



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία
«Στάσεις και γνώσεις φοιτητών/τριών των παιδαγωγικών τμημάτων
σχετικά με την αντιμετώπιση των αλλεργικών αντιδράσεων των
παιδιών»

Μαρίνα Μπόζιου

Επιβλέπων καθηγητής: Κούτρας Βασίλειος

Ιωάννινα, Οκτώβριος 2025

Η συλλογή και η επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που υποβάλλονται πραγματοποιείται σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις του Ν.4624/19 και του Κανονισμού (ΕΕ)2016/2019. Το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων συλλέγει και επεξεργάζεται τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα αποκλειστικά στο πλαίσιο της υλοποίησης του σκοπού της παρούσας διαδικασίας. Για το χρονικό διάστημα που τα προσωπικά δεδομένα θα παραμείνουν στη διάθεση του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων το υποκείμενο έχει τη δυνατότητα να ασκήσει τα δικαιώματά του σύμφωνα με τους όρους του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα 2016/679 (Ε.Ε.) και τα οριζόμενα στα άρθρα 34 και 35 Ν. 4624/2019. Υπεύθυνη Προσωπικών Δεδομένων του Ιδρύματος είναι η κα. Σταυρούλα Σταθαρά (email: dpo@uoi.gr).



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ



«Στάσεις και γνώσεις φοιτητών/τριών των παιδαγωγικών τμημάτων
σχετικά με την αντιμετώπιση των αλλεργικών αντιδράσεων των
παιδιών»

Μαρίνα Μπόζιου

Επιβλέπων Καθηγητής:

Βασίλειος Κούτρας, Καθηγητής,
Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Βασίλειος Κούτρας, Καθηγητής,
Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
2. Μαρίκα Σύρρου, Καθηγήτρια,
Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων
3. Ελένη Κολοκούρη, ΕΔΙΠ,
Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, Οκτώβριος 2025

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί το αποτέλεσμα μιας απαιτητικής αλλά ιδιαίτερα δημιουργικής και επικοδομητικής πορείας, κατά την οποία είχα τη χαρά και την τύχη να συνεργαστώ με ανθρώπους που με στήριξαν ουσιαστικά και με ενέπνευσαν.

Αρχικά, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Βασίλειο Κούτρα, για την καθοδήγηση, την εμπιστοσύνη, την πολύτιμη επιστημονική καθοδήγηση και τη διαρκή υποστήριξή του καθ' όλη τη διάρκεια της εργασίας. Η συμβολή του υπήρξε καθοριστική για την ολοκλήρωση του παρόντος έργου.

Επίσης, ευχαριστώ τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής για τον χρόνο και την προσοχή τους, καθώς και για τα επικοδομητικά τους σχόλια.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στην οικογένειά μου για την αμέριστη ηθική και πρακτική τους στήριξη σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Η υπομονή, η πίστη και η αγάπη τους μου έδωσαν τη δύναμη να συνεχίσω ακόμα και στις πιο απαιτητικές στιγμές.

Τέλος, ευχαριστώ όλους όσους, με οποιονδήποτε τρόπο, συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Περίληψη

Σκοπός: Σκοπός αυτής της έρευνας είναι η αναζήτηση απαντήσεων στην ερώτηση: «Ποιά είναι η υπάρχουσα κατάσταση στις γνώσεις και την ικανότητα των προπτυχιακών φοιτητών για τη διαχείριση των αλλεργικών καταστάσεων στην σχολική μονάδα;»

Μεθοδολογία Έρευνας: Η έρευνα ανήκει στην κατηγορία των ποσοτικών ερευνών με χρήση ερωτηματολογίου και διανομή του αυτοπροσώπως. Το ερωτηματολόγιο έχει κατασκευαστεί από την ερευνήτρια και έχει κυρίως ερωτήσεις κλειστού τύπου. Ο πληθυσμός ελέγχου είναι οι φοιτητές/τριες του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών, που βρίσκονται προς το τέλος των σπουδών τους. Η δειγματοληψία στην παρούσα έρευνα έγινε με την λεγομένη απλή τυχαία και βολική δειγματοληψία σε τμήμα ενός πληθυσμού. Συμμετείχαν 172 φοιτητές του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Συμπεράσματα: Τα συμπεράσματα της έρευνας αφορούν κυρίως τα ευρήματα που σχετίζονται με την διαχείριση αλλεργικών καταστάσεων σε μαθητικό δυναμικό. Συνοψίζοντας αυτά τα ευρήματα έγιναν διαπιστώσεις που φανερώνουν την ανεπάρκεια γνώσεων των φοιτητών στην διαχείριση αλλεργικών καταστάσεων και στην αναγκαιότητα σχετικών εκπαιδεύσεων.

Λέξεις κλειδιά: Αλλεργίες, Διαχείριση αλλεργιών, Πρώτες βοήθειες, Καθήκοντα, Σχολικός Νοσηλευτής, Νηπιαγωγοί.

«Attitudes and knowledge of students of pedagogical departments
regarding the treatment of children's allergic reactions»

Marina Boziou

Abstract

Purpose: The purpose of this research is to seek answers to the question: “What is the current state of knowledge and ability of undergraduate students to manage allergic conditions in the school unit?”

Research Methodology: The research belongs to the category of quantitative research using a questionnaire and distributing it in person. The questionnaire has been constructed by the researcher and mainly has closed-ended questions. The control population is the students of the Department of Early Childhood Education, who are nearing the end of their studies. The sampling in this research was done with the so-called simple random and convenient sampling in a section of a population. 172 students of the Department of Early Childhood Education of the University of Ioannina participated.

Conclusions: The conclusions of the research mainly concern the findings related to the management of allergic conditions in the student population. Summarizing these findings, conclusions were made that reveal the inadequacy of students' knowledge in the management of allergic conditions and the necessity of relevant training.

Key words: Allergies, Allergy management, First aid, Duties, School Nurse, Kindergarten teachers.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	v
Abstract.....	vi
Περιεχόμενα.....	vii
Κατάλογος Εικόνων/Γραφημάτων/Σχημάτων.....	ix
Κατάλογος Πινάκων.....	x
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια.....	xi
1. Εισαγωγή.....	1
2. Θεωρητικό μέρος.....	5
2.1. Ιστορική αναδρομή του όρου: «Αλλεργία».....	5
2.2. Ορισμός.....	6
2.3. Πώς παθαίνει κανείς αλλεργία;.....	6
2.4. Παράγοντες πρόκλησης αλλεργιών.....	7
2.5. Τύποι αλλεργιών.....	9
2.6. Αλλεργιογόνα.....	19
2.7. Αλλεργικές αντιδράσεις και αντιμετώπισή τους.....	26
2.8. Επιδημιολογικά δεδομένα για τις αλλεργίες.....	30
3. Το αλλεργικό παιδί στο σχολείο.....	38
4. Ρόλος του εκπαιδευτικού στο σημερινό σχολείο.....	41
4.1. Καθήκοντα Εκπαιδευτικών και Πρώτες Βοήθειες.....	44
5. Ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή.....	49
6. Τι διδάσκεται στα ελληνικά πανεπιστήμια.....	51
7. Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	54
7.1. Σχετικές Έρευνες.....	54
8. Η σημασία της έρευνας, στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα.....	59
9. Μεθοδολογία έρευνας - σχεδιασμός και ανάπτυξη της έρευνας.....	61
9.1. Τα εργαλεία της έρευνας.....	61
9.2. Σχεδιασμός και ανάπτυξη του προτεινόμενου ερευνητικού εργαλείου.....	62
10. Κύρια εμπειρική έρευνα.....	65
10.1. Δείγμα-Δειγματοληψία.....	65
10.2. Μέθοδος στατιστικής επεξεργασίας των ερωτηματολογίων.....	69
10.3. Στατιστικά τεστ που θα χρησιμοποιηθούν.....	69
10.4. Αξιοπιστία και εγκυρότητα Ερωτηματολόγιο: «Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών (ΘΥΠ)».....	70
10.5. Ερωτηματολόγιο: «Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών (ΑΙΔΑ) 74	

11.	Ευρήματα.....	79
11.1.	Αξιολόγηση του επιπέδου ενημέρωσης των φοιτητών και της Αυτοαξιολόγησης Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών.....	79
11.2.	Αξιολόγηση των μελλοντικών εκπαιδευτικών στις στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών και στα καθήκοντά τους.	83
11.3.	Αξιολόγηση στην ενότητα γνώσεων των φοιτητών για τη διαχείριση αλλεργικών καταστάσεων.....	85
11.4.	Αξιολόγηση στην ενότητα γνώσεων των φοιτητών για το θεσμό του σχολικού νοσηλευτή.	87
11.5.	Αυτοαξιολόγηση στην ικανότητα διαχείρισης των φοιτητών σε αλλεργίες. ...	89
11.6.	Αξιολόγηση συσχετίσεων μεταξύ κλιμάκων και υποκλιμάκων της έρευνας για τις «Στάσεις και γνώσεις φοιτητών/τριών των Παιδαγωγικών Τμημάτων σχετικά με την αντιμετώπιση των αλλεργικών αντιδράσεων των παιδιών».	91
12.	Συζήτηση.....	95
13.	Συμπεράσματα.....	99
14.	Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	101

Κατάλογος Εικόνων/Γραφημάτων/Σχημάτων

Εικόνα 1:τροφική αλλεργία ένα παγκόσμιο πρόβλημα (eeaka.gr).	13
Εικόνα 2:συμπτώματα τροφικής αλλεργίας (eeaka.gr).	28
Εικόνα 3:Επιδημιολογία των τροφικών αλλεργιών στον κόσμο από (Πηγή: Warren, Jiang & Gupta. 2020).	35
Εικόνα 4: Επιπολασμός των αλλεργιών (όχι μόνο των αναπνευστικών) στις χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα (efanet.org).	37
Σχήμα 1: Εσωτερική δομή ερωτηματολογίου κλίμακα «Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών (ΘΥΠ)».....	73
Σχήμα 2: Εσωτερική δομή ερωτηματολογίου κλίμακα «Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών (ΑΙΔΑ)».....	77
Διάγραμμα 1: Δημογραφικά στοιχεία (Φύλο).	66
Διάγραμμα 2: Ηλικιακή κατανομή στο δείγμα.	67
Διάγραμμα 3: Δημογραφικά στοιχεία (Εκπαιδευτικό επίπεδο).	68
Διάγραμμα 4: Γράφημα κρημνού για ερωτηματολόγιο «Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών (ΘΥΠ)».....	71
Διάγραμμα 5: Γράφημα κρημνού για ερωτηματολόγιο «Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών (ΑΙΔΑ)».....	75
Διάγραμμα 6: Ερωτηματολόγιο: «Γνώσεις διαχείρισης αλλεργικών καταστάσεων».....	86

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Ήπιες αλλεργικές αντιδράσεις.....	26
Πίνακας 2: Διαφορές στα συμπτώματα μεταξύ παιδιών και ενηλίκων (eeaka.gr).	28
Πίνακας 3: ποσοστά τροφικών αλλεργιών σε παιδιά στις ΗΠΑ (Πασχαλίδου 2017).	33
Πίνακας 4: Δημογραφικά στοιχεία (Φύλο).	66
Πίνακας 5: Δημογραφικά στοιχεία (Ηλικία).	67
Πίνακας 6: Δημογραφικά στοιχεία (Ετος σπουδών).	68
Πίνακας 7: Παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου, χωρίς προκαθορισμένους παράγοντες και φορτίσεις >0.35.....	72
Πίνακας 8: Συντελεστής συσχέτισης μεταξύ υποπαραγόντων του ΘΥΠ.	73
Πίνακας 9: Παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου ΑΙΔΑ, χωρίς προκαθορισμένους παράγοντες και φορτίσεις >0.35.	76
Πίνακας 10: Συντελεστής συσχέτισης μεταξύ υποπαραγόντων του ΑΙΔΑ.	77
Πίνακας 11: Έλεγχος στατιστικής σημασίας διαφορών στους μέσους όρους της ΔΑΓ κατηγορία παρακολούθησης μαθήματος ή όχι.	80
Πίνακας 12: Έλεγχος στατιστικής σημασίας διαφορών στους μέσους όρους της ΔΑΓ κατηγορία παρακολούθησης σεμιναρίου ή όχι.....	81
Πίνακας 13: Έλεγχος στατιστικής σημασίας διαφορών στους μέσους όρους της ΔΑΓ ανα κατηγορία προσωπικής επαφής με περιστατικά ή όχι.	82
Πίνακας 14: Έλεγχος στατιστικής σημασίας διαφορών στους μέσους όρους της ΔΑΓ ανα κατηγορία προσωπικής επαφής με περιστατικά μαθητών ή όχι.	83
Πίνακας 15: Έλεγχος στατιστικής σημασίας διαφορών στους μέσους όρους στον παράγοντα ΥΠΕΕ ανά κατηγορία γνώσης καθηκόντων.	84
Πίνακας 16: Πίνακας συχνότητας κλάσεων ερωτηματολογίου «Γνώσεις διαχείρισης αλλεργικών καταστάσεων».....	86
Πίνακας 17: Πίνακας συχνότητας απαντήσεων στην ερώτηση «ενημέρωση για το θεσμό του σχολικού νοσηλευτή στην σχολική μονάδα».....	87
Πίνακας 18: Πίνακας συχνότητας απαντήσεων στην ερώτηση «ενημέρωση για το καθήκοντα και τις αρμοδιότητές του εκπαιδευτικού στην σχολική μονάδα».....	88
Πίνακας 19: Πίνακας συχνότητας απαντήσεων στην ερώτηση «υποχρέωση παροχής πρώτων βοηθειών του εκπαιδευτικού στην σχολική μονάδα».	89
Πίνακας 20: Πίνακας συχνότητας απαντήσεων στην ερώτηση «ικανότητα διαχείρισης αλλεργιών στην σχολική μονάδα (ΔΑΓ)».	90

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

- Α.Δ.Υ.Μ. (Ατομικού Δελτίου Υγείας Μαθητή)
- AAI (Adrenaline Auto-Injector)
- ACAAI (American College of Allergy Asthma and Immunology)
- ΑΔ (Ατοπικής Δερματίτιδας)
- ΑΠΣ (Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών)
- ASCIA (Αυστραλιανή Εταιρεία Κλινικής Ανοσολογίας και Αλλεργίας)
- CDC (Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων)
- CPR (Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης)
- ΔΕ (Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση)
- ΔΕΠΠΣ (Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών)
- EAACI (Ευρωπαϊκή Ακαδημία Αλλεργιολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας)
- EFA (Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Συλλόγων Ασθενών με Αλλεργίες και Παθήσεις των Αναπνευστικών Οδών)
- ΕοΕ (Ηωσινοφιλική Οισοφαγίτιδα)
- FARE (Food Allergy Research & Education)
- HPF (High Power Field)
- ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood – Διεθνής Μελέτη του Άσθματος και των Αλλεργιών στην Παιδική Ηλικία)
- ΙΕΠ (Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής)
- ΙΥΠ (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού)
- ΜΣΑΦ (Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα), NSAIDs (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs)
- NCBI (National Center for Biotechnology Information)
- NCHS (Εθνικό Κέντρο Στατιστικών Υγείας)
- NHIS (Εθνική Έρευνα Συνεντεύξεων Υγείας)
- NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health)
- ΠΕ (Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση)
- ΠΒ (Πρώτες Βοήθειες)
- ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)

Μαρίνα Μπόζιου, Στάσεις και γνώσεις των φοιτητών/τριών των παιδαγωγικών τμημάτων σχετικά με την αντιμετώπιση των αλλεργικών αντιδράσεων των παιδιών

- VOCs (Volatile Organic Compounds)
- ΥΠΑΙΘΑ (Υπουργείο Παιδείας δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων)

1. Εισαγωγή

Η σωματική ανάπτυξη και η πρόωγη μάθηση συνδέονται στενά με την υγεία των παιδιών, όπως υπογραμμίζεται στον Νέο Οδηγό Σπουδών για το Νηπιαγωγείο (2022), αποτελεί θεμέλιο για την εκπαιδευτική διαδικασία, ενώ ταυτόχρονα η εκπαίδευση λειτουργεί καθοριστικά στη διαμόρφωση συνθηκών υγείας και ευημερίας των μαθητών. Στο πλαίσιο της Αειφόρου Ανάπτυξης, ο στόχος 3 της Ατζέντας 2030 θέτει ως προτεραιότητα τη διασφάλιση υγιών συνθηκών διαβίωσης και την προαγωγή της ευημερίας σε όλες τις ηλικίες, τονίζοντας τη σημασία της επένδυσης αυτής και την ενίσχυση του υγειονομικού δυναμικού. Η διασφάλιση λοιπόν του αγαθού της υγείας στο σχολικό περιβάλλον είναι θεμελιώδης, καθώς τα παιδιά που απολαμβάνουν καλές συνθήκες διαβίωσης παρουσιάζουν αυξημένη συμμετοχή και αφομοίωση στη μαθησιακή διαδικασία, δημιουργώντας ένα στέρεο υπόβαθρο για την ισότιμη εκπαίδευση και τη βιώσιμη ανάπτυξη.

Στη σύγχρονη εποχή παρατηρείται ραγδαία αύξηση των αλλεργιών παγκοσμίως. Η αλλεργία, ως μια υπερβολική και παθολογική αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος σε ουσίες (αλλεργιογόνα) που υπό φυσιολογικές συνθήκες είναι αβλαβείς για τον οργανισμό (Papadopoulos et al., 2020) παρουσιάζει συμπτώματα που κυμαίνονται από ήπια (ρινίτιδα, δερματικός κνησμός) έως σοβαρά και απειλητικά για τη ζωή, όπως η αναφυλαξία.

Οι αλλεργικές παθήσεις συνδέονται με γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, ενώ η αστικοποίηση, η έκθεση σε ρύπους και η μειωμένη μικροβιακή έκθεση κατά την παιδική ηλικία ενισχύουν την εμφάνιση αλλεργιών (von Hertzen & Haahtela, 2006), επηρεάζοντας ολοένα και περισσότερα παιδιά σε όλες τις χώρες (Asher et al., 2006). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) επισημαίνει ότι εκατομμύρια άτομα πάσχουν από αλλεργική ρινίτιδα, ενώ περισσότεροι από 300 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με άσθμα, εντάσσοντάς τους στις πιο συχνές εκδηλώσεις αλλεργίας στα παιδιά και τους εφήβους και μάλιστα οι προβλέψεις για έξαρση είναι ανησυχητικές, καθώς αυξάνεται η ατμοσφαιρική ρύπανση και η θερμοκρασία του περιβάλλοντος.

Ταυτόχρονα, τα τελευταία χρόνια ανησυχητική αυξητική πορεία παρατηρείται και στις τροφικές αλλεργίες. Η αλλεργία στα τροφικά αλλεργιογόνα συνδέεται με πολύπλοκη αλληλεπίδραση γενετικών, περιβαλλοντικών και ανοσολογικών παραγόντων. Η θεωρία της υγιεινής, η μειωμένη έκθεση σε λοιμογόνους παράγοντες κατά την παιδική ηλικία, η αλλαγή στη μικροβιακή ποικιλότητα του εντέρου και η αυξημένη κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων φαίνεται να συμβάλλουν στην αυξημένη συχνότητα εμφάνισης αλλεργιών σε

τρόφιμα όπως το γάλα, τα αυγά, οι ξηροί καρποί και τα ψάρια (Prescott et al., 2013). Επιπλέον, η αστικοποίηση και η αλλαγή των διαιτητικών συνηθειών σε δυτικά πρότυπα διατροφής επηρεάζουν την ανοσολογική ανοχή στα αλλεργιογόνα, με αποτέλεσμα την ευαισθητοποίηση σε τροφικά αντιγόνα και την αύξηση των περιπτώσεων τροφικών αλλεργιών σε παιδιά και εφήβους (Sicherer & Sampson, 2018).

Στο σχολικό περιβάλλον τα παιδιά εκτίθενται καθημερινά σε αλλεργιογόνα, όπως ακάρεα, γύρη, τρίχωμα ζώων, αλλά και αλλεργιογόνα τροφίμων κατά τη διάρκεια των γευμάτων, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης αλλεργικών αντιδράσεων, περιλαμβανομένης της αναφυλαξίας (Sicherer & Sampson, 2014; Turner et al., 2020). Η έξαρση όλων των τύπων αλλεργιών σε παγκόσμιο επίπεδο, επηρεάζει ολοένα και περισσότερα παιδιά, δημιουργώντας αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους, τη σχολική τους απόδοση και την ψυχολογική τους ευεξία (Global Initiative for Asthma, 2024). Η χρόνια φύση των αλλεργικών παθήσεων, η ανάγκη αποφυγής τροφών και δραστηριοτήτων, καθώς και ο φόβος ενός σοβαρού επεισοδίου μπορούν να οδηγήσουν σε άγχος, μειωμένη αυτοεκτίμηση και κοινωνική απομόνωση (Cummings et al., 2010; Bollinger et al., 2006). Ένα υποστηρικτικό σχολικό περιβάλλον, που αποδέχεται και κατανοεί την κατάσταση των αλλεργικών παιδιών, μπορεί να συμβάλει στην ψυχοκοινωνική ευημερία και την ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους (Mandell et al., 2005).

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού στο σύγχρονο σχολείο αναβαθμίζεται και επαναπροσδιορίζεται με επίκεντρο τον μαθητοκεντρικό χαρακτήρα της διδασκαλίας. Ο εκπαιδευτικός καλείται να λειτουργεί όχι μόνο ως μεταδότης γνώσεων, αλλά ως εμπνευστής, καθοδηγητής και συντονιστής της μαθησιακής διαδικασίας, αξιοποιώντας σύγχρονες παιδαγωγικές μεθόδους και διαφοροποιημένη διδασκαλία. Παράλληλα, επιμορφώνεται συνεχώς ώστε να ανταποκρίνεται στις προκλήσεις της σύγχρονης εκπαιδευτικής πραγματικότητας και να λειτουργεί ως καθοδηγητής, εμπνευστής και πρότυπο για τους μαθητές του.

Στο πλαίσιο του σύγχρονου παιδαγωγικού του ρόλου, καλείται να αντιμετωπίσει και έκτακτες καταστάσεις που αφορούν την ασφάλεια και την υγεία των παιδιών, αναγνωρίζοντας τη σημασία της πρόληψης, της ψυχραιμίας και της άμεσης αντίδρασης για την προστασία της σωματικής και ψυχικής ευημερίας των μαθητών. Σε κάθε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (ατυχήματος ή αλλεργικής αντίδρασης) καλείται να υποστηρίξει συναισθηματικά το παιδί, συμβάλλοντας στην πρόληψη του κοινωνικού αποκλεισμού και της περιθωριοποίησης που μπορεί να προκύψει, ενώ η ενημέρωση των μαθητών για την

κατανόηση και την αποδοχή των συμμαθητών με αλλεργικές διαταραχές αποτελεί στοιχείο ουσιαστικής συμπερίληψης (Mandell et al, 2005; Cummings et al., 2010).

Οι μέχρι σήμερα μελέτες, παρά τις αυξανόμενες ανάγκες, συγκλίνουν ως προς τα συμπεράσματά τους αναφορικά με τη στάση, το επίπεδο γνώσεων και τις αντιλήψεις σχετικά με την παροχή πρώτων βοηθειών στο σχολικό περιβάλλον, τόσο στην Πρωτοβάθμια όσο και στη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Δείχνουν ότι οι εν ενεργεία εκπαιδευτικοί παρουσιάζουν περιορισμένες γνώσεις σχετικά με την παροχή πρώτων βοηθειών και την αντιμετώπιση αλλεργικών κρίσεων, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται κενά στην αποτελεσματική διαχείριση έκτακτων αναγκών στο σχολείο. Αν και σε ορισμένες περιπτώσεις όπου τα παιδιά έχουν διαγνωστεί με αλλεργίες προβλέπεται η παρουσία σχολικού νοσηλευτή, η πραγματικότητα συχνά είναι διαφορετική, αφήνοντας τον εκπαιδευτικό μόνο του να διαχειριστεί δύσκολες και επικίνδυνες καταστάσεις χωρίς τις απαραίτητες γνώσεις και την κατάλληλη υποστήριξη.

Παράλληλα, αναδεικνύεται η έντονη ανάγκη των εκπαιδευτικών για ενίσχυση των γνώσεών τους σε περιπτώσεις επειγουσών καταστάσεων που απαιτούν άμεση παρέμβαση. Οι έρευνες υπογραμμίζουν τη σημασία της επένδυσης στην κατάλληλη επιμόρφωση των εκπαιδευτικών όσον αφορά την παροχή πρώτων βοηθειών, ως απαραίτητη παράμετρο για τη διασφάλιση της ασφάλειας στο σχολικό περιβάλλον (Κασιμάλης, 2021).

Οι έρευνες που αφορούν τις γνώσεις σχετικά με την παροχή πρώτων βοηθειών περιορίζονται στους εν ενεργεία εκπαιδευτικούς, οι έρευνες που εστιάζουν στην καταγραφή των στάσεων και των αντιλήψεων των μελλοντικών εκπαιδευτικών σε θέματα που σχετίζονται με τις αλλεργίες είναι εξαιρετικά περιορισμένες σε διεθνές επίπεδο, ενώ στην Ελλάδα απουσιάζουν πλήρως. Το γεγονός αυτό δημιουργεί ένα σημαντικό κενό στη βιβλιογραφία και περιορίζει την κατανόηση του βαθμού ετοιμότητας των μελλοντικών εκπαιδευτικών να διαχειριστούν επείγουσες καταστάσεις που σχετίζονται με αλλεργικές αντιδράσεις, οι οποίες μπορεί να απειλήσουν την υγεία και τη ζωή των μαθητών/τριών.

Η παρούσα διπλωματική εργασία έρχεται να καλύψει αυτό το επιστημονικό και πρακτικό κενό, καθώς στοχεύει στη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των φοιτητών/τριών των Παιδαγωγικών Τμημάτων σχετικά με την αναγνώριση και διαχείριση αλλεργικών αντιδράσεων στο σχολικό περιβάλλον. Η καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης, η ανάδειξη των υπαρχουσών ελλείψεων ευελπιστούμε να αποτελέσει ισχυρή και τεκμηριωμένη βάση για τον σχεδιασμό στοχευμένων και αποτελεσματικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τα οποία μπορούν να καλύψουν τα διαπιστωμένα κενά και να ενισχύσουν

την ετοιμότητα των μελλοντικών εκπαιδευτικών σε πραγματικές συνθήκες σχολικής τάξης (Polloni et al., 2020), καθώς και την ανάπτυξη πολιτικών που θα ενσωματώσουν την εκπαίδευση σε θέματα πρώτων βοηθειών και διαχείρισης αλλεργικών κρίσεων στα προγράμματα σπουδών στα αντίστοιχα τμήματα.

Συγκεκριμένα αναζητούνται συσχετισμοί:

- Της διαχείρισης αλλεργιών με παρακολούθηση μαθημάτων, σεμιναρίων, προσωπικές εμπειρίες.
- Της στάσης του ατόμου απέναντι σε θέματα υγείας των παιδιών με τα καθήκοντά τους και τη γνώση τους για παροχή πρώτων βοηθειών στην σχολική μονάδα.
- Της υπάρχουσας κατάστασης με τις γνώσεις τους και την ικανότητά τους για τη διαχείριση των αλλεργικών καταστάσεων στην σχολική μονάδα, το θεσμό του σχολικού νοσηλευτή, την ενημέρωσή τους για τα καθήκοντα, τις αρμοδιότητές τους και την υποχρέωσή τους για παροχή πρώτων βοηθειών στην σχολική μονάδα.

Η έρευνα αναπτύσσεται σε τρία μέρη όπως εννοιολογικά προσεγγίζεται το θέμα των αλλεργικών διαταραχών και η αντιμετώπισή τους από τους εκπαιδευτικούς. Στο πρώτο μέρος αναλύονται εννοιολογικά οι έννοιες αλλεργία, προέλευση και αντιμετώπιση και διερευνώνται οι υπάρχουσες προβλέψεις στην εκπαίδευση, ο ρόλος των εκπαιδευτικών και η σχέση τους με τον θεσμό του σχολικού νοσηλευτή. (κεφάλαια 2,3,4,5 και 6). Ακολουθεί το δεύτερο μέρος, η βιβλιογραφική ανασκόπηση και διατυπώνονται τα ερευνητικά ερωτήματα (κεφάλαια 7 και 8). Έπεται στο τρίτο μέρος η μεθοδολογική προσέγγιση της ποσοτικής έρευνας με την περιγραφή του σχεδιασμού της και την ανάλυση του ερωτηματολογίου του δείγματος και της δειγματοληψίας (κεφάλαιο 9 και 10). Τα ευρήματα της έρευνας περιγράφονται στο κεφάλαιο 11, ενώ στο κεφάλαιο 13 περιγράφονται, έπειτα από την συζήτηση (κεφάλαιο 12) τα συμπεράσματα. Η έρευνα κλείνει με το κεφάλαιο 14 όπου αναζητούνται νέες προκλήσεις για μελλοντική έρευνα και αποτυπώνονται οι περιορισμοί της παρούσης ανάλυσης. Στο τέλος του κειμένου παρατίθενται οι βιβλιογραφικές αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν.

2. Θεωρητικό μέρος

2.1. Ιστορική αναδρομή του όρου: «Αλλεργία»

Ο όρος αλλεργία πρωτοεμφανίστηκε στην Ιατρική βιβλιογραφία στη Βιέννη. Προερχόμενος από την κλινική του έρευνα στον τομέα της λοιμωξιολογίας και της ανοσολογίας, ο Βιεννέζος παιδίατρος Clemens von Pirquet (1874-1929) εισήγαγε τον όρο «αλλεργία» το 1906. Με αυτόν ήθελε να περιγράψει γενικά μια αλλαγή στην αντιδραστικότητα του οργανισμού, δηλαδή σε χρόνο, ποιότητα και ποσότητα (Huber, 2006; Igea, 2013). Προσεγγίζοντας ετυμολογικά τον όρο, η αλλεργία προέρχεται από τις λέξεις «άλλος» και «έργο» και δηλώνει την κατάσταση ενός ατόμου, το οποίο αντιδρά διαφορετικά απ' ό,τι κανονικά θα έπρεπε. Με την πάροδο των ετών η αλλεργία ως όρος κέρδισε ευρεία αποδοχή και έγινε ομπρέλα για την κάλυψη πλήθους ανομοιογενών ιατρικών παθήσεων.

Το 1923 καθιερώθηκε ο όρος «ατοπία» από τους Frederick W. Coca και τον Robert Cooke για να περιγράψει κληρονομικές μορφές υπερευαισθησίας. Είχε όμως χρησιμοποιηθεί γύρω στα 400 π.Χ. από τον Ιπποκράτη για την περιγραφή συμπεριφορών ή συμπτωμάτων που αποκλίνουν από το αναμενόμενο. Σήμερα ο όρος υποδηλώνει τη γενετική προδιάθεση του ατόμου να εκδηλώσει αλλεργίες.

Το 1963 οι Gell και Coombs κατέταξαν τις μορφές υπερευαισθησίας σε τέσσερις τύπους. Αν και η γνώση σχετικά με τις υποκείμενες ανοσολογικές διεργασίες έχει επεκταθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, αυτή η απλή ταξινόμηση εξακολουθεί να χρησιμοποιείται σήμερα.

- Τύπος I: Υπερευαισθησία άμεσου τύπου ή αναφυλακτικών αντιδράσεων.
- Τύπος II: Κυτταροτοξική υπερευαισθησία εξαρτώμενη από αντίσωμα (ADCC).
- Τύπος III: υπερευαισθησία εξαρτώμενη από ανοσυμπλέγματα.
- Τύπος IV: Υπερευαισθησία επιβραδυνόμενου τύπου (DTH).

Το 1967 από τους Ishizaka και από τους Johansson & Bennich ανακαλύφθηκε η IgE (ανοσφαιρίνη E). Η συσχέτιση της IgE πρωτεΐνης του ανοσοποιητικού συστήματος με τις αντιδράσεις υπερευαισθησίας Τύπου I άλλαξε τα δεδομένα της αλλεργιολογίας.

2.2. Ορισμός

Πολύ συχνά ο όρος αλλεργία εμπίπτει με την υπερευαισθησία. Ο Δουλαδέρης (2013), αναφέρει ότι: «η υπερευαισθησία πρέπει να χρησιμοποιείται για να περιγράψει την

αντικειμενικά αναπαραγόμενη συμπτωματολογία μετά την έκθεση σε δεδομένο ερέθισμα και σε δόση που είναι ανεκτή από φυσιολογικά άτομα». Η αλλεργία είναι μια μορφή υπερευαίσθητης αντίδρασης που οφείλεται στη δράση του ανοσοποιητικού συστήματος.

Κατά καιρούς έχουν δοθεί οι παρακάτω ορισμοί για τον όρο:

- Για τους (Goldsby et al, 2007) η αλλεργία ή η υπερευαίσθησία πρόκειται για μια ακατάλληλη ανοσολογική απόκριση του οργανισμού που κινητοποιεί ένα σύνολο δραστικών μορίων με στόχο την απομάκρυνση του αντιγόνου μέσω διαφόρων μηχανισμών.
- Οι (Γκουβέρου και συν, 2014, Κατσιμπάρδης, 1999), αναφέρουν ότι αποτελεί παρέκκλιση της συμπεριφοράς ενός οργανισμού από την φυσιολογική αντίδρασή του, η οποία προκύπτει ως επακόλουθο της εισόδου του αλλεργιογόνου παράγοντα στον πάσχοντα οργανισμό.
- Η αλλεργία (υπερευαίσθησία) σύμφωνα με τους Vander et al. (2001), χαρακτηρίζονται ως νοσήματα στα οποία οι ανοσολογικές αποκρίσεις στα αντιγόνα του περιβάλλοντος προκαλούν φλεγμονή και βλάβη στον ίδιο τον οργανισμό.
- Τέλος οι Roitt et al. (2004), ορίζουν την υπερευαίσθησία ως υπερβολική ανοσοποιητική απόκριση, ενώ ο Χαρίτος (1991) ξεκαθαρίζει ότι, η υπερευαίσθησία είναι χαρακτηριστική για ένα άτομο και εμφανίζεται σε δεύτερη επαφή με ένα συγκεκριμένο αντιγόνο.

2.3. Πώς παθαίνει κανείς αλλεργία;

Ο Γερμενής (2000), αναφέρει ότι: «Η ανοσία έχει σκοπό την προστασία του οργανισμού από τα εξωγενή παθογόνα και γενικά από τις ξένες προς αυτόν ουσίες» συμπεριλαμβανομένων και των μικροβίων. Όταν ο οργανισμός έρθει σε επαφή με αυτές τις ουσίες (αλλεργιογόνα) κινητοποιούνται κατάλληλοι ανοσολογικοί μηχανισμοί, ώστε να προστατευτεί.

Το ανοσιακό σύστημα αποτελούν τα κύτταρα και τα μόρια που εμπλέκονται σε αυτές τις αντιδράσεις, ενώ η ανοσιακή απάντηση είναι η συνδυασμένη δράση τους που συνεπάγεται η επαφή με τις ξένες ουσίες. Όταν η εισερχόμενη ουσία είναι αβλαβής, όπως συμβαίνει με τους κόκκους γύρης, με τροφές κ.λ.π., ο οργανισμός αντιλαμβάνεται ότι αυτές είναι ξένες και ακίνδυνες προς αυτόν, οπότε και τις αναγνωρίζει ως αθώες. Στη συνέχεια αποκτά ανοχή και δεν αντιδράει, υπό φυσιολογικές συνθήκες, εναντίον τους.

Ένα άτομο όμως με ατοπία (ύπαρξη προδιάθεσης για εκδήλωση αλλεργικών παθήσεων), ουσιαστικά εμφανίζει διαταραχή στην ανάπτυξη αυτού του είδους της ανοχής, αντιδρά σε ένα αλλεργιογόνο σαν να ήταν επικίνδυνο. Παράγει έναν τύπο αντισώματος, μία πρωτεΐνη που ονομάζεται αντίσωμα ανοσφαιρίνης E (IgE), για να μπορέσει να αντιμετωπίσει το αλλεργιογόνο. Στη συνέχεια όταν ο οργανισμός έρχεται εκ νέου σε επαφή με το ίδιο αλλεργιογόνο, τα αντισώματα IgE απελευθερώνονται και προκαλούν παραγωγή φλεγμονών μεσολαβητών. Τα δύο αυτά μαζί είναι υπεύθυνα για τα συμπτώματα της αλλεργίας. Ο πιο σημαντικός μεσολαβητής είναι η ισταμίνη (NHS, 2024)

2.4. Παράγοντες πρόκλησης αλλεργιών

Οι μηχανισμοί που οδηγούν στην ανάπτυξη αλλεργιών είναι πολυπαραγοντικοί και συνδέονται με γενετικούς, περιβαλλοντικούς και ανοσολογικούς παράγοντες, οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του ανοσοποιητικού συστήματος.

Το γενετικό υπόβαθρο αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου (Χαρίτος, 1991). Μελέτες οικογενειακής συσχέτισης έχουν δείξει ότι το ιστορικό αλλεργικών νοσημάτων σε γονείς αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης αλλεργίας στα παιδιά, με τον κίνδυνο να είναι μεγαλύτερος όταν και οι δύο γονείς έχουν αλλεργικές παθήσεις (Ober & Yao, 2011). Αν οι γονείς είναι αλλεργικοί η πιθανότητα απόκτησης αλλεργικού παιδιού αυξάνεται στο 50%.

Ωστόσο, η γενετική προδιάθεση δεν επαρκεί από μόνη της για την εκδήλωση αλλεργίας χωρίς την παρουσία περιβαλλοντικών παραγόντων, γεγονός που υποστηρίζεται από τη σημαντική αύξηση της συχνότητας των αλλεργιών τις τελευταίες δεκαετίες, παρά την αμετάβλητη γενετική σύσταση των πληθυσμών (Akdis & Akdis, 2015).

Η «θεωρία της υγιεινής» (hygiene hypothesis) υποστηρίζει ότι η μειωμένη έκθεση σε λοιμώδεις παράγοντες, μικρόβια και παράσιτα κατά την πρώιμη παιδική ηλικία, λόγω βελτίωσης των συνθηκών υγιεινής και των πρακτικών καθαριότητας, οδηγεί σε ανεπαρκή ωρίμανση του ανοσοποιητικού συστήματος, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη υπεραντιδραστικότητας σε αλλεργιογόνα (Strachan, 1989). Ο Strachan μέσα από επιδημιολογικές μελέτες, διαπίστωσε ότι τα παιδιά που μεγάλωναν σε οικογένειες με περισσότερα αδέρφια και υψηλότερη έκθεση σε λοιμώξεις εμφάνιζαν μικρότερη συχνότητα αλλεργικών παθήσεων, γεγονός που υπήρξε θεμέλιο για την ανάπτυξη της θεωρίας.

Σύγχρονα δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι η πρόωμη επαφή με μικροβιακούς παράγοντες, μέσω φυσικής γέννησης, θηλασμού (Huang et al., 2017), επαφής με κατοικίδια ζώα ή ζωικό περιβάλλον, συμβάλλει στην εκπαίδευση του ανοσοποιητικού συστήματος, μειώνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης αλλεργιών και άσθματος (von Mutius, 2007).

Επιπλέον, η διατροφή στα πρώτα χρόνια ζωής, η χορήγηση αντιβιοτικών κατά την παιδική ηλικία και ο τρόπος τοκετού έχουν αναγνωριστεί ως παράγοντες που μπορούν να τροποποιήσουν τη σύσταση της μικροχλωρίδας του εντέρου και να επηρεάσουν την ανοσολογική ανεκτικότητα του οργανισμού απέναντι στα αλλεργιογόνα (Stiemsma & Turvey, 2017). Η μικροχλωρίδα διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη του ανοσοποιητικού συστήματος, και η διαταραχή της (δυσβίωση) μπορεί να οδηγήσει σε ανώριμη ανοσορρύθμιση και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αλλεργίας.

Οι περιβαλλοντικοί ρύποι και η αστικοποίηση έχουν επίσης ενοχοποιηθεί ως παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη αλλεργιών. Η ατμοσφαιρική ρύπανση, οι εκπομπές καυσαερίων και η αυξημένη έκθεση σε μικροσωματίδια έχουν συσχετιστεί με την επιδείνωση των συμπτωμάτων και την αύξηση της ευαισθησίας του αναπνευστικού συστήματος σε αλλεργιογόνα (Guarnieri & Balme, 2014). Το κάπνισμα προστίθεται στους περιβαλλοντικούς παράγοντες καθώς επηρεάζει την ποιότητα του αέρα. Για τα παιδιά που έχουν εκτεθεί προγεννητικά και περιγεννητικά στον καπνό ενισχύεται το ενδεχόμενο εμφάνισης αλλεργίας κατά τα πρώτα 3 χρόνια της ζωής τους.

Παράλληλα, η μειωμένη επαφή με το φυσικό περιβάλλον και τα αγροτικά ερεθίσματα περιορίζει την έκθεση σε προστατευτικούς μικροοργανισμούς, επηρεάζοντας τη ρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος (von Mutius & Vercelli, 2010).

Η κλιματική αλλαγή φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση αλλεργιών, καθώς η αύξηση της θερμοκρασίας οδηγεί σε επιμήκυνση της περιόδου ανθοφορίας και αύξηση της συγκέντρωσης γύρης στην ατμόσφαιρα, με συνέπεια την αυξημένη έκθεση του πληθυσμού σε αλλεργιογόνα φυτικής προέλευσης (Beggs, 2016). Τέλος οι Himmerich et al. (2013), υποστηρίζουν ότι το άσθμα, οι τροφικές αλλεργίες και η ατοπική δερματίτιδα μπορεί να αναπτυχθούν και από έντονο στρες.

2.5. Τύποι αλλεργιών

Οι αλλεργικές αντιδράσεις μπορούν να εκδηλωθούν σε διάφορα όργανα του σώματος, προκαλώντας μια ποικιλία συμπτωμάτων. Οι κύριοι τύποι αλλεργικών αντιδράσεων ανάλογα με το όργανο που επηρεάζεται είναι:

2.5.1. Δερματικές αλλεργικές αντιδράσεις

Κνίδωση

Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πομφών, δηλαδή ερυθρών και ερεθισμένων περιοχών του δέρματος που συχνά συνοδεύονται από έντονο κνησμό. Οι βλάβες αυτές είναι παροδικές και συνήθως υποχωρούν εντός 24 ωρών χωρίς να αφήνουν ίχνη, αλλά ενδέχεται να υποτροπιάζουν σε διαφορετικές ή και ίδιες περιοχές του σώματος. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται σε παροδική αγγειοδιαστολή και διαρροή πλάσματος στο χόριο, ως αποτέλεσμα ανοσολογικής αντίδρασης ή μηχανισμού υπερευαισθησίας (Zuberbier et al., 2018).

Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει αρχικά την αποφυγή πιθανών εκλυτικών παραγόντων, εφόσον αναγνωρίζονται. Η φαρμακευτική θεραπεία πρώτης γραμμής περιλαμβάνει τη χορήγηση αντισταμινικών δεύτερης γενιάς (μη κατασταλτικών).

Εξ επαφής δερματίτιδα

Η εξ επαφής δερματίτιδα αποτελεί μια φλεγμονώδη αντίδραση του δέρματος που προκαλείται από την άμεση επαφή με εξωτερικούς παράγοντες, οι οποίοι δρουν ως ερεθιστικοί ή αλλεργιογόνοι παράγοντες. Διακρίνεται σε ερεθιστική και αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής. Η αλλεργική δερματίτιδα αποτελεί μια ανοσολογικά μεσολαβούμενη αντίδραση υπερευαισθησίας τύπου IV (καθυστερημένης αντίδρασης), η οποία εκδηλώνεται όταν το δέρμα έρθει σε επαφή με συγκεκριμένα αλλεργιογόνα στα οποία το άτομο έχει προηγουμένως ευαισθητοποιηθεί (Fonacier et al., 2015). Τα αλλεργιογόνα αυτά, όπως νικέλιο, καουτσούκ, αρώματα και συντηρητικά, δρουν ως απτίνες που συνδέονται με πρωτεΐνες του δέρματος και αναγνωρίζονται από τα T-λεμφοκύτταρα, τα οποία με τη σειρά τους πυροδοτούν φλεγμονώδη απόκριση (Aristizabal-Torres, 2025). Κλινικά, η αλλεργική εξ επαφής δερματίτιδα χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα, οίδημα, φυσαλίδες, κνησμό και αίσθημα καύσου στις περιοχές επαφής, ενώ σε χρόνιες περιπτώσεις εμφανίζονται πάχυνση και ξηρότητα λόγω εμμένουσας φλεγμονής (Uter et al., 2020).

Η διάγνωση βασίζεται στη λήψη λεπτομερούς ιστορικού και επιβεβαιώνεται μέσω επιδερμικών δοκιμασιών (patch tests), οι οποίες βοηθούν στον εντοπισμό του υπεύθυνου αλλεργιογόνου και στη διαφοροποίηση από την ερεθιστική εξ επαφής δερματίτιδα (Lachapelle, 2005). Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει την αποφυγή έκθεσης στο αλλεργιογόνο, τη χρήση τοπικών κορτικοστεροειδών για τον έλεγχο της φλεγμονής και την αποκατάσταση του δερματικού φραγμού μέσω εφαρμογής μαλακτικών, ενώ σε σοβαρές ή υποτροπιάζουσες περιπτώσεις ενδέχεται να χορηγηθούν συστηματικά κορτικοστεροειδή ή ανοσοτροποποιητικοί παράγοντες (Fonacier et al., 2015). Η εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με την αναγνώριση των αλλεργιογόνων, την ανάγνωση ετικετών προϊόντων και τη λήψη προστατευτικών μέτρων κατά την εργασία ή την καθημερινότητα είναι απαραίτητη για την πρόληψη υποτροπών και τον περιορισμό της επιβάρυνσης στην ποιότητα ζωής.

Έκζεμα (Ατοπική Δερματίτιδα)

Η ατοπική δερματίτιδα είναι μια χρόνια, υποτροπιάζουσα δερματική νόσος που προσβάλλει την επιδερμίδα, κυρίως στις ανώτερες στοιβάδες της. Χαρακτηρίζεται από επίμονο κνησμό, ξηρότητα, ερύθημα και φλεγμονή του δέρματος, προκαλώντας σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Weidinger & Novak, 2016). Η νόσος ξεκινά συνήθως στην πρώιμη παιδική ηλικία, με τα πρώτα σημεία να εμφανίζονται συχνότερα εντός των πρώτων έξι μηνών ζωής.

Παγκοσμίως, εκτιμάται ότι επηρεάζει περίπου το 12–25% των παιδιών και το 10–15% των ενηλίκων (Nuttan, 2015). Μελέτες δείχνουν ότι έως και το 75% των παιδιών εκδηλώνουν συμπτώματα μεταξύ δύο και έξι μηνών, ενώ το 80–90% των περιπτώσεων εμφανίζεται πριν από την ηλικία των πέντε ετών (Leung, 2004). Η ατοπική δερματίτιδα συχνά αποτελεί την αρχική εκδήλωση της «ατοπικής πορείας», οδηγώντας σε αλλεργική ρινίτιδα ή άσθμα.

Η διάγνωση της ατοπικής δερματίτιδας (ΑΔ) βασίζεται κυρίως στην κλινική εικόνα και το λεπτομερές ιστορικό, καθώς δεν υπάρχει ειδικός διαγνωστικός εργαστηριακός δείκτης. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις, μπορεί να πραγματοποιηθούν αλλεργικά δερματικά τεστ ή μέτρηση ολικών και ειδικών IgE για την αναγνώριση εκλυτικών αλλεργιογόνων, αλλά δεν αποτελούν απαραίτητα στοιχεία για τη διάγνωση.

