

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΑΠΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΑ ΠΑΙΔΙΑ***

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: Πετσανίδου Έλλη
Σαβογλίδου Ηλέκτρα-Παναγιώτα

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ: κ. Μπέκος Βασίλειος
εκπαιδευτικός

Πάτρα, 2009

«ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ»

Η προετοιμασία μιας γραπτής εργασίας προαπαιτεί τη συνεργασία ανθρώπων. Προκειμένου να ολοκληρωθεί το συγκεκριμένο σύγγραμμα συνέβαλαν και μας βοήθησαν οι παρακάτω επιστήμονες, στους οποίους θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας για τις πολύτιμες συμβουλές τους. Η συμβολή τους υπήρξε συνεχής και ανεκτίμητη στοχεύοντας στην αρτιότερη ολοκλήρωσή της.

Επομένως, ευχαριστούμε θερμά τα παρακάτω άτομα που συνετέλεσαν αποφασιστικά παρέχοντας ηθική και υλική υποστήριξη, καθώς επίσης και για το ενδιαφέρον και τον κόπο που κατέβαλαν στην υλοποίηση της εργασίας μας:

- Νοσηλευτές ψυχιατρικού τομέα- τμήμα παιδιών και εφήβων «Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου **Παπανικολάου**»
- Νοσηλευτές παιδοψυχιατρικού τμήματος «**Ιπποκράτειο** Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης»
- Νοσηλευτές κέντρου παιδοψυχικής υγιεινής «**Ι.Κ.Α.** Θεσσαλονίκης»
- Νοσηλευτές τμήματος ψυχολογικής παιδιατρικής «Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών **Αγία Σοφία**»
- Νοσηλευτές «Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου **Νταού Πεντέλης**»
- Νοσηλευτές «Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Αθηνών **Αγλαΐα Κυριακού**»
- Νοσηλευτές «**Π.Ι.Κ.Π.Α.** Βούλας»
- Μπέκος Β. : Καθηγητής- Νοσηλευτής
- Πιερρακέας Χ. : Στατιστικολόγος
- Στεφανίδης Δ. : Πρόεδρος Πανελληνίας Ομοσπονδίας Συλλόγων Γονέων – Κηδεμόνων Ατόμων με Αναπηρία
- Κωτσόπουλος Σ. : Ψυχίατρος – Παιδοψυχίατρος, Πρόεδρος Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.Α. (Εταιρίας Ψυχικής Υγείας Παιδιού – Εφήβου Αιτωλοακαρνανίας), Επιστημονικός Υπεύθυνος Κέντρου «Ημέρας για παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές», τ. καθηγητής Πανεπιστημίων Κάλγκαρου και Οττάβας Καναδά
- Ρεπάσος Γ. : Ψυχολόγος – Παιδαγωγός, Ομαδικός Αναλυτής- Επιστημονικός Συνεργάτης Οργανισμού Προαγωγής της Υγείας «Άγιος Λουκάς Κριμαίας» Ιερά Μητροπόλεως Αιτωλίας και Ακαρνανίας, τ. Επιστημονικός Διευθυντής Κέντρου Πρόληψης «Οδοιπορικό» Περιστερίου.

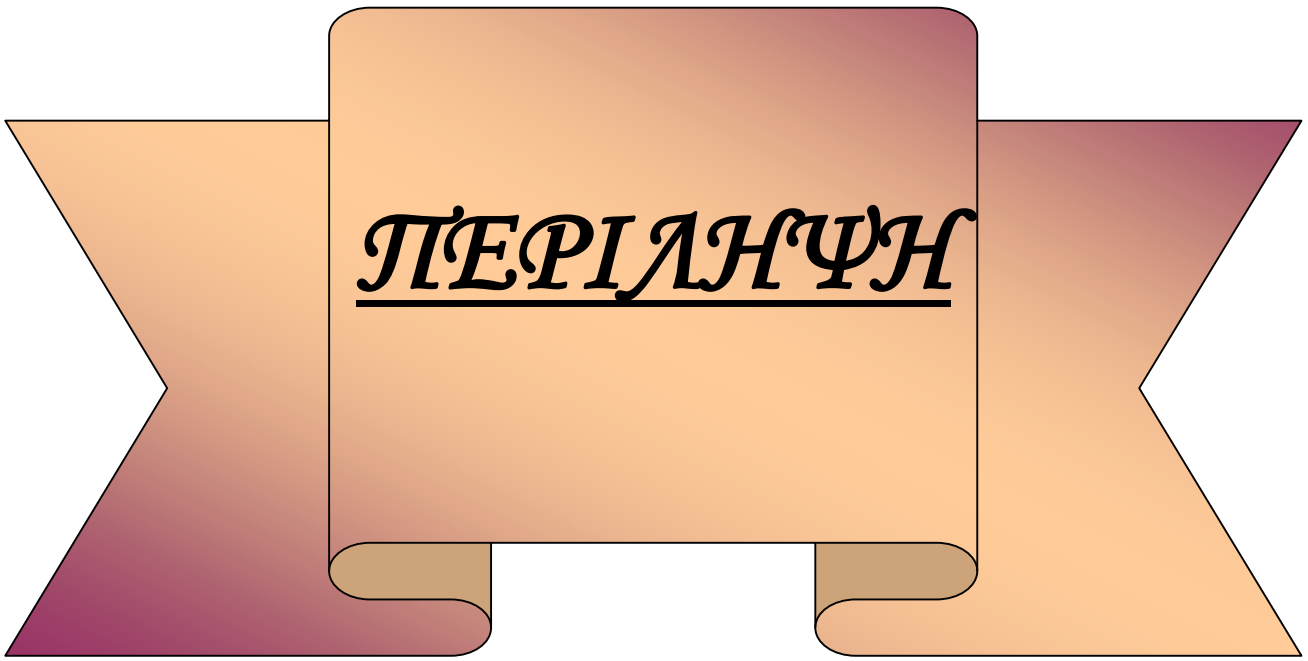
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

	Σελίδες
Ευχαριστίες	2
Περιεχόμενα	3-6
Περίληψη	7-8
Αντί – Πρόλογου	9-11
Εισαγωγή	12-13
Γενικό Μέρος	14-97
Κεφάλαιο 1 : Παιδιά με Ειδικές Ανάγκες	15-32
1.1 Ορισμός	16
1.2 Κατηγοριοποίηση	16
1.3 Κατηγορίες	17-23
1.4 Ειδική Αγωγή	23-26
1.4.1 Ορισμός	23
1.4.2 Ιστορική Ανάδρομη	24
1.4.3 Βασικά Σημεία	24
1.4.4 Σκοπός	25
1.4.5 Στόχοι	25
1.4.6 Ένταξη και Συμπεριληπτική Εξέταση	26
1.5 Αναπηρία	26-29
1.5.1 Το Ζήτημα Είναι Κοινωνικό και πολιτικό	27-29
1.5.2 Το Αναπηρικό Κίνημα Στην Ελλάδα	29-30
1.5.3 Η Αποκατάσταση Στην Ελλάδα	30-31
1.6 Αντιμετώπιση «Α.μεΑ.»	31-32
1.6.1 Από την Οικογένεια	31
1.6.2 Από την Κοινωνία	32
Κεφάλαιο 2 : Εγκεφαλική Παράλυση (ΕΠ)	33-54
2.1 Ορισμός	34
2.2 Ιστορική Αναδρομή	34
2.3 Επιδημιολογία	35
2.4 Ποσά Άτομα με ΕΠ υπάρχουν στην Ελλάδα	35

	Σελίδες
2.5 Αιτιοπαθογένεια	36-39
2.5.1 Κληρονομικοί Παράγοντες	36
2.5.2 Προγεννητικοί Παράγοντες	37-38
2.5.3 Περιγεννητικοί Παράγοντες	38
2.5.4 Μεταγεννητικοί Παράγοντες	39
2.6 Κλινική Εικόνα	40
2.7 Ταξινόμηση	40-42
2.8 Είδη Νευρομυϊκής Διαταραχής	43-44
2.9 Διάγνωση	44
2.10 Διαφορική Διάγνωση	45
2.11 Συνοδά Προβλήματα	46-48
2.11.1 Διαταραχές Όρασης	46
2.11.2 Διαταραχές Ακοής	47
2.11.3 Αισθητηριακές Διαταραχές	47
2.11.4 Διαταραχές Νοημοσύνης	48
2.11.5 Επιληψία	48
2.12 Φαρμακευτική Αγωγή	49
2.13 Θεραπεία	50
2.14 Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	51-54
2.14.1 Συναισθηματικός Τομέας	51
2.14.2 Σωματοψυχοκινητικός Τομέας	52
2.14.3 Γνωστικός Τομέας	52-53
2.14.4 Για τους Γονείς	53
2.14.5 Για τα Αδέρφια	54
Κεφάλαιο 3 : Σύνδρομο Down	55-70
3.1 Εισαγωγή	56
3.2 Ιστορική Αναδρομή	56-57
3.3 Γενετική	57-58
3.4 Αιτιολογικοί Παράγοντες	58
3.5 Κλινικά Χαρακτηριστικά	59
3.6 Ψυχιατρική Εικόνα	60
3.7 Νοσηλευτική Παρέμβαση	61-64

	Σελίδες
3.7.1 Ακοή	61
3.7.2 Επικοινωνία - Ομιλία και Λόγος	61-62
3.7.3 Όραση	62-63
3.7.4 Κινητικότητα	63
3.7.5 Δίαιτα και Γενική Υγεία	64
3.7.6 Ανοσοποιητικό Σύστημα	64
3.7.7 Προβλήματα Καρδιάς	64
3.8 Εκπαιδευτική Παρέμβαση	65-69
3.8.1 Κοινωνικές Δεξιότητες - Συμπεριφορά	65-66
3.8.2 Πρόοδος στο Σχολείο	67
3.8.3 Λεπτή Κινητικότητα και Δεξιότητα	67-68
3.8.4 Συγκέντρωση	68
3.8.5 Ψυχαγωγία και Διάλειμμα	69
3.8.6 Συνεργασία Εκπαιδευτικών- Γονέων	69
3.9 Επιστημονικές Εξελίξεις	70
Κεφάλαιο 4 : Το «στρες»	71-86
4.1 Ορισμός	72
4.2 Είδη	72
4.3 Συμπτώματα έντονου stress	73
4.4 Αποτελέσματα έντονου stress	74-76
4.5 Πηγή πρόκλησης του stress	77-78
4.6 Αντιμετώπιση	78-86
4.7 Προτάσεις αποφυγής του stress	86
Κεφάλαιο 5: Το στρες στο νοσηλευτικό τομέα	87-97
5.1 Εισαγωγή	88
5.2 Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης	88-90
5.3 Στάδια ανάπτυξης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης	90
5.4 Παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης	90-91
5.5 Χαρακτηριστικά που συμβάλουν στην ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης	91-93
5.5.1 Ατομικά χαρακτηριστικά	91-92

	Σελίδες
5.5.2 Χαρακτηριστικά εργασιακού περιβάλλοντος	92
5.5.3 Επιπτώσεις επαγγελματικής εξουθένωσης	92-93
5.6 Μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης του συνδρόμου	94-97
5.6.1 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο	94-96
5.6.2 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό – διοικητικό επίπεδο	96-97
5.6.3 Παρεμβάσεις από την πολιτεία	97
Ειδικό Μέρος	98-160
Μεθοδολογία Έρευνας	99-105
Στατιστική Μεθοδολογία	106
Αποτελέσματα	107-130
Συμπεράσματα – Συσχετίσεις	131-157
Συζήτηση	158-160
Συμπεράσματα – Προτάσεις	161-163
Βιβλιογραφία	164-168
Παράρτημα	169-179



Το επιστημονικό αυτό σύγγραμμα εστιάζεται στη σωματική και ψυχική κατάσταση των παιδιών με αναπηρία. Οι **σκοποί** του συγγράμματος είναι δύο. Ο πρώτος σκοπός είναι οι σαφείς κατηγοριοποιήσεις των παιδιών με αναπηρία με κριτήριο τα οργανικά ή ψυχικά νοσήματα, ανάλυση της εγκεφαλικής παράλυσης και του συνδρόμου Down και λεπτομερειακή αναφορά στο στρες, συμπεριλαμβάνοντας και την ψυχολογική και κοινωνική πίεση στο νοσηλευτικό τομέα. Ο δεύτερος σκοπός εστιάζει στο κομμάτι της έρευνας και συγκεκριμένα στο να εξεταστεί κατά πόσο οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τους μηχανισμούς αντιμετώπισης του στρες.

Το σύγγραμμα αποτελείται από το *Γενικό* και το *Ειδικό Μέρος*. Στο *Γενικό Μέρος* δίνεται ο ορισμός των ατόμων με αναπηρία και γίνεται η κατηγοριοποίησή τους. Έπειτα, υπάρχει αναφορά στην ειδική αγωγή, το αναπηρικό κίνημα της Ελλάδας και τους τρόπους αντιμετώπισης των παιδιών αυτών από την οικογένεια και την κοινωνία. Στη συνέχεια, γίνεται ανάλυση της εγκεφαλικής παράλυσης και του συνδρόμου Down, όπου παρατίθενται ορισμοί, ιστορική αναδρομή, αιτιολογικοί παράγοντες, επιδημιολογικά στοιχεία, κλινική εικόνα, οι νοσηλευτικές τους παρεμβάσεις κ.ά.. Κλείνοντας το *Γενικό Μέρος*, γίνεται εκτεταμένη αναφορά στο θέμα του στρες με ορισμό, είδη, συμπτώματα, αποτελέσματα και αντιμετώπιση του και ακολουθεί το στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό με στάδια, παράγοντες χαρακτηριστικά και αντιμετώπιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο *Ειδικό Μέρος* παρουσιάζουμε την έρευνα, της οποίας το υλικό περιελάμβανε 122 ερωτηματολόγια, όπου απαντήθηκαν από τους νοσηλευτές δευτεροβάθμιας και του τριτοβάθμιας εκπαίδευσης με μέση ηλικία 29,61 χρόνια από τα παιδοψυχιατρικά τμήματα των νοσοκομείων Νταού Πεντέλης, Π.Ι.Κ.Π.Α., Αγία Σοφία και Αγλαΐα Κυριακού σε Αθήνα και Γ. Παπανικολάου, Ιπποκράτειο και Κέντρο Παιδοψυχικής Υγιεινής σε Θεσσαλονίκη. Όλα τα ερωτηματολόγια που τέθηκαν είναι έγκυρα. Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν το στατιστικό πακέτο *SPSS*, η κλίμακα της Τουλούζης, η μέθοδος των *Kolmogorov - Smirnov* και ο έλεγχος του *Cronbach*.

Συμπερασματικά, διαπιστώθηκε από την έρευνα ότι δεν προκύπτει συσχέτιση μεταξύ των δεικτών ηλικίας, των ετών άσκησης νοσηλευτικού επαγγέλματος, των ετών εργασίας σε παιδοψυχιατρικό τμήμα και του επιπέδου εκπαίδευσης με τις ερωτήσεις που τέθηκαν στους νοσηλευτές. Αντίθετα υπάρχει στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ της πόλης εργασίας με τις ερωτήσεις που τέθηκαν.



ΑΝΤΙ-
ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Ημερομηνία : Σάββατο 17 Ιουνίου 2006

Εφημερίδα : «Ελευθεροτυπία»

Πρωτοσέλιδο : Τα άτομα με ειδικές ανάγκες (Δεν συμβαίνει συχνά και ο τίτλος είναι εντυπωσιακός και «εμπορικός»).

900.000 ΣΥΜΠΟΛΙΤΕΣ ΜΑΣ ΘΕΩΡΟΥΝΤΑΙ Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΣΤΟΝ ΚΑΙΑΔΑ

Στο εσωτερικό της εφημερίδας ο δημοσιογράφος περιγράφει :

Άτομα με ειδικές ικανότητες, ήρωες της ζωής, νικητές της ζωής, νικητές της αναπηρίας. Η εξακολουθητική χρήση των παραπάνω, συγκινησιακά, φορτισμένων όρων στο παραμικρό δεν μπορεί να συγκαλύψει την ελλειμματική κοινωνική πραγματικότητα που η μεγάλη πλειονότητα των περίπου 900.000 Ελλήνων πολιτών με αναπηρία βιώνει. Τα τεκμήριά της σκληρά και αδιάψευστα : περισσότεροι από 8 στους 10 ανθρώπους με αναπηρία στερούνται πρόσβασης στην εκπαιδευτική διαδικασία. Άλλοι τόσοι περίπου είναι παντελώς αποκλεισμένοι από την αγορά εργασίας. Σε σχέση με τις «ειδικές» ανάγκες τους, οι Έλληνες με αναπηρία είναι αποδέκτες ιατρικών υπηρεσιών με σχετικά μικρή δυνατότητα προσφοράς, ανεπαρκή αριθμό εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού και πολύ λίγες ειδικές διαγνωστικές μονάδες. Προς απόδειξη, αρκεί η παράθεση του αριθμού των 200 μόλις δημόσιων κλινών αποκατάστασης της αναπηρίας, συγκρινόμενες με τους 500.000 κινητά αναπήρους της πρωταθλήτριας, των τροχαίων και εγκεφαλικών, χώρας μας. Επίσης, παρά τις προσπάθειες των τελευταίων χρόνων για νομοθετική κατοχύρωσή της, η προσβασιμότητα του δομημένου και μη δημόσιου περιβάλλοντος εξακολουθεί να είναι άπιαστο όνειρο. Αποκλεισμένοι από τη δημόσια ζωή, οι περισσότεροι Έλληνες ανάπηροι παραμένουν έγκλειστοι στα σπίτια τους. Ιδιωτεύουν...¹

Δείκτης ολοφάνερης κοινωνικής υστέρησης τα παραπάνω ελλείμματα δεν αποτελούν συμπεράσματα δημοσιογραφικής έρευνας. Τα ομολογεί με τρόπο σαφή και κατηγορηματικό η έκθεση της ειδικά συσταθείσης για θέματα Α.μεΑ. Ειδικής Διακομματικής Επιτροπής της Βουλής των Ελλήνων. Οι εργασίες της επιτροπής διήρκεσαν περίπου ενάμιση χρόνο (από 6 Οκτωβρίου 2004 μέχρι 17 Μαΐου 2006), κατά τη διάρκεια της οποίας συλλέχτηκαν όλα τα στοιχεία που περιγράφουν την πραγματικότητα των Ελλήνων αναπήρων.¹

Για να αποκωδικοποιηθούν σε έξι συμπληρωματικές ενότητες (Εκπαίδευση - Ειδική Αγωγή, Επαγγελματική Αποκατάσταση - Απασχόληση, Υγεία - Ιατρική Περίθαλψη, Προσβασιμότητα, Ενημέρωση της Κοινής Γνώμης, Συντονισμός Δράσης και Πολιτικών), συνοδευόμενα από αντίστοιχες δέσμες προτάσεων προς αποκατάσταση των υφιστάμενων ελλειμμάτων. Ήταν η πρώτη φορά που με συναίνεση διακομματική (εξαίρεση το ΚΚΕ, που κατέθεσε ξεχωριστό κείμενο θέσεων) το σημαντικότερο ζήτημα της παρεμπόδισης των αναπήρων από την άσκηση κοινωνικών δικαιωμάτων και την απορρόφηση κοινωνικών αγαθών, τίθεται με τρόπο συνολικό από την ελληνική Βουλή. Υπό την έννοια αυτή, η κατατεθείσα έκθεση μπορεί και πρέπει να δώσει το έναυσμα ώστε τα πράγματα, δραστικά, να βελτιωθούν. Σίγουρα δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι η Πρόεδρος της επιτροπής, Βουλευτής του κυβερνώντος κόμματος, Αναστασία Μπερνιδάκη- Άλντους, είναι ανάπηρη. Διότι μια τέτοια προσπάθεια είναι πρωτόγνωρη για το Ελληνικό Κοινοβούλιο. Έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι ο χώρος της αναπηρίας προσεγγίζεται από τα πολιτικά κόμματα με σκοπό την άγρα εκλογικής πελατείας, προεκλογικά. Έτσι εξηγούν την πληθώρα εξαγγελιών, προγραμμάτων, υποσχέσεων, προοπτικών και την ανυπαρξία πράξεων μετά τις εκλογές.²

Σχετικά με τα θέματα εκπαίδευσης και αποκατάστασης αυτά απασχολούν τους κομματικούς μηχανισμούς στο βαθμό που δέχονται πιέσεις από οργανωμένες κοινωνικές ομάδες. Τα παραπάνω μας επιτρέπουν να παρατηρήσουμε ότι η συνάντηση αυτή είναι κατ' αρχάς θετική και να υποθέσουμε ότι το αναπηρικό κίνημα στην Ελλάδα δυνάμωσε, διεκδικεί τα δικαιώματα των αναπήρων και πιέζει τα πολιτικά κόμματα να ασχοληθούν σοβαρά με τα ζητήματα της αναπηρίας. Έτσι η επίσημη καταγραφή της υπαρκτής παρεμπόδισης των αναπήρων είναι μια καλή και ανέξοδη αρχή.



Η πίστη στα ανθρώπινα δικαιώματα, καθώς και στις αρχές της ίσης μεταχείρισης όλων των μελών μιας κοινωνίας, της αξιοπρέπειας και της αξίας του ανθρώπου επιβάλλουν στον καθένα μας την πλήρη αναγνώριση και το σεβασμό των παιδιών με αναπηρία. «Η αναπηρία δεν αποτελεί εμπόδιο στη ζωή, αντίθετα μία ανάπηρη στάση ζωής, δημιούργησε ανάπηρες πόλεις, πόλεις απάνθρωπες, που βάζουν στο περιθώριο μεγάλα τμήματα του πληθυσμού που τις κατοικεί» είναι μία σωστή διαπίστωση του Υ.ΠΕ.ΧΩ.ΔΕ. που εντοπίζει τις ελλείψεις της αστικής υποδομής και με τις οδηγίες του για επεμβάσεις στην τωρινή κατάσταση των πόλεων δημιουργεί προϋποθέσεις για την αυτόνομη διαβίωση και διακίνηση των Α.μεΑ., ώστε με τη συμμετοχή τους σε κάθε κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική δραστηριότητα να αισθάνονται σαν ισότιμα μέλη της κοινωνίας.³

Στον Ελληνικό επιστημονικό λόγο χρησιμοποιούνται οι όροι «Άτομα με Ειδικές Ανάγκες» (Α.Μ.Ε.Α.) και «Άτομα με αναπηρία» (Α.μεΑ.) με το ίδιο περιεχόμενο. Εμείς θα χρησιμοποιούμε τους δυο όρους με το ίδιο εννοιολογικό περιεχόμενο. Ο ορισμός της αναπηρίας είναι εξαιρετικά δύσκολο εγχείρημα, διότι οι διάφορες ομάδες επιστημόνων (γιατροί, νοσηλευτές, παιδαγωγοί, κοινωνιολόγοι, νομικοί κ.ά.) ερμηνεύουν και ορίζουν την αναπηρία με βάση τις ιδεολογικοπολιτικές τους αντιλήψεις, αλλά και τις διαφορετικές οπτικές θεωρήσεις του προβλήματος. Το ίδιο ισχύει και για τα επίσημα νομοθετικά κείμενα, τόσο της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο και των Εθνικών Προγραμμάτων άσκησης κοινωνικής πολιτικής.⁴

Η ενεργός συμμετοχή του οικογενειακού περιβάλλοντος, τόσο στη διαγνωστική, όσο και στη θεραπευτική διαδικασία, η ψυχοεκπαίδευση και ο ρόλος των γονέων ως συνθεραπευτών, καθώς και η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών διαφορετικών ειδικοτήτων είναι σημαντικοί παράγοντες στην αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Η προώθηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελεί προτεραιότητα και αναμένεται ότι θα συμβάλλει ουσιαστικά στην αναδιοργάνωση των υπηρεσιών, στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Η παγκόσμια ημέρα ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι στις 3 Δεκεμβρίου.



***ΓΕΝΙΚΟ
ΜΕΡΟΣ***



ΚΕΦΑΛΑΙΟ
1^ο

1. ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ (Α.μεΑ.)

Η *Ευρωπαϊκή Κοινότητα* το 1993 (με απόφαση του Συμβουλίου 93/136/ΕΟΚ,ΕΕ αριθ. L56της 9/3/93) υιοθέτησε τον εξής ορισμό: Με τον όρο «Α.μεΑ.» περιλαμβάνονται τα άτομα με σοβαρές ανεπάρκειες ή μειονεξίες που οφείλονται σε σωματικές βλάβες, συμπεριλαμβανομένων των βλαβών των αισθήσεων ή σε διανοητικές ή ψυχικές βλάβες, οι οποίες περιορίζουν ή αποκλείουν την εκτέλεση δραστηριοτήτων ή λειτουργιών που θεωρούνται κανονικές για έναν άνθρωπο.⁴

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization WHO) «Α.μεΑ.» θεωρούνται τα άτομα που εμφανίζουν σοβαρή μειονεξία που προκύπτει από φυσική ή διανοητική βλάβη.⁵

1.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ «Α.μεΑ.»

A. Με βάση την παραπάνω θεώρηση, του WHO, υιοθετήθηκε μια τριπλή κατηγοριοποίηση:

- ✓ **Μειονέκτημα (Impairment):** περιγράφεται κάθε απώλεια ή αλλοίωση της ψυχολογικής, φυσιολογικής ή ανατομικής δομής και λειτουργίας.
- ✓ **Ανικανότητα (Disability):** περιγράφεται κάθε μερική ή ολική ελάττωση ως αποτέλεσμα της μειονεκτικής ικανότητας να επιτελέσουμε μια δραστηριότητα με τον τρόπο και μέσα στα όρια που θεωρούνται φυσιολογικά για την ανθρώπινη υπόσταση.
- ✓ **Ελάττωμα (Handicap):** περιλαμβάνει κάθε μειονέκτημα το οποίο έχει ως αποτέλεσμα μιας ανεπάρκειας ή μιας ανικανότητας και το οποίο περιορίζει ή το αποτρέπει από την εκπλήρωση ενός φυσιολογικού ρόλου που είναι ομαλός (ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, τους κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες) για το συγκεκριμένο άτομο.²

1.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ «Α.μεΑ.»:

1. ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΙΟΝΕΞΙΑ:

1.1. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ: Στατική, μη- εξελισσόμενη αλλά όχι αμετάβλητη διαταραχή που προσβάλλει τη στάση και την κίνηση και προκαλείται από βλάβη σε ανώριμο και αναπτυσσόμενο εγκέφαλο.

1.2. ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ:

Αγενεσία του μεσολοβίου: περιλαμβάνει σπασμούς, βαριά πνευματική καθυστέρηση, σπονδυλικές ανωμαλίες και κολοβώματα των οπτικών νεύρων. Η επίπτωση στην εγκεφαλική λειτουργία εξαρτάται από την παρουσία άλλων διαταραχών στον εγκέφαλο.

1.3. ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ ΜΥΕΛΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ: επιδημιολογικά είναι οι πιο συχνές συγγενείς διαμαρτίες του ΚΝΣ.

1.3.1. Δισχιδής ράχη: παρατηρείται σε 1:1000 ζωντανές γεννήσεις. Η βλάβη αποτελείται από σακοειδές μόρφωμα που εξέρχεται από έλλειμμα της σπονδυλικής στήλης και περιέχει υπολειμματικό νευρικό ιστό. Τα περισσότερα προσβεβλημένα βρέφη παρουσιάζουν και υδροκέφαλο.

1.3.2. Υδροκέφαλος: προκαλείται από απόφραξη στη ροή του ΕΝΥ. Συνήθως απαιτείται η τοποθέτηση κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης για την αποφυγή επιδείνωσης.

1.3.3. Ανεγκεφαλία: παρατηρείται σε 1:1000 γεννήσεις. Βρέφη με ανεγκεφαλία γεννιούνται χωρίς δέρμα και οστά του θολού κρανίου, εγκεφαλικά ημισφαίρια και παρεγκεφαλίδα.

1.4. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ:

1.4.1. Αταξία- τελαγγειακτασία: είναι τα διογκωμένα αιμοφόρα αγγεία, τα οποία ανευρίσκονται στο δέρμα και στο σκληρό. Η πρόγνωση είναι δυσμενής με σταδιακά επιδεινούμενη πορεία που σχετίζεται με πιθανή πνευματική καθυστέρηση.

1.4.2. Νωτιαία μυϊκή ατροφία: εμφανίζεται περίπου 1:20.000 γεννήσεις. Η νόσος αποτελεί σπάνια και σοβαρή μορφή νωτιαίας μυϊκής ατροφίας.

1.5. ΜΥΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ:

1.5.1. Μυική δυστροφία Duchene και τύπος Becker: προσβάλλει σχεδόν μόνο αγόρια. Τα βρέφη μοιάζουν φυσιολογικά, αλλά σταδιακά αναπτύσσεται μυική αδυναμία, αρχίζοντας από τα ισχία, πλήττοντας κυρίως τη βάδιση και την όρθια στάση. Σταδιακά η αδυναμία εξαπλώνεται σε όλο το σώμα.

1.5.2. Μυοπάθεια με ραβδία: ο όρος ραβδία αναφέρεται σε ανώμαλες ιστολογικές δομές. Ο θάνατος μπορεί να επέλθει κατά τη νεογνική περίοδο από γενικευμένη μυική αδυναμία, ενώ τα παιδιά που επιβιώνουν καθλώνονται σε αναπηρική καρέκλα.

1.6. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕ ΣΠΑΣΜΟΥΣ:

Επιληψία: η παθογένειά της δεν είναι πλήρως κατανοητή. Πιστεύεται ότι οφείλεται

σε ανωμαλίες μεμβρανικού δυναμικού και εκφόρτισης των ημισφαιρικών νευρώνων.

Οι ανωμαλίες μπορεί να οφείλονται σε διαταραχές της ισορροπίας μεταξύ διεγερτικών

και ανασταλτικών νευροδιαβιβαστών ή ανωμαλίες στους διαμεμβρανικούς διαύλους

ιόντων.⁶

2. ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΜΕΙΟΝΕΞΙΑ:

2.1. ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΙΣΘΗΣΕΩΝ: Συχνά έχουμε περιπτώσεις παιδιών που παρουσιάζουν πλήρη νέκρωση, σοβαρές παθήσεις ή κάποια καθυστέρηση (ανωμαλία) στη λειτουργία μιας μεμονωμένης ή περισσότερων συγχρόνως αισθήσεων.

2.1.1. Παιδιά μειονεκτικής ακοής: κωφά.

2.1.2. Παιδιά με ελαττωμένη όραση: τυφλά (εκ γενετής, μετά τη γέννηση).

2.1.3. Παιδιά με αλαλία

2.1.4. Παιδιά κωφάλαλα

2.1.5. Παιδιά τυφλά και κωφά: συνεχής ολοκληρωτική αναπηρία στην περιοχή άλλων αισθήσεων (οσφρήσεως, γεύσεως, αισθήσεως πόνου,

αφής, θερμοκρασίας) δεν παρουσιάζονται συνήθως μεμονωμένα, αλλά σε συνδυασμό με άλλες πολύπλοκες σωματικές και ψυχικές ανωμαλίες.⁷

3. ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΜΕΙΟΝΕΞΙΑ: Παρουσιάζουν αναπηρική βλάβη που σχετίζονται με τη φυσιολογική λειτουργία των οστών, αρθρώσεων ή μυών. Η βλάβη αυτή είναι εκ γενετής ή επίκτητη.

3.1. Συγγενής ορθοπεδική μειονεξία: οφείλεται στον κληρονομικό παράγοντα ή σε αναπτυξιακή βλάβη κατά την προγεννητική περίοδο.

3.2. Επίκτητη ορθοπεδική μειονεξία: αποκτούν ορισμένη αναπηρική βλάβη, κυρίως κατά την μεταγεννητική περίοδο, οφειλόμενη σε μολυσματικές νόσους, σε ατυχήματα, σε συγγενείς προδιαθέσεις ή άλλες ασθένειες (όπως πολιομυελίτιδα, μυϊκή δυστροφία, οστεομυελίτιδα, ακρωτηριασμός άνω και κάτω άκρων)⁷

4. ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΧΡΩΜΟΣΩΜΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ:

4.1. ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΡΙΣΩΜΙΑΣ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΩΝ:

4.1.1. Σύνδρομο Down: Είναι η πιο συχνή από όλες τις τρισωμίες.

Επιδημιολογικά

απαντάται σε 1:600 γεννήσεις. Το 90% των περιπτώσεων του συνδρόμου ανευρίσκεται η «κανονική» τρισωμία 21 με 47 συνολικό αριθμό χρωμοσωμάτων.

4.1.2. Σύνδρομο Edward: Είναι η δεύτερη πιο συχνή σωματική χρωμοσωμική

ανωμαλία, με 1:8000 γεννήσεις και οφείλεται σε τρισωμία του χρωμοσώματος 18. Τα περισσότερα παιδιά πεθαίνουν κατά την παιδική ηλικία.

4.1.3. Σύνδρομο Williams: Πρέπει να ανακαλείται σε περιπτώσεις συνύπαρξης

συγγενούς καρδιοπάθειας, αδυναμίας πρόσληψης βάρους και χαμηλής νοημοσύνης. Δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία, αλλά μπορεί να χρειαστεί καρδιοχειρουργική επέμβαση. Το έλλειμμα έχει χαρτογραφηθεί στο χρωμόσωμα 7.

4.1.4. Σύνδρομο Aarskog: Τα άτομα που πάσχουν από αυτό το σύνδρομο, το οποίο

είναι πολύ σπάνιο, έχουν πολύ χαμηλό ανάστημα, αλλά φυσιολογική έκκριση

αυξητικής ορμόνης. Ο δείκτης νοημοσύνης τους είναι πολύ χαμηλός. Μόνο τα αγόρια έχουν όλα τα χαρακτηριστικά ενώ τα κορίτσια έχουν λιγότερες εκδηλώσεις.

4.1.5. Σύνδρομο Alport: Χαρακτηρίζεται από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια με ανάπτυξη των μεσαγγειακών κυττάρων, σπειραματοσκλήρυνση και ατροφία των νεφρικών σωληναρίων. Μπορεί να χρειαστεί μεταμόσχευση νεφρού.

4.2. ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΟΣ X:

4.2.1. Σύνδρομο γοναδικής δυσγενεσίας (Σύνδρομο Turner XO): Η νόσος προκαλείται από ανωμαλία στα φυλετικά χρωμοσώματα. Τα φυσιολογικά κορίτσια έχουν δύο X χρωμοσώματα στα σωματικά τους κύτταρα, ενώ στο σύνδρομο Turner, υπάρχει μόνο ένα. Το νεογνό έχει χαμηλό βάρος γέννησης και χαρακτηριστικά οιδηματώδη κάτω άκρα. Το τελικό ύψος είναι χαμηλό και δεν υπάρχει περίπτωση εγκυμοσύνης λόγω της ωοθηκικής υποπλασίας, εκτός αν το άτομο έχει μωσαϊκό καρυότυπο.

4.2.2. Σύνδρομο Noonan: Η βασική του διαφορά από το σύνδρομο Turner είναι ότι

προσβάλλονται εξίσου αγόρια και κορίτσια και δεν ανευρίσκεται μέχρι στιγμής καμία χρωμοσωμική ανωμαλία. Τα παιδιά έχουν μαθησιακές δυσκολίες και είναι πολύ μικρόσωμα. Η νοημοσύνη του παιδιού είναι μικρή αλλά υπάρχει ευρεία διάσπαση των ικανοτήτων. Η εφηβεία μπορεί να καθυστερήσει ή να μην έρθει ποτέ. Το αγόρι είναι συνήθως ψηλό και αδύνατο και τα γεννητικά του όργανα σχετικά υποπλαστικά.

Συνήθως είναι στείρο. Η διάγνωση πιστοποιείται με χρωμοσωμική ανάλυση.

4.2.3. Σύνδρομο «εύθραυστου Χ»: «Εύθραυστο» σημαίνει πως το χρωμόσωμα,

αφού υποστεί ειδική χρώση, όταν εξετάζεται υπό ισχυρό μικροσκόπιο, παρουσιάζει ένα εμφανές σπάσιμο στην άκρη του μακρού του σκέλους. Τα κορίτσια προσβάλλονται πιο συχνά από τα αγόρια, αλλά καθώς η πνευματική τους καθυστέρηση είναι πιο ελαφρά. Η νόσος κληρονομείται με τον φυλετικό τύπο.

4.2.4. Σύνδρομο Klinefelter (Σύνδρομο ΧΧΥ): Το βασικό πρόβλημα είναι ότι

υπάρχει ένα επιπλέον χρωμόσωμα Χ σε κάθε κύτταρο, δημιουργώντας τον καρυότυπο ΧΧΥ. Η κυφοσκολίωση συνήθως σχετίζεται με αυτό το σύνδρομο.

4.3. ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ:

4.3.1. Σύνδρομο Holt-Oram: Κληρονομείται σύμφωνα με τον αυτοσωμικό επικρατούντα τύπο και περιλαμβάνει έλλειμμα μεσοκοιλιακού διαφράγματος σε συνδυασμό με ανώμαλο ή απόντα αντίχειρα.

4.3.2. Σύνδρομο Robinow: Σπάνιο σύνδρομο το οποίο προσβάλλει και τα δύο φύλλα.

Τα άτομα είναι συνήθως κοντά, το κρανίο είναι μεγάλο και τα μάτια σε μεγάλη απόσταση μεταξύ τους. Η νοημοσύνη είναι συνήθως φυσιολογική. Μπορεί να συνυπάρχει επιληψία.

4.4. ΣΠΟΡΑΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ:

Σύνδρομο Cornelia de Lange: Παρατηρείται σε 1:10000 γεννήσεις. Τα παιδιά είναι έχουν πολύ χαμηλό ανάστημα, χαμηλή πρόσφυση του τριχωτού, μακριές βλεφαρίδες και φρύδια τα οποία ενώνονται. Χαρακτηριστικά είναι τα μικρά πόδια και χέρια. Συνυπάρχει σοβαρή πνευματική καθυστέρηση και τάση αυτοτραυματισμού.^{8,9}

5. ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ:

5.1. ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ: Ο όρος αναφέρεται σε μειωμένη διανοητική και προσαρμοστική συμπεριφορά και λειτουργικότητα, που εκδηλώνεται νωρίς στη ζωή, κατά την αναπτυξιακή περίοδο. Το ποσοστό των ατόμων με νοητική υστέρηση, στο γενικό πληθυσμό, ανέρχεται σε 2% έως 3%.

Διακρίνονται 4 τύποι νοητικής υστέρησης, ανάλογα με το επίπεδο των γνωστικών λειτουργιών και της προσαρμοστικής συμπεριφοράς:

5.1.1. Ελαφριά μορφή

5.1.2. Μέτρια μορφή

5.1.3. Βαριά (σοβαρή) μορφή

5.1.4. Βαθιά μορφή.¹⁰

5.2. ΑΥΤΙΣΜΟΣ: Ο αυτισμός ορίζεται και διαγιγνώσκεται στη βάση χαρακτηριστικών μορφών συμπεριφοράς, όμως δεν υπάρχουν συμπεριφορές που να αποτελούν από μόνες τους μονοσήμαντη ένδειξη αυτισμού. Η συμπεριφορά είναι ουσιώδης για την αναγνώριση του αυτισμού, αλλά από μόνη της δεν βοηθάει να κατανοήσουμε την πάθηση ή να αποφασίσουμε τον τρόπο προσέγγισής της. Το DSM-4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. Edition) εντοπίζει προβλήματα σε τρεις περιοχές, οι οποίες περιλαμβάνουν την λίστα συμπτωμάτων στην ποιοτική έκπτωση κοινωνικής συναλλαγής, την ποιοτική έκπτωση επικοινωνίας και τα περιορισμένα, επαναληπτικά και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων.¹¹

5.3. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ASPERGER: Ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει διαταραχές του φάσματος του αυτισμού σε άτομα ικανά νοητικά, με ευχέρεια λόγου. Πρόκειται για χρόνια, σοβαρή νευροαναπτυξιακή διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από ποιοτική απόκλιση στην αμοιβαία κοινωνική αλληλεπίδραση και την επικοινωνία και από περιορισμένα ενδιαφέροντα, όπως η αυτιστική διαταραχή.

5.4. ΣΥΝΔΡΟΜΟ RETT: Πρόκειται για διαταραχή που εκδηλώνεται, σχεδόν αποκλειστικά, στα κορίτσια, με συχνότητα που κυμαίνεται από 1:10.000-150.000. Χαρακτηρίζεται από φυσιολογική ανάπτυξη κατά τους πρώτους 6-18 μήνες της ζωής, της οποίας έπεται στασιμότητα και σταδιακή απώλεια του λόγου και των σκόπιμων κινήσεων των χεριών, που αντικαθίστανται από στερεοτυπικές κινήσεις χειροκροτήματος. Επίσης παρατηρούνται απώλεια των κοινωνικών δεξιοτήτων, φτωχός συντονισμός του κορμιού και της βάρδισης επιληπτικές κρίσεις και διαταραγμένος ρυθμός αναπνοής.

5.5. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ: Χαρακτηρίζεται από απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα και από έλλειψη ενδοσκόπησης και αναγνώριση της πάθησης. Σύμφωνα με το DSM-4 για την διάγνωση απαιτούνται δύο, τουλάχιστον, από τα παρακάτω συμπτώματα, για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα: παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος, σοβαρά διαταραγμένη ή κατατονική συμπεριφορά και/ ή αρνητικά συμπτώματα, όπως αμβλύ συναίσθημα.^{9,10,12}

1.4 ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

1.4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Στην ελληνική επιστημονική βιβλιογραφία διακρίνουμε για την «ειδική αγωγή» τους ορισμούς :

- ü Με την ονομασία «ειδική αγωγή» εννοούμε τους ιδιαίτερους τρόπους μεταχείρισης και εκπαίδευσης των προαναφερθέντων ατόμων, με ιδιαίτερα παιδαγωγικά σχήματα, με τα οποία ικανοποιούνται οι ιδιαίτερες προσωπικές ανάγκες των παιδιών με αναπηρία.⁷
- ü «Ειδική αγωγή» είναι μία ειδικά σχεδιασμένη διδασκαλία, που υποστηρίζεται ή μπορεί να υποστηρίζεται από ειδικά προγράμματα συμπληρωματικών υπηρεσιών και μπορεί να παρέχεται σε κατάλληλα διαρρυθμισμένους και εξοπλισμένους χώρους για την ικανοποίηση των ειδικών αναγκών του παιδιού.¹³

1.4.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Παραδοσιακά το “ειδικό” στην «ειδική αγωγή- εκπαίδευση» αφορούσε τους διαφορετικούς οικονομικούς πόρους, την ανάπτυξη και χρήση διαφορετικών τεχνικών διδασκαλίας από αυτές που χρησιμοποιήθηκαν στην γενική εκπαίδευση, την χρήση ετικετών και ορολογίας σχετικά με τους μαθητές που θα είναι οι αποδέκτες των υπηρεσιών, αλλά και τα διαφορετικά σχολικά πλαίσια τα οποία θα εξυπηρετήσουν αυτούς τους μαθητές. Στις αρχές της δεκαετίας του '50 η ειδική εκπαίδευση διακρινόταν σαφέστατα από την γενική στη βάση της οργάνωσης των “ειδικών” τάξεων, σε σχέση με τη χρήση “ειδικών” υλικών, “ειδικής” διάγνωσης, “ειδικές” θεραπευτικές διδακτικές τεχνικές, εξατομικευμένη διδασκαλία και εκπαίδευση γονέων. Με βάση τις ποικίλες τεχνικές, οι οποίες εφαρμόζονταν από σχολείο σε σχολείο και βασικές παιδαγωγικές αρχές, διαμορφώθηκε το πεδίο της «ειδικής αγωγής». Αυτό στηρίχθηκε σε εμπειρικά ελεγμένες εκπαιδευτικές πρακτικές ανάμεσα στις οποίες συμπεριλαμβάνονταν η άμεση διδασκαλία, οι στρατηγικές απομνημόνευσης, η εκπαίδευση στον αυτοέλεγχο, η εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς, η αξιολόγηση με βάση το αναλυτικό πρόγραμμα, η λειτουργική αξιολόγηση κ.α.¹³

1.4.3 ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Στο πλαίσιο αυτό αναφέρονται βασικά σημεία που θεωρούνται απαραίτητα για την αντιμετώπιση των «ειδικών αναγκών» του παιδιού. Αυτά τα σημεία είναι:

- α) **“Ειδικές” συμπληρωματικές ή υποστηρικτικές υπηρεσίες** : είναι υπηρεσίες στελεχωμένες με ειδικό προσωπικό που παρέχει υποστηρικτική βοήθεια στα παιδιά με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες για τη σωστή διάγνωση, αξιολόγηση, εκπαίδευση και επαγγελματική αποκατάσταση,
- β) **“Ειδικά” εκπαιδευτικά προγράμματα** : προσαρμόζονται στις δυνατότητες και στις εκπαιδευτικές ανάγκες των παιδιών και
- γ) **“Ειδικοί” χώροι** : κατάλληλα διαρρυθμισμένοι και εξοπλισμένοι με “ειδικά μέσα” και όργανα για την ικανοποίηση των εκπαιδευτικών και κοινωνικών αναγκών των παιδιών.¹³

1.4.4 ΣΚΟΠΟΣ

Σύμφωνα με την **Ελληνική Εκπαιδευτική Πολιτική**, όπως περιγράφεται στον νόμο 1566/85, η «ειδική αγωγή» είναι η αγωγή που παρέχεται στα «Α.μεΑ.», ενώ σκοπός της είναι να προετοιμάσει το παιδί να συμμετάσχει στον ανώτερο βαθμό σε όλα τα πεδία δράσης της κοινωνίας (πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πνευματικά), να αυξήσει τις γνώσεις και τις εμπειρίες του, να καλλιεργήσει το πνεύμα και να διευκολύνει τη μετάβασή του από το σχολείο στην ενηλικίωση, την ενεργό ζωή και την αυτονομία του.¹³

Σκοπός της «ειδικής αγωγής» είναι η υποβοήθηση, η υποστήριξη και η βελτίωση της σωματικής, συναισθηματικής, πνευματικής και κοινωνικής κατάστασης των παιδιών με αναπηρία. Βασικές επιδιώξεις της αποτελούν η επαγγελματική τους αποκατάσταση και μέσω αυτής η κοινωνική τους ενσωμάτωση.¹⁴

1.4.5 ΣΤΟΧΟΙ

Στόχοι της «ειδικής αγωγής» είναι και πρέπει να είναι οι ίδιοι με αυτούς της «κανονικής εκπαίδευσης», ανεξάρτητα από τις μορφές προσαρμογής που απαιτούνται στις διάφορες παιδαγωγικές καταστάσεις, δηλαδή να αλλάξει τη νοοτροπία των γονέων για τη σχολική επίδοση, τα πιστεύω για το πρότυπο του άριστου μαθητή και του αυριανού επιστήμονα, η αντικειμενική και ικανή αξιολόγηση σύμφωνα με την ατομική ιδιομορφία κάθε παιδιού, έτσι ώστε να του δοθεί ίση και δίκαιη εκπαιδευτική ευκαιρία να εξελιχθεί, η ελαχιστοποίηση διακρίσεων και διαφορών μεταξύ ομάδων μαθητών στη σχολική επίδοση και η νομοθετική κατοχύρωση της «ειδικής αγωγής» στην εκπαιδευτική διαδικασία.^{4,15}

1.4.6 ΈΝΤΑΞΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΠΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η «Ειδική Αγωγή» προσπαθούσε πάντα να θέσει στόχο την “κοινωνική ένταξη” των αναπήρων, ωστόσο η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την επίτευξη του στόχου αυτού ήταν από την αρχή προβληματική και αμφισβητήσιμη. Οι σχετικές ερευνητικές δραστηριότητες κατέληξαν σε συμπεράσματα, τα οποία υποστήριζαν ότι:

- 1) η εκπαίδευση των μαθητών με “ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες”, σε δομές «ειδικής αγωγής» δεν ωφελεί ακαδημαϊκά τους μαθητές, ενώ αντίθετα τους στερεί τις βασικές κοινωνικές δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την κοινωνική τους ένταξη κατά την ενηλικίωση.
- 2) Η ένταξη των αναπήρων μαθητών στην γενική εκπαίδευση δεν επηρεάζει καθόλου τις ακαδημαϊκές επιδόσεις των μη αναπήρων μαθητών, ενώ αντίθετα τους ευνοεί σε επίπεδο κοινωνικών δεξιοτήτων.
- 3) Οι μη ανάπηροι μαθητές δεν στερούνται σε ακαδημαϊκές επιδόσεις και η ένταξη των αναπήρων μαθητών στις δομές της γενικής εκπαίδευσης αποτελεί το μόνο τρόπο για την καλύτερη προετοιμασία για την ζωή, εξασφαλίζει τη μάθηση ανάμεσα στην ομάδα των συνομηλίκων, παρέχει κοινές εμπειρίες ζωής, αλλάζει τις απόψεις και στάσεις απέναντι στην αναπηρία, αντιπαλεύει την κοινωνική απόρριψη και αποτελεί μάθημα δημοκρατίας.¹⁶

1.5 ΑΝΑΠΗΡΙΑ

1.5.1 ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΕΙΝΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΟ

Η διεθνής ταξινόμηση Δυσλειτουργιών, Ανικανοτήτων και Αναπηριών (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps-ICIDH*) συντάχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization WHO) και πρωτοδημοσιεύθηκε το '80. Ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη νοσολογικών μοντέλων είναι εξαιρετικά σημαντική και απαραίτητη λειτουργία, τόσο της ιατρικής κοινότητας, όσο και της κεντρικής πολιτικής εξουσίας. Έτσι, διευκολύνεται γενικότερα η διάρθρωση υπηρεσιών υγείας, η κατανομή πόρων, ο σχεδιασμός έρευνας και ο προγραμματισμός παρέμβασης. Η ανάπτυξη του συγκεκριμένου μοντέλου ταξινόμησης από τον WHO και η παγκόσμια αποδοχή του είναι αναμφίβολα η μεγαλύτερη μεμονωμένη πρόοδος στον τομέα της αποκατάστασης και ισοδύναμη με την αναγνώριση του ρόλου κοινωνιολογικών παραμέτρων στη λαϊκή υγεία, η οποία αναπόφευκτα οδήγησε στον επαναπροσδιορισμό του όρου «Υγεία», ως την κατάσταση της πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας σε αρμονική ισορροπία το περιβάλλον.

