

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: «Μια Πιλοτική Μελέτη για τον
Επιπολασμό της ΔΕΠ-Υ στο Γενικό
Μαθητικό Πληθυσμό: Η Αντίληψη των
Δασκάλων για την Διαταραχή»**

**TITLE: «A Pilot Study on the Prevalence
of ADHD in the General Pupil
Population: Teacher's Perception for the
Disorder»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΚΩΤΣΗ ΣΕΒΑΣΤΗ-ΣΤΑΜΑΤΙΝΑ

ΣΤΑΜΙΡΗ ΟΛΥΜΠΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: κα ΖΑΡΟΚΑΝΕΛΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΠΑΤΡΑ 2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θεωρούμε υποχρέωσή μας να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Ζαροκανέλλου Βασιλική για την πολύτιμη καθοδήγησή της. Επιπλέον θέλουμε να ευχαριστήσουμε θερμά τους εκπαιδευτικούς των δημοτικών σχολείων του Ν. Κορινθίας και του Ν. Αχαΐας για την βοήθεια που μας προσέφεραν στην συγκέντρωση των στοιχείων. Επιπρόσθετα, οφείλουμε να αφιερώσουμε την πτυχιακή μας εργασία στους γονείς μας που μας συμπαραστάθηκαν όλα τα χρόνια της φοίτησής μας στο Πανεπιστήμιο Πατρών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης πιλοτικής μελέτης, έγινε ανασκόπηση της ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας με σκοπό να διερευνηθεί ο επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ στο γενικό μαθητικό πληθυσμό και η αντίληψη των δασκάλων για τη διαταραχή. Καθώς το ποσοστό των μαθητών που εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ στα σχολεία είναι αρκετά αξιόλογο, είναι σημαντικό να μελετηθεί περαιτέρω το ποσοστό επιπολασμού της ΔΕΠ-Υ, η γνώση και η στάση των δασκάλων απέναντι στη συγκεκριμένη διαταραχή. Πιο συγκεκριμένα, συλλέχθηκε ένα δείγμα 23 εκπαιδευτικών και 353 μαθητών από όλες τις τάξεις του δημοτικού, από σχολεία του Ν. Αχαΐας και του Ν. Κορινθίας. Στη συνέχεια, ζητήθηκε από τους δασκάλους που δέχτηκαν να συμμετέχουν στην μελέτη να συμπληρώσουν την Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ (Καλαντζή-Αζίζι, Αγγελή, Ευσταθίου, 2012) για κάθε μαθητή της τάξης τους ξεχωριστά, καθώς και να συμπληρώσουν οι ίδιοι ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε την διαταραχή. Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, το ποσοστό των παιδιών που πιθανώς παρουσιάζουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ ανέρχεται σε 26,3%, ποσοστό που απέχει κατά πολύ από τον παγκόσμιο επιπολασμό (3-7%). Επίσης, τα δεδομένα έδειξαν πως η αναλογία εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ σε αγόρια και κορίτσια είναι 1:1, το ποσοστό των δίγλωσσων μαθητών φτάνει το 26,9% και μόλις το 3,2% εμφανίζουν ταυτόχρονα και κάποια άλλη διαταραχή και συγκεκριμένα, αυτισμό. Όσον αφορά τη γνώση των εκπαιδευτικών για τη διαταραχή και τη στάση τους απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, παρατηρήθηκαν μέτρια έως και ανεπαρκή επίπεδα γνώσεων, με καλύτερα αποτελέσματα στον εντοπισμό των συμπτωμάτων της διαταραχής και μεγαλύτερη άγνοια ως προς τις μεθόδους παρέμβασης. Επιπλέον, οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών φανέρωσαν μεγάλη αβεβαιότητα και άγνοια ως προς τον τρόπο διαχείρισης μαθητών με ΔΕΠ-Υ. Τα παραπάνω αποτελέσματα σε σχέση με το υψηλό ποσοστό επιπολασμού της διαταραχής παγκοσμίως, κρίνουν αναγκαία την ύπαρξη προγραμμάτων μετεκπαίδευσης των δασκάλων στα χαρακτηριστικά και τις μεθόδους παρέμβασης της ΔΕΠ-Υ, καθώς και την επάνδρωση των γενικών σχολείων με εξειδικευμένη διεπιστημονική ομάδα (ειδικό παιδαγωγό, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, λογοθεραπευτή), η οποία θα συμβάλει στον σχεδιασμό εξατομικευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και στην συμβουλευτική γονέων και εκπαιδευτικών ώστε να βελτιωθούν οι συνθήκες εκπαίδευσης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:

ΔΕΠ-Υ, δάσκαλος, επιπολασμός, γνώσεις, στάση

SUMMARY

As part of this pilot study, Greek and foreign language literature was reviewed to investigate the prevalence of ADHD in the general pupil population and teacher perception of the disorder. As the proportion of pupils who have ADHD at schools is quite considerable, it is important to further study the prevalence rate of ADHD, the knowledge and attitudes of teachers towards this disorder. In particular, a sample of 23 teachers and 353 pupils from all primary school classes was collected from schools in state of Achaia and state of Corinthia. Subsequently, teachers who agreed to participate in the study were asked to complete the Hellenic Rating Scale of the ADHD (Kalanthis-Azizi, Aggeli & Eustathiou, 2012) for each pupil in their class individually, and to complete a questionnaire on the disorder themselves. According to respondents, the proportion of children likely to show ADHD symptoms is 26.3%, which is far from the global prevalence (3-7%). Also, the data showed that the incidence of ADHD in boys and girls is 1:1, the rate of bilingual pupils is 26.9% and only 3.2% are simultaneously experiencing another disorder, namely autism. With regard to the knowledge of teachers of disruption and attitudes towards children with ADHD, modest to insufficient levels of knowledge were observed, with better results in detecting symptoms of the disorder and greater ignorance of methods of intervention. In addition, teacher's responses revealed a great deal of uncertainty and ignorance about how to manage pupils with ADHD. The above results, in relation to the high prevalence of the world-wide disorder, consider it necessary to have further training programs for teachers in the characteristics and methods of ADHD intervention, as well as the staffing of general schools. Also, a specialized interdisciplinary team (special teacher, psychologist, social worker, speech therapist, pediatric psychiatric), should be part of school staff, which will contribute to the design of individualized educational programs for children with ADHD and will provide counselling services to parents and teachers in order to improve the conditions of education of children with ADHD.

Keywords: ADHD, teacher's knowledge, teacher's attitudes, prevalence

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
1.2	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	8
1.3	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	8
1.4	ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΕΙΣ-ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ-ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	8
1.5	ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΟΡΩΝ.....	9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1	ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΚΑΤΑ DSM-5 ΚΑΙ ICD-10.....	11
2.2	Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....	11
2.3	ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....	12
2.4	Ο ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....	14
2.5	ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	17
2.6	ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΓΛΩΣΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	23
2.7	ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ.....	24
2.8	ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ.....	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3- ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1	ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	34
3.2	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	34
3.2.1	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....	35
3.2.2	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΔΑΣΚΑΛΩΝ...36	

3.3 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	36
3.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	
4.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ.....	38
4.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ.....	47
4.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.....	50
4.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΔΑΣΚΑΛΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΔΕΠ-Υ.....	52
4.5 ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5- ΣΥΖΗΤΗΣΗ	
5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	66
5.2 ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ.....	68
5.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	70
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	73
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή

Αρχικά, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και/ή Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), αποτελεί μια διαταραχή νευρολογικής φύσεως, η οποία επηρεάζει αρνητικά την ανάπτυξη του ατόμου. Η ΔΕΠ-Υ πρωτοεμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία (συνήθως στα 5 πρώτα έτη). Τα κύρια χαρακτηριστικά συμπτώματά της είναι η έλλειψη προσοχής, η υπερκινητικότητα και πιθανό η παρορμητικότητα. Μπορεί να κάνει την εμφάνισή της σε περιβάλλοντα όπως είναι το σχολείο, το σπίτι, η εργασία και οι κοινωνικές δραστηριότητες. Είναι μια διαταραχή που θα επηρεάσει την κοινωνικότητα του ατόμου, την ακαδημαϊκή του πορεία, καθώς και την επαγγελματική του πορεία. Η κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ (Παπαναστασίου, 2019, σελ. 14), χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις ανάλογα το αναπτυξιακό επίπεδο και την ηλικία του ατόμου. Αναφορικά, στην προσχολική ηλικία παρατηρούνται συμπεριφορές που σχετίζονται με την υπερκινητικότητα και τη μη συμμόρφωση στις υποδείξεις των ενηλίκων. Στην σχολική ηλικία, τα χαρακτηριστικά συμπτώματα γίνονται πιο έντονα, καθώς οι μαθησιακές δυσκολίες, οι συγκρούσεις και οι ψυχολογικές αλλαγές είναι φανερές. Προχωρώντας στην εφηβεία, η υπερκινητικότητα ελαττώνεται αλλά οι συγκρούσεις και οι συμπεριφορικές αλλαγές παραμένουν. Και στην ενηλικίωση, η σωματική κινητικότητα είναι σαφώς ελαχιστοποιημένη, με τα χαρακτηριστικά συμπτώματα όμως της διαταραχής να εμμένουν. Επίσης, οι ενήλικες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εργασία τους, στα συναισθήματά τους και στις προσωπικές τους σχέσεις. Αναφορικά, υπάρχουν τρεις τύποι της ΔΕΠ-Υ: Τύπος 1-Απρόσεκτος (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής), Τύπος 2-Υπερκινητικός/Παρορμητικός (Υπερκινητικότητα-Παρορμητικότητα) και Τύπος 3: Συνδυασμός των τύπων 1 και 2 (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας).

Όσον αφορά τον επιπολασμό της ΔΕΠ-Υ, παρατηρείται βάσει μελετών ότι υπάρχει μια ποικιλία ποσοστών σε διάφορες χώρες, η οποία κυμαίνεται από 4 -25%, καθώς η ΔΕΠ-Υ αποτελεί επίκαιρο θέμα συζήτησης για τους περισσότερους μελετητές στη σημερινή εποχή. Έτσι βλέπουμε ότι ο επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ στα σχολεία είναι αρκετά υψηλός.

Επιπρόσθετα, η ΔΕΠ-Υ είναι πολύ πιθανό να εμφανιστεί μαζί με κάποια άλλη ή άλλες διαταραχές, οι οποίες θα επηρεάσουν την ψυχοσύνθεση του παιδιού. Οι κυριότερες διαταραχές που «συντροφεύουν» τη ΔΕΠ-Υ και μετέπειτα στην ενήλικη ζωή είναι οι μαθησιακές δυσκολίες, οι γλωσσικές διαταραχές, η πραγματολογική διαταραχή κ.α.

Επιπλέον αξίζει να αναφερθεί ότι διγλωσσία συνδέεται άμεσα με τη ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα μπορούν να αποδυναμώσουν τις λεξιλογικές γνώσεις και τις εκτελεστικές

λειτουργίες (Bialynstok et al., 2017), καθώς και να μειώσουν την αυτοματοποίηση της λεξικής πρόσβασης (Gollan et al., 2008). Γενικά, παρατηρείται χαμηλή επίδοση των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, συγκριτικά με τα άτομα χωρίς ΔΕΠ-Υ (Mc Gee et al., 1985, Schoechin & Engel, 2005, Bruce et al., 2006, Mathers, 2006).

Σχετικά με τις γνώσεις των εκπαιδευτικών, έχει διαπιστωθεί ότι βρίσκονται σε μέτρια επίπεδα, αλλά τις περισσότερες φορές δεν παύουν να είναι ανεπαρκείς, και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη λήψη παρέμβασης (West et al., 2005, Ghanizadeh et al., 2006, Nur & Kavakc, 2010, Perold et al., 2010). Παίζει πολύ σημαντικό ρόλο οι εκπαιδευτικοί να διαθέτουν γνώσεις γύρω από τη ΔΕΠ-Υ, γιατί με αυτόν τον τρόπο θα βοηθήσουν τα παιδιά

με τη διαταραχή αυτή να εξελίξουν την ακαδημαϊκή και κοινωνική τους σταδιοδρομία (Barkley, 2005). Αντίθετα οι δάσκαλοι που δεν έχουν γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ, είναι πιθανό να μην ασχολούνται με τα παιδιά αυτά, τα οποία έχουν ανάγκη από άμεση υποστήριξη (Ohan et al., 2008). Ακόμη, οι δάσκαλοι εκδηλώνουν μια αρνητική στάση απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, υποδεικνύοντας αγχώδη συμπεριφορά (Greene et al., 2002, Barkley, 2006). Η χαμηλή αυτοπεποίθηση των εκπαιδευτικών μπορεί να οδηγήσει σε αποτυχία των παιδιών (Gibson & Dembro, 1984), καθώς και η μειωμένη εμπιστοσύνη και η υπερβολική ανησυχία, σε απογοητευτικές καταστάσεις (Shwarzer & Hallum, 2008).

Η παρούσα πιλοτική έρευνα έχει στόχο να εντοπίσει τις γνώσεις και τις αντιλήψεις γύρω από τη ΔΕΠ-Υ και ταυτόχρονα να καταγράψει ένα ποσοστό μαθητών μια γενικής τάξης του δημοτικού σχολείου, το οποίο παρουσιάζει δυσκολίες στην προσοχή και την συγκέντρωση. Η έρευνα αυτή μελετά σχετικά την ικανότητα των δασκάλων να ανιχνεύσουν την υπερκινητικότητα και τις δυσκολίες προσοχής και συγκέντρωσης στους μαθητές τους, τις γνώσεις τους για την φαρμακευτική αγωγή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και γενικότερα τις αντιλήψεις τους γύρω από τις δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Ο λόγος που επιλέχθηκε το θέμα της έρευνας είναι γιατί στην Ελλάδα δυστυχώς δεν έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες για τον επιπολασμό της ΔΕΠ-Υ, κάτι το οποίο προκαλεί θέμα για περαιτέρω μελέτη και συζήτηση.

Βασική προϋπόθεση και κριτήριο της έρευνας αυτής ήταν οι δάσκαλοι των γενικών σχολείων να συμπληρώσουν την Ελληνική κλίμακα για την ΔΕΠ-Υ (Καλατζή-Αζίζη και λοιποί, 2012) για το σύνολο των μαθητών της τάξης του, πάνω στο οποίο έπρεπε επίσης να επισημάνουν εάν είναι δίγλωσσο ή φέρει διάγνωση από το Κέντρο Εκπαιδευτικής και Συμβουλευτικής Υποστήριξης (Κ.Ε.Σ.Υ). Επιπλέον τους ζητήθηκε να απαντήσουν οι ίδιοι στο Ερωτηματολόγιο για την γνώση και την στάση των δασκάλων, το οποίο δημιουργήθηκε από φοιτητές του τμήματος Λογοθεραπείας Πατρών. Το δείγμα συλλέχθηκε από δυο μόνο νομούς της Ελλάδας. Η περιγραφική στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Στα αποτελέσματα της μελέτης μας, καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, εργασιακό προφίλ, μορφωτικό προφίλ), το ποσοστό του επιπολασμού της ΔΕΠ-Υ σχετικά με το σύνολο των μαθητών (26,3%), με το φύλο και με τη διάγνωση. Επίσης καταγράφηκαν τα αποτελέσματα της συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές (διγλωσσία, άλλη διαταραχή). Στη συνέχεια, παρατέθηκαν τα αποτελέσματα από τη γνώση των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ και τέλος τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα, τα οποία οδηγούν σε ορισμένες ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας.

Παρατηρήθηκε πως τα συμπεράσματα της έρευνας, έρχονται σε διαφωνία αλλά και σε συμφωνία με την διεθνή βιβλιογραφία. Η γνώση των δασκάλων χαρακτηρίζεται «ρηχή», όπως αποδείχθηκε, με αποτέλεσμα η αυτοπεποίθηση των δασκάλων να μειώνεται και τα αρνητικά συναισθήματα να αυξάνονται απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Βέβαια οφείλουμε να αναγνωρίσουμε την γνώση τους σχετικά με την φύση της διαταραχής καθώς και τη συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στα αγόρια. Για ένα καλύτερο εκπαιδευτικό σύστημα και μια καλύτερη ειδική διαπαιδαγώγηση προτείνεται η ανάγκη μετεκπαίδευσης των δασκάλων, η δημιουργία εξειδικευμένης διεπιστημονικής ομάδας και η συμβουλευτική γονέων.

Τέλος, θα ήταν ωφέλιμο να αναφερθούν ενδεικτικές μελλοντικές ερευνητικές κατευθύνσεις επί του θέματος. Κρίνεται απαραίτητο να ερευνηθούν περαιτέρω όχι μόνο οι γνώσεις γύρω από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ, αλλά και η στάση-συμπεριφορά των δασκάλων, καθώς η καλή ψυχολογική διάθεση παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της διαταραχής αυτής.

1.2 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταγράψει τον επιπολασμό της ΔΕΠ-Υ στον γενικό μαθητικό πληθυσμό των έξι τάξεων του Δημοτικού, καθώς και να εξετάσει τις γνώσεις και τις αντιλήψεις των δασκάλων γύρω από τη διαταραχή. Συγκεκριμένα, πρόκειται για μια πιλοτική μελέτη, η οποία έχει σκοπό να καταγράψει τις γνώσεις και τις στάσεις που έχουν οι εκπαιδευτικοί του δημοτικού σχολείου για τη ΔΕΠ-Υ και να αξιολογήσει την ικανότητά τους να ανιχνεύουν και να διαχειρίζονται τέτοιου είδους δυσκολίες στους μαθητές τους. Στην Ελληνική πραγματικότητα, δεν υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες για τις νευροαναπτυξιακές διαταραχές, όπως η ΔΕΠ-Υ που να αφορούν τον γενικό μαθητικό πληθυσμό. Επιπλέον, ακόμα και σήμερα οι εκπαιδευτικοί των γενικών σχολείων επιφορτίζονται με τον ρόλο της ανίχνευσης των μαθητών που πιθανόν να χρειαστούν επιπρόσθετη μαθησιακή ενίσχυση. Η μελέτη αυτή προσπαθεί να ιχνηλατήσει την ικανότητα των εκπαιδευτικών να ανιχνεύουν νευροαναπτυξιακές δυσκολίες που άπτονται του Συνδρόμου Προσοχής και Υπερκινητικότητας, καθώς και να καταγράψει σε έναν πρώτο βαθμό τι ποσοστό των μαθητών μιας γενικής τάξης παρουσιάζει δυσκολίες στην προσοχή και την συγκέντρωση.

1.3 Ερευνητικές υποθέσεις

1. Οι δάσκαλοι θα είναι πιο ικανοί να ανιχνεύσουν την υπερκινητικότητα, από δυσκολίες στην συγκέντρωση και την προσοχή.
2. Οι δάσκαλοι θα είναι αρνητικοί στην συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής για τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ.
3. Οι δάσκαλοι θα έχουν μειωμένη πληροφόρηση γύρω από τις δυσκολίες και τα ελλείμματα που εμφανίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

1.4 Οριοθετήσεις-Περιορισμοί-Προϋποθέσεις της έρευνας

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια πιλοτική ερευνητική προσπάθεια για τη διερεύνηση της γνώσης και της στάσης των δασκάλων απέναντι σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, η οποία εκπονείται στα πλαίσια της ερευνητικής πτυχιακής εργασίας προπτυχιακού επιπέδου. Η έρευνα διέπεται από συγκεκριμένες οριοθετήσεις, αντικειμενικούς περιορισμούς και προϋποθέσεις.

Βασική προϋπόθεση για την συμμετοχή στην παρούσα μελέτη, ήταν ο εκπαιδευτικός να δεχτεί να συμπληρώσει την Ελληνική κλίμακα για την ΔΕΠ-Υ (Καλατζή-Αζίζη και λοιποί, 2012) για το σύνολο των μαθητών της τάξης του, καθώς και να απαντήσει ο ίδιος στο Ερωτηματολόγιο για την γνώση και την στάση των δασκάλων.

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν μόνο δάσκαλοι των γενικών σχολείων των έξι τάξεων του δημοτικού και όχι δάσκαλοι ειδικής αγωγής των τμημάτων ένταξης των γενικών σχολείων.

Όπως αναφέρθηκε, η έρευνα είναι πιλοτική. Επομένως το δείγμα που συλλέχθηκε θα είναι περιορισμένο. Συγκεκριμένα η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο νομούς της Ελλάδας, στο Ν. Αχαΐας και στο Ν. Κορινθίας. Το δείγμα της παρούσας μελέτης, είναι δείγμα ευκολίας και δεν πληροί όλες τις προϋποθέσεις για να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό του γενικού ελληνικού πληθυσμού.

1.5 Διερεύνηση όρων

Ορισμός της ΔΕΠ-Υ: Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και/ή Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, με πιθανή γενετική βάση, στην εκδήλωση της οποίας παίζουν ταυτόχρονα σημαντικό ρόλο μερικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες (Γιαννοπούλου, 2008, σελ.287) και η οποία αρχικά γίνεται αισθητή κατά την παιδική ηλικία (Γιαννοπούλου, 2008). Κύρια χαρακτηριστικά της διαταραχής είναι η έλλειψη προσοχής, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα (Slavin, 2006).

Επιπολασμός: Ως επιπολασμός ορίζεται η αναλογία ενός συγκεκριμένου πληθυσμού ο οποίος επηρεάζεται από μια ιατρική κατάσταση (όπως μια ασθένεια). Προκύπτει από τη σύγκριση του αριθμού των ατόμων τα οποία βρέθηκαν να έχουν την κατάσταση και του συνολικού αριθμού των ατόμων που μελετήθηκαν. Συνήθως εκφράζεται ως ποσοστό ή ως αριθμός των περιστατικών ανά 10.000 ή 100.000 άτομα. Συνοπτικά, πρόκειται για τον συνολικό αριθμό των περιπτώσεων μιας νόσου που εντοπίζεται σε μια συγκεκριμένη περιοχή κατά τη διάρκεια μιας δεδομένης χρονικής περιόδου (Rothman, 2012).

Συννοσηρότητα: Η συννοσηρότητα είναι η παρουσία μίας ή και περισσότερων επιπρόσθετων συνθηκών οι οποίες συνυπάρχουν με μια πρωταρχική κατάσταση. Έχουν προταθεί τρεις βασικοί ορισμοί για τον όρο «συννοσηρότητα»: 1) Συνθήκη (ή συνθήκες) η οποία υπάρχει για να υποδείξει μια ιατρική κατάσταση που υφίσταται ταυτόχρονα αλλά ανεξάρτητα με μια άλλη κατάσταση σε έναν ασθενή (ο παλιότερος και πιο «σωστός» ορισμός), 2) Συνθήκη (ή συνθήκες) η οποία υπάρχει για να υποδείξει μια ιατρική κατάσταση σε κάποιον ασθενή που προκαλεί, προκαλείται ή σχετίζεται με μία άλλη κατάσταση στον ίδιο ασθενή (νεότερος, μη τυπικός ορισμός και λιγότερος αποδεκτός), 3) Συνθήκη (ή συνθήκες) η οποία υπάρχει για να υποδείξει δύο ή περισσότερες ιατρικές

παθήσεις οι οποίες υπάρχουν ταυτόχρονα, ανεξάρτητα από την αιτιώδη συνάφειά τους (Valderas, 2009).

Μαθησιακές Δυσκολίες: Ο όρος «Μαθησιακές Δυσκολίες» περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα γλωσσικών διεργασιών, οι οποίες αφορούν τη λειτουργία και εκμάθηση της γλώσσας, την ανάγνωση, τη γραφή, την κατανόηση και τα μαθηματικά. Οι ακαδημαϊκές επιδόσεις είναι χαμηλότερες και κατώτερες σε σύγκριση με την ηλικία, το νοητικό δυναμικό και το επίπεδο της τάξης που φοιτά ο μαθητής (Τρίγκα-Μερτίκα, 2010). Οι δυσκολίες αυτές θεωρούνται εγγενείς, με αποτέλεσμα το κεντρικό νευρικό σύστημα του ατόμου να επηρεάζεται αρνητικά. Πιθανότατα οι δυσκολίες αυτές να επιμένουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου.

Γλωσσικές Διαταραχές: Οι Γλωσσικές Διαταραχές είναι πρωτογενείς γλωσσικές δυσκολίες, χωρίς κάποια εμφανή υποκείμενη αιτιολογία όπως η διαταραχή αυτιστικού φάσματος, οι νευρολογικές βλάβες ή η απώλεια ακοής. Στις γλωσσικές διαταραχές, εντοπίζονται δυσκολίες στην κατανόηση των γλωσσικών συμβόλων, και στην παραγωγή λέξεων, εννοιών και γραμματικής. Επίσης εντοπίζονται ελλείμματα στην άρθρωση, στην ποιότητα της φωνής και την ευχέρεια (Leonard, 1998, Bishop & Nosbury, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 Ορισμός της ΔΕΠ-Υ κατά DSM-5 και ICD-10

Ορισμός της ΔΕΠ-Υ κατά DSM-5 (2013)

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Συνδέσμου DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2013) ορίζει την Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και/ή Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ): 1) κατά κύριο λόγο ως ελλειμματική προσοχή 2) υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα και 3) συνδυασμός ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που εξαρτάται από την αναλογία που παρουσιάζεται από το άτομο με ΔΕΠ-Υ. Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και/ή Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι ένα επίμονο πρότυπο απροσεξίας και/ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, το οποίο αποδιοργανώνει τη λειτουργία και την ανάπτυξη του ατόμου. Τα συμπτώματα παρουσιάζονται σε δύο ή περισσότερα περιβάλλοντα ή πρόσωπα (όπως στο σπίτι, στο σχολείο, στην εργασία, με φίλους ή συγγενείς, σε άλλες δραστηριότητες) και προκαλούν αρνητικές συνέπειες σε κοινωνικές, ακαδημαϊκές και επαγγελματικές καταστάσεις.

Ορισμός της ΔΕΠ-Υ κατά ICD-10 (International Classification of Diseases-10, 1990)

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων και των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας ICD-10 (World Health Organization, 1990), η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και/ή Υπερκινητικότητας είναι μια ομάδα διαταραχών (όπως διαταραχή της προσοχής και της δραστηριότητας, διαταραχές υπερκινητικού τύπου, συνδυασμένος τύπος ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας) που χαρακτηρίζεται από πρώιμη έναρξη (συνήθως μέσα στα πέντε χρόνια της ζωής του ατόμου), ανικανότητα αφοσίωσης σε συγκεκριμένες δραστηριότητες που απαιτούν γνωστική συμμετοχή και τάση μετακίνησης από τη μία δραστηριότητα στην άλλη, χωρίς τελικά να ολοκληρώνεται καμία μαζί με μία ανοργάνωτη και υπερβολική δραστηριότητα. Πρόκειται για μια διαταραχή που πρόκειται να διαγνωστεί σε άτομα όλων των ηλικιών και είναι μια δια βίου κατάσταση για το άτομο. Μπορεί η διαταραχή να σχετίζεται και με άλλες βλάβες.

2.2 Η κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ

Η κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ (Παπαναστασίου, 2019, σελ. 14) διαφέρει σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο, και μεταβάλλεται καθώς το άτομο συναλλάσσεται με το περιβάλλον του. Έτσι το κάθε άτομο με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει διαφορετική κλινική εικόνα ανάλογα με την ηλικιακή φάση στην οποία βρίσκεται. Πιο αναλυτικά:

➤ Στην προσχολική ηλικία (3-5 ετών) τα άτομα με ΔΕΠ-Υ:

- παρουσιάζουν υπερβολική σωματική κινητικότητα και άσκοπη υπερδραστηριότητα
- αντιμετωπίζουν δυσκολίες συνεργασίας με τους συνομηλίκους
- δεν συμμορφώνονται στις υποδείξεις των ενηλίκων
- εκδηλώνουν έντονα ξεσπάσματα οργής και θυμού και
- παθαίνουν αρκετά ατυχήματα λόγω υπερβολικής κινητικότητας

➤ Στην σχολική ηλικία τα άτομα με ΔΕΠ-Υ:

- εμφανίζουν τα λεγόμενα «πυρηνικά» συμπτώματα της διαταραχής (απροσεξία, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα)
- έχουν εναντιωματική συμπεριφορά
- συγκρούονται αρκετά έντονα με τους συνομηλίκους
- παρουσιάζουν δυσκολίες στο σχολικό περιβάλλον
- δυσκολεύονται στην οργάνωση των σχολικών εργασιών και
- μεταβάλλουν τη ψυχική τους διάθεση ξαφνικά και γρήγορα

➤ Στην εφηβεία τα άτομα με ΔΕΠ-Υ:

- παρουσιάζουν ελαχιστοποίηση των υπερκινητικών συμπτωμάτων
- εξακολουθούν να έρχονται σε αντιπαράθεση με τους γονείς τους
- εμφανίζουν σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς
- είναι πιθανόν να έρθουν αντιμέτωποι με υψηλούς κινδύνους όπως η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα κ.α.

