊκό τόνο (αθέτωση).

Χ.9.3.2 Προβλήματα στη γλώσσα

Η φυσιολογική κινητικότητα της γλώσσας είναι απαραίτητη για τη σωστή πρόσληψη, μάσηση και ανάδευση της τροφής με το σάλιο μέσα στο στόμα, καθώς και για την κατάποση. Πιθανά προβλήματα είναι:

- *Η γλώσσα βγαίνει προς τα έξω (εξώθηση της γλώσσας).* Οφείλεται σε αυξημένο μυϊκό τόνο ή σε έκλυση ολικού εκτατικού προτύπου (όπως όταν το στόμα μένει ανοικτό). Επίσης, μπορεί να οφείλεται σε κακή πλευρική κινητικότητα της γλώσσας. Τέλος, ας σημειωθεί ότι εμφανίζεται και κατά την προσπάθεια εκτέλεσης μίας κίνησης που απαιτεί δεξιότητα (και ένα παιδί χωρίς προβλήματα παρουσιάζει ελαφρώς αυτήν την εικόνα σε ανάλογη προσπάθεια).
- *Η γλώσσα μένει τραβηγμένη προς τα πίσω.* Αυτό οφείλεται σε αυξημένο μυϊκό τόνο, ο οποίος οδηγεί τη γλώσσα προς τα πάνω και πίσω, τη φέρνει σε επαφή με τη σκληρή υπερώα (ο «θόλος» της στοματικής κοιλότητας) και αφήνει κενό το εμπρός μέρος της στοματικής κοιλότητας.
- *Η γλώσσα είναι χαλαρή, έχει μη διαμορφωμένο (πλατύ) σχήμα και έχει περιορισμένη κινητικότητα.* Οφείλεται κυρίως σε χαμηλό μυϊκό τόνο.
- *Η γλώσσα παρουσιάζεται ασύμμετρη:* Κατά την εξώθηση προς τα έξω, κλίνει προς τη μία ή την άλλη πλευρά. Οφείλεται στην έκλυση του Α.Τ.Α.Α. ή στη μη συμμετρική προσβολή των δύο ημιμορίων του σώματος, όπως συμβαίνει στην ημιπληγία. Τέλος, μπορεί να οφείλεται σε βλάβη του νεύρου που είναι υπεύθυνο για την κινητικότητά της (Morris & Klein, 1987).

Χ.9.3.4 Σιελόρροια

Η σιελόρροια ταλαιπωρεί πολλά παιδιά με κινητικές διαταραχές (π.χ. με εγκεφαλική παράλυση). Οφείλεται σε αδυναμία επαρκούς κατάποσης του σιέλου (λόγω αδυναμίας ελέγχου των αντίστοιχων μυών), σε αδυναμία ελέγχου του σιέλου όταν εκτελούνται κινήσεις που απαιτούν ιδιαίτερη δεξιότητα (π.χ. προσπάθεια να γράψει την εργασία του με το μολύβι), αδυναμία να κλείσουν τα χείλη λόγω χαμηλού μυϊκού τόνου στην περιοχή ή σε άνοιγμα του στόματος που οφείλεται σε έντονο ολικό εκτατικό πρότυπο (Σηφάκη, 1998).

Χ.9.3.5 Πνιγμός

Οφείλεται σε αδυναμία συντονισμού των κινήσεων αναπνοής και κατάποσης (τα βρέφη τις εκτελούν ταυτόχρονα), σε καθυστερημένη έκλυση του αντανακλαστικού κατάποσης, σε αδυναμία επεξεργασίας της ποσότητας τροφής που μασιέται (βλωμός) ή σε άλλες διαταραχές της πεπτικής οδού (Σηφάκη, 1998).