Αυτή η διεθνής ταξινόμηση, υπό το φως νέων δεδομένων που αποδεικνύουν τον καταλυτικό ρόλο της προσωπικής, κοινωνικής και επαγγελματικής υπόστασης του πάσχοντος στη δομή, το περιεχόμενο και τη διαδικασία της αποκατάστασης-αναθεωρήθηκε τον Ιούλιο του '99 και εξεδόθη, ως τελικό σχέδιο, τον Δεκέμβριο του 2000. Έτσι, ο όρος «ανικανότητα» (disability) έγινε «δραστηριότητα» (activity) και η «αναπηρία» (handicap) μετετράπη σε «συμμετοχή» (participation). Ίσως αυτοί οι όροι να ακούγονται στον αναγνώστη ως ταυτόσημα θεωρητικά εφευρήματα. Φαίνεται σαν να παίζουμε με τις λέξεις, αφού τελικά εμφανίζονται να εκφράζουν το ίδιο πράγμα, δηλαδή την αναπηρία.

Σύμφωνα με WHO, το 13-14% του πληθυσμού των οικονομικά προηγμένων χωρών της δύσης εμφανίζει κάποιον βαθμό ανικανότητας. Η ανικανότητα αυτή αφορά στις διαταραχές, τις μεταβολές, τους περιορισμούς, την αλληλεπίδραση μεταξύ του ασθενούς και του περιβάλλοντός του, υπό τη φυσική σωματική τους υπόσταση. Έτσι, ο ασθενής με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αδυνατεί να επιτελέσει συγκεκριμένες λειτουργίες με την ημίπληκτη πλευρά. Η «αναπηρία» (handicap) αφορά και πάλι σε διαταραχές, μεταβολές και περιορισμούς, αλλά στους κοινωνικούς ρόλους που ο ασθενής καλείται, αναμένεται και προσδοκάται να διαδραματίσει, με την όποιου βαθμού κινητική δυσλειτουργία και /ή ψυχονοητική διαταραχή. Η «ανικανότητα» είναι μια σωματική ή/και ψυχική κατάσταση, η αναπηρία όμως είναι κοινωνική νόσος.

Η «Αναπηρία» προσβάλλει την Ποιότητα ζωής, δηλαδή την υποκειμενική αίσθηση πληρότητας και ασφάλειας, την ικανοποίηση και την απόλαυση που δημιουργεί στον άνθρωπο η συμμετοχή σε όλες τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Με τον όρο «Υπηρεσίες Αποκατάστασης» εννοούμε το σύνολο των διαγνωστικών προσεγγίσεων και θεραπευτικών παρεμβάσεων της Ομάδας Αποκατάστασης (Φυσιάτρων, Φυσιοθεραπευτών, Εργοθεραπευτών, Λογοθεραπευτών, Νευροψυχολόγων, Ψυχοπαθολόγων, Νοσηλευτών, Κοινωνικών Λειτουργών και Συμβούλων Επαγγελματικού Προσανατολισμού και Κατάρτισης) προς τον πάσχοντα και την οικογένειά του. Οι «Υπηρεσίες Αποκατάστασης» ξεκινούν κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής του περίθαλψης και καταλήγουν στην εκτίμηση της εργασιακής του ικανότητας, στον επαγγελματικό επαναπροσανατολισμό του και στην επαγγελματική του αποκατάσταση, με απώτερο σκοπό την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική επανένταξή του και τη διασφάλιση ποιότητας στην ζωή του. Η «Αποκατάσταση» λοιπόν ενέχει μία εξίσου σημαντική κοινωνική διάσταση, στο μέτρο που η εργασιακή και επαγγελματική αποκατάσταση του πάσχοντος διασφαλίζει τη συμμετοχή στις συλλογικές διαδικασίες παραγωγής των υλικών συνθηκών διαβίωσης, αναπαραγωγής και πολιτισμού.

Σύμφωνα με την Έκθεση του ΟΗΕ, το 50% του παγκόσμιου πλούτου, βρίσκεται στα χέρια του 2% του πληθυσμού της γης. Με τα στατιστικά δεδομένα της Ε.Ε., το 80% του οικονομικά ενεργού πληθυσμού της Ευρώπης παράγει πλούτο, τον οποίο προσπορίζεται το 20%. Την ίδια στιγμή, το 20% του συνολικού πληθυσμού των ευρωπαϊκών χωρών ζει σε οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες φτώχειας, ενώ η ανεργία αγγίζει το 10%. Μία στις τέσσερις οικογένειες της χώρας μας “φιλοξενεί”

«Α.μεΑ.». Τα στοιχεία αυτά καταδεικνύουν μία ανισότιμη και ανισόρροπη οικονομική ανάπτυξη, σε επίπεδο έθνους- κράτους και νέων οικονομικών και πολιτικών ολοκληρώσεων, που έχει ως αποτέλεσμα τη βίαιη εξάρθρωση του κοινωνικού ιστού με την περιθωριοποίηση μεγάλων κοινωνικών ομάδων. Αυτή η δημιουργία θεσμικών κοινωνικών, οικονομικών, και πολιτισμικών αναχωμάτων συνεπάγεται περιορισμό στην κοινωνική κινητικότητα και στην απρόσκοπτη και ισότιμη ένταξη όλων των ομάδων σε προηγμένες κοινωνικές συνθήκες. Οι πλέον θιγόμενες κοινωνικές ομάδες, είναι οι πλέον ευαίσθητες και ευάλωτες, αυτές των «Α.μεΑ.», των γυναικών, των παιδιών, των ηλικιωμένων και των οικονομικών μεταναστών. Και αυτό γιατί δεν αντιμετωπίζουν μόνον τη στέρηση εισοδημάτων, εξαιτίας της μη απασχόλησης, αλλά και τη στέρηση στην εκπαίδευση, στη στέγαση, στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, δηλαδή Κοινωνικό Αποκλεισμό.

Από τα ίδια αυτά στατιστικά στοιχεία και από τις επισημάνσεις που τα συνοδεύουν, εξάγεται αβίαστα ότι ναι μεν η «ανικανότητα», όπως και η νόσος, είναι διαταξική, όμως οι συνέπειες και οι επιπτώσεις της «αναπηρίας» έχουν βαθιά κοινωνικό και οικονομικό, άρα ταξικό χαρακτήρα.¹⁷

1.5.2 ΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το Αναπηρικό Κίνημα στη χώρα μας υφίσταται, με λίγες δυστυχώς εξαιρέσεις, κατακερματισμένο με τη μορφή ποικίλων οργανώσεων, συλλόγων και φορέων, οι οποίοι μετά βίας συσπειρώνουν ένα μικρό ποσοστό μελών τους. Υιοθετώντας την άποψη ότι είμαστε μια κοινωνία που θέλει να αλλάξει, αλλά δεν έχει τους ανθρώπους για να την αλλάξουν, ουσιαστικά δρουν ως «μικρογραφία» της καθεστηκυίας κοινωνικής πρακτικής: καλλιεργούν και προάγουν τον ατομικισμό, τον επαγγελματισμό στην πολιτική και στο συνδικαλισμό και προβαίνουν σε «πολιτικά ορθές» διακηρύξεις, οι οποίες, σε τελευταία ανάλυση, εκφράζουν μια προοπτική απελευθέρωσης των αναπήρων, αποκομμένη από την προοπτική χειραφέτησης και απελευθέρωσης ολόκληρης της κοινωνίας.

Παράλληλα είναι οδυνηρή η διαπίστωση ότι η εργατική τάξη, η οποία διακινδυνεύει και πλήττεται περισσότερο από ανικανότητες που οδηγούν σε μόνιμη και διαρκή ανεργία και περιθωριοποίηση, απουσιάζει παντελώς από το πολιτικό προσκήνιο και κατά συνέπεια η πρωτοβουλία βρίσκεται συνολικά στα χέρια διαπιστευμένων πολιτικών, συνδικαλιστών και γραφειοκρατών, οι οποίοι, ανάμεσα στα άλλα, διαμορφώνουν και προβάλλουν έναν αντιρατσισμό που εξαντλείται σε διακηρύξεις, και μόνο, του επίσημου κράτους.

Πρόκειται για πολιτική συμπεριφορά, η οποία νομιμοποιεί την ιδιοτελή φιλανθρωπία και την κρατική «ελεημοσύνη», έναντι του ανθρωπισμού και των θεσμικά κατοχυρωμένων κοινωνικών παροχών. Και όμως, η καθιερωμένη Επιδοματική Πολιτική είναι πολλαπλασίως πιο «ακριβή» για το Κράτος και πολλαπλασίως πιο «φθηνή» για τους πάσχοντες. Πρόκειται για πολιτική τακτική, η οποία εμφανίζεται να επιδιώκει τον έλεγχο των ακόμα υπό διαμόρφωση επιλογών, σε μία κοινωνία όπου ο έλεγχος ασκείται «άνωθεν» και οι επιλογές προσδιορίζονται και οριοθετούνται «έξωθεν».¹⁸

1.5.3 Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι ανάγκες στην Ελλάδα για Υπηρεσίες Αποκατάστασης είναι τεράστιες και δεν καλύπτονται ούτε κατά τη νοσοκομειακή, ούτε κατά τη μετανοσοκομειακή φάση. Ένας απειροελάχιστος αριθμός αυτών νοσηλεύεται στα διακόσια συνολικά κρεβάτια των υπαρχουσών νοσοκομειακών κλινών φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης της Ελλάδας. Πεντακόσιοι περίπου ασθενείς ετησίως παραπέμπονται για νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης του εξωτερικού, με οικονομική κάλυψη (50.000-70.000 ευρώ μηνιαίως ανά ασθενή για πρόγραμμα διάρκειας 6-12 μηνών) των ασφαλιστικών τους ταμείων, προκαλώντας οικονομική αιμορραγία στη χώρα μας. Την ίδια στιγμή, ένας τεράστιος αριθμός ασθενών λιμνάζει αβοήθητος και περιθωριοποιημένος, αρκούμενος, στην καλύτερη περίπτωση, σε ένα επίδομα αναπηρίας. Υπάρχει ένα και μοναδικό διαπιστευμένο και ποιοτικά πιστοποιημένο Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης, η «**ΑΝΑΠΛΑΣΗ**», ενώ ακόμα δεν έχει καθορισθεί το «Ειδικό Νοσήλειο», ώστε να καλύπτεται το κόστος της Αποκατάστασης στην Ελλάδα, από τα ασφαλιστικά ταμεία και τους οργανισμούς.

Και όμως το συνολικό κόστος των Υπηρεσιών Αποκατάστασης είναι, σε τελευταία ανάλυση, ένα μικρό κλάσμα του κόστους που καταβάλλεται για την απομάκρυνση των πασχόντων και τη συντήρησή τους εκτός κοινωνικής σκηνής.

Η «καλή υγεία», με την έννοια της απουσίας σωματικού «ελαττώματος» ή ψυχικού «μειονεκτήματος», θεωρείται το πιο σημαντικό αγαθό στη ζωή μας. Είναι η μεγαλύτερη ευχή μας, που όμως καθημερινά ανατρέπεται και διαψεύδεται, από αστάθμητους παράγοντες. Τότε το κοινωνικό και πολιτικό σύστημά μας προκαλείται να δοκιμάσει τις αντοχές του. Όσο η προσωρινή ή μόνιμη κινητική ανικανότητα ή ψυχονοητική διαταραχή θα εξακολουθούν να θεωρούνται ως μία «αποτυχία» της κοινωνίας, ουσιαστικά θα αποτελούν απόδειξη αποτυχίας του ίδιου του συστήματος. Κάποτε θα πρέπει να ακουστεί η φωνή συνειδητοποιημένων Πολιτών που επιθυμούν και επιδιώκουν ποιοτικά υψηλές Υπηρεσίες Υγείας και Αποκατάστασης και παράλληλα διεκδικούν την κατοχύρωση της αξιοπρέπειάς τους. Αυτά που απαιτούν είναι η επιλογή και συμμετοχή σε όλες τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές δραστηριότητες, η επανένταξη και ισότιμη συμμετοχή στη Ζωή.¹⁸

1.6 ANTIMETΩΠΙΣΗ «Α.μεΑ.»

1.6.1 ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η οικογένεια έχει έναν πολύ σημαντικό ρόλο να παίξει στην ανάπτυξη του χαρακτήρα και των δεξιοτήτων των «Α.μεΑ.». Λόγω όμως των προβλημάτων που δημιουργούνται, πολλές φορές, η στάση της είναι αρνητική επιδεινώνοντας το ήδη υπάρχον πρόβλημα. Τα συναισθήματα που δημιουργούνται είναι τα εξής: ενοχή, αμφιθυμία, απελπισία, θυμός, ντροπή, και λύπη. Οι συμπεριφορές που αναπτύσσονται είναι:

- ανοικτή απόρριψη,
- υποσυνείδητη απόρριψη,
- υπερπροστατευτική συμπεριφορά και
- ασταθής συμπεριφορά.

1.6.2 ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους ανάπηρους είναι από αντιφατική έως και τελείως απορριπτική. Οι ανάπηροι αντιμετωπίζονται ως πλήρως εξαρτώμενα από το συνοδό τους και η αναφορά σ' αυτούς γίνεται μέσω τρίτου. Υπάρχει άγνοια του σωστού τρόπου συμπεριφοράς απέναντί τους και παρουσιάζονται τέσσερις τρόποι παραβίασης των δικαιωμάτων τους:

- παρατεταμένο κοίταγμα
- αδιάκριτες ερωτήσεις
- αυτόκλητη βοήθεια
- ταπείνωση σε δημόσιους χώρους.

Το τελευταίο διάστημα υπάρχει μια τάση αποδοχής των αναπήρων και αντικατάσταση των τρόπων αναφοράς τους από τους όρους "άτομο με αναπηρία" και "άτομο με ειδικές ανάγκες". Την τελευταία εικοσαετία παρατηρείται μια τάση αυτοοργάνωσής τους και διεκδίκησης των δικαιωμάτων τους με πιέσεις και άλλους τρόπους κοινωνικής κινητοποίησης. Για την βελτίωση των συνθηκών είναι απαραίτητη η ενημέρωση του κοινού καθώς και η κρατική παρέμβαση στους χώρους παραγωγής και εκπαίδευσης.¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2^ο

2 ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ (ΕΠ)

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Εγκεφαλική Παράλυση (**Cerebral Palsy** ή **νόσος του Little**) είναι πάθηση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (δηλαδή εγκέφαλος, νωτιαίος μυελός και παρεγκεφαλίδα) και προέρχεται από μη εξελισσόμενη βλάβη αυτών. Η νόσος περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Άγγλο χειρουργό William Little το έτος 1860. Ο ακριβής αγγλικός ορισμός της παθήσεως είναι: «Cerebral palsy is an umbrella term encompassing a group of non-progressive, non-contagious condition that cause physical disability in human development». Αποτελεί σοβαρό ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα, λόγω της μεγάλης δυσκολίας αν όχι της αδυναμίας, στη θεραπεία αυτής της σοβαρής παθήσεως.²⁰

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ΕΠ είναι γνωστή ως κλινική οντότητα πάνω από 150 χρόνια. Πρωτοπόρος ερευνητής της ήταν ο Άγγλος ορθοπαιδικός William John Little (1810-1894), γι' αυτό το λόγω η πάθηση έφερε το όνομά του «νόσος του Little». Έπειτα, ακολούθησαν ο Pinel (1828), ο Cazanvieuilh (1827) και ο Delpech (1828), οι οποίοι δημοσίευσαν κλινικά και παθολογοανατομικά ευρήματα της πάθησης.

Αργότερα, ο Sigmund Freud (1856-1939) ταξινόμησε την ΕΠ, περιέγραψε τη σπαστική διπληγία και το συνδυασμό σπαστικής διπληγίας και πρόωρου τοκετού. Ο Von Heine (1860) υποστήριξε ότι η πάθηση αυτή οφείλεται σε βλάβη του εγκεφάλου και ο Sir William Osler (1888) έκανε γνωστό τον όρο ΕΠ με τη μονογραφία του όπου μελετούσε με λεπτομέρεια 151 παιδιά με αυτή τη πάθηση και τα πιο πολλά από αυτά ήταν της μορφής της σπαστικής διπληγίας. Τέλος, οι Crothers και Paine στην επιστημονική τους μελέτη «The natural history of Cerebral Palsy» αναφέρονται για την παθολογία της ΕΠ από την εποχή του Little και Osler μέχρι το 1955.²¹

2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η ΕΠ εκδηλώνεται με συχνότητα περίπου 1-2:1000 παιδιά που γεννιούνται ζωντανά. Έτσι, υπολογίζονται στην Ελλάδα περίπου 10.000 άτομα που πάσχουν από ΕΠ, ενώ γεννιούνται 300 πάσχοντα παιδιά το χρόνο. Αυτές οι στατιστικές είναι παλιές και θα περίμενε κανείς να έχει μειωθεί διεθνώς η συχνότητα της παθήσεως αυτής και να είναι ελαφρότερα τα περιστατικά. Όμως, έχει δημοσιευθεί διεθνής στατιστική μελέτη, η οποία αναφέρει συχνότητα περίπου 2-3 περιστατικά ανά 1000 γεννήσεις ζωντανών παιδιών, σε έξι χώρες. Η παραμονή αυτού του ποσοστού αποδίδεται στο ότι ναι μεν γεννιούνται πιο «ασφαλή» νεογνά με την σωστότερη περίθαλψη των εγκύων και τη σωστότερη επιλογή είδους τοκετού, αλλά ανέκυψε ένα νέο πρόβλημα που διατήρησε στα ίδια σχεδόν ποσοστά την επίπτωση της παθήσεως.

Είναι γεγονός ότι χάρις στην τεχνολογία διατηρούνται στη ζωή πολλά λιποβαρή νεογνά, γεγονός που επέφερε αύξηση του ποσοστού της παθήσεως, ενώ θα έπρεπε να έχει ελαττωθεί. Πάντως, σε μια στατιστική μελέτη με καταχώρηση 17.000 ασθενών κάθε ηλικίας σε ηλεκτρονικό υπολογιστή επί 20 χρόνια (1989-2008), διαπιστώθηκε ότι τα περιστατικά ΕΠ κάθε ηλικίας με προβλήματα σχετιζόμενα με την πάθηση ανέρχονται σε ποσοστό 0,58%. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι το έτος 2007 σε παιδιά ηλικίας 6 ετών υπήρχαν 0,23% περιστατικά ΕΠ. Σε χώρες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τα ποσοστά αυτά παρουσιάζονται μειωμένα (όπως Σουηδία).²²

2.4 ΠΟΣΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΠ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σύμφωνα με στατιστικά δεδομένα, υπολογίζουμε πως στην Ελλάδα πρέπει να υπάρχουν 20.000 άτομα με ΕΠ, 400 γεννιούνται κάθε χρόνο, 8 κάθε εβδομάδα, τουλάχιστον 1 κάθε μέρα.

2.5 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Σαν αίτια της ΕΠ παρουσιάζονται πολλά, αν και στις περισσότερες περιπτώσεις μόνο παράγοντες κινδύνου μπορούν να αναγνωριστούν και όχι συγκεκριμένα αίτια. Οι παράγοντες αυτοί κινδύνου μπορούν να δράσουν στην προγεννητική, περιγεννητική ή μεταγεννητική περίοδο της ζωής, ενώ πολύ συχνά συνυπάρχουν περισσότεροι του ενός αιτιολογικοί παράγοντες.

Οι ανωμαλίες του εγκεφάλου, που είναι υπεύθυνες για την ΕΠ, διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- I. Ομάδα ανωμαλιών, όπου υπάρχει ελλιπής ανάπτυξη ενός τμήματος του εγκεφάλου
- II. Ομάδα ανωμαλιών, όπου ο εγκέφαλος αναπτύχθηκε φυσιολογικά μέχρι ενός σημείου και ακολούθησε μία καταστροφή του νευρικού ιστού.²¹

2.5.1 ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η ΕΠ δεν πρέπει να θεωρείται ως κληρονομική πάθηση. Οι κληρονομικοί παράγοντες είναι ελάχιστοι, αλλά αν ένα παιδί στην οικογένεια γεννηθεί με εγκεφαλική βλάβη, η πιθανότητα ανάπτυξης εγκεφαλικής βλάβης στο δεύτερο παιδί ανέρχεται στα 1:25 και για τα επόμενα παιδιά 1:10. Η γέννηση 2 ή περισσότερων παιδιών με ΕΠ δε σημαίνει ότι η αιτία της βλάβης καθορίζεται γενετικώς, αλλά πιθανόν να οφείλεται σε ανωμαλία της μήτρας ή του πλακούντα.²¹

2.5.2 ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Εδώ περιλαμβάνονται επιπλοκές κύησης, που μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο. Οι κυριότεροι προγεννητικοί παράγοντες κινδύνου είναι:

1. Ενδομήτριες ή συγγενείς λοιμώξεις :

- 1.1. τοξοπλάσμωση (Toxoplasmosis)
- 1.2. κυτταρομεγαλοϊός (HCMV)
- 1.3. ιός ερυθράς (Rubella)
- 1.4. ιός παρωτίτιδας
- 1.5. ιός απλού έρπητα (Herpes)
- 1.6. σύφιλη (Syphilis)
- 1.7. ανεμοβλογιά
- 1.8. σοβαρή γρίπη
- 1.9. ιλαρά.

Υπολογίζεται ότι το 75% των περιστατικών με ΕΠ οφείλεται σε βλάβη του ΚΝΣ κατά την ενδομήτριο ζωή.

2. Συγγενείς δυσπλασίες εγκεφάλου ή εγκεφαλικές δυσγενέσεις :

- 2.1. αγενεσία μεσολοβίου
- 2.2. πρωτοπαθής μικροκεφαλία
- 2.3. συγγενής υδροκέφαλος.

3. Τερατογόνοι παράγοντες :

- 3.1. αλκοόλη
- 3.2. φάρμακα
- 3.3. ακτινοβολία
- 3.4. κάπνισμα.

4. Ενδομήτρια ασφυξία.

5. Μητρική νοητική υστέρηση

6. Μητρική επιληψία.

7. Μητρικός υπερθυρεοειδισμός.

8. Τοξιναιμία κύησης.

9. Σακχαρώδης διαβήτης.

10. Αιμολυτική αναιμία του εμβρύου ως συνέπεια Rh ασυμβατότητας.

11. Υπερβολική λήψη βιταμίνης D κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (υπερασβεστιαμία).
12. Τραυματισμοί κατά την κύηση.
13. Αιμορραγίες κύησης.
14. Υποσιτισμός- υποθρεψία (έλλειψη: βιταμινών, πρωτεϊνών, αμινοξέων).
15. Χρωμοσωμικές ανωμαλίες.
16. Προδρομικός πλακούντας- αποκόλληση πλακούντα.
17. Οικογενειακό ιστορικό ΕΠ ή επιληψίας.
18. Πολλαπλή κύηση.
19. Ψυχολογικές διαταραχές.
20. Κόπωση μήτρας.

Γενικά, οι προγεννητικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για το μεγαλύτερο ποσοστό ΕΠ.^{21,23,24,25}

2.5.3 ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ :

Οι παράγοντες που προκαλούν ΕΠ «περί τον τοκετό» είναι οι εξής:

- ∅ Προωρότητα
- ∅ Περιγεννητική ασφυξία- ανοξαιμία εγκεφάλου
Υπολογίζεται ότι το 5% των περιστατικών με ΕΠ οφείλεται σε ανοξία κατά τον τοκετό και είναι η συχνότερη αιτία δημιουργίας της ΕΠ. Επίσης, τα πρόωρα παιδιά έχουν αυξημένες πιθανότητες να πάθουν ΕΠ.
- ∅ Χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά (SGA)
- ∅ Ενδοκράνιες αιμορραγίες
- ∅ Τραύμα τοκετού
- ∅ Νεογνικό shock
- ∅ Περιγεννητικές λοιμώξεις (σήψη ή λοίμωξη ΚΝΣ)
- ∅ Υπερχολυρεθρηναιμία
- ∅ Υπογλυκαιμία
- ∅ Νεογνικός πυρηνικός ίκτερος.^{21,23,24,26}

2.5.4 ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ :

Πολλοί παράγοντες που εμφανίζονται κατά τα 3 πρώτα χρόνια της ζωής (μέχρι την ωρίμανση του ΚΝΣ) ευθύνονται για την ΕΠ. Οι κυριότεροι είναι:

1. Τραύματα ΚΝΣ
2. Λοιμώξεις :
 - 2.1. Οξείες:
 - 2.1.1. μηνιγγίτιδα
 - 2.1.2. εγκεφαλίτιδα
 - 2.2. Χρόνιες:
 - 2.2.1. σύφιλης
 - 2.2.2. εγκεφαλικό απόστημα
3. Πυρηνικός ίκτερος νεογνών
4. Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
5. Ενδοκράνιες αιμορραγίες
6. Νεογνικοί σπασμοί
7. Επίκτητη εγκεφαλοπάθεια
8. Σηψαιμία
9. Υδροκέφαλος
10. Ακτινοβολία
11. Νεοπλάσματα εγκεφάλου
12. Υπογλυκαιμία
13. Ασπία- υποθρεψία νεογνού
14. Πολύ υψηλός πυρετός
15. Αναιμία
16. Υπερθυρεοειδισμός μητέρας
17. Διαβήτης μητέρας
18. Επιληψία μητέρας

Χωρίς
κατάλληλη
αγωγή

Υπολογίζεται ότι το 15% των περιστατικών με ΕΠ οφείλεται σε βλάβη του ΚΝΣ κατά την περίοδο 0-3 ετών. Όμως, εκτός από αυτές τις περιπτώσεις, δεν πρέπει να αγνοούμε τους αναρίθμητους, απρόβλεπτους και άγνωστους ακόμα παράγοντες που ευθύνονται για τη γέννηση ενός παιδιού με ΕΠ. Σε ένα ποσοστό 20-30% η αιτία παραμένει ακόμα άγνωστη.^{21,23,24,27}

2.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ:

Υπάρχουν 3 κύριες όψεις κλινικής εικόνας:

- i. Καθυστέρηση εμφάνισης νέων δεξιοτήτων που αναμένονται στη χρονολογική ηλικία του παιδιού
- ii. Επιμονή παιδικής συμπεριφοράς σε όλες τις λειτουργίες, συμπεριλαμβανομένων παιδικών αντανακλαστικών αντιδράσεων
- iii. Επιτέλεση ποικίλων λειτουργιών με τρόπους που δεν έχουν ποτέ παρατηρηθεί σε φυσιολογικά βρέφη και παιδιά.²⁵

2.7 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Η ταξινόμηση της ΕΠ είναι δύσκολη, αλλά απαραίτητη. Σήμερα, η πλέον παραδεκτή ταξινόμηση είναι βασιζόμενη στις νευρομυικές διαταραχές και στην ανατομική κατανομή αυτής.

Σύμφωνα με τον Little Club (1959), ανάλογα με τις **νευρομυικές διαταραχές** διακρίνουμε τις παρακάτω μορφές:

1. *Σπαστική μορφή* (Spastic): Συχνότητα 65%

Είναι η διαταραχή ελέγχου εκουσίων κινήσεων, όπου μία ομάδα μυών υπερτερεί σε δράση έναντι δεύτερης ανταγωνίστριας ομάδας. Η σπαστική μορφή είναι η συχνότερη μορφή. Η βλάβη του εγκεφάλου εντοπίζεται στο πυραμιδικό σύστημα, δηλαδή στην κινητική μοίρα του φλοιού του εγκεφάλου.

Τα κλινικά σημεία της σπαστικότητας είναι:

- 1.1. Σπαστικότητα άνω ή κάτω άκρων: Κάμψη αγκώνα, πρηνισμός αντιβραχίου, κάμψη καρπού, προσαγωγή αντίχειρα, κάμψη και προσαγωγή ισχίων, κάμψη γονάτων, ιπποποδία, βλαιοποδία άκρων ποδών κλπ
- 1.2. Αύξηση τενοντίων αντανακλαστικών (σπαστικά αντανακλαστικά)
- 1.3. Κλόνος του άκρου ποδός.
- 1.4. Θετικό σημείο Babinski.
- 1.5. Ενίοτε υπάρχει διαταραχή όρασης και ακοής.

2. *Δυσκαμπτική μορφή (Rigidity): Συχνότητα 5%*

Σ' αυτήν τη μορφή η βλάβη του ΚΝΣ είναι διάχυτη εγκεφαλική βλάβη και δεν αφορά συγκεκριμένο ανατομικό σχηματισμό.

Τα κλινικά της σημεία είναι:

- 2.1. Δυσκαμπσία σε όλο το εύρος κίνησης των αρθρώσεων.
- 2.2. Αντανακλαστικά: Φυσιολογικά ή αυξημένα.
- 2.3. Δεν υπάρχει κλόνος του άκρου ποδός.
- 2.4. Αρνητικό σημείο Babinski.
- 2.5. Σημείο "οδοντωτού τροχού" (όπως στη Νόσο Parkinson).

3. *Αθετωσική μορφή (Athetosis): Συχνότητα 20%*

Η βλάβη εντοπίζεται στα βασικά γάγγλια του εγκεφάλου. Ορθοπεδικές εγχειρήσεις δεν εφαρμόζονται σ' αυτή τη μορφή της ΕΠ.

Τα κλινικά σημεία της αθετωσικής μορφής είναι:

- 3.1. Αναστολή ελέγχου των εκουσίων κινήσεων
- 3.2. Εμφάνιση ανεξέλεγκτων κινήσεων και των στάσεων των άκρων, με συχνή εναλλαγή, χωρίς τη θέληση του ασθενούς.

4. *Αταξική μορφή (Ataxia): Συχνότητα 5%*

Η βλάβη του ΚΝΣ εντοπίζεται στην Παρεγκεφαλίδα.

Τα κλινικά της σημεία είναι:

- 4.1. Διαταραχή της ισορροπίας
- 4.2. ο ασθενής αδυνατεί να ορθοστατήσει και να βαδίσει (σε βαριές περιπτώσεις).

5. *Υποτονική ή ατονική μορφή (Atony): Συχνότητα 5%*

Χαρακτηρίζεται από γενικευμένη ελάττωση του μυικού τόνου με υπερεκτασιμότητα των αρθρώσεων και αδυναμία των άκρων. Η υποτονία μπορεί να είναι μεμονωμένο σύμπτωμα με καλή πρόγνωση. Γενικευμένη μυική υποτονία συνδυάζεται πάντα με καθυστέρηση στην ανάπτυξη, χωρίς διαταραχή του συντονισμού και φυσιολογικά τενόντια αντανακλαστικά. Οι στατικές λειτουργίες των παιδιών με υποτονική ΕΠ είναι σοβαρά επηρεασμένες. Συνήθως υπάρχει νοητική υστέρηση και σπάνια συνυπάρχει με επιληψία. Οι βλάβες εντοπίζονται μεταξύ του κινητικού φλοιού και του τελικού οργάνου στο σκελετικό σύστημα.

6. Τρομώδη

7. Μικτή μορφή: Συχνότητα 10-20%

Σε κάποιες περιπτώσεις παρατηρείται συνδυασμός δύο ή περισσότερων μορφών ΕΠ. Συχνός είναι ο συνδυασμός του δυσκίνητου τύπου με την ημιπληγία. Η βλάβη που προκαλεί μικτές μορφές είναι συνήθως πολύ εκτεταμένη.

8. Αδύνατη ταξινόμηση^{20,21,23,28}

Βάση της **ανατομικής κατανομής** της πάθησης διακρίνονται σε:

1. Μονοπληγία (Monoplegia) : προσβολή ενός άκρου, είτε πάνω- είτε κάτω (σπάνια πάθηση)
2. Παραπληγία (Paraplegia) : προσβολή των κάτω άκρων
3. Ημιπληγία (Hemiplegia) : προσβολή δύο άκρων ομοπλευρώς
4. Τριπληγία : προσβολή τριών άκρων
5. Α. Τετραπληγία (Quadriplegia): προσβολή όλων των άκρων
Β. Διπληγία (Diplegia): προσβολή των τεσσάρων άκρων, με τα κάτω άκρα προσβεβλημένα περισσότερο από τα άνω άκρα (σπάνια πάθηση)
Γ. Διπλή ημιπληγία : ασύμμετρη προσβολή μεταξύ των δύο πλευρών.²⁵

Ανάλογα με τη **βαρύτητα** η ΕΠ διακρίνεται σε ήπια, μέτρια και βαριά μορφή. Τέλος, διακρίνεται η συγγενής μορφή όταν ο αιτιολογικός παράγων έδρασε πριν το τέλος της νεογνικής περιόδου και επίκτητη μορφή όταν ο αιτιολογικός παράγων έδρασε μετά την 15^η μέρα της ζωής.²¹

2.8 ΕΙΔΗ ΝΕΥΡΟΜΥΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Τα κοινά χαρακτηριστικά που παρουσιάζονται στα παιδιά που πάσχουν από ΕΠ είναι ταξινομημένα σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

1) Σπαστικότητα :

Στα παιδιά με ΕΠ υπάρχει μη φυσιολογικός έλεγχος του ΚΝΣ πάνω στους σκελετικούς μυς. Η σπαστικότητα είναι το μείζον και σοβαρότερο πρόβλημα το οποίο εκδηλώνεται σε αυτά τα παιδιά και ορίζεται ως μη φυσιολογική αύξηση της αντίστασης των σκελετικών μυών στην παθητική και ενεργητική διάτασή τους, οφειλόμενη στην αυξημένη ευαισθησία του μυοτατικού αντανακλαστικού. Μυοτατικό αντανακλαστικό επικαλείται η αντανακλαστική σύσπασση του φυσιολογικού μυός, ως αποτέλεσμα διατάσεως ή έλξεως των τενόντων. Για την κλινική εκτίμηση της σπαστικότητας παρακολουθούμε την αντίσταση κατά την παθητική κίνηση των άκρων.

Αρχικά, υπάρχει μία αυξημένη αντίσταση, η οποία στη συνέχεια είναι τόσο μεγάλη, ώστε η κίνηση αυτή διακόπτεται, ένα αιφνίδιο εμπόδιο γίνεται αισθητό και ακολούθως παρατηρείται απότομη υποχώρηση της μυικής αντίστασης. Η αντίσταση αυτή αυξάνεται ανάλογα με την ταχύτητα των κινήσεων. Η σπαστικότητα συνοδεύεται από αυξημένα τενόντια αντανακλαστικά και κλόνο άκρου ποδός. Ο βαθμός της σπαστικότητας ποικίλλει αναλόγως με την γενική κατάσταση του παιδιού, την ψυχική διάθεση και τον ερεθισμό, στον οποίο υφίσταται. Ο σπαστικός μυς είναι αργός, αντιδρά με λιγότερη ακρίβεια και εντονότερα στα ερεθίσματα από τον φυσιολογικό μυ. Την σπαστικότητα πρέπει να τη διακρίνουμε από την μυική σύγκαμψη, όπου η αντίσταση στη παθητική κίνηση δεν ακολουθείται από τη φάση της χαλάρωσης.

- 2) **Αθέτωση** : Χαρακτηρίζεται από ακούσιες, σπασμωδικές, ασυντόνιστες και επαναλαμβανόμενες κινήσεις των άκρων. Ο μυικός τόνος στην ηρεμία είναι ελαττωμένος ή φυσιολογικός, αλλά αυξάνεται κατά την διάρκεια ακούσιων ή εκούσιων κινήσεων.
- 3) **Αταξία** : Χαρακτηρίζεται από την έλλειψη συνεργασίας και ελέγχου των μυών και εκδηλώνεται με ανεπάρκεια της ισορροπίας και αστάθεια κατά την βάδιση, επίσης και την ορθοστασία. Ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολία στην εκτέλεση γρήγορων κινήσεων.

Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν και μορφές με σημαντικά μικρότερη συχνότητα, όπως είναι ο **τρόμος** και η **υπερκινητικότητα**. Συνήθως συναντάμε παιδιά με μικτή μορφή, δηλαδή συνδυασμός αυτών των μορφών.^{21,24,28}

2.9 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΠ

Το προσεκτικό ιστορικό και η λεπτομερής φυσική εξέταση είναι τα πρώτα βήματα για την διάγνωση παιδιού με κινητικά προβλήματα. Σημαντικά στοιχεία είναι:

- § η ανάπτυξη (βάρος, ύψος και περίμετρος κεφαλής) για να αποκλειστούν νοσήματα, όπως υδροκέφαλος, όγκος εγκεφάλου, νευρομεταβολικά νοσήματα
- § μορφολογικά χαρακτηριστικά του κρανίου, του κορμού και των άκρων, προκειμένου να εντοπιστούν δυσμορφίες που μπορεί να βοηθήσουν στην διάγνωση
- § προσεκτική εξέταση του δέρματος για αποκλεισμό νευροδερματικών στιγμάτων
- § αποκλεισμός ηπατοσπληνομεγαλίας (μεταβολικά νοσήματα)
- § βυθοσκόπηση για αποκλεισμό κακοήθειας, νευροεκφυλιστικών νοσημάτων, συγγενών λοιμώξεων, αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης.

Με βάση τη φύση και τη βαρύτητα των νευρολογικών διαταραχών, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΚΓ), η αξονική τομογραφία εγκεφάλου (CT) και η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (MRI) έχουν ένδειξη για να καθοριστεί η εντόπιση και η έκταση των δομικών ανωμαλιών ή των συγγενών διαμαρτιών καθώς και το είδος και η βαρύτητα της συνοδού επιληψίας. Επιπρόσθετες εξετάσεις περιλαμβάνουν τεστ ακοής και όρασης, καθώς και τεστ καθορισμού του αναπτυξιακού ή νοητικού πηλίκου (DQ ή IQ). Λόγω των πολλαπλών διαταραχών που συνήθως συνυπάρχουν στην ΕΠ, η συγκρότηση μιας ομάδας ειδικών ενδείκνυται για την εκτίμηση, την παρακολούθηση και την θεραπευτική αντιμετώπιση των παραπάνω ασθενών.²³

2.10 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΠ

Η ΕΠ είναι μια μη εξελισσόμενη διαταραχή, αν και τα συμπτώματα της μπορεί να αλλάξουν κατά την διάρκεια της ανάπτυξης του παιδιού. Λόγω της συμπτωματολογίας είναι τις περισσότερες φορές δύσκολο να τεκμηριωθεί η διάγνωση τους πρώτους 12-24 μήνες της ζωής. Τα πρώτα συμπτώματα, όπως υπέρτονία ή υποτονία, παραμονή των αρχέγονων αντανακλαστικών, καθυστέρηση στατικών λειτουργιών μπορεί να εμφανιστούν και σε άλλα νευρολογικά νοσήματα (νοητική υστέρηση, αυτισμός κ.ά.).

Πρέπει, επομένως, να διαφοροδιαγνωστεί από άλλα νευρολογικά νοσήματα εξελικτικού χαρακτήρα. Σε αυτά περιλαμβάνονται:

- α. **νευρομυϊκά νοσήματα** : προσβάλλουν τους κατώτερους κινητικούς νευρώνες, τα περιφερικά νεύρα και τους μυς και όχι τον εγκέφαλο. Η διαφορική διάγνωση μπορεί να είναι δύσκολη τους πρώτους μήνες της ζωής ιδιαίτερα από την υποτονική μορφή της ΕΠ
- β. **νοσήματα της σπονδυλικής στήλης** : ανάλογα με το επίπεδο της βλάβης οι ασθενείς μπορεί να εμφανιστούν με μερική ή ολική σπαστική παραπληγία ή λιγότερο συχνά με τετραπληγία, με συνοδό απώλεια της αισθητικότητας και κυστική δυσλειτουργία. Θα πρέπει να αποκλειστούν όγκοι της σπονδυλικής στήλης και τα τραύματα κατά την περιγεννητική περίοδο ή την εγκάρσια μυελίτιδα
- γ. **όγκοι του εγκεφάλου** : παρουσιάζονται με εξελισσόμενη νευρολογική συνδρομή και συμπτώματα από την οπτική οδό (λόγω αύξησης της ενδοκράνιας πίεσης) και μπορεί να διαγνωστούν λάθος ως ΕΠ, ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες ζωής
- δ. **δυστονικά σύνδρομα** : πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκονται από εκείνες τις μορφές ΕΠ με δυστονία και χοραιοαθέτωση λόγω βλάβης των βασικών γαγγλίων
- ε. **νευρομεταβολικά νοσήματα** : πρόκειται για κληρονομικά νοσήματα που εμφανίζονται με συμπτωματολογία από το ΚΝΣ, κατά κύριο λόγο απώλεια όρασης, άνοια, επιληψία, σπαστικότητα και αταξία.^{23,29}

2.11 ΣΥΝΟΔΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΠ

Η ΕΠ δεν προκαλεί μόνο κινητικά προβλήματα, ως αποτέλεσμα βλάβης του ΚΝΣ, αλλά προσβάλλει και άλλα συστήματα που επηρεάζονται από το ΚΝΣ. Έτσι μπορεί να συνυπάρχουν νοητική υστέρηση, επιληψία, διαταραχές όρασης, διαταραχές ακοής. Επίσης, μπορεί να προκληθούν επιπλοκές από τις αρθρώσεις, φλεγμονές, προβλήματα από το γαστρεντερικό σύστημα, όπως συχνές εισροφήσεις και καθυστέρηση σωματικής ανάπτυξης. Η πρώιμη διάγνωση μπορεί να συνεισφέρει στην καλύτερη θεραπεία αυτών των επιπλοκών.^{20,23}

2.11.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΡΑΣΗΣ

Παρατηρούνται στο 30-75% των παιδιών με ΕΠ, κυρίως αυτά που γεννήθηκαν πρόωρα και η κατανομή τους είναι σχεδόν ισομερής σε όλες τις μορφές ΕΠ. Οι κυριότερες διαταραχές είναι:

- § αμβλυωπία
- § μείωση των οπτικών πεδίων
- § στραβισμός (κυρίως συγκλίνων και λιγότερο αποκλίνων)
- § νυσταγμός (μπορεί να εμφανιστεί μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με στραβισμό).

Αυτές οι επιπλοκές παρατηρούνται κυρίως στην υποξαιμική-ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια. Σε πρόωρα νεογνά μπορεί, επίσης, να εμφανιστούν αμφιβληστροειδοπάθεια των προώρων, διαθλαστικές ανωμαλίες, μυωπία και αστιγματισμός.

