



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Τμήμα Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ & ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διαπολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου ARTIC-35 για τη διερεύνηση των στάσεων σχετικά με την «Ενημερωμένη – Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» σε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης

Αρετή-Δήμητρα Κουλουβάρη

Ψυχολόγος (ΕΚΠΑ)

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Προαγωγής και Αγωγής της Υγείας

Ιούνιος 2022

ΑΘΗΝΑ

Περιεχόμενα

Περίληψη	6
Abstract	8
Ευχαριστίες	10
Λεξιλόγιο Βασικών Εννοιών	13
Βασικά Ακρωνύμια.....	19
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	20
Α΄ ΜΕΡΟΣ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	23
1. Βιο-οικολογική προσέγγιση και το Τραύμα.....	23
1.1 Υγεία και Βιο-οικολογική οπτική (bio-ecological aspect)	23
1.2 Συνοπτική ιστορική αναδρομή τραύματος και Συσχέτισης με την Υγεία - Ασθένεια	27
1.3 Ορισμός του Τραύματος και συναφών εννοιών	29
1.4 Επιπολασμός του παιδικού τραύματος.....	39
1.5 Παράγοντες επικινδυνότητας και προστασίας	42
1.6 Συμπτώματα τραυματικής εμπειρίας:.....	43
1.7 Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (Post-traumatic stress disorder - PTSD)	44
1.8. Επιπτώσεις του τραύματος	48
1.9 Υποστήριξη και Θεραπεία ψυχολογικού τραύματος.....	57
2. Trauma-Informed Care «Ενημερωμένη-Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα»	60
2. 1. Ο ορισμός και το θεωρητικό υπόβαθρο της «Ενημερωμένης/ Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» (Trauma-Informed Care [TIC]).....	61
2.2 Το πλαίσιο της ενημερωμένης φροντίδας για το τραύμα	66
2.2.1 Βασικά στοιχεία.....	66
2.2.2 Βασικές αρχές.....	71

2.2.3 Η εφαρμογή της «Ενημερωμένης-Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» σε Οργανισμούς.....	73
2.2.4 Η εφαρμογή της «Ενημερωμένης/Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» στα σχολεία είναι μία νέα και ελπιδοφόρα προσέγγιση	77
2.2.5 Γιατί και πως να εφαρμόζεται η προσέγγιση «Ενημερωμένη- Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» στη σχολική κοινότητα (Trauma-Informed Schools)	78
2.2.6. Ο ρόλος των Εκπαιδευτικών :	81
3. Τι μπορεί να γίνει στο πλαίσιο του σχολείου για τα παιδιά που έχουν βιώσει τραύμα... 83	
3.1 Οδηγίες προς τους Εκπαιδευτικούς από το Εθνικό Παιδικό Δίκτυο Τραυματικού Στρες των Η.Π.Α.	85
3.2 Συμβουλές προς τους ίδιους του Εκπαιδευτικούς - διαχείριση του δευτερογενούς τραύματος.....	85
4. Επίλογος Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης.....	88
4.1 Αισιόδοξες έννοιες στη βιβλιογραφία για το τραύμα.....	88
B ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	91
1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	91
1.2 Ερευνητικοί Στόχοι.....	93
2.Μεθοδολογία της Έρευνας	96
2.1. Ερευνητικός Σχεδιασμός	96
2.2 Μέθοδος Δειγματοληψίας και Στρατολόγησης Δείγματος.....	96
2.3 Κριτήρια Ένταξης και Αποκλεισμού στην Έρευνα.....	100
2.4 Ερευνητικό Εργαλείο	103
2.5 Στατιστική Ανάλυση.....	110
2.6 Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας	114
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	117
3.1 Δημογραφικά Στοιχεία	117
3.2 Απαντήσεις των εκπαιδευτικών.....	122
3.3 Test -Retest.....	126
3.4 Διερευνητική ανάλυση παραγόντων.....	128
3.5 Μέσοι Όροι και Εσωτερική Αξιοπιστία	130
3.6 Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση.....	132
3.7 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων.....	134

3.8 Συσχέτιση των παραγόντων του ερωτηματολογίου ARTIC-35 με δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.....	139
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	165
4.1 Οι ερευνητικοί στόχοι επιβεβαιώθηκαν	165
4.2 Περιορισμοί έρευνας και Προτάσεις επόμενης έρευνας	179
4.3 Επίλογος	181
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	182
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ :	206
Παράρτημα 1. Πρόσκληση συμμετοχής στην έρευνα.....	206
Παράρτημα 2. Έντυπο Παραπόνων και Καταγγελιών (ΠΑΔΑ)	206
Παράρτημα 3. Άδεια χρήσης του εργαλείου «Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC-35)».....	206
Παράρτημα 4. Άδεια έρευνας από την ΕΔΗΕ ΠΑ.Δ.Α.....	206

Περίληψη

Εισαγωγή: Το θέμα του ψυχολογικού τραύματος είναι πολύ σημαντικό και πολύπλευρο. Η επίπτωση του φαίνεται να είναι συχνή, τόσο στην παιδική και εφηβική ηλικία, όσο και στην ενήλικη ζωή. Στις Η.Π.Α. η εμπειρία των τραυματικών γεγονότων στην παιδική ηλικία είναι τόσο συχνή, που θεωρείται θέμα Δημόσιας Υγείας, αφού σχεδόν τα δύο τρίτα (2/3) του γενικού πληθυσμού αναφέρουν ότι έχουν αντιμετωπίσει τουλάχιστον μία τραυματική παιδική εμπειρία. Η εμπειρία των τραυματικών γεγονότων στην παιδική ηλικία έχει σοβαρές αρνητικές συνέπειες στη λειτουργικότητα του παιδιού στο σχολείο, και μετέπειτα στην ενήλικη ζωή. Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα, που έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός στην παιδική ηλικία, έχουν υψηλές πιθανότητες εμφάνισης πολλαπλών τραυμάτων, τα οποία είναι παράγοντες κινδύνου για την υγεία τους.

Από τα επιδημιολογικά δεδομένα αναδεικνύεται η σημασία του ψυχολογικού τραύματος και του πως αυτό επηρεάζει συνολικά το παιδί / ενήλικα. Η νέα προσέγγιση «Ενημερωμένη – Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» (Trauma-Informed Care [TIC]) τόσο στη σχολική κοινότητα, όσο και σε άλλα πλαίσια, είναι ιδιαίτερα πολύτιμη, για το σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών, που ενσωματώνουν την κατανόηση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συνεπειών του τραύματος, με απώτερο στόχο τη βελτίωση και ευεξία των ανθρώπων, που το έχουν βιώσει.

Μέθοδος: Η παρούσα έρευνα ήταν συγχρονική μελέτη για τη διερεύνηση των στάσεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας γενικής εκπαίδευσης σχετικά με την «Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα». Στόχος η διαπολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου «Attitudes Related to Trauma-

Informed Care - ARTIC-35». Η Ελληνική εκδοχή χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων και αποστάλθηκε σε ηλεκτρονική μορφή σε δείγμα 191 εκπαιδευτικών στα σχολεία εντός περιφέρειας Αττικής.

Αποτελέσματα: Διερευνήθηκε η δομή της ελληνικής εκδοχής σε σχέση με το ξένο ερωτηματολόγιο. Με τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση προέκυψαν έξι διαστάσεις (παράγοντες) και επιβεβαιώθηκαν με την επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση. Βρέθηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων και των δημογραφικών δεδομένων. Αναδείχθηκε η εσωτερική αξιοπιστία με τον Cronbach $\alpha = 0,75$.

Συμπεράσματα: Από τα βασικότερα ευρήματα είναι ότι το 91,1 % των εκπαιδευτικών της έρευνας δε γνώριζαν καθόλου την καινοτόμο προσέγγιση της «Ενημερωμένης – Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα».

Λέξεις κλειδιά: Ψυχολογικό τραύμα, Τραυματικά γεγονότα στην παιδική ηλικία, Ενημερωμένη – ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα, Διαπολιτισμική προσαρμογή εργαλείου, Τραυματική εμπειρία.

Abstract

Background: The psychological trauma is a very significant and multidimensional issue, with high incidence in childhood, adolescence and in adulthood as well. The experience of adverse childhood events in U.S.A. is very common and is considered as a Public Health issue, as almost two thirds (2/3) of the general population reports having experienced at least one traumatic childhood event. Adverse childhood events result negative consequences in the children's functionality in school, but also in their adulthood later. It has been observed that people who have experienced a traumatic event in childhood, have a high probability of experiencing multiple traumatic events, which are risk factors for their health.

According to epidemiological data, the psychological trauma is of high importance, and it can affect the child / adult significantly. The new Trauma-Informed Care (TIC) is an approach particularly valuable in the school community and in other organizations, in planning and providing services that incorporate an understanding of the biological, psychological, and social consequences of the trauma, with the ultimate goal of improving their well-being.

Methods: The present research was a cross-sectional study about the investigation of the attitudes related to Trauma-Informed Care of educators from primary and secondary general education. The aim was the cross-cultural adaptation of the scale "Attitudes related to Trauma Informed Care" ARTIC-35. The Greek version was used for the collection of data and was sent in an electronic form via e-mail in 191 educators of schools in Attica.

Results: In this study, the structure of Greek version was examined in comparison with the genuine scale. Six factors emerged in the exploratory factor analysis, and they were confirmed in the confirmatory factor analysis. Moreover, correlations between the factors and the demographic data were assessed. The internal consistency reliability was calculated with Cronbach's alpha ($\alpha = 0,75$).

Conclusion: The most significant finding was that the 91,1 % of educators were not aware of the innovative approach of Trauma-Informed Care.

Keywords: Psychological trauma, Adverse Childhood Experiences (ACEs), Trauma-Informed Care, Cross-cultural adaptation, Traumatic experience.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την Καθηγήτρια κυρία Λάγιου Αρετή για την εποπτεία της σε όλα τα στάδια της παρούσας έρευνας και την πολύτιμη καθοδήγησή της. Τον Καθηγητή κύριο Κολαΐτη Γεράσιμο, μέλος της τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής. Την Επίκουρο Καθηγήτρια κυρία Σακελλάρη Ευανθία μέλος της τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής για την καθοδήγησή της κατά τη μεθοδολογία της έρευνας και τη συλλογή των δεδομένων. Και την κυρία Δημητρακάκη Χριστίνα για την καθοδήγησή της.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά το Traumatic Stress Institute of Klingberg Family Centers, New Britain, CT, US για την αδειοδότηση χορήγησης του ξένου εργαλείου “Attitudes Related to Trauma-Informed Care” (ARTIC-35), και της άδειας του για τη δημιουργία της Ελληνικής εκδοχής του.

Επιπλέον, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όλους τους συμμετέχοντες της έρευνας, για την άμεση ανταπόκρισή τους.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, για τη στήριξή.



*«Όταν δεν είμαστε πλέον σε θέση να αλλάξουμε μια κατάσταση, καλούμαστε να
αλλάξουμε τον εαυτό μας»*

Viktor E. Frankl - Man's Search for Meaning



Εικόνα 1. Irises- Vincent Van Gogh (1889)

«Αυτό που θα δώσει φως πρέπει να αντέξει το κάψιμο»

Victor Frankl



Εικόνα 2. Water Lilies Claude Monet (1916)

Λεξιλόγιο Βασικών Εννοιών

Υγεία (Health): «είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας», (World Health Association [WHO], 1948).

Ψυχική υγεία (Mental Health): «είναι μια κατάσταση του νου - πνεύματος που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική ευεξία, καλή προσαρμοστική συμπεριφορά, σχετική ελευθερία από άγχος και δυσλειτουργικά συμπτώματα, ικανότητα δημιουργίας εποικοδομητικών σχέσεων και αντιμετώπισης των καθημερινών απαιτήσεων και καταστάσεων της ζωής» (American Psychological Association [APA], 2020).

Τραύμα (trauma): «εμπειρίες που προκαλούν έντονες αντιδράσεις σωματικού και ψυχολογικού στρες. Μπορεί να αναφέρονται σε ένα γεγονός, σε πολλαπλά γεγονότα ή σε συνδυασμό συνθηκών, που βιώνονται από τον άνθρωπο ως βλαβερά ή απειλητικά σωματικά και συναισθηματικά, και έχει/έχουν μακρόχρονες αρνητικές συνέπειες στη ψυχική, σωματική, κοινωνική, συναισθηματική ή πνευματική ευεξία του», (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014).

Ψυχολογικό τραύμα (psychological trauma): Μια συναισθηματική ή ψυχολογική βλάβη που συνήθως προκύπτει από μια εξαιρετικά αγχωτική ή απειλητική για τη ζωή του ατόμου κατάσταση. Περιλαμβάνει εμπειρίες ή γεγονότα που γίνονται αντιληπτά ως επιβλαβή, δημιουργούν έντονο στρες και φόβο και επηρεάζουν τη γενική ευεξία του ατόμου, (SAMHSA, 2014a).

Σωματικό τραύμα (physical trauma): είναι ένας σοβαρός τραυματισμός στο σώμα. Δύο κύριοι τύποι σωματικού τραύματος είναι: Τραύμα αμβλείας δύναμης (Blunt force trauma)-όταν ένα αντικείμενο χτυπά το σώμα, προκαλώντας συχνά διάσειση, βαθιά τομή ή κατάγματα οστών. Διαπεραστικό τραύμα (Penetrating trauma)-όταν ένα αντικείμενο τρυπάει διαπερνά, σχίζει, τέμνει το δέρμα ή το σώμα, δημιουργώντας συνήθως μια ανοιχτή πληγή, (National Institute of General Medical Sciences, 2020).

Συλλογικό τραύμα (collective trauma): «Τα πολιτισμικά τραύματα δημιουργούνται, δεν γεννιούνται. Πολιτισμικό τραύμα ως ένα επεμβατικό και συντριπτικό γεγονός που πιστεύεται ότι υπονομεύει ή κατακλύζει ένα ή περισσότερα βασικά συστατικά ενός πολιτισμού ή του πολιτισμού στο σύνολό του» (Smelser στο Alexander et al., 2004; Eyerman, 2013).

Το παιδικό τραύμα (Childhood Trauma): είναι το ψυχικό αποτέλεσμα ενός ξαφνικού, έντονου, εξωτερικού σοκ ή αναστάτωσης ή μιας σειράς σοκ, που κάνει ένα παιδί να είναι προσωρινά αβοήθητο και να μην μπορεί να το αντιμετωπίσει με τους ήδη υπάρχοντες μηχανισμούς άμυνας, (Terr, 1991).

Αναπτυξιακό τραύμα(Developmental trauma): Τα παιδιά και οι νέοι είναι πολύ ευάλωτοι στις συνέπειες του τραύματος λόγω της αναπτυξιακής ανωριμότητας του εγκεφάλου τους. Επειδή ο εγκέφαλος ενός παιδιού είναι τόσο εύπλαστος, ο αντίκτυπος του τραύματος εκδηλώνεται πιο γρήγορα και αφήνει βαθύτερα ίχνη του τραύματος, (Australian Childhood Foundation, 2010)

Δυσμενείς παιδικές εμπειρίες (Adverse Childhood Experiences [ACEs]) είναι τα τραυματικά γεγονότα, που συμβαίνουν κατά την παιδική ηλικία. Αυτές έχουν μεγάλη επίπτωση μεταξύ των παιδιών και των εφήβων και αφορούν καταστάσεις όπως, κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες, κακοποίηση, παραμέληση και έκθεση σε ενδοοικογενειακή ή κοινωνική βία (Child and Adolescent Health Measurement Initiative, 2013).

Οξύ τραύμα (Acute Trauma): Ένα απότομο, βραχύχρονο γεγονός που μπορεί να έχει διαρκή ψυχολογικά αποτελέσματα (π.χ. φυσική καταστροφή), (Blaustein, 2013).

Χρόνιο τραύμα (Chronic Trauma): Όταν ένα άτομο υπομένει δυσάρεστες συνθήκες σε μακρόχρονο διάστημα, όπως έλλειψη στέγης, παιδική κακομεταχείριση, ενδοοικογενειακή βία ή συνεχή έκθεση στην κοινοτική βία, (Blaustein, 2013).

Σύνθετο τραύμα (complex trauma): διάχυτη επίδραση, συμπεριλαμβανομένων των αναπτυξιακών συνεπειών, της έκθεσης σε πολλαπλά ή παρατεταμένα τραυματικά γεγονότα, (National Child Traumatic Stress Network -NCTSN).

Τραυματικό γεγονός (traumatic event): Υπάρχουν ποικίλες καταστάσεις και γεγονότα που μπορούν να θεωρηθούν ως τραυματικές εμπειρίες: «α) η ενδο-οικογενειακή, κοινωνική και σχολική βία, β) η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, γ) η παραμέληση, δ) το σύνθετο τραύμα, ε) το τραύμα πρώιμης παιδικής ηλικίας (0-6 ετών), στ) το ιατρικό τραύμα, ζ) οι φυσικές καταστροφές, η) η τραυματική εμπειρία πολέμου ή προσφύγων, θ) η απώλεια σημαντικού άλλου», (National Association of School Psychologists- NASP, 2020).

Θεωρία του τραύματος (Trauma Theory): Περιλαμβάνει την απόκριση πάλης ή φυγής (fight or flight response), μαθημένη αβοηθησία (learned helplessness), αποσύνδεση (dissociation), εθισμό σε τραύμα (addiction to trauma), προβλήματα δεσμού και σωματικές διαταραχές (Bloom, 1999; Levine & Frederick, 2000). Οι Cook et al. (2005) εξηγούν ότι η θεωρία του τραύματος περιλαμβάνει την έκθεση σε τραύμα που προκαλεί αλλαγές στη φυσιολογία του ατόμου και αυτές οι αλλαγές είναι συνεχείς και μακροχρόνιες.

Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (Post-traumatic stress disorder – PTSD): «είναι μια διαταραχή άγχους που αναπτύσσεται σε μερικούς ανθρώπους μετά από εξαιρετικά τραυματικά γεγονότα, όπως μάχη, έγκλημα, ατύχημα ή φυσική καταστροφή», (APA, 2020).

Συμπτώματα Μετατραυματικού Στρες (Post-traumatic Stress Symptoms)[PTSS]: τα άτομα μπορούν να αναπτύξουν συμπτώματα μετατραυματικού στρες μετά την άμεση βίωση, παρακολούθηση ή αν ακούσουν για ένα τραυματικό γεγονός. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν αναδρομές στο παρελθόν, άγχος, ανεξέλεγκτες σκέψεις για το γεγονός, επιθετικότητα και άλλα, (Rowell & Thomley, 2013).

Δευτερογενές ή έμμεσο τραυματικό στρες (vicarious traumatization, secondary traumatic stress STS ή compassion fatigue): εκδηλώνεται σε επαγγελματίες που

εργάζονται με ανθρώπους που έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα ή στα οικεία πρόσωπα των ανθρώπων με τραύμα, (Jenkins & Baird, 2002).

Επανα-τραυματισμός (Re-traumatization): αναφέρεται σε συνειδητές ή ασυνειδητές υπενθυμίσεις του τραυματικού γεγονότος, που οδηγούν στην αναβίωση του αρχικού τραύματος. Η ενθύμηση μπορεί να προκληθεί από κατάσταση, αντικείμενο, πρόσωπο ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αυτό είναι ένα σημαντικό ζήτημα για τους επιζώντες τραύματος, τόσο επειδή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για υψηλότερα ποσοστά επανα-τραυματισμού, όσο και επειδή οι άνθρωποι που έχουν τραυματιστεί πολλές φορές έχουν συχνά πιο σοβαρά και χρόνια συμπτώματα που σχετίζονται με το τραύμα από εκείνων με μεμονωμένα τραύματα, (SAMHSA, 2014a).

Πολυθυματοποίηση (Polyvictimization) αναφέρεται στην εμπειρία πολλαπλών τραυματικών εμπειριών, όπως σεξουαλική κακοποίηση, σωματική κακοποίηση, εκφοβισμό και έκθεση σε οικογενειακή βία. Ο ορισμός δίνει έμφαση στην εμπειρία διαφορετικών ειδών θυματοποίησης, παρά σε πολλαπλά επεισόδια του ίδιου είδους θυματοποίησης, (Finkelhor, et. al., 2009).

Επιζών από τραύμα (Trauma survivor): άτομο που έχει βιώσει τραυματική εμπειρία, (SAMHSA, 2014a).

«Ενημερωμένη-Ευαισθητοποιημένη Φροντίδα για το Τραύμα» (Trauma-Informed Care [TIC] ή Trauma-Informed Approach): καινοτόμος προσέγγιση για την παροχή υπηρεσιών, που ενσωματώνουν την κατανόηση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων των παιδικών τραυματικών εμπειριών (ACEs) και του τραύματος με απώτερο στόχο τη βελτίωση και την ευεξία των ανθρώπων, που το έχουν βιώσει, (SAMHSA, 2014a).

Ικανότητα του εκπαιδευτικού (Teacher Competence): σχετίζεται με μία ευρεία ποικιλία συμπεριφορών, όπως γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες, που σχετίζονται με τη διαχείριση συμπεριφοράς, την ακαδημαϊκή διδασκαλία και την υγιή ανάπτυξη του παιδιού, (Heller et al., 2011).

Αυτεπάρκεια του εκπαιδευτικού (Teacher Self-efficacy): «είναι η πεποίθηση του εκπαιδευτικού ότι έχει τις δεξιότητες, ικανότητες, που απαιτούνται για να επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα», (Heller et al., 2011).

Η ανθεκτικότητα (resilience): «είναι η διαδικασία και το αποτέλεσμα της επιτυχούς προσαρμογής σε δύσκολες εμπειρίες ζωής, ειδικά μέσω νοητικής, συναισθηματικής και συμπεριφορικής ευελιξίας και προσαρμογής στις εξωτερικές και εσωτερικές απαιτήσεις. Υπάρχουν ποικίλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην καλή προσαρμογή των ανθρώπων στις δυσκολίες, μεταξύ των οποίων πιο σημαντικοί (α) οι τρόποι με τους οποίους τα άτομα βλέπουν και αλληλεπιδρούν με τον κόσμο, (β) η διαθεσιμότητα και η ποιότητα των κοινωνικών πόρων και (γ) οι συγκεκριμένες στρατηγικές αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων. Η έρευνα δείχνει ότι οι πόροι και οι δεξιότητες που σχετίζονται με πιο θετική προσαρμογή, δηλαδή μεγαλύτερη και καλύτερη ανθεκτικότητα, μπορούν να καλλιεργηθούν και να εξασκηθούν», (resilience, APA, 2020).

Στάσεις (attitudes): «μια σχετικά διαρκής και γενική αξιολόγηση ενός αντικειμένου, προσώπου, ομάδας, θέματος ή έννοιας σε μια διάσταση που κυμαίνεται από αρνητική έως θετική. Οι στάσεις παρέχουν συνοπτικές αξιολογήσεις των αντικειμένων-στόχων και συχνά υποτίθεται ότι προέρχονται από συγκεκριμένες πεποιθήσεις, συναισθήματα και προηγούμενες συμπεριφορές, που σχετίζονται με αυτά τα αντικείμενα», (attitudes, APA, 2020).

Πεποιθήσεις (beliefs) : Οι πεποιθήσεις, αναφέρονται στην υποκειμενική εκτίμηση ή κρίσεις ενός ατόμου, που αφορούν κάποια πτυχή του εαυτού ή του κόσμου. Το περιεχόμενο των πεποιθήσεων έχει απεριόριστο σε εύρος. Οι πεποιθήσεις βασίζονται σε αξίες, που αφορούν αυτό που θεωρείται καλό ή σωστό. Υπάρχουν δύο είδη πεποιθήσεων οι προσωπικές και οι συλλογικές, (Underwood, Unesco – Eolss).

Μετατραυματική ανάπτυξη (posttraumatic- growth): Η εμπειρία θετικής μεταμόρφωσης μετά από τραύμα. Τα άτομα που το βιώνουν μπορεί να αναπτύξουν μια νέα εκτίμηση της ζωής, να αποκτήσουν νέα προσωπική δύναμη, να δουν βελτίωση στις σχέσεις τους, να δουν νέες δυνατότητες στη ζωή και να βιώσουν πνευματικές αλλαγές, (APA, 2019).

Βιο-οικολογικό μοντέλο του Bronfenbrenner (Bio-ecological model): από τη θεωρία των Οικολογικών συστημάτων (Ecological systems) όπου η ανάπτυξη του ατόμου επηρεάζεται από πέντε (5) συστήματα και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους : το μικροσύστημα, μεσοσύστημα, εξωσύστημα, μακροσύστημα, και χρονοσύστημα, (Bronfenbrenner, 1993).

Κοινωνικο-Οικολογικό του McLeroy (Socio-ecological model): η ανάπτυξη του ατόμου επηρεάζεται από πέντε (5) συστήματα : το Ενδο-προσωπικό, Διαπροσωπικό, Θεσμικό, Κοινωνικό και επίπεδο Δημόσιας Πολιτικής, (McLeroy et al., 1988).

Βασικά Ακρωνύμια

ACEs: Adverse Childhood Experiences: Δυσμενείς παιδικές εμπειρίες

STS: secondary traumatic stress: Δευτερογενές τραυματικό στρες (δευτερογενές τραύμα)

TIC: Trauma-Informed Care: «Ενημερωμένη-Ευαισθητοποιημένη Φροντίδα για το Τραύμα»

4-Rs: The Four R's(τουTIC)

1. **Συνειδητοποίηση(realize)**
2. **Αναγνώριση ενδείξεων και συμπτωμάτων του τραύματος (recognize)**
3. **Ανταπόκριση (respond)**
- 4.**Αντίσταση στον επανα-τραυματισμό (resist -traumatization), (SAMHSA, 2014a).**

~

APA: American Psychological Association: Αμερικάνικη Ψυχολογική Εταιρεία

CDC: Centers for Disease Control and Prevention: Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών των Η.Π.Α.

NASP: National Association of School Psychologists: Εθνική Ένωση Σχολικών Ψυχολόγων των Η.Π.Α.

NCTSN: National Child Traumatic Stress Network: Εθνικό Δίκτυο Παιδικού Τραυματικού Στρες των ΗΠΑ

UNCRC: United Nations Convention on the Rights of the Child : Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Οργανισμός Κατάχρησης Ουσιών και Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας των Η.Π.Α.

WHO: World Health Organization: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μνήμη όπου και να την αγγίζεις πονεί.

Γιώργος Σεφέρης – Μνήμη Α΄

Το ψυχικό τραύμα συνιστά μια επώδυνη ανθρώπινη εμπειρία, η οποία χαράσσεται στη μνήμη και τη ψυχή. Συχνά προκαλείται, όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με δύσκολες και στρεσογόνες καταστάσεις, τις οποίες δεν μπορεί να διαχειριστεί αποτελεσματικά. Νιώθει ευάλωτο και βιώνει αισθήματα αβοηθησίας και μοναξιάς. Δύσκολες καταστάσεις, όπως ατυχήματα, φυσικές καταστροφές, ένδεια, πόλεμοι, μετανάστευση και προσφυγιά, ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, βία και σεξουαλική κακοποίηση, διαζύγιο, θάνατος αγαπημένου προσώπου και πολλές άλλες, αφορούν την έννοια του ψυχικού τραύματος.

Η λέξη «τραύμα» προέρχεται από την αρχαία ελληνική, που σημαίνει «πληγή» (Leys, 2000 όπως αναφέρεται Eyerman, R., 2013). Ο όρος «τραύμα» χρησιμοποιείται στην ιατρική, η οποία διακρίνει διάφορα είδη τραύματος, μεταξύ των οποίων και το ψυχικό/ ψυχολογικό. Στο Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης οι Laplanche & Pontalis (1973) ορίζουν το τραύμα ως: «Συμβάν της ζωής ενός ατόμου, το οποίο χαρακτηρίζεται από ένταση, αδυναμία να το αντιμετωπίσει αποτελεσματικά, συγκλονισμό και παθογόνες μακρόχρονες επιπτώσεις, που επιφέρουν στη ψυχή», (Fallot & Harris, 2006).

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση αναγνώρισης πολλών γεγονότων σχετικά με τον επιπολασμό και την επίδραση του τραύματος στις ζωές των ανθρώπων. Το τραύμα είναι διάχυτο. Φαίνεται από εθνικές και κοινοτικές έρευνες στο εξωτερικό, ότι μεταξύ 50 και 90% των ανθρώπων έχουν βιώσει τουλάχιστον ένα τραυματικό γεγονός. Η εμπειρία του τραύματος δεν είναι μόνο ατομικό βίωμα, αλλά αναπόσπαστο

κομμάτι των ανθρώπων και της κοινωνικής πραγματικότητας. Ο αντίκτυπος του τραύματος είναι ευρύς και αγγίζει πολλούς τομείς της ζωής. Η έκθεση σε τραύμα αυξάνει τον κίνδυνο σε προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως διαταραχή μετατραυματικού στρες, κατάθλιψη, γενικευμένο άγχος, κατάχρηση ουσιών, προβλήματα υγείας και διαπροσωπικά προβλήματα. Το τραύμα αγγίζει πολλούς τομείς της ζωής που δεν συνδέονται άμεσα με την εμπειρία του ίδιου του τραύματος.

Ο αντίκτυπος του τραύματος είναι συχνά βαθύς και επηρεάζει τη ζωή. Το βίαιο τραύμα (violent trauma) συχνά αυτοδιαϊωνίζεται παρά εξαλείφεται, μεταβιβάζεται από γενεά σε γενεά. Το τραύμα συχνά συμβαίνει στο ίδιο το πλαίσιο της υπηρεσίας. Ακούσιες πρακτικές και άλλες δραστηριότητες προκαλούν αντιδράσεις που σχετίζονται με το τραύμα. Οι υπηρεσίες με την «Ενημερωμένη -Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» (TIC) έχουν σχεδιαστεί ειδικά για την αποφυγή επανατραυματισμού όσων έρχονται να ζητήσουν στήριξη. Βασικός στόχος αυτής της προσέγγισης είναι «πρώτα η ασφάλεια» και η δέσμευση των εργαζομένων «μην κάνουν κακό», “do no harm”, (Fallot & Harris, 2006).

Η παρούσα έρευνα διακρίνεται σε δύο μέρη, το πρώτο αφορά το θεωρητικό μέρος και το δεύτερο το ερευνητικό μέρος. Παρακάτω παρατίθενται στο θεωρητικό μέρος το Βιο-οικολογικό μοντέλο του Bronfenbrenner και το Κοινωνικο-οικολογικό μοντέλο του McLeroy, στο οποίο βασίζεται η έρευνα, βασικές έννοιες και διαστάσεις του ψυχολογικού τραύματος με έμφαση στην παιδική ηλικία: ορισμοί του τραύματος, ο επιπολασμός του παιδικού τραύματος, οι διαστάσεις του ψυχολογικού τραύματος, οι προστατευτικοί παράγοντες και επικινδυνότητας, η διαταραχή μετα-τραυματικού στρες, οι συνέπειες του ψυχολογικού τραύματος και οι μεταβλητές που συσχετίζονται με αυτές, καθώς και η καινοτόμος προσέγγιση «Ενημερωμένη- Ευαισθητοποιημένη

φροντίδα για το τραύμα», η σημασία της και η εφαρμογή της στα σχολεία και ο ρόλος των εκπαιδευτικών.

Α΄ ΜΕΡΟΣ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1. Βιο-οικολογική προσέγγιση και το Τραύμα

1.1 Υγεία και Βιο-οικολογική οπτική (bio-ecological aspect)

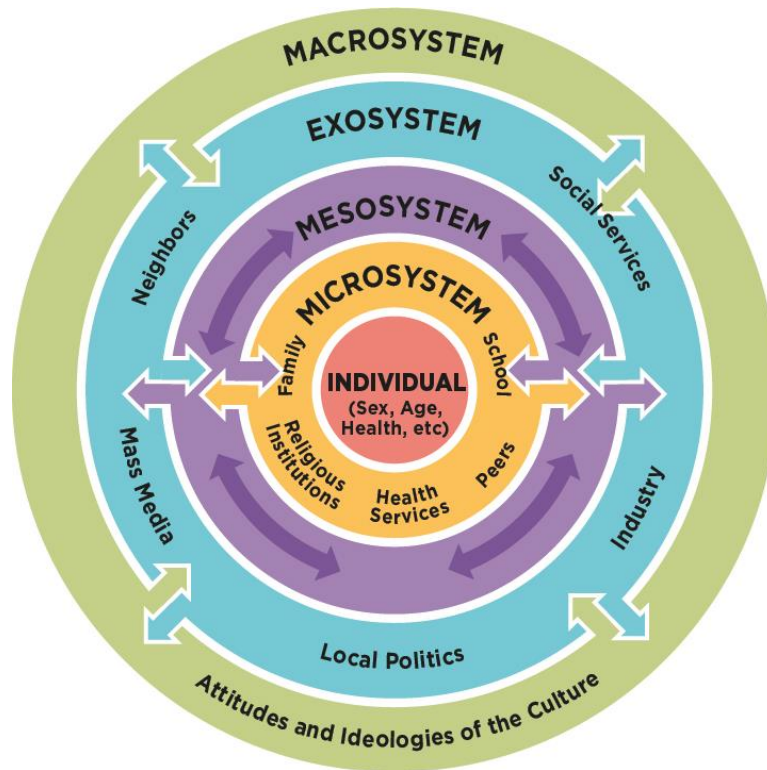
Η Υγεία όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας», (World Health Organization [WHO], 1948). Ψυχική υγεία όπως ορίζεται από την Αμερικάνικη Ψυχολογική Εταιρεία «είναι μια κατάσταση του νου - πνεύματος που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική ευεξία, καλή προσαρμοστική συμπεριφορά, σχετική ελευθερία από άγχος και δυσλειτουργικά συμπτώματα, ικανότητα δημιουργίας εποικοδομητικών σχέσεων και αντιμετώπισης των καθημερινών απαιτήσεων και καταστάσεων της ζωής», (American Psychological Association [APA], 2020, mental health).

Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2018) «η ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση ευεξίας κατά την οποία ένα άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει τα φυσιολογικά και καθημερινά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και είναι σε θέση να συμβάλει ενεργά στην κοινότητα. Η ψυχική υγεία είναι θεμελιώδης για τη συλλογική και ατομική ικανότητά των ατόμων να σκέφτονται, να συγκινούνται, να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, να βιοπορίζονται, να χαίρονται τη ζωή. Σε αυτή τη βάση, η προαγωγή, η προστασία και η αποκατάσταση της ψυχικής υγείας μπορεί να θεωρηθεί ως ζωτικό μέλημα ατόμων, κοινοτήτων και κοινωνιών σε όλο τον κόσμο».

«Η ψυχική υγεία είναι κάτι περισσότερο από την απουσία ψυχικών διαταραχών και είναι αναπόσπαστο μέρος της υγείας. Δεν υπάρχει υγεία χωρίς ψυχική υγεία. Η

ψυχική υγεία καθορίζεται από μια σειρά κοινωνικοοικονομικών, βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Πολλοί κοινωνικοί, ψυχολογικοί και βιολογικοί παράγοντες καθορίζουν το επίπεδο της ψυχικής υγείας ενός ατόμου ανά πάσα στιγμή», (determinants of mental health). Για παράδειγμα, η βία και οι κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες αναγνωρίζονται ως παράγοντες κινδύνου για την ψυχική υγεία. Τέτοιοι παράγοντες κινδύνου είναι π.χ. καταστάσεις που σχετίζονται με τη σεξουαλική βία. Η χαμηλή ψυχική υγεία συνδέεται επίσης, με κοινωνικές αλλαγές, στρεσογόνες συνθήκες εργασίας, διακρίσεις λόγω φύλου, κοινωνικό αποκλεισμό, ανθυγιεινό τρόπο ζωής, ασθενή σωματική υγεία και παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Επίσης, υπάρχουν συγκεκριμένοι ψυχολογικοί παράγοντες και παράγοντες προσωπικότητας που καθιστούν τους ανθρώπους ευάλωτους σε προβλήματα ψυχικής υγείας. Ακόμα, υπάρχουν και βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες, (WHO, 2018, Mental Health).

Η παρούσα έρευνα στηρίζεται στο **Βιο-οικολογικό μοντέλο (social-ecological framework) του Bronfenbrenner**, για την προσέγγιση του ψυχολογικού τραύματος και της «Ενημερωμένη-Ευαίσθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα». Η θεωρία των Οικολογικών συστημάτων (Ecological systems) υποστηρίζει ότι η ανάπτυξη του ατόμου επηρεάζεται από πέντε (5) συστήματα και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους:



Διάγραμμα 1. Το βιο-οικολογικό μοντέλο (social-ecological framework) του Bronfenbrenner, Applying Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory, Natasha Spellman)

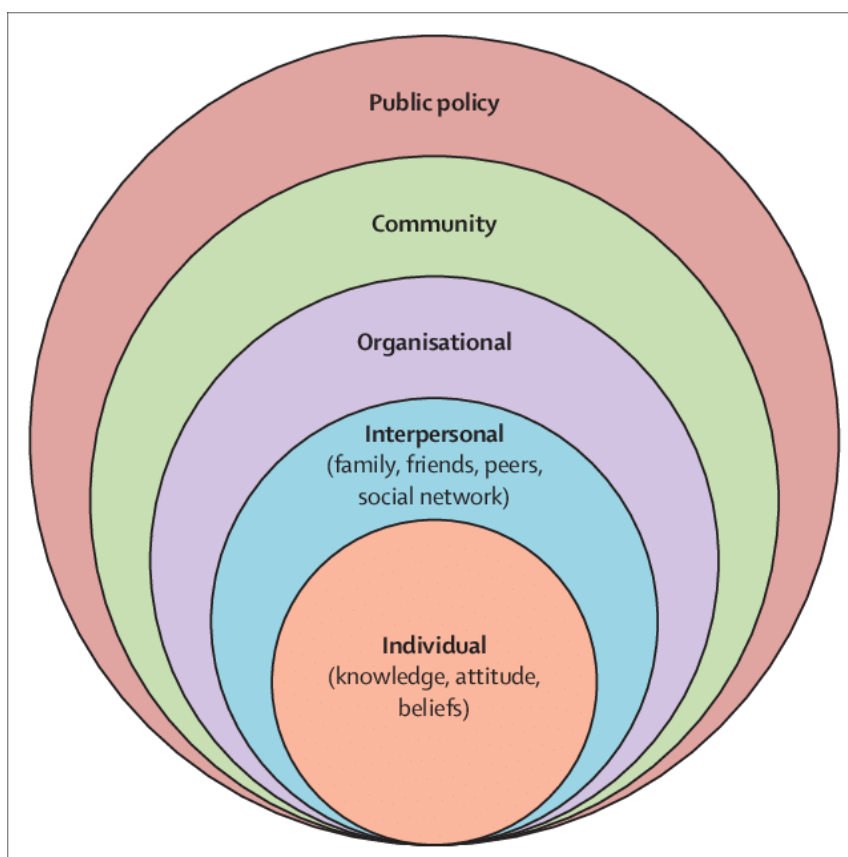
- 1) το **μικροσύστημα**, που περιλαμβάνει δραστηριότητες, κοινωνικούς ρόλους και διαπροσωπικές σχέσεις, που βιώνονται άμεσα και αμφίδρομα από το άτομο.
- 2) το **μεσοσύστημα**, που περιλαμβάνει αλληλεπιδράσεις μεταξύ των πλαισίων που ζει και αλληλεπιδρά το άτομο (π.χ. αλληλεπιδράσεις σπίτι-σχολείο).
- 3) το **εξωσύστημα**, που περιλαμβάνει αλληλεπιδράσεις μεταξύ πλαισίων που δεν περιέχουν το άτομο, αλλά έμμεσα το επηρεάζουν (π.χ. γειτονιά).
- 4) το **μακροσύστημα**, περιλαμβάνει το πολιτιστικό περιβάλλον των πλαισίων που επηρεάζουν άμεσα και έμμεσα το άτομο (π.χ. νομοθεσία)
- 5) το **χρονοσύστημα**, που περιλαμβάνει γεγονότα τα οποία συμβαίνουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (π.χ. διαζύγιο, φυσικές καταστροφές), (Bronfenbrenner, 1993).

Το Βιο-οικολογικό μοντέλο δίνει έμφαση στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ και εντός των συστημάτων και αξιοποιείται στη δημόσια υγεία και την προαγωγή υγείας, εστιάζοντας στην προσαρμοστικότητα του ατόμου εντός του περιβάλλοντος, (McLaren & Hawe, 2005). Επίσης, εφαρμόζεται για το τραύμα και τις επιπτώσεις του, «παρέχοντας ένα συστημικό πλαίσιο για την εξέταση ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων, που βιώνουν τραυματικές εμπειρίες. Υπογραμμίζει την αμφίδρομη επίδραση που μπορούν να έχουν πολλαπλά πλαίσια-συστήματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα, που έχουν βιώσει τραύμα».

Ο Οργανισμός Κατάχρησης Ουσιών και Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA) στηρίχθηκε στο Βιο-οικολογικό μοντέλο για την Ενημερωμένη-Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα (Trauma-Informed Care/TIC) σε όλα τα πλαίσια. Την ορίζει ως μια προσέγγιση που εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο το τραύμα μπορεί να επηρεάσει τη ζωή ενός ατόμου και την ανταπόκρισή του στις υπηρεσίες υγείας, (SAMHSA, 2014a,b, Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services). Η εφαρμογή της TIC ποικίλλει ανάλογα με το πλαίσιο που εφαρμόζεται. Εκτός από τις υπηρεσίες υγείας είναι σημαντικό να εφαρμόζεται και στα σχολεία. Με βάση τους Ko et al. (2008) τα σχολεία θεωρούνται ως κρίσιμα σημεία για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ειδικότερα στην εφαρμογή της «Ενημερωμένης-Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» (TIC).

Παρόμοιο μοντέλο με του Bronfenbrenner αποτελεί το **Βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο** που μετονομάστηκε σε **Κοινωνικο-οικολογικό του McLeroy, 1988**, όπου διακρίνει τα διαφορετικά συστήματα επιρροής σε: Ενδο-προσωπικό, Διαπροσωπικό,

Θεσμικό, Κοινωνικό και επίπεδο Δημόσιας Πολιτικής, όπως αποδίδεται στο παρακάτω σχήμα.



Διάγραμμα 2. Το Κοινωνικο-οικολογικό του McLeroy, (McLeroy, Steckler, & Bibeau, D, 1988).

1.2 Συνοπτική ιστορική αναδρομή τραύματος και Συσχέτισης με την Υγεία -

Ασθένεια

Η λέξη τραύμα προέρχεται από την αρχαία ελληνική, που σημαίνει «πληγή» (Leys, 2000 όπως αναφέρεται Eyerman, R., 2013). Στη σύγχρονη ιατρική και ψυχιατρική βιβλιογραφία, γράφει η Cathy Caruth (1996, όπως αναφέρεται Eyerman, R., 2013): «Ο όρος τραύμα εννοείται ως μια πληγή που προκαλείται όχι στο σώμα αλλά στο μυαλό – μια πληγή που προκαλείται από ένα συναισθηματικό σοκ τόσο ισχυρό που παραβιάζει την εμπειρία του νου, του χρόνου, του εαυτού και του κόσμου

και τελικά εκδηλώνεται σε όνειρα και αναδρομές». Σε αυτή την αντίληψη, ένα γεγονός είναι τραυματικό όχι απλώς επειδή είναι ισχυρό, αλλά επειδή είναι αδιανόητο, δηλαδή «αντιστέκεται στην απλή κατανόηση» και δεν μπορεί εύκολα να αφομοιωθεί.

Επίσης, ο Φρόιντ συσχέτισε αρχικά το τραύμα με την υστερία στις γυναίκες. Ωστόσο αργότερα, τροποποίησε την αντίληψή του αυτή, όταν μελέτησε θύματα του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, το τραύμα αναφέρεται ως ένα πραγματικό γεγονός, δηλαδή ένα σωματικό ή συναισθηματικό σοκ, το οποίο κατακλύζει τις αισθήσεις και ενεργοποιεί αμυντικούς μηχανισμούς στο σώμα και το μυαλό, (Eyerman, R., 2013).

Ο Felitti και οι συνεργάτες του (1998) διαπίστωσαν τη συσχέτιση μεταξύ τραυματικών εμπειριών και της υγείας των ατόμων, ως μια ισχυρή διαβαθμισμένη σχέση μεταξύ της έκθεσης σε κακοποίηση ή οικογενειακή δυσλειτουργία κατά την παιδική ηλικία, και των παραγόντων κινδύνου για κύριες αιτίες θανάτου στους ενήλικες.

Σχέση μεταξύ τραυματικής έκθεσης στην παιδική ηλικία και παραγόντων κινδύνου για την υγεία: Τόσο ο επιπολασμός όσο και ο κίνδυνος (risk) αυξήθηκαν για το κάπνισμα, τη παχυσαρκία, την κατάθλιψη και τις απόπειρες αυτοκτονίας, όσο αυξανόταν ο αριθμός των τραυματικών γεγονότων στην παιδική ηλικία.



Διάγραμμα 3: Πιθανές επιπτώσεις από τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία
 βασισμένο στο (Felitti et al., 1998)

1.3 Ορισμός του Τραύματος και συναφών εννοιών

«Trauma is not what happens to us, but what we hold inside in the absence of an empathetic witness.»

Peter A. Levine

Ο «Οργανισμός Κατάχρησης Ουσιών και Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας» (SAMHSA, 2014) ορίζει το τραύμα ως «τις εμπειρίες που προκαλούν έντονες αντιδράσεις σωματικού και ψυχολογικού στρες. Μπορεί να αναφέρονται σε ένα γεγονός, σε πολλαπλά γεγονότα ή σε συνδυασμό συνθηκών, που βιώνονται από τον

άνθρωπο ως βλαπτικά ή απειλητικά σωματικά και συναισθηματικά, και έχει/έχουν μακρόχρονες αρνητικές συνέπειες στη ψυχική, σωματική, κοινωνική, συναισθηματική ή πνευματική ευεξία του». Επίσης, το «Εθνικό Δίκτυο Παιδικού Τραυματικού Στρες των ΗΠΑ» (National Child Traumatic Stress Network [NCTSN]) διακρίνει το τραύμα είτε ως ένα οξύ είτε ως ένα επαναλαμβανόμενο γεγονός (acute or chronic life events) το οποίο απειλεί τη σωματική ή ψυχολογική ευεξία του ατόμου. Δηλαδή, μπορεί να εννοηθεί ως μία αντίδραση σε αρνητικό ή επαναλαμβανόμενο γεγονός, που περιορίζει τη λειτουργικότητα του παιδιού και ενεργοποιεί τους μηχανισμούς άμυνάς του.

«Το τραύμα είναι μια συναισθηματική αντίδραση σε ένα δύσκολο γεγονός, όπως ένα ατύχημα, μία σωματική κακοποίηση ή μια φυσική καταστροφή. Αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός το άτομο συνήθως βιώνει μία αίσθηση σοκ και άρνηση του γεγονότος. Οι μακροπρόθεσμες αντιδράσεις περιλαμβάνουν απρόβλεπτα συναισθήματα, αναδρομές (flashbacks), δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, και σωματικά συμπτώματα, όπως πονοκεφάλους ή ναυτία. Τα αισθήματα είναι φυσιολογικά, ωστόσο μερικοί άνθρωποι δυσκολεύονται να συνεχίσουν τη ζωή τους μετά τη βίωση του τραυματικού γεγονότος. Οι ψυχολόγοι μπορούν να υποστηρίξουν αυτά τα άτομα να βρουν εποικοδομητικούς τρόπους διαχείρισης των συναισθημάτων τους», (Trauma and Shock, APA, 2020).

Ψυχολογικό τραύμα (psychological trauma)

Μια συναισθηματική ή ψυχολογική βλάβη. Συνήθως προκύπτει από μια εξαιρετικά αγχωτική ή απειλητική κατάσταση για τη ζωή του ατόμου. Περιλαμβάνει εμπειρίες ή γεγονότα που γίνονται αντιληπτά ως επιβλαβή, δημιουργούν έντονο στρες και φόβο και επηρεάζουν τη γενική ευεξία του ατόμου, (SAMHSA, 2014a).

Σωματικό τραύμα (physical trauma)

Το σωματικό τραύμα είναι ένας σοβαρός τραυματισμός στο σώμα. Δύο κύριοι τύποι σωματικού τραύματος είναι: Τραύμα αμβλείας δύναμης (Blunt force trauma) όταν ένα αντικείμενο ή δύναμη χτυπά το σώμα, προκαλώντας συχνά διάσειση, βαθιά τομή ή κατάγματα οστών. Διαπεραστικό τραύμα (Penetrating trauma) όταν ένα αντικείμενο διαπερνά το δέρμα ή το σώμα, δημιουργώντας συνήθως μια ανοιχτή πληγή. Η χειρουργική επέμβαση μπορεί επίσης να προκαλέσει σωματικό τραύμα, που μερικές φορές ονομάζεται ελεγχόμενος τραυματισμός (controlled injury), (National Institute of General Medical Sciences, 2020).

Συλλογικό τραύμα (collective trauma)

Το τραύμα ωστόσο δεν είναι μόνο προσωπική υπόθεση. Υπάρχουν τραύματα που βιώνονται σε μία κοινωνία, όπως ένας πόλεμος, μια φυσική καταστροφή, ή μια οικονομική κρίση. Το συλλογικό τραύμα χρησιμοποιείται στην ίδια κατεύθυνση εναλλακτικά με το ιστορικό τραύμα (historical trauma), το μαζικό τραύμα (mass trauma), το σύνθετο τραύμα (complex trauma), το κοινωνικό τραύμα (social trauma), το εθνικό τραύμα (national), το πολιτισμικό τραύμα (cultural), το τραύμα μεταξύ των γενεών και το τραύμα μεταξύ ομάδων (intergenerational/ transgenerational). Η πανδημία του κορονοϊού αποτελεί ένα παράδειγμα συλλογικού τραύματος σε παγκόσμια κλίμακα. Μια συλλογική εμπειρία απώλειας και σοβαρής συναισθηματικής δυσλειτουργίας με μεγάλη κλίμακα επιρροής στον κόσμο, (Cypress, 2020).