Χ.9.3.6 Εμετός - Εμετική Διάθεση

Οφείλεται συχνά στην παρουσία έντονου εξεμετικού αντανακλαστικού, όταν το σημείο έκλυσής του έχει παραμείνει στο εμπρός τρίτο της γλώσσας και δεν έχει μεταφερθεί σταδιακά προς τα πίσω. Επίσης, μπορεί να οφείλεται σε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, δηλαδή σε επιστροφή του περιεχομένου του στομάχου στον οισοφάγο. Η τελευταία διαταραχή, καθιστά απαραίτητη τη σίτιση του παιδιού χρησιμοποιώντας ορισμένη θέση, καθώς και τη χρήση τροφής συγκεκριμένης υφής (Σηφάκη, 1998).

Χ.10 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ - ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗ ΑΜΥΝΤΙΚΟΤΗΤΑ

Πρόκειται για διαταραχές της *μεταφοράς* του αισθητηριακού ερεθίσματος (π.χ. απτικού) από τον υποδοχέα ως το ανάλογο κέντρο αναγνώρισης στον εγκέφαλο. Δεν υπάρχει κάποια βλάβη της ανατομίας των οργάνων, υπάρχει όμως διαταραχή της επεξεργασίας του ερεθίσματος στο Κ.Ν.Σ. Η *δυσλειτουργία στην επεξεργασία* των ερεθισμάτων αφορά στα εξής συστήματα (Farber, 1982):

- **Αιθουσαίο**, οι υποδοχείς του οποίου βρίσκονται στο λαβύρινθο του έσω ωτός και ρυθμίζουν την ισορροπία.
- **Απτικό**, οι υποδοχείς του οποίου βρίσκονται σε όλο το δέρμα και μεταφέρουν ερεθίσματα αφής.
- **Ιδιοδεκτικό**, που είναι υπεύθυνο για τη μεταφορά ερεθισμάτων που έχουν σχέση με την επίγνωση της θέσης των μελών του σώματος στο χώρο (Farber, 1982).

Οι διαταραχές αυτές επηρεάζουν την εν γένει κινητική (αδρή ή λεπτή) κινητικότητα του ατόμου, την ικανότητά για δραστηριοποίηση και τη συγκέντρωση προσοχής, τη χωροχρονική οργάνωση. Στην περίπτωση της

στοματικής κοιλότητας, μπορούμε να μιλήσουμε για *απτική αμυντικότητα*, η οποία είναι σοβαρό πρόβλημα και περιορίζει την ποσότητα και ποικιλία των τροφών που μπορεί να λάβει ένα παιδί, ενώ δυσκολεύει πολύ τη διαδικασία σίτισής του δημιουργώντας εκνευρισμό. Επίσης, πιστεύεται ότι μπορεί να οφείλεται (Wolf & Glass, 1992):

- Σε πρώιμες, δυσάρεστες εμπειρίες κατά τη νεογνική και βρεφική περίοδο. Οι δυσκολίες ανάπτυξης επιβάλλουν για την αρχική σίτιση πολλών παιδιών τη χρήση σωλήνων που περνούν από το λαιμό και δημιουργούν απωθητικές αντιδράσεις (βήχας, πνιγμός, έμετος κ.τ.λ.)
- Σε υπερευαίσθησία, οφειλόμενη σε μακρόχρονη μη στοματική σίτιση.

Χ.11 ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΙΤΙΣΗ

Χ.11.1 Πολύ μικρές ηλικίες – βρέφη /συνήθως στην αγκαλιά του θεραπευτή

Δε θα μας απασχολήσει ιδιαίτερα η σίτιση του παιδιού σε τόσο μικρή ηλικία.

Χ.11.2 Μεγαλύτερες ηλικίες/ χρήση ειδικού καθίσματος

Αν χρησιμοποιείται ειδικό κάθισμα, πρέπει να εξασφαλίζονται τα εξής:

- Να *μην ακινητοποιεί* τα άκρα του παιδιού, που χρησιμοποιούνται για την ανεξάρτητη σίτιση, αλλά *σταθεροποιεί* τα κεντρικά σημεία που το έχουν ανάγκη.
- Να παρέχει υποστήριξη με προσαρμογές μόνο εκεί που απαιτείται.
- Να επιτρέπει την ελευθερία κινήσεων και τη συμμετρική χρήση των άνω άκρων.
- Να προσφέρει ασφάλεια. Ο φόβος δημιουργεί αύξηση του μυϊκού τόνου και δε διευκολύνει τη διαδικασία σίτισης.
- Να μη μειώνει το οπτικό πεδίο του παιδιού.