Η θεραπεία της ΑΔ στοχεύει στον έλεγχο του κνησμού, την αποκατάσταση του δερματικού φραγμού και την αντιμετώπιση της φλεγμονής, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την πρόληψη των εξάρσεων. Βασικό θεραπευτικό μέτρο αποτελεί η καθημερινή χρήση ενυδατικών (emollients) για τη διατήρηση της υγρασίας του δέρματος και η αποφυγή

παραγόντων που επιδεινώνουν την κατάσταση, όπως ερεθιστικά σαπούνια και αλλεργιογόνα (Wollenberg et al., 2018). Η τοπική θεραπεία με κορτικοστεροειδή παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος για την αντιμετώπιση των εξάρσεων.

2.5.2. Αναπνευστικές αλλεργικές αντιδράσεις

Αλλεργική ρινίτιδα

Η αλλεργική ρινίτιδα είναι μια ανοσολογικά μεσολαβούμενη αντίδραση υπερευαισθησίας του ρινικού βλεννογόνου, η οποία προκαλείται από την εισπνοή αεροαλλεργιογόνων, όπως η γύρη, τα ακάρεα της οικιακής σκόνης ή τα επιθήλια ζώων (Bousquet et al., 2008). Τα κύρια συμπτώματα περιλαμβάνουν ρινική καταρροή, συμφόρηση, κνησμό και φτερνίσματα που διαρκούν πάνω από μία ώρα ημερησίως για δύο ή περισσότερες συνεχόμενες ημέρες (Husna et al., 2022). Όταν η φλεγμονώδης αντίδραση επεκτείνεται και στον επιπεφυκότα των οφθαλμών, εμφανίζεται δακρύρροια, κνησμός και ερυθρότητα, χαρακτηριστικά της αλλεργικής ρινοεπιπεφυκίτιδας (Scadding et al., 2017).

Η αλλεργική ρινίτιδα δεν αποτελεί απλώς μια εντοπισμένη πάθηση, αλλά συνδέεται άμεσα με το αλλεργικό άσθμα, καθώς θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωσή του. Μάλιστα, σε μεγάλο ποσοστό περιπτώσεων, προηγείται χρονικά της εμφάνισης του άσθματος (Bousquet et al., 2008).

Αλλεργικό άσθμα

Το αλλεργικό άσθμα αποτελεί τη συχνότερη φαινοτυπική μορφή άσθματος, ιδίως στην παιδική και εφηβική ηλικία, και χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή των αεραγωγών, υπεραντιδραστικότητα και αναστρέψιμη απόφραξη της ροής του αέρα, με βασικό παθολογικό μηχανισμό την ανοσολογική απόκριση έναντι αλλεργιογόνων. Η επαφή του βρογχικού βλεννογόνου με τα αλλεργιογόνα οδηγεί σε φλεγμονή, οίδημα και αυξημένη βρογχική υπεραντιδραστικότητα, γεγονός που προκαλεί απόφραξη των αεραγωγών (Global Initiative for Asthma [GINA], 2024). Τα κύρια συμπτώματα περιλαμβάνουν δύσπνοια, βήχα, συριγμό και αίσθημα σύσφιξης στο θώρακα, τα οποία επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια της νύχτας ή νωρίς το πρωί (Pavord et al., 2022).

Συχνά συνυπάρχουν ρινικά και οφθαλμικά αλλεργικά συμπτώματα, όπως καταρροή, φτέρνισμα, ερυθρότητα και κνησμός των οφθαλμών (Bousquet et al., 2020). Επιπλέον, σε κάποιες περιπτώσεις, παρατηρείται παραγωγή πτυέλων, τα οποία ενδέχεται να είναι πυώδη λόγω αυξημένης συγκέντρωσης ηωσινοφίλων, υποδηλώνοντας ενεργή φλεγμονώδη διαδικασία (Yang et al., 2013). Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων κυμαίνεται από ήπια έως επικίνδυνα για τη ζωή, ανάλογα με την ευαισθησία του ασθενούς και την έκθεση σε εκλυτικούς παράγοντες.

Η διάγνωση του αλλεργικού άσθματος βασίζεται στον συνδυασμό κλινικής αξιολόγησης, δοκιμασιών αναπνευστικής λειτουργίας (σπειρομέτρηση με έλεγχο αναστρεψιμότητας) και εντοπισμού αλλεργιολογικής ευαισθησίας μέσω δερματικών δοκιμασιών νυγμού ή μέτρησης ειδικών IgE (Lambrecht & Hammad, 2015). Η διαχείριση περιλαμβάνει την αποφυγή αλλεργιογόνων, τη χρήση εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών για τον έλεγχο της φλεγμονής και βρογχοδιασταλτικών βραχείας ή μακράς δράσης για τον έλεγχο των συμπτωμάτων (Global Initiative for Asthma [GINA], 2023), ενώ σε ασθενείς με σοβαρό αλλεργικό άσθμα χορηγούνται βιολογικοί παράγοντες όπως τα μονοκλωνικά αντισώματα έναντι της IgE ή των IL-5/IL-4 (Pavord et al., 2018).

2.5.3. Γαστρεντερικές αλλεργικές αντιδράσεις

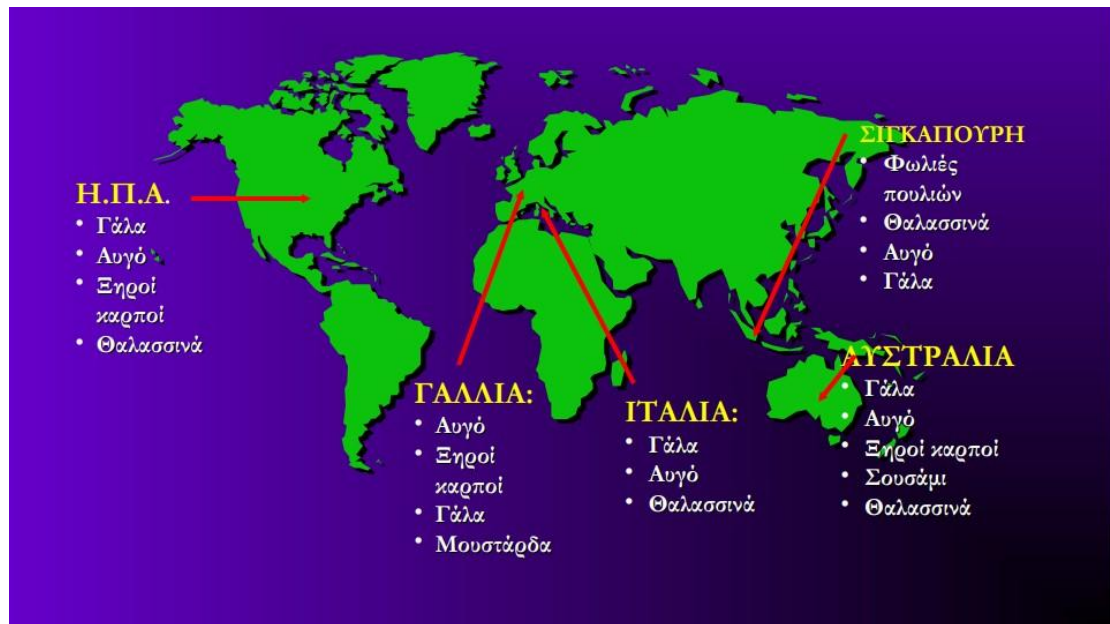
Τροφικές Αλλεργίες

Η τροφική αλλεργία αποτελεί μία παθολογική ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού σε συστατικά συγκεκριμένων τροφίμων, κυρίως σε πρωτεΐνες που αναγνωρίζονται εσφαλμένα ως επιβλαβείς. Όταν το αλλεργιογόνο εισέρχεται στον οργανισμό, ενεργοποιούνται εξειδικευμένα αντισώματα, κυρίως της τάξης IgE, τα οποία οδηγούν στην αποδέσμευση ισταμίνης και άλλων φλεγμονωδών μεσολαβητών, προκαλώντας την εμφάνιση συμπτωμάτων (Γκουβέρου, Κατσώρη & Κουλεντιανού, 2014). Τα συμπτώματα ποικίλλουν από ήπια – όπως ρινική καταρροή, δερματικός κνησμός, ή ήπια γαστρεντερικά προβλήματα – έως σοβαρά και απειλητικά για τη ζωή, όπως δύσπνοια, οίδημα γλώσσας και λάρυγγα ή αναφυλαξία (Sharma, Bansil & Uygungil, 2015).

Η έναρξη των συμπτωμάτων συνήθως σημειώνεται εντός λίγων λεπτών έως δύο ωρών από την κατανάλωση του αλλεργιογόνου. Η αντίδραση μπορεί να επηρεάσει πολλά όργανα ταυτόχρονα: τη μύτη (ρινική καταρροή, φτάρνισμα), το στόμα (φαγούρα ή πρήξιμο), το

δέρμα (κνίδωση, εξάνθημα), το αναπνευστικό σύστημα (συριγμός, βήχας, δύσπνοια), το καρδιαγγειακό (ζάλη, υπόταση) και το γαστρεντερικό (έμετος, διάρροια) (FoodAllergy.org, 2022).

Σύμφωνα με το NIAID (2010), το 90% των σοβαρών τροφικών αλλεργικών αντιδράσεων προκαλείται από οκτώ βασικά αλλεργιογόνα: το γάλα, το αυγό, τα φιστίκια, τους ξηρούς καρπούς, το σιτάρι, τη σόγια, τα ψάρια και τα οστρακοειδή. Το 2021, το σουσάμι προστέθηκε επίσημα ως ένατο αλλεργιογόνο στις ΗΠΑ (FDA, 2022). Η παρακάτω εικόνα (Εικόνα 1) αναπαριστά δεδομένα που αφορούν την κατανομή αλλεργιογόνων διεθνώς.



Εικόνα 1: τροφική αλλεργία ένα παγκόσμιο πρόβλημα (eeaka.gr)

Η διάκριση μεταξύ τροφικής αλλεργίας και τροφικής δυσανεξίας είναι ζωτικής σημασίας. Η δυσανεξία αποτελεί μη ανοσολογική αντίδραση, συχνά μεταβολικής ή ενζυματικής αιτιολογίας, όπως στη λακτόζη ή τη φρουκτόζη. Τα συμπτώματα της δυσανεξίας εκδηλώνονται ώρες μετά την κατανάλωση και είναι κυρίως γαστρεντερικά (Κωσταρά, 2022), σε αντίθεση με την αλλεργία που συχνά εκδηλώνεται ταχέως και περιλαμβάνει ποικίλα συστήματα.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η τροφική αλλεργία εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες, αν και είναι πιο συχνή στα παιδιά. Ενώ ορισμένες αλλεργίες, όπως στο γάλα ή στο αυγό, μπορεί να υποχωρήσουν με την πάροδο του χρόνου, άλλες, όπως στους ξηρούς καρπούς ή τα οστρακοειδή, τείνουν να είναι ισόβιες (Sharma et al., 2015).

Η διάγνωση βασίζεται στη λήψη ιστορικού, στις δερματικές δοκιμασίες και στον προσδιορισμό ειδικών IgE αντισωμάτων. Η μόνη αποτελεσματική θεραπεία είναι η αυστηρή

αποφυγή του υπεύθυνου τροφίμου, ενώ σε περιπτώσεις σοβαρών αντιδράσεων απαιτείται η χορήγηση αδρεναλίνης μέσω αυτοενέσιμου συστήματος (FoodAllergy.org, 2022).

Ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα

Η ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα (EoE) αποτελεί μία χρόνια, ανοσολογικά μεσολαβούμενη φλεγμονώδη διαταραχή του οισοφάγου, η οποία χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργία του οργάνου και ιστολογικά από διήθηση του βλεννογόνου από ηωσινόφιλα (Liacouras et al., 2011). Η πάθηση σχετίζεται στενά με την ατοπία, καθώς σε ποσοστό άνω του 50% των ασθενών καταγράφεται ιστορικό αλλεργικών νοσημάτων, όπως άσθμα, αλλεργική ρινίτιδα ή ατοπική δερματίτιδα (Αγγελικοπούλου-Πολυζώη, 2017). Στην παιδική ηλικία, κύρια αιτία εμφάνισης θεωρούνται τα τροφικά αλλεργιογόνα, ενώ στους εφήβους και ενήλικες σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα αεροαλλεργιογόνα (Almansa et al., 2009).

Κλινικά, στα παιδιά η EoE εκδηλώνεται συχνότερα με γαστρεντερικά συμπτώματα όπως δυστροφία, χρόνιους εμέτους και κοιλιακό άλγος, ενώ στους εφήβους και ενήλικες κυριαρχεί η δυσφαγία, συχνά σε στερεές τροφές, καθώς και ο θωρακικός πόνος χωρίς σαφή καρδιολογική αιτιολογία (Lucendo et al., 2017).

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται μέσω ενδοσκόπησης και ιστολογικής ανάλυσης βιοψιών, με κριτήριο ≥ 15 ηωσινόφιλα ανά οπτικό πεδίο υψηλής ισχύος (HPF High Power Field). Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει τροποποίηση της δίαιτας (π.χ. αποκλειστική δίαιτα αμινοξέων ή αποκλεισμός κοινών αλλεργιογόνων), φαρμακευτική αγωγή (τοπικά στεροειδή) και, σε επιλεγμένες περιπτώσεις, διαστολή του οισοφάγου (Dellon et al., 2018).

Αλλεργία σε υμενόπτερα

Η αλλεργία στα υμενόπτερα, κυρίως σε δηλητήρια μελισσών και σφηκών, αποτελεί μία σημαντική μορφή υπερευαισθησίας τύπου I, προκαλούμενη από την είσοδο αλλεργιογόνων πρωτεϊνών μέσω τσιμπήματος. Η αντίδραση μπορεί να είναι τοπική (κνησμός, ερύθημα, οίδημα) ή συστηματική, περιλαμβάνοντας αναπνευστικά συμπτώματα όπως δύσπνοια και συριγμό, καθώς και καρδιαγγειακές εκδηλώσεις, ενίοτε εξελισσόμενες σε αναφυλαξία, η οποία μπορεί να είναι απειλητική για τη ζωή (Bilò et al., 2019).

Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό έκθεσης, τη συμπτωματολογία και την ανίχνευση ειδικών IgE αντισωμάτων μέσω δερματικών δοκιμασιών ή in vitro εξετάσεων (Golden et al., 2017). Η ανοσοθεραπεία με δηλητήριο υμενοπτέρων αποτελεί την κύρια θεραπευτική

προσέγγιση και έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική στη μείωση του κινδύνου σοβαρών αντιδράσεων σε μελλοντικά τσιμπήματα (Bonadonna et al., 2020).

2.5.4. Φαρμακευτικές αλλεργίες

Οι φαρμακευτικές αλλεργίες αποτελούν ανοσολογικά μεσολαβούμενες ανεπιθύμητες αντιδράσεις σε φαρμακευτικές ουσίες και περιλαμβάνονται στις αντιδράσεις υπερευαισθησίας τύπου I έως τύπου IV, σύμφωνα με την κατάταξη Gell και Coombs (Pichler, 2003). Οι πιο συχνές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν δερματικά συμπτώματα, όπως κνίδωση, εξανθήματα ή αγγειοοίδημα, ενώ σοβαρότερες αντιδράσεις μπορεί να περιλαμβάνουν βρογχόσπασμο, υπόταση, δύσπνοια ή ακόμη και αναφυλακτικό σοκ (Doña et al., 2012). Τα αντιβιοτικά της ομάδας των β-λακταμικών (π.χ. πενικιλίνες), τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ) NSAIDs (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs) και τα αναισθητικά συγκαταλέγονται στα συχνότερα φαρμακευτικά αλλεργιογόνα (Blanca-Lopez et al., 2019).

Η διάγνωση βασίζεται σε προσεκτική λήψη ιστορικού, δοκιμές πρόκλησης υπό ιατρική επίβλεψη και, όπου ενδείκνυται, δερματικές δοκιμασίες ή in vitro εξετάσεις ειδικών IgE αντισωμάτων. Η σωστή αναγνώριση του υπεύθυνου φαρμάκου είναι κρίσιμη, καθώς πολλές αντιδράσεις αποδίδονται λανθασμένα σε αλλεργία, με συνέπεια την αποφυγή φαρμάκων χωρίς λόγο (Trubiano & Phillips, 2013). Σε ασθενείς με επιβεβαιωμένη αλλεργία, η αποφυγή και η εναλλακτική φαρμακευτική αγωγή αποτελούν βασική στρατηγική πρόληψης, ενώ σε επιλεγμένες περιπτώσεις μπορεί να εφαρμοστεί απευαισθητοποίηση.

Αλλεργική αντίδραση σε καλλυντικά

Η αλλεργική αντίδραση σε καλλυντικά προϊόντα αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, καθώς τα καλλυντικά περιέχουν ποικιλία χημικών ενώσεων που μπορεί να δρουν ως αλλεργιογόνα, προκαλώντας αντιδράσεις σε ευαισθητοποιημένα άτομα (Mehta et al., 2003). Η συχνότερη μορφή αλλεργίας από καλλυντικά είναι η αλλεργική εξ επαφής δερματίτιδα (ACD), η οποία αποτελεί αντίδραση καθυστερημένου τύπου (τύπου IV) υπερευαισθησίας, με μεσολάβηση T-λεμφοκυττάρων. Εμφανίζεται μετά από αρχική ευαισθητοποίηση στο υπεύθυνο αλλεργιογόνο και επαναλαμβανόμενη έκθεση σε αυτό (González-Muñoz et al., 2014, Tramontana et al., 2023).

Συνήθη αλλεργιογόνα σε καλλυντικά περιλαμβάνουν συντηρητικά (π.χ. parabens, methylisothiazolinone), αρώματα, χρωστικές, και ορισμένα φυτικά εκχυλίσματα (Basketter et

al., 2015). Η συμπτωματολογία εμφανίζεται συνήθως με ερύθημα, κνησμό, οίδημα, σχηματισμό φυσαλίδων ή απολέπιση, με κατανομή στα σημεία εφαρμογής του καλλυντικού (πρόσωπο, λαιμός, χέρια).

Η διάγνωση τίθεται με τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού σχετικά με τη χρήση προϊόντων και την επιβεβαίωση με επιδερμικές δοκιμασίες (patch tests) για τον εντοπισμό του υπεύθυνου αλλεργιογόνου StatPearls (2025).

Η πρόληψη και θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει την αποφυγή του υπεύθυνου αλλεργιογόνου και τη διακοπή του ύποπτου καλλυντικού, ενώ σε περιπτώσεις με έντονη φλεγμονή μπορεί να χορηγηθούν τοπικά κορτικοστεροειδή ή αναστολείς καλσινευρίνης (pimecrolimus, tacrolimus) για τον έλεγχο της φλεγμονής StatPearls (2025). Σε σοβαρότερες περιπτώσεις με εκτεταμένη προσβολή, μπορεί να χρειαστεί συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών για μικρό χρονικό διάστημα.

Αναφυλαξία

Η αναφυλαξία είναι μια σοβαρή, συχνά απειλητική για τη ζωή αλλεργική αντίδραση, με ταχεία έναρξη και εξέλιξη, που απαιτεί άμεση ιατρική παρέμβαση. Ο όρος προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις "ανα-" και "φύλαξις", δηλώνοντας μια αντίδραση «ενάντια στην προστασία», δηλαδή το αντίθετο της ανοσίας. Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1902 από τους Richet και Portier, για να περιγράψει τη σοβαρή αλλεργική αντίδραση που προκαλούσε το εμβόλιο από μέδουσες σε σκύλους. Έκτοτε, ο όρος καθιερώθηκε στην ιατρική βιβλιογραφία για να περιγράψει γενικευμένες αντιδράσεις υπερευαισθησίας.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), η αναφυλαξία είναι μια σοβαρή, γενικευμένη ή συστηματική αντίδραση υπερευαισθησίας, η οποία μπορεί να επηρεάσει την αναπνευστική, κυκλοφορική, δερματική και γαστρεντερική λειτουργία, με άμεσο κίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς (Ben-Shoshan & Clarke, 2011).

Η παθοφυσιολογία της αναφυλαξίας βασίζεται κυρίως σε έναν μηχανισμό άμεσης υπερευαισθησίας τύπου I, κατά τον οποίο αλλεργιογόνα προκαλούν διασταυρούμενη σύνδεση των ειδικών ανοσοσφαιρινών IgE με υποδοχείς υψηλής συγγένειας FcεRI που βρίσκονται στην επιφάνεια μαστοκυττάρων και βασεόφιλων (Simons et al., 2011a, Castells, 2017). Η ενεργοποίηση αυτή οδηγεί στην αποκοκκίωση των κυττάρων και στην απελευθέρωση πολλών φλεγμονωδών μεσολαβητών, όπως ισταμίνη, λευκοτριένια, προσταγλανδίνες, τρυπτάση, καθώς και κυτταροκίνες και χημοκίνες, οι οποίες προκαλούν εκτεταμένες φυσιολογικές διαταραχές (Moon et al., 2014; Paivandy & Pejler, 2021).

Οι ουσίες αυτές είναι υπεύθυνες για τις κλινικές εκδηλώσεις της αναφυλαξίας, συμπεριλαμβανομένων της αγγειοδιαστολής, της αυξημένης αγγειακής διαπερατότητας, του οιδήματος, του βρογχόσπασμου, της υπότασης, καθώς και άλλων συμπτωμάτων όπως κνησμός, κνίδωση, δύσπνοια, ταχυκαρδία και συγκοπή (Nguyen et al., 2021; Stone & Brown, 2012).

Αξίζει να σημειωθεί ότι εκτός από τις IgE-διαμεσολαβούμενες μορφές, υπάρχουν και μη ανοσολογικές (μη-IgE διαμεσολαβούμενες) αντιδράσεις, γνωστές παλαιότερα ως αναφυλακτοειδείς αντιδράσεις, όπου η αποκοκκίωση των μαστοκυττάρων επέρχεται μέσω άμεσης φαρμακολογικής δράσης ή άλλων μηχανισμών, χωρίς την παρουσία ειδικών IgE (Spoerl et al., 2017). Αν και οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί διαφέρουν, οι κλινικές εκδηλώσεις είναι συχνά παρόμοιες, κάτι που ενισχύει τη δυσκολία της διάγνωσης (Yang et al., 2023).

Η αναφυλαξία προκαλείται συνήθως από τροφικά αλλεργιογόνα (33%), φαρμακευτικά σκευάσματα (14%) και νύγματα εντόμων (19%) (Dinakar, 2012). Οι κύριες αιτίες ποικίλλουν ανά ηλικία: στα παιδιά, η αναφυλαξία προκαλείται συχνότερα από τροφές όπως φιστίκια, ξηρούς καρπούς, αυγά, γάλα, σόγια, θαλασσινά και σουσάμι, ενώ στους ενήλικες κυριαρχούν τα φάρμακα και τα δηλητήρια από έντομα, όπως μέλισσες και σφήκες. Σε ένα σημαντικό ποσοστό περιπτώσεων (έως 25%) δεν εντοπίζεται σαφές αίτιο, οπότε χαρακτηρίζονται ως ιδιοπαθής αναφυλαξία.

Η κλινική εικόνα της αναφυλαξίας είναι χαρακτηριστική, αλλά η βαρύτητά της και τα προσβαλλόμενα οργανικά συστήματα διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των ασθενών (Alvarez-Perea et al., 2017; Shaker et al., 2020). Τα συχνότερα πρώιμα συμπτώματα περιλαμβάνουν δερματικές εκδηλώσεις όπως κνίδωση, ερύθημα, αγγειοοίδημα και κνησμό, που εμφανίζονται σε πάνω από το 80–90% των περιπτώσεων (Lieberman et al., 2015). Από την πλευρά του αναπνευστικού συστήματος, τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν συριγμό, βρόγχος φωνής, σφίξιμο στον λαιμό, δύσπνοια ή λαχάνιασμα, αποτελώντας συχνή αιτία νοσηλείας, ειδικά στα παιδιά (Pumphrey, 2003, Worm et al., 2014).

Στο καρδιαγγειακό σύστημα, παρατηρείται υπόταση, ταχυκαρδία, ζάλη, και σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί συγκοπή ή ακόμα και καρδιοαναπνευστική ανακοπή (Kemp et al., 2008). Επιπλέον, η συμμετοχή του γαστρεντερικού συστήματος δεν είναι σπάνια και μπορεί να εκδηλωθεί με ναυτία, έμετο, κοιλιακό άλγος ή διάρροια, ειδικά στην τροφική αναφυλαξία (Sampson et al., 2006). Συχνά οι ασθενείς αναφέρουν ένα έντονο αίσθημα επικείμενης καταστροφής, το οποίο έχει περιγραφεί ως χαρακτηριστικό ψυχολογικό

σύμπτωμα κατά την έναρξη της κρίσης (Jerschow et al., 2014). Η έναρξη των συμπτωμάτων είναι συνήθως αιφνίδια και ραγδαία, και χωρίς άμεση ιατρική παρέμβαση, η κατάσταση μπορεί να εξελιχθεί σε θάνατο, ακόμα και μέσα σε λίγα λεπτά (Pumphrey, 2000, Simons et al., 2011).

Η αναφυλαξία που προκαλείται από τρόφιμα θεωρείται η συχνότερη μορφή αναφυλαξίας στα παιδιά, σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα από την Ευρώπη και την Πορτογαλία (Grabenherrich et al., 2016; Gaspar et al., 2021). Σε αντίθεση με την αναφυλαξία που προκαλείται από φάρμακα ή δηλητήρια, όπου τα γαστρεντερικά συμπτώματα εμφανίζονται σπάνια, μόλις στο 3,7% των περιπτώσεων, στην τροφική αναφυλαξία αποτελούν τα συχνότερα συμπτώματα, καταγράφοντας ποσοστό εμφάνισης 41% (Keet & Wood, 2007). Η τροφική αναφυλαξία μπορεί να εκδηλωθεί όχι μόνο με την κατάποση του αλλεργιογόνου τροφίμου αλλά και μέσω άλλων οδών έκθεσης, όπως η επαφή με το δέρμα ή η εισπνοή μικροσκοπικών σωματιδίων κατά τη διάρκεια του μαγειρέματος, επεκτείνοντας έτσι τις πιθανότητες πρόκλησης αντιδράσεων (Keet & Wood, 2007). Επιπλέον, είναι πιο συχνή η εκδήλωση παρατεταμένων αντιδράσεων κατά την τροφική αναφυλαξία (Sampson et al., 2006a), γεγονός που οδηγεί σε αυξημένο αριθμό περιστατικών που απαιτούν επείγουσα νοσοκομειακή παρέμβαση. Παρά την αυξημένη ανάγκη για επείγουσα αντιμετώπιση, οι θάνατοι λόγω τροφικής αναφυλαξίας παραμένουν σπάνιοι. Στις λίγες περιπτώσεις θανατηφόρας κατάληξης, τα φιστίκια καταγράφονται ως το συχνότερο αιτιολογικό τρόφιμο, ενώ σε όλες τις περιπτώσεις συνυπάρχει ιστορικό άσθματος, το οποίο αποτελεί παράγοντα αυξημένου κινδύνου για σοβαρή αναφυλαξία (Clark et al., 2011).

Η διάγνωση στηρίζεται κυρίως σε κλινικά κριτήρια, καθώς δεν υπάρχει εργαστηριακή εξέταση που να μπορεί να επιβεβαιώσει άμεσα το επεισόδιο κατά την οξεία φάση (Shaker et al., 2020) και το πόσο γρήγορα εξελίσσονται τα συμπτώματα μετά από έκθεση σε πιθανό αλλεργιογόνο. Οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες ορίζουν ως αναφυλαξία την παρουσία ταχείας εγκατάστασης συμπτωμάτων μετά από έκθεση σε πιθανό αλλεργιογόνο. Όταν έχουμε εκδήλωση συμπτωμάτων σε δύο ή περισσότερα συστήματα (π.χ. δέρμα και αναπνευστικό) μετά από έκθεση ή υπόταση μετά από γνωστή αλλεργιογόνο ουσία, επαρκούν για τη διάγνωση (Muraro et al., 2014a). Επιπλέον, αναφυλαξία μπορεί να διαγνωστεί όταν, μετά από έκθεση σε γνωστό αλλεργιογόνο, παρατηρείται απότομη πτώση της αρτηριακής πίεσης ή συμπτώματα βρογχόσπασμου (Kemp et al., 2008).

Η πρόγνωση της αναφυλαξίας είναι γενικά καλή, εφόσον υπάρξει έγκαιρη διάγνωση και άμεση θεραπευτική παρέμβαση. Η θνησιμότητα παραμένει χαμηλή (0,05–0,3%), ωστόσο, η

βαρύτητα της κατάστασης απαιτεί υψηλό επίπεδο ετοιμότητας και εκπαίδευσης, τόσο από επαγγελματίες υγείας όσο και από τον γενικό πληθυσμό. Η αύξηση της επίπτωσης καθιστά αναγκαία τη συνεχή ευαισθητοποίηση και ενίσχυση των μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης.

2.6. Αλλεργιογόνα

Αλλεργιογόνα ονομάζονται τα αντιγόνα αυτά που προκαλούν την αλλεργία, τα περισσότερα εκ των οποίων είναι σχετικώς ή απολύτως αβλαβή. Μάλιστα, οι ίδιες οι ανοσολογικές αποκρίσεις εναντίον αυτών των αλλεργιογόνων είναι οι υπεύθυνες για τη βλάβη (Vander et al., 2001). Οι πιο συνηθισμένες πηγές αλλεργιογόνων σύμφωνα με τη βίβλο της EFA (Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Συλλόγων Ασθενών με Αλλεργίες και Παθήσεις των Αναπνευστικών Οδών) είναι:

2.6.1. Ακάρεια της οικιακής σκόνης

Τα αλλεργιογόνα από ακάρεια σκόνης αποτελούν έναν από τους πιο συχνούς περιβαλλοντικούς παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση αλλεργικών αντιδράσεων σε παιδιά. Τα μικροσκοπικά αυτά ακάρεια, κυρίως των ειδών *Dermatophagoides pteronyssinus* και *Dermatophagoides farinae*, εντοπίζονται συνήθως σε χώρους με υφασμάτινες επιφάνειες, όπως χαλιά, στρώματα και κουρτίνες, ενώ σημαντικές συγκεντρώσεις τους έχουν καταγραφεί και σε σχολεία και παιδικούς σταθμούς (Salo et al., 2009).

Τα αλλεργιογόνα που προέρχονται από τα περιττώματα και τα νεκρά σώματα των ακάρεων, όπως οι πρωτεΐνες Der p 1 και Der f 1, μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα όπως ρινίτιδα, βήχα, κρίσεις άσθματος ή δερματικά εξανθήματα. Η παρατεταμένη έκθεση σε τέτοιους παράγοντες μέσα στο σχολικό περιβάλλον καθιστά αναγκαία τη λήψη προληπτικών μέτρων, όπως ο καλός αερισμός των χώρων, η απομάκρυνση μοκετών και η τακτική καθαριότητα με ειδικά φίλτρα σκόνης. Τα ακάρεια της οικιακής σκόνης είναι μικροσκοπικά πλάσματα που ζουν στα σπίτια μας και αποτελούν σημαντική πηγή αλλεργιών σε εσωτερικούς χώρους.

Το Der p 1 είναι ένα αλλεργιογόνο που προέρχεται από το ακάρεια σκόνης του σπιτιού *Dermatophagoides pteronyssinus*. Είναι μια κυστεϊνική πρωτεάση και ένας σημαντικός

παράγοντας που προκαλεί αλλεργικές αντιδράσεις, ιδιαίτερα σε άτομα με ατοπία. Είναι ένα από τα κύρια αλλεργιογόνα που προκαλούν άσθμα και αλλεργική ρινίτιδα.

Το Der p 2 είναι ένα σημαντικό αλλεργιογόνο από το ακάρεα της οικιακής σκόνης (HDM) και είναι υπεύθυνο για την πρόκληση αλλεργικών αντιδράσεων σε πολλούς ασθενείς. Είναι ένα από τα πιο αντιπροσωπευτικά αλλεργιογόνα, με το οποίο έρχονται σε επαφή και αναγνωρίζουν περισσότερο από το 90% των αλλεργικών ασθενών.

2.6.2. Γύρη των λουλουδιών

Η γύρη των λουλουδιών αποτελεί έναν από τους πιο διαδεδομένους αερομεταφερόμενους αλλεργιογόνους παράγοντες, ιδιαίτερα κατά την περίοδο της άνοιξης και του καλοκαιριού. Προέρχεται κυρίως από φυτά με ανεμόφιλη επικονίαση, δηλαδή φυτά των οποίων η γύρη μεταφέρεται με τον αέρα, όπως τα αγρωστώδη, τα δέντρα και ορισμένα αγριολούλουδα. Η εισπνοή της γύρης μπορεί να προκαλέσει αλλεργική ρινίτιδα, επιπεφυκίτιδα ή έξαρση άσθματος σε ευαίσθητοποιημένα άτομα.

Η ευαισθησία σε αυτήν εμφανίζεται συχνά από την παιδική ηλικία και μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη σχολική καθημερινότητα. Ακόμη και αν η γύρη προέρχεται από εξωτερικό περιβάλλον, είναι δυνατόν να εισέλθει στις σχολικές αίθουσες μέσω ανοιχτών παραθύρων, ρουχισμού ή αεριστικών συστημάτων, επιδεινώνοντας τα συμπτώματα σε αλλεργικά παιδιά. Σύμφωνα με μελέτες, η παρακολούθηση των επιπέδων γύρης και η λήψη μέτρων προστασίας, όπως το κλείσιμο παραθύρων τις ημέρες με υψηλά επίπεδα αεροαλλεργιογόνων ή η χρήση φίλτρων αέρα, μπορούν να μειώσουν σημαντικά την έκθεση (D'Amato et al., 2007). Η κατανόηση της επίδρασης της γύρης στο σχολικό περιβάλλον είναι κρίσιμη για την πρόληψη αλλεργικών κρίσεων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των μαθητών.

Στην Ελλάδα, τα κυριότερα αλλεργιογόνα φυτά είναι τα αγρωστώδη, το περδικάκι και η ελιά και ακολουθούν το πεύκο και το κυπαρίσσι. Οι μήνες ανθοφορίας τους ξεκινούν την Άνοιξη από τον Μάρτιο έως μέσα Ιουνίου. Οι καιρικές συνθήκες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πορεία μιας αλλεργικής κατάστασης, αφού η συγκέντρωση της γύρης στην ατμόσφαιρα επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τον καιρό.

2.6.3. Κατοικίδια ζώα

Τα κατοικίδια ζώα, ιδιαίτερα οι γάτες και οι σκύλοι, αποτελούν συχνή πηγή αλλεργιογόνων που μπορούν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν αλλεργικές αντιδράσεις σε ευαίσθητοποιημένα άτομα. Τα άτομα αυτά έχουν ανοσοποιητικό σύστημα που αντιδρά έντονα σε αβλαβείς πρωτεΐνες που εντοπίζονται στο σάλιο, στα νεκρά κύτταρα του δέρματος (πιτυρίδα) και στα ούρα των ζώων, και μεταφέρονται στον αέρα μέσω πολύ μικρών σωματιδίων που παραμένουν αιωρούμενα για ώρες ή και ημέρες σε εσωτερικούς χώρους. Έχει διαπιστωθεί ότι ακόμη και σε περιβάλλοντα όπου δεν υπάρχουν άμεσα κατοικίδια, όπως σχολεία και παιδικοί σταθμοί, μπορεί να εντοπιστούν αλλεργιογόνα από γάτες ή σκύλους λόγω της μεταφοράς τους μέσω ρουχισμού ή προσωπικών αντικειμένων (Custovic et al., 1999).

Η έκθεση σε αυτά τα αλλεργιογόνα μπορεί να προκαλέσει ρινίτιδα, άσθμα ή δερματικές αντιδράσεις. Για τη μείωση των συμπτωμάτων σε αλλεργικά παιδιά, προτείνονται μέτρα όπως ο καλός αερισμός των χώρων, η αποφυγή υφασμάτων που συγκρατούν αλλεργιογόνα και η αποφυγή επαφής με ρουχισμό που έχει έρθει σε επαφή με κατοικίδια.

2.6.4. Σπόροι μυκήτων ή μούχλας

Η έκθεση σε σπόρους μυκήτων ή μούχλας σχετίζονται με την εμφάνιση αλλεργικών αντιδράσεων, ιδίως σε παιδιά και άτομα με ατοπική προδιάθεση. Οι μύκητες βρίσκονται ευρέως στο περιβάλλον, τόσο σε εσωτερικούς όσο και σε εξωτερικούς χώρους, απελευθερώνοντας σπόρια και μικροσκοπικά τμήματα μυκητιακής ύλης στον αέρα, τα οποία μπορεί να εισπνευστούν και να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις (Bush & Prochnau, 2004).

Πιο συγκεκριμένα η έκθεση σε σπόρους μυκήτων έχει συνδεθεί με την εμφάνιση αλλεργικής ρινίτιδας, άσθματος και επιδείνωσης της ατοπικής δερματίτιδας, ενώ η ευαίσθητοποίηση σε μυκητιακά αλλεργιογόνα είναι ιδιαίτερα συχνή σε περιοχές με αυξημένη υγρασία και σε σπίτια με προβλήματα μούχλας (Sharpe et al., 2015). Οι πλέον συχνά ενοχοποιούμενοι μύκητες είναι τα είδη *Alternaria*, *Cladosporium*, *Aspergillus* και *Penicillium*, τα οποία απαντώνται συχνά σε εξωτερικούς και εσωτερικούς χώρους (de Ana et al., 2006; Forkel, 2021).

Η αλλεργική αντίδραση στους σπόρους μυκήτων μπορεί να περιλαμβάνει IgE-μεσολαβούμενους μηχανισμούς, οδηγώντας σε πρώιμες και όψιμες φάσεις φλεγμονής στους

αεραγωγούς, με αποτέλεσμα τη βρογχική υπεραντιδραστικότητα, την παραγωγή βλέννης και την εμφάνιση κρίσεων άσθματος (Denning et al., 2006). Η σχέση μεταξύ της έκθεσης σε μύκητες και της σοβαρότητας του άσθματος έχει αποδειχθεί σε μελέτες που δείχνουν ότι οι ασθματικοί ασθενείς με ευαισθησία σε μύκητες εμφανίζουν συχνότερες και πιο σοβαρές παροξύνσεις, ειδικά κατά τις εποχές αυξημένης συγκέντρωσης σπορίων στον αέρα (Knutsen et al., 2012).

Η υγρασία στους εσωτερικούς χώρους, οι διαρροές νερού, ο ανεπαρκής αερισμός και η κακή συντήρηση των κτιρίων συμβάλλουν στη δημιουργία συνθηκών ανάπτυξης μούχλας, αυξάνοντας το αλλεργιογόνο φορτίο στον αέρα (Sharpe et al., 2015). Η παραμονή σε χώρους με μούχλα έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αναπνευστικών συμπτωμάτων, χρόνιου βήχα και επιδείνωσης του άσθματος στα παιδιά (Mendell et al., 2011).

Η διαχείριση των αλλεργιών που σχετίζονται με σπόρους μυκήτων περιλαμβάνει την αποφυγή έκθεσης, η οποία επιτυγχάνεται με τη διατήρηση της υγρασίας των εσωτερικών χώρων σε επίπεδα κάτω του 50%, τον επαρκή αερισμό και τον έλεγχο διαρροών και πηγών υγρασίας στο σπίτι (WHO, 2009b). Επιπλέον, η απομάκρυνση των ορατών σημείων μούχλας, η χρήση αφυγραντήρων και η απομάκρυνση αντικειμένων που έχουν επηρεαστεί από μούχλα είναι απαραίτητα μέτρα για τη μείωση της έκθεσης (Bush & Prochnau, 2004).

2.6.5. Τσίμπηματα από έντομα κυρίως σφήκες και μέλισσες

Τα τσίμπηματα από έντομα, κυρίως από σφήκες και μέλισσες, αποτελούν αιτία αναφυλαξίας σε παιδιά και ενήλικες, με τα περιστατικά αυτά να καταγράφονται συχνότερα κατά τους θερινούς μήνες λόγω αυξημένης έκθεσης σε εξωτερικούς χώρους (Bilò et al., 2019). Το δηλητήριο των υμενοπτέρων περιέχει πρωτεΐνες που λειτουργούν ως ισχυρά αλλεργιογόνα, προκαλώντας άμεση ανοσολογική απόκριση, κυρίως IgE-μεσολαβούμενη, οδηγώντας σε τοπικές ή συστηματικές αντιδράσεις Muraro et al. (2014b).

Η κλινική εικόνα της αλλεργίας από τσίμπημα εντόμων ποικίλλει από τοπική αντίδραση με πόνο, ερύθημα και οίδημα, έως συστηματική αναφυλακτική αντίδραση με εκδηλώσεις όπως γενικευμένο κνιδωτικό εξάνθημα, αγγειοοίδημα, βρογχοσπασμό, υπόταση ή και αναπνευστική ανεπάρκεια (Bilò et al., 2019). Οι αναφυλακτικές αντιδράσεις εμφανίζονται συνήθως μέσα σε λίγα λεπτά από το τσίμπημα και απαιτούν άμεση αναγνώριση και αντιμετώπιση, καθώς μπορεί να εξελιχθούν ταχέως σε καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή (Muraro et al., 2014b).

Η αλλεργία στο δηλητήριο της μέλισσας ή της σφήκας αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, με αναφερόμενη ετήσια επίπτωση αναφυλαξίας που κυμαίνεται από 0,3% έως 3% στον γενικό πληθυσμό, ενώ σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως οι μελισσοκόμοι, τα ποσοστά φτάνουν το 30% Muraro et al. (2014b).

2.6.6. Κάποια φάρμακα

Μεταξύ των συχνότερων φαρμάκων που σχετίζονται με αλλεργικές αντιδράσεις περιλαμβάνονται η πενικιλίνη και τα συγγενή αντιβιοτικά, τα αντιβιοτικά που περιέχουν σουλφοναμίδες, τα αντιεπιληπτικά, η ασπιρίνη, η ιβουπροφαίνη και τα υπόλοιπα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ), καθώς και τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα (Mirakian et al., 2015).

2.6.7. Το λάτεξ

Η ευαισθητοποίηση και η αλλεργία στο φυσικό λατέξ από καουτσούκ είναι δύο στάδια της ίδιας παθολογίας, κοινώς γνωστή ως αλλεργία στο λατέξ. Η αλλεργία στο λάτεξ είναι μια μη μεταδοτική, χρόνια, επίκτητη, προοδευτική, εξελισσόμενη, μη αναστρέψιμη και δυνητικά θανατηφόρα ασθένεια. Θεωρείται επίσης επαγγελματική ασθένεια και περιβαλλοντική ασθένεια ανθρωπογενούς προέλευσης.

Η αλλεργία στο λάτεξ αποτελεί σημαντικό αίτιο υπερευαισθησίας σε παιδιά και ενήλικες, κυρίως σε άτομα που εκτίθενται συχνά σε προϊόντα που περιέχουν φυσικό καουτσούκ, όπως εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας και παιδιά με συγγενείς ανωμαλίες που υποβάλλονται σε πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις (Sussman & Beezhold, 1995). Το λάτεξ περιέχει πρωτεΐνες που λειτουργούν ως ισχυρά αλλεργιογόνα, προκαλώντας αντιδράσεις υπερευαισθησίας τύπου I (IgE-μεσολαβούμενες) και τύπου IV (καθυστερημένης υπερευαισθησίας), ανάλογα με το ανοσολογικό υπόστρωμα του ασθενούς (Kelly et al., 1994).

Η ευαισθητοποίηση στο λάτεξ μπορεί να προκύψει μέσω εισπνοής, δερματικής επαφής ή βλεννογονικής έκθεσης σε προϊόντα που περιέχουν λάτεξ, όπως γάντια, μπαλόνια, καθετήρες, και ιατρικό εξοπλισμό (Tomazic et al., 1992). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διασταυρούμενη αντιδραστικότητα μεταξύ των πρωτεϊνών του λάτεξ και ορισμένων τροφίμων, όπως μπανάνα, ακτινίδιο, αβοκάντο και κάστανο, φαινόμενο που αναφέρεται ως «latex-fruit syndrome» (Muraro et al., 2014).

Οι κλινικές εκδηλώσεις της αλλεργίας στο λάτεξ ποικίλλουν από ήπιες δερματικές αντιδράσεις, όπως κνίδωση και ερύθημα στο σημείο επαφής, έως σοβαρές συστηματικές αντιδράσεις, όπως αναφυλαξία με υπόταση, βρογχοσπασμό και απώλεια συνείδησης, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων σε ευαισθητοποιημένα άτομα (Moneret-Vautrin et al., 1998). Οι αντιδράσεις τύπου IV εκδηλώνονται ως αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής με καθυστερημένη έναρξη, συνήθως 24–48 ώρες μετά την έκθεση στο λάτεξ (Kelly et al., 1994).

Η πρόληψη αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στη διαχείριση της αλλεργίας στο λάτεξ και επιτυγχάνεται με την αποφυγή έκθεσης σε προϊόντα που περιέχουν λάτεξ, τη χρήση γαντιών και ιατρικού εξοπλισμού χωρίς λάτεξ, καθώς και τη δημιουργία «περιβάλλοντος χωρίς λάτεξ» σε χώρους υγείας, σχολεία και παιδικούς σταθμούς για την προστασία των ευαισθητοποιημένων ατόμων (Moneret-Vautrin et al., 1998). Η εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους για την αναγνώριση προϊόντων που περιέχουν λάτεξ και την αποφυγή τους αποτελεί σημαντικό μέρος της πρόληψης (NIOSH, 2023).

Σε περίπτωση σοβαρής αναφυλακτικής αντίδρασης, η χορήγηση αδρεναλίνης αποτελεί θεραπεία πρώτης γραμμής, ακολουθούμενη από αντιισταμινικά και κορτικοστεροειδή, ενώ οι ευαισθητοποιημένοι ασθενείς πρέπει να έχουν πάντα διαθέσιμη αυτοενέσιμη αδρεναλίνη (Kelly et al., 1994). Η εφαρμογή πρωτοκόλλων πρόληψης και έγκαιρης αντιμετώπισης στο σχολικό περιβάλλον συμβάλλει καθοριστικά στην ασφάλεια των αλλεργικών παιδιών.

2.6.8. Χημικά προϊόντα οικιακής χρήσης

Η έκθεση σε χημικά προϊόντα οικιακής χρήσης, όπως απορρυπαντικά και αποσμητικά χώρου, έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ή επιδείνωσης αλλεργικών νοσημάτων, ιδίως σε παιδιά και άτομα με γενετική προδιάθεση (Mendell et al., 2011; World Health Organization [WHO], 2009a). Τα προϊόντα αυτά περιλαμβάνουν καθαριστικά, απορρυπαντικά, απολυμαντικά, αρωματικά χώρου και εντομοκτόνα, τα οποία περιέχουν πτητικές οργανικές ενώσεις (Volatile organic compounds VOCs), φορμαλδεΰδη, αμμωνία, χλώριο και διάφορα συντηρητικά, ουσίες που μπορεί να προκαλέσουν αλλεργική ευαισθητοποίηση ή ερεθισμό (Quirce & Barranco, 2010).

Η αλλεργική αντίδραση που προκαλείται από την έκθεση σε χημικά προϊόντα οικιακής χρήσης μπορεί να εμφανιστεί με διάφορες μορφές, όπως αλλεργική ρινίτιδα, άσθμα, αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής και επιδείνωση ατοπικής δερματίτιδας (Dumas et al.,

2020). Ο μηχανισμός μπορεί να περιλαμβάνει ανοσολογικές αντιδράσεις τύπου I (IgE μεσολαβούμενες) ή τύπου IV (καθυστερημένης υπερευαισθησίας), ενώ η συχνότερη έκθεση σχετίζεται με εισπνοή αερολυμάτων ή επαφή με το δέρμα κατά την καθαριότητα (Quirce & Barranco, 2010).

