

## **ΧΟΡΗΓΙΕΣ**

**Ευχαριστούμε τις Εταιρίες και λοιπούς χορηγούς μας**

**CANA, OLVOS-GALENICA-BIOLAG, FREZYDERM, MILUPA,**

**NUTRITCIA, VIAN, ELPEN, ΚΑΙΚΟΝΙΑΔΗΣ,**

**ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ**

**CHROMA HELLAS.GR**

**ΙΑΤΡΙΚΑ-ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΑ ΕΙΔΗ, ΦΑΝΙΑ ΑΙΜΙΛΙΑ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ.**

**Και τους λοιπούς χορηγούς σε είδος,**

**Rontis Hellas, Δήμο Ρήγα Φεραίου, viofar, EPSA, Οινοποιεία Αγχιάλου η «ΔΗΜΗΤΡΑ», Μήτσιου CENTER-Λάρισα, Φούρνους Βελεστίνου (κ. Αγγελή, Αγροκόστα, Μπατακόγια, Παπαδανιήλ), Καφετέριες Βελεστίνου ( κ Χ Ντόντου, κ Τσίντζου), Χαλβάς Βολιώτικος, Ευθυμίου Ο. Ε, Παγασών 102, καθώς και όλους όσους πρόσφεραν εθελοντικά εργασία.**

**Περιλήψεις εργασιών 6<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΦΥΚΕ (12- 15/12/2014), Ξενία Βόλου (12-13/12/2014) και Πνευματικό Κέντρο Βελεστίνου (13-15/12/2014).**

**Επιμέλεια έκδοσης: Αναστασία Αναστασίου-Κατσιαρδάνη  
Ελένη Λαζάρου Παπαδήμου**

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ (περιλαμβάνονται όσες απεστάλησαν έγκαιρα)**

## I. ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

6ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο της ΕΦΥΚΕ (12-15/12/2014)  
6<sup>η</sup> ΔΙΗΜΕΡΙΑΔΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ (12-13/12/2014)  
(υπό την αιγίδα της ΕΦΥΚΕ)

**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ (12/12/2014 – ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ΞΕΝΙΑ-ΒΟΛΟΥ):16:30-21:45**  
**ΕΓΓΡΑΦΕΣ: 16:30-17: 00**  
**ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ: 17: 00-17:30**

Εισαγωγική ομιλία από την Διευθύντρια της Παιδιατρικής Κλινικής και Πρόεδρο της ΕΦΥΚΕ, **Αναστασία Αναστασίου-Κατσιαρδάνη: 17:30-18:00**

**1ο στρογγυλό τραπέζι (18:00-19:10)**

### ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

**Προεδρείο: Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου, Αναστασία Αναστασίου-Κατσιαρδάνη**

**«ΑΛΚΥΟΝΗ: ΕΘΝΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ»**

**Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου<sup>1</sup>, Ιωάννα Βασιλάκη<sup>2</sup>.**

1. Παιδίατρος Αναπτυξιολόγος, Διδάκτωρ Διδάκτωρ Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών ( ΕΚΠΑ), Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Νοσοκομείο Παίδων η « Αγία Σοφία ». 2. μαία πιστοποιημένη σύμβουλος γαλουχίας και επιστημονική συνεργάτης ερευνητικού προγράμματος, « Αλκυόνη: Εθνική Πρωτοβουλία Προαγωγής Του Μητρικού Θηλασμού ».

Ο Μητρικός Θηλασμός είναι η ιδανική τροφή για τα βρέφη και εξασφαλίζει τις προϋποθέσεις για τη σωστή σωματική ανάπτυξη και νευροαναπτυξιακή εξέλιξη. Η καθολική σύσταση από τις οργανώσεις και τους φορείς δημόσιας υγείας είναι ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός στους έξι πρώτους μήνες ζωής και η εισαγωγή στερεών τροφών από εκεί και μετά, με συνέχισή του, για όσο διάστημα επιθυμεί η μητέρα και το βρέφος.

Το 2009 το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού δημοσιεύει την πρώτη Εθνική Μελέτη Θηλασμού στην οποία καταγράφονται η συχνότητα θηλασμού στην Ελλάδα και οι προσδιοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν τα ποσοστά αποκλειστικού και μη αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Παρά λοιπόν, το γεγονός του υψηλού ποσοστού πρόθεσης για θηλασμό που φτάνει στο 89%, την πρώτη ημέρα ζωής θήλασαν αποκλειστικά 41% των γυναικών, στο τέλος του πρώτου μήνα θήλαζε μόλις το 21%, στο τέλος του 3ου μήνα 11% και τον 6ο μήνα το ποσοστό αυτό σχεδόν μηδενίστηκε (0,8%).

Η καταγραφή των ιδιαίτερα χαμηλών ποσοστών δημιούργησε την ανάγκη για ένα πρόγραμμα προαγωγής Μητρικού θηλασμού. Ο στόχος της «Αλκυόνης είναι η αύξηση του ποσοστού και της διάρκειας του Μητρικού Θηλασμού στη χώρας μας μέσω της ευαισθητοποίησης του ευρύτερου κοινού, της υποστήριξης των θηλαζουσών και της ενημέρωσης των Επαγγελματιών Υγείας.

Αναλυτικότερα, δεδομένης της καταγραφής της μείωσης της τάξεως του 50% του ποσοστού αποκλειστικού θηλασμού την πρώτη μέρα, η «Αλκυόνη» αναπτύσσει μία σειρά στοχευμένων δράσεων εντός του μαιευτηρίου μεταξύ των οποίων η δημιουργία συντονιστικού φορέα της πρωτοβουλίας «Φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία» εστιάζοντας στην ενημέρωση των υγειονομικών μονάδων και την επιμόρφωση - υποστήριξη των Επαγγελματιών Υγείας. Παράλληλα, η καταγραφή της πτωτικής πορείας των ποσοστών αποκλειστικού ΜΘ τους επόμενους μήνες οδηγεί στην

ανάπτυξη δράσεων εκτός του μαιευτηρίου όπως η τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης των θηλαζουσών 10525, η δημιουργία Ιατρείων Θηλασμού και η ευαισθητοποίηση του συνόλου της ελληνικής κοινωνίας.

## **ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΦΙΛΙΚΩΝ ΠΡΟΣ ΤΑ ΒΡΕΦΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**Θωμάς Παπαλεξανδρής.**

Επικουρικός Παιδίατρος, Αχιλλοπούλειου Γενικού Νοσοκομείου ΒΟΛΟΥ (ΑΓΝΒ), μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.

Το ιδανικότερο ξεκίνημα της ζωής είναι ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός για τα βρέφη τους πρώτους 6 μήνες της ζωής και στη συνέχεια βρεφικός θηλασμός μαζί με το νερό και τις τροφές και κατά το 2<sup>ο</sup> χρόνο ζωής. Ο μητρικός θηλασμός προστατεύει από χρόνια νοσήματα, ενισχύει την αποτελεσματικότητα των εμβολίων και ελαττώνει την βρεφική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Συνάμα, ενισχύει τον συναισθηματικό δεσμό μητέρας – βρέφους, βελτιώνει το νοητικό πηλίκο του παιδιού και μειώνει τα ποσοστά της επιλόχειας κατάθλιψης. Αποτελεί φυσικό τρόπο διατροφής, οικονομικό και οικολογικό.

Περίπου το 35-40% των βρεφών παγκοσμίως θηλάζουν κατά την διάρκεια των πρώτων 4 μηνών ζωής. Ο Π.Ο.Υ. και η UNICEF έχουν αναλάβει, από ιδρύσεώς τους, την προστασία της υγείας και της διατροφής των μικρών παιδιών. Η διακήρυξη του Innocenti στην Φλωρεντία το 1990 αποτέλεσε το πρώτο θεσμικό πλαίσιο για την προστασία του μητρικού θηλασμού. Στηρίζεται στην εφαρμογή του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος και στα "10 βήματα" για επιτυχή μητρικό θηλασμό. Ένα νοσηλευτικό ίδρυμα για να χαρακτηριστεί φιλικό προς τα βρέφη θα πρέπει να πληροί τα κάτωθι κριτήρια:

### **10 ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ**

Υπαρξη γραπτής πολιτικής

Εκπαίδευση των φορέων των ιδρυμάτων αυτών

Να ενημερώνονται οι τα ζευγάρια για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού

Να εφαρμόζεται η επαφή δέρμα με δέρμα (skin-to-skin) το πρώτο μισάωρο μετά τον τοκετό

Οι μητέρες πρέπει να εκπαιδεύονται συνεχώς στην τέχνη του θηλασμού

Στο νεογέννητο να χορηγείται μόνο μητρικό γάλα

Εφαρμογή του συστήματος rooming-in 24 ώρες το 24ωρο

Απεριόριστος και ελεύθερος μητρικός θηλασμός

Αποφυγή χορήγησης πιπίλων τουλάχιστον για 40 ημέρες

Ίδρυση και διασπορά ομάδων υποστήριξης του μητρικού θηλασμού στην κοινότητα

### **ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΤΩΝ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΩΝ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ**

Έλεγχος των πληροφοριών που παρέχονται από τις βιομηχανίες γαλάτων στο ευρύ κοινό, ώστε να προβάλλεται η αξία του μητρικού θηλασμού στην κοινότητα

Απαγόρευση στις εταιρείες να προσφέρει δώρα ή δείγματα στους επαγγελματίες υγείας

Οδηγίες για τα τροποποιημένα αγελαδινά γάλατα δίνονται μόνο από τους ιατρούς

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα-μαιευτήρια πρέπει να αγοράζουν τα γάλατα αυτά στην πραγματική τιμή και να μην τα διανέμουν δωρεάν στις μητέρες

Τα κράτη που έχουν υπογράψει τον Κώδικα πρέπει να ελέγχουν για το αν τηρείται ορθά.

Η επιθυμία να καταστεί ένα νοσηλευτικό ίδρυμα φιλικό προς τα βρέφη είναι το πρώτο βήμα για την διαδικασία αυτή. Η πρωτοβουλία οργάνωσης ενός τέτοιου σκοπού προϋποθέτει την παροχή ψυχοπροφυλακτικής υποστήριξης της εγκύου, της συλλογής πληροφοριών με τη μορφή ερωτηματολογίου προς τα ζευγάρια για τον τρόπο διατροφής του νεογέννητου, την εφαρμογή του συστήματος *rooming in*, αλλά και προς το προσωπικό για το αν έχει εκπαιδευθεί κατάλληλα. Επίσης καταγράφονται τα ποσοστά ικανοποίησης της μητέρας από την βοήθεια που της παρέχεται στο θηλασμό, αναζητούνται οι αιτίες χορήγησης ξένου γάλακτος και δημιουργούνται ομάδες υποστήριξης στην κοινότητα. Το μήνυμα του θηλασμού ως εξαιρετικού τρόπου διατροφής πρέπει να περνά στα τοπικά μέσα ενημέρωσης και να απευθύνεται στα ευρέα λαϊκά στρώματα. Οι τοπικές

κοινωνίες οφείλουν να αγκαλιάζουν την προσπάθεια αυτή διότι τελικά η δημόσια υγεία κερδίζει από την λειτουργία των ‘φιλικών προς τα βρέφη’ νοσοκομείων (μακροπρόθεσμη πρόληψη υγείας).

#### **Βιβλιογραφία:**

1. 8<sup>ο</sup> Σεμινάριο Μητρικού Θηλασμού, Νοσοκομείο Αττικών, 2014
2. World Health Organization, United Children’s Fund: Global strategy for breastfeeding. WHO, Geneva 2003
3. ‘Breastfeeding and support in a baby friendly hospital’: baby friendly hospital initiative: [www.unicef.org/nutrition/files/BFHI\\_2009\\_s3.1and2.pdf](http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s3.1and2.pdf)
4. The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: Frequently Asked Questions. Geneva: World Health Organization; 2006
5. ‘ΑΛΚΥΟΝΗ’: Εθνική πρωτοβουλία προαγωγής του μητρικού θηλασμού, Επιχειρησιακά Προγράμματα ΕΣΠΑ 2011
6. 1<sup>η</sup> Πανελλαδική δράση για Νοσοκομεία Φιλικά προς τη Μητέρα – Βρέφος, 2013, Πανελλήνιο Δίκτυο Εθελοντικών Ομάδων Υποστήριξης Θηλασμού και Μητρότητας και Δίκτυο για τον σεβασμό στη γέννα ENCA Hellas.



### **ΓΝΩΣΗ-ΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ.**

**Αναστασία Αναστασίου-Κατσιαρδάνη και συν.**

**Αναστασίου-Κατσιαρδάνη Αναστασία**, Διευθύντρια Παιδιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ, Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, μετεκπαιδευμένη στις Λοιμώξεις και Ψυχική Υγεία, Πρόεδρος του ΔΣ της **ΕΦΥΚΕ**.

**Α. Αναστασίου-Κατσιαρδάνη**<sup>1,2,3,5</sup>

**Κ. Κατσιαρδάνης**<sup>1,2,3</sup>, **Κ-Π. Κατσιαρδάνη-Γζιοβανέττο**<sup>1,2,3</sup>, **Γ. Μήτσιου-Δάκτυλα**<sup>1,2,3</sup>,

**Β. Μαργαριτοπούλου**<sup>1,2,3,4</sup>, **Ε. Καλαμπούκα**<sup>1,2,3,4</sup>, **Ε. Πανταζή**<sup>1,2</sup>, **Ι. Τάσσιου**<sup>1,2</sup>,

**Π. Νταρνταγάνη**<sup>1,2</sup>

1. ΕΦΥΚΕ (Εταιρία Φροντίδας Υγείας και Εκπαίδευσης)
2. ΕΕΚΠΠΥ (Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας)
3. Ιατρική Σχολή Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
4. Παιδιατρική Κλινική Νοσοκομείου Λάρισας, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
5. ΚΥ Βελεστίνου, "Αχιλλοπούλειο" Γενικό Νοσοκομείο Βόλου

**Εισαγωγή:** Η υπεροχή και σπουδαιότητα του μητρικού θηλασμού (μθ), αποτελεί αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα και είναι απόλυτα και επιστημονικά τεκμηριωμένη. **Σκοπός:** Να τεκμηριωθεί: Η γνώση, η στάση και η συμπεριφορά απέναντι στο θέμα του μητρικού θηλασμού των παιδιών πρωτο-δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Η συμβολή και αποτελεσματικότητα του βαθμού της ενημέρωσης από την ειδικά εκπαιδευμένη διεπιστημονική ομάδα (δο) λειτουργών δημόσιας υγείας, μετά από αποφάσεις του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. **Υλικό - μέθοδοι:** Κατά την διάρκεια της εβδομάδας (μθ) και μετά από επισκέψεις της (δο) ενημερώθηκαν: 498 παιδιά (π) από τα 617 εγγεγραμμένα, 218 (π) ανήκαν στο δημοτικό, 60 (π) ανήκαν στην Γ΄ γυμνασίου, 220 (π) ανήκαν στο Λύκειο. Δεν ενημερώθηκαν 119 (π) της Α΄ και Β΄ γυμνασίου τα οποία χρησιμοποιήθηκαν ως μάρτυρες. 47 παιδιά εξαιρέθηκαν από τις συγκρίσεις, γιατί απάντησαν στο θέμα ΜΘ με ζωγραφιές, οι οποίες σχολιάζονται στο τέλος. Η ενημέρωση επικεντρώθηκε στα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για το παιδί, την μητέρα, την κοινωνία και το περιβάλλον. **Αποτελέσματα:** Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις παιδιών που ενημερώθηκαν σε σχέση με τα μη ενημερωθέντα παιδιά, που απεικονίζονται παραστατικά με ιστογράμματα. Οι απαντήσεις των παιδιών είναι ανάλογες της κατάλληλα προσαρμοσμένης, στις ηλικίες, ενημέρωσης κυρίως και κατά δεύτερο λόγο της ηλικιακής ομάδας των παιδιών. **Συμπεράσματα:** Υπάρχει ανάγκη για θέσπιση προγραμμάτων πληροφόρησης / ενημέρωσης των μαθητών για των ΜΘ. Η ενημέρωση από ειδικά εκπαιδευμένη διεπιστημονική ομάδα, όπου πρωτεύοντα ρόλο της οποίας παίζει ο παιδίατρος, η επισκέπτρια υγείας η μαία, η νοσηλεύτρια και η Κοινωνική λειτουργός, αποτελεί το θεμέλιο λίθο για την υιοθέτηση θετικών στάσεων απέναντι στο μητρικό θηλασμό ειδικά όταν προϋποθέτει συνεργασία ΠΦΥ και εκπαίδευσης, αλλά και υποστήριξης από το κράτος και την πολιτεία.

#### ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ:

##### ΓΙΑ ΜΗΤΕΡΑ:

Συναισθηματικό δέσιμο μάνας – παιδιού

Μειώνει την πιθανότητα καρκίνου μαστού και ενδομητρίου

Μειώνει τις πιθανότητες ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης κατά τη διάρκεια του θηλασμού

Η θηλάζουσα μητέρα προστατεύεται από οστεοπόρωση

Δεν κοστίζει σε χρήμα και χρόνο στην οικογένεια.

##### ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ:

Συναισθηματικό δέσιμο παιδιού – μάνας.

Καλύτερη αρχή και αναφαίρετο δικαίωμα κάθε παιδιού

Περιέχει αντισώματα χρήσιμα για την αντιμετώπιση λοιμώξεων / λοιμωδών νοσημάτων (λοιμώξεων ιογενών και μικροβιακών).

Υγιινό, εύπεπτο, χωνεύεται γρήγορα με λιγότερες γαστρεντερικές διαταραχές, γιατί χορηγείται στην καταλληλότερη θερμοκρασία και περιέχει ζωντανά κύτταρα γιατί δεν είναι επεξεργασμένο.

Συμβάλλει στην καλύτερη σωματική ανάπτυξη (ρωμαλαία παιδιά) και ικανοποιεί πλήρως τις ανάγκες τους (θρεπτικό).

Συμβάλλει στην ανάπτυξη και αύξηση του δείκτη νοημοσύνης.

Μειώνει τις πιθανότητες αλλεργιών (άσθμα, έκζεμα, ατοπική δερματίτιδα, ρινίτιδα).

Ελαττώνει την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου στα παιδιά.

##### ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ (ΚΡΑΤΟΣ-ΠΟΛΙΤΕΙΑ – ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ):

Δεν κοστίζει στην οικογένεια και το κράτος

Δεν ρυπαίνει το περιβάλλον

Μηνύματα που αφορούν το μητρικό θηλασμό, από παιδιά Δημοτικού Σχολείου

1. ΟΧΙ στο έτοιμο γάλα
2. ΟΧΙ στην τεχνητή διατροφή
3. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούμε μπιμπερό

Από παιδιά Γυμνασίου

1. Όλες οι μητέρες πρέπει να θηλάζουν τα παιδιά τους για να αναπτύξουν μια καλύτερη σχέση μαζί τους, αλλά και να τα βοηθήσουν για μια υγιέστερη ζωή
2. Θηλάστε τα παιδιά σας γιατί είναι χαρά, είναι θαύμα της φύσης!
3. Ο μητρικός θηλασμός βοηθάει τα παιδιά να είναι πάντα γερά
4. Θηλάστε αν αγαπάτε τα παιδιά. Είναι πηγή ζωής
5. Ο μητρικός θηλασμός απαραίτητη προϋπόθεση για έναν υγιή οργανισμό ψυχικά αλλά και σωματικά
6. ΟΧΙ στην τεχνητή διατροφή. ΝΑΙ στο μητρικό γάλα

### **Βιβλιογραφία**

1. World Health Organization, United Children's Fund: Global strategy for breastfeeding. WHO, Geneva 2003.
2. ΑΛΚΥΟΝΗ': Εθνική πρωτοβουλία προαγωγής του μητρικού θηλασμού, Επιχειρησιακά Προγράμματα ΕΣΠΑ 2011.

**2ο στρογγυλό τραπέζι (19:40-21:00)**

### **ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ**

**Προεδρείο: Νικόλαος Σκεντέρης, Θωμάς Παπαλεξανδρής**

### **ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ.**

**Βασίλειος Βλαχόπουλος.**

Επικουρικός Παιδίατρος, ΑΓΝΒ, μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.

Το λάθος από τους επαγγελματίες υγείας είναι αναπόφευκτο. Η ασφάλεια των ασθενών μας όμως, απειλείται όταν συμβεί μια αλυσίδα λαθών κι όχι ένα μεμονωμένο λάθος. Στο εργασιακό μας περιβάλλον, προειδοποιητικά σημάδια για επικείμενα ατυχήματα πρέπει επαρκώς να αξιολογούνται. Εκτός από την επιστημονική κατάρτιση, η ποιότητα της υγείας που παρέχουμε εξαρτάται κι από άλλους παράγοντες. Σε ένα θορυβώδες περιβάλλον, μεταξύ του προσωπικού, είναι βασικό να υπάρχει αποτελεσματική επικοινωνία, ομαδικό πνεύμα και καλές σχέσεις σε όλες τις βαθμίδες. Είναι απαραίτητο να έχουμε όσο καλύτερη επίγνωση της κατάστασης που αντιμετωπίζουμε, λαμβάνοντας ένα επαρκές ιστορικό και συνεχώς να επαναξιολογούμε την κατάσταση με την ομάδα, προσέχοντας να μην ευνοούμε τις πληροφορίες που καλύτερα ταιριάζουν στο τρέχον μοντέλο σκέψης μας. Η κόπωση μας, σωματική και ψυχολογική, πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπ' όψιν για τον εαυτό μας και τους συνεργάτες μας και όταν ένα μέλος του προσωπικού δεν νιώθει έτοιμο να αντεπεξέλθει, πρέπει να υποστηρίζεται και να αντικαθίσταται. Οι ιατρικές μας αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται χωρίς βιασύνη, μετά από πλήρη αξιολόγηση των δεδομένων και όλες οι βαθμίδες πρέπει να εκφράζουν τη γνώμη τους. Όταν δεν υπάρχει άνεση χρόνου το πιο έμπειρο και εκπαιδευμένο προσωπικό πρέπει να παίρνει τις αποφάσεις. Το προσωπικό παρουσιάζει ποικιλία χαρακτήρων και συμπεριφορών που υπερτονίζονται από το στρεσογόνο εργασιακό περιβάλλον. Χρόνος πρέπει να αφιερώνεται στον απολογισμό (debriefing) μετά από κάθε 'δυνατή' αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της ομάδας.

Όταν συμβεί ένα λάθος πρέπει να είμαστε παρόντες, ανοιχτοί και ειλικρινείς με τον ασθενή και το περιβάλλον του, ζητώντας συγγνώμη και παρέχοντας δευτερεύουσα υποστηρικτική θεραπεία, όποτε αυτό είναι δυνατό.

## **ΘΕΣΜΟΙ ΣΕ ΟΥΣΙΕΣ - ΝΕΑ ΣΥΝΘΕΤΙΚΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ, Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ (ΔΕΝ ΕΣΤΑΛΗ).**

**Νικόλαος Σκεντέρης, Ιφιγένεια Νιδέλκου.**

## **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΝΕΟΓΝΟΥ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 5 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΑΝ ΣΤΟ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΑΣ. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ.**

**Κερασία-Ευαγγελία Γούση<sup>1</sup>**, Ειρήνη Καλαντζή, Αναστασία Αναστασίου.

1. τ. Ειδικευόμενη Παιδιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

**Εισαγωγή:** Η απότομη απόσυρση του νεογνού από την ενδομήτρια έκθεση σε συγκεκριμένες ναρκωτικές ουσίες έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση σημείων και συμπτωμάτων που περιγράφονται ως σύνδρομο στέρησης νεογνού. **Σκοπός:** Να μελετηθούν το κλινικό φάσμα, η φυσική πορεία και η χρησιμότητα του τεστ Finnegan στη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση. **Υλικό:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 5 περιπτώσεις νεογνών που νοσηλεύθηκαν στο Τμήμα Προώρων κατά το 2013. **Μέθοδος:** Περιγραφή των συμπτωμάτων, της διαγνωστικής προσέγγισης με βάση τη βαθμολόγηση κατά Finnegan, της θεραπευτικής αντιμετώπισης και της μετέπειτα παρακολούθησης. **Αποτελέσματα:** Τα νεογνά (2 αρρένα και 3 θήλεα) ήταν τελειόμηνα, με καλό βάρος γέννησης (>2750gr). Οι μητέρες τους βρίσκονταν σε πρόγραμμα απεξάρτησης του OKANA υπό αγωγή με βουπρενορφίνη. Κατά την εισαγωγή τους τα νεογνά παρουσίαζαν υπέρταση και τρόμο. Στις 2 περιπτώσεις έγινε έναρξη φαρμακευτικής αγωγής με φαινοβαρβιτάλη κατά την 3<sup>η</sup> ημέρα ζωής, σε 1 κατά την 6<sup>η</sup> ημέρα, σε 1 δεν χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή, ενώ η μητέρα του 5<sup>ου</sup> νεογνού, που ήταν φορέας Ηπατίτιδας C, αρνήθηκε τη νοσηλεία και εξήλθε ίδια βουλήσει. Το κριτήριο για έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής ήταν η βαθμολόγηση >8 σε 3 διαδοχικά τεστ κατά Finnegan. Τα νεογνά εξήλθαν μετά από 9μερη νοσηλεία κατά μέσο όρο, με σταδιακή διακοπή της φαινοβαρβιτάλης και οδηγία για διενέργεια υπερηχογραφήματος εγκεφάλου. **Συμπεράσματα:** Το σύνδρομο στέρησης νεογνού αποτελεί απόρροια της κοινωνικής μάστιγας των ναρκωτικών και δυσχεραίνει την αλληλεπίδραση και το δεσμό μητέρας-βρέφους που μπορεί να οδηγήσει σε μακροπρόθεσμες συνέπειες και αρνητικές επιπτώσεις στο ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο του παιδιού.

## **ΠΙΘΑΝΕΣ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ » (APPARENT LIFE-THREATENING EVENTS, ALTES)**

**Κωνσταντίνος Βαζούρας.**

Ειδικευόμενος Παιδιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

Τα δυνητικά απειλητικά για τη ζωή γεγονότα (apparent life-threatening events, ALTEs) είναι μία μυστηριώδης και σύνθετη οντότητα, με ποικίλη αιτιολογία και προεκτάσεις. Ο ορισμός χρονολογείται ήδη από το 1986, από τη Συμφωνία των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας των ΗΠΑ, και αφορά κυρίως σε βρέφη με επεισόδιο άπνοιας, πνιγμονής, αλλαγής του χρώματος ή του μυϊκού τόνου, ή συνδυασμό αυτών. Δε φαίνεται να σχετίζονται με το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου κι η διερεύνησή τους απαιτεί συχνά υψηλά κόστη και πολλές ημέρες νοσηλείας. Τα αίτια μπορεί να προέρχονται από οποιοδήποτε σύστημα, γι' αυτό η διαγνωστική προσέγγιση οφείλει να είναι εξατομικευμένη και στοχευμένη με βάση το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, αλλά και μια

ενδεδεγμένη κλινική εξέταση. Στους παράγοντες κινδύνου ανήκουν τα πολλαπλά επεισόδια, η νεογνική ηλικία, η προωρότητα, η παθολογική κλινική εξέταση, καθώς και η απουσία σημείων πνιγμονής ή λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού. Η παρακολούθηση σε καθορισμένο χώρο και χρόνο μπορεί να αυξήσει σημαντικά την πιθανότητα διάγνωσης, χωρίς, ωστόσο, να υπάρχει βεβαιότητα ότι θα τεθεί. Η, ως άλλοτε, λήψη εργαστηριακού ελέγχου ρουτίνας και υποχρεωτική εισαγωγή στο νοσοκομείο φαίνεται να αποτελούν δαπανηρές, ξεπερασμένες και όχι τόσο χρήσιμες στη διάγνωση πρακτικές.

1. National Institute of Health. Infantile apnea and home monitoring. Natl Inst Health Consens Dev Conf Consens Statement. Oct 1 1986;6(6):1-10.

2. Mittal MK, Sun G, Baren JM. A clinical decision rule to identify infants with apparent life-threatening event who can be safely discharged from the emergency department. *Pediatr Emerg Care*. Jul 2012;28(7):599-605.

## **ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΦΗΒΟΙ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ ΥΨΗΛΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ.**

**Μαρία**

**Μαρία Ρέντα.**

Ειδική Παιδαγωγός, Φιλολόγος Προισταμένη στο ΚΕΔΥ (Κέντρο Διαφοροδιάγνωσης Διάγνωσης και Υποστήριξης), Τρίκαλα.

Ο αυτισμός ορίζεται ως μια σοβαρού βαθμού διάχυτη ή καθολική αναπτυξιακή διαταραχή (επηρεάζει δηλαδή πολλές όψεις της ζωής του παιδιού) που εμφανίζεται συνήθως πριν από τη συμπλήρωση των τριών πρώτων χρόνων της ζωής του (πρώιμος νηπιακός αυτισμός). Ο όρος αυτιστικός χρησιμοποιήθηκε από δύο διαφορετικούς ερευνητές, το Leo Kanner (1943) και το Hans Asperger (1944), σε διαφορετικές μελέτες για να περιγραφεί η συμπεριφορά ενός ατόμου – παιδιού που ταιριάζει με την αναγνωρισμένη πια εικόνα του αυτιστικού ατόμου σήμερα. Στη βάση αυτών των μελετών και στα πλαίσια της θεωρίας του νου έχουμε ως σημείο αναφοράς μια τριάδα ανεπαρκειών που σχετίζονται με την κοινωνικοποίηση, την επικοινωνία και τη δημιουργική φαντασία.

Η εκπαίδευση του αυτιστικού ατόμου- εκ των πραγμάτων- είναι ένα δύσκολο έργο που απαιτεί επιστημονικές γνώσεις, οργάνωση/δόμηση, ευαισθησία, συνεργασία ειδικών και ανάπτυξη κουλτούρας φιλικής στην ετερότητα μέσα στην ίδια τη σχολική κοινότητα. Είναι βεβαίως αυτονόητο ότι διαφοροποιείται από παιδί σε παιδί με βάση το ατομικό του προφίλ, γι' αυτό και πρέπει να γίνεται εξατομικευμένα. Τα παιδιά με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας φοιτούν- κατά κανόνα- στην κοινή τάξη του σχολείου της γειτονιάς τους ακολουθώντας είτε αυτόνομα είτε με πρόγραμμα παράλληλης στήριξης το πρόγραμμα της τάξης τους. Η διαχείριση στα πλαίσια αυτά των δυσκολιών του ίδιου του παιδιού στους τομείς των ελλειμμάτων του και η ανταπόκριση του σχολείου σε διάφορα επίπεδα αποτελεί ένα στοίχημα που πρέπει να κερδηθεί προς όφελος όλων.

## **Βιβλιογραφία**

1. Γκονέλα, Ε. (2006). *Αυτισμός. Αίνιγμα και πραγματικότητα. Από τη θεωρητική προσέγγιση στην εκπαιδευτική παρέμβαση*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας.

2. Collia- Faherty, C. (1999). *Αυτισμός: Ένας ύμνος για την επικοινωνία. Κατανόηση του αυτισμού και των εκπαιδευτικών στρατηγικών*. Πρακτικά ημερίδας. Θεσσαλονίκη- Αθήνα 1999. Μετάφραση: Χριστίνα Χατζηδημητρίου. Επιμέλεια: Βάγια Παπαγεωργίου. ΕΕΠΑΑ

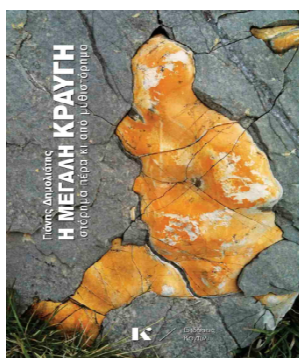


3. Faherty, C. (2003). *Τι σημαίνει για μένα*; Μετάφραση: Βάγια Παπαγεωργίου. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

4. Frith, U. (1999). *Αυτισμός. Εξηγώντας το αίνιγμα*. Μετάφραση: Γιώργος Καλομοίρης. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

## Η ΜΕΓΑΛΗ ΚΡΑΥΓΗ.

Παρουσίαση του βιβλίου του Αναπληρωτού Καθηγητού, Υγιεινής και Ιατρικής Εκπαίδευσης, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. **Γιάννη Δημολιάτη. Συντονίζει Κωνσταντίνος Βαζούρας**



13 αφηγήματα συνθέτουν τη *Μεγάλη Κραυγή*. Θα μπορούσε να ειπωθούν και διηγήματα. Αυτοδιηγήματα, καθώς είναι αφηγήσεις εκ βαθέων. «Αυτά που δεν έχετε τολμήσει να πείτε ούτε στον εαυτό σας», ζητήθηκε από συγγενείς που αφιερώθηκαν σε ανίατα πάσχοντες. Κι εκείνοι αδειάζουν τον εαυτό τους ...

«Θά 'θελα να βγάλω μια μεγάλη κραυγή, που να φτάσει μέχρι τον ουρανό ψηλά, μέχρι τον ουρανό ψηλά να φτάσει. Τέτοια μεγάλη κραυγή. Νιώθω ώρες-ώρες ότι πάρα πολύ με καταπίεσαν, και δεν είχε κανένας το δικαίωμα να το κάνει. Κανένας.» αναλύθηκε η αφηγήτρια παλεύοντας με κόπο πολύ να συγκρατήσει τους λυγμούς της. «Α! αυτό δεν είναι δικό μας θέμα», της αντιγυρίζουν αμέσως οι ειδικοί- αυτοί που εσείς θεωρείτε ειδικούς. «Αυτό είναι θέμα της κοινωνίας ν' αποφασίσει», αποσειούν από πάνω τους τις ευθύνες... παρελθέτω απ' εμού το ποτήριον τούτο! Πικρό γαρ.

Κατέβηκα λοιπόν κι εγώ στην κοινωνία και την αφουγκράστηκα: Μια δυστυχισμένη, Μια φυλακισμένη, και Μια παγιδευμένη στο χορό του Ζαλόγγου. Μια ανάμεσα πεπόνι και φράουλες, Μια που ζούσε για τις αναλαμπές, Μια σκλαβωμένη που καρτερεί τη λευτεριά της, και Μια που δε μπορεί να δει τη ζωή της χωρίς εκείνον. Ένας που τα ξέρει από μέσα, Μια που έβλεπε έναν Γολγοθά, και Μια που μας άφησε τη διαθήκη της. Μια γιαγιά που δεν ξέρει από τι πέθανε ο παππούς της, Μια κόρη που διαλύθηκε η οικογένειά της «κυριολεκτικά», και Μια εγγονή που έγινε γιατρίνα για να προστατέψει την οικογένειά της «από αυτό το σύστημα», **στο δόκανο της προόδου πιασμένες**, αδειάζουν την ψυχή τους από αυτά που δεν είχαν τολμήσει να πουν **ούτε στον εαυτό τους**.

Έτοιμες από καιρό. Όχι σαν έτοιμες. Έτοιμες. Περίμεναν κάποιος, επιτέλους, να τους χτυπήσει την πόρτα. «Μόλις προλαβαίνομε!» είπε η Ήρα. «Πρέπει να σου τα διηγηθώ πριν πάω κι εγώ στο τρελάδικο. Ο άνθρωπος είναι η απάντηση οποιαδήποτε κι αν είναι η ερώτηση.» συμπλήρωσε. Φοβούμαι ότι **και το ερώτημα** είναι ο άνθρωπος...

Ας ακούσουμε τις ίδιες! (ο έχων ότα ακούειν...)

ΜΑΡΙΝΑ: Καταρχάς δεν είμαι ένας ευτυχισμένος άνθρωπος. Είμαι η δυστυχία που σπέρνει η Ιατρική. Ακριβώς αυτό!

ΜΕΛΠΩ: Όχι, ποτέ! Δεν το είπα ποτέ. Για μένα η ζωή μου ήτανε το πιο φτηνό πράγμα. Δεν τη σεβόμουνα τη ζωή μου.

ΧΑΡΙΤΗ: Ζω σε μια φυλακή. Όταν εκείνος βγήκ' απ' το νοσοκομείο, εγώ δεν είχα πια περίοδο.

ΚΙΚΗ: Κι εμείς ζούσαμε για τις αναλαμπές. Νομίζω δεν είχα δικαίωμα να μην της δώσω τη δυνατότητα, αφού η επιστήμη την έδινε. Για μένα δεν θα το ήθελα ποτέ!

ΦΡΥΝΗ: Δεν ξέρω πώς θα ήταν η ζωή μου χωρίς εκείνον. Στις φίλες μου δεν έλεγα ποτέ ότι έχω πέντε αδέρφια. Έλεγα ότι έχω τέσσερα.

ΑΓΛΑΪΑ: Όταν θα είμαστ' ελεύθερες. Θεέ μου, τι σου 'φταιξα και μ' έκανες να βλέπω τον κόσμο μέσ από δυο παράθυρα;

ΒΑΓΓΕΛΙΤΣΑ: Υπόγραφα! τι νά 'κανα; Είπα, αν δεν πάρω τώρα ψυχοφάρμακα δεν θα πάρω ποτέ στη ζωή μου.

ΒΙΡΓΙΝΙΑ: Θεέ μου, ευχαριστώ που έφυγε πριν από μένα. Γιατί θα τη φόρωνα στο γιο μου πλέον. Αυτή είναι η διαθήκη μου.

ΗΡΑ: Καθόλου σαν ζευγάρι ζωή δε ζούμε. Παράτα τον, λέει, και φύγε! Υπάρχει ωμότητα· παράτα τον και φύγε. Τη διαχείριση από την πλευρά των τριών εκείνων δεν εγκρίνω

ΤΕΡΨΙΧΟΡΗ: Έγινα γιατρός για να γλιτώσω την οικογένειά μου από αυτό το σύστημα. Φοβάμαι τόσο πολύ το θάνατο...

ΘΑΛΕΙΑ: Μόνο καταλαβαίνουν αυτοί που το ζουν. Κανένας άλλος. Εμένα το μυαλό μου επί 24ώρου ήταν εκεί. Κοιμόμουν και το μυαλό μου εκεί, σηκώνόμουν και το μυαλό μου εκεί.

ΑΝΤΡΙΑΝΑ: Είπα και ξανατολέω, απάν' στην εγχείρηση· τίποτ' άλλο. Ο θάνατος είναι ηρεμία.

ΛΟΥΚΑΣ: Κράτησέ με! του λέει. Φεύγω. **Πρέπει οι καθηγηταί, κάποιος καθηγητής, να βγάλει ένα βιβλίο τέτοιο, ότι να ...**

*«Θυμάμαι τον παππού μου είκοσι χρόνια πριν, ίσως και παραπάνω. Νεφρική ανεπάρκεια, του είπαν. Κι εκείνος απάντησε: Εγώ δε ζω με σακούλα! Ήμουν πολύ μικρή τότε, δεν είμαι σίγουρη ότι θυμάμαι καλά την απάντησή του. Γι' αυτό όμως που είμαι σίγουρη είναι ότι εκείνος έζησε και πέθανε με τον τρόπο που ήθελε και τη στιγμή που ήθελε: Όρθιος.»* προλογίζει η Παναγιώτα Κωνσταντάρα, ψυχολόγος, μάστερ του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Αντιμετώπιση του Πόνου".

**«Προκλητικό για την ιατρική κοινότητα και ανακουφιστικό για τους ανθρώπους»**, δηλώνει ποιητής και εκδότης λογοτεχνικού περιοδικού στο τελευταίο κεφάλαιο του βιβλίου "Συζήτηση", μια καινοτομία που ενσωματώνει τον αναγνώστη του. **«Εύχομαι να ανακουφίσει την ιατρική κοινότητα και να προκαλέσει τους ανθρώπους»**, τον διόρθωσε κοινωνική λειτουργός...

Το βιβλίο κυκλοφορεί από τις εκδόσεις **«Κοντύλι»**: [www.kondyli.gr](http://www.kondyli.gr), [info@kondyli.gr](mailto:info@kondyli.gr).

**ΣΑΒΒΑΤΟ (13/12/2014 – ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ΞΕΝΙΑ, ΒΟΛΟΥ): 9:00-21:45**

**Ελεύθερες ανακοινώσεις: 9:00-10:00**

**( 3, 4, 5 )**

**Προεδρείο: Χαμαϊδούλα Τάτλη, Χαρίκλεια Μάγγου**

**3ο στρογγυλό τραπέζι (10:00-11:15)**

**ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΠΟΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ  
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ  
Α' μέρος**

**Προεδρείο: Ευγένιος Βλάχος, Λεωνίδας Μπάδρας**

**ΚΗΛΕΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ.**

**Στέλιος Ρουπακιάς.**

Χειρουργός Παιδών, Βόλος, Υποψήφιος διδάκτωρ Πανεπιστημίου Πάτρας.

Η κήλη στην παιδική ηλικία αποτελεί την προβολή τμήματος του περιτοναίου μέσω συγγενούς επικοινωνίας ή χάσματος του κοιλιακού τοιχώματος εξ' αιτίας ελλιπούς υποστροφής και/ή σύγκλεισής τους μετά την γέννηση. Μέσω της επικοινωνίας/χάσματος μπορεί να εξέρχεται από την περιτοναϊκή κοιλότητα σπλάγγχο (έντερο, επίπλου, ωοθήκη), υγρό ή προπεριτοναϊκό λίπος. Γίνεται αντιληπτή ως μόνιμη ή διαλείπουσα ασυμπτωματική διόγκωση συνηθέστερα στη βουβωνική χώρα, το όσχεο, τον ομφαλικό δακτύλιο ή κατά μήκος της λευκής γραμμής. Ο κίνδυνος της περίσφιξης ελλοχεύει ανάλογα τον τύπο τη κήλης και την ηλικία του παιδιού.

Η κήλη της βουβωνικής χώρας αποτελεί την συχνότερη παιδοχειρουργική πάθηση με ποσοστό εμφάνισης 1-5% του παιδικού πληθυσμού. Η βουβωνοκήλη/υδροκήλη και κύστη του βουβωνικού πόρου αποτελούν διαφορετικές εκδηλώσεις της παραμονής ή ατελούς υποστροφής της φυσιολογικής επικοινωνίας μεταξύ περιτοναϊκής κοιλότητας και οσχέου κατά την εμβρυϊκή ζωή. Η αντιμετώπιση τους είναι χειρουργική.

Οι ομφαλοκήλες εμφανίζονται μετά την απόπτωση του κολοβώματος του ομφάλιου λώρου, ως την ηλικία των 6 μηνών. Κατά την πλειοψηφία τους υποστρέφουν. Το μέγεθος του χάσματος του ομφαλικού δακτυλίου έχει προγνωστική αξία για την αντιμετώπισή τους, και συνήθως η χειρουργική διόρθωση όταν απαιτείται πραγματοποιείται μετά την ηλικία των 5-6 ετών. Αντίθετα η συγγενής κήλη του ομφάλιου λώρου (μικρός εξόμφαλος) αποτελεί την πρόπτωση εντερικών ελίκων εντός του ομφάλιου λώρου. Η χειρουργική αποκατάσταση του χάσματος είναι σχετικά απλή και η πρόγνωση της πολύ καλή.

Η διάσταση των ορθών κοιλιακών μυών είναι η μη φυσιολογική διεύρυνση της λευκής γραμμής και δεν αποτελεί πραγματική κήλη αλλά μια γενικευμένη εκφύλιση-εξασθένηση των μυϊκών απονευρώσεων, που αντιμετωπίζεται χειρουργικά μόνο σε έντονη της μορφή για αισθητικούς λόγους. Αντιδιαστέλλεται από την επιγαστρική κήλη ή κήλη της λευκής γραμμής όπου υπάρχει απονευρωτικό χάσμα, αν και αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα εμφάνισης της τελευταίας. Η αντιμετώπιση της επιγαστρικής κήλης είναι χειρουργική.

Η κισσοκήλη αν και ουσιαστικά δεν αποτελεί κήλη, είναι η κισσοειδής διάταση του ορχικού φλεβικού δικτύου που γίνεται αντιληπτή ως διόγκωση του οσχέου. Αν και μπορεί να σχετίζεται με διαταραχές γονιμότητας στο μέλλον η αντιμετώπισή της είναι ως επί το πλείστον συντηρητική.

Θα παρουσιαστεί η κλινική εικόνα εκδήλωσης των κηλών στα παιδιά μια και θέτει τη διάγνωση, καθώς και οι κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τις απόλυτες και σχετικές ενδείξεις χειρουργικής αποκατάστασης κάθε μορφής ξεχωριστά. Θα τονιστούν ιδιαίτερες καταστάσεις που χρήζουν προσοχής και εγρήγορσης, όπως η βουβωνοκήλη σε πρόωρα νεογνά, η βουβωνοκήλη με περιεχόμενο ωοθήκη στα κορίτσια, και ο αποκλεισμός κακοηθειών ως αίτια κισσοκήλης.

## **ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ: ΤΑ ΟΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ .**

### **Στυλιανός Α. Κολοβός.**

Ορθοπεδικός. Μετεκπαιδευθείς στο υπερηχογράφημα νεογνικού ισχίου και στην παιδοορθοπεδική (LKH Stolzalpe & O.S.S Vienna -Austria). Πιστοποιημένος εξεταστής και εκπαιδευτής με τους κανονισμούς της D.G.O.T. (German society for orthopaedics and trauma surgery).

Η παρουσίαση αυτή πραγματεύεται την Αναπτυξιακή Δυσπλασία του Ισχίου, υπό το πρίσμα της καθ' ημέρα πράξης του κλινικού ιατρού και ιδιαίτερα του παιδίατρο και του ορθοπεδικού. Μετά από μία σύντομη περιγραφή της νόσου , της παθολογίας της και των απότερων συνεπειών της, τίθενται επί του πιεστηρίου οι διάφορες μέθοδοι διάγνωσης και οι δυνατότητές τους για ακριβή και πρόωμη διάγνωση. Η κλινική εκτίμηση, ο ακτινολογικός έλεγχος, το αρθρογράφημα, το υπερηχογράφημα και η μαγνητική τομογραφία έχουν χρησιμοποιηθεί ή και χρησιμοποιούνται προς αυτήν την κατεύθυνση. Ανάλογα με το χρόνο που τίθεται η διάγνωση, παραπέμπει σε διαφορετικό τύπο θεραπείας με διαφορετικό τελικό αποτέλεσμα αλλά και με διαφορετικό βαθμό παρεμβατικότητας. Πόσο γρήγορα μπορούμε να καταλήξουμε σε έγκυρη διάγνωση και αν αυτό έχει νόημα αναπτύσσεται με απλότητα και ευκρίνεια. Καθώς η βιβλιογραφία επί του θέματος αυτού είναι τεράστια και συχνά πολύ

αντιφατική, χρησιμοποιούνται κυρίως τα δεδομένα του Αυστριακού συστήματος υγείας, (το οποίο είναι και το παλαιότερο που έχει εγκαταστήσει προληπτικό έλεγχο των νεογνών από το 1991 και διαθέτει στατιστικές βασισμένες σε εκατοντάδες χιλιάδες εξετάσεις νεογνών) και κατά συνέπεια είναι και τα πιο αξιόπιστα.

## **ΟΣΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

**Ευγένιος Βλάχος.**

Συντονιστής Διευθυντής Παιδορθοπεδικός Νοσοκομείο ΚΑΤ, Αθήνα.

Οι βακτηριδιακές λοιμώξεις των οστών μπορούν να συμβούν σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά είναι πιο συχνές στην πρώιμη παιδική ηλικία. Εντοπίζονται συνήθως στις μεταφύσεις των μακρών οστών και μπορούν να προκαλέσουν βλάβες στον συζευκτικό (αυξητικό) χόνδρο, με επακόλουθες καταστροφικές συνέπειες στην ανάπτυξη των προσβεβλημένων οστών και αρθρώσεων.

Η Οστεομυελίτιδα (ΟΜ) είναι αποτέλεσμα βακτηριαμίας ή επιποική σηψαιμίας, σπανιότερα πρόκειται για επέκταση από παρακείμενη φλεγμονώδη εστία ή ενοφθαλμισμό από τραυματισμό. Η οξεία φλεγμονή δημιουργεί γρήγορα ενδοστικό ή /και υποπεριοστικό απόστημα, καθώς και κίνδυνο επινέμησης της φλεγμονής στην παρακείμενη άρθρωση και δημιουργία σηπτικής αρθρίτιδος (ΣΑ), στις μεταφύσεις που είναι ενδαρθρικές (κυρίως στο ισχίο, αλλά και το εγγύς βραχιόνιο και την ποδοκνημική). Διακρίνεται σε νεογνική οστεομυελίτιδα (2<sup>η</sup>-8<sup>η</sup> εβδομάδα της ζωής), με συχνά πολυεστιακή εντόπιση και συνύπαρξη με σηπτική αρθρίτιδα και σε παιδική οστεομυελίτιδα (> 3 ετών) με εντόπιση συνηθέστερα στο μηριαίο, το βραχιόνιο και την κνήμη. Στην μορφή αυτή η συνύπαρξη με σηπτική αρθρίτιδα είναι σπανιότερη.

Στους εφήβους, η οστική ωρίμανση καθιστά την φλεγμονή περισσότερο εντοπισμένη.

Η Σηπτική αρθρίτιδα οφείλεται συνήθως σε βακτηριδιακή λοίμωξη του αρθρικού υμένα. Στα βρέφη (< 1 έτους) εντοπίζεται στο ισχίο, ενώ, σε μεγαλύτερα παιδιά στο γόνατο.