Χ.11.3 ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΩΝ ΒΟΗΘΗΜΑΤΩΝ

- Η χρήση βοηθημάτων – προσαρμοστικού εξοπλισμού, μπορεί να προσφέρει σε μεγάλο βαθμό ανεξαρτητοποίηση του παιδιού στη σίτιση. Έτσι, διευκολύνονται οι γονείς ή οι δάσκαλοι του παιδιού, ενώ αυξάνεται η

αυτοεκτίμηση του παιδιού, εφόσον καταφέρνει να τραφεί μόνο του (Coley & Procter, 1989).

Χ.12 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΕΝΔΥΣΗΣ – ΑΠΟΔΥΣΗΣ

Χ.12.1 ΣΗΜΑΣΙΑ ΕΝΔΥΣΗΣ – ΑΠΟΔΥΣΗΣ

Η ένδυση – απόδυση ενός παιδιού με κινητικούς περιορισμούς μπορεί να είναι εξαιρετικά δύσκολη και χρονοβόρα διαδικασία, εφόσον όλοι οι κινητικοί, αισθητηριακοί, αντιληπτικοί και γνωστικοί περιορισμοί που αναφέρθηκαν σε προηγούμενες ενότητες είναι δυνατόν να παρεμβληθούν σε αυτές τις δραστηριότητες.

Μάλιστα, όσο το παιδί μεγαλώνει και γίνεται βαρύτερο, οι δυσκολίες αυξάνονται. Έτσι, είναι συχνά απαραίτητη η εκμάθηση από τους δασκάλους και τους γονείς τρόπων χειρισμού των παθολογικών προτύπων, η εκπαίδευση του παιδιού στις δραστηριότητες αυτές (σύμφωνα με το αναπτυξιακό του επίπεδο) ή η χρήση προσαρμοστικών τεχνικών (Case – Smith, 1994). Στο σχολείο, συχνά θα χρειαστεί κάποιος να βοηθήσει ένα παιδί π.χ. να βγάλει ή να βάλει το μπουφάν του.

Χ.12.2 ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Στο πλαίσιο της αναπτυξιακής προσέγγισης, προσπαθούμε να βοηθήσουμε το παιδί να αναπτύξει τις κινητικές δεξιότητες που του λείπουν, ώστε να ολοκληρώσει όσο γίνεται πιο ανεξάρτητα το ντύσιμο – γδύσιμο (Shepherd, Procter & Coley, 1996).

Χ.12.3 ΑΝΤΙΣΤΑΘΜΙΣΤΙΚΗ – ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Όταν εκπαιδεύουμε ένα παιδί στην εκτέλεση μίας δραστηριότητας, επιλέγουμε αρχικά τη συνηθέστερη τεχνική. Στο βαθμό που αυτό δεν είναι εφικτό, καταφεύγουμε σε προσαρμογές, οι οποίες προσφέρουν πιο άμεσα την ανεξαρτητοποίηση του παιδιού.

Χ.12.4 ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

Χ.12.4.1 Προσαρμογή των τεχνικών ανάλυσης και διαβάθμισης της δραστηριότητας

Μία δραστηριότητα ένδυσης μπορεί να χωριστεί σε πολλά επιμέρους στάδια. Καθένα από αυτά μπορεί να διδαχθεί ξεχωριστά και αν είναι απαραίτητο, να «σπάσει» σε άλλα στάδια. Μπορούμε να αρχίσουμε εκπαιδεύοντας από το πιο εύκολο στο πιο δύσκολο, από το αδρό στο λεπτό, να απαιτήσουμε από το παιδί να ολοκληρώσει περισσότερα στάδια μόνο του ή να του περιορίσουμε το χρόνο που διατίθεται (Case – Smith, 1994).

