

ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (ΔΙ.ΠΑ.Ε.)

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π.Μ.Σ: ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

**Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΤΩΝ
ΣΧΟΛΕΙΩΝ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑΣ ΔΕΚΑΡΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2019

ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (ΔΙ.ΠΑ.Ε.)

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π.Μ.Σ: ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

**Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΤΩΝ
ΣΧΟΛΕΙΩΝ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑΣ ΔΕΚΑΡΑ

ΑΠΟΦΟΙΤΗ ΔΙ.ΠΑ.Ε. ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Σύνθεση Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπουσα: *Λαβδανίτη Μαρία*, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής
ΔΙ.ΠΑ.Ε.

Μέλος: *Κανκιά Θεοδώρα*, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής
ΔΙ.ΠΑ.Ε.

Μέλος: *Κουρκούτα Λαμπρινή*, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΔΙ.ΠΑ.Ε.

ΣΕΛΙΔΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

copyright ©2019, Δεκάρα Ευαγγελία

ALL RIGHTS RESERVED

ΣΕΛΙΔΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»

Εγκρίθηκε την

ΒΑΘΜΟΣ: ΑΡΙΣΤΗ:.....

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:.....

ΚΑΛΗ:.....

ΑΠΟΔΕΚΤΗ:.....

Εξεταστική επιτροπή:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ευχαριστίες

Θα ήθελα από καρδιάς να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του ΜΠΣ «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη» για τις πολύτιμες γνώσεις που μας μετέδωσαν, οι οποίες θα γίνουν εφόδια για την μετέπειτα επαγγελματική μας πορεία και να τους ευχηθώ να συνεχίσουν ακούραστα να το σπουδαίο τους έργο.

Ιδιαίτερος θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσά μου κ. Λαβδανίτη Μαρία για τη συνεχή καθοδήγηση και υποστήριξη που μου παρείχε καθ'όλη τη διάρκεια της φοίτησής μου. Εκφράζω επίσης τις ευχαριστίες μου σε όλους τους συναδέλφους και την οικογένειά μου, που στάθηκαν πραγματικά δίπλα μου σε όλη αυτή την προσπάθεια.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	i
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	v
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	vi
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	vii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	viii
Α' ΜΕΡΟΣ - ΓΕΝΙΚΟ.....	1
1 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΣΧΟΛΕΙΟ.....	2
1.1 Προσαρμογή και αντιμετώπιση παιδιού με Σακχαρώδη Διαβήτη στο σχολείο	2
1.1.1 Προβλήματα στο σχολικό περιβάλλον	3
1.1.2 Προβλήματα που προκύπτουν κατά την εφηβεία.....	5
1.2 Αντιμετώπιση Υπεργλυκαιμίας και Υπογλυκαιμίας στο σχολείο	7
1.2.1 Ορισμός υπεργλυκαιμίας	7
1.2.2 Ορισμός της υπογλυκαιμίας.....	11
1.3 Άσκηση και σχολείο	13
1.3.1 Ορισμοί.....	13
1.3.2 Είδη άσκησης.....	14
1.3.3 Οξεία επίδραση άσκησης στον μεταβολισμό της γλυκόζης.....	17
1.3.4 Η απαιτούμενη ένταση των ασκήσεων.....	18

2	ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	20
2.1	Ορισμός της Ειδικής Αγωγής και σε ποια παιδιά απευθύνεται	20
2.1.1	Χρονική εξέλιξη της Ειδικής Αγωγής	20
2.1.2	Ορισμός Ειδικής Αγωγής.....	21
2.1.3	Στόχοι της Ειδικής Αγωγής.....	23
2.1.4	Οι σκοποί του προγράμματος της ειδικής αγωγής.....	24
2.1.5	Ορισμός και Βαθμίδες Νοητικής Στέρξης.....	24
2.2	Μαθητές με ειδικές ανάγκες και αγωγή.....	26
2.2.1	Παιδί με μαθησιακές δυσκολίες και η αγωγή του	27
2.2.2	Το τυφλό παιδί και η αγωγή του	29
2.2.3	Παιδί με απουσία Ακοής.....	30
2.2.4	Παιδιά με διαταραχές στην ομιλία.....	31
2.2.5	Παιδιά με διαταραχή στο συναίσθημα και την συμπεριφορά	33
2.2.6	Παιδιά με σωματικά προβλήματα.....	34
2.3	Σχολεία Ειδικής Αγωγής και νομικό πλαίσιο Ειδικής Αγωγής στην Ελλάδα 35	
2.3.1	Η εξέλιξη του νομοθετικού και θεσμικού πλαισίου στην Ελλάδα	36
2.4	Το εκπαιδευτικό προσωπικό που υπηρετεί στα σχολεία Ειδικής Αγωγής ...	42
2.4.1	Γενικές αρχές δεοντολογίας εκπαιδευτικού προσωπικού.....	43
2.4.2	Οι εκπαιδευτικοί της Ειδικής Εκπαίδευσης και τα καθήκοντα τους	43

2.4.3	Το Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό των ΣΜΕΑ και οι αρμοδιότητες του	45
2.4.4	Το Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό και τα καθήκοντα του	49
2.4.5	Η σημασία της κατάρτισης και ευαισθησίας του εκπαιδευτικού προσωπικού	50
3	ΣΧΟΛΙΚΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ.....	52
3.1	Αγωγή της Υγείας.....	52
3.2	Η Κοινωνική Νοσηλευτική.....	52
3.3	Ο ορισμός και ο ρόλος του Σχολικού Νοσηλευτή.....	52
3.3.1	Οι τομείς δραστηριότητας του Σχολικού Νοσηλευτή	53
3.3.2	Επαγγελματικοί ρόλοι και λειτουργίες	53
3.3.3	Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή στην εκπαίδευση	55
3.4	Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη στο σχολείο και τον ρόλο των Σχολικών Νοσηλευτών	58
3.4.1	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του ΣΔ τύπου 1	58
3.4.2	Αντιμετώπιση του ΣΔ στο σχολείο και ο ρόλος των Σχολικών Νοσηλευτών.....	60
B'	ΜΕΡΟΣ - ΕΙΔΙΚΟ.....	66
4	ΣΚΟΠΟΣ	67
5	ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	68
5.1	Το δείγμα της μελέτης	68

5.2	Κριτήρια επιλογής.....	68
5.3	Μεθοδολογία.....	68
5.4	Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα	69
5.5	Στατιστική ανάλυση.....	69
6	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	70
6.1	Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	70
6.2	Περιγραφικά στατιστικά	72
6.3	Σκορ γνώσεων σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη	89
6.4	Επαγωγικά στατιστικά	89
6.4.1	Συγκρίσεις.....	89
6.4.2	Συσχετίσεις	92
7	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	93
8	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	101
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	110

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	71
Πίνακας 2 Αντιμετώπιση μαθητών με ΣΔ και περιστατικών υπογλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμίας στο σχολείο.....	77
Πίνακας 3 Ανάγκες των παιδιών με ΣΔ τύπου 1 στο σχολείο	80
Πίνακας 4 Βασικές ανησυχίες των παιδιών για τον ΣΔ τύπου 1	82
Πίνακας 5 Πιθανές δράσεις για να βελτιωθεί η κοινωνική ενσωμάτωση των παιδιών με ΣΔ στο σχολείο	84
Πίνακας 6 Διαχείριση παιδιών με ΣΔ τύπου 1 στα σχολεία	87
Πίνακας 7 Σκορ γνώσεων σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη	89
Πίνακας 8 Σύγκριση Σκορ γνώσεων με δημογραφικά χαρακτηριστικά	90
Πίνακας 9 Σύγκριση Σκορ γνώσεων με περιγραφικά στατιστικά.....	91
Πίνακας 10 Συσχέτιση Σκορ γνώσεων με την ηλικία και τα έτη εργασίας	92

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1 Οικογενειακή κατάσταση ερωτώμενων	70
Διάγραμμα 2 Μετεκπαίδευση ερωτώμενων.....	71
Διάγραμμα 3 Γνωρίζετε τί είναι ο Σακχαρώδης διαβήτης στην παιδική και εφηβική ηλικία;	73
Διάγραμμα 4 Πώς επηρεάζει ο Σακχαρώδης διαβήτης τις σχολικές δραστηριότητες; 74	
Διάγραμμα 5 Τί είδους δυσκολίες είχατε με τους διαβητικούς κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς;	75
Διάγραμμα 6 Κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς, ποιός είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση της ινσουλίνης στο μαθητή με ΣΔ;	76
Διάγραμμα 7 Στην περίπτωση επεισοδίου υπεργλυκαιμίας, πώς αντιμετωπίστηκε η υπεργλυκαιμία από το σχολικό προσωπικό;	77
Διάγραμμα 8 Στην περίπτωση που χρειάζεται, ποιος βοηθάει το μαθητή;	79
Διάγραμμα 9 Στην περίπτωση που χρειάζεται, ποιος βοηθάει το μαθητή;	80
Διάγραμμα 10 Βασικές ανησυχίες των παιδιών για το Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1	82
Διάγραμμα 11 Πώς διαχειρίζεται το σχολείο σας ένα επείγον διαβητικό περιστατικό;	85
Διάγραμμα 12 Ποιός τύπος ειδικών μέτρων προφύλαξης λαμβάνεται κατά τη διάρκεια του αθλήματος και των δραστηριοτήτων;.....	86
Διάγραμμα 13 Αν είχατε τη δυνατότητα να αλλάζατε κάτι στο σχολείο σας για να βελτιωθεί η διαχείριση διαβητικών κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς τί θα προτείνατε;	87

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί μία χρόνια πάθηση, η οποία στις μέρες μας εμφανίζεται πολύ συχνά σε μικρά παιδιά και εφήβους. Η πάθηση αυτή προκαλεί πολλές δυσκολίες στην καθημερινότητα των ατόμων αυτών. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζονται τα μικρά παιδιά και οι έφηβοι, που πάσχουν από τη νόσο, και κυρίως στο σχολικό τους περιβάλλον, στο οποίο περνούν και το μεγαλύτερο χρόνο της καθημερινότητάς τους. Ακόμη μεγαλύτερο έλεγχο και φροντίδα του Σακχαρώδη Διαβήτη χρειάζονται παιδιά με Ειδικές Ανάγκες, καθώς τα προβλήματα που έχουν ήδη στην υγεία τους και σωματικά και νοητικά επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση της νόσου. Ως εκ τούτου, σημαντικό ρόλο σε αυτό έχουν όλοι οι δάσκαλοι και ο σχολικός νοσηλευτής, που εργάζονται σε μονάδες ειδικής αγωγής. Συνεπώς πρέπει να έχουν όλες τις απαραίτητες γνώσεις σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη, ώστε να μπορούν να διαχειριστούν τις καθημερινές ανάγκες αυτών των παιδιών, αλλά και τις έκτακτες καταστάσεις που μπορεί να συμβούν. Σύμφωνα με αυτό, η διερεύνηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών που εργάζονται σε σχολεία Ειδικής Αγωγής είναι πολύ σημαντική, καθώς έτσι θα γνωρίσουμε το βαθμό κατά τον οποίο μπορούν να αντιμετωπίσουν το συχνό πρόβλημα του Διαβήτη.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι μία χρόνια νόσος και αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα υγείας στις μέρες μας. Συγκεκριμένα ο Σακχαρώδης Διαβήτης χαρακτηρίζεται από αύξηση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα και μειωμένη δράση και έκκριση ινσουλίνης, καθώς ο ίδιος ο οργανισμός καταστρέφει μέσω αντισωμάτων τα β-κύτταρα του παγκρέατος. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 (ινσουλινοεξαρτώμενος), εμφανίζεται στην παιδική και εφηβική ηλικία και τα άτομα αυτά πρέπει να λαμβάνουν ινσουλίνη εξωγενώς για την επιβίωση τους.

Η Ειδική Αγωγή αναφέρεται στις υπηρεσίες που παρέχονται από τους εκπαιδευτικούς στα άτομα με αναπηρία και χρειάζονται παροχή ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών. Οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής καλούνται να αντιμετωπίσουν ποικίλα προβλήματα, όπως ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, αυτισμό, νοητική καθυστέρηση, αισθητηριακά προβλήματα, κινητικές και σωματικές αναπηρίες, προβλήματα λόγου και συμπεριφοράς.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών, που εργάζονται σε σχολεία Ειδικής Αγωγής, σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1. Για αυτό το λόγο, η εργασία θα πραγματοποιηθεί σε 2 τμήματα: το θεωρητικό μέρος και το ερευνητικό μέρος.

Το θεωρητικό μέρος αποτελείται από 3 κεφάλαια. Το 1^ο κεφάλαιο αναφέρεται στα προβλήματα που προκύπτουν στο σχολικό περιβάλλον των παιδιών που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη. Το 2^ο κεφάλαιο αναλύει συγκεκριμένα τα πλαίσια και τις τάσεις ειδικής αγωγής, καθώς και για τους μαθητές με ειδικές ανάγκες και τέλος, στο 3^ο κεφάλαιο παρέχονται ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη στο σχολικό περιβάλλον και οι γνώσεις και ο θεσμός των σχολικών νοσηλευτών. Το ερευνητικό μέρος αποτελείται από 3 υποκεφάλαια: τη μεθοδολογία, τα αποτελέσματα και τη συζήτηση. Στη μεθοδολογία παρουσιάζεται η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για να υλοποιηθεί η παρούσα εργασία. Στα αποτελέσματα παρατίθενται τα ποσοστά των απαντήσεων του ερωτηματολογίου από το δείγμα έρευνας, και τέλος στη συζήτηση, αναλύονται οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου, καθώς και πραγματοποιείται σύγκριση των αποτελεσμάτων με άλλες σχετικές έρευνες.

Α' ΜΕΡΟΣ - ΓΕΝΙΚΟ
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΣΧΟΛΕΙΟ

Προσαρμογή και αντιμετώπιση παιδιού με Σακχαρώδη Διαβήτη στο σχολείο

Τα παιδιά με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 αποτελούν μία ευαίσθητη ομάδα, καθώς πέρα από την ασθένεια που τους συνοδεύει, καλούνται να αντιμετωπίσουν και τις διάφορες αλλαγές που πραγματοποιούνται στην εφηβεία. Επομένως, προκύπτουν προκλήσεις για την καλύτερη και αποδοτικότερη αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη. Στόχος είναι ο καλύτερος δυνατός έλεγχος της νόσου, ο οποίος περιλαμβάνει την εκπαίδευση του παιδιού, τη διατροφή, όπως επίσης και τον έλεγχο των συνοδών προβλημάτων υγείας που προκύπτουν ή προϋπάρχουν. Η νεαρή ηλικία του ατόμου δεν του επιτρέπει να κατανοήσει τη νόσο από την οποία πάσχει, τους κινδύνους και τις ανάγκες για τον έλεγχο της νόσου. Επομένως, το παιδί σε αυτή την ηλικία φοβάται τη διαφορετικότητα που το διακατέχει, την απόρριψη από τους συμμαθητές του και τους φίλους του. Για αυτό το λόγο, το παιδί νιώθει θυμό, αντιδράει και αρνείται να κάνει μετρήσεις και ενέσεις ινσουλίνης, κάτι το οποίο επηρεάζει την ασθένεια. Συχνά τα παιδιά καταγράφουν ψευδώς τιμές στο ημερολόγιο ή τρώνε κρυφά, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει σωστός έλεγχος του διαβήτη (Γαλλή-Τσινοπούλου και συν. 2014).

Το σχολικό περιβάλλον αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινής ζωής ενός παιδιού, αφού περνάει εκεί το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας του. Για την υποστήριξη αυτών των παιδιών στο σχολικό πλαίσιο, πρέπει να υπάρξει συνεργασία των γονιών, όλου του εκπαιδευτικού προσωπικού του σχολείου, καθώς και των ίδιων των μαθητών. Πρέπει να υπάρχει αγαστή και συνεχής συνεργασία μεταξύ των δασκάλων και γενικά όλου του εκπαιδευτικού προσωπικού του σχολείου, με την οικογένεια και τα παιδιά, με στόχο να αντιμετωπιστεί όσο τον δυνατόν πιο εύκολα και χωρίς επιπλοκές το πρόβλημα του εκάστοτε μαθητή. Η συχνή απουσία κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας των παιδιών με ΣΔ από το σχολείο εξαιτίας της ασθένειάς τους ή ενδεχόμενης νοσηλείας τους στο νοσοκομείο, είναι πιθανό να δημιουργήσει επιπλοκές στις σχολικές επιδόσεις του παιδιού και να επηρεάσουν τις σχέσεις με τους συνομήλικους του και να έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της αυτοεκτίμησης. Συχνά το παιδί με ΣΔ νιώθει αίσθημα διαφορετικότητας σε σχέση με τα άλλα παιδιά και αρκετές φορές βιώνει τον φόβο και το άγχος της απόρριψης από τους συμμαθητές και τον δάσκαλό του. Για να μην

εκδηλώσει προβληματική συμπεριφορά όπως επιθετικότητα, αίσθημα μοναξιάς, απομόνωση κ.ά. κρίνεται απαραίτητο το παιδί με ΣΔ να γίνει αποδεκτό με τις ιδιαιτερότητές του. Ο γονιός χρειάζεται να ενημερώσει και να εξηγήσει την κατάσταση του παιδιού για να μπορέσει να υπάρξει ένα περιβάλλον ευνοϊκό για αυτό. (Κουρκούτα και συν. 2012)

Πολλοί γονείς ανησυχούν για το αν στο σχολείο είναι εφικτό να ρυθμιστούν επαρκώς τα επίπεδα σακχάρου, επειδή θεωρούν ότι το εκπαιδευτικό προσωπικό παραλείπει τον έλεγχο του παιδιού και παραβλέπει τις ανάγκες του, όπως κατανάλωση σνακ αν χρειαστεί, μετρήσεις για έλεγχο με αποτέλεσμα να αναρωτιούνται αν θα πρέπει να πάει το παιδί τους στο σχολείο. Αισθάνονται γενικά ότι δεν υπάρχουν ικανοποιητικοί, υποστηρικτικοί φορείς. (Kratzer, 2012)

1.1.1 Προβλήματα στο σχολικό περιβάλλον

Η αντιμετώπιση του ΣΔ στο σχολείο και στον παιδικό σταθμό πρέπει να βασίζεται σε σωστές βάσεις και να λαμβάνονται υπόψη όλες οι παράμετροι διότι είναι απαραίτητη για την ασφάλεια και την καλύτερη ακαδημαϊκή επίδοση των συγκεκριμένων παιδιών. Οποιοδήποτε παιδί που πάσχει από ΣΔ μπορεί συμμετέχει στις σχολικές δραστηριότητες εξίσου με ένα παιδί χωρίς σακχαρώδη διαβήτη, αρκεί φυσικά να αντιμετωπίζονται κάποια προβλήματα που προκύπτουν, όπως (Κουρκούτα και συν, 2012):

- Απουσία ενημέρωσης και εκπαίδευσης όλων αυτών που εμπλέκονται στο σχολικό περιβάλλον
- Τη συνεργασία του σχολικού προσωπικού και τη διευθέτηση των καταστάσεων
- Ο τρόπος που η ασθένεια επηρεάζει τις γνωστικές λειτουργίες του παιδιού
- Η σχολική φοβία
- Οι απουσίες που τυχόν θα έχει το παιδί από το σχολείο και σχετίζονται με την νόσο
- Οι στάσεις και απόψεις των γονιών και όλων αυτών που βρίσκονται μέσα στο σχολείο, ακόμα και των μαθητών

Επομένως για την λύση των παραπάνω προβλημάτων είναι αναγκαία η συλλογική συμμετοχή όλων για την πετυχημένη υλοποίηση του σχεδίου αντιμετώπισης του διαβήτη. Όταν το παιδί δεν νιώθει καλά θα πρέπει να του επιτρέπεται να βγαίνει έξω από την τάξη για να τρώει κάτι, να κάνει τις μετρήσεις του ή την ένεση ινσουλίνης όποτε χρειάζεται. Έτσι καλό θα ήταν να του παρέχεται ένας ιδιωτικός χώρος κατά τον οποίο θα μπορεί να χρησιμοποιεί την ειδική του συσκευή. Τέλος, πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των αναγκών του διαβητικού παιδιού παίζει η εκπαίδευση του προσωπικού του σχολείου, για να γνωρίζουν πώς να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε έκτακτη ανάγκη παρουσιαστεί. Οι δάσκαλοι δεν θα πρέπει να έχουν καμία προκατάληψη με αυτά τα παιδιά κι να τους δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα, αφού αυτοί οι ίδιοι διατηρούν την ισορροπία μέσα στο σχολικό περιβάλλον. (Γεωργιάδη, 2007, Κουρκούτα και συν, 2012)

1.1.1.1 Τροποποίηση σχολικού προγράμματος

Δεν συντρέχει λόγος αλλαγής ή τροποποίησης του σχολικού προγράμματος, ούτε χρήση ειδικών διδακτικών μεθόδων, από τη στιγμή που μαθαίνουν όπως τα υπόλοιπα παιδιά. Ένα παιδί που πάσχει από ΣΔ θα χρειαστεί εξειδικευμένη ιατρική βοήθεια στο χρόνο που περνά στο σχολείο, επίσης πάσχει το ενδεχόμενο να εμφανιστούν προβλήματα συμπεριφοράς και να αντιμετωπίσει δυσκολίες κατά την μάθηση. Ωστόσο τα παιδιά που νοσούν από κάποια χρόνια ασθένεια αποτελούν πολύ μικρό ποσοστό σε σχέση με τους υγιείς μαθητές. Τα παιδιά με Σακχαρώδη Διαβήτη πολλές φορές παρουσιάζουν προβλήματα σχετικά με την σχολική τους επίδοση και πρόοδο, εξαιτίας απουσιών που κάνουν, οι οποίες σχετίζονται με τη νόσο. Γι αυτό το λόγο, χρειάζονται περισσότερη βοήθεια από τους εκπαιδευτικούς του σχολείου και θα πρέπει να το διαχειρίζονται με ιδιωτικότητα. (Κουρκούτα και συν, 2012)

1.1.1.2 Διάθεση χώρου για μετρήσεις

Ένα άλλο σύνηθες πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά που πάσχουν από ΣΔ είναι το μέρος όπου θα κάνουν μετρήσεις στα επίπεδα σακχάρου κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο σχολείο. Το παιδί χρειάζεται ένα συγκεκριμένο μέρος στο σχολικό κτίριο, προκειμένου να χρησιμοποιήσει τη συσκευή μέτρησης. Το σχολείο θα πρέπει να μεριμνήσει ώστε να υπάρχει διαθέσιμος ένας ιδιωτικός χώρος στο παιδί όταν το

χρειάζεται. Επιπλέον είναι αναγκαίο, να παρέχεται εκπαίδευση των παιδιών σχετική με την αυτοφροντίδα τους, όμως αυτό εξαρτάται από την ηλικία του παιδιού, την εμπειρία του με την ασθένεια και από την ικανότητα και προθυμία του παιδιού να εξυπηρετείται μόνο του. Αυτό φυσικά ορίζεται από τον γονέα, τους εκπαιδευτικούς του σχολείου και από τον γιατρό. Βέβαια, πάντοτε ο μαθητής θα χρειαστεί βοήθεια για έκτακτη ανάγκη, ανεξάρτητα από την ικανότητα αυτοφροντίδας του. (American Diabetes Association, 2010)

1.1.1.3 Ενημέρωση σχολικού προσωπικού

Η σωστή ενημέρωση του προσωπικού του σχολείου αλλά και των ίδιων των παιδιών που συνυπάρχουν μέσα στο σχολικό περιβάλλον σχετικά με τη φύση, τις επιπτώσεις που προκαλεί αλλά και την διαδικασία αντιμετώπισης της ασθένειας αυτής και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της, δύναται να μειώσει τις ενδεχόμενες επιπλοκές, διότι τα συνηθέστερα ζητήματα που τα παιδιά με ΣΔ συνήθως έχουν να αντιμετωπίσουν στο σχολείο οφείλονται στην ελλιπή εκπαίδευση και ενημέρωση των εκπαιδευτικών. Επομένως, ένα διαβητικό παιδί δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να αντιμετωπίζεται σαν να έχει κάποια αρρώστια, αλλά σαν ένα παιδί που πρέπει να ακολουθεί απλά ένα ιδιαίτερο πρόγραμμα για την σωστή και ομαλή πορεία της χρόνιας νόσου. (Γεωργιάδη, 2007).

1.1.2 Προβλήματα που προκύπτουν κατά την εφηβεία

Η εφηβεία δεν είναι απλά μια μεταβατική περίοδος μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ενήλικης ζωής, αλλά ουσιαστικά αποτελεί μια ξεχωριστή εξελεκτική φάση με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, ψυχικές διεργασίες και αναπτυξιακούς στόχους. Για τον διαβητικό έφηβο, αυτό σημαίνει ότι πρέπει ο ίδιος να αναλάβει όλες εκείνες τις διαδικασίες για την αντιμετώπιση του προβλήματος του, δηλαδή την εφαρμογή και διατήρηση του προβλεπόμενου διαιτολογίου, τις ενέσεις της ινσουλίνης και την τακτική μέτρηση των τιμών του σακχάρου. Οι έφηβοι διαβητικοί γίνονται απείθαρχοι στη δίαιτα και σε ορισμένες περιπτώσεις χρησιμοποιούν τον διαβήτη ως όπλο- μέσο ώστε να επιτύχουν αυτό που θέλουν. Είναι συχνό φαινόμενο να παραλείπουν επίτηδες την ένεση της ινσουλίνης ή να κάνουν εσκεμμένα περισσότερες μονάδες. Οδηγούν έτσι την

μεταβολική τους κατάσταση σε μεγάλη απορρύθμιση. Παρατηρείται αύξηση στις εισαγωγές στο Νοσοκομείο κατά την περίοδο της εφηβείας και αυτό είναι ένας σαφής δείκτης για το μέγεθος του προβλήματος. Ο έφηβος παρατηρεί τις αντιδράσεις των γονιών στην διάρκεια της ανεξαρτητοποίησης του με συνέπεια να μεγαλώνει το άγχος του και η αμφιβολία και για να μπορέσει να ξεπεράσει το αρνητικό και επίπονο αίσθημα της αμφιβολίας, παρουσιάζει εξάρσεις θυμού προς τους γονείς του μερικές φορές ή πολλές φορές πράττει εντελώς τα αντίθετα πράγματα από ότι πρέπει (Kratzer, 2012)

1.1.2.1 Η σημασία της αυτοδιαχείρισης του ΣΔ στην εφηβεία

Η αυτοδιαχείριση αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα στην εξέλιξη της νόσου, επειδή σε ποσοστό μεγαλύτερο του 99%, η διαχείριση της θεραπείας του σακχαρώδη διαβήτη επιτυγχάνεται πράγματι μέσω αυτοδιαχείριση, διότι διαδραματίζεται κυριολεκτικά αμέτρητες φορές την ημέρα, στους χώρους διαβίωσης, στο σχολείο, στο χώρο της δουλειάς και παιχνιδιού των διαβητικών ατόμων Η υποστήριξη και ενθάρρυνση των εφήβων με ΣΔ τύπου 1 από την οικογένεια, το φιλικό και το σχολικό περιβάλλον, φαίνεται να σχετίζεται με μικρότερη εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων, ενώ οι γονείς που θεωρούν το παιδί τους λιγότερο ικανό να επιτύχει στην αυτοδιαχείριση του διαβήτη, παρουσιάζουν έντονα επεμβατική συμπεριφορά με αποτέλεσμα να προκύπτουν συγκρούσεις ή μειώνουν την εμπιστοσύνη προς τον έφηβο για αυτοδιαχείριση της χρόνιας νόσου (Hagger et al., 2016).

1.1.2.2 Συναισθηματικές διαταραχές στην εφηβεία σχετιζόμενες με τον ΣΔ

Σύμφωνα με (Anderson, Bracket, 2002) παρατηρείται πως ένα μεγάλο ποσοστό των διαβητικών παιδιών δέχονται ερωτήσεις από τους συμμαθητές τους, για την διαδικασία μέτρησης της γλυκόζης, το συγκεκριμένο ωράριο διατροφής αλλά και τον τρόπο εφαρμογής των ενέσεων ινσουλίνης, σε συνάρτηση με τις αλλαγές που επιτελούνται σε ψυχοσωματικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο οι οποίες με την σειρά τους πυροδοτούν μια διαδικασία η οποία χαρακτηρίζεται από αναστάτωση, αμφιταλάντευση και ενδυνάμωση των συγκρούσεων είτε σε διαπροσωπικό επίπεδο, είτε σε ενδοπροσωπικό.

Μια άλλη αντίδραση είναι η κατάθλιψη ο έφηβος νιώθει θλίψη, σκέφτεται απαισιόδοξα, αισθάνεται άσχημα και κατώτερος από τους άλλους. Πρέπει να υπάρξει πλήρης αποδοχή απέναντι στον διαβήτη από τον έφηβο. Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου η άρνηση του προβλήματος και οι πειραματισμοί γύρω από αυτό είναι ένα από τα πρώτα στάδια της διαδικασίας της αποδοχής . Κατά τη διάρκεια της εφηβείας οι ανάγκες σε ινσουλίνη αυξάνονται ραγδαία. Ειδικότερα με την εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως, παρουσιάζονται ανάλογα προβλήματα όσον αφορά την ρύθμιση του διαβήτη από τα κορίτσια κορίτσια. Σε μια τέτοια περίπτωση, απαιτείται αύξηση των δόσεων της ινσουλίνης μια ή δύο μέρες πριν από την έναρξη της εμμήνου ρύσεως και κατά τις δύο πρώτες μέρες αυτής (American Diabetes Association, 2010)

Αντιμετώπιση Υπεργλυκαιμίας και Υπογλυκαιμίας στο σχολείο

1.1.3 Ορισμός υπεργλυκαιμίας

Ως υπεργλυκαιμία ορίζεται η αύξηση των επιπέδων σακχάρου αίματος και είναι μία σοβαρή επιπλοκή του Σακχαρώδη Διαβήτη. Η υπεργλυκαιμία προκαλεί διάφορες μακροχρόνιες επιπλοκές όπως είναι η δυσλειτουργία των νεφρών, οφθαλμών, νεύρων, καρδιάς και αγγείων. Συμπτώματα της υπεργλυκαιμίας είναι η πολυουρία, πολυδιψία, ξαφνική απώλεια βάρους και η θαμπή όραση. Η πιο σημαντική και επικίνδυνη επιπλοκή της υπεργλυκαιμίας είναι η διαβητική κετοξέωση και το μη κετοτικό υπερωσμωτικό κώμα. (Κατσίκη και συν, 2010)

1.1.3.1 Τα συμπτώματα της υπεργλυκαιμίας

Σε κάποιες περιπτώσεις τα διαβητικά άτομα μπορεί να παρουσιάσουν συμπτώματα υπεργλυκαιμίας. Η συμπτωματολογία σε αυτή την περίπτωση μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής:

- Υψηλά επίπεδα σακχάρου
- Σάκχαρο στα ούρα
- Συχνουρία
- Πολυδιψία

1.1.3.2 Καταπολέμηση της υπεργλυκαιμίας σε άτομα με ΣΔ τύπου 1

Η θεραπεία της υπεργλυκαιμίας που εμφανίζεται σε ασθενής με ΣΔ τύπου 1 επιτυγχάνεται μέσω της χορήγησης ινσουλίνης, επειδή στους ανθρώπους αυτούς η παραγόμενη, από τον οργανισμό, ινσουλίνη είναι είτε ελάχιστη, είτε εντελώς απύσχα. Οπότε η χορηγούμενη ινσουλίνη να αντικαταστήσει την μη έκκριση ινσουλίνης και της βασικής και της μεταγευματικής. Διαδραματίζει πολύ κομβικό ρόλο διατήρηση της γλυκόζης σε φυσιολογικές τιμές, ειδικά κατά τη διάρκεια της νύχτας, που το διαβητικό άτομο κοιμάται και γενικότερα είναι επιθυμητή η διατήρηση χαμηλής και σταθερής συγκέντρωσης γλυκόζης στο αίμα (Μυγδάλης Η.Ν., 2009).

1.1.3.3 Σχήματα ινσουλίνης

Το πόσο γρήγορα θα απορροφήσει ο οργανισμός την ινσουλίνη εξαρτάται, από την δοσολογία, τα σκευάσματα που χορηγείται και τη συγκέντρωση της ινσουλίνης. Μέσω χορήγησης ινσουλίνης βραδείας δράσης, η οποία είναι ινσουλίνη μακράς διάρκειας, καθίσταται εφικτή η διατήρηση της βασικής ινσουλιναιμίας. Αυτού του είδους οι ινσουλίνες απορροφώνται από τον οργανισμό σταδιακά και δεν εμφανίζουν μέγιστη αιχμή δράσης (Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρία, 2010). Ειδικότερα, υπάρχουν δύο κύριες κατηγορίες ινσουλίνης οι ινσουλίνες χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες α) στις βασικές ινσουλίνες και β) στις γευματικές ινσουλίνες, πιο συγκεκριμένα οι βασικές ινσουλίνες υποκατηγοριοποιούνται σε ινσουλίνες μακράς διάρκειας και ινσουλίνες ενδιάμεσης δράσης (Μυγδάλης Η.Ν., 2009).

Ινσουλίνες μακράς δράσης

Οι ινσουλίνες μακράς δράσης παρουσιάζουν μακρά διάρκεια δράσης στοχεύοντας να είναι καλυμμένος ο ασθενής με μια ένεση καθ' όλη την διάρκεια του εικοσιτετραώρου. Οπότε καλύπτονται οι βασικές ανάγκες του σώματος όχι όμως και οι ανάγκες που παρουσιάζονται έπειτα από ένα γεύμα. Ουσιαστικός προσανατολισμός τους είναι η διατήρηση σταθερών επιπέδων ινσουλίνης στο αίμα ώστε να καλύπτονται οι βασικές ανάγκες του οργανισμού.

Ινσουλίνες ενδιάμεσης δράσης

Οι ινσουλίνες ενδιάμεσης δράσης, δρουν με παρόμοιο τρόπο όπως και οι ινσουλίνες μακράς διάρκειας με σημαντική διαφορά ότι έχουν μικρότερο χρόνο διάρκειας, επομένως πρέπει να γίνει χορήγηση δύο ενέσεων κατά την διάρκεια του εικοσιτετραώρου. Έτσι τις περισσότερες φορές, επιλέγεται τελικά ινσουλίνη μακράς δράσης (Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, 2019)

Γευματικές ινσουλίνες

Όσον αφορά τις γευματικές ινσουλίνες, στοχεύουν να καλύψουν τις ανάγκες του ασθενή που θα προκύψουν μετά από το γεύμα. Σε αυτή την περίπτωση, είκοσι με τριάντα λεπτά πριν την έναρξη του γεύματος θα πρέπει να γίνεται μια ένεση. Με αυτό τον τρόπο η δράση της ινσουλίνης θα έχει παρέλθει, μέχρι το επόμενο γεύμα του ασθενή. Παράλληλα υπάρχουν και οι ινσουλίνες υπερταχείας δράσης, που παρουσιάζουν ακόμη πιο γρήγορη επίδραση και μπορούν να χορηγηθούν λίγο πριν το γεύμα

Χρήση αντλίας συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης

Αυτή η μέθοδος θεραπείας έχει κερδίσει αρκετό έδαφος τα τελευταία χρόνια, επειδή παρουσιάζει μεγαλύτερη ευελιξία στην διαχείριση της νόσου και ένα καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής. Η καθημερινότητα των ασθενών που χρησιμοποιούν αντλία καθίσταται πιο απλή και με λιγότερο άγχος, γεγονός που αναβαθμίζει σημαντικά την ποιότητα ζωής τους, αφού πλέον δεν χρειάζεται να ασχολούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα με τη ρύθμιση του ΣΔ, επίσης δεν χρειάζεται να κάνουν πολλές ενέσεις κατά την διάρκεια της ημέρας. Η τοποθέτηση της αντλίας γίνεται στο εξωτερικό του σώματος, σε ειδική θήκη μαζί με το ανάλογο σετ έγχυσης και μέσω ενός μικρού καθετήρα που καταλήγει κάτω από την επιφάνεια του δέρματος, χορηγούνται συγκεκριμένες ποσότητες ινσουλίνης ταχείας δράσης στον ασθενή. Ο ενήλικος ασθενής μπορεί να ρυθμίσει τη δόση της γευματικής ινσουλίνης μόνος του, στα μικρά παιδιά αυτόν τον ρόλο στο σχολείο πολλές φορές καλείται να αναλάβει ο σχολικός νοσηλευτής σε συνεννόηση με τους γονείς ή τον γιατρό που παρακολουθεί το παιδί. Ο υπολογισμός των επιπέδων του σακχάρου γίνεται πιο εύκολα και γρήγορα, παράλληλα η αντλία έχει την δυνατότητα να υπολογίσει την

ποσότητα υδατανθράκων που πρέπει να παραλάβει το άτομο όπως και την ποσότητα της ινσουλίνης που πρέπει να χορηγηθεί (ADA, 2014)..

1.1.3.4 Άσκηση και υπεργλυκαιμία

Λόγω αύξησης των επιπέδων ορμονών (κατεχολαμίνες επί το πλείστον) οι οποίες δρουν ανταγωνιστικά προς την ινσουλίνη, είναι πιθανό σε, ασθενείς με ΣΔ τύπου 1 που παρουσιάζουν υπεργλυκαιμία, κατά την διάρκεια άσκησης να προκληθεί κέτωση. Στον αντίποδα, στους πάσχοντες από διαβήτη τύπου 2, οι οποίοι παρουσιάζουν υπολειμματική έκκριση ινσουλίνης, η άσκηση δείχνει να έχει θετική επίδραση, αυτό προϋποθέτει όμως η υπεργλυκαιμία να μην είναι αποτέλεσμα υποκείμενου νοσήματος. Επίσης η αεροβική άσκηση δύναται να παρουσιάσει θετικά αποτελέσματα και να συνεισφέρει στη μείωση της μεταγευματικής υπεργλυκαιμίας, επειδή στο συγκεκριμένο χρονικό σημείο, τα ενδογενή επίπεδα ινσουλίνης εμφανίζονται υψηλότερα (Poitiers et al., 2001).