Η διάγνωση της ΟΜ και της ΣΑ γίνεται κλινικά. Γενικά, παρατηρείται τοπική ευαισθησία, χωλότητα ή άρνηση βάδισης, πόνος στην παθητική κίνηση(εικόνα ψευδοπαράλυσης), σε συνδυασμό με γενικά συμπτώματα(πυρετός, ευερεθιστότητα, ανορεξία και τοξική εμφάνιση). Οι παρακλινικές διαγνωστικές εξετάσεις θα επιβεβαιώσουν την διάγνωση και συνήθως γίνονται παθολογικές μετά την 4<sup>η</sup> ημέρα της νόσησης. Συνήθως παρατηρείται αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων, της CRP (ενωρίτερα) και της ΤΚΕ(αργότερα). Οι αιμοκαλλιέργειες είναι θετικές στο 50% των ασθενών. Οι ακτινογραφίες, της πάσχουσας περιοχής, είναι θετικές μετά την 2<sup>η</sup> εβδομάδα από την έναρξη της νόσου. Το υπερηχογράφημα, το σπινθηρογράφημα και η μαγνητική τομογραφία συμβάλλουν σημαντικά στην πρώιμη διάγνωση της λοίμωξης.

Η θεραπεία περιλαμβάνει την άμεση εισαγωγή στο Νοσοκομείο και την (εμπειρική) χορήγηση αντιβίωσης παρεντερικά, με βάση την ηλικία και τον πιθανότερο μικροβιακό παράγοντα. Αν πρόκειται για (αμιγή) ΟΜ και υπάρξει επιδείνωση ή σχηματισμός πύου, επιβάλλεται άμεση χειρουργική διάνοιξη και παροχέτευση. Σε περίπτωση όμως υποψίας ΣΑ, γίνεται άμεσα παρακέντηση της άρθρωσης και λήψη αρθρικού υγρού για χρώση κατά Gram, γενική εξέταση και καλλιέργεια. Εφόσον το υγρό διαπιστωθεί (μακροσκοπικά) ότι είναι πυώδες γίνεται αρθροτομή και έκπλυση της άρθρωσης. Η χορήγηση αντιβίωσης παρεντερικά διαρκεί 10-14 ημέρες και συνεχίζεται από το στόμα για ακόμη 4 εβδομάδες, με παρακολούθηση της εξέλιξης της κλινικής εικόνας και των δεικτών λοίμωξης, από το περιφερικό αίμα.

**4ο στρογγυλό τραπέζι (11:15-12:30)**

**ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ**  
**Β' μέρος**

**Προεδρείο: Αγγελική Δούδου, Κωνσταντίνα Πανούση-Βλάχου**

## **ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗΣ (ΔΕΝ ΕΣΤΑΛΗ)**

**Αγγελική Δούδου**

### **ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ , ΠΡΩΙΜΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

**Ελένη Παπαγεωργίου.**

Χειρουργός-Οφθαλμίατρος, Βόλος, συνεργάτης Παν/μιακού Νοσοκομείου Λάρισας και ΙΑΣΩ Θεσσαλίας.

Οι διαθλαστικές ανωμαλίες ή αμετροπίες, είναι οι καταστάσεις στις οποίες τα αντικείμενα δεν εστιάζονται πάνω στον αμφιβληστροειδή, δηλαδή την περιοχή του οφθαλμού που είναι σημαντική για την ευκρινή όραση. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε θολή όραση. Συναντώνται περίπου στο 20% των παιδιών και η αιτία εμφάνισής τους δεν είναι γνωστή. Κληρονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες ενοχοποιούνται, αλλά φαίνεται ότι τα αίτια είναι πολυπαραγοντικά. Η υπερμετρωπία και ο αστιγματισμός εμφανίζονται συχνότερα στη προσχολική ηλικία, ενώ η μυωπία στη σχολική. Η μυωπία είναι η συχνότερη διαθλαστική ανωμαλία. Σε αυτήν το παιδί, ενώ μπορεί να δει καθαρά τα αντικείμενα που βρίσκονται κοντά του, δεν μπορεί να διακρίνει αυτά που βρίσκονται μακριά. Υπερμετρωπία είναι η διαθλαστική ανωμαλία, όπου το παιδί δεν μπορεί να δει καθαρά τα αντικείμενα που βρίσκονται κοντά του. Συχνά αναφέρεται ως το αντίθετο της μυωπίας, αλλά τα πράγματα δεν είναι τόσο απλά, διότι παιδιά με υπερμετρωπία μπορεί να μη βλέπουν καλά ούτε μακριά. Αστιγματισμός είναι η κατάσταση κατά την οποία η διαθλαστική δύναμη του ματιού δεν είναι η ίδια σε όλους τους μεσημβρινούς, με αποτέλεσμα το αντικείμενο που έχουμε μπροστά μας να μην είναι ομοιόμορφα εστιασμένο, ούτε στην κοντινή ούτε στη μακρινή όραση. Οι διαθλαστικές ανωμαλίες αποτελούν τις πιο εύκολα αντιμετωπίσιμες οπτικές διαταραχές, με γυαλιά, φακούς επαφής ή διαθλαστικές επεμβάσεις κατά την ενηλικίωση. Η μη αντιμετώπιση ενός σημαντικού διαθλαστικού σφάλματος στη προσχολική ηλικία, μπορεί να οδηγήσει σε αμβλυωπία (τεμπέλικο μάτι), δύσκολα αναστρέψιμη στα σχολικά χρόνια, που μπορεί να αφήσει στο παιδί μια οπτική αναπηρία η οποία θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί.

### **ΤΟ ΚΟΚΚΙΝΟ ΜΑΤΙ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ: ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΑΙΤΙΕΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

**Ελένη Παπαγεωργίου.**

Χειρουργός-Οφθαλμίατρος, Βόλος, συνεργάτης Παν/μιακού Νοσοκομείου Λάρισας και ΙΑΣΩ Θεσσαλίας.

Η εμφάνιση ερυθρότητας στο ένα ή και στα δύο μάτια είναι ένα σημείο που θορυβεί, ειδικά όταν ο ασθενής είναι παιδί. Το κόκκινο μάτι μπορεί να οφείλεται σε ποικιλία καταστάσεων, από σχετικά αθώες μέχρι ιδιαίτερα επικίνδυνες. Οι τελευταίες συνοδεύονται συνήθως και από άλλα έντονα συμπτώματα, κι έτσι τις περισσότερες φορές ένα κόκκινο μάτι δεν αποτελεί σοβαρή κατάσταση. Συχνές αιτίες που δεν απειλούν την όραση είναι οι διάφορες μορφές επιπεφυκίτιδας (αλλεργική, βακτηριακή και ιογενής), η κριθή (κριθαρακί) και το χαλάζιο, η βλεφαρίτιδα, η ξηροφθαλμία (και ο νυχτερινός λαγόφθαλμος). Επίσης οι σχετιζόμενες με τραύμα του οφθαλμού, όπως υποεπιπεφυκοτική αιμορραγία και απόπτωση επιθηλίου του κερατοειδούς. Αιτίες που απειλούν την όραση είναι διάφορες σοβαρές φλεγμονές όπως κερατίτιδα, ραγοειδίτιδα και κυτταρίτιδα κόγχου. Επίσης, ένα χημικό έγκαυμα, ένα διατριταίνον τραύμα βολβού ή ένα ύφαιμα είναι σοβαρές καταστάσεις που απαιτούν άμεση αντιμετώπιση. Τα συμπτώματα που εμφανίζει ένα παιδί με κόκκινο μάτι είναι ποικίλα και μπορούν να κατευθύνουν στη σωστή διάγνωση: μπορεί να υπάρχει κνησμός και τρίψιμο του ματιού, δακρύρροια, εκκρίσεις, αίσθημα ξένου σώματος, καυσαλγία, πόνος, φωτοφοβία ή ακόμη και θολή όραση. Η σωστή προσέγγιση απαιτεί εκτός από την εξέταση του οφθαλμού, εξέταση και του προσώπου, του κόγχου, των εξοφθάλμιων μορίων και της οφθαλμοκινητικότητας. Είναι πολύ

σημαντικό να γίνει έγκαιρα διάκριση των σχετικά αθώων καταστάσεων, όπως η επιπεφυκίτιδα, από εκείνες που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την όραση του παιδιού.

#### **4ο στρογγυλό τραπέζι (13:00-14:00)**

##### **Α΄ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ (13:00-14:00)**

##### **A-ΤΕΣΤ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΣΤΗ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ. (ΑΝΙΧΝΕΥΤΙΚΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑΣ)**

##### **Ευαγγελία Φαρίνη.**

Παιδίατρος, Εξουσιοδοτημένη συνεργάτης A-ΤΕΣΤ, Μέλος Δ.Σ. ΕΕΚΠΠΥ. Βορείου Ελλάδος, Θεσσαλονίκη.

##### **Γραμματέας: Άννα Μίχτη.**

MSc Νοσηλεύτρια ΠΕ Μονάδας Προώρων, ΑΓΝΒ, μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.

Στην Ελλάδα σήμερα, το μοναδικό κριτήριο για την εγγραφή του παιδιού στην Α΄ τάξη του Δημοτικού σχολείου είναι η χρονολογική του ηλικία. Οι ειδικοί (παιδίατροι, νηπιαγωγοί, δάσκαλοι) γνωρίζουν ότι η συμπλήρωση της ηλικίας και μόνο δεν αποτελεί το διαβατήριο για την ομαλή εισαγωγή στην Α΄ Δημοτικού. Επίσης, είναι γνωστό ότι κάθε παιδί έχει το δικό του ρυθμό ανάπτυξης. Στις περισσότερες χώρες του εξωτερικού είναι υποχρεωτικός ο προληπτικός έλεγχος της Σχολικής Ετοιμότητας πριν την είσοδό του στο Δημοτικό Σχολείο (ΤΕΣΤ). Στην Ελλάδα έρχεται να καλύψει την ανάγκη αυτή το Α΄ ΤΕΣΤ, σταθμισμένο σε Ελληνόπαιδα, με εγκυρότητα 97% και αξιοπιστία 99,8%. Είναι απλό, ευχάριστο και σύντομο τεστ και απευθύνεται σε όλα τα φυσιολογικά παιδιά 5-6,5 ετών. Ελέγχει κατά πόσο το παιδί έχει τις απαραίτητες ικανότητες να ανταπεξέλθει στο σχολείο, και προλαμβάνει Μαθησιακές Δυσκολίες οι οποίες μπορεί να οφείλονται σε αδιάγνωστες δυσκολίες στην ομιλία, στη σύνθετη και συγκριτική σκέψη, στη γραφή, στην προσοχή και τη συμπεριφορά, καταστάσεις που μπορούν να προληφθούν εάν η διάγνωση γίνει έγκαιρα. Είναι άρτια δομημένο με κλίμακες που αξιολογούν την πρακτική ικανότητα του παιδιού, την λεκτική και δύο επιπλέον (δεν υπάρχουν στα τεστ του Εξωτερικού) συμπληρωματικές που αξιολογούν την υπερκινητικότητα-ελλειμματική προσοχή και τις διαταραχές της συμπεριφοράς. Οι βαθμίδες αξιολόγησης του τεστ είναι 4 (εξαιρετικές ικανότητες, φυσιολογικές ικανότητες, οριακές ικανότητες, χαμηλές ικανότητες). Τα παιδιά με οριακές ικανότητες χρειάζονται βοήθεια στο σπίτι με οδηγίες προς τους γονείς ενώ τα παιδιά με χαμηλές ικανότητες πρέπει να παραπέμπονται για περαιτέρω αναπτυξιακό έλεγχο. Το Α΄ ΤΕΣΤ γίνεται αποκλειστικά από εξουσιοδοτημένους συνεργάτες με πιστοποιημένη εκπαίδευση στη χορήγηση του Α΄ ΤΕΣΤ.

Υπεύθυνοι σχεδιασμού Α΄ ΤΕΣΤ: Λωρέττα Θωμαΐδου, Παιδίατρος, Αναπτυξιολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Β΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΕΙ Ιατρείο Αναπτυξιακής Παιδιατρικής Ν.Π. «Νοσοκομείο Παίδων Αγλαΐα Κυριακού». Στέλιος Μαντούδης, Αναπτυξιακός, Εργοθεραπευτής.

#### **5ο στρογγυλό τραπέζι (14:00-14:30)**

##### **Προεδρείο: Αγγελική Νιόζα**

##### **Α΄ Διάλεξη: ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ - ΝΕΟΥΣ, ΦΛΕΓΟΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

##### **Σοφία Καραγιαννοπούλου.**

Διευθύντρια Παιδιατρικής, επιστημονικά υπεύθυνη ΚΥ Θέρμης, διδάκτωρ ΑΠΘ, Πρόεδρος του ΔΣ της ΕΕΚΠΠΥ, Παράρτημα Θεσσαλονίκης, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

Το πρόβλημα της χρήσης και κατάχρησης του αλκοόλ από εφήβους νέους εξακολουθεί να υπάρχει, παρά τις κατά καιρούς προσπάθειες για την αντιμετώπιση του (απαγόρευση πώλησης, περιορισμός διαφημίσεων κλπ). Οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί αλλά και οι παιδίατροι πρέπει να είναι σωστά ενημερωμένοι και ευαισθητοποιημένοι για την έγκαιρη ανίχνευση, διερεύνηση των αιτίων που οδηγούν στην κατανάλωση αλκοόλ, αλλά και τη σωστή διαχείριση και αντιμετώπιση των εφήβων που κάνουν χρήση αλκοόλ, πριν αυτοί φτάσουν σε σημείο εθισμού.

**Λέξεις κλειδιά:** αλκοόλ, έφηβοι, γονείς, εκπαιδευτικοί, παιδίατροι

**Συζήτηση Αναρτημένων ανακοινώσεων: 14:30-15:00.**

**Προεδρείο: Νικολέττα Κόνιαρη, Αρετή Κασιάρα**

**ΕΠΙΣΗΜΗ ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΤΕΛΕΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΤΗΣ ΕΦΥΚΕ**

**ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ: 17:30-18:00**

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΚΑΙ ΘΕΜΑΤΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**

**6ο στρογγυλό τραπέζι (18:00-19:00)**

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ-ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ**

**(Α' μέρος)**

**Προεδρείο: Ιωάννα Γριβέα, Αναστασία Αναστασίου**

**ΕΤΗΣΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ & ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΗ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ. ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ (2013).**

**Δήμητρα Στάμου και συν.**

Μαία, Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, ΑΓΝΒ, μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.

**Δήμητρα Στάμου**, Ουρανία Γκουρίτσα, Τατιάνα Σορόκινα, Μαρία Γκουβελά, Ελπίδα Φαραζί, Ευαγγελία Χρυσάκοπούλου, Φώτου Χρύσα, Μαρία Μπίσσα, Σταυρούλα Γακίκου, Αναστασία Αναστασίου, Γεώργιος Γεωργαδάκης.

Μαιευτική & Παιδιατρική Κλινική, ΑΓΝΒ.

**Εισαγωγή:** Είναι γνωστό και τεκμηριωμένο ότι η οικονομική κρίση είχε ως σημαντική συνέπεια, μεταξύ των υπολοίπων, την υπογεννητικότητα (μείωση κυρίως γεννήσεων Ελλήνων παιδιών), αλλά και την αύξηση των λοιμωδών νοσημάτων στις εγκύους, αλλά και γενικότερα, γεγονός το οποίο συνεπάγεται πολλαπλές, σύνθετες, κοινωνικοοικονομικές και πολιτισμικές επιπτώσεις στο άμεσο και απώτερο μέλλον. **Σκοπός:** Να διερευνήσουμε και να τεκμηριώσουμε τη διαχρονική μείωση των γεννήσεων, ελέγχοντας τα αρχεία των 4 τελευταίων ετών και παράλληλα να επικεντρώσουμε τα σχόλιά μας στο έτος που μας πέρασε. **Μέθοδος-Υλικό:** Από τα αρχεία-βιβλία της Μαιευτικής Γυναικολογικής κλινικής (αίθουσες τοκετών και χειρουργείων), καταγράψαμε το συνολικό αριθμό των γεννήσεων που έγιναν το 2013, ξεχωριστά για Ελληνίδες και αλλοδαπές, ανά μήνα και ανά είδος τοκετού, καθώς και ό,τι είχε σχέση με τα λοιμώδη νοσήματα, όσον αφορά το Μαιευτικό Ιστορικό των μητέρων. Συγκρίναμε τον αριθμό γεννήσεων του 2013 με τα προηγούμενα 3 έτη. **Αποτελέσματα:** Το 2013 έγιναν 683 γεννήσεις εκ των οποίων 393 με φυσιολογικό τοκετό (ΦΣ) και 290 με καισαρική τομή (ΚΤ), ενώ το 2010, 2011, 2012 έγιναν 1049, 994 και 745 γεννήσεις

αντίστοιχα, με προοδευτική αντίθετα αναλογική αύξηση των γεννήσεων με ΚΤ σε σχέση με τις γεννήσεις με ΦΤ (2010: 628ΦΤ/421ΚΤ, 2011: 591ΦΤ/403ΚΤ, 2012: 442ΦΤ/303ΚΤ). Παρατηρήθηκε αυξημένη συχνότητα τοκετών τους καλοκαιρινούς μήνες. Επίσης παρατηρήθηκε προοδευτική μείωση των διδύμων κυήσεων φυσιολογικών και προερχομένων από Εξωσωματική. Το σύνολο των διδύμων τοκετών διαχρονικά, ήταν: 2010: 17, 2011: 11, 2013: 10. Από το σύνολο των 683 γεννήσεων οι 390 αφορούσαν Ελληνίδες (57,1%), 95 Αθίγγανες (13,91%) και οι υπόλοιπες 198 (28,99%) αλλοδαπές [Αλβανία: 142 (20,79%), Βουλγαρία: 36 (5,27%), διάφορες άλλες εθνικότητες: 20 (2,93%)]. 1 παιδί γεννήθηκε με σύνδρομο Down, ένα με «λυκόστομα» κι' ένα νεκρό, από προσκομισθείσα νεκρή μητέρα, από ρήξη μήτρας. Όσον αφορά τη παθολογία της κύησης και το μαιευτικό ιστορικό των μητέρων, διαπιστώθηκαν 18 μητέρες χρόνια ενεργείς φορείς ηπατίτιδας Β (8 Βουλγάρες, 6 Αλβανίδες, 2 Ελληνίδες και 2 Αθίγγανες), ενώ 7 θετικές για Ηπατίτιδα C (HCV), εκ των οποίων 6 Ελληνίδες και 1 Αλβανίδα. 26 μητέρες παρουσίασαν ΣΔ κύησης ρυθμιζόμενες κυρίως με διατροφικές οδηγίες, πλην 2 περιπτώσεων που χρειάστηκαν ινσουλίνη. **Συμπεράσματα:** Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι στην Ελλάδα, οι γεννήσεις παρουσιάζουν φθίνουσα πορεία τα τελευταία 4 χρόνια, αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης που διάγουμε και με ό,τι αυτό συνεπάγεται στη ποιότητα της σύνθεσης του πληθυσμού μας και στις άμεσα και έμμεσα συσχετιζόμενες επιπτώσεις. Παρά την υπογεννητικότητα που παρατηρείται διαχρονικά και τη φθίνουσα πορεία των αριθμών των τοκετών, εντούτοις αυξάνεται αναλογικά ο αριθμός των τοκετών με ΚΤ και σε αυτό συμβάλλει και η αυξημένη επίπτωση της παθολογίας της κύησης και γενικά των κυήσεων υψηλού κινδύνου, όπως αυτών που παρουσιάζουν ΣΔ. Μετά τη μετανάστευση αλλοδαπών γυναικών έχει αυξηθεί η επίπτωση των χρόνιων φορέων ηπατίτιδας Β, κυρίως Βουλγαρικής και Αλβανικής καταγωγής (22,2% και 4,2%). Αντίθετα παρατηρείται αύξηση μητέρων Ελληνίδων, φορέων HCV, (1%), οι οποίες κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, με αποτέλεσμα τη γέννηση παιδιών με σύνδρομο στέρησης, βασικό κοινωνικό πρόβλημα στη χώρα μας. Παρά τη πρόοδο της επιστήμης στο τομέα των υπερήχων, εντούτοις το 2013 γεννήθηκαν τα δύο παιδιά με Σύνδρομο και συγγενή ανωμαλία. Ωστόσο ευνοϊκό είναι ότι η βρεφική θνησιμότητα τείνει στο μηδέν, αφού μόνο ένα ήδη νεκρό έμβρυο 29 εβδομάδων καταγράφηκε (η επίτοκος προσήλθε νεκρή από ρήξη μήτρας, με νεκρό έμβρυο).

## **ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΙΑΚΟΜΙΔΩΝ, ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ, ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ (2013)**

### **Σταυρούλα Σβώλου και συν.**

Νοσηλεύτρια, προισταμένη Παιδιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ, μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.

**Σταυρούλα Σβώλου**, Μυροφόρα Διαμαντή, Αρετή Κασιάρα, Βασιλική Αρμπένη, Ιωάννα Τσιλίκη, Ελευθερία Μπαντή, Ευγενία Μουστάκα, Ευαγγελία Βογλίδου, Αικατερίνη Γκουτζούλη, Σταυρούλα Γακίκου, Ευαγγελία Βαλαράκου, Αναστασία Αναστασίου - Κατσιαρδάνη.

Παιδιατρική Κλινική ΑΓΝΒ.

**Εισαγωγή:** Η Παιδιατρική (Π/Δ) κλινική στην οποία ανήκει και το τμήμα Πρόωρων, νοσηλεύει παιδιά των οποίων ο αριθμός κυμαίνεται από 1700-2000 ετησίως. Ένα μικρό ποσοστό του συνόλου, παρίσταται ανάγκη να διακομισθεί σε Π/Δ κλινική Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου της Ελλάδος ή άλλης ειδικότητας κλινική. **Μέθοδος-Υλικό:** Από τα βιβλία καταγραφής νοσηλειών διασταυρούμενα με τα ηλεκτρονικά στοιχεία που διαθέτει το αρχείο της Π/Δ κλινικής Νοσοκομείου Βόλου. **Σκοπός:** Η καταγραφή του αριθμού νοσηλειών και του αιτίου, για το οποίο εισήχθησαν για νοσηλεία στην Π/Δ κλινική, παιδιά από ένα μεγάλο αριθμό (χιλιάδων), που εξετάστηκαν στο Τμήμα Επειγόντων (ΤΕΠ). **Αποτελέσματα:** Το έτος 2013 έγιναν 1721 (ακυρώθηκε εισιτήριο για μία νοσηλεία από τις 1722) εισαγωγές για νοσηλεία που αφορούσαν παιδιά, εκ των οποίων 1515 στην Π/Δ κλινική και 206 στο τμήμα Πρόωρων. Στα Εξωτερικά Ιατρεία εξετάστηκαν άλλα 2827 παιδιά εκ των οποίων 1698 άρρενα. Από το σύνολο των 1721, τα 905 ήταν άρρενα και τα 816 ήταν θήλεα. Από το σύνολο των νοσηλευθέντων παραπέμφθηκαν σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο 48 παιδιά (3,16%). Κύριες αιτίες νοσηλείας κατηγοριοποιημένες κατά σύστημα ήταν: Α) Λοιμώξεις Αναπνευστικού: 404 νοσηλείες



(26,66%), συμπεριλαμβανομένων περιπτώσεων πνευμονιών/βρογχοπνευμονιών (24,57% του συνολικού αριθμού). Β) Λοιμώξεις Γαστρεντερικού: 276 νοσηλείες (18,20%). Γ<sub>1</sub>) Διάφορες άλλες Ιώσεις που προσβάλλουν πολλά συστήματα: 29 νοσηλείες (1,91%). Γ<sub>2</sub>) Ιογενείς λοιμώξεις μη καθορισμένης εντόπισης: 196 νοσηλείες (12,93%). Δ) Λεμφαδενίτιδες: 12 νοσηλείες (0,79%). Ε) Προσβολές του Ουροποιητικού-Γεννητικού συστήματος: 104 νοσηλείες (6,86%). ΣΤ<sub>1</sub>) Προσβολές Κεντρικού Νευρικού Συστήματος μη συμπεριλαμβανομένων των σπασμών: 10 νοσηλείες (0,65%). ΣΤ<sub>2</sub>) Σπασμοί: 59 νοσηλείες (3,89%). ΣΤ<sub>3</sub>) Προσβολές και Επιπλοκές Νευρικού και Μυοσκελετικού συστήματος: 7 νοσηλείες (0,46%). Ζ) Μυϊκό σύστημα: 1 νοσηλεία (0,06%). Η) Ενδοκρινολογικά: 15 νοσηλείες (0,99%). Θ) Λοιμώξεις Δέρματος - Αποστήματα διάφορα - Μικροβιαίμιες - Σηψαιμίες - Σοβαρές Λοιμώξεις: 23 νοσηλείες (1,51%). Ι) Παιδικές ασθένειες: 9 νοσηλείες (0,59%). Κ) Ατυχήματα: 89 νοσηλείες (5,87%). Λ) Διάφορες μορφές Αναιμίας: 15 νοσηλείες (0,99%). Μ) Αλλεργίες και Αυτοάνοσα νοσήματα: 67 νοσηλείες (4,41%). Ν) Διάφορα και αταξινόμητα: 42 νοσηλείες (2,77%). Ξ) Άλλης ειδικότητας: 103 νοσηλείες (6,79%). Ο) Κοιλιακός πόνος με εντόπιση στην άνω και κάτω κοιλία: 30 νοσηλείες (1,98%). Π) Χρόνια Νοσήματα (μεταβολικά και κληρονομούμενα): 13 νοσηλείες (0,85%). Ρ) Ερειστικό σύστημα και νοσήματα Συνδετικού ιστού: 7 νοσηλείες (0,46%). Σ) Παιδοψυχιατρικά θέματα: 3 νοσηλείες (0,19%). **Συμπέρασμα:** Η προσφορά της Παιδιατρικής κλινικής του Γ.Ν. Βόλου, συμπεριλαμβανομένου και του τμήματος Πρόωρων, είναι σημαντική τόσο για το νομό Μαγνησίας, όσο και για όλη τη Θεσσαλία. Παρά τη σημαντική μείωση του ιατρικού, κυρίως μόνιμου, προσωπικού της καλείται να νοσηλεύσει, από τις χιλιάδες παιδιών που απασχολούν το ΤΕΠ, έναν σταθερό ετήσιο αριθμό περίπου 1700-2000 παιδιών, που αντιστοιχεί σε 145-150 παιδιά μηνιαίως. Απαραίτητη προϋπόθεση η μεγάλη εντατικοποίηση της δουλειάς του ιατρικού (το 2<sup>ο</sup> εξάμηνο μία μόνιμη Παιδιάτρος από το σύνολο των 8, υπηρετούντων τα τελευταία χρόνια) και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και η εξασφάλιση πολύ καλής συνεργασίας μεταξύ τους.

Η εντατική εργασία και η υπευθυνότητά τους, συμβάλλουν καθοριστικά στη μείωση της επιφόρτισης με διακομιδές και νοσηλείες παιδιών στα Τριτοβάθμια Παιδιατρικά τμήματα, όσο και στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας.

## **ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΩΝ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΩΡΩΝ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΟΛΟΥ, ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ (2013).**

### **Σταυρούλα Γακίκου και συν.**

Νοσηλεύτρια MSc TE Μονάδας Προώρων, ΑΓΝΒ, μετεκπαιδευμένη στη Παιδιατρική Νοσηλευτική, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

**Σταυρούλα Γακίκου**, Μαρία Μπίσσα, Χαρά Μάγγου, Δήμητρα Στάμου, Μαρία Γκουβελά, Σταυρούλα Σβόλου, Μιράντα Διαμαντή, Ευγενία Μουστάκα, Βασιλική Αρμπένη, Γεώργιος Γεωργαδάκης, Αναστασία Αναστασίου.

Τμήμα Προώρων, Παιδιατρική Κλινική, ΑΓΝΒ.

**Εισαγωγή:** Το Τμήμα Προώρων (ΤΠ) και προβληματικών νεογνών, ανήκει λειτουργικά στην Παιδιατρική (Π/Δ) Κλινική και δέχεται εισαγωγές νεογνών που χρήζουν νοσηλείας, κυρίως από τη Μαιευτική Κλινική, αλλά και ελάχιστα νεογνά προερχόμενα από Ιδιωτικές Κλινικές και από το σπίτι. **Σκοπός:** Η καταγραφή των νεογνών που εισήχθησαν στο ΤΠ και η περιγραφική αποτύπωση των προβλημάτων υγείας που τα συνοδεύουν, σε σχέση με περιγεννητικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. **Μέθοδος-Υλικό:** Από το υλικό των βιβλίων αντίστοιχης καταγραφής, που φυλάσσονται στο αρχείο προώρων και στις αίθουσες τοκετών της Μαιευτικής / Γυναικολογικής (Μ/Γ) Κλινικής, του Νοσοκομείου μας. **Αποτελέσματα:** Εισήχθησαν και νοσηλεύθηκαν στο ΤΠ, 206 νεογνά (57,28% άρρενα), κυρίως προερχόμενα από τη Μ/Γ Κλινική, στην οποία γεννήθηκαν 683 νεογνά, ήτοι ποσοστό 30%. Ενδεικτικά αναδομώντας 4 χρόνια πίσω, διαπιστώνουμε ότι στο αντίστοιχο ΤΠ νοσηλεύθηκαν 277 νεογνά σε σύνολο γεννηθέντων στην Μ/Γ, 1049. Ο αριθμός των νεογνών που

παραπέμφθηκαν, αφορά 40 παιδιά (19,40%) και είναι σταθερός αριθμητικά με τον αριθμό των 39 παιδιών που παραπέμφθηκαν το 2010 (14%). Τα νοσηλευθέντα νεογνά, κατάγονταν κυρίως από το Βόλο και τη Νέα Ιωνία (68,4%), ενώ 1 στα 3 προέρχονταν από άλλες περιοχές ήτοι: Τα γύρω πεδινά χωριά (14,50%), τα χωριά του Πηλίου (11,1%), τη νησιώτικη περιοχή (4,1%), αλλά και εκτός νομού (1,4%). Ποσοστό 10% των νοσηλευθέντων παιδιών ήταν ανασφάλιστα. Κύριες αιτίες εισαγωγής και προβλήματα υγείας, σύμφωνα με τη διάγνωση εξόδου κατά φθίνουσα σειρά και λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι κάποια νεογνά είχαν περισσότερα του ενός προβλήματα και αιτίες νοσηλείας ήταν τα κάτωθι: Νεογνικός ίκτερος: 24,75%, περιγεννητικό "stress": 16 %, Προωρότης 13,1%, Αναπνευστικά προβλήματα: 8,7%, Αναιμία: 4,36%, "IUGR": 4,3%, Σύνδρομο στέρησης: 2,5%, Μεταβολικά νοσήματα: 1,94%, Συγγενείς ανωμαλίες: 1,94%, Διάφορα άλλα προβλήματα: 9,20%. Κανένας θάνατος νεογνού δεν συνέβη στο ΤΠ. Οι μέρες που απαιτήθηκαν να νοσηλευθούν τα νεογνά αυτά ήταν κατά φθίνουσα σειρά: 1(Ημέρα=H): 16,5%, 2(H)=11,1%, 3(H): 19,4%, 4(H): 11,1%, 5(H): 8,2%, 6(H): 8,2%, 7(H): 5,8%, 8(H): 1,9%, 9(H): 3,4%, 10(H): 0,9%, 11(H): 3,8%, 12(H): 0,5%, 13(H): 1,5%, 15(H): 0,9%, 16(H): 0,9%, 20(H): 0,5%, 23(H): 0,9%, 24(H): 0,9%, 27(H): 0,5%, 28(H): 0,5%, 30(H): 0,5%. Το Βάρος γέννησης των νεογνών μας κατηγοριοποιημένο α) <2500gr: 20,8%, β) 2500gr-2999gr: 21,8%, γ) 3000gr-3999gr: 52,40%, δ) >4000gr : 4,8%. **Συμπεράσματα:** Η προσφορά του ΤΠ της Π/Δ Κλινικής του Νοσοκομείου μας, παρά τη σοβαρή υπογεννητικότητα που παρατηρείται διαχρονικά, είναι μεγάλου βαθμού, αφού καλείται να νοσηλεύσει και να αντιμετωπίσει ένα ποσοστό νεογνών που κυμαίνεται από 25-30%, αυτών που γεννώνται στη Μ/Γ Κλινική, του ίδιου Νοσοκομείου, -κάτι πολύ σημαντικό για την μετέπειτα υγεία τους- αφού η Ιατρονοσηλευτική αντιμετώπισή τους γίνεται άμεσα και χωρίς καθυστέρηση, παρά τις σημαντικές ελλείψεις στελέχωσης τόσο σε Ιατρικό κυρίως προσωπικό (ιδίως το 2<sup>ο</sup> εξάμηνο, του 2013), όσο και σε νοσηλευτικό. Την περίοδο αυτή μάλιστα, ο αριθμός νοσηλειών έχει αυξηθεί, αφού το 2<sup>ο</sup> εξάμηνο νοσηλεύθηκαν 114 νεογνά, έναντι 92 το 1<sup>ο</sup> εξάμηνο, γεγονός που σημαίνει αυξημένες απαιτήσεις και εντατικοποίηση της δουλειάς, αφού το Ιατρικό κυρίως προσωπικό, καλείται να προσφέρει κυρίως σε εφημεριακή απασχόληση πέραν του νομίμου ωραρίου, μη αμειβόμενο, προκειμένου να κρατήσει μία Π/Δ Κλινική όρθια ακόμη για λίγο, υποστελεχωμένη από το 2<sup>ο</sup> 6μηνο του 2013 και μετά. Το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ΤΠ με την εντατική εργασία που προσφέρει, μειώνει την επιφόρτιση των Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, των Τριτοβάθμιων νοσοκομείων, που θα δυσκόλευαν την νοσηλεία νεογνών με σοβαρότερα προβλήματα, προερχόμενα από άλλα νοσοκομεία της Θεσσαλίας που δεν διαθέτουν ΤΠ.

## **ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΚΟΜΙΔΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ, ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΩΡΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΑΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ, ΤΟ 2013.**

### **Ευαγγελία Βαλαράκου και συν.**

Νοσηλεύτρια Τμήματος Προώρων, Παιδιατρική Κλινική, ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

**Ευαγγελία Βαλαράκου**, Αναστασία Αναστασίου, Αρετή Κασσιάρα, Ιωάννα Τάσσιου, Βασίλειος Βλαχόπουλος, Βασιλική Αρμπένη, Αικατερίνη Γκουτζούλη, Γιάννα Τσιλική, Ελευθερία Μπαντή, Ευαγγελία Βογλίδου, Μαργαρίτα Μπουδραμή, Βασιλική Σούλια, Άννα Μίχτη.

Τμήμα Προώρων Παιδιατρική Κλινική, ΑΓΝΒ,

**Εισαγωγή:** Το Τμήμα Προώρων αποτελεί αυτοτελές τμήμα, υπάγεται λειτουργικά στην Παιδιατρική κλινική (Π/Δ) του Αχιλλοπούλειου Νοσοκομείου Βόλου (ΑΓΝΒ). Κάθε χρόνο νοσηλεύει 25-30% των νεογνών που γεννιούνται στην Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική δεχόμενο και ένα μικρό ποσοστό νεογνών που γεννιούνται σε Ιδιωτικές κλινικές ή προσέρχονται από το σπίτι. **Σκοπός:** Να προσδιορίσει τη συχνότητα των νεογνών που διακομίσθηκαν σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο και παράλληλα να αναλύσει τις αιτίες και τα προβλήματα των νεογνών αυτών, τονίζοντας τη σημαντική βοήθεια-προσφορά του ΤΠ και του προσωπικού που το στελεχώνει. **Υλικό-Μέθοδος:** Οι πληροφορίες ελήφθησαν από τα βιβλία καταγραφής πληροφοριών που διαθέτουμε στο αρχείο της

Π/Δ Κλινικής. **Αποτελέσματα:** Από το σύνολο των 206 νοσηλευθέντων νεογνών διακομίσθηκαν 40 νεογνά (19.4%) στο πλησιέστερο τριτοβάθμιο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας (97.2%) και 1 νεογνό στο Νοσοκομείο Παιδών, στην Αθήνα (2.5%). Τα νεογνά αυτά κατάγονταν στην πλειοψηφία τους από το Βόλο και τη Ν. Ιωνία Βόλου (60%), τα γύρω πεδινά χωριά (17.5%), ενώ μικρότερο ποσοστό από τη γύρω νησιωτική περιοχή (7.5%) κι ένα μικρό ποσοστό εκτός νομού Μαγνησίας (2.5%). Κύρια αιτία παραπομπής στο ΤΠ νεογνών όπου διακομίσθηκαν η προωρότητα (30%), με συνυπάρχουσα αναπνευστική δυσχέρεια, η δίδυμη κύηση (10%) με συνυπάρχουσα προωρότητα κά. Επίσης παραπέμφθησαν 27.5% νεογνά με διάγνωση εισαγωγής στο ΤΠ έντονο περιγεννητικό stress 12.5% και σε ελάχιστο ποσοστό παιδιά με ΣΔ κύησης 2.5%, IUGR 2.5%, έλεγχο για συγγενή λοίμωξη 2.5% και διάφορες συγγενείς ανωμαλίες (σύνδρομο) 7.5%: σύνδρομο Down, υπερωϊοσχιστία, μηνιγγοκήλη. 3 στα 4 νεογνά διακομίσθηκαν στο 1<sup>ο</sup> 24ωρο ζωής, ενώ το υπόλοιπο 25% διακομίσθηκαν το 2<sup>ο</sup> 24ωρο ζωής (17.5%), το 5<sup>ο</sup> 24ωρο ζωής (2.5%), το 6<sup>ο</sup> 24ωρο ζωής (2.5%), το 7<sup>ο</sup> 24ωρο ζωής (2.5%) και 1 νεογνό στο 11<sup>ο</sup> 24ωρο ζωής (2.5%). Ένα μόνο νεογνό από το σύνολο των διακομισθέντων, απαιτήθηκε διασωλήνωση λόγω βαρειάς συγγενούς καρδιοπάθειας (μετάθεση μεγάλων αγγείων). **Συμπεράσματα:** Είναι σημαντική η βοήθεια και η προσφορά που παρέχει το ΤΠ του νοσοκομείου μας, με την αντίστοιχη στελέχωσή του σε Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό, συμβάλλοντας αφενός στην αποσυμφόρηση των ΜΕΝΝ των Τριτοβάθμιων Νοσοκομείων και αφετέρου υποστηρίζοντας και σταθεροποιώντας κατάλληλα αυτά τα νεογνά, πριν τη διακομιδή τους, σημαντικό για την επιβίωσή τους αλλά και για την καλή ψυχοκινητική μελλοντική τους εξέλιξη. Αξιοσημείωτο γεγονός είναι ότι κανένα από τα νοσηλευόμενα, αλλά και τα παραπεμφθέντα νεογνά το 2013 δεν απεβίωσε.

**7ο στρογγυλό τραπέζι (19:00-20:15)**

**ΤΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ  
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ**

**Β' μέρος**

**Προεδρείο: Μαρία Καζαντζή, Αναστασία Αναστασίου-Κατσαρδάνη**

**1. ΕΤΗΣΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΩΝ/ΒΡΟΓΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΩΝ  
ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΑΝ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (2013).  
ΚΛΙΝΙΚΟ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ-ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ  
ΕΚΒΑΣΗ.**

**Κερασία-Ευαγγελία Γούση και συν.**

Τ. Ειδικευόμενη Παιδιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

**Κερασία-Ευαγγελία Γούση**, Ειρήνη Καλαντζή, Αναστασία Αναστασίου.

Παιδιατρική Κλινική, ΑΓΝΒ.

**Εισαγωγή:** Το αναπνευστικό σύστημα αποτελεί το συχνότερα προσβαλλόμενο στον οργανισμό, από λοίμωξη σύστημα και οι αναπνευστικές λοιμώξεις την πρώτη αιτία εισαγωγής των παιδιών στο νοσοκομείο. **Σκοπός:** Η διερεύνηση της συχνότητας των περιπτώσεων πνευμονιών (Π) / βρογχοπνευμονιών (Β), που νοσηλεύθηκαν στο νοσοκομείο μας σε σχέση με κοινωνικο-δημογραφικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, καθώς και η διερεύνηση της εντόπισής τους, των κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων και της θεραπευτικής προσέγγισης και έκβασής τους. **Υλικό-Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι των παιδιών, που νοσηλεύθηκαν με Π και Β, στην Παιδιατρική Κλινική το έτος 2013 και καταγράφηκαν κοινωνικοδημογραφικά (φύλο, ηλικία) και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά (εποχική κατανομή) καθώς και τα κλινικοεργαστηριακά και θεραπευτικά δεδομένα. **Αποτελέσματα:** Νοσηλεύθηκαν συνολικά 100 παιδιά ηλικίας 1-14 ετών (39 άρρενες και 61 θήλειες), σε σύνολο περίπου 1532 εισαγωγών (6,5%) με μέση ηλικία τα 5,8 έτη. Δεν

συμπεριελήφθησαν οι χημικές πνευμονίες. Ποσοστό νοσηλειών τους Χειμερινούς και Ανοιξιάτικους μήνες, 35% και 29% αντίστοιχα. 41 ασθενείς, διαγνώστηκε ότι, έπασχαν από Β (ακτινολογική εικόνα βρογχοπνευμονικών διηθήσεων), ενώ Π (ακτινολογική εικόνα πύκνωσης), παρουσίασαν 59 ασθενείς. Παρατηρήθηκε υπεροχή της ΔΕ πύκνωσης (49%) έναντι της ΑΡ (37%) ενώ αμφοτερόπλευρα ευρήματα είχε το 14%. Το 13% είχε κατά την ακρόαση σωληνώδες φύσημα. 4 ασθενείς προσήλθαν απύρετοι. 23% είχαν πολύ αυξημένους δείκτες λοίμωξης (CRP>100 και λευκοκυττάρωση) κάτι που συνοδευόταν στο 100% από πύκνωση. Η στατιστική ανάλυση (Pearson correlation) έδειξε: συσχέτιση του αρ. λευκών με τη CRP (0.495,  $p < 0.0001$ ) και των ημερών νοσηλείας με CRP (0.454,  $p < 0.0001$ ). Η υπολογισθείσα μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 5,6 ημέρες. Η θεραπευτική αντιμετώπιση έγινε με μακρολίδη στο 15%, στο 45% αμπικιλίνη και στο 40% συνδυασμός {αμπικιλίνης και μακρολίδης (33%) ή αμπικιλίνης και κλινδαμυκίνης (7%)}. **Συμπεράσματα:** Παρατηρήθηκε αυξημένη επίπτωση των Π και Β κυρίως το Χειμώνα και την Άνοιξη (64%), με συχνότερα προσβαλλόμενα τα θήλα άτομα και τις μικρές προσχολικές κυρίως ηλικίες και στα δύο φύλα. Παρατηρείται μία σχετική μετατόπιση των αναπνευστικών λοιμώξεων, σε λίγο μεγαλύτερες ηλικίες παιδιών. Κύρια εντόπιση στο ΔΕ πνεύμονα ενώ ο αυξημένος δείκτης CRP χαρακτήριζε τα παιδιά με εικόνα Π (πύκνωσης). Παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση του αρ. των λευκών αιμοσφαιρίων, αλλά και των ημερών νοσηλείας με το ύψος της CRP, ευρήματα που συμφωνούν με βιβλιογραφικά δεδομένα, αλλά και την καθημερινή κλινική μας εμπειρία. Όλες οι περιπτώσεις αντιμετωπίστηκαν με αμπικιλίνη, μακρολίδη ή κλινδαμυκίνη ή συνδυασμό τους. Καμία περίπτωση δεν απαιτήθηκε να διακομισθεί σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο. Τα ακροαστικά ευρήματα, η ακτινολογική εικόνα οι δείκτες λοίμωξης, η κλινική εμπειρία, και τα Επιδημιολογικά δεδομένα κάθε χρονικής περιόδου, θα μπορούσαν να μας κατευθύνουν προς την ορθή διάγνωση και ενδεδειγμένη ορθολογική και αποτελεσματική θεραπεία.

## **2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ, ΤΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ / ΑΠΟΤΥΠΩΣΗΣ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΩΝ / ΒΡΟΓΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ (0-14 ΕΤΩΝ), ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ (Π/Δ), ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΟΛΟΥ, ΤΟ 2005 ΚΑΙ ΤΟ 2013.**

**Κωνσταντίνος Κατσαρδάνης και συν.**

Ειδικευμένος Νευρολόγος, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, MSc ΠΦΥ, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, υποψήφιος διδάκτωρ Παν/μίου ΕΚΠΑ, υπεύθυνος ιστοσελίδας **ΕΦΥΚΕ**.

**Κωνσταντίνος Κατσαρδάνης**, Κερασία-Ευαγγελία Γούση **Ιωάννα Τάσσιου**, Ειρήνη Καλαντζή, **Αναστασία Αναστασίου**.

Ιατροί, μέλη της **ΕΦΥΚΕ**.

**Εισαγωγή:** Το αναπνευστικό σύστημα αποτελεί το συχνότερα προσβαλλόμενο, από λοίμωξη, σύστημα στον ανθρώπινο οργανισμό και την πρώτη αιτία, εισαγωγής των παιδιών στο νοσοκομείο. Ειδικότερα η πνευμονία (Π) και βρογχοπνευμονία (Β) αποτελεί σοβαρή λοίμωξη εντοπισμένη ή διάσπαρτη, η οποία διαδράμει συνήθως ήπια, αλλά σπάνια μπορεί να επιπλακεί με σοβαρές καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή. **Σκοπός:** Ο προσδιορισμός της συχνότητας των (Π) / (Β), σε παιδιά, που νοσηλεύθηκαν στην Π/Δ Κλινική μας τα έτη 2005 και 2013, σε σχέση με κοινωνικό-δημογραφικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. **Υλικό-μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά οι αντίστοιχοι φάκελοι των παιδιών, 0-14 ετών, που νοσηλεύθηκαν και καταγράφηκαν κοινωνικά δημογραφικά (φύλο-ηλικία) και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά. **Αποτελέσματα:** Το 2005 και το 2013 νοσηλεύθηκαν αντίστοιχα (ανά έτος) 107 και 100 περιπτώσεις Π και Β, ήτοι επίπτωση ετήσια σε σχέση με όλα τα νοσηλευθέντα παιδιά, 6% και 6.5% αντίστοιχα. Παραπέμφθηκαν σε τριτοβάθμια νοσοκομεία 5 και 0 παιδιά το 2005 και 2013 αντίστοιχα. Μέση ηλικία νοσηλευθέντων 4έτη, έναντι 5,8έτη το 2005 και το 2013, αντίστοιχα και μέση διάρκεια νοσηλείας 5,1 έναντι 5,3 ημέρες. Νοσηλεύθηκαν 59 αγόρια και 48 κορίτσια το 2005 και 39 αγόρια και 61 κορίτσια το 2013. Ποσοστό

Π/Β το 2005 60,7% / 39,3%, και το 2013 59% / 41%. Παρατηρήθηκε υπεροχή των νοσηλειών, για Π και Β, τους Χειμερινούς και Ανοιξιάτικους μήνες, 37% και 44% το 2005, έναντι 35% και 29%, το 2013. **Συμπεράσματα:** Επιβεβαιώνεται το γεγονός της αύξησης της επίπτωσης των λοιμώξεων του αναπνευστικού κυρίως του Χειμερινούς και Ανοιξιάτικους μήνες, για το 2005: 81% ενώ για το 2013: 64%, με μια μεγαλύτερη διασπορά της νοσηρότητας και τις υπόλοιπες εποχές, με την πάροδο του χρόνου και μάλιστα τα τελευταία χρόνια. Συχνότερα προσβαλλόμενο το άρρεν φύλο το 2005 και το θήλυ φύλο το 2013. Η αναλογία των ποσοστών όσον αφορά την εντόπιση της προσβολής (τον τύπο της πνευμονίας) είναι περίπου η ίδια διαχρονικά με υπεροχή του ποσοστού των Π σε σχέση με τις Β. Επιβεβαιώνεται η αυξημένη επιρρέπεια των λοιμώξεων του αναπνευστικού, των βρεφών και των νηπίων το 2005, ενώ για το 2013 υπάρχει μια ελαφρά μετατόπιση των λοιμώξεων σε μεγαλύτερες προσχολικές ηλικίες, ίσως αποτέλεσμα της χαλαρότητας των μέτρων προφύλαξης και της μη τήρησης του προγράμματος εμβολιασμών και της προστασίας που παρέχουν τα εμβόλια από μελλοντικές λοιμώξεις αφ' ενός και αφετέρου λόγω της πραγματικής μείωσης του ποσοστού παιδιών μικρότερης ηλικίας εξ αιτίας της υπογεννητικότητας που παρουσιάζεται τα τελευταία χρόνια, οφειλόμενης στην οικονομική κρίση και με ότι αυτή συνεπάγεται για τη χώρα μας.