Χ.12.4.2 Προσαρμογή των εντολών που δίνονται πριν ή /και κατά την εκτέλεση της δραστηριότητας

Στα αρχικά στάδια της εκπαίδευσης, χρησιμοποιούνται απτικά – κιναισθητικά μηνύματα, χειρονομίες και λεκτικές παροτρύνσεις. Κατά την πορεία της εκπαίδευσης, ο θεραπευτής μπορεί σταδιακά να ελαττώνει τα κιναισθητικά μηνύματα (δηλαδή να βοηθά το παιδί λιγότερο στα στάδια οδηγώντας π.χ. το άκρο στο μανίκι, να αρκείται σε λεκτικές εντολές τις οποίες τέλος μπορεί να ελαττώσει. Όπως και να έχει, μετά από κάθε λεκτική εντολή, πρέπει να δίνεται ο κατάλληλος χρόνος επεξεργασίας της πριν την επανάληψή της, ώστε τελικά να διαπιστωθεί ο βαθμός πραγματικής ανεξαρτησίας (Case – Smith, 1994).

Χ.12.4.3 Προσαρμογή των τεχνικών ενίσχυσης

Οι διάφοροι τύποι ενίσχυσης (υλική – κάποιο προνόμιο, άμεση – ετεροχρονισμένη) πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν κατά τη σχεδίαση του προγράμματος.

Χ.12.4.4 Προσαρμογή των εποπτικών μέσων

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί κάποια κούκλα για την εκπαίδευση στις δραστηριότητες

X.12.4.5 Προσαρμογή του περιβάλλοντος

Ένα περιβάλλον θορυβώδες και διασπαστικό δεν ευοδώνει την εκπαίδευση ενός παιδιού με διαταραχές προσοχής. Επίσης, το δωμάτιο πρέπει να είναι φωτεινό, ώστε το παιδί να διακρίνει π.χ. τους διακριτικούς χρωματισμούς που τοποθετήθηκαν στα ρούχα για τη διάκριση εμπρός – πίσω. Παράλληλα, η χρήση μίας καρέκλας ή άλλου εξοπλισμού (απέναντι από το παιδί) όπου τοποθετείται π.χ. το πουλόβερ πριν την ένδυση με αυτό, μπορεί να διευκολύνει τη διαδικασία (Case – Smith, 1994).

X.12.4.6 Προσαρμογή της θέσης και της υποστήριξης

Όλες οι θέσεις (όρθια, καθιστή, πλάγια θέση) δεν προσφέρουν την ίδια διευκόλυνση για την ένδυση, λόγω της διαφορετικής επίδρασης της βαρύτητας και των ανάλογων απαιτήσεων από τις θέσεις ισορροπίας. Η όρθια είναι σαφώς η πιο δύσκολη, με την καθιστή (έχοντας συχνά το θεραπευτή από πίσω να στηρίζει τη λεκάνη και τους ώμους ως κεντρικά σημεία) πιο εύκολη. Για ένα παιδί που έχει καλό συλληπτικό πρότυπο αλλά ελλιπή ισορροπία, χρησιμοποιείται η πλάγια θέση. Επίσης, αν το παιδί τοποθετηθεί στη γωνία που σχηματίζουν δύο τοίχοι, εξασφαλίζει περισσότερη ισορροπία. Τέλος, μπορεί να ντύνεται από όρθια θέση έχοντας μία καρέκλα δίπλα του και τοποθετώντας το ένα άκρο σε αυτή για σταθεροποίηση, ώστε να αποφύγει τις εξαρτημένες αντιδράσεις (Case – Smith, 1994).

X.12.4.7 Προσαρμογή των σταδίων και του τρόπου συμμετοχής στη δραστηριότητα

Κάθε δραστηριότητα αποτελείται από επιμέρους στάδια τα οποία εκτελούνται με συγκεκριμένη διαδοχική σειρά. Δεν μπορούμε να ζητήσουμε από ένα παιδί να ολοκληρώνει όλα τα στάδια μόνο του. Το πιο πιθανό είναι να ολοκληρώνει ανεξάρτητα κάποια από αυτά, ενώ τα υπόλοιπα να ολοκληρώνονται από το θεραπευτή. Στη συνέχεια, μπορούν να αυξηθούν τα στάδια τα οποία αναμένεται να ολοκληρωθούν ανεξάρτητα.