Ιδιαίτερα, η χρήση απολυμαντικών και καθαριστικών προϊόντων στο οικιακό και σχολικό περιβάλλον έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο άσθματος σε παιδιά και ενήλικες. Μελέτες έχουν δείξει ότι η χρήση προϊόντων που περιέχουν χλώριο και αμμωνία, αλλά και αρωματικών ενώσεων, μπορεί να οδηγήσει σε υπεραντιδραστικότητα των αεραγωγών, ενίσχυση της φλεγμονής και πρόκληση κρίσεων άσθματος (Zock et al., 2007). Επίσης, η συχνή χρήση αντιβακτηριακών απολυμαντικών μπορεί να επηρεάσει την ισορροπία της μικροβιακής χλωρίδας του δέρματος, αυξάνοντας τον κίνδυνο δερματικών αλλεργιών (Quirce & Barranco, 2010). Η δερματική αλλεργία εξ επαφής είναι συχνή από τη χρήση καθαριστικών και απορρυπαντικών, λόγω της παρουσίας συντηρητικών όπως τα ισοθειαζολινόνες και τα parabens, που αποτελούν ισχυρά αλλεργιογόνα (Heisterberg et al., 2011). Οι ευαισθητοποιημένοι χρήστες μπορεί να εμφανίσουν ερύθημα, κνησμό, φλεγμονή ή φυσαλιδώδη εξανθήματα μετά την επαφή με τα προϊόντα αυτά.

Η διαχείριση των αλλεργικών αντιδράσεων από χημικά προϊόντα οικιακής χρήσης περιλαμβάνει την αποφυγή ή ελαχιστοποίηση της έκθεσης στα υπεύθυνα προϊόντα, την ενημέρωση των ατόμων για την ανάγνωση των ετικετών και την επιλογή προϊόντων με λιγότερα αλλεργιογόνα ή χωρίς άρωμα (Bernstein et al., 2009). Η χρήση γαντιών κατά τον καθαρισμό, ο καλός αερισμός των χώρων κατά τη χρήση χημικών προϊόντων και η αντικατάσταση προϊόντων με εναλλακτικές λιγότερο επιθετικές λύσεις, όπως το σαπούνι Marseille, μπορεί να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης αλλεργιών (Dumas et al., 2020).

Η πρόληψη είναι καθοριστικής σημασίας ειδικά σε σχολικά περιβάλλοντα και οικογένειες με παιδιά που έχουν προδιάθεση για αλλεργίες ή άσθμα. Ο εκπαιδευτικός ρόλος των επαγγελματιών υγείας και των εκπαιδευτικών μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην ενημέρωση των οικογενειών για ασφαλείς πρακτικές καθαριότητας και απολύμανσης χωρίς υπερβολική χρήση προϊόντων που ενέχουν αλλεργιογόνο φορτίο (Quirce & Barranco, 2010).

2.7.Αλλεργικές αντιδράσεις και αντιμετώπισή τους

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται συνοπτικά οι αλλεργικές αντιδράσεις ήπιες (Πίνακας 1) και σοβαρές καθώς και η αντιμετώπισή τους.

Πίνακας 1: Ήπιες αλλεργικές αντιδράσεις

Κατηγορία Συμπτωμάτων	Ήπια Αλλεργική Αντίδραση	Πηγή
Δέρμα	Κνίδωση, φαγούρα, εξάνθημα, ελαφρύ οίδημα	Mayo Clinic (n.d.); Healthline (2023)
Μάτια	Ερυθρότητα, φαγούρα, δακρύρροια, ήπιο πρήξιμο (αλλεργική επιπεφυκίτιδα)	ACAAI (n.d.)
Μύτη/Αναπνευστικό	Καταρροή, φτάρνισμα, ρινική συμφόρηση, φαγούρα στη μύτη (αλλεργική ρινίτιδα)	AAAAI (n.d.)
Στόμα/Λαιμός	Μυρμήγκιασμα ή φαγούρα στα χείλη, τη γλώσσα ή τον λαιμό (oral allergy syndrome)	Sicherer (2011)
Γαστρεντερικό	Ήπια ναυτία, στομαχική δυσφορία, διάρροια	NCBI (2018)
Γενική κατάσταση	Κακουχία, αίσθηση αδιαθεσίας χωρίς πυρετό	Healthline (2023)

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο πρώτων βοηθειών για εκπαιδευτικούς (2018), του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, οι σοβαρές αλλεργικές αντιδράσεις μπορεί να προκαλέσουν καταπληξία (σοκ), δηλαδή πτώση της πίεσης του αίματος και δυσκολία στην αναπνοή. Στα άτομα με αλλεργία, η οξεία αναφυλακτική αντίδραση μπορεί να συμβεί εντός δευτερολέπτου ή λεπτών μετά την έκθεση στο υπεύθυνο αλλεργιογόνο. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως, η αλλεργική αντίδραση μπορεί να εμφανιστεί μέχρι και δύο ώρες μετά την είσοδο του αλλεργιογόνου στον οργανισμό (π.χ. τροφή, φάρμακα, φυτά, δήγματα εντόμων, έκθεση σε χημικά κ.λπ.)

Η κλινική εικόνα των ατόμων περιλαμβάνει τα παρακάτω συμπτώματα και σημεία:

- δύσπνοια, συριγμός, βήχας ή σφίξιμο στο στήθος
- δυσκολία στην αναπνοή ή στην κατάποση
- αλλαγές στο δέρμα, όπως εξάνθημα, ερυθρότητα ή κνίδωση ή/και χλωμό ή γαλαζωπό χρώμα
- πρήξιμο των χειλιών ή της γλώσσας
- φτέρνισμα, βουλωμένη μύτη, καταρροή
- σφίξιμο στο λαιμό, δυσκολία στην κατάποση, βραχνάδα
- αδύναμος σφυγμός, συμπτώματα σοκ
- εμετός, διάρροια (εάν είναι σοβαρή ή συνδυάζεται με άλλα συμπτώματα)
- ζάλη ή λιποθυμία
- αίσθημα «θανάτου», σύγχυση, υπνηλία ή διέγερση

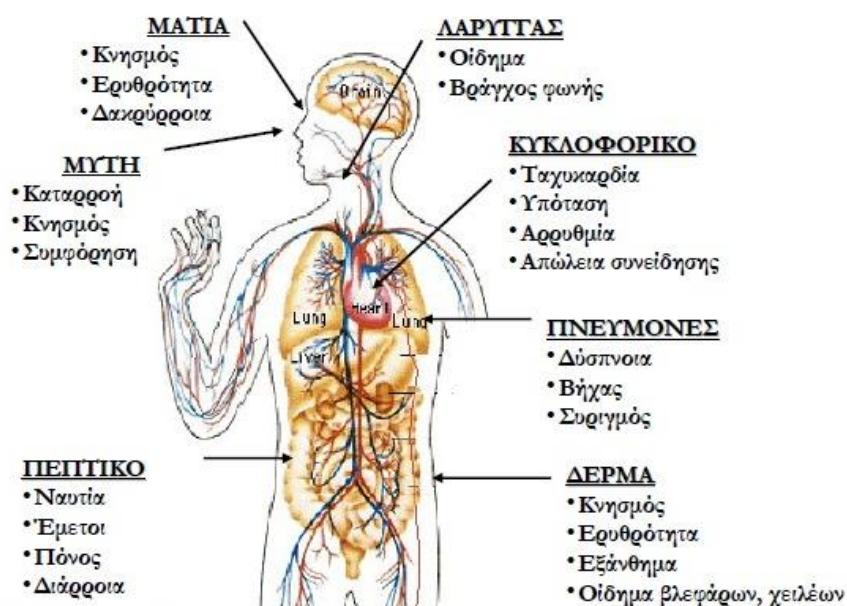
Όσον αφορά την προκαλούμενη από τρόφιμα αλλεργία τα συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως μεταξύ λίγων λεπτών και δύο ωρών μετά την έκθεση του οργανισμού στο τρόφιμο. Μπορούν και εδώ να επηρεάσουν διάφορα μέρη του σώματος (Εικόνα 2), μπορούν να εμφανιστούν είτε μόνα τους είτε σε συνδυασμό, η συχνότητα συμπτωμάτων διαφέρει μεταξύ παιδιών και ενηλίκων (Πίνακας 2) και βέβαια μπορεί να είναι ήπια ή και τόσο σοβαρά που ενδέχεται να απειληθεί η ζωή του ασθενούς.

Τα ήπια συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- Μύτη: φαγούρα ή ρινική καταρροή, φτάρνισμα
- Στόμα: φαγούρα στο στόμα
- Δέρμα: μερικές κνίδωση, ήπια φαγούρα
- Έντερο: ήπια ναυτία ή δυσφορία

Τα πιο σοβαρά συμπτώματα μιας τροφικής αναφυλαξίας είναι τα παρακάτω:

- Πνεύμονας: δύσπνοια, συριγμός, επαναλαμβανόμενος βήχας
- Καρδιά: χλωμό, μπλε, αχνό, αδύναμο παλμό, ζάλη
- Λαιμός: σφιχτός, βραχνός, δυσκολία στην αναπνοή/κατάποση
- Στόμα: σημαντικό πρήξιμο της γλώσσας ή των χειλιών
- Δέρμα: πολλές κυψέλες πάνω από το σώμα, εκτεταμένη ερυθρότητα
- Έντερο: επαναλαμβανόμενος έμετος ή σοβαρή διάρροια
- Ψυχολογική: αίσθημα ότι κάτι κακό πρόκειται να συμβεί, άγχος, σύγχυση όλα (FoodAllergy.org)



Εικόνα 2: συμπτώματα τροφικής αλλεργίας (eeaka.gr)

Πίνακας 2: Διαφορές στα συμπτώματα μεταξύ παιδιών και ενηλίκων (eeaka.gr)

Συμπτώματα	Συχνότητα (%)	
	Παιδιά	Ενήλικες
Μόνο δέρμα	60	15
Κνίδωση ή αγγειοοίδημα	95	80
Ζάλη ή υπόταση	10	60
Δύσπνοια ή συριγμός	40	50
Βράγχος φωνής / δυσφορία στο λαιμό	40	40
Απώλεια συνείδησης	5	30

Αναφορικά με τις πρώτες βοήθειες σε περίπτωση αλλεργικών αντιδράσεων το ινστιτούτο υγείας του παιδιού στο εγχειρίδιο με τίτλο: «Πρώτες βοήθειες εγχειρίδιο για εκπαιδευτικούς» αναφέρει στο κεφάλαιο αλλεργικές αντιδράσεις/σοβαρές στην άμεση αντιμετώπιση:

- Ρωτήστε το παιδί αν δυσκολεύεται να αναπνεύσει ή να καταπιεί
- Χαλαρώστε τον ρουχισμό του παιδιού και σκεπάστε το. Μην χορηγήσετε τίποτα από το στόμα.

- Ξεπλύνετε με άφθονο νερό, το σημείο/περιοχή επαφής (δέρμα και μάτια) από οποιαδήποτε ουσία κλπ., με την οποία μπορεί να ήρθε σε επαφή.
- Μην αφήνετε το παιδί μόνο του
- Αν πρόκειται για παιδί με γνωστό ιστορικό σοβαρών αλλεργικών αντιδράσεων, βοηθήστε το να χρησιμοποιήσει την αυτοχορηγούμενη ένεση αδρεναλίνης (στην Ελλάδα κυκλοφορεί η Anapen), την οποία οφείλει να έχει πάντα μαζί του.
- Καλέστε αμέσως το εθνικό κέντρο άμεσης βοήθειας (166) ή την τοπική μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Ενθαρρύνετε συνεχώς το παιδί μέχρι να φτάσει το ασθενοφόρο
- Αν το παιδί χάσει τις αισθήσεις του, ελέγξτε την αναπνοή και τον σφυγμό του. Ξεκινήστε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, αν κριθεί αναγκαίο, εφ' όσον κάποιος είναι εκπαιδευμένος.
- Επικοινωνήστε με τους γονείς/κηδεμόνες του παιδιού.

2.7.1. Αυτοχορηγούμενη Αδρεναλίνη και Διαχείριση της Αναφυλαξίας: Κλινικές Οδηγίες

Η αυτοχορηγούμενη ένεση αδρεναλίνης (adrenaline auto-injector – AAI), με σκευάσματα όπως *EpiPen*®, *Jext*® και *Anapen*®, αποτελεί την πρώτη γραμμή και αναντικατάστατη θεραπευτική παρέμβαση στην αντιμετώπιση της αναφυλαξίας, μιας οξείας και απειλητικής για τη ζωή συστηματικής αλλεργικής αντίδρασης (Fromer, 2016). Η ενδομυϊκή χορήγησή της στον έξω πλατύ μυ του μηρού είναι η ενδεδειγμένη οδός, με προτεινόμενη δοσολογία 0,01 mg/kg σωματικού βάρους (μέγιστο 0,5 mg στους ενήλικες) (Muraro et al., 2014).

Η καθυστέρηση στη χορήγηση της αδρεναλίνης έχει συσχετιστεί με σημαντικά αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα, γεγονός που καθιστά επιτακτική την άμεση χρήση της με την έναρξη των πρώτων συμπτωμάτων αναφυλαξίας (Shaker et al., 2020). Σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής εμφανίσει καρδιοαναπνευστική ανακοπή, επιβάλλεται η έναρξη καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (CPR) από εξειδικευμένο προσωπικό, ενώ η αδρεναλίνη χορηγείται ως βασική φαρμακευτική αγωγή (Sampson et al., 2006b).

Πέραν της αδρεναλίνης, η διαχείριση μπορεί να περιλαμβάνει επικουρικές θεραπείες, όπως αντιισταμινικά, κορτικοστεροειδή, βρογχοδιασταλτικά, καθώς και χορήγηση οξυγόνου ή ενδοφλέβια υγρά, ανάλογα με τη βαρύτητα της αντίδρασης και τα συνωδά συμπτώματα (World Allergy Organization, 2011).

Λόγω του κινδύνου εμφάνισης διφασικής αναφυλακτικής αντίδρασης, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί αρκετές ώρες μετά την αρχική βελτίωση, συστήνεται η παρακολούθηση του ασθενούς σε ιατρικό περιβάλλον για 4 έως 12 ώρες, ανάλογα με την εκτίμηση κινδύνου και τη σοβαρότητα της αρχικής αντίδρασης (Lieberman et al., 2015).

2.8. Επιδημιολογικά δεδομένα για τις αλλεργίες

Το ποσοστό ανθρώπων που αναπτύσσουν κάποια μορφή αλλεργίας αυξάνεται συνεχώς, με τους θανάτους να φτάνουν ετησίους τους 180.000 σε παγκόσμιο επίπεδο.

Σύμφωνα με τα στοιχεία από το Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (2024), το 22% του παγκόσμιου πληθυσμού πάσχει από αλλεργία, τα κρούσματα νοσούντων αυξήθηκαν κατά 50% τα τελευταία 30 χρόνια και στο μέλλον ένα στα τρία άτομα θα παρουσιάσει κάποια μορφή αλλεργίας κατά τη διάρκεια της ζωής του.

Μέχρι το 2040, η ευαισθητοποίηση σε αλλεργιογόνα θα διπλασιασθεί, από 33 εκατομμύρια σε 77 εκατομμύρια άτομα, επηρεάζοντας κυρίως χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία ή η Πολωνία. Ως εκ τούτου, πρέπει να διασφαλιστεί ο έλεγχος της ανάπτυξης και της εξάπλωσης παρόμοιων παραγόντων αλλεργιών (Lake et al. 2017).

Όπως αναφέρει ο Δουλαδέρης Χ. (2013), η μελέτη ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood – Διεθνής Μελέτη του Άσθματος και των Αλλεργιών στην Παιδική Ηλικία) ξεκίνησε το 1991 και πρόσφατα παρουσίασε τα αποτελέσματα της τρίτης φάσης (III) (1999 – 2004). Στην μελέτη συμμετείχαν 306 κέντρα από 105 χώρες (21 από αυτά στην Ευρώπη) και τα αποτελέσματα στο σύνολο ανέδειξαν μια αυξητική τάση επιπολασμού των αλλεργικών νοσημάτων σε παγκόσμιο επίπεδο (Asher et al., 2006).

Πιο συγκεκριμένα ο επιπολασμός του άσθματος, της ρινοεπιπεφυκίτιδας και του εκζέματος ανέρχεται σε ποσοστό 11.7%, 8.5% και 7.9% αντίστοιχα για ηλικίες 6 έως 7 ετών, ενώ τα ποσοστά 14.1%, 14.6% και 7.3% αντίστοιχα αναφέρονται για την ηλικιακή ομάδα 13 έως 14 ετών (Mallol et al., 2013). Τα αντίστοιχα επιδημιολογικά δεδομένα από την Ελλάδα έχουμε για τη φάση δύο (II) της ISAAC από την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Για άτομα ηλικίας 9 έως 10 ετών σε δείγμα 2.023 παιδιών, ο επιπολασμός του άσθματος και της ρινοεπιπεφυκίτιδας βρέθηκε 7.7% και 12.5% αντίστοιχα για την Αθήνα και 11.5% και 21.7% αντίστοιχα υψηλότερος για τη Θεσσαλονίκη (Papadopoulou et al., 2011).

Ιδιαίτερα για την Ευρώπη η μελέτη ISAAC αποκάλυψε αύξηση των ποσοστών επιπολασμού του άσθματος και των αλλεργιών στα αστικά κέντρα. Σε αυτές τις περιοχές έχουμε μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης αλλεργικών αντιδράσεων στα παιδιά που οφείλονται τόσο σε ενδοοικιακά όσο και εξωοικιακά αλλεργιογόνα (Bibi et al., 2002).

Αρκετές μελέτες καταδεικνύουν σημαντικές διαφορές στην επίπτωση των αλλεργικών αντιδράσεων μεταξύ ανδρών και γυναικών, οι οποίες μεταβάλλονται ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα, το είδος της αλλεργίας και τις ορμονικές καταστάσεις. Στην παιδική ηλικία, τα αγόρια εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά αλλεργιών, ενώ μετά την εφηβεία παρατηρείται αντιστροφή της αναλογίας υπέρ των κοριτσιών – μια «στροφή» που αποδίδεται σε ορμονικές επιδράσεις των οιστρογόνων και της προγεστερόνης στην ανοσιακή απόκριση (Gutierrez-Brito et al., 2025; Rosário, 2021).

Συγκεκριμένα, μια μετα-ανάλυση των Zaman et al. (2021) έδειξε ότι η αναλογία αγοριών προς κορίτσια όσον αφορά τη συνδυασμένη εμφάνιση αλλεργικής ρινίτιδας και άσθματος είναι περίπου 1,65:1 στην ηλικιακή ομάδα 0–10 ετών, αλλά μειώνεται σε 0,61:1 κατά την εφηβεία, φανερώνοντας σαφή ορμονική επίδραση στην αλλεργιοπαθοφυσιολογία. Αντίστοιχες τάσεις παρατηρούνται και στην αλλεργική ρινίτιδα χωρίς συνυπάρχον άσθμα, γεγονός που ενισχύει τη θεωρία της φύλο-εξαρτώμενης ανοσιακής διαφοροποίησης (Chen et al., 2008).

Στην Ελλάδα οι Υφαντής κ.ά.(2011), πραγματοποίησαν έρευνα σε σχολεία του νομού Φθιώτιδας και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 24, 23% των παιδιών ανέφερε κάποια μορφή αλλεργίας με τα αγόρια να φτάνουν το 25%, ενώ τα κορίτσια το 23%. Σε όλες τις κατηγορίες αλλεργιών εκτός εκείνης που προκαλείται από φάρμακα τα κορίτσια ανέφεραν χαμηλότερα ποσοστά αλλεργίας. Οι Roberts et al. (2003), επίσης αναφέρουν ότι η επικράτηση των τροφικών αλλεργιών είναι υψηλότερη στα αγόρια έως την ηλικία των 4 ετών σε σχέση με τα κορίτσια.

Οι αναπνευστικές αλλεργίες είναι οι πιο συνηθισμένες αλλεργίες τόσο στην Ευρώπη όσο και παγκόσμια. Ο επιπολασμός της αλλεργικής ρινίτιδας ο οποίος σύμφωνα με τους Δρύλλη, Αντωνογεώργο, Δούρο και Παναγιωτάκο, (2023), παρουσιάζει γεωγραφική και διαχρονική μεταβλητότητα, ήταν 2,1-32,5% σε παιδιά και 25,3-30,8% σε εφήβους. Η αλλεργική ρινίτιδα θεωρείται ότι επηρεάζει το 5-50% του παγκόσμιου πληθυσμού, 20% του πληθυσμού της Ευρώπης (113 εκατομμύρια πολίτες Ευρωπαϊκών χωρών πάσχουν σύμφωνα με τη βίβλο από αλλεργική ρινίτιδα) και τα ποσοστά αυτά δείχνουν ότι αποτελεί την πιο συχνή ατοπική και χρόνια πάθηση σε παιδιά κάτω των 18 ετών. Η μελέτη της ομάδας ISAAC Phase III Study

Group (2008) κατέγραψε σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό των συμπτωμάτων αλλεργικής ρινίτιδας, άσθματος και εκζέματος παγκοσμίως.

Η Ιταλία παρουσιάζει ποσοστό 17%, η Δανία 29% και η Ισπανία 21,5%. Η Πασχαλίδου (2017), αναφέρει ότι στον Ελλαδικό χώρο 1 στα 4 παιδιά προσχολικής ηλικίας παρουσιάζουν συμπτώματα υποτροπιάζουσας ρινίτιδας, ενώ για τις μεγαλύτερες ηλικίες έχουμε 4% για παιδιά 6-7 ετών, 8% για παιδιά 8-10 ετών και 18% για τους εφήβους.

Ένα σημαντικό μέρος των δεδομένων καταδεικνύει σχέση μεταξύ αλλεργικής ρινίτιδας και άσθματος. Δεδομένα σε παγκόσμιο επίπεδο δείχνουν ποσοστό 8,4% των παιδιών ηλικίας κάτω των 18 ετών ταλαιπωρείται από άσθμα. Τα ποσοστά για τις ηλικιακές ομάδες είναι: 4,7% για παιδιά ηλικίας 0-4 ετών, 9,8% για παιδιά ηλικίας 5-14 ετών και 10,2% για τους έφηβους ηλικίας 15-19 ετών (Centers for Disease Control and Prevention, 2015).

Στην Ελλάδα τα επιδημιολογικά δεδομένα για το άσθμα είναι περιορισμένα. Στην Καλλιέρη Μ., (2023) αναφέρεται ότι η πρώτη πανελλαδικά επιδημιολογική μελέτη που πραγματοποιήθηκε για το άσθμα από την Ομάδα Άσθματος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, ανέδειξε ότι το 8.6% του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα πάσχει από άσθμα, ενώ η συχνότητα του άσθματος αυξάνεται με την ηλικία, με 3,79% σε ηλικίες 0-9 έτη και 11,76% σε ηλικίες >70. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην πιθανή υποδιάγνωση στη παιδική ηλικία και στη πιθανή υπερδιάγνωση σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Όσον αφορά τα επιδημιολογικά δεδομένα των δερματικών αλλεργιών υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο ένας άνθρωπος ανά 2.000.000 πεθαίνει από τσίμπημα μέλισσας ή σφήκας (στις ΗΠΑ κάθε χρόνο 40-100 άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους) (<https://allergy1.gr/>). Οι επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι ένα ποσοστό 15-25% επί του γενικού πληθυσμού θα βιώσει ένα επεισόδιο οξείας κνίδωσης στη ζωή του (eMedicine, 2024).

Η επικράτηση του ατοπικού εκζέματος ή ατοπικής δερματίτιδας σε παγκόσμιο επίπεδο κυμαίνεται στο 10%-20%. Τα ποσοστά αυτά φαίνεται να αυξάνονται στις ανεπτυγμένες χώρες και ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα. Μάλιστα, τα ποσοστά για την μη εξαρτώμενη από IgE δερματίτιδα (Τύπος IV) τείνουν να είναι σημαντικά υψηλότερα σε παιδιά και εφήβους, σε αντίθεση με τους ενήλικες. Ανάμεσα στα μικρά παιδιά, ένας προσωρινός τύπος εκζέματος εμφανίζεται σε ποσοστό 15%-45%, εκ των οποίων το 70% θα εμφανιστεί μέχρι την ηλικία των 5 ετών. Σύμφωνα με τη διεθνή ιατρική βιβλιογραφία το 30%-60% των παιδιών με εξαρτώμενο από IgE (Τύπος I) ατοπικό έκζεμα, θα αναπτύξουν κάποια στιγμή στην υπόλοιπη ζωή τους αναπνευστικές ασθένειες, όπως ονομάζεται ατοπική πορεία. Αντίθετα,

παιδιά με μη εξαρτώμενο από IgE ατοπικό έκζεμα (Τύπος IV) σπάνια εμφανίσουν άσθμα (Wüthrich et al., 2007).

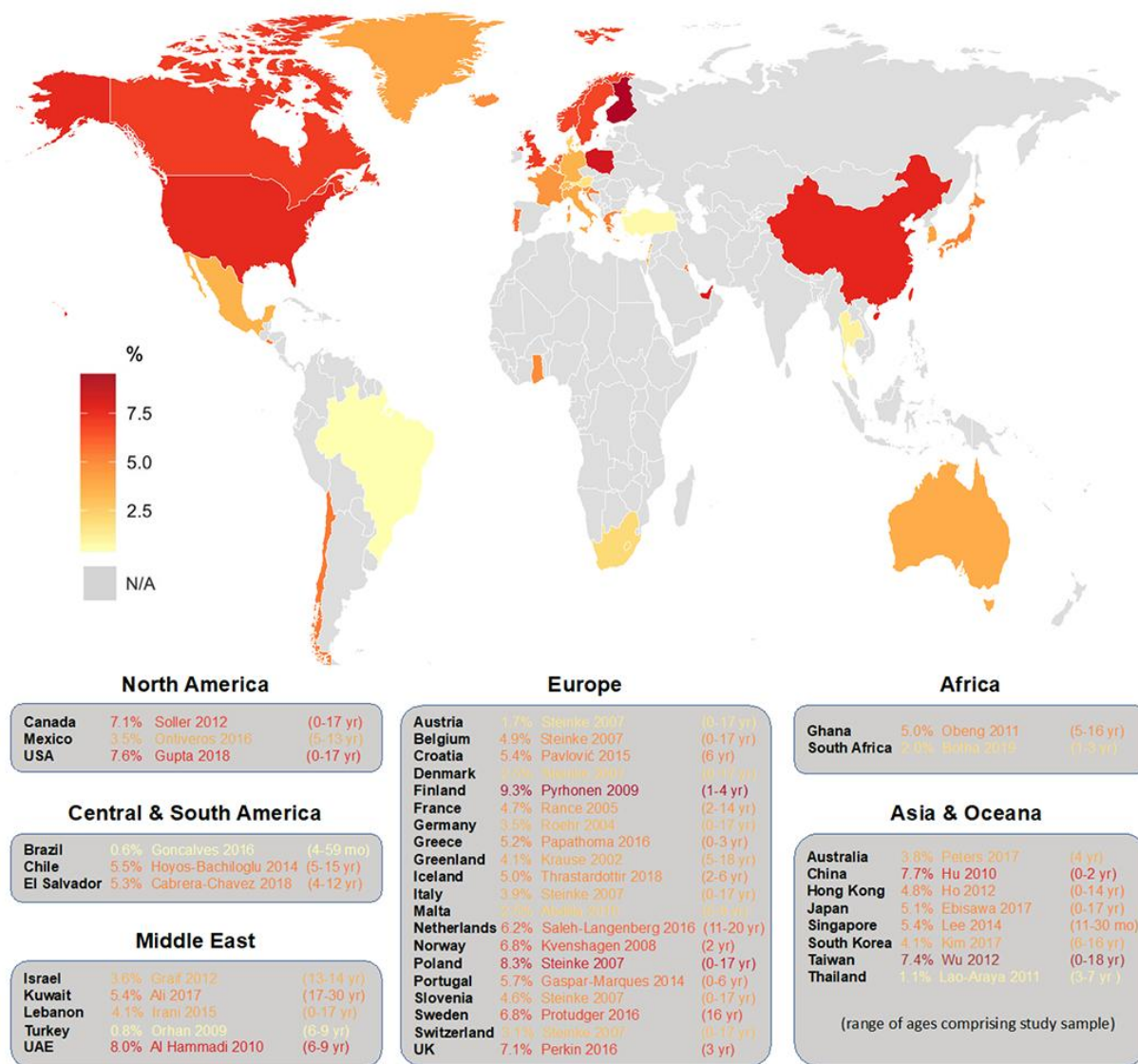
Η συχνότητα εμφάνισης τροφικών αλλεργιών, ιδιαίτερα στις παιδικές ηλικίες, έχει αυξηθεί αισθητά παγκοσμίως, με τις εκτιμήσεις να κάνουν λόγο για επιπολασμό που κυμαίνεται μεταξύ 6% και 8% στα παιδιά (Food Allergy Research & Education [FARE], 2019). Επιπλέον, τα στοιχεία που βασίζονται σε αναφορές γονέων δείχνουν ότι η συχνότητα των παιδικών τροφικών αλλεργιών αυξάνεται κατά περίπου 1,2% κάθε δεκαετία (Keet et al., 2014). Παρόλα αυτά, η ακριβής αποτύπωση του επιπολασμού παραμένει σύνθετη, καθώς διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με την εθνική προέλευση, τη φυλή, την ηλικία και τη γεωγραφική θέση. Τα επιδημιολογικά δεδομένα σε παγκόσμια κλίμακα αναδεικνύουν τη συσχέτιση των τροφικών αλλεργιών με τις διατροφικές συνήθειες, τα περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά και ποικίλους άλλους παράγοντες – γνωστούς και άγνωστους (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2016).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, περίπου 15 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν τροφικές αλλεργίες, εκ των οποίων τα 6 εκατομμύρια είναι παιδιά (Πίνακας 3). Στην Ασία και την Αφρική, οι τροφικές αλλεργίες είναι λιγότερο συχνές, αλλά αρχίζουν να αυξάνονται σε ορισμένες περιοχές λόγω αλλαγών στη διατροφή και τον τρόπο ζωής. Για παράδειγμα, στην Κίνα και την Ιαπωνία, περισσότεροι άνθρωποι αναπτύσσουν τροφικές αλλεργίες καθώς αλλάζουν οι διατροφικές τους συνήθειες.

Πίνακας 3: ποσοστά τροφικών αλλεργιών σε παιδιά στις ΗΠΑ (Πασχαλίδου 2017)

TABLE 1. Prevalence Variation by Age among Children with Food Allergies						
Age	Peanut, %	Shellfish, %	Tree Nut, %	Milk, %	Egg, %	Wheat, %
0-2 years (n = 5429)	22.2	7.5	5.4	31.5	15.8	4.0
3-5 years (n = 5910)	30.3	12.9	14.3	22.1	13.7	5.0
6-10 years (n = 9911)	22.5	17.1	14.3	19.6	11.1	5.0
11-13 years (n = 6716)	28.1	20.4	15.2	17.7	6.6	8.2
≥ 14 years (n = 10,514)	20.2	23.8	13.4	18.4	4.1	3.3

Στο FARE (Food Allergy Research and Education) αναφέρεται ότι σύμφωνα με μια Εθνική Έρευνα Συνεντεύξεων Υγείας (NHIS) του 2021 που διεξήχθη από το Εθνικό Κέντρο Στατιστικών Υγείας (NCHS), τμήμα των Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC), το 5.8% των παιδιών ηλικίας 0-17 ετών διαγιγνώσκονται με τροφική αλλεργία. Περίπου το 40% των παιδιών με τροφικές αλλεργίες έχουν πολλαπλές τροφικές αλλεργίες (περισσότερα από ένα τρόφιμα στα οποία είναι αλλεργικά). Τα αποτελέσματα Ευρωπαϊκής έρευνας έδειξε ότι το 12% των παιδιών εμφανίζουν τροφική αλλεργία. Οι τροφές που είναι πιο δημοφιλείς είναι το γάλα σε ποσοστό 6-7% στα παιδιά και μάλιστα ξεκινά από τη βρεφική ηλικία. Βρετανική έρευνα σε τρίχρονα παιδιά ανέδειξε ποσοστό 33,7% με κύρια αλλεργιογόνα το γάλα, το αυγό, το σιτάρι, τα φιστίκια και το σουσάμι. Στις ΗΠΑ το 3,9% ηλικιακής ομάδας 1-5 παιδιών εμφάνισε αλλεργία επίσης στο γάλα, στη σόγια, σε φρούτα, στα φιστίκια, και στο σιτάρι (Sicherer, 2011). Πρόσφατη έρευνα στις ΗΠΑ έδειξε τέλος ότι η τροφική αλλεργία αυξήθηκε από ποσοστό 3,4% το διάστημα 1997-1999 σε ποσοστό 5,1% το 2009-2011 για την ηλικιακή ομάδα παιδιών 0-17 ετών (Sicherer et al., 2014). Τα επιδημιολογικά δεδομένα των τροφικών αλλεργιών ανά τον κόσμο φαίνονται στην παρακάτω εικόνα 3:

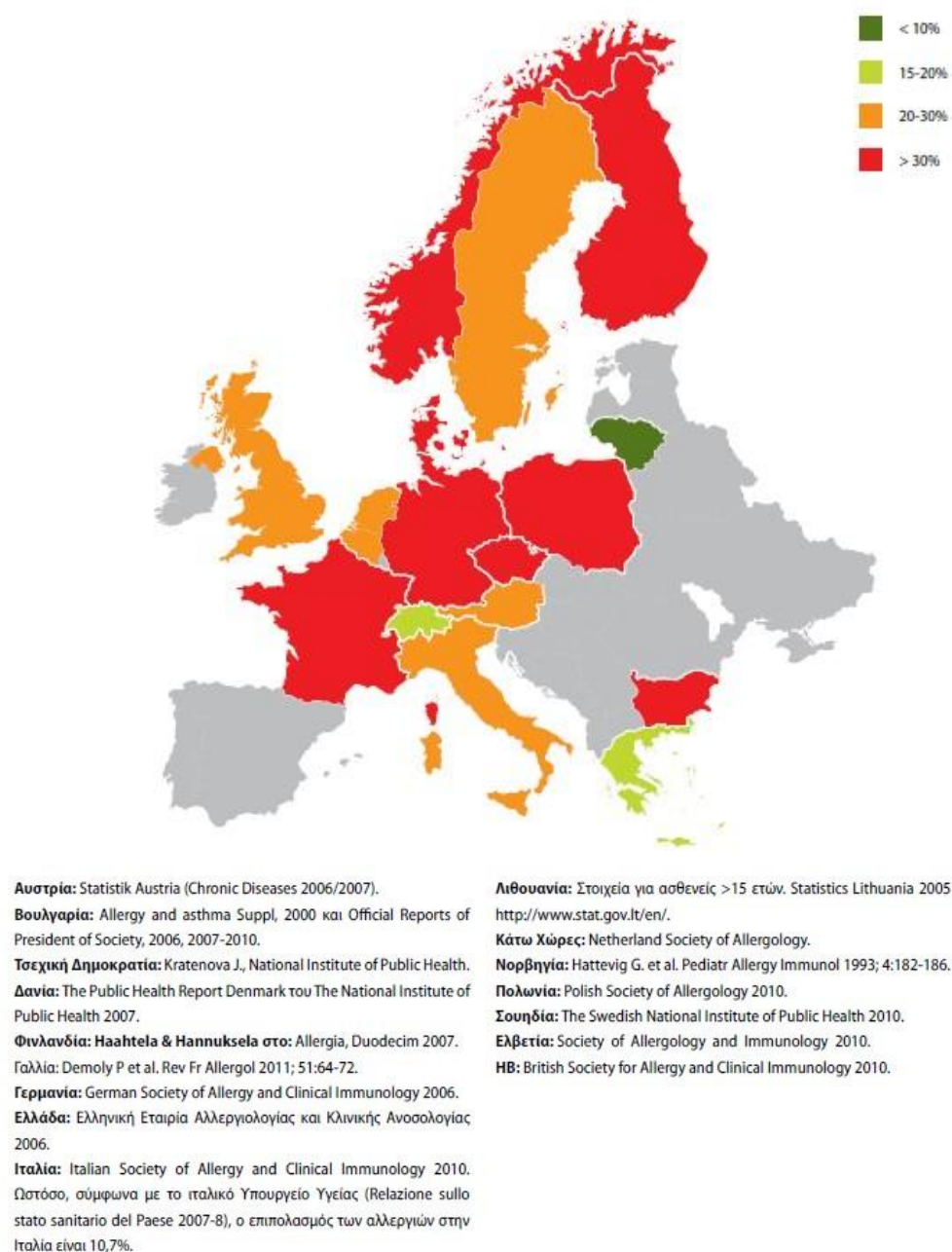


Εικόνα 3:Επιδημιολογία των τροφικών αλλεργιών στον κόσμο από (Πηγή: Warren, Jiang & Gupta. 2020)

Όσον αφορά τα επιδημιολογικά δεδομένα για τις τροφικές αλλεργίες στον Ελλαδικό χώρο κάποιοι ερευνητές αναφέρουν ότι η επίπτωση κυμαίνεται από 0,3% έως 2,5%. Οι μελέτες στο γενικό πληθυσμό υπολογίζουν ότι στο γάλα αγελάδας τα ποσοστά της αλλεργίας ανέρχονται περίπου στο 3%, στα αυγά περίπου στο 1,5%, στους ξηρούς καρπούς περίπου στο 1%, ενώ στο σιτάρι και στη σόγια περίπου στο 0,5%. Σύμφωνα με στοιχεία από τη μελέτη HealthNuts, τα παιδιά που προέρχονται από οικογένειες με ιστορικό αλλεργικών νοσημάτων παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης τροφικών αλλεργιών, σε σχέση με παιδιά χωρίς τέτοιο ιστορικό (Korpin et al., 2013).

Η Ελλάδα εμφάνιζε τα χαμηλότερα ποσοστά (0%) τροφικών αλλεργιών στο αγελαδινό γάλα σε παιδιά ηλικίας έως 2 ετών στη μελέτη κοορτής του Schoemaker et al. (2015), ενώ στην

αντίστοιχη των Xerapadaki et al. (2016) τα ποσοστά αλλεργίας των παιδιών στο αυγό ίδιας ηλικίας κυμαίνονταν στο 0,07%. Η Λαμπαούνα, (2022), αναφέρει ότι τα αποτελέσματα της πρόσφατης πολυκεντρικής διατομεακής μελέτης του Lyons et al. (2019), στο πλαίσιο του προγράμματος EuroPrevall που διεξήχθη σε οκτώ ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα κατέγραψε τα χαμηλότερα ποσοστά τροφικών αλλεργιών, με συνολικό επιπολασμό μόλις 0,3%. Τα συχνότερα αλλεργιογόνα που αναφέρθηκαν ως αιτίες τροφικών αλλεργιών στη χώρα περιλάμβαναν τα καρύδια (0,29%), το ροδάκινο (0,1%), τα μαύρα σπόρια (0,07%), το φουντούκι (0,06%), το αυγό (0,02%) και το φιστίκι (0,02%) (Lyons et al., 2019). Στην εικόνα 4, απεικονίζεται ο επιπολασμός των αλλεργιών (όχι μόνο των αναπνευστικών) στις 18 Ευρωπαϊκές χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα για τη σύνταξη της Βίβλου της EFA. Επιπλέον, το ποσοστό των παιδιών που παρουσίασαν λιποθυμικό επεισόδιο ως εκδήλωση αναφυλαξίας στην Ελλάδα παραμένει εξαιρετικά χαμηλό, στοιχείο που κρίνεται ιδιαίτερα θετικό, δεδομένου ότι η αναφυλαξία αποτελεί την πλέον απειλητική για τη ζωή εκδήλωση της τροφικής αλλεργίας (Greenhawt et al., 2012). Η χαμηλή αυτή επίπτωση σοβαρών αντιδράσεων υποδεικνύει ότι, αν και η τροφική αλλεργία παραμένει ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, η χώρα εμφανίζει περιορισμένη επιβάρυνση από σοβαρά περιστατικά, γεγονός που έχει θετικές επιπτώσεις στη συνολική διαχείριση και πρόληψη της αναφυλαξίας στον παιδικό πληθυσμό.



Εικόνα 4: Επιπολασμός των αλλεργιών (efanet.org)

3. Το αλλεργικό παιδί στο σχολείο

Τα παιδιά περνούν ένα σημαντικό και μεγάλο μέρος της καθημερινότητάς τους στο σχολείο, το οποίο δεν είναι απλώς ένας χώρος μετάδοσης γνώσεων, αλλά ένας πολυδιάστατος χώρος ανάπτυξης και διαμόρφωσης προσωπικότητας. Εκεί χτίζουν φιλίες, μαθαίνουν να συνεργάζονται, να επιλύουν συγκρούσεις, να εκφράζονται δημιουργικά και να καλλιεργούν τις κοινωνικές τους δεξιότητες. Το σχολείο αποτελεί μετά το σπίτι τους το πιο προσφιλέσ περιβάλλον για τα παιδιά. Μέσα από τις δραστηριότητες της τάξης, τα διαλείμματα, τα παιχνίδια στην αυλή, τις σχολικές εκδηλώσεις και τις ομαδικές εργασίες, ζουν εμπειρίες που τα βοηθούν να ωριμάσουν και να αποκτήσουν αυτονομία. Παράλληλα, είναι ένας χώρος γεμάτος ερεθίσματα, τόσο πνευματικά όσο και συναισθηματικά, που επηρεάζουν βαθιά την ψυχοκοινωνική τους εξέλιξη.

Καθώς οι ώρες που βρίσκονται εκεί είναι πολλές, είναι αναμενόμενο να προκύψουν διάφορες καταστάσεις που σχετίζονται με την υγεία και την ασφάλειά τους. Ένα συχνό φαινόμενο είναι η εκδήλωση αλλεργιών, είτε λόγω τροφών που καταναλώνουν στο κυλικείο ή από το σπίτι, είτε εξαιτίας περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως η σκόνη, η γύρη ή και υλικά που χρησιμοποιούνται στη διδασκαλία. Παράλληλα, λόγω της έντονης σωματικής δραστηριότητας στα διαλείμματα ή στο μάθημα της γυμναστικής, δεν είναι σπάνιο να σημειώνονται μικροτραυματισμοί, πτώσεις ή χτυπήματα.

Οι αλλεργικές αντιδράσεις στα παιδιά αποτελούν σοβαρό πρόβλημα υγείας στο νηπιαγωγείο και στο σχολικό περιβάλλον (Muraro et al., 2010, 2014a, b) και δύναται να εκδηλωθούν με πολλούς τρόπους, συμπεριλαμβανομένης της απειλητικής για τη ζωή αναφυλαξίας (Grabenhenrich et al., 2016). Σύμφωνα με το American College of Allergy Asthma and Immunology (ACAA) στις σχολικές τάξεις μπορούμε να συναντήσουμε περισσότερους παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις και άσθμα απ' ό,τι στο σπίτι. Οι πιο συχνοί αλλεργιογόνοι παράγοντες που εμπλέκονται σε αλλεργικές αντιδράσεις στο σχολείο διαφοροποιούνται από περιοχή σε περιοχή (Muraro et al., 2010).

Η έκθεση σε γύρη και ακάρεα της σκόνης σε ορισμένες περιοχές προκαλεί αλλεργική ρινίτιδα και άσθμα. Τα αλλεργιογόνα από ακάρεα της σκόνης, όπως τα Der p 1 και Der f 1, εντοπίζονται συχνά σε σχολεία και παιδικούς σταθμούς (Salo et al., 2009). Η παρουσία τους συνδέεται στενά με παράγοντες όπως το κλιματικό περιβάλλον, η γεωγραφική περιοχή και τα χαρακτηριστικά των κτιρίων — για παράδειγμα, οι μοκέτες, τα ταπετσαρισμένα έπιπλα (Custovic, Taggart & Woodcock, 1994) και η γενική καθαριότητα του χώρου. Αυτοί οι

παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τα επίπεδα αλλεργιογόνων στον αέρα, αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης ή επιδείνωσης αλλεργιών σε παιδιά που είναι ήδη ευαίσθητα.

Σε άλλες περιοχές αλλεργικά προβλήματα μπορεί να προκαλέσουν τα κατοικίδια ζώα που μεταφέρονται με τα ενδύματα των μαθητών, ενώ συναντάμε σε σχολικά περιβάλλοντα και έντομα καθώς και σπόρια μυκήτων. Σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες, τα επίπεδα υγρασίας άνω του 50% σε εσωτερικούς χώρους ευνοούν την ανάπτυξη μυκήτων, ενώ η απουσία συντήρησης σε παλαιότερα σχολικά κτίρια αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης τέτοιων αλλεργιογόνων (Institute of Medicine, 2004).

Οι τροφικές αλλεργίες συνιστούν όχι μόνο ιατρικό αλλά και κοινωνικό πρόβλημα στο σχολείο, καθώς το παιδί εκτίθεται σε περιβάλλον πολλές φορές με περιορισμένο έλεγχο τροφών, αυξάνοντας τον κίνδυνο τυχαίας έκθεσης. Σύμφωνα με τον οργανισμό Food Allergy Research & Education (FARE), πάνω από το 15% των μαθητών με τροφική αλλεργία έχουν εμφανίσει τουλάχιστον μία αντίδραση στο σχολείο, ενώ σε περισσότερα από το 10% των σχολείων έχει καταγραφεί τουλάχιστον ένα επεισόδιο αναφυλαξίας (Kellogg et al., 2021). Η συχνότητα εμφάνισης αναφυλαξίας στα σχολεία είναι σημαντική: σε μία μεγάλη έρευνα σχολικών νοσηλευτών, το 32% ανέφερε τουλάχιστον ένα περιστατικό αλλεργικής αντίδρασης στο σχολείο μέσα σε μια σχολική χρονιά. Επιπλέον, περίπου το 25% των σοβαρών επεισοδίων αναφυλαξίας αφορούσαν μαθητές χωρίς προηγούμενη διάγνωση αλλεργίας (American Academy of Pediatrics, 2024; Raptis et al., 2020).

Μελέτες αναφέρουν ότι το 16–18% των παιδιών με τροφική αλλεργία έχουν βιώσει επεισόδιο στο σχολείο, ενώ περίπου το 25% όλων των πρώτων αντιδράσεων συμβαίνουν εκεί (Joshi, Katelaris, & Frankum, 2009, Ercan et al., 2012). Μεταγενέστερη μελέτη εκτιμά ότι περίπου το 18% των παιδιών με τροφική αλλεργία παρουσίασε κάποια αλλεργική αντίδραση εντός του σχολείου (Wang et al., 2018; Bartnikas et al., 2022).

Η ανάγκη για επαρκή εκπαίδευση του σχολικού προσωπικού και για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση αλλεργικών επεισοδίων είναι ιδιαίτερα σημαντική, δεδομένου ότι περίπου το 25% των περιστατικών αναφυλαξίας καταγράφονται σε παιδιά χωρίς προηγούμενη διάγνωση αλλεργίας. Αυτό καθιστά το σχολικό περιβάλλον έναν κρίσιμο χώρο υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση αναφυλαξίας για πρώτη φορά (Joshi et al., 2009, Krugman et al., 2006).

Καθώς η αναφυλαξία αναδείχθηκε σε ένα σοβαρότερο ζήτημα, οι ερευνητές άρχισαν να εξετάζουν πώς οι σοβαρές αλλεργίες επηρεάζουν τις σχολικές αίθουσες. Στη Μεγάλη

Βρετανία, ο Benedict Blythe, παιδί με γνωστές αλλεργίες, κατέληξε από αναφυλαξία στο σχολείο, παρά την ύπαρξη σχεδίου διαχείρισης, αναδεικνύοντας τα κενά στην άμεση αντιμετώπιση και στην εφαρμογή πρωτοκόλλων (The Sun, 2024). Αντίστοιχα, στις ΗΠΑ, μία 17χρονη απεβίωσε έπειτα από κατανάλωση γλυκού που περιείχε ξηρούς καρπούς στο σχολείο, ενώ δεν χορηγήθηκε εγκαίρως epinephrine, με αποτέλεσμα ο θάνατός της να αποδοθεί σε καθυστερημένη αντιμετώπιση (People, 2024).

