

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ»
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ «ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ»

**Γνώσεις, Στάσεις και Αίσθηση Αυτοαποτελεσματικότητας των
Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης απέναντι σε Μαθητές με
Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (Ινσουλινοεξαρτώμενο)**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μεταπτυχιακός φοιτητής: Δέτσης Δημήτρης Α.Μ. 20013

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Ζαρταλούδη Αφροδίτη

Αθήνα, 2023

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ»
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ «ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ»

Γνώσεις, Στάσεις και Αίσθηση Αυτοαποτελεσματικότητας των
Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης απέναντι σε Μαθητές με
Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (Ινσουλινοεξαρτώμενο)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μεταπτυχιακός φοιτητής: Δέτσης Δημήτρης Α.Μ. 20013

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Ζαρταλούδη Αφροδίτη

Αθήνα, 2023

UNIVERSITY OF WEST ATTICA
FACULTY OF HEALTH AND CARING SCIENCES
DEPARTMENT OF NURSING



MASTER OF SCIENCE PROGRAM
"MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASES"
'' EDUCATION AND DIABETES CARE ''

**"Teachers' Knowledge Attitudes and Sense of Self-Efficacy towards
Students with Type 1 Diabetes Mellitus (Insulin-Dependent) in Primary
Schools"**

Post graduate student: Detsis Dimitrios

Supervision: Zartaloudi Afroditi

Athens, 2023

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Τριμελή
Εξεταστική Επιτροπή:

Ζαρταλούδη Αφροδίτη, Επίκουρη καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο
Δυτικής Αττικής (επιβλέπουσα καθηγήτρια)

Υπογραφή:.....

Βλάχου Ευγενία, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,
Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

Υπογραφή:.....

Αδαμακίδου Θεοδούλα, Αναπληρώτρια καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

Υπογραφή:.....

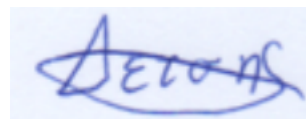
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Δέτσης Δημήτριος του Γεωργίου, με αριθμό μητρώου 20013 φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολο τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ο Δηλών

Δέτσης Δημήτριος



Copyright © Δημήτριος Δέτσης, 2023

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved. Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων» της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκριση της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Νοσηλευτικής.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την παρούσα διπλωματική εργασία ολοκληρώνεται ο κύκλος των σπουδών μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων» με ειδίκευση «εκπαίδευση και φροντίδα στο διαβήτη» του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος για τις εξειδικευμένες γνώσεις που μου παρείχαν. Ιδιαίτερος θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα Ζαρταλούδη Αφροδίτη (Επίκουρη καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής), για την επιστημονική της καθοδήγηση και τη συνεχή της υποστήριξη καθόλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μου.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την γυναίκα μου για την αμέριστη συμπαράσταση και κατανόησή της κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	9
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	10
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	13
1. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	14
1.1 Ορισμός & Ταξινόμηση.....	14
1.2 Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1: Επιδημιολογικά Στοιχεία	19
1.3 Σημεία και συμπτώματα	21
1.4 Προδιαθεσικοί Παράγοντες Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1	22
1.5 Μακροχρόνιες Επιπλοκές	22
1.6 Μεταβολικές διαταραχές	23
1.7 Διαχείριση.....	24
2. ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	26
2.1 Ο Μαθητής με Ινσουλινοεξαρτώμενο Διαβήτη στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	26
2.2 Γνώσεις και στάσεις Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης για τον Ινσουλινοεξαρτώμενο Διαβήτη στον Μαθητικό Πληθυσμό	31
2.3 Ρόλος του Σχολικού Νοσηλεύτη.....	35
3. ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΔΙΑΒΗΤΗΣ.....	39
3.1 Θεωρία αυτο-αποτελεσματικότητας	39
3.2 Αυτο-αποτελεσματικότητα Εκπαιδευτικών και Διαβήτης	41
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	46
4. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	47
4.1 Σκοπός της μελέτης.....	47
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	48
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	49
5.2 Δείγμα – Δειγματοληπτική Μέθοδος.....	49

5.3 Ερευνητικό Εργαλείο Μέτρησης - Σύντομη Παρουσίαση Ερευνητικού εργαλείου .	49
Β. Ερωτηματολόγιο Γνώσεων και Στάσεων των Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με τη Διαχείριση του Ινσουλινοεξαρτώμενου Διαβήτη σε Μαθητές	50
Γ. Κλίμακα Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας (General Self – Efficacy Scale – GSE),.....	52
5.4 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων	53
5.5 Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας.....	53
5.6 Στατιστική Ανάλυση.....	55
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	57
6.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων	57
6.2 Βαθμολογία ερωτηματολογίων.....	58
6.3 Γνώσεις των εκπαιδευτικών για το ΣΔ1	59
6.4 Συγχρονικές συγκρίσεις.....	69
6.5 Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το ποσοστό ορθών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων.....	86
6.6 Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτό-αποτελεσματικότητα.....	90
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	94
Περιορισμοί Μελέτης	101
8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	103
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	104
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	118
ABSTRACT	120
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	122
Ερωτηματολόγιο Ερευνητικής Μεταπτυχιακής Εργασίας	122

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων	57
Πίνακας 2: Προσωπικές εμπειρίες των συμμετεχόντων με το διαβήτη	58
Πίνακας 3: Περιγραφικά δεδομένα της βαθμολογίας των ερωτηματολογίων	59
Πίνακας 4: Απαντήσεις συμμετεχόντων στις ερωτήσεις γνώσεων	60
Πίνακας 5: Απαντήσεις συμμετεχόντων στις ερωτήσεις γνώσεων (συνέχεια)	61
Πίνακας 6: Στάσεις / προσωπικές τοποθετήσεις των εκπαιδευτικών έναντι του ΣΔ1	64
Πίνακας 7: Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για τους μαθητές με ΣΔ	65
Πίνακας 8: Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών/ εκπαιδευτικού συστήματος σχετικά με τη διαχείριση μαθητών με ΣΔ	66
Πίνακας 9: Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή	68
Πίνακας 10: Συσχέτιση βαθμολογίας ερωτηματολογίων	70
Πίνακας 11: Σύγκριση της βαθμολογίας γνώσεων με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	74
Πίνακας 12: Σύγκριση της βαθμολογίας γνώσεων με τις στάσεις των εκπαιδευτικών απέναντι στο ΣΔ	75
Πίνακας 13: Σύγκριση των αντιλήψεων για το σχολικό νοσηλευτή, για τους μαθητές με ΣΔ, και για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών για τη διαχείριση μαθητών με ΣΔ με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	79
Πίνακας 14: Σύγκριση των αντιλήψεων για το σχολικό νοσηλευτή, για τους μαθητές με ΣΔ, και για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών για τη διαχείριση μαθητών με ΣΔ με τις στάσεις των συμμετεχόντων	81
Πίνακας 15: Σύγκριση της αυτό-αποτελεσματικότητας με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	84
Πίνακας 16: Σύγκριση της αυτό-αποτελεσματικότητας με τις στάσεις των εκπαιδευτικών απέναντι στο ΣΔ	85
Πίνακας 17: Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών αναλύσεων με εξαρτημένη μεταβλητή το ποσοστό ορθών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων και ανεξάρτητη τα δημογραφικά – επαγγελματικά χαρακτηριστικά, τις στάσεις και την αυτό- αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών	87
Πίνακας 18: Αποτελέσματα αρχικού πολυμεταβλητού μοντέλου με εξαρτημένη μεταβλητή το ποσοστό ορθών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων	88

Πίνακας 19: Αποτελέσματα τελικού πολυμεταβλητού μοντέλου με εξαρτημένη μεταβλητή το ποσοστό ορθών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων	89
Πίνακας 20: Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών αναλύσεων με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτό-αποτελεσματικότητα και ανεξάρτητα δημογραφικά – επαγγελματικά χαρακτηριστικά, τις στάσεις και τις γνώσεις των εκπαιδευτικών	91
Πίνακας 21: Αποτελέσματα αρχικού πολυμεταβλητού μοντέλου με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοαποτελεσματικότητα	92
Πίνακας 22: Αποτελέσματα τελικού πολυμεταβλητού μοντέλου με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτό-αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών.....	93

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Ποσοστό ορθών απαντήσεων ανά ερώτηση στο ερωτηματολόγιο γνώσεων	62
Διάγραμμα 2: Στικτόγραμμα των βαθμολογιών μεταξύ των ερωτηματολογίων γνώσεων και αντιλήψεων για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή.....	71
Διάγραμμα 3: Στικτόγραμμα των βαθμολογιών μεταξύ των ερωτηματολογίων αυτό-αποτελεσματικότητας και αντιλήψεων για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή	71
Διάγραμμα 4: Στικτόγραμμα των βαθμολογιών μεταξύ των ερωτηματολογίων αυτό-αποτελεσματικότητας και αντιλήψεων για τους μαθητές με ΣΔ.....	72
Διάγραμμα 5: Στικτόγραμμα των βαθμολογιών μεταξύ των ερωτηματολογίων αυτό-αποτελεσματικότητας και αντιλήψεων για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών για τη διαχείριση μαθητών με ΣΔ	72

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Λειτουργική σχέση των δύο μορφών προσδοκιών (Bandura, 1977).....	41
---	----

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί σοβαρή, χρόνια μεταβολική νόσο στην οποία παρατηρείται αύξηση της γλυκόζης στο αίμα ενός ατόμου (Akil et al., 2021). Το πάγκρεας μέσω των β-κυττάρων είναι υπεύθυνο για την παραγωγή της ινσουλίνης, δηλαδή της ορμόνης που ελέγχει την απορρόφηση της γλυκόζης στα κύτταρα προκειμένου να παρέχει ενέργεια. Ο ΣΔ οφείλεται είτε στην έλλειψη παραγωγής ινσουλίνης είτε στην ευαισθησία στην ινσουλίνη. Υπάρχουν διάφοροι τύποι ΣΔ, με κυριότερους τον ΣΔ τύπου 1 και τύπου 2 (Tan et al., 2019).

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 (ΣΔ1) αποτελεί μια αυξανόμενη επιδημία και ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα δημόσιας υγείας παγκοσμίως (International Diabetes Federation, 2019). Στον ΣΔ1 παρατηρείται απόλυτη έλλειψη παραγωγής ινσουλίνης λόγω της καταστροφής των β κυττάρων του παγκρέατος από αυτοάνοση αιτία (Tan et al., 2019). Ο ΣΔ1 διαγιγνώσκεται πιο συχνά σε παιδιά ηλικίας κάτω των 10 ετών. Υπολογίζεται ότι ο αριθμός των ατόμων μέχρι 19 ετών που πάσχουν από ΣΔ1 ανέρχεται σε 1.110.100, ενώ ο αριθμός των νέων διαγνώσεων ανά έτος είναι 128.900. Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες η επίπτωση της νόσου, ιδιαίτερα σε παιδιά και έφηβους κάτω των 15 ετών, έχει αυξηθεί περίπου 3% (International Diabetes Federation, 2019). Η επίτευξη βέλτιστου γλυκαιμικού ελέγχου παίζει σημαντικό ρόλο στην καθυστέρηση της ανάπτυξης και στην επιβράδυνση της εξέλιξης μακροχρόνιων επιβλαβών καταστάσεων, όπως η αμφιβληστροπάθεια, η νευροπάθεια και η νεφροπάθεια, που αποτελούν κύριες αιτίες θνησιμότητας και νοσηρότητας σε άτομα με ΣΔ1 (Fullerton et al., 2014).

Η καθημερινή φροντίδα του ΣΔ1 και η αυτοδιαχείριση της νόσου στο χώρο του σχολείου είναι αναγκαία, καθώς τα παιδιά που πάσχουν περνούν ένα μεγάλο μέρος της ημέρας τους στο σχολείο. Το σχολείο πρέπει να αποτελεί ένα ασφαλές περιβάλλον για τα παιδιά με ΣΔ, όπου θα μπορούν να παρακολουθούν τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, να λαμβάνουν τη θεραπεία τους, να έχουν υγιεινά γεύματα ή σνακ και να συμμετέχουν σε αθλητικές ή εξωσχολικές δραστηριότητες (Chatzistougianni et al., 2020). Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Διαβήτη (ADA), η ύπαρξη εκπαιδευμένου και έμπειρου προσωπικού στα σχολεία είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της παροχής άμεσης φροντίδας στους μαθητές με διαβήτη κατά την εμφάνιση οξέων υπο- ή υπεργλυκαιμικών επεισοδίων καθώς και για την προστασία τους από χρόνιες επιπλοκές (Jackson et al., 2015).

Παράλληλα, η αυτο-αποτελεσματικότητα αφορά την εκτίμηση των ανθρώπων σχετικά με την δεξιότητά τους να οργανώνουν και να εκτελούν κάποιο σχέδιο δράσης με σκοπό την επίτευξη προκαθορισμένων επιπέδων επίδοσης (Bandura, 1986). Η αυτο-αποτελεσματικότητα αποτελεί ένα από τα χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών που επηρεάζει σημαντικά τις διδακτικές πρακτικές, τη διδασκαλία στην τάξη και την επικοινωνία με τα παιδιά. Οι εκπαιδευτικοί που έχουν υψηλή αυτο-αποτελεσματικότητα είναι πρόθυμοι να αφιερώσουν πιο πολύ χρόνο, προσπάθεια και επιμονή για την επιτυχία των μαθητών τους (Sharp et al., 2016).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει το επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (δασκάλων) σχετικά με τον διαβήτη, τις στάσεις τους απέναντι σε μαθητές με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη καθώς και το αίσθημα γενικότερης αυτο-αποτελεσματικότητας των δασκάλων αυτών. Επίσης, η μελέτη είχε ως στόχο τη διερεύνηση των πιθανών συσχετίσεων που προκύπτουν μεταξύ στάσεων, γνώσεων και γενικότερης αυτο-αποτελεσματικότητας καθώς και ενδεχόμενων συσχετίσεων μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών με τις παραπάνω παραμέτρους. Πιθανά τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής θα συμβάλουν στον εμπλουτισμό της σχετικής βιβλιογραφίας στον ελληνικό χώρο. Επίσης, τα ευρήματα αυτά θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν στο πλαίσιο της ανάπτυξης πιο αποτελεσματικών παρεμβάσεων με σκοπό την εξατομικευμένη διαχείριση των αναγκών των μαθητών με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη, γεγονός που επηρεάζει καθοριστικά τη διαδικασία ενσωμάτωσης των μαθητών αυτών στο σχολικό περιβάλλον.

Στο γενικό μέρος της διπλωματικής εργασίας περιλαμβάνεται η περιγραφή του ορισμού και της ταξινόμησης του σακχαρώδη διαβήτη, αναφέρονται τα επιδημιολογικά δεδομένα, οι κλινικές εκδηλώσεις, οι επιπλοκές και ο τρόπος διαχείρισης της νόσου. Στη συνέχεια αναφέρονται οι δυσκολίες των μαθητών με ΣΔ1 στο σχολικό περιβάλλον, οι γνώσεις και οι στάσεις των εκπαιδευτικών που σχετίζονται με τον ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη στον μαθητικό πληθυσμό, γίνεται περιγραφή της έννοιας της αυτοαποτελεσματικότητας των εκπαιδευτικών καθώς και του ρόλου του σχολικού νοσηλευτή και αναφέρεται η σημαντικότητα του θέματος για την ευαισθητοποίηση των εκπαιδευτικών και των επαγγελματιών υγείας στο θέμα αυτό. Στο ειδικό μέρος καταγράφεται ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα, η μεθοδολογία, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την παρούσα διπλωματική εργασία.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

1.1 Ορισμός & Ταξινόμηση

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) είναι μια σύνθετη μεταβολική διαταραχή η οποία εκφράζεται με περίσσια συγκέντρωσης γλυκόζης στο αίμα. Τα αυξημένα επίπεδα του σακχάρου στο αίμα οφείλονται είτε σε καταστάσεις που επηρεάζουν τη δράση της ινσουλίνης, είτε σε μη επαρκή παραγωγή ινσουλίνης, είτε και στα δύο. Το κύριο κλινικό σύμπτωμα του ΣΔ είναι η υπεργλυκαιμία. Επίσης, σε άτομα με μη επαρκή παραγωγή ινσουλίνης ή/και αντίσταση στην ινσουλίνη παρατηρούνται διαταραχές στο μεταβολισμό των πρωτεϊνών και των λιπιδίων, καθώς και διαταραχές των ηλεκτρολυτών και των μετάλλων (Solis-Herrera et al, 2018, Κατσιλάμπρος, 2000, Καραμάνος, 2002). Ο ΣΔ διακρίνεται στις εξής κατηγορίες (Γιωτάκη, 2014):

1. Πρωτοπαθής ΣΔ:
 - i. Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 (ΣΔ1) / νεανικός ή ινσουλινοεξαρτώμενος ΣΔ (Insulin – Dependent Diabetes Mellitus, IDDM):
 - Αυτοάνοσος ΣΔ1
 - Ιδιοπαθής ΣΔ1
 - ii. ΣΔ2 / Διαβήτης Ώριμης Ηλικίας
2. Δευτεροπαθής
3. Προδιαβήτης
4. Λανθάνων Αυτοάνοσος Διαβήτης των Ενηλίκων (Latent Autoimmune Diabetes Of Adults - LADA)
5. ΣΔ Κνήσεως
6. ΣΔ σχετιζόμενος με κακή διατροφή (Ινολιθισιακός Παγκρεατικός ΣΔ και ο Πρωτεϊνοπενικός Παγκρεατικός ΣΔ).

Ο πρωτοπαθής ΣΔ αντιπροσωπεύει την πλειοψηφία των περιπτώσεων του ΣΔ. Οι δύο κύριες κατηγορίες του πρωτοπαθούς ΣΔ είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 (ΣΔ1), όπου παρατηρείται καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, που τις περισσότερες φορές έχει ως αποτέλεσμα την πλήρη ανεπάρκεια ινσουλίνης και ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2), που χαρακτηρίζεται από αντίσταση στην ινσουλίνη ή προκύπτει όταν τα β-κύτταρα τα οποία παράγουν ινσουλίνη δεν μπορούν να παράγουν επαρκείς ποσότητες ινσουλίνης (American Diabetes Association, 2009)

Για τον **ΣΔ τύπου 1** θα γίνει εκτενής αναφορά στις επόμενες ενότητες. Ο **ΣΔ τύπου 2** αφορά στο 90% έως 95% των 250 εκ. περιστατικών με διαβήτη σε παγκόσμια κλίμακα ως συνέπεια της αντίστασης στην ινσουλίνη και της διαταραχής της έκκρισης ινσουλίνης (LeMone & Burke, 2006). Ο ΣΔ τύπου 2 στην Ελλάδα εμφανίζεται σε υψηλό αριθμό περιστατικών που φτάνουν τα 694.357 άτομα. Εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στους άντρες σε όλες τις ηλικίες, ωστόσο, η συνολική επικράτηση είναι η ίδια μεταξύ των φύλων (6,8%) ενώ σημειώνεται πως υπάρχει διασύνδεση της συχνότητας εμφάνισης του ΣΔ τύπου 2 με την ηλικία, με ποσοστιαία αύξηση 0,4% σε ηλικίες κάτω των 45 ετών, 10,7% σε ηλικίες 55-64 ετών και 29,9% σε ηλικίες άνω των 74 ετών (WHO, 2020, Liatis et al., 2016).

Ο ΣΔ τύπου 2 εκδηλώνεται κλινικά με υπεργλυκαιμία νηστείας παρόλο που το πάγκρεας παράγει ινσουλίνη. Η αιτιολογία της νόσου περιλαμβάνει την ελαττωμένη ανταπόκριση / δυσλειτουργία των β-κυττάρων, την αντίσταση στην ινσουλίνη και τις παρεκκλίσεις στους υποδοχείς της ινσουλίνης ή στη μετά τους υποδοχείς αυτούς σηματοδοτική οδό. Όποια και αν είναι η αιτία έχει εντοπιστεί πως η παραγωγή ινσουλίνης είναι επαρκής για την εμπόδιση της αποδόμησης των λιπών και της κέτωσης. Με τον όρο κέτωση εννοούμε τη μεταβολική κατάσταση που εκφράζεται από αυξημένα επίπεδα κετονικών σωμάτων στο αίμα ή στα ούρα. Η φυσιολογική κέτωση είναι μια φυσιολογική απόκριση σε χαμηλή διαθεσιμότητα γλυκόζης, όπως σε δίαιτες χαμηλών υδατανθράκων ή νηστεία, που παρέχει μια πρόσθετη πηγή ενέργειας για τον εγκέφαλο με τη μορφή κετονών. Στη φυσιολογική κέτωση, οι κετόνες στο αίμα είναι αυξημένες πάνω από τα βασικά επίπεδα, αλλά η οξεοβασική ομοιόσταση του σώματος διατηρείται. Το γεγονός αυτό έρχεται σε αντίθεση με την κετοξέωση, μια ανεξέλεγκτη παραγωγή κετονών που εμφανίζεται σε παθολογικές καταστάσεις και προκαλεί μεταβολική οξέωση, η οποία είναι επείγουσα ιατρική κατάσταση (Paoli et al, 2015). Η διαθέσιμη ινσουλίνη δεν είναι ικανή να μειώσει τη γλυκόζη με την πρόσληψή της από τα μυοκύτταρα και τα λιποκύτταρα. Επομένως, ο ΣΔ τύπου 2 εκδηλώνεται ως ένας μη κετωτικός τύπος διαβήτη (Κωστάκης, 2005).

Για να διαγνωστεί ο ΣΔ τύπου 2 πρέπει να βρίσκεται σε ισχύ ένα από τα παρακάτω αντικειμενικά κριτήρια (Zimmet & Cohen, 1998):

1. Γλυκόζη νηστείας πλάσματος μεγαλύτερη ή και ίση με 126 mg/dL (νηστεία το λιγότερο 8 ωρών).
2. Γλυκόζη πλάσματος 2 ώρες κατόπιν χορήγησης 75 g γλυκόζης μεγαλύτερη ή και ίση με 200 mg/dL.

3. Ύπαρξη κλασικών συμπτωμάτων (πολυουρία, πολυδιψία, πολυφαγία, απώλεια βάρους) ταυτόχρονα με γλυκόζη μεγαλύτερη των 200 mg/dL.

Σύμφωνα με τη μέτρηση της γλυκόζης πλάσματος νηστείας ή 2 ώρες μετά από τη χορήγηση 75g γλυκόζης αναδεικνύεται η εξής κατηγοριοποίηση (Zimmet & Cohen, 1998):

1. Φυσιολογική: Γλυκόζη πλάσματος νηστείας μικρότερη των 110 mg/dL.
2. Διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας (IGF- Insulin-like growth factor): Γλυκόζη πλάσματος νηστείας μεγαλύτερη ή και ίση των 110 mg/dL και μικρότερη των 126 mg/dL.
3. Σακχαρώδης διαβήτης: Γλυκόζη πλάσματος νηστείας είναι ίση ή και μεγαλύτερη των 126 mg/dL.
4. Φυσιολογική ανοχή στη γλυκόζη: Γλυκόζη πλάσματος μετά από 2 ώρες που χορηγήθηκαν 75g γλυκόζης μικρότερη των 140 mg/dL.
5. Διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη (IGT - Impaired Glucose Tolerance): Γλυκόζη πλάσματος 2 ώρες μετά από τη χορήγηση 75g γλυκόζης μεγαλύτερη ή και ίση των 140 mg/dL και μικρότερη των 200 mg/dL.
6. Σακχαρώδης διαβήτης: Γλυκόζη πλάσματος 2 ώρες μετά από τη χορήγηση 75g γλυκόζης μεγαλύτερη ή και ίση των 200 mg/dL.

Επιβαρυντικοί παράγοντες στην εμφάνιση του ΣΔ τύπου 2 μπορούν να θεωρηθούν η αυξημένη ηλικία (άνω των 45 ετών), η κληρονομικότητα, η παχυσαρκία, η μη φυσική δραστηριότητα, η φαρμακευτική αγωγή, η Διαταραγμένη Γλυκόζη Νηστείας (IGF) ή και η Διαταραγμένη Ανοχή Γλυκόζης (IGT), ο διαβήτης κύησης και άλλες νοσολογικές καταστάσεις όπως η υπέρταση (> 130/85 mmHg), η χοληστερίνη (HDL < 35 mg/dL) και τα τριγλυκερίδια (>250 mg/dL), υποκείμενα νοσήματα αλλά και ψυχολογικά προβλήματα όπως η κατάθλιψη (Jing et al., 2018, McCance & Huether, 2002, Κωστάκης, 2005).

Ο δευτεροπαθής ΣΔ είναι ο διαβήτης που οφείλεται σε μία νόσο και τα αίτια της νόσου δε σχετίζονται με τα β κύτταρα του παγκρέατος ή την έκκριση της ινσουλίνης. Σ' αυτήν την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται: α) παθήσεις του ενδοκρινικού συστήματος, που χαρακτηρίζονται από υπερέκκριση αντιρροπιστικών της ινσουλίνης ορμονών, β) παθήσεις του παγκρέατος που σχετίζονται με τη λήψη φαρμάκων, και γ) γενετικά σύνδρομα. Οι πιο συχνές ενδοκρινοπάθειες που μπορεί να οδηγήσουν σε δευτεροπαθή διαβήτη είναι το σύνδρομο Cushing, το φαιοχρωμοκύττωμα, η ακρομεγαλία και ο υπερθυρεοειδισμός. Παθήσεις του παγκρέατος που μπορεί να οδηγήσουν σε δευτεροπαθή ΣΔ είναι ο τραυματισμός του παγκρέατος, η κυστική ίνωση, η παγκρεατίτιδα και οι νεοπλασίες.

Επίσης, η αιθανόλη, τα μονοκλωνικά αντισώματα, τα αντιβιοτικά, τα αντι-ψυχωτικά φάρμακα, τα αντι-υπερτασικά και ανοσοκατασταλτικά φάρμακα έχουν σχέση με τον δευτεροπαθή ΣΔ (Χαρσούλης, 1996).

Μια σημαντική μορφή που αποτελεί πρόδρομη κατάσταση που οδηγεί στην εμφάνιση του ΣΔ, θεωρείται ο **Προδιαβήτης ή Διαβήτης Ωριμότητας σε νέους**. Ο προδιαβήτης καταγράφεται ως μια νοσολογική απάντηση υψηλών επιπέδων γλυκόζης στο αίμα, άνω των φυσιολογικών τιμών και σε ένα τέτοιο σημείο ώστε να θεωρηθεί διαβήτης. Έχει διαπιστωθεί πως ο προδιαβήτης διεγείρεται από μονήρεις κληρονομικές γονιδιακές διαταραχές. Ο συγκεκριμένος τύπος διαβήτη διακρίνεται σε έξι υποκατηγορίες, τους MODY (maturity onset diabetes of the young) 1, 2, 3, 4, 5 και 6 που θεωρούνται αρκετά σπάνιοι καθώς εμφανίζονται μόλις στο 5% των περιστατικών με διαβήτη (Frier, 2009).

Τα περισσότερα άτομα περνούν από μια φάση προδιαβήτη πριν αναπτύξουν πλήρως σακχαρώδη διαβήτη. Η αντίσταση στην ινσουλίνη, η εξασθενημένη δράση των ινκρετινών (πεπτίδια που πολλαπλασιάζουν την παραγωγή της ινσουλίνης και ελαττώνουν την έκκριση γλουκαγόνης οδηγώντας έτσι στην μείωση των επιπέδων σακχάρου του αίματος) και η υπερέκκριση της ινσουλίνης είναι κεντρικά στοιχεία της παθοφυσιολογίας του προδιαβήτη (Khetan & Rajagopalan, 2018). Μάλιστα, έχει αποτυπωθεί πως το 34% του ενήλικου πληθυσμού των Η.Π.Α έχει προδιαβήτη βάσει είτε των επιπέδων γλυκόζης νηστείας είτε της αιμοσφαιρίνης A1c (HbA1c). Συχνότητα εμφάνισης 48,3% παρουσιάζεται σε άτομα 65 ετών και άνω. Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι 11,6% των ενήλικων Αμερικανών έχουν προδιαβήτη (Centers for Disease Control and Prevention, 2017).

Ο προδιαβήτης έχει γίνει αντικείμενο έρευνας σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά καθώς παρουσιάζουν προδιαβήτη με τη μορφή IFG (Impaired Fasting Glucose, Διαταραγμένη Γλυκόζη Νηστείας) ή και IGT (Impaired Glucose Tolerance, Διαταραγμένη Ανοχή Γλυκόζης). Αν και στην Ελλάδα ο ΣΔ τύπου 2 δεν είναι διαδεδομένος στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό, εντούτοις βρίσκεται υπό παρακολούθηση δεδομένου ότι υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά με προδιαβήτη έχουν αυξημένο δείκτη μάζας σώματος (BMI), αυξημένη περιμέτρο μέσης και αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη σε σχέση με συνομήλικούς τους με φυσιολογικό μεταβολισμό γλυκόζης (Kikuta et al., 2015). Σημειώνεται πως σε έρευνα των Yeste et al (2007), οι οποίοι μελέτησαν 105 παχύσαρκα παιδιά και εφήβους, τα 14 από αυτά διαγνώστηκαν με προδιαβήτη και ταυτόχρονα σημείωσαν αυξημένη ιντερλευκίνη-6 (IL-6) σε σχέση με τα 27 παιδιά που εμφάνισαν

φυσιολογικό μεταβολισμό γλυκόζης. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά με προδιαβήτη και μη Αλκοολική Λιπώδη Νόσο του ήπατος (Non Alcoholic Fatty Liver Disease - NAFLD) παρουσιάζουν αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος σε σχέση με παιδιά με φυσιολογικό μεταβολισμό γλυκόζης και φυσιολογικό ήπαρ αντίστοιχα. Δύο ακόμη αιτιολογικοί παράγοντες του προδιαβήτη αναδεικνύονται η κληρονομικότητα της νόσου όταν οι γονείς είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και η επίδραση οικογενειακών και περιβαλλοντικών παραγόντων όπως είναι η εκπαίδευση των παιδιών σε μη κατάλληλα διατροφικά πρότυπα από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Monasta et al., 2020).

Επίσης, ο προδιαβήτης μπορεί να συσχετιστεί και με άλλες κλινικές εκδηλώσεις όπως είναι ο ΣΔ τύπου 2 και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Μάλιστα η IFG και η IGT θεωρούνται ως προδιαβητικές φάσεις και αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης του ΣΔ τύπου 2 κατά 5 έως 8 φορές αλλά και τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά 2 έως 4 φορές (Okada et al., 2017). Παρατηρείται έντονη συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης καρδιαγγειακής νόσου και προδιαβήτη, ειδικά τα τελευταία έτη. Ασθενείς με προδιαβήτη μπορούν να αντιμετωπίσουν στεφανιαία νόσο και διαστολική καρδιακή ανεπάρκεια ακόμη και προτού εμφανιστεί ο διαβήτης. Με αυτή τη γνώση, οι ιατροί πρέπει να εντοπίσουν τον προ-διαβήτη και να προτείνουν το καλύτερο σχέδιο για τη βελτιστοποίηση του γλυκαιμικού ελέγχου. Το παθοφυσιολογικό ελάττωμα που παρατηρείται στον προ-διαβήτη μπορεί να αντιμετωπιστεί με τροποποιήσεις του τρόπου ζωής. Επομένως, είναι σημαντικό οι ιατροί να κατανοούν σαφώς τις τρέχουσες συστάσεις σχετικά με τη διατροφή και την άσκηση (Zand et al., 2018).

Σε περίπτωση που ο ΣΔ τύπου 1 διαγνωστεί σε μεγαλύτερη ηλικία η οποία κατά μέσο όρο είναι πάνω από τα 35 έτη ονομάζεται **Λανθάνων Αυτοάνοσος Διαβήτης των Ενηλίκων (Latent Autoimmune Diabetes Of Adults - LADA)** ή **Λανθάνων Διαβήτης ή Τύπος 1,5** ο οποίος κατατάσσεται ενδιάμεσα στους δύο κύριους τύπους 1 και 2 καθώς εμφανίζει χαρακτηριστικά και των δύο αυτών τύπων. Κατά κύριο λόγο εμφανίζεται στα άτομα που έχουν γενετικό υπόβαθρο (Liatis et al., 2016, Maddaloni et al., 2015, Pozzilli & Pieralice, 2018, Tuomi et al., 2014, Ματσούκας & Κώστα, 2015).

Η εμφάνιση του **ΣΔ Κνήσεως (Gestational Diabetes Mellitus - GDM)** κατά την εγκυμοσύνη και η εξαφάνισή του μετά τον τοκετό σημειώθηκε το 1924 στην Γερμανία. Ο ΣΔ Κνήσεως παρουσιάζεται στο 16,5% των κνήσεων παγκοσμίως (Plows et al., 2018). Ο ΣΔ κατά την εγκυμοσύνη είναι πιθανό να διεγείρει επισφαλείς καταστάσεις για την μητέρα

όπως λοιμώξεις ουροποιητικού συστήματος, αγγειοπάθεια, προεκλαμψία, εκλαμψία, κετοξέωση, πολυαμνίο, οξέωση, αλλά και για το έμβρυο όπως σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, υπογλυκαιμίας, υπασβεστιαμίας, καταπληξίας, καρδιακές επιπλοκές και θάνατο. Μάλιστα έχει σημειωθεί ότι η κετοξέωση έχει συνδεθεί με μητρική θνησιμότητα 5 - 15% και περιγεννητική θνησιμότητα 30 - 70% (Alfadhli, 2015).

Ο **Ινολιθισιακός Παγκρεατικός ΣΔ** (Fibrocalculous Pancreatic Diabetes - FCPD) διακρίνεται για την βλάβη του παγκρέατος στην παιδική ηλικία με επασβεστώσεις και λιθίαση του μείζονος παγκρεατικού πόρου και των κλάδων του και ως αποτέλεσμα αυτών παρουσιάζεται ΣΔ στις ηλικίες μεταξύ 15 και 35 ετών. Ο Ινολιθισιακός Παγκρεατικός Διαβήτης είναι μια μοναδική οντότητα όπου η παγκρεατική ασβεστοποίηση και η χρόνια φλεγμονή οδηγούν σε εξωκρινή και ενδοκρινή αποτυχία του παγκρέατος (Jali et al., 2015, Ralapanawa et al., 2015).

Ο **Πρωτεϊνοπενικός Παγκρεατικός ΣΔ** (Protein – Deficient Pancreatic Diabetes - PDPD) προέρχεται από έλλειψη πρωτεΐνης στον ανθρώπινο οργανισμό και έχει θεωρηθεί ότι προκαλείται από την κακή διατροφή (Bavuma et al., 2019, Jali et al., 2015, Saraya et al., 1999).

1.2 Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1: Επιδημιολογικά Στοιχεία

Ο ΣΔ1, διακρίνεται στους τύπους, **Αυτοάνοσος** και **Ιδιοπαθής**. Ειδικότερα (American Diabetes Association, 2013):

1. Ο **Αυτοάνοσος ΣΔ1** ή **Νεανικός** ή **Ινσουλινοεξαρτώμενος Διαβήτης** εμφανίζεται ανεξάρτητα από την ηλικία του πάσχοντα.
2. Ο **Ιδιοπαθής ΣΔ1** δεν έχει μια ισχυρή αιτιολόγηση αλλά υπάρχει η πιθανότητα να εντοπιστεί μια συνεχής απομείωση της ινσουλίνης και οι πάσχοντες να είναι επιρρεπείς σε καταστάσεις όπως η διαβητική κετοξέωση, οι διαφοροποιήσεις-αυξομειώσεις των επιπέδων ινσουλίνης μεταξύ των κρίσεων χωρίς να επιδεικνύουν ένδειξη αυτοανοσίας.

Τα επιδημιολογικά δεδομένα αναφορικά με τον διαβήτη ορίζουν μία σημαντική αύξηση των περιστατικών, παγκοσμίως, από 425 εκατομμύρια το 2015 σε 642 εκατομμύρια έως το 2040. Το 2020 σημειώθηκαν 4,2 εκατομμύρια θάνατοι σε παγκόσμιο επίπεδο εξαιτίας του διαβήτη και των επιπλοκών του (ESC, 2020). Ο ΣΔ1 αποτελεί μια ανίατη και

αυτοάνοση νόσο με το 85% των περιπτώσεων να παρουσιάζεται σε άτομα μικρότερα των 20 χρονών (μέσος όρος ηλικίας εκδήλωσης τα 14 έτη). Περίπου ένα στα τριακόσια παιδιά και έφηβοι έχουν ΣΔ1 με την θνησιμότητα να καταγράφεται διπλάσια σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Rawshani et. al, 2017).

Ο ΣΔ1 ανέρχεται στο 5 έως 10% από τους 420 εκατομμύρια νοσούντες από διαβήτη παγκοσμίως. Η παρουσία του ΣΔ1 φαίνεται να διαγράφει μία αυξητική πορεία. Ενδεικτικά, παρατηρούνται τα ακόλουθα (Center For Disease Control And Prevention, 2017):

- 1,25 εκατομμύρια Αμερικανοί έχουν ΣΔ1.
- Αυξητική τάση για την διάγνωση του ΣΔ1 ώστε το 2050 να φτάσει τα 5 εκατομμύρια άτομα στις ΗΠΑ.
- Υπολογίζεται ότι πάνω από 40 χιλ. άτομα θα διαγνωστούν με ΣΔ1 κάθε έτος
- 200.000 Αμερικανοί μικρότεροι των 20 ετών πάσχουν από ΣΔ1
- Παρουσιάζεται μία συνεχής αυξητική τάση των Αμερικανών που διαγνώστηκαν με ΣΔ τύπου 1 κατά την προηγούμενη δεκαετία η οποία έφτασε περίπου το 20% και αναμένεται να αυξηθεί μέχρι το 2050 στα 600.000 άτομα αντίστοιχης ηλικίας.
- Οικονομική επιβάρυνση: 14 δις δολάρια στα συστήματα υγείας λόγω του ΣΔ τύπου 1.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση νοσούν 60 εκ. άτομα με ΣΔ1, 9,6% είναι γυναίκες και 10,3% είναι άνδρες ηλικίας άνω των 25 ετών (WHO, 2020), ενώ παρατηρείται αύξηση του επιπολασμού του ΣΔ1 σε παιδιά που είναι μικρότερα των 5 χρονών (DIAMOND Project Group, 2006). Στην Ελλάδα σε έρευνα σε πληθυσμό 10.222.779 ατόμων, ήτοι στο 95% του πληθυσμού, σημειώθηκε η ποσοστιαία κατανομή του διαβήτη που λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή στον πληθυσμό να ισούται με 7% (720.764 ασθενείς) και, ειδικότερα, να εμφανίζεται στο 0,08% των παιδιών και εφήβων, στο 8,2% των ενηλίκων και στο 30,3% των ηλικιωμένων 75 ετών και άνω. Όσο αφορά στην φαρμακευτική αντιμετώπιση του ΣΔ1 παρουσιάζεται ως πιο συχνά συνταγογραφούμενη ουσία η μετφορμίνη, η συνταγογράφηση της οποίας φτάνει στο 77%, ακολουθούν οι αναστολείς DPP-4 (44,8%), οι σουλφονουλουρίες (34,5%) και η ινσουλίνη η οποία συνταγογραφείται περίπου στο 19,5% των πασχόντων (Liatis et al., 2016).