Για την εμπλοκή σε δραστηριότητες ένδυσης – απόδυσης, χρησιμοποιούνται δύο μέθοδοι: **α)** Ανάστροφη αλυσίδα – πορεία και **β)** Κανονική αλυσίδα – πορεία. Στην πρώτη περίπτωση, το παιδί είναι σε θέση

να εκτελέσει ανεξάρτητα το τελευταίο στάδιο και εκτελώντας το λαμβάνει ικανοποίηση (Case – Smith, 1994).

X.12.4.8 Προσαρμογή της ώρας της ημέρας

Είναι σημαντικό η εκπαίδευση σε αυτές τις δραστηριότητες να γίνεται όταν το παιδί βρίσκεται σε εγρήγορση και αν είναι δυνατόν – από ένα σημείο και μετά - κατά την ώρα που αυτές συνήθως εκτελούνται. Είναι λοιπόν φανερή η ανάγκη εκπαίδευσης και των γονιών στις τεχνικές που θα χρησιμοποιούνται (Σηφάκη, 1998).

X.12.5 ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ

- Στην περίπτωση που το παιδί δεν τα καταφέρνει με μία συγκεκριμένη τεχνική, προτείνεται κάποια άλλη, πιο συμβατή με τις συγκεκριμένες δυσκολίες.

X.12.6 ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΩΝ ΡΟΥΧΩΝ

- Προτιμώνται τα παπούτσια χωρίς κορδόνια ή η χρήση κορδονιών που είναι ελαστικά και δε χρειάζονται δέσιμο σε κάθε χρήση του παπουτσιού.
- Κατά την εκπαίδευση, προτιμώνται ρούχα που είναι λίγο μεγαλύτερα από το νούμερο του παιδιού. Επίσης, τα ρούχα πρέπει να είναι ελαστικά, άνετα και όχι εφαρμοστά για να επιτρέπουν την ελευθερία στην κίνηση. Τέλος, πρέπει να καθαρίζονται εύκολα και να είναι κατά προτίμηση από φυσικές ίνες, ώστε να είναι πιο υγιεινά και να μη μυρίζουν.
- Το άνοιγμα των μανικιών και του λαιμού πρέπει να επιτρέπει το άνετο πέρασμα των χεριών και της κεφαλής αντίστοιχα.
- Οι όποιες προσαρμογές γίνουν πάνω στα ρούχα (π.χ. προσθήκη χρωματιστού σήματος για διάκριση αριστερού – δεξιού παπουτσιού) θα πρέπει να είναι διακριτικές (Case – Smith, 1994).

X.12.7 ΧΡΗΣΗ ΒΟΗΘΗΜΑΤΩΝ

- Τοποθέτηση θηλιών στα παντελόνια και ειδικά στις κάλτσες. Το παιδί τραβάει το ρούχο προς τα πάνω χρησιμοποιώντας μία ράβδο με θηλιά στην άκρη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abramowitz, A.J., & O' Leary, S.G. (1990). *Effectiveness of delayed punishment in an applied setting. Behavior Therapy, 21*, 231 – 239.
- Alley, K. (1992). *Handwriting in the Classroom*. Retrieved July 18, 2004, from <http://www.sd54.k12.il.us/schools/webclass/kalley/default.htm>
- Barkley, R.A. (1997). Attention – deficit/ Hyperactivity disorder. In E.J. Marn & L.G. Terdal (Eds.), *Assessment of Childhood Disorders* (pp. 71 – 129). New York: Guilford Press
- Bobath, B., & Bobath, K. (1992). *Κινητική ανάπτυξη στους διάφορους τύπους της Εγκεφαλικής Παράλυσης*. Αθήνα: Παρισιάνος
- Bobath, K. (1980). *A neurophysiological basis for the treatment of cerebral palsy*. Cambridge University Press.
- Case – Smith, J. (1994). Self – care Strategies for children with developmental deficits. In C. Christiansen, *Ways of Living*. U.S.A.: The American Occupational Therapy Association, Inc.
- Colangelo, C. A. (1992). Biomechanical Frame of Reference. In P. Kramer, & J. Hinojosa (Eds.), *Frames of reference for pediatric occupational therapy* (pp. 233 – 305). Lippincott, Williams & Wilkins.
- Coley, I.L., & Procter, S.A. (1989). Self – maintenance activities. In P. Pratt & A. Allen (Eds.), *Occupationa Therapy for Children* (pp. 260 – 294). St. Louis: Mosby.
- Cook, A.M., & Hussey, S.M. (1995). *Assistive Technologies: Principles and practice*. St. Louis: Mosby.
- Du Paul, G.J., & Eckert, T.L. (1997). The effect of school – based intervention for ADHD: A meta – analysis. *School Psychology Review, 26*, 5 – 27.