Η πιο ασφαλής μέθοδος παρακολούθησης των υψηλού κινδύνου νεογνών είναι η εξέταση από ειδικό οφθαλμίατρο. Επίσης, η χρήση των οπτικών προκλητών δυναμικών προσφέρει σημαντική βοήθεια στην πρώιμη διάγνωση επιπλοκών από το οπτικό σύστημα σε αυτά τα νεογνά.^{23,30}

2.11.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΚΟΗΣ

Είναι δύσκολο στην βρεφική ηλικία να γίνει λεπτομερής έλεγχος της ακοής, εξαιτίας της κακής συνεργασίας του παιδιού και της ιδιαίτερης υπομονής που απαιτείται. Η βαρηκοΐα παρατηρείται στο 3-5% των παιδιών με ΕΠ και αφορά κυρίως τους ήχους υψηλής συχνότητας. Μπορεί να είναι ετερόπλευρη, αλλά και αυτή είναι δύσκολο να διαγνωσθεί έγκαιρα. Το ποσοστό της βαρηκοΐας στις χοραιοαθροσικές περιπτώσεις είναι υψηλότερο και ανέρχεται στο 20-25%. Πρόωρα νεογνά με βάρος γέννησης μικρότερο από 1500gr, με ίκτερο, διάφορες λοιμώξεις του ΚΝΣ, όπως βακτηριακή μηνιγγίτιδα, λοιμώξεις από κυτταρομεγαλοϊό ή ερυθρά αναπτύσσουν βλάβες του κοχλίου και των κρνιακών νεύρων και είναι, επομένως, σε υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχών ακοής.

Γενικά, σε όλα τα παιδιά με ΕΠ πρέπει να γίνεται έλεγχος με προκλητά δυναμικά (οπτικά, ακουστικά, σωματοαισθητικά) για να αποκαλυφθούν έγκαιρα βλάβες του εγκεφαλικού στελέχους και των άλλων περιοχών του εγκεφαλικού φλοιού.^{20,23}

2.11.3 ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις που συνηγορούν για αισθητηριακές διαταραχές σε παιδιά με ΕΠ, κυρίως της αφής και της εν τω βάθει αίσθησης του πόνου και της ικανότητας στερεογνωσίας. Τέτοιες διαταραχές παρατηρούνται συχνά σε παιδιά με ημιπληγία, σε ποσοστό 68%. Η σωματοαγνωσία φαίνεται ότι συμβάλλει στην απροθυμία των παιδιών με ημιπληγία να χρησιμοποιήσουν τα ημιπληγικά τους άκρα. Κατά κανόνα, όλα τα παιδιά με ΕΠ πρέπει να εξετάζονται στην αισθητικότητα. Οι διαταραχές της αντίληψης είναι ποικίλες όπως νοητική υστέρηση, δυσχέρεια μάθησης, διαταραχές προσοχής κ.ά.^{20,23}

2.11.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ

Το ποσοστό των παιδιών με ΕΠ που εμφανίζουν κάποιου βαθμού νοητική υστέρηση κυμαίνεται μεταξύ 30-60%. Το μέγεθος της νοητικής υστέρησης εξαρτάται από την εντόπιση και έκταση της εγκεφαλικής βλάβης, αλλά και από γενετικούς παράγοντες. Σε παιδιά που συνυπάρχουν και άλλες διαταραχές, όπως όρασης, ακοής και συμπεριφοράς, μπορεί το επίπεδο νοημοσύνης να είναι ακόμη πιο επιβαρημένο. Οι συχνότερες διαταραχές που παρουσιάζονται αφορούν τη μάθηση και σε ένα ποσοστό 25% περίπου τη νοημοσύνη. Ο έλεγχος με ψυχομετρικά τεστ και άλλες δοκιμασίες πρέπει να γίνεται σε κάθε περίπτωση.^{23,31}

2.11.5 ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Η συχνότητα της επιληψίας σε παιδιά με ΕΠ ανέρχεται στο 30-60% των περιπτώσεων και κατά ορισμένους ακόμη υψηλότερα. Η κλινική εκδήλωση είναι διαφορετική στους τύπους της ΕΠ, εξαρτάται από το μέγεθος και την εντόπιση της βλάβης, αλλά και από την ηλικία του παιδιού. Συχνότερα παρατηρούνται κρίσεις στις σπαστικές μορφές και ιδιαίτερα σε εκείνες που οφείλονται σε μεταγεννητικά αίτια. Αντίθετα, η επιληψία είναι σπανιότερη σε παιδιά με δυσκινητικά σύνδρομα.

Είναι εμφανές ότι όσο περισσότερες λειτουργίες έχουν επηρεαστεί, τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση αν και προβλέψεις από τον πρώτο χρόνο ζωής είναι εξαιρετικά δύσκολο να γίνουν. Ο Bleck σχεδίασε το 1975 μία δοκιμασία, γνωστή ως κλίμακα του Bleck, με την οποία επιχειρούσε να προβλέψει τη μελλοντικά πιθανή ικανότητα βάδισης σε παιδιά 2-3 ετών με ΕΠ, βασιζόμενος στην παραμονή κάποιων αρχέγονων ή στην απουσία κάποιων (επτά σε αριθμό) μεταγενέστερων φυσιολογικά εκλυόμενων στατικών ή αντανακλαστικών δεξιοτήτων (Παράρτημα Πίνακας 1). Ωστόσο, είναι σαφές ότι ο έλεγχος 7 τέτοιων δεξιοτήτων δε θα μπορούσε παρά να διακρίνει έναν πληθυσμό παιδιών με ΕΠ σε πολύ αδρές κατηγορίες.

Όσο δύσκολη και ριψοκίνδυνη φαίνεται να είναι η πρόβλεψη της μελλοντικής κατάστασης τέτοιων ασθενών, τόσο εξίσου σύνθετη και πολύπλοκη είναι η προσπάθεια εκτίμησης και αξιολόγησης του αποτελέσματος των πολυάριθμων θεραπευτικών παρεμβάσεων και μεθόδων που έχουν αναπτυχθεί με σκοπό τη βελτίωση της ψυχοκινητικής τους ανάπτυξης.^{20,23}

2.12 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η χρήση από του στόματος (per os) χορηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής, παρά την ευρεία δοκιμαστική εφαρμογή της, δεν έδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα στον τομέα των κινητικών προβλημάτων. Τα περισσότερα από τα φάρμακα αυτά εμφανίζουν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως νωθρότητα και γενικευμένη μυϊκή αδυναμία, όταν χορηγούνται στις μεγάλες δόσεις που απαιτούνται για τον έλεγχο της σπαστικότητας. Έτσι, η χρήση τους περιορίστηκε στον έλεγχο των σπασμών, των διαταραχών ύπνου και της δυστονίας, που πιθανόν να εμφανίζουν οι ασθενείς αυτοί.

Η τιζανιδίνη, που αποτελεί παράγωγο της ιμιδαζόλης, εφαρμόζεται τελευταίως με ενθαρρυντικά αποτελέσματα, ενώ προκαλεί σημαντικά μικρότερη μυϊκή αδυναμία από τη μπακλοφένη και μικρότερη εξάρτηση από τη διαζεπάμη. Τελευταίως, εφαρμόζεται ευρέως η χορήγηση μπακλοφένης, με τη μεταμόσχευση μηχανισμού συνεχούς και ελεγχόμενης ή κατά ώσεις ενδορραχιαίας έγχυσης της. Με την τεχνική αυτή επιτυγχάνεται 10 φορές μεγαλύτερη συγκέντρωση της μπακλοφένης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, από ότι όταν χορηγείται per os.

Την τελευταία δεκαετία προστέθηκε στη θεραπεία της σπαστικότητας και η ενδομυϊκή χορήγηση αλλαντικής τοξίνης. Πρόκειται για την νευροτοξίνη που παράγεται από το *Clostridium Botulinum* και πρωτοχρησιμοποιήθηκε στη δεκαετία του 1970 για την αντιμετώπιση της δυστονίας. Προκαλεί παράλυση αναστέλλοντας την απελευθέρωση της ακετυλοχολίνης από τις νευρικές απολήξεις στη νευρομυϊκή σύναψη (προσυναπτικός αποκλεισμός). Η παράλυση είναι αναστρέψιμη και δοσοεξαρτώμενη. Σκοπός της μεθόδου είναι η μερική ή πλήρης παράλυση των αγωνιστών μυών, χωρίς να επηρεάζονται οι ανταγωνιστές. Το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι η βελτίωση του εύρους των κινήσεων και της λειτουργικότητας του μέλους, ενώ οι ανταγωνιστές μύες ισχυροποιούνται με τη φυσιοθεραπεία. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου διαπιστώνεται σε αρκετές μελέτες, οι οποίες αναφέρονται, ως επί το πλείστον, στους μύς των κάτω άκρων.²²

2.13 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠ

Η ΕΠ είναι μία χρόνια πάθηση, που οφείλεται σε μόνιμη βλάβη των εγκεφαλικών κυττάρων. Γι' αυτό το λόγο, η πάθηση αυτή δεν πρέπει να θεωρείται ιάσιμη και η θεραπεία της αποσκοπεί μόνο στην βελτίωση των περιφερικών εκδηλώσεων.

Πρώτα ο Little, το 1843, ανέφερε ότι οι παραμορφώσεις επί ΕΠ είναι δυνατόν να διορθωθούν χειρουργικά.

Οι προσπάθειές δεν πρέπει να κατευθύνονται μόνο στην βελτίωση της κινητικής αναπηρίας, αλλά και στη διανοητική ανάπτυξη, τη μόρφωση, την επαγγελματική εκπαίδευση και την κοινωνική αποκατάσταση με τελικό σκοπό την προετοιμασία των ασθενών αυτών για οικονομική και κοινωνική ανεξαρτησία. Χρειάζεται δαπάνη, υπομονή και μακροχρόνιες προσπάθειες από μία ομάδα ατόμων, που αποτελείται από παιδίατρος, ψυχολόγους, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, ορθοπεδικούς, κοινωνικούς λειτουργούς, διδασκάλους και απαιτείται καλή συνεργασία αυτών των ειδικών για την καλύτερη έκβαση της θεραπείας.

Η επιτυχία της θεραπείας εξαρτάται από τη μορφή, την έκταση, τη βαρύτητα, την έγκαιρη διάγνωση και έναρξη της θεραπείας καθώς και από το κατάλληλο σχήμα της θεραπευτικής αγωγής.²¹

2.14 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ :

Η αντιμετώπιση των παιδιών με ΕΠ, λόγω του μεγάλου αριθμού προβλημάτων που σχετίζονται με αυτήν, απαιτεί τη συνεργασία ομάδας ειδικών, αποτελούμενη από αναπτυξιολόγο παιδίατρο, νοσηλεύτη, παιδονευρολόγο, ορθοπαιδικό, φυσιοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, λογοθεραπευτή, ψυχολόγο, ειδικό παιδαγωγό και κοινωνικό λειτουργό. Δεδομένου ότι δεν υφίσταται θεραπεία στην ΕΠ, με την έννοια της αποκατάστασης, οι προσπάθειες των παραπάνω ειδικών θα πρέπει να έχουν ως στόχο τη βελτίωση της κλινικής κατάστασης των ασθενών, μέσα από την όσο το δυνατόν καλύτερη εκμετάλλευση των περιορισμένων δυνατοτήτων τους.³²

Αρχικά, ας αναφέρουμε τις **αρχές** και τις **αξίες**, οι οποίες είναι παντοτινές:

- Ø αναγνώριση και σεβασμός της «ιδιαιτερότητας» κάθε παιδιού
- Ø αντιμετώπιση σαν ψυχοσωματική και ψυχοδιανοητική ολότητα και όχι αποσπασματικά σαν επιμέρους πρόβλημα
- Ø ξεχωριστή φροντίδα και ενδιαφέρον για τα προβλήματά του, αλλά και ενίσχυση των ικανοτήτων του
- Ø προσέγγιση πάντα με ευαισθησία και υπευθυνότητα
- Ø επιλογή των πιο ρεαλιστικών στόχων για κάθε παιδί και κατάρτιση των κατάλληλων προγραμμάτων που να τους «υπηρετούν» με τον καλύτερο τρόπο.

2.14.1 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:

- Ø Ανάπτυξη κοινωνικών στόχων και ψυχικών αρετών, όπως συνεργασία, ομαδικό πνεύμα, αυτοπειθαρχία, θέληση, υπευθυνότητα, υπομονή, επιμονή και θάρρος.
- Ø Ανάπτυξη αυτοεκτίμησης, θετικής αυτοαντίληψης, αυτοπεποίθησης και καλλιέργεια ελεύθερης και δημοκρατικής έκφρασης.
- Ø Ανάπτυξη ηθικών αρετών και στόχων, όπως τιμιότητα, δικαιοσύνη, αξιοκρατία, σεβασμός αντιπάλων, αυτοσεβασμός, μετριοφροσύνη και συνετή αντιμετώπιση νίκης και ήττας.

2.14.2 ΣΩΜΑΤΟΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:

- Ø Ανάπτυξη αντιληπτικών ικανοτήτων (κιναισθητική, οπτική, ακουστική, μέσω της αφής, ικανότητες συντονισμού).
- Ø Ανάπτυξη κινητικών δεξιοτήτων: απλές, σύνθετες, περίπλοκες και προσαρμοστικές δεξιότητες.
- Ø Ανάπτυξη φυσικών και σωματικών ικανοτήτων: ταχύτητα, ευλυγισία και ευκινησία.
- Ø Καλλιέργεια ρυθμού.
- Ø Ανάπτυξη μη λεκτικής επικοινωνίας: εκφραστική και δημιουργική κίνηση.
- Ø Ανάπτυξη και βελτίωση στοιχειωδών και θεμελιωδών κινητικών προτύπων, που θα αποτελέσουν τα συστατικά στοιχεία σύνθετων κινητικών δεξιοτήτων: μετακίνηση στον χώρο, ισορροπία, χειρισμός αντικειμένων, βάδισμα, τρέξιμο, ρίψεις, άλματα, σύλληψη μπάλας.
- Ø Η πρόληψη, βελτίωση και διόρθωση μορφολογικών και λειτουργικών παρεκκλίσεων (ορθοπεδικών κ.ά.).
- Ø Η προαγωγή υγείας, ευεξίας και καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας. Η εξασφάλιση υγείας μέσω εξάσκησης των υποστηρικτικών μυϊκών μαζών (κορμός, ραχιαίοι και κοιλιακοί), βοηθούν στην όρθια στάση και λειτουργία των οργάνων και συστημάτων, που βρίσκονται στις σωματικές κοιλότητες (θώρακας, πύελος).

2.14.3 ΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:

- Ø Κατανόηση εννοιών και απόκτηση γνώσεων σχετικών με την φυσική αγωγή και τον αθλητισμό.
- Ø Γνώση κανονισμών διαφόρων αθλημάτων και αγωνισμάτων.
- Ø Απόκτηση γνώσεων που σχετίζονται με τον παραδοσιακό χορό, τη μουσική, το τραγούδι.
- Ø Απόκτηση βασικών γνώσεων υγιεινής και πρώτων βοηθειών.
- Ø Ανάπτυξη φαντασίας και δημιουργικότητας.

- Ø Συνειδητοποίηση της ανάγκης για δια βίου άσκηση ή άθληση, της ωφέλειας που προκύπτει από αυτή καθώς και την απόκτηση αθλητικών συνηθειών για ερασιτεχνική ενασχόληση με τον αθλητισμό.
- Ø Εκτίμηση των αισθητικών στοιχείων των κινήσεων.

2.14.4 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ:

- Ø Ειλικρινή και ευκρινή επικοινωνία με τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Ø Οι γονείς είναι οι ευθύνοντες σε ό,τι αφορά το παιδί τους και μπορούν να δώσουν σημαντικές πληροφορίες για την ανάπτυξη και την εξέλιξή του.
- Ø Για να μειώσουν τη σύγχυση και το άγχος, που συνήθως συνοδεύουν τις ιατρικές και νοσηλευτικές επισκέψεις, οι γονείς μπορούν να καταρτίσουν μια γραπτή λίστα με τις απορίες και τις ερωτήσεις τους, καθώς και με παραδείγματα από τη συμπεριφορά του παιδιού τους, προκειμένου να τα συζητήσουν με το γιατρό τους στη διάρκεια της επίσκεψης.
- Ø Καθώς η ιατρική και η ψυχολογία έχουν κάνει τεράστια άλματα στον όγκο της γνώσης που έχουν συσσωρεύσει, είναι απαραίτητο για τους γονείς να καταλάβουν ότι θα πρέπει να συνεργάζονται με επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων για την καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος, και όχι γιατί ο ένας ειδικός τους παραπέμπει σε κάποιον άλλον για να τους ξεφορτωθεί.
- Ø Αν, στη διάρκεια της ιατρικής ή νοσηλευτικής επίσκεψης, ο γονιός δεν καταλάβει κάτι είναι απαραίτητο να ρωτήσει για να πάρει τη σωστή πληροφορία. Ο ρόλος του γιατρού ή του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει και όχι να εκφοβίσει.
- Ø Οι γονείς μπορούν να ζητήσουν από το γιατρό τους να τους φέρει σε επαφή με άλλες οικογένειες που αντιμετωπίζουν το ίδιο ή παρόμοιο πρόβλημα.

2.14.5 ΓΙΑ ΤΑ ΑΔΕΡΦΙΑ:

- Ø Ενοχή που δεν έχουν ειδικές ανάγκες, ενώ ο αδερφός τους έχει.
- Ø Τύψεις ότι έχουν κάνει κάτι που προκάλεσε την ειδική ανάγκη.
- Ø Ντροπή για την εμφάνιση ή τη συμπεριφορά του αδερφού τους.
- Ø Φόβο ότι και τα ίδια μπορεί να εμφανίσουν ξαφνικά την ειδική ανάγκη.
- Ø Θυμό ή ζήλια για την προσοχή που δείχνουν οι γονείς και οι συγγενείς στον αδερφό με την ειδική ανάγκη.
- Ø Απομόνωση ή αίσθηση ότι κανένα άλλο παιδί δεν έχει τα ίδια συναισθήματα ή τις εμπειρίες που απορρέουν από την ύπαρξη ενός αδερφού με ειδικές ανάγκες.
- Ø Πίεση να αριστεύσουν για να "εξισορροπήσουν" τις ειδικές ανάγκες του αδερφού τους.
- Ø Προσφορά συνεχούς βοήθειας προς τον αδερφό με ειδικές ανάγκες, στο σημείο που οι ανάγκες του υγιούς παιδιού έρχονται μονίμως σε δεύτερη θέση.
- Ø Υπευθυνότητα.
- Ø Έλλειψη σωστής ενημέρωσης για το τι προκάλεσε τις ειδικές ανάγκες, πώς αντιμετωπίζονται και πώς αυτές επηρεάζουν όλη την οικογένεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3^ο

3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η **21 Μαρτίου** κάθε έτους έχει καθιερωθεί από το 2006 ως Παγκόσμια Ημέρα Συνδρόμου Down από τα Σωματεία International Down Syndrome Association και European Down Syndrome Association με πρωτοβουλία του γιατρού Στυλιανού Αντωναράκη, καθηγητή Γενετικής στο Πανεπιστήμιο της Γενεύης, προκειμένου να ενημερωθεί και να ευαισθητοποιηθεί η διεθνής κοινότητα για το σύνδρομο Down.

3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η πρώτη παρατήρηση για τα νεογνά που γεννήθηκαν με σύνδρομο Down έγινε το 1866 από τον Langdon Down, ο οποίος παρατήρησε ότι μερικά νεογνά που γεννιούνται έχουν εξωτερική όψη παρόμοια με αυτή των Μογγόλων, από όπου προήλθε και η ονομασία μογγολισμός. Στην αρχή πίστεψαν ότι αιτίες του συνδρόμου ήταν διάφορες ασθένειες, όπως η σύφιλη, η φυματίωση, ο αλκοολισμός του πατέρα, η επιληψία κ.ά.. Η πρώτη διαπίστωση, ότι το σύνδρομο έχει σχέση με την ηλικία της μητέρας, έγινε το 1909 και αποδόθηκε σε εκφύλιση του ωαρίου. Ωστόσο στην συνέχεια, παρατηρήθηκε ότι η ηλικία δεν ήταν ο μοναδικός επιβαρυντικός παράγοντας, γιατί σε ορισμένες περιπτώσεις βρέθηκε ότι υπήρχε κληρονομικότητα. Η πρώτη υπόθεση ότι ίσως να οφείλεται σε άνιση μετανάστευση των χρωμοσωμάτων έγινε το 1934, ενώ το 1956 ανακαλύφθηκε πλέον ότι το σπερματοζωάριο έχει το μισό αριθμό χρωμοσωμάτων (23), ενώ το ωάριο το άλλο μισό αριθμό. Έτσι, το 1959 αποδείχθηκε ότι τα άτομα που πάσχουν από σύνδρομο Down, αντί των φυσιολογικών χρωμοσωμάτων(46), έχουν ένα επιπλέον, και άρα 47 χρωμοσώματα. Αργότερα ωστόσο, βρέθηκαν άτομα με σύνδρομο που είχαν φυσιολογικό αριθμό χρωμοσωμάτων.

Έτσι σήμερα, γνωρίζουμε ότι το σύνδρομο Down συμβαίνει όταν ένα ολόκληρο ή ένα τμήμα του χρωμοσώματος 21 ανευρίσκεται αντί 2 φορές, όπως είναι φυσιολογικό, 3 φορές γεγονός που οφείλεται στο 95% των περιπτώσεων σε λάθος διαχωρισμό ή σε μετάθεση ή σε μωσαϊκό. Στην πρώτη περίπτωση η βλάβη αφορά τα χρωμοσώματα της μητέρας .

Το 1966, 100 χρόνια μετά την ανακάλυψη του Langdon Down, έγινε εφικτή η καλλιέργεια αμνιακών κυττάρων, τα οποία στην συνέχεια εξετάστηκαν για τον καρυότυπό τους και έτσι έγινε η πρώτη προγεννητική διάγνωση του συνδρόμου. Ωστόσο, στις αρχές του 1970 εισήχθηκε η μέθοδος της αμνιοπαρακέντησης στην διάγνωση, λόγω του ότι είχε κίνδυνο αποβολής, αλλά και μεγάλο κόστος, δεν ήταν εφικτό να γίνει σε όλες τις εγκύους. Αρχικά, τέθηκε το όριο των 40 ετών για την εκτέλεση της εξέτασης, ενώ αργότερα των 35 ετών που αποτελούσε το 5% του συνόλου των εγκύων. Σήμερα πλέον έχει αυξηθεί στις αναπτυγμένες χώρες η ηλικιακή αυτή ομάδα στο 10% που δυστυχώς περιλαμβάνει μόνο το 30% των παιδιών που γεννιούνται με σύνδρομο Down ενώ το υπόλοιπο 70% ανήκει στην λεγόμενη ομάδα χαμηλού κινδύνου κάτω των 35 ετών.³³

3.3 ΓΕΝΕΤΙΚΗ

Ο αριθμός των χρωματοσωμάτων στους διάφορους οργανισμούς ποικίλλει, παραμένει όμως σταθερός στο ζωικό είδος. Δύο είδη χρωματοσωμάτων έχουν σχέση με το φυλοκαθορισμό και αναφέρονται ως φυλετικά χρωματοσώματα, ενώ τα υπόλοιπα αναφέρονται ως αυτοσωματικά χρωματοσώματα.

Πρώτος ερευνητής, ο οποίος αναγνώρισε τα φυλετικά χρωματοσώματα υπήρξε ο Γερμανός Henking 1881. Μετά την ανακοίνωση των Tjio και Levan (1956) περί του αριθμού των χρωματοσωμάτων του ανθρώπου και σε περίοδο τριών χρόνων, πολλές ανακοινώσεις κατέδειξαν σαφώς ότι ορισμένες παθήσεις του ανθρώπου συνδέονται με χρωμοσωμιακές ατυπίες. Το 1959, ο Lejeune στο Παρίσι κατέδειξε ότι στο σύνδρομο Down οι πάσχοντες φέρουν κατά το πλείστον 47 χρωματοσώματα, το δε επιπλέον είναι ένα με αριθμό 21.

Τα χρωμοσώματα ταξινομούνται σε επτά ομάδες. Η Α ομάδα περιλαμβάνει τα ζεύγη 1-3, η Β ομάδα τα 4-5, η C τα 6-12 και το φυλετικό X χρωμόσωμα, η D τα 13-15, η E τα 16-18, η F τα 19-20 και η G τα 21-22 και το φυλετικό Y χρωμόσωμα.

Από διαταραχές στον αριθμό, στη μετατόπιση των σκελών ή ακόμα από διαμετάθεση τμήματος ενός χρωμοσώματος σε άλλο, προκαλείται ένα σύνολο εκδηλώσεων που μπορεί να είναι εμφανείς ή και λανθάνουσες και που χαρακτηρίζονται συνολικά ως «σύνδρομο».

Υπάρχουν τέσσερις κυτταρογενετικές παραλλαγές του καρυότυπου των ατόμων που πάσχουν από τρισωμία 21. Η συχνότερη παραλλαγή, που αφορά το μεγαλύτερο ποσοστό είναι 47XX ή XYG, δηλαδή έχουμε ένα επιπλέον χρωμόσωμα στη θέση 21. Είναι δυνατό να γίνει μετάθεση μεγάλου τμήματος του χρωμοσώματος 21, στο χρωμόσωμα 15, η οποία συμβολίζεται σαν μετάθεση 15/21 ή DG.

Η πιθανότητα απογόνων με σύνδρομο Down στην περίπτωση που ο ένας γονέας είναι φορέας D/G μετάθεσης (έχει μόνο 45 χρωμοσώματα) είναι 1:3 σε κάθε κύηση. Το άτομο αυτό θα περιέχει το D/G χρωμόσωμα και ένα φυσιολογικό 21. Θα φέρει δηλαδή 46 χρωμοσώματα, αλλά ουσιαστικά τρισωμικό για το 21.

Στην περίπτωση της μετάθεσης 21/21 ο κίνδυνος απόκτησης παιδιού με σύνδρομο Down είναι 100%. Τέλος, πρέπει να αναφέρουμε ότι υπάρχει ένας τύπος μωσαϊκού G σε ποσοστό 2,3%.³³

3.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το υπεράριθμο χρωμόσωμα του ζεύγους 21 είναι υπεύθυνο για το σύνολο των εκδηλώσεων στο σύνδρομο Down. Η μεγάλη ηλικία της μητέρας έχει ενοχοποιηθεί από πολλούς ως αιτιολογικός παράγοντας. Η συχνότητα του συνδρόμου Down δεν φαίνεται να επηρεάζεται από την πατρική ηλικία. Αυτό συμβαίνει, επειδή ο κύκλος ζωής και παραγωγής των σπερματοζωαρίων είναι ταχύς κατά την διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας. Είναι έτσι αδύνατο να υποθέσουμε ότι επιδρά οποιοσδήποτε μηχανισμός γήρανσης.

Άλλοι παράγοντες οι οποίοι έχουν ενοχοποιηθεί ως αιτιολογικοί είναι η ακτινοβολία, η καθυστερημένη γονιμοποίηση και παράγοντες μη διαχωρισμού.

Αυτό θα μπορούσε να εξηγήσει και τη σχέση μεγάλης ηλικίας μητέρας, όπου πιθανό οι σεξουαλικές επαφές είναι λιγότερο συχνές με επακόλουθο την καθυστέρηση γονιμοποίησης του ωαρίου. Είναι δυνατό, όμως, να γεννηθούν παιδιά με χρωμοσωμικές ανωμαλίες και από νεαρούς γονείς.³³

3.5 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Άτομα που πάσχουν από σύνδρομο Down έχουν χαρακτηριστική εμφάνιση με στενές βλεφαρικές σχισμές και με μάτια σχήματος αμυγδάλου. Στην ίριδα του ματιού παρουσιάζονται μικρές γραμμώσεις. Οι λοξές και στενές βλεφαρικές σχισμές ήταν το χαρακτηριστικό που οδήγησε τον Down να ονομάσει το σύνδρομο «Μογγολισμό». Η τάση του ατόμου να έχει διαρκώς τα μάτια ανοιχτά, λόγω της συνεχούς ενεργοποίησης του ανελκτήρα των βλεφάρων δημιουργεί τις εγκάρσιες ρυτιδώσεις στο μέτωπο.

Επίσης, πρέπει να παρατηρήσουμε την πάχυνση στην στοματική κοιλότητα, τις σχισμές στα χείλη και την οσχεοειδή γλώσσα σε ποσοστό 50% και άνω. Για την προβολή της γλώσσας και το ανοιχτό ενοχοποιείται ο στενός ρινοφάρυγγας και η υπερτροφία αμυγδαλών και αδενοειδών εκβλαστήσεων.

Άλλο σημαντικό διαγνωστικό κριτήριο είναι η κηλιδωτή ίριδα (κηλίδες Brushfield), την οποία διαπιστώνουμε κατά την γέννηση. Τα υποπλαστικά, και πολλές φορές απλαστικά ρινικά οστά, δίνουν την εικόνα επιππιοειδούς μύτης. Τα αυτιά είναι μικρά με αναδίπλωση και με υποπλασία ή απουσία λοβού. Το βάρος του σώματος είναι πιο μικρό από το βάρος των φυσιολογικών παιδιών, το δε σωματικό ύψος είναι αποτέλεσμα της γενικής καθυστέρησης της φυσιολογικής ανάπτυξης.

Στα αγόρια τα γεννητικά όργανα είναι συνήθως μικρά, παρατηρείται κρυφορχία και η στειρότητα είναι σε ποσοστό 100%. Τα κορίτσια εμφανίζουν περίοδο και είναι δυνατό να είναι γόνιμα.

Στην μετέπειτα ζωή τους έχουν αυξημένες πιθανότητες να προσβληθούν από λευχαιμία, έχουν αυξημένη ευπάθεια στις λοιμώξεις και σε ένα ποσοστό της τάξης του 75% συνυπάρχει συγγενής καρδιοπάθεια.³³

3.6 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Είναι γεγονός ότι η ποικιλία των χαρακτηριστικών στο σύνδρομο Down είναι τόσο μεγάλη που δεν μπορεί να χαρακτηριστεί συγκεκριμένος τύπος παιδιών, αφού είναι πραγματικότητα ότι κάθε παιδί έχει την δική του ιδιαιτερότητα. Πρέπει, επίσης, να επισημάνουμε ότι τόσο το οικογενειακό όσο και το κοινωνικό-πολιτιστικό περιβάλλον αυτών των παιδιών παίζει καθοριστικό ρόλο στην κλινική τους εικόνα.

Η απάθεια και η αδιαφορία σε αυτά τα παιδιά χαρακτηρίζει την καθυστέρηση στην ψυχοκοινωνική τους εξέλιξη, η νοητική ανεπάρκεια είναι μέση έως βαριά, η δε εξέλιξη της ομιλίας καθυστερεί πολύ. Αυτή αποκτάται γύρω στο 6 έτος με φτωχό λεξιλόγιο, δυσαρθρία, ψευδισμό ή τραυλιστική ομιλία. Η χροιά της φωνής είναι χαρακτηριστική και πολλές φορές παρατηρείται αλαλία και λεκτικές στερεοτυπίες.

Τα παιδιά αυτά χαρακτηρίζονται φιλικά και εύθυμα, επιδιώκουν να προκαλέσουν την προσοχή και το ενδιαφέρον, συμμετέχουν στο ομαδικό παιχνίδι, αλλά περισσότερο προς δική τους ικανοποίηση, είναι κοινωνικοποιημένα, αλλά μπορεί ταυτόχρονα να αναπτύξουν πείσμα, εκρήξεις οργής και θυμό. Έχουν ανάγκη της στοργής του ενήλικου, είναι ευαίσθητα αλλά και δύσπιστα. Έχουν ιδιαίτερη αγάπη στη μουσική, παρουσιάζουν ποικίλες μιμικές εκφράσεις μαζί με διάφορες ιδιοτροπικές κινήσεις.

Νευρωτικές εκδηλώσεις, κατάθλιψη με απραγματισμό ή και ψυχωσικές καταστάσεις, χαρακτηρίζουν ιδιαίτερα τα ασυλικά παιδιά. Άλλα χαρακτηριστικά είναι η προοδευτική απάθεια, έλλειψη ενδιαφέροντος για τον εξωτερικό κόσμο, κατατονική όψη, αλαλία, εκδηλώσεις που μοιάζουν με χαρακτηριστικά αυτιστικού παιδιού. Πρέπει να επισημάνουμε ότι οι ψυχωσικές εκδηλώσεις και οι διαταραχές συμπεριφοράς είναι λιγότερο συχνές από τις νευρωσικές εκδηλώσεις και την κατάθλιψη.

Ψυχικά χαρακτηριστικά-νοητική ανεπάρκεια με τις ιδιαίτερες μορφολογικές αλλοιώσεις χαρακτηρίζουν την ιδιαιτερότητα του συνδρόμου Down, αλλά και την εύκολη κλινική του εικόνα.³³

3.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN

3.7.1 Ακοή

Πολλά παιδιά είναι επιρρεπή σε κρυώματα και μολύνσεις. Σ' αυτό συμβάλλουν οι μικρότερες ρινικές κοιλότητες, με αύξηση της καταρροής. Αυτό μπορεί να επηρεάσει την ακοή, και εάν δεν προσεχθεί ή αντιμετωπιστεί, θα οδηγήσει σε προβλήματα ακοής. Μερικά παιδιά παρουσιάζουν επιπρόσθετα απώλεια-έκπτωση ακοής, συχνά αποτέλεσμα από ωτίτιδα.

Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει την εισαγωγή μικρού σωλήνα ή τη χρησιμοποίηση ακουστικών. Θα συμβουλευάμε, μετά από κάθε κρυολόγημα να ελέγχεται αν τα παιδιά μπορούν να ακούν. Τα παιδιά που φορούν ακουστικά πρέπει να βοηθούνται για να τα χρησιμοποιούν και να τα ελέγχουν. Επίσης, η απόδοση των ακουστικών θα πρέπει να ελέγχεται κατά διαστήματα.

Επομένως, είναι σημαντικό να φροντίζουμε οι οδηγίες να δίνονται καθαρά, απλά και πρόσωπο με πρόσωπο. Οι θόρυβοι από το περιβάλλον, καθώς και οι περίπλοκες οδηγίες μπορούν να μπερδέψουν ένα παιδί με απώλεια ακοής και ο εντοπισμός του ήχου να είναι δύσκολος.

3.7.2 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ - ΟΜΙΛΙΑ ΚΑΙ ΛΟΓΟΣ (ΓΛΩΣΣΑ)

Γενικά τα παιδιά με σύνδρομο Down έχουν ένα μικρό στοματικό πλαίσιο (small Frame). Οι ρινικές οδοί είναι μικρότερες και ο ουρανίσκος είναι μικρός και ψηλός, μειώνοντας έτσι τη στοματική κοιλότητα.

Συχνά, η γλώσσα είναι μεγαλύτερη, με αποτέλεσμα το παιδί να μην μπορεί να την κρατήσει μέσα. Αυτό μπορεί να επηρεάσει την αναπνοή και την άρθρωση, οδηγώντας σε προβλήματα ομιλίας. Οι προσπάθειες να μάθουμε στο παιδί να κρατάει μέσα τη γλώσσα του είναι συνήθως επιτυχείς.

Ο εκφραστικός λόγος έχει πάρα πολύ μεγάλη σημασία για κάθε παιδί και το ίδιο ισχύει και για τα παιδιά με σύνδρομο Down. Τίποτα δεν είναι πιο απογοητευτικό για κάθε παιδί από τα να μην μπορεί να εκφράσει τις ιδέες και απόψεις του σε άλλους ανθρώπους. Χρειάζεται μεγάλη υπομονή για να διασφαλίσουμε ότι ένα παιδί με δυσκολία στο λόγο ή στην ομιλία δεν θα αποθαρρυνθεί από το να μιλήσει. Πάντοτε να ακούτε προσεκτικά και να φροντίζετε να δίνονται στα παιδιά ευκαιρίες στην προσπάθειά τους να απαντήσουν και να συμμετέχουν στη συζήτηση. Μπορεί, όμως, η διαδικασία αυτή να πάρει λίγο καιρό και να χρειαστεί αρκετή αυτοπεποίθηση από τα παιδιά για να μπορέσουν να εκφραστούν με λόγια ή νοήματα. Ενθαρρύνετε τα υπόλοιπα παιδιά να είναι υπομονετικά και βοηθείστε τα να καταλάβουν πόσο πολύ θέλει να μιλήσει το παιδί και πόσο δύσκολο μπορεί να είναι γι' αυτό.

Το διάβασμα βοηθά στην ομιλία και το λόγο. Η προφορά των λέξεων όταν διαβάζονται, τείνει να είναι πιο ξεκάθαρη από τη φυσιολογική ομιλία του παιδιού. Το διάβασμα βοηθά τόσο στην άρθρωση, όσο και στην ανάπτυξη γλωσσικών μοτίβων που δεν περιλαμβάνονται στο ρεπερτόριο του παιδιού. Μπορεί να μην είναι αναγκαίο να ολοκληρωθεί η διδασκαλία των προ-αναγνωστικών δεξιοτήτων, πριν αρχίσει η ανάγνωση. Η εκμάθηση της ανάγνωσης είναι πιθανό να διευρύνει τον καθομιλούμενο λόγο του παιδιού.

Ένα σύστημα με σύμβολα ή νοήματα, οπτικά ερεθίσματα και χρήση υπολογιστών μπορεί να είναι πολύ βοηθητικά για ένα παιδί με δυσκολία στην ομιλία.

3.7.3 ΟΡΑΣΗ

Επειδή τα οπτικά ερεθίσματα αποτελούν μεγάλη βοήθεια για τα παιδιά με σύνδρομο Down, είναι απαραίτητο να διασφαλίζουμε ότι η όραση των παιδιών δεν παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα. Επειδή η "γέφυρα" της μύτης είναι μικρή ή ανεπαρκής, τα παιδιά έχουν δυσκολία στο να φορούν τα γυαλιά τους. Οι οπτικοί, βέβαια, εκσυγχρονίζονται και μπορούν να βοηθήσουν βάζοντας στα γυαλιά διαφορετικό κομμάτι (γέφυρα) στη μέση και μεγαλύτερα χερούλια. Σε ένα παιδί με φτωχή όραση θα πρέπει να του επιτραπεί να κρατάει το βιβλίο όπου το βολεύει για να το διαβάσει, ίσως πιο κοντά στα μάτια του ή απομακρυσμένο.

Οι φακοί επαφής έχουν, επίσης, προσαρμοστεί για τα παιδιά με σύνδρομο Down, αλλά χρειάζονται περισσότερο προσεκτική επιτήρηση.

Ένα άλλο μικρό σημείο, που θα πρέπει να προσεχτεί, είναι ότι τα μάτια του παιδιού μπορεί να μην μπορούν να προσαρμοστούν γρήγορα από το έντονο φως στη σκιά και το αντίθετο. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να σκοντάφτει το παιδί στις σκάλες, κάτι που ίσως δε θα πρέπει να θεωρηθεί ως αδεξιότητα από μέρους του παιδιού.

3.7.4 ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Γενικά, η κινητικότητα δεν είναι πρόβλημα στα παιδιά με σύνδρομο Down, εκτός αν έχουν πολλαπλές αναπηρίες. Ωστόσο, ο μυϊκός τους τόνος είναι πιο χαλαρός, από των άλλων παιδιών, και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολίες στο συντονισμό και στο βάδισμα.

Μερικά παιδιά μπορεί να έχουν δυσκολίες στο να περπατούν, να τρέχουν, να κάνουν ποδήλατο. Αυτές οι δυσκολίες μπορεί να δημιουργήσουν απογοητεύσεις στα ομαδικά παιχνίδια και στα σπορ, αλλά δε θα πρέπει να αποθαρρύνουμε τα παιδιά στο να συμμετέχουν. Ίσως θα χρειάζεται να τους υπενθυμίζουμε να χρησιμοποιούν το κυρίαρχο χέρι τους για να κρατήσουν τη ρακέτα, να ρίξουν τους κρίκους κτλ.

Η κολύμβηση, ο χορός, οι ασκήσεις και τα παιχνίδια όπως συμπεριλαμβάνονται στο κανονικό πρόγραμμα του σχολείου, θα βοηθήσουν στην καλύτερη κατάσταση του μυϊκού τόνου και της φυσικής κατάστασης. Επομένως, η συμμετοχή των παιδιών σ' αυτές τις δραστηριότητες θα πρέπει πάντα να ενθαρρύνεται. Το Department of Health Medical Advisors, στη Μεγάλη Βρετανία, σημειώνει κάποια μικρότερα σημεία, που πρέπει να δοθεί προσοχή, δίνοντας κάποιες γενικές κατευθυντήριες γραμμές για ορισμένες έντονες σωματικές ασκήσεις καθώς και για την αστάθεια του άτλαντα.

3.7.5 ΔΙΑΙΤΑ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Τα περισσότερα παιδιά με σύνδρομο Down έχουν εξαιρετική όρεξη, αλλά η παχυσαρκία θα μπορούσε να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα. Η καλή διατροφή είναι σημαντικός παράγοντας για την υγεία τους. Μερικά παιδιά μπορεί να έχουν προβλήματα στο μάσημα της τροφής και μπορεί να χρειάζονται περισσότερη ώρα για να τελειώσουν το γεύμα τους. Όταν κάνει κρύο, μπορεί να χρειαστεί να τους υπενθυμίζεται να βάζουν ή να βγάζουν το πανωφόρι τους. Επίσης, μπορεί να χρειαστούν κάποια προστασία για ευαίσθητο δέρμα.

3.7.6 ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το ανοσοποιητικό τους σύστημα μπορεί να μην είναι τόσο καλά ανεπτυγμένο, όπως στα άλλα παιδιά. Τα παιδιά με σύνδρομο Down μπορεί να είναι πιο επιρρεπή σε αρρώστιες, ειδικότερα στα πρώτα χρόνια της ζωής τους.

3.7.7 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΑΣ

Μερικά παιδιά με σύνδρομο Down παρουσιάζουν καρδιακά προβλήματα, που ποικίλλουν στη σοβαρότητα τους. Πολλά παιδιά χειρουργούνται όταν είναι μωρά. Άλλα, όμως, δεν μπορούν να βοηθηθούν τόσο εύκολα. Είναι απαραίτητη η συνεργασία των γονέων του παιδιού με τον οικογενειακό γιατρό ώστε να ξέρουν τι να κάνουν για να τα βοηθήσουν. Ο νοσηλευτής του σχολείου θα πρέπει να συμμετέχει, όπου είναι απαραίτητο.

Θα πρέπει να ειπωθεί ότι όσο και αν φαίνονται "φοβερά" τα σωματικά προβλήματα των παιδιών με σύνδρομο Down, δεν παρουσιάζονται όλα τα προβλήματα μαζί στα παιδιά και πολλές φορές δεν υπάρχουν καν. Πολλά παιδιά μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους με το δικό τους τρόπο. Μάθετε από το παιδί με το να είστε μαζί του, και συνεργαζόμενοι μ' αυτό θα βοηθήσετε για το καλύτερο αποτέλεσμα. Τα οφέλη θα φανούν όταν το σχολείο και οι γονείς ενημερώνουν ο ένας τον άλλο για τη γενική κατάσταση υγείας του παιδιού.

3.8 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

3.8.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Το φάσμα ικανοτήτων στα παιδιά με σύνδρομο Down, αν και είναι χαμηλότερο και γενικά με πιο αργούς ρυθμούς, είναι τόσο ευρύ, όπως και σε κάθε άλλη ομάδα παιδιών.

Πρέπει να επαναλάβουμε ότι η παρουσία ή απουσία εμφανών χαρακτηριστικών, που σχετίζονται με το σύνδρομο Down, δεν δίνει καμιά ένδειξη για την ατομική ικανότητα του παιδιού. Θα πρέπει να τονιστεί πως έστω και αν το παραπανίσιο χρωμόσωμα επηρεάζει πολλά μέρη του σώματος και του εγκεφάλου, η προσωπικότητα του παιδιού πηγάζει από το περιβάλλον και την οικογένεια του.

Επίσης, πρέπει να τονιστεί ότι ένα παιδί με σύνδρομο Down μπορεί να παρουσιάσει μια ποικίλη κλίμακα ικανοτήτων, όπως και κάθε άλλο παιδί. Μερικά παιδιά με σύνδρομο Down μπορεί να τα αναλάβουν κάποια παιδιά της τάξης και να τα "προστατεύουν". Οι συμμαθητές πρέπει να ενθαρρύνονται και να αλληλεπιδρούν φυσιολογικά με το παιδί με σύνδρομο Down, τόσο μέσα όσο και έξω από την τάξη. Άλλα παιδιά λιγότερο ήρεμα χρειάζονται μερικές φορές σταθερή και πειθαρχική αντιμετώπιση για να μάθουν τα όρια. Αν γίνονται συνεχείς εξαιρέσεις για ένα παιδί που συμπεριφέρεται άσχημα επειδή έχει σύνδρομο Down, αυτό δε θα βοηθήσει καθόλου και μπορεί να δημιουργήσει μεγαλύτερα προβλήματα.

Όλα τα στάδια ανάπτυξης των παιδιών με σύνδρομο Down διαρκούν περισσότερο. Έτσι, για τις ενοχλητικές συμπεριφορές χρειάζεται μεγαλύτερο διάστημα για να εξαλειφθούν. Είναι σημαντικό να λαμβάνουμε υπόψη ότι κάποια ξαφνική αναστάτωση του παιδιού μπορεί να οφείλεται ίσως στην απογοήτευση του παιδιού για κάποια δυσκολία που συναντά ή στο ότι δεν νιώθει καλά.