1.1.3.5 Διαβητική κετοξέωση

Η διαβητική κετοξέωση αποτελεί μία επείγουσα κατάσταση και απαιτεί τη μεταφορά του ατόμου στο νοσοκομείο για την αντιμετώπιση της, καθώς αν δεν αντιμετωπιστεί άμεσα μπορεί το άτομο να οδηγηθεί σε θάνατο. Ταξινομείται σε τρεις κατηγορίες : α) ήπια, β) μέτρια και γ) σοβαρή. Αίτια της Διαβητικής Κετοξέωσης είναι ο αδιάγνωστος διαβήτης τύπου 1, η μη λήψη ινσουλίνης και καταστάσεις όπως χειρουργείο, σοβαρές λοιμώξεις. Τα συμπτώματά της εξελίσσονται γρήγορα και αυτά είναι η πολυουρία, πολυδιψία, απώλεια βάρους, αφυδάτωση, κοιλιακό άλγος, έμετος, ταχύπνοια, σοκ έως και κώμα. Η θεραπεία περιλαμβάνει την ενυδάτωση με τη χορήγηση υγρών, τη διόρθωση υπεργλυκαιμίας με τη χορήγηση ινσουλίνης, τη διόρθωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών και τη συχνή παρακολούθηση του ασθενούς για πρόληψη εμφάνισης επιπλοκών. (Καζάκος, 2016)

Ακόμη, μπορεί να προκληθεί διαβητική κετοξέωση, εφόσον τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα παραμείνουν σε πολύ ψηλά ποσοστά. Οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 είναι πιθανότερο να εμφανίσουν κετοξέωση, όμως μπορεί να συμβεί και σε άτομα με

σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η πρόκληση της κετοξέωσης οφείλεται στο γεγονός πως με τη λύση των κετονών, παράγονται κετόνες σε τόσο μεγάλη ποσότητα που ο οργανισμός αδυνατεί να απορροφήσει κι έτσι τους αποβάλλει μέσω της ουρίας, δεν αποβάλλεται το σύνολο της ποσότητας αυτή η οποία περνάει στο αίμα και με αυτόν τον τρόπο προκαλείται κετοξέωση (ADA, 2016).

1.1.4 Ορισμός της υπογλυκαιμίας

Η υπογλυκαιμία ορίζεται από την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία ως «η μείωση της γλυκόζης πλάσματος κάτω των 70 mg/dL με ή χωρίς συμπτώματα. Η μείωση της γλυκόζης είναι αποτέλεσμα περισσότερης ινσουλίνης από όσης χρειάζεται για να διατηρηθεί η ευγλυκαιμία. Τα άτομα με ΣΔ πρέπει να λαμβάνουν υπ' όψιν τον κίνδυνο τιμών γλυκόζης <70 mg/dL.» Η υπογλυκαιμία μπορεί να προκύψει από αλλαγές στη φαρμακευτική αγωγή, μεγάλη λήψη δόσης ινσουλίνης ή αντιδιαβητικών δισκίων, λοιμώξεις, αλλαγές στη διατροφή και στη δραστηριότητα του ατόμου.

1.1.4.1 Συμπτώματα υπογλυκαιμίας

Τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας χωρίζονται σε : α) αδρενεργικά συμπτώματα, όπως νευρικότητα, ταχυκαρδία, άγχος, ναυτία, αίσθημα παλμών και σε β) νευρογλυκοπενικά συμπτώματα, όπως μείωση συγκέντρωσης, κεφαλαλγία, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, σύγχυση, υπνηλία, σπασμοί και κόμα. Η υπογλυκαιμία χαρακτηρίζεται από α) ήπια, β) μέτρια (<60 mg/dl) και γ) σοβαρή υπογλυκαιμία (<40 mg/dl). (Καζάκος, 2016) (Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, 2019)

Η υπογλυκαιμία είναι μία πολύ σοβαρή κατάσταση καθώς μετά από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπογλυκαιμίας που μπορεί να υπάρξουν, είναι επικίνδυνα για τη ζωή του ασθενούς. Στα παιδιά και εφήβους συγκεκριμένα, μπορεί η παρατεταμένη υπογλυκαιμία να προκαλέσει προβλήματα στη διανοητική τους ανάπτυξη και για αυτό το λόγο πρέπει η ρύθμιση των γλυκαιμικών στόχων να είναι αυστηρή. (Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, 2019)

1.1.4.2 Θεραπεία της υπογλυκαιμίας

Όσο αφορά τη θεραπεία της υπογλυκαιμίας, στην ήπια αλλά και μέτρια υπογλυκαιμία, πρέπει να λάβει ο ασθενής 10-15 γρ. υδατανθράκων όπως, ζάχαρη, ταμπλέτες γλυκόζης 1 κουτάκι αναψυκτικό, 1 κουταλιάς μέλι, οι οποίοι προκαλούν αύξηση του σακχάρου κατά 40-80 mg/dl μέσα σε 10-15 λεπτά. Εάν δεν υπάρξει βελτίωση τότε δίνουμε πάλι υδατάνθρακες μέχρι να ανέβουν τα επίπεδα σακχάρου. Στη περίπτωση όμως σοβαρής υπογλυκαιμίας, η οποία είναι επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενούς, τότε πρέπει να χορηγηθεί ένεση γλυκαγόνης, αφού δεν επιτρέπεται να χορηγηθεί τίποτα από το στόμα επειδή ο ασθενής μπορεί να έχει απώλεια αισθήσεων. Τα διαβητικά άτομα πρέπει να κουβαλάνε μαζί τους γλυκαγόνη και μπορεί να την χορηγήσει οποιοσδήποτε χωρίς ύπαρξη ειδικών γνώσεων. η γλυκαγόνη δρα σε 10 λεπτά και διαρκεί 30 λεπτά. Σε περίπτωση μη αποτελεσματικότητας, επαναλαμβάνουμε την ένεση γλυκαγόνης στα επόμενα 10 λεπτά. (Καζάκος, 2016)

Τέλος, για την αποφυγή επεισοδίων υπογλυκαιμίας είναι σημαντικό να ενημερώνονται οι ασθενείς για τα μέτρα πρόληψής της (Μάρας, 2014) :

- Τήρηση γευμάτων και σωστή λήψη αυτών
- Συχνή παρακολούθηση των επιπέδων σακχάρου αίματος
- Προγραμματισμένη σωματική δραστηριότητα
- Αποφυγή λήψης αλκοόλ
- Σωστή χορήγηση ινσουλίνης

1.1.4.3 Άσκηση και υπογλυκαιμία

Σε ασθενείς που λαμβάνουν αγωγή με ινσουλίνη και σουλφονουρίες ή γλινίδες, η σωματική άσκηση είναι δυνατό να προκαλέσει πρόβλημα στην διαχείριση του διαβήτη. Για την αποτίμηση που έχει η άσκηση στο επίπεδο της γλυκόζης, πριν αλλά και μετά την άσκηση, πρέπει να γίνει μέτρηση γλυκόζης. Μέσα από ένα πρόγραμμα που περιλαμβάνει, ασκήσεις μεγάλης διάρκειας και χαμηλής έντασης φαίνεται να επιτυγχάνεται μείωση των επιπέδων της γλυκόζης, δίχως όμως να υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης υπογλυκαιμίας. Αντίθετα, η άσκηση σε υψηλούς ρυθμούς έντασης προκαλεί

παροδική αύξηση της γλυκόζης η διαλείπουσα, υψηλής έντασης άσκηση, που πραγματοποιείται έπειτα από το πρωινό γεύμα, σε ασθενείς που είναι σε αγωγή μόνο με δίαιτα προκαλεί ελάττωση του επιπέδου της γλυκόζης και παράλληλα την έκκριση ινσουλίνης αρκετές φορές, η υψηλής έντασης άσκηση προκαλεί την εξάντληση του γλυκογόνου στους μύες, κατά αυτόν τον τρόπο αυξάνονται οι πιθανότητες να εμφανιστεί υπογλυκαιμία μετά την άσκηση σε ινσουλινοθεραπευόμενους ασθενείς καθώς και σε ασθενείς που παίρνουν εκκριταγωγά φάρμακα. Σε αυτή την περίπτωση, συνιστάται η κατανάλωση 5-30 γραμμαρίων υδατανθράκων κατά τη διάρκεια και στα πρώτα 30 λεπτά έπειτα από εξαντλητική άσκηση στοχεύοντας στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης υπογλυκαιμίας και την καλύτερη δυνατή αποκατάσταση του γλυκογόνου στους μύες (Burke et al., 1999).

Άσκηση και σχολείο

Μέσω εφαρμογής ενός κατάλληλου προγράμματος διαίτας και άσκησης επιτυγχάνεται ο γλυκαιμικός έλεγχος, παράλληλα παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη μείωση εμφάνισης πιθανών επιπλοκών, όπως τα καρδιαγγειακά προβλήματα και τη θνητότητα. Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναλυθούν οι συστάσεις άσκησης και διατροφής για την αντιμετώπιση του ΣΔ. Τα υγιεινοδιαιτητικά μέτρα που λαμβάνονται, θεωρούνται ως ο ακρογωνιαίος λίθος για την αποτελεσματικότερη του ΣΔ. Η άσκηση, τόσο η αερόβια, όσο και η άσκηση αντίστασης συμβάλλουν στη βελτίωση της δράσης της ινσουλίνης καθώς και στη μείωση των επιπέδων της γλυκόζης, των λιπιδίων και της αρτηριακής πίεσης. παράλληλα, μέσω της συχνής σωματικής άσκησης βελτιώνεται το επίπεδο της ποιότητα ζωής. Η συμμετοχή των διαβητικών ασθενών με ΣΔ στην άσκηση είναι θεμελιώδους σημασίας για τη βελτίωση της υγείας τους και γι αυτό οι διαβητικοί ασθενείς πρέπει να ασκούνται συχνά (Λιόρδα και συν., 2014).

1.1.5 Ορισμοί

Φυσική κατάσταση (physical fitness): ονομάζεται η δυνατότητα που έχει ένας άνθρωπος να πραγματοποιεί διάφορες σωματικές δραστηριότητες. Σε αυτήν την διαδικασία περιλαμβάνονται η μυϊκή ικανότητα που παρουσιάζει ένα άτομο καρδιοαναπνευστική αντοχή του και η ελαστικότητα.

Μυϊκή ικανότητα (muscular fitness): σχετίζεται με την μυϊκή δύναμη που μπορεί να πράξει ο μυς όσο και η μυϊκή αντοχή, η δυνατότητα δηλαδή ενός μυ να επαναλαμβάνει κινήσεις χωρίς να παρουσιάζει συμπτώματα κόπωσης .

Καρδιοαναπνευστική αντοχή (cardiorespiratory fitness): χαρακτηρίζεται η παροχή της απαιτούμενης ποσότητας οξυγόνου στο σώμα μέσω του αναπνευστικού και καρδιαγγειακού συστήματος κατά τη διάρκεια της σωματικής δραστηριότητας και εκτιμάται με βάση το ποσοστό μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου (VO₂max). Η εξέταση είναι εφικτή χρησιμοποιώντας είτε εργομετρικό ποδήλατο, είτε διάδρομο βάρδισης

Ελαστικότητα: καλείται η δυνατότητα μιας άρθρωσης να πραγματοποιήσει ένα εύρος κινήσεων (Balducci et al., 2014).

Η άσκηση αποτελεί πλέον αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας του σακχαρώδη διαβήτη. Τα άτομα με διαβήτη τύπου 1 έχουν αυξημένο τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Για να διατηρηθεί σωστά η γλυκόζη του αίματος και να υπάρχει αποτελεσματικότερος έλεγχος του διαβήτη χρειάζεται η συλλογική συμμετοχή τριών πραγμάτων, τα οποία είναι η διατροφή, η άσκηση και η χορήγηση ινσουλίνης.

1.1.6 Είδη άσκησης

Τα είδη της άσκησης ταξινομούνται ως εξής:

1. Αεροβική άσκηση: καλείται η ρυθμική, επαναλαμβανόμενη και συνεχής κίνηση κατά τη διάρκεια της οποίας χρησιμοποιούνται οι ίδιες μυϊκές ομάδες για τουλάχιστον 10 λεπτά τη φορά αυξάνει την καρδιαγγειακή λειτουργία και σε αυτές συγκαταλέγονται το περπάτημα, το τρέξιμο, η κολύμβηση και η ποδηλασία

2. Άσκηση αντίστασης (ενδυνάμωσης): καλείται η άσκηση που μέσω της μυϊκής δύναμης επιτυγχάνεται η μετακίνηση βάρους ή η υπερνίκηση κάποιου φορτίου αντίστασης. Σε αυτόν τον τύπο ασκήσεων χρησιμοποιούνται βάρη που αυξάνουν τη δύναμη των μυών

3. Ασκήσεις ελαστικότητας: που αφορούν ασκήσεις έκτασης όπως οι διατάσεις, που στοχεύουν στην βελτίωση ή την διατήρηση του εύρους της κίνησης που μπορεί να εκτελέσει μία άρθρωση (Balducci et al., 2014).

Οι μαθητές που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη μπορούν να συμμετέχουν κανονικά, όπως οι υπόλοιποι συμμαθητές τους σε οποιαδήποτε δραστηριότητα του σχολείου, απλά θα πρέπει να γίνει προσαρμογή της ινσουλίνης και του φαγητού στην επιπλέον σωματική άσκηση και να υπάρχει η δυνατότητα άμεσης πρόσληψης υδατανθράκων σε περίπτωση υπογλυκαιμίας. (Jackson, 2015)

Η επίδραση της άσκησης στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη είναι πολύ σημαντική, καθώς ο διαβήτης σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και η άσκηση βοηθάει στην βελτίωση παραγόντων κινδύνου για αθηροσκλήρωση. Η σωματική δραστηριότητα μειώνει την αρτηριακή πίεση και αυξάνει την καρδιαγγειακή λειτουργία. Ιδιαίτερα στα παιδιά πρέπει να υπάρχει μεγαλύτερη προσοχή στην εξισορρόπηση του γλυκαιμικού ελέγχου κατά τη διάρκεια της άσκησης και του παιχνιδιού και σε αυτό χρειάζεται βοήθεια από τους γονείς και τους δασκάλους. (American Diabetes Association, 2003) Επιπλέον, ανεξάρτητα από τα οφέλη της άσκησης, η συμμετοχή σε δραστηριότητες θα βοηθήσει τα παιδιά που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη να μην νιώθουν αυτή τη διαφορετικότητα που τους διακατέχει.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Ηνωμένου Βασιλείου, τα παιδιά και οι έφηβοι με διαβήτη θα πρέπει να ασκούνται 60' την ημέρα για τουλάχιστον 3 φορές τη βδομάδα. Η άσκηση θα πρέπει να είναι μέτρια έως έντονη και να περιλαμβάνει ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών και του σκελετού. Με αυτό τον τρόπο, οι νέοι βοηθούνται στη διατήρηση της καλής υγείας και ποιότητας ζωής, στη διατήρηση φυσιολογικού βάρους, στη βελτίωση της υγείας των οστών, καθώς και στην αυτοπεποίθησή του. (Quirk *et al*, 2014.)

Ωστόσο, στις μέρες μας η σωματική δραστηριότητα στους νέους δεν είναι σε ικανοποιητικά επίπεδα και έτσι δεν είναι δυνατή η αξιοποίηση του σημαντικού αυτού οφέλους που προκύπτει από την σωματική δραστηριότητα. (Quirk *et al*, 2014.)

Όπως προκύπτει από τα πολυάριθμα πλεονεκτήματα που προσφέρει η συστηματική φυσική δραστηριότητα στα παιδιά και εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη, έχουν επίσης δημιουργηθεί εξειδικευμένα προγράμματα φυσικής αγωγής για τα συγκεκριμένα άτομα, τα οποία θα μπορούσαν να υλοποιηθούν από τα σχολεία. Οι κατηγορίες των ασκήσεων αυτού του είδους περιλαμβάνουν κυρίως τα ακόλουθα (Faulkner *et al*, 2010, D'hooge *et al*, 2011, Maggio *et al*, 2012, Quirk *et al*, 2014):

- Αερόβια άσκηση, όπως περπάτημα, χορός και κολύμβηση.
- Αερόβια άσκηση σε συνδυασμό με διατάσεις
- Ασκήσεις ισορροπίας και ευλυγισίας

Επιπλέον, επισημαίνεται πως, η εφαρμογή αυτών των ασκήσεων, εκτός από την διατήρηση της καλής φυσικής κατάστασης, οδηγεί και στην βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης των νέων, καθώς τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη αντιμετωπίζουν αρκετές φορές ψυχολογικά προβλήματα και έτσι η τακτική φυσική δραστηριότητα κρίνεται απαραίτητη. (D'hooge *et al*, 2011, Kalyva *et al*, 2011, Quirk *et al*, 2014)

Εκτός από όλες τις θετικές επιδράσεις που έχει η άσκηση στην υγεία ενός διαβητικού ατόμου, μπορεί να προκαλέσει και κινδύνους και για αυτό το λόγο δεν πρέπει να πραγματοποιείται όταν υπάρχουν υψηλές τιμές γλυκόζης. Όταν η σωματική δραστηριότητα είναι προγραμματισμένη τότε πρέπει να μειώνουμε την δόση της ινσουλίνης πριν την έναρξή της και όταν η άσκηση είναι έντονη και μεγάλης διάρκειας, τότε πρέπει να γίνεται χορήγηση υδατανθράκων κατά τη διάρκειά της. Η ένεση ινσουλίνης δεν πρέπει να γίνεται σε περιοχή κάτω από την οποία υπάρχει μυς που θα γυμναστεί και επίσης η σωματική άσκηση χρειάζεται να αποφεύγεται την ώρα που η ινσουλίνη είναι στην αιχμή της δράσης της γιατί υπάρχει κίνδυνος υπογλυκαιμίας. Και τέλος, επειδή υπάρχει ο κίνδυνος εμφάνισης επεισοδίου υπογλυκαιμίας πρέπει ο ασθενής να συνοδεύεται από άτομο το οποίο να γνωρίζει την αντιμετώπιση της κατάστασης και φυσικά να υπάρχει διαθέσιμη γλυκόζη ή ζάχαρη για την αντιμετώπισή της.

Γενικά, τα νεαρά άτομα με σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να ασκούνται για 1 ώρα την ημέρα για τουλάχιστον 3 φορές τη βδομάδα και να περιλαμβάνουν τόσο ασκήσεις αερόβιες, όσο και αναερόβιες. Οποιοδήποτε είδος άσκησης θα πρέπει να ξεκινάει και να

αυξάνεται σταδιακά. Πριν την έναρξη της σωματικής δραστηριότητας θα πρέπει ο ασθενής να μετράει τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα του και αν είναι χαμηλά να καταναλώνει υδατάνθρακες για την αποφυγή υπογλυκαιμίας.

Η άσκηση και η διατροφή αποτελούν εξαιρετικά σημαντικό κομμάτι της ρύθμισης του ΣΔ. Η άσκηση αυξάνει την ευαισθησία του οργανισμού στην ινσουλίνη και μειώνει το επίπεδο του σακχάρου στο αίμα, βελτιώνει το μεταβολισμό της γλυκόζης, των πρωτεϊνών και των λιπών ενώ παράλληλα επιδρά θετικά στην καλύτερη κυκλοφορία του αίματος.

Όταν γίνεται λόγος για αντιμετώπιση του ΣΔ μέσω της διαίτας, αφορά περισσότερο στην υιοθέτηση ενός ισορροπημένου τρόπου διατροφής παρά μιας περιοριστικής διαίτας. Στην περίπτωση, που ο ασθενής πάσχει από ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη, πρέπει να εξισορροπείται η πρόσληψη της τροφής με τις ενέσεις ινσουλίνης, ώστε να επιτυγχάνεται ο καλύτερος δυνατός έλεγχος των επιπέδων σακχάρου σας.

1.1.7 Οξεία επίδραση άσκησης στον μεταβολισμό της γλυκόζης

Η σύσπαση των μυών στην διάρκεια της άσκησης προκαλεί την αύξηση της πρόσληψης της γλυκόζης από τους μυς δραστηριοποιούνται. Κατά συνέπεια, καθώς η ένταση της άσκησης μεγαλώνει οι υδατάνθρακες γίνονται η κύρια πηγή ενέργειας. Έχει παρατηρηθεί πως, οι συσπάσεις των μυών ενεργοποιούν τη μετακίνηση των GLUT4 γλυκοζομεταφορέων, οι οποίοι με την σειρά τους είναι υπεύθυνοι για την είσοδο της υδρόφιλης γλυκόζης μέσα στα κύτταρα των μυών, από το ενδοκυττάριο διαμέρισμα στην επιφάνεια των μυϊκών κυττάρων μέσω:

- ενεργοποίησης της 5-AMP κινάσης,
- της αύξησης του μονοξειδίου του αζώτου (NO – nitric oxide)
- της αύξησης των ελευθέρων ριζών οξυγόνου (ROS – reactive oxygen species).

Παρεμφερής είναι και ο τρόπος δράσης της ινσουλίνης, η οποία προκαλεί μετακίνηση των GLUT4 γλυκοζομεταφορέων προς την επιφάνεια των μυϊκών κυττάρων. Η διαφοροποίηση που υπάρχει σε σχέση με την μυϊκή σύσπαση, έγκειται στην διαφορετική μεταβίβαση του σήματος της ινσουλίνης, η οποία πραγματοποιείται μέσω διαφορετικής μεταβολικής οδού,. Τελικά όμως παρατηρείται ένα κοινό σημείο και στις δύο

μεταβολικές οδούς, στο οποίο ενεργοποιούνται οι ενδοκυττάρια πρωτεΐνες, η TBC1D1 και η TBC1D4 (Merry et al., 2009).

Προκύπτει λοιπόν το συμπέρασμα πως με την άσκηση υπάρχει αύξηση στην πρόσληψη της γλυκόζης από τα κύτταρα των μυών όπως και με την χρήση ινσουλίνης λόγω της μετακίνησης των GLUT4 μεταφορέων γλυκόζης, με μερικώς διαφορετικό μηχανισμό. Βλέπουμε πως η άσκηση μπορεί να οδηγήσει στην είσοδο μεγαλύτερου ποσοστού γλυκόζης στα κύτταρα των μυών ακόμα και αν τα επίπεδα ή/και η δράση της ινσουλίνης είναι διαταραγμένα όπως στις περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (Colberg et al., 2010).

Τέλος, έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο εκδήλωσης υπογλυκαιμίας για κάποιο χρονικό διάστημα μετά από έντονη άσκηση, επειδή αυξάνονται οι τιμές των ορμονών του stress, σε συνθήκες έλλειψης ινσουλίνης. Έρευνες έχουν δείξει πως οι ασκήσεις αντίστασης ελαττώνουν τις τιμές της γλυκόζης σε ασθενείς που παρουσιάζουν διαταραγμένη γλυκαιμία νηστείας ακόμη και ένα εικοσιτετράωρο έπειτα από την άσκηση. Εξάγεται λοιπόν το συμπέρασμα πως ένα συνδυαστικό πρόγραμμα με ασκήσεις έντασης και αερόβιας άσκησης μπορεί να αποδώσει καλύτερα αποτελέσματα στον έλεγχο της γλυκαιμίας, σε σχέση με την πραγματοποίηση των ασκήσεων ξεχωριστά (Colberg et al., 2010).

1.1.8 Η απαιτούμενη ένταση των ασκήσεων

1.1.8.1 Ένταση αεροβικής άσκησης

Η ένταση αεροβικής άσκησης υπολογίζεται είτε μέσω της VO₂max, είτε με βάση το μεταβολικό ισοδύναμο (MET), ή ακόμη με μέτρηση της μέγιστης καρδιακής συχνότητας (HR_{max}), ή. (Norton et al., 2010).

Μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου (VO₂max): υπολογίζεται μέσω εργοσπειρομέτρησης και εκτιμάται με βάση το ποσοστό μέγιστης πρόσληψης

Μεταβολικό ισοδύναμο (MET): με αυτή την διαδικασία μπορεί να υπολογιστεί η ένταση της άσκησης και με ποιο ρυθμό γίνεται η κατανάλωση ενέργειας από τον

οργανισμό όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας. Στους ενήλικες ισούται περίπου με 1 Kcal/Kg BΣ/h.

Μέγιστη καρδιακή συχνότητα (HRmax): ο υπολογισμός της τιμής της εξάγεται από τον τύπο $220/\text{ηλικία}$ σε έτη.

Αποθεματικό καρδιακής συχνότητας (HRRHeart Rate Reserve): υπολογίζεται από τον τύπο $\text{μέγιστη καρδιακή συχνότητα}/\text{καρδιακή συχνότητα σε ηρεμία}$. (Λιόρδα και συν., 2014).

1.1.8.2 Ένταση ασκήσεων αντίστασης

Η μέγιστη τιμή βάρους που έχει τη δυνατότητα να σηκώσει ένα άτομο για μια μόνο φορά καλείται 1-repetition maximum [1-RM] και αποτελεί το ανώτερο όριο ώστε να προσδιοριστεί η τιμή του ιδανικού βάρους που μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά την διάρκεια εκτέλεσης μίας άσκησης αντίστασης (Garber et al., 2011).

ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ορισμός της Ειδικής Αγωγής και σε ποια παιδιά απευθύνεται

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) υποστηρίζει πως, «η αγωγή υγείας μια διαδικασία όπου μέσω εκπαίδευσης προσβλέπει στην διαμόρφωση ή και την τροποποίηση προτύπων συμπεριφοράς, τα οποία αποσκοπούν στην προάσπιση, προαγωγή και βελτίωση του επιπέδου υγείας». Η αγωγή υγείας στα παιδιά αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό, αλλά και ταυτόχρονα εξειδικευμένο κομμάτι της διαδικασίας αυτής, στο οποίο θα πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή (Αθανασίου, 2007).

Υγεία είναι ο συνδυασμός της σωματικής και ψυχικής κατάστασης με την σωστή λειτουργία του οργανισμού ενός ατόμου ώστε να μπορεί να ζει φυσιολογικά. Οτιδήποτε διαφορετικό από την υγεία ονομάζεται μειονεξία. Ένα άτομο ονομάζεται μειονεκτικό όταν αδυνατεί να ζήσει ομαλά στην κοινωνία, εξαιτίας των ιδιαίτερων καταστάσεων που τον διακατέχουν και συνήθως δεν είναι υπεύθυνο για την κατάστασή του. Η Ειδική Αγωγή είναι ένας κλάδος της παιδαγωγικής επιστήμης, η οποία με την χρησιμοποίηση ειδικών μεθόδων διδασκαλίας και ανάλογων τρόπων διαπαιδαγώγησης, έχει ως σκοπό να βελτιώσει, να εναρμονίσει και να κοινωνικοποιήσει στον βαθμό που είναι δυνατό τις εξελικτικές δυνατότητες ενός μειονεκτικού παιδιού με νοητική στέρηση ή διαταραγμένη προσωπικότητα, ώστε να τα εφοδιάσει και να τα βοηθήσει ανάλογα με το εύρος εξέλιξης που μπορούν να παρουσιάσουν, με τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, με σκοπό στην πορεία της ζωής τους να καταφέρουν να ενταχθούν και να συμμετέχουν ισότιμα στο κοινωνικό σύνολο, με απώτερο σκοπό την ψυχική και συναισθηματική τους ευδαιμονία (Καλαντζής, 1979).

1.1.9 Χρονική εξέλιξη της Ειδικής Αγωγής

Η αντίληψη για την Ειδική Αγωγή στο πέρασμα του χρόνου διαφοροποιήθηκε σε αρκετά στάδια της εξέλιξης της ανθρώπινης κοινωνίας. Κατά τον Μεσαίωνα τα άτομα με αναπηρία βίωναν διώξεις και θεωρούνταν ως «δαιμονισμένα» που έπρεπε να τιμωρηθούν με σκοπό να εξαγνιστούν, στους επόμενους αιώνες έως και τον 19^ο αιώνα, τα άτομα με αναπηρίες και διαταραγμένη προσωπικότητα περνούσαν στο περιθώριο της κοινωνίας και αντιμετώπιζονταν με κακομεταχείριση και μίσος πολλές φορές (Κακούρος,

Μανιαδάκη 2006). Η κατάσταση άρχισε να διαφοροποιείται ουσιαστικά μέσα στην διάρκεια του 20^{ου} αιώνα αρχικά μέσα από ιδιωτικές ενέργειες που αποσκοπούσαν στην βελτίωση των συνθηκών της καθημερινότητας, την εκπαιδευτική και επαγγελματική κατάρτιση, την ισότιμη ένταξη και αποδοχή των μειονεκτικών ατόμων από την κοινωνία. Στην Ελλάδα το πρώτο βήμα για εκπαίδευση, μέριμνα και περίθαλψη μειονεκτικών ατόμων έγινε το 1906 με την ίδρυση του «Οίκου Τυφλών», έπειτα υπήρξαν πολλές προσπάθειες, είτε ως ιδιωτικές πρωτοβουλίες, είτε ως κρατική μέριμνα, έως τα έτη 1972 και 1973 όπου πλέον ιδρύθηκαν τα πρώτα σχολεία για εκπαίδευση ατόμων με νοητική στέρηση. Στην σύγχρονη εποχή έχουν αναγνωριστεί σε μεγάλο βαθμό οι δυνατότητες των ατόμων αυτών και έχουν μεγαλύτερες δυνατότητες ισότιμης κοινωνικής συμμετοχής και εξέλιξης.

1.1.10 Ορισμός Ειδικής Αγωγής.

Η Ειδική Αγωγή είναι μία έννοια που διατυπώθηκε ποικιλοτρόπως και για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα υπήρξαν πολλές αντιπαραθέσεις για τον ακριβή ορισμό που έπρεπε να διατυπωθεί. Κάθε προσπάθεια διατύπωσης του ορισμού κρίνεται αρκετά επίμονη, διότι ο όρος για τα άτομα με ειδικές ανάγκες δεν είναι σαφής και συμπεριλαμβάνει ένα ευρύ πεδίο ψυχοσωματικών παθήσεων, επίσης η αλληλεπίδραση και η τριβή μεταξύ παιδιού και του εκάστοτε παρατηρητή δημιουργούν «κατασκευασμένες» παρατηρήσεις και περιγραφές. Οι παρατηρήσεις αυτές, οι ορισμοί και οι περιγραφές συναρτώνται άμεσα με το θεωρητικό υπόβαθρο που φέρει ο κάθε ειδικός (Τσιμπιδάκη, 2013). Εν αρχή, ο όρος «Άτομα με Ειδικές Ανάγκες» (Α.μ.Ε.Α.) διατυπώθηκε πρώτη φορά επίσημα το 1978 από την επιτροπή Warnock στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο οποίος αντικατέστησε πλήθος έτερων χαρακτηρισμών όπως ανώμαλος, απροσάρμοστος και ανάπηρος. Το 1981, μέσω της Education Act προστέθηκε ο όρος «εκπαιδευτικές», χαρακτηρίζοντας την εκπαιδευτική διαδικασία που αποσκοπούσε σε παροχή υποστήριξης μέσα από το τρίπτυχο σχολείο – οικογένεια - κοινωνία. Έτσι, πλέον ένα παιδί με ειδικές ανάγκες χαρακτηριζόταν ως «παιδί με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες» (Τσιμπιδάκη, 2013). Μετέπειτα,, ο Κυπριωτάκης (2000) ανέφερε πως: « Το ειδικό παιδί, όπως φαίνεται και από την ίδια την λέξη, είναι εκείνο το παιδί που ξεχωρίζει, που διαφέρει αισθητά από τα άλλα παιδιά, που διαφοροποιείται από το

κανονικό». Όταν αναφερόμαστε όμως σε ένα «ειδικό παιδί» στη σκέψη μας έρχεται συνήθως το παιδί με μη επαρκή πνευματική ικανότητα. Αυτό συμβαίνει, είτε διότι εστιάζουμε περισσότερο σε αυτό το χαρακτηριστικό, είτε γιατί τα ζητήματα νοημοσύνης καταλαμβάνουν στις μέρες μας πρωταρχικό ρόλο. Ουσιαστικά όμως, ειδικά παιδιά δεν είναι μόνο εκείνα που διαφοροποιούνται σε μεγάλο βαθμό από το μέσο επίπεδο νοημοσύνης. Το παιδί στο οποίο παρατηρούνται συναισθηματικές διαταραχές ανήκει στην κατηγορία των ειδικών παιδιών και χρήζει παροχής ξεχωριστής φροντίδας. Παράλληλα, ένα παιδί με σοβαρές ακουστικές διαταραχές, ένα παιδί με μειωμένη ή καθόλου όραση, ένα ψυχοκινητικά άστατο παιδί καθώς και ένα ανάπηρο σωματικά παιδί απαιτούν χρήζουν ανάλογης φροντίδας ως «ειδικά παιδιά» (Κυπριωτάκης, 2000).

Ο επικρατέστερος ορισμός επισημαίνει πως, Ειδική αγωγή σημαίνει εξειδικευμένη διδασκαλία που έχει σχεδιαστεί κατάλληλα ώστε να μπορεί να παρέχει ειδικά προγράμματα και υπηρεσίες που υποστηρίζουν και ικανοποιούν τις ειδικές ανάγκες των παιδιών, σε χώρους οι οποίοι έχουν λάβει την κατάλληλη διαρρύθμιση και τον ανάλογο εξοπλισμό». «Σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο Ν.2817/2000, ορίζονται ως Άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, που έχουν σημαντική δυσκολία μάθησης και προσαρμογής λόγω ιδιαιτεροτήτων που άπτονται της κοινωνικής, της ψυχολογικής, της σωματικής, της διανοητικής και της συναισθηματικής τους ικανότητας». (Νόμος 2718, 2000). Από νομοθετική οπτική, « η Ειδική Αγωγή ορίζεται ως ένα σύνολο εκπαιδευτικές υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται στους μαθητές με αναπηρία και επιβεβαιωμένες ειδικές εκπαιδευτικές δυσκολίες. Η υποχρέωση της Πολιτείας στην αναβάθμιση και ανάπτυξη της παρεχόμενης εκπαίδευσης Ειδικής Αγωγής έχει δεσμευτικό χαρακτήρα ως αναπόσπαστο κομμάτι της υποχρεωτικής και δωρεάν δημόσιας παιδείας στην Ελληνική Επικράτεια και να προβλέπει μέριμνα για την παροχή δωρεάν δημόσιας ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης στους αναπήρους όλων των ηλικιακών στρωμάτων σε όλα τα επίπεδα και όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες». (άρθρο 1, Νόμος 3699/2008). Εντούτοις, εξετάζοντας το κοινωνικό και πολιτικό γίνεσθαι, η επικρατούσα άποψη που υπάρχει, θεωρεί την ειδική αγωγή ως «αποτέλεσμα κινήματων, που μάχονται για τα πολιτικά δικαιώματα» και μια εκδήλωση των πεποιθήσεων συνόλου του γενικού πληθυσμού, έναντι των ατόμων με ειδικές ανάγκες. (Heward, 2011).

1.1.11 Στόχοι της Ειδικής Αγωγής

Η Ειδική Αγωγή έχει ως απώτερο σκοπό την παροχή μόρφωσης των μειονεκτικών παιδιών, την πνευματική και κοινωνική τους εξέλιξη, να καταστήσει την επαγγελματική τους αποκατάσταση εφικτή, μέσα από συγκεκριμένο πλαίσιο στόχων. Ο Κρουσταλάκης (1994) υποστηρίζει πως οι βασικοί στόχοι της Ειδικής Αγωγής είναι α) η υποστήριξη, β) η υποβοήθηση και γ) η προαγωγή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ικανότητας των μειονεκτικών ατόμων στην παιδική και εφηβική ηλικία. Επίσης, Ειδική Αγωγή ως εκπαιδευτικό σύστημα έχει ως στόχο, μέσα από ένα συγκεκριμένο και καλά οργανωμένο πλαίσιο παιδαγωγικών, συμβουλευτικών και θεραπευτικών μεθόδων να βοηθήσει ένα παιδί με νοητική στέρηση να:

- Επιτύχει ένα καλύτερο διανοητικό επίπεδο, παράλληλα με ενίσχυση της γλωσσικής του ικανότητας ώστε να καταφέρει να επικοινωνεί σταθερότερα και πιο ομαλά
- Αναπτύξει μια προσωπικότητα με ισορροπία
- Καταφέρει να ενταχθεί στο σχολικό περιβάλλον, στο οποίο θα βιώσει ευχάριστες και δημιουργικές καταστάσεις, κάνοντας το να νιώσει πιο χαρούμενο και αποδεκτό
- Βελτιώσει την αντίληψη και τις αισθητηριακές του λειτουργίες, ώστε να μπορεί να έχει καλύτερα επικοινωνιακά αποτελέσματα με παιδιά παρόμοιας ηλικίας
- Μειώσει τις συναισθηματικές του εντάσεις, εφόσον αδυνατεί να προσαρμοστεί ή υπάρχουν ζητήματα συμπεριφοράς, μέσω της συμμετοχής του σε ατομικά ή ομαδικά ψυχοθεραπευτικά προγράμματα
- Αναπτύξει ικανότητα να είναι σε θέση να επιλύσει προσωπικά ζητήματα, αλλά και προβλήματα που θα παρουσιαστούν στην διάρκεια της ζωής του
- Αναπτύξει κοινωνικές δεξιότητες, ώστε να μπορέσει να συμμετέχει και να δημιουργήσει διαπροσωπικές σχέσεις με τον στενό κοινωνικό του περίγυρο

Επίσης βασική στόχευση τη Ειδικής Αγωγής είναι η εισαγωγή και η ομαλή ένταξη των ατόμων αυτών στον εργασιακό χώρο και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο μέσω της επαγγελματικής κατάρτισης και εκπαίδευσης. Είναι αναγκαίο η Πολιτεία να θέτει ως

μείζον και πρωταρχικό της στόχο την ένταξη και συμμετοχή στο σχολείο και το κοινωνικό γίνεσθαι (Καρακοΐδας, Δήμας 1995).

1.1.12 Οι σκοποί του προγράμματος της ειδικής αγωγής

Οι σκοποί του προγράμματος της ειδικής αγωγής είναι: (Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004)

- Σχολική ετοιμότητα. Να καταφέρουν τα παιδιά να επικοινωνούν είτε λεκτικά είτε με οποιαδήποτε άλλη μορφή επικοινωνίας, να αυξήσουν τις νοητικές τους ικανότητες και να προετοιμαστούν για την είσοδό τους στις σχολικές δραστηριότητες.
- Αλλαγή στην οπτική των γονέων όσον αφορά το πλαίσιο της σχολικής επίδοσης
- Σχολικές δεξιότητες. Να μπορέσουν τα παιδιά να μάθουν να γράφουν και να διαβάζουν και να καταλάβουν μαθηματικές έννοιες και πράξεις.
- Αξιολόγηση. Να επιτυγχάνεται αντικειμενική και σωστή αξιολόγηση, λαμβάνοντας υπόψη τις ατομικές ιδιαιτερότητες του εκάστοτε παιδιού
- Προσαρμογή στην κοινωνία. Να καταφέρουν να αποδεχτούν το περιβάλλον και να γίνουν και αυτά αποδεκτά από αυτό, καθώς και να επιτύχουν όσο περισσότερη αυτονομία γίνεται.
- Μείωση διάκρισης. Να ελαχιστοποιηθεί η διάκριση ανάμεσα στους μαθητές όσον αφορά τις σχολικές τους επιδόσεις.
- Δημιουργικές ενασχολήσεις. Να νιώσουν τη χαρά του να δημιουργούν και να χρησιμοποιήσουν σωστά τον ελεύθερό τους χρόνο.
- Κατοχύρωση Ειδικής Αγωγής. Να καταστεί νομικά κατοχυρωμένη η Ειδική Αγωγή στα πλαίσια του εκπαιδευτικού γίνεσθαι.

