

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Θέμα: «Γνώσεις και στάσεις των εκπαιδευτικών για μαθητές με Διαταραχή
Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/Υ)».**

ΚΟΥΤΣΙΟΥΜΠΑ ΟΛΥΜΠΙΑ

ΡΟΔΟΣ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2021

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΟΥΤΣΙΟΥΜΠΙΑ ΟΛΥΜΠΙΑ

A.M.: 4152019015

**«Γνώσεις και στάσεις των εκπαιδευτικών για μαθητές με Διαταραχή
Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ)».**

**«Teachers' knowledge and attitudes towards students with Attention
Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)».**

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή

| | | | |
|--|--------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| Λυπουρλή Ελένη | Επιβλέπουσα | Μόνιμη Λέκτορας | Πανεπιστήμιο Αιγαίου |
| Κιτσαρά (Τσαμπαρλή) Αναστασία | Μέλος | Αφουηρετήσασα καθηγήτρια | Πανεπιστήμιο Αιγαίου |
| Τσιμπιδάκη Ασημίνα | Μέλος | Μόνιμη Επίκουρη Καθηγήτρια | Πανεπιστήμιο Αιγαίου |

ΡΟΔΟΣ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2021



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΙΓΑΙΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Γνώσεις και στάσεις των εκπαιδευτικών για μαθητές με διαταραχή ελλειμματικής
προσοχής / υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ)

ο

**Teachers' knowledge and attitudes towards students with attention deficit
hyperactivity disorder (ADHD)**

ΚΟΥΤΣΙΟΥΜΠΙΑ ΟΛΥΜΠΙΑ

Επιβλέπουσα: Λυπουρλή Ελένη, Μόνιμη Λέκτορας ΠΤΔΕ Παν. Αιγαίου

Εγκρίθηκε από την τριμελή εξεταστική επιτροπή στις 22 Ιουνίου 2021

Λυπουρλή Ελένη, Μόνιμη Λέκτορας ΠΤΔΕ Παν. Αιγαίου

Τσιμπιδάκη Ασημίνα, Μόνιμη Επίκουρη Καθηγήτρια ΠΤΔΕ Παν. Αιγαίου

Τσαμπαρλή Αναστασία, Αφυπηρετήσασα Καθηγήτρια ΠΤΔΕ Παν.
Αιγαίου

Ρόδος, 2021

Δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι συγγραφέας αυτής της πρωτότυπης μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, ότι έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες και ότι αυτή η εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για το συγκεκριμένο Π.Μ.Σ.

Ολυμπία Κουτσιούμπα

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν είτε πρακτικά, είτε συναισθηματικά στην εκπόνηση και ολοκλήρωσή της.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την επιβλέπουσα της εργασίας κ. Ελένη Λυπουρλή, της οποίας η βοήθεια στάθηκε καταλυτική τόσο στην επιλογή του θέματος και τη βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνών, όσο και στην κατασκευή του ερωτηματολογίου και το σχεδιασμό του ερευνητικού μέρους, και γενικότερα στη συγγραφή της εργασίας, όπου οι γνώσεις της και η εμπειρία της ήταν εξαιρετικά σημαντικές. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής, την κα. Αναστασία Κιτσαρά (Τσαμπαρλή) και την κα. Ασημίνα Τσιμπιδάκη, οι οποίες αφιέρωσαν πολύτιμο χρόνο από το ήδη επιβαρυσμένο πρόγραμμα τους.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωση του ερευνητικού μέρους της εργασίας, όπως οι διευθυντές των σχολείων της Ρόδου που προώθησαν το ερωτηματολόγιο και οι συνάδελφοι/εκπαιδευτικοί που το συμπλήρωσαν. Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Λουκά Μουστάκα, ο οποίος βοήθησε στην ολοκλήρωση του ερευνητικού μέρους της εργασίας με τις συμβουλές και τις γνώσεις που μας παρείχε κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού σχετικά με τη μεθοδολογία της έρευνας και τη στατιστική ανάλυση.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Τσιμπιδάκη που με παρότρυνε να συμμετέχω στο συγκεκριμένο μεταπτυχιακό, την πεθερά μου Ευαγγελία Κόβα για την οικονομική της στήριξη και τις συμφοιτήτριες και φίλες ξεχωριστές, Κατερίνα και Φαίδρα, που ήταν δίπλα μου συνέχεια και βοήθησαν, η καθεμιά με τον δικό της τρόπο, ώστε να τα καταφέρω και να τελειώσω όλο αυτό το ταξίδι με όμορφες αναμνήσεις. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κόρη μου Χρυσούλα-Ευαγγελία Κόβα (Εβελίνα), η οποία συνεχίζει να πιστεύει σε εμένα και να αποτελεί κίνητρο για να έχω την δύναμη να συνεχίζω και να εξελίσσομαι.

Την παρούσα εργασία την αφιερώνω στην μητέρα μου Χρυσούλα, που συνεχίζει να με στηρίζει από ψηλά, και στον πατέρα μου Ελευθέριο τον οποίο και θέλω να συνεχίσω να κάνω υπερήφανο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | σελ. |
|--------------------------|------|
| Κατάλογος Πινάκων | 8 |
| Περίληψη | 10 |
| Abstract | 11 |
| Πρόλογος | 12 |
| Εισαγωγή | 13 |

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο:

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ)

| | |
|---|----|
| 1.1. Ορισμός, τύποι και χαρακτηριστικά της ΔΕΠ/Υ | 16 |
| 1.2. Αίτια της ΔΕΠ/Υ | 23 |
| 1.3. Διάγνωση – διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ/Υ | 25 |
| 1.4. Αντιμετώπιση - Θεραπεία της ΔΕΠ/Υ | 32 |

Κεφάλαιο 2^ο:

ΔΕΠ/Υ, συννοσηρότητα και σχολείο

| | |
|---|----|
| 2.1. Τα προβλήματα που συνοδεύουν τη ΔΕΠ/Υ | 40 |
| 2.2. Συννοσηρότητα και ΔΕΠ/Υ | 44 |
| 2.2.1. ΔΕΠ/Υ και Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή ή Διαταραχή της Διαγωγής | 45 |
| 2.2.2. ΔΕΠ/Υ και Αγχώδεις Διαταραχές και Διαταραχές της Διάθεσης | 46 |
| 2.2.3. ΔΕΠ/Υ και Διαταραχές Μυοσπασμάτων- σύνδρομο Tourette | 47 |
| 2.3. ΔΕΠ/Υ και σχολείο: προβλήματα και αντιμετώπιση | 47 |
| 2.4. ΔΕΠ/Υ και ενήλικη ζωή | 50 |

| | |
|---|-----------|
| Κεφάλαιο 3^ο: | |
| Βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών | 51 |

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4^ο: **Μεθοδολογία της Έρευνας**

| | | |
|-------------|--|----|
| 4.1. | Αντικείμενο της έρευνας | 64 |
| 4.2. | Σκοπός και στόχοι της έρευνας | 65 |
| 4.3. | Διερευνητικά ερωτήματα | 65 |
| 4.4. | Μέσα συλλογής δεδομένων-Είδη ερωτήσεων-Προσδιορισμός κλίμακας μέτρησης | 65 |
| 4.5. | Ερευνητική διαδικασία | 68 |
| 4.6. | Δειγματοληψία | 69 |
| 4.7. | Περιορισμοί-Αδυναμίες της έρευνας | 72 |
| 4.8. | Εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας | 72 |

Κεφάλαιο 5^ο: **Ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας**

| | | |
|---------------|---|-----|
| 5.1. | Περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων | 74 |
| 5.1.1. | Γνώσεις εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ (SASK) | 74 |
| 5.1.2. | Συμπεριφορές εκπαιδευτικών ειδικές για τη ΔΕΠ/Υ (SASA) | 80 |
| 5.1.3. | Απόψεις εκπαιδευτικών επικοινωνιακής προσαρμογής κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας με έναν μαθητή με ΔΕΠ/Υ | 95 |
| 5.1.4. | Απόψεις εκπαιδευτικών σχετικά με τα χαρακτηριστικά των μαθητών με ΔΕΠ/Υ και τα συναισθήματα που βιώνουν απέναντι τους | 100 |
| 5.2. | Επαγωγική ανάλυση των αποτελεσμάτων | 106 |
| 5.2.1. | Διαφοροποίηση των απόψεων των εκπαιδευτικών σε σχέση με το φύλο | 106 |

| | | |
|-------------|---|-----|
| 5.3. | Συσχετιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων | 113 |
| | Κεφάλαιο 6°: | |
| | Συζήτηση/Ερμηνεία των αποτελεσμάτων | 116 |
| | Γενικά συμπεράσματα – Προτάσεις | 127 |
| | Βιβλιογραφία | 131 |
| | Παράρτημα | 145 |

Κατάλογος Πινάκων

| | Σελ. |
|---------------------|---|
| Πίνακας 1: | Κατανομή του δείγματος σε σχέση με το φύλο 70 |
| Πίνακας 2: | Κατανομή του δείγματος σε σχέση με την ηλικία 70 |
| Πίνακας 3: | Κατανομή του δείγματος σε σχέση με τα χρόνια υπηρεσίας 71 |
| Πίνακας 4: | Κατανομή του δείγματος σε σχέση με την ειδικότητα 71 |
| Πίνακας 5: | Κατανομή του δείγματος σε σχέση με την μετεκπαίδευση/ειδίκευση 72 |
| Πίνακας 6: | Έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας 73 |
| Πίνακας 7: | Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με τις γνώσεις τους για τη ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής. 78 |
| Πίνακας 8α: | Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής. 82 |
| Πίνακας 8β: | Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής. 84 |
| Πίνακας 8γ: | Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής. 86 |
| Πίνακας 8δ: | Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής. 88 |
| Πίνακας 8ε: | Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής. 90 |
| Πίνακας 8στ: | Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής. 92 |
| Πίνακας 7ζ: | Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής. 94 |
| Πίνακας 9: | Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με την επικοινωνιακή προσαρμογή κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας με έναν μαθητή με ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής. 97 |
| Πίνακας 10: | Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με τη συχνότητα επαφής τους με μαθητές με ΔΕΠ/Υ στο σχολείο τους. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής. 99 |
| Πίνακας 11: | Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με τα χαρακτηριστικά των μαθητών με ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής. 102 |

| | | |
|----------------------|--|-----|
| Πίνακας 12: | Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με τα συναισθήματα που βιώνουν οι ίδιοι απέναντι σε μαθητές με ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής | 105 |
| Πίνακας 32: | Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τις γνώσεις τους για τη ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων. | 106 |
| Πίνακας 14α: | Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων. | 107 |
| Πίνακας 14β: | Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων. | 108 |
| Πίνακας 14γ: | Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων. | 108 |
| Πίνακας 14δ: | Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων. | 109 |
| Πίνακας 14ε: | Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων. | 109 |
| Πίνακας 14στ: | Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων. | 110 |
| Πίνακας 15: | Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την επικοινωνιακή προσαρμογή κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας με έναν μαθητή με ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων. | 111 |
| Πίνακας 16: | Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τα χαρακτηριστικά των μαθητών με ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων. | 112 |
| Πίνακας 17: | Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τα συναισθήματα που βιώνουν οι ίδιοι απέναντι σε μαθητές με ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων. | 112 |
| Πίνακας 18: | Έλεγχος συσχετίσεων | 115 |

Περίληψη

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) αποτελεί μια από τις συχνότερες νευροαναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, η οποία στο μεγαλύτερο βαθμό των περιπτώσεων παραμένει και στην ενήλικη ζωή. Είναι εξαιρετικά σημαντική η έγκαιρη διάγνωση της από μικρή ηλικία, προκειμένου να υπάρξει μία καλύτερη ποιότητα ζωής για το άτομο. Προς αυτήν την κατεύθυνση, είναι καθοριστικής σημασίας ο ρόλος του εκπαιδευτικού στην ανίχνευση των πρωταρχικών συμπτωμάτων, έτσι ώστε να παραπεμφθεί ο/η μαθητής/τρια για διάγνωση και στη συνέχεια να σχεδιαστεί ένα κατάλληλο πρόγραμμα για την αντιμετώπιση της. Στο πλαίσιο αυτό είναι σημαντική η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ. Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Απρίλιο του 2021 με μεθοδολογικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο, που συντάχθηκε ειδικά για τις ανάγκες της εργασίας και συμπληρώθηκε από 150 εκπαιδευτικούς που υπηρετούν σε σχολεία στο νησί της Ρόδου.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί στην πλειονότητα τους έχουν γνώσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά, τα αίτια και τους τρόπους εκδήλωσης της ΔΕΠ/Υ στο χώρο του σχολείου. Όσον αφορά στις συμπεριφορές τους απέναντι σε μαθητές με ΔΕΠ/Υ, η πλειονότητα των εκπαιδευτικών ανέφερε ότι αισθάνονται ικανοποίηση όταν συνεργάζονται μαζί τους και μάλιστα μπορούν να τους προσφέρουν νέες προοπτικές στα θέματα που διδάσκουν. Σε προσωπικό επίπεδο, αρκετοί εκπαιδευτικοί υποστηρίζουν ότι η επαφή τους με μαθητές με ΔΕΠ/Υ μπορεί να είναι ευεργετική για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων διδασκαλίας τους. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι αν και οι εκπαιδευτικοί φάνηκε να έχουν επαρκείς γνώσεις, ωστόσο εκδήλωσαν ενδιαφέρον για περαιτέρω επιμόρφωση σε ζητήματα σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ, αφού θεωρούν ότι με αυτόν τον τρόπο θα ένιωθαν μεγαλύτερη σιγουριά και ασφάλεια στην αντιμετώπιση των μαθητών.

Λέξεις κλειδιά: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) μαθητές/τριες, εκπαιδευτικοί, γνώσεις, στάσεις, αίτια, συμπεριφορά, συναισθήματα, χαρακτηριστικά.

Abstract

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental childhood disorders, which in most cases persist into adulthood. It is extremely important to diagnose it early, in order to have a better quality of life for the person. In this regard, the role of the teacher is crucial in detecting the early symptoms, so that the student is prompted for a diagnosis and to plan an appropriate treatment for it. In this context, it is important to investigate the knowledge and attitudes of teachers about ADHD. The present research was carried out in April 2021 by use of a questionnaire as the methodological tool, which was specifically prepared for the needs of this thesis and was filled out by 150 teachers working in schools on the island of Rhodes.

From the analysis of the results it was found that the majority of the teachers have knowledge about the characteristics, causes and ways of manifestation of ADHD in the school context. Regarding their attitudes towards students with ADHD, the majority of teachers stated that they feel satisfied when they work with them and can even offer them new perspectives on the topics they teach. On a personal level, many educators argue that contact with students with ADHD can be beneficial in developing their teaching skills. It is important to note that although the teachers seemed to have sufficient knowledge, they nevertheless expressed interest in further training on issues related to ADHD, as they believe that in this way they would feel more confident and safe in dealing with students who are diagnosed with it.

Keywords: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), students, teachers, knowledge, attitudes, causes, behavior, emotions, characteristics.

Πρόλογος

Η ΔΕΠ/Υ, αν και θεωρείται μία εκ γενετής διαταραχή, ένα νευροβιολογικό σύνδρομο που διαρκεί σε μεγάλο ποσοστό «εφ' όρου ζωής», παρατηρείται κυρίως στα πρώτα χρόνια της σχολικής ζωής των παιδιών, στην ηλικία των 7 ετών. Απαραίτητη προϋπόθεση για να υφίσταται αποτελεί το γεγονός ότι θα πρέπει να εμφανίζεται οπωσδήποτε σε τουλάχιστον δύο περιβάλλοντα (π.χ. οικογένεια και σχολείο). Μάλιστα, η ΔΕΠ/Υ μπορεί πιο εύκολα να εντοπιστεί όταν τα παιδιά ξεκινούν το σχολείο, καθώς οι εκπαιδευτικοί είναι αυτοί που έρχονται αντιμέτωποι με τα βασικά συμπτώματα στο σχολείο. Τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η υπερδραστηριότητα/υπερκινητικότητα. Ειδικότερα, η υπερκινητικότητα είναι εμφανής σε άτομα μικρής ηλικίας και αναφέρεται στην έντονη κινητικότητα του παιδιού σε σημείο δυσανάλογο με το αναπτυξιακό του επίπεδο. Η παρορμητικότητα από την άλλη αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα πράξεων που το άτομο δεν έχει επαρκώς σκεφτεί και προγραμματίσει, εμπεριέχουν ρίσκο ή δεν είναι κατάλληλες για την περίσταση και συχνά καταλήγουν σε μη επιθυμητά αποτελέσματα.

Στη βιβλιογραφία επισημαίνεται ότι εκτός από τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ, πολλά από τα παιδιά, που παρουσιάζουν τη συγκεκριμένη διαταραχή, αντιμετωπίζουν και επιπλέον δυσκολίες σε τομείς, όπως είναι η συμπεριφορά, οι διαταραχές συναισθηματικής ανάπτυξης και γνωστικών λειτουργιών, η ανάπτυξη, οι μαθησιακές δυσκολίες κ.ά. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα στον κοινωνικο-συναισθηματικό τομέα. Οι φτωχές κοινωνικές δεξιότητες, η έλλειψη αυτοελέγχου, η επιθετική συμπεριφορά, η αδυναμία σωστής χρήσης της γλώσσας, η απροσεξία και η υπερκινητικότητα έχουν ως αποτέλεσμα την παρουσία διαπροσωπικών ελλειμμάτων, το να βιώνουν την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους, την αδυναμία κοινωνικών επαφών, με αποτέλεσμα τα παιδιά αυτά να οδηγούνται στην απομόνωση, να βιώνουν μεγάλο άγχος και συχνά να οδηγούνται στην κατάθλιψη.

Εισαγωγή

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) αποτελεί μια από τις συχνότερες νευροαναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, η οποία στο μεγαλύτερο βαθμό των περιπτώσεων παραμένει και στην ενήλικη ζωή, προκαλώντας μια λειτουργική επιβάρυνση. Η κλινική εικόνα της ΔΕΠ/Υ των παιδιών χαρακτηρίζεται συχνά από διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, αγχώδεις και συναισθηματικές διαταραχές, αλλά και ορισμένες φορές από κατάχρηση ουσιών. Η διάγνωση των παιδιών με ΔΕΠ/Υ βασίζεται σε συγκεκριμένα κλινικά κριτήρια και χρήζει εξειδικευμένης μεθοδολογίας.

Η έναρξη των συμπτωμάτων στην παιδική ηλικία, η αδιάλειπτη συνέχισή τους στην ενήλικη ζωή και η επίδρασή τους σε μείζονες τομείς της λειτουργικότητας αποτελούν τη βάση της διαγνωστικής αξιολόγησης. Η θεραπευτική προσέγγιση των παιδιών έχει αποδειχτεί ότι είναι πολυδιάστατη. Αρχικά, αντιμετωπίζονται οι συνοσηρές διαταραχές με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή και παράλληλα τα παιδιά ακολουθούν συγκεκριμένη καθοδήγηση και ίσως ψυχοθεραπεία. Όσο πιο έγκαιρη είναι η διάγνωση της ΔΕΠ/Υ στα παιδιά, τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι η αντιμετώπισή της, βελτιώνοντας την ποιότητα του τρόπου ζωής, την υγεία και την εκπαίδευση των παιδιών.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η εξέταση των γνώσεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ, αλλά και οι στάσεις τους απέναντι σε μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ.

Η παρούσα εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό και αποτελείται συνολικά από έξι κεφάλαια. Ειδικότερα, το θεωρητικό μέρος αποτελείται από τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται τα κριτήρια που οδηγούν στη διατύπωση του ορισμού της «*Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας*» και δίδεται ο ορισμός που αποδέχονται οι περισσότεροι/ες ειδικοί από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Επιπλέον, περιγράφεται μία ευρέως διαδεδομένη στη βιβλιογραφία κατηγοριοποίηση της έννοιας ΔΕΠ/Υ, αναλύονται οι επικρατέστερες περιπτώσεις και καταγράφονται τα χαρακτηριστικά τους. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στα αίτια που τις προκαλούν και αναλύεται ο τρόπος διάγνωσης-διαφοροδιάγνωσης της ΔΕΠ/Υ. Στο τέλος του κεφαλαίου αναφέρεται η σημαντικότητα της πρώιμης και έγκυρης διάγνωσης-αξιολόγησης των ατόμων με ΔΕΠ/Υ και αναλύεται η αντιμετώπιση και η θεραπεία της μαζί με τα μέσα που αξιοποιούνται από την ευρύτερη κοινότητα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια εκτενής αναφορά των προβλημάτων που συνοδεύουν τη ΔΕΠ/Υ, αποσαφηνίζεται η έννοια της συννοσηρότητας και παρουσιάζεται η συμβολή του σχολείου στην αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠ/Υ. Ειδικότερα, όσον αφορά στις συννοσηρές διαταραχές και τη σχέση τους με τη ΔΕΠ/Υ αναφέρονται πρώτον η σχέση της ΔΕΠ/Υ και της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής ή Διαταραχής της Διαγωγής. Δεύτερον η ΔΕΠ/Υ με τις Αγχώδεις Διαταραχές και Διαταραχές της Διάθεσης και τρίτον η ΔΕΠ/Υ σε συνδυασμό με τις Διαταραχές Μυοσπασμάτων-σύνδρομο Tourette. Επιπρόσθετα, στο τέλος του κεφαλαίου αυτού αναλύονται η ΔΕΠ/Υ και το σχολείο, ως προς τα προβλήματα που εμφανίζονται και τον τρόπο αντιμετώπισης τους. Τέλος, περιγράφεται η εξέλιξη της ΔΕΠ/Υ από την παιδική ηλικία έως την ενήλικη ζωή και πως τα χαρακτηριστικά/συμπτώματα της διαμορφώνονται εκ νέου.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση αντίστοιχων σύγχρονων ερευνών που σχετίζονται με τις γνώσεις και τις στάσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ/Υ, ως προς τα αίτια, τα χαρακτηριστικά και τους τρόπους αντιμετώπισης.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας, περιλαμβάνει το ερευνητικό της πλαίσιο. Πιο συγκεκριμένα, στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθήθηκε, περιγράφονται το αντικείμενο της έρευνας, ο σκοπός και οι στόχοι της, διατυπώνονται τα ερευνητικά ερωτήματα και καταγράφονται τα μέσα συλλογής δεδομένων, τα είδη ερωτήσεων και ο προσδιορισμός της κλίμακας μέτρησης. Ακόμη, παρουσιάζεται η ερευνητική διαδικασία και η δειγματοληψία. Στο τέλος του κεφαλαίου αυτού καταγράφονται οι περιορισμοί, οι αδυναμίες, η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της έρευνας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο της εργασίας πραγματοποιείται η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Ειδικότερα, σε περιγραφικό επίπεδο καταγράφονται οι γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ (SASK), οι συμπεριφορές εκπαιδευτικών ειδικές για τη ΔΕΠ/Υ (SASA), οι απόψεις εκπαιδευτικών επικοινωνιακής προσαρμογής κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας με έναν μαθητή με ΔΕΠ/Υ και οι απόψεις εκπαιδευτικών σχετικά με τα χαρακτηριστικά και τα συναισθήματα που βιώνουν απέναντι στους μαθητές. Στο τέλος του κεφαλαίου αυτού περιγράφεται η επαγωγική ανάλυση των αποτελεσμάτων και πιο συγκεκριμένα τα αποτελέσματα που προέκυψαν σε σχέση με το φύλο.

Στο έκτο κεφάλαιο της εργασίας πραγματοποιείται η συζήτηση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας. Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται με τα γενικά συμπεράσματα και τις προτάσεις για περαιτέρω έρευνα, την παράθεση της βιβλιογραφίας που χρησιμοποιήθηκε, αλλά και το παράρτημα, όπου περιλαμβάνεται το ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε στους εκπαιδευτικούς.

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο:

Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ)

1.1. Ορισμός, τύποι και χαρακτηριστικά της ΔΕΠ/Υ

Αξίζει να σημειωθεί ότι η έννοια της προσοχής αφορά στην ικανότητα σύνδεσης του ανθρώπου με το περιβάλλον του, φυσικό ή ανθρωπογενές, δίνοντας του την ευκαιρία πρόσβασης και συμμετοχής σ' αυτό. Επομένως, οποιαδήποτε διαταραχή στην προσοχή του ατόμου έχει ως συνέπεια την μειωμένη αντίληψη του περιβάλλοντος και όσων εμπεριέχονται σ' αυτό (Μάρκου, 1998). Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) είναι ένας όρος γνωστός ως «Attention Deficit Hyperactivity Disorder» (ADHD), που πρωτοεμφανίστηκε στην Αμερική. Η ΔΕΠ/Υ, αν και θεωρείται μία εκ γενετής διαταραχή, ένα νευροβιολογικό σύνδρομο που διαρκεί σε μεγάλο ποσοστό «εφ' όρου ζωής», παρατηρείται κυρίως στα πρώτα χρόνια της σχολικής ζωής των παιδιών, στην ηλικία των 7 ετών. Έρευνες έχουν δείξει ότι θα πρέπει να εμφανίζεται οπωσδήποτε σε τουλάχιστον δύο περιβάλλοντα π.χ. οικογένεια και σχολείο (Pelham, 1994· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Μάλιστα, η ΔΕΠ/Υ μπορεί πιο εύκολα να εντοπιστεί όταν τα παιδιά ξεκινούν το σχολείο, καθώς οι εκπαιδευτικοί είναι αυτοί που έρχονται αντιμέτωποι με τα βασικά συμπτώματα σε συνδυασμό με τα σχετικά προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο, όπως είναι για παράδειγμα παιδιά που δεν ακολουθούν τις οδηγίες των εκπαιδευτικών, ή παρουσιάζουν νευρικότητα στις καρέκλες τους, ή κάνουν θόρυβο στην τάξη κ.ά. (Campbell, Halperin, & Sonuga-Barke, 2015).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα κύρια χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς ενός ατόμου με ΔΕΠ/Υ είναι η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η υπερδραστηριότητα/υπερκινητικότητα που δεν συνάδει με το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου, η αφηρημάδα, η δυσκολία διατήρησης της προσοχής και της συγκέντρωσης, καθώς και η δυσκολία στην οργάνωση (APA, 2000· Barkley, 2006· Κολιάδης, 2010).

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η ΔΕΠ/Υ χαρακτηρίζεται ως μία από τις πιο συχνές διαταραχές, με σχετικά υψηλή συνολική επικράτηση παγκοσμίως της τάξεως του 5,29% (95% CI = 5,01-5,56) (Polanczyk, et al., 2007). Αν και σε μία σχετικά πρόσφατη μελέτη είχε διαπιστωθεί, στην συγκεκριμένη περιοχή που διεξήχθη, ότι το ποσοστό των παιδιών του δημοτικού σχολείου που πάσχουν από ΔΕΠ/Υ είναι 26,2% (Wiguna et al., 2017). Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη από τον Barkley (2006) το 5-7% του μαθητικού πληθυσμού αντιμετωπίζει προβλήματα σχετικά με ΔΕΠ/Υ, ενώ στις μέρες μας το ποσοστό αυτό φαίνεται να παρουσιάζει μεγάλη αύξηση γεγονός που κρίνει επιτακτική την ανάγκη

μιας περαιτέρω διερεύνησης του ζητήματος (Robinson & Tripp, 2013). Στην Ελλάδα τα ποσοστά παρουσίας της ΔΕΠ/Υ κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα, δηλαδή περίπου στο 3-7%. Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Κάκουρος και Μανιαδάκη το 2000 με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV απέδειξαν ότι το 10% του μαθητικού πληθυσμού φαίνεται να παρουσιάζουν συμπτώματα ΔΕΠ/Υ. Οι Scounti και Philalithis το 2006 σε μελέτη με δείγμα 1708 παιδιά στη Κρήτη, ηλικίας 7 ετών, διαπίστωσαν ότι το 8,8% των αγοριών και το 4,2% των κοριτσιών παρουσιάζουν συμπτώματα ΔΕΠ/Υ.

Η διάγνωση της ΔΕΠ/Υ βασίζεται, κυρίως, σε δύο επίσημα και ευρέως διαδεδομένα εγχειρίδια το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) και το διαγνωστικό εγχειρίδιο ICD-10 (International Classification of Mental and Behavioral Disorders). Σύμφωνα με το DSM-V και λαμβάνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ/Υ, υπάρχουν τέσσερις παρουσιάσεις: α) συνδυασμένη παρουσίαση ΔΕΠ/Υ (αντικαθιστά τον συνδυασμένο τύπο από το προηγούμενο DSM-IV, δηλαδή το άτομο παρουσιάζει συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας), β) προεξάρχουσα υπερκινητική – παρορμητική παρουσίαση (αντικαθιστά τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο, δηλαδή η συμπεριφορά του ατόμου χαρακτηρίζεται από στοιχεία υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας), γ) προεξάρχουσα απρόσεκτη παρουσίαση (αντικαθιστά τον απρόσεκτο τύπο, δηλαδή το άτομο συμπεριφέρεται απρόσεκτα, αλλά για τη διάγνωση του πρέπει να είναι παρόντα και 3 ή περισσότερα συμπτώματα από το Κριτήριο A2 (υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα) και δ) απρόσεκτη παρουσίαση (περιοριστική) (αναφέρεται σε άτομα τα οποία παρουσιάζουν διαταραχή της προσοχής χωρίς καθόλου ή σχεδόν καθόλου στοιχεία υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας) (APA, 2013).

Ταυτόχρονα, στο διαγνωστικό εγχειρίδιο ICD-10 υπάρχει μία διαφορετική κωδικοποίηση εντάσσοντας τον υπερκινητικό τύπο στην κατηγορία F90 «*Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία*». Έτσι, διακρίνονται τέσσερις βασικοί τύποι (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000):

1. Ο τύπος F90.0 με διαταραχή στον τομέα της δραστηριότητας και της προσοχής.
2. Ο τύπος F90.1 με διαταραχή στον τομέα της διαγωγής υπερκινητικού τύπου.
3. Ο τύπος F90.8 όπου συμπεριλαμβάνονται άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου.
4. Ο τύπος F90.9 με μη καθορισμένη διαταραχή υπερκινητικού τύπου.

Για την έγκυρη διάγνωση της ΔΕΠ/Υ απαιτείται η γνώση των κύριων χαρακτηριστικών της διαταραχής που εμφανίζονται σε κάθε ηλικιακό στάδιο, έτσι ώστε να υπάρξει μία σωστή εκτίμηση των συμπτωμάτων και να ακολουθήσει μία εξίσου σωστή και κατάλληλη αντιμετώπιση/παρέμβαση. Η συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί να προκαλέσει

προβλήματα σε πολλούς τομείς της ζωής του ατόμου, όπως είναι προβλήματα κοινωνικά, συμπεριφοράς, συναισθηματικά, γνωστικά αλλά και προβλήματα στην ακαδημαϊκή επίδοση του ατόμου (Root & Resnick, 2003· Barkley, 2006· Κολιάδης 2010).

Είναι σημαντικό για τη διάγνωση του παιδιού με ΔΕΠ/Υ, ειδικά στη προσχολική ηλικία, να πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις καθώς μερικές συμπεριφορές είναι «συνηθισμένες/αποδεκτές» σε μικρές ηλικίες ή μπορεί να είναι αποτέλεσμα άλλων παραγόντων. Έτσι, σύμφωνα με το DSM-V θα πρέπει η συμπεριφορά του παιδιού να παρουσιάζεται με συχνότητα μεγαλύτερη από αυτή που παρουσιάζουν οι ομήλικοι, να εντοπίζονται πολλά από τα συμπτώματα πριν την ηλικία των 12 ετών (μάλιστα, ως προϋπόθεση αναφέρεται η ύπαρξη των συμπτωμάτων και όχι η έκπτωση της λειτουργικότητας πριν από την ηλικία αυτή), να έχουν διάρκεια πάνω από έξι μήνες πριν την πραγματοποίηση της αξιολόγησης και συγχρόνως να είναι παρόντα 6 από τα 9 κριτήρια που χαρακτηρίζουν τη ΔΕΠ/Υ, τα συμπτώματα να είναι εμφανή σε παραπάνω από δύο περιβάλλοντα πλαίσια (π.χ. σχολείο και σπίτι) και να μην είναι αποτέλεσμα άλλων διαταραχών (π.χ. Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή, Σχιζοφρένεια κλπ.) και τέλος, να επηρεάζεται αρνητικά τόσο η σχολική επίδοση του παιδιού, όσο και η κοινωνική του ζωή. Όσον αφορά στους εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας και ενήλικες τα συμπτώματα που απαιτούνται για τη διάγνωση της διαταραχής σε μειώνονται από 6 σε 4 (APA, 2013).

Στο πλαίσιο αυτό είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι αυτά τα κριτήρια/συμπτώματα σύμφωνα με το DSM IV (1994) χωρίζονται σε 2 κύριες ομάδες: α) την απροσεξία και β) την υπερκινητικότητα- παρορμητικότητα. Πιο συγκεκριμένα, για κάθε μια από τις κατηγορίες αυτές τα συμπτώματα είναι τα εξής (APA, 2000· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000):

A. Απροσεξία

1. Αποτυχία συγκέντρωσης και προσοχής και λάθη απροσεξίας σε σχολικές δραστηριότητες
2. Δυσκολία διατήρησης προσοχής σε παιχνίδι και έργα
3. Δείχνει σαν να μην ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος
4. Αδυνατεί να ακολουθήσει μέχρι τέλους τις οδηγίες που του δίνονται με αποτέλεσμα να μην καταφέρνει να ολοκληρώσει δραστηριότητες μέσα στην τάξη ή αυτές που του ανατίθενται για το σπίτι
5. Δυσκολία στην οργάνωση δραστηριοτήτων και εργασιών
6. Αποφυγή και αποστροφή σε εμπλοκή με δραστηριότητες που έχουν απαιτήσεις πνευματικές και διαρκείς

7. Χάνει αντικείμενα που θεωρούνται απαραίτητα για την διεκπεραίωσή σχολικών δραστηριοτήτων του σχολείου
8. Αποσπάται εύκολα η προσοχή του από εξωτερικά ερεθίσματα
9. Δεν θυμάται καθημερινές δραστηριότητες

B. Υπερκινητικότητα

1. Κινούνται νευρικά χέρια και πόδια και στριφογυρίζει στην καρέκλα του
2. Σηκώνεται συνέχεια από τη θέση του και αδυνατεί να μείνει σε ένα σημείο όταν πρέπει
3. Ως παιδί κινείται, τρέχει και σκαρφαλώνει σε μη κατάλληλες γι' αυτό συνθήκες και ως έφηβος αυτά εκδηλώνονται ως ανησυχία
4. Δυσκολία στη ήρεμη συμμετοχή του σε παιχνίδια κατά τον ελεύθερο χρόνο του
5. Διαρκής κίνηση
6. Συνεχής και ακατάπαυστη ομιλία

Παρορμητικότητα

1. Απερίσκεπτες απαντήσεις πριν την ολοκλήρωση των ερωτήσεων
2. Δυσκολία αναμονής στη σειρά
3. Διακόπτει τους άλλους και παρεμβαίνει σε συζητήσεις

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι σύμφωνα με το DSM-V (2013) στα 18 αυτά κριτήρια, προστίθενται άλλα 4 συμπτώματα στην παρορμητικότητα, τα οποία είναι τα εξής:

4. Ενεργεί χωρίς να σκεφτεί, αποφεύγοντας να διαβάσει ή να ακούσει οδηγίες. Μιλά χωρίς να σκεφτεί τις συνέπειες ή παίρνει παρορμητικές αποφάσεις
5. Είναι συχνά ανυπόμονος
6. Λειτουργεί βιαστικά γιατί νοιώθει άβολα να κάνει πράγματα αργά και συστηματικά.
7. Δυσκολεύεται να αντισταθεί σε πειρασμούς ή ευκαιρίες ακόμη και αν ρισκινδυνεύει

Η **υπερκινητικότητα**, ως ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ/Υ, είναι εμφανές σε άτομα μικρής ηλικίας και αναφέρεται στην έντονη κινητικότητα του παιδιού σε σημείο δυσανάλογο με το αναπτυξιακό του επίπεδο. Κάτι τέτοιο έχει επιπτώσεις στο περιβάλλον του, κοινωνικό και οικογενειακό, αφού αδυνατεί να μείνει σε ένα σημείο (κινεί νευρικά χέρια και πόδια, τρέχει, σκαρφαλώνει και παρουσιάζει μία συνεχή και υπερβολική ενέργεια και νευρικότητα). Έτσι, κινούνται ακατάπαυστα τόσο στον χώρο του σπιτιού, όσο και του σχολείου προσπαθώντας να απασχολούν τον εαυτό τους. Ιδιαίτερα στη σχολική τάξη δυσκολεύονται να μείνουν στο θρανίο τους, κάνοντας άσκοπες κινήσεις με τα χέρια και τα πόδια, αλλά και βγάζοντας κραυγές ή φωνάζοντας ή φλυαρώντας ακατάπαυστα

πραγματοποιούν δραστηριότητες που δεν τους έχουν ζητηθεί και δημιουργούν μία αναστάτωση που δυσκολεύει όλους όσους βρίσκονται στον χώρο. Πολλές φορές, η ανεξέλεγκτη υπερκινητικότητα μπορεί να γίνει αιτία μικροατυχημάτων, αλλά και να θέσουν σε κίνδυνο την ίδια τους τη ζωή (Barkley, 1997· Neuhaus, 1998· Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007· Βίντου & Γεωργοβρεττάκου, 2015).

Όσον αφορά στα επίπεδα εμφάνισης της υπερκινητικότητας παρατηρείται διαφοροποίηση που σχετίζεται με την ηλικία που βρίσκεται το άτομο με ΔΕΠ/Υ (βρεφική ηλικία, παιδική, εφηβεία και ενήλικη ζωή). Με πιο έντονη την παρουσία της στις μικρότερες ηλικίες, παρατηρήθηκε ότι στη βρεφική ηλικία τα συμπτώματα είναι εμφανή και συνεχίζουν και στην ηλικία 2-5 ετών με έντονες ενδείξεις, όπως είναι τα προβλήματα στις σχέσεις με ομηλικούς, την κοινωνική απομόνωση, την υπερβολική δραστηριότητα/κινητικότητα, την απροσεξία, την επιθετικότητα και το φόβο. Κατά την είσοδό τους στο δημοτικό παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες ως αποτέλεσμα των συμπτωμάτων της διαταραχής. Αντιδρούν έντονα, γίνονται στόχος των άλλων, δεν εμπλέκονται εύκολα σε κοινές δραστηριότητες και δυσκολεύονται να παίξουν ήρεμα τηρώντας τους κανόνες. Όλη αυτή η συμπεριφορά δημιουργεί αναστάτωση στο χώρο του σχολείου και ως επακόλουθο και στην οικογένεια. Στην ενήλικη ζωή η υπερκινητικότητα εκφράζεται διαφορετικά καθώς μπορεί να συνυπάρχει και με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (συννοσηρότητα). Για παράδειγμα τα άτομα μπλέκονται εύκολα σε «κακές παρέες», εθίζονται σε αλκοόλ και ουσίες, πολλές φορές εγκαταλείπουν τις σπουδές, τη δουλειά τους ή την προσπάθεια να σώσουν μία σχέση ή τον γάμο τους (Κάκουρος, 2001· Barkley, 2006· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012· Π.Σ.Α. ΔΕΠ/Υ χ. χ.).

Η παρορμητικότητα από την άλλη και σύμφωνα με τον Evenden (1999) «καλύπτει ένα ευρύ φάσμα πράξεων τις οποίες το υποκείμενο δεν έχει επαρκώς σκεφτεί και προγραμματίσει, εμπεριέχουν ρίσκο ή δεν είναι κατάλληλες για την περίσταση και συχνά καταλήγουν σε μη επιθυμητά αποτελέσματα». Πολλές έρευνες έχοντας ως αντικείμενο την παρορμητικότητα εστίαζαν, κυρίως, στο τομέα της κίνησης, ενώ νεότερες μελέτες θεωρούν πιο σύνθετο και ετερογενές το νευροφυσιολογικό προφίλ της ΔΕΠ/Υ, αφού εμπεριέχεται και η παρορμητική επιλογή. Σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν αντιμετωπίζουν κάποια διαταραχή, τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ ενδέχεται να επιλέξουν κάτι με μεγαλύτερο κίνδυνο (Barkley, 1997· Πάπλος, Χαβάκη-Κονταξάκη, κ.ά., 2002· Λαζαράτου, Παλαιολόγου & Αναγνωστόπουλος, 2017).

Η παρορμητικότητα δεν αποτελεί μία συμπεριφορά μόνο των ατόμων με ΔΕΠ/Υ όταν πρόκειται για καταστάσεις, όπως επιθυμία για φαγητό, κοινωνική αναγνώριση ή

διαπροσωπικές σχέσεις. Όταν όμως η εμφάνιση της παρορμητικότητας είναι συνεχής και σε τέτοιο βαθμό που επηρεάζει έντονα τη ζωή του ατόμου έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία προβλημάτων και αρνητικών συνεπειών στην καθημερινότητά του ατόμου. Αξίζει να σημειωθεί ότι όταν υπάρχει δυσλειτουργία στους μηχανισμούς αυτορρύθμισης της παρορμητικότητας που είναι υπεύθυνοι για την καταστολή της, παρουσιάζονται έντονα προβλήματα συμπεριφοράς που μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών, κυρίως, στην ευαίσθητη περίοδο της εφηβείας. Σε αυτό το σημείο οι ερευνητές έχουν διαφορετικές απόψεις όσον αφορά στο σημείο της κοινωνικά αποδεκτής παρορμητικότητας ή όχι, καθώς και στο σημείο συμφωνίας τους που αναφέρεται στο γεγονός ότι είναι άμεσα συνδεδεμένο με παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η χώρα καταγωγής του ατόμου και το πολιτισμικό περιβάλλον (Moeller, et al., 2001· Fairbanks, et al., 2004· Olmstead, 2006· Cumyn, French & Hechtman, 2009· Λαζαράτου, Παλαιολόγου & Αναγνωστόπουλος, 2017).

Ένα παιδί που εμφανίζει παρορμητικότητα ξεχωρίζει από τον αυθορμητισμό του, αφού ενεργεί ή μιλά πριν σκεφτεί. Είναι τα «ρισοκίνδυνα», «ανώριμα», «ανεύθυνα» παιδιά που πολλές φορές αντιδρούν με έντονο τρόπο, δεν υποχωρούν εύκολα και έχουν μία στάση προκλητική που φέρνει σε δύσκολη θέση τους γύρω τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006· Αλεξάνδρου, 2009· Γιαννουλάκη, 2009· Βίντου & Γεωργοβρεττάκου, 2015). Ο **συνδυασμός της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας** αποτελούν έναν εκρηκτικό συνδυασμό που επηρεάζει έντονα τη ζωή του ατόμου, αλλά και του οικογενειακού, κοινωνικού και σχολικού του περιβάλλοντός. Μάλιστα, στη βιβλιογραφία επισημαίνεται ότι χρειάζεται μεγάλη υπομονή και επιμονή από τα άτομα της οικογένειας και τους εκπαιδευτικούς του παιδιού στο πλαίσιο της καθημερινής πρακτικής. Ωστόσο, το δυσκολότερο περιβάλλον φαίνεται να είναι αυτό των φίλων και συμμαθητών που αδυνατούν να αντέξουν μία τέτοια κατάσταση και καταλήγουν να αποφεύγουν το άτομο, σε σημείο που συχνά καταλήγει να είναι απομονωμένο από όλους (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004· Αλεξάνδρου, 2009).

Η επιμονή αυτού του εκρηκτικού συνδυασμού έχει επιπτώσεις στις σχέσεις τους με την οικογένειά τους, έπειτα στην κοινωνικοποίησή τους, στην εκπαίδευση, στην ακαδημαϊκή του πορεία, στις σχέσεις τους με τους συμμαθητές και φίλους τους, αλλά και στην σχέση με τον εαυτό τους και τον ψυχισμό τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα να παρουσιάζουν δυσκολία προσαρμογής, σχολική αποτυχία, πολιτιστική μειονεξία και κακή διαγωγή. Επιπλέον, δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, κάτι που φαίνεται να τα επηρεάζει, αφού εγκαταλείπουν εύκολα τη προσπάθεια και θεωρούν σίγουρη την αποτυχία. Πιστεύουν ότι η

επιτυχία δεν μπορεί να είναι δικό τους αποτέλεσμα, αλλά εξαρτάται από άλλους. Τέλος, οι μαθησιακές δυσκολίες ως επακόλουθο όλων αυτών, επηρεάζει σε τέτοιο βαθμό αυτά τα άτομα που καταλήγουν να προχωρούν στις επόμενες βαθμίδες εκπαίδευσης έχοντας κενά που ολοένα και μεγαλώνουν και φτάνουν σε σημείο να είναι αδύνατη η κάλυψή τους (Μπεζεβέγκης, 1987· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Γιαννουλάκη, 2009· Λαζαράτου, 2012).

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί κατά καιρούς έδειξαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχουν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν μαθησιακές δυσκολίες από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ/Υ (Mayes, Calhoun, & Crowell, 2000) και περίπου το 31-45% αυτών των παιδιών έχουν συνολική μαθησιακή δυσκολία στην ανάγνωση, τη γραφή ή τα μαθηματικά (DuPaul, Gormley, & Laracy, 2013). Η ΔΕΠ/Υ είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε παιδιά σχολικής ηλικίας με επικρατέστερη αναφορά στο 5% των παιδιών (APA, 2013). Αυτή η επικράτηση μεταφράζεται σε αντιστοιχία περίπου έναν μαθητή σε κάθε τάξη ο οποίος έχει διάγνωση ΔΕΠ/Υ (Mulholland, Cumming & Jung, 2015).

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί διαπιστώθηκε ότι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΔΕΠ/Υ σε ακαδημαϊκό επίπεδο, αλλά και τα προβλήματα συμπεριφοράς, έχουν σχέση, κυρίως, με τον «συνδυασμένο» και τον «απρόσεκτο» τύπο ΔΕΠ/Υ. Μάλιστα, τα συγκεκριμένα άτομα παρουσιάζουν χαμηλή επίδοση και συχνή αποτυχία στο σχολικό επίπεδο (γλώσσα, μαθηματικά) αλλά και σε επίπεδο προσαρμογής στο σχολικό περιβάλλον (Taylor, Sandberg, Thorley, & Giles, 1991). Παράλληλα, ο Barkley (2006) επισημαίνει ότι το 95% των παιδιών με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζει χαμηλή σχολική επίδοση και το 10-25% αντιμετωπίζει μαθησιακές δυσκολίες. Προς αυτήν την κατεύθυνση οι McKinney, Montague και Hocutt (1993) αναφέρουν ότι το ποσοστό συννοσηρότητας ΔΕΠ/Υ με μαθησιακές δυσκολίες βρίσκεται ανάμεσα στο 9 με 63%.

Αξίζει να αναφερθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα στον κοινωνικο-συναισθηματικό τομέα. Οι φτωχές κοινωνικές δεξιότητες, η έλλειψη αυτοελέγχου, η επιθετική συμπεριφορά, η αδυναμία σωστής χρήσης της γλώσσας, η απροσεξία και η υπερκινητικότητα έχουν ως αποτέλεσμα την παρουσία διαπροσωπικών ελλειμμάτων, το να βιώνουν την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους, την αδυναμία κοινωνικών επαφών, με αποτέλεσμα τα παιδιά αυτά να οδηγούνται στην απομόνωση, να βιώνουν μεγάλο άγχος και συχνά να οδηγούνται στην κατάθλιψη (Hodgens, Cole & Boldizar, 2000· Stormont, 2001).

Σε γενικές γραμμές, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα σοβαρά συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ σε συνδυασμό με τη διάρκεια αυτών ακόμη και κατά την ενηλικίωση του ατόμου,

καθιστούν απαραίτητη την έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση για την επαρκή και επιτυχή αντιμετώπισή της. Σήμερα, η αύξηση της παρουσίας παιδιών προσχολικής ηλικίας με διάγνωση ΔΕΠ/Υ είναι κάτι που έχει αυξήσει και το ενδιαφέρον επαγγελματιών και μη για τη συγκεκριμένη διαταραχή. Έτσι, εστιάζεται το ενδιαφέρον όλων στους τρόπους που χρησιμοποιούν οι ειδικοί για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και παρέμβαση της ΔΕΠ/Υ, καθώς και στην αύξηση της συνταγογράφησης διεγερτικών φαρμάκων (Goldman, Genel, Bezman & Slanetz, 1998). Η σταθερή εμφάνιση της διαταραχής στη διάρκεια του χρόνου έχει δείξει ότι το 50% των ατόμων θα συνεχίσουν να πορεύονται με τη ΔΕΠ/Υ στην εφηβεία, αλλά και μετά την ενηλικίωσή τους. Το λυπηρό είναι ότι ένας μεγάλος αριθμός των ατόμων με ΔΕΠ/Υ θα παρουσιάσει αντικοινωνική συμπεριφορά, θα βιώσει σχολική αποτυχία, θα χαρακτηρίζεται από σημάδια διαταραχής διαγωγής και θα αναπτύξει παρεμβατικές συμπεριφορές (Κολιάδης, 2010).

1.2. Αίτια της ΔΕΠ/Υ

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, διαπιστώθηκε ότι αν και υπάρχει πληθώρα ερευνητικών δεδομένων για τα αίτια της ΔΕΠ/Υ, εντούτοις δεν είναι ακόμη δυνατόν να προσδιοριστούν με ακρίβεια και απόλυτη εγκυρότητα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι στη συγκεκριμένη διαταραχή είναι πολλοί οι παράγοντες που αλληλεπιδρούν, όπως είναι κατά κύριο λόγο γενετικοί και νευρολογικοί, και στη συνέχεια ψυχοκοινωνικοί και περιβαλλοντικοί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Barkley, 2006· Περβανίδου, 2009). Η ΔΕΠ/Υ θεωρείται κληρονομική ως ένα βαθμό, αφού έχει διαπιστωθεί ότι στο 76% των παιδιών με αυτή τη διαταραχή θα υπάρχει τουλάχιστον ένας συγγενής με ΔΕΠ/Υ (Π.Σ.Α. ΔΕΠ/Υ χ.χ.). Σύμφωνα με τους Klein κ.ά. (2017) η πιθανότητα να εμφανίσει ΔΕΠ/Υ ένα παιδί, όπου ένας από τους δύο γονείς του παρουσιάζει τη συγκεκριμένη διαταραχή, είναι της τάξεως 40% έως 60%. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι είναι πολύ αυξημένο το ποσοστό, όσον αφορά στην ομοιότητα εκδήλωσης της ΔΕΠ/Υ, σε μονοζυγωτικούς διδύμους (91%) και σε στους διζυγωτικούς διδύμους (38%). Παρόμοια συμπεράσματα υπήρξαν και από ανάλογες μελέτες που διεξήχθησαν σε βιολογικούς και θετούς γονείς και τα υιοθετημένα παιδιά (Zayats, Johansson & Haavik, 2015).