Εάν κάποιο παιδί πεισμώνει ή αποτραβιέται και μια προσεκτική εξήγηση δεν το επαναφέρει, αξίζει να δοκιμάσουμε να το κάνουμε να γελάσει. Πρέπει να τονιστεί ότι είναι πιο σημαντικό να επαινούμε την καλή συμπεριφορά, παρά να δίνουμε σημασία στην άσχημη συμπεριφορά. Κάποιες απλές αμοιβές μπορούν να είναι αποτελεσματικές, όπως χρυσά αστεράκια ή ζωγραφιές σ' ένα πίνακα. Επίσης, θα ήταν πολύ ωφέλιμο να υπάρχει συνεργασία με το σπίτι, ώστε η επιθυμητή συμπεριφορά και οι μέθοδοι πειθαρχίας να είναι ενιαίες. Γνωρίζουμε ότι πολλά παιδιά έχουν διαφορετική συμπεριφορά όταν είναι στο σχολείο. Ωστόσο, η αιτιολογία μπορεί να είναι διαφορετική για κάθε μια περίπτωση και επομένως η συμπεριφορά του ενήλικα πρέπει να είναι αντίστοιχη.

Πολλά παιδιά επηρεάζονται από τις αλλαγές στο καθημερινό τους πρόγραμμα, ιδιαίτερα εάν είναι ξαφνικές ή αν δεν τους επεξηγούνται. Συχνά αυτό μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τα παιδιά με σύνδρομο Down. Πρέπει να δίνεται προσοχή ώστε να εξηγούνται από πριν τυχόν αλλαγές στις δραστηριότητες, στο προσωπικό κτλ.

Μερικές φορές τα παιδιά με σύνδρομο Down επαναλαμβάνουν αυτό που τους λέγεται προσπαθώντας να ευχαριστήσουν και όχι επειδή αυτό που λένε είναι αλήθεια. Μερικά έχουν την τάση να λένε "ναι" όταν εννοούν "όχι" ή το αντίστροφο, αλλά εάν ο ενήλικας περιμένει ή ρωτήσει ξανά με διαφορετικό τρόπο, θα πάρει τη σωστή απάντηση. Επίσης, τα παιδιά αυτά συνηθίζουν να χαιρετούν τους άλλους με μη-κατάλληλο τρόπο. Τα φιλιά και άλλοι διαχυτικοί χαιρετισμοί δεν είναι πάντα κατάλληλοι. Αυτό ισχύει και για τις δυο πλευρές.

Είναι σημαντικό όταν επισκέπτονται ενήλικοι την τάξη σας να φέρονται στα παιδιά με σύνδρομο Down όπως θα φέρονταν και στα άλλα παιδιά της τάξης σας. Η δική σας συμπεριφορά προς το παιδί ως άτομο, είναι το "κλειδί" που θα το βοηθήσει να ευχαριστηθεί το χρόνο που θα περάσει στην τάξη μαζί σας και με τα άλλα παιδιά.³⁴

3.8.2 ΠΡΟΟΔΟΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Όπως γίνεται αντιληπτό, τα κενά στη "σχολική μάθηση" θα εμφανιστούν στα τελευταία στάδια της προσχολικής εκπαίδευσης. Είναι, λοιπόν, σημαντικό να δώσουμε στο παιδί κάθε ευκαιρία να προοδεύσει. Τα παιδιά με σύνδρομο Down δεν ξεκινούν από μόνα τους τη διαδικασία της μάθησης. Ο δάσκαλος πρέπει να έχει κατά νου τι θα χρειαστεί να μάθει το παιδί μετά, ειδικά όταν φαίνεται πως δεν σημειώνεται πρόοδος. Για τα παιδιά που μαθαίνουν με αργούς ρυθμούς, κάθε θέμα θα πρέπει να παρουσιάζεται με διαφορετικό τρόπο. Θα πρέπει να κατακερματίζεται και να διδάσκεται με τα μικρότερα δυνατά βήματα. Θα πρέπει, επίσης, να ελέγχεται ο βαθμός κατανόησης κάθε καινούριας δεξιότητας που μαθαίνει το παιδί.

Θα βοηθούσε ίσως να διδάξουμε με απλές προφορικές οδηγίες, τις οποίες το παιδί θα μάθει σταδιακά να τις επαναλαμβάνει για να συνοδεύει τις πράξεις του. Μη θεωρήσετε ότι το παιδί κατανοεί βασικούς όρους, όπως "το πάνω μέρος της σελίδας", "πρώτος", "τελευταίος", "περισσότερα", "λιγότερα" κ.ά. Η μη-πλήρως ανεπτυγμένη ικανότητα κατανόησης του παιδιού μπορεί να οδηγήσει σε μια "κατά γράμμα" ερμηνεία των οδηγιών. Το παιδί μπορεί να βρίσκει δύσκολο το να κάνει δύο πράγματα συγχρόνως, π.χ. να συνομιλεί και να τρώει, να περπατάει και να βάζει γάντια. Οι απλές μεμονωμένες οδηγίες, ιδιαίτερα στο αρχικό στάδιο, που επιτρέπουν στο παιδί να ολοκληρώνει μια πράξη πριν προχωρήσει στην επόμενη, θα βοηθήσουν στο να δώσουν στα παιδιά αυτοπεποίθηση και ικανοποίηση όταν ολοκληρώνουν κάποια δουλειά.³⁴

3.8.3 ΛΕΠΤΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΑ

Εκτός από προβλήματα συντονισμού, μερικά παιδιά επειδή τα δάχτυλα τους είναι πιο κοντά και ίσως πιο αδύνατα, μπορεί να χρειαστούν ενθάρρυνση με τις δεξιότητες της λεπτής κινητικότητας, ιδιαίτερα όταν μαθαίνουν να σχηματίζουν τα γράμματα και να γράφουν για πρώτη φορά. Συχνά τα παιδιά με σύνδρομο Down πιάνουν το μολύβι με ένα διαφορετικό τρόπο (με όλη την παλάμη του χεριού και όχι στις αρθρώσεις των δαχτύλων) και αυτό μπορεί να δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα.

Η εξάσκηση στη δραματοποίηση και στα παιχνίδια μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αυξηθεί ο συντονισμός ματιού - χεριού. Το να μαζεύει το παιδί μικρά αντικείμενα ή κομμάτια χαρτιού, θα δυναμώσει τα δάχτυλα και τα χέρια. Η γραφή θα πρέπει να διδαχθεί προσεκτικά και από την αρχή τα γράμματα θα πρέπει να σχηματίζονται σωστά. Γράμματα σχηματισμένα από άμμο (ανάγλυφα) που χρησιμοποιούνται για ψηλάφηση με το δείκτη, μπορεί να βοηθήσουν. Ο έλεγχος του μολυβιού μπορεί να είναι αδύνατος, επειδή τα δάκτυλα είναι κοντά και οι αντίχειρες είναι τοποθετημένοι χαμηλά. Γι' αυτόν το λόγο τα παιδιά χρειάζονται ενθάρρυνση σ' αυτές τις δεξιότητες, ιδιαίτερα όταν μαθαίνουν να σχηματίζουν τα γράμματα και να γράφουν. Συχνά το λιγότερο ικανό παιδί είναι αυτό που του μένει ο ελαττωματικός εξοπλισμός.³⁴

3.8.4 ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ

Χρειάζεται προσοχή στη χρησιμοποίηση φωτογραφιών, οι οποίες δε θα πρέπει να είναι παραγεμισμένες από παραπλανητικό υλικό, ειδικά όταν διδάσκεται η αρίθμηση. Πολλά παιδιά με σύνδρομο Down δεν έχουν την αυτοπεποίθηση να προχωρήσουν από κάτι το οποίο το ξέρουν σε κάτι καινούριο. Είναι ουσιώδες να επεκτείνουμε την κατανόηση του παιδιού. Αλλά αυτού του είδους η αντίδραση μας δίνει την ένδειξη για το πότε εισάγουμε μια έννοια, για την οποία το παιδί δεν είναι έτοιμο.

Καθώς η διάρκεια συγκέντρωσης μπορεί να είναι μικρή, μία αλλαγή στη δραστηριότητα μπορεί να φέρει καλύτερη ανταπόκριση από το παιδί. Εάν το παιδί δε φαίνεται να έχει όρεξη για εξάσκηση, ο δάσκαλος θα πρέπει να δημιουργήσει καινούργιους και ενδιαφέροντες τρόπους για να κάνουν το παιδί να επαναλάβει μια άσκηση. Τα άλλα παιδιά στην τάξη μπορούν να προσφέρουν μεγάλη βοήθεια στη δουλειά που κάνουν κατά ομάδες καθώς θα εξασκούν τις δικές τους δεξιότητες. Πρέπει, όμως, να δοθεί προσοχή να μην υπερπροστατεύονται από τα άλλα παιδιά.³³

3.8.5 ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

Πολλά έχουν ειπωθεί για τη σημασία του ελεύθερου παιχνιδιού, για τα διαλείμματα και για τη διακοπή για μεσημεριανό φαγητό που δίνουν την ευκαιρία στα παιδιά να ξεφύγουν από "τη δομή και πειθαρχία" της τάξης. Αυτά τα διαλείμματα δεν είναι πάντα δημιουργικά για τα παιδιά με σύνδρομο Down, που συχνά απομονώνονται από τους περισσότερο ικανούς συνομηλίκους τους. Σε μια κατάσταση που δεν είναι δομημένη, το παιδί μπορεί να πληγωθεί συναισθηματικά και να αρχίσει να συμπεριφέρεται με ακατάλληλους τρόπους. Πρέπει να γίνουν κάποιες λεπτές προσπάθειες, που να διασφαλίζουν ότι το παιδί με σύνδρομο Down μπορεί να συμμετέχει με τα άλλα παιδιά σ' αυτά τα διαστήματα.³⁴

3.8.6 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ-ΓΟΝΕΩΝ

Η επικοινωνία ανάμεσα στο σπίτι και στο σχολείο είναι ζωτικής σημασίας και εκτιμάται τόσο από τους γονείς, όσο και από τους δασκάλους. Αυτό συμβαίνει και όταν το παιδί με σύνδρομο Down πηγαίνει σχολείο για πρώτη φορά. Οι γονείς μπορεί να θέλουν να συνεχίζουν στο σπίτι αυτό που συμβαίνει στο σχολείο, ενισχύοντας και εξασκώντας τις καινούριες δεξιότητες που μαθαίνει το παιδί τους.

Ένας τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι να δημιουργηθεί ένα βιβλίο σχολείου - σπιτιού για όλα τα παιδιά, στο οποίο οι δάσκαλοι και οι γονείς να γράφουν σημειώσεις ο ένας στον άλλο. Οι γονείς μπορεί να θέλουν να παρακολουθήσουν τα "τηλεοπτικά εκπαιδευτικά" προγράμματα, που χρησιμοποιούνται στο σχολείο, καθώς αυτό θα έδινε τη δυνατότητα στους γονείς να ενθαρρύνουν τη συζήτηση και τη μεγαλύτερη κατανόηση τέτοιων προγραμμάτων από το παιδί. Το βιβλίο του σχολείου - σπιτιού θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την προσωπική επαφή δασκάλου – γονιού, γιατί το βιβλίο από μόνο του δεν είναι αρκετό.³⁴

3.9 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ (10/10/2003 στη Νέα Υόρκη)

Ένα νέο τεστ ανιχνεύει γρηγορότερα και με μεγαλύτερη εγκυρότητα το σύνδρομο Down στα έμβρυα, σύμφωνα με αμερικανική μελέτη που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο New England Journal of Medicine.

Το εν λόγω τεστ πραγματοποιείται κατά τη 12η εβδομάδα της κύησης, αντί της 20ής, κατά την οποία λαμβάνει χώρα το υπάρχον τεστ και περιλαμβάνει δύο αιματολογικά τεστ και υπέρηχο, καθιστώντας, έτσι, περιττή την αμνιοκέντηση που χρησιμοποιείται ευρέως έως σήμερα.

Οι παρασκευαστές του τεστ, από το Κολέγιο Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ντρέξελ στις ΗΠΑ, υποστηρίζουν ότι η εγκυρότητα του τεστ είναι μεγάλη, καθώς με έρευνες που πραγματοποίησαν, αποδείχθηκε πως το ποσοστό έγκυρης διάγνωσης κυμαινόταν στο 85% σε σχέση με το 75% του αντίστοιχου παλαιότερου τεστ. Στο πλαίσιο της μελέτης, οι ερευνητές υπέβαλαν 8.216 έγκυες γυναίκες στην καινούργια δοκιμασία ανίχνευσης του συνδρόμου Down και διαπίστωσαν ότι το ποσοστό επιτυχίας της μεθόδου ήταν μεγάλο.

Ειδικότερα, τα αιματολογικά τεστ ανιχνεύουν την ύπαρξη τυχόν χαμηλών επιπέδων της σχετιζόμενης με την εγκυμοσύνη πρωτεΐνης του πλάσματος Α καθώς και αυξημένα επίπεδα της ορμόνης με την ονομασία "ανθρώπινη χοριονική γοναδοτροπίνη".

Παράλληλα, το υπερηχογράφημα ανιχνεύει την τυχόν ύπαρξη υψηλών επιπέδων υγρού στον αυχένα του εμβρύου (αυχενικό περύγιο). Όπως επισημαίνουν οι ερευνητές, το καινούργιο τεστ ανιχνεύει επίσης και μια σειρά από ανωμαλίες των χρωμοσωμάτων, γνωστές με την ονομασία "σύνδρομο Edwards". Πρόκειται για ένα φαινόμενο με παρεμφερή και οξύτερα συμπτώματα του συνδρόμου Down, κατά το οποίο το έμβρυο έχει τρία αντίγραφα του χρωμοσώματος 18, αντί των δύο που πρέπει να έχει φυσιολογικά.³⁵



ΚΕΦΑΛΑΙΟ
4^ο

4. ΤΟ «ΣΤΡΕΣ»

4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ «ΣΤΡΕΣ»

Η λέξη «στρες» αποτελεί τον αγγλικό όρο stress, αυτού που θα ονομάζαμε στα ελληνικά «ψυχοκοινωνική πίεση». Αφορά ακριβώς στο αίσθημα που έχουμε όταν δεχόμαστε πιέσεις, είτε από το εξωτερικό περιβάλλον, είτε από τον εαυτό μας και στον τρόπο με τον οποίο αντιδρούμε όταν δεχόμαστε αυτές τις πιέσεις.

Το stress δεν είναι απαραίτητα κάτι το αρνητικό. Σε μικρή ένταση, μάλιστα, μπορεί να είναι και η κινητήριός μας δύναμη. Κανείς μας δεν θα έφερνε σε πέρας για παράδειγμα μία εργασία, αν δεν τον ενεργοποιούσε λίγο stress. Πρόκειται, λοιπόν, για μία φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού σε εξωτερικές ή εσωτερικές απαιτήσεις ή ακόμη και σε κινδύνους, οπότε και στόχος του είναι να μας βοηθήσει να αντιδράσουμε.

Δεν χειρίζονται, όμως, όλα τα άτομα όλες τις καταστάσεις με τον ίδιο τρόπο. Έτσι, σε πολλούς ανθρώπους, η αντίδραση στο stress ξεπερνά τα φυσιολογικά επίπεδα και αρχίζει να προκαλεί έντονη δυσφορία και δυσκολίες στην καθημερινή ζωή.³⁶

4.2 ΕΙΔΗ ΤΟΥ STRESS

Το stress εμφανίζεται με *τρεις* μορφές:

- 1) **Οξύ stress:** προκαλείται από μία κατάσταση έντονη που μόλις προηγήθηκε ή που άμεσα επίκειται. Θέτει το άτομο σε ετοιμότητα και μπορεί να προκαλεί μέχρι και ευχάριστη ένταση επαναλαμβανόμενο, όμως, εξαντλεί το άτομο.
- 2) **Επεισοδιακό οξύ stress:** οξύ stress σε καθημερινή σχεδόν βάση. Τα άτομα αυτά είναι σαν να βρίσκονται διαρκώς «στην πρίζα». Προκαλεί έντονα σωματικά συμπτώματα και προβλήματα στην συμπεριφορά (π.χ. επιθετικότητα, ξεσπάσματα).

- 3) **Χρόνιο stress:** το άτομο βρίσκεται μόνιμα σε μία κατάσταση stress, την οποία μέσα από τον χρόνο συνηθίζει ως αναπόσπαστο μέρος της ζωής του. Η ζωή του φαίνεται αδιάφορη και στάσιμη. Το άτομο φθείρεται σωματικά και ψυχικά και νοιώθει δυστυχισμένο και ανικανοποίητο. Τα αποτελέσματα αυτού του τύπου stress είναι αρκετά σοβαρά, καθώς μπορούν να καταλήξουν σε σημαντικά σωματικά ή ψυχικά προβλήματα.³⁷

4.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΟΝΟΥ STRESS

Τα συμπτώματα του έντονου stress εκδηλώνονται σε *τέσσερα* επίπεδα και ποικίλουν ανάλογα με την σοβαρότητά τους:

- *στο συναίσθημα,*
- *στη σκέψη,*
- *στη συμπεριφορά και*
- *στο σώμα.*³⁶

4.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΟΝΟΥ STRESS

Τα αποτελέσματα του stress μπορεί να είναι ορισμένες δυσκολίες ή δυσχέρειες, όπως:

Συναίσθημα	Σκέψη	Συμπεριφορές	Σώμα
Στενοχώρια	Σκέψη του είδους: «δεν θα τα καταφέρω»	Παρορμητικότητα	Εφίδρωση
Ανησυχία	Σκέψη του είδους: «θα αποτύχω»	Τρίξιμο δοντιών και δάγκωμα νυχιών	Σφιγμένοι μύες
Ενοχές όταν κάποιος ξεκουράζεται, επειδή θα έπρεπε να κάνει κάποια δουλειά	Σκέψη του είδους: «δε μου φτάνει ο χρόνος»	Έλλειψη οργανωτικότητας	Συχνουρία / διάρροια
Εκνευρισμός	Θεωρεί τους άλλους υπεύθυνους για ό,τι άσχημο του συμβαίνει	Αναποφασιστικότητα	Χέρια που τρέμουν

Μερικές φορές τα συμπτώματα του stress γίνονται έντονα και παίρνουν τη μορφή προβλημάτων στη λειτουργικότητα και υγεία. Στήνεται ένας φαύλος κύκλος άγχους και συμπτωμάτων, όπου το ένα επιτείνει το άλλο. Έτσι, η παραγόμενη ανησυχία και οι άλλες αρνητικές συνέπειες ξεφεύγουν από τον έλεγχό μας. Η πίεση που νιώθουμε γίνεται μεγαλύτερη και τα συμπτώματα στη σκέψη, το συναίσθημα, τη συμπεριφορά και το σώμα μας ακόμα πιο έντονα:

Συναισθήματα	Σκέψη	Συμπεριφορές	Σώμα
Θλίψη	Η σκέψη «κολλάει» σε κάτι	Δεν απολαμβάνουμε τα πράγματα που απολαμβάναμε παλιότερα	Δυσκολίες στον ύπνο
Άγχος	Σκέψη του είδους: «πρέπει να κάνω αυτό, πρέπει να κάνω το άλλο, πρέπει...»	Αποφυγή καθηκόντων που προκαλούν άγχος	Κεφαλαλγίες και άλλοι πόνοι σε διάφορα σημεία του σώματος
Σύγχυση	Σκέψη του είδους: «χάλια τα πήγα»	Υπερβολικές αντιδράσεις σε μικρές ενοχλήσεις	Διαρκές αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης
Γρήγορη εναλλαγή συναισθημάτων (π.χ. ευφορία - άγχος)	Φοβόμαστε για το χειρότερο	Απρόβλεπτες αντιδράσεις	Αίσθημα πνιγμού και δυσκολία στην αναπνοή / λιποθυμικές τάσεις
Θυμός		Επιθετικότητα	Ταχυπαλμίες
Έντονη ανησυχία για το μέλλον		Απώλεια της όρεξης ή υπερβολική όρεξη	Απώλεια ή αύξηση του σωματικού βάρους

Οι συνέπειες του ισχυρού stress δε σταματούν, δυστυχώς, εδώ. Η ένταση της πίεσης, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, μπορεί να προκαλέσει σοβαρότατα προβλήματα και κινδύνους, όπως:

Συναισθήματα	Σκέψη	Συμπεριφορές	Σώμα
Αίσθημα ακινητοποίησης	Αδυναμία στη συγκέντρωση	Κοινωνική απόσυρση / απομόνωση	Συχνές αρρώστιες
Απαισιοδοξία	Προβλήματα μνήμης	Κατάχρηση ηρεμιστικών, αλκοόλ ή άλλων ουσιών	Χρόνιοι πόνοι σε διάφορα σημεία
Χαμηλό αυτό- συναίσθημα	Σκέψη του είδους: «η ζωή μου είναι χάλια»	<i>Αυτοκτονία</i>	<i>Καρκίνος</i>
Διαρκής ανησυχία / φοβίες		Αύξηση ατυχημάτων	<i>Εγκεφαλικό</i>

Ακόμη και τα μικρής έντασης συμπτώματα θα πρέπει να σημειώνονται και να αντιμετωπίζονται. Συνήθως δεν δίνουμε σημασία, για παράδειγμα, σε πονοκεφάλους ή στομαχόπονους και αυτό κυρίως, επειδή τους αποδίδουμε αλλού ή γιατί τους έχουμε πλέον συνηθίσει. Η αλήθεια είναι ότι τέτοια μικρά συμπτώματα αποτελούν ενδείξεις ότι κάτι δεν πάει καλά στον τρόπο ζωής που ακολουθούμε και ότι θα πρέπει να βρούμε τρόπους να χειριστούμε τις καθημερινές καταστάσεις κάπως διαφορετικά.

4.5 ΠΗΓΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΟΥ STRESS

Είναι πολλά τα γεγονότα εκείνα ή οι καταστάσεις που μπορούν να δημιουργήσουν stress σε ένα άτομο. Πηγές του stress μπορεί να εντοπίσει κανείς μέσα στον ίδιο τον *εαυτό* του, την *οικογένειά* του, το χώρο *σπουδών* ή *εργασίας* και το *κοινωνικό* ή/ και *φυσικό περιβάλλον*. Για παράδειγμα, stress μπορεί να δημιουργήσουν:

- § χρονικοί περιορισμοί
- § απανωτές δυσκολίες
- § οι απαιτήσεις των άλλων ή και του εαυτού
- § θέματα υγείας και ασφάλειας
- § η μοναξιά
- § ξαφνικά γεγονότα ή δυσκολίες
- § κοινωνικές ανησυχίες και προβλήματα
- § το μέλλον, οι προοπτικές
- § περιβαλλοντικά προβλήματα
- § οικονομικές δυσκολίες
- § προβλήματα στην εργασία
- § προβλήματα σχέσεων
- § προβλήματα στις σπουδές
- § ο ανταγωνισμός
- § η βία
- § οι καταστάσεις που θεωρούμε ότι δεν ελέγχουμε
- § η ασάφεια
- § η ματαίωση των προσδοκιών μας
- § οι σημαντικές αλλαγές στις συνθήκες ζωής
- § οι καινούργιες καταστάσεις
- § η αντίληψη ότι δεν θα τα καταφέρουμε σε κάτι.^{38,36}

Κάποια από τα γεγονότα ή τις καταστάσεις που αντιμετωπίζουμε μπορούν να θεωρηθούν στρεσογόνες για όλους σχεδόν τους ανθρώπους (π.χ. η απώλεια προσώπων, η μοναξιά, μια καταστροφή). Κάποια άλλα, όμως, γίνονται στρεσογόνα μόνο όταν το άτομο θεωρεί ότι δεν μπορεί να τα αντιμετωπίσει. Παράγοντες όπως,

- i. οι προσδοκίες,
- ii. οι επιθυμίες,
- iii. οι συνθήκες του περιβάλλοντος,
- iv. η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη,
- v. ο αρνητικός τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζουμε τα πράγματα,
- vi. ορισμένες αρνητικές συνήθειες (π.χ. η τελειομανία),
- vii. στοιχεία της προσωπικότητας και της ιδιοσυγκρασίας,

διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο εάν θα αξιολογήσουμε ένα γεγονός ή μια κατάσταση ως στρεσογόνο, καθώς και το πόσο stress μας δημιουργεί.³⁶

4.6 ANTIMETΩΠΗΣΗ ΤΟΥ STRESS

Για να αντιμετωπίσουμε τις δυσκολίες που συναντούμε στη ζωή μας καταφεύγουμε σε διάφορες μεθόδους ή στρατηγικές. Κάποιες από τις στρατηγικές που χρησιμοποιούμε μας ωφελούν για λίγο μόνο καιρό. Συνήθως αυτές αφορούν τον ίδιο μας τον εαυτό: προσπαθούμε να αλλάξουμε τα συναισθήματά μας ή προσπαθούμε να ξεχάσουμε ό,τι μας απασχολεί. Έτσι όμως το πρόβλημα παραμένει και εξακολουθεί να δημιουργεί δυσάρεστα συναισθήματα και άλλες αρνητικές συνέπειες. Τέτοιες στρατηγικές είναι:

- 1) η λήψη φαρμάκων,
- 2) η κατάχρηση αλκοόλ ή καπνού,
- 3) η υπερβολική λήψη τροφής,
- 4) η αποφυγή των γεγονότων ή των καταστάσεων που μας προκαλούν άγχος.³⁹

Υπάρχουν, όμως, και στρατηγικές που βοηθούν και ωφελούν, τόσο άμεσα, όσο και μακροπρόθεσμα. Οι στρατηγικές αυτές στρέφονται προς το ίδιο το πρόβλημα, με στόχο την αντιμετώπισή του και την απαλλαγή μας από αυτό και τις συνέπειές του. Τέτοιες στρατηγικές αντιμετώπισης του stress είναι:

1. Μαθαίνοντας να χαλαρώνουμε από την ένταση

Χαλαρώνουμε από την ένταση με δύο τρόπους:

A) Διαφραγματική αναπνοή:

Η διαφραγματική αναπνοή μας βοηθά σημαντικά να χαλαρώνουμε. Είναι μια ανάγκη και πρέπει συχνά να ασκούμαστε σ' αυτήν. Ξεκινήστε να ασκείστε ξαπλωμένοι όταν μαθαίνετε την άσκηση. Στην καρέκλα ή όρθιοι αργότερα.

- i. Τοποθετείστε το ένα χέρι στο στήθος και το άλλο στο στομάχι.
- ii. Εισπνεύστε από τη μύτη σας και αφήστε το στομάχι σας να φουσκώσει. Έτσι, χρησιμοποιείτε πλήρως τους πνεύμονές σας. Προσπαθήστε να διατηρείτε την κίνηση του στήθους σας σε ένα μίνιμουμ, χωρίς να σφίγγεστε.
- iii. Απαλά και ήρεμα, εκπνεύστε από τη μύτη σας.
- iv. Επαναλάβετε, κρατώντας ένα ρυθμό. Στόχος είναι να παίρνετε 8-12 αναπνοές (εισπνοές και εκπνοές) το λεπτό.

Στην αρχή μπορεί να νιώσετε ότι δεν λαμβάνετε αρκετό αέρα, αλλά καθώς θα εξασκείστε θα βρείτε ότι αυτός ο νέος τρόπος αναπνοής είναι ιδανικότερος και ανετότερος.

B) Χαλάρωση των μυών:

Η παρακάτω τεχνική είναι πολύ απλή και αποτελεσματική. Χρειάζονται μόνο 5-10 λεπτά για να ολοκληρωθεί. Δοκιμάστε την επόμενη φορά που θα νιώσετε ότι βρίσκεστε κάτω από πίεση.

- i. Καθίστε σε μια αναπαυτική καρέκλα, σε ένα καναπέ ή στο δάπεδο και «τεντωθείτε» λίγο.
- ii. Αφήστε τους ώμους και τα χέρια σας να χαλαρώσουν σε μια άνετη θέση. Κουνώντας ελαφρά, «στρίβοντας» και τεντώνοντας ελαφρά τους μύες σταματά η ένταση.
- iii. Αφήστε την ένταση να φύγει από τα πόδια, το στήθος, το λαιμό με τον ίδιο τρόπο, όπως παραπάνω.
- iv. Νιώστε ότι η καρέκλα ή ο καναπές ή το δάπεδο στηρίζουν όλο το βάρος του σώματός σας. Νιώστε ότι τα χέρια σας και τα πόδια σας είναι βαριά και ότι «βυθίζονται» στο κάθισμα.
- v. Προσπαθήστε να είστε ήρεμοι. Χαλαρώστε το σαγόι σας και το πρόσωπό σας.
- vi. Αν κάτι ενοχλητικό συμβεί ή σας περάσει από το μυαλό, απλά αγνοήστε το. Μην του δώσετε σημασία.
- vii. Κλείστε τα μάτια σας και φανταστείτε μια σκηνή σε ένα ήρεμο μέρος, όπου απολαμβάνετε τη λιακάδα, τη θάλασσα ή ό,τι άλλο σας ικανοποιεί. Φανταστείτε ότι είστε πραγματικά στο μέρος αυτό.
- viii. Για λίγα λεπτά κρατείστε αυτή τη χαλαρή θέση.

2. Μαθαίνοντας να αντιμετωπίζουμε κατευθείαν ό,τι μας απασχολεί

Αρκετές φορές καλούμαστε να δώσουμε λύσεις σε διάφορες δύσκολες περιστάσεις ή προβλήματα. Οι *"τεχνικές επίλυσης προβλημάτων"* που παρουσιάζονται παρακάτω μπορούν να φανούν εξαιρετικά χρήσιμες για την αντιμετώπιση τέτοιων δυσκολιών. Η εφαρμογή της τεχνικής αυτής είναι απλή και απαιτεί λίγη μόνο προσπάθεια. Χωρίζεται σε 6 βήματα:

- 1) Καθορισμός του προβλήματος: Προσπαθήστε να ορίσετε επακριβώς τι σας ενοχλεί ή απασχολεί. Ορίστε ένα εντελώς συγκεκριμένο πρόβλημα χωρίς να απεραντολογείτε. Δουλέψτε με ένα μόνο θέμα τη φορά.
- 2) Απαρίθμηση πιθανών λύσεων: Προσπαθήστε να βρείτε και να καταγράψτε όσο το δυνατό περισσότερες λύσεις, για κάθε πλευρά του προβλήματος που σας απασχολεί. Προσπαθήστε να δείτε πώς θα αντιδρούσε κάποιος άλλος στη θέση σας. Μην διστάσετε να ζητήσετε τη συμβουλή τρίτων.
- 3) Αξιολόγηση των "υπέρ" και των "κατά" κάθε πιθανής λύσης: Για κάθε πιθανή λύση που βρήκατε, καταγράψτε τα υπέρ και τα κατά, που θα προέκυπταν από την πιθανή εφαρμογή αυτής της λύσης. Στόχος είναι η ανεύρεση εκείνης της λύσης με τα περισσότερα ή σημαντικότερα υπέρ και τα λιγότερα ή πιο ανώδυνα κατά.
- 4) Σχεδιασμός: Με πολύ συγκεκριμένους όρους, αποφασίστε πως θα εφαρμόσετε την επιλεγμένη λύση. "Τι ακριβώς θα γίνει, πότε θα γίνει, ποιος θα αναμειχθεί, που θα γίνει, ποια βήματα ακριβώς θα ακολουθήσετε", είναι ερωτήματα που θα πρέπει να απαντηθούν.
- 5) Δράση: Εφαρμόστε τη λύση που δώσατε.

6) Αξιολόγηση αποτελεσμάτων: Αν η λύση πέτυχε, μπράβο σας! Εφαρμόστε τη μέθοδο και σε άλλα προβλήματά σας. Αν η λύση σας δεν έφερε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, προσπαθήστε να ελέγξετε και να κατανοήσετε "τι πήγε στραβά". Ίσως φανήκατε υπεραισιόδοξος/-η, ίσως κρίνατε λάθος τις συνθήκες, ίσως ευθύνεται κάποιος τρίτος παράγοντας που δεν υπολογίσατε. Όποιο και να είναι το συμπέρασμά σας, θυμηθείτε ότι δεν αποτύχατε. Πρέπει όλοι μας να αναμένουμε κάποιες ατυχίες στη ζωή μας. Μάθετε από την εμπειρία σας και ξαναπροσπαθήστε, είτε ξεκινώντας και πάλι από το 1ο βήμα, είτε δοκιμάζοντας τη λύση που στο 3ο βήμα προέβαλε ως η αμέσως πιο ικανοποιητική. Σ' αυτή την περίπτωση, ξεκινήστε από το 4ο βήμα.

Ασχοληθείτε με τα προβλήματα σας έγκαιρα, ώστε να έχετε στη διάθεσή σας όλο τον απαραίτητο χρόνο και μην αναβάλετε την λήψη αποφάσεων, παρά μόνο όταν κρίνετε ότι πρέπει να γίνει κάτι τέτοιο, προκειμένου να εξασφαλιστούν καλύτερες συνθήκες.

3. Μαθαίνοντας να ελέγχουμε τις δυσάρεστες σκέψεις

Η κάθε κατάσταση και το κάθε γεγονός αποκτούν την αξία που εμείς τους δίνουμε και, συνεπώς, προκαλούν τόσο άγχος, όσο εμείς τους επιτρέπουμε. Κάθε άτομο κρίνει τα γεγονότα με διαφορετικό τρόπο από όλα τα άλλα άτομα. Επίσης, το ίδιο αυτό άτομο κρίνει τα ίδια γεγονότα διαφορετικά σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, ανάλογα με τις συνθήκες.

Εκείνο που μας αναστατώνει δεν είναι τα ίδια τα γεγονότα, αλλά η αντίληψη που έχουμε για αυτά. Αν η αντίληψη αυτή μεταβληθεί, τότε είναι δυνατό να αλλάξει (να μειωθεί) και ο βαθμός του άγχους που νιώθουμε.

Ένας πολύ καλός τρόπος για να μειώσει ένα άτομο το άγχος του, είναι να εξετάσει κατά πόσο η κατάσταση ή το γεγονός που το απασχολούν, είναι όντως τόσο αρνητικά όσο νομίζει, ή αν γι' αυτό ευθύνονται ορισμένες σκέψεις του.

Η σχετική προσπάθεια αποτελείται από 3 στάδια:

- i. Ακριβής εντοπισμός της πηγής του άγχους. Εντοπίστε τι ακριβώς είναι εκείνο που σας ενοχλεί. Το άγχος μπροστά σε κάτι συγκεκριμένο είναι λιγότερο, σε σύγκριση με κάτι αφηρημένο. Επίσης, μπορούμε να βρούμε πιο εύκολα συγκεκριμένους τρόπους αντιμετώπισης ενός ορισμένου προβλήματος.
- ii. Έλεγχος και επαναξιολόγηση των σκέψεών σας. Αφού εντοπίσετε τι ακριβώς σας προκαλεί άγχος, καλό είναι να εξετάσετε τις σκέψεις σας για την πηγή του άγχους, για τη σχέση τη δική σας με την πηγή του άγχους. Η επαναξιολόγηση της κατάστασης μπορεί να σας οδηγήσει στην ακριβέστερη εκτίμηση των δεδομένων και να σας βοηθήσει να εντοπίσετε σκέψεις που «παραμορφώνουν» την πραγματικότητα. Η αντικατάσταση των σκέψεων αυτών με άλλες περισσότερο προσαρμοσμένες στην πραγματικότητα ή και πιο αισιόδοξες ή θετικές, θα μειώσει το βαθμό του άγχους που βιώνετε.
- iii. Εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών για την επίλυση του προβλήματος. Έχοντας απομονώσει το συγκεκριμένο πρόβλημα, θα πρέπει να το αντιμετωπίσετε «κατά μέτωπο» και να το επιλύσετε ώστε να μην καταστεί μόνιμη ή επαναλαμβανόμενη πηγή άγχους.
- iv. Διαφορετικά πράγματα βοηθούν τον κάθε άνθρωπο στην αντιμετώπιση του stress.

Πέρα από όσα περιγράψαμε παραπάνω, υπάρχουν και μερικές άλλες ιδέες που μπορεί να φανούν χρήσιμες σε μια πιεστική κατάσταση. Πρακτικές, λοιπόν, θα σας φανούν οι παρακάτω μικρές συμβουλές:

- I. Προγραμματίστε το χρόνο σας. Είναι σημαντικό να προγραμματίζετε τις υποχρεώσεις σας και τις ενέργειές σας τόσο μακροπρόθεσμα (για τις επόμενες εβδομάδες ή και μήνες) όσο και βραχυπρόθεσμα (για την επόμενη ημέρα ή ημέρες). Μπορείτε να λειτουργήσετε ως εξής:
 - Ø Κάντε μια λίστα υποχρεώσεων και δραστηριοτήτων.
 - Ø Αξιολογήστε τη σπουδαιότητά τους και το βαθμό επείγοντος.
 - Ø Φτιάξτε έναν κατάλογο υποχρεώσεων-δραστηριοτήτων που πρέπει να ολοκληρωθούν, για την επόμενη ημέρα/ ημέρες/ μήνες.

- ∅ Ασχοληθείτε πρώτα ή αφιερώστε περισσότερο χρόνο στα πιο σημαντικά ή τα πιο επείγοντα. Μην θέτετε όμως υπερβολικούς στόχους.
 - ∅ Μην βάζετε νέα πράγματα στον κατάλογο εκτός και αν αυτό είναι αναγκαίο ή υπάρχει επάρκεια χρόνου.
 - ∅ Σημειώστε κάθε υποχρέωση ή δραστηριότητα που ολοκληρώνετε.
 - ∅ Στο τέλος κάθε ημέρας ελέγξτε τι καταφέρατε και κάντε τις απαραίτητες διορθώσεις στο πρόγραμμα της επόμενης ημέρας.
 - ∅ Μην ξεχάσετε να προβλέψετε επαρκή χρόνο για διασκέδαση ή χαλάρωση.
 - ∅ Προσπαθήστε να είστε ευέλικτοι στους σχεδιασμούς και το πρόγραμμά σας. Κάντε τις αλλαγές που χρειάζονται, όταν αυτό είναι απαραίτητο.
- II. Η φυσική άσκηση, η ενασχόληση με μια ευχάριστη δραστηριότητα και ο ελεύθερος χρόνος βοηθούν σημαντικά στην αντιμετώπιση του stress. Η γυμναστική, το περπάτημα, ο χορός, το κολύμπι και τα χόμπι ανακουφίζουν από την ένταση και προλαμβάνουν τις αρνητικές συνέπειες, όπως είναι τα προβλήματα υγείας. Καλό είναι όμως να μην ασχοληθείτε με κάποιο ανταγωνιστικό άθλημα ή χόμπι, ή να μην ασχοληθείτε κατά τρόπο ανταγωνιστικό. Ωφέλεια μπορεί να έχουμε με το να είμαστε πιο δραστήριοι στην καθημερινή ζωή μας: για παράδειγμα, περπατήστε και μην οδηγείτε, χρησιμοποιείτε τις σκάλες και όχι τον ανελκυστήρα, κάντε περιπάτους και ασκηθείτε “ελαφρά” στο σπίτι σας.
- III. Μεριμνήστε ώστε να υπάρχει ελεύθερος χρόνος στο καθημερινό πρόγραμμά σας. Πραγματικά ελεύθερος χρόνος είναι εκείνος, στον οποίο δεν έχετε να κάνετε τίποτα. Καθίστε κάπου άνετα και ακούστε μουσική ή ονειροπολήστε.
- IV. Προσπαθήστε να κοιμάστε όση ώρα χρειάζεστε. Η εφαρμογή των μεθόδων χαλάρωσης που παρουσιάζονται παραπάνω, όπως και η ελαφρά γυμναστική ή ένας περίπατος αμέσως πριν την ώρα του ύπνου, μπορούν να βοηθήσουν. Επίσης, προσπαθήστε να κρατήσετε ένα σταθερό πρόγραμμα. Κοιμηθείτε, δηλαδή, και σηκωθείτε τις ίδιες περίπου ώρες κάθε ημέρα.

- V. Οι διατροφικές συνήθειες παίζουν σημαντικό ρόλο για την υγεία μας και τη διαχείριση του stress. Το φαγητό μας θα πρέπει να είναι ισορροπημένο: Ούτε λίγο, ούτε πολύ, αλλά όσο χρειάζεται ο οργανισμός μας. Ισορροπημένο σε βιταμίνες, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες και άλλα θρεπτικά στοιχεία. Μη στηρίζετε για τη διατροφή σας σε πρόχειρο φαγητό ή γλυκά. Δοκιμάστε την ποικιλία, τη θρεπτικότητα και τις γεύσεις της γνήσιας μεσογειακής διατροφής.
- VI. Μια αλλαγή σκηνικού μπορεί να αποδειχθεί επωφελής. Προσπαθήστε να κάνετε κάποιο ταξίδι για το Σαββατοκύριακο ή μια ημερήσια εκδρομή κάθε τόσο. Απλά φύγετε για λίγο από το γραφείο, το χώρο δουλειάς σας, τη βιβλιοθήκη, το σπίτι. Ξεχάστε για λίγο τις υποχρεώσεις και τα προβλήματα.
- VII. Μιλήστε σε κάποιο άτομο που εμπιστεύεστε, αγαπάτε, ή νιώθετε άνετα μαζί του. Βγείτε μαζί του για καφέ και μιλήστε για ό,τι σας απασχολεί. Μπορεί να δυσκολευτείτε, αλλά θα εκπλαγείτε από την ανακούφιση που θα νιώσετε. Θα φύγει ένα βάρος από πάνω σας. Επιπρόσθετα, μπορεί να ακούσετε κάποια πρόταση ή λύση που θα έχει να σας προσφέρει ο άλλος και να σας φανεί χρήσιμη. Μην διστάζετε να ζητήσετε βοήθεια, όταν τη χρειάζεστε. Ρωτήστε τι θα έκαναν οι άλλοι αν αντιμετώπιζαν το ζήτημα που εσείς χειρίζεστε. Είναι πιθανό να σας δώσουν καλές ιδέες.
- VIII. Σίγουρα έχετε αντιμετωπίσει προβλήματα, δυσκολίες και stress στο παρελθόν. Ανατρέξτε στα “αρχεία” σας και θυμηθείτε τι σας βοήθησε τότε να ξεπεράσετε τις δύσκολες στιγμές. Είναι πιθανό να σας φανεί χρήσιμο και τώρα.
- IX. Το αλκοόλ, τα φάρμακα και ο καπνός όταν χρησιμοποιούνται για πολύ καιρό δεν αποτελούν καλή λύση για την αντιμετώπιση του stress. Τα προβλήματα δεν επιλύονται προσπαθώντας να τα λησμονήσουμε. Επιμένουν και προκαλούν πρόσθετο άγχος και επιπλέον δυσκολίες. Το αλκοόλ, τα φάρμακα ή ο καπνός όχι μόνο δεν βοηθούν πραγματικά, αλλά προκαλούν σοβαρά προβλήματα υγείας. Μη στηρίζετε σε αυτά για να καταπολεμήσετε το άγχος.