Τέλος, προεπαγγελματική ετοιμασία. Να κατανοήσουν τις ικανότητες και τις αδυναμίες που έχουν και να δημιουργήσουν προεπαγγελματικές ικανότητες

1.1.13 Ορισμός και Βαθμίδες Νοητικής Στέρησης

Ένα άτομο που παρουσιάζει δείκτη νοημοσύνης είτε ίσο, είτε μικρότερο των 75 μονάδων, στο οποίο εντοπίζεται έλλειψη σε δύο ή περισσότερους από δέκα

προτεινόμενους τομείς συμπεριφορικής προσαρμογής και η συμπτωματολογία έχει κάνει την εμφάνιση της σε ηλικία μικρότερη από τα δεκαοκτώ έτη, θεωρείται ότι πάσχει από νοητική στέρηση σύμφωνα με τον ορισμό που παρουσίασε η Αμερικανική Ένωση το 1992 (AAMR, 1992) (Κακούρος, Μανιαδάκη 2006).

Ο αριθμός και η ποικιλομορφία συμπτωμάτων που μπορεί να εκδηλώσει ένα παιδί με νοητική στέρηση σχετίζονται με τον βαθμό στέρησης, ο οποίος μπορεί να είναι ελαφρύς, μέτριος και βαρύς. Στην ταξινόμηση των βαθμίδων αυτών έχουν προεξάρχοντα ρόλο τα αποτελέσματα συγκεκριμένων τεστ νοητικής ικανότητας του ατόμου, σε συνάρτηση με τα προβλήματα προσαρμογής, ένταξης και αλληλεπίδρασης με το κοινωνικό σύνολο. Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων με νοητική στέρηση βαθμονομείται σύμφωνα με τις έρευνες, με ελαφριά νοητική στέρηση. (Σταυρακάκη 2001). Όσο μικρότερος είναι ο βαθμός νοητικής στέρησης ενός ατόμου τόσο μεγαλύτερο είναι το εύρος των δυνατοτήτων της εκπαιδευτικής αγωγής του.

- 1. Τα άτομα που παρουσιάζουν ελαφριάς μορφής στέρηση χαρακτηρίζονται **εκπαιδεύσιμα**.
- 2. Τα άτομα που παρουσιάζουν μέτρια στέρηση ονομάζονται **ασκήσιμα**.
- 3. Στα άτομα με βαριάς μορφής νοητική στέρηση υπάρχουν σημαντικές δυσκολίες όσον αφορά την εκπαίδευση και την προσαρμοστικότητα τους.

Στα άτομα που πάσχουν από *ελαφριά νοητική στέρηση* (IQ 50 -70) δεν παρατηρείται κάποιας μορφής εμφανισιακής ή σωματικής ιδιαιτερότητας. Τα άτομα αυτά όπως προαναφέρθηκε είναι εκπαιδεύσιμα και μέσω προγραμμάτων Ειδικής Αγωγής μπορούν να αποκτήσουν δυνατότητες εργασίας σε τεχνικά επαγγέλματα αλλά και να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν. Ως χαρακτηριστικά, τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μεταβολές στην διάθεση τους, έντονη παρορμητικότητα, συναισθηματική αστάθεια, μικρή κριτική ικανότητα, δεν κατανοούν τα ελλείμματα τους, τέλος παρουσιάζουν υποβολιμότητα προς τους ανθρώπους στους οποίους προσβλέπουν προς ασφάλεια και προστασία (Κυπριωτάκης, 2008).

Σε περιπτώσεις *μέτριας ή ελαφράς νοητικής στέρησης* (IQ 35-50) τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από υπακοή και συγκαταβατικότητα προς τα άτομα που μεριμνούν για

την φροντίδα τους, ενώ η συμπεριφορά τους παρουσιάζει μεταπτώσεις ανάλογα με το εύρος ατόμων που έρχονται σε διαπροσωπική επαφή. Η αλλαγή στο περιβάλλον και η επαφή με άγνωστα ως προς αυτά άτομα δύναται να τους προκαλέσει παρορμητικές εξάρσεις θυμού, επομένως χρίζουν επίβλεψης (Κυπριωτάκης, 2008).

Τα άτομα με *βαριάς ή σοβαρής μορφής νοητική στέρηση* ($IQ < 35$) συχνά παρουσιάζουν εξωτερικά χαρακτηριστικά όπως ανωμαλίες στο κρανίο, περιορισμένο ανάστημα, δάκτυλα ίσου μεγέθους, γεγονός που βοηθά να γίνει άμεσα αντιληπτή η πάθησή τους. Εξ άλλου χαρακτηρίζονται από μικρό επίπεδο προσαρμοστικότητας και αντικειμενικής δυσκολίας για μάθηση και δυσκολίας κατάκτησης της γλώσσας. Επίσης παρουσιάζουν δυσκολία στο να συγκεντρωθούν, να έχουν στοιχειώδη κριτική ικανότητα, περιορισμένη μνήμη και χαμηλά επίπεδα προσοχής (Κυπριωτάκης, 2008).

Μαθητές με ειδικές ανάγκες και αγωγή

Το ζήτημα καθορισμού συγκεκριμένων ορισμών σε όλο το φάσμα της ειδικής αγωγής είναι αρκετά περίπλοκο, επειδή ο καθένας έχει διαφορετική αντίληψη προς διάφορα κοινωνικά θέματα και φαινόμενα. Ως αποτέλεσμα αυτής της πολυπλοκότητας είναι η δυσκολία συγκεκριμενοποίησης των ορισμών που σχετίζονται με την αναπηρία σε νομικό και επιστημονικό πλαίσιο εν γένει. Μέσα από την οπτική της ιατρικής επιστήμης ως αναπηρία ορίζεται η συγγενής ή επίκτητη λειτουργική βλάβη, η οποία προήλθε ως αποτέλεσμα κάποιας ασθένειας ή κάποιου ατυχήματος (Πολυχρονοπούλου, 1992). Κάθε επιστήμη αποδίδει διαφοροποιημένους ορισμούς ανάλογα με το πεδίο δράσης της. Επομένως και στην ιατρική, ως ανάπηρος ορίζεται αυτός που παρουσιάζει έλλειψη κάποιας αίσθησης ή του λείπει κάποιο μέλος, στην περίπτωση όμως που η έλλειψη αυτή είναι εμφανής και προκαλεί κάποια μειονεξία που μπορεί να γίνει εύκολα αντιληπτή (Ποντίκης, 2001). Στο πεδίο της Ειδικής Αγωγής, ένα άτομο που πάσχει από οποιαδήποτε σωματική ή πνευματική ανικανότητα, χαρακτηρίζεται ως άτομο με ειδικές ανάγκες ή άτομο με μειονεξία. Ο Κυπριωτάκης (2000) αναφέρει πως οι κυριότερες κατηγορίες μειονεκτικών παιδιών, που συναντώνται συνήθως στα διάφορα εγχειρίδια ειδικής αγωγής, είναι οι εξής:

- Παιδιά με μαθησιακές διαταραχές

- Παιδιά με προβλήματα όρασης
- Παιδιά με απουσία ακοής
- Παιδιά με διαταραχές της ομιλίας
- Παιδιά με νοητική ανεπάρκεια.
- Παιδιά με διαταραχές της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων
- Παιδιά με σωματική αναπηρία

1.1.14 Παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και η αγωγή του

Στις περιπτώσεις αυτές τα συμπτώματα που παρατηρούνται περιλαμβάνουν έλλειψη διάθεσης για μάθηση, αποστροφή προς το σχολείο σε μεγάλο βαθμό, επίσης πολλές φορές παρατηρείται έλλειψη κινήτρων για μάθηση. Λείπουν επομένως οι βασικές προϋποθέσεις για μάθηση. Λείπει η ετοιμότητα και η όρεξη για μάθηση. Οι μαθητές με μαθησιακές διαταραχές, κατά την διάρκεια της σχολικής δραστηριότητας τους μπορεί να, παρουσιάζουν απόσπαση προσοχής από την σχολική τάξη κοιτάζοντας έξω, να ζωγραφίζουν ή να μουντζουρώνουν βιβλία, να διαβάζουν ενδιάμεσα άλλα κείμενα, να καταναλώνουν τρόφιμα ή ποτά κατά την διάρκεια του μαθήματος (Κυπριωτάκης, 2000).

Ακόμη, η διάσπαση προσοχής τους είναι σε τέτοιο βαθμό, ώστε να ανακόπτεται η διαδικασία της μάθησης και να επέρχεται ως αρνητική συνέπεια η αποτυχία. Πρέπει να έχουν κάποιον άλλο κοντά τους, προκειμένου να προετοιμάσουν κάποια σχολική εργασία στο σπίτι, που τους έχει ανατεθεί. Τις περισσότερες φορές επιφορτίζεται με αυτόν τον ρόλο η μητέρα τους.. επίσης, με σκοπό να τραβήξουν την προσοχή των υπολοίπων μέσα στην τάξη παρουσιάζουν προβληματική συμπεριφορά. Δηλαδή, διακρίνεται επιθετική διάθεση, μουντζουρώνουν τα βιβλία και τα τετράδια των συμμαθητών τους, προκαλούν καυγάδες ή το γέλιο των συμμαθητών τους. Τέλος, η απομόνωση και το κλείσιμο στον εαυτό τους, οι μικροκλοπές, το τράβηγμα των μαλλιών, η ύπαρξη υπερκινητικότητας ή υποκινητικότητας, οι καυχησιολογίες τα ψέματα, οι αγχώδεις διαταραχές και οι ονειροπολήσεις αποτελούν συνήθη συμπτωματολογία. Επιπλέον είναι δυνατόν να παρουσιαστούν διαταραχές στον ύπνο, έντονη εφίδρωση, ενούρηση και υπερκόπωση (Κυπριωτάκης, 2000).

Όσο αφορά την αγωγή των παιδιών με διαταραχές στην μάθηση, επιβάλλεται εξατομικευμένη αντιμετώπιση ανάλογα με τα χαρακτηριστικά κάθε παιδιού. Σε αρχικό στάδιο, οι ενέργειες προς αντιμετώπιση των προβλημάτων, από τον εκάστοτε εκπαιδευτή σε όλες τις κατηγορίες παιδιών με διαταραχές της μάθησης είναι η επισύναψη των πιθανών αιτιών, απομόνωσή ή ακόμη καλύτερα η απομάκρυνση τους και τελικά η κάλυψη των κενών που παρατηρούνται σε προηγούμενες γνώσεις (Κυπριωτάκης, 2000). Η διαδικασία της σχολικής αγωγής ξεκινά από την είσοδο του παιδιού στο νηπιαγωγείο. Από αυτό το στάδιο το σχολείο μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των διαταραχών της μάθησης. Στο νηπιαγωγείο γίνονται διακριτά αρχικά οι διαφοροποιήσεις για το κάθε παιδί στις μαθησιακές επιδόσεις στο νοηματικό επίπεδο, στις μαθησιακές ικανότητες κ.α που οφείλονται κατά μεγαλύτερο ποσοστό στο περιβάλλον. Επομένως, σε πρώτο στάδιο η εφαρμογή βοηθητικών προγραμμάτων, εάν χρειάζεται, πρέπει να καταφέρει αμβλύνει τις διαφορές αυτές, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται οι κατάλληλες συνθήκες μάθησης και πρόληψης των μαθησιακών διαταραχών στις μεταγενέστερες σχολικές βαθμίδες. Όσον αφορά το δημοτικό σχολείο, όπου υπάρχει συχνότερη εμφάνιση μαθησιακών διαταραχών, πρέπει να δημιουργούνται και να ενθαρρύνονται κίνητρα για μάθηση μέσα από ένα ήσυχο ψυχολογικό περιβάλλον. Ο ειδικός δάσκαλος μέσα από ένα στοχευμένο πρόγραμμα βοηθητικής και φροντιστηριακής διδασκαλίας πρέπει να προσφέρει βοήθεια στο μαθητή που την έχει ανάγκη, για να ξεπεράσει τις δυσκολίες του. Για να καρποφορήσει η εργασία μας στο βοηθητικό σχολείο – τάξη πρέπει να στηρίζεται πάνω στις εξής αρχές (Κυπριωτάκης, 2000):

- Η μάθηση να βασίζεται σε προηγούμενες μαθήσεις.
- Η διδασκόμενη ύλη να συμβαδίζει με τις μαθησιακές ικανότητες του μαθητή ώστε να είναι εφικτή η επιτυχία
- Μέσω των εμπειριών να προκαλούνται νέα ερεθίσματα για μάθηση
- Η μάθηση να καταστεί γόνιμη, μέσω συνθηκών ψυχικής ηρεμίας, αμοιβαίας κατανόησης, και δημοκρατικών διαδικασιών
- Να υπάρχει σωστή διαχείριση του χρόνου, με σκοπό την εμπάθυνση και καλύτερη επεξεργασία νέων γνώσεων.

- Το ερέθισμα των πνευματικών δυνάμεων και η ετοιμότητά του μαθητή για μάθηση είναι εφικτά αποκλειστικά με τη χρησιμοποίηση αντίστοιχων κινήτρων και ερεθισμάτων

1.1.15 Το τυφλό παιδί και η αγωγή του

Ένα παιδί με απουσία είτε μερικώς είτε ολικώς της όρασης του παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα σε αισθητηριακό, κινητικό, κοινωνικό και γνωστικό επίπεδο. Συνεπώς τα άτομα αυτά βιώνουν αδυναμία στο να σχηματίζουν παραστάσεις από οπτικές αντιλήψεις. Ως αποτέλεσμα παρατηρείται η ύπαρξη μαθησιακών προβλημάτων σε περιπτώσεις διδασκαλίας, όπου η αίσθηση της όρασης παρουσιάζεται απαραίτητη. Ο περιορισμένος βαθμός αντίληψης του οπτικού περιβάλλοντος, περιορίζει την απόκτηση γνώσεων εξαιτίας της δυσκολίας μετακίνησης, περιορισμένης έκτασης και ποικιλίας εμπειριών και ερεθισμάτων (Ζώνιου-Σιδέρη, 2004).

Ένα παιδί με διαταραχές όρασης μπορεί και κατακτά τη γλώσσα μέσω της ακοής και δύναται να την χρησιμοποιεί σωστά, όμως δεν γνωρίζει ουσιαστικά τι είναι αυτό που ονομάζει. Ο προσανατολισμός και η κίνηση μέσα στον χώρο αποτελούν τα βασικότερα προβλήματα των τυφλών ατόμων. Ακόμη, τα άτομα αυτά υστερούν σημαντικά τις περισσότερες φορές σε κινητικό επίπεδο σε σχέση με τα παιδιά που έχουν φυσιολογική οπτική ικανότητα. Λόγω ελλιπούς αντίληψης του χώρου στον οποίο βρίσκονται είναι συχνό φαινόμενο να παρουσιάζουν διαταραχές στη στάση και στην κλίση του σώματος, κατά την βάδιση. Τέλος, λόγω κοινωνικής απομόνωσης ή απουσίας συναναστροφών με άλλα άτομα, παρουσιάζονται συνήθως αισθήματα κατωτερότητας (Κυπριωτάκης, 2000).

Στο πλαίσιο της αγωγής, δεν υπάρχει καμία διαφοροποίηση μεταξύ παιδιών με προβλήματα όρασης και κανονικών παιδιών στο νοητικό επίπεδο ξέχωρα από τα ζητήματα που προκύπτουν από την απουσία οπτικών ερεθισμάτων. Είναι εφικτό όμως μεταξύ των τυφλών παιδιών να υπάρχουν παιδιά είτε με αυξημένη νοητική ικανότητα, είτε με νοητική στέρηση (Ζώνιου-Σιδέρη, 2004). Όπου φοιτούν παιδιά τα οποία είναι τυφλά, μέσω χρησιμοποίησης ειδικών μεθόδων και μέσων διδασκαλίας, απώτερος σκοπός είναι η δραστηριοποίηση τους, η κοινωνικοποίηση, η απόκτηση γνώσεων και

δεξιοτήτων προκειμένου να μπορούν να επιτύχουν μια καθημερινότητα ως αυτόνομα και ισότιμα ενός συνόλου. Μέσω της ειδικής αγωγής που εφαρμόζεται σε τυφλά παιδιά επιχειρείται η ολοκλήρωση των παρακάτω στόχων (Κυπριωτάκης, 2000):

- Η ενίσχυση της αντιληπτικής ικανότητας, μέσω εναλλακτικών αισθησιακών ερεθισμάτων
- Η ανάπτυξη των νοητικών και γλωσσικών ικανοτήτων. Διαμέσου της ακοής μπορούν να κατακτήσουν το μεγαλύτερο τμήμα της γλώσσας και οι τυφλοί μπορούν να μάθουν να την χρησιμοποιούν στον ίδιο βαθμό με τα άτομα με φυσιολογική όραση.
- Η βελτίωση ειδικών προβλημάτων μέσω απόκτησης γνώσεων που σχετίζονται με τις χειροτεχνίες, την μουσική κ.ά.
- Ο χειρισμός μηχανημάτων και κατασκευαστικών αντικειμένων και η βελτίωση τεχνικής αντιληπτικής ικανότητας.
- Ο έλεγχος της κίνησης και η βελτίωση της στάσης του σώματος του, ο προσανατολισμός στον χώρο κ.ά.

Επομένως παροχή βοήθειας προς ελάττωση των συναισθημάτων κατωτερότητας, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και ουσιαστική ένταξη στο κοινωνικό σύνολο.

1.1.16 Παιδί με απουσία Ακοής

Στην περίπτωση της κώφωσης παρατηρείται μεγάλη δυσκολία στην κατανόηση της γλώσσας και στην ικανότητα χρήσης της ομιλίας. Πολλές φορές υπάρχει απόκλιση της γλωσσικής μελωδίας, προβλήματα στην χρησιμοποίηση κατάλληλης έντασης της φωνής, μειωμένη ικανότητα άρθρωσης λέξεων και δυσκολία στον σχηματισμό πιο σύνθετου λόγου. Ακόμη, λόγω απουσίας ακουστικών σημάτων και ελλιπούς γλωσσικής πληροφόρησης, οι εμπειρίες και οι γνώσεις μειώνονται σε σημαντικό βαθμό, ακόμη παρατηρείται σε πολλές περιπτώσεις χαμηλή αφαιρετική ικανότητα (Κυπριωτάκης, 2000). Τα κωφά και κωφάλαλα άτομα παρουσιάζουν οξεία μνήμη. Επίσης, παρατηρούνται συχνά εξεζητημένες ικανότητες, όπως είναι η επικοινωνία μέσω χειρονομιών ή άλλων επικοινωνιακών διαύλων όπως ένα δακτυλικό αλφάβητο, τέλος η κατανόηση της γλώσσας από τις κινήσεις των χειλιών (Ζώνιου-Σιδέρη, 2004).

Η αγωγή στα ειδικά σχολεία όπου φοιτούν κωφά και κωφάλαλα παιδιά προσανατολίζεται όπως και στις υπόλοιπες περιπτώσεις μειονεκτικών στην χρήση ειδικών μέσων και κατάλληλων μεθόδων διδασκαλίας, οι οποίες αποσκοπούν στο να επιτύχει το παιδί κοινωνική ένταξη, ουσιαστική χρήση της γλώσσας και της ομιλίας, αλλά και δραστηριοποίησης στο κοινωνικό γίνεσθαι. Πιο συγκεκριμένα, η προσχολική ηλικία θεωρείται η κυριότερη περίοδος μεγάλης εκμάθησης και ανάπτυξης της γλώσσας. Για αυτό το λόγο τα κωφά και κωφάλαλα παιδιά θα ήταν προτιμότερο να φοιτούν σε ειδικά νηπιαγωγεία ή ειδικούς παιδικούς σταθμούς, ώστε να αναπληρώνονται, στο μέτρο του δυνατού, τα κενά που παρουσιάζονται ως συνέπεια της κατάστασης τους. Μέσω της ειδικής παρεχόμενης βοήθειας το παιδί θα κατορθώσει να ανταπεξέρχεται στην αρνητική στάση και συμπεριφορά των υπολοίπων, δίχως να βιώνει αρνητικά συναισθήματα περιθωριοποίησης, θα αποδεχθεί το ελάττωμά του. Συνεπώς, μια σωστά οργανωμένη προσχολική αγωγή, η οποία θα ξεκινά από το σπίτι και θα συνεχίζεται στο νηπιαγωγείο ή τον παιδικό σταθμό, θα αποτελέσει βασικό σκαλοπάτι ώστε να καταστεί επιτυχής η αγωγή που θα λάβει το παιδί, στις επόμενες σχολικές βαθμίδες. Αυτές θα έχουν ως στόχο την βελτίωση της άρθρωσης και την χρήση της ομιλούμενης γλώσσας. Ακόμη, μέσω της διδακτέας ύλης θα γίνεται χρήση των υπόλοιπων αισθήσεων σε μεγαλύτερο εύρος, με μεγαλύτερη όμως έμφαση στην όραση. Τέλος, λόγω του χαμηλότερου ρυθμού της παρεχόμενης διδακτέας ύλης, σε αρκετές περιπτώσεις είναι επιβεβλημένο να παρατείνεται ο χρόνος φοίτησης (Κυπριωτάκης, 2000).

1.1.17 Παιδιά με διαταραχές στην ομιλία

Όσο αφορά την συμπτωματολογία ο Κυπριωτάκης (2000) αναφέρει ότι οι λεκτικές διαταραχές παρουσιάζονται συχνότερα με τις εξής μορφές:

- επιβράδυνση της εξέλιξης της γλωσσικής ικανότητας, σε αυτές τις περιπτώσεις η ομιλία καθυστερεί σε σχέση με τα κανονικά παιδιά. Σε ηλικία μεταξύ τριών και έξι ετών εμφανίζονται οι πρώτες φράσεις με κύρια χαρακτηριστικά την κακή άρθρωση και την διαταραχή της φωνής
- ψευδισμός, ο οποίος χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή άρθρωση των φθόγγων και πιο συγκεκριμένα των συμφώνων, παρατηρείται αδυναμία προφοράς μερικών φθόγγων και ανικανότητα σωστής προφοράς

- δυσγραμματισμός, προκύπτει από την αδυναμία του ατόμου να εξωτερικεύσει τις σκέψεις του μέσω της ομιλίας, σε ένα ανεκτό συντακτικό και γραμματικό πλαίσιο
- δυσλεξία, κατάσταση κατά την οποία λόγω μαθησιακής διαταραχής του ατόμου να κατανοεί, να αποτυπώνει και να αναπαράγει τα γραπτά σύμβολα
- διαταραχές του λόγου που προκλήθηκαν από δυσλειτουργία ή βλάβη του γλωσσικού κέντρου που οφείλεται σε προγεννητικές, επίκτητες περιγεννητικές ή μεταγεννητικές (σε αρχικό στάδιο) βλάβες στον εγκέφαλο, όπως για παράδειγμα η κωφαλαλία, που έχει ως αποτέλεσμα να παρουσιαστεί επιβράδυνση ή παρακώλυση της εξέλιξης της γλώσσας του παιδιού.
- Δυσarthρίες, οφείλονται σε αδυναμία στην άρθρωση με αποτέλεσμα ο τρόπος παραγωγής των φθόγγων να είναι ελλιπής
- διγλωσσίες που είναι φαινόμενο διαταραχής της άρθρωσης, η οποία οφείλεται σε αλλαγές των εξωτερικών γλωσσικών οργάνων
- τραυλισμός, ο οποίος εμφανίζεται λόγω διαταραχής στον ρυθμό της ομιλίας του ατόμου είναι δυνατή η διακοπή του λόγου με αποτέλεσμα οι μύες που είναι επιφορτισμένοι με την ρύθμιση των αναπνοών και τη φωνή, να κάνουν ακανόνιστες κινήσεις
- αφωνία, η οποία είναι ουσιαστικά η αδυναμία παραγωγής ήχου, σε αυτή την περίπτωση η φωνή είτε εξαφανίζεται τελείως, είτε διατηρείται σε μικρό επίπεδο και ακούγεται σαν ψίθυρος

Στο σκέλος της αγωγής των παιδιών αυτών, οι πρώτες παιδαγωγικές ενέργειες που πραγματοποιούνται περιλαμβάνουν την λογοθεραπεία ως μέσο για την επίτευξη αναστολής και περιορισμού ή ακόμη και απομάκρυνση των αιτιών που έπαιξαν ρόλο να εμφανιστεί η διαταραχή. Γενικότερα, με την ειδική παιδαγωγική επιδιώκεται (Κυπριωτάκης, 2000):

- να επικεντρώσει το παιδί την προσοχή του σε συγκεκριμένα οπτικά σήματα, μορφές, να μπορεί να ξεχωρίζει τα χρώματα.
- Η κατεύθυνση της προσοχής του παιδιού σε συγκεκριμένους ήχους και γλωσσικούς φθόγγους.

- Να είναι σε θέση το παιδί να κάνει ανάλυση και ανασύνθεση προτάσεων και λέξεων
- Η ανάπτυξη ποικιλομορφίας όσον αφορά το λεξιλόγιο
- Η εξάσκηση στο να έχει την δυνατότητα το παιδί να βρίσκει λέξεις, να έχει συντακτικές και κλιτικές δεξιότητες
- Η απόκτηση δεξιοτήτων ορθής χρήσης της μητρικής γλώσσας παράλληλα με την διδασκαλία της γλωσσικής μελωδίας
- Η σωστή κίνηση των γλωσσικών οργάνων και η μουσική αγωγή.
- Η επανάκτηση χαμένων γλωσσικών λειτουργιών και ικανοτήτων, λαμβανομένης υπόψη της στιγμής που επήλθε η γλωσσική απώλεια.
- Η επίτευξη γλωσσικής επικοινωνίας μέσω παροχής επιπλέον συμπληρωματικών τεχνικών και μηχανισμών
- Η προσαρμογή των παρεχόμενων γνώσεων και εμπειριών, ανάλογα με τις ικανότητες και ιδιαιτερότητες του εκάστοτε μαθητή

1.1.18 Παιδιά με διαταραχή στο συναίσθημα και την συμπεριφορά

Η σημαντικότερη προϋπόθεση στην αγωγή των παιδιών με διαταραχές στη συμπεριφορά είναι η σωστή διάγνωση, να καταφέρουμε να προσδιορίσουμε τις αιτίες πρόκλησης της διαταραχής και τον βαθμό που εκδηλώνονται οι εξάρσεις . έτσι πρέπει να προηγείται η διάγνωση και η γνωριμία με το μαθητή, ώστε να καθοριστεί το πλαίσιο αγωγής που θα λάβει ο μαθητής στην συνέχεια (Κυπριωτάκης, 2000). Εάν η παρεχόμενη αγωγή έχει λάθος προσανατολισμό, θα πρέπει να γίνει προσπάθεια αλλαγής του τρόπου συμπεριφοράς μέσω εφαρμογής ανάλογων ψυχοπαιδαγωγικών μέσων. Σε περίπτωση απώλειας της ικανότητας είτε μερικώς, είτε ολικώς από το παιδί στην αποδοχή αγωγής πρέπει απαραίτητα να γίνει εφαρμογή κατάλληλης ψυχοθεραπείας. Είναι βασική παιδαγωγική διαδικασία σε μια τέτοια περίπτωση η ψυχοθεραπεία. Τα αποτελέσματα της αγωγής θα καταστού ορατά όταν πλέον έχει αναπτυχθεί παιδαγωγική σχέση ανάμεσα στον ενήλικο και στο παιδί. Το παιδί ως άνθρωπος έχει ανάγκη από βοήθεια και αγωγή, για να μπορεί να ζει αυτόνομα ως ενήλικος μέσα στο κοινωνικό σύνολο, στη συγκρότηση του οποίου συμμετέχει και το ίδιο (Κυπριωτάκης, 2000). Η εκπλήρωση των σχολικών υποχρεώσεων του μαθητή βρίσκεται σε συνάρτηση με το λειτουργικό και

ψυχοπνευματικό επίπεδο που μπορεί να επιτύχει και από το επίπεδο των κινήτρων και εμπειριών που θα του παρασχεθούν. Εάν αυτά δεν βρίσκονται σε υψηλό επίπεδο, τότε το παιδί αδυνατεί να αναπτύξει σκόπιμα τις ικανότητές του. Αποτελεί την καλύτερη παρώθηση να δεχτούμε τον μαθητή «όπως αυτός είναι» και να του παρέχουμε κατάλληλα μέσα εργασίας ώστε να καταφέρει να επιτύχει (Κυπριωτάκης, 2000).

Στον αντίποδα, το σχολείο πρέπει να δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες ώστε να είναι σίγουρη η ενεργή συμμετοχή του παιδιού σε όλες τις εκπαιδευτικές διαδικασίες, επειδή συνήθως τα παιδιά με διαταραχές της συμπεριφοράς, εξαιτίας προηγούμενων αποτυχιών, άρνησης κάθε δραστηριότητας η οποία σχετίζεται με το σχολείο, αδυναμιών του εγώ κ.α., έχουν τάση άρνησης και αποστροφής στο να συμμετέχουν στις ανάλογες διαδικασίες. Η σωστή οργάνωση του ελεύθερου χρόνου και επίσης ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα μαθημάτων μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην επιτυχία της αγωγής. Τα παιδιά αυτής της κατηγορίας εμφανίζουν συχνά διαταραχές άγχους από την πλήξη. Επομένως, πρέπει να γίνονται κατανοητές οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και να τους παρέχονται τα ανάλογα μέσα ώστε να προσπεραστούν (Ζώνιου-Σιδέρη, 2004). Επιπλέον, ο οικογενειακός πυρήνας μπορεί να διαδραματίζει μεγάλο ρόλο στην συμπεριφορά του παιδιού. Οπότε για ουσιαστική λύση του προβλήματος θα πρέπει να ληφθεί υπόψη μας και το οικογενειακό περιβάλλον που αλληλεπιδρά το παιδί. Το σχολείο επομένως θα πρέπει να αναπτύξει στενές σχέσεις και επαφές με τις οικογένειες, ιδιαίτερα της συγκεκριμένης κατηγορίας παιδιών, ούτως ώστε να γίνεται γενική ή ειδική πληροφόρηση και ανάλογες υποδείξεις και να είναι σε θέση να βοηθήσουν και οι γονείς των παιδιών στο μέτρο του δυνατού στην αντιμετώπιση των διαταραχών της συμπεριφοράς του παιδιού τους. Στην περίπτωση όμως, που πιθανά ψυχικά προβλήματα των γονέων αποτελούν την αιτία προβληματικής συμπεριφοράς του παιδιού για παράδειγμα διάφορες νευρώσεις, πρέπει η συμπεριφορά αυτή των γονέων αντιμετωπιστεί από ειδικό μέσω κατάλληλης ψυχοθεραπείας, ώστε να καταφέρουν να έχουν αποτέλεσμα οι παιδαγωγικές τεχνικές που ασκούνται στο παιδί (Κυπριωτάκης, 2000).

1.1.19 Παιδιά με σωματικά προβλήματα

Στα παιδιά με σωματική αναπηρία παρατηρούνται ομάδες με διαφορετική ομοιογένεια και ποικιλομορφία διαταραχών. Οπότε, σε ένα ειδικό σχολείο που απευθύνεται σε παιδιά

με σωματικές αναπηρίες, είναι δυνατό να υπάρχουν παιδιά με εγκεφαλική παράλυση, κάποιας μορφής τετραπληγία, με διαταραχές στο μυϊκό σύστημα ή στο σκελετικό σύστημα και άλλες παρόμοιες αναπηρίες. Επομένως μπορεί να υποστηριχθεί πως η σωματική αναπηρία αποτελεί μια μόνιμη ή παροδική διαταραχή της ορθοπεδικής και κινητικής ικανότητας του σώματος, η οποία προκαλεί πλήθος επιπτώσεων στο γνωστικό, αντιληπτικό και κοινωνικό τομέα του παιδιού (Κυπριωτάκης, 2000).

Στα πλαίσια της αγωγής που παρέχεται στα ειδικά σχολεία όπου φοιτούν παιδιά με σωματική αναπηρία γίνεται χρήση ποικιλίας μεθόδων διδασκαλίας, που περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων φυσικοθεραπεία και εργασιοθεραπεία οι οποίες βέβαια προσαρμόζονται στην κάθε περίπτωση ξεχωριστά. Επομένως, η κατασκευή των σχολείων αυτών πρέπει να γίνεται κάτω από συγκεκριμένες προδιαγραφές. Ο εξοπλισμός του σχολείου επίσης θα πρέπει να εξυπηρετεί τις εξειδικευμένες ανάγκες και να περιλαμβάνει υλικά όπως ειδικά καθίσματα, στηρίγματα βιβλίων, ειδικά όργανα για φυσικοθεραπεία και κατάλληλα μέσα για εργασιοθεραπεία (Ζώνιου-Σιδέρη, 2004). Ακόμη, έχει παρατηρηθεί πως επιτυγχάνονται καλύτερα αποτελέσματα με την όσο το δυνατόν πιο έγκαιρη έναρξη της αντιμετώπισης-θεραπείας, η οποία θα πρέπει να αρχίσει ακόμη και από το στάδιο της προσχολικής ηλικίας. Μέσω πραγματοποίησης προσχολικών προγραμμάτων, στόχος είναι μεταξύ άλλων η προαγωγή της αισθητικής ικανότητας η ανάπτυξη της αντίληψης, η καλλιέργεια του γλωσσικού οργάνου, και μέσω φυσιοθεραπευτικών ασκήσεων η βελτίωση της κινητικής ικανότητας, όπως επίσης και η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων μέσω τη εργασιοθεραπείας. Για να υπάρξουν όμως απτά αποτελέσματα στη θεραπεία – αγωγή θα πρέπει να υπάρχει αγαστή και ουσιαστική συνεργασία μεταξύ των διάφορων ειδικών που έρχονται σε επαφή με το παιδί όπως του ψυχολόγου, του ιατρού, του δάσκαλου, του σχολικού νοσηλευτή, του εργοθεραπευτή και του φυσικοθεραπευτή, (Κυπριωτάκης, 2000).

Σχολεία Ειδικής Αγωγής και νομικό πλαίσιο Ειδικής Αγωγής στην Ελλάδα

Η παραγωγή και η αναπαραγωγή προκαταλήψεων μέσα από την γένεση και ενίσχυση διαφόρων κοινωνικών στερεοτύπων σχετίζεται με μηχανισμούς που εντοπίζονται μέσα στην κοινωνία, το πολιτικό και οικονομικό γίνεσθαι, οι οποίοι είτε θεσμοθετημένοι, είτε όχι έχουν τη δυνατότητα, αναλόγως του που στοχεύουν και σε ποιους τομείς

παρεμβάλουν διαφοροποιήσουν είτε με θετικό, είτε με αρνητικό πρόσημο την γενικότερη κοινωνική συμπεριφορά μέσω της οποίας εκδηλώνονται προκαταλήψεις με κοινωνικές προεκτάσεις. Στο ευρύτερο πλαίσιο των μηχανισμών αυτών συμπεριλαμβάνονται και οι διάφορες νομοθετικές ρυθμίσεις που στοχεύουν να δημιουργήσουν ένα κράτος με κοινωνικό προσανατολισμό που διέπεται από δίκαιο και πρόνοια για όλους του πολίτες που το απαρτίζουν ισομερώς. Ο προσανατολισμός αυτός είναι εμφανέστερος στο πεδίο των δράσεων που αναλαμβάνονται από την κρατική εξουσία απέναντι στις ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες. Το πολιτικό και κοινωνικό πρόσωπο του κράτους προσδιορίζεται από τις πρακτικές που αυτό και οι διάφοροι φορείς που κινητοποιεί, με αποτέλεσμα τις νομοθετικές ρυθμίσεις που προκύπτουν από αυτή την διαδικασία, γεγονός που διαφοροποιεί άλλοτε περισσότερο, άλλοτε λιγότερο και την κοινωνική συμπεριφορά. Κοινωνικοί παράγοντες που παίζουν σημαίνοντα ρόλο στο νομοθετικό πλαίσιο που καταρτίζει μια οργανωμένη κοινωνία μπορούν να χαρακτηριστούν το πολιτιστικό επίπεδο, η παιδεία του πληθυσμού, η κοινωνική ζωή και το πολιτικό θεσμικό πλαίσιο (Κουρουμπλής, 1995).

1.1.20 Η εξέλιξη του νομοθετικού και θεσμικού πλαισίου στην Ελλάδα

Μέσα από την μελέτη της διαμόρφωσης της νομοθετικής πορείας στο πέρασμα του χρόνου μέσα σε μια κοινωνία μπορεί να γίνει αντιληπτό που στοχεύει το εκάστοτε κράτος. Οι νομοθετικές παρεμβάσεις στην ελληνική κοινωνία ξεκινώντας από το 1913 μπορούν να διαχωριστούν σε δύο κύριες χρονικές φάσεις από το 1951 έως μέχρι το 1981 και από το 1981 ως την σημερινή εποχή, βίωσαν αρκετές διακυμάνσεις ανάμεσα στις κοινωνικοπολιτικές διαφοροποιήσεις που επέδρασαν στο Ελληνικό κράτος. Σε αρχικό στάδιο η εκπαίδευση των μειονεκτικών παιδιών έγινε εφικτή μέσα από ιδιωτικές πρωτοβουλίες και φιλανθρωπικές οργανώσεις όμως απέβλεπαν περισσότερο στην φύλαξη παρά στην αγωγή των ατόμων αυτών (Σούλης, 2008).

1.1.20.1 Οι πρώτες αναφορές της Πολιτείας σε άτομα με αναπηρία

Η πρώτη αναφορά της Πολιτείας έρχεται το 1913 με εκπαιδευτικά νομοσχέδια του Ι. Τσιριμώκου που αφορά την εκπαίδευσή τους και τον ορισμό τους ως «πνευματικώς υπολειπόμενους» (Στασινός, 1991). Σε αρκετά μεταγενέστερο χρονικά στάδιο το έτος

1929 , με τον νόμο Ν.4397 / 16-9-1929 του Κ. Γόντικα υπήρξε η πρόβλεψη για την φοίτηση και των δύο φύλων, η οποία ήταν υποχρεωτική, με εξαίρεση τους "πνευματικά νοσούντες" όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται για τους οποίους λαμβάνονταν ειδική μέριμνα με την κατηγοριοποίηση και τοποθέτηση τους σε ειδικά σχολεία ή ανάλογες τάξεις. Στο έτος 1937 ιδρύθηκε το «Πρότυπον Ειδικών Σχολείων Αθηνών» το οποίο απευθυνόταν σε «ανώμαλους και καθυστερημένους παίδες» όπως αναγράφεται στο ιδρυτικό κείμενο. Ο υπουργός παιδείας της εποχής, Κ. Γεωργακόπουλος προχώρησε στην θέσπιση σχετικού νόμου για την ίδρυση ειδικού σχολείου στην πόλη της Αθήνας και σε άλλα μέρη της ελληνικής επικράτειας, επίσης μερίμνησε για την δημιουργία «ειδικών τάξεων» σε «τακτικά σχολεία».