Δεν έχει αποδειχθεί με απόλυτη επιτυχία αν άλλα χαρακτηριστικά μίας οικογένειας, όπως η έλλειψη γονικού ελέγχου και φροντίδας και η έλλειψη σταθερότητας μέσα σ' αυτήν είναι αίτια εμφάνισης της ΔΕΠ/Υ, αλλά μπορεί κανείς να αναφέρει ότι επιβαρύνουν την συναισθηματική κατάσταση και επηρεάζουν τη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ/Υ, όπως και το σχολικό περιβάλλον και κατατάσσονται στα δευτερογενή αίτια. Ωστόσο, είναι

σημαντικό πρωτίστως να διευκρινιστούν με απόλυτη σαφήνεια τα πρωτογενή αίτια εμφάνισης της ΔΕΠ/Υ (Π.Σ.Α. ΔΕΠ/Υ χ.χ.: Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Οι νευρολογικοί και γενετικοί παράγοντες θεωρητικά αποτελούν τους κύριους παράγοντες εμφάνισης της ΔΕΠ/Υ, αλλά δεν αποδεικνύουν επακριβώς τα πρωτογενή αίτια της διαταραχής. Μπορεί μια έρευνα να αποδείξει ότι κάποιος παράγοντας προκαλεί την εμφάνιση της ΔΕΠ/Υ, αλλά την ίδια στιγμή υπάρχει κάποια άλλη παράμετρος, π.χ. ένας βιολογικός παράγοντας που δεν μπορεί να εξεταστεί και ο οποίος φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής. Έτσι, η γενίκευση των αποτελεσμάτων μιας μελέτης είναι δύσκολο να καθιερωθεί (Plomin, 1995· Κάκουρος & Μανιαδάκη 2000). Συνοψίζοντας θα μπορούσε κανείς να αναφέρει ότι η ΔΕΠ/Υ συνιστά μία εκ γενετής πολυπαραγοντική νευροαναπτυξιακή διαταραχή, της οποίας η εκδήλωση εξαρτάται από τον συνδυασμό γενετικής προδιάθεσης/κληρονομικότητας και περιβαλλοντικών συνθηκών που επιδρούν σε πολλές περιοχές του εγκεφάλου. Από αυτό γίνεται αντιληπτό ότι υπάρχει ετερογένεια που χαρακτηρίζει τη ΔΕΠ/Υ ως προς τις αιτίες παρουσίας της (Συρίγου & Παπαβασιλείου, 2001· Cortese, 2012· Μπιτσάκου, 2012).

Το μόνο σίγουρο που προκύπτει από την βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι ότι δεν μπορούν να αμφισβητηθούν οι προσπάθειες των ειδικών για τη διευκρίνηση των αιτιών. Πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Wiguna, κ.ά. το 2017 στην Ινδονησία, αν και προηγήθηκαν παρόμοιες σε Κίνα και Νότια Κορέα, προσπάθησε να αποδείξει τη σχέση του πολυμορφισμού του «DAT1» (Dopamine Transporter Gene: ενεργός μεταφορέας ντοπαμίνης) με την ΔΕΠΥ και αν και το επαναλαμβανόμενο «αλληλόμορφο 10» του «DAT1» είχε υψηλό ποσοστό και στις δύο περιπτώσεις, ωστόσο δεν βρέθηκαν αποτελέσματα επαναλαμβανόμενα που να το επιβεβαιώνουν (Wiguna, et al., 2017). Σε άλλες μελέτες και πρόσφατες αναλύσεις αποκαλύπτονται μόλις 6 γονίδια από τα 20 τα οποία έχουν σχέση με την παρουσία της ΔΕΠ/Υ σ' ένα άτομο (γονίδιο SNAP-25, υποδοχέας σεροτονίνης HTR1B, μεταφορέας σεροτονίνης 5HTT, υποδοχείς ντοπαμίνης D4 (DRD4) και D5 (DRD5) και μεταφορέας ντοπαμίνης DAT1) (Matthews et al., 2012· Klein et al., 2017· O' Donnell et al., 2017).

Ένα άλλο σημείο που μελετήθηκε αρκετά είναι η δομή και η λειτουργία του εγκεφάλου για να εντοπιστούν οι διαφορές ανάμεσα σε άτομα με ΔΕΠ/Υ και χωρίς. Παιδιά και ενήλικες με ΔΕΠ/Υ έδειξαν μέσω υψηλής ανάλυσης μαγνητικών τομογραφιών, να έχουν μικρότερο όγκο εγκεφάλου, κυρίως, στο δεξί ημισφαίριο από 3-8%. Την ίδια στιγμή ο όγκος σε περιοχές των κροταφικών λοβών ήταν εξίσου μικρότερος. Επιπλέον, διαφοροποιήσεις και

αλλοιώσεις παρατηρήθηκαν και σε άλλες περιοχές, όπως της παρεγκεφαλίτιδας, των κροταφικών και βρεγματικών λοβών, του θαλάμου και της αμυγδαλής που έχει σχέση με την νευροφυσιολογική επίδοση των ατόμων με ΔΕΠ/Υ, όσον αφορά σε δραστηριότητες που έπρεπε να ανασταλεί η αντίδραση. Ταυτόχρονα, φάνηκε μείωση της φαιάς ουσίας του προμετωπιαίου φλοιού που αποτελεί σημείο που ρυθμίζει τις γνωστικές διεργασίες υψηλού επιπέδου και έχει σχέση με τον έλεγχο των παρορμήσεων και της εκτίμησης καταστάσεων, κατάκτηση στόχων και λήψεων αποφάσεων (Gu et al., 2017· Klein et al., 2017). Το νοραδρενεργικό και το ντοπαμινεργικό σύστημα που αποτελούν το κατεχολαμινεργικό σύστημα δείχνει να εμπλέκεται σοβαρά στη παρουσία αιτιών για ΔΕΠ/Υ. Μάλιστα, το σεροτονινεργικό σύστημα, που αφορά τον τομέα ρύθμισης των συναισθημάτων, είναι κάτι που φαίνεται ότι θα απασχολήσει μελλοντικά τους ερευνητές (O'Donnell et al., 2017).

Ένα εξίσου σημαντικό σημείο που μελετήθηκε στις έρευνες είναι το κατά πόσο σχετίζονται κάποιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες με την εμφάνιση της ΔΕΠ/Υ. Για παράδειγμα, φαίνεται να υπάρχει σύνδεση της εμφάνισης της διαταραχής με μη φυσιολογικές καταστάσεις προγεννητικές, όπως είναι μία μητέρα που καπνίζει ή λαμβάνει ναρκωτικές ουσίες ή κάνει κατάχρηση αλκοόλ ή βιώνει καταστάσεις υπερβολικού άγχους ή εκτίθεται σε τοξίνες, όπως είναι ο μόλυβδος και τα παρασιτοκτόνα (Nigg, 2013). Σε πιο πρόσφατες μελέτες, όπως είναι των Silk κ.ά. (2016) και των Banaschewski κ.ά. (2017), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ και της διατροφής και συγκεκριμένα της έλλειψης στοιχείων, όπως είναι το κάλιο, ο ψευδάργυρος, ο σίδηρος, το μαγνήσιο, αλλά και τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα που θεωρούνται υπεύθυνα για την ενίσχυση της υπερκινητικής συμπεριφοράς.

1.3. Διάγνωση – διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ/Υ

Η διάγνωση της ΔΕΠ/Υ συνιστά ένα συλλογικό αποτέλεσμα της συνεργασίας ανάμεσα στα μέλη μιας εξειδικευμένης παιδοψυχιατρικής διεπιστημονικής ομάδας με την οικογένεια και τους εκπαιδευτικούς. Πιο αναλυτικά, παρέχεται από έναν εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας που συλλέγει πληροφορίες από τα μέλη της οικογένειας ή από τους «σημαντικούς άλλους» που γνωρίζουν καλά το άτομο, όπως είναι οι εκπαιδευτικοί. Η ΔΕΠ/Υ, συνήθως, επηρεάζει την μαθησιακή απόδοση, τη συγκέντρωση και τον αυτοέλεγχο στο σχολείο. Οι εκπαιδευτικοί είναι συχνά οι πρώτοι που υποπτεύονται τη ΔΕΠ/Υ στους μαθητές τους, επειδή είναι μαζί τους το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και ξέρουν πώς συμπεριφέρονται συνήθως οι «κανονικοί» μαθητές σε καθημερινές καταστάσεις στην τάξη (Al-Moghamsi, et al., 2018).

Στο πλαίσιο αυτό συνυπολογίζονται όλοι οι παράμετροι που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ, όπως είναι τα πιθανά αίτια, το περιβάλλον του παιδιού, οι καταστάσεις που βιώνει και οι συμπεριφορές που παρουσιάζει. Στα επίσημα διαγνωστικά κριτήρια δίνονται σαφείς οδηγίες, αλλά το υπάρχον πρόβλημα είναι ότι πολλά συμπτώματα δεν αναφέρονται ή είναι όμοια με συμπτώματα από συνυπάρχουσες διαταραχές. Στην ηλικία των 3-5 ετών η ΔΕΠ/Υ παρουσιάζεται με υπερβολική δραστηριότητα, ενώ στην ηλικία των 6-12 εμφανίζονται και προβλήματα εναντιωματικής συμπεριφοράς, συγκρούσεις με ομηλικούς και προβλήματα στο σχολείο. Στην εφηβεία μπορεί να μειώνεται η υπερκινητικότητα, αλλά εμφανίζονται συγκρούσεις στο σπίτι και συμπεριφορές που μπορεί να θέσουν τον νέο σε κίνδυνο, ωστόσο η απροσεξία και η παρορμητικότητα εμμένουν και δημιουργούν δύσκολες καταστάσεις για τον έφηβο και το περιβάλλον του. Γι' αυτό το λόγο και η διάγνωση στους ενήλικες είναι πιο δύσκολη και πολύπλοκη και απαιτεί εμπειρία από τους ειδικούς που αναλαμβάνουν την περίπτωση (ΠΣΑ ΔΕΠ/Υ, χ.χ.· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Κολιάδης 2010).

Η ΔΕΠ/Υ διαγιγνώσκεται συχνότερα όταν ξεκινά το σχολείο καθώς οι εκπαιδευτικοί είναι αυτοί που έρχονται αντιμέτωποι με τα βασικά συμπτώματα σε συνδυασμό με τα σχετικά προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο, όπως για παράδειγμα τα παιδιά που δεν ακολουθούν τις οδηγίες των εκπαιδευτικών, ή παρουσιάζουν νευρικότητα στις καρέκλες τους, ή κάνουν θόρυβο στην τάξη κ.ά. (Campbell, et al., 2015· Dort, Strelow, Schwinger, & Christiansen, 2020). Σύμφωνα με το DSM IV (1994) απαραίτητη προϋπόθεση είναι η γνώση των κριτηρίων/συμπτωμάτων έτσι ώστε να προβεί κανείς σε έγκυρη διάγνωση. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα κριτήρια αυτά χωρίζονται σε 2 ομάδες. Στην α ομάδα, την ομάδα της «απροσεξίας», τα κριτήρια εστιάζουν στην αποτυχία συγκέντρωσης, διατήρησης προσοχής, υπακοής, ολοκλήρωσης δραστηριοτήτων, οργάνωσης, εμπλοκής σε δραστηριότητες, κατοχής προσωπικών αντικειμένων, μνήμης, διατήρησης προσοχής από εξωτερικά ερεθίσματα. Στη β ομάδα, την ομάδα της «υπερκινητικότητας» και της «παρορμητικότητας», τα κριτήρια εστιάζουν από τη μια στη συνεχή κίνηση άκρων, στο γεγονός ότι δεν μένει σε ένα σημείο, τρέχει και σκαρφαλώνει, νευρικά παιχνίδια, ακατάπαυστη ομιλία, και από την άλλη στις απερίσκεπτες απαντήσεις, τη δυσκολία αναμονής, το γεγονός ότι διακόπτει τους άλλους, αντίστοιχα (APA, 2000· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Από το 2013 κυκλοφορεί η 5^η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών APA (DSM-V), μετά από το ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης. Βέβαια τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες διαφορές με αυτά του

προηγούμενου εγχειριδίου (DSM-IV), ωστόσο εντοπίζεται μια διαφοροποίηση που σχετίζεται με τη διάγνωση και αναφέρει πως αλλάζει ο αριθμός των συμπτωμάτων σε άτομα άνω των 17 ετών από έξι, σε τέσσερα συνολικά συμπτώματα από απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα. Όσον αφορά στην ηλικία εμφάνισης των συμπτωμάτων θεωρείται τα 12 έτη από 7 που ήταν στο προηγούμενο εγχειρίδιο. Σύμφωνα με αυτό μπορούν να λαμβάνουν τη διάγνωση άτομα τα οποία εκδηλώνουν μεν επαρκή αριθμό συμπτωμάτων, αλλά λειτουργούν με ικανοποιητικό τρόπο στην καθημερινή τους ζωή (ΠΣΑ ΔΕΠ/Υ, χ.χ.· APA, 2013).

Σύμφωνα με τους Κάκουρο και Μανιαδάκη (2000), η διαδικασία διάγνωσης της ΔΕΠ/Υ ακολουθεί πέντε βασικά στάδια:

1^ο στάδιο: Ανίχνευση των συμπτωμάτων από ειδικό ότι σχετίζονται με ΔΕΠ/Υ.

2^ο στάδιο: Συγκέντρωση απαραίτητων στοιχείων (συχνότητα και διάρκεια συμπτωμάτων) με στόχο την αξιολόγηση και μελέτη άλλων παραμέτρων (οργανικών, περιβαλλοντικών κλπ.) και συνθηκών που είναι υπεύθυνοι για τη συντήρηση των συμπεριφορών.

3^ο στάδιο: Ανίχνευση της αρχικής εμφάνισης των συμπτωμάτων και της πορείας τους στον χρόνο με συνεντεύξεις από γονείς και εκπαιδευτικούς και αξιολόγηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το παιδί στο σπίτι, στο σχολείο (μαθησιακές δυσκολίες, διαγωγή) και στις σχέσεις με ομηλίκους.

4^ο στάδιο: Αξιολόγηση των δυσκολιών και των δυνατοτήτων του παιδιού και σχεδιασμός παρέμβασης και χρήσης στρατηγικών.

5^ο στάδιο: Στην πορεία του θεραπευτικού προγράμματος γίνεται η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και κατά πόσο ήταν αποτελεσματική εξετάζοντας την εξέλιξη του παιδιού και την αλλαγή συμπεριφοράς.

Η διάγνωση και στη συνέχεια η θεραπεία της ΔΕΠ/Υ απαιτούν διεπιστημονικές συνεργασίες μεταξύ μη επαγγελματιών και επαγγελματιών υγείας. Οι μη επαγγελματίες, όπως οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αρχική εξέταση της ΔΕΠ/Υ, καθώς είναι οι πρώτοι άνθρωποι που αναγνωρίζουν τα συμπτώματα στα παιδιά. Στη συνέχεια μπορούν να ζητήσουν βοήθεια από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών και των ψυχολόγων, για να λάβουν τα παιδιά την κατάλληλη θεραπεία. Δεδομένου του γεγονότος ότι η συνεργασία στη παροχή φροντίδας θα μπορούσε να ενισχύσει τη φροντίδα των παιδιών με ΔΕΠ/Υ, όλα τα άτομα πρέπει να έχουν επαρκή γνώση και κατανόηση που αφορά στη διαταραχή, προκειμένου να έχουν καλή αντίληψη και να οδηγηθούν στην υιοθέτηση κατάλληλης στάσης απέναντι στα παιδιά με

ΔΕΠ/Υ (Kypriotaki & Manolitsis, 2010· Bussing, et al., 2012· Guerra & Brown, 2012· Murtani, et al., 2020).

Για την αξιολόγηση ενός παιδιού με ΔΕΠ/Υ χρησιμοποιούνται από τους ειδικούς αναπτυξιακά και ψυχολογικά τεστ για να εντοπίσουν τα δυνατά σημεία και συγκεκριμένες δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί και συνυπολογίζονται διάφορα ψυχολογικά, κοινωνικά, βιολογικά και πολιτισμικά στοιχεία που μπορούν να επηρεάσουν συνδυαστικά προκαλώντας δυσκολίες στο παιδί. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης με το παιδί, ο ειδικός πρέπει να επικεντρωθεί σε ορισμένα σημεία, όπως είναι για παράδειγμα το τι πιστεύει για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει, αν γνωρίζει τον λόγο/αιτίες αυτών που αντιμετωπίζει, αν μπορεί να συγκεντρώνεται και τέλος αν θα επιθυμούσε να συμμετέχει σε ένα πρόγραμμα με στόχο την θεραπευτική αντιμετώπιση του θέματος που αντιμετωπίζει. Επιπλέον, η διάγνωση είναι πραγματοποιήσιμη, σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, όταν πληρούνται δύο από τα παρακάτω κριτήρια για τον κάθε τύπο (απρόσεκτος, υπερκινητικός/παρορμητικός και ο συνδυαστικός τύπος) δηλ. 6 στο σύνολο από τα πυρηνικά συμπτώματα, να εμφανιστούν πριν το 7^ο έτος ηλικίας, να έχουν διάρκεια πάνω από έξι μήνες και να έχουν παρουσία σε δύο πλαίσια/περιβάλλοντα, συνήθως της οικογένειας και του σχολείου (Dilaimi, 2013).

Κατά την αξιολόγηση που πραγματοποιεί ο ειδικός προκειμένου να καταλήξει σε μια συγκεκριμένη διάγνωση, μπορεί να χρησιμοποιήσει κάποια βασικά μέσα, όπως είναι οι κλίμακες αξιολόγησης, η συνέντευξη με τους γονείς, η συνέντευξη με τον εκπαιδευτικό και η αξιολόγηση του ίδιου του παιδιού (συνέντευξη, κλινική παρατήρηση, ψυχομετρικά τεστ, ιατρική εξέταση). Πιο συγκεκριμένα:

Οι κλίμακες αξιολόγησης. Είναι σημαντικό ο ειδικός να προσέχει πως ερμηνεύει τα αποτελέσματα, αφού οι κλίμακες αξιολόγησης επιφέρουν υποκειμενικές ερμηνείες. Οι σταθμισμένες κλίμακες αξιολόγησης που υπάρχουν ειδικά για γονείς και εκπαιδευτικούς είναι οι κλίμακες αξιολόγησης του Conners (1990). Όμως υπάρχουν και αυτές που είναι κατάλληλες για τη διερεύνηση ενός ευρέως φάσματος της ΔΕΠ/Υ στη παιδική ηλικία, όπως η κλίμακα CBCL (Achenbach, 1991) και η κλίμακα BASC (Reynolds & Kamphaus, 1994). Στη συνέχεια, ο ειδικός μπορεί να χρησιμοποιήσει κλίμακες ανίχνευσης των συμπτωμάτων της διαταραχής, όπως η κλίμακα ADHDT του Gilliam (1995), η κλίμακα ADHD-SC4 των Gadow & Sprafkin (1997) κ.ά. εκτιμήσεις (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Τα θετικά της χρήσης αυτών των κλιμάκων είναι: η συλλογή πληροφοριών από διαφορετικά άτομα που γνωρίζουν πως συμπεριφέρεται το παιδί μέσα σε διαφορετικές συνθήκες και πλαίσια, εντοπίζουν σπάνιες συμπεριφορές, είναι γρήγορα και δεν κοστίζουν, επιτρέπουν στατιστικές

συγκρίσεις συμπεριφοράς του παιδιού με μία ομάδα αναφοράς, επικεντρώνεται σε ποικίλες διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας του παιδιού, δίνει πληροφορίες για την θεραπευτική παρέμβαση και την αποτελεσματικότητά της (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Συνέντευξη με τους γονείς. Αποτελεί το πιο σημαντικό μέσο από το οποίο ο ειδικός θα καταφέρει να συγκεντρώσει σημαντικές πληροφορίες για το παιδί. Οι πληροφορίες αυτές αφορούν στη φύση της προβληματικής συμπεριφοράς, τη συχνότητα εμφάνισης, την ηλικία έναρξης δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στις επιπτώσεις που έχει αυτή η συμπεριφορά στο παιδί και στο κοινωνικό του περιβάλλον. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης ο ειδικός ζητά να μάθει για τον τρόπο χειρισμού της όλης κατάστασης από τους γονείς και αν υπάρχει κοινή γραμμή. Επιπλέον, γίνεται μία ανασκόπηση, ένα ιστορικό της γενικής πορείας του παιδιού. Κάποιο ειδικοί θεωρούν πιο εποικοδομητική την παρουσία του παιδιού όταν γίνεται η συνέντευξη με τους γονείς για να μπορέσει να παρατηρήσει τις αντιδράσεις του. Ένας από τους στόχους της συνέντευξης είναι και η απόκτηση εμπιστοσύνης των γονιών απέναντι στον ειδικό. Τέλος, η συνέντευξη με τους γονείς λειτουργεί και με έναν τρόπο ψυχοθεραπευτικό για τους ίδιους, αφού μοιράζονται ένα μεγάλο φορτίο που κουβαλάνε κατορθώνοντας με αυτόν τον τρόπο να βοηθήσουν τον εαυτό τους, αφού πολλές φορές βλέπουν τα λάθη τους και προχωρούν στη διόρθωσή τους, νιώθοντας μεγάλο σύμμαχο και βοηθό τον ίδιο τον ειδικό (Κάκουρος & Μανιαδάκη 2000· 2006).

Συνέντευξη με τον εκπαιδευτικό. Οι κλίμακες αξιολόγησης που καλείται να συμπληρώσει ο εκπαιδευτικός, σε πρώτη φάση, είναι και η πρώτη επαφή του με τον ειδικό. Η σημαντικότητα της συνέντευξης είναι ο όγκος των χρήσιμων πληροφοριών που μπορεί να δώσει ο εκπαιδευτικός. Ακολουθεί μία ή περισσότερες συναντήσεις όπου δίνονται πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά του παιδιού, τη σχέση του με τους συμμαθητές του, την ακαδημαϊκή του πορεία, τις μαθησιακές δυσκολίες που πιθανόν αντιμετωπίζει, καθώς και το γεγονός αν ακολουθεί τους κανόνες και μπορεί να συμμετέχει στην εκπαιδευτική διαδικασία γενικότερα και σε ομαδικές δραστηριότητες ειδικότερα. Βέβαια, ο ειδικός πρέπει να βοηθήσει τον εκπαιδευτικό να ξεχωρίζει τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ από τα γενικά χαρακτηριστικά που μπορεί να φέρει και ένα παιδί χωρίς τη συγκεκριμένη διαταραχή (π.χ. την χαμηλή επίδοση από τις μαθησιακές δυσκολίες ή τα προβλήματα συμπεριφοράς λόγω ΔΕΠ/Υ από την προβληματική συμπεριφορά λόγω διαγωγής). Τέλος, ο ειδικός αν το επιτρέπουν οι συνθήκες επισκέπτεται το χώρο του σχολείου όπου και πραγματοποιούνται οι παρεμβάσεις, έτσι ώστε να έχει μία πιο ολοκληρωμένη εικόνα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν στους εκπαιδευτικούς μια ειδική πρόκληση, καθώς παρεμβαίνουν στη διαδικασία διδασκαλίας και δεν ανταποκρίνονται σε τυπικές

τεχνικές διαχείρισης τάξεων. Προκειμένου να ανταποκριθούν σε αυτήν την πρόκληση, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να έχουν ακριβείς και επικαιροποιημένες πληροφορίες σχετικά με τη διαταραχή, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες του μαθητή με ΔΕΠ/Υ. Μελέτες που εξέτασαν τις πεποιθήσεις και τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ επεσήμαναν την αναγκαιότητα κατάρτισης των Ελλήνων εκπαιδευτικών για την αύξηση της γνώσης και της κατανόησης της διαταραχής (Giannopoulou, et al., 2017).

Αξιολόγηση του παιδιού: συνέντευξη και κλινική παρατήρηση, ψυχομετρικά τεστ, ιατρική εξέταση. Ο ειδικός συνήθως ξεκινά τη συνέντευξη με το παιδί με μια αναγνωριστική και γενική ερώτηση: «*Ποιος είναι ο λόγος που βρίσκεσαι σήμερα εδώ;*». Με αυτόν τον τρόπο ο ειδικός προσπαθεί να δημιουργήσει μία θετική, για το παιδί, ατμόσφαιρα αν σκεφτεί κανείς τα συναισθήματά του εκείνη τη στιγμή, αφού δεν αποτελεί επιλογή του να βρίσκεται εκεί αλλά επιλογή των γονιών του. Ο ειδικός πρέπει να εστιάσει σε τομείς που αφορούν στο πώς νιώθει το παιδί για τον εαυτό του, αν γνωρίζει τις αιτίες των προβλημάτων που αντιμετωπίζει, αν καταφέρνει να συγκεντρώνει την προσοχή του και ποια είναι η άποψη του για το πρόγραμμα παρέμβασης. Του γίνονται, λοιπόν, ερωτήσεις σχετικά με το τι πιστεύει πως τον δυσκολεύει στα μαθήματα, που θεωρεί ότι είναι καλός, ποια η σχέση του με τον/την εκπαιδευτικό, πως είναι οι σχέσεις του με τους γονείς του, αν υπάρχουν τιμωρίες πως τις αντιλαμβάνεται κλπ. Με αυτόν τον τρόπο προσπαθεί να έχει μία πλήρη εικόνα του παιδιού σε όλα τα πλαίσια. Βέβαια οι ερωτήσεις και η γενική πορεία της συνέντευξης εξαρτάται κατά πολύ από την ηλικία του παιδιού, αν είναι νήπιο, στο δημοτικό ή έφηβος. Επιπλέον, δίνονται ψυχομετρικά τεστ που μπορούν να βοηθήσουν τον ειδικό να έχει επιπλέον στοιχεία απαραίτητα για τη σωστή διάγνωση μιας και αποτελούν τον πιο αντικειμενικό τρόπο συλλογής δεδομένων. Τέλος, το σημαντικότερο είναι ο τρόπος που θα ερμηνεύσει ο ειδικός τις απαντήσεις προσπαθώντας να υπολογίσει όλες τις παραμέτρους που μπορεί και να επηρέασαν το παιδί στις απαντήσεις που έδωσε και πιθανόν να μην είναι οι πραγματικές (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Μαζί με την συνέντευξη ο ειδικός ξεκινά και την κλινική παρατήρηση. Από την αίθουσα αναμονής όπου και μπορεί να συλλέξει σημαντικές πληροφορίες για τη σχέση του παιδιού με τους γονείς του έως και τη στιγμή που αποχωρεί από τον χώρο. Ο τρόπος που συζητά, το πώς οργανώνει τις σκέψεις του, πώς κινείται στο χώρο, αλλά και όλες οι κινήσεις και στάσεις του σώματος είναι σημαντικά στοιχεία για τον ειδικό. Βέβαια ένα παιδί μπορεί να μην είναι ο εαυτός του εκείνη τη στιγμή και να προσπαθήσει να κρατήσει μία συμπεριφορά που δεν ταιριάζει σε ένα παιδί με ΔΕΠ/Υ με αποτέλεσμα ο ειδικός να οδηγηθεί σε λάθος συμπεράσματα. Άρα θα πρέπει να υπάρχει αρκετός χρόνος, να νιώσει το παιδί

οικεία για να μπορέσει να ξεδιπλώσει τον πραγματικό του εαυτό και να δώσει στον ειδικό αληθινά στοιχεία που θα τον βοηθήσουν στη διάγνωση. Ταυτόχρονα, το ιστορικό και η κλινική παρατήρηση είναι αυτά που οδηγούν το παιδί στο να λάβει μια ιατρική εξέταση, μιας και απώτερος στόχος είναι ο αποκλεισμός άλλων ιατρικών προβλημάτων που έχουν συμπτώματα παρόμοια με αυτά της ΔΕΠ/Υ. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ιατρική εξέταση καθίσταται απαραίτητη όταν το παιδί καλείται να λάβει φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ/Υ, έτσι ώστε να μην υπάρξει κάποιο επιπλέον πρόβλημα στην υγεία του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· 2006).

Όσον αφορά στην ίδια τη διαδικασία της διαφορικής διάγνωσης είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πρόκειται για μια διαγνωστική διαδικασία που έχει ως στόχο να αποκλείσει παθήσεις με παρόμοια συμπτώματα, έτσι ώστε να οδηγηθεί κανείς σωστά συμπεράσματα (Αμπατζόγλου & Τζιαρός, 2001). Γι' αυτό η συλλογή των δεδομένων από ποικίλα μέσα αξιολόγησης που αφορούν τη διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ/Υ από άλλες διαταραχές είναι απαραίτητη για έναν ειδικό για να μπορέσει να επιβεβαιώσει ή να αποκλείσει την συγκεκριμένη διαταραχή. Οι λοιπές διαταραχές που προχωρούν σε διαφοροδιάγνωση με την ΔΕΠ/Υ είναι οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, η διαταραχή διαγωγής, η διαταραχή διάθεσης, η διαταραχές άγχους και η εναντιωματική προκλητική διαταραχή (Σιαπάτη-Τελιούση, 2007).

Η πιο δύσκολη μορφή διαφορικής διάγνωσης είναι να καταφέρει ο ειδικός να διακρίνει τη διαταραχή της διαγωγής και την εναντιωματική προκλητική διαταραχή από τη ΔΕΠ/Υ. Αυτό μπορεί να το επιτύχει δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην παρουσία διαταραχών της προσοχής και ελέγχου της παρορμητικότητας με βάση την ηλικία εμφάνισης αυτών. Και αυτό διότι στη ΔΕΠ/Υ εμφανίζονται νωρίτερα σε σχέση με τις άλλες διαταραχές. Όσον αφορά στη διαταραχή διαγωγής έχει παρατηρηθεί ότι η συγκεκριμένη συνυπάρχει με προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια και αφορούν στην ύπαρξη ενδοοικογενειακών συγκρούσεων, το χαμηλό οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, τη χρήση ουσιών από τους γονείς, καθώς και την ύπαρξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Αναφορικά με τη διαταραχή διάθεσης η παρουσία των συμπτωμάτων είναι έκδηλη μετά τα 12 έτη και εμφανίζεται ως μία αλλαγή που αφορά στη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού και τη συμπεριφορά που το χαρακτήριζε (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Από την άλλη, οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές παρουσιάζουν επίσης κοινά συμπτώματα με τη ΔΕΠ/Υ, όπως την υπερκινητικότητα, όμως ξεχωρίζουν από αυτή όσον αφορά στα προβλήματα που παρουσιάζουν στις κοινωνικές επαφές, τις χαμηλές νοητικές

ικανότητες, καθώς και την ύπαρξη στερεοτυπικών κινήσεων και προβλημάτων στο λόγο (βαριές εκτεταμένες αναπτυξιακές διαταραχές). Τέλος, υπάρχουν και πολλά συμπτώματα που προέρχονται από ιατρικής φύσεως προβλήματα και μοιάζουν με αυτά της ΔΕΠ/Υ, όπως είναι η απροσεξία που οφείλεται σε αιματολογικής φύσεως διαταραχές και σε χρόνιες παθήσεις άσματος ή σε διαταραχές ενδοκρινολογικής φύσεως. Μία επιπλέον διαταραχή που συνυπάρχει με τη ΔΕΠ/Υ είναι και η διαταραχή ύπνου, όπου λόγω αυτής το παιδί μπορεί να παρουσιάσει, απροσεξία και υπερκινητικότητα, να επηρεάσει αρνητικά τη σχολική του απόδοση (Nass, 1995· Buttross, 2000· Σιαπάτη-Τελιούση, 2007).

1.4. Αντιμετώπιση - Θεραπεία της ΔΕΠ/Υ

Στη διεθνή βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι η ΔΕΠ/Υ δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί πλήρως, έχοντας μια μόνιμη ίαση, αλλά μπορεί να υπάρξει μία καλύτερη ποιότητα ζωής για το άτομο με ΔΕΠ/Υ αν προηγηθεί μία έγκαιρη διάγνωση από μικρή ηλικία. Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι πολυεπίπεδη, αφού η συννοσηρότητα είναι πολύ συχνή στη συγκεκριμένη διαταραχή. Ειδικότερα, η ειδικά σχεδιασμένη ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να συμπεριλαμβάνει παρέμβαση στο εκπαιδευτικό κομμάτι μέχρι και φαρμακευτική αγωγή αν ο ψυχίατρος το κρίνει απαραίτητο. Η κάθε περίπτωση του ατόμου που εμφανίζει ΔΕΠ/Υ είναι μοναδική και για το λόγο αυτό χρήζει εξατομικευμένης παρέμβασης. Παρόλα αυτά ένας κοινός παράγοντας σε όλες τις περιπτώσεις συνιστά το κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού, όπως είναι η οικογένεια και το σχολείο (ΠΣΑ ΔΕΠ/Υ, χ.χ.· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Στη σύγχρονη εποχή, οι μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης της ΔΕΠ/Υ που χρησιμοποιούνται ευρέως είναι η χορήγηση φαρμάκων, οι παρεμβάσεις ψυχοπαιδαγωγικής φύσεως και ο συνδυασμός αυτών των δύο. Αξίζει να σημειωθεί ότι πιο πρόσφατες μέθοδοι, οι οποίες προέκυψαν μετά από αποτελέσματα διαφόρων ερευνών, είναι η ειδική διατροφή και η θεραπεία βιοανάδρασης (θεραπευτική προσέγγιση χωρίς φάρμακα που προάγει τον αυτοέλεγχο, την ενσυνείδηση και τη χαλάρωση) (Martinez-Raga, et al., 2017).

Όσον αφορά στην **φαρμακευτική αγωγή** τα ερευνητικά δεδομένα σήμερα σχετικά με τη φαρμακευτική παρέμβαση σε παιδιά και ενήλικες με ΔΕΠ/Υ με στόχο τον περιορισμό των συμπτωμάτων αφορούν σε τρία είδη ψυχοτρόπων φαρμάκων που επιδρούν αποτελεσματικά, α) τα ψυχοδιεγερτικά (μεθυλφενιδάτη, Ritalin/Concerta, δεξτροαμφεταμίνη Dexedrine/Adderall, πεμολίνη Cylert), β) τα αντικαταθλιπτικά (ατομοξετίνη, Strattera) και γ) τα αντυπερτασικά (κλονιδίνη, Catapresan) (Gray & Climie, 2016· Clemow, et al., 2017· Kortekaas-Rijlaarsdam, et al., 2018). Ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 70-80% των

παιδιών με ΔΕΠ/Υ έχουν θετική επίδραση στη χορήγηση φαρμάκων με διεγερτικά, αφού προμετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου δέχονται την επίδραση τους, όπως και σε νευροδιαβιβαστές (ντοπαμίνη, επινεφρίνη, νορεπινεφρίνη και σεροτονίνη) που έχουν σχέση με την αυτορρύθμιση αναστολή της συμπεριφορά (Shaywitz, et al., 2017).

Στην χώρα μας υπάρχουν δύο εγκεκριμένα από τον ΕΟΦ φάρμακα για τη ΔΕΠ/Υ, η μεθυλοφαινιδάτη και η ατομοξετίνη, τα οποία συνδυαστικά με τη ψυχοθεραπεία στη βελτίωση των συμπτωμάτων και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργεί η διαταραχή στο άτομο. Μάλιστα, έχει αποδειχθεί ότι η δράση βελτιώνει τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ, αλλά και τα προβλήματα που ακολουθούν αυτά τα συμπτώματα, όπως είναι η παρορμητικότητα, οι συναισθηματικές αστάθειες του ατόμου και τα ξεσπάσματα θυμού. Πιο συγκεκριμένα, η μεθυλοφαινιδάτη είναι η πιο συνήθης φαρμακευτική αγωγή της ΔΕΠ/Υ και είναι ευρέως γνωστή για τη διέγερση του κεντρικού νευρικού συστήματος. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι κανείς θα περίμενε ένας νευροδιεγέρτης να είναι ακατάλληλος για μία διαταραχή υπερκινητικότητας, ωστόσο έρευνες έχουν δείξει ότι αυτή επιδρά σε ένα μέρος του εγκεφάλου με αποτέλεσμα να μεταβάλλει ψυχικές αντιδράσεις και τρόπους συμπεριφοράς. Το φάρμακο αυτό δρα άμεσα, έχει διάρκεια 4 ώρες ανά σκεύασμα (βραχείας δράσης) και 12 το άλλο (αργής αποδέσμευσης) όμως δεν είναι για καθημερινή χρήση. Από την άλλη η ατομοξετίνη διαφέρει, αφού αυξάνει την ποσότητα νοραδρεναλίνης (δηλαδή της ουσίας που περνά μηνύματα μεταξύ των εγκεφαλικών κυττάρων) στον εγκέφαλο με αποτέλεσμα να βελτιώνεται σημαντικά ο αυτοέλεγχος και η συγκέντρωση του ατόμου. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι χρειάζονται 20 ημέρες για να δημιουργηθούν επίπεδα της ατομοξετίνης στον οργανισμό και να δράσει, ενώ ταυτόχρονα υποστηρίζεται ότι μπορεί να γίνεται καθημερινή χορήγηση (ΠΣΑ ΔΕΠ/Υ, χ.χ.).

Πολλές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε παιδιά και ενήλικες έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα σχετικά με την επίδραση των φαρμάκων. Αρχικά, η θεραπεία ξεκινά με μικρές δόσεις και αυξάνεται στη συνέχεια, σύμφωνα με τις υποδείξεις των υπεύθυνων γιατρών, δηλαδή του παιδοψυχιάτρου για το παιδί και του ψυχιάτρου για τον ενήλικα και με συχνό αιματολογικό, βιοχημικό και καρδιολογικό έλεγχο (Ghosh, et al., 2016). Όσον αφορά στις ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να προκαλέσει η φαρμακευτική αγωγή είναι συνήθως ήπια και προσωρινή και περιορίζεται σε μειωμένη όρεξη, κεφαλαλγία, ανεβασμένους παλμούς, εκνευρισμό, ξηροστομία, δυσκολία στον ύπνο, ζάλη, πόνους στο στομάχι, κινητικά ή φωνητικά μυοσπασμάτα (σε ποσοστό 1-2% των παιδιών), πιθανότητα αυτοκτονικού ιδεασμού (3,7 περιπτώσεις στις 1.000) και ανεπάρκεια ήπατος, κυρίως, σε παιδιά με υπερευαισθησία σε αυτές τις ουσίες. Η διάρκειά τους δεν ξεπερνά τις δύο

εβδομάδες και με ελεγχόμενη δοσολογία με τις υποδείξεις του γιατρού μπορούν να αποφευχθούν (ΠΣΑ ΔΕΠ/Υ, χ.χ. Hennissen, et al., 2017).

Η συνδυαστική φαρμακοθεραπεία αποτελεί έναν σύγχρονο τρόπο αντιμετώπισης της ΔΕΠ/Υ, αλλά και της συννοσηρότητας της με άλλες διαταραχές, όπως η διαταραχή της διαγωγής, η διπολική διαταραχή και τα προβλήματα ύπνου. Μελέτες έδειξαν ότι η φαρμακευτική αγωγή συνδυαστικά με την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση σε παιδιά και γονείς μπορούν να φέρουν καλύτερα αποτελέσματα με τη συνεχή παρακολούθηση και τη συνεργασία με τους γιατρούς και τους ειδικούς (ΠΣΑ ΔΕΠ/Υ, χ.χ. Arnold, et al., 2015).

Σύμφωνα με σχετικές έρευνες που αφορούν στις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη χορήγηση φαρμάκων σε παιδιά με ΔΕΠ/Υ, το 75,7% των εκπαιδευτικών γνώριζαν ότι η εκπαίδευση των γονέων και των εκπαιδευτικών, σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή, είναι καθοριστικοί παράγοντες στη θεραπεία της συγκεκριμένης διαταραχής (75,7%). Μάλιστα, οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί γνώριζαν ότι πρέπει να εφαρμόζονται πολύπλευρες μέθοδοι για την αποτελεσματική θεραπεία της ΔΕΠ/Υ (Perold, Louw, & Kleynhans, 2010). Σε μία άλλη μελέτη, στην ερώτηση προς τους εκπαιδευτικούς «αν ένα παιδί ανταποκρίνεται σε διεγερτικά φάρμακα (π.χ. Ritalin), τότε πιθανότατα να έχει ΔΕΠ/Υ», το 29,4% σημείωσε ότι η δήλωση αυτή είναι αληθής, το 35,3% δήλωσε ότι είναι ψευδής και το 35,3% ότι δεν γνωρίζει (Bolinger, et. al. 2020). Επιπλέον, σε σχετική έρευνα η πλειονότητα των μελών της κοινότητας ανέφεραν ότι είχαν ελλιπείς γνώσεις σχετικά με τα αίτια και τη θεραπεία της ΔΕΠ/Υ, με αποτέλεσμα την άρνηση λήψης φαρμάκων, καθώς θεωρούσαν ότι γίνεται υπερβολική χρήση φαρμάκων στη θεραπεία της ΔΕΠ/Υ (Kypriotaki & Manolitsis, 2010· Bussing, et al., 2012).

Αξίζει να αναφερθεί ότι στη βιβλιογραφία υπάρχει ένας έντονος προβληματισμός από τους ειδικούς σχετικά με το ενδεχόμενο εθισμού στα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα από τα άτομα με ΔΕΠ/Υ που μπορεί να οδηγήσουν σε χρήση άλλων σχετικών ουσιών (Hennissen, et al., 2017). Επιπλέον, δεν είναι ακόμη ξεκάθαρη η επίδραση αυτών των φαρμάκων σε μικρά παιδιά (προσχολικής αγωγής) και στον υπό ανάπτυξη εγκέφαλο τους. Την ίδια στιγμή έχει αποδειχθεί η μικρότερη αποτελεσματικότητα αυτών των φαρμάκων σε μικρά παιδιά αλλά και η συχνή εμφάνιση παρενεργειών, όπως κακοκεφιά, τάση για κλάμα και ευερεθιστότητα (Ghosh, et al., 2016).

Μια σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση είναι η **βιοανάδραση** η οποία στοχεύει στη μεταβολή της αυτορρύθμισης της εγκεφαλικής δραστηριότητας μέσα από έναν τρόπο εκγύμνασης του εγκεφάλου και του νευροφυσιολογικού αυτοελέγχου χρησιμοποιώντας κατάλληλα όργανα μέτρησης. Με τη χρήση του ποσοτικού ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος

(qEKG) παρακολουθεί τον τρόπο που λειτουργεί ο φλοιός του εγκεφάλου μέσα σε πραγματικό χρόνο και έχει ως στόχο να εκπαιδεύσει τον εγκέφαλο με τέτοιο τρόπο, ώστε τα επίπεδα των εγκεφαλικών κυμάτων, καθώς και των ψυχολογικών και σωματικών λειτουργιών να φτάνουν σε φυσιολογικά επίπεδα (Herbert & Esparham, 2017· Jiang, et al., 2017).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι δύο είναι τα κύρια πρωτόκολλα που αφορούν στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ/Υ. Το πρώτο έχει άμεση σχέση με τα τονικά χαρακτηριστικά της εγρήγορσης του εγκεφάλου όπου στόχο έχουν από τη μία την αύξηση των κυμάτων beta και από την άλλη τη μείωση των κυμάτων theta, ενώ το δεύτερο ασχολείται με τον εγκεφαλικό φλοιό και το χαμηλό δυναμικό διέγερσης και έχει στόχο να ρυθμίσει αυτό το βαθμό διέγερσης, ώστε να ενεργοποιήσει τα δίκτυα που είναι υπεύθυνα για την προσοχή. Τα αποτελέσματα αυτής της προσέγγισης, μέσα από σχετικές έρευνες, είναι θετικά και παρατηρείται βελτίωση σε γνωστικό επίπεδο, τα συμπεριφορικά προβλήματα είναι μειωμένα και εντοπίζεται μία αλλαγή σε περιοχές του εγκεφάλου με προηγούμενη δυσλειτουργία (Herbert & Esparham, 2017·Jiang, et al., 2017).

Ως προς τη **διατροφή** υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με το ρόλο της στα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ. Σχετικές μελέτες αναφέρουν ότι ο τρόπος διατροφής της «δύσης» ο οποίος περιέχει μεγάλες ποσότητες λίπους, σακχάρων και νατρίου, αλλά και ελλείψεις σε οξέα Ω3, φυτικές ίνες και φολικό οξύ προκαλούν τη ΔΕΠ/Υ (Sonuga-Barke, et al., 2008). Σε παλαιότερη μελέτη (Perold, Louw, & Kleynhans, 2010) θεωρήθηκε σημαντικό εύρημα ότι το 65,2% των ερωτηθέντων της έρευνας «πίστευε λανθασμένα», όπως τονίστηκε, ότι η μείωση της πρόσληψης ζάχαρης ή προσθέτων τροφίμων από τη διατροφή θα μπορούσε να μειώσει αποτελεσματικά τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι στα πλαίσια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που πραγματοποιήθηκε το ζήτημα της επίδρασης της διατροφής στην εμφάνιση της ΔΕΠ/Υ είναι ένα αντικείμενο που δεν έχει μελετηθεί αρκετά και επομένως δεν μπορούν να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Ωστόσο, δεν μπορεί να αμφισβητηθεί από κανέναν ότι μία ισορροπημένη διατροφή είναι ότι καλύτερο για οποιοδήποτε άτομο με ή χωρίς ΔΕΠ/Υ. Γι' αυτό το λόγο και το Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας Ελλάδος προτείνει διατροφές με αποφυγή χρωστικών ουσιών και ζάχαρης, αλλά και τη χορήγηση βιταμινών (ΠΣΑ ΔΕΠ/Υ, χ.χ.). Επιπλέον, έχουν γίνει γνωστές διάφορες **εναλλακτικές θεραπείες** μέσα από έρευνες και αφορούν σε ειδικές δίαιτες, συμπληρώματα διατροφής, ακόμη και θεραπείες μασάζ, γιόγκα και ειδικής γυμναστικής (Herbert & Esparham, 2017).

Όσον αφορά στις **ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις**, αυτές αναφέρονται κατά κύριο λόγο σε παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται και έχουν ως στόχο την αλλαγή της προβληματικής συμπεριφοράς του παιδιού με ΔΕΠ/Υ, την εκπαίδευση των γονέων, τις παρεμβάσεις στο χώρο του σχολείου με την συμμετοχή και βοήθεια των εκπαιδευτικών (Clemow, et al., 2017). Τα ειδικά προγράμματα που έχουν ως στόχο την τροποποίηση της συμπεριφοράς αποτελούν την πιο σημαντική και αποτελεσματική παρέμβαση για την συγκεκριμένη διαταραχή. Έχουν ως βασική τους αρχή την κοινωνική και συντελεστική μάθηση και αποσκοπούν στην εξάλειψη της αρνητικής συμπεριφοράς, την ενίσχυση της επιθυμητής συμπεριφοράς και την ανάπτυξη λειτουργικών ειδών συμπεριφοράς. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση ειδικών τεχνικών παρεμβάσεων που βασίζονται στη διαφορική ενίσχυση, όπως αρνητική για την παρουσία αρνητικής συμπεριφοράς και θετική για την παρουσία θετικής συμπεριφοράς. Έτσι, αξιοποιούν τρόπους επιβράβευσης, όπως είναι η ανταλλαγή αμοιβών (tokens), οι γνωστοί και άμεσοι ενισχυτές, η παύση θετικής ενίσχυσης (time-out), οι κοινωνικοί ενισχυτές κ.ά. (Banaschewski, et al., 2017).

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν τη σημαντικότητα της έγκαιρης και έγκυρης παρέμβασης στο τομέα της συμπεριφοράς και τις σοβαρές συνέπειες αν δεν επιτευχθεί αυτό. Η απουσία κατάλληλης θεραπείας/ παρέμβασης μπορεί να οδηγήσει σε πολλά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως είναι οι μαθησιακές δυσκολίες, η κακή ακαδημαϊκή απόδοση, το πρόβλημα αυτοπροσαρμογής, η κατάχρηση ουσιών και οι εγκληματικές πράξεις (Bussing, et al., 2012· Youssef, et al., 2015). Επιπλέον, η ελλιπής γνώση των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ είναι άλλη μία σημαντική παράμετρος που οδηγεί σε καθυστέρηση της αναγνώρισής της διαταραχής και της σωστής αναζήτησης της θεραπείας με αποτέλεσμα την ύπαρξη μεγαλύτερων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (Park, et al., 2018).

Η **εκπαίδευση των γονέων** αποτελεί σημαντικό σημείο της ψυχοπαιδαγωγικής παρέμβασης γιατί έχει στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς του παιδιού με ΔΕΠ/Υ αφού με αυτό επιτυγχάνεται η λειτουργική αλληλεπίδραση ανάμεσα τους και μία πιο ποιοτική βίωση της καθημερινότητας τόσο του παιδιού, όσο και ολόκληρης της οικογένειας. Συγκεκριμένα επιτυγχάνεται η αντικατάσταση στρεσογόνων μοτίβων αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε γονείς και παιδί, μαθαίνουν να χρησιμοποιούν τη θετική και αρνητική ενίσχυση κατά περιπτώσεις και μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα αρνητικά συναισθήματα, την κοινωνική απομόνωση που πιθανόν να βιώνουν, τις καθημερινές διαφωνίες, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και τις διαταραχές άγχους που τους προκαλεί όλη αυτή η κατάσταση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Dodangi, et al., 2017).

Έτσι, οι γονείς καλούνται να παρακολουθήσουν ένα πρόγραμμα παρέμβασης που αποτελείται από 10-12 συνεδρίες, 1-2 ώρες διάρκειας η καθεμία. Σε αυτό το πρόγραμμα οι γονείς εκπαιδεύονται, ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στην πραγματοποίηση της παρέμβασης. Γι' αυτό κατά τη διάρκεια οι γονείς λαμβάνουν πληροφορίες για τη ΔΕΠ/Υ και επιλύουν οποιεσδήποτε παρερμηνεύσεις, ενώ ταυτόχρονα εκπαιδεύονται (Dodangi, et al., 2017):

1. στο να παρακολουθούν και να κατανοούν τις συνθήκες που το παιδί εκδηλώνει την προβληματική συμπεριφορά
2. στον τρόπο επιβολής κανόνων και ορίων
3. στον τρόπο διαχείρισης των ενισχύσεων (θετικών και αρνητικών)
4. στον τρόπο χρήσης ανταλλαγής αμοιβών
5. στη χρήση τεχνικών επίλυσης προβλημάτων, αλλά και προετοιμάζονται για τυχόν παλινδρομήσεις
6. στον τρόπο διαχείρισης μη κοινωνικά αποδεκτών συμπεριφορών των παιδιών σε δημόσιους χώρους, αλλά και
7. στον τρόπο συνεργασίας με το σχολείο και τους εκπαιδευτικούς ώστε τη παρέμβαση να έχει μία συνέχεια και στους δύο χώρους (σπίτι και σχολείο).

Αυτά τα προγράμματα θα πρέπει να είναι προσαρμοζόμενα σε σχέση με την ηλικία του παιδιού, το επίπεδο σοβαρότητας της κατάστασης του, αλλά και τις ανάγκες της οικογένειας και των συνθηκών που επικρατούν. Η επιτυχία του προγράμματος εξαρτάται από το βαθμό και τον τρόπο εμπλοκής των γονέων, κάτι που σημαίνει ότι μία οικογένεια με σοβαρά θέματα λειτουργικότητας αποτελεί μία διαφορετική και επιβαρυσμένη αντιμετώπιση από τον ειδικό αν θέλει πραγματικά να βοηθήσει το παιδί (Sonuga-Barke, et al., 2001· 2002· Chronis, et al., 2004· Barkley, 2006). Αξίζει να σημειωθεί ότι η σημαντικότητα της εκπαίδευσης των γονέων έγκειται στο γεγονός ότι θα καταφέρουν οι ίδιοι να εκπαιδεύσουν τα παιδιά τους στην εφαρμογή κοινωνικών δεξιοτήτων στην καθημερινότητα και σε συνθήκες πραγματικές, αλλά και θα μπορούν να συνεχίσουν την παρέμβαση που πραγματοποιείται και στο σχολείο κάτι που συμβάλλει σημαντικά στην διαμόρφωση ενός θετικού κλίματος στο χώρο του σχολείου και κατ' επέκταση στις σχέσεις των παιδιών με τους συμμαθητές τους (Taylor, et al., 2015).