Αν έχετε δοκιμάσει όλα όσα σας περιγράψαμε ή άλλες τεχνικές χωρίς να νιώσετε ότι σας βοήθησαν ουσιαστικά ή αν νιώθετε ότι αντιμετωπίζετε πολύ stress και δεν έχετε τη δύναμη να τα βγάλετε πέρα, αν νιώθετε κουρασμένοι, υπερβολικά αγχωμένοι, λυπημένοι ή καταβεβλημένοι μην διστάσετε να ζητήσετε βοήθεια από ειδικούς.³⁹

4.7 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΦΥΓΗΣ ΤΟΥ STRESS

- ✓ Το να κάνετε κάτι, έστω και μικρό, για να αντιμετωπίσετε το stress είναι ασύγκριτα καλύτερο από το να μην κάνετε τίποτα.
- ✓ Το stress είναι αναπόσπαστο στοιχείο της ζωής όλων μας.
- ✓ Δεν είναι πάντα κάτι κακό. Αντίθετα, μας κινητοποιεί, μας προειδοποιεί για τους κινδύνους, μας βοηθά να καταλάβουμε τι είναι σημαντικό.
- ✓ Μπορεί όμως κάποτε να αποδειχθεί επικίνδυνο για τη λειτουργικότητά μας και την υγεία μας.
- ✓ Πάντα προειδοποιεί όταν γίνεται επικίνδυνο.
- ✓ Εμείς πρέπει να προσέξουμε και να λάβουμε τα απαραίτητα μέτρα για να προφυλάξουμε τον εαυτό μας.
- ✓ Εμείς κάνουμε τη διαφορά στο αν θα παραμείνει το stress ωφέλιμο ή θα γίνει επικίνδυνο.
- ✓ Το stress κάνει κακό όταν εμείς του το επιτρέπουμε.
- ✓ Μην ανησυχείς για πράγματα που δεν μπορείς να ελέγχεις (όπως τον καιρό)
- ✓ Προετοιμάσου όσο το δυνατόν καλύτερα για γεγονότα που ξέρεις ότι μπορεί να προκαλέσουν stress (μια συνέντευξη, μια παρουσίαση σε κοινό)
- ✓ Προσπάθησε να δεις κάθε αλλαγή σαν θετική πρόκληση, και όχι ως απειλή.
- ✓ Προσπάθησε να λύσεις τις όποιες συγκρούσεις σου με άλλους
- ✓ Ζήτησε βοήθεια από φίλους, οικογένεια ή ειδικούς
- ✓ Θέσε ρεαλιστικούς στόχους στην προσωπική και επαγγελματική σου ζωή
- ✓ Γυμνάσου τακτικά
- ✓ Τρώγε καλά και ισορροπημένα γεύματα και κοιμήσου αρκετά
- ✓ Δοκίμασε μια μορφή διαλογισμού
- ✓ Χαλάρωσε
- ✓ Δραπέτευσε από καθημερινές εντάσεις μέσα από ομαδικά σπορ, κοινωνικές εκδηλώσεις και ενδιαφέροντα.⁴⁰



ΚΕΦΑΛΑΙΟ
5^ο

5 ΤΟ ΣΤΡΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο Burnout αναφέρθηκε για πρώτη φορά αρκετά παλαιότερα, το 1974 από τον Freudenberger και το όρισε ως εξάντληση του ατόμου, η οποία προέρχεται από παρατεταμένη χρήση των ενεργειακών αποθεμάτων. Από τότε το φαινόμενο αποτέλεσε αντικείμενο συστηματικής έρευνας κατ' αρχήν στους επαγγελματίες που προσφέρουν υπηρεσίες στον χώρο της υγείας, αφού αυτοί θεωρήθηκαν ως οι πλέον επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 αναπτύχθηκαν και δημοσιεύτηκαν οι πρώτες σημαντικές έρευνες, χωρίς όμως να υπάρχει συμφωνία μεταξύ των συγγραφέων, όσον αφορά τον ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης.⁴¹

Σύμφωνα με τους Edelwich και Brodsky, η εξουθένωση αφορά μια προοδευτική διεργασία από-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας, που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους ή στα ιδανικά του επαγγελματία. Οι παραπάνω ερευνητές αποδίδουν την επαγγελματική εξουθένωση σε ασυμφωνία ανάμεσα στις προσδοκίες των εργαζομένων και στην πραγματικότητα που αντιμετωπίζουν στο εργασιακό τους περιβάλλον.⁴²

5.2 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (burnout) είναι ένα σύνδρομο συγκινησιακής, συναισθηματικής εξάντλησης, που χαρακτηρίζεται από συναίσθημα ανικανοποίητου και επαγγελματική ανικανότητα, επιπλέον δε από παθητική και αποπροσωποποιημένη στάση απέναντι στους άλλους. Το άτομο αισθάνεται κενό από συναισθηματικές και προσωπικές εφεδρείες και δυνάμεις που το είχαν οδηγήσει και στηρίξει στην επαγγελματική επιλογή.⁴³

Ιδιαίτερα στενή είναι η σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και εργασιακού στρες, αφού για κάποιους η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια μορφή εργασιακού στρες, ενώ για άλλους είναι συνέπεια χρόνιου εργασιακού στρες.^{44,45}

Σύμφωνα με τη Maslach, της οποίας το όνομα εδώ και χρόνια έχει συνδεθεί με τη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, πρόκειται για σύνδρομο που αποτελείται από τρεις επιμέρους διαστάσεις:

- συναισθηματική εξάντληση,
- αποπροσωποποίηση και
- αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων.⁴⁶

Ειδικότερα, η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) αναφέρεται στη μείωση των συναισθημάτων του ατόμου, με αποτέλεσμα να μην μπορεί πλέον να προσφέρει συναισθηματικά στους αποδέκτες των υπηρεσιών του. Ένα κοινό σύμπτωμα είναι να βλέπει το άτομο με δέος την προοπτική ότι την επόμενη μέρα θα πρέπει να πάει ξανά στη δουλειά του.⁴⁵

Η αποπροσωποποίηση (depersonalization) αναφέρεται στην αρνητική και πολλές φορές κυνική αντιμετώπιση των αποδεκτών των υπηρεσιών του, οι οποίοι πολλές φορές αντιμετωπίζονται σαν αντικείμενα. Κλασικά παραδείγματα είναι όταν γίνεται αναφορά στους ασθενείς με την ονομασία της ασθένειάς τους και όχι με άλλο τρόπο. (πχ η σκληροκοιτίδα στο δωμάτιο 15) ή τα διαλείμματα και οι συζητήσεις την ώρα που κάποιοι περιμένουν με αγωνία. Ο γραφειοκράτης που χάνει την ουσία και ταιπρωρεί κάποιον ψάχνοντας τα ψιλά γράμματα των κανονισμών, δείχνει σημάδια αποπροσωποποίησης.⁴⁵

Η ανάπτυξη, όμως, αυτής της απρόσωπης συμπεριφοράς απέναντι στους ασθενείς, στους συνεργάτες και στον οργανισμό οδηγεί το άτομο σε αίσθημα ανεπάρκειας, αναποτελεσματικότητας, υποτίμησης του εαυτού του και αποτυχίας επίτευξης των στόχων στον επαγγελματικό τομέα. Αρχίζουν, λοιπόν, τα αισθήματα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων, ειδικότερα όταν το εργασιακό περιβάλλον δεν εξασφαλίζει θετική ανατροφοδότηση και ανταμοιβή.⁴¹

Ερευνητικές μελέτες αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν μεγαλύτερο επαγγελματικό στρες σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα (εργάτες βιομηχανίας και άλλους επαγγελματίες υγείας) και είναι πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση εξαιτίας της ελλιπούς εκπαιδευτικής προετοιμασίας στην αντιμετώπιση του συναισθηματικού άγχους.⁴¹

Δεν υπάρχει απόλυτη συμφωνία μεταξύ των ερευνητών στο εάν οι περιοχές των νοσηλευτικών ειδικοτήτων πχ οι Παιδοψυχιατρικές διαφέρουν ως προς τις συνθήκες οι οποίες διαμορφώνουν τους στρεσογόνους παράγοντες ή εάν οδηγούν σε αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.⁴¹

Η μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αναγκαία αφού όπως θα δούμε παρακάτω οι αρνητικές επιπτώσεις της δεν περιορίζονται μόνο σε ατομικό επίπεδο αλλά επεκτείνονται σε επίπεδο κοινωνικό, οικογενειακό, επίπεδο οργανισμού, ασφάλειας των εργαζομένων στην εργασία, ακόμη και κρατικού οικονομικού κόστους.

5.3 ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

1^ο στάδιο του ενθουσιασμού: ο επαγγελματίας υγείας εισάγεται για πρώτη φορά στο σύστημα υγείας, έχει υψηλούς στόχους, μη ρεαλιστικές προσδοκίες, αφιερώνει πολύ χρόνο και ενέργεια στην εργασία του.

2^ο στάδιο της αμφιβολίας και της αδράνειας: η εργασία δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, παρά την προσφορά του.

3^ο στάδιο της απογοήτευσης και της ματαίωσης: αισθάνεται ότι κάνει μια δουλειά που του δημιουργεί πολύ άγχος και δεν έχει ψυχικά αποθέματα για να επενδύσει στην εργασία του.

4^ο στάδιο της απάθειας: επενδύει ελάχιστη ενέργεια στην δουλειά του καθώς νιώθει ανεπαρκής για να ανταποκριθεί σε αυτή. Αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα, καινοτομία και διατηρεί τη θέση για λόγους επιβίωσης.⁴¹

5.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα που επιδιώκουν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης αναζητούν τα αίτια στη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Στην ουσία υπάρχει μια «ζήτηση» και μια «προσφορά» τόσο από τον επαγγελματία προς το εργασιακό περιβάλλον, όσο και από το εργασιακό περιβάλλον προς τον επαγγελματία.⁴⁵

Όταν αυτά που δίνει και ζητά ο επαγγελματίας δεν συμπίπτουν με όσα απαιτεί και προσφέρει το εργασιακό περιβάλλον, τότε εμφανίζεται ένα χάσμα, μια ανισορροπία ή ασυμφωνία και αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης στρεσογόνων καταστάσεων που συμβάλλουν σε ένα χρόνιο στρες το οποίο προοδευτικά οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση.⁴⁶

Κοινωνικοί ψυχολόγοι τονίζουν την κοινωνικο-ψυχολογική διάσταση του συνδρόμου και τη σχέση περιβάλλοντος και ατομικών χαρακτηριστικών. Σύμφωνα με τη θεωρία, ο επαγγελματίας με τα υψηλά κίνητρα μπορεί να αποδώσει τα μέγιστα αν εργαστεί μέσα σε ένα θετικό περιβάλλον, ή αντίθετα να εμφανίσει επαγγελματική εξουθένωση εάν αντιμετωπίζει ένα πιεστικό και αποθαρρυντικό περιβάλλον. Οι ατομικές διαφορές των εργαζομένων είναι εκείνες που πιθανόν καθορίζουν το κατά πόσο και πόσο σύντομα ένας επαγγελματίας θα βιώσει την επαγγελματική εξουθένωση. Τα στοιχεία προήλθαν από έρευνες σε χιλιάδες εργαζομένους που ασχολούνται με διάφορα επαγγέλματα και που παρέχουν υπηρεσίες σε ανθρώπους.⁴¹

Οι Kobasa & Malli υποστηρίζουν ότι υπάρχουν άτομα περισσότερο ανθεκτικά στο στρες και κατά συνέπεια λιγότερο ευαίσθητα στην επαγγελματική εξουθένωση.⁴⁷

5.5 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

5.5.1 ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Τα ατομικά χαρακτηριστικά του ατόμου που δυνητικά θα εμφανίσει επαγγελματική εξουθένωση είναι τα εξής: Μη ρεαλιστικές προσδοκίες, ο τρόπος που το άτομο αντιλαμβάνεται τις πιεστικές καταστάσεις και το πώς αντιδρά σε αυτές, άτομα ευαίσθητα, με έντονα ιδεολογικά στοιχεία, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυστηρή αυτοκριτική. Τα παράλογα πιστεύω συσχετίστηκαν σημαντικά με τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές των μονάδων εντατικής θεραπείας. Τα παραπάνω ευρήματα δείχνουν ότι η αυτοδιάψευση, πιθανόν να διευκολύνει την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης σε τμήματα με μεγάλη ένταση.^{41,48}

Ο φόβος αποτυχίας, η αδυναμία επικοινωνίας του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή και με τα μέλη της οικογένειάς του, συγκρουσιακές καταστάσεις μεταξύ του προσωπικού, έκθεση του νοσηλευτή στην θλίψη των συγγενών και στον πόνο του ασθενή. Λόγω αυτών των στρεσογόνων παραγόντων, το προσωπικό εκδηλώνει κατάπτωση, θλίψη, θυμό, απογοήτευση, έλλειψη σωστής κρίσης, βιαστικές λήψεις αποφάσεων και συμπεριφορά αποξένωσης.⁴⁹

5.5.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Υπάρχουν χαρακτηριστικά στο εργασιακό περιβάλλον που έχουν εντοπισθεί ότι είναι συνυπεύθυνα για την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες που εργάζονται σε αυτούς τους χώρους. Μεγάλος φόρτος εργασίας, σύγκρουση ρόλων, ένταση, διαπροσωπικές συγκρούσεις, έλλειψη ανταμοιβών, διάψευση εργασιακών προσδοκιών, έλλειψη καινοτομιών και φυσικής άνεσης, έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου, έλλειψη ανατροφοδότησης, έλλειψη εναλλαγών στην εργασία, περιβάλλον που υπονομεύει την αυτονομία του προσωπικού, έλλειψη συμμετοχής των εργαζομένων στις αποφάσεις, ασάφεια των καθηκόντων και των υποχρεώσεων του επαγγελματία.^{41,48}

5.5.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Σε ατομικό επίπεδο εμφανίζονται σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Το άτομο αισθάνεται έντονη αίσθηση κόπωσης και αδυναμίας, αυξημένη μυϊκή υπερένταση, κεφαλαλγίες, γαστρεντερικές διαταραχές, διαταραχές ύπνου ή διατροφής. Αποθαρρυσμένος και με χαμηλή αυτοεκτίμηση, ο επαγγελματίας υγείας πιστεύει ότι δεν είναι ικανός να αντεπεξέλθει τόσο στις προσωπικές του προσδοκίες, όσο και σε εκείνες που θέτει ο χώρος εργασίας. Κάθε καινούριος άρρωστος που εισάγεται στο τμήμα γίνεται αντιληπτός στον επαγγελματία ως βάρος. Βαθμιαία περιορίζει την επαφή του με τους ασθενείς και τους συγγενείς.

Αποφεύγει να δεθεί συναισθηματικά μαζί τους, ελαττώνει τις επισκέψεις στους θαλάμους και μοιάζει διαρκώς απασχολημένος και μη διαθέσιμος. Η στάση του και η συμπεριφορά του γίνονται απρόσωπες. Αναφέρεται στον άρρωστο ως περίπτωση, αρρώστια ή αριθμό θαλάμου, ενώ αγνοεί τόσο τον άνθρωπο τον οποίο φροντίζει, όσο και τις ανάγκες του. Μερικές φορές μάλιστα γίνεται κυνικός, ειρωνικός, επιθετικός, απότομος και ευερέθιστος. Οι σχέσεις του με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα καθώς και τον προϊστάμενο και την διοίκηση συχνά διαταράσσονται.⁴⁸

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης του επαγγελματία της υγείας έχουν αντίκτυπο και στην προσωπική και κοινωνική του ζωή, με αποτέλεσμα να μειώνεται το υποστηρικτικό δίκτυο, να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με σημαντικά άτομα και να ελαττώνεται η σεξουαλική διάθεση.⁴⁸

Η εμφάνιση του συνδρόμου συνδέεται με την επιδείνωση των σχέσεων του εργαζομένου με τον χώρο εργασίας, τους ασθενείς, τους συνεργάτες, την οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο. Σημείο κρίσιμο αποτελεί η σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης με συχνές απουσίες των νοσηλευτών από την εργασία τους, καθώς και η απομάκρυνση τους από το νοσηλευτικό επάγγελμα. Βιβλιογραφικές αναφορές τονίζουν ότι οι προκαλούμενες από το εργασιακό στρες και την επαγγελματική εξουθένωση απουσιών του προσωπικού από την εργασία συνεπάγονται υψηλό οικονομικό κόστος για την Βρετανία ενώ υπολογίζονται περισσότερες για τους εργαζόμενους στις υγειονομικές δομές της χώρας συγκριτικά με άλλα επαγγέλματα.^{50,51}

Επιπτώσεις του συνδρόμου υπάρχουν και στον τομέα της υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων, αφού σε επίπεδο βιβλιογραφίας έχει ανιχνευτεί συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και των τραυματισμών των επαγγελματιών υγείας από φλεβοκαθετήρες σύμφωνα με έρευνες των Clarke et al το 2002 και του Chiodo 1998.^{52,53}

5.6 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

5.6.1 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Συχνά επικρατεί η πεποίθηση ότι ο επαγγελματίας υγείας δεν πρέπει να έχει προσωπικές ανάγκες, δεν πρέπει να επηρεάζεται από τον πόνο των αρρώστων που φροντίζει, αλλά να ασκεί με αυτοθυσία ένα «λειτουργήμα». Η πεποίθηση αυτή ενισχύει το μύθο της παντοδυναμίας του και παραδόξως τον καθιστά ιδιαίτερα ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση. Η πρόληψη και αντιμετώπιση της εξουθένωσης προϋποθέτουν την αμφισβήτηση αυτής της πεποίθησης και την αναγνώριση ότι ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να φροντίζει παράλληλα τον εαυτό του.⁴⁸

Τα παρακάτω μέτρα αναφέρονται σε ατομικό επίπεδο και συμβάλλουν στην πρόληψη του συνδρόμου.

α) Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που δηλώνουν ότι ο εργαζόμενος βιώνει στρες, επιτρέπει την ενασχόληση με τον εαυτό του πριν οδηγηθεί προοδευτικά στην επαγγελματική εξουθένωση.

Δεν νιώθω καλά...το σώμα μου με πονάει...δεν κοιμάμαι της νύχτες...δεν μπορώ να σηκωθώ το πρωί...νιώθω εξαντλημένος, χωρίς να καταβάλλω ιδιαίτερη ενέργεια, είμαι διαρκώς κρυωμένος...και το κυριότερο είναι ότι έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τη δουλεία και την ευαισθησία μου για τους αρρώστους.

Στην ουσία, τα συμπτώματα της εξουθένωσης αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργία στη βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου που καλείται να αναθεωρήσει ορισμένες επιλογές και συνήθειες που έχει υιοθετήσει στη ζωή του.

β) Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών που έχει ο επαγγελματίας από τον εαυτό του, τους αρρώστους που φροντίζει, τη σχέση με συναδέλφους, τους προϊσταμένους και τη δουλειά του γενικότερα, συμβάλλει στην αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό μερικών από αυτών.

Όταν, για παράδειγμα, προσδοκά ότι η φροντίδα που παρέχει πρέπει να είναι πάντα αποτελεσματική, ότι με τις παρεμβάσεις του πρέπει να επηρεάζει τη ζωή των αρρώστων και ότι εκείνοι ανελλιπώς θα αναγνωρίζουν την προσφορά του, ότι θα δέχονται τις συμβουλές και τις οδηγίες του χωρίς να τις αμφισβητούν, τότε ο επαγγελματίας της υγείας γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος σε απογοητεύσεις, καθώς η πραγματικότητα δεν ανταποκρίνεται σε αυτές τις υψηλές και μη ρεαλιστικές προσδοκίες.

γ) Η αναζήτηση υποστήριξης τόσο από φίλους και συνεργάτες, όσο και από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση της εξουθένωσης.

Η χρήση των μέσων (κοινωνική υποστήριξη, συμπαράσταση συζύγου και οικογένειας) για την αντιμετώπιση της Επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σημαντική διότι μετριάζεται η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η αίσθηση των μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων. Βρέθηκε ότι η ευχάριστη συνεργασία των υπαλλήλων, σχετίζεται θετικά με τα προσωπικά επιτεύγματα.⁴¹

Το θέμα της συναδερφικής υποστήριξης έχει συζητηθεί και από άλλους ερευνητές, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές που θεωρούν το περιβάλλον εργασίας υποστηρικτικό και προοδευτικό αναπτύσσουν μεγάλη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Σημειώνουν ότι ένας τρόπος συγκράτησης των νοσηλευτών στο νοσηλευτικό επάγγελμα αποτελεί η δημιουργία υποστηρικτικής ατμόσφαιρας στις νοσηλευτικές μονάδες.⁴¹

Η πεποίθηση ότι οι εμπειρίες από το χώρο της εργασίας δεν πρέπει να επηρεάζουν την προσωπική του ζωή και αντιστρόφως δεν είναι ρεαλιστική. Γι' αυτό η διαθεσιμότητα ενός υποστηρικτικού δικτύου στον κάθε χώρο και ταυτόχρονα ο προγραμματισμός κάποιου χρόνου αποσυμπίεσης ή δραστηριότητας. (π.χ ενασχόληση με χόμπι, βόδισμα κ.τ.λ) συμβάλλουν στην ενδεχόμενη συναισθηματική εκφόρτιση.

δ) Η σωστή διατροφή και άσκηση καθώς και η επάρκεια ανάπαυσης συμβάλλουν στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης και στην προστασία του εργαζόμενου από της επιπτώσεις ενός χρόνιου στρες.

ε) Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή η αλλαγή χώρου εργασίας αυξάνει την αίσθηση προσωπικού ελέγχου, καθώς ο επαγγελματίας νιώθει ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις του.

5.6.2 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ – ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Πλήθος οργανωτικών και διοικητικών παρεμβάσεων είναι απαραίτητες τόσο για την πρόληψη όσο και για την καταπολέμηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και μερικά από αυτά είναι τα παρακάτω:

α) Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση αυξάνει τις πιθανότητες απόδοσης του αλλά και της παροχής ποιοτικής φροντίδας.

β) Η αποσαφήνιση του ρόλου του και των καθηκόντων και η συμμετοχή του επαγγελματία στην λήψη αποφάσεων.

γ) Η πολυμορφία στην εργασία είναι απαραίτητη κυρίως σε τμήματα όπου το αντικείμενο εργασίας είναι ιδιαίτερα βαρύ

δ) Η δυνατότητα διαλειμάτων και ειδικών αδειών.

ε) Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης.

στ) Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής στήριξης

ζ) Η δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης.

η) Η διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας (ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών κ.τ.λ), όσο απλή φαινομενικά μοιάζει, άλλο τόσο πολύπλοκη είναι στην πράξη. Προϋποθέτει την αναγνώριση του ρόλου, των καθηκόντων, αλλά και των ορίων κάθε ειδικού και τη συμβολή του στην κατανόηση προσέγγισης και χειρισμό κάθε περίπτωσης.

θ) Όσο αφορά την ρύθμιση του εικοσιτετράωρου ρυθμού και την προσαρμογή του νοσηλευτικού προσωπικού στις αλλαγές των βάρδιών προτείνεται το γρήγορα εναλλασσόμενο ωράριο. Με το ωράριο αυτό ο εργαζόμενος δεν εργάζεται περισσότερο από τρεις νυχτερινές βάρδιες στη σειρά, οπότε επανέρχεται σύντομα σε πρωινή βάρδια. Ακόμα, προτείνεται οι βάρδιες να ακολουθούν τη φορά του ρολογιού. Με τη σειρά αυτή των βαρδιών το ενδογενές βιολογικό ρολόι του οργανισμού προλαβαίνει να προσαρμοστεί ευκολότερα.⁵⁴

ι) Τέλος προκειμένου να αντιμετωπιστεί το άγχος του νοσηλευτικού προσωπικού στα παιδοψυχιατρικά τμήματα προτείνεται η συγκρότηση μικρών ομάδων όπου να συζητούνται οι δύσκολες καταστάσεις. Ακόμα, θα βοηθούσε εξειδικευμένο προσωπικό που θα εκπαιδεύσει τους νοσηλευτές ώστε να αποκτήσουν δεξιότητες επικοινωνίας και επίλυσης των μεταξύ τους διαφορών και τρόπους ανακούφισης της έντασης τους.⁵⁴

5.6.3 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΕΙΑ

Χρειάζονται παρεμβάσεις και από την πολιτεία, η οποία πρέπει να σκύψει πάνω από το πρόβλημα και να διαθέσει ενέργεια και πόρους για την σωστή αντιμετώπιση του όλου προβλήματος σε όλα τα επίπεδα.

α) Η αντιμετώπιση του νοσηλευτή ως ανεξάρτητου και ισότιμου επαγγελματία υγείας, καθώς και ο καθορισμός του σαφούς ρόλου του νοσηλευτή με δεξιότητες και επαγγελματικά δικαιώματα που να ανταποκρίνονται στο επίπεδο της νοσηλευτικής του σήμερα, θα έδινε διέξοδο και θα απάλλαζε τους νοσηλευτές από τα αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, την ασάφεια των υποχρεώσεων τους, την μη συμμετοχής του στις αποφάσεις, και την σύγκρουση ρόλων.

β) Όσο αφορά την πρόληψη καθοριστικός είναι ο ρόλος των υγειονομικών ειδικών επαγγελματικής υγείας, (Νοσηλευτής εργασίας, Ιατρός εργασίας, Ψυχολόγος εργασίας). Η πολιτεία λοιπόν θα συνέβαλε στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης αν σε κάθε οργανωμένο χώρο εργασίας υπήρχαν οι ειδικοί επαγγελματικής υγείας για την παροχή πρωτοβάθμιας αλλά και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στους εργαζόμενους.



*ΕΙΔΙΚΟ
ΜΕΡΟΣ*

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθούν οι στρατηγικές διαχείρισης που επιλέγουν να χρησιμοποιήσουν οι νοσηλευτές των παιδοψυχιατρικών τμημάτων κατά τη διάρκεια της ζωής τους, ιδιαίτερα δε, όταν έχουν να αντιμετωπίσουν περίπλοκες καταστάσεις κατά την διάρκεια της εργασίας τους.

ΔΕΙΓΜΑ

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 122 νοσηλευτές παιδοψυχιατρικών τμημάτων από ην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη με μέσο όρο ηλικίας τα 29,61 έτη. Τα παιδοψυχιατρικά τμήματα που επιλέχθηκαν από την Αθήνα είναι το Νταού Πεντέλης, το Π.Ι.Κ.Π.Α., το Αγία Σοφία Νοσοκομείο Παίδων και Αγλαΐα Κυριακού Νοσοκομείο Παίδων. Από τη Θεσσαλονίκη επιλέχθηκαν το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου, το Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο και το Κέντρο Παιδοψυχικής Υγιεινής Θεσσαλονίκης.

Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από το φύλο, την καταγωγή και την οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Το δείγμα αποτέλεσαν απόφοιτοι της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Η μέθοδος απάντησης του ερωτηματολογίου ήταν η συνέντευξη και ο μέσος χρόνος που απαιτήθηκε για κάθε ερωτηματολόγιο ήταν τα 20 λεπτά.

Η ερευνητική μας προσπάθεια διήρκεσε 1 μήνα.

ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Στην παρούσα ερευνητική διαδικασία το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στα ερωτηματολόγια είναι η κλίμακα της Τουλούζης η οποία μετρά τις στρατηγικές διαχείρισης που χρησιμοποιεί ένα άτομο.

Κλίμακα της Τουλούζης για τη διαχείριση (E.T.C.)

Η κλίμακα που δόθηκε στο δείγμα και που εκτιμά τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν σημαντικά προβλήματα της ζωής τους, ήταν η κλίμακα της Τουλούζης για τη διαχείριση προβλημάτων. Είναι γεγονός ότι στη διεθνή βιβλιογραφία συναντά ο ερευνητής πολλές κλίμακες και πολλά ψυχομετρικά εργαλεία γενικότερα, για την αξιολόγηση και τη μέτρηση των τρόπων και των στρατηγικών διαχείρισης.

Ο λόγος που επιλέχτηκε η συγκεκριμένη κλίμακα είναι γιατί έχει μία ψυχοδυναμική θεώρηση: η κατασκευή της βασίζεται στη συσχέτιση της πορείας για την προσωποποίηση και την αυτονόμηση με τις στρατηγικές διαχείρισης. Επιπρόσθετα, η κλίμακα αυτή δοκιμάστηκε σε ελληνικό δείγμα 290 σπουδαστών στο Τ.Ε.Ι. Πάτρας και βρέθηκε ότι, κατόπιν ελέγχου της εσωτερικής αξιοπιστίας των στρατηγικών διαχείρισης, οι τιμές ήταν πολύ ικανοποιητικές (Cronbach's alpha > 0.80). Επίσης, η κλίμακα αυτή έχει δοκιμαστεί και σε 16 άτομα με δυσλεξία, 283 επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς και 160 επαγγελματίες νοσηλευτές που εργάζονται σε διαφορετικούς νομούς της Ελλάδας.

Η κλίμακα αυτή αποτελείται από τρεις τομείς: τη δράση (τομέας δράσης), την πληροφόρηση (τομέας γνωστικός) και το συναίσθημα (τομέας συναισθηματικός). Η σύνθεση αυτών επιτρέπει την εμφάνιση έξι στρατηγικών διαχείρισης προβλημάτων (εστίαση, κοινωνική στήριξη, απόσυρση, μεταστροφή, έλεγχος και άρνηση). Στον πίνακα φαίνεται ότι κάθε τομέας αποτελείται από έξι διαστάσεις (κάθετα) και κάθε στρατηγική περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις (οριζόντια). Η κλίμακα, επομένως, αποτελείται από 18 διαστάσεις. Κάθε διάσταση εξετάζεται με βάση τρεις προτάσεις, στις οποίες το υποκείμενο πρέπει να απαντήσει με βάση μια κλίμακα πέντε βαθμίδων (1: καθόλου, 2: σπάνια, 3: που και που, 4: συχνά, 5: πολύ συχνά).

Συμπερασματικά αναφέρουμε ότι στην ανάλυση των δεδομένων εξετάζονται οι εξής δείκτες:

A) οι τρεις τομείς

B) οι έξι στρατηγικές διαχείρισης

Γ) 1. οι θετικές στρατηγικές

Γ) 2. οι αρνητικές στρατηγικές (στο σύνολό τους είναι 18)

Παρουσίαση των τομέων, των στρατηγικών και των διαστάσεων

Η κλίμακα συνδέει τρεις τομείς:

- 1) Το συμπεριφοριστικό τομέα, που αντιπροσωπεύει το σύνολο των διαδικασιών με τις οποίες το άτομο αρχίζει να ενεργεί, δηλαδή η προετοιμασία της δράσης, η κίνηση και η συνέπεια αυτής της δράσης.
- 2) Τον τομέα της πληροφόρησης (ή γνωστικό τομέα), που προσδιορίζει τις διαδικασίες εκείνες με τις οποίες το άτομο αποκτά τις πληροφορίες για το περιβάλλον του και τις επεξεργάζεται για να ρυθμίσει τη συμπεριφορά του.
- 3) Το συναισθηματικό τομέα, που είναι το σύνολο των μη γνωστικών και μη ενεργών διαδικασιών που ποικίλλουν από τις ξαφνικές συναισθηματικές αντιδράσεις έως τα συνήθη συναισθήματα του ατόμου.

Ο συντονισμός μεταξύ των τομέων επιτρέπει την εμφάνιση έξι στρατηγικών, που η κάθε μια περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις σε σχέση με τους ανωτέρω τομείς. Κάθε μια από τις τρεις διαστάσεις εξετάζεται με βάση τρεις προτάσεις, στις οποίες το υποκείμενο πρέπει να απαντήσει μέσα σε ένα πλαίσιο μιας κλίμακας πέντε σημείων, όπως αναφέρεται πιο πάνω αναλυτικά. Το σύνολο αποτελείται λοιπόν από 54 ερωτήσεις.

	Τομείς		
<u>Στρατηγικές</u>	<u>Δράση</u>	<u>Πληροφόρηση</u>	<u>Συναίσθημα</u>
1. Εστίαση	A. Ενεργός Εστίαση	Z. Γνωστική Εστίαση	ΙΓ. Συναισθηματική Εστίαση
2. Κοινωνική Στήριξη	B. Συνεργασία	H. Κοινωνική Πληροφοριακή Στήριξη	ΙΔ. Συναισθηματική Κοινωνική Στήριξη
3. Απόσυρση	Γ. Συμπεριφορική και Κοινωνική Απόσυρση	Θ. Διανοητική Απόσυρση	ΙΕ Εθισμός σε ουσίες
4. Μεταστροφή	Δ. Συμπεριφορική Αλλαγή	Ι. Αποδοχή	ΙΣΤ. Αλλαγή αξιών
5. Έλεγχος	E. Ρύθμιση δραστηριοτήτων	ΙΑ. Γνωστικός Έλεγχος και Σχεδιασμός	ΙΖ. Συναισθηματικός Έλεγχος
6. Άρνηση	ΣΤ. Διασκέδαση	ΙΒ. Άρνηση	ΙΗ. Αλεξιθυμία

Οι στρατηγικές είναι οι εξής:

1. Η Εστίαση: υπονοεί ότι το άτομο συγκεντρώνεται στο πρόβλημα και στους τρόπους επίλυσης του προβλήματος. Η συναισθηματική εστίαση υπονοεί όντως τη διείδυση ειδικών συναισθημάτων (επιθετικότητας και ενοχής). Η στρατηγική αυτή έχει 3 διαστάσεις:

A. Ενεργός Εστίαση: Όταν αντιμετωπίζει κανείς το πρόβλημα και πηγαίνει κατευθείαν σε αυτό.

Z. Γνωστική Εστίαση: Όταν αναλύει κανείς την κατάσταση, χρησιμοποιεί παρελθοντικές εμπειρίες, εφαρμόζει στρατηγικές για να λύσει καλύτερα το πρόβλημα.

ΙΓ. Συναισθηματική Εστίαση: Όταν κανείς γίνεται ευερέθιστος ή επιθετικός απέναντι στους άλλους ή όταν κλείνεται στον εαυτό του βιώνοντας ενοχές.

2. Η κοινωνική στήριξη: υπονοεί την αναζήτηση βοήθειας με όρους γνωστικούς (συμβουλές, πληροφόρηση) ή συναισθηματικούς (η ανάγκη του ανθρώπου να τον ακούσει κάποιος και να τον αναγνωρίσει). Υπονοεί, επίσης, τη χρήση πράξεων συνεργασίας ως μέσο καταπολέμησης του στρες. Η στρατηγική αυτή περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις:

B. Συνεργασία: Όταν κάποιος έχει την ανάγκη να εργαστεί μαζί με τους άλλους.

H. Πληροφοριακή Κοινωνική Στήριξη: Όταν κάποιος απευθύνεται σε πρόσωπα για να πάρει πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση που του δημιουργεί πρόβλημα.

ΙΔ. Συναισθηματική Κοινωνική Στήριξη: Όταν κάποιος έχει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον, να απευθυνθεί σε πρόσωπα που μπορούν να δώσουν παρηγοριά.

3. Η απόσυρση: Υπονοεί ότι το υποκείμενο κλείνεται στον εαυτό του, προσπαθεί να μη σκέφτεται το πρόβλημα καταφεύγοντας στο όνειρο ή στη φαντασία ή υιοθετώντας συμπεριφορές που προσφέρουν υποκατάστατα (τροφή, ναρκωτικά, κάπνισμα, φάρμακα). Η στρατηγική αυτή έχει τρεις διαστάσεις:

Γ. Συμπεριφορική και Κοινωνική Απόσυρση: Όταν το άτομο κλείνεται στον εαυτό του, απομακρύνεται από τους άλλους, αποσύρεται σε σχέση με τους άλλους.

Θ. Διανοητική απόσυρση: Όταν το άτομο προσπαθεί να διώξει το πρόβλημα από το μυαλό του, αρνείται να το σκέφτεται θέλει να το ξεχάσει. Όταν ευχαριστείται με τις ονειροπολήσεις, με τη φαντασία του προκειμένου να ξεχάσει τις δυσκολίες.

ΙΕ. Εθισμός σε ουσίες: Όταν το άτομο αναζητά υποκατάστατα μέσα από την τροφή, τα φάρμακα, τα ναρκωτικά, τον καπνό.

4. Η μεταστροφή: υπονοεί την αλλαγή, την τροποποίηση της συμπεριφοράς, των γνωστικών θέσεων (αποδοχή) ή των αξιών (όταν το άτομο στρέφεται προς το Θεό, αποκτά μια φιλοσοφία ζωής, αστειεύεται σχετικά με το πρόβλημα). Η στρατηγική αυτή έχει τρεις διαστάσεις:

Δ. Συμπεριφορική Αλλαγή: Όταν τροποποιεί τις πράξεις του, τη συμπεριφορά του, τον τρόπο ζωής του σχετικά με το πρόβλημα.

Ι. Αποδοχή: Όταν αποδέχεται το πρόβλημα όποιο κι αν είναι ή μαθαίνει να ζει με αυτό.

ΙΣΤ. Αλλαγή των αξιών: Όταν κάποιος εμπιστεύεται το Θεό (στάση πίστης), στρέφεται σε μια άλλη φιλοσοφία ζωής, σχετικοποιεί με τρόπο διασκεδαστικό την κατάσταση (χιούμορ).

5. Ο έλεγχος: υπονοεί την κυριαρχία στην κατάσταση, τον συντονισμό των συμπεριφορών ή των δραστηριοτήτων και την συγκράτηση των συναισθημάτων. Η στρατηγική αυτή έχει τρεις διαστάσεις:

Ε. Ρύθμιση των δραστηριοτήτων: Όταν το άτομο αντιστέκεται στην παρόρμηση να κάνει απερίσκεπτες κρίσεις ή να πάρει αποφάσεις βεβιασμένες, όταν παίρνει μια απόσταση σε σχέση με την κατάσταση και παίρνει κάποιο χρόνο για να δράσει. Αυτή η στρατηγική έχει σαν σκοπό να συγκρατήσει την δραστηριότητα, όταν αυτή μπορεί να κάνει περισσότερο κακό παρά καλό.

ΙΑ. Γνωστικός έλεγχος και σχεδιασμός: Όταν το άτομο θέτει στόχους, κάνει ένα σχεδιασμό, όταν χειρίζεται το πρόβλημα με τρόπο αφηρημένο και λογικό (διανοητικοποίηση)

ΙΖ. Συναισθηματικός έλεγχος: Όταν το άτομο αφενός δεν πανικοβάλλεται, αφετέρου δεν δείχνει στους άλλους τα συναισθήματα που το διακατέχουν.

6. Η άρνηση: όταν το υποκείμενο κάνει σαν να μην υπήρχε το πρόβλημα, διασκεδάζει κάνοντας κάτι πιο ευχάριστο, έχει δυσκολίες για να περιγράψει τα συναισθήματά του. Η στρατηγική αυτή έχει τρεις διαστάσεις:

ΣΤ. Διασκέδαση: Όταν κάποιος ψάχνει να σκεφτεί κάτι άλλο εκτός από το πρόβλημα, όταν ασχολείται με άλλες δραστηριότητες για να μην το σκέφτεται. Όταν ψάχνει για ικανοποιήσεις σε άλλους τομείς της ύπαρξης.

ΙΒ. Άρνηση: Όταν κάποιος κάνει σαν να μην υπήρχε το πρόβλημα.

ΙΗ. Αλεξιθυμία: Όταν κάποιος δεν μπορεί να περιγράψει τα συναισθήματά του

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων μιας μελέτης που έκανε ο Tar με 260 κριτές προκειμένου να προσδιοριστεί ο θετικός ή αρνητικός χαρακτήρας των αντιδράσεων απέναντι στο στρες επιτρέπει τρεις διαπιστώσεις:

1. Η θετική διαχείριση (coping): συνδέει τις γνωστικές πλευρές με την κοινωνική στήριξη (συνεργασία, βοήθεια μέσω πληροφόρησης, συναισθηματική στήριξη). Η ενεργός εστίαση και ο συναισθηματικός έλεγχος έρχονται να συμπληρώσουν αυτή την πρώτη δομή. Χάρη στη βοήθεια των άλλων (κοινωνική στήριξη), η ενεργός εστίαση εισάγει την προσαρμοστική προσπάθεια, την αντιμετώπιση του προβλήματος. Σε αυτή τη δομή βρίσκουμε την ενεργό-γνωστική εστίαση και τον συναισθηματικό έλεγχο.

2. Η αρνητική διαχείριση υπονοεί τη σύνδεση απόσυρσης και άρνησης, αλλά αυτή η δεύτερη δομή οργανώνεται γύρω από την άρνηση, τη διανοητική απόσυρση και την αλεξιθυμία.

3. Κάποιες συγκεκριμένες διαστάσεις, ιδιαίτερα η συμπεριφορική αλλαγή, η αλλαγή των αξιών η διασκέδαση και η αποδοχή γίνονται αντιληπτές με τρόπο πιο διαφορούμενο και λειτουργούν ως στρατηγικές ενδιάμεσες ανάμεσα στο θετικό και αρνητικό πρότυπο της διαχείρισης.

Για παράδειγμα, η αποδοχή της κατάστασης γίνεται αντιληπτή θετικά όταν συσχετίζεται με το συναισθηματικό έλεγχο. Αποδέχομαι σημαίνει ελέγχω τα συναισθήματά μου, τις άμυνές μου, ρυθμίζω τις επιθυμίες μου. Όμως, η αποδοχή γίνεται αντιληπτή αρνητικά, όταν συσχετίζεται με τη συγκράτηση. Αποδοχή της προβληματικής κατάστασης σημαίνει τότε παραίτηση.

Θετικές στρατηγικές

- A. Ενεργός Εστίαση
- B. Συνεργασία
- H. Κοινωνική πληροφοριακή στήριξη
- I. Αποδοχή
- ΙΣΤ. Συναισθηματικός έλεγχος
- ΙΑ. Γνωστικός έλεγχος και σχεδιασμός
- ΣΤ. Διασκέδαση
- Z. Γνωστική Εστίαση
- ΙΓ. Κοινωνική Συναισθηματική Στήριξη

Σχήμα 2.2: Θετικές Στρατηγικές Διαχείρισης

Αρνητικές Στρατηγικές

- ΙΔ. Εθισμός στις ουσίες
- Θ. Διανοητική απόσυρση
- ΙΕ. Αλλαγή Αξιών
- Γ. Συμπεριφορική και Κοινωνική Απόσυρση
- Δ. Συμπεριφορική Αλλαγή
- ΙΖ. Αλεξιθυμία
- Ε. Ρύθμιση των δραστηριοτήτων
- ΙΑ. Άρνηση
- ΙΒ. Συναισθηματική Εστίαση

Σχήμα 2.3.: Αρνητικές Στρατηγικές Διαχείρισης

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στους πίνακες που ακολουθούν οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με τη μέση τιμή (*mean value*) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (*standard deviation*), την ελάχιστη τιμή (*min value*) και τη μέγιστη τιμή (*max value*), οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των *Kolmogorov - Smirnov*.

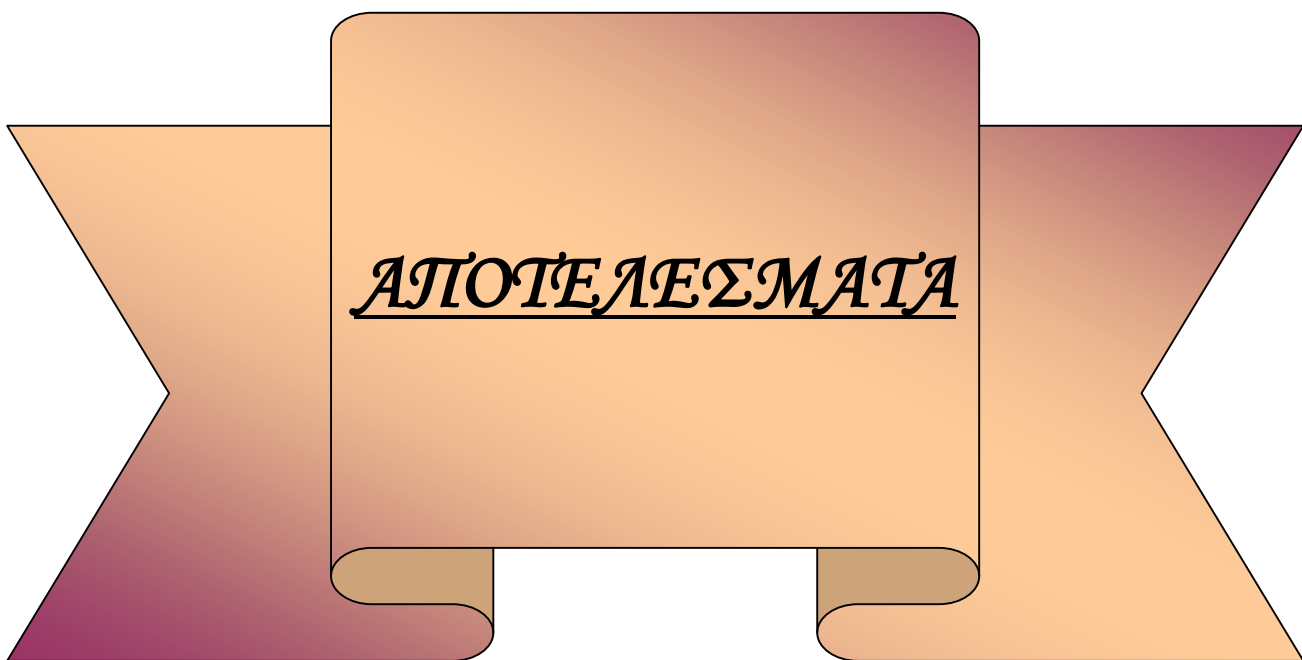
Για τη μελέτη της αξιοπιστίας – εσωτερικής συνάφειας του ερωτηματολογίου, που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος του *Cronbach* και υπολογίστηκε ο δείκτης αξιοπιστίας *Alpha*.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών στις τιμές των δεικτών, που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων και υποομάδων, ήταν *t-test (student's t-test)* και *one way ANOVA*.

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο **συντελεστής συσχέτισης του pearson (r) (Pearson's product moment correlarion coefficient)**. Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του *Spearman* ανήκουν στο διάστημα $[-1, +1]$. Οι τιμές +1, -1 αντιστοιχούν σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ η τιμή 0 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μία μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και **συσχετίσεις** που προκύπτουν θεωρούνται *στατιστικά σημαντικές*, αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα **$p < 0.05$** (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο *SPSS*.



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (Frequencies)

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 122 νοσηλευτές από την Αθήνα και Θεσσαλονίκη, μέσου όρου ηλικίας 29,61 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

A. Γενικά στοιχεία

Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 21 και 47 ετών με μέσο όρο ηλικίας τα 29,61 έτη και τυπική απόκλιση τα 5,59 έτη (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Ηλικία ερωτηθέντων.

ΗΛΙΚΙΑ	N=122
Mean	29,61
Std. Dev.	5,59
Minimum	21
Maximum	47

Τα έτη άσκησης Νοσηλευτικού Επαγγέλματος των ερωτηθέντων κυμάνθηκαν μεταξύ 1 και 23 έτη με μέσο όρο τα 6,50 έτη και τυπική απόκλιση τα 4,54 έτη (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Έτη άσκησης Νοσηλευτικού Επαγγέλματος των ερωτηθέντων.

ΕΤΗ ΑΣΚΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	N=122
Mean	6,50
Std. Dev.	4,54
Minimum	1
Maximum	23

Τα έτη εργασίας σε Παιδοψυχιατρικό Τμήμα των ερωτηθέντων των ερωτηθέντων κυμάνθηκαν μεταξύ 1 και 13 έτη με μέσο όρο τα 3,35 έτη και τυπική απόκλιση τα 2,88 έτη (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Έτη εργασίας σε Παιδοψυχιατρικό Τμήμα των ερωτηθέντων.

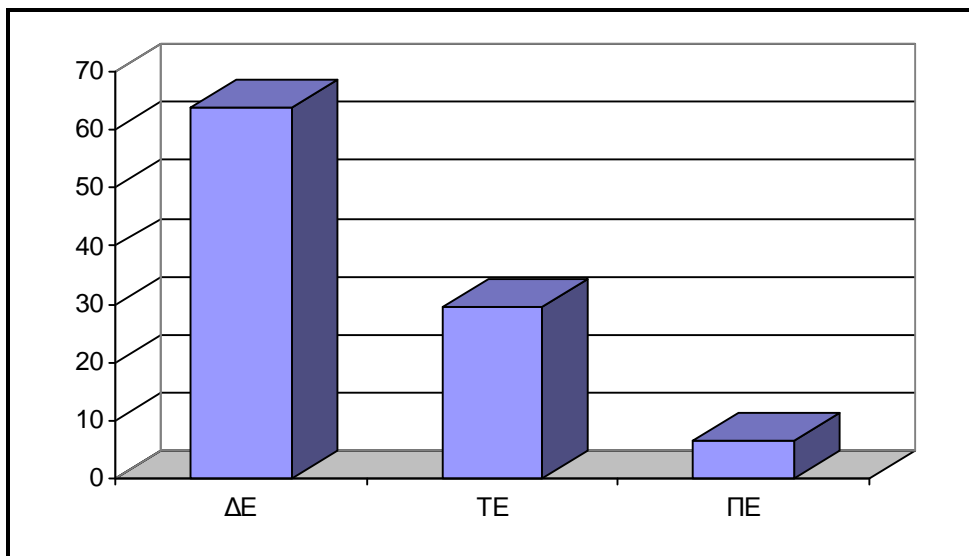
ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	N=122
Mean	3,35
Std. Dev.	2,88
Minimum	1
Maximum	13

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είχαν απολυτήριο Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (78 άτομα - ποσοστό 63,9%). Από τους υπόλοιπους 36 άτομα (ποσοστό 29,5%) ήταν απόφοιτοι Τεχνολογικής Εκπαίδευσης και 8 άτομα (ποσοστό 6,6%) ήταν απόφοιττο Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (Πίνακας 4, Σχήμα 1).

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	N=122	Percent (%)
ΔΕ	78	63,9
ΤΕ	36	29,5
ΠΕ	8	6,6

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.