1.1.20.2 Νομοθετικές παρεμβάσεις στις δεκαετίες του 50' και 60'

Είναι σωστό να επισημανθεί ότι η περίοδος αυτή και πιο συγκεκριμένα ιδιαίτερα η πρώτη φάση της περιόδου (1951-1974) ταλανίζεται από την μετεμφυλιακή πολιτική κατάσταση, στις αντιλήψεις του κράτους, γεγονός που είχε σαν αποτέλεσμα την συντηρητικότερη αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων, συρρικνωμένη και ελλιπή λειτουργία του κοινωνικού κράτους και ένα δημοκρατικό πλαίσιο ουσιαστικά ανύπαρκτο. Ο αριθμός νομοθετικών και θεσμικών πράξεων είναι εξαιρετικά μικρός, εκφράζουν δε και ένα διστακτικότατο βήμα για ανάληψη από μεριάς του Κράτους υποχρεώσεων και ευθυνών.

Ο πρώτος νόμος που ψηφίζεται το έτος 1951 και αφορά το εκπαιδευτικό και επιδοματικό πλαίσιο των τυφλών ατόμων είναι ο 1904/811. Με τον νόμο αυτόν η Πολιτεία δεν είχε να αναλάβει συγκεκριμένες ευθύνες απέναντι σε αυτά τα άτομα· ο πρώτος αυτός νόμος ουσιαστικά εφαρμόστηκε μετά το πέρας δεκαπέντε ετών με μια μορφή επιδοματικής πολιτικής (Νόμος 1904/811, 1951). Ταυτόχρονα το ίδιο έτος μέσω σχετικού διατάγματος, δίδεται για πρώτη φορά η θεωρητική δυνατότητα στα άτομα με απώλεια όρασης να μπορούν να φοιτούν στα κοινά γυμνάσια της εποχής. Στα τέλη της δεκαετίας του '50 μετά από απόφαση της Ελληνικής κυβέρνησης συστήνεται η Επιτροπή Παιδείας που αποσκοπούσε στην ανάλυση των ζητημάτων που σχετίζονται με την Παιδεία. Οι αναφορές που σχετίζονται με την Ειδική Αγωγή είναι μηδαμινές και οι

πλησιέστερες αναφέρονταν στα προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι διδάσκοντες από τα μειονεκτικά παιδιά τα οποία χαρακτηρίζονταν ως προβληματικά και πνευματικά καθυστερημένα (Ζωνίου – Σιδέρη, 1998).

Η ίδια επιτροπή, ένα χρόνο μετά, μέσα από τη οπτική της παιδαγωγικής της εποχής, προτείνει τον διαχωρισμό ανάμεσα στην «κανονική» και «ειδική» εκπαίδευση. Οι πρακτικές και οι αντιλήψεις της εποχής είχαν σημαντικό αντίκτυπο στην εξέλιξη της Ειδικής Αγωγής έως τα χρόνια της Μεταπολίτευσης περίπου, εποχή που ξεκίνησε η ουσιαστική θέσπιση και θεσμοθέτηση της Ειδικής Αγωγής από την Ελληνική Πολιτεία. Για το επίσημο κράτος η ειδική αγωγή αποτελούσε απαγορευμένη έννοια. Το 1969, έπειτα από πιέσεις που δέχθηκε η τότε ελληνική κυβέρνηση από τα άτομα με αναπηρία και τις οικογένειες τους προχώρησε στην σύσταση «Γραφείου Ειδικής Εκπαιδευσεως» στο Υπουργείο Παιδείας το οποίο είχε ως στόχο την μελέτη των ζητημάτων που αντιμετώπιζαν τα άτομα με αναπηρία και δεν μπορούσαν να φοιτήσουν στα σχολεία της εποχής.

Οι προτεινόμενες παρεμβάσεις του Γραφείου Ειδικής Εκπαίδευσης ήταν οι εξής:

- οργάνωση σεμιναρίου θεραπευτικής αγωγής στον χώρο του Μαράσλειου Διδασκαλείου Δημοτικής Εκπαίδευσης το οποίοσε μεταγενέστερο χρόνο εξελίχθηκε στο Τμήμα Ειδικής Αγωγής για την προετοιμασία ειδικών παιδαγωγών
- ίδρυση περιορισμένου αριθμού Ειδικών Σχολείων στα μεγάλα αστικά κέντρα και στις έδρες των Παιδαγωγικών Ακαδημιών
- η εκπόνηση αναλυτικού προγράμματος σχετιζόμενο με τα Ειδικά Σχολεία
- η εισαγωγή του μαθήματος της αγωγής των ατόμων με νοητική στέρηση στο πρόγραμμα διδασκαλίας των Παιδαγωγικών Ακαδημιών
- σύσταση επιτροπής που θα εκπονήσει σχετική μελέτη για την Ειδική Αγωγή στην Ελλάδα

Η έλλειψη ρεαλιστικής πολιτικής εκ μέρους του Υπουργείου σε οργανωτικό πλαίσιο, η απουσία υλικοτεχνικής υποδομής και κατάλληλου εκπαιδευτικού προσωπικού παράλληλα με την επικρατούσα προκατάληψη του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου για

τα άτομα αυτά, είχε ως αποτέλεσμα τα συγκεκριμένα μέτρα στην ουσία να προωθήσουν την επίλυση του προβλήματος αλλά να το περιπλέξουν σε μεγαλύτερο βαθμό. Αν και φαινομενικά οι στόχοι που τέθηκαν και οι ενέργειες της Πολιτείας για την βελτίωση των κακών συνθηκών για τα παιδιά με ειδικές ανάγκες, η πραγματικότητα «είναι, αναμφίβολα, διαμετρικά αντίθετη (Ζωνίου – Σιδέρη, 1998).

1.1.20.3 Η Ειδική Εκπαίδευση στην δεκαετία του 70' και την Μεταπολίτευση

Λόγω της επικρατούσας αντίληψης της «ιδρυματοποίησης» σε αυτή την χρονική περίοδο παρατηρείται το φαινόμενο στην πλειοψηφία των κρατικών δομών και στα σχολεία που λειτούργησαν τότε να παρέχεται η στοιχειώδης αγωγή και εκπαίδευση, όπως και μια μορφή επαγγελματικής κατάρτισης., υπό μορφή οικοτροφείου.

Πολύ θετικό και σημαντικό ρόλο σε αυτή την περίοδο διαδραμάτισε η ανάληψη ιδιωτικής πρωτοβουλίας, που επηρέασε σημαντικά τη θέσπιση νομοσχεδίων ,τα οποία οδήγησαν στην αναγνώριση τα ιδιωτικά ειδικά σχολεία ως ισότιμα προς τα αντίστοιχα δημόσια. Η Εταιρία Προστασίας Σπαστικών που ιδρύθηκε στα 1972 με σκοπό την προστασία και εκπαίδευση παιδιών με εγκεφαλική παράλυση αλλά και το Κέντρον Αποκαταστάσεως Σπαστικών Παιδιών στα 1973 στην Αττική για παιδιά με κινητικά προβλήματα προσχολικής κυρίως ηλικίας. Κατά την διάρκεια του έτους 1969 ξεκίνησε η λειτουργία ειδικών σχολείων όπως το Σχολείο Κωφαλάλων στις Σέρρες και το Σχολείο Κωφαλάλων στο Καστέλλι της Κρήτης (Στασινός, 1991).

Έπειτα, το 1971 ιδρύθηκε το Ειδικό Δημοτικό Σχολείο Κωφαλάλων. Μέσα από τις ενέργειες των ιδιωτών και το νομοθετικό έργο της Πολιτείας αρχίζει και διαφαίνεται πλέον η αρχή για την ισότιμη μεταχείριση μεταξύ των ατόμων, άσχετα από τη φυσική τους κατάσταση και το νοητικό τους επίπεδο. Επίσης πρέπει να αναφερθεί η ίδρυση του Ειδικού Δημόσιου Νηπιαγωγείου κατά το έτος 1980 παράλληλα με την σύσταση του δημόσιου Ειδικού Δημοτικού Σχολείου για παιδιά με κινητικά προβλήματα.

Στο σύνταγμα που θεσπίστηκε το έτος 1977 σημαίνοντα ρόλο είχε η κατοχύρωση των δικαιωμάτων για τα μειονεκτικά παιδιά. Παράλληλα στο επόμενο χρονικό διάστημα παρατηρείται συνεχής ανάπτυξη στον χώρο της Ειδικής. Εκπαίδευσης, μέσω της

ψήφισης του νόμου 1143/81 ο οποίος εγκαινιάζει μια σειρά νομοθετικών ρυθμίσεων της Ειδικής Αγωγής και θέσπιζε την δημιουργία της επιτροπής θεμάτων για την Ειδική Αγωγή. Σύμφωνα με τις διατάξεις αυτού του νόμου, ορίζεται υποχρεωτική η φοίτηση για τα παιδιά ηλικίας από έξι έως δεκαεπτά ετών, ο ορισμός για τα αποκλίνοντα άτομα αποκτά πιο σαφή έννοια, ενώ η μέριμνα για τα άτομα με αναπηρία μεταβιβάζεται στο Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (Στασινός, 1991). Επίσης ένα ακόμη θετικό βήμα που καταγράφηκε μέσω αυτού του νομοθετήματος, είναι η προσπάθεια η χώρα να εναρμονιστεί και να συμβαδίσει με τα δεδομένα και τις πεποιθήσεις άλλων χωρών σχετικά με την βελτίωση της ισονομίας και ισότητας στο κοινωνικό γίγνεσθαι (Ζώνιου & Σιδέρη 1996).

Η αρνητική συνέπεια του συγκεκριμένου νομικού πλαισίου ήταν πως όξυνε τον διαχωρισμό μεταξύ των παιδιών με αναπηρία και των "φυσιολογικών" παιδιών στα γενικά σχολεία. Γεγονός που αύξησε σημαντικά την απομόνωση των μειονεκτικών παιδιών μέσα στο σχολικό κοινωνικό σύστημα. (Σούλης, 2002).

1.1.20.4 Η τελική θεσμοθέτηση της Ειδικής Αγωγής από το 80' ως σήμερα

Ο υπουργός Παιδείας το έτος 1984, προωθώντας ένα νέο σχέδιο νόμου που αφορούσε στην λειτουργική και δομική εξέλιξη της εκπαίδευσης, προσπάθησε να αναθεωρήσει το νομικό πλαίσιο που είχε θεσπιστεί μέχρι εκείνη την περίοδο σχετικά με την Ειδική Εκπαίδευση (Νόμος 1143/1981) εναρμονίζοντας το με την εκπαιδευτική πολιτική που προσπάθησε να εφαρμόσει η τότε Κυβέρνηση. Κατά την διάρκεια του 1985 έχουμε την κύρωση από την Βουλή του νόμου 1566/85 που αφορούσε στην «Δομή και λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης», μάλιστα στο Κεφάλαιο I υπάρχει μεγάλη αναφορά στην Ειδική Εκπαίδευση και πιο συγκεκριμένα στα άρθρα 32 -36.

Πλέον, η Ειδική Αγωγή γίνεται μέρος του γενικού εκπαιδευτικού συστήματος μέσω δημιουργίας ειδικών τάξεων στα γενικά σχολεία, γεγονός που προώθησε σημαντικά την ένταξη των μειονεκτικών παιδιών, έτσι λοιπόν ξεκινάει σταδιακά η εξάλειψη του διαχωρισμού, των προκαταλήψεων και των διακρίσεων εναντίον των ατόμων με αναπηρία. Τέλος, στην προσπάθεια για καλύτερη σχολική και κοινωνική ένταξη, εντάσσονται στις σχολικές μονάδες ψυχολόγοι ενώ προσφέρονται πλέον στα παιδιά οι

ανάλογες ειδικές υπηρεσίες υποστήριξης ο ορισμός των μειονεκτικών ατόμων ως «αποκλίνοντα» καταργείται και αντικαθίσταται από τον όρο «άτομα με ειδικές ανάγκες» (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Αρνητική εξέλιξη στην όλη προσπάθεια υπήρξε η απουσία της απαραίτητης υποδομής σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό και η μη παροχή περαιτέρω επιμόρφωσης του εκπαιδευτικού προσωπικού σε θέματα που άπτονται της Ειδικής Αγωγής, όπως για παράδειγμα η ένταξη. Σε πρακτικό επίπεδο όμως δεν υπήρξε η πρόνοια, ώστε ενημερωθεί και να ευαισθητοποιηθεί περαιτέρω η κοινή γνώμη σχετικά με την Ειδική Αγωγή, ώστε να υπάρξει καλύτερο αποτέλεσμα αποδοχής των παιδιών και ουσιαστικότερη εφαρμογή του νομικού πλαισίου. Βέβαια στο χρονικό διάστημα που ακολούθησε μέσα στην κοινωνία άρχισε να αναπτύσσεται όλο και περισσότερο η πεποίθηση, πως τα μειονεκτικά παιδιά παρουσιάζουν στασιμότητα και όχι βελτίωση μέσα στα πλαίσια της αγωγής που λαμβάνουν σε ένα Ειδικό Σχολείο (Λαμπροπούλου & Παντελιάδου, 2000).

Η κοινωνική εξέλιξη όπως και η σταδιακή αλλαγή των πεποιθήσεων για τα ανθρώπινα δικαιώματα, παράλληλα με τις ελλείψεις και τα κενά που παρατηρήθηκαν στο υπάρχον θεσμοθετημένο πεδίο της Ειδικής Εκπαίδευσης κρίθηκε ως επιτακτική η ανάγκη ανανέωσης του νομικού πλαισίου. Έπειτα από έντονες ζυμώσεις και συζητήσεις στη εκπαιδευτική κοινότητα σχετικά με την λειτουργική αναβάθμιση των Ειδικών Σχολείων εμφανίστηκαν στο προσκήνιο οι ορισμοί της ένταξης και της σχολικές και κοινωνικής ενσωμάτωσης. Σαν αποτέλεσμα όλης αυτής της διαδικασίας μπορεί να θεωρηθεί ο νόμος 2817/2000 με τίτλο « Ειδική εκπαίδευση. Αγωγή ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες», ο οποίος ψηφίστηκε το 2000. Στον Νόμο αυτό υπάρχει πρόβλεψη για τα εξής:

- δημιουργία στο Παιδαγωγικό Ινστιτούτο τμήμα που απευθύνεται στην Ειδική Αγωγή
- παροχή δωρεάν ειδικής εκπαίδευσης με μέριμνα του κράτους
- αναπροσαρμογή και βελτίωση του ορισμού των ατόμων με ειδικές ανάγκες που πλέον ονομάζονται «άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες»,
- δημιουργία «Κέντρων Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης» (ΚΔΑΥ) στην έδρα κάθε νομού της χώρας

- επιμήκυνση του χρόνου φοίτησης σε περιπτώσεις ατόμων που παρουσιάζουν ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες
- δυνατότητα κατάρτισης και παροχής εξατομικευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε παιδιά που κρίνεται σκόπιμο (Σούλης, 2002)

Τέλος εισάγεται η χρήση νέων τεχνολογιών στα πλαίσια της εκπαίδευσης των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Εξάγεται το συμπέρασμα πως ο νόμος 2817/2000 βελτίωσε τις συνθήκες παροχής εκπαιδευτικής κατάρτισης στα μειονεκτικά άτομα και προώθησε ουσιαστικά την ιδέα ενός «σχολείου για όλους», ενώ ως αρνητική συνέπεια θα μπορούσε να οριστεί, η πολύ μεγάλη συγκέντρωση των ΚΔΑΥ στις μεγάλες πόλεις. Πλέον μέσω των νέων αντιλήψεων που επικρατούν, αλλά και διαμέσου της επαγγελματικής δεοντολογίας που ακολουθείται από το εκπαιδευτικό προσωπικό των μονάδων Ειδικής Αγωγής προωθείται ο σεβασμός των δικαιωμάτων των μειονεκτικών παιδιών και ως απώτερος στόχος τίθεται η σχολική, κοινωνική ένταξη και η επαγγελματική κατάρτιση (Σούλης, 2002).

Η τελευταία χρονικά νομοθετική παρέμβαση που απευθύνεται στην Ειδική Εκπαίδευση στην Ελλάδα, είναι ο νόμος 3699 ψηφίστηκε από την Βουλή το 2008. Με το νομοθέτημα αυτό, η Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση (ΕΑΕ) ορίζεται ως: «Το σύνολο των παρεχόμενων εκπαιδευτικών υπηρεσιών στους μαθητές με αναπηρία και διαπιστωμένες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή στους μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες» (Άρθρο 1 παρ. 1). Τέλος, χρήζει αναφοράς η ονομασία του νόμου, η οποία αναφέρεται ως «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες», είναι επομένως εύκολα διακριτή η αλλαγή του όρου της Ειδικής Αγωγής που επικρατούσε για μεγάλο χρονικό διάστημα που πλέον αντικαθίσταται με τον διευρυμένο όρο Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση (Στασινός, 2013).

Το εκπαιδευτικό προσωπικό που υπηρετεί στα σχολεία Ειδικής Αγωγής

Το σχολείο είναι ένας χώρος διαμορφωμένος με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να προσφέρει στα παιδιά και στους νέους ένα κατάλληλο πλαίσιο μάθησης, ένα πλαίσιο το οποίο θα εξερευνήσουν με τη σημαντική συμβολή του αρχικά ειδικού παιδαγωγού και γενικότερα του συνόλου του εκπαιδευτικού προσωπικού που πλαισιώνει ένα σχολείο Ειδικής

Αγωγής. Το προσωπικό που υπηρετεί σε ένα τέτοιο σχολείο διαχωρίζεται σε επιμέρους κατηγορίες ανάλογα με τον ρόλο που επιτελεί μέσα σε αυτό, έτσι έχουμε α) τους εκπαιδευτικούς της Ειδικής Αγωγής, β) το Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό και γ) Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό.

1.1.21 Γενικές αρχές δεοντολογίας εκπαιδευτικού προσωπικού

Σύμφωνα με το ΦΕΚ 449/2007, το προσωπικό που υπηρετεί στις σχολικές δομές της ειδικής αγωγής, οφείλει να:

- Ενεργεί στο πλαίσιο των παγκόσμιων διακηρύξεων των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία (ΑμεΑ) και σύμφωνα με τις δεοντολογικές αρχές της επιστημονικής και επαγγελματικής του ιδιότητας,
- συμμετέχει και προωθεί επαγγελματικές δραστηριότητες που αποβλέπουν στην αναβάθμιση της παροχής υπηρεσιών εκπαίδευσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ΑμεΑ και των οικογενειών τους,
- επιδεικνύει ευαισθησία για το θρήσκευμα, τον πολιτισμό, τη γλώσσα, το φύλο, την αναπηρία, την κοινωνικοοικονομική θέση των ΑμεΑ και έχει την ευθύνη για τη διασφάλιση του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων,
- συνεργεί με το προσωπικό των σχολείων γενικής εκπαίδευσης, με τα θεσμικά όργανα και τα μέλη της κοινότητας στην προώθηση της σχολικής, κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης των ΑμεΑ,
- δύναται να συμμετέχει σε ερευνητικά προγράμματα

1.1.22 Οι εκπαιδευτικοί της Ειδικής Εκπαίδευσης και τα καθήκοντά τους

1.1.22.1 Εκπαιδευτικοί των ειδικών σχολείων

Οι Εκπαιδευτικοί των ειδικών σχολείων είναι επιφορτισμένοι με ένα διευρυμένο πλαίσιο καθηκόντων που περιλαμβάνει α) την κατάρτιση και υλοποίηση σε συνεργασία με το Ε.Ε.Π. το εξατομικευμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των μαθητών της τάξης τους, β) να είναι ενήμεροι και να συνεργάζονται με τους ειδικούς σχετικά με τα προγράμματα αποκατάστασης των μαθητών τους, γ) να δίνουν οδηγίες στους γονείς σε θέματα αγωγής

και βοήθειας στο σπίτι και να είναι σε θέση να προτείνουν δραστηριότητες για την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου των παιδιών τους (Ζώνιου – Σιδέρη, 2011)

1.1.22.2 Εκπαιδευτικοί των τμημάτων ένταξης

Οι εκπαιδευτικοί στα τμήματα ένταξης πρέπει να αξιολογούν τους μαθητές για τη διερεύνηση των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών με βάση τις προτάσεις οι οποίες έχουν υποβληθεί από τους υπεύθυνους εκπαιδευτικούς των τάξεων. Για να ενταχθεί ένα παιδί σε ένα τμήμα ένταξης πρέπει να πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις όπως η σοβαρότητα των εκπαιδευτικών αναγκών, η ηλικία και την τάξη στην οποία φοιτούν τα παιδιά που πρόκειται να ενταχθούν και ο αριθμός των μαθητών που μπορεί να υποστηρίξει ένα τμήμα. Αλλά καθήκοντα των εκπαιδευτικών αυτών περιλαμβάνουν: α) συνεργασία με τον εκπαιδευτικό της τάξης, ώστε να υπάρχει σύνδεση μεταξύ του κοινού και του εξειδικευμένου προγράμματος που παρέχεται στον μαθητή, β) την ενημέρωση των γονέων του σχετικά με τις διαδικασίες που είναι απαραίτητες να γίνουν για να ενταχθεί στο τμήμα ένταξης, γ) την τήρηση και συνεχή ενημέρωση ατομικού φακέλου για κάθε μαθητή ξεχωριστά, δ) την παροχή συμβουλευτικής διαδικασίας στα άτομα του σχολικού περιβάλλοντος σχετικά με την ειδική αγωγή, ε) την προαγωγή της προσαρμογής των μαθητών του τμήματος ένταξης στο κοινό σχολικό περιβάλλον μέσω δραστηριοτήτων ζ) σύνταξη και κατάθεση του εβδομαδιαίου προγράμματος και την ετήσια αξιολογική έκθεση λειτουργίας του τμήματος ένταξης (Δροσινού, 2001)

1.1.22.3 Εκπαιδευτικοί που παρέχουν διδασκαλία στο σπίτι

Αυτή η κατηγορία εκπαιδευτικών μεταφέρει την εκπαιδευτική διαδικασία στο σπίτι να είναι ενήμεροι σχετικά με τους λόγους, για τους οποίους ο μαθητής, που αναλαμβάνουν να υποστηρίξουν, αδυνατεί να παρακολουθήσει το πρόγραμμα στο σχολείο. Επειδή το σχολικό περιβάλλον διαφέρει αρκετά από την διδασκαλία στο σπίτι πρέπει να έχουν σωστή πληροφόρηση από τους γονείς για το ιστορικό του παιδιού και να καταρτίζονται από κοινού με τον σύμβουλο Ειδικής Αγωγής .το κατάλληλο εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Επίσης πρέπει να καθορίζουν την εφαρμογή ωραρίου εργασίας, ανάλογα με την ιδιαιτερότητα κάθε περίπτωσης, να τηρούν εβδομαδιαίο ημερολόγιο δραστηριοτήτων με ημερήσιες καταγραφές του προγράμματος του μαθητή. Τέλος μέσω προγραμμάτων

ένταξης να επιδιώκεται η επιστροφή του μαθητή στο σχολείο, όταν είναι εφικτό, μέσω κατάλληλης την προσαρμογής του εκπαιδευτικού προγράμματος σε συνεννόηση με τον εκπαιδευτικό της τάξης (Ζώνιου – Σιδέρη, 2011)

1.1.23 Το Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό των ΣΜΕΑ και οι αρμοδιότητες του

Το ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό απαρτίζεται από πολλές διαφορετικές επιστημονικές ειδικότητες και συνεργάζεται με τους εκπαιδευτικούς των ειδικών σχολείων στην παροχή εκπαιδευτικής δραστηριότητας, ενώ μετέχει ισότιμα στις δραστηριότητες και τις διαδικασίες του συλλόγου προσωπικού της σχολικής μονάδας στην οποία υπηρετεί. Ασκούν τα καθήκοντά τους παράλληλα με το διδακτικό έργο των εκπαιδευτικών Δεν απαλλάσσεται από τα γενικά και ειδικά καθήκοντα του προσωπικού του σχολείου και από την ανάληψη εργασιών που ο διευθυντής του σχολείου μπορεί να τους αναθέσει.

1.1.23.1 Κοινωνικοί Λειτουργοί

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι η ειδικότητα που φέρνει σε επαφή την οικογένεια, το σχολείο που φοιτά το παιδί με τους υπόλοιπους κοινωνικούς φορείς και υπηρεσίες προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ιδιαίτερες ανάγκες που αντιμετωπίζουν. Είναι υπεύθυνοι για την δημιουργία του κοινωνικού ιστορικού του μαθητή, που πρόκειται να ενταχθεί στη σχολική μονάδα, σε συνεργασία με τους γονείς. Ακόμη, στηρίζουν τους μαθητές, που αντιμετωπίζουν προσωπικά ή άλλου είδους προβλήματα, βοηθούν στην προετοιμασία για την κοινωνική ή εργασιακή αποκατάσταση αυτούς που πρόκειται να αποφοιτήσουν. Σε συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον, στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας της καθημερινής συμβίωσης μεταξύ της οικογένειας, αλλά και ατομικά, ενώ προσβλέπουν στην αντιμετώπιση προβλημάτων προσωπικής ή κοινωνικής φύσης.. Τέλος όταν κρίνεται σκόπιμο μπορούν να πραγματοποιούν προγραμματισμένες επισκέψεις στις οικογένειες των μαθητών, να συνοδεύουν τους γονείς σε διάφορες υπηρεσίες (Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών, 2014)

1.1.23.2 Ψυχολόγοι

Η ψυχολογία σαν επιστήμη αποσκοπεί στην κατανόηση της συμπεριφοράς των ανθρώπων τόσο είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό επίπεδο, προσπαθώντας και να εξάγει γενικές αρχές αλλά και να ερευνήσει ειδικές περιπτώσεις. Στο Ειδικό Σχολείο οι ψυχολόγοι ασχολούνται με θέματα μάθησης, αγωγής και σχέσεων στο πλαίσιο της μάθησης και μέσω επιστημονικών μεθόδων όπως η παρατήρηση, ψυχοτεχνικά μέσα κ.ά. πραγματοποιούν αξιολόγηση των μαθητών, διαμορφώνοντας ένα ψυχολογικό προφίλ για τον μαθητή και τις ανάγκες που αυτός παρουσιάζει (Hockenbury, 2010).

Επίσης, παρέχουν το υποστηρικτικό τους έργο ανάλογα με τις ανάγκες των μαθητών και των οικογενειών τους, σημαντική χαρακτηρίζεται συμβουλευτική υποστήριξη στο προσωπικό του σχολείου με στόχο την επίλυση προβλημάτων των μαθητών, συντάσσουν τις ψυχολογικές εκθέσεις των μαθητών τους κατόπιν γραπτών αιτημάτων των γονέων ή υπηρεσιών, έχουν συμμετοχή στην προσπάθεια ένταξης των μαθητών στο σχολείο μέσω της συνεργασίας τους με άλλες ειδικότητες. Τέλος, μπορούν να υποστηρίξουν ψυχολογικά την οικογένεια του μαθητή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (ΦΕΚ Β' 2344/2019)

1.1.23.3 Λογοθεραπευτές

Σύμφωνα με τον Σύλλογο Επιστημόνων Λογοπαθολόγων Λογοθεραπευτών Ελλάδος (2015) τα καθήκοντα των λογοθεραπευτών στον χώρο του σχολείου περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων:

- εκτίμηση ανά τακτά χρονικά διαστήματα των μαθητών με προβλήματα στην επικοινωνία, τον λόγο, την ομιλίας – φωνής
- εργασία σε ομάδες ή ατομικά με τους μαθητές, ακόμη και μέσα στην αίθουσα σε συνεργασία με τον αρμόδιο εκπαιδευτικό ανάλογα με την περίπτωση
- ενημέρωση του λοιπού προσωπικού του σχολείου, σε θέματα που σχετίζονται με την επικοινωνία και τον λόγο, ώστε να υπάρχει καλύτερη και πιο άμεση αντιμετώπιση των δυσκολιών που προκύπτουν

- παροχή συμβουλευτικής βοήθειας στους γονείς των παιδιών σχετικά με προβλήματα επικοινωνίας, λόγου κ.ά. του παιδιού.

1.1.23.4 Σχολικοί νοσηλευτές

Η σχολική νοσηλευτική ορίζεται ως μια εξειδίκευση της νοσηλευτικής επιστήμης που σκοπό έχει την βελτίωση και την προαγωγή της υγείας, την ευεξία και την και την ακαδημαϊκή επιτυχία μέσα στο σχολικό περιβάλλον. Ακόμη, οι σχολικοί νοσηλευτές προάγουν τη θετική ανταπόκριση των μαθητών στη φυσιολογική ανάπτυξη, κάνουν παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση πραγματικών ή δυνητικών προβλημάτων υγείας (Σαπουντζή-Κρέπια, Τσελίκα, 2013).

Ακόμη στα καθήκοντα τους, μεταξύ άλλων, συμπεριλαμβάνονται τα εξής:

- παροχή Πρώτων Βοηθειών στα παιδιά και τους εργαζομένους του σχολείου σε περιπτώσεις ασθένειας που προέκυψε ξαφνικά, ενός ατυχήματος κατά την διάρκεια του σχολικού προγράμματος
- την Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας στον σχολικό πληθυσμό μέσω ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για τους κανόνες προφύλαξης και ατομικής υγιεινής
- την τήρηση λήψης, ενδεχόμενης φαρμακευτικής αγωγής από τον μαθητή, σε συνεννόηση και συνεργασία με τον θεράπων ιατρό και τους γονείς
- προγραμματισμός, διοργάνωση και παρουσίαση σεμιναρίων Πρώτων Βοηθειών στους γονείς και το λοιπό προσωπικό του σχολείου με στόχο την ενδοσχολική επιμόρφωση
- δημιουργία εργαστηρίου αγωγής της υγείας αν είναι εφικτό
- συνοδεία και μεταφορά των μαθητών στο νοσοκομείο σε περίπτωση ατυχήματος και ενημέρωση των γονέων για το συμβάν
- Συνεργασία με το υπόλοιπο ειδικό βοηθητικό προσωπικό και παροχή συμβουλευτικής ενημέρωσης για θέματα που σχετίζονται με την υγεία και την ατομική υγιεινή των μαθητών

1.1.23.5 Φυσικοθεραπευτές

Οι φυσικοθεραπευτές είναι επιφορτισμένοι με την αξιολόγηση της κινητικής ικανότητας και των λειτουργικών δυνατοτήτων των παιδιών του σχολείου που υπηρετούν. Καταρτίζουν το θεραπευτικό πλάνο ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες κάθε μαθητή, χρησιμοποιώντας εξειδικευμένα μέσα και μεθόδους. τους θεραπευτικούς στόχους. Παράλληλα οφείλουν να ενημερώνουν τους γονείς για την πορεία της κινητικής δραστηριότητας του παιδιού, αξιολογώντας την εξέλιξη τους συχνά. Σε συνεργασία με άλλες ειδικότητες, όπως αυτή των εργοθεραπευτών προγραμματίζουν και εισηγούνται τις απαραίτητες εργονομικές παρεμβάσεις για να καταστεί πιο εύκολη και ασφαλής η παρουσία των μαθητών στον χώρο του σχολείου καθώς και η μετακίνηση τους από και προς αυτόν (ΦΕΚ 2585/2018)

1.1.23.6 Εργοθεραπευτές

Οι εργοθεραπευτές είναι υπεύθυνοι για τον προσδιορισμό των αναγκών των μαθητών, την βελτίωση και προαγωγή των λειτουργικών και αισθητικοκινητικών τους ικανοτήτων μέσω ειδικών τεχνικών. Μέσω αυτής της διαδικασίας προωθείται η κοινωνική προσαρμογή γενικότερα και η σχολική ειδικότερα. Κρίνεται απαραίτητο να παρακολουθούν την εξέλιξη των δεξιοτήτων των παιδιών, να αναπροσαρμόζουν εάν κρίνεται απαραίτητο το πρόγραμμα εργοθεραπείας και να ενημερώνουν την οικογένεια για την πορεία και τα αποτελέσματα του προγράμματος που εφαρμόζουν. Επίσης πρέπει να ενημερώνουν το υπόλοιπο διδακτικό προσωπικό του σχολείου για ζητήματα που σχετίζονται με την απόκτηση δεξιοτήτων μέσα από δραστηριότητες για την αποδοτικότερη εφαρμογή του πλάνου που έχουν διαμορφώσει. (ΦΕΚ 2585/2018)

1.1.23.7 Επαγγελματικοί Σύμβουλοι

Επίσης γίνεται εύκολα αντιληπτό ο ρόλος των επαγγελματικών συμβούλων σχετίζεται με την αγορά εργασίας και της παροχής πληροφοριών και γνώσεων στους μαθητές σχετικά με αυτήν. Μέσω παρατήρησης και συνεντεύξεων πρέπει να κατανοήσουν τις ικανότητες και τα ενδιαφέροντα των μαθητών ώστε να είναι πιο ακριβής η συμβουλευτική βοήθεια τους. μέσα στις αρμοδιότητες τους συγκαταλέγονται επίσης:

- Η ενημέρωση των γονέων και των μαθητών που πρόκειται να αποφοιτήσουν σχετικά με τις διαφοροποιήσεις που υφίσταται η αγορά εργασίας όπως κάποια αλλαγή νομοθεσίας, διαθέσιμες θέσεις εργασίας κ.ά. ενώ παράλληλα πρέπει να προωθούν την ομαλή ενσωμάτωση και προσαρμογή τους στο εργασιακό περιβάλλον.
- Η συγκρότηση ομάδων ή η ατομική βοήθεια και συνοδεία των μαθητών σε προγράμματα πρακτικής άσκησης που πραγματοποιούνται σε χώρους εκτός του σχολικού χώρου
- Η παροχή συμβουλευτικής βοήθειας στη οικογένεια του μαθητή είτε στον χώρο του σχολείου είτε εκτός αυτού αν κρίνεται σκόπιμο λόγω κάποιας ιδιαιτερότητας,
- Διερεύνηση της αγοράς εργασίας για πιθανές ευκαιρίες επαγγελματικής αποκατάστασης μειονεκτικών παιδιών εκτός σχολείου (ΦΕΚ 2585/2018)

1.1.24 Το Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό και τα καθήκοντα του

Το Ειδικό Βοηθητικό προσωπικό στελεγχώνεται με άτομα τα οποία είναι υπεύθυνα για την διευκόλυνση των βασικών αναγκών των μειονεκτικών παιδιών κατά την παραμονή τους στον χώρο του σχολείου, βασικές ανάγκες που σχετίζονται με την ατομική καθαριότητα και υγιεινή, την χρήση τουαλέτας, αλλαγής ρούχων, σίτισης των παιδιών, γενικότερα θα λέγαμε όλες οι ενέργειες του Ειδικού Βοηθητικού Προσωπικού συναρτώνται με την αυτοεξυπηρέτηση των παιδιών. Σε αρκετές περιπτώσεις που παρουσιάζονται σημαντικές δυσκολίες και ζητήματα, έχουν τη συνδρομή και του υπόλοιπου εκπαιδευτικού προσωπικού. Επίσης, σύμφωνα με το ΦΕΚ 1585/2018 τα καθήκοντα του ΕΒΠ συμπεριλαμβάνουν ακόμη:

- Την δημιουργική απασχόληση των μαθητών και την προτροπή για συμμετοχή στις σχολικές δραστηριότητες που πραγματοποιούνται μέσα και έξω από την τάξη, σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς των τάξεων
- Ενημέρωση των γονέων για θέματα διαβίωσης των μαθητών που προκύπτουν στο σχολικό περιβάλλον και κατάρτιση προγράμματος για την καθημερινή

φροντίδα στο σπίτι, σε αντιστοιχία με το πρόγραμμα που ακολουθείται στον χώρο του σχολείου.

- Παροχή βοήθειας κατά την αποβίβαση και επιβίβαση των παιδιών στα σχολικά λεωφορεία, δίχως όμως να επιφορτίζονται και με την συνοδεία στα δρομολόγια
- ανάληψη εργασιών που μπορεί να τους αναθέσει ο διευθυντής στα πλαίσια της γενικής σχολικής δραστηριότητας
- έναρξη της παροχής των υπηρεσιών τους με την άφιξη των παιδιών στο σχολείο, τουλάχιστον 15 λεπτά πριν την έναρξη λειτουργίας του σχολείου.

1.1.25 Η σημασία της κατάρτισης και ευαισθησίας του εκπαιδευτικού προσωπικού

Η παιδαγωγική κατάρτιση όσο και η ευαισθητοποίηση του εκπαιδευτικού προσωπικού είναι απαραίτητη έτσι ώστε να μπορεί να εκπληρώνει σωστά το έργο του και να ελαχιστοποιεί τις προκαταλήψεις προσδιορίζοντας έτσι με μεγαλύτερη σαφήνεια και αποτελεσματικότητα το ρόλο του μέσα στο σχολικό περιβάλλον αρχικά αλλά και στο κοινωνικό σύνολο (Τζουριάδου & Μπάρμπας, 2001).

Δεδομένου ότι στην Ελλάδα οι πρακτικές που έχουν σημειωθεί στον τομέα της ειδικής αγωγής προωθούνται αργά εξαιτίας της αδυναμίας του εκπαιδευτικού συστήματος, εμφανίζονται συχνά αρνητικές συνέπειες στην κοινωνική και εκπαιδευτική συγκρότηση των παιδιών με ειδικές ανάγκες. Πολλοί είναι οι εκπαιδευτικοί που αντιμετωπίζουν με επιφύλαξη τα παιδιά με ειδικές ανάγκες, βέβαια δεν μπορούν να αποδοθούν οι αντιλήψεις αυτές μόνο στο εκπαιδευτικό πλαίσιο ή στη δική τους εκπαίδευση. Οι προσωπικές και ιδεολογικές αντιλήψεις του καθένα ξεχωριστά διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο στο πως θα λειτουργήσει στο πλαίσιο της εργασίας του, πόσο σημαντικό θα θεωρήσει τον ρόλο της εκπαίδευσης και ποια στάση θα τηρήσει απέναντι στα παιδιά (Τζουριάδου & Μπάρμπας, 2001, σελ 42).