1.3 Σημεία και συμπτώματα

Ο ΣΔ1 θεωρείται μία αυτοάνοση ανοσολογική κατάσταση κατά την οποία διακρίνεται η ύπαρξη των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας και των αντινησιδιακών αντισωμάτων που συμμετέχουν στην καταστροφή των β κυττάρων στο όργανο του παγκρέατος με αποτέλεσμα να εμφανίζεται δυσχέρεια στην παραγωγή ινσουλίνης. Ο ΣΔ1 λογίζεται ως ένα ανοσολογικό νόσημα συναρτώμενο με τα μόρια HLA, τα οποία λειτουργούν ως αυτοαντισώματα ιδιαίτερα καταστροφικά για τα συστατικά στοιχεία των νησιδίων του παγκρέατος (Narendran, 2019). Επακόλουθο αυτής της δυσχέρειας είναι τα άτομα με ΣΔ τύπου 1 να μην μπορούν να λειτουργήσουν και να επιβιώσουν χωρίς την εξωτερική χορήγηση ινσουλίνης (Papadopoulou – Marketou et al., 2018).

Τα σημαντικότερα συμπτώματα του ΣΔ1 είναι (D' Adamo, 2006):

1. Αναστάτωση
2. Απώλεια συνείδησης (λιποθυμία)
3. Αυξημένη ούρηση με υψηλή ποσότητα ούρων
4. Αφυδάτωση
5. Διαταραχές ομιλίας
6. Δυσφορία
7. Θολή Όραση
8. Κοιλιακός Άλγος
9. Λοιμώξεις Ουροποιητικού Συστήματος
10. Μείωση Βάρους
11. Μυϊκοί σπασμοί
12. Ναυτία
13. Πείνα
14. Στοματική Ξηρότητα
15. Σωματική Εξάντληση
16. Ταχύπνοια - Αυξημένος αριθμός αναπνοών (>20/λεπτό)

1.4 Προδιαθεσικοί Παράγοντες Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 (ΣΔ1) είναι οι εξής:

- **Γενετικοί Προδιαθεσικοί παράγοντες.** Το οικογενειακό ιστορικό, η φυλή, η γενετική προδιάθεση και η κληρονομικότητα θεωρούνται οι κύριοι γενετικοί προδιαθεσικοί παράγοντες. Σημειώνεται ότι η καυκάσια φυλή υπερτερεί έναντι άλλων και ότι σε μονοζυγωτικούς διδύμους η πιθανότητα να εμφανίσουν ΣΔ τύπου 1 είναι 30 έως 50% και η πιθανότητα εμφάνισης ΣΔ τύπου 1 στους απογόνους γονέα με διαβήτη είναι 2 έως 6% (Ματσούκας & Κώτσα, 2015, Narendran, 2019).
- **Μη Γενετικοί Προδιαθεσικοί Παράγοντες.** Στους μη γενετικούς προδιαθεσικούς παράγοντες κατατάσσονται οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως το ψυχρό κλίμα, οι ιοί, οι τοξίνες, και η αυτοάνοση διεργασία αλλά και άλλοι παράγοντες όπως η κατανάλωση τροφών που είναι πλούσιες σε λίπος υψηλού θερμιδικού φορτίου, ο καθιστικός τρόπος ζωής, η κύηση και η παχυσαρκία (Ματσούκας & Κώτσα, 2015, 2015, Narendran, 2019).

1.5 Μακροχρόνιες Επιπλοκές

Οι κλινικές εκδηλώσεις του ΣΔ1 είναι οι εξής (Akil et al., 2021):

1. Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο. Πιθανότητα εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου 2 έως 6 φορές μεγαλύτερη απ' ότι στον υγιή πληθυσμό.
2. Αρτηριακή Υπέρταση. Αρτηριακή υπέρταση συνυπάρχει στο 20 έως 60% των πασχόντων με ΣΔ1.
3. Βακτηριακές λοιμώξεις
4. Γαστρεντερική Διαταραχή
5. Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια
6. Διαταραχές αγγείων ούλων (περιοδοντοπάθειες, μικροαγγειοπάθεια)
7. Διαταραχές αίσθησης πόνου, θερμοκρασίας και αφής
8. Διαταραχές γλυκόζης αίματος (υπεργλυκαιμία, υπογλυκαιμία)
9. Καρδιοαγγειακές διαταραχές
10. Διαταραχές ουροποιητικού συστήματος

11. Διαταραχές Νευρικού Συστήματος ή Διαβητικές Νευροπάθειες με Περιφερικές (ή Σωματικές) Νευροπάθειες (Πολυνευροπάθειες και Μονονευροπάθειες),
12. Κλινικές εκδηλώσεις στα κάτω άκρα (απόστημα, οστεομυελίτιδα και γάγγραινα) ως επακόλουθο της αγγειοπάθειας, της νευροπάθειας και των λοιμώξεων με πιθανότητα εμφάνισης ανάγκης για ακρωτηριασμό.
13. Λοιμώξεις
14. Μυκητιάσεις δέρματος, ονύχων και βλεννογόνων, παρουσία γάγγραινας άκρου ποδός.
15. Νευρολογικές και αγγειακές διαταραχές (διαταραχές αισθητικότητας, καθυστέρηση επούλωσης).
16. Σπλαγχνικές νευροπάθειες (δυσλειτουργία εφίδρωσης)
17. Φυματίωση

1.6 Μεταβολικές διαταραχές

Οι επιπλοκές ή μεταβολικές διαταραχές στον ΣΔ τύπου 1 είναι οι εξής (Akil et al., 2021):

- Διαβητική Κετοξέωση. Η Διαβητική Κετοξέωση συνεπάγεται την ύπαρξη μεταβολικών διαταραχών όπως είναι οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές (απώλεια καλίου, νατρίου) και η μείωση του εξωκυττάριου περιβάλλοντος που είναι αποτέλεσμα της ωσμωτικής διούρησης, η μεταβολική οξέωση που οφείλεται στη συγκέντρωση κετοοξέων και η υπερωσμωτικότητα εξαιτίας υπεργλυκαιμίας και αφυδάτωσης (Brandstaetter et al., 2019, Misra & Oliver, 2015).
- Υπερωσμωτική Υπεργλυκαιμική κατάσταση. Η Υπερωσμωτική Υπεργλυκαιμική κατάσταση ως επιπλοκή του ΣΔ τύπου 1 παρουσιάζεται όταν ο πάσχων εμφανίζει ωσμωτικότητα πλάσματος > 340 mOsm/L, υψηλό επίπεδο γλυκόζης στο αίμα >600 mg/dL και διαταραχή συνείδησης. Η Υπερωσμωτική Υπεργλυκαιμική κατάσταση χαρακτηρίζεται από υψηλή θνητότητα και περιλαμβάνει διαταραχές όπως υπερθερμία, κινητικές και αισθητικές διαταραχές, θετικό σημείο Babinski, σπασμούς, λοιμώξεις, πολουρία λόγω υπεργλυκαιμίας, κατακράτηση γλυκόζης, απώλεια ύδατος, αύξηση συγκέντρωσης γλυκόζης και νατρίου στο αίμα, αύξηση ωσμωτικότητας ορού, αφυδάτωση, μείωση ενδοκυττάριου ύδατος στους ιστούς,

ξηρότητα βλεννογόνων, δίψα και διαταραχή του επιπέδου συνείδησης (από λήθαργο έως κώμα) (Papatheodorou et al., 2015, Watanabe et al., 2019).

Πολλές είναι οι επιπλοκές που παρουσιάζονται στον ΣΔ τύπου 1· ειδικότερα αναφέρονται το διαβητικό πόδι, η υπογλυκαιμία, οι βλάβες των νεύρων, οι δυσλειτουργίες στην πέψη, η στυτική δυσλειτουργία, ο νευροπαθητικός πόνος (περιφερικός και κεντρικός), η καρδιακή νόσος, η αμφιβληστροειδοπάθεια και η διαβητική νεφροπάθεια (DiMeglio et al., 2018, Henríquez-Tejo & Cartes-Velásquez, 2018).

1.7 Διαχείριση

Η κατάλληλη διαχείριση του ΣΔ τύπου 1 περιλαμβάνει λήψη ινσουλίνης, μέτρηση υδατανθράκων στη διατροφή, επαναλαμβανόμενη καταμέτρηση της γλυκόζης (σακχάρου), υγιεινή σίτιση και συστηματική σωματική εκγύμναση. Κατά τη μέτρηση της γλυκόζης πραγματοποιείται έλεγχος και καταγραφή του σακχάρου στο αίμα τουλάχιστον. Επιπλέον, πραγματοποιείται συνεχής καταγραφή της γλυκόζης με συσκευές καταγραφής (CGM – Continuous Glucose Monitoring) οι οποίες αξιολογούν το επίπεδο σακχάρου στο αίμα κάθε λίγα λεπτά της ώρας με ειδικευμένους διαδερμικούς αισθητήρες. Η διαχείριση του ΣΔ1 πραγματοποιείται με την ινσουλινοθεραπεία στους ασθενείς.

Η ρύθμιση των επιπέδων γλυκόζης, στα αρχικά στάδια, πραγματοποιείται με τη χορήγηση ινσουλίνης πολλαπλών ενέσεων, όπου χορηγείται ινσουλίνη μέσης δράσης στην διάρκεια της ημέρας κατά τη διάρκεια των γευμάτων και ινσουλίνη μακράς δράσης. Η ινσουλίνη μακράς δράσης χορηγείται για την επίτευξη βασικής ινσουλιναίμιας σε χρονικό διάστημα 2 – 3 ημερών με κριτήριο το σάκχαρο νηστείας το πρωί και στόχο την επίτευξη σακχάρου 80 έως 130 mg/dL. Στόχος τιμής γλυκόζης είναι πριν το γεύμα 80 έως 130 mg/dL και μετά το γεύμα 140 έως 160 mg/dL. Το θεραπευτικό σχήμα επιδιώκει καθόλη τη διάρκεια της ημέρας ο ασθενής να διαθέτει χαμηλό και σταθερό επίπεδο ινσουλιναίμιας ώστε να διατηρεί τις φυσιολογικές τιμές γλυκόζης κατά τη διάρκεια της νηστείας και των νυχτερινών ωρών. Η ινσουλινοθεραπεία εκτός από τη μέθοδο των πολλαπλών ενέσεων κατά την διάρκεια της ημέρας είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί μέσω αδιάληπτης υποδόριας έγχυσης με φορητή αντλία ινσουλίνης ταχείας δράσης. Άλλες θεραπευτικές διαδικασίες περιλαμβάνουν αναμειζεις ινσουλινών που πραγματοποιούνται αποκλειστικά και μόνο σε ιδιαίτσουσες περιπτώσεις όπως όταν ο ασθενής δεν έχει διάθεση να συνεργαστεί. Η

ινσουλινοθεραπεία έχει ως στόχο τη διατήρηση φυσιολογικών επιπέδων σακχάρου, χωρίς να υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις του. Μετά από κάθε γεύμα πρέπει η ινσουλίνη να βρίσκεται σε τέτοια επίπεδα ώστε να εξυπηρετούνται οι ανάγκες του ανθρώπινου οργανισμού μετά την κατανάλωση των τροφίμων. Πιο συγκεκριμένα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η σύνθεση των τροφών όπως και το μέγεθος του γεύματος. Η καλή συνολική διαχείριση του ΣΔ μπορεί να προσφέρει στους πάσχοντες μία φυσιολογική ζωή (Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, 2017, Krzymien & Ladyzynski, 2019). Η διαχείριση του ΣΔ μπορεί να βοηθήσει στην επίτευξη μίας βιώσιμης καθημερινότητας για τον ασθενή με διαβήτη και επίσης στην απομάκρυνση του κινδύνου της θνησιμότητας εξαιτίας των πολλαπλών μεταβολικών επιπλοκών αλλά και των διαταραχών στο καρδιαγγειακό, εγκεφαλικό αγγειακό, οπτικό και νευρικό σύστημα, με συνέπεια ο πάσχων από σακχαρώδη διαβήτη να καλείται συχνά να αντιμετωπίσει νόσους, όπως είναι η νευροπάθεια, η αμφιβληστροειδοπάθεια, η καρδιαγγειακή νόσος, η νεφροπάθεια (Paratheodorou et al., 2015) και η τύφλωση (De Beaufort et al., 2018).

2. ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1 Ο Μαθητής με Ινσουλινοεξαρτώμενο Διαβήτη στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση

Η ενσωμάτωση του παιδιού με ΣΔ1 στο σχολικό πλαίσιο και ειδικότερα στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση είναι ιδιαίτερα σημαντική και αποτελεί πρόκληση για το σχολείο, το παιδί που πάσχει, τους άλλους μαθητές και τους εκπαιδευτικούς. Ένας μαθητής με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη στην ευαίσθητη ηλικία της φοίτησής του στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση αντιμετωπίζει πολλαπλές ιδιαιτερότητες που πρέπει να ληφθούν υπόψη (Γεωργιάδη, 2007). Ο ΣΔ είναι μια απαιτητική ανοσολογική κατάσταση η οποία ενυπάρχει στην καθημερινή ζωή του παιδιού. Το καθημερινό πρόγραμμα ενός παιδιού στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση είναι επιβαρυνόμενο με τις σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες. Οι απαιτήσεις και οι δυσκολίες που προκαλεί η ασθένεια καταπονούν το παιδί και την οικογένειά του σε ψυχολογικό και σε σωματικό επίπεδο. Ο μαθητής θα πρέπει να πραγματοποιεί καταμέτρηση της γλυκόζης και να ακολουθεί ένα τυπικό πρόγραμμα με ινσουλινοθεραπεία η οποία μπορεί να περιλαμβάνει μία ή και δύο ενέσεις ινσουλίνης καθημερινώς, θα πρέπει να υιοθετεί ένα κατάλληλα διαμορφωμένο διατροφικό πρόγραμμα και να πραγματοποιεί σωματική δράση και άσκηση. Τα παιδιά με ΣΔ τύπου 1 εντάσσονται στο σχολικό περιβάλλον και οι σχολικές δραστηριότητες αποτελούν ένα πολύ σημαντικό μέρος της ζωής τους (Baynes, 2015).

Η καθημερινότητα ενός παιδιού με διαβήτη είναι ιδιαίτερα επιβαρυνόμενη και ο μαθητής με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη θα πρέπει να αντιμετωπίσει κάποιες επιπρόσθετες δυσκολίες στο σχολικό πλαίσιο. Είναι σύνηθες οι μαθητές με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη να αντιμετωπίσουν επεισόδια υπογλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμίας, τα οποία χρήζουν άμεσης παρέμβασης και έκτακτης διαχείρισης από τους εκπαιδευτικούς και το υπόλοιπο ανθρώπινο δυναμικό του σχολείου.

Αναμφισβήτητα ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια από τις πιο πολύπλοκες καταστάσεις στην υγεία ενός παιδιού. Ο συνδυασμός της εμφάνισης διακυμάνσεων στις τιμές του σακχάρου από ποικίλες αιτίες και της παρακολούθησης ποικίλων δραστηριοτήτων στο χώρο του σχολείου καθιστούν σαφές ότι η σωστή διαχείριση και ρύθμιση του σακχάρου ενός παιδιού με διαβήτη δεν μπορεί να γίνει από οποιονδήποτε που ενδεχομένως να έχει κάποιες γνώσεις πάνω στον διαβήτη. Για τον λόγο αυτό είναι αναγκαία

η ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή, ο οποίος είναι ο καθόλα αρμόδιος για το κομμάτι αυτό καθώς έχει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες, που τον καθιστούν ικανό για την σωστή και ασφαλή διαχείριση των αναγκών ενός παιδιού με ΣΔ1 και τη μετάδοση των γνώσεων και της εμπειρίας του προς τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς του παιδιού ώστε να συμβάλλουν και αυτοί με τη σειρά τους στον καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο (Marks et al., 2013).

Οι εκπαιδευτικοί πρέπει να είναι καθόλα ενημερωμένοι όσον αφορά τις επιπλοκές του ΣΔ και να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τέτοιου τύπου κρίσεις και έκτακτες ανάγκες των μαθητών κατά τις οποίες είναι δυνατόν να παρουσιάσουν από έντονη ανησυχία έως και απώλεια της συνείδησής τους. Ο ΣΔ δεν είναι μια στατική κατάσταση και η γλυκόζη του αίματος μπορεί να διαφοροποιηθεί μέσα στην ημέρα. Επομένως, το άτομο με ΣΔ τύπου 1 είναι πιθανό να αντιμετωπίσει ένα επεισόδιο υπεργλυκαιμίας ή υπογλυκαιμίας ενώ βρίσκεται στο σχολείο. Στην περίπτωση αυτή, είναι επιτακτική η ανάγκη για άμεση διαχείριση των συμπτωμάτων, αντιμετώπιση της έκτακτης κατάστασης και παροχή άμεσης φροντίδας στο παιδί. Κατ' επέκταση, η κατάλληλα οργανωμένη φροντίδα του παιδιού με ΣΔ τύπου 1 στο προσχολικό και σχολικό πλαίσιο είναι απαραίτητη (Marks et al., 2013) και θα πρέπει οι εκπαιδευτικοί και το βοηθητικό σχολικό προσωπικό να είναι εκπαιδευμένοι στην αντιμετώπιση μιας τέτοιας συνθήκης αλλά και το σχολείο να είναι κατάλληλα προετοιμασμένο για να υποστηρίξει μαθητές με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη. Στο σημείο αυτό κρίνεται σημαντικό να αναφερθεί η σπουδαιότητα της ενημέρωσης του εκπαιδευτικού προσωπικού έτσι ώστε να μπορούν να διαχειριστούν κατάλληλα την εμφανιζόμενη κρίση κατά τη διάρκεια του επεισοδίου αλλά και μετέπειτα την ενσωμάτωση του μαθητή με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη στη σχολική τάξη, χωρίς προκαταλήψεις, άγχος και φόβο με κύρια επιδίωξη την κατάλληλη υποστήριξη του μαθητή και όχι την διαφοροποίησή του από την υπόλοιπη τάξη με υιοθέτηση συμπεριφορών υπερπροστατευτικότητας ή απόρριψης εκ μέρους του εκπαιδευτικού και του λοιπού σχολικού προσωπικού (Bratina et al., 2018, Nabors et al., 2003).

Οι εκπαιδευτικοί κατέχουν μια θέση κλειδί ώστε να διατηρούν την ισορροπία στη σχολική τάξη. Ο εκπαιδευτικός πρέπει λαμβάνοντας υπόψιν τον χαρακτήρα και τις συνθήκες να εφαρμόσει παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των υπολοίπων παιδιών ώστε το παιδί με διαβήτη να παραμείνει ενταγμένο στη σχολική τάξη χωρίς να απομονωθεί από τους συμμαθητές του. Ο εκπαιδευτικός λαμβάνει το ρόλο του υποστηρικτή ο οποίος

ενθαρρύνει, κατανοεί το παιδί με διαβήτη και του συμπεριφέρεται με τρόπο ώστε το παιδί να νιώθει ισότιμο με τα άλλα παιδιά, που δεν πάσχουν από διαβήτη. Ο εκπαιδευτικός ενθαρρύνει το μαθητή του που έχει διαβήτη να παίρνει μέρος σε κάθε διαδικασία και δραστηριότητα της σχολικής ζωής, λαμβάνοντας, ταυτόχρονα, υπόψη του τις ειδικές ανάγκες, τις ειδικές καταστάσεις και τους περιορισμούς που προκαλεί ο διαβήτης σε ένα παιδί που βρίσκεται στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ο εκπαιδευτικός πρέπει να κατευθύνει τις παρεμβάσεις του προς την ενίσχυση του αισθήματος της εμπιστοσύνης και της υπευθυνότητας του παιδιού μέσα σε ένα πλαίσιο συνεργασίας ανάμεσα στον ίδιο και το παιδί με σκοπό τη βέλτιστη δυνατή διαχείριση της κατάστασης της υγείας του (Taylor et al., 1995, Runions et al., 2020).

Αναμφισβήτητα, είναι αναγκαία η ουσιαστική διασύνδεση και η συνεργατικότητα όλων των εμπλεκόμενων μερών όπως είναι το υγειονομικό προσωπικό, η οικογένεια, οι εκπαιδευτικοί και το λοιπό σχολικό προσωπικό. Η οικογένεια έρχεται σε συνεννόηση με το προσωπικό του σχολείου, τον υπεύθυνο του κυλικείου του σχολείου αλλά και τον εκπαιδευτικό ώστε να διαμορφωθεί μία συλλογική προσπάθεια διαχείρισης των αναγκών του μαθητή με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη. Οι γονείς των παιδιών με ΣΔ, που η διάγνωση γίνεται κατά την προσχολική ηλικία, τείνουν να έχουν πιο ενεργό ρόλο όσον αφορά την διαχείριση του διαβήτη του παιδιού τους, το οποίο επιδρά θετικά τόσο στον γλυκαιμικό έλεγχο, όσο και στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή των παιδιών στο σχολείο. Αντίθετα, οι γονείς ασθενών που έχουν διαγνωστεί στα τέλη της παιδικής ηλικίας συμμετέχουν λιγότερο στη φροντίδα και συνήθως αυτό σχετίζεται με μικρότερη συμμόρφωση των έφηβων στη φαρμακευτική αγωγή και στις διαιτητικές συμπεριφορές. Οι έφηβοι θέλουν να νοιώθουν περισσότερη αυτονομία και ανεξαρτησία. Η συμμετοχή των γονέων στη φροντίδα του διαβήτη είναι μικρότερη. Οι έφηβοι των οποίων οι γονείς συνεχίζουν να συμμετέχουν σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας δείχνουν καλύτερη συμμόρφωση και πιο αποτελεσματικό γλυκαιμικό έλεγχο. Ωστόσο, η αυξημένη συμμετοχή των γονέων στη διαχείριση του διαβήτη δημιουργεί οικογενειακές συγκρούσεις που σχετίζονται με τον διαβήτη. Επιπλέον, τα υψηλά επίπεδα οικογενειακών συγκρούσεων και τα χαμηλά επίπεδα οικογενειακής συνοχής και υποστήριξης συνδέονται με φτωχότερο μεταβολικό έλεγχο και φτωχότερη συμμόρφωση μεταξύ των εφήβων (Markowitz et al., 2015, Anderson et al., 2002).

Η πανδημία του COVID-19 έχει αναγκάσει τα παιδιά και τους γονείς να περνούν πολλές ώρες μαζί στο σπίτι, μειώνοντας τη εξωτερική σωματική δραστηριότητα και

επαναφέροντας τη φροντίδα του διαβήτη στα χέρια των γονέων. Η γονική μέριμνα παραμένει σημαντική καθόλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας έως και τη νεαρή ενήλικη ζωή αλλά και ο προοδευτικός επιμερισμός των ευθυνών θεωρείται σημαντικό βήμα προς μια θεραπευτική προσέγγιση στην οποία η ενεργός συμμετοχή των παιδιών που πάσχουν είναι καθοριστική για να έχουν καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο που συνεπάγεται με καλύτερη ποιότητα ζωής (Schiaffini et al., 2020).

Οι απουσίες από το σχολείο αποτελούν ένα μείζον ζήτημα καθώς τα παιδιά με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη ενδέχεται να απουσιάσουν από τα σχολικά τους καθήκοντα εξαιτίας μιας κρίσιμης κατάστασης που αντιμετωπίζουν ή μιας δύσκολης ημέρας με αποτέλεσμα να ανακύπτουν δυσκολίες στη σχολική και μετέπειτα ακαδημαϊκή τους πορεία (Watson & Logan, 1998). Με βάση το Σχέδιο της Υπουργικής Απόφασης (ΦΕΚ Τεύχος Β' 120/23.01.2018), τα παιδιά με ΣΔ1 δικαιούνται να απουσιάσουν επιπλέον 24 ημέρες κατά τη σχολική περίοδο.

Ο διαβήτης μπορεί να επηρεάσει τις γνωστικές λειτουργίες των μαθητών. Η εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη σε μικρή ηλικία, οι υψηλές διαφοροποιήσεις στα επίπεδα του σακχάρου, τα έντονα υπογλυκαιμικά και υπεργλυκαιμικά επεισόδια θα ήταν ικανά να επηρεάσουν τις γνωστικές λειτουργίες του παιδιού με διαβήτη. Η μειωμένη γνωστική λειτουργικότητα, η μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και μνήμης θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην εμφάνιση δυσκολιών σχετικών με τη μαθησιακή διαδικασία και σε μειωμένη διάθεση για μάθηση και κατ' επέκταση να συσχετιστούν με μειωμένη σχολική απόδοση. Όπως αναφέρθηκε, η μεταβολή της γλυκόζης του αίματος -η υπεργλυκαιμία και η υπογλυκαιμία- είναι δυνατό να επιδράσει αρνητικά τις γνωστικές λειτουργίες και την διαδικασία της μάθησης στα παιδιά με ΣΔ τύπου 1. Η υπογλυκαιμία, μπορεί να επιδράσει αρνητικά στη συγκέντρωση, την σκέψη και τη συμπεριφορά των παιδιών. Η υπεργλυκαιμία, ήτοι η υψηλή γλυκόζη αίματος, είναι επιβλαβής και συσχετίζεται με επιβράδυνση της γνωστικής λειτουργίας και αποδοτικότητας, την έλλειψη προσοχής με συνεπακόλουθη αύξηση των λαθών, την εμφάνιση δυσκολίας σε απλούς - βασικούς μαθηματικούς υπολογισμούς και καθυστέρησης ακόμα και στην γραφή και την ανάγνωση (Mahajan et al., 2018, Wodrich et al., 2011).

Ο ΣΔ1 αποτελεί μια πρόκληση για το σχολικό πλαίσιο και έρευνες έχουν δείξει πως αποτελεί επιπρόσθετη δυσκολία για την μελλοντική ακαδημαϊκή και επαγγελματική πορεία των παιδιών αυτών. Η εμφάνιση ΣΔ τύπου 1 στην παιδική ηλικία και ειδικότερα στις ηλικίες

0 έως 4 ετών, έχει ακόμη πιο πρώιμες αρνητικές επιπτώσεις όπως είναι οι μειωμένες σχολικές επιδόσεις των παιδιών στο δημοτικό (Cooper et al., 2016, Persson et al., 2013) και η εμφάνιση σχολικής φοβίας που μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα του φόβου απόρριψης που μπορεί να αισθανθεί το παιδί από τους συμμαθητές του, την ανησυχία του για τις σχολικές επιδόσεις και την έγκαιρη αντίδραση του δασκάλου του σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Ο μαθητής με διαβήτη μπορεί να απορρίψει το σχολείο, να απομονωθεί, να παρουσιάσει έλλειψη ενδιαφέροντος για τα σχολικά του καθήκοντα, να διαμορφώσει προβληματικές σχέσεις με τους συνομηλίκους του και να παρουσιάσει έντονο άγχος και φόβο στη σχέση με τον δάσκαλό του. Η μη ενσωμάτωση του παιδιού με διαβήτη στο σχολικό περιβάλλον δεν είναι αποτέλεσμα του «κακού» χαρακτήρα του αλλά του άγχους, του φόβου και της ανασφάλειάς του να προσαρμοστεί στο σχολικό περιβάλλον (Najaf abadi Maryam, 2016).

Είναι σημαντική η διαμόρφωση ενός ολιστικού πλάνου αντιμετώπισης του διαβήτη στην παιδική ηλικία με τον σχεδιασμό μεταξύ άλλων και ενός πλαισίου αποτελεσματικής διαχείρισης του διαβήτη στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Η συνεργασία της οικογένειας, του ιατρικού, σχολικού και εκπαιδευτικού προσωπικού είναι καθοριστική για την προαγωγή της υγείας των μαθητών με ΣΔ τύπου 1. Οι στρατηγικές ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για τους δασκάλους περιλαμβάνουν εκπαίδευση σε δεξιότητες αναγνώρισης και εκτίμησης των συμπτωμάτων, διαχείρισης του παιδικού διαβήτη και της ινσουλινοθεραπείας. Απαιτείται η ανάπτυξη πολιτικής για την προαγωγή της υγείας των μαθητών με ΣΔ τύπου 1 σε κάθε δημοτικό σχολείο και την προώθηση υποστηρικτικών παρεμβάσεων για τους δασκάλους που βρίσκονται σε θέση κλειδί όσο αφορά την προώθηση της υγείας των παιδιών αυτών (Marks et al., 2020).

Μία σημαντική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία είχε στόχο να περιγράψει τα αποτελέσματα της εκπαιδευτικής παρέμβασης KiDS and Diabetes in Schools (KiDS) της Διεθνούς Ομοσπονδίας Διαβήτη (IDF) στη γνώση και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών και των φροντιστών του σχολείου όσο αφορά τον ΣΔ. Το εργαλείο KiDS που προέκυψε από τη διεθνή αυτή παρέμβαση στοχεύει στην ενημέρωση, στην καλύτερη κατανόηση του διαβήτη στα σχολεία, στην αλλαγή της συμπεριφοράς των γονέων και του σχολικού προσωπικού και στην προώθηση ενός ασφαλούς και υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τους μαθητές με διαβήτη με σκοπό τη βελτίωση της φροντίδας που τους παρέχεται στο σχολικό πλαίσιο (Bechara et al., 2018).

2.2 Γνώσεις και στάσεις Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης για τον Ινσουλινοεξαρτώμενο Διαβήτη στον Μαθητικό Πληθυσμό

Ο ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης επιδρά σημαντικά στους μαθητές κάθε βαθμίδας του εκπαιδευτικού συστήματος. Παρόλα αυτά το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στους μικρούς μαθητές της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης οι οποίοι λόγω της ηλικίας τους πολλές φορές λησμονούν ή δεν αντιλαμβάνονται τον κίνδυνο που διατρέχουν. Τα παιδιά με διαβήτη πρέπει να ενσωματώνονται στη σχολική τάξη και να ζουν μια φυσιολογική ζωή. Παρόλο που η φροντίδα της υγείας των παιδιών με διαβήτη δεν αποτελεί αντικείμενο των εκπαιδευτικών, εντούτοις η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευσή τους από τον σχολικό νοσηλευτή είναι καθοριστικής σημασίας προκειμένου να αναπτύξουν δεξιότητες και αίσθημα αυτό-αποτελεσματικότητας στην αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών και επικίνδυνων για το παιδί καταστάσεων, ειδικά σε περιπτώσεις έλλειψης σχολικού νοσηλευτή από το σχολικό περιβάλλον (Amillategui et al., 2009, Kise et al., 2017, Smith et al., 2012).

Η θετική στάση απέναντι σε μαθητές με ΣΔ τύπου 1 και η γνώση του εκπαιδευτικού φαίνεται να αποτελούν σημαντικές προϋποθέσεις τόσο για την πρακτική υποστήριξη των παιδιών με ΣΔ τύπου 1 στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση όσο και για την αυτοαποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών και την επιτυχία του σχολικού πλαισίου. Ένα υψηλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με τον διαβήτη μπορεί να οδηγήσει τους εκπαιδευτικούς στην ανάπτυξη αυξημένων δεξιοτήτων όσον αφορά την διαχείριση των αναγκών των παιδιών με διαβήτη και πιθανώς στην υιοθέτηση θετικότερης στάσης απέναντι στους μαθητές αυτούς. Ως στάση μπορεί να οριστεί η αξιολογική διάθεση ενός ατόμου που βασίζεται στις γνώσεις, την προσωπική συμπεριφορά του παρελθόντος και τις συναισθηματικές αντιδράσεις. Η στάση επηρεάζει τη γνωστική λειτουργία, τη συναισθηματική απόκριση του ατόμου, καθώς και τις μελλοντικές του συμπεριφορές (Zimbardo & Leippe, 1991). Όταν οι εκπαιδευτικοί δεν διαθέτουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με τον διαβήτη, είναι πιθανό να εμφανίζονται συγκρατημένοι στο να φροντίσουν ένα παιδί με ΣΔ τύπου 1 και να αισθάνονται ανασφαλείς για το πόσο αποτελεσματικά θα διαχειριστούν τη νόσο αυτή καθ' αυτή, το παιδί με διαβήτη, τους γονείς αλλά και γενικότερα το σχολικό περιβάλλον και τον ίδιο τους τον εαυτό (Al Duraywish & Nail, 2017, Chatzistougianni et al., 2020, Driscoll et al., 2015, Gutzweiler et al., 2020).

Σε έρευνα της Τσιανάρα (2016) για τη διερεύνηση του επιπέδου των γνώσεων των 181 εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) του Ν. Θεσσαλονίκης για το ΣΔ προέκυψε ότι οι εκπαιδευτικοί της Ειδικής Αγωγής διέθεταν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς της Γενικής Παιδείας σε σχέση με τον ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη. Ενδιαφέρον εύρημα αποτέλεσε το εξαιρετικά χαμηλό επίπεδο γνώσεων και στις δύο βαθμίδες, καθώς μόλις το 17,7% των εκπαιδευτικών απάντησε σωστά στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της υπογλυκαιμίας ενώ μόλις το 27,1% των εκπαιδευτικών αναγνώρισε ένα υπεργλυκαιμικό επεισόδιο. Το 65,2% των εκπαιδευτικών ανέδειξε τη σπουδαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής αλλά και της σωστής διατροφής και της σωματικής άσκησης. Το 97% των εκπαιδευτικών ανέδειξε την αναγκαιότητα μιας επιπλέον επιμόρφωσης για την διαχείριση εκτάκτων καταστάσεων που μπορεί να εμφανίσουν μαθητές με διαβήτη στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Η ενημέρωση και η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση επικίνδυνων καταστάσεων που μπορεί να προκληθούν από τον διαβήτη και στην προάσπιση της υγείας των μαθητών.

Παρόμοια έρευνα πραγματοποιήθηκε από την Γκαρέτσα (2018) αναφορικά με τη διερεύνηση των στάσεων και των γνώσεων 101 εκπαιδευτικών σε σχολεία Γενικής Παιδείας και Ειδικής Αγωγής του Ν. Σερρών. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι οι εκπαιδευτικοί της Γενικής Παιδείας είχαν λιγότερες γνώσεις σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς της Ειδικής Αγωγής σχετικά με το ΣΔ. Αξιοσημείωτο εύρημα ήταν το χαμηλό επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών του προαναφερόμενου δείγματος με μόλις το 18,2% να απαντάει σωστά αναφορικά με τη συμπτωματολογία της υπογλυκαιμίας και το 40% των εκπαιδευτικών να απαντά σωστά στην αναγνώριση του υπεργλυκαιμικού επεισοδίου. Ενδεικτικό είναι ότι το 93,1% παρουσιάζει θετική στάση απέναντι στην επιμόρφωση των εκπαιδευτικών ενώ το 95% θεωρεί σημαντική και απαραίτητη την παρουσία νοσηλευτή στο χώρο του σχολείου. Είναι εμφανής η ανάγκη για πληροφόρηση και εκπαίδευση των εκπαιδευτικών αναφορικά με τη διαχείριση και αντιμετώπιση του παιδικού διαβήτη.

Ακόμα μια ελληνική έρευνα είναι αυτή της Βελισσαρίου (2021) αναφορικά με τη διαχείριση του ΣΔ1 στο σχολείο και την εξέταση των πεποιθήσεων των γονέων και των μαθητών με διαβήτη. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα 87 γονέων παιδιών με ΣΔ τύπου 1 και 74 ινσουλινοεξαρτώμενων μαθητών (54,1% αγόρια και 45,9% κορίτσια). Τα

ευρήματα που προέκυψαν ήταν σημαντικά με μόλις το 35% των γονέων να παρέχουν γραπτές οδηγίες προς τους εκπαιδευτικούς και με το ίδιο ποσοστό αυτών να εκφράζει ανησυχία για την υποστήριξη που δέχεται το παιδί τους όσον αφορά τη διαχείριση του διαβήτη στο σχολικό πλαίσιο. Το 44,3% των ινσουλινοεξαρτώμενων μαθητών παρουσίασε υπογλυκαιμία στο σχολικό πλαίσιο τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, γεγονός που ανέδειξε την αναγκαιότητα παροχής φροντίδας στους μαθητές αυτούς από έναν ενήλικα για τη διαχείριση του ΣΔ τύπου 1. Οι ινσουλινοεξαρτώμενοι μαθητές ανέφεραν πως απαιτείται μεγαλύτερο επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών αναφορικά με την διαχείριση του διαβήτη και την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων που προκύπτουν από τη νόσο (Μπεγνή και συν., 2020).

Σύμφωνα με τους Bratina et al. (2018), το σχολικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για την ασφάλεια και τη φροντίδα των ινσουλινοεξαρτώμενων μαθητών κατά την παραμονή τους στο σχολικό περιβάλλον. Οι μαθητές με διαβήτη μπορούν να παίρνουν μέρος σε όλες τις σχολικές δραστηριότητες ενώ πρέπει να παρακολουθούν τη γλυκόζη τους ανά πάσα στιγμή. Οι εκπαιδευτικοί πρέπει να εκπαιδεύονται στο πώς να φροντίζουν το παιδί με διαβήτη σε περιπτώσεις ανάγκης όπως για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια επεισοδίων υπογλυκαιμίας και υπεργλυκαιμίας. Οι εκπαιδευτικοί, επίσης, πρέπει να γνωρίζουν ότι οι διακυμάνσεις της γλυκόζης μπορεί να επηρεάσουν την προσοχή και τη μνήμη, αλλά και τη διάθεση και τη συμπεριφορά των μαθητών με διαβήτη.