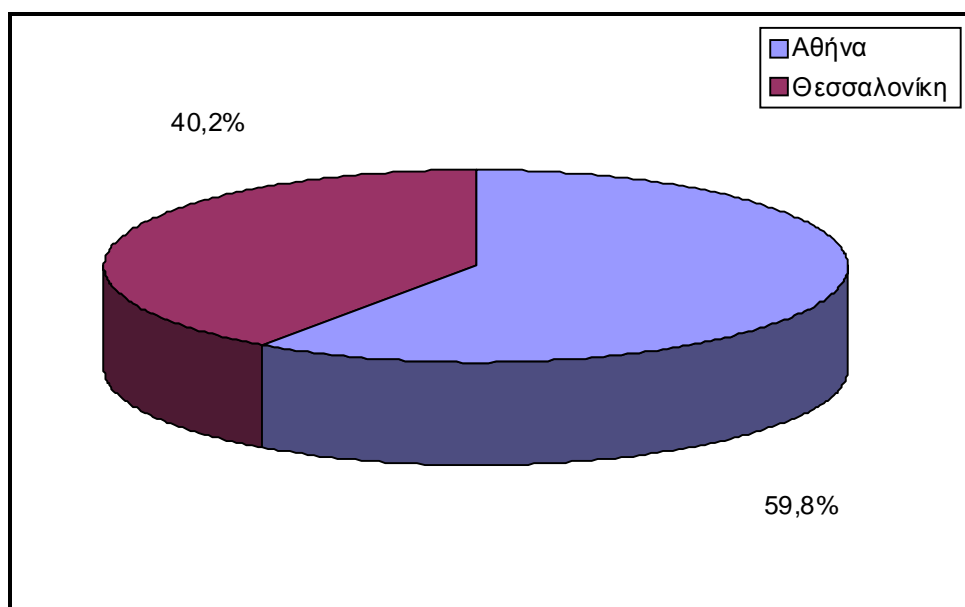


Το 59,8% των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα εργάζονταν στην Αθήνα και το υπόλοιπο 40,2% στη Θεσσαλονίκη (Πίνακας 5, Σχήμα 2).

Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την πόλη εργασίας.

ΠΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	N=122	Percent (%)
Αθήνα	73	59,8
Θεσσαλονίκη	49	40,2

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την πόλη εργασίας.



Ακολουθως για κάθε ερωτώμενο ανάλογα με τις απαντήσεις που έδωσε σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, υπολογίστηκαν οι τιμές των δεικτών των διαφόρων στρατηγικών οι οποίες παρατίθενται παρακάτω:

A. Στρατηγικές

Ο δείκτης δράσης (action) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 39 και 72, με μέσο όρο 57,05 και τυπική απόκλιση 7,00 (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Επίπεδο του δείκτη δράσης.

ΔΡΑΣΗ	N=122
Mean	57,05
Std. Dev.	7,00
Minimum	39
Maximum	72

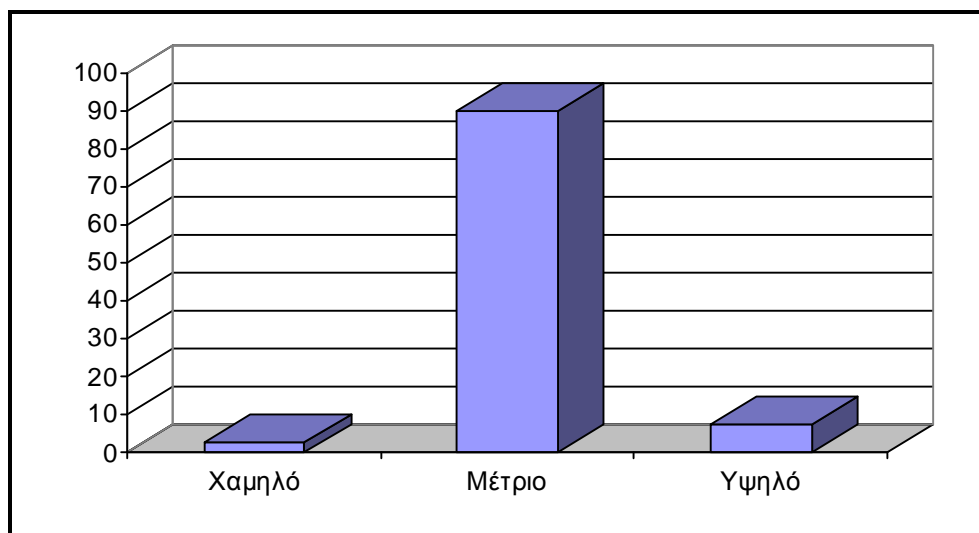
Στην προσπάθεια να διαβαθμίσουμε τις τιμές των απαντήσεων των ερωτηθέντων, όσον αφορά το δείκτη δράσης, χωρίσαμε την κλίμακα σε τρία διαστήματα. Έτσι, οι ερωτώμενοι των οποίων οι απαντήσεις είχαν συνολικό score έως 42 θεωρήθηκαν ότι έχουν "χαμηλό" επίπεδο στο δείκτη δράσης. Ερωτώμενοι με συνολικό score 43-66 θεωρήθηκαν ότι έχουν "μέτριο" επίπεδο στο δείκτη δράσης και ερωτώμενοι με συνολικό score 67-90 θεωρήθηκαν ότι έχουν "υψηλό" επίπεδο στο δείκτη δράσης.

Στην συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (110 άτομα – ποσοστό 90,2%) το επίπεδο του δείκτη δράσης υπολογίστηκε μέτριο. Σε 3 άτομα (ποσοστό 2,5%) υπολογίστηκε χαμηλό, ενώ αντίθετα σε 9 άτομα (ποσοστό 7,4%) ο δείκτης δράσης υπολογίστηκε υψηλός (Πίνακας 7, Σχήμα 3).

Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη δράσης.

ΔΡΑΣΗ	N=122	Percent (%)
Χαμηλό (έως 42)	3	2,5
Μέτριο (43-66)	110	90,2
Υψηλό (67-90)	9	7,4

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη δράσης.



Ο δείκτης πληροφόρησης (information) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 37 και 71, με μέσο όρο 58,68 και τυπική απόκλιση 6,17 (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Επίπεδο του δείκτη πληροφόρησης.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ	N=122
Mean	58,68
Std. Dev.	6,17
Minimum	37
Maximum	71

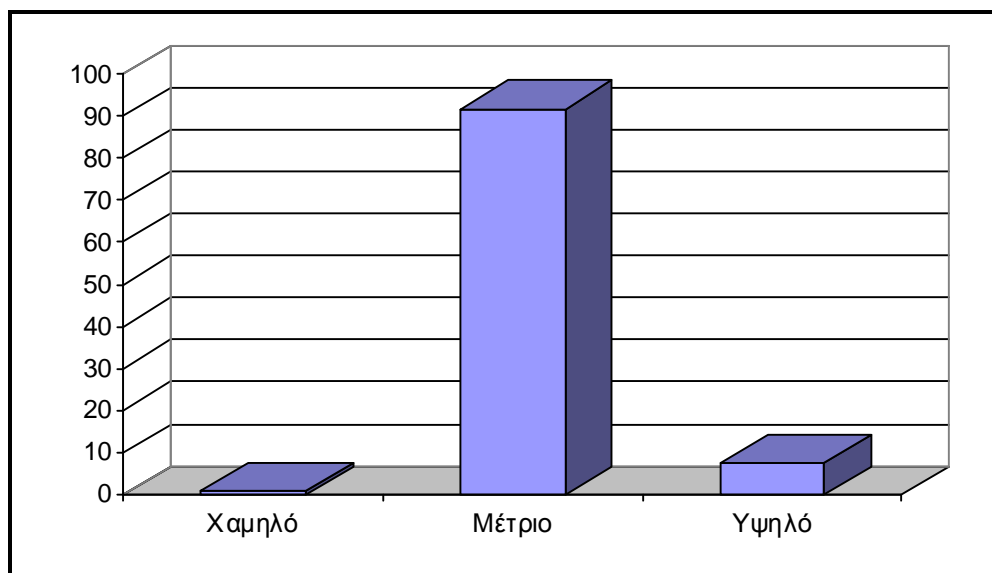
Στην προσπάθεια να διαβαθμίσουμε τις τιμές των απαντήσεων των ερωτηθέντων όσον αφορά το δείκτη πληροφόρησης χωρίσαμε την κλίμακα σε τρία διαστήματα. Έτσι, οι ερωτώμενοι των οποίων οι απαντήσεις είχαν συνολικό score έως 42 θεωρήθηκαν ότι έχουν "χαμηλό" επίπεδο στο δείκτη πληροφόρησης. Ερωτώμενοι με συνολικό score 43-66 θεωρήθηκαν ότι έχουν "μέτριο" επίπεδο στο δείκτη πληροφόρησης και ερωτώμενοι με συνολικό score 67-90 θεωρήθηκαν ότι έχουν "υψηλό" επίπεδο του δείκτη πληροφόρησης.

Σε ένα ποσοστό 91,8% (112 άτομα) το επίπεδο του δείκτη πληροφόρησης των ερωτηθέντων υπολογίστηκε μέτριο ενώ σε άλλα 9 άτομα (ποσοστό 7,4%) υπολογίστηκε υψηλό. Αξιοσημείωτο είναι ότι σε μόνο 1 άτομο (ποσοστό 0,8%) το επίπεδο του δείκτη πληροφόρησης υπολογίστηκε χαμηλό (Πίνακας 9, Σχήμα 4).

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη πληροφόρησης.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ	N=122	Percent (%)
Χαμηλό (έως 42)	1	0,8
Μέτριο (43-66)	112	91,8
Υψηλό (67-90)	9	7,4

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη πληροφόρησης.



Ο δείκτης συναισθήματος (emotion) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 36 και 89, με μέσο όρο τα 57,08 και τυπική απόκλιση τα 8,20 (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Επίπεδο του δείκτη συναισθήματος.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ	N=122
Mean	57,08
Std. Dev.	8,20
Minimum	36
Maximum	89

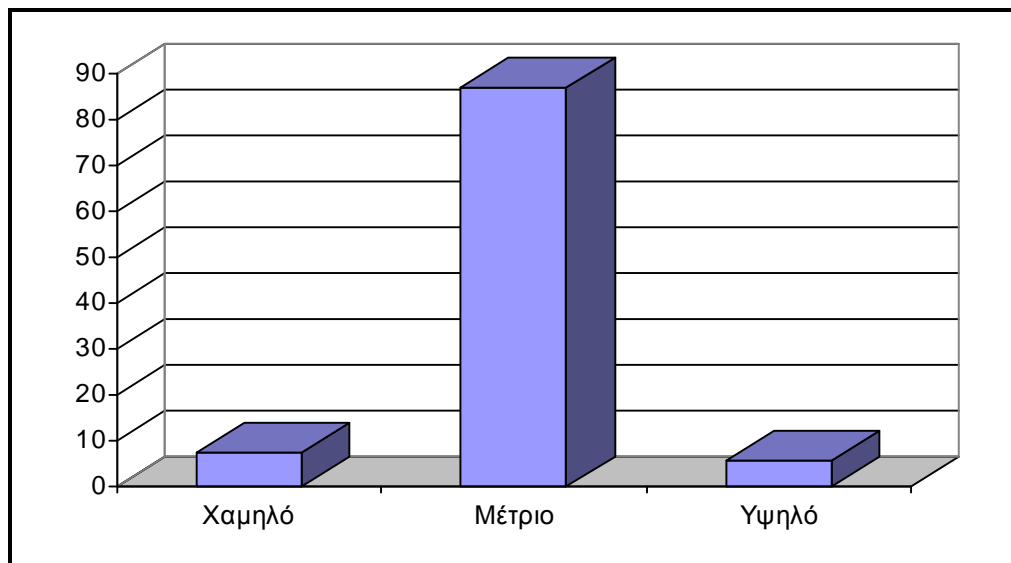
Στην προσπάθεια να διαβαθμίσουμε τις τιμές των απαντήσεων των ερωτηθέντων όσον αφορά το δείκτη συναισθήματος χωρίσαμε την κλίμακα σε τρία διαστήματα. Έτσι οι ερωτώμενοι των οποίων οι απαντήσεις είχαν συνολικό score έως 42 θεωρήθηκαν ότι έχουν "χαμηλό" επίπεδο στο δείκτη συναισθήματος. Ερωτώμενοι με συνολικό score 43-66 θεωρήθηκαν ότι έχουν "μέτριο" επίπεδο στο δείκτη συναισθήματος και ερωτώμενοι με συνολικό score 67-90 θεωρήθηκαν ότι έχουν "υψηλό" επίπεδο του δείκτη συναισθήματος.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (106 άτομα - ποσοστό 86,9%) το επίπεδο του δείκτη συναισθήματος υπολογίστηκε μέτριο και σε 9 άτομα (ποσοστό 7,4%) χαμηλό. Στα υπόλοιπα 7 άτομα (ποσοστό 5,7%) ο δείκτης συναισθήματος υπολογίστηκε υψηλός (Πίνακας 11, Σχήμα 5).

Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη συναισθήματος.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ	N=122	Percent (%)
Χαμηλό (έως 42)	9	7,4
Μέτριο (43-66)	106	86,9
Υψηλό (67-90)	7	5,7

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη συναισθήματος.



Ο δείκτης των θετικών στρατηγικών (positif) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 59 και 117, με μέσο όρο τα 87,75 και τυπική απόκλιση τα 9,07 (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Επίπεδο του δείκτη των θετικών στρατηγικών.

ΘΕΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ	N=122
Mean	87,75
Std. Dev.	9,07
Minimum	59
Maximum	117

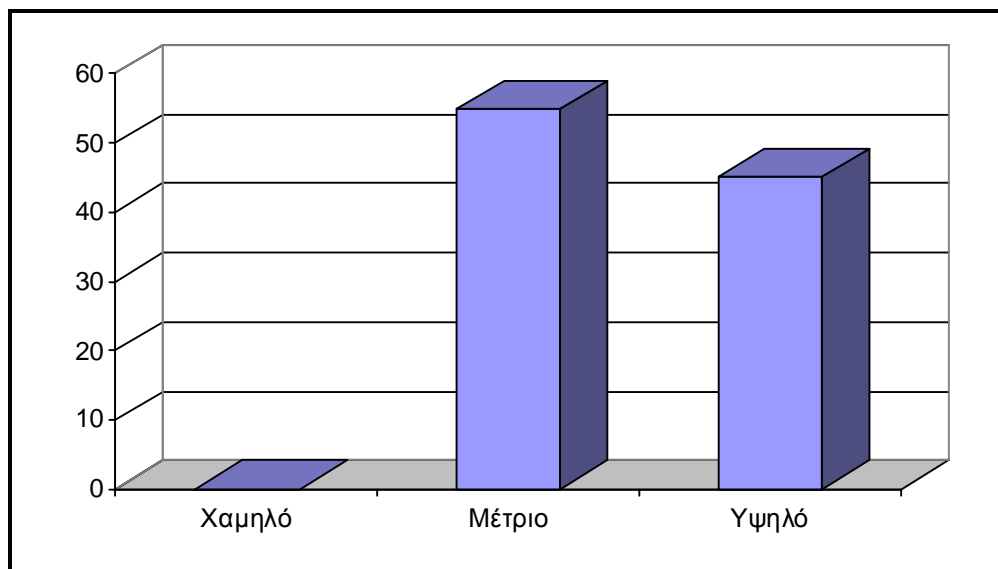
Στην προσπάθεια να διαβαθμίσουμε τις τιμές των απαντήσεων των ερωτηθέντων όσον αφορά το δείκτη των θετικών στρατηγικών χωρίσαμε την κλίμακα σε τρία διαστήματα. Έτσι οι ερωτώμενοι των οποίων οι απαντήσεις είχαν συνολικό score έως 53 θεωρήθηκαν ότι έχουν "χαμηλό" επίπεδο στο δείκτη των θετικών στρατηγικών. Ερωτώμενοι με συνολικό score 54-89 θεωρήθηκαν ότι έχουν "μέτριο" επίπεδο στο δείκτη των θετικών στρατηγικών και ερωτώμενοι με συνολικό score 90-135 θεωρήθηκαν ότι έχουν "υψηλό" επίπεδο του δείκτη των θετικών στρατηγικών.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (67 άτομα - ποσοστό 54,9%) είχε επίπεδο στο δείκτη των θετικών στρατηγικών μέτριο ενώ στα υπόλοιπα 55 άτομα (ποσοστό 45,1%) το επίπεδο του δείκτη των θετικών στρατηγικών τους υπολογίστηκε υψηλό. Αξιοσημείωτο είναι ότι κανένας από τους ερωτηθέντες δεν είχε χαμηλό δείκτη θετικών στρατηγικών (Πίνακας 13, Σχήμα 6).

Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη των θετικών στρατηγικών.

ΘΕΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ	N=122	Percent (%)
Χαμηλό (έως 53)	0	0,0
Μέτριο (54-89)	67	54,9
Υψηλό (90-135)	55	45,1

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη των θετικών στρατηγικών.



Ο δείκτης των αρνητικών στρατηγικών (negatif) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 48 και 119, με μέσο όρο τα 85,07 και τυπική απόκλιση τα 12,26 (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Επίπεδο του δείκτη των αρνητικών στρατηγικών.

ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ	N=122
Mean	85,07
Std. Dev.	12,26
Minimum	48
Maximum	119

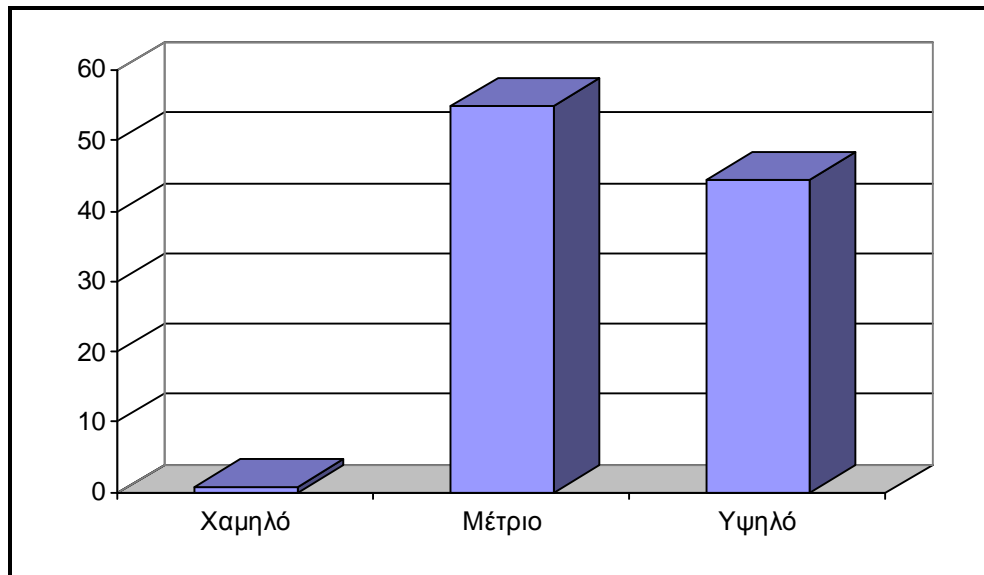
Στην προσπάθεια να διαβαθμίσουμε τις τιμές των απαντήσεων των ερωτηθέντων όσον αφορά το δείκτη των αρνητικών στρατηγικών χωρίσαμε την κλίμακα σε τρία διαστήματα. Έτσι οι ερωτώμενοι των οποίων οι απαντήσεις είχαν συνολικό score έως 53 θεωρήθηκαν ότι έχουν "χαμηλό" επίπεδο στο δείκτη των αρνητικών στρατηγικών. Ερωτώμενοι με συνολικό score 54-89 θεωρήθηκαν ότι έχουν "μέτριο" επίπεδο στο δείκτη των αρνητικών στρατηγικών και ερωτώμενοι με συνολικό score 90-135 θεωρήθηκαν ότι έχουν "υψηλό" επίπεδο του δείκτη των αρνητικών στρατηγικών.

Οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες (67 άτομα - ποσοστό 54,9%) υπολογίστηκε ότι έχουν μέτριο επίπεδο στο δείκτη αρνητικών στρατηγικών ενώ 54 άτομα (ποσοστό 44,3%) υπολογίστηκε ότι έχουν υψηλό δείκτη αρνητικών στρατηγικών. Μόλις 1 άτομο (ποσοστό 0,8%) είχε χαμηλό επίπεδο στο δείκτη των αρνητικών στρατηγικών (Πίνακας 15, Σχήμα 7).

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη των αρνητικών στρατηγικών.

ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ	N=122	Percent (%)
Χαμηλό (έως 53)	1	0,8
Μέτριο (54-89)	67	54,9
Υψηλό (90-135)	54	44,3

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη των αρνητικών στρατηγικών.



Το σύνολο των στρατηγικών διαχείρισης (total g) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 123 και 209, με μέσο όρο τα 172,81 και τυπική απόκλιση τα 18,43 (Πίνακας 16).

Πίνακας 16: Επίπεδο του δείκτη του συνόλου των στρατηγικών διαχείρισης.

ΣΥΝΟΛΟ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ	N=122
Mean	172,81
Std. Dev.	18,43
Minimum	123
Maximum	209

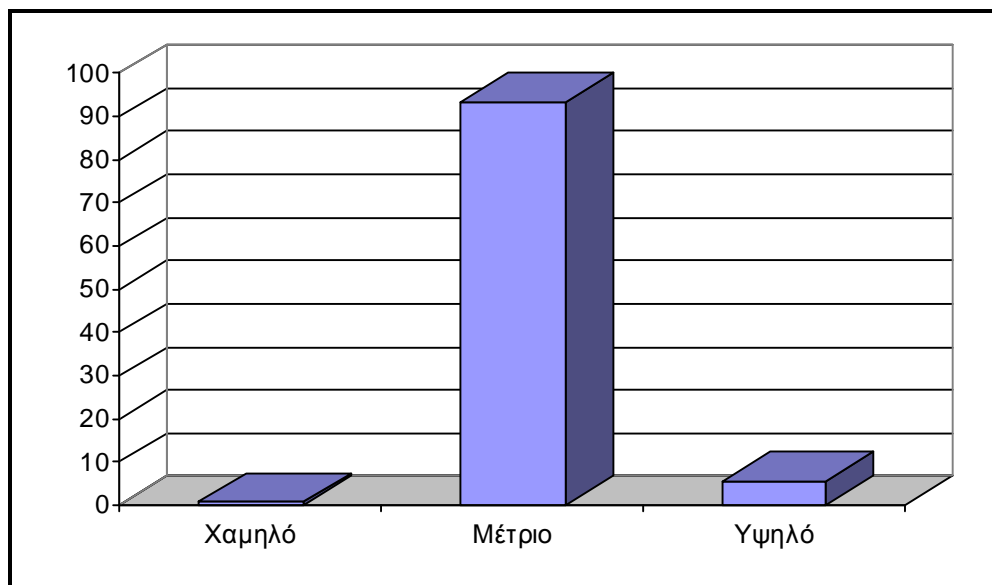
Στην προσπάθεια να διαβαθμίσουμε τις τιμές των απαντήσεων των ερωτηθέντων όσον αφορά το σύνολο των στρατηγικών διαχείρισης χωρίσαμε την κλίμακα σε τρία διαστήματα. Έτσι οι ερωτώμενοι των οποίων οι απαντήσεις είχαν συνολικό score έως 126 θεωρήθηκαν ότι έχουν "χαμηλό" επίπεδο στο σύνολο των στρατηγικών διαχείρισης. Ερωτώμενοι με συνολικό score 127-198 θεωρήθηκαν ότι έχουν "μέτριο" επίπεδο στο σύνολο των στρατηγικών διαχείρισης και ερωτώμενοι με συνολικό score 199-270 θεωρήθηκαν ότι έχουν "υψηλό" επίπεδο στο σύνολο των στρατηγικών διαχείρισης.

Σε ένα πολύ υψηλό ποσοστό 93,4% (114 άτομα) το σύνολο των στρατηγικών διαχείρισης των ερωτηθέντων υπολογίστηκε μετρίου επιπέδου ενώ σε 7 άτομα (ποσοστό 5,7%) υπολογίστηκε υψηλού επιπέδου. Αξιοσημείωτο είναι ότι σε μόνο 1 άτομο (ποσοστό 0,8%) το επίπεδο του συνόλου των στρατηγικών διαχείρισης υπολογίστηκε χαμηλό (Πίνακας 17, Σχήμα 8).

Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το σύνολο των στρατηγικών διαχείρισης.

ΣΥΝΟΛΟ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ	N=122	Percent (%)
Χαμηλό (έως 126)	1	0,8
Μέτριο (127-198)	114	93,4
Υψηλό (199-270)	7	5,7

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το σύνολο των στρατηγικών διαχείρισης.



Ο δείκτης εστίασης (focalisation) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 19 και 37, με μέσο όρο τα 28,20 και τυπική απόκλιση τα 3,46 (Πίνακας 18).

Πίνακας 18: Επίπεδο του δείκτη εστίασης.

ΕΣΤΙΑΣΗ	N=122
Mean	28,20
Std. Dev.	3,46
Minimum	19
Maximum	37

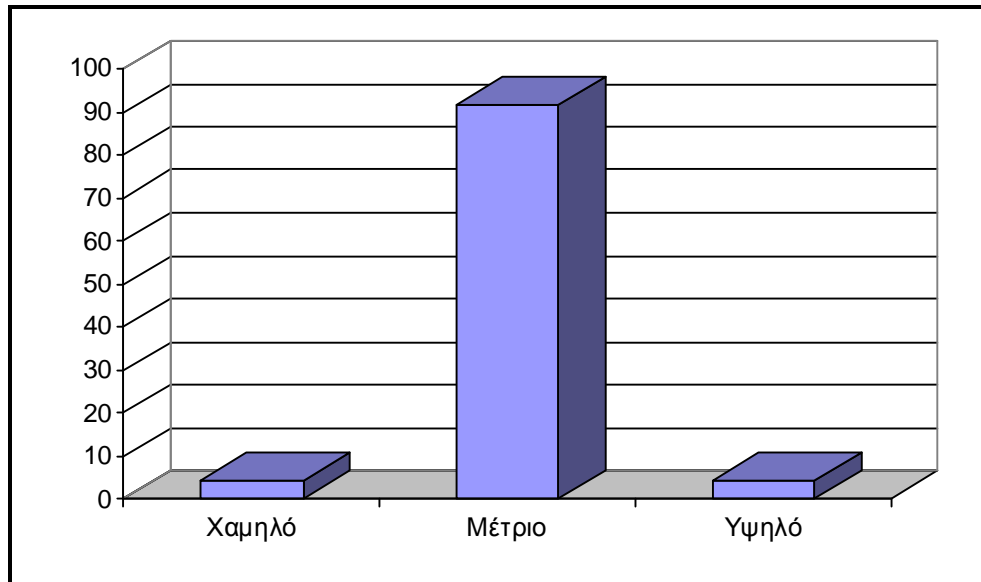
Στην προσπάθεια να διαβαθμίσουμε τις τιμές των απαντήσεων των ερωτηθέντων όσον αφορά το επίπεδο του δείκτη εστίασης χωρίσαμε την κλίμακα σε τρία διαστήματα. Έτσι οι ερωτώμενοι των οποίων οι απαντήσεις είχαν συνολικό score έως 21 θεωρήθηκαν ότι έχουν "χαμηλό" επίπεδο στο δείκτη εστίασης. Ερωτώμενοι με συνολικό score 22-33 θεωρήθηκαν ότι έχουν "μέτριο" επίπεδο στο δείκτη εστίασης και ερωτώμενοι με συνολικό score 34-45 θεωρήθηκαν ότι έχουν "υψηλό" επίπεδο στο δείκτη εστίασης.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (112 άτομα - ποσοστό 91,8%) υπολογίστηκε ότι έχει μέτριο επίπεδο του δείκτη εστίασης και από 5 άτομα (ποσοστό 4,1%) είχαν τόσο υψηλό όσο και χαμηλό επίπεδο στο δείκτη εστίασης (Πίνακας 19, Σχήμα 9).

Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη εστίασης.

ΕΣΤΙΑΣΗ	N=122	Percent (%)
Χαμηλό (έως 21)	5	4,1
Μέτριο (22-33)	112	91,8
Υψηλό (34-45)	5	4,1

Σχήμα 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη εστίασης.



Ο δείκτης κοινωνικής στήριξης (support social) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 17 και 38, με μέσο όρο τα 28,62 και τυπική απόκλιση τα 3,94 (Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Επίπεδο του δείκτη κοινωνικής στήριξης.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ	N=122
Mean	28,62
Std. Dev.	3,94
Minimum	17
Maximum	38

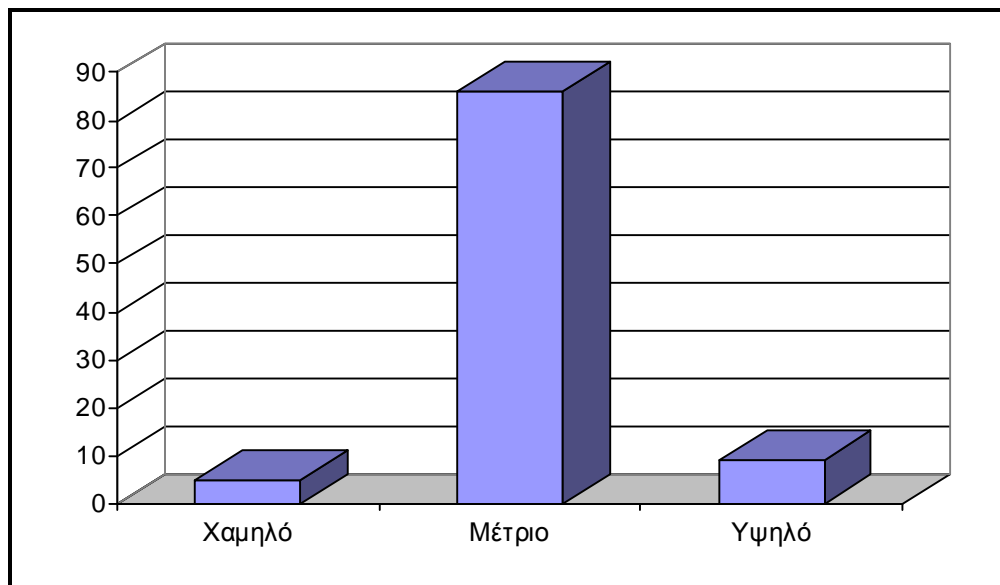
Στην προσπάθεια να διαβαθμίσουμε τις τιμές των απαντήσεων των ερωτηθέντων όσον αφορά το δείκτη κοινωνικής στήριξης χωρίσαμε την κλίμακα σε τρία διαστήματα. Έτσι οι ερωτώμενοι των οποίων οι απαντήσεις είχαν συνολικό score έως 21 θεωρήθηκαν ότι έχουν "χαμηλό" επίπεδο στο δείκτη κοινωνικής στήριξης. Ερωτώμενοι με συνολικό score 22-33 θεωρήθηκαν ότι έχουν "μέτριο" επίπεδο στο δείκτη κοινωνικής στήριξης και ερωτώμενοι με συνολικό score 34-45 θεωρήθηκαν ότι έχουν "υψηλό" επίπεδο στο δείκτη κοινωνικής στήριξης.

Το μεγαλύτερο ποσοστό 86,1% (105 άτομα) των ερωτηθέντων υπολογίστηκε ότι έχουν μέτριο επίπεδο στο δείκτη κοινωνικής στήριξης. Από τα υπόλοιπα τα 11 άτομα (ποσοστό 9,0%) είχαν υψηλό επίπεδο στο δείκτη κοινωνικής στήριξης και τα 6 άτομα (ποσοστό 4,9%) είχαν χαμηλό επίπεδο στο δείκτη κοινωνικής στήριξης (Πίνακας 21, Σχήμα 10).

Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη κοινωνικής στήριξης.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ	N=122	Percent (%)
Χαμηλό (έως 21)	6	4,9
Μέτριο (22-33)	105	86,1
Υψηλό (34-45)	11	9,0

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη κοινωνικής στήριξης.



Ο δείκτης απόσυρσης (retrait) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 10 και 37, με μέσο όρο τα 27,89 και τυπική απόκλιση τα 4,65 (Πίνακας 22).

Πίνακας 22: Επίπεδο του δείκτη απόσυρσης.

ΑΠΟΣΥΡΣΗ	N=122
Mean	27,89
Std. Dev.	4,65
Minimum	10
Maximum	37

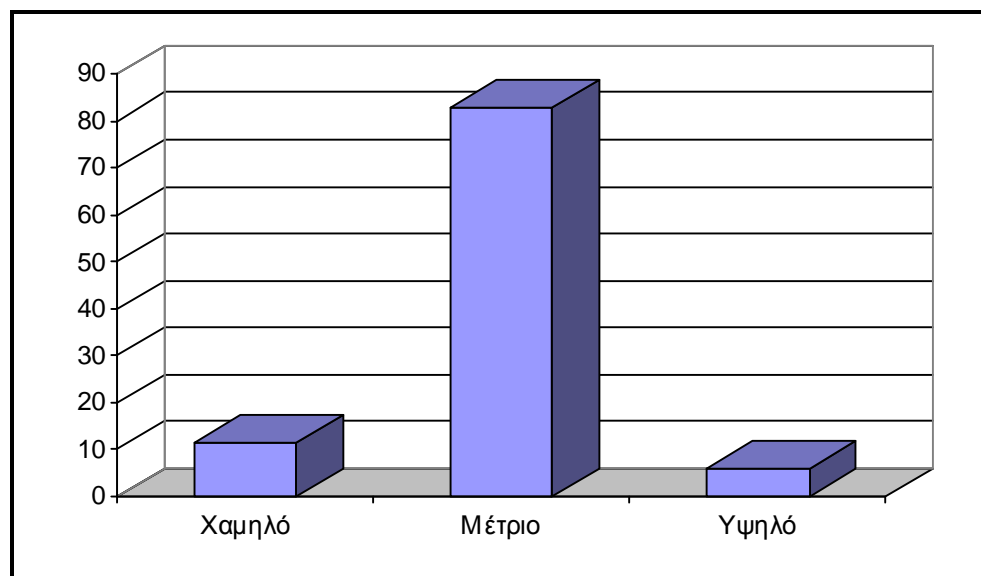
Στην προσπάθεια να διαβαθμίσουμε τις τιμές των απαντήσεων των ερωτηθέντων όσον αφορά το επίπεδο του δείκτη απόσυρσης χωρίσαμε την κλίμακα σε τρία διαστήματα. Έτσι οι ερωτώμενοι των οποίων οι απαντήσεις είχαν συνολικό score έως 21 θεωρήθηκαν ότι έχουν "χαμηλό" επίπεδο στο δείκτη απόσυρσης. Ερωτώμενοι με συνολικό score 22-33 θεωρήθηκαν ότι έχουν "μέτριο" επίπεδο στο δείκτη απόσυρσης και ερωτώμενοι με συνολικό score 34-45 θεωρήθηκαν ότι έχουν "υψηλό" επίπεδο στο δείκτη απόσυρσης.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (101 άτομα - ποσοστό 82,8%) υπολογίστηκε ότι έχει μέτριο επίπεδο στο δείκτη απόσυρσης ενώ άλλα 14 άτομα (ποσοστό 11,5%) χαμηλό. Τα υπόλοιπα 7 άτομα (ποσοστό 5,7%) είχαν υψηλό επίπεδο στο δείκτη απόσυρσης (Πίνακας 23, Σχήμα 11).

Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη απόσυρσης.

ΑΠΟΣΥΡΣΗ	N=122	Percent (%)
Χαμηλό (έως 21)	14	11,5
Μέτριο (22-33)	101	82,8
Υψηλό (34-45)	7	5,7

Σχήμα 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη απόσυρσης.



Ο δείκτης μεταστροφής (conversion) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 16 και 39, με μέσο όρο τα 30,45 και τυπική απόκλιση τα 4,30 (Πίνακας 24).

Πίνακας 24: Επίπεδο του δείκτη μεταστροφής.

ΜΕΤΑΣΤΡΟΦΗ	N=122
Mean	30,45
Std. Dev.	4,30
Minimum	16
Maximum	39

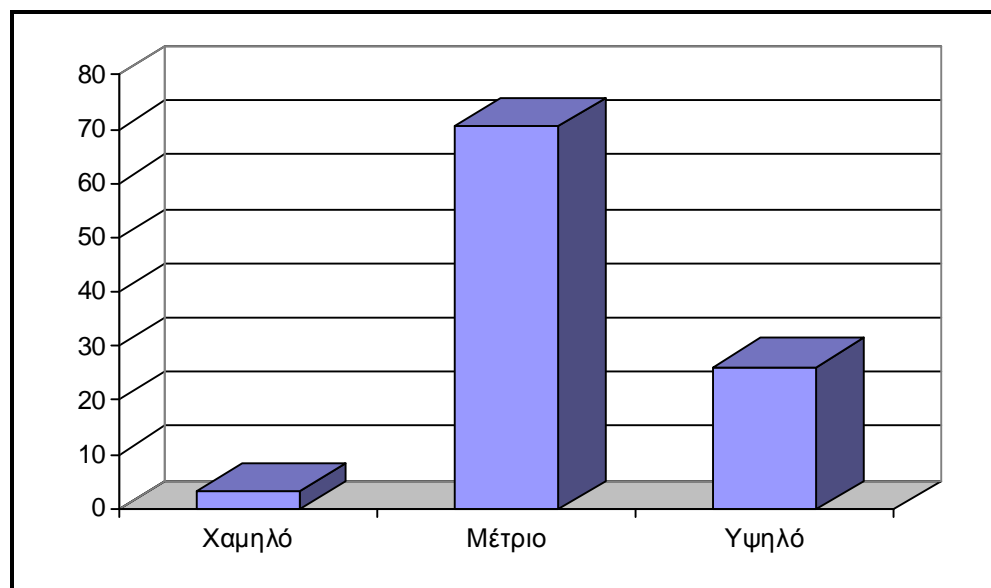
Στην προσπάθεια να διαβαθμίσουμε τις τιμές των απαντήσεων των ερωτηθέντων όσον αφορά το επίπεδο του δείκτη μεταστροφής χωρίσαμε την κλίμακα σε τρία διαστήματα. Έτσι οι ερωτώμενοι των οποίων οι απαντήσεις είχαν συνολικό score έως 21 θεωρήθηκαν ότι έχουν "χαμηλό" επίπεδο στο δείκτη μεταστροφής. Ερωτώμενοι με συνολικό score 22-33 θεωρήθηκαν ότι έχουν "μέτριο" επίπεδο στο δείκτη μεταστροφής και ερωτώμενοι με συνολικό score 34-45 θεωρήθηκαν ότι έχουν "υψηλό" επίπεδο στο δείκτη μεταστροφής.

Οι περισσότεροι των ερωτηθέντων (86 άτομα - ποσοστό 70,5%) υπολογίστηκε ότι έχουν μέτριο επίπεδο στο δείκτη μεταστροφής. Ακολουθούν 32 άτομα (ποσοστό 26,2%) με υψηλό επίπεδο στο δείκτη μεταστροφής και 4 άτομα (ποσοστό 3,3%) με χαμηλό επίπεδο στο δείκτη μεταστροφής (Πίνακας 25, Σχήμα 12).

Πίνακας 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη μεταστροφής.

ΜΕΤΑΣΤΡΟΦΗ	N=122	Percent (%)
Χαμηλό (έως 21)	4	3,3
Μέτριο (22-33)	86	70,5
Υψηλό (34-45)	32	26,2

Σχήμα 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη μεταστροφής.



Ο δείκτης ελέγχου (control) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 16 και 38, με μέσο όρο τα 28,61 και τυπική απόκλιση τα 3,86 (Πίνακας 26).

Πίνακας 26: Επίπεδο του δείκτη ελέγχου.

ΕΛΕΓΧΟΣ	N=122
Mean	28,61
Std. Dev.	3,86
Minimum	16
Maximum	38

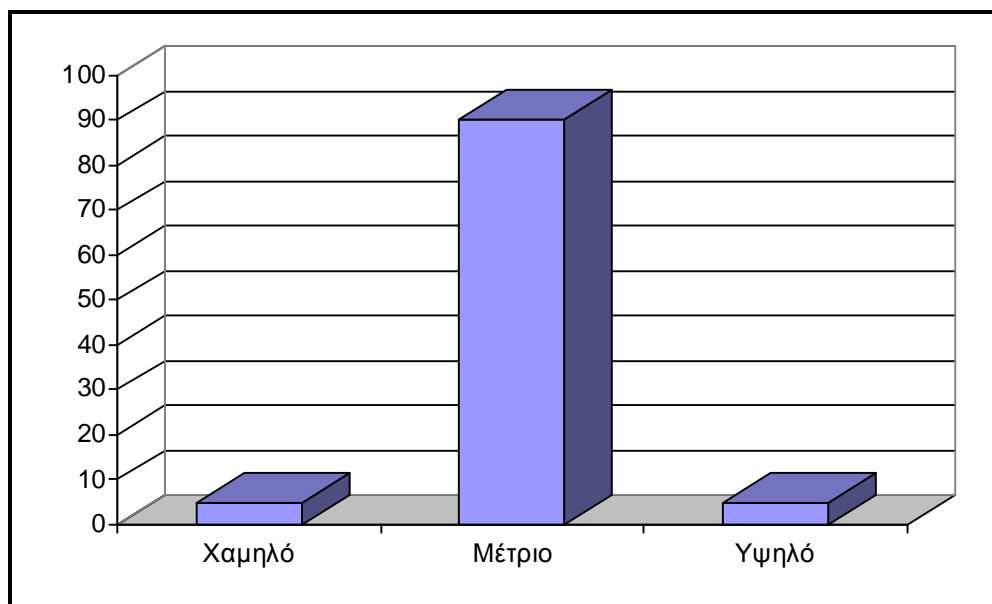
Στην προσπάθεια να διαβαθμίσουμε τις τιμές των απαντήσεων των ερωτηθέντων όσον αφορά το δείκτη ελέγχου χωρίσαμε την κλίμακα σε τρία διαστήματα. Έτσι οι ερωτώμενοι των οποίων οι απαντήσεις είχαν συνολικό score έως 21 θεωρήθηκαν ότι έχουν "χαμηλό" επίπεδο στο δείκτη ελέγχου. Ερωτώμενοι με συνολικό score 22-33 θεωρήθηκαν ότι έχουν "μέτριο" επίπεδο στο δείκτη ελέγχου και ερωτώμενοι με συνολικό score 34-45 θεωρήθηκαν ότι έχουν "υψηλό" επίπεδο στο δείκτη ελέγχου.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (110 άτομα - ποσοστό 90,2%) υπολογίστηκε ότι έχει μέτριο επίπεδο του δείκτη ελέγχου και από 6 άτομα (ποσοστό 4,9%) είχαν τόσο υψηλό όσο και χαμηλό επίπεδο στο δείκτη ελέγχου (Πίνακας 27, Σχήμα 13).

Πίνακας 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη ελέγχου.

ΕΛΕΓΧΟΣ	N=122	Percent (%)
Χαμηλό (έως 21)	6	4,9
Μέτριο (22-33)	110	90,2
Υψηλό (34-45)	6	4,9

Σχήμα 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη ελέγχου



Ο δείκτης άρνησης (refus) των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 13 και 59, με μέσο όρο τα 29,05 και τυπική απόκλιση τα 5,02 (Πίνακας 28).

Πίνακας 28: Επίπεδο του δείκτη άρνησης.

ΑΡΝΗΣΗ	N=122
Mean	29,05
Std. Dev.	5,02
Minimum	13
Maximum	59

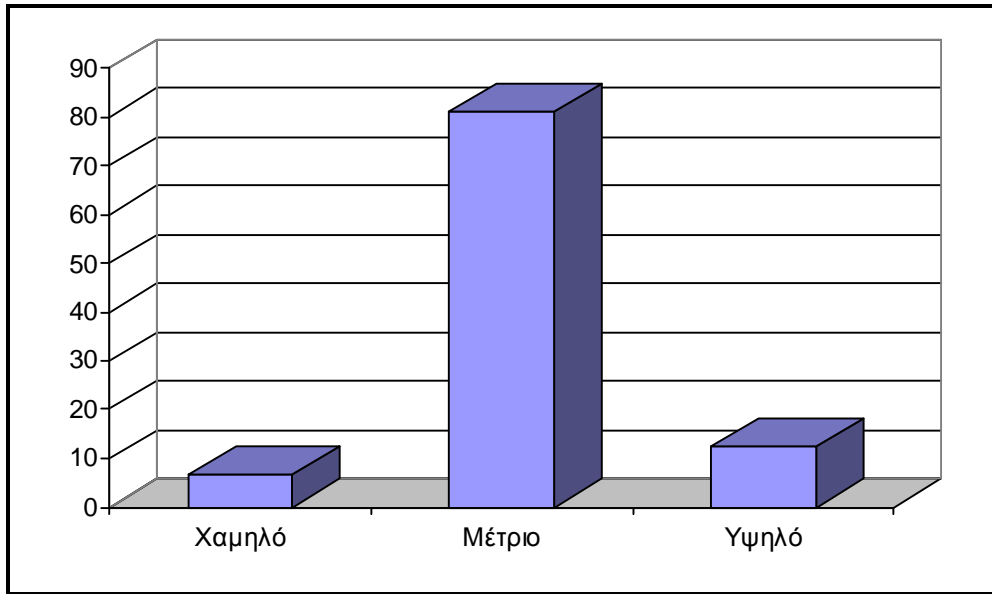
Στην προσπάθεια να διαβαθμίσουμε τις τιμές των απαντήσεων των ερωτηθέντων όσον αφορά το δείκτη άρνησης χωρίσαμε την κλίμακα σε τρία διαστήματα. Έτσι οι ερωτώμενοι των οποίων οι απαντήσεις είχαν συνολικό score έως 21 θεωρήθηκαν ότι έχουν "χαμηλό" επίπεδο στο δείκτη άρνησης. Ερωτώμενοι με συνολικό score 22-33 θεωρήθηκαν ότι έχουν "μέτριο" επίπεδο στο δείκτη άρνησης και ερωτώμενοι με συνολικό score 34-45 θεωρήθηκαν ότι έχουν "υψηλό" επίπεδο στο δείκτη άρνησης.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (99 άτομα - ποσοστό 81,1%) υπολογίστηκε ότι έχουν μέτριο επίπεδο στο δείκτη άρνησης ενώ άλλα 15 άτομα (ποσοστό 12,3%) υπολογίστηκε ότι έχουν υψηλό επίπεδο στο δείκτη άρνησης. Τα υπόλοιπα 8 άτομα (ποσοστό 6,6%) υπολογίστηκε ότι έχουν χαμηλό επίπεδο στο δείκτη άρνησης (Πίνακας 29, Σχήμα 14).