Ο Ειδικός Παιδαγωγός σε πολλές περιπτώσεις αντιμετωπίζει ποικιλία προβλημάτων και δυσκολιών και καλείται να αποφασίσει και να δράσει ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση. Πρόκειται για έναν αναμφισβήτητο και αναντικατάστατο φορέα σύμφωνα με τον Καλαντζή (1976), ο οποίος υπογραμμίζει ότι «το έργο του είναι τόσο υπεύθυνο

και βαθύτατα ανθρώπινο», και ότι «αν ο δάσκαλος του κανονικού παιδιού είναι μια φορά δάσκαλος, ο δάσκαλος του μειονεκτικού είναι δύο φορές». (Ζώνιου – Σιδέρη, 2011, σ.155). «Η έλλειψη αυτής της ευαισθητοποίησης και επιστημονικής κατάρτισης του εκπαιδευτικού σχετικά με την αναπηρία και την ειδική αγωγή με βάση τις κοινωνικές αντιλήψεις και κυρίως τις προκαταλήψεις που επικρατούν σε μεγάλο κομμάτι της κοινωνίας τον καθιστά περισσότερο εύαλωτο». (Τζουριάδου & Μπάρμπας, 2001, σελ 46). Σε επίπεδο κατάρτισης, γίνεται ένας διαχωρισμός σε δύο επίπεδα, Σύμφωνα με τη Ζώνιου – Σιδέρη (2011) η κατάρτιση χωρίζεται στα εξής επίπεδα:

- θεωρητική κατάρτιση, βασίζεται στην αντίληψη και στην κατανόηση των αρχών της Ειδικής Αγωγής (μορφές ένταξης κ.ά.).
- πρακτική κατάρτιση η οποία έγκειται στις αντιλήψεις και τις στάσεις του εκπαιδευτικού

Ένα μεγάλο ποσοστό της ελληνικής κοινωνίας τηρεί μια αρνητική στάση απέναντι στη διαφορετικότητα, την μειονεξία και την αναπηρία. Ο εκπαιδευτικός της Ειδικής Αγωγής μπορεί να διαφοροποιήσει θετικά αυτήν την κατάσταση. «Η κατάρτιση στην εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση των παιδαγωγών μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην αλλαγή στάσης όχι μόνο στο στενό εκπαιδευτικό πλαίσιο αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.» (Τζουριάδου & Μπάρμπας, 2001, σελ 47). Σε αρχικό στάδιο ο εκπαιδευτικός της προσχολικής αγωγής έχει την δυνατότητα να συμβάλει σ' αυτή τη διαδικασία καθώς είναι εκπρόσωπος του πρώτου πλαισίου σχολικής μάθησης και της πρώτης προσπάθειας κοινωνικής ένταξης του παιδιού.

Οποιοσδήποτε παιδαγωγός, που προσφέρει τις υπηρεσίες του στην εκπαίδευση είτε την γενική, είτε την ειδική, οφείλει να συνεργάζεται με τον άλλο κλάδο και φυσικά να κατέχει γνώσεις της Ειδικής Παιδαγωγικής τόσο για να είναι αντικειμενικός και σωστά καταρτισμένος στην παιδαγωγική του εργασία, όσο και για να είναι σε θέση να κατανοήσει μια μειονεκτική εξέλιξη του παιδιού καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ο πρώτος που θα διαπιστώσει το πρόβλημα.

ΣΧΟΛΙΚΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Αγωγή της Υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) Αγωγή Υγείας ορίζεται: «η αγωγή υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που αποβλέπει στην διαμόρφωση ή και τροποποίηση προτύπων συμπεριφοράς, τα οποία οδηγούν στην προάσπιση, προαγωγή και βελτίωση του επιπέδου υγείας». Πρέπει να αποδίδεται ιδιαίτερη προσοχή όταν απευθύνεται σε παιδιά καθώς αποτελεί ένα ξεχωριστό και ιδιαίτερο τμήμα της αγωγής υγείας (Αθανασίου, 2007)

Η Κοινωνική Νοσηλευτική

Ως κοινωνική νοσηλευτική χαρακτηρίζεται η παροχή εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας ατομικά σε ομάδες ατόμων και το σύνολο της κοινότητας, σε διάφορους χώρους εκτός ενός νοσηλευτικού ιδρύματος, όπως είναι το σπίτι, το σχολείο, ανάλογα με τις ανάγκες που παρουσιάζονται επί μέρους. Ως μέρος της ολικής κοινωνικής προσπάθειας που γίνεται για την προώθηση και βελτίωση της δημόσιας υγείας, η νοσηλευτική της κοινότητας στοχεύει να προστατέψει και να προάγει την υγιεινολογική κατάσταση τόσο των άρρωστων ή μειονεκτικών ατόμων, όσο και των υγιών ατόμων της κοινότητας (Κυριακίδου, 2000).

Ο ορισμός και ο ρόλος του Σχολικού Νοσηλευτή

Η σχολική νοσηλευτική ορίζεται ως μια εξειδίκευση της νοσηλευτικής επιστήμης που σκοπό έχει την βελτίωση και την προαγωγή της υγείας, την ευεξία και την και την ακαδημαϊκή επιτυχία μέσα στο σχολικό περιβάλλον. Ακόμη, οι σχολικοί νοσηλευτές διαχειρίζονται περιπτώσεις και συνεργάζονται με το υπόλοιπο προσωπικό του σχολείου, με στόχο να ενισχύσουν την ικανότητα του μαθητή και της οικογένειας προάγουν τη θετική ανταπόκριση των μαθητών στη φυσιολογική ανάπτυξη, κάνουν παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση πραγματικών ή δυνητικών προβλημάτων υγείας (Σαπουντζή-Κρέπια, Τσελίκια, 2013).

Εξάλλου, η Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου και η Σουρτζή (2005) αναφέρουν πως, «οι σχολικοί νοσηλευτές είναι εξειδικευμένοι επιστήμονες υγείας με προσόντα στην εκπαίδευση των παιδιών. Έχουν καίριο ρόλο στην έγκαιρη αναγνώριση των πρώιμων ζητημάτων, που άπτονται της υγείας και της ανάπτυξης του σχολικού πληθυσμού. Ο σχολικός νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που προκύπτουν στο σχολείο, είτε αυτά αφορούν τους μαθητές, είτε το εκπαιδευτικό προσωπικό του σχολείου».

1.1.26 Οι τομείς δραστηριότητας του Σχολικού Νοσηλευτή

Οι τομείς που δραστηριοποιείται ο Σχολικός Νοσηλευτής και οι υποχρεώσεις που αναλαμβάνει συνοψίζονται στα εξής:

- Μέριμνα για παροχή Πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως είναι η παροχή Πρώτων Βοηθειών, προαγωγή της Αγωγής Υγείας κ.ά.
- Λήψη μέτρων για τον περιορισμό εξάπλωσης λοιμωδών νοσημάτων αρχική εξέταση των μαθητών και συνεχιζόμενη παρακολούθηση εάν κρίνεται σκόπιμο, πραγματοποίηση εμβολιασμών κτλ.
- Παροχή φροντίδας σε παιδιά που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, παρακολούθηση και καταγραφή των μαθητών που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου συντονισμός και διαχείριση πιθανών προβλημάτων
- Παροχή πληροφοριών και ενημέρωσης στους μαθητές, σχετικά με όλα τα θέματα υγείας γενικά και ειδικά.
- Συμμετοχή και συντονισμό στην ομάδα υγείας που αποτελείται από άλλες ειδικότητες όπως ο γιατρός που παρακολουθεί το παιδί εκτός σχολείου, ο ψυχολόγος, ο δάσκαλος της κ.ά.
- Να υποβάλλει τεκμηριωμένες προτάσεις για ζητήματα σχετικά με την υγεία των μαθητών συνολικά ή ατομικά λειτουργώντας ως σύμβουλος και συνήγορος των παιδιών (Κυριακίδου, 2000)

1.1.27 Επαγγελματικοί ρόλοι και λειτουργίες

Οι λειτουργίες και οι ρόλοι που καλείται να αναλάβει ως επαγγελματίας ένας σχολικός νοσηλευτής, σύμφωνα με την Σαπουντζή-Κρέπια (2001) είναι οι παρακάτω:

- Κατάρτιση και εφαρμογή προγραμμάτων υγείας
- Βελτίωση και διατήρηση της καλής υγιεινολογικής κατάστασης των μαθητών
- Συνεχής αξιολόγηση και αντιμετώπιση στα εξατομικευμένα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά
- Σχεδιασμός και εφαρμογή ειδικών πρωτοκόλλων που αφορούν στη ανατομική υγιεινή των μειονεκτικών παιδιών
- Διαχείριση αιφνίδιων επιπλοκών όπως εμφάνιση συναισθηματικών διαταραχών, τραυματισμών κ.ά.
- Πρόληψη και αποτροπή εξάπλωσης λοιμωδών νοσημάτων μέσω, αξιολόγησης και παρατήρησης ενδεχόμενων κρουσμάτων, εφαρμογής προγραμμάτων εμβολιασμού
- Παροχή πληροφοριών και συμβουλευτικής στο οικογενειακό περιβάλλον του μαθητή σε θέματα υγείας
- Διενέργεια επισκέψεων κατ' οίκον για να αξιολογήσει και να καταγράψει τις ανάγκες των γονέων που συναρτώνται με την υγεία του μαθητή
- Συνεργασία με τις υπόλοιπες ειδικότητες που βρίσκονται στον χώρο του σχολείου για τη διαμόρφωση ενός κατάλληλου προγράμματος εκπαίδευσης ατομικά για τον εκάστοτε μαθητή
- Προώθηση και διάδοση της αγωγής υγείας
- Κατάθεση προτάσεων για την βελτίωση του σχολικού πλαισίου και της μάθησης
- Συντονισμός των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την υγεία στον χώρο του σχολείου ή την κοινότητα
- Προτροπή και παροχή πληροφοριών στους μαθητές που θέλουν να δραστηριοποιηθούν επαγγελματικά στον χώρο της υγείας
- Σχεδίαση και διεκπεραίωση προγραμμάτων για την προώθηση της ευεξίας του προσωπικού του σχολείου
- Παροχή πληροφοριών για θέματα υγείας στο υπόλοιπο εκπαιδευτικό προσωπικό
- Κατάρτιση και προώθηση πολιτικής που πρέπει να ακολουθηθεί στο σχολικό περιβάλλον, όσον αφορά την υγεία

- Πραγματοποίηση ερευνητικών μελετών σχετικά με τις παρεχόμενες σχολικές νοσηλευτικές υπηρεσίες, κατάθεση προτάσεων για την βελτίωση των προγραμμάτων σχολικής υγιεινής που εφαρμόζονται στο σχολικό περιβάλλον

1.1.28 Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή στην εκπαίδευση

1.1.28.1 Η σημασία της Άμεσης παροχής φροντίδας υγείας.

Η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται άμεσα από τον νοσηλευτή σε όλους του μαθητές του σχολείου που χρήζουν βοήθειας, αλλά και στο εκπαιδευτικό προσωπικό στο πλαίσιο των καθηκόντων του σχολικού νοσηλευτή. ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για όλα τα ζητήματα που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας των μαθητών και αν παραστεί ανάγκη εφαρμόζει ένα κατάλληλο σύστημα παραπομπής μέσω του οποίου συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως γιατροί και ψυχολόγοι. Στις περισσότερες περιπτώσεις η φροντίδα αυτή παρέχεται στα χρονικά διαστήματα που βρίσκεται ο σχολικός νοσηλευτής στον χώρο του σχολείου κατά το προβλεπόμενο ωράριο απασχόλησης του. Τέλος, σε μια περίπτωση οικοτροφείου όμως τα παιδιά διαμένουν διαρκώς στις σχολικές εγκαταστάσεις και τις εγκαταλείπουν μόνο κατά την διάρκεια των διακοπών, έτσι λοιπόν ο νοσηλευτής καλείται να είναι σε επαγρύπνηση και σε θέση να παρέχει βοήθεια εάν χρειαστεί όλο το εικοσιτετράωρο, αλλά και όλη την διάρκεια της εβδομάδας (Νούλα & Γκεσούλη-Βολτυράκη, 2009).

1.1.28.2 Πρόληψη πρόκλησης ατυχημάτων

Ως επαγγελματίες υγείας οι σχολικοί νοσηλευτές πρέπει να προάγουν την πρόληψη των σωματικών κακώσεων μέσω ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης παρέχοντας τις κατάλληλες πληροφορίες ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα των μαθητών στους οποίους απευθύνονται. Χαρακτηριστικά παραδείγματα ενημέρωσης θα μπορούσαν να είναι, η σωστή και ασφαλής προσέλευση και αποχώρηση από τον χώρο του σχολείου, η προσεκτική και ασφαλής χρήση των σχολικών εγκαταστάσεων, η χρήση κράνους και η προσεκτική οδήγηση του ποδηλάτου από τα παιδιά. Επίσης, κατά την διάρκεια αθλητικών δραστηριοτήτων, ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να δώσει χρήσιμες πληροφορίες και συμβουλές στα παιδιά για τους κινδύνους εμφάνισης, αλλά και αντιμετώπισης υγειονομικών προβλημάτων, όπως για παράδειγμα η σημασία των

ασκήσεων διατάσεων για την πρόληψη των κακώσεων, που μπορούν να εμφανιστούν στα πλαίσια της σωματικής άσκησης και σχετικών δραστηριοτήτων. Τέλος, θα λέγαμε πως είναι το κατάλληλο περιβάλλον προκειμένου να θέσει ερωτήματα στα παιδιά, για ζητήματα που αφορούν, τις διατροφικές τους συνήθειες, το ατομικό ιστορικό του κάθε παιδιού σε ενδεχόμενη πάθηση που σχετίζεται με το μυοσκελετικό σύστημα, την αντίληψη, τα συναισθήματα και την άποψη που έχουν σχετικά με την εικόνα και το βάρος του σώματος τους, (Τσελικά & Σαπουντζή-Κρέπια, 2013).

1.1.28.3 Εκπαίδευση της οικογένειας

Οι σχολικοί νοσηλευτές πρέπει και έχουν την δυνατότητα να παροτρύνουν τις οικογένειες των παιδιών να αναπτύξουν πιο υγιεινό τρόπο ζωής μέσω της διατροφής και της σωματικής άσκησης, με σκοπό να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Αποτελεί συχνό φαινόμενο η παροχή πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία, από τους σχολικούς νοσηλευτές στους γονείς των μαθητών και στην κοινότητα γενικότερα, μέσω κατάρτισης και εφαρμογής προγραμμάτων που προωθούν την αγωγή υγείας στους μαθητές του σχολείου, του εκπαιδευτικού προσωπικού και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα. Τα προγράμματα αυτά μέσα από μια ποικιλία θεμάτων μπορούν να καταδείξουν κυρίως στο οικογενειακό περιβάλλον των μαθητών, τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει ένας σχολικός νοσηλευτής στην πορεία της υγείας των παιδιών, αλλά και στην διαμόρφωση μίας σωστής αντίληψης για ζητήματα όπως ο έλεγχος του σωματικού βάρους, η πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας κ.ά. (Nies, 2001).

1.1.28.4 Ο σχολικός νοσηλευτής ως Σύμβουλος

Πολλές φορές τα παιδιά λόγω φόβου για κοινωνική απομόνωση και κατακραυγή, κρατούν μυστικά για τα θέματα υγείας που τα απασχολούν. Ο σχολικός νοσηλευτής πρέπει μέσω σωστής προσέγγισης και τεχνικών επικοινωνίας να καταφέρει να παρουσιαστεί ως ένα πρόσωπο εμπιστοσύνης για τους μαθητές. Μεγάλη σημασία έχει οι μαθητές να νιώθουν σεβασμό προς το πρόσωπο του σχολικού νοσηλευτή, ο οποίος λειτουργώντας ως σύμβουλος σε θέματα υγείας να δίνει μια διέξοδο στα παιδιά να μοιραστούν τα προβλήματα που τα απασχολούν. Σε ένα τέτοιο σενάριο αν και είναι πολύ σημαντική η δεοντολογική συμπεριφορά από την πλευρά του νοσηλευτή, της τήρησης

του απορρήτου των πληροφοριών που έδωσε ο μαθητής-ασθενής, πρέπει να ενημερώσει το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού, αλλά και τους υπόλοιπους συναδέλφους του. Συμπερασματικά, μέσα από τον ρόλο του συμβούλου ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στην βελτίωση της ψυχικής και συναισθηματικής φόρτισης που προκαλεί ένα πρόβλημα υγείας σε ένα παιδί στο σχολικό περιβάλλον (Νούλα & Γκεσουλή-Βολτυράκη, 2009).

1.1.28.5 Πρόληψη του καπνίσματος

Παρατηρείται πολλές φορές το δυσάρεστο φαινόμενο νεαροί μαθητές κυρίως κατά την διάρκεια της εφηβείας να ξεκινούν το κάπνισμα, είτε σε περιστασιακή, είτε σε μόνιμη βάση, η παρέμβαση του σχολικού νοσηλευτή σε μια τέτοια περίπτωση θα πρέπει να αποσκοπεί στην ενημέρωση του μαθητή σχετικά με τον επιζήμιο ρόλο, για την υγεία, του τσιγάρου, παράλληλα με την παρότρυνση και την προώθηση της διακοπής του καπνίσματος από τα παιδιά. Στο πέρασμα των χρόνων προκαλούσε διαρκώς ανησυχίες, διεξαγωγή μελετών και συζητήσεις ο ρόλος του καπνίσματος σε σχέση με την εμφάνιση πλήθους χρόνιων νοσημάτων, όπως για παράδειγμα η χρόνια αναπνευστική καρδιοπάθεια, τα καρδιαγγειακά προβλήματα, διάφορες μορφές καρκίνου στο αναπνευστικό σύστημα, αλλά και σε άλλα σημεία και συστήματα του ανθρώπινου σώματος όπως της ουροδόχου κύστεως. Η ενημέρωση των νέων σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος, η μείωση δημιουργίας θετικής στάσης απέναντι στην χρήση καπνικών ειδών και ο περιορισμός διαφημιστικών δράσεων που προωθούν το κάπνισμα, μπορούν να αποτελέσουν μια πολύ καλή βάση για την πρόληψη του καπνίσματος (Τσελίκια & Σαπουντζή-Κρέπια, 2013).

1.1.28.6 Διαχείριση περιστατικών και συντονισμός με άλλες ειδικότητες

Λόγω της πολυσύνθετης φύσης των προβλημάτων υγείας που παρουσιάζουν πολλοί μαθητές, ο σχολικός νοσηλευτής πολλές φορές πρέπει να συνεργαστεί με άλλους επιστήμονες υγείας για την καλύτερη δυνατή παροχή φροντίδας στον εκάστοτε μαθητή. Οι ειδικότητες με τις οποίες καλείται να συνεργαστεί ο σχολικός νοσηλευτής είναι οι ψυχολόγοι, οι φυσικοθεραπευτές, οι λογοθεραπευτές κ.ά. Επομένως, για να είναι απρόσκοπτη η σχολική δραστηριότητα του παιδιού ο νοσηλευτής πρέπει να καταρτίσει

και να συντονίσει ένα πλάνο επισκέψεων στις παραπάνω ειδικότητες (Νούλα & Γκεσούλη-Βολτυράκη, 2009).

1.1.28.7 Ο Σχολικός Νοσηλευτής σε ρόλο Εμπειρογνώμονα

Μέσα από αυτή την θέση, ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να προτείνει λύσεις και να δώσει πληροφορίες για την βελτίωση της καθημερινότητας στον χώρο του σχολείου από υγιεινολογική σκοπιά, με στόχο την καλύτερη και αποδοτικότερη αλληλεπίδραση των μαθητών σχολικό περιβάλλον. Ο σχολικός νοσηλευτής είναι ο καταλληλότερος επαγγελματίας υγείας για να κατατοπίσει και να πληροφορήσει τον σύλλογο γονέων και κηδεμόνων, τον διευθυντή και το υπόλοιπο διδακτικό προσωπικό του σχολείου, για ζητήματα σχετικά με την υγεία. (Νούλα & Γκεσούλη-Βολτυράκη, 2009).

Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη στο σχολείο και τον ρόλο των Σχολικών Νοσηλευτών

1.1.29 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του ΣΔ τύπου 1

1.1.29.1 Κατηγορίες πρόληψης

Ως επαγγελματίας υγείας ο σχολικός νοσηλευτής οφείλει να συμβάλλει στην πρόληψη ασθενειών, στον τακτικό έλεγχο και αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη και γενικά μέσα από τις γνώσεις και στάσεις του, να προσπαθεί για την βελτίωση και την προαγωγή της υγείας. Όσον αφορά την πρόληψη των ασθενειών, αυτή διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες οι οποίες είναι οι εξής:

- πρωτογενή πρόληψη, ορίζεται η προσπάθεια μια να καθυστερήσει η εξέλιξη μιας νόσου ή να αντιμετωπιστεί σε αρχικό στάδιο εμφάνισης
- δευτερογενής πρόληψη, χαρακτηρίζεται η κατάρτιση και εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών, με σκοπό να εντοπιστούν ασθένειες και διαταραχές και να αντιμετωπιστούν έγκαιρα, εύκολα και αποτελεσματικά
- τριτογενής πρόληψη, αυτή σχετίζεται με την εφαρμογή κατάλληλων μέτρων για την αποκατάσταση μιας νόσου, όταν αυτή έχει πλέον παγιωθεί (deWit, 2009)

Ο νοσηλευτής είναι ο συνδετικός κρίκος στο δίπολο ασθενή-γιατρού και καλείται να ενημερώσει και προωθήσει, την πρόληψη ασθενειών, την εκπαίδευση των ασθενών στα

νέα δεδομένα θεραπείας μιας νόσου και να υποστηρίξει τους ασθενείς και τις οικογένειες τους σε πολλαπλά επίπεδα. Μία μεταβολική νόσος που επηρεάζει σημαντικά την υγεία και την καθημερινότητα του ανθρώπου είναι ο σακχαρώδης διαβήτης. Οι πρακτικές που στοχεύουν στην προαγωγή της υγείας εστιάζονται κυρίως στην πρόληψη των επιπλοκών που προκαλεί ο σακχαρώδης διαβήτης, σημειώνοντας μεγάλη εξέλιξη τα τελευταία χρόνια (Πατσοπούλου, 2008).

Είναι δυνατό τα διαβητικά παιδιά να εμφανίσουν σοβαρές επιπλοκές κατά την διάρκεια της ενηλικίωσή τους, επομένως από μικρή ηλικία πρέπει να μπου οι σωστές βάσεις για τη διαχείριση της νόσου. Στη διακήρυξη του St Vincent τονίζεται η σημασία της εκπαίδευσης ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και η ανάγκη να περιλαμβάνει την οικογένεια και το σχολείο. Επιπρόσθετα, η Βρετανική Διαβητολογική Εταιρεία δημιούργησε ένα πρωτόκολλο με τίτλο «Οι αρχές της καλής πρακτικής για τη φροντίδα νεαρών ατόμων με διαβήτη» το συγκεκριμένο πρωτόκολλο στόχευε στην παροχή βοήθειας για την προαγωγή και βελτίωση της ορθής πρακτικής στη διαχείριση του διαβήτη κατά την παιδική ηλικία (British Diabetic Association, 1996).

1.1.29.2 Πληροφόρηση των ασθενών σχετικά με την νόσο

Με την μέχρι τώρα εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, ο διαβήτης τύπου 1 δεν μπορεί να προληφθεί ουσιαστικά. Διερευνώνται οι περιβαλλοντικές αιτίες για την καταστροφή των κυττάρων του σώματος που παράγουν ινσουλίνη (International Diabetes Federation, 2015). Σύμφωνα με Osborn et al., (2010) σημαίνουντα ρόλο διαδραματίζουν οι γνώσεις και ικανότητες που πρέπει να αναπτύξει ο ασθενής σχετικά με τη νόσο. Ο νοσηλευτής πρέπει να του παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες και εκπαίδευση ώστε να τις αποκτήσει. Κάποιες ενδεικτικές γνώσεις και δεξιότητες είναι οι εξής:

- κατανόηση από τον ασθενή του τρόπου δράσης και της παθοφυσιολογίας του διαβήτη όπως και των διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών
- Πρόληψη, ανίχνευση και αντιμετώπιση των οξέων επιπλοκών
- Ασφαλής και συνετή χρησιμοποίηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων .

- Παρακολούθηση παραμέτρων όπως η τιμή της γλυκόζης στο αίμα, εκμάθηση για την ερμηνεία και την σημασία τους στη λήψη αποφάσεων αυτοαντιμετώπισης.
- Ενσωμάτωση στον τρόπο ζωής, της άσκησης και σωστής διατροφής ως μέσο αντιμετώπισης

1.1.30 Αντιμετώπιση του ΣΔ στο σχολείο και ο ρόλος των Σχολικών Νοσηλευτών

Η διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη είναι μια απαιτητική διαδικασία που στηρίζεται στην αгаστή και συνεργασία των πασχόντων με τους επαγγελματίες υγείας. Τις περισσότερες φορές ο νοσηλευτής θα καταλάβει τις ενδεχόμενες διαφοροποιήσεις, θετικές ή αρνητικές, στον έλεγχο των επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα, γεγονός που μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην πορεία της ανάρρωσης του ασθενή (Osborn et al., 2010). Αποτελεί σημαντικό παράγοντα η αντιμετώπιση νόσου για τα άτομα που πάσχουν από ΣΔ τύπου 1 σε όλη την διάρκεια της ζωής τους, από μικρή ηλικία μέχρι την ενήλικη ζωή, ενώ επηρεάζει και όλους τους υπόλοιπους εμπλεκόμενους, δηλαδή την οικογένεια και τους επαγγελματίες υγείας (Shalitin & Phillip, 2007).

1.1.30.1 Ερευνητικά δεδομένα για τις ενεργητικές επιδράσεις της εκπαίδευσης στο χειρισμό του ΣΔ στα παιδιά

Σύμφωνα με μια έρευνα που διεξήχθη από τους Polonsky et al (2003), έγινε αξιολόγηση στα αποτελέσματα ενός συγκεκριμένου προγράμματος εκπαίδευσης ατόμων με διαβήτη (Diabetes Outpatient Intensive Treatment). Η πρώτη ομάδα δειγμάτων αποτελούνταν από 167 άτομα και η δεύτερη από 117 (ελήφθη σε μεταγενέστερο στάδιο). Τα αποτελέσματα από τα δεδομένα που συλλεχτήκαν έδειξαν αυξημένα ποσοστά στην επαγρύπνηση των ατόμων που συμμετείχαν για τις τιμές στα επίπεδα του σακχάρου αίματος, παράλληλα ξεκίνησαν να επιζητούν περισσότερη κλινική παρακολούθηση.

Μια άλλη μελέτη από τους Hernandez & Williamson (2004) που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά με σκοπό την αξιολόγηση του ποσοστού επίδρασης της εκπαίδευσης και επαγρύπνησης στα παιδιά που πάσχουν από ΣΔ τύπου I. Το δείγμα της μελέτης αποτελούσαν 29 παιδιά με διαβήτη, στα οποία έγινε προβολή σεμιναρίου σχετικά με το

Σακχαρώδη Διαβήτη. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι το σεμινάριο πέτυχε θετικά αποτελέσματα όσον αφορά την τήρηση των τιμών του σακχάρου σε κανονικά επίπεδα, επίσης φάνηκαν ευνοϊκά βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα στην ανάπτυξη επαγρύπνησης για το ΣΔ.

1.1.30.2 Προϋποθέσεις για την φροντίδα ασθενών με ΣΔ τύπου 1

Κύριος στόχος για τον έλεγχο του ΣΔ είναι η τήρηση συνεχώς, φυσιολογικών τιμών στη γλυκόζη του αίματος αφού δεν υφίσταται ακόμη θεραπεία για το διαβήτη (McCarvill & Weaver, 2014). Προς αποφυγή καταστάσεων που μπορούν να καταστούν επικίνδυνες για την υγεία τους, τα άτομα με διαβήτη τύπου 1, πρέπει να είναι συνεχώς προσεκτικά για επεισόδια υπεργλυκαιμίας ή υπογλυκαιμίας (Moore et al., 2013). Όμως ένας σταθερός γλυκαιμικός έλεγχος, απαιτεί συχνές μετρήσεις της γλυκόζης του αίματος και αρκετές ενέσεις ινσουλίνης στην διάρκεια του εικοσιτετραώρου, επομένως αποτελεί δύσκολο στόχο. Η ουσιαστική συνεργασία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, τον πάσχοντα και της οικογένεια, είναι απαραίτητη για τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Απαραίτητες προϋποθέσεις για την φροντίδα ασθενών με ΣΔ τύπου 1 είναι οι εξής:

Αυτοπαρακολούθηση της γλυκόζης

Η θεραπευτική αγωγή έχει βελτιωθεί χάρη στην ημερήσια δειγματοληψία της περιεχόμενης γλυκόζης του αίματος, η οποία έχει απλοποιήσει τη διαδικασία εφαρμογής των πρακτικών αλγορίθμων όσον αφορά το προσδιορισμό της απαιτούμενης δόσης της ινσουλίνης. Οι μετρήσεις της πλειοψηφίας όμως των παιδιών που πάσχουν από ΣΔ τύπου 1 περιορίζονται μόνο στα προγευματικά τα επίπεδα της γλυκόζης στο χρονικό διάστημα της μέρας, ενώ οι μετρήσεις κατά την διάρκεια της νύχτας που παρατηρείται και ο μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης υπογλυκαιμίας, είναι ακόμη λιγότερες (McCarvill & Weaver, 2014). Σχετική μελέτη που διεξήχθη σχετικά τις διαφορές στη συχνότητα παρακολούθησης της γλυκόζης αίματος σε παιδιά διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων με ΣΔ τύπου 1, σε πληθυσμό της Ισπανίας κατά κύριο λόγο, αναφέρει ότι μη-ισπανόφωνα λευκά παιδιά και παιδιά Ισπανοί είχαν περισσότερες πιθανότητες από τους μη-ισπανόφωνους μαύρους να καθοδηγηθούν για την παρακολούθηση της γλυκόζης αίματος τουλάχιστον 4 φορές την ημέρα κατά κύριο λόγο (Lado & Lipman, 2016).

Ψυχοκοινωνικά προβλήματα

Ο διαβήτης ως ένα χρόνια νόσημα δύναται να προκαλέσει προβλήματα στην εύθραυστη των παιδιών και των εφήβων. Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες σχετικά με αυτό το ζήτημα, οι οποίες παρουσιάζουν διάφορα αποτελέσματα, κατά κύριο λόγο σχετικά με την χαμηλή αυτοεκτίμηση, εφιστώντας την προσοχή για έγκαιρη αναγνώριση των παραγόντων που την προκαλούν (Hatice et al. 2002). Σε έρευνά τους οι Chamorro et al (2001) αναφέρουν ότι τα παιδιά με ΣΔ παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης αναλογικά με τα υγιή παιδιά, η άποψη αυτή βασίζεται στα αποτελέσματα ερευνητικής μελέτης τους μεταξύ μιας ομάδας 81 παιδιών και εφήβων που έπασχαν από ΣΔ, ηλικίας μεταξύ 8–18 ετών και μιας τυχαίας ομάδας ελέγχου (162) χωρίς διαβήτη.

Οι Lernmark et al (2004) μέσα απ την μελέτη τους υποστηρίζουν πως αν οι συναισθηματικές διαταραχές, που προκύπτουν το πρώτο χρονικό διάστημα μετά τη διάγνωση του νεανικού διαβήτη αξιολογούνταν άμεσα, θα ήταν σε θέση να βελτιώσουν την πρόβλεψη της ψυχολογικής προσαρμογής των παιδιών και το μεταβολικό έλεγχο σε βάθος πέντε ετών και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυτό είναι εφικτό και σημαντικό να γίνεται προκειμένου να προσδιορισθούν και να θεραπευθούν μελλοντικά προβλήματα όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κατάθλιψη και άλλα συναισθηματικά προβλήματα.

Τέλος, οι Hatun et al (2005) μελέτησαν τις επιδράσεις που έχει στην ψυχοσύνθεση των παιδιών ο νεανικός διαβήτης καταγράφοντας τα επίπεδα αυτοεκτίμησης και την εμφάνιση κατάθλιψης σε συνάρτηση με παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, ο έλεγχος της γλυκόζης και ο δείκτης μάζας σώματος. Εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης εντοπίστηκε σε τέσσερις ασθενείς (10,3%), ενώ τα επίπεδα τη αυτοεκτίμησης κρίθηκαν ικανοποιητικά. Οι ενδείξεις αυτές ήταν αποτέλεσμα, των εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετιζόμενα με την διαχείριση της νόσου, στα οποία συμμετείχαν τα παιδιά από την διάγνωση της νόσου και έπειτα και μόνο τα παιδιά και οι έφηβοι με κατάθλιψη εμφάνισαν μικρά επίπεδα αυτοεκτίμησης

Συνεχής μέτρηση της γλυκόζης στο αίμα

Μπορούμε να συλλέξουμε σημαντικά δεδομένα από τα διάφορα συστήματα ανίχνευσης των τιμών της γλυκόζης στο αίμα, που έχουν κατασκευαστεί και εξελιχθεί εδώ και αρκετά χρόνια, με σκοπό την βελτίωση της ινσουλινοθεραπείας. Η βασική παράμετρος για να έχει κλινική χρήση μια τέτοια συσκευή είναι η ακρίβεια των μετρήσεων της γλυκόζης. Ωστόσο, μόνο ένα μικρό ποσοστό από τα πολλά είδη των αισθητήρων έχει διερευνηθεί μέχρι τώρα ώστε να ικανοποιηθεί η απαίτηση αυτή. Τα τελευταία χρόνια υπήρξαν ορισμένες μελέτες, χρησιμοποιώντας αισθητήρες γλυκόζης ενδοφλεβίως σε ανθρώπους. Σε αυτό το σύστημα, ο αισθητήρας προορίζεται να λειτουργεί για τουλάχιστον ένα χρόνο, πριν αντικατασταθεί με μια απλή εξωνοσοκομειακή διαδικασία. Ωστόσο, αυτή η συσκευή δεν έχει ακόμη εγκριθεί για χρήση σε παιδιά (Shalitin & Phillip, 2007).

Θεραπεία με ινσουλίνη

Η ινσουλίνη αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες της θεραπείας του ΣΔ τύπου 1, καθώς είναι αυτή που κρατά στη ζωή διαβητικούς ασθενείς. Υπάρχουν πάρα πολλοί τύποι ινσουλίνης και διαφοροποιούνται ανάλογα με τον μηχανισμό δράσης, τον τρόπο παρασκευής, το κόστος (American Diabetes Association, 2016). Υπάρχουν διάφοροι τρόποι χορήγησης όπως η αντλία ινσουλίνης που αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, μόνιμοι καθετήρες (Insufilon) για την εισαγωγή της ινσουλίνης, εισπνεόμενη ινσουλίνη, στυλό ινσουλίνης κ.ά. (Shalitin & Phillip, 2007). Η μέθοδος θεραπείας με αντλία ινσουλίνης είναι πρακτική που μπορεί διευκολύνει και να προωθήσει την πρόσβαση της ινσουλίνης στα σχολεία. Οι μαθητές και το διδακτικό προσωπικό θεωρούν αυτή την μέθοδο θεραπείας πιο άνετη και σίγουρη από τις ενέσεις. Σύμφωνα με έρευνα του Arycan (2008), αναφέρεται ότι οι πολλοί γονείς μαθητών που πάσχουν από ΣΔ τύπου 1, χορηγούν φυτικής προελεύσεως φαρμακευτικές ουσίες ως εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, καθώς ότι είναι “φυσικό”, είναι ως εκ τούτου και πιο ασφαλές. Τα φυτικά σκευάσματα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά έχουν ως βάση την αλόη, τη λευκή μουριά και τη τσουκνίδα.

Αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, ως υπογλυκαιμία ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα είναι <70 mg/dl και παρουσιάζεται με πληθώρα συμπτωμάτων όπως τρεμούλιασμα, εφίδρωση, σύγχυση παραισθησίες, αδυναμία, κόπωση κ.ά. η αντιμετώπιση της είναι συνήθως εύκολη με την χορήγηση κάποιου σκευάσματος που περιέχει ζάχαρη (χυμός) ή δισκίων γλυκόζης στην περίπτωση που ένα άτομο δεν αποκρίνεται ή δεν μπορεί να καταπιεί, τότε η θεραπεία με την ένεση γλυκαγόνης κρίνεται ως απαραίτητη. Οι σχολικοί νοσηλευτές παίζουν κομβικό ρόλο στην παροχή γνώσης στους μαθητές και τα εργαλεία που χρειάζονται για να μειώσουν τους κινδύνους τους. Η περιπτώσεις εμφάνισης υπογλυκαιμίας μπορούν να μειωθούν αισθητά μέσω της εκπαίδευσης και της κατάλληλης διαχείρισης, επίσης τα μέλη της ομάδας υποστήριξης των παιδιών οφείλουν να γνωρίζουν τα συμπτώματα, τα αίτια και τους τόπους αντιμετώπισης της υπογλυκαιμίας που είναι εξαιρετικής σημασίας για τον περιορισμό της εμφάνισής της (Frazzitta, 2014).

Σωματική δραστηριότητα ανεξάρτητα από τον τύπο ΣΔ

Η συχνή σωματική δραστηριότητα είναι βασικός παράγοντας βελτίωσης της υγείας και της ευεξίας. Είναι ζήτημα εξαιρετικής σημασίας ασθενείς με ΣΔ τύπου 1 τύπου 1, να ισοσκελίζουν την ποσότητα ινσουλίνης που λαμβάνουν με το φαγητό που καταναλώνουν και τη δραστηριότητα που κάνουν. Θα πρέπει να έχουν γνώση για την τυπική ανταπόκριση της γλυκόζης στον οργανισμό τους κατά την διάρκεια των δραστηριοτήτων, με αυτόν τον τρόπο θα υπάρχουν λιγότερες μεταβολές στο επίπεδο γλυκόζης, άρα θα εμφανίζονται και λιγότερες επιπλοκές (American Diabetes Association, 2016). Διαπιστώθηκε σε μελέτη, που πραγματοποιήθηκε σε έφηβους με ΣΔ τύπου 1, πως η εφαρμογή ενός προγράμματος αεροβικής γυμναστικής, διάρκειας τριών μηνών στο σπίτι, παρουσίασε σχετική βελτίωση στα επίπεδα HbA1c (Wong et al., 2010).