Σημαντικό ζήτημα που δεν έχει λάβει ακόμα τη δέουσα προσοχή είναι το γεγονός ότι τα παιδιά που πάσχουν από κάποια αλλεργία είναι πιθανότερο να πέσουν θύματα εκφοβισμού (Lieberman et al., 2010, Shemesh et al., 2013, Muraro et al., 2014a, b). Οι Devetak, Posega Devetak και Vesel Tajnšek (2019), αναφέρουν ότι το 86% των αλλεργικών παιδιών μίλησε για εκφοβισμό, ενώ τα αποτελέσματα άλλων ερευνών έδειξαν ότι το 45,4% των παιδιών και το 36,3% των γονέων ανέφεραν κάποιο περιστατικό εκφοβισμού. Η ανάγκη για παράδειγμα να αποφύγουν τροφές όπως κεράσματα σε κάποια γιορτή ή γενέθλια δύναται να προκαλέσουν άγχος και κοινωνική απομόνωση ενώ έχουν αναφερθεί περιστατικά σχολικού εκφοβισμού για τις διατροφικές τους ανάγκες (FARE, 2024).

4. Ρόλος του εκπαιδευτικού στο σημερινό σχολείο

Η παιδαγωγική διαδικασία στο σύγχρονο σχολείο αποτελεί μια δυναμική και βιωματική διαδικασία, η οποία επηρεάζεται από τις κοινωνικές αλλαγές, τις εκπαιδευτικές πολιτικές και τις αυξανόμενες ανάγκες των παιδιών, όπως αυτές αποτυπώνονται και στα νέα αναλυτικά προγράμματα σπουδών (ΔΕΠΠΣ-ΑΠΣ, ΝΕΑ ΠΣ). Στη σύγχρονη εκπαίδευση, ο ρόλος του εκπαιδευτικού υπερβαίνει την απλή μετάδοση γνώσεων, καθώς συνδέεται άμεσα με τη δημιουργία ενός ασφαλούς, υγιούς και συμπεριληπτικού σχολικού περιβάλλοντος, όπου κάθε παιδί έχει τη δυνατότητα να αναπτύξει πλήρως τις δεξιότητες και τις ικανότητές του. Σύμφωνα με τα νέα Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, η εκπαίδευση αντιμετωπίζεται ως μια ολιστική διαδικασία, η οποία ενσωματώνει γνωστικά, κοινωνικά, συναισθηματικά και αξιακά στοιχεία στη διαπαιδαγώγηση των μαθητών (ΙΕΠ, 2021).

Η διασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας των μαθητών αποτελεί προτεραιότητα στην καθημερινή λειτουργία του σχολείου και αναδεικνύει την ευθύνη του εκπαιδευτικού στη δημιουργία ενός κατάλληλου μαθησιακού περιβάλλοντος. Σύμφωνα με την UNESCO (2021), ο εκπαιδευτικός καλείται να εντοπίζει και να διαχειρίζεται πιθανούς κινδύνους που προέρχονται τόσο από το φυσικό όσο και από το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον της τάξης, να εφαρμόζει στρατηγικές πρόληψης ατυχημάτων, να επιβλέπει τις δραστηριότητες των μαθητών και να εξασφαλίζει την τήρηση κανόνων ασφάλειας και υγιεινής.

Η διαχείριση θεμάτων υγείας στο σχολείο, όπως η αντιμετώπιση αλλεργιών, κρίσεων άσθματος, τραυματισμών και λοιπών εκτάκτων αναγκών κρίνεται συμπληρωματική του ρόλου του εκπαιδευτικού. Η εξοικείωση με πρωτόκολλα πρώτων βοηθειών και η συνεργασία με τις δομές υγείας της κοινότητας, τους γονείς και τους σχολικούς νοσηλευτές καθίστανται αναγκαίες για την άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών (Ercan et al., 2012). Παράλληλα, η συναισθηματική υποστήριξη των μαθητών σε περιόδους κρίσεων συμβάλλει στη μείωση του άγχους και στην ενίσχυση της αίσθησης ασφάλειας. Στο πλαίσιο αυτό, η καλλιέργεια σχέσεων εμπιστοσύνης με τους μαθητές αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησής τους, ενώ παράλληλα μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης περιστατικών βίας και αποκλεισμού.

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο τα παιδιά περνούν μεγάλο διάστημα της ημέρας τους στο σχολικό περιβάλλον. Στο χώρο του σχολείου διατρέχουν κίνδυνο να υποστούν ατυχήματα, τραυματισμούς, αλλά και να εκδηλώσουν αλλεργικές αντιδράσεις. Η

αξία λοιπόν των Πρώτων Βοηθειών γίνεται ακόμη πιο σημαντική όταν το πάσχον άτομο είναι παιδί. Και τούτο διότι τα παιδιά, λόγω της μη πλήρους ανάπτυξης των σωματικών και ψυχικών τους δεξιοτήτων, δεν είναι σε θέση να προστατεύσουν αποτελεσματικά τον εαυτό τους ή να αντιδράσουν επαρκώς σε επικίνδυνες καταστάσεις (Bhatia, Puri, Mangat, 2011).

Οι εκπαιδευτικοί διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προστασία και στη διασφάλιση της υγείας των παιδιών (Li et al., 2012) κατά τη διάρκεια των σχολικών ωρών καθώς είναι οι πρώτοι που ανταποκρίνονται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης τόσο στα κανονικά όσο και στα παιδιά με ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης (Barrett, 2001). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών στις Πρώτες Βοήθειες αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς καλούνται συχνά να αντιμετωπίζουν έκτακτα περιστατικά υγείας, χωρίς να διαθέτουν πάντοτε την κατάλληλη κατάρτιση ή στήριξη. Η κατοχή βασικών γνώσεων Πρώτων Βοηθειών μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο προστασίας, τόσο για την ασφάλεια των μαθητών όσο και για την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και της ψυχολογικής ετοιμότητας των ίδιων των εκπαιδευτικών (Βεργίδη, 2012).

Η διδασκαλία των Πρώτων Βοηθειών συνιστά κρίσιμο παράγοντα για την ανάπτυξη της κοινωνικής υπευθυνότητας και για την προετοιμασία των ατόμων να ανταποκριθούν σε συνθήκες έκτακτης ανάγκης. Μέσα από οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης, παρέχονται θεμελιώδεις γνώσεις και καλλιεργούνται πρακτικές δεξιότητες που επιτρέπουν στον εκπαιδευόμενο να παρέχει άμεση και αποτελεσματική βοήθεια σε περιστατικά που μπορεί να απειλήσουν τη ζωή ή την υγεία συνανθρώπων του. Μέσω αυτής της διαδικασίας, ενισχύεται η ετοιμότητα και η αυτοπεποίθηση των ατόμων για την παροχή βοήθειας όταν αυτό απαιτηθεί σε καταστάσεις κρίσης.

Στο πλαίσιο της κοινωνικής γνωστικής θεωρίας (Bandura, 1994) η αντίληψη της προσωπικής αποτελεσματικότητας αναγνωρίζεται ως κεντρικός μηχανισμός που ενεργοποιεί και ρυθμίζει τη συμπεριφορά, καθορίζοντας το κατά πόσο ένα άτομο θα αναλάβει δράση και θα επιμείνει στην προσπάθεια για την επίτευξη ενός στόχου. Αντίθετα, η έλλειψη αυτής της πεποίθησης συνδέεται με χαμηλότερη διάθεση για ανάληψη πρωτοβουλιών και μειωμένη επιμονή κατά την προσπάθεια αντιμετώπισης προκλήσεων. Πολλές ερευνητικές ενδείξεις υποστηρίζουν την καθοριστική συμβολή της αντίληψης αυτοαποτελεσματικότητας σε διάφορους τομείς, όπως στη διαχείριση της υγείας και στη διαδικασία της μάθησης (Litarowsky, 2003)

Συγκεκριμένα στον τομέα της εκπαίδευσης στις Πρώτες Βοήθειες (ΠΒ), η ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην ετοιμότητα και την ικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί αποτελεσματικά σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Μέσα από

δομημένα προγράμματα ΠΒ, οι εκπαιδευόμενοι αποκτούν σημαντικές θεωρητικές γνώσεις και αναπτύσσουν πρακτικές δεξιότητες, οι οποίες συμβάλλουν τόσο στην καλλιέργεια ατομικής επάρκειας όσο και στην ενίσχυση της κοινωνικής υπευθυνότητας. Η ενεργή συμμετοχή σε τέτοιου είδους εκπαιδευτικά προγράμματα ενισχύει την αίσθηση ικανότητας και αυτοαποτελεσματικότητας των ατόμων, προάγοντας την ετοιμότητα και την ενεργή παρέμβαση σε κρίσιμες στιγμές (Eisenburger & Safar, 1999; Campbell et al., 2001).

Ο όρος Πρώτες Βοήθειες αναφέρεται στην άμεση και αρχική φροντίδα που προσφέρεται σε ένα άτομο τη στιγμή του συμβάντος και στο σημείο όπου αυτό συνέβη, με κύριο σκοπό τη διατήρηση της ζωής του και την αποτροπή επιδείνωσης της κατάστασής του μέχρι να φτάσει εξειδικευμένη βοήθεια (Κουγιουμτζόγλου, 2006; Τζουγκάρακης, 2007; Καραμπάτσου, 2009). Συνήθως περιλαμβάνει ένα σύνολο απλών, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις σωτήριων ιατρικών παρεμβάσεων, τις οποίες μπορεί να μάθει να εφαρμόζει οποιοσδήποτε, ανεξάρτητα από το αν διαθέτει επίσημη ιατρική εκπαίδευση, χρησιμοποιώντας ελάχιστα μέσα ή εξοπλισμό (Qureshi et al., 2018). Η Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή Πρώτων Βοηθειών των ΗΠΑ προτείνει την καθολική εκπαίδευση στον πληθυσμό σε θέματα ΠΒ, υποστηρίζοντας ότι η σωστή παρέμβαση μπορεί να σημαίνει τη διαφορά μεταξύ ζωής και θανάτου, προσωρινής ή μόνιμης αναπηρίας (Lingard, 2002).

Η εκπαίδευση στις Πρώτες Βοήθειες δεν μπορεί να περιορίζεται σε επιφανειακή ή θεωρητική γνώση. Είναι απαραίτητο το περιεχόμενό της να ενσωματωθεί ουσιαστικά από τον εκπαιδευόμενο, να υποστηρίζεται από άρτια εκπαιδευτικά εγχειρίδια και από την αντίστοιχη πρακτική εφαρμογή, ώστε σε μια κρίσιμη στιγμή, όπου ο χρόνος είναι ζωτικής σημασίας, η γνώση, η σωστή εκτίμηση της κατάστασης και οι απαιτούμενες ενέργειες να προκύψουν αυθόρμητα και με ακρίβεια. Αν αυτό δεν επιτευχθεί, υπάρχει σοβαρός κίνδυνος να προκύψουν λανθασμένες ενέργειες ή αυτοσχεδιασμοί που μπορεί να αποβούν επιζήμιοι (Βεσκούκη, 1999).

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού (IYI) η αξία των πρώτων βοηθειών είναι μεγάλη διότι:

- Τα προβλήματα υγείας είναι συχνά στο σπίτι, στον δρόμο αλλά και στο περιβάλλον του σχολείου.
- Τα ατυχήματα είναι συχνά και καθένας έχει γίνει τουλάχιστον μία φορά μάρτυρας ενός ατυχήματος.

- Όσο μεγάλη και αν είναι η υγειονομική κάλυψη μιας χώρας, ποτέ δεν είναι δυνατόν να φτάσεις αμέσως η ιατρική βοήθεια στον αυτοκινητόδρομο, στο σπίτι μας ή στο σχολείο.
- Μερικές φορές, είναι καθοριστικό για τη ζωή του ανθρώπου τα πρώτα λεπτά μετά το συμβάν (π.χ. αλλεργικό σοκ, πνιγμός, κώμα, ηλεκτροπληξία)

Σκοπός λοιπόν των πρώτων βοηθειών στο σχολείο είναι:

1. Να ανακουφιστεί το παιδί από τον πόνο ή την ταλαιπωρία του.
2. Να προφυλαχτεί από την επιδείνωση.
3. Μερικές φορές να προστατευτεί από θάνατο.

Καθώς οι αλλεργικές αντιδράσεις μέσα σε σχολικά περιβάλλοντα τείνουν να γίνουν συχνό φαινόμενο, αναδεικνύουν την ανάγκη εφαρμογής εξατομικευμένων σχεδίων διαχείρισης καθώς και δημιουργίας κανονισμών που θα βοηθήσουν στην έγκαιρη και κατάλληλη πρόληψη αυτών. Τα πρωτόκολλα αντιμετώπισης συνιστούν τη χρήση ατομικών σχεδίων υγείας για τους μαθητές/τριες, την εκπαίδευση του προσωπικού σε αναγνώριση και άμεση αντιμετώπιση αναφυλαξίας με επινεφρίνη (Ercan et al., 2012, FARE, 2024) και την ενημέρωση των συμμαθητών για την πρόληψη κοινωνικού αποκλεισμού (Allergy & Asthma Network, 2024).

4.1. Καθήκοντα Εκπαιδευτικών και Πρώτες Βοήθειες

Η διαμόρφωση ενός ασφαλούς σχολικού περιβάλλοντος συνιστά τόσο ηθική όσο και νομική υποχρέωση, καθώς συμβάλλει στην πρόληψη απειλητικών για τη ζωή αλλεργικών αντιδράσεων και προάγει την ισότιμη ένταξη και συμμετοχή των μαθητών/τριών με αλλεργίες στην εκπαιδευτική διαδικασία. Η μακροπρόθεσμη διαχείριση των αλλεργικών αντιδράσεων προϋποθέτει στοχευμένα προληπτικά μέτρα, όπως η αποφυγή των αναγνωρισμένων αλλεργιογόνων, η συστηματική εκπαίδευση τόσο του ασθενούς όσο και του υποστηρικτικού του περιβάλλοντος, καθώς και η διασφάλιση πρόσβασης σε αυτοενιέμενη επινεφρίνη (π.χ. EpiPen) για επείγουσα χρήση σε περιπτώσεις υποτροπής. Επιπλέον το εκπαιδευτικό και υποστηρικτικό προσωπικό οφείλει να είναι πλήρως ενημερωμένο μέσω έγγραφων οδηγιών του θεράποντος ιατρού σχετικά με τους μαθητές/τριες με ιστορικό

σοβαρών αλλεργικών επεισοδίων καθώς και για το πρωτόκολλο αντιμετώπισης και τη σωστή χορήγηση του φαρμάκου.

Ένα βασικό ζήτημα σχετικά με τα καθήκοντα του εκπαιδευτικού και την παροχή Πρώτων Βοηθειών στο σχολικό περιβάλλον αποτελεί η αντίθεση ανάμεσα στις νομικές υποχρεώσεις και ευθύνες τους όσον αφορά τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής στο χώρο του σχολείου και στην ανάγκη του παιδιού για υποστήριξη και σεβασμό της ιδιωτικότητάς του.

Οι οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Αλλεργιολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας (EAACI) (Muraro et al., 2014a, b, c), της Αυστραλιανής Εταιρείας Κλινικής Ανοσολογίας και Αλλεργίας (ASCIA) (Vale et al., 2015) και των ΗΠΑ (Sheetz et al., 2004) υπογραμμίζουν τη σημασία της συνεχούς εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών και του σχολικού προσωπικού (διευθυντών, διοικητικού προσωπικού, μαγείρων κ.λπ.) για τη διαχείριση σοβαρών αλλεργικών αντιδράσεων στο σχολικό περιβάλλον Devetak et al. (2018),

Η νομοθεσία σχετικά με τις τροφικές αλλεργίες και την αναφυλαξία είναι ελλιπής στις περισσότερες χώρες. Εξαιρέσεις αποτελούν χώρες όπου έχουν σημειωθεί θάνατοι λόγω αναφυλαξίας, όπως:

- Ο Νόμος της Sabrina (Sabrina's Law, 2005) στον Καναδά. Η θέσπιση του "Νόμου της Sabrina" (Sabrina's Law) τον Μάιο του 2005 (Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology, 2005-2014, σ. 2) αποτελεί την πιο αξιοσημείωτη νομοθετική πρωτοβουλία στον Καναδά. Ο συγκεκριμένος νόμος είναι μοναδικός καθώς είναι ο μόνος που φέρει το όνομα ασθενούς στον Καναδά, και θεσπίστηκε ως άμεσο αποτέλεσμα ενός περιστατικού αναφυλαξίας. Πιο συγκεκριμένα τον Σεπτέμβριο του 2003, η Sabrina Shannon, 12 ετών, έχασε τη ζωή της λόγω αναφυλακτικής αντίδρασης σε φιστίκια ενώ βρισκόταν στο σχολείο. Η αντίδραση των αρχών με τη δημιουργία του Νόμου της Sabrina αποκάλυψε την έλλειψη προετοιμασίας των σχολείων για την αντιμετώπιση αναφυλαξίας στις σχολικές αίθουσες.
- Η κατευθυντήρια οδηγία για τη χρήση αυτοενέσιμων εγχυτήρων αδρεναλίνης στα σχολεία στην Αγγλία (2017), διαθέσιμη στη διεύθυνση: UK Government Guidance. Νόμος του 2017: Εισαγωγή των "spare AAI's" στα αγγλικά σχολεία. Από την 1η Οκτωβρίου 2017, το Ηνωμένο Βασίλειο επέτρεψε σε όλα τα σχολεία της Αγγλίας να αγοράζουν και να διατηρούν εφεδρικούς εγχυτήρες αδρεναλίνης, χωρίς ιατρική συνταγή, για επείγουσα χρήση εφόσον απαιτείται – όταν το προσωπικό του μαθητή δεν βρίσκεται ή δεν είναι λειτουργικό το δικό τους AAI. Η σχετική καθοδήγηση αναφέρει ότι τα σχολεία: Μπορούν να διατηρήσουν εφεδρικό

ΑΑΙ που θα χρησιμοποιείται μόνο για παιδιά που έχουν εγκεκριμένο ιατρικό πλάνο και γραπτή γονική συγκατάθεση και πρέπει να διαθέτουν πολιτική/πρωτόκολλο, περιέχοντας: καταγραφή μαθητών, ασφαλή φύλαξη της συσκευής, πληροφορίες για τη χρήση και διαδικασία εκπαίδευσης προσωπικού. Η νομική βάση αυτού του μέτρου είναι η αναθεώρηση στους "Human Medicines Regulations 2012" μέσω του νομοθετικού πακέτου του Μαρτίου – Ιουλίου 2017.

- Τον Ιούνιο του 2012 η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Αλλεργιολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας εγκαινίασε την καμπάνια για την καταπολέμηση της αναφυλαξίας. (Stop Anaphylaxis ! Food Allergy Campaign). Μεταξύ των άλλων στόχων, αποσκοπεί στην ελεύθερη διάθεση στα σχολεία αυτοενιέμενων συσκευών αδρεναλίνης και στην διατύπωση βασικών αρχών για την αντιμετώπιση του αλλεργικού παιδιού στο σχολείο. Το 2011 οι Η.Π.Α. εισήγαγαν ειδική νομοθετική ρύθμιση που να ενθαρρύνει την εκπαίδευση του προσωπικού των σχολείων για την ετοιμότητα και αντιμετώπιση αναφυλακτικού επεισοδίου.

Η Ευρώπη δεν έχει ακόμη αποκτήσει ενιαία πολιτική στο θέμα αυτό. Στη χώρα μας, εκκρεμεί η οργανωμένη εκπαίδευση των πολιτών, των ασθενών και των οικογενειών τους καθώς και η παροχή δυνατότητας σε προσωπικό σχολείων για την έγκαιρη και αποτελεσματική χρήση της συσκευής αδρεναλίνης. Η συσκευή είναι ειδικά σχεδιασμένη για χρήση από μη γιατρούς και αποτελεί σωτήρια παρέμβαση - την πρώτη και μοναδική - για τη ζωή του ασθενούς.

Πιο συγκεκριμένα στην Ελλάδα και σύμφωνα με την με υπ' αριθ. Φ.353.1/324/105657/Δ1/16-10-2002 (ΦΕΚ 1340Β) Υπουργική Απόφαση, αρ. 36 «Καθήκοντα και αρμοδιότητες εκπαιδευτικών-διδασκόντων», έργο των εκπαιδευτικών είναι όλα εκείνα που άπτονται των εκπαιδευτικών διαδικασιών, δηλαδή η διδασκαλία, η εκπαίδευση και η διαπαιδαγώγηση των μαθητών, με στόχο την ποιότητα της εκπαίδευσης, την κοινωνική πρόοδο και τη διάδοση του πολιτισμού. Η παράγραφος 10 αναφέρεται επίσης και στη δημιουργία υγιεινών συνθηκών παραμονής των μαθητών στο σχολείο.

Οι εκπαιδευτικοί δεν υποχρεούνται να έχουν τις απαραίτητες ιατρικές ή φαρμακευτικές γνώσεις, ώστε να συνεισφέρουν με εξειδικευμένες πράξεις (χορήγηση φαρμάκου από το στόμα, ή σε ενέσιμη μορφή, σε ειδικού τύπου ασθένειες των μαθητών (εφηβικός ζαχαρώδης διαβήτης, επιληπτικές κρίσεις κ.ά) αλλά και σε εποχιακές ιώσεις. Αυτό δεν αποκλείει την υποχρέωση του εκπαιδευτικού να παρέχει τις στοιχειώδεις πρώτες βοήθειες στους μαθητές του σχολείου του.

Για το λόγο αυτό, σε περιπτώσεις που απαιτείται φαρμακευτική αγωγή, οι γονείς και κηδεμόνες των μαθητών, οφείλουν να αιτούνται την άδεια των Διευθυντών της σχολικής μονάδας προκειμένου να εισέρχονται οι ίδιοι, ή άλλο πρόσωπο το οποίο θα υποδείξουν σχετικά, στο χώρο του σχολείου, ώστε να τη χορηγήσουν. Σε έκτακτα σοβαρά ιατρικά περιστατικά μαθητών, οι Δ/ντές οφείλουν μόνο να καλούν το ΕΚΑΒ (166) για διακομιδή του μαθητή, ενώ ταυτόχρονα ενημερώνουν τους γονείς τους» (Υπουργείο Παιδείας δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων (ΥΠΑΙΘΑ), 2016).

Για τους εκπαιδευτικούς προσχολικής ηλικίας πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με το ΠΔ 200/1998, η/ο νηπιαγωγός είναι υπεύθυνος/ος για την επιτήρηση των παιδιών στα διαλείμματα και λαμβάνει όλα τα μέτρα για την προστασία και τη σωματική ακεραιότητα των νηπίων, τον έλεγχο καθαριότητας των σχολικών χώρων και ό,τι έχει σχέση με την υγιεινή και την ασφάλεια τους.

Από την άλλη το άρθρο 45 «Πρώτες βοήθειες, πυρασφάλεια, εκκένωση των χώρων από τους εργαζομένους, σοβαρός και άμεσος κίνδυνος» του Ν. 3850 για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων (Αριθμός ΦΕΚ 84, 2 Ιουνίου 2010) αναφέρει ότι όλοι οι εργαζόμενοι θα πρέπει να έχουν παρακολουθήσει σεμινάριο πρώτων βοηθειών, την ευθύνη διοργάνωσης του οποίου φέρει ο εργοδότης (ο διευθυντής της σχολικής μονάδας;). Μάλιστα, ο εργοδότης οφείλει να έχει ορίσει υπεύθυνους μεταξύ των εργαζομένων για την παροχή πρώτων βοηθειών, τη σωστή και ασφαλή εκκένωση του χώρου εργασίας κ.λπ., οι οποίοι θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι, να είναι αρκετοί και να έχουν πρόσβαση σε κατάλληλο υλικό.

Τι ισχύει όμως όταν κάποιος προσφέρει πρώτες βοήθειες όταν υπάρχει σοβαρό και έκτακτο πρόβλημα που χρήζει άμεσης βοήθειας με κίνδυνο να κατηγορηθεί για την πράξη του; Ο Έλληνας νομοθέτης μέσω του Ποινικού Κώδικα και όχι μόνο, έχει προβλέψει σε αρκετά άρθρα να μην κατηγορηθεί άδικα ένας συνάνθρωπος μας που ενήργησε με γνώμονα το κοινό καλό, αντιθέτως ο νόμος έχει σχεδιαστεί για να προστατεύει τους πολίτες που επεμβαίνουν για να σώσουν ζωές και να παρέχουν βοήθεια σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Αρχικά το άρθρο 25ΠΚ, το οποίο και αναφέρεται στην κατάσταση ανάγκης που αποκλείει το άδικο, στην παρ.1 ορίζει ότι: «Δεν είναι άδικη η πράξη που τελεί κάποιος, για να αποτρέψει παρόντα και αναπότρεπτο με άλλα μέσα κίνδυνο, ο οποίος απειλεί το πρόσωπο ή την περιουσία του ίδιου ή κάποιου άλλου χωρίς δική του υπαιτιότητα, αν η βλάβη που προκλήθηκε στον άλλο είναι σημαντικά κατώτερη κατά το είδος και τη σπουδαιότητα από τη βλάβη που απειλήθηκε». Στην περίπτωση λοιπόν αμελούς παροχής πρώτων βοηθειών με

επιγενόμενες σωματικές βλάβες υπάρχει η προστασία του άρθρου 25ΠΚ παρ.1 η οποία μπορεί να τύχει εφαρμογής ως κατάσταση ανάγκης που αποκλείει το άδικο.

Αντίθετα, η αδιαφορία διώκεται ποινικά και αυτό είναι κάτι που αρκετός κόσμος δεν γνωρίζει. Εάν η σωματική ακεραιότητα κάποιου δεν κινδυνεύει, οφείλει να βοηθήσει τον συνάνθρωπο του με όποιο τρόπο μπορεί. Συγκεκριμένα, το άρθρο 307 αναφέρει ότι: «Όποιος παραλείπει να σώσει άλλον από κίνδυνο ζωής, αν και μπορεί να το πράξει χωρίς κίνδυνο της δικής του ζωής ή υγείας, τιμωρείται με φυλάκιση έως ένα έτος ή χρηματική ποινή».

5. Ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή

Οι σχολικοί νοσηλευτές διαφέρουν από τους κλινικούς νοσηλευτές καθώς χρηματοδοτούνται και εποπτεύονται από το Υπουργείο Παιδείας, Δια βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων (Καρασαβίδης, 2012.) Στην Ελλάδα οι σχολικοί νοσηλευτές προσφέρουν τις υπηρεσίες τους κυρίως σε σχολεία ειδικής αγωγής (Alexandropoulou et al., 2006) με τον Νόμο 1566/1985.

Συγκεκριμένα, με το Φ.Ε.Κ. Α.' 167/30.09.1985 τίθεται σε ισχύ ο Νόμος 1566/1985: «Δομή και Λειτουργία της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και άλλες διατάξεις», όπου στο Κεφάλαιο Γ: «Ειδική Αγωγή» γίνεται ενδελεχής αναφορά και στους Νοσηλευτές. Στην υπουργική απόφαση 88348/Δ3/30-05-2018 στο Άρθρο 1: «Καθήκοντα και υποχρεώσεις του κλάδου ΠΕ25 Σχολικών Νοσηλευτών» αναφέρει ότι ο Σχολικός Νοσηλευτής: Υποστηρίζει τους μαθητές, για τους οποίους έχει εκδοθεί απόφαση έγκρισης υποστήριξης, καθ' όλη τη διάρκεια της εκπαιδευτικής διαδικασίας, τόσο κατά τη διάρκεια των μαθημάτων όσο και κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων, καθώς επίσης και σε όλες τις δραστηριότητες της σχολικής ζωής, όπως περιπάτους, διδακτικές επισκέψεις, εκδρομές και σε κάθε είδους εκδήλωση που οργανώνει το σχολείο.

Σε καμία περίπτωση ο Σχολικός Νοσηλευτής δεν υποκαθιστά τον εκπαιδευτικό της τάξης, ο οποίος έχει την ευθύνη εκπαίδευσης του μαθητή. Διαμορφώνει σχέδιο επείγουσας παρέμβασης λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες των υποστηριζόμενων μαθητών. Σε συνεργασία με το διευθυντή του σχολείου ενημερώνει και δίνει κατάλληλες οδηγίες στο προσωπικό του σχολείου προκειμένου να είναι σε θέση να ανταποκριθεί στη λήψη μέτρων πρώτων βοηθειών για την αντιμετώπιση έκτακτου περιστατικού, ακόμα και στην περίπτωση απουσίας του από τη σχολική μονάδα. Σε περίπτωση που κριθεί αναγκαία η μεταφορά του μαθητή σε νοσηλευτικό ίδρυμα συνοδεύει το μαθητή και παραμένει σε αυτό μέχρι την άφιξη του γονέα ή του κηδεμόνα και μεριμνά για την πλήρη ενημέρωσή τους.

Επιπλέον των κύριων καθηκόντων του που σχετίζονται με την κάλυψη των αναγκών των υποστηριζόμενων μαθητών: α) παρέχει πρώτες βοήθειες για όλους τους μαθητές της σχολικής μονάδας, β) φροντίζει για τη διαμόρφωση του φαρμακείου του σχολείου, γ) ενημερώνει και συμβουλεύει εκπαιδευτικούς, μαθητές και γονείς για θέματα υγείας, για την προστασία του σχολείου από ιογενείς καταστάσεις, εποχιακές λοιμώξεις και επιδημίες όπως και για την αποφυγή μεταδιδόμενων νοσημάτων, δ) συνεργάζεται με τους εκπαιδευτικούς του σχολείου για την οργάνωση και υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, ε) διοργανώνει σεμινάρια παροχής πρώτων βοηθειών στο προσωπικό του σχολείου, με

πιστοποιημένους εκπαιδευτές, στο πλαίσιο της ενδοσχολικής επιμόρφωσης, στ) σε συνεννόηση με το διευθυντή του σχολείου αναλαμβάνει την επικοινωνία με τις υγειονομικές υπηρεσίες σε θέματα που άπτονται των αρμοδιοτήτων του και ζ) συνεργάζεται με το διευθυντή του σχολείου για την παρακολούθηση και τον έλεγχο της υγιεινής του σχολικού περιβάλλοντος (αίθουσες, κοινόχρηστοι χώροι, κυλικείο, κ.α.), και συνιστά τη λήψη των απαραίτητων μέτρων για την προστασία των μαθητών.

Το εβδομαδιαίο υποχρεωτικό ωράριο του υποστηρικτικού έργου του σχολικού νοσηλευτή καθορίζεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις για το ωράριο του Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού και σε καμία περίπτωση ο χρόνος παραμονής του στη σχολική μονάδα δεν μπορεί να είναι α) μικρότερος του διδακτικού ωραρίου των υποστηριζόμενων μαθητών και β) μεγαλύτερος του εργασιακού ωραρίου των τριάντα (30) ωρών την εβδομάδα.

Ο Σχολικός Νοσηλευτής σύμφωνα με την τροποποίηση της υπό στοιχεία 88348/Δ3/30-05-2018 κοινής υπουργικής απόφασης «Καθήκοντα και αρμοδιότητες των κλάδων ΠΕ25 Σχολικών Νοσηλευτών και του κλάδου ΔΕ01 Ειδικού Βοηθητικού Προσωπικού στα σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Γενικής και Επαγγελματικής εκπαίδευσης.» (Β'2038). υποστηρίζει μαθητές με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, που φοιτούν σε σχολεία γενικής εκπαίδευσης και για τους οποίους έχει εκδοθεί απόφαση έγκρισης υποστήριξης κατόπιν σχετικής γνωμάτευσης δημοσίου νοσοκομείου. Ο Σχολικός Νοσηλευτής τοποθετείται με απόφαση του Διευθυντή Εκπαίδευσης στη σχολική μονάδα και υποστηρίζει το σύνολο των μαθητών για τους οποίους έχει εκδοθεί η ως άνω απόφαση έγκρισης και φοιτούν σε αυτήν. Παρέχει πρώτες βοήθειες σε όλους τους μαθητές της σχολικής μονάδας, λαμβάνοντας υπόψη και το περιεχόμενο του Ατομικού Δελτίου Υγείας Μαθητή (Α.Δ.Υ.Μ.) σύμφωνα με τα οριζόμενα στην υπό στοιχεία Φ.6/304/75662/Γ1/15-5-2014 κοινή υπουργική απόφαση (1296 Β'). Η άσκηση των καθηκόντων του δύναται να επεκτείνεται και σε μαθητές με έγκριση υποστήριξης συστεγαζόμενων σχολείων με απόφαση του Διευθυντή Εκπαίδευσης.

6. Τι διδάσκεται στα ελληνικά πανεπιστήμια

Από τα παραπάνω προκύπτει η σημασία της επαρκούς προετοιμασίας των μελλοντικών εκπαιδευτικών για να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν περιστατικά στο σχολικό περιβάλλον. Τι γνώσεις όμως προσφέρονται και σε ποιο βαθμό στα παιδαγωγικά τμήματα των ελληνικών πανεπιστημίων; Μία πρώτη αναφορά γίνεται στην έρευνα της Δικοπούλου (2018). Από τότε μέχρι σήμερα έχουμε τα παρακάτω δεδομένα.

Παιδαγωγικά τμήματα Νηπιαγωγών

Στη Σχολή Επιστημών Αγωγής της Αλεξανδρούπολης στο Τμήμα Επιστημών της Εκπαίδευσης στην Προσχολική Ηλικία προσφέρεται στο Δ' εξάμηνο μάθημα με τίτλο: «Αγωγή υγείας στην προσχολική εκπαίδευση». Προσφέρονται γνώσεις που σχετίζονται με διατροφική αγωγή, σωματική άσκηση και υγιεινή, προστασία από ατυχήματα και φυσικές καταστροφές.

Στο Παιδαγωγικό Τμήμα Προσχολικής Εκπαίδευσης του Βόλου προσφέρεται στο ΣΤ' εξάμηνο το μάθημα: «Εννοιες Βιολογίας Ανθρώπου και Οικολογίας και η Διδακτική τους», το οποίο αποσκοπεί στην κατανόηση της λειτουργίας βασικών συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού και των βασικών αρχών διδασκαλίας σχετικών εννοιών και φαινομένων στο νηπιαγωγείο χωρίς να γίνεται καμία αναφορά στο θέμα της αλλεργίας και της αντιμετώπισης των αλλεργικών αντιδράσεων.

Στο Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας της Σχολής Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών του Βόλου δεν προσφέρεται κανένα μάθημα στο πρόγραμμα σπουδών. Το ίδιο ισχύει και στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών στη Σχολή Επιστημών της Αγωγής στο Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία, στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης στο Τμήμα Επιστημών Προσχολικής Αγωγής και Εκπαίδευσης καθώς και στο Παιδαγωγικό Τμήμα Προσχολικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Στο Τμήμα Επιστημών της Εκπαίδευσης και της Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία του Πανεπιστημίου Πατρών προσφέρεται στο 1^ο εξάμηνο μάθημα με τίτλο: «Βασικά θέματα βιολογίας του ανθρώπου», το οποίο επιδιώκει να εισάγει τους φοιτητές/τριες σε βασικές έννοιες βιολογίας του ανθρώπου καθώς και στο 6^ο εξάμηνο με τίτλο: « Διδακτική εννοιών βιολογίας για την προσχολική ηλικία» που επιδιώκει να προσφέρει στους μελλοντικούς παιδαγωγούς θεωρητικά εργαλεία για τη διδακτική προσέγγιση του βιολογικού κόσμου,

καθώς και σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα από την περιοχή της Διδακτικής της βιολογίας. Κανένα μάθημα δεν προσφέρεται στο Τμήμα Επιστημών της Προσχολικής Αγωγής και του Εκπαιδευτικού Σχεδιασμού της Ρόδου.

Στην Φλώρινα, στο Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών προσφέρεται μάθημα με τίτλο: «Θέματα Παιδιατρικής και Πρώτων Βοηθειών» στο 6^ο εξάμηνο που στοχεύει στην προετοιμασία ατόμων μη επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση συμπτωμάτων και καταστάσεων επιβλαβών για την υγεία του παιδιατρικού πληθυσμού, με σκοπό την παροχή ασφαλούς άμεσης φροντίδας, έως ότου είναι εφικτή η περίθαλψη από εξειδικευμένο προσωπικό.

Τέλος στο Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών της Σχολής Επιστημών Αγωγής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων προσφέρονται τα περισσότερα μαθήματα : «Αγωγή υγείας Ι», «Ψυχοφυσιολογία Ι», «Στοιχεία παιδιατρικής», «Ηθολογία-Βιολογία», «Ψυχοφυσιολογία ΙΙ», χωρίς όμως να γίνονται αναφορές σε θέματα Πρώτων Βοηθειών.

Παιδαγωγικά τμήματα Δημοτικής Εκπαίδευσης

Στο Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης στην Αλεξανδρούπολη προσφέρεται το μάθημα: «Εισαγωγή στη Βιολογία» χωρίς καμία αναφορά όμως σε θέματα πρώτων βοηθειών και αλλεργικών αντιδράσεων.

Στο Τμήμα Επιστημών της Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Εργασίας στην Πάτρα της Σχολής Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών προσφέρονται τα μαθήματα: «Αγωγή υγείας Ι», «Βασικές αρχές διατροφής», «Αγωγή υγείας ΙΙ Πρώτες Βοήθειες». Στο μάθημα αυτό, σύμφωνα με τον οδηγό σπουδών, οι φοιτητές/τριες αναπτύσσουν δεξιότητες σχετικές με την πρόληψη και την αντίδρασή τους σε διάφορες επικίνδυνες καταστάσεις, εξηγούν την έννοια των Πρώτων βοηθειών και να αξιολογούν τη σημασία τους για τη ζωή ενός ανθρώπου έως ότου παρασχεθεί σε αυτόν ιατρική ή νοσοκομειακή φροντίδα, να αναγνωρίζουν την ευθύνη τους στην πρόληψη των ατυχημάτων και να αποφασίζουν τι πρέπει και τι δεν πρέπει να κάνουν καθώς και τι μπορούν και τι δεν μπορούν να κάνουν σε περίπτωση αντιμετώπισης έκτακτου περιστατικού – εκτέλεση βασικών πρώτων βοηθειών.

Στο Πανεπιστήμιο Κρήτης (Ρέθυμνο) στη Σχολή Επιστημών Αγωγής Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης προσφέρονται τα μαθήματα: «Βιολογία» και «Βιολογία του ανθρώπου», χωρίς να γίνεται αναφορά σε θέματα πρώτων βοηθειών και αντιμετώπισης αλλεργικών αντιδράσεων.

Στα Παιδαγωγικά Τμήματα Δημοτικής Εκπαίδευσης της Ρόδου, Βόλου καθώς και Ιωαννίνων δεν προσφέρεται κανένα σχετικό μάθημα. Στο Παιδαγωγικό Τμήμα της Αθήνας προσφέρεται το υποχρεωτικό μάθημα: «Φυσικές επιστήμες II: Βιολογία» και κατ' επιλογήν υποχρεωτικό: «Βιολογία του Ανθρώπου» και άλλα, χωρίς να αναφέρεται όμως σε Πρώτες Βοήθειες. Το ίδιο ισχύει και στο μάθημα: «Αγωγή υγείας».

Τέλος στο Τμήμα της Φλώρινας του Πανεπιστημίου της Δυτικής Μακεδονίας προσφέρεται το μάθημα «Αγωγή Υγείας», ενώ στο αντίστοιχο τμήμα της Θεσσαλονίκης προσφέρονται τα μαθήματα: «Αγωγή υγείας στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση» και «θέματα Βιολογίας και η διδακτική τους στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση» και τα 2 επιλογής χωρίς αναφορές σε θέματα Πρώτων Βοηθειών.

7. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση με στόχο τη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των μελλοντικών φοιτητών σχετικά με τις αλλεργικές αντιδράσεις, θεωρήθηκε σκόπιμο εκτός από τις έρευνες που αφορούν τις αλλεργικές αντιδράσεις να συμπεριληφθούν και οι έρευνες από τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία που καταγράφουν τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τις πρώτες βοήθειες. Η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας στο κεφάλαιο αυτό επιδιώκει να αναδείξει τη σύνδεση της πρώιμης παιδικής ηλικίας και της σχολικής εκπαίδευσης με τη διασφάλιση της υγείας των παιδιών, να αναλύσει την αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης αλλεργιών σε παγκόσμιο επίπεδο και να καταγράψει τα δεδομένα που αφορούν τις γνώσεις και τις στάσεις των μελλοντικών εκπαιδευτικών γύρω από τη διαχείριση αλλεργικών κρίσεων και πρώτων βοηθειών στο σχολικό περιβάλλον.

Παράλληλα, θα αναδειχθούν οι ελλείψεις που παρατηρούνται στα προγράμματα σπουδών των Παιδαγωγικών Τμημάτων σε θέματα υγείας και ασφάλειας, προκειμένου να τεκμηριωθεί η ανάγκη ενίσχυσης της εκπαίδευσης των μελλοντικών εκπαιδευτικών στο κρίσιμο αυτό πεδίο, συμβάλλοντας στη διαμόρφωση σχολικών κοινοτήτων που προάγουν την υγεία, την ασφάλεια και την ισότιμη συμμετοχή όλων των παιδιών στη μαθησιακή διαδικασία.

Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε σε βάσεις βιβλιογραφικής τεκμηρίωσης (βάση δεδομένων του Εθνικού Αρχείου Διδακτορικών Διατριβών, Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης) και σε δημοσιεύματα της επιστημονικής αρθρογραφίας. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι από την ανασκόπηση που διενεργήθηκε εντοπίστηκαν ελάχιστες σχετικές έρευνες και καμία που να αναφέρεται στα ελληνικά δεδομένα.

7.1. Σχετικές Έρευνες

Η μελέτη που διεξήγαγαν οι Gagliardi M et al., (1994), στο Πανεπιστήμιο Αρκάνσας των ΗΠΑ σχετικά με καταστάσεις εκτάκτων αναγκών στο σχολείο έδειξε ότι οι δάσκαλοι στο δημόσιο σχολείο ήταν ανεπαρκείς τόσο στην εκπαίδευση όσο και στις γνώσεις περίθαλψης τέτοιων καταστάσεων.

Τα ίδια αποτελέσματα έδειξαν και η έρευνα των Al Khamees et al., (2006) που διεξήχθη στο πανεπιστήμιο του Κουβέιτ καθώς και εκείνη των Khan A., et al., (2017), στο Καράτσι και

αφορούσε την αξιολόγηση των γνώσεων και των στάσεων των πρώτων βοηθειών μεταξύ των σπουδαστών.

Η έρευνα από τους (Baser, Coban, Tasci, Sungur, & Bayat, 2007) στην Τουρκία έδειξε ότι οι δάσκαλοι δεν είχαν επαρκείς γνώσεις στις πρώτες βοήθειες και επίσης ότι υπήρχε αρνητική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και γνώσεων.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Βέλγιο (2022), από Van Hecke et al. (2022), σχετικά με τις αντικειμενικές και υποκειμενικές γνώσεις εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σε δείγμα 361 ατόμων ανέδειξε ποσοστό επίδοσης γνώσεων 66% σε 14 σενάρια Πρώτων Βοηθειών. Επίσης τα αποτελέσματα παρουσίασαν συσχέτιση μεταξύ της παρακολούθησης σεμιναρίων ΠΒ με ανανέωση γνώσεων με καλύτερες επιδόσεις.

Οι νηπιαγωγοί στη Σλοβενία σε έρευνα των (Slabe & Fink, 2012), βρέθηκε ότι σε ποσοστό κάτω του 20% ήταν σε θέση να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά απειλητικές καταστάσεις σε αντίθεση το ποσοστό ετοιμότητας και δράσης με εγκαύματα και χτυπήματα. Μάλιστα η έρευνα ανέδειξε ότι μεγάλο ποσοστό υπερεκτιμούσε τις ικανότητες και τις γνώσεις τους για τις πρώτες βοήθειες.

Σε χαμηλό ποσοστό γνώσεων ανέδειξε και η μελέτη από τους (Li et al., 2012) στη Σαγκάη που αφορούσε την αξιολόγηση των γνώσεων και των στάσεων στις πρώτες βοήθειες για παιδιά προσχολικής ηλικίας από το προσωπικό των σχολικών μονάδων. Τα ίδια αποτελέσματα έφεραν και η μελέτη του Dhahir Abid Ali και τους συνεργάτες του το 2021 στο Ιράκ, η έρευνα των Adib-Hajbagheri και Zahra Kamrava (2019) στο Ιράν καθώς και εκείνη του Joseph και των συνεργατών του 2013 στην νότια Ινδία.

Υπάρχουν επίσης έρευνες που αναδεικνύουν τη σημαντικότητα της επανεκπαίδευσης στις πρώτες βοήθειες. Μία τέτοια έρευνα σειράς ή κοόρτης πραγματοποιήθηκε από (Li et al., 2012) στη Σαγκάη το 2020 με υψηλό αριθμό συμμετεχόντων (1282). Το ποσοστό των γνώσεων μελετήθηκε σε 4 στάδια: πριν την εκπαίδευση (5%), αμέσως μετά (80%), 9 μήνες μετά (40%) και 4 χρόνια μετά (10%). Η πειραματική έρευνα στην Αίγυπτο το 2016 από τους F. A. Mersal και R. A. S. Aly έδειξε σημαντική στατιστική διαφορά πριν και μετά την εφαρμογή προγράμματος πρώτων βοηθειών σε εκπαιδευτικούς.

Η έρευνα στην Κωνσταντινούπολη από τον Parim, (2015) αφορούσε τόσο εν ενεργεία εκπαιδευτικούς όσο και τελειόφοιτους παιδαγωγικών τμημάτων. Σαφώς η έρευνα έδειξε ότι οι εν ενεργεία εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είχαν περισσότερες γνώσεις για τις πρώτες βοήθειες σε σχέση με τους φοιτητές. Η κύρια ερευνητική ερώτηση αυτής της μελέτης ήταν να προσδιορίσει πώς οι μελλοντικοί

εκπαιδευτικοί κατανοούν τη διαχείριση των αλλεργικών αντιδράσεων των παιδιών στο σχολείο και ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τις γνώσεις τους σχετικά με τις αλλεργικές αντιδράσεις και τη διαχείρισή τους στο σχολικό περιβάλλον.

Η ποιοτική μελέτη με τίτλο: «Διδασκαλία ΠΒ σε υποψήφιους εκπαιδευτικούς ως τρόπος προώθησης της υγείας και της ετοιμότητας για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στα σχολεία» πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο της Γρανάδας σε δείγμα 70 φοιτητών του 4^{ου} έτους και έδειξε ότι μετά την παρακολούθηση σεμιναρίου παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση των γνώσεων σε όλες τις κατηγορίες ΠΒ (Olmos-Gómez, Ruiz-Garzón, Pais-Roldán, & López-Cordero, 2021). Οι φοιτητές απέκτησαν αυξημένη αυτοπεποίθηση στην ικανότητα παρέμβασης επειγουσών καταστάσεων και μάλιστα δήλωσαν ότι αισθάνονταν έτοιμοι να διδάξουν και στους μαθητές τους πρώτες βοήθειες.