Στο σημείο αυτό, σημειώνεται και μια σημαντική πρωτοβουλία μιας διεθνούς διαδικτυακής έρευνας με 6.789 συμμετέχοντες από οκτώ χώρες, όπου οι ερωτηθέντες γονείς και μαθητές βαθμολόγησαν το επίπεδο υποστήριξης που παρέχουν οι εκπαιδευτικοί στους ινσουλινοεξαρτώμενους μαθητές σε ένα σχολικό πλαίσιο. Η πλειοψηφία των γονέων και των μαθητών ανέφερε πως οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να είναι ενημερωμένοι για τον διαβήτη (ποσοστά 73% και 58%, αντίστοιχα) και πως πρέπει να εκπαιδευτούν για να αντιμετωπίζουν καταστάσεις έκτακτης ανάγκης σχετικά με τον διαβήτη (75% και 68%, αντίστοιχα) (Peyrot, 2019).

Δεδομένου ότι τα παιδιά με ΣΔ1 περνούν πολλές ώρες της ημέρας τους στο χώρο του σχολείου, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να λαμβάνουν την κατάλληλη εκπαίδευση προκειμένου να παρέχουν ένα ασφαλές περιβάλλον. Ωστόσο, είναι πιθανό οι εκπαιδευτικοί να μην έχουν επαρκείς γνώσεις για να βοηθήσουν κατάλληλα τα παιδιά αυτά (Chatzistougianni et al., 2020, Amillategui et al., 2009). Αυτό το γεγονός επηρεάζει

αρνητικά την εμπιστοσύνη των γονέων προς τους εκπαιδευτικούς με αποτέλεσμα να αναλαμβάνουν την ευθύνη και να επιβαρύνονται με τη φροντίδα των παιδιών τους ακόμη και όταν αυτά βρίσκονται στο περιβάλλον του σχολείου (Schiaffini et al., 2020). Η διαμόρφωση μιας Ομάδας ειδικών θα είναι μια ιδανική συνθήκη για την ολοκληρωμένη διαχείριση και αντιμετώπιση του διαβήτη στο σχολείο. Αυτή η προσέγγιση θέτει νέες προκλήσεις για το σχολικό περιβάλλον όπου οι εκπαιδευτικοί και οι σχολικοί νοσηλευτές θα λαμβάνουν την αρμόζουσα εκπαίδευση ώστε να μεριμνούν για τη φροντίδα της υγείας και των αναγκών του παιδιού με ΣΔ1 (Baynes, 2015).

2.3 Ρόλος του Σχολικού Νοσηλευτή

Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός καθώς είναι ο επαγγελματίας υγείας που συμπράττει με τους εκπαιδευτικούς του σχολείου, τους γονείς και το παιδί προκειμένου να επιτευχθεί επαρκής διαχείριση του ΣΔ1 στους μαθητές και ουσιαστική ενσωμάτωσή τους στο σχολικό περιβάλλον (Parab et al., 2013). Το σχολείο διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην επαρκή διαχείριση του παιδικού διαβήτη, η οποία μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων επιπλοκών του διαβήτη και συμβάλλει στη βελτίωση της αποδοτικότητας και των επιδόσεων των μαθητών.

Στο πλαίσιο της κατάλληλης διαχείρισης του ΣΔ μέσα στο σχολείο, τα παιδιά με ΣΔ τύπου 1 πρέπει να ενθαρρύνονται να είναι σωματικά και νοητικά δραστήρια καθώς η εμπλοκή σε δραστηριότητες είναι ένα εξισορροπητικό μέτρο του ελέγχου της γλυκόζης και είναι δυνατό να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα της πρόσληψής της από τους μυς και τους ιστούς (Saeedi et al., 2019). Είναι, επίσης, σημαντικό να αναφερθεί πως η καταμέτρηση της γλυκόζης στο αίμα αποτελεί μία συνήθη πρακτική για τα παιδιά η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί στο σχολικό περιβάλλον. Ο μαθητής με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη θα πρέπει να μπορεί να χρησιμοποιήσει την ειδική συσκευή για την καταμέτρηση της γλυκόζης σε έναν ειδικά διαμορφωμένο χώρο που θα διαφυλάσσεται η ιδιωτικότητά του. Οι συσκευές χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο από παιδιά σχολικής ηλικίας. Οι σχολικοί νοσηλευτές εκτιμούν τις δυνατότητες της συσκευής και καθοδηγούν τους μικρούς μαθητές. Οι σχολικοί νοσηλευτές καθοδηγούν και εκπαιδεύουν καθώς η τεχνολογία γίνεται σταδιακά ένα σημαντικό εργαλείο κατά την παροχή της φροντίδας. Η μέτρηση σακχάρου από τον σχολικό νοσηλευτή είναι απλή και όταν πραγματοποιηθεί καταγράφεται το αποτέλεσμα στο ημερολόγιο του παιδιού (March et al., 2020, Γεωργιάδη, 2007).

Επιπλέον, ο σχολικός νοσηλευτής οφείλει να βρίσκεται σε εγρήγορση ώστε να διαχειριστεί επείγουσες καταστάσεις. Για παράδειγμα, όταν ένας μαθητής εμφανίζει συμπτώματα υπογλυκαιμίας, ο νοσηλευτής του σχολείου θα πρέπει να δώσει στο παιδί άμεσα εύκολα απορροφήσιμους υδατάνθρακες, όπως νερό με ζάχαρη, γλυκόζη, μέλι, χυμούς φρούτων ή ταμπλέτες γλυκόζης (Peery, 2012). Σε ενδεχόμενο σοβαρής υπογλυκαιμίας του μαθητή (γλυκόζη <40 mg/dl), θα πρέπει ο σχολικός νοσηλευτής άμεσα να χορηγήσει γλυκαγόνη, υπό τη μορφή ενδομυϊκής ένεσης. Μετά την χορήγηση της γλυκαγόνης, ο μαθητής θα πρέπει να διακομιστεί το συντομότερο σε εφημερεύον νοσοκομείο για περαιτέρω παρακολούθηση και να γίνει ενημέρωση των γονέων. Στην

περίπτωση της εμφάνισης υπεργλυκαιμίας, η παρέμβαση του σχολικού νοσηλευτή περιλαμβάνει την χορήγηση της απαραίτητης δόσης ινσουλίνης. Επίσης, θα πρέπει να παροτρύνεται ο μαθητής να πιεί αρκετό νερό. Η μη έντονη άσκηση έχει βρεθεί να δρα βοηθητικά ως προς την μείωση των επιπέδων σακχάρου (Γεωργιάδη, 2007). Σε μια ακόμη επικίνδυνη κατάσταση, την Διαβητική Κετοξέωση, ο σχολικός νοσηλευτής πραγματοποιεί έλεγχο των κετονών στο σχολείο με ταινία κετονών. Σε περίπτωση που προκύψει αυξημένη συγκέντρωση των κετονών ο νοσηλευτής του σχολείου χορηγεί διορθωτική δόση ταχείας δράσης ινσουλίνης, εποπτεύει τις τιμές της γλυκόζης, συστήνει τη λήψη νερού για την αποφυγή αφυδάτωσης. Αν όμως η συμπτωματολογία επιμένει και το παιδί με διαβήτη επιβαρύνεται ο σχολικός νοσηλευτής πρέπει να φροντίσει να μεταφερθεί ο μαθητής στο νοσοκομείο με ασθενοφόρο (Μήτρου, 2017).

Η βελτιωμένη εκπαίδευση του σχολικού νοσηλευτή μπορεί να βοηθήσει στη βελτιστοποίηση της σχολικής διαχείρισης των συμπτωμάτων των παιδιών με διαβήτη στη σύγχρονη εποχή (March et al., 2020). Οι εκπαιδευτικοί, οι γονείς και ο σχολικός νοσηλευτής πρέπει να συνεργαστούν για να δημιουργήσουν βέλτιστα εκπαιδευτικά προγράμματα διαχείρισης της νόσου και να εγγυηθούν την ασφαλή φοίτηση του παιδιού στο σχολείο (Bratina et al., 2018, Commissariat et al., 2020).

Ο σχολικός νοσηλευτής παρεμβαίνει με τρόπο που να βοηθάει τον μαθητή να αισθανθεί ασφάλεια και να ενσωματωθεί στην σχολική τάξη αποδεχόμενος την ιδιαιτερότητα της ινσουλινοεξάρτησης. Επίσης, ο σχολικός νοσηλευτής έχει καθήκον να προετοιμάσει τους συμμαθητές του παιδιού με ΣΔ τύπου 1, να τους ευαισθητοποιήσει, να τους καθοδηγήσει για το πώς θα μπορούσαν να βοηθήσουν κατά την εμφάνιση μιας υπογλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμίας, να διαχειριστεί έκτακτα προβλήματα, να εκπαιδεύσει τους εκπαιδευτικούς στη διαχείριση και αντιμετώπιση του διαβήτη στην παιδική ηλικία αλλά και να μειώσει το άγχος που βιώνουν οι γονείς των μαθητών με ινσουλινοεξάρτηση (Marks et al., 2013).

Στο ελληνικό σχολικό πλαίσιο οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του σχολικού νοσηλευτή καθορίζονται από το ισχύον θεσμικό πλαίσιο και από την ΚΥΑ 88348/Δ3/2018 *«Καθήκοντα και αρμοδιότητες των κλάδων ΠΕ25 Σχολικών Νοσηλευτών και του κλάδου ΔΕ01 Ειδικού Βοηθητικού Προσωπικού στα σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Γενικής και Επαγγελματικής εκπαίδευσης»*. Ο νοσηλευτής του σχολείου ενισχύει τον μαθητή με διαβήτη στο σύνολο της φοίτησής του στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση και σε όλες τις

εκφάνσεις της σχολικής και εκπαιδευτικής δράσης ακόμα και την ώρα των διαλειμμάτων αλλά και του μαθήματος της Γυμναστικής. Ο σχολικός νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, την προστασία του παιδιού σε όλη τη διάρκεια παραμονής του στο σχολείο ακόμα και σε επίπεδο διατροφικής καθοδήγησης του παιδιού. Επιπλέον, ενημερώνει το παιδί με διαβήτη αλλά και το σύνολο των μαθητών όλων των τάξεων, χρησιμοποιώντας το κατάλληλο εποπτικό υλικό ώστε να είναι όλοι πληροφορημένοι για το πώς θα αντιμετωπίσουν μία έκτακτη ανάγκη μέσα στην σχολική τάξη και τον προαύλιο χώρο του σχολείου ή και εκτός σχολικού περιβάλλοντος. Ο σχολικός νοσηλευτής μέσα από την ολιστική ενημέρωση των παιδιών θα προσπαθήσει να αποφύγει καταστάσεις πανικού και να εκπαιδεύσει τα παιδιά να δρουν με ψύχραιμο τρόπο και να ενημερώνουν τους υπεύθυνους εκπαιδευτικούς. Ο σχολικός νοσηλευτής τηρεί έναν ατομικό φάκελο υγείας για το σύνολο των μαθητών τον οποίο και φροντίζει να επικαιροποιεί και να ενημερώνει ενσωματώνοντας οδηγίες από γονείς, κηδεμόνες και θεράποντες ιατρούς (Chatzistougianni et al., 2020, Drakopoulou et al., 2022).

Ο σχολικός νοσηλευτής επιπλέον ενημερώνει τον διευθυντή του σχολείου και τους εκπαιδευτικούς για το πρωτόκολλο που ο ίδιος έχει διαμορφώσει για τη διαχείριση των έκτακτων αναγκών του παιδιού που προκαλούνται από τις επιπλοκές του διαβήτη, τη λήψη δραστικών μέτρων σε περίπτωση αντιμετώπισης μιας επείγουσας κατάστασης αλλά και την διαμόρφωση ενός εναλλακτικού σχεδίου δράσης σε περίπτωση απουσίας του. Ο σχολικός νοσηλευτής είναι αυτός που διαμορφώνει σχέσεις συνεργασίας, πληροφορεί και κατευθύνει τους γονείς και τους κηδεμόνες των μαθητών αναφορικά με το διαβήτη και τους τρόπους διαχείρισης των προβλημάτων που μπορεί να εμφανισθούν, καθησυχάζοντάς τους. Σε περίπτωση ανάγκης για μετακίνηση του μαθητή στο νοσοκομείο ο σχολικός νοσηλευτής παραμένει στο πλευρό του και τον φροντίζει μέχρι να έρθει ο γονέας ή ο κηδεμόνας, ενώ είναι υπεύθυνος για την συνολική ενημέρωσή τους. Τέλος, ο σχολικός νοσηλευτής διαμορφώνει με τον εκπαιδευτικό της τάξης μία συνεργατική σχέση η οποία αποσκοπεί στην καλύτερη διαχείριση των αναγκών του μαθητή. Επίσης, συνεργάζεται με τους εκπαιδευτικούς που εφημερεύουν κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων για πιθανές τροποποιήσεις των δόσεων ινσουλίνης ή του γεύματος με σκοπό την περαιτέρω υποστήριξη των μαθητών. Η συνεργασία του σχολικού νοσηλευτή με τους εκπαιδευτικούς των τάξεων είναι καθοριστική για την ενσωμάτωση του μαθητή στο σχολικό πλαίσιο (Chatzistougianni et al., 2020, Drakopoulou et al., 2022). Επισημαίνεται και στο σημείο αυτό η καθοριστική συμβολή του σχολικού νοσηλευτή στην εκπαίδευση των δασκάλων στη διαχείριση των

αναγκών των μαθητών με διαβήτη στο σχολείο. Με δεδομένο ότι οι εκπαιδευτικοί δεν έχουν το κατάλληλο υπόβαθρο γνώσεων για να φροντίσουν τους μαθητές με διαβήτη καθώς το αντικείμενό τους και οι αρμοδιότητες που απορρέουν από αυτό είναι τελείως διαφορετικές, ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή στην ευαισθητοποίηση και την εκπαίδευσή τους αποκτά ζωτική σημασία ώστε οι εκπαιδευτικοί να καλλιεργήσουν γνώσεις και δεξιότητες που θα τους καταστήσουν επαρκείς στη διαχείριση των αναγκών των παιδιών με διαβήτη (Chatzistougianni et al., 2020, Kise et al., 2017, Marks et al., 2013, Smith et al., 2012).

3. ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΔΙΑΒΗΤΗΣ

3.1 Θεωρία αυτο-αποτελεσματικότητας

Ο Bandura, το 1977, διατύπωσε για πρώτη φορά την έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας. Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι ο θεμελιώδης λίθος της Κοινωνικογνωστικής Θεωρίας (social-cognitive theory, SCT). Σύμφωνα με την Κοινωνικογνωστική Θεωρία, που αναπτύχθηκε το 1986, η μάθηση τελείται μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο, όπου υπάρχει αμοιβαία αλληλεπίδραση και δυναμική μεταξύ του ατόμου, της συμπεριφοράς και του περιβάλλοντος. Η Κοινωνικογνωστική Θεωρία δίνει έμφαση στην κοινωνική επιρροή και την κοινωνική ενίσχυση. Ακόμη, διερευνά με ποιον τρόπο ένα άτομο αποκτά και διατηρεί μία συμπεριφορά, εξετάζοντας το κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο το άτομο παρουσιάζει την εν λόγω συμπεριφορά. Η Κοινωνικογνωστική Θεωρία εξετάζει τις προ υπάρχουσες εμπειρίες ενός ατόμου, οι οποίες ασκούν επιρροή στη συμπεριφορά που εμφανίζει το άτομο. Οι προγενέστερες εμπειρίες ασκούν επιρροή στις προσδοκίες και στις ενισχύσεις οι οποίες καθορίζουν την πιθανότητα που εμφανίζει ένας άνθρωπος να εμπλακεί σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά και τους λόγους για τους οποίους ο άνθρωπος εμπλέκεται σε αυτήν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά (Bandura, 1986). Με βάση τη Κοινωνικογνωστική Θεωρία, οι γνωστικές διαδικασίες προάγουν τη συμπεριφορά αυτοδιαχείρισης βελτιώνοντας τη γνώση, την αυτο-αποτελεσματικότητα και τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων (Smith et al, 2020)

Η αυτοαποτελεσματικότητα ορίζεται ως η αντιληπτή ικανότητα του ατόμου να εκτελέσει μια συμπεριφορά προς έναν στόχο. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τον Bandura, η αυτο-αποτελεσματικότητα ορίζεται ως «οι εκτιμήσεις των ανθρώπων αναφορικά με την ικανότητά τους να οργανώσουν, να προγραμματίσουν, να επιτελέσουν τις ενέργειες που χρειάζονται και να εκτελέσουν ένα σχέδιο δράσης που απαιτείται για την επίτευξη προκαθορισμένων επιπέδων επίδοσης» (Bandura, 1986). Επίσης, η αυτο-αποτελεσματικότητα έχει να κάνει με την αυτοαντίληψη του ανθρώπου, την πεποίθησή του ότι έχει τις δεξιότητες να εκτελέσει μία συμπεριφορά με επιτυχία και με στόχο να έχει κάποιο συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Στο πλαίσιο των συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία, η αυτο-αποτελεσματικότητα συχνά νοείται ως η αντιληπτή ικανότητα εκτέλεσης της συμπεριφοράς υπό διάφορες συνθήκες ή εμπόδια (Bandura, 1977).

Την εποχή που εισήχθη για πρώτη φορά η έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας, οι κυρίαρχες θεωρίες συμπεριφοράς έδιναν έμφαση στις προσδοκίες του αποτελέσματος δηλαδή στις προσδοκίες για τα αποτελέσματα που ήταν πιθανόν να προκύψουν από την επιτυχή εκτέλεση της συμπεριφοράς στόχου. Ως προσδοκία αποτελέσματος ορίζεται η πεποίθηση ενός ανθρώπου ότι ακολουθώντας μια συγκεκριμένη συμπεριφορά θα οδηγηθεί σε ορισμένα αποτελέσματα. Μια προσδοκία αποτελεσματικότητας είναι η πεποίθηση ενός ανθρώπου ότι είναι σε θέση να εκτελέσει επιτυχώς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά που απαιτείται για να επιτύχει τα αποτελέσματα που επιθυμεί (Williams & Rhodes, 2016). Η νέα αντίληψη του Bandura (1977) για την αυτο-αποτελεσματικότητα (αρχικά ονομαζόμενη «προσδοκία αποτελεσματικότητας»), έκανε διάκριση μεταξύ (α) του κινήτρου ενός ατόμου να εκτελέσει μια συμπεριφορά στόχο με βάση τα αναμενόμενα αποτελέσματα της συμπεριφοράς και (β) την αντιληπτή ικανότητα εκτέλεσης της συμπεριφοράς (Bandura, 1977).

Το θεωρητικό μοντέλο της αυτο-αποτελεσματικότητας του Bandura, αποτελείται από δύο κύριες συνιστώσες:

(α) τις προσδοκίες ικανότητας – αποτελεσματικότητας (efficacy beliefs / efficacy expectations), που αφορούν τις προσδοκίες ενός ατόμου ότι είναι ικανό να εκδηλώσει επιτυχώς μία συμπεριφορά που είναι απαραίτητη για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων. Η ύπαρξη της προσδοκίας ικανότητας είναι σημαντική, καθώς είναι αυτή που βοηθά το άτομο να αποφασίσει αν θα πραγματοποιήσει μία ενέργεια, αν θα συμμετέχει στη συμπεριφορά, πόση προσπάθεια θα καταβάλει και ποια θα είναι η διάρκεια της συμπεριφοράς.

(β) τις προσδοκίες του αποτελέσματος (outcome expectations / outcome expectancies), που αφορούν την εκτίμηση του ατόμου ότι μια δεδομένη συμπεριφορά θα επιφέρει συγκεκριμένα αποτελέσματα (Bandura, 1977).

Στο σχήμα 1 παρουσιάζεται η λειτουργική σχέση των δύο μορφών προσδοκιών. Τόσο η προσδοκία αποτελέσματος, όσο και η προσδοκία ικανότητας είναι σημαντικές για την υιοθέτηση και τη διατήρηση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Η διαφοροποίηση της συμπεριφοράς εξηγείται από τις προσδοκίες ικανότητας. Η σύνδεση των δύο εννοιών είναι γραμμική. Απαραίτητη προϋπόθεση της προσδοκίας του αποτελέσματος είναι η προσδοκία ικανότητας (Bandura, 1977).



Σχήμα 1: Λειτουργική σχέση των δύο μορφών προσδοκιών (Bandura, 1977)

3.2 Αυτο-αποτελεσματικότητα Εκπαιδευτικών και Διαβήτης

Ένας θεωρητικός ορισμός της αυτοαποτελεσματικότητας περιλαμβάνει την πεποίθηση που έχει ένα άτομο για την ικανότητά του να δημιουργεί αλλαγές με προσωπικές ενέργειες. Το αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας μπορεί να επηρεάσει καθοριστικά τη βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων στον εργασιακό τους χώρο. Οι άνθρωποι που έχουν επίγνωση των δυνατοτήτων τους και αντιλαμβάνονται την αποτελεσματικότητά τους βλέπουν ένα δύσκολο καθήκον ή στόχο ως πρόκληση και προσπαθούν πιο έντονα για την πραγματοποίησή του σε σύγκριση με ανθρώπους που χαρακτηρίζονται από χαμηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας (Bandura, 1997).

Αποτελεί συχνό φαινόμενο να αναρωτιέται ένας άνθρωπος στην καθημερινότητά του αν μπορεί να ολοκληρώσει μια δραστηριότητα με επιτυχία, να αντιμετωπίσει μία κατάσταση, ή να εκτελέσει τα καθήκοντα που του έχουν ανατεθεί. Στις παραπάνω περιπτώσεις εμπεριέχεται η δυνατότητα του ανθρώπου για υποκειμενική πρόγνωση των ικανοτήτων του, αν δηλαδή διαθέτει τις δυνάμεις ή τις ικανότητες που απαιτούνται προκειμένου να αντιμετωπίσει με επιτυχία μια δεδομένη κατάσταση (Bandura, 1997). Οι άνθρωποι αποφασίζουν να ασχοληθούν με πράγματα που μπορούν να κάνουν και αποφεύγουν πράγματα που πιστεύουν ότι δεν μπορούν να κάνουν ή καταστάσεις που πιστεύουν ότι δεν μπορούν να χειριστούν. Όταν ένας άνθρωπος εμφανίζει υψηλό αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας προσεγγίζει τα γεγονότα με καλύτερη διάθεση και διαχειρίζεται πιο αποτελεσματικά το άγχος του, ενώ αποδίδει τυχόν αποτυχία των προσπαθειών του σε

ανεπάρκεια γνώσεων και δεξιοτήτων, τις οποίες όμως πιστεύει ότι μπορεί να αποκτήσει. Σε αντίθεση, ένας άνθρωπος με χαμηλό αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας αμφιβάλλει για τις ικανότητές του, πιστεύει ότι δεν θα τα καταφέρει, μεγαθύνει στο μυαλό του τη δυσκολία των στόχων του αλλά και επικεντρώνεται σε μεγαλύτερο βαθμό στις ανεπάρκειες και τα ελλείμματά του με αποτέλεσμα να αυξάνεται το άγχος του (Bandura, 1997).

Όσον αφορά την περίπτωση των εκπαιδευτικών και τη διαχείριση των παιδιών με ΣΔ τύπου 1, η συνεχής εκπαίδευση οδηγεί τους εκπαιδευτικούς στην απόκτηση γνώσεων που συμβάλλουν στην βελτίωση της αυτοπεποίθησης και στην αύξηση του αισθήματος αυτοαποτελεσματικότητας, καθώς οι γνώσεις βοηθούν τους εκπαιδευτικούς να οργανώσουν, να καταγράψουν, να ρυθμίσουν και να αναπροσαρμόσουν τη δράση τους στο σχολικό περιβάλλον, στο πλαίσιο του σχολείου με βάση το αποτέλεσμα των πράξεών τους (Pansier & Schulz, 2015). Το επίπεδο αυτοπεποίθησης ή αυτο-αποτελεσματικότητας του εκπαιδευτικού μπορεί να αξιολογηθεί σε επίπεδο ολοκλήρωσης ενεργειών σχετικών με τον τρόπο διαχείρισης του διαβήτη, για παράδειγμα η παρακολούθηση γλυκόζης αίματος, η εστίαση της προσοχής στην αναγνώριση συμπτωμάτων των επιπλοκών που προκύπτουν από τη νόσο, η χορήγηση ινσουλίνης, η καθοδήγηση προς την υιοθέτηση κατάλληλου προτύπου διατροφής και άσκησης. Στην παρούσα μελέτη, η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας αντιπροσωπεύει την πίστη των δασκάλων στην ικανότητά τους να εφαρμόσουν τις προαναφερόμενες ενέργειες.

Οι μαθητές με ΣΔ τύπου 1 περνούν το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας στο σχολείο. Ως αποτέλεσμα, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να προκύψει κάποια επείγουσα ανάγκη ενώ βρίσκονται στο σχολικό περιβάλλον και κατ' επέκταση οι δάσκαλοι και το λοιπό προσωπικό θα πρέπει να μπορούν να εκτιμήσουν καθώς και να διαχειριστούν τους άμεσους για την υγεία κινδύνους που προκύπτουν από τα υψηλά ή χαμηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα προκειμένου να εξασφαλίσουν τη βέλτιστη δυνατή ασφάλεια και τη σωματική ευεξία του μαθητή που πάσχει (Al Shammari et al., 2021).

Οι εκπαιδευτικοί τα τελευταία χρόνια έχουν αποκτήσει γνώσεις σχετικά με τον ΣΔ τύπου 1. Ωστόσο, ολοένα και πιο συχνά αναφέρουν ότι η εκπαίδευση τους δεν είναι επαρκής (Kamel et al, 2020). Επιπρόσθετα, ο ρόλος των εκπαιδευτικών δεν πρέπει να περιορίζεται στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου στους μαθητές με διαβήτη, αλλά θα πρέπει να επεκταθεί προκειμένου να μπορούν οι εκπαιδευτικοί να αναγνωρίσουν τα ψυχικά προβλήματα και να προσφέρουν ψυχολογική υποστήριξη στους

μαθητές που καλούνται να διαχειριστούν τα ζητήματα που μπορεί να προκύψουν (Al Shammari et al, 2021). Σε μία μελέτη που αξιολογούσε την αυτοαποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών στην αναγνώριση προβλημάτων ψυχικής υγείας, βρέθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί εμφανίζουν χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα. Αυτό πιθανόν οφείλεται στο ότι οι δάσκαλοι αισθάνονται ότι η εκπαίδευσή τους σε θέματα ψυχικής υγείας είναι ελλιπής και δεν τους προετοιμάζει επαρκώς ώστε να παρέχουν κατάλληλη υποστήριξη και φροντίδα στους μαθητές τους. Αυτά τα αποτελέσματα υποδεικνύουν την κρίσιμη ανάγκη να συμπεριληφθούν μαθήματα ψυχικής υγείας στη συνεχή επιμόρφωση των εκπαιδευτικών, προκειμένου να αυξηθούν οι γνώσεις και οι δεξιότητές τους στην αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας των μαθητών τους (Kamel et al, 2020).

Οι επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα οι νοσηλευτές, μπορούν να παρέχουν στους εκπαιδευτικούς τις αναγκαίες γνώσεις. Η καθημερινή παρουσία των νοσηλευτών στο σχολείο ή κατά τη διάρκεια των ενέσεων ινσουλίνης συμβάλλει στη διαχείριση των συμπτωμάτων του διαβήτη. Όταν παρευρίσκεται στο χώρο ο σχολικός νοσηλευτής παρατηρείται αύξηση του αριθμού των ενέσεων ινσουλίνης από τα παιδιά γιατί έχουν την υποστήριξη και τη βοήθεια από τον σχολικό νοσηλευτή. Η παροχή πληροφοριών και εκπαίδευσης από τους επαγγελματίες υγείας στο προσωπικό του σχολείου για τον εντοπισμό και την ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών αυτών των παιδιών και η συνεργασία μεταξύ δασκάλων και επαγγελματιών υγείας είναι απαραίτητες για την επιτυχή διαχείριση των συμπτωμάτων και των επιπλοκών του ΣΔ (Sparapani et al, 2017).

Ο εκπαιδευτικός που κατέχει αυξημένες γνώσεις και δεξιότητες για τη διαχείριση του ΣΔ μπορεί να λειτουργήσει ως πρότυπο που θα μπορούσε να ασκήσει επιρροή σε επίπεδο δεξιοτήτων, στάσεων και συμπεριφορών τόσο σε μαθητές όσο και σε γονείς. Εκπαιδευτικοί με αυξημένο αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας μπορούν να λειτουργήσουν ως πρότυπο για την αύξηση του αισθήματος και των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας σε γονείς και παιδιά, η συμπεριφορά των οποίων είναι καθοριστική για τη διαχείριση της νόσου. Η τήρηση των αυστηρών οδηγιών με σκοπό τη διαχείριση του ΣΔ τύπου 1 κατά τα πολύπλοκα στάδια της σωματικής και ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης στην παιδική ηλικία και την εφηβεία είναι μια σημαντική πρόκληση που επηρεάζει τόσο τους νέους με διαβήτη όσο και τους γονείς/κηδεμόνες τους. Οι διαθέσιμες σήμερα βελτιωμένες θεραπευτικές επιλογές που υπάρχουν για τον ΣΔ απαιτούν αυτοδιαχείριση. Η σωστή διαχείριση του ΣΔ τύπου 1 δημιουργεί σημαντικές προκλήσεις στους νέους, καθώς πρέπει

να παρακολουθούν τακτικά τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα, να κάνουν ενέσεις ινσουλίνης ή να χρησιμοποιούν αντλίες ινσουλίνης και να παρακολουθούν στενά τη φυσική τους δραστηριότητα και τη διατροφή τους (Noser et al, 2017). Η αυξημένη αυτο-αποτελεσματικότητα στο διαβήτη αποτελεί έναν σημαντικό δείκτη αλλαγών στη συμπεριφορά της υγείας στους νέους και έχει συνδεθεί με βελτιωμένη αυτοφροντίδα, καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο και βελτιωμένη εικόνα της νόσου. Η αυτο-αποτελεσματικότητα ή η αντιληπτή ικανότητα του ατόμου να ακολουθεί το πρόγραμμα θεραπείας του διαβήτη, είναι σημαντικό να ενθαρρυνθεί στους νέους με ΣΔ τύπου 1 και στους φροντιστές τους, δεδομένων των απαιτήσεων αυτοδιαχείρισης του διαβήτη (Rasbach et al, 2015). Παρά τις βελτιώσεις σε επίπεδο θεραπευτικών επιλογών και την ύπαρξη μιας καλά εδραιωμένης σχέσης μεταξύ του επαρκούς ελέγχου της γλυκόζης και του μειωμένου κινδύνου επιπλοκών, οι νέοι με ΣΔ τύπου 1 συχνά δεν πετυχαίνουν τους προτεινόμενους στόχους της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (A1C). Η επίτευξη του στόχου της A1C είναι σημαντική για τον περιορισμό των σχετικών κινδύνων (Rasbach et al, 2015). Η αίσθηση αποτελεσματικότητας στους νέους με ΣΔ τύπου 1 είναι αναγκαία έτσι ώστε να είναι σε θέση να διαχειριστούν τη νόσο μακροπρόθεσμα. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς η διαχείριση του διαβήτη μεταβαίνει σταδιακά από τους γονείς στα μεγαλύτερα παιδιά και τους εφήβους και στη συνέχεια γίνεται αποκλειστική ευθύνη των φοιτητών ή των νεαρών ενηλίκων που ζουν μόνοι τους (Rasbach et al, 2015).

Ωστόσο, κατά την παιδική ηλικία η αποτελεσματική διαχείριση του ΣΔ1 απαιτεί την ουσιαστική συμμετοχή των γονέων, γεγονός που συχνά τους δημιουργεί έντονο άγχος (Noser et al, 2017). Έχει βρεθεί ότι η υψηλή γονική αυτο-αποτελεσματικότητα σε επίπεδο διαχείρισης του διαβήτη μπορεί να σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα στρες και άγχους σε σύγκριση με γονείς με χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα (Streisand et al., 2008), με καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο και υψηλότερη αντιληπτή ικανότητα για τη διαχείριση του διαβήτη στους νέους (Kaugars, Kichler, & Alemzadeh, 2011). Αυτές οι συσχετίσεις υπογραμμίζουν τα πιθανά οφέλη που θα μπορούσε, ενδεχομένως, να έχει το πρότυπο ενός εκπαιδευτικού με υψηλό αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας και αυτοπεποίθηση για τους μαθητές που πάσχουν από ΣΔ και τις οικογένειές τους (Noser et al, 2017).

3.3 Σημαντικότητα του θέματος της μελέτης

Οι στάσεις των Ελλήνων εκπαιδευτικών για την υποστήριξη παιδιών με ΣΔ τύπου 1 στο δημοτικό σχολείο καθώς και οι παράγοντες που, ενδεχομένως, τις επηρεάζουν δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς στη βιβλιογραφία. Τα ευρήματα της μελέτης θα βοηθήσουν στη βαθύτερη κατανόηση της επίδρασης των γνώσεων, των στάσεων και της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας των Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (δασκάλων) στη διαχείριση των αναγκών των μαθητών με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη, γεγονός που επηρεάζει καθοριστικά τη διαδικασία ενσωμάτωσης των μαθητών αυτών στο σχολικό περιβάλλον. Οι απόψεις και οι γνώσεις του σύγχρονου εκπαιδευτικού Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με τη νόσο και τη διαχείριση των εξατομικευμένων αναγκών του μαθητή με διαβήτη στο σχολείο, αλλά και το πόσο αποτελεσματικός αισθάνεται μπροστά στο πρόβλημα του παιδικού διαβήτη ειδικά σε ένα ευαίσθητο περιβάλλον όπως το ελληνικό δημοτικό σχολείο αποτελούν μια κύρια ερευνητική προβληματική. Τα αποτελέσματα της μελέτης θα συμβάλλουν στην αύξηση της τεκμηριωμένης γνώσης γύρω από το θέμα αυτό. Τα ευρήματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον εμπλουτισμό της βιβλιογραφίας της Παιδαγωγικής, της Ιατρικής, της Δημόσιας Υγείας και της Νοσηλευτικής αλλά και για την ολιστική προσέγγιση του διαβήτη στην ευαίσθητη παιδική ηλικία.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

4.1 Σκοπός της μελέτης

Ο σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί το επίπεδο γνώσεων των Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (δασκάλων) για το διαβήτη, οι στάσεις τους απέναντι σε μαθητές με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη, καθώς το επίπεδο γενικότερης αυτοαποτελεσματικότητάς τους. Επίσης, έγινε διερεύνηση των πιθανών συσχετίσεων που προκύπτουν μεταξύ στάσεων, γνώσεων και γενικότερης αυτοαποτελεσματικότητας καθώς και ενδεχόμενων συσχετίσεων μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών με τις παραπάνω παραμέτρους.

Πιο αναλυτικά η μελέτη επικεντρώνεται στα εξής:

- Αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με τη νόσο του ΣΔ και τη διαχείρισή της στην παιδική ηλικία.
- Καταγραφή των στάσεων των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης για τους μαθητές με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη.
- Να αναγνωριστεί η επίδραση του βαθμού αυτοαποτελεσματικότητας στις στάσεις των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης απέναντι σε μαθητές με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη στο σχολικό περιβάλλον.
- Να αναγνωριστεί η επίδραση κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών π.χ φύλο στις στάσεις των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης απέναντι σε μαθητές με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη στο σχολικό περιβάλλον.
- Να αναγνωριστούν οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης για τον ρόλο των σχολικών νοσηλευτών

4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία προκύπτουν είναι τα ακόλουθα:

- Σχετίζεται το επίπεδο των γνώσεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τον ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη με τις στάσεις που υιοθετούν απέναντι στους μαθητές που πάσχουν από διαβήτη στο σχολικό περιβάλλον;
- Σχετίζεται το επίπεδο των γνώσεων για τον ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη με το αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης;
- Σχετίζεται το αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης με τις στάσεις που υιοθετούν απέναντι στους μαθητές που πάσχουν από διαβήτη στο σχολικό περιβάλλον;
- Ποιο είναι το επίπεδο της αυτοαποτελεσματικότητας που αναφέρουν οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης;
- Ποιο είναι το επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης αναφορικά με τον ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη;
- Ποιες είναι οι στάσεις των Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με τον ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη και τον μαθητή με διαβήτη στο σχολικό περιβάλλον;
- Συσχετίζεται το επίπεδο γνώσεων αναφορικά με τον ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη με τα δημογραφικά-εργασιακά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης;
- Συσχετίζεται το επίπεδο της αυτοαποτελεσματικότητας με τα δημογραφικά-εργασιακά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης;
- Συσχετίζονται τα δημογραφικά-εργασιακά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης με τις στάσεις που υιοθετούν απέναντι στους μαθητές που πάσχουν από διαβήτη στο σχολικό περιβάλλον;

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Η προκείμενη μελέτη είναι μια συγχρονική μελέτη (Cross-Sectional Study) (Gunter, 2013). Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα πραγματοποιήθηκε μια ποσοτική έρευνα μέσω ειδικών σταθμισμένων εργαλείων. Η πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας έγινε μέσω χορήγησης δομημένου αυτο-συμπληρούμενου ερωτηματολογίου (το ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες βρίσκεται στο Παράρτημα). Μεταξύ του χρονικού διαστήματος Σεπτέμβριος - Νοέμβριος του έτους 2022 συλλέχθηκαν τα δεδομένα της μελέτης, έπειτα από την προ απαιτούμενη έγκριση για την διενέργεια της έρευνας σε Δημόσια Δημοτικά Σχολεία από την Διεύθυνση Περιφερειακής Ενότητας Α΄ Αθήνας.