Διατροφικές συνήθειες και συστάσεις

Όσον αφορά τα παιδιά και τους εφήβους και γενικά τους ασθενείς με ΣΔ, η διαιτητική πρόσληψη συμβάλλει στον καλύτερο μεταβολικό έλεγχο, καθώς και στη συμβολή για

την ανάπτυξη μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών σε μεταγενέστερο χρονικό στάδιο. Η κατανάλωση ινών και συγκεκριμένων τύπων λίπους έχουν ιδιαίτερη σημασία, ενώ παράλληλα μια δίαιτα, ανεξάρτητα από το επίπεδο του γλυκαιμικού ελέγχου, φτωχή σε πρωτεΐνες μπορεί να έχει θετική επίδραση στην λειτουργία των νεφρών, παρουσιάζοντας ελάττωση του ρυθμού σπερματικής διήθησης. Αρκετές έρευνες υποστηρίζουν ένα διαρκώς αυξανόμενο μια ποσοστό διατροφικών διαταραχών σε νεαρά άτομα με διαβήτη. Ο καθαρισμός της ινσουλίνης στο ΣΔ τύπου 1 και η βουλιμία μπορεί να είναι κάποιες από τις διατροφικές συμπεριφορές που παρουσιάζουν τα παιδιά. Σύμφωνα με τους Cox et al. (2014). Οι σχολικοί νοσηλευτές θα πρέπει:

- να παρέχουν πληροφορίες και προτάσεις για την κατάρτιση ενός σχεδίου για την ορθή πρόσληψη θερμίδων ή υδατανθράκων, ενώ στο χώρο του σχολείου, λαμβάνοντας υπόψη τις διατροφικές συνήθειες του παιδιού και της ινσουλίνης
- ενημέρωση και κατάρτιση του υπόλοιπου εκπαιδευτικού για την θετική επίδραση της υγιεινής διατροφής στον οργανισμό, καθώς και το εύρος των διαθέσιμων επιλογών τροφίμων για τους διαβητικούς μαθητές
- προτροπή του λοιπού εκπαιδευτικού προσωπικού για τον αποδοτικότερο σχεδιασμό και επιλογή παρεχόμενων γευμάτων
- παρακολούθηση, αξιολόγηση και ενημέρωση των γονέων και των συναδέλφων σε περιπτώσεις μαθητών που παρουσιάζουν διαταραχές πρόσληψης τροφής

Β' ΜΕΡΟΣ - ΕΙΔΙΚΟ
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών σε σχολεία ειδικής αγωγής αναφορικά με τον Σακχαρώδη Διαβήτη. Επιπρόσθετα, ως επιμέρους στόχος της έρευνας, διερευνήθηκαν και άλλοι παράγοντες (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, έτη εμπειρίας, κ.α.) που πιθανά να σχετίζονται με την γνώσεις σχετικά με τον Σ.Δ. Ως μηδενική υπόθεση της μελέτης τέθηκε ότι δημογραφικά και επιμέρους εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη δεν επηρεάζουν το αποτέλεσμα γνώσεων στη διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη, ενώ στην εναλλακτική υπόθεση, ότι δημογραφικοί και επιμέρους εργασιακοί παράγοντες επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά το αποτέλεσμα των γνώσεων στον Σακχαρώδη Διαβήτη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 60 εκπαιδευτικοί που υπηρετούσαν σε πρωτοβάθμια εκπαιδευτικά ιδρύματα ειδικής αγωγής του νομού Χαλκιδικής. Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία με τη μέθοδο της ευκολίας για την άντληση του δείγματος, για λόγους εξοικονόμησης χρόνου και κόστους.

Κριτήρια επιλογής

Τα κριτήρια επιλογής των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν τα εξής:

- Οι συμμετέχοντες να είναι εκπαιδευτικοί σε σχολείο Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης με τουλάχιστον 6 μήνες υπηρεσίας
- Να έχουν εξειδίκευση στην ειδική αγωγή
- Να έχουν δώσει προφορική συγκατάθεση για τη συμμετοχή τους στη μελέτη

Μεθοδολογία

Πρόκειται για μελέτη χρονικής στιγμής (cross-sectional study). Για την συλλογή των δεδομένων διανεμήθηκαν ανώνυμα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Η συμμετοχή των ατόμων έγινε κατόπιν πληροφορημένης συγκατάθεσης. Ενημερώθηκαν ο καθένας ξεχωριστά για το σκοπό της μελέτης και δόθηκαν οδηγίες για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Παρατηρήθηκε εξαιρετικά θετική προθυμία συμμετοχής στην παρούσα μελέτη και ο μέσος χρόνος για τη συμπλήρωση ήταν περίπου τα 7 λεπτά. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και η συλλογή των δεδομένων ακολούθησε την προβλεπόμενη διαδικασία, για την ορθή τήρηση των προσωπικών δεδομένων. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο μόνοι τους. Σε περιπτώσεις που υπήρχαν απορίες ή δυσκολία κατά την συμπλήρωση εκ μέρους των συμμετεχόντων, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιούνταν με τη βοήθεια της ερευνήτριας που ήταν παρούσα κατά τη διαδικασία για την παροχή οδηγιών και διευκρινίσεων. Σε περίπτωση αδυναμίας συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δινόταν η δυνατότητα να παίρνουν το ερωτηματολόγιο στον χώρο τους και το επέστρεφαν συμπληρωμένο σε αδιαφανή φάκελο μετά από σύντομο χρονικό διάστημα. Η συλλογή

των ερωτηματολογίων έγινε κατά την περίοδο από 01έως 30 Μαΐου 2019. Χρησιμοποιήθηκαν 2 ερωτηματολόγια εκ των οποίων το πρώτο αποτελείται από 35 ερωτήσεις και το δεύτερο αποτελείται από 24 ερωτήσεις. Εμπεριέχονται τα δημογραφικά στοιχεία.

Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα

Για τη διεξαγωγή της μελέτης, ζητήθηκε προφορικά ερευνητική άδεια από τη Διεύθυνση των υπό μελέτη σχολείων ειδικής αγωγής, έπειτα από αντίστοιχο αίτημα με την υποβολή του ερευνητικού πρωτοκόλλου. Ακόμη, κάθε συμμετέχοντας έδινε προφορικώς τη συγκατάθεσή του στη μελέτη, μετά από την ενημέρωσή του σχετικά με το είδος και τους σκοπούς της μελέτης. Τέλος, διασφαλίσθηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα της συμμετοχής όλων των ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη με βάση τα κριτήρια της διακήρυξης του Ελσίνκι.

Στατιστική ανάλυση

Η περιγραφική ανάλυση θα αποτελέσει το πρώτο στάδιο της έρευνας με σκοπό την παρουσίαση της κάθε μεταβλητής καθώς και την κατανόηση των δεδομένων που προσφέρονται από το υπό μελέτη δείγμα. Στη συνέχεια θα εφαρμοστεί επαγωγική ανάλυση, για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δύο μεταβλητών, δηλαδή ενός προσδιοριστή και μιας έκβασης. Οι κατηγορικές μεταβλητές εκφράζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή και τυπική απόκλιση. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιείται ο έλεγχος χ^2 . Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιείται ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για εκείνες που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney U-test. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιείται η ανάλυση διασποράς anova (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιείται ο συντελεστής συσχέτισης Spearman (Spearman's correlation

coefficient). Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα IBMSPSS 25.0 (Statistical Package for Social Sciences).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 60 εκπαιδευτικοί που υπηρετούσαν σε σχολεία ειδικής αγωγής από τους οποίους οι 23 (38,3%) ήταν άνδρες και οι 37 (61,7%) γυναίκες. Η μέση τιμή της ηλικίας του δείγματος ήταν 36,07 (\pm 9,18) έτη και εργαζόταν κατά μέσο όρο για 8,22 (\pm 7,56) χρόνια. Επίσης, η πλειοψηφία των ερωτώμενων (96,7%) είχαν ελληνική εθνικότητα.

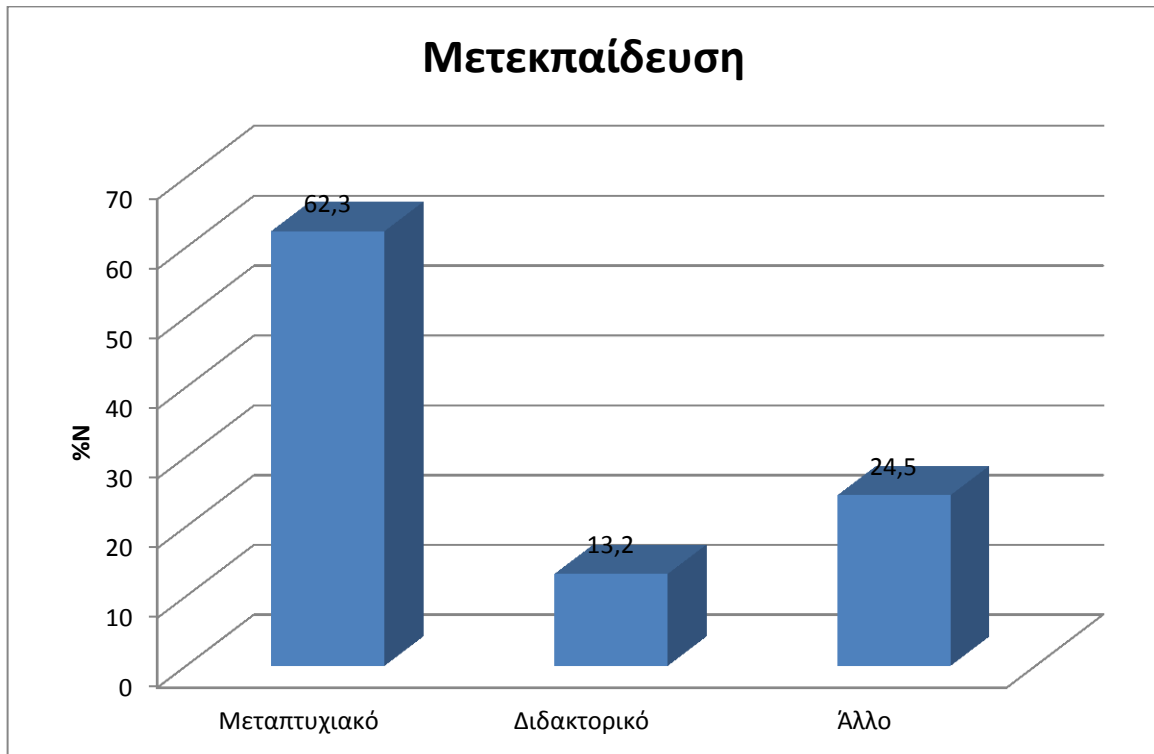
Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων το 41,7% ήταν παντρεμένοι, το 36,7% άγαμοι και το 10,0% διαζευγμένοι. (Διάγραμμα 1)



Διάγραμμα 1 Οικογενειακή κατάσταση ερωτώμενων

Από το σύνολο του δείγματος το 71,7% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ και το 28,3% απόφοιτοι ΤΕΙ. Επίσης, από τους 53 εκπαιδευτικούς που έκαναν μετεκπαίδευση, Μεταπτυχιακό

τίτλο σπουδών είχαν οι 33 (62,3%) και Διδακτορικό οι 7 (13,2). Άλλη μετεκπαίδευση είχε το 24,5% (13/53) του πληθυσμού. (Διάγραμμα 2)



Διάγραμμα 2 Μετεκπαίδευση ερωτώμενων

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται αναλυτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

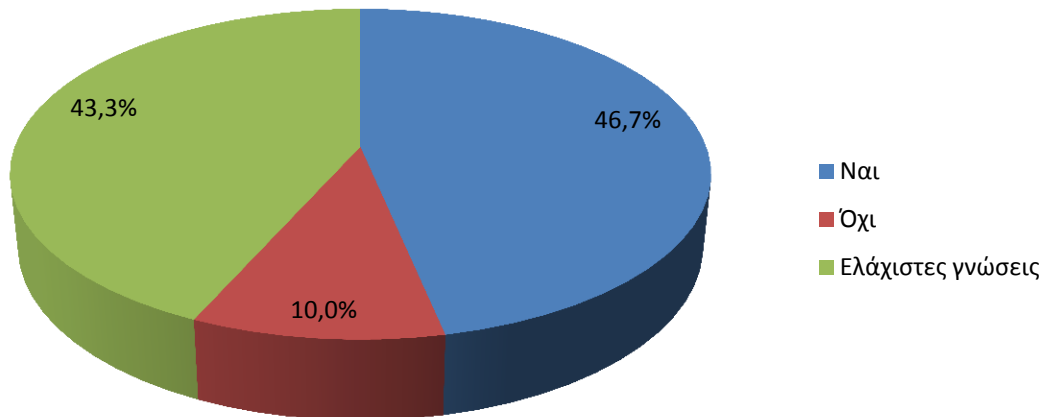
Δημογραφικά χαρακτηριστικά		
	n/N	% N
Φύλο		
Άνδρας	23/60	38,3
Γυναίκα	37/60	61,7
Εθνικότητα		
Ελληνική	58/60	96,7
Άλλη	2/60	3,3
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/-η	25/60	41,7

Άγαμος/-η	22/60	36,7
Διαζευγμένος/-η	6/60	10,0
Συμβίωση	7/60	11,7
Εκπαίδευση		
ΑΕΙ	43/60	71,7
ΤΕΙ	17/60	28,3
Μετεκπαίδευση		
Μεταπτυχιακό	33/53	62,3
Διδακτορικό	7/53	13,2
Άλλο	13/53	24,5
Μέση τιμή		ΤΑ
Ηλικία	36,07	± 9,18
Έτη εργασίας	8,22	± 7,56

Περιγραφικά στατιστικά

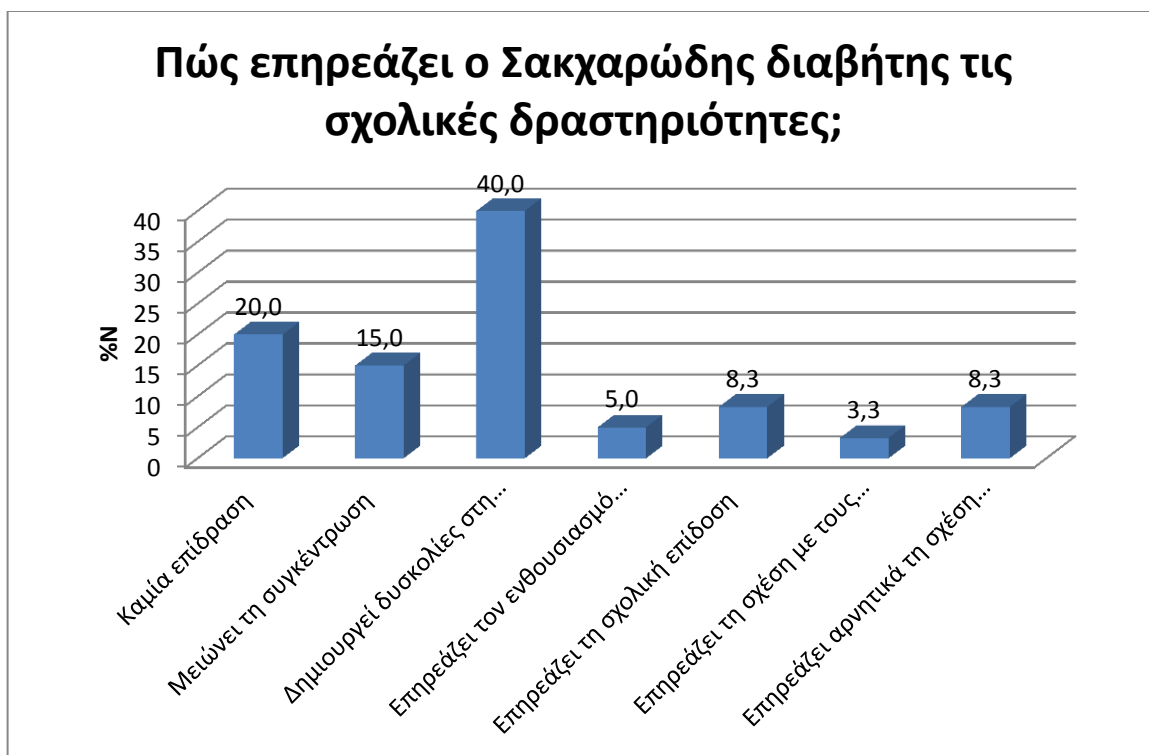
Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν πώς αντιμετώπισαν τους διαβητικούς μαθητές και τα περιστατικά υπογλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμίας μέσα στη σχολική χρονιά. Από τις απαντήσεις τους προέκυψε ότι το 46,% γνώριζε τι είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης στην παιδική/εφηβική ηλικία και το 43,3% είχε ελάχιστες γνώσεις. (Διάγραμμα 3)

Γνωρίζετε τί είναι ο Σακχαρώδης διαβήτης στην παιδική και εφηβική ηλικία;



Διάγραμμα 3 Γνωρίζετε τί είναι ο Σακχαρώδης διαβήτης στην παιδική και εφηβική ηλικία;

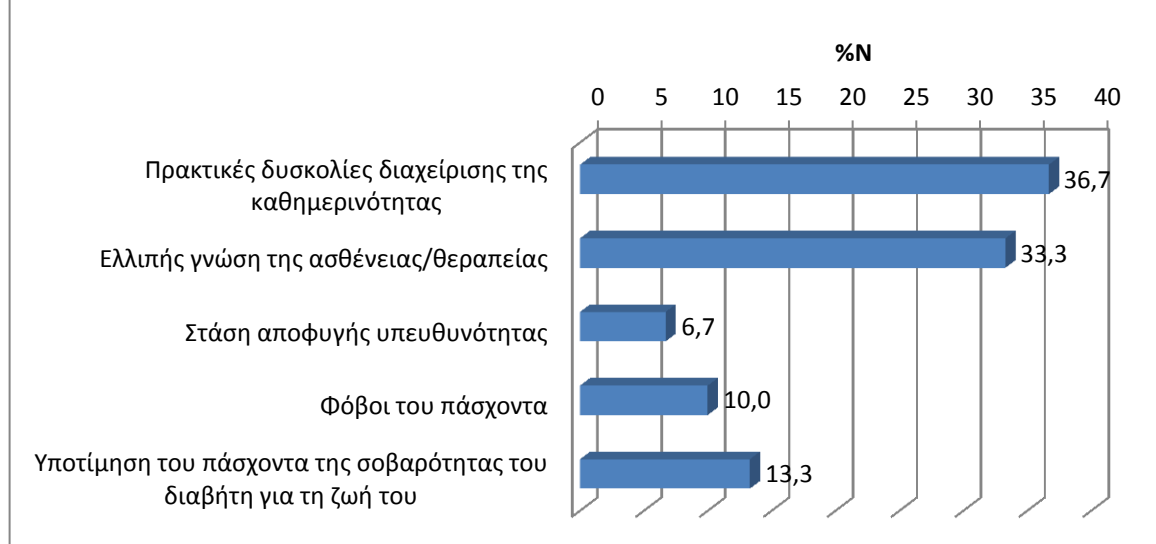
Οι εκπαιδευτικοί ρωτήθηκαν σχετικά με το ως επηρεάζει η νόσος τις σχολικές δραστηριότητες και η πλειοψηφία αυτών (40,0%) απάντησε ότι δημιουργεί δυσκολίες στη διαχείριση της νόσου. Ωστόσο, το 20,0% του δείγματος πιστεύει ότι ο Σακχαρώδης Διαβήτης δεν έχει κάποια επίδραση στις σχολικές δραστηριότητες. Στο Διάγραμμα 4 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις που έδωσαν οι καθηγητές στην εν λόγω ερώτηση.



Διάγραμμα 4 Πώς επηρεάζει ο Σακχαρώδης διαβήτης τις σχολικές δραστηριότητες;

Οι δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς, όσον αφορά στους διαβητικούς ασθενείς, έχουν να κάνουν κυρίως με τις πρακτικές δυσκολίες διαχείρισης της καθημερινότητας (36,7%) και λόγω της ελλιπούς γνώσης σχετικά με τη νόσο και τη θεραπεία της (33,3%). (Διάγραμμα 5)

Τί είδους δυσκολίες είχατε με τους διαβητικούς κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς;

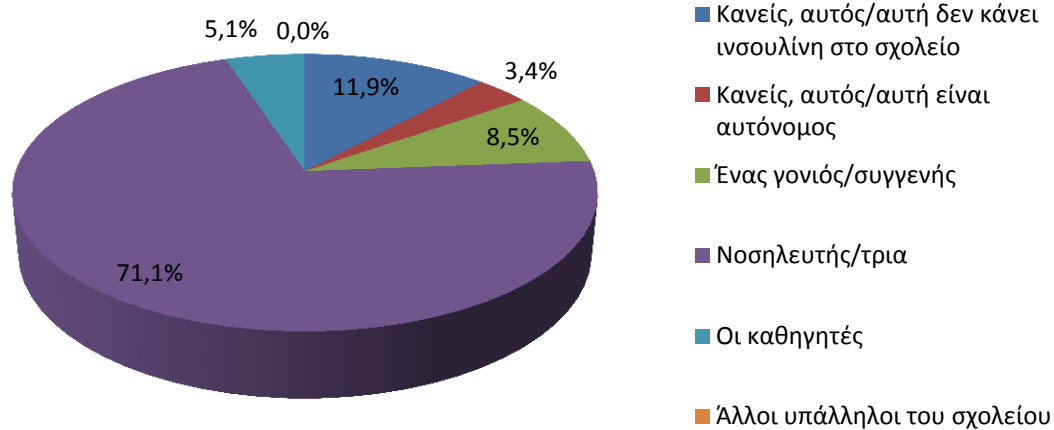


Διάγραμμα 5 Τί είδους δυσκολίες είχατε με τους διαβητικούς κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς;

Κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς, σύμφωνα με το 54,2% του δείγματος δεν χρειάστηκε να κάνουν κάποια ενέργεια διαβητικών. Παρόλα αυτά το 30,5% του πληθυσμού χρειάστηκε να κάνει ένεση ινσουλίνης και το 15,3% εξέταση αίματος και γλυκόζης.

Ερωτώμενοι σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος να διαχειρίζεται την ινσουλίνη στο διαβητικό μαθητή το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος απάντησε οι νοσηλευτές με ποσοστό 71,2%. (Διάγραμμα 6)

Κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς, ποιος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση της ινσουλίνης στο μαθητή με ΣΔ;

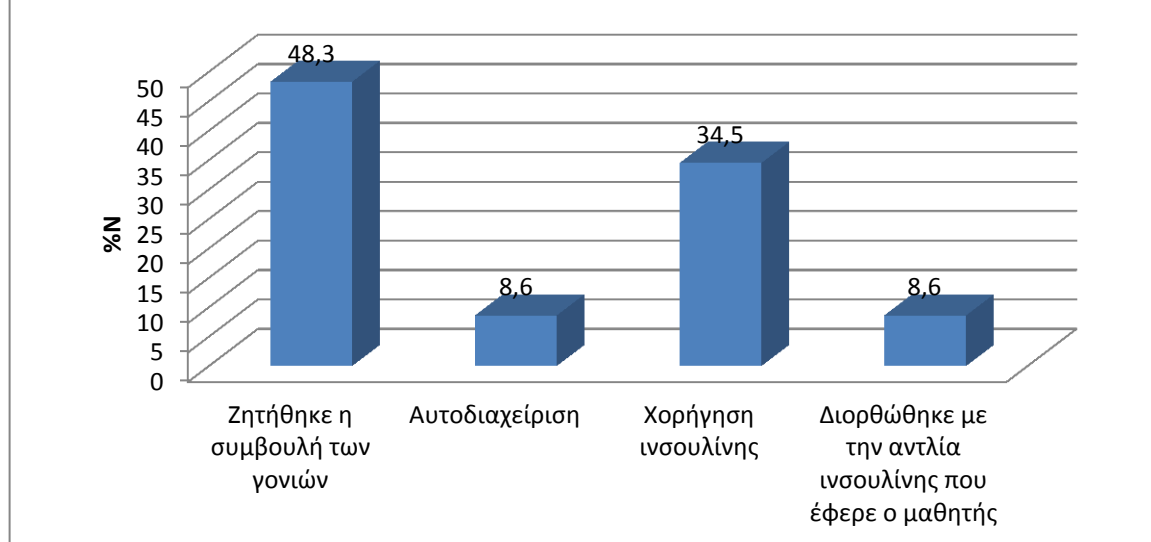


Διάγραμμα 6 Κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς, ποιος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση της ινσουλίνης στο μαθητή με ΣΔ;

Το 62,7% του πληθυσμού απάντησε ότι αντιμετωπίζονται καλά τα επεισόδια υπογλυκαιμίας. Επίσης, από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων φάνηκε ότι το 47,5% δεν ήξερε αν στο σχολείο υπάρχει διαθέσιμη γλυκαγόνη ενώ το 25,4% απάντησε ότι δεν υπήρχε.

Όσον αφορά στα επεισόδια υπεργλυκαιμίας, για την αντιμετώπισή τους ζητήθηκε η βοήθεια του γονέα/συγγενή σύμφωνα με το 48,3% των ερωτώμενων και χορηγήθηκε ινσουλίνη σύμφωνα με το 34,5%. (Διάγραμμα 7) Τα εν λόγω επεισόδια αντιμετωπίστηκαν καλά σύμφωνα με το 67,2% του δείγματος.

Στην περίπτωση επεισοδίου υπεργλυκαιμίας, πώς αντιμετωπίστηκε η υπεργλυκαιμία από το σχολικό προσωπικό;



Διάγραμμα 7 Στην περίπτωση επεισοδίου υπεργλυκαιμίας, πώς αντιμετωπίστηκε η υπεργλυκαιμία από το σχολικό προσωπικό;

Οι απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με την αντιμετώπιση των μαθητών με Σακχαρώδη διαβήτη και των περιστατικών υπογλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμίας στο σχολείο φαίνονται στον Πίνακα 2.

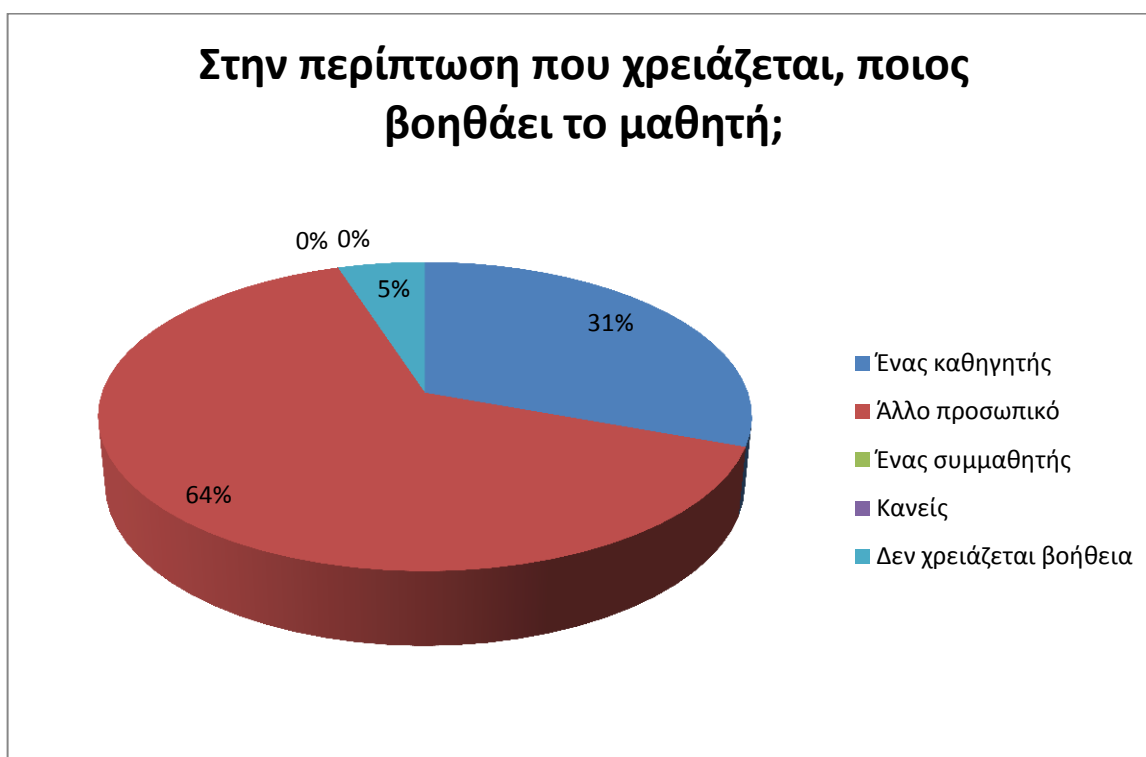
Πίνακας 2 Αντιμετώπιση μαθητών με ΣΔ και περιστατικών υπογλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμίας στο σχολείο

Αντιμετώπιση μαθητών με ΣΔ και περιστατικών υπογλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμίας στο σχολείο		
	n/N	% N
Γνωρίζετε τί είναι ο Σακχαρώδης διαβήτης στην παιδική και εφηβική ηλικία;		
Ναι	28/60	46,7
Όχι	6/60	10,0
Ελάχιστες γνώσεις	26/60	43,3
Πώς επηρεάζει ο Σακχαρώδης διαβήτης τις σχολικές δραστηριότητες;		
Καμία επίδραση	12/60	20,0
Μειώνει τη συγκέντρωση	9/60	15,0
Δημιουργεί δυσκολίες στη διαχείριση της διαίτας	24/60	40,0
Επηρεάζει τον ενθουσιασμό και το κίνητρο	3/60	5,0

Επηρεάζει τη σχολική επίδοση	5/60	8,3
Επηρεάζει τη σχέση με τους καθηγητές	2/60	3,3
Επηρεάζει αρνητικά τη σχέση με τους συμμαθητές	5/60	8,3
Τί είδους δυσκολίες είχατε με τους διαβητικούς κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς;		
Πρακτικές δυσκολίες διαχείρισης της καθημερινότητας	22/60	36,7
Ελλιπής γνώση της ασθένειας/θεραπείας	20/60	33,3
Στάση αποφυγής υπευθυνότητας	4/60	6,7
Φόβοι του πάσχοντα	6/60	10,0
Υποτίμηση του πάσχοντα της σοβαρότητας του διαβήτη για τη ζωή του	8/60	13,3
Τί είδους ενέργειες διαβητικών έγιναν κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς;		
Καμία	32/59	54,2
Εξέταση αίματος και γλυκόζη	9/59	15,3
Ένεση ινσουλίνης	18/59	30,5
Κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς, ποιός είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση της ινσουλίνης στο μαθητή με ΣΔ;		
Κανείς, αυτός/αυτή δεν κάνει ινσουλίνη στο σχολείο	7/59	11,9
Κανείς, αυτός/αυτή είναι αυτόνομος	2/59	3,4
Ένας γονιός/συγγενής	5/59	8,5
Νοσηλεύτης/-τρια	42/59	71,2
Οι καθηγητές	3/59	5,1
Άλλοι υπάλληλοι του σχολείου	0/59	0,0
Σύμφωνα με εσάς, σε περίπτωση επεισοδίου υπογλυκαιμίας, η υπογλυκαιμία αντιμετωπίστηκε καλά;		
Ναι	37/59	62,7
Όχι	22/59	37,3
Στο σχολείο σας στις πρώτες βοήθειες υπάρχει διαθέσιμη γλυκαγόνη;		
Ναι	12/59	20,3
Όχι	15/59	25,4
Δεν ξέρω	28/59	47,5
Δεν γνωρίζω γιατί χρειάζεται η γλυκαγόνη	4/59	6,8
Στην περίπτωση επεισοδίου υπεργλυκαιμίας, πώς αντιμετωπίστηκε η υπεργλυκαιμία από το σχολικό προσωπικό;		
Ζητήθηκε η συμβουλή των γονιών	28/58	48,3
Αυτοδιαχείριση	5/58	8,6
Χορήγηση ινσουλίνης	20/58	34,5

Διορθώθηκε με την αντλία ινσουλίνης που έφερε ο μαθητής	5/58	8,6
Σύμφωνα με εσάς, αυτή η υπεργλυκαιμία αντιμετωπίστηκε καλά;		
Ναι	39/58	67,2
Όχι	6/58	32,8

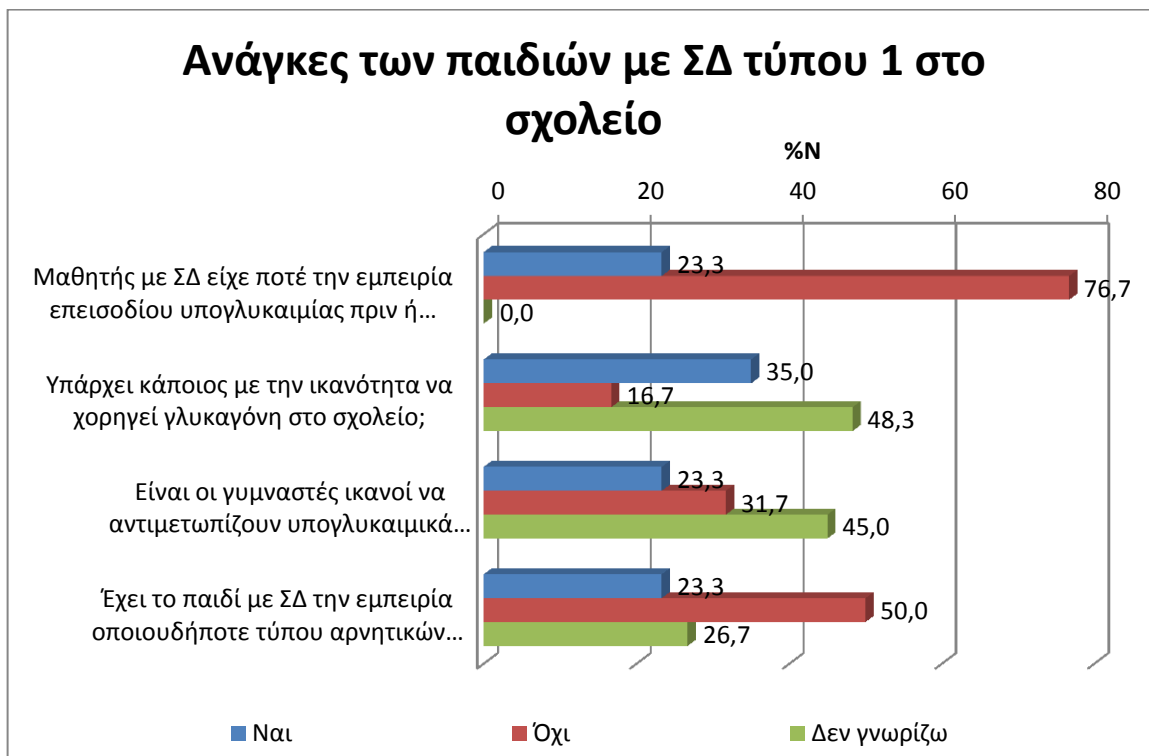
Στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου εξετάστηκαν οι απόψεις των εκπαιδευτικών γύρω από τις ανάγκες που έχουν τα παιδιά με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 στο σχολείο. Πιο αναλυτικά, το 89,8% δήλωσε ότι το παιδί χρειάζεται παρακολούθηση στο σχολείο. Επίσης, αν χρειαστεί βοήθεια το παιδί αυτή παρέχεται από κάποιον υπάλληλο (όχι καθηγητή) του σχολείου σύμφωνα με το 64,4%. Οι εκπαιδευτικοί βοηθάνε σε ποσοστό 30,5%. (Διάγραμμα 8) Επιπλέον, το 85,0% του πληθυσμού απάντησε ότι χρειάστηκε να γίνει χορήγηση ινσουλίνης κατά τη διάρκεια της παρουσίας του παιδιού στο σχολείο.