Ταυτόχρονα, εξίσου σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τόσο οι εκπαιδευτικοί, όσο και το ίδιο το **σχολείο**. Η ενσωμάτωση αποτελεί μία έννοια που χρησιμοποιείται στη γενική εκπαίδευση τα τελευταία χρόνια και αφορά στην ένταξη των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή/και αναπηρίες, συμπεριλαμβανομένων και των παιδιών με ΔΕΠ/Υ,

στη γενική τάξη, κάτι που πρέπει να πράξει ο εκπαιδευτικός τη στιγμή που πολλοί από αυτούς δεν κατέχουν τις στοιχειώδεις γνώσεις για τα προβλήματα των συγκεκριμένων παιδιών. Αρκετές έρευνες σε διαφορετικές χώρες δείχνουν την έλλειψη γνώσεων των εκπαιδευτικών τόσο ως προς τη ΔΕΠ/Υ, όσο και για την αντιμετώπισή της και την επιλογή κατάλληλων στρατηγικών (Reid, et al., 1994· Σιαπάτη-Τελιούση, 2007).

Αναφέροντας ενδεικτικά δύο πρόσφατες έρευνες που διεξήχθησαν σε δύο διαφορετικές χώρες, σε κοντινό χρονικό διάστημα γίνεται αντιληπτό το πρόβλημα αυτό, αφού δεν υπήρξε καμία ιδιαίτερη εξέλιξη. Στην πόλη Madina της Χετζάζης στη δυτική Σαουδική Αραβία το 2017 διεξήχθη μία έρευνα από τους Al-Moghamsi και Aljohani με στόχο την εκτίμηση του επίπεδου των γνώσεων των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ/Υ και τον εντοπισμό ορισμένων παραγόντων που επηρεάζουν αυτήν τη γνώση. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, διαπιστώθηκε ότι οι γνώσεις των εκπαιδευτικών των δημοτικών σχολείων στη Madina σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ δεν ήταν επαρκείς και ιδιαίτερα όσον αφορά στη θεραπεία/παρέμβαση της συγκεκριμένης διαταραχής. Μάλιστα, παρατηρήθηκαν κάποιες παρανοήσεις μεταξύ των εκπαιδευτικών σχετικά με τις γενικές πληροφορίες για τη ΔΕΠ/Υ, τα συμπτώματα, τη διάγνωση και τη θεραπεία/παρέμβαση (Al-Moghamsi & Aljohani, 2018).

Το 2020 στο Μάρμπουργκ της Γερμανίας, οι Dort, Strelow, Schwinger και Christiansen (2020) μελέτησαν τις γνώσεις και τις στάσεις των εκπαιδευτικών απέναντι στους μαθητές με ΔΕΠ/Υ προκειμένου να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν το χάσμα των επιστημόνων και να εφαρμοστούν τεκμηριωμένες παρεμβάσεις στην τάξη. Βασικός στόχος της έρευνας ήταν να διερευνηθεί η τεκμηρίωση της εγκυρότητας του περιεχομένου της κλίμακας γνώσης. Τα περιγραφικά αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί πριν και κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας φαίνεται να έχουν περιορισμένη γνώση της ΔΕΠ/Υ, αφού κανένας από τους συμμετέχοντες δεν μπόρεσε να απαντήσει σωστά σε όλες τις ερωτήσεις (κατά μέσο όρο, ούτε καν οι μισές από τις ερωτήσεις απαντήθηκαν σωστά).

Στη βιβλιογραφία οι ειδικοί προτείνουν την εφαρμογή τριών στρατηγικών για τον έλεγχο των παιδιών με ΔΕΠ/Υ. Αρχικά, επισημαίνουν την καλλιέργεια θετικής στάσης και συμπεριφοράς των ομηλίκων προς το παιδί με ΔΕΠ/Υ, έπειτα τη χρήση παιχνιδιών ρόλων και άλλων τρόπων διδασκαλίας, ώστε το παιδί να κινείται μέσα στο χώρο της τάξης και να αποφορτίζεται χωρίς όμως να φαίνεται αυτό αρνητικό στους άλλους, και τέλος την καταγραφή της συμπεριφοράς από τον εκπαιδευτικό, ώστε αυτό να λειτουργήσει προληπτικά για τη χρήση ή αποφυγή κάποιων στρατηγικών (Λαμπροπούλου, 2010). Τα προγράμματα ψυχοπαιδαγωγικής παρέμβασης θεωρούν απαραίτητη τη συνεργασία οικογένειας και

σχολείου για την επιτυχή πραγματοποίησή του. Ο εκπαιδευτικός καλείται να εφαρμόσει κατάλληλες τεχνικές, ώστε να υπάρξει τροποποίηση της συμπεριφοράς του παιδιού για να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις μαθησιακές δυσκολίες, αλλά και τα προβλήματα στις κοινωνικές του αλληλεπιδράσεις (Walczak & Estrada, 2017).

Αυτές οι παρεμβάσεις ξεκινούν με την εκπαίδευση για τη ΔΕΠ/Υ, στη συνέχεια προχωρούν στους στόχους της παρέμβασης που αφορά στον προσδιορισμό των προβληματικών συμπεριφορών και τέλος λαμβάνοντας υπόψη το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού, ιεραρχούνται οι στόχοι και οι εκπαιδευτικοί εκπαιδεύονται στην εκμάθηση της χρήσης της κατάλληλης συμπεριφορικής τεχνικής. Η σύγχρονη τάση θέλει να υπάρχει μία συνέχεια αυτών των παρεμβάσεων και στο σπίτι, κάτι που απαιτεί τη σωστή συνεργασία γονέων και εκπαιδευτικών (Powell, et al., 2017). Όσον αφορά στην αποκατάσταση των γνωστικών ελλειμμάτων των παιδιών και της αλλαγής των προβληματικών αντιλήψεων είναι αυτά που επιτυγχάνονται με τη χρήση γνωσιακών/συμπεριφορικών παρεμβάσεων (Martinez-Raga, et al., 2017). Στόχος όλων αυτών είναι να καταφέρουν τόσο τα παιδιά, όσο και οι οικογένειές τους να ελέγχουν αποτελεσματικά στάσεις, αντιλήψεις, πεποιθήσεις, γνωστικές λειτουργίες, αλλά και αυτά που νιώθουν τροποποιώντας τη συμπεριφορά τους. Η εφαρμογή τους πραγματοποιείται με τεχνικές αυτοαξιολόγησης, αυτοενίσχυσης, επίλυσης προβλημάτων/σχέσεων, βελτίωσης ικανότητας αυτοελέγχου, παιχνιδιού ρόλων, τεχνικές συγκέντρωσης, ελέγχου παρορμητικότητας και εργασιακής μνήμης (Topkin, et al., 2015).

Σημαντικό κομμάτι της παρέμβασης είναι η εκπαίδευση των παιδιών με ΔΕΠ/Υ έτσι ώστε να αποκτήσουν κοινωνικές δεξιότητες που θα τα βοηθήσει να μην έρθουν αντιμέτωποι με την απόρριψη από τους ομηλικούς, κάτι που μπορεί να επιφέρει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα και να επηρεάσει τόσο την εφηβεία, όσο και την ενήλικη ζωή τους. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι όλα αυτά τα προγράμματα που στοχεύουν στην εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες αποσκοπούν σε μία ολοκληρωμένη κοινωνική γνώση, στην υγιή κοινωνική αλληλεπίδραση και στην ενσυναίσθηση ως τρόπο επίλυσης κοινωνικών προβληματικών καταστάσεων με συνομηλικούς (Mikami, et al., 2013).

Κεφάλαιο 2^ο:

ΔΕΠ/Υ, συννοσηρότητα και σχολείο

2.1. Τα προβλήματα που συνοδεύουν τη ΔΕΠ/Υ

Στη βιβλιογραφία επισημαίνεται ότι εκτός από τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ (απροσεξία, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα), πολλά από τα παιδιά, που παρουσιάζουν τη συγκεκριμένη διαταραχή, αντιμετωπίζουν και επιπλέον δυσκολίες σε τομείς, όπως είναι η συμπεριφορά, οι διαταραχές συναισθηματικής ανάπτυξης και γνωστικών λειτουργιών, η ανάπτυξη, οι μαθησιακές δυσκολίες κ.ά. Μάλιστα, αυτές οι δυσκολίες φαίνεται να δημιουργούν σημαντικά προβλήματα σε μεγάλο αριθμό παιδιών με ΔΕΠ/Υ χωρίς όμως κάτι τέτοιο να σημαίνει ότι πάντα υπάρχει αυτή η συσχέτιση με τη διαταραχή. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί από έρευνες ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχουν περισσότερες πιθανότητες να τα αντιμετωπίσουν σε σχέση με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ/Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006β).

Ως προς τη **νοητική ανάπτυξη** είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ο δείκτης νοημοσύνης αποτελεί κύριο παράγοντα για τον τρόπο που ένα παιδί με ΔΕΠ/Υ μπορεί να αντιμετωπίσει το ίδιο τη διαταραχή. Η υψηλή νοημοσύνη λειτουργώντας ως αντισταθμιστικός παράγοντας ανάμεσα στα προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί και στις απαιτήσεις της κοινωνίας, μπορεί να το βοηθήσει να βρει διεξόδους, έτσι ώστε να διευκολύνει την καθημερινότητά του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Είναι ευρέως γνωστό ότι η νοητική ανάπτυξη του παιδιού επηρεάζεται από τη ΔΕΠ/Υ. Μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην απόκτηση γνωστικών δεξιοτήτων ως ένα βαθμό, αλλά πολύ περισσότερο να επηρεάσει το βαθμό και την επιτυχία αξιοποίησης των δεξιοτήτων που κατέκτησε (Barkley, 1995). Έχει αποδειχθεί, με τη χρήση ειδικών σταθμισμένων τεστ νοημοσύνης, ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ βρίσκονται 7-15 μονάδες κάτω από τον μέσο όρο των συνομήλικων τους που δεν αντιμετωπίζουν κάποια διαταραχή (Faraone, et al., 1993· Fisher, et al., 1990). Βέβαια, τα αποτελέσματα αυτών των τεστ δεν ανταποκρίνονται απόλυτα στην πραγματικότητα, αφού είναι γνωστές οι απαιτήσεις συγκέντρωσης που χρειάζονται, κάτι που είναι πολύ δύσκολο για τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Γενικά, οι ερευνητικές προσπάθειες που έχουν γίνει για τη σχέση της ΔΕΠ/Υ με την νοητική αναπηρία είναι περιορισμένες, αφού οι έρευνες με δείκτη νοημοσύνης κάτω του 70 εξαιρούνται από τις έρευνες που πραγματοποιούνται για τη ΔΕΠ/Υ (Lindsey, 2002).

Από την άλλη είναι εξίσου σημαντική η ύπαρξη των **προσαρμοστικών ικανοτήτων** των ατόμων. Όταν γίνεται αναφορά στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης,

υπευθυνότητας και αυτονομίας, αλλά και στην επίτευξη διαπροσωπικών σχέσεων με τους ομηλικούς, τότε επικεντρώνεται κανείς στον όρο προσαρμογή. Ειδικότερα, η προσαρμοστικότητα ενός παιδιού με ΔΕΠ/Υ, σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, αφορά στις μειωμένες ικανότητες του να λειτουργήσει μέσα στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον και σε όλες τις απαιτήσεις και δυσκολίες που συμπεριλαμβάνονται μέσα σ' αυτό. Επιπλέον, είναι εξακριβωμένο ότι ένα παιδί που παρουσιάζει απόκλιση ανάμεσα στο νοητικό επίπεδο και την προσαρμοστικότητα έχει μεγάλες πιθανότητες να παρουσιάσει συννοσηρότητα, όπως για παράδειγμα ΔΕΠ/Υ με διαταραχή διαγωγής (Roizen, et al.,1994· Greene, et al.,1996· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ένα από τα βασικότερα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει ένα παιδί με ΔΕΠ/Υ είναι και οι **μαθησιακές δυσκολίες**. Η παρορμητικότητα, η διάσπαση προσοχής και η υπερκινητικότητα ως πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ διαφέρουν ως προς το βαθμό σοβαρότητας από άτομο σε άτομο και από ηλικία σε ηλικία. Όμως η παρουσία δευτερογενών διαταραχών είναι αυτή που επηρεάζει και δυσκολεύει περισσότερο την εξέλιξη του ατόμου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Μεγάλο ποσοστό, περίπου 20 με 30%, των παιδιών με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν συγχρόνως μαθησιακές δυσκολίες όπως δυσλεξία, δυσορθογραφία, δυσγραφία κ.ά. (National Institute of Mental Health, 2019). Μάλιστα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική το ποσοστό αυτό έφτασε στο 71% των παιδιών με ΔΕΠ/Υ. Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 949 παιδιά ηλικίας 6-16 ετών που παρουσίαζαν αναπτυξιακές διαταραχές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 33% παρουσίαζε πρόβλημα στην ανάγνωση, το 26% στα μαθηματικά και το 63% δυσκολίες στη γραπτή έκφραση (Mayes & Calhoun, 2006).

Επιπρόσθετα, μελέτες έδειξαν ότι σε περιπτώσεις που η ΔΕΠ/Υ συνυπάρχει με τη δυσλεξία το παιδί αντιμετωπίζει επιπλέον δυσκολίες, ως δευτερεύοντα προβλήματα, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, καθώς και τη σχολική απόσυρση (Willcutt & Pennington, 2000a). Λίγα χρόνια μετά μία άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα από τους Κάκουρο και Μανιαδάκη το 2012, σε δείγμα 29 μαθητών με ΔΕΠ/Υ της Α' και Β' τάξης Δημοτικού έδειξε ότι το 75,9% των μαθητών δυσκολεύονται στις απαιτήσεις της τάξης, ενώ τα μισά παιδιά παρουσίαζαν χαμηλές σχολικές επιδόσεις. Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ καταλήγουν συχνά σε υπεύθυνους ειδικής αγωγής, αφού παρατηρείται ότι έχουν χαμηλές επιδόσεις στα διαγωνίσματα, αλλά και χαμηλότερους βαθμούς σε σχέση με τους συμμαθητές τους (Loe & Feldman, 2007).

Η πιο συχνή διαταραχή που συνυπάρχει με τη ΔΕΠ/Υ είναι η δυσλεξία. Το 8% των παιδιών με ΔΕΠ/Υ που φοιτά στο δημοτικό σχολείο παρουσιάζει δυσκολίες στην ανάγνωση και στο γραπτό λόγο (Willcutt & Pennington, 2000b). Σε έρευνες, όπου μελέτησαν παιδιά με ΔΕΠ/Υ και παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, διαπιστώθηκε ότι πρόκειται για δύο νευρογνωστικές κατηγορίες (Lorraine, 2001). Στο ίδιο συμπέρασμα με τον Lorraine κατέληξε και ο Pickett με τους συνεργάτες του (2018), αφού υποστήριξε ότι η ΔΕΠ/Υ και οι μαθησιακές δυσκολίες αποτελούν δύο διαφορετικά σύνδρομα. Μια πιο πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες ανάλογα με το βαθμό συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ, με πιο συχνή την εμφάνιση των προβλημάτων στην ανάγνωση, στην ορθογραφία και τα μαθηματικά (Dickerson, Mayes, et al., 2018).

Η σοβαρότητα αυτής της συννοσηρότητας φαίνεται στα αποτελέσματα ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί, αφού το 56% των παιδιών με ΔΕΠ/Υ και μαθησιακές δυσκολίες χρειάζονται την παρέμβαση ειδικού, το 30% ίσως χρειαστεί να επαναλάβει την τάξη και το 30% χρειάζεται επιπλέον βοήθεια, όπως την παρακολούθηση σε τμήμα ένταξης για τα ελληνικά δεδομένα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι σε παλαιότερες έρευνες, ένα σημαντικό ποσοστό των μαθητών με ΔΕΠ/Υ (10-30%) φαινόταν να έχει πιθανότητες να εγκαταλείψει τελείως το σχολείο (Barkley, et al., 1990· Faraone, et al., 1993· Κάκουρος, 1998).

Ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ είναι και οι **δυσκολίες στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας**. Τα προβλήματα δεν αφορούν στον ελεύθερο λόγο, αφού έχει αναφερθεί ότι τα συγκεκριμένα παιδιά μιλούν ακατάπαυστα, αλλά εστιάζουν στην καθαυτού ομιλία και συγκεκριμένα στα ελλείμματα που παρατηρούνται στις ανώτερες γλωσσικές λειτουργίες που βασίζονται στην οργάνωση της σκέψης και της συμπεριφοράς (Baird, et al., 2000). Είναι πιθανόν τα προβλήματα ομιλίας να έχουν σχέση με προβλήματα στην ακουστική διάκριση, αλλά και στο γεγονός ότι δεν μπορούν να επικεντρώσουν την προσοχή τους σε ένα συγκεκριμένο ακουστικό ερέθισμα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006β). Επιπλέον, πολλά από τα προβλήματα λόγου που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχουν άμεση σχέση και με τις μαθησιακές δυσκολίες που συνοδεύουν τη διαταραχή (Beitchman, et al., 1996).

Έρευνες έχουν δείξει ότι το 6 με 35% των παιδιών με ΔΕΠ/Υ καθυστερεί να μιλήσει (Hartsough & Lambert, 1985· Szatmari, et al., 1989), 10 με 54% έχουν προβλήματα στον προφορικό λόγο και τέλος 16 με 37% από τα παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγου είναι παιδιά με ΔΕΠ/Υ (Baker & Cantwell, 1992). Σε μία πιο πρόσφατη έρευνα αποδείχθηκε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν σε ποσοστό 50% δυσκολίες σε όλους τους τομείς της

γλωσσικής και 20% καθυστερούν στην κατάκτηση του λόγου (Gooch, et al., 2017). Μία άλλη έρευνα έδειξε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχουν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν προβλήματα στη γλωσσική ανάπτυξη. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι το 42% των παιδιών μαζί με τις δυσκολίες στον λόγο και την ομιλία παρουσιάζουν τραυλισμό. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά που ανήκουν στον συνδυασμένο τύπο ΔΕΠ/Υ η συννοσηρότητα αυξάνεται μέχρι 47%, ενώ στον απρόσεκτο τύπο μειώνεται και φτάνει στο 33% (Sciberras, et al., 2014).

Σύμφωνα με τον Fuster (1989) μέρος της ανάπτυξης της ψυχολογικής ενημερότητας του χρόνου αλλά και της οργάνωσής του, αποτελεί η μη λεκτική εργασιακή μνήμη. Αυτός είναι και ο λόγος που τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην **αίσθηση** και τη **διαχείριση του χρόνου** (Barkley, et al., 1997). Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποίησαν ο Barkley με τους συνεργάτες του (1997) ζήτησαν από τους γονείς παιδιών με ΔΕΠ/Υ να εκτιμήσουν την αίσθηση του χρόνου, καθώς και την οργάνωση της συμπεριφοράς τους σε συνάρτηση με το χρόνο, αποδεικνύοντας ότι ήταν πολύ πιο αργά από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ/Υ. Σε παρόμοια αποτελέσματα που αφορούσε τη διαχείριση του χρόνου κατέληξε και η Dooling-Liftin (1997).

Ένα επιπλέον πρόβλημα που μπορεί να συνυπάρχει με τη ΔΕΠ/Υ εντοπίζεται στις **συναισθηματικές αντιδράσεις** των ατόμων. Οι αντιδράσεις των παιδιών με ΔΕΠ/Υ είναι συνήθως έντονες και αυτό επηρεάζει και τις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους, κυρίως όταν παρουσιάζουν στοιχεία αρνητισμού και έντονης συναισθηματικής φόρτισης (Hinshaw & Melnick, 1995). Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ είναι ευερέθιστα και εκδηλώνουν μία εχθρότητα ανάλογα με τα ερεθίσματα (Barkley, et al., 1990). Μάλιστα, έχει διαπιστωθεί ότι η ανάλογη ενίσχυση μπορεί να πυροδοτήσει την κατάσταση και ο περιορισμός αυτής να έχει ως αποτέλεσμα τη βίωση συναισθημάτων ματαιώσης (Wigal, et al., 1993·Douglas & Parry, 1994).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι έρευνες δείχνουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ δεν καθυστερούν στο τομέα της **κινητικής ανάπτυξης**. Ωστόσο, παρατηρείται φτωχός συντονισμός των κινήσεων σε ποσοστό 52%, τη στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό σε παιδιά χωρίς ΔΕΠ/Υ είναι 32% (Barkley, et al., 1990). Επιπλέον, παρουσιάζουν αρκετές δυσκολίες στον συντονισμό δραστηριοτήτων που απαιτούν λεπτή κινητικότητα, κάτι το οποίο γίνεται εύκολα αντιληπτό στον τρόπο γραφής τους που δεν είναι ιδιαίτερα καλός και αυτό οφείλεται στο λάθος τρόπο που κρατούν το μολύβι (Barkley, et al., 1996· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τέλος, αν και πολλοί ειδικοί δεν θεωρούν ότι τα **προβλήματα ύπνου** έχουν σχέση με τη ΔΕΠ/Υ, εντούτοις υπάρχουν έρευνες που αναφέρουν ότι το 53 με 64% των παιδιών με αυτή τη διαταραχή αντιμετωπίζουν προβλήματα ύπνου, υπνηλίας, αφύπνισης και εγρήγορσης κάτι που επηρεάζει την ακαδημαϊκή τους απόδοση και ταυτόχρονα δημιουργούν προβλήματα συμπεριφοράς και μάθησης (Ball, et al., 1997· Um, et al., 2017). Γονείς παιδιών με ΔΕΠ/Υ υποστηρίζουν ότι από πολύ μικρή ηλικία τα παιδιά αυτά δυσκολεύονται να πάνε για ύπνο, κοιμούνται λιγότερο με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται και να ξυπνήσουν (Pelham, et al., 1990· Wilens, et al., 1994). Επιπλέον, ξυπνούν αρκετές φορές το βράδυ και παρουσιάζουν υπνοβασία όταν είναι 5 ετών, αλλά και άλλα προβλήματα που συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ/Υ όπως είναι η Αποφρακτική Υπνική Άπνοια, το «Σύνδρομο Ανήσυχων Ποδιών», η εναντιωματική προκλητική διαταραχή ή η αγχώδης διαταραχή (Corkum, et al., 1997· Um, et al., 2017).

2.2. Συννοσηρότητα και ΔΕΠ/Υ

Με τον όρο συννοσηρότητα νοείται η συνύπαρξη δύο ή περισσότερων διαταραχών αν και κάποιες φορές αναφέρεται στην επικάλυψη συμπτωμάτων παρά την συνύπαρξη διαφορετικών διαταραχών. Ορισμένες φορές η μία διαταραχή είναι η βάση για την εκδήλωση μίας άλλης και άλλες φορές πάλι μπορεί να έχουν βάση τις ίδιες αιτίες εμφάνισης και να ενέχουν τους ίδιους παράγοντες κινδύνου (Angold, et al., 1999). Κατά αντίστοιχο τρόπο, η ΔΕΠ/Υ ενδέχεται να συνυπάρχει και με άλλες διαταραχές και μάλιστα, όπως φαίνεται και από την επίσημη σελίδα ατόμων με ΔΕΠ/Υ στην Ελλάδα, το 65% των παιδιών εμφανίζουν μία ή περισσότερες αναπτυξιακές ή ψυχικές διαταραχές μαζί με τη ΔΕΠ/Υ, κάτι που δυσκολεύει την πορεία της παρέμβασης. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ακόμη πιο δύσκολη φαίνεται να είναι η συννοσηρότητα κατά την ενήλικη ζωή, όπου το ποσοστό φτάνει το 75% και ο μέσος όρος παρουσίας συννοσηρότητας είναι οι τρεις διαταραχές (ΠΣΑ ΔΕΠ/Υ, χ.χ.).

Μέσα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί παρατηρείται ότι το ποσοστό συννοσηρότητας της ΔΕΠ/Υ με άλλες διαταραχές κυμαίνεται από 60 έως και 100% (Banaschewski, et al., 2017· Oerbeck, et al., 2017). Επιπλέον, σε κλινικό δείγμα τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ (ποσοστό 67-80%) και οι ενήλικες (ποσοστό 80%) παρουσίασαν το λιγότερο μία επιπλέον διαταραχή και περίπου το 50% εμφάνιζαν δύο διαταραχές, με υψηλότερο ποσοστό στο συνδυασμένο τύπο ΔΕΠ/Υ (Oerbeck, et al., 2017· Weissenberger, et al., 2017). Οι πιο σημαντικές συννοσηρές καταστάσεις που συναντώνται είναι, εκτός από τις ειδικές μαθησιακές και αναπτυξιακές δυσκολίες που αναφέρθηκαν προηγουμένως, οι διαταραχές

εναντιωματικής συμπεριφοράς και διαγωγής, οι διαταραχές άγχους, οι διαταραχές διάθεσης, αλλά και οι διαταραχές μυοσπασμάτων, δηλαδή με συμπτώματα τικς, όπως Tourette, κ.ά.

2.2.1. ΔΕΠ/Υ και Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή ή Διαταραχή της Διαγωγής

Τα υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας με τη ΔΕΠ/Υ φαίνεται να ανήκουν στην Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή και στη Διαταραχή της Διαγωγής με 35-60% και 20% ποσοστό εμφάνισης αντίστοιχα. Τα παιδιά που εμφανίζουν αυτές τις διαταραχές, στην πλειονότητά τους αγόρια, παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς (διασπαστική, προκλητική, αντιδραστική, επιθετική, εχθρική και αντικοινωνική συμπεριφορά), συναισθηματική απάθεια και οργή, καθιστώντας τα ομάδα υψηλού κινδύνου για τη παρουσία απρόβλεπτων αντιδράσεων που είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα αν η Διαταραχή Διαγωγής εμφανιστεί νωρίς, δηλαδή πριν τα 10 έτη. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η συννοσηρότητα ΔΕΠ/Υ με Διαταραχή Διαγωγής αποτελεί τον πιο σοβαρό και επικίνδυνο τύπο ΔΕΠ/Υ (Ter-Stepanian, et al., 2017).

Ιδιαίτερα στην περίοδο της εφηβείας ο συνδυασμός αυτός φτάνει το 40-60% και έχει ως αποτέλεσμα την παρουσία μιας πολύ επικίνδυνης διαταραχής, της Διαταραχής Χρήσης Αλκοόλ ή Ουσιών. Ταυτόχρονα, όταν τα παιδιά ενηλικιωθούν την εμφάνισή της φαίνεται να κάνει και η Διαταραχή Αντικοινωνικής Προσωπικότητας με ποσοστό 15-25% (Tehrani-Doost, et al., 2017). Το παιδί, εκτός από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει στο τομέα της μάθησης, έχει να αντιμετωπίσει και προβλήματα κοινωνικοποίησης που σχετίζονται και με εντάσεις και προβλήματα στις ενδοσχολικές και ενδοοικογενειακές σχέσεις. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον αρνητικό ψυχισμό του παιδιού και σημαντικά προβλήματα αυτοεκτίμησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι επιπτώσεις της προβληματικής του συμπεριφοράς παρουσιάζονται και στα δύο πλαίσια (σχολείο και οικογένεια) με αποτέλεσμα το παιδί να βιώνει μοναξιά και να αισθάνεται ότι καθ' όλη τη διάρκεια δεν έχει κάποιο στήριγμα (Bertin, 2015).

Έρευνες δείχνουν ότι η ΔΕΠ/Υ αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την αναμενόμενη εμφάνιση της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής και της Διαταραχής της Διαγωγής (Mannuzza & Klein, 1992· Fisher, et al., 1993). Μάλιστα, τα δεδομένα αυτά φαίνεται να ισχύουν και στην Ελλάδα. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα σε 41 εφήβους, οι οποίοι πριν από 7-9 χρόνια είχαν διαγνωστεί με ΔΕΠ/Υ και μαθησιακές δυσκολίες, παρατηρήθηκε ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ είχαν υποχωρήσει κατά 80,5%, όμως στη θέση τους εμφανίστηκαν συμπτώματα Διαταραχής Διαγωγής με ποσοστό εμφάνισης 75%. Επιπλέον, παρατηρήθηκαν αποτελέσματα σχολικής αποτυχίας, αλλά και ενδοοικογενειακές εντάσεις και προβλήματα (Κάκουρος, 1998). Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι κάτι

τέτοιο δεν συνιστά νόρμα, αφού τα προβλήματα που αναφέρθηκαν δεν εμφανίζονται απόλυτα σε όλες τις συγκεκριμένες συννοσηρές περιπτώσεις. Οι περιβαλλοντικές και κοινωνικές συνθήκες, καθώς και η ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων συμβάλουν σε μεγάλο ποσοστό στην εξέλιξη της συμπεριφοράς του παιδιού με ΔΕΠ/Υ και Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή ή Διαταραχή της Διαγωγή (Taylor, et al., 1991· Κάκουρος, 1998).

2.2.2. ΔΕΠ/Υ και Άγχώδεις Διαταραχές και Διαταραχές της Διάθεσης

Η συννοσηρότητα ΔΕΠ/Υ με Διαταραχές Άγχους είναι πολύ συνηθισμένη και τα συμπτώματα δημιουργούν τόσο μεγάλα προβλήματα, που οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι πρόκειται για ένα σοβαρό είδος ψυχοπαθολογίας που επιβαρύνει ιδιαίτερα τη λειτουργικότητα του ατόμου. Μάλιστα, τα παιδιά που αντιμετωπίζουν το συγκεκριμένο συνδυασμό διαταραχών δυσκολεύονται σε δραστηριότητες που απαιτούν την εμπλοκή της εργασιακής μνήμης και των αυθόρμητων αντιδράσεων, ενώ τα καταφέρνουν καλύτερα σε αυτές που εκτιμούν τη συντηρούμενη προσοχή (Van der Meer, et al., 2017). Υπάρχουν έρευνες που δείξει ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ (παρορμητικότητα και επιθετική συμπεριφορά) αμβλύνονται/ελαττώνονται από την ύπαρξη της Διαταραχής Άγχους, ενώ την ίδια στιγμή φαίνεται ότι οι συνέπειες της ΔΕΠ/Υ και συγκεκριμένα οι αρνητικές σχέσεις με ομηλικούς, η σχολική αποτυχία, η αποτυχία σε αθλητικές δραστηριότητες αλλά και οι διαταραγμένες σχέσεις με την οικογένεια είναι λόγοι που προκαλούν την εκδήλωση Διαταραχών Άγχους (Marchand-Krynski, et al., 2017). Σύμφωνα με τους Κάκουρο και Μανιαδάκη (2006) το ποσοστό συνύπαρξης της ΔΕΠ/Υ με Διαταραχές Άγχους σε κλινικά δείγματα φτάνει το 25-40%, της ΔΕΠ/Υ με Διαταραχές Διάθεσης το 30-50%, ενώ τα συμπτώματα φαίνεται να μειώνονται σημαντικά κατά την περίοδο της εφηβείας.

Τα αποτελέσματα των ερευνών που πραγματοποιήθηκαν για τη συγκεκριμένη συννοσηρότητα φαίνονται να είναι συχνά αντιφατικά λόγω της δυσκολίας διαχωρισμού των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, κυρίως, σε μικρές ηλικίες. Το σίγουρο είναι ότι έρευνες έχουν τεκμηριώσει τη συνύπαρξη της ΔΕΠ/Υ με την κατάθλιψη και τις Διαταραχές Διάθεσης. Η άμεση συσχέτιση των δύο αυτών διαταραχών γίνεται αντιληπτή από το γεγονός ότι παιδιά με ΔΕΠ/Υ παρουσίασαν σε έντονο σημείο συμπτώματα κατάθλιψης και την ίδια στιγμή παιδιά με διάγνωση κατάθλιψης εμφάνισαν ΔΕΠ/Υ (Spencer, et al., 2002). Η επικινδυνότητα σε αυτές τις περιπτώσεις αφορούν στην παρουσία τους που αν εμφανιστούν σε μικρή ηλικία μπορεί να θεωρηθούν δεδομένες συμπεριφορές και να μην υπάρξει σωστή διάγνωση. Η κατάθλιψη εμφανίζεται σε παιδιά κατά μέσο όρο ηλικίας 11 ετών και κατά μέσο όρο παρουσίας τα τρία έτη (Biederman, et al., 1995· Spencer, et al., 2002). Σε μια

μελέτη μεγάλης διάρκειας που πραγματοποιήθηκε σε 237 παιδιά με ΔΕΠ/Υ που παρουσίαζαν συμπτώματα κατάθλιψης κατά 30%, μετά το διάστημα των τεσσάρων ετών η συχνότητα παρουσίας κατάθλιψης σε παιδιά με ΔΕΠ/Υ ήταν 40% και 5% στην ομάδα ελέγχου (Biederman, et al., 1995).

2.2.3. ΔΕΠ/Υ και Διαταραχές Μυοσπασμάτων- σύνδρομο Tourette

Η ομάδα διαταραχών που έχει βασικά χαρακτηριστικά την παρουσία μορφών κινητικής ή φωνητικής συμπεριφοράς (γνωστές ως «τικ») αποτελούν τις διαταραχές μυοσπασμάτων. Πρόκειται για τις αιφνίδιες, ακούσιες και επαναλαμβανόμενες στερεότυπες κινήσεις ή παραγωγές ήχων που δεν έχουν ρυθμό, αλλά και λειτουργικό σκοπό (Leckman & Cohen, 1988). Μία διαταραχή που ανήκει σε αυτή την ομάδα και συνυπάρχει με τη ΔΕΠ/Υ είναι το σύνδρομο Tourette. Πρόκειται για μία οργανική διαταραχή νευρολογικής φύσεως που εμπεριέχει και την κληρονομικότητα και κάνει την εμφάνισή της στη παιδική ηλικία παρουσιάζοντας το παιδί πολλά κινητικά, και τουλάχιστον ένα φωνητικό, τικ (Comings & Comings, 1998). Τα μισά παιδιά από τα οποία παραπέμπονται για τικ, παρουσιάζουν παρορμητικότητα, απροσεξία και αυξημένη κινητική δραστηριότητα. Το παιδί δυσκολεύεται να ελέγξει τη συμπεριφορά του με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ένταση των τικ, αλλά και οι δυσκολίες που χαρακτηρίζουν τη ΔΕΠ/Υ. Ο συνδυασμός των χαρακτηριστικών της ΔΕΠ/Υ (παρορμητικότητα, διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα) μαζί με την ύπαρξη τικ και της σημασίας που δίνει το παιδί στις σχέσεις του με τους άλλους στην τάξη, φέρνουν το παιδί σε μία δύσκολη κατάσταση που αδυνατεί να διαχειριστεί (Stokes & Lauffenburger, 1991· Cohen, et al., 1993). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε με δείγμα το γενικό πληθυσμό για τον έλεγχο της συννοσηρότητας ΔΕΠ/Υ και διαταραχής Tourette το ποσοστό ήταν μόλις 12%, ενώ σε έρευνες με κλινικό δείγμα τα μεγάλα ποσοστά συννοσηρότητας υποδεικνύουν ότι τα παιδιά με πολλά συμπτώματα είναι πιο πιθανό να χρειαστεί να επισκεφθούν κάποιον ειδικό (Arter, et al., 1993· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006β).

2.3. ΔΕΠ/Υ και σχολείο: προβλήματα και αντιμετώπιση

Ένα από τα πιο απαιτητικά στοιχεία στην καθημερινότητα ενός εκπαιδευτικού είναι η αντιμετώπιση των παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς μέσα στην τάξη. Είναι σημαντικό να γίνει ένας διαχωρισμός ανάμεσα στα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς (τα οποία και μπορούν να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους αν το θέλουν) και στα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς λόγω ΔΕΠ/Υ (τα οποία και δεν μπορούν να αλλάξουν την συμπεριφορά τους ακόμη και αν το θέλουν). Αναφερόμενοι στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ, αυτά ξεχωρίζουν για την

άτακτη συμπεριφορά τους, είναι απρόσεκτα και αδέξια, διχάζουν γιατί από τη μία μοιάζουν να έχουν νοητικό πρόβλημα και από την άλλη είναι έξυπνα, αλλά συχνά είναι πολύ δύσκολο να βρεις θετικά στοιχεία για να τα επαινέσεις. Φέρνουν σε δύσκολη στιγμή και σε σημείο απελπισίας τόσο τους γονείς, όσο και τους εκπαιδευτικούς τους και αν κάποιος δεν γνωρίζει για τη συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί εύκολα να βγάλει λάθος συμπεράσματα και να τα χαρακτηρίσει αρνητικά. Επίσης, δυσκολεύονται να έχουν φίλους και συνήθως είναι τα απομονωμένα παιδιά στο σχολείο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004).

Αυτό που είναι σημαντικό να θυμάται κανείς είναι ότι δεν εξαρτάται από το παιδί το πως συμπεριφέρεται, ωστόσο αν υπάρξει σωστή, έγκαιρη και ολοκληρωμένη παρέμβαση μπορούν να υπάρξουν θετικά αποτελέσματα, αλλά είναι απαραίτητη η συνεργασία όλων για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο (ειδικοί, οικογένεια και εκπαιδευτικοί). Αν η παρέμβαση ξεκινήσει σε μικρή ηλικία και υπάρχει συνεργασία οικογένειας, ειδικών και εκπαιδευτικών, έτσι ώστε να μπορεί να υπάρχει συνέχεια της παρέμβασης και κοινός τρόπος αντιμετώπισης, τότε τα αποτελέσματα μπορούν να είναι σαφώς πιο ικανοποιητικά. Και επειδή ο ρόλος του εκπαιδευτικού, από την πρώτη αναγνώριση του προβλήματος μέχρι και τη σωστή αντιμετώπιση, είναι πολύ σημαντικός παρακάτω αναφέρονται κάποιοι τρόποι με τους οποίους μπορεί ένας εκπαιδευτικός να είναι αποτελεσματικός μέσα στην τάξη. Οι τεχνικές που χρησιμοποιεί, οι στρατηγικές και η θετική ή αρνητική ενίσχυση (κατά περίπτωση) είναι αυτά που βοηθούν το παιδί, έτσι ώστε να νιώσει ασφάλεια και αυτοπεποίθηση και να κατορθώσει να μειώσει τα συμπτώματά της ΔΕΠ/Υ (Kazdin, 2001).

Απώτερος στόχος μιας τέτοιας προσπάθειας αποτελεί η αλλαγή στη συμπεριφορά του παιδιού και αυτό δεν επιτυγχάνεται εύκολα. Μαζί με όσα αναφέρθηκαν συνίσταται και η φαρμακευτική αγωγή η οποία και συμβάλλει θετικά, ειδικά σε δύσκολες περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ/Υ. Ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής με την παρέμβαση σχεδιασμένη από ειδικούς μπορεί να βοηθήσει παιδιά που έχουν μεγάλο πρόβλημα λειτουργικότητας. Οι ειδικοί είναι υπέρ της χρήσης φαρμάκων, αφού η ΔΕΠ/Υ θεωρείται μία νευροβιολογική διαταραχή που επιδεινώνεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες (Biederman, et al., 2002· Beau-Lejdstrom & Magno-Zito, 2018). Για να χορηγηθεί η αγωγή χρησιμοποιούνται κάποιες κλίμακες με πιο γνωστή την κλίμακα Conners (Pehlivanidis, et al., 2012) η οποία και υπάρχει μεταφρασμένη στα ελληνικά (Roussos, et al., 1999) και συμπληρώνεται από τον εκπαιδευτικό πριν την θεραπεία και μετά με στόχο την καταγραφή της συμπεριφοράς και τη θεμιτή αλλαγή. Φυσικά λαμβάνεται υπόψη και μία πιθανή συννοσηρότητα (Barkley et al., 2003). Σε αυτή τη περίπτωση η παρέμβαση εμπεριέχει και άλλες θεραπείες. Μεγάλο

ποσοστό παιδιών με ΔΕΠ/Υ αντιδρούν θετικά στη χρήση φαρμάκων, αλλά υπάρχει μία αρκετά μεγάλη κατηγορία ειδικών που θεωρούν ότι οι παρενέργειες είναι σοβαρές και υπάρχουν αρκετά μειονεκτήματα (Volkow & Swanson, 2003· Huang, et al., 2011· Moreno-García, et al., 2017).

Αυτοί που έχουν μεγάλη ευθύνη για την πορεία ενός παιδιού με ΔΕΠ/Υ είναι οι εκπαιδευτικοί γενικής και ειδικής αγωγής. Αν αυτοί συνεργαστούν σωστά και οργανώσουν μία ολοκληρωμένη παρέμβαση σε συνεργασία με τους ειδικούς και την οικογένεια, τότε το παιδί μπορεί να έχει μία πολύ καλύτερη εξέλιξη σε όλους τους τομείς της ζωής του. Αρχικά, ο εκπαιδευτικός πρέπει να λάβει κάποια μέτρα μέσα στην τάξη, όπως να περιορίσει τον θόρυβο και να αφαιρέσει όλα τα ακουστικά και οπτικά ερεθίσματα που μπορεί να αποσπάσουν τη προσοχή του παιδιού, να αποφεύγει την υπερβολική διακόσμηση, να χρησιμοποιεί πολυτροπικότητα στη μάθηση ώστε να ελκύει το ενδιαφέρον του παιδιού (χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή), να χρησιμοποιεί υλικό που ξέρει ότι είναι στα ενδιαφέροντα του παιδιού, να χρησιμοποιεί τη θετική ενίσχυση. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να χωρίζει την ύλη και τις δραστηριότητες σε μικρά κομμάτια ώστε το παιδί να μην οδηγείται στην εγκατάλειψη από κούραση, να τον χρησιμοποιεί ως βοηθό ώστε να εκτονώνεται με τη κίνηση μέσα στη τάξη (μοίρασμα φυλλαδίων εργασίας), να εξηγεί με τρόπο που μπορεί να κατανοεί το παιδί (μικρές και απλές προτάσεις), να χρησιμοποιεί την ομαδοσυνεργατική όπου υπάρχει η δυνατότητα, η τιμωρία να έχει την έννοια «επιβάλλω όρια» εξηγώντας στο παιδί ήρεμα και να αμείβει το παιδί όταν τα τηρεί, να κρατά το λόγο του/της ώστε να υπάρχει εμπιστοσύνη, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του παιδιού και χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών στα μαθήματα που συνεχίζουν οι γονείς και στο σπίτι (μνημονικές τεχνικές, τρόπο ανάγνωσης, χρήση τετράδιου/ημερολογίου, σχεδιαγράμματα κλπ.) (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου 2004· Κολιάδης, 2010).

Τα παιδιά που έρχονται αντιμέτωπα με τη ΔΕΠ/Υ δεν σημαίνει ότι ηττούνται και ότι αποτυγχάνουν στη ζωή τους. Αν η διάγνωση και η παρέμβαση γίνουν έγκαιρα, μάθουν να διαχειρίζονται τα συμπτώματα, δεχθούν την απαραίτητη βοήθεια από τους εκπαιδευτικούς για να μάθουν πως να μαθαίνουν, έχουν στο πλευρό τους την οικογένειά τους (η οποία συνεργάζεται με τους ειδικούς) και βοηθηθούν ώστε να ανακαλύψουν που έχουν κλίση και τι θα τους άρεσε να κάνουν στη ζωή τους, μπορούν να γίνουν επιτυχημένοι ενήλικες και να πετύχουν στην εργασία τους (Πατσίδου, 2006).

2.4. ΔΕΠ/Υ και ενήλικη ζωή

Η ΔΕΠ/Υ κατά την ενήλικη φάση της ζωής του ατόμου παραμένει σε ποσοστό 10-15%. Όσο για τις διαφορές που παρουσιάζονται αρχικά υπερισχύει η διάσπαση προσοχής και παρατηρείται ύφεση στην παρορμητικότητα και την υπερκινητικότητα. Βέβαια, αν δεν έχει υπάρξει διάγνωση και επιχειρηθεί στην παρούσα φάση είναι πάρα πολύ δύσκολο γιατί υπάρχει μεγάλη συννοσηρότητα (Kordon, et al., 2009). Σε περίπτωση, όμως, που χρειαστεί να γίνει διάγνωση σ' αυτή την ηλικία πρέπει να ληφθεί υπόψη και το ιστορικό, δηλαδή συμπτώματα παιδικής ηλικίας καθώς και παρεμβάσεις που δεν έγιναν. Επίσης οποιαδήποτε άλλη διαταραχή συνάδει με την ΔΕΠ/Υ στην παιδική ηλικία παραμένει και στην ενήλικη. Η Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας κάνει την εμφάνισή της έντονα στους ενήλικες. Όσο για τις συναισθηματικές διαταραχές σε παιδιά αλλά και ενήλικες, σχετίζονται με όλους τους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την παρουσία της ΔΕΠ/Υ. Έρευνες δείχνουν τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ που εκδηλώνουν Διαταραχή Διαγωγής, κατά την ενηλικίωση παρουσιάζουν Διαταραχή Κατάχρησης Ουσιών. Έχει αποδειχθεί ότι οι έφηβοι με ΔΕΠ/Υ προστατεύονται από τον αλκοολισμό και την κατάχρηση ουσιών αν στην παιδική ηλικία λάβουν θεραπεία με διεγερτικά φάρμακα (Koumoula, 2012).

Είναι άξιο αναφοράς η εξέλιξη των παιδιών που ανήκουν στον απρόσεκτο τύπο καθώς κατά την ενηλικίωση τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται ως ανεύθυνα, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, δεν αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες, δεν παίρνουν εύκολα αποφάσεις και πολλές φορές απολύονται από τις δουλειές τους (Achenbach, et al., 1995). Επιπλέον, πιθανές διαταραχές που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ όταν ενηλικιωθούν είναι η Διπολική Διαταραχή, ίσως, και η Σχιζοφρένεια, ενώ τα χαρακτηριστικά που εμμένουν είναι η χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, η χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση, οι δυσκολίες στις κοινωνικές τους επαφές και η παραβατικότητα (Weiss & Hechtman, 1993).

Κεφάλαιο 3^ο:

Βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών

Στο πλαίσιο της παρούσας ερευνητικής εργασίας πραγματοποιήθηκε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με το υπό εξέταση θέμα, έτσι ώστε να μπορούν να τεκμηριωθούν οι απαντήσεις των ερευνητικών ερωτημάτων (Creswell, 2016). Πιο συγκεκριμένα, έγινε μια προσπάθεια να εντοπιστούν μελέτες σχετικά με τις γνώσεις και τις στάσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ/Υ, τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης της ΔΕΠ/Υ από τους εκπαιδευτικούς, καθώς και τα προβλήματα που παρουσιάζουν οι μαθητές/ τριες με ΔΕΠΥ.

Αναλυτικότερα, όπως διαπιστώθηκε και από την αναζήτηση των ερευνών, έχουν πραγματοποιηθεί πληθώρα ερευνών σχετικά με τις γνώσεις και τις στάσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ/Υ, τα αποτελέσματα των οποίων φαίνεται να ταυτίζονται σε αρκετά σημεία. Προς αυτήν την κατεύθυνση, το 2006 οι Ghanizadeh, Bahredar και Moeini στην έρευνα τους θέλησαν να εξετάσουν τις γνώσεις και τις στάσεις των εκπαιδευτικών απέναντι στη ΔΕΠ/Υ. Το δείγμα αποτέλεσαν 196 εκπαιδευτικοί δημοτικών σχολείων στο Shiraz του Ιράν και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η γνώση για τη ΔΕΠ/Υ είναι σχετικά χαμηλή. Το 46,9% των ερωτηθέντων συμφωνούν ότι η ΔΕΠ/Υ οφείλεται σε βιολογικά και γενετικά αίτια. Το 53,1% των εκπαιδευτικών θεωρούν ότι η ΔΕΠΥ είναι απόρροια της ελαστικής συμπεριφοράς των γονέων. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν ορισμένα ποσοστά που προέκυψαν από τη συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων, όπως για παράδειγμα ότι το 64,8% του δείγματος συμφωνούν ότι πρέπει να χρησιμοποιούνται οι ίδιοι πειθαρχικοί κανόνες σε όλους τους μαθητές (με ΔΕΠ//Υ ή χωρίς) και το 77,6% πιστεύει ότι οι μαθητές με ΔΕΠ/Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις σχέσεις τους με τους συμμαθητές τους. Μάλιστα, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των γνώσεων των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ/Υ και τις στάσεις τους (Ghanizadeh, Bahredar & Moeini, 2006).

Μια ακόμη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σχετικά με το υπό εξέταση θέμα ήταν η μελέτη των Kyriotaki και Manolitsis το 2009 στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στο νησί της Κρήτης, η οποία είχε στόχο να εξετάσει την εγκυρότητα της αρχικής αξιολόγησης των εκπαιδευτικών για τον εντοπισμό παιδιών του δημοτικού που ορίζονται ως παιδιά με ΔΕΠ/Υ από τους εκπαιδευτικούς τους, καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις αξιολογήσεις των εκπαιδευτικών σε κλίμακα αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ, όπως το φύλο του παιδιού, το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων, η κοινωνική και ακαδημαϊκή συμπεριφορά του παιδιού στην τάξη, η σχέση εκπαιδευτικού-μαθητή, καθώς και η συνεργασία των εκπαιδευτικών με

τους γονείς. Οι εκπαιδευτικοί που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμπλήρωσαν μία τυποποιημένη κλίμακα αξιολόγησης για την ανίχνευση παιδιών με ΔΕΠ/Υ, καθώς και ένα ερωτηματολόγιο συμπεριφοράς 420 παιδιών με ΔΕΠ/Υ. Διαπιστώθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί εντόπισαν περισσότερους μαθητές με ΔΕΠ/Υ από αυτή που ορίζει η τυποποιημένη κλίμακα αξιολόγησης ΔΕΠ/Υ. Οι εκπαιδευτικοί όχι μόνο πρότειναν περισσότερα αγόρια παρά κορίτσια ως μαθητές με ΔΕΠ/Υ, αλλά έκαναν επίσης ταυτοποιήσεις με μεγαλύτερη ακρίβεια για τα κορίτσια από ότι για τα αγόρια, κυρίως, στις τάξεις μετά το δημοτικό σχολείο. Οι αρχικές υποψηφιότητες των εκπαιδευτικών ή οι μεταγενέστερες αξιολογήσεις τους δεν επηρεάστηκαν από την ηλικία των παιδιών ή το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των γονέων τους. Περαιτέρω αναλύσεις έδειξαν ότι οι στάσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τις σχέσεις μεταξύ ομηλικών ενός παιδιού και την ποιότητα των σχέσεων εκπαιδευτικού-παιδιού προέβλεπαν τις αξιολογήσεις των εκπαιδευτικών στην κλίμακα ΔΕΠ/Υ περισσότερο από άλλους παράγοντες (Kyriotaki & Manolitsis, 2010).

Την ίδια χρονιά οι González Tejera, González, Ramírez και Rivera θέλησαν να διερευνήσουν το επίπεδο γνώσης μιας ομάδας εκπαιδευτικών στη μητροπολιτική περιοχή του Σαν Χουάν σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ, την πιο κοινή ψυχιατρική διαταραχή στα παιδιά σχολικής ηλικίας. Στην πειραματική έρευνα που έγινε, συμμετείχαν 132 εκπαιδευτικοί δημοτικού σχολείου από πέντε διαφορετικά δημόσια και ιδιωτικά σχολεία. Το ερωτηματολόγιο πέρα από τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων, περιείχε 29 ερωτήσεις (αληθείς ή ψευδείς δηλώσεις) με πληροφορίες που άντλησαν από τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV TR της ΔΕΠ/Υ και άλλων διαταραχών συμπεριφοράς. Επιπλέον, δόθηκαν πέντε βινιέτες παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς που παρατηρήθηκαν μέσα σε τάξη. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 35% των εκπαιδευτικών ανέφερε πως είχαν προηγούμενες γνώσεις για τη ΔΕΠ/Υ, ενώ σύμφωνα με τις ερωτήσεις το 72% είχαν χαμηλή γνώση για τη ΔΕΠ/Υ. Επίσης, το 60% ήταν σε θέση να εντοπίσει σε δύο από τις τρεις βινιέτες, παιδιά με χαρακτηριστικά ΔΕΠ/Υ (González Tejera, González, Ramírez & Rivera, 2009).

