

VRNITEV MLADOSTNIKOV V ŠOLO PO NEZGODNI MOŽGANSKI POŠKODBI

SCHOOL REENTRY FOLLOWING TRAUMATIC BRAIN INJURY

Maja Sagadin, univ. dipl. psih., Maja Ogrin, spec. klin. log.
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Povzetek

Najbolj ogrožena starostna skupina za nezgodno možgansko poškodbo so mladi med petnajstim in tridesetim letom starosti. Vzroki za poškodbo so različni. Mladi se najpogosteje poškodujejo kot udeleženci v prometu, pri športu ali pa je nezgodna možganska poškodba posledica nasilja med mladimi. Okrevanje po taki poškodbi je dolgotrajno, poteka neenakomerno, posledice poškodbe pa lahko mladostnika še dolgo spremljajo in ga ovirajo pri vključevanju med vrstnike in pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti. Okrevanje se praviloma ne zaključi z odpustom iz rehabilitacijske ustanove, nadaljuje se v domačem in pogosto tudi šolskem okolju. Pri mladostnikih, pri katerih presodimo, da bodo po zaključeni rehabilitaciji lahko nadaljevali šolanje, temu prilagodimo rehabilitacijske cilje in potek obravnave. Dolgoletne izkušnje so pokazale, da je za uspešno šolanje mladostnikov po nezgodni možganski poškodbi pomembno dolgotrajnejše spremljanje le-teh in vzdrževanje vezi med strokovnjaki zdravstvenih ustanov in šol. V članku predstavljamo primera dveh mladostnikov, ki sta nadaljevala šolanje po nezgodni možganski poškodbi.

Ključne besede:

nezgodna možganska poškodba, rehabilitacija, okrevanje, individualno prilagojeno izobraževanje

Summary

The most endangered age group for traumatic brain injury is youth between 15 and 30 years of age. There are different causes for brain injuries. Adolescent are most often injured in traffic, at sports or in violent attacks. Recovery after brain injury is long-term and uneven. Consequences can last a long time and can prevent integration among peers and in every day activity. After release from rehabilitation institution the recovery is normally not over, but is continued at home and often also in the educational environment. When we assess that adolescent will be able to continue education after rehabilitation, we adjust our rehabilitation goals and course of therapy. Long-term experiences show that longer monitoring and maintenance of contacts among rehabilitation professionals and school workers are crucial for successful continuation of education after traumatic brain injury. In article we present two cases of returning to school after traumatic brain injury.

Key words:

traumatic brain injury, rehabilitation, recovery, individually adapted education

UVOD

Nezgodno možgansko poškodbo (v nadaljevanju NMP) lahko doživi vsakdo. Temu botruje sodoben način življenja, za katerega so značilni: dinamičnost in tekmovalnost, hrup in hitrost, obilje dražljajev in informacij, preplavljanje z željami in zahtevami. Sprejemanje izzivov, ki jih ponuja okolje, ter hkratno preverjanje svojih zmogljivosti pa povečujeta tveganje za nezgode (1).

Nezgodna možganska poškodba je glavni vzrok smrti, v obdobju mladostništva pa glavni vzrok za nastanek invalidnosti. Najpogosteje se poškodujejo mladi med petnajstim in tridesetim letom starosti, torej osebe v najbolj aktivnem življenjskem obdobju. Glavni vzrok za poškodbo je v tem obdobju prometna nesreča. Pogosteje se poškodujejo tudi starejši po šestdesetem letu starosti, največkrat zaradi padcev (2, 3). Statistično je dokazano, da se pogosteje poškodujejo moški (mladi moški tudi do petkrat pogosteje kot ženske), osebe pod vplivom alkohola, osebe, ki so nagnjene k tveganeemu načinu življenja (npr.: ekstremni športniki) in osebe, ki so v preteklosti že doživele poškodbo glave (3, 4). V večini zahodnih držav je incidenca bolnikov, ki jih sprejmejo na

bolnišnično zdravljenje po poškodbi glave, letno približno 200/100.000 prebivalcev. Glede na stopnjo prizadetosti je okrog 84 % vseh poškodb blagih, 11 % zmernih in 5 % hudih poškodb. Statistični podatki v Sloveniji se ne razlikujejo veliko od podatkov drugod po svetu. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije je letna incidenca 175/100.000 prebivalcev. Število poškodovanih se giblje okoli 3.500 letno (2). Vsako leto na Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča v Ljubljani sprejmemo okoli 130 oseb, ki so doživele NMP (vir: arhiv URI-Soča).