Αναπτυξιακό τραύμα (Developmental trauma)

Τα παιδιά και οι νέοι είναι πολύ ευάλωτοι στις επιπτώσεις του τραύματος λόγω της αναπτυξιακής ανωριμότητας του εγκεφάλου τους. Επειδή ο εγκέφαλος ενός παιδιού είναι τόσο εύπλαστος, ο αντίκτυπος του τραύματος εκδηλώνεται πιο γρήγορα. Αφήνει επίσης βαθύτερα ίχνη βλάβης. Η ανάπτυξη των παιδιών μπορεί να επιβραδυνθεί ή να μειωθεί μετά από τραύμα. Το τραύμα μπορεί συχνά να οδηγήσει σε διασπασμένη ανάπτυξη των παιδιών. Επειδή τα παιδιά βασίζονται στους ενήλικες, επηρεάζονται ακόμη πιο έντονα όταν οι ίδιοι οι ενήλικες είναι αυτοί που τους προκαλούν κακό. Το τραύμα που σχετίζεται με τις εμπειρίες διαπροσωπικής βίας υπονομεύει τον ίδιο τον πόρο που μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά να ανακάμψουν – τη σταθερότητα και την προβλεψιμότητα των σχέσεών τους με τους άλλους. Το αναπτυξιακό τραύμα περιλαμβάνει παιδιά που παραμελούνται, κακοποιούνται, αναγκάζονται να ζουν με οικογενειακή βία ή βιώνουν έντονη γονεϊκή σύγκρουση στο πλαίσιο του χωρισμού ή του διαζυγίου, (Australian Childhood Foundation, 2010)

Οξύ τραύμα (AcuteTrauma)

Ένα απότομο, βραχύχρονο γεγονός που μπορεί να έχει διαρκή ψυχολογικά αποτελέσματα (π.χ. φυσική καταστροφή), (Crosby, Day, Baroni&Somers, 2015).

Χρόνιο τραύμα (Chronic Trauma)

Όταν ένα άτομο υπομένει δυσάρεστες συνθήκες σε μακρόχρονο διάστημα, όπως έλλειψη στέγης, παιδική κακομεταχείριση, ενδοοικογενειακή βία ή συνεχής έκθεση στην κοινοτική βία, (Blaustein, 2013).

Σύνθετο τραύμα (Complex trauma)

Το Εθνικό Δίκτυο Παιδικού Τραυματικού Στρες (National Child Traumatic Stress Network -NCTSN) ορίζει το σύνθετο τραύμα ως τη διάχυτη επίδραση, συμπεριλαμβανομένων των αναπτυξιακών συνεπειών, της έκθεσης σε πολλαπλά ή

παρατεταμένα τραυματικά γεγονότα. Είναι το αποτέλεσμα συνεχούς ή επαναλαμβανόμενης τραυματικής έκθεσης για μια χρονική περίοδο, το οποίο οδηγεί σε σημαντικό περιορισμό της λειτουργικότητας ή ευεξίας του ατόμου (Wolprow, Johnson, Hertel, & Kincaid, 2009).

Το σύνθετο τραύμα συνήθως περιλαμβάνει έκθεση σε διαδοχικές ή ταυτόχρονες περιπτώσεις κακομεταχείρισης, «συμπεριλαμβανομένης της ψυχολογικής κακομεταχείρισης (maltreatment), παραμέλησης, σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης και ενδοοικογενειακής βίας. Έκθεση σε αυτά τα τραυματικά γεγονότα δημιουργούν συναισθηματική απορρύθμιση, απώλεια ασφάλειας, και συχνά πυροδοτούν μια αλυσίδα γεγονότων που οδηγούν σε άλλα τραυματικά γεγονότα στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή», (NCTSN, 2013; Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment, 2014).

Το σύνθετο τραύμα «συχνά επιφέρει επιπτώσεις άμεσες, όπως παρατηρείται στο ψυχολογικό τραύμα από οξύ γεγονός, και μακροχρόνιες σε τομείς της λειτουργικότητας του, όπως είναι η προσκόλληση, οι βιολογικοί παράγοντες, η συναισθηματική και η συμπεριφορική ρύθμιση, η γνώση και η αυτοεικόνα», (Cook et al., 2005).

Δευτερογενές ή έμμεσο τραυματικό στρες (vicarious traumatization secondary traumatic stress ή compassion fatigue)

Εκδηλώνεται σε επαγγελματίες που εργάζονται με ανθρώπους που έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα ή στα οικεία πρόσωπα των ανθρώπων με τραύμα, (όπως αναφέρεται στο Jenkins & Baird, 2002). Από έρευνες παρατηρείται ότι περίπου το 50% αυτών των επαγγελματιών, συμπεριλαμβανομένων και των εκπαιδευτικών, εκτίθενται ή παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης δευτερογενούς τραυματικού στρες,

(NCTSN). Η έκθεση αυτή μπορεί να επιφέρει σωματικές, ψυχικές, κοινωνικές, συναισθηματικές και πνευματικές συνέπειες, όπως αρνητικές προσδοκίες, αποφυγή φίλων ή συναδέλφων, περιορισμό αυτό-φροντίδας, δυσκολίες ύπνου και αίσθημα αβοήθητου, (Hydon, Wong, Langley, Stein, & Kataoka, 2015). Αυτές οι επιπτώσεις επηρεάζουν αρνητικά τόσο την προσωπική υγεία των εκπαιδευτικών, όσο και την στήριξή τους στους μαθητές, (Alisic, 2012).

Επανα-τραυματισμός (Re-traumatization)

Αναφέρεται σε συνειδητές ή ασυνείδητες υπενθυμίσεις του τραυματικού γεγονότος, που οδηγούν στην αναβίωση του αρχικού τραύματος. Η ενθύμηση μπορεί να προκληθεί από κατάσταση, αντικείμενο, πρόσωπο ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αυτό είναι ένα σημαντικό ζήτημα για τους επιζώντες τραύματος, τόσο επειδή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για υψηλότερα ποσοστά επανατραυματισμού, όσο και επειδή οι άνθρωποι που έχουν τραυματιστεί πολλές φορές έχουν συχνά πιο σοβαρά και χρόνια συμπτώματα που σχετίζονται με το τραύμα από εκείνων με μεμονωμένα τραύματα, (SAMHSA, 2014a).

Επιζών από τραύμα (Trauma survivor)

Αυτή η φράση μπορεί να αναφέρεται σε οποιονδήποτε έχει βιώσει τραυματική εμπειρία. Με βάση τον Οργανισμό «Κατάχρησης Ουσιών και Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας» αποφεύγεται να χρησιμοποιείται ο όρος «θύμα» και αντ' αυτού όταν χρειάζεται χρησιμοποιείται ο όρος «επιζών», (SAMHSA, 2014a)

Τραυματικό γεγονός

Οι περισσότεροι έχουν βιώσει ένα (stressful) αγχωτικό στρεσογόνο γεγονός στη ζωή τους. Όταν το γεγονός, ή μια σειρά γεγονότων, προκαλεί πολύ άγχος(stress) ονομάζεται τραυματικό γεγονός. Τα τραυματικά γεγονότα χαρακτηρίζονται από μια αίσθηση τρόμου, αίσθημα αβοηθησίας, ανικανότητας, σοβαρού τραυματισμού ή

απειλής σοβαρού τραυματισμού ή θανάτου. Τα τραυματικά γεγονότα επηρεάζουν τους επιζώντες, τους διασώστες, τους φίλους και συγγενείς των θυμάτων που έχουν εμπλακεί. Μπορεί επίσης να έχουν αντίκτυπο σε άτομα που έχουν δει το συμβάν είτε άμεσα είτε στην τηλεόραση, (Centers for Disease Control and Prevention, CDC, Coping with a Traumatic Event).

Υπάρχουν αντικειμενικά, κάποια γεγονότα που θεωρούνται τραυματικά και μπορούν να γίνουν εν δυνάμει **τραυματική εμπειρία**. Η υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου για το γεγονός, θα καθορίσει αν θα το βιώσει ως τραυματική εμπειρία. Όπως παρατηρήθηκε από τα επιδημιολογικά δεδομένα, το ψυχολογικό τραύμα αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα, ιδιαίτερα όταν βιώνεται στην παιδική και εφηβική ηλικία. Υπάρχουν ποικίλες καταστάσεις και γεγονότα που μπορούν να θεωρηθούν αντικειμενικά ως τραυματικά: «α) η ενδο-οικογενειακή, κοινωνική και σχολική βία, β) η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, γ) η παραμέληση, δ) το σύνθετο τραύμα, ε) το τραύμα πρώιμης παιδικής ηλικίας (0-6 ετών), στ) το ιατρικό τραύμα, ζ) οι φυσικές καταστροφές, η) η τραυματική εμπειρία πολέμου ή προσφύγων, θ) η απώλεια σημαντικού άλλου», (Centers for Disease Control and Prevention, CDC, Coping with a Traumatic Event).

Δυσμενείς παιδικές εμπειρίες (Adverse Childhood Experiences [ACEs])

Είναι τα τραυματικά γεγονότα, που συμβαίνουν κατά την παιδική ηλικία. Αυτές έχουν μεγάλη επίπτωση μεταξύ των παιδιών και των εφήβων και αφορούν καταστάσεις όπως, κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες, κακοποίηση, παραμέληση και έκθεση σε ενδοοικογενειακή ή κοινωνική βία (Child and Adolescent Health Measurement Initiative, 2013).

Από έρευνες στην Καλιφόρνια έχει βρεθεί ότι κρυφός κίνδυνος- κρίση (Hidden crisis) που ελλοχεύει είναι οι δυσμενείς παιδικές εμπειρίες ACEs, που επηρεάζουν

άτομα από κάθε υπόβαθρο, ανεξάρτητα από τη φυλή, το εισόδημα, την εκπαίδευση ή τη γεωγραφία. Η έκθεση σε χρόνιες αντίξοες συνθήκες κατά την παιδική ηλικία μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλά επίπεδα υγείας μέχρι και πρόωρο θάνατο. Οι δυσμενείς παιδικές εμπειρίες (ACEs) θεωρούνται ως κρίση της δημόσιας υγείας που επιφέρουν πολλαπλές επιπτώσεις σε τομείς, συμπεριλαμβανομένων της εκπαίδευσης, της πρόνοιας των παιδιών και της οικονομίας. Υπάρχουν δέκα αναγνωρισμένες δυσμενείς παιδικές εμπειρίες (ACEs), οι οποίες χωρίζονται σε τρεις τύπους κακοποίησης-κακομεταχείριση, παραμέληση και οικογενειακή δυσλειτουργία.

Ο όρος «ACE», επινοήθηκε το 1998 μετά τη δημοσίευση της πρωτοποριακής μελέτης Adverse Childhood Experiences με επικεφαλής τους ερευνητές Vincent Felitti και Robert Anda. Η μελέτη αυτή εξέτασε περισσότερους από 17.000 ενήλικες στην Καλιφόρνια, οι οποίοι ήταν ασθενείς του Kaiser Permanente στο Σαν Ντιέγκο, σε σχέση με το ιατρικό τους ιστορικό και τις τραυματικές τους εμπειρίες στην παιδική ηλικία. Στην πραγματικότητα, μεταγενέστερες μελέτες διαπίστωσαν ότι το προσδόκιμο ζωής ενός ατόμου με έξι ή περισσότερα ACE είναι 20 χρόνια μικρότερο από ένα άτομο χωρίς ACE και θα ήταν η αρχή για έναν νέο τρόπο κατανόησης της σχέσης μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της υγείας των ενηλίκων, (Center for Youth Wellness).

Most Common ACEs Among California Adults

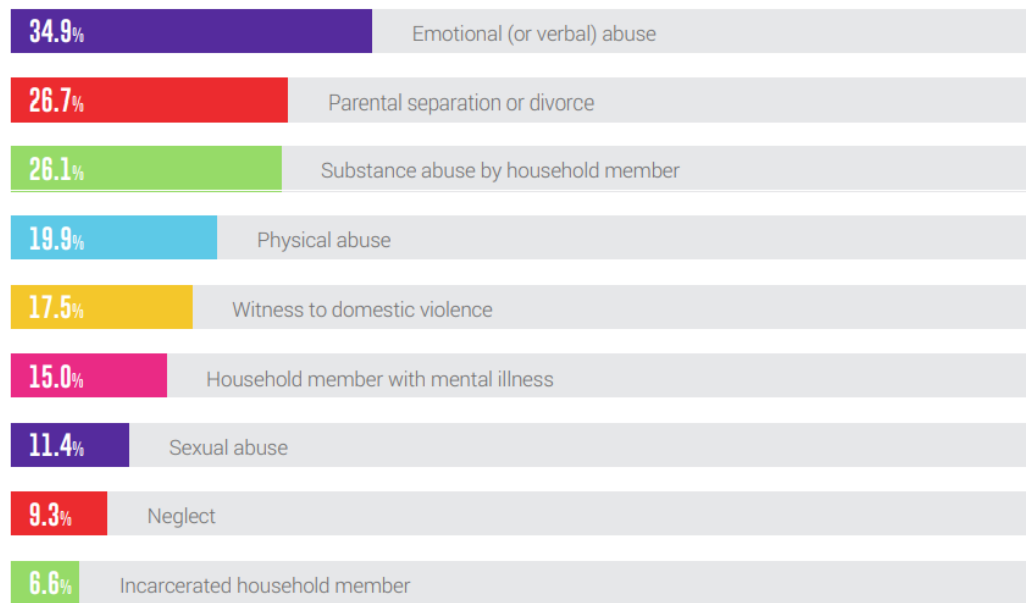


Figure 4: Most common ACEs among California adults

Διάγραμμα 4. Επιδημιολογικά στοιχεία της Καλιφόρνια για τις πιο συχνά τραυματικά γεγονότα (Center for Youth Wellness).

Παιδικό τραυματικό στρες (child traumatic stress)

Τα παιδιά που υποφέρουν από παιδικό τραυματικό στρες είναι εκείνα που έχουν εκτεθεί σε ένα ή περισσότερα τραυματικά γεγονότα κατά τη διάρκεια της ζωής τους και αναπτύσσουν αντιδράσεις που επιμένουν και επηρεάζουν την καθημερινότητά τους μετά το τέλος των γεγονότων. Οι τραυματικές αντιδράσεις μπορεί να περιλαμβάνουν ποικίλες αντιδράσεις, όπως έντονη και συνεχιζόμενη συναισθηματική αναστάτωση, καταθλιπτικά συμπτώματα ή άγχος, αλλαγές συμπεριφοράς, δυσκολίες στην αυτορρύθμιση, προβλήματα που σχετίζονται με άλλους, παλινδρόμηση ή απώλεια προηγούμενων δεξιοτήτων, προσοχή και ακαδημαϊκές δυσκολίες, εφιάλτες, δυσκολία στον ύπνο και τη σίτιση, και σωματικά συμπτώματα, όπως πόνους. Επίσης είναι πιθανόν τα μεγαλύτερα παιδιά να κάνουν χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ, και να έχουν συμπεριφορές επικίνδυνες για την υγεία.

Τα παιδιά που υποφέρουν από τραυματικό στρες έχουν συχνά αυτά τα συμπτώματα όταν πυροδοτούνται με κάποιο τρόπο. Αν και οι περισσότεροι ενήλικες έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίζουν το στρες, το παιδί όταν βιώνει τραυματικό στρες, επηρεάζεται αρνητικά η λειτουργικότητά του. Τα παιδιά είναι πιο ευάλωτα στις επιπτώσεις των τραυματικών εμπειριών. Ακόμη και τα βρέφη και τα νήπια μπορεί να βιώσουν τραυματικό στρες. Ο τρόπος με τον οποίο εκδηλώνεται το τραυματικό στρες διαφέρει από παιδί σε παιδί και εξαρτάται από την ηλικία και το αναπτυξιακό του επίπεδο.

Χωρίς θεραπεία, η επαναλαμβανόμενη παιδική έκθεση σε τραυματικά γεγονότα μπορεί να επηρεάσει τον εγκέφαλο και το νευρικό σύστημα και να αυξήσει τις συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία (health-risk behaviors) (π.χ. κάπνισμα, διατροφικές διαταραχές, χρήση ουσιών και δραστηριότητες υψηλού κινδύνου). Οι έρευνες δείχνουν ότι οι επιζώντες από παιδικό τραύμα μπορεί να είναι πιο πιθανό να έχουν μακροχρόνια προβλήματα υγείας (π.χ. διαβήτη και καρδιακές παθήσεις) ή να πεθάνουν σε μικρότερη ηλικία. Το τραυματικό στρες μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας, σε αυξημένη εμπλοκή με τα συστήματα παιδικής μέριμνας και δικαιοσύνης ανηλίκων. Οι ενήλικες που επιζούν από τραυματικά γεγονότα μπορεί επίσης να δυσκολεύονται να δημιουργήσουν ικανοποιητικές σχέσεις και να διατηρήσουν την εργασία τους.

Οι τραυματικές εμπειρίες δημιουργούν κι εγείρουν υπενθυμίσεις που μπορεί να επιμείνουν χρόνια. Αυτές οι υπενθυμίσεις συνδέονται με πτυχές της τραυματικής εμπειρίας, τις περιστάσεις και τα επακόλουθά της. Τα παιδιά μπορεί να έχουν υπενθυμίσεις από πρόσωπα, μέρη, πράγματα, καταστάσεις, ή από συναισθήματα. Οι σωματικές αντιδράσεις μπορούν επίσης να γίνουν αντιληπτές ως υπενθυμίσεις, για παράδειγμα, αυξημένος καρδιακός ρυθμός. Ο εντοπισμός των αντιδράσεων των

παιδιών σε υπενθυμίσεις τραυμάτων είναι ένα σημαντικό εργαλείο για την κατανόηση του πώς και γιατί η αγωνία, η συμπεριφορά και η λειτουργικότητα των παιδιών συχνά ποικίλλουν με την πάροδο του χρόνου. Οι υπενθυμίσεις τραυμάτων μπορούν να πυροδοτούνται μέσα στις οικογένειες, στους φίλους, στα σχολεία και στις κοινότητες με τρόπους που μπορούν να επηρεάσουν άμεσα την ικανότητα των παιδιών, των οικογενειών και των κοινοτήτων να αναρρώσουν. Η αντιμετώπιση των υπενθυμίσεων τραυμάτων είναι κρίσιμη για την ενίσχυση της συνεχούς προσαρμογής και ευεξίας, (NCTSN, about child trauma).

1.4 Επιπολασμός του παιδικού τραύματος

Τα επιδημιολογικά δεδομένα για το παιδικό τραύμα στην παρούσα έρευνα προέρχονται από την ξένη βιβλιογραφία, εφόσον δεν εντοπίστηκαν στην ελληνική. Ειδικότερα, η εμπειρία των τραυματικών γεγονότων στην παιδική ηλικία (ACEs) είναι τόσο διαδεδομένη που θεωρείται θέμα δημόσιας υγείας, (Women and Trauma Federal Partners Committee & United States of America, 2013 όπως αναφέρεται στο Baker, Brown, Wilcox, Overstreet & Arora, 2015). Σχεδόν τα δύο τρίτα (2/3) του γενικού πληθυσμού αναφέρουν ότι έχουν αντιμετωπίσει τουλάχιστον μία δυσμενή παιδική εμπειρία (ACE), (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2010; Felitti et al., 1998). Η εμπειρία των τραυματικών γεγονότων στην παιδική ηλικία (ACEs) έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στη λειτουργικότητά του παιδιού στο σχολείο και μετέπειτα στην ενήλικη ζωή, (π.χ. εργασία), (Overstreet & Mathews, 2011). Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που έχουν βιώσει ένα ACE ή ένα τραύμα, έχουν υψηλές πιθανότητες εμφάνισης πολλαπλών ACEs ή τραυμάτων, τα οποία είναι παράγοντες

κινδύνου για υιοθέτηση επικίνδυνων συμπεριφορών για την υγεία και περιορισμού λειτουργικότητας τους, (CDC, 2010; Felitti et al., 1998).

Σύμφωνα με το National Child Traumatic Stress Network [NCTSN] (2008), ένα στα τέσσερα παιδιά έχουν εκτεθεί σε ένα τραυματικό γεγονός, το οποίο μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη μάθηση και τη συμπεριφορά του. Πάνω από το 60% των παιδιών και των εφήβων της Αμερικής θα βιώσουν ένα ή περισσότερα τραυματικά γεγονότα στη διάρκεια της ζωής τους (Felitti et al., 1998; NCTSN, 2008). Επίσης, περίπου το 72% των παιδιών και των νέων (ΗΠΑ) θα έχουν βιώσει τουλάχιστον μία τραυματική εμπειρία, όπως σωματική ή συναισθηματική κακοποίηση, σεξουαλική βία ή σοβαρό τραυματισμό, θάνατο γονέα ή αδελφού, πριν την ηλικία των 18 ετών (Deryck, Silver, & Prause, 2014 όπως αναφέρεται στο National Association of School Psychology, 2020).

Τα ποσοστά ψυχικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών (Preventive mental health Rates of mental, emotional, and behavioral (MEB) που εμφανίζονται στον πληθυσμό των παιδιών είναι αρκετά υψηλά στις Ηνωμένες Πολιτείες. Από τα επιδημιολογικά δεδομένα the National Research Council and Institute of Medicine (NRC/ IOM, 2009) βρέθηκαν υψηλά ποσοστά διαταραχών ψυχοπαθολογίας, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης (5,2%), της διαταρακτικής συμπεριφοράς, (Aber, et al, 2011).

Από την οπτική της **δημόσιας υγείας**, η γνώση του επιπολασμού και της επίπτωσης των τύπων τραύματος μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση της εμβέλειας και αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, των προγραμμάτων και των υπηρεσιών. Τέτοιες πληροφορίες μπορούν να βοηθήσουν τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής.

Εκτίμηση τραύματος (Screening methods): Εργαλεία για το τραύμα υπάρχουν ποικίλα, είτε πιο γενικά για το τραύμα, είτε πιο ειδικά ανάλογα με το είδος

του τραύματος, π.χ. παραμέληση, φυσικές καταστροφές, κ.α., όπως και ανάλογα την ηλικία του ατόμου. Εκτός από σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία αυτό-αναφοράς, υπάρχουν και ποιοτικές μέθοδοι, όπως οι συνεντεύξεις, An Interview for Children: Traumatic Events Screening Inventory (TESI-C), The National Center for PTSD, 2008. Ενδεικτικά αναφέρονται κάποια εργαλεία για την εκτίμηση του ψυχολογικού τραύματος: (National Center for PTSD, 2021, Trauma Exposure Measures).

Πίνακας 1. Εργαλεία εκτίμησης του ψυχολογικού τραύματος

Trauma History Questionnaire (THQ),	Georgetown University Psychiatry Department, 1996)
Child Trauma Questionnaire (CTQ)	(Bernstein et al., 2003)
Κλίμακα PTSD που χορηγείται από κλινικό γιατρό για DSM-5CAPS-5	(Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M., 2013)
Έκδοση για παιδιά/ εφήβους (CAPS-CA-5) Clinician Administered PTSD Scale for Children And Adolescents	(Nader et al., 2004)
UCLA Child/Adolescent PTSD Reaction Index for DSM-5	(Steinberg et al., 2013)
LIFE EVENT CHECKLIST A brief, 17-item, self-report measure designed to screen for potentially traumatic events in a respondent's lifetime.	Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013)
Childhood Traumatic Events Scale	Pennebaker & Susman, 1988) Download CTES from Dr Pennebaker's website

1.5 Παράγοντες επικινδυνότητας και προστασίας

Έχει παρατηρηθεί ότι είναι πιθανότερο κάποιοι άνθρωποι να βιώσουν μία ή και περισσότερες τραυματικές εμπειρίες, ειδικά αν στο περιβάλλον τους, υπάρχουν οι παρακάτω παράγοντες επικινδυνότητας:

- Εγγύτητα σε ένα τραυματικό γεγονός
- Προηγούμενη έκθεση σε τραύμα
- Προβλήματα ψυχικής υγείας ή αναπηρίας
- Κατάχρηση ουσιών από τους γονείς ή ψυχική ασθένεια αυτών
- Περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη ή απομόνωση
- Οικογενειακό άγχος
- Απώλεια ή φόβος απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου
- Κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά οικογένειας, (NASP, 2020).

Προστατευτικοί παράγοντες

Εκτός από τους παράγοντες επικινδυνότητας για τα τραυματικά γεγονότα υπάρχουν και προστατευτικοί παράγοντες. Φαίνεται ότι δεν παρουσιάζουν όλα τα άτομα που εκτίθενται σε τραυματικά γεγονότα, συμπτώματα μετατραυματικού στρες ή δεν πληρούν τα απαραίτητα διαγνωστικά κριτήρια για τη μετατραυματική διαταραχή.

Πιο συγκεκριμένα, οι Ozer και Weinstein (2004) περιγράφουν **τέσσερις βασικούς προστατευτικούς παράγοντες** που μπορούν να εμποδίσουν την ανάπτυξη μετατραυματικής διαταραχής (PTSD) σε παιδιά και εφήβους : (1) η κοινωνική υποστήριξη, (2) η ευκαιρία για τους νέους να συζητήσουν τις δύσκολες εμπειρίες τους, (3) τα ασφαλέστερα ή πιο συνεκτικά οικογενειακά περιβάλλοντα και (4) το ασφαλές και θετικό σχολικό περιβάλλον. Ωστόσο απαιτείται περισσότερη έρευνα για

την κατανόηση των προστατευτικών παραγόντων σε παιδιά και νέους σε σχέση με τα τραυματικά γεγονότα και την αντιμετώπισή τους.

1. 6 Συμπτώματα τραυματικής εμπειρίας:

«Μια μη φυσιολογική αντίδραση σε μια μη φυσιολογική κατάσταση είναι φυσιολογική συμπεριφορά»

Viktor E. Frankl - Man's Search for Meaning

Η βίωση και οι αντιδράσεις ενός ατόμου σε ένα τραυματικό γεγονός μπορεί να διαφέρουν. Οι αντιδράσεις περιλαμβάνουν συναισθήματα φόβου, θλίψης και κατάθλιψης. Οι σωματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις περιλαμβάνουν ναυτία, ζάλη και αλλαγές στην όρεξη, στον ύπνο καθώς και απόσυρση από τις καθημερινές δραστηριότητες. Οι αντιδράσεις από το τραύμα μπορεί να διαρκέσουν εβδομάδες έως μήνες μέχρι να επανέλθουν σε φυσιολογικά επίπεδα. Οι περισσότεροι άνθρωποι αναφέρουν ότι αισθάνονται καλύτερα μέσα σε τρεις μήνες μετά από ένα τραυματικό γεγονός. Εάν τα προβλήματα επιδεινωθούν ή διαρκέσουν περισσότερο από ένα μήνα μετά το γεγονός, το άτομο μπορεί να πληροί τα κριτήρια για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), (CDC, Coping with a Traumatic Event).

Ο τρόπος αντίληψης του γεγονότος ως απειλητικού, αυξάνει την πιθανότητα το παιδί να βιώσει το γεγονός ως τραύμα. Οι αντιλήψεις του παιδιού επηρεάζονται από τη φύση του γεγονότος, την έκθεση σε αυτό, τις σχέσεις με τα θύματα, τις αντιδράσεις των ενηλίκων στο τραύμα και τους ατομικούς παράγοντες ευαλωτότητας. Οι αντιδράσεις σε ένα τραυματικό γεγονός, εκφράζονται με σοκ, δυσπιστία, φόβο, λύπη-

μελαγχολία, ενοχή, ντροπή, σύγχυση, απαισιοδοξία ή θυμό. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι αντιδράσεις αυτές δεν διαρκούν πολύ και εξασθενούν με την πάροδο του χρόνου. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις που εμμένουν και περιορίζουν τη λειτουργικότητα του παιδιού· εκεί ενδέχεται να χρειαστεί παραπομπή σε επαγγελματία ψυχικής υγείας, (NASP, 2020).

Συμπτώματα τραυματικής εμπειρίας : Τέτοιες αντιδράσεις είναι

- Διακοπή σχέσεων με συνομηλίκους ή απόσυρση
- Γενική έλλειψη ενεργητικότητας ή ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, που του παρείχαν ικανοποίηση προηγουμένως
- Δυσκολίες στις οικογενειακές σχέσεις
- Μείωση της σχολικής επίδοσης και συγκέντρωσης ή αποφυγή σχολείου
- Σωματικές ενοχλήσεις, χωρίς εμφανή αίτια
- Επικίνδυνες συμπεριφορές για την υγεία, όπως χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ
- Επαναλαμβανόμενοι εφιάλτες και διαταραχές ύπνου
- Αναφορά φόβων για θάνατο ή βία
- Επαναλαμβανόμενο παιχνίδι, που αναπαριστά το τραυματικό γεγονός
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση και αρνητική αυτοεικόνα, μετά το τραυματικό γεγονός
- Διαταραχές στη διατροφή
- Αυξημένη διέγερση, θυμός, ευερεθιστότητα ή επιθετικότητα
- Παλινδρόμηση στη συμπεριφορά όπως, προσκόλληση, φόβος στο σκοτάδι, κ.α., (NASP, 2020).

1.7 Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (Post-traumatic stress disorder - PTSD)

Η μετατραυματική διαταραχή (PTSD) είναι μια έντονη σωματική και συναισθηματική αντίδραση σε σκέψεις και υπενθυμίσεις του γεγονότος, που διαρκεί

για πολλές εβδομάδες ή μήνες μετά το τραυματικό γεγονός. Τα συμπτώματα της PTSD διακρίνονται σε τρεις γενικούς τύπους: **επαναβίωση** (re-living), **αποφυγή** (avoidance) και **αυξημένη διέγερση** (increased arousal). Τα συμπτώματα της **επαναβίωσης** περιλαμβάνουν αναδρομές στο παρελθόν, εφιάλτες και ακραίες συναισθηματικές και σωματικές αντιδράσεις σε υπενθυμίσεις του γεγονότος.

Οι συναισθηματικές αντιδράσεις μπορεί να περιλαμβάνουν αίσθημα ενοχής, ακραίο φόβο για βλάβη και μούδιασμα των συναισθημάτων (συναισθηματικό κενό). Οι σωματικές αντιδράσεις μπορεί να περιλαμβάνουν ανεξέλεγκτο τρέμουλο, ρίγη ή αύξηση παλμών της καρδιάς και πονοκεφάλους. Τα συμπτώματα αποφυγής περιλαμβάνουν την αποφυγή από δραστηριότητες, μέρη, σκέψεις ή συναισθήματα που σχετίζονται με το τραύμα ή το αίσθημα αποσύνδεσης- απομόνωσης από τους άλλους. Τα συμπτώματα της αυξημένης διέγερσης περιλαμβάνουν την υπερβολική εγρήγορση ή την εύκολη έκπληξη, δυσκολία στον ύπνο, ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού και έλλειψη συγκέντρωσης. Άλλα συμπτώματα, που σχετίζονται με την PTSD περιλαμβάνουν: κρίσεις πανικού, κατάθλιψη, σκέψεις και συναισθήματα αυτοκτονίας, κατάχρηση ναρκωτικών, αισθήματα απομόνωσης και αδυναμία ολοκλήρωσης καθημερινών λειτουργιών, (Coping with a Traumatic Event, CDC).

Η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες διαφέρει από τις περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές επειδή προϋποθέτει την ύπαρξη ενός στρεσογόνου παράγοντα. Η πρώιμη έρευνα για τη PTSD επικεντρώθηκε σε βετεράνους του πολέμου του Βιετνάμ και θύματα κακοποίησης, οδηγώντας σε περιορισμένο ορισμό των διαγνωστικών κριτηρίων στο DSM-III και στο DSM-III-R. Η αυξημένη έμφαση στην υποκειμενική αξιολόγηση των δυνητικά τραυματικών καταστάσεων στη δεκαετία του 1980 και 1990 οδήγησε σε μια ευρύτερη άποψη του τι αποτελούσε στρεσογόνο παράγοντα. Τα κριτήρια τροποποιήθηκαν στο DSM-IV για να συμπεριλάβουν ένα ευρύτερο φάσμα

τραυματικών γεγονότων, όπως σοβαρές ασθένειες, φυσικές καταστροφές και έκθεση στη βία.

Η έρευνα για τη PTSD με δείγματα νέων έχει προστεθεί στη λίστα των δυνητικά τραυματικών γεγονότων, καθώς και γεγονότα της παιδικής ηλικίας, όπως το ξαφνικό αποχωρισμό από ένα αγαπημένο πρόσωπο και την πληροφόρηση ενός τραυματικού γεγονότος, που συνέβη σε έναν γονέα ή ένα αγαπημένο πρόσωπο. Πολλές μελέτες έχουν εξετάσει τον κίνδυνο για PTSD σε παιδιά, της έκθεσης σε ένα συγκεκριμένο τραύμα, όπως μια φυσική καταστροφή ή ένα τροχαίο ατύχημα, ωστόσο λίγοι έχουν αξιολογήσει την έκθεση σε ένα πλήρες φάσμα δυνητικά τραυματικών γεγονότων, (Copeland, Keeler, Angold, Costello, 2007).

Αργότερα, στο DSM-IV, προτάθηκε μια νέα κατηγορία «Διαταραχές Υπερβολικού Στρες – Μη προσδιορισμένη αλλιώς» (Disorders of Extreme Stress-Not Otherwise Specified [DESNOS]), ωστόσο τα κριτήρια αυτής δεν κατάφεραν να περιγράψουν ολοκληρωμένα την εμπειρία των παιδιών στο σύνθετο τραύμα (complex trauma), καθώς αφορούσαν τους ενήλικες (Pelcovitz, vander Kolk, Roth, Mandel, Kaplan, & Resick, 1997).

Στην επόμενη έκδοση του DSM, DSM-V, για τη διάγνωση PTSD το άτομο πρέπει να πληροί ένα από τα παρακάτω: α) να βιώσει άμεσα το τραυματικό γεγονός, β) να το παρακολουθήσει, γ) να το πληροφορηθεί από στενό μέλος της οικογένειας ή στενό φίλο, ή δ) να βιώσει επαναλαμβανόμενη ή ακραία έκθεση σε λεπτομέρειες του τραυματικού γεγονότος. Επίσης, περιλαμβάνονται ως επιπλέον κριτήρια, η έκθεση σε πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο, ο σοβαρός τραυματισμός ή η σεξουαλική βία.

Το DSM-V περιλαμβάνει τέσσερις διαγνωστικές κατηγορίες συμπτωμάτων: 1) επανεμφάνιση, 2) αποφυγή, 3) αρνητικές γνώσεις - πεποιθήσεις, 4) διάθεση και διέγερση, (re-experiencing, avoidance, negative cognitions, mood and arousal). Η

PTSD περιλαμβάνεται σε μία νέα κατηγορία με τίτλο «Τραύμα και Διαταραχές που σχετίζονται με το στρες», «Trauma and Stressor Related Disorders» (APA, 2013 όπως αναφέρεται στο Reker, 2016).

Επίσης, στο DSM-V περιλαμβάνεται ένας υπότυπος (subtype) για τα παιδιά ηλικίας 0-6 ετών, σχετικά με τα συμπτώματα της PTSD, αναγνωρίζοντας την περιορισμένη ικανότητα των παιδιών προσχολικής ηλικίας να κατανοούν και να εκφράζουν λεκτικά, εσωτερικευμένα συμπτώματα, όπως αισθήματα αυτό-ενοχής ή αρνητικές πεποιθήσεις για τον κόσμο, (Friedman, 2013).

Αν και έχουν προταθεί αρκετές θεωρίες για την εξήγηση της ανάπτυξης PTSD σε ενήλικες (Brewin & Holmes, 2003) αυτά δεν μπορούν να εφαρμοστούν εύκολα σε παιδιά. Τα παιδιά πιστεύεται ότι ανταποκρίνονται σε τραυματικά γεγονότα με διαφορετικό τρόπο από τον τρόπο που αντιδρούν οι ενήλικες (Kenardy et al., 2007; Salmon & Bryant, 2002). Για παράδειγμα, τα παιδιά έχουν πιο περιορισμένες γνώσεις σε σχέση με τους ενήλικες. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την αποτυχία αξιολόγησης μίας εμπειρίας με ακρίβεια, επηρεάζοντας δυνητικά τη μνήμη της εμπειρίας και τη συναισθηματική διαχείριση των παιδιών (Salmon & Bryant, 2002), με διαφορετικό τρόπο από ό,τι θα αντιμετώπιζαν οι ενήλικες.

Επίσης, η ικανότητα των παιδιών να χρησιμοποιούν διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης για τη ρύθμιση των συναισθημάτων είναι πιθανό να επηρεάζεται από τις αναπτυξιακές προόδους τους, όπως π.χ. την κατανόησή τους για το συναίσθημα (Gross & Thompson, 2007; Salmon & Bryant, 2002). Επιπλέον, τα μικρά παιδιά φαίνεται να βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στο πώς οι γονείς τους αντιμετωπίζουν το άγχος (Scheeringa & Zeanah, 2001). Επομένως, η προσαρμογή τους στο τραύμα επηρεάζεται από το περιβάλλον τους, όπως αναφέρεται στο (Alisic, Jongmans, Wesel, & Kleber, 2010).

1.8. Επιπτώσεις του τραύματος

Σε αυτό το σημείο αναφέρονται οι πολύπλευρες επιπτώσεις (trauma impact) των τραυματικών εμπειριών στα παιδιά σε επίπεδο: νευροβιολογικό, γνωστικό, συναισθηματικό, συμπεριφορικό, ψυχοσωματικό, ακαδημαϊκό/ μαθησιακό και διαπροσωπικό.

1.8.1. Νευροβιολογικές επιπτώσεις:

Σύμφωνα με τον Nemeroff (2004), το σύνθετο τραύμα, ειδικά στην πρώιμη παιδική ηλικία, μπορεί να προκαλέσει μακροχρόνιες νευροβιολογικές αλλαγές που επηρεάζουν τον άνθρωπο και έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην εγκεφαλική λειτουργία του. Η έκθεση σε τραυματικό γεγονός έχει φανεί ότι επιφέρει αλλαγές στα αλληλένδετα εγκεφαλικά κυκλώματα και τα ορμονικά συστήματα, που αφορούν τη ρύθμιση του στρες. Αυτές οι αλλαγές στον εγκέφαλο μπορεί να επηρεάσουν τη μνήμη και να βλάψουν τη διαδικασία επεξεργασίας πληροφοριών (Briere & Scott, 2006) καθώς και να μεταβάλλουν τον άξονα του υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (hypothalamic-pituitary-adrenal [HPA]), όπου επηρεάζει την ικανότητα των ανθρώπων να ρυθμίζουν τη συμπεριφορά τους και τη διαχείριση του στρες.

Οι De Kloet et al. (2005) αναφέρουν ότι η απορύθμιση του άξονα HPA οδηγούν σε ορμονικές ανωμαλίες με επακόλουθο συχνά συμπτώματα κατάθλιψης. Οι δομές του εγκεφάλου που αφορούν τη ρύθμιση έντονων συναισθημάτων απενεργοποιείται, (όπως αναφέρεται στο Dye, 2018).

Η κανονική ανάπτυξη του εγκεφάλου διαταράσσεται σε διάφορους τομείς: το εγκεφαλικό στέλεχος όπου ρυθμίζει το στρες, την επιβίωση και το μεταβολισμό, το μεσεγκέφαλο και διεγκέφαλο, που αφορούν την αισθητηριακή κινητική δραστηριότητα, τον ύπνο και την όρεξη. Το μεταιχμιακό σύστημα, το οποίο

ρυθμίζει τα συναισθήματα, την προσκόλληση, τις σχέσεις, τη διάθεση και την ευχαρίστηση. Τον εγκεφαλικό φλοιό, που συνδέεται με τη γνώση, τη γλώσσα και τη λογική, (όπως αναφέρεται στο Dye, 2018).

1.8.2. Γνωστικές επιπτώσεις:

Αναδρομή στο παρελθόν (Flashbacks): Μια αναδρομή στο παρελθόν εμφανίζεται όταν κάποιος αναβιώνει μια προηγούμενη τραυματική εμπειρία, σαν να συνέβαινε εκείνη τη στιγμή, και περιλαμβάνει αντιδράσεις που μοιάζουν συχνά με τις αντιδράσεις κατά τη διάρκεια του τραύματος. Οι εμπειρίες αυτές είναι πολύ σύντομες, ωστόσο οι συναισθηματικές συνέπειες παραμένουν για ώρες. Οι αναδρομές στο παρελθόν συνήθως, πυροδοτούνται από εξωτερικούς παράγοντες (triggers), ενώ άλλες φορές από εσωτερικούς.

Ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις που προκαλούνται από τραύμα (Trauma-induced hallucinations or delusions): Οι τραυματικές εμπειρίες μπορούν να αλλάξουν τα γνωστικά σχήματα των ατόμων (cognition), τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τον κόσμο. Αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους κατεστραμμένο και τον κόσμο γεμάτο από κινδύνους.

Προοπτική για το μέλλον: το τραύμα παρατηρείται ότι αλλάζει τις πεποιθήσεις του ατόμου για το μέλλον. Το άτομο αντιλαμβάνεται το μέλλον χωρίς ελπίδα, προοπτική και κανονικότητα.

Διακοπή των βασικών πεποιθήσεων (Disruption of core beliefs): αλλάζουν οι πεποιθήσεις για τον κόσμο και τη ζωή, κι εκτιμώνται ως επικίνδυνα και ανασφαλή, ειδικά στις περιπτώσεις απρόσμενων τραυματικών εμπειριών.

Αποσύνδεση (Dissociation): είναι μια διανοητική διαδικασία που διαχωρίζει τις συνδέσεις μεταξύ σκέψεων, αναμνήσεων, συναισθημάτων, ενεργειών και αίσθησης

ταυτότητας του ατόμου. Είναι χαρακτηριστικό σύμπτωμα τραυματικής εμπειρίας και συμβάλλει στην αποστασιοποίηση του ατόμου από αυτήν. Η αποσύνδεση μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια σοβαρού τραύματος, ως μηχανισμός άμυνας του ατόμου, και να προκληθεί παραμόρφωση του χρόνου, του χώρου ή της ταυτότητας, (όπως αναφέρονται στο Armsworth and Holaday, 1993 ; NCTSN, 2020).

Αναπαράσταση (Reenactments): Ένα επίσης χαρακτηριστικό σύμπτωμα του τραύματος, είναι η επανεμφάνιση του τραύματος με διάφορους τρόπους. Μπορεί να συμβεί μέσω αναπαράστασης, με την οποία τα άτομα αναβιώνουν το παρελθόν, (SAMHSA, 2014a, Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services).

Άρνηση (Denial): του τραυματικού γεγονότος χρησιμοποιείται περισσότερο ως μηχανισμός άμυνας για την προστασία της ευεξίας του ατόμου παρά ως τρόπος διαχείρισης και αντιμετώπισης του γεγονότος, (όπως αναφέρεται στο Downey, & Crummy, 2021).

Επιπρόσθετα, στις γνωστικές συνέπειες περιλαμβάνονται παρεμβατικές εικόνες και σκέψεις του τραύματος με συνειδητή καταστολή και αποφυγή, συνεχή επιφυλακή, σύγχυση, ακαδημαϊκές και μαθησιακές δυσκολίες, μειωμένος δείκτης νοημοσύνης (IQ), αναπτυξιακές καθυστερήσεις, ελλειπείς κοινωνικές και γλωσσικές δεξιότητες, (όπως αναφέρονται στο Armsworth and Holaday, 1993).

1.8.3. Συναισθηματικές – συγκινησιακές επιπτώσεις (Affective Effects)

Δυσλειτουργία στη συναισθηματική ρύθμιση: ειδικά όταν το τραύμα βιωθεί σε παιδική/νεαρή ηλικία. Το τραύμα τείνει να προκαλεί δύο συναισθηματικά δυσλειτουργικά άκρα: είτε υπερβολικό συναίσθημα είτε πολύ περιορισμένο, (SAMHSA, 2014a, Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services).

Καταθλιπτικά συμπτώματα, με βάση τους Mannarino&Cohen (1986)

παρατηρήθηκε ότι μεγαλύτερα παιδιά που είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά και σωματικά είχαν διάχυτη θλίψη ή πληρούσαν τα κριτήρια για κατάθλιψη, (όπως αναφέρεται στο Child Welfare Information Gateway, 2019 ; όπως αναφέρεται στο Downeya, & Crummy, 2021).

Άγχος, αίσθημα αβοήθητου, αδυναμία (Distress, helplessness, and powerlessness):

Σε ανάλυση ζωγραφιών παιδιών με τραύμα των Wohl and Kaufman (1985 όπως αναφέρεται στο Armsworth and Holaday, 1993) παρατηρήθηκαν αισθήματα αβοηθησίας, κατάθλιψης, θυμού και άγχους, κοινωνικής απομόνωσης, έλλειψης εμπιστοσύνης και γενικός φόβος για τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Αυτό-Αντίληψη / Αυτό-εικόνα (Self-perceptions): Έχει εντοπιστεί ότι τα παιδιά με τραύμα παρουσιάζουν αλλαγές στην αυτό-αντίληψή τους, χαμηλή αυτό-εκτίμηση και αυτοεικόνα και αρνητικές εικόνες για το σώμα τους, (Tong, Oates, & McDowell, 1987; (όπως αναφέρεται στο Downeya, & Crummy, 2021).

Φόβοι και φοβίες (Omens and fears) Φαίνεται ότι παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο φόβων και φοβιών ως προς τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, και ιδιαίτερα έντονο φόβο μήπως επαναληφθεί το τραυματικό γεγονός, (όπως αναφέρεται στο Armsworth and Holaday, 1993 ; NCTSN, 2020).

1.8.4. Αλλαγές και προβλήματα στην συμπεριφορά (Behavioral Effects)

Διαταρακτική συμπεριφορά (Disruptive behavior): Έχει παρατηρηθεί ότι παιδιά με τραυματική εμπειρία παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς, τα οποία επηρεάζουν τόσο την ακαδημαϊκή τους επίδοση, όσο και τη σχολική τους προσαρμογή, (Perry, Doran, & Wells, 1983).

Απόσυρση και απομόνωση (Withdrawal and isolation): Τα τραυματισμένα παιδιά συχνά έχουν τάσεις απομόνωσης και απόσυρσης, και οι Rynoos και Nader (1988) διεπίστωσαν ότι σκόπιμα απομονώνονται και αποφεύγουν ανθρώπους, μέρη και αντικείμενα που τους θυμίζουν το τραυματικό συμβάν, (όπως αναφέρεται στο Downey, & Crummy, 2021).

Αποφυγή (Avoidance): Τα άτομα αρχίζουν να αποφεύγουν ανθρώπους, μέρη ή καταστάσεις, με στόχο την ανακούφιση δυσάρεστων συναισθημάτων, αναμνήσεων ή περιστάσεων. Στην αρχή η αποφυγή λειτουργεί, αλλά με την πάροδο του χρόνου, το άγχος και η αντίληψη ότι η κατάσταση είναι αφόρητη αυξάνεται, οδηγώντας έτσι σε μεγαλύτερη ανάγκη αποφυγής. Η αποφυγή μπορεί να έχει πολλές μορφές. Όταν οι άνθρωποι δεν μπορούν να ανεχθούν έντονες επιδράσεις, που σχετίζονται με τραυματικές αναμνήσεις, μπορούν να αποφύγουν, να προβάλουν, να αρνηθούν ή να παραμορφώσουν τις συναισθηματικές και γνωστικές τους εμπειρίες, που σχετίζονται με το τραύμα.

Αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (Self-destructive behaviors): περιλαμβάνουν κατάχρηση ουσιών, υπερβολική κατανάλωση, ή παρορμητική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου. Ο αυτοτραυματισμός είναι οποιοσδήποτε τύπος σκόπιμης αυτοτραυματικής βλάβης, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα του τραυματισμού, και συχνά είναι μια προσπάθεια αντιμετώπισης συναισθηματικής ή σωματικής δυσφορίας, που φαίνεται συντριπτική για το άτομο, (όπως αναφέρεται στο Child Welfare Information Gateway, 2019).

Κατάχρηση ουσιών (Substance use and abuse): Η χρήση ουσιών συχνά ξεκινά ή αυξάνεται μετά από τραύμα. Μπορεί να είναι ένας τρόπος αυτό-θεραπείας και έτσι αποφεύγουν ή ξεχνούν δύσκολα συναισθήματα και εικόνες, που σχετίζονται με τις

τραυματικές εμπειρίες, (SAMHSA, 2014a, Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services; όπως αναφέρεται στο Downey, & Crummy, 2021).

Επίσης, στις αλλαγές της συμπεριφοράς εντοπίζονται: το μετά-τραυματικό παιχνίδι (post traumatic play), παλινδρομικές συμπεριφορές, απώλεια δεξιοτήτων που είχαν μάθει/ κατακτήσει, και έλλειψη στάθμισης των συνεπειών ενεργειών τους, (όπως αναφέρονται στο Armsworth and Holaday, 1993 ;NCTSN, 2020).

1.8.5. Ψυχοσωματικές επιπτώσεις (Physiological-Somatic Effects)

Διαταραχές ύπνου, εμφανίζονται με τη μορφή της πρώιμης αφύπνισης, ανήσυχου ύπνου, δυσκολίας ύπνου και έντονων ενοχλητικών εφιαλτών, (όπως αναφέρονται στο Armsworth and Holaday, 1993; όπως αναφέρεται στο Downey, & Crummy, 2021).

Σωματικά συμπτώματα-παράπονα: γαστρεντερικές, καρδιαγγειακές, νευρολογικές, μυοσκελετικές, αναπνευστικές, δερματολογικές διαταραχές και ουρολογικά προβλήματα.

Σωματοποίηση: είναι η διαδικασία εστίασης σε σωματικά συμπτώματα ή δυσλειτουργίες, ως τρόπος έκφρασης συναισθηματικής δυσφορίας. Πολλά άτομα που παρουσιάζουν σωματοποίηση δεν γνωρίζουν τη σύνδεση μεταξύ των συναισθημάτων και των σωματικών συμπτωμάτων, που αντιμετωπίζουν.

Υπερεπαγρύπνηση ή Υπερεγρήγορη (Hyperarousal-hypervigilance): είναι συνέπεια βιολογικών αλλαγών, που προκαλούνται από το τραύμα. Συνοδεύεται από διαταραχές του ύπνου, μυϊκή ένταση και ευερεθιστότητα, και μπορεί να παραμείνει χρόνια, αποδυναμώνοντας ψυχοσωματικά το άτομο, (SAMHSA, 2014a, Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services).