Το 2010 οι Perold, Louw και Kleynhans θέτοντας το ερευνητικό ερώτημα *«Ποιες γνώσεις και παρερμηνείες σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ έχουν οι εκπαιδευτικοί σε σχολεία των περιφερειακών περιοχών του Cape Town Metropole στο Δυτικό Ακρωτήριο;»*, προχώρησαν σε μια έρευνα με στόχο να προσδιορίσουν τη φύση και το βαθμό των γνώσεων των εκπαιδευτικών, καθώς και τις παρερμηνείες τους σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ, μέσω της κλίμακας KADDS. Αυτή η κλίμακα αναπτύχθηκε από τους Scituro κ.ά. (2000) και είχε ξαναχρησιμοποιηθεί σε παρόμοια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε έξι δημόσια σχολεία της Νέας Υόρκης, αλλά και σε μια παρόμοια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία

(Kos, et al., 2004). Ειδικότερα, προχώρησαν σε μία ποσοτική έρευνα μέσω ερωτηματολογίου επιλέγοντας 552 εκπαιδευτικούς (όλων των ειδικοτήτων) από 35 σχολεία. Το ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε μεταφράστηκε στα Αφρικανικά και η Αφρικανική έκδοση τοποθετήθηκε στην ίδια σελίδα δίπλα στην αγγλική, μιας και πολλοί εκπαιδευτικοί ήταν δίγλωσσοι. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι περίπου το 66% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι έχουν διδάξει τουλάχιστον ένα παιδί που γνώριζαν ότι είχε διαγνωστεί με ΔΕΠ/Υ. Επιπλέον, το 58% των συμμετεχόντων ζήτησε κάποια στιγμή αξιολόγηση ενός παιδιού που υποψιαζόταν ότι είχε ΔΕΠ/Υ. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (66%) δήλωσε ότι δεν είχαν εμπλακεί ποτέ στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των διεγερτικών φαρμάκων για τη θεραπεία της ΔΕΠ/Υ. Εκείνο το στοιχείο που προέκυψε και θεωρείται το σημαντικότερο αποτέλεσμα της έρευνας είναι το γεγονός ότι υπάρχει ουσιαστική έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ μεταξύ των εκπαιδευτικών των δημοτικών σχολείων της περιφέρειας του Cape Metropole. Το συνολικό ποσοστό βαθμολογίας των εκπαιδευτικών στις σωστές απαντήσεις που έδειχναν ότι «έχουν γνώση» ήταν 42,6%, το 35,4% φάνηκε ότι «δεν γνωρίζουν» και το 22% έδειξε «έλλειψη γνώσης».

Επίσης, φάνηκε ότι οι εκπαιδευτικοί γνώριζαν πολύ καλά τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ, με περισσότερο από το 75% των ερωτηθέντων να εντοπίζουν σωστά τα συμπτώματα της διάσπασης της προσοχής, της ανησυχίας, της δυσκολίας στην οργάνωση, καθώς και των κύριων ομάδων συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ. Η έρευνα έδειξε ότι η ανεπαρκής προσπάθεια ή η χρήση αναποτελεσματικών στρατηγικών κατά τη διάρκεια του μαθήματος θα μπορούσε να είναι υπεύθυνη για αυτό το πρόβλημα (DuPaul & Stoner, 2003). Ακόμη, οι εκπαιδευτικοί γνώριζαν ότι η εκπαίδευση των γονέων και των εκπαιδευτικών, σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή, είναι καθοριστικοί παράγοντες στη θεραπεία της ΔΕΠ/Υ (75,7%). Μάλιστα, οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί γνώριζαν ότι πρέπει να εφαρμόζονται πολύπλευρες μέθοδοι για την αποτελεσματική θεραπεία της ΔΕΠ/Υ. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι υπήρξε μια σαφής έλλειψη γνώσεων σχετικά με την επιδημιολογία της ΔΕΠ/Υ, αφού οι ερωτηθέντες (με ποσοστό 31,2%) ανέφεραν ότι το 15% των παιδιών όλων των σχολείων έχουν ΔΕΠ/Υ. Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης (που αφορά τη διατροφή) είναι ότι το 65,2% των ερωτηθέντων πίστευε λανθασμένα ότι η μείωση της πρόσληψης ζάχαρης ή προσθέτων τροφίμων από τη διατροφή θα μπορούσε να μειώσει αποτελεσματικά τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ (Jerome, et al., 1994· Sciutto, et al., 2000· Kos, et al., 2004· Perold, Louw & Kleynhans, 2010).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2015 σε δημόσια σχολεία του Σίδνεϋ εξετάστηκαν οι γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ, η στάση τους απέναντι

στους μαθητές που εμφανίζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ, καθώς και το πόσο επηρεάζουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τις απόψεις και τις στάσεις τους. Η ανάλυση έδειξε ότι, συνολικά, οι εκπαιδευτικοί έχουν επαρκείς γνώσεις για τη ΔΕΠ/Υ (50-85% σωστές απαντήσεις σε ερωτήσεις γνώσης), αλλά λιγότερη ορθή γνώση σε ορισμένους τομείς, όπως τα αίτια της διαταραχής. Η ανάλυση έδειξε επίσης ότι υπάρχουν ορισμένοι σημαντικοί δημογραφικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση των εκπαιδευτικών απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ. Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την επαλήθευση αυτών των προκαταρκτικών ευρημάτων (Mulholland, et al., 2015).

Την ίδια χρονιά οι Youssef, Hutchinson και Youssef, πραγματοποίησαν μια έρευνα στο Τρινιντάντ και Τομπάγκο, δύο νησιά που βρίσκονται στο νοτιότερο άκρο της Καραϊβικής, στα βορειοανατολικά παράλια της Βενεζουέλας και αποτελούνται, κυρίως, από δύο μεγάλες εθνότητες, 40% Ινδοί και 38% Αφρικανοί, ενώ οι υπόλοιποι προέρχονται από την Ευρώπη, την Κίνα και τη Μέση Ανατολή. Ο λόγος που οδήγησε στην πραγματοποίηση αυτής της μελέτης ήταν η αυξημένη εμφάνιση της ΔΕΠ/Υ και η σημαντικότητα του ρόλου των εκπαιδευτικών στην αναγνώριση της. Έτσι, κρίθηκε σημαντικό να αξιολογηθεί ο ρόλος των γνώσεων και στάσεων των εκπαιδευτικών απέναντι στη ΔΕΠ/Υ με απώτερο στόχο να εντοπιστούν τα κενά στην εκπαίδευσή τους και προγραμματιστεί η μελλοντική τους κατάρτιση για το συγκεκριμένο θέμα. Για τις ανάγκες της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που έχει ξαναχρησιμοποιηθεί σε προγενέστερες έρευνες (Sciutto, Terjesen, & Frank, 2000· Kos, Richdale, & Jackson, 2004), το οποίο μάλιστα προσαρμόστηκε στη συγκεκριμένη έρευνα.

Το δείγμα αποτέλεσαν 277 εκπαιδευτικοί από 29 σχολεία και δόθηκε η περίοδος 2 εβδομάδων για τη συμπλήρωσή τους. Οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών ως προς τις γνώσεις τους για τη ΔΕΠ/Υ ήταν σωστές σε ποσοστό 45%. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ορισμένοι παράγοντες επηρεάζουν το βαθμό των γνώσεων των εκπαιδευτικών. Για παράδειγμα οι εκπαιδευτικοί με μεταπτυχιακό σημείωσαν υψηλότερο βαθμό σε σχέση με εκείνους που δεν έλαβαν επιπλέον εκπαίδευση. Επίσης, κάποιος που έλαβε επιπλέον σχετική εκπαίδευση ή είχε προϋπηρεσία με παιδιά με ΔΕΠ/Υ, σημείωνε υψηλότερη βαθμολογία αντίστοιχα. Πολλοί ήταν αυτοί που απάντησαν «δεν γνωρίζω» κάτι που δείχνει το επίπεδο αβεβαιότητας σχετικά με το θέμα. Επίσης, οι βαθμολογίες γνώσεων ήταν υψηλότερες μεταξύ των εκπαιδευτικών του δημοτικού σχολείου και των εκπαιδευτικών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Όσον αφορά στο μέρος των στάσεων φαίνεται ότι οι εκπαιδευτικοί θεωρούσαν γενικά τη ΔΕΠ/Υ ως έγκυρη διάγνωση και νόμιμο εκπαιδευτικό ζήτημα, και ότι τα παιδιά δεν ευθύνονται για τη συμπεριφορά τους. Παρόλα αυτά, οι εκπαιδευτικοί πιστεύουν ότι τα

παιδιά με ΔΕΠ/Υ διαταράσσουν την τάξη και είναι καλύτερα να διδάσκονται από εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής (Youssef, Hutchinson & Youssef, 2015).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το 2016 πραγματοποιήθηκε μια έρευνα στη Νέα Νότια Ουαλία, όπου χρησιμοποιήθηκε ένα νέο ερευνητικό μέσο που ερευνά τις γνώσεις και τις στάσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ/Υ (ASKAT) και αποτελείται από δύο κλίμακες, την κλίμακα για τις ειδικές γνώσεις της ΔΕΠ/Υ (SASK) και την κλίμακα για τις συμπεριφορές της ΔΕΠ/Υ (SASA). Ο βασικός στόχος ήταν να αναπτύξει και να επικυρώσει αυτό το αξιόπιστο ερευνητικό εργαλείο που μπορεί να αξιολογήσει με ακρίβεια τόσο τις γνώσεις, όσο και τις στάσεις των εκπαιδευτικών που σχετίζονται με την ΔΕΠ/Υ. Στη μελέτη συμμετείχαν 596 εκπαιδευτικοί από όλα τα κυβερνητικά σχολεία της Νέας Νότιας Ουαλίας. Η ενότητα Α του ερωτηματολογίου αποτελείται από δημογραφικές ερωτήσεις, η ενότητα Β περιελάμβανε 20 ερωτήσεις που αξιολόγησαν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ (ναι/όχι/δεν ξέρω), η ενότητα Γ 30 ερωτήσεις τύπου likert (έξι διαβαθμίσεων) που μετράνε τη στάση και τη συμπεριφορά των εκπαιδευτικών απέναντι στη ΔΕΠ/Υ, και τέλος, στην ενότητα Δ υπάρχουν τέσσερις ανοιχτές ερωτήσεις για τη συλλογή πρόσθετων προσωπικών πληροφοριών των εκπαιδευτικών (Mulholland, 2016).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2016-2017 στην Αιθιοπία σχετικά με τις λανθασμένες γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ/Υ, συμμετείχαν 206 εκπαιδευτικοί από 10 κυβερνητικά και 20 ιδιωτικά δημοτικά σχολεία που βρίσκονται στην πόλη Nekemte, πρωτεύουσα της ανατολικής ζώνης. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την πραγματοποίηση αυτής της έρευνας ήταν το ερωτηματολόγιο γνωστό ως «Attention Deficit Disorders Scale» (KADDS). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 76,2% των ερωτηθέντων είχαν λανθασμένη αντίληψη για τη γενική επίγνωση της ΔΕΠ/Υ. Παραπάνω από τους μισούς (62,7%) είχαν λανθασμένες αντιλήψεις για τη διάγνωση και το 81% είχαν εσφαλμένες αντιλήψεις για τη θεραπεία/αντιμετώπιση του προβλήματος. Όσον αφορά στην αντίληψη των εκπαιδευτικών σχετικά με την τοποθέτηση μαθητών με ΔΕΠ/Υ στη σύγχρονη εκπαιδευτική διαδικασία, οι 141 (68,3%) εκπαιδευτικοί δήλωσαν ότι αυτοί οι μαθητές πρέπει να τοποθετηθούν στην ειδική εκπαίδευση για κάποιες ώρες. Τα ευρήματα αυτής της έρευνας έδειξαν ξεκάθαρα ότι οι εκπαιδευτικοί των συγκεκριμένων δημοτικών σχολείων έχουν ένα ευρύ φάσμα λανθασμένων αντιλήψεων σχετικά με την ΔΕΠ/Υ (Woyessa, et al., 2019).

Το 2017 οι Giannopoulou, Korkoliakou, Pasalari και Douzenis πραγματοποίησαν μια έρευνα με απώτερο στόχο να διαπιστώσουν κατά πόσο ένα σύντομο σεμινάριο σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ μπορεί να συμβάλλει στην απόκτηση γνώσεων και έπειτα να διερευνηθεί το πόσο η μορφή της κατάρτισης (σεμινάριο μισής ημέρας έναντι διήμερου) θα είχε διαφορετική

επίδραση στη γνώση των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ. Το δείγμα αποτέλεσαν 143 εκπαιδευτικοί οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα αποτελούνταν από 68 εκπαιδευτικούς οι οποίοι παρακολούθησαν ένα σεμινάριο μισής μέρας (5 ώρες), ενώ τη δεύτερη ομάδα αποτελούσαν 75 εκπαιδευτικοί οι οποίοι παρακολούθησαν ένα σεμινάριο δύο ημερών (18 ώρες). Τα θέματα του σεμιναρίου περιελάμβαναν: (α) την απόκτηση βασικών γνώσεων σχετικά με τα συμπτώματα, τις αιτίες και το φυσικό ιστορικό της ΔΕΠ/Υ, (β) την κατανόηση των βασικών γνωστικών ελλειμμάτων της διαταραχής και τον αντίκτυπό τους στη μάθηση και τη συμπεριφορά, (γ) την εφαρμογή συγκεκριμένων μαθησιακών στρατηγικών για παιδιά με ΔΕΠ/Υ, (δ) τα οφέλη και τους περιορισμούς των υφιστάμενων θεραπευτικών προσεγγίσεων, συμπεριλαμβανομένης της φαρμακολογικής θεραπείας, και (ε) τα διαθέσιμα μέσα για τους εκπαιδευτικούς εκείνους που θα μπορούσαν να παραπέμψουν το μαθητή στο ΚΕΣΥ για αξιολόγηση.

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης αναπτύχθηκε και χορηγήθηκε πριν και μετά το σεμινάριο ένα αυτο-αναφερόμενο Ερωτηματολόγιο Γνώσης ΔΕΠ/Υ (ADHD-KQ), το οποίο καλύπτει τέσσερις τομείς (κλινική παρουσίαση, αιτίες, γνωστικά ελλείμματα, παρεμβάσεις). Οι εκπαιδευτικοί γνώριζαν γενικά την κλινική παρουσίαση της ΔΕΠ/Υ, με περισσότερο από το 80% του δείγματος να ανταποκρίνεται σωστά σε στοιχεία που σχετίζονται με τα βασικά συμπτώματα. Όπως αναμενόταν, εντοπίστηκαν κενά στη γνώση, ιδιαίτερα στον τομέα των αιτιών, της φαρμακολογικής θεραπείας και των γνωστικών ελλειμμάτων που σχετίζονται με την ΔΕΠ/Υ. Τα αποτελέσματα, χρησιμοποιώντας ζεύγη δειγμάτων *t*, έδειξαν μια πολύ σημαντική αύξηση στο σύνολο ADHD-KQ και σε όλες τις βαθμολογίες υπο-κλίμακας και στις δύο ομάδες ($p < 0,001$), δείχνοντας μια συνολική βελτιωμένη γνώση σχετικά με την ΔΕΠ/Υ ανεξάρτητα από τη μορφή εκπαίδευσης, δηλαδή το σεμινάριο μισής ημέρας έναντι διήμερης κατάρτισης. Το στατιστικό κριτήριο One-Way ANOVA αποκάλυψε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο εκπαιδευτικών σεμιναρίων στις μέσες βαθμολογίες της υπο-κλίμακας πριν και μετά τη χορήγηση του ερωτηματολογίου. Οι επακόλουθες μη διαφοροποιημένες δοκιμές των επιδράσεων μεταξύ των υποκειμένων αποκάλυψαν ότι η ομάδα (δηλαδή η μορφή εκπαίδευσης) είχε στατιστικά σημαντική επίδραση μόνο στη γνώση ΔΕΠ/Υ των συμπτωμάτων της υπό-κλίμακας [$F(1,141) = 10,46, p < 0,01$], με εκείνους που συμμετείχαν στα διήμερο σεμινάριο κατάρτισης να έχουν σημαντικά υψηλότερα αποτελέσματα μέσης βαθμολογίας πριν και μετά τη χορήγηση σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς που παρακολούθησαν το σεμινάριο κατάρτισης μισής ημέρας ($p < 0,01$) (Giannopoulou, Korkoliakou, Pasalari & Douzenis, 2017).

Την ίδια χρονιά στο Lalitpur του Νεπάλ, οι Bhattarai και Sharma πραγματοποίησαν μια έρευνα με σκοπό να αξιολογήσουν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ. Το δείγμα αποτέλεσαν 124 εκπαιδευτικοί δημοτικών σχολείων από 19 κυβερνητικά σχολεία της μητροπολιτικής πόλης Lalitpur. Ως μεθοδολογικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο «Γνώση της Κλίμακας Διαταραχών Ελλειμματικής Προσοχής (KADDS)». Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 75,8% των εκπαιδευτικών είχαν ανεπαρκείς γνώσεις σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ (Bhattarai & Sharma, 2019).

Παράλληλα, στην πόλη Madina της περιοχή της Χετζάζης στη δυτική Σαουδική Αραβία το 2017 διεξήχθη μία έρευνα, από τους Al-Moghamsi και Aljohani, με στόχο την εκτίμηση του επίπεδου των γνώσεων των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ/Υ και τον εντοπισμό ορισμένων παραγόντων που φαίνεται να την επηρεάζουν. Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 416 εκπαιδευτικοί δημοτικών κυβερνητικών σχολείων στην πόλη Madina ηλικίας 22 έως 66 ετών. Διαπιστώθηκε ότι οι γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ ήταν ανεπαρκείς και ιδιαίτερα όσον αφορά στη θεραπεία/παρέμβαση της συγκεκριμένης διαταραχής. Μάλιστα, παρατηρήθηκαν κάποιες παρανοήσεις μεταξύ των εκπαιδευτικών σχετικά με τις γενικές πληροφορίες για τη ΔΕΠ/Υ, τα συμπτώματα, τη διάγνωση και τη θεραπεία/παρέμβαση. Οι εκπαιδευτικοί που είχαν πρότερες επαφές με μαθητές με ΔΕΠ/Υ φάνηκε να είναι πιο έμπειροι. Όπως ήταν αναμενόμενο, οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής ήταν πιο ενημερωμένοι για τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ, τη διάγνωση και τη θεραπεία/παρέμβαση σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες εκπαιδευτικών (Al-Moghamsi & Aljohani, 2018).

Το 2018, οι Park, Lee, Lee και Kim, στη Σεούλ της Νότιας Κορέας διεξήγαγαν πειραματική έρευνα με απώτερο στόχο να εξετάσουν τις γνώσεις και τις στάσεις των Κορεατών απέναντι στη ΔΕΠ/Υ και πιο συγκεκριμένα τον εντοπισμό, τις αιτίες, τις θεραπείες/ παρεμβάσεις και τις κοινωνικές αποστάσεις/ συμπεριφορές. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 673 εκπαιδευτικοί οι οποίοι συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο όσον αφορά στις γνώσεις τους για τη ΔΕΠ/Υ και στη συνέχεια έλαβαν μία βινιέτα/ σενάριο που περιέγραφε ένα άτομο με συμπτώματα ΔΕΠ/Υ και κλήθηκαν να απαντήσουν εάν το συγκεκριμένο άτομο είχε κάποιο πρόβλημα. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι το 23,9% αναγνώρισαν το πρόβλημα και προσδιόρισαν σωστά την ΔΕΠ/Υ (ως διάγνωση), ενώ το 30,8% των συμμετεχόντων δεν αντιλήφθηκε κανένα πρόβλημα. Άλλοι παράγοντες που συσχετίστηκαν με τις σωστές απαντήσεις στα ερωτήματα ήταν το φύλο και συγκεκριμένα το γυναικείο, η μικρότερη ηλικία, το υψηλότερο οικογενειακό εισόδημα, το επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και η γνωριμία με την ΔΕΠ/Υ. Ο σωστός προσδιορισμός της

ΔΕΠ/Υ συσχετίστηκε θετικά με τις αντιλήψεις της συμπεριφοράς/πειθαρχίας και την κοινωνική απόσταση προς τα άτομα με ΔΕΠ/Υ, ενώ συσχετίστηκε αρνητικά με αντιλήψεις που έχουν άμεση σχέση με τη διατροφή και τα προσωπικά χαρακτηριστικά. Σε γενικές γραμμές, η συγκεκριμένη μελέτη υπογραμμίζει τη σημασία της ακριβούς αναγνώρισης της ΔΕΠ/Υ σε σχέση με τις κατάλληλες στάσεις, όσον αφορά στην αιτιολογία, τις στρατηγικές για την παρέμβαση και τις καλύτερες κοινωνικές στάσεις απέναντι στα άτομα με ΔΕΠΥ. (Park, Lee, Lee & Kim, 2018).

Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2020 στην πρωτεύουσα της Ινδονησίας, την Τζακάρτα, είχε ως στόχο τον προσδιορισμό του επιπέδου των γνώσεων/κατανόησης, αντίληψης και στάσης αναφορικά με τη ΔΕΠ/Υ ανάμεσα στα μέλη της κοινότητας, τους εκπαιδευτικούς του δημοτικού σχολείου, τους φοιτητές ιατρικής, τους ιατρούς γενικής ιατρικής, τους παιδίατρος και τους ψυχολόγους. Το συνολικό δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα ήταν 1536 άτομα και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες είχαν σχετικά φτωχά έως πολύ φτωχά επίπεδα γνώσεων/κατανόησης. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα και για τα επίπεδα αντίληψης και στάσης. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της πρακτικής εμπειρίας και του επιπέδου γνώσης/ κατανόησης, αντίληψης και στάσης απέναντι στη ΔΕΠΥ στους ιατρούς γενικής ιατρικής και τους ψυχολόγους (Murtani, et al., 2020).

Ακόμη, το 2020 στο Μάρμπουργκ της Γερμανίας, οι Dort, Strelow, Schwinger και Christiansen, μελέτησαν τις γνώσεις και τις στάσεις των εκπαιδευτικών απέναντι στους μαθητές με ΔΕΠ/Υ προκειμένου να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν το χάσμα των επιστημόνων και να εφαρμοστούν τεκμηριωμένες παρεμβάσεις στην τάξη. Βασικός στόχος της έρευνας ήταν να διερευνηθεί η τεκμηρίωση της εγκυρότητας του περιεχομένου της κλίμακας γνώσης. Επομένως, όλα τα θέματα αφορούσαν στη χρήση των παρεμβάσεων από τους εκπαιδευτικούς. Έτσι κατασκευάστηκε το ερωτηματολόγιο το οποίο περιείχε γνώσεις, στάσεις και κλίμακες παρέμβασης. Η κλίμακα γνώσης εστίαζε στη γνώση των συμπτωμάτων, της αιτιολογίας, της διάγνωσης και των παρεμβάσεων που επιτρέπουν στους εκπαιδευτικούς να αναγνωρίσουν τους μαθητές με ΔΕΠ/Υ και να τους αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά. Η κλίμακα αξιολόγησε τις προσδοκίες και τις σχετικές αξιολογήσεις για τη στάση των εκπαιδευτικών και το κατά πόσο είναι λειτουργική απέναντι στους μαθητές με ΔΕΠ/Υ. Επιπλέον, η κλίμακα περιλάμβανε τα γνωστικά και συναισθηματικά συστατικά της στάσης.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το γνωστικό μέρος επικεντρώθηκε σε διάφορες καταστάσεις στην τάξη, τις οποίες αντιμετωπίζουν με παρεμβάσεις. Τέλος, η κλίμακα

παρέμβασης αξιολόγησε τη χρήση των παρεμβάσεων (αποτελεσματικές και αναποτελεσματικές) και τις αξιολογήσεις αποτελεσματικότητας αυτών. Στην έρευνα συμμετείχαν σε πρώτη φάση εκπαιδευτικοί χωρίς προϋπηρεσία και στη συνέχεια εν ενεργεία εκπαιδευτικοί. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί στο σύνολο τους φαίνεται να έχουν περιορισμένες γνώσεις ως προς τη ΔΕΠ/Υ. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν μπόρεσε να απαντήσει σωστά σε όλες τις ερωτήσεις και φάνηκε ότι τόσο οι εν ενεργεία εκπαιδευτικοί, όσο και εκείνοι χωρίς προϋπηρεσία εκτιμούν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, αν και οι ίδιοι φαίνεται να χρησιμοποιούν αναποτελεσματικές παρεμβάσεις, όπως έχουν δείξει και τα αποτελέσματα παρόμοιων μελετών (π.χ. Ruhmland & Christiansen, 2017) (Dort, Strelow, Schwinger & Christiansen, 2020).

Παράλληλα, το 2020 πραγματοποιήθηκε μελέτη από τους Greenway και Rees στο Ηνωμένο Βασίλειο, με σκοπό να ανιχνευτούν εξίσου οι γνώσεις και οι στάσεις των εκπαιδευτικών απέναντι στη ΔΕΠ/Υ κατά τη λήψη αποφάσεων παραπομπής και παρέμβασης. Έτσι, χρησιμοποιώντας τις κλίμακες γνώσης (SASK) και στάσεων (SASA) των Mulholland, Cumming και Jung (2015), η εκπαίδευση και η αντίληψη για τη ΔΕΠ/Υ συγκρίθηκε μεταξύ των εκπαιδευτικών του δημόσιου σχολείου (n=165) και των βοηθών εκπαιδευτικών (n=157) του Ηνωμένου Βασιλείου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί και οι βοηθοί εκπαιδευτικών εμφάνισαν επαρκή επίπεδα γνώσεων και μάλιστα ότι οι βοηθοί εκπαιδευτικών είχαν καλύτερη γνώση και πιο θετικά συναισθήματα απέναντι στην ΔΕΠ/Υ από ό, τι οι εκπαιδευτικοί. Η εκπαίδευση αύξησε τις γνώσεις για τους βοηθούς, αλλά όχι για τους εκπαιδευτικούς, ενώ η εκπαίδευση και η υποστήριξη φάνηκε σημαντική για τη στάση και των δύο. Τόσο οι εκπαιδευτικοί, όσο και οι βοηθοί έδειξαν ότι κατέχουν ανεπαρκή εκπαίδευση και εξέφρασαν την επιθυμία τους για περαιτέρω εκπαίδευση σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ (Greenway & Rees, 2020).

Την ίδια χρονιά πραγματοποιήθηκε μια πειραματική έρευνα από τους Alsheri, Shehata, Almosa και Awadalla στην πόλη Abha της Σαουδικής Αραβίας και είχε ως στόχο να αξιολογηθεί η γνώση των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ/Υ και να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του προγράμματος βελτίωσης της γνώσης ΔΕΠ/Υ, καθώς θεωρούν ότι οι επαρκώς καταρτισμένοι εκπαιδευτικοί του σχολείου μπορούν να διαδραματίσουν ουσιαστικό ρόλο στην έγκαιρη ανίχνευση και σωστή θεραπεία παιδιών ΔΕΠ/Υ στο σχολείο. Το δείγμα αποτέλεσαν 100 εκπαιδευτικοί, οι οποίοι κατανεμήθηκαν σε ομάδες δοκιμής και ελέγχου. Χρησιμοποιήθηκε ένα αυτοδιαχειριζόμενο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ. Μετά την αρχική αξιολόγηση, οι συμμετέχοντες στη δοκιμαστική ομάδα έλαβαν ένα διήμερο πρόγραμμα βελτίωσης της

γνώσης για τη ΔΕΠ/Υ. Οι γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την ΔΕΠ/Υ επανεκτιμήθηκαν χρησιμοποιώντας το ίδιο ερωτηματολόγιο αμέσως μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος παρέμβασης και μετά από τρεις μήνες και στις δύο ομάδες. Όσον αφορά στα αποτελέσματα μόνο το 16% και το 22% των ομάδων δοκιμής και ελέγχου, αντίστοιχα, έδειξαν επαρκή βασική γνώση για την ΔΕΠ/Υ. Η γνώση των εκπαιδευτικών στην ομάδα δοκιμών βελτιώθηκε σημαντικά αμέσως μετά την παρέμβαση. Μετά από τρεις μήνες, αυτά τα οφέλη γνώσης μειώθηκαν ελαφρώς, αλλά παρέμειναν πιο επαρκή από αυτά των εκπαιδευτικών στην ομάδα ελέγχου (Alsheri, Shehata, Almosa & Awadalla, 2020).

Ένα άλλο στοιχείο που φαίνεται να έχει ερευνηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ είναι οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται. Πιο συγκεκριμένα, το 2015 πραγματοποιήθηκε έρευνα σε δημοτικά σχολεία της Νότιας Αφρικής από τους Torpin, Roman και Mwaba με απώτερο στόχο να εξετάσουν τη γνώση των εκπαιδευτικών για τα συμπτώματα και τη διαχείριση των παιδιών με ΔΕΠ/Υ στις τάξεις τους. Το δείγμα αποτέλεσαν 200 εκπαιδευτικοί δημοτικών σχολείων της Νότιας Αφρικής και χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο KADDS, το οποίο μετρά τις παρανοήσεις και την κατανόηση της διαταραχής. Όσον αφορά στις γνώσεις, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι συνολικά το 45% των εκπαιδευτικών απάντησε σωστά στα ερωτήματα και φάνηκε ότι οι εκπαιδευτικοί γνώριζαν περισσότερο τα γενικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ/Υ από τα συμπτώματα, τη διάγνωση και τη θεραπεία. Από την άλλη, όσον αφορά σε ερωτήσεις σχετικά με το πως ενεργούν όταν ένα παιδί εμφανίζει ακατάλληλη συμπεριφορά, δηλαδή αν χρησιμοποιούν συγκεκριμένες παρεμβάσεις ή τεχνικές διαχείρισης μέσα στην τάξη, η πλειονότητα υποστήριξε ότι κάνουν, κυρίως, χρήση εκπαιδευτικών παρεμβάσεων (97%) και κανόνων στην τάξη (91%) για τη διαχείριση της. Βέβαια, τα ευρήματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι υπάρχει ανάγκη να ληφθούν υπόψη οι κανονισμοί του σχολείου που θα εγγυώνται ότι οι εκπαιδευτικοί στα σχολεία της Νότιας Αφρικής έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες για την υλοποίηση παρεμβάσεων στο σχολείο για ΔΕΠ/Υ (Torpin, Roman & Mwaba, 2015).

Την ίδια χρονιά στο Ηνωμένο Βασίλειο οι Taylor κ.ά. πραγματοποίησαν μια έρευνα σε 12 σχολεία στην περιοχή East Midlands σχετικά με την ύπαρξη προγραμμάτων παρέμβασης με δείγμα τόσο σε γονείς, όσο και σε εκπαιδευτικούς. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι είναι σημαντική η ύπαρξη της συνεργασίας σχολείου και οικογένειας για τη διαχείριση των όποιων προβλημάτων. Μάλιστα, η παρέμβαση των γονέων ήταν αποδεκτή από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς, υποστηρίζοντας ότι είναι αναγκαίος ο σχηματισμός ομάδων γονέων στο σχολικό περιβάλλον για την αντιμετώπιση διαφόρων καταστάσεων. Οι

γονείς δήλωσαν γενικά ότι προτιμούν καθολικές προσεγγίσεις πρόσληψης σε τέτοια προγράμματα, ενώ οι εκπαιδευτικοί περιέγραψαν την ανάγκη στόχευσης συγκεκριμένων γονέων. Οι περισσότεροι γονείς που συμμετείχαν στη γονική παρέμβαση είχαν θετικές εμπειρίες και διαπίστωσαν αρκετά οφέλη, τουλάχιστον σε βραχυπρόθεσμο επίπεδο. Σε γενικές γραμμές, διαπιστώθηκε ότι είναι εφικτό να παρέχονται προγράμματα παρέμβασης γονέων εντός ή κοντά σε σχολεία (Taylor, et al., 2015).

Το 2020 οι Strelow, Dort, Schwinger και Christiansen πραγματοποίησαν μία έρευνα με 599 εκπαιδευτικούς στο Marburg της Γερμανίας, με απώτερο στόχο να εξετάσουν τους λόγους για τους οποίους, ενώ οι αποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης τάξης CMS θεωρούνται κατάλληλες και πρέπει να χρησιμοποιούνται από τους εκπαιδευτικούς, αυτοί εξακολουθούν να χρησιμοποιούν τις αναποτελεσματικές CMS. Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το διαδικτυακό εργαλείο SoSciSurvey και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εφαρμογή CMS στην τάξη οδηγεί σε διαρκή μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ. Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι η στάση απέναντι στους μαθητές με ΔΕΠ/Υ, καθώς και οι προσωπικές εμπειρίες, οι κοινωνικές επιρροές και ατομικές διαφορές είναι επίσης σημαντικές (Strelow, Dort, Schwinger & Christiansen, 2020).

Η Ewe (2019) στο πλαίσιο μιας βιβλιογραφικής έρευνας που πραγματοποίησε σχετικά με τις σχέσεις των μαθητών με ΔΕΠ/Υ με τους εκπαιδευτικούς τους, διαπίστωσε ότι οι εκπαιδευτικοί βιώνουν λιγότερο συναισθηματική εγγύτητα, λιγότερη συνεργασία και περισσότερες συγκρούσεις στις σχέσεις τους με τους μαθητές τους με ΔΕΠ/Υ από ό, τι με τους υπόλοιπους μαθητές. Η απόρριψη των μαθητών με ΔΕΠ/Υ από τους εκπαιδευτικούς τους αποτελεί παράγοντα κινδύνου όχι μόνο για τη σχολική αποτυχία, αλλά και για τον αποκλεισμό και την απόρριψη αυτών των μαθητών, οδηγώντας τους σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και μοναξιά. Τα συναισθήματα απόρριψης που βιώνουν οι μαθητές έχουν ως απόρροια τη εμφάνιση υψηλότερων ποσοστών προβληματικής συμπεριφοράς σε μια προσπάθεια να μπορέσουν να διαχειριστούν αυτό που τους συμβαίνει.

Προς αυτήν την κατεύθυνση, έχουν πραγματοποιηθεί και ορισμένες έρευνες που εστιάζουν στα προβλήματα συμπεριφοράς που δύναται να εμφανίσουν οι μαθητές με ΔΕΠ/Υ. Ενδεικτικό παράδειγμα συνιστά η έρευνα που πραγματοποίησαν οι Gaastra, Groen, Tucha και Tucha το 2016 στο Groningen της Ολλανδίας. Πιο συγκεκριμένα, διεξήγαγαν μία μελέτη έχοντας υπόψη τους ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ εμφανίζουν συχνά προβληματική συμπεριφορά μέσα στην τάξη, με αποτέλεσμα οι εκπαιδευτικοί να δυσκολεύονται να το διαχειριστούν αποτελεσματικά λόγω έλλειψης γνώσεων και δεξιοτήτων ως προς την κατάλληλη χρήση στρατηγικών διαχείρισης τάξεων. Στόχος της έρευνας ήταν να καταγραφεί η

αποτελεσματικότητα διαφόρων ειδών παρέμβασης μέσα στην τάξη (antecedent-based, consequence-based, self-regulation, combined) που μπορούν να εφαρμοστούν από τους εκπαιδευτικούς προκειμένου να μειωθεί η προβληματική συμπεριφορά μέσα στη τάξη των παιδιών με συμπτώματα ΔΕΠ/Υ. Ένας δεύτερος στόχος ήταν να εντοπιστούν πιθανοί συντονιστές/μεσολαβητές που επηρεάζουν αυτές τις αντιδράσεις (διαρρύθμιση τάξης, τύπος μέτρου, ηλικία μαθητών, φύλο, νοημοσύνη και χρήση φαρμάκων). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι παρεμβάσεις στην τάξη μπορούν να μειώσουν σημαντικά την εκτός εργασίας συμπεριφορά, τη διατάραξη της τάξης και τις ακαδημαϊκές επιδόσεις των μαθητών με ΔΕΠ/Υ. Πιο θετικά ήταν τα αποτελέσματα στις τάξεις γενικής εκπαίδευσης από ότι σε άλλα περιβάλλοντα. Ωστόσο, δεν θα μπορούσαν να διατυπωθούν αξιόπιστα συμπεράσματα σχετικά με τις μέτριες επιδράσεις σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, τη νοημοσύνη και τη χρήση φαρμάκων των μαθητών, κυρίως, λόγω προβλημάτων ισχύος (Gaastra, Groen, Tucha & Tucha, 2016).

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4^ο: Μεθοδολογία της έρευνας

4.1. Αντικείμενο της έρευνας

Η παρούσα έρευνα εντάσσεται στο χώρο της εκπαίδευσης και πιο συγκεκριμένα διερευνά τις γνώσεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ, τις στάσεις τους απέναντι σε μαθητές/τριες με τη συγκεκριμένη διαταραχή, τα στερεότυπα και τα συναισθήματα που βιώνουν απέναντι τους, καθώς και την επικοινωνιακή τους προσαρμογή.

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η ΔΕΠ/Υ χαρακτηρίζεται ως μία από τις πιο συχνές διαταραχές, με σχετικά υψηλή συνολική επικράτηση παγκοσμίως της τάξεως του 5,29% (Polanczyk, et al., 2007). Ορίζεται ως *«ένα επίμονο μοτίβο ελλειμματικής προσοχής ή/και υπερκινητικότητας που επηρεάζει τη λειτουργία ή την ανάπτυξη, έχει συμπτώματα που παρουσιάζονται σε δύο ή περισσότερες καταστάσεις (π.χ. σχολείο ή εργασία, με φίλους ή συγγενείς και σε άλλες δραστηριότητες), και επηρεάζει αρνητικά την κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργία του ατόμου»*. Τα κύρια χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς ενός ατόμου με ΔΕΠ/Υ είναι η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η υπερδραστηριότητα/ υπερκινητικότητα που δεν συνάδει με το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου, η αφηρημάδα, η δυσκολία διατήρησης της προσοχής και της συγκέντρωσης, καθώς και η δυσκολία στην οργάνωση (Barkley, 2006· Κολιάδης, 2010· APA, 2013).

Στο πλαίσιο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που πραγματοποιήθηκε διαπιστώθηκε ότι έχουν ερευνηθεί σε μεγάλο βαθμό οι γνώσεις και οι στάσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ/Υ, το πόσο αυτό επηρεάζει τον τρόπο αντιμετώπισης των μαθητών/τριών, αλλά και τι στρατηγικές ακολουθούνται από τους εκπαιδευτικούς και γιατί. Ακόμη, έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες σχετικά με το τι γνωρίζουν και πιστεύουν οι εκπαιδευτικοί για τα αίτια και τη φαρμακευτική αγωγή, καθώς και τις συμπεριφορές των παιδιών με ΔΕΠ/Υ και τα προβλήματα που παρουσιάζουν σε γενικό πλαίσιο, αλλά και ειδικό στο σχολείο.

Η παρούσα έρευνα επιχειρεί να συμβάλει στον εμπλουτισμό των ήδη υπαρχόντων στοιχείων που αφορά στη σημαντικότητα των γνώσεων των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ/Υ και τον ρόλο των στάσεων τους στην αντιμετώπιση της συγκεκριμένης διαταραχής.

4.2.Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η εξέταση των γνώσεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ, αλλά και οι στάσεις τους απέναντι σε μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ. Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι οι εξής:

- ✓ Να καταγραφούν οι γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ/Υ.
- ✓ Να καταγραφούν οι γνώσεις των εκπαιδευτικών για τα συναφή προβλήματα της ΔΕΠ/Υ, όπως είναι το άγχος, η επιθετική συμπεριφορά κ.ά. και οι τρόποι αντιμετώπισής τους, εντός της σχολικής τάξης.
- ✓ Να καταγραφούν οι στάσεις των εκπαιδευτικών απέναντι σε μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ.
- ✓ Να καταγραφούν οι εκπαιδευτικές πρακτικές που εφαρμόζουν οι εκπαιδευτικοί απέναντι σε μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ.
- ✓ Να καταγραφούν οι παράγοντες που συνδέονται με τις γνώσεις και στάσεις των εκπαιδευτικών απέναντι σε μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ (επιμόρφωση, συναισθήματα, επικοινωνιακές στρατηγικές).
- ✓ Να διερευνηθεί το κατά πόσο ο παράγοντας φύλο συνδέεται με τις στάσεις των εκπαιδευτικών απέναντι σε μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ.

4.3.Διερευνητικά ερωτήματα

Βασική πρόθεση της έρευνας είναι οι γνώσεις και οι στάσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ/Υ. Τα διερευνητικά ερωτήματα στα οποία εστιάζει η παρούσα έρευνα και έχουν άμεση συσχέτιση με τους στόχους της έρευνας και είναι τα εξής:

- ✓ Διαφοροποιούνται οι γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ με βάση το φύλο τους;
- ✓ Διαφοροποιούνται οι στάσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ με βάση το φύλο τους;
- ✓ Διαφοροποιούνται οι απόψεις των εκπαιδευτικών όσον αφορά στην επικοινωνιακή προσαρμογή τους με μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ με βάση το φύλο τους;
- ✓ Διαφοροποιούνται οι απόψεις των εκπαιδευτικών όσον αφορά στα στερεότυπα και τα συναισθήματα τους απέναντι σε μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ με βάση το φύλο τους;

4.4. Μέσα συλλογής δεδομένων- Είδη ερωτήσεων- Προσδιορισμός κλίμακας μέτρησης

Αρχικά, για την πραγματοποίηση οποιασδήποτε έρευνας πρέπει να οριστεί ο σκοπός και οι στόχοι της, οι οποίοι με τη σειρά τους προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη

μεθοδολογία που θα χρησιμοποιηθεί για τη διεξαγωγή της. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, που χρησιμοποιείται η ποσοτική έρευνα, η διαδικασία έχει ως εξής: ο ερευνητής θέτει συγκεκριμένα ερωτήματα και συλλέγει πληροφορίες για στατιστική ανάλυση με τρόπο αξιόπιστο και αμερόληπτο. Το ερωτηματολόγιο είναι ένα σημαντικό και συνηθισμένο εργαλείο για τη συλλογή δεδομένων, το οποίο χρησιμοποιείται στις έρευνες και αποτελείται από ερωτήσεις που διαμορφώνονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξυπηρετούν τις ανάγκες και το σκοπό της έρευνας. Όπως προκύπτει και από τη σχετική βιβλιογραφία, το ερωτηματολόγιο αποτελεί το βασικό μέσο επικοινωνίας ανάμεσα στον ερευνητή και τον ερωτώμενο. Στη συνέχεια, μπορούν να γίνουν μετρήσεις, συγκρίσεις και ποσοτικοποιήσεις με τη στατιστική ανάλυση των δομημένων αριθμητικών δεδομένων (Φίλιας, 1996· Cohen, Manion & Morrison, 2007· Robson, 2010· Creswell, 2016).

Στις κοινωνικές επιστήμες η δειγματοληπτική έρευνα χρησιμοποιείται ευρέως και αυτό γιατί μέσω της χορήγησης ερωτηματολογίου, τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, την άντληση και την τυποποιημένη οργάνωση των πληροφοριών που προκύπτουν από μεγάλο αριθμό ερωτώμενων, μπορεί να επιτευχθεί η ανάδειξη γενικών τάσεων και ομοιομορφιών. Τα πλεονεκτήματα της χρήσης του ερωτηματολογίου είναι αρκετά, αφού δίνεται η δυνατότητα συγκέντρωσης ποικίλων πληροφοριών από μεγάλο αριθμό ατόμων, μπορούν να γίνουν οι συγκρίσεις, η ποσοτικοποίηση των δεδομένων και οι στατιστικές αναλύσεις, ενώ η ελικρίνεια των απαντήσεων είναι δεδομένη λόγω της ανωνυμίας των ερωτηματολογίων. Όσον αφορά στο περιεχόμενο και τη μορφή των ερωτήσεων πρέπει κάθε φορά να είναι σύμφωνες με τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν τον πληθυσμό αναφοράς της έρευνας (π.χ. ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, κ.ά.) και να τις χαρακτηρίζουν η σαφήνεια και η ακρίβεια, αλλά και να είναι κατανοητές για να μην προκαλέσουν σύγχυση στους ερωτώμενους (Παπαναστασίου, 1996· Βάμβουκας, 2000· Κυριαζή, 2000· Creswell, 2016).

Η παρούσα μελέτη είναι μια ποσοτική έρευνα στην οποία χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο ως μεθοδολογικό εργαλείο. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε στο ερευνητικό εργαλείο των Mulholland, Cumming και Jung (2015), προσαρμόζοντας το στις ανάγκες της έρευνας συμπεριλαμβανομένης και της μετάφρασης του από την ερευνήτρια. Αυτό αποτέλεσε το Β και Γ μέρος του παρόντος ερωτηματολογίου, ενώ το Δ μέρος συμπληρώθηκε με ερωτήσεις που βασίστηκαν στο θεωρητικό πλαίσιο. Λόγω της πανδημίας και των συνθηκών που επικρατούν στις μέρες μας, δημιουργήθηκε ένα ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο μέσω google forms, προκειμένου να διανεμηθεί ψηφιακά στους συμμετέχοντες. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τέσσερα μέρη: τα δημογραφικά στοιχεία (μέρος Α) και τις γενικές ερωτήσεις της έρευνας που διακρίνονται σε τρεις άξονες (μέρος Β, Γ, Δ). Πιο

συγκεκριμένα, στο Α μέρος, ως προς τα δημογραφικά στοιχεία, υπάρχουν το φύλο, η ηλικία, τα χρόνια υπηρεσίας, η ειδικότητα του εκπαιδευτικού (π.χ. γενικής τάξης, παράλληλης στήριξης, τμήμα ένταξης, σχολική μονάδα ειδικής αγωγής) και η μετεκπαίδευση/ειδίκευση του (π.χ. κάτοχος δευτέρου πτυχίου, σεμινάριο/επιμόρφωση στην Ειδική Αγωγή, κ.ά.).

Όσον αφορά στις γενικές ερωτήσεις (μέρος Β, Γ, Δ) που σχετίζονται άμεσα με το περιεχόμενο της έρευνας υπάρχουν ερωτήσεις που βρίσκονται σε εξάβαθμη κλίμακα μέτρησης τύπου Likert. Ο λόγος επιλογής τέτοιου είδους ερωτήσεων είναι διότι μέσα από αυτές μπορούν να προκύψουν σημαντικά αποτελέσματα και να διαπιστωθεί ο βαθμός συμφωνίας των ερωτώμενων με μια πρόταση/δήλωση που τους δίνεται. Οι ερωτήσεις τύπου Likert συνιστούν μια αρκετά εύχρηστη και αξιόπιστη κλίμακα, αφού ο βαθμός συμφωνίας προκύπτει από το μέσο όρο των αριθμών που επέλεξε το σύνολο των υποκειμένων μέσα από εναλλακτικές λύσεις/επιλογές που δίνουν μεγαλύτερη δυνατότητα στον ερωτώμενο να εκφράσει την άποψη του (Ρούσσος & Τσαούσης, 2011).

Αναλυτικότερα, στο Β μέρος που αναφέρεται στις *«γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ»* υπάρχει μία κλίμακα τύπου Likert (με 20 ερωτήσεις/δηλώσεις) όπου οι ερωτώμενοι δηλώνουν το βαθμό συμφωνίας τους σε μια εξάβαθμη κλίμακα του τύπου «Συμφωνώ απόλυτα», «Συμφωνώ», «Συμφωνώ μερικώς», «Διαφωνώ μερικώς», «Διαφωνώ», «Διαφωνώ απόλυτα» (όπου «Συμφωνώ απόλυτα» = 6 και «Διαφωνώ απόλυτα» = 1). Στο Γ μέρος που αναφέρεται στις *«συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ»* (δηλαδή τις στάσεις) δίδεται αρχικά ένα κείμενο και στη συνέχεια υπάρχουν επτά «υπό κλίμακες» τύπου Likert (από δύο έως οκτώ ερωτήσεις/δηλώσεις από κάτω) όπου οι ερωτώμενοι δηλώνουν το βαθμό συμφωνίας τους σε μια εξάβαθμη κλίμακα, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Τέλος, το Δ μέρος αναφέρεται στην *«επικοινωνιακή προσαρμογή με μαθητές με ΔΕΠ/Υ»* και αποτελείται από 4 κλίμακες. Στην πρώτη κλίμακα δηλώνεται ο βαθμός συμφωνίας με τις 15 ερωτήσεις/προτάσεις που ακολουθούν και αφορούν στον τρόπο αντιμετώπισης των εκπαιδευτικών, όταν αυτοί έχουν επικοινωνία με ένα μαθητή με ΔΕΠ/Υ. Οι ερωτώμενοι δηλώνουν το βαθμό συμφωνίας τους σε μια εξάβαθμη κλίμακα του τύπου «Πάρα πολύ», «Πολύ», «Αρκετά», «Λίγο», «Πολύ λίγο», «Καθόλου» (όπου «Πάρα πολύ» = 6 και «Καθόλου» = 1). Στη δεύτερη κλίμακα, *«πόσο συχνά συναντάτε μαθητές με ΔΕΠ/Υ στο σχολείο σας»*, οι ερωτώμενοι δηλώνουν το βαθμό συμφωνίας τους σε μια εξάβαθμη κλίμακα του τύπου «Πάντα», «Σχεδόν πάντα», «Συχνά», «Σπάνια», «Σχεδόν ποτέ», «Ποτέ» (όπου «Πάντα» = 6 και «Ποτέ» = 1). Στην τρίτη και τέταρτη κλίμακα αντίστοιχα, δηλώνεται ο βαθμός συμφωνίας που αφορά στα *«χαρακτηριστικά παιδιών με ΔΕΠ/Υ»* (9 ερωτήσεις/χαρακτηριστικά) και *«τα συναισθήματα που χαρακτηρίζουν τον τρόπο που νιώθετε*

για τους μαθητές με ΔΕΠ/Υ» (11 ερωτήσεις/συναισθήματα). Και στις δύο περιπτώσεις οι ερωτώμενοι δηλώνουν το βαθμό συμφωνίας τους σε μια εξάβαθμη κλίμακα του τύπου «Πάρα πολύ», «Πολύ», «Αρκετά», «Λίγο», «Πολύ λίγο», «Καθόλου» (όπου «Πάρα πολύ» = 6 και «Καθόλου» = 1).

4.5.Ερευνητική διαδικασία

Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε στο νησί της Ρόδου, τον Απρίλιο του 2021 και τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν ηλεκτρονικά στους συμμετέχοντες εκπαιδευτικούς. Η δημιουργία του ερωτηματολογίου βασίστηκε στο θεωρητικό πλαίσιο που αναπτύχθηκε για την παρούσα εργασία και στηριζόταν στους σκοπούς και τους στόχους που τέθηκαν αρχικά. Αφού συμπληρώθηκαν και συλλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια το επόμενο βήμα ήταν η ανάλυση των δεδομένων με απώτερο στόχο να εξαχθούν τα αποτελέσματα της έρευνας. Έτσι, εξήχθη το excel από το google forms, με σκοπό την κατάλληλη επεξεργασία και κωδικοποίηση, ώστε να μπορέσει να γίνει εισαγωγή στο στατιστικό πακέτο S.P.S.S. για την στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων.