## **ΙΟΣ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ. ΜΙΑ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΑ.**

**Γρηγόριος Γρίβας.** Ειδικευόμενος Παιδιατρικής Κλινικής ΑΓΝΒ, μεταπτυχιακός σπουδαστής στην Υγιεινολογική Σχολή Αθηνών, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

Η γρίπη είναι μία ασθένεια που προσβάλλει κυρίως το αναπνευστικό σύστημα και παρουσιάζει υψηλή μεταδοτικότητα. Η φυσική δεξαμενή του ιού είναι κυρίως τα υδρόβια πουλιά, ο χοίρος, ο άνθρωπος και άλλα θηλαστικά. Από την αρχαιότητα έχουν περιγραφεί αρκετές πανδημίες της ασθένειας. Στον 20<sup>ο</sup> αιώνα υπήρξαν τρεις μεγάλες πανδημίες με κυριότερη την «ισπανική» γρίπη του 1918 από την οποία νόσησε σχεδόν ο μισός παγκόσμιος πληθυσμός της εποχής. Η σύγχρονη ιολογία έχει βοηθήσει αρκετά στην κατανόηση της δομής και της λειτουργίας του ιού. Ταυτόχρονα όμως κατέδειξε το απρόβλεπτο της εξέλιξης του ιού γεγονός που απαιτεί διαρκή επαγρύπνηση για την αντιμετώπιση πιθανής νέας πανδημίας.

## **ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΥΡΕΤΗΣ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΩΣ 2 ΕΤΩΝ. ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.**

**Ιφιγένεια Βαρδακώστα.** Ειδικευόμενη Παιδιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ, μεταπτυχιακή σπουδάστρια στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

Οι λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος αφορούν το 1-3% των κοριτσιών και το 1% των αγοριών. Στα κορίτσια το πρώτο επεισόδιο ουρολοίμωξης συνήθως συμβαίνει μέχρι την ηλικία των 5 χρόνων, ενώ στα αγόρια τα περισσότερα επεισόδια ουρολοίμωξης εμφανίζονται κατά τον πρώτο χρόνο ζωής. Τα πιο συχνά παθογόνα μικρόβια είναι κατά σειρά συχνότητας το *E. coli* (75-90%), ο *Proteus spp* και η *Klebsiella spp*.

Το 2011 η Αμερικάνικη Παιδιατρική Εταιρεία εξέδωσε κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της εμπύρετης ουρολοίμωξης σε βρέφη και παιδιά ηλικίας 2-24 μηνών. Σύμφωνα με τις οδηγίες αυτές: 1) Σε παιδί χωρίς εμφανή εστία πυρετού, που χρήζει άμεσης έναρξης αντιβιοτικής αγωγής, είναι απαραίτητη η λήψη καλλιέργειας ούρων με υπερηβική παρακέντηση ή καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης. 2) Σε παιδιά που η κλινική τους εικόνα επιτρέπει τη μη άμεση έναρξη αντιβίωσης, είναι δυνατή η παρακολούθησή τους, αφού εκτιμηθεί πρώτα η πιθανότητα ουρολοίμωξης βάση παραγόντων κινδύνου. 3) Για την διάγνωση της ουρολοίμωξης απαιτείται η πυουρία (WBC>5 κοπ)/βακτηριουρία από την γενική ούρων και η ανάπτυξη >50000 αποικίες/ml ενός ουροπαθογόνου σε καλλιέργεια ούρων, που ελήφθη με καθετηριασμό ή υπερηβική παρακέντηση. 4) Η χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής από το στόμα θεωρείται το ίδιο αποτελεσματική με την παρεντερική αγωγή. Η διάρκεια θεραπείας θα πρέπει να είναι 7-14 ημέρες. 5) Σε κάθε παιδί με εμπύρετη ουρολοίμωξη πρέπει να διενεργείται υπερηχογράφημα νεφρών-ουροδόχου

κύστης. 6) Κυστεοουρηθρογραφία δεν πρέπει να διενεργείται ως ρουτίνα μετά το πρώτο επεισόδιο ουρολοίμωξης, αλλά σε παιδιά με παθολογικό υπερηχογράφημα, σε μη τυπικά επεισόδια ουρολοίμωξεων ή σε υποτροπιάζουσα ουρολοίμωξη. 7). Οι γονείς παιδιών με ουρολοίμωξη πρέπει να εκπαιδευθούν ώστε να αναζητήσουν άμεση ιατρική συμβουλή σε περίπτωση εμπύρετου του παιδιού τους, ώστε να αναγνωριστεί έγκαιρα νέο επεισόδιο ουρολοίμωξης.

Όσον αφορά στον απεικονιστικό έλεγχο, που πρέπει να διενεργείται σε παιδιά με εμπύρετη ουρολοίμωξη, δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των υπαρχουσών κατευθυντήριων οδηγιών. Μεταξύ άλλων, το National Institute of Clinical Excellence (NICE) συνιστά μόνο υπερηχογραφικό έλεγχο του ουροποιητικού συστήματος σε επιλεγμένους ασθενείς, ενώ η Ελληνική Ομάδα Εργασίας Παιδιατρικής Νεφρολογίας, με οδηγίες που εξέδωσε το 2009, συνιστά τη διενέργεια κυστεογραφίας σε κάθε παιδί με εμπύρετη ουρολοίμωξη < 2 ετών, στις υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις και μόνο επί ενδείξεων σε εμπύρετη ουρολοίμωξη σε παιδί < 2ετών.

Η χημειοπροφύλαξη, ενώ χρησιμοποιήθηκε αρκετά στο παρελθόν, δε φαίνεται πλέον να ασκεί ευεργετική δράση στην πρόληψη υποτροπιάζουσας εμπύρετης ουρολοίμωξης και νεφρικής βλάβης. Η χρήση της περιορίζεται πλέον από πολλούς σε κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση > III βαθμού.

### **Βιβλιογραφία:**

1. Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months, *Pediatrics* 2011;128;595.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence(NICE) Guideline. Urinary tract infection in children: diagnosis, treatment and long-term management. Issue date: August, 2007.
3. Διερεύνηση παιδιών με ουρολοίμωξη : συστάσεις της Ελληνικής Ομάδας Εργασίας Παιδιατρικής Νεφρολογίας. *Παιδιατρική* 2009;79(5):252-261, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2009.

## **ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ROTA-ΙΟ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥΣ (ΔΕΝ ΕΣΤΑΛΗ)**

**Κωνσταντίνα Κατσαδήμα.**

## **ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ BARTONELLA HENSELAE.**

**Ελένη Κουφόγλου**, Ειδικευόμενη Παιδιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

Οφείλονται σε gram (-) βάκιλλο που μεταδίδεται από τις γάτες (συνήθως <6 μηνών) με δερματικό ενοφθαλμισμό. Η δερματική βλάβη προβάλλει με τη μορφή ανώδυνης βλατίδας, η οποία διαρκεί 1 με 3 εβδομάδες. Η επιχώρια λεμφαδενίτιδα ακολουθεί μετά από παρέλευση μίας ή περισσότερων εβδομάδων, αφορά συνήθως στις περιοχές που παροχετεύουν την περιοχή της πύλης εισόδου, ενώ η μασχαλιαία και η τραχηλική λεμφαδενοπάθεια είναι οι συχνότερες, αλλά μπορεί να προσβληθούν επίσης και οι υπογνάθιοι, οι προνωτιαίοι, παρατροχίλιοι και οι μηροβουβωνικοί λεμφαδένες. Πυρετός 38-39 °C εμφανίζεται στο 30% των περιπτώσεων και μη ειδικά ευρήματα (καταβολή, κεφαλαλγία) στο 1/3 των ασθενών. Παροδικά εξανθήματα και ηπατοσπληνομεγαλία είναι σπάνιες εκδηλώσεις διάχυτης νόσου ενώ σχετίζεται και με άλλες σπάνιες εντοπίσεις.

Η υποψία για νόσο εξ αμυχής γαλής πρέπει να τίθεται σε περιπτώσεις παρουσίας λεμφαδενοπάθειας με ιστορικό πρόσφατης επαφής με γάτες και η διάγνωση γίνεται με προσδιορισμό των αντισωμάτων για Bartonella Henselae με έμμεσο ανοσοφθορισμό. Περιγράφονται 2 περιπτώσεις.

## ΤΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΤΩΝ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ

Α΄ μέρος

8ο στρογγυλό τραπέζι (20:15-21:00)

### ΝΕΕΣ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ-ΝΕΟΤΕΡΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟΥ,

Προεδρείο: Γεώργιος Συρογιαννόπουλος, Παναγιώτης Φανουργιάκης

#### ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΕΒΟΛΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ

##### 1. Μαρία Καζαντζή, 2. Μαρίζα Τσολιά.

1. Επιμελήτρια ΕΣΥ, ΜΕΘ, Νοσοκομείο Παιδών η « Αγία Σοφία », Εξειδικευομένη στις Λοιμώξεις στο Νοσοκομείο Παιδών «Αγλαία Κυριακού»

2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Λοιμωξιολόγος, Διευθύντρια Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής, Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών « Π & Α Κυριακού ».

##### I. Έλεγχος της πολιομυελίτιδας

Η παγκόσμια κοινότητα είχε πλησιάσει πολύ κοντά στο στόχο της εκρίζωσης της πολιομυελίτιδας το 2012. Κατά το έτος 2013 τρεις μόνο χώρες συνέχιζαν να είναι ενδημικές (Νιγηρία, Πακιστάν και Αφγανιστάν).

Το 2013 διαπιστώθηκε εκ νέου κυκλοφορία του ιού σε 3 διαφορετικές περιοχές του κόσμου που βρίσκονται μακριά η μία από την άλλη. Στην κεντρική Ασία διαπιστώθηκε κυκλοφορία του ιού από το Πακιστάν στο Αφγανιστάν, στη Μέση Ανατολή από τη Συρία στο Ιράκ και στην κεντρική Αφρική από το Καμερούν στη Γουινέα. Η επανεμφάνιση της νόσου οφείλεται στους πολέμους και στη μείωση των ποσοστών εμβολιασμού των πληθυσμών αυτών.

Η αύξηση αυτή των περιπτώσεων οδήγησε σε παγκόσμια ενεργοποίηση. Η εκ νέου κυκλοφορία του ιού της πολιομυελίτιδας κηρύχθηκε το Μάιο του 2014 από το ΠΟΥ. ως Διεθνούς Ενδιαφέροντος Επείγον Πρόβλημα Δημόσιας Υγείας (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC). Ανάμεσα στα άλλα μέτρα δόθηκε οδηγία από τον ΠΟΥ. να γίνει εμβολιασμός όσων διαμένουν σε χώρες όπου υπάρχουν κρούσματα καθώς και όσων ταξιδεύουν από αυτές. Όσοι πρόκειται να ταξιδέψουν προς άλλες χώρες πρέπει να εμβολιαστούν με OPV ή IPV 4 εβδομάδες έως 12 μήνες πριν το ταξίδι. Λόγω των γεγονότων αυτών ο ΠΟΥ. διεξάγει τεράστιες επιχειρήσεις εμβολιασμού του πληθυσμού στις χώρες αυτές συχνά υπό εντελώς αντίξοες συνθήκες.

##### II. Η επιδημία από τον εντεροϊό D68

Τους τελευταίους μήνες (με έναρξη τον Αύγουστο του 2014) έχει διαπιστωθεί η εκδήλωση μιας επιδημίας σοβαρής αναπνευστικής νόσου με αναπνευστική δυσχέρεια και συριγμό σε παιδιά και εφήβους στις Η.Π.Α. που οφείλεται στον εντεροϊό D68 (EV D68). Μέχρι τις 4 Δεκεμβρίου έχουν καταγραφεί 1121 εργαστηριακά επιβεβαιωμένες περιπτώσεις σε 47 πολιτείες. Σχεδόν όλα τα περιστατικά αφορούν σε παιδιά και πολύ συχνά απαιτείται εισαγωγή σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Αυξημένη συχνότητα έχει παρατηρηθεί σε παιδιά με ιστορικό άσθματος.

Ο EV D68 μεταδίδεται όπως και οι υπόλοιποι εντεροϊοί με την επαφή και με μεγάλα σταγονίδια. Η διάγνωση τίθεται με ειδική PCR που όμως δεν είναι διαθέσιμη παρά σε κεντρικά εργαστήρια και στο CDC. Αντικική θεραπεία δεν υπάρχει και η αντιμετώπιση είναι υποστηρικτική.

##### III. Η επιδημία του ιού Ebola

Ο ιός *Ebola* ανήκει στην οικογένεια *Filoviridae* και προσβάλλει εκτός από τον άνθρωπο τα πρωτεύοντα ζώα. Έχουν ταυτοποιηθεί 5 στελέχη του ιού από τα οποία τα 4 προκαλούν νόσο στον άνθρωπο. Η φυσική δεξαμενή του ιού δεν είναι βέβαιη πιθανολογείται όμως ότι πρόκειται για ζωνόσο και ότι οι φρουτοφάγες νυχτερίδες είναι η δεξαμενή της νόσου.

Η σημερινή επιδημία ξεκίνησε από τη Γουϊνέα το Δεκέμβριο του 2013, ανακοινώθηκε από τον ΠΟΥ τον Μάρτιο του 2014 και τον Αύγουστο του 2014 κηρύχθηκε ως «διεθνούς ενδιαφέροντος επείγον πρόβλημα δημόσιας υγείας».

Περισσότερο έχουν προσβληθεί 3 χώρες η Γουινέα, η Λιβερία και η Σιέρα Λεόνε, ενώ κρούσματα έχουν αναφερθεί και στη Νιγηρία και Σενεγάλη και πρόσφατα στο Μάλι, και μεμονωμένα κρούσματα στην Ισπανία και τις ΗΠΑ. Από την έναρξη της επιδημίας μέχρι την 3<sup>η</sup> Δεκεμβρίου 2014 κατεγράφησαν 17.145 περιπτώσεις από τις οποίες οι 10740 είναι εργαστηριακά επιβεβαιωμένες και 6070 θάνατοι. Υπολογίζεται ότι η σημερινή επιδημία είναι μεγαλύτερη σε αριθμό κρουσμάτων και θανάτων από το σύνολο των προηγούμενων επιδημιών μαζί.

Ο ιός μεταδίδεται μετά από επαφή με αίμα ή υγρά του σώματος του πάσχοντος, με μολυσμένα αντικείμενα (σύριγγες και βελόνες), καθώς και από μολυσμένα άγρια ζώα ή νυχτερίδες. Η νόσος δεν μεταδίδεται αερογενώς, με την τροφή ή το νερό. Όταν κάποιος που νόσησε αναρρώσει παύει να μεταδίδει τον ιό. Αξίζει να σημειωθεί, όμως, ότι ο ιός μπορεί να βρίσκεται στο σπέρμα για διάρκεια μέχρι 3 μηνών. Η επώαση της νόσου είναι 2-21 ημέρες.

Η λοίμωξη εκδηλώνεται με πυρετό, κεφαλαλγία, μυαλγίες, αδυναμία, γαστρεντερικά συμπτώματα και ανεξήγητη αιμορραγία. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι ο λόξυγγας, ενώ μπορεί να προσβληθεί και το ΚΝΣ με αποτέλεσμα σύγχυση και σπασμούς. Οι ασθενείς καταλήγουν με αιμορραγικές εκδηλώσεις, πολυοργανική ανεπάρκεια και κυκλοφορική καταπληξία.

Η διάγνωση τίθεται με PCR, καλλιέργεια του ιού και ανίχνευση αντισωμάτων IgG και IgM. Όσοι έχουν αναρρώσει μπορεί να διατηρούν αντισώματα για 10 τουλάχιστον χρόνια. Στόχος είναι η ανάπτυξη ταχείας ανιχνευτικής δοκιμασίας.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ανιχνεύουν έγκαιρα τα ύποπτα κρούσματα. Βάσει του ορισμού του ΚΕΕΛΠΝΟ που συμφωνεί με τους διεθνείς ορισμούς του CDC, ορίζεται ως επιβεβαιωμένο κάθε κρούσμα με εργαστηριακή διάγνωση. Άτομο υπό διερεύνηση θεωρείται κάθε ασθενής που παρουσιάζει πυρετό μαζί με οποιοδήποτε άλλο κλινικό σύμπτωμα της νόσου, σε συνδυασμό με θετικό επιδημιολογικό ιστορικό. Οι επαφές έχουν διάφορα επίπεδα κινδύνου, υψηλού όταν πρόκειται για άμεση επαφή με το σώμα και τα βιολογικά υγρά ασθενούς ή θανόντος από τη νόσο και χαμηλού όταν υπάρχει συγχρωτισμός αλλά όχι επαφή με βιολογικά υγρά του πάσχοντος.

Για τον περιορισμό της επιδημίας μεγίστης σημασίας είναι οι προφυλάξεις επαφής. Για τη χώρα μας έχουν εκδοθεί οδηγίες από το ΚΕΕΛΠΝΟ για τη διαχείριση των ύποπτων κρουσμάτων και στόχος είναι η απομόνωση των πιθανών κρουσμάτων και η αντιμετώπισή τους από το εκπαιδευμένο προσωπικό. Τόσο το ΚΕΕΛΠΝΟ όσο και ο ΠΟΥ έχουν εκδώσει αναλυτικές οδηγίες που εστιάζουν στη σχολαστική τοποθέτηση και κυρίως αφαίρεση του απαραίτητου εξοπλισμού για τους υγειονομικούς που έρχονται σε επαφή με ύποπτο ή επιβεβαιωμένο κρούσμα.

Όσον αφορά τη θεραπεία, αυτή μέχρι σήμερα είναι υποστηρικτική και δεν υπάρχει εγκεκριμένη ειδική αντιϊκή θεραπεία. Γίνονται εντατικές προσπάθειες για την ανάπτυξη αποτελεσματικής αγωγής και για την παρασκευή εμβολίου.

Ο έλεγχος της επιδημίας πρέπει να περιλαμβάνει δέσμη μέτρων που αφορούν την αντιμετώπιση των πασχόντων, την αυστηρή επιδημιολογική επιτήρηση και την ανίχνευση των επαφών, την έγκαιρη εργαστηριακή διάγνωση, την τήρηση μέτρων ασφαλείας στις διαδικασίες ταφής και την κοινωνική κινητοποίηση.

## **ΕΜΒΟΛΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟΥ. ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ (ΔΕΝ ΕΣΤΑΛΗ).**

**Γεώργιος Συρογιαννόπουλος**



**Β΄ μέρος**  
**9ο στρογγυλό τραπέζι (21:00-21:45)**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**Προεδρείο: Μαρία Μοσχόβη, Στέλιος Λαφωιάτης**

**ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ (ΔΕΝ ΕΣΤΑΛΗ)**  
**Μαρία Μοσχόβη.**

**ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ. ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

**Χαράλαμπος Αγακίδης.**

**Αγακίδης Χαράλαμπος**, Πανεπιστημιακός Υπότροφος, Α΄ Παιδιατρική Κλινική Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη.

**Ορισμός, παθογένεια.** Η κοιλιοκάκη είναι μια χρόνια, ανοσολογικά-μεσολαβούμενη εντεροπάθεια του λεπτού εντέρου που προκαλείται από την έκθεση στη γλουτένη των τροφίμων γενετικά προδιατεθειμένων ατόμων. Η γλουτένη περιέχει αλληλουχίες αμινοξέων ανθεκτικές στα πρωτεολυτικά ένζυμα, οι οποίες διασπώντας τον εντερικό φραγμό και κατόπιν επεξεργασίας από το ένζυμο τρανσγλουταμινάση μπορούν να πυροδοτήσουν ανοσολογική αντίδραση εναντίον του εντερικού επιθηλίου σε άτομα με γενετική προδιάθεση. Παράγοντες που προδιαθέτουν στην εμφάνιση της νόσου είναι η γενετική προδιάθεση (παρουσία του HLA DQ2/DQ8 αντιγόνου σε όλους τους πάσχοντες), οι λοιμώξεις του πεπτικού, η μικροβιακή χλωρίδα του εντέρου, ενώ φαίνεται ότι σημαντικό ρόλο παίζει επίσης η ηλικία εισαγωγής της γλουτένης στη διατροφή του βρέφους και η βαρύτητας της έκθεσης.

**Μορφές και εκδηλώσεις.** Υπάρχουν 3 μορφές κοιλιοκάκης: α) η κλινικά έκδηλη κοιλιοκάκη (εικόνα συνδρόμου δυσασπορρόφησης με ή χωρίς εξωεντερικές εκδηλώσεις, με παθολογικές ορολογικές εξετάσεις και ευρήματα βιοψίας εντέρου), β) η σιωπηλή κοιλιοκάκη (ελάχιστες ήπιες ή άτυπες εκδηλώσεις που δύσκολα θέτουν την υποψία της νόσου, με παθολογικό ορολογικό και ιστολογικό έλεγχο) και γ) η λανθάνουσα κοιλιοκάκη (ασυμπτωματική, με φυσιολογικά ιστολογικά ευρήματα, αλλά παθολογικές ορολογικές εξετάσεις). Οι πάσχοντες από σιωπηρή ή λανθάνουσα κοιλιοκάκη αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχόντων από τη νόσο. Για τον λόγο αυτό, άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη της νόσου θα πρέπει να ελέγχονται ορολογικά ανεξάρτητα από την παρουσία ή μη κλινικών εκδηλώσεων.

**Διαγνωστική προσέγγιση.** Υπάρχουν στη διάθεση του παιδίατρου αρκετές ορολογικές δοκιμασίες για τη διάγνωση της κοιλιοκάκης. Ωστόσο, είναι επιτακτική η ανάγκη για τη σωστή επιλογή ενός συνδυασμού με τη μέγιστη διαγνωστική ακρίβεια και το ελάχιστο δυνατό κόστος. Η επιλογή εξαρτάται κυρίως από την ηλικία του ασθενούς, ενώ καμιά δοκιμασία δεν μπορεί από μόνη της να τεκμηριώσει τη διάγνωση, η οποία τεκμηριώνεται μόνο με την ιστολογική εξέταση ιστοτεμαχίων από βιοψία του δωδεκαδάκτυλου. Τα τελευταία χρόνια έχουν κυκλοφορήσει κιτς για την ταχεία διάγνωση της κοιλιοκάκης με τη χρήση ολικού αίματος, τα οποία ωστόσο χρειάζονται προσοχή στην ερμηνεία του αποτελέσματος και επιβεβαίωση κάθε θετικού αποτελέσματος με ορολογικές εξετάσεις. Ο έλεγχος για παρουσία του HLA DQ2/DQ8 αντιγόνου χρησιμεύει μόνο για τον αποκλεισμό της κοιλιοκάκης (σε άτομα που δεν φέρουν το ως άνω αντιγόνο), αλλά όχι για την επιβεβαίωσή της.

Το 2012 η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας Ηπατολογίας και Διατροφής (ESPGHAN) πρότεινε έναν συνδυασμό κριτηρίων η παρουσία των οποίων ενδεχόμενα καθιστά μη απαραίτητη την ενδοσκόπηση και βιοψία για την ιστολογική επιβεβαίωση της νόσου. Ωστόσο, η πρόταση αυτή αντιμετωπίζεται με ενστάσεις και σκεπτικισμό από πολλούς ερευνητές, οι οποίοι θεωρούν απαραίτητη τη διενέργεια εντερικής βιοψίας πριν από την έναρξη της διαιτητικής αντιμετώπισης. Τη θεωρούν απαραίτητη όχι μόνο για επιβεβαίωση της διάγνωσης αλλά και για τη διάγνωση της λανθάνουσας μορφής, που δεν απαιτεί αποκλεισμό της γλουτένης από τη διατροφή αλλά χρειάζεται μόνο παρακολούθηση. Επιπλέον, στη δεκαετία του '80 αναγνωρίστηκε μια κλινική

οντότητα ευαισθησίας στη γλουτένη με διαφορετική αλλά και αδιευκρίνιστη μέχρι στιγμής παθογένεια, που έχει ονομαστεί ευαισθησία στη γλουτένη μη κοιλιοκακικού τύπου. Η κλινική αυτή οντότητα μοιράζεται πολλές από τις εκδηλώσεις της κοιλιοκάκης, οι οποίες μπορεί να βελτιωθούν με τη διακοπή της γλουτένης, αλλά δεν έχει παθολογικούς ορολογικούς δείκτες ούτε παθολογικές βιοψίες, και συνεπώς δεν είναι κοιλιοκάκη. Η διάγνωση τίθεται με αποκλεισμό της κοιλιοκάκης και της αλλεργίας στη γλουτένη.

**Αντιμετώπιση.** Η μόνη αποτελεσματική μέχρι στιγμής θεραπεία της νόσου είναι ο αυστηρός αποκλεισμός της γλουτένης από τη διαίτα. Το επιτρεπτό όριο περιεκτικότητας των τροφίμων σε γλουτένη προκειμένου να χαρακτηριστούν ελεύθερα γλουτένης έχει θεσπιστεί διεθνώς στα 20 ppm. Η συγκεκριμένη διαίτα είναι φτωχή σε βασικά ιχνοστοιχεία και βιταμίνες, γεγονός που συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο για διατροφικές ελλείψεις.

**Μελλοντικοί στόχοι.** Σε εξέλιξη βρίσκονται έρευνες για υποψήφιες θεραπείες για την αντιμετώπιση της κοιλιοκάκης, οι οποίες στοχεύουν σε διάφορα στάδια της παθογένειας της νόσου και φιλοδοξούν να θέσουν τέλος στον αποκλεισμό της γλουτένης από τη διαίτα των ασθενών, η οποία παρουσιάζει δυσκολίες στην εφαρμογή της και συνοδεύεται από αυξημένο κόστος και περιορισμούς στην κοινωνική ζωή.

**Συνοπτικά,** η κοιλιοκάκη είναι σιωπηλή ή λανθάνουσα στο μεγαλύτερο ποσοστό των πασχόντων, η βιοψία (πριν την έναρξη αγωγής) αποτελεί το GOLD STANDARD στη διάγνωση, η διαιτητική αντιμετώπιση είναι αποτελεσματική αλλά παρουσιάζει συγκεκριμένες δυσκολίες. Μελλοντικό στόχο αποτελεί η ανεύρεση φαρμακευτικής αντιμετώπισης με ανοσοπαρέμβαση, προς την οποία στρέφεται σήμερα η έρευνα.

**ΚΥΡΙΑΚΗ (14/12/2014 – ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ΞΕΝΙΑ, ΒΟΛΟΥ): 9:00-21:00**

**Προεδρείο: Αγγελική Σούμαλη, Ελευθερία Καρασμάνογλου, Τατιάνα Σορόκινα**

**Παρουσίαση της μελέτης «Κατάθλιψη και Αντιοξειδωτικές ουσίες», στα πλαίσια της μελέτης Velestino-study. ([www.velestino-study.gr](http://www.velestino-study.gr)), από την Κατσιαρδάνη-Τζιοβανέττο Καλλιόπη Πηνελόπη, αφιερωμένη στη μνήμη του πρόσφατα αποβιώσαντος Ακαδημαϊκού Καθηγητού, † Δημητρίου Τριχοπούλου : 9:00-10:00**

## **ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΟΞΕΙΔΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ**

**Καλλιόπη-Πηνελόπη Κατσιαρδάνη-Τζιοβανέττο.**

Ειδικοδόμηνη Μαιευτικής / Γυναικολογίας, Δρ ΑΠΘ και ΕΚΠΑ, Ιατρικό κέντρο Άτλας, Παρίσι, XIX Διαμέρισμα, μέλος ΕΦΥΚΕ.

Ενδεχομένως τα επίπεδα βιταμινών του συμπλέγματος Β στο αίμα σχετίζονται με τον κίνδυνο κατάθλιψης ή/και γνωσιακής έκπτωσης στους ηλικιωμένους. Στη μελέτη «ΒΕΛΕΣΤΙΝΟ» συλλέχθηκαν ερωτηματολόγια (προσωπικές συνεντεύξεις) και δείγματα αίματος σε ηλικιωμένους άνω των 65 ετών. Για την αξιολόγηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε ως ανιχνευτικό εργαλείο, η δοκιμασία Geriatric Depression Scale-GDS 15 (GDS>6) και για τη γνωσιακή έκπτωση η δοκιμασία Mini Mental State Examination-MMSE (MMSE≤23). Εκτιμήθηκε ο επιπολασμός της κατάθλιψης και αξιολογήθηκε η σχέση των επιπέδων φυλλικού οξέος και βιταμίνης Β12 με τον κίνδυνο κατάθλιψης (εφαρμογή μοντέλων πολλαπλής λογαριθμιστικής εξάρτησης). Διενεργήθηκε μετα-ανάλυση συμπεριλαμβανομένης και της παρούσας μελέτης. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης βρέθηκε υψηλός (50,7%) με σαφή υπεροχή των γυναικών (62,3% ) έναντι των ανδρών (36,1%). Η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις γυναίκες σχετιζόταν θετικά με την ηλικία. Ο κίνδυνος παρουσίας καταθλιπτικών συμπτωμάτων αυξανόταν επίσης σημαντικά μεταξύ γυναικών με χαμηλά επίπεδα φυλλικού οξέος στον ορό (1<sup>ο</sup> ως προς το 3<sup>ο</sup> τρίτημόριο, OR: 2,08, 95% CI: 1,07-4,05), ελέγχοντας και ως προς τα επίπεδα βιταμίνης Β12. Στους άνδρες η κατάθλιψη σχετιζόταν αντίστροφα με το δείκτη οικογενειακής/κοινωνικής υποστήριξης (OR: 0,46, 95% CI: 0,31- 0,68, για αύξηση της τιμής του δείκτη κατά μία μονάδα) και η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων σχετιζόταν με την παρουσία γνωσιακής έκπτωσης και ο κίνδυνος ήταν υπερδιπλάσιος (OR: 2,21, 95% CI: 1,26-3,87).

Μέσω των μετα-αναλύσεων διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ των χαμηλών επιπέδων βιταμίνης B12 στον ορό και της κατάθλιψης μεταξύ των γυναικών (OR: 1,33, 95% CI: 1.02-1,74, fixed effects model), ενώ τα επίπεδα φυλλικού οξέος στον ορό δεν σχετίζονταν με τον κίνδυνο κατάθλιψης σε κανένα από τα δύο φύλα. Στη μελέτη μας βρέθηκε ότι τα χαμηλά επίπεδα B12 στον ορό σχετίζονται με την αύξηση του κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης στις γυναίκες άνω των 65 ετών. Η κατάθλιψη είναι νόσημα πολυπαραγοντικής αιτιολογίας που σχετίζεται με γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Επιπρόσθετες μελέτες είναι απαραίτητες για την απόδειξη αυτής της σχέσης.

**10ο στρογγυλό τραπέζι (10:00-10:45)**

## **ΓΕΝΕΤΙΚΗ-ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ**

**Προεδρείο: Καλλιόπη-Πηνελόπη Κατσιαρδάνη-Τζιοβανέττο, Αλέξανδρος Οικονομίδης**

### **ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**

#### **Δρ. Αγγελική Γεροβασίλη.**

Γενετίστρια, Διδάκτωρ του King's College London, Επιστημονικός Συνεργάτης Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιστημονική Υπεύθυνος Safembryo αναπληρωματικό μέλος του ΔΣ ΕΦΥΚΕ.

Η ανίχνευση των χρωμοσωμικών ανωμαλιών, όπως είναι το σύνδρομο Down, αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους του προγεννητικού ελέγχου. Παρόλο όμως την ανάπτυξη διαφόρων μεθόδων ανίχνευσης χρωμοσωμικών ανωμαλιών (υπέρηχος, αυχενική διαφάνεια και PAPP-A τεστ), ακόμη και σήμερα, το 90% περίπου των CVS/αμνιοπαρακεντήσεων γίνονται σε έμβρυα που είναι υγιή<sup>1</sup>.

Για την αποφυγή σημαντικού άγχους της μητέρας και πιθανής απώλειας υγιών εμβρύων εξαιτίας της μικρής πιθανότητας αποβολής από την CVS/αμνιοπαρακεντήση (0.5-1%) η έρευνα στράφηκε προς άλλες ασφαλέστερες μεθόδους ανίχνευσης.

Τελευταία, η παρουσία ελεύθερου εμβρυϊκού DNA στο μητρικό αίμα, κατέστησε εφικτή από τη 10η εβδομάδα της κύησης, την 100% ασφαλή, μη επεμβατική ανίχνευση των πιο συχνών χρωμοσωμικών ανωμαλιών μεταξύ των οποίων το σύνδρομο Down, αλλά και τον καθορισμό του φύλου του εμβρύου με ιδιαίτερα υψηλή ευκρίνεια που ξεπερνά το 99%<sup>2</sup>. Εκτός από το σύνδρομο Down μπορούν να ανιχνευτούν με σημαντικά μεγάλα ποσοστά ακρίβειας οι Τρισωμίες 18, 13, οι φυλετικές χρωμοσωμικές ανευπλοειδίες<sup>2,3</sup> και μέχρι 8 διαφορετικά μικροελλειπτικά σύνδρομα με τα τεστ που είναι σήμερα διαθέσιμα εμπορικά. Μάλιστα, το μη επεμβατικό προγεννητικό τεστ μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο σε μονήρεις όσο και σε πολύδυμες κύσεις ακόμη και μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση.

Πλέον, βάσει επιστημονικών ερευνών, το μη επεμβατικό προγεννητικό τεστ συστήνεται ως επιλογή σε όλες τις έγκυες γυναίκες και ειδικά αυτές που βρίσκονται σε ενδιάμεσο κίνδυνο μετά από προγεννητικό έλεγχο α επιπέδου<sup>4</sup>.

#### **Βιβλιογραφία:**

1. Morris JK, Waters JJ, de Souza E. The population impact of screening for Down syndrome: audit of 19 326 invasive diagnostic tests in England and Wales in 2008. *Prenat Diagn* 2012;32:596–601.
2. Palomaki GE, Deciu C, Kloza EM, Lambert-Messerlian GM, Haddow JE, Neveux LM, Ehrich M, et al. DNA sequencing of maternal plasma reliably identifies trisomy 18 and trisomy 13 as well as Down syndrome: an international collaborative study. *Genet Med* 2012;14:296–305.
3. Mazloom AR1, Džakula Ž, Oeth P, Wang H, Jensen T, Tynan J, McCullough R, Saldivar JS, et al., Noninvasive prenatal detection of sex chromosomal aneuploidies by sequencing circulating cell-free DNA from maternal plasma. *Prenat Diagn.* 2013 Jun;33(6):591-7.

4. Kagan KO, Wright D, Nicolaides KH. First-trimester contingent screening for trisomies 21, 18 and 13 by fetal nuchal translucency and ductus venosus flow and maternal blood cell-free DNA testing. Ultrasound Obstet Gynecol. 2014 Oct 11.epub

## **ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ fastGIOKAQ10**

**Καλλιόπη-Πηνελόπη Κατσιαρδάνη-Τζιοβανέττο.**

Ειδικευόμενη Μαιευτικής / Γυναικολογίας, Ιατρικό κέντρο Άτλας, XIX Διαμέρισμα, Παρίσι, διδάκτωρ ΑΠΘ και ΕΚΠΑ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

**Εισαγωγή:** Ο σωματικός και ψυχικός πόνος που προκαλείται στις γυναίκες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής υποεκτιμάται. **Σκοπός:** είναι η εφαρμογή μεθόδων αντικειμενικής εκτίμησής του. **Υλικό μέθοδος:** Περιγραφική αναδρομική μελέτη επιπολασμού σε δείγμα γυναικών που παρακολουθούνται στο τμήμα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής του Νοσοκομείου Neuilly sur Seine (92200) στο Παρίσι. Εφαρμογή του ερωτηματολογίου fastGIOKAQ10 ως εργαλείο ανίχνευσης πληθυσμών κινδύνου. **Αποτελέσματα:** Μείωση του αριθμού των επαφών ανάλογη με το χρονικό διάστημα που το ζεύγος βρίσκεται υπό τις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. **Συμπεράσματα:** Η μεγάλη επιθυμία των ζευγαριών και μάλιστα των γυναικών, κρύβει μεγάλη ανοχή και αντοχή των γυναικών στο ψυχικό και σωματικό πόνο, όπως απέδειξε η παρούσα έρευνα με την εφαρμογή του fastGIOKAQ10 Ερωτηματολογίου, που τις περισσότερες φορές ή δεν λαμβάνεται υπ' όψιν ή υποεκτιμάται.

**11ο στρογγυλό τραπέζι (10:45-12:30)**

### **ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ-ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΕΦΗΒΩΝ**

**Προεδρείο: Παναγιώτης Καρδαράς, Στυλιανή Δάκτυλα**

#### **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΗΛΙΚΗ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

**Σταυρούλα Κορώνα-Φώτου**<sup>1</sup> Ελένη Ανδρέου<sup>2</sup> Μαίρη Γκούβα<sup>3</sup> Ευαγγελία Κοτρώτσιου<sup>4</sup>

<sup>1</sup>**Προϊσταμένη Υπηρεσίας Επιμελητών Ανηλίκων του Δικαστηρίου Ανηλίκων Βόλου, Msc Ψυχικής Υγείας, μέλος ΕΦΥΚΕ.**

<sup>2</sup>Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

<sup>3</sup>Ψυχολόγος Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου

<sup>4</sup>Καθηγήτρια, Πρόεδρος τμήματος Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, Ph.D Νοσηλευτικής, Msc Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

**Εισαγωγή:** Η διάσταση του φαινομένου της παραβατικότητας των ανηλίκων αποτελεί σήμερα υπαρκτό κοινωνικό πρόβλημα στην ελληνική κοινωνία, η δε αναγνώριση και ανάδειξη των παραγόντων και των κοινωνικών αιτίων που την δημιουργούν, θα βοηθήσει σε μια έγκαιρη και ουσιαστική παρέμβαση και πρόληψη. Με βάση τις υπάρχουσες μελέτες ως παράγοντες κινδύνου θεωρούνται οι αρνητικές συνθήκες που αυξάνουν τις πιθανότητες η συμπεριφορά ενός παιδιού να εκτραπεί σε παρεκκλίνουσες μορφές και οι οποίες υποθηκεύουν την ομαλή προσαρμογή και ενσωμάτωσή του στα διάφορα κοινωνικά περιβάλλοντα **Σκοπός-Στόχοι:** Η παρούσα εργασία

αποσκοπεί να καταδείξει τους παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση παραβατικής συμπεριφοράς στην εφηβική ηλικία. Οι βασικοί στόχοι ήταν η διερεύνηση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των παραβατικών ανηλίκων (φύλο, εθνικότητα, τόπο διαμονής, μορφωτικό επίπεδο κ.λ.π.), των ατομικών τους χαρακτηριστικών (εκδήλωση ψυχικής ασθένειας, χρήση ουσιών κ.α.) καθώς και άλλων χαρακτηριστικών του ευρύτερου κοινωνικού και οικογενειακού τους περιβάλλοντος (βία, κακοποίηση, παραμέληση, οικονομική κατάσταση της οικογένειας, το περιβάλλον του σχολείου, επιρροή από τις ομάδες των συνομηλίκων κ.α.) και την επίδρασή τους στην εκδήλωση της παραβατικής συμπεριφοράς. **Μέθοδος-Υλικό:** Για τον σκοπό αυτό διενεργήθηκε έρευνα στην Υπηρεσία Επιμελητών Ανηλίκων του Δικαστηρίου Ανηλίκων Βόλου σε δείγμα εκατό (100) ανηλίκων παραβατών ηλικίας 8 μέχρι 18 χρόνων με σοβαρή ένδικη παραβατική συμπεριφορά (κλοπές, ληστείες, σωματικές βλάβες, χρήση και διακίνηση εξαρτησιογόνων ουσιών, εγκλήματα κατά της ζωής κ.α.) που διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή του Νομού Μαγνησίας, και δικάστηκαν από το Δικαστήριο Ανηλίκων Βόλου τα δικαστικά έτη 2011-2013. Για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το «Ατομικό Δελτίο Ανηλίκων» που ενσωματώνει τα απαραίτητα για την ολοκληρωμένη παρουσίαση και επεξεργασία των δηλωθέντων στοιχείων (δημογραφικά, ατομικά, και οικογένειας) όπως αυτά εκτέθηκαν από τους γονείς και τον ανήλικο, και τα οποία αντιπροσωπεύουν ευαίσθητα θέματα της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης των παραβατικών ανηλίκων. **Ευρήματα-Αποτελέσματα:** Τα ευρήματα αναδεικνύουν ότι η παραβατική συμπεριφορά των ανηλίκων σχετίζεται σημαντικά με τον τόπο διαμονής, το ηθικό-πνευματικό επίπεδο των γονέων και τη μόρφωση της μητέρας, την οικονομική κατάσταση, την χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών στην οικογένεια, την ύπαρξη συγκρουσιακών σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της, τη παραμέληση, τη κακοποίηση όπως επίσης και με οποιαδήποτε άλλη μορφής βίας που είχαν υποστεί οι ανήλικοι κατά την διάρκεια της ανατροφής τους. Ανάλογο ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν ο καθορισμός των ορίων και η συνέπεια στην ανατροφή και τη διαπαιδαγώγηση των παιδιών από τους γονείς καθώς και οι παρέες των συνομηλίκων. Επίσης η χρήση ναρκωτικών ουσιών και η διάγνωση ψυχικής νόσου (του ανηλίκου) φάνηκε πως αποτελούν τους παράγοντες που επιδρούν καταλυτικά εμπλέκοντας τους ανηλίκους σε νέες παραβατικές πράξεις. Το ίδιο φαίνεται να συμβαίνει και με την ηλικία εκδήλωσης της πρώτης παραβατικής συμπεριφοράς η οποία συνδέεται με την σχολική επίδοση, την ελλιπή φοίτηση, ή και τη διακοπή της σε οποιοδήποτε στάδιο της εκπαίδευσης. Τα παραπάνω αποτελέσματα καταδεικνύουν την ανάγκη μιας συστηματικής καταγραφής και εκτίμησης των καταστάσεων που οδηγούν στην εκδήλωση της παραβατικής συμπεριφοράς των εφήβων και τη λήψη μέτρων που θα συντελέσουν αποφασιστικά στη διαμόρφωση μιας κεντρικά συντονισμένης έγκαιρης παρέμβασης και την υλοποίηση κατάλληλων προγραμμάτων και ενεργειών που θα συμπεριλαμβάνουν τον ανήλικο, την οικογένεια καθώς και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

## **Βιβλιογραφία**

*Αναμόρφωση της ποινικής νομοθεσίας ανηλίκων και άλλες διατάξεις.* Νόμος 3189/2003. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.

Γεωργούλας, Σ. (2009). *Παρέκκλιση Ανηλίκων, Θεωρητική, Ερευνητική Προσέγγιση και Πολιτικές.* Αθήνα: ΚΨΜ.

Κουράκης, Ν. (2004). *Δίκαιο Παραβατικών Ανηλίκων.* Αθήνα-Κομοτηνή. Σάκκουλας.

Κουρκούτας, Η. (2011). *Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά. Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου.* (Νέα βελτιωμένη έκδοση (2007)). Βιβλιοθήκη Ψυχολογίας.

Cole, M. και Cole, S. (2002). *Η ανάπτυξη των παιδιών*. Τόμος Γ'. Εφηβεία. Αθήνα: Τυπωθήτω-Δαρδανός.

Herbert, M. (1996). *Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας*. Επιμ. Καλαντζή-Αζίζη. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

## **ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ: Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΗΛΙΚΗΣ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

**Παναγιώτης Ν. Παπαπανικολόπουλος<sup>1</sup>, Παναγιώτης Ν. Καρδαράς<sup>2</sup>**

1. Ειδικευόμενος Παιδοψυχιατρικής.

2. Αν. Καθηγητής Αναπτυξιολογίας και Κοινωνικής Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Γ' Παιδιατρική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης, Ελλάδα.

Η ανήλικη παραβατικότητα είναι ένα φαινόμενο που αφορά στο πιο ευάλωτο τμήμα του πληθυσμού, τα παιδιά και τους εφήβους. Η ανήλικη παραβατικότητα έχει σοβαρές και συχνά δια βίου, αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και στην κοινωνική λειτουργικότητα του ανηλίκου. Αν και ορισμένα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές συμβάλουν στην εμφάνιση παραβατικής συμπεριφοράς του ανηλίκου, η οικογένεια παίζει τον καθοριστικό ρόλο. Η κλασική εικόνα του ανηλίκου παραβάτη από διαταραγμένη οικογένεια εξακολουθεί να δεσπόζει και σήμερα. Ως προς τη δυναμική και τη λειτουργικότητα της οικογένειας, οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου είναι οι αναποτελεσματικές γονικές πρακτικές/συμπεριφορές, η παραβατικότητα των γονέων ή των αδελφών, οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις και η κακομεταχείριση του παιδιού. Οι αντίστοιχοι προστατευτικοί παράγοντες είναι ο στενός δεσμός παιδιού-γονέα και οι κατάλληλες γονικές πρακτικές/συμπεριφορές. Ως προς τα χαρακτηριστικά της οικογένειας, οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου είναι η μονογονεϊκότητα, η ψυχική υγεία των γονέων, ο αριθμός των παιδιών, το εισόδημα και η απουσία οικογενειακής σταθερότητας, ενώ οι αντίστοιχοι προστατευτικοί παράγοντες είναι η οικογενειακή και οικονομική σταθερότητα καθώς και η θρησκευτικότητα της οικογένειας.

**Λέξεις κλειδιά:** Ανήλικη παραβατικότητα, Οικογενειακοί παράγοντες

## **ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ (ΔΕΝ ΕΣΤΑΛΗ)**

**Ιωάννα Καλώτα.**

MSC Ψυχολογίας, Ψυχοθεραπεύτρια Gestalt, μέλος ΕΦΥΚΕ.

## **Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΔΥΣΚΟΛΙΑ.**

**Στυλιανή Δάκτυλα.**

Ψυχολόγος, Εξειδίκευση στην Ειδική Αγωγή Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπ. Αθηνών, μέλος ΕΦΥΚΕ.