1.8.6. Ακαδημαϊκές/ Μαθησιακές

Ένα στα τέσσερα παιδιά που πηγαίνουν στο σχολείο έχει εκτεθεί σε ένα τραυματικό γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τη μάθηση ή/και τη συμπεριφορά του. Το τραύμα μπορεί να επηρεάσει τη σχολική απόδοση. Για παράδειγμα, χαμηλότεροι βαθμοί, υψηλότερο ποσοστό απουσιών από το σχολείο, αυξημένη διαρροή από το σχολείο, περισσότερες αποβολές, μειωμένη ικανότητα ανάγνωσης, κ.α..

Το τραύμα μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη μάθηση. Η μεμονωμένη έκθεση σε τραυματικά γεγονότα μπορεί να προκαλέσει ενοχλητικές σκέψεις, διακοπτόμενο ύπνο και εφιάλτες, θυμό και κυκλοθυμία ή/και κοινωνική απόσυρση, καθένα από τα οποία μπορεί να επηρεάσει τη συγκέντρωση και τη μνήμη. Η χρόνια έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, ειδικά κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της παιδικής ηλικίας, μπορεί:

- να επηρεάσει αρνητικά την προσοχή, τη μνήμη και τη γνωστική λειτουργία
- να μειώσει την ικανότητα του παιδιού να εστιάσει, να οργανώσει και να επεξεργάζεται πληροφορίες
- να παρεμποδίσει την αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων και/ή τον προγραμματισμό

1.8.7. Διαπροσωπικές σχέσεις :

Φαίνεται ότι τα παιδιά που έχουν βιώσει «σχεσιακό τραύμα ή τραύμα προσκόλλησης» relational trauma ή attachment trauma, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να βιώσουν προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις ειδικά με τους «σημαντικούς άλλους», Creedon (2009). Τα πρότυπα για τις σχέσεις των ενηλίκων αναπτύσσονται από πρότυπα - μοντέλα που εσωτερικεύονται από την βρεφική ηλικία στις πρώτες σχέσεις. Οι σχέσεις με ασφαλή προσκόλληση στη βρεφική, παιδική

ηλικία συμβάλλουν στις υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις στην ενήλικη ζωή. Ανασφαλή και προβληματική προσκόλληση παρατηρείται σε σχέσεις με αντιφάσεις και προβλήματα. Είναι πιθανό άτομα με ιστορικό τραύματος να αναπαράγουν πρότυπα διαπροσωπικών σχέσεων με προβλήματα, (όπως αναφέρεται στο Barker, 2010).

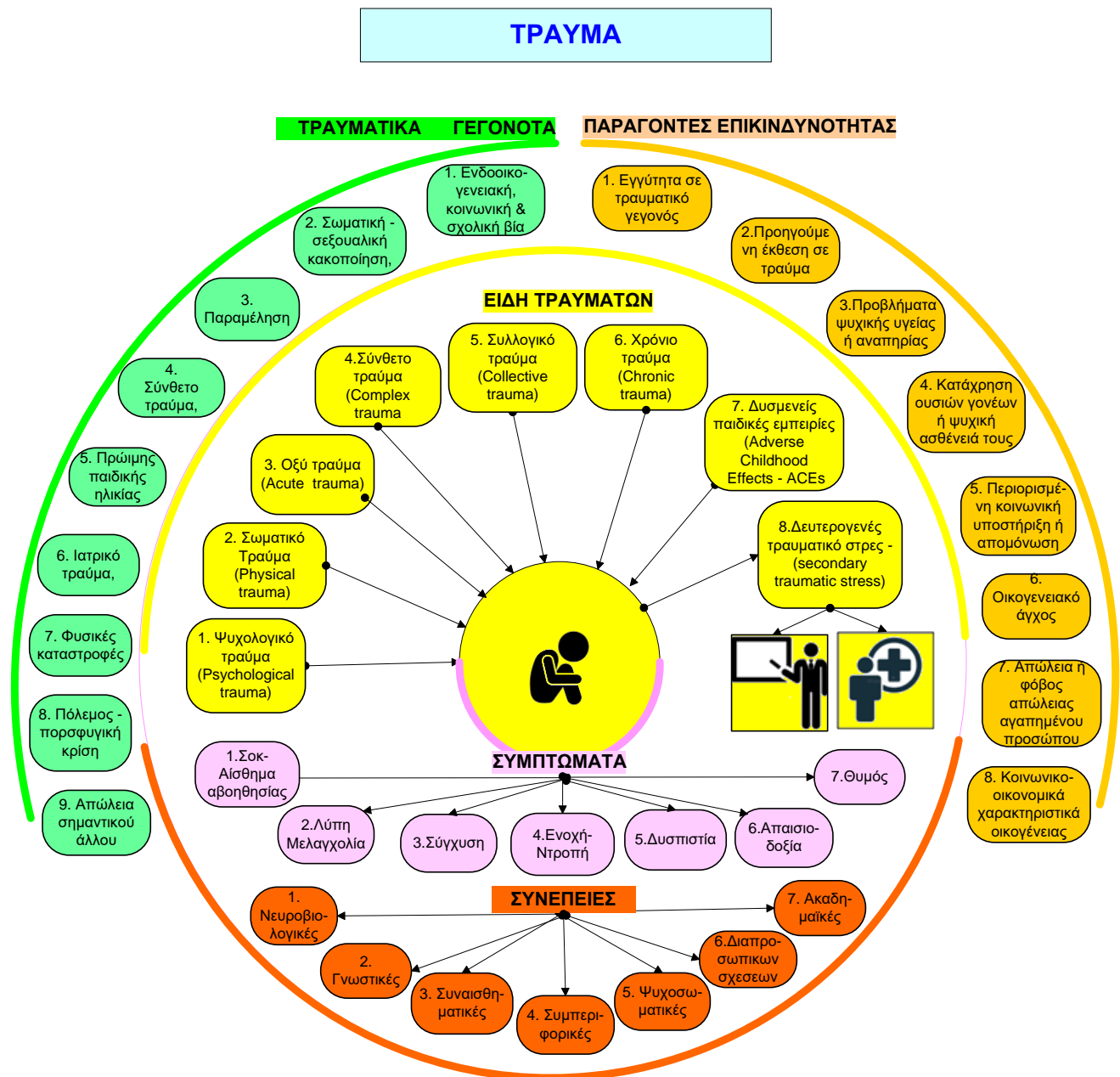
Τα άτομα με τραυματικές εμπειρίες παρουσιάζουν προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, καθώς οδηγούνται στην απομόνωση, αποφυγή προσώπων και καταστάσεων για να αποφύγουν υπενθυμίσεις του τραυματικού γεγονότος. Επίσης, προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις δημιουργούνται γιατί δε νιώθουν εμπιστοσύνη, (SAMHSA, 2014a, Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services).

1.8.8. Μεταβλητές που συσχετίζονται με τις επιπτώσεις του τραύματος

Οι συνέπειες του ψυχολογικού τραύματος έχει παρατηρηθεί ότι συσχετίζονται με άλλες μεταβλητές. Οι άνθρωποι που έχουν βιώσει τραυματική εμπειρία είναι πιθανότερο να εμφανίσουν προβλήματα σε συγκεκριμένους τομείς της λειτουργικότητάς τους. Πολύ σημαντικό είναι το έργο των Felitti et al. (1998), το οποίο εντόπισε τη συσχέτιση μεταξύ των παιδικών τραυματικών εμπειριών και την αρνητική επιρροή τους στην υγεία της ενήλικης ζωής. Συγκεκριμένα, εκτιμήθηκε ότι πάνω από το 50% των ενηλίκων, παρουσίασαν τουλάχιστον μία μορφή τραυματικού στρες στην παιδική ηλικία, και οι εμπειρίες αυτές συσχετίστηκαν θετικά με σημαντικές δυσκολίες στην υγεία της ενήλικης ζωής.

Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι ο αντίκτυπος της τραυματικής εμπειρίας συνδέεται με μαθησιακές και ακαδημαϊκές δυσκολίες καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας (Cole et al., 2005). Επιπρόσθετα, συσχετίζεται με μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες, αυξήσεις σε συμπεριφορές εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης,

καθώς και περιορισμό συμμετοχής στο σχολείο (Shonk & Cicchetti, 2001 όπως αναφέρεται στο Crosby, 2015). Έχει συνδεθεί με χαμηλότερη σχολική επίδοση και επιτυχία, και υψηλότερες πιθανότητες για σχολική αποτυχία, απουσίες και αποφυγή σχολείου, (Wolpow et al., 2009). Ακόμα, έχει παρατηρηθεί ότι συσχετίζεται με προβλήματα συμπεριφοράς εντός και εκτός σχολείου, είτε αυτή εκδηλώνεται με παρορμητική συμπεριφορά, επιθετικότητα και αντίδραση σε κάθε μορφή εξουσίας, είτε με αντικοινωνική συμπεριφορά και απομόνωση, (David, 2016).



Διάγραμμα 5. Απεικονιστική αναπαράσταση του τραύματος παρούσας έρευνας

1.9 Υποστήριξη και Θεραπεία ψυχολογικού τραύματος

Σε αυτήν την ενότητα παρατίθενται η έννοια της ανάρρωσης/ανάκαμψης ή αποκατάστασης από την τραυματική εμπειρία του Οργανισμού Κατάχρησης Ουσιών και Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ, και ενδεικτικά συνιστώμενες θεραπείες και τρόποι αντιμετώπισης από την Αμερικάνικη Ένωση Ψυχολόγων.

Ανάρρωση / ανάκαμψη/ αποκατάσταση (Recovery): Αυτός ο όρος υποδηλώνει μια διαδικασία αλλαγής μέσω της οποίας τα άτομα βελτιώνουν τη δική τους υγεία και ευεξία, ζουν μια αυτοπροσδιοριζόμενη ζωή και προσπαθούν να αξιοποιήσουν πλήρως τις δυνατότητές τους. Οι κύριες διαστάσεις που υποστηρίζουν μια ζωή σε περίοδο ανάρρωσης-ανάκαμψης, όπως ορίζεται από τη SAMHSA (2014) περιλαμβάνουν:

- Υγεία: υπερνίκηση ή διαχείριση της νόσου καθώς και η διαβίωση με σωματικά και συναισθηματικά υγιή τρόπο.
- Σπίτι: ένα σταθερό κι ασφαλές μέρος
- Σκοπός: σημαντικές καθημερινές δραστηριότητες με νόημα, όπως εργασία, σχολείο, εθελοντισμός, οικογενειακή φροντίδα ή δημιουργικές ασχολίες και ανεξαρτησία, εισόδημα και πόροι για συμμετοχή στην κοινωνία.
- Κοινότητα: σχέσεις και κοινωνικά δίκτυα που παρέχουν υποστήριξη, φιλία, αγάπη και ελπίδα.

Παρακάτω αναφέρονται οι συνιστώμενες θεραπείες της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Εταιρείας APA, 2020. Είναι τέσσερις παραλλαγές της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας (CBT), (APA, 2020, PTSD Treatments).

Cognitive Behavioral Therapy (CBT): «Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία εστιάζει στις σχέσεις μεταξύ σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών. Στοχεύει στα τρέχοντα προβλήματα και συμπτώματα και εστιάζει στην αλλαγή προτύπων συμπεριφορών, σκέψεων και συναισθημάτων που οδηγούν σε δυσκολίες στη λειτουργικότητα».

Cognitive Processing Therapy (CPT): «Η θεραπεία γνωσιακής επεξεργασίας είναι ένας συγκεκριμένος τύπος γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας που βοηθά τους

ασθενείς να μάθουν πώς να τροποποιούν και να αμφισβητούν μη χρήσιμες πεποιθήσεις που σχετίζονται με το τραύμα».

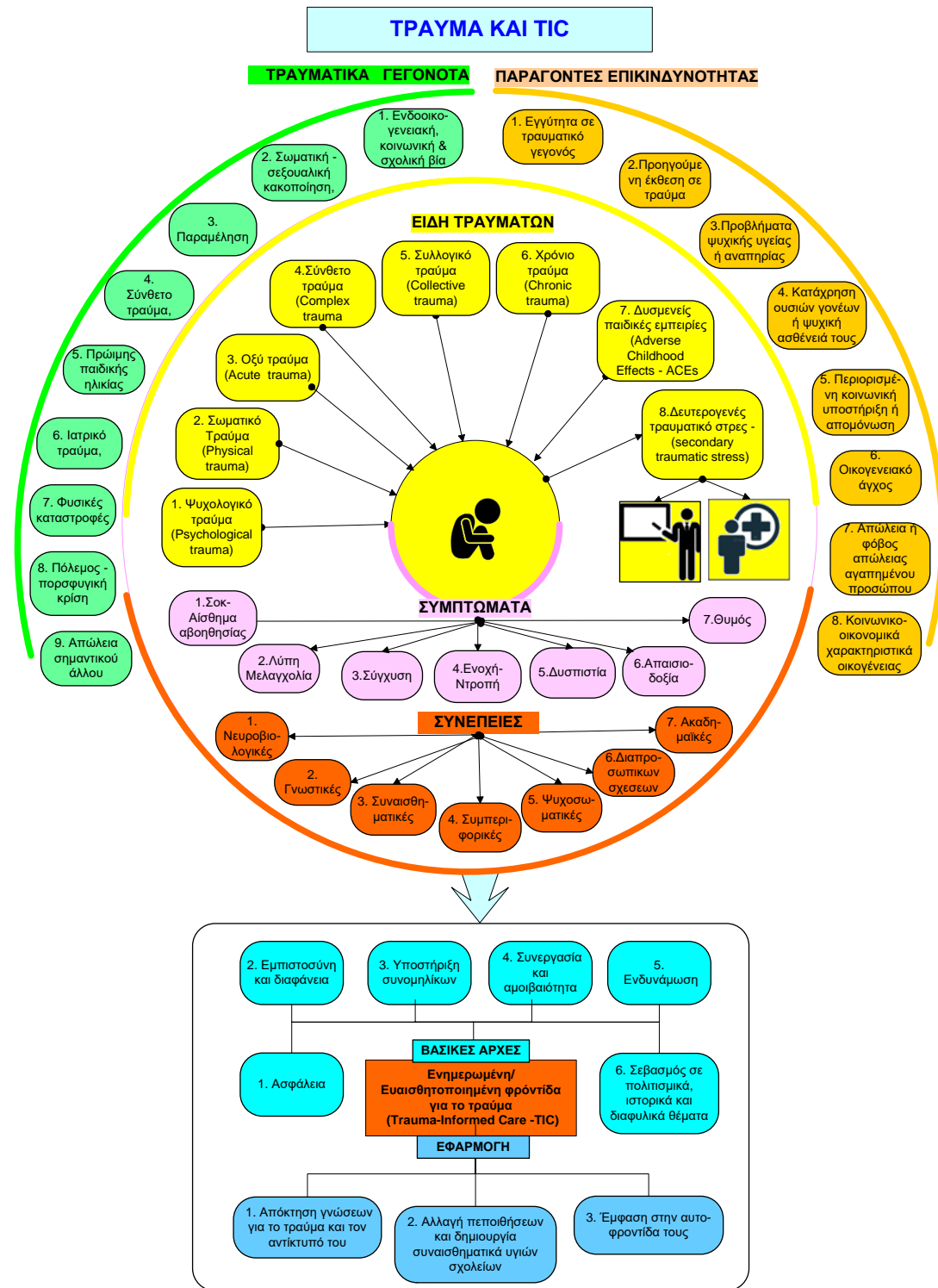
Cognitive Therapy: «Προερχόμενη από τη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, συνεπάγεται την τροποποίηση απαισιόδοξων αξιολογήσεων, ερμηνειών και αναμνήσεων τραύματος, με στόχο τη διακοπή των ενοχλητικών μοτίβων συμπεριφοράς ή/ και σκέψης που παρεμβαίνουν στην καθημερινή ζωή του ατόμου».

Prolonged Exposure: «Η παρατεταμένη έκθεση είναι ένας συγκεκριμένος τύπος γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας που διδάσκει στα άτομα να προσεγγίζουν σταδιακά τις αναμνήσεις, τα συναισθήματα και τις καταστάσεις που σχετίζονται με το τραύμα. Αντιμετωπίζοντας αυτό που έχει αποφευχθεί, ένα άτομο μαθαίνει ότι οι αναμνήσεις και οι ενδείξεις που σχετίζονται με το τραύμα δεν είναι επικίνδυνες και δε χρειάζεται να αποφευχθούν».

Μία νέα προσέγγιση που υπάρχει τα τελευταία 30 χρόνια είναι η «Ενημερωμένη Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» (Trauma-Informed Care), η οποία δεν αφορά τόσο στη θεραπεία του τραύματος, όσο στην πρόληψη αποφυγής του επανα-τραυματισμού, δηλαδή στην πρόληψη επαναβίωσης του τραύματος. Στην επόμενη ενότητα θα παρουσιαστούν, η νέα αυτήν προσέγγιση, το πλαίσιο, οι αρχές της και τη σημασία της στη σχολική κοινότητα.

Παρακάτω παρουσιάζεται μία απεικονιστική αναπαράσταση για το τραύμα και την προσέγγιση της «Ενημερωμένης Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα».

2. Trauma-Informed Care «Ενημερωμένη-Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα»



Διάγραμμα 6. Το τραύμα και η «Ενημερωμένη- Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» με βάση την παρούσα έρευνα

2. 1. Ο ορισμός και το θεωρητικό υπόβαθρο της «Ενημερωμένης/Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» (Trauma-Informed Care [TIC])

Η Ενημερωμένη-Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα (Trauma-Informed Care) είναι ένα εννοιολογικό πλαίσιο και μια κλινική πρακτική. Είναι ένας νέος τρόπος προσέγγισης και φροντίδας ατόμων που έχουν βιώματα τραυματικών εμπειριών, μια νέα και ελπιδοφόρα προσέγγιση. Ο υψηλός επιπολασμός του τραύματος φαίνεται σε πολλές έρευνες, όμως η κατανόησή του και η αναγνώρισή του, δεν έχει ενσωματωθεί στην πρακτική περίθαλψης, είτε σε επαγγέλματα ψυχικής υγείας είτε σε άλλα σχετιζόμενα επαγγέλματα. Το τραύμα παραμένει άγνωστο, ωστόσο σχετικό με το παρόν και το μέλλον.

Ο όρος «Ενημερωμένη-Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» (Trauma-Informed Care [TIC]) εμφανίστηκε τη δεκαετία του 1990 και βασίστηκε στις συνέπειες των βετεράνων του πολέμου του Βιετνάμ στα μέσα της δεκαετίας του 1980, και με την επαγγελματική κατανόηση της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Post-traumatic stress disorder- PTSD) να αυξάνεται σημαντικά. Η μεγαλύτερη κατανόηση του τραύματος και των επιπτώσεών του επεκτάθηκε και υιοθετήθηκε από την ευρύτερη κοινότητα ψυχικής υγείας, ως σχετική κατασκευή για την κατανόηση των συμπτωμάτων και στην πληροφόρηση της κατανόησης του τραύματος στον κόσμο των πολιτών, παιδιών και οικογενειών, που είχαν βιώσει και άλλα τραυματικά γεγονότα.

Αυτή η αυξημένη γνώση οδήγησε στην ανάπτυξη βασισμένων σε στοιχεία μοντέλων θεραπείας τραύματος, μαζί με αλλαγές στις οργανωτικές πολιτικές και πρακτικές που είχαν σχεδιαστεί για να διευκολύνουν την ανθεκτικότητα και την αποκατάσταση. Πολύ πριν κάποιος χρησιμοποιήσει τον όρο «ενημερωμένη/ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» TIC, οι επαγγελματίες που ασχολούνται

ενεργούσαν ενστικτωδώς με τρόπο ενημερωμένο για το τραύμα. Αυτές οι τάσεις για την καινοτομία και πρακτική που ακολουθεί την «ενημερωμένη- ευαισθητοποιημένη προσέγγιση για το τραύμα» συνδέθηκαν τη δεκαετία του 1990 με την αυξανόμενη εξέλιξη της επιστήμης και την ειδική για το τραύμα έρευνα, σχετικά με το πώς αντιδρούν οι άνθρωποι μετά από τραυματικά γεγονότα και πώς οι επαγγελματίες, που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν να προχωρήσουν προς την ανάκαμψη.

Το 1985, η Διεθνής Εταιρεία για το Τραυματικό Στρες (International Society for Traumatic Stress Studies) ιδρύθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες και χρησίμευσε ως κομβικό σημείο για επαγγελματίες που αναζητούσαν απαντήσεις για να υποστηρίξουν πληθυσμούς με πολλαπλά τραύματα. Μέχρι το 1989, το Υπουργείο Υποθέσεων Βετεράνων των Ηνωμένων Πολιτειών είχε δημιουργήσει το Εθνικό Κέντρο για τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (www.ptsd.va.gov). Στη δεκαετία του 1990, ο Οργανισμός Κατάχρησης Ουσιών και Ψυχικής Υγείας των Η.Π.Α. (SAMHSA), εντός του Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ, αναγνώρισε το ρόλο του τραύματος σε σημαντικό αριθμό γυναικείων θεμάτων και θεραπειών που σχετίζονται με το φύλο. Κατά τη διάρκεια των επόμενων 20 ετών, σημειώθηκε μια τεράστια επέκταση των γνώσεων σχετικά με το τραύμα και το τραυματικό στρες. Αυτό περιλάμβανε όχι μόνο καλύτερα διαγνωστικά κριτήρια αλλά και την ανάπτυξη εμπειρικά ελεγμένων θεραπειών για PTSD και άλλα συναφή συμπτώματα τραύματος. Έτσι η TIC εφαρμόστηκε και εφαρμόζεται για τη διαχείριση του τραύματος και εξελίχθηκε σε πολύ σημαντική προσέγγιση με συγκεκριμένο πλαίσιο-σχήμα συνεργασίας πολλαπλών συντελεστών για αντιμετώπιση του τραύματος, (Classen, & Clark, 2017).

Ο όρος «Ενημερωμένη-Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» (Trauma-Informed Care [TIC]) χρησιμοποιείται για να περιγράψει την παροχή υπηρεσιών, που

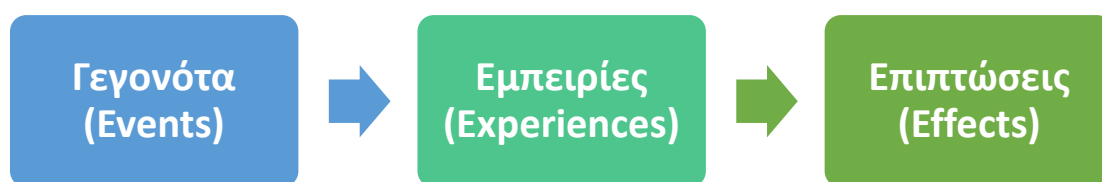
ενσωματώνουν την κατανόηση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων των παιδικών τραυματικών εμπειριών (ACEs) και του τραύματος, με απώτερο στόχο τη βελτίωση και την ευεξία των ανθρώπων που το έχουν βιώσει, (SAMHSA, 2014a). Είναι μια προσέγγιση που αναπτύχθηκε εκτενέστερα από τους Harris και Fallot (2001) για τη βελτίωση της κλινικής πρακτικής και της παροχής υπηρεσιών.

Η «Ενημερωμένη/Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» (Trauma-Informed Approach ή Trauma-Informed Care), αφορά τη βασική γνώση των εργαζομένων σε οργανισμούς, για το ψυχολογικό τραύμα και πως αυτό μπορεί να επηρεάσει τους ανθρώπους. Το τραύμα δεν αφορά μόνο υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αλλά και άλλα πλαίσια/συστήματα, που σχετίζονται με την ευημερία των παιδιών, όπως τα σχολεία. Στην προσέγγιση αυτή, οι εργαζόμενοι γνωρίζουν ότι το τραύμα επηρεάζει τη ψυχική υγεία του ατόμου, τη συμπεριφορά και τη λειτουργικότητά του. Και έχουν τη δυνατότητα να αναγνωρίσουν τις ενδείξεις και τα συμπτώματα του τραύματος, επιδεικνύοντας φιλική και ευαισθητοποιημένη συμπεριφορά/στάση απέναντι στους ανθρώπους, που έχουν υποστεί τραύμα. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της συνεχιζόμενης κατάρτισης του προσωπικού, και της συνειδητοποίησης της ηγεσίας για τον ρόλο του τραύματος στη ζωή των ανθρώπων.

Στην ελληνική βιβλιογραφία ο όρος αποτελεί ένα νέο επιστημονικό πεδίο μελέτης, που δεν έχει εφαρμοστεί στα ελληνικά σχολεία. Ωστόσο, έχει αρχίσει να μελετάται σε πιλοτικό επίπεδο για την επιμόρφωση επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση μεταναστών, (Fragkiadaki, Ghafoori, & Sfakianaki, 2019) και σε παιδιά μετανάστες, (Kouskoupa, 2019).

Βασικός στόχος της προσέγγισης «Ενημερωμένης/ Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» είναι οι γνώσεις για την έννοια του τραύματος, τα

τραυματικά γεγονότα, τα συμπτώματα και τις συνέπειές του, καθώς και τον αντίκτυπό του στη ζωή των ανθρώπων. Με βάση τη SAMHSA (2014), απαραίτητο για την εφαρμογή της προσέγγισης «Ενημερωμένης/ Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» είναι μία βασική γνώση και πληροφόρηση για βασικά θέματα - έννοιες του τραύματος: Γεγονότα (Events), εμπειρίες (Experiences), επιπτώσεις (Effects), (3 Es).



Διάγραμμα 7: Βασικές έννοιες που αναπαριστούν την τραυματική εμπειρία

Γεγονότα (Events) και καταστάσεις/ συνθήκες που μπορεί να περιλαμβάνουν πραγματικές ή υπερβολικές απειλές για σωματική ή ψυχολογική βλάβη (π.χ. φυσικές καταστροφές, βία, κα.) ή σοβαρή για την ανάπτυξη των παιδιών παραμέληση. Αυτά τα γεγονότα και οι καταστάσεις/ συνθήκες έχουν την πιθανότητα να συμβούν μία φορά ως ένα μεμονωμένο γεγονός ή επανειλημμένα. Η έννοια του τραύματος συμπίπτει στην SAMHSA με την έννοια που έχει δοθεί στο DSM-5, όπου υπάρχουν όλοι οι πιθανοί στρεσογόνοι παράγοντες για τα κριτήρια διάγνωσης ενός τραυματικού γεγονότος, (trauma and stressor – related disorders).

Η υποκειμενική **εμπειρία** (experience) αυτών των γεγονότων/ καταστάσεων είναι αυτή που καθορίζει αν το γεγονός θα είναι τραυματικό. Ένα συγκεκριμένο γεγονός μπορεί να βιωθεί ως τραυματικό για ένα άτομο και όχι για κάποιο άλλο. Το πώς το άτομο ερμηνεύει το κάθε γεγονός επηρεάζει το αν ένα γεγονός θα το βιώσει ως

τραυματικό ή όχι. Τα τραυματικά γεγονότα διαφέρουν ως προς τη φύση και το είδος τους, καθώς ως και προς τον τρόπο που θα ερμηνευθούν, βιωθούν από το άτομο. Συχνά τα άτομα που το βιώνουν αναρωτιούνται «γιατί σ' εμένα;». Η υποκειμενική εμπειρία του τραυματικού γεγονότος σχηματίζεται από την αίσθηση αβοηθησίας και συνεχείς ερωτήσεις γιατί να συμβεί αυτό. Αισθήματα ντροπής, ενοχής, προδοσίας ή σιωπής συχνά σχηματίζουν το τραυματικό γεγονός.

Η ερμηνεία ενός γεγονότος καθορίζεται από ποικίλους παράγοντες: το πολιτισμικό περιβάλλον του ατόμου (π.χ. ενδοοικογενειακή βία), τις πεποιθήσεις που επικρατούν, τη διαθεσιμότητα κοινωνικής στήριξης (π.χ. απομονωμένο άτομο ή σε υποστηρικτικό περιβάλλον), ή το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου (π.χ. αλλιώς κατανοεί, ερμηνεύει το γεγονός παιδί πέντε (5) ετών, αλλιώς έφηβος, αλλιώς ενήλικας). Οι μακροπρόθεσμες αρνητικές **συνέπειες** ενός γεγονότος είναι καθοριστικός παράγοντας για το τραύμα. Αυτές οι επιπτώσεις είναι πιθανό να συμβούν άμεσα ή με καθυστέρηση, όπως και η διάρκειά τους ποικίλει, βραχυπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες.

Σε κάποιες περιπτώσεις το άτομο μπορεί να μη συνδέσει το τραυματικό γεγονός με τις συνέπειες- επιπτώσεις. Παραδείγματα των επιπτώσεων του τραυματικού γεγονότος, είναι αδυναμία διαχείρισης του υπερβολικού στρες που δημιουργείται, μείωση λειτουργικότητας στην καθημερινότητα, προβλήματα εμπιστοσύνης στις διαπροσωπικές σχέσεις, προβλήματα σε γνωστικές διεργασίες και ρύθμισης συμπεριφοράς, καθώς και δυσκολίες έκφρασης και ρύθμισης των συναισθημάτων, καθώς και αλλαγές σε νευροβιολογικό επίπεδο.

2.2 Το πλαίσιο της ενημερωμένης φροντίδας για το τραύμα

2.2.1 Βασικά στοιχεία

Το πλαίσιο «Ενημερωμένης/ Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» είναι μια προσέγγιση στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που παρέχει τεκμηριωμένες παρεμβάσεις σε άτομα που έχουν εκτεθεί σε τραυματικά γεγονότα, (Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ, 2001). Μια προσέγγιση που δεν περιλαμβάνει μόνο παρεμβάσεις ειδικές για το τραύμα (π.χ. αξιολόγηση, θεραπεία, κ.λπ.), αλλά στοχεύει στην ενσωμάτωση ζωτικών αρχών της φροντίδας με ενημέρωση για το τραύμα, στην κουλτούρα ενός ιδρύματος-οργανισμού (Keesler, 2014, SAMHSA, 2014a).

Ένα πρόγραμμα, ένας οργανισμός ή ένα σύστημα που εφαρμόζει την «ενημερωμένη- ευαισθητοποιημένη προσέγγιση» για το τραύμα, αντιλαμβάνεται τον εκτεταμένο αντίκτυπο του τραύματος και κατανοεί πιθανές δυνατότητες για ανάκαμψη, αναγνωρίζει τα σημεία και τα συμπτώματα του τραύματος σε άτομα με τραύμα, οικογένειες, προσωπικό και άλλους που εμπλέκονται με το σύστημα, και ανταποκρίνεται ενσωματώνοντας πλήρως τη γνώση για το τραύμα σε πολιτικές, διαδικασίες και πρακτικές, επιδιώκοντας να αντισταθεί ενεργά στον επανατραυματισμό (SAMHSA, 2014a).

Σχετικά με την αντιμετώπιση των τραυμάτων στην TIC τόσο σε οργανισμούς όσο και σε σχολεία, η SAMHSA (2014) προσδιορίζει τέσσερα βασικά συστατικά (The Four R's [4-Rs]),για το προσωπικό:

1. **Συνειδητοποίηση (realize)** του εκτεταμένου αντικτύπου του τραύματος και τρόπων θεραπείας από τις οικογένειες, τις κοινότητες και τον ίδιο τον οργανισμό, και κατανόηση υποστήριξης του ατόμου στη διαδικασία ανάκαμψης.

- 2. Αναγνώριση ενδείξεων και συμπτωμάτων του τραύματος (recognize),** στα άτομα που έχουν βιώσει τραύμα και στις οικογένειές τους, στο προσωπικό του οργανισμού και άλλων εμπλεκόμενων σε αυτόν, (Trauma screening and assessment) και παραπομπή αυτών σε κατάλληλες υπηρεσίες.
- 3. Ανταπόκριση (respond):** ενσωματώνει τις γνώσεις σχετικά με το τραύμα σε πολιτικές, διαδικασίες, πρακτικές/στρατηγικές και ρυθμίσεις και την επαγγελματική ανάπτυξη. Το σύστημα υιοθετεί μια καθολική προληπτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση της έκθεσης σε τραύματα.
- 4. Αντίσταση στον επανα-τραυματισμό** τόσο των ατόμων που λαμβάνουν υπηρεσίες όσο και του προσωπικού, (resist-retraumatization). Ο οργανισμός στοχεύει να αποτρέψει τον επανατραυματισμό των ατόμων, αναγνωρίζοντας πώς ορισμένες πρακτικές, μπορεί να προκαλέσουν οδυνηρές αναμνήσεις σε μαθητές με ιστορικό τραύματος (SAMHSA, 2014a).

Αναλυτικότερα στην προσέγγιση «Ενημερωμένη-Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» τα άτομα ενός οργανισμού ή υπηρεσίας έχουν βασικές γνώσεις και συνειδητοποιούν (realization) την έννοια του τραύματος και πως το τραύμα επηρεάζει οικογένειες, ομάδες, οργανισμούς και κοινωνίες όπως και τα άτομα ξεχωριστά. Οι εμπειρίες και η συμπεριφορά των ανθρώπων κατανοείται ως τρόπος αντιμετώπισης/διαχείρισης διάφορων γεγονότων συνθηκών είτε αυτά συνέβησαν στο παρελθόν, είτε αυτά εκδηλώνονται στο παρόν, είτε αυτά σχετίζονται με δύσκολα συναισθήματα από εμπειρίες που άκουσαν από άλλους. Υπάρχει κατανόηση ότι το τραύμα παίζει ρόλο στη ψυχική υγεία και στην κατάχρηση ουσιών, γι' αυτό χρειάζεται υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και ανάρρωσης/ανάκαμψης (prevention, treatment, and recovery settings). Το τραύμα δεν υπάγεται στις συμπεριφορικές υπηρεσίες υγείας αλλά ευρύτερα ενσωματώνεται σε πολλά συστήματα, φορείς και υπηρεσίες.

Άνθρωποι σε οργανισμούς ή συστήματα είναι ικανοί να διακρίνουν τα συμπτώματα/ ενδείξεις του τραύματος, (recognize the signs of trauma). Προσυμπτωματικός έλεγχος και αξιολόγηση για το τραύμα (Trauma screening and assessment) συμβάλλει στην έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση του, και κατ' επέκτασιν στην θεραπεία του.

Ο οργανισμός ή το σύστημα ανταποκρίνεται εφαρμόζοντας σε όλες τις λειτουργίες/ υπηρεσίες του τις αρχές της προσέγγισης «Ενημερωμένη-Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» (responds by applying the principles of a trauma-informed approach). Ενσωματώνει την κατανόηση ότι η εμπειρία τραυματικών γεγονότων επηρεάζει όλα τα άτομα που εμπλέκονται, άμεσα ή έμμεσα. Το προσωπικό του οργανισμού/ υπηρεσίας/ συστήματος, από το άτομο που είναι στην είσοδο μέχρι τα στελέχη και το διοικητικό συμβούλιο, αλλάζουν τον τρόπο που μιλούν και το περιεχόμενο των λόγων τους, τις συμπεριφορές και τις στάσεις τους καθώς και τις στρατηγικές τους, λαμβάνοντας υπόψη τις τραυματικές εμπειρίες που πιθανόν έχουν παιδιά και ενήλικες, που έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες.

Αυτό επιτυγχάνεται μέσω εξειδικευμένης εκπαίδευσης του προσωπικού, ενός προϋπολογισμού που υποστηρίζει τη συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού, και της **ηγεσίας**, που κατανοεί και συνειδητοποιεί το ρόλο του τραύματος στη ζωή του προσωπικού και των ανθρώπων που εξυπηρετούν. Ο οργανισμός έχει επαγγελματίες εκπαιδευμένους στην προσέγγιση Ενημερωμένη/Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα με εμπειρικά τεκμηριωμένες πρακτικές (evidence-based trauma practices). Πολιτικές του οργανισμού, όπως εγχειρίδια προσωπικού που προωθούν μια κουλτούρα βασισμένη σε πεποιθήσεις και στάσεις σχετικές με την ανθεκτικότητα, την αποκατάσταση και την ανάρρωση από τραύμα. Η ηγεσία διασφαλίζει τη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος σωματικά και ψυχικά, όπως και προωθεί την

εμπιστοσύνη, τη δικαιοσύνη και τη διαφάνεια. Περιλαμβάνει καθολικές προφυλάξεις διασφαλίζοντας ότι δεν θα επαναληφθεί το τραυματικό γεγονός.

Η προσέγγιση «Ενημερωμένη/Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» στοχεύει να αντισταθεί στον επανατραυματισμό των ανθρώπων που λαμβάνουν υπηρεσίες από τον οργανισμό, καθώς και του προσωπικού. Οι οργανισμοί συχνά δημιουργούν άθελά τους αγχώδη περιβάλλοντα που παρεμβαίνουν στην ανάρρωση των ατόμων με τραύμα, την ευεξία του προσωπικού και την εκπλήρωση των σκοπών του οργανισμού. Το προσωπικό που εργάζεται με ενημερωμένο- ευαισθητοποιημένο τρόπο για το τραύμα έχει μάθει να αναγνωρίζει πως οργανωτικές πρακτικές μπορούν πυροδοτήσουν οδυνηρές αναμνήσεις ή να επανατραυματίσουν το άτομο που έχει βιώσει τραυματικές εμπειρίες.

Αναγνωρίζοντας ότι πολλά άτομα αντιμετωπίζουν το τραύμα τους με όχι τόσο ασφαλή τρόπο μέσα στην κοινότητα, είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι κοινότητες πώς μπορούν να υποστηρίξουν ή να εμποδίσουν την διαδικασία ανάρρωσης. Το τραύμα δεν συμβαίνει στο κενό, (not occur in a vacuum). Το ατομικό τραύμα εμφανίζεται μέσα στην κοινότητα, είτε η κοινότητα ορίζεται γεωγραφικά, είτε ουσιαστικά όπως σε μια κοινή ταυτότητα, εθνικότητα, είτε οργανωτικά, όπως στον τόπο εργασίας, μάθησης ή λατρείας. Πώς μια κοινότητα ανταποκρίνεται στο ατομικό τραύμα, θέτει τα θεμέλια για τον αντίκτυπο του τραυματικού γεγονότος, την εμπειρία και το αποτέλεσμα του.

Κοινότητες που παρέχουν ένα πλαίσιο ώστε η κατανόηση και η αυτοδιάθεση (self-determination) μπορούν να διευκολύνουν τη διαδικασία ανάκαμψης και αποκατάστασης των ατόμων. Διαφορετικά, κοινότητες που αποφεύγουν, παραβλέπουν ή παρερμηνεύουν τον αντίκτυπο του τραύματος μπορεί να επανατραυματίσουν και να παρέμβουν αρνητικά στη διαδικασία αποκατάστασης των ατόμων. Τα άτομα μπορεί να τραυματιστούν εκ νέου από τους ίδιους τους ανθρώπους που πρόθεσή τους είναι να τα

βοηθήσουν. Αυτός είναι ένας τρόπος για να κατανοηθεί το τραύμα στο πλαίσιο μιας κοινότητας.

Μια δεύτερη και εξίσου σημαντική προοπτική για το τραύμα και τις κοινότητες είναι η κατανόηση ότι οι ίδιες οι κοινότητες στο σύνολό τους μπορούν να βιώσουν τραύματα. Ακριβώς όπως με το τραύμα ενός ατόμου ή μιας οικογένειας, μια κοινότητα μπορεί να βιώσει ένα απειλητικό γεγονός, να έχει μια αρνητική εμπειρία και αρνητική παρατεταμένη επίδραση. Είτε είναι το αποτέλεσμα μιας φυσικής καταστροφής (π.χ. πλημμύρα, τυφώνας ή σεισμός) ή ένα γεγονός ή περιστάσεις που προκαλούνται από μια ομάδα σε μια άλλη (π.χ. σφετερισμός πατρίδων, αναγκαστική μετεγκατάσταση, ή συνεχής έκθεση στη βία στην κοινότητα, το τραύμα που προκύπτει συχνά μεταδίδεται από τη μια γενιά στην άλλη, και συχνά αναφέρεται ως ιστορικό, κοινοτικό ή τραύμα μεταξύ των γενεών.

Οι κοινότητες μπορούν να αντιδράσουν συλλογικά στο τραύμα με τρόπους που μοιάζουν πολύ με τους τρόπους με τους οποίους ανταποκρίνονται μεμονωμένα τα άτομα. Μπορούν να βιώνουν υπερεπαγρύπνηση (hyper-vigilant), συνεχή φόβο, ή μπορεί να υποστούν εκ νέου τραυματισμό (επανατραυματισμό), που προκαλούνται από περιστάσεις που μοιάζουν με το προηγούμενο τραύμα. Το τραύμα μπορεί να ενσωματωθεί σε πολιτιστικές νόρμες (cultural norms) και να περάσει από γενιά σε γενιά. Πολλοί άνθρωποι που βιώνουν τραύμα το ξεπερνούν και συνεχίζουν τη ζωή τους. Κάποιοι γίνονται ισχυρότεροι και πιο ανθεκτικοί, άλλοι όμως το βιώνουν συντριπτικά και η ζωή τους επηρεάζεται αρνητικά και πολύπλευρα. Μερικοί μπορεί να λάβουν βοήθεια σε επίσημα συστήματα υποστήριξης. Ωστόσο, συντριπτική πλειοψηφία δεν θα το κάνει. Ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα και οι οικογένειες μπορούν να κινητοποιήσουν τους πόρους και την υποστήριξη των κοινοτήτων τους και τον βαθμό στον οποίο η κοινότητα έχει την ικανότητα, τις γνώσεις και τις δεξιότητες

να κατανοήσει και να ανταποκριθεί στις δυσμενείς επιπτώσεις του τραύματος έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ευεξία των ανθρώπων και της κοινότητας, (SAMHSA, 2014a).

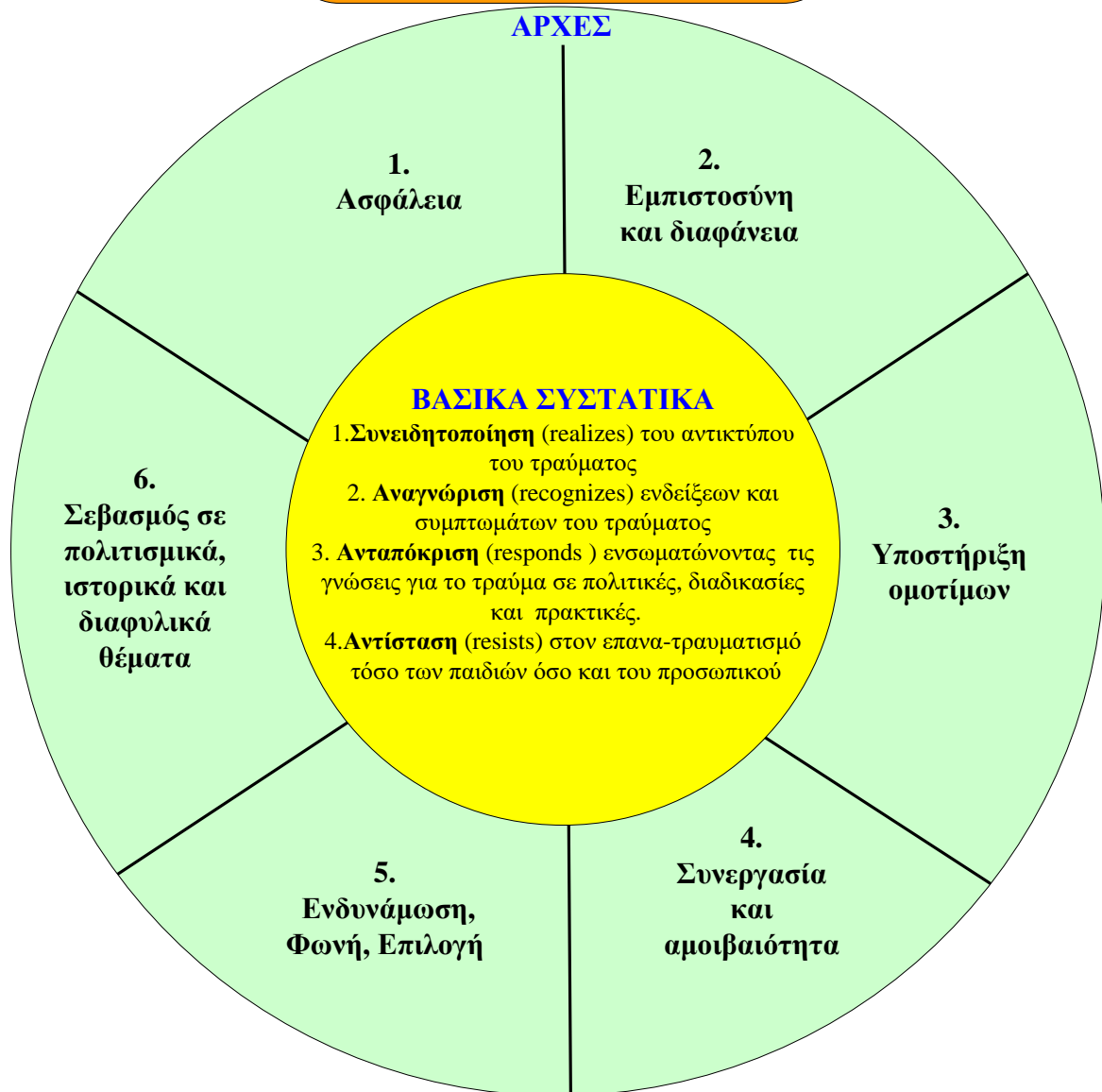
2.2.2 Βασικές αρχές

Η εφαρμογή της «Ενημερωμένης/Ενυαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» (TIC) με βάση τη SAMHSA (2014), στηρίζεται σε **έξι (6) βασικές αρχές** (six key principles) τόσο στα σχολεία όσο και σε άλλα πλαίσια/συστήματα :

1. **Ασφάλεια** (*Safety*): ο οργανισμός, το προσωπικό και οι άνθρωποι που υπηρετούν είτε παιδιά είτε ενήλικες, πρέπει να αισθάνονται φυσική, σωματική και ψυχολογική ασφάλεια. Είναι υψηλής προτεραιότητας η αίσθηση της ασφάλειας.
2. **Εμπιστοσύνη και διαφάνεια** (*Trustworthiness and Transparency*): Οι οργανωτικές λειτουργίες, ρυθμίσεις και αποφάσεις (Organizational operations and decisions) διενεργούνται με διαφάνεια στοχεύοντας στη δημιουργία και διατήρηση της εμπιστοσύνης.
3. **Υποστήριξη ανθρώπων με κοινά βιώματα** (*Peer Support*): Υποστήριξη και αμοιβαία αυτοβοήθεια είναι τα κλειδιά – τα μέσα για ασφάλεια, ελπίδα, εμπιστοσύνη, συνεργασία και θεραπεία. Ο όρος «ομότιμοι» (peers) αναφέρεται σε ανθρώπους που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες. Στην περίπτωση των παιδιών μπορεί να είναι μέλη της οικογένειας και είναι το κλειδί για την ανάρρωση/ ανάκαμψη (key caregivers). Οι άνθρωποι με βιώματα κοινά τραυματικά «peers» αναφέρονται και ως «επιζώντες τραύματος» (trauma survivors).

- 4. Συνεργασία και αμοιβαιότητα** (*Collaboration and Mutuality*): Σημαντική είναι η καλή συνεργασία μεταξύ συνεργατών, μεταξύ οργανισμού, καθώς και μεταξύ προσωπικού και «ατόμων με τραύμα». Αναγνωρίζεται ότι όλοι παίζουν ρόλο μέσα στον οργανισμό. Όπως αναφέρεται «κάποιος δε χρειάζεται να είναι θεραπευτής για να είναι θεραπευτικός».
- 5. Ενδυνάμωση, Φωνή και Επιλογή** (*Empowerment, Voice and Choice*): μέσα στον οργανισμό οι δυνάμεις (strengths), δυνατότητες και εμπειρίες των ανθρώπων αναγνωρίζονται και ενισχύονται. Δίνεται έμφαση στην ανάρρωση, την ανάκαμψη και την ανθεκτικότητα, όπως και στην ενδυνάμωση τόσο των ανθρώπων που λαμβάνουν υπηρεσίες του οργανισμού όσο και του προσωπικού του οργανισμού. Εστιάζεται η ενδυνάμωση των ανθρώπων που λαμβάνουν υπηρεσίες, να θέτουν στόχους, να παίρνουν αποφάσεις, να κάνουν σχέδια και να προχωρούν μπροστά στην ανάκαμψη. Το προσωπικό διευκολύνει τη διαδικασία της ενδυνάμωσης. Είναι μία παράλληλη διαδικασία όπου πρέπει να αισθάνεται ασφαλές και το προσωπικό για την καλύτερη δυνατή ανάπτυξη όλων.
- 6. Σεβασμός σε πολιτισμικά, ιστορικά και διαφυλικά θέματα** (*Cultural, Historical, and Gender Issues*): ο οργανισμός σέβεται τη διαφορετικότητα και διαφορικότητα των ανθρώπων και δε βασίζεται σε στερεότυπα και προκαταλήψεις, αλλά ενισχύει το σεβασμό σε όλους, (SAMHSA, 2014a).

**ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ/
ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΓΙΑ ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ - ΤΙΣ**



Διάγραμμα 8. «Ενημερωμένη-Ευαίσθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» βασισμένο στη SAMHSA's trauma-informed approach (Lang,et al., 2015 στο Maynard, Farina, Dell, & Kelly, 2018).

2.2.3 Η εφαρμογή της «Ενημερωμένης-Ευαίσθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» σε Οργανισμούς

Η ανάπτυξη της «Ενημερωμένης/ Ευαίσθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» απαιτεί αλλαγή σε πολλαπλά επίπεδα ενός οργανισμού και συστηματική

ευθυγράμμιση με τις δέκα (10) βασικές αρχές που περιγράφονται παρακάτω. Η καθοδήγηση που παρέχεται εδώ βασίζεται στο έργο των Harris και Fallot και σε συνδυασμό με τις βασικές αρχές. Αν και αναγνωρίζεται ότι δεν αντιμετωπίζουν όλοι οι δημόσιοι φορείς και οι υπηρεσίες το τραύμα ως πτυχή του τρόπου με τον οποίο ασκούν τις δράσεις τους, η κατανόηση του ρόλου του τραύματος και η προσέγγιση που βασίζεται στο τραύμα μπορεί να τους βοηθήσει να επιτύχουν τους σκοπούς τους. Οι οργανισμοί, σε όλους τους τομείς υπηρεσιών και τα συστήματα, ενθαρρύνονται να εξετάσουν πώς η προσέγγιση της «Ενημερωμένης/ Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» θα ωφελήσει όλους τους ενδιαφερόμενους. Να διεξαγάγει μια οργανωτική διαδικασία αξιολόγησης και αλλαγής με βάση το τραύμα· και να εμπλέξει οφελούμενους και προσωπικό σε όλα τα επίπεδα στη διαδικασία οργανωτικής ανάπτυξης.