➤ Στην ενήλικη ζωή τα άτομα με ΔΕΠ-Υ:

- παρουσιάζουν σημαντική μείωση της σωματικής κινητικότητας
- διατηρούν την απροσεξία και την παρορμητικότητα
- έχουν χαμηλότερες επιδόσεις σε σχέση με το ακαδημαϊκό τους επίπεδο
- αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις
- αλλάζουν αρκετά συχνά κατεύθυνση σπουδών και χώρους εργασίας
- χάνουν τον έλεγχο των συναισθημάτων τους και
- αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον/την σύζυγό τους.

2.3 Οι τύποι της ΔΕΠ-Υ

Πριν την ανάλυση των τύπων της ΔΕΠ-Υ, πρέπει να τονιστεί ότι δεν χρειάζεται να είναι παρόντα και τα τρία κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (ελλειμματική προσοχή, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα), σε ένα παιδί που θα διαγνωστεί με τη διαταραχή αυτή (APA, 1994). Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να διαγνωστεί με

σοβαρό πρόβλημα προσοχής χωρίς να αντιμετωπίζει υπερκινητικότητα. Ομοίως, ένα παιδί με υπερκινητικά / παρορμητικά συμπτώματα και καμία δυσκολία προσοχής μπορεί επίσης να διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ.

Τύπος 1 : Απρόσεκτος (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής)

Τα κριτήρια για τη ΔΕΠ-Υ, και συγκεκριμένα για τον Απρόσεκτο τύπο (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής (ΑΡΑ, 1994) περιλαμβάνουν τουλάχιστον έξι από τα ακόλουθα κριτήρια, τα οποία πρέπει να υπάρχουν επί έξι μήνες σε βαθμό που να μην συμβαδίζουν με την ανάπτυξη του παιδιού. Τα κριτήρια είναι τα εξής:

- συχνά δε βασίζει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή κάνει απρόσεκτα λάθη σε σχολικές εργασίες, σε εργασίες για το σπίτι ή σε άλλες δραστηριότητες
- συχνά δυσκολεύεται να εστιάσει την προσοχή του σε καθήκοντα ή σε δραστηριότητες παιχνιδιού
- συχνά δεν φαίνεται να ακούει όταν του απευθύνονται
- συχνά δεν ακολουθεί τις οδηγίες και δε ολοκληρώνει τις σχολικές εργασίες, τις δουλειές ή τα καθήκοντα στο χώρο εργασίας (αλλά όχι λόγω της συμπεριφοράς ή της μη κατανόησης των οδηγιών)
- συχνά φαίνεται να μην έχει οργανωτικές τάσεις σε καθήκοντα και δραστηριότητες
- συχνά αποφεύγει, ή αναλαμβάνει καθήκοντα που απαιτούν χρόνο και διαρκή ψυχική προσπάθεια
- συχνά χάνει τα απαραίτητα για τα καθήκοντα ή τις δραστηριότητές του
- συχνά αποσπάται εύκολα η προσοχή του από εξωτερικά ερεθίσματα και
- συχνά ξεχνά τις καθημερινές του δραστηριότητες

Τύπος 2: Υπερκινητικός/Παρορμητικός(Υπερκινητικότητα-Παρορμητικότητα)

Εκτός από τα γενικότερα κριτήρια για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής, ο Υπερκινητικός-Παρορμητικός τύπος (Υπερκινητικότητα-Παρορμητικότητα) περιλαμβάνει τουλάχιστον έξι ή περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια (τα οποία πρέπει να είναι επίσης παρόντα σε μεγαλύτερο διάστημα των έξι μηνών καθώς και να μην συμβαδίζουν με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού (ΑΡΑ, 1994. Frances et al., 1995). Τα κριτήρια είναι τα εξής:

- συχνά εγκαταλείπει τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες καταστάσεις στις οποίες θα έπρεπε να παραμείνει στη θέση του
- συχνά κάνει νευρικές κινήσεις με τα χέρια ή τα πόδια του και στροφογυρίζει στο κάθισμα
- συχνά διατρέχει κίνδυνο ή πηδάει υπερβολικά σε καταστάσεις στις οποίες δεν ενδείκνυνται

- συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες με ηρεμία
- συχνά μιλάει ακατάπαυστα
- συχνά βρίσκεται σε μια διαρκής κίνηση σαν να οδηγείται από κινητήρα

Επίσης υπάρχουν κάποια πρόσθετα κριτήρια, τα οποία πρέπει να πληροί το παιδί, ώστε να διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ (Παπαναστασίου, 2019, σελ.16) :

- Πολλά συμπτώματα που δηλώνουν απροσεξία ή υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα έχουν εμφανιστεί πριν την ηλικία των 12 ετών.
- Υπάρχουν αρκετά συμπτώματα, τα οποία εκδηλώνονται ταυτοχρόνως σε δύο ή περισσότερους χώρους (π.χ σχολείο, σπίτι εργασιακός χώρος κ. λ. π)
- Ενδεικτικά, τα συμπτώματα αυτά μειώνουν την ποιότητα της κοινωνικής, ακαδημαϊκής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας του ατόμου.

Τα ειδικά κριτήρια (APA, 1994), για να αξιολογηθεί εάν το παιδί έχει παρορμητικότητα, περιλαμβάνουν τα εξής:

- συχνά εκθέτει τις απαντήσεις του πριν από την ολοκλήρωση των ερωτήσεων
- συχνά δυσκολεύεται να σταματήσει μια διαδικασία
- συχνά διακόπτει ή παρεμποδίζει άλλους (π.χ. παρεμβαίνει σε συνομιλίες ή παιχνίδια)

Τέλος, θα ήταν χρήσιμο να αναφερθεί ότι έξι από τα εννέα κριτήρια σχετίζονται δυνητικά άμεσα ή έμμεσα με γλωσσικές διαταραχές γενικά ή με πραγματολογικά ελλείμματα συγκεκριμένα.

Τύπος 3: Συνδυασμός των τύπων 1 και 2 (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας)

Ο χαρακτηρισμός αυτός δίνεται εάν παρατηρηθούν συμπεριφορές και από τους δύο υπότυπους (Frances et al., 1995).

2.4 Ο επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ

Ο Polanczyk και συνεργάτες (Polanczky et al., 2007), το 2007 ολοκλήρωσαν τη πρώτη περιεκτική μετα-ανάλυση του επιπολασμού της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και/ή Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) σε παιδικό και εφηβικό πληθυσμό και σημείωσαν τον παγκόσμιο επιπολασμό της ΔΕΠ-Υ με ποσοστό 5,29%. Άλλοι μελετητές ανέφεραν ότι η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά σχολικής ηλικίας, εκτιμάται σε ποσοστό 4-10% παγκοσμίως (Skounti et al., 2007). Ακόμη, το 2004 η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία σημείωσε ότι το 6% - 9% των μαθητών έχουν ΔΕΠ-Υ (AAP, 2004). Επίσης στοιχεία δείχνουν ότι 70% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ θα εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν δυσκολίες και κατά την ενηλικίωσή τους (Goldstein, 1996). Ευρέως υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των 103 μελετών που αναλύθηκαν.

Οι επιδημιολογικές μελέτες της ΔΕΠ-Υ γενικά είτε χρησιμοποιούν δείγματα πληθυσμού τα οποία αφορούν την κοινότητα, είτε δείγματα πληθυσμού τα οποία αφορούν το σχολείο. Στις ΗΠΑ, πραγματοποιήθηκε μια επιδημιολογική ανάλυση από την οποία διαπιστώθηκε ότι τα δείγματα της κοινότητας είχαν υψηλότερα ποσοστά επικράτησης από τα δείγματα στα σχολεία (μέσος επιπολασμός: 10,3% για τα δείγματα που αφορούσαν την κοινότητα έναντι 6,9% για τα δείγματα που αφορούσαν τα σχολεία) (Brown et al., 2001).

Ο επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό τα αγόρια παρά τα κορίτσια. Οι δάσκαλοι είναι πιο πιθανό να έχουν εμπειρία με αγόρια παρά με κορίτσια με ΔΕΠ-Υ, καθώς είναι μια διαταραχή πιο διαδεδομένη στα αγόρια (Graetz et al., 2005, Schneider & Eisenberg, 2006). Την ίδια άποψη έχουν υποστηρίξει και ο Scitutto και συνεργάτες (2004). Επομένως είναι πιο πιθανό τα αγόρια να λαμβάνουν υπηρεσίες αξιολόγησης ή διάγνωσης και παρέμβαση από τα κορίτσια. Για παράδειγμα, περίπου 2-3 αγόρια προσβάλλονται από τη ΔΕΠ-Υ. Έτσι, 6 αγόρια περίπου παρακολουθούν κλινικές υπηρεσίες που αφορούν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (Bussing et al., 1998, Graetz et al., 2005, Graetz et al., 2006, Scheider & Eisenberg, 2006, Polanczyk & Jensen, 2008). Γενικά, οι δάσκαλοι ενδεχομένως να συναντήσουν περισσότερα αγόρια με ΔΕΠ-Υ στην αίθουσα διδασκαλίας και κυρίως αγόρια που έχουν διάγνωση για ΔΕΠ-Υ. Επίσης είναι πιθανό να νιώσουν μεγαλύτερη γνώση και αυτοπεποίθηση για τα αγόρια που προσβάλλονται από συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και να εφαρμόσουν συγκεκριμένες διδακτικές μεθόδους.

Σε μια μελέτη των King και Young (King & Young, 1989), η οποία ερευνούσε μόνο αγόρια, απέδειξε με ποσοστό επικράτησης 12%, ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή που προσβάλλει περισσότερο το αρσενικό παρά το θηλυκό φύλο. Σύμφωνα με τον Coles και συνεργάτες (2012), αυτή η διαφορά στην συχνότητα μπορεί να είναι αποτέλεσμα των διαφορών του κάθε φύλου στην έκφραση των συμπτωμάτων. Τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ τυπικά, παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά υπερκινητικότητας και άλλα συμπτώματα εξωστρέφειας, τα οποία είναι πιο φανερά στους εκπαιδευτικούς. Αντίθετα, τα κορίτσια τείνουν να παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα υπερδραστηριότητας και υψηλά επίπεδα απροσεξίας και κοινωνικής δυσλειτουργίας. Αυτό το πρότυπο συμπτωμάτων είναι λιγότερο πιθανό μέσα στην τάξη και επομένως μπορεί να γίνει λιγότερο αντιληπτό από τους εκπαιδευτικούς (Scitutto et al., 2004). Η διαπίστωση αυτή επιβεβαιώνεται και από έρευνες στο Mid West City (Jackson & King, 2004) και την Αγγλία (Groenewald et al., 2009). Η αναλογία αυτή μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών, είναι πιθανό να επηρεάσει σημαντικά το φαινόμενο του επιπολασμού και να χρειαστεί να ληφθεί σοβαρά υπόψη.

Είναι επίσης γνωστό, ότι ο επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ ποικίλει ανάλογα την ηλικία. Σύμφωνα με μελέτες, έχουν διαπιστωθεί διακυμάνσεις στον επιπολασμό σε ηλικίες από 10-20 ετών (Cohen et al., 1993), σε ηλικίες από 8-15 ετών (Gomez-Beneyto et al. 1994) και σε ηλικίες από 6-14 ετών (Breton et al., 1999). Από τα παραπάνω γίνεται φανερό πως η ηλικία επηρεάζει σημαντικά τον επιπολασμό της διαταραχής.

Αρκετές έρευνες υποδεικνύουν ότι τα ποσοστά επιπολασμού της ΔΕΠ-Υ είναι παρόμοια στις ΗΠΑ, με αυτά σε άλλα μέρη του κόσμου. Μικρότερη συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ εντοπίζεται σε χώρες όπως η Ισλανδία, η Αυστραλία, η Ιταλία και η Σουηδία. Σαφώς χρειάζεται να γίνουν άμεσες συγκρίσεις μεταξύ διάφορων πληθυσμών, ώστε να εκτιμηθεί πραγματικά η συχνότητα της ΔΕΠ-Υ σε διαφορετικούς πληθυσμούς και χώρες (Faraone et al., 2003).

Οι Gadow και συνεργάτες (2000), ανέλυσαν τον επιπολασμό της ΔΕΠ-Υ σε 600 παιδιά της Ουκρανίας και 443 παιδιά στις ΗΠΑ. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα παιδιά της Ουκρανίας ζούσαν σε απόσταση 30 χιλιομέτρων από τον πυρηνικό σταθμό του Chernobyl, τα οποία μεταφέρθηκαν στο Κίεβο, και παρέμειναν εκεί 10 χρόνια μετά. Από τη μελέτη αυτή αναφέρθηκε 19,8% επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ για τα παιδιά της Ουκρανίας συγκριτικά με τα παιδιά των ΗΠΑ, όπου συγκεντρώθηκε ποσοστό επιπολασμού 9,7%. Ο λόγος για τον οποίο το ποσοστό της Ουκρανίας ήταν υψηλότερο απ' ό,τι των ΗΠΑ, δεν έχει καταστεί σαφές, όμως πιθανότατα υπάρχει μια σημαντική υποψία, ότι λόγω της καταστροφής του Chernobyl, πολλά παιδιά έζησαν στρεσογόνες καταστάσεις που επηρέασαν αρνητικά την ψυχολογία και το περιβάλλον τους, με αποτέλεσμα να παρουσιάσουν διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα.

Από την μελέτη του Willcutt, η οποία δημοσιεύτηκε το 2012, διαπιστώθηκε ότι το 10-25% των παιδιών που πληρούσαν τα κριτήρια των συμπτωμάτων για τη ΔΕΠ-Υ ήταν μεγαλύτερα των επτά ετών. Μία άλλη μελέτη φανέρωσε ότι τα παιδιά που πληρούσαν όλα τα κριτήρια για τη ΔΕΠ-Υ, εμφάνισαν αυτά τα συμπτώματα στην ηλικία των 10 ετών κατά 97-99%. Από τα δείγματα της έρευνας αυτής, το συνολικό ποσοστό του επιπολασμού της ΔΕΠΥ σε παιδιά νηπιαγωγείου ήταν 10,5% και σε παιδιά δημοτικού σχολείου 11,4%, ενώ το ποσοστό των έφηβων που εμφάνισε ΔΕΠ-Υ ήταν χαμηλότερο της τάξης του 8% (Todd et al., 2008, Kieling et al., 2010).

Πολλοί ερευνητές έχουν αναφέρει ότι τα ποσοστά επιπολασμού στην Ευρώπη είναι σε σημαντικό βαθμό χαμηλότερα από τα ποσοστά στη Βόρεια Αμερική (Bird, 2002, Anderson et al., 2004). Σε χώρες όπως η Ρωσία και η Βρετανία, έχουν βρεθεί παρόμοια ποσοστά επιπολασμού της ΔΕΠ-Υ (Ford et al., 2003, Goodman et al., 2005), 1,3% και 1,4% αντίστοιχα. Ακόμη πολλές μελέτες αναφέρουν αρκετά υψηλά ποσοστά της ΔΕΠ-Υ παγκοσμίως, τα οποία κυμαίνονται από 1% έως 20% σε παιδιά σχολικής ηλικίας (Bird, 2002, Faraone et al., 2003)

Με βάση τις απαντήσεις των γονέων και δασκάλων σε ερωτηματολόγια, τα παιδιά των Αφροαμερικανών σημείωσαν περισσότερα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τα παιδιά των Ισπανόφωνων ή μη Ισπανόφωνων Λευκών (DuPaul et al., 1998, Reid et al., 1998, Nolan et al., 2001). Επιπλέον, σε μια μεταγενέστερη μελέτη που πραγματοποιήθηκε για τον επιπολασμό της ΔΕΠ-Υ, βρέθηκε υψηλότερος επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά από την Αφρική, την Αμερική και την Ισπανία, ενώ στα μη ισπανόφωνα λευκά παιδιά ο επιπολασμός ήταν χαμηλότερος. Όμως η διαφορά του επιπολασμού δεν φάνηκε να είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς προέκυψαν άλλες διαφορές σε κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (Lavigne et al., 2009).

Συνολικά και σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Willcutt (2012) τονίζει ότι το κάθε έθνος έχει διαφορετικές αντιλήψεις. Κατά συνέπεια, η ΔΕΠ-Υ η οποία καθορίζεται μέσα από έγκυρες κλίμακες αξιολόγησης και από κριτήρια συμπτωμάτων, γίνεται αντιληπτή με διαφορετικό τρόπο σε κάθε πολιτισμό. Παρόλα αυτά, είναι χρήσιμο να υπενθυμίσουμε ότι υπάρχουν ελάχιστες διαθέσιμες μελέτες για τον επιπολασμό της ΔΕΠ-Υ, καθώς και ότι υπάρχει άμεση ανάγκη για επιπρόσθετη μελέτη πάνω σε αυτό το ζήτημα.

Συμπερασματικά, τα δεδομένα από μελέτες που χρησιμοποιούν κριτήρια DSM για την εκτίμηση του επιπολασμού της ΔΕΠ-Υ σε αντιπροσωπευτικούς πληθυσμούς παιδιών υπογραμμίζουν ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά, όσον αφορά την επικράτηση της διαταραχής στις ΗΠΑ και στις περισσότερες άλλες χώρες ή πολιτισμούς. Περισσότερες

μελέτες, που εκτιμούν τον επιπολασμό της ΔΕΠ-Υ, όπως ορίζεται από τα κριτήρια DSM-5, και τον συγκρίνουν σε διάφορες χώρες είναι απαραίτητες, ώστε να δώσουν μια σαφέστερη εικόνα της ΔΕΠ-Υ παγκοσμίως (Faraone et al., 2003).

2.5 Συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή που εμφανίζει σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για συννοσηρότητα με ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, έχει αναφερθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν περισσότερα συμπτώματα αποδιοργάνωσης, άγχους ή κατάθλιψης από τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ή με άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές (Jensen et al., 1993, Brown, 2000, Yoshimasu et al., 2012).

Μέσα από μια αναπτυξιακή προσέγγιση διαπιστώθηκε ότι, η συννοσηρότητα μεταξύ δύο ή περισσότερων διαταραχών, αναγνωρίζεται ευρέως και τροποποιεί τη φύση της κλινικής εικόνας, το αναπτυξιακό προφίλ και τα αποτελέσματα (Newcorn et al., 2004, Jensen & Steinhausen, 2015, Caye et al., 2016). Υπάρχουν αρκετές αναφορές σχετικά με την συννοσηρότητα κατάθλιψης, της διαταραχής της διαταραχής της διαγωγής και εναντίωσης-αντίθεσης, της διαταραχής της συμπεριφοράς και των τικ, αλλά λίγες μελέτες έχουν καθορίσει τη συννοσηρότητα μεταξύ ΔΕΠ-Υ και συγκεκριμένων διαταραχών άγχους (Cuffe et al., 2015, Jensen & Steinhausen, 2015).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το 13-51% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, έχουν συννοσηρότητα με διαταραχή άγχους (Biederman et al., 1991, Jensen, 2001, Tannock, 2008, Mitchinson & Njardvik, 2015, Xia et al., 2015, Shea et al., 2018). Από την άλλη πλευρά, μόνο το 15-30% των παιδιών με οποιαδήποτε διαταραχή άγχους έχουν συννοσηρότητα με ΔΕΠ-Υ (Tannock, 2000, Bowen et al., 2008). Επίσης ο Singh και οι συνεργάτες του (2006) διαπίστωσε υψηλό ποσοστό εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ σε ασθενείς με διπολική διαταραχή (έως 85%). Ακόμα, ο Biederman (1991) διαπίστωσε ότι τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ έχουν 3,6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν τα κριτήρια για μια διατροφική διαταραχή. Σε ένα πρόσφατο και αντιπροσωπευτικό δείγμα των Ηνωμένων Πολιτειών, σε παιδιά με διάγνωση αυτισμού, το ποσοστό συννοσηρότητας με ΔΕΠ-Υ ήταν 42%, το ποσοστό συννοσηρότητας με ΔΕΠ-Υ και με μαθησιακές δυσκολίες ήταν 17% και το συνολικό ποσοστό συννοσηρότητας με ΔΕΠ-Υ και αυτισμό 59%. Συννοσηρότητα με τη ΔΕΠ-Υ εμφανίζει επίσης η καταθλιπτική διαταραχή με ποσοστό που κυμαίνεται από 12-50% στους νέους. Η συννοσηρότητα αυτή συνήθως εμφανίζεται αρκετά χρόνια μετά την έναρξη της ΔΕΠ-Υ και είναι ανεξάρτητη από άλλες συννοσηρότητες. Τέλος, ερευνητές έχουν διαπιστώσει υψηλή εμφάνιση ακαδημαϊκών προβλημάτων σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ όπως η δυσαναγνωσία, η δυσλεξία, η δυσκολία οπτικοκινητικής ολοκλήρωσης και οπτικοακουστικών δεξιοτήτων (Gnanavel et al., 2019).

Το 65% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν ταυτόχρονα άλλη μία ή περισσότερες διαταραχές. Συγκεντρωτικά, οι πιο συχνές διαταραχές, οι οποίες συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ και διατηρούνται και στην ενήλικα ζωή είναι οι εξής (Παπαναστασίου, 2019, σελ.19-21):

- Μαθησιακές δυσκολίες (δυσλεξία, δυσορθογραφία, δυσαναγνωσία)
- Γλωσσικές διαταραχές και γλωσσικά Προβλήματα (καθυστέρηση στην ανάπτυξη ομιλίας και λόγου)
- Αναπτυξιακές δυσκολίες (κινήσεις χεριών, γλώσσα του σώματος)

- Διαταραχές αυτιστικού φάσματος
- Εναντιωματική-προκλητική διαταραχή ή/και διαταραχή διαγωγής
- Συναισθηματικές διαταραχές (γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, διαταραχή πανικού, άγχος αποχωρισμού, κοινωνική αγχώδης διαταραχή κ.α.)
- Διαταραχές ύπνου (ενούρηση, σύνδρομο ανήσυχων ποδιών)
- Διαταραχή αισθητηριακής επεξεργασίας (υπερευαισθησία/υποευαισθησία του ατόμου σε αισθητηριακά ερεθίσματα όπως εικόνες, ήχοι, γεύσεις, οσμές και υφές)
- Διαταραχή κατάχρησης ουσιών (κατά την περίοδο της εφηβείας και στη νεαρή ενήλικη ζωή)
- Ποικίλες άλλες ψυχικές-συναισθηματικές διαταραχές

ΔΕΠ-Υ και Γλωσσικές Διαταραχές

Η ΔΕΠ-Υ είναι η συνηθέστερη και πιο συχνή ψυχιατρική διάγνωση σε παιδιά με Γλωσσικές διαταραχές (Fegurson & Patel, 1986, Beitchman et al., 1989, Beitchman et al., 1991).

Η διάγνωση αυτή ανέρχεται σε ποσοστό 46% (Cohen et al., 1998). Συγκεκριμένα, οι Trautman και συνεργάτες (1990) διαπίστωσαν ότι το 68% των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής (ΔΕΠ) και Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και/ή Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) παρουσίασαν προβλήματα ομιλίας και γλώσσας. Γενικά στην βιβλιογραφία για τις γλωσσικές δυσκολίες (Johnston, 1998), αλλά και για την ΔΕΠ-Υ (Barkley, 1990), έχουν γίνει αναφορές σχετικά με προβλήματα στα ακαδημαϊκά επιτεύγματα. Επίσης και στις δύο αυτές ομάδες παιδιών, έχουν βρεθεί διαφορές στις λεκτικές, αλλά και στις μη λεκτικές εργασίες.

Οι Γλωσσικές διαταραχές, ως επί το πλείστον, εμφανίζονται στα παιδιά τα οποία πάσχουν και από κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή. Υποστηρίζεται, ότι η ελλειμματική προσοχή, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα επηρεάζουν τις γλωσσικές ικανότητες. Το 17-38% των παιδιών που εμφανίζουν Γλωσσικές διαταραχές, έχουν διαγνωσθεί με ΔΕΠ-Υ (ASHA, 1997; 2008). Ακόμα, έχει αναφερθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, καθώς και τα παιδιά με Γλωσσικές διαταραχές, έχουν ελλείψεις σε προφορικές αλλά και σε μη προφορικές δοκιμασίες. Και οι δύο ομάδες παρουσιάζουν χαμηλές επιδόσεις σε τεστ ευφυΐας (IQ) και φτωχή οπτικο-κινητική ενσωμάτωση.

Υπάρχουν σημαντικές αποδείξεις ότι οι γλωσσικές δυσκολίες συνδέονται συχνά με τη ΔΕΠ-Υ, αν και συγκεκριμένα γλωσσικά ελλείμματα παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν έχουν αναφερθεί με συνέπεια. Για παράδειγμα, κάνοντας μια αναφορά στην έρευνα των Purvis και Tannock (1997), εξέτασαν τις γλωσσικές ικανότητες 14 παιδιών με ΔΕΠ-Υ που είχαν προβλήματα ανάγνωσης και 14 παιδιών που δεν είχαν προβλήματα ανάγνωσης. Οι δοκιμασίες πραγματοποιήθηκαν με την ανάκληση μιας μακράς αφηγηματικής και τυποποιημένης δοκιμασίας, η οποία είχε στόχο να αξιολογήσει την γνώση των σημασιολογικών πτυχών της γλώσσας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ που είχαν προβλήματα ανάγνωσης, παρουσίασαν ελλείψεις τόσο σε δεκτικές όσο και σε εκφραστικές σημασιολογικές ικανότητες στις δοκιμασίες γλωσσικής επεξεργασίας. Από την άλλη, τα παιδιά που δεν είχαν προβλήματα ανάγνωσης

δυσκολεύτηκαν στην οργάνωση και παρακολούθηση της επαναφήγησης της ιστορίας τους.

Σύμφωνα με τον Giddan (1991), όταν η ομιλία, η γλώσσα, και οι πραγματολογικές δυσκολίες συμπίπτουν με προβλήματα προσοχής και υπερκινητικότητας, τα παιδιά διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο αποτυχίας να αναπτυχθούν φυσιολογικά. Επίσης επεσήμανε ότι τα γλωσσικά ελλείμματα έχουν πιο καταστροφικές επιπτώσεις στα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς. Τα ελλείμματα αυτά είναι πιθανό να συνεχίσουν να επιδεινώνουν τις αποτυχίες και τις απογοητεύσεις τους σε ακαδημαϊκά, κοινωνικά και οικογενειακά περιβάλλοντα.

Έχει παρατηρηθεί πως, ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν καθυστέρηση στην εμφάνιση της γλώσσας σε σχέση με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, έχει αναφερθεί ότι, πολλά παιδιά κατά τη διάρκεια της προσχολικής τους ηλικίας, είχαν επισκεφθεί λογοπαθολόγο, ως απόδειξη της καθυστερημένης ανάπτυξης των γλωσσικών ικανοτήτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, συγκριτικά με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ (Bruce et al., 2006). Σύμφωνα με μελέτη (Beitchman et al., 1989) σε δείγμα 17 παιδιών που παρακολουθούσαν την τάξη του νηπιαγωγείου, βρέθηκε ότι το 76% είχε κάποια μορφή Γλωσσικής διαταραχής γεγονός που μας προϋδεάζει για την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά νηπιακής και σχολικής ηλικίας. Σε μία άλλη έρευνα (Daparma et al., 2011) παρατηρήθηκε ότι, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετώπισαν εκφραστικές γλωσσικές δυσκολίες. Συγκεκριμένα, δυσκολεύονταν στην κατανόηση της ομιλούμενης γλώσσας και στην κατανόηση των γραμματικών σχέσεων. Σχετικά με τις εκφραστικές δυσκολίες, αντιμετώπιζαν πρόβλημα στην διατύπωση των προτάσεων, την ταχεία ανάκληση των λέξεων και την εκτέλεση εργασιών συσχετισμού λέξεων.

Οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα και εξετάζουν τις γλωσσικές δυσλειτουργίες στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, είναι αρκετά περιορισμένες. Οι περισσότερες από αυτές παρουσιάζουν ελλείψεις καθώς δεν εξετάζουν εάν οι Γλωσσικές διαταραχές οφείλονται αποκλειστικά στην ΔΕΠ-Υ ή σε άλλες γλωσσικές διαταραχές, όπως οι διαταραχές άρθρωσης, οι οποίες δεν εξετάστηκαν (NCohen et al., 2000).