Nezgodna možganska poškodba se zgodi v trenutku, okrevanje pa je dolgotrajno. Posledice so raznolike in se kažejo na različnih področjih človekovega življenja. Okvarjena ali ohranjena je lahko bolj ali manj katera koli telesna ali duševna funkcija, ki jo nadzorujejo možgani. Najpogostejše posledice lahko razdelimo v tri večje skupine: telesne, kognitivne ter čustvene in vedenjske.

Med telesne prištevamo: motnje gibanja, senzorične motnje, motnje sluha, tinitus, motnje vida, glavobol, utrudljivost, epilepsijo in drugo. Med kognitivnimi so najpogostejše motnje izvršilnih sposobnosti, spomina, vidno-prostorskih sposobnosti, pozornosti, govorno-jezikovnih sposobnosti, počasnejša predelava informacij, slabši uvid v lastne zmožnosti in težave. Čustvene in vedenjske posledice pa so lahko: nižja frustracijska toleranca, čustvena labilnost, nihanja razpoloženja, apatija, dezinhibicija, anksioznost ali depresija (4). Katere okvare ali motnje bo poškodba povzročila in kako močno bodo izražene, pa je odvisno od več različnih dejavnikov, med katerimi so najpomembnejši: področje in obseg možganske poškodbe, čas od poškodbe, starost poškodovanca, kakovost zgodnje oskrbe, raven sposobnosti pred poškodbo, življenjski slog poškodovanca idr. Nekatero posledice so vidne in jih dokaj zlahka prepoznamo (npr.: oteženo gibanje, govorne težave). Druge pa so bolj prikrite in o njih lahko le posredno sklepamo (npr. motnje pozornosti, spomina, vida) (3). Motnje gibanja in izvajanja dnevnih opravil so v zgodnji fazi po poškodbi sicer pogostejše, praviloma pa se bolje in ugodneje popravljajo kot višje duševne funkcije (5).

POSLEDICE NMP IN ŠOLANJE

Specifične posledice NMP, ki lahko ob vrnitvi v šolo negativno vplivajo na mladostnikovo uspešnost v šoli in njegovo socialno vključenost, so: neenakomeren vzorec kognitivnih sposobnosti, motnje na področju izvršilnih funkcij, ki jih težko odkrijemo s strukturiranimi testi, novo nastale vedenjske in čustvene motnje ter dolgotrajen in nepredvidljiv potek okrevanja (6). Raziskave kažejo, da dolgoročno prav spremembe na področju vedenjskih in miselnih funkcij poškodovanca in njegovo družino ter ljudi v njegovem življenjskem okolju najbolj obremenjujejo (7). Prav tako spremembe teh sposobnosti najbolj vplivajo tudi na nadaljevanje šolanja mladostnikov po NMP.

Na področju miselnih sposobnosti se pojavljajo motnje delovnega spomina, težave pri priklicu informacij, zmanjšana pa je tudi poškodovančeva sposobnost za učenje. Lahko pride do motenj pozornosti, ki se kažejo kot težave pri osredotočanju na več stvari hkrati, težav pri izvajanju več dejavnosti hkrati in težav pri vzdrževanju pozornosti. Pogosto so upočasnjeni procesi sprejemanja, predelave in odzivanja na informacije, zaradi česar mladostnik potrebuje npr. več časa pri odgovarjanju na vprašanja, pri učenju ipd. Posledice se lahko kažejo tudi na področju vidno-prostorskega zaznavanja. Mladostnik ima lahko težave pri presojanju prostorskih odnosov, prepoznavanju in sestavljanju predmetov, razvije pa se lahko tudi zanemarjanje enega dela vidnega polja ali dvojni vid. Pogosto so zmanjšane tudi sposobnosti miselnega načrtovanja, predvidevanja in organiziranja aktivnosti ter reševanja problemov. Težave se lahko pojavljajo pri začenjanju aktivnosti ali pa je mladostnikovo vedenje impulzivno. Od drugih vedenjskih značilnosti pogosto nastopajo še: nižja frustracijska toleranca, pomanjkljiv uvid v dejanske okoliščine in slabše samozavedanje. Mladostnik je lahko pretirano usmerjen vase in ni dovolj motiviran ter spontan (3).