Πίνακας 2. 10 Αρχές για την εφαρμογή της «Ενημερωμένης/ Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» σε οργανισμούς

10 Αρχές για την εφαρμογή της «Ενημερωμένης/ Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» σε οργανισμούς		
1.	Διακυβέρνηση και ηγεσία	Governance and Leadership
2.	Πολιτική	Policy
3.	Φυσικό Περιβάλλον	Physical Environment
4.	Δέσμευση και συμμετοχή	Engagement and Involvement
5.	Διατομεακή Συνεργασία	Cross Sector Collaboration

6.	Διαλογή, Αξιολόγηση	Screening, Assessment
7.	Υπηρεσίες Θεραπείας, Κατάρτιση και Ανάπτυξη Εργατικού Δυναμικού	Treatment Services, Training and Workforce Development
8.	Παρακολούθηση Προόδου και Διασφάλιση Ποιότητας	Progress Monitoring and Quality Assurance
9.	Χρηματοδότηση	Financing
10	Αξιολόγηση	Evaluation

1. Διακυβέρνηση και Ηγεσία: του οργανισμού υποστηρίζουν και επενδύουν στην εφαρμογή και τη διατήρηση της «Ενημερωμένης/ Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα». Υπάρχει καθορισμένη ομάδα ευθύνης εντός του οργανισμού για την καθοδήγηση και την επίβλεψη αυτής της διαδικασίας.

2. Πολιτική: Υπάρχουν γραπτές πολιτικές και πρωτόκολλα που καθιερώνουν την «Ενημερωμένη/ Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» ως ουσιαστικό μέρος της οργανωτικής αποστολής.

3. Φυσικό περιβάλλον Οργανισμού: Ο οργανισμός διασφαλίζει ότι το φυσικό περιβάλλον προάγει την αίσθηση ασφάλειας και εμπιστοσύνης.

4. Δέσμευση και Συμμετοχή: Άτομα που λαμβάνουν τις υπηρεσίες του οργανισμού και τα μέλη της οικογένειας έχουν ενεργή συμμετοχή, φωνή και ουσιαστική επιλογή σε όλα τα επίπεδα και σε όλους τους τομείς της οργανωσιακής λειτουργίας (π.χ. σχεδιασμός προγράμματος, υλοποίηση, παροχή υπηρεσιών, διασφάλιση ποιότητας, πολιτιστική ικανότητα, πρόσβαση σε υποστήριξη από ομοτίμους με πληροφόρηση σχετικά με το τραύμα, ανάπτυξη εργατικού δυναμικού και αξιολόγηση).

5. Διατομεακή Συνεργασία: Η συνεργασία μεταξύ των τομέων βασίζεται σε μια κοινή κατανόηση του τραύματος και στις αρχές της «Ενημερωμένης/ Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα».

6. Υπηρεσίες Ελέγχου, Αξιολόγησης και Θεραπείας: Οι παρεμβάσεις βασίζονται στα καλύτερα διαθέσιμα εμπειρικά στοιχεία της επιστήμης, είναι πολιτισμικά κατάλληλες και αντικατοπτρίζουν τις αρχές της «Ενημερωμένης/ Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα». Ο προσυμπτωματικός έλεγχος και η αξιολόγηση του τραύματος αποτελούν ουσιαστικό μέρος της διαδικασίας. Οι παρεμβάσεις που σχετίζονται με το τραύμα είναι αποδεκτές, αποτελεσματικές και διαθέσιμες για άτομα και οικογένειες που αναζητούν υπηρεσίες. Όταν δεν είναι διαθέσιμες υπηρεσίες ειδικές για το τραύμα εντός του οργανισμού, υπάρχει ένα αξιόπιστο, αποτελεσματικό σύστημα παραπομπής που διευκολύνει τη σύνδεση ατόμων με την κατάλληλη θεραπεία τραύματος.

7. Κατάρτιση και Ανάπτυξη Εργατικού Δυναμικού: Η συνεχής εκπαίδευση σχετικά με το τραύμα, η υποστήριξη από ομοτίμους (peers) και ο τρόπος αντιμετώπισης του τραύματος είναι διαθέσιμη για όλο το προσωπικό. Ένα σύστημα ανθρώπινου δυναμικού ενσωματώνει αρχές που βασίζονται στο τραύμα στην πρόσληψη, την επίβλεψη και την αξιολόγηση του προσωπικού. Υπάρχουν διαδικασίες για την υποστήριξη του προσωπικού με ιστορικό τραύματος ή/και όσοι αντιμετωπίζουν δευτερογενές τραυματικό στρες.

8. Παρακολούθηση Προόδου και Διασφάλιση Ποιότητας: Υπάρχει διαρκής αξιολόγηση, παρακολούθηση των αρχών της «Ενημερωμένης/ Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» και αποτελεσματική χρήση του προσυμπτωματικού ελέγχου, των αξιολογήσεων και της θεραπείας.

9. Χρηματοδότηση: Οι δομές χρηματοδότησης έχουν σχεδιαστεί για να υποστηρίζουν την «Ενημερωμένη/ Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα», η οποία

περιλαμβάνει πόρους για την εκπαίδευση του προσωπικού, την ανάπτυξη κατάλληλων εγκαταστάσεων, τη δημιουργία υποστήριξης από ομοτίμους, τεκμηριωμένη αξιολόγηση και παρακολούθηση των υπηρεσιών και παρεμβάσεων για το τραύμα.

10. Αξιολόγηση: Χρησιμοποιούνται συστηματικά συγκεκριμένα μέτρα και μέσα αξιολόγησης για την αξιολόγηση της εφαρμογής και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών.

2.2.4 Η εφαρμογή της «Ενημερωμένης/Ενυαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» στα σχολεία είναι μία νέα και ελπιδοφόρα προσέγγιση

Όταν σχεδιάζεται η εφαρμογή και η βιωσιμότητα μιας παρέμβασης ή προγράμματος σε όλο το σύστημα σε ένα σχολείο, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη η **ετοιμότητα** των ενδιαφερόμενων να υιοθετήσουν την παρέμβαση και πώς θα μπορούσαν να ανταποκριθούν στην αλλαγή με την πάροδο του χρόνου. Ένας τρόπος προσέγγισης του ζητήματος της ετοιμότητας και της συμμετοχής των ενδιαφερομένων, είναι να αξιολογηθεί η στάση τους απέναντι στο πρόγραμμα ή μια βασική έννοια που σχετίζεται με το πρόγραμμα, (Bandura, 1993). Κάτι που η παρούσα έρευνα διερεύνησε, τις στάσεις των εκπαιδευτικών και τη γνώση τους στην εν λόγω προσέγγιση της TIC.

Επίσης, η αντιληπτή δυνατότητα ελέγχου είναι ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται το περιβάλλον ως ελεγχόμενο. Ένα άτομο που πιστεύει ότι μπορεί να επηρεάσει το περιβάλλον του μπορεί να έχει αυξημένη ικανότητα να είναι δημιουργικό και να επιμένει να προσπαθεί σε δύσκολα περιβάλλοντα (Bandura, 1993). Σχετικά με τα κίνητρα, αφορούν την προσδοκία ότι ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα και η αξία του προκαλείται από μια συμπεριφορά. Για παράδειγμα, συχνά αποτελεσματικοί άνθρωποι αποδίδουν τις αποτυχίες τους στην έλλειψη προσωπικής προσπάθειας. Σύμφωνα με τον Bandura, οι συναισθηματικές διεργασίες μπορούν να είναι ένας συναισθηματικός μεσολαβητής των πεποιθήσεων αυτο-αποτελεσματικότητας. Για παράδειγμα, η χαμηλή

πίστη στις ικανότητες ενός ατόμου είναι πιθανόν να οδηγήσει σε υψηλό στρες, κατάθλιψη και άγχος, όταν αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις, ενώ ένα άτομο με υψηλή αίσθηση αποτελεσματικότητας μπορεί να αντιμετωπίσει πιο εύκολα τα εμπόδια (Bandura, 1993).

2.2.5 Γιατί και πώς να εφαρμόζεται η προσέγγιση «Ενημερωμένη-Ενυαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» στη σχολική κοινότητα (Trauma-Informed Schools)

Το Εκπαιδευτικό Σύστημα μέσω των σχολείων αναγνωρίζεται ως ιδανικό σημείο για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα παιδιά. Ωστόσο, τα περισσότερα προγράμματα ψυχικής υγείας που βασίζονται στο σχολείο δεν εξετάζουν συστηματικά, δεν αξιολογούν ή παρέχουν συμβουλευτική ή παραπομπές για προβλήματα τραυματικού στρες. Το τραύμα φέρνει τα σχολεία μπροστά σε ένα σοβαρό δίλημμα: πώς να εξισορροπήσουν την πρωταρχική τους αποστολή της εκπαίδευσης με την πραγματικότητα ότι πολλοί μαθητές χρειάζονται βοήθεια για την αντιμετώπιση του τραυματικού στρες, ώστε να παρακολουθούν τακτικά και να συμμετέχουν στη μαθησιακή διαδικασία.

Συμπτώματα τραύματος που εκδηλώνονται στην τάξη

Ανάλογα με παράγοντες ατομικού και περιβαλλοντικού επιπέδου, η παρουσίαση των συμπεριφορών των μαθητών που επηρεάζονται από τραύμα μπορεί να ποικίλλει. Λόγω της συνεπούς και εκτεταμένης αλληλεπίδρασης, οι εκπαιδευτικοί είναι σε προνομιακή θέση να αναγνωρίσουν τις συμπεριφορές των μαθητών που μπορεί να σχετίζονται με τραυματικές εμπειρίες και να λαμβάνουν μέτρα για να υποστηρίξουν αυτά τα παιδιά για να μετριάσουν τις δυσμενείς εκβάσεις (Bell, Limberg, & Robinson III, 2013· Chafouleas, et al. ., 2016· Kataoka, et al., 2012).

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι οι αντιδράσεις σε τραυματικές εμπειρίες είναι μοναδικές για τον καθένα. Μια εμπειρία μπορεί να επηρεάσει βαθιά ένα παιδί και να μην έχει κάποια επίδραση σε έναν άλλο. Αρκετές μεταβλητές επηρεάζουν το επίπεδο δυσφορίας που μπορεί να βιώσει ένα άτομο, όπως αυτές που σχετίζονται με τη βιολογία, το περιβάλλον και το επίπεδο υποστήριξης που λαμβάνει (Bell, et al., 2013). Επιπλέον, διαφορετικά τραυματικά γεγονότα μπορεί να έχουν μοναδικές συμπεριφορικές εκδηλώσεις. Οι Bell, et al. (2013) υποστηρίζουν ότι οι εκπαιδευτικοί δεν χρειάζεται απαραίτητα να είναι σε θέση να επαληθεύσουν ότι ένα παιδί έχει υποστεί μια τραυματική εμπειρία, αλλά εάν μάθουν να παρατηρούν τα συμπτώματα τραύματος ενός μαθητή, μπορούν να παραπέμψουν το παιδί στις κατάλληλες υπηρεσίες. Πηγαίνοντας αυτό ένα βήμα παραπέρα, ο/ η εκπαιδευτικός μπορεί επίσης να ανταποκριθεί στον μαθητή χρησιμοποιώντας πρακτικές ενημερωμένες σε σχέση με το τραύμα (π.χ. δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος, οικοδόμηση εμπιστοσύνης μεταξύ μαθητή και δασκάλου και ενδυνάμωση του μαθητή).

Ελλιπής κατάρτιση προσωπικού στον αντίκτυπο τραύματος

Οι εκπαιδευτικοί, οι σχολικοί ψυχολόγοι, οι σύμβουλοι και οι σχολικοί κοινωνικοί λειτουργοί λαμβάνουν συνήθως ελάχιστη επίσημη κατάρτιση ή συνεχή εκπαίδευση σχετικά με τον αντίκτυπο του τραύματος στους μαθητές και τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να βοηθήσουν τους τραυματισμένους μαθητές να επιτύχουν καλύτερα εκπαιδευτικά αποτελέσματα. Τα εκπαιδευτικά συστήματα προσπαθούν σε μεγάλο βαθμό να μετριάσουν τον αντίκτυπο του τραύματος στη σχολική κοινότητα μέσω σχεδίων σχολικής κρίσης και ανάπτυξης πόρων για να βοηθήσουν τους διαχειριστές και τις ομάδες κρίσης όταν οι μαθητές επηρεάζονται από τραγικά γεγονότα.

Τα σχολεία μπορούν να κάνουν τις απαραίτητες αλλαγές για να καθιερώσουν καθολική παροχή υπηρεσιών ενσωματώνοντας τα τέσσερα συστατικά της TIC, (Tamiq, Laracy, DuPaul, Shapiro&Power, 2015).

- 1. Συνειδητοποίηση** του εκτεταμένου αντικτύπου του τραύματος και κατανόηση τρόπων θεραπείας.
- 2. Αναγνώριση ενδείξεων και συμπτωμάτων** του τραύματος στους οφελούμενους και στις οικογένειές τους, στο προσωπικό του οργανισμού και άλλων εμπλεκόμενων σε αυτόν.
- 3. Ανταπόκριση**, ενσωματώνει τις γνώσεις σχετικά με το τραύμα σε πολιτικές, διαδικασίες, πρακτικές/στρατηγικές και ρυθμίσεις.
- 4. Αντίσταση στον επανα-τραυματισμό** τόσο των οφελούμενων όσο και του προσωπικού.

Ακόμα, η SAMHSA (National Center for Trauma-Informed Care, 2015), **προτείνει στους εκπαιδευτικούς τρία (3) απαραίτητα βήματα** για την εφαρμογή της στα σχολεία:

- ✓ **Απόκτηση γνώσεων για το τραύμα και τον αντίκτυπό του** (Building knowledge)
- ✓ **Αλλαγή πεποιθήσεων και δημιουργία συναισθηματικά υγιών σχολείων** (emotionally healthy school cultures)
- ✓ **Έμφαση στην αυτό-φροντίδα τους** (Self-care for educators), (όπως αναφέρεται στο Thomas, Crosby & Vanderhaar, 2019).

Έχει διαπιστωθεί ότι τα **σχολεία έχουν πρωτεύοντα ρόλο στη ψυχική υγεία** όλων των μαθητών, την ευεξία και τη βελτίωση των μαθησιακών επιτευγμάτων τους, και ιδιαίτερα των μαθητών με τραυματική εμπειρία, (Ko et al., 2008). Η δημιουργία

«σχολείων ευαίσθητων στο τραύμα» (trauma-sensitive schools), μπορεί να βελτιώσει την επίδοση και τη συμπεριφορά των μαθητών, το σχολικό κλίμα, και την ικανοποίηση των εκπαιδευτικών (Oehlberg, 2008). Παρόλο που η εφαρμογή της TIC στα σχολεία είναι μια πρόσφατη προσέγγιση, αρκετές μελέτες υποστηρίζουν τα θετικά αποτελέσματά της, (Chafouleas, Johnson, Overstreet, & Santos, 2015).

Το κλειδί για την επιτυχημένη εφαρμογή των παρεμβάσεων TIC στα σχολεία, είναι *το προσωπικό του σχολείου*. Τα παιδιά και οι έφηβοι με τραυματική εμπειρία, μπορούν να λάβουν στήριξη από όλο το σχολικό προσωπικό, δηλαδή τους εκπαιδευτικούς, τους σχολικούς ψυχολόγους, τους κοινωνικούς λειτουργούς και τα διοικητικά στελέχη, (Ko et al., 2008).

2.2.6. Ο ρόλος των Εκπαιδευτικών :

Ο ρόλος των εκπαιδευτικών είναι πολύ σημαντικός και καθοριστικός, εφόσον είναι το πρώτο σημείο επαφής με μαθητές, που έχουν βιώσει ή βιώνουν τραυματική εμπειρία. Παρέχουν την πιο άμεση στήριξη και μπορούν να μεσολαβήσουν μεταξύ παιδιού και σχολείου, (McInerney & McKlindon, 2014). «Ο στόχος δεν είναι να ενθαρρύνουν τους εκπαιδευτικούς να πιστεύουν ότι πρέπει να μάθουν να διαγιγνώσκουν ποιος έχει τραυματιστεί και στη συνέχεια να τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά από άλλους μαθητές». Ο στόχος είναι να διδαχθούν μία παιδαγωγική ευαισθητοποίησης, που παρέχει συνεχή υποστήριξη για τις ανάγκες όλων των μαθητών, (Horsman, (2000) όπως αναφέρεται στο Sittler, 2008).

Στάσεις Εκπαιδευτικών

Ο βαθμός στον οποίο ένα σχολείο είναι ενημερωμένο για το τραύμα εξαρτάται από τη **συμπεριφορά** των εκπαιδευτικών (Metz, Blasé, & Bowie, 2007) και τις στάσεις τους απέναντι στην TIC, όπου θεωρούνται σημαντικός οδηγός αυτής της

συμπεριφοράς. Η **ένταξη** παιδιών με κοινωνικο-συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες στην τάξη έχει αναφερθεί ότι είναι προβληματική για τους εκπαιδευτικούς και συνοδεύεται από αρνητικές συμπεριφορές εκπαιδευτικών (Cook, Cameron & Tankersley, 2007). Συχνά, αυτοί οι τύποι παιδιών επηρεάζονται από πολύπλοκα τραύματα και αγωνίζονται να διαχειριστούν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και τα συναισθήματά τους.

Οι στάσεις και η αυτο-αποτελεσματικότητα συνδέονται σε μεγάλο βαθμό, καθώς ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο πιστεύει ότι έχει την ικανότητα να διαχειρίζεται αποτελεσματικά το περιβάλλον του μέσα σε έναν οργανισμό (π.χ. εκπαιδευτικοί μέσα σε ένα σχολείο) και τη συμπεριφορική αυτονομία να το κάνει με τη δική του πρωτοβουλία, επηρεάζει τη στάση του απέναντι σε ένα δεδομένο πρόγραμμα ή πρακτική (π.χ. πρωτοβουλίες TIC). Ο Ajzen, (1991; 2005) σκιαγραφεί τρία κύρια συστατικά της στάσης: (1) **Συναισθηματικό**: αποτελείται από το συναισθηματικό σθένος ενός ατόμου απέναντι σε ένα αντικείμενο, (2) **Γνωστικό**: Περιλαμβάνει την επίγνωση και τη γνώση του ατόμου για το αντικείμενο και (3) **Συμπεριφορικό**: Αντανακλά τις προθέσεις και τις προσδοκίες που μπορούν να ενεργήσουν για συμπεριφορά γύρω από το αντικείμενο. Όταν σχεδιάζετε την εφαρμογή και τη βιωσιμότητα μιας παρέμβασης ή προγράμματος σε όλο το σύστημα σε ένα σχολείο, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη η ετοιμότητα των ενδιαφερομένων να υιοθετήσουν την παρέμβαση και πώς θα μπορούσαν να ανταποκριθούν στην αλλαγή με την πάροδο του χρόνου. Ένας τρόπος προσέγγισης του ζητήματος της ετοιμότητας και της συμμετοχής των ενδιαφερομένων είναι να αξιολογηθεί η στάση τους απέναντι στο πρόγραμμα ή μια βασική έννοια που σχετίζεται με το πρόγραμμα, όπως το TIC. Κάτι που η παρούσα έρευνα μελέτησε, (βλ. Β' ερευνητικό μέρος).

3. Τι μπορεί να γίνει στο πλαίσιο του σχολείου για τα παιδιά που έχουν βιώσει τραύμα.

Κατευθύνσεις από το Εθνικό Δίκτυο Παιδικού τραυματικού στρες των Η.Π.Α. (2008).

Διατηρήστε τις συνήθειες ρουτίνες. Η επιστροφή στην «κανονικότητα» θα βοηθήσει το παιδί να καταλάβει ότι είναι ασφαλές και ότι η ζωή συνεχίζεται. Καλό είναι να υπάρχουν επιλογές στα παιδιά. Συχνά τα τραυματικά γεγονότα δημιουργούν απώλεια ελέγχου ή/και ανισορροπία. Αυξήστε το επίπεδο υποστήριξης και ενθάρρυνσης στο παιδί. Ορίστε έναν ενήλικα που μπορεί να παρέχει πρόσθετη υποστήριξη εάν χρειαστεί. Θέστε ξεκάθαρα, σταθερά όρια για τυχόν προβλήματα συμπεριφοράς και αναπτύξτε μη τιμωρητικές στάσεις.

Αναγνωρίστε ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς μπορεί να είναι παροδικά και να σχετίζονται με το τραύμα. Να θυμάστε ότι ακόμη και οι πιο ενοχλητικές συμπεριφορές μπορούν να πυροδοτηθούν από το άγχος που σχετίζεται με το τραύμα. Παρέχετε ένα ασφαλές μέρος για να μιλήσει το παιδί για αυτό που συνέβη. Αφιερώστε έναν καθορισμένο χρόνο και μέρος στην περίπτωση που το παιδί θέλει να μιλήσει. Δώστε απλές και ρεαλιστικές απαντήσεις στις ερωτήσεις του παιδιού σχετικά με τραυματικά γεγονότα. Αποσαφηνίστε στρεβλώσεις και παρανοήσεις. Εάν δεν είναι η κατάλληλη στιγμή, φροντίστε να δώσετε στο παιδί χρόνο και χώρο για να μιλήσει και να κάνει ερωτήσεις.

Να είστε **ευαίσθητοι** στα ερεθίσματα στο περιβάλλον που μπορεί να προκαλέσουν επανατραυματισμό στο τραυματισμένο παιδί. Προβλέψτε δύσκολες στιγμές και παρέχετε πρόσθετη υποστήριξη. Πολλά είδη καταστάσεων μπορεί να είναι υπενθυμίσεις του τραυματικού γεγονότος. Εάν είστε σε θέση να αναγνωρίσετε υπενθυμίσεις, μπορείτε να βοηθήσετε προετοιμάζοντας το παιδί για την κατάσταση.

Προστατέψτε το τραυματισμένο παιδί από την περιέργεια των συνομηλίκων και προστατέψτε τους συμμαθητές από τις λεπτομέρειες του τραύματος ενός παιδιού. Κατανοήστε ότι τα παιδιά αντιμετωπίζουν το τραύμα αναπαράγοντας το τραύμα μέσα από το παιχνίδι ή μέσα από τις αλληλεπιδράσεις τους με άλλους. Αντισταθείτε στις προσπάθειές τους να σας παρασύρουν σε μια αρνητική επανάληψη του τραύματος. Να είστε προσεκτικοί εάν το παιδί βιώνει έντονα συναισθήματα θυμού, ενοχής, ντροπής ή τιμωρίας που αποδίδονται σε μια ανώτερη δύναμη.

Ένα τραυματισμένο παιδί μπορεί να μην πληροί τα κριτήρια για ειδική εκπαίδευση, εξετάστε ωστόσο το ενδεχόμενο να κάνετε προσαρμογές και τροποποιήσεις στην ακαδημαϊκή εργασία για σύντομο χρονικό διάστημα. Μπορείτε για παράδειγμα να: Συντομεύσετε τις εργασίες, να επιτρέψετε επιπλέον χρόνο για την ολοκλήρωση των εργασιών, να παρέχετε πρόσθετη υποστήριξη για την οργάνωση και την απομνημόνευση των εργασιών

Πότε πρέπει να γίνει παραπομπή για πρόσθετη βοήθεια για ένα τραυματισμένο παιδί;

Όταν οι αντιδράσεις είναι σοβαρές (όπως έντονη απελπισία ή φόβος) ή συνεχίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα (πάνω από ένα μήνα) και παρεμβαίνουν στη λειτουργικότητα του παιδιού, μπορείτε να ζητήσετε πρόσθετη βοήθεια ή παραπομπή. Αφήστε έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας να αξιολογήσει την πιθανότητα το παιδί να ωφεληθεί από κάποιο είδος παρέμβασης.

Ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης του παιδικού τραυματικού στρες;

Υπάρχουν αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης του παιδικού τραυματικού στρες.

Πολλές θεραπείες περιλαμβάνουν τις αρχές της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας:

Εκπαίδευση σχετικά με τον αντίκτυπο του τραύματος, βοήθεια στα παιδιά και στους γονείς τους να δημιουργήσουν ή να αποκαταστήσουν το αίσθημα ασφάλειας, τεχνικές για την αντιμετώπιση συντριπτικών συναισθηματικών αντιδράσεων, συμμετοχή, όταν είναι δυνατόν, της πρωτοβάθμιας φροντίδας στη διαδικασία της ανάκαμψης, (National Child Traumatic Stress Network, 2008).

3.1 Οδηγίες προς τους Εκπαιδευτικούς από το Εθνικό Παιδικό Δίκτυο Τραυματικού Στρες των Η.Π.Α., (NCTN 2008, Child toolkit for educators)

- Τα τραυματισμένα παιδιά μπορεί να βιώσουν σωματική και συναισθηματική δυσφορία.
- Σωματικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλοι και στομαχόπονοι
- Δυσκολία στη συναισθηματική ρύθμιση
- Προβλήματα στις ακαδημαϊκές επιδόσεις
- Απρόβλεπτη ή/και παρορμητική συμπεριφορά
- Υπερβολική ή ανεπαρκής αντίδραση σε σωματική επαφή, χτυπήματα θυρών, σειρήνες, φωτισμό, ξαφνικές κινήσεις
- Έντονες αντιδράσεις σε υπενθυμίσεις από το τραυματικό γεγονός

3.2 Συμβουλές προς τους ίδιους του Εκπαιδευτικούς - διαχείριση του δευτερογενούς τραύματος

Πότε να αναζητήσετε αυτοφροντίδα :

1. Αναζητήστε υποστήριξη για να αποτρέψετε το «δευτερογενές τραύμα» (compassion fatigue). Να γνωρίζετε ότι μπορείτε να αναπτύξετε «δευτερογενές τραύμα» από την έκθεση σε τραύμα μέσω των παιδιών με τα οποία εργάζεστε.

2. Να είστε ενήμεροι για τα σημάδια. Οι εκπαιδευτικοί με «δευτερογενές τραύμα» μπορεί να εμφανίσουν μερικά από τα ακόλουθα σημάδια:
 - Αυξημένη ευερεθιστότητα ή ανυπομονησία με τους μαθητές
 - Δυσκολία στον προγραμματισμό δραστηριοτήτων και μαθημάτων στην τάξη
 - Μειωμένη συγκέντρωση
 - Άρνηση ότι τραυματικά γεγονότα επηρεάζουν τους μαθητές ή αισθάνονται μούδιασμα ή αποστασιοποίηση
 - Έντονα συναισθήματα και ενοχλητικές σκέψεις, που δεν μειώνονται με την πάροδο του χρόνου, σχετικά με το τραύμα ενός μαθητή
3. Καλό είναι να μην απομονώνεστε. Σεβόμενοι την εμπιστευτικότητα των μαθητών σας, λάβετε υποστήριξη δουλεύοντας σε ομάδες, μιλώντας με άλλους στο σχολείο σας και ζητώντας υποστήριξη από διαχειριστές ή συναδέλφους.
4. Αναγνωρίστε το το «δευτερογενές τραύμα» ως επαγγελματικό κίνδυνο. Πολύ συχνά οι εκπαιδευτικοί κρίνουν τον εαυτό τους ως αδύναμο ή ανίκανο επειδή έχουν έντονες αντιδράσεις στο τραύμα ενός μαθητή. Το δευτερογενές τραύμα δεν είναι σημάδι αδυναμίας ή ανικανότητας, αλλά μάλλον είναι πιθανό επακόλουθο της φροντίδας.
5. Ζητήστε βοήθεια για πιθανά δικά σας τραύματα. Κάθε ενήλικας που βοηθάει παιδιά με τραύμα, ο οποίος έχει επίσης τις δικές του άλυτες τραυματικές εμπειρίες, κινδυνεύει περισσότερο από δευτερογενές τραύμα.
6. Αν δείτε σημάδια στον εαυτό σας, μιλήστε με έναν επαγγελματία. Εάν αντιμετωπίζετε σημάδια δευτερογενούς τραύματος για περισσότερες από δύο έως τρεις εβδομάδες, καλό είναι να ζητήσετε συμβουλευτική υποστήριξη από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας.

7. Δίνετε έμφαση στην αυτοφροντίδα σας. Φροντίστε να μην γίνει η δουλειά σας η μόνη δραστηριότητα, που καθορίζει ποιος είστε. Διατηρήστε προοπτική περνώντας χρόνο με παιδιά και εφήβους που δεν βιώνουν τραυματικό στρες, (Figley, 1995).

4. Επίλογος Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης

«The paradox of trauma is that it has both the power to destroy and the power to transform and resurrect.»

~

«Το παράδοξο του τραύματος είναι ότι έχει και τη δύναμη να καταστρέφει και τη δύναμη να μεταμορφώνει και να ανασταίνει.»

Peter A. Levine



4.1 Αισιόδοξες έννοιες στη βιβλιογραφία για το τραύμα

Η μετατραυματική ανάπτυξη (posttraumatic growth): Η εμπειρία θετικής μεταμόρφωσης μετά από τραύμα είναι γνωστή ως μετατραυματική ανάπτυξη. Τα άτομα που το βιώνουν μπορεί να αναπτύξουν μια νέα εκτίμηση της ζωής, να αποκτήσουν νέα προσωπική δύναμη, να δουν βελτίωση στις σχέσεις τους, να δουν νέες δυνατότητες στη ζωή και να υποστούν πνευματικές αλλαγές. Γιατί κάποιοι άνθρωποι βιώνουν τόσο βαθιές θετικές αλλαγές αφού υπομένουν κάτι τρομερό και άλλοι όχι (APA, Tedeschi & Calhoun, 2019). Ο δρόμος συχνά για την ανθεκτικότητα είναι μέσα από την μετα-τραυματική ανάπτυξη.

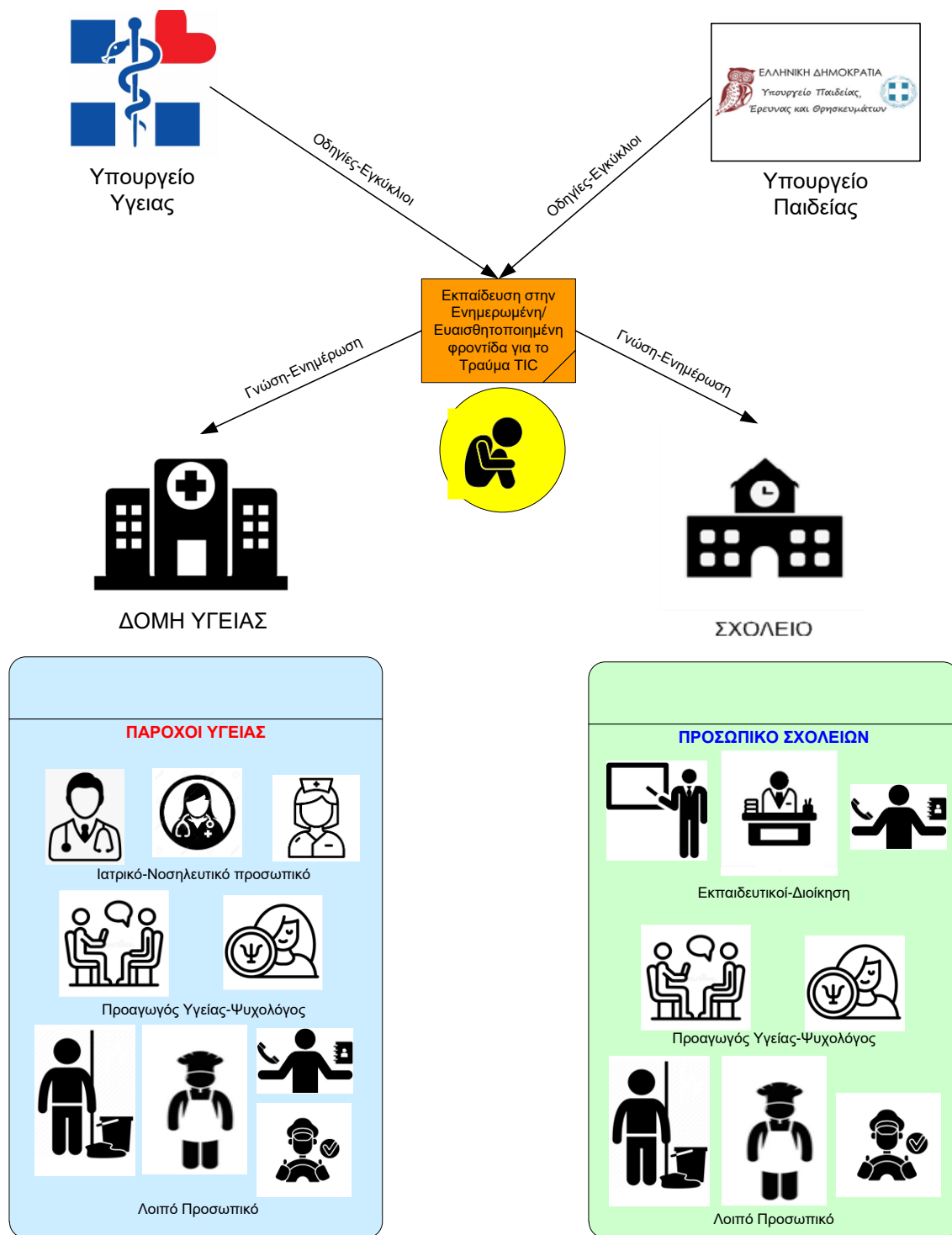
Η Ψυχική Ανθεκτικότητα (resilience): «διαδικασία και αποτέλεσμα της επιτυχούς προσαρμογής σε δύσκολες εμπειρίες ζωής, ειδικά μέσω της νοητικής, συναισθηματικής και συμπεριφορικής ευελιξίας και προσαρμογής στις εξωτερικές και εσωτερικές απαιτήσεις. Παράγοντες που συμβάλλουν στο πόσο καλά προσαρμόζονται οι άνθρωποι στις αντιξοότητες, κυρίως είναι **(α)** οι τρόποι με τους οποίους τα άτομα

βλέπουν και αλληλεπιδρούν με τον κόσμο, (**β**) η διαθεσιμότητα και η ποιότητα των κοινωνικών πόρων και (**γ**) οι συγκεκριμένες στρατηγικές αντιμετώπισης. Έρευνες δείχνουν ότι οι πόροι και οι δεξιότητες που σχετίζονται με πιο θετική προσαρμογή (δηλαδή, μεγαλύτερη ανθεκτικότητα) μπορούν να καλλιεργηθούν και να εξασκηθούν, (APA, 2020). Ο όρος της ανθεκτικότητας αναφέρεται στην ικανότητα ως ατόμου, οικογένειας, κοινότητας να ανακάμψει ή να ξεπεράσει τις αντιξοότητες». Η **Ενημερωμένη-Ευαίσθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα (TIC)** εφαρμόζει τον όρο «ανθεκτικότητα» και τις διαδικασίες του για τη βελτίωση και ανάκαμψη των ατόμων.

Η ελπίδα είναι πολύ σημαντική έννοια για το τραύμα πόσο μάλλον και για το παιδικό τραύμα: Τα τελευταία χρόνια, η έρευνα για την ελπίδα έχει επεκταθεί για να συμπεριλάβει τη μελέτη των λειτουργιών της ελπίδας σχετικά με το παιδικό τραύμα. Η έρευνα έχει δείξει ότι η έκθεση σε παιδικό τραύμα είναι προγνωστική για χαμηλότερη ελπίδα στην ενήλικη ζωή (Baxter, Hemming, McIntosh, & Hellman, 2017). Επιπλέον, μεταξύ των επιζώντων από παιδικό τραύμα, η ελπίδα έχει συνδεθεί με άλλες μεταβλητές ευημερίας, όπως αυτοέλεγχος, ευαισθησία και περιέργεια (Hellman & Gwinn, 2017). Έτσι, όπως και η έρευνα που χρησιμοποιεί την ανθεκτικότητα, ένα σύνολο ερευνών υποδηλώνει ότι η ελπίδα είναι ένα σημαντικό ψυχολογικό χαρακτηριστικό για την αντιμετώπιση του παιδικού τραύματος, (Munoz, Hanks, & Hellman, 2019).



Εικόνα 3. Δώστε χώρο στην Ελπίδα, (Australian Childhood Foundation, 2010)



Διάγραμμα 9: Ενημερωμένη- Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα, Πρόταση της παρούσας έρευνας βασισμένη στα Ελληνικά Δεδομένα.

B ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1 Βασικός Ερευνητικός Σκοπός και Σημασία της Έρευνας:

- ✓ Η μετάφραση και η διαπολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου «Attitudes Related to Trauma-Informed Care» (ARTIC-35) «των στάσεων σχετικά με την Ενημερωμένη -Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» σε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης γενικής παιδείας.
- ✓ Η αξιολόγηση της δομής της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου ARTIC-35 και η εξέταση των διαστάσεων του σε σχέση με τα δημογραφικά και άλλα εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.
- ✓ Διερεύνηση της αξιοπιστίας (εσωτερικής και επαναληπτικών μετρήσεων).

Ειδικοί σκοποί της έρευνας:

- ✓ Η διερεύνηση των στάσεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς και ειδικότερα το ψυχολογικό τραύμα με τη χρήση του προαναφερθέντος ερωτηματολογίου.
- ✓ Η εισαγωγή της προσέγγισης «Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» στην ελληνική πραγματικότητα, η εκτίμηση γνώσης και ετοιμότητάς τους.

Ποια καινούργια γνώση αναμένεται να προσφέρει η παρούσα έρευνα και η σημασία της έρευνας ;

Η παρούσα έρευνα εισάγει μία νέα επιστημονική προσέγγιση, δηλαδή αυτήν της «Ενημερωμένης - Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» στη σχολική κοινότητα. Η συγκεκριμένη προσέγγιση μελετάται και εφαρμόζεται στο εξωτερικό,

ωστόσο στην Ελλάδα είναι σχεδόν άγνωστη, ειδικά στο πλαίσιο της σχολικής κοινότητας. Επίσης, το θέμα του ψυχολογικού τραύματος είναι πολύ σημαντικό και πολύπλευρο, καθώς επηρεάζει τόσο το παιδί όσο και όσους το φροντίζουν, και υπάρχει μεγάλη επίπτωση ιδιαίτερα στην παιδική και εφηβική ηλικία. Άξιο λόγου είναι, ότι στην Ελλάδα έχουν διεξαχθεί έρευνες για τις επιπτώσεις του σωματικού τραύματος ή των φυσικών καταστροφών, ωστόσο δεν έχει μελετηθεί το ψυχολογικό τραύμα και οι επιπτώσεις του, καθώς και η ανθεκτικότητα παιδιών και εφήβων στην αντιμετώπισή του, (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick, & Yehuda, 2014 όπως αναφέρεται στο *European Journal of Psychotraumatology*, 2017). Επιπλέον, η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου ARTIC-35 είναι καινοτόμος, καθώς δεν έχει ξαναχρησιμοποιηθεί στα ελληνικά δεδομένα ιδιαίτερα στη σχολική κοινότητα.

Επιπρόσθετα η παρούσα έρευνα, θα συμβάλλει στον προβληματισμό των εκπαιδευτικών, και ενδεχομένως μακροπρόθεσμα σε επόμενες έρευνες στην επιμόρφωση τους στην προσέγγιση αυτή. Πιο συγκεκριμένα, θα τους βοηθήσει να κατανοήσουν ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς, ίσως, είναι μία ένδειξη τραυματικής εμπειρίας, και μία μορφή αναζήτησης βοήθειας και προσοχής του παιδιού από τον εκπαιδευτικό. Το πρόβλημα συμπεριφοράς ενδέχεται να είναι η έκφραση του βαθύτερου προβλήματος, κάποιου ενδεχόμενου τραυματικού γεγονότος. Με αυτό τον τρόπο, οι εκπαιδευτικοί θα μπορέσουν να κατανοήσουν τη ρίζα του προβλήματος: *Το πρόβλημα συμπεριφοράς δεν είναι το πρόβλημα, αλλά ίσως μία έκκληση βοήθειας, φροντίδας και προσοχής του παιδιού από τον εκπαιδευτικό.*

Για τους ανωτέρω λόγους η παρούσα έρευνα κρίνεται ιδιαίτερα καινοτόμος, σημαντική, με πρακτικό αντίκτυπο και παρουσιάζει επιστημονικό και παιδαγωγικό ενδιαφέρον, τόσο για τη σχολική κοινότητα όσο κι ευρύτερα στον χώρο της Δημόσιας Υγείας και της Προαγωγής Υγείας.

1.2 Ερευνητικοί Στόχοι

Τίθενται οι παρακάτω ερευνητικοί στόχοι- ερευνητικές ερωτήσεις :

1. Η **μετάφραση και η διαπολιτισμική προσαρμογή** του ερωτηματολογίου «Attitudes Related to Trauma-Informed Care» (ARTIC-35) σε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης γενικής παιδείας.
2. Διερεύνηση της **αξιοπιστίας ελέγχου και επανελέγχου (test retest reliability) και της εσωτερική συνοχής (internal consistency reliability)**, της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου.
3. Διερεύνηση **αντιστοιχίας της δομής** του ξένου ερωτηματολόγιο ARTIC-35 με την ελληνική εκδοχή.
4. Διερεύνηση **συσχέτισης των διαστάσεων** που θα προκύψουν από τη στατιστική ανάλυση σε σχέση με τα δημογραφικά και άλλα εργασιακά στοιχεία του δείγματος. Τα δημογραφικά και άλλα εργασιακά στοιχεία του δείγματος αναφέρονται παρακάτω:
 - α) το Φύλο
 - β) την Ηλικία
 - γ) το Επίπεδο εκπαίδευσης
 - δ) τη Βαθμίδα εκπαίδευσης Α΄ θμια ή Β΄ θμια
 - ε) την Ειδικότητα (π.χ. δάσκαλος, φιλόλογος, μαθηματικός)
 - στ) τα Έτη διδασκαλίας
 - ζ) το Χώρο εργασίας των εκπαιδευτικών (Δημόσιο ή Ιδιωτικό σχολείο)
 - η) την Περιοχή του σχολείου
 - θ) τη Συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα ή σεμινάρια ψυχικής υγείας

ι) τη Γνώση της «Ενημερωμένης - Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα»

5. Διερεύνηση της γνώσης των εκπαιδευτικών σχετικά με τη νέα προσέγγιση της «Ενημερωμένης - Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα».

Παρακάτω απεικονίζονται διαγραμματικά οι στόχοι και η σημασία της παρούσας έρευνας.

Διάγραμμα 1: Διαγραμματική απεικόνιση στόχων και σημασίας παρούσας έρευνας

Στόχοι και Σημασία Έρευνας

Ερευνητικοί Στόχοι

1. Η μετάφραση και η διαπολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου «Attitudes Related to Trauma-Informed Care» (ARTIC-35) σε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
2. Διερεύνηση της αξιοπιστίας ελέγχου και επανελέγχου, και της εσωτερική συνοχής της Ελληνικής εκδοχής.
3. Διερεύνηση αντιστοιχίας της δομής του ξένου ερωτηματολόγιο ARTIC-35 με την ελληνική εκδοχή
4. Διερεύνηση συσχέτισης των διαστάσεων που θα προκύψουν από τη στατιστική ανάλυση σε σχέση με τα δημογραφικά και άλλα εργασιακά στοιχεία του δείγματος
5. Η διερεύνηση της γνώσης των εκπαιδευτικών της προσέγγισης «Ενημερωμένης - Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα»

Σημασία Έρευνας

1. εισαγωγή της νέα προσέγγισης της **Ενημερωμένης/ Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα** και της έννοιας του **ψυχολογικού τραύματος** στα πλαίσια των Ελληνικών σχολείων.
2. ενδεχομένως προβληματισμό των εκπαιδευτικών για τα προβλήματα συμπεριφοράς, **Το πρόβλημα συμπεριφοράς δεν είναι το πρόβλημα** αλλά ίσως μία έκκληση βοήθειας, φροντίδας και προσοχής.
3. ανάδειξη εφαρμογής και επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών στην Ενημερωμένη/ Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα (ΤΙC).

Απώτεροι σκοποί:

- 1)Ελληνική εκδοχή του ARTIC-35
- 2)Ανάδειξη σημασίας της **Ενημερωμένης/ Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα** στα ελληνικά σχολεία
- 3) Ανάδειξη επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών και **Σημασία εφαρμογής στα σχολεία**

2.Μεθοδολογία της Έρευνας

2.1. Ερευνητικός Σχεδιασμός

Η παρούσα έρευνα είναι **περιγραφική συγχρονική μελέτη** (cross-sectional design). Οι περιγραφικές μελέτες στοχεύουν στην αποτύπωση του επιπολασμού χαρακτηριστικών ενός πληθυσμού. Στα πλεονεκτήματά τους περιλαμβάνονται η απλότητα, το μικρό κόστος και η ταχύτητα στο χρόνο τους, και συμβάλλουν στη διερεύνηση της συσχέτισης των μεταβλητών που περιγράφονται με άλλους παράγοντες, (Τριχόπουλος, & Λάγιου, 2011). Η περιγραφική συγχρονική μελέτη αποτελεί είδος ποσοτικής μελέτης και καλύπτει μεθόδους για συλλογή δεδομένων από ομάδες που αντιμετωπίζουν, είτε την ίδια κατάσταση, είτε το φαινόμενο ενδιαφέροντος τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, που διεξάγεται η έρευνα. Επίσης, χρησιμοποιεί πίνακες και γραφήματα για την οργάνωση και την περίληψη των δεδομένων με εύκολο και σύντομο τρόπο,(Σαχίνη–Καρδάση, 2004; Merrill, et al., 2020).

2.2 Μέθοδος Δειγματοληψίας και Στρατολόγησης Δείγματος

Συμμετέχοντες: Ο πληθυσμός αναφοράς της παρούσας έρευνας συμπεριελάμβανε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης γενικής παιδείας σε Δημόσια και Ιδιωτικά σχολεία της περιφέρειας Αττικής. Από τους οποίους επιλέχθηκε ο πληθυσμός μελέτης. Το μέγεθος του δείγματος περιελάμβανε 191 εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και είχαν συναινέσει να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Μέθοδοι Δειγματοληψίας και Στρατολόγηση Δείγματος: Πριν τη δειγματοληψία στο γενικό δείγμα, πραγματοποιήθηκε πιλοτική δειγματοληψία σε

εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για τη διαπολιτισμική προσαρμογή και για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου ARTIC-35. Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ή ο έλεγχος-επανελέγχος (test-retest reliability) χρησιμοποιείται για να διερευνηθεί αν ένα εργαλείο μέτρησης διαθέτει σταθερότητα αναφορικά με τις μετρήσεις. Συγκεκριμένα, ένα εργαλείο μέτρησης χρησιμοποιείται σε ένα δείγμα (έλεγχος, test) που έχει επιλεγεί και σε ένα διάστημα χρόνου που μεσολαβεί επαναχορηγείται στο ίδιο ακριβώς δείγμα (επανελέγχος, retest) και κάτω από τις ίδιες συνθήκες, (Ουζούνη και Νακάκης, 2011).

Το πιλοτικό δείγμα αποτελείτο από 7 εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εντός Αττικής, όπου συμπληρώθηκε δυο φορές με απόσταση μίας εβδομάδας. Μετά την ολοκλήρωση του πιλοτικού δείγματος η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου ήταν έτοιμη για τη δειγματοληψία στο γενικό δείγμα.

Για τη στρατολόγηση του γενικού δείγματος δημιουργήθηκε ένα αρχείο excel με όλα τα σχολεία της Αττικής, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης γενικής αγωγής, κατηγοριοποιημένα ανάλογα με την περιφερειακή ενότητα που ανήκουν. Στο σύνολό τους οι περιφερειακές ενότητες ήταν 14, εκ των οποίων οι 7 ήταν πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και οι 7 δευτεροβάθμιας.

Ακολουθήθηκε η Αναλογική Στρωματοποιημένη Δειγματοληψία (Proportional stratified sampling). «Η στρωματοποιημένη δειγματοληψία συμβάλλει στην εξασφάλιση της αντιπροσώπευσης κάθε τμήματος του πληθυσμού, τη μείωση του σφάλματος εκτίμησης και την ύπαρξη ικανού αριθμού συμμετεχόντων. Ο πληθυσμός χωρίζεται σε στρώματα (strata) και συγκεκριμένα στην αναλογική επιλέγονται κατά αναλογία επιμέρους δείγματα σε σχέση με το συνολικό μέγεθος του δείγματος. Τα

στρώματα μπορούν υπάρχουν ήδη, όπως δήμοι ή δημοτικά διαμερίσματα», (Ζαφειρόπουλος, 2002).

Στην παρούσα έρευνα, τα στρώματα (strata) ήταν οι περιφερειακές ενότητες και οι Δήμοι εντός Αττικής. Από το συνολικό αριθμό σχολείων κάθε περιφερειακής ενότητας εντός Αττικής, βρέθηκε αναλογικά ο συνολικός αριθμός σχολείων που αντιστοιχούσε σε κάθε περιφερειακή ενότητα, για να επιλεγθεί στο δείγμα. Το συνολικό δείγμα που αναμενόταν, ήταν περίπου 190 εκπαιδευτικοί. Συνολικά επιλέχθηκαν 60 σχολεία πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και 60 δευτεροβάθμιας. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται πόσα σχολεία χρειάζονταν να συμμετάσχουν από κάθε περιφερειακή ενότητα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Πίνακας 1. Αποτελέσματα Αναλογικής στρωματοποιημένης δειγματοληψίας

	A' βάρθμια	B' βάρθμια
A' Αθήνας	5	6
B' Αθήνας	6	4
Γ' Αθήνας	7	5
Δ' Αθήνας	3	4
Ανατ. Αττική	4	5
Δυτική Αττική	1	1
Πειραιάς	4	5

Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε πίνακας τυχαίων αριθμών και επιλέχθηκαν τα σχολεία για κάθε περιφερειακή ενότητα που θα στρατολογούνταν στην παρούσα έρευνα. Η διαδικασία της Αναλογικής Στρωματοποιημένης δειγματοληψίας επαναλήφθηκε καθώς η συμμετοχή δεν ήταν η αναμενόμενη και επειδή η συμμετοχή συνεχίστηκε να μην είναι η αναμενόμενη, η πρόσκληση συμμετοχής απευθύνθηκε σε

όλο τον πληθυσμό αναφοράς, γεγονός που αύξησε την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Οπότε, η πρόσκληση συμμετοχής της έρευνας απεστάλη σε όλα τα σχολεία της Αττικής Α΄ και Β΄ θμιας εκπαίδευσης (περίπου πάνω από 2.000 σχολεία), άρα τελικά σε όλον τον πληθυσμό αναφοράς.