5.2 Δείγμα – Δειγματοληπτική Μέθοδος

Το πληθυσμό της μελέτης (Δείγμα Ευκολίας - Convenience Sample) αποτέλεσαν εκπαιδευτικοί που εργάζονταν σε Δημόσια Δημοτικά Σχολεία από την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση της Περιφερειακής Ενότητας Α΄ Αθήνας (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011). Κριτήριο εισαγωγής των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν να έχουν συμπληρώσει φόρμα πληροφορημένης συναίνεσης. Μόνο οι δάσκαλοι που δεν επιθυμούσαν να συμμετέχουν αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Συνολικά από τα 170 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν σε εκπαιδευτικούς της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Α΄ Αθήνας συλλέχθηκαν συμπληρωμένα τα 150, δηλαδή το ποσοστό ανταπόκρισης (response rate) ήταν 88,23%.

5.3 Ερευνητικό Εργαλείο Μέτρησης - Σύντομη Παρουσίαση Ερευνητικού εργαλείου

Για την υλοποίηση των στόχων της μελέτης έγινε χρήση του ακόλουθου ερωτηματολογίου, το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα.

A. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών – Δημογραφικών Χαρακτηριστικών

Το πρώτο σκέλος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε ερωτήσεις για την συλλογή πληροφοριών για τα κοινωνικό - δημογραφικά / εργασιακά χαρακτηριστικά των

εργαζομένων, όπως: οικογενειακή κατάσταση, ηλικία, φύλο, αριθμός παιδιών, έτη προϋπηρεσίας, θέση εργασίας, σχέση εργασίας, σπουδές, προσωπικές δυσκολίες εξαιτίας του διαβήτη και άτομο στο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον με σακχαρώδη διαβήτη.

B. Ερωτηματολόγιο Γνώσεων και Στάσεων των Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με τη Διαχείριση του Ινσουλινοεξαρτώμενου Διαβήτη σε Μαθητές

Η κλίμακα δημιουργήθηκε από τους Chatzistougianni et al. (2020) και έχει χρησιμοποιηθεί στον ελληνικό πληθυσμό. Αποτελείται από δύο ενότητες. Η 1^η Ενότητα: «Γνώσεις σχετικά με το διαβήτη» αξιολογεί το επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης για τον ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη και η 2^η Ενότητα: «Προσωπικές τοποθετήσεις» διερευνά τις στάσεις/ αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τον ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη και τον μαθητή με διαβήτη στο σχολικό περιβάλλον.

Η 1^η Ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει είκοσι (20) ερωτήσεις κλειστού τύπου με στόχο την αξιολόγηση των βασικών γνώσεων των δασκάλων σχετικά με τον ΣΔ, δηλαδή τα σημεία και συμπτώματα, τις μεθόδους διαχείρισης και ελέγχου της νόσου, την ενδεδειγμένη διατροφή, την ικανότητα συμμετοχής των παιδιών σε μαθήματα και εξωσχολικές δραστηριότητες, την ικανότητα ανίχνευσης υπο- ή υπεργλυκαιμίας. Για το ερωτηματολόγιο γνώσεων υπολογίστηκε το ποσοστό ορθών απαντήσεων, όπου κυμαίνεται από 0 έως 100%.

Η 2^η Ενότητα περιλαμβάνει δεκατρείς (13) ερωτήσεις κλειστού τύπου, όπου διερευνούν τις προσωπικές τοποθετήσεις και στάσεις των εκπαιδευτικών όσον αφορά τη διαχείριση του διαβήτη στο χώρο του σχολείου. Οι ερωτήσεις κατέγραφαν τις αντιλήψεις και τις προσωπικές τοποθετήσεις των εκπαιδευτικών για την θέση του/της μαθητή/τριας με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη στην τάξη και στο σχολικό περιβάλλον, την διάθεση του εκπαιδευτικού να υποστηρίξει, να διαχειριστεί και να αντιμετωπίσει μια έκτακτη διαβητική ανάγκη και να προσφέρει φροντίδα, αλλά και την σημαντικότητα του σχολικού νοσηλευτή (Chatzistougianni et al., 2020).

Η 3^η Ενότητα περιλαμβάνει επιπρόσθετες ερωτήσεις που δημιουργήθηκαν για τους σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης.

Πιο συγκεκριμένα, οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για το ρόλο του νοσηλευτή στο χώρο του σχολείου διερευνήθηκαν από 6 επιπρόσθετες ερωτήσεις:

1. Πόσο ασφαλής θα νιώθατε με την ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή στο σχολείο;
2. Πόσο αποτελεσματικός πιστεύετε ότι μπορεί να είναι ο σχολικός νοσηλευτής στην διαχείριση έκτακτων αναγκών ενός/μιας μαθητή/τριας;
3. Πόσο αποτελεσματικός πιστεύετε ότι μπορεί να είναι ο σχολικός νοσηλευτής στην ενσωμάτωση ενός/μιας μαθητή/τριας με διαβήτη στην σχολική τάξη;
4. Πόσο μπορεί ο σχολικός νοσηλευτής να εκπαιδεύσει το εκπαιδευτικό προσωπικό στη διαχείριση του διαβήτη;
5. Πόσο μπορεί ο σχολικός νοσηλευτής να μειώσει το άγχος που βιώνουν οι γονείς των μαθητών με διαβήτη;
6. Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη η παρουσία σχολικού νοσηλευτή προκειμένου ένας/μια μαθητής/τρια με διαβήτη να συμμετέχει σε αθλητικές δραστηριότητες ή να λάβει μέρος σε μια εκδρομή;

Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τους μαθητές με ΣΔ διερευνήθηκαν από 4 επιπρόσθετες ερωτήσεις:

1. Πιστεύετε ότι ένας/μια μαθητής/τρια με σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την διεξαγωγή του μαθήματος στην τάξη;
2. Πιστεύετε ότι ένας/μια μαθητής/τρια με σακχαρώδη διαβήτη χρήζει ξεχωριστής μεταχείρισης σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά;
3. Πιστεύετε ότι ένας/μια μαθητής/τρια με σακχαρώδη διαβήτη έχει μειωμένη σχολική επίδοση;
4. Πιστεύετε ότι ένας/μια μαθητής/τρια με σακχαρώδη διαβήτη στιγματίζεται μέσα στο χώρο του σχολείου, επειδή νιώθει κατώτερος/η ή διαφορετικός/η από τους συνομήλικούς του/της;

Τέλος, οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών/εκπαιδευτικού συστήματος για τη διαχείριση μαθητών με ΣΔ διερευνήθηκαν από 5 επιπρόσθετες ερωτήσεις:

1. Πόσο αποτελεσματικός πιστεύετε ότι μπορεί να είστε στην αντιμετώπιση των αναγκών των παιδιών με Σακχαρώδη διαβήτη;
2. Πιστεύετε ότι η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών στο διαβήτη θα μπορούσε να συμβάλει στη βελτίωση της ένταξης των μαθητών με διαβήτη στο σχολικό περιβάλλον;
3. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι το εκπαιδευτικό σύστημα είναι επαρκώς προετοιμασμένο προκειμένου να εξυπηρετήσει ικανοποιητικά τις ανάγκες του παιδιού με διαβήτη;
4. Στο σχολείο που εργάζεστε σας έχουν δοθεί οι απαραίτητες οδηγίες ή η κατάλληλη εκπαίδευση για τον διαβήτη;
5. Σε πιο βαθμό θα ήσασταν πρόθυμος/η να εκπαιδευτείτε στη διαχείριση των αναγκών των μαθητών με διαβήτη;

Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις των αντιλήψεων δίνονται μέσω μιας 5βάθμιας κλίμακας τύπου Likert, όπου το 1 αντιστοιχεί στο καθόλου και το 5 στο πάρα πολύ. Για τον υπολογισμό της βαθμολογίας των αντιλήψεων, οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών 1,2,3,4 και 5 μετατράπηκαν σε 0, 25, 50, 75 και 100, αντίστοιχα. Έπειτα, αθροίστηκαν οι απαντήσεις στις ερωτήσεις των αντιλήψεων και διαιρέθηκαν με τον αριθμό των ερωτήσεων. Η βαθμολογία των αντιλήψεων κυμαίνεται από 0 έως 100., όπου υψηλότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε πιο θετικές αντιλήψεις. Έγινε αντιστροφή των απαντήσεων των ερωτήσεων για τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τους μαθητές με ΣΔ.

Γ. Κλίμακα Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας (General Self – Efficacy Scale – GSE),

Η κλίμακα Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας χρησιμοποιήθηκε για να μετρηθεί η αυτοαποτελεσματικότητα (γενικά πόσο ένα άτομο πιστεύει ότι έχει την ικανότητα να ανταπεξέρθει στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει και να εκτελεί επιτυχώς μια δραστηριότητα προς το στόχο αυτό) και δημιουργήθηκε από τους Schwarzer και Jerusalem (1995). Η κλίμακα προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τους Karademas, Kafetsios και Sideridis (2007). Περιλαμβάνει δέκα ερωτήσεις-προτάσεις, με τέσσερις πιθανές απαντήσεις τύπου Likert (από 1 = καθόλου αλήθεια έως 4 = απολύτως αλήθεια) για την καθεμία και στο

τέλος αθροίζονται και βγαίνει ενιαίο σκορ. Δηλαδή το συνολικό σκορ υπολογίζεται βρίσκοντας το άθροισμα όλων των ερωτημάτων. Η βαθμολογία μπορεί να κυμανθεί από το δέκα έως το σαράντα, όπου η χαμηλή βαθμολογία υποδεικνύει την χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα και αντιστρόφως. Η υψηλότερη βαθμολογία υποδεικνύει μεγαλύτερη αίσθηση αυτο-αποτελεσματικότητας. Η εσωτερική αξιοπιστία της κλίμακας Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας είναι ικανοποιητική (Cronbach's $\alpha = 0,84$).

Και για τις δύο κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν ζητήθηκαν άδειες για την χρήση τους από τους δημιουργούς τους και αφού δόθηκαν οι αντίστοιχες άδειες χρησιμοποιήθηκαν στην συγκεκριμένη μελέτη.

5.4 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Στην παρούσα μελέτη η διανομή των ερωτηματολογίων αλλά και η συλλογή των απαντημένων ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με προσωπική επαφή του ερευνητή με τους συμμετέχοντες στην έρευνα (εκπαιδευτικοί Δημοτικών Σχολείων Α΄ Αθήνας) οι οποίοι πληροφορήθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και έδωσαν τη συγκατάθεσή τους προκειμένου να συμμετέχουν. Σε όλα τα ερωτηματολόγια υπήρχαν επαρκείς οδηγίες για τη συμπλήρωσή τους. Διευκρινίζεται πως δεν υπάρχει σωστή και λανθασμένη απάντηση και τα άτομα που συμμετέχουν στην έρευνα παροτρύνονται να σημειώσουν την πιο αυθόρμητη και ειλικρινή απάντηση, ούτως ώστε οι πληροφορίες που λαμβάνονται για την στάση και τα συναισθήματά τους να είναι όσο το δυνατόν πιο σαφείς. Ταυτόχρονα, γνωστοποιήθηκε στους συμμετέχοντες ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα ήταν προαιρετική. Σε κάθε ερωτηματολόγιο επισυνάφθηκε από ένα έντυπο πληροφορημένης συγκατάθεσης, στο οποίο αναφερόταν ο στόχος της έρευνας, διαβεβαιωνόταν ο εθελοντικός χαρακτήρας της συμμετοχής, η ανωνυμία και η ασφάλεια των συμμετεχόντων, όπως επίσης και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων.

5.5 Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Η παρούσα έρευνα υλοποιήθηκε με βάση τον νόμο που ισχύει όσον αφορά την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679, ΓΚΠΔ ή GDPR). Για την διεξαγωγή της έρευνας εξασφαλίστηκε

αρχικά η έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας στην Έρευνα του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (αριθμός πρωτοκόλλου: 82385 - 19/09/2022).

Πριν την διανομή του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες στην έρευνα ενημερώθηκαν προφορικά από τον ερευνητή για τους σκοπούς της έρευνας και για τους όρους συμμετοχής σ' αυτή όπως και για τα δικαιώματά τους. Ακολούθως, τους δόθηκε από τον ερευνητή ένα «Έντυπο Ενημέρωσης και Συγκατάθεσης Συμμετέχοντα σε Έρευνα» (επισυνάπτεται στο Παράρτημα) το οποίο περιλάμβανε την γραπτή ενημέρωση του συμμετέχοντος στην έρευνα και λαμβανόταν η γραπτή συγκατάθεσή του. Πιο συγκεκριμένα ο ερευνητής υπερέτεινε στους συμμετέχοντες τα εξής:

- τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους
- την τήρηση των προσωπικών δεδομένων τους σύμφωνα με το Νόμο 4624/2019: «Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, τα μέτρα εφαρμογής του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ενσωμάτωση στην εθνική νομοθεσία της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/680 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 και άλλες διατάξεις»
- την απόλυτη εχεμύθεια και την χρήση των δεδομένων της έρευνας για την διεξαγωγή στατιστικών αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων αποκλειστικά για τους ερευνητικούς σκοπούς της παρούσας μελέτης
- τη δυνατότητα των συμμετεχόντων για ενημέρωσή τους για τα αποτελέσματα της μελέτης και με ποιον τρόπο μπορεί να έχουν πρόσβαση σε αυτά
- το δικαίωμα να αποσυρθούν από την έρευνα οποτεδήποτε το θελήσουν χωρίς καμία συνέπεια
- το δικαίωμα της μη συμμετοχής στην έρευνα σε περίπτωση που δεν το επιθυμούν ή έχουν οποιαδήποτε ανασφάλεια που αφορά στην συμμετοχή τους
- τα δεδομένα θα καταστραφούν 36 μήνες μετά τη συλλογή τους
- η πρόσβαση στα ερωτηματολόγια θα επιτρέπεται μόνο στην ερευνητική ομάδα

Σε κανένα ερωτηματολόγιο δεν υπήρχε το όνομα του συμμετέχοντα ώστε να μην είναι δυνατόν να γίνει ταυτοποίηση των στοιχείων των συμμετεχόντων μέσω των

απαντήσεών τους. Έγινε κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων, όπως και με όλες τις φόρμες που χρησιμοποιήθηκαν. Τα υπογεγραμμένα έντυπα συγκατάθεσης και το έντυπο κωδικοποίησης των συμμετεχόντων φυλάσσονταν ξεχωριστά από τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια προκειμένου να είναι αδύνατη η ταυτοποίηση των υποκειμένων.

Οι συμμετέχοντες γνώριζαν τα στοιχεία των ερευνητών της μελέτης μέσα από το έντυπο ενημέρωσης/συγκατάθεσης και οποιαδήποτε στιγμή μπορούσαν να πουν την άποψή τους ή παράπονα ή ακόμα και να αποχωρήσουν από την έρευνα.

Οι ερευνητές δεσμεύονται ότι τα ερωτηματολόγια τα έντυπα κωδικοποίησης συμμετεχόντων και τα έντυπα συγκατάθεσης φυλάσσονται κλειδωμένα και ξεχωριστά σε συρτάρι στο γραφείο του ερευνητή για διάστημα 36 μηνών από την συλλογή τους και κατόπιν θα καταστραφούν. Η καταστροφή των δεδομένων θα γίνει από τον ίδιο τον ερευνητή. Τα έντυπα θα καταστραφούν μαζί με τεμαχισμό σε λωρίδες μέσω της χρήσης ειδικού μηχανήματος τεμαχισμού εγγράφων (shredder). Η καταστροφή θα πραγματοποιηθεί με τέτοιο τρόπο που δεν θα καθίσταται δυνατή η ανασύνθεση.

5.6 Στατιστική Ανάλυση

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών έγινε χρήση της μέσης τιμής και της τυπικής απόκλισης, ενώ για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών η απόλυτη (N) και η σχετική συχνότητα (%). Έγινε έλεγχος της κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών με 2 τρόπους: (α) το Kolmogorov – Smirnov (K-S) test, όπου όταν το p-value του test είναι μεγαλύτερο από 0.05 τότε η μεταβλητή θεωρείται ότι ακολουθεί την κανονική κατανομή, και (β) το ιστόγραμμα.

Για τις συγχρονικές συγκρίσεις των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν: α) ο έλεγχος t-test ή Mann-Whitney, για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν ή όχι την κανονική κατανομή με διχότομες κατηγορικές μεταβλητές, β) ο έλεγχος ANOVA ή Kruskal-Wallis για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν ή όχι την κανονική κατανομή με κατηγορικές μεταβλητές με περισσότερες από δύο κατηγορίες και γ) ο συντελεστής Pearson (r) ή Spearman (rho) για τη συσχέτιση δύο ποσοτικών μεταβλητών.

Έπειτα, πραγματοποιήθηκαν μονομεταβλητές παραγοντικές γραμμικές αναλύσεις με εξαρτημένη μεταβλητή το ποσοστό ορθών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων και εξαρτημένες μεταβλητές τα δημογραφικά – επαγγελματικά χαρακτηριστικά των ατόμων

που συμμετείχαν, τις αντιλήψεις και τις στάσεις του για το ΣΔ και την αυτό-αποτελεσματικότητα. Οι μεταβλητές που βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο $\alpha=0,100$ στις μονομεταβλητές αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν για να δημιουργηθεί το αρχικό πολυμεταβλητό μοντέλο και έπειτα πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Κάθε φορά γινόταν αφαίρεση από το μοντέλο της ανεξάρτητης μεταβλητής με το μεγαλύτερο p-value, υπό την προϋπόθεση η τιμή του p-value ήταν πιο μεγάλη από το προκαθορισμένο κριτήριο παραμονής των ανεξάρτητων μεταβλητών στο πολυμεταβλητό μοντέλο. Ως προκαθορισμένο επίπεδο παραμονής μιας ανεξάρτητης μεταβλητής ορίστηκε ως $\alpha=0,05$. Η ίδια διαδικασία χρησιμοποιήθηκε και για την αναγνώριση των προγνωστικών μεταβλητών της αυτό-αποτελεσματικότητας. Στους πίνακες με τα αποτελέσματα της γραμμικής παλινδρόμησης παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients'beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v.28 και STATA v.13. Σε όλες τις περιπτώσεις των στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το $\alpha=0.05$.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Το δείγμα της έρευνας αποτελέσαν 150 εκπαιδευτικοί από δημόσια δημοτικά σχολεία της Α' Αθήνας. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1: Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά		N (%)
Φύλο	Άνδρας	37 (24,7)
	Γυναίκα	113 (75,3)
Ηλικία		43,79 ($\pm 10,11$)*
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η	49 (32,7)
	Διαζευγμένος/η	7 (4,7)
	Έγγαμος/η	91 (60,7)
	Χήρος/α	3 (2,0)
Αριθμός τέκνων	Κανένα	59 (39,3)
	Ένα	34 (22,7)
	Δύο	47 (31,3)
Θέση	\geq Τρία	10 (6,7)
	Εκπαιδευτικός	144 (96,0)
Έτη προϋπηρεσίας	Προϊστάμενος/ Διευθυντής/ Υποδιευθυντής	6 (4,0)
Σχέση εργασίας		17,46 ($\pm 10,61$)*
	Μόνιμος	113 (75,3)
	Αναπληρωτής	37 (24,7)
Βασικές Σπουδές	Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης	129 (86,0)
	Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης Ειδικής Αγωγής	7 (4,7)
	Παιδαγωγική Σχολή με Εξομοίωση ΠΤΔΕ	17 (11,3)
Επιπρόσθετες Σπουδές	Δεύτερο πτυχίο	7 (4,7)
	MSc/PhD	40 (26,7)

*Μέση Τιμή (\pm Τυπική Απόκλιση)

Από τους 150 συμμετέχοντες, οι 37 (24,7%) ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 43,79 ($\pm 10,11$) έτη. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι (N=91, 60,7%). Μόνο 6 (4,0%) συμμετέχοντες ήταν προϊστάμενοι/ διευθυντές/ υποδιευθυντές. Ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας ήταν τα 17,46 ($\pm 10,61$) έτη. Ακόμη, 113 (75,3%) συμμετέχοντες ήταν μόνιμοι και 40 (26,7%) είχαν μεταπτυχιακό/ διδακτορικό.

Επτά (4,7%) συμμετέχοντες είχαν προσωπικές δυσκολίες με το ΣΔ και 69 (46,0%) ανέφεραν ότι είχαν κάποιο φίλο ή συγγενή με ΣΔ (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Προσωπικές εμπειρίες των συμμετεχόντων με το διαβήτη

		N (%)
Είχατε ποτέ προσωπικές δυσκολίες με τον διαβήτη τύπου 1 ή 2;	Ναι	7 (4,7)
	Όχι	143 (95,3)
Έχετε στο ευρύτερο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον άτομο με σακχαρώδη διαβήτη;	Ναι	69 (46,0)
	Όχι	81 (54,0)

6.2 Βαθμολογία ερωτηματολογίων

Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται η βαθμολογία των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη. Ο μέσος αριθμός σωστών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων ήταν 86,00 ($\pm 9,01$) %. Η μέση βαθμολογία των αντιλήψεων για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή ήταν 90,53 ($\pm 9,39$), για τους μαθητές με ΣΔ 89,17 ($\pm 11,42$) και για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών/ εκπαιδευτικού συστήματος στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ 48,10 ($\pm 13,22$). Τέλος, η μέση βαθμολογία αυτό-αποτελεσματικότητας ήταν 30,71 ($\pm 13,67$). Ο συντελεστής Cronbach α της κλίμακας αυτο-αποτελεσματικότητας ήταν ίσος με 0,778, γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια της κλίμακας.

Πίνακας 3: Περιγραφικά δεδομένα της βαθμολογίας των ερωτηματολογίων

Ερωτηματολόγιο (ελάχιστη – μέγιστη τιμή)	ΜΤ(±ΤΑ)	Διάμεση	Ελάχιστη	Μέγιστη
Γνώσεις για το ΣΔ1 (0 – 100%)	86,00 (±9,01)	85,00	50,00	100,00
Στάσεις – Αντιλήψεις				
Αντιλήψεις για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή (0 - 100)	90,53 (±9,39)	91,67	62,50	100,00
Αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ (0 – 100)	89,17 (±11,42)	93,75	56,25	100,00
Αντιλήψεις για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ (0-100)	48,10 (±13,22)	45,00	10,00	100,00
Αυτο-αποτελεσματικότητα (0 - 40)	30,71 (±13,67)	30,00	17,00	39,00

6.3 Γνώσεις των εκπαιδευτικών για το ΣΔ1

Στους πίνακες 4 και 5 και στο διάγραμμα 1 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών στις ερωτήσεις γνώσεων. Οι ερωτήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό ορθών απαντήσεων ήταν: «μπορεί ένα παιδί να πάσχει από ΣΔ;» (100%), «ένα παιδί με ΔΕ πρέπει να διακόψει το σχολείο;» (100%), «ένα παιδί με ΣΔ μπορεί να μετέχει στο μάθημα της γυμναστικής;» (98,70%), «είναι ο ΣΔ μεταδοτικό νόσημα;» (98,70%) και «ένα παιδί με ΣΔ πρέπει να μετρά τακτικά το σάκχαρο του;» (98,70%). Από την άλλη, οι ερωτήσεις με το μικρότερο ποσοστό ορθών απαντήσεων ήταν: «Ποιο είναι το φυσιολογικό φάσμα των τιμών σακχάρου στο αίμα όταν είμαστε νηστικοί;» (62,70%) και «Εάν βρείτε ένα παιδί με ΣΔ αναίσθητο τι πρέπει να κάνετε άμεσα;» (52,70%). Σε 10 ερωτήσεις το ποσοστό ορθών απαντήσεων ήταν $\geq 90,0\%$ (Διάγραμμα 1).

Πίνακας 4: Απαντήσεις συμμετεχόντων στις ερωτήσεις γνώσεων

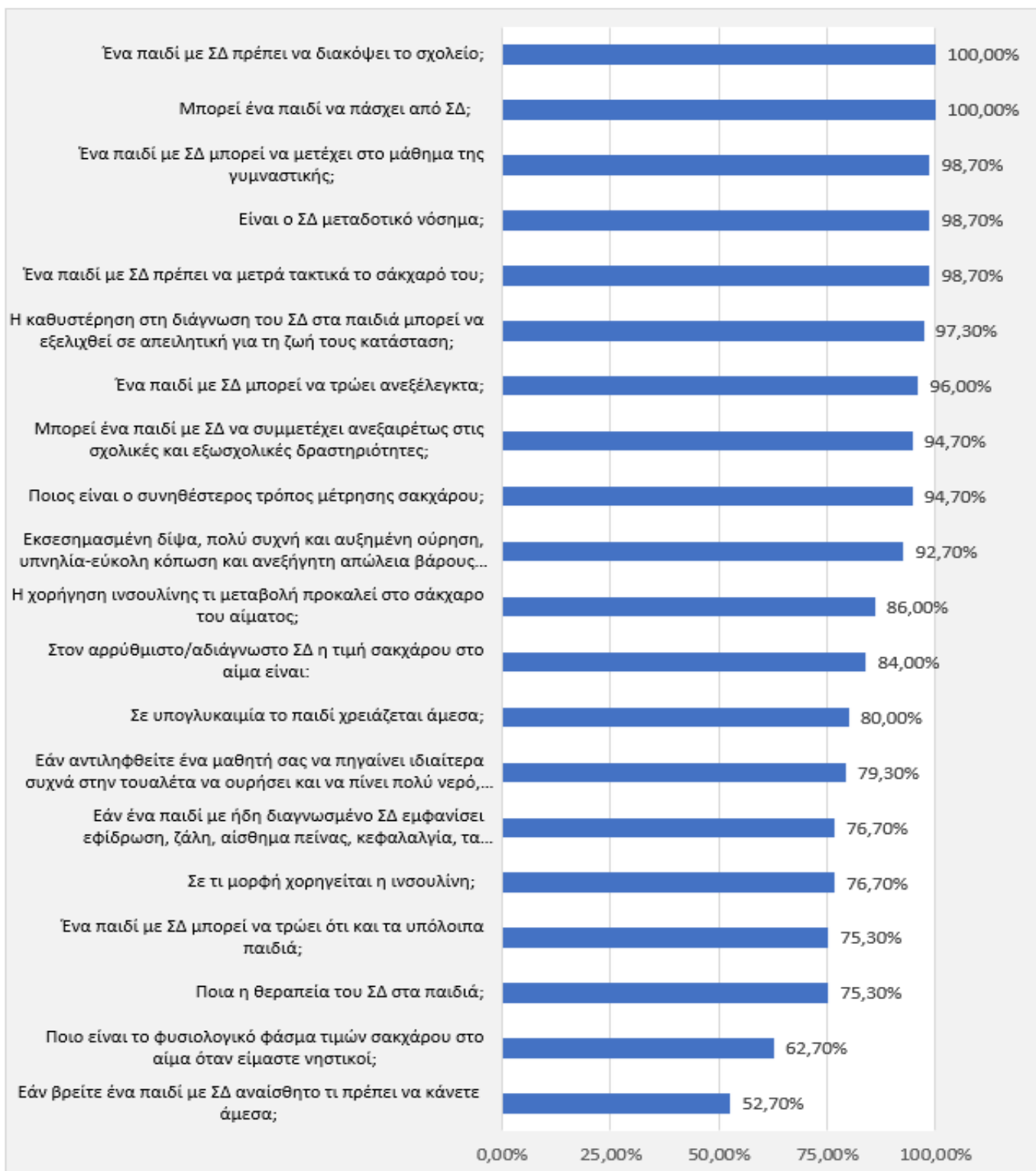
Ερωτήσεις γνώσεων για το ΣΔ1		N(%)
1. Μπορεί ένα παιδί να πάσχει από ΣΔ;	Ναι	150 (100,0)
	Όχι	0 (0,0)
2. Εκ σεσημασμένη δίψα, πολύ συχνή και αυξημένη ούρηση, υπνηλία-εύκολη κόπωση και ανεξήγητη απώλεια βάρους συνιστούν συμπτώματα ΣΔ σε παιδί;	Ναι	139 (92,7)
	Όχι	11 (7,3)
3. Εάν αντιληφθείτε ένα μαθητή σας να πηγαίνει ιδιαίτερα συχνά στην τουαλέτα να ουρήσει και να πίνει πολύ νερό, θα το θεωρήσετε σημαντικό ώστε να το κοινοποιήσετε σε ανωτέρους σας και στους γονείς του;	Ναι	119 (79,3)
	Όχι	31 (20,7)
4. Η καθυστέρηση στη διάγνωση του ΣΔ στα παιδιά μπορεί να εξελιχθεί σε απειλητική για τη ζωή τους κατάσταση;	Ναι	146 (97,3)
	Όχι	4 (2,7)
5. Ποιο είναι το φυσιολογικό φάσμα τιμών σακχάρου στο αίμα όταν είμαστε νηστικοί;	50-90mg/dl	37 (24,7)
	70-100mg/dl	94 (62,7)
	100-135 mg/dl	9 (6,0)
	>100mg/dl	10 (6,7)
6. Στον αρρυθμιστο/αδιάγνωστο ΣΔ η τιμή σακχάρου στο αίμα είναι:	Χαμηλή	24 (16,0)
	Υψηλή	126 (84,0)
	Αντιδιαβητική αγωγή από το στόμα	15 (10,0)
7. Ποια η θεραπεία του ΣΔ στα παιδιά;	Δίαιτα μόνο	22 (14,7)
	Χορήγηση ινσουλίνης	113 (75,3)
	Ενέσεις υποδόριες/αντλία	115 (76,7)
8. Σε τι μορφή χορηγείται η ινσουλίνη;	Από το στόμα	7 (4,7)
	Δια δερμικά	28 (18,7)
9. Η χορήγηση ινσουλίνης τι μεταβολή προκαλεί στο σάκχαρο του αίματος;	Αύξηση	21 (14,0)
	Ελάττωση	129 (86,0)
10. Ένα παιδί με ΣΔ πρέπει να μετρά τακτικά το σάκχαρό του;	Ναι	148 (98,7)
	Όχι	2 (1,3)

Με πράσινο παρουσιάζονται οι ορθές απαντήσεις

Πίνακας 5: Απαντήσεις συμμετεχόντων στις ερωτήσεις γνώσεων (συνέχεια)

Ερωτήσεις γνώσεων για το ΣΔ1		N (%)
11. Ποιος είναι ο συνηθέστερος τρόπος μέτρησης σακχάρου;	Στο σάλιο	8 (5,3)
	Σε σταγόνα αίματος	142 (94,7)
	Στα ούρα	0 (0,0)
12. Ένα παιδί με ΣΔ μπορεί να τρώει ανεξέλεγκτα;	Ναι	6 (4,0)
	Όχι	144 (96,0)
13. Ένα παιδί με ΣΔ μπορεί να τρώει ότι και τα υπόλοιπα παιδιά;	Ναι	3 (2,0)
	Ναι με προϋποθέσεις	34 (22,7)
	Όχι	113 (75,3)
14. Ένα παιδί με ΣΔ πρέπει να διακόψει το σχολείο;	Ναι	0 (0,0)
	Όχι	100 (0,0)
15. Μπορεί ένα παιδί με ΣΔ να συμμετέχει ανεξαιρέτως στις σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες;	Ναι	142 (94,7)
	Όχι	8 (5,3)
16. Ένα παιδί με ΣΔ μπορεί να μετέχει στο μάθημα της γυμναστικής;	Ναι	148 (98,7)
	Όχι	2 (1,3)
17. Είναι ο ΣΔ μεταδοτικό νόσημα;	Ναι	2 (1,3)
	Όχι	148 (98,7)
18. Εάν ένα παιδί με ήδη διαγνωσμένο ΣΔ εμφανίσει εφίδρωση, ζάλη, αίσθημα πείνας, κεφαλαλγία, τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα πιθανώς είναι;	Χαμηλά	115 (76,7)
	Υψηλά	35 (23,3)
	Ζάχαρη	120 (80,0)
19. Σε υπογλυκαιμία το παιδί χρειάζεται άμεσα;	Ινσουλίνη	20 (13,3)
	Χρόνο για να αισθανθεί καλύτερα	10 (6,7)
	Να προσπαθήσετε να τον συνεφέρετε για να του δώσετε χυμό	37 (24,7)
20. Εάν βρείτε ένα παιδί με ΣΔ αναίσθητο τι πρέπει να κάνετε άμεσα;	Να καλέσετε νοσηλεύτη/ασθενοφόρο	79 (52,7)
	Να τηλεφωνήσετε τους γονείς για οδηγίες	34 (22,7)

Με πράσινο παρουσιάζονται οι ορθές απαντήσεις



Διάγραμμα 1: Ποσοστό ορθών απαντήσεων ανά ερώτηση στο ερωτηματολόγιο γνώσεων

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με προσωπικές τοποθετήσεις και στάσεις τους έναντι του ΣΔ1. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6:

- το 35,3% των εκπαιδευτικών είχαν κάποια στιγμή μαθητή με ΣΔ,
- το 95,7% των εκπαιδευτικών ήταν πρόθυμοι να έχουν και να υποστηρίξουν ένα παιδί με ΣΔ,
- το 34,0% των εκπαιδευτικών ανέφερε ότι στο σχολείο του δεν υπάρχουν ειδικά μέτρα ώστε να υποστηριχθεί ένα παιδί με ΣΔ,
- το 93,3% των εκπαιδευτικών δεν είχε λάβει ειδική εκπαίδευση σχετικά με ΣΔ στα παιδιά και την αντιμετώπιση του,
- το 50,7% των εκπαιδευτικών πιστεύουν ότι τα παιδιά με ΣΔ αισθάνονται μειονεκτικά ή διαφορετικά σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά,
- όλοι οι εκπαιδευτικοί (100%) πιστεύουν πως η επιπλέον ενημέρωση του κοινού πάνω στο ΣΔ θα βοηθούσε στην καλύτερη αφομοίωση παιδιών με ΣΔ στη σχολική κοινότητα,
- μόνο το 14,7% των εκπαιδευτικού κρίνουν απαραίτητη την παρουσία γονέων κατά τις σχολικές και εξωσχολικές αθλητικές δραστηριότητες των παιδιών με ΣΔ,
- το 10,0% των εκπαιδευτικών δε θα επέτρεπαν σ' ένα παιδί με ΣΔ να μέτρηση σακχάρου στην τάξη,
- το 84,7% των εκπαιδευτικών ήταν πρόθυμοι να εκπαιδευτούν και να κάνουν μέτρηση σακχάρου σ' ένα παιδί με ΣΔ,
- το 10,0% των εκπαιδευτικών δε θα επέτρεπαν σ' ένα παιδί με ΣΔ να φάει κάτι για να διορθώσει την υπογλυκαιμία του στην τάξη,
- το 97,3% των εκπαιδευτικών ανέφεραν ότι υπάρχει ψυγείο για φύλαξη της ενέσιμης γλυκαγόνης στο σχολείο,
- το 34,7% των εκπαιδευτικών δεν ήταν πρόθυμοι να χορηγήσουν ενδομυϊκά τη γλυκαγόνη σε παιδί με ΣΔ σε περίπτωση απόλυτης ανάγκης,
- το 34,7% των εκπαιδευτικών ανέφεραν ότι δεν υπάρχει σχολικός νοσηλευτής στο σχολείο τους, και
- το 23,3% των εκπαιδευτικών ανέφεραν ότι αυτή την περίοδο έχουν παιδί με ΣΔ στην τάξη τους.

Πίνακας 6: Στάσεις / προσωπικές τοποθετήσεις των εκπαιδευτικών έναντι του ΣΔ1

Στάσεις εκπαιδευτικών έναντι του ΣΔ1	Όχι	Ναι
Είχατε ποτέ στη τάξη σας παιδί με ΣΔ;	97 (64,7)	53 (35,3)
Είστε πρόθυμος να έχετε και να υποστηρίξετε ένα παιδί με ΣΔ στην τάξη σας;	7 (4,7)	143 (95,3)
Στο σχολείο σας υπάρχουν ειδικά μέτρα ώστε να υποστηριχθεί ένα παιδί με ΣΔ;	51 (34,0)	99 (66,0)
Σαν εκπαιδευτικό προσωπικό έχετε λάβει ποτέ ειδική εκπαίδευση σχετικά με τον ΣΔ στα παιδιά και την αντιμετώπισή του;	140 (93,3)	10 (6,7)
Πιστεύετε ότι τα παιδιά με ΣΔ αισθάνονται μειονεκτικά ή διαφορετικά σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά;	74 (49,3)	76 (50,7)
Πιστεύετε πως επιπλέον ενημέρωση του κοινού πάνω στο ΣΔ θα βοηθούσε στην καλύτερη αφομοίωση παιδιών με ΣΔ στη σχολική κοινότητα;	0 (0,0)	150 (100,0)
Κρίνετε απαραίτητη την παρουσία γονέων κατά τις σχολικές και εξωσχολικές αθλητικές δραστηριότητες των παιδιών με ΣΔ;	125 (83,3)	22 (14,7)
Θα επιτρέπατε σε ένα παιδί με ΣΔ να κάνει μέτρηση σακχάρου στην τάξη;	15 (10,0)	135 (90,0)
Θα ήσασταν πρόθυμος να εκπαιδευτείτε και να κάνετε μέτρηση σακχάρου σε ένα παιδί με ΣΔ;	21 (14,0)	127 (84,7)
Θα επιτρέπατε σε ένα παιδί με ΣΔ να φάει κάτι για να διορθώσει την υπογλυκαιμία του στην τάξη;	15 (10,0)	135 (90,0)
Υπάρχει ψυγείο για φύλαξη της ενέσιμης γλυκαγόνης στο σχολείο;	4 (2,7)	146 (97,3)
Θα ήσασταν πρόθυμος να χορηγήσετε ενδομυϊκά τη γλυκαγόνη σε παιδί με ΣΔ σε περίπτωση απόλυτης ανάγκης;	52 (34,7)	98 (65,3)
Υπάρχει στο σχολείο στο οποίο εργάζεστε σχολικός νοσηλευτής;	53 (34,7)	98 (65,3)
Έχετε αυτή τη στιγμή κάποιο παιδί με ΣΔ στην τάξη σας;	115 (76,7)	35 (23,3)

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τους μαθητές με ΣΔ. Πιο συγκεκριμένα:

- 78,0% των εκπαιδευτικών πιστεύουν ότι «καθόλου» ένας μαθητής με ΣΔ μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη διεξαγωγή του μαθήματος στην τάξη
- το 12,7% των εκπαιδευτικών πιστεύουν ότι «μέτρια ή πολύ» ένας μαθητής με ΣΔ χρήζει ξεχωριστής μεταχείρισης σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά,
- το 86,7% των εκπαιδευτικών πιστεύουν ότι «καθόλου» ένας μαθητής με ΣΔ έχει μειωμένη σχολική επίδοση, και
- το 44,0% των εκπαιδευτικών πιστεύουν ότι «λίγο ή μέτρια» ένας μαθητής με ΣΔ στιγματίζεται μέσα στο χώρο του σχολείου, επειδή νιώθει κατώτερος/η ή διαφορετικός/η από τους συνομήλικούς του/της .