Na področju sporazumevanja lahko nastanejo težave na različnih ravneh. Mladostnik lahko težje razume, kar mu pripovedujejo drugi, težje se odloči, kaj bo odgovoril na vprašanja, ali pa ima težave pri izboru ustreznih besed, s katerimi želi nekaj sporočiti. Pogosto za oblikovanje lastnega odgovora potrebuje več časa, lahko tudi pomoč v obliki iztočnic, asociacije ipd. Težje sledi pogovoru v skupini in si daljših navodil ali razlage ne zapomni v celoti. Lahko nastanejo glasovne in motorične motnje govora. Govorno sporočanje je zaradi tega lahko spremenjeno in težje razumljivo, težave pa postanejo bolj izrazite pri utrujenosti, pod časovnim pritiskom ali pred nastopanjem pred skupino sošolcev. Težave lahko nastanejo tudi pri branju in pisanju. Pri branju je lahko motena funkcija glasnega branja ali pa ima mladostnik težave pri razumevanju pomena pisanega jezika. Splošni znaki motenj branja so: primanjkljaj pri prepoznavanju posameznih črk (grafemov), lahko prihaja do zamenjevanja črk, motenj v fonološki zgradbi ali analizi besed. Pisanje je lahko ovirano zaradi težav v grafomotoriki. Lahko je upočasnjeno, okorno in manj čitljivo. Včasih mladostnik ne zmore več pisati z dominantno roko. Nezgodna možganska poškodba pa lahko povzroči tudi vsebinske motnje pisnega sporočanja. V tem primeru opažamo nepopolne stavke, slovnične nepravilnosti, idejno bornost in manjšo spretnost pri pisnem izražanju svojih misli. Branje in pisanje pa je lahko ovirano tudi zaradi motenj vidnega zaznavanja, tako mladostnik npr. ne zmore slediti vrsticam, pričinja z branjem na sredini vrstice, izpušča kratke ne vsebinske ali vezniške besede ipd. (3). Ker so učni programi zasnovani na jeziku, posledice nezgodne možganske poškodbe še toliko bolj vplivajo na uspešnost mladostnikov z NMP pri nadaljevanju njihovega šolanja (5).

V šolski okoliščinah se spremembe navedenih sposobnosti pri mladostnikih z NMP lahko kažejo tako, da le-ti težje sledijo razlagi in si jo težje zapomnijo, upočasnjeni so

pri oblikovanju in podajanju odgovorov med poukom ter takrat, ko učitelji preverjajo in ocenjujejo njihovo znanje. Lahko imajo težave pri razumevanju slišane (npr. razlaga učitelja) ali prebranega, še posebej sporočil s prenesenim pomenom in humorja. Prav tako velikokrat slabše dojemajo medsebojne odnose in dogajanje v razredu. To jih lahko vznemiri in pri njih spodbudi neprimerne odzive, ker po poškodbi težje uravnavajo svoje vedenje (agresija, privzdignjenost, pretirana šaljivost ipd.). Zaradi tega imajo manj socialnih stikov z vrstniki, ker jih le-ti medse ne sprejmejo. Večkrat so mladostniki po nezgodni možganski poškodbi bolj dovzetni za nepomembne dražljaje iz okolja in jih težje zanemarjajo. Težave imajo tudi pri deljenju pozornosti na več stvari hkrati, npr. na učiteljevo razlago, komentarje sošolcev, oblikovanje zapiskov, razmišljanje o snovi ipd. Pri učenju potrebujejo več ponavljanja, zato je učenje počasnejše in od njih zahteva več napora in časa kot pred poškodbo. Hkrati pa se ob miselnem delu hitreje utrujajo, lahko jih začne boleti glava, zato pri domačem delu potrebujejo več odmorov, pogosto pa morajo tudi predčasno oditi od pouka. Novo znanje tudi težje priključijo. Zato je priporočljivo, da si po poškodbi izoblikujejo drugačne strategije učenja in se le-tega lotijo bolj organizirano in sistematično (3, 8, 9).

Za vse opisane sposobnosti mladostnikov po NMP je značilno nihanje, ki je sprva bolj, kasneje pa vedno manj izrazito. Po eni strani se mladostnik sčasoma nauči premostiti ovire tako, da razvije nadomestne strategije, po drugi strani pa se sposobnosti še dlje časa spontano izboljšujejo (8).