Πίνακας 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη άρνησης.

ΑΡΝΗΣΗ	N=122	Percent (%)
Χαμηλό (έως 21)	8	6,6
Μέτριο (22-33)	99	81,1
Υψηλό (34-45)	15	12,3

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο του δείκτη άρνησης.



ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ (RELIABILITY ANALYSIS Cronbach's ALPHA coefficient)

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 122 νοσηλευτές από την Αθήνα και Θεσσαλονίκη, μέσου όρου ηλικίας 29,61 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Για τη μελέτη της αξιοπιστίας – εσωτερικής συνάφειας του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος του *Cronbach* και υπολογίστηκε ο δείκτης αξιοπιστίας *Alpha*. Τα αποτελέσματα φαίνονται παρακάτω:

Reliability Coefficients 12 items. Alpha = 0,923 Standardized item alpha = 0,951

N of Cases = 122

Ο **συνολικός δείκτης αξιοπιστίας Alpha** υπολογίστηκε για το σύνολο των δεικτών στο **$\alpha=0,923$** (Πίνακας 30) δεικνύοντας πολύ υψηλή συνάφεια μεταξύ των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου και συνεπώς υψηλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε. Αναλυτικότερα οι επιμέρους δείκτες αξιοπιστίας Alpha όπως υπολογίστηκαν για κάθε έναν από τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 30: Αξιοπιστία ερωτηματολογίου

Δείκτης	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item–Total Correlation	Alpha if Item Deleted
Δείκτης δράσης	634,20	4576,539	,855	,911
Δείκτης ελέγχου	632,57	4702,132	,823	,914
Δείκτης μεταστροφής	634,16	4465,956	,824	,911
Δείκτης συναισθήματος	603,50	4431,310	,764	,913
Δείκτης εστίασης	606,18	3955,290	,863	,910
Δείκτης πληροφόρησης	518,43	3057,818	1,000	,922
Δείκτης αρνητικών στρατηγικών	663,05	5048,741	,763	,921
Δείκτης θετικών στρατηγικών	662,62	5109,939	,551	,924
Δείκτης άρνησης	663,36	4928,199	,745	,919
Δείκτης απόσυρσης	660,80	4968,065	,741	,919
Δείκτης κοινωνικής στήριξης	662,64	5055,092	,668	,922
Σύνολο στρατηγικών διαχείρισης	662,20	4896,358	,732	,918

Είναι προφανές ότι κανένας από τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα δεν αφαιρείται από την μελέτη μας λόγω έλλειψης συνάφειας με το σύνολο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Στην προσπάθειά μας να συσχετίσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας που προέκυψαν για τους διάφορους δείκτες παρατηρούμε τα παρακάτω:

A. Συσχέτιση των δεικτών και της ηλικίας των ερωτηθέντων

Δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στους δείκτες δράσης ($r=-0,059$, NS), πληροφόρησης ($r=-0,058$, NS) και συναισθήματος ($r=-0,054$, NS) (Πίνακας 31).

Ομοίως, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στο δείκτη των θετικών στρατηγικών ($r=0,-090$, NS), στο δείκτη των αρνητικών στρατηγικών ($r=-0,033$, NS) και στο δείκτη του συνόλου των στρατηγικών διαχείρισης ($r=-0,066$, NS) (Πίνακας 31).

Ακόμα, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στους δείκτες εστίασης ($r=-0,092$, NS), κοινωνικής στήριξης ($r=-0,136$, NS), απόσυρσης ($r=-0,056$, NS) και μεταστροφής ($r=-0,019$, NS) (Πίνακας 31).

Τέλος, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στους δείκτες ελέγχου ($r=0,028$, NS) και άρνησης ($r=-0,027$, NS) (Πίνακας 31).

Αξιοσημείωτο είναι ότι όλοι οι δείκτες (πλην του δείκτη ελέγχου) έχουν αρνητικό πρόσημο που δείχνει αρνητική τάση, δηλαδή όσο αυξάνει η ηλικία όλοι οι δείκτες τείνουν να μειώνονται (εκτός του δείκτη ελέγχου που δείχνει τάση να αυξάνεται).

Πίνακας 31: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων με τους δείκτες.

Pearson's product moment correlation coefficient	r	p-level
Ηλικία (N=122)		
Δείκτης δράσης	-0,059	NS
Δείκτης πληροφόρησης	-0,058	NS
Δείκτης συναισθήματος	-0,054	NS
Δείκτης θετικών στρατηγικών	-0,090	NS
Δείκτης αρνητικών στρατηγικών	-0,033	NS
Σύνολο στρατηγικών διαχείρισης	-0,066	NS
Δείκτης εστίασης	-0,092	NS
Δείκτης κοινωνικής στήριξης	-0,136	NS
Δείκτης απόσυρσης	-0,056	NS
Δείκτης μεταστροφής	-0,019	NS
Δείκτης ελέγχου	0,028	NS
Δείκτης άρνησης	-0,027	NS

B. Συσχέτιση των δεικτών και της πόλης εργασίας των ερωτηθέντων

Ακολούθως, στην προσπάθειά μας να συσχετίσουμε τις τιμές των διαφόρων δεικτών με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων έχουμε τα ακόλουθα συμπεράσματα:

Ο μέσος όρος του δείκτη δράσης για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 59,14 και η τυπική απόκλιση 5,90 ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 53,94 και 7,41 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στον μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($t= 4,299$, $df=120$, $p<0,0001$) (Πίνακας 33). Ο πίνακας διπλής εισόδου για τα διάφορα επίπεδα του δείκτη ανά πόλη εργασίας φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 34 και στο Σχήμα 15.

Ο μέσος όρος του δείκτη πληροφόρησης για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 60,40 και η τυπική απόκλιση 4,72 ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 56,12 και 7,16 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στον μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($t= 3,977$, $df=120$, $p<0,001$) (Πίνακας 33). Ο πίνακας διπλής εισόδου για τα διάφορα επίπεδα του δείκτη ανά πόλη εργασίας φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 35 και στο Σχήμα 16.

Ο μέσος όρος του δείκτη συναισθήματος για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 60,21 και η τυπική απόκλιση 6,18 ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 52,43 και 8,68 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στον μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($t= 5,782$, $df=120$, $p<0,0001$) (Πίνακας 33). Ο πίνακας διπλής εισόδου για τα διάφορα επίπεδα του δείκτη ανά πόλη εργασίας φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 36 και στο Σχήμα 17.

Ο μέσος όρος του δείκτη θετικών στρατηγικών για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 89,47 και η τυπική απόκλιση 7,57 ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 85,18 και 10,49 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στον μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($t= 2,618$, $df=120$, $p<0,01$) (Πίνακας 33). Ο πίνακας διπλής εισόδου για τα διάφορα επίπεδα του δείκτη ανά πόλη εργασίας φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 37 και στο Σχήμα 18.

Πίνακας 32: Επίπεδα των διαφόρων δεικτών ανά πόλη εργασίας.

	Πόλη	N	Mean	Std. Dev
Δείκτης δράσης	Αθήνα	73	59,14	5,90
	Θεσσαλονίκη	49	53,94	7,41
Δείκτης πληροφόρησης	Αθήνα	73	60,40	4,72
	Θεσσαλονίκη	49	56,12	7,16
Δείκτης συναισθήματος	Αθήνα	73	60,21	6,18
	Θεσσαλονίκη	49	52,43	8,68
Δείκτης θετικών στρατηγικών	Αθήνα	73	89,47	7,57
	Θεσσαλονίκη	49	85,18	10,49
Δείκτης αρνητικών στρατηγικών	Αθήνα	73	90,27	7,68
	Θεσσαλονίκη	49	77,31	13,69
Σύνολο στρατηγικών διαχείρισης	Αθήνα	73	179,74	13,68
	Θεσσαλονίκη	49	162,49	19,85
Δείκτης εστίασης	Αθήνα	73	29,36	2,80
	Θεσσαλονίκη	49	26,47	3,66
Δείκτης κοινωνικής στήριξης	Αθήνα	73	29,21	3,60
	Θεσσαλονίκη	49	27,76	4,29
Δείκτης απόσυρσης	Αθήνα	73	29,74	2,88
	Θεσσαλονίκη	49	25,12	5,39
Δείκτης μεταστροφής	Αθήνα	73	31,51	3,37
	Θεσσαλονίκη	49	28,88	5,04
Δείκτης ελέγχου	Αθήνα	73	29,36	2,72
	Θεσσαλονίκη	49	27,49	4,92

Δείκτης άρνησης	Αθήνα	73	30,58	4,44
	Θεσσαλονίκη	49	26,78	5,01

Ο μέσος όρος του δείκτη αρνητικών στρατηγικών για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 90,27 και η τυπική απόκλιση 7,68 ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 77,31 και 13,69 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στον μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($t= 6,684$, $df=120$, $p<0,0001$) (Πίνακας 33). Ο πίνακας διπλής εισόδου για τα διάφορα επίπεδα του δείκτη ανά πόλη εργασίας φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 38 και στο Σχήμα 19.

Πίνακας 33: Συσχέτιση του επιπέδου των διαφόρων δεικτών και της πόλης εργασίας.

	t-value	df	p-level
Δείκτης δράσης	4,299	120	p<0,0001
Δείκτης πληροφόρησης	3,977	120	p<0,001
Δείκτης συναισθήματος	5,782	120	p<0,0001
Δείκτης θετικών στρατηγικών	2,618	120	p<0,01
Δείκτης αρνητικών στρατηγικών	6,684	120	p<0,0001
Σύνολο στρατηγικών διαχείρισης	5,686	120	p<0,0001
Δείκτης εστίασης	4,929	120	p<0,0001
Δείκτης κοινωνικής στήριξης	2,018	120	p<0,05
Δείκτης απόσυρσης	6,137	120	p<0,0001
Δείκτης μεταστροφής	3,455	120	p<0,001
Δείκτης ελέγχου	2,687	120	p<0,01
Δείκτης άρνησης	4,398	120	p<0,0001

Ο μέσος όρος του συνόλου των στρατηγικών διαχείρισης για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 179,74 και η τυπική απόκλιση 13,68 ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 162,49 και 19,85 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στον μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($t= 5,686$, $df=120$, $p<0,0001$) (Πίνακας 33). Ο πίνακας διπλής εισόδου για τα διάφορα επίπεδα του δείκτη ανά πόλη εργασίας φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 39 και στο Σχήμα 20.

Ο μέσος όρος του δείκτη εστίασης για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 29,36 και η τυπική απόκλιση 2,80 ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 26,47 και 3,66 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στον μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($t=4,929$, $df=120$, $p<0,0001$) (Πίνακας 33). Ο πίνακας διπλής εισόδου για τα διάφορα επίπεδα του δείκτη ανά πόλη εργασίας φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 40 και στο Σχήμα 21.

Ο μέσος όρος του δείκτη κοινωνικής στήριξης για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 29,21 και η τυπική απόκλιση 3,60 ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 27,76 και 4,29 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στον μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά σημαντική ($t=2,018$, $df=120$, $p<0,05$) (Πίνακας 33). Ο πίνακας διπλής εισόδου για τα διάφορα επίπεδα του δείκτη ανά πόλη εργασίας φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 41 και στο Σχήμα 22.

Ο μέσος όρος του δείκτη απόσυρσης για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 29,74 και η τυπική απόκλιση 2,88 ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 25,12 και 5,39 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στον μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($t=6,137$, $df=120$, $p<0,0001$) (Πίνακας 33). Ο πίνακας διπλής εισόδου για τα διάφορα επίπεδα του δείκτη ανά πόλη εργασίας φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 42 και στο Σχήμα 23.

Ο μέσος όρος του δείκτη μεταστροφής για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 31,51 και η τυπική απόκλιση 3,37 ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 28,88 και 5,04 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στον μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($t=3,455$, $df=120$, $p<0,001$) (Πίνακας 33). Ο πίνακας διπλής εισόδου για τα διάφορα επίπεδα του δείκτη ανά πόλη εργασίας φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 43 και στο Σχήμα 24.

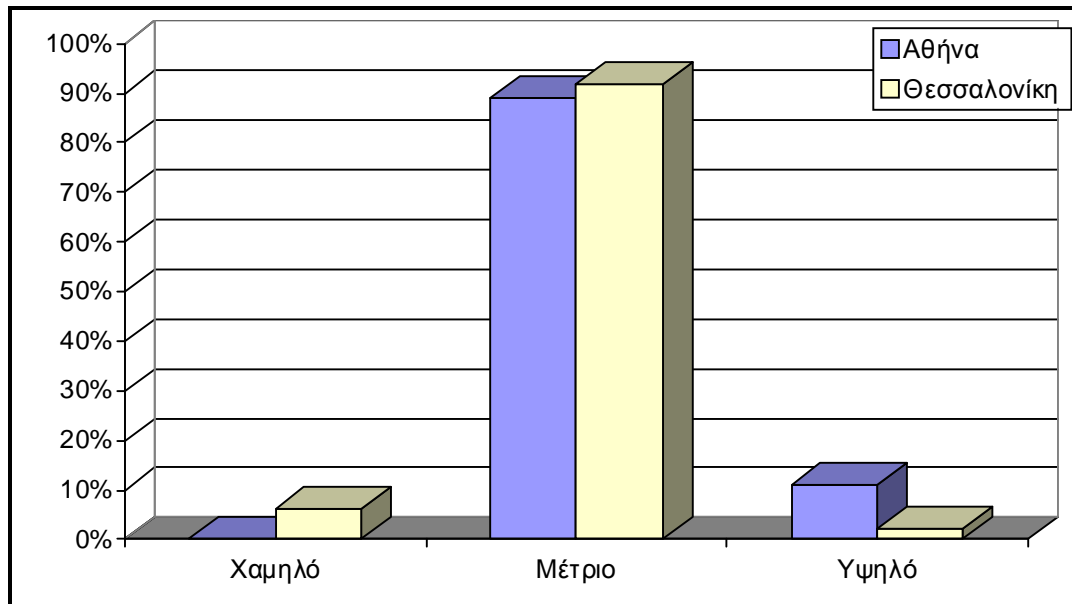
Ο μέσος όρος του δείκτη ελέγχου για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 29,36 και η τυπική απόκλιση 2,72 ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 27,49 και 4,92 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στον μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($t=2,687$, $df=120$, $p<0,01$) (Πίνακας 33). Ο πίνακας διπλής εισόδου για τα διάφορα επίπεδα του δείκτη ανά πόλη εργασίας φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 44 και στο Σχήμα 25.

Ο μέσος όρος του δείκτη άρνησης για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 30,58 και η τυπική απόκλιση 4,44 ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 26,78 και 5,01 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στον μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($t=4,398$, $df=120$, $p<0,0001$) (Πίνακας 33). Ο πίνακας διπλής εισόδου για τα διάφορα επίπεδα του δείκτη ανά πόλη εργασίας φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 45 και στο Σχήμα 26.

Πίνακας 34: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη δράσης με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.

		Πόλη εργασίας		
		Αθήνα	Θεσσαλονίκη	
Επίπεδο του δείκτη δράσης	Χαμηλό	0	3	3
		0,0%	6,1%	2,5%
	Μέτριο	65	45	110
		89,0%	91,8%	90,2%
	Υψηλό	8	1	9
		11,0%	2,0%	7,4%
		73	49	122

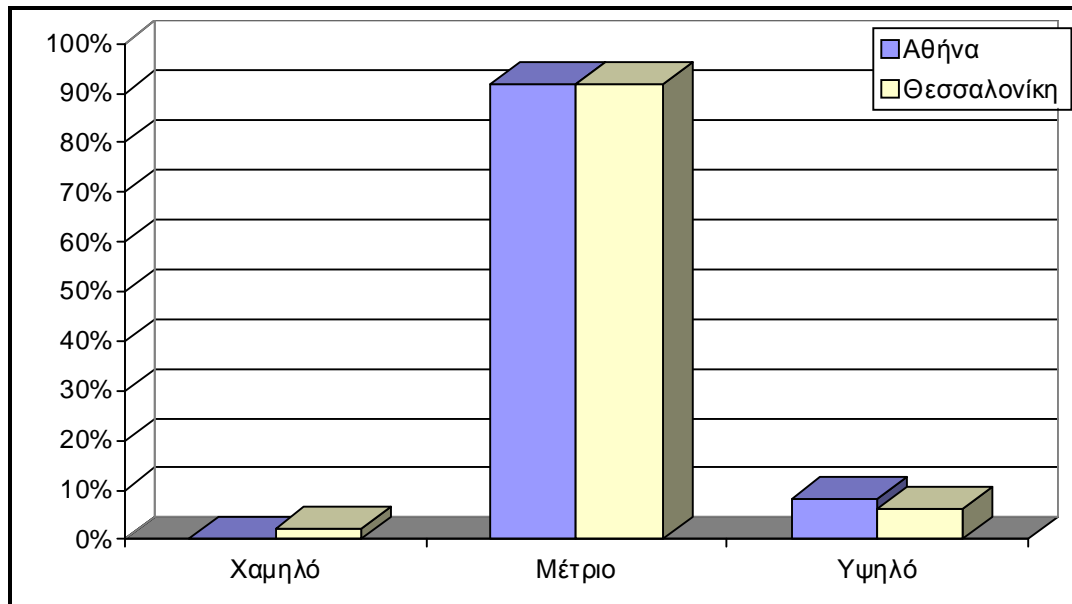
Σχήμα 15: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη δράσης με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.



Πίνακας 35: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη πληροφόρησης με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.

		Πόλη εργασίας		
		Αθήνα	Θεσσαλονίκη	
Επίπεδο του δείκτη πληροφόρησης	Χαμηλό	0	1	1
		0,0%	2,0%	,8%
	Μέτριο	67	45	112
		91,8%	91,8%	91,8%
	Υψηλό	6	3	9
		8,2%	6,1%	7,4%
		73	49	122

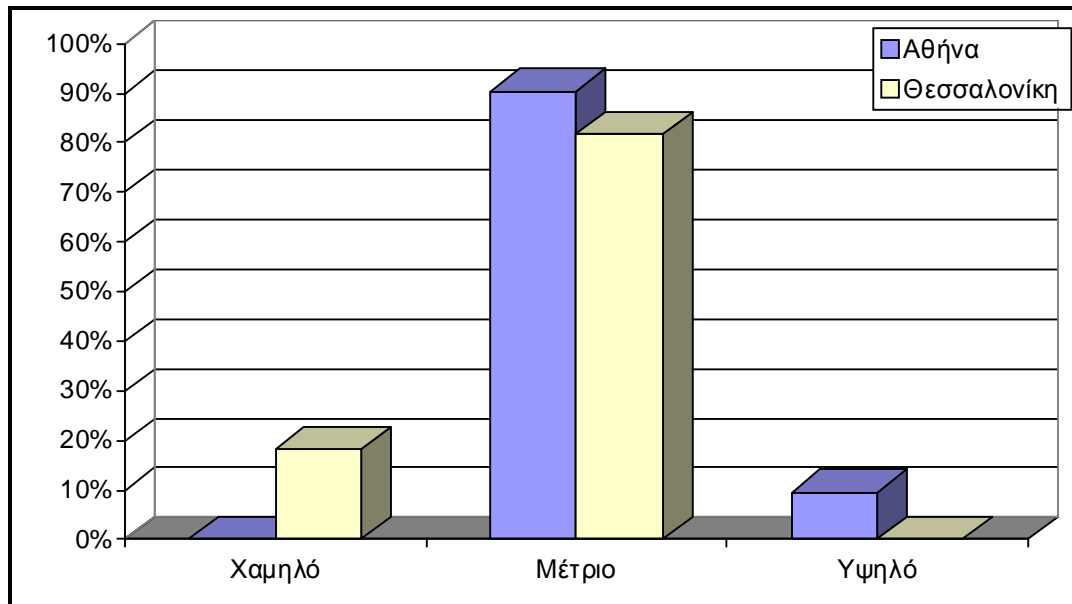
Σχήμα 16: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη πληροφόρησης με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.



Πίνακας 36: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη συναισθήματος με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.

		Πόλη εργασίας		
		Αθήνα	Θεσσαλονίκη	
Επίπεδο του δείκτη συναισθήματος	Χαμηλό	0	9	9
		0,0%	18,4%	7,4%
	Μέτριο	66	40	106
		90,4%	81,6%	86,9%
	Υψηλό	7	0	7
		9,6%	0,0%	5,7%
		73	49	122

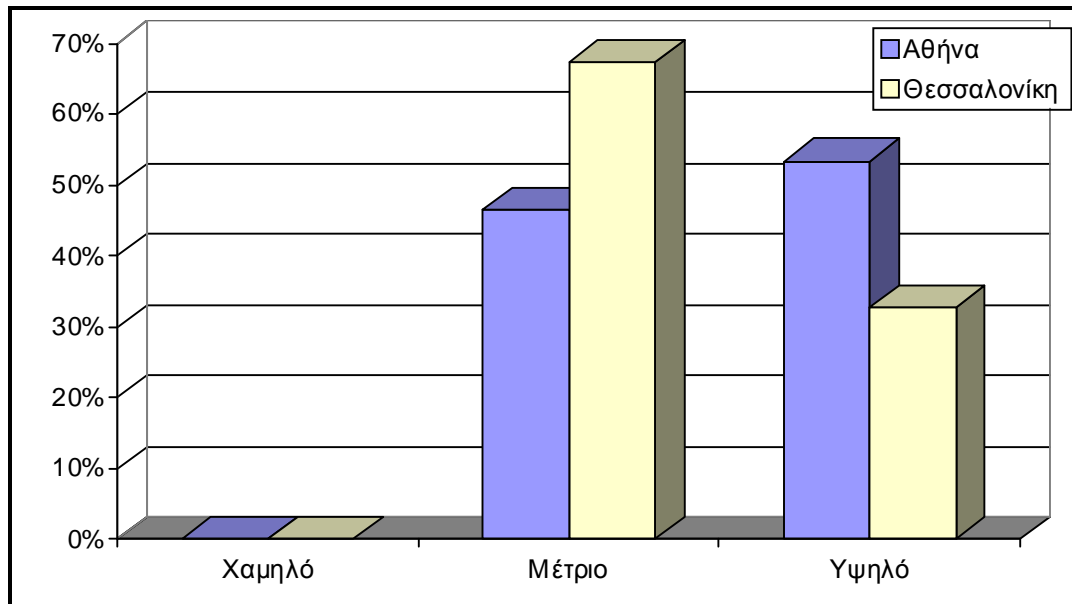
Σχήμα 17: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη συναισθήματος με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.



Πίνακας 37: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη θετικών στρατηγικών με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.

		Πόλη εργασίας		
		Αθήνα	Θεσσαλονίκη	
Επίπεδο του δείκτη θετικών στρατηγικών	Χαμηλό	0	0	0
		0,0%	0,0%	0,0%
	Μέτριο	34	33	67
		46,6%	67,3%	54,9%
	Υψηλό	39	16	55
		53,4%	32,7%	45,1%
		73	49	122

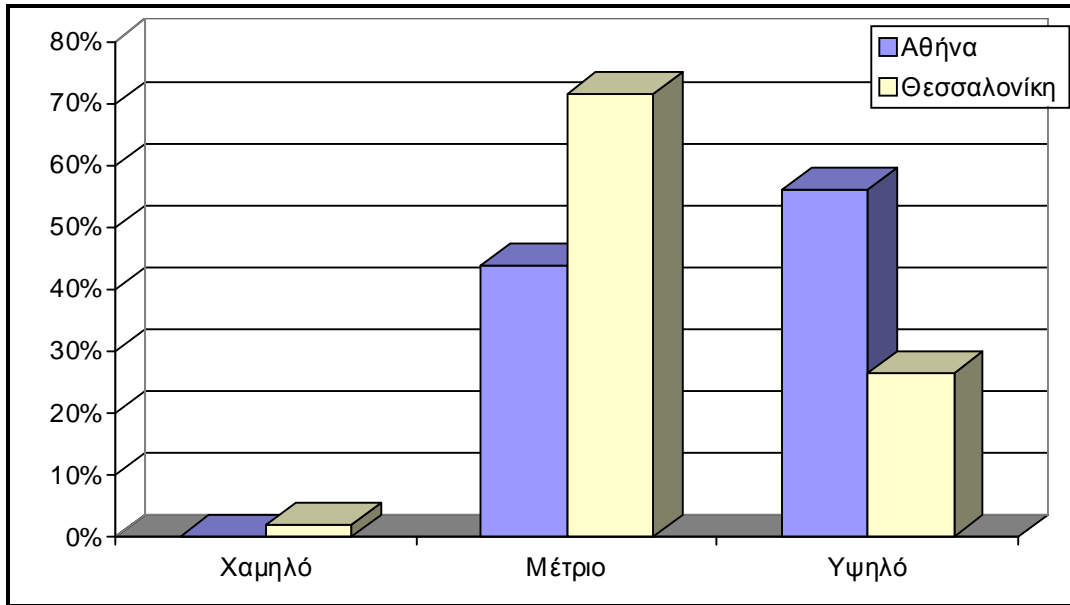
Σχήμα 18: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη θετικών στρατηγικών με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.



Πίνακας 38: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη αρνητικών στρατηγικών με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.

		Πόλη εργασίας		
		Αθήνα	Θεσσαλονίκη	
Επίπεδο του δείκτη αρνητικών στρατηγικών	Χαμηλό	0	1	1
		0,0%	2,0%	,8%
	Μέτριο	32	35	67
		43,8%	71,4%	54,9%
	Υψηλό	41	13	54
		56,2%	26,5%	44,3%
		73	49	122

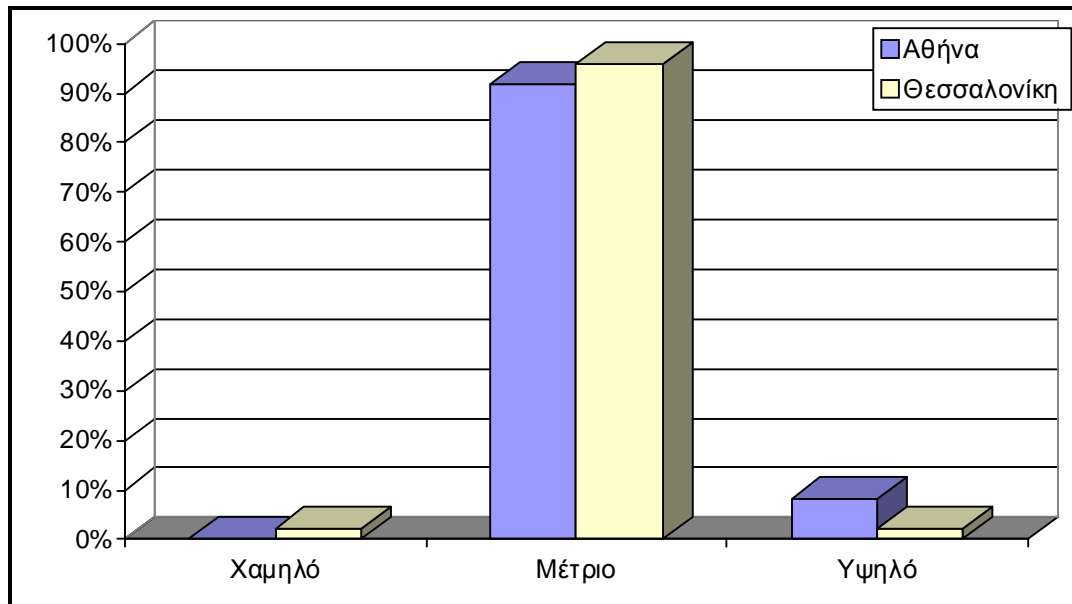
Σχήμα 19: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη αρνητικών στρατηγικών με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.



Πίνακας 39: Συσχέτιση του επιπέδου του συνόλου των στρατηγικών διαχείρισης με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.

		Πόλη εργασίας		
		Αθήνα	Θεσσαλονίκη	
Επίπεδο του συνόλου των στρατηγικών διαχείρισης	Χαμηλό	0	1	1
		0,0%	2,0%	,8%
	Μέτριο	67	47	114
		91,8%	95,9%	93,4%
	Υψηλό	6	1	7
		8,2%	2,0%	5,7%
		73	49	122

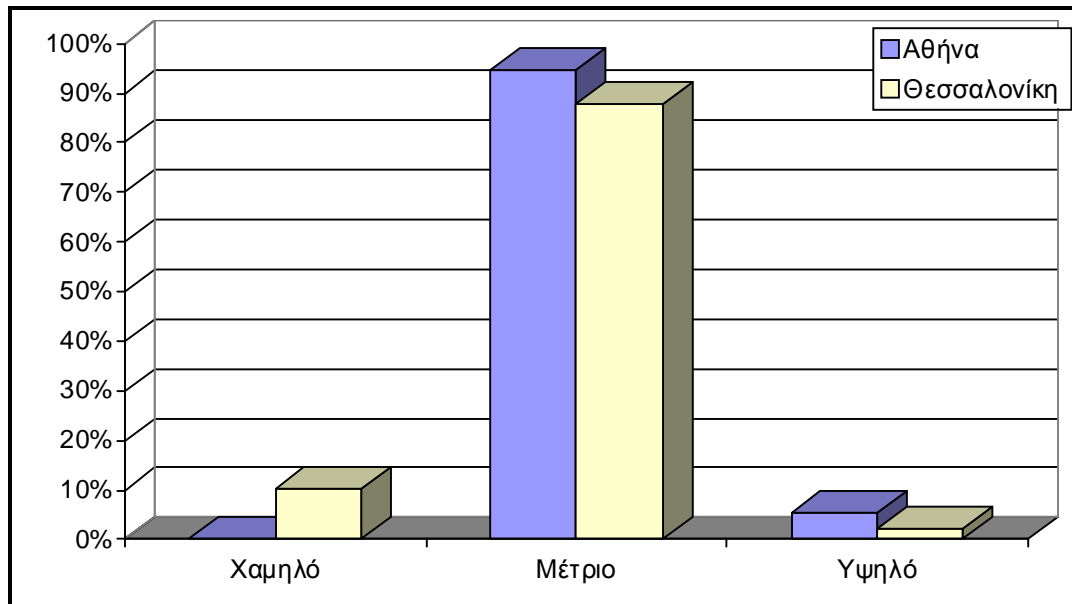
Σχήμα 20: Συσχέτιση του επιπέδου του συνόλου των στρατηγικών διαχείρισης με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.



Πίνακας 40: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη εστίασης με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.

		Πόλη εργασίας		
		Αθήνα	Θεσσαλονίκη	
Επίπεδο του δείκτη εστίασης	Χαμηλό	0	5	5
		0,0%	10,2%	4,1%
	Μέτριο	69	43	112
		94,5%	87,8%	91,8%
	Υψηλό	4	1	5
		5,5%	2,0%	4,1%
		73	49	122

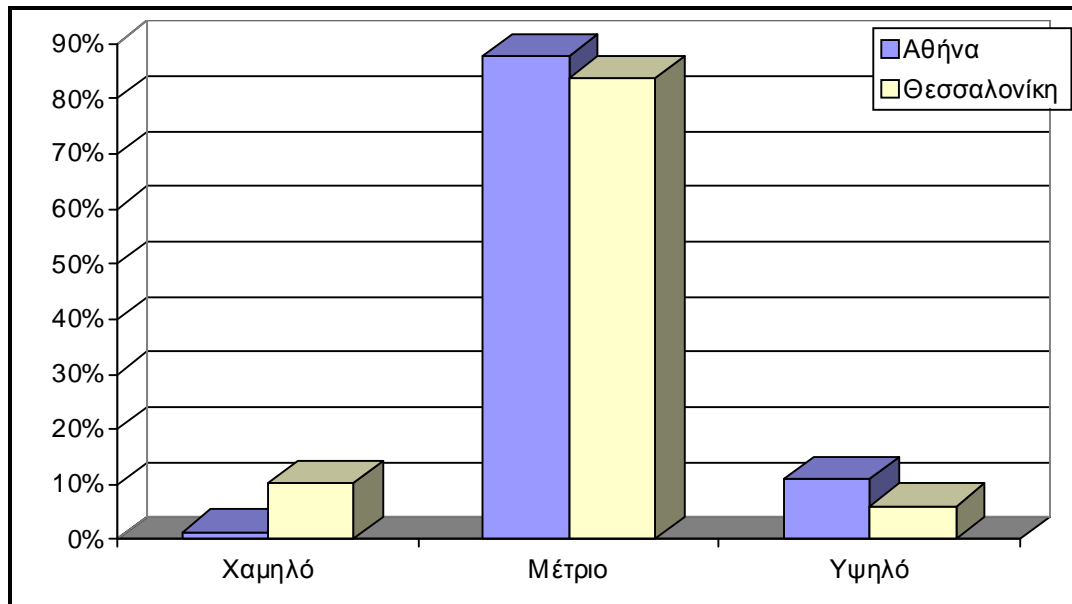
Σχήμα 21: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη εστίασης με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.



Πίνακας 41: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη κοινωνικής στήριξης με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.

		Πόλη εργασίας		
		Αθήνα	Θεσσαλονίκη	
Επίπεδο του δείκτη κοινωνικής στήριξης	Χαμηλό	1	5	6
		1,4%	10,2%	4,9%
	Μέτριο	64	41	105
		87,7%	83,7%	86,1%
	Υψηλό	8	3	11
		11,0%	6,1%	9,0%
		73	49	122

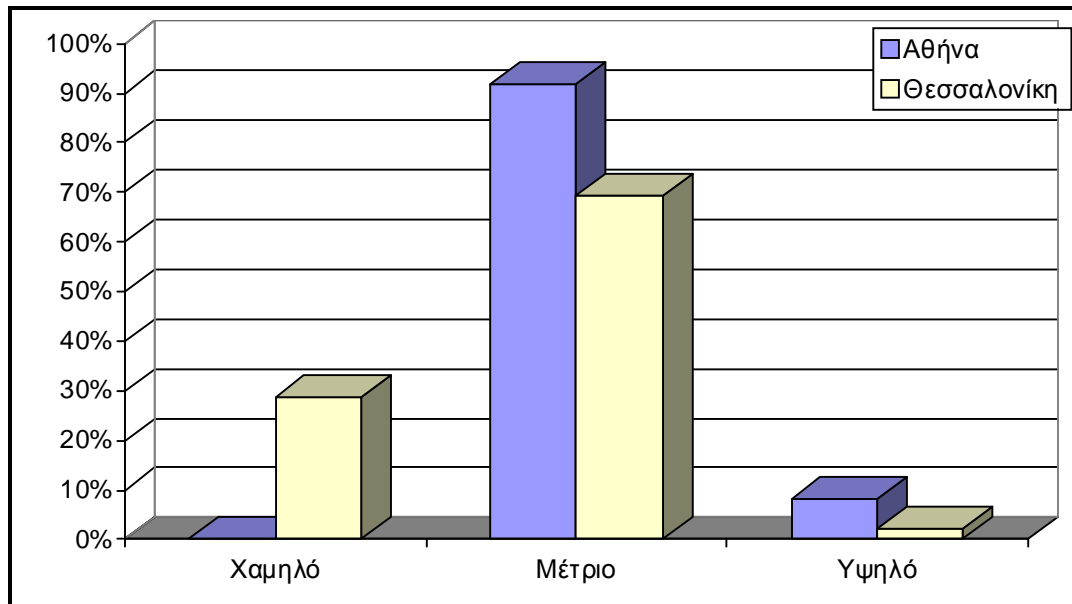
Σχήμα 22: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη κοινωνικής στήριξης με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.



Πίνακας 42: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη απόσυρσης με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.

		Πόλη εργασίας		
		Αθήνα	Θεσσαλονίκη	
Επίπεδο του δείκτη απόσυρσης	Χαμηλό	0	14	14
		0,0%	28,6%	11,5%
	Μέτριο	67	34	101
		91,8%	69,4%	82,8%
	Υψηλό	6	1	7
		8,2%	2,0%	5,7%
		73	49	122

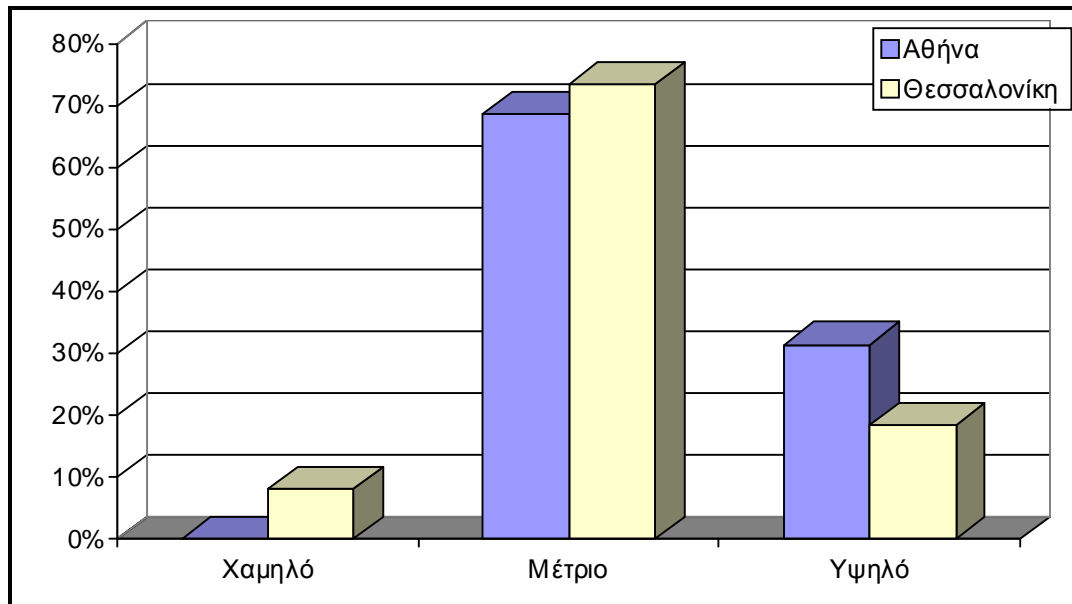
Σχήμα 23: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη απόσυρσης με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.



Πίνακας 43: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη μεταστροφής με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.

		Πόλη εργασίας		
		Αθήνα	Θεσσαλονίκη	
Επίπεδο του δείκτη μεταστροφής	Χαμηλό	0	4	4
		0,0%	8,2%	3,3%
	Μέτριο	50	36	86
		68,5%	73,5%	70,5%
	Υψηλό	23	9	32
		31,5%	18,4%	26,2%
		73	49	122

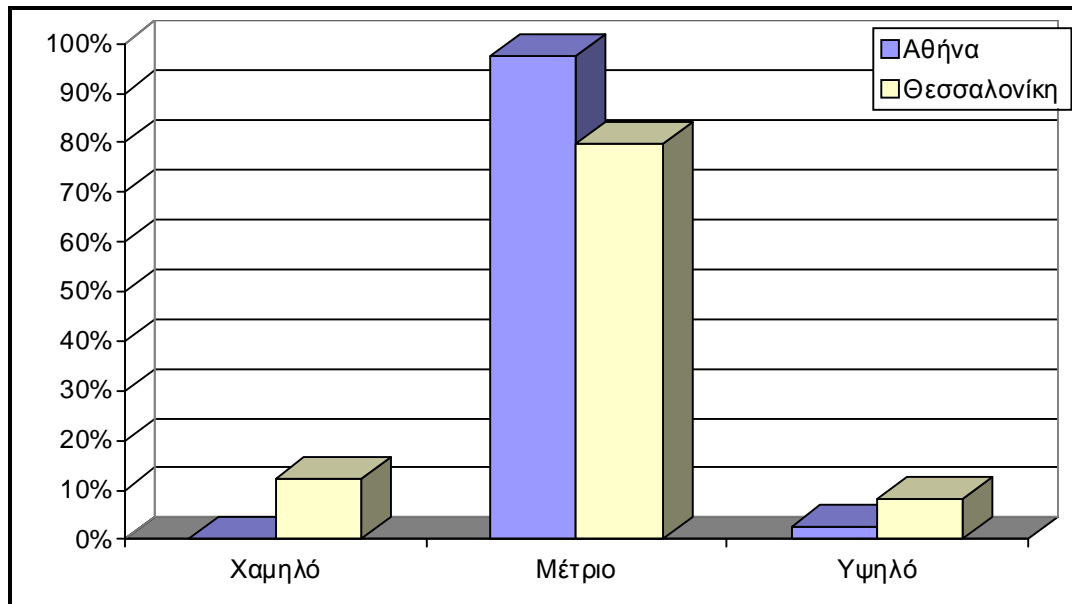
Σχήμα 24: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη μεταστροφής με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.



Πίνακας 44: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη ελέγχου με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.

		Πόλη εργασίας		
		Αθήνα	Θεσσαλονίκη	
Επίπεδο του δείκτη ελέγχου	Χαμηλό	0	6	6
		0,0%	12,2%	4,9%
	Μέτριο	71	39	110
		97,3%	79,6%	90,2%
	Υψηλό	2	4	6
		2,7%	8,2%	4,9%
		73	49	122

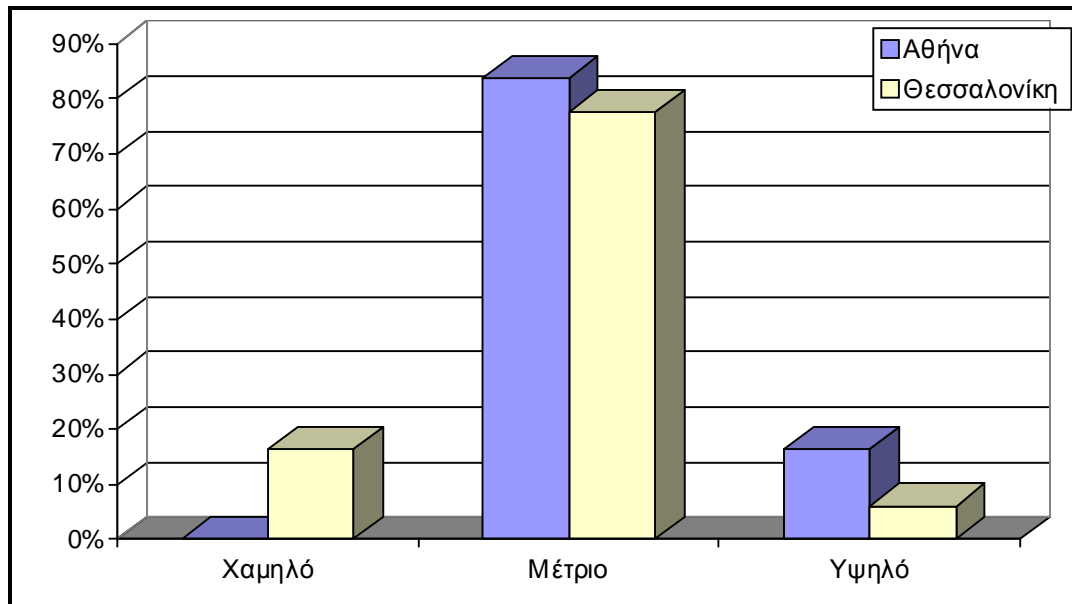
Σχήμα 25: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη ελέγχου με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.



Πίνακας 45: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη άρνησης με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.

		Πόλη εργασίας		
		Αθήνα	Θεσσαλονίκη	
Επίπεδο του δείκτη άρνησης	Χαμηλό	0	8	8
		0,0%	16,3%	6,6%
	Μέτριο	61	38	99
		83,6%	77,6%	81,1%
	Υψηλό	12	3	15
		16,4%	6,1%	12,3%
		73	49	122

Σχήμα 26: Συσχέτιση του επιπέδου του δείκτη άρνησης με την πόλη εργασίας των ερωτηθέντων.



Γ. Συσχέτιση των δεικτών και των ετών άσκησης του Νοσηλευτικού επαγγέλματος των ερωτηθέντων

Στη συνέχεια, στην προσπάθειά μας να συσχετίσουμε τις τιμές των διαφόρων δεικτών με τα έτη άσκησης του Νοσηλευτικού επαγγέλματος των ερωτηθέντων έχουμε τα ακόλουθα συμπεράσματα:

Δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στα έτη άσκησης του Νοσηλευτικού επαγγέλματος των ερωτηθέντων και στους δείκτες δράσης ($r=-0,070$, NS), πληροφόρησης ($r=-0,108$, NS) και συναισθήματος ($r=-0,056$, NS) (Πίνακας 46).

Ομοίως, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στα έτη άσκησης του Νοσηλευτικού επαγγέλματος των ερωτηθέντων και στο δείκτη των θετικών στρατηγικών ($r=0,-132$, NS), στο δείκτη των αρνητικών στρατηγικών ($r=-0,034$, NS) και στο δείκτη του συνόλου των στρατηγικών διαχείρισης ($r=-0,088$, NS) (Πίνακας 46).

Ακόμα, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στα έτη άσκησης του Νοσηλευτικού επαγγέλματος των ερωτηθέντων και στους δείκτες εστίασης ($r=-0,160$, NS), απόσυρσης ($r=-0,075$, NS) και μεταστροφής ($r=0,019$, NS) (Πίνακας 46).

Τέλος, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στα έτη άσκησης του Νοσηλευτικού επαγγέλματος των ερωτηθέντων και στους δείκτες ελέγχου ($r=0,028$, NS) και άρνησης ($r=-0,038$, NS) (Πίνακας 46).

Αξιοσημείωτο είναι ότι όλοι οι δείκτες (πλην των δεικτών μεταστροφής και ελέγχου) έχουν αρνητικό πρόσημο που δείχνει αρνητική τάση, δηλαδή όσο αυξάνουν τα έτη άσκησης του Νοσηλευτικού επαγγέλματος των ερωτηθέντων όλοι οι δείκτες τείνουν να μειώνονται (εκτός των δεικτών μεταστροφής και ελέγχου που δείχνουν τάση να αυξάνονται).