Επισημαίνεται ότι απεστάλη σε όσα σχολεία είχαν ηλεκτρονική διεύθυνση ενεργή και ανηρτημένη στο διαδίκτυο. Να επισημανθεί ότι δεν ήταν προσβάσιμα τα ηλεκτρονικά ταχυδρομεία της Β΄ Αθήνας στα ιδιωτικά νηπιαγωγεία, και του Πειραιά τα δημόσια και ιδιωτικά νηπιαγωγεία. Η δειγματοληψία ολοκληρώθηκε κατόπιν συμπλήρωσης του δείγματος με 191 εκπαιδευτικούς.

Απεστάλη ηλεκτρονικό μήνυμα πρόσκλησης - στρατολόγησης σε όλα τα σχολεία εντός Αττικής, που συμπεριλάμβανε τον ηλεκτρονικό υπερ-συνδέσμο (Link) με το ερωτηματολόγιο σε μορφή Φόρμας Google. Το ερωτηματολόγιο διαχύθηκε από τη Διεύθυνση ή τη Γραμματεία των σχολείων στις ηλεκτρονικές διευθύνσεις των εκπαιδευτικών, ώστε να μην υπάρχει πρόσβαση στα προσωπικά τους στοιχεία και στις Διευθύνσεις Διαδικτυακού Πρωτοκόλλου (IP addresses) από την ερευνητική ομάδα.

Η ηλεκτρονική φόρμα αποτελείται από τα ακόλουθα μέρη:

A) τη φόρμα συγκατάθεσης, η οποία περιλάμβανε το κείμενο πληροφόρησης που ανέφερε αναλυτικά το τι ζητούνταν από τους συμμετέχοντες, εάν συμφωνούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα,

B) τη φόρμα παραπόνων-καταγγελιών με στοιχεία επικοινωνίας των υπεύθυνων για αντίστοιχα θέματα και

Γ) τα στοιχεία της ερευνήτριας για πιθανές ερωτήσεις για την έρευνα.

Στη συνέχεια, επέλεξαν αν θα λάβουν συμμετοχή στην έρευνα ή όχι. Στην περίπτωση που οι συμμετέχοντες συναινούσαν, τους εμφανιζόταν το ερωτηματολόγιο προς συμπλήρωση. Τα στοιχεία ήταν ανώνυμα και τα δεδομένα προορίζονταν μόνο για

χρήση από την ερευνητική ομάδα. Δεν έγινε ταυτοποίηση του ονόματος και δηλωνόταν ρητά ότι δεν υπήρχε πρόσβαση στις Διευθύνσεις Διαδικτυακού Πρωτοκόλλου (IP addresses).

Λόγοι επιλογής μεθόδων δειγματοληψίας: Είναι το χαμηλό κόστος, η ευκολία και ο μικρός χρόνος συλλογής των δεδομένων, (Salazar et al., 2015). Αρχικά η δειγματοληψία ήταν Αναλογική Στρωματοποιημένη, αλλά λόγω χαμηλής συμμετοχής η δειγματοληψία διεξήχθη σε όλον τον πληθυσμό αναφοράς. Η στρατολόγηση του πληθυσμού μελέτης και η διαδικασία συμπλήρωσης των εργαλείων έγινε εξ αποστάσεως σε μορφή Φόρμας Google, χάριν των υγειονομικών πρωτοκόλλων και της διευκόλυνσης του δείγματος.

2.3 Κριτήρια Ένταξης και Αποκλεισμού στην Έρευνα

Σχετικά με τα κριτήρια ένταξης στην έρευνα, ήταν απαραίτητη η **εθελοντική συμμετοχή**, με δικαίωμα αποχώρησης οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να υπήρχε επίπτωση στους εθελοντές. Τα άτομα που μπορούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα έπρεπε να είναι άνω των 18 ετών, να μιλούν ελληνικά, να έχουν πρόσβαση σε ηλεκτρονικό υπολογιστή, σύνδεση στο διαδίκτυο και διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email). Επιπλέον, έπρεπε να συναινέσουν οικειοθελώς, υπεύθυνα και συνειδητά για τη συμμετοχή τους, αφού πρώτα είχαν λάβει τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τη μελέτη, που αποτελούσε προϋπόθεση για να αποκτήσουν πρόσβαση και να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Βασικό κριτήριο ήταν να είναι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, όπου εργάζονται σε Δημόσιο ή Ιδιωτικό σχολείο γενικής παιδείας της περιφέρειας Αττικής.

Αντίθετα, στα κριτήρια **αποκλεισμού** περιλαμβάνονταν η απουσία συναίνεσης συμμετοχής, οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής, καθώς και οι εκπαιδευτικοί που εργάζονταν σε σχολείο εκτός των ορίων της περιφέρειας Αττικής.

Διάγραμμα 2: Μεθοδολογία παρούσας έρευνας

Μεθοδολογία Παρούσας Έρευνας

Περιγραφική Συγχρονική Μελέτη (cross-sectional design)

Αρχικά Στρωματοποιημένη Αναλογική Δειγματοληψία, λόγω χαμηλής συμμετοχής Δειγματοληψία σε όλον τον πληθυσμό αναφοράς

Συμμετέχοντες:

περίπου 191 εκπαιδευτικοί Α' βάθμιας κ Β' βάθμιας εκπαίδευσης σε δημόσια και ιδιωτικά σχολεία εντός περιφέρειας Αττικής

Κριτήρια Ένταξης:

- 1) εκπαιδευτικοί Α' βάθμιας & Β' βάθμιας εκπαίδευσης
- 2) σε δημόσιο ή ιδιωτικό σχολείο γενικής εκπαίδευσης
- 3) εντός περιφέρειας Αττικής
- 4) με πρόσβαση στο διαδίκτυο και ηλεκτρονικό υπολογιστή

1) Εργαλείο Διεξαγωγής της έρευνας: «Attitudes Related to Trauma-Informed Care» (ARTIC-35) των Baker, Brown, Wilcox, Overstreet & Arora, (2015)
η Ελληνική του Εκδοχή, που προέκυψε από την παρούσα έρευνα

Στρατολόγηση Δείγματος:

- 1) Ηλεκτρονική Πρόσκληση στα σχολεία μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου
- 2) Η πρόσκληση περιελάμβανε στην αρχή το έντυπο ενημέρωσης της έρευνας
- 3) κατόπιν το έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης
- 4) μετά από την ελεύθερη αποδοχή της ενημερωμένης συγκατάθεσής τους, εμφανίζονταν τα δημογραφικά στοιχεία και το ερωτηματολόγιο προς συμπλήρωση

Κώδικας Ηθικής Δεοντολογίας

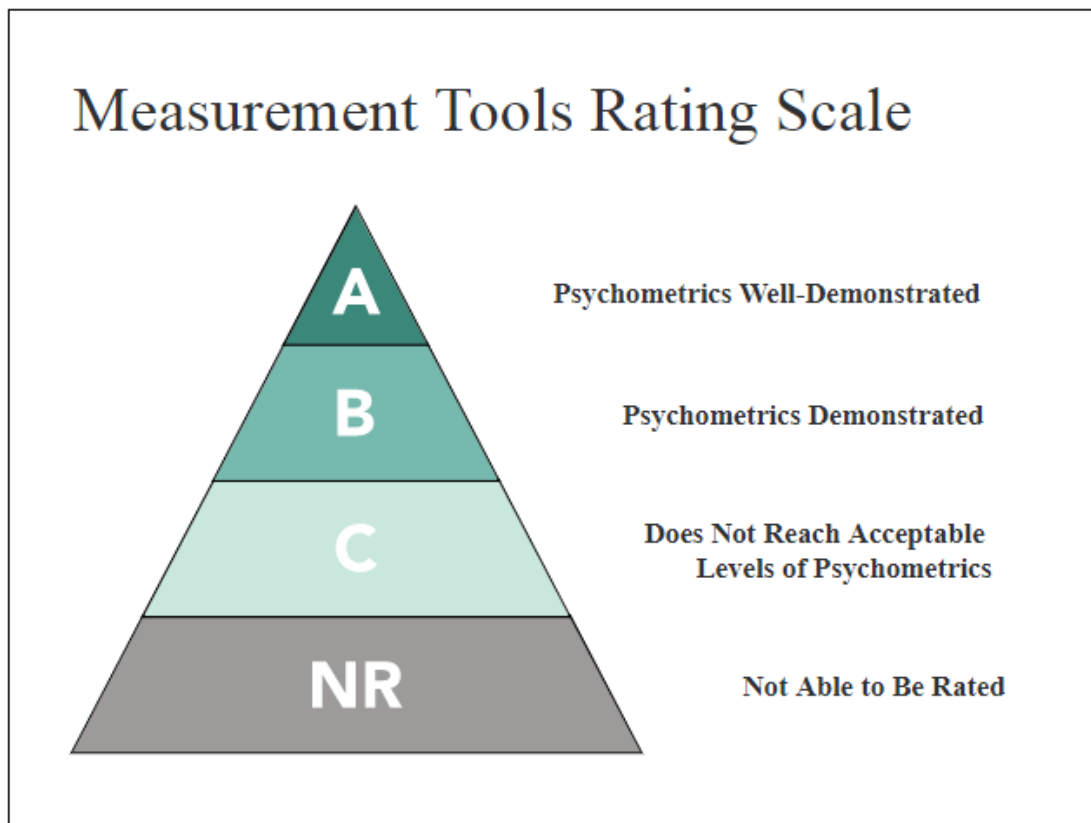
βάσει των αρχών της Διακήρυξης του Ελσίνκι:

- 1) καθήκον των ερευνητών να διαφυλάσσουν** τη ζωή, την υγεία, την αξιοπρέπεια, την ακεραιότητα, το δικαίωμα στον αυτοπροσδιορισμό, τη μυστικότητα και την εμπιστευτικότητα των προσωπικών πληροφοριών των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα.
- 2) εθελοντική συναίνεση συμμετοχής**
- 3) τήρηση του απορρήτου** των δεδομένων.

2.4 Ερευνητικό Εργαλείο

Εργαλείο διεξαγωγής της έρευνας ήταν το ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς «Attitudes Related to Trauma-Informed Care» (ARTIC-35) των Baker, Brown, Wilcox, Overstreet & Arora, (2015), στο οποίο για τους λόγους της έρευνας, έγινε μετάφραση στα ελληνικά και διαπολιτισμική προσαρμογή. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει μέχρι τώρα χρησιμοποιηθεί παγκοσμίως από επαγγελματίες ανθρωπιστικών υπηρεσιών, σχολικές κοινότητες και άλλες υπηρεσίες. Το ARTIC-35 είναι προς το παρόν το μοναδικό που διερευνά τις στάσεις των εκπαιδευτικών για την «Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα». Υπάρχει και παρόμοια εκδοχή του που απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας.

Να σημειωθεί ότι τον Αύγουστο του 2021, το California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC) πρόσθεσε επίσημα την κλίμακα (ARTIC) στη λίστα με τα τεκμηριωμένα εργαλεία μέτρησης για την ευημερία των παιδιών. Η Κλίμακα ARTIC έλαβε βαθμολογία αξιολόγησης "A-Psychometrics Well-Demonstrated", την υψηλότερη βαθμολογία που προσφέρει το CEBC. Είναι το μόνο προς το παρόν εργαλείο που αφορά τη διερεύνηση «Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» (TIC) στο CEBC.



Διάγραμμα 3. Βαθμολογία εργαλείων με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες

Το ελάχιστο πρότυπο για αυτήν την «βαθμολογία A» είναι η δημοσίευση δύο ή περισσότερων δημοσιευμένων μελετών με αξιολόγηση από ομοτίμους που καθορίζουν τις ψυχομετρικές ιδιότητες (π.χ. αξιοπιστία και εγκυρότητα, ευαισθησία και ειδικότητα κ.λπ.), όπως σημειώνεται στον ιστότοπο του CEBC. Η χρήση ενός εργαλείου με ισχυρές ψυχομετρικές ιδιότητες διασφαλίζει ότι οι ερευνητές μετρούν, στην πραγματικότητα, αυτό που θέλουν να μετρήσουν.

Από το 2016, η κλίμακα ARTIC έχει χρησιμοποιηθεί σε εκατοντάδες μελέτες για την «Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» (TIC) και αξιολογήσεις προγραμμάτων παγκοσμίως. Η έκδοση Paper & Pencil ARTIC Scale, είναι δημοφιλής στους μεταπτυχιακούς φοιτητές και τους πανεπιστημιακούς ερευνητές, έχει μεταφραστεί ή πρόκειται να μεταφραστεί σε 8 γλώσσες (επί του

παρόντος ισπανικά, γαλλικά, ιαπωνικά, φαρσικά και ολλανδικά - με τα τουρκικά, ελληνικά και γερμανικά σε εξέλιξη). Το 2019 κυκλοφόρησε μια ηλεκτρονική έκδοση της κλίμακας ARTIC, φιλική προς το χρήστη με αυτοματοποιημένη διαχείριση έρευνας, ανάλυση δεδομένων και πίνακες ελέγχου αποτελεσμάτων για οργανισμούς και μεμονωμένο προσωπικό. Μέχρι σήμερα, η διαδικτυακή πλατφόρμα ARTIC έχει χρησιμοποιηθεί για να υποστηρίξει περισσότερες από 100 μελέτες περίθαλψης και αξιολογήσεις προγραμμάτων TIC μέσω περισσότερων από 50.000 υπηρεσιών διαχείρισης ερευνών.

Η Κλίμακα ARTIC μετρά επαγγελματικές στάσεις για την «Ενημερωμένη – Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» (TIC) και έχει γίνει ένα εργαλείο για την αξιολόγηση του προγράμματος Trauma-Informed Care (TIC) σε μια ποικιλία ρυθμίσεων, συμπεριλαμβανομένων:

- Παιδική εκπαίδευση/ HeadStart
- Παραδοσιακά σχολικά συστήματα K-12
- Θεραπευτικές σχολές
- Συστήματα ευημερίας παιδιών
- Συστήματα υγείας συμπεριφοράς
- Νοσοκομεία και συστήματα υγειονομικής περίθαλψης
- Συστήματα δικαιοσύνης ανηλίκων, (Brown, S., 2021).

Η εκδοχή ARTIC-45 χρησιμοποιείται για σχολεία και οργανισμούς που εφαρμόζουν την «Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» TIC, ως έναν εργαλείο συνεχούς αξιολόγησης των στάσεων και πρακτικών της TIC σε όλο τον οργανισμό, (Baker, et al, 2015). Σχολεία ή οργανισμοί που δεν έχουν εφαρμόσει την TIC θα μπορούσαν να το χρησιμοποιούν για διερεύνηση των στάσεων των εκπαιδευτικών. Στον τομέα της εφαρμοσμένης επιστήμης, δίνεται έμφαση στο κατά

πόσο έχει ετοιμότητα ένας οργανισμός ή άτομα να δεχθεί/ούν την καινοτομία της TIC (Weiner, 2009). Αυτό ιδιαίτερα ισχύει όταν η καινοτομία αφορά αλλαγή από τις παραδοσιακές πρακτικές, σε πιο καινοτόμες όπως την TIC, (Bloom & Farragher, 2010). Η καινοτομία TIC μπορεί να είναι πιο πιθανό να εφαρμοστεί σε έναν οργανισμό που έχει επιτύχει ένα ορισμένο επίπεδο ετοιμότητας. Αντίστοιχα, η εφαρμογή TIC μπορεί να μην είναι αποτελεσματική για ένα σχολείο ή οργανισμό που δεν έχει προσεγγίσει αυτό το επίπεδο ετοιμότητας (Cole et al., 2013).

Το ARTIC θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την αξιολόγηση της ετοιμότητας για υιοθέτηση της καινοτομίας TIC σε επίπεδο συστήματος ή να αξιολογήσει πιθανά εμπόδια στην εφαρμογή σε άτομα ή οργανισμούς. Σε πλαίσια αξιολόγησης προγραμμάτων και έρευνας το ARTIC μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων και μοντέλων (π.χ. RC, Sanctuary, ARC) αν είναι πιο αποτελεσματικά στην πραγματοποίηση αλλαγών με τραύματα.

Το ARTIC είναι ψυχομετρικά αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για να βοηθήσει τους ενδιαφερόμενους—ερευνητές, επαγγελματίες, υπεύθυνους πολιτικής χάραξης—να αξιολογήσουν την TIC και τα αποτελέσματά της.

Χωρίζεται σε 5 διαστάσεις- υποκλίμακες:

- 1. Πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών για τις υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών και των συμπτωμάτων τους (underlying causes of problem behavior and symptoms) :** Αποδίδουν τα προβλήματα συμπεριφοράς σε αιτίες εσωτερικές και άκαμπτες στην αλλαγή ή σε εξωτερικές που επιδέχονται αλλαγές.
- 2. Στάσεις / Αντιδράσεις των εκπαιδευτικών στα προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών (responses to problem behavior and symptoms) :** Οι στάσεις τους για διαχείριση των προβλημάτων συμπεριφοράς περιλαμβάνουν κανόνες, τιμωρίες-

συνέπειες και περιορισμό εκδήλωσης των προβλημάτων συμπεριφοράς, ή ευελιξία, αίσθημα ασφάλειας και υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις.

3. **Συμπεριφορά των εκπαιδευτικών εν ώρα εργασίας** (on-the-job behavior) : χρησιμοποιούν ελεγκτική συμπεριφορά ή με ενσυναίσθηση, (control-focused behaviors versus empathy-focused behaviors).
4. **Αυτεπάρκεια τους κατά την εργασία** (self-efficacy at work): Νιώθουν αυτεπαρκείς και ικανοί να διαχειριστούν τις ανάγκες / απαιτήσεις των μαθητών, που έχουν βιώσει τραυματική εμπειρία ή όχι.
5. **Στάσεις τους στη διαχείριση παιδιών με τραύμα** (reactions to the work) : Ποιες είναι στάσεις των εκπαιδευτικών στη διαχείριση μαθητών με τραύμα σχετικά με το αντίκτυπό στους ίδιους, **δευτερογενές τραύμα**. Υποεκτιμούν τη σημασία του δευτερογενούς τραύματος ή αναζητούν στήριξη γι' αυτό;

Το εν λόγω ερωτηματολόγιο επιλέχθηκε ως **κατάλληλο για αυτή την έρευνα**, γιατί αφορά το θέμα της, έχει πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, και είναι σχετικά πρόσφατα κατασκευασμένο (2015). Επιλέχθηκε η εκδοχή του **ARTIC-35** με 35 ερωτήσεις αυτό-αναφοράς για τους εκπαιδευτικούς, σε διπολική κλίμακα Likert. Αυτή η εκδοχή περιλαμβάνει ερωτήσεις για σχολεία που δεν εφαρμόζουν την «Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» (TIC). Η διπολική κλίμακα Likert είναι μία νέα μέθοδος όπου κάθε ερώτηση έχει δύο απαντήσεις στα άκρα ενός διπόλου μεταξύ 7 πιθανών σημείων-προτιμήσεων, με στόχο να απαντηθούν ειλικρινά. Πιο συγκεκριμένα, διαθέτει ζευγάρια στάσεων, όπου στον ένα πόλο βρίσκεται η στάση του εκπαιδευτικού που είναι ευαισθητοποιημένος στο τραύμα (**Trauma-Informed Care Favorable attitude**) και στον άλλο πόλο η αντίθετη στάση, μη ευαισθητοποίησης απέναντι στο τραύμα (**TIC Infavorable attitude**). Το ερωτηματολόγιο είναι με

διπολική κλίμακα Likert, μία καινοτόμος μέθοδος για να απαντήσουν οι συμμετέχοντες ειλικρινά μειώνοντας τυχόν επιδράσεις για το τι είναι κοινωνικά αποδεκτό.

Για να αξιολογηθεί το εργαλείο διεξαγωγής της παρούσας έρευνας (ARTIC-35) ακολουθήθηκαν τα απαραίτητα βήματα για τη **μετάφραση και διαπολιτισμική προσαρμογή του** στον πληθυσμό μελέτης. Η διαπολιτισμική προσαρμογή δεν περιλαμβάνει μόνο τη μετάφραση του εργαλείου, αλλά και την προσαρμογή του στον πληθυσμό – στόχο. «Αφορά στην εννοιολογική, τη σημασιολογική και τη λειτουργική ισοδυναμία, καθώς επίσης και την ισοδυναμία των στοιχείων μεταξύ του πρωτότυπου ξενόγλωσσου ερωτηματολογίου και του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου», (Γαλάνης, 2013).

Αρχικά, στο στάδιο της προετοιμασίας (preparation) πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με τους κατασκευαστές του εργαλείου και με αίτηση στο Traumatic Stress Institute of Klingberg Family Centers (New Britain, US), ελήφθη η άδεια χρήσης του εργαλείου και το ίδιο το ARTIC που απευθύνεται στους εκπαιδευτικούς.

Στο στάδιο της απευθείας μετάφρασης (forward translation) έγιναν δύο μεταφράσεις από δύο διαφορετικά πρόσωπα με άριστη γνώση της αγγλικής, από τα αγγλικά στα ελληνικά. Στο στάδιο της συμφιλίωσης (reconciliation) ενώθηκαν οι δύο ελληνικές μεταφράσεις σε μία, με τις απαραίτητες διορθώσεις. Στο στάδιο back translation από τη σύνθεση των δύο ελληνικών μεταφράσεων, μεταφράστηκε στα αγγλικά. Στο στάδιο back translation review αξιολογήθηκε και συγκρίθηκε η αγγλική μετάφραση με την αρχική του εργαλείου. Σε αυτό το στάδιο, αποστάλθηκε το νέο αγγλικό ερωτηματολόγιο στους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση ποιότητάς του.

Σε επόμενο στάδιο έγινε η εναρμόνιση (harmonization), δηλαδή η σύγκριση των δύο ελληνικών μεταφράσεων μεταξύ τους, αλλά και με την αρχική γλώσσα του

εργαλείου, για τυχόν διαφορές μεταξύ του πρωτότυπου και των παραγώγων μεταφράσεων, (Wild et al., 2005). Στη συνέχεια, το τελικό ελληνικό ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε πιλοτικό μικρότερο δείγμα, που πληρούσε τα ίδια κριτήρια με τους εν δυνάμει συμμετέχοντες, για αξιολόγηση και κατανόηση του τρόπου αντίληψής των ερωτήσεων (cognitive debriefing). Στο στάδιο review of cognitive debriefing results and finalization, οριστικοποιήθηκε το εργαλείο, μετά από τις αντιλήψεις και ερμηνείες του πιλοτικού δείγματος. Τέλος στο στάδιο της διόρθωσης (proofreading) και της τελικής αναφοράς (final report), ολοκληρώθηκε η ελληνική εκδοχή του ARTIC-35, (Wild et al., 2005).

Βασικός στόχος της έρευνας η μετάφραση και διαπολιτισμική προσαρμογή στην Ελλάδα του ερωτηματολογίου ARTIC-35 ακολουθώντας τα απαραίτητα βήματα για τη **μετάφραση και διαπολιτισμική προσαρμογή του** στον πληθυσμό μελέτης., (Wild, et al., 2005; WHO Guidelines on Translation, Process of translation and adaptation of instruments)

Στον ακόλουθο πίνακα αναφέρονται διαδοχικά τα απαραίτητα βήματα που ακολουθήθηκαν για τη μετάφραση και διαπολιτισμική προσαρμογή του ARTIC-35:

Πίνακας 2: Βήματα που ακολουθήθηκαν για τη μετάφραση και διαπολιτισμική προσαρμογή του ARTIC-35

1.	στάδιο της προετοιμασίας (preparation)	Επικοινωνία και άδεια χρήσης μετάφρασης του ερωτηματολογίου Traumatic Stress Institute of Klingberg Family Centers (New Britain, US)
2.	στάδιο της απευθείας μετάφρασης (forward translation)	Δύο μεταφράσεις στα ελληνικά από δύο διαφορετικά πρόσωπα
3.	στάδιο της συμφιλίωσης (reconciliation)	Ενώθηκαν οι δύο ελληνικές μεταφράσεις σε μία
4.	στάδιο back translation	Η ελληνική εκδοχή μεταφράστηκε στα αγγλικά από δύο διαφορετικά πρόσωπα

5.	στάδιο back translation review	Αξιολογήθηκε και συγκρίθηκε η αγγλική μετάφραση με την αρχική του εργαλείου. Σε αυτό το στάδιο αποστάλθηκε το νέο αγγλικό ερωτηματολόγιο στους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση ποιότητάς του.
6.	Στάδιο εναρμόνισης (harmonization)	Η σύγκριση των δύο ελληνικών μεταφράσεων μεταξύ τους με την αρχική γλώσσα του εργαλείου, για τυχόν διαφορές μεταξύ του πρωτότυπου και των παραγώγων μεταφράσεων
7.	Cognitive debriefing	Πιλοτικό μικρότερο δείγμα, που πληρούσε τα ίδια κριτήρια με τους εν δυνάμει συμμετέχοντες, για αξιολόγηση και κατανόηση του τρόπου αντίληψής των ερωτήσεων
8.	στάδιο review of cognitive debriefing results and finalization	Οριστικοποιήθηκε το εργαλείο, μετά από τις αντιλήψεις και ερμηνείες του πιλοτικού δείγματος
9.	στάδιο της διόρθωσης (proofreading)	Έγιναν απαραίτητες διορθώσεις
10.	Στάδιο τελικής αναφοράς (final report)	Ολοκληρώθηκε η ελληνική εκδοχή του ARTIC-35 για χορήγηση στο τελικό δείγμα

2.5 Στατιστική Ανάλυση

Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0 (IBM Statistical Package for Social Sciences for Windows, Version 22.0)

Περιγραφική στατιστική

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation =SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών.

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney.

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (ρ).

Εσωτερική αξιοπιστία ερωτηματολογίου

Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's alpha «Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής ή συνάφειας χρησιμοποιείται για να μετρήσει την αξιοπιστία σε εργαλεία μέτρησης. Μπορεί να εφαρμοστεί όχι μόνο σε μία πρόταση (item) ή σε μία υποκλίμακα, αλλά και στο σύνολο του εργαλείου που μετράει την ίδια έννοια (μεταβλητή). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency) είναι ένας δείκτης που φανερώνει κατά πόσο διαφορετικές προτάσεις (items) μετρούν την ίδια έννοια (μεταβλητή). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής τόσο σε μια υπο-κλίμακα, όσο και σε ολόκληρη κλίμακα εκτιμάται με το συντελεστή Cronbach's alpha που δείχνει την ομοιογένεια μιας κλίμακας. Για να θεωρείται αποδεκτή η τιμή του Cronbach's alpha θα πρέπει να είναι >0.7 .», (Ουζούνη και Νακάκης, 2011).

Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων

«Για να εξακριβωθεί εάν ένα εργαλείο μέτρησης διαθέτει σταθερότητα αναφορικά με τις μετρήσεις, χρησιμοποιείται η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ή ο έλεγχος-επανάλεγχος (test-retest reliability)», (Ουζούνη και Νακάκης, 2011).

Οι συντελεστές intraclass correlation coefficients (ICCs) χρησιμοποιήθηκαν για να διερευνηθεί η συμφωνία των απαντήσεων στη διαδικασία test-retest. Η συμφωνία θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής είναι μέχρι 0,4, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,41 έως 0,6, υψηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,61 έως 0,80 και πολύ υψηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης είναι μεγαλύτερος από 0,8.

Παραγοντική Ανάλυση

Χρησιμοποιήθηκε ο Keiser-Meyer-Olkin (KMO) για μέτρηση επάρκειας του δείγματος που συμμετείχε και το κριτήριο Bartlett's Test of Sphericity για να αξιολογήσει το κατά πόσο οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών επιτρέπουν την εφαρμογή της ανάλυσης παραγόντων ($p < 0.05$).

Για την εκτίμηση της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής εφαρμόζονται συνήθως μέθοδοι της Ανάλυσης Παραγόντων (Factor Analysis). Οι μέθοδοι βασίζονται στην ανάλυση της δομής του πίνακα συσχετίσεων μεταξύ των ερωτήσεων. Στην περίπτωση που η παραγοντική δομή ενός ψυχομετρικού εργαλείου είναι άγνωστη στον ερευνητή, τότε εφαρμόζεται συνήθως η Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων (Exploratory FA), ενώ στην περίπτωση που ο ερευνητής επιθυμεί να επιβεβαιώσει αν οι μετρήσεις προσαρμόζονται σε μια εκ των προτέρων γνωστή παραγοντική δομή, τότε μπορεί να εφαρμοστεί η Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων (Confirmatory Factor Analysis), (Μάρκος, 2012 Οδηγός Ανάλυσης Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας Ψυχομετρικών Κλιμάκων με το SPSS).

Διερευνήθηκε η δομή του ερωτηματολογίου με διερευνητική παραγοντική ανάλυση “exploratory factor analysis”.

Χρησιμοποιήθηκε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση με διαδικασία μέγιστης πιθανοφάνειας για τον έλεγχο της εγκυρότητας δομής και την επιβεβαίωση των παραγόντων του ερωτηματολογίου ARTIC-35. «Για να επιβεβαιωθεί η προκύψασα εκ της ανωτέρω διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης (EFA) παραγοντική δομή και να αξιολογηθεί η καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα, πραγματοποιείται επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (CFA)», (Ισερης, 2016).

Χρησιμοποιήθηκαν πολλές προσεγγίσεις για την εκτίμηση της προσαρμογής των μοντέλων της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης, συμπεριλαμβανομένων των δεικτών καλής προσαρμογής CFI (comparative fit index), TLI (Tucker-Lewis index) και RMSEA (root mean square error of approximation). Υπάρχουν πολλές κατευθυντήριες οδηγίες για την ερμηνεία της προσαρμογής ενός μοντέλου με βάση αυτούς τους δείκτες. Οι δείκτες CFI και TLI μπορούν να πάρουν τιμές από 0 έως 1, και θεωρείται ότι υπάρχει καλή προσαρμογή στα δεδομένα όταν είναι κοντά ή πάνω από 0,9 ή με ακόμα πιο αυστηρά κριτήρια όταν είναι πλησίον ή πάνω του 0,95. Ο δείκτης CFI θεωρείται πιο κατάλληλος για την εκτίμηση μοντέλων καθώς λαμβάνει υπόψη το μέγεθος του δείγματος. Τιμές του δείκτη RMSEA μικρότερες από 0.05 δείχνουν καλή προσαρμογή και τιμές μέχρι 0.08 δείχνουν αποδεκτή προσαρμογή.

Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα (two-tailed) και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

Μονοπαραγοντική ανάλυση

Έγινε μονοπαραγοντική ανάλυση για να μελετήσει κάθε εξαρτημένη μεταβλητή (παράγοντα που βρέθηκε από το ερωτηματολόγιο) σε σχέση με καθεμία από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (τα δημογραφικά στοιχεία και άλλα στοιχεία των συμμετεχόντων).

Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τους παράγοντες που προέκυψαν από την ανάλυση παραγόντων από την οποία βρέθηκαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE).

Πολυπαραγοντική ανάλυση

Επίσης έγινε πολυπαραγοντική ανάλυση για να μελετήσει την κάθεμία εξαρτημένη μεταβλητή ταυτόχρονα με όλες ανεξάρτητες μεταβλητές. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών, (Hu & Bentler, 1999).

2.6 Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Στην παρούσα έρευνα τηρήθηκε η Ηθική Δεοντολογία των επιστημονικών - ερευνών. Με βάση την έκθεση του Belmont το 1979, (όπως αναφέρεται Salazar et al., 2015), συμπεριλήφθηκαν οι βασικές αρχές δεοντολογίας όπως ο σεβασμός στους συμμετέχοντες, η ωφέλεια και η δικαιοσύνη, (Salazar et al., 2015, σ. 51-60). Επίσης, η έρευνα στηρίχθηκε στις αρχές της Διακήρυξης του Ελσίνκι (Declaration of Helsinki, 2013) για τις έρευνες στον τομέα της Ιατρικής με ανθρώπους συμμετέχοντες. Καθήκον των ερευνητών να διαφυλάσσουν τη ζωή, την υγεία, την αξιοπρέπεια, την ακεραιότητα, το δικαίωμα στον αυτοπροσδιορισμό, τη μυστικότητα και την εμπιστευτικότητα των προσωπικών πληροφοριών των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα. Ως εκ τούτου, η έρευνα μπορεί να διεξαχθεί μόνο εφόσον έχει δοθεί η ελεύθερη και προσωπική συγκατάθεση των ατόμων. Ακόμη, οι ερευνητές οφείλουν να παρέχουν ειδική προστασία στους ευπαθείς πληθυσμούς.

Γι' αυτόν τον λόγο, είναι σημαντικό το ερευνητικό πρωτόκολλο να υποβάλλεται προς έγκριση σε μια ειδική και ανεξάρτητη Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας πριν την έναρξη της έρευνας, ώστε να κριθεί εάν συντάσσεται σύμφωνα με τις παραπάνω αρχές ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας (World Medical Association, Declaration of Helsinki, 2013).

Επομένως, βασικά στοιχεία δεοντολογίας της παρούσας έρευνας ήταν η εθελοντική συναίνεση συμμετοχής, η τήρηση του απορρήτου των δεδομένων, και η άδεια της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας.

Ειδικότερα για την Ηθική και Δεοντολογία της παρούσας έρευνας ισχύσαν τα παρακάτω:

1. Το πρωτόκολλο της παρούσα έρευνας υπεβλήθη στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (ΕΗΔΕ) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α.) για έγκριση.
2. Στη φόρμα συγκατάθεσης οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν ότι είναι ελεύθεροι να αποσύρουν οποιαδήποτε στιγμή τη συμμετοχή τους στο ερευνητικό πρόγραμμα, όπως επίσης ότι έχουν το δικαίωμα να παραιτηθούν από τη διαδικασία οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμήσουν χωρίς καμία επίπτωση. Οι συμμετέχοντες μπορούσαν να προβάλλουν έντυπα παραπόνων ή καταγγελίες, όπως ορίζει η ΕΗΔΕ του ΠΑ.Δ.Α..
3. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν ήταν ανώνυμα και προορίζονταν μόνο για χρήση από την ερευνητική ομάδα. Δεν έγινε ταυτοποίηση του ονόματος και δηλώθηκε ότι δεν υπήρχε πρόσβαση στις Διευθύνσεις Διαδικτυακού Πρωτοκόλλου (IP addresses). Δεν υπήρξε διαβίβαση των δεδομένων σε άλλους ερευνητές ή σε τρίτες χώρες. Τα δεδομένα θα διατηρηθούν 5 χρόνια μετά από τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων. Σε κάθε περίπτωση θα ακολουθηθεί η πολιτική και οι οδηγίες του ΠΑΔΑ.

4. Οι ερευνητές δεσμεύθηκαν για την προστασία της ιδιωτικότητας των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα. Τα δεδομένα διατηρούνται σε υπολογιστή με κωδικό πρόσβασης (ο οποίος δε θα έχει πρόσβαση στο διαδίκτυο) στο Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Τμήματος Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας του ΠΑΔΑ. Στο ηλεκτρονικό αρχείο και στον υπολογιστή στον οποίο βρίσκονται οι ανώνυμες απαντήσεις των συμμετεχόντων για τα ερωτηματολόγια θα έχει πρόσβαση μόνο η ερευνητική ομάδα. Ο υπολογιστής βρίσκεται σε γραφείο του ερευνητικού εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Τμήματος Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας του ΠΑΔΑ το οποίο κλειδώνει και θα έχει πρόσβαση μόνο η ερευνητική ομάδα.
 5. Τα μέλη της ερευνητικής ομάδας αποτελούν τους συγγραφείς τυχόν δημοσιεύσεων των αποτελεσμάτων. Σε περίπτωση που δημοσιευτούν σε επιστημονικά περιοδικά ή παρουσιαστούν σε επιστημονικά συνέδρια, θα διασφαλιστεί το απόρρητο των δεδομένων εφαρμόζοντας τα προβλεπόμενα του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων 2016/679 GDPR της ΕΕ. Σε κάθε περίπτωση θα γίνεται αναφορά στο Τμήμα Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας και το Εργαστήριο Δημόσιας Υγιεινής και Επιδημιολογίας.
 6. Δεν υπήρχε χρηματοδότης. Το μόνο όφελος που μπορεί να υπάρξει είναι από την πρόοδο της έρευνας στο υπό επιλογή θέμα.
-

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Δημογραφικά Στοιχεία

Το δείγμα αποτελούνταν από 191 εκπαιδευτικούς, τα **δημογραφικά στοιχεία** των οποίων δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

		N	%
Φύλο	Γυναίκα	157	82,2
	Ανδρας	34	17,8
Ηλικία	Έως 25	3	1,6
	26-35	29	15,2
	36-45	34	17,8
	46-55	83	43,5
	Από 56 και άνω	42	22,0
Επίπεδο εκπαίδευσης	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	91	47,6
	Μεταπτυχιακό Δίπλωμα	90	47,1
	Διδακτορικό Δίπλωμα	10	5,2

Το 82,2% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Επίσης, το 43,5% των συμμετεχόντων ήταν 46-55 ετών. Το 47,6% των συμμετεχόντων ήταν πτυχιούχοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και το 47,1% είχε μεταπτυχιακό δίπλωμα.

Εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 2. Εργασιακά στοιχεία εκπαιδευτικών

		N	%
Είδος Εκπαίδευσης όπου εργάζεστε	Γενική Εκπαίδευση	191	100,0
Βαθμίδα Εκπαίδευσης	A' θμια	109	57,1
	B' θμια	82	42,9
Ειδικότητα	Νηπιαγωγός	40	20,9
	Δάσκαλος/α	49	25,7
	Θεολόγος	5	2,6
	Καλών τεχνών - μουσικής-θεατρικής αγωγής	3	1,6
	Κοινωνικών / οικονομικών	6	3,1
	Μαθηματικός	9	4,7
	Ξένων γλωσσών	21	11,0
	Πληροφορικής	6	3,1
	Φιλολόγος	21	11,0
	Φυσικής αγωγής	6	3,1
	Φυσικός - χημικός - βιολόγος	14	7,3
	Άλλο	11	5,8
	Έτη διδασκαλίας	1-5	37
6-10		5	2,6
11-20		51	26,7
21-30		67	35,1
Από 30 και άνω		31	16,2
Σχολείο που εργάζεστε	Δημόσιο	169	88,5
	Ιδιωτικό	22	11,5
Περιφερειακή Ενότητα Σχολείου	A' ΑΘΗΝΑΣ	59	30,9
	ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	20	10,5
	B' ΑΘΗΝΑΣ	19	9,9
	Γ' ΑΘΗΝΑΣ	25	13,1
	Δ' ΑΘΗΝΑΣ	34	17,8
	ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	8	4,2
	ΠΕΙΡΑΙΑ	26	13,6

Όλοι οι εκπαιδευτικοί εργάζονταν στη γενική εκπαίδευση. Το 57,1% των συμμετεχόντων εργαζόταν στην Α΄ βάρθμια εκπαίδευση και το 25,7% ήταν δάσκαλοι. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων είχε 21-30 έτη διδασκαλίας, με το ποσοστό να είναι 35,1% και το 26,7% είχε 11-20 έτη διδασκαλίας. Σε δημόσιο σχολείο εργαζόταν το 88,5% των συμμετεχόντων και το 30,9% σε σχολείο της Α΄ Αθηνών.

Αναλυτικά ο δήμος που υπαγόταν το σχολείο που εργάζονταν οι συμμετέχοντες δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 3. Δήμος σχολείων των εκπαιδευτικών

Δήμος περιφέρειας Αττικής που ανήκει το σχολείο (π.χ ΑΘΗΝΑΙΩΝ, ΝΙΚΑΙΑΣ κ.α)	N	%
Αγίου Δημητρίου	6	3,1
Αγίων Αναργύρων - Καματερού	3	1,6
Αθηναίων	34	17,8
Αιγάλεω	3	1,6
Αλίμου	5	2,6
Αμαρουσίου	2	1,0
Ασπροπύργου	3	1,6
Βύρωνος	3	1,6
Γαλασίου	3	1,6
Γλυφάδας	1	0,5
Δάφνης - Υμηττού	5	2,6
Διονύσου	1	0,5
Ελευσίνας	1	0,5
Ελληνικού - Αργυρούπολης	4	2,1
Ζωγράφου	1	0,5
Ηλιουπόλεως	9	4,7
Ηρακλείου	6	3,1

Ιλίου	5	2,6
Καλλιθέας	5	2,6
Κερατσινίου - Δραπετσώνας	2	1,0
Κηφισιάς	2	1,0
Κορυδαλλού	1	0,5
Κρωπίας	3	1,6
Κυθήρων	3	1,6
Μάνδρας - Ειδυλλίας	2	1,0
Μαραθώνος	1	0,5
Μεγαρέων	2	1,0
Μεταμορφώσεως	1	0,5
Μοσχάτου - Ταύρου	2	1,0
Νέας Ιωνίας	4	2,1
Νέας Σμύρνης	6	3,1
Νίκαιας - Αγίου Ιωάννη Ρέντη	5	2,6
Παιανίας	4	2,1
Παλαιού Φαλήρου	5	2,6
Παλλήνης	3	1,6
Παπάγου - Χολαργού	2	1,0
Πειραιώς	14	7,3
Περιστερίου	11	5,8
Πετρουπόλεως	1	0,5
Ραφήνας - Πικερμίου	2	1,0
Σαρωνικού	1	0,5
Τροιζηνίας	1	0,5
Φιλαδελφείας - Χαλκηδόνος	6	3,1
Φιλοθέης - Ψυχικού	1	0,5
Χαϊδαρίου	1	0,5
Χαλανδρίου	1	0,5
Ωρωπού	4	2,1

Το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό, καθώς η πρόσκληση απεστάλη σε όλα τα σχολεία εντός Αττικής Α΄βάθμιας και Β΄θμιας εκπαίδευσης και τελικά συμμετείχαν εκπαιδευτικοί συμπεριλαμβανομένων πολλών Δήμων από την περιφέρεια Αττικής. Ενδεικτικά το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν 17,8 από την Α΄ Αθηνών, το 7,3 % ήταν Πειραιώς, 5,8% Περιστερίου, το 4,7% Ηλιουπόλεως, 3,1% Ηρακλείου, Νέας Σμύρνης και Φιλαδέλφειας-Χαλκηδόνας.

Στοιχεία που αφορούν τη **συμμετοχή** των συμμετεχόντων σε σεμινάρια ψυχικής υγείας και τη γνώση της προσέγγισης "Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα" δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 4. Συμμετοχή εκπαιδευτικών σε σεμινάρια και γνώση εκπαιδευτικών για την «Ενημερωμένη-Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα»

		N	%
Συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα ή σεμινάρια ψυχικής υγείας	Όχι	78	40,8
	Ναι	113	59,2
Γνωρίζετε την προσέγγιση "Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα" ;	Όχι	174	91,1
	Ναι	17	8,9

Το 59,2% των συμμετεχόντων είχε συμμετάσχει σε εκπαιδευτικά προγράμματα ή σεμινάρια ψυχικής υγείας και το 91,1 % δε γνώριζε καθόλου την προσέγγιση "Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα".

3.2 Απαντήσεις των εκπαιδευτικών

Ερωτηματολόγιο των στάσεων απέναντι στην «Ενημερωμένη-Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» (Attitudes Related to Trauma-Informed Care - ARCTIC-35)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της κλίμακας ARCTIC-35.

Πίνακας 5. Απαντήσεις εκπαιδευτικών για κάθε ερώτηση

Ερώτηση	1	2	3	4	5	6	7
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ερώτηση 1	10 (5,2)	23 (12)	13 (6,8)	86 (45)	20 (10,5)	31 (16,2)	8 (4,2)
Ερώτηση 2	57 (29,8)	68 (35,6)	32 (16,8)	23 (12)	3 (1,6)	5 (2,6)	3 (1,6)
Ερώτηση 3	7 (3,7)	33 (17,3)	38 (19,9)	40 (20,9)	34 (17,8)	33 (17,3)	6 (3,1)
Ερώτηση 4	11 (5,8)	26 (13,6)	27 (14,1)	37 (19,4)	38 (19,9)	45 (23,6)	7 (3,7)
Ερώτηση 5	3 (1,6)	4 (2,1)	8 (4,2)	22 (11,5)	40 (20,9)	71 (37,2)	43 (22,5)
Ερώτηση 6	1 (0,5)	5 (2,6)	2 (1)	16 (8,4)	42 (22)	84 (44)	41 (21,5)
Ερώτηση 7	4 (2,1)	8 (4,2)	12 (6,3)	50 (26,2)	33 (17,3)	51 (26,7)	33 (17,3)
Ερώτηση 8	3 (1,6)	10 (5,2)	17 (8,9)	46 (24,1)	55 (28,8)	41 (21,5)	19 (9,9)
Ερώτηση 9	33 (17,3)	62 (32,5)	47 (24,6)	33 (17,3)	6 (3,1)	10 (5,2)	0 (0)
Ερώτηση 10	81 (42,4)	60 (31,4)	29 (15,2)	10 (5,2)	5 (2,6)	5 (2,6)	1 (0,5)
Ερώτηση 11	3 (1,6)	10 (5,2)	16 (8,4)	43 (22,5)	47 (24,6)	50 (26,2)	22 (11,5)
Ερώτηση 12	27 (14,1)	44 (23)	51 (26,7)	30 (15,7)	18 (9,4)	13 (6,8)	8 (4,2)
Ερώτηση 13	40 (20,9)	87 (45,5)	43 (22,5)	11 (5,8)	6 (3,1)	3 (1,6)	1 (0,5)
Ερώτηση 14	2 (1)	9 (4,7)	8 (4,2)	26 (13,6)	42 (22)	55 (28,8)	49 (25,7)
Ερώτηση 15	41 (21,5)	66 (34,6)	34 (17,8)	29 (15,2)	4 (2,1)	12 (6,3)	5 (2,6)
Ερώτηση 16	5 (2,6)	22 (11,5)	40 (20,9)	95 (49,7)	15 (7,9)	11 (5,8)	3 (1,6)
Ερώτηση 17	93 (48,7)	58 (30,4)	29 (15,2)	9 (4,7)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Ερώτηση 18	0 (0)	2 (1)	2 (1)	3 (1,6)	11 (5,8)	56 (29,3)	117 (61,3)
Ερώτηση 19	44 (23)	78 (40,8)	37 (19,4)	14 (7,3)	11 (5,8)	7 (3,7)	0 (0)
Ερώτηση 20	0 (0)	7 (3,7)	6 (3,1)	15 (7,9)	37 (19,4)	71 (37,2)	55 (28,8)

Ερώτηση 21	0 (0)	11 (5,8)	12 (6,3)	31 (16,2)	40 (20,9)	64 (33,5)	33 (17,3)
Ερώτηση 22	65 (34)	53 (27,7)	27 (14,1)	37 (19,4)	5 (2,6)	2 (1)	2 (1)
Ερώτηση 23	112 (58,6)	54 (28,3)	16 (8,4)	7 (3,7)	1 (0,5)	1 (0,5)	0 (0)
Ερώτηση 24	64 (33,5)	91 (47,6)	27 (14,1)	6 (3,1)	2 (1)	1 (0,5)	0 (0)
Ερώτηση 25	31 (16,2)	64 (33,5)	40 (20,9)	49 (25,7)	4 (2,1)	3 (1,6)	0 (0)
Ερώτηση 26	22 (11,5)	43 (22,5)	38 (19,9)	50 (26,2)	18 (9,4)	15 (7,9)	5 (2,6)
Ερώτηση 27	2 (1)	16 (8,4)	13 (6,8)	40 (20,9)	28 (14,7)	48 (25,1)	44 (23)
Ερώτηση 28	7 (3,7)	32 (16,8)	51 (26,7)	53 (27,7)	26 (13,6)	13 (6,8)	9 (4,7)
Ερώτηση 29	0 (0)	4 (2,1)	5 (2,6)	14 (7,3)	29 (15,2)	75 (39,3)	64 (33,5)
Ερώτηση 30	12 (6,3)	10 (5,2)	11 (5,8)	19 (9,9)	20 (10,5)	52 (27,2)	67 (35,1)
Ερώτηση 31	0 (0)	5 (2,6)	4 (2,1)	35 (18,3)	46 (24,1)	72 (37,7)	29 (15,2)
Ερώτηση 32	59 (30,9)	65 (34)	19 (9,9)	35 (18,3)	4 (2,1)	7 (3,7)	2 (1)
Ερώτηση 33	12 (6,3)	16 (8,4)	26 (13,6)	54 (28,3)	36 (18,8)	37 (19,4)	10 (5,2)
Ερώτηση 34	36 (18,8)	60 (31,4)	52 (27,2)	33 (17,3)	8 (4,2)	1 (0,5)	1 (0,5)
Ερώτηση 35	17 (8,9)	45 (23,6)	36 (18,8)	63 (33)	14 (7,3)	9 (4,7)	7 (3,7)

Ενδεικτικά παρουσιάζονται για κάθε διάσταση από μία ερώτηση, τι επέλεξαν οι εκπαιδευτικοί:

Πίνακας 6. Για κάθε διάσταση ενδεικτικά από μία ερώτηση τι επέλεξαν οι εκπαιδευτικοί

ΔΙΑΣΤΑΣΗ	ΕΡΩΤΗΣΗ	ΕΠΙΛΟΓΗ 1 ή 2	ΕΠΙΛΟΓΗ 7 ή 6	ΜΕΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗ (4 στη διπολική κλίμακα Likert)
1.Στάσεις για τα προβλήματα συμπεριφοράς μαθητών	1	«Τα προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς των μαθητών, πηγάζουν από τη συμπεριφορική τους κατάσταση ή ψυχική τους υγεία.» επιλογή 1 – το 5,2%	«Τα προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς των μαθητών, πηγάζουν από το ιστορικό δύσκολων γεγονότων της ζωής τους.» επιλογή 7 – το 4,2%	Επιλογή 4 στη διπολική κλίμακα Likert το 45%
2.Στάσεις για εργασία σε σχέση με μαθητές	3	«Είναι φυσιολογικό, πολλοί από τους μαθητές μου να είναι πολύ ανήσυχτοι.» επιλογή 1 το 3,7%	«Έχει αρνητική επίδραση επάνω μου, αν οι μαθητές μου είναι πολύ ανήσυχτοι.» επιλογή 7 – το 3,1%	Επιλογή 4 στη διπολική κλίμακα Likert το 20,9%

3.Στάσεις για Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία	4	«Κάθε μέρα είναι μοναδικά αγχωτική σ' αυτήν τη δουλειά.» επιλογή 1 - το 1%	«Κάθε μέρα είναι μία νέα και ενδιαφέρουσα μέρα σ' αυτήν τη δουλειά.» επιλογή 6 – το 28,8%
4.Στάσεις για Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους	35	«Όταν νιώθω ότι "παίρνω την εργασία μου στο σπίτι", το καλύτερο είναι να το αναφέρω στους συναδέλφους μου ή/και τον/τους προϊστάμενο(υς).» επιλογή 2 – 23,6%	«Όταν νιώθω ότι "παίρνω την εργασία μου στο σπίτι", το καλύτερο είναι να το κρατήσω για τον εαυτό μου.» επιλογή 7- 3,7%
5. Στάσεις για Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών	31	«Αν τα πράγματα δεν πηγαίνουν καλά, είναι επειδή οι μαθητές δεν κάνουν ό,τι χρειάζεται να κάνουν.» επιλογή 1 -κανείς δεν την επέλεξε	«Αν τα πράγματα δεν πηγαίνουν καλά, είναι επειδή χρειάζεται να αλλάξω κάτι που κάνω.» επιλογή 6 – το 37,7%
6.Στάσεις για τη Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών	17	«Βοηθώντας ένα μαθητή/τρια να νιώσει ασφαλής και ότι νοιάζεσαι, είναι ο καλύτερος τρόπος για να εξαλείψεις τις ανεπιθύμητες συμπεριφορές» επιλογή 1 -το 48,7 %	«Οι κανόνες και οι συνέπειες μη τήρησης τους είναι η καλύτερη προσέγγιση, όταν εργάζεσαι με ανθρώπους που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες.» επιλογή 7 – κανείς δεν την επέλεξε

Στην ερώτηση 1 για τη διάσταση στάσεις **προβλήματα συμπεριφοράς μαθητών** το 45% επέλεξε τη **μέση** των δύο επιλογών (προτίμηση 4 στη διπολική κλίμακα Likert), ενώ το 5,2% επέλεξε απόλυτα (ακραία τιμή προτίμηση 1) την επιλογή «Τα προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς των μαθητών, πηγάζουν από τη συμπεριφορική τους κατάσταση ή ψυχική τους υγεία.»(προτίμηση 1στη διπολική κλίμακα Likert), και το 4,2% την επιλογή «Τα προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς των μαθητών, πηγάζουν από το ιστορικό δύσκολων γεγονότων της ζωής τους.» (προτίμηση 7 στη διπολική κλίμακα Likert).