Στην έρευνα των Devetak, Devetak και Vesel (2019), που πραγματοποιήθηκε στη Σλοβενία το 2014, συμμετείχαν 454 πρωτοετείς και 347 τεταρτοετείς φοιτητές (15,6% νηπιαγωγοί, 21,9% καθηγητές ειδικοτήτων, 33% άλλες ειδικότητες, 29,5% δάσκαλοι δημοτικής εκπαίδευσης). Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν ότι η συνολική γνώση ήταν μέτρια με ποσοστό επιτυχίας 59,4% (SD = 16,1%). Το ποσοστό αυτό οφειλόταν στο γεγονός ότι η εκπαίδευση σε θέματα που άπτονται των Πρώτων Βοηθειών και των αλλεργικών αντιδράσεων παρέχεται στη Σλοβενία μόνο στους καθηγητές Οικιακής Οικονομίας. Επίσης ανέδειξε υψηλότερο επίπεδο γνώσεων στις γυναίκες σε σχέση με τους συναδέλφους τους και υψηλότερες επιδόσεις στη διαχείριση αλλεργιών από τα άτομα με επιστημονικό υπόβαθρο σε θέματα Βιολογίας και Χημείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν επίσης ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ επιδόσεων και προσωπικής αλλεργίας. Συσχέτιση όμως παρατηρήθηκε μεταξύ επιδόσεων και παρακολούθησης επιμορφωτικών προγραμμάτων. Τέλος, ποσοστό μόνο 3,5% φοιτητών/τριών έδειξε έντονο ενδιαφέρον για τη διαχείριση αλλεργιών και αναφυλαξίας στο σχολικό περιβάλλον και 85% ποσοστό φοιτητών/τριών έντονο ενδιαφέρον για εμπλουτισμό των γνώσεων τους σε θέματα υγείας.

Στον ελληνικό χώρο η έρευνα της Δικοπούλου (2016), που πραγματοποιήθηκε σε 200 άτομα εν ενεργεία εκπαιδευτικούς ανέδειξε ότι μόνο 71 εκπαιδευτικοί είχαν παρακολουθήσει προγράμματα πρώτων βοηθειών και μάλιστα 49 από αυτούς ήταν ικανοί και έτοιμοι να παράσχουν οι ίδιοι πρώτες βοήθειες όταν καταστεί ανάγκη.

341 εκπαιδευτικοί διαφορετικών ειδικοτήτων σε σχολεία της Αττικής, τη σχολική χρονιά 2013-2014 συμμετείχαν σε έρευνα τα αποτελέσματα της οποίας έδειξε για άλλη μια φορά το

χαμηλό επίπεδό τους στις ΠΒ (Κυριαζή, 2014). Η αναγκαιότητα και η σημαντικότητα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στις ΠΒ ήταν φανερή στα αποτελέσματα της έρευνας.

Μικρή ετοιμότητα στην παροχή Πρώτων Βοηθειών είχε και η έρευνα της Παυλίδου (2016), στην οποία συμμετείχαν 97 νηπιαγωγοί από 25 νομούς της Ελλάδας. Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Τσάπαλο (2022), η οποία επέφερε τα ίδια αποτελέσματα. Στη συγκεκριμένη έρευνα η υλοποίηση παρεμβάσεων σχετικών με τις ΠΒ αποτέλεσε εργαλείο καλής πρακτικής σε επίπεδο προσωπικής αλλά και επαγγελματικής ανάπτυξης των εκπαιδευτικών.

Η έρευνα της Μπουτσικάρη (2014), σε 200 εκπαιδευτικούς δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της περιφέρειας Πελοποννήσου ανέδειξε ποσοστό γνώσεων κάτω του 50% κατά μέσο όρο. Ο Δημόπουλος (2015) ερεύνησε 410 εκπαιδευτικούς δημοτικών σχολείων της περιφέρειας Αττικής και τα αποτελέσματα που αφορούσαν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών στις ΠΒ στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση έδειξαν ανεπάρκεια και ανάγκη υποχρεωτικής συστηματικής και συνεχούς εκπαίδευσης.

Ακόμα και οι εξειδικευμένες έρευνες που αφορούν γνώσεις σχετικά με αντιμετώπιση περιστατικών αλλεργικών αντιδράσεων αναδεικνύουν τα ίδια αποτελέσματα. Οι μελέτες των (Bansal et al., 2005; Ercan et al., 2012; Polloni et al., 2013, 2016; Kilger et al., 2015; Hogue et al., 2016) καθώς και η μελέτη EUROPREVALL (Le et al., 2014) καταδεικνύουν χαμηλό ποσοστό όσον αφορά το επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων των εκπαιδευτικών στη διαχείριση παιδιών που κινδυνεύουν από αναφυλαξία στο σχολείο.

Πιο συγκεκριμένα ως αναφερθούμε στην έρευνα των Polloni et al. που δημοσιεύτηκε το 2016 και αφορούσε 440 δάσκαλοι και φροντιστές από τη βορειοανατολική Ιταλία, οι οποίοι αξιολογήθηκαν όσον αφορά την αυτοαποτελεσματικότητα στη διαχείριση της τροφικής αλλεργίας και της αναφυλαξίας στο σχολείο. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το σχολικό προσωπικό παρουσίασε χαμηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα στην αναγνώριση συμπτωμάτων, στη χορήγηση φαρμάκων και στην εξασφάλιση πλήρους συμμετοχής των μαθητών με τροφική αλλεργία σε εξωσχολικές δραστηριότητες. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα που είχαν μαθητές με τροφική αλλεργία παρουσίασαν σημαντικά αυξημένη αυτοαποτελεσματικότητα στη διαχείριση της αλλεργίας και σημαντικά μειωμένη αυτοαποτελεσματικότητα στη διαχείριση της τροφικής αλλεργίας.

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία σε 237 εκπαιδευτικούς κρατικών και ιδιωτικών δημοτικών σχολείων από (Ercan et al., 2012) έδειξε ότι οι εκπαιδευτικοί δεν είναι καλά ενημερωμένοι σχετικά με την αναφυλαξία. Μάλιστα μόνο το 24,3% θα έδινε τις πρώτες

βοήθειες, το 10% γνώριζε ότι υπάρχει αυτόματος εγχυτήρας επινεφρίνης και μόνο το 4% γνώρισε τον τρόπο χρήσης και εφαρμογής της.

Και η μελέτη που διεξήχθη στην πόλη της Δρέσδης της Γερμανίας για τη διαχείριση της αναφυλαξίας σε παιδιά κρατικών και ιδιωτικών σχολείων (ηλικίας βρεφικής, νηπιακής και σχολικής) στην οποία συμμετείχαν και εκπαιδευτικοί αναδεικνύει την ανάγκη για βελτιωμένη κατάρτιση του προσωπικού των σχολικών μονάδων (Kilger et al., 2015).

Στη μελέτη των Rodríguez Ferran et al. (2020), όπου συμμετείχαν κυρίως εκπαιδευτικοί και προσωπικό κυλικείου, οι προ-εκπαιδευτικές γνώσεις για την αναγνώριση και διαχείριση της αναφυλαξίας ήταν ανεπαρκείς (μόνο 41% αναγνώριζε αναφυλαξία, 16% ήξερε πότε να χορηγήσει αδρεναλίνη, 15% ήξερε πώς), ενώ μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση βελτιώθηκε σημαντικά η αυτοπεποίθηση και η ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν τέτοιου είδους επεισόδια.

Σε μία συγκεκριμένη μελέτη που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες συγκρίθηκαν τα σχολικά σχέδια αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών για άτομα με αναφυλακτικές αλλεργίες με τα προτεινόμενα σχέδια δράσης του Δικτύου Τροφικών Αλλεργιών και Αναφυλαξίας (Food Allergy and Anaphylaxis Network). Η μελέτη αποκάλυψε ότι μόνο το 15% των σχολείων ακολουθούσαν το προτεινόμενο σχέδιο δράσης, ενώ πολλά βασικά στοιχεία απουσίαζαν από τα σχολικά σχέδια.

Σε μεταγενέστερο άρθρο, οι Greenhawt και Weiss (2012) ζητούν την τυποποίηση της πολιτικής για την αναφυλαξία σε εθνικό επίπεδο στις Ηνωμένες Πολιτείες, ώστε να διασφαλιστούν καλύτερα οι ανάγκες των μαθητών με αλλεργίες.

Για τους μαθητές με αλλεργίες, το σχολικό περιβάλλον συχνά θεωρείται απειλητικό, καθώς η διαχείριση του φαγητού δεν γίνεται με επαρκή τρόπο. Στον Καναδά, κάθε επαρχία έχει διαφορετικές πολιτικές που αφορούν τις αναφυλακτικές αλλεργίες στις σχολικές αίθουσες (Shipley, 2015).

Η διερεύνηση των στάσεων και των γνώσεων των φοιτητών/τριών των Παιδαγωγικών Τμημάτων σχετικά με την αντιμετώπιση των αλλεργικών αντιδράσεων στα παιδιά καθίσταται σημαντική στο πλαίσιο της σύγχρονης εκπαιδευτικής πραγματικότητας, όπου τα ζητήματα υγείας και ασφάλειας των μαθητών αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της σχολικής ζωής. Λίγες έρευνες αναφέρονται στην ετοιμότητα των μελλοντικών εκπαιδευτικών.

8. Η σημασία της έρευνας, στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα

Η συστηματική καταγραφή των δεδομένων συμβάλλει στην πρόληψη επικίνδυνων και απειλητικών για τη ζωή περιστατικών, που ενδέχεται να προκύψουν από την έλλειψη γνώσεων ή την ανασφάλεια κατά τη διαχείριση αλλεργικών κρίσεων στο σχολικό περιβάλλον (Wang et al., 2018; McIntyre et al., 2020). Μέσα από την κατανόηση του επιπέδου γνώσεων και στάσεων των φοιτητών/τριών, μπορούν να αναπτυχθούν πολιτικές και πρακτικές που θα ενισχύσουν τα σχολεία ως ασφαλή, υποστηρικτικά και συμπεριληπτικά περιβάλλοντα μάθησης, διασφαλίζοντας ότι όλα τα παιδιά, ανεξαρτήτως του αν ζουν με αλλεργίες, θα έχουν ίσες ευκαιρίες συμμετοχής στη μαθησιακή διαδικασία χωρίς αποκλεισμούς ή κινδύνους για την υγεία τους Sicherer & Mahr (2010). Επιπλέον, η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και της ετοιμότητας των μελλοντικών εκπαιδευτικών να διαχειριστούν κρίσιμες καταστάσεις αποτελεί ουσιαστική επένδυση για την ποιότητα της εκπαίδευσης, τη μείωση του άγχους που συνοδεύει τέτοια περιστατικά και την ανάπτυξη μιας κουλτούρας πρόληψης και υγείας μέσα στο σχολείο (Noimark et al., 2012; Polloni et al., 2020).

Τα ερευνητικά κενά που έρχεται να καλύψει η παρούσα διπλωματική εργασία, αναδεικνύοντας τη σημασία και την αναγκαιότητα διερεύνησης των στάσεων και αντιλήψεων των φοιτητών/τριών των Παιδαγωγικών Τμημάτων σχετικά με τη διαχείριση των αλλεργικών αντιδράσεων στο σχολικό περιβάλλον.

Ο σκοπός της έρευνας είναι η αναζήτηση απαντήσεων στην ερώτηση: ποια είναι η υπάρχουσα κατάσταση στις γνώσεις και την ικανότητά των προπτυχιακών φοιτητών για τη διαχείριση των αλλεργικών καταστάσεων στην σχολική μονάδα.

Τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα ταξινομούνται στους παρακάτω κύριους στόχους:

- α) αυτά που αφορούν το επίπεδο ενημέρωσης και εμπειρίας των φοιτητών σχετικά με αλλεργίες στα παιδιά,
- β) όσα αφορούν στις στάσεις των μελλοντικών εκπαιδευτικών απέναντι στη σημασία της παιδικής υγείας στο σχολικό περιβάλλον και στα καθήκοντά τους στις σχολικές μονάδες.,
- γ) σε αυτά που αφορούν στις γνώσεις των φοιτητών για τη διαχείριση αλλεργικών καταστάσεων,
- δ) σε αυτά που αφορούν στο πόσο ενήμεροι είναι οι φοιτητές για τις ευθύνες των εκπαιδευτικών και την ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή,

Μαρίνα Μπόζιου, Στάσεις και γνώσεις των φοιτητών/τριών των παιδαγωγικών τμημάτων σχετικά με την αντιμετώπιση των αλλεργικών αντιδράσεων των παιδιών

ε) σε αυτά που αφορούν στο πώς αυτοαξιολογούν οι φοιτητές την ικανότητά τους στη διαχείριση αλλεργικών κρίσεων,

στ) και στα ευρήματα που αφορούν στις αλληλοσυσχετίσεις και αλληλοεπιδράσεις μεταξύ των παραγόντων και υποπαραγόντων ελέγχου.

Με αφετηρία τους παραπάνω ερευνητικούς στόχους έχουν προκύψει αναλυτικά τα ερευνητικά ερωτήματα και διατυπώνονται στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας της έρευνας.

9. Μεθοδολογία έρευνας - σχεδιασμός και ανάπτυξη της έρευνας

Με στόχο να δοθούν απαντήσεις στα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα και την αναζήτηση απαντήσεων για την σύγχρονη θέση των προσεγγίσεων στην εσωτερική διαδικασία για τις αλλεργίες και την ασφάλεια του σχολικού περιβάλλοντος, αλλά και τις γνώσεις των μελλοντικών εκπαιδευτικών στο ίδιο θέμα, επιλέχθηκε το μεθοδολογικό πλαίσιο της έρευνας. Σε όλη την καταγεγραμμένη ιστορία της ανθρωπότητας, ο σκοπός των ανθρώπων αλλά και των ερευνητών είναι να αναζητούν ερμηνείες και να κατανοήσουν, τόσο το άβιο όσο και το βιοτικό περιβάλλον. Να ανακαλύψουν δηλαδή τους νόμους, τις αλληλουχίες και τις διαμεσολαβήσεις φαινομένων, που καθοδηγούν την λειτουργία του φυσικού και ανθρωπογενούς περιβάλλοντος και με παρόμοια ανάλυση να κατανοήσουν στάσεις και συμπεριφορές των ατόμων γύρω τους. Τα διαθέσιμα μέσα που χρησιμοποιούνται για την αναζήτηση των παραπάνω αλληλεπιδράσεων είναι τρία: η εμπειρία, η λογική σκέψη και η έρευνα. Οι τρεις αυτές έννοιες δεν είναι ανεξάρτητες η μια από την άλλη, αλλά συμπληρωματικές και αλληλεπικαλυπτόμενες (Cohen & Manion, 1994). Με αυτές τις παραδοχές οργανώθηκε, αναπτύχθηκε και ολοκληρώθηκε η παρούσα έρευνα όπως περιγράφεται παρακάτω.

9.1. Τα εργαλεία της έρευνας

Η έρευνα χρησιμοποίησε ερωτηματολόγια για την διερεύνηση των μετρήσεων της συγχώρεσης. Το Ερωτηματολόγιο 2 με τίτλο, «Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών», Ερωτηματολόγιο 3, «Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά», Ερωτηματολόγιο 4, «Καθήκοντα εκπαιδευτικών και πρώτες βοήθειες» και το Ερωτηματολόγιο 5, «Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών».

Η μέθοδος ανάλυσης με ερωτηματολόγια μας δίνει την δυνατότητα να «φωτογραφίσουμε» ένα καρέ της τρέχουσας εικόνας στην ανθρωπότητα που όμως αναλλοίωτο είναι δυνατόν να επανελεγχθεί και στο μέλλον για ανανέωση ή για να επαναδιατυπωθούν τα υπάρχοντα ευρήματά ή να διαπιστωθεί η εξέλιξη τους στο χρόνο.

9.2. Σχεδιασμός και ανάπτυξη του προτεινόμενου ερευνητικού εργαλείου

Ως αφετηρία ονομάστηκε το ερωτηματολόγιο, «Στάσεις και γνώσεις φοιτητών/τριών των Παιδαγωγικών Τμημάτων σχετικά με την αντιμετώπιση των αλλεργικών αντιδράσεων των παιδιών», ως το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα για την διερεύνηση των στάσεων των φοιτητών/τριών στα παραπάνω. Η κλίμακα δημιουργήθηκε από την συγγραφέα και αποτυπώνει τις στάσεις στους 5 επιμέρους τομείς. Για τη διαμόρφωση του ερωτηματολογίου αξιοποιήθηκαν ευρήματα και προσεγγίσεις από την υφιστάμενη διεθνή βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, η μελέτη των Devetak, Glazar και Pavlin (2018) συνέβαλε στη διαμόρφωση ερωτήσεων που διερευνούν τις γνώσεις και τις στάσεις των εκπαιδευτικών απέναντι στη διαχείριση αλλεργικών αντιδράσεων σε σχολικά περιβάλλοντα. Παράλληλα, η εργασία των Devetak, Posega Devetak και Vesel Tajnšek (2019) αξιοποιήθηκε για τη διατύπωση ερωτήσεων σχετικών με την ανάπτυξη δεξιοτήτων και ικανοτήτων των εκπαιδευτικών στη διαχείριση αλλεργιών, εστιάζοντας στην ετοιμότητα και στην ικανότητα παρέμβασης σε κρίσιμα περιστατικά. Η συμβολή της Litarowsky (2003) υπήρξε σημαντική για την ενσωμάτωση θεμάτων που αφορούν την εκπαίδευση και κατάρτιση των εκπαιδευτικών σε προγράμματα αναφυλαξίας, με στόχο να διερευνηθεί κατά πόσο οι συμμετέχοντες είχαν προηγούμενη σχετική εμπειρία. Τέλος, η πρόσφατη διατριβή της Santos (2022) αποτέλεσε καθοριστικό σημείο αναφοράς, καθώς παρείχε πολύτιμα δεδομένα για τις αντιλήψεις και πρακτικές των δασκάλων σε σχέση με τη διαχείριση τροφικών αλλεργιών, τα οποία λήφθηκαν υπόψη για την προσαρμογή των ερωτήσεων στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Σχεδιασμός της δομής του ερευνητικού εργαλείου

Αποτέλεσμα των παραπάνω διερευνητικών αναγκών είναι και η δομική συνάφεια του ερωτηματολογίου με ομαδοποίηση των ερωτήσεων και τιτλοδοσία αυτών των ομάδων.

Έτσι στην δεύτερη ομάδα (τμήμα 2) δόθηκε ο τίτλος: «Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών», στην κλίμακα αυτή περιλαμβάνονται 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου και κατασκευάστηκε από την συγγραφέα. Οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν σε μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert με κλιμάκωση που περιγράφεται ως εξής:

Πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τα παρακάτω;

1= Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3= Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ, 4= Συμφωνώ, 5= Συμφωνώ απόλυτα.

Με χαρακτηριστική ερώτηση την ερ. 10:

«Πιστεύω ότι οι μελλοντικοί εκπαιδευτικοί χρειάζονται επιπλέον εκπαίδευση για την διαχείριση των αλλεργιών στα παιδιά.»

Η τρίτη ομάδα (τμήμα 3) ερωτήσεων έχει τίτλο «Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά». Στην κλίμακα αυτή περιλαμβάνονται 9 ερωτήσεις κλειστού τύπου και κατασκευάστηκε από την συγγραφέα. Στις απαντήσεις δεν υπάρχει μια μόνο απάντηση και έτσι μπορούν να επιλέξουν όσες απαντήσεις θεωρούν ότι τους αντιπροσωπεύει σε ότι αφορά τις γνώσεις τους για τις αλλεργίες και την διαχείρισή τους. Η κάθε θετική απάντηση βαθμολογείται με 2, ενώ για την απάντηση «τίποτε από τα παραπάνω», που σημαίνει ότι γνωρίζω κάτι που δεν αναφέρεται παραπάνω, βαθμολογείται με 1. Στην περίπτωση που επιλεγθεί η απάντηση «δεν γνωρίζω» τότε βαθμολογείται με 0. Έτσι προκύπτει η μέγιστη βαθμολογία για το ερωτηματολόγιο που είναι 88, αν σε όλες οι κατηγορίες για τις γνώσεις απαντηθούν θετικά (βαθμός 2). Με αυτόν τον τρόπο διατάχθηκε κλιμακωτά το ερωτηματολόγιο αυτό με 0 βαθμούς στην περίπτωση της πλήρους άγνοιας όλων των αναφερόμενων κατηγοριών και με 88 στην περίπτωση της πλήρους γνώσης. Η εσωτερική κλιμάκωση έχει ως εξής:

- 0-22 βαθμούς, Άγνοια
- 23-44 βαθμούς, Μέτρια γνώση
- 45-66 βαθμούς, Καλή γνώση
- 67-88 βαθμούς, Πολύ καλή γνώση.

Με χαρακτηριστική ερώτηση την ερ. 2: «Ποια από τα παρακάτω είναι τα συμπτώματα μιας ήπιας αλλεργικής αντίδρασης;

- Φαγούρα ή ρινική καταρροή, φτέρνισμα
- Φαγούρα στοματικής κοιλότητας
- Ήπια κνίδωση, ήπια φαγούρα
- Ήπια ναυτία ή δυσφορία
- Κανένα από τα παραπάνω
- Δε γνωρίζω»

Η τέταρτη ομάδα (τμήμα 4) ερωτήσεων έχει αν τίτλο «Καθήκοντα εκπαιδευτικών και πρώτες βοήθειες». Στην κλίμακα αυτή περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις κλειστού τύπου και κατασκευάστηκε από την συγγραφέα. Διερευνώνται οι γνώσεις των μελλοντικών εκπαιδευτικών στα καθήκοντά τους σε σχολικές μονάδες σε σχέση με τους μαθητές και οι

γνώσεις τους για τον σχολικό νοσηλευτή και στις απαντήσεις υπάρχουν οι επιλογές «Ναι», «Όχι» και «Δεν γνωρίζω».

Με χαρακτηριστική ερώτηση την ερ. 2: «Έχω υποχρέωση ως εκπαιδευτικός να παρέχω τις στοιχειώδεις Πρώτες βοήθειες στους μαθητές/τριες του σχολείου μου;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω»

Στην πέμπτη ομάδα (τμήμα 5) δόθηκε ο τίτλος: «Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών», στην κλίμακα αυτή περιλαμβάνονται 5 ερωτήσεις κλειστού τύπου και κατασκευάστηκε από την συγγραφέα. Οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν σε μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert με κλιμάκωση που περιγράφεται ως εξής:

Πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τα παρακάτω;

1= Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3= Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ, 4= Συμφωνώ, 5= Συμφωνώ απόλυτα.

Με χαρακτηριστική ερώτηση την ερ. 3: «Αισθάνομαι ικανός να διαχειριστώ μια κρίση άσθματος.»

Το αρχικό τμήμα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις δημογραφικού περιεχομένου όπως ηλικία, φύλο, κ.λπ. Επίσης περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις κλειστού τύπου, όπου διερευνώνται οι γνώσεις των μελλοντικών εκπαιδευτικών σε σχέση με τις αλλεργίες και τις πρώτες βοήθειες και στις απαντήσεις υπάρχουν οι επιλογές «Ναι», «Όχι» και «Δεν γνωρίζω».

Με χαρακτηριστική ερώτηση την ερ. 6: «Σκοπεύετε να παρακολουθήσετε επιπλέον εκπαιδεύσεις σχετικά με τις πρώτες βοήθειες;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω.»

10. Κύρια εμπειρική έρευνα

10.1. Δείγμα-Δειγματοληψία

Είδος δειγματοληψίας

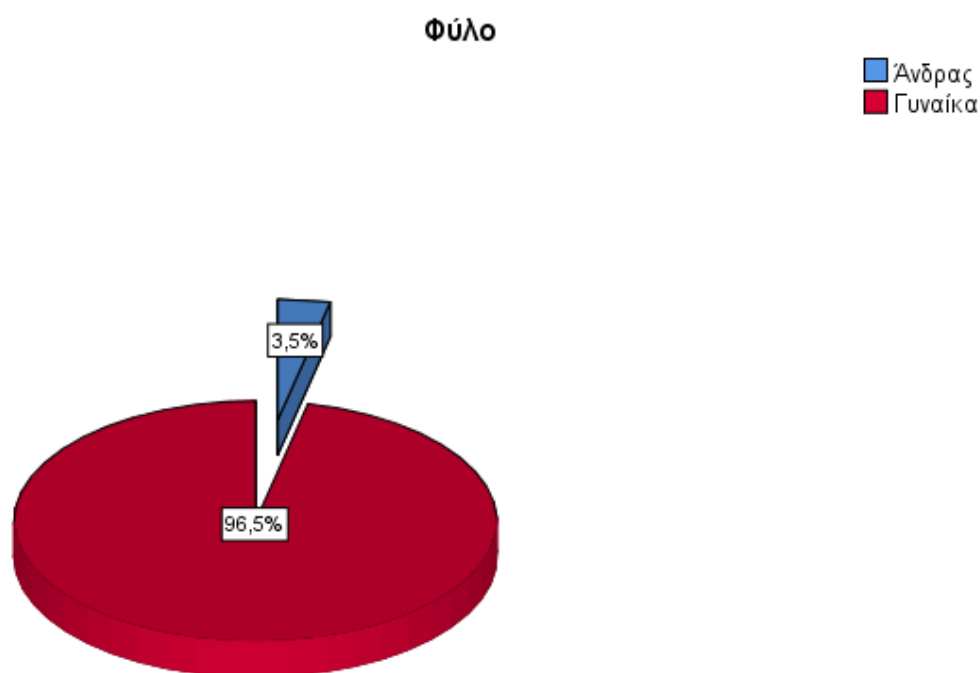
Η επιλογή του δείγματος, τόσο σε ποσοτικά όσο και σε επιμέρους χαρακτηριστικά, αφορά κυρίως στην δυνατότητα που θα προκύπτει από την επιλογή του δείγματος για γενίκευση των συμπερασμάτων στο σύνολο του πληθυσμού στον οποίο γίνεται η δειγματοληψία. Στην παρούσα έρευνα έγινε η λεγομένη απλή τυχαία και βολική δειγματοληψία σε τμήμα ενός πληθυσμού (Cohen & Manion, 1994). Επιλέχθηκε να διανεμηθεί δια ζώσεις το ερωτηματολόγιο στους φοιτητές/τριες του 4^{ου} έτους του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών της σχολής Επιστημών Αγωγής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων που ανήκουν στον υπό έρευνα πληθυσμό και από αυτά τα άτομα συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο.

Το δείγμα της έρευνας και τα χαρακτηριστικά του

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 172 φοιτητές/τριες του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών της σχολής Επιστημών Αγωγής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Επιλέχθηκε οι συμμετέχοντες να έχουν παρακολουθήσει το προπτυχιακό πρόγραμμα σχεδόν εξ ολοκλήρου. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου δέκα λεπτά. Ο τελικός αριθμός των ερωτηματολογίων δεν άλλαξε καθώς, από την στατιστική επεξεργασία των ερωτηματολογίων με το λογισμικό SPSS 26.0 (statistical package for the social sciences), δεν διαπιστώθηκαν ελλείπουσες τιμές, ανά ερωτηματολόγιο και αντιμετωπίστηκε επιμέρους η στατιστική ανάλυση των ερωτήσεων στις οποίες παρατηρήθηκαν. Τα χαρακτηριστικά του δείγματος, φύλο, ηλικία, έτος σπουδών παρουσιάζονται στους πίνακες 4, 5 και 6. Και στα γραφήματα 1, 2 και 3.

Πίνακας 4: Δημογραφικά στοιχεία (Φύλο)

Αριθμός ατόμων N=172	Φύλο	
	Άνδρες	Γυναίκες
Συχνότητα	6	166
Σχετική συχνότητα	3,5%	96,5%

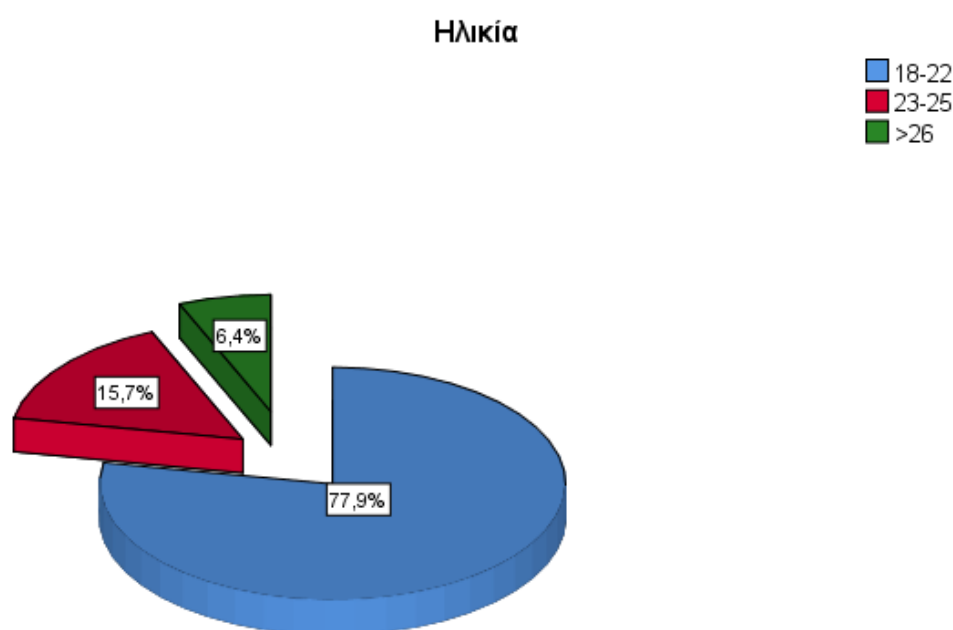


Διάγραμμα 1: Δημογραφικά στοιχεία (Φύλο)

Στον πίνακα 4 και στο διάγραμμα 1, φαίνεται η αναλογία ανδρών και γυναικών στο δείγμα μας. Είναι αρκετά μικρότερος ο αριθμός ανδρών από αυτό των γυναικών που συμμετείχαν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ο αριθμός ανδρών δεν είναι αρκετά σημαντικός για να θεωρείται ότι εκπροσωπούνται και τα δύο φύλα.

Πίνακας 5: Δημογραφικά στοιχεία (Ηλικία)

Αριθμός ατόμων N=172	18-22 έτη	23-25 έτη	>26 έτη
Συχνότητα	134	27	11
Σχετική συχνότητα	77,9%	15,7%	6,4%



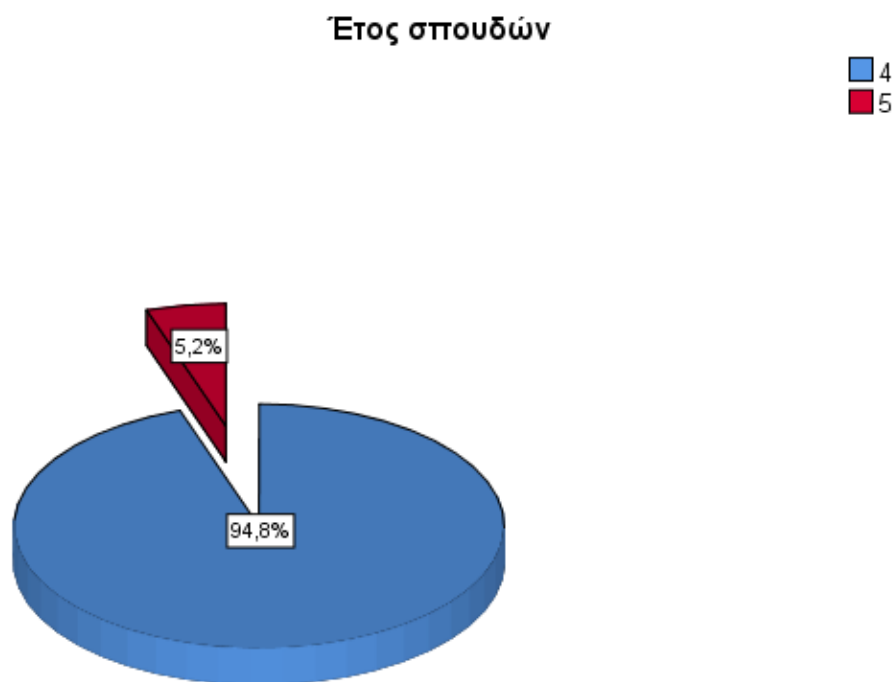
Διάγραμμα 2: Ηλικιακή κατανομή στο δείγμα

Η ηλικία των ατόμων του δείγματος (πίνακας 5) έχει εύρος από 18 ετών έως πάνω από 26 ετών. Το 77,9% των ερωτηθέντων έχουν ηλικία έως 22 έτη. Συγκεκριμένα στην ηλικιακή περιοχή από 23-25 ετών είναι το 15,7% του δείγματος, στην ηλικιακή ομάδα άνω των 26 ετών το 6,4% του δείγματος. Οι συχνότητες παρατήρησης των ηλικιακών ομάδων άνω των

26 ετών είναι μικρή και έτσι μπορούμε να θεωρήσουμε ότι τα χαρακτηριστικά του δείγματος μπορούν να αναλυθούν σε δυο ηλικιακές ομάδες.

Πίνακας 6: Δημογραφικά στοιχεία (Έτος σπουδών)

Αριθμός ατόμων N=172	4 ^ο	5 ^ο
Συχνότητα	163	9
Σχετική συχνότητα	94,8%	5,2%



Διάγραμμα 3: Δημογραφικά στοιχεία (Εκπαιδευτικό επίπεδο)

Στον πίνακα 6 φαίνεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα, από το σύνολο των ερωτηθέντων, των ατόμων που είναι απόφοιτοι 4^ο έτος και 5^ο έτος στο τμήμα φοίτησής τους. Το 94,8% των ερωτηθέντων είναι φοιτητές ή φοιτήτριες στο 4^ο έτος σπουδών και το 5,2%

είναι στο 5^ο έτος φοίτησης. Με γνώμονα την αναλογία του έτους εκπαίδευσης σε σχέση με την υπάρχουσα κοινωνική τάση το δείγμα θεωρείται ότι καλύπτει αντιπροσωπευτικά τους τελειόφοιτους των σχολών ενδιαφέροντος. Συνολικά το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού, με γνώμονα και την τάση του πληθυσμού, στις σχολές αυτές να φοιτούν περισσότερες γυναίκες από ό,τι άνδρες, στόχου και δεν αποκλείεται καμία κοινωνική ομάδα από την ανάλυση.

10.2. Μέθοδος στατιστικής επεξεργασίας των ερωτηματολογίων

Μετά την συλλογή των ερωτηματολογίων ακολούθησε η ποσοτική επεξεργασία των δεδομένων.

1. Αρχικά συγκεντρώθηκαν και αριθμήθηκαν όλα τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, όπως προέκυψαν από τις συμπληρώσεις αυτών.
2. Σε κάθε ερώτηση αντιστοιχήθηκε μία μεταβλητή. Με τον τρόπο αυτό κωδικοποιήθηκαν οι ερωτήσεις.
3. Καταχωρήθηκαν οι τιμές των μεταβλητών και οι μεταβλητές στο SPSS.
4. Επανελέγχθηκε η ακρίβεια των καταχωρήσεων για τυχόν σφάλματα κατά την εισαγωγή των τιμών και
5. έγινε η επεξεργασία των δεδομένων με το λογισμικό πακέτο SPSS 26.0.

10.3. Στατιστικά τεστ που θα χρησιμοποιηθούν

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν κυρίως οι παρακάτω στατιστικές αναλύσεις:

1. Περιγραφική στατιστική ανάλυση.
2. Ο δείκτης α -cronbach, για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου.
3. Διερευνητική παραγοντική ανάλυση με την χρήση της ανάλυσης των κυρίων συνιστωσών (Principal Component Analysis) και ορθογώνια περιστροφή των αξόνων (Varimax rotation).

4. Ο δείκτης συσχέτισης r του Pearson και ρ του Spearman's, προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των μεταβλητών.
5. Ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (one-way ANOVA), προκειμένου να διερευνηθεί η διαφοροποίηση των τιμών στις μεταβλητές, ανάλογα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.
6. Ο έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples t -test) προκειμένου να διερευνηθεί η διαφοροποίηση των τιμών στις μεταβλητές, ανάλογα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Η στατιστική σημαντικότητα καθορίζεται στο επίπεδο του 5%. Δηλαδή για να θεωρείται ένα αποτέλεσμα στατιστικού ελέγχου σημαντικό πρέπει να έχει $p < 0.05$.

10.4. Αξιοπιστία και εγκυρότητα Ερωτηματολόγιο: «Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών (ΘΥΠ) »

Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το λογισμικό SPSS 26.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Ελέγχθηκε η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου για την κλίμακα ΘΥΠ με το συντελεστή Cronbach's α , $\alpha = 0,710$, τιμή που προσδίδει αποδεκτή αξιοπιστία στο ερωτηματολόγιο.

10.4.1. Εσωτερική δομή του ερωτηματολογίου

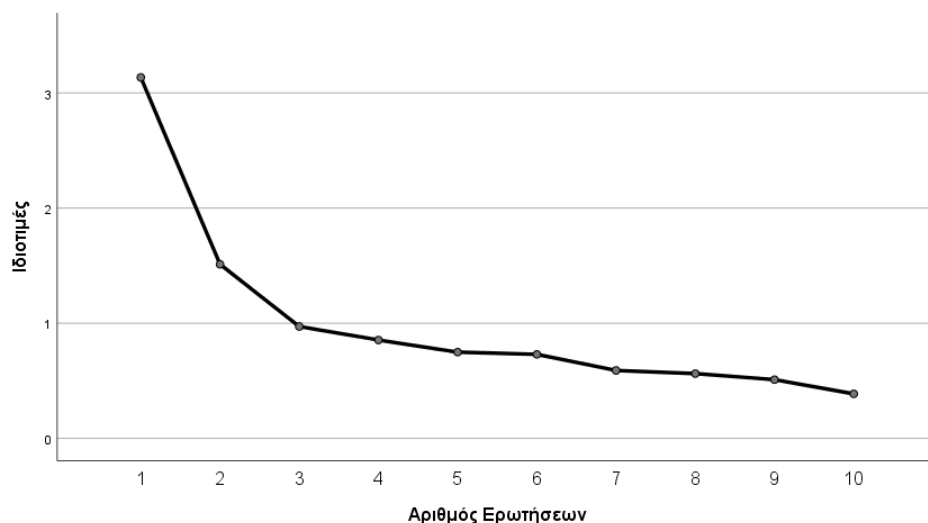
Η παραγοντική ανάλυση μάς δίνει την εσωτερική δομή ενός ερωτηματολογίου, αν υπάρχουν δηλαδή επιμέρους κλίμακες, καθώς και την σχέση μεταξύ τους. Έγινε διερευνητική παραγοντική ανάλυση χωρίς τον ορισμό ενός παράγοντα. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των κυρίων συνιστωσών (Principal Component Analysis) για τις συσχετίσεις των δεκατριών μεταβλητών – ερωτήσεων.

Το κριτήριο για την διαπίστωση του αριθμού των παραγόντων είναι οι ιδιοτιμές τους να είναι πάνω από την μονάδα. Πριν από την παραγοντική ανάλυση εξετάστηκε αν η συγκεκριμένη τεχνική παραγοντικής ανάλυσης είναι κατάλληλη. Δυο έλεγχοι χρησιμοποιήθηκαν: ο έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett (1954), όπου απαιτείται η τιμή που προκύπτει για τον έλεγχο να είναι στατιστικά σημαντική και ο έλεγχος K.M.O. (Kaiser-Meyer-Olkin measure of Sampling Adequacy) (Kaiser, 1974), όπου τιμές > 0.60

θεωρούνται ικανοποιητικές, αν και κατά τους Κατσή, Σιδερίδη & Εμβαλωτή (2010) για να είναι αξιόπιστη η παραγοντική ανάλυση πρέπει η τιμή Κ.Μ.Ο. να είναι πάνω από 0.80.

Η ορθογώνια περιστροφή των αξόνων με την μέθοδο Varimax έδωσε τα αποτελέσματα που φαίνονται στον πίνακα 7. Ο πρώτος παράγοντας είναι υπεύθυνος για το 31,35% της διακύμανσης και ο δεύτερος για το 15,11%. Ενώ συνολικά προβλέπεται το 46,46% της διακύμανσης. Το διάγραμμα που μας δείχνει ποιοτικά τους παράγοντες (διάγραμμα κρημνού) που εμφανίζονται στην παραγοντική ανάλυση με φόρτιση παραγόντων από 0,35 και άνω, είναι το διάγραμμα 4. Στο διάγραμμα αυτό, το σχήμα και οι ιδιοτιμές των παραγόντων δείχνουν ότι έχουμε δυο κύριους παράγοντες στο ερωτηματολόγιο.

Στον πίνακα 7, οι ερωτήσεις έχουν τοποθετηθεί με αύξουσα σειρά όπως είναι τοποθετημένες στο ερωτηματολόγιο. Έτσι, είναι δυνατό να γίνει η αντιστοίχιση των ερωτήσεων με τους παράγοντες που δομούν το ερωτηματολόγιο.



Διάγραμμα 4: Γράφημα κρημνού για ερωτηματολόγιο «Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών (ΘΥΠ)»

Πίνακας 7: Παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου, χωρίς προκαθορισμένους παράγοντες και φορτίσεις >0.35

Α/Α	Ερωτήσεις	1	2
1	Θεωρώ ότι η υγεία των παιδιών είναι πρωταρχικής σημασίας στο σχολικό περιβάλλον.	,597	,204
2	Πιστεύω ότι οι εκπαιδευτικοί πρέπει να διαθέτουν βασικές γνώσεις πρώτων βοηθειών.	,650	,110
3	Θεωρώ ότι η πρόληψη των ασθενειών είναι εξίσου σημαντική με την αντιμετώπισή τους.	,747	,196
4	Πιστεύω ότι οι εκπαιδευτικοί είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα κοινών παιδικών ασθενειών.	,254	,693
5	Θεωρώ ότι η συνεργασία με τους γονείς είναι απαραίτητη για τη διαχείριση των θεμάτων υγείας των παιδιών.	,641	,291
6	Πιστεύω ότι το σχολείο παρέχει ένα ασφαλές και υγιεινό περιβάλλον για τα παιδιά.	,079	,602
7	Θεωρώ ότι η εκπαίδευση των παιδιών σε θέματα υγείας είναι	,649	,061
8	Πιστεύω ότι οι εκπαιδευτικοί είναι ενημερωμένοι για τις τελευταίες εξελίξεις στον τομέα της παιδικής υγείας.	-	,825
9	Πιστεύω ότι η ψυχική υγεία των παιδιών είναι εξίσου σημαντική με τη σωματική τους υγεία.	,094	-
10	Πιστεύω ότι οι μελλοντικοί εκπαιδευτικοί χρειάζονται επιπλέον εκπαίδευση για την διαχείριση των αλλεργιών στα παιδιά.	,463	,027
		,663	-
			,196
% Διακύμανσης		31,35	15,11

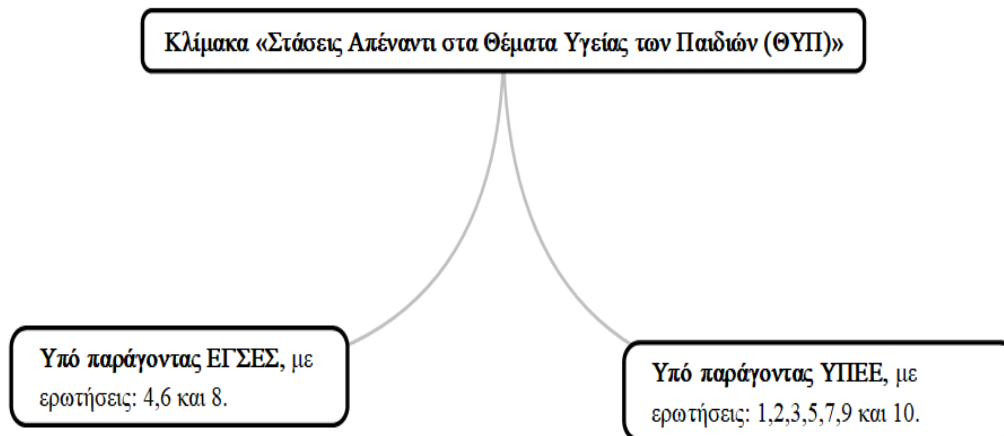
K.M.O.=0,779, Bartlett's Test of Sphericity $\chi^2=327,093$, $df=45$, $p=0,000$ *Με έντονη γραφή δείχνετε η κύρια φόρτιση των ερωτήσεων ανά παράγοντα.

10.4.2. Ερμηνεία αναλύσεων για την εσωτερική δομή του ερωτηματολογίου

Από την ανάλυση των παραπάνω παραμέτρων που αφορούν στην αξιοπιστία και την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου «Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών (ΘΥΠ)», προκύπτει ότι η χρήση του μπορεί να γίνει αποδεκτή για τις ανάγκες αυτής της έρευνας που αφορούν τον έλεγχο την καταγραφή και την ανάλυση των κυριότερων στάσεων που επικρατούν σχετικά με τα θέματα υγείας των παιδιών στο σχολικό περιβάλλον.

Η παραγοντική ανάλυση τεκμηρίωσε την ύπαρξη υποπαραγόντων στο ερωτηματολόγιο. Ο πρώτος παράγοντας καταγράφει το πεδίο στάσεων με περιεχόμενο: «Η υγεία των παιδιών είναι πρωταρχικής σημασίας και υπάρχει η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στις πρώτες βοήθειες (ΥΠΕΕ)» και περιέχει τις ερωτήσεις 1,2,3,5,7,9 και 10, ο δεύτερος

καταγράφει το πεδίο ιδεών με περιεχόμενο: «Επάρκεια γνώσεων και συνθηκών εκπαιδευτικών και σχολικού περιβάλλοντος στα θέματα υγείας των παιδιών (ΕΓΣΕΣ)» και περιέχει τις ερωτήσεις 4,6 και 8. Μετά από την ανάλυση αξιοπιστίας των υποκλιμάκων διαπιστώθηκε ότι βέλτιστη κατανομή ερωτήσεων σε κάθε παράγοντα, με συντελεστή Cronbach's alpha, $\alpha=0,760$ για τον ΥΠΕΕ, $\alpha=0,558$ για τον ΕΓΣΕΣ, αυτή που φαίνεται στο σχήμα α 1.



Σχήμα 1: Εσωτερική δομή ερωτηματολογίου κλίμακα «Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών (ΘΥΠ)»

10.4.3. Έλεγχος συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου «Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών (ΘΥΠ)»

Έγινε λοιπόν δίπλευρος έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman's ρ , με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Με τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής συμπληρώθηκε ο παρακάτω πίνακας:

Πίνακας 8: Συντελεστής συσχέτισης μεταξύ υποπαραγόντων του ΘΥΠ

	Μεταβλητή ΘΥΠ	Μεταβλητή ΥΠΕΕ	Μεταβλητή ΕΓΣΕΣ
Μεταβλητή ΘΥΠ	1,000	0,856**	0,695**
Μεταβλητή ΥΠΕΕ		1,000	0,262**
Μεταβλητή ΕΓΣΕΣ			1,000

** $p<0,01$.

Από τις τιμές του πίνακα 8 προέκυψαν οι παρακάτω παρατηρήσεις:

Μεταξύ των υποπαραγόντων της κλίμακας ΘΥΠ, παρατηρούνται τα εξής: η συσχέτιση ανάμεσα στην μεταβλητή ΥΠΕΕ και της μεταβλητής ΕΓΣΕΣ είναι $\rho=0,262$ επιβεβαιώνοντας ότι μετράει κάτι διαφορετικό από την μεταβλητή ΕΓΣΕΣ. Η συσχέτιση ανάμεσα στην υποκλίμακα ΥΠΕΕ και στην κύρια κλίμακα είναι $\rho=0,856$ και μεταξύ της μεταβλητής ΕΓΣΕΣ και της κύριας κλίμακας είναι $\rho=0,695$. Ο υψηλός βαθμός συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων και της κύριας κλίμακας μας επιβεβαιώνει ότι οι υποκλίμακες είναι παράγοντες του κύριου ερωτηματολογίου και μπορούν να χρησιμοποιηθούν έτσι για την ανάλυση που ακολουθεί.