Ανάλογα με την κλίμακα μέτρησής τους, οι ερευνητικές μεταβλητές δηλαδή το είδος των τιμών που λαμβάνουν, ταξινομήθηκαν στις βασικές κατηγορίες των κατηγορικών και ποσοτικών μεταβλητών, ενώ συνυφασμένες με τον τρόπο χειρισμού του εξεταζόμενου προβλήματος κατανεμήθηκαν σε ανεξάρτητες και εξαρτημένες. Σε επίπεδο περιγραφικής στατιστικής, δίνονται μονομεταβλητοί και διμεταβλητοί πίνακες κατανομής συχνοτήτων για την περίπτωση των κατηγορικών μεταβλητών, ενώ στην περίπτωση των ποσοτικών μεταβλητών για να σχηματιστεί και μια συνοπτική, αλλά και εύχρηστη εικόνα δίνεται συμπληρωματικά ο μέσος όρος ως μέτρο κεντρικής τάσης και η τυπική απόκλιση ως μέτρο διασποράς των τιμών. Στο επίπεδο επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης ελέγχθηκαν με τα αντίστοιχα μη παραμετρικά κριτήρια τα δημογραφικά στοιχεία, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, τα χρόνια υπηρεσίας, η ειδικότητα και η μετεκπαίδευση/ειδίκευση.

Κατά τον έλεγχο κανονικότητας όλων των τιμών βρέθηκε ότι οι τιμές καμίας μεταβλητής δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή (Kolmogorov-Smirnov $p \leq .050$), οπότε στο πλαίσιο της συναφειακής ανάλυσης χρησιμοποιούνται μη παραμετρικά κριτήρια. Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση κατά την οποία υπάρχει μια ανεξάρτητη κατηγορική μεταβλητή δύο κατηγοριών (π.χ. φύλο) και μια εξαρτημένη μεταβλητή σε διαβαθμιστική κλίμακα likert (π.χ. «Φανταστείτε ότι πρόκειται να συνομιλήσετε με ένα μαθητή με ΔΕΠ/Υ, σε ποιο βαθμό θα κάνατε τα παρακάτω;») χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney U test για δύο ανεξάρτητα δείγματα αντί του t-test για ανεξάρτητα δείγματα. Ενώ

στην περίπτωση που υπάρχει μια ανεξάρτητη κατηγορική μεταβλητή περισσότερων των δύο κατηγοριών (π.χ. ηλικιακή ομάδα) και μια εξαρτημένη μεταβλητή σε διαβαθμιστική κλίμακα likert (π.χ. «Σε ποιο βαθμό γενικά οι μαθητές με ΔΕΠ/Υ έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά;») χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis H test αντί του παραμετρικού One-way ANOVA.

Επειδή τα μη παραμετρικά κριτήρια κατά τον υπολογισμό μετατρέπουν τις τιμές των διαβαθμιστικών μεταβλητών (likert) σε διατακτικές (1^η, 2^η, 3^η κ.ο.κ.) και ως εκ τούτου δεν ενημερώνουν στα περιγραφικά αποτελέσματα των κριτηρίων τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις, επιλέχθηκε οι δείκτες κεντρικής τάσης και διασποράς να εξαχθούν από τα αντίστοιχα παραμετρικά.

4.6.Δειγματοληψία

Στην παρούσα έρευνα διερευνώνται οι απόψεις των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής και ως πληθυσμός αναφοράς ορίζονται οι εκπαιδευτικοί που υπηρετούν σε σχολεία στο νησί της Ρόδου και οι οποίοι μπορούν να εργάζονται ως εκπαιδευτικοί γενικής τάξης ή ως εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής δηλαδή σε παράλληλη στήριξη, σε τμήμα ένταξης ή σε σχολική μονάδα ειδικής αγωγής. Λόγω της πανδημίας και των συνθηκών που επικρατούν τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, στην έρευνα συμμετείχαν όσοι εκπαιδευτικοί μπορούσαν/επιθυμούσαν από τα σχολεία της Ρόδου. Το ερωτηματολόγιο στάλθηκε σε ηλεκτρονική μορφή στους/στις διευθυντές/τριες όλων των σχολικών μονάδων της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης της Ρόδου και ο/η κάθε διευθυντής/τρια το προώθησε στους εκπαιδευτικούς του σχολείου του/της.

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε το πρώτο εικοσαήμερο του Απρίλη. Από τη διαδικασία αυτή προέκυψε ως τελικό δείγμα της έρευνας 150 εκπαιδευτικοί, αφού υπήρχε μεγάλος όγκος ερευνών από πολλούς που απευθυνόταν σε εκπαιδευτικούς. Στην παρούσα έρευνα, η μέθοδος δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε είναι ευκολίας ή ευχέρειας, καθώς το δείγμα επιλέχθηκε με γνώμονα τη διαθεσιμότητα των εκπαιδευτικών που το απαρτίζουν. Επομένως, το δείγμα δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό, αλλά μεροληπτικό και έτσι τα αποτελέσματα της έρευνας δεν είναι δυνατόν να γενικευτούν.

Περιγραφή του δείγματος

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 150 εκπαιδευτικούς που υπηρετούν σε σχολεία στο νησί της Ρόδου. Τα δημογραφικά στοιχεία που καταγράφηκαν στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου είναι το φύλο, η ηλικία, τα

χρόνια υπηρεσίας, η ειδικότητα και η μετεκπαίδευση/ειδίκευση που θα παρουσιαστούν αναλυτικά παρακάτω.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων, προκύπτει ότι το δείγμα των 150 εκπαιδευτικών του νησιού της Ρόδου (πίνακας 1) αποτελείται από 43 άντρες (ποσοστό 28,7%) και 107 γυναίκες (ποσοστό 71,3%).

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος σε σχέση με το φύλο

| Φύλο | N | % |
|---------------|------------|--------------|
| Άντρας | 43 | 28,7 |
| Γυναίκα | 107 | 71,3 |
| Σύνολο | 150 | 100,0 |

Στον πίνακα 2 που ακολουθεί, περιγράφεται η ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων εκπαιδευτικών στην έρευνα. Ειδικότερα, 53 από τους εκπαιδευτικούς (ποσοστό 35,3%) ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα «20-30», 37 εκπαιδευτικοί (ποσοστό 24,7%) στην ομάδα «31-40», 25 εκπαιδευτικοί (ποσοστό 16,7%) στην ομάδα «41-50» και 35 εκπαιδευτικοί (ποσοστό 23,3%) στην ομάδα «51 και άνω».

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος σε σχέση με την ηλικία

| Ηλικία | N | % |
|---------------|------------|--------------|
| 20-30 | 53 | 35,3 |
| 31-40 | 37 | 24,7 |
| 41-50 | 25 | 16,7 |
| 51 και άνω | 35 | 23,3 |
| Σύνολο | 150 | 100,0 |

Στον πίνακα 3 που ακολουθεί, αναφέρονται τα χρόνια υπηρεσίας των εκπαιδευτικών του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, 80 από τους εκπαιδευτικούς (ποσοστό 53,3%) σημείωσαν ότι έχουν «0-10» χρόνια υπηρεσίας, 34 εκπαιδευτικοί (ποσοστό 22,7%) «11-20» χρόνια

υπηρεσίας, 23 εκπαιδευτικοί (ποσοστό 15,3%) «21-30» χρόνια υπηρεσίας και 13 εκπαιδευτικοί (ποσοστό 8,7%) «31 και άνω» χρόνια υπηρεσίας.

Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος σε σχέση με τα χρόνια υπηρεσίας

| Χρόνια υπηρεσίας | N | % |
|-------------------------|------------|--------------|
| 0-10 | 80 | 53,3 |
| 11-20 | 34 | 22,7 |
| 21-30 | 23 | 15,3 |
| 31 και άνω | 13 | 8,7 |
| Σύνολο | 150 | 100,0 |

Στον πίνακα 4 που ακολουθεί, περιγράφεται η ειδικότητα των εκπαιδευτικών του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, 86 εκπαιδευτικοί είναι γενικής τάξης (ποσοστό 57,3%), 30 εκπαιδευτικοί είναι παράλληλης στήριξης (ποσοστό 20,0%), 21 εκπαιδευτικοί υπηρετούν σε τμήμα ένταξης (ποσοστό 14,0%) και 13 εκπαιδευτικοί βρίσκονται σε σχολική μονάδα ειδικής αγωγής (ποσοστό 8,7%).

Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος σε σχέση με την ειδικότητα

| Ειδικότητα | N | % |
|--|------------|--------------|
| Εκπαιδευτικός γενικής τάξης | 86 | 57,3 |
| Εκπαιδευτικός παράλληλης στήριξης | 30 | 20,0 |
| Εκπαιδευτικός σε τμήμα ένταξης | 21 | 14,0 |
| Εκπαιδευτικός σε σχολική μονάδα ειδικής αγωγής | 13 | 8,7 |
| Σύνολο | 150 | 100,0 |

Τέλος, στον πίνακα 5 που ακολουθεί, αναφέρεται η μετεκπαίδευση/ειδίκευση των εκπαιδευτικών του δείγματος. Ειδικότερα, 72 από τους εκπαιδευτικούς (ποσοστό 48,0%) έχουν ειδίκευση στην Ειδική Αγωγή, 35 εκπαιδευτικοί (ποσοστό 23,3%) έχουν ειδίκευση

στην Ειδική Αγωγή και σε άλλο γνωστικό αντικείμενο ταυτόχρονα, ενώ 43 εκπαιδευτικοί (ποσοστό 28,7%) έχουν ειδίκευση σε κάποιο άλλο γνωστικό αντικείμενο.

Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος σε σχέση με την μετεκπαίδευση/ειδίκευση

| Μετεκπαίδευση/Ειδίκευση | N | % |
|--|------------|--------------|
| Ειδική Αγωγή | 72 | 48,0 |
| Ειδική Αγωγή και άλλο γνωστικό αντικείμενο | 35 | 23,3 |
| Άλλο γνωστικό αντικείμενο | 43 | 28,7 |
| Σύνολο | 150 | 100,0 |

4.7.Περιορισμοί-Αδυναμίες της έρευνας

Η παρούσα έρευνα, λόγω του ότι απευθύνεται σε εκπαιδευτικούς που υπηρετούν στο νησί της Ρόδου, έχει ως αποτέλεσμα να μην επιτρέπει τη γενίκευση των συμπερασμάτων για όλο τον πληθυσμό των εκπαιδευτικών. Ωστόσο, μπορεί να προσδώσει ως ένα βαθμό ασφαλή και χρήσιμα συμπεράσματα, ενώ τα αποτελέσματα της μπορούν να προσθέσουν νέα στοιχεία σε πορίσματα προγενέστερων ερευνών.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι λόγω της πανδημίας και των ιδιαίτερων συνθηκών που επικρατούν στις μέρες μας με την αναστολή της λειτουργίας των σχολείων, δεν ήταν δυνατή η διεξαγωγή της έρευνας με φυσική παρουσία στο χώρο των σχολείων. Κάτι που είχε ως αποτέλεσμα να μην μπορεί να δοθεί αυτοπροσώπως το ερωτηματολόγιο στους συμμετέχοντες εκπαιδευτικούς, αλλά με την επικοινωνία που υπήρχε μόνο με τους διευθυντές των σχολείων, οι οποίοι προωθούσαν τα ερωτηματολόγια στους εκπαιδευτικούς των σχολείων τους, όπως και πολλών άλλων ερευνών που διεξάγονταν εκείνη την περίοδο. Επομένως, δεν μπορούσε να ελεγχθεί και να επιβεβαιωθεί από πριν ο αριθμός των συμμετεχόντων στην έρευνα, αφού ήταν στην ευχέρεια και τη διάθεση των εκπαιδευτικών για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Για το λόγο αυτό το δείγμα της έρευνας περιορίστηκε στους 150 εκπαιδευτικούς, αν και ο αρχικός στόχος ήταν ένας μεγαλύτερος αριθμός συμμετεχόντων.

4.8. Εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας

Η αξιοπιστία μιας ποσοτικής έρευνας σχετίζεται άμεσα με τη συνέπεια και την ακρίβεια που τη διακρίνει, όσον αφορά στα αποτελέσματα που διεξάγονται και την

αντιστοιχία τους με τα αποτελέσματα προγενέστερων ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί. Από την άλλη, η εγκυρότητα της έρευνας αναφέρεται στο βαθμό συμφωνίας των δεδομένων που συλλέχθηκαν σε σχέση με τους στόχους και τα ζητήματα που εξετάζονται στην έρευνα (Cohen, Manion & Morrison, 2007). Η εγκυρότητα της έρευνας ήταν αποτέλεσμα της προγενέστερης βιβλιογραφικής ανασκόπησης που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της ανάπτυξης του θεωρητικού μέρους καθώς και στην προσεκτική δημιουργία του ερωτηματολογίου. Επιπλέον, στην εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας συνέβαλε η στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων με τη χρήση του στατιστικού πακέτου S.P.S.S.

Πίνακας 6: Έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής (Cronbach Alpha)

| Ερωτήσεις | Δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής (Cronbach Alpha) |
|--|---|
| 1. Γνώσεις εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ (SASK) | .778 |
| 2. Συμπεριφορές εκπαιδευτικών ειδικές για τη ΔΕΠ/Υ (SASA): Απόψεις σε σχέση με τους μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ | .624 |
| 3. Συμπεριφορές εκπαιδευτικών ειδικές για τη ΔΕΠ/Υ (SASA): Απόψεις σε σχέση με το τι πιστεύουν για τη ΔΕΠ/Υ | .515 |
| 4. Συμπεριφορές εκπαιδευτικών ειδικές για τη ΔΕΠ/Υ (SASA): Απόψεις σε σχέση με το τι θα ήθελαν να πράξουν οι εκπαιδευτικοί αναφορικά με τη ΔΕΠ/Υ | .434 |
| 5. Συμπεριφορές εκπαιδευτικών ειδικές για τη ΔΕΠ/Υ (SASA): Απόψεις σε σχέση με τις αντιλήψεις για κάποιες συμπεριφορές των μαθητών με ΔΕΠ/Υ | .675 |
| 6. Συμπεριφορές εκπαιδευτικών ειδικές για τη ΔΕΠ/Υ (SASA): Απόψεις ως προς τη διαφοροποίηση σχετικά με συμπεριφορές για ΔΕΠ/Υ | .583 |
| 7. Συμπεριφορές εκπαιδευτικών ειδικές για τη ΔΕΠ/Υ (SASA): Απόψεις για το αν αισθάνονται ότι έχουν γνώσεις | .825 |
| 8. Συμπεριφορές εκπαιδευτικών ειδικές για τη ΔΕΠ/Υ (SASA): Απόψεις αναφορικά με το τι πιστεύουν σε σχέση με τις δυνατότητές τους για τη ΔΕΠ/Υ | .354 |
| 9. Απόψεις εκπαιδευτικών επικοινωνιακής προσαρμογής κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας με έναν μαθητή με ΔΕΠ/Υ | .715 |
| 10. Απόψεις εκπαιδευτικών σχετικά με τα χαρακτηριστικά των μαθητών με ΔΕΠ/Υ | .900 |
| 11. Απόψεις εκπαιδευτικών σχετικά με τα συναισθήματα που βιώνουν απέναντι σε μαθητές με ΔΕΠ/Υ | .766 |

Κεφάλαιο 5^ο:

Ανάλυση αποτελεσμάτων της έρευνας

5.1. Περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζεται με αναλυτικό τρόπο η περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Η σειρά παρουσίασης τους είναι ανάλογη με τη σειρά των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που χορηγήθηκε στους εκπαιδευτικούς και είναι χωρισμένη σε τέσσερις υποενότητες. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στις γενικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου έχει χρησιμοποιηθεί η διαβαθμιστική εξάβαθμη κλίμακα Likert και γι' αυτό το λόγο στο στάδιο της περιγραφικής ανάλυσης δίνονται πίνακες κατανομής συχνοτήτων και ποσοστών, ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζονται ο μέσος όρος (μ.ο.) ως μέτρο κεντρικής τάσης και η τυπική απόκλιση (τ.α.) ως μέτρο διασποράς των τιμών.

5.1.1. Γνώσεις εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ (SASK)

Στην πρώτη ερώτηση παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με δηλώσεις που αφορούν στις γνώσεις τους για τη ΔΕΠ/Υ. Όπως φαίνεται στον πίνακα 7 που ακολουθεί, οι δηλώσεις ομαδοποιήθηκαν σε τέσσερις βασικές κατηγορίες: τα αίτια, τη θεραπεία-αντιμετώπιση, τα συμπτώματα και την εκτίμηση (Yarde-Leavett, 2018). Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα ανά κατηγορία έδειξαν ότι:

Αίτια

- Στη δήλωση «*η ΔΕΠ/Υ είναι μία νευροβιολογική, αναπτυξιακή διαταραχή*», το 88,0% του δείγματος φαίνεται να συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση. Η δήλωση/γνώση αυτή είναι σωστή και οι εκπαιδευτικοί δείχνουν να το γνωρίζουν.
- Στη δήλωση «*η ΔΕΠ/Υ μπορεί να κληρονομηθεί*», το 68,0% φαίνεται να συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση, ενώ την ίδια στιγμή ένα σημαντικό ποσοστό 20,0% «*Διαφωνεί μερικώς*». Από αυτό γίνεται αντιληπτό ότι οι εκπαιδευτικοί στην πλειονότητά τους γνωρίζουν τη σωστή απάντηση.
- Στη δήλωση «*η ΔΕΠ/Υ προκαλείται από υπερβολική ζάχαρη στη διατροφή*», το 80,6% του δείγματος φαίνεται να διαφωνεί με την παραπάνω δήλωση. Οι εκπαιδευτικοί δείχνουν να γνωρίζουν ότι η συγκεκριμένη δήλωση είναι λανθασμένη.
- Στη δήλωση «*η ΔΕΠ/Υ προκαλείται από κακή γονική μέριμνα*», το 84,0% του δείγματος δείχνει να διαφωνεί με την παραπάνω δήλωση. Από αυτό γίνεται αντιληπτό

ότι οι εκπαιδευτικοί στην πλειονότητά τους γνωρίζουν ότι η συγκεκριμένη δήλωση είναι λανθασμένη.

- Στη δήλωση *«η αιτία της ΔΕΠ/Υ είναι άγνωστη»*, το 67,4% του δείγματος φαίνεται να συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση, από το οποίο το 42,7% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι «Συμφωνούν μερικώς». Η συγκεκριμένη απάντηση/δήλωση είναι σωστή αλλά βρίσκεται υπό διερεύνηση.

Θεραπεία-Αντιμετώπιση

- Στη δήλωση *«ειδικές δίαιτες (π.χ. μειωμένη ζάχαρη, χωρίς σιτάρι, χωρίς λακτόζη, χωρίς πρόσθετα) είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για την ΔΕΠ/Υ»*, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος φαίνεται να συμφωνεί μερικώς 40,7% με την παραπάνω δήλωση και στη συνέχεια το 25,4% να συμφωνεί απόλυτα ή απλά να συμφωνεί. Η συγκεκριμένη δήλωση/γνώση αν και θεωρείται λανθασμένη, εντούτοις τα τελευταία χρόνια φαίνεται να βρίσκεται υπό διερεύνηση.
- Στη δήλωση *«ένας συνδυασμός διεγερτικών φαρμάκων και διαχείρισης συμπεριφοράς είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για τη ΔΕΠ/Υ»*, το 66,7% φαίνεται να συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση, με το 28,7% από αυτό το ποσοστό να ανήκει στην επιλογή «Συμφωνώ» και το 26,0% στο «Συμφωνώ μερικώς». Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι υπάρχει ένα ποσοστό της τάξεως του 18,0% που φαίνεται να «Διαφωνεί μερικώς» με τη δήλωση αυτή. Η συγκεκριμένη δήλωση/γνώση είναι σωστή.
- Στη δήλωση *«τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ επωφελούνται από μια αυστηρότερη ανατροφή και σχολική εκπαίδευση»*, το δείγμα φαίνεται να είναι σχεδόν μοιρασμένο στη μέση με το 48,0% να συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση και το 52,0% να διαφωνεί, και μάλιστα το 24,7% αυτού φαίνεται να διαφωνεί σημαντικά. Η συγκεκριμένη δήλωση/γνώση είναι λανθασμένη και δεν υφίσταται μια τέτοια πρακτική.
- Στη δήλωση *«τα παιδιά που παρουσιάζουν συμπεριφορές ΔΕΠ/Υ, ανεξάρτητα από μια διάγνωση ΔΕΠ/Υ, μπορούν να επωφεληθούν από εξατομικευμένες στρατηγικές διαχείρισης συμπεριφοράς»*, η συντριπτική πλειονότητα 98,7% του δείγματος συμφωνεί σε σημαντικό βαθμό με την παραπάνω δήλωση και συγκεκριμένα το 43,3% «Συμφωνεί απόλυτα». Οι εκπαιδευτικοί δείχνουν να γνωρίζουν ότι η συγκεκριμένη δήλωση είναι και η σωστή γνώση.

Συμπτώματα

- Στη δήλωση *«τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ τείνουν να έχουν χαμηλή συγκέντρωση»*, η συντριπτική πλειονότητα του δείγματος σε ποσοστό 89,4% φαίνεται να συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση, κάτι το οποίο συνιστά και τη σωστή δήλωση/απάντηση.
- Στη δήλωση *«υπάρχουν διαφορετικοί τύποι ΔΕΠ/Υ που μπορούν να εμφανιστούν με διαφορετικές συμπεριφορές»*, η συντριπτική πλειονότητα του δείγματος σε ποσοστό το 88,7% του δείγματος φαίνεται να συμφωνεί σε σημαντικό βαθμό με την παραπάνω δήλωση. Η συγκεκριμένη δήλωση/γνώση είναι σωστή.
- Στη δήλωση *«τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ μπορούν να παρουσιάσουν υπερκινητικές συμπεριφορές, απροσεξία ή συνδυασμό και των δύο»*, σχεδόν όλοι δείχνουν να συμφωνούν με τη συγκεκριμένη δήλωση με ποσοστό 98,0% του δείγματος. Κάτι που δείχνει ότι οι εκπαιδευτικοί γνωρίζουν πως η δήλωση αυτή είναι σωστή.
- Στη δήλωση *«τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αποσπώνται εύκολα»*, η πλειονότητα του δείγματος 99,3% φαίνεται να συμφωνεί σε σημαντικό βαθμό με την παραπάνω δήλωση. Η συγκεκριμένη δήλωση/γνώση είναι σωστή.
- Στη δήλωση *«τα παιδιά που έχουν υπερκινητικό τύπο ΔΕΠΥ συχνά μιλούν υπερβολικά πολύ και δυσκολεύονται να παραμείνουν στη θέση τους»*, με την πλειονότητα του δείγματος 94,7% να συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση. Από αυτό γίνεται αντιληπτό ότι οι εκπαιδευτικοί στην πλειονότητά τους γνωρίζουν ότι η συγκεκριμένη δήλωση είναι σωστή.
- Στη δήλωση *«τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ μπορούν να επιλέξουν να έχουν καλύτερη συμπεριφορά»*, το 63,3% του δείγματος διαφωνεί με την παραπάνω δήλωση, ενώ ταυτόχρονα ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 23,3% «συμφωνεί μερικώς». Η συγκεκριμένη δήλωση/γνώση θεωρείται λανθασμένη και φαίνεται να το γνωρίζουν οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί.
- Στη δήλωση *«μερικά παιδιά μπορεί να παρουσιάσουν απρόσεκτη ή υπερκινητική συμπεριφορά, αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια για μια διάγνωση ΔΕΠ/Υ»*, το 90,7% του δείγματος συμφωνεί σε σημαντικό βαθμό με την παραπάνω δήλωση. Η συγκεκριμένη δήλωση/γνώση θεωρείται σωστή.
- Στη δήλωση *«τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχουν συχνά πρόβλημα συγκέντρωσης στην επιτραπέζια εργασία»*, η πλειονότητα του δείγματος 91,3% φαίνεται να συμφωνεί σε σημαντικό βαθμό με την παραπάνω δήλωση. Η συγκεκριμένη δήλωση/γνώση θεωρείται σωστή.

- Στη δήλωση «τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ συχνά αποτυγχάνουν να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στη δουλειά τους και κάνουν απρόσεκτα λάθη», το 91,3% του δείγματος να συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση. Από αυτό γίνεται αντιληπτό ότι οι εκπαιδευτικοί στην πλειονότητά τους γνωρίζουν ότι η συγκεκριμένη δήλωση είναι σωστή.

Εκτίμηση

- Στη δήλωση «υπάρχει περίπου 1 παιδί σε κάθε τάξη που εμφανίζει συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ», το 84,0% φαίνεται να συμφωνεί σημαντικό βαθμό με την παραπάνω δήλωση. Η συγκεκριμένη δήλωση/γνώση θεωρείται σωστή.
- Στη δήλωση «οι εκπαιδευτικοί είναι συχνά οι πρώτοι που αναγνωρίζουν τις συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ και παραπέμπουν τα παιδιά για αξιολόγηση», η πλειονότητα του δείγματος 90,7% συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση. Η συγκεκριμένη δήλωση/γνώση θεωρείται σωστή.

Πίνακας 7: Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με τις γνώσεις τους για τη ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής.

| Δηλώσεις | Βαθμός συμφωνίας | | Συμφωνά | | Συμφωνά μερικώς | | Διαφωνά μερικώς | | Διαφωνά | | Διαφωνά απόλυτα | | Δείκτες | |
|--|------------------|------|---------|------|-----------------|------|-----------------|------|---------|------|-----------------|------|---------|-------|
| | Συμφωνά Απόλυτα | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | μ.ο. | τ.α. |
| Αίτια | | | | | | | | | | | | | | |
| Η ΔΕΠ/Υ είναι μια νευροβιολογική, αναπτυξιακή διαταραχή. | 42 | 28,0 | 90 | 60,0 | 17 | 11,3 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5,15 | 0,632 |
| Η ΔΕΠ/Υ μπορεί να κληρονομηθεί. | 13 | 8,7 | 53 | 35,3 | 36 | 24,0 | 30 | 20,0 | 13 | 8,7 | 5 | 3,3 | 4,05 | 1,247 |
| Η ΔΕΠ/Υ προκαλείται από υπερβολική ζάχαρη στη διατροφή. | 3 | 2,0 | 8 | 5,3 | 18 | 12,0 | 21 | 14,0 | 50 | 33,3 | 50 | 33,3 | 2,29 | 1,297 |
| Η ΔΕΠ/Υ προκαλείται από κακή γονική μέριμνα. | 0 | 0,0 | 7 | 4,7 | 17 | 11,3 | 24 | 16,0 | 49 | 32,7 | 53 | 35,3 | 2,17 | 1,169 |
| Η αιτία της ΔΕΠ/Υ είναι άγνωστη. | 7 | 4,7 | 30 | 20,0 | 64 | 42,7 | 22 | 14,7 | 21 | 14,0 | 6 | 4,0 | 3,75 | 1,183 |
| Θεραπεία-Αντιμετώπιση | | | | | | | | | | | | | | |
| Ειδικές δίαιτες (π.χ. μειωμένη ζάχαρη, χωρίς σιτάρι, χωρίς λακτόζη, χωρίς πρόσθετα) είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για την ΔΕΠ/Υ | 4 | 2,7 | 34 | 22,7 | 61 | 40,7 | 24 | 16,0 | 22 | 14,7 | 5 | 3,3 | 3,73 | 1,146 |
| Ένας συνδυασμός διεγερτικών φαρμάκων και διαχείρισης συμπεριφοράς είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για τη ΔΕΠ/Υ. | 18 | 12,0 | 43 | 28,7 | 39 | 26,0 | 27 | 18,0 | 16 | 10,7 | 7 | 4,7 | 3,99 | 1,344 |
| Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ επωφελούνται από μια αυστηρότερη ανατροφή και σχολική εκπαίδευση. | 6 | 4,0 | 32 | 21,3 | 34 | 22,7 | 18 | 12,0 | 37 | 24,7 | 23 | 15,3 | 3,22 | 1,506 |
| Τα παιδιά που παρουσιάζουν συμπεριφορές ΔΕΠ/Υ, ανεξάρτητα από μια διάγνωση ΔΕΠ/Υ, μπορούν να επωφεληθούν από εξατομικευμένες στρατηγικές διαχείρισης συμπεριφοράς. | 65 | 43,3 | 61 | 40,7 | 22 | 14,7 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 1 | 0,7 | 5,25 | 0,810 |

| Συμπτώματα | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|------|-------|
| Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ τείνουν να έχουν χαμηλή συγκέντρωση. | 55 | 36,7 | 79 | 52,7 | 13 | 8,7 | 2 | 1,3 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 5,23 | 0,718 |
| Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι ΔΕΠ/Υ που μπορούν να εμφανιστούν με διαφορετικές συμπεριφορές. | 63 | 42,0 | 70 | 46,7 | 13 | 8,7 | 4 | 2,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5,28 | 0,734 |
| Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ μπορούν να παρουσιάσουν υπερκινητικές συμπεριφορές, απροσεξία ή συνδυασμό και των δύο. | 63 | 42,0 | 72 | 48,0 | 12 | 8,0 | 2 | 1,3 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 5,29 | 0,729 |
| Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αποσπώνται εύκολα. | 72 | 48,0 | 65 | 43,3 | 12 | 8,0 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5,39 | 0,663 |
| Τα παιδιά που έχουν υπερκινητικό τύπο ΔΕΠ/Υ συχνά μιλούν υπερβολικά πολύ και δυσκολεύονται να παραμείνουν στη θέση τους. | 47 | 31,3 | 76 | 50,7 | 19 | 12,7 | 6 | 4,0 | 2 | 1,3 | 0 | 0,0 | 5,07 | 0,849 |
| Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ μπορούν να επιλέξουν να έχουν καλύτερη συμπεριφορά. | 1 | 0,7 | 19 | 12,7 | 35 | 23,3 | 29 | 19,3 | 38 | 25,3 | 28 | 18,7 | 2,88 | 1,341 |
| Μερικά παιδιά μπορεί να παρουσιάσουν απρόσεκτη ή υπερκινητική συμπεριφορά, αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια για μια διάγνωση ΔΕΠ/Υ. | 36 | 24,0 | 75 | 50,0 | 25 | 16,7 | 11 | 7,3 | 1 | 0,7 | 2 | 1,3 | 4,85 | 0,979 |
| Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχουν συχνά πρόβλημα συγκέντρωσης στην επιτραπέζια εργασία. | 33 | 22,0 | 80 | 53,3 | 24 | 16,0 | 11 | 7,3 | 2 | 1,3 | 0 | 0,0 | 4,87 | 0,885 |
| Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ συχνά αποτυγχάνουν να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στη δουλειά τους και κάνουν απρόσεκτα λάθη. | 40 | 26,7 | 71 | 47,3 | 26 | 17,3 | 11 | 7,3 | 2 | 1,3 | 0 | 0,0 | 4,91 | 0,922 |
| Εκτίμηση | | | | | | | | | | | | | | |
| Υπάρχει περίπου 1 παιδί σε κάθε τάξη που εμφανίζει συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ. | 24 | 16,0 | 62 | 41,3 | 40 | 26,7 | 10 | 6,7 | 12 | 8,0 | 2 | 1,3 | 4,47 | 1,162 |
| Οι εκπαιδευτικοί είναι συχνά οι πρώτοι που αναγνωρίζουν τις συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ και παραπέμπουν τα παιδιά για αξιολόγηση. | 22 | 14,7 | 79 | 52,7 | 35 | 23,3 | 11 | 7,3 | 3 | 2,0 | 0 | 0,0 | 4,71 | 0,879 |

5.1.2. Συμπεριφορές εκπαιδευτικών ειδικές για τη ΔΕΠ/Υ (SASA)

Στη δεύτερη ερώτηση του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με δηλώσεις που αφορούν στις συμπεριφορές εκπαιδευτικών ειδικές για τη ΔΕΠ/Υ. Η ερώτηση ξεκινάει με την πρόταση *«κατά πόσο οι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με ΔΕΠ/Υ»* και στη συνέχεια ακολουθεί η εκάστοτε δήλωση, με την οποία καλούνται να συμφωνήσουν ή να διαφωνήσουν οι εκπαιδευτικοί. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 8α που ακολουθεί, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

- Στην πρώτη δήλωση, η οποία αναφέρεται στο κατά πόσο οι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με ΔΕΠ/Υ: *«σε κάνουν να αισθάνεσαι ικανοποίηση όταν συνεργάζεσαι μαζί τους»*, το 81,9% του δείγματος φαίνεται να συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση.
- Στη δεύτερη δήλωση, η οποία αναφέρεται στο κατά πόσο οι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με ΔΕΠ/Υ *«παρεμβαίνουν στην ικανότητά μου να διδάξω αποτελεσματικά την τάξη μου»*, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 66,6% συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση, ενώ την ίδια στιγμή ένα σημαντικό ποσοστό 19,3% φαίνεται να *«Διαφωνεί μερικώς»*.
- Στην τρίτη δήλωση, στο κατά πόσο οι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με ΔΕΠ/Υ *«έχουν καλές επιδόσεις σε κάποια μαθήματα και όχι σε κάποια άλλα»*, ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 92,7% φαίνεται να συμφωνεί σε σημαντικό βαθμό με την παραπάνω δήλωση.
- Στην τέταρτη δήλωση, η οποία αναφέρεται στο κατά πόσο οι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με ΔΕΠ/Υ: *«δεν έχουν καμία δικαιολογία για την κακή συμπεριφορά τους εάν δεν έχουν επίσημη διάγνωση»*, το 76,0% του δείγματος διαφωνεί με την παραπάνω δήλωση.
- Στην πέμπτη δήλωση, η οποία αναφέρεται στο κατά πόσο οι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με ΔΕΠ/Υ: *«έχουν κακή συμπεριφορά επειδή δεν θέλουν να ακολουθήσουν τους προκαθορισμένους κανόνες»*, το 75,3% του δείγματος διαφωνεί ή διαφωνεί μερικώς με την παραπάνω δήλωση.
- Στην έκτη δήλωση, η οποία ρωτά τον εκπαιδευτικό κατά πόσο οι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με ΔΕΠ/Υ: *«χρειάζονται περισσότερη οργάνωση και πειθαρχία και όχι βοήθεια με το ακαδημαϊκό τους έργο»*, το 56,0%

φαίνεται να συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση, ενώ το 14,7% διαφωνεί μερικώς με την δήλωση αυτή.

- Στην έβδομη δήλωση, η οποία αναφέρεται στο πόσο οι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με ΔΕΠ/Υ: *«φέρνουν νέες προοπτικές στα θέματα που διδάσκω»*, η πλειονότητα του δείγματος 94,0% φαίνεται να συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση.
- Τέλος, στην όγδοη δήλωση, στην οποία πρέπει να δηλωθεί ο βαθμός συμφωνίας για το κατά πόσο οι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με ΔΕΠ/Υ: *«πρέπει να προσπαθήσουν πιο πολύ για να επικεντρωθούν στις σχολικές τους εργασίες»*, το 91,3% του δείγματος φαίνεται να συμφωνεί σε σημαντικό βαθμό με την παραπάνω δήλωση.

Πίνακας 8α: Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής.

| Βαθμός συμφωνίας | Συμφωνώ Απόλυτα | | Συμφωνώ | | Συμφωνώ μερικώς | | Διαφωνώ μερικώς | | Διαφωνώ | | Διαφωνώ απόλυτα | | Δείκτες | |
|--|-----------------|------|---------|------|-----------------|------|-----------------|------|---------|------|-----------------|------|---------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | μ.ο. | τ.α. |
| Μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με ΔΕΠ/Υ: | | | | | | | | | | | | | | |
| σε κάνουν να αισθάνεσαι ικανοποίηση όταν συνεργάζεσαι μαζί τους. | 23 | 15,3 | 65 | 43,3 | 35 | 23,3 | 20 | 13,3 | 7 | 4,7 | 0 | 0,0 | 4,51 | 1,054 |
| παρεμβαίνουν στην ικανότητά μου να διδάξω αποτελεσματικά την τάξη μου. | 8 | 5,3 | 48 | 32,0 | 44 | 29,3 | 29 | 19,3 | 16 | 10,7 | 5 | 3,3 | 3,92 | 1,207 |
| έχουν καλές επιδόσεις σε κάποια μαθήματα και όχι σε κάποια άλλα. | 15 | 10,0 | 79 | 52,7 | 45 | 30,0 | 6 | 4,0 | 5 | 3,3 | 0 | 0,0 | 4,62 | 0,849 |
| δεν έχουν καμία δικαιολογία για την κακή συμπεριφορά τους εάν δεν έχουν επίσημη διάγνωση. | 1 | 0,7 | 19 | 12,7 | 16 | 10,7 | 27 | 18,0 | 43 | 28,7 | 44 | 29,3 | 2,51 | 1,379 |
| έχουν κακή συμπεριφορά επειδή δεν θέλουν να ακολουθήσουν τους προκαθορισμένους κανόνες. | 3 | 2,0 | 15 | 10,0 | 19 | 12,7 | 23 | 15,3 | 43 | 28,7 | 47 | 31,3 | 2,47 | 1,408 |
| χρειάζονται περισσότερη οργάνωση και πειθαρχία και όχι βοήθεια με το ακαδημαϊκό τους έργο. | 17 | 11,3 | 45 | 30,0 | 39 | 26,0 | 22 | 14,7 | 19 | 12,7 | 8 | 5,3 | 3,97 | 1,378 |
| φέρνουν νέες προοπτικές στα θέματα που διδάσκω. | 20 | 13,3 | 73 | 48,7 | 48 | 32,0 | 9 | 6,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4,69 | 0,777 |
| πρέπει να προσπαθήσουν πιο πολύ για να επικεντρωθούν στις σχολικές τους εργασίες. | 30 | 20,0 | 74 | 49,3 | 33 | 22,0 | 8 | 5,3 | 4 | 2,7 | 1 | 0,7 | 4,77 | 0,965 |

Στην τρίτη ερώτηση του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με το τι πιστεύουν σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 8β που ακολουθεί, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

- Όσον αφορά στην πρώτη δήλωση, *«η ΔΕΠ/Υ είναι υπερ-διαγνωσμένη»*, το 64,6% φαίνεται να συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση και από αυτό το 39,3% συμφωνεί μερικώς, ενώ την ίδια στιγμή το 24,7% δείχνει να διαφωνεί μερικώς.
- Στη δεύτερη δήλωση για το αν πιστεύουν ότι *«η ΔΕΠ/Υ είναι μια έγκυρη διάγνωση»* η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 90,6% φαίνεται να συμφωνεί σε μεγάλο βαθμό με τη συγκεκριμένη δήλωση και από αυτό το ποσοστό το 31,3% «Συμφωνεί μερικώς».
- Στην τρίτη δήλωση, δηλαδή αν *«η ΔΕΠ/Υ είναι μια δικαιολογία για την κακή ανατροφή των παιδιών»*, η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 86,6% φαίνεται να διαφωνεί σε σημαντικό βαθμό με τη συγκεκριμένη δήλωση.
- Τέλος, στην τέταρτη δήλωση για το αν πιστεύουν ότι *«τα παιδιά που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ έχουν σκόπιμα κακή συμπεριφορά»* η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 91,3% φαίνεται να διαφωνεί σε σημαντικό βαθμό με τη συγκεκριμένη δήλωση και μάλιστα το 47,3% «Διαφωνεί απόλυτα».

Πίνακας 8β: Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής.

| Βαθμός συμφωνίας | Συμφωνώ Απόλυτα | | Συμφωνώ | | Συμφωνώ μερικώς | | Διαφωνώ μερικώς | | Διαφωνώ | | Διαφωνώ απόλυτα | | Δείκτες | |
|---|-----------------|-----|---------|------|-----------------|------|-----------------|------|---------|------|-----------------|------|---------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | μ.ο. | τ.α. |
| Πιστεύω ότι: | | | | | | | | | | | | | | |
| Η ΔΕΠ/Υ είναι υπερ-διαγνωσμένη. | 3 | 2,0 | 35 | 23,3 | 59 | 39,3 | 37 | 24,7 | 14 | 9,3 | 2 | 1,3 | 3,80 | 1,010 |
| Η ΔΕΠ/Υ είναι μια έγκυρη διάγνωση. | 11 | 7,3 | 78 | 52,0 | 47 | 31,3 | 10 | 6,7 | 3 | 2,0 | 1 | 0,7 | 4,54 | 0,856 |
| Η ΔΕΠ/Υ είναι μια δικαιολογία για την κακή ανατροφή των παιδιών. | 2 | 1,3 | 6 | 4,0 | 12 | 8,0 | 39 | 26,0 | 53 | 35,3 | 38 | 25,3 | 2,34 | 1,140 |
| Τα παιδιά που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ έχουν σκόπιμα κακή συμπεριφορά. | 0 | 0,0 | 3 | 2,0 | 10 | 6,7 | 23 | 15,3 | 43 | 28,7 | 71 | 47,3 | 1,87 | 1,032 |

Στην τέταρτη ερώτηση του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με το τι θα ήθελαν να πράξουν οι εκπαιδευτικοί και σχετίζονται με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 8γ που ακολουθεί, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

- Όσον αφορά στην πρώτη δήλωση για το αν θα *«παρέπεμπα έναν μαθητή που παρουσίασε συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ στην τάξη μου στον σχολικό σύμβουλο για πιθανή διάγνωση ΔΕΠ/Υ»*, η πλειονότητα των ερωτηθέντων σε ποσοστό 88,6% φαίνεται να συμφωνεί σε σημαντικό βαθμό με την παραπάνω δήλωση.
- Στη δεύτερη δήλωση για το αν θα *«ήθελα να μάθω περισσότερα για τη ΔΕΠ/Υ και τις σχετικές συμπεριφορές της»* σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες με ποσοστό 98,7% φαίνεται να συμφωνούν σε σημαντικό βαθμό με τη συγκεκριμένη δήλωση.
- Τέλος, στην τρίτη δήλωση για το αν ο θα *«ήθελα να έχω περισσότερες πληροφορίες σχετικά με παρεμβάσεις στην τάξη που θα μπορούσαν να με βοηθήσουν στην εκπαίδευση των μαθητών που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ»*, η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 99,3% φαίνεται να συμφωνεί σε πολύ μεγάλο βαθμό με τη συγκεκριμένη δήλωση.

Πίνακας 8γ: Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής.

| Βαθμός συμφωνίας | Συμφωνώ Απόλυτα | | Συμφωνώ | | Συμφωνώ μερικώς | | Διαφωνώ μερικώς | | Διαφωνώ | | Διαφωνώ απόλυτα | | Δείκτες | |
|--|-----------------|------|---------|------|-----------------|------|-----------------|-----|---------|-----|-----------------|-----|---------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | μ.ο. | τ.α. |
| Θα: παρέπεμπα έναν μαθητή που παρουσίασε συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ στην τάξη μου στον σχολικό σύμβουλο για πιθανή διάγνωση ΔΕΠ/Υ. | 44 | 29,3 | 65 | 43,3 | 24 | 16,0 | 5 | 3,3 | 6 | 4,0 | 6 | 4,0 | 4,79 | 1,246 |
| ήθελα να μάθω περισσότερα για τη ΔΕΠ/Υ και τις σχετικές συμπεριφορές της. | 62 | 41,3 | 76 | 50,7 | 10 | 6,7 | 2 | 1,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5,32 | 0,659 |
| ήθελα να έχω περισσότερες πληροφορίες σχετικά με παρεμβάσεις στην τάξη που θα μπορούσαν να με βοηθήσουν στην εκπαίδευση των μαθητών που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ. | 81 | 54,0 | 62 | 41,3 | 6 | 4,0 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5,49 | 0,610 |

Στην πέμπτη ερώτηση του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας για το τι θεωρούν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 8δ που ακολουθεί, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

- Όσον αφορά στην πρώτη δήλωση για το αν οι εκπαιδευτικοί θεωρούν: *«τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ, ενοχλητικές στην τάξη»*, το 64,7% φαίνεται να συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση, ενώ την ίδια στιγμή το 18% δείχνει να «διαφωνεί μερικώς».
- Στη δεύτερη δήλωση για το αν οι εκπαιδευτικοί θεωρούν: *«τους μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ αγενείς»* η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 87,3% φαίνεται να διαφωνεί σε σημαντικό βαθμό με τη συγκεκριμένη δήλωση.
- Στην τρίτη δήλωση για το αν οι εκπαιδευτικοί θεωρούν: *«ότι είναι δύσκολο να διδαχθούν μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ»*, η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 70,7% φαίνεται να διαφωνεί με τη συγκεκριμένη δήλωση αν και το 19,3% δείχνει να «συμφωνεί μερικώς» με αυτήν.
- Στην τέταρτη δήλωση για το αν οι εκπαιδευτικοί θεωρούν: *«ότι είναι ευχάριστο να βλέπεις τα επιτεύγματα των μαθητών που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ»* η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 98,6% φαίνεται να συμφωνεί σε σημαντικό βαθμό με τη συγκεκριμένη δήλωση.
- Τέλος, στην πέμπτη δήλωση για το αν οι εκπαιδευτικοί θεωρούν: *«ότι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ μου προκαλούν άγχος»* η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 51,9% φαίνεται να διαφωνεί με τη συγκεκριμένη δήλωση, αλλά ένα μεγάλο ποσοστό 32,0% «συμφωνεί μερικώς».

Πίνακας 8δ: Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής

| Βαθμός συμφωνίας | Συμφωνώ Απόλυτα | | Συμφωνώ | | Συμφωνώ μερικώς | | Διαφωνώ μερικώς | | Διαφωνώ | | Διαφωνώ απόλυτα | | Δείκτες | |
|--|-----------------|------|---------|------|-----------------|------|-----------------|------|---------|------|-----------------|------|---------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | μ.ο. | τ.α. |
| Θεωρώ: τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ, ενοχλητικές στην τάξη. | 4 | 2,7 | 38 | 25,3 | 55 | 36,7 | 27 | 18,0 | 20 | 13,3 | 6 | 4,0 | 3,74 | 1,173 |
| τους μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ αγενείς. | 0 | 0,0 | 5 | 3,3 | 14 | 9,3 | 35 | 23,3 | 52 | 34,7 | 44 | 29,3 | 2,23 | 1,075 |
| ότι είναι δύσκολο να διδαχθούν μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ. | 1 | 0,7 | 14 | 9,3 | 29 | 19,3 | 36 | 24,0 | 45 | 30,0 | 25 | 16,7 | 2,77 | 1,245 |
| ότι είναι ευχάριστο να βλέπεις τα επιτεύγματα των μαθητών που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ. | 77 | 51,3 | 63 | 42,0 | 8 | 5,3 | 1 | 0,7 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 5,43 | 0,689 |
| ότι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ μου προκαλούν άγχος. | 2 | 1,3 | 22 | 14,7 | 48 | 32,0 | 35 | 23,3 | 26 | 17,3 | 17 | 11,3 | 3,25 | 1,265 |

Στην έκτη ερώτηση του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών ως προς τη διαφοροποίηση σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 8ε που ακολουθεί, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

- Όσον αφορά στην πρώτη δήλωση για το αν οι εκπαιδευτικοί υποστηρίζουν ότι: *«η ΔΕΠ/Υ είναι ευεργετική για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων διδασκαλίας μου»*, το 88,0% φαίνεται να συμφωνεί σε σημαντικό βαθμό με την παραπάνω δήλωση.
- Στη δεύτερη δήλωση για το αν οι εκπαιδευτικοί υποστηρίζουν ότι: *«δεν έχω το χρόνο»* η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 62,7% φαίνεται να διαφωνεί με τη συγκεκριμένη δήλωση, αν και το 26,7% δείχνει να «συμφωνεί μερικώς» με αυτήν.
- Στην τρίτη δήλωση για το αν οι εκπαιδευτικοί υποστηρίζουν ότι: *«έχω ήδη αλλάξει τα μαθήματα και το στυλ διδασκαλίας μου»*, η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 91,4% φαίνεται να συμφωνεί με τη συγκεκριμένη δήλωση.
- Τέλος, στην τέταρτη δήλωση για το αν οι εκπαιδευτικοί υποστηρίζουν ότι: *«οι εκπαιδευτικές στρατηγικές για μαθητές με συμπεριφορά τύπου ΔΕΠ/Υ είναι εύκολο να εφαρμοστούν σε μια τάξη γενικής εκπαίδευσης»*, η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 69,4% φαίνεται να συμφωνεί με τη συγκεκριμένη δήλωση και παρατηρείται ότι το 16% «διαφωνεί μερικώς» με αυτήν.

Πίνακας 8ε: Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής

| Βαθμός συμφωνίας | Συμφωνώ Απόλυτα | | Συμφωνώ | | Συμφωνώ μερικώς | | Διαφωνώ μερικώς | | Διαφωνώ | | Διαφωνώ απόλυτα | | Δείκτες | |
|--|-----------------|------|---------|------|-----------------|------|-----------------|------|---------|------|-----------------|------|---------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | μ.ο. | τ.α. |
| Ως προς τη διαφοροποίηση: | | | | | | | | | | | | | | |
| η ΔΕΠ/Υ είναι ευεργετική για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων διδασκαλίας μου. | 17 | 11,3 | 70 | 46,7 | 45 | 30,0 | 16 | 10,7 | 2 | 1,3 | 0 | 0,0 | 4,56 | 0,878 |
| δεν έχω το χρόνο. | 3 | 2,0 | 13 | 8,7 | 40 | 26,7 | 41 | 27,3 | 34 | 22,7 | 19 | 12,7 | 3,02 | 1,240 |
| έχω ήδη αλλάξει τα μαθήματα και το στυλ διδασκαλίας μου. | 19 | 12,7 | 73 | 48,7 | 45 | 30,0 | 10 | 6,7 | 3 | 2,0 | 0 | 0,0 | 4,63 | 0,862 |
| οι εκπαιδευτικές στρατηγικές για μαθητές με συμπεριφορά τύπου ΔΕΠ/Υ είναι εύκολο να εφαρμοστούν σε μια τάξη γενικής εκπαίδευσης. | 10 | 6,7 | 36 | 24,0 | 58 | 38,7 | 24 | 16,0 | 18 | 12,0 | 4 | 2,7 | 3,89 | 1,177 |

Στην έβδομη ερώτηση του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών για το αν αισθάνονται ότι έχουν γνώσεις σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 8στ που ακολουθεί, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

- Όσον αφορά στην πρώτη δήλωση για το αν οι εκπαιδευτικοί έχουν γνώσεις «*συμπεριφορών τύπου ΔΕΠ/Υ*», το 88,0% φαίνεται να συμφωνεί σε σημαντικό βαθμό με την παραπάνω δήλωση.
- Τέλος, στη δεύτερη δήλωση για το αν οι εκπαιδευτικοί έχουν γνώσεις «*παρεμβάσεων στην τάξη για τη διαχείριση της κακής συμπεριφοράς*» η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 88,6% φαίνεται να συμφωνεί σε σημαντικό βαθμό με τη συγκεκριμένη δήλωση.