Στην ερώτηση 3 για τη διάσταση στάσεις **Εργασία σε σχέση με μαθητές** το μεγαλύτερο ποσοστό **20,9%** επέλεξε τη **μέση** των δύο επιλογών (προτίμηση 4 στη διπολική κλίμακα Likert), ενώ το 3,7% επέλεξε απόλυτα την επιλογή 1 «Είναι φυσιολογικό, πολλοί από τους μαθητές μου να είναι πολύ ανήσυχοι.» (προτίμηση 1στη

διπολική κλίμακα Likert), και το 3,1% «Έχει αρνητική επίδραση επάνω μου, αν οι μαθητές μου είναι πολύ ανήσυχοι.» (προτίμηση 7 στη διπολική κλίμακα Likert).

Στην ερώτηση 14 για τη διάσταση στάσεις **Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία** «Κάθε μέρα είναι μοναδικά αγχωτική σ' αυτήν τη δουλειά.» απόλυτα την επέλεξε το 1% επέλεξε, ενώ το 28,8% επέλεξε την δεύτερη επιλογή πιο πολύ «Κάθε μέρα είναι μία νέα και ενδιαφέρουσα μέρα σ' αυτήν τη δουλειά.»(προτίμηση 6 στη διπολική κλίμακα Likert).

Στην ερώτηση 35 για τη διάσταση στάσεις **Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους** το 23,6% επέλεξε πιο πολύ την επιλογή «Όταν νιώθω ότι "παίρνω την εργασία μου στο σπίτι", το καλύτερο είναι να το αναφέρω στους συναδέλφους μου ή/και τον/τους προϊστάμενο(υς).» (προτίμηση 2 στη διπολική κλίμακα Likert) σε σχέση με το 3,7% που επέλεξαν απόλυτα την επιλογή «Όταν νιώθω ότι "παίρνω την εργασία μου στο σπίτι", το καλύτερο είναι να το κρατήσω για τον εαυτό μου.» (προτίμηση 7 στη διπολική κλίμακα Likert).

Στην ερώτηση 31 για διάσταση στάσεις **Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών** «Αν τα πράγματα δεν πηγαίνουν καλά, είναι επειδή οι μαθητές δεν κάνουν ό,τι χρειάζεται να κάνουν.» δεν το επέλεξε κανείς, ενώ το 37,7% επέλεξε την επιλογή «Αν τα πράγματα δεν πηγαίνουν καλά, είναι επειδή χρειάζεται να αλλάξω κάτι που κάνω.»(προτίμηση 6 στη διπολική κλίμακα Likert).

Στην Ερώτηση 17 για διάσταση στάσεις **Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών**, «Βοηθώντας ένα μαθητή/τρια να νιώσει ασφαλής και ότι νοιάζεσαι, είναι ο καλύτερος τρόπος για να εξαλείψεις τις ανεπιθύμητες συμπεριφορές» το 48,7 % προτίμησε την επιλογή αυτή (προτίμηση 1 στη διπολική κλίμακα Likert), σε αντίθεση με την επιλογή που δεν την επέλεξε κανείς (0%) «Οι κανόνες και οι συνέπειες μη τήρησης τους είναι η καλύτερη προσέγγιση, όταν εργάζεσαι με

ανθρώπους που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες.»(προτίμηση 7 στη διπολική κλίμακα Likert).

3.3 Test -Retest

Για να εξακριβωθεί εάν ένα εργαλείο μέτρησης διαθέτει σταθερότητα αναφορικά με τις μετρήσεις, χρησιμοποιείται η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ή ο έλεγχος-επανάλεγχος (test-retest reliability), (Ουζούνη και Νακάκης, 2011).

Η διαδικασία test-retest έγινε με στόχο να αξιολογηθεί η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων της Ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου. Διενεργήθηκε σε 7 άτομα, τα αποτελέσματα της οποίας δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 7. Πιλοτική ομάδα test - retest

Ερώτηση	ICC	95% ΔΕ	P
1	0,99	0,96 - 1,00	<0,001
2	0,95	0,70 - 0,99	0,001
3	1,00	1,00 - 1,00	<0,001
4	0,97	0,84 - 1,00	<0,001
5	0,62	0,00 - 0,93	0,135
6	1,00	1,00 - 1,00	<0,001
7	0,99	0,96 - 1,00	<0,001
8	0,98	0,89 - 1,00	<0,001
9	0,98	0,88 - 1,00	<0,001
10	0,93	0,58 - 0,99	0,003
11	0,99	0,96 - 1,00	<0,001
12	0,92	0,51 - 0,99	0,004
13	0,99	0,95 - 1,00	<0,001
14	0,99	0,96 - 1,00	<0,001
15	0,83	0,00 - 0,97	0,025
16	0,93	0,61 - 0,99	0,002

17	0,74	-0,51 - 0,96	0,063
18	0,99	0,95 - 1,00	<0,001
19	1,00	1,00 - 1,00	<0,001
20	1,00	1,00 - 1,00	<0,001
21	0,99	0,96 - 1,00	<0,001
22	0,98	0,88 - 1,00	<0,001
23	1,00	1,00 - 1,00	<0,001
24	0,98	0,89 - 1,00	<0,001
25	0,98	0,85 - 1,00	<0,001
26	0,96	0,74 - 0,99	0,001
27	0,99	0,97 - 1,00	<0,001
28	0,99	0,95 - 1,00	<0,001
29	0,91	0,50 - 0,99	0,004
30	0,98	0,86 - 1,00	<0,001
31	0,99	0,92 - 1,00	<0,001
32	1,00	1,00 - 1,00	<0,001
33	0,93	0,61 - 0,99	0,002
34	0,95	0,70 - 0,99	0,001
35	0,97	0,80 - 0,99	<0,001

Σημαντική συμφωνία υπήρξε σχεδόν σε όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας ARTIC-35.

ICC: Intraclass correlation coefficient (ICC) - (Συντελεστής εσωτερικής-ενδοταξιακής συσχέτισης)

95% ΔΕ: διάστημα εμπιστοσύνης (ΔΕ)- (confidence intervals)

P: P- Value, τιμή σημαντικότητας

3.4 Διερευνητική ανάλυση παραγόντων

Από τη διερευνητική ανάλυση παραγόντων (factor analysis) με περιστροφή Varimax), οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν σε 6 διαστάσεις (παράγοντες), οι οποίες περιγράφονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 8. Ομαδοποίηση των ερωτήσεων του Ερωτηματολογίου της Ελληνικής εκδοχής

Ερώτηση	Προβλήματα συμπεριφοράς (ΑΝ ΦΟΡΤΙΟ > 0,4 ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΝΤΑΧΘΕΙ ΣΕ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ)	Εργασία σε σχέση με μαθητές	Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσμ ατικότητα στην εργασία	Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους	Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών	Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών
1	0,69					
2						0,43
3		0,60				
4		0,42				
5				-0,66		
6						-0,53
7						
8	0,48					
9			0,42			
10				0,55		
11					0,54	
12		0,52				
13						
14			-0,70			
15			0,60			
16						

17						0,59
18						-0,45
19			0,65			
20						-0,57
21					0,63	
22						0,52
23						0,62
24			0,74			
25						
26					-0,69	
27	0,56					
28					0,63	
29			-0,65			
30						
31					0,65	
32						0,62
33						
34				0,66		
35				0,77		
% μεταβλητότητας που εξηγείται	5,6	5,9	9,4	7,4	8,4	10,1

Ο Δείκτης Keiser-Meyer-Olkin αξιολογεί την επάρκεια του δείγματος για παραγοντική ανάλυση (>.50). Η τιμή του κριτηρίου KMO ήταν 0,79, η οποία ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,5), οπότε υπήρχε επάρκεια του δείγματος και ήταν κατάλληλο για παραγοντική ανάλυση. Ο Δείκτης Bartlett's Test of Sphericity αξιολογεί το κατά πόσο οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών επιτρέπουν την εφαρμογή της ανάλυσης παραγόντων ($p < 0.05$). Το κριτήριο του Bartlett ήταν σημαντικό ($p < 0,001$), οπότε

υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων, υποστηρίζοντας την καταλληλότητα των δεδομένων για την διεξαγωγή παραγοντικής ανάλυσης

Οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν σε 6 διαστάσεις, που συνολικά εξηγούν το 46,8% της μεταβλητότητας. Η διάσταση στάσεις για τα «Προβλήματα συμπεριφοράς» αποτελείται από 3 ερωτήσεις και εξηγεί το 5,6% της μεταβλητότητας. Η διάσταση στάσεις για την «Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία» αποτελείται από 6 ερωτήσεις και εξηγεί το 9,4% της μεταβλητότητας. Η διάσταση στάσεις για την «Εργασία σε σχέση με μαθητές» αποτελείται από 3 ερωτήσεις και εξηγεί το 5,9% της μεταβλητότητας. Η διάσταση στάσεις για την «Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους» αποτελείται από 4 ερωτήσεις και εξηγεί το 7,4% της μεταβλητότητας. Η διάσταση στάσεις για τις «Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» αποτελείται από 5 ερωτήσεις και εξηγεί το 8,4% της μεταβλητότητας.

Και η έκτη διάσταση στάσεις για τη «Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» αποτελείται από 8 ερωτήσεις και εξηγεί το 10,1% της μεταβλητότητας του χαρακτηριστικού- παράγοντα του ερωτηματολογίου. Οι ερωτήσεις 7,13,16,25,30 και 33 είχαν φορτίο κάτω του 0,4, οπότε δεν μπόρεσαν να εισαχθούν σε κάποια από τις διαστάσεις (παράγοντες).

3.5 Μέσοι Όροι και Εσωτερική Αξιοπιστία

Στη συνέχεια, αθροίστηκαν οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών για κάθε διάσταση και διαιρέθηκαν με το πλήθος των ερωτήσεων με κάθε διάσταση. Έτσι βρέθηκε ο Μέσος όρος των απαντήσεων για κάθε διάσταση και προέκυψαν οι βαθμολογίες των διαστάσεων που μπορούν να κυμανθούν από 1 έως 7 μονάδες και περιγράφονται στον πίνακα που ακολουθεί. Αυτή η διαδικασία έγινε για να βρεθούν οι Μέσοι όροι των απαντήσεων και να ενωθούν οι ερωτήσεις με κάθε διάσταση.

Πίνακας 9. Μέσοι όροι των 6 διαστάσεων του ερωτηματολογίου ελληνικής εκδοχής

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση SD)	Διάμεσος (ενδ. Εύρος 25% κ 75% του δείγματος)	Cronbach's a
Προβλήματα συμπεριφοράς	2,00	7,00	4,65 (1,03)	4,67 (4 – 5,33)	0,77
Εργασία σε σχέση με μαθητές	1,33	6,67	3,79 (1,01)	3,67 (3 – 4,33)	0,77
Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία	1,00	5,67	2,42 (0,86)	2,33 (1,83 – 2,83)	0,75
Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους	1,00	6,25	2,62 (0,95)	2,5 (2 – 3,25)	0,71
Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών	1,00	6,00	3,23 (0,98)	3,2 (2,6 – 3,8)	0,75
Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών	1,00	5,25	2,09 (0,72)	2 (1,5 – 2,63)	0,77

Η βαθμολογία στη διάσταση στάσεις για «Προβλήματα συμπεριφοράς» κυμαινόταν από 2,00 μέχρι 7,00 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 4,65 μονάδες (SD=1,03 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση στάσεις για «Εργασία σε σχέση με μαθητές» κυμαινόταν από 1,33 μέχρι 6,67 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 3,79 μονάδες (SD=1,01 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση στάσεις για «Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία» κυμαινόταν από 1,00 μέχρι 5,67 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 2,42 μονάδες (SD=0,86 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση στάσεις για «Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους» κυμαινόταν από 1,00 μέχρι 6,25 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 2,62 μονάδες (SD=0,95 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση στάσεις για «Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών»

κυμαινόταν από 1 μέχρι 6 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 3,23 μονάδες (SD=0,98 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση στάσεις για «Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» κυμαινόταν από 1 μέχρι 5,25 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 2,09 μονάδες (SD=0,72 μονάδες).

«Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής ή συνάφειας χρησιμοποιείται για να μετρήσει την αξιοπιστία σε εργαλεία μέτρησης. Μπορεί να εφαρμοστεί όχι μόνο σε μία πρόταση (item) ή σε μία υποκλίμακα, αλλά και στο σύνολο του εργαλείου που μετράει την ίδια έννοια (μεταβλητή). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency) είναι ένας δείκτης που φανερώνει κατά πόσο διαφορετικές προτάσεις (items) μετρούν την ίδια έννοια (μεταβλητή). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής τόσο σε μια υπο-κλίμακα, όσο και σε ολόκληρη κλίμακα εκτιμάται με το συντελεστή Cronbach's alpha που δείχνει την ομοιογένεια μιας κλίμακας. Για να θεωρείται αποδεκτή η τιμή του Cronbach's alpha θα πρέπει να είναι >0.7 .», (Ουζούνη και Νακάκης, 2011).

Συνολικά για την Ελληνική εκδοχή του Ερωτηματολογίου των στάσεων απέναντι στην «Ενημερωμένη- Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» (Attitudes Related to Trauma-Informed Care - ARCTIC-35), οι συντελεστές αξιοπιστίας του Cronbach α ήταν (0,75), οπότε υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία για το ερωτηματολόγιο.

3.6 Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση

Για τη διερεύνηση της παραγοντικής εγκυρότητας και για να μελετηθεί αν η δομή της διερευνητικής επιβεβαιώνεται, διενεργήθηκε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση. Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης για τις διαστάσεις του Ερωτηματολογίου ARCTIC-35.

Πίνακας 10. Αποτελέσματα επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης για τις διαστάσεις του Ερωτηματολογίου της ελληνικής εκδοχής

CFI	TLI	RMSEA
0.92	0.89	0.060

Η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση αποκάλυψε μια αποδεκτή προσαρμογή για το ερωτηματολόγιο, όπου ο δείκτης CFI (comparative fit index) 0,92, και TLI (Tucker-Lewis index) 0,89, ήταν κοντά στο 0,90 και ο δείκτης RMSEA (root mean square error of approximation) ήταν αποδεκτός και ίσος με 0,06.

Έγινε και επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση για την αρχική δομή του ARTIC-35, όπως πρότειναν οι δημιουργοί (με τους 5 παράγοντες), τα αποτελέσματα της οποίας δίνονται παρακάτω.

Πίνακας 11. Αποτελέσματα επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης για τις διαστάσεις του Ερωτηματολογίου ARCTIC-35

CFI	TLI	RMSEA
0.75	0.81	0.065

Η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση αποκάλυψε μια μη αποδεκτή προσαρμογή για το ερωτηματολόγιο, όπου ο δείκτης CFI και TLI ήταν κάτω από 0,9, αλλά ο δείκτης RMSEA ήταν αποδεκτός και ίσος περίπου με 0,07.

Συγκριτικά, η ελληνική εκδοχή με τις 6 διαστάσεις είχε αποδεκτή προσαρμογή βάσει των δεικτών CFI, TLI και RMSEA. Ωστόσο, οι δείκτες CFI και TLI ήταν χαμηλότεροι στην αρχική εκδοχή (ξένη), από ότι σε αυτή που προέκυψε από την διερευνητική παραγοντική ανάλυση της παρούσας εργασίας.

3.7 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων –παραγόντων, για να μελετηθούν αν υπήρξαν συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων.

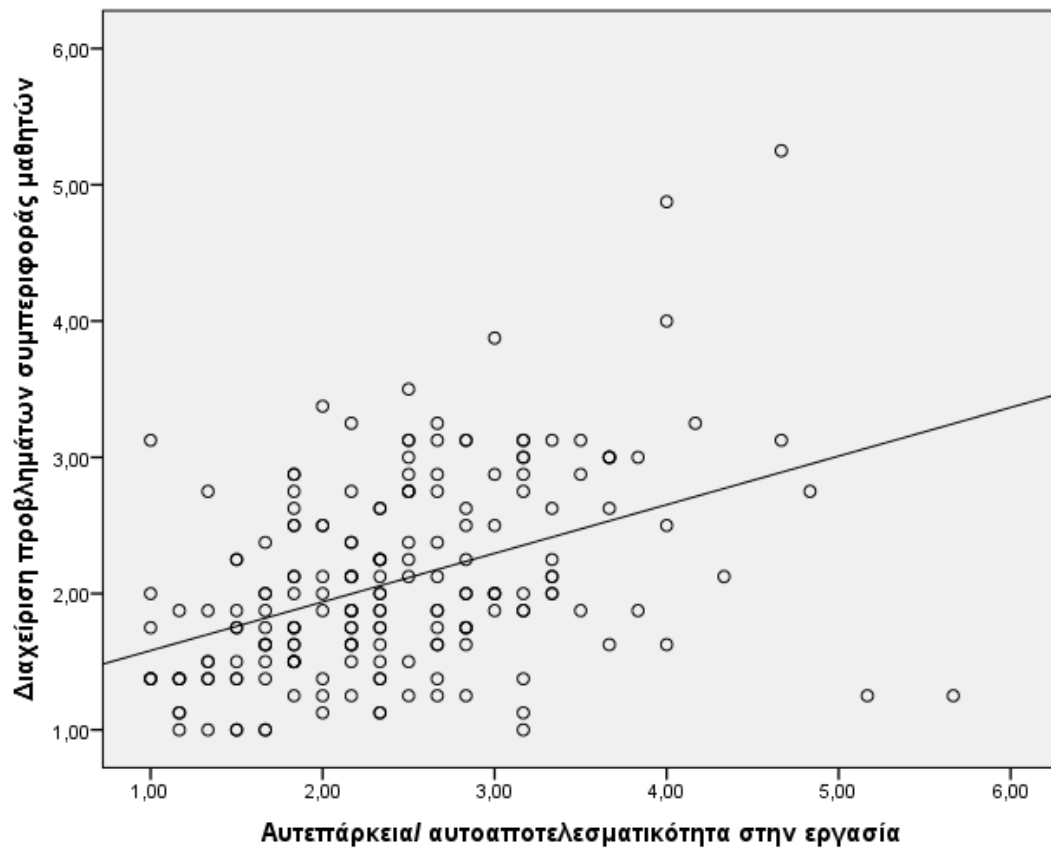
Πίνακας 12. Συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου της ελληνικής εκδοχής

		Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελε- σματικότητα στην εργασία	Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών	Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους	Εργασία σε σχέση με μαθητές	Προβλήματα συμπεριφοράς
Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών	r	0,43	0,52	0,44	0,18	-0,25
	P	<0,001	<0,001	<0,001	0,011	0,001
Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία	r	1,00	0,31	0,36	0,02	-0,22
	P		<0,001	<0,001	0,750	0,002
Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών	r		1,00	0,28	0,10	-0,27
	P			<0,001	0,175	<0,001
Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους	r			1,00	0,05	-0,10
	P				0,488	0,166
Εργασία σε σχέση με μαθητές	r				1,00	-0,05
	P					0,476

Ο Spearman r αριθμός συντελεστής συσχέτισης, αν είναι θετικός αριθμός, όσο αυξάνεται η μία διάσταση αυξάνεται και η άλλη (θετική σχέση), αν αρνητικός όσο αυξάνεται η μία μειώνεται η άλλη (αρνητική σχέση).

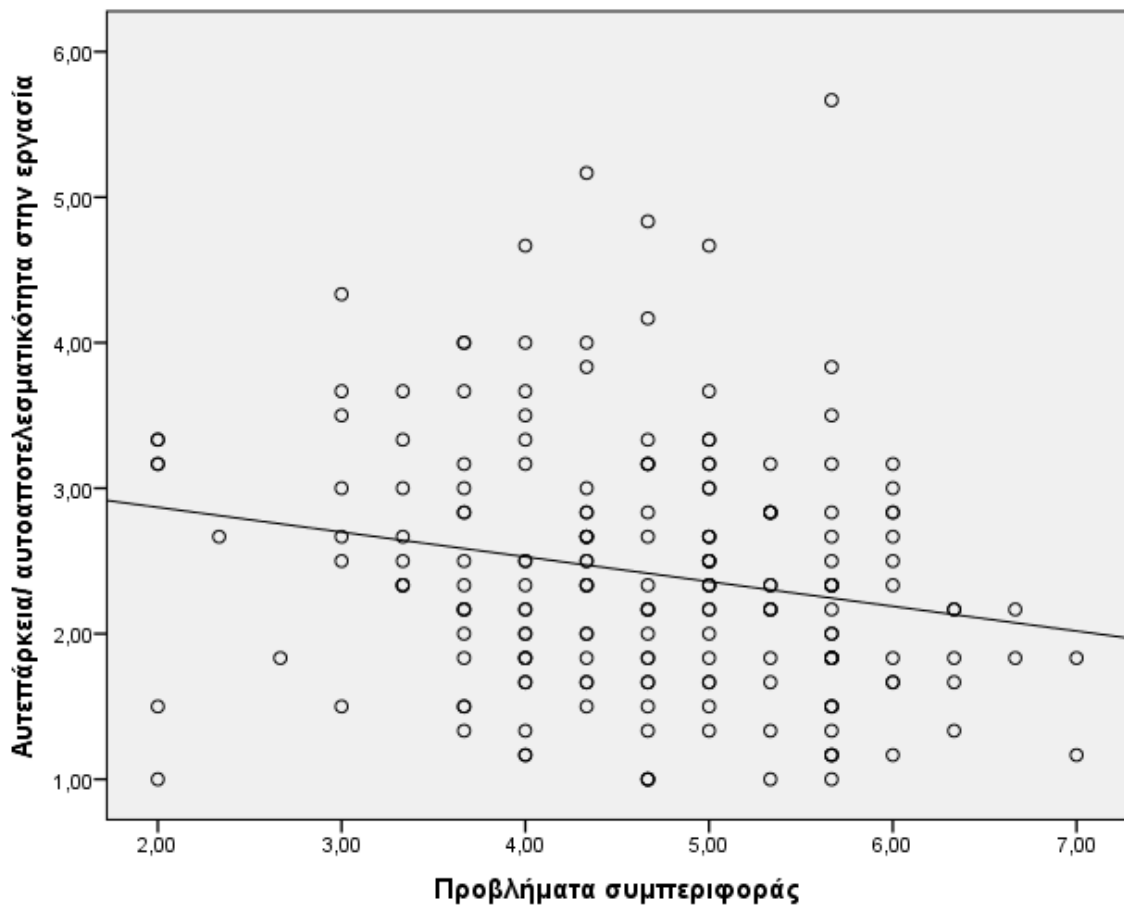
Καλύτερη Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών σχετιζόταν σημαντικά με περισσότερη Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία, περισσότερες Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών, περισσότερη Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους, περισσότερη Εργασία σε σχέση με μαθητές και λιγότερα Προβλήματα συμπεριφοράς. Επίσης, περισσότερη Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία σχετιζόταν με σημαντικά περισσότερες Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών, περισσότερη Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους και λιγότερα Προβλήματα συμπεριφοράς. Ακόμα, περισσότερες Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών σχετιζόταν με σημαντικά περισσότερη Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους και λιγότερα Προβλήματα συμπεριφοράς.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων «Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» και «Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία».



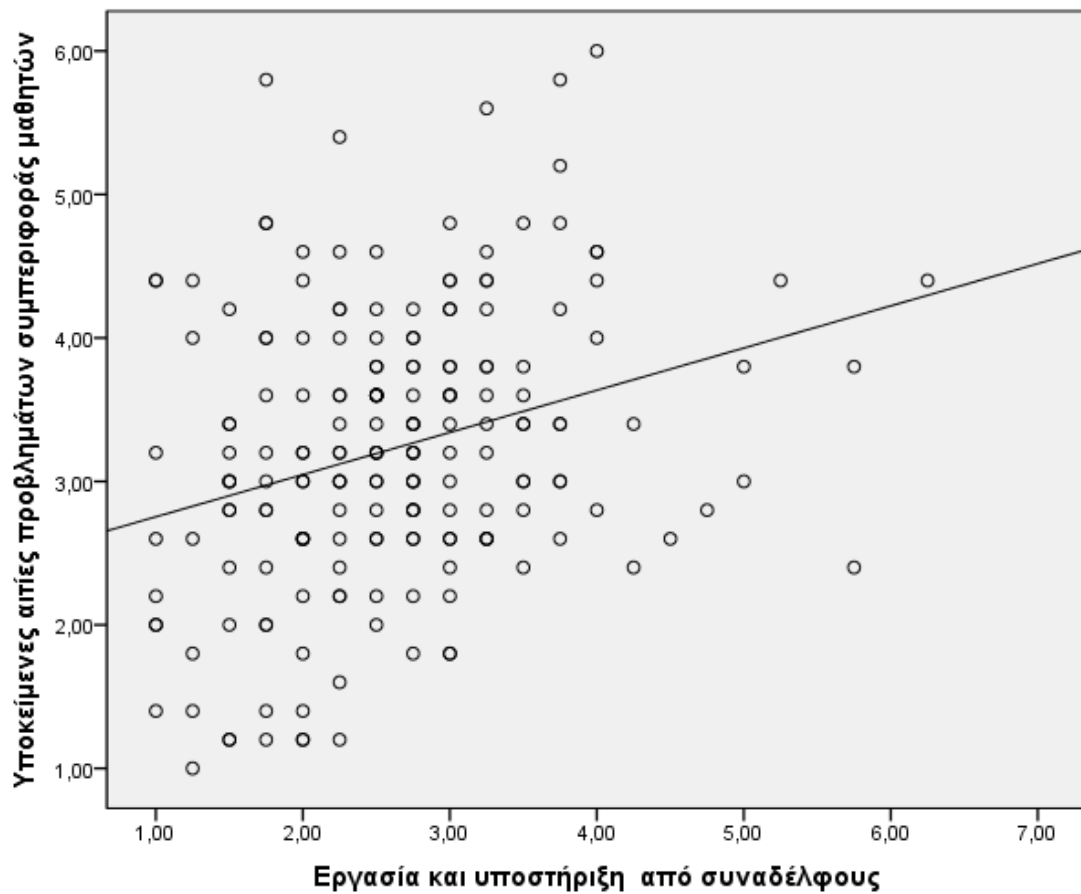
Γράφημα 1. Συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων στάσεις για τη «Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» και στάσεις για την «Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία»

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων «Προβλήματα συμπεριφοράς» και «Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία».



Γράφημα 2. Συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων στάσεις για τα «Προβλήματα συμπεριφοράς» και στάσεις για την «Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία»

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων «Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» και «Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους».



Γράφημα 3. Συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων στάσεις για τις «Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» και στάσεις για την «Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους»

3.8 Συσχέτιση των παραγόντων του ερωτηματολογίου ARTIC-35 με δημογραφικά

και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προβλήματα συμπεριφοράς» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερες στάσεις για Προβλήματα συμπεριφοράς.

Πίνακας 13. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προβλήματα συμπεριφοράς» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

		Προβλήματα συμπεριφοράς		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Γυναίκα	4,64 (1,03)	4,67 (4 – 5,33)	0,918
	Άνδρας	4,68 (1,05)	4,67 (4 – 5,67)	
Ηλικία	Έως 35	4,69 (1,07)	4,67 (4 – 5,5)	0,547+
	36-45	4,46 (0,99)	4,33 (4 – 5)	
	46-55	4,67 (1,06)	5 (4 – 5,67)	
	Από 56 και άνω	4,71 (1)	4,67 (4 – 5,33)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	4,59 (1,08)	4,67 (4 – 5,33)	0,629
	Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό			
	Δίπλωμα	4,7 (0,99)	4,67 (4 – 5,67)	
Βαθμίδα Εκπαίδευσης	A' θμια	4,68 (1,02)	4,67 (4 – 5,67)	0,525
	B' θμια	4,6 (1,05)	4,67 (4 – 5,33)	
Ειδικότητα	Νηπιαγωγός	4,44 (1,04)	4,33 (4 – 5,17)	0,397+
	Δάσκαλος/α	4,77 (1,03)	5 (4 – 5,67)	

	Ξένων γλωσσών	4,92 (0,89)	5 (4,33 – 5,67)	
	Φιλολόγος	4,81 (0,87)	4,67 (4,33 – 5,33)	
	Μαθηματικός, Φυσικός, Χημικός, Βιολόγος	4,41 (1,11)	4,33 (3,67 – 5)	
	Άλλη	4,6 (1,13)	4,33 (4 – 5,33)	
Έτη διδασκαλίας	1-10	4,69 (1,15)	4,67 (4 – 5,67)	0,148+
	11-20	4,5 (0,94)	4,33 (4 – 5,33)	
	21-30	4,82 (0,99)	5 (4 – 5,67)	
	Από 30 και άνω	4,45 (1,08)	4,33 (3,67 – 5)	
Σχολείο που εργάζεστε	Δημόσιο	4,61 (1,05)	4,67 (4 – 5,33)	0,220
	Ιδιωτικό	4,91 (0,84)	5 (4,33 – 5,33)	
Περιφερειακή Ενότητα Σχολείου	Α' ΑΘΗΝΑΣ	4,52 (1)	4,67 (4 – 5)	0,471+
	ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	4,85 (1,09)	5 (4,17 – 5,5)	
	Β' ΑΘΗΝΑΣ	4,58 (1,11)	4,67 (3,67 – 5,33)	
	Γ' ΑΘΗΝΑΣ	4,49 (1,08)	4,33 (4 – 5,33)	
	Δ' ΑΘΗΝΑΣ	4,93 (0,97)	5 (4,33 – 5,67)	
	ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	4,75 (1,49)	5,33 (3,67 – 6)	
	ΠΕΙΡΑΙΑ	4,56 (0,89)	4,67 (3,67 – 5,33)	
Συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα ή σεμινάρια ψυχικής υγείας	Όχι	4,68 (1)	4,67 (4 – 5,67)	0,723
	Ναι	4,63 (1,06)	4,67 (4 – 5,33)	
Γνωρίζετε την προσέγγιση "Ενημερωμένη - Ευαίσθητοποιημένη	Όχι	4,65 (1,04)	4,67 (4 – 5,67)	0,767
	Ναι	4,65 (0,98)	4,33 (4 – 5,33)	

φροντίδα για το τραύμα" ;				
------------------------------	--	--	--	--

+Kruskal-Wallis test

Δεν διέφερε σημαντικά η βαθμολογία στη διάσταση «Προβλήματα συμπεριφοράς» ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Προβλήματα συμπεριφοράς» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων, αλλά δε βρέθηκε κανένας παράγοντας που να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη διάσταση αυτή.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εργασία σε σχέση με μαθητές» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερες στάσεις για τη σχέση με τους μαθητές.

Πίνακας 14. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση « Εργασία σε σχέση με μαθητές» ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

		Εργασία σε σχέση με μαθητές		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Γυναίκα	3,79 (1,02)	3,67 (3 – 4,33)	0,931
	Άνδρας	3,78 (1)	3,67 (3 – 4,33)	

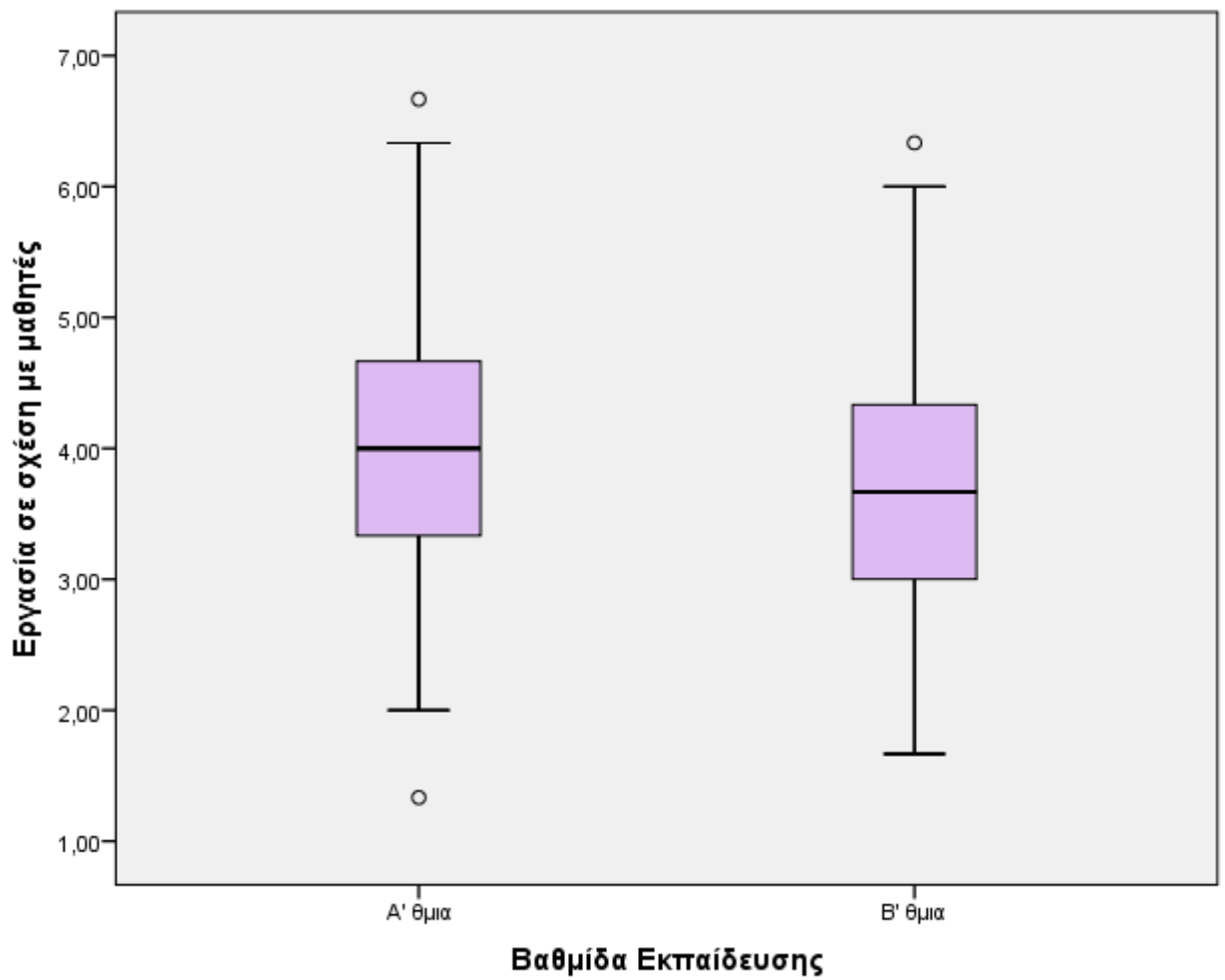
Ηλικία	Έως 35	3,74 (0,85)	3,67 (3 – 4,17)	0,902+
	36-45	3,84 (1,03)	3,83 (3,33 – 4,33)	
	46-55	3,72 (0,98)	3,67 (3 – 4,33)	
	Από 56 και άνω	3,9 (1,19)	3,83 (3 – 4,67)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	3,81 (1,14)	3,67 (3 – 4,67)	0,938
	Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό Δίπλωμα	3,77 (0,89)	3,67 (3 – 4,33)	
Βαθμίδα Εκπαίδευσης	Α' θμια	3,9 (0,99)	4 (3,33 – 4,67)	0,045
	Β' θμια	3,63 (1,03)	3,67 (3 – 4,33)	
Ειδικότητα	Νηπιαγωγός	4,09 (1,21)	4 (3,33 – 5)	0,216+
	Δάσκαλος/α	3,77 (0,81)	3,67 (3 – 4,33)	
	Ξένων γλωσσών	3,89 (0,86)	4 (3,33 – 4,33)	
	Φιλολόγος	3,71 (0,94)	3,67 (3 – 4)	
	Μαθηματικός, Φυσικός, Χημικός, Βιολόγος	3,77 (1,2)	3,67 (2,67 – 4,67)	
	Άλλη	3,48 (0,99)	3,33 (2,67 – 4,33)	
Έτη διδασκαλίας	1-10	3,83 (0,86)	3,83 (3 – 4,33)	0,032+
	11-20	3,48 (0,98)	3,33 (2,67 – 4)	
	21-30	3,96 (1,01)	4 (3,33 – 4,67)	
	Από 30 και άνω	3,85 (1,2)	4 (3 – 4,67)	
Σχολείο που εργάζεστε	Δημόσιο	3,77 (1,03)	3,67 (3 – 4,33)	0,338
	Ιδιωτικό	3,95 (0,87)	4 (3,33 – 4,67)	
Περιφερειακή Ενότητα Σχολείου	Α' ΑΘΗΝΑΣ	3,86 (1,04)	3,67 (3 – 4,67)	0,246+
	ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	3,42 (0,9)	3,33 (2,83 – 4)	
	Β' ΑΘΗΝΑΣ	4 (0,93)	4 (3,67 – 4,33)	
	Γ' ΑΘΗΝΑΣ	3,92 (1,1)	3,67 (3,33 – 4,67)	
	Δ' ΑΘΗΝΑΣ	3,68 (0,89)	3,67 (3 – 4)	
	ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	4,42 (1,08)	4,5 (3,67 – 4,83)	
	ΠΕΙΡΑΙΑ	3,58 (1,09)	3,67 (2,67 – 4,33)	

Συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα ή σεμινάρια ψυχικής υγείας	Όχι	3,62 (0,97)	3,67 (3 – 4,33)	0,093
	Ναι	3,91 (1,03)	4 (3 – 4,33)	
Γνωρίζετε την προσέγγιση "Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα" ;	Όχι	3,82 (1,01)	3,67 (3 – 4,33)	0,140
	Ναι	3,43 (1,02)	3,33 (3 – 4)	

+Kruskal-Wallis test

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στον παράγοντα «Εργασία σε σχέση με μαθητές» είχαν οι εκπαιδευτικοί στην Α' βάρθμια εκπαίδευση. Επίσης, η βαθμολογία στη διάσταση «Εργασία σε σχέση με μαθητές» διέφερε σημαντικά ανάλογα με τα έτη διδασκαλίας. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι σημαντικά καλύτερη σχέση με τους μαθητές είχαν οι εκπαιδευτικοί με 21-30 έτη διδασκαλίας σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς με 11-20 έτη διδασκαλίας ($p=0,003$).

Στο γράφημα (θηκόγραμμα) που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εργασία σε σχέση με μαθητές» ανάλογα με τη βαθμίδα διδασκαλίας.



Γράφημα 4. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στον παράγοντα « Εργασία σε σχέση με μαθητές» ανάλογα με τη βαθμίδα διδασκαλίας

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Εργασία σε σχέση με μαθητές» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) και τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 15. Η πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Εργασία σε σχέση με μαθητές» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων

		β	SE	P
Βαθμίδα	A' θμια (αναφορά)			
Εκπαίδευσης	B' θμια	-0,03	0,02	0,043

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Μόνο η βαθμίδα εκπαίδευσης βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «Εργασία σε σχέση με μαθητές». Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες από τη Β' βαθμια εκπαίδευση είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες από τη Α' βαθμια εκπαίδευση.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερες στάσεις για *Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία*.

Πίνακας 16. Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία» ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

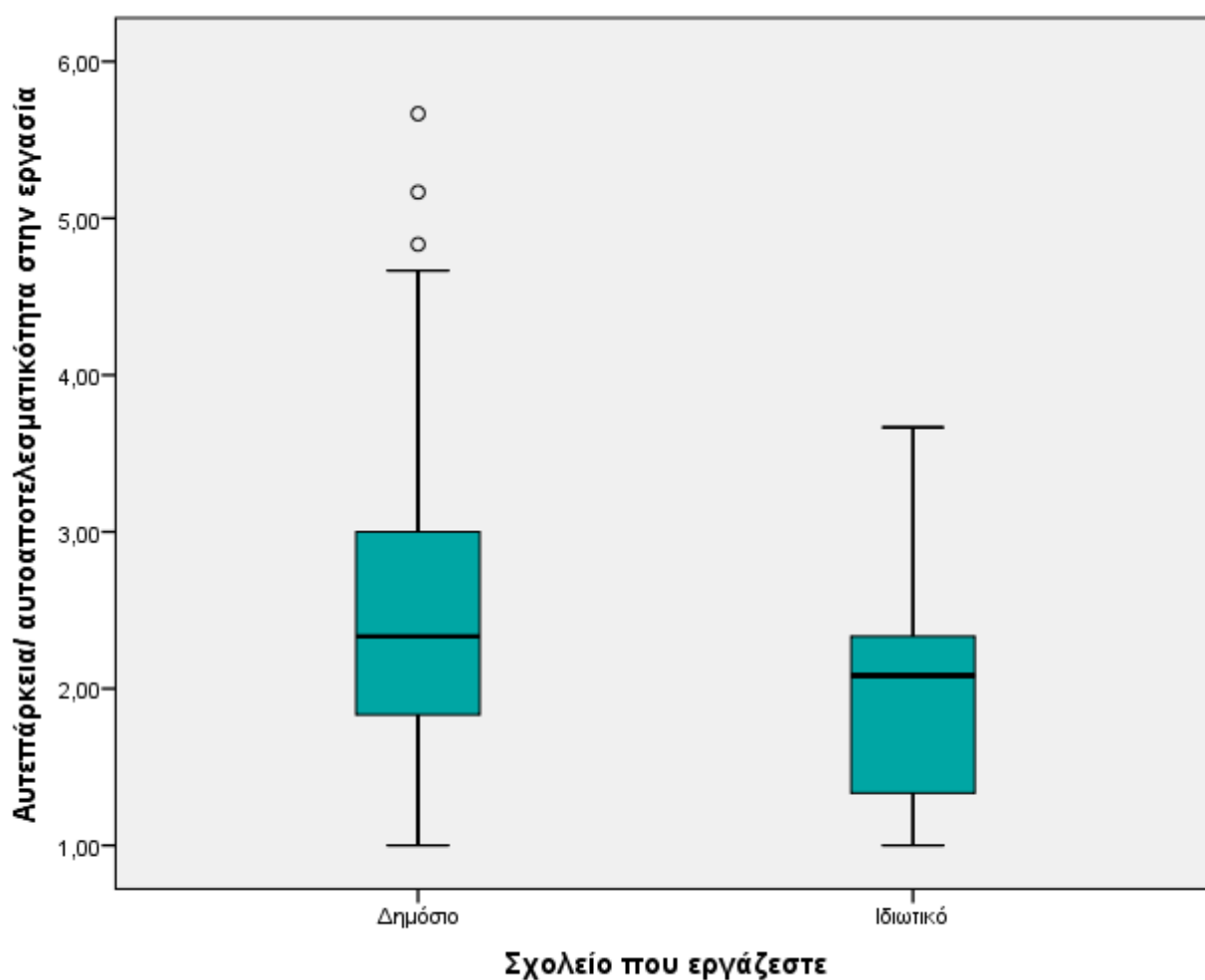
		Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία		P Mann- Whitneytest
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Γυναίκα	2,41 (0,89)	2,33 (1,83 – 3)	0,550
	Άνδρας	2,45 (0,67)	2,33 (2 – 2,83)	
Ηλικία	Έως 35	2,7 (0,89)	2,67 (2,08 – 3,25)	0,119+
	36-45	2,44 (0,84)	2,33 (1,83 – 2,83)	
	46-55	2,28 (0,82)	2,17 (1,67 – 2,83)	
	Από 56 και άνω	2,46 (0,89)	2,33 (1,83 – 3)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	2,35 (0,81)	2,17 (1,83 – 3)	0,360
	Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό Δίπλωμα			
Βαθμίδα Εκπαίδευσης	Α' θμια	2,39 (0,87)	2,33 (1,83 – 3)	0,538
	Β' θμια	2,46 (0,85)	2,33 (1,83 – 2,83)	
Ειδικότητα	Νηπιαγωγός	2,47 (0,84)	2,33 (1,83 – 3,17)	0,693+
	Δάσκαλος/α	2,28 (0,67)	2,33 (1,83 – 2,67)	
	Ξένων γλωσσών	2,71 (1,25)	2,33 (1,83 – 3,17)	
	Φιλολόγος	2,29 (0,67)	2,17 (1,83 – 2,67)	

	Μαθηματικός, Φυσικός, Χημικός, Βιολόγος	2,62 (0,98)	2,67 (1,83 – 3,17)	
	Άλλη	2,33 (0,83)	2,33 (1,83 – 2,83)	
Έτη διδασκαλίας	1-10	2,67 (0,91)	2,67 (2 – 3,17)	0,110+
	11-20	2,34 (0,73)	2,33 (1,67 – 2,83)	
	21-30	2,42 (0,95)	2,33 (1,83 – 3,17)	
	Από 30 και άνω	2,21 (0,73)	2,17 (1,67 – 2,5)	
Σχολείο που εργάζεστε	Δημόσιο	2,47 (0,86)	2,33 (1,83 – 3)	0,026
	Ιδιωτικό	2,03 (0,71)	2,08 (1,33 – 2,33)	
Περιφερειακή Ενότητα Σχολείου	Α' ΑΘΗΝΑΣ	2,55 (0,98)	2,33 (1,83 – 3,17)	0,688+
	ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	2,21 (0,72)	2,25 (1,58 – 2,5)	
	Β' ΑΘΗΝΑΣ	2,58 (0,81)	2,33 (2,17 – 3)	
	Γ' ΑΘΗΝΑΣ	2,27 (0,65)	2,33 (1,83 – 2,67)	
	Δ' ΑΘΗΝΑΣ	2,33 (0,68)	2,33 (1,83 – 2,67)	
	ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	2,56 (0,7)	2,67 (2 – 3,08)	
	ΠΕΙΡΑΙΑ	2,38 (1,1)	2,17 (1,5 – 3,17)	
Συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα ή σεμινάρια ψυχικής υγείας	Όχι	2,51 (0,78)	2,5 (2 – 2,83)	0,091
	Ναι			
		2,35 (0,91)	2,17 (1,67 – 2,83)	
Γνωρίζετε την προσέγγιση "Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα;	Όχι	2,46 (0,86)	2,33 (1,83 – 3)	0,015
	Ναι			
		1,96 (0,74)	1,83 (1,33 – 2,33)	

+Kruskal-Wallis test

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία» είχαν οι εκπαιδευτικοί των δημοσίων σχολείων καθώς και εκείνοι που δεν γνώριζαν την προσέγγιση "Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα".

Στο γράφημα (θηκόγραμμα) που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία» ανάλογα με το σχολείο που εργάζονταν.



Γράφημα 5. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία» ανάλογα με το σχολείο που εργάζονταν.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwisemethod) και τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 17. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων

		β+	SE++	P
Σχολείο που εργάζεστε	Δημόσιο (αναφορά)			
	Ιδιωτικό	-0,07	0,04	0,042
Γνωρίζετε την προσέγγιση	Όχι (αναφορά)			
"Ενημερωμένη -	Ναι			
Ευαίσθητοποιημένη φροντίδα για		-0,09	0,04	0,028
το τραύμα" ;				

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Το είδος σχολείου και το αν γνώριζαν την προσέγγιση "Ενημερωμένη - Ευαίσθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα" βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία». Ανεξάρτητα σχετίζονταν σημαίνει ότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές «είδος σχολείου και το αν γνώριζαν την προσέγγιση» σχετίζονται με τη διάσταση «Αυτεπάρκεια/

αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία» ταυτόχρονα χωρίς η μία να επηρεάζει την άλλη. Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες που εργάζονταν σε ιδιωτικό σχολείο είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, που υποδηλώνει χαμηλότερη Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που εργάζονταν σε δημόσιο σχολείο.
- Οι συμμετέχοντες που γνώριζαν την προσέγγιση "Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα" είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν την γνώριζαν.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερες στάσεις για την εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους.