Οι συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου είναι χαμηλές, επιβεβαιώνοντας ότι αποτελούν κάθε μια ξεχωριστό παράγοντα που καταγράφει ο καθένας κάτι διαφορετικό. Από όλα τα παραπάνω προκύπτει ότι το ερωτηματολόγιο: «*Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών (ΘΥΠ)*», μπορεί να χρησιμοποιηθεί ανεπιφύλακτα για τις ανάγκες αυτής της έρευνας, σύμφωνα με τους περιορισμούς που αναφέρθηκαν παραπάνω.

10.5. Ερωτηματολόγιο: «Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών (ΑΙΔΑ)»

Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το λογισμικό SPSS 26.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Ελέγχθηκε η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου για την κλίμακα ΑΙΔΑ με το συντελεστή Cronbach's alpha, $\alpha=0,757$, τιμή που προσδίδει αποδεκτή αξιοπιστία στο ερωτηματολόγιο.

10.5.1. Εσωτερική δομή του ερωτηματολογίου

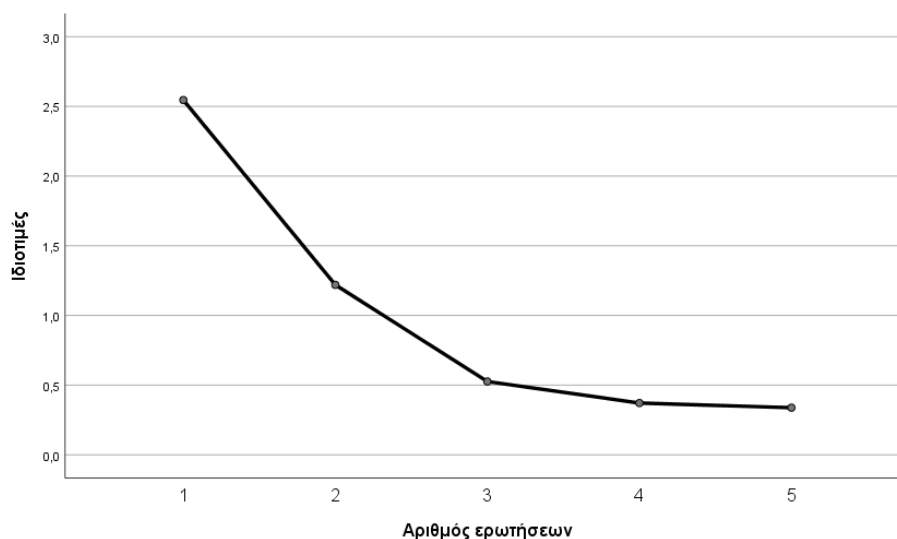
Η παραγοντική ανάλυση μάς δίνει την εσωτερική δομή ενός ερωτηματολογίου, αν υπάρχουν δηλαδή επιμέρους κλίμακες, καθώς και την σχέση μεταξύ τους. Έγινε διερευνητική παραγοντική ανάλυση χωρίς τον ορισμό ενός παράγοντα. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των κυρίων συνιστωσών (Principal Component Analysis) για τις συσχετίσεις των δεκατριών μεταβλητών – ερωτήσεων. Το κριτήριο για την διαπίστωση του αριθμού των παραγόντων είναι οι ιδιοτιμές τους να είναι πάνω από την μονάδα.

Πριν από την παραγοντική ανάλυση εξετάστηκε αν η συγκεκριμένη τεχνική παραγοντικής ανάλυσης είναι κατάλληλη. Δυο έλεγχοι χρησιμοποιήθηκαν: τον έλεγχο σφαιρικότητας του

Bartlett (1954), όπου απαιτείται η τιμή που προκύπτει για τον έλεγχο να είναι στατιστικά σημαντική και ο έλεγχος K.M.O. (Kaiserr-Meter-Olkin measure of Sampling Adequacy) (Kaiser, 1974), όπου τιμές >0.60 θεωρούνται ικανοποιητικές, αν και κατά τους Κατσή, Σιδερίδη & Εμβαλωτή (2010) για να είναι αξιόπιστη η παραγοντική ανάλυση πρέπει η τιμή K.M.O. να είναι πάνω από 0.80.

Η ορθογώνια περιστροφή των αξόνων με την μέθοδο Varimax έδωσε τα αποτελέσματα που φαίνονται στον πίνακα 9. Ο πρώτος παράγοντας είναι υπεύθυνος για το 50,91% της διακύμανσης και ο δεύτερος για το 24,39%. Ενώ συνολικά προβλέπεται το 75,30% της διακύμανσης. Το διάγραμμα που μας δείχνει ποιοτικά τους παράγοντες (διάγραμμα κρημνού) που εμφανίζονται στην παραγοντική ανάλυση με φόρτιση παραγόντων από 0,35 και άνω, είναι το διάγραμμα 6. Στο διάγραμμα αυτό, το σχήμα και οι ιδιοτιμές των παραγόντων δείχνουν ότι έχουμε δύο κύριους παράγοντες στο ερωτηματολόγιο.

Στον πίνακα 9, οι ερωτήσεις έχουν τοποθετηθεί με αύξουσα σειρά όπως είναι τοποθετημένες στο ερωτηματολόγιο. Έτσι, είναι δυνατό να γίνει η αντιστοίχιση των ερωτήσεων με τους παράγοντες που δομούν το ερωτηματολόγιο.



Διάγραμμα 5: Γράφημα κρημνού για ερωτηματολόγιο «Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών (ΑΙΔΑ)»

Πίνακας 9: Παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου ΑΙΔΑ, χωρίς προκαθορισμένους παράγοντες και φορτίσεις >0.35

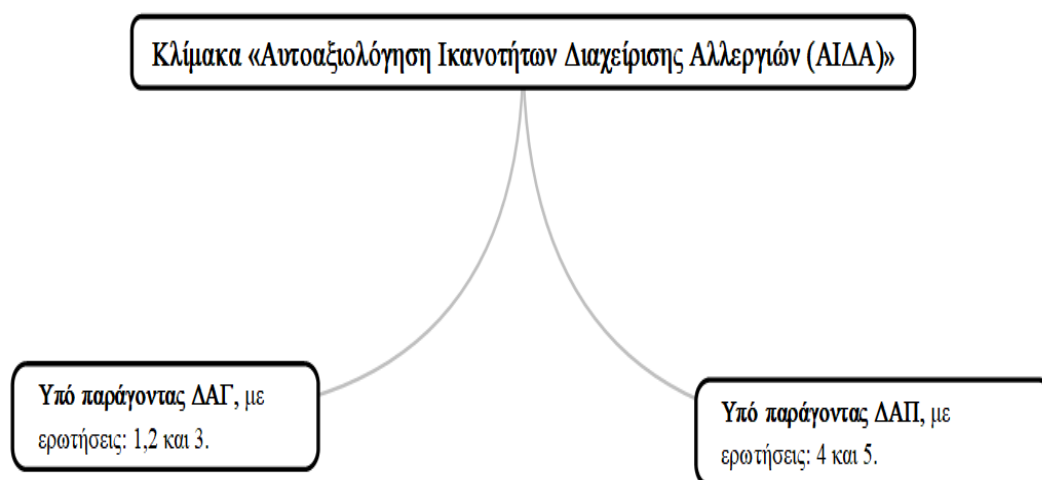
Α/Α	Ερωτήσεις		
		1	2
1	Αισθάνομαι ικανός να αναγνωρίσω τα συμπτώματα της αναφυλαξίας.	,806	,120
2	Αισθάνομαι ικανός να χορηγήσω αδρεναλίνη σε περίπτωση ανάγκης.	,821	,104
3	Αισθάνομαι ικανός να διαχειριστώ μια κρίση άσθματος.	,846	,207
4	Αισθάνομαι ικανός να συνεργαστώ με τους γονείς για τη διαχείριση των αλλεργιών των παιδιών.	,144	,900
5	Αισθάνομαι ικανός να δημιουργήσω ένα ασφαλές περιβάλλον για τα παιδιά με αλλεργίες.	,161	,895
% Διακύμανσης		50,91	24,39

K.M.O.=0,690, Bartlett's Test of Sphericity $\chi^2=267,155$, $df=10$, $p=0,000$ * Με έντονη γραφή δείχνετε η κύρια φόρτιση των ερωτήσεων ανά παράγοντα.

10.5.2. Ερμηνεία αναλύσεων για την εσωτερική δομή του ερωτηματολογίου

Από την ανάλυση των παραπάνω παραμέτρων που αφορούν στην αξιοπιστία και την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου «*Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών (ΑΙΔΑ)*», προκύπτει ότι η χρήση του μπορεί να γίνει αποδεκτή για τις ανάγκες αυτής της έρευνας που αφορούν τον έλεγχο την καταγραφή και την ανάλυση των κυριότερων χαρακτηριστικών στην αυτοεικόνα των φοιτητών για την διαχείριση των αλλεργιών σε παιδιά.

Η παραγοντική ανάλυση τεκμηρίωσε την ύπαρξη υποπαραγόντων στο ερωτηματολόγιο. Ο πρώτος παράγοντας καταγράφει το πεδίο ιδεών με περιεχόμενο: «*Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους (ΔΑΓ)*» και περιέχει τις ερωτήσεις 1,2 και 3, ο δεύτερος καταγράφει το πεδίο ιδεών με περιεχόμενο: «*Διαχείριση αλλεργιών με περιβαλλοντικές παραμέτρους (ΔΑΠ)*» και περιέχει τις ερωτήσεις 4 και 5. Μετά από την ανάλυση αξιοπιστίας των υποκλιμάκων διαπιστώθηκε ότι βέλτιστη κατανομή ερωτήσεων σε κάθε παράγοντα, με συντελεστή Cronbach's alpha, $\alpha=0,785$ για τον ΔΑΓ και $\alpha=0,786$ για τον ΔΑΠ, είναι αυτή που φαίνεται στο σχήμα 2.



Σχήμα 2: Εσωτερική δομή ερωτηματολογίου κλίμακα «Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών (ΑΙΔΑ)»

10.5.3. Έλεγχος συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου «Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών (ΑΙΔΑ)»

Έγινε λοιπόν δίπλευρος έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman's ρ , με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Με τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής συμπληρώθηκε ο παρακάτω πίνακας.

Πίνακας 10: Συντελεστής συσχέτισης μεταξύ υποπαραγόντων του ΑΙΔΑ

	Μεταβλητή ΑΙΔΑ	Μεταβλητή ΔΑΓ	Μεταβλητή ΔΑΠ
Μεταβλητή ΑΙΔΑ	1,000	0,872**	0,735
Μεταβλητή ΔΑΓ		1,000	0,352**
Μεταβλητή ΔΑΠ			1,000

** $p < 0,01$.

Από τις τιμές του πίνακα 10 προέκυψαν οι παρακάτω παρατηρήσεις: η συσχέτιση ανάμεσα στην μεταβλητή ΔΑΓ και της μεταβλητής ΔΑΠ είναι $\rho = 0,352$ επιβεβαιώνοντας ότι μετράει κάτι διαφορετικό από την μεταβλητή ΔΑΠ. Η συσχέτιση ανάμεσα στην υποκλίμακα ΔΑΓ και στην κύρια κλίμακα είναι $\rho = 0,872$ και μεταξύ της μεταβλητής ΔΑΠ και της κύριας

κλίμακας είναι $\rho=0,735$. Ο υψηλός βαθμός συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων και της κύριας κλίμακας μας επιβεβαιώνει ότι οι υποκλίμακες είναι παράγοντες του κύριου ερωτηματολογίου και μπορούν να χρησιμοποιηθούν έτσι για την ανάλυση που ακολουθεί.

Οι συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου είναι χαμηλές, επιβεβαιώνοντας ότι αποτελούν κάθε μια ξεχωριστό παράγοντα που καταγράφει ο καθένας κάτι διαφορετικό. Από όλα τα παραπάνω προκύπτει ότι το ερωτηματολόγιο: «*Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών (ΑΙΔΑ)*», μπορεί να χρησιμοποιηθεί ανεπιφύλακτα για τις ανάγκες αυτής της έρευνας, σύμφωνα με τους περιορισμούς που αναφέρθηκαν παραπάνω.

11. Ευρήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που προέκυψαν στο κεφάλαιο που αφορά στους στόχους της έρευνας, δημιουργούν ερευνητικές υποθέσεις, οι οποίες στη συνέχεια θα ελεγχθούν για την ισχύ τους με στατιστικούς ελέγχους με τη βοήθεια του λογισμικού SPSS 26.0 (statistical package for the social sciences).

Διαχωρίζουμε τα ερευνητικά ευρήματα σε έξι ομάδες:

- σε αυτά που αφορούν το επίπεδο ενημέρωσης και εμπειρίας των φοιτητών σχετικά με αλλεργίες στα παιδιά,
- σε αυτά που αφορούν στις στάσεις των μελλοντικών εκπαιδευτικών απέναντι στη σημασία της παιδικής υγείας στο σχολικό περιβάλλον και στα καθήκοντά τους στις σχολικές μονάδες,
- σε αυτά που αφορούν στις γνώσεις των φοιτητών για τη διαχείριση αλλεργικών καταστάσεων,
- σε αυτά που αφορούν στο πόσο ενήμεροι είναι οι φοιτητές για τις ευθύνες των εκπαιδευτικών και την ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή,
- σε αυτά που αφορούν στο πώς αυτοαξιολογούν οι φοιτητές την ικανότητά τους στη διαχείριση αλλεργικών κρίσεων και
- στα ευρήματα που αφορούν στις αλληλοσυσχετίσεις και αλληλοεπιδράσεις μεταξύ των παραγόντων και υποπαραγόντων ελέγχου.

11.1. Αξιολόγηση του επιπέδου ενημέρωσης των φοιτητών και της Αυτοαξιολόγησης Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών

Τα προπτυχιακά μαθήματα ίσως να αποτελέσουν ένα εργαλείο στην ενημέρωση των φοιτητών σε ό,τι αφορά στις αλλεργίες και είναι πιθανό να τροποποιήσουν την προσέγγιση που έχουν επιλέξει τα άτομα για να ανταποκριθούν στην αντιμετώπιση αλλεργιών κατά την διάρκεια της επαγγελματικής τους ζωής.

Το ερευνητικό ερώτημα που προκύπτει είναι:

Ερ. Α)1: «Διαφέρει η Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους (ΔΑΓ) ανάλογα με την παρακολούθηση σχετικών προπτυχιακών μαθημάτων;»

Έγινε σύγκριση των μέσων όρων της μεταβλητής ΔΑΓ, για κάθε περίπτωση (παρακολούθηση ή όχι προπτυχιακών μαθημάτων) και στη συνέχεια έγινε έλεγχος t για

ανεξάρτητα δείγματα (ndependent samples t- test). Ο έλεγχος αυτός έγινε για να διαπιστωθεί αν οι μέσοι όροι των δυο συνόλων παρατηρήσεων (παρακολούθηση ή όχι μαθήματος), διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ή η διαφορά τους οφείλεται σε τυχαίους παράγοντες.

Από τον πίνακα 11 και τον έλεγχο Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων παρατηρούμε ότι αυτές είναι ίσες καθώς $p=0,772>0,05$ και έτσι θα χρησιμοποιηθεί ο έλεγχος t για ίσες διακυμάνσεις.

Πίνακας 11: Έλεγχος στατιστικής σημασίας διαφορών στους μέσους όρους της ΔΑΓ κατηγορία παρακολούθησης μαθήματος ή όχι

Παράγοντας	Παρακολούθησ η	N	M.O.	S.D.	t	df	P
ΔΑΓ	Ναι	57	2,13	0,83	0,645	170	0,520
	Οχι	11	2,04	0,85			
		5					

Ο μέσος όρος της τιμής ΔΑΓ (M.O.=2,13 με SD=0,83) δεν είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός για όσους παρακολούθησαν προπτυχιακό μάθημα ($t=0,645$, $df=170$, $p=0,520>0,05$, δίπλευρος έλεγχος) από την τιμή της ΔΑΓ για τα άτομα που δεν παρακολούθησαν προπτυχιακό μάθημα (M.O.=2,04 με SD=0,85).

Ένας άλλος παράγοντας που ενδεχομένως να επιδρά και είναι πιθανό να τροποποιήσει την προσέγγιση που έχουν επιλέξει τα άτομα για να ανταποκριθούν στην αντιμετώπιση αλλεργιών κατά την διάρκεια της επαγγελματικής τους ζωής, είναι τα σεμινάρια που έχουν παρακολουθήσει. Το ερευνητικό ερώτημα που προκύπτει είναι:

Ερ. Α)2: «Διαφέρει η Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους (ΔΑΓ) ανάλογα με την παρακολούθηση σχετικών σεμιναρίων;»

Έγινε σύγκριση των μέσων όρων της μεταβλητής ΔΑΓ, για κάθε περίπτωση (παρακολούθηση ή όχι σεμιναρίων) και στη συνέχεια έγινε έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (ndependent samples t- test). Ο έλεγχος αυτός έγινε για να διαπιστωθεί αν οι μέσοι όροι των δυο συνόλων παρατηρήσεων (παρακολούθηση ή όχι σεμιναρίου), διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ή η διαφορά τους οφείλεται σε τυχαίους παράγοντες.

Από τον πίνακα 12 και τον έλεγχο Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων παρατηρούμε ότι αυτές είναι ίσες καθώς $p=0,010<0,05$ και έτσι θα χρησιμοποιηθεί ο έλεγχος t για άνισες διακυμάνσεις.

Πίνακας 12: Έλεγχος στατιστικής σημασίας διαφορών στους μέσους όρους της ΔΑΓ κατηγορία παρακολούθησης σεμιναρίου ή όχι

Παράγοντας	Παρακολούθησ η	N	M.O.	S.D.	t	df	P
ΔΑΓ	Ναι	20	2,61	1,06	2,519	21,819	0,020
	Οχι	15	2,00	0,78			
		2					

Ο μέσος όρος της τιμής ΔΑΓ (M.O.=2,61 με SD=1,06) είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός για όσους παρακολούθησαν κάποιο σεμινάριο ($t=2,519$, $df=21,819$, $p=0,020<0,05$, δίπλευρος έλεγχος) από την τιμή της ΔΑΓ για τα άτομα που δεν παρακολούθησαν σεμινάριο (M.O.=2,00 με SD=0,78).

Ένας άλλος παράγοντας που ενδεχομένως να επιδρά και είναι πιθανό να τροποποιήσει την προσέγγιση που έχουν επιλέξει τα άτομα για να ανταποκριθούν στην αντιμετώπιση αλλεργιών κατά την διάρκεια της επαγγελματικής τους ζωής, είναι η προσωπική εμπειρία από τον εαυτό τους ή συγγενικά πρόσωπα. Το ερευνητικό ερώτημα που προκύπτει είναι:

Ερ. Α)3: «Διαφέρει η Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους (ΔΑΓ) ανάλογα με την προσωπική εμπειρία σε περιστατικά με αλλεργίες στον εαυτό τους ή σε συγγενικό πρόσωπο;»

Έγινε σύγκριση των μέσων όρων της μεταβλητής ΔΑΓ, για κάθε περίπτωση (προσωπική επαφή με περιστατικά ή όχι) και στη συνέχεια έγινε έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples t- test). Ο έλεγχος αυτός έγινε για να διαπιστωθεί αν οι μέσοι όροι των δυο συνόλων παρατηρήσεων (επαφή με περιστατικά ή όχι), διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ή η διαφορά τους οφείλεται σε τυχαίους παράγοντες.

Από τον πίνακα 13 και τον έλεγχο Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων παρατηρούμε ότι αυτές είναι ίσες καθώς $p=0,083>0,05$ και έτσι θα χρησιμοποιηθεί ο έλεγχος t για ίσες διακυμάνσεις.

Πίνακας 13: Έλεγχος στατιστικής σημασίας διαφορών στους μέσους όρους της ΔΑΓ ανά κατηγορία προσωπικής επαφής με περιστατικά ή όχι

Παράγοντας	Επαφή	N	M.O.	S.D.	t	df	P
ΔΑΓ	Ναι	11	2,17	0,87	2,219	170	0,028
		1					
	Όχι	61	1,88	0,76			

Ο μέσος όρος της τιμής ΔΑΓ (M.O.=2,17 με SD=0,87) είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός για όσους έχουν κάποια προσωπική εμπειρία ($t=2,219$, $df=170$, $p=0,028<0,05$, δίπλευρος έλεγχος) από την τιμή της ΔΑΓ για τα άτομα που δεν έχουν προσωπική εμπειρία (M.O.=1,88 με SD=0,76).

Ένας άλλος παράγοντας που ενδεχομένως να επιδρά και είναι πιθανό να τροποποιήσει την προσέγγιση που έχουν επιλέξει τα άτομα για να ανταποκριθούν στην αντιμετώπιση αλλεργιών κατά την διάρκεια της επαγγελματικής τους ζωής, είναι η προσωπική εμπειρία από περιστατικά σε μαθητές κατά την διάρκεια των πρακτικών ασκήσεων σε σχολικές μονάδες. Το ερευνητικό ερώτημα που προκύπτει είναι:

Ερ. Α)4: «Διαφέρει η Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους (ΔΑΓ) ανάλογα με την προσωπική εμπειρία σε περιστατικά με αλλεργίες σε μαθητές;»

Έγινε σύγκριση των μέσων όρων της μεταβλητής ΔΑΓ, για κάθε περίπτωση (προσωπική επαφή με περιστατικά μαθητών ή όχι) και στη συνέχεια έγινε έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples t - test). Ο έλεγχος αυτός έγινε για να διαπιστωθεί αν οι μέσοι όροι των δυο συνόλων παρατηρήσεων (επαφή με περιστατικά μαθητών ή όχι), διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ή η διαφορά τους οφείλεται σε τυχαίους παράγοντες.

Από τον πίνακα 14 και τον έλεγχο Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων παρατηρούμε ότι αυτές είναι ίσες καθώς $p=0,024<0,05$ και έτσι θα χρησιμοποιηθεί ο έλεγχος t για άνισες διακυμάνσεις.

Πίνακας 14: Έλεγχος στατιστικής σημασίας διαφορών στους μέσους όρους της ΔΑΓ ανα κατηγορία προσωπικής επαφής με περιστατικά μαθητών ή όχι

Παράγοντας	Επαφή	N	M.O.	S.D.	t	df	P
ΔΑΓ	Ναι	26	2,37	1,02	1,687	30,667	0,102
	Όχι	14	2,02	0,80			
		6					

Ο μέσος όρος της τιμής ΔΑΓ (M.O.=2,37 με SD=1,02) δεν είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός για όσους έχουν κάποια προσωπική εμπειρία σε σχολικές μονάδες ($t=1,687$, $df=30,667$, $p=0,102>0,05$, δίπλευρος έλεγχος) από την τιμή της ΔΑΓ για τα άτομα που δεν έχουν προσωπική εμπειρία σε σχολικές μονάδες (M.O.=2,02 με SD=0,80).

11.2. Αξιολόγηση των μελλοντικών εκπαιδευτικών στις στάσεις

Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών και στα καθήκοντά τους

Η γνώση των καθηκόντων ίσως να αποτελέσουν ένα εργαλείο στην στάση των φοιτητών σε ό,τι αφορά στις αλλεργίες και είναι πιθανό να τροποποιήσουν την στάση που έχουν επιλέξει τα άτομα για να ανταποκριθούν στην άποψη ότι η υγεία των παιδιών είναι πρωταρχικής σημασίας και υπάρχει η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στις Πρώτες Βοήθειες (παράγοντας ΥΠΕΕ) και στην αντιμετώπιση αλλεργιών κατά την διάρκεια της επαγγελματικής τους ζωής,

Το ερευνητικό ερώτημα που προκύπτει είναι:

Ερ. Β)1: «Διαφέρει η στάση του ατόμου στον παράγοντα ΥΠΕΕ, ανάλογα με την γνώση των καθηκόντων των εκπαιδευτικών στην σχολική μονάδα;»

Έγινε σύγκριση των μέσων όρων για κάθε φύλο και στη συνέχεια έγινε έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples t - test). Ο έλεγχος αυτός έγινε για να διαπιστωθεί αν οι μέσοι όροι των δυο συνόλων παρατηρήσεων (γνωρίζω ή όχι τα καθήκοντα μου ως

εκπαιδευτικός), διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ή η διαφορά τους οφείλεται σε τυχαίους παράγοντες.

Από τον πίνακα 15 και τον έλεγχο Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων παρατηρούμε ότι αυτές είναι ίσες καθώς $p=0,458>0,05$ και έτσι θα χρησιμοποιηθεί ο έλεγχος t για ίσες διακυμάνσεις.

Πίνακας 15: Έλεγχος στατιστικής σημασίας διαφορών στους μέσους όρους στον παράγοντα ΥΠΕΕ ανά κατηγορία γνώσης καθηκόντων

Παράγοντας	Γνώση	N	M.O.	S.D.	t	df	P
ΥΠΕΕ	Ναι	11	4,60	0,39	0,794	170	0,429
		7					
	Όχι	55	4,55	0,34			

Ο μέσος όρος της τιμής ΥΠΕΕ για όσους έχουν γνώση των καθηκόντων ($M.O.=4,60$ με $SD=0,39$) δεν είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός ($t=0,794$, $df=170$, $p=0,429>0,05$, δίπλευρος έλεγχος) από την τιμή του παράγοντα ΥΠΕΕ για τα άτομα που δεν έχουν γνώση των καθηκόντων ($M.O.=4,55$ με $SD=0,34$).

Ένας άλλος παράγοντας που ενδεχομένως να επιδρά στην ΥΠΕΕ των ατόμων είναι η αίσθηση για το καθήκον παροχής πρώτων βοηθειών σε μαθητές.

Το ερευνητικό ερώτημα που προκύπτει είναι:

Ερ. Β)2: «Διαφέρει η στάση του ατόμου στον παράγοντα ΥΠΕΕ, ανάλογα με την γνώση των καθηκόντων των εκπαιδευτικών για παροχή πρώτων βοηθειών στην σχολική μονάδα;»

Η ανάλυση διακύμανσης ANOVA των δεδομένων της έρευνας, μεταξύ του παράγοντα ΥΠΕΕ και της γνώσης η όχι των καθηκόντων ως εκπαιδευτικός στις Πρώτες Βοήθειες στους μαθητές, έδωσε αποτελέσματα για τον έλεγχο Levene ίση με $p=0,209$. Η επίδραση συνολικά της γνώσης της υποχρέωσης για παροχή Πρώτων Βοηθειών δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική, $F_{2,169}=1,692$, $p=0,187>0,05$. Ο παράγοντας ΥΠΕΕ δεν διαφέρει ανάλογα με τη γνώση της υποχρέωσης για παροχή πρώτων βοηθειών.

Σε κάθε περίπτωση ο μέσος όρος της τιμής ΥΠΕΕ, για όσους έχουν γνώση των καθηκόντων ($M.O.=4,60$ με $SD=0,39$) και από την τιμή του παράγοντα ΥΠΕΕ για τα άτομα που δεν

έχουν γνώση των καθηκόντων ($M.O.=4,55$ με $SD=0,34$), ή ο μέσος όρος της τιμής ΥΠΕΕ για όσους έχουν γνώση των καθηκόντων για Πρώτες Βοήθειες ($M.O.=4,59$ με $SD=0,37$) και από την τιμή του παράγοντα ΥΠΕΕ για τα άτομα που δεν έχουν γνώση των καθηκόντων για Πρώτες Βοήθειες ($M.O.=4,82$ με $SD=0,36$) ή ο μέσος όρος της τιμής ΥΠΕΕ για όσους δεν πιστεύουν ότι στα καθήκοντά τους είναι και η παροχή Πρώτων Βοηθειών ($M.O.=4,47$ με $SD=0,43$, είναι υψηλός στην πενταβάθμια κλίμακα. Αυτό σημαίνει ότι η πλειοψηφία θεωρεί την υγεία των παιδιών πρωταρχικής σημασίας και πιστεύει στην αναγκαιότητα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στις Πρώτες Βοήθειες. Αυτή η άποψη των εκπαιδευτικών δεν διαφέρει όμως ανάλογα με την γνώση των εκπαιδευτικών για τα καθήκοντά τους.

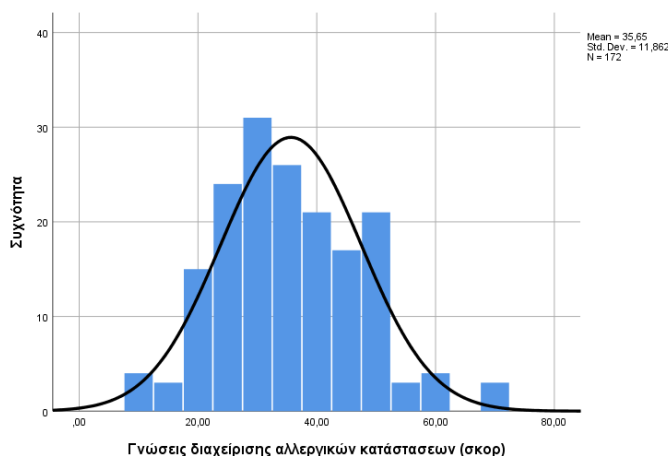
11.3. Αξιολόγηση στην ενότητα γνώσεων των φοιτητών για τη διαχείριση αλλεργικών καταστάσεων

Η γνώση των φοιτητών στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των αλλεργιών ίσως να αποτελέσουν ένα εργαλείο στην στάση των φοιτητών σε ό,τι αφορά στις αλλεργίες και είναι πιθανό να τροποποιήσουν την στάση που έχουν επιλέξει τα άτομα για να ανταποκριθούν στην διαχείριση πραγματικών καταστάσεων στο μέλλον.

Το ερευνητικό ερώτημα που προκύπτει είναι:

Ερ. Γ)1: «Ποια είναι η υπάρχουσα κατάσταση σε ό,τι αφορά στις γνώσεις για την διαχείριση των αλλεργικών καταστάσεων στην σχολική μονάδα;»

Από την ανάλυση της μέσης τιμής των 172 ατόμων που συμμετείχαν για τον παράγοντα αυτό προέκυψε το διάγραμμα 6 με την ανάλυση συχνοτήτων και την επικαλύπτουσα καμπύλη κανονικής κατανομής.



Διάγραμμα 6: Ερωτηματολόγιο: «Γνώσεις διαχείρισης αλλεργικών καταστάσεων»

Από τον παρακάτω πίνακα 16 διαπιστώνουμε ότι σε ποσοστό 66,9% οι φοιτητές ή δεν θεωρούν τον εαυτό τους ή ότι δεν γνωρίζουν αρκετά για τη διαχείριση μιας κατάστασης αλλεργικού περιστατικού στην σχολική μονάδα.

Πίνακας 16: Πίνακας συχνοτήτων κλάσεων ερωτηματολογίου «Γνώσεις διαχείρισης αλλεργικών καταστάσεων»

Γνώσεις διαχείρισης αλλεργικών καταστάσεων	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα %	Αθροιστική συχνότητα %
0-22 βαθμούς, Άγνοια	52	30,2	30,2
23-44 βαθμούς, Μέτρια γνώση	63	36,6	66,9
45-66 βαθμούς, Καλή γνώση	50	29,1	95,9
67-88 βαθμούς, Πολύ καλή γνώση.	7	4,1	100,0
Σύνολο:	172	100	

Η μέση τιμή που προέκυψε από τις απαντήσεις είναι $M.O.=35,65$ και $SD= 11,86$, είναι μικρή σε σχέση με το μέγιστο σκορ των 88. Αυτό σημαίνει ότι το δείγμα μας έχει μέτρια γνώση για την διαχείριση των αλλεργικών περιστατικών (κατηγορία 23-44 βαθμούς).

11.4. Αξιολόγηση στην ενότητα γνώσεων των φοιτητών για το θεσμό του σχολικού νοσηλευτή

Η γνώση των φοιτητών για το θεσμό του σχολικού νοσηλευτή ίσως να αποτελέσει ένα εργαλείο στην στάση των φοιτητών σε ό,τι αφορά στις αλλεργίες και είναι πιθανό να τροποποιήσουν την στάση που έχουν επιλέξει τα άτομα για να ανταποκριθούν στην διαχείριση πραγματικών καταστάσεων στο μέλλον.

Το ερευνητικό ερώτημα που προκύπτει είναι:

Ερ. Δ)1: «Ποια είναι η υπάρχουσα κατάσταση σε ό,τι αφορά στην ενημέρωση για το θεσμό του σχολικού νοσηλευτή στην σχολική μονάδα;»

Από την ανάλυση των απαντήσεων των 172 ατόμων που συμμετείχαν για τον παράγοντα αυτό προέκυψε ο πίνακας 17 με την ανάλυση συχνοτήτων και ποσοστών ανά κατηγορία.

Πίνακας 17: Πίνακας συχνοτήτων απαντήσεων στην ερώτηση «ενημέρωση για το θεσμό του σχολικού νοσηλευτή στην σχολική μονάδα»

Ενημερότητα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα %	Αθροιστικ ή συχνότητα %
Ναι	81	47,1	47,1
Όχι	74	43,0	90,1
Δεν γνωρίζω	17	9,9	100
Σύνολο:	172	100	

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι σε ποσοστό 52,9% οι φοιτητές ή δεν γνωρίζουν για το θεσμό του σχολικού νοσηλευτή ή δεν έχουν ενημερωθεί σχετικά με την λειτουργία του.

Οι γνώσεις των φοιτητών για τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες του εκπαιδευτικού στο σχολικό περιβάλλον ίσως να αποτελέσουν ένα εργαλείο στην στάση των φοιτητών σε ό,τι αφορά στις αλλεργίες και είναι πιθανό να τροποποιήσουν την στάση που έχουν επιλέξει τα άτομα για να ανταποκριθούν στην διαχείριση πραγματικών καταστάσεων στο μέλλον.

Το ερευνητικό ερώτημα που προκύπτει είναι:

Ερ. Δ)2: «Ποια είναι η υπάρχουσα κατάσταση σε ό,τι αφορά στην ενημέρωση για το καθήκοντα και τις αρμοδιότητες του εκπαιδευτικού στην σχολική μονάδα;»

Από την ανάλυση των απαντήσεων των 172 ατόμων που συμμετείχαν για τον παράγοντα αυτό προέκυψε ο πίνακας 18 με την ανάλυση συχνοτήτων και ποσοστών ανά κατηγορία.

Πίνακας 18: Πίνακας συχνοτήτων απαντήσεων στην ερώτηση «ενημέρωση για το καθήκοντα και τις αρμοδιότητες του εκπαιδευτικού στην σχολική μονάδα»

Ενημερότητα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα %	Αθροιστικ ή συχνότητα %
Ναι	117	68,0	68,0
Όχι	55	32,0	100
Σύνολο:	172	100	

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι σε ποσοστό 68,0% οι φοιτητές γνωρίζουν για τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες σχετικά με την λειτουργία του εκπαιδευτικού στην σχολική μονάδα.

Η άποψη των φοιτητών για την υποχρέωση του εκπαιδευτικού στο σχολικό περιβάλλον να παρέχει Πρώτες Βοήθειες αν χρειαστεί, ίσως να αποτελέσει ένα εργαλείο στην στάση των φοιτητών σε ό,τι αφορά στις αλλεργίες και είναι πιθανό να τροποποιήσει την στάση που

έχουν επιλέξει τα άτομα για να ανταποκριθούν στην διαχείριση πραγματικών καταστάσεων στο μέλλον.

Το ερευνητικό ερώτημα που προκύπτει είναι:

Ερ. Δ)3: «Ποια είναι η υπάρχουσα κατάσταση σε ό,τι αφορά στην άποψη για την υποχρέωση παροχής Πρώτων Βοηθειών του εκπαιδευτικού στην σχολική μονάδα;»

Από την ανάλυση των απαντήσεων των 172 ατόμων που συμμετείχαν για τον παράγοντα αυτό προέκυψε ο πίνακας 19 με την ανάλυση συχνοτήτων και ποσοστών ανά κατηγορία.

Πίνακας 19: Πίνακας συχνοτήτων απαντήσεων στην ερώτηση «υποχρέωση παροχής πρώτων βοηθειών του εκπαιδευτικού στην σχολική μονάδα»

Υποχρέωση παροχής ΠΒ	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα %	Αθροιστική ή συχνότητα %
Ναι	149	86,6	86,6
Όχι	4	2,3	88,9
Δεν γνωρίζω	19	11,1	100
Σύνολο:	172	100	

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι σε ποσοστό 86,6% οι φοιτητές/τριες γνωρίζουν για την υποχρέωση ως εκπαιδευτικοί της παροχής Πρώτων Βοηθειών κατά την λειτουργία του εκπαιδευτικού στην σχολική μονάδα.

11.5. Αυτοαξιολόγηση στην ικανότητα διαχείρισης των φοιτητών σε αλλεργίες

Η αντίληψη των φοιτητών/τριών για την ικανότητά τους να ανταπεξέλθουν σε καταστάσεις διαχείρισης αλλεργιών ίσως να αποτελέσει ένα εργαλείο στην στάση των φοιτητών/τριών σε

ό,τι αφορά στις αλλεργίες και είναι πιθανό να τροποποιήσουν την στάση που έχουν επιλέξει τα άτομα για να ανταποκριθούν στην διαχείριση πραγματικών καταστάσεων στο μέλλον.

Το ερευνητικό ερώτημα που προκύπτει είναι:

Ερ. Ε)1: «Ποια είναι η υπάρχουσα κατάσταση σε ό,τι αφορά στην ικανότητα διαχείρισης αλλεργιών στην σχολική μονάδα (ΔΑΓ);»

Από την ανάλυση των απαντήσεων των 172 ατόμων που συμμετείχαν για τον παράγοντα ΔΑΓ προέκυψε ο πίνακας 20 με την ανάλυση συχνοτήτων και ποσοστών ανά κατηγορία.

Πίνακας 20: Πίνακας συχνοτήτων απαντήσεων στην ερώτηση «ικανότητα διαχείρισης αλλεργιών στην σχολική μονάδα (ΔΑΓ)»

Ικανότητα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα %	Αθροιστική συχνότητα %
Καθόλου ικανός	53	30,8	30,8
Λίγο ικανός	56	32,6	63,4
Μέτρια ικανός	43	25,0	88,4
Αρκετά ικανός	18	10,5	98,8
Πολύ ικανός	2	1,2	100,0
Σύνολο:	172	100	

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι σε ποσοστό 88,4% οι φοιτητές δεν θεωρούν τον εαυτό τους αρκετά ικανό σε γνώσεις να διαχειριστούν μια κατάσταση αλλεργικού περιστατικού στην σχολική μονάδα. Η μέση τιμή στην πενταβάθμια κλίμακα είναι Μ.Ο.=2,07 με SD=0,84.

11.6. Αξιολόγηση συσχετίσεων μεταξύ κλιμάκων και υποκλιμάκων της έρευνας για τις «Στάσεις και γνώσεις φοιτητών/τριών των Παιδαγωγικών Τμημάτων σχετικά με την αντιμετώπιση των αλλεργικών αντιδράσεων των παιδιών»

Η στάση του ατόμου και των παρανοήσεων που πιθανόν να την ορίζουν και οι γνώσεις των ατόμων του δείγματος για τις αλλεργίες και την διαχείρισή τους, αποτελεί σημαντικό πεδίο ελέγχου σε αυτήν την έρευνα. Καθώς οι στάσεις των ατόμων είναι πιθανό να τροποποιήσουν την προσέγγιση που έχουν επιλέξει τα άτομα για να ανταπεξέλθουν σε καταστάσεις εκδήλωσης αλλεργίας στο σχολικό περιβάλλον.

11.6.1. Αξιολόγηση συσχετίσεων των κλιμάκων και υποκλιμάκων της ενότητας 2 του ερωτηματολογίου με άλλους παράγοντες

Το ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν είναι:

Ερ. ΣΤ)1: «Σχετίζονται οι Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών (ΘΥΠ) με τις Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά (ΓΔΑΑΠ);»

Έγινε δίπλευρος έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman's ρ , με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Η τιμή στατιστικής σημαντικότητας βρέθηκε $0,027 < 0,05$ με $\rho = 0,168$. Σχετίζεται λοιπόν η μεταβλητή ΘΥΠ με τις Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά.

Ερ. ΣΤ)2: «Σχετίζονται οι Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών (ΘΥΠ) με την Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών (ΑΙΔΑ);»

Έγινε δίπλευρος έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman's ρ , με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Η τιμή στατιστικής σημαντικότητας βρέθηκε $0,000 < 0,05$ με $\rho = 0,268$. Σχετίζεται λοιπόν η μεταβλητή ΘΥΠ με την Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών (ΑΙΔΑ).

Ερ. ΣΤ)3: «Σχετίζονται οι Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών (ΘΥΠ) με την Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους (ΔΑΓ);»

Έγινε δίπλευρος έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman's ρ , με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Η τιμή στατιστικής σημαντικότητας βρέθηκε $0,042 < 0,05$ με $\rho = 0,155$. Σχετίζεται λοιπόν η μεταβλητή ΘΥΠ με την Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους (ΔΑΓ).

Ερ. ΣΤ)4: «Σχετίζονται οι Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών (ΘΥΠ) με την Διαχείριση αλλεργιών με περιβαλλοντικές παραμέτρους (ΔΑΠ);»

Έγινε δίπλευρος έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman's ρ , με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Η τιμή στατιστικής σημαντικότητας βρέθηκε $0,000 < 0,05$ με $\rho = 0,316$. Σχετίζεται λοιπόν η μεταβλητή ΘΥΠ με την Διαχείριση αλλεργιών με περιβαλλοντικές παραμέτρους (ΔΑΠ).

Ερ. ΣΤ)5: «Σχετίζονται η άποψη ότι η υγεία των παιδιών είναι πρωταρχικής σημασίας και υπάρχει η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στις πρώτες βοήθειες (ΥΠΕΕ) με τις Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά (ΓΔΑΑΠ);»

Έγινε δίπλευρος έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman's ρ , με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Η τιμή στατιστικής σημαντικότητας βρέθηκε $0,045 < 0,05$ με $\rho = 0,153$. Σχετίζεται λοιπόν η μεταβλητή ΥΠΕΕ με τις Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά (ΓΔΑΑΠ).

Ερ. ΣΤ)6: «Σχετίζονται η άποψη ότι η υγεία των παιδιών είναι πρωταρχικής σημασίας και υπάρχει η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στις πρώτες βοήθειες (ΥΠΕΕ) με την Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών (ΑΙΔΑ);»

Έγινε δίπλευρος έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman's ρ , με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Η τιμή στατιστικής σημαντικότητας βρέθηκε $0,010 < 0,05$ με $\rho = 0,196$. Σχετίζεται λοιπόν η μεταβλητή ΥΠΕΕ με την Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών (ΑΙΔΑ).

Ερ. ΣΤ)7: «Σχετίζονται η άποψη ότι η υγεία των παιδιών είναι πρωταρχικής σημασίας και υπάρχει η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στις πρώτες βοήθειες (ΥΠΕΕ) με την Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους (ΔΑΓ);»

Έγινε δίπλευρος έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman's ρ , με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Η τιμή στατιστικής σημαντικότητας βρέθηκε $0,100 > 0,05$. Δεν σχετίζεται λοιπόν η μεταβλητή ΥΠΕΕ με την Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους (ΔΑΓ).

Ερ. ΣΤ)8: «Σχετίζονται η άποψη ότι η υγεία των παιδιών είναι πρωταρχικής σημασίας και υπάρχει η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στις πρώτες βοήθειες (ΥΠΕΕ) με την Διαχείριση αλλεργιών με περιβαλλοντικές παραμέτρους (ΔΑΠ);»

Έγινε δίπλευρος έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman's ρ , με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Η τιμή στατιστικής σημαντικότητας βρέθηκε $0,001 < 0,05$ με $\rho = 247$. Σχετίζεται λοιπόν η μεταβλητή ΥΠΕΕ με την Διαχείριση αλλεργιών με περιβαλλοντικές παραμέτρους (ΔΑΠ).

Ερ. ΣΤ)9: «Σχετίζονται η άποψη ότι η επάρκεια γνώσεων και συνθηκών εκπαιδευτικών και σχολικού περιβάλλοντος στα θέματα υγείας των παιδιών (ΕΓΣΕΣ) με τις Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά (ΓΔΑΑΠ);»

Έγινε δίπλευρος έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman's ρ , με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Η τιμή στατιστικής σημαντικότητας βρέθηκε $0,75 > 0,05$. Δεν σχετίζεται λοιπόν η μεταβλητή ΕΓΣΕΣ με τις Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά (ΓΔΑΑΠ).

Ερ. ΣΤ)10: «Σχετίζονται η άποψη ότι η επάρκεια γνώσεων και συνθηκών εκπαιδευτικών και σχολικού περιβάλλοντος στα θέματα υγείας των παιδιών (ΕΓΣΕΣ) με την Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών (ΑΙΔΑ);»

Έγινε δίπλευρος έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman's ρ , με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Η τιμή στατιστικής σημαντικότητας βρέθηκε $0,002 < 0,05$ με $\rho = 0,237$. Σχετίζεται λοιπόν η μεταβλητή ΕΓΣΕΣ με την Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών (ΑΙΔΑ).

Ερ. ΣΤ)11: «Σχετίζονται η άποψη ότι η επάρκεια γνώσεων και συνθηκών εκπαιδευτικών και σχολικού περιβάλλοντος στα θέματα υγείας των παιδιών (ΕΓΣΕΣ) με την Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους (ΔΑΓ);»

Έγινε δίπλευρος έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman's ρ , με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Η τιμή στατιστικής σημαντικότητας βρέθηκε $0,047 < 0,05$ με $\rho = 0,152$. Σχετίζεται λοιπόν η μεταβλητή ΕΓΣΕΣ με την Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους (ΔΑΓ).

Ερ. ΣΤ)12: «Σχετίζονται η άποψη ότι η επάρκεια γνώσεων και συνθηκών εκπαιδευτικών και σχολικού περιβάλλοντος στα θέματα υγείας των παιδιών (ΕΓΣΕΣ) με την Διαχείριση αλλεργιών με περιβαλλοντικές παραμέτρους (ΔΑΠ);»

Έγινε δίπλευρος έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman's ρ , με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Η τιμή στατιστικής σημαντικότητας βρέθηκε $0,001 < 0,05$ με $\rho = 0,248$. Σχετίζεται λοιπόν η μεταβλητή ΕΓΣΕΣ με την Διαχείριση αλλεργιών με περιβαλλοντικές παραμέτρους (ΔΑΠ).

11.6.2. Αξιολόγηση συσχετίσεων των κλιμάκων και υποκλιμάκων της ενότητας 5 του ερωτηματολογίου με άλλους παράγοντες

Τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν είναι:

Ερ. ΣΤ)13: «Σχετίζεται η Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών (ΑΙΔΑ) με τις Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά (ΓΔΑΑΠ);»

Έγινε δίπλευρος έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman's ρ , με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Η τιμή στατιστικής σημαντικότητας βρέθηκε $0,000 < 0,05$ με $\rho = 0,437$. Σχετίζεται λοιπόν η μεταβλητή ΑΙΔΑ με τις Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά.

Ερ. ΣΤ)14: «Σχετίζεται η Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους (ΔΑΓ) με τις Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά (ΓΔΑΑΠ);»

Έγινε δίπλευρος έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman's ρ , με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Η τιμή στατιστικής σημαντικότητας βρέθηκε $0,000 < 0,05$ με $\rho = 0,458$. Σχετίζεται λοιπόν η μεταβλητή ΔΑΓ με τις Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά.

Ερ. ΣΤ)15: «Σχετίζεται η Διαχείριση αλλεργιών με περιβαλλοντικές παραμέτρους (ΔΑΠ) με τις Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά (ΓΔΑΑΠ);»

Έγινε δίπλευρος έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman's ρ , με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Η τιμή στατιστικής σημαντικότητας βρέθηκε $0,006 < 0,05$ με $\rho = 0,210$. Σχετίζεται λοιπόν η μεταβλητή ΔΑΠ με τις Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά.