ΔΕΠ-Υ και Μαθησιακές Δυσκολίες

Στοιχεία από έρευνες και κλινικές παρατηρήσεις υποδεικνύουν ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ των παιδιών που έχουν Μαθησιακές δυσκολίες και των παιδιών που έχουν ελλειμματική προσοχή και/ή υπερκινητικότητα (Silver, 1970; 1971; 1974a; 1974b; 1976). Έρευνες έχουν δείξει υψηλή συννοσηρότητα μεταξύ των Μαθησιακών δυσκολιών (ΜΔ) και της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και/ή Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) σε παιδιά. Αναφορικά, οι εκτιμήσεις που πραγματοποιήθηκαν για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, κυμαίνονταν από 15% έως 50% σε αναγνωστικές ικανότητες (Lambert & Sandoval, 1980, August & Garfinkel, 1990, Barkley, 1990, Livingston et al., 1990, Semrud-Clikeman et al., 1992), και 24% έως 60% σε ορθογραφικές ικανότητες (Barkley, 1990). Επομένως, σύμφωνα με τον Barkley (1994), το συνολικό ποσοστό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ τα οποία έχουν και Μαθησιακές δυσκολίες, κυμαίνεται από 25% έως 50%.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και Μαθησιακές δυσκολίες έχουν χαμηλές σχολικές επιδόσεις, οι βαθμοί τους είναι χαμηλοί σε σχέση με τους βαθμούς των τυπικών παιδιών και

αντιμετωπίζουν προσαρμοστικές δυσκολίες στο σχολικό πλαίσιο. Επίσης δυσκολεύονται να παρακολουθήσουν τη μαθησιακή διαδικασία, με αποτέλεσμα να χάνουν σημαντικές πληροφορίες. Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και Μαθησιακές δυσκολίες έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αποσύρονται από το σχολείο πιο συχνά από τα παιδιά που έχουν μόνο ΔΕΠ-Υ. Η συννοσηρότητα αυτή δυσκολεύει το άτομο και στην ενήλικη ζωή του, καθώς εμφανίζει προβλήματα σε επαγγελματικό, κοινωνικό και σε διαπροσωπικό επίπεδο (Παπαναστασίου, 2019, σελ. 21-24).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τον μέσο όρο να εμφανίσουν Μαθησιακές δυσκολίες, σε ακαδημαϊκό επίπεδο. Ένα ποσοστό περίπου 20-30% των μαθητών με ΔΕΠ-Υ, έχουν επίσης και μια μαθησιακή διαταραχή που σχετίζεται με την ανάγνωση, τα μαθηματικά ή την γραφή. Έπειτα από αρκετές δεκαετίες ερευνών, έχει βρεθεί ότι το 27-31% περίπου των μαθητών με ΔΕΠ-Υ, εμφανίζουν επίσης Μαθησιακές δυσκολίες. Ωστόσο, τα στοιχεία αυτά ποικίλουν σε μεγάλο βαθμό, ανάλογα με τον ορισμό των Μαθησιακών δυσκολιών. Οι περισσότεροι μαθητές με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν ποικίλες δυσκολίες στην τάξη και γενικότερα στο σχολείο. Συγκεκριμένα, φαίνεται να είναι συχνά απρόσεκτοι και να εμφανίζουν συμπεριφορές οι οποίες διαφέρουν συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά, στο σχολικό πλαίσιο και περιβάλλον. Τα ποσοστά της ορθής συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια μιας εργασίας στην τάξη, τείνουν να είναι ιδιαίτερα χαμηλά σε παθητικές δραστηριότητες (όπως η ακρόαση του εκπαιδευτικού κατά τη διδασκαλία, η σιωπηλή ανάγνωση). Επίσης, χαρακτηριστικά της διαταραχής, όπως η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα, συχνά οδηγούν σε καταστροφικές συμπεριφορές (π.χ μιλούν χωρίς άδεια, εγκαταλείπουν την θέση τους, διακόπτουν την διδασκαλία των εκπαιδευτικών) στην τάξη και σε άλλα σχολικά περιβάλλοντα (DuPaul & Volpe, 2009).

Τα τελευταία χρόνια, το πλήθος των ερευνητικών στοιχείων έχει βοηθήσει στην κατανόηση για την σχέση μεταξύ της ΔΕΠ-Υ και των Μαθησιακών δυσκολιών. Είναι αξιοπρόσεχτο το γεγονός ότι, η συσχέτιση αυτών των δύο, φαίνεται να παρουσιάζεται κυρίως στον τύπο της ελλειμματικής προσοχής ο οποίος εμφανίζει διαφορές σε σχέση με τον τύπο της υπερκινητικότητας. Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι, επιπτώσεις στην μνήμη εργασίας και στην ταχύτητα επεξεργασίας εντοπίζονται σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ και Μαθησιακές Δυσκολίες (DuPaul & Volpe, 2009).

Επίσης, έχει αποδειχτεί ότι τα παιδιά με Μαθησιακές δυσκολίες αντιμετωπίζουν συχνά δυσκολίες στην γραφή (Kerchner & Kistinger, 1984, Bruck, 1985, Griffey, 1986, Keefe & Candler, 1989, Graham, 1990, McNaughton et al., 1997). Μάλιστα, έχει αναφερθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, αντιμετωπίζουν συχνότερα δυσκολίες στην γραπτή έκφραση, συγκριτικά με άλλες Μαθησιακές δυσκολίες (Mayes & Calhoun, 2006). Το γεγονός αυτό εξηγείται από τον ρόλο που παίζει η μνήμη εργασίας στις διαδικασίες που απαιτούνται ώστε να παραχθεί ένα συνεκτικό κείμενο (Hayes & Flower, 1980). Η γραφή γενικά είναι πιο περίπλοκη από την ανάγνωση ή τον υπολογισμό και επειδή απαιτείται υψηλότερο γνωστικό φορτίο στη μνήμη εργασίας, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πιο επιρρεπή στην αποτυχία μιας γραπτής εργασίας παρά στην ανάγνωση ή σε κάποια μαθηματική εργασία (Mayes & Calhoun, 2007). Οι μαθησιακές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά αυτά εμφανίζονται κυρίως στον γραπτό λόγο, στην ανάγνωση και στα μαθηματικά. Πιο συγκεκριμένα τα γραπτά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι δυσανάγνωστα, χωρίς κενά ανάμεσα στις λέξεις, και με πολλά ορθογραφικά λάθη. Ερευνητές αποδίδουν τους λόγους ύπαρξης αυτών των δυσκολιών σε ειδική μαθησιακή δυσκολία στον γραπτό λόγο, στην αδυναμία

οργάνωσης των πληροφοριών καθώς και στην δυσκολία επεξεργασίας τους. (Παπαναστασίου, 2019, σελ. 21-24).

Το 15% έως 40% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφανίζει συμπτώματα δυσλεξίας, πράγμα το οποίο φανερώνει μια ειδική μαθησιακή δυσκολία στην ανάγνωση. Άλλωστε έχει αναφερθεί ότι η πιο συνηθισμένη μαθησιακή διαταραχή που εντοπίζεται σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι η δυσλεξία (Ahmed Elhassan & Hamid Hassan, 2015). Αναλυτικότερα η δυσκολία των παιδιών έγκειται στην αποκωδικοποίηση, στην ευχέρεια και στην κατανόηση κατά τη διάρκεια της αναγνωστικής διαδικασίας. Ο ρυθμός ανάγνωσής τους είναι πιο αργός συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους, αγνοούν τα σημεία στίξης και διαβάζουν λανθασμένα τις λέξεις χωρίς να το καταλαβαίνουν, ακόμα και αν αυτές οι λέξεις επαναλαμβάνονται πολλές φορές στο κείμενο. Επιπλέον, χάνουν την σειρά του κειμένου και δυσκολεύονται στην οργάνωση των πληροφοριών που βρίσκονται μέσα στο κείμενο. Οι παραλείψεις, οι αντικαταστάσεις, οι μεταθέσεις, οι προσθήκες και οι αντιμεταθέσεις λέξεων ή συλλαβών είναι πολύ συχνά φαινόμενα. Επιπρόσθετα, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην διαμόρφωση μιας άποψης, στην διεξαγωγή συμπερασμάτων ή υποθέσεων και σε προβλέψεις. Να σημειωθεί ότι μπορεί να εντοπιστούν ελλείμματα στην φωνολογική ενημερότητα (Παπαναστασίου, 2019, σελ. 21-24).

Η σχέση που έχουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ με τα μαθηματικά χαρακτηρίζεται από παρορμητικότητα, δυσκολία συγκέντρωσης και ενθύμησης βασικών κανόνων του μαθήματος. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν 8% με 10% χαμηλότερο επίπεδο από εκείνο των συνομηλίκων τους. Αναφορικά, χρησιμοποιούν τα δάχτυλά τους ή άλλα αντικείμενα για να κάνουν μια πράξη για μεγάλο χρονικό διάστημα, δυσκολεύονται στην εκτέλεση τεσσάρων βασικών πράξεων και χρειάζονται πολύ χρόνο για τις υλοποιήσουν, αδυνατούν να καταλάβουν τον νοερό υπολογισμό των πράξεων, καθώς και να ανακαλέσουν με τη σειρά τα γεγονότα μιας ιστορίας. Ακόμη δεν μπορούν να διαχειριστούν τον χρόνο και τον χώρο, όπως επίσης την επίλυση των μαθηματικών προβλημάτων (Παπαναστασίου, 2019, σελ. 21-24).

Από μελέτες έχει αναφερθεί ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες μπορούν να επωφεληθούν χρησιμοποιώντας επεξεργασμένα κείμενα και ορθογραφικό έλεγχο (Kerchner & Kistinger, 1984, Griffey, 1986, Glazer & Curry, 1988, Kefe & Candler, 1989, McNaughton et al., 1997), όπως επίσης προφορικά ή υπαγορευμένα κείμενα (MacArthur & Graham, 1987, Carry, 1988, Lane & Lenawandowski, 1994), καθώς και οδηγίες γραπτής και προφορικής παραγωγής και πρόσθετο χρόνο για γραπτές ασκήσεις (Graham, 1990).

ΔΕΠ-Υ και Πραγματολογική διαταραχή

Σύμφωνα με τους Baker και Cantwell (1992), έχουν αποκαλύψει ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν και πραγματολογικές διαταραχές. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι αποπροσανατολισμένα, διακόπτουν συζητήσεις και δεν περιμένουν τη σειρά τους, δυσκολεύονται να θυμηθούν προφορικές οδηγίες και να διηγηθούν μια ιστορία. Τα κριτήρια του DSM-5 για την διαταραχή προσοχής στην ΔΕΠ-Υ που δυνητικά συνδέονται με πραγματολογικά ελλείμματα περιλαμβάνουν: ευκολία απόσπασης της προσοχής, αδυναμία κατανόησης των οδηγιών και δυσκολία στη διατήρηση προσοχής σε δραστηριότητες παιχνιδιού. Πιθανόν τα

χαρακτηριστικά αυτά να μην αλληλεπιδρούν θετικά με τη γλωσσική εκμάθηση σε αρκετά σημεία της επικοινωνιακής ανταλλαγής και ίσως να διαταράσσουν το γλωσσικό πλαίσιο.

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να γνωρίζουν πώς να επικοινωνούν όταν υποβάλλονται σε αυτούς εναλλακτικές ερωτήσεις, αντιμετωπίζουν όμως δυσκολίες όταν πρέπει να δώσουν τις δικές τους απαντήσεις σε κοινωνικά πλαίσια (Westby & Cutler, 1994). Η ελλειμματική προσοχή και οι επικοινωνιακές δυσκολίες σε κοινωνικά περιβάλλοντα, τα οποία είναι συμπεριφορικά χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, επιδεινώνουν γενικά τις πραγματολογικές δυσκολίες. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποδιοργανώνονται καθώς χάνουν λεκτικά, μη λεκτικά και συντακτικά στοιχεία σε μια συζήτηση (Whalen & Henker, 1985).

Έχουν αναλυθεί από πολλούς συγγραφείς τα είδη των διαταραχών επικοινωνίας που τείνουν να συνυπάρχουν με την ΔΕΠ-Υ. Κατά κύριο λόγο, οι δυσκολίες αυτές περιλαμβάνουν τη χρήση της γλώσσας και την επίτευξη της κοινωνικής δράσης (δηλαδή την πραγματολογική γλωσσική δυσλειτουργία). Σύμφωνα με τον Heyer (1995), πολλά από τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ, όπως αναφέρονται στο DSM-5, μπορούν να θεωρηθούν ως χαρακτηριστικά συμπτώματα της πραγματολογικής γλωσσικής δυσλειτουργίας. (π.χ υπερβολική συζήτηση, κακή εναλλαγή σειράς κατά τον διάλογο, συχνές διακοπές, απάντηση σε ερώτηση πριν την ολοκλήρωσή της). Και καθώς δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην γλώσσα αλλά και στις επικοινωνιακές συμπεριφορές που εκδηλώνονται από άτομα με ΔΕΠ-Υ, παρατηρούμε πως τα άτομα με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν συμπεριφορές που επίσης εκδηλώνονται από τα άτομα με πραγματολογική δυσλειτουργία. Για παράδειγμα, ο Zentall (1985) συζήτησε την τάση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ να είναι πιο αποδιοργανωμένα και ταυτόχρονα, πιο λεκτικά σε αυθόρμητες αλληλεπιδράσεις, απ' ό,τι τα τυπικά φυσιολογικά παιδιά. Ακόμα, σύμφωνα με έρευνα των Tannock και συνεργατών (1993), τα άτομα με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να παρουσιάσουν δυσκολίες στη συνοχή του λόγου, η οποία εκδηλώνεται ως σύγχυση της γλώσσας και αποδιοργανωμένος λόγος. Η τάση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ να μιλούν περισσότερο απ' ό,τι άλλα παιδιά, να είναι πιο φωνητικά (σε αντίθεση με τα λεκτικά) και συχνά να μην πραγματοποιούν σωστά τις λεξιμοποιήσεις και τις φωνήσεις τους, έχει συζητηθεί από πολλούς ερευνητές. Το γεγονός αυτό ενισχύει το σημερινό μοντέλο του Barkley σχετικά με την ΔΕΠ-Υ και το έλλειμμα αναστολής.

Λόγω της στενής σχέσης μεταξύ επικοινωνίας και κοινωνικοποίησης, οι πραγματολογικές δυσκολίες που εμφανίζονται στα άτομα με ΔΕΠ-Υ, εκδηλώνονται συχνά ως ελλείμματα κοινωνικών δεξιοτήτων. Έχουν παρατηρηθεί, για παράδειγμα, κοινωνικές δυσκολίες σε άτομα με ΔΕΠ-Υ, που οφείλονται άμεσα, είτε σε κακές επικοινωνιακές ικανότητες, είτε σε κακές μεταγνωστικές ικανότητες οι οποίες κανονικά θα ενεργούσαν για να αναστείλουν την κοινωνικά ανάρμοστη ή καταστροφική συμπεριφορά (Grenell et al., 1987, Whalen & Hanker, 1993, Westby & Cutler, 1994). Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει πως, με την πάροδο του χρόνου, τα παιδιά με την συγκεκριμένη διαταραχή βιώνουν μια αποσύνθεση από τους γονείς, τους δασκάλους και τους συνομηλίκους τους. Επίσης τα υπόλοιπα παιδιά, τείνουν να αντιδρούν με αποστροφή, κριτική απόρριψη, επιθετικότητα, και γενικότερα δυσκολεύονται να αποδεχτούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, λόγω των πραγματολογικών δυσκολιών τους. Επειδή οι μαθητές με την

διαταραχή συνηθίζουν να είναι πιο αυταρχικοί, να παραβιάζουν τους κοινωνικούς κανόνες, να είναι συχνά εκτός εργασίας και να παρουσιάζουν χειρότερες επικοινωνιακές δεξιότητες από τις κανονικές, αντιμετωπίζουν ενδεχόμενη απόρριψη ή/και απομόνωση. Πολλές έρευνες, έχουν δείξει ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανότερο να αποβληθούν σε σχέση με τους συνομηλίκους τους.

Οι πραγματολογικές γλωσσικές ελλείψεις συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης συναισθηματικών και κοινωνικών δυσκολιών (Jerome et al., 2002). Η απόκτηση πραγματολογικών δεξιοτήτων είναι απαραίτητη για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, καθώς έτσι αναπτύσσουν ουσιαστικές φιλίες (Schley & Snow, 1992), μαθαίνουν να παίζουν δίκαια και αποκτούν κοινωνική αλληλεπίδραση (Leonard et al., 2011). Επιπλέον, οι συνεχιζόμενες διαπροσωπικές δυσκολίες και οι φτωχές σχέσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των συνομηλίκων τους, προβλέπουν αρνητικά αποτελέσματα για την μετέπειτα ζωή τους, όπως η αντικοινωνική συμπεριφορά και οι σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές (Bagwell et al., 2001). Ακόμα υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η πραγματολογική γλωσσική ικανότητα ενός παιδιού δεν επηρεάζει μόνο τις κοινωνικές τους δεξιότητες αλλά και την ικανότητά του να ρυθμίζει τα συναισθήματά του, αναπτύσσοντας αποτελεσματικές στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης χωρίς την υποστήριξη των ενηλίκων (Fujiki et al., 2002). Επομένως, δεν πρέπει να υποτιμάται η σημασία της ανάπτυξης των πραγματολογικών δεξιοτήτων σε πληθυσμούς όπου οι κοινωνικές δεξιότητες είναι επίσης μειωμένες, όπως η περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

2.6 Διγλωσσία και ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ μεταξύ δίγλωσσων παιδιών ή παιδιών με γλωσσικές μειονότητες, δεν έχει ακόμη αντιμετωπιστεί και συζητηθεί τόσο πολύ στους ερευνητικούς κύκλους. Το ποσοστό των δίγλωσσων μαθητών, σε πολλές χώρες, είναι αρκετά υψηλό. Παρά την παγκόσμια δημογραφική τάση, η υποδιαγνωστικότητα και η αξιολόγηση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, θεωρούνται ψυχιατρική, ψυχολογική και εκπαιδευτική πρόκληση (Ozerk et al., 2011).

Έχει αποδειχθεί ότι η διγλωσσία επηρεάζει μια σειρά γνωστικών και γλωσσικών ικανοτήτων καθ' όλη την διάρκεια της ζωής. Όσον αφορά την ικανότητα της γλώσσας η ΔΕΠ-Υ συνδέεται με κακή γλωσσική λειτουργία (Bellani et al., 2011), όπως συμβαίνει συχνά με την διγλωσσία. Τόσο η διγλωσσία, όσο και η ΔΕΠ-Υ, συνδέονται γενικά με φτωχότερη γνώση λεξιλογίου, αλλά στον εκτελεστικό έλεγχο η διγλωσσία και η ΔΕΠ-Υ επιδρούν αντίθετα (Bialynstok et al., 2017). Για τη διγλωσσία, εκτός από το μειωμένο λεξιλόγιο σε κάθε γλώσσα, η λιγότερο συχνή χρήση που εκδηλώνεται σε κάθε γλώσσα, μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη αυτοματοποίηση της λεξικής πρόσβασης (Gollan et al., 2008). Ομοίως, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν γενικά χαμηλότερες επιδόσεις σε σχέση με τα άτομα χωρίς ΔΕΠ-Υ (Mc Gee et al., 1985, Schoechin & Engel, 2005, Bruce et al., 2006, Mathers, 2006).

Στην Νορβηγία μια μελέτη το 1988 έδειξε ότι τα δίγλωσσα παιδιά που παρουσιάζαν γλωσσικές δυσκολίες ήταν πολύ περισσότερα ανάμεσα στα παιδιά που λαμβάνουν ειδική εκπαίδευση (Nordhal & Overland, 1998) Οι Nordhal και Sunervag, (2008) διαπίστωσαν ότι το ποσοστό των δίγλωσσων παιδιών που λαμβάνουν ειδική εκπαίδευση είναι σημαντικά υψηλότερο από το ποσοστό των παιδιών με μητρική την

Νορβηγική που λαμβάνουν ειδική εκπαίδευση (11 % αντί 7,7% αντίστοιχα). Ωστόσο οι παραπάνω μελέτες δεν εντόπισαν τι είδους διάγνωση είχε λάβει κάθε δίγλωσσο παιδί. Μια άλλη νορβηγική μελέτη το 2005, διαπίστωσε ότι η πλειοψηφία των διαγνώσεων που δόθηκαν σε δίγλωσσα παιδιά ήταν «παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες» (Pihl, 2005). Επίσης, οι δάσκαλοι κατά την πρακτική τους άσκηση εξέφρασαν κάποιες ανησυχίες σχετικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς και κοινωνικής σχέσης που είχαν ορισμένοι δίγλωσσοι μαθητές.

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Mor και των συνεργατών του (2014) έδειξαν ότι, η αρνητική επίδραση της ΔΕΠ-Υ ήταν πιο έντονη για τα δίγλωσσα άτομα παρά για τα μονόγλωσσα, αλλά μόνο σε εργασίες που απαιτούσαν καταστολή των περιβαλλοντικών παρεμβολών π. χ εξωτερικοί θόρυβοι (οι δίγλωσσοι συμμετέχοντες με ΔΕΠ-Υ είχαν τις χαμηλότερες επιδόσεις). Επομένως συμπεραίνουμε ότι η διγλωσσία μπορεί να αποδειχθεί πρόσθετη επιβάρυνση για τα άτομα με ΔΕΠ-Υ, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται περισσότερο οι ικανότητες εκτελεστικής λειτουργίας (Mor et al., 2014).

2.7 Οι γνώσεις των δασκάλων για την ΔΕΠ-Υ

Η γνώση αναφέρεται στην έκταση των πληροφοριών σχετικά με ένα ζήτημα. Όσο μεγαλύτερη είναι η έκταση της γνώσης των ανθρώπων και η εμπειρία που έχουν σε ένα θέμα, τόσο περισσότερες πληροφορίες έχουν στη διάθεσή τους, ώστε να αξιολογούν και να συμπεριφέρονται κατάλληλα (Wood et al., 1995, Eagly & Chaiken, 1998).

Λαμβάνοντας υπόψη ότι οι εκπαιδευτικοί της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης είναι συχνά οι πρώτοι που παρατηρούν δυσκολίες συμπεριφοράς στα παιδιά, αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά λίγες έρευνες για αυτούς. Η περιορισμένη έρευνα που έχει διεξαχθεί τα τελευταία χρόνια σχετικά με την γνώση των εκπαιδευτικών, δείχνει ότι οι βαθμολογίες της γνώσης κυμαίνονται από 50-70% σε σχέση με τη συνολική γνώση που θα έπρεπε να είχαν όλοι οι εκπαιδευτικοί. Υπάρχει επίσης έλλειψη έρευνας που να αξιολογεί τους δασκάλους και το πώς αυτοί διαχειρίζονται μια τάξη στην οποία υπάρχουν και παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Barkley, 1990). Πολλές μελέτες από διαφορετικά μέρη του κόσμου έχουν διαπιστώσει ότι οι γνώσεις των εκπαιδευτικών παρουσιάζονται στην καλύτερη περίπτωση λογικές και σε πολλές περιπτώσεις, ανεπαρκείς, με αποτέλεσμα να απαιτείται παρέμβαση (West et al., 2005, Ghanizadeh et al., 2006, Nur & Kavakc, 2010, Perold et al., 2010).

Οι γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ έχουν σαφώς τη δυνατότητα να επηρεάσουν τους μαθητές με τη διαταραχή με πολλούς τρόπους, αφού ένας εκπαιδευτικός με καλή γνώση είναι πιο πιθανό να ζητήσει επαγγελματική συμβουλή, καθώς και να υποστηρίξει συμπεριφορικές θεραπείες στην αίθουσα διδασκαλίας (Ohan et al., 2008). Είναι πιθανόν επίσης να μεταφέρουν αναξιόπιστες πληροφορίες σε ιατρούς σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή και τις επιδράσεις της (Kasten et al., 1992).

Οι εκπαιδευτικοί δημοτικού σχολείου που έχουν τάξη μεγέθους άνω των είκοσι μαθητών, αντιμετωπίζουν πιθανώς τουλάχιστον έναν μαθητή με ΔΕΠ-Υ στην τάξη τους κάθε χρόνο (Ohan et al., 2008). Η ύπαρξη ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ στην αίθουσα διδασκαλίας, μπορεί να παρουσιάσει αρκετές προκλήσεις στους δασκάλους. Οι δυσκολίες του μαθητή με την διαταραχή μπορεί να είναι πολλές κι επομένως, πολλοί δάσκαλοι μπορεί να είναι

απροετοίμαστοι για την αποτελεσματική διαχείριση τυχόν ακαδημαϊκών, κοινωνικών και συναισθηματικών αναγκών αυτών των παιδιών. Παρ' όλα αυτά, οι εκπαιδευτικοί κάνουν συχνά συστάσεις σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ σε γονείς, σωστές ή λανθασμένες, και οι γονείς τείνουν να τις ακολουθούν (DiBattista & Shepherd, 1993). Εξάλλου, είναι αυτοί που, τις περισσότερες φορές παρατηρούν πρώτοι και παραπέμπουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ για αξιολόγηση και θεραπεία (Vereb & DiPerna, 2004).

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην βελτίωση της ακαδημαϊκής και κοινωνικής λειτουργίας των παιδιών με τη διαταραχή (Barkley, 2005). Ακόμα έχει αποδειχθεί ότι οι δάσκαλοι που έχουν κακή γνώση και κατανόηση της ΔΕΠ-Υ, τείνουν να έχουν αρνητικό αντίκτυπο σε αυτούς τους μαθητές (Barkley, 2005). Οι Brook και συνεργάτες (2002), υπογραμμίζουν τη σημασία της εκπαίδευσης σε σχέση με την γνώση των δασκάλων. Η μελέτη τους έδειξε ότι όσοι δεν έχουν λάβει εκπαίδευση στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, θεώρησαν ότι ήταν αποτέλεσμα των γονικών στάσεων. Από την άλλη πλευρά, οι εκπαιδευτικοί που είχαν κατάρτιση, έδειξαν κατανόηση της διαταραχής και των επιπτώσεών της στη συμπεριφορά των μαθητών (Brook et al., 2002). Επίσης έχει προταθεί ότι, οι δάσκαλοι που δεν διαθέτουν γνώσεις για τη διαταραχή, πιθανότατα να παραμελούν συμπεριφορές οι οποίες σηματοδοτούν ότι υπάρχει άμεση ανάγκη υποστήριξης για το παιδί (Ohan et al., 2008).

Ορισμένοι ερευνητές έχουν βρει αρνητική συσχέτιση μεταξύ διδακτικής εμπειρίας και γνώσης (Brook et al., 2000, Kos et al., 2004, Vereb & DiPerna, 2004, Weyandt et al., 2009, Stampoltzis & Antonopoulou 2013,), σε αντίθεση με άλλους ερευνητές οι οποίοι απέδειξαν ότι η διδακτική εμπειρία και η γνώση έχουν θετική σχέση μεταξύ τους (Jerome et al., 1994. Sciutto et al., 2000). Ένα εύρημα των Kos και συνεργατών του (2004) υπογραμμίζει ότι, οι γνώσεις των δασκάλων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, διευρύνονται μέσα από τις διδακτικές τους εμπειρίες στην τάξη και όχι κατά τη διάρκεια της πανεπιστημιακής τους εκπαίδευσης. Έτσι οι εμπειρίες μέσα στη σχολική αίθουσα, είναι δυνατό να προσφέρουν περισσότερες γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ (λόγω της επαφής με παιδιά που έχουν τη διαταραχή), ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση για τη ΔΕΠ-Υ και πληροφορίες που εκμαεύονται από άλλους δασκάλους, από γονείς και από προσωπική μελέτη και αναζήτηση.

Σχετικά με το φύλο και την ηλικία δεν φαίνεται να επηρεάζει τις γνώσεις των δασκάλων. Βέβαια, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ γυναικών και ανδρών εκπαιδευτικών σε επίπεδο γνώσεων. Παρ' όλα αυτά πρέπει να αναφερθεί ότι, οι γυναίκες εκπαιδευτικοί είναι αυτές που μπορούν να αντιμετωπίσουν τη ΔΕΠ-Υ, σε αντίθεση με τους άνδρες οι οποίοι επηρεάζονται από τη διαταραχή και διστάζουν να την αντιμετωπίσουν. Το εύρημα αυτό αποδεικνύεται από μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία για την ΔΕΠ-Υ, και φανέρωσε υψηλότερο ποσοστό για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ στο γυναικείο πληθυσμό (Bekle, 2004).