Πίνακας 8στ: Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής

| Βαθμός συμφωνίας | Συμφωνώ Απόλυτα | | Συμφωνώ | | Συμφωνώ μερικώς | | Διαφωνώ μερικώς | | Διαφωνώ | | Διαφωνώ απόλυτα | | Δείκτες | |
|--|-----------------|-----|---------|------|-----------------|------|-----------------|-----|---------|-----|-----------------|-----|---------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | μ.ο. | τ.α. |
| Αισθάνομαι ότι έχω γνώσεις: | | | | | | | | | | | | | | |
| συμπεριφορών τύπου ΔΕΠ/Υ | 7 | 4,7 | 62 | 41,3 | 63 | 42,0 | 12 | 8,0 | 4 | 2,7 | 2 | 1,3 | 4,33 | 0,895 |
| παρεμβάσεων στην τάξη για τη διαχείριση της κακής συμπεριφοράς | 8 | 5,3 | 60 | 40,0 | 65 | 43,3 | 12 | 8,0 | 3 | 2,0 | 2 | 1,3 | 4,35 | 0,882 |

Στην όγδοη ερώτηση του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών για το τι πιστεύουν σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 8ζ που ακολουθεί, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

- Όσον αφορά στην πρώτη δήλωση για το αν οι εκπαιδευτικοί πιστεύουν ότι: *«έχω αποκτήσει επαρκή επαγγελματική ανάπτυξη σχετικά με τη διαχείριση συμπεριφορών τύπου ΔΕΠ/Υ»*, το 74,0% φαίνεται να συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση με το υψηλότερο ποσοστό από αυτό (51,3%) να «συμφωνεί μερικώς».
- Στη δεύτερη δήλωση για το αν οι εκπαιδευτικοί πιστεύουν ότι: *«μπορώ να διδάξω αποτελεσματικά μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ»* αν και η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 84,7% φαίνεται να συμφωνεί με τη συγκεκριμένη δήλωση, το 52,0% δηλαδή πάνω από τους μισούς, δείχνει να «συμφωνεί μερικώς».
- Στην τρίτη δήλωση για το αν οι εκπαιδευτικοί πιστεύουν ότι: *«θέλω να είμαι πιο αποτελεσματικός στη διδασκαλία μαθητών που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ»*, η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 98,7% φαίνεται να συμφωνεί σε μεγάλο βαθμό με τη συγκεκριμένη δήλωση.
- Τέλος, στην τέταρτη δήλωση για το αν οι εκπαιδευτικοί πιστεύουν ότι: *«δεν μου αρέσει να διδάσκω μαθήματα σε τάξεις που περιλαμβάνουν μαθητές που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ»*, η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 82,0% φαίνεται να διαφωνεί σε σημαντικό βαθμό με τη συγκεκριμένη δήλωση.

Πίνακας 8ζ: Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής

| Βαθμός συμφωνίας | Συμφωνώ Απόλυτα | | Συμφωνώ | | Συμφωνώ μερικώς | | Διαφωνώ μερικώς | | Διαφωνώ | | Διαφωνώ απόλυτα | | Δείκτες | |
|---|-----------------|------|---------|------|-----------------|------|-----------------|------|---------|------|-----------------|------|---------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | μ.ο. | τ.α. |
| Πιστεύω ότι: | | | | | | | | | | | | | | |
| έχω αποκτήσει επαρκή επαγγελματική ανάπτυξη σχετικά με τη διαχείριση συμπεριφορών τύπου ΔΕΠ/Υ. | 3 | 2,0 | 31 | 20,7 | 77 | 51,3 | 22 | 14,7 | 16 | 10,7 | 1 | 0,7 | 3,87 | 0,953 |
| μπορώ να διδάξω αποτελεσματικά μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ. | 3 | 2,0 | 46 | 30,7 | 78 | 52,0 | 16 | 10,7 | 6 | 4,0 | 1 | 0,7 | 4,14 | 0,836 |
| θέλω να είμαι πιο αποτελεσματικός στη διδασκαλία μαθητών που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ. | 52 | 34,7 | 74 | 49,3 | 22 | 14,7 | 1 | 0,7 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 5,17 | 0,746 |
| δεν μου αρέσει να διδάσκω μαθήματα σε τάξεις που περιλαμβάνουν μαθητές που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ. | 2 | 1,3 | 9 | 6,0 | 16 | 10,7 | 36 | 24,0 | 44 | 29,3 | 43 | 28,7 | 2,40 | 1,248 |

5.1.3. Απόψεις εκπαιδευτικών επικοινωνιακής προσαρμογής κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας με έναν μαθητή με ΔΕΠ/Υ

Στην ένατη ερώτηση του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας δηλώσεων των εκπαιδευτικών σχετικά με την επικοινωνιακή προσαρμογή κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας με έναν μαθητή με ΔΕΠ/Υ. Όπως φαίνεται στον πίνακα 9 που ακολουθεί, οι δηλώσεις ομαδοποιήθηκαν σε τρεις κατηγορίες: την προστατευτική προσαρμογή, την αποφυγή και την υποστηρικτική προσαρμογή. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

Προστατευτική προσαρμογή

- Στη δήλωση *«θα προσπαθήσω να έχω τον έλεγχο της συνομιλίας»*, το 83,3% του δείγματος φαίνεται να συμφωνεί αρκετά έως πάρα πολύ με την παραπάνω δήλωση.
- Στη δήλωση *«θα προσπαθήσω να είμαι προστατευτικός/ή»*, το 77,4% του δείγματος φαίνεται να συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση αρκετά έως πάρα πολύ, ενώ το 16,7% συμφωνεί λίγο.
- Στη δήλωση *«θα προσπαθήσω να μιλάω με πιο αργό ρυθμό»*, η πλειονότητα του δείγματος σε ποσοστό 82,7% φαίνεται να συμφωνεί αρκετά έως πάρα πολύ με την παραπάνω δήλωση.
- Στη δήλωση *«θα προσπαθήσω να μιλάω πιο δυνατά»*, το 55,4% φαίνεται να διαφωνεί με την παραπάνω δήλωση με δύο μεγάλα ποσοστά να συγκεντρώνονται κάπου στη μέση: το 25,3% να επιλέγει το «Αρκετά» και το 24,0% το «Λίγο».

Αποφυγή

- Στη δήλωση *«θα προσπαθήσω να αποφύγω κάποια θέματα»*, το 52,6% του δείγματος φαίνεται να διαφωνεί με την παραπάνω δήλωση, με τα μεγαλύτερα ποσοστά να συγκεντρώνονται πάλι στη μέση: 29,3% στο «Αρκετά» και 22,0% στο «Λίγο».
- Στη δήλωση *«θα προσπαθήσω να μη λέω πάντα αυτό που σκέφτομαι»*, το 35,3% φαίνεται να συμφωνεί «Αρκετά» με την παραπάνω δήλωση, το 18,7% να «Λίγο» και το 16% «Καθόλου».
- Στη δήλωση *«δεν θα ξέρω τί να συζητήσω μαζί του»*, το 44,7% του δείγματος φαίνεται να διαφωνεί αφού σημειώνει «Καθόλου».
- Στη δήλωση *«θα προσπαθήσω να ολοκληρώσω σύντομα τη συνομιλία»*, το 60,8% του δείγματος φαίνεται να διαφωνεί με τη συγκεκριμένη δήλωση, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό των εκπαιδευτικών 27,3% δε συμφωνεί «Καθόλου».

Υποστηρικτική προσαρμογή

- Στη δήλωση *«θα προσπαθήσω να δείξω σεβασμό»*, η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 98,6% δείχνει να συμφωνεί με τη συγκεκριμένη δήλωση και μάλιστα το 58,0% σημείωσε «Πάρα πολύ».
- Στη δήλωση *«θα προσπαθήσω να είμαι υποστηρικτικός/ή»*, το 98,7% του δείγματος φαίνεται να συμφωνεί αρκετά έως πάρα πολύ με την παραπάνω δήλωση και μάλιστα το 58,7% σημείωσε «Πάρα πολύ».
- Στη δήλωση *«θα προσπαθήσω να μιλήσω για θέματα που τον/την ενδιαφέρουν»*, η πλειονότητα του δείγματος 98,6% συμφωνεί αρκετά έως πάρα πολύ με την παραπάνω δήλωση.
- Στη δήλωση *«θα προσπαθήσω να είμαι ευγενικός/ή»*, το 99,4% του δείγματος συμφωνεί αρκετά έως πάρα πολύ με την παραπάνω δήλωση.
- Στη δήλωση *«θα προσπαθήσω να κάνω το άτομο να νιώσει άνετα»*, όλοι οι ερωτώμενοι, δηλαδή το 100% του δείγματος συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση με το 58,0% να δηλώνει «Πάρα πολύ».
- Στη δήλωση *«θα προσπαθήσω να του δείξω κατανόηση»*, σχεδόν όλοι δηλαδή το 99,3% του δείγματος φαίνεται να συμφωνεί με την παραπάνω δήλωση.
- Στη δήλωση *«θα προσπαθήσω να μοιραστώ τις σκέψεις και τα συναισθήματά μου»*, το 90,0% του δείγματος δείχνει να συμφωνεί αρκετά έως πάρα πολύ με την παραπάνω δήλωση.

Πίνακας 9: Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με την επικοινωνιακή προσαρμογή κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας με έναν μαθητή με ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής

| Δηλώσεις | Πάρα πολύ | | Πολύ | | Αρκετά | | Λίγο | | Πολύ λίγο | | Καθόλου | | Δείκτες | |
|--|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|-----------|------------|----------|------------|-------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | μ.ο. | τ.α. |
| Προστατευτική προσαρμογή (μ.ο. 4,00) | | | | | | | | | | | | | | |
| Θα προσπαθήσω να έχω τον έλεγχο της συνομιλίας | 17 | 11,3 | 46 | 30,7 | 62 | 41,3 | 18 | 12,0 | 6 | 4,0 | 1 | 0,7 | 4,31 | 1,004 |
| Θα προσπαθήσω να είμαι προστατευτικός/ή | 16 | 10,7 | 54 | 36,0 | 46 | 30,7 | 25 | 16,7 | 5 | 3,3 | 4 | 2,7 | 4,26 | 1,126 |
| Θα προσπαθήσω να μιλάω με πιο αργό ρυθμό | 13 | 8,7 | 53 | 35,3 | 58 | 38,7 | 17 | 11,3 | 4 | 2,7 | 5 | 3,3 | 4,26 | 1,077 |
| Θα προσπαθήσω να μιλάω πιο δυνατά | 4 | 2,7 | 25 | 16,7 | 38 | 25,3 | 36 | 24,0 | 22 | 14,7 | 25 | 16,7 | 3,19 | 1,397 |
| Αποφυγή (μ.ο. 2,88) | | | | | | | | | | | | | | |
| Θα προσπαθήσω να αποφύγω κάποια θέματα | 4 | 2,7 | 23 | 15,3 | 44 | 29,3 | 33 | 22,0 | 20 | 13,3 | 26 | 17,3 | 3,20 | 1,395 |
| Θα προσπαθήσω να μη λέω πάντα αυτό που σκέφτομαι | 4 | 2,7 | 24 | 16,0 | 53 | 35,3 | 28 | 18,7 | 17 | 11,3 | 24 | 16,0 | 3,32 | 1,377 |
| Δεν θα ξέρω τί να συζητήσω μαζί του | 2 | 1,3 | 7 | 4,7 | 13 | 8,7 | 19 | 12,7 | 42 | 28,0 | 67 | 44,7 | 2,05 | 1,250 |
| Υποστηρικτική προσαρμογή (μ.ο. 5,47) | | | | | | | | | | | | | | |
| Θα προσπαθήσω να ολοκληρώσω σύντομα τη συνομιλία | 9 | 6,0 | 22 | 14,7 | 28 | 18,7 | 26 | 17,3 | 24 | 16,0 | 41 | 27,3 | 2,95 | 1,607 |
| Θα προσπαθήσω να δείξω σεβασμό | 87 | 58,0 | 50 | 33,3 | 11 | 7,3 | 1 | 0,7 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 5,47 | 0,721 |
| Θα προσπαθήσω να είμαι υποστηρικτικός/ή | 88 | 58,7 | 49 | 32,7 | 11 | 7,3 | 1 | 0,7 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 5,48 | 0,721 |
| Θα προσπαθήσω να μιλήσω για θέματα που τον/την ενδιαφέρουν | 78 | 52,0 | 56 | 37,3 | 14 | 9,3 | 1 | 0,7 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 5,39 | 0,741 |
| Θα προσπαθήσω να είμαι ευγενικός/ή | 88 | 58,7 | 49 | 32,7 | 12 | 8,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,7 | 5,48 | 0,739 |
| Θα προσπαθήσω να κάνω το άτομο να νιώσει άνετα | 87 | 58,0 | 50 | 33,3 | 13 | 8,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5,49 | 0,653 |
| Θα προσπαθήσω να του δείξω κατανόηση | 89 | 59,3 | 48 | 32,0 | 12 | 8,0 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5,50 | 0,673 |
| Θα προσπαθήσω να μοιραστώ τις σκέψεις και τα συναισθήματά μου | 51 | 34,0 | 54 | 36,0 | 30 | 20,0 | 8 | 5,3 | 6 | 4,0 | 1 | 0,7 | 4,89 | 1,102 |

Στη δέκατη ερώτηση του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με τη συχνότητα επαφής των εκπαιδευτικών με μαθητές με ΔΕΠ/Υ στο σχολείο τους. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 10 που ακολουθεί, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην ερώτηση «πόσο συχνά συναντάτε μαθητές με ΔΕΠ/Υ στο σχολείο σας;», το 54,0% του δείγματος δήλωσε «Συχνά» και το 40,7% «Πάντα» ή «Σχεδόν πάντα».

Πίνακας10: Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με τη συχνότητα επαφής τους με μαθητές με ΔΕΠ/Υ στο σχολείο τους. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής

| Συχνότητα επαφής | Βαθμός συμφωνίας | | Πάντα | | Σχεδόν πάντα | | Συχνά | | Σπάνια | | Σχεδόν ποτέ | | Ποτέ | | Δείκτες | |
|--|------------------|------|-------|------|--------------|------|-------|-----|--------|-----|-------------|-----|------|-------|---------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | μ.ο. | τ.α. |
| Πόσο συχνά συναντάτε μαθητές με ΔΕΠ/Υ στο σχολείο σας; | 24 | 16,0 | 37 | 24,7 | 81 | 54,0 | 7 | 4,7 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 4,51 | 0,841 | | |

5.1.4. Απόψεις εκπαιδευτικών σχετικά με τα χαρακτηριστικά των μαθητών με ΔΕΠ/Υ και τα συναισθήματα που βιώνουν απέναντι τους

Στην ενδέκατη ερώτηση του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με δηλώσεις που αφορούν στα χαρακτηριστικά των μαθητών με ΔΕΠ/Υ. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 11 που ακολουθεί, τα χαρακτηριστικά διακρίθηκαν σε δύο βασικές κατηγορίες, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και τα χαρακτηριστικά ικανότητας. Αναλυτικότερα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

Χαρακτηριστικά Προσωπικότητας

- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 91,3% συμφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «Αρκετά» έως «Πάρα πολύ») ότι οι μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ είναι «*Συμπαθείς*».
- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 88,7% συμφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «Αρκετά» έως «Πάρα πολύ») ότι οι μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ είναι «*Καλοσυνάτοι*».
- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 92,0% συμφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «Αρκετά» έως «Πάρα πολύ») ότι οι μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ είναι «*Φιλικοί*».
- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 92,0% συμφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «Αρκετά» έως «Πάρα πολύ») ότι οι μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ είναι «*Έντιμοι*».
- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 86,6% συμφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «Αρκετά» έως «Πάρα πολύ») ότι οι μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ είναι «*Ειλικρινείς*», ενώ υπήρξε και ένα ποσοστό της τάξεως του 11,3% που σημείωσε «*Λίγο*».
- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 83,9% συμφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «Αρκετά» έως «Πάρα πολύ») ότι οι μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ είναι «*Άξιοι εμπιστοσύνης*», ενώ υπήρξε και ένα ποσοστό της τάξεως του 14,0% που απάντησε «*Λίγο*».

Χαρακτηριστικά ικανότητας

- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 97,3% συμφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «Αρκετά» έως «Πάρα πολύ») ότι οι μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ είναι «*Έξυπνοι*».
- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 94,0% συμφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «Αρκετά» έως «Πάρα πολύ») ότι οι μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ είναι «*Ικανοί*».

- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 79,4% συμφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «Αρκετά» έως «Πάρα πολύ»), ότι οι μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ είναι «Επιδέξιοι», ενώ υπήρξε και ένα ποσοστό της τάξεως του 18,0% που σημείωσε «Λίγο».

Πίνακας 11: Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με τα χαρακτηριστικά των μαθητών με ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής

| Βαθμός συμφωνίας Χαρακτηριστικά | Πάρα πολύ | | Πολύ | | Αρκετά | | Λίγο | | Πολύ λίγο | | Καθόλου | | Δείκτες | |
|------------------------------------|-----------|------|------|------|--------|------|------|------|-----------|-----|---------|-----|---------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | μ.ο. | τ.α. |
| Προσωπικότητας (μ.ο. 4,50) | | | | | | | | | | | | | | |
| Συμπαθείς | 24 | 16,0 | 57 | 38,0 | 56 | 37,3 | 11 | 7,3 | 2 | 1,3 | 0 | 0,0 | 4,60 | 0,890 |
| Καλοσυνάτοι | 20 | 13,3 | 55 | 36,7 | 58 | 38,7 | 13 | 8,7 | 4 | 2,7 | 0 | 0,0 | 4,49 | 0,925 |
| Φίλικοί | 19 | 12,7 | 65 | 43,3 | 52 | 34,7 | 12 | 8,0 | 2 | 1,3 | 0 | 0,0 | 4,58 | 0,861 |
| Έντιμοι | 25 | 16,7 | 48 | 32,0 | 65 | 43,3 | 12 | 8,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4,57 | 0,862 |
| Ειλικρινείς | 23 | 15,3 | 45 | 30,0 | 62 | 41,3 | 17 | 11,3 | 3 | 2,0 | 0 | 0,0 | 4,45 | 0,952 |
| Αξιοί εμπιστοσύνης | 14 | 9,3 | 41 | 27,3 | 71 | 47,3 | 21 | 14,0 | 3 | 2,0 | 0 | 0,0 | 4,28 | 0,891 |
| Ικανότητας (μ.ο. 4,58) | | | | | | | | | | | | | | |
| Έξυπνοι | 27 | 18,0 | 65 | 43,3 | 54 | 36,0 | 4 | 2,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4,77 | 0,772 |
| Ικανοί | 24 | 16,0 | 68 | 45,3 | 49 | 32,7 | 9 | 6,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4,71 | 0,805 |
| Επιδέξιοι | 18 | 12,0 | 40 | 26,7 | 61 | 40,7 | 27 | 18,0 | 4 | 2,7 | 0 | 0,0 | 4,27 | 0,982 |

Τέλος, στη δωδέκατη ερώτηση του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με δηλώσεις που αφορούν στα συναισθήματα που βιώνουν οι ίδιοι απέναντι σε μαθητές με ΔΕΠ/Υ. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 12 που ακολουθεί, τα συναισθήματα διακρίθηκαν σε τρεις βασικές κατηγορίες, τα θετικά συναισθήματα, τα συναισθήματα φόβου και τα αρνητικά συναισθήματα. Αναλυτικότερα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

Θετικά συναισθήματα

- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 84,7% συμφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «Αρκετά» έως «Πάρα πολύ») ότι οι εκπαιδευτικοί νιώθουν «*Θαυμασμό*» απέναντι στους/στις μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ.
- Όλοι οι εκπαιδευτικοί (100,0%) συμφώνησαν σε σημαντικό βαθμό (από «Αρκετά» έως «Πάρα πολύ») ότι νιώθουν «*Σεβασμό*» απέναντι στους/στις μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ, με το μεγαλύτερο ποσοστό να συγκεντρώνεται στο «Πολύ» και το «Πάρα πολύ» με ποσοστό 39,3% για κάθε ένα από αυτά.
- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 95,3% συμφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «Αρκετά» έως «Πάρα πολύ») ότι οι εκπαιδευτικοί νιώθουν «*Συμπάθεια*» απέναντι στους/στις μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ.

Συναισθήματα φόβου

- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 86,7% διαφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «Καθόλου» έως «Λίγο») ότι οι εκπαιδευτικοί νιώθουν «*Φόβο*» απέναντι στους/στις μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ, με το 54,0% του δείγματος να ανήκει στο «Καθόλου».
- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 61,4% διαφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «Καθόλου» έως «Λίγο») ότι οι εκπαιδευτικοί νιώθουν «*Ανησυχία*» απέναντι στους/στις μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ, με το 32,7% του δείγματος να ανήκει στο «Λίγο», αν και ένα σημαντικό ποσοστό 23,3% του δείγματος δήλωσε «Αρκετά».
- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 90,0% διαφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «Καθόλου» έως «Λίγο») ότι οι εκπαιδευτικοί νιώθουν «*Θυμό*» απέναντι στους/στις μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ, με το 48,7% να δηλώνει «Καθόλου». ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 9,3% δήλωσε «Αρκετά».
- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 83,3% διαφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «Καθόλου» έως «Λίγο», σχεδόν ισόποσα μοιρασμένο) ότι οι εκπαιδευτικοί

νιώθουν «*Εκνευρισμό*» απέναντι στους/στις μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ, ενώ την ίδια στιγμή υπάρχει ένα ποσοστό της τάξεως του 14,7% που δήλωσε «*Αρκετά*».

- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 88,0% διαφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «*Καθόλου*» έως «*Λίγο*») ότι οι εκπαιδευτικοί νιώθουν «*Οίκτο*» απέναντι στους/στις μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ, με το 61,3% του δείγματος να ανήκει στο «*Καθόλου*».

Αρνητικά συναισθήματα

- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 96,0% διαφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «*Καθόλου*» έως «*Λίγο*») ότι οι εκπαιδευτικοί νιώθουν «*Περιφρόνηση*» απέναντι στους/στις μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ, με το 90,0% του δείγματος να ανήκει στο «*Καθόλου*».
- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 97,3% διαφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «*Καθόλου*» έως «*Λίγο*») ότι οι εκπαιδευτικοί νιώθουν «*Αηδία*» απέναντι στους/στις μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ, με το 92,7% του δείγματος να ανήκει στο «*Καθόλου*», ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξεως του 2,0% που δήλωσε «*Αρκετά*».
- Η πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 97,3% διαφώνησε σε σημαντικό βαθμό (από «*Καθόλου*» έως «*Λίγο*») ότι οι εκπαιδευτικοί νιώθουν «*Απέχθεια*» απέναντι στους/στις μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ, με το 91,3% του δείγματος να ανήκει στο «*Καθόλου*», ενώ την ίδια στιγμή υπάρχουν 2 άτομα που σημείωσαν «*Πολύ*» και «*Πάρα πολύ*» αντίστοιχα.

Πίνακας 12: Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των εκπαιδευτικών σχετικά με τα συναισθήματα που βιώνουν οι ίδιοι απέναντι σε μαθητές με ΔΕΠ/Υ. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της κατανομής

| Βαθμός συμφωνίας Συναισθήματα | Πάρα πολύ | | Πολύ | | Αρκετά | | Λίγο | | Πολύ λίγο | | Καθόλου | | Δείκτες | |
|--|-----------|------|------|------|--------|------|------|------|-----------|------|---------|------|---------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | μ.ο. | τ.α. |
| Θετικά συναισθήματα (μ.ο. 4,79) | | | | | | | | | | | | | | |
| Θαυμασμό | 17 | 11,3 | 43 | 28,7 | 67 | 44,7 | 18 | 12,0 | 2 | 1,3 | 3 | 2,0 | 4,31 | 1,003 |
| Σεβασμό | 59 | 39,3 | 59 | 39,3 | 32 | 21,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5,18 | 0,760 |
| Συμπάθεια | 35 | 23,3 | 74 | 49,3 | 34 | 22,7 | 5 | 3,3 | 1 | 0,7 | 1 | 0,7 | 4,89 | 0,868 |
| Συναισθήματα φόβου (μ.ο. 2,21) | | | | | | | | | | | | | | |
| Θυμό | 0 | 0,0 | 1 | 0,7 | 14 | 9,3 | 29 | 19,3 | 33 | 22,0 | 73 | 48,7 | 1,91 | 1,055 |
| Εκνευρισμό | 0 | 0,0 | 3 | 2,0 | 22 | 14,7 | 44 | 29,3 | 35 | 23,3 | 46 | 30,7 | 2,34 | 1,122 |
| Οίκτο | 0 | 0,0 | 5 | 3,3 | 13 | 8,7 | 15 | 10,0 | 25 | 16,7 | 92 | 61,3 | 1,76 | 1,145 |
| Φόβο | 1 | 0,7 | 5 | 3,3 | 14 | 9,3 | 21 | 14,0 | 28 | 18,7 | 81 | 54,0 | 1,91 | 1,209 |
| Ανησυχία | 2 | 1,3 | 21 | 14,0 | 35 | 23,3 | 49 | 32,7 | 25 | 16,7 | 18 | 12,0 | 3,15 | 1,245 |
| Αρνητικά συναισθήματα (μ.ο. 1,19) | | | | | | | | | | | | | | |
| Περιφρόνηση | 0 | 0,0 | 1 | 0,7 | 5 | 3,3 | 4 | 2,7 | 5 | 3,3 | 135 | 90,0 | 1,21 | 0,710 |
| Αηδία | 0 | 0,0 | 1 | 0,7 | 3 | 2,0 | 5 | 3,3 | 2 | 1,3 | 139 | 92,7 | 1,17 | 0,639 |
| Απέχθεια | 1 | 0,7 | 1 | 0,7 | 2 | 1,3 | 4 | 2,7 | 5 | 3,3 | 137 | 91,3 | 1,19 | 0,708 |

5.2. Επαγωγική ανάλυση των αποτελεσμάτων

Στο πλαίσιο της συναφειακής ανάλυσης ελέγχθηκαν με τα αντίστοιχα μη παραμετρικά κριτήρια τα δημογραφικά στοιχεία, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, τα χρόνια υπηρεσίας, η ειδικότητα και η μετεκπαίδευση/ειδίκευση. Για τη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων ως προς το φύλο πραγματοποιήθηκε έλεγχος με το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney U test, ενώ για τα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, χρόνια υπηρεσίας, ειδικότητα, μετεκπαίδευση/ειδίκευση) πραγματοποιήθηκε έλεγχος με το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal Wallis H test. Από τον έλεγχο διαπιστώθηκε ότι υπάρχει συστηματική διαφοροποίηση ως προς το φύλο και γι' αυτό το λόγο θα περιγραφεί αναλυτικά παρακάτω.

5.2.1. Διαφοροποίηση των απόψεων των εκπαιδευτικών σε σχέση με το φύλο

Στην πρώτη ερώτηση που αφορά στις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τις γνώσεις τους για τη ΔΕΠ/Υ, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση σε τρεις δηλώσεις (πίνακας 13). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι άντρες πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό (μ.ο. 4,42) απ' ότι οι γυναίκες (μ.ο. 3,82) ότι «ένας συνδυασμός διεγερτικών φαρμάκων και διαχείρισης συμπεριφοράς είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για τη ΔΕΠ/Υ» (U=1692,500, p= .010). Προς την ίδια κατεύθυνση, οι άντρες πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό (μ.ο. 3,02) απ' ότι οι γυναίκες (μ.ο. 1,99) ότι «η ΔΕΠ/Υ προκαλείται από υπερβολική ζάχαρη στη διατροφή» (U=1382,500, p= .000). Τέλος, οι άνδρες φαίνεται να πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό (μ.ο. 4,84) απ' ότι οι γυναίκες (μ.ο. 4,32) ότι «υπάρχει περίπου 1 παιδί σε κάθε τάξη που εμφανίζει συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ» (U=1697,500, p= .008).

Πίνακας 13: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τις γνώσεις τους για τη ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων.

| Δηλώσεις | Φύλο | | Γυναίκα | | Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας | |
|--|-------------|-------|---------|-------|------------------------------------|------|
| | μ.ο | τ.α. | μ.ο | τ.α. | U | p |
| b1_4: Ένας συνδυασμός διεγερτικών φαρμάκων και διαχείρισης συμπεριφοράς είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για τη ΔΕΠ/Υ. | 4,42 | 1,314 | 3,82 | 1,323 | 1692,500 | .010 |
| b1_10: Η ΔΕΠ/Υ προκαλείται από υπερβολική ζάχαρη στη διατροφή. | 3,02 | 1,504 | 1,99 | 1,077 | 1382,500 | .000 |
| b1_15: Υπάρχει περίπου 1 παιδί σε κάθε τάξη που εμφανίζει συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ. | 4,84 | 1,045 | 4,32 | 1,178 | 1697,500 | .008 |

Στη δεύτερη ερώτηση που αφορά στις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση σε δύο προτάσεις (πίνακας 14α). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι άντρες πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό (μ.ο. 4,28) απ' ότι οι γυναίκες (μ.ο. 3,78) ότι οι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές σχετικές με ΔΕΠ/Υ «*παρεμβαίνουν στην ικανότητά μου να διδάξω αποτελεσματικά την τάξη μου*» (U=1682,500, p= .008). Ταυτόχρονα, οι άντρες πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό (μ.ο. 3,05) απ' ότι οι γυναίκες (μ.ο. 2,29) ότι «*δεν έχουν καμία δικαιολογία για την κακή συμπεριφορά τους εάν δεν έχουν επίσημη διάγνωση*» (U=2997,500, p= .005).

Πίνακας 14α: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων.

| | Φύλο | | Γυναίκα | | Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας | |
|--|-------------|-------|---------|-------|------------------------------------|------|
| | μ.ο | τ.α. | μ.ο | τ.α. | U | p |
| Μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με ΔΕΠ/Υ: | | | | | | |
| c1_2: παρεμβαίνουν στην ικανότητά μου να διδάξω αποτελεσματικά την τάξη μου. | 4,28 | 1,260 | 3,78 | 1,160 | 1682,500 | .008 |
| c1_4: δεν έχουν καμία δικαιολογία για την κακή συμπεριφορά τους εάν δεν έχουν επίσημη διάγνωση. | 3,05 | 1,527 | 2,29 | 1,259 | 1644,500 | .005 |

Στην τρίτη ερώτηση που αφορά στις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με το τι πιστεύουν αναφορικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση σε τρεις προτάσεις (πίνακας 14β). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι άντρες πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό (μ.ο. 4,81) απ' ότι οι γυναίκες (μ.ο. 4,43) ότι «*η ΔΕΠ/Υ είναι μια έγκυρη διάγνωση*» (U=1815,500, p= .027). Προς την ίδια κατεύθυνση, οι άντρες πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό (μ.ο. 2,72) απ' ότι οι γυναίκες (μ.ο. 2,19) ότι «*η ΔΕΠ/Υ είναι μια δικαιολογία για την κακή ανατροφή των παιδιών*» (U=1638,500, p= .004). Τέλος, οι άνδρες φαίνεται να πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό (μ.ο. 2,21) απ' ότι οι γυναίκες (μ.ο. 1,74) ότι «*τα παιδιά που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ έχουν σκόπιμα κακή συμπεριφορά*» (U=1827,500, p= .035).

Πίνακας 14β: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων.

| Φύλο | Ανδρας | | Γυναίκα | | Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας | |
|--|-------------|-------|---------|-------|------------------------------------|------|
| | μ.ο | τ.α. | μ.ο | τ.α. | U | p |
| Πιστεύω ότι: | | | | | | |
| c2_2: Η ΔΕΠ/Υ είναι μια έγκυρη διάγνωση. | 4,81 | 0,627 | 4,43 | 0,912 | 1815,500 | .027 |
| c2_3: Η ΔΕΠ/Υ είναι μια δικαιολογία για την κακή ανατροφή των παιδιών. | 2,72 | 1,141 | 2,19 | 1,109 | 1638,500 | .004 |
| c2_4: Τα παιδιά που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ έχουν σκόπιμα κακή συμπεριφορά. | 2,21 | 1,226 | 1,74 | 0,915 | 1827,500 | .035 |

Στην τέταρτη ερώτηση που αφορά στις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση σε τρεις δηλώσεις (πίνακας 14γ). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι άντρες θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό (μ.ο. 2,67) απ' ότι οι γυναίκες (μ.ο. 2,05) «τους μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ αγενείς» (U=1601,000, p= .002). Προς την ίδια κατεύθυνση, οι άντρες θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό (μ.ο. 3,37) απ' ότι οι γυναίκες (μ.ο. 2,52) «ότι είναι δύσκολο να διδαχθούν μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ» (U=1443,500, p= .000). Τέλος, οι άντρες θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό (μ.ο. 3,86) απ' ότι οι γυναίκες (μ.ο. 3,01) «ότι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ μου προκαλούν άγχος» (U=1441,000, p= .000).

Πίνακας 14γ: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων.

| Φύλο | Ανδρας | | Γυναίκα | | Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας | |
|--|-------------|-------|---------|-------|------------------------------------|------|
| | μ.ο | τ.α. | μ.ο | τ.α. | U | p |
| Θεωρώ: | | | | | | |
| c4_2: τους μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ αγενείς. | 2,67 | 1,190 | 2,05 | 0,975 | 1601,000 | .002 |
| c4_3: ότι είναι δύσκολο να διδαχθούν μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ. | 3,37 | 1,235 | 2,52 | 1,168 | 1443,500 | .000 |
| c4_5: ότι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ μου προκαλούν άγχος. | 3,86 | 0,941 | 3,01 | 1,299 | 1441,000 | .000 |

Στην πέμπτη ερώτηση που αφορά στις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ (ως προς τη διαφοροποίηση), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση σε μία δήλωση (πίνακας 14δ). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι γυναίκες θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό (μ.ο. 4,66) απ' ότι οι άντρες (μ.ο. 4,30) ότι «η ΔΕΠΥ είναι ευεργετική για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων διδασκαλίας μου» (U=1823,500, p= .033).

Πίνακας 14δ: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων.

| Ως προς τη διαφοροποίηση: | Φύλο | | Γυναίκα | | Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας | |
|---|--------|-------|-------------|---------|------------------------------------|------|
| | Ανδρας | | Ανδρας | Γυναίκα | U | p |
| | μ.ο | τ.α. | μ.ο | τ.α. | | |
| c5_1: η ΔΕΠΥ είναι ευεργετική για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων διδασκαλίας μου. | 4,30 | 0,832 | 4,66 | 0,879 | 1823,500 | .033 |

Στην έκτη ερώτηση που αφορά στις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ (και συγκεκριμένα για το τι γνώσεις αισθάνονται ότι έχουν), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση σε μία δήλωση (πίνακας 14ε). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι άντρες αισθάνονται σε μεγαλύτερο βαθμό (μ.ο. 4,53) απ' ότι οι γυναίκες (μ.ο. 4,27) ότι έχουν γνώσεις «παρεμβάσεων στην τάξη για τη διαχείριση της κακής συμπεριφοράς» (U=1810,000, p= .027).

Πίνακας 14ε: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων.

| Αισθάνομαι ότι έχω γνώσεις: | Φύλο | | Γυναίκα | | Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας | |
|--|-------------|-------|---------|---------|------------------------------------|------|
| | Ανδρας | | Ανδρας | Γυναίκα | U | p |
| | μ.ο | τ.α. | μ.ο | τ.α. | | |
| c6_2: παρεμβάσεων στην τάξη για τη διαχείριση της κακής συμπεριφοράς. | 4,53 | 0,935 | 4,27 | 0,853 | 1810,000 | .027 |

Στην έβδομη ερώτηση που αφορά στις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ (και συγκεκριμένα για το τι πιστεύουν), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση σε μία δήλωση (πίνακας 14στ). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι άντρες πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό (μ.ο. 2,93) απ' ότι

οι γυναίκες (μ.ο. 2,19) ότι «δεν μου αρέσει να διδάσκω μαθήματα σε τάξεις που περιλαμβάνουν μαθητές που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ» (U=1516,000, p= .001).

Πίνακας 14στ: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων.

| Φύλο | Ανδρας | | Γυναίκα | | Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας | |
|--|-------------|-------|---------|-------|------------------------------------|------|
| | μ.ο | τ.α. | μ.ο | τ.α. | U | p |
| Πιστεύω ότι: | | | | | | |
| c7_4: δεν μου αρέσει να διδάσκω μαθήματα σε τάξεις που περιλαμβάνουν μαθητές που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ. | 2,93 | 1,261 | 2,19 | 1,183 | 1516,000 | .001 |

Στην όγδοη ερώτηση που αφορά στις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την επικοινωνιακή προσαρμογή κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας με έναν μαθητή με ΔΕΠ/Υ, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε εννέα δηλώσεις. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 15 που ακολουθεί, σε κάποιες δηλώσεις παρατηρείται μια υπεροχή των απόψεων των γυναικών και σε κάποιες των αντρών. Συγκεκριμένα, οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται είναι οι εξής:

- «Θα προσπαθήσω να μιλάω με πιο αργό ρυθμό» [γυναίκες μ.ο. 4,39/άντρες μ.ο. 3,93 (U=1716,500, p= .010)].
- «Θα προσπαθήσω να αποφύγω κάποια θέματα» [άντρες μ.ο. 3,58/ γυναίκες μ.ο. 3,05 (U=1756,000, p= .020)].
- «Θα προσπαθήσω να μη λέω πάντα αυτό που σκέφτομαι» [άντρες μ.ο. 3,84/ γυναίκες μ.ο. 3,11 (U=1557,500, p= .001)].
- «Θα προσπαθήσω να είμαι υποστηρικτικός/ή» [γυναίκες μ.ο. 5,57/άντρες μ.ο. 5,26 (U=1802,500, p= .018)].
- «Θα προσπαθήσω να μιλήσω για θέματα που τον/την ενδιαφέρουν» [γυναίκες μ.ο. 5,54/άντρες μ.ο. 5,02 (U=1448,000, p= .000)].
- «Θα προσπαθήσω να μοιραστώ τις σκέψεις και τα συναισθήματά μου» [γυναίκες μ.ο. 5,17/άντρες μ.ο. 4,19 (U=1368,000, p= .000)].
- «Θα προσπαθήσω να είμαι ευγενικός/ή» [γυναίκες μ.ο. 5,60/άντρες μ.ο. 5,19 (U=1625,000, p= .001)].
- «Θα προσπαθήσω να κάνω το άτομο να νιώσει άνετα» [γυναίκες μ.ο. 5,62/άντρες μ.ο. 5,19 (U=1442,500, p= .000)].

- «Θα προσπαθήσω να του δείξω κατανόηση» [γυναίκες μ.ο. 5,59/άντρες μ.ο. 5,28 (U=1743,000, p= .008)].

Πίνακας 15: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την επικοινωνιακή προσαρμογή κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας με έναν μαθητή με ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων.

| Δηλώσεις | Φύλο | | Γυναίκα | | Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας | |
|---|-------------|-------|-------------|-------|------------------------------------|------|
| | Ανδρας | | μ.ο | τ.α. | U | p |
| d1_3: Θα προσπαθήσω να μιλάω με πιο αργό ρυθμό | 3,93 | 1,055 | 4,39 | 1,062 | 1716,500 | .010 |
| d1_5: Θα προσπαθήσω να αποφύγω κάποια θέματα | 3,58 | 1,401 | 3,05 | 1,369 | 1756,000 | .020 |
| d1_6: Θα προσπαθήσω να μη λέω πάντα αυτό που σκέφτομαι | 3,84 | 1,344 | 3,11 | 1,341 | 1557,500 | .001 |
| d1_10: Θα προσπαθήσω να είμαι υποστηρικτικός/ή | 5,26 | 0,848 | 5,57 | 0,646 | 1802,500 | .018 |
| d1_11: Θα προσπαθήσω να μιλήσω για θέματα που τον/την ενδιαφέρουν | 5,02 | 0,831 | 5,54 | 0,648 | 1448,000 | .000 |
| d1_12: Θα προσπαθήσω να μοιραστώ τις σκέψεις και τα συναισθήματά μου | 4,19 | 1,402 | 5,17 | 0,807 | 1368,000 | .000 |
| d1_13: Θα προσπαθήσω να είμαι ευγενικός/ή | 5,19 | 0,906 | 5,60 | 0,627 | 1625,000 | .001 |
| d1_14: Θα προσπαθήσω να κάνω το άτομο να νιώσει άνετα | 5,19 | 0,627 | 5,62 | 0,624 | 1442,500 | .000 |
| d1_15: Θα προσπαθήσω να του δείξω κατανόηση | 5,28 | 0,734 | 5,59 | 0,629 | 1743,000 | .008 |

Στην ένατη ερώτηση που αφορά στις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τα χαρακτηριστικά των μαθητών με ΔΕΠ/Υ, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση σε μία δήλωση (πίνακας 16). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι γυναίκες θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό (μ.ο. 4,79) απ' ότι οι άντρες (μ.ο. 4,51) ότι ένα από τα χαρακτηριστικά των μαθητών με ΔΕΠ/Υ είναι «*Ικανοί*» (U=1795,000, p= .024).

Πίνακας 16: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τα χαρακτηριστικά των μαθητών με ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων.

| Χαρακτηριστικά | Φύλο | | Γυναίκα | | Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας | |
|---------------------|--------|---------|-------------|-------|------------------------------------|------|
| | Ανδρας | Γυναίκα | μ.ο | τ.α. | U | p |
| d3_5: Ικανοί | 4,51 | 0,668 | 4,79 | 0,844 | 1795,000 | .024 |

Στη δέκατη ερώτηση που αφορά στις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τα συναισθήματα που βιώνουν οι ίδιοι απέναντι σε μαθητές με ΔΕΠ/Υ, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση σε επτά δηλώσεις που δίνονται. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 17 που ακολουθεί, σε κάποιες δηλώσεις παρατηρείται μια υπεροχή των απόψεων των γυναικών και σε κάποιες των αντρών. Συγκεκριμένα, οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται είναι στα εξής συναισθήματα:

- «Σεβασμό» [γυναίκες μ.ο. 5,28/άντρες μ.ο. 4,93 (U=1705,000, p= .008)].
- «Οίκτο» [άντρες μ.ο. 2,00/ γυναίκες μ.ο. 1,66 (U=1816,500, p= .021)].
- «Συμπάθεια» [γυναίκες μ.ο. 5,00/ άντρες μ.ο. 4,63 (U=1721,500, p= .009)].
- «Ανησυχία» [άντρες μ.ο. 3,44/γυναίκες μ.ο. 3,03 (U=1825,000, p= .042)].
- «Περιφρόνηση» [άντρες μ.ο. 1,47/γυναίκες μ.ο. 1,11 (U=1945,000, p= .005)].
- «Αηδία» [άντρες μ.ο. 1,37/γυναίκες μ.ο. 1,08 (U=2012,000, p= .008)].
- «Απέχθεια» [άντρες μ.ο. 1,40/γυναίκες μ.ο. 1,10 (U=2052,000, p= .034)].

Πίνακας 17: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τα συναισθήματα που βιώνουν οι ίδιοι απέναντι σε μαθητές με ΔΕΠ/Υ, ανάλογα με το φύλο. Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων.

| Συναισθήματα | Φύλο | | Γυναίκα | | Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας | |
|--------------------------|-------------|---------|-------------|-------|------------------------------------|------|
| | Ανδρας | Γυναίκα | μ.ο | τ.α. | U | p |
| d4_2: Σεβασμό | 4,93 | 0,704 | 5,28 | 0,762 | 1705,000 | .008 |
| d4_5: Οίκτο | 2,00 | 1,155 | 1,66 | 1,132 | 1816,500 | .021 |
| d4_6: Συμπάθεια | 4,63 | 0,787 | 5,00 | 0,880 | 1721,500 | .009 |
| d4_8: Ανησυχία | 3,44 | 1,351 | 3,03 | 1,185 | 1825,000 | .042 |
| d4_9: Περιφρόνηση | 1,47 | 1,032 | 1,11 | 0,501 | 1945,000 | .005 |
| d4_10: Αηδία | 1,37 | 0,952 | 1,08 | 0,437 | 2012,000 | .008 |
| d4_11: Απέχθεια | 1,40 | 1,094 | 1,10 | 0,454 | 2052,000 | .034 |

5.3. Συσχετιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων

Στον πίνακα 18 που ακολουθεί παρουσιάζεται ο έλεγχος συσχετίσεων για το μέρος Δ' του ερωτηματολογίου, δηλαδή την επικοινωνιακή προσαρμογή με μαθητές με ΔΕΠ/Υ. Πιο συγκεκριμένα, η ανάλυση συσχετίσεων έδειξε ότι η υποστηρικτική προσαρμογή στην επικοινωνία συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά αρνητικά με την επικοινωνιακή αποφυγή ($r = -.204$). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο οι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι υιοθετούν την υποστηρικτική προσαρμογή τόσο λιγότερο ακολουθούν την αποφυγή ($r(150) = -.204, p = .012$).

Επιπλέον, η ανάλυση συσχετίσεων έδειξε ότι η υποστηρικτική προσαρμογή στην επικοινωνία συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με τα φιλικά στερεότυπα των μαθητών ($r = .186$). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο βλέπουν τους μαθητές ως φιλικούς τόσο περισσότερο υιοθετούν την υποστηρικτική προσαρμογή κατά την επικοινωνία μαζί τους ($r(150) = .186, p = .023$). Ακόμη, η ανάλυση συσχετίσεων έδειξε ότι η υποστηρικτική προσαρμογή στην επικοινωνία συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με τα χαρακτηριστικά ικανότητας των μαθητών ($r = .248$). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο βλέπουν τους μαθητές ως ικανούς τόσο περισσότερο υιοθετούν την υποστηρικτική προσαρμογή κατά την επικοινωνία μαζί τους ($r(150) = .248, p = .002$).

Ταυτόχρονα, η ανάλυση συσχετίσεων έδειξε ότι η υποστηρικτική προσαρμογή στην επικοινωνία συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με τα θετικά συναισθήματα που βιώνουν για τους μαθητές ($r = .425$). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο έχουν θετικά συναισθήματα για τους μαθητές τόσο περισσότερο υιοθετούν την υποστηρικτική προσαρμογή κατά την επικοινωνία μαζί τους ($r(150) = .425, p = .000$). Από την άλλη, η υποστηρικτική προσαρμογή στην επικοινωνία συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά αρνητικά με τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν για τους μαθητές ($r = -.368$). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο έχουν αρνητικά συναισθήματα για τους μαθητές τόσο λιγότερο υιοθετούν την υποστηρικτική προσαρμογή κατά την επικοινωνία μαζί τους ($r(150) = -.368, p = .000$).

Ακόμη, η ανάλυση συσχετίσεων έδειξε ότι η προστατευτική προσαρμογή στην επικοινωνία συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με την επικοινωνιακή αποφυγή ($r = .492$). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο οι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι υιοθετούν την προστατευτική προσαρμογή τόσο περισσότερο ακολουθούν την αποφυγή ($r(150) = .492, p = .000$). Επιπλέον, η προστατευτική προσαρμογή στην επικοινωνία συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με τα συναισθήματα φόβου που βιώνουν για τους μαθητές ($r = .247$). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο υιοθετούν την προστατευτική προσαρμογή τόσο περισσότερο βιώνουν συναισθήματα φόβου για τους μαθητές ($r(150) = .247, p = .002$).

Επιπρόσθετα, η ανάλυση συσχετίσεων έδειξε ότι η αποφυγή στην επικοινωνία συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με τα συναισθήματα φόβου που βιώνουν για τους μαθητές ($r = ,492$). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο οι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι υιοθετούν την αποφυγή στην επικοινωνία τόσο περισσότερο βιώνουν συναισθήματα φόβου ($r(150) = ,326, p = .000$). Παράλληλα, η αποφυγή στην επικοινωνία συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν για τους μαθητές ($r = ,172$). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο οι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι υιοθετούν την αποφυγή στην επικοινωνία τόσο περισσότερο βιώνουν αρνητικά συναισθήματα ($r(150) = ,172, p = .035$).

Παράλληλα, η ανάλυση συσχετίσεων έδειξε ότι τα φιλικά στερεότυπα των μαθητών συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά θετικά με τα χαρακτηριστικά ικανότητας των μαθητών ($r = ,604$). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο βλέπουν τους μαθητές ως φιλικούς τόσο περισσότερο βλέπουν χαρακτηριστικά ικανότητας στους μαθητές ($r(150) = ,604, p = .000$). Ακόμη, τα φιλικά στερεότυπα των μαθητών συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά θετικά με τα θετικά συναισθήματα που βιώνουν για τους μαθητές ($r = ,463$). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο βλέπουν τους μαθητές ως φιλικούς τόσο περισσότερο βιώνουν θετικά συναισθήματα για τους μαθητές ($r(150) = ,463, p = .000$). Επιπλέον, η ανάλυση συσχετίσεων έδειξε ότι τα φιλικά στερεότυπα των μαθητών συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά αρνητικά με τα συναισθήματα φόβου που βιώνουν για τους μαθητές ($r = -,206$). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο βλέπουν τους μαθητές ως φιλικούς τόσο λιγότερο βιώνουν συναισθήματα φόβου για τους μαθητές ($r(150) = -,206, p = .012$).

Επίσης, η ανάλυση συσχετίσεων έδειξε ότι τα χαρακτηριστικά ικανότητας των μαθητών συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά θετικά με τα θετικά συναισθήματα που βιώνουν για τους μαθητές ($r = ,404$). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο βλέπουν τους μαθητές ως ικανούς τόσο περισσότερο βιώνουν θετικά συναισθήματα για τους μαθητές ($r(150) = ,404, p = .000$).

Τέλος, η ανάλυση συσχετίσεων έδειξε ότι τα συναισθήματα φόβου που βιώνουν για τους μαθητές συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά θετικά με τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν για τους μαθητές ($r = ,568$). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο βιώνουν συναισθήματα φόβου για τους μαθητές τόσο περισσότερο βιώνουν αρνητικά συναισθήματα γι' αυτούς ($r(150) = ,568, p = .000$).

Πίνακας 18: Έλεγχος συσχετίσεων

| | | Συσχετίσεις | | | | | | | |
|--|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------|---|------------------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------|
| | | Υποστηρικτική προσαρμογή | Προστατευτική προσαρμογή | Αποφυγή | Χαρακτηριστικά προσωπικότητας (φιλικά στερεότυπα) | Χαρακτηριστικά ικανότητας | Θετικά συναίσθηματα | Συναίσθηματα φόβου | Αρνητικά συναίσθηματα |
| Υποστηρικτική προσαρμογή | Pearson r | 1 | | | | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | | | | | | | | |
| | N | 150 | | | | | | | |
| Προστατευτική προσαρμογή | Pearson r | -,015 | 1 | | | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | .853 | | | | | | | |
| | N | 150 | 150 | | | | | | |
| Αποφυγή | Pearson r | -,204* | ,492** | 1 | | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | .012 | .000 | | | | | | |
| | N | 150 | 150 | 150 | | | | | |
| Χαρακτηριστικά προσωπικότητας (φιλικά στερεότυπα) | Pearson r | ,186* | .046 | -,064 | 1 | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | .023 | .575 | .437 | | | | | |
| | N | 150 | 150 | 150 | 150 | | | | |
| Χαρακτηριστικά ικανότητας | Pearson r | ,248** | .031 | -,062 | ,604** | 1 | | | |
| | Sig. (2-tailed) | .002 | .703 | .453 | .000 | | | | |
| | N | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | | | |
| Θετικά συναίσθηματα | Pearson r | ,425** | .133 | -,098 | ,463** | ,404** | 1 | | |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .104 | .235 | .000 | .000 | | | |
| | N | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | | |
| Συναίσθηματα φόβου | Pearson r | -,147 | ,247** | ,326** | -,206* | -,098 | -,136 | 1 | |
| | Sig. (2-tailed) | .073 | .002 | .000 | .012 | .232 | .098 | | |
| | N | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | |
| Αρνητικά συναίσθηματα | Pearson r | -,368** | .055 | ,172* | -,063 | -,051 | -,118 | ,568** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .508 | .035 | .441 | .536 | .150 | .000 | |
| | N | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 |

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
 **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Κεφάλαιο 6°:

Συζήτηση-Ερμηνεία αποτελεσμάτων

Στην παρούσα ερευνητική εργασία έγινε μια προσπάθεια να καταγραφούν οι απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τις γνώσεις και τις στάσεις τους απέναντι σε μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ, καθώς και τις απόψεις τους σχετικά με την επικοινωνιακή προσαρμογή, τα στερεότυπα και τα συναισθήματα των εκπαιδευτικών απέναντι στους/τις μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ. Το δείγμα αποτέλεσαν 150 εκπαιδευτικοί που υπηρετούν στο νησί της Ρόδου, από τους οποίους 43 ήταν άνδρες και 107 γυναίκες. Η μεγάλη απόκλιση στο φύλο πιθανόν να είναι αποτέλεσμα του μεγαλύτερου αριθμού γυναικών/εκπαιδευτικών στα σχολεία της Ρόδου σε αντίθεση με τους άντρες/εκπαιδευτικούς. Η πλειονότητα του δείγματος ανήκει στην ηλικιακή ομάδα «20-30» ετών (ποσοστό 35,3%) και έχουν «0-10» χρόνια υπηρεσίας (ποσοστό 53,3%). Στην έρευνα συμμετείχαν, κυρίως, εκπαιδευτικοί νεαρής ηλικίας κάτι που μπορεί να δικαιολογηθεί ως αποτέλεσμα του τρόπου που διεξήχθη η έρευνα, με το ερωτηματολόγιο να διανέμεται ηλεκτρονικά κάτι που μπορεί να δυσκολεύει άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, αλλά και το γεγονός ότι στο νησί υπάρχουν πολλοί αναπληρωτές, κυρίως, νεαρής ηλικίας. Τέλος, αναφορικά με το δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι είναι, κατά κύριο λόγο, εκπαιδευτικοί γενικής τάξης (ποσοστό 57,3%) και έχουν μετεκπαίδευση στην Ειδική Αγωγή ή στην Ειδική Αγωγή και σε κάποιο άλλο γνωστικό αντικείμενο (ποσοστό 71,3%).