Πίνακας 7: Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για τους μαθητές με ΣΔ

Πιστεύετε ότι ένας/μια μαθητής/τρια με ΣΔ...	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την διεξαγωγή του μαθήματος στην τάξη;	117 (78,0)	21 (14,0)	10 (6,7)	2 (1,3)	0 (0,0)
χρήζει ξεχωριστής μεταχείρισης σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά	79 (52,7)	49 (32,7)	15 (10,0)	4 (2,7)	3 (2,0)
έχει μειωμένη σχολική επίδοση	130 (86,7)	15 (10,0)	5 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
στιγματίζεται μέσα στο χώρο του σχολείου, επειδή νιώθει κατώτερος/η ή διαφορετικός/η από τους συνομήλικούς του/της	83 (55,3)	51 (34,0)	15 (10,0)	1 (0,8)	0 (0,0)

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται οι αντιλήψεις εκπαιδευτικών για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών/ εκπαιδευτικού συστήματος σχετικά με τη διαχείριση μαθητών με ΣΔ. Αναλυτικότερα:

- το 34,6% των εκπαιδευτικών πίστευαν «πολύ» ή «πάρα πολύ» ότι ήταν αποτελεσματικοί στην αντιμετώπιση των αναγκών των παιδιών με ΣΔ,
- το 81,3% των εκπαιδευτικών πίστευαν «πολύ» ή «πάρα πολύ» ότι η εκπαίδευση των στο ΣΔ θα μπορούσε να συμβάλει στη βελτίωση της ένταξης των μαθητών με ΣΔ στο σχολικό περιβάλλον,

- το 85,3% των εκπαιδευτικών ανέφεραν ότι στο σχολείο που εργάζονται «καθόλου» έχουν δοθεί οι απαραίτητες οδηγίες ή η κατάλληλη εκπαίδευση για το ΣΔ,
- το 54,6% των εκπαιδευτικών θεωρούσαν ότι «λίγο» ή «μέτρια» το εκπαιδευτικό σύστημα είναι επαρκώς προετοιμασμένο προκειμένου να εξυπηρετήσει ικανοποιητικά τις ανάγκες του παιδιού με ΣΔ, και
- το 91,3% των εκπαιδευτικών ανέφεραν ότι ήταν «πολύ» ή «πάρα πολύ» πρόθυμοι να εκπαιδευτούν στη διαχείριση των μαθητών με ΣΔ.

Πίνακας 8: Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών/ εκπαιδευτικού συστήματος σχετικά με τη διαχείριση μαθητών με ΣΔ

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Πόσο αποτελεσματικός πιστεύετε ότι μπορεί να είστε στην αντιμετώπιση των αναγκών των παιδιών με ΣΔ;	8 (5,3)	48 (32,0)	42 (28,0)	37 (24,6)	15 (10,0)
Πιστεύετε ότι η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών στο ΣΔ θα μπορούσε να συμβάλει στη βελτίωση της ένταξης των μαθητών με ΣΔ στο σχολικό περιβάλλον;	3 (2,0)	5 (3,3)	20 (13,3)	51 (34,0)	71 (47,3)
Στο σχολείο που εργάζεστε σας έχουν δοθεί οι απαραίτητες οδηγίες ή η κατάλληλη εκπαίδευση για τον ΣΔ;	128 (85,3)	12 (8,0)	4 (2,7)	6 (4,0)	0 (0,0)
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι το εκπαιδευτικό σύστημα είναι επαρκώς προετοιμασμένο προκειμένου να εξυπηρετήσει ικανοποιητικά τις ανάγκες του παιδιού με ΣΔ;	57 (38,0)	44 (29,3)	38 (25,3)	6 (4,0)	5 (3,3)
Σε πιο βαθμό θα ήσασταν πρόθυμος/η να εκπαιδευτείτε στη διαχείριση των αναγκών των μαθητών με ΣΔ;	4 (2,7)	6 (4,0)	18 (12,0)	68 (45,3)	54 (36,0)

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή. Πιο συγκεκριμένα,

- όλοι οι εκπαιδευτικοί (100,0%) ανέφεραν ότι θα ένοιωθαν «πολύ» ή «πάρα πολύ» ασφάλεια με την ύπαρξη του σχολικού νοσηλευτή στο σχολείο,
- όλοι οι εκπαιδευτικοί (100,0%) πίστευαν «πολύ» ή «πάρα πολύ» ότι ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να είναι αποτελεσματικός στη διαχείριση έκτακτων αναγκών ενός/μιας μαθητή/τριας,;
- το 92,7% των εκπαιδευτικών πίστευαν «πολύ» ή «πάρα πολύ» ότι ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να είναι αποτελεσματικός στην ενσωμάτωση ενός/μιας μαθητή/τριας με διαβήτη στην σχολική τάξη,
- το 84,4% των εκπαιδευτικών πίστευαν «πολύ» ή «πάρα πολύ» ότι ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να εκπαιδεύσει το εκπαιδευτικό προσωπικό στη διαχείριση του διαβήτη,
- το 99,3% των εκπαιδευτικών πίστευαν «πολύ» ή «πάρα πολύ» ότι ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να μειώσει το άγχος που βιώνουν οι γονείς των μαθητών με διαβήτη, και
- το 80,6% των εκπαιδευτικών πίστευαν «πολύ» ή «πάρα πολύ» ότι είναι απαραίτητη η παρουσία σχολικού νοσηλευτή προκειμένου ένας/μια μαθητής/τρια με διαβήτη να συμμετέχει σε αθλητικές δραστηριότητες ή να λάβει μέρος σε μια εκδρομή.

Πίνακας 9: Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Πόσο ασφαλής θα νιώθατε με την ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή στο σχολείο;	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (7,3)	136 (90,7)
Πόσο αποτελεσματικός πιστεύετε ότι μπορεί να είναι ο σχολικός νοσηλευτής στην διαχείριση έκτακτων αναγκών ενός/μιας μαθητή/τριας;	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (4,0)	144 (96,0)
Πόσο αποτελεσματικός πιστεύετε ότι μπορεί να είναι ο σχολικός νοσηλευτής στην ενσωμάτωση ενός/μιας μαθητή/τριας με διαβήτη στην σχολική τάξη	0 (0,0)	1 (0,7)	10 (6,7)	49 (32,7)	90 (60,0)
Πόσο μπορεί ο σχολικός νοσηλευτής να εκπαιδεύσει το εκπαιδευτικό προσωπικό στη διαχείριση του διαβήτη;	0 (0,0)	7 (4,7)	17 (11,3)	66 (44,4)	60 (40,0)
Πόσο μπορεί ο σχολικός νοσηλευτής να μειώσει το άγχος που βιώνουν οι γονείς των μαθητών με διαβήτη;	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	30 (20,0)	119 (79,3)
Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη η παρουσία σχολικού νοσηλευτή προκειμένου ένας/μια μαθητής/τρια με διαβήτη να συμμετέχει σε αθλητικές δραστηριότητες ή να λάβει μέρος σε μια εκδρομή;	3 (2,0)	6 (4,0)	16 (10,7)	38 (25,3)	86 (57,3)

6.4 Συγχρονικές συγκρίσεις

Συσχέτιση βαθμολογιών ερωτηματολογίων

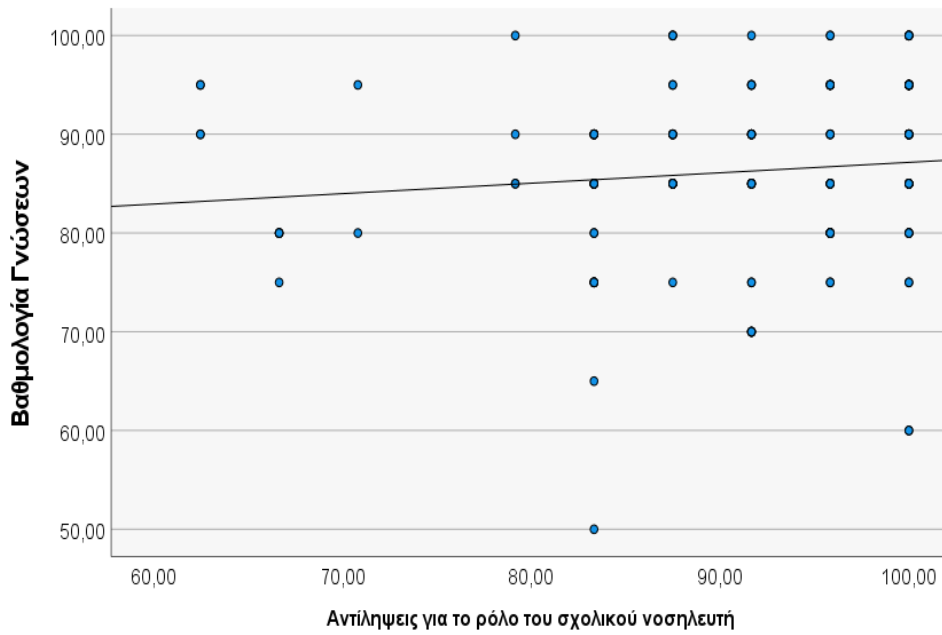
Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την συσχέτιση των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων, όπου βρέθηκε ότι υπάρχει:

- θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των γνώσεων και των αντιλήψεων για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή ($r_{ho}=0,173$, $p=0,036$), δηλαδή οι εκπαιδευτικοί που είχαν περισσότερες γνώσεις σχετικά με το ΣΔ1 έτειναν να έχουν πιο θετικές αντιλήψεις για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή,
- θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας και των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή ($r_{ho}=0,193$, $p=0,019$), δηλαδή οι εκπαιδευτικοί που είχαν μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα έτειναν να έχουν πιο θετικές αντιλήψεις για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή,
- θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας και των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για τους μαθητές με ΣΔ ($r_{ho}=0,204$, $p=0,012$), δηλαδή οι εκπαιδευτικοί που είχαν μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα έτειναν να έχουν πιο θετικές αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ, και
- θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας και των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών/ εκπαιδευτικού συστήματος στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ ($r_{ho}=0,172$, $p=0,035$), δηλαδή οι εκπαιδευτικοί που είχαν μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα έτειναν να έχουν πιο θετικές αντιλήψεις για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών/ εκπαιδευτικού συστήματος στη διαχείριση των μαθητών με ΣΔ.

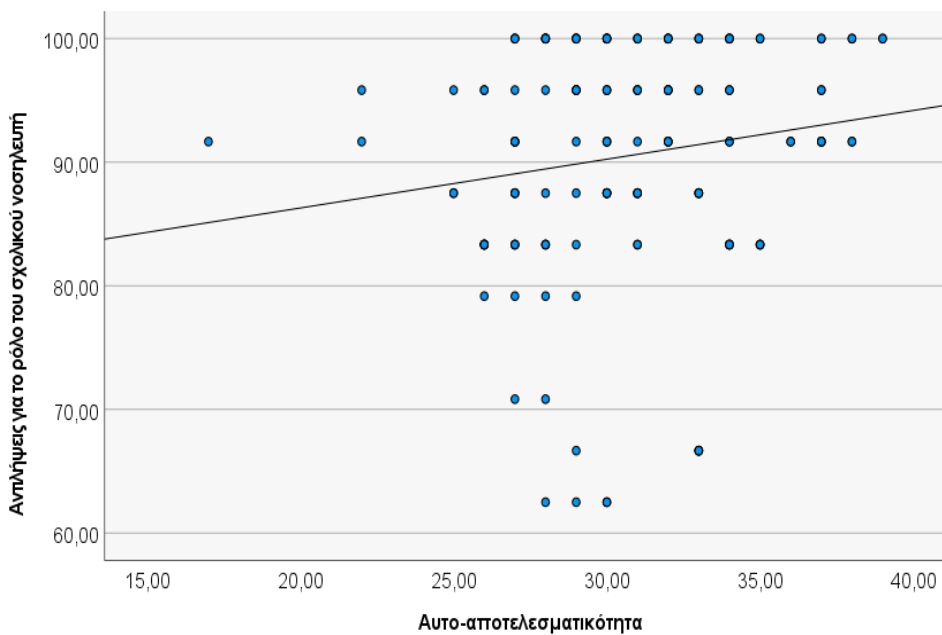
Πίνακας 10: Συσχέτιση βαθμολογίας ερωτηματολογίων

		Βαθμολογία γνώσεων	...ρόλο του σχολικού νοσηλευτή	... μαθητές με ΣΔ	...ετοιμότητα των εκπαιδευτικών στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ	Αυτο- αποτελεσματικ ότητα
Γνώσεις για το ΣΔ1	rho	1,000	0,173	-0,020	0,054	-0,146
	p-value		0,036	0,805	0,515	0,075
Αντιλήψεις για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή	rho		1,000	0,148	0,094	0,193
	p-value			0,075	0,256	0,019
Αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ	rho			1,000	0,036	0,204
	p-value				0,658	0,012
Αντιλήψεις για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ	rho				1,000	0,172*
	p-value					0,035
Αυτο-αποτελεσματικότητα	rho					1,000
	p-value					

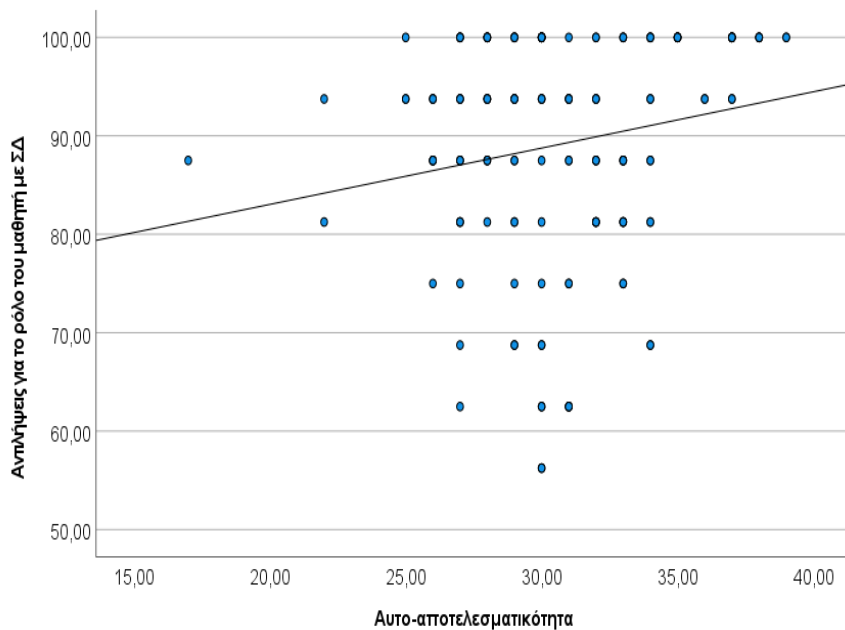
*συντελεστής Pearson, σ' όλες τις άλλες συσχετίσεις χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής spearman



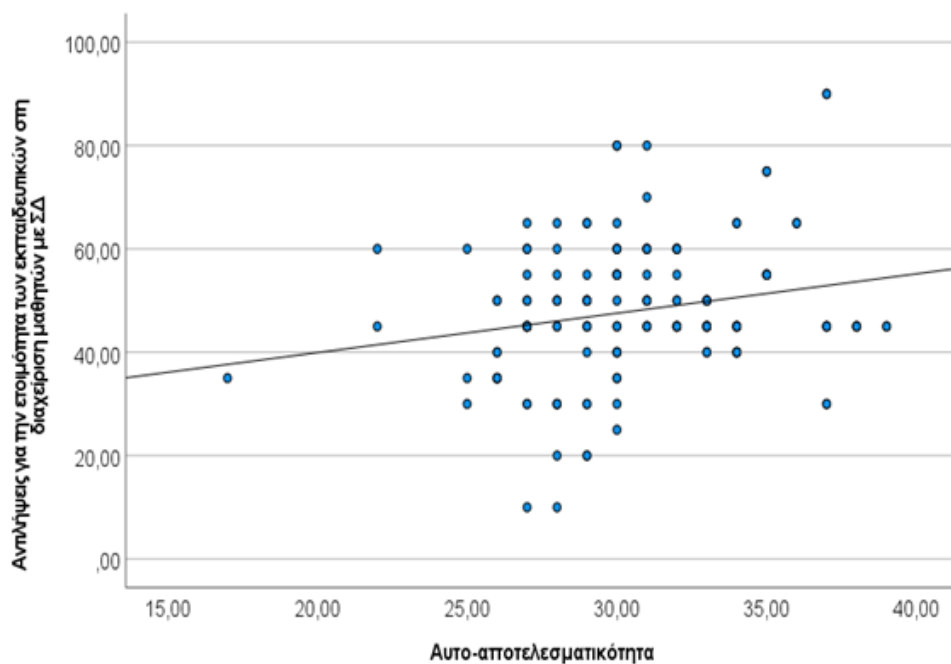
Διάγραμμα 2: Στικτόγραμμα των βαθμολογιών μεταξύ των ερωτηματολογίων γνώσεων και αντιλήψεων για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή



Διάγραμμα 3: Στικτόγραμμα των βαθμολογιών μεταξύ των ερωτηματολογίων αυτο-αποτελεσματικότητας και αντιλήψεων για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή



Διάγραμμα 4: Στικτόγραμμα των βαθμολογιών μεταξύ των ερωτηματολογίων αυτο-αποτελεσματικότητας και αντιλήψεων για τους μαθητές με ΣΔ



Διάγραμμα 5: Στικτόγραμμα των βαθμολογιών μεταξύ των ερωτηματολογίων αυτο-αποτελεσματικότητας και αντιλήψεων για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών για τη διαχείριση μαθητών με ΣΔ

Συγχρονικές συγκρίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων και των στάσεων των εκπαιδευτικών με τις γνώσεις τους για το ΣΔ

Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τη σύγκριση της βαθμολογίας γνώσεων με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι:

- το ποσοστό ορθών απαντήσεων διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ($p=0,021$). Οι έγγαμοι [87,25(±8,86)] είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ορθών απαντήσεων από τους άγαμους [84,59 (±9,34)] και από τους διαζευγμένους/ χήρους [81,50 (±6,69)].
- το ποσοστό ορθών απαντήσεων διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων ($p=0,011$). Οι εκπαιδευτικοί με δεύτερο πτυχίο [95,00 (±4,080)] είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ορθών απαντήσεων σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που είχαν μεταπτυχιακό/ διδακτορικό [85,77 (±8,07)] και με τους εκπαιδευτικούς που δεν είχαν επιπρόσθετες σπουδές [85,48 (±9,31)], και
- το ποσοστό ορθών απαντήσεων δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με το φύλο ($p=0,255$), την ηλικία ($p=0,228$), τον αριθμό τέκνων ($p=0,742$), τα έτη προϋπηρεσίας ($p=0,072$), τη θέση ($p=0,965$) και τη σχέση εργασίας ($p=0,084$)

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τη σύγκριση της βαθμολογίας γνώσεων με τις στάσεις / προσωπικές τοποθετήσεις των εκπαιδευτικών απέναντι στο ΣΔ. Αναλυτικότερα βρέθηκε ότι:

- οι εκπαιδευτικοί που είχαν κάποια στιγμή παιδί με ΣΔ στην τάξη τους [88,77 (±9,14)] είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ορθών απαντήσεων σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που δεν είχαν [84,48 (±9,14)] ($p=0,003$), και
- οι εκπαιδευτικοί που ήταν πρόθυμοι να έχουν και να υποστηρίξουν ένα παιδί με ΣΔ στην τάξη τους [86,57 (±8,71)] είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ορθών απαντήσεων σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που δεν ήταν πρόθυμοι [74,29 (±7,32)] ($p<0,001$).

Πίνακας 11: Σύγκριση της βαθμολογίας γνώσεων με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά		N	ΜΤ(±ΤΑ)	p-value
Φύλο	Άνδρας	37	85,00 (±8,89)	0,255 ^a
	Γυναίκα	113	86,33 (±9,06)	
Ηλικία			rho=0,099*	0,228
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η	49	84,59 (±9,34)	0,021 ^b
	Διαζευγμένος/η ή Χήρος/α	10	81,50 (±6,69)	
	Έγγαμος/η	91	87,25 (±8,86)	
	Κανένα	59	85,08 (±8,98)	
Αριθμός τέκνων	Ένα	34	86,91 (±7,79)	0,742 ^b
	Δύο	47	86,17 (±10,23)	
	≥ Τρία	10	87,50 (±7,55)	
Θέση	Εκπαιδευτικός	144	85,97 (±9,15)	0,965 ^a
	Προϊστάμενος/ Διευθυντής/ Υποδιευθυντής	6	86,67 (±5,16)	
Έτη προϋπηρεσίας			rho=0,147*	0,072
Σχέση εργασίας	Μόνιμος	113	86,68 (±8,80)	0,084 ^a
	Αναπληρωτής	37	83,92 (±9,44)	
	Όχι	104	85,48 (±9,31)	
Επιπρόσθετες Σπουδές	Δεύτερο πτυχίο	7	95,00 (±4,08)	0,011 ^b
	MSc/PhD	39	85,77 (±8,07)	

*συντελεστής spearman

^a Mann Whitney b: Kruskal-Wallis

Πίνακας 12: Σύγκριση της βαθμολογίας γνώσεων με τις στάσεις / προσωπικές τοποθετήσεις των εκπαιδευτικών απέναντι στο ΣΔ

Στάσεις εκπαιδευτικών απέναντι στο ΣΔ	Απάντηση Συμμετεχόντων				p-value
	Όχι		Ναι		
	N	ΜΤ(±ΤΑ)	N	ΜΤ(±ΤΑ)	
Είχατε ποτέ στη τάξη σας παιδί με ΣΔ;	97	84,48 (±9,14)	53	88,77 (±9,14)	0,003
Είστε πρόθυμος να έχετε και να υποστηρίζετε ένα παιδί με ΣΔ στην τάξη σας;	7	74,29 (±7,32)	143	86,57 (±8,71)	<0,001
Σαν εκπαιδευτικό προσωπικό έχετε λάβει ποτέ ειδική εκπαίδευση σχετικά με τον ΣΔ στα παιδιά και την αντιμετώπισή του;	140	85,89 (±9,16)	10	87,50 (±6,77)	0,495
Πιστεύετε ότι τα παιδιά με ΣΔ αισθάνονται μειονεκτικά ή διαφορετικά σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά;	74	84,66 (±9,04)	76	87,30 (±8,85)	0,119
Κρίνετε απαραίτητη την παρουσία γονέων κατά τις σχολικές και εξωσχολικές αθλητικές δραστηριότητες των παιδιών με ΣΔ;	125	86,28 (±9,07)	22	84,55 (±8,98)	0,411
Θα επιτρέπατε σε ένα παιδί με ΣΔ να κάνει μέτρηση σακχάρου στην τάξη;	15	85,33 (±11,57)	135	86,07 (±8,73)	0,964
Θα ήσασταν πρόθυμος να εκπαιδευτείτε και να κάνετε μέτρηση σακχάρου σε ένα παιδί με ΣΔ;	21	83,57 (±7,61)	127	86,34 (±9,25)	0,120
Θα επιτρέπατε σε ένα παιδί με ΣΔ να φάει κάτι για να διορθώσει την υπογλυκαιμία του στην τάξη;	15	82,00 (±10,14)	135	86,44 (±8,81)	0,090
Θα ήσασταν πρόθυμος να χορηγήσετε ενδομυϊκά τη γλυκαγόνη σε παιδί με ΣΔ σε περίπτωση απόλυτης ανάγκης;	52	86,25 (±9,17)	98	85,87 (±8,97)	0,558
Υπάρχει στο σχολείο στο οποίο εργάζεστε σχολικός νοσηλευτής;	52	85,67 (±8,29)	98	86,17 (±9,41)	0,567
Έχετε αυτή τη στιγμή κάποιο παιδί με ΣΔ στην τάξη σας;	115	85,69 (±9,36)	35	87,00 (±7,78)	0,588

Όλες οι συγκρίσεις έγιναν με το Mann-Whitney test

Συγχρονικές συγκρίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων και των στάσεων / προσωπικών τοποθετήσεων των εκπαιδευτικών με τις αντιλήψεις τους για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή

Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τη σύγκριση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Οι εκπαιδευτικοί που είχαν δεύτερο πτυχίο [100,00 ($\pm 0,00$)] είχαν στατιστικά σημαντικά πιο θετικές αντιλήψεις για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού [89,10 ($\pm 7,98$)] και με τους εκπαιδευτικούς που δεν είχαν επιπρόσθετες σπουδές [90,43 ($\pm 9,87$)] ($p < 0,001$). Δε προέκυψε κάποια άλλη στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή και των δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων.

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τη σύγκριση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή με τις στάσεις/ προσωπικές τοποθετήσεις τους απέναντι στο ΣΔ1. Οι εκπαιδευτικοί που δεν είχαν κάποιο παιδί με ΣΔ στην τάξη τους αυτή την περίοδο [91,41 ($\pm 9,06$)] είχαν στατιστικά σημαντικά πιο θετικές αντιλήψεις για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που είχαν [87,50 ($\pm 9,99$)] ($p = 0,018$).

Συγχρονικές συγκρίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων και των στάσεων / προσωπικών τοποθετήσεων των εκπαιδευτικών με τις αντιλήψεις τους τους μαθητές με ΣΔ

Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τη σύγκριση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για τους μαθητές με ΣΔ με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Δε βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για το τους μαθητές με ΣΔ και των δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων.

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τη σύγκριση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για τους μαθητές με ΣΔ με τις στάσεις / προσωπικές τοποθετήσεις τους απέναντι στο ΣΔ1. Οι εκπαιδευτικοί που δεν είχαν λάβει ποτέ ειδική εκπαίδευση σχετικά με το ΣΔ στα παιδιά και την αντιμετώπιση του [89,91 ($\pm 10,70$)] είχαν στατιστικά σημαντικά

πιο θετικές αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που είχαν λάβει [78,75 ($\pm 16,19$)] ($p=0,002$). Επίσης, οι εκπαιδευτικοί που θεωρούσαν ότι τα παιδιά με ΣΔ δεν αισθάνονται μειονεκτικά ή διαφορετικά σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά [91,22 ($\pm 11,79$)] είχαν στατιστικά σημαντικά πιο θετικές αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που το πίστευαν [87,17 ($\pm 10,75$)] ($p=0,002$). Ακόμη, οι εκπαιδευτικοί που ανέφεραν ότι υπήρχε στο σχολείο τους σχολικός νοσηλευτής [90,56 ($\pm 10,96$)] είχαν στατιστικά σημαντικά πιο θετικές αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που ανέφεραν ότι δεν υπήρχε σχολικός νοσηλευτής [86,54 ($\pm 11,90$)] ($p=0,018$).

Συγχρονικές συγκρίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων και των στάσεων / προσωπικών τοποθετήσεων των εκπαιδευτικών με τις αντιλήψεις για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ

Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τη σύγκριση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε:

- οι αντιλήψεις για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ διέφεραν στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τον αριθμό παιδιών ($p=0,021$), με τους εκπαιδευτικούς με 3 ή περισσότερα παιδιά να σημειώνουν τη μεγαλύτερη βαθμολογία,
- οι αναπληρωτές εκπαιδευτικοί [54,19 ($\pm 11,27$)] [είχαν στατιστικά σημαντικά πιο θετικές αντιλήψεις ως προς την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ σε σχέση με τους μόνιμους εκπαιδευτικούς [46,11 ($\pm 13,24$)] ($p=0,001$).

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τη σύγκριση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ με τις στάσεις / προσωπικές τοποθετήσεις τους απέναντι στο ΣΔ1. Από τις συγκρίσεις, βρέθηκε ότι:

- οι εκπαιδευτικοί που ήταν πρόθυμοι να υποστηρίξουν ένα με ΣΔ στην τάξη τους [48,46 ($\pm 13,35$)] είχαν στατιστικά σημαντικά πιο θετικές αντιλήψεις ως προς την

ετοιμότητα των εκπαιδευτικών στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που δεν ήταν πρόθυμοι [40,71 ($\pm 7,32$)] ($p=0,013$),

- οι εκπαιδευτικοί που είχαν λάβει ποτέ ειδική εκπαίδευση σχετικά με το ΣΔ στα παιδιά και την αντιμετώπιση του [69,50 ($\pm 16,24$)] είχαν στατιστικά σημαντικά πιο θετικές αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που δεν είχαν λάβει [46,57 ($\pm 11,62$)] ($p<0,001$),
- οι εκπαιδευτικοί που θα επέτρεπαν σ' ένα με ΣΔ να κάνει μέτρηση του σακχάρου στην τάξη [48,63 ($\pm 13,72$)] είχαν στατιστικά σημαντικά πιο θετικές αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που δε θα επέτρεπαν [43,33 ($\pm 5,56$)] ($p=0,007$),
- οι εκπαιδευτικοί που ήταν πρόθυμοι να εκπαιδευτούν και να κάνουν μέτρηση σακχάρου σ' ένα παιδί με ΣΔ [50,31 ($\pm 12,24$)] είχαν στατιστικά σημαντικά πιο θετικές αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που δεν ήταν πρόθυμοι [35,00 ($\pm 12,04$)] ($p<0,001$),
- οι εκπαιδευτικοί που θα επέτρεπαν σ' ένα παιδί με ΣΔ να χορηγήσουν ενδομυϊκά τη γλυκαγόνη σε παιδί με ΣΔ σε περίπτωση απόλυτης ανάγκης [49,95($\pm 10,90$)] είχαν στατιστικά σημαντικά πιο θετικές αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που δε θα το επέτρεπαν [44,62 ($\pm 16,30$)] ($p=0,037$),
- οι εκπαιδευτικοί που ανέφεραν ότι υπάρχει στο σχολείο τους σχολικός νοσηλευτής [49,64 ($\pm 14,26$)] είχαν στατιστικά σημαντικά πιο θετικές αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που ανέφεραν ότι δεν υπάρχει [45,19 ($\pm 10,52$)] ($p=0,049$), και
- οι εκπαιδευτικοί που ανέφεραν ότι την παρούσα χρονική περίοδο είχαν στην τάξη τους παιδιά με ΣΔ [51,86 ($\pm 12,49$)] είχαν στατιστικά σημαντικά πιο θετικές αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που ανέφεραν ότι δεν είχαν [46,96 ($\pm 13,27$)] ($p=0,027$).

Πίνακας 13: Σύγκριση των αντιλήψεων για το σχολικό νοσηλευτή, για τους μαθητές με ΣΔ, και για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών για τη διαχείριση μαθητών με ΣΔ με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά		Αντιλήψεις για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή			Αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ			Αντιλήψεις για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών για τη διαχείριση μαθητών με ΣΔ		
		N	MT(±TA)	p-value	N	MT(±TA)	p-value	N	MT(±TA)	p-value
Φύλο	Άνδρας	36	90,74 (±9,92)	0,617	37	89,86 (±9,36)	0,937	37	49,19 (±12,88)	0,283
	Γυναίκα	111	90,47 (±9,26)		113	88,94 (±12,05)		113	47,74 (±13,36)	
Ηλικία			rho=0,143	0,085		rho=0,158	0,053		rho= -0,100	0,222
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η	48	91,75 (±6,74)	0,633	49	89,79 (±11,81)	0,566	49	50,00(±11,13)	0,680
	Διαζευγμένος/η ή Χήρος/α	8	84,36 (±15,06)		10	85,00 (±13,57)		10	51,50 (±17,49)	
	Έγγαμος/η	91	90,43 (±9,39)		91	89,28 (±11,00)		91	46,70 (±13,69)	
	Κανένα	56	91,96 (±7,14)		59	89,09 (±12,15)		59	50,68 (±12,37)	
Αριθμός τέκνων	Ένα	34	87,13 (±12,54)	0,514	34	89,71 (±9,34)	0,983	34	46,62 (±11,66)	0,021
	Δύο	47	90,78 (±9,15)		47	88,96 (±11,67)		47	44,36 (±12,71)	
	≥ Τρία	10	92,92 (±7,10)		10	88,75 (±13,76)		10	55,50 (±19,92)	
Θέση	Εκπαιδευτικός	141	90,48 (±9,51)	0,972	144	89,32 (±11,59)	0,118	144	48,37 (±12,93)	0,225
	Προϊστάμενος/ Διευθυντής/ Υποδιευθυντής	6	91,67 (±6,45)		6	85,42 (±5,10)		6	41,67 (±19,41)	

Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά		N	MT(±TA)	p-value	N	MT(±TA)	p-value	N	MT(±TA)	p-value
Σχέση εργασίας	Μόνιμος	113	90,60 (±9,97)	0,356	113	90,10 (±10,82)	0,131	113	46,11 (±13,24)	0,001
	Αναπληρωτής	34	90,32 (±7,23)		37	86,32 (±12,83)		37	54,19 (±11,27)	
	Όχι	101	90,43 (±9,87)		104	89,06 (±11,35)		104	48,22 (±12,90)	
Επιπρόσθετες Σπουδές	MSc/PhD	39	89,10 (±7,98)	<0,001	39	89,42 (±12,18)	0,892	39	48,46 (±14,01)	0,736
	Δεύτερο πτυχίο	7	100,00 (±0,00)		7	89,29 (±9,35)		7	44,29 (14,84)	
Έτη προϋπηρεσίας			rho=0,157	0,058		rho=0,155	0,059		rho= -0,107	0,191

Πίνακας 14: Σύγκριση των αντιλήψεων για το σχολικό νοσηλευτή, για τους μαθητές με ΣΔ, και για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών για τη διαχείριση μαθητών με ΣΔ με τις στάσεις / προσωπικές τοποθετήσεις των συμμετεχόντων

		Αντιλήψεις για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή			Αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ			Αντιλήψεις για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών για τη διαχείριση μαθητών με ΣΔ		
		N	MT(±TA)	p-value	N	MT(±TA)	p-value	N	MT(±TA)	p-value
Είχατε ποτέ στη τάξη σας παιδιά με ΣΔ;	Όχι	94	90,65 (±9,24)	0,917	97	89,50 (±11,14)	0,684	97	46,70 (±11,52)	0,079
	Ναι	53	90,33 (±9,73)		53	88,56 (±11,99)		53	50,66 (±15,66)	
Είστε πρόθυμος να έχετε και να υποστηρίξετε ένα παιδί με ΣΔ στην τάξη σας;	Όχι	7	91,67 (±0,00)	0,795	7	95,54 (±6,95)	0,109	7	40,71 (±7,32)	0,031
	Ναι	140	90,48 (±9,62)		143	88,85 (±11,52)		143	48,46 (±13,35)	
Σαν εκπαιδευτικό προσωπικό έχετε λάβει ποτέ ειδική εκπαίδευση σχετικά με τον ΣΔ στα παιδιά και την αντιμετώπισή του;	Όχι	138	90,47 (±9,53)	>0,999	140	89,91 (±10,70)	0,035	140	46,57 (±11,62)	<0,001
	Ναι	8	91,67 (±6,68)		10	78,75 (±16,19)		10	69,50 (±16,24)	
Πιστεύετε ότι τα παιδιά με ΣΔ αισθάνονται μειονεκτικά ή διαφορετικά σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά;	Όχι	72	91,26 (±8,04)	0,837	74	91,22 (±11,79)	0,002	74	49,12 (±16,46)	0,352
	Ναι	75	89,83 (±10,53)		76	87,17 (±10,75)		76	47,11 (±9,03)	
Κρίνετε απαραίτητη την παρουσία γονέων κατά τις σχολικές και εξωσχολικές αθλητικές δραστηριότητες των παιδιών με ΣΔ;	Όχι	123	90,14 (±9,70)	0,195	125	89,40 (±11,32)	0,854	125	47,52 (±12,63)	0,341
	Ναι	21	93,25 (±7,39)		22	89,77 (±9,75)		22	50,45 (±16,61)	

		Αντιλήψεις για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή			Αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ			Αντιλήψεις για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών για τη διαχείριση μαθητών με ΣΔ		
		N	MT(±TA)	p-value	N	MT(±TA)	p-value	N	MT(±TA)	p-value
Θα επιτρέπατε σε ένα παιδί με ΣΔ να κάνει μέτρηση σακχάρου στην τάξη;	Όχι	14	92,56 (±10,74)	0,134	15	86,67 (±11,78)	0,349	15	43,33 (±5,56)	0,007
	Ναι	133	90,32 (±9,25)		135	89,44 (±11,39)		135	48,63 (±13,72)	
Θα ήσασταν πρόθυμος να εκπαιδευτείτε και να κάνετε μέτρηση σακχάρου σε ένα παιδί με ΣΔ;	Όχι	21	92,66 (±8,00)	0,250	21	88,10 (±11,51)	0,639	21	35,00 (±12,04)	<0,001
	Ναι	124	90,09 (±9,63)		127	89,17 (±11,45)		127	50,31 (±12,24)	
Θα επιτρέπατε σε ένα παιδί με ΣΔ να φάει κάτι για να διορθώσει την υπογλυκαιμία του στην τάξη;	Όχι	15	87,50 (±13,91)	0,810	15	86,25 (±13,81)	0,438	15	56,33 (±15,52)	0,005
	Ναι	132	90,88 (±8,74)		135	89,49 (±11,13)		135	47,19 (±12,68)	
Θα ήσασταν πρόθυμος να χορηγήσετε ενδομυϊκά τη γλυκαγόνη σε παιδί με ΣΔ σε περίπτωση απόλυτης ανάγκης;	Όχι	50	89,17 (±9,37)	0,087	52	87,38 (±12,22)	0,153	52	44,62 (±16,30)	0,037
	Ναι	97	91,24 (±9,37)		98	90,11 (±10,92)		98	49,95(±10,90)	
Υπάρχει στο σχολείο στο οποίο εργάζεστε σχολικός νοσηλευτής;	Όχι	52	89,42 (±11,51)	0,962	52	86,54 (±11,90)	0,018	52	45,19 (±10,52)	0,049
	Ναι	95	91,14 (±8,00)		98	90,56 (±10,96)		98	49,64 (±14,26)	
Έχετε αυτή τη στιγμή κάποιο παιδί με ΣΔ στην τάξη σας;	Όχι	114	91,41 (±9,06)	0,018	115	89,67 (±10,70)	0,710	115	46,96 (±13,27)	0,027
	Ναι	33	87,50 (±9,99)		35	87,50 (±13,56)		35	51,86 (±12,49)	

Συγχρονικές συγκρίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων και των στάσεων των εκπαιδευτικών με την αυτό-αποτελεσματικότητα

Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τη σύγκριση της αυτό-αποτελεσματικότητας με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε:

- οι άνδρες [32,05 ($\pm 3,93$)] είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη αυτό-αποτελεσματικότητα σε σχέση με τις γυναίκες [30,27 ($\pm 3,53$)] ($p=0,011$),
- οι μόνιμοι εκπαιδευτικοί [32,10 ($\pm 3,50$)] είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη αυτό-αποτελεσματικότητα σε σχέση με τους αναπληρωτές 29,92 ($\pm 2,50$) ($p=0,030$), και
- οι εκπαιδευτικοί με δεύτερο πτυχίο [32,10 ($\pm 3,50$)] είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη αυτό-αποτελεσματικότητα σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς με μεταπτυχιακό/ διδακτορικό [30,00 ($\pm 1,73$)] και τους εκπαιδευτικούς χωρίς πρόσθετες σπουδές [30,24 ($\pm 3,75$)] ($p=0,023$).

Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τη σύγκριση της αυτό-αποτελεσματικότητας με τις στάσεις τους απέναντι στο ΣΔ1. Οι εκπαιδευτικοί που δεν ήταν πρόθυμοι να έχουν και υποστηρίξουν ένα παιδί με ΣΔ στην τάξη [36,57 ($\pm 2,07$)] είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη αυτό-αποτελεσματικότητα σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που ήταν πρόθυμοι [30,43 ($\pm 3,52$)] ($p<0,001$). Ακόμη, οι εκπαιδευτικοί που ανέφεραν ότι στο σχολείο τους υπάρχει σχολικός νοσηλευτής [31,56 ($\pm 3,71$)] είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη αυτό-αποτελεσματικότητα σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που ανέφεραν ότι δεν υπάρχει [29,19 ($\pm 3,14$)] ($p<0,001$).

Πίνακας 15: Σύγκριση της αυτο-αποτελεσματικότητας με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά		N	ΜΤ(±ΤΑ)	p-value
Φύλο	Άνδρας	37	32,05 (±3,93)	0,011
	Γυναίκα	113	30,27 (±3,53)	
Ηλικία			rho=0,111	0,174
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η	49	31,08 (±2,10)	0,680
	Διαζευγμένος/η ή Χήρος/α	10	30,51 (±3,89)	
	Έγγαμος/η	91	30,71 (±3,70)	
	Κανένα	59	30,68 (±3,49)	
Αριθμός τέκνων	Ένα	34	31,18 (±3,27)	0,619
	Δύο	47	30,70 (±4,02)	
	≥ Τρία	10	29,40 (±4,86)	
Θέση	Εκπαιδευτικός	144	30,71 (±3,72)	0,936
	Προϊστάμενος/ Διευθυντής/ Υποδιευθυντής	6	30,83 (±3,25)	
Έτη προϋπηρεσίας			rho=0,156	0,057
Σχέση εργασίας	Μόνιμος	113	30,97 (±3,99)	0,030
	Αναπληρωτής	37	29,92 (±2,50)	
	Όχι	104	30,24 (±3,75)	
Επιπρόσθετες Σπουδές	Δεύτερο πτυχίο	39	32,10 (±3,50)	0,023
	MSc/PhD	7	30,00 (±1,73)	

Πίνακας 16: Σύγκριση της αυτο-αποτελεσματικότητας με τις στάσεις των εκπαιδευτικών απέναντι στο ΣΔ

Στάσεις εκπαιδευτικών απέναντι στο ΣΔ	Απάντηση Συμμετεχόντων				p-value
	Όχι		Ναι		
	N	ΜΤ(±ΤΑ)	N	ΜΤ(±ΤΑ)	
Είχατε ποτέ στη τάξη σας παιδί με ΣΔ;	97	30,67 (±4,02)	53	30,79 (±3,05)	0,847
Είστε πρόθυμος να έχετε και να υποστηρίζετε ένα παιδί με ΣΔ στην τάξη σας;	7	36,57 (±2,07)	143	30,43 (±3,52)	<0,001
Σαν εκπαιδευτικό προσωπικό έχετε λάβει ποτέ ειδική εκπαίδευση σχετικά με τον ΣΔ στα παιδιά και την αντιμετώπισή του;	140	30,64 (±3,75)	10	31,80 (±2,78)	0,338
Πιστεύετε ότι τα παιδιά με ΣΔ αισθάνονται μειονεκτικά ή διαφορετικά σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά;	74	31,07 (±3,64)	76	47,11 (±9,03)	0,248
Κρίνετε απαραίτητη την παρουσία γονέων κατά τις σχολικές και εξωσχολικές αθλητικές δραστηριότητες των παιδιών με ΣΔ;	125	30,88 (±3,81)	22	29,68 (±3,12)	0,166
Θα επιτρέπατε σε ένα παιδί με ΣΔ να κάνει μέτρηση σακχάρου στην τάξη;	15	30,87 (±6,08)	135	30,70 (±3,37)	0,916
Θα ήσασταν πρόθυμος να εκπαιδευτείτε και να κάνετε μέτρηση σακχάρου σε ένα παιδί με ΣΔ;	21	31,67 (±4,59)	127	30,46 (±12,24)	0,160
Θα επιτρέπατε σε ένα παιδί με ΣΔ να φάει κάτι για να διορθώσει την υπογλυκαιμία του στην τάξη;	15	31,87 (±3,00)	35	30,59 (±3,75)	0,102
Θα ήσασταν πρόθυμος να χορηγήσετε ενδομυϊκά τη γλυκαγόνη σε παιδί με ΣΔ σε περίπτωση απόλυτης ανάγκης;	52	30,31 (±4,15)	98	30,93 (±3,43)	0,329
Υπάρχει στο σχολείο στο οποίο εργάζεστε σχολικός νοσηλευτής;	52	29,19 (±3,14)	98	31,56 (±3,71)	<0,001
Έχετε αυτή τη στιγμή κάποιο παιδί με ΣΔ στην τάξη σας;	115	30,80 (±3,93)	35	30,43 (±2,84)	0,302

6.5 Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το ποσοστό ορθών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων

Αρχικά, πραγματοποιήθηκαν μονομεταβλητές αναλύσεις σε εξαρτημένη μεταβλητή το ποσοστό ορθών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων και ανεξάρτητες τα δημογραφικά – επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, τις στάσεις των εκπαιδευτικών και την αυτό-αποτελεσματικότητα (Πίνακας 17). Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικά στις μονομεταβλητές αναλύσεις σε επίπεδο $\alpha=0,100$ ήταν: η οικογενειακή κατάσταση ($p=0,0647$), τα έτη προϋπηρεσίας ($p=0,067$), οι επιπρόσθετες σπουδές ($p=0,0242$), οι ερωτήσεις «Έχετε στο ευρύτερο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον άτομο με ΣΔ» ($p=0,003$), «Είχατε ποτέ προσωπικές δυσκολίες με το ΣΔ τύπου 1 ή τύπου 2» ($p=0,005$), «Είστε πρόθυμος να έχετε και να υποστηρίξετε ένα παιδί με ΣΔ στην τάξη σας» ($p=0,0001$), «Πιστεύετε ότι τα παιδιά με ΣΔ αισθάνονται μειονεκτικά ή διαφορετικά σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά», ($p=0,073$) και η «Αυτο-αποτελεσματικότητα» ($p=0,033$).

Οι μεταβλητές που βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο $\alpha=0,100$ στις μονομεταβλητές αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν για να δημιουργηθεί το αρχικό πολυμεταβλητό μοντέλο, το οποίο παρουσιάζεται στον Πίνακα 18. Έπειτα, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression), όπου κάθε φορά αφαιρούνταν από το μοντέλο η ανεξάρτητη μεταβλητή με το μεγαλύτερο p-value, εφόσον η τιμή του p-value ήταν μεγαλύτερη από το προκαθορισμένο κριτήριο παραμονής των ανεξάρτητων μεταβλητών στο πολυμεταβλητό μοντέλο. Ως προκαθορισμένο επίπεδο παραμονής μιας ανεξάρτητης μεταβλητής ορίστηκε ως $\alpha=0,05$. Στον Πίνακα 19 παρουσιάζεται το τελικό πολυμεταβλητό μοντέλο που προέκυψε με εξαρτημένη μεταβλητή το ποσοστό ορθών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων και ανεξάρτητες μεταβλητές τις επιπρόσθετες σπουδές, την ερώτηση «είχατε ποτέ στη τάξη σας παιδί με ΣΔ» και την ερώτηση «είστε πρόθυμος να έχετε και να υποστηρίξετε ένα παιδί με ΣΔ στην τάξη σας;».

Πίνακας 17: Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών αναλύσεων με εξαρτημένη μεταβλητή το ποσοστό ορθών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων και ανεξάρτητη τα δημογραφικά – επαγγελματικά χαρακτηριστικά, τις στάσεις και την αυτο-αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών

Ανεξάρτητη μεταβλητή		b	95% CI		p-value
			lower	upper	
Φύλο (κατηγ. αναφοράς: Άνδρας)	Γυναίκα	1,327	-2,050	4,704	0,439
Ηλικία (ανά έτος)		0,052	-0,093	0,196	0,478
Οικογενειακή κατάσταση (κατηγ. αναφοράς: Άγαμος/η)	Διαζευγμένος/η ή Χήρος/α	-3,092	-9,200	3,015	0,319
	Έγγαμος/η	2,661	-0,457	5,779	0,094
	Ένα	1,827	-2,031	5,685	0,351
Αριθμός τέκνων (κατηγ. αναφοράς: Κανένα)	Δύο	1,085	-2,417	4,588	0,541
	≥ Τρία	2,415	-3,711	8,542	0,437
Θέση (κατηγ. αναφοράς: εκπαιδευτικός)	Προϊστάμενος/ Διευθυντής/ Υποδιευθυντής	0,694	-6,750	8,138	0,854
	Αναπληρωτής	-2,762	-6,117	-0,592	0,106
Σχέση εργασίας (κατηγ. αναφοράς: μόνιμος)					
Έτη προϋπηρεσίας (ανά 10 έτη)		1,275	-0,090	2,639	0,067
Επιπρόσθετες σπουδές (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Δεύτερο πτυχίο	0,288	-2,994	3,571	0,862
	MSc/PhD	9,519	2,693	16,345	0,007
Είχατε ποτέ προσωπικές δυσκολίες με τον ΣΔ τύπου 1 ή 2; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	5,694	-1,160	12,549	0,103
Έχετε στο ευρύτερο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον άτομο με ΣΔ; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	4,321	1,479	7,163	0,003
Είχατε ποτέ στη τάξη σας παιδί με ΣΔ; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	4,289	1,318	7,261	0,005
Είστε πρόθυμος να έχετε και να υποστηρίξετε ένα παιδί με ΣΔ στην τάξη σας; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	12,288	5,665	18,910	0,0001
Στο σχολείο σας υπάρχουν ειδικά μέτρα ώστε να υποστηριχθεί ένα παιδί με ΣΔ; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	0,624	-2,454	3,702	0,689
Έχετε λάβει ποτέ ειδική εκπαίδευση σχετικά με τον ΣΔ στα παιδιά και την αντιμετώπισή του; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	1,607	-4,236	7,450	0,588

Ανεξάρτητη μεταβλητή	b	95% CI		p-value	
		lower	upper		
Πιστεύετε ότι τα παιδιά με ΣΔ αισθάνονται μειονεκτικά ή διαφορετικά σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά;	Ναι	2,640	-0,246	5,528	0,073
Υπάρχει στο σχολείο στο οποίο εργάζεστε σχολικός νοσηλεύτης;	Ναι	0,500	-2,564	3,569	0,747
Έχετε αυτή τη στιγμή κάποιο παιδί με ΣΔ στην τάξη σας;	Ναι	1,304	-2,138	4,747	0,455
Αντιλήψεις για το ρόλο του σχολικού νοσηλεύτη		0,106	-0,051	0,262	0,184
Αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ		-0,322	-0,160	0,096	0,620
Αντιλήψεις για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ		0,0157	-0,095	0,126	0,779
Αυτο-αποτελεσματικότητα		-0,425	-0,815	-0,036	0,033

Πίνακας 18: Αποτελέσματα αρχικού πολυμεταβλητού μοντέλου με εξαρτημένη μεταβλητή το ποσοστό ορθών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων

Ανεξάρτητη μεταβλητή	b	95% CI		p-value	
		lower	upper		
Οικογενειακή κατάσταση (κατηγ. αναφοράς: Άγαμος/η)	Διαζευγμένος/η ή Χήρος/α	-4,678	-10,803	1,447	0,133
	Έγγαμος/η	0,456	-3,040	3,951	0,797
Έτη προϋπηρεσίας (ανά 10 έτη)		1,391	-0,236	0,302	0,093
Επιπρόσθετες σπουδές (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Δεύτερο πτυχίο	2,364	-0,8556	5,583	0,149
	MSc/PhD	7,170	0,495	13,846	0,035
Έχετε στο ευρύτερο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον άτομο με ΣΔ; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	2,160	-0,649	4,969	0,0131
Είχατε ποτέ στη τάξη σας παιδί με ΣΔ; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	2,201	-0,752	5,154	0,143
Είστε πρόθυμος να έχετε και να υποστηρίξετε ένα παιδί με ΣΔ στην τάξη σας; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	8,890	1,691	16,089	0,016
Πιστεύετε ότι τα παιδιά με ΣΔ αισθάνονται μειονεκτικά ή διαφορετικά σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά;	Ναι	1,429	-1,324	4,182	0,307
Αυτο-αποτελεσματικότητα		-0,336	-0,737	0,065	0,100

F(10, 139) =4,23; p-value<0,001; R²=17,81%

Πίνακας 19: Αποτελέσματα τελικού πολυμεταβλητού μοντέλου με εξαρτημένη μεταβλητή το ποσοστό ορθών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων

Ανεξάρτητη μεταβλητή	b	95% CI		p-value
		lower	upper	
Έχετε στο ευρύτερο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον άτομο με σακχαρώδη διαβήτη;				
Όχι		Κατηγορία αναφοράς		
Ναι	2,73	-0,05	5,51	0,054
Ηλικία (ανά 10 έτη)	-4,1	-7,41	-0,83	0,014
Είστε πρόθυμος να έχετε και να υποστηρίξετε ένα παιδί με σακχαρώδη διαβήτη στην τάξη σας;				
Όχι		Κατηγορία αναφοράς		
Ναι	6,86	-0,29	13,98	0,060
Είχατε ποτέ στη τάξη σας παιδί με σακχαρώδη διαβήτη;				
Όχι		Κατηγορία αναφοράς		
Ναι	3,00	0,06	5,94	0,045
Αυτοαποτελεσματικότητα	-0,39	-0,78	0,01	0,052
Έτη προϋπηρεσίας (ανά 10 έτη)	4,8	1,67	7,85	0,003

Σύμφωνα με το τελικό πολυμεταβλητό μοντέλο (Πίνακα 19),

- για κάθε 10 έτη αύξηση της ηλικίας των εκπαιδευτικών, το ποσοστό ορθών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων μειώνεται στατιστικά σημαντικά κατά 4,1% ($p=0,014$),
- οι εκπαιδευτικοί που είχαν οποιαδήποτε στιγμή στην τάξη τους παιδί με σακχαρώδη διαβήτη είχαν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ορθών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων κατά 3% ($p=0,045$), και
- για κάθε 10 έτη αύξηση της προϋπηρεσίας των εκπαιδευτικών, το ποσοστό ορθών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων αυξάνεται στατιστικά σημαντικά κατά 4,8% ($p=0,03$).

6.6 Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτό-αποτελεσματικότητα

Αρχικά, πραγματοποιήθηκαν μονομεταβλητές αναλύσεις με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτό-αποτελεσματικότητα και ανεξάρτητες τα δημογραφικά – επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, τις στάσεις και τις γνώσεις των εκπαιδευτικών (Πίνακας 20). Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικά στις μονομεταβλητές αναλύσεις σε επίπεδο $\alpha=0,100$ ήταν: το φύλο ($p=0,011$), τα έτη προϋπηρεσίας ($p=0,057$), οι επιπρόσθετες σπουδές ($p=0,022$), οι ερωτήσεις «Είχατε ποτέ προσωπικές δυσκολίες με τον ΣΔ τύπου 1 ή 2;» ($p<0,001$), «Στο σχολείο σας υπάρχουν ειδικά μέτρα ώστε να υποστηριχθεί ένα παιδί με ΣΔ;» ($p<0,001$), και «Υπάρχει στο σχολείο στο οποίο εργάζεστε σχολικός νοσηλεύτης;» ($p<0,001$), οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για το ρόλο του σχολικού νοσηλεύτη ($p=0,058$), για τους μαθητές με ΣΔ ($p=0,023$) και για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ ($p=0,009$), καθώς και οι γνώσεις των εκπαιδευτικών για το ΣΔ ($p=0,033$).

Οι μεταβλητές που βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο $\alpha=0,100$ στις μονομεταβλητές αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν για να δημιουργηθεί το αρχικό πολυμεταβλητό μοντέλο, το οποίο παρουσιάζεται στον Πίνακα 21. Έπειτα, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression), όπου κάθε γινόταν αφαίρεση από το μοντέλο της ανεξάρτητης μεταβλητής που είχε μεγαλύτερο p-value, υπό την προϋπόθεση ότι η τιμή του p-value ήταν πιο μεγάλη από το προκαθορισμένο κριτήριο παραμονής των ανεξάρτητων μεταβλητών στο πολυμεταβλητό μοντέλο. Ως προκαθορισμένο επίπεδο παραμονής μιας ανεξάρτητης μεταβλητής ορίστηκε ως $\alpha=0,05$. Στον Πίνακα 22 παρουσιάζεται το τελικό πολυμεταβλητό μοντέλο που προέκυψε με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτό-αποτελεσματικότητα και ανεξάρτητες μεταβλητές «Είχατε ποτέ προσωπικές δυσκολίες με τον ΣΔ τύπου 1 ή 2;», «Είστε πρόθυμος να έχετε και να υποστηρίξετε ένα παιδί με ΣΔ στην τάξη σας;», «Στο σχολείο σας υπάρχουν ειδικά μέτρα ώστε να υποστηριχθεί ένα παιδί με ΣΔ;» και οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ.

Πίνακας 20: Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών αναλύσεων με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτό-αποτελεσματικότητα και ανεξάρτητα δημογραφικά – επαγγελματικά χαρακτηριστικά, τις στάσεις και τις γνώσεις των εκπαιδευτικών

Ανεξάρτητη μεταβλητή		b	95% CI		p-value
			lower	upper	
Φύλο (κατηγ. αναφοράς: Άνδρας)	Γυναίκα	-1,779	-3,137	-0,422	0,011
Ηλικία (ανά έτος)		0,041	-0,018	0,099	0,174
Οικογενειακή κατάσταση (κατηγ. αναφοράς: Άγαμος/η)	Διαζευγμένος/η ή Χήρος/α	-0,282	-2,827	2,264	0,827
	Έγγαμος/η	-0,576	-1,876	0,724	0,383
	Ένα	0,496	-1,081	2,078	0,534
Αριθμός τέκνων (κατηγ. αναφοράς: Κανένα)	Δύο	0,024	-1,410	1,458	0,973
	≥ Τρία	-1,278	-3,787	1,231	0,316
Θέση (κατηγ. αναφοράς: εκπαιδευτικός)	Προϊστάμενος/ Διευθυντής/ Υποδιευθυντής	0,125	-2,929	3,179	0,936
Σχέση εργασίας (κατηγ. αναφοράς: μόνιμος)	Αναπληρωτής	-1,054	-2,432	0,323	0,133
Έτη προϋπηρεσίας (ανά 10 έτη)		0,543	-0,016	0,110	0,057
Επιπρόσθετες σπουδές (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Δεύτερο πτυχίο	1,862	0,516	3,208	0,007
	MSc/PhD	-0,240	-3,039	2,559	0,865
Είχατε ποτέ προσωπικές δυσκολίες με τον ΣΔ τύπου 1 ή 2; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	-3,445	-6,228	-0,664	0,016
Έχετε στο ευρύτερο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον άτομο με ΣΔ; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	0,047	-1,153	1,248	0,937
Είχατε ποτέ στη τάξη σας παιδί με ΣΔ; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	0,122	-1,129	1,374	0,847
Είστε πρόθυμος να έχετε και να υποστηρίξετε ένα παιδί με ΣΔ στην τάξη σας; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	-6,145	-8,801	3,488	<0,001
Στο σχολείο σας υπάρχουν ειδικά μέτρα ώστε να υποστηριχθεί ένα παιδί με ΣΔ; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	2,596	1,405	3,787	<0,001
Έχετε λάβει ποτέ ειδική εκπαίδευση σχετικά με τον ΣΔ στα παιδιά και την αντιμετώπισή του; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	1,164	-1,227	3,556	0,338

Ανεξάρτητη μεταβλητή	b	95% CI		p-value	
		lower	upper		
Πιστεύετε ότι τα παιδιά με ΣΔ αισθάνονται μειονεκτικά ή διαφορετικά σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά;	Ναι	-0,699	-1,890	0,493	0,248
Υπάρχει στο σχολείο στο οποίο εργάζεστε σχολικός νοσηλευτής;	Ναι	2,446	1,253	3,639	<0,001
Έχετε αυτή τη στιγμή κάποιο παιδί με ΣΔ στην τάξη σας;	Ναι	-0,371	-1,785	1,042	0,604
Αντιλήψεις για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή		0,0623	-0,002	0,127	0,058
Αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ		0,059	0,008	0,117	0,023
Αντιλήψεις για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ		0,060	0,015	0,104	0,009
Γνώσεις για το ΣΔ		-0,072	-0,137	-0,006	0,033

Πίνακας 21: Αποτελέσματα αρχικού πολυμεταβλητού μοντέλου με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτο-αποτελεσματικότητα

Ανεξάρτητη μεταβλητή	b	95% CI		p-value	
		lower	upper		
Φύλο (κατηγ. αναφοράς: Άνδρας)	Γυναίκα	-0,823	-2,202	0,556	0,240
Έτη προϋπηρεσίας (ανά 10 έτη)		0,049	-0,008	0,106	0,091
Επιπρόσθετες σπουδές (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Δεύτερο πτυχίο	1,235	-0,082	2,553	0,066
	MSc/PhD	-0,020	-2,668	2,628	0,988
Είχατε ποτέ προσωπικές δυσκολίες με τον ΣΔ τύπου 1 ή 2; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	-2,440	-5,010	0,129	0,063
Είστε πρόθυμος να έχετε και να υποστηρίξετε ένα παιδί με ΣΔ στην τάξη σας; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	-3,895	-6,718	-1,073	0,007
Στο σχολείο σας υπάρχουν ειδικά μέτρα ώστε να υποστηριχθεί ένα παιδί με ΣΔ; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	1,043	-1,507	3,593	0,420
Υπάρχει στο σχολείο στο οποίο εργάζεστε σχολικός νοσηλευτής;	Ναι	0,408	-2,130	2,946	0,751
Αντιλήψεις για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή		0,037	-0,022	0,096	0,217
Αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ		0,026	-0,024	0,077	0,305
Αντιλήψεις για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ		0,059	0,012	0,107	0,013
Γνώσεις για το ΣΔ		-0,053	-0,117	0,011	0,102

F (13, 133) =5,26; p-value<0,001; R²=27,51%

Σύμφωνα με το τελικό πολυμεταβλητό μοντέλο (Πίνακα 22),

- οι εκπαιδευτικοί που είχαν προσωπικές δυσκολίες με το ΣΔ τύπου 1 ή 2 είχαν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα κατά 3,096 μονάδες σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που δεν είχαν δυσκολίες ($p=0,016$),
- οι εκπαιδευτικοί που ήταν πρόθυμοι να έχουν και να υποστηρίξουν ένα παιδί με ΣΔ στην τάξη τους είχαν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα κατά 5,314 μονάδες ($p<0,001$) σε σχέση με εκείνους που δεν ήταν πρόθυμοι,
- οι εκπαιδευτικοί με δεύτερο πτυχίο είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα κατά 1,643 μονάδες σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς χωρίς πτυχίο ($p=0,013$), και
- για κάθε μία μονάδα αύξησης της βαθμολογίας των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητα τους στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ, η αυτό-αποτελεσματικότητα αυξάνεται στατιστικά σημαντικά κατά 0,072 μονάδες ($p=0,001$).

Πίνακας 22: Αποτελέσματα τελικού πολυμεταβλητού μοντέλου με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτό-αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών

Ανεξάρτητη μεταβλητή	b	95% CI		p-value	
		lower	upper		
Ηλικία	0,049	-0,008	0,108	0,091	
Επιπρόσθετες σπουδές (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Δεύτερο πτυχίο	1,643	0,344	2,913	0,013
	MSc/PhD	0,071	-2,489	2,632	0,956
Είχατε ποτέ προσωπικές δυσκολίες με τον ΣΔ τύπου 1 ή 2; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	-3,096	-5,617	-0,575	0,016
	Είστε πρόθυμος να έχετε και να υποστηρίξετε ένα παιδί με ΣΔ στην τάξη σας; (κατηγ. αναφοράς: Όχι)	Ναι	-5,384	-7,999	-2,771
Αντιλήψεις για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ	0,072	0,030	0,115	0,001	
F (7, 139) =7,72; p-value<0,001; R²=24,36%					

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ένα από τα κυριότερα ευρήματα της παρούσας μελέτης ήταν ότι το συνολικό επίπεδο των γενικών γνώσεων των εκπαιδευτικών σε δημόσια δημοτικά σχολεία για τον διαβήτη ήταν ικανοποιητικό με μέσο ποσοστό σωστών απαντήσεων το 86,00 ($\pm 9,01$)%. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και στην έρευνα των Chatzistougianni et al (2020), στην οποία βρέθηκε ότι οι νηπιαγωγοί και οι εκπαιδευτικοί στα δημοτικά σχολεία στην Ελλάδα είχαν ικανοποιητικές γενικές γνώσεις σχετικά με τον διαβήτη με μέσο ποσοστό σωστών απαντήσεων 80,29 ($\pm 11,50$)%. Ωστόσο, στη μελέτη των Statiri et al (2022), όπου το δείγμα αποτέλεσαν 157 εκπαιδευτικοί από σχολεία της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στην Αττική, βρέθηκε ότι το 31% των εκπαιδευτικών είχαν ανεπαρκείς γνώσεις για το ΣΔ1, το 68% είχαν βασικές γνώσεις και μόνο το 3,2% είχαν επαρκείς γνώσεις.

Σε πολλές διεθνείς μελέτες παρατηρείται έλλειψη ικανοποιητικού επιπέδου γνώσεων σχετικών με τον ΣΔ1 στους εκπαιδευτικούς. Αναλυτικότερα, στη μελέτη των Gutierrez-Manzanedo et al (2018), που το δείγμα αποτελούνταν από 756 εκπαιδευτικούς νηπιαγωγείων, πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων σχολείων της Ισπανίας (μέση ηλικία: 44,3 έτη; 61,7% γυναίκες), βρέθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί είχαν μέτριο επίπεδο γνώσεων για το ΣΔ1, καθώς η μέση βαθμολογία τους στο ερωτηματολόγιο γνώσεων ήταν 6,0 ($\pm 4,3$) βαθμοί, με τη μέγιστη βαθμολογία του ερωτηματολογίου να είναι 16 βαθμοί. Μόνο το 5,1% των συμμετεχόντων είχαν επαρκείς γνώσεις, δηλαδή βαθμολογία 13 έως 16, προκειμένου να υποστηρίξουν αποτελεσματικά έναν μαθητή με ΣΔ1 στο σχολείο. Επίσης, στη μελέτη των Aycan et al (2012), στην Τουρκία, βρέθηκε ότι το 47,6% και το 32,4% των εκπαιδευτικών είχαν μέτριο και χαμηλό επίπεδο γνώσεων αντίστοιχα σχετικά με το ΣΔ. Σε μία μελέτη στο Bahrain (n=1140), βρέθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί είχαν μέτριο επίπεδο γνώσεων για το ΣΔ, καθώς η μέση βαθμολογία του ερωτηματολογίου ήταν 5,34 (ελάχιστη – μέγιστη βαθμολογία ερωτηματολογίου: 1 – 10) (Alnasir, 2003). Επίσης, στη μελέτη του Alluhaybi (2020), στην οποία το δείγμα αποτέλεσαν 433 εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στη Σαουδική Αραβία, βρέθηκε ότι το 57% των εκπαιδευτικών είχαν μέτριο επίπεδο γνώσεων σχετικά με το ΣΔ, το 11,5% είχαν φτωχό επίπεδο γνώσεων, ενώ το 31,4% είχαν καλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με το ΣΔ. Τα διαφορετικά ευρήματα των μελετών θα μπορούσαν να οφείλονται στη διαφορετική δομή του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιούν.

Οι δάσκαλοι που συμμετείχαν στη μελέτη μας σημείωσαν μικρότερο ποσοστό ορθών απαντήσεων στις ερωτήσεις «Ποιο είναι το φυσιολογικό φάσμα των τιμών σακχάρου στο αίμα όταν είμαστε νηστικοί;» και «Εάν βρείτε ένα παιδί με ΣΔ αναίσθητο τι πρέπει να κάνετε άμεσα;», όπου το ποσοστό των ορθών απαντήσεων ήταν 62,70% και 52,70%, αντίστοιχα. Δηλαδή, σχεδόν 1 στους 2 εκπαιδευτικούς είχε έλλειμμα γνώσεων αναφορικά με τη διαχείριση επειγουσών καταστάσεων στα παιδιά με ΣΔ1. Το εύρημα αυτό εγείρει ανησυχίες για την άμεση ασφάλεια των μαθητών με διαβήτη στο σχολικό περιβάλλον. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και σε άλλες μελέτες. Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη των Aycan et al (2012), στην Τουρκία, το 17,9% των συμμετεχόντων δεν ήξεραν τι να κάνουν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης και κάποιοι δήλωσαν ότι θα έδιναν γιαούρτι με αλάτι ή θα χαστούκιζαν το παιδί σε περίπτωση υπογλυκαιμίας. Σε μία άλλη μελέτη στη Σαουδική Αραβία, οι συμμετέχοντες σημείωσαν το μικρότερο ποσοστό ορθών απαντήσεων στις ερωτήσεις «Ένα παιδί αναπτύσσει ΣΔ1 ως αποτέλεσμα της υπερβολικής πρόσληψης ζάχαρης και της έλλειψης σωματικής δραστηριότητας;» (9,7%), «Ένας μαθητής με ΣΔ πρέπει να τρώει γλυκά ή χυμούς πριν από το μάθημα της φυσικής αγωγής;» (46,0%), «Σε περίπτωση κόματος, θα πρέπει να τοποθετηθεί μια μικρή ποσότητα μαρμελάδας ή μελιού στο στόμα του παιδιού με ΣΔ;» (57,1%) (Alshammari & Haridi, 2021). Αντίθετα, η πλειονότητα των συμμετεχόντων, στη μελέτη των Gutierrez-Manzanedo et al (2018) απάντησαν σωστά σε ερωτήσεις σχετικά με τα συμπτώματα (74,2%) και τη θεραπεία της υπογλυκαιμίας (85,9%).

Στην πολυμεταβλητή ανάλυση που έγινε στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο επίπεδο γνώσεων σχετικών με το ΣΔ ήταν η μικρότερη ηλικία των δασκάλων, η ύπαρξη μαθητή με ΣΔ στην τάξη τους και τα περισσότερα έτη προϋπηρεσίας. Οι νεότεροι σε ηλικία δάσκαλοι φαίνεται να έχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με τον ΣΔ1. Αυτό το εύρημα θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως αποτέλεσμα της πιο ευαισθητοποιημένης προς τις ιδιαιτερότητες των μαθητών τους εκπαίδευσης που αναμένεται να έχουν οι νεότεροι σε σύγκριση με τους παλιότερους συναδέλφους τους. Η αναθεώρηση των προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών με την ένταξη θεμάτων ειδικής αγωγής και χρόνιων ασθενειών ενισχύει το μορφωτικό τους επίπεδο και εξοικειώνει τους αποφοίτους με τη σχολική πραγματικότητα, αυξάνοντας ταυτόχρονα την ευαισθητοποίησή τους σε τέτοιου τύπου θέματα υγείας και εξατομικευμένης αντιμετώπισης των ιδιαίτερων αναγκών των μαθητών τους. Και σε άλλες μελέτες που αφορούν την ένταξη μαθητών με αναπηρίες σε μια ενιαία εκπαιδευτική διαδικασία οι

νεότεροι δάσκαλοι φαίνεται να έχουν περισσότερες γνώσεις και να εκφράζουν τις πιο θετικές αντιλήψεις (Ahmmed, Sharma, & Deppeler, 2014; Parasuram, 2006; Rakap & Kaczmarek, 2010). Η επαφή με ένα παιδί με ΣΔ φαίνεται να βοηθά τους δασκάλους να εξοικειωθούν μαζί του και κατά συνέπεια να ευαισθητοποιηθούν και να κινητοποιηθούν προς την κατεύθυνση της καλύτερης ενημέρωσης και διαχείρισης της νόσου στο σχολικό περιβάλλον. Οι δάσκαλοι που είχαν στην τάξη τους παιδί με ΣΔ είχαν πιο θετικές αντιλήψεις για τους μαθητές αυτούς π.χ. πίστευαν ότι ο μαθητής με ΣΔ δεν επηρεάζει αρνητικά τη διεξαγωγή του μαθήματος στην τάξη, δεν έχει μειωμένη σχολική επίδοση, και δεν πρέπει να στιγματίζεται μέσα στο χώρο του σχολείου, ούτε να νιώθει κατώτερος ή διαφορετικός από τους συνομήλικούς του. Παρόμοια εξοικείωση καταγράφεται και κατά την επαφή των δασκάλων με μαθητές που εμφανίζουν αναπηρία στις μελέτες των Batsiou et al., (2008) και Kurniawati et al. (2012) στις οποίες εξετάζεται η ένταξη των μαθητών με αναπηρία σε μια ενιαία εκπαιδευτική διαδικασία. Οι εκπαιδευτικοί με περισσότερα έτη προϋπηρεσίας έχουν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων στο ΣΔ1 σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς με λιγότερα έτη προϋπηρεσίας (Alluhaybi et al., 2020; Chatzistougianni et al, 2020). Αυτό πιθανόν οφείλεται στο ότι τα άτομα, που έχουν περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας και διδακτικής εμπειρίας, είναι πιο πιθανό να είχαν μαθητές με ΣΔ στην τάξη τους. Ωστόσο, στη μελέτη των Gutierrez-Manzanedo et al (2018), οι εκπαιδευτικοί που είχαν λιγότερα από 15 έτη προϋπηρεσίας είχαν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων σε σχέση με εκείνους που είχαν πάνω από 15 έτη.

Επιπρόσθετα, το 34,0% των εκπαιδευτικών ανέφερε ότι στο σχολείο που εργάζεται δεν υπήρχαν ειδικά μέτρα ώστε να υποστηριχθεί ένα παιδί με ΣΔ. Σε μια πρόσφατη μελέτη στην Ισπανία που διεξήχθη από τους Carral San Laureano et al. (2018), 1 στους 2 συμμετέχοντες ανέφεραν ότι τα σχολεία τους δεν ήταν προετοιμασμένα για τη διαχείριση επειγόντων περιστατικών διαβήτη. Γενικότερα, στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι ελλείψεις απαραίτητου εξοπλισμού στα σχολεία μπορεί να επηρεάζουν αρνητικά τη στάση των εκπαιδευτικών στη διαχείριση παιδιών με ΣΔ. Για παράδειγμα, στη μελέτη των Gökçe et al (2021) αναφέρεται ότι τα σχολεία δεν ήταν εξοπλισμένα για τη μέτρηση των υδατανθράκων και τον προσδιορισμό των bolus δόσεων ινσουλίνης. Δεδομένου ότι τα παιδιά καλύπτουν τις περισσότερες καθημερινές διατροφικές τους ανάγκες από τα σχολικά γεύματα, αυτό επηρεάζει συχνά αρνητικά το απογευματινό προφίλ της γλυκόζης. Τα ευρήματα αυτά σε συνδυασμό και με τις προηγούμενες διαπιστώσεις για έλλειμμα γνώσεων των εκπαιδευτικών αναφορικά με τη διαχείριση επειγουσών καταστάσεων δημιουργούν δυσμενείς συνθήκες για την ασφάλεια των μαθητών με διαβήτη στο σχολικό περιβάλλον.