Συμπεράσματα άλλων μελετών αναφέρουν ότι η αντίληψη των δασκάλων γενικότερα, δεν αποκλείεται να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες εκ των οποίων μερικοί σχετίζονται με την ηλικία, την εμπειρία, την εκπαίδευση και τον πολιτισμό. Η Munyi (2012) , ισχυρίστηκε ότι ο πολιτισμός είναι σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει άμεσα στη αντίληψη της διαταραχής. Επιπλέον ο Kang (2009) υποστήριξε ότι «οι

συζητήσεις, οι οποίες επηρεάζονται από την κουλτούρα του ατόμου, δημιουργούν γνώση και δύναμη». Γι' αυτό τον λόγο μια αλλαγή όσον αφορά τις συζητήσεις μεταξύ των δασκάλων, θα ήταν εποικοδομητική, ώστε να δημιουργηθεί μια πιο θετική αντίληψη για την ΔΕΠ-Υ στα σχολεία. Η ανασκόπηση της παγκόσμιας έρευνας δείχνει ότι οι εκπαιδευτικοί έχουν καλή γνώση για τη ΔΕΠ-Υ, με αδυναμίες σε συγκεκριμένες περιοχές. Στη Βόρεια Αμερική, ο Jerome και συνεργάτες (1994), μελέτησαν τους Αμερικανούς (από τη Νέα Υόρκη και την Φλόριντα) και τους Καναδούς (από το Οντάριο) εκπαιδευτικούς δημοτικών σχολείων. Η έρευνα έδειξε μέτρια επίπεδα γνώσεων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ. Και στις δύο χώρες, οι δάσκαλοι ήταν αρκετά ικανοί στον εντοπισμό των συμπτωμάτων της διαταραχής, αλλά σχετικά αδύναμοι στις γνώσεις τους για τη θεραπεία. Εκπληκτικά παρόμοια αποτελέσματα είχε η έρευνα των Sciutto και συνεργατών (2000) σε δασκάλους των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής και συγκεκριμένα της Νέας Υόρκης, καθώς και στη Φιλαδέλφεια (Herbert et al., 2004) και στην Πενσυλβανία και το Νιού Τζέρσεϊ (Vereb & DiPerna, 2004). Επομένως διαπιστώνουμε ότι, οι Βορειοαμερικανοί δάσκαλοι είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, αλλά δε γνωρίζουν επαρκώς τον τρόπο αντιμετώπισής της. Μελέτες εκτός Βόρειας Αμερικής έχουν δείξει ότι οι δάσκαλοι στην Νέα Ζηλανδία της Αυστραλίας, μπορεί να έχουν παρόμοια βάση γνώσεων για τη ΔΕΠ-Υ.

Από μια μελέτη του Youssef και συνεργατών (2015), είναι αξιοπρόσεκτο το γεγονός ότι οι περισσότεροι δάσκαλοι, επέλεξαν την απάντηση «δεν γνωρίζω» στο ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι υπάρχει μεγάλο επίπεδο αβεβαιότητας μεταξύ των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ. Έτσι, μια τέτοια αβεβαιότητα, είναι σκόπιμο να σημειωθεί για μελλοντικούς λόγους εκπαίδευσης, καθώς είναι ευκολότερο να εκπαιδεύονται άτομα, τα οποία δεν έχουν ανακριβείς πληροφορίες, γνώσει και ιδέες για ένα θέμα (DiBattista & Shepherd, 1993). Πάνω σε αυτή την μελέτη διαπιστώθηκε ακόμη ότι, οι δάσκαλοι αντιλήφθηκαν την έλλειψη γνώσεών τους και γι' αυτόν τον λόγο ήταν ανοιχτοί στο να λάβουν εκπαίδευση για τη ΔΕΠ-Υ. Έχοντας διδάξει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, επηρέασε σημαντικά τις γνώσεις τους, συμπέρασμα το οποίο έχει βρεθεί και σε άλλες έρευνες (Sciutto et al., 2000, Kos et al., 2004,). Η πλειοψηφία των δασκάλων αντιμετώπισε αυτή την έρευνα ως πρόκληση, ώστε να μπου στην διαδικασία να αναζητήσουν πληροφορίες και πρόσθετους πόρους.

Μία ακόμη έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Μελβούρνη της Αυστραλίας το 2008 σε εκπαιδευτικού δημοτικών σχολείων. Σε γενικές γραμμές, οι δάσκαλοι με υψηλή και μέτρια μέση γνώση σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, ανέφεραν περισσότερες βοηθητικές συμπεριφορές (π. χ. αναζήτησης βοήθειας για τους μαθητές τους) και αντιλήψεις (π.χ. αντιλαμβάνονται το όφελος των συμπεριφορικών και εκπαιδευτικών θεραπειών). Επίσης το 80% γνώριζε ότι τα παιδιά χωρίς υπερδραστηριότητα μπορεί να εξακολουθούν να έχουν ΔΕΠ-Υ. Επειδή η υπερδραστηριότητα είναι εύκολα αντιληπτή, μερικοί εμπειρογνώμονες έχουν διαπιστώσει ότι τα παιδιά με πρωταρχική έλλειψη προσοχής μπορεί να αγνοηθούν (Millstein et al., 1997). Η συγκεκριμένη φανέρωσε ότι οι περισσότεροι δάσκαλοι γνώριζαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να έχουν και απλά συμπτώματα, τα οποία μπορούν να βοηθήσουν τους εκπαιδευτικούς να βοηθήσουν και να παραπέμψουν αυτά τα παιδιά. Η μεγάλη πλειοψηφία επίσης γνώριζε ότι τα συμπτώματα είναι αυθόρμητα και δεν προκαλούνται από τα παιδιά. Ωστόσο, οι δάσκαλοι με υψηλή και μέση γνώση είχαν τη πεποίθηση ότι αυτά τα παιδιά θα ήταν πιο ενοχλητικά στην τάξη και ανέφεραν ότι είχαν λιγότερη εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να τα διαχειριστούν. Ακόμα, μόνο το 50% των

συμμετεχόντων γνώριζε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είχαν αυξημένο κίνδυνο για μεταγενέστερη παραβατικότητα. Αυτή η έλλειψη μπορεί να αντικατοπτρίζει το γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί δεν παρακολουθούν τους μαθητές αυτούς στην εφηβεία τους, και επομένως έχουν λιγότερη εμπειρία με τη μελλοντική πορεία της διαταραχής.

Από την μελέτη των Anderson και συνεργατών (2012), τα δεδομένα έδειξαν ότι όσες γνώσεις διαθέτει κανείς αυτές πιστεύει και στη πραγματικότητα, υπογραμμίζοντας με αυτόν τον τρόπο ότι οι δάσκαλοι γνωρίζουν την έλλειψη γνώσης τους. Επιπρόσθετα, οι δάσκαλοι πιθανότατα να αντιλήφθηκαν μετά από την έρευνα και το μέγεθος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, όπως και να τους έχουν δημιουργηθεί περισσότερες απορίες σχετικά με τη φύση της ΔΕΠ-Υ, ως αποτέλεσμα αυτής της αυξημένης ευαισθητοποίησης.

Στην σημερινή εποχή επειδή ο αριθμός των ανερχόμενων δασκάλων δεν είναι δεδομένος (με την έννοια ότι θα υπάρχουν συνεχώς ανερχόμενοι δάσκαλοι), πρέπει να τονιστεί ότι οι σωστές γνώσεις που οφείλουν να έχουν οι δάσκαλοι κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας τους και πριν, καθώς και οι θετικές συμπεριφορές που πρέπει να διατηρούν όταν διδάσκουν στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, είναι πολύ σημαντικές. Οι δάσκαλοι αναπτύσσουν τις γνώσεις τους εφόσον πάρουν εμπειρίες μέσα από την εργασία τους (Anderson et al., 2012).

2.8 Η στάση των δασκάλων για την ΔΕΠ-Υ

Οι στάσεις αναφέρονται στην «αξιολόγηση των ανθρώπων, των γεγονότων, των αντικειμένων ή των θεμάτων είτε ευνοϊκών είτε δυσμενών (Eagly & Chaiken, 1993). Οι ισχυρότερες συμπεριφορές έχουν τη μεγαλύτερη επιρροή σε διαδικασίες και σε σκέψη. Είναι πιο ανθεκτικές στις αντιτιθέμενες απόψεις, σε σύγκριση με ασθενέστερες νοοτροπίες που τείνουν να είναι μεταβλητές και αμελητέες» (Krosnick & Petty, 1995).

Γενικότερα, η στάση των δασκάλων απέναντι στη ΔΕΠ-Υ και η συνεργασία τους με παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ έχει αποδειχθεί αρνητική σύμφωνα με τους Ghanizadeh και συνεργάτες (2006), Gargaro (2009) και Graeper (2010) καθώς και το ότι είναι αρκετά ευάλωτοι σε αρνητικές προκαταλήψεις, κατά τη αξιολόγηση των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Eisenberg & Schneider, 2007). Οι δάσκαλοι υποστηρίζουν ότι είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν τα παιδιά αυτά, παρ' ότι δεν νιώθουν αρκετά αισιόδοξοι (Kos et al., 2006). Από τη άλλη η Ohanetal (2008), έθεσε μια διαφορετική άποψη: οι δάσκαλοι με περισσότερες γνώσεις δεν εμπιστεύονται τους δασκάλους που δεν έχουν αρκετές και σημαντικές γνώσεις. Άλλοι συγγραφείς θεωρούν ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως το μέγεθος της τάξης και οι πολιτισμικές διαφορές, είναι δυνατό να επηρεάσουν τις αντιλήψεις των δασκάλων που έχουν για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Einarsdottir, 2008, Havey et al., 2005). Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε πως η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ επηρεάζει τις στάσεις των εκπαιδευτικών. Οι περισσότεροι δάσκαλοι νιώθουν ως επί το πλείστον άγχος, με αποτέλεσμα να αλληλεπιδρούν με αρνητικό τρόπο με τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Greene et al., 2002, Barkley, 2006). Η έρευνα των Baker και Cantwell, αποκάλυψε ότι, οι δάσκαλοι προβληματίζονται με πιο εμφανή και εντυπωσιακά συμπτώματα, με αποτέλεσμα να παραμελούν άλλα εξίσου σοβαρά προβλήματα που αφορούν τον λόγο, την γλώσσα και το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού (Baker & Cantwell, 1992).

Τα αρνητικά συναισθήματα και η μειωμένη εμπιστοσύνη πιθανότατα να αποδυναμώσουν την προσπάθεια και την επιμονή των δασκάλων, όταν διδάσκουν σε αίθουσα με παιδιά που φέρουν διάγνωση για ΔΕΠ-Υ. Το αίσθημα της αυτοπεποίθησης, σύμφωνα με τον Bandura, έχει βρεθεί ότι «επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τις αποφάσεις που λαμβάνονται, την επιμονή απέναντι στα εμπόδια, καθώς και το επίπεδο της προσπάθειας» (Bandura, 1995). Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση έρευνας, για τον αντίκτυπο των παραγόντων των εκπαιδευτικών στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, οι Sherman και συνεργάτες (2008), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι εκπαιδευτικοί που εκδηλώνουν θετική στάση απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, αυξάνουν την επιτυχία των παιδιών (και αντιστρόφως). Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει ότι θα πρέπει να πραγματοποιηθούν μελλοντικές έρευνες για τη διερεύνηση του τρόπου μετριασμού ή αλλαγής των προσδοκιών των δασκάλων από αυτά τα παιδιά, κυρίως με παρουσία μιας διάγνωσης. Σύμφωνα με μια έρευνα (Rogers et al., 2015), οι δάσκαλοι δείχνουν να αισθάνονται λιγότερο συναισθηματικά κοντά στους μαθητές με ΔΕΠ-Υ, ανεξάρτητα από το φύλο των μαθητών, ενώ δηλώνουν πως η συνεργασία με τα συγκεκριμένα παιδιά ήταν λιγότερο αποτελεσματική σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά. Ακόμη, πολλοί δάσκαλοι ισχυρίζονται ότι, η ύπαρξη ενός μαθητή με ΔΕΠ-Υ στην τάξη, πλήττει την διδασκαλία (Kos, 2008).

Καθώς το 10% των μαθητών εμφανίζει ΔΕΠ-Υ σε οποιαδήποτε τάξη, είναι σημαντικό οι εκπαιδευτικοί να κατανοήσουν τα χαρακτηριστικά και να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, να κατανοήσουν τις εκπαιδευτικές και κοινωνικές ανάγκες τους για αλληλεπίδραση και να μάθουν προσεγγίσεις για να βοηθήσουν στην επίτευξη ακαδημαϊκής και κοινωνικής επιτυχία μέσα στην τάξη. Οι δάσκαλοι που έχουν στην τάξη τους μαθητή με ΔΕΠ-Υ και είναι απροετοίμαστοι να διδάξουν σε μαθητές με ΔΕΠ-Υ, βιώνουν περισσότερο άγχος από τους δασκάλους χωρίς μαθητή με ΔΕΠ-Υ στην τάξη τους. Συνεπώς, όταν οι εκπαιδευτικοί αγχώνονται, μπορεί να μην έχουν σωστή συμπεριφορά απέναντι στο μαθητή με ΔΕΠ-Υ, η οποία ΔΕΠ-Υ γίνεται γρήγορα αντιληπτή από τους συνομηλίκους, επηρεάζοντας έτσι αρνητικά την αυτοεκτίμηση του μαθητή. Διορθωτικές ενέργειες από τον εκπαιδευτικό ή ενέργειες με τιμωρία μπορούν να οδηγήσουν σε αντίστοιχες ενέργειες από τους μαθητές, με αποτέλεσμα την περαιτέρω περιθωριοποίηση του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Εάν αυτός ο μαθητής γίνεται αποδεκτός από τον δάσκαλό του, είναι πιθανότερο να γίνει αποδεκτός και από τους συνομηλίκους του (Bradshaw & Kamal, 2013).

Ένα παράδοξο το οποίο διαπιστώθηκε από τον Anderson και συνεργάτες (2012) αφορά στη σχέση μεταξύ της διδακτικής εμπειρίας και της στάσης: οι δάσκαλοι με περισσότερη διδακτική εμπειρία έχουν περισσότερο ευνοϊκό αντίκτυπο και πιο ευνοϊκές συμπεριφορές απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Έχει αποδειχθεί από έρευνα ότι οι δάσκαλοι που είχαν διδάξει επτά ή περισσότερα έτη, πίστευαν ότι οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ, συχνά δεν προσπαθούν τόσο συχνά στο σχολείο, όσο οι άλλοι μαθητές, σε αντίθεση με τους δασκάλους που είχαν διδάξει από ένα έως έξι χρόνια και έδειξαν να διαφωνούν με αυτή την άποψη. Ωστόσο, οι εκπαιδευτικοί με τα περισσότερα έτη διδασκαλίας ή με ένα μέλος με ΔΕΠ-Υ στην οικογένειά τους, έδειξαν περισσότερη άνεση να αναφέρουν ένα παιδί το οποίο πίστευαν ότι παρουσίαζε συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Ακόμη διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες εκπαιδευτικοί έδειχναν περισσότερη συμπάθεια στους μαθητές με τη διαταραχή καθώς παρατηρούσαν ότι δεν μπορούσαν να παίξουν με τα υπόλοιπα παιδιά

στον ελεύθερο χρόνο τους και ότι δεν είχαν φίλους. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι δάσκαλοι γενικών σχολείων πίστευαν πιο έντονα ότι οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ μπορούν να ανταποκριθούν επιτυχώς και αποτελεσματικά σε μια κανονική τάξη, σε σύγκριση με τους δασκάλους ειδικής εκπαίδευσης (Mahar & Ghalmlers, 2007).

Αποτελέσματα μελετών παραθέτουν ότι οι δάσκαλοι θεωρούν τη ΔΕΠ-Υ έγκυρη διαγνωστική διαταραχή (Beckle, 2004, Akram et al., 2009). Σε μια μελέτη των Norvilitis και Fang (2005), οι οποίοι αξιολόγησαν τις αντιλήψεις-στάσεις των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ στις Η.Π.Α. και την Κίνα, βρέθηκαν μεγάλες διαφορές όσον αφορά τις πολιτισμικές αξίες για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Η στάση-αντιμετώπιση των Αμερικανών δασκάλων ήταν πιο αρνητική, καθώς χρησιμοποιούν τα φάρμακα πιο συχνά. Οι Κινέζοι δάσκαλοι από την άλλη, πιστεύουν ότι θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μέθοδοι πειθαρχίας για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και όχι φαρμακευτικές μεθόδους. Η μελέτη αυτή φανέρωσε κάτι παράδοξο το οποίο πιστεύουν οι δάσκαλοι στην Κίνα. Συγκεκριμένα, πιστεύουν ότι η προσωπική ευθύνη των παιδιών είναι και αυτός ένας τρόπος για να αντιμετωπιστεί η διαταραχή (Norvilitis & Fang, 2005).

Άλλες μελέτες φανερώνουν ότι οι εκπαιδευτικοί με λιγότερη αυτοπεποίθηση, μπορεί να εμποδίσουν την επιτυχία των παιδιών τους (Gibson & Dembro, 1984). Επίσης, η μειωμένη εμπιστοσύνη και το υψηλό στρες των δασκάλων λειτουργεί αρνητικά στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, με αποτέλεσμα να απογοητεύονται (Shwarzer & Hallum, 2008). Επιπρόσθετα, έχει αναφερθεί ότι, η στάση των δασκάλων απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι αρνητική, γιατί όταν τους ζητήθηκε να περιγράψουν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, το χαρακτήρισαν ως αδύναμο από ένα παιδί χωρίς ΔΕΠ-Υ, σε επίπεδο συμπεριφοράς, νοημοσύνης και προσωπικότητας (Batzle et al., 2010). Επίσης, θεώρησαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν σοβαρά προβλήματα, καθώς και πιο ενοχλητική συμπεριφορά μέσα στην τάξη (Ohan et al., 2011).

Σε καμία περίπτωση οι αντιλήψεις των δασκάλων για τα παιδιά με ψυχιατρικές διαταραχές όπως είναι η ΔΕΠ-Υ, δεν πρέπει να υποτιμούνται, καθώς είναι πολύ σημαντικές. Πρώτον, η στάση που εκδηλώνουν οι δάσκαλοι απέναντι στις ψυχιατρικές διαταραχές επηρεάζει όχι μόνο το σχολικό σύστημα, αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον. Δεύτερον, είναι σημαντικό οι γονείς να κατανοήσουν την στάση των δασκάλων απέναντι στα παιδιά με και χωρίς διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Επίσης θα πρέπει να αποφασίσουν εάν θα αναφέρουν την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ ενός παιδιού στο σχολείο, καθώς σε πολλούς έχει επικρατήσει η άποψη ότι το παιδί με ΔΕΠ-Υ θα στιγματιστεί από τους γύρω του.) Τρίτον, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που επιθυμούν να παρέχουν στους δασκάλους ανατροφοδότηση σχετικά με την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ και να περιλαμβάνουν τους ίδιους σε θεραπευτικά προγράμματα, οφείλουν να γνωρίζουν ότι η αποκάλυψη της διάγνωσης αυτής θα έχει επιπτώσεις στο περιβάλλον του παιδιού (Ohan et al., 2011).

Σε μια άλλη έρευνα έχει βρεθεί ότι, ότι η στάση και η γενικότερη συμπεριφορά των δασκάλων απέναντι σε έναν μαθητή με ΔΕΠ-Υ, μπορεί να επηρεάσει τις αντιλήψεις των υπόλοιπων παιδιών για το παιδί αυτό μέσα την τάξη (Hinsaw, 1994). Οι δάσκαλοι είναι υπεύθυνοι για την εφαρμογή και την αξιολόγηση των παρεμβάσεων για τη ΔΕΠΥ στην τάξη (Vereb & DiPerna 2004, Ohan et al., 2008). Επομένως, ο ρόλος τους είναι πολύ σημαντικός, καθώς αναφέρουν τα πρώτα συμπτώματα στους γονείς, τους

συμβουλεύουν να απευθυνθούν σε κέντρο αξιολόγησης και τους παροτρύνουν να βοηθήσουν το παιδί τους, ώστε να έχει ακαδημαϊκές και κοινωνικές επιτυχίες.

Τέλος, έχει αναφερθεί ότι η στάση των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ μπορεί να επηρεάσει σε κάποιο βαθμό την επιλογή της διδακτικής προσέγγισης (Westwood, 1996), την διάθεσή τους να θέσουν σε εφαρμογή θεραπευτικές παρεμβάσεις (Vereb & DiPerna, 2004), τις στρατηγικές συμπεριφορικής διαχείρισης και την γενικότερη αντίληψη των συμμαθητών του παιδιού με ΔΕΠ-Υ (Atkinson et al., 1997). Γι' αυτό τον λόγο, η συνεχής εκπαίδευση και οι σχολικοί ψυχολόγοι μπορούν μέσα από το έργο τους να ευαισθητοποιούν τους δασκάλους επισημαίνοντάς τους τις συναισθηματικές αντιδράσεις και τους σωστούς τρόπους διδασχής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Anderson et al., 2012).

Ευρήματα για τις γνώσεις και τη στάση των δασκάλων από μελέτες σε ευρωπαϊκές χώρες

Στοιχεία από πιλοτική έρευνα στην Ελλάδα (Κακούρος, Παπαηλιού, Μπακιδιάν, 2006)

Στην έρευνα των Κακούρου, Παπαηλιού και Μπακιδιάν (2006), συμμετείχαν 193 δάσκαλοι, εκ των οποίων οι γυναίκες ήταν πλειοψηφία. Από τα αποτελέσματα της μελέτης φάνηκε οι περισσότεροι να μην διαθέτουν σωστές πληροφορίες και γνώσεις γύρω από τη ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, το 70% ανέφερε ότι οι γονείς είναι αυτοί που ευθύνονται για τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, καθώς δεν τους δίνουν την κατάλληλη διαπαιδαγώγηση και ανατροφή. Επίσης μερικοί από αυτούς ανέφεραν και το διαζύγιο ως παράγοντα. Λίγοι ήταν αυτοί που συμφώνησαν ότι η ΔΕΠ-Υ μπορεί να προκληθεί από νευρολογικούς παράγοντες (30%), πράγμα το οποίο έχει αποδειχθεί. Επιπλέον από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι άντρες εκπαιδευτικοί θεωρούν τους εαυτούς τους πιο ικανούς να αντιμετωπίσουν συμπεριφορές που εκδηλώνουν συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, συγκριτικά με τις γυναίκες εκπαιδευτικούς που πιστεύουν ότι η διαταραχή είναι δυνατό να επηρεάσει και άλλες πλευρές της ζωής..

Στοιχεία από το Μιλάνο, Ιταλία (Frigerio, Montali & Marzocchi, 2014)

Από την μελέτη των Frigerio (και συνεργατών (2014), τα στοιχεία αποκαλύπτουν ότι οι γνώσεις των 579 συμμετεχόντων Ιταλών δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ είναι σε ένα μέσο-υψηλό επίπεδο (70,4%). Να σημειωθεί ότι το 96% από αυτούς ήταν γυναίκες. Επιπλέον τα δεδομένα δείχνουν ότι οι δάσκαλοι αντιλαμβάνονται τις ανεπαρκείς και κατακερματισμένες γνώσεις τους πάνω στη ΔΕΠ-Υ. Επιπρόσθετα η μελέτη έδειξε ότι οι αντιλήψεις των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ ήταν διαφορετικές. Αναλυτικά, πολλοί έκριναν με αρνητικό τρόπο τη φαρμακευτική μέθοδο, ενώ άλλοι δάσκαλοι έθιζαν το θέμα της διάγνωσης το οποίο κατά τη γνώμη τους πραγματοποιείται από γιατρούς χωρίς την απαιτούμενη εμπειρία στο πρόβλημα της ΔΕΠ-Υ. Αξίζει να σημειωθεί ότι, η άποψη για την φαρμακευτική αγωγή που εξέφρασαν οι Ιταλοί δάσκαλοι διαφέρει από αυτή άλλων μελετών, καθώς μεταξύ άλλων εκπαιδευτικών πιστεύεται ότι τα φάρμακα είναι μια εύκολη παρέμβαση και λύση για την περίθαλψη των παιδιών με τη διαταραχή (Glass & Wegar, 2000, Havey, 2007).

Ευρήματα για τις γνώσεις και τη στάση των δασκάλων από μελέτες σε ασιατικές χώρες

Στοιχεία από το Sivas, Τουρκία (Nur & Kavakci, 2010)

Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν 87 δάσκαλοι. Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι το 77,0% των ερωτηθέντων συμφώνησε ότι η ΔΕΠ-Υ είναι ένα σοβαρό πρόβλημα και το 32,2% ανέφερε ότι η ΔΕΠ-Υ οφείλεται σε βιολογικές και γενετικές αδυναμίες. Ωστόσο, περίπου το 65,5% των ερωτηθέντων πίστευε ότι είναι συνέπεια κακής γονικής διαπαιδαγώγησης. Επιπλέον, οι περισσότεροι από αυτούς αγνοούσαν τη μεθυλφεδινάτη (φαρμακευτική ουσία) και μόνο το 36,8% τη γνώριζε. Επίσης, περίπου το 42% πιστεύουν ότι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να γίνουν εγκληματίες ως έφηβοι. Επιπλέον, το 36,8% των ερωτηθέντων τόνισε την αναγκαιότητα θεραπείας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν βελτίωση κατά μέσο όρο ηλικίας 15,6 ετών (εύρος: 12-20 έτη). Ωστόσο, το 16,1% των ερωτηθέντων πίστευε ότι οι δυσκολίες που σχετίζονται με την ΔΕΠ-Υ συνεχίζονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (93,1%) συμφώνησαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πρέπει να λαμβάνουν ειδική εκπαίδευση καθώς θα ήταν πιο ευνοϊκή από τη γενική εκπαίδευση. Όσον αφορά τη νοητική κατάσταση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, 70,1% των εκπαιδευτικών πιστεύει ότι είναι παρόμοια με τα παιδιά που δεν πάσχουν από ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, το 21,8% πιστεύει ότι είναι χαμηλότερη και το 8,0% ισχυρίζονται ότι είναι υψηλότερη από τη νοητική κατάσταση των συμμαθητών τους. Το 96% των εκπαιδευτικών πιστεύει ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πρέπει να λαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη και το 50,6% θεωρεί ότι μόνο εξειδικευμένοι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να διδάσκουν αυτά τα παιδιά. Όσον αφορά την πειθαρχία στην τάξη, το 60,9% συμφώνησε ότι οι ίδιοι κανόνες πειθαρχίας που χρησιμοποιούνται για όλους τους μαθητές πρέπει να εφαρμόζονται και στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Σχεδόν το 80% των εκπαιδευτικών πιστεύει ότι όλοι οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να γνωρίζουν οποιοδήποτε παιδί με ΔΕΠ-Υ. Έως και τα δύο τρίτα (67,8%) των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις σχέσεις τους με τους συμμαθητές τους και το 33,3% από αυτούς συμφώνησαν ότι το εκπαιδευτικό επίτευγμα των μαθητών με ΔΕΠ-Υ είναι μικρότερο από εκείνο των μαθητών που δεν έχουν την ΔΕΠ-Υ. Επίσης, η πλειοψηφία (82,8%) συμφωνεί ότι αυτά τα παιδιά πρέπει να λαμβάνουν λιγότερη εργασία και να εξετάζονται προφορικά. Τα κύρια συμπεράσματα αυτής της μελέτης ήταν η ανεπαρκής γνώση των εκπαιδευτικών και η μέτρια ανεκτική στάση των εκπαιδευτικών όσον αφορά τη ΔΕΠ-Υ

Στοιχεία από το Shiraz, Ιράν (Ghanizadeh, Bahredar & Moeini, 2006)

Αναφορικά, στην μελέτη συμμετείχαν 196 δάσκαλοι δημοτικού σχολείου. Σχετικά με την γνώση των δασκάλων, το 46% συμφώνησε ότι η ΔΕΠ-Υ οφείλεται σε γενετικές και βιολογικές αδυναμίες και όχι σε γονική κακοποίηση. Οι μισοί βέβαια από αυτούς πίστευαν ότι η ΔΕΠ-Υ προέρχεται από γονικές κακοποιήσεις. Το ένα τρίτο πιστεύει ότι η ΔΕΠ-Υ είναι δυνατό να προκληθεί από υπερβολική πρόσληψη σακχάρου. Οι περισσότεροι δεν είχαν γνώση της ριταλίνης (φαρμακευτική ουσία). Μόνο το 31,1% γνώριζαν την φαρμακευτική αυτή ουσία. Το ποσοστό αυτό δε διέφερε μεταξύ αντρών και γυναικών. Το 64,8% θεωρεί ότι οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ κινδυνεύουν από κατάθλιψη και βίαιη

συμπεριφορά. Σύμφωνα με την άποψη των δασκάλων, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν σημάδια βελτίωσης κατά μέσο όρο ηλικίας 15,8 ετών (εύρος: 11-20 έτη). Επιπλέον το 8,7% ανέφερε ότι οι δυσκολίες της ΔΕΠ-Υ συνεχίζονται για την υπόλοιπη ζωή στα παιδιά αυτά. Το ποσοστό αυτό καταγράφηκε ως επί το πλείστον από γυναίκες. Το γενικό αποτέλεσμα δείχνει ότι γνώσεις των δασκάλων από το Shiraz είναι ελλιπείς.