Όσον αφορά στα περιγραφικά αποτελέσματα της έρευνας, στο Β Μέρος, που αναφέρεται στις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ, φαίνεται ότι οι εκπαιδευτικοί έχουν γνώσεις για τα περισσότερα θέματα που αναφέρονται και αφορούν στη συγκεκριμένη διαταραχή. Μάλιστα, φαίνεται να έχουν αρκετές γνώσεις ακόμη και σε ζητήματα που είναι υπό διερεύνηση, όπως για παράδειγμα η διατροφή των παιδιών με ΔΕΠ/Υ. Ενδεικτικά, στη δήλωση ότι *«Ειδικές δίαιτες (π.χ. μειωμένη ζάχαρη, χωρίς σιτάρι, χωρίς λακτόζη, χωρίς πρόσθετα) είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για την ΔΕΠ/Υ»*, διαπιστώνεται ότι οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών συγκεντρώνονταν κάπου στο κέντρο, αφού εν μέρει συμφωνούσαν, το οποίο και συνάδει με την πραγματικότητα. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με μία παλαιότερη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2010 από τους Perold, Louw και Kleynhans, και η πλειονότητα των ερωτηθέντων πίστευαν λανθασμένα ότι η μείωση της πρόσληψης ζάχαρης ή προσθέτων τροφίμων από τη διατροφή θα μπορούσε να μειώσει αποτελεσματικά τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ. Σε πιο πρόσφατες μελέτες, των Silk κ.ά. (2016)

και των Banaschewski κ.ά. (2017), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ και της διατροφής, όπως τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα που θεωρούνται υπεύθυνα για την ενίσχυση της υπερκινητικής συμπεριφοράς. Όσον αφορά στη δήλωση που αναφέρει ότι «η ΔΕΠ/Υ προκαλείται από υπερβολική ζάχαρη στη διατροφή», η πλειονότητα απάντησε ορθά, αφού διαφώνησε με αυτή.

Παρόμοια αποτελέσματα προκύπτουν για δηλώσεις που αφορούν στις γνώσεις για τα αίτια της ΔΕΠ/Υ. Σχετικά με το αν «Η ΔΕΠ/Υ μπορεί να κληρονομηθεί» (ην οποία και είναι σωστή), η πλειονότητα απάντησε ότι συμφωνεί. Αυτό έρχεται σε αντιστοιχία με τα σύγχρονα δεδομένα, αφού το θέμα διερευνάται ακόμη και προς το παρόν υποστηρίζεται ότι το 76,0% των παιδιών με αυτή τη διαταραχή εκτιμάται ότι έχουν τουλάχιστον ένα συγγενής με ΔΕΠ/Υ (Π.Σ.Α. ΔΕΠ/Υ χ.χ.). Σύμφωνα με τους Klein κ.ά. (2017), η πιθανότητα να εμφανίσει ΔΕΠ/Υ ένα παιδί, όπου ένας από τους δύο γονείς του παρουσιάζει τη συγκεκριμένη διαταραχή, είναι της τάξεως του 40%-60%. Επιπλέον, μία σχετική μελέτη που διεξήχθη το 2017 από τους Wiguna, κ.ά. στην Ινδονησία, προσπάθησε να αποδείξει τη σχέση του πολυμορφισμού του «DAT1» (Dopamine Transporter Gene: ενεργός μεταφορέας ντοπαμίνης) με την ΔΕΠ/Υ και αν και το επαναλαμβανόμενο «αλληλόμορφο 10» του «DAT1» είχε υψηλό ποσοστό και στις δύο περιπτώσεις, ωστόσο δεν βρέθηκαν αποτελέσματα επαναλαμβανόμενα που να το επιβεβαιώνουν (Wiguna, et al., 2017). Συνεχίζοντας με τα αίτια, στη (σωστή) δήλωση για το αν «η αιτία της ΔΕΠ/Υ είναι άγνωστη» μια μερίδα εκπαιδευτικών συμφώνησε σε μικρό βαθμό, υποστηρίζοντας τα δεδομένα που προέκυψαν από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε και που διαπιστώθηκε ότι αν και υπάρχει πληθώρα ερευνητικών δεδομένων για τα αίτια της ΔΕΠ/Υ, δεν είναι ακόμη δυνατόν να προσδιοριστούν με ακρίβεια και απόλυτη εγκυρότητα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι στη συγκεκριμένη διαταραχή είναι πολλοί οι παράγοντες που αλληλεπιδρούν, όπως είναι κατά κύριο λόγο γενετικοί και νευρολογικοί, και στη συνέχεια ψυχοκοινωνικοί και περιβαλλοντικοί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Barkley, 2006· Περβανίδου, 2009).

Ταυτόχρονα, υπήρξαν δηλώσεις με μεγάλο βαθμό συμφωνίας, κάτι που δείχνει το υψηλό επίπεδο των γνώσεων των εκπαιδευτικών για τη συγκεκριμένη διαταραχή. Έτσι, στην δήλωση «η ΔΕΠ/Υ είναι μία νευροβιολογική, αναπτυξιακή διαταραχή», υπήρξε υψηλό ποσοστό συμφωνίας. Παράλληλα, σε δηλώσεις που αναφέρονται στο τρόπο που εμφανίζονται τα συμπτώματα της διαταραχής υπήρξε, επίσης, υψηλός δείκτης γνώσεων, όπως για παράδειγμα στη δήλωση «υπάρχουν διαφορετικοί τύποι ΔΕΠ/Υ που μπορούν να εμφανιστούν με διαφορετικές συμπεριφορές», όπου η πλειονότητα του δείγματος φαίνεται να συμφωνεί σε σημαντικό βαθμό. Ομοίως, στη δήλωση «τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ μπορούν να παρουσιάσουν

υπερκινητικές συμπεριφορές, απροσεξία ή συνδυασμό και των δύο», η συντριπτική πλειονότητα των εκπαιδευτικών συμφωνεί, όπως και στη δήλωση «τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ συχνά αποτυγχάνουν να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στη δουλειά τους και κάνουν απρόσεκτα λάθη», όπου το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος συμφώνησε. Επιπλέον, στη δήλωση ότι «τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αποσπώνται εύκολα» η πλειονότητα του δείγματος έδειξε να συμφωνεί, όπως και στο ότι «τα παιδιά που έχουν υπερκινητικό τύπο ΔΕΠ/Υ συχνά μιλούν υπερβολικά πολύ και δυσκολεύονται να παραμείνουν στη θέση τους». Ακόμη, στην πρόταση ότι «τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχουν συχνά πρόβλημα συγκέντρωσης στην επιτραπέζια εργασία», η πλειονότητα του δείγματος συμφώνησε σε σημαντικό βαθμό. Σε προγενέστερες έρευνες, διαπιστώθηκε ότι η γνώση των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ είχε άμεση σχέση με την εμπειρία, αλλά και την επιπλέον επιμόρφωση που λάμβαναν οι εκπαιδευτικοί (Youssef, Hutchinson & Youssef, 2015). Στην παρούσα έρευνα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο συγκεκριμένο σημείο, γεγονός που δείχνει ότι οι γνώσεις των εκπαιδευτικών δεν σχετίζονται με τα χρόνια υπηρεσίας. Ωστόσο, το γεγονός ότι το 71,3% του δείγματος είχε σχετική επιμόρφωση με το αντικείμενο της ειδικής αγωγής, πιθανόν να οφείλεται στο ότι στα ελληνικά πανεπιστήμια, και συγκεκριμένα στο Πανεπιστήμιο Αιγαίου, το πρόγραμμα σπουδών συμπεριλαμβάνει επαρκή αριθμό σχετικών μαθημάτων, ώστε οι εκπαιδευτικοί να έχουν τις κατάλληλες γνώσεις και να ανταποκριθούν στα νέα δεδομένα της πραγματικότητας στο χώρο μιας σχολικής τάξης.

Επιπρόσθετα, δηλώσεις που αφορούσαν στην φαρμακευτική αγωγή για παιδιά με ΔΕΠ/Υ, όπως το αν «ένας συνδυασμός διεγερτικών φαρμάκων και διαχείρισης συμπεριφοράς είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για τη ΔΕΠ/Υ» (σωστή δήλωση/γνώση), η πλειονότητα του δείγματος συμφώνησε με αυτή, αν και ένα σημαντικό ποσοστό δήλωσε ότι συμφωνεί μερικώς, κάτι που δείχνει τη διστακτικότητα αρκετών απέναντι στη χρήση φαρμάκων. Συγχρόνως, στη δήλωση «η ΔΕΠ/Υ προκαλείται από κακή γονική μέριμνα» (λανθασμένη δήλωση/γνώση), η πλειονότητα του δείγματος φαίνεται να διαφωνεί σε σημαντικό βαθμό με τη δήλωση και αντιλαμβάνεται κανείς την εξέλιξη που υπήρξε όταν το 2006 σε σχετική έρευνα των Ghanizadeh, Bahredar και Moeini, στο Shiraz του Ιράν, όπου το 53,1% των εκπαιδευτικών θεωρούσαν ότι η ΔΕΠΥ είναι απόρροια της ελαστικής συμπεριφοράς των γονέων. Αρκετά χρόνια μετά σε παρόμοια έρευνα το 2010, στο Cape Town Metropole στο Δυτικό Ακρωτήριο, το 75,7% του δείγματος των εκπαιδευτικών γνώριζαν ότι η εκπαίδευση των γονέων και των εκπαιδευτικών, σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή, είναι καθοριστικοί παράγοντες στη θεραπεία της ΔΕΠ/Υ (Perold, Louw & Kleynhans, 2010).

Συνεχίζοντας με γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την αντιμετώπιση της ΔΕΠ/Υ, αξίζει να σημειωθεί ότι στη δήλωση «τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ επωφελούνται από μια

αυστηρότερη ανατροφή και σχολική εκπαίδευση», κάτι το οποίο και θεωρείται λάθος, το δείγμα φάνηκε να είναι μοιρασμένο. Η αντίληψη αυτή φαίνεται να ταυτίζεται με τον υψηλό βαθμό συμφωνίας των εκπαιδευτικών στη δήλωση για το ότι «τα παιδιά που παρουσιάζουν συμπεριφορές ΔΕΠ/Υ, ανεξάρτητα από μια διάγνωση ΔΕΠ/Υ, μπορούν να επωφεληθούν από εξατομικευμένες στρατηγικές διαχείρισης συμπεριφοράς» (σωστή δήλωση/γνώση), όπου το δείγμα απαντά θετικά στον ορθό τρόπο αντιμετώπισης των μαθητών/τριών με ΔΕΠ/Υ με τη χρήση στρατηγικών και όχι αποκλειστικά με έναν αυστηρότερο τρόπο. Σε μία ακόμη δήλωση ότι «τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ μπορούν να επιλέξουν να έχουν καλύτερη συμπεριφορά» (λανθασμένη δήλωση/γνώση) ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος διαφώνησε σωστά αν και προβληματίζει το γεγονός ότι ένα σημαντικό ποσοστό συμφώνησε μερικώς. Σε προηγούμενες έρευνες σχετικά με τη διερεύνηση συγκεκριμένων παρεμβάσεων ή τεχνικών διαχείρισης που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί μέσα στην τάξη, η πλειονότητα υποστήριξε ότι εφαρμόζουν, κυρίως, εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και κανόνων στην τάξη με στόχο να καταφέρουν να διαχειριστούν τα προβλήματα που δημιουργούνται (Torpin, Roman & Mwaba, 2015). Ενώ σε έρευνα που διεξήχθη πιο πρόσφατα το 2020 στο Marburg της Γερμανίας τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εφαρμογή CMS στην τάξη οδηγεί σε διαρκή μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ (Strelow, Dort, Schwinger & Christiansen, 2020).

Τέλος, ως προς τις γνώσεις οι εκπαιδευτικοί συμφώνησαν σε υψηλά ποσοστά στο ότι «υπάρχει περίπου 1 παιδί σε κάθε τάξη που εμφανίζει συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ», αλλά και ότι «οι εκπαιδευτικοί είναι συχνά οι πρώτοι που αναγνωρίζουν τις συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ και παραπέμπουν τα παιδιά για αξιολόγηση». Οι παραπάνω δηλώσεις, ταυτίζονται με όσα έχουν αναφερθεί προηγουμένως στο θεωρητικό μέρος της παρούσας εργασίας, αφού η ΔΕΠ/Υ διαγιγνώσκεται συχνότερα όταν ξεκινά το σχολείο γιατί οι εκπαιδευτικοί είναι αυτοί που έρχονται αντιμέτωποι με τα βασικά συμπτώματα σε συνδυασμό με τα σχετικά προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο (Campbell, et al., 2015· Dort, Strelow, Schwinger, & Christiansen, 2020).

Όσον αφορά στο Γ' Μέρος, περιλαμβάνονταν δηλώσεις σχετικά με τις συμπεριφορές των εκπαιδευτικών ειδικές για τη ΔΕΠ/Υ, οι οποίες είναι χωρισμένες σε επτά τμήματα. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο τμήμα διερευνήθηκε το «κατά πόσο οι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με ΔΕΠ/Υ», υπήρξαν δηλώσεις με μεγάλο βαθμό συμφωνίας, όπως «σε κάνουν να αισθάνεσαι ικανοποίηση όταν συνεργάζεσαι μαζί τους», «φέρνουν νέες προοπτικές στα θέματα που διδάσκω» και «έχουν καλές επιδόσεις σε κάποια μαθήματα και όχι σε κάποια άλλα», κάτι που δείχνει ένα θετικό τρόπο αντιμετώπισης των παιδιών με ΔΕΠ/Υ από τους εκπαιδευτικούς. Αντίθετα, στη δήλωση «πρέπει να προσπαθήσουν πιο πολύ για να

επικεντρωθούν στις σχολικές τους εργασίες», η πλειονότητα του δείγματος θεωρεί ότι οι μαθητές δεν προσπαθούν αρκετά κάτι όμως που μπορεί να έχει σχέση με το αν οι ίδιοι βοηθούν το μαθητή με τη χρήση ειδικών στρατηγικών. Αυτό σχετίζεται και με τη δήλωση «παρεμβαίνουν στην ικανότητά μου να διδάξω αποτελεσματικά την τάξη μου», όπου υπήρξε ένα σημαντικό ποσοστό συμφωνίας, ενώ την ίδια στιγμή ένα μικρό ποσοστό διαφωνούσε, γεγονός που μπορεί να ερμηνευτεί ως μη επαρκή γνώση για τον τρόπο διαχείρισης καταστάσεων που δημιουργούνται μέσα στη τάξη. Τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνονται να συμφωνούν με τα ευρήματα της έρευνας της Yarde-Leavett (2018), η οποία διαπίστωσε ότι οι εκπαιδευτικοί εκφράζουν την επιθυμία να εκπαιδεύουν μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ, ενώ ταυτόχρονα θεωρούν κάτι τέτοιο ως πρόκληση για τη διδασκαλία τους.

Ταυτόχρονα, η πλειονότητα του δείγματος διαφώνησε με το ότι *«δεν έχουν καμία δικαιολογία για την κακή συμπεριφορά τους εάν δεν έχουν επίσημη διάγνωση»,* γεγονός που δείχνει ότι γνωρίζουν πως η διαδικασία για την απόκτηση αυτής είναι χρονοβόρα. Επιπλέον, διαφώνησαν σε αρκετό βαθμό με τη δήλωση ότι οι μαθητές αυτοί *«έχουν κακή συμπεριφορά επειδή δεν θέλουν να ακολουθήσουν τους προκαθορισμένους κανόνες».* Οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών σε αυτές τις δύο δηλώσεις μπορούν να είναι αποτέλεσμα των ορθών γνώσεων που έχουν οι συγκεκριμένοι εκπαιδευτικοί. Τέλος, στη δήλωση *«χρειάζονται περισσότερη οργάνωση και πειθαρχία και όχι βοήθεια με το ακαδημαϊκό τους έργο»,* παρατηρείται το γεγονός ότι οι απαντήσεις βρίσκονται κάπου στη μέση (μεταξύ του «συμφωνώ μερικώς» και «διαφωνώ μερικώς»), κάτι που δείχνει ότι κάποιοι εκπαιδευτικοί θεωρούν πως πρέπει να δοθεί έμφαση στον τρόπο που θα διδαχθούν οι συγκεκριμένοι μαθητές και λιγότερο στο αντικείμενο, ενώ κάποιοι άλλοι θεωρούν εξίσου σημαντικά και τα δύο, επιδιώκοντας το συνδυασμό τους. Παρόμοια αποτελέσματα προκύπτουν και από την έρευνα των Youssef, Hutchinson και Youssef (2015), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι οι εκπαιδευτικοί θεωρούν πως τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ δεν ευθύνονται για τη συμπεριφορά τους, αν και αρκετά συχνά διαταράσσουν την τάξη. Μάλιστα, προτείνουν ότι θα ήταν επιθυμητό τα συγκεκριμένα παιδιά να διδάσκονται από εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής για να έχουν καλύτερα αποτελέσματα.

Στο δεύτερο τμήμα, όπου υπάρχουν δηλώσεις σχετικές με το τι πιστεύουν οι εκπαιδευτικοί με τη ΔΕΠ/Υ, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειονότητα πιστεύει πως *«η ΔΕΠ/Υ είναι μια έγκυρη διάγνωση»,* ενώ στη δήλωση *«η ΔΕΠ/Υ είναι μια δικαιολογία για την κακή ανατροφή των παιδιών»* η πλειονότητα διαφώνησε, κάτι που επιβεβαιώνει τη γνώση τους ότι η ανατροφή των παιδιών με ΔΕΠ/Υ δεν έχει άμεση σχέση με την αιτία της ύπαρξης της συγκεκριμένης διαταραχής. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της έρευνας των Ghanizadeh, Bahredar και Moeini (2006) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η ΔΕΠ/Υ

είναι της γονικής συμπεριφοράς και των πειθαρχικών κανόνων που θέτουν οι ίδιοι στα παιδιά τους. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι στη δήλωση «τα παιδιά που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ έχουν σκόπιμα κακή συμπεριφορά», η πλειονότητα των εκπαιδευτικών διαφώνησε σε σημαντικό βαθμό, γεγονός που υποστηρίζεται από τις γνώσεις που επέδειξαν προηγουμένως. Επιπλέον, στη δήλωση «η ΔΕΠ/Υ είναι υπερ-διαγνωσμένη» ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος φάνηκε να συμφωνεί, ενώ την ίδια στιγμή αρκετοί εκπαιδευτικοί φάνηκε να διαφωνούν μερικώς, γεγονός που μπορεί να οφείλεται είτε στο ότι η συγκεκριμένη διαταραχή ερευνήθηκε σε μεγάλο βαθμό σχετικά πρόσφατα και προέκυψαν νέα δεδομένα είτε στο ότι αυτή είναι μια αντίληψη που ορθά ή λανθασμένα επικρατεί στην Ελλάδα. Στην έρευνα της Yarde-Leavett (2018), τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν επίσης ότι οι εκπαιδευτικοί θεωρούν την ΔΕΠ/Υ υπερ-διαγνωσμένη.

Στο τρίτο τμήμα υπάρχουν δηλώσεις σχετικά με το τι θα ήθελαν να πράξουν οι εκπαιδευτικοί και σχετίζονται με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Η πλειονότητα των εκπαιδευτικών δήλωσε ότι «θα παρέπεμπε έναν μαθητή που παρουσίαζε συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ στην τάξη του», στον σχολικό σύμβουλο για πιθανή διάγνωση ΔΕΠ/Υ, κάτι που συμφωνεί με το υψηλό ποσοστό γνώσεων στο προηγούμενο μέρος του ερωτηματολογίου. Ενώ σχεδόν όλοι δήλωσαν ότι θα «ήθελαν να μάθουν περισσότερα για τη ΔΕΠ/Υ και τις σχετικές συμπεριφορές της» και θα «ήθελε να έχει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με παρεμβάσεις στην τάξη που θα μπορούσαν να τον βοηθήσουν στην εκπαίδευση των μαθητών που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ» κάτι που συνάδει με την πραγματικότητα, ότι δηλαδή οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί επιμορφώνονται στην ειδική αγωγή. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η Yarde-Leavett (2018) στην έρευνα της, αφού οι εκπαιδευτικοί υποστηρίζουν ότι θα επιθυμούσαν να είχαν κατάλληλη εκπαίδευση για τη ΔΕΠ/Υ και τις στρατηγικές παρεμβάσεις που θα πρέπει να χρησιμοποιήσουν.

Στο τέταρτο τμήμα υπάρχουν δηλώσεις σχετικά το τι θεωρούν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Ένα μεγάλο ποσοστό εκπαιδευτικών δείχνει να ενοχλείται από τις συμπεριφορές που είναι σχετικές με τη ΔΕΠ/Υ. Ακόμη, περίπου οι μισοί εκπαιδευτικοί διαφώνησαν ως προς τη δήλωση «ότι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ μου προκαλούν άγχος», ενώ την ίδια στιγμή κάποιιοι συμφώνησαν σε μικρό βαθμό, δείχνοντας να άγχεται ως ένα σημείο με τη παρουσία αυτών των μαθητών στη τάξη τους. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ενώ οι εκπαιδευτικοί διαφώνησαν ως προς το ότι «οι μαθητές με ΔΕΠ/Υ είναι αγενείς», αλλά και ως προς το ότι «είναι δύσκολο να διδαχθούν μαθητές με ΔΕΠ/Υ», η πλειονότητα των εκπαιδευτικών δήλωσε «ότι είναι ευχάριστο να βλέπεις τα επιτεύγματα των μαθητών που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ». Τα

αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται να συμφωνούν με τα αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών, οι οποίες υποστηρίζουν οι μαθητές με ΔΕΠ/Υ συχνά προκαλούν άγχος στους εκπαιδευτικούς σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης τους και το πως θα τους διδάξουν αποτελεσματικά (Mulholland, 2016· Yarde-Leavett, 2018).

Στο πέμπτο τμήμα υπάρχουν δηλώσεις ως προς τη διαφοροποίηση σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Όπως έγινε αντιληπτό από τα αποτελέσματα των δεδομένων, οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών είναι αναμενόμενες λόγω των γνώσεων τους. Ειδικότερα, στις παρακάτω δηλώσεις οι εκπαιδευτικοί φάνηκε να συμφωνούν σε σημαντικό βαθμό: *«η ΔΕΠ/Υ είναι ευεργετική για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων διδασκαλίας μου»*, *«έχω ήδη αλλάξει τα μαθήματα και το στυλ διδασκαλίας μου»* και *«οι εκπαιδευτικές στρατηγικές για μαθητές με συμπεριφορά τύπου ΔΕΠ/Υ είναι εύκολο να εφαρμοστούν σε μια τάξη γενικής εκπαίδευσης»*, κάτι που δείχνει την εξοικείωση του δείγματος με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Τέλος, στη δήλωση *«δεν έχω το χρόνο»* ώστε οι εκπαιδευτικοί να πραγματοποιήσουν διαφοροποίηση, ένα μεγάλο ποσοστό διαφώνησε κάτι που μπορεί να οφείλεται στις γνώσεις των εκπαιδευτικών ή στην εμπειρία τους. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η Yarde-Leavett (2018) στην έρευνα της, η οποία ανέφερε πως οι εκπαιδευτικοί του δείγματος φάνηκαν θετικοί απέναντι στην εκπαίδευση των παιδιών με ΔΕΠ/Υ διότι η επαφή μαζί τους συμβάλει στην ανάπτυξη των εκπαιδευτικών τους δεξιοτήτων και του στυλ μάθησης που χρησιμοποιούν στη διδασκαλία τους.

Στο έκτο τμήμα υπάρχουν δηλώσεις για το τι γνώμη έχουν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με τις γνώσεις τους αναφορικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Το δείγμα θεωρεί ότι έχει γνώσεις *«συμπεριφορών τύπου ΔΕΠ/Υ»*, αλλά ένα σημαντικό ποσοστό φαίνεται να *«συμφωνεί μερικώς»* κάτι που μπορεί να ερμηνευθεί ως *«μη έχοντας εμπιστοσύνη»* στον εαυτό τους γι' αυτό και συναντήσαμε σε προηγούμενη δήλωση την επιθυμία τους να μάθουν περισσότερα. Από την άλλη, επέδειξαν μεγάλη σιγουριά για τις γνώσεις που κατέχουν σχετικά με *«παρεμβάσεις στην τάξη για τη διαχείριση της κακής συμπεριφοράς»*. Τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται να συμφωνούν με τα ευρήματα που προέκυψαν από την έρευνα της Yarde-Leavett (2018), αφού οι πλειονότητα των εκπαιδευτικών δήλωσε ότι έχουν γνώσεις σχετικά με τις συμπεριφορές της ΔΕΠ/Υ και τις παρεμβάσεις που απαιτούνται για τη διαχείριση της κακής συμπεριφοράς στην τάξη.

Στο έβδομο τμήμα αναφέρονται δηλώσεις των εκπαιδευτικών για το τι πιστεύουν σχετικά με συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ. Η πλειονότητα των εκπαιδευτικών εκφράζει με σιγουριά ότι έχει τα σχετικά προσόντα, ως ένα σημείο, αλλά και τη διάθεση να διδάξει παιδιά με ΔΕΠ/Υ. Πιο συγκεκριμένα, στη δήλωση *«έχω αποκτήσει επαρκή επαγγελματική ανάπτυξη*

σχετικά με τη διαχείριση συμπεριφορών τύπου ΔΕΠ/Υ», αν και η πλειονότητα του δείγματος δήλωσε ότι συμφωνεί, η μεγαλύτερη συμφωνία εντοπίστηκε στο «μερικώς», δηλαδή σε μικρό βαθμό, δείχνοντας μια σχετική αμφιβολία στις δυνατότητες τους. Τα αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα που προέκυψαν από την έρευνα της Yarde-Leavett (2018), αφού οι εκπαιδευτικοί σημείωσαν σε σημαντικό βαθμό ότι δεν έχουν λάβει επαρκή επαγγελματική ανάπτυξη σχετικά με τη διαχείριση συμπεριφορών τύπου ΔΕΠ/Υ.

Επίσης, στη δήλωση «*μπορώ να διδάξω αποτελεσματικά μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ*» φάνηκαν να είναι σίγουροι πως μπορούν με υψηλό ποσοστό συμφωνίας. Ακόμη, δήλωσαν την επιθυμία να είναι πιο αποτελεσματικοί στη διδασκαλία μαθητών που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ. Τέλος, στη δήλωση «*δεν μου αρέσει να διδάσκω μαθήματα σε τάξεις που περιλαμβάνουν μαθητές που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ*» η πλειονότητα του δείγματος απάντησε αρνητικά. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η Yarde-Leavett (2018) στην έρευνα της, αφού οι εκπαιδευτικοί δείχνουν ότι μπορούν να διδάξουν αποτελεσματικά τους μαθητές με ΔΕΠ/Υ και μάλιστα υποστηρίζουν ότι είναι θετικοί στην ύπαρξη μαθητών με ΔΕΠ/Υ στην τάξη τους.

Στο Δ Μέρος, το οποίο χωρίζεται σε τέσσερα τμήματα, αναφέρεται στην επικοινωνιακή προσαρμογή με μαθητές με ΔΕΠ/Υ. Ειδικότερα, περιλαμβάνονται δηλώσεις σχετικά με το κατά πόσο οι εκπαιδευτικοί συμφωνούν ή διαφωνούν ως προς την επικοινωνιακή προσαρμογή κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας με έναν μαθητή με ΔΕΠ/Υ. Ακόμη, οι ερωτήσεις σχετίζονταν με τα χαρακτηριστικά που αναγνωρίζουν στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ και τα συναισθήματα που βιώνουν στην καθημερινή τους επαφή με αυτά τα παιδιά.

Στο πρώτο τμήμα αναφέρονται δηλώσεις σχετικά με το τι θα έπρατταν οι εκπαιδευτικοί όταν θα συνομιλούσαν με έναν μαθητή με ΔΕΠ/Υ. Τα μεγαλύτερα ποσοστά συναντώνται στις δηλώσεις που αναφέρουν ότι οι εκπαιδευτικοί θα προσπαθούσαν: «*να έχω τον έλεγχο της συνομιλίας*», «*να είμαι προστατευτικός/ή*», «*να μιλάω με πιο αργό ρυθμό*», «*να δείξω σεβασμό*», «*να είμαι υποστηρικτικός/ή*», «*να μιλήσω για θέματα που τον/την ενδιαφέρουν*», «*να μοιραστώ τις σκέψεις και τα συναισθήματά*», «*να είμαι ευγενικός/ή*», «*να κάνω το άτομο να νιώσει άνετα*» και «*να του δείξω κατανόηση*». Αξίζει να σημειωθεί ότι παρατηρήθηκαν μεγάλα ποσοστά διαφωνίας σε δηλώσεις, όπως το «*δεν θα ξέρω τί να συζητήσω μαζί του*» και «*θα προσπαθήσω να ολοκληρώσω σύντομα τη συνομιλία*». Ενώ κάπου στη μέση βρέθηκαν οι δηλώσεις του να μιλάνε δυνατά, να αποφύγουν κάποια θέματα και να προσπαθήσουν να μη λένε αυτά που σκέφτονται. Όλα τα ποσοστά των απαντήσεων θεωρήθηκαν αναμενόμενα από τις γνώσεις που κατέχει το συγκεκριμένο δείγμα. Κατά αντίστοιχο τρόπο η Yarde-Leavett (2018) στην έρευνα της διαπίστωσε ότι οι εκπαιδευτικοί

εκφράζουν θετικές στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στους μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ με αποτέλεσμα να έχουν την επιθυμία να συναναστρέφονται και να διδάσκουν τα παιδιά αυτά.

Στο δεύτερο τμήμα οι εκπαιδευτικοί απάντησαν στο ερώτημα «πόσο συχνά συναντάτε μαθητές με ΔΕΠ/Υ στο σχολείο σας», η πλειονότητα του δείγματος ανέφερε ότι συναντά από συχνά έως πάντα. Οι απαντήσεις αυτές επιβεβαιώνονται και από την αντίστοιχη βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε στο θεωρητικό μέρος και υποστηρίζει ότι η ΔΕΠ/Υ χαρακτηρίζεται ως μία από τις πιο συχνές διαταραχές, με σχετικά υψηλή συνολική επικράτηση παγκοσμίως της τάξεως του 5,29% (Polanczyk, et al., 2007). Αν και σε προηγούμενη μελέτη είχε διαπιστωθεί ότι το ποσοστό των παιδιών του δημοτικού σχολείου που πάσχουν από ΔΕΠ/Υ είναι 26,2% (Wiguna et al., 2017). Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη από τον Barkley (2006) το 5-7% του μαθητικού πληθυσμού αντιμετωπίζει προβλήματα σχετικά με ΔΕΠ/Υ, ενώ στις μέρες μας το ποσοστό αυτό φαίνεται να παρουσιάζει μεγάλη αύξηση γεγονός που κρίνει επιτακτική την ανάγκη μιας περαιτέρω διερεύνησης του ζητήματος (Robinson & Trigg, 2013). Στον Ελλαδικό χώρο, στον οποίο και ανήκει και το δείγμα μας, τα ποσοστά παρουσίασης της ΔΕΠ/Υ κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα, δηλαδή περίπου στο 3-7%. Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Κάκουρος και Μανιαδάκης το 2000 με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV απέδειξαν ότι το 10% του μαθητικού πληθυσμού φαίνεται να παρουσιάζει συμπτώματα ΔΕΠ/Υ. Αργότερα, οι Scounti και Philalithis το 2006 στην έρευνα τους διαπίστωσαν ότι το 8,8% των αγοριών και το 4,2% των κοριτσιών παρουσιάζουν συμπτώματα ΔΕΠ/Υ.

Στο τρίτο τμήμα οι εκπαιδευτικοί δήλωσαν τις απόψεις τους σχετικά με τα χαρακτηριστικά των μαθητών με ΔΕΠ/Υ και τα συναισθήματα που βιώνουν απέναντι τους. Η πλειονότητα των εκπαιδευτικών συμφώνησε με τα παρακάτω χαρακτηριστικά των μαθητών με ΔΕΠ/Υ θεωρώντας τους: συμπαθείς, καλοσυνάτους, φιλικούς, έξυπνους, ικανούς, επιδέξιους, έντιμους, ειλικρινείς και άξιους εμπιστοσύνης. Τέλος, στο τέταρτο τμήμα οι εκπαιδευτικοί δήλωσαν τα συναισθήματα που βιώνουν οι ίδιοι απέναντι σε μαθητές με ΔΕΠ/Υ. Η πλειονότητα των εκπαιδευτικών συμφωνήσαν σε μεγάλο βαθμό ότι νιώθουν «Θαυμασμό», «Σεβασμό» και «Συμπάθεια» απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ, ενώ διαφώνησαν σε μεγάλο βαθμό απέναντι σε συναισθήματα, όπως «Θυμός», «Εκνευρισμός», «Οίκτος», «Φόβος», «Ανησυχία», «Περιφρόνηση», «Αηδία» και «Απέχθεια». Εντύπωση προκαλούν οι απαντήσεις δύο εκπαιδευτικών, όπου ο ένας δήλωσε ότι νιώθει απέχθεια απέναντι σε παιδιά με ΔΕΠ/Υ (δηλώνοντας «πάρα πολύ») και ο άλλος αηδία (δηλώνοντας «πολύ»). Προς αυτήν την κατεύθυνση, η Yarde-Leavett (2018) στην έρευνα της, διαπίστωσε ότι οι εκπαιδευτικοί επιδεικνύουν θετικά συναισθήματα στην διδασκαλία των μαθητών/τριών με ΔΕΠ/Υ, ενώ

αντίθετα οι Mulholland κ.ά. (2015) στην έρευνα τους διαπίστωσαν ότι οι εκπαιδευτικοί έχουν γενικά αρνητικά συναισθήματα απέναντι στους μαθητές με ΔΕΠ/Υ, αφού θεωρούν τη συμπεριφορά τους ενοχλητική στην τάξη.

Όσον αφορά στην επαγωγική ανάλυση των αποτελεσμάτων είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι, αφού ελέγχθηκαν όλα τα δημογραφικά στοιχεία με τα αντίστοιχα μη παραμετρικά κριτήρια, επιλέχθηκε να αναλυθεί εις βάθος μόνο το φύλο, μιας και διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις σε αρκετές δηλώσεις του ερωτηματολογίου. Πιο συγκεκριμένα, ως προς τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ φάνηκε ότι οι άντρες πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι οι γυναίκες ότι *«ένας συνδυασμός διεγερτικών φαρμάκων και διαχείρισης συμπεριφοράς είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για τη ΔΕΠ/Υ»*, *«η ΔΕΠ/Υ προκαλείται από υπερβολική ζάχαρη στη διατροφή»* και ότι *«υπάρχει περίπου 1 παιδί σε κάθε τάξη που εμφανίζει συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ»*.

Σχετικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών που αφορούν σε συμπεριφορές ειδικές για ΔΕΠ/Υ, φαίνεται ότι οι άντρες πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι οι γυναίκες ότι οι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές σχετικές με ΔΕΠ/Υ *«παρεμβαίνουν στην ικανότητά μου να διδάξω αποτελεσματικά την τάξη μου»*, ότι *«δεν έχουν καμία δικαιολογία για την κακή συμπεριφορά τους εάν δεν έχουν επίσημη διάγνωση»*, ότι *«η ΔΕΠ/Υ είναι μια έγκυρη διάγνωση»*, ότι *«η ΔΕΠ/Υ είναι μια δικαιολογία για την κακή ανατροφή των παιδιών»* και ότι *«τα παιδιά που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ έχουν σκόπιμα κακή συμπεριφορά»*. Επιπλέον, οι άντρες θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι οι γυναίκες *«τους μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ αγενείς»* και *«ότι είναι δύσκολο να διδαχθούν μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ»*. Ακόμη, οι άντρες αισθάνονται σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι οι γυναίκες ότι έχουν γνώσεις *«παρεμβάσεων στην τάξη για τη διαχείριση της κακής συμπεριφοράς»* και ότι *«δεν τους αρέσει να διδάσκουν μαθήματα σε τάξεις που περιλαμβάνουν μαθητές που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ»*. Τέλος, οι γυναίκες θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι οι άντρες ότι *«η ΔΕΠ/Υ είναι ευεργετική για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων διδασκαλίας μου»*.

Ως προς την επικοινωνιακή προσαρμογή των εκπαιδευτικών κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας με έναν μαθητή με ΔΕΠ/Υ, οι άντρες υποστηρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τις γυναίκες ότι *«Θα προσπαθήσω να αποφύγω κάποια θέματα»* και *«Θα προσπαθήσω να μη λέω πάντα αυτό που σκέφτομαι»*. Από την άλλη, οι γυναίκες σημείωσαν σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι οι άντρες ότι *«Θα προσπαθήσω να μιλάω με πιο αργό ρυθμό»*, *«Θα προσπαθήσω να είμαι υποστηρικτικός/ή»*, *«Θα προσπαθήσω να μιλήσω για θέματα που τον/την ενδιαφέρουν»*, *«Θα προσπαθήσω να μοιραστώ τις σκέψεις και τα συναισθήματά μου»*, *«Θα*

προσπαθήσω να είμαι ευγενικός/ή», «Θα προσπαθήσω να κάνω το άτομο να νιώσει άνετα» και «Θα προσπαθήσω να του δείξω κατανόηση».

Όσον αφορά στις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τα χαρακτηριστικά των μαθητών με ΔΕΠ/Υ φαίνεται ότι οι γυναίκες θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι οι άντρες ότι είναι «*Ικανοί*». Τέλος, όσον αφορά στα συναισθήματα που βιώνουν οι ίδιοι απέναντι σε μαθητές με ΔΕΠ/Υ, οι γυναίκες αναφέρθηκαν σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους άντρες σε συναισθήματα, όπως «*Σεβασμό*» και «*Συμπάθεια*». Από την άλλη, οι άντρες αναφέρθηκαν σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τις γυναίκες σε συναισθήματα, όπως «*Οίκτο*», «*Ανησυχία*».

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι οι άντρες αποδέχονται σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τις γυναίκες το συνδυασμό διεγερτικών φαρμάκων και διαχείρισης συμπεριφοράς ως μια αποτελεσματική θεραπεία για τη ΔΕΠ/Υ. Ταυτόχρονα, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν την παρουσία μαθητών/τριών μέσα στη τάξη τους ως μια πρόκληση για να γίνουν καλύτερες και εμφανίζουν μια μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση ως προς το θέμα αυτό.

Όσον αφορά στην ανάλυση συσχετίσεων των αποτελεσμάτων ένα σημαντικό σημείο που αξίζει να αναφερθεί είναι ότι η ανάλυση έδειξε ότι όσο περισσότερο έχουν θετικά συναισθήματα για τους μαθητές τόσο περισσότερο υιοθετούν την υποστηρικτική προσαρμογή κατά την επικοινωνία μαζί τους ενώ από την άλλη, όσο περισσότερο έχουν αρνητικά συναισθήματα για τους μαθητές τόσο λιγότερο υιοθετούν την υποστηρικτική προσαρμογή κατά την επικοινωνία μαζί τους. Παράλληλα, η ανάλυση συσχετίσεων έδειξε ότι όσο περισσότερο βλέπουν τους μαθητές ως φιλικούς τόσο περισσότερο βλέπουν χαρακτηριστικά ικανότητας στους μαθητές. Ακόμη, όσο περισσότερο βλέπουν τους μαθητές ως φιλικούς τόσο περισσότερο βιώνουν θετικά συναισθήματα για τους μαθητές. Τέλος, η συγκεκριμένη ανάλυση έδειξε ότι όσο περισσότερο βλέπουν τους μαθητές ως φιλικούς τόσο λιγότερο βιώνουν συναισθήματα φόβου για τους μαθητές. Ανάλογα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και σε έρευνα της Yarde-Leavett (2018).

Γενικά Συμπεράσματα - Προτάσεις

Στην παρούσα ερευνητική εργασία έγινε μια προσπάθεια να καταγραφούν οι απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τις γνώσεις και τις στάσεις τους απέναντι σε μαθητές/τριες με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ), καθώς και τις απόψεις τους σχετικά με την επικοινωνιακή προσαρμογή με τους μαθητές/τριες με ΔΕΠ/Υ, τα στερεότυπα και τα συναισθήματα των εκπαιδευτικών απέναντι σ' αυτά τα άτομα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί στην πλειονότητα τους είχαν γνώσεις που αφορούσαν στα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ/Υ, τα αίτια και τους τρόπους εκδήλωσης της στο χώρο του σχολείου. Επιπλέον, για «αμφιλεγόμενα» θέματα, όπως η χρήση διεγερτικών φαρμάκων, αλλά και ορισμένα ακόμη που βρίσκονται «υπό διερεύνηση» όπως είναι τα αίτια, οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών συγκεντρώνονταν κάπου στο κέντρο της κλίμακας που τους δινόταν, δείχνοντας με αυτόν τον τρόπο να ταυτίζονται οι γνώσεις τους με όσα αναφέρονται στη σχετική βιβλιογραφία, μιας και τα δεδομένα αλλάζουν συνεχώς. Ένα ενδεικτικό παράδειγμα που αναφέρεται στα αίτια της ΔΕΠ/Υ είναι το κατά πόσο η ύπαρξη της ζάχαρης στη διατροφή των παιδιών συνιστά ένα από τα αίτια της. Από τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών προέκυψε ορθά ότι κάτι τέτοιο δεν ισχύει, όπως άλλωστε αναφέρεται και στη σχετική βιβλιογραφία. Ακόμη, διερευνάται το κατά πόσο η ύπαρξη της ζάχαρης μπορεί να επηρεάζει αρνητικά τα παιδιά που έχουν ΔΕΠ/Υ με τους εκπαιδευτικούς να εμφανίζονται αρκετά προβληματισμένοι, γεγονός που μπορεί να υποστηριχθεί από τα μέχρι τώρα ερευνητικά δεδομένα, τα οποία υποστηρίζουν ότι αν και δεν είναι βασικό αίτιο, ωστόσο μία ειδική διατροφή που απορρίπτει τη ζάχαρη, έχει θετικά αποτελέσματα στη ΔΕΠ/Υ.

Επιπρόσθετα, ως προς τα αίτια της ΔΕΠ/Υ και συγκεκριμένα για το αν αυτά είναι γνωστά, οι εκπαιδευτικοί έδειξαν να μην είναι απόλυτα σίγουροι για την απάντησή τους, γεγονός που επαληθεύεται από τις σύγχρονες έρευνες, αφού τα αίτια δεν μπορούν ακόμη να προσδιοριστούν με ακρίβεια και απόλυτη εγκυρότητα μιας και εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν, όπως είναι κατά κύριο λόγο γενετικοί, νευρολογικοί, ψυχοκοινωνικοί και περιβαλλοντικοί. Προς την ίδια κατεύθυνση, οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών ταυτίζονται με την αντίστοιχη βιβλιογραφία και στο ερώτημα αν η ΔΕΠ/Υ μπορεί να κληρονομηθεί, αφού δεν υπάρχουν ακριβή αποτελέσματα. Το θέμα αυτό βρίσκεται υπό διερεύνηση, αλλά μέχρι στιγμής υποστηρίζεται ότι στην πλειονότητα των παιδιών με ΔΕΠ/Υ θα υπάρχει τουλάχιστον ένας συγγενής με ΔΕΠ/Υ. Στο συγκεκριμένο

ερωτηματολόγιο η δήλωση αυτή θεωρείται σωστή. Παράλληλα, οι εκπαιδευτικοί στην πλειονότητα τους φάνηκε να έχουν επαρκείς γνώσεις για τη ΔΕΠ/Υ, αφού υποστήριξαν ότι η κακή γονική μέριμνα δεν είναι αιτία της ΔΕΠ/Υ, μία αυστηρή ανατροφή δεν έχει όφελος προς τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ, τα παιδιά με τη συγκεκριμένη διαταραχή δεν είναι υπεύθυνα για τη συμπεριφορά τους, αλλά και ότι τα συγκεκριμένα παιδιά μπορούν να επωφεληθούν από τη χρήση εξατομικευμένων στρατηγικών διαχείρισης συμπεριφοράς.

Αξίζει να σημειωθεί ότι όσον αφορά στις συμπεριφορές των εκπαιδευτικών απέναντι σε μαθητές με ΔΕΠ/Υ, η πλειονότητα των εκπαιδευτικών ανέφερε ότι αισθάνονται ικανοποίηση όταν συνεργάζονται μαζί τους και μάλιστα μπορούν να τους προσφέρουν νέες προοπτικές στα θέματα που διδάσκουν. Γνωρίζουν ότι τα συγκεκριμένα παιδιά έχουν καλές επιδόσεις σε κάποια μαθήματα και όχι καλές σε κάποια άλλα, και δυσκολεύονται πολύ να συγκεντρωθούν για να ολοκληρώσουν τις σχολικές τους εργασίες, ωστόσο θεωρούν ότι με κατάλληλες στρατηγικές μπορούν να τους βοηθήσουν ώστε να βελτιωθούν. Από την άλλη, φαίνεται να κατανοούν τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι μαθητές με ΔΕΠ/Υ μιας και διαφώνησαν σημαντικά με δηλώσεις που αναφέρονταν σε ηθελημένες κακές συμπεριφορές των παιδιών ή στο γεγονός ότι η ΔΕΠ/Υ είναι αποτέλεσμα μιας κακής ανατροφής των παιδιών. Μάλιστα, τόνισαν ότι δεν μπορούν να ακολουθήσουν προκαθορισμένους κανόνες με μεγάλη ευκολία και θα τους βοηθούσε αρκετά περισσότερη οργάνωση και πειθαρχία. Γνωρίζουν πολύ καλά ότι η ΔΕΠ/Υ συνιστά μια νευροβιολογική, αναπτυξιακή διαταραχή, η οποία ορίζεται από ποικίλους παράγοντες.

Οι εκπαιδευτικοί στην πλειονότητά τους αν και φάνηκε να έχουν γνώσεις σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ, ωστόσο εκδήλωσαν ενδιαφέρον για επιπλέον επιμόρφωση τους σε ζητήματα σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ, αφού θεωρούν ότι με αυτόν τον τρόπο θα ένιωθαν μεγαλύτερη σιγουριά και ασφάλεια στην αντιμετώπιση των συγκεκριμένων μαθητών. Γι' αυτό το λόγο θα ήθελαν να έχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με παρεμβάσεις στην τάξη που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν στην εκπαίδευση των μαθητών που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ. Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί ανέφεραν ότι θεωρούν τους μαθητές με ΔΕΠ/Υ «εκπαιδεύσιμους» αν χρησιμοποιηθούν οι κατάλληλες τεχνικές και μέθοδοι, και μάλιστα ευχαριστιούνται ακόμη περισσότερο όταν βλέπουν τα επιτεύγματα των συγκεκριμένων μαθητών στην τάξη.

Σε προσωπικό επίπεδο, αρκετοί εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι η επαφή τους με μαθητές με ΔΕΠ/Υ μπορεί να είναι ευεργετική για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων διδασκαλίας τους και μάλιστα έχουν αλλάξει το στυλ διδασκαλίας τους χρησιμοποιώντας κατάλληλες εκπαιδευτικές στρατηγικές, προκειμένου να μπορέσουν οι μαθητές αυτοί να συμμετέχουν

ισότιμα στην εκπαιδευτική διαδικασία. Επιπλέον, θεωρούν ότι με τη επιμόρφωση που έχουν πάνω σε θέματα ειδικής αγωγής έχουν αποκτήσει επαρκή επαγγελματική ανάπτυξη σχετικά με τη διαχείριση συμπεριφορών τύπου ΔΕΠ/Υ και μπορούν να διδάξουν αποτελεσματικά μαθητές με ΔΕΠ/Υ. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας με ένα μαθητή με ΔΕΠ/Υ, οι εκπαιδευτικοί ως επί το πλείστον ανέφεραν ότι θα προσπαθούσαν να δείξουν κατανόηση και σεβασμό, να κάνουν το άτομο να νιώσει άνετα, να είναι ευγενικοί, υποστηρικτικοί και προστατευτικοί, να μιλήσουν για θέματα που ενδιαφέρουν το μαθητή, να μοιραστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, αλλά και να έχουν τον έλεγχο της συνομιλίας.

Η πλειονότητα των εκπαιδευτικών ανέφερε ότι σχεδόν σε κάθε σχολική χρονιά που καλούνται να διδάξουν έχουν τουλάχιστον ένα μαθητή με ΔΕΠ/Υ και αυτό τους κάνει να αισθάνονται αρκετά οικεία με τη διαταραχή αυτή. Μάλιστα, θεωρούν τους μαθητές με ΔΕΠ/Υ συμπαθείς, καλοσυνάτους, φιλικούς, έξυπνους, ικανούς, επιδέξιους, έντιμους, ειλικρινείς και άξιους εμπιστοσύνης. Αν και κατά τα πρώτα χρόνια της διδακτικής τους πορείας μπορεί να διακατέχονταν από ένα αίσθημα άγχους σχετικά με το πώς θα μπορούσαν να προσεγγίσουν ένα μαθητή με ΔΕΠ/Υ, η συχνή επαφή τους με τα άτομα αυτά τους έκανε να αισθάνονται, κυρίως, θαυμασμό, σεβασμό και συμπάθεια απέναντι τους.

Στο πλαίσιο της επαγωγικής ανάλυσης που πραγματοποιήθηκε, εντοπίστηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις σε σχέση με το φύλο των εκπαιδευτικών. Ειδικότερα, οι άντρες αποδέχονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τις γυναίκες τη χρήση διεγερτικών φαρμάκων ως μια αποτελεσματική θεραπεία για τη ΔΕΠ/Υ. Ταυτόχρονα, παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες νιώθουν σε μεγαλύτερο βαθμό συναισθήματα απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ, όπως ο σεβασμός και η συμπάθεια. Τέλος, παρατηρήθηκε ότι οι άντρες συμφωνούν περισσότερο με απόψεις που σχετίζονται με το πώς βλέπουν και αντιμετωπίζουν τη συμπεριφορά των μαθητών/τριών μέσα στη τάξη και πόσο αυτό τους επηρεάζει στον τρόπο διδασκαλίας τους. Μάλιστα, οι γυναίκες φαίνεται να θεωρούν την παρουσία μαθητών/τριών με ΔΕΠ/Υ μέσα στη τάξη τους ευεργετική για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων της διδασκαλίας τους.