**Εισαγωγή:** Το άγχος σχετίζεται με ένα χαρακτηριστικό τρόπο λειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος που προκύπτει λόγω νευρωνικών εκφορτίσεων, διατάραξης του ενδοκρινικού συστήματος και έκκρισης κυτταροκινών, που οδηγούν σε αλλαγή του αναπνευστικού ρυθμού, αυξημένη καρδιακή συχνότητα, ξηρότητα στόματος, εφίδρωση, μυοσκελετικές ενοχλήσεις και αίσθημα αδυναμίας. (Ollendick & Hersen, 1998, Χρούσος Γ, 2008, 2010). Πολλοί μελετητές θεωρούν και παρουσιάζουν το άγχος σαν λειτουργικά συνώνυμο του στρες. Το στρες προκαλεί

θετικές ή αρνητικές φυσιολογικές διεργασίες, με βάση ποικίλους προσωπικούς και περιστασιακούς παράγοντες. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις στο στρες αναφέρονται σε αρνητικά συναισθήματα, όπως είναι, το άγχος, ο θυμός και η λύπη, ακόμη και αντιδράσεις στο στρες όπως η ντροπή, η ενοχή ή τα συναισθήματα ανίας. Οι πηγές των αγχογόνων καταστάσεων των παιδιών και εφήβων, εντάσσονται σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: την οικογένεια, τις διαπροσωπικές σχέσεις με συνομηλίκους, συμμαθητές, το σχολείο και τα προσωπικά προβλήματα που μπορεί να σχετίζονται με την αντίληψη του παιδιού για τον εαυτό του, η αυτοεικόνα του και πως την προβάλλει, τα σεξουαλικά του προβλήματα, το μέλλον του κ. ά. (Latack Havlovic, 1992). **Σκοπός:** Η διερεύνηση του συναισθήματος σε παιδιά με δυσκολίες: μαθησης, επικοινωνίας, σχέσεων με τους γονείς και το περιβάλλον. **Μέθοδος-Υλικό:** 54 μαθητές, 28 κορίτσια (Κ) και 26 αγόρια (Α) 13-15 ετών, δημοσίου σχολείου, ημιαστικής περιοχής απάντησαν σε δομημένο ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από τρεις κλίμακες. Η πρώτη και η δεύτερη κλίμακα (PBI) περιλάμβαναν 25-κοινές-ερωτήσεις κλειστού τύπου που αναφέρονταν στις σχέσεις του παιδιού με τους γονείς του. Το περιεχόμενο των ερωτήσεων αναφέρεται στην εκδήλωση των συναισθημάτων από πλευράς γονέων, την κατανόηση και προσφερόμενη υποστήριξη, το βαθμό ελέγχου και παραβίασης της προσωπικής ζωής του παιδιού και την αποδοχή του. Η τρίτη κλίμακα (κλίμακα ισοσυγκρασιακού άγχους, TAI form X), αποτελείται από 20 ερωτήσεις, επίσης κλειστού τύπου, που διερευνούν την χρονική συχνότητα εκδήλωσης τυπικών συναισθημάτων από μέρους των παιδιών. **Αποτελέσματα:** Όσον αφορά την κλίμακα σχέσεων με τον πατέρα και την μητέρα οι πλειοψηφία των απαντήσεων δείχνει μια καλή σχέση με τους γονείς. Μάλιστα, η σύγκριση των απαντήσεων (στα 2 ερωτηματολόγια), αποδεικνύουν πως οι σχέσεις με την μητέρα είναι ακόμα πιο στενές. Συγκεκριμένα το 66,67% του συνόλου του δείγματος, διαφωνεί απόλυτα με την τάση του πατέρα “να τους συμπεριφέρεται ως μωρό”, το 62,96% δηλώνει ότι “δε με βοήθησε όσο χρειαζόταν”, το 61,11% , ότι “ήταν ψυχρός μαζί τους”, το 53,70%, ότι “δεν είχε την ελευθερία να αποφασίσει για τον εαυτό του”, το 50% ότι “δε μιλούσε αρκετά μαζί τους”, το 42,59% διαφωνούσε με την τάση του πατέρα να παραβιάζει την προσωπική τους ζωή και το 55,56% , διαφωνούσε με την επιμονή του πατέρα να μην παινεύει το παιδί του. Στις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο για τη μητέρα παρατηρούμε ότι: το 66,67% διαφωνεί με την προσφορά της βοήθειας από τη μητέρα, “δε με βοηθούσε τόσο όσο τη χρειαζόμουν” και “ήταν συναισθηματική ψυχρή μαζί μου”, το 90,74% “με έκανε να αισθάνομαι ότι ήμουν επιθυμητός, το 48,15% δηλώνει ότι “δε μιλούσε αρκετά μαζί του. Το 38,89% ότι η μητέρα “παραβίαζε την προσωπική του ζωή”, “ήθελε να εξαρτώμαι από αυτή”, “πίστευε πως δεν μπορούσα να φροντίσω τον εαυτό μου αν δεν ήταν αυτή εκεί”. Ως προς την κλίμακα του ιδιοσυγκρασιακού άγχους διαπιστώσαμε την ιδιαίτερα μεγάλη διαφορά ανάμεσα στα αρνητικά και τα θετικά συναισθήματα μεταξύ των οποίων υπερτερούν τα θετικά. **Συμπεράσματα:** Οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας αποτελούν ένα αλληλοδιαπλεκόμενο σύστημα, που επηρεάζει την συμπεριφορά των μελών της και ιδιαίτερα τη συμπεριφορά των εφήβων και ανάλογα, μπορεί να οδηγήσουν είτε στη σωστή ανάπτυξη είτε στην αποδιοργάνωση. Οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας αποτελούν ένα αλληλοδιαπλεκόμενο σύστημα που επηρεάζει την συμπεριφορά τους και ιδιαίτερα τη συμπεριφορά των εφήβων που μπορεί να οδηγήσουν είτε σε ανάπτυξη είτε σε αποδιοργάνωση. Σύμφωνα με τον Φρόντ (1992), το παιδί εκδηλώνει άγχη που συνοδεύουν - ακολουθούν εξωτερικές συγκρούσεις και διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία και τη βαθμίδα εξέλιξης. Κατά την εμφάνισή τους παρουσιάζονται εκτός των άλλων και τα εξής στάδια: άγχος της εκμηδένισης εξαιτίας της απώλειας της μητρικής φροντίδας, άγχος της απώλειας της αγάπης, άγχος της κριτικής και της τιμωρίας

### **Βιβλιογραφία:**

1. Lazarus, R. S. (1991). «Emotion and adaptation.» New York: Oxford university Press.
2. Ollendick, T. & Hersen, M. (1998). «Handbook of child psychopathology» (3rd edition). New York: Plenum Press.
3. Μπεζεβέγκης, Η. (2001). Άγχος, αγχογόνες καταστάσεις και η αντιμετώπισή τους. Στο: «Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους». Επιμέλεια: Βασιλάκη Ε, Τριλιβά Σ, Μπεζεβέγκης Η, εκδ. Ελληνικά Γράμματα. σελ. 31-32, 54.

## ΠΑΙΧΝΙΔΙ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

**Μαρία Ορφανίδου.**

Ψυχολόγος, εξειδικευμένη στη Παιγνιοθεραπεία, Θεσσαλονίκη., μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

Το παιχνίδι σε όλες τις μορφές και τα στάδια εξέλιξης του αποτελεί μια φυσική έκφραση του παιδιού και παίζει καθοριστικό ρόλο στη ψυχοσυναισθηματική εξέλιξη του. Αποτελεί μια διαδικασία μάθησης και συναισθηματικής έκφρασης. Το παιχνίδι συμβάλλει στην γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Μπορεί να είναι αυθόρμητο ή δομημένο με κανόνες και στόχους, να είναι μια δραστηριότητα όπου είναι με φανταστικούς ή πραγματικούς συμπαίκτες. Το περιεχόμενο του παιχνιδιού εμπλέκεται με την καθημερινότητα του παιδιού, αντλεί πολλά από τα στοιχεία του μέσα από το οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο του παιδιού αλλά και από τον τρόπο που το ίδιο αντιλαμβάνεται αυτή την πραγματικότητα. Η σύνδεση του κόσμου της φαντασίας του παιδιού με στοιχεία της καθημερινότητας του, επιτρέπει στο παιδί αβίαστα να εκφράσει τις ανάγκες του, να δοκιμάσει τις δυνατότητες του, τα όρια και τις αντοχές του. Με την επεξεργασία διάφορων καταστάσεων στο παιχνίδι, το παιδί πειραματίζεται με τις σκέψεις και τα συναισθήματα του και ανακαλύπτει νέες δυνατότητες ύπαρξης και αντίδρασης. Με την εμπειρία του παιχνιδιού διαμορφώνει νέες αντιλήψεις για τον εαυτό του, την οικογενειακή και κοινωνική πραγματικότητα γύρω του και την εσωτερική και εξωτερική εναρμόνιση του στην νέα αντίληψη της πραγματικότητας. Το παιχνίδι αποτελεί το φυσικό τρόπο επικοινωνίας του παιδιού. Έτσι επιλέγεται ως κατάλληλο μέσο για την προάσπιση της ανάπτυξης της σωματικής και ψυχικής υγείας του παιδιού. Χρησιμοποιείται ως εκπαιδευτικό, διαγνωστικό ή θεραπευτικό μέσο. Στην εισήγηση θα παρουσιαστούν παραδείγματα χρήσης του παιχνιδιού σε ψυχο- εκπαιδευτικές και ψυχο- κοινωνικές δράσεις και στο θεραπευτικό πλαίσιο της παιγνιοθεραπείας.

**Β΄ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ (13:00-14:00)**

**ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

**ΕΙΣΗΓΗΣΗ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ (VIDEO)**

**ΣΧΟΛΙΚΗ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ**

**Στέλιος Μαντούδης.**

Αναπτυξιακός Εργοθεραπευτής, Αθήνα.

Γραμματέας: **Αθανασία Στελιανίδη**

Ειδικεύομενη Παιδιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

Η έναρξη της σχολικής φοίτησης αποτελεί βασικό αναπτυξιακό ορόσημο που σηματοδοτεί όχι μόνο την ακαδημαϊκή πορεία των παιδιών, αλλά και τη γενικότερη επιτυχία τους στη ζωή. Γι' αυτό και είναι πολύ σημαντικό να μπορούμε να ελέγχουμε με αντικειμενικό και ασφαλή τρόπο τη Σχολική Ετοιμότητα, η οποία σχετίζεται άμεσα με την ακαδημαϊκή και κοινωνική τους επιτυχία και επάρκεια. Με τον όρο **σχολική ετοιμότητα** αναφερόμαστε σε τρεις βασικούς πυλώνες πάνω στη οποία θα βασιστεί το μελλοντικό μαθησιακό οικοδόμημα του παιδιού. Συγκεκριμένα ένα παιδί για να είναι έτοιμο για το σχολείο, εκτός από καλές μαθησιακές ικανότητες, χρειάζεται να είναι πρόθυμο να παρακολουθήσει το σχολείο να συγκεντρώνεται, αλλά και να έχει καλές συναισθηματικές ικανότητες, να συμμετέχει ενεργά στο μάθημα, να προβάλλει τις ικανότητες και τις γνώσεις του, να μπορεί να συνεργάζεται και να δημιουργεί σχέσεις με τα άλλα παιδιά.

**Επιδημιολογικά στοιχεία:** Υπολογίζεται ότι στη χώρα μας το 13-17% των μαθητών της Α΄ Δημοτικού εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες και έχουν ανάγκη από προγράμματα ενισχυτικής διδασκαλίας για την εκμάθηση της ανάγνωσης/γραφής, χωρίς υποχρεωτικά να έχουν δυσλεξία. Πολλοί από αυτούς συνεχίζουν να έχουν μαθησιακές δυσκολίες σε όλη τη διάρκεια της φοίτησης τους. Επιπλέον, στην χώρα μας λειτουργούν 1570 Τμήματα Ένταξης (Ενισχυτικής Διδασκαλίας) σε



Δημόσια Δημοτικά Σχολεία και Νηπιαγωγεία και 336 Ειδικά Σχολεία. Σε αυτά θα πρέπει να προστεθούν τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερα μαθήματα στο σπίτι ή σε φροντιστήρια.

Η «Ανιχνευτική Δοκιμασία Σχολικής Ετοιμότητας Α΄ ΤΕΣΤ» είναι μία ανιχνευτική δοκιμασία που ελέγχει πρώιμους δείκτες μαθησιακών δυσκολιών σε παιδιά ηλικίας 5-6 ετών. Η δομή του Α΄ ΤΕΣΤ αποτελείται από τρία κύρια μέρη την σχολική ετοιμότητα που εξετάζει την ικανότητα του παιδιού σε βασικούς μαθησιακούς τομείς, που θα χρειαστεί μελλοντικά στο σχολείο, όπως όλα τα τεστ σχολικής ετοιμότητας, αλλά ταυτόχρονα έχει και δυο άλλες συμπληρωματικές κλίμακες, τη διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα και την κλίμακα συμπεριφορά κατά την εξέταση, οι οποίες αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της τελικής αξιολόγησης. Ο λόγος που προσθέσαμε τις κλίμακες αυτές είναι γιατί κατά την πιλοτική εφαρμογή του Α΄ ΤΕΣΤ διαπιστώσαμε ότι υπάρχει μια κατηγορία παιδιών 3-5% τα οποία έχουν καλό μαθησιακό επίπεδο, αλλά έχουν δυσκολίες στη συγκέντρωση και στη συμπεριφορά. Στο τομέα της συμπεριφοράς εξετάζουμε 7 κατηγορίες όπως:

Γενική Εντύπωση

Στάση προς τον εξεταστή

Στάση προς τον εαυτό του

Αντίδραση στην αποτυχία

Αντίδραση στην επιβράβευση

Συμπεριφορά και κίνητρα

Αξιολογώντας και τις 7 κατηγορίες με τις 35 ερωτήσεις, μπορούμε να σκιαγραφήσουμε στο τελικό συναισθηματικό προφίλ του παιδιού και να το κατατάξουμε σε τρεις διαγνωστικές κατηγορίες: απόλυτα φυσιολογική, ήπιες δυσκολίες προσαρμογής, σοβαρές δυσκολίες προσαρμογής στο σχολικό περιβάλλον.

**Συμπερασματικά**, η συναισθηματική ωριμότητα του παιδιού αποτελεί βασικό δείκτη σχολικής ετοιμότητας όπως και οι υπόλοιποι δείκτες. Τα παιδιά που παρουσιάζουν δυσκολίες θα πρέπει να παραπέμπονται σε ψυχολόγο για να γίνει αξιολόγηση και στην συνέχεια να κριθεί αν θα χρειαστεί ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη του παιδιού η συμβουλευτική.

Πολλές από τις αρνητικές αυτές συνέπειες της Σχολικής Αποτυχίας, είναι άμεσα συνδεδεμένες με την πρώιμη και μη ενδεδειγμένη έναρξη της σχολικής φοίτησης. Το γεγονός αυτό καθιστά αναγκαίο και στη δική μας χώρα τον προληπτικό έλεγχο της Σχολικής Ετοιμότητας σε όλα τα φυσιολογικά παιδιά πριν αρχίσουν το σχολείο, όπως εξάλλου γίνεται υποχρεωτικά στις αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και των ΗΠΑ.

**12ο στρογγυλό τραπέζι (14:00-15:00)**

**ΠΡΩΙΜΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ-ΣΩΣΤΗ ΕΞΕΛΙΞΗ**

**Προεδρείο: Χριστίνα Μάρκα, Γλυκερία Μήτσιου**

**TEST ΑΛΜΕΕ – ΠΡΩΙΜΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΕΞΙΑΣ**

**Γλυκερία Μήτσιου.**

Τ. Σχολική Σύμβουλος Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σε σχολεία του Νομού Λάρισας και Καρδίτσας, Διδάκτωρ Νευροψυχολογίας, Ταμίας του ΔΣ της **ΕΦΥΚΕ**.

**Εισαγωγή:** Η καθρεπτική γραφή, είναι μια μορφή γραφής με φυσιολογικές και παθολογικές όψεις. Σε οριζόντια κατεύθυνση παρατηρείται μεταστροφή από δεξιά προς τα αριστερά. Φαινόμενα Καθρεπτικής γραφής είναι φυσιολογικά για την ηλικία των παιδιών που φοιτούν για πρώτη φορά στο σχολείο, επειδή δεν υπάρχει ακόμα ο τόσο υψηλός βαθμός προσοχής, παραστατικής ικανότητας (κιναισθητική-απτική-οπτική), άσκησης και πείρας που απαιτεί η γραφή. Η επιμονή όμως του φαινομένου δεν πρέπει να μας αφήνει αδιάφορους. Πολλές φορές κατά την προσχολική ηλικία παρατηρείται μια περιοδική εμφάνιση της καθρεπτικής γραφής. Αυτό όμως δε σημαίνει ότι το νήπιο

έχει απαλλαγεί από την καθρεπτική γραφή. (Μήτσιου,2000). Έρευνες σε Ελληνικό σχολικό πληθυσμό έχουν αποδείξει ότι τα παιδιά αυτά στην πρώτη τάξη του Δημοτικού Σχολείου θα εμφανίσουν αντιστροφές και μεταστροφές γραμμάτων κατά τη διαδικασία εκμάθησης της γλώσσας, δυσκολία στην ανάγνωση και στην καταχώρηση των οπτικών πληροφοριών.(Μήτσιου,2002,2003;. Καραπέτσας & Μήτσιου, 1998; ).**Σκοπός:** Υπόθεσή μας, ήταν ότι η λειτουργική αρτιότητα της οπτικής οδού σε παιδιά που εμφανίζουν καθρεπτική γραφή πάσχει σε σχέση με τα φυσιολογικά παιδιά, επίσης ο χρόνος που χρειάζεται ένας καθρεπτικός γραφέας για να επεξεργαστεί μια οπτική πληροφορία είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τα φυσιολογικά, διότι απαιτείται περισσότερη νοητική επεξεργασία. **Μέθοδος:** Το μέγεθος του δείγματος ανήλθε σε 402 παιδιά (201 Νήπια - 201 Α' Δημοτικού, 204 κορίτσια – 198 αγόρια και 361 Δεξιόχειρα, 38 Αριστερόχειρα, 3 Αμφίχειρα) τα οποία ομαδοποιήθηκαν σύμφωνα με τρεις μεταβλητές: α) το φύλο, β) την ηλικία (τάξη) και γ) την προτίμηση χεριού. Από τα 402 παιδιά επιλέχθηκαν για να συμπεριληφθούν στην έρευνα των Ο.Π.Δ. 44 μαθητές (10%) δηλαδή, είκοσι ένα (21)μαθητές Α' τάξης (ένδεκα αγόρια(11) και δέκα (10)κορίτσια ) και είκοσι τρία (23) Νήπια (ένδεκα (11)αγόρια και δώδεκα (12)κορίτσια), χρησιμοποιήθηκαν φυσικά, εκείνα τα παιδιά των οποίων οι γονείς ήταν σύμφωνοι για τη συμμετοχή τους στην ηλεκτροφυσιολογική εξέταση των Οπτικών Προκλητών Δυναμικών (VEPs) στο Εργαστήριο Νευροψυχολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Όλα τα παιδιά του δείγματος είχαν υποβληθεί πρόσφατα σε οφθαλμολογική εξέταση και δεν είχαν κανένα πρόβλημα με το αισθητήριο όργανο της όρασης. Από τα 44 παιδιά, τα 23 ήταν δεξιόχειρες και τα 19 αριστερόχειρες εκ των οποίων τα 24 παιδιά εμφάνισαν Καθρεπτική γραφή (12 αγόρια + 12 κορίτσια) και τα 20 παιδιά εμφάνισαν Φυσιολογική γραφή. **Όργανα:** Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας διεξήχθησαν δύο ερευνητικές διαδικασίες. Στην πρώτη διαδικασία χρησιμοποιήσαμε επτά(7) τεστ (τεστ Α.Λ.Μ.Μ.Ε, Μήτσιου 2000), με τα οποία μελετήθηκε το ποσοστό εμφάνισης Καθρεπτικής γραφής σε οριζόντιο και κατακόρυφο άξονα, καθώς και η έλλειψη οπτικοχωρικού προσανατολισμού των μορφών στο χώρο. Στη δεύτερη διαδικασία ακολουθήσαμε τη νευροφυσιολογική διερεύνηση σαράντα τεσσάρων(44) μαθητών με τη χρήση ενός δίαυλου συστήματος καταγραφής προκλητών δυναμικών. Επίσης σ' όλα τα παιδιά δίναμε και το Edinburgh Handedness Inventory (Oldfield, 1971) στην έκδοση των δώδεκα ερωτήσεων, με σκοπό τον ποσοτικό προσδιορισμό της προτίμησης χεριού. **Αποτελέσματα - Συμπεράσματα:** Από την επεξεργασία των δεδομένων προέκυψε ότι επί του συνόλου του δείγματος το 75.3% κάλυψε η φυσιολογική γραφή και το 24.8% η καθρεπτική γραφή. Ρίχνοντας μια πρώτη ματιά στα αποτελέσματα της νευροψυχολογικής εξέτασης Οπτικών Προκλητών Δυναμικών (P100), ανάμεσα στην ομάδα των καθρεπτικών γραφέων και στην ομάδα των παιδιών με φυσιολογική γραφή, φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές στον λανθάνοντα χρόνο μεταξύ των δύο ομάδων ως προς όλες τις κατηγορίες των αποτελεσμάτων που εξετάσαμε (P100, Left P100, Right P100. O<sub>1</sub>, O<sub>2</sub>). Διαφορές στον λανθάνοντα χρόνο ανάμεσα στα αγόρια και στα κορίτσια φαίνεται να υπάρχουν μόνο ως προς τα αποτελέσματα των O<sub>1</sub> και O<sub>2</sub> (ημισφαιρική διαφορά). Η μόνη διαφορά που πιθανώς υπάρχει ανάμεσα στα παιδιά της Πρώτης τάξης και στα νήπια εντοπίζεται στα αποτελέσματα του λανθάνοντα χρόνου στο δεξιό ημισφαίριο (O<sub>2</sub>) , ενώ οι διαφορές ανάμεσα στα αριστερόχειρα και τα δεξιόχειρα παιδιά φαίνεται να υπάρχουν μόνο ως προς τα αποτελέσματα της ημισφαιρικής διαφοράς( O<sub>1</sub> και O<sub>2</sub> )

Στη μελέτη μας η χρήση των οπτικών προκλητών δυναμικών μας προσέφερε ενθαρρυντικές ενδείξεις ότι υπάρχουν σημαντικές σχέσεις μεταξύ της δομής και της λειτουργίας στον αναπτυσσόμενο παιδικό εγκέφαλο και ότι οι διαφορές που παρατηρήθηκαν ανάμεσα στα καθρεπτικά και φυσιολογικά παιδιά αποδίδονται σε λειτουργικές διαταραχές. **Η πρόωμη πρόγνωση μας ωθεί στην έγκαιρη αντιμετώπισή της χρησιμοποιώντας ειδικές παιδαγωγικές τεχνικές σε εξατομικευμένο ή μη επίπεδο.**

Ενισχύοντας: τον οπτικοχωρικό συντονισμό-τη γραφοκινητική δεξιότητα-την προσοχή-τη μνήμη-την παρατηρητικότητα-τη διαδοχή -την οπτική και ακουστική αντίληψη.

### **Βιβλιογραφία:**

1. Alivisatos, B., Petrides, M. (1997). Functional activation of the human brain during mental rotation. *Neuropsychologia* Feb., 35(2), 111-18.
2. Avant, L. L., Thieman, A. A. & Miller, G.M. (1993). On the left and right hemisphere visual processing that precedes recognition. *Neuropsychologia* 31(7), 661-73.

3. Byring, R., & Jarvilehto, T. (1985). Auditory and visual evoked potentials of schoolboys with spelling Disabilities. *Developmental medicine and child Neurology*, 27 (141-148).
4. Μήτσιου –Δάκτυλα Γλυκερία. Νευροψυχολογία Μαθησιακών Δυσκολιών – Δυσλεξία – Πρόγνωση και Αντιμετώπιση. Εκδ. Χρ.Δαρδανός, Αθήνα 2008.
5. Μήτσιου –Δάκτυλα Γλυκερία. Νευροψυχολογία Διαταραχών Γραφής. Καθρεπτική Γραφή. Εκδόσεις Πανεπιστημιακές, Βόλος 2006.

## **ΔΥΣΛΕΞΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΣ. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΔΥΣΛΕΚΤΙΚΟΙ ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΥΤΩΝ**

**Μαρίνα Τζαλαμούρα.**

Εκπαιδευτικός, Εξειδικευμένη στην Ειδική Αγωγή ΕΚΠΑ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**

**Εισαγωγή:** Η αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών και ιδιαίτερα της δυσλεξίας, αποτελεί ακανθώδες ζήτημα στη διαδικασία της μάθησης στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, κυρίως λόγω της ελλιπούς ενημέρωσης και εκπαίδευσης των καθηγητών και των δυσκολιών στην αναγνώριση και αντιμετώπιση της. Οι γενικές δυσκολίες των δυσλεκτικών έγκεινται στους τομείς της ακουστικής αντίληψης και διάκρισης, οπτικής αντίληψης και μακροπρόθεσμης μνήμης, ανάγνωσης και γραφής καθώς και στον προσανατολισμό στο χώρο. Οι δυσλεκτικοί έφηβοι προκαλούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον μιας και σε όλες τις προαναφερθείσες δυσκολίες έρχονται να προστεθούν και άλλες δύο: οι κοινωνικές και οι ψυχολογικές που επιβαρύνουν τον έφηβο και τον δυσκολεύουν σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο. Ο έφηβος νιώθει πιο έντονη την ανάγκη να είναι κοινωνικά αποδεκτός και σίγουρος για τον εαυτό του και απαιτεί την αναγνώριση των προσπαθειών του και είναι πολύ ευαίσθητος στην κριτική άρα χρήζει ιδιαίτερης μεταχείρισης. **Σκοπός:** της εργασίας είναι να συζητήσει τις δυσκολίες των δυσλεκτικών εφήβων μαθητών στην διαδικασία της μάθησης και να παραθέσει τρόπους αντιμετώπισης των δυσκολιών αυτών. **Αποτελέσματα-συμπεράσματα:** Αναφέρονται κάποιες από τις δυσκολίες που εμφανίζονται στην εκφορά της γραφής, της προφοράς φθόγγων, των συντακτικών και γραμματικών δομών στην πρόταση, αλλά και στο λεξιλόγιο. Βασικός τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων αυτών είναι η εφαρμογή διδασκαλίας με πολυαισθητηριακές μεθόδους. Η χρήση δηλαδή όλων των αισθήσεων για να μπορέσει ο μαθητής να επιτύχει την αυτόματη ανάκληση και συγκράτηση καινούριων πληροφοριών και κατ' επέκταση τη μάθηση. Επιπρόσθετα, παρέχονται πρακτικές συμβουλές για τους ίδιους τους μαθητές, όσον αφορά στην οργάνωση της μελέτης, στην ενδυνάμωση της μνήμης εργασίας και της αντίληψης, καθώς και στην τόνωση της αυτοπεποίθησης τους. Τέλος, έμφαση δίνεται στο ρόλο του καθηγητή στη διαδικασία μάθησης και στη προσαρμοστικότητα του.

**Λέξεις κλειδιά:** μαθησιακές δυσκολίες, δυσλεξία, έφηβος πολυαισθητηριακές παιδαγωγικές τακτικές

### **Βιβλιογραφία:**

1. Μάρκου Σπύρος (1994) Δυσλεξία: αριστεροχειρία, κινητική αδεξιότητα, υπερκινητικότητα: Θεωρία, διάγνωση και αντιμετώπιση με ειδικές ασκήσεις. (β' έκδοση) Ελληνικά Γράμματα.
2. Μήτσιου Γλυκερία (2008) Δυσλεξία. Εκδόσεις Δάρδανος.
3. Moody Sylvia (2004) Dyslexia: a Teenager's guide. Vermilion London.
4. Ott Philomena (1997) How to detect and manage Dyslexia: a reference and resource manual. Heinemann

## **1. Η ΔΥΣΛΕΞΙΑ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

**Μαρία Γκαρρακουνοπούλου.**

Νηπιαγωγός Λάρισα, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

Γιατί διαβάζει ΚΟΤΑ αντί για ΚΑΤΩ; Δεν μπορεί να δει τη διαφορά ανάμεσα στο «β» και στο «θ»; Πώς γίνεται να μπορεί να διαβάζει όλες αυτές τις λέξεις χτες και σήμερα να μην μπορεί καμία; Θα μάθει ποτέ τις μέρες της εβδομάδας; Δεν μπορεί να σταματάει να μιλάει για 5 λεπτά; Είναι τόσο καλή και προσπαθεί τόσο μα τόσο πολύ, γιατί δεν μπορεί να μάθει; Πώς είναι δυνατόν να βγάζει το ίδιο αποτέλεσμα σε 4 διαφορετικά προβλήματα; Ποιο είναι αυτό το παιδί;;

Η “αόρατη” ασθένεια της εποχής μας, η ασθένεια που δεν έχει καμία σχέση με την νοητική ικανότητα, την ηλικία ή τις εκπαιδευτικές ευκαιρίες του παιδιού και προκαλεί μια μυστηριώδη δυσκολία στο χειρισμό των λέξεων και των συμβόλων, είναι η δυσλεξία και η οποία φυσικά βρίσκεται κάτω από την ομπρέλα των Μαθησιακών Διαταραχών.

Η δυσλεξία είναι μια ειδική γλωσσική διαταραχή οργανικής προέλευσης που χαρακτηρίζεται από δυσκολία στην αποκωδικοποίηση των λέξεων και δυσκολία στην απόκτηση της γραφής και της ορθογραφίας. Ένα δυσλεξικό παιδί διακατέχεται από αρνητικά συναισθήματα, εκδηλώνει επιθετικότητα, απομονώνεται, έχει χαμηλή αυτοπεποίθηση, αισθάνεται ανασφάλεια. Η κατάσταση αυτή μπορεί να επηρεάσει την παιδεία, την κοινωνικοποίηση, το επάγγελμα ακόμα και τις καθημερινές εκδηλώσεις του παιδιού σε ολόκληρη τη ζωή του. Απαιτείται σωστή και έγκυρη ενημέρωση από το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον ώστε να προσαρμοστεί η εκπαίδευση του παιδιού στις ανάλογες ιδιαιτερότητες και δυσκολίες του.

Στην εργασία αναλύεται ο ορισμός της δυσλεξίας και οι τύποι της, τα χαρακτηριστικά της και η συμπτωματολογία με την οποία εκδηλώνεται. Επίσης γίνεται αναφορά στην κλινική εικόνα του δυσλεκτικού παιδιού καθώς και τα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς του. Επιπρόσθετα παρουσιάζεται η εφαρμογή μιας χαρούμενης παιδαγωγικής προσέγγισης, ένα τεστ συσχέτισης του θυμού με τη δυσλεξία, καθώς και προτεινόμενα παιδικά βιβλία για παιδιά με δυσλεξία.

Εν τέλει... Όταν ένας μαθητής δεν μπορεί να μάθει με τον τρόπο που τον διδάσκουμε, τότε πρέπει να βρούμε τον τρόπο για να μάθει!! (Maria Montessori)



## 2. Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ "EDINBURGH HANDEDNESS INVENTORY TEST" ΣΤΗΝ ΑΡΙΣΤΕΡΟΧΕΙΡΙΑ

**Γεωργία Λουλούδη.**

Εκπαιδευτικός Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, Λάρισα, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιο ικανοί με το ένα χέρι από ότι με το άλλο και αυτό το χαρακτηριστικό είναι γνωστό ως αριστεροχειρία ή δεξιοχειρία. Η πλευρίωση έχει άμεση σχέση με την ικανότητα γραφής η οποία εξαρτάται από την ανεξαρτησία του ενός εγκεφαλικού ημισφαιρίου, του αποκαλούμενου «κύριου» ημισφαιρίου. Η γραφή μας, όμως, όπως και ο κόσμος μας γενικότερα, είναι σχεδιασμένη για τους δεξιόχειρες. Ως εκ τούτου, είναι συχνό το φαινόμενο του καθρεπτισμού και κατά συνέπεια, της δυσλεξίας. Πολύ συχνά, λοιπόν, η αριστεροχειρία συνδέεται με τη δυσλεξία. Έχουν πραγματοποιηθεί ποικίλες έρευνες για τη διερεύνηση της σχέσης αυτής. Ωστόσο, δεν αποδείχθηκε ότι η αριστεροχειρία όντως συνδέεται με τη δυσλεξία.

Στην παρούσα εργασία, έγινε μία προσπάθεια εντοπισμού της σχέσης αυτής και του είδους της. Πραγματοποιήθηκε μία έρευνα σε 25 μαθητές με δυσλεξία με εργαλείο το «Edinburgh Handedness Inventory Test». Εντοπίστηκε για κάθε δραστηριότητα του τεστ η προτίμηση χεριού του κάθε συμμετέχοντα και η γενική προτίμηση χεριού σε όλες τις δραστηριότητες συνολικά. Διαπιστώθηκε, λοιπόν, ότι οι περισσότερες απαντήσεις, κατά συνέπεια και οι περισσότεροι μαθητές, ανέδειξαν με σημαντική διαφορά ότι οι μαθητές με δυσλεξία προτιμούν το δεξί χέρι για την εκτέλεση δραστηριοτήτων. Ως εκ τούτου, η δυσλεξία δεν οφείλεται στην αριστεροχειρία.

Επιπλέον, σχολιάστηκε η ερώτηση που δημιούργησε τη μεγαλύτερη σύγχυση στους συμμετέχοντες για την επιλογή του χεριού και έγιναν υποθέσεις για τα πιθανά αίτια. Τέλος, έγιναν προτάσεις για νέες έρευνες που θα δώσουν απαντήσεις σε καίρια ζητήματα και θα αποτελέσουν σημαντική πληροφόρηση για τον εκπαιδευτικό πληθυσμό.

Η παρούσα εργασία, στόχο έχει τη διερεύνηση της σχέσης που πιθανόν να υπάρχει ανάμεσα στη δυσλεξία και την αριστεροχειρία. Παράλληλα, αποσκοπεί στην πληροφόρηση των αναγνωστών για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι αριστερόχειρες και για το πώς συχνά συνδέονται με τη δυσλεξία. Τέλος, στοχεύει στην ευαισθητοποίηση των παιδαγωγών ώστε να αντιληφθούν τις δυσκολίες που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι δυσλεξικοί αριστερόχειρες και να παροτρυνθούν στην πραγματοποίηση εξατομικευμένων διδασκαλιών.

### **Βιβλιογραφία:**

1. Cohen, L. & Manion, L. (2008). Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας, μτφρ. Χ. Μητσοπούλου & Μ. Φιλοπούλου. Αθήνα: Μεταίχμιο.
2. Αναστασίου, Δ. (1998). Δυσλεξία: Θεωρία και Έρευνα, Όψεις Πρακτικής, Τόμος 1: Θεωρητικά, Διαγνωστικά και Ερευνητικά Ζητήματα. Αθήνα: Ατραπός.
3. Μήτσιου, Γ. (2006). Νευροψυχολογία των Διαταραχών Γραφής: Καθρεπτική Γραφή, Αξιολόγηση και Παρέμβαση. Βόλος: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.

## **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ ΩΣ ΜΕΣΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ**

### **Κωνσταντίνος Δάκτυλας.**

Πτυχιούχος Γεωπληροφορικής, Εξειδίκευση Ειδική Αγωγή ΕΚΠΑ, μεταπτυχιακός σπουδαστής, Ευρωπαϊκού Παν/μίου Κύπρου, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

**Εισαγωγή:** Οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές από τη στιγμή που μπήκαν στη ζωή μας, παίζουν το σημαντικότερο ρόλο και κατέχουν την καλύτερη θέση στην καθημερινότητα του παιδιού – του εφήβου και όχι μόνο. Έχουν ήδη αλλάξει ριζικά τον τρόπο που ζούμε και δουλεύουμε (Mendrinis, 1997). Ένα από τα μεγαλύτερα πλεονεκτήματα της χρήσης των ηλεκτρονικών υπολογιστών με παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες είναι το κίνητρο για μάθηση (Brooks, 1997). Ενισχύουν τη συγκέντρωση προσοχής και ενεργοποιούν τη δυνατότητα του μαθητή για άμεση κατανόηση του κειμένου. (Detheridge, 1996). Η ενασχόληση με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή μειώνει την έκθεση του μαθητή σε αρνητική κριτική ενώπιον των συμμαθητών του (Brooks, 1997). Ο ηλεκτρονικός υπολογιστής λειτουργεί υποβοηθητικά στο μαθητή με μαθησιακές δυσκολίες – δυσλεξία. **Σκοπός** της εργασίας είναι η διερεύνηση του ρόλου που παίζουν οι ηλεκτρονικοί Υπολογιστές στην εξέλιξη των μαθησιακών δυσκολιών του παιδιού και του εφήβου. **Αποτελέσματα- Συμπεράσματα:** Η πρόσβαση στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές δίνει στο παιδί πολλές πληροφορίες που πρέπει να τις επεξεργαστεί, ενεργοποιώντας δομές χρήσιμες για την μαθησιακή του εκπαίδευση. Παράλληλα το βοηθά και στην κοινωνικοποίησή του. Απελευθερώνει τον μαθητή, τον κάνει πιο ανεξάρτητο και αυτόνομο, δίνοντάς του έλεγχο της μαθησιακής διαδικασίας και μειώνοντας την ανάγκη για παρουσία δασκάλου (Davis et al., 1997). Η διαδικασία της μάθησης μετατρέπεται από παθητική μάθηση σε ενεργητική. Σημαντική η συμβολή του υπολογιστή στην αύξηση της προσοχής και στην προσήλωση του μαθητή στην εργασία που κάνει (Underwood, 2000), στην διευκόλυνση της επικοινωνίας και της αλληλεπίδρασης μεταξύ συμμαθητών (Crompton and Mann, 1996), στη δημιουργία κινήτρων για μάθηση (Crompton and Mann, 1996), στη δημιουργία ευκαιριών για

επιπλέον εξάσκηση (Underwood, 2000) και στην αύξηση της αυτοεκτίμησης (Crompton and Mann, 1996). Οι Ηλεκτρονικοί Υπολογιστές Διευκολύνουν την πρόσβαση για Μάθηση: απομακρύνοντας τα «φυσικά» εμπόδια, δηλαδή κυρίως εμπόδια που έχουν σχέση με δυσκολίες κινητικότητας (physical access), παρουσιάζοντας τα μαθήματα με διαφορετικούς τρόπους (cognitive access) και υποστηρίζοντας τους μαθητές σε ιδιαίτερους τομείς δυσκολιών (supportive access). Οι υπολογιστές μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες στην κατάκτηση των μηχανισμών της ορθογραφίας και της γραφής, της μνήμης, της διαδοχής, της παρατηρητικότητας. Ο ηλεκτρονικός υπολογιστής είναι μία μηχανή και μία κριτική εκ μέρους της μηχανής αυτής είναι λιγότερο μειωτική από μία ανθρώπινη κριτική εκ μέρους του δασκάλου. Προγράμματα εξάσκησης μέσω παιχνιδιού ή μέσω ασκήσεων μπορούν να δώσουν κίνητρο στα παιδιά με Μ.Δ. και Δυσλεξία να εξασκήσουν και να βελτιώσουν την ορθογραφία τους καθώς και την αποτύπωση της αυθόρμητης γραφής.

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη σωστή χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή είναι η ανθρώπινη παρουσία. Σε καμία περίπτωση δεν θα ήταν σωστό να θεωρήσουμε ότι οι υπολογιστές μπορούν να αντικαταστήσουν τους δασκάλους. Αντίθετα, μπορούν να γίνουν πολύ ισχυρά εργαλεία στα χέρια τους όταν χρησιμοποιούνται με τους σωστούς εκπαιδευτικούς στόχους (Higgins and Johns, 1984).

### **Βιβλιογραφία:**

1. Adam, N. and Wild, M. (1997) Applying CD-ROM interactive storybooks to learning to read. *Journal of Computer Assisted Learning*, Vol. 13, p. 119-132
2. Alivisatos, B., Petrides, M. (1997). Functional activation of the human brain during mental rotation. *Neuropsychologia* Feb., 35(2), 111-18.
3. Brooks, R. (1997) *Special Educational Needs and Information Technology: Effective Strategies for Mainstream Schools*. Berkshire: National Foundation for Educational Research.
4. Higgins, J. and Johns, T. (1984) *Computers in Language Learning*. London: Collins ELT.
5. Mendrinou, R. (1997) *Using Educational Technology with At-Risk Students*. London: Greenwood Press.

**Προεδρείο: Μυροφόρα Διαμαντή, Κωνσταντίνος Χατζημάρκου**

### **Β΄1. ΔΙΑΛΕΞΗ: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΟΝΙΩΝ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ. (17:30-18:30).**

#### **Χρυσάνθη-Βασιλική Κορώνη.**

Προϊσταμένη Ψυχιατρικής Κλινικής, MSc,  
Παιδιατρική Νοσηλευτική ειδικότητα, εκπαιδεύτρια BLS

**Εισαγωγή:** Το πρόγραμμα «Πρώτες Βοήθειες για παιδιά» είναι ένα project του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου που απευθύνεται σε εκπαιδευτικούς και γονείς παιδιών που φοιτούν στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση του νομού Μαγνησίας.

**Σκοπός** του εγχειρήματος είναι η παροχή χρήσιμων γνώσεων και πληροφοριών σε άτομα που έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρευρεθούν σε κάποιο επείγον παιδιατρικό περιστατικό, προκειμένου να παρέχουν μη επαγγελματικές αλλά σημαντικές πρώτες βοήθειες ή και να αποφύγουν δυνητικά αποφασιστικής σημασίας διαχειριστικά λάθη. **Υλικό και μέθοδος:** Θα παρουσιαστούν η συμβολή του φορέα, ο τρόπος επιλογής και οργάνωσης της ομάδας που συμμετέχει στο πρόγραμμα, η διαδικασία υλοποίησής του, το περιεχόμενο και ο τρόπος αξιολόγησής του.

Στην οργάνωση ακολουθήθηκαν κατευθυντήριες οδηγίες του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής και του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων.

Το περιεχόμενο αντλήθηκε από εγχειρίδια που συμπεριλαμβάνονται σε μεταπτυχιακό και μη υλικό και διασταυρώθηκαν με τη σύγχρονη πρακτική εμπειρία επαγγελματιών υγείας των αντίστοιχων ειδικοτήτων.

Για την αξιολόγηση θα χρησιμοποιηθεί ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο.

Θα αναφερθούν, τέλος, τα επιθυμητά **αποτελέσματα** και τα **οφέλη** που αναμένονται από τη διεξαγωγή του προγράμματος.

13ο στρογγυλό τραπέζι (18:30-19:45)

## ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ HPV

Προεδρείο: Γεώργιος Γεωργαδάκης, Χρυσανγή Κότσηφα

### ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ

#### Χ. Κότσηφα και συν.

Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο

Χ. Κότσηφα, Σ Καραγιαννοπούλου., Χ. Χατζάκης.

Η Σεξουαλικότητα είναι το κίνητρο του ανθρώπου για διαιώνιση του είδους. Αποτελεί τρόπο επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων, μόνο που σήμερα τείνει να καταστεί ο μόνος τρόπος επικοινωνίας και δυστυχώς συχνά και στους εφήβους. Αλήθεια πόσο ενδιαφέρονται σήμερα οι έφηβοι για το σεξ? και πόσο έτοιμοι είναι? Στόχος μας είναι να προσεγγίσουμε αυτό το κοινωνικό φαινόμενο και να αναδείξουμε τις προεκτάσεις του.

Σε πρόσφατη έρευνα στη χώρα μας το 25% των εφήβων κάτω των 15 ετών, είχαν σεξουαλική εμπειρία. Τα 2/3 εκ αυτών ήταν αγόρια και το 1/3 κορίτσια. Το ποσοστό αυτό διπλασιάζεται μέχρι τα 17 έτη.

Πόσο μπορούν όμως οι έφηβοι να διαχειριστούν σωστά την αγάπη, τον έρωτα, το σεξ?

Δυστυχώς συχνά η ένταση των συναισθημάτων σε συνδυασμό με την ανωριμότητα, δεν τους αφήνουν περιθώρια να σκεφτούν για προφυλάξεις.

Πρόσφατη έρευνα του ΑΠΘ έδειξε ότι το 20% δεν χρησιμοποιεί καμία προφύλαξη το 41% χρησιμοποιεί προφυλακτικό, εκ των οποίων μόνο το 20% το χρησιμοποιεί σωστά. Το 10% χρησιμοποιεί αντισυλληπτικό χάπι και οι υπόλοιποι αναξιόπιστους μεθόδους.

Αυτό το ποσοστό εφήβων που χρησιμοποιεί λάθος μεθόδους ή και καθόλου πώς θα μπορούσε να βοηθηθεί?

Επιτακτική λοιπόν εμφανίζεται η ανάγκη για άμεση ενημέρωση. Οι κύριες πηγές ενημέρωσης των νέων είναι 25% από φίλους, 20% από γονείς και ακολούθως από σχολεία, internet, και βιβλία.

Οι νέοι πρέπει να ενημερωθούν για τη σωστή χρήση του προφυλακτικού, τα κορίτσια πρέπει να μπουν σε πρόγραμμα τακτικού προληπτικού ελέγχου, όπως ο εμβολιασμός κατά του HPV, καθώς και να ενημερωθούν για τις συνέπειες μιας ανεπιθύμητης κύησης στην γονιμότητα αλλά και στον ψυχισμό τους.

#### Βιβλιογραφία:

1. Stanley G. Clayton, Gynaecology by Ten Teachers 18<sup>th</sup> Ed
2. J. Jameson, Harrison's Endocrinology, 3<sup>d</sup> Ed.
3. John Everett Park, Textbook of Preventive and Social Medicine.
4. Αχιλλέας Καλογερόπουλος, Μαιευτική Γυναικολογία.

### ΑΠΟΜΥΘΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΑΠΛΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΑΥΤΟΥ

Βασίλειος Γιασλακιώτης, Μαιευτήρας /Γυναικολόγος, Υποψήφιος Διδάκτωρ Παν/μίου Ιωαννίνων

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος συχνότερος στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού. Παγκοσμίως εμφανίζονται 528.000 νέα περιστατικά ενώ τουλάχιστον

266.000 γυναίκες πεθαίνουν κατ' έτος. Αφορά κυρίως νέες γυναίκες ηλικίας 30-50 ετών. Στην Ευρώπη υπολογίζονται 58.300 νέα περιστατικά με 24.400 θανάτους. Η κακοήθεια στον τραχήλο δεν είναι ευτυχώς μία αιφνίδια και απότομη διαδικασία αλλά ξεκινά ως τραχηλική ενδοεπιθηλιακή δυσπλασία η οποία σε βάθος αρκετών ετών, χωρίς παρακολούθηση κι επίβλεψη, σε ποσοστό περίπου 33% θα εξελιχθεί σε καρκίνο, αρχικά in situ και μετά σε διηθητικό καρκίνωμα πέραν της βασικής μεμβράνης του επιθηλίου. Κύριος αιτιολογικός παράγοντας είναι η λοίμωξη από τον ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων – HPV. Είναι ένας DNA ιός που μεταδίδεται κυρίως με την σεξουαλική επαφή, ενώ δεν αποκλείεται η μεταφορά του στο νεογνό κατά την ενδομήτρια ζωή του ( σπάνια ) ή διακολπικά στον τοκετό. Τα υψηλού κινδύνου ογκογόνα στελέχη 16,18,31,45, 33, 51-53, 58 κ.α. προκαλούν δυσπλασίες με δυνητική εξέλιξη σε κακοήθεια, ενώ τα χαμηλού κινδύνου στελέχη 6,11 προκαλούν κονδυλώματα αλλά, προσοχή πιθανόν και ήπιες δυσπλαστικές αλλοιώσεις βαθμίδος CIN 1. Βεβαίως ένα σημαντικό ποσοστό των προσβληθέντων, γύρω στο 80%, επιστρέφει στην πρότερη φυσιολογική κατάσταση. Το υπόλοιπο 20% πιθανόν θα εξελιχθεί σε ενδοεπιθηλιακές δυσπλασίες υψηλού βαθμού ( HGSIL ) – CIN 3, γεγονός που επιβάλλει χειρουργική παρέμβαση με laser, ηλεκτροδιαθερμικό loop ή ακόμη και κωνοειδή εκτομή τραχήλου στην περίπτωση αλλοιωμένων ενδοτραχηλικών κυττάρων. Το 85-90% των περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου μήτρας είναι εκ πλακωδών κυττάρων και το 10-15% είναι αδενοκαρκινώματα προερχόμενα από ενδοτραχηλικές δυσπλασίες. Όμως η επίπτωση του τραχηλικού καρκίνου έχει αυξηθεί ή ελαττωθεί και γιατί; Σαφώς έχει ελαττωθεί σταθερά στις περιοχές όπου εφαρμόζονται οργανωμένα προγράμματα ελέγχου, βασιζόμενα στη δευτερογενή πρόληψη, με τη χρήση του τέστ Παπανικολάου σε ευρεία κλίμακα αλλά και της ορθής τέλεσης της κολποσκοπησης όταν ενδείκνυται. Παθολογικά τέστ Παπανικολάου με ευρήματα παθολογίας στις συνακόλουθες κολποσκοπήσεις, επιβάλλουν περιοχικές βιοψίες των αλλοιώσεων. Αυτές θα θέσουν και τη διάγνωση του καρκίνου, ο οποίος σταδιοποιείται με αμφίχειρη εξέταση υπό αναισθησία, κυστεοσκόπηση και πρωκτοσκόπηση. Η σταδιοποίηση της νόσου δεν μεταβάλλεται βάσει της εξέλιξής της ή με βάση τα διεγχειρητικά ευρήματα. Εφόσον ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας έχει εγκατασταθεί, οι συντηρητικές θεραπείες των δυσπλασιών και του καρκινώματος in situ δίδουν πλέον τη θέση τους στην ριζική υστερεκτομή και αναλόγως του σταδίου της νόσου στην ακτινοθεραπεία με εξωτερικές ράβδους – βραχυθεραπεία. Η υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα του τραχηλικού καρκίνου δημιούργησε την αναγκαιότητα μιάς πρωτογενούς πρόληψης, απαλλαγμένης από τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα ( 20-25% ) και την υποκειμενικότητα της κυτταρολογίας, χωρίς όμως να παραβλέπεται η εξαιρετική της χρησιμότητα. Έτσι σε συνδυασμό με τη δευτερογενή πρόληψη, η πρωτογενής πρόληψη – εμβολιασμός αποτελεί μονόδρομο. Παρουσιάζει 100% αποτελεσματικότητα (για τους τύπους 16,18 και αν η γυναίκα δεν έχει ήδη μολυνθεί), υψηλή προστασία από άλλους ογκογόνους τύπους, μέγιστη ασφάλεια ενώ παράλληλα το εμβόλιο παράγει πολύ υψηλότερους τίτλους αντισωμάτων σε σύγκριση με τη φυσική λοίμωξη. Ο εμβολιασμός κατά του HPV φαίνεται πολλά υποσχόμενος. Τα προγράμματα screening- πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης- θα πρέπει να διατηρηθούν και να εξελιχθούν τις επόμενες δεκαετίες.

## **ΕΜΒΟΛΙΟ HPV. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ, ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.**

**Σταυρούλα Γακίκου, Βασίλειος Γιασλακιώτης, Αναστασία Αναστασίου-Κατσιαρδάνη, Μαρία Μπίσσα, Χρυσούλα Παπαδημητρίου.**

"Αχιλλοπούλειο" Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας.