Παράλληλα, στην ίδια μελέτη των Gökçe et al (2021) μόνο το 12% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι υπήρχε ένεση γλυκαγόνης στο σχολείο, ενώ το 31% δεν γνώριζε αν υπήρχε. Στην παρούσα μελέτη, η πλειονότητα των συμμετεχόντων (97,3%) ανέφεραν ότι υπάρχει ψυγείο για τη φύλαξη ενέσιμης γλυκαγόνης στο σχολείο. Παρόλα αυτά, το 34,7% των εκπαιδευτικών (περίπου 3 στους 10) δεν ήταν πρόθυμοι να χορηγήσουν ενδομυϊκά τη γλυκαγόνη σε παιδί με ΣΔ σε περίπτωση απόλυτης ανάγκης πιθανώς λόγω έλλειψης ειδικής εκπαίδευσης, ενώ το 67,3% των εκπαιδευτικών (σχεδόν 7 στους 10) θεωρούσαν ότι το εκπαιδευτικό σύστημα δεν ήταν επαρκώς ή ήταν ελάχιστα προετοιμασμένο προκειμένου να εξυπηρετήσει ικανοποιητικά τις ανάγκες του παιδιού με ΣΔ και το 85,3% των εκπαιδευτικών ανέφεραν ότι στο σχολείο που εργάζονται δεν είχαν λάβει τις απαραίτητες οδηγίες ή την κατάλληλη εκπαίδευση για το ΣΔ. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω μόνο το 34,6% (περίπου 3 στους 10) των εκπαιδευτικών πίστευαν ότι θα ήταν αποτελεσματικοί στην αντιμετώπιση των αναγκών των παιδιών με ΣΔ.

Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητά τους στη διαχείριση των μαθητών αυτών σχετίστηκε με την προθυμία τους να υποστηρίξουν ένα μαθητή με ΣΔ στην τάξη τους. Όπως καταγράφεται στη μελέτη των Chatzistougianni et al (2020), η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών στη διαχείριση του ΣΔ αυξάνει την ετοιμότητα και την προθυμία τους να συμμετέχουν στη φροντίδα των παιδιών αυτών, ενώ και στη μελέτη των Gökçe et al (2021) βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι που είχαν λάβει εκπαίδευση είχαν πιο θετική στάση απέναντι στους μαθητές με ΣΔ1. Δεν είναι ενθαρρυντικό ότι στην παρούσα μελέτη, μόνο το 6,7% των εκπαιδευτικών είχε λάβει ειδική εκπαίδευση σχετικά με το ΣΔ στα παιδιά και την αντιμετώπισή του. Η έλλειψη ειδικής εκπαίδευσης είναι ένα εύρημα που έχει παρατηρηθεί και σε άλλες μελέτες (Manchón et al, 2009). Παρόλα αυτά η συντριπτική πλειοψηφία των εκπαιδευτικών του δείγματος (91,3%) ήταν πρόθυμοι να εκπαιδευτούν στη γενικότερη διαχείριση των μαθητών με ΣΔ και στη μέτρηση σακχάρου (84,7%), ενώ το 81,3% πίστευαν ότι η εκπαίδευσή τους θα μπορούσε να συμβάλει στη βελτίωση της ένταξης των μαθητών με ΣΔ στο σχολικό περιβάλλον. Η εκπαίδευση των εργαζομένων στα σχολεία τους βοηθάει να αντιμετωπίσουν επείγοντα περιστατικά που σχετίζονται με τον διαβήτη, καθώς η γνώση ενδυναμώνει την αυτοπεποίθησή τους σχετικά με την αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων κατά τη διάρκεια της παραμονής των μαθητών με ΣΔ1 στο σχολείο (Taha et al., 2018). Οι Taha et al (2018) εξέτασαν την επίδραση ενός διαδικτυακού εκπαιδευτικού προγράμματος σχετιζόμενο με το διαβήτη στις γνώσεις 124 εργαζομένων σε δημόσια σχολεία στο Κουβέιτ. Μετά την παρακολούθηση του eLearning προγράμματος, οι γνώσεις

για το διαβήτη αυξήθηκαν στατιστικά σημαντικά και διατηρήθηκαν για διάστημα 12 μηνών. Οι συμμετέχοντες έδειξαν μετά την παρέμβαση ότι ήταν σίγουροι για τις γνώσεις τους σχετικά με τον διαβήτη και την ικανότητά τους να φροντίσουν σωστά ένα παιδί με διαβήτη στην τάξη τους, είχαν αυτοπεποίθηση για τη μέτρηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα, για τη θεραπεία της υπογλυκαιμίας και της υπεργλυκαιμίας και είχαν επίγνωση της επίδρασης του διαβήτη σ' έναν μαθητή μέσα στην τάξη (Taha et al., 2018).

Οκτώ στους δέκα εκπαιδευτικούς της μελέτης ανέφεραν ότι ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να τους εκπαιδέψει αποτελεσματικά στη διαχείριση του ΣΔ. Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητά τους στη διαχείριση των μαθητών με ΣΔ σχετίστηκε με την ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή στο σχολείο. Όλοι οι εκπαιδευτικοί ανέφεραν ότι αισθάνονταν ασφάλεια με την ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή και ότι ο σχολικός νοσηλευτής είναι αποτελεσματικός στη διαχείριση έκτακτων αναγκών των μαθητών. Στη μελέτη των Gökçe et al (2021) βρέθηκε ότι οι σχολικοί νοσηλευτές είχαν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο γνώσεων σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς και τους διευθυντές των σχολείων. Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεώρησε ιδιαίτερα σημαντικό τον ρόλο των σχολικών νοσηλευτών στην ενσωμάτωση των παιδιών με ΣΔ στη σχολική τάξη και στη συμμετοχή τους σε αθλητικές δραστηριότητες ή εκδρομές. Επίσης, σχεδόν όλοι οι εκπαιδευτικοί του δείγματος ανέφεραν ότι ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στο άγχος που βιώνουν οι γονείς των μαθητών με ΣΔ. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γονείς εκφράζουν λιγότερες ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια των παιδιών με διαβήτη στο σχολείο, όταν υπάρχει σχολικός νοσηλευτής στο χώρο (Drakopoulou et al, 2022, Kise et al, 2017, Pinell et al, 2011, Sparapani et al, 2017). Οι σχολικοί νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν τη σύνδεση μεταξύ του μαθητή, του σχολείου και του σπιτιού. Κατά τη φροντίδα των παιδιών με διαβήτη, ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή είναι πολύπλευρος. Πρέπει να είναι διαθέσιμοι για να επιβλέπουν και να βοηθούν στην τακτική διαχείριση της νόσου (συμπεριλαμβανομένου της μέτρησης του σακχάρου, της βοήθειας με τη μέτρηση υδατανθράκων στα σνακ και τα γεύματα, της χορήγησης ινσουλίνης και της εκπαίδευσης σχετικά με τις δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης), στον εντοπισμό και τη θεραπεία καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, συμπεριλαμβανομένων των επεισοδίων υπογλυκαιμίας - υπεργλυκαιμίας, στην εκπαίδευση του υπόλοιπου σχολικού προσωπικού για τη συνήθη φροντίδα, στη συνεργασία και επικοινωνία με τους γονείς, τους δασκάλους, τους προπονητές, τον μαθητή και άλλους παρόχους φροντίδας. Οι σχολικοί νοσηλευτές πρέπει να συνεργάζονται με τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς για να δημιουργήσουν ένα

υποστηρικτικό σχολικό περιβάλλον που θα ενισχύει την ακαδημαϊκή και κοινωνική αποδοτικότητα του μαθητή με ΣΔ (Drakoroulou et al, 2022, Peery et al, 2012). Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, βρέθηκε στην παρούσα μελέτη ότι οι εκπαιδευτικοί που στο σχολείο τους υπήρχε σχολικός νοσηλευτής ανέφεραν πιο θετικές αντιλήψεις για τους μαθητές με ΣΔ, έχοντας, ενδεχομένως, μέσα από τη συνεργασία τους με το σχολικό νοσηλευτή επίγνωση της φύσης της νόσου καθώς και των δυσκολιών αλλά και των δυνατοτήτων των μαθητών με ΣΔ1.

Από την πολυμεταβλητή ανάλυση προέκυψε ότι οι εκπαιδευτικοί που είχαν προσωπικές δυσκολίες με ΣΔ τύπου 1 ή 2 είχαν στατιστικά σημαντική χαμηλότερη γενικευμένη αυτοαποτελεσματικότητα κατά 3,096 μονάδες σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που δεν είχαν τέτοιου τύπου δυσκολίες. Αυτό σημαίνει ότι οι εκπαιδευτικοί που είχαν προσωπικές δυσκολίες με το ΣΔ τύπου 1 ή 2 σε μεγαλύτερο βαθμό αμφέβαλαν για τις ικανότητές τους, πίστευαν ότι δεν θα τα καταφέρουν, μεγέθυναν στο μυαλό τους τη δυσκολία των στόχων τους και επικεντρώνονταν σε μεγαλύτερο βαθμό στις ανεπάρκειες και τα ελλείμματά τους με αποτέλεσμα να αυξάνεται το άγχος τους σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς που δεν είχαν τέτοιου τύπου δυσκολίες (Bandura, 1986). Στο σημείο αυτό γίνεται αντιληπτή η επίδραση του βιώματος μιας χρόνιας ασθένειας στην αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας που μπορεί να αναπτύξουν οι πάσχοντες στην προσωπική και επαγγελματική τους ζωή. Η επίδραση μιας χρόνιας ασθένειας φαίνεται να είναι καθοριστική όσο αφορά τις πεποιθήσεις και εκτιμήσεις των πασχόντων αναφορικά με την ικανότητά τους να οργανώσουν και να εκτελέσουν ένα σχέδιο δράσης για την επίτευξη των επιθυμητών στόχων (Maddux & Kleiman, 2016; Sorat, 2018). Το εύρημα αυτό αναδεικνύει τη σημαντικότητα της εξατομίκευσης των θεραπευτικών παρεμβάσεων με σκοπό την ικανοποίηση των ειδικών αναγκών του κάθε ασθενούς με χρόνια ασθένεια ξεχωριστά. Επίσης, αναδεικνύεται και η σημαντικότητα της ψυχολογικής υποστήριξης και ενδυνάμωσης με σκοπό τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης και της ψυχικής ανθεκτικότητας παιδιών ή ενηλίκων με χρόνιες ασθένειες ώστε να μην διαμορφώνουν χαμηλές προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας στη ζωή τους. Η αναγκαιότητα εφαρμογής των προαναφερόμενων παρεμβάσεων ενισχύεται αν λάβουμε υπόψιν τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών της παρούσας μελέτης σύμφωνα με τις οποίες «τα παιδιά με ΣΔ αισθάνονται μειονεκτικά ή διαφορετικά σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά» και «ένας μαθητής με ΣΔ στιγματίζεται έως ένα βαθμό μέσα στο χώρο του σχολείου, επειδή νιώθει κατώτερος/η ή

διαφορετικός/η από τους συνομήλικούς του/της». Οι απαντήσεις αυτές δόθηκαν από το 50,7% και το 44,8% του δείγματος αντίστοιχα.

Τέλος, ένα ενδιαφέρον εύρημα, που δεν έχει μελετηθεί εκτενώς στη βιβλιογραφία είναι η συσχέτιση της αίσθησης γενικευμένης αυτοαποτελεσματικότητας των δασκάλων με τις γνώσεις και τις αντιλήψεις τους για τον ΣΔ1. Συνήθως αυτό που προκύπτει από άλλες μελέτες είναι ότι η αύξηση της γνώσης οδηγεί σε αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας και στην ανάπτυξη πιο θετικών στάσεων. Για παράδειγμα, η αύξηση της γνώσης των δασκάλων για τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος αύξησε την εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να διαχειρίζονται τις ανάγκες και τις συμπεριφορές των μαθητών αυτών στη μελέτη των Corona et al. (2017). Επίσης, στη μελέτη των Lu et al (2020) βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της γνώσης, της στάσης και της επαγγελματικής αυτοαποτελεσματικότητας, δηλαδή όσο υψηλότερο ήταν το επίπεδο γνώσεων για τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος, τόσο πιο θετική ήταν η στάση των δασκάλων απέναντι σ' αυτούς του μαθητές. Επίσης, όσο πιο θετική ήταν η στάση τους, τόσο υψηλότερη ήταν η επαγγελματική τους αυτοαποτελεσματικότητα (Lu et al., 2020). Σύμφωνα με τις μελέτες των Kuzminsk et al. (2019) και των Gonzalez et al.(2021) , εάν οι εκπαιδευτικοί προσχολικής ηλικίας έχουν εμπειρία από τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος και κατάλληλη εκπαίδευση και γνώση, θα επιδείξουν θετική στάση απέναντι στα παιδιά με τη διαταραχή αυτή και θα έχουν υψηλό επίπεδο επαγγελματικής αυτοαποτελεσματικότητας. Σε μία άλλη μελέτη βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που ολοκλήρωσαν ένα δωρο πρόγραμμα εκπαίδευσης για τη σεξουαλική υγεία είχαν σημαντική βελτίωση στις γνώσεις, τη στάση και την αυτοαποτελεσματικότητά τους σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Αυτό έδειξε ότι η εκπαίδευση των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, δεν αύξησε μόνο τη γνώση, αλλά συνέβαλε στην ανάπτυξη θετικών στάσεων και υψηλότερου επιπέδου επαγγελματικής αυτοαποτελεσματικότητας, δηλαδή μεγαλύτερης εμπιστοσύνης στις ικανότητες τους για την παροχή φροντίδας σεξουαλικής υγείας (Lu et al., 2021).

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι υπήρχε μη στατιστικά σημαντική αλλά κοντά στο όριο της στατιστικής σημαντικότητας αρνητική συσχέτιση μεταξύ της γενικευμένης αυτοαποτελεσματικότητας με το ποσοστό ορθών απαντήσεων, δηλαδή οι συμμετέχοντες με μεγαλύτερη γενικευμένη αυτο-αποτελεσματικότητα, έδωσαν μικρότερο ποσοστό ορθών απαντήσεων για το ΣΔ1 δηλαδή εμφάνιζαν χαμηλότερο επίπεδο γνώσεων. Η αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας χωρίς αύξηση της γνώσης μπορεί να είναι ανησυχητική (Parvizy

et al., 2020). Και στη μελέτη των Chiang et al., η αυτοαποτελεσματικότητα ήταν υψηλότερη από τη μέση βαθμολογία των γνώσεων, δείχνοντας ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές πιστεύουν ότι μπορούν να διαχειριστούν τον πόνο, αν και έχουν περιορισμένες γνώσεις σχετικά με αυτό, γεγονός που μπορεί να εμποδίσει τη βελτίωση της γνώσης του θεραπευτικού προσωπικού σχετικά με τη διαχείριση του πόνου (Chiang et al., 2006). Η υψηλή βαθμολογία των δασκάλων στην αίσθηση γενικευμένης αυτοαποτελεσματικότητας μπορεί, ενδεχομένως, να προκύπτει από την πεποίθησή τους ότι έχουν αναπτυγμένες δεξιότητες διαχείρισης δυσκολιών γενικότερα στη ζωή τους ή/και καλύτερο γενικότερο έλεγχο της τάξης και καλύτερη αποδοτικότητα στον τρόπο διδασκαλίας και στις διδακτικές πρακτικές χωρίς να έχουν επίγνωση του ελλείματος γνώσεων και των ανεπαρκών δεξιοτήτων τους στο πεδίο του ΣΔ1 ή μπορεί και να θεωρούν ότι αυτό δεν περιλαμβάνεται στις αρμοδιότητες και στα καθήκοντά τους. Επισημαίνεται ότι οι εκπαιδευτικοί με δεύτερο πτυχίο, που μπορεί να αισθάνονται ότι διαθέτουν επιπρόσθετα εφόδια και κατ' επέκταση καλύτερη διδακτική πρακτική εμφάνισαν υψηλότερη αυτο-αποτελεσματικότητα.

Επίσης στην παρούσα μελέτη, η θετικότερη στάση των δασκάλων απέναντι στους μαθητές με ΣΔ1 (η προθυμία τους να έχουν και να υποστηρίξουν ένα παιδί με ΣΔ στην τάξη τους) συσχετίστηκε με χαμηλότερη γενικευμένη αυτοαποτελεσματικότητα. Πιθανώς η θετικότερη στάση τους να οφείλεται στην αυξημένη ενσυναίσθηση των δασκάλων αυτών απέναντι στους μαθητές με ΣΔ1 πιθανώς λόγω δικών τους προσωπικών βιωμάτων και όχι στις δεξιότητές τους όσο αφορά τη διαχείριση της νόσου αν λάβουμε υπόψιν ότι οι εκπαιδευτικοί που είχαν προσωπικές δυσκολίες με το ΣΔ τύπου 1 ή 2 και οι εκπαιδευτικοί με λιγότερο θετικές αντιλήψεις για την ετοιμότητα τους στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ εμφάνισαν χαμηλότερη γενικευμένη αυτοαποτελεσματικότητα.

Περιορισμοί Μελέτης

Το δείγμα της έρευνας περιλαμβάνει εκπαιδευτικούς που εργάζονται μόνο στα δημόσια σχολεία στο λεκανοπέδιο Αττικής. Πρέπει να σημειωθεί η αδυναμία της γενίκευσης των συμπερασμάτων της έρευνας στον ευρύτερο πληθυσμό των εκπαιδευτικών. Δεν μπορεί να γίνει γενίκευση των ευρημάτων για τα σχολεία στην επαρχία ή για τα ιδιωτικά σχολεία αλλά μπορεί αυτά τα ευρήματα να είναι η αφετηρία μιας ευρύτερης μελλοντικής έρευνας στο συγκεκριμένο θέμα, με στόχο να υπάρξει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα. Η

χρησιμοποίηση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς είναι επίσης, ένας ερευνητικός περιορισμός. Οι απαντήσεις καθορίζονται από τις υποκειμενικές κρίσεις αυτών που συμμετέχουν. Οι συμμετέχοντες μπορεί να δώσουν κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις στις ερωτήσεις που αφορούν τις προσωπικές τους στάσεις σχετικά με τη διαχείριση του ΣΔ στο χώρο του σχολείου. Επιπλέον, η παρούσα έρευνα δεν καταγράφει τις εμπειρίες και την οπτική των μαθητών με διαβήτη και των γονέων γύρω από το θέμα αυτό και το κατά πόσο καλύπτονται οι ανάγκες τους μέσα στο σχολικό περιβάλλον.

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας για τις γνώσεις, τις στάσεις και την αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας των Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης απέναντι σε μαθητές με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες και πιο ξεκάθαρη εικόνα για το υπό μελέτη θέμα στον ελληνικό χώρο με κατεύθυνση την βελτίωση των εκπαιδευτικών και υποστηρικτικών παρεμβάσεων στους δασκάλους. Η μελέτη μας έδειξε ότι υπάρχει επείγουσα ανάγκη κάλυψης των σχολείων από σχολικούς νοσηλευτές οι οποίοι είναι εκπαιδευμένοι και οι καθόλα αρμόδιοι για την σωστή διαχείριση παιδιών με ΣΔ1. Επίσης ανέδειξε την ανάγκη βελτίωσης των γνώσεων και καλλιέργειας δεξιοτήτων στους εκπαιδευτικούς από εξειδικευμένο προσωπικό, με έμφαση στον εντοπισμό και τη διαχείριση έκτακτων περιστατικών διαβήτη σε περίπτωση απουσίας του σχολικού νοσηλευτή. Είναι σημαντικό να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή και στις συναισθηματικές δυσκολίες των παιδιών αυτών. Ένα ευαισθητοποιημένο και καταρτισμένο εκπαιδευτικό προσωπικό θα μπορούσε να γίνει βοηθός στο έργο του σχολικού νοσηλευτή το οποίο είναι να υποστηρίζει αποτελεσματικά τους μαθητές με ΣΔ1 όχι μόνο πρακτικά με την έννοια της παροχής βοήθειας σε καθημερινές πρακτικές, όπως μετρήσεις γλυκόζης και χορήγηση ινσουλίνης, αλλά και με τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που θα βασίζεται στην κατανόηση των ιδιαίτερων αναγκών των μαθητών με ΣΔ1 με στόχο την ψυχική ενδυνάμωση και ανθεκτικότητα των μαθητών που πάσχουν από τη χρόνια αυτή ασθένεια. Οι δάσκαλοι θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι και προετοιμασμένοι ώστε να προσφέρουν εξατομικευμένη διαχείριση των αναγκών των μαθητών με ενσυναίσθηση. Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή είναι καταλυτικός και πολύπλευρος, καθώς είναι ο επαγγελματίας υγείας που είναι ο αρμόδιος για την διαχείριση του παιδιού με ΣΔ1 και για την εκπαίδευση των δασκάλων και των γονέων ώστε από κοινού να δημιουργήσουν ένα ασφαλές περιβάλλον το οποίο θα βοηθήσει στην καλύτερη διαχείριση των μαθητών με ΣΔ1 και συνάμα στην ουσιαστική ενσωμάτωσή τους στο σχολικό περιβάλλον.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ahmed, M., Sharma, U., & Deppeler, J. (2014). Variables affecting teachers' intentions to include students with disabilities in regular primary schools in Bangladesh. *Disability & Society, 29*(2), 317–331
- Akil, A. A., Yassin, E., Al-Maraghi, A., Aliyev, E., Al-Malki, K., & Fakhro, K. A. (2021). Diagnosis and treatment of type 1 diabetes at the dawn of the personalized medicine era. *Journal of translational medicine, 19*(1), 137.
- Alnasir, F. (2003). Assessment of Knowledge of Diabetes Mellitus among Bahraini School Teachers. *Bahrain Medical Bulletin, 25*(4), 1-8.
- Al Duraywish, A. A., & Nail, A. M. (2017). Assessment of the primary and intermediate school staffs' knowledge, attitude and practice on care of children with type 1 diabetes at school, Al-Jouf, Saudi Arabia. *Sudan Journal of Medical Sciences, 12*(1), 33-45.
- Alluhaybi, A., Altraifi, M., Alaezaimee, S., Aldokheel, B., Alwajaan, A., & Kuddus, M. (2020). Assessment of Knowledge and Attitude of School Teachers Rega... : Hail Journal of Health Sciences. *Hail Journal of Health Sciences, 2*(2), 75–81.
- Alfadhli E. M. (2015). Gestational diabetes mellitus. *Saudi medical journal, 36*(4), 399–406.
- Alshammari, F. M., & Haridi, H. K. (2021). Teachers' knowledge about type 1 diabetes in public female elementary schools in Northern Saudi Arabia. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene, 62*(3), E673.
- American Diabetes Association (2009). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care, 32* Suppl 1(Suppl 1), S62–S67. <https://doi.org/10.2337/dc09-S062>
- American Diabetes Association (2013). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care, 36* Suppl 1(Suppl 1), S67–S74. <https://doi.org/10.2337/dc13-S067>
- Amillategui, B., Mora, E., Calle, J. R., & Giralt, P. (2009). Special needs of children with type 1 diabetes at primary school: perceptions from parents, children, and teachers. *Pediatric diabetes, 10*(1), 67-73.

- Anderson, B. J., Vangsness, L., Connell, A., Butler, D., Goebel-Fabbri, A., & Laffel, L. M. B. (2002). Family conflict, adherence, and glycaemic control in youth with short duration type 1 diabetes. *Diabetic medicine*, 19(8), 635-642.
- Aycan, Z., Önder, A., Çetinkaya, S., Bilgili, H., Yıldırım, N., Baş, V.N., Peltek Kendirci, H.N., Ağladıoğlu, S.Y. (2012). Assessment of the knowledge of diabetes mellitus among school teachers within the scope of the managing diabetes at school program. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*, 4(4),199-203.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of social and clinical psychology*, 4(3), 359-373.
- Batsiou, S., Bebetos, E., Panteli, P., & Antoniou, P. (2008). Attitudes and intention of Greek and Cypriot primary education teachers towards teaching pupils with special educational needs in mainstream schools. *International Journal of Inclusive Education*, 12(2), 201-219.
- Bavuma, C., Sahabandu, D., Musafiri, S., Danquah, I., McQuillan, R., & Wild, S. (2019). Atypical forms of diabetes mellitus in Africans and other non-European ethnic populations in low-and middle-income countries: a systematic literature review. *Journal of global health*, 9(2), 020401.
- Baynes, H. (2015). Classification, Pathophysiology, Diagnosis and Management of Diabetes Mellitus. *Baynes J Diabetes Metab*, 6 (1), 541.
- Bechara, G. M., Castelo Branco, F., Rodrigues, A. L., Chinnici, D., Chaney, D., Calliari, L. E. P., & Franco, D. R. (2018). “KiDS and Diabetes in Schools” project: experience with an international educational intervention among parents and school professionals. *Pediatric diabetes*, 19(4), 756-760.
- Brandstaetter, E., Bartal, C., Sagy, I., Jotkowitz, A., & Barski, L. (2019). Recurrent diabetic ketoacidosis. *Archives of endocrinology and metabolism*, 63, 531-535.

- Bratina, N., Forsander, G., Annan, F., Wysocki, T., Pierce, J., Calliari, L. E., Pacaud, D., Adolfsson, P., Dovč, K., Middlehurst, A., Goss, P., Goss, J., Janson, S., & Acerini, C. L. (2018). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Management and support of children and adolescents with type 1 diabetes in school. *Pediatric diabetes*, *19*(27), 287–301.
- Carral San Laureano, F., Gutiérrez Manzanedo, J. V., Moreno Vides, P., de Castro Maqueda, G., Fernández Santos, J. R., Ponce González, J. G., & Ayala Ortega, M. D. C. (2018). Teachers' attitudes and perceptions about preparation of public schools to assist students with type 1 diabetes. Actitudes y percepción del profesorado de centros educativos públicos sobre la atención a alumnos con diabetes tipo 1. *Endocrinología, diabetes y nutrición*, *65*(4), 213–219. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2017.11.007>
- Centers for Disease Control and Prevention, & US Department of Health and Human Services. (2017). *Centers for Disease Control and Prevention National Diabetes Statistics Report, 2017*. Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Human Services: Atlanta, GA, USA.
- Chatzistougianni, P., Tsoitridou, E., Dimitriadou, M., & Christoforidis, A. (2020). Level of knowledge and evaluation of perceptions regarding pediatric diabetes among Greek teachers. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *159*, 107952.
- Chiang, L. C., Chen, H. J., & Huang, L. (2006). Student nurses' knowledge, attitudes, and self-efficacy of children's pain management: evaluation of an education program in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*, *32*(1), 82–89.
- Commissariat P.V., Harrington K.R., Whitehouse A.L. (2020). I'm essentially his pancreas: Parent perceptions of diabetes burden and opportunities to reduce burden in the care of children <8 years old with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes*, *21*(2), 377–383.
- Cooper, M. N., McNamara, K. A., de Klerk, N. H., Davis, E. A., & Jones, T. W. (2016). School performance in children with type 1 diabetes: a contemporary population-based study. *Pediatric Diabetes*, *17*(2), 101-111.
- Corona, L. L., Christodulu, K. V., & Rinaldi, M. L. (2017). Investigation of school professionals' self-efficacy for working with students with ASD: Impact of prior experience, knowledge, and training. *Journal of Positive Behavior Interventions*, *19*(2), 90-101.

- D' Adamo, P. (2006). *Διαβήτης: καταπολεμήστε τον με τη δίαιτα ομάδων αίματος*. Αθήνα: Εκδόσεις Διόπτρα.
- Dachez, J., Ndobu, A., & Ameline, A. (2015). French validation of the multidimensional attitude scale toward persons with disabilities (MAS): The case of attitudes toward autism and their moderating factors. *Journal of autism and developmental disorders*, *45*, 2508-2518.
- De Beaufort, C., Besançon, S., & Balde, N. (2018). *Prise en charge du diabète de type 1. Médecine et Santé Tropicales*, *28*(4), 359-362.
- Diamond Project Group. 2006. Incidence and trends of childhood type 1 diabetes worldwide 1990–1999. *Diabet Med.* *23*, 857–66.
- DiMeglio, L. A., Evans-Molina, C., & Oram, R. A. (2018). Type 1 diabetes. *Lancet (London, England)*, *391*(10138), 2449–2462.
- Drakopoulou, M., Begni, P., Mantoudi, A., Mantzorou, M., Gerogianni, G., Adamakidou, T., ... & Apostolara, P. (2022, June). Care and Safety of Schoolchildren with Type 1 Diabetes Mellitus: Parental Perceptions of the School Nurse Role. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 7, p. 1228). MDPI.
- Driscoll, Kimberly A., Lisa K. Volkening, Heidi Haro, Gesnyr Ocean, Yuxia Wang, Crystal Crismond Jackson, Marilyn Clougherty et al. "Are children with type 1 diabetes safe at school? Examining parent perceptions." *Pediatric diabetes* 16, no. 8 (2015): 613-620.
- ESC. 2020. *Global statistics on diabetes*. [online] *Escardio.org*. Available at: [www.escardio.org/Sub-specialty-communities/European-Association-ofPreventive-Cardiology-\(EAPC\)/News/global-statistics-on-diabetes](http://www.escardio.org/Sub-specialty-communities/European-Association-ofPreventive-Cardiology-(EAPC)/News/global-statistics-on-diabetes) [Accessed 26.10.2022]
- Frier, B. M. (2009). Hypoglycemia. In *Diabetes and the Brain* (pp. 131-157). Humana Press.
- Fullerton, B., Jeitler, K., Seitz, M., Horvath, K., Berghold, A., & Siebenhofer, A. (2014). Intensive glucose control versus conventional glucose control for type 1 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Gunter, B. (2013). The quantitative research process. In *A handbook of media and communication research* (pp. 251-278). Routledge

- Gökçe, T., Sakarya, S., Muradoğlu, S., Mutlu, G. Y., Can, E., Cemhan, K., Kurtulmuş, M. F., Gülşen, M., Aycan, Z., Darendeliler, F., Ülger, Ö., Bulanık, M., Yardım, N., & Hatun, Ş. (2021). An evaluation of the knowledge and attitudes of school staff related to diabetes care at school: The 10th year of the “diabetes program at school” in Turkey. *Pediatric Diabetes*, 22(2), 233–240.
- González, O. H., Lara, C. A. S., Gómez-Campos, R., Cossio-Bolanos, M., & Conteras, R. E. S. (2021). La preparación de los maestros para estimular la socialización de los educandos con autismo en condiciones de inclusión. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 27.
- Gutierrez-Manzanedo, J. V., Carral-San Laureano, F., Moreno-Vides, P., de Castro-Maqueda, G., Fernández-Santos, J. R., & Ponce-González, J. G. (2018). Teachers’ knowledge about type 1 diabetes in south of Spain public schools. *diabetes research and clinical practice*, 143, 140-145.
- Henríquez-Tejo, R., & Cartes-Velásquez, R. (2018). Psychosocial impact of type 1 diabetes mellitus in children, adolescents and their families. Literature review. *Revista chilena de pediatría*, 89(3), 391–398.
- International Diabetes Federation (2019). IDF Diabetes Atlas, 10th edn. Brussels, Belgium. Available at: <https://www.diabetesatlas.org>
- Jackson, C. C., Albanese-O’Neill, A., Butler, K. L., Chiang, J. L., Deeb, L. C., Hathaway, K., ... & Siminerio, L. M. (2015). Diabetes care in the school setting: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 38(10), 1958-1963.
- Jali, M. V., Kamar, S., Hiremath, M. B., Wasedar, J., & Jali, S. M. (2015). Fibrocalculous pancreatic diabetes in adult. *Advanced Biomedical Research*, 4.
- Jing, X., Chen, J., Dong, Y., Han, D., Zhao, H., Wang, X., ... & Ma, J. (2018). Related factors of quality of life of type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 1-14.
- Kamel, A., Haridi, H. K., Alblowi, T. M., Albasher, A. S., & Alnazhah, N. A. (2020). Beliefs about students’ mental health issues among teachers at elementary and high schools, Hail Governorate, Saudi Arabia. *Middle East current psychiatry*, 27, 1-10.

- Karademas, E. C., Kafetsios, K., & Sideridis, G. D. (2007). Optimism, self-efficacy and information processing of threat- and well-being-related stimuli. *Stress and Health, 23*(5), 285–294.
- Kaugars, A. S., Kichler, J. C., & Alemzadeh, R. (2011). Assessing readiness to change the balance of responsibility for managing type 1 diabetes mellitus: adolescent, mother, and father perspectives. *Pediatric Diabetes, 12*(6), 547-555.
- Khetan, A. K., & Rajagopalan, S. (2018). Prediabetes. *Canadian Journal of Cardiology, 34*(5), 615-623.
- Kikuta, K., Masamune, A., & Shimosegawa, T. (2015). Impaired glucose tolerance in acute pancreatitis. *World journal of gastroenterology: WJG, 21*(24), 7367.
- Kise SS, Hopkins A, Burke S. (2017) Improving School Experiences for Adolescents With Type 1 Diabetes. *J Sch Health, 87*:363–75.
- Krzymien, J., & Ladyzynski, P. (2019). Insulin in type 1 and type 2 diabetes—should the dose of insulin before a meal be based on glycemia or meal content? *Nutrients, 11*(3), 607.
- Kuzminski, R., Netto, J., Wilson, J., Falkmer, T., Chamberlain, A., & Falkmer, M. (2019). Linking knowledge and attitudes: Determining neurotypical knowledge about and attitudes towards autism. *PloS one, 14*(7), e0220197.
- Kurniawati, F., Minnaert, A., Mangunsong, F., & Ahmed, W. (2012). Empirical study on primary school teachers' attitudes towards inclusive education in Jakarta, Indonesia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 69*, 1430-1436.
- Lemone, P., & Νοσηλευτική, Β. Κ. Π. Χ. (2006). Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς. *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική 2ος τόμος 3η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός, Αθήνα.*
- Liatis, S., Dafoulas, G. E., Kani, C., Politi, A., Litsa, P., Sfikakis, P. P., & Makrilakis, K. (2016). The prevalence and treatment patterns of diabetes in the Greek population based on real-world data from the nation-wide prescription database. *Diabetes research and clinical practice, 118*, 162-167.
- Lu, M. J., Li, J. B., Wu, C. Y., Huong, P. T. T., Hsu, P. C., & Chang, C. R. (2021). Effectiveness of a Sexual Health Care Training to Enhance Psychiatric Nurses'

- Knowledge, Attitude, and Self-Efficacy: A Quasi-Experimental Study in Southern Taiwan. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 30 (1), 31-40.
- Lu, M., Zou, Y., Chen, X., Chen, J., He, W., & Pang, F. (2020). Knowledge, attitude and professional self-efficacy of Chinese mainstream primary school teachers regarding children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 72, 101513.
- Maddaloni, E., Lessan, N., Al Tikriti, A., Buzzetti, R., Pozzilli, P., & Barakat, M. T. (2015). Latent autoimmune diabetes in adults in the United Arab Emirates: clinical features and factors related to insulin-requirement. *PloS one*, 10(8), e0131837.
- Maddux, J. E., & Kleiman, E. M. (2016). Self -Efficacy. Στο A. M. Johnson (Επιμ.), *The Wiley Handbook of Positive Clinical Psychology* (σσ. 89-101). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Mahajan, A., Taliun, D., Thurner, M., Robertson, N. R., Torres, J. M., Rayner, N. W., Payne, A. J., Steinthorsdottir, V., Scott, R. A., Grarup, N., Cook, J. P., Schmidt, E. M., Wuttke, M., Sarnowski, C., Mägi, R., Nano, J., Gieger, C., Trompet, S., Lecoeur, C., Preuss, M. H., ... McCarthy, M. I. (2018). Fine-mapping type 2 diabetes loci to single-variant resolution using high-density imputation and islet-specific epigenome maps. *Nature genetics*, 50(11), 1505–1513.
- Manchón, M. G., Carrasco, J. G., Fernández, J. R., Fernández, T. D., & de Frías, E. G. (2009). Necesidades del niño escolarizado con diabetes mellitus. Visión de padres y profesores. In *Anales de pediatría*, 70 (1), 45-52.
- March, C. A., Nanni, M., Kazmerski, T. M., Siminerio, L. M., Miller, E., & Libman, I. M. (2020). Modern diabetes devices in the school setting: Perspectives from school nurses. *Pediatric diabetes*, 21(5), 832–840.
- T Markowitz, J., C Garvey, K., & MB Laffel, L. (2015). Developmental changes in the roles of patients and families in type 1 diabetes management. *Current diabetes reviews*, 11(4), 231-238.

- Marks, A. L., Wilson, N. J., Blythe, S., & Johnston, C. (2020). The health promotion role of Australian early primary school teachers supporting students with type 1 diabetes. *Health promotion journal of Australia: official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 31(2), 240–250.
- Marks, A., Wilson, V., & Crisp, J. (2013). The management of type 1 diabetes in primary school: review of the literature. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 36(1-2), 98-119.
- McCance, K. L. (2002). *Pathophysiology: The Biologic Basis for Disease*. 4th Edition, Mosby, 900-929.
- Misra, S., & Oliver, N. S. (2015). Utility of ketone measurement in the prevention, diagnosis and management of diabetic ketoacidosis. *Diabetic Medicine*, 32(1), 14-23.
- Monasta, L., Batty, G. D., Cattaneo, A., Lutje, V., Ronfani, L., Van Lenthe, F. J., & Brug, J. (2020). Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews. *Obesity reviews*, 11(10), 695-708.
- Nabors, L. B., Suswam, E., Huang, Y., Yang, X., Johnson, M. J., & King, P. H. (2003). Tumor necrosis factor α induces angiogenic factor up-regulation in malignant glioma cells: a role for RNA stabilization and HuR. *Cancer research*, 63(14), 4181-4187.
- Najaf abadi Maryam, M. (2016). Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy on School Phobia in Children with Type 1 Diabetes. *SSU_Journals*, 24(4), 304-316.
- Narendran, P., Thrower, S. L., & Chetan, M. R. (2019). What is type 1 diabetes? *Medicine*, 47(1), 5-9.
- Noser, A. E., Patton, S. R., Van Allen, J., Nelson, M. B., & Clements, M. A. (2017). Evaluating Parents' Self-Efficacy for Diabetes Management in Pediatric Type 1 Diabetes. *Journal of pediatric psychology*, 42(3), 296–303. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw072>
- Okada, R., Tsushita, K., Wakai, K., Ishizaka, Y., Kato, K., Wada, T., & Watanabe, K. (2017). Lower risk of progression from prediabetes to diabetes with health checkup with lifestyle education: Japan Ningen Dock study. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 27(8), 679-687.
- Paoli, A., Bianco, A., & Grimaldi, K. A. (2015). The ketogenic diet and sport: a possible marriage?. *Exercise and sport sciences reviews*, 43(3), 153-162.