POMEN IN POTEK VKLJUČEVANJA V ŠOLO

Učinkovito pomoč mladim po nezgodni možganski poškodbi lahko nudi le skupina strokovnjakov, ki s skupnim in usklajenim delom dograjuje svoja znanja in izkušnje (3, 8). Člani osnovnega rehabilitacijskega tima so: zdravnik, medicinska sestra, negovalno osebje, fizioterapevt, delovni terapevt, psiholog, socialni delavec in logoped. Reševanje posameznih težav pa narekuje tudi sodelovanje s strokovnjaki z različnih področij zunaj rehabilitacijske ustanove.

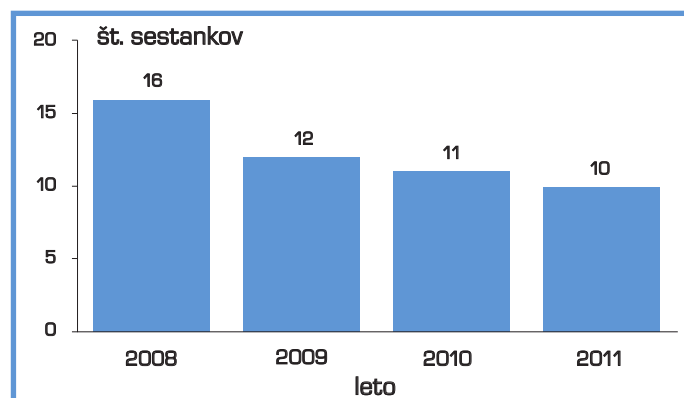
Priprava in vključevanje mladostnika z NMP v šolski program mora biti že del rehabilitacije. Od teže poškodbe in okvare funkcij, ki so za šolanje najbolj pomembne, je odvisno, kako bo njegovo vključevanje oziroma vračanje v šolo potekalo (5). Vključevanje mora biti vedno postopno in individualno prilagojeno. Pri tem sodelujejo in prispevajo pomemben del vsi člani rehabilitacijskega tima, strokovni delavci šole, ki jo mladostnik obiskuje, mladostnik in njegovi starši. Že v času rehabilitacije ima učenje dvojno vlogo. Posledice možganskih poškodb se najpogosteje pokažejo prav na področju učenja. Hkrati pa prav sposobnosti za učenje omogočajo doseganje rehabilitacijskih ciljev. Učinkovito učenje je torej sredstvo in tudi cilj celostne rehabilitacije. Najpomembnejši del učenja pa seveda poteka kasneje, ko mladostnik šolanje nadaljuje.

Pomembno je, da že v času rehabilitacije prepoznamo težave in presodimo, kje in kako bi lahko ovirale šolanje. S programi rehabilitacije nato krepimo sposobnosti, potrebne za učenje, ter mladostnika spodbujamo, da poišče in razvija strategije, s katerimi težave najlažje obvladuje (3).

Šolanje ima v obdobju mladostništva poseben pomen, saj poleg razvijanja miselnih sposobnosti in veščin omogoča tudi urjenje socialnih spretnosti in razvijanje mladostnikove samopodobe v okolju, ki je zanj najprimernejše. Zato predstavlja najboljšo obliko dolgoročne celostne rehabilitacije za mladostnika po nezgodni možganski poškodbi (3).

PRIMERI VKLJUČEVANJA MLADOSTNIKOV V ŠOLO PO NMP

Odločitev o tem, kdaj naj mladostnik po poškodbi nadaljuje šolanje, je pomembna tudi za uspešnost njegovega celotnega okrevanja. V procesu celostne rehabilitacije se pomembnosti tega trenutka zavedamo in mu posvečamo posebno pozornost. Na osnovi celostne ocene vseh članov tima se odločamo o optimalnem načinu in času za nadaljevanje mladostnikovega šolanja (3, 5). Pred vključitvijo v šolo je pomembno predstaviti posebne potrebe mladostnika tudi njegovim svojcem in strokovnim delavcem šole ter skupaj z njimi poiskati in načrtovati potrebne prilagoditve izobraževalnega procesa. V ta namen organiziramo sestanek, ki vedno poteka na matični šoli. Slika 1 prikazuje število sestankov, ki smo jih na šolah opravili sodelavci Oddelka za rehabilitacijo oseb po NMP, Klinike za fizikalno in medicinsko rehabilitacijo URI-Soča v zadnjem 4-letnem obdobju.