**Εισαγωγή:** Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) προκαλεί το πιο συχνό σεξουαλικώς μεταδιδόμενο νόσημα παγκοσμίως. Οι HPV ιοί είναι μικροί, κυκλικοί, επιθηλιοτρόποι, με διάμετρο 55 nm. Ανήκουν στους ογκογόνους ιούς με δίκλωνο DNA (πάνω από 100 ιούς) και προσβάλλουν τα ανθρώπινα επιθηλιακά κύτταρα. Αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου του τραχήλου είναι: 1)



Ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (cin), 2) νεοπλασία του αιδοίου (vin), 3) του πρωκτού (ain) (και νεοπλασία του πρωκτού, με εξέλιξη του σε διηθητικό καρκίνωμα εκ των πλακωδών κυττάρων). Η λοίμωξη διαιρείται σε: 1) χαμηλού κινδύνου (κονδυλώματα γεν. οργάνων). 2) υψηλού κινδύνου (ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου της μήτρας και άλλους καρκίνους). Οι περισσότερες λοιμώξεις υποχωρούν στα δύο χρόνια, κάποιες όμως υψηλού κινδύνου θεωρούνται πρόδρομοι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Παράγοντες επικινδυνότητας: Πολλαπλοί σύντροφοι και σεξ σε νεαρή ηλικία, ιστορικό των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων, κάπνισμα, αλκοόλ. **Σκοπός** της έρευνας είναι η αναζήτηση αποτελεσμάτων σχετικά με: 1) Την αποτελεσματικότητα - ασφάλεια του εμβολίου. 2) Την ανταπόκριση ανά ηλικιακή κατανομή στον εμβολιασμό. 3) Την διερεύνηση για παρενέργειες ή ανεπιθύμητες ενέργειες του. **Μέθοδος και Υλικό:** Αναζήτηση της ξένης βιβλιογραφίας στο διαδίκτυο. Pubmed. Λέξεις κλειδιά: "human papillomavirus" and vaccines (10-26/11/2013) Όρια: Λέξεις κλειδιά: Ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων και εμβόλια (1999-2013) (10-27/11/2013). **Αποτελέσματα:** Ο καρκίνος του τραχήλου είναι η κύρια αιτία θανάτων στις γυναίκες (5.000.000), παγκοσμίως (50% θνησιμότητα). Η συχνότητα και ο επιπολασμός του, μειώθηκε 70% λόγω της ευρείας χρήσης της κυτταρολογικής εξέτασης (Pap), με έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία του. Ωστόσο, η συχνότητα εμφάνισης μη-επεμβατικών τραχηλικών ενδοεπιθηλιακών νεοπλασμάτων και γεννητικών κονδυλωμάτων από ογκογόνα, στελέχη ιών (HPV) παρέμειναν σχετικά σταθερές. Κατατάσσεται ο 5<sup>ος</sup>-6<sup>ος</sup> συχνότερος καρκίνος στις Αμερικανίδες και 13ος των θανάτων τους από καρκίνο. Τα ποσοστά θνησιμότητας, αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου, στη διάγνωση, στη θεραπεία, και είναι αναλογικά μεγαλύτερη (18 φορές), στις αστικές από τις αγροτικές περιοχές. Ο επιπολασμός της λοίμωξης θεωρείται χαμηλότερος στους άνδρες παρά στις γυναίκες.. Αλλαγή στη σεξουαλική συμπεριφορά συμβάλλει στην πρόσφατη αύξηση του καρκίνου του στοματοφάρυγγα από HPV, ιδιαίτερα σε νέους σε αναπτυσσόμενες χώρες, μέσω του στοματικού έρωτα. Εξέταση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, (2003-2004) έδειξε 26,8%, συχνότητα της λοίμωξης, στις Αμερικανίδες (14 - 59 ετών). Μελέτες έδειξαν ότι η λοίμωξη εμφανίζεται εντός 1-2 χρόνων της έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας στα κορίτσια και η επικράτηση του HPV είναι 64%, η οποία είναι αντιστρόφως ανάλογη με την ηλικία και αυξάνει με τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων. Η μεγαλύτερη επίπτωση εμφανίζεται σε γυναίκες (15-25), (12-15) χρονών. Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του τραχήλου: τεστ Παπ, με στόχο ο προσδιορισμός και θεραπεία των ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων που συνδέονται με διηθητικό καρκίνο του τραχήλου. Οι μελέτες συνιστούν έναρξη του προσυμπτωματικού ελέγχου τα 21 έτη ή 3 χρόνια μετά την έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας και μετά κάθε χρόνο. Γυναίκες 65-70 ετών που είχαν 3 συνεχόμενα φυσιολογικά τεστ Παπ. στα προηγούμενα 10 χρόνια δεν χρειάζεται να συνεχίσουν. Τα εκπαιδευτικά-ενημερωτικά προγράμματα κατέχουν σημαντικό ρόλο στην αύξηση του ποσοστού επιτυχίας του προσυμπτωματικού ελέγχου. Η PCR είναι ευαίσθητη μέθοδος για τύπους συγκεκριμένους, επειδή ανιχνεύει τον ιό σε 1 αντίγραφο του DNA. ΠΡΟΛΗΨΗ: Η πρόληψη της HPV μόλυνσης θα μειώνει τη συχνότητα πολλών καρκίνων και στα δυο φύλα. Σε υγιείς άντρες, η HPV μόλυνση στη γεννητική οδό είναι (35%-73%) και μεταδίδεται ευκολότερα από άνδρες σε γυναίκες. Πρόληψη της εξάπλωσης της είναι: η ανδρική περιτομή και η χρήση προφυλακτικών. Αυτό εξηγεί τη χαμηλή συχνότητα της σε χώρες (Ισραήλ), όπου η περιτομή είναι διαδεδομένη. Δύο προφυλακτικά εμβόλια HPV, κυκλοφορούν: τετραδύναμο «Gardasil®», προστατεύει από HPV 6,11,16,18, το δίδύναμο Cervarix®, έναντι HPV 16,18. Προφυλακτικός εμβολιασμός κατά υψηλού κινδύνου λοίμωξης HPV έχει αποτρέψει σημαντικό αριθμό καρκινωμάτων. Συνιστάται εμβολιασμός των κοριτσιών πριν ή στην έναρξη της εφηβείας. Πρωτογενής πρόληψη του είναι το κλειδί για τη μείωση των περιστατικών, κυρίως σε φτωχές χώρες. Προγράμματα εμβολιασμού καθιερώθηκαν σε αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ εμποδίζεται παρόμοια επιτυχία στις αναπτυσσόμενες χώρες από: 1) αδύναμο σύστημα για την υγεία, 2) Φτώχεια-άγνοια, 3) θρησκευτικοπολιτισμικοί παράγοντες. **Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι ο HPV παίζει σπουδαίο ρόλο στην καρκινογένεση, καθώς και στο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Έτσι προκύπτουν τα παρακάτω ερωτήματα: Ποια είναι τα μέτρα πρόληψης; μπορεί; και πώς θα εμβολιαστεί όλος ο πληθυσμός; Τι ασφάλεια-αποτελεσματικότητα έχει το εμβόλιο; Επομένως χρειάζεται μια ενιαία στρατηγική για κάθε χώρα (αγροτικές-αστικές περιοχές) εξετάζοντας τα περιφερειακά της χαρακτηριστικά σχετικά με την πρόσβαση και την απόσταση με τις υπηρεσίες υγείας. Οι στρατηγικές που ακολουθούνται με στόχο την ανοσία, που παρέχει το εμβόλιο για άνδρες-γυναίκες ενδείκνυνται για την πρόληψη. Το εμβόλιο είναι ασφαλές και αποτελεσματικό. Έτσι κρίνεται απαραίτητη η διοργάνωση ενημερωτικών

εκδηλώσεων από το κράτος και το σχολείο ιδιαίτερα στην επαρχία γιατί στις αστικές περιοχές, η πλειοψηφία των γυναικών δέχονται τον εμβολιασμό. Ενώ πρέπει να ληφθεί μέριμνα για περιορισμό του κόστους του εμβολίου για τους εφήβους-αγόρια ώστε να έχουν ίσες ευκαιρίες εμβολιασμού. Ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων, το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνεύματος, φαίνεται να αποτελούν τους πλέον σημαντικούς παράγοντες κινδύνου της HPV-λοίμωξης, ενώ ακολουθούν η νεαρή ηλικία και το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα. Οι παρενέργειες του εμβολίου είναι ασήμαντες όπως συμβαίνει και στα συνηθισμένα εμβόλια, μπροστά στο όφελος που έχει για την ασφάλεια και την υγεία των ανθρώπων και ιδιαίτερα των εφήβων.

#### **Βιβλιογραφία:**

1. Jackett G, Hartman, Adams H., Human papillomavirus: clinical manifestations and prevention. Am Fam Physician 2010 Nov 15; (10):1209-13.(PubMed), 2013.
2. Van der Burg SH., Palefsky JM. Human Immunodeficient Virus and Human Papilloma Virus – Why HPV – induced lesions do not spontaneously resolve and why therapeutic vaccination can be successful. J. Transl Med. 2009 Dec 18;7:108.(PubMed), 2013.
3. Chaudhary AK., Singh M., Sundaram S., Mehrotra R., Role of human papillomavirus and its detection in potentially malignant and malignant head and neck lesions: updated. Head Neck Oncol. 2009 Jun 25; 1:22(PubMed), 2013.
4. Ogunmodede F., Yale SH., Krawisa B., Tyler GC , Evans AC., Human papillomavirus infections in primary care.Clin. Med Res. 2007 Dec; 5(4):210-7. Epub 2007 Dec 17. (PubMed), 2013.
5. Goon P., Sonnex C., Jani P., Stanley M., Sudhoff H. Recurrent respiratory papillomatosis: an overview of current thinking and treatment. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2008 Feb; 265(2):147-51. Epub 2007 Nov. 29.(PubMed), 2013.

## **ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ**

### **Κωνσταντίνος Λιούπης.**

Μαιευτήρας /Γυναικολόγος, Φάρσαλα

Συχνά είναι τα επείγοντα γυναικολογικά προβλήματα που εμφανίζονται σε γυναίκες εφηβικής ηλικίας. Οι διαταραχές της εμμήνου ρύσεως με τις μορφές της πρωτοπαθούς κυρίως αμηνόρροιας , της δυσμηνόρροιας η οποία αποτελεί και την πιο συνηθισμένη αιτία απώλειας διδακτικών ωρών από το σχολείο και κυρίως της λειτουργικής αιμορραγίας της μήτρας, είναι η πιο συχνή αιτία επείγουσας προσέλευσης μίας εφήβου στον γυναικολόγο. Τα κυστικά μορφώματα των ωοθηκών στις έφηβες είναι επίσης συχνά, η δε ρήξη και συστροφή αυτών μπορεί να αποτελέσει αιτία επείγουσας χειρουργικής ή λαπαροσκοπικής επέμβασης με κίνδυνο απώλειας της μίας ωοθήκης . Ένα μεγάλο ποσοστό των εφήβων κοριτσιών είναι θετικές σε κάποιο τύπο του ιού HPV και γενικά τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα έχουν μία διαρκώς αυξανόμενη συχνότητα ενώ τέλος δεν πρέπει να ξεχνάμε τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και της εκτρώσεις στην Εφηβεία που αποτελούν μια σύγχρονη μάστιγα από την οποία πρέπει να προστατέψουμε τις έφηβες. Ένα μέσο προστασίας κατά των ανεπιθύμητων κυήσεων στην εφηβεία αποτελεί σήμερα και η λεγόμενη επείγουσα αντισύλληψη η οποία μπορεί σε μεγάλο ποσοστό και προλαμβάνει μία νέα κύηση.

## **ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ, ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ HPV ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΑΠΟ ΕΦΗΒΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**Παρασκευή-Αλεξάνδρα Αναγνώστου, MSc TE Νοσηλεύτρια, Κ.Υ. Θέρμης**

**Εισαγωγή:** Κύριος αιτιολογικός παράγοντας για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η λοίμωξη από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Παρά την εφαρμογή του αντίστοιχου εμβολίου το πρόβλημα της επίπτωσης και της θνησιμότητας της νόσου επιτείνεται λόγω

της έλλειψης σχετικών γνώσεων σε νέες γυναίκες και εφήβους. **Σκοπός:** Η αποτύπωση της ευαισθητοποίησης, των γνώσεων των εφήβων στην Ελλάδα για τον ιό και το εμβόλιο HPV, η διερεύνηση του εμβολιαστικού επιπέδου των κοριτσιών, της σύστασης του εμβολίου, της πρόθεσης εμβολιασμού και των λόγων μη πρόθεσης εμβολιασμού των κοριτσιών. **Υλικό και μέθοδος:** Μετά από έγκριση του ΥΕΠΘ και του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, τους μήνες Φεβρουάριο - Μάρτιο του 2013, 268 μαθήτριες/τριες (194 κορίτσια & 74 αγόρια) από τρία Λύκεια της Θεσσαλονίκης απάντησαν σε ανώνυμα ερωτηματολόγια, σχετικά με τα παραπάνω. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το SPSS 20. **Αποτελέσματα:** Χαμηλή ευαισθητοποίηση, ελλιπείς γνώσεις των μαθητών/τριών και χαμηλή πρόσληψη του εμβολίου από τα κορίτσια. Κύρια πηγή γνώσης η οικογένεια. Μικρός ο ρόλος των γιατρών στην παρότρυνση του εμβολιασμού. Μικρή πρόθεση των μη εμβολιασμένων κοριτσιών να εμβολιαστούν εξαιτίας του φόβου των παρενεργειών και της έλλειψης πληροφοριών. Συσχέτιση δημογραφικών με τις γνώσεις τους και της σύστασης του εμβολίου με την αποδοχή του από τα κορίτσια. **Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν την αναγκαιότητα μιας μεγάλης εκστρατείας έγκυρης ενημέρωσης των εφήβων και των οικογενειών τους, μέσα από προγράμματα σεξουαλικής αγωγής υγείας

**14ο στρογγυλό τραπέζι ((19:45-20:30)**

**ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ**

**Προεδρείο: Ζωή Θεού, Μαρία Γκουβελά**

**ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΟΞΕΙΔΩΤΙΚΕΣ ΤΡΟΦΕΣ**

**Ελένη Λαζάρου.**

Συνταξιούχος Κλινική Διαιτολόγος, τ. Προϊσταμένη Τμήματος Διαιτολογίας-Διατροφής, ΑΓΝΒ, μέλος ΕΦΥΚΕ

Η Μεσογειακή Διατροφή (Μ. Δ.) αποδεδειγμένα σχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής και την υγεία, καθώς επίσης και με το μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών χρόνιων νοσημάτων, όπως καρδιοπάθειες, καρκίνος, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, κ.ά. Επίσης, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην πνευματική υγεία και τη Μ. Δ., και μάλιστα είναι ισχυρότερα θετική η σχέση της, από τη σωματική υγεία. Η Μ.Δ. οφείλει τη θετική συνεισφορά της στην υγεία στην υψηλή περιεκτικότητά της σε αντιοξειδωτικές ουσίες, όπως είναι τα φυτοχημικά. Τα φυτοχημικά βρίσκονται στα φυτικά τρόφιμα και κυρίως στα νωπά και φρέσκα ή στα ελαφρά παρασκευασμένα, τα οποία αφθονούν στη Μ. Δ. Τα φυτοχημικά όταν προσλαμβάνονται άμεσα από τα τρόφιμα που συνθέτουν τη Μ. Δ., είναι πιο αποτελεσματικά στην υγεία, παρά όταν προσλαμβάνονται μεμονωμένα. Τα φλαβονοειδή είναι μια από τις πιο σημαντικές ομάδες φυτικών φυτοχημικών, όπως επίσης και οι βιταμίνες C, E, τα καροτενοειδή, το συνένζυμο Q10, οι πολυφαινόλες, οι ανθοκυάνες, οι ταννίνες, κ.ά. Τροφές πλούσιες σε αντιοξειδωτικές ουσίες μπορούν να χαρακτηριστούν και σαν αντιοξειδωτικές τροφές. Τέτοιες είναι τα φρούτα, τα λαχανικά, τα όσπρια, οι ξηροί καρποί, το ελαιόλαδο, τα δημητριακά ολικής άλεσης, τα άγρια βότανα. Όλες αυτές είναι τροφές που βρίσκονται στη βάση της πυραμίδας της Μ. Δ., καθώς επίσης και το κόκκινο κρασί, που συμπληρώνει τα γεύματα σε μικρές ποσότητες. Η σύσταση για την πρόσληψη ψαριών μια ως τρεις φορές την εβδομάδα, συμβάλει στην επαρκή πρόσληψη των ω3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων, τα οποία εμφανίζουν αντιοξειδωτική και αντιφλεγμονώδη δράση στον οργανισμό.

Η ύπαρξη των αντιοξειδωτικών ουσιών στον οργανισμό συμβάλλει στην εξουδετέρωση των ελευθέρων ριζών, που δημιουργούνται συνεχώς με τις διεργασίες του μεταβολισμού, αλλά και από άλλους παράγοντες, όπως το συνεχές στρες, το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοόλ, η μόλυνση του περιβάλλοντος, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, κ.ά. Ειδικότερα, η ύπαρξη των ελευθέρων ριζών στον οργανισμό προκαλεί μείωση της ικανότητας του Ανοσοποιητικού Συστήματος να αντιστέκεται στις προσβολές μικροοργανισμών και ξένων ουσιών. Πολύ πρόσφατες ερευνητικές

εργασίες, σε μεγάλα δείγματα πληθυσμών, απέδειξαν ότι η προσκόλληση στη Μ.Δ. σχετίζεται επιπλέον με την επιμήκυνση των τελομερών (Τα τελομερή είναι επαναλαμβανόμενες αλληλουχίες του DNA των ευκαριωτικών χρωμοσωμάτων, οι οποίες υπόκεινται σε αποκοπή, κάθε φορά που ένα σωματικό κύτταρο διαιρείται). Τα τελομερή προστατεύουν τη φυσική ακεραιότητα των χρωμοσωμάτων. Η αποκοπή των τελομερών αποδείχτηκε ότι επιταχύνεται από το οξειδωτικό στρες και τη φλεγμονή. Το μήκος των τελομερών θεωρείται ένας βιοδείκτης ηλικίας. Κοντύτερα τελομερή σχετίζονται με μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης και αυξάνουν τους ρυθμούς εμφάνισης χρόνιων νόσων. Στα τελομερή μειώνεται το μήκος τους με την ηλικία και διαφέρουν ανάμεσα στα άτομα. Με τη γνώση των τελομερών και τη σχέση τους με το οξειδωτικό στρες ισχυροποιείται ακόμα περισσότερο η σημασία της υιοθέτησης της Μ. Δ. για την εξασφάλιση της υγείας, σωματικής και πνευματικής και κατ' επέκταση, την επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης.

#### **Βιβλιογραφία:**

1. C. Pitsavos, D. Panagiotakos, N. Tzima, C. Chrysohoou, M. Economou, A. Zampelas, C. Stefanadis (<http://ajcn.nutrition.org/>) *Adherence to the Mediterranean diet is associated with total antioxidant capacity in healthy adults: the ATTICA study.* 2005 American Society for Clinical Nutrition.
2. M. Crous-Bou, T. T Fung, I. De Vivo, B. Julin, M. Du, Qi Sun, K. M Rexrode, F. B Hu, J. Prescott. *Mediterranean diet and telomere length in Nurses' Health Study: population based cohort study.* BMJ 2014. (Published 02 December 2014)
3. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. *Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population.* N Engl J Med. 2003;348:2599-608.

#### **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΣΧΟΛΕΙΑ. «ΠΡΩΤΑ ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΜΙΑ ΥΓΙΕΙΝΗ ΖΩΗ» (ΜΕ ΑΔΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ)**

ΦΟΡΕΑΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ: Γραφείο Αγωγής Υγείας του Τμήματος Ποιότητας Ζωής, Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας της Κοινωφελούς Επιχείρησης Κοινωνικής Προστασίας & Αλληλεγγύης-Δημοτικός Οργανισμός Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚΠΑ-ΔΙΕΚ.) του Δήμου Βόλου

Ομάδα Υγείας με την οποία θα διεξαχθεί το πρόγραμμα:

**Κατίνα Άννα Αχμάντ**, Υπεύθυνη Τμήματος Ποιότητας Ζωής, Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας ΚΕΚΠΑ-ΔΙΕΚ Δήμου Βόλου –Ιατρός

**Ιωάννης Γρηγορίου**, Δ/ντής ΚΕΚΠΑ. – ΔΙΕΚ. -Κοινωνιολόγος, MSc Πολιτική Κοινωνιολογία, Πανεπιστήμιο του Λονδίνου

**Παναγιώτα Παπαθωμά**, Υπεύθυνη Γραφείου Αγωγής Υγείας Κ.Ε.Κ.Π.Α. – Δ.Ι.Ε.Κ. Δήμου Βόλου - Ψυχολόγος, MSc Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Θεσσαλίας

**Ελένη Ραφτοπούλου**, Κοινωνική Λειτουργός

**Μαρία Ρηγώνη**, Νοσηλεύτρια

Συνεργάτες: Διεύθυνση ΄ Βαθμια Εκπαίδευσης Νομού Μαγνησίας

Σύλλογος Οδοντίατρων Νομού Μαγνησίας

Ανάμεσα στις άλλες **επιδράσεις που δέχονται τα παιδιά** σχολικής ηλικίας (πχ ΜΜΕ) ενώ βρίσκονται στην περίοδο της ζωής τους όπου αρχίζουν να εγκαθίστανται οι συνήθειες σχετικά με την υγεία οι οποίες θα τους ακολουθήσουν στην ενήλικη ζωή, **η οικογένεια, το σχολείο και οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην κοινότητα** αποτελούν **πλαίσια καθοριστικής σπουδαιότητας** τα οποία επιδρούν αποφασιστικά στη διαμόρφωση των συνηθειών αυτών.

Το **σχολείο** δε, αποτελεί **ιδανικό χώρο** για την **πρώτη προσέγγιση** και ευαισθητοποίηση του παιδιού ως προς την **πρόληψη** και προαγωγή της υγείας και ως εκ τούτου μπορεί να αποτελέσει **το κατεξοχήν πλαίσιο μιας αμφίδρομης διαδικασίας** συγκέντρωσης και διάχυσης μηνυμάτων που σχετίζονται με την υγεία και μόνον αυτό, **ως φορέας πρωτογενούς πρόληψης και φροντίδας**, μπορεί να ενισχύσει την κριτική σκέψη των παιδιών, να **επιτύχει αλλαγή στάσεων και υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών**.

**Ομάδα στόχος:**

15 Δημοτικά Σχολεία του Καλλικρατικού Δήμου Βόλου  
οι μαθητές των τάξεων Α΄, Δ΄ και ΣΤ΄ (περίπου 1000 ανά έτος)  
οι εκπαιδευτικοί των τάξεων Α, Δ΄ και ΣΤ΄ (περίπου 90 ανά έτος)  
οι Σύλλογοι Γονέων και Κηδεμόνων των 15 Δημοτικών Σχολείων

#### **Στόχοι του προγράμματος**

**Ενημέρωση/Εκπαίδευση** των δασκάλων πάνω στις αρχές και τη φιλοσοφία εφαρμογής των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στο σχολείο.

Τα θέματα του προγράμματος (**διατροφή, άσκηση, διαχείριση ελεύθερου χρόνου, κάπνισμα**) είναι εξίσου **σημαντικά** θέματα **υγείας** τα οποία θα μπορούσαν να αποτελέσουν το καθένα ξεχωριστά τη θεματική ενός προγράμματος και θα ήταν δύσκολο να υλοποιηθούν ταυτόχρονα με λεπτομερή και αναλυτικό τρόπο. **Επιλέξαμε** να συμπεριληφθούν **όλα** στο πλαίσιο του προγράμματος έτσι ώστε ο δάσκαλος από τη μία πλευρά **να προσεγγίσει με ολιστικό τρόπο την προαγωγή της υγείας** και από την άλλη **να έχει την ευκαιρία να ασχοληθεί** περισσότερο με το θέμα που ανταποκρίνεται καλύτερα στις **ανάγκες της τάξης του**.

**Ενημέρωση των συλλόγων γονέων** για το εν λόγω πρόγραμμα (στόχοι, φάσεις υλοποίησης του προγράμματος κ.λ.π.) καθώς και γενικότερα για τα **προγράμματα Αγωγής Υγείας** και τα **οφέλη** τους ώστε να μεγιστοποιηθεί η **αποτελεσματικότητα** του προγράμματος.

**Καταγραφή συνηθειών** διατροφής, άσκησης και διαχείρισης του ελεύθερου χρόνου και διεξαγωγή βιωματικού τύπου παρέμβασης μέσα στην τάξη με θέμα τη διατροφή. (Α΄ και Δ΄ τάξη)

**Οδοντιατρικός προληπτικός έλεγχος**, καταγραφή υγείας της στοματικής κοιλότητας και των συνηθειών της στοματικής υγιεινής. (Α΄ και Δ΄ τάξη) με βάση τις διαπιστωμένες ανάγκες

**Φθορίωση** (Α΄ τάξη)

Καταγραφή της **εμβολιαστικής κάλυψης** (Α΄ και Δ΄ τάξη)

Μετά από αίτημα Δ/ντών σχολείων, **ενημέρωση** των μαθητών για τις βλαβερές **συνέπειες του καπνίσματος**

**Παροχή υπηρεσιών υγείας** σε μαθητές και τις οικογένειές τους που αδυνατούν να προσεγγίσουν υπηρεσίες υγείας.

**Μεθοδολογία Διεξαγωγής του Προγράμματος**

**Ενημέρωση/εκπαίδευση δασκάλων/συλλόγων γονέων για τα προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας και τα οφέλη τους**

Καταγραφή της **εμβολιαστικής κάλυψης και παρεμβάσεις για την κάλυψη των ελλείψεων**

**Καταγραφή συνηθειών** διατροφής, άσκησης και διαχείρισης του ελεύθερου χρόνου και διεξαγωγή βιωματικού τύπου παρέμβασης μέσα στην τάξη με θέμα τη διατροφή, **την άσκηση την διαχείριση ελεύθερου χρόνου και το κάπνισμα**

**Οδοντιατρικός προληπτικός έλεγχος**, καταγραφή υγείας της στοματικής κοιλότητας και των συνηθειών της στοματικής υγιεινής

**Φθορίωση** (Α΄ τάξη)

**Αποτύπωση των αποτελεσμάτων**

**Συζήτηση Αναρτημένων ανακοινώσεων: 20:30-20:45**

**Προεδρείο : Μαργαρίτα Μπουδραμή, Μαρία Μπίσσα.**

**ΔΕΥΤΕΡΑ. ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΒΕΛΕΣΤΙΝΟΥ: (9:00-19:00)**

**ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ: 9:00-9:15**

**Ελεύθερες Ανακοινώσεις : 9:15-10:00**

**(1, 2)**

**Προεδρείο: Φανή Σαρηγιάννη, Πολυξένη Νταρνταγάνη.**

**Β΄ ΔΙΑΛΕΞΗ: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΟΝΙΩΝ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ (10:00-11:00). (ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ).**

**Βασιλική-Χρυσάνθη Κορόνη, Μερóπη Ζήγγα, Χαρίκλεια Κυπαρίση.**

**Β΄1. ΔΙΑΛΕΞΗ: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΟΝΙΩΝ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ. (17:30-18:30).**

### **Χρυσάνθη-Βασιλική Κορώνη.**

Προϊσταμένη Ψυχιατρικής Κλινικής, MSc,

Παιδιατρική Νοσηλευτική ειδικότητα, εκπαιδύτρια BLS

**Εισαγωγή:** Το πρόγραμμα «Πρώτες Βοήθειες για παιδιά» είναι ένα project του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου που απευθύνεται σε εκπαιδευτικούς και γονείς παιδιών που φοιτούν στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση του νομού Μαγνησίας.

**Σκοπός** του εγχειρήματος είναι η παροχή χρήσιμων γνώσεων και πληροφοριών σε άτομα που έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρευρεθούν σε κάποιο επείγον παιδιατρικό περιστατικό, προκειμένου να παρέχουν μη επαγγελματικές αλλά σημαντικές πρώτες βοήθειες ή και να αποφύγουν δυνητικά αποφασιστικής σημασίας διαχειριστικά λάθη. **Υλικό και μέθοδος:** Θα παρουσιαστούν η συμβολή του φορέα, ο τρόπος επιλογής και οργάνωσης της ομάδας που συμμετέχει στο πρόγραμμα, η διαδικασία υλοποίησής του, το περιεχόμενο και ο τρόπος αξιολόγησής του.

Στην οργάνωση ακολουθήθηκαν κατευθυντήριες οδηγίες του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής και του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων.

Το περιεχόμενο αντλήθηκε από εγχειρίδια που συμπεριλαμβάνονται σε μεταπτυχιακό και μη υλικό και διασταυρώθηκαν με τη σύγχρονη πρακτική εμπειρία επαγγελματιών υγείας των αντίστοιχων ειδικοτήτων.

Για την αξιολόγηση θα χρησιμοποιηθεί ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο.

Θα αναφερθούν, τέλος, τα επιθυμητά **αποτελέσματα** και τα **οφέλη** που αναμένονται από τη διεξαγωγή του προγράμματος.

**15ο στρογγυλό τραπέζι (11:00-12:00)**

## **ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ**

**Προεδρείο: Σταυρούλα Αίλου, Σταυρούλα Γακίκου**

### **ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

**Λαουρέτα Κολέτση**, T.E. Νοσηλεύτρια ΤΕ.Π, ΑΓΝΒ, Απόφοιτος ΕΠΠΑΙΚ. ΑΣΠΑΙΤΕ, Σπουδάστρια στη Ψυχική Υγεία, ΤΕΙ Λάρισας

**Εισαγωγή:** Η μετανάστευση αποτελεί ένα υπαρκτό παγκόσμιο κοινωνικό φαινόμενο, με ολοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις. Πολλές επιστήμες, όπως η ανθρωπολογία, η κοινωνιολογία, η οικονομική επιστήμη, η παιδαγωγική, η ψυχιατρική και η ψυχολογία καλούνται να αντιμετωπίσουν τις πολυεπίπεδες επιπτώσεις του φαινομένου αυτού. Η διαπολιτισμική ψυχολογία μελετά τη διαδικασία του επιπολιτισμού και τις επιπτώσεις του στην ψυχολογική και κοινωνική ζωή του ατόμου. Δηλαδή, τις επιδράσεις τις οποίες δέχεται το άτομο από την επαφή του με άτομα ή ομάδες που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα. **Σκοπός-Στόχοι:** της παρούσας μελέτης είναι η βιβλιογραφική διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των μεταναστών και ιδιαίτερα η διαδικασία του επιπολιτισμού (acculturation). Κύριο ζητούμενο είναι η μελέτη των 'στρατηγικών' επιπολιτισμού στις οποίες καταφεύγει ο μετανάστης και η διερεύνηση της συσχέτισής τους με την ψυχοπαθολογία. **Αποτελέσματα-Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας στο θέμα δεν είναι ομοιογενή κι αυτό πιθανότατα σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά των μεταναστευτικών ομάδων. Εξαιτίας των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες στη χώρα υποδοχής, με σημαντικότερα ίσως από αυτά την πολιτισμική αλλαγή αλλά και τις συνθήκες διαβίωσης, η ψυχική υγεία των μεταναστών φαίνεται να είναι χειρότερη από αυτή των γηγενών. Ως επιπολιτισμικό στρες ορίζεται εκείνο, στο οποίο έχει διαπιστωθεί ότι οι παράγοντες άγχους έχουν την πηγή τους στη διαδικασία επιπολιτισμού. Η εναρμόνιση (integration) είναι η πιο συχνά προτιμώμενη στρατηγική από τους μετανάστες, αλλά και η πιο λειτουργική όσον αφορά την ποιότητα προσαρμογής, ενώ η περιθωριοποίηση (marginalization) είναι πλέον σπάνια και συνδέεται με προβλήματα ψυχικής υγείας. Η αφομοίωση (assimilation) δεν είναι υγιής από ψυχολογική άποψη

καθώς διαταράσσει βίαια την αίσθηση της συνέχειας της εικόνας του εαυτού. Σε λίγες μόνο έρευνες έχει βρεθεί αυξημένη προτίμηση των μεταναστών για τον διαχωρισμό (separation) έναντι της εναρμόνισης. Μια κοινωνία ενδέχεται να ωθήσει προς το διαχωρισμό τις μειονοτικές ομάδες και τους μετανάστες υιοθετώντας στάσεις και πολιτικές διακρίσεων σε βάρος τους. **Προτάσεις:** Ο προγραμματισμός συγκεκριμένων παρεμβάσεων στον τομέα της ψυχικής υγείας που να προσανατολίζονται στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των μεταναστών. Ίσως συνιστά μία από τις μεγάλες προκλήσεις της σύγχρονης ψυχιατρικής: Η παροχή 'πολιτισμικά ευαίσθητων' υπηρεσιών με στόχο τη γενική προαγωγή της ψυχικής υγείας σε έναν κόσμο που αλλάζει.

### **Βιβλιογραφία:**

1. Berry, J.W. (2006) Contexts of acculturation in D. Sam & J.W. Berry (Eds) The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology. Cambridge University Press
2. Κατέρη Ε. (2011) Η σχέση της κατασκευής του εαυτού με τον επιπολιτισμό και με την υγεία: ψυχολογική προσαρμογή Αλβανών και Ινδών μεταναστών
3. Μαστρογιάννη Α. (2013) Μετανάστευση και ψυχική υγεία: Μελέτη των ψυχικών διαταραχών και των αναγκών μεταναστών που απευθύνονται στις υπηρεσίες του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

## **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

**Ζωή Θεού<sup>1</sup>**, Αριστοφάνης Σμπάρδος<sup>2</sup>, Κωνσταντίνος Ανάστου<sup>3</sup>, Αντωνία Τσιφλίδου<sup>4</sup>, Ελένη Κανταρτζής<sup>5</sup>, Κωνσταντίνος Ασπραδάκης<sup>1</sup>

1. "Αχιλλοπούλειο" Γενικό Νοσοκομείο Βόλου
2. Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής
3. Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας
4. ΚΥ Αλεξάνδρειας
5. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

**Σκοπός** της παρούσης μελέτης είναι η κατανόηση της συσχέτισης μεταξύ καπνίσματος και Ψυχικής Υγείας με απώτερο σκοπό την εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην αποτελεσματικότερη διακοπή καπνίσματος. **Υλικό και μέθοδος:** Ανασκόπηση ελληνικής και ξενόγλωσσας βιβλιογραφίας καθώς και διαδικτυακή αναζήτηση. **Αποτελέσματα:** Οι άνθρωποι ξεκινούν το κάπνισμα και το συνεχίζουν παρά τους κινδύνους. Η συμπεριφορά αυτή εξηγείται βάσει δυο βασικών αρχών: της κλασσικής εξαρτημένης και της συντελεστικής μάθησης. Οι καπνιστές δεν γεννήθηκαν καπνιστές, χρειάστηκε χρόνος για να γίνουν. Στην κλασσική εξαρτημένη μάθηση μια συγκεκριμένη συμπεριφορά συνδέεται με ένα ερέθισμα. Στο κάπνισμα ερέθισμα αποτελούν η θέα του πακέτου με τα τσιγάρα, τα τασάκια, το αίσθημα χαλάρωσης μετά το φαγητό κ.τ.λ. Με τη συνεχή επανάληψη «ερέθισματος-αντίδρασης» δημιουργείται μια σύνδεση. Χωρίς να το αντιλαμβάνεται, ο καπνιστής ανάβει τσιγάρο σε καταστάσεις, που λειτουργούν ως εξαρτημένα ερεθίσματα. Συντελεστική μάθηση θεωρείται η μάθηση μέσω των συνεπειών των πράξεων. Οι συμπεριφορές που ακολουθούνται από ευχάριστες συνέπειες, εμφανίζονται συχνότερα από εκείνες που ακολουθούνται από ουδέτερες ή αρνητικές συνέπειες. Η νικοτίνη αποτελεί ουσιοεξαρτητική ουσία και προκαλεί εθισμό στον ανθρώπινο οργανισμό. Σε λιγότερο από 10 δευτερόλεπτα φθάνει στον εγκέφαλο, προκαλώντας ενεργοποίηση του συμπαθητικού συστήματος και απελευθερώνοντας τους νευροδιαβιβαστές. Στους νευροδιαβιβαστές συμπεριλαμβάνονται η ντοπαμίνη και η νορεπινεφρίνη, η ακετυλοχολίνη, καθώς και η βήτα-ενδορφίνη. Το κάπνισμα δεν βοηθά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας, ούτε μειώνει τα επίπεδα του στρες και του άγχους. Οι λανθασμένες αυτές εντυπώσεις, έχουν να κάνουν με την διαφήμιση και τα πρότυπα που προβάλλονται. Το κάπνισμα στους ενήλικες εξυπηρετεί ψυχολογικές ανάγκες, γι' αυτό και ενώ η διακοπή του και η σωματική απεξάρτηση γίνεται γρήγορα, το 50% υποτροπιάζει μέσα σε έξι μήνες και το 70% μέσα σε δώδεκα μήνες. **Συμπεράσματα:** Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να επιτευχθεί με προσδιορισμό των ψυχολογικών λόγων που οδήγησαν στο κάπνισμα και των ερεθισμάτων που το συντηρούν μέσω συνεργασίας των ιατρών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με ομάδα ψυχολόγων και ψυχιάτρων.

## ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Αριστοφάνης Σμπάρδος<sup>1</sup>, Ζωή Θεού<sup>2</sup>, Ελευθέριος Κανταρτζής<sup>3</sup>, Κωνσταντίνος .Ανάστου<sup>4</sup>, Αντωνία Τσιφλίδου<sup>5</sup>, Κωνσταντίνος Ασπραδάκης<sup>2</sup>

1. Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής
2. Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου
3. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
4. Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας
5. ΚΥ Αλεξάνδρειας

**Σκοπός** της παρούσης μελέτης είναι η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης μεταξύ Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) και Ψυχικής Υγείας. **Υλικό και μέθοδος:** Ανασκόπηση ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας καθώς και διαδικτυακή αναζήτηση. **Αποτελέσματα:** Τα άτομα με ΣΔ βιώνουν μια ποικιλία έντονων συναισθημάτων. Αρχικά εμφανίζεται άρνηση δηλαδή μη παραδοχή της νόσου, καθώς και άγχος για την εξέλιξη της ασθένειας. Ακόμα νιώθουν ματαιώση για όσα θα ήθελαν, αλλά πιστεύουν ότι δεν μπορούν να κάνουν, πένθος και θλίψη για τις προοπτικές και δυνατότητες που πιστεύουν ότι έχασαν. Συχνός είναι ο θυμός και ενοχές γιατί ίσως να πιστεύουν ότι το προκάλεσαν αυτοί ή ακόμα να μην καταφέρνουν καλή ρύθμιση καθώς και η απογοήτευση λόγω των αυξημένων απαιτήσεων ρύθμισης. Έντονος είναι και ο φόβος. Φόβος μήπως στιγματιστούν, αλλά και φόβος για την εξέλιξη της νόσου και τις επιπλοκές του διαβήτη. Ωστόσο αυτά τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις, είναι φυσιολογικά και απαντώνται ανάλογα με τη προσωπικότητα του ασθενούς. Όταν, όμως, σε αυτά τα συναισθήματα προστίθεται η καταθλιπτική συμπτωματολογία (απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης, αίσθημα παραίτησης, αρνητικές σκέψεις, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, διαταραχές όρεξης και ύπνου, επιθετικότητα, άγχος, έντονη κόπωση) μπορεί να οδηγούν στην κατάθλιψη. Η κατάθλιψη σε διαβητικούς είναι 2-3 φορές πιο συχνή έναντι του γενικού πληθυσμού, ενώ η σχέση είναι αμφίδρομη. Η κατάθλιψη μπορεί να μεταβάλλει την ορμονική ισορροπία, την λειτουργία του ύπνου και το ανοσοποιητικό σύστημα με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται η σωματική υγεία του ασθενή. Παράλληλα ο ΣΔ αποτελεί χρόνια νόσο που απαιτεί αλλαγή των συνηθειών και του τρόπου ζωής και προκαλεί μικρο-αγγειακές βλάβες που επηρεάζουν το νευρικό σύστημα και κατά συνέπεια τον ψυχισμό. **Συμπεράσματα:** Η πρόληψη, με σωστή διατροφή, άσκηση και τη σωστή λήψη φαρμακευτικής αγωγής μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη. Η συνεργασία του ιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ψυχιάτρου ή ψυχολόγου είναι αναγκαία για τη διάγνωση και αντιμετώπιση των δύο αλληλοεπηρεαζόμενων αυτών νοσημάτων.

**Συζήτηση Αναρτημένων ανακοινώσεων: 12:00-12:30**

**Προεδρείο: Βασιλική Αρμπένη, Αθηνά Μπαρούτα.**

**16ο στρογγυλό τραπέζι ( 12:30-13:30)**

**ΘΕΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΙ' ΕΦΗΒΩΝ  
ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

**Προεδρείο: Ευτυχία Κουκουβίνη**

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ. ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

**Βασιλική Κονδύλη, Παιδοψυχίατρος, Επιμελήτρια Β' Γ.Ν. Βόλου**



Η διαταραχή μετατροπής ανήκει, σύμφωνα με το Αμερικανικό Ταξινομητικό Σύστημα DSM-IV στις Σωματόμορφες Διαταραχές. Χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα συμπτώματα που επιδρούν στην εκούσια κινητική ή στην αισθητηριακή λειτουργία και υποδεικνύουν την ύπαρξη νευρολογικής ή άλλης γενικής σωματικής κατάστασης, χωρίς ωστόσο να ανευρίσκονται παθολογικά αίτια. Οφείλεται, λοιπόν, σε ψυχολογικούς παράγοντες και δεν παράγεται σκόπιμα ή σαν αποτέλεσμα προσποίησης.

Στην παρουσίαση αυτή θα αναφερθούμε στους αιτιολογικούς παράγοντες, στις πιθανές ερμηνείες και στην κλινική εικόνα της διαταραχής μετατροπής, με τη βοήθεια και της κλινικής περίπτωσης μιας 15χρονης έφηβης που πάσχει από τη συγκεκριμένη νόσο.

## **ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ. ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

**Πηνελόπη Αβαγιανού**, Ψυχολόγος (M Sc, Ph D), Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, ΑΓΝΒ.

Το διαδίκτυο αποτελεί ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο. Ωστόσο η υπερβολική χρήση του μπορεί να οδηγήσει σε εθισμό και να προκαλέσει πληθώρα ψυχικών, σωματικών και κοινωνικών προβλημάτων στο χρήστη. Στα παιδιά συχνά αναφέρεται η υπερβολική χρήση ηλεκτρονικών παιχνιδιών ενώ οι έφηβοι φαίνεται να αποκτούν την αίσθηση του 'ανήκειν' και λόγω της απουσίας του γονεϊκού ελέγχου εκπληρώνεται η ανάγκη τους για ανεξαρτησία. Η υπερβολική χρήση των Η/Υ και του διαδικτύου στα παιδιά και τους εφήβους συνδέονται με παράγοντες προσωπικότητας (άγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση), οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Στο πλαίσιο της ομιλίας θα παρουσιαστεί μια μελέτη περίπτωσης ενός εφήβου 14 χρονών με πρόβλημα εθισμού στο διαδίκτυο με εκτενή αναφορά στο ατομικό και οικογενειακό του ιστορικό.

**Συζήτηση Αναρτημένων ανακοινώσεων: 13:30-14:00**

**Προεδρείο: Γαρυφαλλιά-Αναστασία Ακριβούλη, Ελευθερία Μπαντή**

**17ο στρογγυλό τραπέζι ( 14:00-15:00)**

### **ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

**Προεδρείο: Ιωάννα Τάσσιου, Βασίλειος Βλαχόπουλος**

**ΕΤΗΣΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ, ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΟΣΩΝ ΚΑΤΑΓΡΑΦΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΚΕΕΛΠΝΟ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΟΥ "ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟΥ" ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΟΛΟΥ.**

**Αναστασία Αναστασίου<sup>1,2</sup> και συν.**

Διευθύντρια Παιδιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ, Διδάκτωρ Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ), μετεκπαιδευμένη στις Λοιμώξεις και Ψυχική Υγεία, μέλος της Επιτροπής Λοιμώξεων, Πρόεδρος του ΔΣ της **ΕΦΥΚΕ**.

Ιωάννα Τάσσιου<sup>1</sup>, Αθηνά Μπαρούτα<sup>2</sup>, Αγγελική Μπαρμπατσάλου, Μερóπη Ζήγγρα<sup>2</sup>, Κερασία-Ευαγγελία Γούση, Παναγιώτης Φανουργιάκης<sup>2</sup>, **Αναστασία Αναστασίου<sup>1,2</sup>**.

1. Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, «Αχιλλοπούλειο».

2. Επιτροπή Λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, «Αχιλλοπούλειο».

**Εισαγωγή:** Οι λοιμώξεις και τα λοιμώδη νοσήματα αποτελούν την πρώτη αιτία νοσηλείας των παιδιών σε Νοσοκομείο. Κάποια από τα λοιμώδη νοσήματα ορίζονται ως υποχρεωτικώς δηλούμενα, για να γίνει λεπτομερής καταγραφή τους, αλλά και να προταθούν μέτρα Επιδημιολογικής επιτήρησης

και πρόληψής τους. **Σκοπός:** Η καταγραφή και επιδημιολογική επιτήρηση των λοιμωδών νοσημάτων, από τα υποχρεωτικώς δηλούμενα, που νοσηλεύθηκαν στην Παιδιατρική Κλινική (Π/ΔΚ), (1/1/2013-31/12/2013) και ο περιγραφικός σχολιασμός των αποτελεσμάτων. **Μέθοδος-Υλικό :** Μελετήθηκαν τα έντυπα υποχρεωτικής δήλωσης, των λοιμωδών νοσημάτων, στο ΚΕΕΛΠΝΟ, που αφορούσαν παιδιά. **Αποτελέσματα:** Κατά το έτος 2013 νοσηλεύθηκαν στην Π/ΔΚ, ενός Γενικού νοσοκομείου, 1532 παιδιά, (μη συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευθέντων στο τμήμα Προώρων). Από το σύνολο των νοσηλευθέντων, 100 αφορούσαν λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού, μη υποχρεωτικώς δηλούμενες (Πνευμονίες-Βρογχοπνευμονίες), (αναλύονται λεπτομερώς σε άλλη ανακοίνωση) και μόνο 32 ήταν νοσήματα λοιμώδους αιτιολογίας, τα οποία ανήκαν στη κατηγορία εκείνων που θεωρούνται υποχρεωτικώς δηλούμενα, στα πλαίσια επιδημιολογικής επιτήρησης (ΚΕΕΛΠΝΟ). Από αυτά 12 ήταν αγόρια (37.5%) και τα 20 κορίτσια (62.5%), ηλικίας 0-12.5ετών με μέση ηλικία τα 4.2έτη και διάμεση ηλικία τα 2.5έτη. Από τη μελέτη του συνόλου των περιστατικών τα 9/32 (28%) ανήκαν σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα (αθίγγανοι). Τα 16/32 παιδιά είχαν μικροβιακή γαστρεντερίτιδα: 12/32 απομονώθηκε (κ/α κοπράνων), σαλμονέλα και στα 4/32, σιγκέλλα. 9/32 παιδιά, όλα αθίγγανοι, τα 4/32 έπασχαν, από ηπατίτιδα Α και 5/32 από κοκκύτη. 7/32 παιδιά είχαν μηνιγγίτιδα (απομονώθηκε Neisseria-meningitides σε ένα σε κ/α ΕΝΥ). **Συμπεράσματα:** Παρά την λεπτομερή καταγραφή λοιμωδών νοσημάτων στο Νοσοκομείο μας, παρατηρήθηκε μείωση του ποσοστού νοσηλευθέντων για λοιμωδη νοσήματα, στην Π/ΔΚ, στα πλαίσια αυτών που υποχρεωτικά δηλώνονται. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι : όλες οι περιπτώσεις ηπατίτιδας Α και κοκκύτη αφορούν ειδική πληθυσμιακή ομάδα αθίγγανων, ανεμβολιαστων. Μόνο 1 περίπτωση μικροβιακής μηνιγγίτιδας καταγράφηκε σε βρέφος ηλικίας 6 μηνών ελληνικής καταγωγής, ανεμβολιαστο για μηνιγγιτιδόκοκκο. Οι περισσότερες περιπτώσεις, σαλμονέλλωσης, όπως αναμένονταν, συνέβησαν κατά τους καλοκαιρινούς μήνες. Για τα λοιπά νοσήματα δεν προέκυψε εποχιακή κατανομή. Στα πλαίσια επιδημιολογικής επιτήρησης, και τήρησης του προγράμματος εμβολιασμών, πολλά από αυτά τα νοσήματα θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί, εάν ο εμβολιασμός γινόταν πιο επισταμένα και εντατικά και στις ειδικές πληθυσμιακές ομάδες, οι οποίες με δική τους ευθύνη τις περισσότερες φορές, αλλά και μη εμπεριστατωμένης ενημέρωσής τους, δεν εμβολιάζονται.

## ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΝΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ “ΜΑΝΤΟΥΧ”. ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

### Ιωάννα Τάσσιου.

Επιμελήτρια Β΄, Παιδιατρική Κλινική ΑΓΝΒ (μετακινηθείσα από την Παιδιατρική Κλινική, του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, Λάρισας), εξειδικευθείσα στην Εντατικολογία (ΜΕΘ), Νοσοκομείο Παίδων Αγλαία Κυριακού, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

Η Φυματίωση αποτελεί τη δεύτερη μετά το HIV/AIDS αιτία θανάτου από λοιμογόνο παράγοντα. Το 2013 υπολογίζεται ότι 550 000 παιδιά (0-14 ετών) νόσησαν από φυματίωση και 80 000 HIV-αρνητικά παιδιά πέθαναν από φυματίωση. Η φυματίωση αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου στους HIV θετικούς ασθενείς, αποτελώντας την κύρια αιτία θανάτου στο ¼ των ασθενών αυτής της κατηγορίας. Τα προηγούμενα καθιστούν αναγκαία την ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Η ακριβής διάγνωση και η αποτελεσματική αντιμετώπιση της λανθάνουσας φυματίωσης έχει μεγάλη σημασία για τον έλεγχο της νόσου. Η χορήγηση χημειοπροφύλαξης στα άτομα που έχουν μολυνθεί από το *Mycobacterium tuberculosis* αλλά δε νοσούν έχει δείχθει ότι προλαμβάνει αποτελεσματικά την εκδήλωση νόσου και ως εκ τούτου εμποδίζει τη μετάδοση της λοίμωξης στην κοινότητα. Στις ανεπτυγμένες χώρες η ανίχνευση και η αντιμετώπιση των ατόμων με λανθάνουσα φυματίωση αποτελεί σημαντικό μέρος της προσπάθειας για τον έλεγχο της φυματίωσης.

Είναι γνωστό ότι μετά από έκθεση σε πάσχοντα ενήλικο με ενεργό πνευμονική φυματίωση η λοίμωξη θα μεταδοθεί σε ποσοστό 30-40% των ατόμων που έρχονται σε στενή επαφή και από αυτούς ποσοστό 5-10% θα αναπτύξει ενεργό φυματίωση. Η πιθανότητα εκδήλωσης νόσου είναι υψηλότερη σε παιδιά μικρής ηλικίας και βρέφη καθώς και σε άτομα με ανοσοκαταστολή ή ανοσοανεπάρκεια. Η πιθανότητα ανάπτυξης ενεργού νόσου μεταξύ βρεφών που μολύνονται κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής τους ανέρχεται σε 30-40% ενώ η πιθανότητα εκδήλωσης σοβαρής μορφής νόσου (μηνιγγίτιδα ή

κεγχροειδής φυματίωση) φθάνει το 10-20%. Ο κίνδυνος μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας παραμένει όμως ακόμα και στην ενήλικη ζωή στο 5-10%.

Αν και οι μικροβιολογικές μέθοδοι μπορούν χρησιμοποιηθούν για να τεθεί με ακρίβεια η διάγνωση της ενεργού φυματίωσης, η μόνη μέθοδος στην οποία βασιζόταν η διάγνωση της λοίμωξης από το *M. Tuberculosis* μέχρι πρόσφατα ήταν η δερμοαντίδραση Mantoux.

### **Η δερμοαντίδραση Mantoux**

Η δερμοαντίδραση Mantoux ήταν η πρώτη ανοσοδιαγνωστική μέθοδος και έχει χρησιμοποιηθεί για περισσότερα από 100 χρόνια για τη διάγνωση της λοίμωξης από το *M. tuberculosis*. Η φυματινοαντίδραση (PPD) χρησιμοποιεί ένα μίγμα αντιγόνων του *M. Tuberculosis* και επομένως μπορεί να δώσει ψευδώς θετικό αποτέλεσμα σε άτομα που έχουν εμβολιασθεί με το BCG ή έχουν εκτεθεί σε άτυπα μυκοβακτηρίδια του περιβάλλοντος που μοιράζονται ίδια με αυτό αντιγόνα. Η δοκιμασία αυτή μπορεί επίσης να δώσει ψευδώς αρνητικό αποτέλεσμα σε άτομα που πάσχουν από βαριά φυματίωση ή άλλη σοβαρή νόσο ή έχουν ανοσοανεπάρκεια ή ανοσοκαταστολή. Η επανάληψη της φυματινοαντίδρασης μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ενίσχυση της απάντησης (boosting) εάν γίνει σε διάστημα μιας εβδομάδας έως ενός έτους μετά την αρχική εξέταση. Πρόσθετα, αρκετά συχνά γίνονται λάθη κατά την εφαρμογή ή την εκτίμηση της δερμοαντίδρασης Mantoux εάν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει την κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία. Τέλος, για να εκτιμηθεί το αποτέλεσμα της φυματινοαντίδρασης απαιτείται και δεύτερη επίσκεψη του ασθενούς στο γιατρό.

### **Βιβλιογραφία**

1. Amanatidou V, Syridou G, Mavriku M, Tsolia MN. Latent tuberculosis infection in children: diagnostic approaches. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2012 Jul;31(7):1285-94
2. Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. Tuberculosis: 2009 report of the Committee on Infectious Diseases. 28th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009. p. 686-7.
3. Diel R, Loddenkemper R, Niemann S, Meywald-Walter K, Nienhaus A. Negative and positive predictive value of a whole-blood interferon- $\gamma$  release assay for developing active tuberculosis: an update. Am J Respir Crit Care Med. 2011 Jan 1;183(1):88-95

## **ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ. ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

**Ειρήνη Κουκλουμπέρη**, Ειδικευόμενη Παιδιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ, μέλος ΕΦΥΚΕ.

**Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή του συνδρόμου υπνικής άπνοιας σε παιδιατρικούς ασθενείς, τόσο σε ότι αφορά την κλινική εικόνα, την εργαστηριακή διάγνωση και τη θεραπεία, όσο και τη διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων που προδιαθέτουν ή συσχετίζονται με τη νόσηση σε παιδιά, αλλά και η παρουσίαση των θεραπευτικών δεδομένων. Ως σύνδρομο αποφρακτικών απνοιών ύπνου ορίζεται η διαλείπουσα πλήρης ή μερική απόφραξη του ανώτερου αεραγωγού που οδηγεί σε υποαερισμό των πνευμόνων, υποξαιμία και διαταραχή της αρχιτεκτονικής του ύπνου, με κύριο σύμπτωμά του το ροχαλητό, δηλαδή το ρεγχασμό. Το σύνδρομο αποφρακτικών απνοιών ύπνου χαρακτηρίζεται από τουλάχιστον πέντε επεισόδια υπονοιών-απνοιών ύπνου, τα οποία επεισόδια για να θεωρηθούν σημαντικά έχουν διάρκεια μεγαλύτερη από δύο φυσιολογικούς αναπνευστικούς κύκλους. Οι διαταραχές αναπνοής στον ύπνο εμφανίζονται συνήθως σε ηλικίες 2-8 ετών οπότε και ο φαρυγγικός λεμφαδενικός ιστός αναπτύσσεται σε βάρους του εύρους του αυλού του ανώτερου αεραγωγού.

Τα αίτια του συνδρόμου μπορεί να ποικίλουν από τα διάφορα συστήματα όπως καρδιαγγειακό (πχ καρδιακή αρρυθμία, συγγενείς καρδιοπάθειες), αναπνευστικό (πχ αναπνευστικές λοιμώξεις), γαστρεντερικό (πχ παστροοισοφαγική παλινδρόμηση) ή κεντρικό νευρικό σύστημα (πχ δηλητηρίαση από μονοξείδιο του άνθρακα, τραυματισμός κεφαλής, τοξικές ουσίες). Η κλινική εικόνα του συνδρόμου αφορά το ροχαλητό ως βασικό σύμπτωμα, αλλά και κλινική συμπτωματολογία αυξημένου αναπνευστικού έργου. Βασική αιτία του συνδρόμου είναι οι υπερτροφικές αδενοειδείς εκβλαστήσεις και οι υπερτροφικές αμυγδαλές, στη διάγνωση των οποίων συμπεριλαμβάνονται η πολυκαταγραφική μελέτη κατά τη διάρκεια του νυκτερινού ύπνου και η νυκτερινή οξυμετρία, ενώ στη θεραπεία τους συμπεριλαμβάνονται οι αδενοειδεκτομή, η αμυγδαλεκτομή, η χρήση τοπικών

ρινικών κορτικοστεροειδών και η εφαρμογή θετικής ρινικής πίεσης επί επιμονής συμπτωμάτων μετά από χειρουργική τους αφαίρεση.

Συνοψίζοντας, στις επιπλοκές του συνδρόμου αποφρακτικών απονοιών συμπεριλαμβάνονται η καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης, η αύξηση της αρτηριακής πίεσης και η προδιάθεση σε καρδιαγγειακά νοσήματα, η ημερήσια υπνηλία, οι διαταραχές συμπεριφοράς και οι μαθησιακές δυσκολίες.

#### **Βιβλιογραφία:**

1. Δελτίο Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιστημονικό Περιοδικό Νοσοκομείου Παίδων «Αγία Σοφία», Τόμος 60, Τεύχος 1, Σελίδες 70-71
2. Φ.Κανακούδη-Τσακαλίδου, Γ.Κατζός: Βασική παιδιατρική, UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη 2007.
3. Ν.Ματσανιώτης, Θ.Καρπάθιος, Π.Νικολαΐδου-Καρπαθίου: Επίτομη παιδιατρική, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας 2010.
4. Nelson, Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton: Παιδιατρική, Mendor Editions S.A., 18<sup>η</sup> Έκδοση, Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Κατσαρδής Χ., Χρούσος Γ..

**18ο στρογγυλό τραπέζι ( 18:00-19:00)**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ-ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

**Προεδρείο: Σταυρούλα Κορώνα, Αναστασία Μπλιούμη**

### **ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ. ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΟΥ ΓΟΝΕΑ ΚΑΙ ΥΠΟΒΟΣΚΟΥΣΕΣ ΑΞΙΕΣ.**

**Γιώργος Βλειώρας<sup>1</sup>, Ασπασία Μάντζιου<sup>2</sup>**

1. Ph.D., Ψυχολόγος στο Γ.Ν. Βόλου, μέλος ΕΦΥΚΕ
2. Παιδαγωγός Προσχολικής Ηλικίας, Μεταπτυχιακή Σουδάστρια στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**Εισαγωγή.** Ο γονεϊκός ρόλος εμπεριέχει πολλές όψεις σε όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης ενός παιδιού: Την ικανοποίηση των βασικών και των συναισθηματικών αναγκών του, την παροχή προτύπου συμπεριφορών, τη διδασχία αξιών και τη διαπαιδαγώγηση. Μία βασική όψη, σημαντική κυρίως στις μικρότερες ηλικίες, είναι η προστασία από φυσικούς κινδύνους και τραυματισμούς. **Σκοπός.** Με εκκίνηση την άποψη ότι κάθε γονιός είναι διαφορετικός, τόσο ως προς τους τρόπους δράσης όσο και ως προς τους λόγους για τους οποίους δρα έτσι, η παρούσα έρευνα έχει στόχο να χαρτογραφήσει αυτή τη διαφορετικότητα. **Μέθοδος.** Πήραμε ημιδομημένες συνεντεύξεις από δέκα γονείς παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας για περιστατικά όπου το παιδί τους κινδύνευσε να τραυματιστεί: Τι έγινε; Πώς αντέδρασαν; Πώς ένιωσαν; Τι θα μπορούσαν να μας πουν για το ρόλο τους στις περιστάσεις αυτές; **Συμπεράσματα:** Η ανάλυση των συνεντεύξεων ανέδειξε την ποικιλία τόσο των τρόπων αντιμετώπισης, όσο και των ιδεολογικών βάσεων αυτών των τρόπων. Μικρότερη ποικιλία διαφάνηκε στα συναισθήματα του γονιού, βασικότερο των οποίων φαίνεται να είναι ο φόβος και η αναστάτωση.

### **ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΑΝΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ**

**1. Αναστασία Αναστασίου-Κατσαρδάνη, 2. Νικόλαος Σκεντέρης.**

**1.** Διευθύντρια Παιδιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ, Διδάκτωρ Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ), μετεκπαιδευμένη στις Λοιμώξεις και Ψυχική Υγεία. Πρόεδρος του ΔΣ της ΕΦΥΚΕ.

2. Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής, Παιδιατρική Κλινική Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Κοινωνικός Ιατρός, Πρόεδρος του ΔΣ της ΕΕΚΠΠ, Παράρτημα Θεσσαλίας, **Επίτιμο μέλος της ΕΦΥΚΕ.**

«Φύσεως έργον εστί τροφήν τω γεννηθέντι παρέχειν (Αριστοτέλης)»

Ο Μητρικός Θηλασμός (ΜΘ), αποτελεί την πρώτη μετά το τοκετό, σημαντική εκδήλωση αγάπης που εξασφαλίζει τον ιδανικό ισχυρό ψυχικό δεσμό με τη μητέρα στο νεογέννητο μωρό της. Ο μαστός για ένα μωρό είναι ότι ο πλακούντας για το έμβρυο. Μέσω του θηλασμού η ικανότητα της μάνας να διατηρεί τη ζωή είναι μεγάλη. Ο μαστός είναι το εξωτερικό «συνδετικό» αντικείμενο, το όργανο με το οποίον το θηλάζον μωρό θα αναπτύξει τον πρώτο ισχυρό ομαλό δεσμό του με την μητέρα, είναι το απαλό και το πιο γλυκό προσκέφαλο και η θηλή είναι αυτή που θα αντικαταστήσει τον ομφάλιο λώρο τροφικά. Μέσα από το μαστό και το θηλασμό το βρέφος δεν θ' αντλήσει μόνο την τροφή του, αλλά θα δημιουργήσει και το συναισθηματικό δεσμό με τη μητέρα του, το συναισθηματικό κτίσιμο και στήριγμα που είναι τόσο απαραίτητα για τη μετέπειτα ισορροπημένη ψυχική του υγεία και ανάπτυξη. Μέσω του θηλασμού και η μητέρα ολοκληρώνεται. Η μάνα που θηλάζει, προσφέρει στο μωρό της τη ζεστή μητρική αγκαλιά, την επαφή με το στήθος και το άκουσμα των χτύπων της καρδιάς της, τη μυρωδιά της, την άμεση οπτική και δερματική επαφή, την φροντίδα. Οι ορμόνες που παράγονται κατά το θηλασμό κάνουν το μωρό να νοιώθει ασφάλεια και ηρεμία, ευεξία, εφόσον και η ίδια η μητέρα, μεριμνά να έχει ηρεμία και ισορροπία στο δικό της εσωτερικό περιβάλλον, στον δικό της ψυχοσυναισθηματικό κόσμο, γεγονός το οποίον υποβοηθείται και από παράγοντες που έχουν σχέση με το Εξωτερικό περιβάλλον. Αυτή η ιδανική ισορροπία αν εξασφαλιστεί, μπορεί να σφυρηλατήσει γερούς δεσμούς ανάμεσα σ αυτήν και το παιδί της, με βασικές μελλοντικές προεκτάσεις.

Μέσω του ΜΘ, η μητέρα θα δεθεί περισσότερο συναισθηματικά τόσο αυτή όσο και το θηλάζον βρέφος της με μια σχέση προσκόλλησης, ισχυρή (attachment) και γενικά θα δημιουργηθεί μια σύνδεση συναισθηματικής ικανοποίησης και πληρότητας, αποτέλεσμα της συνεχούς επαφής και εξάρτησης του βρέφους από το μαστό και κατ' ανάγκη από αυτή την ίδια. Τα ανεπανάληπτα συναισθήματα που νοιώθει μια μητέρα τη στιγμή που θηλάζει δεν μπορούν να εκφραστούν με λόγια. Ο ΜΘ αποτελεί την ιερή λειτουργία και τελετουργία για την οποία προνόησε η φύση. Είναι μοναδικός, σπουδαίος και διαχρονικός. Η συνέχιση του ΜΘ, είναι αυτό που θα εδραιώσει τον ισχυρό αυτό ψυχικό δεσμό στο θηλάζον βρέφος με τη μητέρα, είναι αυτό που θα εξασφαλίσει την ειδική στενή σχέση και τα συναισθηματικά οφέλη της, αλλά και θα προσφέρει την βέλτιστη σωματική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και υγεία γενικότερα και θα συμβάλει στη διαμόρφωση μιας υγιούς ισορροπημένης, μελλοντικά, προσωπικότητας, σε συνδυασμό με άλλους ενδογενείς γενετικούς και βιολογικούς παράγοντες.

Δεν πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι, κατά τη διάρκεια των πρώτων 5 χρόνων της ζωής και κυρίως των πρώτων 12 μηνών, αλλά και κατά την προγεννητική περίοδο θεμελιώνεται η ψυχική υγεία. Η ψυχική σύνδεση αρχικά με τη μητέρα, αλλά και τους δύο γονείς αργότερα, αποτελούν το θεμέλιο λίθο. Έρευνες διασήμων ψυχαναλυτών αναφέρουν ότι το μωρό όταν γεννιέται, μεταφέρει μέσα του, μαζί με τον κληρονομικό του πλούτο, κάθε εμπειρία που πέρασε ενδομήτρια. Το έμβρυο θυμάται. Τα βιώματά του πριν γεννηθεί θα επηρεάσουν τη σχέση του και τον ψυχικό του σύνδεσμο με τη μητέρα και τις μελλοντικές αντιλήψεις και προτιμήσεις, το χαρακτήρα του και γενικά την υπόλοιπη ζωή του. Ένας απλός τρόπος να διατηρηθεί ο δεσμός αυτός σωματικός και ψυχικός, είναι να θηλάσει το μωρό και όχι να αποκοπεί απότομα. Η προγεννητική ψυχολογία, τονίζει τη σημασία της πρώιμης σωστής σχέσης μητέρας-παιδιού, ήδη από τη μήτρα, ως βάση για τη μετέπειτα κοινή τους πορεία, και το σχηματισμό ενός υγιούς χαρακτήρα του παιδιού.

Οι ψυχοθεραπείες επιβεβαιώνουν ότι πολλές διαταραχές περισσότερο ή λιγότερο πηγάζουν είτε από μια ενδομήτριο ζωή ιδιαίτερα δύσκολη για το έμβρυο, είτε από τραυματικές συνθήκες τοκετού, ή από ένα έντονο στερητικό περιβάλλον, σε όλα τα επίπεδα.

Κατά τη διάρκεια του ίδιου προ και περιγεννητικού χρονικού διαστήματος, βρίσκεται ο πυρήνας των ψυχώσεων και των νευρώσεων. Σύμφωνα με τον Winnicott, σπουδαίο Άγγλο αναλυτή, αναφερόμενος στη σχιζοφρένεια, τονίζει ότι η ψυχική αυτή πάθηση, αποτελεί ένα είδος νόσου περιβαλλοντικής ανεπάρκειας κατά τη διάρκεια του καθοριστικού πρώτου χρόνου της ζωής και μάλιστα σε άτομα που παρουσιάζουν έντονη ευαλωτότητα. Σύμφωνα με τον ίδιο αναλυτή, οι ψυχώσεις όπως και ο αυτισμός, γεννιούνται κατά τη θεμελιώδη περίοδο της βρεφικής ηλικίας, ενώ οι νευρώσεις κατά το νηπιακό στάδιο, γεγονότα τα οποία θα πρέπει να μας προβληματίσουν, για περαιτέρω έρευνα και προτεραιότητα στο τομέα αυτό.

Η προγεννητική ψυχολογία θεωρεί θεμελιώδη και καθοριστικής σημασίας την επικοινωνία μάνας και παιδιού, αφού μοιάζει με μηνύματα που συλλαμβάνονται με κεραιές, από την εμβρυϊκή ηλικία. Η χαρά για την αναμενόμενη εγκυμοσύνη, η αποδοχή του μωρού και η αίσθηση ικανοποίησης μεταδίδονται ποικιλοτρόπως στο έμβρυο και αποτελούν το θεμέλιο λίθο για την μετέπειτα υγεία του. Ένα έμβρυο θα αισθανθεί τα θετικά μηνύματά της μητέρας, μέσα από τη μήτρα, τα οποία θα μπορούν να συνεχιστούν με το ΜΘ, μέσω του οποίου το νεογνό και μετέπειτα βρέφος, θα πάρει τις ορμόνες αυτές που έχουν σχέση με την ψυχοσυναισθηματική ισορροπία της μητέρας και όχι τις ορμόνες του στρες, θα πάρει τα αντισώματα και τόσες άλλες βιοχημικές και θρεπτικές ουσίες στις δόσεις και αναλογίες που είναι απαραίτητες γι' αυτό.

Σε ψυχαναλυτικές μελέτες κατά την ανάλυση των ψυχώσεων και των νευρώσεων των ασθενών, αλλά και άλλων διαφόρων συμπεριφορικών προβλημάτων, διαπιστούται ότι, στην παιδική τους ηλικία μη ανεκτές ψυχολογικές συγκρούσεις και στερήσεις, σε συνδυασμό με άλλους ενδογενείς γενετικούς και βιολογικούς παράγοντες οδήγησαν σε καταπίεση και διαταραχή της συναισθηματικής τους ανάπτυξης και τελικά στη μορφοποίηση συμπτωμάτων. Στην ενδελεχή μελέτη σχιζοφρενικών ασθενών οποιασδήποτε ηλικίας και ατόμων με διαταραχές συμπεριφοράς, γίνεται μελέτη της πρώιμης ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξής τους και του τρόπου που διαμόρφωσαν την ομαλή ή μη σχέση τους με το περιβάλλον γενικότερα κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών ζωής, όπου κύριος και σημαντικός περιβαλλοντικός παράγον καθοριστικός για την ανάπτυξη και ευεξία του εγκεφάλου είναι και η σωστή διατροφή και αδιαμφισβήτητο ο ΜΘ, ο οποίος σε συνδυασμό με τους άλλους περιβαλλοντικούς, αλλά σίγουρα και τους προαναφερόμενους ενδογενείς-βιολογικούς παράγοντες συνέβαλαν ή όχι στην εξασφάλιση ισορροπίας και γενικότερης ευεξίας του ανθρώπινου οργανισμού σε όλα τα επίπεδα.

Πολλές πληθυσμιακές προοπτικές μελέτες θα απαιτηθεί να διενεργηθούν προκειμένου να τεκμηριωθούν οι βάσιμες διατυπωθείσες σημαντικές πιο πάνω υποθέσεις, για ένα θέμα διαχρονικό, μοναδικό που αποτελεί και δικαίωμα του κάθε ανθρώπου, όλων των μητέρων και όλων των παιδιών του κόσμου. Ως εκ τούτου ο ρόλος του ιατρού και μάλιστα του παιδιάτρου είναι εξίσου σημαντικός και μοναδικός σ' αυτό το οδοιπορικό ταξίδι της έρευνας.

### **Βιβλιογραφία.**

1. Αναστασίου-Κατσιαρδάνη Α, Τζιοβανέττο Καλλιόπη-Πηνελόπη, Βαρλάμη Βασιλική, Κατσιαρδάνης Κωνσταντίνος. 1-7 Νοεμβρίου 2006. Εβδομάδα μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα. Περιοδικό ΣΦΥΓΜΟΣ (εκδόσεις Επιστημονικού Συμβουλίου Γενικού Νοσοκομείου Βόλου), Φεβρουάριος 2007, Τόμος 1, τεύχος 4, σελ.36-9.

2. Royer P. Breastfeeding and biological development. Acta Paediatr Scand 1978, Sep; 67(5):554-6.
3. Winnicott D (1996). Μωρά και μητέρες. Μετάφραση: Καίτη Μάρακα. 1<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1996. 130 σελ. ISBN: 960-344-169-4.
4. Yrstrom E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a 5. 5. 5. longitudinal cohort study. BMC Pregnancy childbirth, 2012 May 23; 12:35.
5. Al-Farsi YM, Al-Sharbati MM, Waly MI, Al-Farsi OA, Al-Shafae MA, Al-Khaduri MM, Trivedi MS, Deth RC. Effect of suboptimal breast-feeding on occurrence of autism: a case-control study. Nutrition. 2012 Jul;28(7-8):e27-32. doi: 10.1016/j.nut.2012.01.007. Epub 2012 Apr 26.

## II. ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

#### 1. ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΑΘΗΤΩΝ (9-13 ΕΤΩΝ) ΓΙΑ ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΕΜΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΕΣ ΑΠΟΚΛΙΣΕΙΣ

**A. Περιστερόπουλος**, Δ. Κριτσιώτης, Σ. Πράπα, Ε. Ψαροβασίλη. Α. Χασιώτη Κέντρο Υγείας Βελεστίνου.

**Εισαγωγή:** Στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας υγείας με αφορμή την συμπλήρωση των ατομικών δελτίων υγείας των μαθητών, έγινε πρόταση προς το παράρτημα Μαγνησίας του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών, για τη συμμετοχή των μελών του στην αξιολόγηση των μαθητών. Επιδίωξη της ομάδας μας είναι η πρόληψη τυχόν ασυμμετριών, μέσω της πρόωμης αξιολόγησης και έπειτα, η διεπιστημονική αποκατάσταση μέσω της αναχαιτίσης των μόνιμων εμβιομηχανικών αλλοιώσεων και των λανθασμένων κινητικών προτύπων στάσης και κίνησης. **Σκοπός:** της παρούσας έρευνας είναι η αξιολόγηση των παιδιών 9-14 ετών, κρίσιμη ηλικία για την πρόληψη και διόρθωση τυχόν αποκλίσεων του φυσιολογικού, όσον αφορά στη στατικοκινητική τους λειτουργία. **Υλικό:** Για την αξιολόγηση της σκολίωσης χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία της πρόσθιας κάμψης. Οι υπόλοιπες αποκλίσεις ελέγχθηκαν με απλή επισκόπηση της ράχης από πλάγια θέση. **Μέθοδοι:** Ο βαθμός της απόκλισης διαχωρίστηκε σε τρία στάδια: α) φυσιολογικός, β) προς επαναξιολόγηση, γ) προς διάγνωση. Η εξέταση έγινε από τρεις φυσικοθεραπευτές και μια βοηθό φυσικοθεραπευτή. Τα παιδιά θα επαναξιολογηθούν το ερχόμενο σχολικό έτος και θα ελεγχθεί τυχόν διαφοροποίηση των αποκλίσεων. **Αποτελέσματα:** Συνολικά ελέγχθηκαν 190 μαθητές των Ε', ΣΤ' τάξης Δημοτικού και Α' Γυμνασίου. Τα συμπεράσματα της αξιολόγησης εστάλησαν στο Κέντρο Υγείας Βελεστίνου, στο γραφείο Επισκεπτών Υγείας με σκοπό τη συμπλήρωση του πλάνου πρωτογενούς πρόληψης. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει έλεγχο των μαθητών και την επόμενη χρονιά και επαναξιολόγηση των στοιχείων-ευρημάτων. **Συμπεράσματα:** Οι γονείς και οι δάσκαλοι των μαθητών, που βρέθηκαν από τους εξεταστές να έχουν σημαντικές αποκλίσεις, ενημερώθηκαν από την Επισκέπτρια Υγείας και τους έγινε σύσταση να λάβουν ιατρική διάγνωση, πρώτου ξεκινήσει η αποκατάσταση των αποκλίσεων.

#### 2. ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΜΑΘΗΤΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 6-15 ΕΤΩΝ ΤΩΝ ΣΧΟΛΕΙΩΝ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΒΕΛΕΣΤΙΝΟΥ ΝΟΜΟΥ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

**A. Χασιώτη**, Α. Ξακουστού, Ι. Περιστέρα, Φ. Σαρηγιάννη, Β. Κουτσογιάννη, Ζ. Μπαλαμάτσης.

**Εισαγωγή:** Ο μαζικός εμβολιασμός των παιδιών και εφήβων κατά τον 20 και τον 21 αιώνα συντέλεσε στην εξάλειψη των σοβαρών μεταδοτικών νοσημάτων. Η πολιτεία, οι γονείς και οι υγειονομικοί έχουν την υποχρέωση και την ευθύνη να καταστήσουν διαθέσιμα όλα τα εμβόλια για όλα τα παιδιά. Κάθε παιδί έχει το δικαίωμα να προστατεύεται από τα νοσήματα για τα οποία υπάρχουν εμβόλια. Όσοι αρνούνται ή εμποδίζουν τον εμβολιασμό, πρέπει να είναι ενήμεροι των σοβαρών συνεπειών της πράξης τους. Τα εμβόλια είναι ο καλύτερος και ο φθηνότερος τρόπος πρόληψης λοιμωδών νοσημάτων. Η ανοσοποίηση ενός παιδιού προστατεύει όχι μόνο αυτό αλλά και τα άλλα παιδιά, αυξάνοντας έτσι το γενικό επίπεδο ανοσίας και μειώνοντας τη διασπορά της νόσου. Σε πολλά μέρη του πλανήτη δεν γίνονται επαρκείς και σωστοί εμβολιασμοί. Συνεπώς μικρόβια και ιοί να συνεχίζουν να επιβιώνουν και να προκαλούν νόσηση. Αν λοιπόν διακοπούν γενικώς οι εμβολιασμοί θα υπάρξει κίνδυνος επιδημιών. Εξάλλου με τον σημερινό αριθμό μεταναστών και ταξιδιωτών είναι πολύ εύκολη η μεταφορά και η μετάδοση των μικροβίων. Τα πρώτα εμβόλια χορηγούνται από την ηλικία των 2 μηνών. Στη συνέχεια ακολουθούν επαναληπτικές δόσεις, διότι πολλά εμβόλια χρειάζονται αρκετές επαναλήψεις για να προσφέρουν πλήρη προστασία. Είναι πολύ σημαντικό τα εμβόλια να χορηγούνται στη σωστή ηλικία. Έτσι μειώνεται ο κίνδυνος να αρρωστήσει ένα παιδί. Αντίθετα κάνοντας τα εμβόλια σε μεγαλύτερη ηλικία αυξάνονται οι πιθανότητες των ανεπιθύμητων ενεργειών. Το Κ. Υ. ΒΕΛΕΣΤΙΝΟΥ λειτουργεί ως μονάδα πρωτοβάθμιας υγείας από το 1988, στελεχωμένο με παιδίατρος, γενικούς γιατρούς, επισκέπτριες υγείας, μαίες.

Σήμερα η μειωμένη ασφαλιστική κάλυψη των παιδιών, που επισκέπτονται το Κέντρο υγείας και η έλλειψη παιδίατρος στη συγκεκριμένη μονάδα υγείας, μας οδήγησαν στον έλεγχο των ατομικών βιβλιαρίων υγείας των μαθητών των σχολείων της περιοχής ευθύνης του Κέντρου Υγείας. **Σκοπός** της ενέργειας αυτής ήταν η ενημέρωση των γονιών και των εκπαιδευτικών σχετικά με τις εκκρεμότητες των εμβολίων που υπάρχουν, την αναγκαιότητα των εμβολιασμών και την πληροφόρηση των νέων εμβολίων που έχουν ενταχθεί στους υποχρεωτικούς εμβολιασμούς. **Υλικό:** Οι επισκέπτριες υγείας επισκέφθηκαν τα σχολεία της περιοχής ευθύνης του Κέντρου Υγείας. **Μέθοδοι:** Ζητήθηκε από τους διευθυντές των σχολείων να συγκεντρώσουν τα ατομικά βιβλιάρια υγείας των μαθητών. Καταγράφηκαν οι ελλείψεις των εμβολιασμών και δόθηκαν ενημερωτικά σημειώματα για τους γονείς και το σχολείο.

Έγιναν ανάλογες ενημερωτικές ομιλίες στους Συλλόγους Γονέων. **Αποτελέσματα:** Μετά την ενημέρωση είχαμε μεγαλύτερη προσέλευση παιδιών στο Κέντρο Υγείας για τη διενέργεια των εμβολιασμών που εκκρεμούσαν. Από τους 705 μαθητές, ελέγχθησαν 637 βιβλιάρια υγείας μαθητών, από τα οποία είχαν ολοκληρώσει τους εμβολιασμούς οι 361 μαθητές. Ενώ 276 μαθητές είχαν εκκρεμότητες σε διάφορα εμβόλια ανάλογα με την ηλικία. **Συμπεράσματα:** Οι εκκρεμότητες αυξάνονται στις μεγαλύτερες τάξεις των μαθητών, ενώ οι γονείς δεν είναι ενημερωμένοι για τα νεώτερα εμβόλια. Είναι πιο ευαισθητοποιημένοι οι γονείς των μικρότερων παιδιών, αλλά αρκετοί δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη και δεν υπάρχει εξασφάλιση παιδιατρικής εξέτασης από Δημόσιο Φορέα Υγείας.

### 3. ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

**Ζωή Θεού**<sup>1</sup>, Α.Σμπάρδος<sup>2</sup>, Κ.Ανάστου<sup>3</sup>, Αντωνία Τσιφλίδου<sup>4</sup>, Ε.Κανταρτζής<sup>5</sup>, Κ. Ασπραδάκης<sup>1</sup>

1. Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου

2. Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής

3. Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

4. ΚΥ Αλεξάνδρειας

5. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης



**Εισαγωγή:** Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί μία από τις συχνότερες χρόνιες παιδικές ασθένειες, βασικό προδιαθεσικό παράγοντα των καρδιαγγειακών νοσημάτων και πολλών άλλων χρόνιων νόσων (νευρική ανορεξία, βουλιμία). **Σκοπός** της παρούσης μελέτης είναι να η ανάδειξη και κατανόηση του προβλήματος της παιδικής παχυσαρκίας αναφορικά με τις επιπτώσεις που επιφέρει στη ψυχολογία του παιδιού. **Υλικό και μέθοδος:** Βιβλιογραφική ανασκόπηση ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας καθώς και διαδικτυακή αναζήτηση χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά παιδική παχυσαρκία, ψυχική υγεία, κατάθλιψη. **Αποτελέσματα:** Η παιδική παχυσαρκία προκαλεί στο παιδί διαταραγμένη εικόνα σώματος και χαμηλή αυτοεκτίμηση, που συνήθως οδηγεί σε συμπτώματα κατάθλιψης με διαταραχές ύπνου και κίνδυνο διατροφικών διαταραχών (νευρική ανορεξία, βουλιμία). Η έννοια της κατάθλιψης στην παιδική ηλικία αποτέλεσε αντικείμενο διαφωνιών καθώς έχει αμφισβητηθεί ακόμη και η ύπαρξή της. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια έχει αναγνωριστεί ότι καταθλιπτική συμπτωματολογία παρόμοια με εκείνη των ενηλίκων μπορεί να εκδηλωθεί και στα παιδιά. Η κατάθλιψη, η έλλειψη ενεργητικότητας και το αίσθημα απομόνωσης οδηγεί στην κατανάλωση ακόμα περισσότερης τροφής για συναισθηματική κάλυψη. Η διαταραγμένη εικόνα σώματος που έχουν τα παιδιά και η συμπεριφορά των συμμαθητών τους και του περίγυρου τους (bullying) τους δημιουργούν προβλήματα στο σχολείο και στη σχέση τους με το άλλο φύλο. **Συμπεράσματα:** Τα παιδιά τρώνε για να νιώσουν ασφαλή και ευτυχισμένα, κυρίως όταν δεν μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματα τους ή ακόμα και όταν δεν ξέρουν πώς να τα διαχειριστούν. Η πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας είναι ιδιαίτερα σημαντική για την πρόληψη απώτερων επιπλοκών κατά την ενηλικίωση και πρέπει η παρέμβαση από ομάδα ειδικών να γίνει έγκαιρα.

#### 4. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Ζωή Θεού<sup>1</sup>, Α.Σμπάρδος<sup>2</sup>, Ε.Κανταρτζής<sup>3</sup>, Κ.Ανάστου<sup>4</sup>, Αντωνία Τσιφλίδου<sup>5</sup>, Κ. Ασπραδάκης<sup>1</sup>

1. Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου
2. Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής
3. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
4. Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας
5. ΚΥ Αλεξάνδρειας

**Σκοπός** της παρούσης μελέτης είναι η κατανόηση και διερεύνηση του φαινομένου εμφάνισης κατάθλιψης μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. **Υλικό και μέθοδος:** Ανασκόπηση ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας, καθώς και διαδικτυακή αναζήτηση. **Αποτελέσματα:** Ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) εμφανίζεται 3-6 μήνες μετά το επεισόδιο και εξακολουθεί να παραμένει υψηλός τα 2 πρώτα χρόνια μετά το ΑΕΕ. Πρώιμη κατάθλιψη μετά από ΑΕΕ εμφανίζεται το πρώτο τρίμηνο, ενώ η όψιμη μετά το πρώτο τρίμηνο. 30% των ασθενών εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης αμέσως μετά το ΑΕΕ και από αυτούς το 60% παραμένει με καταθλιπτική συμπτωματολογία και μετά από ένα έτος. Η πιο σοβαρή μορφή κατάθλιψης εμφανίζεται μεταξύ 6 μηνών έως 2 ετών μετά από ΑΕΕ. Η διάγνωση της κατάστασης είναι ιδιαίτερα δύσκολη, αφού αλληλεπικαλύπτεται η συμπτωματολογία της από αυτή του ΑΕΕ, ενώ η εμφάνιση της κατάθλιψης τα πρώτα 3 έτη μετά το ΑΕΕ σχετίζεται με ελάττωση της φυσικής λειτουργικότητας, μικρότερη συμμετοχή στη διαδικασία αποκατάστασης και εκδηλώνεται με κακή

ποιότητα ζωής, και αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. **Συμπεράσματα:** Η εμφάνιση κατάθλιψης μετά από ΑΕΕ αποτελεί αρνητικό προγνωστικό παράγοντα και η πρόληψη και αντιμετώπισή της πρέπει να είναι αποτέλεσμα συνεργασίας του ιατρού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τους ιατρούς και ψυχολόγους της Ψυχικής Υγείας.

## 5. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΑ ΠΟΛΙΤΗ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΧΡΙ ΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΛΛΑΔΑ

**Κωνσταντίνος Ανάστου**<sup>1</sup>, Αντωνία Τσιφλίδου<sup>2</sup>, Ζωή Θεού<sup>3</sup>, Αριστοφάνης Σμπάρδος<sup>4</sup>, Αναστασία Σαμαρά<sup>2</sup>

1. Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας
2. ΚΥ Αλεξάνδρειας
3. Γενικό Νοσοκομείο Βόλου
4. Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής

**Σκοπός** της παρούσης μελέτης είναι η ενημέρωση του κοινού σχετικά με την οργάνωση του δημόσιου συστήματος υγείας στην αρχαία και στη σύγχρονη Ελλάδα, καθώς για στην αναγκαιότητα εφαρμογής του. **Υλικό και μέθοδος:** Βιβλιογραφική ανασκόπηση ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας καθώς και μεταφράσεων αρχαίων κειμένων. **Αποτελέσματα:** Η Ελληνική πόλη - κράτος παρείχε στο σώμα των πολιτών δωρεάν παροχή ιατρικής περίθαλψης. Δημόσιοι γιατροί αμείβονταν από τις τοπικές κυβερνήσεις, συνήθως σε ετήσια βάση, με σκοπό να προσφέρουν τις απαιτούμενες ιατρικές θεραπείες στους ασθενείς. Η παροχή της ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ θεωρούνταν ως κάτι δεδομένο για τους νομοθέτες. Ο Διόδωρος ο Σικελιώτης διασώζει μία διαταγή του νομοθέτη Χάροντα, ο οποίος είχε διατάξει όλοι ανεξαιρέτως οι ιδιώτες να δέχονται τις φροντίδες γιατρού αμειβομένου με δημόσια έξοδα. Στην Ελληνιστική Πτολεμαϊκή Αίγυπτο, ο δημόσιος ιατρός θα έπρεπε αρχικά να δράσει σύμφωνα με τις γραπτές υποδείξεις, οι οποίες λειτουργούσαν ως οδηγοί αντιμετώπισης ασθενειών, στην περίπτωση που παρόλη την τήρηση των οδηγιών και την κατάλληλη θεραπεία, ο ασθενείς απεβίωνε, ο ιατρός απαλλάσσονταν από αναζήτηση ευθυνών για λάθος χειρισμούς, σε αντίθετη περίπτωση ο ιατρός διώκονταν με ανάλογες κατά περίπτωση κυρώσεις. Ο Αριστοτέλης αναφέρει πως ο γιατρός μπορούσε να δράσει κατά βούληση μονάχα μετά το πέρας τριών ημερών αγωγής σύμφωνης με τις υπάρχουσες γραπτές οδηγίες, μετά το χρονικό αυτό διάστημα αν η αγωγή δεν είχε φέρει κανένα ορατό αποτέλεσμα μπορούσε να ακολουθήσει την δική του προσωπική θεραπεία. Στη σημερινή εποχή η Ελλάδα βρίσκεται στην 23η θέση της Ε.Ε. των 27 χωρών σε επίπεδο υπηρεσιών υγείας, έχοντας σημειώσει υποχώρηση 9 θέσεων την τελευταία τριετία, με συνοδό μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης. Οι ανασφάλιστοι πολίτες στην Ελλάδα αποτελούν πλέον το 28% του πληθυσμού. **Συμπεράσματα:** Ο θεσμός του δημόσιου συστήματος υγείας είναι βαθιά ριζωμένος στην ιστορία των Ελλήνων από την αρχαιότητα και η δωρεάν παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ήταν και πρέπει να είναι αναφαίρετο δικαίωμα των Ελλήνων.

### III. ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

#### 1. ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΧΝΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ



**Δέσποινα Κωστελίδου, Δωροθέα Παναπακίδου**

Μαίες Μ/Γ Κλινικής "Αχιλλοπούλειου" Γενικού Νοσοκομείου Βόλου.

Η εφηβεία είναι μια μεταβατική περίοδος ανάμεσα στην παιδική ηλικία και την ώριμη ηλικία. Σε μια περίοδο σωματικών αλλαγών και ανάπτυξης της σεξουαλικότητας, η έφηβος μπορεί να αντιμετωπίσει μια σειρά γυναικολογικών προβλημάτων. Έτσι τα συχνότερα γυναικολογικά προβλήματα είναι τα εξής: **Διαταραχές εμμηνορρυσιακού κύκλου:** Αμηνόρροια είναι η πλήρης απουσία εμμηνορρυσίας. Διακρίνεται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. **Πρωτοπαθής αμηνόρροια:** Εάν η έφηβος δεν έχει

εμφανίσει έμμηνο ρύση ως την ηλικία των 16 ετών. **Δευτεροπαθής αμηνόρροια:** Εάν τουλάχιστον για 6 μήνες έχει διακοπεί η έμμηνος ρύση. Τα **αίτια** μπορεί να είναι ποικίλα στην πρωτοπαθή αμηνόρροια. Υποθαλαμικά και υποφυσιακά (κύστεις και όγκοι της υπόφυσης), αγενεσία ωοθηκών (σύνδρομο TYRNER), χρωμοσωμικές ανωμαλίες, άτρητος παρθενικός υμένας. Άλλα αίτια μπορεί να είναι ορμονικές διαταραχές ψυχολογικοί παράγοντες υπερβολική άθληση (δευτεροπαθής αμηνόρροια). Η θεραπεία είναι ανάλογη με το αίτιο. **Δυσλειτουργικές αιμορραγίες:** Προκαλούνται κατά την εφηβική ηλικία λόγω ανωριμότητας του ενδοκρινικού άξονα. Σε ορισμένες περιπτώσεις προκαλούν βαριά αναιμία, shock. Η θεραπευτική αγωγή εξαρτάται από την βαρύτητα της αιμορραγίας.

**Δυσμηνόρροια:** Είναι ο έντονος πόνος κατά την εμμηνορρουσία. Αφορά το 50% των εφήβων. Οφείλεται στην αυξημένη παραγωγή προσταγλανδινών .Διαρκεί περίπου 48-72 ώρες. Τα συμπτώματα βελτιώνονται ή υποχωρούν μετά τον πρώτο τοκετό. **Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCO):** Η συχνότητά του είναι 5-10%. Υπάρχει γονιδιακός και κληρονομικός παράγων .Η διάγνωση του στηρίζεται στο υπερηχογράφημα.. Τα συμπτώματα είναι παχυσαρκία, ακμή, διαταραχές εμμηνορρουσίας, σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, υπογονιμότητα, δασυτριχισμός. Η θεραπεία είναι κυρίως ορμονικά σκευάσματα και αλλαγή στο τρόπο ζωής. **Συγγενείς ανωμαλίες διάπλασης του γεννητικού συστήματος:** ατρησία παρθενικού υμένα, κολπικά διαφράγματα. **Διαταραχές στην ανάπτυξη των μαστών:(ανισομαστία)**

#### **Βιβλιογραφία :**

1. Καλογερόπουλος Αχιλλέας (1996) Γυναικολογία U.S.P Θεσσαλονίκη.
2. Μπόντης Ιωάννης(2002) Βασικές γνώσεις Μ&Γ UNS Θεσσαλονίκη.

## **2. «ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟ» Ή ΑΠΛΩΣ «ΖΩΗΡΟ ΠΑΙΔΙ»;**

**Ιωάννα Τούλα, Δήμητρα Τούλα**

Απόφοιτος ΠΤΔΕ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**Εισαγωγή :** Η ενεργητικότητα και η αυξημένη κινητική δραστηριότητα χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορά των παιδιών. Προσπαθώντας να ανταποκριθούν στα πολλαπλά ερεθίσματα του περιβάλλοντος, συχνά μεταπηδούν από τη μια δραστηριότητα στην άλλη με παρορμητισμό και ανυπομονησία . Ορισμένα όμως παιδιά παρά τη φυσιολογική νοημοσύνη τους δυσκολεύονται ιδιαίτερα να συγκεντρώσουν προσοχή και ενδιαφέρον στη δραστηριότητα που εκτελούν, λόγω της υπερβολικής κινητικής δραστηριότητας που τα χαρακτηρίζει. Παράλληλα με την έντονη κινητικότητα συχνά συνυπάρχουν η διάσπαση προσοχής και η παρορμητικότητα. Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-III-R το παιδί που παρουσιάζει: α) *υπερκινητικότητα* κινείται απότομα και νευρικά, αδυνατεί να παραμείνει στη θέση του ακόμα και όταν του ζητηθεί και κινείται διαρκώς ακόμα και κατά τη διάρκεια του ύπνου, β) *παρορμητικότητα* δεν οργανώνει σωστά τις δραστηριότητες του κι έτσι τις ξεχνάει, εγκαταλείπει συχνά δραστηριότητες διότι είναι ανυπόμονο, συχνά αδυνατεί να συμμορφωθεί σε περιορισμούς και απαγορεύσεις, είναι ανήσυχο, ευερέθιστο και ενοχλεί τους συμμαθητές του, συμπεριφέρεται αυθόρμητα, γ) *απροσεξία* δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του όπου απαιτείται, δίνει την εντύπωση ότι είναι αφηρημένο, δυσκολεύεται να διεκπεραιώσει δραστηριότητες. Σήμερα η διάγνωση των ειδικών για παιδιά που παρουσιάζουν τα παραπάνω συμπτώματα είναι η «Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – Υπερκινητικότητα» (ΔΕΠ-Υ). **Σκοπός:** της παρούσας ανακοίνωσης είναι να αναδειχθεί η μεγάλη σημασία της συστηματικής,

πολύπλευρης, διεπιστημονικής διερεύνησης στη διάγνωση της υπερκινητικότητας, καθώς η ύπαρξη κάποιων μόνο ενδείξεων, μαθησιακών δυσκολιών, συναισθηματικών προβλημάτων ή προβλημάτων κοινωνικής προσαρμογής που προκύπτουν λόγω αυτής, δε συνεπάγει και την ύπαρξη του συνδρόμου. **Υλικό- μέθοδος\_**Για τη συγκέντρωση των πληροφοριών ανατρέξαμε σε ελληνική βιβλιογραφία καθώς και σε πληροφορίες από τον παγκόσμιο ιστό, μέσω ιστοεξερεύνησης. **Συμπεράσματα:** Συνοψίζοντας αν η διάγνωση δεν είναι ακριβής ενέχει ο κίνδυνος α) όταν γίνεται χωρίς παράλληλη νευρολογική εξέταση και ειδική παιδαγωγική διερεύνηση, να αποδοθεί λανθασμένα η διαταραχή σε οργανική εγκεφαλική βλάβη β) λόγω της δυσκολίας που έχει το παιδί στη συνεργασία και στην επικοινωνία, να διαγνωστεί νοητική καθυστέρηση γ) να υποτιμηθεί η σημασία της υπερκινητικότητας, παρά τη διαπίστωσή της και να εφησυχαστούν οι γονείς κάτω από το γνωστικό σχήμα, «Μην ανησυχείτε, μεγαλώνοντας θα περάσει». Καθοριστικό ρόλο στη διάγνωση παίζουν οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς, καθώς είναι πιθανό τα χαρακτηριστικά της υπερκινητικότητας να μην εκδηλωθούν και να μη διαπιστωθούν κατά τη διάρκεια μιας παιδοψυχιατρικής, ψυχολογικής εξέτασης λόγω του καινούριου και διαφορετικού περιβάλλοντος.