Πίνακας 18. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους» ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

		Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Γυναίκα	2,56 (0,91)	2,5 (2 – 3)	0,080
	Άνδρας	2,93 (1,11)	2,88 (2 – 3,5)	
Ηλικία	Έως 35	2,92 (0,77)	2,75 (2,5 – 3,25)	0,034+
	36-45	2,68 (1,21)	2,63 (2 – 3)	
	46-55	2,44 (0,86)	2,25 (1,75 – 3)	
	Από 56 και άνω	2,71 (0,98)	2,75 (2 – 3,25)	

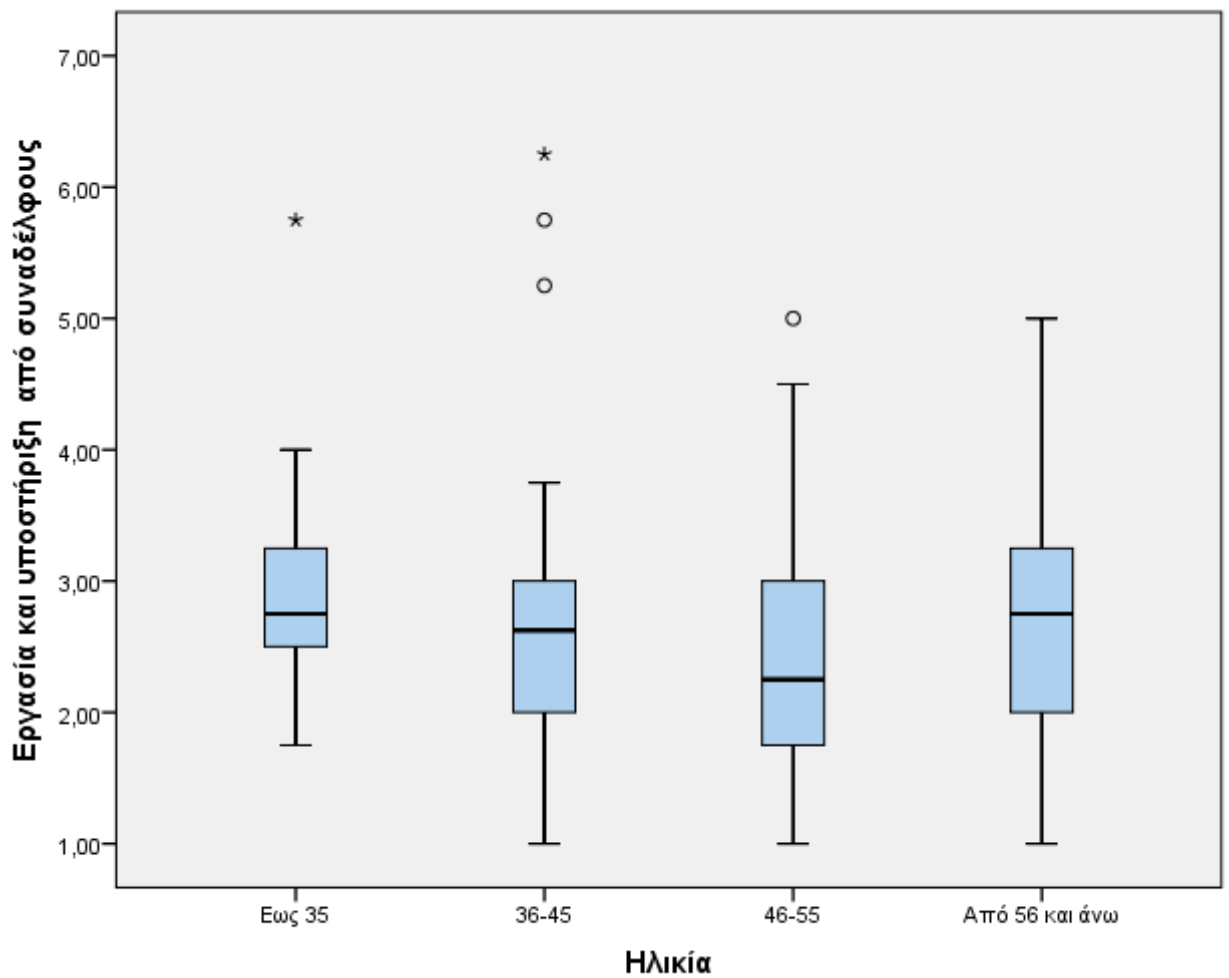
Επίπεδο εκπαίδευσης	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	2,66 (0,98)	2,5 (2 – 3,25)	0,555
	Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό Δίπλωμα	2,6 (0,94)	2,5 (2 – 3)	
Βαθμίδα Εκπαίδευσης	Α' θμια	2,5 (0,89)	2,5 (1,75 – 3)	0,069
	Β' θμια	2,79 (1,02)	2,75 (2 – 3,25)	
Ειδικότητα	Νηπιαγωγός	2,55 (1,09)	2,5 (1,75 – 3)	0,488+
	Δάσκαλος/α	2,4 (0,75)	2,5 (1,75 – 3)	
	Ξένων γλωσσών	2,67 (0,68)	2,5 (2 – 3)	
	Φιλολόγος	2,69 (0,82)	2,5 (2,25 – 3,25)	
	Μαθηματικός, Φυσικός, Χημικός, Βιολόγος	2,87 (1,22)	2,75 (2 – 3,5)	
	Άλλη	2,78 (1,04)	2,75 (2,25 – 3,25)	
Έτη διδασκαλίας	1-10	2,89 (1,04)	2,75 (2,25 – 3,25)	0,177+
	11-20	2,67 (0,98)	2,75 (2 – 3,25)	
	21-30	2,47 (0,87)	2,5 (1,75 – 3)	
	Από 30 και άνω	2,53 (0,92)	2,75 (1,75 – 3,25)	
Σχολείο που εργάζεστε	Δημόσιο	2,67 (0,97)	2,5 (2 – 3,25)	0,050
	Ιδιωτικό	2,27 (0,76)	2 (1,75 – 2,75)	
Περιφερειακή Ενότητα Σχολείου	Α' ΑΘΗΝΑΣ	2,7 (1,19)	2,5 (2 – 3,25)	0,294+
	ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	2,51 (0,69)	2,5 (2 – 2,75)	
	Β' ΑΘΗΝΑΣ	2,96 (0,9)	3 (2,5 – 3,25)	
	Γ' ΑΘΗΝΑΣ	2,43 (0,81)	2,5 (1,75 – 3)	
	Δ' ΑΘΗΝΑΣ	2,48 (0,84)	2,5 (1,75 – 3)	
	ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	2,31 (0,56)	2,38 (2,13 – 2,5)	
	ΠΕΙΡΑΙΑ	2,77 (0,88)	2,75 (2 – 3,5)	
	Συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα ή σεμινάρια ψυχικής υγείας	Όχι	2,71 (0,93)	
Ναι	2,57 (0,97)	2,5 (1,75 – 3,25)		
	Όχι	2,67 (0,96)	2,5 (2 – 3,25)	0,054

Γνωρίζετε την προσέγγιση "Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα" ;	Ναι			
		2,21 (0,81)	2 (1,75 – 2,75)	

+Kruskal-Wallis test

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους» είχαν οι εκπαιδευτικοί στα δημόσια σχολεία. Επίσης, η βαθμολογία στη διάσταση «Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους» διέφερε σημαντικά ανάλογα με την ηλικία των εκπαιδευτικών. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι σημαντικά περισσότερη υποστήριξη από συναδέλφους είχαν οι εκπαιδευτικοί που ήταν έως 35 ετών σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς που ήταν 46-55 ετών ($p=0,003$).

Στο γράφημα (θηκόγραμμα) που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους» ανάλογα με την ηλικία τους.



Γράφημα 6. βαθμολογία των συμμετεχόντων στον παράγοντα «Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους» ανάλογα με την ηλικία τους

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) και τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 19. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων

		β+	SE++	P
Ηλικία	Έως 35 (αναφορά)			
	36-45	-0,06	0,04	0,108
	46-55	-0,09	0,03	0,006
	Από 56 και άνω	-0,05	0,04	0,173

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Μόνο η ηλικία βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους». Συγκεκριμένα, οι εκπαιδευτικοί που ήταν 46-55 ετών είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, που υποδηλώνει λιγότερη υποστήριξη από τους συναδέλφους σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς που ήταν έως 35 ετών.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερες στάσεις για τις υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών.

Πίνακας 20. Η βαθμολογία στη διάσταση «Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

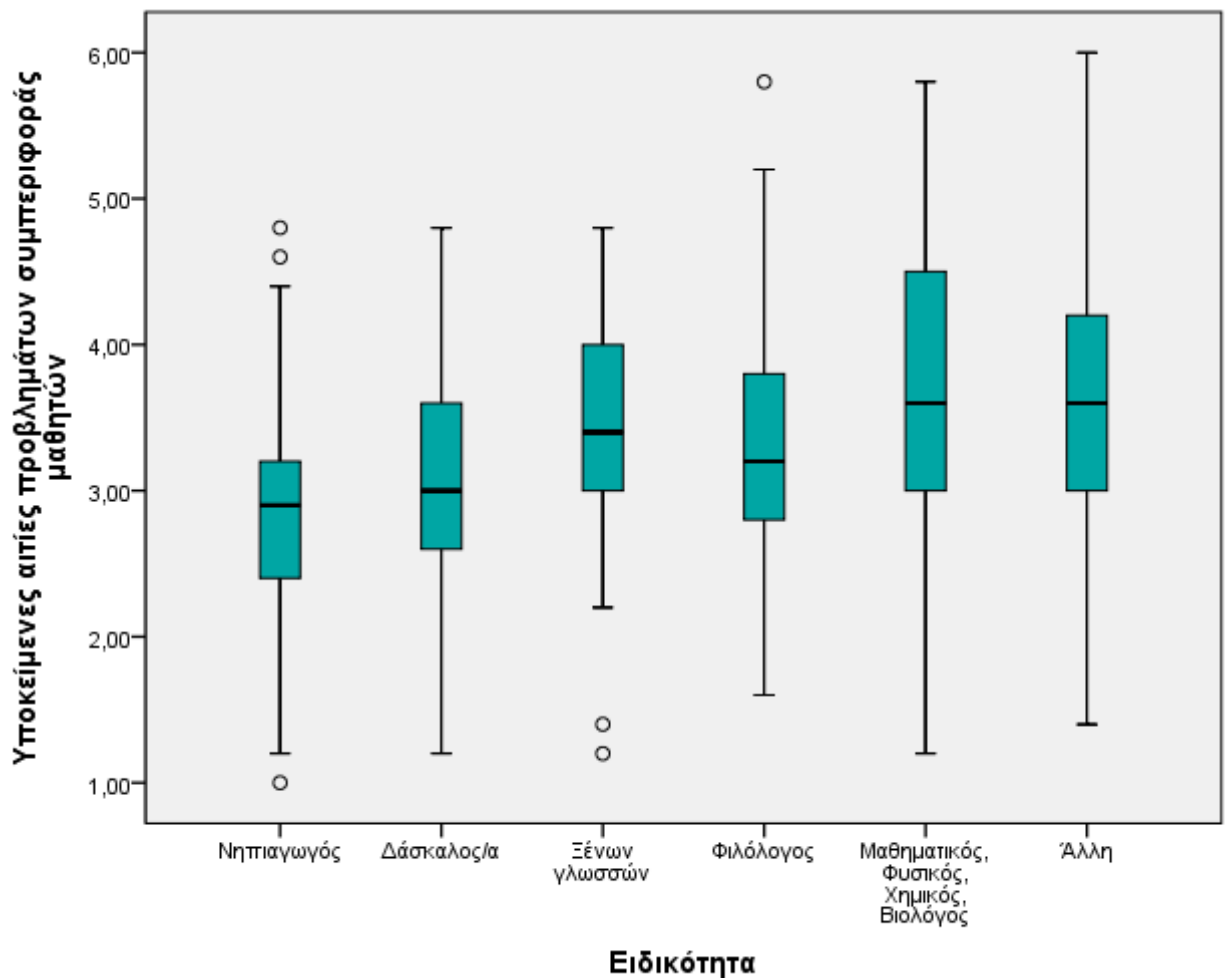
		Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Γυναίκα	3,18 (0,99)	3,2 (2,6 – 3,8)	0,056
	Ανδρας	3,48 (0,92)	3,6 (2,8 – 4,2)	
Ηλικία	Έως 35	3,35 (0,87)	3,4 (2,7 – 3,6)	0,959+
	36-45	3,24 (1,01)	3,1 (2,6 – 4)	
	46-55	3,17 (1,01)	3,2 (2,6 – 3,8)	
	Από 56 και άνω	3,26 (0,98)	3,2 (2,6 – 4)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	3,23 (1,02)	3,2 (2,6 – 3,8)	0,990
	Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό Δίπλωμα			
Βαθμίδα Εκπαίδευσης	Α' θμια	3 (0,91)	3 (2,4 – 3,6)	<0,001
	Β' θμια	3,54 (0,99)	3,4 (3 – 4,2)	
Ειδικότητα	Νηπιαγωγός	2,8 (0,95)	2,9 (2,4 – 3,2)	0,004+
	Δάσκαλος/α	3,07 (0,79)	3 (2,6 – 3,6)	
	Ξένων γλωσσών	3,29 (0,93)	3,4 (3 – 4)	
	Φιλολόγος	3,33 (0,98)	3,2 (2,8 – 3,8)	
	Μαθηματικός, Φυσικός, Χημικός, Βιολόγος	3,67 (1,08)	3,6 (3 – 4,6)	
	Άλλη	3,56 (1,01)	3,6 (3 – 4,2)	
Έτη διδασκαλίας	1-10	3,5 (0,95)	3,6 (2,8 – 4)	0,341+
	11-20	3,18 (0,98)	3,2 (2,6 – 3,6)	
	21-30	3,13 (0,98)	3 (2,6 – 3,8)	
	Από 30 και άνω	3,19 (0,98)	3 (2,6 – 4)	
Σχολείο που εργάζεστε	Δημόσιο	3,28 (0,94)	3,2 (2,6 – 3,8)	0,077
	Ιδιωτικό	2,84 (1,19)	2,6 (2 – 4,2)	
Περιφερειακή Ενότητα Σχολείου	Α' ΑΘΗΝΑΣ	3,19 (1,02)	3,2 (2,6 – 3,8)	0,906+

	ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	3,22 (1,01)	3,2 (2,4 – 3,7)	
	Β' ΑΘΗΝΑΣ	3,27 (0,92)	3,2 (2,6 – 3,8)	
	Γ' ΑΘΗΝΑΣ	3,15 (1,15)	3 (2,6 – 4)	
	Δ' ΑΘΗΝΑΣ	3,19 (1,01)	3,2 (2,8 – 3,8)	
	ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	3,23 (0,83)	3,1 (2,6 – 3,9)	
	ΠΕΙΡΑΙΑ	3,44 (0,79)	3,5 (3 – 4)	
Συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα ή σεμινάρια ψυχικής υγείας	Όχι	3,31 (0,92)	3,2 (2,6 – 3,8)	0,541
	Ναι	3,18 (1,02)	3,2 (2,6 – 4)	
Γνωρίζετε την προσέγγιση "Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα" ;	Όχι	3,27 (0,94)	3,2 (2,6 – 3,8)	0,270
	Ναι	2,85 (1,31)	3 (1,4 – 3,8)	

+Kruskal-Wallis test

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» είχαν οι εκπαιδευτικοί σε Β' βήθμια εκπαίδευση. Επίσης, η βαθμολογία στη διάσταση «Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» διέφερε σημαντικά ανάλογα με την ειδικότητα. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι σημαντικά περισσότερες στάσεις για υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών έβρισκαν οι μαθηματικοί, φυσικοί, χημικοί, βιολόγοι καθώς και οι συμμετέχοντες με «άλλη» ειδικότητα σε σύγκριση με τους νηπιαγωγούς ($p=0,002$ και $p=0,002$ αντίστοιχα)

Στο γράφημα (θηκόγραμμα) που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» ανάλογα με την ειδικότητά τους.



Γράφημα 7. η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» ανάλογα με την ειδικότητά τους

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) και τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 21. πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων

		β+	SE++	P
Ειδικότητα	Νηπιαγωγός (αναφορά)			
	Δάσκαλος/α	0,05	0,03	0,075
	Ξένων γλωσσών	0,08	0,04	0,046
	Φιλολόγος	0,09	0,04	0,023
	Μαθηματικός, Φυσικός, Χημικός,	0,13	0,04	0,001
	Βιολόγος			
	Άλλη	0,12	0,03	0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Μόνο η ειδικότητα βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών». Συγκεκριμένα:

- Οι καθηγητές ξένων γλωσσών είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, που υποδηλώνει ότι είχαν περισσότερες στάσεις για τις Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών σε σύγκριση με τους νηπιαγωγούς.
- Οι φιλόλογοι είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους νηπιαγωγούς.
- Οι μαθηματικοί, Φυσικοί, Χημικοί, Βιολόγοι είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους νηπιαγωγούς.
- Οι εκπαιδευτικοί με «άλλη» ειδικότητα είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους νηπιαγωγούς.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερες στάσεις για τη διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών.

Πίνακας 22. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση (παράγοντα) στάσεις «Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

		Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών		P Mann-Whitneytest
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Γυναίκα	2,02 (0,69)	1,88 (1,5 – 2,5)	0,010
	Άνδρας	2,39 (0,8)	2,38 (1,88 – 2,75)	
Ηλικία	Έως 35	2,23 (0,69)	2,13 (1,75 – 2,81)	0,031+
	36-45	2,26 (0,83)	2,31 (1,63 – 2,75)	
	46-55	1,92 (0,65)	1,88 (1,5 – 2,25)	
	Από 56 και άνω	2,16 (0,74)	2,06 (1,63 – 2,63)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	2,06 (0,7)	1,88 (1,5 – 2,63)	0,624
	Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό Δίπλωμα	2,11 (0,74)	2 (1,63 – 2,56)	
Βαθμίδα Εκπαίδευσης	Α' θμια	1,97 (0,62)	1,88 (1,5 – 2,38)	0,018
	Β' θμια	2,25 (0,81)	2,06 (1,63 – 2,75)	
Ειδικότητα	Νηπιαγωγός	1,92 (0,66)	1,81 (1,44 – 2,13)	0,007+
	Δάσκαλος/α	1,93 (0,62)	1,75 (1,5 – 2,25)	
	Ξένων γλωσσών	2,02 (0,63)	1,88 (1,5 – 2,5)	
	Φιλολόγος	1,96 (0,51)	1,88 (1,63 – 2,25)	
	Μαθηματικός, Φυσικός, Χημικός, Βιολόγος	2,57 (0,84)	2,75 (1,88 – 3,13)	
	Άλλη	2,29 (0,84)	2,13 (1,75 – 2,75)	

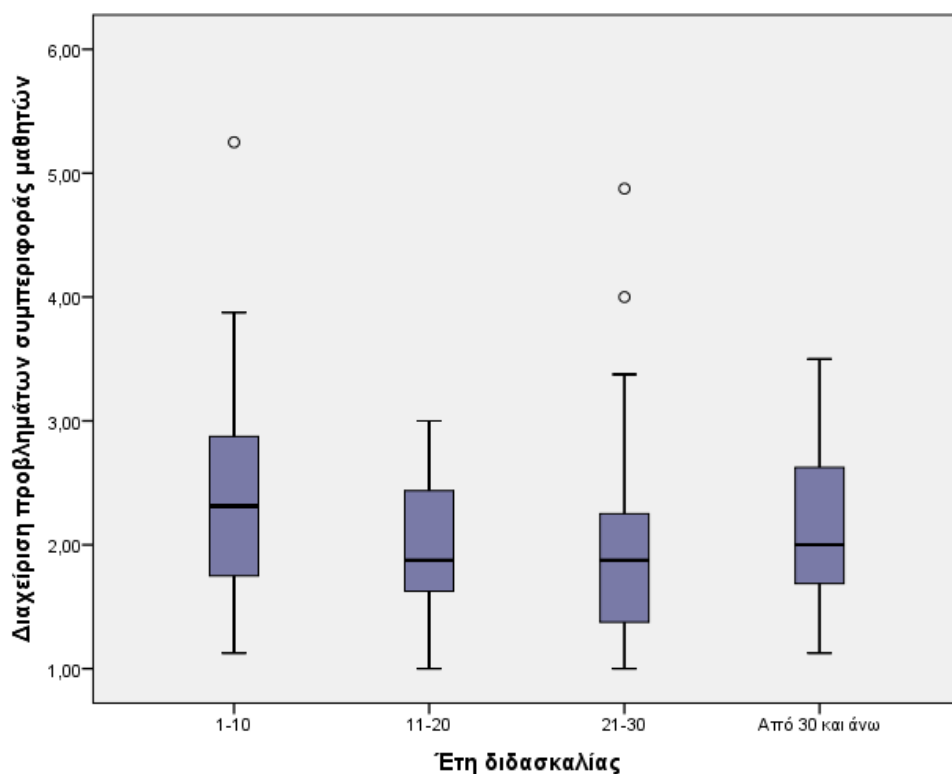
Έτη διδασκαλίας	1-10	2,39 (0,79)	2,31 (1,75 – 2,88)	0,015+
	11-20	1,94 (0,57)	1,88 (1,63 – 2,5)	
	21-30	2 (0,77)	1,88 (1,38 – 2,25)	
	Από 30 και άνω	2,11 (0,64)	2 (1,63 – 2,63)	
Σχολείο που εργάζεστε	Δημόσιο	2,12 (0,74)	2 (1,63 – 2,63)	0,136
	Ιδιωτικό	1,85 (0,51)	1,75 (1,5 – 2,13)	
Περιφερειακή Ενότητα Σχολείου	Α' ΑΘΗΝΑΣ	2,14 (0,81)	2 (1,5 – 2,75)	0,990+
	ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	2,02 (0,61)	2 (1,44 – 2,5)	
	Β' ΑΘΗΝΑΣ	2,15 (0,78)	1,88 (1,63 – 3)	
	Γ' ΑΘΗΝΑΣ	1,95 (0,52)	1,88 (1,63 – 2,13)	
	Δ' ΑΘΗΝΑΣ	2,08 (0,64)	2,13 (1,5 – 2,63)	
	ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	2,13 (0,84)	1,81 (1,75 – 2,69)	
	ΠΕΙΡΑΙΑ	2,12 (0,81)	1,88 (1,63 – 2,5)	
Συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα ή σεμινάρια ψυχικής υγείας	Όχι	2,19 (0,67)	2,13 (1,75 – 2,75)	0,032
	Ναι	2,02 (0,75)	1,88 (1,5 – 2,38)	
Γνωρίζετε την προσέγγιση "Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα" ;	Όχι	2,08 (0,7)	2 (1,63 – 2,63)	0,752
	Ναι	2,13 (0,96)	1,75 (1,5 – 2,38)	

+Kruskal-Wallis test

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» είχαν οι άντρες, οι εκπαιδευτικοί σε Β' βήθμια εκπαίδευση καθώς και εκείνοι που δεν είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικά προγράμματα ή σεμινάρια ψυχικής υγείας. Επίσης, η βαθμολογία στη διάσταση «Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» διέφερε σημαντικά ανάλογα με τα έτη διδασκαλίας και με την ειδικότητα. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι σημαντικά καλύτερες στάσεις για τη διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών είχαν οι εκπαιδευτικοί με 1-10 έτη διδασκαλίας σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς με 11-20 έτη διδασκαλίας ($p=0,004$) και με τους

εκπαιδευτικούς με 21-30 έτη διδασκαλίας ($p=0,005$). Επίσης, σημαντικά καλύτερες στάσεις για τη διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών είχαν οι μαθηματικοί, φυσικοί, χημικοί, βιολόγοι σε σύγκριση με τους δασκάλους ($p=0,001$). Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni δε βρέθηκε σημαντική διαφορά στη διάσταση ανάλογα με την ηλικία των συμμετεχόντων.

Στο γράφημα (θηκόγραμμα) που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στον παράγοντα «Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» ανάλογα με τα έτη διδασκαλίας.



Γράφημα 8. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» ανάλογα με τα έτη διδασκαλίας

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) και τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 23. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων

		β+	SE++	P
Ειδικότητα	Δάσκαλος/α (αναφορά)			
	Νηπιαγωγός	0,01	0,03	0,686
	Ξένων γλωσσών	0,05	0,04	0,203
	Φιλολόγος	0,04	0,04	0,246
	Μαθηματικός, Φυσικός, Χημικός, Βιολόγος	0,13	0,03	<0,001
	Άλλη	0,09	0,03	0,005
Έτη διδασκαλίας	1-10 (αναφορά)			
	11-20	-0,10	0,03	0,001
	21-30	-0,09	0,03	0,002
	Από 30 και άνω	-0,05	0,03	0,127


+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η ειδικότητα και τα έτη διδασκαλίας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών». Συγκεκριμένα:

- Οι μαθηματικοί, Φυσικοί, Χημικοί, Βιολόγοι είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, που υποδηλώνει ότι είχαν καλύτερες στάσεις για τη διαχείριση των προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών σε σύγκριση με τους δασκάλους.

- Οι συμμετέχοντες με «άλλη» ειδικότητα είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους δασκάλους.
- Οι συμμετέχοντες με 11-20 έτη διδασκαλίας είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με 1-10 έτη διδασκαλίας.
- Οι συμμετέχοντες με 21-30 έτη διδασκαλίας είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με 1-10 έτη διδασκαλίας.

Πίνακας 24. Συνοπτικά τα αποτελέσματα της Πολυπαραγοντικής ανάλυσης

ΔΙΑΣΤΑΣΗ	ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ	ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ	ΔΕ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΚΑΜΙΑ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ
Προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών			
Αυτεπάρκεια / αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία	Σχολείο (Δημόσιο ή Ιδιωτικό)	Αν γνωρίζουν την προσέγγιση «Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα»	
Εργασία σε σχέση με τους μαθητές	Βαθμίδα των εκπαιδευτικών (Α' ή Β' θμια εκπαίδευση)		
Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους	Ηλικία		
Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς	Ειδικότητα		
Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών	Έτη διδασκαλίας – επαγγελματική εμπειρία	Ειδικότητα εκπαιδευτικών	

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Θέμα της παρούσας έρευνας απετέλεσε η μετάφραση και η διαπολιτισμική προσαρμογή του ξένου ερωτηματολογίου Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC-35) με στόχο τη δημιουργία της ελληνικής εκδοχής του. Βασικός σκοπός η αξιολόγηση της δομής του και η εξέταση των συσχετίσεων των διαστάσεων του ερωτηματολογίου σε σχέση με δημογραφικά και άλλα εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Επίσης, η διερεύνηση ορισμένων της αξιοπιστίας (εσωτερική και επαναληπτικών μετρήσεων). Και μία πρώτη διερεύνηση της γνώσης της καινοτόμου έννοιας προσέγγισης «Ενημερωμένης-Ευαίσθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» και στάσεις των εκπαιδευτικών σχετικές με το θέμα.

4.1 Οι ερευνητικοί στόχοι επιβεβαιώθηκαν

Η παρούσα έρευνα πρώτη φορά δημιούργησε την ελληνική εκδοχή του ARTIC-35 και διερεύνησε τη δομή της σε σχέση με το ξένο ερωτηματολόγιο του Traumatic Stress Institute of Klingberg Family Centers New Britain, CT, US στο δείγμα της παρούσας έρευνας. Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση έδειξε αποδεκτή προσαρμογή, (CFI 0.92, TLI 0,89 και RMSEA 0.060) και η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση για την αρχική δομή του ARTIC-35, όπως πρότειναν οι δημιουργοί (με τους 5 παράγοντες) έδειξε μια μη αποδεκτή προσαρμογή για το ερωτηματολόγιο, (CFI 0.75, TLI 0.81, RMSEA 0.065).

Στόχος μία πρώτη διερεύνηση του αν γνώριζαν οι εκπαιδευτικοί την προσέγγιση «Ενημερωμένης-Ευαίσθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα», όπου αναδείχθηκε ότι το 91,1% (174 εκπαιδευτικοί) δεν τη γνώριζε. Αυτό το εύρημα θα μπορούσε να αξιοποιηθεί για επόμενη έρευνα που θα αφορά την εν λόγω προσέγγιση.

Σχετικά με τη δομή της ελληνικής εκδοχής, προέκυψαν από τη Διερευνητική παραγοντική ανάλυση οι **διαστάσεις** (παραγόντες) που είναι οι στάσεις των εκπαιδευτικών για :

- A) Προβλήματα συμπεριφοράς
- B) Εργασία σε σχέση με μαθητές
- Γ) Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία
- Δ) Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους
- Ε) Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών
- Στ) Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών

Επίσης, έγιναν οι συσχετίσεις των διαστάσεων (παραγόντων) του ερωτηματολογίου μεταξύ τους και αναδείχθηκαν οι παρακάτω :

Η **Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα** των εκπαιδευτικών σχετίζονταν σημαντικά με τις στάσεις τους για τις Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών, με τις στάσεις για την Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους και με τις στάσεις τους για τα Προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών.

Οι στάσεις τους για τις **Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς** μαθητών σχετίζονταν σημαντικά με τις στάσεις τους για την Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους και με τις στάσεις τους για τα Προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών.

Οι στάσεις των εκπαιδευτικών για τη **Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς** μαθητών σχετίζονταν σημαντικά με όλες τις διαστάσεις, την Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητά τους, τις Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών, την Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους, την Εργασία σε σχέση με μαθητές και τα Προβλήματα συμπεριφοράς. Οι άλλες διαστάσεις δεν έδειξαν να σχετίζονται μεταξύ τους.

Τέλος, έγιναν οι συσχετίσεις των διαστάσεων σε σχέση με τα δημογραφικά και άλλα εργασιακά στοιχεία των εκπαιδευτικών, που αναπτύσσονται παρακάτω ως τα κύρια αποτελέσματα της έρευνας :

A) Στάσεις για τα «Προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών»

Η διάσταση στάσεις για τα «Προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών» με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας δε σχετιζόταν με τα δημογραφικά και άλλα εργασιακά στοιχεία.

Οι στάσεις των εκπαιδευτικών είναι ζωτικής σημασίας για την κατανόηση των ζητημάτων συμπεριφοράς των μαθητών, καθώς καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο διδάσκουν τους μαθητές τους στην τάξη (Benish & Bramllet, 2011). Η στάση είναι «μια ψυχολογική τάση που εκφράζεται με την αξιολόγηση μιας συγκεκριμένης οντότητας με κάποιο βαθμό εύνοιας ή δυσμένειας» (Eagle&Chaiken, 1993, όπως αναφέρεται στο Malak, Sharma, & Deppeler 2017). Η στάση περιλαμβάνει τρία στοιχεία: γνωστικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό (Eagle&Chaiken, 1998όπως αναφέρεται στο Malak, Sharma, & Deppeler 2017). Ο Ajzen (1991) υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου επηρεάζεται κατά κύριο λόγο από έναν αριθμό παραγόντων από τους οποίους η στάση είναι η πιο σημαντική. Βρέθηκε ότι η στάση είναι ένας από τους σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της πρόθεσης συμπεριφοράς των εκπαιδευτικών σε διάφορες μελέτες (π.χ. Sato&Hodge, 2009· Stanovich&Jordan, 1998όπως αναφέρεται στο Malak, Sharma, & Deppeler 2017). Οι Ajzen et al. (2011) τονίζουν ότι οι στάσεις και οι γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συγκεκριμένους τύπους μαθητών επηρεάζουν την πρόθεσή τους να διδάξουν τέτοιους μαθητές στις τάξεις τους, όπως αναφέρεται στο Malak, 2017).

Συχνός παράγοντας εξουθένωσης (burnout) στους εκπαιδευτικούς στην εργασία πηγάζει από τις καθημερινές τους σχέσεις με τη συμπεριφορά των μαθητών

στην τάξη (Friedman, 2006 όπως αναφέρεται στο Tsouloupas, et al. 2010). Πιο συγκεκριμένα, το ζήτημα της πειθαρχίας των μαθητών έχει συνδεθεί με τη συναισθηματική εξουθένωση των εκπαιδευτικών (Chan, 2006; Evers et al., 2004; Sutton & Wheatley, 2003, όπως αναφέρεται στο Tsouloupas, et al. 2010). Τα προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών περιλαμβάνουν τη διάσπαση της προσοχής των μαθητών, την υπερκινητικότητα, την κοινωνική απόρριψη, την ανυπακοή και την εχθρική επιθετικότητα (Almog & Shechtman, 2007, όπως αναφέρεται στο Tsouloupas, et al. 2010), τα οποία επιδεινώνονται από συχνές, αρνητικές αλληλεπιδράσεις μεγάλης έντασης.

Ο Κόκκινος (2007 όπως αναφέρεται στο Tsouloupas, et al. 2010) βρήκε ότι ένας λόγος που η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με τα προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών είναι επειδή οι εκπαιδευτικοί εξαντλούνται συναισθηματικά από τον χρόνο και την προσπάθεια που καταβάλλουν για να τα διαχειριστούν. Επιπλέον, ο Κόκκινος πρότεινε ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τα προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών, επειδή οι εκπαιδευτικοί συχνά αναπτύσσουν αρνητικά συναισθήματα και αποθαρρύνονται για την ικανότητά διαχείρισής τους. Προτείνονται δύο διαδικασίες για την κατανόηση της σχέσης μεταξύ των αντιλήψεων των προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών και της συναισθηματικής εξουθένωσης των εκπαιδευτικών: (1) η αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών στη διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς (2) η συναισθηματική ρύθμιση των εκπαιδευτικών, όπως αναφέρεται στο Tsouloupas, et al. 2010).

B) Στάσεις για την « Εργασία σε σχέση με μαθητές»

Η διάσταση στάσεις για την εργασία σε σχέση με τους μαθητές βάσει τα αποτελέσματα της έρευνας σχετιζόταν με τη **βαθμίδα εκπαίδευσης**. Συγκεκριμένα, οι εκπαιδευτικοί της Β' βαθμίας εκπαίδευσης είχαν σημαντικά χαμηλότερη

βαθμολογία, στην εργασία τους σε σχέση με τους μαθητές, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της Α΄ βάθμιας εκπαίδευσης.

Από έρευνες σχετικές με το **άγχος των Εκπαιδευτικών** και της σημασίας σχέσης εκπαιδευτικού - μαθητή για τους νέους πόσο μάλλον για τους νέους με τραύμα, αναδείχθηκε ότι η ευεξία των εκπαιδευτικών παίζει καθοριστικό ρόλο στην επιτυχία των μαθητών στο σχολείο. Οι εκπαιδευτικοί που βιώνουν σημαντικό άγχος είναι πιο πιθανό να επικρίνουν τους μαθητές τους, να χάνουν τη ψυχραιμία τους και να χρησιμοποιούν τιμωρητικές - πειθαρχικές στρατηγικές σε σύγκριση με τους λιγότερο αγχωμένους συναδέλφους τους (Lens & Neves de Jesus, 1999). Αυτοί οι τύποι πειθαρχικών στρατηγικών όχι μόνο είναι πιο λίγο αποτελεσματικοί στη διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών, αλλά είναι πιθανόν να **ενεργοποιήσουν πολύπλοκα τραύματα στους νέους.**

Φαίνεται ότι στο πλαίσιο της σχέσης των εκπαιδευτικών με τους/τις μαθητές/τριες, οι εκπαιδευτικοί με άγχος που χρησιμοποιούν τιμωρητικά/σωφρονιστικά μέτρα ενδέχεται ακούσια να αυξήσουν τη συναισθηματική και συμπεριφορική αντιδραστικότητα των μαθητών τους. Επίσης, σε άλλη έρευνα οι εκπαιδευτικοί που βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους στην τάξη, μπορεί να συμπεριφέρονται στους μαθητές με θυμό και εχθρότητα, ενισχύοντας συνολικά μια αρνητική σχέση εκπαιδευτικού-μαθητή, η οποία αυξάνει περαιτέρω τα επίπεδα άγχους των εκπαιδευτικών (Yoon, 2002).

Γ) Στάσεις για την «Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία»

Το είδος σχολείου και το αν γνώριζαν την προσέγγιση "Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα" βρέθηκαν στην παρούσα έρευνα να σχετίζονται με τη διάσταση «Αυτεπάρκεια/ αυτοαποτελεσματικότητα των

εκπαιδευτικών». Συγκεκριμένα, οι εκπαιδευτικοί που εργάζονταν σε ιδιωτικό σχολείο είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση Αυτεπάρκεια/ αυτό-αποτελεσματικότητα στην εργασία σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς που εργάζονταν σε δημόσιο σχολείο. Ωστόσο, να σημειωθεί ότι το δείγμα των ιδιωτικών σχολείων ήταν σχετικά μικρό, (22 σχολεία, 11,5%), οπότε δε μπορούμε να συνάγουμε συμπεράσματα που μπορούν να γενικευτούν.

Οι συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι γνώριζαν την προσέγγιση "Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα" είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της αυτεπάρκειας/ αυτοαποτελεσματικότητας σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν τη γνώριζαν. Να σημειωθεί ότι το δείγμα που δήλωσε ότι γνώριζε την εν λόγω Προσέγγιση ήταν πολύ μικρό, (8,9%, 17 εκπαιδευτικοί). Επίσης, να αναφέρουμε με επιφύλαξη ότι στην ερώτηση αν «Γνωρίζετε την Προσέγγιση «Ενημερωμένης-Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα;», δεν μπορούμε να επιβεβαιώσουμε αν την γνώριζαν σε βάθος.

Οι στάσεις και η αυτο-αποτελεσματικότητα συνδέονται σε μεγάλο βαθμό, καθώς ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο πιστεύει ότι έχει την ικανότητα να διαχειρίζεται αποτελεσματικά το περιβάλλον του μέσα σε έναν οργανισμό (π.χ. εκπαιδευτικοί μέσα σε ένα σχολείο) και τη συμπεριφορική αυτονομία να το κάνει με τη δική του πρωτοβουλία, επηρεάζει τη στάση του απέναντι σε ένα δεδομένο πρόγραμμα ή πρακτική (π.χ. πρωτοβουλίες TIC), (Ajzen, 1991; 2005)

Σε άλλες έρευνες, αναφορικά με τις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την επαγγελματική τους αυτο-αποτελεσματικότητα έχει θεωρηθεί ότι παίζουν κεντρικό ρόλο στη γνωστική και συναισθηματική τους εμπειρία, καθώς προχωρούν μέσω της αλλαγής, δηλαδή να εφαρμόσουν την προσέγγιση της «Ενημερωμένης-Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» (TIC) στα σχολεία (Michie et al.,

2005). Επίσης έχουν εντοπίσει θετική επίδραση της υψηλής αυτο-αποτελεσματικότητας των εκπαιδευτικών στα αποτελέσματα των μαθητών (Tschannen-Moran & Johnson, 2011).

Επιπλέον, η **αυτο-αποτελεσματικότητα** των εκπαιδευτικών σχετίζεται θετικά με την εφαρμογή προγραμμάτων όπως της TIC και πολλοί εκπαιδευτικοί που αντιλήφθηκαν τη σχολική διοίκηση ως πιο υποστηρικτική, ανέφεραν υψηλότερη ποιότητα εφαρμογής της «Ενημερωμένης – Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα», (Ransford et al., 2009). Η **υψηλή ή χαμηλή αποτελεσματικότητα** των εκπαιδευτικών μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα εφαρμογής της αλλαγής για διαφορετικούς λόγους. Οι εκπαιδευτικοί με υψηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα ήταν πιο ανοιχτοί στην ιδέα της αλλαγής της πρακτικής τους. Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί που δίδαξαν λιγότερα από 5 χρόνια ή περισσότερα από 10 χρόνια είχαν υψηλότερη αυτο-αποτελεσματικότητα και ήταν πιο πιθανό να είναι ανοιχτοί στην αλλαγή από τους εκπαιδευτικούς που δίδαξαν 6-10 χρόνια (Brenner, 2013). Ο Brenner πρότεινε ότι αυτή η σχέση μπορεί να οφείλεται εν μέρει, στον χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν οι εκπαιδευτικοί στο επάγγελμά τους καθώς προχωρούν μέσα από **μεταβάσεις στην προσωπική τους ζωή** και έδωσε την πιθανή εξήγηση, ότι οι νεότεροι εκπαιδευτικοί ξεκινούν με υψηλότερη αίσθηση αποτελεσματικότητας και πιο θετικές γνώσεις, σχετικά με την ικανότητά τους να διαχειρίζονται μια τάξη. Ωστόσο, σημείωσε ότι το **έκτο και το δέκατο έτος** διδασκαλίας συνέπεσαν με αλλαγές στην προσωπική ζωή πολλών δασκάλων, όπως ο γάμος και η αντιμετώπιση προσωπικών αλλαγών που μπορεί να επηρεάσουν την αίσθηση της επαγγελματικής τους αποτελεσματικότητας, μέχρι να υπερβούν τη μετάβαση.

Οι εκπαιδευτικοί με **υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα** καταβάλλουν περισσότερη προσπάθεια στην τάξη τους (Brouwers & Tomic, 2000). Επιπρόσθετα, η

υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα συσχετίστηκε με καλύτερες στρατηγικές για τη διαχείριση του άγχους, κάτι που έχει ισχυρές επιπτώσεις στον τρόπο με τον οποίο οι εκπαιδευτικοί αντιδρούν στους μαθητές τους, που εκδηλώνουν προβλήματα συναισθηματικά ή συμπεριφορικά ως αποτέλεσμα πολύπλοκου τραύματος, (Chan, 2002).

Εναλλακτικά, οι **εκπαιδευτικοί με υψηλή αντιληπτή αυτο-αποτελεσματικότητα** μπορεί να είναι πιο πιθανό να αισθάνονται αποτελεσματικοί στην εφαρμογή των προσεγγίσεων πριν από την καινοτομία και επομένως μπορεί να ενδιαφέρονται περισσότερο για τη διαχείριση της μεταρρύθμισης και τις συνέπειες για τους μαθητές τους (Charalambous & Philiprou, 2010). Πολλοί παράγοντες τόσο μέσα στο σχολείο όσο και στην προσωπική ζωή ενός δασκάλου, μπορεί να επηρεάσουν την αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητάς του στην τάξη.

Φαίνεται επίσης ότι υπάρχει μια περίπλοκη και διαφοροποιημένη αλληλεπίδραση μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας και των αλλαγών στη σχολική πρακτική ή κουλτούρα. Εν ολίγοις, οι λιγότερο αποτελεσματικοί εκπαιδευτικοί μπορεί να έχουν περισσότερα κίνητρα να εφαρμόσουν μια μεταρρύθμιση, εάν οι προσωπικές και προσανατολισμένες στην εργασία ανησυχίες τους αντιμετωπιστούν έγκαιρα και εάν έχουν συνεχή υποστήριξη προκειμένου να προχωρήσουν σε υψηλότερα επίπεδα χρήσης. Οι πιο αποτελεσματικοί εκπαιδευτικοί μπορεί να χρειάζονται πολλαπλές εκθέσεις και ευκαιρίες για να πειραματιστούν με μια νέα προσέγγιση στη διδασκαλία, προκειμένου να αλλάξουν τις πεποιθήσεις και τη στάση τους απέναντι στον νέο προγραμματισμό και να τον δουν χρήσιμο για τους μαθητές τους.

Δ) Στάσεις για την «Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους»

Η διάσταση στάσεις για «Εργασία και υποστήριξη από συναδέλφους» βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά η **ηλικία**. Συγκεκριμένα, οι εκπαιδευτικοί που ήταν έως 35 ετών είχαν περισσότερη υποστήριξη σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που ήταν 46-55 ετών.

Στην ποιοτική μελέτη των Shernoff, et al. (2011), οι εκπαιδευτικοί σε ένα αστικό περιβάλλον εντόπισαν μια σημαντική πηγή άγχους ως μια επίμονη ανισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων της διδασκαλίας. Τα ευρήματα δείχνουν τη σημασία της σχολικής κουλτούρας στην πρόβλεψη της διατήρησης των εκπαιδευτικών και της μακροπρόθεσμης δέσμευσης στη διδασκαλία και υποδηλώνουν ότι η ενίσχυση των ατομικών δεξιοτήτων των εκπαιδευτικών είναι απαραίτητη, αλλά όχι επαρκής, εκτός εάν δοθεί έμφαση και στις συνθήκες εργασίας και τις οργανωτικές πηγές άγχους. Στην ίδια μελέτη οι εκπαιδευτικοί ανέφεραν ότι μια **ηγετική ομάδα** που θα υποστήριζε τη συναισθηματική και ψυχική υγεία των εκπαιδευτικών και ενίσχυε τις συλλογικές σχέσεις, τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο, θα μείωνε το επαγγελματικό άγχος. Επιπλέον ανέφεραν ότι ήθελαν **περισσότερη επαφή** με τους συναδέλφους τους τόσο επαγγελματικά όσο και προσωπικά και ότι οι ενισχυμένες σχέσεις με τους **διευθυντές** και διευθυντές άλλων σχολείων θα συνέβαλαν στη μείωση του άγχους.

Η καλλιέργεια θετικών σχέσεων μεταξύ των εκπαιδευτικών, του προσωπικού και των μαθητών είναι βαθιά ενσωματωμένη στο μοντέλο θεραπείας των προσεγγίσεων TIC στα σχολεία. Συνολικά, τα παραπάνω ευρήματα υποδηλώνουν ότι τόσο **ατομικοί** όσο και **οργανωτικοί παράγοντες σχετίζονται με το άγχος** και την ευεξία των εκπαιδευτικών, σημαντικά ζητήματα στο σχεδιασμό και την εφαρμογή προσεγγίσεων TIC για ολόκληρο το σχολείο.

E) Στάσεις για “Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών”

Η διάσταση στάσεις για τις «Υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την ειδικότητα των εκπαιδευτικών. Συγκεκριμένα, οι καθηγητές ξένων γλωσσών, οι φιλόλογοι, οι μαθηματικοί, φυσικοί, χημικοί, βιολόγοι, καθώς και εκπαιδευτικοί με «άλλη» ειδικότητα είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, που υποδηλώνει ότι χρησιμοποιούσαν πιο πολλές υποκείμενες αιτίες προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών σε σύγκριση με τους νηπιαγωγούς. Αυτό με επιφύλαξη μπορούμε να αναφέρουμε ότι είναι πιθανό να συμβαίνει λόγω της ηλικίας των μαθητών, αλλά ίσως και των διδακτικών ωρών που οι εκπαιδευτικοί είναι μέσα στη σχολική τάξη.

Αντίληψη εκπαιδευτικού για τη συμπεριφορά των μαθητών

Οι εκπαιδευτικοί τείνουν να βλέπουν την πηγή- αιτία της των προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών με διάφορους τρόπους. Αν και ορισμένα στοιχεία είναι διαθέσιμα, υπάρχει λιγότερη έρευνα για το πώς βλέπουν οι εκπαιδευτικοί τη συμπεριφορά των μαθητών με τραύμα και γενικά, οι αιτίες (δηλαδή, εσωτερικές έναντι εξωτερικών) των εκπαιδευτικών που αποδίδουν τα προβλήματα συμπεριφοράς. Ορισμένες έρευνες, που δεν επικεντρώνονται ειδικά στην εργασία με μαθητές που επηρεάζονται από τραυματικές εμπειρίες, καταδεικνύουν ότι οι εκπαιδευτικοί συχνά αποδίδουν τα προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών (π.χ. συμπεριφορά εκτός εργασίας, μη συμμόρφωση, σωματική επιθετικότητα) σε ανεπαρκείς κανόνες και όρια στο σχολείο, ελλιπή επικοινωνία μεταξύ του σχολείου και οικογένειας, και χρήση/κατάχρηση κοινωνικών δικτύων (Alter, Walker, & Landers, 2013).

Άλλοι εκπαιδευτικοί μπορεί να έχουν επίγνωση του αντίκτυπου που έχει το τραύμα στους μαθητές τους. Γενικά, οι εκπαιδευτικοί φαίνεται να βλέπουν τα

προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών μέσα από ένα συγκεκριμένο πρίσμα που προέρχεται από τη βασική εκπαίδευση στη διαχείριση της τάξης και τις προσωπικές τους εμπειρίες. Αυτό γίνεται διαφορετικό όταν οι εκπαιδευτικοί υιοθετούν τη νοοτροπία της «Ενημερωμένης-Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» και θεωρούν την προκλητική/ διαταρακτική συμπεριφορά πιθανόν ως εκδήλωση πιθανού τραύματος.

Ο Shook (2012) βρήκε ότι οι εκπαιδευτικοί με προϋπηρεσία είχαν γνώσεις και δεξιότητες για να αντιμετωπίσουν την προκλητική συμπεριφορά και άλλα προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών, αλλά δεν προσάρμοσαν την προσέγγισή τους όταν η αντίδρασή τους στα προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών ήταν αναποτελεσματική. Αυτή η έλλειψη προσαρμογής φαίνεται να σχετίζεται με την **έλλειψη ευελιξίας του εκπαιδευτικού** να χρησιμοποιήσει εναλλακτικές στρατηγικές για να χειριστεί την προκλητική συμπεριφορά. Δεν είναι σαφές εάν αυτή η ακαμψία οφείλεται στην απειρία των εκπαιδευτικών, στην έλλειψη δεξιοτήτων στην εφαρμογή πρακτικών ή σε άλλο λόγο. Ωστόσο, το πλαίσιο των ρυθμίσεων φαίνεται να παίζει ρόλο στους τύπους των επιλεγμένων στρατηγικών των εκπαιδευτικών.