12. Συζήτηση

Στο παρελθόν έχουν αναλυθεί αρκετά οι στάσεις και αντιλήψεις των εν ενεργεία εκπαιδευτικών στο θέμα της αντιμετώπισης των κρίσιμων καταστάσεων στην σχολική μονάδα, από τους εκπαιδευτικούς. Η έρευνά μας έρχεται να επιβεβαιώσει ή όχι ευρήματα από προηγούμενες έρευνες, να αναδείξει νέα δεδομένα και ερευνητικά ερωτήματα που στο μέλλον θα αναλυθούν από ερευνητές και να καλύψει ένα ερευνητικό κενό στην προσπάθεια για ολιστική αντιμετώπιση των αλλεργικών περιπτώσεων μαθητών στο σχολικό περιβάλλον. Η έρευνα μας ολοκληρώθηκε τον Ιούνιο του 2025.

Σε διάφορες χώρες και σε διαφορετικές χρονικές στιγμές έχει αποτυπωθεί η γνωστική ανεπάρκεια των εκπαιδευτικών και η τροποποίηση της στάσης τους στο παραπάνω θέμα ανάλογα με την ενημέρωσή τους και την προϋπηρεσία στο χώρο της εκπαίδευσης (Gagliardi et al., 1994, Baser, Coban, Tasci, Sungur, & Bayat, 2007, Van Hecke et al. 2022, (Ercan et al., 2012, Kellogg et al., 2021, Parim, 2015). Διαπίστωση που επιβεβαιώθηκε και στην έρευνά μας αφού το δείγμα μας έχει μέτρια γνώση για την διαχείριση των αλλεργικών περιστατικών (κατηγορία 23-44 βαθμούς). Ενώ ο μέσος όρος της τιμής της μεταβλητής «Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους» (ΔΑΓ) (Μ.Ο.=2,61 με SD=1,06) είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός για όσους παρακολούθησαν κάποιο σεμινάριο από την τιμή της ΔΑΓ για τα άτομα που δεν παρακολούθησαν σεμινάριο (Μ.Ο.=2,00 με SD=0,78), όπως παρατηρείται και διεθνώς (Van Hecke et al. 2022).

Παρότι ο μέσος όρος της τιμής ΔΑΓ (Μ.Ο.=2,13 με SD=0,83) δεν είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός για όσους παρακολούθησαν προπτυχιακό μάθημα από την τιμή της ΔΑΓ για τα άτομα που δεν παρακολούθησαν προπτυχιακό μάθημα (Μ.Ο.=2,04 με SD=0,85), ο μέσος όρος της τιμής ΔΑΓ (Μ.Ο.=2,17 με SD=0,87) είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός για όσους έχουν κάποια προσωπική εμπειρία από την τιμή της ΔΑΓ για τα άτομα που δεν έχουν προσωπική εμπειρία (Μ.Ο.=1,88 με SD=0,76). Ενώ αντίθετα ο μέσος όρος της τιμής ΔΑΓ (Μ.Ο.=2,37 με SD=1,02) δεν είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός για όσους έχουν κάποια προσωπική εμπειρία σε σχολικές μονάδες από την τιμή της Διαχείρισης αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους (ΔΑΓ) για τα άτομα που δεν έχουν προσωπική εμπειρία σε σχολικές μονάδες (Μ.Ο.=2,02 με SD=0,80). Διαπιστώνουμε, επίσης, ότι σε ποσοστό 88,4% οι φοιτητές δεν θεωρούν τον εαυτό τους αρκετά ικανό σε γνώσεις να διαχειριστούν μια κατάσταση αλλεργικού περιστατικού στην σχολική μονάδα. Η μέση τιμή στην πενταβάθμια κλίμακα είναι Μ.Ο.=2,07 με SD=0,84.

Η πλειοψηφία θεωρεί την υγεία των παιδιών πρωταρχικής σημασίας και πιστεύει στην αναγκαιότητα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στις Πρώτες Βοήθειες. Αυτή η άποψη των εκπαιδευτικών δεν διαφέρει όμως ανάλογα με την γνώση των εκπαιδευτικών για τα καθήκοντά τους. Επίσης σε ποσοστό 68,0% οι φοιτητές γνωρίζουν για τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες σχετικά με την λειτουργία του εκπαιδευτικού στην σχολική μονάδα. Επιπρόσθετα διαπιστώνουμε ότι σε ποσοστό 86,6% οι φοιτητές γνωρίζουν για την υποχρέωση ως εκπαιδευτικοί της παροχής πρώτων βοηθειών κατά την λειτουργία του εκπαιδευτικού στην σχολική μονάδα. Ενώ σε ποσοστό 52,9% οι φοιτητές ή δεν γνωρίζουν για το θεσμό του σχολικού νοσηλευτή ή δεν έχουν ενημερωθεί σχετικά με την λειτουργία του. Παρόλα αυτά ο μέσος όρος της τιμής «Η υγεία των παιδιών είναι πρωταρχικής σημασίας και υπάρχει η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στις πρώτες βοήθειες» (ΥΠΕΕ) για όσους έχουν γνώση των καθηκόντων ($M.O.=4,60$ με $SD=0,39$) δεν είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός από την τιμή του παράγοντα ΥΠΕΕ για τα άτομα που δεν έχουν γνώση των καθηκόντων ($M.O.=4,55$ με $SD=0,34$). Αποτελέσματα που συμφωνούν με άλλες έρευνες καθώς κατά τον Parim, (2015), οι εν ενεργεία εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είχαν περισσότερες γνώσεις για τις πρώτες βοήθειες σε σχέση με τους φοιτητές. Σε χαμηλό ποσοστό γνώσεων κατέταξε και η μελέτη από τους Li et al., (2012) στη Σαγκάη που αφορούσε την αξιολόγηση των γνώσεων και των στάσεων στις πρώτες βοήθειες για παιδιά προσχολικής ηλικίας από το προσωπικό των σχολικών μονάδων.

Από τους Pais-Roldán et al., (2022), διαπιστώθηκε ότι μετά την παρακολούθηση σεμιναρίου οι φοιτητές απέκτησαν αυξημένη αυτοπεποίθηση στην ικανότητα παρέμβασης επειγουσών καταστάσεων και μάλιστα δήλωσαν ότι αισθάνονταν έτοιμοι να διδάξουν και στους μαθητές τους πρώτες βοήθειες, εύρημα που επιβεβαιώθηκε και από την έρευνά μας καθώς διαπιστώθηκε χαμηλή αλλά υπαρκτή συσχέτιση μεταξύ των «Στάσεων Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών» (ΘΥΠ) με τις «Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά» (ΓΔΑΑΠ). Εύρημα που ενισχύεται με την μέση συσχέτιση της μεταβλητής «Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών» (ΘΥΠ) με την «Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών» (ΑΙΔΑ), αλλά και από την ύπαρξη χαμηλής συσχέτισης της μεταβλητής ΘΥΠ με την Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους (ΔΑΓ). Επιπρόσθετα ενισχύεται από το εύρημα της υψηλής συσχέτισης της μεταβλητής «Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών» (ΑΙΔΑ) με τις «Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά» (ΓΔΑΑΠ). Δεν σχετίζονται όμως η άποψη ότι η

υγεία των παιδιών είναι πρωταρχικής σημασίας και υπάρχει η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στις πρώτες βοήθειες (ΥΠΕΕ) με την Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικούς παραμέτρους (ΔΑΓ), όπως και η άποψη ότι η επάρκεια γνώσεων και συνθηκών εκπαιδευτικών και σχολικού περιβάλλοντος στα θέματα υγείας των παιδιών (ΕΓΣΕΣ) με τις Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά (ΓΔΑΑΠ).

Τα παραπάνω δεδομένα αναδεικνύουν τη σημασία της διαχείρισης αλλεργικών αντιδράσεων μέσω βασικών γνώσεων Πρώτων Βοηθειών. Παρότι σχετίζονται με χαμηλό συντελεστή συσχέτισης η άποψη ότι η υγεία των παιδιών είναι πρωταρχικής σημασίας και υπάρχει η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στις Πρώτες Βοήθειες (ΥΠΕΕ) με τις «Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά» (ΓΔΑΑΠ), και σχετίζονται με μέσο συντελεστή η άποψη ότι η «επάρκεια γνώσεων και συνθηκών εκπαιδευτικών και σχολικού περιβάλλοντος στα θέματα υγείας των παιδιών» (ΕΓΣΕΣ) με την «Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών» (ΑΙΔΑ). Αυτό επισημαίνεται και σε έρευνα που διεξήχθη από την Κυριαζή (2014) σε 341 εκπαιδευτικούς όλων των βαθμίδων της περιφέρειας Αττικής και συμφωνούν περί της αναγκαιότητας γνώσης πρώτων βοηθειών στο σχολικό περιβάλλον.

Σχετίζονται με χαμηλό συντελεστή η άποψη ότι η υγεία των παιδιών είναι πρωταρχικής σημασίας και υπάρχει η «αναγκαιότητα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στις Πρώτες Βοήθειες» (ΥΠΕΕ) με την «Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών» (ΑΙΔΑ), η ανάγκη αυτή διαπιστώθηκε και στην μελέτη που διεξήχθη στην πόλη της Δρέσδης της Γερμανίας για τη διαχείριση της αναφυλαξίας σε παιδιά κρατικών και ιδιωτικών σχολείων (ηλικίας βρεφικής, νηπιακής και σχολικής) στην οποία συμμετείχαν και εκπαιδευτικοί και αναδεικνύει την ανάγκη για βελτιωμένη κατάρτιση του προσωπικού των σχολικών μονάδων (Kilger et al., 2015).

Σχετίζονται με μέσο συντελεστή συσχέτισης η άποψη ότι η «υγεία των παιδιών είναι πρωταρχικής σημασίας και υπάρχει η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στις πρώτες βοήθειες» (ΥΠΕΕ) με την «Διαχείριση αλλεργιών με περιβαλλοντικές παραμέτρους» (ΔΑΠ). Επίσης σχετίζονται με μέσο συντελεστή συσχέτισης οι «Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών» (ΘΥΠ) με την «Διαχείριση αλλεργιών με περιβαλλοντικές παραμέτρους» (ΔΑΠ). Οι μελέτες των (Bansal et al., 2005, Ercan et al., 2012, Polloni et al., 2013, 2016, Kilger et al., 2015, Hogue et al., 2016) καθώς και η μελέτη EUROPREVAL (Le et al., 2014) ενισχύουν τα ευρήματά μας και καταδεικνύουν χαμηλό ποσοστό όσον αφορά το επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων των εκπαιδευτικών στη διαχείριση παιδιών που

κινδυνεύουν από αναφυλαξία στο σχολείο. Όπως και η έρευνα των Ferran et al το χρονικό διάστημα 2015-2018 έδειξε ότι ενώ πριν την παρακολούθηση του προγράμματος οι γνώσεις ήταν ανεπαρκείς στη συνέχεια το πρόγραμμα αύξησε την αυτοπεποίθηση του προσωπικού, το οποίο θεωρείτε καθοριστικός παράγοντας για την αντιμετώπιση τόσο της αναφυλαξίας όσο και άλλων καταστάσεων που χρήζουν άμεση αντιμετώπιση. Εύρημα που συνδέεται με την υψηλή συσχέτιση της «Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους» (ΔΑΓ) με τις «Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά» (ΓΔΑΑΠ), όπως άλλωστε διαπίστωσαν και οι Devetak et al., (2018) που ανέλυσε τη γνώση και τις στάσεις των υποψήφιων εκπαιδευτικών σχετικά με τη διαχείριση αλλεργικών παιδιών στο σχολείο.

Σε ό,τι αφορά στα σχετικά σχέδια δράσης έκτακτων αναγκών στα σχολεία διαπιστώθηκε η μέση συσχέτιση της «Διαχείρισης αλλεργιών με περιβαλλοντικές παραμέτρους» (ΔΑΠ) με τις «Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά» (ΓΔΑΑΠ), εύρημα που διαπιστώθηκε και από την Food Allergy and Anaphylaxis Network από έρευνα αποκάλυψε ότι μόνο το 15% των σχολείων ακολουθούσαν το προτεινόμενο σχέδιο δράσης, ενώ πολλά βασικά στοιχεία απουσίαζαν από τα σχολικά σχέδια.

Σχετίζονται με μέσο συντελεστή η άποψη ότι η «επάρκεια γνώσεων και συνθηκών εκπαιδευτικών και σχολικού περιβάλλοντος στα θέματα υγείας των παιδιών» (ΕΓΣΕΣ) με την «Διαχείριση αλλεργιών με περιβαλλοντικές παραμέτρους» (ΔΑΠ), επίσης σχετίζονται με χαμηλό συντελεστή η άποψη ότι η «επάρκεια γνώσεων και συνθηκών εκπαιδευτικών και σχολικού περιβάλλοντος στα θέματα υγείας των παιδιών» (ΕΓΣΕΣ) με τη «Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους» (ΔΑΓ). Εύρημα που υποστηρίζεται από την ποιοτική μελέτη των Pais-Roldán et al., (2022), όπου οι φοιτητές απέκτησαν αυξημένη αυτοπεποίθηση στην ικανότητα παρέμβασης επειγουσών καταστάσεων. Αλλά και στην έρευνα των Devetak, Devetak & Vesel (2019), που πραγματοποιήθηκε στη Σλοβενία διαπιστώθηκε ότι 3,5% ποσοστό φοιτητών με έντονο ενδιαφέρον για τη διαχείριση αλλεργιών και αναφυλαξίας στο σχολικό περιβάλλον, με το 85% ποσοστό φοιτητών που ενδιαφέρονται να μάθουν περισσότερα σχετικά με θέματα υγείας ενώ η συνολική γνώση ήταν μέτρια με ποσοστό 59,4% .

13. Συμπεράσματα

Η κύρια στοχοθεσία της παρούσας ανάλυσης ήταν να διερευνήσει την ικανότητα διαχείρισης αλλεργιών με παρακολούθηση μαθημάτων, σεμιναρίων, προσωπικές εμπειρίες από τους φοιτητές (μελλοντικούς εκπαιδευτικούς του τμήματος Νηπιαγωγών). Ταυτόχρονα να διερευνήσει την στάση του ατόμου απέναντι σε θέματα υγείας των παιδιών με τα καθήκοντά τους και τη γνώση τους για παροχή πρώτων βοηθειών στην σχολική μονάδα, καθώς και να αποτυπώσει την υπάρχουσα κατάσταση με τις γνώσεις τους και την ικανότητά τους στην διαχείριση των αλλεργικών καταστάσεων στην σχολική μονάδα, στον θεσμό του σχολικού νοσηλευτή, στην ενημέρωσή τους για τα καθήκοντα, τις αρμοδιότητές τους και την υποχρέωσή τους για παροχή πρώτων βοηθειών στην σχολική μονάδα.

Από την ανάλυση των ερευνών διαπιστώθηκε και επιβεβαιώθηκαν:

- Οι ελλειπείς γνώσεις για την διαχείριση των αλλεργικών περιστατικών.
- Η διαφοροποίηση των γνώσεων του δείγματος ανάλογα με την παρακολούθηση ή όχι σεμιναρίων, αλλά όχι προπτυχιακού μαθήματος.
- Η διαφοροποίηση των γνώσεων με την κατά περίπτωση αντιμετώπιση περιστατικών σε προσωπικό επίπεδο αλλά όχι στην σχολική μονάδα.
- Το δείγμα μας σε ικανό ποσοστό δηλώνει ότι γνωρίζει τα καθήκοντα του εκπαιδευτικού και την αναγκαιότητα παροχής πρώτων βοηθειών σε μαθητές αν χρειαστεί. Ενώ δηλώνει ότι δεν γνωρίζει για το θεσμό του σχολικού νοσηλευτή ή δεν είναι ενήμερο για την λειτουργία εντός σχολικής μονάδας.
- Θεωρούν την υγεία των μαθητών σημαντική άσχετα με την γνώση των καθηκόντων τους.
- Δηλώνουν την αναγκαιότητα επιμόρφωσης στις πρώτες βοήθειες με γνώμονα την υγεία των παιδιών αλλά δε συνδέουν αυτή την επιμόρφωση με την διαχείριση των αλλεργικών αντιδράσεων.
- Συνδέουν την αυτοεικόνα τους στην διαχείριση αλλεργικών αντιδράσεων με την επιμόρφωση στις Πρώτες Βοήθειες.
- Δηλώνουν ότι η υγεία των παιδιών είναι πρωταρχικής σημασίας και υπάρχει η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στις Πρώτες Βοήθειες και η επάρκεια γνώσεων και συνθηκών εκπαιδευτικών και σχολικού περιβάλλοντος στα θέματα υγείας των παιδιών, δεν είναι ικανά, όμως να τους ενισχύσουν στις

Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά και στην Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους.

- Θεωρούν ότι η υγεία των παιδιών είναι πρωταρχικής σημασίας και υπάρχει η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στις Πρώτες Βοήθειες και αυτά λειτουργούν ως κίνητρο για την απόκτηση Γνώσεων Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά. Ταυτόχρονα ενισχύουν την αυτοεικόνα τους στην Διαχείριση Αλλεργιών, όπως ενισχυτικά λειτουργεί η επάρκεια γνώσεων και συνθηκών εκπαιδευτικών και σχολικού περιβάλλοντος στα θέματα υγείας των παιδιών στην αυτοεικόνα τους στην Διαχείριση Αλλεργιών.
- Σε ό,τι αφορά τις περιβαλλοντικές παραμέτρους για την διαχείριση αλλεργιών ενισχυτικά λειτουργούν η άποψη ότι «η υγεία των παιδιών είναι πρωταρχικής σημασίας και υπάρχει η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στις Πρώτες Βοήθειες» και η θετική στάση Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών.
- Η επάρκεια γνώσεων και συνθηκών εκπαιδευτικών και σχολικού περιβάλλοντος στα θέματα υγείας των παιδιών ενισχύει τη Διαχείριση αλλεργιών με περιβαλλοντικές παραμέτρους και τη Διαχείριση αλλεργιών με γνωστικές παραμέτρους.

Συνολικά οι φοιτητές του τμήματος Νηπιαγωγών διαπιστώνεται ότι δεν έχουν κατακτήσει την απαραίτητη γνώση για την αντιμετώπιση και διαχείριση αλλεργιών στην επαγγελματικής τους ζωή σε μαθητές προσχολικής ηλικίας. Η στάση τους σε θέματα υγείας των μαθητών χαρακτηρίζεται από ενδιαφέρον. Θεωρούν ως καθήκον τους τη μέριμνα της υγείας του μαθητή στην σχολική μονάδα, αλλά δεν γνωρίζουν αρκετά για το θεσμό του σχολικού νοσηλευτή. Πιστεύουν ότι είναι αναγκαία η επιμόρφωσή τους στις σε θέματα υγείας του παιδιού, καθώς δεν θεωρούν ότι γνωρίζουν αρκετά, διαχωρίζουν όμως τις γνώσεις που ενδεχομένως να αποκτήσουν στις Πρώτες Βοήθειες από τις ειδικές γνώσεις που απαιτούνται για την διαχείριση αλλεργιών.

Σε ό,τι αφορά τέλος στα σχέδια αντιμετώπισης κινδύνου στις σχολικές μονάδες δεν πιστεύουν ότι είναι ικανά να τους βοηθήσουν σε θέματα υγείας του παιδιού και διαχείρισης αλλεργικών αντιδράσεων.

14. Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η απουσία αντίστοιχων ερευνών στην Ελλάδα, αλλά και ο περιορισμένος αριθμός μελετών διεθνώς, καταδεικνύουν την έλλειψη καταγραφής του επιπέδου γνώσεων και ετοιμότητας των μελλοντικών εκπαιδευτικών να ανταποκριθούν σε κρίσιμα περιστατικά που απειλούν την υγεία και τη ζωή των μαθητών. Η συστηματική καταγραφή αυτών των δεδομένων αναμένεται να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο για την ανάπτυξη επιμορφωτικών προγραμμάτων, την ενίσχυση της ετοιμότητας των μελλοντικών εκπαιδευτικών και τη διαμόρφωση πολιτικών που θα προάγουν την υγεία, την ασφάλεια και την ισότιμη συμμετοχή όλων των μαθητών στο σχολικό περιβάλλον.

Στους περιορισμούς για τη γενίκευση των συμπερασμάτων στον πληθυσμό ελέγχου περιλαμβάνονται το γεωγραφικά περιορισμένο δείγμα και η μικρή παραγωγή αντίστοιχων ερευνών σε φοιτητές διεθνώς και άρα η μειωμένη δυνατότητα ελέγχου και σύγκρισης των ευρημάτων.

Κάποια από τα ερωτήματα που στο μέλλον θα ήταν χρήσιμο να απαντηθούν και δεν απαντήθηκαν στην παρούσα έρευνα είναι:

- Να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της στάσης των φοιτητών για την διαχείριση αλλεργικών περιστατικών, στις σχολές παιδαγωγικού ενδιαφέροντος, με τις γνώσεις τους σε πρώτες βοήθειες σε μαθητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
- Να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της στάσης των φοιτητών για την διαχείριση αλλεργικών περιστατικών, στις σχολές παιδαγωγικού ενδιαφέροντος, με τις γνώσεις τους στα σχέδια δράσης και αντιμετώπισης κινδύνου στις σχολικές μονάδες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Η χρησιμότητα της έρευνας αυτής έγκειται στην αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης, σε ό,τι αφορά στην διαχείριση αλλεργικών αντιδράσεων στο μαθητικό δυναμικό και στα βήματα που είναι απαραίτητα από τους αρμόδιους φορείς και το σύνολο του κλάδου των εκπαιδευτικών για την δημιουργία ενός ασφαλούς και υγιούς περιβάλλοντος για τους μαθητές,

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Αγγελακοπούλου-Πολυζώη, Α. (2017). *Eosinophilic esophagitis in children* (Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών). Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών. <https://hdl.handle.net/10442/hedi/40849>

Vander, A., Sherman, J., & Luciano, D. (2001). *Φυσιολογία του ανθρώπου – Μηχανισμοί της λειτουργίας του οργανισμού* (Ν. Γελαδάς & Μ. Τσακόπουλος, επιμ.). Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 2001).

Βεργίδης, Δ. (2012). Η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών στην Ελλάδα ως διάσταση της εκπαιδευτικής πολιτικής. *Επιστήμη και Κοινωνία. Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας*, (29), 97–126.

Βεσκούκη, Γ. Α. (1999). *Πρώτες βοήθειες και αγωγή υγείας* (Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής). Αθήνα.

Γερμενής, Α. (2000). *Ιατρική Ανοσολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.

Γκουβέρου, Μ., Κατσώρη, Α., & Κουλεντιανού, Μ. (2014). Τροφική αλλεργία: Συστηματική ανασκόπηση. *Επιστημονικά Χρονικά*, 19(4), 392–404.

Goldsby, R., Kindt, T., Osborne, B., & Kubby, J. (2007). *Ανοσολογία* (Α. Γαϊτανάκη & Κ. Μπαξεβάνης, επιμ.). Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 2007).

ΔΕΠΠΣ (2003). *Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών για το Νηπιαγωγείο*. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

Δημόπουλος, Γ. Ι. (2015). *Εκτίμηση του επιπέδου γνώσεων στις πρώτες βοήθειες και στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης* [Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου].

Δικοπούλου, Α. (2018). *Απόψεις εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για την ανάγκη επιμόρφωσης σε θέματα πρώτων βοηθειών* (Διπλωματική εργασία, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης).

Δουλαδέρης, Ν. Χ. (2013). *Ειδική στοιχειακή διάγνωση αλλεργιών σε Έλληνες ασθενείς* (Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών). Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών. <https://doi.org/10.12681/eadd/41371>

Δρύλλη, Α., Αντωνογεώργος, Γ., Δούρος, Κ., & Παναγιωτάκος, Δ. (2023). Επιπολασμός αλλεργικής ρινίτιδας σε παιδικό και εφηβικό πληθυσμό στην Ελλάδα (1990–2022). *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 40(6), 742–747.

Ελληνική Δημοκρατία. (1985). *Νόμος 1566/1985 – Δομή και λειτουργία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και άλλες διατάξεις* (ΦΕΚ Α' 167/30.09.1985).

Ελληνική Δημοκρατία. (2002). *Υπουργική Απόφαση υπ' αριθ. Φ.353.1/324/105657/Δ1/16-10-2002 – Καθήκοντα και αρμοδιότητες εκπαιδευτικών-διδασκόντων* (ΦΕΚ Β' 1340/16.10.2002).

Ελληνική Δημοκρατία. (2010). *Νόμος 3850/2010 – Κύρωση του Κώδικα νόμων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων* (ΦΕΚ Α' 84/02.06.2010), άρθρο 45: «Πρώτες βοήθειες, πυρασφάλεια, εκκένωση των χώρων από τους εργαζομένους, σοβαρός και άμεσος κίνδυνος».

Ελληνική Δημοκρατία. (2018). *Τροποποίηση της κοινής υπουργικής απόφασης 88348/Δ3/30-05-2018 – Καθήκοντα και αρμοδιότητες των κλάδων ΠΕ25 Σχολικών Νοσηλευτών και ΔΕ01 Ειδικού Βοηθητικού Προσωπικού στα σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας γενικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης* (ΦΕΚ Β' 2038/2018).

Ελληνική Δημοκρατία. (2018). *Υπουργική Απόφαση υπ' αριθ. 88348/Δ3/30-05-2018 – Καθήκοντα και υποχρεώσεις του κλάδου ΠΕ25 Σχολικών Νοσηλευτών* (ΦΕΚ Β' ...).

Καλλιέρη, Μ. (2023). *Φαινοτυπικός καθορισμός ασθενών με άσθμα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια* (Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή).

Μαρίνα Μπόζιου, Στάσεις και γνώσεις των φοιτητών/τριών των παιδαγωγικών τμημάτων σχετικά με την αντιμετώπιση των αλλεργικών αντιδράσεων των παιδιών

Καραμπάτσου, Δ. (2009). *Πρώτες βοήθειες* [Ιστοσελίδα]. <http://www.firstaidtraining.gr/> (τελευταία ανάκτηση 19/11/2015)

Καρασαββίδης, Σ. (2004). Ο θεσμός των σχολικών νοσηλευτών. *Cyprus Nursing Chronicles*, 5(1), 21–28.

Κασιμάλης, Γ. (2021). *Πρώτες βοήθειες στο σχολείο: Γνώσεις και δεξιότητες εκπαιδευτικών* [Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, ΔΠΜΣ «Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών Προσεγγίσεων», Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας].

Κατσιμπάρδης, Κ. (1999). *Στα άδυτα της Αλλεργίας*, Αθήνα: Εκδόσεις Δωδώνη

Κατσή, Α., Σιδερίδης, Γ., & Εμβαλωτής, Α. (2010). *Στατιστικές μέθοδοι στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Τόπος.

Κουγιουμτζόγλου, Χ. (2006). *Πρώτες βοήθειες γενικά*. Φαρμακείο Ζιθωνίας. <http://protesbohties.blogspot.com>

Κυριαζή, Κ. (2014). *Οι αντιλήψεις του διδακτικού προσωπικού πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τις Πρώτες Βοήθειες* (Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου).

Κωσταρά, Μ. (2022). *Διερεύνηση της επίδρασης των γενετικών παραγόντων στις αλλεργίες των παιδιών* (Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων). <https://phdtheses.ekt.gr/eadd/handle/XXXX>

Λαμπαούνα, Α. (2022). *Διερεύνηση του επιπολασμού των τροφικών αλλεργιών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας στην Ελλάδα* (Πτυχιακή εργασία). Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, Τμήμα Επιστημών Διατροφής & Διαιτολογίας.

Μπουτσικάρη, Γ. Β. (2014). *Αξιολόγηση γνώσεων εκπαιδευτικών σε θέματα παροχής πρώτων βοηθειών σε σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης Νομού της Περιφέρειας Πελοποννήσου* (Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου).

Πασχαλίδου, Π. (2017). *Αλλεργίες στην παιδική και εφηβική ηλικία* (Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Βιολογίας, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διδακτική της Βιολογίας»).

Παυλίδου, Κ. (2016). *Ανίχνευση της αναγκαιότητας επιμόρφωσης των νηπιαγωγών στην παροχή πρώτων βοηθειών: Συγγραφή σύντομου οδηγού πρώτων βοηθειών για νηπιαγωγούς* (Πτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας).

Πεντέρη, Ε., Χλαπάνα, Ε., Μέλλιου, Κ., Φιλιππίδη, Α., & Μαρινάτου, Θ. (2022). Πρόγραμμα Σπουδών Για την Προσχολική Εκπαίδευση – Διευρυμένη Έκδοχή (2η Έκδοση, 2022 ΙΕΠ). Στο πλαίσιο της Πράξης «Αναβάθμιση των Προγραμμάτων Σπουδών και Δημιουργία Εκπαιδευτικού Υλικού Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης » του ΙΕΠ με MIS 5035542.

Roitt, I., Brostoff, J., & Male, D. (2004). *Ανοσολογία* (Σ. Κουσουλάκος, μεταφρ.). Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 2001).

Τζουγκαράκης, Ε. (2007). *Πρώτες βοήθειες – Τα 5 λεπτά που σώζουν ζωές*. Αθήνα: Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός.

Τσάπαλος, Γ. (2022). *Η επίδραση της εφαρμογής παρεμβατικών προγραμμάτων...* (Διδακτορική διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ελληνική Δημοκρατία).

Υφαντής, Α., Τσιρίγκα, Σ., Χανιώτη, Δ., Μαστραπά, Ε., Μπαμπάτσικου, Φ., Σταμάγκα, Ε. & Πρέσσας, Ι. (2011). Συχνότητα αλλεργικών εκδηλώσεων κατά τη συμπλήρωση του Ατομικού Δελτίου Υγείας σε μαθητές 6-16 ετών. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, 7, (1), 34-37.

Χαρίτος, Α. (1991). *Σημειώσεις Ανοσολογίας*. Σ. Αθανασόπουλος – Σ. Παπαδάμης & ΣΙΑ.

Ξενόγλωσση

Adib-Hajbaghery, M., & Kamrava, Z. (2019). Iranian teachers' knowledge about first aid in the school environment. *Chinese Journal of Traumatology*, 22, 240–245. <https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2019.02.003>

Akdis, C. A., & Akdis, M. (2015). Mechanisms of allergen-specific immunotherapy: Multiple suppressor factors at work in immune tolerance to allergens. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 135(3), 621–634. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2014.12.010>.

Alexandropoulou, M., Kalokerinou, A., & Sourtzi, P. (2006). School healthcare services in Hellas: The position of school nurse. *Nosileftiki*, 3(3), 308–314. <https://doi.org/10.1177/1059840510374879>

Al-Khamees, N. (2006). A field study of first aid knowledge and attitudes of college students in Kuwait University. *College Student Journal*, 40(4), 1–7.

Allergy & Asthma Network. (2024). *Trusted Messengers 2020-2024 Impact Report*. Allergy & Asthma Network. Ανακτήθηκε από <https://allergyasthmanetwork.org/about/impact-report>

Almansa, C., Krishna, M., Buchner, A. M., Ghabril, M. S., Talley, N. J., & DeVault, K. R. (2009). Seasonal distribution in newly diagnosed cases of eosinophilic esophagitis in adults. *The American Journal of Gastroenterology*, 104(4), 828–833. <https://doi.org/10.1038/ajg.2008.169>

Alvarez-Perea, A., Tanno, L. K., & Baeza, M. L. (2017). *How to manage anaphylaxis in primary care*. *Clinical and Translational Allergy*, 7, Article 45. <https://doi.org/10.1186/s13601-017-0182-7>

American Academy of Pediatrics. (2024). *Allergy and Anaphylaxis Management in Schools*. Retrieved from AAP website

Aristizabal-Torres, M. A., Bruce, C. J., Caruso, M. A., Wiczorek, M. A., Pacheco-Spann, L. M., Carter, R. E., Bruce, A. J., & Hall, M. R. (2025). Allergic contact dermatitis revisited: a comprehensive review. *JAAD Reviews*, 4, 92–103. <https://doi.org/10.1016/j.jdrv.2025.03.011>

Asher, M. I., Montefort, S., Björkstén, B., Lai, C. K. W., Strachan, D. P., Weiland, S. K., & ISAAC Phase Three Study Group. (2006). Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *The Lancet*, 368(9537), 733–743. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69283-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69283-0)

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71–81). New York: Academic Press.

Bansal, P. J., Marsh, R., & Patel, B. (2005). Recognition, evaluation, and treatment of anaphylaxis in the child care setting. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 94(1), 55–59. [https://doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)61286-0](https://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)61286-0).

Barrett, L. C. (2001). Teaching teachers about school health emergencies. *The Journal of School Nursing*, 17(6), 316–322. <https://doi.org/10.1177/10598405010170060601>

Bartnikas, L. M., Sheehan, W. J., Hoffman, E. B., Permaul, P., & Phipatanakul, W. (2022). Food allergies in inner-city schools. *Frontiers in Immunology*, 13, 9729014. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.9729014>

Baser, M., Coban, S., Tasci, S., Sungur, G., & Bayat, M. (2007). Evaluating first-aid knowledge and attitudes of a sample of Turkish Primary School teachers. *Journal of emergency nursing*, 428-432.

Basketter, D. A., White, I. R., McFadden, J. P., & Kimber, I. (2015). Skin sensitization: Implications for integration of clinical data into hazard identification and risk assessment. *Human & Experimental Toxicology*, 34(12), 1222–1230. <https://doi.org/10.1177/0960327115601760>

Beggs, P. J. (2016). Environmental allergens: From pollen to climate change. *Current Allergy and Asthma Reports*, 16(5), 1-11.

Ben-Shoshan, M., & Clarke, A. E. (2011). Anaphylaxis: past, present and future. *Allergy*, 66(1), 1–14. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2010.02422.x>

Bernstein, J. A., Brandt, D., & Rezvani, M. (2009). Evaluation of cleaning activities on respiratory symptoms in asthmatic female homemakers. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 102(1), 41–46. [https://doi.org/10.1016/S10811206\(10\)60106-8](https://doi.org/10.1016/S10811206(10)60106-8).

Bhatia, V., Puri, S., Mangat, C., & Kaur, A. (2011). An intervention study to strengthen first aid care in schools of Chandigarh, India. *The Internet Journal of Family Practice*, 8(1), Article 3237

Bibi, H., Shoseyov, D., Feigenbaum, D., Nir, P., Shiachi, R., & Scharff, S. (2002). Comparison of positive allergy skin tests among asthmatic children from rural and urban

areas living within small geographic area. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 88(4), 416–420.

Bilò, M. B., Martini, M., Tontini, C., Corsi, A., Agolini, S., Antonicelli, L., ... & Novembre, E. (2019). Idiopathic anaphylaxis: Clinical and epidemiological features and management. *Clinical & Experimental Allergy*, 49(7), 942–952. <https://doi.org/10.1111/cea.13402>

Blanca-Lopez, N., Soriano, V., Garcia-Martin, E., Canto, G., & Blanca, M. (2019). NSAID-induced reactions: classification, prevalence, impact, and management strategies. *Journal of Asthma and Allergy*, 12, 217–233. <https://doi.org/10.2147/JAA.S164806>

Bollinger, M. E., Dahlquist, L. M., Mudd, K., Sonntag, C., Dillinger, L., & McKenna, K. (2006). The impact of food allergy on the daily activities of children and their families. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 96(3), 415–421. [https://doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)60908-8](https://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)60908-8)

Bonadonna, P., Mauro, M., Preziosi, D., & Pravettoni, V. (2020). Pregnancy and Hymenoptera venom allergy. *Current Opinion in Allergy & Clinical Immunology*, 20(5), 465–469. <https://doi.org/10.1097/ACI.0000000000000681>

Bousquet, J., Khaltsev, N., Cruz, A. A., Denburg, J., Fokkens, W. J., Togias, A., ... & Williams, D. (2008). Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 update. *Allergy*, 63(Suppl. 86), 8–160. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2007.01620.x>

Bousquet, J., Anto, J. M., Bachert, C., Baiardini, I., Bosnic-Anticevich, S., Canonica, G. W., Melén, E., Palomares, O., Scadding, G. K., Togias, A., & Toppila-Salmi, S. (2020). *Allergic rhinitis. Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), Article 95, 1–17. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00227-0>

Bush, R. K., & Prochnau, J. J. (2004). Alternaria-induced asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 113(2), 227–234. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2003.11.023>

Campbell, N. R., Ayala, G. X., Litrownik, A. J., Slymen, D. J., Zavala, F., & Elder, J. P. (2001). Evaluation of a first aid and home safety program for Hispanic migrant adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(4), 258–265. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(01\)00300-2](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(01)00300-2)

Castells, M. C. (2017). Drug hypersensitivity and desensitizations in cancer and chronic inflammatory diseases: The role of desensitizations. *Frontiers in Immunology*, 8, 1472. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2017.01472>

Clark, A., Islam, S., King, Y., Deighton, J., Szun, S., Anagnostou, K., & Ewan, P. (2011). A longitudinal study of resolution of allergy to well-cooked and uncooked egg. *Clinical & Experimental Allergy*, 41(5), 706–712. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2222.2011.03697.x>

Coca, A. F., & Cooke, R. A. (1923). On the classification of the phenomenon of hypersensitiveness. *Journal of Immunology*.

Chen, W., Mempel, M., Schober, W., Behrendt, H., & Ring, J. (2008). Gender difference, sex hormones, and immediate-type hypersensitivity reactions. *Allergy*, 63(11), 1418–1427. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2008.01880.x>

Cohen, L., & Manion, L. (1994). *Research methods in education* (4th ed.). London: Routledge.

Custovic, A., Simpson, A., & Green, R. (1999). Controlling indoor allergens. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 104(4 Pt 1), 836–843. [https://doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)62378-2](https://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)62378-2)

Custovic, A., Taggart, S. C., & Woodcock, A. (1994). House dust mite and cat allergen in different indoor environments. *Clinical & Experimental Allergy*, 24(12), 1164–1168. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2222.1994.tb03323.x>

Cummings, A. J., Knibb, R. C., King, R. M., & Lucas, J. S. (2010). The psychosocial impact of food allergy and food hypersensitivity in children, adolescents and their families: A review. *Allergy*, 65(8), 933–945. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2010.02342.x>

D'Amato, G., Cecchi, L., Bonini, S., Nunes, C., Annesi-Maesano, I., Behrendt, H., ... & van Cauwenberge, P. (2007). Allergenic pollen and pollen allergy in Europe. *Allergy*, 62(9), 976–990. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2007.01393.x>

de Ana, S. G., Torres-Rodríguez, J. M., Alvarado Ramírez, E., Mojal García, S., & Belmonte-Soler, J. (2006). Seasonal distribution of *Alternaria*, *Aspergillus*, *Cladosporium* and

Penicillium species isolated in homes of fungal-allergic patients. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, 16(6), 357–363.

Dellon, E. S., Liacouras, C. A., Molina-Infante, J., Spergel, J. M., Furuta, G. T., Rothenberg, M. E., ... & Hirano, I. (2018). Updated international consensus diagnostic criteria for eosinophilic esophagitis: Proceedings of the AGREE conference. *Gastroenterology*, 155(4), 1022–1033.e10.

<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.07.009>

Denning, D. W., O'Driscoll, B. R., Hogaboam, C. M., Bowyer, P., & Niven, R. M. (2006). The link between fungi and severe asthma: a summary of the evidence. *European Respiratory Journal*, 27(3), 615–626. <https://doi.org/10.1183/09031936.06.00074705>

Knutsen, A. P., Bush, R. K., & Denning, D. W. (2012). *Fungi and allergic lower respiratory tract diseases*. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 129(4), 883–892. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2012.02.015>

Department of Health (UK). (2017). *Guidance on the use of adrenaline auto-injectors in schools*. <https://www.gov.uk/government/publications/using-emergency-adrenaline-auto-injectors-in-schools>.

Devetak, I., Glazar, S. A., & Pavlin, J. (2018). Pre-service teachers' knowledge and attitudes towards managing allergic reactions in school settings: A study from Slovenia. *Journal of School Health*, 88(9), 678–685. <https://doi.org/10.xxxx/josh.2018.xxxx>

Devetak, I., Posega Devetak, S., & Vesel Tajnšek, T. (2019). Developing pre-service teachers' competencies of the management of students' allergies in the school environment. In E. McLoughlin (Ed.), *Bridging Research and Practice in Science Education: Selected Papers from the ESERA 2017 Conference* (Vol. 6, pp. 357–372). Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-030-17219-0_22

Dhahir, W. D. A., Abid Ali, W., Shihab, L. A., Abdulrazaq, M. A., Daif, N. S., & Hassan, N. (2021). Assessment of teachers' knowledge about first aid in some Basrah city schools. *BEST: International Journal of Humanities, Arts, Medicine and Sciences*, 9(2), 7–12.

Dinakar, C. (2012). Anaphylaxis in children: Current understanding and key issues in diagnosis and treatment. *Current Allergy and Asthma Reports*, 12(6), 641–649. <https://doi.org/10.1007/s11882-012-0284-1>

Doña, I., Blanca-López, N., Torres, M. J., García-Campos, J., & García-Núñez, I. (2012). Drug hypersensitivity reactions: Response patterns, drug involved, and temporal variations in a large series of patients. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, 22(5), 363–371.

Dumas, O., Le Moual, N., Chanoine, S., Temam, S., Severi, G., Boutron-Ruault, M. C., ... & Varraso, R. (2020). Domestic exposure to irritant cleaning agents and allergic and nonallergic asthma in women: AsthmaE3N study. *Environment International*, 143, 106017. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.106017>

Eisenburger, P., & Safar, P. (1999). *Life supporting first aid training of the public—Review and recommendations*. *Resuscitation*, 41(1), 3–18. [https://doi.org/10.1016/S0300-9572\(99\)00034-9](https://doi.org/10.1016/S0300-9572(99)00034-9)

eMedicine. (2024). *Acute urticaria: Background, etiology, pathophysiology*. Ανακτήθηκε από Medscape.

EpiPen4Schools pilot survey. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 116(6), 533–537. DOI:10.1016/j.anai.2016.03.031.

Ercan, H., Özen, A., Karatepe, H., Berber, M., & Cengizlier, R. (2012). Primary school teachers' knowledge about and attitudes toward anaphylaxis. *Pediatric Allergy and Immunology*, 23(5), 428–432. <https://doi.org/10.1111/j.1399-3038.2012.01307.x>

Fonacier, L., Bernstein, D. I., Pacheco, K., Holness, D. L., Blessing-Moore, J., Khan, D. A., Lang, D. M., Nicklas, R. A., Oppenheimer, J., Portnoy, J. M., Randolph, C. C., Schuller, D. E., Spector, S. L., & Wallace, D. V. (2015). Contact dermatitis: A practice parameter—Update 2015. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 3(3 Suppl), S1–S39. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2015.02.009>

Food Allergy Facts and Statistics. (2019). 5.8% of U.S. children have physician-diagnosed food allergy, per CDC. *Food Allergy Research & Education (FARE)*. Ανακτήθηκε από <https://www.foodallergy.org/resources/facts-and-statistics>

Food Allergy Research & Education (FARE). (2022). *Food allergy facts and statistics for the U.S.* <https://www.foodallergy.org/resources/facts-and-statistics>

Food Allergy Research & Education (FARE). (2024). *Food allergy facts and statistics for the U.S.* Ανακτήθηκε από <https://www.foodallergy.org/resources/facts-and-statistics>

Forkel, S. (2021). Sensitization patterns in respiratory allergies: The role of *Alternaria*, *Aspergillus*, *Cladosporium*, and *Penicillium*. *European Journal of Allergy and Immunology*, 134, Abstract. <https://doi.org/10.1159/000512230>

Fromer, L. (2016). Prevention of anaphylaxis: The role of the epinephrine auto-injector. *The American Journal of Medicine*, 129(12 Suppl), S1244–S1250. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2016.07.018>

Gagliardi, M., Neighbors, M., Spears, C., Byrd, S., & Snarr, J. (1994). Emergencies in the school setting: Are public school teachers adequately trained to respond? *Prehospital and Disaster Medicine*, 9(4), 222–225. <https://doi.org/10.1017/S1049023X00041431>

Gaspar, Â., Santos, N., Faria, E., Pereira, A. M., Gomes, E., Câmara, R., Rodrigues-Alves, R., Carrapatoso, I., Borrego, L. M., Morais-Almeida, M., Delgado, L., Pedro, E., Branco-Ferreira, M. (2021). Anaphylaxis in children and adolescents: The Portuguese Anaphylaxis Registry. *Pediatric Allergy and Immunology*, 32(6), 1278–1286. <https://doi.org/10.1111/pai.13511>

Gell, P. G. H., & Coombs, R. R. A. (1963). *Clinical aspects of immunology*. London: Blackwell.

Global Initiative for Asthma. (2023). Global strategy for asthma management and prevention. <https://ginasthma.org>

Golden, D. B. K., Moffitt, J. E., Nicklas, R. A., Freeman, T. M., & Reisman, R. E. (2017). Stinging insect hypersensitivity: A practice parameter update. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 118(1 Suppl.), 28–54. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2016.06.020>

González-Muñoz, P., Conde-Salazar, L., & Vañó-Galván, S. (2014). Dermatitis alérgica de contacto a cosméticos. *Actas Dermosifiliográficas*, 105(9), 822–832. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2013.12.018>

Grabenhenrich, L. B., Dölle, S., Ruëff, F., Moneret-Vautrin, A., Scherer, K., Ott, H., Reese, T., Mustakov, T., Lang, R., Fernández-Rivas, M., Kowalski, M. L., Hourihane, J. O. B., Papadopoulos, N. G., Beyer, K., Muraro, A., Worm, M. (2016). Anaphylaxis in children and adolescents: The European Anaphylaxis Registry confirmed food as the major elicitor of anaphylaxis in children, specifically hen's egg, cow's milk, and nuts. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 137(4), 1128–1137.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2015.11.015>

Grabenhenrich, L. B., Dölle, S., Ruëff, F., Renaudin, J. M., Scherer, K., Pföhler, C., Treudler, R., Koehli, A., Mahler, V., Spindler, T., Lange, L., Bilò, M. B., Papadopoulos, N. G., Hourihane, J. O. B., Lang, R., & Worm, M. (2016). Epinephrine in severe allergic reactions: Data from the European Anaphylaxis Registry. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 4(6), 1215–1223. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2016.04.028>

Greenhawt, M. J., & Weiss, C. C. (2012). We must create a national policy to protect and manage food allergic students at school. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 109(5), 292-294. doi: 10.1016/j.anai.2012.08.019

Guarnieri, M., & Balmes, J. R. (2014). Outdoor air pollution and asthma. *The Lancet*, 383(9928), 1581–1592. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60617-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60617-6)

Gutierrez-Brito, J. A., et al. (2025). Sex hormones and allergies: exploring the gender switch in prevalence and severity around puberty. *Frontiers in Allergy*, 6, Article 1483919. <https://doi.org/10.3389/falgy.2024.1483919>

Heisterberg, M. V., Menne, T., Andersen, K. E., & Danish Contact Dermatitis Group. (2011). Deodorants are the leading cause of allergic contact dermatitis to fragrance ingredients. *Contact Dermatitis*, 64(4), 258–264. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0536.2011.02013.x>

Himmerich, H., Fischer, J., Bauer, K., Kirkby, K. C., Sack, U., & Krügel, U. (2013). Stress-induced cytokine changes in rats. *European Cytokine Network*, 24(2), 97–103. <https://doi.org/10.1684/ecn.2013.0338>

Hogue, S., Goss, D., Hollis, K., & White, M. V. (2016). Training and administration of epinephrine autoinjectors for anaphylaxis treatment in US schools: Results from the EpiPen4Schools pilot survey. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 116(6), 533–537. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2016.03.031>

Huang, Y. J., Marsland, B. J., Bunyavanich, S., O'Mahony, L., Leung, D. Y. M., Muraro, A., & Fleisher, T. A. (2017). The microbiome in allergic disease: Current understanding and future opportunities. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 139(4), 1099–1110. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2017.02.007>

Huber, B. (2006). 100 Jahre Allergie: Clemens von Pirquet – sein Allergiebegriff und das ihm zugrunde liegende Krankheitsverständnis [100 Years of Allergy: Clemens von Pirquet – His Idea of Allergy and Its Underlying Concept of Disease]. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 118(19–20), 573–579. <https://doi.org/10.1007/s00508-006-0701-3>

Husna, S. M. N., Hern-Tze, T. T., Md Shukri, N., Mohd Ashari, N. S., & Wong, K. K. (2022). Allergic rhinitis: A clinical and pathophysiological overview. *Frontiers in Medicine*, 9, 874114. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.874114>

Igea, J. M. (2013), August). The history of the idea of allergy. *Allergy*, 68(8), 966–973. <https://doi.org/10.1111/all.12174>

Institute of Medicine (US) Committee on Damp Indoor Spaces and Health. (2004). *Damp Indoor Spaces and Health*. Washington, DC: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/11011>

Ishizaka, K., & Ishizaka, T. (1967). Identification of γ E antibodies as a carrier of reaginic activity. *Journal of Immunology*, 99(6), 1187–1198. <https://doi.org/10.4049/jimmunol.99.6.1187>

Jerschow, E., Lin, R. Y., Scaperotti, M. M., & McGinn, A. P. (2014). Fatal anaphylaxis in the United States, 1999–2010: Temporal patterns and demographic associations. *Journal of*

Allergy and Clinical Immunology, 134(6), 1318–1328.e7.
<https://doi.org/10.1016/j.jaci.2014.08.018>

Johansson, S. G. O., & Bennich, H. (1967). Immunological studies of an atypical (myeloma) immunoglobulin. *Immunology*, 13(4), 381–394. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2567.1967.tb00100.x>

Joseph, N., Kumar, G. S., Babu, Y. R., Nelliyanil, M., & Bhaskaran, U. (2015). Awareness, attitudes and practices of first aid among school teachers in Mangalore, South India. *Journal of Primary Health Care*, 7(4), 274–281. <https://doi.org/10.1071/HC15274>

Joshi, P., Katelaris, C. H., & Frankum, B. (2009). School management of food allergy in children: A perspective of Australian allergists. *Medical Journal of Australia*, 190(10), 583–584. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02585.x>.