Διάγραμμα 8 Στην περίπτωση που χρειάζεται, ποιος βοηθάει το μαθητή;

Πριν ή κατά τη διάρκεια εξέτασης μαθήματος δεν είχε κάποιο παιδί υπογλυκαιμικό επεισόδιο σύμφωνα με το 76,7% των εκπαιδευτικών. Επίσης, το 48,3% δεν γνώριζε αν στο σχολείο υπήρχε κάποιος που να μπορεί να χορηγήσει γλυκαγόνη. Η αντιμετώπιση των υπογλυκαιμικών επεισοδίων από τους γυμναστές είναι εφικτή σύμφωνα με το 23,3%

του πληθυσμού. Τέλος, οι μισοί από τους συμμετέχοντες απάντησαν ότι οι διαβητικοί μαθητές δεν έχουν δεχθεί αρνητική συμπεριφορά από τα άλλα παιδιά λόγω της νόσου. (Διάγραμμα 9)



Διάγραμμα 9 Στην περίπτωση που χρειάζεται, ποιος βοηθάει το μαθητή;

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους εκπαιδευτικούς σχετικά με τις ανάγκες των παιδιών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 στο σχολείο. (Πίνακας 3)

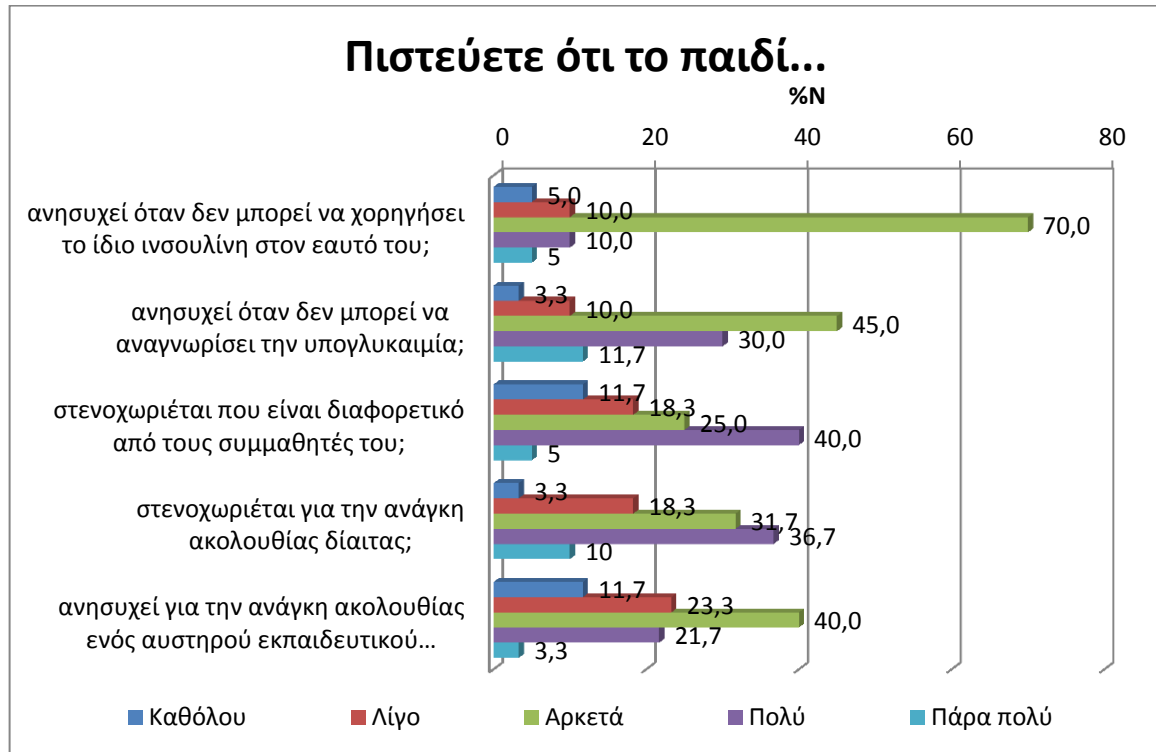
Πίνακας 3 Ανάγκες των παιδιών με ΣΔ τύπου 1 στο σχολείο

Ανάγκες των παιδιών με ΣΔ τύπου 1 στο σχολείο		
	n/N	% N
Χρειάζεται το παιδί παρακολούθηση στο σχολείο;		
Ναι	53/59	89,8
Όχι	6/59	10,2
Στην περίπτωση που χρειάζεται, ποιος βοηθάει το μαθητή;		
Ένας καθηγητής	18/59	30,5
Άλλο προσωπικό	38/59	64,4

Ένας συμμαθητής	0/59	0,0
Κανείς	0/59	0,0
Δεν χρειάζεται βοήθεια	3/59	5,0
Χρειάζεται το παιδί χορήγηση ινσουλίνης στο σχολείο;		
Ναι	51/60	85,0
Όχι	9/60	15,0
Μαθητής με ΣΔ είχε ποτέ την εμπειρία επεισοδίου υπογλυκαιμίας πριν ή κατά τη διάρκεια μιας εξέτασης μαθήματος;		
Ναι	14/60	23,3
Όχι	46/60	76,7
Δεν γνωρίζω	0/60	0,0
Υπάρχει κάποιος με την ικανότητα να χορηγήει γλυκαγόνη στο σχολείο;		
Ναι	21/60	35,0
Όχι	10/60	16,7
Δεν γνωρίζω	29/60	48,3
Είναι οι γυμναστές ικανοί να αντιμετωπίζουν υπογλυκαιμικά επεισόδια;		
Ναι	14/60	23,3
Όχι	19/60	31,7
Δεν γνωρίζω	27/60	45,0
Έχει το παιδί με ΣΔ την εμπειρία οποιουδήποτε τύπου αρνητικών σχολίων από τους συμμαθητές του;		
Ναι	14/60	23,3
Όχι	30/60	50,0
Δεν γνωρίζω	16/60	26,7

Στο επόμενο μέρος του ερωτηματολογίου εξετάστηκαν οι απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τις ανησυχίες που μπορεί να είχαν οι διαβητικοί μαθητές για τη νόσο. Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, το 70,0% των καθηγητών πιστεύουν ότι τα παιδιά ανησυχούν «αρκετά» όταν δεν μπορούν να χορηγήσουν στον εαυτό τους ινσουλίνη. Επίσης, τα παιδιά ανησυχούν «αρκετά» σύμφωνα με το 45,0% και «πολύ» σύμφωνα με το 30,0% των ερωτώμενων όταν δεν μπορούν να αναγνωρίσουν την υπογλυκαιμία. Επιπλέον, το 40,0% του πληθυσμού πιστεύει ότι οι μαθητές με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 στεναχωριούνται «πολύ» που είναι διαφορετικά από τους συμμαθητές τους. Όσον αφορά στην ακολουθία δίαιτας από τους μαθητές το 36,7% των εκπαιδευτικών πιστεύει ότι τα παιδιά στεναχωριούνται πολύ και το 31,7% αρκετά. Τέλος, η πλειοψηφία

των συμμετεχόντων (40,0%) δήλωσαν ότι οι διαβητικοί μαθητές ανησυχούν αρκετά για την ανάγκη παρακολούθησης ενός αυστηρού εκπαιδευτικού προγράμματος. (Διάγραμμα 10)



Διάγραμμα 10 Βασικές ανησυχίες των παιδιών για το Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1

Οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τις ανησυχίες των μαθητών για το Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4 Βασικές ανησυχίες των παιδιών για τον ΣΔ τύπου 1

Βασικές ανησυχίες των παιδιών για τον ΣΔ τύπου 1

	n/N	% N
Πιστεύετε ότι το παιδί ανησυχεί όταν δεν μπορεί να χορηγήσει το ίδιο ινσουλίνη στον εαυτό του;		
Καθόλου	3/60	5,0
Λίγο	6/60	10,0
Αρκετά	42/60	70,0
Πολύ	6/60	10,0
Πάρα πολύ	3/60	5,0
Πιστεύετε ότι το παιδί ανησυχεί όταν δεν μπορεί να αναγνωρίσει την υπογλυκαιμία;		

Καθόλου	2/60	3,3
Λίγο	6/60	10,0
Αρκετά	27/60	45,0
Πολύ	18/60	30,0
Πάρα πολύ	7/60	11,7
Πιστεύετε ότι το παιδί στενοχωριέται που είναι διαφορετικό από τους συμμαθητές του;		
Καθόλου	7/60	11,7
Λίγο	11/60	18,3
Αρκετά	15/60	25,0
Πολύ	24/60	40,0
Πάρα πολύ	3/60	5,0
Πιστεύετε ότι το παιδί στενοχωριέται για την ανάγκη ακολουθίας δίαιτας;		
Καθόλου	2/60	3,3
Λίγο	11/60	18,3
Αρκετά	19/60	31,7
Πολύ	22/60	36,7
Πάρα πολύ	6/60	10,0
Πιστεύετε ότι το παιδί ανησυχεί για την ανάγκη ακολουθίας ενός αυστηρού εκπαιδευτικού προγράμματος;		
Καθόλου	7/60	11,7
Λίγο	14/60	23,3
Αρκετά	24/60	40,0
Πολύ	13/60	21,7
Πάρα πολύ	2/60	3,3

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν πιθανές δράσεις για να βελτιωθεί η κοινωνική ενσωμάτωση των διαβητικών μαθητών στο σχολείο. Από τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών προέκυψε ότι το 91,7% δίνει άλλη ευκαιρία συμμετοχής στις εξετάσεις του μαθήματος αν δεν συμμετείχε κανονικά. Επίσης, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (78,3%) θεωρεί αναγκαία τη γραπτή πληροφόρηση για τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1. Το 76,7% των καθηγητών θεωρεί οι περισσότερες πληροφορίες για τη νόσο θα βελτίωνε την κοινωνική ενσωμάτωση των παιδιών στο σχολείο. Τέλος, οι μισοί καθηγητές πιστεύουν ότι οι συμμαθητές στο σχολείο δείχνουν κατανόηση και συμπαραστέκονται στους διαβητικούς μαθητές. (Πίνακας 5)

Πίνακας 5 Πιθανές δράσεις για να βελτιωθεί η κοινωνική ενσωμάτωση των παιδιών με ΣΔ στο σχολείο

Πιθανές δράσεις για να βελτιωθεί η κοινωνική ενσωμάτωση των παιδιών με ΣΔ στο σχολείο		
	n/N	% N
Αν το παιδί δεν συμμετείχε στις εξετάσεις του μαθήματος, του δίνετε άλλη ευκαιρία συμμετοχής;		
Ναι	55/60	91,7
Όχι	3/60	5,0
Μερικές φορές	2/60	3,3
Πιστεύετε ότι η γραπτή πληροφόρηση για τον Τύπου 1 Διαβήτη είναι αναγκαία;		
Ναι	47/60	78,3
Όχι	5/60	8,3
Δεν γνωρίζω	8/60	13,3
Πιστεύετε ότι οι περισσότερες πληροφορίες για το Διαβήτη Τύπου 1 θα βελτίωναν την κοινωνική ενσωμάτωση των παιδιών στο σχολείο;		
Ναι	46/60	76,7
Όχι	5/60	8,3
Δεν γνωρίζω	9/60	15,0
Πιστεύετε ότι οι συμμαθητές στο σχολείο δείχνουν κατανόηση και συμπαραστέκονται στα παιδιά αυτά;		
Ναι	30/60	50,0
Όχι	14/60	23,3
Δεν ξέρω	16/60	26,7

Στον Πίνακα 6 παρατίθενται οι απαντήσεις που έδωσαν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με τη διαχείριση της νόσου στα σχολεία. Συγκεκριμένα, το 71,7% απάντησε ότι στο σχολείο που υπηρετούσε δεν υπήρχαν μέτρα προφύλαξης ώστε να βοηθηθούν τα παιδιά με διαβήτη και το 70,07% δεν έχει εκπαιδευτεί ειδικά για τους διαβητικούς και τη διαχείρισή τους. Στην ερώτηση αν το σχολείο είναι ικανό να διαχειριστεί διαβητικούς εφήβους σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης το 31,7% απάντησε ναι, το 25,0% όχι και το 43,3% δεν γνώριζε. Επίσης, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, και συγκεκριμένα το 60,0%, δεν γνώριζε αν το σχολείο τους διέθετε τα απαραίτητα μέσα για την αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη.

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 11, το 36,7% του δείγματος καλεί το Ε.Κ.Α.Β. για να διαχειριστεί ένα επείγον διαβητικό περιστατικό και το 23,3% δέχεται βοήθεια από το σχολικό προσωπικό. Τέλος, το 21,7% ζητάει ιατρική συμβουλή.

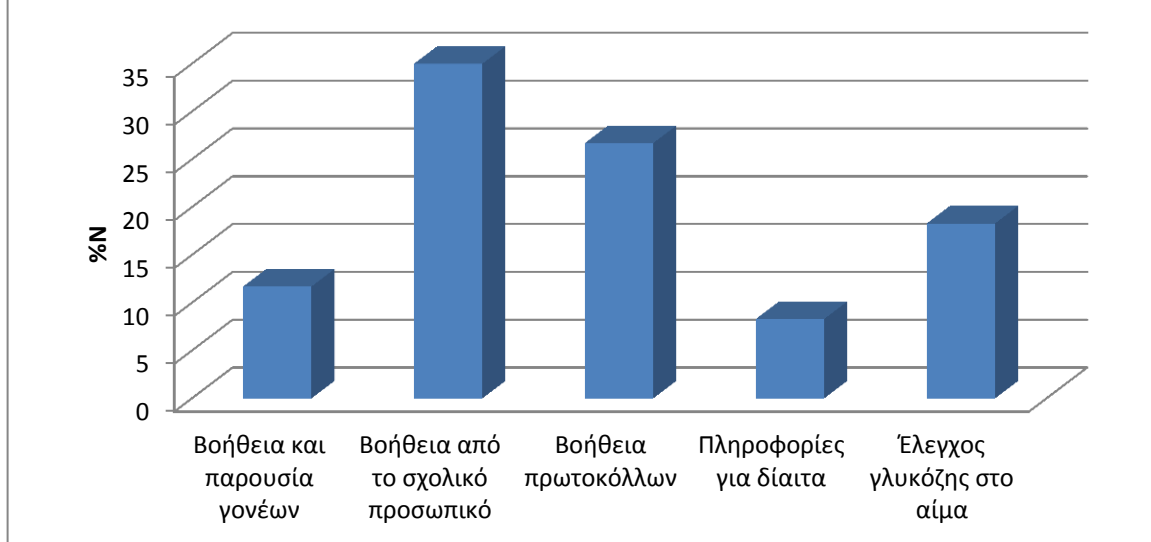


Διάγραμμα 11 Πώς διαχειρίζεται το σχολείο σας ένα επείγον διαβητικό περιστατικό;

Το 45,0% του πληθυσμού δεν γνωρίζει αν τα παιδιά με Σακχαρώδη Διαβήτη μπορούν να συμμετέχουν σε όλες τις σχολικές δραστηριότητες. Επίσης, το 51,7% των ερωτώμενων απάντησε ότι δεν λαμβάνονται ειδικά μέτρα προφύλαξης κατά τη διάρκεια των σχολικών δραστηριοτήτων για τους διαβητικούς μαθητές.

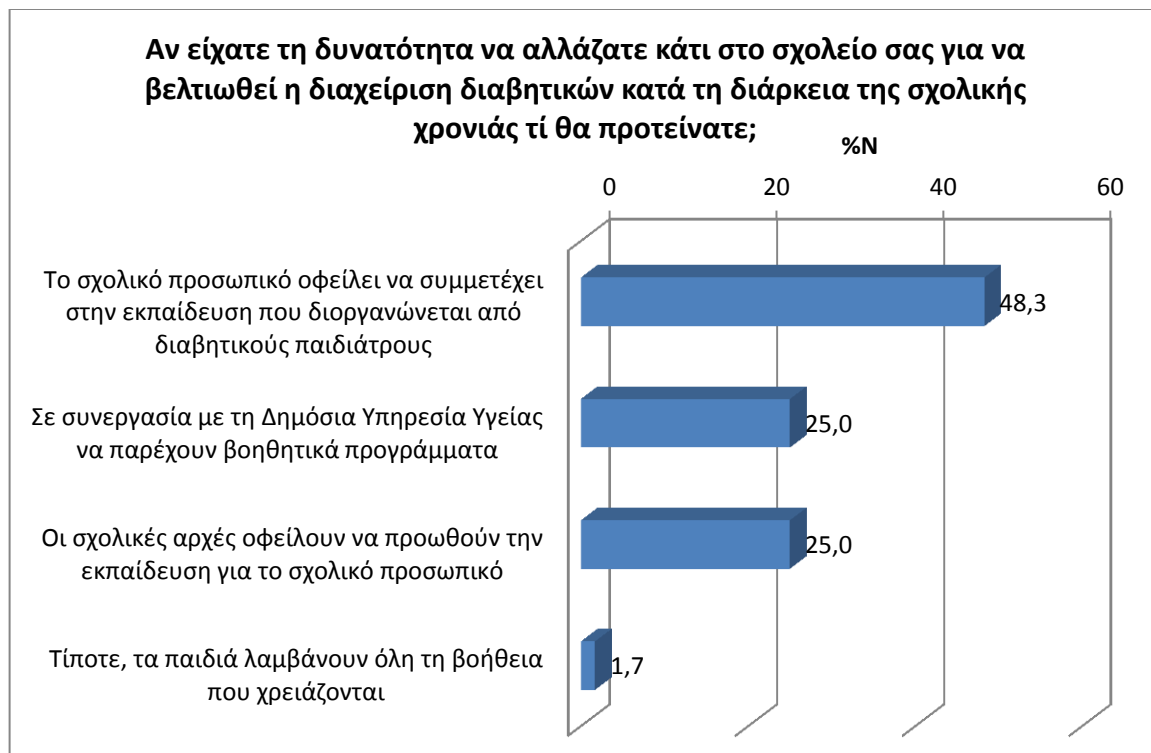
Στη συνέχεια οι εκπαιδευτικοί ρωτήθηκαν τι είδους ειδικά μέτρα προφύλαξης λαμβάνονται κατά τη διάρκεια του αθλήματος και των δραστηριοτήτων και το 35,0% απάντησε ότι δέχεται βοήθεια από το σχολικό προσωπικό, το 26,7% συμβουλευέται το πρωτόκολλο και το 18,3% ελέγχει τη γλυκόζη στο αίμα. (Διάγραμμα 12)

Ποιός τύπος ειδικών μέτρων προφύλαξης λαμβάνεται κατά τη διάρκεια του αθλήματος και των δραστηριοτήτων;



Διάγραμμα 12 Ποιός τύπος ειδικών μέτρων προφύλαξης λαμβάνεται κατά τη διάρκεια του αθλήματος και των δραστηριοτήτων;

Η τελευταία ερώτηση σχετικά με τη διαχείριση των παιδιών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 στα σχολεία αφορούσε τις αλλαγές που θα ήθελαν να κάνουν στο σχολείο έτσι, ώστε να βελτιωθεί η διαχείριση των διαβητικών μαθητών κατά τη σχολική χρονιά. Πιο αναλυτικά, το 48,3% πιστεύει ότι βοηθούσε η ενημέρωση από εξειδικευμένους παιδίατρος. (Διάγραμμα 13)



Διάγραμμα 13 Αν είχατε τη δυνατότητα να αλλάζατε κάτι στο σχολείο σας για να βελτιωθεί η διαχείριση διαβητικών κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς τί θα προτείνατε;

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων όσον αφορά στη διαχείριση των διαβητικών παιδιών στα σχολεία.

Πίνακας 6 Διαχείριση παιδιών με ΣΔ τύπου 1 στα σχολεία

Διαχείριση παιδιών με ΣΔ τύπου 1 στα σχολεία		
	n/N	% N
Στο σχολείο σας υπάρχουν συγκεκριμένα μέτρα προφύλαξης ώστε να βοηθήσουν τα παιδιά με διαβήτη;		
Ναι	17/60	28,3
Όχι	43/60	71,7
Το προσωπικό του σχολείου έχει λάβει ειδική εκπαίδευση για τους διαβητικούς και την διαχείρισή τους;		
Ναι	18/60	30,0
Όχι	42/60	70,0
Αν έχει λάβει από ποιόν έγινε;		
Γονείς	3/57	5,3
Ιατρικό προσωπικό	11/57	19,3
Ομάδα προσωπικού διαβητικών	4/57	7,0

Άλλο	4/57	7,0
Δεν γνωρίζω	6/57	10,5
Δεν έχω λάβει	29/57	50,9
Πιστεύετε ότι το σχολείο σας είναι ικανό να διαχειριστεί διαβητικούς εφήβους σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης;		
Ναι	19/60	31,7
Όχι	15/60	25,0
Δεν γνωρίζω	26/60	43,3
Τί διαθέτει το σχολείο σας για την αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη;		
Αποθέματα γλυκαγόνης	0/60	0,0
Μετρητή σακχάρου	4/60	6,7
Αποθέματα ινσουλίνης	1/60	1,7
Πρωτόκολλο ανάλογης συμπεριφοράς	5/60	8,3
Όλα τα παραπάνω	14/60	23,3
Δεν γνωρίζω	36/60	60,0
Πώς διαχειρίζεται το σχολείο σας ένα επείγον διαβητικό περιστατικό;		
Καλεί την Άμεση Δράση (Ε.Κ.Α.Β)	22/60	36,7
Συμβουλή γονέων	5/60	8,3
Βοήθεια από το σχολικό προσωπικό	14/60	23,3
Ιατρική συμβουλή	13/60	21,7
Ένεση γλυκαγόνης	2/60	3,3
Παρακολούθηση γλυκόζης στο αίμα	4/60	6,7
Μπορούν τα διαβητικά παιδιά να συμμετέχουν σε όλες τις σχολικές δραστηριότητες;		
Ναι	27/60	45,0
Δεν γνωρίζω	33/60	55,0
Λαμβάνονται ειδικά μέτρα προφύλαξης κατά τη διάρκεια σχολικών δραστηριοτήτων για διαβητικά παιδιά;		
Ναι	29/60	48,3
Όχι	31/60	51,7
Ποιός τύπος ειδικών μέτρων προφύλαξης λαμβάνεται κατά τη διάρκεια του αθλήματος και των δραστηριοτήτων;		
Βοήθεια και παρουσία γονέων	7/60	11,7
Βοήθεια από το σχολικό προσωπικό	21/60	35,0
Βοήθεια πρωτοκόλλων	16/60	26,7
Πληροφορίες για δίαιτα	5/60	8,3
Έλεγχος γλυκόζης στο αίμα	11/60	18,3

Αν είχατε τη δυνατότητα να αλλάζατε κάτι στο σχολείο σας για να βελτιωθεί η διαχείριση διαβητικών κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς τί θα προτεινάτε;		
Το σχολικό προσωπικό οφείλει να συμμετέχει στην εκπαίδευση που διοργανώνεται από διαβητικούς παιδιάτρους	29/60	48,3
Σε συνεργασία με τη Δημόσια Υπηρεσία Υγείας να παρέχουν βοηθητικά προγράμματα	15/60	25,0
Οι σχολικές αρχές οφείλουν να προωθούν την εκπαίδευση για το σχολικό προσωπικό	15/60	25,0
Τίποτε, τα παιδιά λαμβάνουν όλη τη βοήθεια που χρειάζονται	1/60	1,7

Σκορ γνώσεων σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν σε 24 ερωτήσεις σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη και τη φροντίδα των διαβητικών. Οι σωστές απαντήσεις που δόθηκαν καταμετρήθηκαν και προέκυψε ένα σκορ (Σκορ γνώσεων) του οποίου οι τιμές κυμαίνονταν από 0, αν όλες οι απαντήσεις ήταν λάθος, έως 24, αν όλες οι απαντήσεις ήταν σωστές. Στη συνέχεια έγινε αναγωγή του Σκορ Γνώσεων επί τοις εκατό και υπολογίστηκε η μέση τιμή του. Σκορ πάνω από 75,0% (18 σωστές απαντήσεις) σημαίνει ότι ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη. Η μέση τιμή του Σκορ γνώσεων επί τοις εκατό βρέθηκε ίση με 41,43 (\pm 23,64).

Πίνακας 7 Σκορ γνώσεων σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη

Σκορ γνώσεων σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη

	Μέση τιμή (%)	ΤΑ
Σκορ γνώσεων	41,43	\pm 23,64

Επαγωγικά στατιστικά

1.1.31 Συγκρίσεις

Η μέση τιμή του Σκορ γνώσεων επί τοις εκατό συγκρίθηκε με το φύλο των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα υπολογίστηκε ότι για τον ανδρικό πληθυσμό το Σκορ ήταν ίσο με 35,39 (\pm 24,56) και για το γυναικείο 45,19 (\pm 22,57) χωρίς ωστόσο να αποτυπώνεται στατιστικά σημαντική σχέση ($p=0,12$).

Η σύγκριση του Σκορ γνώσεων με το επίπεδο εκπαίδευσης έδειξε ότι ανάμεσα στις δύο μεταβλητές υπάρχει σχέση στατιστικά σημαντική ($p=0,03$). Πιο αναλυτικά, οι απόφοιτοι ΑΕΙ είχαν μέση τιμή Σκορ ίση με 37,33 ($\pm 22,32$) και οι απόφοιτοι ΤΕΙ 51,82 ($\pm 24,33$).

Από τη σύγκριση του σκορ γνώσεων με τη Μετεκπαίδευση των συμμετεχόντων και την οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε ότι δεν σχετίζονται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p>0,05$).

Τα αποτελέσματα της σύγκρισης του Σκορ γνώσεων με τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού παρατίθενται στον Πίνακα 8.

Πίνακας 8 Σύγκριση Σκορ γνώσεων με δημογραφικά χαρακτηριστικά

Σύγκριση Σκορ γνώσεων με δημογραφικά χαρακτηριστικά			
	Μέση τιμή (%)	ΤΑ	p
Σκορ Γνώσεων * Φύλο			
Ανδρας	35,39	$\pm 24,56$	0,12
Γυναίκα	45,19	$\pm 22,57$	
Σκορ Γνώσεων * Εκπαίδευση			
Πανεπιστήμιο	37,33	$\pm 22,32$	0,03
ΤΕΙ	51,82	$\pm 24,33$	
Σκορ Γνώσεων * Μετεκπαίδευση			
Μεταπτυχιακό	42,45	$\pm 24,63$	0,89
Διδακτορικό	44,29	$\pm 26,42$	
Άλλο	39,46	$\pm 22,18$	
Σκορ Γνώσεων * Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος/-η	44,48	20,91	0,59
Άγαμος/-η	36,05	$\pm 26,81$	
Διαζευγμένος/-η	47,50	$\pm 22,33$	
Συμβίωση	42,29	$\pm 25,18$	

Στη συνέχεια μελετήθηκε η σχέση ανάμεσα στο Σκορ γνώσεων και ορισμένων απόψεων των εκπαιδευτικών σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη. (Πίνακας 9)

Η σύγκριση έδειξε ότι το Σκορ γνώσεων σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p=0,00$) με το αν οι ερωτώμενοι γνώριζαν τι είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης στην παιδική/εφηβική ηλικία. Όσοι απάντησαν θετικά στην εν λόγω ερώτηση είχαν μέση τιμή σκορ ίση με $57,57 (\pm 17,76)$ και όσοι απάντησαν αρνητικά $16,67 (\pm 12,68)$. Τέλος, οι εκπαιδευτικοί με ελάχιστες γνώσεις γύρω από τον παιδικό διαβήτη είχαν σκορ ίσο με $29,77 (\pm 19,13)$. Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε και ανάμεσα στο σκορ γνώσεων και το αν η γραπτή πληροφόρηση γύρω από το Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 είναι αναγκαία ($p=0,03$) καθώς οι εκπαιδευτικοί που τη θεωρούν αναγκαία είχαν μέση τιμή σκορ $44,45 (\pm 23,62)$, αυτοί που απάντησαν ότι δεν είναι αναγκαία $45,20 (\pm 16,24)$ και αυτοί που απάντησαν «δεν γνωρίζω» $21,38 (\pm 18,99)$. Τέλος, για τους καθηγητές που πιστεύουν ότι το σχολείο τους μπορεί να διαχειριστεί διαβητικούς εφήβους σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης η μέση τιμή του σκορ υπολογίστηκε ίση με $53,42 (\pm 20,00)$, για όσους πιστεύουν ότι δεν μπορεί $48,27 (\pm 21,97)$ και για όσους απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν $28,73 (\pm 21,33)$. Η σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές βρέθηκε ότι είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,01$).

Μη στατιστικά σημαντική σχέση προέκυψε ανάμεσα στο σκορ γνώσεων και το αν το προσωπικό του σχολείου έχει λάβει ειδική εκπαίδευση για τους διαβητικούς μαθητές και το ποιος τους εκπαιδευσε σχετικά ($p=0,09$ και $p=0,15$ αντίστοιχα)

Πίνακας 9 Σύγκριση Σκορ γνώσεων με περιγραφικά στατιστικά

Σύγκριση Σκορ γνώσεων με περιγραφικά στατιστικά			
	Μέση τιμή (%)	ΤΑ	p
Σκορ Γνώσεων * Γνωρίζετε τι είναι ο Σακχαρώδης διαβήτης στην παιδική και εφηβική ηλικία;			
Ναι	57,57	$\pm 17,76$	
Όχι	16,67	$\pm 12,68$	0,00
Ελάχιστες γνώσεις	29,77	$\pm 19,13$	
Σκορ Γνώσεων * Πιστεύετε ότι η γραπτή πληροφόρηση για τον Τύπου 1 Διαβήτη είναι αναγκαία;			
Ναι	44,45	$\pm 23,62$	0,03

Όχι	45,20	± 16,24	
Δεν γνωρίζω	21,38	± 18,99	
Σκορ Γνώσεων * Το προσωπικό του σχολείου έχει λάβει ειδική εκπαίδευση για τους διαβητικούς και την διαχείρισή τους;			
Ναι	49,22	± 23,54	0,09
Όχι	38,10	± 23,15	
Σκορ Γνώσεων * Αν έχει λάβει από ποιόν έγινε;			
Γονείς	29,33	± 24,91	
Ιατρικό προσωπικό	52,55	± 21,70	
Ομάδα προσωπικού διαβητικών	43,00	± 23,25	0,15
Άλλο	48,00	± 26,76	
Δεν γνωρίζω	20,17	± 18,20	
Δεν έχω λάβει	41,14	± 24,43	
Σκορ Γνώσεων * Πιστεύετε ότι το σχολείο σας είναι ικανό να διαχειριστεί διαβητικούς εφήβους σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης;			
Ναι	53,42	± 20,00	
Όχι	48,27	± 21,97	0,01
Δεν γνωρίζω	28,73	± 21,33	

1.1.32 Συσχετίσεις

Η συσχέτιση του σκορ γνώσεων με την ηλικία έδειξε ότι για κάθε ένα έτος αύξησης της ηλικίας το σκορ αυξάνεται κατά 0,13 μονάδες χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ($p=0,31$). Αντιθέτως, στατιστικά σημαντικά βρέθηκε ότι σχετίζεται το σκορ γνώσεων με τα έτη εργασίας ($p=0,00$). Συγκεκριμένα, υπολογίστηκε ότι αύξηση κατά ένα έτος των χρόνων εργασίας συνεπάγεται αύξηση του σκορ γνώσεων κατά 0,24 μονάδες. (Πίνακας 10)

Πίνακας 10 Συσχέτιση Σκορ γνώσεων με την ηλικία και τα έτη εργασίας

Συσχέτιση Σκορ γνώσεων με την ηλικία και τα έτη εργασίας		
	r'	p
Ηλικία	0,13	0,31
Έτη εργασίας	0,24	0,00

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκαν οι γνώσεις των εκπαιδευτικών που υπηρετούσαν σε σχολεία ειδικής αγωγής σχετικά με τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου I.

Ο ΣΔ αποτελεί μία χρόνια μεταβολική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από αύξηση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα και μειωμένη δράση και έκκριση ινσουλίνης. Συνοδεύεται από την εκδήλωση σοβαρών επιπλοκών οι οποίες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών. Σε πολλές περιπτώσεις απαιτείται η διαχείριση έκτακτων καταστάσεων όπως ο έλεγχος του σακχάρου του αίματος ή η εφαρμογή ενέσεων ινσουλίνης. Ως εκ τούτου, είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι εκπαιδευτικοί και ο σχολικός νοσηλευτής να έχουν επαρκές επίπεδο γνώσεων σχετικά με τον Σακχαρώδη Διαβήτη ώστε να μπορούν να διαχειριστούν τέτοιες περιπτώσεις στο σχολικό περιβάλλον όπου τα παιδιά περνούν το μεγαλύτερο μέρος της καθημερινότητάς τους. Στην περίπτωση δε των μονάδων ειδικής αγωγής, οι ανάγκες μεγεθύνονται καθώς οι μαθητές των συγκεκριμένων μονάδων χαρακτηρίζονται από ειδικές ανάγκες και οι υπάρχουσες σωματικές και νοητικές επιβαρύνσεις απαιτούν ακόμη περισσότερη προσοχή. Συνεπώς οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να κατέχουν όλες τις απαραίτητες γνώσεις σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη, προκειμένου να μπορούν να ανταπεξέλθουν στη διαχείριση της νόσου στο σχολικό περιβάλλον.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, σχεδόν ο μισός πληθυσμός του δείγματος γνώριζε τι είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης στην παιδική/εφηβική ηλικία ενώ ο άλλος μισός είχε ελάχιστες γνώσεις. Όσον αφορά την επίδραση της νόσου στις σχολικές δραστηριότητες, η πλειοψηφία απάντησε ότι δημιουργεί δυσκολίες στη διαχείριση της νόσου. Οι δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς, όσον αφορά στους διαβητικούς ασθενείς, σχετίζονταν κυρίως με τις πρακτικές δυσκολίες διαχείρισης της καθημερινότητας και την ελλιπή γνώση σχετικά με τη νόσο και τη θεραπεία της.

Όσον αφορά την παρέμβαση των εκπαιδευτικών κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς, το μεγαλύτερο ποσοστό δείγματος δήλωσε πως δεν χρειάστηκε να προβούν σε κάποια ενέργεια διαβητικών, ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού δήλωσε ότι χρειάστηκε

να κάνει ένεση ινσουλίνης και ένα ακόμα μικρότερο πως προέβη σε εξέταση αίματος και γλυκόζης. Εντούτοις, ερωτώμενοι σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος να διαχειρίζεται την ινσουλίνη στο διαβητικό μαθητή το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος απάντησε πως είναι ευθύνη των νοσηλευτών.

Αναφορικά με τη διαχείριση των επεισοδίων υπογλυκαιμίας και υπεργλυκαιμίας, το μεγαλύτερο ποσοστό των εκπαιδευτικών δήλωσε πως αντιμετωπίζονται καλά. Επίσης, από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων φάνηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό δεν γνώριζε αν στο σχολείο υπάρχει διαθέσιμη γλυκαγόνη, ένα μικρότερο απάντησε ότι δεν υπήρχε, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό δήλωσε πως δεν γνώριζε αν στο σχολείο υπήρχε κάποιος που να μπορεί να χορηγήσει τη γλυκαγόνη. Σχετικά με τη χορήγηση ινσουλίνης, ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος δήλωσε πως χορηγήθηκε όταν παρουσιάστηκε ανάγκη.

Επίσης, διερευνήθηκαν οι απόψεις των εκπαιδευτικών γύρω από τις ανάγκες που έχουν τα παιδιά με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου I στο σχολείο. Πιο αναλυτικά, το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε ότι το παιδί χρειάζεται παρακολούθηση στο σχολείο, ενώ σε περίπτωση ανάγκης η βοήθεια παρέχεται από κάποιον υπάλληλο (όχι καθηγητή) του σχολείου σύμφωνα με την πλειοψηφία.

Αντικείμενο μελέτης αποτέλεσαν επίσης οι απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τις ανησυχίες που μπορεί να είχαν οι διαβητικοί μαθητές σχετικά με τη νόσο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η πλειοψηφία των καθηγητών πιστεύει ότι τα παιδιά ανησυχούν σε μεγάλο βαθμό όταν δεν μπορούν να χορηγήσουν στον εαυτό τους ινσουλίνη και όταν αδυνατούν να αναγνωρίσουν την υπογλυκαιμία. Επιπλέον, η νόσος έχει αντίκτυπο και στην ψυχολογία των μαθητών καθώς στεναχωριούνται που είναι διαφορετικοί από τους συμμαθητές τους. Τέλος, αντίκτυπο στη ψυχολογία των διαβητικών μαθητών, σύμφωνα με τους καθηγητές, έχει η ακολουθία συγκεκριμένης δίαιτας από τους μαθητές και η ανάγκη παρακολούθησης ενός αυστηρού εκπαιδευτικού προγράμματος.

Επίσης, μελετήθηκε η λήψη πιθανών δράσεων με στόχο τη βελτίωση της κοινωνικής ενσωμάτωσης των διαβητικών μαθητών στο σχολείο. Από τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών προέκυψε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δίνει κι άλλη ευκαιρία συμμετοχής στις εξετάσεις του μαθήματος αν δεν συμμετείχε κανονικά. Επίσης, το

μεγαλύτερο μέρος του δείγματος θεωρεί αναγκαία τη γραπτή πληροφόρηση για τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου I και πως η καλύτερη πληροφόρηση για τη νόσο θα βελτίωνε την κοινωνική ενσωμάτωση των παιδιών στο σχολείο. Τέλος, οι μισοί καθηγητές πιστεύουν ότι οι συμμαθητές στο σχολείο δείχνουν κατανόηση και συμπαραστέκονται στους διαβητικούς μαθητές.

Μέρος της έρευνας αποτέλεσε και η διερεύνηση των απόψεων των εκπαιδευτικών σχετικά με τη διαχείριση της νόσου στα σχολεία. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία απάντησε ότι στο σχολείο που υπηρετούσε δεν υπήρχαν μέτρα προφύλαξης ώστε να βοηθηθούν τα παιδιά με διαβήτη και το ότι δεν είχε λάβει κάποια εκπαίδευση ειδικά για τους διαβητικούς και τη διαχείρισή τους. Όσον αφορά την ικανότητα του σχολείου να διαχειριστεί διαβητικούς εφήβους σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης δεν προέκυψαν ξεκάθαρα συμπεράσματα.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα αξιολογήθηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίου ως προς τις γνώσεις τους σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη και τη φροντίδα των διαβητικών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το μεγαλύτερο ποσοστό των εκπαιδευτικών δεν διέθετε επαρκές επίπεδο γνώσεων ως προς τα παραπάνω, ενώ το επίπεδο των γνώσεων βρέθηκε πως συσχετίζεται με το επίπεδο εκπαίδευσης.

Έπειτα, διερευνήθηκε η σχέση ανάμεσα στο επίπεδο των γνώσεων και ορισμένων απόψεων των εκπαιδευτικών σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη. Ειδικότερα, το επίπεδο των γνώσεων βρέθηκε πως σχετίζεται σημαντικά με το αν οι ερωτώμενοι γνώριζαν τι είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης στην παιδική/εφηβική ηλικία. Σημαντική σχέση βρέθηκε επίσης ανάμεσα στο επίπεδο των γνώσεων και το αν η γραπτή πληροφόρηση γύρω από το Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου I είναι αναγκαία καθώς και το αν το σχολείο μπορεί να διαχειριστεί διαβητικούς εφήβους σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης. Τέλος, το επίπεδο των γνώσεων συνδέθηκε με τα έτη εργασίας.

Αρκετές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σε διεθνές επίπεδο με σκοπό τη διερεύνηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών σχετικά με τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου I.

Ο Gawwad (2008) πραγματοποίησε μελέτη, στόχος της οποίας ήταν η εκτίμηση των γνώσεων, των συμπεριφορών και των πρακτικών διαχείρισης του διαβήτη μεταξύ των εκπαιδευτικών, προκειμένου να προσδιοριστούν οι ανάγκες τους για κατάρτιση στον διαβήτη και η ετοιμότητα τους όσον αφορά την παροχή επαρκούς φροντίδας σε μαθητές με διαβήτη. Το δείγμα αποτέλεσαν 177 διδάσκοντες σε σχολεία πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι δάσκαλοι είχαν μέτριο επίπεδο γνώσεων σχετικά με τον Σακχαρώδη Διαβήτη ωστόσο είχαν δυσμενείς στάσεις απέναντι στην ανάληψη ευθύνης για την εκπαίδευση και τη φροντίδα του διαβήτη στο σχολείο. Η πιο συνηθισμένη πρακτική που αναφέρθηκε ήταν η προσπάθεια απόκτησης της ικανότητας χρήσης του γλυκομετρητή. Σημαντική σχέση παρατηρήθηκε ανάμεσα στο επίπεδο των γνώσεων και τη στάση των εκπαιδευτικών, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό των εκπαιδευτικών είχε καλή βαθμολογία όσον αφορά τις πρακτικές διαχείρισης του διαβήτη για τους διαβητικούς μαθητές τους. Τέλος, σημαντικό εύρημα θεωρήθηκε πως ακόμα και μετά την μετεκπαίδευση των εκπαιδευτικών, δεν άλλαξε η στάση τους απέναντι στη διαχείριση των διαβητικών μαθητών και το μεγαλύτερο ποσοστό συμφώνησε ότι η διαχείριση του διαβήτη δεν είναι δική του ευθύνη.