Ολοκληρώνοντας, θα ήταν σημαντικό να αναφερθεί ότι το υπό εξέταση θέμα προσεγγίστηκε τόσο βιβλιογραφικά, όσο και εμπειρικά, και είχε ως απώτερο στόχο να δοθούν κάποια επιπλέον στοιχεία, ώστε να συμπεριληφθούν σε αποτελέσματα άλλων αντίστοιχων ερευνών. Ορισμένες από αυτές τις μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να είναι οι εξής:

- Η διεξαγωγή της ίδιας έρευνας στο ίδιο δείγμα, προκειμένου να διερευνηθούν και οι απόψεις των εκπαιδευτικών που δεν μπόρεσαν να απαντήσουν, λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών της πανδημίας που επικρατούσε όταν διεξήχθη η παρούσα μελέτη.

- Η διεξαγωγή της ίδιας έρευνας σε μεγαλύτερο δείγμα, προκειμένου να διερευνηθούν και οι απόψεις των εκπαιδευτικών σε άλλα μέρη της Ελλάδας ή πανελλαδικά.
- Η διεξαγωγή της έρευνας αυτής σε γονείς παιδιών με ΔΕΠ/Υ (προσαρμοσμένη), ώστε να ελεγχθεί το επίπεδο γνώσεων των γονιών αφού αποτελούν σημαντικό μέρος της παρέμβασης.
- Η διεξαγωγή συγκριτικής μελέτης μεταξύ εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας που αποφοίτησαν από το πανεπιστήμιο Αιγαίου και αποφοίτων άλλων πανεπιστημίων προκειμένου να διαπιστωθεί το επίπεδο των γνώσεων για τη ΔΕΠ/Υ.
- Η διεξαγωγή συγκριτικής μελέτης μεταξύ εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας στην Ελλάδα και εκπαιδευτικών σε κάποια ευρωπαϊκή χώρα, προκειμένου να διαπιστωθεί το επίπεδο των γνώσεων για τη ΔΕΠ/Υ, των στάσεων αλλά και των προσόντων των εκπαιδευτικών των δύο χωρών.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση & Μεταφρασμένη βιβλιογραφία

- Αλεξάνδρου, Σ. (2009). Διάσπαση προσοχής – Μύθοι και πραγματικότητες. *Εργοθεραπεία*, 39, 87-91.
- Αμπατζόγλου, Α., & Τζιαρός, Γ. (2001). *Λογοθεραπεία-Λογοπεδική*. Εγκυκλοπαιδικός Οδηγός. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο https://www.greek-language.gr/greekLang/studies/guide/thema_g3/15.html.
- Βάμβουκας, Μ. (2000). *Εισαγωγή στην Ψυχοπαιδαγωγική Μεθοδολογία και Έρευνα*. Αθήνα: Γρηγόρη.
- Βάρβογλη, Λ., & Γαλάνη, Μ. Μ. (2007). *Η διάγνωση της διάσπασης της προσοχής*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Βίντου, Α., & Γεωργοβρεττάκου, Σ. (2015, 23-25 Οκτωβρίου). Χαρακτηριστικά παιδιών και εφήβων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα και κατάλληλες εκπαιδευτικές προσεγγίσεις. Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου για την «Προώθηση της Εκπαιδευτικής Καινοτομίας». Λάρισα, 225-236.
- Γιαννουλάκη, Τ. (2009). Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής - υπερκινητικότητα και η αντιμετώπισή της στο Δημοτικό Σχολείο. *Επιστημονικό Βήμα*, 11, 121-128.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας* (Σ. Κυρανάκης, Μ. Μαυράκη, Π. Μπιθαρά, Μ. Φιλοπούλου, & Γ. Α. Κουλαουζίδης, Μετάφρ.). Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Creswell, W. J. (2016). *Η έρευνα στην εκπαίδευση. Σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση της ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας* (Χ. Τσορμπατζούδης, Επιμ. & Ν. Κουβαράκου, Μετάφρ.). Αθήνα: ΊΩΝ.
- Κάκουρος, Ε. (1998). Η έκβαση των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών στην Εφηβεία. *Αρχεία Ε. Ψ. Ψ. Ε. Π.*, 5 (3), 89-91.
- Κάκουρος, Ε. (2001). *Το Υπερκινητικό Παιδί - Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2006α). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2006β). *Τραυλισμός. Η φύση και η αντιμετώπισή του στα παιδιά και στους εφήβους*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2012). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα: Θεωρητικές προσεγγίσεις & θεραπευτική αντιμετώπιση*. Αθήνα: Gutenberg.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α., & Ζαφειροπούλου, Μ. (2004). *Προσαρμογή στο σχολείο. Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Κολιάδης, Ε. (2010). *Συμπεριφορά στο σχολείο. Αξιοποιούμε δυνατότητες. Αντιμετωπίζουμε προβλήματα*. Αθήνα: Γρηγόρη.
- Κυριαζή, Ν. (2000). *Η Κοινωνιολογική Έρευνα, Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και των Τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Λαζαράτου, Ε. (2012). Υπερκινητικό σύνδρομο ή διπολική διαταραχή στην παιδική ηλικία; *Ψυχιατρική*, 23 (4), 304-313.
- Λαζαράτου, Ε., Παλαιολόγου, Α., & Αναγνωστόπουλος, Δ. (2017). Η παρορμητικότητα ως κοινός διαμεσολαβητικός παράγοντας ανάμεσα στις εξαρτητικές διαταραχές και τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. *Ψυχιατρική*, 28 (2), 156-164.
- Λαμπροπούλου, Α. (2010). *Διερεύνηση της εφαρμογής ειδικού εκπαιδευτικού προγράμματος σε μαθητές με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα και Μαθησιακές Δυσκολίες [Διδακτορική διατριβή]*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Μάρκου, Σ. Ν. (1998). *Δυσλεξία, Αριστεροχειρία, Κινητική Αδεξιότητα, Υπερκινητικότητα: Θεωρία, Διάγνωση και Αντιμετώπιση με Ειδικές Ασκήσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπεζεβέγκης, Η. Γ. (1987). *Εξελικτική Ψυχοπαθολογία, τόμος Α'*. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Μπιτσάκου, Ε. (2012). Η ετερογένεια στη διαδικασία παθογένεσης και εκδήλωσης της ΔΕΠΥ. Στο Ε. Κακούρος & Κ. Μανιαδάκη (Επιμ.), *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg, 223-241.
- Παπαναστασίου, Κ. (1996). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Λευκωσία: αυτοέκδοση.
- Πάπλος, Κ. Γ., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ. Ι., Κονταξάκης, Β. Π., & Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2002). Παρορμητικότητα και ψυχικές διαταραχές. *Ψυχιατρική*, 13, 209-221.
- Πατσίδου, Μ. (2006). Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε μαθητές με Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. *Θ.Ε.Α.*, 31.
- Περβανίδου, Π. (2009). Γενετικοί και Περιβαλλοντικοί Παράγοντες κινδύνου στην ανάπτυξη ΔΕΠΥ. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ): Διεθνή δεδομένα και Ελληνική Πραγματικότητα. Εισήγηση που παρουσιάστηκε στο 6^ο Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό Συνέδριο.
- ΠΣΑ ΔΕΠ/Υ (Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας ΔΕΠΥ) (χ.χ.). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ)*. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <https://www.adhdhellas.org/>.
- Ρούσσο, Α. Π., & Τσαούσης, Γ. (2011). *Στατιστική στις επιστήμες της συμπεριφοράς με τη χρήση του SPSS*. Αθήνα: Τόπος.
- Robson, C. (2010). *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου* (Κ. Μιχαλοπούλου, Επιμ., & Β. Νταλάκου & Κ. Βασιλικού, Μετάφρ.). Αθήνα: Gutenberg.
- Σιαπάτη-Τελιούση, Σ. (2007). *Σχολική κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα παιδιών σχολικής ηλικίας με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) και κατάθλιψη [Διδακτορική διατριβή]*. Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Αγωγή.

Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/18384#page/1/mode/2up>.

Συρίγου-Παπαβασιλείου, Α. (2001). Νευρολογικά ευρήματα και φαρμακευτική αγωγή στη ΔΕΠ/Υ. Στο Ε. Κακούρος (Επιμ.), *Το υπερκινητικό παιδί. Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 75-96.

Φύλιας, Β. (1996). *Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των Κοινωνικών ερευνών*. Αθήνα: Gutenberg.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18 YSR and TRF profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M., Howell, C. T., McConaughy, S. H., & Stanger, C. (1995). Six-year predictors of problems in a national sample of children and youth: II. Signs of disturbance. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 488-498.

Al-Moghamsi, E. Y., & Aljohani, A. (2018). Elementary school teachers' knowledge of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7 (5), 907-915.

Alsheri, M.A., Shehata, F.S., Almosa, M. K., & Awadalla, N. J. (2020). Schoolteachers' Knowledge of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder-Current Status and Effectiveness of Knowledge Improvement Program: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (15), 5605.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 138-157.

Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.

Apter, A., Plutchik, R., & Van Praag, H. M. (1993). Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87 (1), 1-5.

Arnold, L. E., Hodgkins, P., Caci, H., Kahle, J., & Young, S. (2015). Effect of Treatment Modality on Long-Term Outcomes in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *PLoS ONE*, 10(2), 1-19.

APA (American Psychiatric Association). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

APA (American Psychiatric Association). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Baird, J., Stevenson, J., & Williams, D.C. (2000). The evolution of ADHD: a disorder of communication? *Quarterly Review of Biology*, 75 (1), 17-35.

- Baker, L., & Cantwell, D. P. (1992). Attention deficit disorder and speech/language disorders. *Comprehensive Mental Health Care*, 2, 3-16.
- Ball, J. D., Tiernan, M., Janusz, J., & Furr, A. (1997). Sleep patterns among children with attention-deficit hyperactivity disorder: A re-examination of parent perceptions. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 389-398.
- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., & Romanos, M. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder A Current Overview. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114, 149-159.
- Barkley, R. A. (1995). *Taking charge of ADHD: The complete Authoritative Guide for Parents*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the Nature of Self-control*. New York: Guilford Publications, Inc.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Kwasnik, D. (1996). Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with ADHD. *Pediatrics*, 98, 1089-1095.
- Barkley, R. A., Koplowicz, S., Anderson, T., & McMurray, M. B. (1997). Sense of time in children with ADHD: Effects of duration, distraction, and stimulant medication. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3 (4), 359-369.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2003). Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13- year prospective study. *Pediatrics*, 111, 97-109.
- Beitchman, J. H., Nair, R., Clegg, M., Ferguson, B., & Patel, P. G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in children with speech and language disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25 (4), 528-535.
- Beau-Lejdstrom, R., & Magno-Zito, J. (2018). Getting to Long-Term Effectiveness and Safety of Attention-deficit Hyperactivity Disorder Medications. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 104 (4), 610-612.
- Bertin, M. (2015). *Mindful Parenting for ADHD: A Guide to Cultivating Calm, Reducing Stress, and Helping Children Thrive*. USA, California: New Harbinger Publications.
- Bhattarai, L., & Sharma, M. (2019). Knowledge regarding attention deficit hyperactivity disorder of children among school teachers at Lalitpur. *Journal of Chitwan Medical College*, 9(4), 64-68.
- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., Kiely, K., Guite, J., Nick, E., Ablon, S., Warburton, R., & Reed, E. (1995). Family environment risk factors for attention deficit hyperactivity

- disorder: A test of Rutter's indicators of adversity. *Archives of General Psychiatry*, 52 (6), 464-470.
- Biederman, J., Faraone, S. V., & Monuteau, M. C. (2002). Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1556-1562.
- Bolinger, S. J., Mucherah, Dr. W., & Markelz, Dr. A. M. (2020). Teacher Knowledge of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Classroom Management. *The Journal of Special Education Apprenticeship*, 9 (1), 1-12.
- Bussing, R., Zima, B. T., Mason, D. M., Meyer, J. M., White, K., & Garvan, C. W. (2012). ADHD knowledge, perceptions and information sources: perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 51 (6), 593-600.
- Buttross, S. (2000). Attention deficit-hyperactivity disorder and its deceivers. *Current Problems in Pediatrics*, 2, 41-50.
- Campbell, S., Halperin, J., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2015). A developmental perspective on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). In M. Lewis & K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Springer, 427-448.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, A. G., Wymbs B. T., & Pelhan, W. E. (2004). *Enhancements to the Behavioral Parent Training. Paradigm for families of children with ADHD: Review and Future Directions*. Clinical Child and Family Psychology Review.
- Clemow, D. B., Bushe, C., Mancini, M., Ossipov, M. H., & Upadhyaya, H. (2017). A review of the efficacy of atomoxetine in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adult patients with common comorbidities. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 357-371.
- Cohen, P., Cohen, J., Kase, S., & Velez, C.N. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. I. Age- and gender – specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34 (6), 851-867.
- Comings, D. E., & Comings, B. G. (1998). Tourette's syndrome and attention deficit disorder. In D. J. Cohen, R. D. Brunn & J. F. Leckman (Eds.), *Tourette's syndrome and tic disorders: Clinical understanding and treatment*. New York: Wiley, 119-136.
- Conners, C. K. (1990). *The Conners Rating Scales*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Corkum, P. V., Beig, S., Tannock, R., & Moldofsky, H. (1997, October). *Comorbidity: The potential link between attention-deficit/ hyperactivity disorder and sleep problems*. Paper presented at the annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Toronto, Canada.
- Cortese, S. (2012). The neurobiology and genetics of attention- deficit/ hyperactivity disorder (ADHD): What every clinician should know. *European journal of Pediatric Neurology*, 16, 422-433.

- Cumyn, L., French, L., & Hechtman, L. (2009). Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 673-683.
- Dickerson Mayes, S., Frye, S., Breaux, R., & Calhoun, S.L. (2018). Diagnostic, Demographic, and Neurocognitive Correlates of Dysgraphia in Students with ADHD, Autism, Learning Disabilities, and Neurotypical Development. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 30 (4), 489-507.
- Dilaimi, A. (2013). *New Zealand Primary School Teachers' Knowledge and Perceptions of ADHD* [master theses]. Massey University, Albany, New Zealand.
- Dodangi, N., Vameghi, R., & Habibi, N. (2017). Evaluation of Knowledge and Attitude of Parents of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Children towards Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Clinical Samples. *Iranian Journal of Psychiatry*, 12(1), 42-48.
- Dooling-Liftin, J. (1997). Time perception in children with ADHD. *ADHD Report*, 5 (5), 13- 16.
- Dort, M., Strelow, A., Schwinger, M., & Christiansen, H. (2020). What Teachers Think and Know about ADHD: Validation of the ADHD-school-expectation Questionnaire (ASE). *International Journal of Disability, Development and Education*, 1-14.
- Douglas, V. I., & Parry, P. A. (1994). Effects of reward and non-reward on attention and frustration in attention deficit disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 281-302.
- DuPaul, G.J., & Stoner, G. (2003). *ADHD in the Schools. Assessment and Intervention Strategies*. New York: Guilford Press.
- DuPaul, G., Gormley, M., & Laracy, S. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of Learning Disabilities*, 46, 43-51.
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146 (4), 348-361.
- Ewe, L. P. (2019). ADHD symptoms and the teacher–student relationship: a systematic literature review. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 24(2), 136-155.
- Fairbanks, L. A., Jorgensen, M. J., Huff, A., Blau, K., Hung, Y. Y., & Mann, J. J. (2004). Adolescent impulsivity predicts adult dominance attainment in male vervet monkeys. *American Journal of Primatology*, 64, 1-17.
- Faraone, S., Biederman, J., Lehman, B. K., Norman, D., Seidman, L., & Keenan, K. (1993). Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: Results from a family genetic study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 891-895.
- Fischer, M., Barkley, R. A., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria, II: Academic, attentional and neuropsychological status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 550-588.
- Fisher, M., Barkley, R. A., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1993). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria, V: Predictors of outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 324-332.

- Fuster, L. M (1989). *The prefrontal cortex*. New York: Raven.
- Gaastra, G.F., Groen, Y., Tucha, L., & Tucha, O. (2016). The Effects of Classroom Interventions on Off-Task and Disruptive Classroom Behavior in Children with Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *PLoS One*, 11 (2).
- Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (1997). *Child Symptom inventory 4: Norms manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Ghanizadeh, A., Bahredar, M. J., & Moeini, S. R. (2006). Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Education & Counseling*, 63 (1-2), 84-88.
- Ghosh, M., Fisher, C., Preen, D. B., & Holman, C. D. J. (2016). “It has to be fixed”: a qualitative inquiry into perceived ADHD behavior among affected individuals and parents in Western Australia. *BMC Health Services Research*, 16(141), 1-12.
- Giannopoulou, I., Korkoliakou, P., Pasalari, E., & Douzenis, A. (2017). Greek teachers' knowledge about attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatriki*, 28(3), 226-233.
- Gilliam, J. E. (1995). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder test*. U.S.A.: PRO-ED.
- Goldman, L.S., Genel, M., Bezman, R.J., & Slanetz, P.J. (1998). Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 279 (14), 1100-1107.
- González Tejera, G., González, M., Ramírez, B., & Rivera, M. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in five schools of the San Juan metropolitan area: assessment of teacher's knowledge. *Boletín Asociación Médica de Puerto Rico*, 101 (1), 31-35.
- Gooch, D., Maydew, H., Sears, C., & Norbury, C. F. (2017). Does a child's language ability affect the correspondence between parent and teacher ratings of ADHD symptoms? *BMC Psychiatry*, 17(129), 1-10.
- Gray, C., & Climie, E. A. (2016). Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Reading Disability: A Review of the Efficacy of Medication Treatments. *Frontiers in Psychology*, 7(988), 1-6.
- Greene, R.W., Biederman, J., Faraone, S.V., Ouellette, C., Penn, C., & Griffin, S. M. (1996). Toward a new psychometric definition of social disability in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35.
- Greenway, C. W., & Rees E., A. (2020). Knowledge and attitudes towards attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a comparison of teachers and teaching assistants. *Australian Journal of Special Education*, 25 (1), 31-49.
- Gu, Y., Miao, S., Han, J., Zeng, K., Ouyangm, G., Yang, J., & Li, X. (2017). Complexity analysis of fNIRS signals in ADHD children during working memory task. *Scientific Reports*, 7(829), 1-10.

- Guerra, Jr. F. R., & Brown, M. S. (2012). Teacher knowledge of attention deficit hyperactivity disorder among middle school students in South Texas. *Research in Middle Level Education Online*, 36 (3), 1-7.
- Hartsough, C. S., & Lambert, N. M. (1985). Medical factors in hyperactive and normal children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 190-201.
- Hennissen, L., Bakker, M. J., Banaschewski, T., Carucci, S., Coghill, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Hollis, C., Kovshoff, H., McCarthy, S., Nagy, P., Sonuga-Barke, E., Wong, I. C. K., Zuddas, A., Rosenthal, E., & Buitelaar, J. K. (2017). Cardiovascular Effects of Stimulant and Non-Stimulant Medication for Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Trials of Methylphenidate, Amphetamines and Atomoxetine. *The Congress of Neurological Surgeons: CNS Drugs*, 31, 199-215.
- Herbert, A., & Esparham, A. (2017). Mind-Body Therapy for Children with AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder. *Children (Basel)*, 4(31), 1-13.
- Hinshaw, S. P., & Melnick, S. M. (1995). Peer relationships in boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression. *Development and Psychopathology*, 7, 627-647.
- Hodgens, J. B., Cole, J., & Boldizar, J. (2000). Peer-based differences among boys with ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 443-452.
- Huang, Y., Ming-Horng, T., & Guilleminault, C. (2011). Pharmacological Treatment of ADHD and the Short and Long Term Effects on Sleep. *Current Pharmaceutical Design*, 17, 1450-1458.
- Jerome, L., Gordon, M., & Hustler, P. (1994). A Comparison of American and Canadian Teachers' Knowledge and Attitudes Towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 563-567.
- Jiang, Y., Abiri, R., & Zhao, X. (2017). Turning up the Old Brain with New Tricks: Attention Training via Neurofeedback. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 9(52), 1-9.
- Kazdin, A. E. (2001). *Behavior Modification in Applied Settings*. USA: Wadsworth Thomson Learning.
- Klein, M., Onnink, M., van Donkelaar, M., Wolfers, T., Harich, B., Shi, Y., Dammers, J., Arias-Vaisquez, A., Hoogman, M., & Franke, B. (2017). Brain imaging genetics in ADHD and beyond-Mapping pathways from gene to disorder at different levels of complexity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 80, 115-155
- Kordon, A., & Kahl, K.G. (2009). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD, in adulthood. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54(3-4), 124-136.
- Kortekaas-Rijlaarsdam, A. F., Luman, M., Sonuga-Barke, E., & Oosterlaan, J. (2018). Does methylphenidate improve academic performance? A systematic review and 95 meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*.

- Kos, J. M., Richdale, A. L., & Jackson, M. S. (2004). Knowledge about Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Comparison of In-service and Pre-service Teachers. *Psychology in the Schools*, 41, 517-526.
- Koumoula, A. (2012). The course of attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, over the life span. *Psychiatriki*, 1, 49-59.
- Kypriotaki, M., & Manolitsis, G. (2010). Teachers' evaluations for the detection of primary-school children with attention deficit hyperactivity disorder. *European Journal of Special Needs Education*, 25 (3), 269-281.
- Leckman, J. F., & Cohen, D. J. (1988). Descriptive and diagnostic classification of tic disorders. In D. J. Cohen, R. D. Bruun, & J. F. Leckman (Eds.), *Tourette Syndrome and Tic Disorders*. New York: Wiley.
- Lindsey, M. (2002). Comprehensive health care services for people with learning disabilities. *Journal of Advances in Psychiatric Disabilities*, 33, 138-147.
- Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007). Academic and Educational Outcomes of Children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 643-654.
- Lorraine, E. W. (2001). College Students with ADHD and Other Hidden Disabilities, Outcomes and Interventions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931, 385-395.
- Mannuzza, S., & Klein, R. (1992). Predictors of outcome of children with attention-deficit hyperactivity disorder. In G. Weiss (Ed.), *Child and adolescent psychiatric clinics of North America: Attention-deficit hyperactivity disorder*. Philadelphia: Saunders, 567-578.
- Marchand-Krynski, M. E., Morin-Moncet, O., Belanger, A. M., Beauchamp, M. H., & Leonard, G. (2017). Shared and differentiated motor skill impairments in children with dyslexia and/or attention deficit disorder: From simple to complex sequential coordination. *PLOS ONE*, 12 (5), 1-24.
- Martinez-Raga, J., Ferreros, A., Knecht, C., De Alvaro, R., & Carabal, E. (2017). Attention deficit hyperactivity disorder medication use: factors involved in prescribing, safety aspects and outcomes. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 8(3), 87-99.
- Matthews, N., Vance, A., Cummins, T. D. R., Wagner, J., Connolly, A., Yamada, J., Lockhart, P. J., Panwar, A., Wallace, R. H., & Bellgrove, M. A. (2012). The COMT Val158 allele is associated with impaired delayed-match-to-sample performance in ADHD. *Behavioral and Brain Functions*, 8(25), 1-9.
- Mayes, S., Calhoun, S., & Crowell, E. (2000). Learning disabilities and ADHD: Overlapping spectrum disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 417-424.
- Mayes, S. D., & Calhoun, S. L. (2006). Frequency of reading, math, and writing disabilities in children with clinical disorders. *Learning and Individual Differences*, 16 (2), 145-157.
- McKinney, J. D., Montague, M. & Hocutt, A. M. (1993). Educational assessment of students with attention deficit disorder. *Exceptional Children*, 60, 125-131.

- Mikami, A. Y., Griggs, M. S., Lerner, M. D., Emeh, C. C., Reuland, M. M., Jack, A., & Anthony, M. R. (2013). A Randomized Trial of a Classroom Intervention to Increase Peers' Social Inclusion of Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 100-112.
- Moeller, F., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
- Moreno-García, I., Meneres-Sancho, S., Camacho-Vara de Rey, C., & Servera, M. (2017). A Randomized Controlled Trial to Examine the Posttreatment Efficacy of Neurofeedback, Behavior Therapy, and Pharmacology on ADHD Measures. *Journal of Attention Disorders*, 30, 65-69.
- Mulholland, S. (2016). ADHD-specific knowledge and attitudes of teachers (ASKAT): Development and validation of a new research instrument. *International Journal of Educational Research*, 77, 109-116.
- Mulholland, S., Cumming, T., & Jung, J. (2015). Teacher attitudes towards students who exhibit ADHD type behaviours. *Australasian Journal of Special Education*, 39, 15-36.
- Murtani, B. J., Wibowo, J. A., Liu, C. A., Goey, M. R., Harsono, K., Putri Mardani, A. A. & Wiguna, T. (2020). Knowledge/understanding, perception and attitude towards attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among community members and healthcare professionals in Indonesia. *Asian Journal of Psychiatry*, 48.
- Nass, R. (1995). Etiologies of attention deficit hyperactivity disorder: facts and myths. *Pediatrics International*, 10, 226-241.
- National Institute of Mental Health (2019). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Bethesda, MD: U.S. Government Printing Office
- Neuhaus, C. (1998). *Das hyperaktive Kind und seine Probleme*. Germany: Urania-Ravensburger.
- Nigg, J. T. (2013). Attention deficits and hyperactivity- impulsivity: What have we learned, what next?. *Development and Psychopathology*, 25, 1489-1503.
- O'Donnell, K. J., Glover, V., Lahti, J., Lahti, M., Edgar, R. D., Raikkonen, K., & O'Connor, T. G. (2017). Maternal prenatal anxiety and child COMT genotype predict working memory and symptoms of ADHD. *PLoS ONE*, 12(6), 1-16.
- Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Aspenes, S. T., Pripp, A. H., Mordre, M., Aase, H., Reichborn Kjennerud, T., & Zeiner, P. (2017). ADHD, comorbid disorders and psychosocial functioning: How representative is a child cohort study? Findings from a national patient registry. *BMC Psychiatry*, 17 (23), 1-9.
- Olmstead, M. (2006). Animal models of drugs addiction. Where to go from here? *Quarterly journal of experimental psychology*, 59, 625-653.

- Park, S., Lee, Y., Lee, E., & Kim, C. (2018). Public recognition of attention-deficit hyperactivity disorder in Korea: correct identification, causes, treatments, and social distance. *Asian Journal of Psychiatry*, 38, 3-8.
- Pehlivanidis, A., Spyropoulou, A., Galanopoulos, A., Papachristou, C., & Papadimitriou, G. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults: Clinical recognition, diagnosis and therapeutic interventions. *Archives of Hellenic Medicine*, 29 (5), 562-576.
- Pelham, W. E. (1994). *Attention – Deficit Hyperactivity Disorder. A Clinician's guide*. New York: Plenum.
- Pelham, W. E., Greenslade, K., & Cunningham, S. L. (1990). Sleep disturbances in children with attention deficit disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 218.
- Perold, M., Louw, C., & Kleyhans, S. (2010). Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *South African Journal of Education*, 30 (3).
- Pickett, W., Michaelson, V., & Freeman, J. (2018). Activity Involvement and Spiritual Health in Children with ADHD and Learning Disabilities. *Journal of Disability & Religion*, 22 (4), 121-129.
- Plomin, R. (1995). Genetics and children's experiences in the family. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 36(1), 33-68.
- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Horta, B.L., Biederman, L., & Rohde, A. L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 942-948.
- Powell, L., Parker, J., Robertson, N., & Harpin, V. (2017). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Is There an App for That? Suitability Assessment of Apps for Children and Young People with ADHD. *Journal of Medical Internet Research Mhealth Uhealth*, 5(10), 1-14.
- Reid, R., Vasa, S. F., Maag, J. W., & Wright, R (1994). An analysis of teachers perceptions of attention deficit - hyperactivity disorder. *The Journal of Research and Development in Education*, 27.
- Reynolds, W. M., & Kamphaus, R. W. (1994). *Behavior Assessment System for Children (BASC)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Robinson, T. & Tripp, G. (2013). Neuropsychological functioning in children with ADHD: Symptom persistence is linked to poorer performance on measures of executive and nonexecutive function. *Japanese Psychological Research*, 55(2), 154-167.
- Roizen, N. J., Blobdis, T. A., Irwin, M., & Stein, M. (1994). Adaptive functioning in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 148, 1137-1142.

- Root, R. W., & Resnick, R. J. (2003). An update on the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 34-41.
- Roussos, A., Richardson, C., Politikou, K., Marketos, S., Kyprianos, S., Karajianni, S., Koumoula, A., Lazaratou, H., Marketos, N., Zoubou, V., Nicolara, R., & Mahera, O. (1999). The Conners-28 teacher questionnaire in clinical and nonclinical samples of Greek children 6-12 years old. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8 (4), 260-267.
- Ruhmland, M., & Christiansen, H. (2017). Konzepte zu Grundlagen von ADHS und Interventionen im Unterricht bei Grundschullehrkräften. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 64(2), 109-122.
- Sciberras, E., Mueller, K., Efron, D., Bisset, M., Anderson, V., Schilpand, E., & Nicholson, J. (2014). Language problems in children with ADHD: A community-based study. *Pediatrics*, 133, 793-800.
- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., & Bender, Frank A. S. (2000). Teachers' Knowledge and Misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, 37, 115-122.
- Scouti, M. & Philalithis, A. (2006). Attention Deficit-Hyperactivity Disorder in school children in Crete. *Acta Paediatrica*, 95, 658-663.
- Shaywitz, S., Shaywitz, B., Wietecha, L., Wigal, S., McBurnett, K., Williams, D., Kronenberger, W. G., & Hooper, S. R. (2017). Effect of Atomoxetine Treatment on Reading and Phonological Skills in Children with Dyslexia or Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbid Dyslexia in a Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 27(1), 19-28.
- Silk, T. J., Genc, S., Anderson, V., Efron, D., Hazell, P., Nicholson, J. M., Kean, M., Malpas, C. B., & Sciberras, E. (2016). Developmental brain trajectories in children with ADHD and controls: a longitudinal neuroimaging study. *BMC Psychiatry*, 16(59), 1-9.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Daley, D., Thomson, M., Weeks, A., & Laver-Bradbury, C. (2001). Parent based therapies for preschool attention deficit/hyperactivity disorder: a randomized controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Daley, D., & Thomson, M. (2002). Does maternal AD/HD reduce the effectiveness of parent training for pre-school children's AD/HD?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 696-702.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Sergeant, J. A., Nigg, J., & Willcutt, E. (2008). Executive dysfunction and delay aversion in attention deficit hyperactivity disorder: Nosologic and diagnostic implications. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 367-384.

- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., & Faraone, S. (2002). Overview and Neurobiology of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 3-9.
- Strelow, A. E., Dort, M., Schwinger, M., & Christiansen, H. (2020). Influences on pre-service teachers' intention to use classroom management strategies for students with ADHD: A model analysis. *International Journal of Educational Research*, 103.
- Stokes, C. L., & Lauffenburger, D. A. (1991). Analysis of the roles of microvessel endothelial cell random motility and chemotaxis in angiogenesis. *Journal of Theoretical Biology*, 152 (3), 377-403.
- Stormont, M. (2001). Social outcomes of children with ADHD: contributing factors and implications for practice. *Psychology in the Schools*, 38, 521-531.
- Szatmari, P., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with attention deficit disorders: Finding from the Ontario Child Health Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30.
- Taylor, E. A., Sandberg, S., Thorley, G., & Giles, S. (1991). *The epidemiology of childhood hyperactivity*. New York: Oxford University Press.
- Taylor, E. A., Sandberg, S., Thorley, G., & Giles, S. (1991). *The epidemiology of childhood hyperactivity*. New York: Oxford University Press.
- Taylor, J. A., Valentine, A. Z., Sellman, E., Bransby-Adams, K., Daley, D., & Sayal, K. (2015). A qualitative process evaluation of a randomised controlled trial of a parenting intervention in community (school) settings for children at risk of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *BMC Psychiatry*, 15(290), 1-11.
- Tehrani-Doost, M., Noorazar, G., Shahrivar, Z., Banaraki, A. K., Beigi, P. F., & Noorian, N. (2017). Is Emotion Recognition Related to Core Symptoms of Childhood ADHD? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(1), 31-38.
- Ter-Stepanian, M., Grizenko, N., Cornish, K., Talwar, V., Mbekou, V., Schmitz, N., & Joober, R. (2017). Attention and Executive Function in Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26 (1), 21-30.
- Topkin, B., Roman, N. V., & Mwaba, K. (2015). Attention Deficit Disorder (ADHD): Primary school teachers' knowledge of symptoms, treatment and managing classroom behavior. *South African Journal of Education*, 35(2), 1-8.
- Um, Y. H., Hong, S. C., & Jeong, J. H. (2017). Sleep Problems as Predictors in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Causal Mechanisms, Consequences and Treatment. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 15 (1), 9-18.
- Van der Meer, D., Hoekstra, P. J., van Rooij, D., Winkler, A. M., van Ewijk, H., Heslenfeld, D. J., Oosterlaan, J., Faraone, S. V., Franke, B., Buitelaar, J. K., & Hartman, C. A. (2017). Anxiety

- modulates the relation between attention deficit/hyperactivity disorder severity and working memory-related brain activity. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19(6), 450-460.
- Volkow, N., & Swanson, J. (2003). Variables That Affect the Clinical Use and Abuse of Methylphenidate in the Treatment of ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1909-1918.
- Walczak, S., & Estrada, R. D. (2017). Ameliorating Negative Perceptions of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Students. *SM Pediatrics & Neonatal Biology*, 1(1), 1001, 1-6.
- Weiss, G., & Hetchman, L. (1993). *Hyperactive Children Grown Up*. New York: Guilford Press.
- Weissenberger, S., Ptacek, R., Klicperova-Baker, M., Erman, A., Schonova, K., Raboch, J., & Goetz, M. (2017). ADHD, Lifestyles and Comorbidities: A Call for an Holistic Perspective - from Medical to Societal Intervening Factors. *Frontiers in Psychology*, 8 (454), 1-13.
- Wigal, T., Swanson, J. M., Douglas, V. I., Wigal, S. B., Stoiber, C. M., & Fulbright, K. K. (1993). *Reinforcement effects on frustration and persistence in children with attention-deficit hyperactivity disorder*. Manuscript submitted for publication.
- Wiguna, T., Ismail, R. I., Winarsih, N. S., Kaligis, F., Hapsari, A., Budiyanti, L., Sekartini, R., Rahayu, S., & Guerrero, A. P. S. (2017). Dopamine transporter gene polymorphism in children with ADHD: a pilot study in Indonesian samples. *Asian Journal of Psychiatry*, 29(10), 35-38.
- Wilens, T., Biederman, J., & Spencer, T. (1994). Clonidine for sleep disturbances associated with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (3), 424-426.
- Willcutt, E. G., & Pennington, B. F. (2000a). Comorbidity of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: differences by gender and subtype. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 179-191.
- Willcutt, E. G., & Pennington, B. F. (2000b). Psychiatric comorbidity in children and adolescents with reading disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (8), 1039-1048.
- Woyessa, A.H., Tharmalingadevar, T.P., Upashe, S.P., Upashe, S. P., & Diriba, D. C. (2019). Primary school teachers' misconceptions about Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Nekemte town, Oromia region, Western Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12 (1), 524.
- Yarde-Leavett, C. (2018). *Teachers' knowledge of and attitudes towards ADHD in the Western Cape* [Master's Thesis]. University of Cape Town South African. Retrieved from http://www.psychology.uct.ac.za/sites/default/files/image_tool/images/117/Logos/thesis/Clair%20Yarde-Leavett%20Thesis%202018%20.pdf.
- Youssef, M., Hutchinson, G., & Youssef, F. (2015). Knowledge of and attitudes toward ADHD among teachers: Insights From a Caribbean Nation. *SAGE Open*, 5(1), 1-8.
- Zayats, T., Johansson, S., & Haavik, J. (2015). Expanding the toolbox of ADHD genetics. How can we make sense of parent of origin effects in ADHD and related behavioral phenotypes?. *Behavioral and Brain Functions*, 11(33), 1-8.

Παράρτημα



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Π.Μ.Σ. «ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ»

Ερωτηματολόγιο

Αγαπητοί/ές συνάδελφοι/ισσες,

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί, το οποίο σας παρακαλώ θερμά να συμπληρώσετε, εκπονήθηκε στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας στο Π.Μ.Σ. «Μοντέλα Παρέμβασης στην Ειδική Αγωγή» και αποσκοπεί στη συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με το θέμα «Γνώσεις και στάσεις των εκπαιδευτικών για μαθητές με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ)».

Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο να διερευνήσει τις γνώσεις και τις στάσεις εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ). Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα χρειαστείτε λιγότερο από 10 λεπτά και απαραίτητη προϋπόθεση για την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων είναι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου να γίνει σύμφωνα με τις υποδείξεις.

Θα θέλαμε να σημειώσετε για κάθε μία από τις προτάσεις που ακολουθούν όσα πραγματικά γνωρίζετε σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ. Θα σας παρακαλούσαμε να επιλέξετε αυτό που θεωρείτε σωστό χωρίς να επηρεαστείτε και να αλλάξετε την αρχική σας επιλογή. Μην ξεχνάτε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και προορίζεται αποκλειστικά για ερευνητική χρήση, οπότε δεν υπάρχει κανένας λόγος ανησυχίας για τις απαντήσεις που θα δώσετε. Αν σας ενδιαφέρουν τα αποτελέσματα της έρευνας, θα είναι στη διάθεσή σας (olymbia74@hotmail.com).

Σας ευχαριστώ προκαταβολικά για τον πολύτιμο χρόνο που θα διαθέσετε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Κουτσιούμα Ολυμπία

Εκπαιδευτικός, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

Μέρος Α: Δημογραφικά στοιχεία

➤ Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

➤ Ηλικία: _____

➤ Χρόνια

Υπηρεσίας: _____

➤ Εργάζομαι ως: Εκπαιδευτικός γενικής τάξης
 Εκπαιδευτικός παράλληλης στήριξης
 Εκπαιδευτικός σε τμήμα ένταξης
 Εκπαιδευτικός σε σχολική μονάδα ειδικής αγωγής

➤ Εκτός από τον βασικό τίτλο σπουδών μου, είμαι κάτοχος: *(Μπορείτε να σημειώσετε με X στο αντίστοιχο κουτάκι, μόνο για όσα από τα παρακάτω ισχύουν)*

- Δεύτερου πτυχίου (σε οποιοδήποτε γνωστικό αντικείμενο)
- Σεμιναρίου/επιμόρφωσης στην Ειδική Αγωγή
- Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στην Ειδική Αγωγή
- Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών (σε άλλο γνωστικό αντικείμενο)
- Διδακτορικού Προγράμματος Σπουδών

Μέρος Β: Κλίμακα για γνώσεις σχετικά με την ΔΕΠ/Υ

Απαντήστε στις ακόλουθες ερωτήσεις όσο καλύτερα μπορείτε..

| | Συμφωνώ απόλυτα | Συμφωνώ | Συμφωνώ μερικώς | Διαφωνώ μερικώς | Διαφωνώ | Διαφωνώ απόλυτα |
|----|--|---------|--------------------|--------------------|---------|--------------------|
| 1 | Η ΔΕΠ/Υ είναι μια νευροβιολογική, αναπτυξιακή διαταραχή. | | | | | |
| 2 | Ειδικές δίαιτες (π.χ. μειωμένη ζάχαρη, χωρίς σιτάρι, χωρίς λακτόζη, χωρίς πρόσθετα) είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για την ΔΕΠ/Υ. | | | | | |
| 3 | Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ τείνουν να έχουν χαμηλή συγκέντρωση. | | | | | |
| 4 | Ένας συνδυασμός διεγερτικών φαρμάκων και διαχείρισης συμπεριφοράς είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για τη ΔΕΠ/Υ. | | | | | |
| 5 | Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι ΔΕΠ/Υ που μπορούν να εμφανιστούν με διαφορετικές συμπεριφορές. | | | | | |
| 6 | Η ΔΕΠ/Υ μπορεί να κληρονομηθεί. | | | | | |
| 7 | Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ μπορούν να παρουσιάσουν υπερκινητικές συμπεριφορές, απροσεξία ή συνδυασμό και των δύο. | | | | | |
| 8 | Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αποσπώνται εύκολα. | | | | | |
| 9 | Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ επωφελούνται από μια αυστηρότερη ανατροφή και σχολική εκπαίδευση. | | | | | |
| 10 | Η ΔΕΠ/Υ προκαλείται από υπερβολική ζάχαρη στη διατροφή. | | | | | |
| 11 | Τα παιδιά που έχουν υπερκινητικό τύπο ΔΕΠ/Υ συχνά μιλούν υπερβολικά πολύ και δυσκολεύονται | | | | | |

να παραμείνουν στη θέση τους.

12 Η ΔΕΠ/Υ προκαλείται από κακή γονική μέριμνα.

13 Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ μπορούν να επιλέξουν να έχουν καλύτερη συμπεριφορά.

14 Μερικά παιδιά μπορεί να παρουσιάσουν απρόσεκτη ή υπερκινητική συμπεριφορά, αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια για μια διάγνωση ΔΕΠ/Υ.

15 Υπάρχει περίπου 1 παιδί σε κάθε τάξη που εμφανίζει συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ.

16 Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχουν συχνά πρόβλημα συγκέντρωσης στην επιτραπέζια εργασία.

17 Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ συχνά αποτυγχάνουν να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στη δουλειά τους και κάνουν απρόσεκτα λάθη.

18 Οι εκπαιδευτικοί είναι συχνά οι πρώτοι που αναγνωρίζουν τις συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ και παραπέμπουν τα παιδιά για αξιολόγηση.

19 Η αιτία της ΔΕΠ/Υ είναι άγνωστη.

20 Τα παιδιά που παρουσιάζουν συμπεριφορές ΔΕΠ/Υ, ανεξάρτητα από μια διάγνωση ΔΕΠ/Υ, μπορούν να επωφεληθούν από εξατομικευμένες στρατηγικές διαχείρισης συμπεριφοράς.

Μέρος Γ: Κλίμακα για συμπεριφορές ειδικές για τη ΔΕΠ/Υ

Θα θέλαμε να μάθουμε τον βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις ακόλουθες δηλώσεις. Διαβάστε την παρακάτω παράγραφο και, στη συνέχεια, υποδείξτε την απάντησή σας στις ακόλουθες δηλώσεις. Δεν υπάρχουν «σωστές» ή «λάθος» απαντήσεις. Σημειώστε με X την επιλογή που αντιστοιχεί περισσότερο στην απάντησή σας.

Τα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς που σχετίζονται με την ΔΕΠ/Υ μπορούν να εκδηλωθούν με διαφορετικούς τρόπους στο περιβάλλον της τάξης. Οι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με ΔΕΠ/Υ συχνά αποτυγχάνουν να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στη λεπτομέρεια, κάνουν απρόσεκτα λάθη, δυσκολεύονται να διατηρήσουν την προσοχή και δεν φαίνεται να ακούνε όταν τους απευθύνονται. Οι μαθητές, που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ δυσκολεύονται να οργανωθούν, αποσπάται εύκολα, χάνουν πράγματα και είναι αφηρημένοι. Συχνά έχουν προβλήματα με τον προσανατολισμό (δηλαδή πού να προσανατολίσουν την προσοχή τους μέσα στην τάξη), χάνουν κριτήρια αξιολόγησης, βιβλία ή άλλο εξοπλισμό, συχνά κινούνται νευρικά και αφήνουν τη θέση τους, αποφεύγουν εργασίες που απαιτούν συνεχή πνευματική προσπάθεια, τρέχουν συνεχώς ή σκαρφαλώνουν συνέχεια, έχουν δυσκολία στο να κάνουν πράγματα ήσυχα, μιλούν υπερβολικά συχνά και να έχουν δυσκολία να περιμένουν τη σειρά τους, διακόπτουν τους άλλους και μπορεί να παρουσιαστούν στην τάξη απροετοίμαστοι για μάθηση, χωρίς εξοπλισμό για λήψης σημειώσεων.

Συμφωνώ
απόλυτα Συμφωνώ
 Συμφωνώ
 μερικώς Διαφωνώ
 μερικώς Διαφωνώ
 απόλυτα

- 1** Μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με ΔΕΠ/Υ:
- α** σε κάνουν να αισθάνεσαι ικανοποίηση όταν συνεργάζεσαι μαζί τους
- β** παρεμβαίνουν στην ικανότητά μου να διδάξω αποτελεσματικά την τάξη μου
- γ** έχουν καλές επιδόσεις σε κάποια μαθήματα και όχι σε κάποια άλλα
- δ** δεν έχουν καμία δικαιολογία για την κακή συμπεριφορά τους εάν δεν έχουν επίσημη διάγνωση
- ε** έχουν κακή συμπεριφορά επειδή δεν θέλουν να ακολουθήσουν τους προκαθορισμένους κανόνες
- στ** χρειάζονται περισσότερη οργάνωση και πειθαρχία και όχι βοήθεια

με το ακαδημαϊκό τους έργο

- ζ φέρνουν νέες προοπτικές στα θέματα που διδάσκω
- η πρέπει να προσπαθήσουν πιο πολύ για να επικεντρωθούν στις σχολικές τους εργασίες

2 Πιστεύω ότι:

- α Η ΔΕΠ/Υ είναι υπερ-διαγνωσμένη.
- β Η ΔΕΠ/Υ είναι μια έγκυρη διάγνωση
- γ Η ΔΕΠ/Υ είναι μια δικαιολογία για την κακή ανατροφή των παιδιών
- δ Τα παιδιά που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ έχουν σκόπιμα κακή συμπεριφορά

3 Θα:

- α παρέπεμπα έναν μαθητή που παρουσίασε συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ στην τάξη μου στον σχολικό σύμβουλο για πιθανή διάγνωση ΔΕΠ/Υ
- β ήθελα να μάθω περισσότερα για τη ΔΕΠ/Υ και τις σχετικές συμπεριφορές της
- γ ήθελα να έχω περισσότερες πληροφορίες σχετικά με παρεμβάσεις στην τάξη που θα μπορούσαν να με βοηθήσουν στην εκπαίδευση των μαθητών που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ

4 Θεωρώ:

- α τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ ενοχλητικές στην τάξη.
- β τους μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ αγενείς.
- γ ότι είναι δύσκολο να διδαχθούν μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ.
- δ ότι είναι ευχάριστο να βλέπεις τα επιτεύγματα των μαθητών που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ.
- ε ότι μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ μου

προκαλούν άγχος.

5 Ως προς τη διαφοροποίηση, νιώθω ότι:

α η ΔΕΠ/Υ είναι ευεργετική για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων διδασκαλίας μου.

β δεν έχω το χρόνο.

γ έχω ήδη αλλάξει τα μαθήματα και το στυλ διδασκαλίας μου.

δ οι εκπαιδευτικές στρατηγικές για μαθητές με συμπεριφορά τύπου ΔΕΠ/Υ είναι εύκολο να εφαρμοστούν σε μια τάξη γενικής εκπαίδευσης.

6 Αισθάνομαι ότι έχω γνώσεις:

α συμπεριφορών τύπου ΔΕΠ/Υ.

β παρεμβάσεων στην τάξη για τη διαχείριση της κακής συμπεριφοράς.

7 Πιστεύω ότι:

α έχω αποκτήσει επαρκή επαγγελματική ανάπτυξη σχετικά με τη διαχείριση συμπεριφορών τύπου ΔΕΠ/Υ.

β μπορώ να διδάξω αποτελεσματικά μαθητές που παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ.

γ θέλω να είμαι πιο αποτελεσματικός στη διδασκαλία μαθητών που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ.

δ δεν μου αρέσει να διδάσκω μαθήματα σε τάξεις που περιλαμβάνουν μαθητές που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ/Υ.

Μέρος Δ: Επικοινωνιακή προσαρμογή με μαθητές με ΔΕΠ/Υ

1. Φανταστείτε ότι πρόκειται να συνομιλήσετε με έναν μαθητή με ΔΕΠ/Υ, σε ποιο βαθμό θα κάνετε τα παρακάτω (Μπορείτε να σημειώσετε με X στο αντίστοιχο κουτάκι):

| Δηλώσεις | Πάρα πολύ | Πολύ | Αρκετά | Λίγο | Πολύ λίγο | Καθόλου |
|---|-----------|------|--------|------|-----------|---------|
| Θα προσπαθήσω να έχω τον έλεγχο της συνομιλίας | | | | | | |
| Θα προσπαθήσω να είμαι προστατευτικός/ή | | | | | | |
| Θα προσπαθήσω να μιλάω με πιο αργό ρυθμό | | | | | | |
| Θα προσπαθήσω να μιλάω πιο δυνατά | | | | | | |
| Θα προσπαθήσω να αποφύγω κάποια θέματα | | | | | | |
| Θα προσπαθήσω να μη λέω πάντα αυτό που σκέφτομαι | | | | | | |
| Δεν θα ξέρω τί να συζητήσω μαζί του | | | | | | |
| Θα προσπαθήσω να ολοκληρώσω σύντομα τη συνομιλία | | | | | | |
| Θα προσπαθήσω να δείξω σεβασμό | | | | | | |
| Θα προσπαθήσω να είμαι υποστηρικτικός/ή | | | | | | |
| Θα προσπαθήσω να μιλήσω για θέματα που τον/την ενδιαφέρουν | | | | | | |
| Θα προσπαθήσω να μοιραστώ τις σκέψεις και τα συναισθήματά μου | | | | | | |
| Θα προσπαθήσω να είμαι ευγενικός/ή | | | | | | |
| Θα προσπαθήσω να κάνω το άτομο να νιώσει άνετα | | | | | | |
| Θα προσπαθήσω να του δείξω κατανόηση | | | | | | |

Συχνότητα επαφής

2. Πόσο συχνά συναντάτε μαθητές με ΔΕΠ/Υ στο σχολείο σας (Μπορείτε να σημειώσετε με X στο αντίστοιχο κουτάκι):

| Πάντα | Σχεδόν πάντα | Συχνά | Σπάνια | Σχεδόν ποτέ | Ποτέ |
|-------|--------------|-------|--------|-------------|------|
| | | | | | |

Στερεότυπα και συναισθήματα

3. Σε ποιο βαθμό γενικά οι μαθητές με ΔΕΠ/Υ έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά (Μπορείτε να σημειώσετε με X στο αντίστοιχο κουτάκι):

| Χαρακτηριστικά | Πάρα πολύ | Πολύ | Αρκετά | Λίγο | Πολύ λίγο | Καθόλου |
|--------------------|-----------|------|--------|------|-----------|---------|
| Συμπαθείς | | | | | | |
| Καλοσυνάτοι | | | | | | |
| Φιλικοί | | | | | | |
| Έξυπνοι | | | | | | |
| Ικανοί | | | | | | |
| Επιδέξιοι | | | | | | |
| Έντιμοι | | | | | | |
| Ειλικρινείς | | | | | | |
| Άξιοι εμπιστοσύνης | | | | | | |

4. Σε ποιο βαθμό τα παρακάτω συναισθήματα χαρακτηρίζουν τον τρόπο που νιώθετε για τους μαθητές με ΔΕΠ/Υ (Μπορείτε να σημειώσετε με X στο αντίστοιχο κουτάκι):

| Συναισθήματα | Πάρα πολύ | Πολύ | Αρκετά | Λίγο | Πολύ λίγο | Καθόλου |
|--------------|-----------|------|--------|------|-----------|---------|
| Θαυμασμό | | | | | | |
| Σεβασμό | | | | | | |
| Θυμό | | | | | | |
| Εκνευρισμό | | | | | | |
| Οίκτο | | | | | | |
| Συμπάθεια | | | | | | |
| Φόβο | | | | | | |
| Ανησυχία | | | | | | |
| Περιφρόνηση | | | | | | |
| Αηδία | | | | | | |
| Απέχθεια | | | | | | |

Σας ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο σας!