Joshi, P., Smith, J. A., & Wood, R. A. (2009). Management of food allergies in schools: A perspective for allergists. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 124(2), 175–182. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2009.05.017>.

Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31–36. <https://doi.org/10.1007/BF02291575>

Keet, C. A., & Wood, R. A. (2007). Food allergy and anaphylaxis. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 27(2), 193–212. <https://doi.org/10.1016/j.iac.2007.03.005>

Keet, C. A., Savage, J. H., Seopaul, S., Peng, R., Wood, R. A., & Matsui, E. C. (2014). Temporal trends and racial/ethnic disparity in self-reported pediatric food allergy in the United States. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 112(3), 222–229.e3. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2013.12.007>

Kellogg, D., VanderMolen, J., Barnhart, K. J., & Hubbell, A. M. (2021). Food allergy knowledge, attitudes, and beliefs among kindergarten through fourth-grade teachers. *Journal of School Health*, 91(4), 299–306. <https://doi.org/10.1111/josh.13008>

Kellogg, D., VanderMolen, J., Barnhart, K. J., & Hubbell, A. M. (2023). Food allergy knowledge, attitudes, and beliefs among kindergarten through fourth-grade teachers. *Journal of Child Nutrition & Management*, 47(1).

Kellogg, D., VanderMolen, J., Barnhart, K. J., & Hubbell, A. M. (2023). Food allergy knowledge, attitudes, and beliefs among kindergarten through fourth-grade teachers. *Journal of Child Nutrition & Management*, 47(1). (Fall 2023)

Kelly, K. J., Sussman, G. L., & Fink, J. N. (1994). Risk of anaphylactic reactions among latex-sensitive individuals: Estimated frequency once every 13.6 exposures. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 94(5), 857–858.

Kemp, S. F., Lockey, R. F., & Simons, F. E. R. (2008). Epinephrine: The drug of choice for anaphylaxis. A statement of the World Allergy Organization. *Allergy*, 63(8), 1061–1070. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2008.01733.x>

Khan, A. A., Tanzil, S., Jamali, T., Shahid, A., Naeem, S., & Sahito, A. (2017). A survey of self-reported food allergy and food-related anaphylaxis among young adult students at Kuwait University. *Medical Principles and Practice*, 26(3), 229–234. <https://doi.org/10.1159/000464361>

Kilger, M., Range, U., & Vogelberg, C. (2015). Acute and preventive management of anaphylaxis in German primary school and kindergarten children. *BMC Pediatrics*, 15, 159. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0477-6>

Koplin, J. J., Tang, M. L. K., Peters, R. L., Lowe, A. J., Ponsonby, A.-L., Gurrin, L. C., Hill, D., Osborne, N. J., Robinson, M., Tey, D., & Allen, K. J. (2013). Predisposition to and early-life risk factors for food allergy: A whole-population birth cohort study. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 131(1), 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2012.10.028>

Krugman, S. D., Chiaramonte, D. R., & Matsui, E. C. (2006). Diagnosis and management of food-induced anaphylaxis: A national survey of pediatricians. *Pediatrics*, 118(3), e554–e560. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2985>.

Lachapelle, J.-M. (2005). Allergic contact dermatitis from povidoneiodine: a reevaluation study. *Contact Dermatitis*, 52(1), 9–10. <https://doi.org/10.1111/j.0105-1873.2005.00479.x>

Lake, I. R., Jones, N. R., Agnew, M., Goodess, C. M., Giorgi, F., Hamaoui-Laguel, L., Semenov, M. A., Solomon, F., Storkey, J., Vautard, R., & Epstein, M. M. (2017). Climate change and future pollen allergy in Europe. *Environmental Health Perspectives*, 125(3), 385–391. <https://doi.org/10.1289/EHP173>

Lambrecht, B. N., & Hammad, H. (2015). The immunology of asthma. *Nature Immunology*, 16(1), 45–56. <https://doi.org/10.1038/ni.3049>

Le, T.-M., Kummeling, I., Dixon, D., Barreales Tolosa, L., Ballmer-Weber, B., Clausen, M., Gowland, M. H., Majkowska-Wojciechowska, B., Mustakov, T., Papadopoulos, N. G., Knulst, A. C., Potts, J., Stukas, R., & Burney, P. (2014). Low preparedness for food allergy as perceived by school staff: A EuroPrevall survey across Europe. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 2(4), 480–482.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2014.02.01>

Legislative Assembly of Ontario. (2005). *An Act to protect anaphylactic pupils (Sabrina's Law)*, S.O. 2005, c. 7. Έναρξη ισχύος: 1 Ιανουαρίου 2006

Leung, D. Y. M. (2004). New insights into atopic dermatitis. *Journal of Clinical Investigation*, 113(5), 651–657. <https://doi.org/10.1172/JCI21060>

Liacouras, C. A., Furuta, G. T., Hirano, I., Atkins, D., Attwood, S. E., Bonis, P. A., Burks, A. W., Chehade, M., Collins, M. H., Dellon, E. S., Dohil, R., Falk, G. W., Gonsalves, N., Gupta, S. K., Katzka, D. A., Lucendo, A. J., Markowitz, J. E., Noel, R. J., Odze, R. D., Putnam, P. E., ... Aceves, S. S. (2011). Eosinophilic esophagitis: Updated consensus recommendations for children and adults. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 128(1), 3–20.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2011.02.040>

Lieberman, J. A., Weiss, C., Furlong, T. J., Sicherer, M., & Sicherer, S. H. (2010). Bullying among pediatric patients with food allergy. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 105(4), 282–286. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2010.07.011>.

Lieberman, P., Nicklas, R. A., Randolph, C., Oppenheimer, J., Bernstein, D., Bernstein, J., ... & Tilles, S. A. (2015). Anaphylaxis—a practice parameter update 2015. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 115(5), 341–384. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2015.07.019>

Li, F., Jiang, F., Jin, X., Qiu, Y., & Shen, X. (2012). Pediatric first aid knowledge and attitudes among staff in the preschools of Shanghai, China. *BMC Pediatrics*, 12(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-121>.

Lingard, H. (2002). The effect of first aid training on Australian construction workers' occupational health and safety motivation and risk control behavior. *Journal of Safety Research*, 33(2), 209–230. [https://doi.org/10.1016/S0022-4375\(02\)00013-0](https://doi.org/10.1016/S0022-4375(02)00013-0)

Litarowsky, J. A. (2003). Evaluation of the effectiveness of an anaphylaxis training program for unlicensed assistive personnel (Master's Project, San Jose State University). SJSU ScholarWorks. <https://doi.org/10.31979/etd.vesy-th5n>

Lyons SA, Burney PGJ, Ballmer-Weber BK, Fernandez-Rivas M, Barreales L, Clausen M, Dubakiene R, et al. (2019). Food Allergy in Adults: Substantial Variation in Prevalence and Causative Foods Across Europe. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice* 7(6): 1920–1928.e11. doi:10.1016/j.jaip.2019.02.044

Lucendo, A. J., Molina-Infante, J., Arias, Á., von Arnim, U., Bredenoord, A. J., Bussmann, C., ... & Molina-Infante, J. (2017). Guidelines on eosinophilic esophagitis: Evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. *United European Gastroenterology Journal*, 5(3), 335–358. <https://doi.org/10.1177/2050640616689525>

Mandell, D., Curtis, R., Gold, M., & Hardie, S. (2005). Anaphylaxis: How do you know when a reaction is life-threatening? *Canadian Medical Association Journal*, 173(4), 312–313. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050518>.

Mallol, J., Crane, J., von Mutius, E., Odhiambo, J., Keil, U., Stewart, A., & ISAAC Phase Three Study Group. (2013). The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three: A global synthesis. *Allergy*, 68(6), 713–717. <https://doi.org/10.1111/all.12232>.

McIntyre, C. L., Sheetz, A. H., Carroll, C. R., & Young, M. C. (2020). Administration of epinephrine for life-threatening allergic reactions in school settings. *Pediatrics*, 145(3), e20192136. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2136>

Mehta, A. A., & Kalpaklioglu, A. F. (2021). Skin prick testing in allergic rhinitis: A review. *Clinical and Experimental Otorhinolaryngology*, 14(3), 245–251. <https://doi.org/10.21053/ceo.2020.02003>

Mehta, S. S., & Reddy, B. S. N. (2003). Cosmetic dermatitis – current perspectives. *International Journal of Dermatology*, 42(7), 533–542. <https://doi.org/10.1046/j.1365-4362.2003.01786.x>

Mendell, M. J., Mirer, A. G., Cheung, K., Tong, M., & Douwes, J. (2011). Respiratory and allergic health effects of dampness, mold, and dampness-related agents: A review of the epidemiologic evidence. *Environmental Health Perspectives*, 119(6), 748–756. <https://doi.org/10.1289/ehp.1002410>

Mersal, F. A. (2016). Effect of first aid educational program on knowledge, attitude and practices of preparatory school teachers. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 5(1), 1–8. <https://doi.org/10.14419/ijans.v5i1.6005>.

Mirakian, R., Leech, S. C., Krishna, M. T., Richter, A. G., Huber, P. A. J., Farooque, S., Khan, N., Pirmohamed, M., Clark, A. T., & Nasser, S. M.; Standards of Care Committee of the British Society for Allergy and Clinical Immunology (2015). *Management of allergy to penicillins and other beta-lactams*. *Clinical & Experimental Allergy*, 45(2), 300–327. <https://doi.org/10.1111/cea.12468>

Moneret-Vautrin, D. A., Rance, F., Kanny, G., Olsewski, A., Guéant, J.-L., Dutau, G., & Guérin, L. (1998). *Food allergy to peanuts in France—evaluation of 142 observations*. *Clinical & Experimental Allergy*, 28(8), 1113–1119. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2222.1998.00370.x>

Moon, T. C., Blank, U., & others. (2014). *Mast Cell Mediators: Their Differential Release*. *Frontiers in Immunology*, 5, Article 569. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2014.00569>

Muraro, A., Lemanske, R. F., Hellings, P. W., Akdis, C. A., Bieber, T., Casale, T. B., ... & Jutel, M. (2016). Precision medicine in allergic disease—Food allergy, drug allergy, and anaphylaxis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 137(5), 1319–1328. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2016.03.011>.

Muraro, A., Werfel, T., Hoffmann-Sommergruber, K., Roberts, G., Beyer, K., Bindslev-Jensen, C., Cardona, V., Dubois, A. E. J., du Toit, G., Eigenmann, P. A., Fernández-Rivas, M., Halken, S., Hickstein, L., Høst, A., Knol, E., Lack, G., Marchisotto, M. J., Niggemann, B., Nwaru, B. I., Papadopoulos, N. G., Poulsen, L. K., Santos, A. F., Skypala, I., Schoepfer, A., van Ree, R., Venter, C., Worm, M., Vlieg-Boerstra, B. J., Panesar, S. S., de Silva, D., Soares-Weiser, K., & Sheikh, A.; EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group (2014). *EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: Diagnosis and management of food allergy*. *Allergy*, 69(8), 1008–1025. <https://doi.org/10.1111/all.12429>

Muraro, A., Roberts, G., Worm, M., Bilò, M. B., Brockow, K., Fernandez Rivas, M., ... & Zuberbier, T. (2014a). Anaphylaxis: Guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*, 69(8), 1026–1045. <https://doi.org/10.1111/all.12437>.

Muraro, A., Werfel, T., Hoffmann-Sommergruber, K., Roberts, G., Beyer, K., Bindslev-Jensen, C., ... & Wickman, M. (2014b). EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: Diagnosis and management of food allergy. *Allergy*, 69(8), 1008–1025. <https://doi.org/10.1111/all.12429>

Muraro, A., Clark, A., Beyer, K., Borrego, L. M., Borres, M., Lødrup Carlsen, K. C., Carrer, P., Mazon, A., Rancé, F., Valovirta, E., Wickman, M., & Zanchetti, M. (2010). *The management of the allergic child at school: EAACI/GA²LEN Task Force on the allergic child at school*. *Allergy*, 65(6), 681–689. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2010.02343.x>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Finding a path to safety in food allergy: Assessment of the global burden, causes, prevention, management, and public policy*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/23658>

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). (2023). *Latex allergy: A prevention guide*. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/98-113/default.html>

Nguyen, S. M. T., et al. (2021). Mechanisms governing anaphylaxis: Inflammatory cells, mediators, and biomarkers. *Frontiers in Immunology*, 12, Article 634229. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.634229>

Noimark, M., Wales, J., & Du Toit, G. (2012). Primary school teachers' knowledge about and attitudes toward anaphylaxis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 129(2), 481–483. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2011.10.024>

Nutten, S. (2015). Atopic dermatitis: Global epidemiology and risk factors. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 66(Suppl. 1), 8–16. <https://doi.org/10.1159/000370220>

Ober, C., & Yao, T. C. (2011). The genetics of asthma and allergic disease: A 21st century perspective. *Immunological Reviews*, 242(1), 10-30.

Olmos-Gómez, M. C., Ruiz-Garzón, F., Pais-Roldán, P., & López-Cordero, R. (2021). Teaching first aid to prospective teachers as a way to promote child healthcare. *Healthcare*, 9(4), 367. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040367>

Pais-Roldán, P., Olmos-Gómez, M. d. C., Cuevas-Rincón, J. M., & Luque-Suárez, M. (2022). Study on the attitudes and knowledge of teachers and future teachers about immediate health care measures at school. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 12(7), 854–869. <https://doi.org/10.3390/ejihpe12070062>

Paivandy, A., & Pejler, G. (2021). *Novel Strategies to Target Mast Cells in Disease*. *Journal of Leukocyte Biology*. (προτυπωμένο, περιέχει ανάλυση degranulation). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8138242/>

Papadopoulos, N. G. (2020). Immunotherapy in allergic diseases – improved understanding and prospects for precision medicine. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 20(?), 1?. <https://doi.org/10.1016/j.coi.2020.02.005>

Papadopoulos, N. G., Arasi, S., Cardona, V., Eigenmann, P. A., Fernandez-Rivas, M., Kohli, A., ... & Muraro, A. (2020). EAACI guidelines on allergen immunotherapy: IgE-mediated food allergy. *Allergy*, 75(3), 556–576. <https://doi.org/10.1111/all.14082>

Papadopoulou A, Hatzigorou E, Matziou VN, Grigoropoulou DD, Panagiotakos DB, Tsanakas JN, et al. (2011). Comparison in asthma and allergy prevalence in the two major cities in Greece: the ISAAC phase II survey. *Allergol Immunopathol (Madr)*. NovDec;39(6):347-55

Parim, G. A. (2015). A Cross Section of Practicing Teachers' and Prospective Teachers' knowledge of First AID. *International Journal of Humanities Social Sciences and Education (IJHSSE)*, Volume 2, Issue 1, p.p. 286-293.

Pavord, I. D., Beasley, R., Agusti, A., Anderson, G. P., Bel, E., Brusselle, G., Cullinan, P., Custovic, A., Ducharme, F. M., Fahy, J. V., Frey, U., Gibson, P., Heaney, L. G., Holt, P. G., Humbert, M., Lloyd, C. M., Marks, G., Martinez, F. D., Sly, P. D., ... Zar, H. J. (2018). After asthma: Redefining airways diseases. *Lancet*, 391(10118), 350–400. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30879-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30879-6)

Pavord, I. D., Hanania, N. A., & Corren, J. (2022). Choosing a biologic for patients with severe asthma: Opportunities in type2 inflammation. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 10(2), 410–419. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2021.12.014>

People. (2025, January 9). Teen dies after school allegedly allows her to go to the drugstore during severe nut allergy attack: Lawsuit. *People*. Ανακτήθηκε από <https://people.com/florida-teen-died-eating-dessert-containing-nuts-school-severe-allergy-father-says-lawsuit-8771673>

Perry, T. T., Matsui, E. C., Conover-Walker, M. K., & Wood, R. A. (2004). Risk of oral food challenges. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 114(5), 1164–1168. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2004.08.029>

Pichler, W. J. (2003). Delayed drug hypersensitivity reactions. *Annals of Internal Medicine*, 139(8), 683–693. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-139-8-200310210-00012>

Polloni, L. et al. (2013). What do school personnel know, think and feel about food allergies? *Clinical and Translational Allergy*, 3(1), e8. DOI:10.1186/20457022339.

Polloni, L. et al. (2016). School personnel's selfefficacy in managing food allergy and anaphylaxis. *Pediatric Allergy and Immunology*, 27(4), 356–363. DOI:10.1111/pai.12550.

Polloni, L., Baldi, I., Lazzarotto, F., Bonaguro, R., Toniolo, A., Gregori, D., & Muraro, A. (2020). Multidisciplinary education improves school personnel's self-efficacy in managing food allergy and anaphylaxis. *Pediatric Allergy and Immunology*, 31(4), 380–387. <https://doi.org/10.1111/pai.13212>

Polloni, L., Muraro, A., & Asero, R. (2020). Educating children with food allergy and their caregivers: a review. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 20(3), 252-258.

Prescott, S. L., Pawankar, R., Allen, K. J., Campbell, D. E., Sinn, J. K. H., Fiocchi, A., ... Lee, B.-W. (2013). A global survey of changing patterns of food allergy burden in children. *World Allergy Organization Journal*, 6(1), 21. DOI: 10.1186/1939-4551-6-21.

Pumphrey, R. S. H. (2000). Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reactions. *Clinical and Experimental Allergy*, 30(8), 1144–1150. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2222.2000.00943.x>.

Pumphrey, R. S. H. (2003). Fatal posture in anaphylactic shock. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 112(3), 451–452. [https://doi.org/10.1016/S0091-6749\(03\)00890-9](https://doi.org/10.1016/S0091-6749(03)00890-9)

Quirce, S., & Barranco, P. (2010). Cleaning agents and asthma. *Journal of Investigational Allergology & Clinical Immunology*, 20(7), 542–550. PMID: 21313993

Qureshi, F. M., Khalid, N., Nigah-e-Mumtaz, S., Assad, T., & Noreen, K. (2018). First aid facilities in the school settings: Are schools able to manage adequately? *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(2), 272–276. <https://doi.org/10.12669/pjms.342.272>

Raptis, G., Perez-Botella, M., Totterdell, R., Gerasimidis, K., & Michaelis, L. J. (2020). A survey of school's preparedness for managing anaphylaxis in pupils with food allergy. *European Journal of Pediatrics*, 179, 1537–1545. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03645-0>

Roberts G, Patel N, Levi-Schaffer F, Habibi P, Lack G. (2003). Food allergy as a risk factor for life-threatening asthma in childhood: a case–controlled study. *J Allergy Clin Immunol* 112:168–174.

Rodríguez Ferran, L., et al. (2020). Anaphylaxis at school. Are we prepared? Could we improve? *Allergologia et Immunopathologia*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.allerimm.2020.03.006>

Rosário, C. S. (2021). Do gender and puberty influence allergic diseases? *Allergologia et Immunopathologia*, 49(2). <https://doi.org/10.15586/aei.v49i2.49>

Salo, P. M., Sever, M. L., & Zeldin, D. C. (2009). *Indoor allergens in school and day care environments*. *Environmental Health Perspectives*, 117(2), 278–285. <https://doi.org/10.1289/ehp.11652>

Sampson, H. A., Muñoz-Furlong, A., Campbell, R. L., Adkinson, N. F. Jr, Bock, S. A., Branum, A., Brown, S. G. A., Camargo, C. A. Jr, Cydulka, R., Galli, S. J., Gidudu, J., Gruchalla, R. S., Harlor, A. D. Jr, Hepner, D. L., Lewis, L. M., Lieberman, P. L., Metcalfe, D. D., O'Connor, R., Muraro, A., Rudman, A., Schmitt, C., Scherrer, D., Simons, F. E. R., Thomas, S., Wood, J. P., & Decker, W. W. (2006). Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: Summary report—Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 117(2), 391–397. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2005.12.1303>

Sampson, H. A., Munoz-Furlong, A., Campbell, R. L., Adkinson, N. F., Bock, S. A., Branum, A., et al. (2006a). *Second symposium on the definition management of anaphylaxis: Summary report-second National Institute of and Infectious Disease/Food Allergy Anaphylaxis Network symposium*. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 117(2), 391–397. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2005.12.1303>.

Santos, M. J. L. (2022). *Winnipeg-based elementary school teachers' perspectives on food allergy management and practices: A qualitative investigation* (Master's thesis, University of Manitoba). University of Manitoba Repository.

Scadding, G. K., Kariyawasam, H. H., Mirakian, R. M., Buckley, R. J., Dixon, T., Durham, S. R., ... & Clark, A. T. (2017). BSACI guideline for the diagnosis and management of allergic and nonallergic rhinitis (Revised Edition 2017; First edition 2007). *Clinical and Experimental Allergy*, 47(7), 856–889. <https://doi.org/10.1111/cea.12953>

Schoemaker, A. A., Sprickkelman, A. B., Grimshaw, K. E., Roberts, G., Grabenhenrich, L., Rosenfeld, L., ... Beyer, K. (2015). Incidence and natural history of challenge-proven cow's milk allergy in European children – EuroPrevall birth cohort. *Allergy*, 70(8), 963–972. <https://doi.org/10.1111/all.12630>

Shaker, M. S., Wallace, D. V., Golden, D. B. K., Oppenheimer, J., Bernstein, J. A., Campbell, R. L., Dinakar, C., Ellis, A. K., Greenhawt, M., Khan, D. A., Lang, D. M., Lang, E. S., Lieberman, J. A., Portnoy, J. M., Rank, M. A., Stukus, D. R., Wang, J., & Joint Task Force on Practice Parameters Collaborators (2020). *Anaphylaxis: A 2020 practice parameter update, systematic review, and GRADE analysis. Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 145(4), 1082–1123. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2020.01.017>

Shaker, M. S., Lieberman, P., & Simons, F. E. R. (2020). *Anaphylaxis—a 2020 practice parameter update, systematic review and GRADE analysis* [Executive Summary]. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*.

Sharma H. P., Bansil S., & Uygungil B. (2015). Signs and symptoms of food allergy and food-induced anaphylaxis. *Pediatric Clinics of North America*, 62(6), 1377–1392.

Sharpe, R. A., Thornton, C. R., Tyrrell, J., Nikolaou, V., & Osborne, N. J. (2015). Variable risk of atopic disease due to indoor fungal exposure in NHANES. *Clinical & Experimental Allergy*, 45(10), 1566–1578. <https://doi.org/10.1111/cea.12549>

Sheetz AH, Goldman PG, Millett K, Franks JC, McIntyre CL, Carroll CR, et al. Guidelines for managing life-threatening food allergies in Massachusetts schools. *J Sch Health*. 2004;74:155-60. doi: 10.1111/ j.1746-1561.2004.tb08212.x.

Shemesh, E., Annunziato, R. A., Ambrose, M. A., Ravid, N. L., Mullarkey, C., Rubes, M., et al. (2013). Child and parental reports of bullying in a consecutive sample of children with food allergy. *Pediatrics*, 131(1), e10–e17. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1180>.

Shipley, J. (2015). *Seeking a respectable environment: A phenomenological inquiry into pre-service teachers' lived experience of anaphylaxis* (Master's thesis, University of Ottawa). University of Ottawa Research Repository.

- Sicherer, S. H. (2011). Epidemiology of food allergy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 117(2), 391–397. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2005.12.1303>
- Sicherer, S. H., & Mahr, T. (2010). Management of food allergy in the school setting. *Pediatrics*, 126(6), 1232–1239. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2575>
- Sicherer, S. H., & Sampson, H. A. (2014). Food allergy: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 133(2), 291–307.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2013.11.020>
- Sicherer, S. H., & Sampson, H. A. (2018). Food allergy: A review and update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis, prevention, and management. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 141(1), 41–58. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2017.11.003>
- Simons, F. E. R. (2004). Epinephrine autoinjectors: First-aid treatment still out of reach for many at risk of anaphylaxis in the community. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 93(1), 5–6. [https://doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)61437-7](https://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)61437-7)
- Simons, F. E. R., Arduoso, L. R. F., Bilò, M. B., El-Gamal, Y. M., Ledford, D. K., Ring, J., Sánchez-Borges, M., Senna, G. E., Sheikh, A., & Thong, B. Y. (2011). World Allergy Organization anaphylaxis guidelines: Summary. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 127(3), 587–593.e1–e22. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2011.01.038>
- Simons, F. E. R., Arduoso, L. R. F., Dimov, V., Ebisawa, M., El-Gamal, Y. M., Ledford, D. K., ... & Sheikh, A. (2011a). World Allergy Organization anaphylaxis guidelines: 2011 update of the evidence base. *International Archives of Allergy and Immunology*, 154(3), 256–263. <https://doi.org/10.1159/000326806>

Slabe, D., & Fink, R. (2012). Kindergarten teachers' and their assistants' knowledge of first aid in Slovenian kindergartens. *Health Education Journal*, 72(4), 398–407. <https://doi.org/10.1177/0017896912446555>

Spoerl, D., Nigolian, H., Czarnetzki, C., & Harr, T. (2017). Reclassifying anaphylaxis to neuromuscular blocking agents based on the presumed patho-Mechanism: IgE-mediated, pharmacological adverse reaction or “innate hypersensitivity”? *International Journal of Molecular Sciences*, 18(6), 1223. <https://doi.org/10.3390/ijms18061223>

Stiemsma, L. T., & Turvey, S. E. (2017). Asthma and the microbiome: Defining the critical window in early life. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 13(1), 1-12.

Stone, C. A., Jr., Liu, Y., Relling, M. V., Krantz, M. S., Pratt, A. L., Abreo, A., ... & Phillips, E. J. (2019). Immediate hypersensitivity to polyethylene glycols and polysorbates: More common than we have recognized. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 7(5), 1533–1540.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2018.12.003>

Strachan, D. P. (1989). Hay fever, hygiene, and household size. *BMJ*, 299(6710), 1259-1260.

Sussman, G. L., & Beezhold, D. H. (1995). Allergy to latex rubber. *Annals of Internal Medicine*, 122(1), 43–46. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-122-1-199501010-00007>

The Sun. (2025, July). Boy, 5, collapsed and died after suffering serious allergic reaction at school. *The Sun*.

Tomazic, V. J., Withrow, T. J., Fisher, B. R., & Dillard, S. F. (1992). Latex-associated allergies and anaphylactic reactions. *Clinical Immunology and Immunopathology*, 64(2), 89–97. [https://doi.org/10.1016/0090-1229\(92\)90185-Q](https://doi.org/10.1016/0090-1229(92)90185-Q)

Tramontana, M., Hansel, K., Bianchi, L., Sensini, C., Malatesta, N., & Stingeni, L. (2023). Advancing the understanding of allergic contact dermatitis: from pathophysiology to novel therapeutic approaches. *Frontiers in Medicine*, 10, Article 1184289. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1184289>

Trubiano, J. A., & Phillips, E. J. (2013). Antimicrobial stewardship's new weapon? A review of antibiotic allergy and pathways to 'delabeling'. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 26(6), 526–537. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000006>

Turner, P. J., Feeney, M., Meyer, R., Perkin, M. R., & Fox, A. T. (2020). Keeping food-allergic children safe in our schools—Time for public health action. *Clinical & Experimental Allergy*, 50(8), 912–915. <https://doi.org/10.1111/cea.13609>

UNESCO. (2021). *Safe to learn and thrive: Global guidance on school safety, health, and psychosocial support*. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379170>

Uter, W., & Diepgen, T. L. (2020). Epidemiology of contact dermatitis and contact allergy. In J. D. Johansen, P. J. Frosch, & J.-P. Lepoittevin (Eds.), *Contact dermatitis* (6η έκδ., σσ. 23–40). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-68561-0_3

Vale S, Smith J, Said M, Mullins RJ, Loh R. (2015). ASCIA guidelines for prevention of anaphylaxis in schools, pre-school and childcare: 2015 update. *J Paediatr Child Health*. 2015;51:949-54. doi: 10.1111/jpc.12962.

Vander, A. J., Sherman, J. H., & Luciano, D. S. (2001). *Human physiology: The mechanisms of body function* (8th ed.). McGraw-Hill.

Van Hecke, A., Vermonden, M., Dehaerne, L., Toelen, J., & De Coninck, D. (2022). Teacher preparedness for medical emergencies in Belgian classrooms: Studying objective and subjective first-aid knowledge. *Children*, 10(4), 669. <https://doi.org/10.3390/children10040669>

von Hertzen, L., & Haahtela, T. (2006). Disconnection of man and the soil — reason for the asthma and atopy epidemic? *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 117(2), 334–344. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2005.11.013>

von Mutius, E. (2007). Allergies, infections and the hygiene hypothesis – The epidemiological evidence. *Immunobiology*, 212(6), 433–439. <https://doi.org/10.1016/j.imbio.2007.03.002>

von Mutius, E., & Vercelli, D. (2010). Farm living: effects on childhood asthma and allergy. *Nature Reviews Immunology*, 10(12), 861–868. <https://doi.org/10.1038/nri2871>

Wang, J., Sicherer, S. H., Nowak-Wegrzyn, A., & Sampson, H. A. (2018). Allergic reactions in United States schools and preschools: Prevention and preparedness. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 6(1), 156–163. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2017.05.003>

Warren, C. M., Jiang, J., & Gupta, R. S. (2020). Epidemiology and burden of food allergy. *Current Allergy and Asthma Reports*, 20(2), 6. <https://doi.org/10.1007/s11882-020-0895-6>

Weidinger, S., & Novak, N. (2016). Atopic dermatitis. *The Lancet*, 387(10023), 1109–1122. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00149-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00149-X)

Wollenberg, A., Barbarot, S., Bieber, T., Christen-Zaech, S., Deleuran, M., Fink-Wagner, A., ... & Schöpf, E. (2018). Consensusbased European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: Part I. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 32(5), 657–682. <https://doi.org/10.1111/jdv.14891>

World Allergy Organization. (2011). *World Allergy Organization anaphylaxis guidelines: Summary*. *The World Allergy Organization Journal*, 4(2), 13–37. <https://doi.org/10.1097/WOX.0b013e318211496c>

World Health Organization. (2009a). *WHO guidelines for indoor air quality: Dampness and mould*. WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/43325/E92645.pdf

World Health Organization. (2009b). *WHO guidelines for indoor air quality: Dampness and mould*. WHO Regional Office for Europe. <https://www.who.int/publications/i/item/9789289041683>

World Health Organization (WHO). (2006). *Guidelines for the management of foodborne illness and food safety emergencies*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241594641>

Worm, M., Moneret-Vautrin, A., Scherer, K., Lang, R., Fernández-Rivas, M., Cardona, V., ... (2014). First European data from the network of severe allergic reactions (NORA). *Allergy*, 69(10), 1397–1404. <https://doi.org/10.1111/all.12475>

Wüthrich, B., Cozzio, A., Roll, A., Senti, G., Kündig, T., & Schmid-Grendelmeier, P. (2007). Atopic eczema: genetics or environment? *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 14, 195–201.

Xepapadaki P, Fiocchi A, Grabenhenrich L, Roberts G, Grimshaw KEC, Fiandor A, Larco JI, et al. (2016). Incidence and natural history of hen's egg allergy in the first 2 years of life—the EuroPrevall birth cohort study. *Allergy*; 71: 350–357.

Yang, M.-S., Kim, T.-W., Park, C.-S., Kim, M.-H., Ye, Y.-M., Kim, S.-H., Park, H.-S., & Nahm, D.-H. (2013). Rhinitis patients with sputum eosinophilia show increased bronchial hyperresponsiveness and lower airway inflammation. *Allergy, Asthma & Immunology Research*, 5(5), 305–311. <https://doi.org/10.4168/aair.2013.5.5.305>

Yang, B.-G., Kim, A.-R., Lee, D., An, S. B., Shim, Y. A., & Jang, M. H. (2023). Non-IgE mediated mast cell activation via MRGPRX2 in drug hypersensitivity reactions. *Cells*, 12(11), 1506. <https://doi.org/10.3390/cells12111506>

Zaman, M. U., et al. (2021). Sex-related differences in the prevalence of coexisting allergic rhinitis and asthma: A systematic review and meta-analysis. *Clinical and Translational Allergy*, 11, 57. <https://doi.org/10.1186/s13601-017-0176-5>

Zock, J.-P., Plana, E., Jarvis, D., Antó, J. M., & et al. (2007). The use of household cleaning sprays and adult asthma: an international longitudinal study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 176(8), 735–741. <https://doi.org/10.1164/rccm.200612-1793OC>

Zuberbier, T., Aberer, W., Asero, R., Abdul Latiff, A. H., Baker, D., Ballmer-Weber, B., Bernstein, J. A., Bindslev-Jensen, C., Brzoza, Z., Buense-Bedrikow, R., Canonica, G. W., Church, M. K., Craig, T., Danilycheva, I. V., Dressler, C., Ensina, L. F., Giménez-Arnau, A., Godse, K., Gonçalo, M., ... Maurer, M.; EAACI/GA²LEN/EDF/WAO Urticaria Guideline Group (2018). *EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification, diagnosis and management of urticaria*. *Allergy*, 73(7), 1393–1414. <https://doi.org/10.1111/all.13397>

Ιστοσελίδες

- Food Allergy Research & Education (FARE). (2022). *Food allergy facts and statistics for the U.S.* <https://www.foodallergy.org/resources/facts-and-statistics>
- Global Initiative for Asthma (GINA). (2024). *Global strategy for asthma management and prevention.* <https://ginasthma.org>
- National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID). (2010). *Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: Report of the NIAID-sponsored expert panel.* U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.niaid.nih.gov/sites/default/files/faguidelinespatient.pdf>
- NHS. (2024), Μάρτιος 21). *Allergies: causes.* NHS.UK. Ανακτήθηκε από <https://www.nhs.uk/conditions/allergies/causes>
- StatPearls. (2025). Allergic contact dermatitis. In *NCBI Bookshelf.* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532866/>
- U.S. Food and Drug Administration (FDA). (2022). *Food allergies: What you need to know.* <https://www.fda.gov/food/food-labeling-nutrition/food-allergies>
- Πρώτες βοήθειες για εκπαιδευτικούς. https://ich-ddsp.gr/first_aid
- <https://allergy1.gr/>
- <https://www.voria.gr/article/ippokrateio-oi-allergies-eythynontai-amesa-i-emmesa-gia-1800000-thanatoy-s-etisios-se-olo-ton>
- <https://www.efanet.org/images/2012/07/EFA-Book-on-Respiratory-Allergy-Greek.pdf>.

Παράρτημα

Το παρόν ερωτηματολόγιο αφορά σε έρευνα που πραγματοποιείται στο πλαίσιο της διπλωματικής μου στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (Δ.Π.Μ.Σ.): «Επιστήμες του Περιβάλλοντος και Εκπαίδευσης για την Αειφορία» του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών, της σχολής Επιστημών Αγωγής του Τμήματος Ιατρικής και του Τμήματος Βιολογικών Εφαρμογών της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων με επιβλέποντα καθηγητή τον κ. Κούτρα Βασίλειο.

Απευθύνεται σε φοιτητές/τριες των Παιδαγωγικών Τμημάτων και έχει σχεδιαστεί για να μελετήσει τις στάσεις και τις γνώσεις τους σχετικά με την αντιμετώπιση των αλλεργικών αντιδράσεων των παιδιών. Θα σας παρακαλούσαμε να μην αφήσετε ερωτήσεις αναπάντητες. Τα συλλεγόμενα δεδομένα θα είναι προσβάσιμα μόνο στον επιστημονικά υπεύθυνο και την ερευνήτρια της μελέτης και θα προστατεύονται από οποιαδήποτε εξωτερική πρόσβαση. Τα δεδομένα της έρευνας θα διατηρούνται για χρονικό διάστημα απαραίτητο για την ικανοποίηση του ερευνητικού σκοπού και εν συνεχεία θα καταστρέφονται με μέριμνα του Επιστημονικά Υπεύθυνου. Η επεξεργασία των δεδομένων αυτών για τον ανωτέρω σκοπό και η συμμετοχή στην έρευνα δεν συνεπάγονται δικαίωμα αποζημίωσης ή οικονομικά οφέλη οποιασδήποτε μορφής.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τον πολύτιμο χρόνο που θα αφιερώσετε στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Με εκτίμηση

Μπόζιου Μαρίνα

Εκπαιδευτικός ΠΕ60

Ενότητα 1: Γενικές Πληροφορίες

2. Φύλο:

- Άνδρας
- Γυναίκα
- Άλλο

3. Ηλικία:

- 18-22
- 23-25
- 26+

4. Έτος σπουδών:

- 1ο
- 2ο
- 3ο
- 4^ο
- 5^ο +

5. Κατά τη διάρκεια των σπουδών σας έχετε παρακολουθήσει κάποιο μάθημα σχετικό με τις αλλεργίες στα παιδιά;

- Ναι
- Όχι

6. Κατά τη διάρκεια των σπουδών σας έχετε παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο σχετικό με τις αλλεργίες στα παιδιά;

- Ναι
- Όχι

7. Σκοπεύετε να παρακολουθήσετε επιπλέον εκπαιδεύσεις σχετικά με τις πρώτες βοήθειες;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

8. Έχετε προσωπική εμπειρία με αλλεργίες (π.χ. εμφανίσατε κάποια αλλεργία εσείς ή κάποιο συγγενικό σας πρόσωπο);

- Ναι
- Όχι

9. Κατά τη διάρκεια των πρακτικών σας ασκήσεων έχετε έρθει σε επαφή με κάποιο περιστατικό σχετικό με αλλεργία στο σχολικό περιβάλλον;

- Ναι
- Όχι

Ενότητα 2: Στάσεις Απέναντι στα Θέματα Υγείας των Παιδιών

1. Θεωρώ ότι η υγεία των παιδιών είναι πρωταρχικής σημασίας στο σχολικό περιβάλλον.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------	----------------------------------	---------	-----------------

2. Πιστεύω ότι οι εκπαιδευτικοί πρέπει να διαθέτουν βασικές γνώσεις πρώτων βοηθειών.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------	----------------------------------	---------	-----------------

3. Θεωρώ ότι η πρόληψη των ασθενειών είναι εξίσου σημαντική με την αντιμετώπισή τους.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------	----------------------------------	---------	-----------------

4. Πιστεύω ότι οι εκπαιδευτικοί είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα κοινών παιδικών ασθενειών.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------	----------------------------------	---------	-----------------

5. Θεωρώ ότι η συνεργασία με τους γονείς είναι απαραίτητη για τη διαχείριση των θεμάτων υγείας των παιδιών.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------	----------------------------------	---------	-----------------

6. Πιστεύω ότι το σχολείο παρέχει ένα ασφαλές και υγιεινό περιβάλλον για τα παιδιά.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------	----------------------------------	---------	-----------------

7. Θεωρώ ότι η εκπαίδευση των παιδιών σε θέματα υγείας είναι σημαντική.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------	----------------------------------	---------	-----------------

8. Πιστεύω ότι οι εκπαιδευτικοί είναι ενημερωμένοι για τις τελευταίες εξελίξεις στον τομέα της παιδικής υγείας.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------	----------------------------------	---------	-----------------

9. Πιστεύω ότι η ψυχική υγεία των παιδιών είναι εξίσου σημαντική με τη σωματική τους υγεία.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------	----------------------------------	---------	-----------------

10. Πιστεύω ότι οι μελλοντικοί εκπαιδευτικοί χρειάζονται επιπλέον εκπαίδευση για την διαχείριση των αλλεργιών στα παιδιά.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------	----------------------------------	---------	-----------------

Ενότητα 3: Γνώσεις Διαχείρισης Αλλεργικών Αντιδράσεων στα Παιδιά

(μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

2. Ποιες από τις παρακάτω αλλεργίες γνωρίζεις;
 - Τροφική αλλεργία
 - Αλλεργία σε έντομα
 - Αλλεργική ρινίτιδα
 - Αλλεργία σε φάρμακα
 - Δερματικές αλλεργίες
3. Ποια από τα παρακάτω είναι τα συμπτώματα μιας ήπιας αλλεργικής αντίδρασης;
 - Φαγούρα ή ρινική καταρροή, φτέρνισμα
 - Φαγούρα στοματικής κοιλότητας
 - Ήπια κνίδωση, ήπια φαγούρα
 - Ήπια ναυτία ή δυσφορία
 - Κανένα από τα παραπάνω
 - Δε γνωρίζω
4. Ποιο από τα παρακάτω αποτελούν τα πιο συχνά αλλεργιογόνα τρόφιμα στα παιδιά;
 - Ξηροί καρποί
 - Φιστίκια
 - Γάλα
 - Αυγό
 - Σιτάρι
 - Σόγια
 - Ψάρι
 - Κανένα από τα παραπάνω
 - Δε γνωρίζω
5. Ποια από τα παρακάτω αποτελούν συμπτώματα της αναφυλαξίας;
 - Δύσπνοια, συριγμός
 - Τάση για λιποθυμία
 - Δυσκολία στην κατάποση
 - Οίδημα στο στόμα
 - Εκτεταμένη ερυθρότητα στο δέρμα
 - Εμετοί, διάρροια
 - Κανένα από τα παραπάνω
 - Δε γνωρίζω
6. Ποιο από τα παρακάτω αποτελεί την άμεση αντιμετώπιση της αναφυλαξίας;
 - Χορήγηση αντιισταμινικών
 - Ένεση αδρεναλίνης
 - Χορήγηση κορτικοστεροειδούς

- Χορήγηση παυσίπονων
 - Κανένα από τα παραπάνω
 - Δε γνωρίζω
7. Ποια είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος πρόληψης των αλλεργικών αντιδράσεων;
- Αποφυγή των αλλεργιογόνων
 - Χρήση αντισταμινικών
 - Ανοσοθεραπεία
 - Χρήση κορτικοστεροειδών
 - Δε γνωρίζω
8. Ποια είναι η πρώτη βοήθεια σε περίπτωση κρίσης άσθματος;
- Χρήση βρογχοδιασταλτικού εισπνεόμενου
 - Χορήγηση οξυγόνου
 - Χρήση αντισταμινικών
 - Χρήση κορτικοστεροειδών
 - Δε γνωρίζω
9. Ποια είναι η πιο κοινή αιτία πρόκλησης άσθματος σε σχολικό περιβάλλον;
- Ακάρεα σκόνης
 - Άσκηση
 - Επιθήλια ζώων του σχολείου ή κατοικίδιων ζώων που μεταφέρονται με τα ενδύματα
 - Γύρεις και σπόρια μυκήτων
 - Κανένα από τα παραπάνω
 - Δε γνωρίζω
10. Ποιο/ποια από τα παρακάτω αποτελεί/ούν καλές πρακτικές αντιμετώπισης αλλεργικών αντιδράσεων;
- Παρέχω τις πρώτες βοήθειες
 - Δεν αφήνω μόνο του το παιδί
 - Χρησιμοποιώ την αυτοχορηγούμενη ένεση αδρεναλίνης
 - Καλώ το Εθνικό Κέντρο άμεσης Βοήθειας (166)
 - Ενθαρρύνω το παιδί
 - Επικοινωνώ με τους γονείς/ κηδεμόνες του παιδιού.
 - Κανένα από τα παραπάνω
 - Δε γνωρίζω

Ενότητα 4: Καθήκοντα εκπαιδευτικών και πρώτες βοήθειες

1. Είμαι ενήμερος/η για τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες των εκπαιδευτικών στο σχολικό περιβάλλον;

- Ναι
 - Όχι
2. Έχω υποχρέωση ως εκπαιδευτικός να παρέχω τις στοιχειώδεις Πρώτες βοήθειες στους μαθητές/τριες του σχολείου μου;
- Ναι
 - Όχι
 - Δε γνωρίζω
3. Έχω υποχρέωση ως άνθρωπος να βοηθήσω το συνάνθρωπό μου που χρήζει άμεσης βοήθειας;
- Ναι
 - Όχι
 - Δε γνωρίζω
4. Είμαι ενήμερος για το θεσμό του σχολικού νοσηλευτή;
- Ναι
 - Όχι
 - Δε γνωρίζω

Ενότητα 5: Αυτοαξιολόγηση Ικανοτήτων Διαχείρισης Αλλεργιών

1. Αισθάνομαι ικανός να αναγνωρίσω τα συμπτώματα της αναφυλαξίας.

Καθόλου ικανός	Λίγο ικανός	Μέτρια ικανός	Αρκετά ικανός	Πολύ ικανός
----------------	-------------	---------------	---------------	-------------

2. Αισθάνομαι ικανός να χορηγήσω αδρεναλίνη σε περίπτωση ανάγκης.

Καθόλου ικανός	Λίγο ικανός	Μέτρια ικανός	Αρκετά ικανός	Πολύ ικανός
----------------	-------------	---------------	---------------	-------------

3. Αισθάνομαι ικανός να διαχειριστώ μια κρίση άσθματος.

Καθόλου ικανός	Λίγο ικανός	Μέτρια ικανός	Αρκετά ικανός	Πολύ ικανός
----------------	-------------	---------------	---------------	-------------

4. Αισθάνομαι ικανός να συνεργαστώ με τους γονείς για τη διαχείριση των αλλεργιών των παιδιών.

Καθόλου ικανός	Λίγο ικανός	Μέτρια ικανός	Αρκετά ικανός	Πολύ ικανός
----------------	-------------	---------------	---------------	-------------

5. Αισθάνομαι ικανός να δημιουργήσω ένα ασφαλές περιβάλλον για τα παιδιά με αλλεργίες.

Μαρίνα Μπόζιου, Στάσεις και γνώσεις των φοιτητών/τριών των παιδαγωγικών τμημάτων σχετικά με την αντιμετώπιση των αλλεργικών αντιδράσεων των παιδιών

Καθόλου ικανός	Λίγο ικανός	Μέτρια ικανός	Αρκετά ικανός	Πολύ ικανός
----------------	-------------	---------------	---------------	-------------