- Pansier, B., Schulz, P.J. (2015). School-based diabetes interventions and their outcomes: a systematic literature review. *J Public Health Res.*, 4(1), 467.
- Papadopoulou-Marketou, N., Paschou, S. A., Chrousos, G. P., & Kanaka-Gantenbein, C. (2018). On type 1 diabetes mellitus pathogenesis. *Endocrine connections*, 7(1), R38-R46.
- Papatheodorou, K., Banach, M., Edmonds, M., Papanas, N., & Papazoglou, D. (2015). Complications of diabetes. *Journal of diabetes research*, 1-5
- Parab, C. S., Cooper, C., Woolfenden, S., & Piper, S. M. (2013). Specialist home-based nursing services for children with acute and chronic illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15 (6), 1-36.
- Parasuram, K. (2006). Variables that affect teachers' attitudes towards disability and inclusive education in Mumbai, India. *Disability and Society*, 21(3), 231-242.
- Parvizi, S., Tarvirdinasab, S., Raznahan, R., & Aliakbari, M. (2020). The effect of pain management training in workshop on the knowledge, attitude and self-efficacy of pediatric nurses. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(6), 2880.
- Peery, A. I., Engelke, M. K., & Swanson, M. S. (2012). Parent and teacher perceptions of the impact of school nurse interventions on children's self-management of diabetes. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*, 28(4), 268–274.
- Persson, S., Dahlquist, G., Gerdtham, U. G., & Steen Carlsson, K. (2013). Impact of childhood-onset type 1 diabetes on schooling: a population-based register study. *Diabetologia*, 56 (6), 1254-1262.
- Peyrot, M. (2019). The DAWN Youth WebTalk Study: methods, findings, and implications. *Pediatr Diabetes*, 10(113), 37-45.
- Pinelli L, Zaffani S, Cappa M, Carboniero V, Cerutti F, Cherubini V, et al (2011). The ALBA Project: An evaluation of needs, management, fears of Italian young patients with type 1 diabetes in a school setting and an evaluation of parents' and teachers' perceptions. *Pediatr Diabetes*, 12, 485–93.
- Plows, J. F., Stanley, J. L., Baker, P. N., Reynolds, C. M., & Vickers, M. H. (2018). The pathophysiology of gestational diabetes mellitus. *International journal of molecular sciences*, 19(11), 3342.

- Pozzilli, P., & Pieralice, S. (2018). Latent autoimmune diabetes in adults: current status and new horizons. *Endocrinology and Metabolism*, 33(2), 147-159.
- Rakap, S., & Kaczmarek, L. (2010). Teachers' attitudes towards inclusion in Turkey. *European Journal of Special Needs Education*, 25(1), 59-75.
- Ralapanawa, D. M. P. U. K., Jayawickreme, K. P., & Ekanayake, E. M. M. (2015). Fibrocalculous pancreatic diabetes: a case report. *BMC Research Notes*, 8(1), 1-4.
- Rasbach, L., Jenkins, C., & Laffel, L. (2015). An integrative review of self-efficacy measurement instruments in youth with type 1 diabetes. *The Diabetes Educator*, 41(1), 43-58.
- Rawshani, A., Rawshani, A., Franzén, S., Eliasson, B., Svensson, A. M., Miftaraj, M., ... & Gudbjörnsdóttir, S. (2017). Mortality and cardiovascular disease in type 1 and type 2 diabetes. *New England journal of medicine*, 376(15), 1407-1418.
- Runions, K. C., Vithiatharan, R., Hancock, K., Lin, A., Brennan-Jones, C. G., Gray, C., & Payne, D. (2020). Chronic health conditions, mental health and the school: A narrative review. *Health Education Journal*, 79(4), 471-483.
- Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., Colagiuri, S., Guariguata, L., Motala, A., Ogurtsova, K., Shaw, J., Bright, D. and Williams, R. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 157, p.107843.
- Saraya, A., Acharya, S., Vashisht, S., Mittal, A., & Tandon, R. (1999). Is protein-deficient diabetes mellitus a pancreatitis?. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 14(7), 705-708.
- Schiaffini, R., Barbetti, F., Rapini, N., Inzaghi, E., Deodati, A., Patera, I. P., ... & Cianfarani, S. (2020). School and pre-school children with type 1 diabetes during Covid-19 quarantine: the synergic effect of parental care and technology. *Diabetes research and clinical practice*, 166, 108302.
- Sharp, A. C., Brandt, L., Tuft, E. A., & Jay, S. (2016). Relationship of Self-efficacy and Teacher Knowledge for Prospective Elementary Education Teachers. *Universal Journal of Educational Research*, 4(10), 2420–2427.

- Smith, C. T., Chen, A. M., Plake, K. S., & Nash, C. L. (2012). Evaluation of the impact of a diabetes education curriculum for school personnel on disease knowledge and confidence in caring for students. *Journal of School Health*, 82(10), 449-456.
- Smith, Y., Garcia-Torres, R., Coughlin, S. S., Ling, J., Marin, T., Su, S., & Young, L. (2020). Effectiveness of Social Cognitive Theory-Based Interventions for Glycemic Control in Adults With Type 2 Diabetes Mellitus: Protocol for a Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR research protocols*, 9(9), e17148.
- Solis-Herrera, C., Triplitt, C., Reasner, C., DeFronzo, R. A., & Cersosimo, E. (2018). Classification of Diabetes Mellitus. In K. R. Feingold (Eds.) et. al., *Endotext*. MDText.com, Inc.
- Sorat, W. (2018). Association of Self-Efficacy and Self-Management Behavior in Adult Patients with Chronic Kidney Disease: An Integrative Review. *Journal of Kidney Treatment and Diagnosis*, 1(1), 33-40.
- Sparapani, V., Liberatore, R. D. R., Jr, Damião, E. B. C., de Oliveira Dantas, I. R., de Camargo, R. A. A., & Nascimento, L. C. (2017). Children With Type 1 Diabetes Mellitus: Self-Management Experiences in School. *The Journal of school health*, 87(8), 623–629.
- Statiri, A., Notara, V., Skanavis, C., & Karavasilis, G. (2022). Managing type 1 diabetes in school children: knowledge and attitudes of primary school teachers in Greece. *Primary Health Care*, 32(6), 1-10.
- Streisand, R., Mackey, E. R., Elliot, B. M., Mednick, L., Slaughter, I. M., Turek, J., & Austin, A. (2008). Parental anxiety and depression associated with caring for a child newly diagnosed with type 1 diabetes: opportunities for education and counseling. *Patient education and counseling*, 73(2), 333-338.
- Taha, N. A., Rahme, Z., Mesbah, N., Mahmoud, F., AlKandari, S., Othman, N., Sharaikha, H., Lari, B. S., AlBeloushi, S., Saad, E., Arefanian, H., & Sukkar, F. F. (2018). Evaluation of the impact of a diabetes education eLearning program for school personnel on diabetes knowledge, knowledge retention and confidence in caring for students with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 139, 348–356.

- Tan, S. Y., Mei Wong, J. L., Sim, Y. J., Wong, S. S., Mohamed Elhassan, S. A., Tan, S. H., Ling Lim, G. P., Rong Tay, N. W., Annan, N. C., Bhattamisra, S. K., & Candasamy, M. (2019). Type 1 and 2 diabetes mellitus: A review on current treatment approach and gene therapy as potential intervention. *Diabetes & metabolic syndrome*, 13(1), 364–372
- Taylor, R. L., Sternberg, L., & Richards, S. B. (1995). *Exceptional children—Integrating research and teaching*. San Diego & London: Singular Publ. Group.
- Tuomi, T., Santoro, N., Caprio, S., Cai, M., Weng, J., & Groop, L. (2014). The many faces of diabetes: a disease with increasing heterogeneity. *The Lancet*, 383(9922), 1084-1094.
- Watanabe, S., Kido, J., Ogata, M., Nakamura, K., & Mizukami, T. (2019). Hyperglycemic hyperosmolar state in an adolescent with type 1 diabetes mellitus. *Endocrinology, diabetes & metabolism case reports*, 18-31.
- Watson, T. S., & Logan, P. (1998). Diabetes mellitus (insulin dependent). In L. Phelps (Ed.), *Health-related disorders in children and adolescents: A guidebook for understanding and educating* (pp. 238–247). American Psychological Association.
- WHO. (2020). *Diabetes*. Available at: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes [Accessed 23.08.2022].
- Williams, D. M., & Rhodes, R. E. (2016). The confounded self-efficacy construct: conceptual analysis and recommendations for future research. *Health psychology review*, 10(2), 113-128.
- Wilt L. (2020). The Role of School Nurse Presence in Parent and Student Perceptions of Helpfulness, Safety, and Satisfaction with Type 1 Diabetes Care. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*, 38(2), 161–172.
- Wodrich, D. L., Hasan, K., & Parent, K. B. (2011). Type 1 diabetes mellitus and school: a review. *Pediatric diabetes*, 12(1), 63-70.
- Yeste, D., Vendrell, J., Tomasini, R., Broch, M., Gussinyé, M., Megia, A., & Carrascosa, A. (2007). Interleukin-6 in obese children and adolescents with and without glucose intolerance. *Diabetes care*, 30(7), 1892-1894.
- Zand, A., Ibrahim, K., & Patham, B. (2018). Prediabetes: why should we care? *Methodist DeBakey cardiovascular journal*, 14(4), 289.

- Zimbardo, P. G., & Leippe, M. R. (1991). *The psychology of attitude change and social influence*. McGraw-Hill Book Company.
- Zimmet, P., Cohen, M. (1998). *Μη-ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης*, Αθήνα: Εκδόσεις Βαγιονάκης.
- Βελισσαρίου, Σ. Δ. (2021). *Διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 στο Σχολείο. Διερεύνηση απόψεων γονέων, παιδιών και εφήβων*. Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.
- Γεωργιάδη, Μ. (2007). Η αντιμετώπιση των μαθητών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 στο σχολείο. Πρακτικά του Ελληνικού Ινστιτούτου Εφαρμοσμένης Παιδαγωγικής και Εκπαίδευσης (ΕΛΛ.Ι.Ε.Π.ΕΚ. 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο με θέμα: Σχολείο Ίσο για Παιδιά Άνισα. Αθήνα.
- Γιωτάκη, Ε. (2014). Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία. Ιωάννινα: Ελάνη Χαρατσή-Γιωτάκη
- Γκαρέτσα, Λ. (2018). *Η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των εκπαιδευτικών σε σχολικές μονάδες Ειδικής Αγωγής και των εκπαιδευτικών Γενικής Παιδείας σχετικά με τον Σακχαρώδη Διαβήτη*. Μεταπτυχιακή εργασία. ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης.
- Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία (2017) *Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διαχείριση του Διαβητικού Ασθενούς*. Available at: <https://www.bpath.gr/files/odigies.pdf> [Accessed 23.10.2022].
- Καραμάνος, Β. (2002). Σακχαρώδης διαβήτης. Ταξινόμηση - Διάγνωση και Επιδημιολογία. Στο βιβλίο: Χατζηγιάννης, Σ., (2002), *Παθολογία Ι*, Ιατρικές Εκδόσεις Παθολογία, Αθήνα, 553.
- Κατζός, Γ. (2001). Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 στα παιδιά και εφήβους. Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος, 13, 17-22.
- Κατσιλάμπρος, Ν. (2000). Μαθαίνω να ζω με το διαβήτη. *Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας*, Αθήνα, 5-8.
- Κοινή Υπουργική Απόφαση 88348/Δ3/2018 - ΦΕΚ 2038/Β/5-6-2018 «Καθήκοντα και αρμοδιότητες των κλάδων ΠΕ25 Σχολικών Νοσηλευτών και του κλάδου ΔΕ01 Ειδικού Βοηθητικού Προσωπικού στα σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Γενικής και Επαγγελματικής εκπαίδευσης».

- Κυριαζόπουλος, Π., & Σαμαντά, Ε. (2011). Μεθοδολογία έρευνας εκπόνησης διπλωματικών εργασιών. Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική.
- Κωστάκης, Α. (2005). *Σύγχρονη χειρουργική, διαγνωστική και θεραπευτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Ματσούκας, Σ., & Κώτσα, Κ. (2015). Αυτοανοσία στον Σακχαρώδη Διαβήτη. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 28, 224-236.
- Μήτρου, Π. (2017). Νεότερα δεδομένα στα μεταβολικά νοσήματα: Σακχαρώδης Διαβήτης. *Επιστημονικά Χρονικά*, 22(S1), 83-91.
- Μπεγνή, Π., Κανγά, Α., Φασόη, Γ., & Δρακοπούλου, Μ. (2020). Οι απόψεις των γονέων μαθητών με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 (ΣΔτ1) για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή. *Interscientific Health Care*, 12(3), 31-41.
- Τσιανάρα, Ε.(2016). *Διερεύνηση του επιπέδου των γνώσεων των εκπαιδευτικών της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) για το Σακχαρώδη Διαβήτη*. Μεταπτυχιακή εργασία. Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσσαλονίκης.
- Χαρσούλης, Φ.Κ. (1996). Δευτεροπαθείς μορφές σακχαρώδους διαβήτη. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 9, (2), 94-104

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η θετική στάση απέναντι σε μαθητές με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1) και η γνώση του εκπαιδευτικού φαίνεται να αποτελούν σημαντικές προϋποθέσεις τόσο για την πρακτική υποστήριξη των παιδιών με ΣΔ1 στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση όσο και για την αυτοαποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών και την επιτυχία του σχολικού πλαισίου.

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί το επίπεδο γνώσεων των δασκάλων για το διαβήτη, οι στάσεις τους απέναντι σε μαθητές με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη, καθώς το επίπεδο γενικότερης αυτο-αποτελεσματικότητάς τους.

Μεθοδολογία: Σε 150 εκπαιδευτικούς που εργάζονται σε Δημόσια Δημοτικά Σχολεία χορηγήθηκαν (α) ερωτηματολόγιο κοινωνικών – δημογραφικών χαρακτηριστικών, (β) ερωτηματολόγιο γνώσεων και στάσεων εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τον ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη, και (γ) κλίμακα γενικευμένης αυτο-αποτελεσματικότητας.

Αποτελέσματα: Το μέσο ποσοστό σωστών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων ήταν 86,00 ($\pm 9,01$)%. Οι ερωτήσεις με το μικρότερο ποσοστό ορθών απαντήσεων ήταν: «Ποιο είναι το φυσιολογικό φάσμα των τιμών σακχάρου στο αίμα όταν είμαστε νηστικοί;» (62,70%) και «Εάν βρείτε ένα παιδί με ΣΔ αναίσθητο τι πρέπει να κάνετε άμεσα;» (52,70%). Υψηλότερο ποσοστό ορθών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων είχαν οι νεότεροι δάσκαλοι σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία συναδέλφους τους ($p=0,014$), οι εκπαιδευτικοί που είχαν κάποια στιγμή παιδί με ΣΔ στην τάξη τους έναντι εκείνων που δεν είχαν ($p=0,045$) και οι εκπαιδευτικοί με τη μεγαλύτερη προϋπηρεσία ($p=0,03$). Χαμηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα εμφάνισαν οι εκπαιδευτικοί που είχαν προσωπικές δυσκολίες με το ΣΔ τύπου 1 ή 2 είχαν σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που δεν είχαν δυσκολίες ($p=0,016$), οι εκπαιδευτικοί που ήταν πρόθυμοι να έχουν και να υποστηρίξουν ένα παιδί με ΣΔ στην τάξη τους ($p<0,001$) σε σχέση με εκείνους που δεν ήταν πρόθυμοι, οι εκπαιδευτικοί χωρίς δεύτερο πτυχίο σε σχέση με αυτούς που είχαν ($p=0,013$), και οι εκπαιδευτικοί με λιγότερο θετικές αντιλήψεις για την ετοιμότητα τους στη διαχείριση μαθητών με ΣΔ σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που είχαν περισσότερο θετικές αντιλήψεις ($p=0,001$). Όλοι οι εκπαιδευτικοί του δείγματος ανέφεραν ότι αισθάνονταν ασφάλεια με την ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή και ότι ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να είναι αποτελεσματικός στη διαχείριση έκτακτων αναγκών των μαθητών. Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεώρησε ιδιαίτερα σημαντικό τον ρόλο των σχολικών νοσηλευτών στην

ενσωμάτωση των παιδιών με ΣΔ στη σχολική τάξη (92,7%), στη συμμετοχή των μαθητών σε αθλητικές δραστηριότητες ή εκδρομές (80,6%) και στη μείωση του άγχους που βιώνουν οι γονείς των μαθητών με ΣΔ (99,3%). Παράλληλα, το 84,4% των εκπαιδευτικών πίστευαν ότι ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να τους εκπαιδεύσει αποτελεσματικά στη διαχείριση του ΣΔ.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να αξιοποιηθούν από τους σχολικούς νοσηλευτές και γενικότερα τους επαγγελματίες υγείας για τον σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων και προγραμμάτων συμβουλευτικής παρέμβασης στους δασκάλους.

Λέξεις κλειδιά: δάσκαλοι, στάσεις, γνώσεις, αυτοαποτελεσματικότητα, μαθητές, σακχαρώδης διαβήτης

ABSTRACT

Introduction: The positive attitude towards students with type 1 diabetes mellitus (T1DM) and the teacher's knowledge seem to be important requirement for the practical support of children with type 1 diabetes (T1D) in primary education and for the self-efficacy of teachers and the success of the school context.

Purpose: The purpose of the study was to investigate the level of teachers knowledge on diabetes, their attitude towards students with insulin-dependent diabetes, as well as their level of general self-efficacy.

Method: 150 teachers working in public primary schools were provided: (a) a socio-demographic characteristics questionnaire, (b) a questionnaire on knowledge and attitude of a primary school teacher on insulin-dependent diabetes, and (c) a generalized self-efficacy scale.

Results: The average percentage of correct answers on the knowledge questionnaire was 86.00 (± 9.01) %. The questions with the lowest percentage of correct answers were: "What is the normal range of blood sugar rate when we have not eaten?" (62.70%) and "If you find a child with diabetes mellitus unconscious what should you do immediately?" (52.70%). Younger teachers had a higher percentage of correct answers on the knowledge questionnaire compared to their older colleagues. ($p=0,014$), teachers who at some point had a child with diabetes mellitus in their classroom versus those who did not ($p=0,045$) and teachers with the longest experience ($p=0,03$). Teachers who had personal difficulties with type 1 or 2 diabetes mellitus showed lower self-efficacy compared to teachers who did not have difficulties ($p=0,016$), teachers who were willing to have and support a child with diabetes mellitus in their classroom ($p<0,001$) compared to those who were not, teachers without a second degree compared to those who had ($p=0,013$), and teachers with less positive perceptions of their readiness to manage students with diabetes mellitus compared to teachers who had more positive perceptions ($p=0,001$). All teachers in the sample reported that they felt safe with the presence of a school nurse and that the school nurse may be effective in managing student emergencies. The vast majority of participants considered especially important the role of school nurses in integrating children with diabetes mellitus in the classroom (92,7%), in the participation of students in sports activities or excursions (80.6%) and in reducing the anxiety that parents of students with diabetes mellitus

experienced (99.3%). At the same time, 84.4% of the teachers believed that the school nurse can effectively train them in diabetes mellitus management.

Conclusions: The results of the research can be used by school nurses and in general health professionals to design educational programs and counseling intervention programs for teachers.

Key words: teachers, attitudes, knowledge, self-efficacy, students, diabetes mellitus

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο Ερευνητικής Μεταπτυχιακής Εργασίας

Έντυπο συναίνεσης για συμμετοχή στην έρευνα

Άδεια Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας ΠΑΔΑ

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ
«ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ»
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ ΣΕ
ΕΡΕΥΝΑ
ΜΕ ΤΙΤΛΟ**

**«Γνώσεις, Στάσεις και Αίσθηση Αυτοαποτελεσματικότητας των Εκπαιδευτικών
Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης απέναντι σε μαθητές με Ινσουλινοεξαρτώμενο
Σακχαρώδη Διαβήτη»**

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ – ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ
ΔΕΤΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Σχολικός Νοσηλευτής
Ηλεκτρονική Αλληλογραφία: dets.dimi@yahoo.gr
Τηλ. Επικοινωνίας: 6946.40.16.30

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΖΑΡΤΑΛΟΥΔΗ ΑΦΡΟΔΙΤΗ
Επίκουρη καθηγήτρια Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτικής
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Ηλεκτρονική Αλληλογραφία: azarta@uniwa.gr

Αγαπητή/έ συμμετέχουσα/οντα,

Η παρούσα έρευνα διενεργείται στο πλαίσιο Διπλωματικής Εργασίας με τίτλο «Γνώσεις, Στάσεις και Αίσθηση Αυτοαποτελεσματικότητας των Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης απέναντι σε μαθητές με Ινσουλινοεξαρτώμενο Σακχαρώδη Διαβήτη», η οποία πραγματοποιείται στο Τμήμα της Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής με Επιβλέπουσα Καθηγήτρια την κα. Α. Ζαρταλούδη.

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει τις στάσεις, το επίπεδο γνώσεων και αυτοαποτελεσματικότητας των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με τους μαθητές με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη. Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν από τον ερευνητή αφορούν αποκλειστικά και μόνο την επίτευξη του σκοπού της έρευνας, θεωρούνται απόρρητα και εμπιστευτικά και μετά το πέρας της μελέτης θα καταστραφούν. Τα στοιχεία αυτά θα παραμείνουν αποκλειστικά ανώνυμα και δεν θα δημοσιοποιηθούν ονομαστικά, θα χρησιμοποιηθούν για τη διενέργεια της στατιστικής επεξεργασίας και ανάλυσης και θα αξιοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Πρόσβαση στα ερωτηματολόγια θα έχει αποκλειστικά η ερευνητική ομάδα. Η συλλογή των στοιχείων και η εν γένει διεξαγωγή της έρευνας εναρμονίζεται πλήρως με τον Ν. 4624/2019 «Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, μέτρα εφαρμογής του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ενσωμάτωση στην εθνική νομοθεσία της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/680 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 και άλλες διατάξεις».

Με το παρόν έντυπο ο/η συμμετέχων/ουσα *«αφού ενημερώθηκα πλήρως από τον ερευνητή και μελέτησα το παρόν έντυπο ενημέρωσης, συγκατατίθεται στην χρήση των δεδομένων από την ερευνητική ομάδα. Μου δόθηκε ο απαραίτητος χρόνος να το σκεφτώ και τελικά αποφασίζω να συμμετέχω. Γνωρίζω ότι οποτεδήποτε το αποφασίσω μπορώ, χωρίς να δώσω καμία εξήγηση και χωρίς καμία συνέπεια, να διακόψω την συμμετοχή μου στην μελέτη».*

Αν έχετε οποιοσδήποτε ερωτήσεις ή απορίες, καταγγελίες ή παράπονα σε σχέση με την έρευνα, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με τον ερευνητή Δ. Δέτση (email: dets.dimi@yahoo.gr, τηλεφ. επικοινωνίας: 6946.40.16.30) ή την επιβλέπουσα καθηγήτρια Α. Ζαρταλούδη (email: azarta@uniwa.gr).

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ: _____

Παρακαλούμε να ζητήσετε βοήθεια από αυτόν που σας δίνει το ερωτηματολόγιο, αν κάποια ερώτηση δεν είναι σαφής ή αν έχετε κάποιο πρόβλημα στη συμπλήρωσή του. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ανώνυμη.

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία:..... έτη

3. Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος/η Διαζευγμένος/η Έγγαμος/η Έγγαμος/η με τέκνα Χήρος/α

Άλλο, σημειώστε.....

4. Αριθμός τέκνων:

5. Θέση: Εκπαιδευτικός Προϊστάμενος/η Διευθυντής (-τρια) / Υποδιευθυντής (-τρια) Σχολικός Νοσηλευτής Άλλο, σημειώστε.....

6. Έτη προϋπηρεσίας: Συμπληρώστε με έτη.....

7. Σχέση εργασίας: Μόνιμος Αναπληρωτής Άλλο, σημειώστε.....

8. Σπουδές (Δώστε και παραπάνω από μια απαντήσεις): Παιδαγωγικό Τμήμα Προσχολικής Αγωγής Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης Παιδαγωγικό Τμήμα Προσχολικής Αγωγής Ειδικής Αγωγής Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης Ειδικής Αγωγής Νοσηλευτική Παιδαγωγική Σχολή με Εξομοίωση Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης (ΠΤΔΕ) Δεύτερο πτυχίο MSc/PhD Άλλο (αναφέρετε).....

9. Είχατε ποτέ προσωπικές δυσκολίες με τον διαβήτη τύπου 1 ή 2; Ναι Όχι

10. Έχετε στο ευρύτερο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον άτομο με σακχαρώδη διαβήτη; Ναι Όχι

A. ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ

Πριν τη διάγνωση

11. Μπορεί ένα παιδί να πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη; Ναι Όχι
12. Εκ σεσημασμένη δίψα, πολύ συχνή και αυξημένη ούρηση, υπνηλία-εύκολη κόπωση και ανεξήγητη απώλεια βάρους συνιστούν συμπτώματα σακχαρώδους διαβήτη σε παιδί; Ναι Όχι
13. Εάν αντιληφθείτε ένα μαθητή σας να πηγαίνει ιδιαίτερα συχνά στην τουαλέτα να ουρήσει και να πίνει πολύ νερό, θα το θεωρήσετε σημαντικό ώστε να το κοινοποιήσετε σε ανωτέρους σας και στους γονείς του; Ναι Όχι
14. Η καθυστέρηση στη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη στα παιδιά μπορεί να εξελιχθεί σε απειλητική για τη ζωή τους κατάσταση; Ναι Όχι
15. Ποιο είναι το φυσιολογικό φάσμα τιμών σακχάρου στο αίμα όταν είμαστε νηστικοί;
 50-90mg/dl 70-100mg/dl 100-135mg/dl >100 mg/dl

Μετά τη διάγνωση

16. Στον αρρύθμιστο/αδιάγνωστο σακχαρώδη διαβήτη η τιμή σακχάρου στο αίμα είναι: Χαμηλή Υψηλή
17. Ποια η θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη στα παιδιά;
 Αντιδιαβητική αγωγή από το στόμα Δίαιτα μόνο Χορήγηση ινσουλίνης
18. Σε τι μορφή χορηγείται η ινσουλίνη; Ενέσεις υποδόριες/αντλία Από το στόμα
 Δια δερμικά
19. Η χορήγηση ινσουλίνης τι μεταβολή προκαλεί στο σάκχαρο του αίματος;
 Αύξηση Ελάττωση
20. Ένα παιδί με σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να μετρά τακτικά το σάκχαρό του; Ναι
 Όχι

21. Ποιος είναι ο συνηθέστερος τρόπος μέτρησης σακχάρου;

Στο σάλιο Σε σταγόνα αίματος Στα ούρα

22. Ένα παιδί με σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να τρώει ανεξέλεγκτα; Ναι Όχι

23. Ένα παιδί με σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να τρώει ότι και τα υπόλοιπα παιδιά;

Ναι Ναι με προϋποθέσεις Όχι

24. Ένα παιδί με σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να διακόψει το σχολείο; Ναι Όχι

25. Μπορεί ένα παιδί με σακχαρώδη διαβήτη να συμμετέχει ανεξαιρέτως στις σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες; Ναι Όχι

26. Ένα παιδί με διαβήτη μπορεί να μετέχει στο μάθημα της γυμναστικής;

Ναι Όχι

27. Είναι ο σακχαρώδης διαβήτης μεταδοτικό νόσημα; Ναι Όχι

28. Εάν ένα παιδί με ήδη διαγνωσμένο σακχαρώδη διαβήτη εμφανίσει εφίδρωση, ζάλη, αίσθημα πείνας, κεφαλαλγία, τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα πιθανώς είναι;

Χαμηλά Υψηλά

29. Σε υπογλυκαιμία το παιδί χρειάζεται άμεσα;

Ζάχαρη Ινσουλίνη Χρόνο για να αισθανθεί καλύτερα

30. Εάν βρείτε ένα παιδί με σακχαρώδη διαβήτη αναίσθητο τι πρέπει να κάνετε

άμεσα; Να προσπαθήσετε να τον συνεφέρετε για να του δώσετε χυμό Να

καλέσετε νοσηλεύτη/ασθενοφόρο Να τηλεφωνήσετε τους γονείς για οδηγίες

B. ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΙΣ

31. Είχατε ποτέ στη τάξη σας παιδί με σακχαρώδη διαβήτη; Ναι Όχι

32. Είστε πρόθυμος να έχετε και να υποστηρίξετε ένα παιδί με σακχαρώδη διαβήτη στην τάξη σας; Ναι Όχι

33. Στο σχολείο σας υπάρχουν ειδικά μέτρα π.χ. παρουσία σχολικού νοσηλευτή ώστε να υποστηριχθεί ένα παιδί με σακχαρώδη διαβήτη; Ναι Όχι
34. Σαν εκπαιδευτικό προσωπικό έχετε λάβει ποτέ ειδική εκπαίδευση σχετικά με τον σακχαρώδη διαβήτη στα παιδιά και την αντιμετώπισή του; Ναι Όχι
35. Σε τι φορέα εργασίας απασχολείστε; Δημόσιο Ιδιωτικό
36. Πιστεύετε ότι τα παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη αισθάνονται μειονεκτικά ή διαφορετικά σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά; Ναι Όχι
37. Πιστεύετε πως επιπλέον ενημέρωση του κοινού πάνω στο σακχαρώδη διαβήτη θα βοηθούσε στην καλύτερη αφομοίωση παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη στη σχολική κοινότητα; Ναι Όχι
38. Κρίνετε απαραίτητη την παρουσία γονέων κατά τις σχολικές και εξωσχολικές αθλητικές δραστηριότητες των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη; Ναι Όχι
39. Θα επιτρέπατε σε ένα παιδί με σακχαρώδη διαβήτη να κάνει μέτρηση σακχάρου στην τάξη; Ναι Όχι
40. Θα ήσασταν πρόθυμος να εκπαιδευτείτε και να κάνετε μέτρηση σακχάρου σε ένα παιδί με σακχαρώδη διαβήτη; Ναι Όχι
41. Θα επιτρέπατε σε ένα παιδί με σακχαρώδη διαβήτη να φάει κάτι για να διορθώσει την υπογλυκαιμία του στην τάξη; Ναι Όχι
42. Υπάρχει ψυγείο για φύλαξη της ενέσιμης γλυκαγόνης στο σχολείο; Ναι Όχι
43. Θα ήσασταν πρόθυμος να χορηγήσετε ενδομυϊκά τη γλυκαγόνη (κατόπιν εκπαίδευσης) σε παιδί με σακχαρώδη διαβήτη σε περίπτωση απόλυτης ανάγκης;
 Ναι Όχι

44. Πιστεύετε ότι ένας/μια μαθητής/τρια με σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την διεξαγωγή του μαθήματος στην τάξη

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

45. Πιστεύετε ότι ένας/μια μαθητής/τρια με σακχαρώδη διαβήτη χρήζει ξεχωριστής μεταχείρισης σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

46. Πιστεύετε ότι ένας/μια μαθητής/τρια με σακχαρώδη διαβήτη έχει μειωμένη σχολική επίδοση

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

47. Πιστεύετε ότι ένας/μια μαθητής/τρια με σακχαρώδη διαβήτη στιγματίζεται μέσα στο χώρο του σχολείου, επειδή νιώθει κατώτερος/η ή διαφορετικός/η από τους συνομήλικούς του/της

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

48. Πόσο αποτελεσματικός πιστεύετε ότι μπορεί να είστε στην αντιμετώπιση των αναγκών των παιδιών με Σακχαρώδη διαβήτη;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

49. Πιστεύετε ότι η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών στο διαβήτη θα μπορούσε να συμβάλει στη βελτίωση της ένταξης των μαθητών με διαβήτη στο σχολικό περιβάλλον;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

50. Στο σχολείο που εργάζεστε σας έχουν δοθεί οι απαραίτητες οδηγίες ή η κατάλληλη εκπαίδευση για τον διαβήτη (τρόποι διαχείρισης μαθητών, αντιμετώπιση μιας διαβητικής έκτακτης ανάγκης);

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

51. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι το εκπαιδευτικό σύστημα είναι επαρκώς προετοιμασμένο προκειμένου να εξυπηρετήσει ικανοποιητικά τις ανάγκες του παιδιού με διαβήτη;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

52. Σε πιο βαθμό θα ήσασταν πρόθυμος/η να εκπαιδευτείτε στη διαχείριση των αναγκών των μαθητών με διαβήτη;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

53. Πόσο ασφαλής θα νιώθατε με την ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή στο σχολείο;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

54. Πόσο αποτελεσματικός πιστεύετε ότι μπορεί να είναι ο σχολικός νοσηλευτής στην διαχείριση έκτακτων αναγκών ενός/μιας μαθητή/τριας πχ. Υπογλυκαιμία

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

55. Πόσο αποτελεσματικός πιστεύετε ότι μπορεί να είναι ο σχολικός νοσηλευτής στην ενσωμάτωση ενός/μιας μαθητή/τριας με διαβήτη στην σχολική τάξη

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

56. Πόσο μπορεί ο σχολικός νοσηλευτής να εκπαιδεύσει το εκπαιδευτικό προσωπικό στη διαχείριση του διαβήτη; Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

57. Πόσο μπορεί ο σχολικός νοσηλευτής να μειώσει το άγχος που βιώνουν οι γονείς των μαθητών με διαβήτη; Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

58. Υπάρχει στο σχολείο στο οποίο εργάζεστε σχολικός νοσηλευτής; Ναι Όχι

59. Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη η παρουσία σχολικού νοσηλευτή προκειμένου ένας/μια μαθητής/τρια με διαβήτη να συμμετέχει σε αθλητικές δραστηριότητες ή να λάβει μέρος σε μια εκδρομή; Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

60. Έχετε αυτή τη στιγμή κάποιο παιδί με διαβήτη στην τάξη σας; Ναι Όχι

Παρακαλώ δηλώστε πόσο αληθεύει κάθε μία από τις επόμενες 10 προτάσεις. Διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά και διαλέξτε ποια από τις 4 πιθανές απαντήσεις περιγράφει καλύτερα το πώς αισθάνεστε για τον εαυτό σας. Βάλτε την απάντηση αυτή μέσα σε κύκλο.

	Καθόλου αλήθεια	Ελάχιστα αλήθεια	Αρκετά αλήθεια	Απολύτως αλήθεια
1. Πάντα καταφέρνω να λύνω δύσκολα προβλήματα, εάν βέβαια προσπαθήσω αρκετά.	1	2	3	4
2. Εάν κάποιος μου αντιτίθεται, μπορώ πάντα να βρω τρόπους να κάνω αυτό που θέλω εγώ.	1	2	3	4
3. Μου είναι εύκολο να παραμείνω σταθερός/ή στους στόχους μου και να πραγματοποιήσω τα σχέδιά μου.	1	2	3	4
4. Πιστεύω για τον εαυτό μου ότι μπορώ να αντιμετωπίσω με αποτελεσματικότητα απροσδόκητα γεγονότα.	1	2	3	4
5. Ευτυχώς, λόγω της επινοητικότητάς μου ξέρω πάντα πώς να χειριστώ απρόοπτες καταστάσεις.	1	2	3	4
6. Μπορώ να λύσω τα περισσότερα προβλήματα, εάν αφιερώσω την αναγκαία προσπάθεια.	1	2	3	4
7. Όταν αντιμετωπίζω δυσκολίες, παραμένω ήρεμος/η επειδή μπορώ να βασίζομαι στις ικανότητές μου.	1	2	3	4
8. Όταν βρεθώ αντιμετώπος/η με ένα πρόβλημα, συνήθως βρίσκω αρκετές λύσεις.	1	2	3	4
9. Εάν είμαι αναγκασμένος/η να αντιμετωπίσω μια κατάσταση, συνήθως μπορώ να σκεφτώ τρόπους να το κάνω.	1	2	3	4
10. Δεν παίζει ρόλο τι θα μου συμβεί. Συνήθως μπορώ να το αντιμετωπίσω.	1	2	3	4



ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΛΣΟΥΣ ΑΙΓΑΛΕΩ

Ταχ. Δ/ση: Αγ. Σπυρίδωνος, Αιγάλεω ΤΚ 12243

Τηλέφωνο: 2105387294

e-mail: ethics@uniwa.gr

Πληροφορίες: Ευαγγελία Καπουτσή

Αιγάλεω: 16/09/2022

ΘΕΜΑ: Απάντηση σε αίτησή σας

ΠΡΟΣ: κ. Ζαρταλούδη Αφροδίτη

ΚΟΙΝ: κ. Δέτση Δημήτριο

Έγκριση της πρότασης

Σας γνωρίζουμε ότι η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α.), στην 33^η/16-09-2022 συνεδρίασή της, μέσω τηλεδιάσκεψης, εξέτασε το περιεχόμενο του ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο **«Γνώσεις, Στάσεις και Αίσθηση Αυτοαποτελεσματικότητας των Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης απέναντι σε μαθητές με Ινσουλινοεξαρτώμενο Σακχαρώδη Διαβήτη»**, με αριθμό πρωτοκόλλου 80824/13-09-2022 και Επιστημονικά Υπεύθυνη την κ. Ζαρταλούδη Αφροδίτη.

Λαμβάνοντας υπόψη:

1. Το έντυπο υποβολής της αίτησης
2. Το ερευνητικό πρωτόκολλο
3. Το έντυπο συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα

Η Επιτροπή έκρινε ότι δεν αντιβαίνει στην κείμενη νομοθεσία και συνάδει με γενικά παραδεγμένους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας και ερευνητικής ακεραιότητας ως προς το περιεχόμενο και τον τρόπο διεξαγωγής του ερευνητικού έργου.

Επισημαίνεται ότι σε περίπτωση που προκύψει οποιαδήποτε τροποποίηση στο πρωτόκολλο της μελέτης θα πρέπει να επανυποβληθεί στην ΕΗΔΕ για επικαιροποίηση της έγκρισης.

Η Πρόεδρος της Ε.Η.Δ.Ε.

Anna
Deltsidou

Digitally signed by Anna
Deltsidou
Date: 2022.09.16
15:04:44 +03'00'