Όσον αφορά τη στάση των δασκάλων μόνο 44 από αυτούς δεν συμφώνησαν ότι οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να λαμβάνουν ειδική εκπαίδευση, αφού δεν θα ήταν πιο ευνοϊκό από την βασική εκπαίδευση. Το 64,8% θεώρησαν ότι οι ίδιοι κανόνες πειθαρχίας που χρησιμοποιούνται για όλα τα παιδιά, έτσι θα πρέπει να εφαρμόζονται και για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Μεγάλο ποσοστό των δασκάλων (89,3%) πιστεύει ότι οι μαθητές αυτοί έχουν ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη, ενώ μικρό ποσοστό (49%) ανέφερε ειδικό εκπαιδευτές οφείλουν να διδάσκουν τα παιδιά αυτά. Σχεδόν όλοι οι δάσκαλοι (95,9%) συμφώνησαν ότι ο κάθε εκπαιδευτικός θα πρέπει να γνωρίζει τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ στη τάξη του. Το 13% περίπου ανέφερε το IQ των μαθητών με ΔΕΠ-Υ είναι χαμηλότερο από των τυπικών φυσιολογικών παιδιών. Αναλυτικότερα, το 44,4% συμφωνεί ότι το IQ των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι παρόμοιο με άλλους μαθητές, ενώ το 38,8% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι το IQ των μαθητών με ΔΕΠ-Υ ήταν πιο λειτουργικό από τους μαθητές που δεν έχουν ΔΕΠ-Υ. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ σχετικά με τους υπόλοιπους μαθητές υποστηρίχθηκε από το 77% των δασκάλων, καθώς και οι μισοί ανέφεραν ότι υπάρχουν δυσκολίες και στα πλαίσια της οικογένειας. Μερικοί συμφώνησαν ότι οι ακαδημαϊκές επιδόσεις των μαθητών με ΔΕΠ-Υ δεν είναι τόσο καλές όσο των τυπικών παιδιών μέσα στην τάξη (39,8%). Το ίδιο ακριβώς ποσοστό συμφώνησε ότι αυτοί οι μαθητές οφείλουν να λαμβάνουν λιγότερη εργασία για το σπίτι. Και το 27% θεώρησαν ότι θα πρέπει να εξετάζονται προφορικά.

Στοιχεία από το Muscat, Oman (Al-Sharbati, Al-Sharbati, Al-Jahwari, Al-Lawatiya, 2012)

Σύμφωνα με μία έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στην πόλη Muscat του Oman το 2011 και συμμετείχαν 263 δάσκαλοι, διαπιστώθηκε ότι, περίπου το 93% των εκπαιδευτικών έρχονται σε επαφή με περιπτώσεις ΔΕΠ-Υ κατά την διάρκεια της εργασίας τους στα σχολεία. Οι δάσκαλοι φάνηκε να δείχνουν ανεπαρκή κατανόηση του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Για παράδειγμα, το 72% φάνηκε να πιστεύει ότι ένα παιδί με την συγκεκριμένη διαταραχή είναι ένα κανονικό παιδί και έχει καλή σχολική επίδοση. Επίσης, η κατανόηση των εκπαιδευτικών σχετικά με τους συντελεστές που συμβάλλουν στη ΔΕΠ-Υ, φάνηκε να είναι ανακριβής, καθώς το 73% από αυτούς θεώρησε ότι η κακή γονική μέριμνα μπορεί να αποτελέσει παράγοντα ανάπτυξης της ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον μόνο το 55% των εκπαιδευτικών δήλωσε ότι η κληρονομικότητα μπορεί να διαδραματίσει κάποιο ρόλο στην αιτιολογία της διαταραχής. Η μελέτη αυτή μας δείχνει ότι, παρόλο που οι εκπαιδευτικοί είχαν μακροχρόνια διδακτική εμπειρία, γνώριζαν μόνο κάποιες πληροφορίες για την ΔΕΠ-Υ, χωρίς να έχουν την επαρκή γνώση για να ανακαλύψουν περιπτώσεις μαθητών με ΔΕΠ-Υ.

Στοιχεία από το Riyadh, Σαουδική Αραβία (Alkahtani, 2013)

Σε αυτή τη μελέτη, 429 δάσκαλοι εκδήλωσαν το ενδιαφέρον τους. Η έρευνα φανέρωσε 17,2% γενική ποσοστιαία βαθμολογία των δασκάλων για τις σωστές απαντήσεις, ένα ποσοστό που αντικατοπτρίζει την κακή γνώση της ΔΕΠ-Υ. Το ποσοστό των λανθασμένων απαντήσεων ήταν 23%, γεγονός που υπογραμμίζει τις εσφαλμένες αντιλήψεις της ΔΕΠ-Υ. Το μεγαλύτερο ποσοστό της μελέτης εμφανίστηκε στην επιλογή απάντησης «δεν γνωρίζω», πράγμα το οποίο δείχνει σημαντική έλλειψη γνώσης για τη ΔΕΠ-Υ μεταξύ των δασκάλων. Ενδεικτικά η έλλειψη γνώσης φαίνεται ξεκάθαρα σε σημεία όπως: « Εάν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ μπορεί να επιδείξει συνεχή ανταπόκριση σε βιντεοπαιχνίδια ή στην τηλεόραση για πάνω από μια ώρα, μπορεί επίσης να διατηρήσει την προσοχή του για τουλάχιστον μια ώρα στην τάξη σε μια σχολική εργασία στο σπίτι», στο οποίο οι περισσότεροι απάντησαν λανθασμένα (68,1%) καθώς δεν γνώριζαν ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αλλάζουν όταν αλλάζει και το περιβάλλον του παιδιού. Επιπλέον, στο σημείο « Είναι σύνηθες για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να έχουν διογκωμένη αίσθηση της αυτοεκτίμησης ή μεγαλοπρέπειας», το 19,6% των δασκάλων θεώρησαν λανθασμένα ότι τα παιδιά αυτά υπερεκτιμάνε τον εαυτό τους, ενώ έχουν έλλειψη αυτοπεποίθησης. Συμπερασματικά από την έρευνα αυτή, προέκυψαν τρία σημαντικά πορίσματα. Πρώτον, οι βαθμολογίες των δασκάλων ήταν σημαντικές χαμηλές, υπογραμμίζοντας έτσι την έλλειψη γνώσης τους για τη ΔΕΠ-Υ. Δεύτερον, το επίπεδο γνώσεων των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ είχε θετική συσχέτιση με τηνπροηγούμενη εκπαίδευση και εμπειρία τους με τη διαταραχή. Και τρίτον, το επίπεδο γνώσεων των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ είχε θετική συσχέτιση με το βαθμό εμπιστοσύνης τους κατά τη διδασκαλία ενός μαθητή με ΔΕΠ-Υ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Συμμετέχοντες και κριτήρια συμμετοχής

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά 23 δάσκαλοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, εκ των οποίων οι 18 ήταν άνδρες και οι 5 ήταν γυναίκες. Οι τάξεις του δημοτικού σχολείου που πήραν μέρος στην μελέτη ήταν η Α, Β, Γ, Δ, Ε και η ΣΤ δημοτικού. Η έρευνα διεξήχθη σε δύο διαφορετικούς νομούς της Ελλάδας (το Ν. Αχαΐας και το Ν. Κορινθίας). Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε σε τυχαίως επιλεγμένα δημόσια σχολεία από περιοχές της Πάτρας και της Κορίνθου.

Τα κριτήρια των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν η επαγγελματική τους εμπειρία και δράση ως εκπαιδευτικοί σε μαθητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης αποκλειστικά. Στην έρευνα ζητήθηκε από τους δασκάλους να συμπληρώσουν δυο ερευνητικά εργαλεία. Πιο αναλυτικά, χορηγήθηκε το σταθμισμένο ερωτηματολόγιο της «Ελληνικής Κλίμακας Αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ-IV» (Καλαντζή-Αζίζη, Αγγελή & Ευσταθίου, 2012). Το βασικό κριτήριο ήταν να το συμπληρώσουν για κάθε μαθητή της τάξης τους ξεχωριστά. Επιπλέον, έπρεπε να επισημάνουν στο ερωτηματολόγιο κάθε παιδιού, εάν αυτό είναι δίγλωσσο ή φέρει διάγνωση από το Κέντρο Εκπαιδευτικής και Συμβουλευτικής Υποστήριξης (Κ.Ε.Σ.Υ), (το πρώην κέντρο Διαφοροδιάγνωσης, Διάγνωσης και Υποστήριξης (Κ.Ε.ΔΔ.Υ) για τη ΔΕΠ-Υ ή για κάποια άλλη αναπτυξιακή διαταραχή. Επίσης ζητήθηκε να παρατηρήσουν τις συμπεριφορές των μαθητών στην σχολική τάξη για κάποιο χρονικό διάστημα, ώστε να το συμπληρώσουν έχοντας καλύτερη εικόνα για το καθένα από αυτούς. Έκτος από το σταθμισμένο εργαλείο, δόθηκε προς συμπλήρωση κι ένα μη σταθμισμένο ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήθηκε από φοιτητές του τμήματος Λογοθεραπείας Πατρών. Το ερωτηματολόγιο αυτό ερευνά κυρίως την γνώση και την στάση που έχουν οι δάσκαλοι για τη ΔΕΠ-Υ και τις διδακτικές στρατηγικές που χρησιμοποιούν σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

3.2 Εργαλεία της έρευνας

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα ήταν το σταθμισμένο ερωτηματολόγιο της «Ελληνικής Κλίμακας Αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ-IV» (Καλαντζή-Αζίζη, Αγγελή, Ευσταθίου, 2012 σελ. 122) το οποίο αντλεί τις αξιολογήσεις των εκπαιδευτικών για να ανιχνευθεί η συχνότητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ με βάση τα κριτήρια του DSM-5. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε και μεταφράστηκε στα ελληνικά από τους Καλαντζή-Αζίζη, Αγγελή και Ευσταθίου το 2012.

Επίσης χορηγήθηκε και ένα μη σταθμισμένο ερωτηματολόγιο για τη γνώση και στάση των δασκάλων, το οποίο ανιχνεύει την γνώση και την γενικότερη στάση που έχουν οι δάσκαλοι για τη ΔΕΠ-Υ με βάση τις διδακτικές τους εμπειρίες. Το μη σταθμισμένο ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από φοιτητές του τμήματος Λογοθεραπείας Πατρών. Τα εργαλεία αναλύονται ξεχωριστά παρακάτω.

3.2.1 Η Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ (Καλαντζή-Αζίζι, Αγγελή, Ευσταθίου, 2012)

Αρχικά, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ έχει δύο μορφές. Συγκεκριμένα, πρόκειται για την Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ για γονείς και την Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ για εκπαιδευτικούς. Οι κλίμακες ουσιαστικά περιλαμβάνουν τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ όπως ορίζονται στην τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV-American Psychiatry Association, 1994). Η κλίμακα αυτή είναι ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλαμβάνει θέματα που αντιστοιχούν στα κριτήρια του DSM- IV για τη ΔΕΠ-Υ. Ο βασικός στόχος του ερωτηματολογίου, το οποίο δημιουργήθηκε από τους DuPaul και συνεργάτες (1998) είναι να παρέχει ένα εργαλείο στους ειδικούς, το οποίο θα τους δίνει την δυνατότητα να έχουν τις αξιολογήσεις των γονέων και των εκπαιδευτικών για να ελέγχουν τη συχνότητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ με βάση τα κριτήρια του DSM- IV.

Σχετικά με το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου, αυτό περιέχει 18 ερωτήσεις, οι οποίες κατασκευάστηκαν έτσι ώστε να καλύπτουν τις δύο κλίμακες που περιλαμβάνουν τα κριτήρια του DSM- IV. Επίσης περιλαμβάνει 4 διαβαθμίσεις (0 =σχεδόν, 1 =σπάνια, 2 =αρκετές φορές, 3 =πολύ συχνά). Πρόκειται για μια κλίμακα τύπου Likert. Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί ότι παραλήφθηκε από τις διαβαθμίσεις η λέξη «συχνά», η οποία περιγράφει κάθε σύμπτωμα των κριτηρίων του DSM- IV. Οι ερωτήσεις που αφορούν τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της ελλειμματικής προσοχής έχουν μονή αρίθμηση (δηλαδή η ερώτηση 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17), ενώ οι ερωτήσεις που αφορούν τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της υπερκινητικότητας έχουν ζυγή αρίθμηση (δηλαδή η ερώτηση 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18). Ο λόγος για τον οποίο σχεδιάστηκε έτσι η εναλλαγή των συμπτωμάτων των δύο παραγόντων από τους κατασκευαστές δεν είναι τυχαίος καθώς η απάντηση του βαθμολογητή σε κάθε ερώτηση δεν θα επηρεάσει τις απαντήσεις που είχε δώσει στις προηγούμενες ερωτήσεις. Οι εκπαιδευτικοί καλούνται να αξιολογήσουν τη συχνότητα με την οποία παρουσιάζεται η περιγραφόμενη συμπεριφορά του παιδιού κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών. Από τους γονείς ζητείται να προσδιορίσουν την συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η αναφερόμενη συμπεριφορά του παιδιού στο σπίτι κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών.

Σημείωση: Το ερωτηματολόγιο που απευθύνεται στους γονείς και αναφέρθηκε προηγουμένως δεν θα συμπεριληφθεί στην παρούσα πτυχιακή εργασία, καθώς η έρευνα αφορά την αντίληψη των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ.

Όσον αφορά τον τρόπο χορήγησης του ερωτηματολογίου, το άτομο που συμπληρώνει την κλίμακα καλείται αρχικά να καταγράψει τα εξής δημογραφικά στοιχεία: όνομα, ηλικία, τάξη φοίτησης του παιδιού και όνομα του ίδιου και στη συνέχεια

να βάλει σε κύκλο τον αριθμό που θεωρεί ο ίδιος ότι περιγράφει καλύτερα τη συμπεριφορά του παιδιού στο σχολείο κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών. Σε περίπτωση που παραλείψει να απαντήσει σε κάποια ερώτηση, πρέπει να του ζητηθεί να την βαθμολογήσει. Αν δεν είχε την ευκαιρία να παρατηρήσει τη συμπεριφορά που περιγράφει μια συγκεκριμένη ερώτηση και εν τέλει δεν απαντήσει σε αυτήν, τότε η ερώτηση αυτή δεν περιλαμβάνεται στην τελική βαθμολογία (Καλαντζή-Αζίζι, Αγγελή, Ευσταθίου, 2012, σελ. 26-28).

3.2.2 Το ερωτηματολόγιο για την γνώση και την στάση των δασκάλων

Το ερωτηματολόγιο για τη γνώση και στάση των δασκάλων είναι ένα μη σταθμισμένο εργαλείο που δημιουργήθηκε από φοιτητές του τμήματος Λογοθεραπείας Πατρών. Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιήθηκε για την παρούσα έρευνα και περιλαμβάνει 40 ερωτήσεις κλειστού τύπου και τύπου Likert. Πιο συγκεκριμένα, χωρίζεται στις εξής τρεις κατηγορίες: Δημογραφικά Στοιχεία, Γνώση των Εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ, Διδακτικές Στρατηγικές και Μέθοδοι Συμβουλευτικής.

Στο πρώτο μέρος οι δάσκαλοι καλούνται να συμπληρώσουν κάποιες δημογραφικές πληροφορίες όπως: φύλο, ηλικία, εργασιακή εμπειρία, φορέας εργασίας, τάξη διδασκαλίας, χρόνια διδακτικής εμπειρίας, διδασκαλία σε παιδί με ΔΕΠ-Υ, παρουσία παιδιού με ΔΕΠ-Υ την φετινή χρονιά, επίπεδο σπουδών, εκπαίδευση για τη ΔΕΠ-Υ, είδος εκπαίδευσης. Αυτές οι πληροφορίες μας επιτρέπουν να εντοπίσουμε αν τα αποτελέσματα της μελέτης ποικίλουν ανάλογα με τις παραπάνω δημογραφικές πληροφορίες.

Στο δεύτερο μέρος, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αντιστοιχούν στο βασικό θέμα της έρευνάς μας (γνώση των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ). Αρχικά, οι δάσκαλοι καλούνται να απαντήσουν για το είδος της διαταραχής. Στη συνέχεια παρουσιάζεται μία κλίμακα τύπου Likert μέσα στην οποία περιλαμβάνονται 5 διαβαθμίσεις (1 =Όχι, 2 =Μάλλον όχι, 3=Δεν ξέρω/Δεν απαντώ, 4 =Ίσως, 5 =Ναι). Έτσι, ανάλογα με την κρίση τους και τη διδακτική τους εμπειρία βαθμολογούν εάν συμφωνούν ή διαφωνούν από το 1 έως το 5. Οι δηλώσεις της κλίμακας αφορούν τα συμπτώματα της ελλειμματικής προσοχής και της υπερκινητικότητας, καθώς επίσης και μαθησιακές-συναισθηματικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

Στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου, ο κάθε δάσκαλος καλείται να απαντήσει σε ερωτήσεις κλειστού τύπου οι οποίες αφορούν τις διδακτικές στρατηγικές και μεθόδους-συμβουλευτική, βάσει της διδακτικής του εμπειρίας. Πρόκειται για ερωτήσεις οι οποίες έχουν στόχο να αναδείξουν την συλλογική σκέψη των δασκάλων γύρω από τη ΔΕΠ-Υ.

3.3 Δεοντολογία της έρευνας

Κάθε έρευνα που πραγματοποιείται στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας, οφείλει να ακολουθεί κάποιους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Συγκεκριμένα, υπάρχουν κάποιες αρχές που πρέπει να τηρηθούν για την διεξαγωγή της έρευνας. Αναλυτικότερα:

- Οι ερευνητές οφείλουν να σεβαστούν τους συμμετέχοντες. Αυτό σημαίνει ότι τα υποκείμενα της έρευνας δεν εξαναγκάζονται στη συμμετοχή της έρευνας. Επομένως, η προθυμία ή απροθυμία της συμμετοχής του κάθε υποκειμένου είναι αποδεκτή.

- Οι ερευνητές οφείλουν να είναι ευεργέτες καθώς δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να βλάψουν τα υποκείμενα της έρευνας. Έτσι, θα πρέπει να ελαχιστοποιήσουν τους κινδύνους που μπορεί να επηρεάσουν την ψυχολογική τους υγεία. Οι συμμετέχοντες θα πρέπει να ενημερωθούν για όλη την διαδικασία της έρευνας. Επομένως θα πρέπει να γνωρίζουν τον γενικό σκοπό της έρευνας, τα οφέλη από τις διαδικασίες και ενδεχόμενες αρνητικές επιπτώσεις, καθώς επίσης ότι μπορούν να αποσυρθούν από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή το θελήσουν και χωρίς καμία κύρωση.
- Οι ερευνητές θα πρέπει να είναι σε θέση να ενημερώσουν τους συμμετέχοντες ότι θα λάβουν ένα έντυπο το οποίο θα περιλαμβάνει βασικές πληροφορίες σχετικά με την μελέτη (τι κάνει η έρευνα και γιατί), το ρόλο του συμμετέχοντος, τις χρονικές απαιτήσεις και προϋποθέσεις για την συμμετοχή, πώς θα πρέπει να χειριστούν την εμπιστευτικότητα, και ότι οι συμμετέχοντες θα κριθούν με βάση τα αποτελέσματα τους.
- Οι συμμετέχοντες θα πρέπει να είναι σε θέση να διαφυλάξουν την ανωνυμία και τα προσωπικά δεδομένα, μέσω της εμπιστευτικότητας και της εχεμύθειας.
- Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας, καλό είναι να δοθεί αναφορά των προκαταρκτικών αποτελεσμάτων της έρευνας καθώς και να επαναληφθεί η ανάγκη για εμπιστευτικότητα.
- Οι ερευνητές, κατά τη δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας, οφείλουν να κάνουν ηθική παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας, χωρίς την διαστρέβλωσή τους. Ακόμη, είναι σημαντικό να παρουσιάζονται όλα τα αποτελέσματα και όχι μόνο όσα είναι στατιστικώς σημαντικά προκειμένου να ληφθούν υπόψη σε μελλοντικές έρευνες που βασίζονται σε αυτήν την έρευνα (Γεωργοπούλου, 2013, σελ. 192-193)

3.4 Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική. Συγκεκριμένα για την περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η σχετική συχνότητα σε ποσοστό, με τη δημιουργία πινάκων συχνότητας για τα διάφορα κοινωνικά δημογραφικά στοιχεία. Επιπλέον, για τον έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων έγινε έλεγχος κανονικότητας των δεδομένων με το τεστ Shapiro Wilk και χρησιμοποιήθηκε μη παραμετρικό τεστ ελέγχου Wilcoxon.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

4.1 Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας, συγκεντρώθηκαν πληροφορίες για τη γνώση και τη στάση των εκπαιδευτικών απέναντι στη ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, χορηγήθηκε η Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ καθώς και ένα μη σταθμισμένο ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Η ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων μας βοηθά στην κατηγοριοποίηση του πληθυσμού της έρευνας αλλά και στη σκιαγράφηση του προφίλ των συμμετεχόντων και περιλαμβάνει τη μελέτη του φύλου, της ηλικίας, του εργασιακού και μορφωτικού τους προφίλ.

Δημογραφικά αποτελέσματα:

- Φύλο

Όσον αφορά το φύλο (άνδρες-γυναίκες), οι συμμετέχοντες κατανέμονται σε ποσοστό 21,7% άνδρες (5 άντρες) και 78,3% γυναίκες (18 γυναίκες). (Πίνακας 1– Διάγραμμα 1).

Πίνακας 1. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Φύλου

Φύλο	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Άντρας	5	21,7
Γυναίκα	18	78,3
Σύνολο	23	100,0



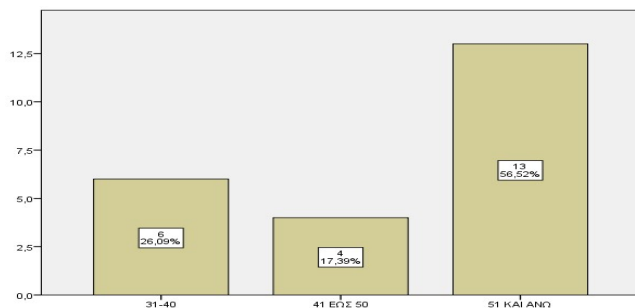
Διάγραμμα 1. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Φύλου

- **Ηλικία**

Η ηλικία των συμμετεχόντων χωρίστηκε σε τρεις διαφορετικές κατηγορίες. Η πρώτη κλίμακα αποτελείται από 6 άτομα, με ποσοστό 26,1% ηλικίας από 31 έως 40 ετών. Η δεύτερη κλίμακα περιλαμβάνει 4 συμμετέχοντες, ποσοστό 17,4% που έχουν ηλικία από 41 έως 50 ενώ τέλος 13 άτομα, ποσοστό 56,5% του δείγματος, ανήκει στην τρίτη και τελευταία κλίμακα, με ηλικία άνω των 51 ετών (Πίνακας 2 –Διάγραμμα 2).

Πίνακας 2. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Ηλικίας

Ηλικία (έτη)	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
31-40	6	26,1
41 έως 50	4	17,4
51 και άνω	13	56,5
Σύνολο	23	100,0



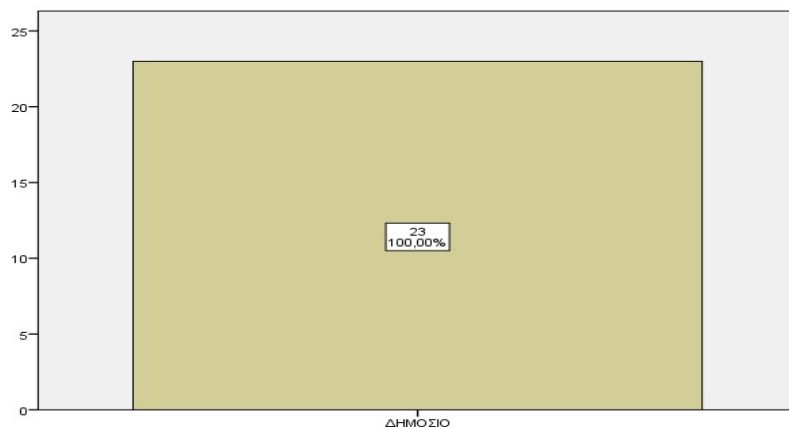
Διάγραμμα 2. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Ηλικίας

- **Εργασιακό Προφίλ**

Όσον αφορά το είδος του σχολείου όπου οι ερωτηθέντες εργάζονται, και οι 23 συμμετέχοντες επέλεξαν το δημόσιο σχολείο (Πίνακας 3 – Διάγραμμα 3).

Πίνακας 3. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Του Σχολείου

Είδος Σχολείου	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Δημόσιο	23	100
Ιδιωτικό	0	0
Σύνολο	23	100,0

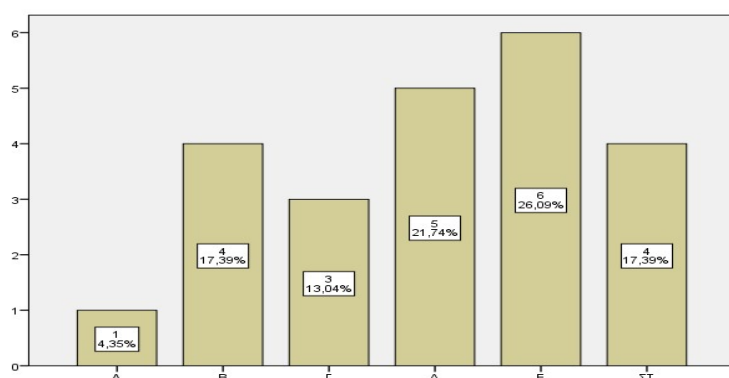


Διάγραμμα 3. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Τύπου Σχολείου

Αναφορικά με την τάξη που έχουν δουλέψει οι συμμετέχοντες, η πλειοψηφία αυτών σε ποσοστό είναι τα 26,1% (6 συμμετέχοντες) και διδάσκουν στην Ε' τάξη, ακολουθεί η Δ' τάξη με ποσοστό 21,7% (5 συμμετέχοντες), η Β' και ΣΤ' τάξη με ποσοστό 17,4% (4 συμμετέχοντες), η Γ' τάξη με ποσοστό 13% (3 συμμετέχοντες), ενώ μόλις το 4,3% (1 συμμετέχοντες) διδάσκουν στην Α' τάξη. (Πίνακας 4 – Διάγραμμα 4).

Πίνακας 4. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Τάξης

Εργασιακή Κατάσταση	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
A	1	4,3
B	4	17,4
Γ	3	13,0
Δ	5	21,7
E	6	26,1
ΣΤ	4	17,4
Σύνολο	23	100,0



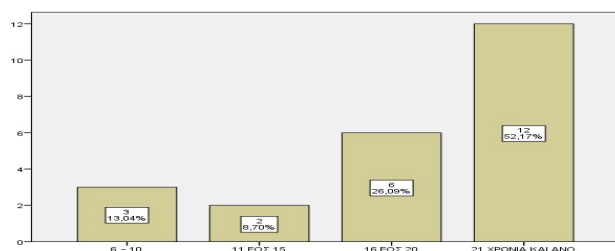
Διάγραμμα 4. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Τάξης

Στην ερώτηση για τα έτη προϋπηρεσίας, οι περισσότεροι ερωτηθέντες, σε ποσοστό 52,2% (12 συμμετέχοντες) δήλωσε ότι εργάζονται 21 χρόνια και άνω. Ακολουθούν οι ερωτηθέντες με 16 έως 20 χρόνια εργασίας με ποσοστό 26,1% (6 συμμετέχοντες), οι

εργαζόμενοι με 6 έως 10 χρόνια σε ποσοστό 13% (3 συμμετέχοντες), ενώ μόλις το 8,7% (2 συμμετέχοντες) δήλωσαν ότι εργάζονται από 11 έως 15 έτη. (Πίνακας 5 – Διάγραμμα 5).