Slika 1: Povezovanje s šolami v obdobju od leta 2008 do 2011.

V nadaljevanju predstavljamo dva različna primera vključevanja mladostnika v šolo po NMP.

Mihova zgodba

Miha, ki je star 18 let, učenju ni posvečal veliko pozornosti. Imel je slabe učne navade in kratkotrajno vzdržljivost pri

učanju. Rad in pogosto se je družil z vrstniki. Pred poškodbo je končal triletno poklicno šolo, šolanje je nadaljeval na srednji stopnji. Štirinajst dni po začetku šolskega leta se je poškodoval v prometni nesreči kot voznik osebnega vozila. Doživel je težko nezgodno možgansko poškodbo in več drugih poškodb. Po zaključenem zgodnjem zdravljenju je nadaljeval s celostno rehabilitacijo v URI-Soča. Ob odpustu je bil delno samostojen pri dnevnih aktivnostih, hodil je s hoduljo na kratke razdalje, za daljše razdalje pa je uporabljal voziček. Imel je disfazijo, in velike težave na področju pozornosti in spomina. Ocenili smo, da Mihovo okrevanje še ni doseglo ravni, ki bi mu omogočala, da bi s svojim šolanjem nadaljeval. Z navodili staršem, kako naj spodbujajo njegove sposobnosti, je bil odpuščen v domače okolje.

Predvideli smo, da bomo njegovo funkcijsko stanje spet ocenili čez tri mesece. Ob kontrolnem pregledu smo ugotovili, da se je njegovo funkcijsko stanje izboljšalo, in ocenili, da je njegovo okrevanje doseglo raven, ki omogoča, da postopno spet nadaljuje s šolanjem. Zaradi še ne povsem zanesljivega gibanja (težave z orientacijo, upočasnjena hoja) in slabših kognitivnih sposobnosti je bilo potrebno za učenje in šolanje predvideti prilagoditve. Staršem smo predlagali, da pričnejo s postopkom usmerjanja, tako da si je pridobil status dijaka s posebnimi potrebami. Ker program šolanja, ki ga je obiskoval pred poškodbo, ni bil več primeren, smo morali poiskati drug program, ki smo ga izbrali skupaj z dijakom in s starši. Izbrali smo program izobraževanja, ki je v kraju njegovega bivanja, ker mu je to omogočalo lažje prihajanje v šolo, saj je pri tem še potreboval pomoč. Da bi pripravili ustrezen program ponovnega vključevanja v šolo, smo se dogovorili za sestanek na šoli. Na sestanku smo najprej predstavili njegove sposobnosti. Pojasnili smo, da je namen njegovega vključevanja v šolo v tistem času predvsem podaljšati rehabilitacijo oziroma okrepiti njegove gibalne in kognitivne sposobnosti ter socialne veščine. Dogovorili smo se, da se bo v pouk vključil postopoma, v začetku le pri dveh predmetih, pri katerih bo poskušal opravljati tudi vse učne obveznosti. Prilagoditve, ki smo jih predlagali, so bile tudi: naj sedi v prvi klopi, da bo lahko bolj zbrano poslušal učiteljevo razlago, naj mu pomagajo pri pridobivanju učnega gradiva, naj pri zapisovanju med poukom in pri domačem delu uporablja računalnik, naj bo preverjanje in ocenjevanje znanja prilagojeno, naj mu kateri od sošolcev pomaga pri prehajanju iz razreda v razred in naj določijo ključno osebo, ki mu bo pomagala pri načrtovanju učenja, pri izdelavi terminskega načrta za ocenjevanje ter pri dogovarjanju s posameznimi učitelji.

Miha od takrat obiskuje šolo po dogovorjenem programu. Na šoli še opažajo, da se hitro utruja in da je zelo zmanjšana njegova sposobnost pomnjenja novih informacij. Zelo dobro pa se počuti med vrstniki v razredu in na šoli. Sodelovanje s šolo se nadaljuje, saj ostajamo v stalnem stiku s šolsko svetovalno službo. Po dveh mesecih smo ocenili zastavljeni program šolanja in ugotovili, da je izbrano število predmetov za sedaj še ustrezno. Ob izboljševanju njegovih sposobnosti bomo šolske obveznosti postopno povečevali.