### **Βιβλιογραφία**

Κουρκούτας Η. & Chartier J.P, (2008), Παιδιά και έφηβοι με ψυχοκοινωνικές διαταραχές : Στρατηγικές παρέμβασης, Αθήνα, Εκδόσεις Τόπος

Λιβανίου Ε. (2004), Μαθησιακές Δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς στην κανονική τάξη, Αθήνα, Κέδρος

Τζουριάδου Μ. & Μπάρμπας Γ., Μαθησιακές δυσκολίες- Γνωστικές προσεγγίσεις

[http://www.specialeducation.gr/files4users/files/pdf/depy\\_chatzimanoli.pdf](http://www.specialeducation.gr/files4users/files/pdf/depy_chatzimanoli.pdf)

### **3. ΓΝΩΣΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑ.Σ Β. ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΤΟΥ Γ.Ν. ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»**

**Ιωάννα Ματραπάζη**<sup>3</sup>, Αικατερίνη Χασιώτη<sup>1</sup>, Ευαγγελία Μπελέτη<sup>2</sup>, Σταυρούλα Λίλου<sup>4</sup>, Δημοκλής Γκαγιάννης<sup>5</sup>, Ελένη Χαμπέρη<sup>6</sup>

1.Νοσηλεύτρια ΤΕ, Γ. Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

2. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Διευθύντρια ΕΠΑ.Σ Β. Νοσηλευτών Γ. Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

3. Επισκέπτρια Υγείας – Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Εκπαιδευτικός ΕΠΑ.Σ Β. Νοσηλευτών Γ. Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

4. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Γ. Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

5. Εργοθεραπευτής ΤΕ, Γ. Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

6. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Μονάδος Περιτοναϊκών Πλύσεων Γ. Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

**Εισαγωγή:** Τα τελευταία χρόνια η παχυσαρκία βρίσκεται ανάμεσα στις κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Με την αυξανόμενη επικράτησή της σε ενήλικες και παιδιά οι αρχές τη θεωρούν ως ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα δημόσιας υγείας του 21<sup>ου</sup> αιώνα, με διαστάσεις **επιδημίας**. Η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση στην Ε.Ε. στην παχυσαρκία των ανδρών με ποσοστό 27,6%, τη δεύτερη θέση στις γυναίκες με ποσοστό 18,4%, ενώ τα νεαρά ελληνόπουλα είναι τα πιο παχύσαρκα. **Σκοπός** της ερευνητικής εργασίας ήταν ο έλεγχος των διατροφικών γνώσεων, κατά πόσο αυτές εφαρμόζονται και ο έλεγχος του δείκτη μάζας σώματος των σπουδαστών. **Υλικό και μέθοδος:** Οι

σπουδαστές απάντησαν σε δεκατέσσερις ερωτήσεις, που αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία, γενικές γνώσεις διατροφής, και το τι περιλαμβάνει το ημερήσιο διαιτολόγιό τους. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και συμπληρώθηκε από τον καθένα ξεχωριστά. Με βάση τα στοιχεία που έδωσαν έγινε μέτρηση του δείκτη μάζας σώματος των ερωτηθέντων. Στην έρευνα πήραν μέρος 72 σπουδαστές (10 Α', 62 Γ') ηλικίας από 18-50 ετών. **Αποτελέσματα:** Από το σύνολο των απαντήσεων, οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 79% γνωρίζουν τι πρέπει να περιλαμβάνει ένα πρωινό και ότι είναι απαραίτητο το δεκατιανό και το απογευματινό. Το 84% απάντησαν ότι το βραδινό πρέπει να καταναλώνεται έως τις 8μμ και ότι επιτρέπεται ένα ποτήρι αλκοόλ ημερησίως. Οι περισσότεροι καταναλώνουν όσπρια δυο φορές την εβδομάδα και κόκκινο κρέας μόνο μια. Επίσης έδειξαν να προτιμούν ιδιαίτερα τα φρούτα ως ενδιάμεσο γεύμα. **Συμπεράσματα:** Οι σπουδαστές, ενώ φαίνεται ότι μπορούν να δώσουν σωστές απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο, έχουν παχυσαρκία σε ποσοστό μεγαλύτερο από την μέση τιμή του γενικού πληθυσμού (38%). Το φαινόμενο αυτό χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, καθώς το 76% των παχύσαρκων δείχνει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις. Γι' αυτό θα πρέπει να διερευνηθούν τα αίτια (ψυχική ηρεμία - υποστηρικτικό περιβάλλον - οικονομική δυνατότητα) που δεν καθιστούν εφικτή την εφαρμογή των κανόνων της σωστής διατροφής.

#### **4. ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑ.Σ Β. ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΤΟΥ Γ.Ν. ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»**

**Ιωάννα Ματραπάζη<sup>1</sup>**, Αικατερίνη Χασιώτη<sup>2</sup>, Ευαγγελία Μπελέτη<sup>3</sup>, Δημοκλής Γκαγιάννης<sup>4</sup>, Μαγδαληνή Σελαμανίδου<sup>5</sup>.

1. Επισκέπτρια Υγείας – Νοσηλεύτρια, MSc, Εκπαιδευτικός ΕΠΑ.Σ Β. Νοσηλευτών Γ. Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»
2. Νοσηλεύτρια, Γ. Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»
3. Νοσηλεύτρια, MSc, Διευθύντρια ΕΠΑ.Σ Β. Νοσηλευτών Γ. Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»
4. Εργοθεραπευτής, NDT, SI, Γ. Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»
5. Νοσηλεύτρια, MSc, Προϊσταμένη Μονάδος Μεσογειακής Αναιμίας Γ. Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

**Εισαγωγή:** Το άγχος αποτελεί βασικό συστατικό της συναισθηματικής ζωής και παίζει καθοριστικό - κεντρικό ρόλο στη σκέψη και στη δράση. Είναι πρωταγωνιστικός παράγοντας στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς. Προβλήματα υγείας και οικονομικά, περίοδοι εξετάσεων, συναισθηματικές ανακατατάξεις προκαλούν ανησυχία που δυσκολεύει τη ζωή. **Σκοπός** της ερευνητικής εργασίας ήταν η μέτρηση των επιπέδων άγχους που η παρούσα οικονομική κρίση προκαλεί στους σπουδαστές για το μέλλον. **Μεθοδολογία:** Οι 42 σπουδαστές (5 άνδρες και 37 γυναίκες) από 17 - 52 ετών απάντησαν σε ερωτηματολόγιο. Είχε 30 ερωτήσεις που αφορούσαν το άγχος, την μοναξιά, το μέλλον, ήταν ανώνυμο και συμπληρώθηκε από τον καθένα ξεχωριστά. Για κάθε πρόταση, επέλεξαν τη συχνότητα που ισχύει για αυτούς τον τελευταίο χρόνο (ανάμεσα από το σχεδόν ποτέ – μερικές φορές – συχνά – συνήθως). **Αποτελέσματα:** Από την άθροιση της βαθμολογίας των απαντήσεων του ερωτηματολογίου, βρέθηκαν 12 (12%) σπουδαστές με χαμηλά επίπεδα άγχους, 18 (43%) με μέτρια, 17 (40,5%) με υψηλά και 2 (4,5%) με πολύ υψηλά επίπεδα. Χαμηλά επίπεδα άγχους παρουσίασαν 3 γυναίκες ηλικίας 50+, μέτρια 6 γυναίκες ηλικίας 20+, υψηλή 5 γυναίκες ηλικίας 20- και πολύ υψηλή 2 γυναίκες ηλικίας 20- και 30+ αντίστοιχα. Το 43% δεν αισθάνεται μοναξιά ή απομόνωση σχεδόν ποτέ, διασκεδάζει μερικές φορές και το 36% διασκεδάζει συχνά. Φόβο για το μέλλον αισθάνεται μερικές φορές το 33%. Το 69% αισθάνεται ότι κάνει πράγματα που θέλει και όχι επειδή πρέπει και το 67% θεωρεί ότι επιτυγχάνει τους στόχους που έχει θέσει. **Συμπεράσματα:** Το άγχος είναι μια αίσθηση ανησυχίας και πίεσης που μπορεί να εμφανιστεί λιγότερο ή περισσότερο συχνά. Αφορά όλους, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, επαγγέλματος και οικονομικής ή κοινωνικής κατάστασης. Όμως η πλειονότητα των σπουδαστών έχει μέτρια επίπεδα άγχους, διασκεδάζει, δεν νιώθει απομόνωση και η πορεία για το μέλλον τους απασχολεί μόνο μερικές φορές. Οι ερωτηθέντες νοιώθουν ασφαλείς και προστατευμένοι παρά τα όσα συμβαίνουν γύρω τους και δεν αποθαρρύνονται.

## 5. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

**Ευαγγελία Μπελέτη**<sup>1</sup>, Ιωάννα Ματραπάζη<sup>2</sup>, Γκαγιάννης Δημοκλής<sup>3</sup>

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Διευθύντρια ΕΠΑ.Σ Β. Νοσηλευτών Γ.Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

2. Επισκέπτρια Υγείας – Νοσηλεύτρια, MSc, Εκπαιδευτικός ΕΠΑΣ Β. Νοσηλευτών Γ.Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

3. Εργοθεραπευτής, NDT, SI, Τμήμα Φυσικής Αποκατάστασης Γ.Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

**Εισαγωγή:** Σήμερα στην Ελλάδα οι άνθρωποι με σακχαρώδη διαβήτη ξεπερνάνε το 1 εκατομμύριο και αντιπροσωπεύουν περίπου το 12% του συνολικού πληθυσμού, ενώ παγκοσμίως ξεπερνούν τα 300 εκατομμύρια. Στα μέσα της επόμενης δεκαετίας αναμένεται να διπλασιαστεί ο αριθμός σε ολόκληρο τον κόσμο και να βρίσκεται περίπου στα επίπεδα των 600 εκατομμυρίων. **Σκοπός:** Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη βιώνουν καθημερινά τις «παρενέργειες» που έχει προκαλέσει η οικονομική κρίση στο σύστημα υγείας, η διερεύνηση των οποίων αποτελεί και το σκοπό της εργασίας μας. Ο σακχαρώδης διαβήτης, ειδικά όταν δεν έχει διαγνωστεί ή παραμένει αρρυθμιστός, είναι επικίνδυνος καθώς μπορεί να επιφέρει απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές. Αυτό απαιτεί άμεσα τη λήψη μέτρων από όλους τους σύγχρονους εμπλεκόμενους φορείς, **Ανασκόπηση βιβλιογραφίας:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε ελληνικούς ιστότοπους (ΕΣΔΥ, diagnosispress.gr, esaea.gr, ygeia360.gr), με λέξεις κλειδιά: «σακχαρώδης διαβήτης», «οικονομική κρίση» και «συνέπειες». Τα αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι οι οικονομικές περικοπές επιφέρουν πρόωρους και αναίτιους θανάτους και ταυτόχρονα θα πολλαπλασιάσουν, μέσα στα επόμενα χρόνια, το κόστος για τον ΕΟΠΥΥ και το σύστημα υγείας. Ιδιαίτερα οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη αντιμετωπίζουν τα εξής προβλήματα:

-Αλλαγές στη διατροφή προς το χειρότερο (φθηνά, λιπαρά τρόφιμα).

-Πολλά παιδιά με διαβήτη τύπου Ι με αντλία ινσουλίνης, παρουσίασαν μόλυνση ή κετοξέωση. Κάποιοι ασθενείς επέστρεψαν στη θεραπεία με πολλαπλές ενέσεις.

-Ανασφάλιστοι ασθενείς απορρυθμίζονται λόγω της διαφορετικής ινσουλίνης που παίρνουν από τα νοσοκομεία ή τα κοινωνικά ιατρεία.

-Συμμετοχή (10%) στην ινσουλίνη και 25% στα αναλώσιμα υλικά.

-Συγκοινωνίες Νοσοκομείων και υποβάθμιση ή κατάργηση των διαβητολογικών κέντρων μέσω των Οργανισμών των Νοσοκομείων.

-Αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στις ιδιωτικές κλινικές.

-Οφειλές των ασφαλιστικών ταμείων πριν και μετά την ενοποίησή τους στον ΕΟΠΥΥ. που δεν έχουν αποπληρωθεί ακόμη.

- Διακοπή ασφάλισης μετά το 26<sup>ο</sup> έτος άνεργων φοιτητών.

**Συμπεράσματα:** Την τελευταία διετία η συρρίκνωση της υγειονομικής δαπάνης, λόγω οικονομικής κρίσης, έχει υποβαθμίσει το επίπεδο υγείας και την πρόσβαση των χρόνιων πασχόντων στις υπηρεσίες υγείας κατά 30%. Η εκπαίδευση και ενημέρωση του κοινού σε θέματα πρόληψης και αντιμετώπισης παθήσεων είναι πρωταρχικής σημασίας. Είναι το κλειδί για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του διαβήτη και προϋπόθεση για τη ρύθμιση της νόσου, ώστε να αποτραπούν ή να καθυστερήσουν οι επιπλοκές.

## 6. ΙΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ

**Μαρία Μητρίτσια, Κοκώνη Σπυριδοπούλου**

Γενικό Νοσοκομείο Βόλου

**Εισαγωγή:** Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) είναι ένας σφαιρικός DNA ιός που δεν έχει περίβλημα, ανήκει στην οικογένεια papillomaviridae και μπορεί να μολύνει επιθηλιακούς ιστούς μέσω μικροτραυματισμών. Οι συγκεκριμένοι ιοί έχουν συσχετιστεί με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, όπως και άλλων μορφών καρκίνου σε άλλες περιοχές του σώματος (πρωκτός, στοματοφάρυγγας). **Σκοπός** της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η ενημέρωση για τη

χρήση και την ασφάλεια του εμβολίου έναντι του HPV. **Υλικό-μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε διαδικτυακή αναζήτηση στην Αμερικάνικη Ιατρική Εθνική Βιβλιοθήκη (pubmed) με λέξεις κλειδιά: hrv, vaccine, vaccination. **Αποτελέσματα:** HPV και καρκίνος: Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων ευθύνεται για το 5,2% όλων των μορφών καρκίνου σε παγκόσμια κλίμακα. Οι υποτύποι HPV 16 και 18 ευθύνονται για την πλειοψηφία (περίπου 75%) των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ είναι υπεύθυνοι και για το 63-80% του καρκίνου του πέους, το 80-86% του καρκίνου του αιδοίου, το 93% των πρωκτικών καρκίνων και το 89-95% των στοματοφαρυγγικών καρκίνων. HPV και εμβολιασμός: Οι ΗΠΑ, η Αυστραλία, ο Καναδάς και το Ηνωμένο Βασίλειο ήταν ανάμεσα στις πρώτες χώρες που εισήγαγαν τη χρήση του εμβολίου. Είκοσι δύο χώρες της Ευρώπης μέχρι τις αρχές του 2012 είχαν εντάξει το συγκεκριμένο εμβόλιο στο εθνικό σύστημα εμβολιασμού. Τα διαθέσιμα εμβόλια είναι δύο: το τετραδύναμο (Gardasil) που στοχεύει στους τύπους 6,11,16,18 και το διδύναμο (Cervarix) που στοχεύει στους τύπους 16,18. Και τα δύο χορηγούνται σε 3 δόσεις. Ασφάλεια του εμβολίου: Κλινικές δοκιμές σε 21.000 κορίτσια και νεαρές γυναίκες κατέδειξαν ως πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες τις εξής: πυρετό, ναυτία, ζάλη, πόνο στο σημείο της ένεσης, οίδημα και ερύθημα. Μέχρι το 2008 περισσότερες από 23.000.000 δόσεις του εμβολίου είχαν χορηγηθεί στις ΗΠΑ και είχαν καταγραφεί 11.916 περιστατικά ανεπιθύμητων ενεργειών, χωρίς να υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στο κίνδυνο εμφάνισης επικίνδυνων ανεπιθύμητων ενεργειών ανάμεσα στην ομάδα που χορηγήθηκε το εμβόλιο και την ομάδα ελέγχου.

### **Βιβλιογραφία:**

1. Barbara Ma, Bharat Maraj, Nam Phuong Tran et al. Emerging human papillomavirus vaccines. *Expert Opin Emerg Drugs* 2012 December ; 17(4): 469–492
2. Lauri E. Markowitz, Vivien Tsub, Shelley L. Deeksc et al., Human Papillomavirus Vaccine Introduction – The First Five Years. *Vaccine* 30S (2012) F139– F148
3. Douglas R. Lowy and John T. Schiller. Reducing HPV-associated Cancer Globally. *Cancer Prev Res (Phila)*. 2012 January ; 5(1): 18–23
4. T. C. Pomfret , J. M. Gagnon Jr and A. T. Gilchrist. Quadrivalent human papillomavirus (HPV) vaccine: a review of safety, efficacy, and pharmacoeconomics. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* (2011) 36, 1–9

## **7. ΣΧΕΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ-ΠΑΙΔΙΟΥ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ.**

**Ελένη Βλάχου.** Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών στη Ψυχική Υγεία ΤΕΙ Λάρισας

**Εισαγωγή:** Οι σχέσεις του παιδιού με τον εκπαιδευτικό στην πρώτη παιδική ηλικία αποτελούν σημαντικό παράγοντα, ο οποίος, καθορίζει την εμπειρία του παιδιού για το σχολείο και επηρεάζει τη δυνατότητα προσαρμογής του. Η σχέση εκπαιδευτικού-παιδιού επηρεάζει σημαντικά την κοινωνικό-συναισθηματική του ανάπτυξη, αλλά και τη μάθηση γενικότερα. (Pianta, 1994). Ειδικότερα, στη νηπιακή και παιδική ηλικία η σχέση του εκπαιδευτικού με το παιδί διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνικό - συναισθηματική του ανάπτυξη και στη σχολική επίδοση. Οι εκπαιδευτικοί, είναι σημαντικά πρόσωπα αναφοράς για τα παιδιά, που τους παρέχουν βοήθεια και καθοδήγηση. (Hamre & Pianta , 2001). Επίσης ο ρόλος τους είναι καθοριστικός στην επίδραση που έχει η σχέση εκπαιδευτικού-παιδιού στις σχέσεις του παιδιού με τους συνομηλίκους του. (Birch & Ladd, 1997). Η σχέση εκπαιδευτικού-παιδιού έχει ορισμένα χαρακτηριστικά που είναι άξια μελέτης καθώς επηρεάζουν την ποιότητα αυτής της εξαιρετικής σημασίας για την εξέλιξη του παιδιού, διαπροσωπικής επικοινωνίας μεταξύ των δυο αυτών μερών. Οι τρεις διαστάσεις αυτής της σχέσης είναι η εγγύτητα, η σύγκρουση και η εξάρτηση στην επικοινωνία του παιδιού με τον εκπαιδευτικό. **Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση των τριών αυτών χαρακτηριστικών που αναπτύσσονται στη σχέση μεταξύ εκπαιδευτικού – παιδιού, καθώς και η ανάδειξη της



σημαντικότητας της σχέσης που αναπτύσσεται και πώς αυτή επηρεάζει σημαντικά την κοινωνικο-συναισθηματική προσαρμογή του παιδιού στο σχολικό περιβάλλον, τη σχέση του με τους συνομήλικους και τέλος πώς επηρεάζει την σχολική του επίδοση, στον χώρο της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. **Μεθοδολογία:** Η μέθοδος που ακολουθήθηκε στην παρούσα εργασία ήταν η βιβλιογραφική ανασκόπηση από πρόσφατες μελέτες και έρευνες από την διεθνή κυρίως βιβλιογραφία. **Αποτελέσματα:** Μια στενή διαπροσωπική σχέση που χαρακτηρίζεται από ζεστασιά και ανοιχτή επικοινωνία ανάμεσα στο παιδί και στον εκπαιδευτικό είναι συνδεδεμένη με θετικά αποτελέσματα στον χώρο του σχολείου για τα παιδιά. (Birch & Ladd, 1997). Σε αντίθεση, μια συγκρουσιακή σχέση μεταξύ εκπαιδευτικού-παιδιού, η οποία χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα έντασης και εχθρότητας και από συχνές διαμάχες μεταξύ των δυο μερών, έχει αρνητικά αποτελέσματα για το παιδί. (Birch & Ladd, 1997). Τέλος, η εξαρτητική μορφή επικοινωνίας, δημιουργεί μια υπερπροστασία στο παιδί και καλλιεργεί προσκολλημένη συμπεριφορά του παιδιού προς τον εκπαιδευτικό, η οποία έχει και αυτή αρνητικές συνέπειες για το παιδί. (Birch & Ladd, 1997). **Συμπεράσματα:** Μια στενή διαπροσωπική σχέση μεταξύ εκπαιδευτικού και παιδιού βοηθά τα παιδιά να έχουν μια καλή επικοινωνία με τους συνομηλικούς τους, καθώς χρησιμοποιούν τον εκπαιδευτικό, ως πηγή υποστήριξης. (Birch & Ladd, 1997). Ακόμη να έχουν καλύτερη επίδοση στο σχολείο, συνεπώς η στενή σχέση εκπαιδευτικού-παιδιού που περιέχει ανοιχτή επικοινωνία βοηθά στην καλύτερη προσαρμογή των παιδιών στο σχολείο. (Hamre & Pianta, 2001). Αντιθέτως, τόσο η συγκρουσιακή σχέση εκπαιδευτικού-παιδιού όσο και η εξαρτητική μορφή επικοινωνίας, συνδέεται με σχολική αποφυγή, άγχος του παιδιού που συνδέεται με τον εκπαιδευτικό, αντικοινωνική συμπεριφορά και κακή σχέση με τους συνομηλικούς. (Birch & Ladd, 1997). Συνεπώς, οι δυο μορφές αυτές επικοινωνίας έχουν αρνητικά αποτελέσματα στα παιδιά, και συνδέονται άμεσα με δυσμενή προσαρμογή του παιδιού στο σχολικό περιβάλλον.

#### **Βιβλιογραφία:**

1. Birch, S.H, & Ladd , G.W.(1997). The teacher-child relationship and children's early school adjustment . Journal of School Psychology, 35, 61-79.
2. Hamre, B.K, & Pianta, P.C.(2001). Early teacher – child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eight grade, Child Development, 72, 625-638.
3. Pianta, R. (1994): Patterns of relationships between children and Kindergarten teachers. Journal of School Psychology, Vol.32, No.1, pp 15-31.

## **8. ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

**Χαρίκλεια Μάγγου**<sup>1</sup>, Αναστασία Αναστασίου-Κατσιαρδάνη<sup>2</sup>

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Γ.Ν Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

2. Διευθύντρια Παιδιατρικής Κλινικής, «Αχιλλοπούλειο» Γεν Νοσοκομείου Βόλου, Διδάκτωρ Παν/μίου Αθηνών

**Εισαγωγή:** Η νευρική ανορεξία (*anorexia nervosa*), είναι ψυχική ασθένεια που συνίσταται στον παράλογο και μανιώδη φόβο του ατόμου να πάρει βάρος και εκδηλώνεται με την ψυχαναγκαστική άρνηση να δεχτεί τροφή. Οι άνθρωποι που πάσχουν απ' αυτή τη νόσο, διακατέχονται από την έμμονη ιδέα ότι πρέπει να είναι αδύνατοι (λεπτοί). Ο όρος, έχει ελληνική προέλευση, από το *αν* (πρόθεμα που δηλώνει άρνηση) και το *όρεξις* (όρεξη). Είναι μια ασθένεια, που δημιουργεί τεράστια ψυχοκοινωνικά προβλήματα, αφενός στις οικογένειες που βρίσκονται αντιμέτωπες με αυτό το πρόβλημα και αφετέρου στους ειδικούς, όσον αφορά τα θέματα χειρισμού λόγω της πολυπλοκότητας

της. Αναγνωρίστηκε, για πρώτη φορά ως διαταραχή το 1873 από τον Άγγλο γιατρό William Gull, ο οποίος την χαρακτήρισε ως ειδική νόσο και τον Γάλλο ψυχίατρο Charles Laseque, ο οποίος την περιέγραψε από κοινωνική και ψυχολογική σκοπιά. **Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι να διερευνηθεί η φύση της διαταραχής, τα χαρακτηριστικά της γνωρίσματα, η πορεία της καθώς και οι επιπτώσεις, ενώ παράλληλα διατυπώνονται μέθοδοι και προτάσεις για μια πιο ολοκληρωμένη παρέμβαση. **Μέθοδος:** Η μεθοδολογία βασίζεται στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία και στην αναζήτηση μελετών και ερευνών από διαδικτυακές πηγές όπως PubMed, Cinahl, και Scholar Google, με στόχο τη διατύπωση πιο επικαιροποιημένων και έγκυρων δεδομένων, μέσω των οποίων θα επιτευχθούν συγκρίσεις και εξαγωγές συμπερασμάτων. **Αποτελέσματα:** Οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, είναι μία από τις λίγες περιπτώσεις προβλημάτων ψυχικής υγείας που εκδηλώνονται συχνότερα στην εφηβεία σε ηλικία 13-20 ετών. Συγκεκριμένα, κορίτσια 15-17 ετών αποτελούν το 40% των περιπτώσεων, ενώ στα αγόρια εμφανίζεται πριν την ηλικία των 12 ετών. Το 90% των ατόμων που έχουν νευρική ανορεξία είναι γυναίκες, ενώ σπάνια εμφανίζεται πριν την ηλικία των 10 ετών και μετά την ηλικία των 40 ετών. Ένα 50-70% των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία, διατηρούν κανονικό βάρος, όμως μόνο το 20-50% έχουν ένα κανονικό τρόπο σίτισης. Επιπλέον, ένα ποσοστό 30-50%, μπορούμε να πούμε ότι αποθεραπεύεται εντελώς, ενώ 1/3 των περιστατικών γίνονται χρόνια και έχουν κακή κατάληξη. **Συμπεράσματα:** Η νευρική ανορεξία, είναι μία πολύπλοκη, διατροφική διαταραχή με ισχυρό ψυχολογικό υπόβαθρο, που επηρεάζει έντονα τη ζωή όλων, που καλούνται να την αντιμετωπίσουν. Οι επιπτώσεις της, είναι πολύ βλαβερές, όμως συχνά δεν διαγιγνώσκεται, προτού το άτομο φτάσει σε πολύ σοβαρή κατάσταση. Η διαταραχή δεν υποχωρεί χωρίς θεραπεία. Η ελπίδα και το αισιόδοξο αποτέλεσμα, είναι σχεδόν βέβαια, όταν υπάρξει συνεργασία μαζί με γρήγορη και εξειδικευμένη παρέμβαση.

**Λέξεις κλειδιά:** Νευρογενής ανορεξία, παιδιά, έφηβοι, συμπτώματα Ν.Α.

#### **Βιβλιογραφία:**

1. www.iatronet.gr, 2013
2. www.medlook.net, 2014
3. www.eatingdisorders.gr, 2014
4. Woodman. M, (2013). « Η κουκουβάγια ήταν κόρη του φούρναρη». Παχυσαρκία, Νευρική Ανορεξία και καταπιεσμένη θηλυκότητα. Εκδόσεις, ΙΣΙΣ. Ρέθυμνο.

## **9. Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ACHENBACH**

**Κωνσταντίνος Λάκτυλας,** Στυλιανή Δάκτυλα, Γλυκερία Μήτσιου, Αναστασία Αναστασίου-Κατσιαρδάνη, Σταυρούλα Λίλου,

**ΕΦΥΚΕ** (Εταιρία Φροντίδας Υγείας Και Εκπαίδευσης)

**Εισαγωγή:** Πολλές μελέτες φαίνεται να επικεντρώνονται στη συμπεριφορική, γνωστικο - συμπεριφορική, & κοινωνικο - γνωστική διάσταση. Το συναίσθημα και η αυτο-αντίληψη διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή του παιδιού. Οι νέες προσεγγίσεις υπογραμμίζουν ότι οι ψυχοκοινωνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες, η λειτουργία των παιδιών σε διάφορα πλαίσια (ομάδα συνομηλίκων, τάξη, οικογένεια) παίζουν σημαντικό ρόλο. Σε γενικές γραμμές, οι μελέτες έχουν δείξει ότι οι ΜΔ συσχετίζονται με συμπεριφορικές και συναισθηματικές δυσκολίες τα περισσότερα παιδιά με ΜΔ παρουσιάζουν: 1) χαμηλή αυτοεκτίμηση σχετικά με τις ακαδημαϊκές δεξιότητες, 2) χαμηλή αυτοεκτίμηση σχετικά με τις κοινωνικές σχέσεις. 3) έλλειψη αυτοσεβασμού σε βαθμό μεγαλύτερο από τους μαθητές που δεν παρουσιάζουν ειδικά προβλήματα, 4) υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τους μαθητές χωρίς ΜΔ., 5) σημαντικά ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες, 6) κανένα στοιχείο δεν υπάρχει που να αποδεικνύει ότι οι μαθητές με ΜΔ βιώνουν κατάθλιψη με κλινικά συμπτώματα από τους μαθητές χωρίς ΜΔ., 7) σημαντικά ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες. **Σκοπός:** είναι να μελετήσουμε τις συμπεριφορές και τα συναισθήματα

των εφήβων με ΜΔ.. **Μέθοδος-Υλικό:** Δείγμα 30 μαθητών, 13 αγόρια (Α), 17 κορίτσια (Κ), στο ηλικιακό φάσμα των 13-17 ετών, συμπλήρωσαν το Ερωτηματολόγιο για εφήβους, το Youth Self Report-YSR-Σύστημα Achenbach, για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση. Αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύνολο εργαλείων για την αξιολόγηση των ικανοτήτων, της προσαρμοστικής λειτουργικότητας και των προβλημάτων συμπεριφοράς των εφήβων. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια του ηλεκτρονικού στατιστικού προγράμματος SPSS. Για κάθε μαθητή συμπληρώθηκε το «Προφίλ του YSR για αγόρια και κορίτσια-Κλίμακες Ικανοτήτων-Κλίμακες Συνδρόμων». **Αποτελέσματα-Συμπεράσματα:** Στην κλίμακα δραστηριοτήτων, οι έφηβοι στο δείγμα μας, παρουσιάζουν ένα φυσιολογικό φάσμα (ποσοστό 93,3%) έναντι ενός πολύ μικρού ποσοστού (6,7%) που βρίσκεται στο κλινικό φάσμα (6,7%). Εκ του συνόλου του δείγματος ένα ποσοστό 26,6% παρουσιάζει συμπτώματα άγχους και κατάθλιξης όπως: απόσυρση: 13,4%, 10%: σωματικά ενοχλήματα, ναυτία, εξανθήματα, κοιλιακούς, πόνους, πάχος, πονοκεφάλους κ.α., που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία μπορούν να οφείλονται στις ορμονικές, βιολογικές και ψυχοσυναισθηματικές μεταβολές που παρουσιάζονται κατά την περίοδο της εφηβείας. Ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (26,7%), δείχνει να παρουσιάζει κοινωνικά προβλήματα Το 23,4% παρουσιάζει προβλήματα μνήμης. Το 13,3% του δείγματος απάντησε ότι προβαίνει σε παράβαση κανόνων. Ένα αρκετά ανησυχητικό ποσοστό (26,7%) παρουσιάζει επιθετική συμπεριφορά. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της επιθετικότητας μπορεί να είναι βιολογικοί, περιβαλλοντικοί, η οικογένεια (Μόττη- Στεφανίδη, 1998) η τηλεθέαση (Βοσνιάδου, 2001), οι συνομήλικοι κ.α.

#### **Βιβλιογραφία:**

1. Achenbach T., Rescorla L.(2003). Εγχειρίδιο για τα ερωτηματολόγια και προφίλ σχολικής ηλικίας του ΣΑΕΒΑ. Ελληνικά Γράμματα.
2. Βοσνιάδου, Σ. (2001). Εισαγωγή στην ψυχολογία. Τόμος Α': Βιολογικές, Αναπτυξιακές και συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις. Αθήνα: Gutenberg.
3. Μάνος Κώστας Γ.(2000) Ψυχολογία του εφήβου, Εκδόσεις Γρηγόρη
4. Μόττη- Στεφανίδη, Φ., & Τσιάντης, Ι. (2000). Σχολείο και ψυχική υγεία: Εισαγωγικά σχόλια. Παιδί και έφηβος: Ψυχική και ψυχοπαθολογία, 2(1), 11-20.

### **10. Η ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΡΡΟΗ ΚΑΙ Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΘΥΜΟΥ. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.**

**Στυλιανή Δάκτυλα**<sup>1,4</sup>, Κωνσταντίνος Δάκτυλας<sup>1</sup>, Γλυκερία Μήτσιου<sup>1,2</sup>, Λάμπρος Κατσαρδάνης,<sup>1,5</sup> Αναστασία Αναστασίου-Κατσαρδάνη<sup>1,3</sup>, Σταυρούλα Λίλου<sup>6</sup>

1. Εταιρεία Φροντίδας Υγείας και Εκπαίδευσης (ΕΦΥΚΕ)
2. Δρ. Νευροψυχολογίας Π. Θ., Ψυχοθεραπεύτρια Gestalt
3. Παιδιατρική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Βόλου
4. Σχολή Ψυχολογίας Α.Π.Θ.
5. NYC (New York College)
6. Αναπληρώτρια Προισταμένη Ψυχιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ

**Εισαγωγή:** Ο θυμός ένα από τα βασικά ανθρώπινα συναισθήματα που μας συνοδεύει συχνά στην καθημερινότητά μας. Η συναισθηματική επιρροή του θυμού είναι αναμενόμενη όπως η εμφάνιση του φόβου. Ο καταπιεσμένος θυμός λειτουργεί σαν ένα φίλτρο που παρεμβάλλεται μεταξύ του εαυτού μας και του έξω κόσμου. Συχνά μεταμορφώνεται, μπορεί να εμφανιστεί με την μορφή φόβου, ενοχής, πικρίας, ακόμα και κατάθλιξης. Ο θυμός μπορεί να βρει διέξοδο είτε στην αυτοτιμωρία, είτε στην κακοποίηση των άλλων. Η αυτοτιμωρία εκδηλώνεται όταν κάνω στον εαυτό μου αυτό που θα ήθελα να κάνω σε κάποιον άλλον. **Σκοπός:** της διαδικασίας διαχείρισης του θυμού είναι η εκμάθηση χρήσης ειδικών στρατηγικών για τη διαχείριση του εαυτού. Αυτό που έχει σημασία είναι ο τρόπος με τον οποίο διαχειριζόμαστε τα συναισθήματα. Δεν είναι ο θυμός που καταστρέφει, αλλά η πράξη που προέρχεται από αυτόν. **Μέθοδος:** Εφαρμογή των πέντε σταδίων αυτοελέγχου και διαχείρισης του θυμού από το παιδί και τον έφηβο που είναι: 1. Παρατηρώ. Αναγνωρίζω τότε αρχίζω να θυμώνω και αναζητώ τα σημάδια. 2. Αναλογίζομαι. Στην ουσία παίρνω τον χρόνο μου και σκέφτομαι ποιες θα

είναι οι συνέπειες αν χάσω τον έλεγχο. 3.Αναρωτιέμαι. Τι είναι αυτό που με έχει κάνει να θυμώσω; Φταίει κάποια κατάσταση, κάποιο περιστατικό ή κάποιο πρόσωπο ή ο θυμός μου στηρίζεται σε μία αφορμή; 4.Κάνω ένα διάλειμμα. Δίνω χώρο στον εαυτό μου. Μπορώ να πάρω βαθιές αναπνοές, να στρέψω την προσοχή μου σε μία δραστηριότητα που με ευχαριστεί. Ασχολούμαι με κάποια σωματική άσκηση. 5.Διαπραγματεύομαι. Παίρνω την ευθύνη του συναισθήματός μου. Αυτό σημαίνει ότι μπορώ να παραδεχτώ και λάθη που έχω κάνει, μοιράζομαι με τον άλλον άνθρωπο τις προθέσεις μου και ξεκαθαρίζω στο εδώ και τώρα τις προσδοκίες μου. Επιλέγω να μιλήσω με το σεβασμό που θέλω να μου μιλάει και ο ίδιος. **Συμπεράσματα:** Μελέτη Περίπτωσης: 1.Κυνήγα το όνειρό σου, Κ 18χρ. Μελέτη Περίπτωσης: 2 . Ταξίδι στο θυμό και στο φόβο Κ. 8 χρ. Μελέτη Περίπτωσης : 3. "Από το Δημοτικό μέχρι το Λύκειο ένιωθα φόβο να μην χωρίσουν οι γονείς μου. Αυτό δεν το άντεχα. Δεν μπορούσα να διαβάσω. Πολλάκις είχα μπει ανάμεσά τους για να σταματήσουν να φωνάζουν. Πριν ένα χρόνο πέρασα στο πανεπιστήμιο, πήγα αλλά τον πρώτο μήνα άρχισα να έχω κρίσεις πανικού και αρρωστοφοβίες. Γύρισα πίσω και προσπαθώ να ξαναβρώ τον εαυτό μου και να διαχειριστώ το θυμό και το φόβο." Ο θυμός είναι παράλληλα πολύ σαγηνευτικός και διεγερτικός. Ζητά επίμονα συναισθηματική λύτρωση. Αυτός είναι ίσως και ένας λόγος που δύσκολα μπορεί κάποιος να απαλλαγεί από αυτόν, καθώς η συναισθηματική εκτόνωση είναι πλέον μία υπόθεση πολύ επιτακτική. Κανένας άνθρωπος δεν περνάει την ζωή του χωρίς να τον έχει κυριέψει ο θυμός. Στην πραγματικότητα όμως δεν υπάρχουν «καλά» ή «κακά» συναισθήματα. Αυτό που έχει σημασία είναι ο τρόπος με τον οποίο διαχειριζόμαστε τα συναισθήματα. Δεν είναι ο θυμός που καταστρέφει, αλλά η πράξη που προέρχεται από αυτόν.

#### **Βιβλιογραφία:**

1. Achenbach, T.M.(1982). Developmental psychopathology (2nd ed) New York: Wiley.
2. American Psychiatric Association, (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed). Washington, DC: Author.
3. Barlow, D.H.& Durand, V.M.(1995). Abnormal psychology: An integrative approach. Pacific Grove, C.A: Brooks/cole
4. Edwin Nevi (2007). "Θεραπεία gestalt, θεωρία και εφαρμογές", μεταφρ. γ. Μπαρούζης, εκδ. Διόπτρα.
5. Kubler - Ross E., (1988). "Το τελικό στάδιο της εξέλιξης". Αθήνα: Εκδόσεις Ταμασσός,(Μτφ. Βράχας Φρίξος), 33-57, 116-118, 148-155, 170-182, 205-208.
6. Παρασκευόπουλος (1994). "Ερευνητικά και κλινικά κείμενα". Αθήνα: Α' Τόμος, Εκδόσεις Καστανιώτη, 193-215 σελ.
7. Zinker, J., & Nevis, S. M. (1981). The Gestalt theory of couple and family interections. Δοκίμιο μελέτης συστημάτων προσωπικών σχέσεων, Instituto Gestalt Kliveland.

## **11. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

**Ε. Κοντοστάθη**<sup>1</sup>, Γ. Κοντοστάθης<sup>2</sup>, Σ. Καραγιαννοπούλου<sup>3</sup>, Α. Ραπτοπούλου Μ<sup>4</sup>., Α. Τσαπακίδου<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Εκπαιδευτικός Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια ΤΕΠΑΕΣ

<sup>2</sup>Φοιτητής ΤΕΦΑΑ

<sup>3</sup>Δρ. Παιδιάτρος, Διευθύντρια ΕΣΥ ΚΥ Θεσσαλονίκης Θέρμης

<sup>4</sup>Εκπαιδευτικός Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης

<sup>5</sup>Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νηπιαγωγών Φλώρινα

**Σκοπός:** Βασικός σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθεί το ποσοστό των καπνιστών εκπαιδευτικών. Ως αφορμή λειτουργήσε το γεγονός ότι το επάγγελμα του/της εκπαιδευτικού αποτελούσε πρότυπο προς μίμηση και παράδειγμα ιδιαίτερα για τους/τις μαθητές/τριες. **Υλικό-Μέθοδος:** Το δείγμα της έρευνας ήταν εκπαιδευτικοί δημοτικών σχολείων από την Περιοχή της Αλεξανδρούπολης και της Θεσσαλονίκης. Επιλέχθηκε η ποσοτική μέθοδος που βασίζεται σε δειγματοληπτική έρευνα με τυποποιημένο, δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο στάλθηκε ηλεκτρονικά. Έτσι μας δόθηκε η δυνατότητα να προσεγγίσουμε ένα ικανοποιητικό μέρος του πληθυσμού για τον έλεγχο της θεωρίας. Τέλος, για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το

πρόγραμμα SPSS. **Αποτελέσματα:** Από την έρευνα προέκυψε ότι το 65% των εκπαιδευτικών είναι καπνιστές. Από το ποσοστό των καπνιστών η πλειοψηφία τους ήταν άνδρες καπνιστές και ξεκίνησαν συστηματικά στην ηλικία των 15 ετών. Τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες καπνίστριες/στές ξοδεύουν πάνω από 90 ευρώ το μήνα σε τσιγάρα, και δυστυχώς δεν σκοπεύουν να το σταματήσουν άμεσα. Στην ερώτηση που αφορούσε το νόμο για την απαγόρευση του καπνίσματος ένα ποσοστό 74% των ανδρών καπνιστών και ένα ποσοστό 68% των γυναικών καπνιστριών δηλώνουν ότι δεν συμφωνούν με τον νόμο αυτό. Όσον αφορά όμως την ερώτηση σχετικά με τα προγράμματα του κράτους στο σχολείο για το κάπνισμα, οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί (80%), καπνιστές/στριες και μη, δήλωσαν ότι τα τελευταία χρόνια έγινε μία σημαντική προσπάθεια αλλά πρέπει να συνεχιστεί. Ακόμα πιστεύουν ότι η απαγόρευση διάθεσης τσιγάρου στους ανήλικους δεν θα τους αποτρέψει από το κάπνισμα. **Συμπεράσματα:** Αν και τα ποσοστά των καπνιστών/στριών εκπαιδευτικών είναι αρκετά αυξημένα, υποστηρίζουν τις αντικαπνιστικές δράσεις του κράτους για τα παιδιά και τους/τις νέους/ες και ελπίζουν τη συνέχισή τους.

### **Βιβλιογραφία:**

1. Αποστολοπούλου, Ε., Βαθυλάκη, Μ, & Γκρέμου, Α. (2005). *Καπνιστικές συνήθειες & Συμπεριφορές καθηγητών μέσης εκπαίδευσης στο σχολικό περιβάλλον*. (ΤΕΙ ΣΕΥΠ ΚΡΗΤΗΣ, 2005).
2. Bird, M. and Hammersley, M.(1999). *Συνδυάζοντας την ποιοτική και την ποσοτική έρευνα. Μια μελέτη περίπτωσης της εφαρμογής της πολιτικής του Ανοικτού Κολλεγίου. Εκπαιδευτική Έρευνα στην Πράξη. Συλλογή Κειμένων*. Πάτρα: ΕΑΠ.
3. Ιωάννου, Σ. (2011). *Παιδεία για έναν Κόσμο χωρίς κάπνισμα: Εκπαιδευτικό Εγχειρίδιο «Μαθαίνω να μην καπνίζω»*. Ανακτήθηκε στις 19 Μαΐου 2014 από [messinia.mysch.gr/web/wp-content/uploads/2013/01/Booklet.pdf](http://messinia.mysch.gr/web/wp-content/uploads/2013/01/Booklet.pdf).

## **12. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΗΤΟΥ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

**Ε. Κοντοστάθη**<sup>1</sup>, Γ. Κοντοστάθης<sup>2</sup>, Σ. Καραγιαννοπούλου<sup>3</sup>, Ε. Φαρίνη-Βρεττάκου<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Εκπαιδευτικός Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια ΤΕΠΑΕΣ

<sup>2</sup>Φοιτητής ΤΕΦΑΑ

<sup>3</sup>Δρ. Παιδίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ ΚΥ Θεσσαλονίκης Θέρμης

<sup>4</sup>Παιδίατρος-Παιδοχειρουργός

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης ήταν η παρουσίαση των επιπτώσεων που έχει η χρήση του κινητού τηλεφώνου στην υγεία του παιδιού σε βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο επίπεδο.

**Υλικό-Μέθοδος:** Προκειμένου να ερευνηθεί εις βάθος το ζήτημα που μελετάται έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση της ελληνικής και της ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας. Σημαντική βοήθεια επίσης προσέφεραν τα επιστημονικά άρθρα που βρέθηκαν έπειτα από διαδικτυακή αναζήτηση.

**Αποτελέσματα:** Λόγω της ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας που εκπέμπεται από το κινητό τηλέφωνο, τα παιδιά που το χρησιμοποιούν συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως διατάραξη της μνήμης, μείωση της προσοχής, υπερκινητικότητα, επιδείνωση της εκμάθησης και των γνωστικών δυνατοτήτων, αυξημένη ευερεθιστικότητα, προβλήματα ύπνου και αυξημένη ευαισθησία ως προς το άγχος. Επιπλέον, στην ενήλικη ζωή τους πολλαπλασιάζονται οι πιθανότητες να εμφανίσουν λευχαιμία, καρκίνο του εγκεφάλου, νευρολογικές ασθένειες (π.χ. Alzheimer, Parkinson), εγκεφαλικές βλάβες, κατάθλιψη και χρόνια κόπωση. **Συμπεράσματα:** Παρόλο που είναι γνωστοί οι κίνδυνοι που απορρέουν από τη χρήση του κινητού τηλεφώνου ο αριθμός των παιδιών που το χρησιμοποιούν στην καθημερινή τους ζωή αυξάνεται συνεχώς. Ωστόσο, κρίνεται αναγκαίο να γίνει κατανοητό ότι τα παιδιά τα οποία χρησιμοποιούν από πολύ μικρή ηλικία το κινητό τηλέφωνο μακροπρόθεσμα εμφανίζουν πιο σοβαρά προβλήματα υγείας σε σχέση με τα παιδιά που δεν το χρησιμοποιούν.

### **Βιβλιογραφία:**

1. O'Neill, K., Teo, C., Davis, D., Henshaw, D., Lamburn, G., Maisch, D. et al (2011). *Mobile phone health risks: the case for action to protect children*. London: Mobilewise

2. Τσιλιγκίρογλου – Φαχαντίδου, Α. (1993). *Παιδική ανάπτυξη και υγεία: Φυσιολογία της ανάπτυξης, αγωγή υγείας στην εκπαίδευση*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press
3. Τσουμάκας, Κ. & Μάτζιου, Β. (2009). Οι επιδράσεις της Κινητής Τηλεφωνίας στην Παιδική Ηλικία. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 48(3): 254–259.

### 13. Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Κοντοστάθης Γ.<sup>1</sup>, Κοντοστάθη Ε.<sup>2</sup>, Καραγιαννοπούλου Σ.<sup>3</sup>, Ραπτοπούλου Α. Μ.<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Φοιτητής ΤΕΦΑΑ

<sup>2</sup>Εκπαιδευτικός Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια ΤΕΠΑΕΣ

<sup>3</sup>Παιδίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΚΥ Θέρμης Θεσσαλονίκη, Δρ ΑΠΘ.

<sup>4</sup>Εκπαιδευτικός Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης

**Σκοπός:** Ο σκοπός της έρευνάς μας ήταν διττός, αφ' ενός να διερευνηθεί κατά πόσο τα παιδιά του δημοτικού είναι ενημερωμένα για τη νευρική ανορεξία και αφετέρου αν υπάρχουν παιδιά που πάσχουν από την ασθένεια αυτή. **Υλικό-Μέθοδος:** Το δείγμα της έρευνας ήταν παιδιά της Ε' και ΣΤ' τάξης του δημοτικού στο Νομό Έβρου. Για τη διεξαγωγή της έρευνας επιλέχθηκε η ποσοτική μέθοδος, με τη χρήση του τυποποιημένου και δομημένου ερωτηματολογίου. Για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου βασιστήκαμε στο ήδη υπάρχον ερωτηματολόγιο Eating Attitude Test, το οποίο προσαρμόσαμε στις δικές μας ανάγκες. Έγινε τυχαία δειγματοληψία και για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS. **Αποτελέσματα:** Από την έρευνά μας προέκυψε ότι η πλειοψηφία των αγοριών και των κοριτσιών έχουν φυσιολογικό βάρος και λαμβάνουν ικανοποιητικά γεύματα. Ωστόσο, είναι ανησυχητικό το ποσοστό των κοριτσιών που λαμβάνουν μόλις 2 γεύματα ημερησίως. Εξίσου επίφοβο όμως είναι το γεγονός ότι ένα αρκετά υψηλό ποσοστό της τάξης 34% έχει ήδη πραγματοποιήσει κάποια μορφή δίαιτας καθώς δεν είναι ικανοποιημένο με την εικόνα του σώματός του. Ακόμα, η πλειοψηφία των παιδιών γνωρίζει τη νευρική ανορεξία και τις επιπτώσεις της. Τέλος τα ποσοστά των παιδιών που πάσχουν από την ασθένεια αυτή είναι αρκετά περιορισμένα στην περιοχή του Έβρου, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. **Συμπεράσματα:** Τα κορίτσια είναι πιο επιρρεπή στις δίαιτες και είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν κάποια μορφή νευρικής ανορεξίας στα επόμενα στάδια της ζωής τους. Ανησυχητικό όμως είναι το γεγονός ότι πλέον ούτε τα αγόρια είναι ικανοποιημένα με το σώμα τους γεγονός που μπορεί να τα οδηγήσει στη νευρική ανορεξία.

#### Βιβλιογραφία:

1. Αγκριθάρακη, Μ., Κοντογιαννάκη, Μ. & Κυριακάκη, Κ. (2008). *Διατροφή Εφήβων και Νευρική Ανορεξία*. (ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ, 2008).
2. Εμμανουηλίδου, Κ. (2011). *Ψυχολογία της διατροφής: Πώς οι διατροφικές συνήθειες αντανακλούν τον συναισθηματικό μας κόσμο*. Μεταίχμιο
3. Λέτσιου, Σ. (2010). *Anorexia Nervosa*. Θεσσαλονίκη: Τετράγωνο.