Αντίθετα, ο δείκτης κοινωνικής στήριξης συσχετίζεται αρνητικά με τα έτη άσκησης του Νοσηλευτικού επαγγέλματος των ερωτηθέντων. Έτσι άτομα με πολλά έτη άσκησης του Νοσηλευτικού επαγγέλματος έχουν μικρότερο επίπεδο τιμής στο δείκτη κοινωνικής στήριξης ($r=-0,180$, $p<0.05$) έναντι των ατόμων με λιγότερα έτη άσκησης του Νοσηλευτικού επαγγέλματος (Πίνακας 46).

Πίνακας 46: Συσχέτιση των ετών άσκησης του Νοσηλευτικού επαγγέλματος των ερωτηθέντων με τους δείκτες.

Pearson's product moment correlation coefficient	r	p-level
Έτη άσκησης του Νοσηλευτικού επαγγέλματος (N=122)		
Δείκτης δράσης	-0,070	NS
Δείκτης πληροφόρησης	-0,108	NS
Δείκτης συναισθήματος	-0,056	NS
Δείκτης θετικών στρατηγικών	-0,132	NS
Δείκτης αρνητικών στρατηγικών	-0,034	NS
Σύνολο στρατηγικών διαχείρισης	-0,088	NS
Δείκτης εστίασης	-0,160	NS
Δείκτης κοινωνικής στήριξης	-0,180	$p<0,05$
Δείκτης απόσυρσης	-0,075	NS
Δείκτης μεταστροφής	0,019	NS
Δείκτης ελέγχου	0,028	NS
Δείκτης άρνησης	-0,038	NS

Δ. Συσχέτιση των δεικτών και των ετών εργασίας σε Παιδοψυχιατρικό Τμήμα των ερωτηθέντων

Ακολουθως, στην προσπάθειά μας να συσχετίσουμε τις τιμές των διαφόρων δεικτών με τα έτη εργασίας σε Παιδοψυχιατρικό Τμήμα των ερωτηθέντων έχουμε τα ακόλουθα συμπεράσματα:

Δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στα έτη εργασίας σε Παιδοψυχιατρικό Τμήμα των ερωτηθέντων και στους δείκτες δράσης ($r=-0,068$, NS), πληροφόρησης ($r=-0,134$, NS) και συναισθήματος ($r=-0,039$, NS) (Πίνακας 47).

Ομοίως, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στα έτη εργασίας σε Παιδοψυχιατρικό Τμήμα των ερωτηθέντων και στο δείκτη των θετικών στρατηγικών ($r=0,-134$, NS), στο δείκτη των αρνητικών στρατηγικών ($r=-0,033$, NS) και στο δείκτη του συνόλου των στρατηγικών διαχείρισης ($r=-0,088$, NS) (Πίνακας 47).

Ακόμα, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στα έτη εργασίας σε Παιδοψυχιατρικό Τμήμα των ερωτηθέντων και απόσυρσης ($r=-0,094$, NS) και μεταστροφής ($r=0,015$, NS) (Πίνακας 47).

Τέλος, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στα έτη εργασίας σε Παιδοψυχιατρικό Τμήμα των ερωτηθέντων και στους δείκτες ελέγχου ($r=0,048$, NS) και άρνησης ($r=0,002$, NS) (Πίνακας 47).

Αξιοσημείωτο είναι ότι όλοι οι δείκτες (πλην των δεικτών μεταστροφής, ελέγχου και άρνησης) έχουν αρνητικό πρόσημο που δείχνει αρνητική τάση, δηλαδή όσο αυξάνουν τα έτη εργασίας σε Παιδοψυχιατρικό Τμήμα των ερωτηθέντων όλοι οι δείκτες τείνουν να μειώνονται (εκτός των δεικτών μεταστροφής, ελέγχου και άρνησης που δείχνουν τάση να αυξάνονται).

Αντίθετα, ο δείκτης εστίασης συσχετίζεται αρνητικά με τα έτη εργασίας σε Παιδοψυχιατρικό Τμήμα των ερωτηθέντων. Έτσι άτομα με πολλά τα έτη εργασίας σε Παιδοψυχιατρικό Τμήμα έχουν μικρότερο επίπεδο τιμής στο δείκτη εστίασης ($r=-0,189$, $p<0.05$) έναντι των ατόμων με λιγότερα έτη εργασίας σε Παιδοψυχιατρικό Τμήμα (Πίνακας 47).

Ομοίως, ο δείκτης κοινωνικής στήριξης συσχετίζεται αρνητικά με τα έτη εργασίας σε Παιδοψυχιατρικό Τμήμα των ερωτηθέντων. Έτσι άτομα με πολλά τα έτη εργασίας σε Παιδοψυχιατρικό Τμήμα έχουν μικρότερο επίπεδο τιμής στο δείκτη κοινωνικής στήριξης ($r=-0,201$, $p<0.05$) έναντι των ατόμων με λιγότερα έτη εργασίας σε Παιδοψυχιατρικό Τμήμα (Πίνακας 47).

Πίνακας 47: Συσχέτιση των ετών εργασίας σε Παιδοψυχιατρικό Τμήμα των ερωτηθέντων με τους δείκτες.

Pearson's product moment correlation coefficient	r	p-level
Έτη άσκησης του Νοσηλευτικού επαγγέλματος (N=122)		
Δείκτης δράσης	-0,068	NS
Δείκτης πληροφόρησης	-0,134	NS
Δείκτης συναισθήματος	-0,039	NS
Δείκτης θετικών στρατηγικών	-0,134	NS
Δείκτης αρνητικών στρατηγικών	-0,033	NS
Σύνολο στρατηγικών διαχείρισης	-0,088	NS
Δείκτης εστίασης	-0,189	p<0,05
Δείκτης κοινωνικής στήριξης	-0,201	p<0,05
Δείκτης απόσυρσης	-0,094	NS
Δείκτης μεταστροφής	0,015	NS
Δείκτης ελέγχου	0,048	NS
Δείκτης άρνησης	0,002	NS

Ε. Συσχέτιση των δεικτών και επιπέδου εκπαίδευσης των ερωτηθέντων

Στην προσπάθειά μας να συγκρίνουμε τις διάφορες τιμές που έλαβαν οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων παρατηρούμε ότι δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά σε κανένα δείκτη (Πίνακας 48).

Ειδικότερα, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων και στους δείκτες δράσης ($F=0,334$, $df=2$, 119, NS), πληροφόρησης ($F=0,401$, $df=2$, 119, NS) και συναισθήματος ($F=0,234$, $df=2$, 119, NS) (Πίνακας 48).

Επίσης, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων και στους δείκτες των θετικών στρατηγικών ($F=0,754$, $df=2$, 119, NS), αρνητικών στρατηγικών ($F=0,923$, $df=2$, 119, NS) και του συνόλου των στρατηγικών διαχείρισης ($F=0,050$, $df=2$, 119, NS) (Πίνακας 48).

Ακόμα, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων και στους δείκτες εστίασης ($F=0,051$, $df=2$, 119, NS), κοινωνικής στήριξης ($F=2,444$, $df=2$, 119, NS), απόσυρσης ($F=1,694$, $df=2$, 119, NS) και μεταστροφής ($F=0,426$, $df=2$, 119, NS) (Πίνακας 48).

Τέλος, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων και στους δείκτες ελέγχου ($F=0,455$, $df=2$, 119, NS) και ελέγχου ($F=0,439$, $df=2$, 119, NS) (Πίνακας 48).

Πίνακας 48: Σχέση των διαφόρων δεικτών με το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων.

	df	F	p-level
Δείκτης δράσης	2, 119	0,334	NS
Δείκτης πληροφόρησης	2, 119	0,401	NS
Δείκτης συναισθήματος	2, 119	0,234	NS
Δείκτης θετικών στρατηγικών	2, 119	0,754	NS
Δείκτης αρνητικών στρατηγικών	2, 119	0,923	NS
Σύνολο στρατηγικών διαχείρισης	2, 119	0,050	NS
Δείκτης εστίασης	2, 119	0,051	NS
Δείκτης κοινωνικής στήριξης	2, 119	2,444	NS
Δείκτης απόσυρσης	2, 119	1,694	NS
Δείκτης μεταστροφής	2, 119	0,426	NS
Δείκτης ελέγχου	2, 119	0,455	NS
Δείκτης άρνησης	2, 119	0,439	NS

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Μέσα από την παρούσα έρευνα γίνεται σύγκριση των αποτελεσμάτων των δεικτών της κλίμακας της Τουλούζης ανάμεσα στις πόλεις της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Από τις απαντήσεις των νοσηλευτών των παιδοψυχιατρικών τμημάτων προκύπτουν στατιστικά σημαντικά στοιχεία.

Ο μέσος όρος του δείκτη δράσης για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 59,14 και η τυπική απόκλιση 5,90 , ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 53,94 και 7,41 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στο μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($t=4,299$, $df=120$, $p<0,0001$) (Πίνακας 33).

Ο μέσος όρος του δείκτη πληροφόρησης για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 60,40 και η τυπική απόκλιση 4,72 , ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 56,12 και 7,16 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στο μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($t= 3,977$, $df=120$, $p<0,001$) (Πίνακας 33).

Ο μέσος όρος του δείκτη συναισθήματος για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 60,21 και η τυπική απόκλιση 6,18 , ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 52,43 και 8,68 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στο μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($t= 5,782$, $df=120$, $p<0,0001$) (Πίνακας 33). Εντυπωσιακό είναι ότι οι Αθηναίοι χρησιμοποιούν περισσότερες στρατηγικές σχετικές με το συναίσθημα. Η πιθανή εξήγηση είναι ότι είναι πιο ευάλωτοι λόγω άγχους και έτσι προσπαθούν να ελέγξουν το συναίσθημα τους χρησιμοποιώντας στρατηγικές, όπως είναι η συναισθηματική εστίαση κ.λ.π.

Ο μέσος όρος του συνόλου των στρατηγικών διαχείρισης για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 179,74 και η τυπική απόκλιση 13,68 , ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 162,49 και 19,85 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στο μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($t= 5,686$, $df=120$, $p<0,0001$) (Πίνακας 33). Προκύπτει λοιπόν ότι οι Αθηναίοι σε σχέση με τους Θεσσαλονικείς χρησιμοποιούν περισσότερο τους δείκτες δράσης, είτε είναι θετικές στρατηγικές, όπως η ενεργός εστίαση ο συναισθηματικός έλεγχος κ.λ.π. είτε είναι αρνητικές, όπως διανοητική απόσυρση, η άρνηση κ.λ.π.

Ο μέσος όρος του δείκτη εστίασης για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 29,36 και η τυπική απόκλιση 2,80 , ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 26,47 και 3,66 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στο μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($t= 4,929$, $df=120$, $p<0,0001$) (Πίνακας 33).

Ο μέσος όρος του δείκτη κοινωνικής στήριξης για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 29,21 και η τυπική απόκλιση 3,60 , ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 27,76 και 4,29 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στο μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά σημαντική ($t= 2,018$, $df=120$, $p<0,05$) (Πίνακας 33). Φαίνεται ότι αυτοί που έχουν πολλά χρόνια επαγγελματικής προϋπηρεσίας χρησιμοποιούν περισσότερο την κοινωνική στήριξη. Πιθανή ερμηνεία είναι πως ίσως έχουν καταλάβει πόσο σημαντικό είναι το κοινωνικό δίκτυο και η συνεργασία. Ίσως, όμως, είναι και πιο ευάλωτοι λόγω του burn out και του φόρτου εργασίας.

Ο μέσος όρος του δείκτη απόσυρσης για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 29,74 και η τυπική απόκλιση 2,88 , ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 25,12 και 5,39 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στο μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($t= 6,137$, $df=120$, $p<0,0001$) (Πίνακας 33). Πιθανή εξήγηση είναι ότι λόγω του αυξημένου άγχους οι νοσηλευτές στην Αθήνα τείνουν περισσότερο να κλείνονται στον εαυτό τους, να ονειροπολούν για να ξεχάσουν το όποιο πρόβλημα και να αναζητούν υποκατάστατα, όπως η τροφή, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά.

Ο μέσος όρος του δείκτη μεταστροφής για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 31,51 και η τυπική απόκλιση 3,37 , ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 28,88 και 5,04 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στο μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($t= 3,455$, $df=120$, $p<0,001$) (Πίνακας 33). Με τη μεταστροφή οι νοσηλευτές της Αθήνας χρησιμοποιούν περισσότερο τη συμπεριφορική αλλαγή, την αποδοχή και την αλλαγή των αξιών.

Ο μέσος όρος του δείκτη ελέγχου για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 29,36 και η τυπική απόκλιση 2,72 , ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 27,49 και 4,92 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στο μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($t= 2,687$, $df=120$, $p<0,01$) (Πίνακας 33). Έτσι, οι Αθηναίοι κυριαρχούν της

κατάστασης, συντονίζουν τη συμπεριφορά τους και συγκρατούν καλύτερα τα συναισθήματα τους από τους Θεσσαλονικείς.

Ο μέσος όρος του δείκτη άρνησης για τους εργαζόμενους στην Αθήνα ήταν 30,58 και η τυπική απόκλιση 4,44 , ενώ για τους εργαζόμενους στη Θεσσαλονίκη ήταν 26,78 και 5,01 αντίστοιχα (Πίνακας 32). Η διαφορά που προκύπτει με υψηλότερη τιμή στο μέσο όρο των εργαζομένων στην Αθήνα είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($t= 4,398$, $df=120$, $p<0,0001$) (Πίνακας 33). Πιθανή εξήγηση είναι ότι οι νοσηλευτές της Αθήνας προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα στρέφοντας το ενδιαφέρον τους σε κάτι ευχάριστο, όπως η διασκέδαση αγνοώντας το πρόβλημα ίσως αρνούμενοι να το αντιμετωπίσουν.



ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ:

Οι προτάσεις μας αφορούν δύο επίπεδα. Πρώτον, αναφέρουμε δράσεις που θα πρέπει να αναλάβει η ίδια η κοινωνία για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση σχετικά με τα προβλήματα σχεδιασμού προσπελάσιμων κτιρίων, ανοιχτών χώρων και μέσων μεταφοράς. Δεύτερον, προτείνουμε προτάσεις που αποβλέπουν στην αντιμετώπιση του στρες στο εργασιακό περιβάλλον.

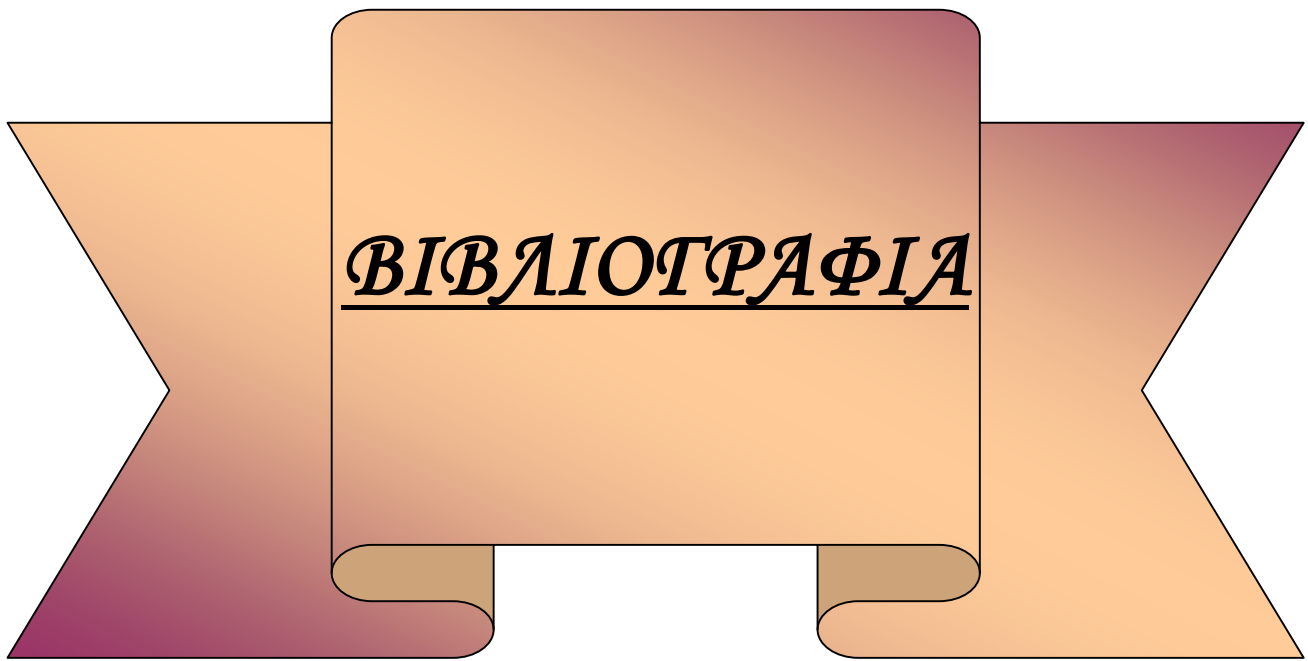
Κοινωνική υποστήριξη των Α.με.Α

- ∅ Αποστολή της παρούσας εργασίας σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς
- ∅ Περαιτέρω μελέτη και διερεύνηση ειδικών θεμάτων σχετικών με την προσπελασιμότητα των «Α.με.Α.» από το ΥΠΕΧΩΔΕ αλλά και από άλλους φορείς (όπως Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας)
- ∅ Απαραίτητες προδιαγραφές για τα μέσα μεταφοράς και συγκοινωνίας
- ∅ Σχεδιασμός και οικοδόμηση επιπλέον σχολείων και εκπαιδευτηρίων για παιδιά με αναπηρία
- ∅ Αξιολόγηση βρεφικής- παιδικής ηλικίας από εξειδικευμένους παιδίατρους σε παιδιά με αναπηρία, ώστε να προλαμβάνεται η επιδείνωση της ασθένειας τους
- ∅ Δημοσιοποίηση του προβλήματος για την κατανόηση από την κοινωνία
- ∅ Ενεργοποίηση των εμπλεκόμενων φορέων για την αυστηρή τήρηση διατάξεων που διευκολύνουν την κίνηση «Α.με.Α.» (όπως παράνομη στάθμευση σε πεζοδρόμια- ράμπες, παράνομη κατάληψη πεζοδρομίου από καταστηματαρχες κ.ά.)
- ∅ Ολοκληρωμένη ψυχική, σωματική και θεραπευτική υποστήριξη και ενθάρρυνση παιδιών με αναπηρία
- ∅ Προώθηση της σχολικής επιμόρφωσης σχετικά με τα ζητήματα της αναπηρίας
- ∅ Συνεργασία με τους γονείς των μαθητών του σχολείου με σκοπό την ενδυνάμωση των γονέων στα θέματα της αναπηρίας
- ∅ Προώθηση της συνεργασίας με την τοπική εκπαιδευτική κοινότητα και τα τοπικά εκπαιδευτικά ιδρύματα .
- ∅ Εκπόνηση και υλοποίηση προγραμμάτων μαθητείας σε επαγγελματικούς χώρους της τοπικής κοινότητας .

- ∅ Οργάνωση και υλοποίηση ενημερωτικών συναντήσεων , ημερίδων, σεμιναρίων σε συνεργασία με τοπικούς φορείς, αλλά και πανεπιστημιακά τμήματα για ενημέρωση του κοινού σε ζητήματα αναπηρίας.

Αντιμετώπιση του παράγοντα stress στο εργασιακό περιβάλλον.

- ∅ Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων
- ∅ Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών
- ∅ Αναζήτηση υποστήριξης
- ∅ Ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες
- ∅ Προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας
- ∅ Διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης των εργαζομένων
- ∅ Αύξηση του αριθμού των εργαζομένων σε όποια υπηρεσία είναι πραγματικά απαραίτητο
- ∅ Αλλαγή στο ρυθμό εργασίας για βελτίωση της παραγωγικότητας
- ∅ Αύξηση των αποδοχών
- ∅ Ενίσχυση της λειτουργίας ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης και συμβουλευτικής εποπτείας
- ∅ Συστηματική εποπτεία
- ∅ Παροχή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού
- ∅ Βελτίωση των συνθηκών εργασίας
- ∅ Ισότιμη ανάπτυξη δραστηριοτήτων μεταξύ του προσωπικού
- ∅ Περισσότερα κίνητρα στους εργαζομένους
- ∅ Η ενίσχυση κάθε προσπάθειας μελέτης του φαινομένου
- ∅ Ίδρυση υπηρεσίας ετοιμότητας



1. Εφημερίδα: Ελευθεροτυπία, 900.000 Συμπολίτες μας θεωρούνται Β' κατηγορίας άνθρωποι στον Καιάδα 17/06/2006 http://www.enet.gr/online_threads_toc
2. Καΐλα Μ. κ.ά. Άτομα με ειδικές ανάγκες Τόμος Α Έκδοση Β' Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα Αθήνα 1995
3. Καΐλα Μ. κ.ά. Άτομα με ειδικές ανάγκες- Σύγχρονες κατευθύνσεις και απόψεις σε προβλήματα πρόληψης, παρέμβασης, αντιμετώπισης Τόμος Α Έκδοση ΣΤ' Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα Αθήνα 1997
4. Ζώνιου- Σιδέρη Α. Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους - Μια ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση της ένταξης Επίτομος Έκδοση: Ι' Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα Αθήνα 1998
5. World Health Organization (WHO) Towards a common Language for Functioning Disability and Health ICF Geneva 2002
<http://www.who.int/classification/icf>
6. Candy D. κ.ά. Κλινική Παιδιατρική και υγεία του παιδιού Επιμέλεια: Κωνσταντόπουλος Α. Επίτομος Έκδοση: Πρώτη Εκδόσεις: Παρισιανού Αθήνα 2002
7. Κρουσταλάκης Γ. Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο- Ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση Επίτομος Έκδοση Δ' Εκδόσεις: Ιδιωτική Έκδοση Αθήνα 2000
8. Shapiro P. Μαιευτική & γυναικολογική νοσηλευτική Επιμέλεια: Γεωργιόπουλος Α. Επίτομος Έκδοση: Πρώτη Εκδόσεις: Ελλην Αθήνα 2001
9. Τσιαντής Γ., Μανωλόπουλος Σ. Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής Τόμος Β' Μέρος Β' Έκδοση: Πρώτη Εκδόσεις: Κατσανιώτη Αθήνα 1988
10. Παπαγεωργίου Β. Ψυχιατρική παιδιών και εφήβου Επίτομος Έκδοση: Πρώτη Εκδόσεις: University Studio Press Θεσσαλονίκη 2005
11. Γκονέλα Ε. Αυτισμός- Αίνιγμα και πραγματικότητα Επίτομος Έκδοση Α' Εκδόσεις: Οδυσσέας Αθήνα 2006
12. Ραγιά Α. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας Ψυχιατρική Νοσηλευτική Επίτομος Έκδοση: Ε' Βελτιωμένη Εκδόσεις: Παπανικολάου Αθήνα 2005
13. Πολυχρονοπούλου Σ. Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες- Σύγχρονες τάσεις εκπαίδευσης και ειδικής υποστήριξης Τόμος Α' Έκδοση: Πρώτη Εκδόσεις: Ατραπός Αθήνα 2001

14. Περιοδικό: Θέματα ειδικής αγωγής, Δημητρόπουλος Α. Δράσεις για τον επαγγελματικό προσανατολισμό των ΑμεΑ και των ατόμων που κινδυνεύουν από κοινωνικό αποκλεισμό Τεύχος: 3 Οκτ.- Δεκ. Αθήνα 1998
15. Περιοδικό: Σύγχρονη Εκπαίδευση, Ξηρομερίτη - Τσακλαγκάνου Α. Ιστορικά σημεία και σύγχρονα προβλήματα της Ειδικής Αγωγής Τεύχος: 19 1984 σελ. 12-16
16. Ζάχος Δ. Διαδικασίες Ένταξης σε συνθήκες γενικού κοινωνικού αποκλεισμού Διδακτορική Διατριβή Θεσσαλονίκη 2005
17. Γεωργόπουλος Χ. Νευροχειρουργός Ιδρυτής και Πρόεδρος Δ.Σ. του Κέντρου Ιατρικής Αποκατάστασης «ΑΝΑΠΛΑΣΗ» Διευθυντής του Νευροχειρουργικού Τμήματος του Νοσοκομείου «ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ»
www.anaplasi_rehab.gr/diak2.htm
18. Σούλης Σ. Τα παιδιά με βαριά νοητική καθυστέρηση και ο κόσμος τους- Άτομα με πολλαπλές αναπηρίες Επίτομος Έκδοση: Πρώτη Εκδόσεις: Gutenberg Αθήνα 1997
19. Φραγκουδάκη Ά. Κοινωνιολογία της Εκπαίδευσης- Θεωρίες για την κοινωνική ανισότητα στο σχολείο Επίτομος Έκδοση: Πρώτη Εκδόσεις: Παπαζήση Αθήνα 1985
20. Aicardi J, Bax M Cerebral Palsy - Diseases of the nervous system in childhood. MacKeith Press 1992
21. Κώστας Ιωάννης Η εκτίμηση του αποτελέσματος χειρουργικών επεμβάσεων στα κάτω άκρα σε παιδιά με εγκεφαλική παράλυση μετά από ανάλυση βάδισης σε αγωγίμο διάδρομο Διδακτορική Διατριβή Ιωάννινα 2003
22. Damman O, Leviton A: Biomarker epidemiology of cerebral palsy. Annals of Neurology 2 004
23. Κοζης Ν. Η εκτίμηση των παραμέτρων της οπτικής λειτουργίας σε σχέση με τη ψυχοκινητική ανάπτυξη των παιδιών με εγκεφαλική παράλυση Διδακτορική Διατριβή Θεσσαλονίκη 2007
24. Παπαϊωάννου- Σταυροπούλου Ν. Στου πόνου τη γυάλινη πίστα Επίτομος Έκδοση: Δεύτερη Εκδόσεις: Ακρίτας Αθήνα 2003
25. Coorssen EA, Msall ME, Duffy LC: Multiple minor malformations as a marker for prenatal etiology of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 1991
26. Jarvis S, Glinianaia SV, Torrioli MG, et al: Surveillance of cerebral palsy in Europe (SCPE) collaboration of European cerebral palsy registers. Cerebral palsy

- and intrauterine growth in single births: European collaborative study. Lancet 2003
27. Lawson RD, Badawi N: Etiology of cerebral palsy. Hand Clinics 2003
 28. L evitt S. Θεραπεία της εγκεφαλικής παράλυσης και τις κινητικής καθυστέρησης Μετάφραση- Επιμέλεια: Κουσουλάκος Σ. Επίτομος Έκδοση: Τρίτη Εκδόσεις: Παρισιανού Αθήνα 2001
 29. Fernandes J, Saudubray J-M, van den Berghe G: Inborn metabolic diseases. 3rd ed, Springer, Berlin, 2000
 30. Schenk-Rootlieb AJF, van Nieuwenhuizen O, van der Graf Y: Cerebral visual impairment in cerebral palsy: relation to structural abnormalities of the cerebrum. Neuropaediatrics 1994
 31. Goodman R, Yude C: IQ and its predictors in childhood hemiplegia. Dev Med Child Neurol 1996
 32. Bobath K. Κινητική ανάπτυξη στους διάφορους τύπους της Εγκεφαλικής παράλυσης Επιμέλεια: Διαμαντινού Ε. Επίτομος Έκδοση: Πρώτη Εκδόσεις: Παρισιανού Αθήνα 1992
 33. Μαρουδία Ν. Συμβολή στη μελέτη της ακοής σε άτομα με τρισωμία 21 (Σύνδρομο Down) στον ελληνικό χώρο Διδακτορική Διατριβή Αθήνα 1992
 34. Christoph Anstotz Βασικές αρχές της παιδαγωγικής για τα νοητικά καθυστερημένα άτομα Επιμέλεια: Ζώνιου- Σιδέρη Α. Επίτομος Έκδοση: Πρώτη Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα Αθήνα 1994
 35. The new England journal medicine October 9, 2003 First- Trimester Screening of trisomies 21 and 18 Ronald Wapaner, MD Elizabeth Thom, Ph. D.
 36. Σαπουντζή – Κρεπιά Δ. Stress Management – Διαχείριση του στρες Επίτομος Έκδοση: Πρώτη Εκδόσεις: Έλλην Αθήνα 2006
 37. Βάρβογλη Λ. Η νευροψυχολογία του στρες στην καθημερινή ζωή Επίτομος Έκδοση: Πρώτη Εκδόσεις: Καστανιώτη Αθήνα 2007
 38. Jemi A. Στρες, φίλος για μια ολόκληρη ζωή Επιμέλεια: Κωνσταντέας Π. Επίτομος Έκδοση: Πρώτη Εκδόσεις: Φυτράκη Αθήνα 2004
 39. Null Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους Επιμέλεια: Βασιλάκη Ε. κ.ά. Επίτομος Έκδοση: Πρώτη Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα Αθήνα 2001
 40. Στρομπούλη Α Βάρβογλη Λ. Ξεγελάστε το στρες Επίτομος Έκδοση: Πρώτη Εκδόσεις: Καστανιώτη Αθήνα 2007

41. Αδαλή Ε. Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα ΜΕΘ και τμήματα επείγουσών περιπτώσεων. Διδακτορική διατριβή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, 1999.
42. Edelwich J, Brodsky A. Burnout: Stages of Disillusionment in Helping Professions. New York: Human Sciences Press; 1980.
43. Ασημακοπούλου Μ. Η επαγγελματική εξουθένωση, η επαγγελματική ικανοποίηση και η εμπλοκή στην εργασία στον Δημόσιο Τομέα. Πτυχιακή εργασία Πανεπιστήμιο Πατρών Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πάτρα 2004.
44. Cronin-Stubbs D, Rooks C.A. The stress, social support, and burnout of critical care nurses: The result of research. Heart and Lung 1985
45. Καντάς Α. Οργανωτική - Βιομηχανική Ψυχολογία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα; 1995
46. Maslach C, Jackson S.E. Maslach Burnout Inventory. Manual. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press; 1986
47. Kobasa S.C.,Malli. Hardiness and health: A prospective inquiry. Journal of personality and social psychology 1982
48. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα; 1999
49. Engel JA, W J van der Gulden J, Senden T, Van t Hof B. Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of a questionnaire survey. Occup Environ Med 1996
50. Αδαλή Ε, Πριάμη Μ, Ευαγγέλου Ε, Υφαντή Μ, Μούγια Β. Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού. Νοσηλευτική 2002
51. Edwards D, Burnard P. A systematic review of stress and stress management intervention for mental health nurses. Journal of Advanced Nursing 2003
52. Clarke et al. Effects of hospital staffing and organizational climate on needle stick injuries to nurses. Am J Public Health 2002
53. Chiodo E. Emergency Sanitaria: responsabilitae competenze. Roma: Nannini Ed; 1998
54. Κορομπέλη Α. Γιατί οι ΜΕΘ είναι στρεσογόνες. Πρακτικά 2ου Επιστημονικού Συμποσίου επείγουσας και εντατικής Νοσηλευτικής ,Βόλος, 2004.

Π
Α
Ρ
Α
Τ
Η
Μ
Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ:

- ü Ηλικία:
- ü Έτη Άσκησης Νοσηλευτικού Επαγγέλματος:
- ü Έτη Εργασίας στο Παιδοψυχιατρικό Τμήμα:
- ü Επίπεδο Εκπαίδευσης Νοσηλευτών:

Παρακαλούμε να σημειώστε με ποιούς τρόπους αντιμετωπίζετε το stress που δημιουργεί η εργασία σας στο νοσοκομείο.

Απέναντι στο αυξημένο εργασιακό stress αντιδρώ με τον εξής τρόπο:

Καθόλου Σπάνια Που και Που Συχνά Πολύ συχνά

		1	2	3	4	5
1.	Αντιμετωπίζω την κατάσταση					
2.	Ζητώ συμβουλές από επαγγελματίες (καθηγητές, γιατρούς.)					
3.	Προσπαθώ να αισθανθώ καλύτερα τρώγοντας					
4.	Δουλεύω σε συνεργασία με άλλους για να κινητοποιηθώ					
5.	Προσπαθώ να μην σκέφτομαι το πρόβλημα					
6.	Ζητάω από το Θεό να με βοηθήσει					
7.	Αποφεύγω να συναντώ ανθρώπους					
8.	Αποδέχομαι το πρόβλημα αν αυτό είναι αναπόφευκτο					
9.	Προσπαθώ να μην πανικοβληθώ					
10.	Αλλάζω τον τρόπο ζωής μου					
11.	Φτιάχνω ένα σχέδιο δράσης και μένω σταθερός σε αυτό					
12.	Μου είναι δύσκολο να χρησιμοποιήσω λόγια για να περιγράψω αυτό που αισθάνομαι σε μια δύσκολη κατάσταση					

13.	Δεν σκέφτομαι τα προβλήματα παρά μόνο όταν παρουσιάζονται					
14.	Αρνούμαι να παραδεχτώ					
15.	Μου συμβαίνει να αισθάνομαι επιθετικότητα για τον άλλο					
16.	Κάνω κάτι πιο ευχάριστο					
17.	Αναλύω την κατάσταση για να την καταλάβω καλύτερα					
18.	Αισθάνομαι την ανάγκη να μοιράζομαι με τους δικούς μου αυτό που αισθάνομαι εσωτερικά					
19.	Καταπιάνομαι με το πρόβλημα άμεσα ή αντιμετωπίζω το πρόβλημα κατά μέτωπο ή με επιθετικό τρόπο					
20.	Συζητώ το πρόβλημα με τους γονείς μου ή με άλλους ενήλικες					
21.	Ξεχνώ τα προβλήματα μου παίρνοντας φάρμακα					
22.	Ψάχνω δραστηριότητες ομαδικές για να διασκεδάσω					
23.	Καταφεύγω στη φαντασία ή στο όνειρο					
24.	Ψάχνω να βρω μια φιλοσοφία ζωής για να πολεμήσω ενάντια στο πρόβλημα					
25.	Μου συμβαίνει να μην κάνω αυτό που είχα αποφασίσει					
26.	Μαθαίνω να ζω με το πρόβλημα					
27.	Ελέγχω τα συναισθήματά μου					
28.	Αλλάζω τον τρόπο συμπεριφοράς μου					
29.	Ξέρω αυτό που έχω να κάνω, γι' αυτό διπλασιάζω τις προσπάθειες για να το καταφέρω					
30.	Φτάνω να μην αισθάνομαι τίποτα όταν συμβαίνουν οι δυσκολίες					
31.	Αντιστέκομαι στην επιθυμία να δράσω μέχρι να μου το επιτρέψει η κατάσταση					
32.	Ενεργώ σαν να μην υπήρχε το πρόβλημα					
33.	Αισθάνομαι αίσχος					
34.	Πηγαίνω στο σινεμά ή βλέπω τηλεόραση για να σκέφτομαι λιγότερο το πρόβλημα					
35.	Σκέφτομαι τις εμπειρίες που θα μπορούσαν να με βοηθήσουν να αντιμετωπίσω την κατάσταση					
36.	Ψάχνω για τη βοήθεια των φίλων μου για να ηρεμήσω το άγχος μου					
37.	Πηγαίνω κατευθείαν στο πρόβλημα					
38.	Ρωτώ τους ανθρώπους που είχαν μια παρόμοια εμπειρία τι θα έκαναν					
39.	Παίρνω ναρκωτικά ή καπνίζω για να					

	ηρεμήσω το άγχος μου					
40.	Βοηθώντας άλλους όπως θα μου άρεσε να με βοηθήσουν					
41.	Προσπαθώ με κάθε τρόπο να σκεφτώ άλλα πράγματα					
42.	Αστειεύομαι με την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι					
43.	Απομακρύνομαι από τους άλλους					
44.	Αποδέχομαι η ίδια - (ο ίδιος) ότι πρέπει να λύσω το πρόβλημα					
45.	Κρατάω για μένα τα συναισθήματά μου					
46.	Τροποποιώ τις ενέργειές μου σε συνάρτηση με το πρόβλημα					
47.	Θέτω στόχους που πρέπει να πετύχω					
48.	Τα συναισθήματά μου εξαφανίζονται τόσο γρήγορα όσο εμφανίστηκαν					
49.	Συγκρατούμε από το να αντιδράσω πολύ γρήγορα					
50.	Λέω στο εαυτό μου ότι το πρόβλημα δεν έχει καμία σημασία					
51.	Κατακλύζομαι από τα συναισθήματά μου					
52.	Στρέφομαι προς άλλες δραστηριότητες για να διασκεδάσω					
53.	Σκέφτομαι στρατηγικές που θα μπορούσα να χρησιμοποιήσω για να λύσω καλύτερα τα προβλήματά μου					
54.	Ψάχνω την συμπάθεια και την ενθάρρυνση των άλλων					

ΕΙΔΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ Α.ΜΕΑ. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ :

- ♦ **Σωματεία Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων των παιδιών με ειδικές ανάγκες «Κιβωτός της Αγάπης»:** Κ. Παλαιολόγου 29, Τ.Κ: 26332, Πάτρα, Τηλ.: 2610222280
- ♦ **Θεραπευτικό Παιδαγωγικό Κέντρο Απροσάρμοστων Παιδιών «Η Μέριμνα» :** Άλσος Γηροκομείου, Τ.Κ: 26226, Πάτρα
- ♦ **Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας:** Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία ΚΨΥ, Αθανασίου Διάκου 35, Ψηλά Αλώνια, Τ.Κ. 26224, Πάτρα, Τηλ: 2610336666-337536
- ♦ **Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας:** διεύθυνση ψυχικής υγείας Αριστοτέλους 19, Τ.Κ. 10187, Αθήνα, Τηλ: 2108251834-5
- ♦ **Συμβουλευτικό Κέντρο για Φοιτητές του Πανεπιστημίου Αθηνών:** Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τ.Κ. 15784, Ιλίσια, Τηλ: 2107249000
- ♦ **Θεραπευτική Μονάδα για Αυτιστικά Παιδιά του ΚΨΥ:** (Ηλικίες: 4-14 ετών) Σπετσών 4, Τ.Κ. 15342, Αγία Παρασκευή, Τηλ: 2106394900
- ♦ **Εθνική Συνομοσπονδία Α.ΜΕΑ. (Ε.Σ.Α.Ε.Α.):** Χαλκοκονδύλη 25, Τ.Κ. 10432, Αθήνα, Τηλ: 2105238961
- ♦ **Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων Γονέων κα Κηδεμόνων Α.ΜΕΑ.:** Χαλκοκονδύλη 25, Τ.Κ. 10432, Αθήνα, Τηλ: 2105236501
- ♦ **Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων (Ε.Ε.Π.Α.Α.):** Αθήνας 2, Τ.Κ. 10551, Αθήνα, Τηλ: 2103216550
- ♦ **Δήμος Καισαριανής:** για Α.ΜΕΑ., Τηλ: 2107232767
- ♦ **Ίδρυμα Ερευνών για το Παιδί «Σπύρος Δοξιάδης»:** Αμαλίας 42, Τ.Κ. 10558, Αθήνα, Τηλ: 2103238807
- ♦ **Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Θεσσαλονίκης:** Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία ΚΨΥ (Ηλικίες: 3-16 ετών), Καυτατζόγλου 36 και Παπάφη, Τ.Κ. 54639, Θεσσαλονίκη, Τηλ: 2310848141
- ♦ **Φάρος Τυφλών:** Αθήνας 17, Τ.Κ. 17673, Αθήνα, Τηλ: 2109415222
- ♦ **Εθνικό Ίδρυμα Προστασίας Κωφών:** Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία, Ζαχάρωφ 1, Τ.Κ. 41521, Αμπελόκηποι, Τηλ: 2106460379
- ♦ **Εταιρεία Προστασίας Σπαστικών:** Αρχιμήδους 45, Τ.Κ. 11636, Παγκράτι, Τηλ: 2107018147
- ♦ **Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής:** Νοταρά 58, Τ.Κ. 10683, Αθήνα, Τηλ: 2108231210

- ♦ **Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Κ.Ψ.Υ. Αθήνα:** (Ηλικίες: 3-16 ετών) Ζαΐμη 2, Τ.Κ. 10682, Εξάρχεια, Τηλ: 2103815711
- ♦ **ΕΛ.ΕΠΑ.Π.:** (Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αναπήρων Παίδων) Διεύθυνση: Κόνωνος 16, Παγκράτι, Τ.Κ.:11634. Τηλέφωνα: 210-7215303 και 210-7212780
- ♦ **Κ.Α.Σ.Π.:** (Κέντρο Αποκατάστασης Σπαστικών Παιδιών) -Ιδιωτικό Κέντρο, Διεύθυνση: Μεταμόρφωση Αττικής.

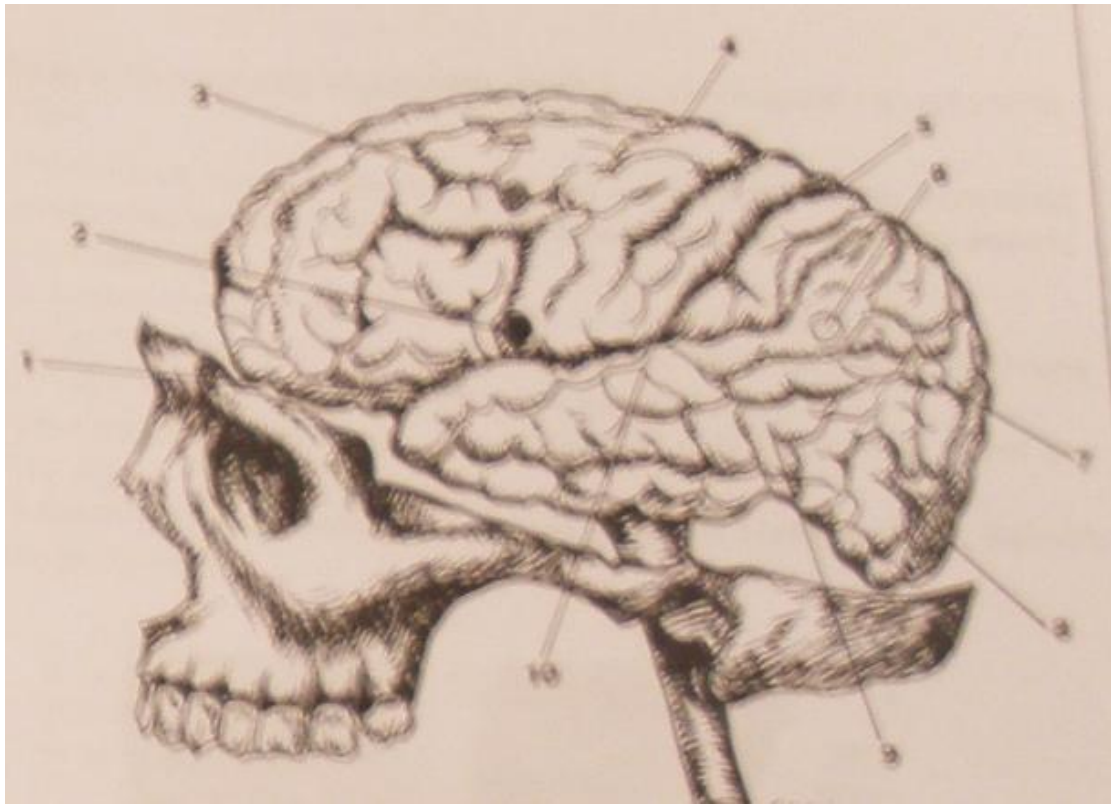
Δοκιμασία	Απάντηση
Ασύμμετρο τονικό αντανακλαστικό του αυχένα	Μη φυσιολογική η παραμονή του μετά την ηλικία των 6 μηνών
Συμμετρικό τονικό αντανακλαστικό του αυχένα	Μη φυσιολογική η παραμονή του μετά την ηλικία των 6 μηνών
Αντανακλαστικό του Moro	Μη φυσιολογική η παραμονή του μετά την ηλικία των 6 μηνών
Στροφή της κεφαλής προκαλεί σύστοιχη στροφή του κορμού (Neck-righting reflex)	Μη φυσιολογική η παραμονή του μετά την ηλικία των 6 μηνών
Αντίδραση υποστήριξης των κάτω άκρων (Foot placement reaction)	Μη φυσιολογική η απουσία του
Αντίδραση του αλεξιπτωτιστή	Μη φυσιολογική η απουσία του μετά τον 1 ^ο χρόνο
Αύξηση του εκτατικού τόνου προκαλούμενη από την αιφνίδια πίεση των πελμάτων (Extensor thrust)	Η παρουσία του είναι πάντα μη φυσιολογική

Η μη φυσιολογική αντίδραση βαθμολογείται με 1 βαθμό

Συνολική βαθμολογία:

- 0=καλή πρόγνωση για βάδιση
- 1=επιφυλακτική πρόγνωση
- 2=φτωχή πρόγνωση

Πίνακας 1: Προγνωστική κλίμακα βάδισης στην ΕΠ (του Bleck 1975)



♦ Εικόνα 1: ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ- Αριστερό Ημισφαίριο:

1. Σχισμή του Sylvius
2. Πεδίο Broca- έκφραση λόγου
3. Πεδίο γραφής
4. Κινητικότητα- πυραμιδική οδός
5. Σχισμή Ronaldo
6. Αυτοαντίληψη
7. Πεδίο ανάγνωσης
8. Οπτική αντίληψη
9. Ακουστική αντίληψη
10. Πεδίο Wernicke- κατανόηση λόγου.⁷



ΕΙΚΟΝΑ 2: Παιδί με σπαστική τετραπληγία. Το κεφάλι συνήθως προς τα δεξιά, ώμοι εκτεινόμενοι προς τα εμπρός, ημι-απαγωγή, καρποί και δάκτυλα σε κάμψη, αγκώνες σε κάμψη-πρηνείς, αντίχειρας σε προσαγωγή. Ισχία και γόνατα σε κάμψη, τάση έσω στροφής- προσαγωγής με τους άκρους πόδας σε ραιβοίπποποδία.²⁸



ΕΙΚΟΝΑ 3: Το ίδιο τετραπληγικό παιδί με αλλαγές στάσης σε πρηνή θέση. Ασυμμετρία άνω άκρων, συγκρατημένων κάτω από το σώμα. Ισχία και γόνατα σε κάμψη, άκροι πόδες σε ραιβοίπποποδία. Προτίμηση κεφαλής τώρα προς τα αριστερά.²⁸



ΕΙΚΟΝΑ 4: Παιδί με αθροιστική τετραπληγία σε ύπτια θέση.²⁸



ΕΙΚΟΝΑ 6 : Σπαστική τετραπληγία, παραμόρφωση κάτω άκρων.²⁸