Πίνακας 5. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Ετών Προϋπηρεσίας

Έτη Προϋπηρεσίας	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
6 – 10	3	13,0
11 έως 15	2	8,7
16 έως 20	6	26,1
21 χρόνια και άνω	12	52,2
Σύνολο	23	100,0



Διάγραμμα 5. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Ετών Προϋπηρεσίας

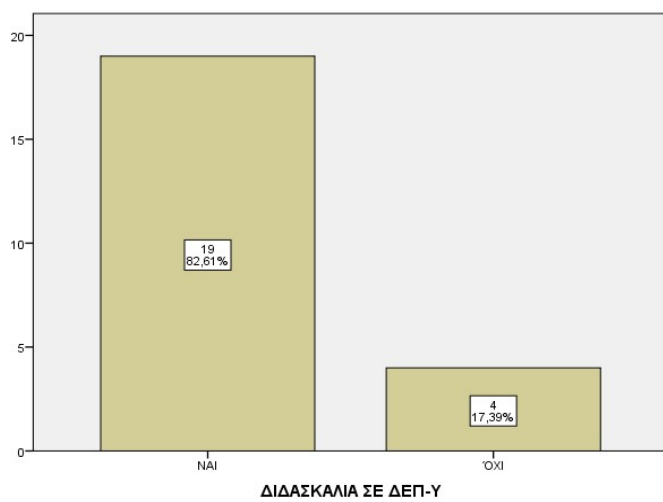
Όσον αφορά την ερώτηση που περιλαμβάνει τη διδασκαλία σε παιδιά με ΔΕΠ – Υ, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών, σε ποσοστό 82,6% (19 συμμετέχοντες) απάντησε θετικά, ενώ ειδικότερα η πλειοψηφία σε ποσοστό 52,2% (12 συμμετέχοντες) είχε παιδιά με ΔΕΠ – Υ στην τάξη τους φέτος. (Πίνακας 6 – Διάγραμμα 6).

Πίνακας 6. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Ενασχόλησης ΔΕΠ - Υ

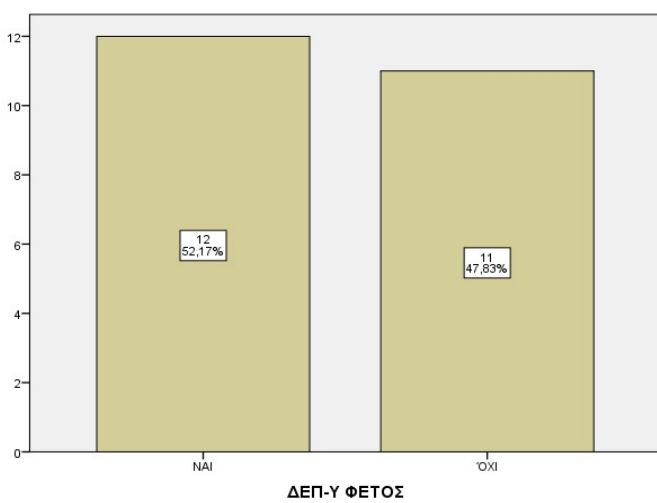
Ενασχόληση (Γενικά)	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Ναι	19	82,6
Όχι	4	17,4

Φετινή Χρονιά

Ναι	12	52,2
Όχι	11	47,8
Σύνολο	23	100,0



Διάγραμμα 6.α. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Ενασχόλησης ΔΕΠ – Υ



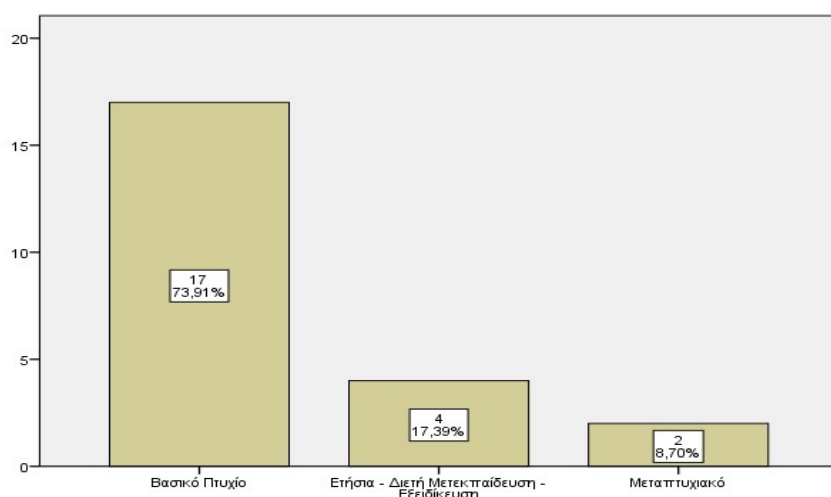
Διάγραμμα 6.β. Διδασκαλία σε μαθητή με ΔΕΠ – Υ φέτος.

- **Μορφωτικό Προφίλ**

Σε ερώτηση για το επίπεδο σπουδών τους, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων που ανέρχεται σε ποσοστό 73,9% (17 συμμετέχοντες) δήλωσαν ότι έχουν πτυχίο, ενώ μόλις το 8,7% (2 συμμετέχοντες) είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού. Το υπόλοιπο 17,4% (4 συμμετέχοντες) δηλώνει ότι έχει λάβει ετήσια-διετή μετεκπαίδευση-εξειδίκευση. (Πίνακας 7 – Διάγραμμα 7).

Πίνακας 7. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Επιπέδου Σπουδών

Επίπεδο Σπουδών	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Βασικό Πτυχίο	17	73,9
Ετήσια - Διετή Μετεκπαίδευση - Εξειδίκευση	4	17,4
Μεταπτυχιακό	2	8,7
Σύνολο	23	100,0

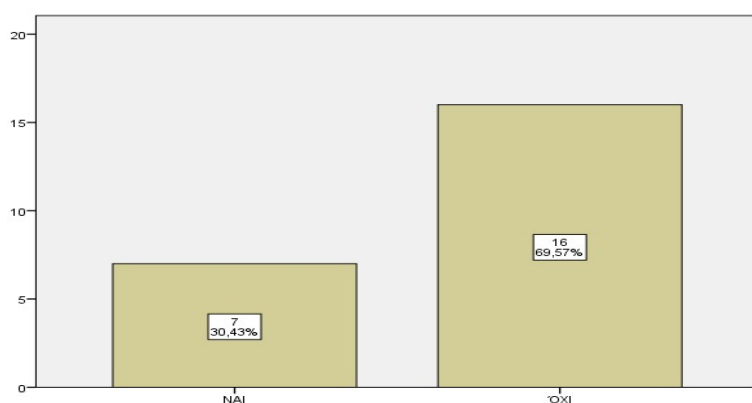


Διάγραμμα 7. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Επιπέδου Σπουδών

Σχετικά με το αν οι εκπαιδευτικοί έχουν λάβει εκπαίδευση για τη ΔΕΠ-Υ, η πλειοψηφία αυτών που ανέρχεται σε ποσοστό 69,6% (16 συμμετέχοντες), απάντησε ότι δεν έχει λάβει κάποιου είδους εκπαίδευση πάνω στη ΔΕΠ -Υ (Πίνακας 8 – Διάγραμμα 8).

Πίνακας 8. Κατανομή Συμμετεχόντων Εκπαίδευσης ΔΕΠ - Υ

Εκπαίδευση ΔΕΠ - Υ	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Ναι	7	30,4
Όχι	16	69,6
Σύνολο	110	100,0



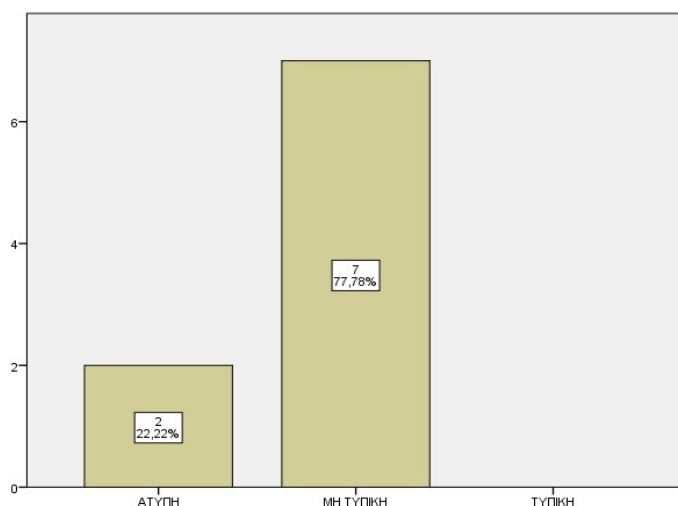
Διάγραμμα 8. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Εκπαίδευσης ΔΕΠ - Υ

Τέλος οι συμμετέχοντες που έχουν κάνει κάποιου είδους εκπαίδευση πάνω στη ΔΕΠ – Υ, κλήθηκαν να απαντήσουν το είδος αυτής της εκπαίδευσης. Η πλειοψηφία αυτών σε ποσοστό 77,8% (7 συμμετέχοντες) δήλωσαν ότι έχουν λάβει μη τυπική μορφή εκπαίδευσης με κύριο τρόπο αυτόν των σεμιναρίων, μόλις το 22,2% (2 συμμετέχοντες) έχει λάβει άτυπη μορφή όπως βιβλία ενώ κανένας δεν έχει λάβει τυπικής μορφής εκπαίδευση όπως μεταπτυχιακό ή διδακτορικό. (Πίνακας 9 – Διάγραμμα 9).

Πίνακας 9. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Είδους Εκπαίδευσης ΔΕΠ - Υ

Είδος Εκπαίδευσης ΔΕΠ - Υ	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Μη Τυπική	7	77,8%
Άτυπη	2	22,2%

Τυπική	0	0
Σύνολο	110	100,0



Διάγραμμα 9. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Είδους Εκπαίδευσης ΔΕΠ - Υ

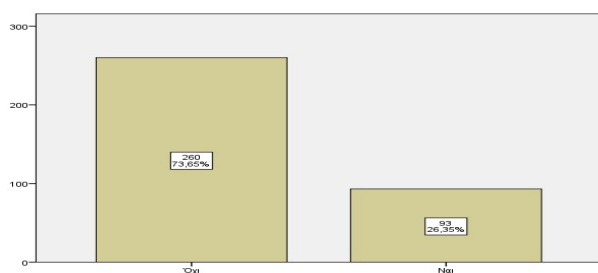
4.2 Περιγραφικά αποτελέσματα-Επιπολασμός

➤ Εκατοστιαία τιμή ΔΕΠ - Υ

Σύμφωνα με την Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης που χορηγήθηκε στους εκπαιδευτικούς ώστε να τη συμπληρώσουν για κάθε μαθητή της τάξης του ξεχωριστά, ένας σημαντικός αριθμός παιδιών σε ποσοστό 26,3% (93 παιδιά) βαθμολογήθηκαν πάνω από το εκατοστημόριο και επομένως έχουν ΔΕΠ –Υ (Πίνακας 10– Διάγραμμα 10).

Πίνακας 10. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Εκατοστιαίας τιμής ≥ 85

Εκατοστημόριο ≥ 85	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Όχι	260	73,7
Ναι	93	26,3
Σύνολο	353	100,0



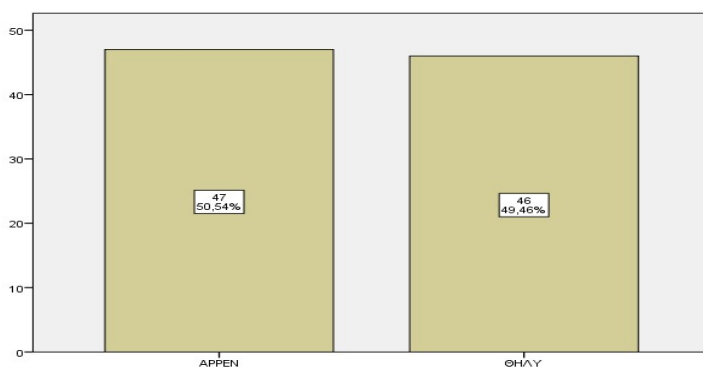
Διάγραμμα 10. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει εκατοστιαίας τιμής ≥ 85

➤ **Φύλο**

Όσον αφορά το φύλο, τα παιδιά με ΔΕΠ - Υ κατανέμονται σε ποσοστό 50,5% σε αγόρια (47 αγόρια) και 49,5% κορίτσια (46 κορίτσια), γεγονός που φανερώνει πως σύμφωνα με τη γνώση των εκπαιδευτικών, τα αγόρια εμφανίζουν πιο συχνά ΔΕΠ-Υ. (Πίνακας 11– Διάγραμμα 11).

Πίνακας 11. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Φύλου

Φύλο	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
ΑΡΡΕΝ	47	50,5
ΘΗΛΥ	46	49,5
Σύνολο	93	100,0



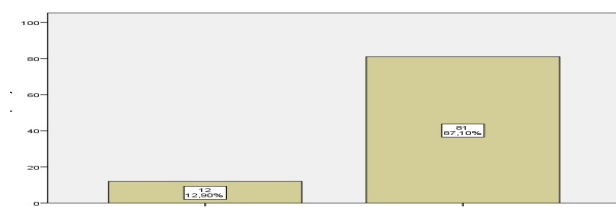
Διάγραμμα 11. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Φύλου

➤ Διάγνωση

Αναφορικά με το ποσοστό των μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνα, η πλειοψηφία των παιδιών που δεν είχαν επίσημη διάγνωση ΔΕΠ – Υ, ανέρχεται σε ποσοστό 87,1% (81 παιδιά). (Πίνακας 12 – Διάγραμμα 12)

Πίνακας 12. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Διάγνωσης

Διάγνωση	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
ΝΑΙ	12	12,9
ΌΧΙ	81	87,1
Σύνολο	93	100,0



Διάγραμμα 12. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Διάγνωσης

4.3 Περιγραφικά Αποτελέσματα -Συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές

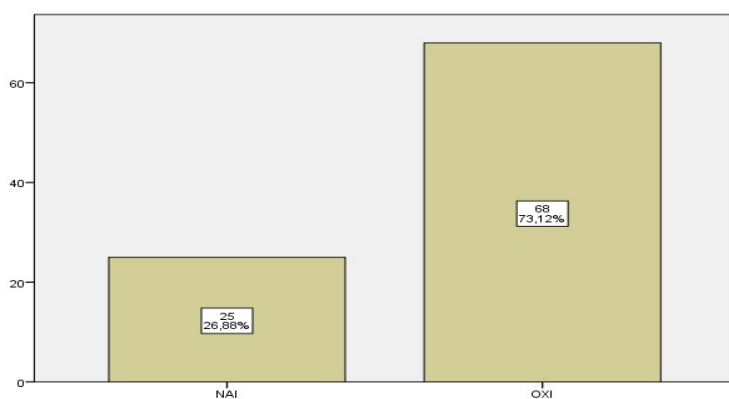
➤ Διγλωσσία

Όσον αφορά τη διγλωσσία, η πλειοψηφία των παιδιών σε ποσοστό 73,1% (68 παιδιά), δεν είναι δίγλωσσα, σύμφωνα με τους εκπαιδευτικούς που συμμετείχαν στην έρευνα και μόλις το 26,9% (25 παιδιά) μιλούν και μία δεύτερη γλώσσα. (Πίνακας 13 – Διάγραμμα 13).

Πίνακας 13. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Διγλωσσίας

Διγλωσσία	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
ΝΑΙ	25	26,9

ΟΧΙ	68	73,1
Σύνολο	93	100,0



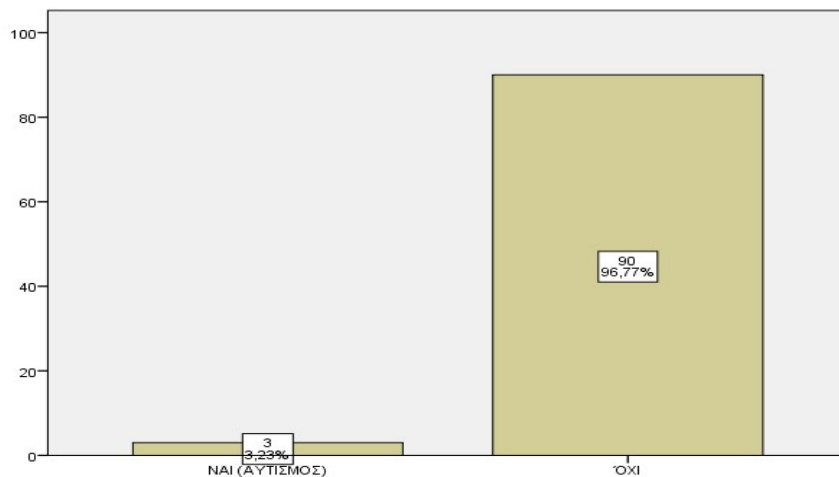
Διάγραμμα 13. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Διγλωσσίας

➤ Άλλη Διαταραχή

Επιπλέον, η πλειοψηφία των παιδιών σε ποσοστό 96,8% (90 παιδιά) δεν έχουν διάγνωση για κάποιου άλλου τύπου διαταραχή, ενώ το 3,2% (3 παιδιά) εμφάνισαν συννοσηρότητα με άλλη διαταραχή, και ειδικότερα με αυτή του αυτιστικού φάσματος. (Πίνακας 14 – Διάγραμμα 14)

Πίνακας 14. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Άλλης Διαταραχής

Διαταραχή	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
ΝΑΙ	3	3,2
ΟΧΙ	90	96,8
Σύνολο	93	100,0



Διάγραμμα 14. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Άλλης Διαταραχής

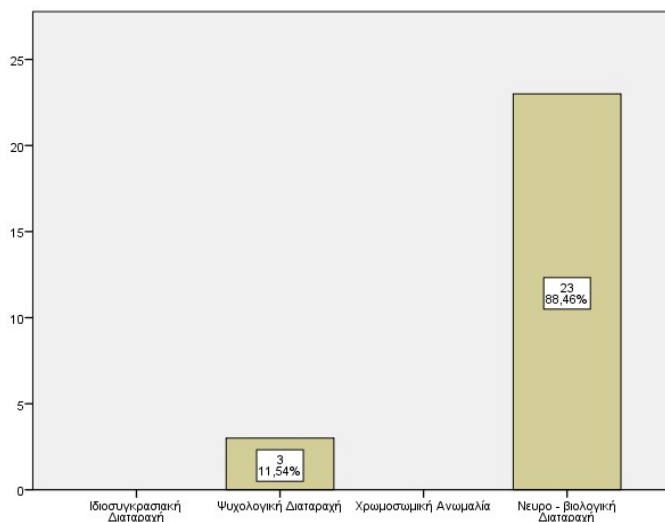
4.4 Αποτελέσματα από τη γνώση των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ

Για τις ερευνητικές υποθέσεις, πραγματοποιήθηκε η ανάλυση των απαντήσεων στις ερωτήσεις, που έχουν σχέση με τη γνώση των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ. Η ανάλυση του πρώτου σταδίου του ερωτηματολογίου, το οποίο αφορά τη γνώση, περιλαμβάνει τη περιγραφική ανάλυση των ερωτήσεων. Συγκεκριμένα, έγινε χρήση της κλίμακας τύπου Likert, μέσα στην οποία περιλαμβάνονται 5 διαβαθμίσεις (1=Όχι, 2=Μάλλον Όχι, 3=Δεν Ξέρω/Δεν απαντώ, 4=Ίσως, 5=Ναι). Όλες οι ερωτήσεις κατηγοριοποιήθηκαν σε τρία μέρη.

Όσον αφορά το πρώτο μέρος δίνει αναφορές σε γενικές γνώσεις που διαθέτουν οι εκπαιδευτικοί για τα χαρακτηριστικά των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. Ξεκινώντας από το συνολικό αριθμό των ερωτηθέντων (23 συμμετέχοντες), θεωρείται ότι η ΔΕΠ-Υ είναι νευρο-βιολογική διαταραχή, ενώ ακόμη το 13% (3 συμμετέχοντες) δηλώνει ότι είναι και ψυχολογική διαταραχή (Πίνακας 15-Διάγραμμα 15).

Πίνακας 15. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Γνώμης

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Νεύρο - βιολογική Διαταραχή	23	100
Ψυχολογική Διαταραχή	3	13
Σύνολο	110	100,0



Διάγραμμα 15. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Γνώμης

Από τους συμμετέχοντες ζητήθηκε επίσης να δηλώσουν κατά πόσο συμφωνούν σε ερωτήσεις που αναφέρονται δε απόψεις για τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ. Στον πίνακα 16 η ανάλυση συχνότητας, έδειξε ότι στην ερώτηση εάν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ «συχνά κάνουν ακατάλληλα σχόλια», η πλειοψηφία έδειξε ουδέτερη στάση (Μ.Ο. =3.30).

Σχετικά με τις ερωτήσεις εάν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, «εμφανίζουν δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση και δεν έχουν καλή σχέση με τους συνομηλίκους» (Μ.Ο =4,00), «παρουσιάζουν δυσκολίες στην χρήση του λόγου και συχνά δεν μπορούν να αφηγηθούν κατάλληλα ιστορία ή γεγονός» (Μ.Ο =4,00), «μπορεί να κάνουν εκρήξεις θυμού ή να γίνουν επιθετικά όταν θυμώσουν» (Μ.Ο =4,17), «εμφανίζουν συχνά σχολική άρνηση» (Μ.Ο =3,52),» εναντιώνονται εύκολα σε άτομα με θέσεις κύρους π.χ δασκάλους (Μ.Ο =3,52), γονείς, διευθυντές και βιώνουν πολύ συχνά κατάθλιψη ή/και άγχος» (Μ.Ο =3,96), οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι ίσως συμφωνούν (Πίνακας 11). Επιπλέον για τις ερωτήσεις εάν «η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται πιο συχνά στα αγόρια από τα κορίτσια» (Μ.Ο. =3,96) και αν «η σχολική επίδοση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν είναι αντιπροσωπευτική των δυνατοτήτων τους» (Μ.Ο. =4,26), οι περισσότεροι ερωτηθέντες φαίνεται ίσως να συμφωνούν ή να συμφωνούν (Πίνακας 11). Τέλος, στην ερώτηση εάν «τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συχνά μαθησιακές δυσκολίες» (Μ.Ο. =4,74), η πλειοψηφία δήλωσε ότι είναι σύμφωνοι (Πίνακας 16).

Πίνακας 16. Πίνακας Συχνότητας

ΕΡΩΤΗΣΗ	Όχι	Μάλλον Όχι	Δεν ξέρω/Δεν Απαντώ	Ίσως	Ναι
---------	-----	------------	---------------------	------	-----

		Συχνότητα	Συχνότητα	Συχνότητα	Συχνότητα	Συχνότητα	Μ.Ο Τ.Α.
19. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά κάνουν κοινωνικά ακατάλληλα σχόλια.	1 4,3%	3 13%	10 43,5%	6 26,1%	3 13%	3,30 1,02	
13. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση και δεν έχουν καλή σχέση με τους συνομήλικους.	2 8,7%	1 4,3%	0 0%	12 52,2%	8 34,8%	4,00 1,16	
14. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στην χρήση του λόγου και συχνά δεν μπορούν να αφηγηθούν κατάλληλα ιστορία ή γεγονός.	0 0%	2 8,7%	0 0%	17 73,9%	4 17,4%	4,00 0,73	
20. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ	0	2	0	13	8	4,17	

μπορεί να κάνουν εκρήξεις θυμού ή να γίνουν επιθετικά όταν θυμώσουν.	0%	8,7%	0%	56,5%	34,8%	0,83
32. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εναντιώνονται εύκολα σε άτομα με θέσεις κύρους π.χ. δασκάλους, γονείς, διευθυντές.	1 4,3%	5 21,7%	3 13%	9 39,1%	5 21,7%	3,52 1,20
33. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ βιώνουν πολύ συχνά κατάθλιψη ή/και άγχος	0 0%	3 13%	8 34,8%	9 39,1%	3 13%	3,52 0,89
30. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν συχνά σχολική άρνηση.	0 0%	1 4,3%	3 13%	15 65,2%	4 17,4%	3,96 0,70
12. Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται πιο συχνά στα αγόρια	2 8,7%	1 4,3%	2 8,7%	9 39,1%	9 39,1%	3,96 1,22

από τα κορίτσια.												
31. Η σχολική επίδοση παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι αντιπροσωπευτική των δυνατοτήτων τους.	0	1	2	10	10	4,26	0%	4,3%	8,7%	43,5%	43,5%	0,81
21. Συχνά τα παιδιά παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες.	0	0	0	6	17	4,74	0%	0%	0%	26,1%	73,9%	0,44

Στη συνέχεια το δεύτερο μέρος δίνει αναφορές για τις γνώσεις που διαθέτουν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με τη χαρακτηριστικά συμπτωματολογία της ελλειμματικής προσοχής των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. Παρατηρώντας τον πίνακα 17, βλέπουμε ότι για την ερώτηση «εάν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στο να ακολουθήσουν κανόνες», οι περισσότεροι έδειξαν ότι ίσως συμφωνούν (Μ.Ο.=4,39). Στην ερώτηση αν «τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποδιοργανώνονται όταν δεν ακολουθούν τις καθημερινές τους ρουτίνες» (Μ.Ο.=4,22), η πλειοψηφία των ερωτηθέντων φαίνεται ότι ίσως συμφωνεί ή συμφωνεί (Πίνακας 12). Τέλος, όσον αφορά τις ερωτήσεις αν «τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, έχουν κακή συγκέντρωση» (Μ.Ο. =4,70), «συχνά δεν ολοκληρώνουν τις δραστηριότητες» (Μ.Ο. =4,43), «αποσπώνται εύκολα και χάνουν σημαντικές πληροφορίες» (Μ.Ο. =4,74), «δυσκολεύονται να συμμετέχουν σε ομαδικά παιχνίδια» (Μ.Ο. = 4,35), και «αποσπώνται εύκολα από τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα» (Μ.Ο. =4,70), οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι συμφωνούν (Πίνακας 17).

Πίνακας 17. Πίνακας Συχνοτήτων

ΕΡΩΤΗΣΗ	Όχι	Μάλλον Όχι	Δεν ξέρω/ Απαντώ	Δεν	Ίσως	Ναι	M. O T.A ·
	Συχνότητα	Συχνότητα	Συχνότητα	Συχνότητα	Συχνότητα	Συχνότητα	
29. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στο να ακολουθήσουν κανόνες.	0 0%	0 0%	0 0%	14 60,9%	9 39,1%	4,39 0,49	
18. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποδιοργανώνονται όταν δεν ακολουθούν τις καθημερινές τους ρουτίνες.	0 0%	2 8,7%	1 4,3%	10 43,5%	10 43,5%	4,22 0,90	
15. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν κακή συγκέντρωση .	0 0%	0 0%	0 0%	7 30,4%	16 69,6%	4,70 0,47	
16. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά δεν ολοκληρώνο	0 0%	0 0%	2 8,7%	9 39,1%	12 52,2%	4,43 0,66	

υν τις
δραστηριότη
τες.

22. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποσπώνται εύκολα και χάνουν σημαντικές πληροφορίες.	0 0%	0 0%	0 0%	6 26,1%	17 73,9%	4,74 0,44
24. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να συμμετέχουν σε ομαδικά παιχνίδια.	0 0%	2 8,7%	0 0%	9 39,1%	12 52,2%	4,35 0,88
28. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποσπώνται εύκολα από τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα.	0 0%	0 0%	0 0%	7 30,4%	16 69,6%	4,70 0,47

Το τρίτο μέρος δίνει αναφορές σε γνώσεις που διαθέτουν οι εκπαιδευτικοί για τη χαρακτηριστική συμπτωματολογία της υπερκινητικότητας των μαθητών. Στον πίνακα 18 παρουσιάζεται η ανάλυση συχνοτήτων, η οποία στην ερώτηση αν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ «παρουσιάζουν δυσκολίες στο να ακολουθήσουν κανόνες» έδειξε ότι η πλειοψηφία ίσως να συμφωνεί (Μ.Ο. =4,39). Για τις ερωτήσεις αν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ «μιλούν ακατάπαυστα και δεν τηρούν την σειρά τους στο διάλογο (Μ.Ο. =4,17) και «είναι πολύ πιο επιρρεπή σε ατυχήματα (Μ.Ο. =4,00), η πλειονότητα έδειξε ίσως να συμφωνεί. Τέλος, στον πίνακα 13 στις ερωτήσεις αν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ «δεν μπορούν να περιμένουν

στη σειρά τους» (Μ.Ο. = 4,35) «παρουσιάζουν υπερβολική δραστηριότητα σε καταστάσεις που απαιτούν ηρεμία» (Μ.Ο. =4,39), και «είναι παρορμητικοί και δρουν χωρίς να υπολογίζουν τις συνέπειες των πράξεών τους» (Μ.Ο. =4,26), οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι συμφωνούν.