Σε έρευνα διαπιστώθηκε ότι έλειπε η ικανότητα του εκπαιδευτικού να αναγνωρίσει τα συμπτώματα τραυματικών εμπειριών, όπως σχεδόν τα δύο τρίτα των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν είχαν πρόβλημα να γνωρίζουν πότε τα συμπτώματα ενός μαθητή έδειχναν ανάγκη για φροντίδα ψυχικής υγείας και περίπου οι μισοί δεν ήξεραν να απαντήσουν στις ερωτήσεις τους σχετικά με τα συμπτώματα τραυματικού στρες (Alisic et al., 2012). Στις συστάσεις τους για μελλοντική έρευνα, οι Alisic et al. (2012) πρότεινε ότι ήταν σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι σχετικές μεταβλητές που σχετίζονται με τις δυσκολίες των εκπαιδευτικών, όπως το προσωπικό τραυματικό ιστορικό και ο βαθμός υποστήριξης που λαμβάνουν από τους συναδέλφους. Αυτή η

μελέτη εγείρει το ενδιαφέρον ερώτημα: πώς εξισορροπούν οι εκπαιδευτικοί την ευθύνη τους να διδάξουν ακαδημαϊκές δεξιότητες με αυτή της παροχής υποστήριξης ψυχικής υγείας στην τάξη; Alisic et al. (2012)

Στ) Στάσεις για τη «Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών»

Για τη διάσταση στάσεις για τη «Διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών» βρέθηκαν να σχετίζονται η ειδικότητα και τα έτη διδασκαλίας. Ειδικότερα, οι μαθηματικοί, φυσικοί, χημικοί, βιολόγοι και οι εκπαιδευτικοί με άλλη ειδικότητα είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, που υποδηλώνει υψηλότερες στάσεις στη διαχείριση των προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών σε σύγκριση με τους δασκάλους. Επίσης, οι εκπαιδευτικοί με 11-20 έτη διδασκαλίας είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς με 1-10 έτη διδασκαλίας. Οι εκπαιδευτικοί με 21-30 έτη διδασκαλίας είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς με 1-10 έτη διδασκαλίας.

Η **διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών** στην τάξη μπορεί να είναι μια πρόκληση για τους εκπαιδευτικούς, ιδιαίτερα για τους αρχάριους δασκάλους (Shook, 2012). Οι μισοί από τους αρχάριους δασκάλους που εργάζονται σε αστικά σχολεία ανέφεραν ότι εγκατέλειψαν τη διδασκαλία μέσα στα πρώτα πέντε (5) χρόνια λόγω προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών (McKinney, Campbell-Whately, & Kea, 2005). Επίσης, σε άλλη έρευνα οι **εκπαιδευτικοί** μπορεί να μην έχουν τις δεξιότητες να εντάξουν μαθητές με προβλήματα συμπεριφοράς στην τάξη τους και να μην κατανοούν ότι η χρήση προληπτικών στρατηγικών μπορεί να βοηθήσει στην άμβλυνση αυτών των προβληματικών συμπεριφορών ενώ βασιζόμενοι σε αντιδραστικές ή τιμωρητικές στρατηγικές πιθανότατα αυξάνει την εμφάνισή τους (Barton-Arwood, Morrow, Lane, & Jolivette, 2005; Shook, 2012). Οι νέοι

εκπαιδευτικοί στο επάγγελμα τείνουν να βασίζονται σε αντιδραστικές στρατηγικές όταν αντιμετωπίζουν κακή συμπεριφορά των μαθητών (Shook, 2012).

Υπάρχει μεγάλος όγκος έρευνας σχετικά με πολλές αλλαγές στη διδασκαλία και το πρόγραμμα σπουδών για την αντιμετώπιση της δύσκολης συμπεριφοράς στην τάξη (Barton-Arwood et al., 2005; Shook, 2012), αλλά λιγότερη έρευνα διατίθεται σχετικά με τη χρήση από τους εκπαιδευτικούς στρατηγικών με τραύματα για την αντιμετώπιση της προβληματικής συμπεριφοράς. Μέσω μιας μετα-ανάλυσης, που δεν αφορά ειδικά τους μαθητές που επηρεάστηκαν από τραύμα, οι Marzano, Marzano και Pickering (2003) βρήκαν ότι οι θετικές σχέσεις μαθητή-δασκάλου μείωσαν τη δύσκολη συμπεριφορά των μαθητών κατά λίγο περισσότερο από 30%. Η οικοδόμηση σχέσεων είναι ένα βασικό συστατικό των προσεγγίσεων που ενημερώνονται για το τραύμα (SAMHSA, 2014a).

Επίσης έχει φανεί ότι το **άγχος** επηρεάζει την ικανότητα των εκπαιδευτικών να δίνουν οδηγίες και να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στα προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών, γεγονός που έχει επιπτώσεις στη μάθηση και την επίδοση των μαθητών. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι το άγχος των δασκάλων συσχετίστηκε αρνητικά με ένα πρόγραμμα σπουδών κοινωνικο-συναισθηματικής μάθησης (Ransford et al., 2009). Οι Pas, Bradshaw, Hershfeldt & Leaf (2010) βρήκαν ότι οι εκπαιδευτικοί που βιώνουν σημαντικό επαγγελματικό άγχος δυσκολεύτηκαν περισσότερο να εφαρμόσουν νέες εκπαιδευτικές πρακτικές ή πρακτικές διαχείρισης συμπεριφοράς και ήταν λιγότερο πιθανό να παραπέμψουν τους μαθητές για υπηρεσίες υποστήριξης στο σχολείο.

Υπάρχει **ανάγκη για περισσότερη κατάρτιση**, ώστε οι εκπαιδευτικοί να μπορούν να αποκτήσουν γνώσεις και δεξιότητες (π.χ. πώς να μιλήσουν για ένα τραυματικό γεγονός, πώς να δημιουργήσουν ένα ασφαλές περιβάλλον που να

επιτρέπει συναισθηματική έκφραση, πώς να διακρίνουν μεταξύ τυπικών και άτυπων αντιδράσεων που απαιτούν παραπομπή σε πιο στοχευμένες υπηρεσίες) για εργασία με μαθητές που έχουν επηρεαστεί από τραύμα (Alisic et al., 2012). Επειδή η συζήτηση με το μαθητή είναι μια προτιμώμενη στρατηγική διαχείρισης συμπεριφοράς μεταξύ των τυπικών δασκάλων (Shook, 2012), φαίνεται ότι οι καθηγητές προϋπηρεσίας τείνουν να χρησιμοποιούν τις σχέσεις ως μέσο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών. Φαίνεται ότι οι εκπαιδευτικοί θέλουν να συμμετάσχουν σε διάλογο με τους μαθητές, και ίσως η TIC μπορεί να τους προσφέρει γνώσεις, δεξιότητες και τρόπους για να συζητήσουν με το μαθητή ουσιαστικά και αποτελεσματικά.

Οι **εκπαιδευτικοί** έτειναν να μη χρησιμοποιούν εμπειρικά τεκμηριωμένες (evidence-based), όπως η εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς ή η υποστήριξη θετικής συμπεριφοράς, για να αντιμετωπίσουν την προκλητική συμπεριφορά. Αυτό το εύρημα υποδηλώνει ότι οι εκπαιδευτικοί μπορεί να στερούνται γνώσεων σχετικά με τη σημασία ή τη χρησιμότητα τέτοιων στρατηγικών. Η πιθανόν να έχουν τη γνώση, αλλά δεν έχουν την ικανότητα να εφαρμόζουν ή υπάρχουν πρόσθετα εμπόδια για την εφαρμογή τους, (Westling, 2010). Ίσως χρειάζεται να γίνεται επιμόρφωση στους εκπαιδευτικούς στην Ενημερωμένη-Εναισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα (TIC), καθώς και αυτού του είδους επιμορφώσεις συμβάλλουν στην αποτελεσματική πρακτική στη σχολική τάξη από τους εκπαιδευτικούς.

Ο βαθμός στον οποίο ένα σχολείο είναι ενημερωμένο για το τραύμα (trauma sensitive school) εξαρτάται από τη συμπεριφορά των δασκάλων του (Metz, Blasé, & Bowie, 2007) και οι στάσεις απέναντι στο TIC θεωρούνται σημαντικός οδηγός αυτής της συμπεριφοράς. Η ένταξη παιδιών με κοινωνικο-συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες στην κύρια τάξη έχει αναφερθεί ότι είναι προβληματική για

τους δασκάλους και συνοδεύεται από αρνητικές συμπεριφορές δασκάλων (Cook, Cameron & Tankersley, 2007). Συχνά, αυτοί οι τύποι παιδιών επηρεάζονται από πολύπλοκα τραύματα και αγωνίζονται να διαχειριστούν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και τα συναισθήματά τους. Η στάση των δασκάλων ως προς τη συμπεριληψη παιδιών με τέτοιου είδους δυσκολίες είναι επομένως ένας σημαντικός παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά την εφαρμογή ενός προγράμματος TIC σε όλο το σχολείο. Για τους σκοπούς αυτής της ανασκόπησης, οι στάσεις ορίζονται ως μια διαρκής διάθεση να ανταποκρίνεται με συγκεκριμένο τρόπο σε διάφορες πτυχές του κόσμου, συμπεριλαμβανομένων προσώπων, γεγονότων και αντικειμένων (Ajzen, 2005).

Αυτά τα **ευρήματα** υποδεικνύουν τη σημασία της απόκτησης υποστήριξης από εκπαιδευτικούς και συμμετοχής στον προγραμματισμό TIC στα σχολεία. Με βάση αυτή την έρευνα, οι παρεμβάσεις TIC που ορίζουν το άγχος των δασκάλων ως στόχο παρέμβασης ενθαρρύνουν τους δασκάλους να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι οποίες θα προωθήσουν άμεσα και έμμεσα την συμμετοχή των εκπαιδευτικών για το μοντέλο φροντίδας TIC.

4.2 Περιορισμοί έρευνας και Προτάσεις επόμενης έρευνας

Η παρούσα έρευνα βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς (self-report measures), με τους περιορισμούς που περιλαμβάνει αυτή η μέθοδος συλλογής δεδομένων. Η μεροληψία απόκρισης (Response bias) είναι ένα ευρέως φαινόμενο στις έρευνες τις συμπεριφορικές και της υγειονομικής περίθαλψης όπου χρησιμοποιούνται δεδομένα που προέρχονται από το ίδιο το άτομο που κάνει αξιολόγηση ενός φαινομένου, (Rosenman, Tennekoon, & Hill, 2011).

Επίσης, αυτή η έρευνα ήταν συγχρονική, οπότε δε μπορούν να εξαχθούν αιτιώδη συμπεράσματα. Επιπρόσθετα, η πιλοτική ομάδα ήταν μικρό δείγμα, οπότε για επόμενη έρευνα συνιστάται μεγαλύτερο δείγμα για τη διαδικασία test - retest. Στη στατιστική ανάλυση η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση, αν συμμετείχε άλλο ή μεγαλύτερο δείγμα, είναι πιθανό να διέφερε από την παρούσα έρευνα. Προτείνεται να διεξαχθεί η έρευνα σε μεγαλύτερο δείγμα και να μελετηθεί περαιτέρω η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση. Επίσης δε βρέθηκε η συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity) σε σχέση με ένα άλλο σταθμισμένο ερωτηματολόγιο.

Στόχος της παρούσας έρευνας και η εκτίμηση του αν γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί την προσέγγιση «Ενημερωμένης-Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα» όπου αναδείχθηκε ότι το 91,1% (174 εκπαιδευτικοί) δεν τη γνώριζαν κάτι που μελλοντικά θα είχε νόημα να γινόταν έρευνα σχετικά με την προθυμία των εκπαιδευτικών γνώσης πάνω στη νέα εν λόγω προσέγγιση, και ίσως μακροπρόθεσμα στην επιμόρφωσή τους πάνω σε αυτήν.

4.3 Επίλογος

Τα πάντα είναι σώμα, τα πάντα είναι φως.

...

*Άξιον εστί το αναίτιο δάκρυ ανατέλλοντας αργά στα ωραία μάτια των παιδιών που
κρατιούνται χέρι-χέρι.*

Οδυσσέας Ελύτης - Άξιον Εστί



*«Η ζωή δε γίνεται ποτέ αφόρητη από τις περιστάσεις, αλλά μόνο από την έλλειψη
νοήματος και σκοπού.»*

Viktor E. Frankl - Man's Search for Meaning



5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Εσώφυλλο :

Ελύτης, Ο. (1959). Άξιον Εστί.

Frankl, V. Quotes. Retrieved from

Viktor E. Frankl Quotes (Author of Man's Search for Meaning) (goodreads.com)

Irises - Vincent Van Gogh (1889), Πίνακας Ζωγραφικής

Water Lilies Claude Monet (1916), Πίνακας Ζωγραφικής

Aber, L., Brown, J., L., Jones, S., M., Berg, J., & Torrente, C., 2011. School-based strategies to prevent violence, trauma, and psychopathology: The challenges of going to scale. *Development and Psychopathology* 23, pp. 411–421, Cambridge University Press. doi:10.1017/S0954579411000149.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211. [http://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Ajzen, I. (2005). *Attitudes, Personality and Behavior* (2nd ed.). New York: Open University Press.

Alisic, E., Jongmans, M. J., Wesel, F., & Kleber, R. J. (2010). Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, pp. 736-747. doi:10.1016/j.cpr.2011.03.001

Alisic, E., Bus, M., Dulack, W., Pennings, L., & Splinter, J. (2012). Teachers' experiences supporting children after traumatic exposure. *Journal of Traumatic Stress, 25*(1), 98-101. DOI: 10.1002/jts.20709

Alter, P., Walker, J., & Landers, E. (2013). Teachers' perceptions of students' challenging behavior and the impact of teacher demographics. *Education & Treatment of Children, 36*(4), 51–69. <https://doi.org/10.1353/etc.2013.0040>

American Psychological Association, (2019). Speaking of Psychology: Transformation after trauma. Episode 96. Tedeschi, R. & Calhoun L., (APA, 2019). Retrieved from <https://www.apa.org/news/podcasts/speaking-of-psychology/transformation-trauma>

American Psychological Association, (2020). Retrieved from <https://dictionary.apa.org/mental-health>, <https://www.apa.org/topics/trauma>, <https://dictionary.apa.org/resilience>, <https://dictionary.apa.org/attitudes>

Armstrong, M. W. & Holaday, M. (1993). The effects of psychological trauma on children and adolescents. *Journal of Counseling and Development, 72*, 49–56. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1993.tb02276.x>

Australian Childhood Foundation (2010). Making SPACE for Learning, Trauma Informed Practice in Schools. Retrieved from: <https://www.theactgroup.com.au/documents/makingspaceforlearning-traumainschools.pdf>

Baker, C.N., Brown, S.M., Wilcox, P.D., Overstreet, S., &Arora, P. (2015). Development and psychometric evaluation of the attitudes related to trauma-informed care (ARTIC) Scale. *School Mental Health, 8*(1), 61-76.
<https://doi.org/10.1007/s12310-015-9161-0>

Barker, G. A., (2010) The effects of trauma on attachment. Unpublished conference paper. Retrieve from CCAA. net.au/documents 1/07/2016

Barton-Arwood, S., Morrow, L., Lane, K., & Jolivette, K. (2005). Project IMPROVE: Improving teachers' ability to address students' social needs. *Education and Treatment of Children, 28*(4), 430-443

Baxter, M. A., Hemming, E. J., McIntosh, H. C., & Hellman, C. M. (2017). Exploring the relationship between adverse childhood experiences and hope. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders, 26*(8), 948–956.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1365319>

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D.,Walker,E., Pogge D.,Ahluvalia,T., Stokes,J., Handelsman,L., Medrano,M.,Desmond,D., &Zule W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire.*Child Abuse & Neglect 27*(2), pp. 169-90. doi: 10.1016/s0145-2134(02)00541-0.

- Benish T. M. & Bramlett R.K. (2011) Using social stories to decrease aggression and increase positive peer interactions in normally developing pre-school children, *Educational Psychology in Practice*, 27:1, 1-17, DOI: 10.1080/02667363.2011.549350
- Blaustein, M. E. (2013). Childhood trauma and a framework for intervention. In E. Rossen & R. Hull (Eds.), *Supporting and educating traumatized students: A guide for school-based professionals* (pp. 3–21). Oxford University Press.
- Bloom, S. L., & Farragher, B. (2010). *Destroying sanctuary: The crisis in human service delivery systems*. New York: Oxford University Press.
- Brenner, K. 2013. The Relationship between Elementary General Education Teachers' Self-Efficacy and Attitude toward Change. ProQuest, UMI Dissertations Publishing
- Briere, J., & Jordan, C. (2009). Childhood maltreatment, intervening variables, and adult psychological difficulties in women. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(4), 375–388.
- Bronfenbrenner, U. (1993). Ecological models of human development. In M. Gauvain & M. Cole (Eds.), *Reading on the development of children*, 2nd edition (37-43). New York: Freeman. Retrieved from http://impactofspecialneeds.weebly.com/uploads/3/4/1/9/3419723/ecological_models_of_human_development.pdf

- Brouwers, A., & Tomic, W. (2000). A longitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy in classroom management. *Teaching and Teacher Education, 16*(2), 239–253. [https://doi.org/10.1016/S0742-051X\(99\)00057-8](https://doi.org/10.1016/S0742-051X(99)00057-8)
- Brown, S., (2021) *ARTIC Scale: Leading the Way in Trauma-Informed Care Assessment*. In Traumatic Stress Institute. Retrieved from <https://blog.traumaticstressinstitute.com/blog/artic-scale-leading-the-way-in-trauma-informed-care-assessment>
- Center for Disease Control and Prevention (2010). Adverse childhood experiences reported by adults—Five states, 2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 59*(49), 1609. Retrieved from <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm5949.pdf>
- Center for Disease Control and Prevention. *Coping with a Traumatic Event*. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/masstrauma/factsheets/public/coping.pdf>
- Center for Youth Wellness. *Data report-A Hidden Crisis, Findings on Adverse Childhood Experiences in California*. Retrieved from <https://centerforyouthwellness.org/wp-content/themes/cyw/build/img/building-a-movement/hidden-crisis.pdf>
- Chan, D. (2002). Stress, Self-Efficacy, Social Support and Psychological Distress among Prospective Teachers in Hong Kong. *Educational Psychology, 22*, 557-570. <http://dx.doi.org/10.1080/0144341022000023635>

Charalambous, C. Y. & Philippou, G. N. (2010). Teachers' concerns and efficacy beliefs about implementing a mathematics curriculum reform: integrating two lines of inquiry. *Educ Stud Math*, 75, pp. 1–21. DOI 10.1007/s10649-010-9238-5

Child and Adolescent Health Measurement Initiative (2013). *Overview of Adverse Child and Family Experiences among US Children*. Data Resource Center, supported by Cooperative Agreement 1-U59-MC06980-01 from the U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration (HRSA), Maternal and Child Health Bureau (MCHB). Available at www.childhealthdata.org. Revised 5/10/2013. Retrieved from https://www.childhealthdata.org/docs/drc/aces-data-brief_version-1-0.pdf

Child Welfare Information Gateway. (2019). Long-term consequences of child abuse and neglect. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau https://www.childwelfare.gov/pubpdfs/long_term_consequences.pdf

Classen, C. C. & Clark, C. S. (2017). Trauma-informed care. In S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Trauma practice* (pp. 515–541). <https://doi.org/10.1037/0000020-025>

- Cole, S. F., O'Brien, J. G., Gadd, M. G., Ristuccia, J., Wallace, D. L., & Gregory, M. (2005). *Helping traumatized children learn*. Boston: Massachusetts Advocates for Children. Retrieved from <https://traumasensitiveschools.org/wp-content/uploads/2013/06/Helping-Traumatized-Children-Learn.pdf>
- Cole, S. F., Eisner, A., Gregory, M., & Ristuccia, J. (2013). *Helping traumatized children learn: Safe, supportive learning environments that benefit all children*. Boston, MA: Massachusetts Advocates for Children Trauma and Learning Policy Initiative. <https://traumasensitiveschools.org/wp-content/uploads/2013/11/HTCL-Vol-2-Creating-and-Advocating-for-TSS.pdf>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J. D., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390–399. Retrieved from: <https://nursebuddha.files.wordpress.com/2011/12/complex-trauma-in-children.pdf>
- Cook, B. G., Cameron, D. L., & Tankersley, M. (2007). Inclusive teachers' attitudinal ratings of their students with disabilities. *Journal of Special Education*, 40(4), 230–238
- Copeland, W., E., Keeler, G., Angold, A., Costello, E., J., 2007. Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood. *Arch Gen Psychiatry*, 64. doi: 10.1001/archpsyc.64.5.577.
- Creeden, K. (2009). How trauma and attachment can impact neurodevelopment:

Informing our understanding and treatment of sexual behaviour problems,
Journal of Sexual Aggression, 15:3, 261-273, DOI:
10.1080/13552600903335844

Crosby, S. D. (2015). An ecological perspective on emerging trauma-informed teaching practices. *Children & Schools*, 37, 223–230.doi: 10.1093/cs/cdv027

Crosby, S. D., Somers, C. L., Day, A. G. &Baroni, B. A., (2016). Working with traumatized students: A preliminary study of measures to assess school staff
Journal of Therapeutic Schools and Programs
DOI:10.19157/JTSP.issue.08.01.08

Cypress, B. S. (2020). Collective trauma: An evolutionary concept analysis, *Nurs Forum*. 2021;56:396 403.Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/nuf.12550>

David, Megan. (2016). Urban Elementary Teachers' Perceptions of Challenging Behaviors and Childhood Trauma. (thesis) Retrieved from Sophia, the St. Catherine University repository website:
https://sophia.stkate.edu/msw_papers/572

De Kloet, E. R., Sibug, R. M., Helmerhorst, F. M., & Schmidt, M. (2005). Stress, genes and the mechanism of programming the brain for later life. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29 (2), 271–281.

Downeya, C., & Crummy, A. (2021). The impact of childhood trauma on children's

wellbeing and adult behavior. *European Journal of Trauma & Dissociation* 6.

<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100237>

Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma, *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28:3, 381-392, DOI: 10.1080/10911359.2018.1435328

Eyerman, R., 2013. Social theory and trauma, *Acta Sociologica* 56(1) 41–53.

DOI: 10.1177/0001699312461035

Ζαφειρόπουλος, Κ.(2002). Δειγματοληψία, κεφ. 6. Retrieved from: <https://static.eudoxus.gr/books/65/chapter-11765.pdf>

Fallot, R. D. & Harris, M., (2006). Trauma-Informed Services: A Self-Assessment and Planning Protocol Community Connections. Retrieved from: <https://www.theannainstitute.org/TISA+PPROTOCOL.pdf>

Fallot & Harris, 2001). The Road to Trauma-Informed Care (TIC) - image

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventative Medicine*, 14(4), 245-258. DOI: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8

Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.

Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., Hamby, S. & Kracke, K. (2009). Children's Exposure to Violence: A Comprehensive National Survey. U.S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Programs

Fragkiadaki, E., Ghafoori, B., Triliva, S. & Sfakianaki, R. (2020). A Pilot Study of a Trauma Training for Healthcare Workers Serving Refugees in Greece: Perceptions of Feasibility of Task-Shifting Trauma Informed Care, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 29(4), 442-460, DOI: 10.1080/10926771.2019.1662866

Friedman, M. J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 548-556. DOI: 10.1002/jts.21840

Galanis, P. (2013). Validity and reliability of questionnaires in epidemiological studies. *Archives of Hellenic Medicine*, 30(1): 97–110.

Georgetown University Psychiatry Department, 1996. *Trauma History Questionnaire (THQ)*. Retrieved from <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/thq.asp>

Heller, S. S., Boothe, A., Keyes, A., & Nagle, G., (2011). Implementation Of A Mental Health Consultation model And Its Impact On Early Childhood teachers'

Efficacy And Competence. Retrieved from:
<https://doi.org/10.1002/imhj.20289>

Hellman, C. M., & Gwinn, C. (2017). Children exposed to domestic violence: Examining the effects of Camp HOPE on children's hope, resilience, and strength of character. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 34, 269–276. In press.

Hirschberger, G. (2018). Collective Trauma and the Social Construction of Meaning. *Front. Psychol.* 9:1441. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01441

Horsman, (2000) in Sittler, H., C., (2008), Teaching with Awareness: The Hidden Effects of Trauma on Learning. *The Clearing House*, 82, (3), pp. 119-123. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3200/TCHS.82.3.119-124?needAccess=true>

Hu, L., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives, *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), pp. 1-55, DOI: 10.1080/10705519909540118

Hydon, S, Wong M., Langley, A. K., Stein B. D., & Kataoka, S. H. (2015). Preventing secondary traumatic stress in educators. *Child Adolescent Psychiatry Clin N Am.* 2015;24(2):319-333. DOI: 10.1016/j.chc.2014.11.003

Iseris, G. (2016). Στατιστικές μέθοδοι ελέγχου εγκυρότητας και αξιοπιστίας ερωτηματολογίων. Η περίπτωση του CiGreece. *International Journal of Language, Translation and Intercultural Communication*, 5, 175–189.

Jenkins, S. R., & Baird, S. (2005). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of traumatic stress*, Vol 15 (5).
<https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>

Ko, S. J., Kassam-Adams, N., Wilson, C., Ford, J. D., Berkowitz, S. J., & Wong, M. (2008). Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 396–404. DOI: 10.1037/0735-7028.39.4.396

Kolaitis, G. & Olf, M. (2017). Editorial Psychotraumatology In Greece: Abstracts of The First Greek Psychotraumatology Conference, Psychotraumatology in Greece. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 135175.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351757>

Kouskouna, V. (2019). Development of Trauma-Informed Practices in US Classrooms and Refugee Camps in Greece. Retrieved from
<https://fire-in.eu/challenges-resources/validated-solutions/development-of-trauma-informed-practices-in-us-classrooms-and-refugee-camps-in-greece>

Laplanche, J. and Pontalis, J. B. (1973). The Language of Psycho-Analysis. Retrieved

from: <http://www.cppef.ca/wp-content/uploads/2014/04/SEMINAR-IV-TRAUMA.pdf>

Lens, W., & Jesus, S.N. (1999). A psychosocial interpretation of teacher stress and burnout. In R.Vandenberghe & A.M. Huberman (Eds.), *Understanding and preventing teacher burnout*(pp. 192 – 201). Cambridge: Cambridge University Press.

Levine A. P. & Frederick A. (2000). *Το Ξόπνημα της Τίγρης Θεραπεύοντας τις Τραυματικές Εμπειρίες*, Ελληνικά Γράμματα.

Levine A. P. Quotes for trauma,

https://www.goodreads.com/author/quotes/142956.Peter_A_Levine

Malak, M. S., Sharma, U., & Deppeler, J. M. (2017). Development of a scale for measuring teachers' attitudes toward students' inappropriate behaviour. *International Journal of Whole Schooling*, 13(1), 1-20.

Mannarino, A. P., & Cohen, J. A. (1986). A clinical-demographic study of sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 10, 17-23.
[https://doi.org/10.1016/0145-2134\(86\)90027-X](https://doi.org/10.1016/0145-2134(86)90027-X)

ΜάρκοςΑ. (2012). Οδηγός Ανάλυσης Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας ψυχομετρικών κλιμάκων με το SPSS. Retrieved from: <http://www.amarkos.gr/courses/notes/mva.pdf>

Marzano, R. J., Marzano, J. S., & Pickering, D. J. (2003). *Classroom Management That Works*. Research-Based Strategies for Every Teacher. New York: Pearson Education.

Maynard, B. R., Farina, A., Dell, N. A., & Kelly, M. S. (2018). Effects of trauma-informed approaches in schools: A systematic review, *Campbell Systematic Reviews*, 15, (1-2). DOI: 10.1002/cl2.1018

McInerney, M., & McKlindon, A. (n.d.), (2014). *Unlocking the door to learning: Trauma-informed classrooms & transformational schools* [Editorial]. Education Law Center. Retrieved from <http://www.elc-pa.org/wpcontent/uploads/2015/06/Trauma-Informed-in-Schools-Classrooms-FINAL-December2014-2.pdf>

McKinney, S. E., Campbell-Whately, G. D., & Kea, C. D., (2005). Managing Student Behavior in Urban Classrooms The Role of Teacher ABC Assessments. *The Clearing House: A Journal of Educational Strategies, Issues and Ideas*, 79, pp. 16-20. <https://doi.org/10.3200/TCHS.79.1.16-20>

McLaren, L., & Hawe, P. (2005). Ecological perspectives in health research. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(1), 6-14. Retrieved from doi: 10.1136/jech.2003.018044

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., Glanz, K., (1988). *An Ecological Perspective on Health Promotion Programs*. Health Education & Behavior, 15, (4), pp. 351–377. DOI: doi.org/10.1177/109019818801500401

Merrill, R. M., Frankenfeld, C., Mink, M., Freeborne, N., & Λάγιου, Α., (2020). *Επιδημιολογία και Προαγωγή υγείας, Αρχές, Μέθοδοι και Εφαρμογές*. Εκδ. Πασχαλίδης & Broken Hill.

Metz, A. J., Blase, K., & Bowie, L. (2007). Implementing evidence-based practices: Six drivers of success. *Child Trends*, 29(8).

Michie, S., Johnston, M., Abraham, C., Lawton, R., Parker, D., & Walker, A. (2005). Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: A consensus approach. *Quality and Safety in Health Care*, 14(1), 26–33.

Munoz, R. T., Hanks, H., & Hellman, C. M. (2020). Hope and resilience as distinct contributors to psychological flourishing among childhood trauma survivors. *Traumatology*, 26(2), 177–184. <https://doi.org/10.1037/trm0000224>

Nader, K.O., Newman, E., Weathers, F.W., Kaloupek, D.G., Kriegler, J.A., & Blake, D.D. (2004). *National Center for PTSD Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA) Interview Booklet*. Los Angeles: Western Psychological Services. Retrieved from <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/child/caps-ca.asp>

National Association of School Psychology (2020). *Trauma, Brief Facts and Tips*.

Retrieved from www.nasponline.org/resources-and-publications/resources-and-podcasts/school-climate-safety-and-crisis/mental-health-resources/trauma

National Center for PTSD, (2021). Trauma Exposure Measures. Retrieved from

<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/index.asp>

National Child Traumatic Stress Network, (2008). Child Trauma Toolkit for Educators.

Retrieved from <https://www.nctn.org/resources/child-trauma-toolkit-educators>

National Child Traumatic Stress Network. About child trauma. Retrieved from

<https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/about-child-trauma>

National Institute of General Medical Sciences, (2020). *Physical Trauma*. Retrieved

from <https://www.nigms.nih.gov/education/fact-sheets/Pages/physical-trauma.aspx>

Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal*

of Clinical Psychiatry, 65, 18–28

Oehlberg, B. (2008). Why schools need to be trauma-informed. *Trauma and Loss:*

Research and Interventions, 8(2), 1–4. Retrieved from

[http://www.traumainformedcareproject.org/resources/WhySchoolsNeedToBeTraumaInformed\(2\).pdf](http://www.traumainformedcareproject.org/resources/WhySchoolsNeedToBeTraumaInformed(2).pdf)

Ουζούνη, Χ., & Νακάκης, Κ. (2011). Η Αξιοπιστία και η Εγκυρότητα των Εργαλείων Μέτρησης σε Ποσοτικές Μελέτες. *Νοσηλευτική*, 50 (2): 231–239.

Overstreet, S., & Mathews, T. (2011). Challenges associated with exposure to chronic trauma: Using a public health framework to foster resilient outcomes among youth. *Psychology in the Schools*, 48(7), 738–754. DOI:10.1002/pits.20584

Ozer, E. J., & Weinstein, R. S. (2004). Urban Adolescents' Exposure to Community Violence: The Role of Support, School Safety, and Social Constraints in a School-Based Sample of Boys and Girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(3), pp. 463-476. Retrieved from: https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3303_4

Pas, E. T., Bradshaw, C. P., Hershfeldt, P. a., & Leaf, P. J. (2010). A Multilevel exploration of the influence of teacher efficacy and burnout on response to student problem behavior and school-based service use. *School Psychology Quarterly*, 25(1), 13–27. <http://doi.org/10.1037/a0018576>

Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, pp. 3–16. doi:10.1023/A:1024800212070

- Perry, M. A., Doran, L. D., & Wells, E. A. (1983). Developmental and behavioral characteristics of the physically abused child. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, pp. 320-324. <https://doi.org/10.1080/15374418309533151>
- Pynoos, R. S., & Nader, K. (1988). Psychological First Aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. *Journal of Traumatic Stress*, 1, pp. 445-473. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00980366>
- Ransford, C. R., Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Small, M., & Jacobson, L. (2009). The role of teachers' psychological experiences and perceptions of curriculum supports. *School Psychology Review*, 38(4), 510-532
- Reker, K., (2016). *Trauma in the Classroom: Teachers' Perspectives on Supporting Students Experiencing Child Traumatic Stress*, Loyola University Chicago. Retrieved from https://ecommons.luc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3145&context=luc_diss
- Rosenman, R., Tennekoon, V. and Hill, L.G. (2011). 'Measuring bias in self-reported data', *Int. J. Behavioural and Healthcare Research*, 2, (4), pp. 320-332.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of*

Traumatic Stress, 10, pp. 539 –555. Retrieved from
<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1024837617768>

Rowell K. & Thomley, R. (2013). In American Psychological Association. *Recovering emotionally from disaster Understanding the emotions and normal responses that follow a disaster or other traumatic event can help you cope with your feelings, thoughts, and behaviors*. Retrieved from
<https://www.apa.org/topics/disasters-response/recovering>

Salazar, L. F., Crosby R. A., DiClemente R. J. (2015). Research methods in health promotion. In Jossey-Bass (2nd ed.), *Ethical issues in health promotion research* (pp. 51-60), *Fundamentals of health promotion research* (pp.81-87), *Principles of sampling* (pp. 162-170). San Francisco, CA 94104-4594. Retrieved from
Research Methods in Health Promotion (dinus.ac.id)

Σαχίνη- Καρδάση, Α. (2004). Μεθοδολογία Έρευνας. *Εφαρμογή στο χώρο της Υγείας*, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Shernoff, E. S., Mehta, T. G., Atkins, M. S., Torf, R., & Spencer, J. (2011). A qualitative study of the sources and impact of stress among urban teachers. *School Mental Health*, 3(2), 59– 69. <http://doi.org/10.1007/s12310-011-9051-z>

Shook, A. C. (2012). A study of preservice educators' dispositions to change behavior management strategies. *Preventing School Failure*, 56, 129–136.

Smelser N (2004). Psychological trauma and cultural trauma. In: Alexander J, et al. (eds) *Cultural Trauma and Collective Identity*. Berkeley, CA: University of California Press.

Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Kim, S., Briggs, E. C., Ippen, C. G., Ostrowski, S. A., Gully, K. J., & Pynoos, R. S. (2013). Psychometric properties of the UCLA PTSD Reaction Index: Part I. *Journal of Traumatic Stress, 26*: pp. 1-9.
DOI: 10.1002/jts.21780

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014a). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from
https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014b). *A Treatment Improvement Protocol, Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services, TIP 57*. U.S. Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health, Choke Cherry Road Rockville, MD 20857. Retrieved from
<https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4816.pdf>

Tamique, J. R., Laracy, S. D., DuPaul, G. J., Shapiro E. S., & Power, T. J. (2015). *Trauma-Informed Care in Schools: A Social Justice Imperative, 44*(2), NASP.
Retrieved from

<https://www.nasponline.org/publications/periodicals/communique/issues/volume-44-issue-2/trauma-informed-care-in-schools-a-social-justice-imperative>

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10–20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>

The National Center for PTSD, (2008). *An Interview for Children: Traumatic Events Screening Inventory (TESI-C)*. Dartmouth Child Trauma Research Group. Retrieved from <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/TESI-C.pdf>

Thomas, M. S., Crosby, S., & Vanderhaar, J. (2019). Trauma-informed practices in schools across two decades: An interdisciplinary review of research. *Review of Research in Education*, 43(1), pp. 422–452. <https://doi.org/10.3102/0091732X18821123>

Tong, L., Oates, K., & McDowell, M. (1987). Personality development following sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 11, pp. 371-383. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0145213487900111>

Τριχόπουλος, Δ., & Λάγιου, Π. Δ. (2011). Γενική & Κλινική Επιδημιολογία, Αρχές, μέθοδοι και εφαρμογές στην ιατρική έρευνα και τη δημόσια υγεία. Στο Παρισιάνου (2^η εκδ.). *Περιγραφικές επιδημιολογικές έρευνες και διαδικασίες πραγμάτωσης*, (σ.51-65).

Tschannen-Moran, M., & Johnson, D. (2011). Exploring literacy teachers' self-efficacy beliefs: Potential sources at play. *Teaching and Teacher Education*, 27(4), 751–761. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2010.12.005>

Tsouloupas, C. N., Carson, R. L., Matthews, R., Grawitch, M. J. & Barber, L. K., (2010) Exploring the association between teachers' perceived student misbehaviour and emotional exhaustion: the importance of teacher efficacy beliefs and emotion regulation, *Educational Psychology*, 30:2, 173-189, DOI: 10.1080/01443410903494460

Underwood, C. – Unesco Eolss. Belief and Attitude Change in the Context of Human Development, *Sustainable Human Development In The Twenty-First Century*, 2. Retrieved from: <https://www.eolss.net/sample-chapters/c11/E6-60-03-07.pdf>

Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4(1), 67. doi:10.1186/1748-5908-4-67

Westling, D. L. (2010). Teachers and challenging behavior: Knowledge, views, and practices. *Remedial and Special Education*, 31(1), 48–63. <https://doi.org/10.1177/0741932508327466>

Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Loren, A. & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of

the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in health*, 8(2). doi: 10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x.

Wolpow, R., Johnson, M. M., Hertel, R., & Kincaid, S. O. (2009). *The heart of learning and teaching: Compassion, resiliency, and academic success*. Olympia: Washington State Office, (σ.29). Retrieved from https://rems.ed.gov/docs/OSPI_TheHeartofLearningandTeaching.pdf

WHO, (1948). Preamble to the constitution of the world health organization as adopted by the international health conference. New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

WHO Guidelines on Translation, Process of translation and adaptation of instruments
Retrieved from
http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en

World Medical Association (2013). Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* 310, 20. Retrieved from <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>

World Medical Association (2018). *Mental health: strengthening our response*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Yoon, S. J. (2002). Teacher characteristics as predictors of teacher-student relationships: Stress, negative affect, and self-efficacy. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 30(5), 485–493.
<http://doi.org/10.2224/sbp.2002.30.5.485>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ :

Παράρτημα 1. Πρόσκληση συμμετοχής στην έρευνα

Παράρτημα 2. Έντυπο Παραπόνων και Καταγγελιών (ΠΑΔΑ)

Παράρτημα 3. Άδεια χρήσης του εργαλείου «Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC-35)»

Παράρτημα 4. Άδεια έρευνας από την ΕΔΗΕ ΠΑ.Δ.Α.

Παράρτημα 1. Πρόσκληση συμμετοχής στην έρευνα

Πρόσκληση συμμετοχής σε έρευνα με σκοπό τη : Διαπολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου ARTIC-35 για τη διερεύνηση των στάσεων σχετικά με την «Ενημερωμένη – Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα» σε Εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Η έρευνα που διεξάγεται είναι με Επιστημονικά Υπεύθυνη την Καθηγήτρια Επιδημιολογίας, Πρόληψης Νοσημάτων και Δημόσιας Υγείας, Πρόεδρο του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας και Δ/τρια Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας κα. Αρετή Λάγιου ΠΑΔΑ, στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας της τελειόφοιτης μεταπτυχιακής φοιτήτριας Αρετής-Δήμητρας Κουλουβάρη του ΠΜΣ "Προαγωγή και Αγωγή Υγείας" Ιατρικής, Ψυχολογίας ΕΚΠΑ και Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας ΠΑΔΑ.

Το ερωτηματολόγιο που καλείστε να συμπληρώσετε **ηλεκτρονικά** είναι εργαλείο συλλογής πληροφοριών για την παρούσα έρευνα και ισχύουν τα εξής:

- 1.** Είναι **ανώνυμο** διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο το απόρρητο των προσωπικών σας στοιχείων.
- 2.** Η συμμετοχή σας στην ηλεκτρονική συμπλήρωσή του είναι **εθελοντική** και αποτελεί συγκατάθεση συμμετοχής στην παρούσα έρευνα, μόνο εφόσον εσείς επιλέξετε ελεύθερα να συμμετέχετε. Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή εσείς επιθυμείτε την συγκατάθεση για την συμμετοχή σας στην έρευνα, χωρίς καμία επίπτωση.

3. Τα αποτελέσματα των δεδομένων που θα συλλεχθούν, θα χρησιμοποιηθούν για το σκοπό της έρευνας. Σε περίπτωση που δημοσιευτούν σε επιστημονικά περιοδικά ή παρουσιαστούν σε επιστημονικά συνέδρια, θα διασφαλιστεί το απόρρητο των δεδομένων εφαρμόζοντας τα προβλεπόμενα του **Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων 2016/679 GDPR** της ΕΕ. Οι υπεύθυνοι της έρευνας δεσμεύονται για την προστασία της ιδιωτικότητας των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα. Τα δεδομένα που συλλέγονται θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας και θα έχουν πρόσβαση αποκλειστικά και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Δε θα υπάρξει διαβίβαση των δεδομένων σε άλλους ερευνητές ή σε τρίτες χώρες. Τα δεδομένα θα διατηρηθούν 5 χρόνια μετά από τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων. Δε θα γίνεται ταυτοποίηση του ονόματος και δηλώνεται ρητά ότι δεν έχουμε πρόσβαση στις Διευθύνσεις Διαδικτυακού Πρωτοκόλλου (IP addresses). Σε κάθε περίπτωση θα ακολουθηθεί η πολιτική και οι οδηγίες του ΠΑΔΑ.

4. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα χρειαστείτε περίπου 10'.

5. Το βασικό όφελος συμμετοχής σας στην παρούσα έρευνα, είναι η γνωστοποίηση της νέας προσέγγισης της **«Ενημερωμένης - Ευαισθητοποιημένης φροντίδας για το τραύμα»** στην ελληνική πραγματικότητα. Η παρούσα έρευνα δε θα σας προσφέρει κάποιο άμεσο όφελος (προσωπικό, οικονομικό).

6. Από τη συμμετοχή σας στην έρευνα δε θα προκύψουν σωματικοί κίνδυνοι για εσάς, αφού η μελέτη δεν είναι παρεμβατική και δεν απαιτεί τη φυσική σας παρουσία.

Για οποιαδήποτε παράπονα ή καταγγελίες σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να απευθυνθείτε στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ethics@uniwa.gr).

Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διαχείριση των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να απευθυνθείτε και στον Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, κ. Αγιοπετρίτη Ιωάννη (agiop@uniwa.gr). Σε περίπτωση μη επίλυσης του προβλήματός σας μπορείτε να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, συμπληρώνοντας το σχετικό έντυπο που βρίσκεται στην ιστοσελίδα αυτής (complaints@dpa.gr).

Εάν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση ή σχόλιο, παρακαλείσθε να επικοινωνήσετε με την κα. Αρετή-Δήμητρα Κουλουβάρη, Ψυχολόγο και τελειόφοιτη μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΠΜΣ «Προαγωγή και Αγωγή Υγείας», στην ηλεκτρονική διεύθυνση ademeter.koulouvari@gmail.com.

Σημείωση: Η συμμετοχή σας είναι **εθελοντική και ανώνυμη**.

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή σας στην έρευνα είναι να εργάζεστε σε σχολείο Α'θμιας ή Β'θμιας γενικής εκπαίδευσης, (όχι ειδικής αγωγής) της περιφέρειας Αττικής.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο και τη συνεργασία σας.

Διάβασα τη φόρμα και κατάλαβα τις πληροφορίες για την έρευνα, κατανοώ ότι μπορώ να αποσυρθώ οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμήσω χωρίς καμία συνέπεια, και συναινώ να συμμετάσχω στην έρευνα :

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Παράρτημα 2. Έντυπο Παραπόνων και Καταγγελιών

ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ – ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΩΝ Για οποιαδήποτε παράπονα ή καταγγελίες σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να απευθυνθείτε στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ethics@uniwa.gr). Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διαχείριση των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να απευθυνθείτε και στον Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, κ. Αγιοπερίτη Ιωάννη (agiop@uniwa.gr). Σε περίπτωση μη επίλυσης του προβλήματός σας μπορείτε να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, συμπληρώνοντας το σχετικό έντυπο που βρίσκεται στην ιστοσελίδα αυτής (complaints@dpa.gr). ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ/ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑΣ

Παράρτημα 3. Άδεια χρήσης του εργαλείου «Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC-35)»

Receipt

PAYEE

TSI of Klingberg Family Centers

370 Linwood Street

New Britain, CT 06052

LICENSED TO

ARETI-DIMITRA KOULOUVARI

Medical School of Athens

75 Mikras Asias Street

Goudi

Athens, Attica 11527 Greece

You are licensed to use the ARTIC for multiple administrations with the 190 respondents outlined in your request for a waived fee. You can expect another e-mail with links to the ARTIC Scale in all its standard versions, along with scoring spreadsheet and instructions. Please download immediately, as the link expires.

DESCRIPTION	AMOUNT
-------------	--------

ARTIC Scale Materials	\$0.00
------------------------------	---------------

Included with purchase:

-Education and Human Services options for each version

ARTIC scale versions:

-10-question

-35-question

-45 question

-Qualtrics-compatible files

-limited translations available upon request

Scoring Instructions and Syntax

Scoring Spreadsheet

Document: How to Use the ARTIC

Purchase is for use of ARTIC with up to 190 respondents

LICENSE FEE IS WAIVED

If you have any questions concerning your purchase or would like to increase your

licensed scope of use,

please contact Chris Greene at (860)832-5562 or tsisupport@klingberg.com

Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC-35)

Baker, C.N., Brown, S.M., Wilcox, P.D., Overstreet, S., Arora, P., (2015).

Development and psychometric evaluation of the attitudes related to trauma-informed care (ARTIC) Scale. *School Mental Health*, 8(1), 61-76. DOI 10.1007/s12310-015-9161-0

Δείγμα του Artic-35

ARTIC | Attitudes Related to Trauma-Informed Care Scale
VERSION: ARTIC-35 EDUCATION

 **TRAUMATIC STRESS INSTITUTE**

People who work in education, health care, human services, and related fields have a wide variety of beliefs about their students, their jobs, and themselves. The term "student" is interchangeable with "client," "person," "resident," "patient," or other terms to describe the person being served in a particular setting.

Trauma-informed care is an approach to engaging people with trauma histories in education, human services, and related fields that recognizes and acknowledges the impact of trauma on their lives.

INSTRUCTIONS

For each item, select the circle along the dimension between the two options that best represents your personal belief during the past two months at your job.

Sample

	1	2	3	4	5	6	7										
								Ice cream is delicious	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ice cream is disgusting.	
Note: In this SAMPLE ITEM, the respondent is reporting that he/she believes that ice cream is much more delicious than disgusting.																	
I believe that...																	
	1	2	3	4	5	6	7										
1								Students' learning and behavior problems are rooted in their behavioral or mental health condition.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Students' learning and behavior problems are rooted in their history of difficult life events.
2								Focusing on developing healthy, healing relationships is the best approach when working with people with trauma histories.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rules and consequences are the best approach when working with people with trauma histories.
3								Being very upset is normal for many of the students I serve.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	It reflects badly on me if my students are very upset.

4	I don't have what it takes to help my students.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	I have what it takes to help my students.
5	It's best not to tell others if I have strong feelings about the work because they will think I am not cut out for this job.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	It's best if I talk with others about my strong feelings about the work so I don't have to hold it alone.
6	The students were raised this way, so there's not much I can do about it now.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	The students were raised this way, so they don't yet know how to do what I'm asking them to do.
7	Students need to experience real life consequences in order to function in the real world.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Students need to experience healing relationships in order to function in the real world.
8	If students say or do disrespectful things to me, it makes me look like a fool in front of others.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	If students say or do disrespectful things to me, it doesn't reflect badly on me.
9	I have the skills to help my students.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	I do not have the skills to help my students.
10	The best way to deal with feeling burnt out at work is to seek support.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	The best way to deal with feeling burnt out at work is not to dwell on it and it will pass.
11	Many students just don't want to change or learn.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	All students want to change or learn.

CONTINUED →



Developed and copyrighted by the Traumatic Stress Institute of Klingberg Family Centers in partnership with Dr. Courtney N. Baker, Tulane University. 370 Linwood Street, New Britain, Connecticut 06052 | (860) 832-5562 | artic@klingberg.org | www.traumaticstressinstitute.org

Παράρτημα 4. Άδεια έρευνας από την ΕΔΗΕ ΠΑ.Δ.Α.



ΠΑ.Δ.Α. - ΑΡ.ΠΡΩΤ: 73430 - 20/09/2021 Αιγάλεω

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΛΑΣΟΥΣ ΑΙΓΑΛΕΩ

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

Τηλέφωνο: 2105387294

e-mail: ethics@uniba.gr

Πληροφορίες: Ευαγγελία Καπουτσά

Αιγάλεω: 17/09/2021

ΘΕΜΑ: Απάντηση σε αίτησή σας

ΠΡΟΣ: κ. Λάγρου Αρετή

ΚΟΙΝ: κ. Κουλουβάρη Αρετή -
Δήμητρα

Έγκριση της πρότασης

Σας γνωρίζουμε ότι η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α.), στην 27η/13-9-2021 συνεδρίασή της, μέσω τηλεδιάσκεψης, εξέτασε το περιεχόμενο του ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο «Διαπολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου ARTIC-35 για τη διερεύνηση των στάσεων σχετικά με την Ενημερωμένη - Ευαισθητοποιημένη φροντίδα για το τραύμα σε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης», με αριθμό πρωτοκόλλου 65619/01-09-2021 και Επιστημονικά Υπεύθυνη την κ. Λάγρου Αρετή.

Λαμβάνοντας υπόψη:

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

Η Επιτροπή έκρινε ότι δεν αντιβαίνει στην κείμενη νομοθεσία και συνάδει με γενικά παραδεδομένους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας και ερευνητικής ακεραιότητας ως προς το περιεχόμενο και τον τρόπο διεξαγωγής του ερευνητικού έργου. Επισημαίνεται ότι σε περίπτωση που προκύψει οποιαδήποτε τροποποίηση στο πρωτόκολλο της μελέτης θα πρέπει να επανυποβληθεί στην ΕΗΔΕ για επικαιροποίηση της έγκρισης.

Η Πρόεδρος της Ε.Η.Δ.Ε.

Anna Deltsidou
Digitally signed by Anna
Deltsidou
Date: 2021.09.17 11:46:21
+03'00'

Δρ Άννα Δελτσιδού

Καθηγήτρια