Andrejeva zgodba

Andrej, ki je star 17 let in je dijak 2. letnika srednje strokovne šole, je doživel hudo nezgodno možgansko poškodbo v prometni nesreči kot voznik štirikolesnika. Po zaključeni zgodnji obravnavi v bolnišnici so ga najprej sprejeli na oddelek za rehabilitacijo otrok URI-Soča, nato pa še na oddelek za rehabilitacijo pacientov po nezgodni možganski poškodbi. Ob odpustu je Andrej imel težave s spominom in pozornostjo, motorične motnje in njegovo gibanje ni bilo zanesljivo. Pri sporazumevanju je bil upočasnjen, njegov govor je bil slabše razumljiv, potreboval je več časa za pripravo odgovora. Občasno je imel težave pri besednem priklicu. Branje je bilo upočasnjeno, občasno so ga pri tem še ovirale motnje vida (zamegljenost, dvojni vid). Pri pisanju še ni dosegel funkcionalne ravni, ki je potrebna pri šolanju, zato je za pisno sporazumevanje uporabljal računalnik. V rehabilitacijo je bila vključena tudi specialna pedagoginja, ki je preverila, koliko znanja, pridobljenega pred poškodbo, je ohranil, preverila je tudi njegovo zmožnost sledenja učnemu procesu, obnove izgubljenega znanja in usvajanje novega. Z individualnim delom mu je pomagala oblikovati nove, učinkovitejše učne strategije, ki sta jih tudi praktično preizkusila.

Rehabilitacija je bila dolgotrajna, saj je, s krajšimi prekinitvami, trajala več kot leto dni. Predvidevali smo, da ga bodo posledice poškodbe še daljši čas ovirale v procesu učenja in šolanja, zato smo se, še preden smo ga odpustili iz naše ustanove, sestali s predstavniki šole. Dogovorili smo se za postopno vključevanje v šolo. Vključil se je v novo skupino sošolcev, zato smo predlagali, da se skupaj s svetovalno delavko na začetku sošolcem na kratko predstavi, pove, kaj se mu je zgodilo, kako je potekalo okrevanje, kakšne so njegove težave in katere prilagoditve bo zato potreboval. Namen take predstavitve je pri vrstnikih doseči, da bi bolje razumeli, kakšne so posledice nezgodne možganske poškodbe in kakšen je vpliv le-te na šolanje, ter bi zato sošolca lažje in hitreje sprejeli medse. Hkrati pa dijakova osebna izkušnja pomeni tudi preventivno delovanje pred nezgodami v prometu. Predlagali smo več prilagoditev, med drugim tudi uporabo računalnika pri zapisovanju ter individualno, predvsem ustno preverjanje in ocenjevanje znanja. Praktičnega pouka in pouka športne vzgoje je bil zaradi težav pri gibanju opravičen. Vse prilagoditve šolanja so bile opredeljene tudi v odločbi o usmerjanju. Andrej se je zelo hitro vključil med nove sošolce. Za učenje je bil zelo motiviran in ob dodatni učni pomoči je začel usvajati minimalne in postopno tudi temeljne standarde znanja. Po štirih mesecih smo se ponovno sestali s šolsko svetovalno delavko, da bi ocenili ustreznost prilagojenega programa. Na osnovi šolskega poročila smo se dogovorili za povečanje obremenitev, tako da bi Andrej lahko nadaljeval šolanje s svojimi sošolci. Ob stalni podpori staršev in šole je opravil večino šolskih obveznosti in napredoval v višji letnik.

ZAKLJUČKI

Lahko rečemo, da je uspešna vrnitev posameznika v šolo po NMP, tako kot tudi vrnitev na delo, merilo uspešnosti rehabilitacije, ki hkrati pomembno prispeva k nadaljnjemu okrevanju (6). Dobro je, da se mladostnik čim prej po poškodbi ponovno vrne v izobraževalni proces, četudi šolanja še ne bo zmožel v celoti tako kot pred poškodbo. Tako bo postopoma obnovil nekdanji način življenja (3). Zaradi svoje specifičnosti je stanje po NMP izziv rehabilitacijski stroki. Vključevanje mladostnika s posledicami take poškodbe v šolski program pa je posebnost, o kateri pedagogi praviloma vedo le malo (5). Ne le pedagogi, ampak tudi starši in mladostnik sam potrebujejo ustrezne informacije o poškodbi, njenih posledicah in posebnostih okrevanja (3). Zato je bistveno k problematiki usmerjeno sporazumevanje med rehabilitacijskim timom, družino in šolskimi strokovnjaki. Skupaj se dogovorimo za način vključevanja mladostnika v šolo in o tem, katere prilagoditve bo potreboval, ter pojasnimo morebitna napačna prepričanja o poteku okrevanja po NMP. Le tako lahko ustrezno spodbudimo mladostnikovo okrevanje po odpustu iz rehabilitacijske ustanove in zmanjšamo verjetnost sekundarnih zapletov (npr.: glavobol, vedenjske težave). Dogovorjeni program šolanja je nato potrebno kontinuirano spremljati in ga sproti prilagajati mladostnikovemu okrevanju (6, 9).