Πίνακας 18. Πίνακας Συχνότητων

ΕΡΩΤΗΣΗ	Όχι	Μάλλον Όχι	Δεν ξέρω/ Απαντώ	Δεν	Ίσως	Ναι	Μ.Ο	Τ.Α
	Συχνότητα	Συχνότητα	Συχνότητα	Συχνότητα	Συχνότητα	Συχνότητα	Μ.Ο	Τ.Α
17. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μιλούν ακατάπαυστα και δεν τηρούν τη σειρά τους στο διάλογο.	0 0%	2 8,7%	0 0%	13 56,5%	8 34,8%	4,17 0,83		
27. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πολύ πιο επιρρεπή σε ατυχήματα.	0 0%	1 4,3%	4 17,4%	12 52,2%	6 26,1%	4,00 0,79		
23. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να περιμένουν στη σειρά τους.	0 0%	2 8,7%	0 0%	9 39,1%	12 52,2%	4,35 0,88		

25. Κάποια παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν υπερβολική δραστηριότητα σε καταστάσεις που απαιτούν ηρεμία.	0	1	2	7	13	4,39
	0%	4,3%	8,7%	30,4%	56,5%	0,83
26. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι παρορμητικά και δρουν χωρίς να υπολογίζουν τις συνέπειες των πράξεών τους.	0	2	1	9	11	4,26
	0%	8,7%	4,3%	39,1%	47,8%	0,91

4.5 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα

Διερευνώντας την **ερευνητική υπόθεση 1**, όπου οι δάσκαλοι είναι πιο ικανοί να ανιχνεύσουν την υπερκινητικότητα από δυσκολίες στη συγκέντρωση και την προσοχή, σχηματίστηκαν δύο σκορ για το σύνολο των απόψεων των εκπαιδευτικών τόσο για την ελλειμματική προσοχή όσο και για την υπερκινητικότητα.

Εκτενέστερα, υπολογίστηκε η μέση τιμή της κλίμακας για το σύνολο των παραγόντων. Όσον αφορά την κλίμακα απόψεων που αφορούν την ελλειμματική προσοχή, η μέση τιμή με τους 7 παράγοντες που την αποτελούν, υπολογίστηκε 4,5 με τυπική απόκλιση 0,39. Έτσι σύμφωνα με την κωδικοποίηση που πραγματοποιήθηκε στη κλίμακα, οι συμμετέχοντες είναι σύμφωνοι με το σύνολο των ερωτήσεων. Η μέση τιμή της κλίμακας της υπερκινητικότητας για τους 5 παράγοντες που την απαρτίζουν ανήλθε στο 4,23 (κοντά στο 4) με τυπική απόκλιση 0,56, πράγμα το οποίο δείχνει ότι οι εκπαιδευτικοί συμφωνούν στο σύνολο των ερωτήσεων. Ο πίνακας 19 παρακάτω δείχνει τη μέση τιμή κλιμάκων.

Πίνακας 19. Μέση Τιμή Κλιμάκων Για το σύνολο των Παραγόντων

	Παράγοντες	Μέση Τιμή για το σύνολο των Παραγόντων (Μέση τιμή/ Παράγοντες)	Τυπική Απόκλιση
Ελλειμματική Προσοχή	7	4,50	0,39
Υπερκινητικότητα	5	4,23	0,56

Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, η κλίμακα της ελλειμματικής προσοχής δεν ακολουθεί κανονική κατανομή ($p>0.05$) (Πίνακας 20). Επομένως έγινε χρήση του μη παραμετρικού τεστ Wilcoxon.

Πίνακας 20. Έλεγχος κανονικότητας Σκορ

	Shapiro Wilk
Ελλειμματική Προσοχή	,007
Υπερκινητικότητας	,165

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα τα οποία παρουσιάζονται στον πίνακα 21, βεβαιώνεται ότι δεν υπάρχει ομοιογένεια ανάμεσα στο σκορ της ελλειμματικής προσοχής και στο σκορ της υπερκινητικότητας ($p=0,010<0.05$). Άρα, είναι ξεκάθαρο ότι υπάρχει σημαντικά στατιστική διαφορά ανάμεσα στην ανίχνευση των χαρακτηριστικών της ελλειμματικής προσοχής και της υπερκινητικότητας, με τους εκπαιδευτικούς να αναγνωρίζουν πιο εύκολα την ελλειμματική προσοχή (M.O. =4,50).

Πίνακας 21. Έλεγχος συσχέτισης Σκορ

Hypothesis Test Summary

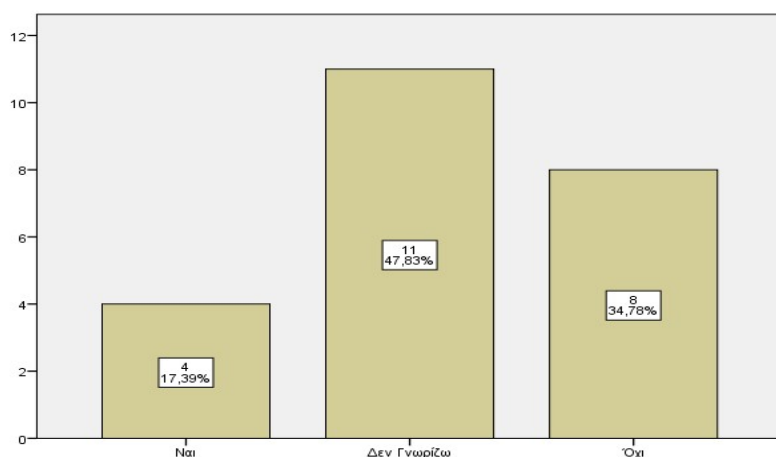
Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
The median of differences between samples Σκορ Προσοχής and Σκορ Υπερκινητικότητας equals 0.	Related- Wilcoxon Signed Rank Test	,010	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Σχετικά με τη διερεύνηση της **ερευνητικής υπόθεσης 2**, όπου οι δάσκαλοι θα είναι αρνητικοί στην συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής για τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ, πραγματοποιήθηκε μια περιγραφική ανάλυση στη συγκεκριμένη ερώτηση. Αναφορικά με το αν οι συμμετέχοντες είναι σύμφωνοι με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής ως θεραπευτικής αντιμετώπισης για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, οι περισσότεροι από αυτούς σε ποσοστό 47,8 % (11 εκπαιδευτικοί) δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν. Επομένως, δεν είναι εφικτό να συμπεράνουμε αν είναι αρνητικοί στη συνταγογράφηση (Πίνακας 22-Διάγραμμα 16).

Πίνακας 22. Πίνακας Συχνοτήτων

ΕΡΩΤΗΣΗ	Ναι	Δεν Γνωρίζω	Όχι
	Συχνότητα	Συχνότητα	Συχνότητα
Είστε σύμφωνος με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής ως θεραπευτικής αντιμετώπισης για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ;	4 17,4%	11 47,8%	8 34,8%



Διάγραμμα 16. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Απόψεων για Λήψη Φαρμακευτικής Αγωγής

Όσον αφορά τη διερεύνηση της **ερευνητικής υπόθεσης 3**, όπου οι δάσκαλοι θα έχουν μειωμένη πληροφόρηση γύρω από τις δυσκολίες και τα ελλείμματα που εμφανίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, σχηματίστηκε ένα σκορ για το σύνολο των απόψεων των εκπαιδευτικών για την ΔΕΠ-Υ. Παρακάτω στον πίνακα 23 παρουσιάζεται η μέση τιμή με τους 22 παράγοντες που την αποτελούν που υπολογίστηκε σε 4,18 με τυπική απόκλιση 0,39. Επομένως, με την κωδικοποίηση που έγινε στην κλίμακα, οι εκπαιδευτικοί είμαι σύμφωνοι με το σύνολο των ερωτήσεων.

Πίνακας 23. Μέση Τιμή Κλίμακας Για το σύνολο των Παραγόντων

Παράγοντες	Μέση Τιμή για το σύνολο των Παραγόντων (Μέση τιμή/	Τυπική Απόκλιση
------------	--	-----------------

		Παράγοντες)	
Συνολική Πληροφόρηση	22	4,18	0,39

Περνώντας στο δεύτερο στάδιο του ερωτηματολογίου το οποίο έχει σχέση με τις διδακτικές στρατηγικές, μεθόδους και συμβουλευτική, πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των ερωτήσεων. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε μια κλίμακα τύπου Likert, μέσα στην οποία περιλαμβάνονται 5 διαβαθμίσεις (1=Ναι, 2=Δεν Γνωρίζω, 3=Όχι)

Πιο αναλυτικά, το 87% (20 συμμετέχοντες) θεωρεί πως η ΔΕΠ-Υ είναι θεραπεύσιμη διαταραχή, καθώς επίσης το 95,7% (22 συμμετέχοντες) πιστεύει ότι είναι ωφέλιμο να χρησιμοποιούνται τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Επιπρόσθετα η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 95,7 (22 συμμετέχοντες) θεωρούν ότι είναι πιο αποτελεσματικό να χρησιμοποιείται η τεχνική της άμεσης ενίσχυσης ή των φυσικών συνεπειών απ' ότι η τιμωρία στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Ακόμη όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα πιστεύουν ότι διατύπωση απλών κανόνων και η συνεπής εφαρμογή αυτών θεωρείται πως βοηθάει τα παιδιά. Επίσης το σύνολο των συμμετεχόντων πιστεύει πως η ασυνεπής εφαρμογή κανόνων από το οικογενειακό περιβάλλον συμβάλει στην επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ.

Τέλος, το 95,7% (22 συμμετέχοντες) θεωρεί πως τα ενδοοικογενειακά προβλήματα όπως ο αλκοολισμός ή οι διαμάχες των γονέων συμβάλουν στην επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Πίνακας 24).

Πίνακας 24. Πίνακας Συχνότητας

ΕΡΩΤΗΣΗ	Ναι	Δεν Γνωρίζω	Όχι
	Συχνότητα	Συχνότητα	Συχνότητα
Θεωρείτε πως η ΔΕΠ-Υ είναι θεραπεύσιμη διαταραχή;	20 87%	3 13%	0 0%
Πιστεύετε πως είναι ωφέλιμο να χρησιμοποιείτε τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ;	22 95,7%	0 0%	1 4,3%

Είναι αποτελεσματικότερο να χρησιμοποιείτε την τεχνική της άμεσης ενίσχυσης ή των φυσικών συνεπειών από ότι την τιμωρία στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ;	22 95,7%	0 0%	1 4,3%
Η διατύπωση απλών κανόνων και η συνεπής εφαρμογή αυτών θεωρείτε πως βοηθάει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ;	23 100%	0 0%	0 0%
Νομίζετε πως η διδασκαλία των κοινωνικών κανόνων είναι αναγκαία στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ;	20 87%	3 13%	0 0%
Θεωρείτε πως η ασυνεπής εφαρμογή κανόνων από το οικογενειακό περιβάλλον συμβάλει στην επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ;	23 100%	0 0%	0 0%
Θεωρείτε πως τα ενδοοικογενειακά προβλήματα όπως ο αλκοολισμός ή οι διαμάχες των γονέων συμβάλουν στην επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ;	22 95,7%	1 4,3%	0 0%

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1 Συζήτηση

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε για τη γνώση και τη στάση των δασκάλων στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας, κατέληξε σε ορισμένα αποτελέσματα τα οποία παρουσιάστηκαν και συζητήθηκαν αναλυτικά στο Κεφάλαιο 4. Λαμβάνοντας υπ' όψιν τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών που δόθηκαν στα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν, καθώς και των αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης, καταλήγουμε στη σύγκριση αυτών με τα δεδομένα της παγκόσμιας βιβλιογραφίας. Παρατηρούμε πως, μελέτες που έχουν γίνει ανά τον κόσμο σε ευρωπαϊκές και άλλες χώρες καθώς και άρθρα που έχουν δημοσιευθεί για τη ΔΕΠ-Υ, τον επιπολασμό της και τη γνώση και στάση των εκπαιδευτικών για τη διαταραχή, τείνουν να συμπίπτουν με ορισμένα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας, αλλά και να διαφωνούν σε αρκετά σημεία.

Πιο αναλυτικά, η προσωπική μας πιλοτική μελέτη χρησιμοποίησε ένα εκτενές, μη αντιπροσωπευτικό δείγμα 353 παιδιών δημοτικής εκπαίδευσης και ένα δείγμα 23 εκπαιδευτικών. Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες και την Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ (Καλατζή-Αζίζι, Αγγελή & Ευσταθίου, 2012) που συμπληρώθηκε από τους εκπαιδευτικούς της μελέτης, το ποσοστό των παιδιών που εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ ανέρχεται σε 26,3% (93 παιδιά), ενώ το ποσοστό των παιδιών που είχαν επίσημη διάγνωση ΔΕΠ-Υ φτάνει το 12,9% (12 παιδιά), ποσοστά που έρχονται σε αντίθεση με το παγκόσμιο ποσοστό επιπολασμού της ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με την παγκόσμια βιβλιογραφία και τις μελέτες που έχουν γίνει σε διάφορες χώρες, το ποσοστό επιπολασμού της ΔΕΠ-Υ είναι 3-7% και επομένως, διαφέρει κατά πολύ από το 26,3% που προκύπτει από την κρίση των εκπαιδευτικών. Διαπιστώνεται δηλαδή, μία τάση υπερψηφισμού των δασκάλων για τους μαθητές τους, πιστεύοντας πως τα παιδιά που εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ μέσα στην τάξη είναι πολύ περισσότερα από την πραγματικότητα.

Όσον αφορά το φύλο και σύμφωνα με την πιλοτική μας μελέτη, τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ εμφανίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό (50,5%) σε σύγκριση με τα κορίτσια (49,5%). Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με την παγκόσμια βιβλιογραφία, η οποία αναφέρει πως η ΔΕΠ-Υ είναι μία διαταραχή που προσβάλλει περισσότερο το αρσενικό παρά το θηλυκό φύλο.

Αναφορικά με τη διγλωσσία, το 26,9% (25 παιδιά) των παιδιών της έρευνας δήλωσαν ότι είναι δίγλωσσα, ενώ το παγκόσμιο ποσοστό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που ταυτόχρονα εμφανίζει διγλωσσία ανέρχεται σε 66%. Επίσης, σύμφωνα με την παγκόσμια βιβλιογραφία, το 65% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν ταυτόχρονα άλλη μία ή περισσότερες

διαταραχές και ειδικότερα, το 42% των παιδιών εμφανίζουν συννοσηρότητα με ΔΕΠ-Υ και αυτισμό (σύμφωνα με πρόσφατο αντιπροσωπευτικό δείγμα των Ηνωμένων Πολιτειών). Συγκριτικά με την πιλοτική μελέτη, οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι μόλις το 3,2% (3 παιδιά) εμφάνισαν ταυτόχρονα και κάποια άλλη διαταραχή και συγκεκριμένα, αυτισμό, γεγονός που φανερώνει αρκετά μεγάλη απόκλιση σε σύγκριση με τα παγκόσμια δεδομένα.

Γνώση

Έπειτα από την περιορισμένη έρευνα σε διαφορετικές χώρες του κόσμου, έχει αποδειχθεί ότι η γνώση των εκπαιδευτικών για την ΔΕΠ-Υ παρουσιάζεται στην καλύτερη περίπτωση μέτρια και σε πολλές περιπτώσεις ανεπαρκής, με τις βαθμολογίες των δασκάλων σχετικά με τη γνώση για τη ΔΕΠ-Υ να κυμαίνονται από 50-70%. Σε γενικές γραμμές, η γνώση των εκπαιδευτικών είναι μέτρια, με αδυναμίες σε συγκεκριμένες περιοχές, όπως η παρέμβαση. Πιο συγκεκριμένα, εμφανίζονται αρκετά ικανοί στον εντοπισμό των συμπτωμάτων της διαταραχής, κατανοούν ότι η απουσία της υπερκινητικότητας δεν αποκλείει την ύπαρξη ΔΕΠ-Υ και αντιλαμβάνονται πως τα συμπτώματα εμφανίζονται ακούσια στα παιδιά, χωρίς να τα προκαλούν τα ίδια, γεγονός που φανερώνει ότι οι δάσκαλοι δέχονται τη νευρο-βιολογική φύση της διαταραχής. Από την άλλη πλευρά, η γνώση για τη παρέμβαση παρουσιάζει σημαντικά κενά. Ενώ οι εκπαιδευτικοί αντιλαμβάνονται το όφελος των συμπεριφορικών και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, ένα μεγάλο ποσοστό αυτών δε δέχονται τη φαρμακευτική αγωγή ως συμπληρωματικό τρόπο παρέμβασης.

Τα δεδομένα αυτά από την ανασκόπηση της παγκόσμιας έρευνας, έρχονται να συμφωνήσουν σε αρκετά σημεία, με τα αποτελέσματα της πιλοτικής μας μελέτης. Σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια που χορηγήσαμε στους δασκάλους, το σύνολο των ερωτηθέντων (23 συμμετέχοντες) δηλώνει ότι η ΔΕΠ-Υ είναι νευρο-βιολογική διαταραχή, ενώ το 13% (3 συμμετέχοντες) δηλώνει ότι είναι και ψυχολογική διαταραχή. Όσον αφορά τις απόψεις για τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ και συγκεκριμένα την κοινωνικοποίηση τους, τη σχέση με τους συνομήλικους, την επιθετικότητά τους και τη δυσκολία στη χρήση του λόγου, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν πως δεν γνώριζαν να απαντήσουν. Τα κενά γνώσεων εντοπίζονται και σε θέματα όπως τη συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ σε σχέση με το φύλο και τη σχολική επίδοση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τις δυνατότητές τους, ενώ καλύτερη γνώση εντοπίζεται στην εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Αναφορικά με τα συμπτώματα, οι ερωτηθέντες, συμφωνώντας με την παγκόσμια βιβλιογραφία, έδειξαν σχετικά καλή γνώση, τόσο στον εντοπισμό των συμπτωμάτων της ελλειμματικής προσοχής, όσο και σε αυτών της υπερκινητικότητας. Ωστόσο, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην ανίχνευση των χαρακτηριστικών της ελλειμματικής προσοχής και της υπερκινητικότητας, με τους εκπαιδευτικούς να αναγνωρίζουν πιο εύκολα την ελλειμματική προσοχή. Το συγκεκριμένο συμπέρασμα έρχεται σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία, καθώς σύμφωνα με μελέτες, ένα πρότυπο συμπτωμάτων που περιλαμβάνει υψηλά επίπεδα απροσεξίας και κοινωνικής δυσλειτουργίας, μπορεί να παραβλεφθεί πιο εύκολα από τους εκπαιδευτικούς.

Η κακή γνώση για τις παρεμβάσεις της ΔΕΠ-Υ σε παγκόσμιο επίπεδο, επιβεβαιώνεται και από την προσωπική μας έρευνα. Συγκεκριμένα, ένα σημαντικό μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (87%) δήλωσε ότι η ΔΕΠ-Υ είναι θεραπεύσιμη διαταραχή, ενώ το 34,8% απορρίπτει τη φαρμακευτική αγωγή ως πιθανή θεραπευτική αντιμετώπιση, με την πλειοψηφία (47,8) να δηλώνει πως δε γνωρίζει. Άρα δε μπορούμε να συμπεράνουμε αν είναι αρνητικοί στη συνταγογράφηση. Επιπλέον, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων εγκρίνει ως θεραπευτική μέθοδο τις τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς, την τεχνική της άμεσης ενίσχυσης και των φυσικών συνεπειών, τη διατύπωση απλών κανόνων και τη

συνεπή εφαρμογή αυτών καθώς και τη διδασκαλία κοινωνικών κανόνων, γεγονός που επιβεβαιώνει τη βιβλιογραφία.

Στάση

Σύμφωνα με την ανασκόπηση της παγκόσμιας έρευνας, γενικότερα, η στάση των δασκάλων απέναντι στη ΔΕΠ-Υ και η συνεργασία τους με παιδιά της διαταραχής αυτής είναι σχετικά προβληματική καθώς, οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί νιώθουν ως επί το πλείστον άγχος, με αποτέλεσμα να αλληλεπιδρούν με αρνητικό τρόπο με τα παιδιά. Τα αρνητικά συναισθήματα επηρεάζουν συχνά την αυτοπεποίθηση και την επίδοση των μαθητών με ΔΕΠ-Υ, καθώς η στάση του εκπαιδευτικού έχει αντίκτυπο στην ψυχολογία του μαθητή αλλά και στη συμπεριφορά των υπόλοιπων μαθητών της τάξης απέναντι στο παιδί με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Η κακή στάση και το άγχος των δασκάλων ενισχύεται από την αβεβαιότητα που νιώθουν και την αδυναμία τους να διαχειριστούν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, λόγω της μέτριας γνώσης τους σχετικά με τη διαταραχή. Υψηλό ποσοστό δασκάλων επέλεξαν την απάντηση “Δεν γνωρίζω” και σε αυτήν την μελέτη επιβεβαιώνοντας τα κενά γνώσεων που αναφέρει η διεθνής βιβλιογραφία.

5.2 Γενικά συμπεράσματα από τη μελέτη

Τα γενικά συμπεράσματα που προκύπτουν από τη πιλοτική μελέτη επιδεικνύουν εμφανώς τη «ρηχή» γνώση των εκπαιδευτικών. Στις μέρες μας, η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή η οποία όλο και πιο συχνά εμφανίζεται στο σχολικό σύστημα. Συνεπώς, οι δάσκαλοι οφείλουν να είναι ενημερωμένοι για τις διαταραχές που παρουσιάζονται στους μαθητές, ώστε να είναι προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που θα προκύψουν σε μαθησιακό αλλά και σε συμπεριφορικό επίπεδο. Το μορφωτικό προφίλ των εκπαιδευτικών παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στο εκπαιδευτικό σύστημα. Από τα αποτελέσματα βλέπουμε ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό των εκπαιδευτικών έχει ασχοληθεί με διετή μετεκπαίδευση-εξειδίκευση(17,4%) ή μεταπτυχιακό (8,7%). Επομένως παρατηρούμε ότι λίγοι είναι αυτοί που έχουν μετεκπαίδευση σχετικά με ΔΕΠ-Υ.

Όσον αφορά το φύλο, παρατηρούμε ότι ορθά το μεγαλύτερο μέρος των εκπαιδευτικών θεωρεί ότι τα αγόρια είναι αυτά που εμφανίζουν πιο συχνά τη διαταραχή. Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι η διαφορά εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στα ποσοστά των αγοριών και των κοριτσιών στην πιλοτική μας μελέτη είναι 1:1. Αυτή η διαφορά δεν έρχεται σε συμφωνία με

τα όσα περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία στην οποία ο επιπολασμός στα αγόρια αναφέρεται ως 2:1. Επιπρόσθετα, παρατηρούμε ότι οι εκπαιδευτικοί στην μελέτη μας, αναγνωρίζουν πιο εύκολα τα χαρακτηριστικά της ελλειμματικής προσοχής απ' ό τι τα χαρακτηριστικά της υπερκινητικότητας, πράγμα το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τις περισσότερες μελέτες οι οποίες υπογραμμίζουν ότι οι εκπαιδευτικοί αναγνωρίζουν πιο εύκολα την υπερκινητικότητα.

Σύμφωνα με το σκορ για τη ΔΕΠ-Υ, η κρίση των περισσότερων εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα αποδείχθηκε λανθασμένη, για το λόγο ότι πολλοί πίστευαν ότι έχουν μεγάλο αριθμό μαθητών στην τάξη τους με συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, έχει σχηματιστεί πολύ υψηλό ποσοστό επιπολασμού της ΔΕΠ-Υ (26,3%) για ένα σχετικά μικρό δείγμα της πιλοτικής μελέτης συγκριτικά με τον παγκόσμιο επιπολασμό, ο οποίος ανέρχεται σε 3-7%. Το ποσοστό της μελέτης υπολογίστηκε με βάση την Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ (Καλαντζή-Αζίζι, Αγγελή, Ευσταθίου, 2012), η οποία αποτελεί ανιχνευτικό εργαλείο και όχι διαγνωστικό. Ένα τέτοιο αποτέλεσμα μας βάζει σε σκέψεις για την γενική κρίση των εκπαιδευτικών και ταυτόχρονα μας επιβεβαιώνει την ελλιπή γνώση τους απέναντι στη ΔΕΠ-Υ.

Πρέπει να τονιστεί ότι όλοι οι εκπαιδευτικοί γνωρίζουν ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μια νευροβιολογική διαταραχή καθώς ελάχιστοι από αυτούς σημείωσαν ότι ανήκει και στις ψυχολογικές διαταραχές. Τα αποτελέσματα από το πρώτο μέρος των ερωτήσεων που συνδέονται με τις γνώσεις των δασκάλων σχετικά με τις συμπεριφορές που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο, δεν φανερώνουν βαθύτερη κατανόηση των χαρακτηριστικών της διαταραχής. Ακόμα, παρατηρούμε ότι οι δάσκαλοι δυσκολεύονται να ανιχνεύσουν τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της ελλειμματικής προσοχής και της υπερκινητικότητας.

Γενικότερα, φαίνεται να υπάρχει ένα οξύμωρο σχήμα στην έρευνα. Από τη μια πλευρά, οι δάσκαλοι σκοράρουν υψηλά στην Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ-IV (Καλαντζή-Αζίζι, Αγγελή & Ευσταθίου, 2012) πιστεύοντας ότι τα περισσότερα παιδιά μέσα στην τάξη τους εμφανίζουν συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας και από την άλλη είναι αρνητικοί στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, με το μεγαλύτερο μέρος των εκπαιδευτικών να απαντά «δεν γνωρίζω» για την αναγκαιότητα λήψης φαρμακευτικής αγωγής και ένα μικρότερο μέρος να μην συμφωνεί καθόλου. Άρα, είναι ξεκάθαρο ότι δεν κατανοούν πλήρως τα συμπτώματα της διαταραχής και τη βαρύτητα που έχουν για ένα παιδί που παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ. Ένα τέτοιο συμπέρασμα, πιθανόν να έχει αρνητικές συνέπειες ως προς τη στάση που υιοθετούν οι δάσκαλοι απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Η έλλειψη γνώσεων και η αρνητική στάση των εκπαιδευτικών απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, υποδηλώνει πως οι δάσκαλοι είναι πιθανό να εκδηλώσουν συμπεριφορές άγχους και χαμηλής αυτοπεποίθησης, οι οποίες θα επηρεάσουν την ψυχολογία των παιδιών. Έτσι είναι σημαντικό να επισημάνουμε ότι το κράτος οφείλει να παρέχει συνεχή επιμόρφωση στους εκπαιδευτικούς, ώστε να μπορούν πιο εύκολα και συνειδητά να παραπέμπουν τα παιδιά αυτά στους ειδικούς.

Συμπερασματικά, είναι πολύ σημαντικό να υποστηριχθεί η αναπλαισίωση αυτών των παιδιών μέσα στο σχολικό τους περιβάλλον. Ο ρόλος του δασκάλου σε αυτήν την διαδικασία είναι καθοριστικός, καθώς είναι εκείνος που μπορεί να παραπέμπει τους γονείς και τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στην Επιτροπή Διεπιστημονικής Εκπαιδευτικής Αξιολόγησης και Υποστήριξης

(Ε.Δ.Ε.Α.Υ.), ώστε να ζητήσουν αξιολόγηση και συμβουλευτική. Η Επιτροπή αυτή θα κρίνει εάν είναι απαραίτητο τα παιδιά αυτά να ακολουθήσουν ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα το οποίο θα προσαρμόσει την εκπαιδευτική διαδικασία και την σχολική ύλη ανάλογα με τις δυνατότητές τους. Με αυτόν τον τρόπο, οι δάσκαλοι θα μπορούν να δουλέψουν με τα παιδιά αυτά πιο μεθοδικά, έχοντας την επίσημη διάγνωση, η στάση τους θα γίνει πιο θετική, η αλληλεπίδραση με τα παιδιά θα αλλάξει και η ταραχή θα αντικατασταθεί με την ισορροπία.