### 16. ΕΠΙΠΕΔΑ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Μαντά Μαρία Μαγδαληνή, Δραγκιώτη Έλενα, Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Γκούβα Μαίρη

**Εισαγωγή:** Η εθιστική συμπεριφορά στο διαδίκτυο είναι ένα σύγχρονο φαινόμενο που έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με μια πληθώρα ψυχολογικών συμπτωμάτων. Από τις πιο μελετημένες σχέσεις είναι η συννοσηρότητα της διαταραχής αυτής με την κατάθλιψη και την κοινωνική φοβία. Ωστόσο, η γνώση μας για την επίδραση της χρήσης του διαδικτύου στη ζωή των ασθενών με ψυχωσική διαταραχή δεν έχει πλήρως ερευνηθεί. **Σκοπός:** Στα πλαίσια της προτεινόμενης ερευνητικής υπόθεσης και προσπάθειας βασικός στόχος είναι η διερεύνηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών που συνδέονται

με τη χρήση του διαδικτύου σε χρονίως ψυχικά πάσχοντες, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. **Ερευνητικός σχεδιασμός :** Περιγραφική, συγχρονική μελέτη συνάφειας. **Υλικό-Μέθοδος:** Στην μελέτη έλαβαν μέρος 101 υποκείμενα από τα οποία τα 30 ήταν ασθενείς με ψυχωσική συνδρομή και τα υπόλοιπα 71 ανήκαν στο γενικό πληθυσμό. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν α) ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικό-δημογραφικών και κλινικών παραμέτρων β) Τα Διαγνωστικά κριτήρια κατά Young για τον εθισμό στο Διαδίκτυο, γ) Το Internet Addiction Test (IAT) ερωτηματολόγιο για τη διάγνωση του εθισμού στο Διαδίκτυο, δ) Την Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) και ε) Την ελληνική έκδοση του Ερωτηματολογίου Αυτοεκτίμησης (SES, Self-Esteem Scale). Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρήση του SPSS μέσω μονο-παραγοντικών και πολύ παραγοντικών μοντέλων. **Αποτελέσματα:** Από τη στατιστική μέθοδο της ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά με την εθιστική συμπεριφορά στο διαδίκτυο είναι η χρήση αλκοόλ ( $p=0,018$ ), η αυτοεκτίμηση ( $p=0,008$ ) και ο αγχώδης τύπος διαπροσωπικών σχέσεων ( $p=0,000$ ). Ειδικότερα για τους ψυχωσικούς ασθενείς, η λογαριθμική ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι ανεξάρτητα από όλους τους άλλους παράγοντες στατιστικά σημαντική επίδραση παρουσιάζουν η αυτοεκτίμηση ( $p=0,043$ ) ο αποφευκτικός ( $p=0,015$ ) και αγχώδης ( $p=0,021$ ) τύπος δεσμού με τους άλλους. **Συμπεράσματα:** Προκύπτει ότι ένας ψυχωσικός ασθενής με δυσκολία στις διαπροσωπικές του σχέσεις και με χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι πιο πιθανό να υιοθετήσει μία εθιστική συμπεριφορά στη χρήση του διαδικτύου σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

**Λέξεις κλειδιά:** Εθισμός στο Διαδίκτυο, ψυχωτισμός, αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, διαπροσωπικές σχέσεις.

## 17. ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΥΠΕΡΒΑΡΩΝ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ- ΕΦΗΒΩΝ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΡΜΗΣ

**Αθανασία Βλάχου**, Δήμητρα Τσακίρη, Ηλιάνα Πρίνου, Μαρία Κούκλη, Παρασκευή Θεοχάρη, Μόσχος Τσολάκης, Μ. Μπαχαρ. , Ιωάννα Μούστου<sup>1</sup>, Μαρία Ιωάννου, Δ. Κατσανίδης, Κ. Μάσση Κ., Ι. Καρδιτσόγλου. Δ. Βλαχάκη , Μ. Πατεράκη Μ, Χαλκιά, Σοφία Καραγιαννοπούλου-Κόγιου.

Κέντρο Υγείας Θέρμης<sup>1</sup>.

**Εισαγωγή:** Η παχυσαρκία είναι η συχνότερη και σημαντικότερη διατροφική διαταραχή της παιδικής ηλικίας που θέτει ένα τεράστιο κοινωνικό και οικονομικό φορτίο στις περισσότερες κοινωνίες. Χαρακτηρίζεται 4η νόσος και θεωρείται η επιδημία της τρίτης χιλιετίας.

**Σκοπός :** Η παρούσα μελέτη αποτυπώνει την συχνότητα υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών της περιοχής ευθύνης τού Κέντρου Υγείας Θέρμης .Για την υλοποίηση της συμμετέχουν Επισκέπτες Υγείας, Διαιτολόγος, Παιδίατρος. **Πληθυσμός-Μέθοδος:** Στα πλαίσια του Ατομικού Δελτίου Υγείας των μαθητών της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ειδικότερα, της Α' Γ' Ε' Δημοτικού της Α' Γυμνασίου και της Α' Λυκείου, από το αρχείο των Επισκεπτών Υγείας του Γραφείου Κοινωνικής Φροντίδας ,ανά έτος πραγματοποιείται λήψη σωματομετρικών χαρακτηριστικών και εκτίμηση του Β.Μ.Ι με σκοπό την ανίχνευση παιδιών με προβλήματα βάρους. Επιπλέον επί 28 ετίας τόσο στην κοινότητα όσο και στα σχολεία μας προβάλλεται η Μεσογειακή Διατροφή ως η πλέον ενδεδειγμένη διατροφή παγκοσμίως και επίσημη διατροφική πολιτική της χώρας μας στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας. **Αποτελέσματα:** Ο υπολογισμός του Β.Μ.Ι σε συνδυασμό με την κλινική εκτίμηση επαρκούν στη διάγνωση της νόσου που αντιμετωπίζεται είτε στην Πρωτοβάθμια είτε στη Δευτεροβάθμια περίθαλψη από τους αρμόδιους επαγγελματίες υγείας. Η συμβολή και η συνεργασία του Ιατρείου Πρόληψης Καρδιαγγειακών Νοσημάτων του Νοσοκομείου Α.Χ.ΕΠ.Α με την Διευθύντρια κα Μακέδου Αρετή υπήρξε πολύτιμη. (Επισκέπτης Υγείας, Διαιτολόγος, Παιδίατρος, Βιοπαθολόγος). **Συμπεράσματα:** Η πρόληψη και θεραπεία του υπερβολικού βάρους είναι πρόκληση για όλους τους Επαγγελματίες Υγείας. Στοχεύοντας στην διατροφική εκπαίδευση του παιδιού και της οικογένειάς του, με τροποποίηση της συμπεριφοράς, και μετατρέποντας την αρνητική αυτοκριτική σε θετική στοχεύουμε μακροπρόθεσμα στην αποτελεσματικότητα ενός ολοκληρωμένου προγράμματος ελέγχου του βάρους.

## 18. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

**Αθανασία Βλάχου**<sup>1</sup>, Δέσποινα Σαμαρά Δεσποίνα<sup>2</sup>, Δέσποινα Λιόρα<sup>3</sup> Βασιλική Λιόρα<sup>4</sup>,

Σοφία Καραγιαννοπούλου-Κόγιου<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Θέρμης, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> ΠΤΔΕ Α.Π.Θ.

<sup>3</sup> Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ.

<sup>4</sup> Μαθηματικό Τμήμα, Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Εξαιτίας του ολοένα αυξανόμενου αριθμού των ασθενών με διατροφοεξαρτώμενες παθήσεις, όπως παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, καρδιαγγειακά νοσήματα, ο ρόλος της υγιεινής διατροφής και η διατήρηση του φυσιολογικού σωματικού βάρους στην παιδική ηλικία είναι καθοριστικός για την αποτροπή των παραπάνω **Σκοπός:** της έρευνας είναι να εντοπιστούν οι κύριες αιτίες που οδήγησαν την παχυσαρκία στο σημείο να χαρακτηρίζεται ως απειλητική επιδημία και γιατί η Ελλάδα να είναι από τις πρώτες χώρες με ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών. Έτσι, μελετήθηκαν κατά πόσο οι διατροφικές συνήθειες και ο τρόπος ζωής σε κάθε οικογένεια επηρεάζουν το σωματικό βάρος του παιδιού οδηγώντας το στην κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφίμων. **Υλικό-Μέθοδος:** Καταγραφή 120 μαθητές από 11<sup>ο</sup> το 14<sup>ο</sup> και το 16<sup>ο</sup> Δημοτικά Σχολεία Κοζάνης τα οποία συστεγάζονται. Εργαλείο συλλογής ερευνητικών δεδομένων το ερωτηματολόγιο. **Αποτελέσματα:** Σύμφωνα, με τα αποτελέσματα από τον ΔΜΣ (Δείκτη Μάζας Σώματος) το 22% των παιδιών είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Λήψη τροφών χαμηλής διατροφικής και υψηλής θερμιδικής αξίας. Υψηλή κατανάλωση πολλών λιπαρών τροφών. Μεγάλη ποσότητα τροφής. Πολλά αδύνατα παιδιά με έλλειψη θρεπτικών στοιχείων. **Συμπεράσματα:** Προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών, έχουν κακές διατροφικές συνήθειες και χαρακτηρίζονται από έλλειψη θρεπτικών στοιχείων και έλλειψη φυσικής δραστηριότητας. **Προτάσεις:** Απαιτούνται παρεμβάσεις οι οποίες θα τονώσουν την αυτοεκτίμηση των παιδιών με αποτέλεσμα να ακολουθήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής που θα βοηθήσει στην ενήλικη ζωή. Αυτό θα γίνει με διάφορους εκπαιδευτικούς τρόπους

**Λέξεις κλειδιά:** διατροφολόγος, αγωγή υγείας, Κ.Υ. Θέρμης.

## 19. ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

**Βλάχου Αθανασία**<sup>1</sup>, Χατζαλίδου Μαρία<sup>2</sup>, Χατζημπέη Χριστίνα<sup>2</sup>,

Λιόρα Δέσποινα<sup>3</sup>, Λιόρα Βασιλική<sup>4</sup>, Καραγιαννοπούλου-Κόγιου Σοφία<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Θέρμης

<sup>2</sup> ΠΤΔΕ Α.Π.Θ.

<sup>3</sup> Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

<sup>4</sup> Μαθηματικό Τμήμα Α.Π.Θ.



**Εισαγωγή:** Όσο πιο δραστήριος είναι κανείς, τόσο μειώνονται οι πιθανότητες να γίνει παχύσαρκος και αυξάνονται οι πιθανότητες να καταπολεμήσει την παχυσαρκία, αν είναι παχύσαρκος. Η σωματική άσκηση μειώνει και ανακουφίζει σε σημαντικό βαθμό αρκετά από τα συμπτώματα της αρθρίτιδας. Η άσκηση βοηθά στην ελάττωση του καπνίσματος, ενώ σε γενικές γραμμές όσο πιο πολύ αθλούνται τα άτομα, τόσο πιο λίγο καπνίζουν. Η ψυχική διάθεση επηρεάζεται από τη σωματική άσκηση. Το γρήγορο περπάτημα τρεις φορές την εβδομάδα απομακρύνει τον κίνδυνο κατάθλιψης και αναζωογονεί το συναισθηματικό μας κόσμο. Η άσκηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αυτοεκτίμηση η οποία είναι το σύνολο των σκέψεων και των συναισθημάτων που έχει κανείς για τον εαυτό του. Αποτελεί μια πολύ σημαντική μέθοδο αντιμετώπισης των προβλημάτων που συνοδεύουν την εμμηνόπαυση. Όλα τα παραπάνω έχουν άμεσα και ουσιαστικά αποτελέσματα σε συνδυασμό με υγιεινή διατροφή και θετική στάση ζωής. **Σκοπός:** της έρευνας είναι να διαπιστωθεί κατά πόσο επηρεάζει η άσκηση την ψυχολογία του ατόμου και γενικά τη συμπεριφορά απέναντι στην υγεία. **Υλικό-Μέθοδος:** Δείγμα : 38 άτομα ( 24 κορίτσια, 14 αγόρια) ηλικίας 18-23 ετών φοιτητές των σχολών του ΑΠΘ ( νομική, παιδαγωγικό, ΤΕΦΑΑ, αγγλική φιλολογία, φιλοσοφική, ψυχολογία, οικονομικών και πολιτικών επιστημών). Εργαλείο μέτρησης: ερωτηματολόγιο. **Αποτελέσματα :** Στην ερώτηση αν οι φοιτητές αθλούνται οι περισσότεροι (32%) απάντησαν ότι αθλούνται αρκετά, το 29% ότι αθλούνται λίγο και πολύ το 24%. Μόλις το 13% απάντησε ότι αθλείται πάρα πολύ, ενώ μόλις το 2% απάντησε ότι δεν αθλείται καθόλου. Αν οι φοιτητές αθλούνται πάνω από 4 ώρες ανά βδομάδα (34%) και 3-4 ώρες ανά βδομάδα (32%), το 26% αθλείται 1-2 ώρες, ενώ μόλις το 8% απάντησε ότι αθλείται λιγότερο από 1 ώρα το αν οι φοιτητές σε συνδυασμό με την άθληση προσέχουν την διατροφή και γενικά τις καθημερινές τους συνήθειες όπως αλκοόλ και κάπνισμα οι περισσότεροι (40%) απάντησαν αρκετά, το 29% απάντησε λίγο, το 23% απάντησε πολύ, το 5% δεν τις προσέχει καθόλου, ενώ υπήρχε και ένα μικρό ποσοστό φοιτητών 3% που τις προσέχει πάρα πολύ, το 45% απάντησε πως έχουν δει μέσω της άσκησης αποτελέσματα στην σωματική τους υγεία και το 43% πως έχουν δει αποτελέσματα και στην ψυχική τους υγεία. Σύμφωνα πάλι με τα αποτελέσματα, η άσκηση βοήθησε τους περισσότερους φοιτητές να καταπολεμήσουν “αρκετά” (42%) την κατάθλιψη και το άγχος, ενώ τους βοήθησε “πολύ” (40%) να τονώσουν την αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμηση τους. Το 95% θεωρεί ότι ο αθλητισμός δεν έχει όριο ηλικίας ενώ το υπόλοιπο 5% έδωσε την απάντηση “ίσως”. Η πλειοψηφία των φοιτητών (66%) δήλωσε ότι προτιμά στην καθημερινότητα να περπατάνε από το να χρησιμοποιούν τα Μέσα μαζικής μεταφοράς και πως η άσκηση σε συνδυασμό με την διατροφή είναι ένας καλός τρόπος καταπολέμησης της παχυσαρκίας (63%). Το 68% των φοιτητών δεν κάπνιζε και μόνο το 32% κάπνιζε. **Συμπεράσματα** η άσκηση αποτελεί μια πολύ σημαντική μέθοδο αντιμετώπισης των προβλημάτων και επηρεάζει με τις καθημερινές συνήθειες τη συμπεριφορά απέναντι στην υγεία. **Προτάσεις:** Δίνοντας ευκαιρίες στα άτομα να ασκούνται αλλάζει η γενικότερη στάση ζωής και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να ακολουθήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής που θα βοηθήσει στην μείωση της παχυσαρκίας, στη πρόληψη κατάθλιψης κατά την διάρκεια της ζωής τους.

## 20. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ.-ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΔΙΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ Κ.Υ. ΘΕΡΜΗΣ

**Βλάχου Αθανασία**<sup>1</sup> Λιόρα Δέσποινα<sup>2</sup> Λιόρα Βασιλική<sup>3</sup>

Καραγιαννοπούλου -Κόγιου Σοφία<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Κ.Υ. Θέρμης

<sup>2</sup> Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ

<sup>3</sup> Μαθηματικό Τμήμα, Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Η Αύξηση του αριθμού των ασθενών με διατροφοεξαρτώμενες παθήσεις, όπως παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, καρδιαγγειακά νοσήματα είναι ραγδαία και ο ρόλος του διατροφολόγου στην Πρωτοβάθμια περίθαλψη με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων της κοινότητας, είναι καθοριστικός. **Σκοπός:** Η αποτύπωση της άμεσης διατροφικής παρέμβασης στην κοινότητα από το διατολογικό γραφείο του Κ.Υ.Θέρμης, σε επίπεδο πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης καθώς και η ανίχνευση δυσκολιών στο έργο του. **Μέθοδος:** Καταγραφή 4832 ατόμων που δέχτηκαν παρέμβαση σε επίπεδο αγωγής υγείας από τη διαιτολόγο του Κ.Υ. Θέρμης, καθώς και 250 ατόμων εντατικής παρακολούθησης για απώλεια βάρους, ρύθμιση σακχαρώδη διαβήτη, έλεγχο δυσλιπιδαιμιών και διατήρηση των αποτελεσμάτων της παρέμβασης. **Αποτελέσματα:** Ο παραπάνω πληθυσμός δέχτηκε αγωγή υγείας σε Δήμους, και μη, της περιοχής ευθύνης του Κ.Υ.Θέρμης σε ΚΑΠΗ 11,39 %, Νηπιαγωγεία 6,12 % , Δημοτικά Σχολεία 29 % , Γυμνάσια 2,85 % , Λύκεια 10,25 % , Πανεπιστήμιο 14,24%, Σύλλογοι 7,4%. Από τα 250 άτομα που προσήλθαν στο διαιτολογικό γραφείο παρατηρήθηκε ότι έπασχαν από διαβήτη 2.68%, δυσλιπιδαιμίες 1.64% , παχυσαρκία 1.44% , αρτηριακή υπέρταση 0,44% και ήταν καπνιστές 72%. **Συμπεράσματα:** Ένα μεγάλο ποσοστό των κατοίκων της περιοχής δέχτηκαν διατροφική αγωγή. Επίσης παρατηρήθηκε σημαντικό ποσοστό διατροφοεξαρτώμενων ασθενειών. Απαιτείται σχεδιασμός για την αντιμετώπιση την πρόληψη και τη μείωση των επιπλοκών από αυτές μέσω υγεινοδιαιτητικών παρεμβάσεων. **Προτάσεις :** Απαιτείται κατάλληλος υλικοτεχνικός εξοπλισμός για την οργανωτική υποστήριξη του διαιτολογικού γραφείου, όπως ΗΥ- λογισμικό, εργαλεία απαραίτητα για τις μετρήσεις (λιπομετρητή, ζυγαριά ακριβείας, αναστημόμετρο, δερματοπτυχομετρο) και ανθρώπινο δυναμικό για τον έλεγχο αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των μεθόδων. Απαιτείται συνεργασία με άλλες ειδικότητες και με τα υπόλοιπα δίκτυα της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.

## 21. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

**Βλάχου Αθανασία**<sup>1</sup> Πανάτσα Βασιλική - Μαρία<sup>2</sup>,

Λιόρα Δέσποινα<sup>3</sup>, Λιόρα Βασιλική<sup>4</sup>, Καραγιαννοπούλου -Κόγιου Σοφία<sup>1</sup> ,

<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Θέρμης

<sup>2</sup> ΠΤΔΕ Α.Π.Θ.

<sup>3</sup> Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ.

<sup>4</sup> Μαθηματικό Τμήμα, Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Η παιδική παχυσαρκία επηρεάζεται από ένα συνδυασμό εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων, οι οποίοι οδηγούν στην αποθήκευση μεγάλων ποσοτήτων λίπους στον οργανισμό των παιδιών. Ίσως, όμως, η βασική αιτία των τεράστιων διαστάσεων και της εξάπλωσης της νόσου είναι η έλλειψη ενημέρωσης προς τους γονείς και τους μαθητές. Η άγνοια διαιωνίζει καταστάσεις, οι οποίες λειτουργούν ως γενεσιουργά αίτια της νόσου. Κατα συνέπεια αναγνωρίζεται η σημασία της διατροφικής Αγωγής και διατροφικής συμπεριφοράς καθώς και της γενικότερης στάσης ζωής του μαθητή. **Σκοπός:** της έρευνας είναι να εντοπιστούν οι κύριες αιτίες που οδηγούν την παχυσαρκία

στο σημείο να χαρακτηρίζεται ως απειλητική επιδημία Έτσι, μελετήθηκαν κατά πόσο οι διατροφικές συνήθειες και ο τρόπος ζωής σε μια περιοχή που οι μαθητές προέρχονται από ορεινά χωριά, επηρεάζουν το σωματικό βάρος του παιδιού. **Υλικό – Μέθοδος:** Το συνολικό δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 51 μαθητές του 6/θέσιου Δημοτικού Σχολείου Τοιχιού, του Νομού Καστοριάς. Από το σύνολο των 51 μαθητών, τα 24 (ποσοστό 47,1 %) ήταν αγόρια και 27 (ποσοστό 52,9%) ήταν κορίτσια. Εργαλείο συλλογής ερευνητικών δεδομένων το ερωτηματολόγιο. **Αποτελέσματα:** Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα στατιστικής επεξεργασίας SPSS. Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι αισιόδοξα και δείχνουν πως η λύση στο πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας μπορεί να είναι σύνθετη και δύσκολη, ταυτόχρονα όμως είναι και επιτεύξιμη. **Συμπεράσματα:** Διαπιστώθηκε ότι μικρό είναι το ποσοστό του συνολικού μαθητικού πληθυσμού που αποκλίνει από το φυσιολογικό για την ηλικία βάρος, ενώ δεν υπάρχουν υπέρβαρα παιδιά. Η διαπίστωση αυτή διαφέρει από τα αποτελέσματα ανάλογων ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί κατά το πρόσφατο παρελθόν σε άλλες περιοχές της Ελλάδας. Το γεγονός αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι το δείγμα της έρευνας προέρχεται από μια αγροτική περιοχή της Ελλάδας, όπου οι διατροφικές συνήθειες και οι καθημερινές δραστηριότητες των παιδιών διαφέρουν αρκετά από τις αντίστοιχες συνήθειες των παιδιών που διαμένουν σε αστικές και ημιαστικές περιοχές. **Προτάσεις :** Απαιτούνται παρεμβάσεις οι οποίες θα τονώσουν την αυτοεκτίμηση των παιδιών που ζουν στην πόλη με σκοπό να αλλάξουν γενικότερα τη στάση ζωής και αυτό να έχει ως αποτέλεσμα να ακολουθήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής που θα βοηθήσει στην μείωση συμβαμάτων κατά την ενήλικη ζωή.

## 22. ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ ΣΤΗΝ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

### ΕΤΗΣΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

**Βλάχου Αθανασία**<sup>1</sup> Λιόρα Δέσποινα <sup>2</sup> Λιόρα Βασιλική <sup>3</sup>

Καραγιαννοπούλου -Κόγιου Σοφία<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Θέρμης

<sup>2</sup> Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ.

<sup>3</sup> Μαθηματικό Τμήμα, Α.Π.Θ.

**Σκοπός :** η ανάδειξη της *αναγκαιότητας* ύπαρξης ειδικού της διατροφής στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση η κακή διατροφή στη σχολική κοινότητα είναι σύνηθες παρατηρείται το φαινόμενο υπέρβαρων παιδιών σε μεγάλο ποσοστό. Η διατροφική αγωγή με διακρατικούς μηχανισμούς και εκπαιδευτικούς τρόπους προσπαθεί να συμβάλει στην αλλαγή διατροφικής συμπεριφοράς των παιδιών με σκοπό τη μείωση των διατροφοεξαρτώμενων παθήσεων (παχυσαρκία, δυσλιπιδαιμία, καρδιαγγειακά, ΣΔ, ΑΥ), επαφή και ευαισθητοποίηση των παιδιών στα θέματα υγιεινής διατροφής. **Πληθυσμό- μέθοδος:** Χρησιμοποιήθηκε ο πληθυσμός δύο δημοτικών σχολείων από τη σχολική κοινότητα περιοχής ευθύνης του 4<sup>ου</sup> δημοτικού σχολείου Θέρμης έκτης τάξης από δυο τμήματα σύνολο 50 μαθητές και 2<sup>ου</sup> δημοτικού σχολείου Θέρμης δευτέρας τάξης τρία τμήματα σύνολο 75 μαθητές. Γενικό σύνολο μαθητών των δυο σχολείων 125 μαθητές. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν εβδομαδιαία εκπαιδευτικά προγράμματα που περιελάμβαναν διάφορες μορφές εκπαίδευσης όπως παραμύθια για διατροφικά θέματα, τραγούδια, διακρατικά κείμενα, θεατρικά εικαστικά και παιχνίδια

σχεδιασμένα πάνω σε διατροφικά μοντέλα. **Αποτελέσματα** : Τα παιδιά συμμετείχαν με ενθουσιασμό στο πρόγραμμα. Άρχισε η εφαρμογή κάποιων διαιτητικών μέτρων, έφερναν υγιεινό κολατσιό στο σχολείο. Παρατηρήθηκε μείωση βάρους σε κάποια παχύσαρκα παιδιά. Υπάρχει κενό μετρήσιμων αποτελεσμάτων. **Συμπεράσματα** : Η διατροφική αγωγή υγείας με συγκεκριμένο σχεδιασμό και σε τακτική ανατροφοδότηση των παιδιών με διατροφικές γνώσεις μπορεί να έχει πολύ καλά αποτελέσματα στη διατήρηση μιας ισορροπημένης διατροφής με αποτέλεσμα την έκβαση μιας ζωής με λιγότερα προβλήματα υγείας. **Προτάσεις** : Απαιτείται συνεργασία μεταξύ των φορέων της εκπαίδευσης και των διαιτολόγων από κρατικούς φορείς υγείας. Απαιτείται έλεγχος των διατροφικών συνηθειών του πληθυσμού των σχολικών κοινοτήτων και στη συνέχεια διατροφική παρέμβαση με καταξιωμένες μεθόδους και στρατηγικές προσέγγισης για την αλλαγή και διατήρηση διατροφικών συνηθειών, δυνατότητα μετρήσιμων αποτελεσμάτων παρέμβασης

## ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ (ΕΝΕΡΓΑ ΜΕ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ) ΚΑΙ ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ

ΣΤΟ 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΦΥΚΕ,

ΚΑΙ ΣΤΗΝ 6<sup>Η</sup> ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ Π/Δ ΚΛΙΝΙΚΗΣ, 12-15/12/2014.

- 1.Αβαγιανού Πηνελόπη**, Ψυχολόγος διδάκτωρ Πανεπιστημίου του Λονδίνου, Παιδοψυχιατρικό τμήμα Αχιλλοπούλειου Γενικού Νοσοκομείου Βόλου (ΑΓΝΒ).
- 2. Αγακίδης Χαράλαμπος**, Πανεπιστημιακός Υπότροφος, Α΄ Παιδιατρική Κλινική Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη.
- 3. Ακριβούλη Αναστασία-Γαρυφαλλιά**, Νοσηλεύτρια Αιμοδοσίας ΑΓΝΒ, Msc ΠΦΥ, μετεκπαιδευμένη στη Παιδιατρική Νοσηλευτική, μέλος ΕΦΥΚΕ (Επιστημονικής Εταιρείας Φροντίδας Υγείας Και Εκπαίδευσης).
- 4. Αναγνώστου Παρασκευή-Αλεξάνδρα** Νοσηλεύτρια ΚΥ Θέρμης, Χειρουργική Νοσηλευτική Ειδικότητα, TE Msc, μέλος ΕΦΥΚΕ.
- 5. Αναστασίου-Κατσιαρδάνη Αναστασία**, Διευθύντρια Παιδιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ, Διδάκτωρ Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ), μετεκπαιδευμένη στις Λοιμώξεις και Ψυχική Υγεία. Πρόεδρος του ΔΣ της ΕΦΥΚΕ.
- 6. Αντωνιάδου-Κουμάτου Ιωάννα**, Παιδίατρος Αναπτυξιολόγος, Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Νοσοκομείο Παίδων η Αγία Σοφία.
- 7. Αρμπένη Βασιλική**, Νοσηλεύτρια TE, Παιδιατρική Κλινική ΑΓΝΒ, μέλος ΕΦΥΚΕ.

- 8. Αχμάντ Κατερίνα**, Γενική Ιατρός, Κοινωφελής Επιχείρηση Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης - Δημοτικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚΠΑ-ΔΙΕΚ) Δήμου Βόλου, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 9. Βαζούρας Κωνσταντίνος**, Ειδικευόμενος Παιδιατρικής ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 10. Βαλαράκου Ευαγγελία**, Νοσηλεύτρια ΤΕ μονάδας Προώρων, ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 11. Βαρδακώστα Ιφιγένεια**, Ειδικευόμενη Παιδιατρικής ΑΓΝΒ, μεταπτυχιακή σπουδάστρια, ΕΚΠΑ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 12. Βασιλάκη Ιωάννα**, μαία πιστοποιημένη σύμβουλος γαλουχίας και επιστημονική συνεργάτης ερευνητικού προγράμματος, « Αλκυόνη: Εθνική Πρωτοβουλία Προαγωγής Του Μητρικού Θηλασμού ».
- 13. Βλαχόπουλος Βασίλειος**, Επικουρικός Παιδίατρος, ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 14. Βλάχου Αθανασία**, Διαιτολόγος ΚΥ Θέρμης.
- 15. Βλάχος Ευγένιος**, Συντονιστής Διευθυντής Παιδορθοπεδικός Νοσοκομείο ΚΑΤ, Αθήνα.
- 16. Βλειώρας Γεώργιος**, Ph.D., Ψυχολόγος στο Γ.Ν. Βόλου, μέλος **ΕΦΥΚΕ**
- 17. Γακίκου Σταυρούλα**, MSc Νοσηλεύτρια ΤΕ Μονάδας Προώρων, ΑΓΝΒ, μετεκπαιδευμένη στη Παιδιατρική Νοσηλευτική, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 18. Γεροβασίλη Αγγελική**, Γενετίστρια, Διδάκτωρ του King's College London, Επιστημονικός Συνεργάτης Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιστημονική Υπεύθυνος Safembryo αναπληρωματικό μέλος του ΔΣ **ΕΦΥΚΕ**.
- 19. Γεώργιος Γεωργαδάκης**, Συνταξιούχος Τ. Συντονιστής Διευθυντής Μαιευτικής / Γυναικολογικής Κλινικής ΑΓΝΒ, **Επίτιμο μέλος ΕΦΥΚΕ**.
- 20. Γιασλακιώτης Βασίλειος**, Μαιευτήρας/ Γυναικολόγος Βόλος, Υποψήφιος διδάκτωρ Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
- 21. Γκαραγκουνοπούλου Μαρία**, Νηπιαγωγός Λάρισα, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 22. Γκουβελά Μαρία**, Μαία, ΚΥ Τυρνάβου, Λάρισα, μεταπτυχιακή σπουδάστρια στη ΠΦΥ, μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.
- 23. Γκουρίτσα Ουρανία**, Μαία, Μαιευτική / Γυναικολογική Κλινική ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 24. Γούση Κερασία-Ευαγγελία**, τ. Ειδικευόμενη Παιδιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 25. Γρίβας Γρηγόριος**, Ειδικευόμενος Παιδιατρικής ΑΓΝΒ, μεταπτυχιακός σπουδαστής στην Υγειονομική Σχολή, Παν/μίου Αθηνών, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 26. Γριβέα Ιωάννα**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Παν/μιο Θεσσαλίας, Εξειδικευόμενη στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Λάρισα
- 27. Δάκτυλας Κωνσταντίνος**, Πτυχιούχος Γεωπληροφορικής, Εξειδίκευση Ειδική Αγωγή ΕΚΠΑ, μεταπτυχιακός σπουδαστής, Ευρωπαϊκού Παν/μίου Κύπρου, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

- 28. Δάκτυλα Στυλιανή**, Ψυχολόγος, « Μήτσιου Center», Λάρισα, μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.
- 29. Διαμαντή Άννα**, Μαία, Μαιευτική / Γυναικολογική Κλινική ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 30. Διαμαντή Μυροφόρα**, Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναπληρώτρια Προισταμένη, Παιδιατρική Κλινική ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 31. Δημολιάτης Ιωάννης**, Αναπληρωτής Καθηγητής Υγιεινής και Ιατρικής Εκπαίδευσης, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
- 32. Δούδου Αγγελική**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Οφθαλμολογίας, Αριστοτέλειο Παν/μιο Θεσσαλονίκης (ΑΠΘ).
- 33. Ζήγρα Μερόπη**, Νοσηλεύτρια ΤΕ, Παιδιατρική Νοσηλευτική Ειδικότητα, Γραφείο Ελέγχου Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Υπεύθυνη Γραφείου Εκπαίδευσης του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 34. Θεού Ζωή**, Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, μεταπτυχιακή Σπουδάστρια στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκη, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 35. Θεοχαρίδου Σταυρούλα**, Εκπαιδευτικός, Ειδική Παιδαγωγός, στο «ευ του λόγου», Θεσσαλονίκη, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 36. Καζαντζή Μαρία**, Επιμελήτρια ΕΣΥ, ΜΕΘ, Νοσοκομείο Παίδων η «Αγία Σοφία», Εξειδικευόμενη στις Λοιμώξεις στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγλαία Κυριακού».
- 37. Καλαντζή Ειρήνη**, Παιδίατρος εξειδικευόμενη στη μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, τ. Επικουρική Παιδίατρος, ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 38. Καλώτα Ιωάννα**, ΜSc Ψυχολογίας, Ψυχοθεραπεύτρια Gestalt, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 39. Καραγιαννοπούλου Σοφία**, Διευθύντρια Παιδιατρικής, επιστημονικά υπεύθυνη ΚΥ Θέρμης, διδάκτωρ ΑΠΘ, Πρόεδρος του ΔΣ της Ε Ε Κ Π ΠΟΥ, Παράρτημα Θεσσαλονίκης, μέλος **ΕΦΥΚΕ**
- 40. Καρασμάνογλου Ελευθερία**, Τ. Ψυχολόγος, ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 41. Καρδαράς Παναγιώτης**, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής, Αναπτυξιολόγος, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, ΑΠΘ.
- 42. Κασιάρα Αρετή**, Νοσηλεύτρια Παιδιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ, Μsc στη Καρδιολογική Νοσηλευτική.
- 43. Κατσαδήμα Κωνσταντίνα**, Ειδικευόμενη Παιδιατρικής ΑΓΝΒ, μεταπτυχιακή σπουδάστρια στο ΕΚΠΑ, μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.
- 44. Κατσιαρδάνης Κωνσταντίνος**, Ειδικευόμενος Νευρολογίας, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, Μsc στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Παν/μιο Θεσσαλίας.
- 45. Κατσιαρδάνης Λάμπρος**, Δημοσιογράφος-Επικοινωνιολόγος, Απόφοιτος NYC (New York College), μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 46. Κατσιαρδάνη-Τζιοβανέττο, Καλλιόπη-Πηνελόπη**, Ειδικευόμενη Μαιευτικής / Γυναικολογίας, Ιατρικό κέντρο Άτλας, ΧΙΧ Διαμέρισμα, Παρίσι, διδάκτωρ ΑΠΘ και ΕΚΠΑ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

- 47. Κολέτση Λάουρα**, Νοσηλεύτρια Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), ΑΓΝΒ, Σπουδάστρια στη Ψυχική Υγεία, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 48. Κολοβός Στέλιος**, Ορθοπαιδικός. Μετεκπαιδευθείς στο υπερηχογράφημα νεογνικού ισχίου και στην παιδοορθοπαιδική (LKH Stolzalpe & O.S.S Vienna -Austria). Πιστοποιημένος εξεταστής και εκπαιδευτής με τους κανονισμούς της D.G.O.T. (German society for orthopaedics and trauma surgery).
- 49. Κονδύλη Βασιλική**, Επιμ Β΄ Ψυχιατρικής, ΑΓΝΒ.
- 50. Κόνιαρη Νικολέττα**, Επιμελήτρια Α΄, Επιστημονική Υπεύθυνη Παιδιατρικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων.
- 51. Κορόνα Σταυρούλα**, Δικαστική επιμελήτρια ανηλίκων, μεταπτυχιακή σπουδάστρια στη Ψυχική Υγεία, ΤΕΙ Λάρισας, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 52. Κορώνη Χρυσάνθη Βασιλική**, Msc Παιδιατρική Νοσηλευτική Ειδικότητα, Εκπαιδύτρια BLS, Προισταμένη της Ψυχιατρικής ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 53. Κοτρώτσιου Ευαγγελία**, Διευθύντρια Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Λάρισας, **Επίτιμο μέλος ΕΦΥΚΕ**.
- 54. Κότσυφα Χρυσανγή**, Γυναικολόγος-Μαιευτήρας, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκη.
- 55. Κουκλουμπέρη Ειρήνη**, Ειδικευόμενη Παιδιατρικής ΑΓΝΒ, μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.
- 56. Κουκουβίνη Ευτυχία**, Κλινική Ψυχολόγος, Υπεύθυνη γραφείου Ψυχολόγων, Τμήματος «Φιλύρα», ΑΓΝΒ.
- 57. Κουφόγλου Έλενα**, Ειδικευόμενη Παιδιατρικής ΑΓΝΒ, μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.
- 58. Κυπαρίση Χαρίκλεια**, Προισταμένη ΤΕΠ, του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου, **εκπαιδύτρια BLS**, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 59. Λαζάρου Ελένη**, Συνταξιούχος, Διαιτολόγος, Προισταμένη του τμήματος Διαιτολογίας/Διατροφολογίας, ΑΓΝΒ, μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.
- 60. Λαφιονιάτης Στέλιος**, Αιματολόγος Παθολόγος, Διευθυντής, ΕΣΥ, Τμήμα Μεσογειακής Αναιμίας, ΑΓΝΒ.
- 61. Λίλου Σταυρούλα**, Νοσηλεύτρια, Αναπληρώτρια προισταμένη της Ψυχιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ, μεταπτυχιακή σπουδάστρια στο Ανοικτό Παν/μιο Θεσσαλονίκη, Γραμματέας, του ΔΣ της **ΕΦΥΚΕ**.
- 62. Λιούπης Κωνσταντίνος**, Μαιευτήρας / Γυναικολόγος, Φάρσαλα, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 63. Λουλούδη Γεωργία**, Εκπαιδευτικός Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, Λάρισα, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 64. Μάγγου Χαρίκλεια**, Νοσηλεύτρια Τμήματος Προώρων, ΑΓΝΒ, μεταπτυχιακή σπουδάστρια στο Ανοικτό Παν/μιο, Θεσσαλονίκη, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 65. Μάντζιου Ασπασία**, Παιδαγωγός Προσχολικής Ηλικίας, Μεταπτυχιακή Σπουδάστρια στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

- 66. Μαντούδης Στέλιος**, Εργοθεραπευτής, συνεργάτης Νοσοκομείου Παίδων Αγλαία Κυριακού, Αθήνα
- 67. Μήτσιου Γλυκερία**, Τ. Σχολική Σύμβουλος Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σε σχολεία του Νομού Λάρισας και Καρδίτσας, Διδάκτωρ Νευροψυχολογίας, Ταμίας του ΔΣ της **ΕΦΥΚΕ**.
- 68. Μίχτη Άννα**, MSc Νοσηλεύτρια ΠΕ Μονάδας Προώρων, ΑΓΝΒ, μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.
- 69. Μοσχόβη Μαρία**, Παιδιάτρος Αιματολόγος, Επίκουρη Καθηγήτρια, Α΄ Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία.
- 70. Μουστάκα Ευγενία**, Νοσηλεύτρια, Παιδιατρική Κλινική, ΑΓΝΒ.
- 71. Μπαντή Ελευθερία**, Νοσηλεύτρια, Παιδιατρική Κλινική ΑΓΝΒ.
- 72. Μπάρδας Λεωνίδας**, Συντονιστής Διευθυντής, Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΓΝΒ.
- 73. Μπάρκα Χριστίνα**, Διευθύντρια, Επιστημονικά Υπεύθυνη Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 74. Μπαρμπατσάλου Αγγελική**, Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΤΕΠ ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 75. Μπαρούτα Αθηνά**, Προισταμένη Β΄ Παθολογικής Κλινικής ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 76. Μπίσσα Μαρία**, Νοσηλεύτρια Τμήματος Προώρων, ΑΓΝΒ, μεταπτυχιακή σπουδάστρια στη Παιδιατρική Νοσηλευτική, ΕΚΠΑ, Αντιπρόεδρος του ΔΣ της **ΕΦΥΚΕ**.
- 77. Μπλιούμη, Αναστασία**, Επιμελήτρια Β΄, Κέντρο Ψυχικής Υγείας, ΑΓΝΒ.
- 78. Μπουδραμή Μαργαρίτα**, Νοσηλεύτρια, Παιδιατρική Κλινική ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 79. Νιδέλκου Ιφιγένεια**, Παιδιάτρος Λάρισα.
- 80. Νιόζα Αγγελική**, Παιδιάτρος στη Μεγάλη Παναγιά Χαλκιδικής, Γενικός προϊστάμενος περιοχής.
- 81. Νταρνταγάνη Πολυξένη**, Συνταξιούχος, τ. Διευθύντρια 1<sup>ου</sup> Δημοτικού Σχολείου, Βελεστίνου.
- 82. Οικονομίδης Ανδρέας**, Ιατρός, Βιολόγος, (Εργαστήριο Βιογονιδιακή), Λέκτορας του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης
- 83. Οροβού Ειρήνη**, Νοσηλεύτρια-μαία, ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 84. Ορφανίδου Μαρία**, Ψυχολόγος, εξειδικευμένη στη Παιγνιοθεραπεία, Θεσσαλονίκη., μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 85. Πανούση-Βλάχου Κωνσταντίνα**, Οφθαλμίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Νοσοκομείο Παίδων Αγλαία Κυριακού.
- 86. Παπαγεωργίου Έλενα**, Χειρουργός-Οφθαλμίατρος, Βόλος, συνεργάτης Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας και ΙΑΣΩ Θεσσαλίας.
- 87. Παπαθωμά Παναγιώτα**, Ψυχολόγος, Κοινωφελής Επιχείρηση Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης-Δημοτικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚΠΑ-ΔΙΕΚ), Δήμου Βόλου.



- 88. Παπανικολόπουλος Παναγιώτης**, Ειδικευόμενος Παιδοψυχιατρικής, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- 89. Παπαλεξανδρής Θωμάς**, Επικουρικός Παιδίατρος, ΑΓΝΒ, μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.
- 90. Ρέντα Μαρία**, Ειδική Παιδαγωγός, Φιλολόγος Προισταμένη στο ΚΕΔΥ (Κέντρο Διαφοροδιάγνωσης Διάγνωσης και Υποστήριξης, Τρίκαλα.
- 91. Πετράκης Δημήτριος**, τ. Ειδικευόμενος Παιδιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 92. Ρουπακιάς Στέλιος**, Χειρουργός Παίδων, Βόλος, Υποψήφιος διδάκτωρ Παν/μίου Πάτρας
- 93. Σαρηγιάννη Φανή**, Γενική Ιατρός, Διευθύντρια ΚΥ Βελεστίνου.
- 94. Σβώλου Σταυρούλα**, Νοσηλεύτρια Προισταμένη Παιδιατρικής Κλινικής, ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 95. Σκεντέρης Νικόλαος**, Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής, Παιδιατρική Κλινική Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Κοινωνικός Ιατρός, Πρόεδρος του ΔΣ της ΕΕΚΠΠ, Παράρτημα Θεσσαλίας, **Επίτιμο μέλος της ΕΦΥΚΕ**.
- 96. Σμπάρδος Αριστοφάνης**, Ειδικευόμενος Γενικής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 97. Σοροκίνα Τατιάνα**, Μαία, Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, ΑΓΝΒ, μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.
- 98. Σούμπαλη Αγγελική**, Διευθύντρια, Επιστημονικά Υπεύθυνη στην Παιδιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.
- 99. Στάμου Δήμητρα**, Μαία, Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, ΑΓΝΒ, μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.
- 100. Στελιανίδη Αθανασία**, Ειδικευόμενη Παιδιατρικής Κλινικής ΑΓΝΒ, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.
- 101. Συρογιαννόπουλος Γεώργιος**, Καθηγητής Παιδιατρικής-Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- 102. Τάσσιου Ιωάννα**, Επιμελήτρια Β΄ Παιδιατρικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας,, εξειδικευθείσα στην ΜΕΘ Παίδων Νοσοκομείο Παίδων Αγλαΐα Κυριακού, (μετακινηθείσα στη Π/Δ Κλινική ΑΓΝΒ), μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.
- 103. Τάτλη Χαμαιδούλα**, μαία, προισταμένη, Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, ΑΓΝΒ, μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.
- 104. Τζαλαμούρα Μαρίνα**, Εκπαιδευτικός Εξειδικευμένη στην Ειδική Αγωγή ΕΚΠΑ, Master of Art and Translation, στην Αγγλία, μέλος της **ΕΦΥΚΕ**.
- 105. Τσίκουλας Ιωάννης**, Συνταξιούχος, Τ. Ομότιμος Καθηγητής Παιδιατρικής Αναπτυξιολόγος Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκης, **Επίτιμο μέλος της ΕΦΥΚΕ**.
- 106. Τσολιά Μαρίζα**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Λοιμωξιολόγος, Διευθύντρια Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής, Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων « Π & Α Κυριακού.
- 107. Φανουργιάκης Παναγιώτης**, Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής, ΑΓΝΒ.

**108. Φαρίνη Ευαγγελία**, Παιδίατρος, Εξουσιοδοτημένη συνεργάτης A-ΤΕΣΤ, Μέλος Δ.Σ. ΕΕΚΠΠΥ. Βορείου Ελλάδος, Θεσσαλονίκη.

**109. Χατζημάρκου Κωνσταντίνος**, Εκπαιδευτικός Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, σχολείο Αργαλαστής, μέλος **ΕΦΥΚΕ**.

**Το κόστος του προγράμματος αποτελεί ευγενή χορηγία του Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, τον οποίο ευχαριστούμε.**

#### **Τιμητική Επιτροπή**

† Δ. Τριχόπουλος, Ι. Τσίκουλας, Α. Κωνσταντόπουλος, Γ. Χρούσος, Ε. Κοτρώτσιου, Γ. Γεωργαδάκης.

#### **Επιστημονική Επιτροπή**

Αναστασία Αναστασίου-Κατσιαρδάνη, Γ. Συρογιαννόπουλος, Π. Καρδαράς, Ν. Σκεντέρης, Ι. Γριβέα, Σ. Καραγιαννοπούλου, Ε. Λαζάρου, Α. Νιόζα, Κ-Π Κατσιαρδάνη Τζιοβανέττο, Μ Τζιοβανέττο, Μ. Καζαντζή, Ε. Φαρίνη.

**Οργανωτική Επιτροπή: Πρόεδρος:** Α. Αναστασίου-Κατσιαρδάνη,

**Αντιπρόεδρος:** Μ. Μπίσσα, Σ. Λίλου, Γ. Μήτσιου, Κ. Κατσιαρδάνης, Σ. Σβώλου, Σ Γακίκου, Α. Μπαρούτα, Κ. Δάκτυλας.

#### **Μέλη:**

Κ-Π Κατσιαρδάνη-Τζιοβανέττο, Ο. Γκουρίτσα, Β. Σούλια, Ε. Βαλαράκου, Α. Μπαρμπατσάλου, Α. Αγερώτη, Σ. Παπαδήμου, Ι. Τσιλίκη, Ε Βογλίδου, Α. Γκουτζούλη.

Λοιπό Ιατρικό προσωπικό, ειδικών και ειδικευομένων Ιατρών της Π/Δ Κλινικής,

#### **ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ Συνεδρίου**

**Πρόεδροι:** Σ. Σβώλου, Σ. Γακίκου

**Αντιπρόεδροι:** Μ. Μπίσσα, Κ. Κατσιαρδάνης.

**Μέλη:** Σ. Λίλου, Γ. Μήτσιου, Μ. Διαμαντή, Χ. Μάγγου, Δ. Στάμου, Μ. Μπουδραμή, Ε. Μουστάκα, Μ. Γκουβελά, Α. Κασιέρα, Τ. Σορόκινα, Β. Αρμπένη, Ε. Οροβού, Ε. Μπαντή, Ζ. Θέου, Α. Χασιώτη.

Πληροφορίες: Στην ιστοσελίδα ([www.efyke.gr](http://www.efyke.gr)).

Υπεύθυνοι επικοινωνίας και δελτίων τύπου : Κ. Κατσιαρδάνης (Ιατρός), Λ. Κατσιαρδάνης (Δημοσιογράφος-Επικοινωνιολόγος). Ευχαριστούμε τις Εταιρίες και λοιπούς χορηγούς μας

CANA, OLVOS-GALENICA-BIOLAG, FREZYDERM, MILUPA, NUTRITCIA, BIAN, ELPEN, ΚΑΙΚΟΝΙΔΗΣ, ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ, CHROMA ELLAS.GR, ΙΑΤΡΙΚΑ-ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΑ ΕΙΔΗ, ΦΑΝΙΑ ΑΙΜΙΛΙΑ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ. Και τους λοιπούς χορηγούς σε είδος, Rontis Hellas, Δήμο Ρήγα Φεραίου, viofar, EPSA, Οινοποιεία Αγκιάλου η «ΔΗΜΗΤΡΑ», Μήτσιου CENTER-Λάρισα, Φούρνους Βελεστίνου (κ. Αγγελή, Αγροκόστα, Μπατακόγια, Παπαδανήλ), Καφετέριες Βελεστίνου ( κ Χ Ντόντου, κ Τσίντζου), Χαλβάς Βολιώτικος, Ευθυμίου Ο. Ε, Παγασών 102, καθώς και όλους όσους πρόσφεραν εθελοντικά εργασία.