Zaradi zelo spreminjajočih se sposobnosti pri posamezniku z NMP ter različnih sposobnosti med osebami po NMP, je šablonski pristop vračanja v šolo neprimeren. Pristop mora namreč biti fleksibilen in prilagojen tako, da ustreza vsakemu posameznemu mladostniku (6). Da bi lahko izpolnili ta pogoj, imamo pri dijakih na voljo dve možnosti. Prva je, da so prilagoditve opredeljene v pedagoški pogodbi. Starši ali šola pa lahko sprožijo tudi postopek usmerjanja, v katerem se oblikuje strokovno mnenje, ki med drugim določa prilagoditve učnega procesa, prilagoditve pri preverjanju in ocenjevanju znanja in možnost dodatne strokovne pomoči (10). Študenti si lahko pridobijo strokovno mnenje ob zaključku rehabilitacije ali pa ga poda komisija za usmerjanje in na matični fakulteti vložijo prošnjo za pridobitev statusa študenta s posebnimi potrebami.

Naše izkušnje so pokazale, da je pri nadaljevanju šolanja mladostnikov po NMP najbolj pomembno, da so programi rehabilitacije in proces šolanja čim bolj usklajeni. Le tako se med seboj dopolnjujejo in prispevajo k boljšemu uspehu (3).

Literatura:

- Radonjič-Miholič V. Ljudje z življenjem več – problemi v procesu vračanja v aktivno življenje po nezgodni možganski poškodbi = Persons with an added life – problems in the process of returning to active life after traumatic brain injury. V: Košorok V, Grabljevec K, ur. Poškodba glave – vpliv celovite nevrorehabilitacijske obravnave na funkcijski izid. 16. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, [Ljubljana], 18. in 19. marec 2005. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2005: 235-46.
- Košorok V. Celovita rehabilitacijska obravnava nezgodne možganske poškodbe = Comprehensive rehabilitation approach after traumatic brain injury (TBI). V: Košorok V, Grabljevec K, ur. Poškodba glave – vpliv celovite nevrorehabilitacijske obravnave na funkcijski izid. 16. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, [Ljubljana], 18. in 19. marec 2005. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2005: 9-17.
- Radonjič-Miholič V, Ogrin M, Štefančič T. Šolanje kot priložnost kot izziv po možganskih poškodbah. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2008.
- Powell T, Malia K. The brain injury workbook: exercises for cognitive rehabilitation. Milton Keynes: Speechmark, 2003.
- Damjan H. Celostni program vključevanja otroka po nezgodni možganski poškodbi v učni proces = School re-entry following traumatic brain injury: comprehensive therapeutic approach. V: Košorok V, Grabljevec K, ur. Poškodba glave – vpliv celovite nevrorehabilitacijske obravnave na funkcijski izid. 16. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, [Ljubljana], 18. in 19. marec 2005. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2005: 227-34.
- Deidrick KM, Farmer JE. School reentry following traumatic brain injury. Preventing School Failure 2005; 49(4): 23-33.
- Powell T. Poškodbe glave. Ljubljana: Društvo Vita za pomoč po nezgodni poškodbi možganov, 1996.
- Radonjič-Miholič V. Zakaj lahko poškodba glave ovira kakovost življenja? = Why can brain injury impede the quality of life? V: Košorok V, Grabljevec K, ur. Poškodba glave – vpliv celovite nevrorehabilitacijske obravnave na funkcijski izid. 16. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, [Ljubljana], 18. in 19. marec 2005. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2005: 197-207.
- Bowen JM. Classroom interventions for students with traumatic brain injuries. Preventing School Failure 2005; 49(4): 34-41.
- Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami – ZUOPP; Ur. l. RS 54/00 in Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami – ZUOPP-A; Ur. l. RS 118/06.