Όσον αφορά τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τον Σακχαρώδη Διαβήτη, το μεγαλύτερο ποσοστό των μελετών της διεθνούς βιβλιογραφίας υποστηρίζει πως οι εκπαιδευτικοί δεν έχουν το επαρκές επίπεδο γνώσεων. Ειδικότερα, σε μελέτη του ο Warne (2005) διαπίστωσε ότι μόνο το ένα τρίτο του των καθηγητών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είχαν επαρκή γενική γνώση του διαβήτη. Επίσης, οι Abahussain & El-Zubier (2005) ανέφεραν έλλειψη κατανόησης της φύσης του διαβήτη και γνώσεων σχετικά με τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας. Ακόμα, οι Alnasir & Skerman (2004) διαπίστωσαν έλλειψη γνώσεων και στάσεων σε μελέτη που πραγματοποίησαν σε εκπαιδευτικούς του Μπαχρέιν. Την έλλειψη γνώσεων των εκπαιδευτικών σχετικά με τον Σακχαρώδη Διαβήτη επιβεβαίωσαν και οι Norris et al. (2002) σε αντίστοιχη έρευνά τους.

Όσον αφορά τη διαχείριση του διαβήτη, οι Pinelli et al. (2011) προχώρησαν σε έρευνα με στόχο τον καθορισμό του τρόπου με τον οποίο οι γονείς και το σχολικό προσωπικό διαχειρίζονται τα περιστατικά παιδιών με Σακχαρώδη Διαβήτη κατά τη

διάρκεια των σχολικών ωρών. Η διαχείριση μεταξύ άλλων αφορούσε τη χορήγηση ινσουλίνης, τη διαχείριση της υπογλυκαιμίας και τη χρήση γλυκαγόνης. Ένας περαιτέρω στόχος ήταν η διερεύνηση της κατάρτισης, της στάσης και της ανάληψης ευθυνών του προσωπικού του σχολείου όσον αφορά τον διαβήτη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών έχει επιφανειακές γνώσεις όσον αφορά διάφορες πτυχές του διαβήτη και δεν εμπλεκόταν άμεσα σε περιπτώσεις ανάγκης. Επίσης, ένα μικρό ποσοστό των εκπαιδευτικών θεωρεί ότι τα σχολεία τους δεν είναι κατάλληλα εξοπλισμένα ώστε να αντιμετωπίσουν κάποια έκτακτη ανάγκη και δεν γνώριζαν αν υπήρχε διαθέσιμη γλυκαγόνη. Στις περισσότερες περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, οι μαθητές αυτο-χορηγούνταν ινσουλίνη, αφού πολύ σπάνια υπήρχε σχολικός νοσηλευτής ή δάσκαλος που θα αναλάμβανε την ευθύνη για τη θεραπεία. Τέλος, όσον αφορά την επίδραση της νόσου στη ψυχολογία του παιδιού, σχεδόν ο μισός πληθυσμός του δείγματος δήλωσε ότι ο διαβήτης επηρέασε αρνητικά τους μαθητές στις δραστηριότητες του σχολείου.

Σε αντίστοιχη μελέτη, οι Amillategui et al. (2009) επιχείρησαν να προσδιορίσουν τις ειδικές ανάγκες των παιδιών με διαβήτη τύπου I στο σχολείο λαμβάνοντας υπόψη τις αντιλήψεις των γονέων, των παιδιών και των εκπαιδευτικών. Τα αποτελέσματα προέκυψαν από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Από τα συνολικά 430 ερωτηματολόγια το 39% συμπληρώθηκε από τους γονείς, το 35% από τα παιδιά και το 26% από τους εκπαιδευτικούς. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε πως οι εκπαιδευτικοί είχαν ελλείψεις γνώσεις όσον αφορά τον Σακχαρώδη Διαβήτη και τη διαχείριση του. Ειδικότερα, ένα μεγάλο ποσοστό των εκπαιδευτικών δεν είχε πραγματική αντίληψη για την πραγματική συχνότητα εμφάνισης υπογλυκαιμικών επεισοδίων και για την αναγνώριση αυτών. Επίσης, ένα μικρό ποσοστό των εκπαιδευτικών δήλωσε πως δεν γνώριζε τι είναι η γλυκαγόνη και σε ποιες περιπτώσεις χρησιμοποιείται, ενώ ένα πολύ μεγάλο ποσοστό δήλωσε πως γνώριζε τι ήταν αλλά δεν ήξερε πώς να τη χορηγήσει σε περίπτωση ανάγκης. Επιπλέον, σύμφωνα με τους διαβητικούς μαθητές, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών υποβαλλόταν σε παρακολούθηση της γλυκόζης κατά τη διάρκεια της ημέρας, χωρίς όμως να λάβει κάποια βοήθεια από τους εκπαιδευτικούς. Τέλος, φαίνεται ότι οι εκπαιδευτικοί δεν αντιλαμβάνονταν τις ανησυχίες και το άγχος των παιδιών με Σακχαρώδη Διαβήτη.

Σε αντίστοιχα συμπεράσματα όσον αφορά τη διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη κατέληξαν σε έρευνά τους και οι Hayes-Bohn et al. (2004). Η έρευνα αυτή εξέτασε τις απόψεις, τις ανησυχίες και τις συστάσεις σχετικά με τη φροντίδα του διαβήτη τύπου I στα σχολεία. Η αξιολόγηση των σχολείων αφορούσε σε τρεις κατηγορίες: γνώση / κατάρτιση του προσωπικού του σχολείου, τρόφιμα που προσφέρονται / διατίθενται στο σχολείο και σχολικοί κανόνες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το προσωπικό του σχολείου και ιδιαίτερα οι εκπαιδευτικοί στην τάξη, έχουν περιορισμένη γνώση του διαβήτη, οι υγιεινές επιλογές τροφίμων / ποτών είναι περιορισμένες στα κυλικεία και στα μηχανήματα αυτόματης πώλησης ενώ και οι σχολικοί κανόνες δυσχεραίνουν την αυτοφροντίδα του διαβήτη.

Επιπροσθέτως, η μελέτη των Boden et al. (2012) είχε στόχο τη διερεύνηση των στάσεων και των ανησυχιών του προσωπικού της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που ασχολείται με παιδιά με διαβήτη τύπου I και τους γονείς τους και τη συσχέτιση αυτών των ανησυχιών με τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας που συνεργάζονται με το προσωπικό του σχολείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το προσωπικό του σχολείου εξέφρασε μια σειρά ανησυχιών σχετικά με την εφαρμογή ενέσεων, τη δοκιμασία γλυκόζης στο αίμα, την ικανότητα των παιδιών να διαχειριστούν την κατάστασή τους και τις αντίστοιχες αντιδράσεις των γονέων στις σχολικές αποφάσεις σε θέματα υγείας. Αυτοί οι φόβοι είχαν κάποια σύγκλιση με τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας και είχαν ως αποτέλεσμα την αποτροπή των εκπαιδευτικών όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων και ενεργειών για τη διαχείριση έκτακτων καταστάσεων σε παιδιά με Σακχαρώδη Διαβήτη.

Επίσης, οι Al Duraywish & Abdelsalam (2017) πραγματοποίησαν μελέτη με στόχο την αξιολόγηση της τρέχουσας κατάστασης διαχείρισης του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου I σε παιδιά σχολείων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης μέσω της εκτίμησης της στάσης των εργαζομένων, των γνώσεων και των πρακτικών που εφαρμόζονται στη Σαουδική Αραβία. Μεταξύ των τομέων που αξιολογήθηκαν όσον αφορά τη διαχείριση του διαβήτη ήταν η στενή παρακολούθηση γλυκόζης του αίματος, η πρόσληψη τροφής, η ινσουλινοθεραπεία και η σωματική άσκηση κατά τη διάρκεια των σχολικών ωρών προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση σοβαρών και μακροπρόθεσμων επιπλοκών. Για

το σκοπό αυτό μελετήθηκαν 744 εκπαιδευτικοί. Το 75,4% από τους συμμετέχοντες είχαν επαρκείς γενικές γνώσεις σχετικά με τον διαβήτη, ενώ ένα μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων είχε ειδικές γνώσεις σχετικά με τον διαβήτη. Μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό των συμμετεχόντων ανέφερε ότι είχαν λάβει εκπαίδευση σχετικά με τη διαχείριση του διαβήτη στο σχολείο, με το μεγαλύτερο ποσοστό να δηλώνει πως δεν γνωρίζει πώς να διαχειριστεί περιστατικά έκτακτης ανάγκης διαβητικών μαθητών.

Σε αντίστοιχη μελέτη του ο Latif Alnasir (2003) ασχολήθηκε με την αξιολόγηση των γνώσεων των δασκάλων όσον αφορά την κλινική εικόνα και τις επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη στα παιδιά με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου I. Το δείγμα αποτέλεσαν 1140 δάσκαλοι και αξιολογήθηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η μελέτη έδειξε ότι οι δάσκαλοι του σχολείου είχαν ανεπαρκείς γνώσεις όσον αφορά τον Σακχαρώδη Διαβήτη. Επίσης, όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, από την έρευνα προέκυψε πως το επίπεδο των γνώσεων σχετίζεται με το φύλο και με το επίπεδο εκπαίδευσης. Ειδικότερα, οι γυναίκες εκπαιδευτικοί είχαν ανώτερο επίπεδο γνώσεων σε σχέση με τους άντρες εκπαιδευτικούς. Επίσης, οι εκπαιδευτικοί που είχαν ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης παρουσίασαν ανώτερο επίπεδο γνώσεων και σχετικά με τον διαβήτη. Τέλος, το επίπεδο γνώσεων σχετίστηκε με αν οι εκπαιδευτικοί είχαν εμπειρία με την ασθένεια, τα προσόντα τους ή αν είχαν υιοθετήσει πιο υγιεινό τρόπο ζωής.

Τέλος, οι Almeahmad et al. (2018) προχώρησαν σε αξιολόγηση της ευαισθητοποίησης των εκπαιδευτικών όσον αφορά τον Σακχαρώδη Διαβήτη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το επίπεδο γνώσεων για το διαβήτη μεταξύ των εκπαιδευτικών χαρακτηρίστηκε ως μέτριο. Επίσης, η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και το μηνιαίο εισόδημα σχετίστηκαν με το επίπεδο των γνώσεων. Όσον αφορά τις δημογραφικές μεταβλητές, η ηλικία των εκπαιδευτικών σχετίστηκε σημαντικά με το επίπεδο γνώσεων και συνειδητοποίησης. Ειδικότερα, οι εκπαιδευτικοί με μεγαλύτερη ηλικία (≥ 50 ετών) παρουσίασαν υψηλότερη συνείδηση και ανώτερο επίπεδο γνώσεων ως προς τον διαβήτη μεταξύ των άλλων ηλικιών ενώ οι εκπαιδευτικοί ηλικίας 40-49 ετών, η οποία ήταν η κυρίαρχη ομάδα, διέθετε μέτρια έως χαμηλή συνειδητοποίηση. Το φύλο ήταν επίσης ένας σημαντικός παράγοντας που σχετίστηκε με

το επίπεδο συνειδητοποίησης, με τους άντρες εκπαιδευτικούς να παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο ευαισθητοποίησης από τις γυναίκες.

Περιορισμοί μελέτης

Ως περιορισμός της μελέτης μπορεί να σημειωθεί ο σχετικά μικρός αριθμός του δείγματος. Επιπλέον, περιοριστική μπορεί να θεωρηθεί και η αυτοαναφορά των συμμετεχόντων όσον αφορά ψυχοκοινωνικές μεταβλητές (επίπεδο γνώσεων, εκτίμηση καταστάσεων, φροντίδα κ.α.). Η αναγωγή αυτών σε κλίμακες ενέχει τον κίνδυνο αποκλίσεων (υπερεκτιμήσεις / υποεκτιμήσεις), γεγονός το οποίο πιθανόν να αποτυπωθεί στις απαντήσεις τους, συνεπάγοντας μεροληψία και σφάλματα στα αποτελέσματα. Οι περιορισμοί δρουν περιοριστικά στη γενίκευση των συμπερασμάτων στον γενικότερο πληθυσμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκε το επίπεδο των γνώσεων των εκπαιδευτικών, που υπηρετούν σε σχολεία Ειδικής Αγωγής, σχετικά με τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου Ι.

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι μία χρόνια νόσος, η οποία εμφανίζεται με όλο και μεγαλύτερη συχνότητα σε μικρά παιδιά και εφήβους. Η πάθηση αυτή συνοδεύεται από πολλές επιπλοκές οι οποίες δυσχεραίνουν την καθημερινότητα των ασθενών ενώ απαιτεί τακτική παρακολούθηση. Στην περίπτωση των μικρών παιδιών, ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμβολή των εκπαιδευτικών και του σχολικού νοσηλευτή οι οποίοι θα πρέπει να έχουν τις απαραίτητες γνώσεις για τη διαχείριση της νόσου, ενώ ιδιαίτερη φροντίδα χρειάζονται τα παιδιά με Ειδικές Ανάγκες, καθώς η κατάσταση τους είναι ήδη επιβαρυνμένη.

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας αποκαλύπτουν ότι οι εκπαιδευτικοί έχουν ένα επαρκές επίπεδο γνώσεων όσον αφορά γενικές γνώσεις σχετικά με το διαβήτη αλλά χαρακτηρίζονται από ανεπάρκεια ειδικών γνώσεων. Επίσης, το επίπεδο γνώσεων ήταν ανεπαρκές όσον αφορά τις επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου Ι, τη διαχείριση τους και τη θεραπεία της νόσου. Ιδιαίτερα ανησυχητικό ήταν το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εκπαιδευτικών παρουσίασε αδυναμία αναγνώρισης και ανταπόκρισης των σημείων και των συμπτωμάτων των διαβητικών περιπτώσεων έκτακτης ανάγκης, κατάσταση η οποία θα μπορούσε να έχει επικίνδυνες συνέπειες για το παιδί και να περιπλέξει την εκπαίδευσή του με διάφορους τρόπους.

Επιπλέον, παρατηρήθηκε ανεπιθύμητη στάση από τους εκπαιδευτικούς όσον αφορά την ανάληψη ευθύνης για τη φροντίδα των μαθητών με διαβήτη ή τη διαχείριση έκτακτης ανάγκης. Επιπλέον, σε πολλές περιπτώσεις σημειώθηκε άγνοια όσον αφορά το αν υπήρξε η κατάλληλη προετοιμασία και ο απαραίτητος εξοπλισμός στο σχολείο για τη διαχείριση μιας έκτακτης ανάγκης.

Συνεπώς, η παρούσα μελέτη συνιστά την ανάγκη για την εφαρμογή αποτελεσματικών πρακτικών προγραμμάτων ενδοϋπηρεσιακής εκπαίδευσης και κατάρτισης για το διαβήτη σε κάθε σχολείο, με στόχο την απόκτηση γνώσεων σε βάθος

όσον αφορά τη συνήθη φροντίδα του διαβήτη και τις διαδικασίες και τη διαχείριση των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ADA. American Diabetes Association (2003). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 34, p. 62-9.
- ADA. American Diabetes Association. (2014) Diagnosis and classification of diabetes mellitus care.; 34 (suppl. 1): S81-90.
- ADA. American Diabetes Association (2016). Prevention or delay of type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 38(Suppl. 1): S36-S38
- Balducci S, Sacchetti M, Haxhi J, et al. (2014). Physical exercise as therapy for type 2 diabetes mellitus. *Diabetes /Metabolism Research & Review*, 30(Suppl. 1): 13-23.
- British Diabetic Association. Directory of diabetes specialist nurses. Diabetes, UK, London, 1996
- Características psicosociales de los niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo1. *An Esp Pediatr* 2001, 55:406–412
- Chamorro M, Martínez I, Tomás L. Características psicosociales de los niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo1. *An Esp Pediatr* 2001, 55:406–412
- Christensen R et al. Integrating medical management with diabetes self-management training. *Psychology* 2003, 10:585–595
- Cox, C., Evert, A., Jameson, P. & Ferguson, S., (2014). Management of Children with Diabetes in School Setting. *The Diabetes Educator*, 40(1), p. 116-121.
- DeWit, S.C., 2009. *Fundamental Concepts and Skills for Nursing*. Μετάφραση από Αγγλικά από μεταφραστική ομάδα των εκδόσεων. 3η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός.
- Frazzitta, M., (2014). Hypoglycemia and Diabetes: an update of current trends and treatment. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 45(10), p. 432434.

- Garber, C.E., Blissmer, B., Deschenes, M.R. et al. (2011). Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43: 1334-59.
- Hatice P, Zerrin Y, Tullin A, Saliha Y. Self-esteem in Turkish diabetic children. *J Ped Nurs* 2002, 4: 279–282 3. Chamorro M, Martínez I, Tomás L.
- Hatun S, Cizmecioğlu F, Toprak D. Cerebral complications in diabetic ketoacidosis. *Turk J Pediatr* 2005, 47:170–252
- Hernandez AC, Williamson KM. (2004) Evaluation of a selfawareness education session for youth with type 1 diabetes. *Pediatr Nurs*, 30:459–464 29.
- Heward, W. L. , (2011). Παιδιά με ειδικές ανάγκες. Μια εισαγωγή στην ειδική αγωγή (Επιστ. Επιμ. Δαβάζογλου, Α. και Κοκκινός, Κ.), Αθήνα: Τόπος.
- Hockenbury & Hockenbury. (2010). *Psychology*. Worth Publishers,
- International Diabetes Federation – IDF (2015), *IDF Diabetes Atlas*, 7th edition. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.
- Lado, J. & Lipman, T., (2016). Racial and Ethnic Disparities in the Incidence, Treatment and Outcomes of Youth with Type 1 Diabetes. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 45, p. 453-461.
- Lernmark B, Elding-Larsson H, Hansson G, Lindberg B, Lynch K, Sjöblad S. (2004). Parent responses to participation in genetic screening for diabetes risk. *Pediatr Diabetes*, 5:174–18
- McCarvill, R. & Weaver, K., (2014). Primary Care of Female Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus and Disordered Eating. *Journal of Advanced Nursing*, 70(9), p. 2005-2018.

- Moore, S., Hackworth, N., Hamilton, V., Northam, E. & Cameron, F., (2013). Adolescents with Type 1 Diabetes: parental perceptions of child health and family functioning and their relationship to adolescent metabolic control. *Health and Quality of Life Outcomes.*, p. 1-8.
- Nies M., McEwen M., 2001. Κοινωνική Νοσηλευτική. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Δ. Σαπουντζή-Κρέπια. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Nies M., McEwen M., 2013. Κοινωνική Νοσηλευτική, Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας, Προάγοντας την υγεία των πληθυσμών. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α. Τσελικά & Δ. Σαπουντζή-Κρέπια. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- Norton, K., Norton, L., Sadgrove, D. (2010). Position statement on physical activity and exercise intensity terminology. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 13: 496-502.
- Poirier, P., Mawhinney, S., Grondin, L. et al.(2001). Prior meal enhances the plasma glucose lowering effect of exercise in type 2 diabetes. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33: 1259-64.
- Shalitin, S. & Phillip, M., (2007). The role of new Technologies in Treating Children and Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus. *Journal Complication*, 8(6), p. 72-79.
- Osborn, K., Wraa, C. & Watson, A., (2010). *Medical Surgical Nursing: preparation for practice.* Μετάφραση από Αγγλικά από Κ. Αγγελόπουλος. Λευκωσία: Εκδόσεις Πασχαλίδη – Broken Hill Publishers.
- Wong, C.H., Chiang, Y., Wai, J., Lo, F., Yeh, C., Chung, S. & Chang, C.W., 2010. Effects of a home-based Aerobic Exercise Program in Children with Type 1 Diabetes Mellitus. *Journal of Clinical Nursing*, 20, p. 681-691.
- Αγγελοπούλου – Σακαντάμη, Ν. (2004). Ειδική Αγωγή: Αναπτυξιακές διαταραχές και χρονικές μειονεξίες. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
- Αθανασίου Κ. (2007). Αγωγή Υγείας. Γρηγόρη, Αθήνα.

- Ελληνική Διαβητολογική Εταιρία, (2019). Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Διαχείριση του Διαβητικού Ασθενή
- Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρία, Σακχαρώδης Διαβήτης. ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2010
- Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών, 2014
- Δροσινού, Μ. (2001), Ειδικές τάξεις ή τμήματα ένταξης, Περιέχεται στο: Κοινωνική Εργασία, τεύχος 64, σελ. 225-226.
- Ζωνίου –Σιδέρη Α. (1998), Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους, Ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση της ένταξης , Αθήνα, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.
- Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (2004). Σύγχρονες ενταξιακές προσεγγίσεις. Τόμος Α΄. Θεωρία, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Ζώνιου – Σιδέρη Α, (2011), Σύγχρονες Ενταξιακές προσεγγίσεις: Θεωρία & Πράξη, Αθήνα: Πεδίο.
- Καζάκος, Κ. (2016). Σακχαρώδης Διαβήτης. Σύγχρονες Απόψεις
- Κακούρος, Ε. Μανιαδάκη, Κ. (2006). Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων, ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ, Αθήνα
- Καλάτζης, Κ. (1979) «Διδακτική των ειδικών σχολείων».
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. & Σουρτζή Π. (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα.
- Καρακοΐδας, Κ. (1995). «Σχολική ενσωμάτωση παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Πάτρα
- Κατσίκη, Ν. & Ηλιάδης, Φ. & Ζαντίδης, Α. & Διδάγγελος, Τ. (2010). Σακχαρώδης Διαβήτης: Διάγνωση και ταξινόμηση. Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά 23, 1:78-86

- Κουρουμπλής, Π. (1995) «Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΘΕΣΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ'», ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ - ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, ΤΟΜΟΣ Α
- Κρουσταλάκης, Κ. (1994) «Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες», εκδ GUTENBERG.
- Κυπριωτάκης, Α., (2000). Τα Ειδικά Παιδιά και η Αγωγή τους. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρης.
- Κυπριωτάκης, Α. (2008). Συνεκπαίδευση «ειδικών» και «κανονικών» παιδιών, εκδ Ελληνικά Γράμματα
- Κυριακίδου, Ε., 2000. Κοινωνική Νοσηλευτική. Αθήνα: Εκδόσεις Ταβίθα.
- Λιόρδα, Ε., Ηλιάδης, Φ., Διδάγγελος, Τ., Χατζητόλιος, Α. (2014). Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και άσκηση. Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά, 27, 4: 210-220.
- Μάρας, Π. (2014). Υπογλυκαιμία στον Σακχαρώδη Διαβήτη. Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά, 27, 2:84-89
- Μυγδάλης Η.Ν., (2009), Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά 22,2: 164-165
- Σύλλογος Επιστημόνων Λογοπαθολόγων, Λογοθεραπευτών Ελλάδος (2015)
- ΝΟΜΟΣ 1904/1951 «ΠΕΡΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑ ΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΤΥΦΛΩΝ».
- Νόμος 3699/2008, ΦΕΚ Α'199/2.10.2008. « Ειδική αγωγή και εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες». Διαθέσιμο στο http://dipea.thess.sch.gr/nomo/FEK-199_2-10-2008.pdf.
- Ν.1143/1981. ΦΕΚ 80Α' της 31 Μάρτη 1981.
- Ν. 1566/30.9.85 (ΦΕΚ 167 Α'), (1986) «Δομή και λειτουργία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης», ΣΤΑΣΙΝΟΣ,, ΖΩΝΙΟΥ ΣΙΔΕΡΗ. Βλ. ΥΠΕΠΘ. Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής, Εκδ .ΟΕΔΒ. Αθήνα,.

- Νόμος 1566/1985. Δομή και λειτουργία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. ΦΕΚ 167 Α'/30-9-1985 Εγκύκλιος 247/6-5-1987. Θέμα Καθήκοντα προσωπικού νέων κλάδων ειδικής αγωγής. Υπουργείο εθνικής παιδείας και θρησκευμάτων, 1987
- Νόμος 2009/1992. Εθνικό Σύστημα επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 18 Α'/14-2-1992
- Νόμος 2817/2000. Εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 78 Α'/14-3-2000
- Νόμος 3370/2005. Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις. ΦΕΚ 176 Α'/11-7-2005
- Πατσοπούλου, Α., (2008). Η Επίδραση της Άσκησης για την Πρόληψη των Επιπλοκών του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1. Νοσηλευτική, 47(4), σελ. 471476.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2003), Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες: Σύγχρονες τάσεις εκπαίδευσης και ειδικής υποστήριξης, Αθήνα, τ. Α'
- Στασινός, Δ. (1991), Η ειδική εκπαίδευση στην Ελλάδα, Αντιλήψεις Θεσμοί και Πρακτικές, Κράτος και Ιδιωτική Πρωτοβουλία (1909-1989). Αθήνα. Εκδ. Gutenberg
- Σούλης, Σ.Γ. (2008). Ένα σχολείο για όλους. Από την έρευνα στην πράξη. Παιδαγωγική της ένταξης. Τόμος Β'. Αθήνα: Gutenberg
- Τσιμπιδάκη, Α. (2013), Παιδιά με ειδικές ανάγκες, οικογένεια και σχολείο. Μία σχέση σε αλληλεπίδραση. Αθήνα: Εκδόσεις: Ατραπός
- Τζουριάδου, Μ. (2001). Πρώιμη Παρέμβαση - Σύγχρονες τάσεις και προοπτικές. Θεσ/νίκη: Προμηθεύς.
- Τζουριάδου, Μ. & Μπάρμπας, Γ. (2003). Επιστημονικές αντιφάσεις και παιδαγωγικά αδιέξοδα.

ΦΕΚ 1585/2018, (2018), Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως

ΦΕΚ Β' 2344/2019, (2019), Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο μελέτης



Diabetes mellitus care
Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Συναίνεση μετά από πληροφόρηση

Καλείστε να συμμετέχετε σε μια μελέτη που αφορά στην διερεύνηση γνώσεων των εκπαιδευτικών που υπηρετούν σε σχολεία ειδικής αγωγής, σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη. Αυτή η μελέτη θα μας βοηθήσει να γνωρίσουμε τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με ένα πρόβλημα υγείας, το οποίο συναντάμε συχνά πλέον στα σχολεία.

Η μελέτη θα διαρκέσει περίπου 10 λεπτά και περιλαμβάνει την συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου που αποτελείται από δυο μέρη. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελεί ένδειξη της συγκατάθεσής σας για να συμμετέχετε σε αυτή τη μελέτη.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και υπό αυτή τη μορφή, μπορείτε να διακόψετε τη συμμετοχή οποιαδήποτε στιγμή. Η ανωνυμία θα διατηρηθεί και δεν θα αναφέρεται κανένα στοιχείο στο ερωτηματολόγιο που να σας ταυτοποιεί, ούτε στην τελική έκθεση μελέτης.

Σας ευχαριστώ

για την συμμετοχή σας

Δημογραφικά στοιχεία

1. ΦΥΛΟ : Άρρεν
 Θήλυ

2. ΗΛΙΚΙΑ :

3. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ : Ελληνική
 Άλλη

Αν είναι άλλη προσδιορίστε

4. Οικογενειακή κατάσταση : Έγγαμος
 Άγαμος
 Διαζευγμένος
 Συμβίωση
 Χηρεία

5. Εκπαίδευση : ΑΕΙ
ΤΕΙ

6. Μετεκπαίδευση : Μεταπτυχιακό
Διδακτορικό
Άλλο

7. Έτη εργασίας :

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ερωτήσεις απευθυνόμενες σε εκπαιδευτικούς

- 1) Γνωρίζετε τί είναι ο Σακχαρώδης διαβήτης στην παιδική και εφηβική ηλικία;
- ΝΑΙ
 - ΟΧΙ
 - ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ
- 2) Πώς επηρεάζει ο Σακχαρώδης διαβήτης τις σχολικές δραστηριότητες;
- Καμία επίδραση
 - Μειώνει τη συγκέντρωση
 - Δημιουργεί δυσκολίες στη διαχείριση της δίαιτας
 - Επηρεάζει τον ενθουσιασμό και το κίνητρο
 - Επηρεάζει τη σχολική επίδοση
 - Επηρεάζει τη σχέση με τους καθηγητές
 - Επηρεάζει αρνητικά τη σχέση με τους συμμαθητές
- 3) Τί είδους δυσκολιών είχατε με τους διαβητικούς κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς;
- Πρακτικές δυσκολίες διαχείρισης της καθημερινότητας
 - Ελλιπής γνώση της ασθένειας/θεραπείας
 - Στάση αποφυγής υπευθυνότητας
 - Φόβοι του πάσχοντα
 - Υποτίμηση του πάσχοντα της σοβαρότητας του διαβήτη για τη ζωή του
- 4) Τί είδους ενέργειες διαβητικών έγιναν κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς;
- Καμία
 - Εξέταση αίματος για γλυκόζη
 - Ένεση ινσουλίνης
- 5) Κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς, ποίος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση της ινσουλίνης στο μαθητή με ΣΔ;
- Κανείς, αυτός/αυτή δεν κάνει ινσουλίνη στο σχολείο
 - Κανείς, αυτός/αυτή είναι αυτόνομος
 - Ένας γονιός/συγγενής
 - Νοσηλεύτης/τρια
 - Οι καθηγητές

- Άλλοι υπάλληλοι του σχολείου

6) Σύμφωνα με εσάς, σε περίπτωση επεισοδίου υπογλυκαιμίας, η υπογλυκαιμία αντιμετωπίστηκε καλά;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

7) Στο σχολείο σας στις πρώτες βοήθειες υπάρχει διαθέσιμη γλυκαγόνη;

- ΝΑΙ
- ΌΧΙ
- ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ ΓΙΑΤΙ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ Η ΓΛΥΚΑΓΟΝΗ

8) Στην περίπτωση επεισοδίου υπεργλυκαιμίας, πώς αντιμετωπίστηκε η υπεργλυκαιμία από το σχολικό προσωπικό;

- Ζητήθηκε η συμβουλή των γονιών
- Αυτοδιαχείριση
- Χορήγηση ινσουλίνης
- Διορθώθηκε με την αντλία ινσουλίνης που έφερε ο μαθητής

9) Σύμφωνα με εσάς, αυτή η υπεργλυκαιμία αντιμετωπίστηκε καλά;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

Ανάγκες των παιδιών με Διαβήτη Τύπου 1 στο σχολείο

10) Χρειάζεται το παιδί παρακολούθηση γλυκόζης στο σχολείο;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

11) Στην περίπτωση που χρειάζεται, ποιός βοηθάει τον μαθητή;

- Ένας καθηγητής
- Άλλο προσωπικό
- Ένας συμμαθητής
- Κανείς
- Δεν χρειάζεται βοήθεια

12) Χρειάζεται το παιδί χορήγηση ινσουλίνης στο σχολείο;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

13) Μαθητής με σακχαρώδη διαβήτη είχε ποτέ την εμπειρία επεισοδίου υπογλυκαιμίας πριν ή κατά τη διάρκεια μιας εξέτασης μαθήματος;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

14) Υπάρχει κάποιος με την ικανότητα να χορηγεί γλυκαγόνη στο σχολείο;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

15) Είναι οι γυμναστές ικανοί να αντιμετωπίζουν υπογλυκαιμικά επεισόδια;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

16) Έχει το παιδί με ΣΔ την εμπειρία οποιουδήποτε τύπου αρνητικών σχολίων από τους συμμαθητές του;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

Βασικές ανησυχίες των παιδιών για τον Τύπου 1 Σακχαρώδη Διαβήτη

17) Πιστεύετε ότι το παιδί ανησυχεί όταν δεν μπορεί να χορηγήσει το ίδιο ινσουλίνη στον εαυτό του;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

18) Πιστεύετε ότι το παιδί ανησυχεί όταν δεν μπορεί να αναγνωρίσει την υπογλυκαιμία;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

19) Πιστεύετε ότι το παιδί στενοχωριέται που είναι διαφορετικό από τους συμμαθητές του;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

20) Πιστεύετε ότι το παιδί στενοχωριέται για την ανάγκη ακολουθίας δίαιτας;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

21) Πιστεύετε ότι το παιδί ανησυχεί για την ανάγκη ακολουθίας ενός αυστηρού εκπαιδευτικού προγράμματος;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

Πιθανές δράσεις για να βελτιωθεί η κοινωνική ενσωμάτωση των παιδιών με διαβήτη στο σχολείο

22) Αν το παιδί δεν συμμετείχε στις εξετάσεις του μαθήματος, του δίνετε άλλη ευκαιρία συμμετοχής;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

23) Πιστεύετε ότι η γραπτή πληροφόρηση για τον Τύπου 1 Διαβήτη είναι αναγκαία;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

24) Πιστεύετε ότι οι περισσότερες πληροφορίες για το Διαβήτη Τύπου 1 θα βελτίωναν την κοινωνική ενσωμάτωση των παιδιών στο σχολείο;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

25) Πιστεύετε ότι οι συμμαθητές στο σχολείο δείχνουν κατανόηση και συμπαραστέκονται στα παιδιά αυτά;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- ΔΕΝ ΞΕΡΩ

Διαχείριση παιδιών με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1
στα σχολεία

26) Στο σχολείο σας υπάρχουν συγκεκριμένα μέτρα προφύλαξης ώστε να βοηθήσουν τα παιδιά με διαβήτη;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

27) Το προσωπικό του σχολείου έχει λάβει ειδική εκπαίδευση για τους διαβητικούς και την διαχείρισή τους;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

28) Αν έχει λάβει από ποιόν έγινε;

- Γονείς
- Ιατρικό προσωπικό
- Ομάδα προσωπικού διαβητικών
- Άλλο
- Δεν γνωρίζω
- Δεν έχει λάβει

29) Πιστεύετε ότι το σχολείο σας είναι ικανό να διαχειριστεί διαβητικούς εφήβους σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

30) Τί διαθέτει το σχολείο σας για την αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη;

- Αποθέματα γλυκαγόνης
- Μετρητή σακχάρου
- Αποθέματα ινσουλίνης
- Πρωτόκολλο ανάλογης συμπεριφοράς
- Όλα τα παραπάνω
- Δεν γνωρίζω

31) Πώς διαχειρίζεται το σχολείο σας ένα επείγον διαβητικό περιστατικό;

- Καλεί την Άμεση Δράση (Ε.Κ.Α.Β)
- Συμβουλή γονέων
- Βοήθεια από το σχολικό προσωπικό
- Ιατρική συμβουλή
- Ένεση γλυκαγόνης
- Παρακολούθηση γλυκόζης στο αίμα

32) Μπορούν τα διαβητικά παιδιά να συμμετέχουν σε όλες τις σχολικές δραστηριότητες;

- ΝΑΙ
- ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

33) Λαμβάνονται ειδικά μέτρα προφύλαξης κατά τη διάρκεια σχολικών δραστηριοτήτων για διαβητικά παιδιά;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

34) Ποιός τύπος ειδικών μέτρων προφύλαξης λαμβάνεται κατά τη διάρκεια του αθλήματος και των δραστηριοτήτων;

- Βοήθεια και παρουσία γονέων
- Βοήθεια από το σχολικό προσωπικό
- Βοήθεια πρωτοκόλλων
- Πληροφορίες για διαίτα
- Έλεγχος γλυκόζης στο αίμα

35) Αν είχατε τη δυνατότητα να αλλάζατε κάτι στο σχολείο σας για να βελτιωθεί η διαχείριση διαβητικών κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς τί θα προτείνατε;

- Το σχολικό προσωπικό οφείλει να συμμετέχει στην εκπαίδευση που διοργανώνεται από διαβητικούς παιδίατρος
- Σε συνεργασία με τη Δημόσια Υπηρεσία Υγείας να παρέχουν βοηθητικά προγράμματα
- Οι σχολικές αρχές οφείλουν να προωθούν την εκπαίδευση για το σχολικό προσωπικό
- Τίποτε, τα παιδιά λαμβάνουν όλη τη βοήθεια που χρειάζονται

Σημειώστε για καθεμία απάντηση ξεχωριστά, βάζοντας X στο αντίστοιχο κουτάκι.

Κατά τη γνώμη σας :	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
1. Η λήψη υπερβολικής ζάχαρης και γλυκών αποτελεί αιτία εμφάνισης Σακχαρώδη Διαβήτη.			
2. Η κύρια αιτία Σακχαρώδη Διαβήτη είναι η έλλειψη ινσουλίνης στον ανθρώπινο οργανισμό.			
3. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης προκαλείται από την αποτυχία των νεφρών να αποβάλλουν τη γλυκόζη μέσω των ούρων.			
4. Οι νεφροί παράγουν ινσουλίνη.			
5. Στον αρρύθμιστο διαβήτη, τα επίπεδα του σακχάρου στο αίμα συνήθως αυξάνονται.			
6. Εάν ένα άτομο πάσχει από Σακχαρώδη Διαβήτη, οι πιθανότητες να νοσήσουν τα παιδιά του είναι αυξημένες.			
7. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης μπορεί να θεραπευτεί.			
8. Ένα αποτέλεσμα γλυκόζης νηστείας 210 mg/dl είναι πολύ υψηλό.			
9. Ο καλύτερος τρόπος για τον έλεγχο του Σακχαρώδη Διαβήτη είναι η γενική εξέταση ούρων.			
10. Η τακτική άσκηση αυξάνει την ανάγκη για ινσουλίνη ή για άλλα αντιδιαβητικά δισκία.			
11. Υπάρχουν 2 κύριοι τύποι Σακχαρώδη Διαβήτη: Ο Διαβήτης τύπου 1 (ινσουλινοεξαρτώμενος) και ο Διαβήτης τύπου 2 (μη ινσουλινοεξαρτώμενος).			
12. Η παραγωγή της ινσουλίνης εξαρτάται από τη λήψη αυξημένης ποσότητας φαγητού.			
13. Η φαρμακευτική αγωγή είναι πιο σημαντική από τη διατροφή και την άσκηση για τον έλεγχο του Σακχαρώδη Διαβήτη.			
14. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης διαταράσσει συχνά το κυκλοφορικό σύστημα.			

15. Οι εκδορές και οι πληγές σε διαβητικούς επουλώνονται αργά.			
16. Οι διαβητικοί θα πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα όταν κόβουν τα νύχια των ποδιών τους.			
17. Ένας διαβητικός θα πρέπει να καθαρίσει μία εκδορά με ιώδιο και οινόπνευμα.			
18. Ο τρόπος προετοιμασίας του φαγητού ενός διαβητικού είναι τόσο σημαντικός όσο το είδος του φαγητού που καταναλώνει.			
19. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης μπορεί να βλάψει τους νεφρούς.			
20. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης μπορεί να προκαλέσει έλλειψη αισθητικότητας στα χέρια και στα πόδια.			
21. Το τρέμουλο και η εφίδρωση αποτελούν ενδείξεις υψηλών επιπέδων σακχάρου στο αίμα.			
22. Η πολουρία και η πολυδιψία αποτελούν ενδείξεις χαμηλών επιπέδων σακχάρου στο αίμα.			
23. Οι σφιχτές ελαστικές κάλτσες δεν είναι βλαβερές για τους διαβητικούς.			
24. Μία διαβητική διαίτα αποτελείται ως επί το πλείστον από ειδικές τροφές.			