5.3 Προτάσεις της έρευνας

Ανάγκη μετεκπαίδευσης

Είναι γεγονός ότι, η πρωτοβάθμια εκπαίδευση αντιμετωπίζει καθημερινές προκλήσεις οι οποίες σχετίζονται με την ανεπάρκεια εξειδικευμένου διδακτικού προσωπικού και την ελλιπή γνώση των εκπαιδευτικών στα σχολεία δημόσιας και ιδιωτικής εκπαίδευσης. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από την πιλοτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 23 δασκάλους η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εμφανίζουν μέτρια γνώση σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, με αρκετή αβεβαιότητα για τον τρόπο διαχείρισης ενός παιδιού με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Τα αποτελέσματα αυτά λοιπόν, φανερώνουν την ανάγκη για μετεκπαίδευση του ήδη υπάρχοντος διδακτικού προσωπικού. Καθώς οι απαιτήσεις της κοινωνίας και της εκπαίδευσης αλλάζουν και τα ζητήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο εκπαιδευτικός στο σχολείο γίνονται πιο σύνθετα και πολύπλοκα, είναι προφανές ότι οι γνώσεις που απέκτησε κατά τις αρχικές του σπουδές, δεν αρκούν για να τον υποστηρίξουν επαρκώς στο έργο του. Για να ανταποκριθεί με επάρκεια στον παιδαγωγικό και κοινωνικό του ρόλο, ο εκπαιδευτικός χρειάζεται να επιμορφώνεται συνεχώς, μέσω των αντίστοιχων προγραμμάτων και ευκαιριών που παρέχονται από το κράτος. Η επιμόρφωση βασίζεται στις αρχικές ή βασικές γνώσεις των δασκάλων για την υπηρετήση του εκπαιδευτικού τους επαγγέλματος, οι οποίες είναι ανάγκη να διευρυνθούν, να ανανεωθούν και να αναπροσαρμοστούν με βάση τα σύγχρονα παιδαγωγικά και ερευνητικά δεδομένα. Λαμβάνοντας οι δάσκαλοι την κατάλληλη επιμόρφωση στα σχολεία, το περιβάλλον της τάξης θα γίνει πιο φιλικό και ευχάριστο για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, η στάση των εκπαιδευτικών απέναντί τους θα βελτιωθεί και θα νιώθουν πιο σίγουροι σε θέματα όπως η διαχείριση παιδιών με ΔΕΠ-Υ, ή η παραπομπή αυτών σε κάποιο δημόσιο αξιολογητικό πλαίσιο.

Εξειδικευμένη διεπιστημονική ομάδα

Είναι γεγονός ότι μεγάλος αριθμός των μαθητών στα σχολεία, αντιμετωπίζει πολλαπλές δυσκολίες και αναπηρίες. Η συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων αλλά και των εκπαιδευτικών των τάξεων, είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη και βελτίωση των ικανοτήτων κάθε μαθητή. Μόνο μέσα από την πολυεστιακή προσέγγιση, επιτυγχάνουμε τη μέγιστη δυνατή πρόοδο.

Δάσκαλος: Ο ρόλος του δασκάλου είναι πολύ σημαντικός μέσα στο σχολικό πλαίσιο. Είναι το μόνο άτομο που μπορεί να καλύψει την ύλη της τάξης, να συντονίσει και να οργανώσει τους μαθητές του. Η δουλειά του δασκάλου είναι επίπονη, και συχνά γεμάτη άγχος. Με την

παρουσία ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ, η δουλειά του γίνεται ακόμα πιο υπεύθυνη, καθώς λόγω του παιδιού μπορεί να προκληθούν σημαντικά προβλήματα στη διδασκαλία. Είναι συνετό ο δάσκαλος να μην λαμβάνει προσωπικά τη συμπεριφορά του παιδιού, καθώς η ΔΕΠ-Υ είναι η αιτία. Έτσι, με τη βοήθεια του δασκάλου τα παιδιά μπορούν να μάθουν να ελέγχουν καλύτερα τη συμπεριφορά τους. Επίσης ένας σωστός δάσκαλος θα πρέπει να είναι σε επαφή με τους γονείς, ιδίως των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Να οργανώνει κοινές στρατηγικές προσέγγισης και αντιμετώπισης προβλημάτων καθώς και να δημιουργεί ένα ασφαλές υποστηρικτικό πλαίσιο για το παιδί.

Ειδικός Παιδαγωγός: Ο Ειδικός Παιδαγωγός αναλαμβάνει τη μεταφορά γνώσης, μέσω ενός «διαφορετικού» τρόπου διδασκαλίας. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο ίδιος πρέπει να αξιολογήσει τις μαθησιακές ικανότητες του παιδιού, ούτως ώστε να δημιουργήσει ένα ατομικό πρόγραμμα παρέμβασης. Ο Ειδικός Εκπαιδευτικός φροντίζει να καλύπτει τα μαθησιακά κενά του παιδιού. Είναι αυτός που θα στηρίζει, θα συμβουλεύει και θα καθοδηγήσει τους γονείς και τους δασκάλους. Επειδή ο ρόλος του συνδέεται άμεσα με το σχολείο και την οικογένεια, θα πρέπει να ενημερώνει συχνά για το μαθησιακό επίπεδο, για τα στάδια εξέλιξης και για τους τρόπους αντιμετώπισης των μαθησιακών δυσκολιών του παιδιού. Ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ θα παρουσιάσει μαθησιακές δυσκολίες, τις οποίες ο ειδικός παιδαγωγός θα πρέπει να διαχειριστεί για την υγιή γνωστική και συναισθηματική εξέλιξη του παιδιού.

Ψυχολόγος: Ο ρόλος ενός ψυχολόγου στα πλαίσια της δημοτικής εκπαίδευσης είναι πολυδιάστατος. Η κύρια αρμοδιότητα του είναι να υποστηρίζει με συστηματικό και επιστημονικά τεκμηριωμένο τρόπο τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ, να συνεργάζεται με τους εκπαιδευτικούς, τους γονείς και όλη τη σχολική κοινότητα. Οφείλει να χρησιμοποιήσει ορισμένα ψυχομετρικά εργαλεία, τα οποία θα τον οδηγήσουν σε σημαντικά πορίσματα για τον δείκτη νοημοσύνης του παιδιού. Στόχος των σχολικών ψυχολόγων είναι η βελτίωση της μαθησιακής πορείας των παιδιών με τη συγκεκριμένη διαταραχή και η δημιουργία ενός ασφαλούς και υποστηρικτικού κλίματος το οποίο ενισχύει τους δεσμούς ανάμεσα στο σχολείο, την οικογένεια και την κοινωνία. Επίσης είναι σημαντικό να συμβουλεύει τους γονείς για τις συμπεριφορές και τις συναισθηματικές αντιδράσεις που παρουσιάζουν τα παιδιά στο σχολείο.

Κοινωνικός λειτουργός: Ο κοινωνικός λειτουργός είναι υπεύθυνος για την αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Καθώς η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα, οι μαθητές είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στη διαχείριση της συμπεριφοράς τους εντός και εκτός τάξης καθώς και στη συνύπαρξη με τους συνομηλίκους τους. Ένας κοινωνικός λειτουργός ελέγχει το σχολικό περιβάλλον και βρίσκεται διαθέσιμος για τυχόν προβλήματα που απασχολούν τους μαθητές, καθώς και μπορεί να βοηθήσει τα ίδια τα παιδιά αλλά και τον εκπαιδευτικό, βελτιώνοντας το κλίμα της τάξης του.

Λογοθεραπευτής: Ο ρόλος του λογοθεραπευτή είναι η αξιολόγηση του λόγου και της ομιλίας μέσα από διάφορες δοκιμασίες, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ατομικού προγράμματος παρέμβασης με βάση τις δυσκολίες του μαθητή. Στην περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, ο λογοθεραπευτής αξιολογεί τον μαθητή, εντοπίζει τις δυσκολίες του και στοχεύει

στην αντιμετώπιση αυτών. Επομένως, η ύπαρξή του στη δημοτική εκπαίδευση και τους μαθητές της, είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Παιδοψυχίατρος: Ο παιδοψυχίατρος είναι το πιο σημαντικό πρόσωπο μέσα στην διεπιστημονική ομάδα. Συγκεκριμένα ο ρόλος του σχετίζεται με την αξιολόγηση, τη διάγνωση και τη θεραπεία των παιδιών με δυσκολίες στη συμπεριφορά, το συναίσθημα και την ανάπτυξη ή με ψυχιατρικές διαταραχές, ενώ είναι ο μοναδικός που μπορεί να χορηγήσει φαρμακευτική αγωγή σε τέτοιες περιπτώσεις. Ο παιδοψυχίατρος είναι ο μόνος ειδικός για την ψυχική υγεία του παιδιού με πραγματική, κλινική γνώση και εκπαίδευση.

Συμβουλευτική γονέων

Η συμβουλευτική γονέων είναι η συνεργασία μεταξύ των γονέων και κάποιου ειδικού, με σκοπό να τους προσφερθεί βοήθεια όσον αφορά στην αναγνώριση, την αποδοχή και την αντιμετώπιση των δυσκολιών του παιδιού τους σε διάφορους τομείς όπως είναι η συμπεριφορά, η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση και η κοινωνικοποίηση. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο εκάστοτε ειδικός μπορεί να εξηγήσει στους γονείς τι είναι ακριβώς η ΔΕΠ-Υ, τη φύση της διαταραχής, τα συμπτώματα και τους τρόπους αντιμετώπισης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα της βελτίωση της σχέσης μεταξύ γονέα και παιδιού και την κατανόηση των δυσκολιών και των αναγκών του παιδιού. Επίσης, η συμβουλευτική γονέων συμβάλλει στην έμπρακτη ενθάρρυνση του παιδιού με ΔΕΠ-Υ έτσι ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζει αυτόνομα και με ευελιξία τις δυσκολίες και τις απογοητεύσεις στη ζωή του.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο για την γνώση και την στάση των δασκάλων

Δημογραφικά Στοιχεία

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

Αντρας Γυναίκα

2. Ποια είναι η ηλικία σας;

Κάτω των 30 χρόνων	
31 – 40 χρόνων	
41 – 50 χρόνων	
51 και άνω	

3. Πού διδάσκετε;

Δημόσιο Σχολείο Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης	
Ιδιωτικό Σχολείο Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης	

4. Σε ποια τάξη του Δημοτικού διδάσκετε φέτος;

.....
.....
...

5. Πόσα χρόνια εργάζεστε ως εκπαιδευτικός πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης;

0 – 5 χρόνια	
6 – 10 χρόνια	
11 – 15 χρόνια	
16 – 20 χρόνια	
Από 21 χρόνια και πάνω	

6. Έχετε διδάξει ποτέ σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ;

Ναι Όχι

7. Έχετε κάποιο παιδί με ΔΕΠ-Υ στην τάξη σας φέτος;

Ναι Όχι

8. Τι επίπεδο σπουδών έχετε;

- A. Βασικό πτυχίο
- B. Δεύτερο πτυχίο
- Γ. Ετήσια ή διετή μετεκπαίδευση ή εξειδίκευση
- Δ. Μεταπτυχιακό
- Ε. Διδακτορικό

9. Έχετε λάβει εκπαίδευση για την ΔΕΠ-Υ;

Ναι Όχι

10. Αν ναι τι είδους εκπαίδευση έχετε λάβει;

A. Τυπική (μεταπτυχιακό, μετεκπαίδευση) Προσδιορίστε:.....

B. Μη τυπική (συνέδρια-σεμινάρια, εξειδίκευση) Προσδιορίστε:.....

Γ. Άτυπη (έντυπος τύπος, βιβλία, γνωστοί) Προσδιορίστε:.....

Γνώση των εκπαιδευτικών για την ΔΕΠ-Υ

11. Τι νομίζετε πως είναι η ΔΕΠ-Υ;

Νευρο-βιολογική διαταραχή	
Χρωμοσωμική ανωμαλία	
Ψυχολογική διαταραχή	
Ιδιοσυγκρασιακή διαταραχή	

- Παρακαλώ, βαθμολογήστε τις παρακάτω δηλώσεις ανάλογα με το κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κλίμακα από το 1 έως το 5.

(1)Όχι, (2)Μάλλον όχι, (3)Δεν ξέρω/Δεν απαντώ, (4)Ίσως, (5)Ναι

	1	2	3	4	5
12. Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται πιο συχνά στα αγόρια από τα κορίτσια.					
13. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση και δεν έχουν καλή σχέση με τους συνομήλικους.					
14. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στην χρήση του λόγου και συχνά δεν μπορούν να αφηγηθούν κατάλληλα ιστορία ή γεγονός.					
15. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν κακή συγκέντρωση.					
16. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά δεν ολοκληρώνουν τις δραστηριότητες.					
17. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μιλούν ακατάπαυστα και δεν τηρούν την σειρά τους στο διάλογο.					
18. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποδιοργανώνονται όταν δεν ακολουθούν τις καθημερινές τους ρουτίνες.					

19. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά κάνουν κοινωνικά ακατάλληλα σχόλια.					
20. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να κάνουν εκρήξεις θυμού ή να γίνουν επιθετικά όταν θυμώσουν.					
21. Συχνά τα παιδιά παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες.					
22. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποσπώνται εύκολα και χάνουν σημαντικές πληροφορίες.					
23. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να περιμένουν στη σειρά τους.					
24. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να συμμετέχουν σε ομαδικά παιχνίδια.					
25. Κάποια παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν υπερβολική δραστηριότητα σε καταστάσεις που απαιτούν ηρεμία.					
26. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι παρορμητικά και δρουν χωρίς να υπολογίζουν τις συνέπειες των πράξεών τους.					
27. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πολύ πιο επιρρεπή σε ατυχήματα.					
28. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποσπώνται εύκολα από τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα.					
29. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στο να ακολουθήσουν κανόνες.					
30. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν συχνά σχολική άρνηση.					
31. Η σχολική επίδοση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν είναι αντιπροσωπευτική των δυνατοτήτων τους.					
32. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εναντιώνονται εύκολα σε άτομα με θέσεις κύρους π.χ. δασκάλους, γονείς, διευθυντές.					
33. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ βιώνουν πολύ συχνά κατάθλιψη ή/και άγχος					

Διδακτικές στρατηγικές και μέθοδοι-Συμβουλευτική

34. Θεωρείτε πως η ΔΕΠ-Υ είναι θεραπεύσιμη διαταραχή;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

35. Είστε σύμφωνος με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής ως θεραπευτικής αντιμετώπισης για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

36. Πιστεύετε πως είναι ωφέλιμο να χρησιμοποιείτε τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

37. Είναι αποτελεσματικότερο να χρησιμοποιείτε την τεχνική της άμεσης ενίσχυσης ή των φυσικών συνεπειών από ότι την τιμωρία στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

38. Η διατύπωση απλών κανόνων και η συνεπής εφαρμογή αυτών θεωρείτε πως βοηθάει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

39. Νομίζετε πως η διδασκαλία των κοινωνικών κανόνων είναι αναγκαία στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

40. Θεωρείτε πως η ασυνεπής εφαρμογή κανόνων από το οικογενειακό περιβάλλον συμβάλει στην επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

41. Θεωρείτε πως τα ενδοοικογενειακά προβλήματα όπως ο αλκοολισμός ή οι διαμάχες των γονέων συμβάλουν στην επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

Ευχαριστούμε πολύ!

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αντωνίου Α. (2016). Η διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας στους μαθητές, Αιτιολογικοί Παράγοντες και Θεραπευτικές Παρεμβάσεις. 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης (20-22 Ιουνίου 2014) Ανάκτηση 04-2016 από <https://eproceedings.epublishing.ekt.gr/>

Γεωργοπούλου Χ. Σ. PhD. (2013). Μεθοδολογία Έρευνας και Ανάλυση Δεδομένων στη Λογοπαθολογία. Εκδόσεις: Πάτρα 2013

Κακούρος Ε., Παπαηλίου Χ., Μπακιδιάν Χ. (2006). Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για της φύση και την αντιμετώπιση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). Παιδαγωγική Επιθεώρηση, 41/2006. Ανάκτηση 2015 από <https://ojs.lib.uom.gr/>

Καλαντζή-Αζίζι, Αγγελή Κ., Ευσταθίου Γ. (2012). Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ-IV. Στάθμιση της Κλίμακας ADHD-IV των G.J DuPaul, T.J. Power, A.D. Anastasopoulos & R. Reid. Αθήνα. Εκδόσεις: Πεδίο

Παπαναστασίου Φ. (2019). ΔΕΠΥράζει. Πρακτικός Οδηγός για γονείς και εκπαιδευτικούς. Αθήνα. Εκδόσεις: Πεδίο

Τσούγη Φ. Β., Κατζόλη Δ. Ε., Γιαννέλου Π. (2016). Μαθησιακές Δυσκολίες-Δυσλεξία. Μια κριτική ματιά σε θεωρίες και μεθοδολογίες σχετικά με τη ψυχοπαιδαγωγική Αντιμετώπιση της Δυσλεξίας. 5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης(19-21 Ιουνίου 2015). Ανάκτηση 04-2016 από <https://eproceedings.epublishing.ekt.gr/>

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Ahmed Elhassan Hamid Hassan D. (2015). The Relationship between Attention Deficit & Hyperactivity Disorder ADHD and Learning Disabilities. International Journal of Scientific Research in Science and Technology. 1.197-202. <http://doi.org/10.1177/002221949102400205>

Aldakrouy Wael. (2018). Speech and Language Disorders in ADHD. *Abnormal and Behavioural Psychology*. 4: January 2018. <http://doi.org/10.4172/2472-0496.1000134>

Alkahtani K. D. F. Department of Special Education, College of Education, King Saud University, Riyadh, KSA (2013). Teacher's Knowledge and Misconceptions of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology* 2013. Vol. 4, No12, 963-969. Published Online December 2013 in SciRes Open Access <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2013.412139>

Al-Sharbati M., Al-Sharbati Z., Al-Lawatiya S., Al-Jahwari S. (2012). Teachers' awareness about attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Oman. *Asian Journal of Psychiatry*. 5: 277-278, 2012. <http://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.01.005>

Anderson D. L., Watt S. E., Nombale W. University of New England. Shanley D. C. Griffith University (2012). Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Attitudes toward teaching children with ADHD: The role of teaching experience. *Psychology in the Schools*, 2012, DOI:10.1002/pits <https://doi.org/10.1002/pits.21617>

Ballantine C. (Spring 2015). Teacher Knowledge and Perception of Students With an ADHD Label. *Governors State University OPUS Open Portal to University Scholarship*. Pp 25-26, 2015 <https://opus.govst.edu/capstones/113>

Barbro B., Thernlund G., Nettelbladt U. (2006). ADHA and Language Impairment : A study of the parent questionnaire FTF (Five to Fifteen). *European child & adolescent psychiatry*. 15(1): 52-60, March 2006. <http://doi.org/10.1007/s00787-006-0508-9>

Bialystok E., Hawrylewicz K., Toplak M. (2017). Interaction of bilingualism and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in young adults. *Biling (Camb Engl)*. 20(3): 588-601. <http://doi.org/10.1017/S1366728915000887>

Bradshaw L., Kamal M. (2013). Teacher knowledge, training and acceptance of students with ADHD in their classrooms: Qatar case study. *Near and Middle Eastern Journal of Research in Education*. 5 10.5339/nmejre.2013 April. <https://doi.org/10.5339/nmejre.2013.5>

Camarata S. M., Gibson T., Department of Hearing and Speech Sciences, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee (1999). Pragmatic Languages Deficits in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 5: 207-214 (1999) [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2779\(1999\)5:3%3C207::AID-MRDD7%3E3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2779(1999)5:3%3C207::AID-MRDD7%3E3.0.CO;2-O)

Cohen N. J. , Vallance D.D., Barwick M., Im N., Menna R., Horodezky N.B. (2000). The Interface between ADHD and Language Impairment: An examination of Language, Achievement, and Cognitive Processing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (3): 353-62, April 2000 37 .[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2779\(1999\)5:3<207::AID-MRDD7>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2779(1999)5:3<207::AID-MRDD7>3.0.CO;2-O)

Cordier R., Munro N., Wilkes-Gillan S., Docking K. (2012). The pragmatic language abilities of children with ADHD following a play-based intervention involving peer-to-peer interactions. *International journal of speech-language pathology*. 15(4):416-428, September 2012 Damico J. S., Ph.D. <http://doi.org/10.3109/17549507.2012.713395>

Damico S.K., Ph.D., Armstrong M.B., Ph.D. (1999). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Communication Disorders: Issues and Clinical Practices. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 8(1): 37-60, February 1999. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(18\)30195-0](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30195-0)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition) and American Psychiatric Association (2013). Εκδόσεις: Washington DC: American Psychiatric Association
DSM-IV Criteria-American Psychiatric Association-1994

DuPaul J., PhD, Volpe R. J. , PhD (2009). ADHD and Learning Disabilities: Research Findings and Clinical Implications. *Current Attention Disorders Reports*, 1 (4): 152- 155, December 2009 .<http://doi.org/10.1007/s12618-009-0021-4>

Faraone S. V., Sergeant J., Gillberg C., Biederman J (2003). The Worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2003 Jun; 2(2): 104-113 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525089/>

Frigerio A., Montali L., Marzocchi G. M. (2014). Italian Teacher's Knowledge and Perception of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *International Journal of School & Educational Psychology*, 2, 126-136, 2014 <https://doi.org/10.1080/21683603.2013.878677>

Gnanavel S., Sharma P., Hussain S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World J Clin Cases*. 7(17): 2420-2426, September 2019. <http://doi.org/10.12998/wjcc.v7.il7.242>

Ghanizadeh A., Bahredar M. J., Moeini S.R. (2006). Knowledge and attitude towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Education and Counseling* 63 (2006) 84-88 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12690766>

Guillherme Polanczyk, M.D., Mauricio Silva de Lima M.D., Ph.D., Bernardo Lessa Horta, M.D., Ph.D., Joseph Biederman, M.D., Luis Augusto Rohde, M.D., Ph.D (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systemic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry* 2007, 164:942-948. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2007.164.6.942>

Jimoh M. (Dr.) Department of Psychology Education, University of South Africa (2014). Knowledge and Attitudes toward Deficit Hyperactivity Disorder among Primary School Teachers in Lagos State, Nigeria. *Advances in Life Science and Technology* ISSN 2224-7181 (Paper) ISSN 2225-062X (Online) Vol. 23, 2014 [https://www.semanticscholar.org/paper/Knowledge-and-Attitudes-towards-Attention-](https://www.semanticscholar.org/paper/Knowledge-and-Attitudes-towards-Attention-DeficitJimoh/cb1750383cab1698662ffeeba2a389c5813764e4?tab=abstract&citingPapersSort=isinflue ntial&citingPapersLimit=10&citingPapersOffset=0&year%5B0%5D=&year%5B1%5D=&citedPaper sSort=isinflue ntial&citedPapersLimit=10&citedPapersOffset=20)

[DeficitJimoh/cb1750383cab1698662ffeeba2a389c5813764e4?tab=abstract&citingPapersSort=isinflue ntial&citingPapersLimit=10&citingPapersOffset=0&year%5B0%5D=&year%5B1%5D=&citedPaper sSort=isinflue ntial&citedPapersLimit=10&citedPapersOffset=20](https://www.semanticscholar.org/paper/Knowledge-and-Attitudes-towards-Attention-DeficitJimoh/cb1750383cab1698662ffeeba2a389c5813764e4?tab=abstract&citingPapersSort=isinflue ntial&citingPapersLimit=10&citingPapersOffset=0&year%5B0%5D=&year%5B1%5D=&citedPaper sSort=isinflue ntial&citedPapersLimit=10&citedPapersOffset=20)

Kos J. (2008). What Do Primary School Teachers Know, Think And Do About ADHD?. Dr. Julie Kos, January 2008. https://research.acer.edu.au/tll_misc/9

Love A. J. PhD., Thompson M.G.G. M.D. Psych (1988). Language Disorders and Attention Deficit Disorders in young children referred for psychiatric services: Analysis of Prevalence and a Conceptual Synthesis. *Amer. J. Orthopsychiat.* 58(1), January 1988 <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1988.tb01566.x>

Mahar P., Ph.D., Chalmers L., Ph.D. (2007). Teachers' Perceptions of Students Diagnosed with ADHD. *National Forum of Applied Educational Research Journal*. Volume 20, Number 3, 2007. <http://doi.org/10.13189/ujp.2014.020202>

Melegari M.G., Bruni O., Sacco R., Barni D., Sette S., Donfrancesco R. (2018). Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Anxiety Disorder in children and adolescents. *Psychiatry Research*. 270: 780-785, October 2018. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.078>

Mohammed Beri H., Al-Hroub A. (2016). Teachers' Understanding of ADHD, Their Conceptions and Misconceptions in Relation to the Gender of Students with ADHD, and Their Training Needs, March 2016, Springer. http://doi.org/10.1007/978-3-319-28700-3_5

Moldavsky M., Groenewald C., Owen V., Sayal K. (2012). Teachers' recognition of children with ADHD: role of subtype and gender. *Child and Adolescent Mental Health* a journal for all professionals working with children and young people. <http://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2012.00653.x>

Mor B., Yitzhaki-Amsalem S., Prior A. (2014). The Joint Effect of Bilingualism and ADHD on Executive Functions. *Journal of attention disorders*. 19(6) , March 2014. <http://doi.org/doi:10.1177/1087054714527790>

Mulholland S. (2016). ADHD-specific knowledge and attitudes of teachers in(ASKAT): Development and validation of a new research instrument. *International Journal of Educational Research* 77:109-116, 2016
Mulholland S. M., Cumming T. M., Jung J. Y. UNSW Australia (2015). Teacher Attitudes Towards Students Who Exhibit ADHD-Type Behaviours. *Australian Journal of Special Education* vol.39 issue pp. 15-36
The author(s) 2015 doi: 10.1017/jse.2014.18 <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2016.03.010>

Nur N., Department of Public Health, Faculty of Medicine. Kavakci O., Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Cumhuriyet University, Turkey (2010). Elementary school teacher's knowledge and attitudes related to attention deficit hyperactivity disorder. *HealthMED-Journal of Society for developmental in new net environmental in B&H* pp: 350-355, 2010 <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2016.03.010>

Ohan J. L., Cormier N., Hepp S.L., Visser T. A. W., Strain M.C. (2008). Does Knowledge About Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Impact Teachers' Reported Behaviors and Perceptions?. *School Psychology Quarterly*. V23(3): 436-449, September 2008. <http://doi.org/10.1037/1045-3830.23.3.436>

Ohan J. L., Queensland University of Technology, Brisbane QLD, Australia. Wisser T. A. W., University of Queensland, Brisbane, Australia. Strain M. C., Allen L., University of British Columbia-Okanagan, Kelowna, Canada (2011). Teacher's and education student's perception's of and reaction to children with and without thw diagnostic label 'ADHD'. *Journal of School Psychology* 49 (2011) 81-105 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsp.2010.10.001>

Okmi H. K., Kaiser A. P., Peabody College of Vanderbilt University (2000). Language Characteristics of Children with ADHD. *Communication Disorder Quarterly* 21:3 pp. 154-165 , Spring 2000. <https://doi.org/10.1177/152574010002100304>

Ozerk M.R., Handorff J., Ozerk K. (2011). Assessment of bilingual children with inattention over activity and impulsivity-Challenges and solutions. *International Electronic Journal of Elementary Education*. 3(3):193-212, July 2011. <http://www.iejee.com/index.php/IEGEE/article/view/227>

Plantin Ewe L. (2019). ADHD symptoms and the teacher-student relationship: a systematic literature review. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 24:2, 136-155, DOI:10.1080/13632752.2019.1597562, April 2019. <https://doi.org/10.1080/13632752.2019.1597562>

Reinhardt M.C., Reinhardt C. A.U. (2012). Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities and risk situations. *Jornal de Pediatria*. 89(2): 124-130, October 2012. <http://doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.015>

Rodriguez C., Areces D., Garcia T., Cueli M., Loew S. J., Gonzalez-Castro P. (2015). ADHD and Writing Learning Disabilities: Overlapping Disorders and Educational Implications. 12. 121-146. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1088269.pdf>

Rothman K. J. (2012). *Epidemiology: An Introduction*. Oxford New York: Oxford University Press. <http://doi.org/10.1093/aje/kwfo28>

Silver L.B., M.D (1981). The Relationship between Learning Disabilities, Hyperactivity, Distractibility, and Behavioral Problems. A Clinical Analysis. *Journal of American Academy of Child Psychiatry* 20:385-397, 1981 [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60996-1](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60996-1)

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization Geneva 1993

Valderas J. M., MD, PhD, MPH, Starfield B., MD, MPH, Sibbald B., Msc, PbD, Salisbury C., MB, CbB, Msc, FRCGP, Ronald M., CBE, DM, FRCGP, FRCP, FmedSci (2009). Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *Annals of family medicine*. 7(4). 357-63, July 2009. <http://doi.org/10.1370/afm.983>

Willcutt E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/hyperactivity Disorder: A meta-Analytic Review. *The American Society for Experimental NeuroTherapeutics* (2012) 9:490-49 DOI 10.1007/s13311-012-0135-8

Youssef M. K., Gerard H., Youssef F. F. (2015). Knowledge of and Attitudes Toward ADHD Among Teachers: Insights From a Caribbean Nation. SAGE Open January-March 2015: 1 –8 © The Author(s) 2015 DOI: 10.1177/2158244014566761 sgo.sagepub.com <https://doi.org/10.1177%2F215824401456676>