ΕΠΕΑΕΚ: Πρόσβαση για Όλους

- Duncan, R.M. (1989). Basic principles of splinting the hand. *Physical Therapy*, 69 (12), 1104 – 1119.
- Erhardt, R.P. (1983). *Developmental Hand Function*. (2nd Ed.). San Antonio: Therapy Skill Builders.
- Erhardt, R.P. (1993). Cerebral Palsy. In H. Hopkins & H. Smith (Eds). *Willard's & Spackman's, Occupational Therapy*, (8th Ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company
- Farber, S.D. (1982). *A multisensory approach to neurorehabilitation*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Jones, C. (1989, November/ December). Managing the difficult child. *Family Day Caring*, 6 – 7.
- Klein, M. (1988). *Predressing Skills*, Tucson A.Z.: Therapy Skill Builders.
- Scherzer, A., & Tscharnuter, I. (1990). *Early diagnosis and therapy in cerebral palsy*. (2nd ed.). New York, NY: Marcel Dekker.
- Sharp, G. & Thompson, D. (2004). *Biomechanics of the hand*. Retrieved July 15, from <http://moon.ouhsc.edu/gsharp/namics/hand.htm>
- Shepherd, J., Procter, S., & Coley, J. (1996). Self – Care and Adaptation for Independent Living. In A. Case – Smith, A. Allen & P. Pratt (Eds.). *Occupational Therapy for children*. (3rd Ed.) (pp. 461 – 502). St. Louis: Mosby.
- Sulzer – Azaroff, B., & Mayer, G.R. (1991). *Behavior Analysis for lasting change*. Fort Worth, TX: Holt, Reverhart & Winston.
- Warner, J. (1981). *Helping the Handicapped child with early feeding*. London. Winslow Press.

- Warren, M. (1992a). A Hierarchical model for evaluation and treatment of visual perceptual dysfunction in adult acquired brain injury, Part 1, *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 42 - 53.
- Warren, M. (1992b). A Hierarchical model for evaluation and treatment of visual perceptual dysfunction in adult acquired brain injury, Part 2, *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 55 - 66.
- Werry, J.S., & Sprague, R. (1970). Hyperactivity. In G. Costello (Ed.). *Symptoms of Pshchopathology* (pp. 397 – 417). New York: Willey.
- Wilsdon, J. (1997). Cerbral palsy. In A. Turner, M. Foster, S. Johnson (Eds.). *Occupational Therapy and Physical Dysfunction– Principles, Skills and Practice*. (4th Ed.) (pp. 395 – 431). New York: Churchill Livingstone.
- Wolf, L.S., & Glass, R.P. (1992). *Feeding and swallowing disorders in infancy: Assessment and management*. Tucson A.Z.: Therapy Skill Builders.
- Αξιολογητικά Εργαλεία «Πρωτέα» (2004). Αναπτυξιακή Σύμπραξη «Πρωτέας»
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Σηφάκη, Μ. (1998). *Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής: Ένας τομέας λειτουργικής ενασχόλησης*. Αθήνα: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας.