

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Η ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΔΑΣΚΑΛΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΕΠ-Υ**

**TEACHER'S KNOWLEDGE ABOUT ADHD**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΔΑΓΓΟΥΛΗ ΕΛΕΑΝΝΑ**

**ΜΩΡΑΪΤΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ: ΖΑΡΟΚΑΝΕΛΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

**ΠΑΤΡΑ 2017**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Από τις πιο κοινές διαταραχές που παρουσιάζουν τα παιδιά σχολικής ηλικίας είναι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) η οποία διεθνώς είναι γνωστή ως Σύνδρομο Διάσπασης Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ADHD). Ο επικρατέστερος ορισμός για τη ΔΕΠ-Υ, είναι αυτός που δίνεται στο DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) και ορίζει τη ΔΕΠ-Υ ως αναπτυξιακή νευροβιολογική διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα και απροσεξία. Επίσης, η ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από ανεπαρκώς ελεγχόμενη, παρορμητική και υπερκινητική συμπεριφορά σε καταστάσεις που ο αυτοέλεγχος είναι απαραίτητος.

Η εν λόγω διαταραχή επηρεάζει το άτομο τόσο σε επίπεδο μάθησης όσο και σε προσωπικό επίπεδο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Τα χαρακτηριστικά της διαταραχής περιλαμβάνουν την απροσεξία, την παρορμητικότητα και την υπερκινητικότητα που οδηγούν σε μη αποδεκτή συμπεριφορά τόσο στο κοινωνικό όσο και στο σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον. Είναι, επίσης, γνωστό πως συχνά άτομα με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν και άλλες διαταραχές όπως γλωσσικές και μαθησιακές διαταραχές καθώς και κοινωνικο-συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες (Dilaimi, 2013).

Σύμφωνα με το DSM – IV (American Psychiatric Association, 2000), η ΔΕΠ-Υ διαιρείται σε τρεις υπότυπους:

- i. Τύπος απροσεξίας
- ii. Υπερκινητικός - παρορμητικός τύπος
- iii. Συνδυασμένος τύπος

Ως απροσεξία περιγράφεται η έλλειψη επιμονής στις δραστηριότητες, ο προσανατολισμός σε ενασχόληση με πράγματα άσχετα προς τη στιγμή ή το περιβάλλον, οι συχνές συναλλαγές στις δραστηριότητες, καθώς και οι μεγάλες περίοδοι χωρίς σαφή ενασχόληση (Sandberg et al., 1996).

Η παρορμητικότητα αναφέρεται στην τάση για εξαιρετικά γρήγορη και αυθόρμητη ενέργεια όπως πράξη ή ομιλία. Επίσης αναφέρεται στη δυσκολία αναβολής της ανάγκης για ικανοποίηση των επιθυμιών, καθώς και στο χαμηλό επίπεδο ματαιώσης. Η «βιασύνη» αυτή οδηγεί σε προβλήματα επίδοσης, δυσκολίες στις σχέσεις με τους άλλους όπως η συχνή παραβίαση των κανόνων συμπεριφοράς, ενώ επιπλέον τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ γίνονται συχνά οξύθυμα, ευερέθιστα και έχουν έντονες αντιδράσεις (Hinshaw, 1994).

Οι συμπεριφορές που συνοδεύουν τον όρο υπερκινητικότητα περιλαμβάνουν συνεχή κίνηση κατά την παραμονή σε μία θέση ή σε δραστηριότητες που απαιτούν ηρεμία, κίνηση ή τρέξιμο σε καταστάσεις που δεν αρμόζει και υπερβολική ομιλία. Δεδομένης της συνεχόμενης κίνησης τα άτομα που παρουσιάζουν στοιχεία υπερκινητικότητας είναι επιρρεπή σε ατυχήματα (Ζαφειροπούλου και συνεργάτες, 2011).

Η αιτιολογία της διαταραχής παραμένει άγνωστη, αλλά οι μέχρι τώρα έρευνες επικεντρώνονται σε γενετικές μελέτες συμπεριφοράς οι οποίες έχουν δείξει ότι η ΔΕΠ-Υ είναι κληρονομική διαταραχή και ότι επηρεάζεται από στοιχεία του περιβάλλοντος.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Διάσπαση Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) ορίζεται ως αναπτυξιακή νευροβιολογική διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα και απροσεξία. Χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή ελεγχόμενη, παρορμητική και υπερκινητική συμπεριφορά σε καταστάσεις που ο αυτοέλεγχος είναι απαραίτητος. Η αιτιολογία, είναι άγνωστη αλλά σχετίζεται κυρίως με τη δομή, το μεταβολισμό και τη λειτουργία κάποιων περιοχών του εγκεφάλου. Η διαταραχή επηρεάζει το άτομο σε όλα τα επίπεδα, ενώ τα χαρακτηριστικά της οδηγούν σε μη αποδεκτή συμπεριφορά. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ είναι εμφανή πριν από τα 7 έτη και είναι παρόντα σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Επίσης, συχνά συνυπάρχει με άλλες διαταραχές.

Ο σκοπός της έρευνας ήταν να εξετάσει τη γνώση και την αντίληψη των εκπαιδευτικών ως προς τα αίτια, τα κλινικά χαρακτηριστικά, τις συμπεριφορές που παρουσιάζουν τα παιδιά σχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ μέσα στη σχολική αίθουσα, καθώς και τις διδακτικές στρατηγικές που γνωρίζουν που πιθανώς να είναι αποτελεσματικές στην διδασκαλία παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Επίσης, η έρευνα εξετάζει, εάν το επίπεδο σπουδών των εκπαιδευτικών, η εξειδικευμένη εκπαίδευση στην ΔΕΠ-Υ και τα χρόνια διδασκαλίας επηρεάζουν την γνώση των εκπαιδευτικών για τη διαταραχή και τον κατάλληλο τρόπο διδασκαλίας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την χρήση ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε μετά από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας για τον σκοπό αυτό. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 101 άτομα, ανεξαρτήτου ηλικίας, φύλου, του αν εργάστηκαν με παιδιά με ΔΕΠ-Υ ή είχαν εξειδικευμένη εκπαίδευση. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις κλειστού τύπου, τύπου Likert με πέντε επιλογές και δύο κλίμακες αυτοαξιολόγησης. Υπήρξαν κριτήρια για την επιλογή των συμμετεχόντων. Από το δείγμα που συλλέχθηκε αποκλείστηκαν όσα ερωτηματολόγια δεν ήταν συμπληρωμένα τουλάχιστον κατά 80%. Τα δεδομένα ταξινομήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν προς ανάλυση, εισήχθησαν στην πλατφόρμα στατιστικής ανάλυσης SPSS 20 και με την μέθοδο της περιγραφικής στατιστικής δημιουργήθηκαν γραφήματα. Πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις με την μέθοδο Pearson Correlation 2-tailed, δύο μεταβλητών, για να εξεταστεί η συσχέτιση μεταξύ των φαινόμενων ως συσχετιζόμενων μεταβλητών.

Τα ευρήματα της έρευνας φανερώνουν την ελλιπή πληροφόρηση των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, έχουν καλύτερη γνώση σε ότι αφορά τα χαρακτηριστικά και τα συμπτώματα της διαταραχής και γνωρίζουν πως αρκετές από τις δυσκολίες που παρουσιάζουν οι μαθητές μέσα στη σχολική τάξη οφείλονται στη διαταραχή και δεν είναι αποτέλεσμα μειωμένης προσπάθειας. Αντιθέτως, παρουσιάζουν ελλιπή γνώση σχετικά με τη θεραπευτική πορεία της διαταραχής, όπως το αν η ΔΕΠ-Υ είναι μία θεραπεύσιμη διαταραχή. Τέλος, αρκετοί είναι αντίθετοι με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Συμπεραίνουμε πως είναι σημαντική η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επιμόρφωση των δασκάλων σε ότι αφορά την διαταραχή.

Λέξεις-Κλειδιά: ΔΕΠ-Υ, αναπτυξιακή νευροβιολογική διαταραχή, γνώση, δάσκαλοι

## ABSTRACT

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is defined as a developmental neurobiological disorder, which is characterized by hyperactivity, impulsivity and inattention. It is characterized by insufficient control, impulsive and hyperactive behavior in circumstances where self-control is essential. The etiology is still unknown but it is mostly related to the structure, metabolism and function of certain brain areas. The disorder affects the person in every level, while its characteristics lead to a non-acceptable behavior. ADHD's symptoms appear before the age of seven years old and are present throughout the person's life. Also, ADHD frequently coexists with other disorders.

The purpose of this study was to examine the knowledge and perception that educators/teachers have about the etiology, clinical characteristics, behaviors that school aged children with ADHD show inside the classroom, as well as the teaching strategies they know that are most effective in teaching these children. This study, also, examines whether the educational level, specialized education in ADHD and years of teaching affect the knowledge that the teachers have about the disorder and the proper teaching methods.

The present study was conducted by using a questionnaire that was created after reviewing the relevant bibliography. The sample of the study was 101 teachers, regardless their age, sex or if they had previously taught children with ADHD or had specialized education. The questionnaire included closed-end questions, Likert questions with choice out of five options and two self-evaluating scales. There were criteria about the selection of the participants. From the sample were excluded questionnaires that were completed in less than 80%. The data were classified and coded, put in the platform of Statistical Analysis SPSS 20 and figurative statistics graphs were created. Correlations were conducted using the Pearson Correlation 2-tailed, in order to examine whether there is a correlation between different factors.

The findings of the survey show that educators have incomplete information about ADHD. In particular, they have better knowledge about the disorder's characteristics and symptoms and recognize that several difficulties which students with ADHD present in the classroom are due to the disorder and are not a result of reduced effort. On the contrary, they present incomplete knowledge about the treatment process of the disorder, such as whether ADHD is a treatable disorder. Finally, many of them are opposed to medication. We concluded that it is essential that teachers receive continual education about the disorder.

Key-Words: ADHD, developmental neurobiological disorder, knowledge, teachers

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	2
Περίληψη.....	4
Περίληψη στα Αγγλικά.....	5
Περιεχόμενα.....	6

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

1.1 Εισαγωγή.....	8
1.2 Σκοπός της έρευνας.....	8
1.3 Ερευνητικές υποθέσεις και ερευνητικά ερωτήματα.....	9
1.4 Βασικές προϋποθέσεις, οριοθετήσεις και περιορισμοί της έρευνας.....	9
1.5 Διευκρίνιση – αποσαφήνιση βασικών όρων.....	9

### Βιβλιογραφική ανασκόπηση

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

2.1 Περιγραφή της ΔΕΠ-Υ, ορισμοί και υπότυποι.....	11
2.2 Διαγνωστικά χαρακτηριστικά των υπότυπων.....	12
2.3 Αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ.....	13
2.4 Διάγνωση – διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ-Υ.....	14
2.5 Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ.....	15
2.5.1 Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ στο σχολείο.....	16
2.5.2 Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ στο σπίτι.....	17
2.6 Απόψεις εκπαιδευτικών.....	17

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> - ΔΕΠ-Υ και συννοσηρότητα

3.1 ΔΕΠ-Υ και μαθησιακές δυσκολίες.....	19
3.2 ΔΕΠ-Υ και γλωσσικές δυσκολίες.....	21
3.3 ΔΕΠ-Υ και συμπεριφορικές δυσκολίες.....	22
3.4 ΔΕΠ-Υ και κοινωνικο-συναίσθηματικές δυσκολίες.....	23
3.5 Επιπρόσθετα προβλήματα που μπορεί να συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ.....	24
3.6 ΔΕΠ-Υ και επιτελικές λειτουργίες.....	25
3.7 ΔΕΠ-Υ και Θεωρία του Νου.....	26

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>- Μεθοδολογία

4.1 Συμμετέχοντες και κριτήρια.....	28
4.2 Περιγραφή εργαλείου – ερωτηματολογίου.....	28
4.3 Πιλοτική χορήγηση ερωτηματολογίου.....	29
4.4 Δεοντολογικά ζητήματα έρευνας.....	29
4.5 Μέθοδος διανομής και ανάλυσης.....	29

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>- Αποτελέσματα

5.1 Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων.....	30
5.2 Γνώση των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ.....	40
5.3 Στρατηγικές διαχείρισης για τη ΔΕΠ-Υ.....	64

5.4 Κλίμακες αυτογνωσίας και αυτοαντίληψης.....	71
5.5 Αποτελέσματα συσχετίσεων μεταβλητών.....	74
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	
6.1 Συμπεράσματα της έρευνας-συζήτηση.....	78
6.2 Περιορισμοί της έρευνας-τι αλλαγές θα γίνονταν σε επόμενη έρευνα.....	80
6.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	80
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>82</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....</b>	<b>87</b>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## 1.1 Εισαγωγή

Μία από τις πιο κοινές διαταραχές που παρουσιάζουν τα παιδιά σχολικής ηλικίας είναι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) η οποία διεθνώς είναι γνωστή ως Σύνδρομο Διάσπασης προσοχής και Υπερκινητικότητας (ADHD). Όσον αφορά στην αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ υπάρχουν διάφορες απόψεις με επικρατέστερη αυτή που την ορίζει ως αναπτυξιακή νευροβιολογική διαταραχή, η οποία σχετίζεται κυρίως με τη δομή, το μεταβολισμό και τη λειτουργία κάποιων περιοχών του εγκεφάλου. Η εν λόγω διαταραχή επηρεάζει το άτομο τόσο σε επίπεδο μάθησης όσο και σε προσωπικό επίπεδο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Τα χαρακτηριστικά της διαταραχής περιλαμβάνουν την απροσεξία, την παρορμητικότητα και την υπερκινητικότητα που οδηγούν σε μη αποδεκτή συμπεριφορά τόσο στο κοινωνικό όσο και στο σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον. Είναι, επίσης, γνωστό πως συχνά άτομα με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν και άλλες διαταραχές όπως γλωσσικές και μαθησιακές διαταραχές καθώς και κοινωνικο-συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες (Dilaimi, 2013).

Η έρευνα αυτή έχει ως σκοπό να εξάγει συμπεράσματα σχετικά με την γνώση των εκπαιδευτικών της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης όσον αφορά στη ΔΕΠ-Υ. Είναι αναγκαίο να ερευνηθεί η γνώση των εκπαιδευτικών καθώς είναι εκείνοι που πρώτοι έρχονται σε επαφή με τα παιδιά στο σχολικό περιβάλλον όπου και είναι πιο συχνό να δίνεται η διάγνωση, δηλαδή στα πρώτα χρόνια της σχολικής ηλικίας και πιο σπάνια στην προσχολική. Αυτό κρίνεται σημαντικό καθώς τα παιδιά στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση βρίσκονται για πρώτη φορά σε ένα απαιτητικό περιβάλλον που τα οριοθετεί και τα καλεί να ακολουθήσουν συγκεκριμένους κανόνες καθημερινά όπως συμβαίνει με τις μαθησιακές και κοινωνικές απαιτήσεις της σχολικής τάξης.

Οι γονείς αποκτούν στενή σχέση και συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς κατά τα πρώτα χρόνια της σχολικής ζωής των παιδιών τους. Οι εκπαιδευτικοί είναι οι πρώτοι που ενδέχεται να παρατηρήσουν ανησυχητικά συμπτώματα που ίσως να σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ και να τα διακρίνουν από άλλες ομοιάζουσες συμπεριφορές. Αυτό τους κάνει κατάλληλους να παραπέμπουν τους γονείς σε ειδικούς επαγγελματίες για μια αναλυτική αξιολόγηση με στόχο την έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση της διαταραχής. Οι παρατηρήσεις των εκπαιδευτικών για τη συμπεριφορά των παιδιών σε ποικίλες δραστηριότητες και καταστάσεις παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για την αξιολόγηση και τη διάγνωση.

## 1.2 Σκοπός της Έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει τη γνώση αλλά και την αντίληψη των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης για την ΔΕΠ-Υ ως προς τα αίτια, τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής, τις συμπεριφορές που παρουσιάζουν τα παιδιά σχολικής ηλικίας μέσα στη σχολική αίθουσα και τις διδακτικές στρατηγικές που πιθανώς να είναι αποτελεσματικές για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.



Είναι πολύ σημαντικό ο δάσκαλος να κατανοεί την νευροαναπτυξιακή φύση της ΔΕΠ-Υ, να μην παίρνει προσωπικά τη συμπεριφορά του παιδιού και να την αντιμετωπίζει θετικά, να αντιλαμβάνεται τα οφέλη και τους περιορισμούς του προγράμματος αντιμετώπισης καθώς και να συμμετέχει ενεργά στο σχεδιασμό των θεραπευτικών παρεμβάσεων που χρειάζεται να εφαρμοσθούν μέσα στη σχολική τάξη. Οι δάσκαλοι είναι συχνά οι πρώτοι που θα παρατηρήσουν συμπεριφορές συμβατές με τη ΔΕΠ-Υ και μπορούν να παρέχουν σε γονείς και γιατρούς πληροφορίες βοηθητικές στη διάγνωση και θεραπεία.

Η μελέτη εξετάζει, επιπλέον, εάν το επίπεδο σπουδών των εκπαιδευτικών, η εξειδικευμένη εκπαίδευση πάνω στο τομέα της ΔΕΠ-Υ και τα χρόνια διδασκαλίας επηρεάζουν την γνώση των εκπαιδευτικών σχετικά με τη διαταραχή και τον κατάλληλο τρόπο διδασκαλίας.

### **1.3 Ερευνητικές Υποθέσεις και ερευνητικά ερωτήματα**

Οι ερευνητικές υποθέσεις που προέκυψαν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είναι οι ακόλουθες:

- A) Οι εκπαιδευτικοί αναγνωρίζουν σε ικανοποιητικό βαθμό τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ
- B) Οι εκπαιδευτικοί αναγνωρίζουν πως η άσχημη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ προέρχεται από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην ρύθμιση της συμπεριφορά τους
- Γ) Οι εκπαιδευτικοί δεν είναι θετικοί στην χρήση της φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση της διαταραχής
- Δ) Οι εκπαιδευτικοί με καλύτερη εκπαίδευση πάνω στο Σύνδρομο Διάσπασης Προσοχής και Υπερκινητικότητας, αναγνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τη φύση του συνδρόμου, ενώ τα έτη διδασκαλίας δεν σχετίζονται με καλύτερη γνώση για την διαταραχή.

### **1.4 Βασικές προϋποθέσεις,οριοθετήσεις και περιορισμοί της έρευνας**

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη παρούσα μελέτη δόθηκε αποκλειστικά σε εκπαιδευτικούς στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση σε ιδιωτικά και Δημόσια σχολεία στο νομό Βοιωτίας και Αχαΐας. Τα ερωτηματολόγια δεν δόθηκαν με διαστρωματική δειγματοληψία και το δείγμα της μελέτης είναι μικρό. Στην μελέτη συμμετείχαν αποκλειστικά δάσκαλοι, ενώ αποκλείστηκαν α) οι ειδικοί παιδαγωγοί, οι οποίοι έχουν εξειδικευμένες γνώσεις για τις νευροαναπτυξιακές διαταραχές και β) οι εκπαιδευτικοί άλλων ειδικοτήτων (όπως μουσικοί, γυμναστές, καθηγητές ξένων γλωσσών, που περνούν μικρότερο χρονικό διάστημα με τους μαθητές μέσα στη τάξη. Τέλος, δεν υπήρξαν περιορισμοί ως προς τους συμμετέχοντες που να αφορούν την ηλικία, τα χρόνια διδασκαλίας, το επίπεδο σπουδών και την πιθανή εκπαίδευσή σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ. Για τη χορήγηση των ερωτηματολογίων ζητήθηκε η συγκατάθεση του Διευθυντή του εκάστοτε σχολείου και του κάθε εκπαιδευτικού, ενώ η συλλογή δεδομένων έγινε ανώνυμα.

### **1.5 Διευκρίνιση - Αποσαφήνιση βασικών όρων**

Με τον όρο απροσεξία περιγράφονται η έλλειψη επιμονής στις δραστηριότητες, ο προσανατολισμός σε ενασχόληση με πράγματα άσχετα προς τη στιγμή ή το περιβάλλον, οι συχνές συναλλαγές στις δραστηριότητες, καθώς και οι μεγάλες περίοδοι χωρίς σαφή ενασχόληση (Sandberg et al., 1996).

Η παρορμητικότητα αναφέρεται στην τάση για εξαιρετικά γρήγορη και αυθόρμητη ενέργεια όπως πράξη ή ομιλία. Επίσης αναφέρεται στη δυσκολία αναβολής της ανάγκης για ικανοποίηση των επιθυμιών, καθώς και στο χαμηλό επίπεδο ματαίωσης (Hinshaw, 1994).

Η υπερκινητικότητα περιλαμβάνει την συνεχή κίνηση κατά την παραμονή σε μία θέση ή σε δραστηριότητες που απαιτούν ηρεμία, κίνηση ή τρέξιμο σε καταστάσεις που δεν αρμόζει και υπερβολική ομιλία (Ζαφειροπούλου και συνεργάτες 2011).

Οι μαθησιακές δυσκολίες περιλαμβάνουν ένα σύνολο χαρακτηριστικών δυσκολιών του γραπτού λόγου που συνδέονται με διάφορες όψεις του προφορικού λόγου και γενικά της γλώσσας (Αναστασίου, 1998).

Ως συμπεριφορά ορίζεται οι εσωτερικά συντονισμένες αντιδράσεις των έμβιων όντων (κάθε ατόμου ή ομάδας ατόμων) σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα, αποκλείοντας τις αντιδράσεις που γίνονται πιο εύκολα αντιληπτές ως αναπτυξιακές αλλαγές (Levitis et al., 2009).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ2<sup>ο</sup>

### Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

#### 2.1 Περιγραφή της ΔΕΠ-Υ, ορισμοί και υπότυποι

Ο επικρατέστερος ορισμός για τη ΔΕΠ-Υ είναι αυτός που δίνεται στο DSM-IV και ορίζει τη ΔΕΠ-Υ ως αναπτυξιακή νευροβιολογική διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα και απροσεξία. Επίσης η ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από ανεπαρκώς ελεγχόμενη, παρορμητική και υπερκινητική συμπεριφορά σε καταστάσεις που ο αυτοέλεγχος είναι απαραίτητος.

Ο όρος Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) αναφέρεται σε παιδιά και ενήλικες, που αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες σε σημαντικούς τομείς της ζωής τους, όπως στις διαπροσωπικές σχέσεις, στο σχολείο, στην εργασία και στην οικογένεια, εξαιτίας υπερβολικής κινητικής δραστηριότητας και προβλημάτων στον έλεγχο της προσοχής και των παρορμήσεων. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν συμπεριφορές οι οποίες είναι διαταρακτικές για το οικιακό και σχολικό περιβάλλον, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται στο να ανταποκριθούν σε καταστάσεις στις οποίες οι περισσότεροι από τους συνομηλίκους τους τα καταφέρνουν πολύ εύκολα. Διαφέρουν από τα περισσότερα παιδιά του ίδιου αναπτυξιακού επιπέδου ως προς την ικανότητα:

- i. να εστιάσουν την προσοχή τους
- ii. να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους και σε μερικές περιπτώσεις
- iii. να ελέγξουν την κινητικότητά τους

Οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αντιλαμβάνονται τη συμπεριφορά των παιδιών τους ως διαφορετική από αυτή των συνομηλίκων τους, αφού δεν ανταποκρίνονται στις παραδοσιακές μεθόδους διαπαιδαγώγησης.

Επομένως, με βάση τα παραπάνω κύρια χαρακτηριστικά η ΔΕΠ-Υ διαιρείται σε τρεις υπότυπους το DSM-IV(American Psychiatric Association, 2000):

- i. Τύπος απροσεξίας
- ii. Υπερκινητικός - παρορμητικός τύπος
- iii. Συνδυασμένος τύπος

Υπάρχει πληθώρα αναφορών σε μελέτες και άρθρα σχετικά με τον επιπολασμό της ΔΕΠ-Υ. Η ποικιλία στα ποσοστά προέρχεται από διαφορές στον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας, των κριτηρίων επιλογής του δείγματος των πληθυσμών, των διαγνωστικών κριτηρίων αλλά και τον τρόπο εξέτασης και αξιολόγησης. Ο διεθνής επιπολασμός είναι 3% με 9,5% στο σχολικό πληθυσμό και συνολικά το 10% του συνόλου των μαθητών έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ (Gudmundsdottir, 2014). Η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζεται στο 5 με 10% των παιδιών στη σχολική ηλικία, 4% στους φοιτητές και ~ 2,5% στους ενήλικες (Elia et al., 2009). Σύμφωνα με τους Dilaimi, (2013) και Cardy και συνεργάτες, (1999) η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζεται στο 3% με 5% των παιδιών της σχολικής ηλικίας ενώ σε μελέτη των Wehmeier και συνεργατών, (2010) αναφέρεται το ποσοστό 3% με 7% στα παιδιά σχολικής ηλικίας.

Σύμφωνα με τις μελέτες των Dilaimi, (2013) και Gudmundsdottir, (2014) τα άτομα με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση που δεν είναι αντιπροσωπευτική των ικανοτήτων τους παρότι έχουν νοημοσύνη ίση ή άνω του μέσου όρου. Τα παιδιά αυτά λόγω

των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τείνουν να εγκαταλείπουν τη σχολική μονάδα συχνότερα από παιδιά που δεν παρουσιάζουν κάποια διαταραχή.

## 2.2 Διαγνωστικά χαρακτηριστικά των υπότυπων

Η γνώση των βασικών χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ όπως αυτά εμφανίζονται σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο, είναι απαραίτητη τόσο για την έγκυρη διάγνωση της διαταραχής αλλά και για την ακριβή εκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της. Από νωρίς, το πιο χαρακτηριστικό πρόβλημα του παιδιού, φαίνεται να είναι η τάση του να ξεχνά.

Τα συμπτώματα που αφορούν την *απροσεξία* σύμφωνα με το DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) είναι:

- i. Μειωμένη προσοχή στις λεπτομέρειες
- ii. Δυσκολία στη διατήρηση της προσοχής
- iii. Φαίνεται να μην ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος
- iv. Συχνά δεν ακολουθεί οδηγίες και αδυνατεί να ολοκληρώσει εργασίες και δραστηριότητες
- v. Δυσκολία στην οργάνωση δραστηριοτήτων
- vi. Δυσκολία στις δραστηριότητες που απαιτούν έντονη νοητική προσπάθεια
- vii. Χάνει συχνά αντικείμενα
- viii. Αποσπάται από εξωτερικά ερεθίσματα
- ix. Ξεχνάει πράγματα που αφορούν τις καθημερινές συνήθειες

Ο τύπος αυτός είναι συχνός σε παιδιά σχολικής ηλικίας που μπορεί να μη γίνουν αντιληπτά επειδή δεν έχουν διασπαστική συμπεριφορά.

Τα συμπτώματα που αφορούν την *υπερκινητικότητα - παρορμητικότητα* σύμφωνα με το DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) είναι:

- i. Κινείται νευρικά και στριφογυρίζει στη θέση του
- ii. Δυσκολία παραμονής στην ίδια θέση
- iii. Σκαρφαλώνει ή/και τρέχει σε ακατάλληλες στιγμές
- iv. Δυσκολία συμμετοχής σε δραστηριότητες που απαιτούν ησυχία
- v. Είναι σε συνεχόμενη κίνηση
- vi. Μιλάει υπερβολικά
- vii. Συχνά δίνει απαντήσεις πριν την ολοκλήρωση της ερώτησης
- viii. Δυσκολία στη διατήρηση της σειράς
- ix. Διακόπτει τους άλλους

Ο τύπος αυτός είναι πιο συχνός σε παιδιά μικρότερης ηλικίας που παρουσιάζουν έντονα υπερκινητική και παρορμητική συμπεριφορά. Στα παιδιά αυτά, το πρόβλημα της συγκέντρωσης της προσοχής δεν είναι ιδιαίτερος εμφανές, διότι δεν έχει αναδειχτεί καθώς δεν έχουν ακόμα κληθεί να λειτουργήσουν σε ένα οργανωμένο σχολικό περιβάλλον με δραστηριότητες οι οποίες απαιτούν μεγάλη συγκέντρωση. Έχει παρατηρηθεί πως η υπερκινητικότητα είναι το πιο εμφανές χαρακτηριστικό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, διότι ασχολούνται συνεχώς με διάφορα αντικείμενα, πειράζουν πράγματα και είναι ιδιαίτερα θορυβώδη. Τέλος, η παρορμητικότητα είναι στο στοιχείο της διαταραχής που συνδέεται στενά με τα προβλήματα συμπεριφοράς τα οποία αναπτύσσουν συχνά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Αυτό φαίνεται απ' το γεγονός ότι τα παιδιά αυτά ενεργούν πολύ αυθόρμητα, χωρίς καν να σκεφτούν τα λόγια και τις πράξεις τους.

Ο συνδυασμένος τύπος ΔΕΠ-Υ είναι συνηθισμένος στα παιδιά όπου παρουσιάζεται συνδυασμός τουλάχιστον δώδεκα συμπτωμάτων από τα χαρακτηριστικά των προαναφερθέντων τύπων της απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικής συμπεριφοράς (Dilaimi, 2013).

Άτομα που παρουσιάζουν ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω χαρακτηριστικά εμφανίζουν συχνά εκρήξεις θυμού, δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση και στις σχέσεις με τους συνομηλίκους. Εναντιώνονται σε άτομα που κατέχουν θέσεις κύρους και τείνουν να κάνουν ακατάλληλα κοινωνικά σχόλια. Αποδιοργανώνονται όταν δεν ακολουθούν τις καθημερινές τους ρουτίνες λόγω των δυσκολιών στην οργάνωση και διαχείριση του χρόνου. Επιπροσθέτως, δυσκολεύονται να ακολουθήσουν κοινωνικούς κανόνες αλλά και τους κανόνες της τάξης (Gudmundsdottir, 2014).

Σύμφωνα με τη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10, 2016) οι διαταραχές υπερκινητικού τύπου κατατάσσονται στις διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος με έναρξη συνήθως κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία. Συγκεκριμένα, είναι μία ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από πρόωμη έναρξη (συνήθως μέσα στα πρώτα πέντε χρόνια της ζωής), έλλειψη επιμονής σε δραστηριότητες που απαιτούν γνωστική συμμετοχή, και από μια τάση μετακίνησης από τη μια δραστηριότητα στην άλλη χωρίς τελικά να ολοκληρώνεται καμιά. Συνυπάρχει μια ανοργάνωτη, δύσκολα αναχαιτιζόμενη, και υπερβολική δραστηριότητα. Τα υπερκινητικά παιδιά είναι απερίσκεπτα και παρορμητικά, είναι επιρρεπή σε ατυχήματα, και εμφανίζουν προβλήματα πειθαρχίας λόγω παραβίασης κανονισμών μάλλον από απερισκεψία παρά από σκόπιμη περιφρόνησή τους. Οι σχέσεις τους με τους ενήλικες χαρακτηρίζονται από έλλειψη κοινωνικών αναστολών, τυπικότητας και συστολής. Δεν είναι δημοφιλή στα άλλα παιδιά και μπορεί να οδηγηθούν σε απομόνωση. Συχνή είναι και η διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών, ενώ είναι δυσανάλογα συνήθεις ορισμένες ειδικές καθυστερήσεις της κινητικής ανάπτυξης και της γλωσσικής ανάπτυξης (ICD-10, 2016). Οι δευτερογενείς επιπλοκές περιλαμβάνουν την αντικοινωνική συμπεριφορά και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Εξαιρούνται οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές της διάθεσης/συναισθηματικές, διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και η σχιζοφρένεια.

Ειδικά, διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής περιλαμβάνει την Ελλειμματική προσοχή:

- i. διαταραχή με υπερδραστηριότητα
- ii. υπερκινητική διαταραχή
- iii. σύνδρομο με υπερδραστηριότητα

Από αυτά εξαιρείται η υπερκινητική διαταραχή συνδεδεμένη με διαταραχές της διαγωγής.

### **2.3 Αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ**

Η αιτιολογία της διαταραχής παραμένει άγνωστη, αλλά οι μέχρι τώρα έρευνες επικεντρώνονται σε γενετικές μελέτες συμπεριφοράς οι οποίες έχουν δείξει ότι η ΔΕΠ-Υ είναι κληρονομική διαταραχή και ότι επηρεάζεται από στοιχεία του περιβάλλοντος. Ποικίλοι παράγοντες μπορεί να θεωρηθεί ότι επηρεάζουν την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ.

Ορισμένοι από αυτούς είναι (Willcutt, 2005):

- i. Γενετικοί παράγοντες - κληρονομικότητα
- ii. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

- iii. Επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό
- iv. Κάπνισμα μητέρας κατά την εγκυμοσύνη
- v. Λοιμώξεις όπως εγκεφαλίτιδα

Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί πως σε αρκετές μελέτες αναφέρονται και άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες που περιλαμβάνουν την έκθεση σε τοξικές ουσίες όπως το αλκοόλ και ο μόλυβδος. Επιπλέον, η ψυχοκοινωνική δυσχέρεια φαίνεται να συμβάλλει στην εμφάνιση της διαταραχής (Dilaimi,2013).

Επομένως, γνωρίζουμε αρκετούς παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό με τη πιθανότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, αλλά δε γνωρίζουμε με ακρίβεια εκείνους που ευθύνονται για τα συμπτώματα των παιδιών αλλά ούτε τις διαδικασίες μέσω των οποίων επηρεάζεται η εμφάνιση των συμπτωμάτων της διαταραχής.

## **2.4 Διάγνωση - Διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ-Υ**

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με το Ινστιτούτο για τη ΔΕΠ-Υ (ADHDInstitute) πρέπει να προηγηθεί εκτεταμένη και πολύπλευρη διαγνωστική αξιολόγηση του παιδιού και της οικογένειάς του από εξειδικευμένη διεπιστημονική ομάδα. Η αξιολόγηση του παιδιού με ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνει τη χρήση των αναπτυξιακών και ψυχολογικών τεστ για αναγνώριση των συγκεκριμένων δυσκολιών αλλά και των δυνατών σημείων του παιδιού, καθώς και άλλων μαθησιακών δυσκολιών και βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων, που συχνά συνυπάρχουν, αλληλεπιδρούν και προκαλούν προβλήματα στο παιδί.

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης με το παιδί, ο ειδικός πρέπει να επικεντρωθεί:

- i. στην αντίληψη που έχει διαμορφώσει το παιδί για τις δυσκολίες του
- ii. στην αιτιολογία που αποδίδει σε αυτές
- iii. στην ικανότητα για συγκέντρωση της προσοχής του
- iv. στην άποψη του παιδιού για τη παρακολούθηση ενός προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης

Η διάγνωση για τη ΔΕΠ-Υ δίνεται όταν πληρούνται τα προαναφερθέντα κριτήρια για τον εκάστοτε τύπο σε τουλάχιστον δυο περιβάλλοντα, συνήθως στο οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον (Dilaimi,2013). Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα για μία περίοδο τουλάχιστον 6 μηνών, που συνήθως εμφανίζονται περίπου στην ηλικία των 7 ετών (Dilaimi,2013). Η αναγνώριση του προβλήματος συμπίπτει, στις περισσότερες περιπτώσεις, με την ένταξη του παιδιού στο σχολείο εξαιτίας των αυξημένων απαιτήσεων για τη συγκέντρωση της προσοχής, της οργάνωσης που απαιτείται και τη συμμόρφωση στους κανόνες.

Συνήθως τα συμπτώματα είναι εμφανή πριν από τα 7 έτη (Volk et al,2009) και είναι παρόντα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Gudmundsdottir, 2014) επηρεάζοντας την ακαδημαϊκή επίδοση, τις κοινωνικές, διαπροσωπικές σχέσεις και την επαγγελματική ζωή. Ανάλογα με τον τρόπο αντιμετώπισης της διαταραχής ενδέχεται τα συμπτώματα να έχουν μικρότερη ένταση. Κάποιοι ερευνητές επισημαίνουν τη σημασία της συννοσηρότητας στις περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Η συννοσηρότητα έχει αναφερθεί ότι συνδέεται με διάφορες διαταραχές όπως μαθησιακές δυσκολίες, κατάθλιψη, εναντιωματική-προκλητική διαταραχή, συμπεριφορικές διαταραχές καθώς και αγχώδεις και διαταραχές διάθεσης (Castro et al.,2014; Skirbekk et al.,2011).

Γενικά, η κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ ποικίλλει από παιδί σε παιδί, ενώ μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις εμφανίζονται όλα τα παραπάνω συμπτώματα σε έντονο βαθμό. Συνήθως υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην ένταση των συμπτωμάτων.

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, δηλαδή η διάσπαση προσοχής, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα, θεωρούνται τόσο κοινά στην παιδική ηλικία, που συχνά η διάγνωση παραβλέπεται, ενώ σε πολλές περιπτώσεις τα προβλήματα που η ίδια η ΔΕΠ-Υ προκαλεί στη συμπεριφορά, στην κοινωνική προσαρμογή ή στη σχολική απόδοση, αποδίδονται σε άλλες καταστάσεις που μπορεί να συνυπάρχουν.

Έτσι η ΔΕΠ-Υ παραμένει συχνά αδιάγνωστη ή εσφαλμένα διαγνωσμένη ενώ, ακόμη και όταν γίνεται η σωστή διάγνωση, δεν εφαρμόζεται πάντοτε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο συνδυασμού θεραπευτικών προσεγγίσεων που απαιτεί η αντιμετώπισή της. Αν δε δοθεί η πρότερη προσοχή, η ΔΕΠ-Υ μπορεί να συνεχιστεί σε όλη τη διάρκεια της εφηβείας και στην ενήλικη ζωή.

Με στόχο την ορθή διάγνωση της ΔΕΠ-Υ είναι απαραίτητο να αποκλειστούν άλλες ψυχικές διαταραχές και ασθένειες όπως η διπολική διαταραχή που περιλαμβάνει συμπτώματα μανίας που ενδέχεται να παρερμηνευθούν σαν την ευερεθιστότητα που παρουσιάζουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ (Elia et al., 2008). Επιπροσθέτως, πρέπει να αποκλειστεί η υπνική άπνοια και οι ενδοκρινολογικές διαταραχές όπως ο υπερθυρεοειδισμός όπου χαρακτηρίζεται από μειωμένη μνήμη, αυξημένη κίνηση και απροσεξία (Dilaimi, 2013).

Αναφορικά με την αγχώδη διαταραχή η συννοσηρότητα με την ΔΕΠ-Υ υπολογίζεται στο 20-25% των περιστατικών (Bloemsa et al., 2013). Ωστόσο, είναι δύσκολο να καθοριστεί πότε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ έχει και αγχώδη διαταραχή και πότε το άγχος του και η χαμηλή του αυτοπεποίθηση είναι αποτέλεσμα της ΔΕΠ-Υ. Πολλές φορές η συμπεριφορά ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ μπορεί να παρερμηνευθεί από τους εκπαιδευτικούς, τους γονείς και το φιλικό του περιβάλλον ως στοιχεία κακής συμπεριφοράς και ανυπακοής (Dilaimi, 2013).

Η τελική διάγνωση όμως θα πρέπει να γίνεται μόνο από εξειδικευμένη παιδοψυχιατρική διεπιστημονική ομάδα σε συνεργασία με την οικογένεια και τους εκπαιδευτικούς για να εκτιμηθούν όλες οι παράμετροι συμπεριφοράς του παιδιού, οι ιδιαιτερότητες του περιβάλλοντος του και οι συνυπάρχουσες καταστάσεις που μπορεί να σχετίζονται ή να προκαλούνται από τη ΔΕΠ-Υ.

## **2.5 Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ**

Η ΔΕΠ-Υ είναι μία αναπτυξιακή διαταραχή, της οποίας τα συμπτώματα επιμένουν στο χρόνο. Επομένως, δεν είναι μία θεραπεύσιμη διαταραχή αλλά ενδείκνυται για θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή. Ως επί το πλείστον η αγωγή αυτή αναφέρεται σε χάπια, συχνά διεγερτικά, που στοχεύουν στη μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής. Στο εξωτερικό είναι συχνή η λήψη φαρμάκων για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ σε αντίθεση με την Ελλάδα (Δημάκος, 2007). Εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή η οποία πρέπει να δίνεται για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ χρησιμοποιούνται εκπαιδευτικές παρεμβάσεις όπως:

- i. οι τεχνικές τροποποίησης τη συμπεριφοράς
- ii. η τεχνική άμεσης ενίσχυσης ή των φυσικών συνεπειών
- iii. η διατύπωση απλών κανόνων και η συνεπής εφαρμογή τους αλλά και
- iv. η διδασκαλία των κοινωνικών κανόνων
- v. η συστημική θεραπεία της οικογένειας

Για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ χρειάζεται να εφαρμόζεται ένα πλήρες πρόγραμμα - εξατομικευμένο και μοναδικό για την κάθε περίπτωση, που να στοχεύει στην πολύπλευρη διαχείριση των δυσκολιών του παιδιού και του περιβάλλοντός του. Δηλαδή, οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς μπορούν να εργαστούν μαζί για να λύσουν προβλήματα και να σχεδιάσουν τρόπους να στηρίξουν τη μελέτη στο σπίτι και το σχολείο καθώς και στρατηγικές αντιμετώπισης της δύσκολης συμπεριφοράς. Η ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ των γονέων και του προσωπικού του σχολείου μπορεί να γίνει το κλειδί για την επιτυχία του παιδιού. Ένα τέτοιο πρόγραμμα αντιμετώπισης μπορεί να περιλαμβάνει συνδυασμό θεραπευτικών προσεγγίσεων, που δρουν από κοινού υποστηρίζοντας η μια την άλλη (συνεδρίες ψυχοεκπαίδευσης γονέων και παιδιών, θεραπεία συμπεριφοράς, φαρμακευτική αντιμετώπιση, παρεμβάσεις αποκατάστασης των δυσκολιών στο σχολείο, οικογενειακή ή/και ατομική ψυχοθεραπεία).

Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν ξεπερνούν τη ΔΕΠ-Υ μεγαλώνοντας και παρόλο που η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα ελαττώνονται σε σημαντικό βαθμό, η διάσπαση της προσοχής συχνά παραμένει. Με μια ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ μπορούν να μάθουν να προσαρμόζονται και να έχουν μια πλήρη, φυσιολογική και παραγωγική ζωή.

### **2.5.1 Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ στο σχολείο**

Ο εκπαιδευτικός είναι σημαντικός για τη παρακολούθηση ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ, διότι είναι το πρόσωπο το οποίο έρχεται πολύ συχνά σε επαφή με το παιδί στο σχολικό περιβάλλον. Παρατηρεί το παιδί στην μαθησιακή διαδικασία, αξιολογεί την επίδοσή του, το επιβλέπει στο διάλειμμα και παρατηρεί την κοινωνική του συμπεριφορά. Επομένως είναι ικανός να παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την συμπεριφορά του παιδιού σε διαφορετικές δραστηριότητες και συνθήκες. Επιπλέον ο εκπαιδευτικός παρέχει σημαντικές πληροφορίες όσον αφορά την αξιολόγηση αλλά και την θεραπευτική παρέμβαση των παιδιών διότι είναι σε θέση να σχηματίζει εικόνα για τη φύση, τη συχνότητα και τη βαρύτητα των προβλημάτων, αλλά και να συμβάλλει στην κατάρτιση του μαθησιακού και συμπεριφορικού προφίλ (Dilaimi, 2013).

Τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, μπορούν να ενταχθούν σε μία κανονική τάξη με την προϋπόθεση ότι υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των γονιών, του παιδιού και του σχολείου. Για να ανταπεξέλθει στη τάξη ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, είναι απαραίτητο να μάθει τεχνικές ώστε να ελέγχει τη προσοχή και τη συμπεριφορά του. Ο δάσκαλος μπορεί να βοηθήσει χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες διδακτικές τεχνικές, δίνοντας έμφαση στους κανόνες, στην οργάνωση και στις σταθερές συνήθειες λέγοντας στους μαθητές από πριν τι πρέπει να μάθουν. Επιπλέον, μπορεί να δώσει γραπτές και προφορικές οδηγίες, να επανεξετάσει τις οδηγίες και τέλος να σημειώσει στο βιβλίο του παιδιού. Οι παραπάνω μέθοδοι είναι πιθανό να διευκολύνουν τους αποδιοργανωμένους μαθητές να ανταπεξέλθουν στο σχολείο και να τους βοηθήσουν να πετύχουν.

Σύμφωνα με τους Barkley (1994) και Kendall & Brasswell (1993), γνωρίζουμε κάποια ειδικά μέτρα σε σχέση με τη σχολική τάξη από τα οποία μπορούν να ωφεληθούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Τα παρακάτω μέτρα μπορούν να εφαρμοστούν στις κανονικές τάξεις:

- i. μείωση του σχολικού έργου
- ii. αλλαγή του τρόπου διδασκαλίας
- iii. καθορισμός σαφών κανόνων
- iv. αυτοπαρατήρηση
- v. έλεγχος συχνότητας των προτροπών
- vi. τροποποίηση του περιβάλλοντος της τάξης



- vii. συνεργασία με τους ειδικούς και την οικογένεια
- viii. ανάπτυξη καλού διαπροσωπικού κλίματος και καλής διαπροσωπικής σχέσης ανάμεσα στον εκπαιδευτικό και το μαθητή

### **2.5.2 Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ στο σπίτι**

Είναι σημαντικό να υπάρχουν κανόνες στο σπίτι οι οποίοι θα τηρούνται με συνέπεια. Όταν η συμπεριφορά του παιδιού δεν έχει γίνει ακόμη αρνητική ή αντιδραστική, το παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι ικανό να κατανοήσει την ανάγκη ύπαρξης των κανόνων, αλλά δεν είναι σε θέση να τους τηρήσει. Σε αυτό το σημείο εμπλέκονται οι διάφορες παρατηρήσεις, τα παράπονα και οι αποτυχίες του παιδιού. Ως συνέπεια αυξάνεται η αντίσταση στη τήρηση των κανόνων.

Όταν το παιδί εξασκείται συστηματικά στη τήρηση των κανόνων, μέσα σε κλίμα ηρεμίας και χωρίς συνεχείς διαμάχες, τότε με την πάροδο του χρόνου και καθώς ωριμάζουν οι γνωστικές του ικανότητες είναι σε θέση να δέχεται σαφή μηνύματα, να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις με τη βοήθεια ενίσχυσης και αργότερα να τηρεί τους κανόνες από μόνο του. Ιδιαίτερα χρήσιμα μπορούν να αποδειχθούν ορισμένα προγράμματα τήρησης κανόνων όπως είναι τα ημερολόγια που ελέγχονται κατόπιν συμφωνίας με το παιδί (Neuhaus, 1999).

### **2.6 Απόψεις Εκπαιδευτικών**

Η ΔΕΠ-Υ έχει αποτελέσει αντικείμενο πολυάριθμων ερευνών τα τελευταία χρόνια όσον αφορά τα αίτια της διαταραχής, την περιγραφή των συμπτωμάτων της, την διαδικασία αξιολόγησης και τις μεθόδους παρέμβασης. Επίσης, έχει απασχολήσει σημαντικά τους ερευνητές η στάση των εκπαιδευτικών απέναντι στους μαθητές αλλά και οι γνώσεις τους για την διαταραχή. Οι πρώτες έρευνες που επικεντρώθηκαν στη γνώση των εκπαιδευτικών για την ΔΕΠ-Υ έλαβαν χώρα τη δεκαετία του '90 (Αντωνοπούλου και συνεργάτες, 2010). Οι Jerome και συνεργάτες (1994) ερεύνησαν τις γνώσεις 439 Αμερικανών και 850 Καναδών δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ χρησιμοποιώντας ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο 20 ερωτήσεων. Στα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε πως το 78% των εκπαιδευτικών είχαν γενικές γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ, με το μεγαλύτερο, όμως, ποσοστό να γνωρίζει περισσότερα για την συμπτωματολογία και την αιτιολογία της διαταραχής, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό γνώριζε για τις μεθόδους παρέμβασης.

Οι Scuitto και συνεργάτες (2000), στην έρυνά τους σε 149 εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, χρησιμοποιώντας ως ερευνητικό εργαλείο το KADDS (Knowledge Of Attention Disorder Scale), βρήκαν ότι το 68% των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα γνώριζε για τα γενικά χαρακτηριστικά της διαταραχής, αλλά μόνο το 43% είχε τις απαραίτητες γνώσεις για την αντιμετώπισή της. Η Beckle, (2004) σε έρευνά της σε 30 δασκάλους και 40 προπτυχιακούς φοιτητές χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο των Jerome και συνεργατών, (1994) για να συγκρίνει τις γνώσεις δασκάλων και φοιτητών για τη ΔΕΠ-Υ. Στα συμπεράσματα της έρευνάς της, η ερευνήτρια υποστηρίζει πως οι γενικές γνώσεις των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ ήταν υψηλές καθώς το 83% των συμμετεχόντων εκπαιδευτικών είχαν τις απαραίτητες γνώσεις για τη διαταραχή.

Οι Kos και συνεργάτες, (2004) στην έρυνά τους σε 120 δασκάλους Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης και 45 τελειόφοιτους φοιτητές για τη διερεύνηση των γνώσεών τους σχετικά με

τη ΔΕΠ-Υ βρήκαν, χρησιμοποιώντας ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο, ότι οι δάσκαλοι που είχαν εργασιακή εμπειρία με παιδιά με ΔΕΠ-Υ, παρουσίασαν καλύτερη επίδοση στην κλίμακα γενικών γνώσεων για τη ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τους συναδέλφους τους που δεν είχαν προγενέστερη εμπειρία. Τα ευρήματα των West και συνεργατών (2005) με σκοπό τη σύγκριση των γνώσεων για τη ΔΕΠ-Υ μεταξύ 256 εκπαιδευτικών και 92 γονέων, με τη χρήση του ερωτηματολογίου KADDS, δείχνουν ότι οι γνώσεις τόσο των δασκάλων όσο και των γονέων για τα αίτια της διαταραχής ήταν πολύ καλύτερες συγκρινόμενες με τις γνώσεις τους για τα χαρακτηριστικά και την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Επίσης, στην έρευνα επισημαίνεται ότι οι γονείς είχαν καλύτερη επίδοση στην κλίμακα για τα αίτια και την αντιμετώπιση, σε αντίθεση με τους συμμετέχοντες στην έρευνα εκπαιδευτικούς.

Οι Ghanizadeh και συνεργάτες (2006) για την καταγραφή των γνώσεων και στάσεων 196 δασκάλων απέναντι στη ΔΕΠ-Υ με τη χρήση αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου τύπου Σωστό-Λάθος, βρήκαν πως το επίπεδο των γενικών γνώσεων των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ είναι πολύ χαμηλό. Σύμφωνα με τους ερευνητές μόνο το 46,9% των συμμετεχόντων σημείωσε υψηλή επίδοση στην κλίμακα γενικών γνώσεων για τη διαταραχή. Συνοπτικά, σε μια γενική ανασκόπηση των ερευνών της τελευταίας δεκαετίας σχετικά με τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ, οι Kos και συνεργάτες, (2006) κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα: α) Το μέσο ποσοστό των γενικών γνώσεων των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ διαφέρει σημαντικά, αφού κυμαίνεται από 47,8% στην έρευνα των Sciutto και συνεργατών του (2000) έως 83% στην έρευνα της Beckle (2004) β) Οι δάσκαλοι φαίνεται να γνωρίζουν περισσότερα για τα γενικά χαρακτηριστικά της διαταραχής και τη συμπτωματολογία, ενώ εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά γνώσεων όσον αφορά την αντιμετώπιση.

Καταρχήν, η εμπειρία των δασκάλων που έχουν εργαστεί με παιδιά με ΔΕΠ-Υ, φαίνεται να διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο στις γνώσεις τους σχετικά με τη διαταραχή. Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι οι δάσκαλοι οι οποίοι δεν είχαν επιμορφωθεί στη ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με τους φοιτητές εκπαιδευτικούς που είχαν πληροφορηθεί κατά τη διάρκεια των σπουδών τους για την διαταραχή, έχουν περισσότερες γνώσεις και μπορούν να αντιμετωπίσουν καλύτερα ένα μαθητή με ΔΕΠ-Υ (Beckle, 2004). Η διαπίστωση αυτή επιβεβαιώνεται και από τους Kos και συνεργάτες (2004), αφού στην έρευνά τους βρήκαν επίσης θετική συσχέτιση μεταξύ της εμπειρίας του εκπαιδευτικού με παιδιά με ΔΕΠ-Υ και του επιπέδου των γνώσεών του. Δηλαδή, οι εκπαιδευτικοί που είχαν εργαστεί με παιδιά που παρουσίαζαν τη διαταραχή, είχαν περισσότερες γνώσεις και καλύτερες στρατηγικές αντιμετώπισης μέσα στη σχολική τάξη, σε σχέση με τους νεότερους εκπαιδευτικούς οι οποίοι είχαν περισσότερες θεωρητικές παρά πρακτικές γνώσεις. Επιπλέον, η Καραγρηγορίου (2003) στην έρευνά της διαπίστωσε ότι οι νηπιαγωγοί με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας υστερούν σε γνώσεις συγκριτικά με τους νηπιαγωγούς με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας. Εν ολίγοις, εκτός από την εμπειρία, οι γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετίζονται με την πανεπιστημιακή τους κατάρτιση, δηλαδή οι νεαρότεροι εκπαιδευτικοί που έχουν παρακολουθήσει ένα πιο σύγχρονο πρόγραμμα σπουδών με νέες παιδαγωγικές μεθόδους, έχουν περισσότερες γνώσεις. Στην παραδοχή αυτή συντελεί το γεγονός ότι μόλις πριν τρεις δεκαετίες άρχισε η συστηματική μελέτη θεμάτων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ. Επομένως, η συνεχής κατάρτιση και επιμόρφωση των εκπαιδευτικών διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο απ' ό,τι τα χρόνια υπηρεσίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>:

### ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με άλλες διαταραχές σε ποσοστό 44% για μία, 32% για δύο και 11% για τρεις πρόσθετες διαταραχές. Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζει συννοσηρότητα σε μεγαλύτερο βαθμό με επιπρόσθετα προβλήματα και δυσκολίες όπως οι μαθησιακές, γλωσσικές, συμπεριφορικές και κοινωνικο - συναισθηματικές δυσκολίες.

Σύμφωνα με τη μελέτη (Willcutt, 2005) τεκμηριώνεται η αυξημένη συννοσηρότητα του παρορμητικού - υπερκινητικού τύπου με τη διαταραχή διαγωγής, με την εναντιωματική προκλητική διαταραχή σε ποσοστό 50%, με αγχώδεις διαταραχές (25-40%), με διαταραχές επικοινωνίας (Barkley, 2006) καθώς και τη διακοπή σχολικής φοίτησης και τη σχολική βία, την οποία ή δέχονται ή προκαλούν. Τέλος, η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με τη μείζουσα κατάθλιψη, με τα ποσοστά εμφάνισής της τόσο στην παιδική όσο και στην εφηβική ηλικία να κυμαίνονται από 12-50%.

Χωρίς την έγκαιρη αντιμετώπιση της διαταραχής, η ΔΕΠ-Υ οδηγεί σε σημαντικά προβλήματα καθώς έχει μακροχρόνιες επιδράσεις που εμποδίζουν τη προσαρμογή στις απαιτήσεις της ενήλικης ζωής. Έτσι πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συνυπάρχουσες ψυχικές και αναπτυξιακές διαταραχές οι οποίες συχνά περιπλέκονται με τη εξέλιξη και τη θεραπεία της. Οι συχνότερες είναι:

- i. οι ειδικές μαθησιακές διαταραχές όπως δυσλεξία, δυσορθογραφία, δυσαριθμησία
- ii. οι ειδικές αναπτυξιακές δυσκολίες του λόγου και του συντονισμού των κινήσεων
- iii. διαταραχές εναντιωματικής συμπεριφοράς και διαγωγής
- iv. διαταραχές άγχους και συναισθήματος
- v. διαταραχές με συμπτώματα όπως σύνδρομο Tourette
- vi. διαταραχές αυτιστικού φάσματος
- vii. αντικοινωνική συμπεριφορά

Αποτελεί αρκετά κοινό φαινόμενο η συνύπαρξη κι άλλων αναπτυξιακών διαταραχών ή/και προβλημάτων ψυχικής υγείας στα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ. Αυτά τα ποικίλα μη - ειδικώς ορισμένα προβλήματα που συχνά εμφανίζονται παράλληλα με τη ΔΕΠ-Υ δεν πρέπει, λανθασμένα, να χρησιμοποιηθούν σαν βάση για τη διάγνωση. Μερικά από αυτά τα προβλήματα περιλαμβάνουν τη διαταραχή του ύπνου, τη μη συμβατή συμπεριφορά, κινητικά τικ, κυκλοθυμία, εκρήξεις θυμού, διάφορα προβλήματα μάθησης (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009).

#### 3.1 ΔΕΠ-Υ και μαθησιακές δυσκολίες

Αρκετές έρευνες αποδεικνύουν ότι η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει σε αυξημένο ποσοστό με τις μαθησιακές δυσκολίες. Συγκεκριμένα το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας της Αγγλίας αναφέρει πως το ποσοστό αυτό κυμαίνεται μεταξύ 20% με 30%. Επίσης, έρευνα στις Η.Π.Α δείχνει ότι το ποσοστό των παιδιών τα οποία παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ και μαθησιακές δυσκολίες, είναι το 71%. Η παραπάνω έρευνα μελέτησε 949 παιδιά ηλικίας από 6 ως 16 ετών τα οποία παρουσίαζαν αναπτυξιακές διαταραχές. Τα αποτελέσματά της απέδειξαν ότι το 63% των παιδιών παρουσίαζε δυσκολίες στη γραπτή έκφραση, το 33% στην ανάγνωση και το 26%

στα μαθηματικά (Mayes & Calhoun, 2006). Η έρευνα των Κάκουρος και Μανιαδιάκη, (2002) που πραγματοποιήθηκε σε 29 έλληνες μαθητές με ΔΕΠ-Υ της Α' και Β' Δημοτικού κατέληξε πως το 75,9% των μαθητών αυτών παρουσίαζαν δυσκολίες που επηρέαζαν την σχολική τους απόδοση. Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους, συνήθως έχουν χαμηλότερες επιδόσεις όσον αφορά το σχολικό πλαίσιο με αποτέλεσμα να λαμβάνουν χαμηλότερους βαθμούς και αρκετά συχνά πολλοί από αυτούς τους μαθητές, παραπέμπονται σε υπηρεσίες Ειδικής Αγωγής (Loe & Feldman, 2007). Σύμφωνα με τις έρευνες των Weiss και Hetchman, (1993) αποδεικνύεται ότι οι μαθησιακές δυσκολίες οι οποίες συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ, οδηγούν σε δυσκολίες πρώτον στην ενήλικη ζωή, δεύτερον στον επαγγελματικό τομέα και τρίτον στις κοινωνικές σχέσεις.

Το σχολείο ίσως να αποτελεί τον τομέα στον οποίο τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν τη μεγαλύτερη δυσκολία. Σχεδόν όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ που παραπέμπονται για διάγνωση, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο σχολείο. Ένα ποσοστό 30-50% μπορεί να μείνει στην ίδια τάξη, ενώ το 1/3 περίπου κινδυνεύει να μην τελειώσει το σχολείο. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, υστερούν σε σχέση με τους συμμαθητές τους αναφορικά με την ποσότητα δουλειάς που ολοκληρώνουν. Επιπρόσθετα, 20-40% των μαθητών αυτών παρουσιάζει μαθησιακές δυσκολίες. Συγκεκριμένα, 8-39% διαγιγνώσκεται με δυσλεξία, 12-26% με δυσορθογραφία, 12-33% με δυσαριθμησία και πάνω από 60% με δυσγραφία. Τέλος οι μισοί μαθητές με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται στην παραγωγή γραπτού λόγου (Willcutt & Pennington., 2000 ; Mayes et al., 2000)

Μας προβληματίζει έντονα ο τρόπος με τον οποίο εμφανίζονται οι μαθησιακές δυσκολίες σε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, διότι εντοπίζονται ξαφνικά μόλις το παιδί ενταχθεί το σχολικό σύστημα. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν φυσιολογικό ως υψηλό νοητικό δυναμικό, επομένως σπάνια θα φανερώσουν δυσκολίες πριν την ένταξή τους στο σχολικό πλαίσιο. Συνήθως οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, απευθύνονται σε ειδικούς για την αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών την περίοδο που αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες αυτές δηλαδή τη περίοδο της σχολικής ηλικίας των παιδιών. Κατά τη φοίτηση των παιδιών στο δημοτικό σχολείο, συνεχώς αυξάνονται οι απαιτήσεις και σταδιακά εμφανίζονται όλο και περισσότερα συμπτώματα των μαθησιακών δυσκολιών με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η ομαλή προσαρμογή των παιδιών αυτών στο σχολικό πλαίσιο.

Τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, αποσυντονίζουν το παιδί και δεν το βοηθούν να συγκεντρωθεί στο μάθημα επομένως αποσπάται εύκολα η προσοχή του από το πλαίσιο της σχολικής τάξης με αποτέλεσμα να μη παρακολουθεί και να χάνει βασικές πληροφορίες από τη μαθησιακή διαδικασία. Αξίζει να τονιστεί ότι όταν εμπίπτουν και οι μαθησιακές δυσκολίες, το παιδί πρέπει να καταβάλει τεράστια προσπάθεια για να καλύψει το κενό αυτό. Αφενός τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ εμποδίζουν το παιδί να συγκεντρωθεί στη δραστηριότητα που εκτελεί, αφετέρου οι μαθησιακές δυσκολίες έχουν ως συνέπεια τα παιδιά να λαμβάνουν χαμηλούς βαθμούς και να υπόκεινται σε παρατηρήσεις και αρνητικό σχολιασμό (Munden 2009), διότι οι περισσότεροι από αυτούς τους μαθητές έχουν άσχημο γραφικό χαρακτήρα εξαιτίας του γρήγορου ρυθμού γραφής, δε τηρούν τα όρια του χαρτιού τη στιγμή που γράφουν και τέλος οι εργασίες τους φαίνονται πρόχειρες και σύντομες.

Μία από τις συνηθισμένες μαθησιακές δυσκολίες που συνυπάρχει με τη ΔΕΠ-Υ, είναι η δυσλεξία. Το 8% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ τα οποία φοιτούν στις τάξεις του δημοτικού

σχολείου, παρουσιάζουν δυσκολίες στο διάβασμα και στη γραφή. Συνολικά επηρεάζεται ολόκληρη η ακαδημαϊκή επίδοση των παιδιών αυτών εξαιτίας των δυσκολιών οι οποίες εμφανίζονται στην αρχή της σχολικής πορείας. Σύμφωνα με τους Willcutt & Pennington (2000), στις περιπτώσεις που συνυπάρχουν η ΔΕΠ-Υ με τη δυσλεξία προβλήματα όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το αυτό-συναίσθημα αλλά και η σχολική απόσυρση αποτελούν συνηθέστερο φαινόμενο σε σχέση με τα παιδιά που διαγιγνώσκονται μόνο με ΔΕΠ-Υ.

Επιπρόσθετα, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, επιβάλλεται να αποτελούνται από κατευθυνόμενη εκπαιδευτική παρέμβαση, διαχείριση της θετικής συμπεριφοράς και σε συγκεκριμένες περιπτώσεις φαρμακευτική αγωγή. Όσον αφορά τη διαχείριση της συμπεριφοράς στο οικογενειακό αλλά και στο σχολικό περιβάλλον, θα πρέπει να εστιάζει στη δομή, στην οργάνωση και τέλος, στην ενίσχυση των θετικών συμπεριφορών και κυρίως να αποφεύγονται οι τιμωρίες (Reif, 2005).

Συμπεραίνουμε ότι για τη μακροπρόθεσμη επιτυχία του παιδιού με ΔΕΠ-Υ η οποία συνυπάρχει με μαθησιακές δυσκολίες, είναι κυρίως κριτικής σημασίας η θετική συμπεριφορά και προσέγγιση αλλά και η έμφαση στα δυνατά σημεία του παιδιού. Πρέπει να δίνονται στα παιδιά ευκαιρίες ώστε να μπορούν να κατακτήσουν τους στόχους τους με διαφορετικούς τρόπους. Επίσης πρέπει ο εκπαιδευτικός να βοηθά τα παιδιά ώστε να βελτιώνουν τα δυνατά σημεία τους και να χρησιμοποιούν τις ικανότητές τους με τρόπο που να ανταποκρίνονται στις αυξανόμενης δυσκολίας απαιτήσεις.

### **3.2 ΔΕΠ-Υ και γλωσσικές δυσκολίες**

Σχετικές έρευνες έδειξαν ότι υπάρχει καθυστέρηση στην έναρξη του λόγου σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ σε ποσοστό 6-35% ενώ 10-54% των παιδιών αυτών αντιμετωπίζει δυσκολία στον προφορικό λόγο (Lindahl, 1998).

Αρκετές από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στις γλωσσικές λειτουργίες, συνδέονται με ελλείμματα στη μνήμη εργασίας. Η μνήμη εργασίας είναι η ικανότητα αποθήκευσης μιας πληροφορίας, ενώ παράλληλα εκτελείται ένα γνωστικό έργο. Η μνήμη εργασίας μας επιτρέπει να εκτελούμε ένα γνωστικό έργο ενώ παράλληλα γράφουμε, αποθηκεύουμε ή ανακαλούμε πληροφορίες που λαμβάνουμε από το περιβάλλον. Επομένως το παιδί με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει συχνά δυσκολίες στη μνήμη εργασίας αφού αδυνατεί να επιτελέσει ένα έργο ανακαλώντας ή συνδυάζοντας πληροφορίες από τη μακροπρόθεσμη μνήμη (Vaughn & Bost, 1999).

Ένας τομέας ακόμη που τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες είναι η κατανόηση του γραπτού αλλά και του προφορικού λόγου. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά δυσκολεύονται να κατανοήσουν συμπεράσματα, να εντοπίσουν λάθη σε οδηγίες, να κατανοήσουν πληροφορίες που περιλαμβάνονται στα κείμενα των βιβλίων, να κατανοήσουν σχέσεις αιτίας - αποτελέσματος και τέλος να κατανοήσουν τις ενέργειες των χαρακτήρων στις ιστορίες.

Πολύ συχνά παρατηρούνται αδυναμίες στις δεξιότητες που αφορούν την προφορική έκφραση. Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, παρατηρούνται κενά κατά διάρκεια αφήγησης μιας ιστορίας, η αναδιήγηση γίνεται με μη οργανωμένο και συνεκτικό τρόπο, ενώ δεν μπορούν να απαντήσουν σε ερωτήσεις συνοπτικά χρησιμοποιώντας κατάλληλο λεξιλόγιο και διατηρώντας το θέμα της συζήτησης (Tannock et al., 2002).

Τα παιδιά που παρουσιάζουν καθυστέρηση, κάνουν λάθη στη προφορά των λέξεων διατηρώντας πολλές νηπιακές λέξεις για παράδειγμα παιζάκι αντί για παιδάκι. Όταν το παιδί αρχίζει να κατακτά τις γλωσσικές δεξιότητες, μιλά και κάνει ερωτήσεις ακατάπαστα,

διακόπτει τους συνομιλητές του και μιλά συχνότερα για κάτι το οποίο δεν είναι θέμα συζήτησης.

Φαίνεται να υπάρχει βελτίωση στην ομιλία των παιδιών αυτών με το πέρασμα του χρόνου. Ακόμα και στα μεγαλύτερα παιδιά όμως, εμμένει μία δυσκολία στη ροή και στο πως γίνεται κατανοητή η ομιλία στις περιπτώσεις που τους ζητείτε να οργανώσουν προηγουμένως το λόγο τους. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι η δυσκολία στην οργάνωση του προφορικού λόγου αντικατοπτρίζει ελλείψεις στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες (Munden, 2009).

### **3.3 ΔΕΠ-Υ και συμπεριφορικές δυσκολίες**

Ένα πρόσφατο εννοιολογικό/ερμηνευτικό μοντέλο περιγράφει τη ΔΕΠ-Υ ως μία διαταραχή της αυτορρύθμισης ή λανθασμένη αναστολή των αντιδράσεων σχετικά με ποικίλα ερεθίσματα, ιδιαίτερα στα παιδιά που παρουσιάζουν το συνδυαστικό τύπο ή τον υπερκινητικό - παρορμητικό τύπο (Barkley, 1998). Τα ερευνητικά δεδομένα σύμφωνα με τον White, (1999) έχουν επιβεβαιώσει τη σχέση μεταξύ της ιδιοσυγκρασίας και της ΔΕΠ-Υ. Η ιδιοσυγκρασία δύναται να οριστεί ως η εγγενής προδιάθεση με βάση την οποία συγκροτούνται οι ατομικές διαφορές σε επίπεδο δράσης και αυτορρύθμισης. Η συμπεριφορά που είναι αποτέλεσμα των ιδιοσυγκρασιακών παραγόντων μπορεί να σημειωθεί σε σχέση με την ικανότητα να ρυθμίζονται οι συγκινήσεις και η προσοχή, όπως και οι κινητικές δραστηριότητες (Vaughn & Bost, 1999).

Παιδιά με εξαιρετικά υψηλό επίπεδο δραστηριοτήτων και συναισθηματικών αντιδράσεων είναι συχνά πιο αφηρημένα και παρορμητικά, με αποτέλεσμα να διαγιγνώσκονται με ΔΕΠ-Υ. Οι ιδιοσυγκρασιακές διαφορές στο επίπεδο της αναστολής της δράσης, αποτελούν τον κυριότερο παράγοντα για τη διάγνωση της διαταραχής, οι οποίες έχουν παρατηρηθεί, ακόμη και σε βρέφη, και παρατηρούνται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και εξέλιξης του ατόμου (White, 1999). Η ιδιοσυγκρασία και η γονική ευαισθησία αναφέρονται ως παράγοντες που επηρεάζουν την ικανότητα των παιδιών να συντονίζουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις τους, οι οποίες ακολούθως ενδέχεται να επηρεάσουν το αίσθημα ασφαλείας των δεσμών σύμφωνα με τους Vaughn & Bost, (1999). Οι συμπεριφορικές δυσκολίες που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ επηρεάζουν αρνητικά τις σχέσεις των γονέων με τα παιδιά τους (Lindahl, 1998). Μελέτες σχετικά με την αλληλεπίδραση γονέων-παιδιού φανερώνουν πως οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ τείνουν να συμπεριφέρονται πιο εχθρικά, καταναγκαστικά και αρνητικά, αλλά και να πιστεύουν πως δεν είναι κατάλληλοι ως γονείς. Έχουν την τάση να αποδοκιμάζουν και να παρεμβαίνουν με σκοπό να ελέγξουν την συμπεριφορά και τις παρορμήσεις των παιδιών, ενώ είναι πιο απαιτητικοί και επικριτικοί από τους γονείς των παιδιών που δεν παρουσιάζουν τα συμπτώματα της διαταραχής (Hechtman 1996; Thomas & Guskin, 2001).

Είναι κατανοητό πως η ΔΕΠ-Υ επηρεάζοντας τη συμπεριφορά του παιδιού επιδρά ακολούθως στη λειτουργία των γονέων και ταυτόχρονα στη στάση τους απέναντι στα παιδιά διαμορφώνοντας με τον τρόπο αυτό τη πορεία και την εξέλιξη της διαταραχής του παιδιού (Sheffield et al., 2002). Οι αλληλεπιδράσεις αυτές οδηγούν σε σημαντική επιβάρυνση του παιδιού και επιδείνωση των συμπτωμάτων της διαταραχής (Biederman et al., 1995; Johnson et al., 2000) με αποτέλεσμα να περιορίζεται η ικανότητα της αυτοδιαχείρισης και αυτορρύθμισης, οδηγώντας σε επισφαλή πρότυπα δεσμού-σχέσεων (Vaughn & Bost, 1999). Η ικανότητα των γονέων να συμπεριφέρονται με τρόπο θετικό και παραγωγικό στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι σημαντική για αυτά τα παιδιά αναπτύσσοντας με το τρόπο αυτό ασφαλή πρότυπα δεσμού-σχέσεων (Finzi-Dottan et al., 2006). Τα πρότυπα αυτά εξαρτώνται από τη γονική ευαισθησία και την ανταπόκριση στις τάσεις και τις αντιδράσεις του παιδιού,

σχηματίζοντας συνεπώς, την ικανότητα του παιδιού για αυτοέλεγχο και αυτορρύθμιση (Belsky, 1999; Fonagy & Target, 2002).

### 3.4 ΔΕΠ-Υ και κοινωνικο-συναισθηματικές δυσκολίες

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση που έχουν επιπτώσεις στην κοινωνικοποίησή τους και κατ' επέκταση στη ψυχολογική τους υγεία. Οι δυσκολίες αυτές εκδηλώνονται σύμφωνα με τον Οδηγό εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος για μαθητές με ΔΕΠ-Υ του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής ως:

- i. αδυναμία να αντιλαμβάνονται τις σκέψεις, τα συναισθήματα και γενικά τις πληροφορίες που περιλαμβάνονται ως εξωλεκτική επικοινωνία
- ii. διασπαστική συμπεριφορά μέσα στην ομάδα που έχει ως αποτέλεσμα την απομόνωση και πολύ συχνά τον αποκλεισμό.

Είναι σύνηθες τα παιδιά αυτά να βιώνουν κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα σε πιο έντονο βαθμό από τους συνομηλίκους τους. Τα προβλήματα οφείλονται στις γενικότερες δυσκολίες που βιώνουν τα παιδιά αυτά λόγω της διαταραχής, όπως η ελλιπής ικανότητα αυτορρύθμισης και οι μειωμένες δεξιότητες. Αρκετά συχνά παρουσιάζουν επιθετική συμπεριφορά και δυσκολεύονται να αναπτύξουν επαρκώς τις κοινωνικές δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων. Αυτό οφείλεται στην απόρριψη που βιώνουν απ' τους συνομηλίκους τους.

Είναι σύνηθες η χρήση της γλώσσας για την κοινωνική αλληλεπίδραση τόσο στο σχολικό περιβάλλον όσο και εκτός αυτού να είναι μειωμένη. Η δυσκολία αυτή στη χρήση της γλώσσας δύναται να παρουσιαστεί ως μία περιορισμένη ικανότητα στην ενεργοποίηση των δεξιοτήτων που είναι αναγκαίες για το εκάστοτε κοινωνικό πλαίσιο. Όπως είναι αναμενόμενο, η δυσκολία ανάπτυξης των δεξιοτήτων αυτών οδηγεί σε κοινωνικά προβλήματα που συχνά περιλαμβάνουν άγχος, κατάθλιψη αλλά και επεισόδια σχολικού εκφοβισμού από συμμαθητές (Castro et al., 2014).

Οι εκπαιδευτικοί αλλά και οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ πρέπει να κατανοήσουν ότι πολλές από τις δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές που παρουσιάζει το παιδί στο σχολικό αλλά και οικογενειακό περιβάλλον δεν είναι ηθελημένες. Οι δυσκολίες που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στα διάφορα κοινωνικά πλαίσια είναι μάλλον αποτέλεσμα των μειωμένων/περιορισμένων ικανοτήτων τους στις εκτελεστικές λειτουργίες. Μέσα στη σχολική αίθουσα, οι δυσκολίες εμφανίζονται με συμπεριφορές όπως (Οδηγός εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος για μαθητές με ΔΕΠ-Υ, Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής):

- i. «πετάει» τις απαντήσεις
- ii. ενεργεί χωρίς να σκέφτεται
- iii. σηκώνεται ή κινείται γύρω στη μέση του μαθήματος
- iv. δυσκολεύεται να θυμηθεί τους κανόνες στην τάξη
- v. παρανόηση οδηγιών
- vi. επιθετικό παιχνίδι
- vii. διακόπτει τις συνομιλίες
- viii. παραλείπει να λάβει εκ περιτροπής το λόγο
- ix. υπερβολικά δυνατή ομιλία

Η παρουσία μίας ή και παραπάνω συνοδών διαταραχών είναι συχνό φαινόμενο στον πληθυσμό ατόμων με ΔΕΠ-Υ επηρεάζοντας τις κοινωνικές και συναισθηματικές τους δεξιότητες σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, σε ένα ποσοστό που κυμαίνεται από 50% έως 80% πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια και για άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Bloemsmā et al., 2013 ; Οδηγός εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος για μαθητές με ΔΕΠ-Υ, Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής) όπως:

- i. αγχώδης διαταραχή στο 38%
- ii. διαταραχή διαγωγής στο 14%
- iii. εναντιωματική – προκλητική διαταραχή στο 40%

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν επιπρόσθετες δυσκολίες στην συγκέντρωση της προσοχής, οι οποίες οφείλονται σε αδυναμίες στη μνήμη εργασίας. Αυτή η αδυναμία στη μνήμη εργασίας σε συνδυασμό με την ελλειμματική προσοχή οδηγούν σε χαμηλή σχολική επίδοση των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. Ένας ακόμα παράγοντας που επηρεάζει τη σχολική απόδοση και επίδοση των παιδιών αυτών είναι η αδυναμία τους να ολοκληρώνουν δραστηριότητες και εργασίες ή να τις ολοκληρώνουν με πολύ αργό ρυθμό. Την σχολική τους επίδοση επηρεάζει η προαναφερθείσα αδυναμία στη μνήμη σε συνδυασμό με το έλλειμμα στις εκτελεστικές λειτουργίες που χαρακτηρίζει τα άτομα με ΔΕΠ-Υ. Ο συνδυασμός των δυσκολιών αυτών έχει ως αποτέλεσμα η επίδοσή τους να μην είναι αντιπροσωπευτική των δυνατοτήτων και της ευφυΐας τους. Είναι καίριας σημασίας το γεγονός ότι τα παραπάνω στοιχεία μας κατευθύνουν σε μία θεραπευτική πορεία για τα παιδιά με τη διαταραχή, η οποία δεν πρέπει να περιορίζεται σε συμπεριφορικές τροποποιήσεις αλλά στην μαθησιακή υποστήριξη των παιδιών και την έμφαση στις γνωστικές αδυναμίες που παρουσιάζουν (Willcutt et al., 2005 ; Οδηγός εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος για μαθητές με ΔΕΠ-Υ, Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής).

### **3.5 Επιπρόσθετα προβλήματα που μπορεί να συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ**

Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, συγκεκριμένα εκείνα που δεν έχουν διαγνωσθεί και αντιμετωπιστεί, υπάρχουν αρκετές δυσκολίες που εκδηλώνονται στο σχολικό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Αυτές οι δυσκολίες, συχνά οδηγούν σε:

- i. χαμηλές επιδόσεις σε σχέση με το επίπεδο των γνωστικών ικανοτήτων και ακαδημαϊκή αποτυχία
- ii. αυξημένο στρες, συναισθηματικές δυσκολίες και χαμηλή αυτοεκτίμηση
- iii. επιθετική και διασπαστική συμπεριφορά ή προβλήματα διαγωγής
- iv. περιορισμένη επαγγελματική παραγωγικότητα και προοπτικές
- v. απόρριψη από τους άλλους - δυσλειτουργικές κοινωνικές σχέσεις

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ενώ ξέρουν πολύ καλά τι πρέπει να κάνουν και τι όχι, συχνά ενεργούν με τον αντίθετο τρόπο. Απαιτούν την άμεση ικανοποίηση των επιθυμιών τους δεδομένου ότι χαρακτηρίζονται από χαμηλό επίπεδο ανοχής στη ματαίωση (Douglas & Parry, 1994). Είναι οξύθυμα, ευερέθιστα και έχουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις δυσανάλογες προς την αιτία που τις προκάλεσε. Απαιτούν να γίνεται αυτό που θέλουν τη στιγμή που το θέλουν και εκδηλώνουν την απαίτησή τους με έντονη επιμονή. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, καταγράφουν οποιαδήποτε πληροφορία πέσει στην αντίληψή τους, χωρίς όμως να μπορούν να την αποθηκεύσουν με αποτέλεσμα να μαθαίνουν με έναν ανοργάνωτο τρόπο και να πετάγονται από το ένα θέμα στο άλλο. Δεν πρόκειται για παιδιά με χαμηλό δείκτη νοημοσύνης παρόλο



που δυσκολεύονται να μάθουν και να συγκρατήσουν απλές πληροφορίες σε σχέση με τους συνομηλίκους τους.

Η συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ τόσο στο σχολείο όσο και στο σπίτι συνήθως είναι θορυβώδης, προκλητική και διασπαστική. Επομένως, αυτά τα παιδιά απογοητεύουν τους δασκάλους, τους γονείς αλλά και τους συμμαθητές τους. Απορρίπτονται, αγνοούνται και προκαλούν μεγάλη πίεση σ' αυτούς με τους οποίους αλληλεπιδρούν. Συχνά βιώνουν απόρριψη, συναισθηματικά προβλήματα και χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Η ΔΕΠ-Υ στις περισσότερες περιπτώσεις έχει επιπτώσεις για όλη την οικογένεια, όπως για παράδειγμα έντονους διαπληκτισμούς των παιδιών με τους γονείς ιδίως σε θέματα οργάνωσης και οριοθέτησης, αρνητικό αντίκτυπο στις σχέσεις μεταξύ αδερφών και οικονομική επιβάρυνση. Οι δυσκολίες στην καθημερινή οικογενειακή ατμόσφαιρα γίνονται ακόμη εντονότερες όταν ο ένας γονέας έχει ΔΕΠ-Υ.

### **3.6 ΔΕΠ-Υ και επιτελικές λειτουργίες**

Η ΔΕΠ-Υ ορίζεται ως αναπτυξιακή διαταραχή του συστήματος του γνωστικού ελέγχου του εγκεφάλου, δηλαδή είναι διαταραχή των επιτελικών λειτουργιών (Kouhbanani et al., 2013). Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ έγκεινται στο πρωταρχικό έλλειμμα στις επιτελικές λειτουργίες και συγκεκριμένα στην καταστολή της μνήμης εργασίας ή και σε μία γενικότερη αδυναμία στην ρύθμιση του συνόλου των επιτελικών λειτουργιών (Willcutt et al., 2005).

Συγκεκριμένα, ο όρος επιτελικές λειτουργίες αναφέρεται σε ένα σύνολο γνωστικών ικανοτήτων που εντοπίζονται νευρολογικά στον προμετωπιαίο λοβό τόσο σε φλοιώδεις όσο και υποφλοιώδεις περιοχές. Η ίδια περιοχή του εγκεφάλου εντοπίζεται και στην νευροφυσιολογία που σχετίζεται με την ΔΕΠ-Υ εντείνοντας έτσι την άποψη πως η διαταραχή αυτή και οι επιτελικές λειτουργίες είναι άρρηκτα συνδεδεμένες (Antshel et al., 2014). Άλλες περιοχές που συνδέονται με τις επιτελικές λειτουργίες είναι τα περίπλοκα νευρωνικά δίκτυα τα οποία εντοπίζονται στον θάλαμο και τα βασικά γάγγλια (Willcutt et al., 2005).

Οι επιτελικές λειτουργίες περιλαμβάνουν τον σχεδιασμό των ενεργειών του ατόμου, την αναστολή αντιδράσεων, την ανάπτυξη και χρήση στρατηγικών, την διατήρηση της συμπεριφοράς και την ευμετάβλητη ακολουθία ενεργειών του ατόμου (Antshel et al., 2014). Τα στοιχεία που παρέχουν οι γνωστικές λειτουργίες διευκολύνουν την λήψη αποφάσεων διατηρώντας πληροφορίες στην μνήμη εργασίας ώστε να επιλεγεί από το άτομο η βέλτιστη ενέργεια για την εκάστοτε κατάσταση (Willcutt et al., 2005).

Στα άτομα με ΔΕΠ-Υ η δυσκολία που παρουσιάζουν στην αναστολή συγκεκριμένων συμπεριφορών σε απαιτητικά πλαίσια οδηγεί σε ελλείμματα στη μη λεκτική μνήμη εργασίας όπως η διαταραγμένη ικανότητα των ατόμων αυτών να οργανώνουν και να εκτελούν ενέργειες και δραστηριότητες μέσα στα απαιτούμενα χρονικά πλαίσια, μειωμένη προνοητικότητα και το γεγονός ότι ξεχνούν τι έχουν να κάνουν οδηγούν, επομένως, σε μείωση των αναμενόμενων ενεργειών για μελλοντικές περιστάσεις (Antshel et al., 2014).

Κάποιοι ερευνητές όμως θεωρούν πως τα ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες παρέχουν μόνο μερική εξήγηση για τα συμπτώματα και τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ και την καθολική κατανόηση της διαταραχής (Antshel et al., 2014).

### 3.7 ΔΕΠ-Υ και Θεωρία του Νου

Η κοινωνική νόηση είναι γνωστή και ως η Θεωρία του Νου. Έχουν δοθεί αρκετοί ορισμοί και περιγραφές για τη Θεωρία του Νου. Συγκεκριμένα, περιγράφεται ως ένα σύνολο διανοητικών ικανοτήτων που βοηθούν το άτομο να κατανοεί πως οι άλλοι άνθρωποι γύρω του έχουν τις δικές τους σκέψεις, πιστεύω, επιθυμίες, προθέσεις και σχέδια τα οποία πιθανότατα διαφέρουν από τα δικά τους (Korkmaz, 2011). Η θεωρία του Νου αναφέρεται, επιπλέον, στην ικανότητα που έχει το άτομο να αναγνωρίζει, να κατανοεί και να επεξεργάζεται τα συναισθήματα, τις προθέσεις και τις σκέψεις των άλλων (Kouhbanani et al., 2013). Αναφέρεται στην δυνατότητα που έχει το άτομο να προβλέπει και να διαμορφώνει την συμπεριφορά του ανάλογα με το περικείμενο περιβάλλον, τις ιδέες και τα πιστεύω των άλλων όπως και την ψυχολογική τους κατάσταση (Saeedi et al., 2014).

Η Θεωρία του Νου είναι σύνθετη πλευρά της γνωστικής διαδικασίας που περιλαμβάνει την ικανότητα του ατόμου να αποδίδει την συναισθηματική κατάσταση, τις επιθυμίες, τα πιστεύω στο συνομιλητή και να κατανοεί πως αυτά διαφέρουν από τα όσα ο ίδιος αισθάνεται αλλά και να προβλέπει τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις των άλλων κρίνοντας από τα παραπάνω χαρακτηριστικά (Slama & Mary, 2011). Οι διαδικασίες που περιλαμβάνει η Θεωρία του Νου είναι η μνήμη, η προσοχή, η σύνθετη ερμηνεία στοιχείων όπως οι εκφράσεις του προσώπου και η γλώσσα του σώματος. Επιπλέον, συμπεριλαμβάνονται η χρήση του λόγου, η αναγνώριση των συναισθημάτων των άλλων, η μίμηση και η ενσυναίσθηση (Korkmaz, 2011).

Σύμφωνα με μελέτες, περιοχές του εγκεφάλου που παρουσιάζουν συσχέτιση με την Θεωρία του Νου εμπεριέχουν την αμυγδαλή, το κοιλιακό ραβδωτό σώμα των βασικών γαγγλίων και το προμετωπιαίο φλοιό, περιοχές που διαμορφώνουν τη γνωστική λειτουργία γενικότερα (Korkmaz, 2011; Saeedi et al., 2014).

Το άτομο τυπικά αρχίζει να αναπτύσσει τις υποκείμενες ιδέες που αποτελούν τη Θεωρία του Νου περίπου στους 13 - 15 μήνες. Την ίδια περίοδο όπου και ο λόγος αρχίζει να αναπτύσσεται ραγδαία. Παρατηρούμε λοιπόν την στενή σχέση αλληλεπίδρασης που έχουν τα διάφορα συστήματα κατά την ανάπτυξη του παιδιού (Korkmaz, 2011). Η πλήρης ανάπτυξη της Θεωρίας του Νου σε ένα άτομο απαιτεί την συνύπαρξη αρκετών επιτελικών λειτουργιών όπως η εξαγωγή συμπερασμάτων και η διαδικασία ανάλυσης των υποκείμενων καταστάσεων (Korkmaz, 2011). Υπάρχουν δεδομένα πως η ανάπτυξη της Θεωρίας του Νου επηρεάζεται από το κοινωνικό περιβάλλον που μεγαλώνει το παιδί και δεν επηρεάζεται από κληρονομικούς παράγοντες (Korkmaz, 2011). Η παρορμητικότητα και η αδυναμία συγκέντρωσης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τα συνακόλουθα συμπεριφορικά προβλήματα που παρουσιάζονται παρεμποδίζουν την ανάπτυξη της Θεωρίας του Νου στα παιδιά αυτά (Korkmaz, 2011).

Σε άτομα παιδικής και σχολικής ηλικίας η Θεωρία του Νου είναι χρήσιμη και ίσως απαραίτητη καθώς η κοινωνική επικοινωνία των παιδιών βασίζεται σε συζητήσεις, παιχνίδια και φιλικές σχέσεις που εμπεριέχουν την διαπροσωπική αλληλεπίδραση τους με άλλα παιδιά είτε αυτό λαμβάνει χώρα στο σχολείο ή το σπίτι (Korkmaz, 2011).

Η Θεωρία του Νου σχετίζεται όχι μόνο με παιδιά τυπικής ανάπτυξης και άτομα με ΔΕΠ-Υ αλλά και με παιδιά τα οποία έχουν διαγνωσθεί με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (Kouhbanani et al., 2013).

Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολία στην αναγνώριση και επεξεργασία των συναισθημάτων των άλλων. Η δυσκολία αυτή μπορεί να παρερμηνευθεί και να οδηγήσει τους άλλους να διαμορφώσουν την άποψη πως τα άτομα με ΔΕΠ-Υ δεν τους καταλαβαίνουν και συνεπώς να δημιουργήσουν δύσκολες κοινωνικά καταστάσεις. Οι δυσκολίες που προκαλεί η δυσλειτουργία της Θεωρίας του Νου στα άτομα με ΔΕΠ-Υ εντοπίζεται σε περιοχές σχετιζόμενες με την προσοχή (Kouhbanani et al., 2013). Σύμφωνα με την έρευνα των Kouhbanani και συνεργατών, (2013) παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφορές στις κλίμακες αξιολόγησης της Θεωρίας του Νου ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και στα άτομα με ΔΕΠ-Υ. Οι Saeedi και συνεργάτες, (2014) συνέκριναν σε μελέτη τους αγόρια με ΔΕΠ-Υ και άτομα ομάδας ελέγχου αντίστοιχης νοημοσύνης. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσίασαν χαμηλότερη επίδοση στις διεργασίες που αφορούσαν την Θεωρία του Νου ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα που έχουν τα συμπτώματα της διαταραχής στο κάθε ένα από τα παιδιά.

Συγκεκριμένα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα οποία παρουσιάζουν ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα στις κοινωνικές τους σχέσεις. Όπως αναφέρθηκε, οι επιτελικές λειτουργίες και η Θεωρία του Νου συνδέονται με αποτέλεσμα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να παρουσιάζουν δυσκολία σε δραστηριότητες που σχετίζονται τόσο με τις επιτελικές λειτουργίες όσο και με τη Θεωρία του Νου. Τέτοιες δραστηριότητες σύμφωνα με (Korkmaz, 2011) είναι:

- i. Η αντίληψη των συναισθημάτων όπως παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της ομιλίας στο πρόσωπο ή την προσωδία και
- ii. Η μειωμένη ενσυναίσθηση

Παλαιότερες μελέτες παρουσιάζουν στοιχεία που υποδεικνύουν ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην ανάπτυξη της Θεωρίας του Νου με τις επιτελικές λειτουργίες, την παρορμητικότητα και την απροσεξία. Συνεπώς, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ που παρουσιάζουν έλλειμμα στη Θεωρία του Νου έχουν και κακές διαπροσωπικές σχέσεις (Saeedi et al., 2014). Υπάρχουν, όμως, μελέτες των οποίων τα ευρήματα υποστηρίζουν πως άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν τυπική επίδοση σε δραστηριότητες που σχετίζονται με τη Θεωρία του Νου ασχέτως των διαταραγμένων κοινωνικών τους ικανοτήτων (Slama & Mary, 2011).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Προκειμένου να αναλυθεί περισσότερο ερευνητικά η γνώση των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, πραγματοποιήθηκε μια σύντομη έρευνα με την χρήση ερωτηματολογίου για το διάστημα 01/11/2016 - 11/11/2016.

Το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε και διατέθηκε σε εκπαιδευτικούς. Το δείγμα της έρευνας είναι 101 άτομα, ανεξαρτήτου ηλικίας και φύλου αλλά και του αν εργάστηκαν με παιδιά με ΔΕΠ-Υ ή είχαν εξειδικευμένη εκπαίδευση για τη διαταραχή. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 40 ερωτήσεις κλειστού τύπου ερωτήσεις καθώς και ερωτήσεις τύπου Likert καθώς και δύο κλίμακες αυτοαξιολόγησης. Το ερωτηματολόγιο επισυνάπτεται στο παράρτημα της παρούσας εργασίας.

#### **4.1 Συμμετέχοντες και κριτήρια**

Στην έρευνα συμμετείχαν 101 εκπαιδευτικοί, συγκεκριμένα 24 άντρες και 77 γυναίκες. Τα κριτήρια για την επιλογή των συμμετεχόντων ήταν η εργασία τους σε δημόσιο ή ιδιωτικό σχολείο Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης ανεξαρτήτως την τάξη στην οποία διδάσκουν. Στην έρευνα δεν συμπεριλήφθησαν ερωτηματολόγια ειδικών παιδαγωγών και εκπαιδευτικών άλλων ειδικοτήτων όπως γυμναστές, μουσικοί και καθηγητές ξένων γλωσσών.

#### **4.2 Περιγραφή εργαλείου/ ερωτηματολογίου**

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την παρούσα έρευνα ήταν ένα ερωτηματολόγιο με 40 ερωτήσεις που περιλάμβανε ερωτήσεις κλειστού τύπου, ερωτήσεις της κλίμακας Likert με πέντε επιλογές οι οποίες ήταν «Όχι, Μάλλον Όχι, Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ, Ίσως, Ναι» και δύο κλίμακες αυτοαξιολόγησης με επιλογή από δεκαβάθμια κλίμακα. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από ενότητες οι οποίες συγκεκριμένα ήταν:

- i. Δημογραφικά στοιχεία
- ii. Γνώση των εκπαιδευτικών για την ΔΕΠ-Υ
- iii. Διδακτικές στρατηγικές και μέθοδοι-Συμβουλευτική
- iv. Κλίμακα αυτογνωσίας και αυτοαντίληψης

Συγκεντρώθηκαν στοιχεία από προϋπάρχουσες έρευνες και μελέτες, τα οποία τροποποιήθηκαν ώστε να εξυπηρετούν τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν οι πιο αντιπροσωπευτικές ερωτήσεις που αξιολογούν βασικά στοιχεία σχετικά με τη διαταραχή τα οποία είναι σημαντικά να γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί τα οποία θα φανούν χρήσιμα για την εκπαιδευτική διαδικασία, όπως αναφέρεται και στη μεταπτυχιακή εργασία της Dilaimi (2013). Δεν χρησιμοποιήθηκαν αυτούσια τα ερωτηματολόγια των ερευνών λόγω της πολυπλοκότητας και της χρονοβόρας διαδικασίας ώστε να σταθμιστούν στην ελληνική γλώσσα και να λάβουμε τις απαραίτητες εγκρίσεις από τους δικαιούχους. Μεταφράστηκαν και προσαρμόστηκαν ερωτήσεις από τα ερωτηματολόγια των ερευνών των Soroa et al.,

(2012, 2014) και των Youssef et al., (2015) και της μεταπτυχιακής εργασίας της Dilaimi (2013).

#### **4.3 Πιλοτική χορήγηση ερωτηματολογίου**

Δεν έγινε πιλοτική χορήγηση του ερωτηματολογίου ή διορθώσεις πάνω σε αυτό. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε δεν αποτελεί μετάφραση ξενόγλωσσου προϋπάρχοντος ερωτηματολογίου ώστε να αποφευχθεί η χρονοβόρα διαδικασία έγκρισης και στάθμισης του εργαλείου εκ νέου στην ελληνική γλώσσα.

#### **4.4 Δεοντολογικά ζητήματα έρευνας**

Για την χορήγηση του ερωτηματολογίου δόθηκε άδεια από τον εκάστοτε διευθυντή του σχολείου Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που απευθυνθήκαμε για την απασχόληση των εκπαιδευτικών καθώς και η άδεια από το Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας για τη πρόσβαση στα σχολεία με σκοπό την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Η συμμετοχή των εκπαιδευτικών στην έρευνα είναι οικειοθελής, τα δοθέντα προσωπικά στοιχεία παραμένουν ανώνυμα και οι απαντήσεις που δόθηκαν είναι εμπιστευτικές και δεν θα χρησιμοποιηθούν για κανένα άλλο σκοπό πέραν της διεξαγωγής ποσοτικών και ποιοτικών αναλύσεων. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν σχετικά με τα παραπάνω από το εισαγωγικό σημείωμα που περιελάμβανε το ερωτηματολόγιο.

#### **4.5 Μέθοδος διανομής και ανάλυσης**

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στα σχολεία αυτοπροσώπως από τις υπεύθυνες για τη παρούσα πτυχιακή εργασία φοιτήτριες σε γραπτή μορφή. Από το δείγμα που συλλέχθηκε αποκλείστηκαν ερωτηματολόγια τα οποία ήταν συμπληρωμένα σε ποσοστό μικρότερο του 80%. Για χάρη ευκολίας και εξοικονόμησης χρόνου, τα δεδομένα ταξινομήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν προς ανάλυση σε ένα φύλλο δεδομένων του λογισμικού πακέτου Microsoft Excel. Έπειτα εισήχθησαν στην πλατφόρμα στατιστικής ανάλυσης για κοινωνικές επιστήμες SPSS 20. Στην συνέχεια με την μέθοδο της απλής στατιστικής ανάλυσης, και συγκεκριμένα της περιγραφικής στατιστικής, παρήχθησαν τα γραφήματα τα οποία και θα δούμε αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο. Τέλος, πραγματοποιήθηκαν ορισμένες συσχετίσεις με την μέθοδο PearsonCorrelation 2-tailed, δύο μεταβλητών, για να εξεταστεί η συσχέτιση μεταξύ των φαινόμενων ως συσχετιζόμενων μεταβλητών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

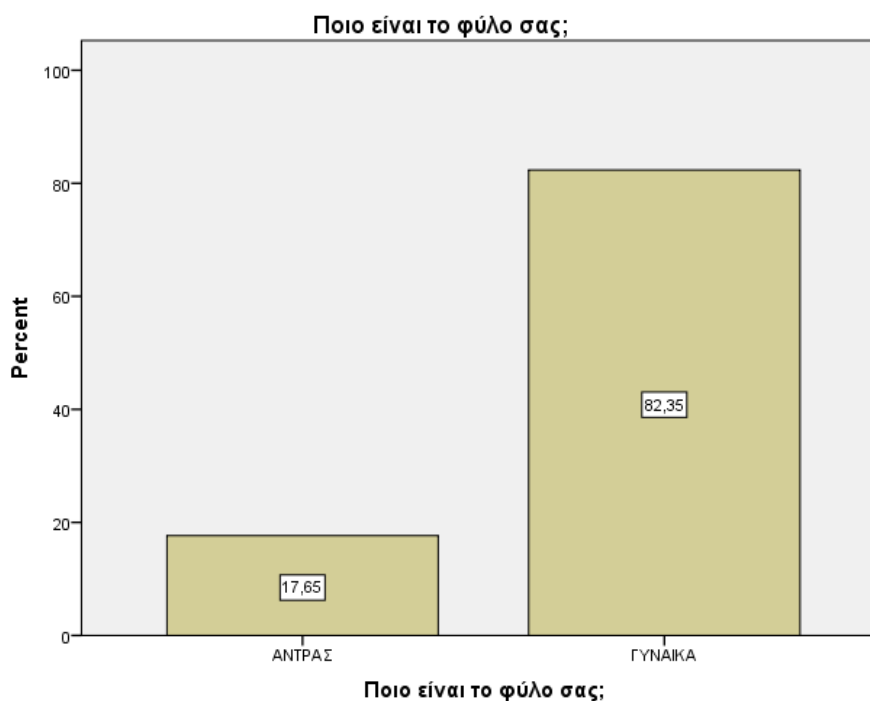
#### 5.1 Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την στατιστική ανάλυση μέσω του προγράμματος SPSS.

Πίνακας 1. Ποιο είναι το φύλο σας;

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	ΑΝΤΡΑΣ	24	23,8	23,8
	ΓΥΝΑΙΚΑ	77	76,2	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

Γράφημα 1. Ποιο είναι το φύλο σας;

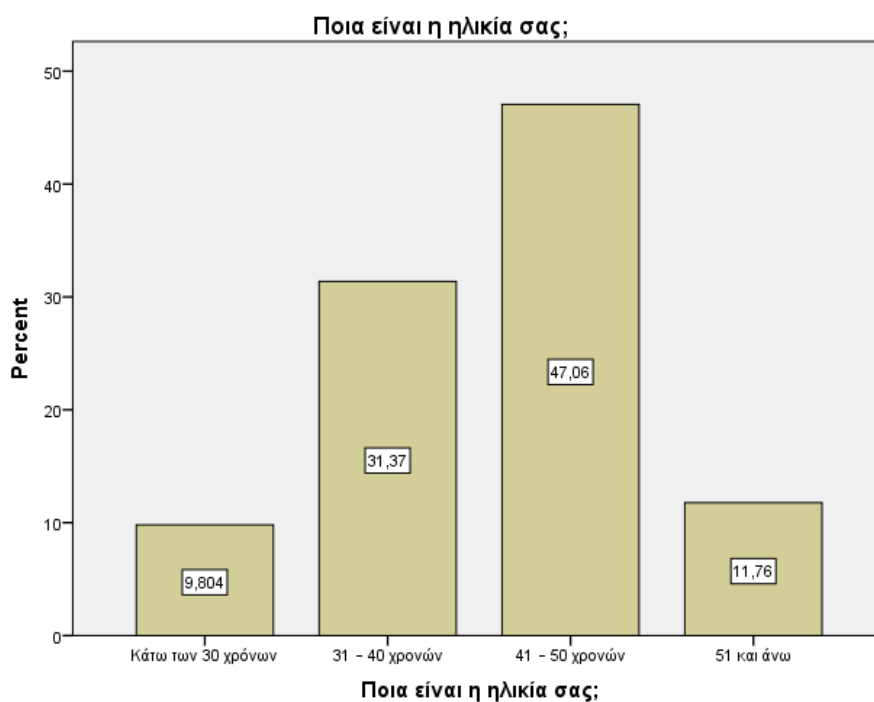


Όσον αφορά στο φύλο, το 76,24% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι είναι γυναίκες και το 23,76% απάντησαν ότι είναι άντρες.

Πίνακας 2. Ποια είναι η ηλικία σας;

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Κάτω των 30 χρόνων	19	18,8	18,8
	31 – 40 χρονών	28	27,7	46,5
	41 – 50 χρονών	40	39,6	86,1
	51 και άνω	14	13,9	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

Γράφημα 2. Ποια είναι η ηλικία σας;

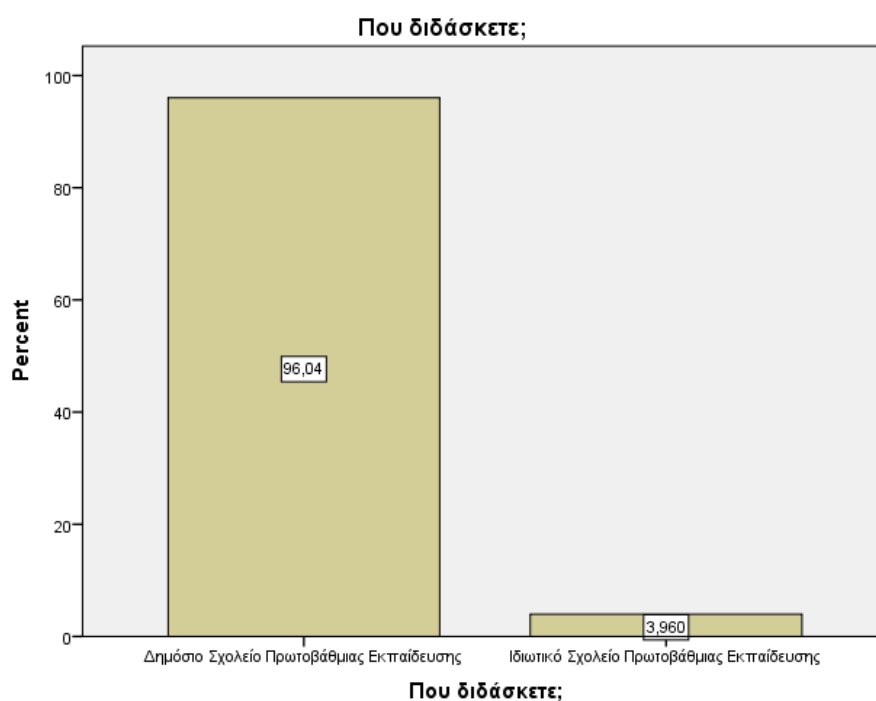


Σχετικά με την ηλικία τους, οι ερωτηθέντες απάντησαν κατά 39,60% ότι είναι ηλικίας 41 – 50 ετών, κατά 27,72% ότι είναι ηλικίας 31 – 40 ετών, κατά 13,86% ότι είναι ηλικίας 51 ετών και άνω, και κατά 18,81% ότι είναι ηλικίας κάτω των 30 ετών.

Πίνακας 3. Που διδάσκετε;

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Δημόσιο Σχολείο Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης	97	96,0	96,0
	Ιδιωτικό Σχολείο Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης	4	4,0	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

Γράφημα 3. Που διδάσκετε;



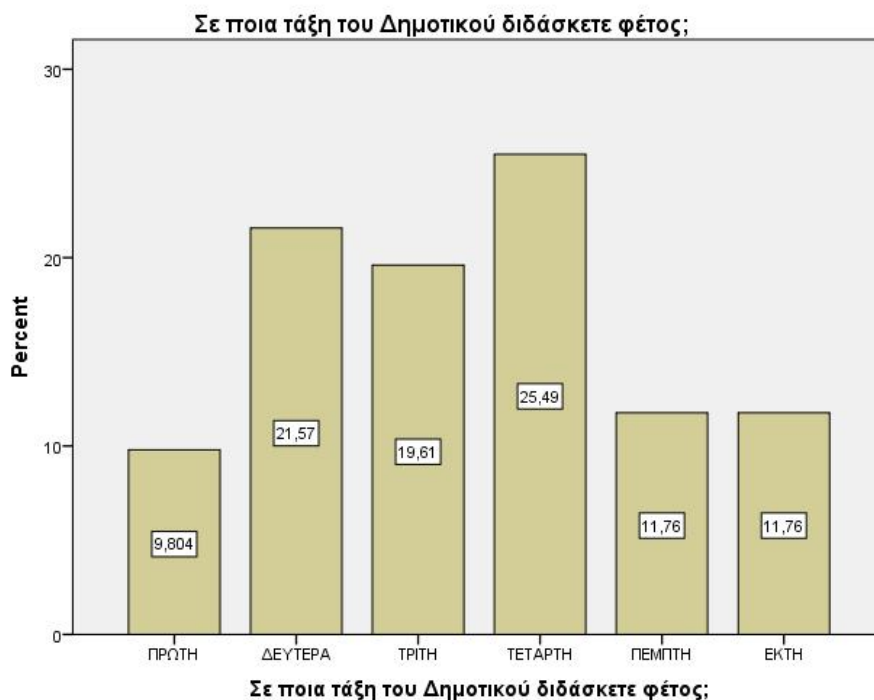
Όσον αφορά το που διδάσκουν, το 96,04% απάντησε σε Δημόσιο Σχολείο Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης και το 3,96% σε Ιδιωτικό Σχολείο Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.



Πίνακας 4. Σε ποια τάξη του Δημοτικού διδάσκετε φέτος;

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	ΠΡΩΤΗ	18	16,5	16,5
	ΔΕΥΤΕΡΑ	19	17,4	33,9
	ΤΡΙΤΗ	20	18,3	52,3
	ΤΕΤΑΡΤΗ	17	15,6	67,9
	ΠΕΜΠΤΗ	15	13,8	81,7
	ΕΚΤΗ	14	12,8	94,5
	ΟΛΟΗΜΕΡΟ	5	4,6	99,1
	ΤΜΗΜΑ ΕΝΤΑΞΗΣ	1	,9	100,0
	Σύνολο	109	100,0	

Γράφημα 4. Σε ποια τάξη του Δημοτικού διδάσκετε φέτος;

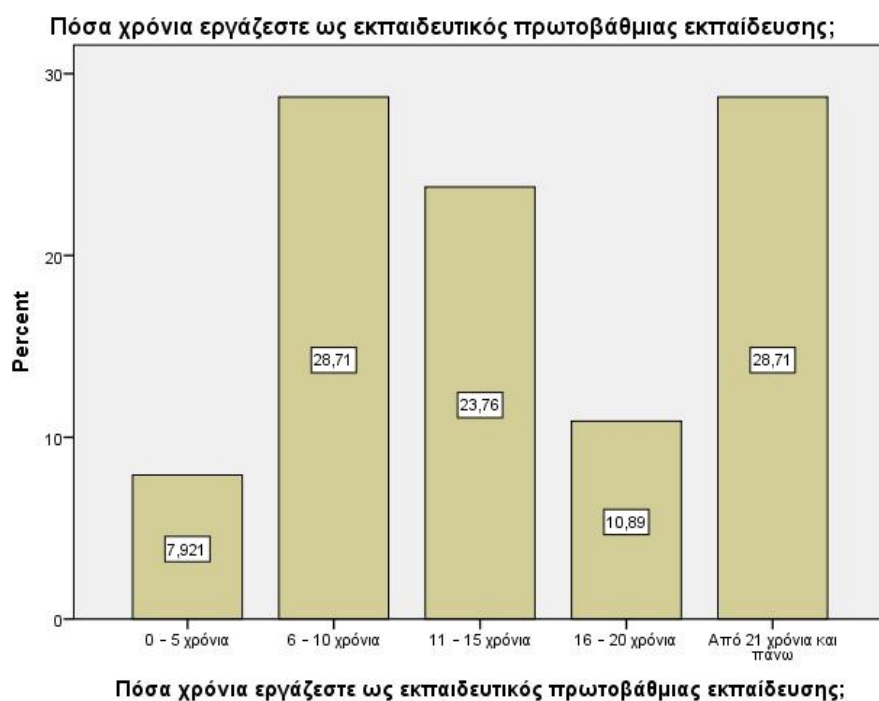


Σχετικά με την τάξη στην οποία διδάσκουν το παρόν έτος, το 16,51% απάντησε στην πρώτη, το 17,43% απάντησε στην δευτέρα, το 18,35% απάντησε στην τρίτη, το 15,60% απάντησε στην τετάρτη, το 13,76% απάντησε στην πέμπτη και το 12,84% απάντησε στην έκτη. Επιπλέον, το 4,59% δήλωσε ότι διδάσκει σε ολοήμερο σχολείο, και το 0,92% σε τμήμα ένταξης.

Πίνακας 5. Πόσα χρόνια εργάζεστε ως εκπαιδευτικός πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης;

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	0 – 5 χρόνια	8	7,9	7,9
	6 – 10 χρόνια	29	28,7	36,6
	11 – 15 χρόνια	24	23,8	60,4
	16 – 20 χρόνια	11	10,9	71,3
	Από 21 χρόνια και πάνω	29	28,7	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

Γράφημα 5. Πόσα χρόνια εργάζεστε ως εκπαιδευτικός πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης;

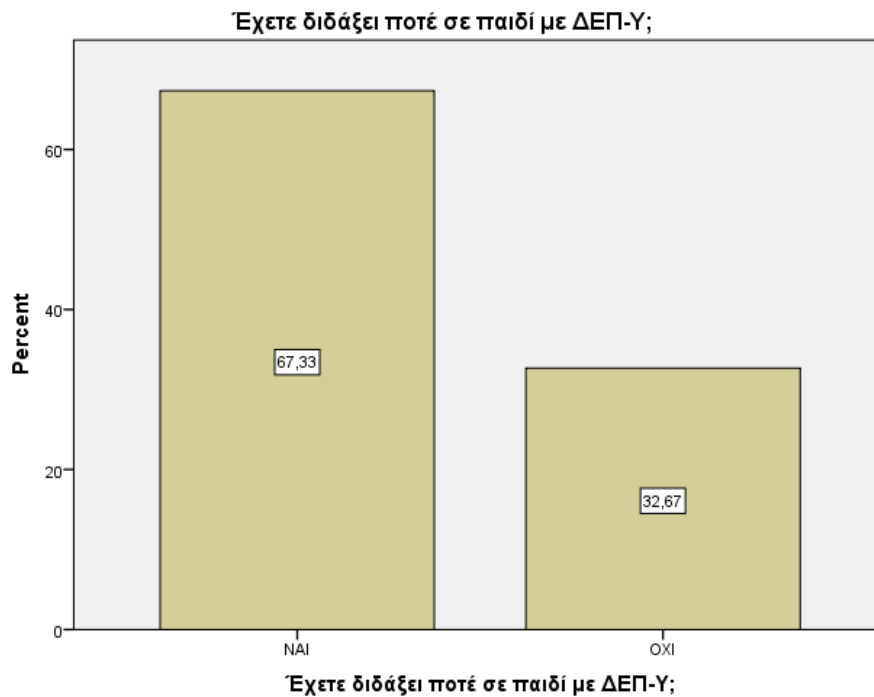


Όσον αφορά στα χρόνια που εργάζονται ως εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι ερωτηθέντες δήλωσαν προϋπηρεσία κατά 7,92% από 0 – 5 χρόνια, κατά 28,71% από 6 – 10 χρόνια, κατά 23,76% από 11 – 15 χρόνια, κατά 10,89% από 16 – 20 χρόνια και κατά 28,71% από 21 χρόνια και πάνω.

Πίνακας 6. Έχετε διδάξει ποτέ σε παιδί με ΔΕΠ-Υ;

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	ΝΑΙ	68	67,3	67,3
	ΟΧΙ	33	32,7	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

Γράφημα 6. Έχετε διδάξει ποτέ σε παιδί με ΔΕΠ-Υ;

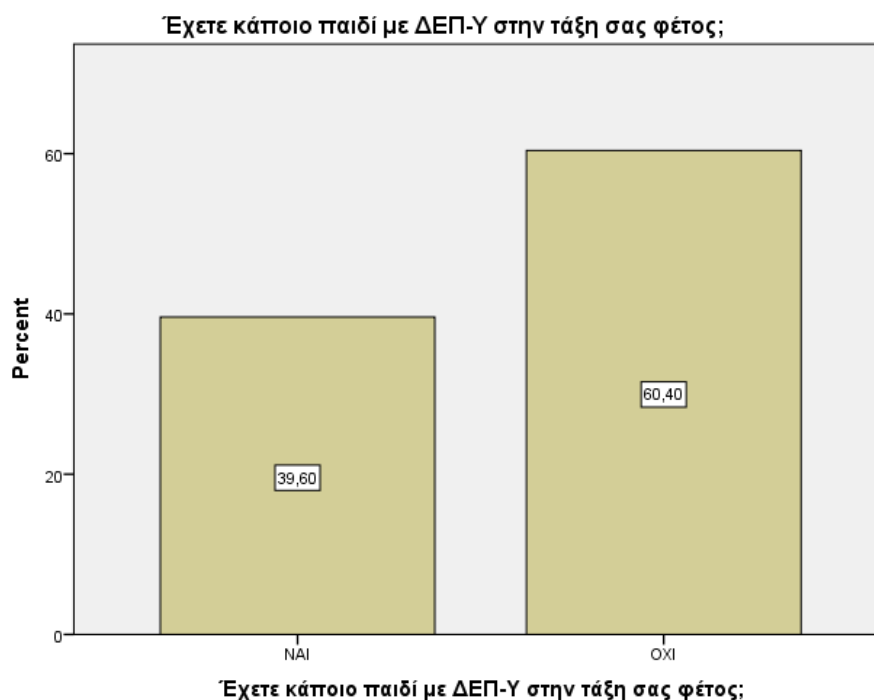


Σχετικά με το αν οι ερωτηθέντες έχουν διδάξει ποτέ σε παιδί με ΔΕΠ-Υ, εδώ το 67,33% απαντά θετικά και το 32,67% απαντά αρνητικά.

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

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	ΝΑΙ	40	39,6	39,6
	ΟΧΙ	61	60,4	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

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



Όσον αφορά το αν φέτος έχουν στην τάξη τους κάποιο παιδί με ΔΕΠ-Υ, το 39,60% απαντά θετικά και το 60,4% απαντά αρνητικά. Το 39,60% είναι ένα αρκετά υψηλό ποσοστό το οποίο υποδεικνύει το πόσο διαδεδομένη είναι η διαταραχή και συνάδει με τις αναφορές που έγιναν παραπάνω σχετικά με τον επιπολασμό της ΔΕΠ-Υ.

Πίνακας 8. Τι επίπεδο σπουδών έχετε;

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Βασικό πτυχίο	60	59,4	59,4
	Δεύτερο πτυχίο	6	5,9	65,3
	Ετήσια ή διετή μετεκπαίδευση ή εξειδίκευση	16	15,8	81,2
	Μεταπτυχιακό	19	18,8	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

Γράφημα 8. Τι επίπεδο σπουδών έχετε;

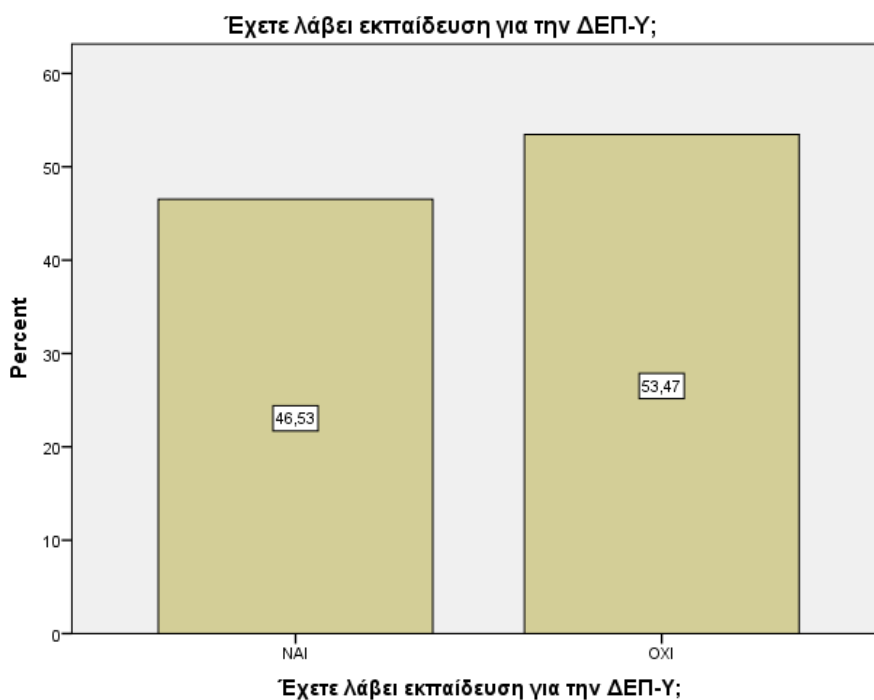


Σχετικά με το επίπεδο σπουδών των ερωτηθέντων, εδώ το 59,41% απαντά ότι κατέχει το βασικό πτυχίο, το 5,94% απαντά ότι κατέχει δεύτερο πτυχίο, το 15,84% απαντά ότι έχει ετήσια ή διετή μετεκπαίδευση ή εξειδίκευση και το 18,81% απαντά ότι κατέχει μεταπτυχιακό.

Πίνακας 9. Έχετε λάβει εκπαίδευση για την ΔΕΠ-Υ;

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	ΝΑΙ	47	46,5	46,5
	ΟΧΙ	54	53,5	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

Γράφημα 9. Έχετε λάβει εκπαίδευση για την ΔΕΠ-Υ;



Όσον αφορά στο αν έχουν λάβει εκπαίδευση για την ΔΕΠ-Υ, το 46,53% των ερωτηθέντων απαντά θετικά και το 53,47% απαντά αρνητικά.

Πίνακας 10. Αν ναι τι είδους εκπαίδευση έχετε λάβει;

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Τυπική (μεταπτυχιακό, μετεκπαίδευση)	4	5,5	5,5
	Μη τυπική (συνέδρια-σεμινάρια, εξειδίκευση)	39	53,4	58,9
	Άτυπη (έντυπος τύπος, βιβλία, γνωστοί)	30	41,1	100,0
	Σύνολο	73	100,0	

Γράφημα 10. Αν ναι τι είδους εκπαίδευση έχετε λάβει;



Σε όσους απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση, τέθηκε μια επιπλέον ερώτηση που αφορούσε το τι είδος εκπαίδευση έχουν λάβει. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε το είδος της εκπαίδευσης καθώς αυτό υποδεικνύει τα μέσα που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί για την ενημέρωση και τη περαιτέρω εκπαίδευση τους. Εδώ το 5,48% απάντησε τυπική, δηλαδή μεταπτυχιακό ή μετεκπαίδευση, το 53,42% απάντησε μη τυπική, δηλαδή συνέδρια – σεμινάρια ή εξειδίκευση, και το 41,1% απάντησε άτυπη, δηλαδή έντυπο τύπο, βιβλία και πληροφορίες από γνωστούς.

## 5.2 Γνώση των εκπαιδευτικών για την ΔΕΠ-Υ

Στην παρακάτω υπο-ενότητα θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που αξιολογούν την γνώση των εκπαιδευτικών ως προς τα δείγματα για την ΔΕΠ-Υ.

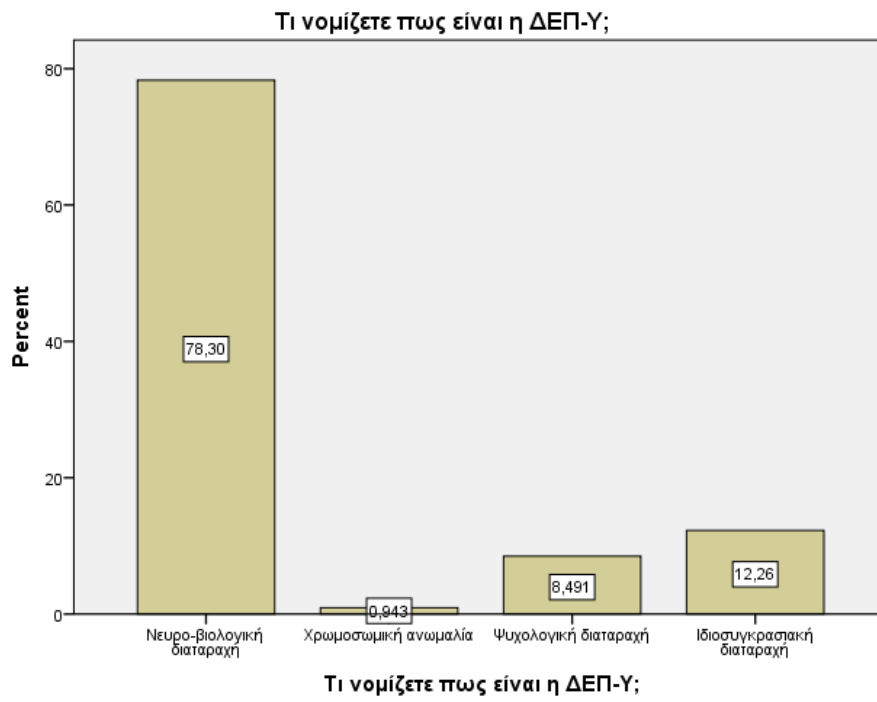
Στην ερώτηση σχετικά με το τι νομίζουν ότι είναι η ΔΕΠ-Υ, το 78,3% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι είναι νευρο - βιολογική διαταραχή, το 0,94% ότι είναι χρωμοσωμική ανωμαλία, το 8,49% ότι είναι ψυχολογική διαταραχή και το 12,26% ότι είναι ιδιοσυγκρασιακή διαταραχή. Οι εκπαιδευτικοί οι οποίοι δεν γνωρίζουν την νευροβιολογική βάση της διαταραχής αντιστοιχούν σε ποσοστό της τάξης του 21,69%, ένα αρκετά υψηλό ποσοστό το οποίο υποδεικνύει την έλλειψη γνώσης σε άκρως θεμελιώδη στοιχεία σχετικά με την ΔΕΠ-Υ. Τα αποτελέσματα για την ερώτηση 11 του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται συνοπτικά και συγκεντρωτικά στον παρακάτω πίνακα και στο διάγραμμα που ακολουθεί.

Πίνακας 11. Τι νομίζετε πως είναι η ΔΕΠ-Υ;

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Νευρο-βιολογική διαταραχή	83	78,3	78,3
	Χρωμοσωμική ανωμαλία	1	,9	79,2
	Ψυχολογική διαταραχή	9	8,5	87,7
	Ιδιοσυγκρασιακή διαταραχή	13	12,3	100,0
	Σύνολο	106	100,0	



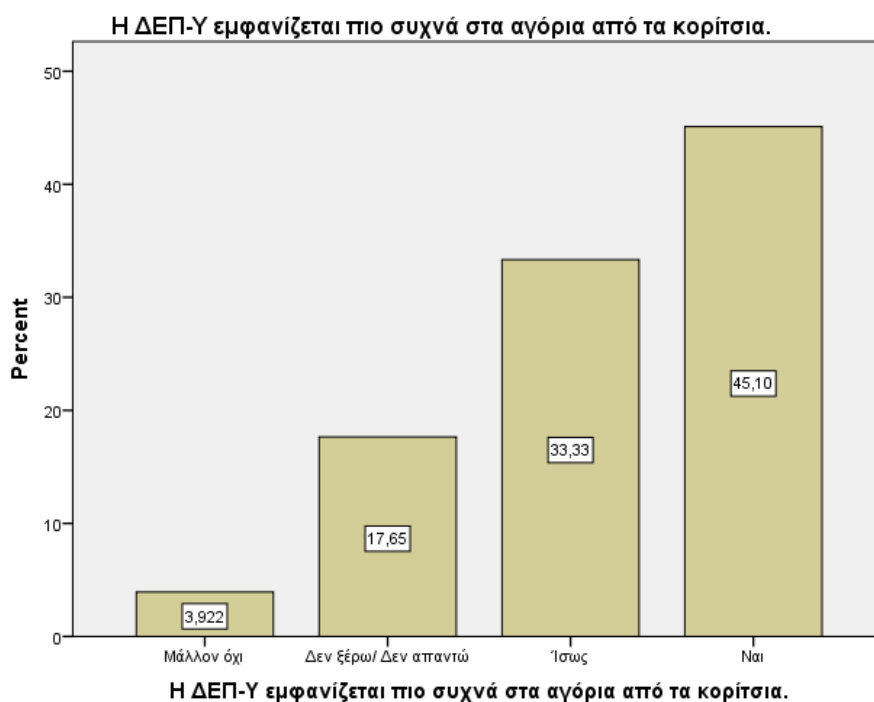
Γράφημα 11. Τι νομίζετε πως είναι η ΔΕΠ-Υ;



Πίνακας 12. Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται πιο συχνά στα αγόρια από τα κορίτσια

		Συχνότη τα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	3	3,0	3,0
	Μάλλον όχι	4	4,0	6,9
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	18	17,8	24,8
	Ίσως	39	38,6	63,4
	Ναι	37	36,6	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

Γράφημα 12. Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται πιο συχνά στα αγόρια από τα κορίτσια



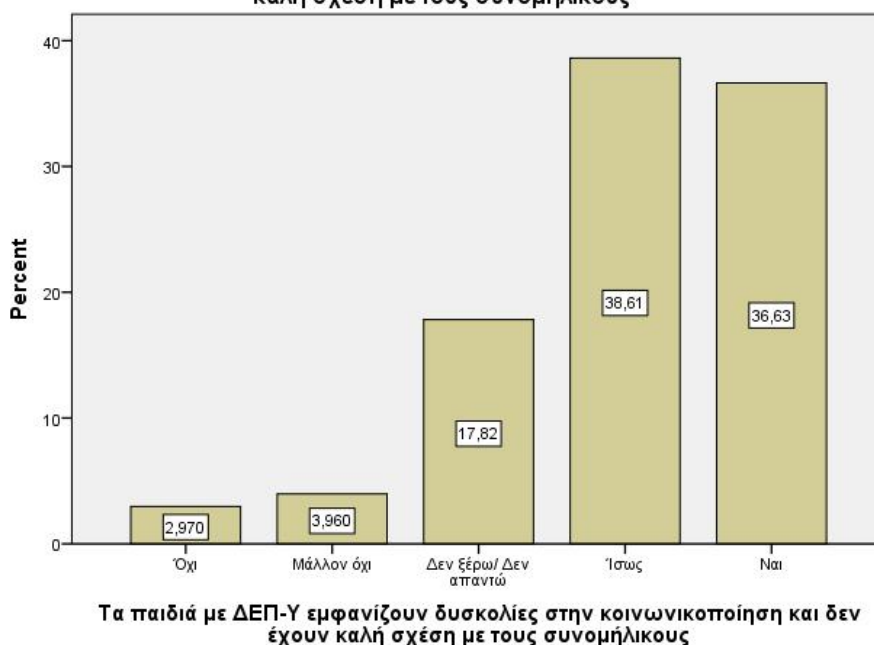
Σχετικά με το αν θεωρούν ότι η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται πιο συχνά στα αγόρια από ό,τι στα κορίτσια, το 2,97% απάντησε όχι, το 3,96% απάντησε μάλλον όχι, το 17,82% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 38,61% απάντησε ίσως και το 36,63% απάντησε ναι. Το ποσοστό των εκπαιδευτικών που δεν γνωρίζουν πως η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζεται συχνότερα σε άτομα του αρσενικού φύλου είναι αρκετά υψηλό, κάτι που εντείνει την άποψη πως αγνοούν σημαντικά στοιχεία σχετικά με τη διαταραχή.

Πίνακας 13. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση και δεν έχουν καλή σχέση με τους συνομήλικους

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	3	3,0	3,0
	Μάλλον όχι	4	4,0	6,9
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	18	17,8	24,8
	Ίσως	39	38,6	63,4
	Ναι	37	36,6	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

Γράφημα 13. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση και δεν έχουν καλή σχέση με τους συνομήλικους

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση και δεν έχουν καλή σχέση με τους συνομήλικους



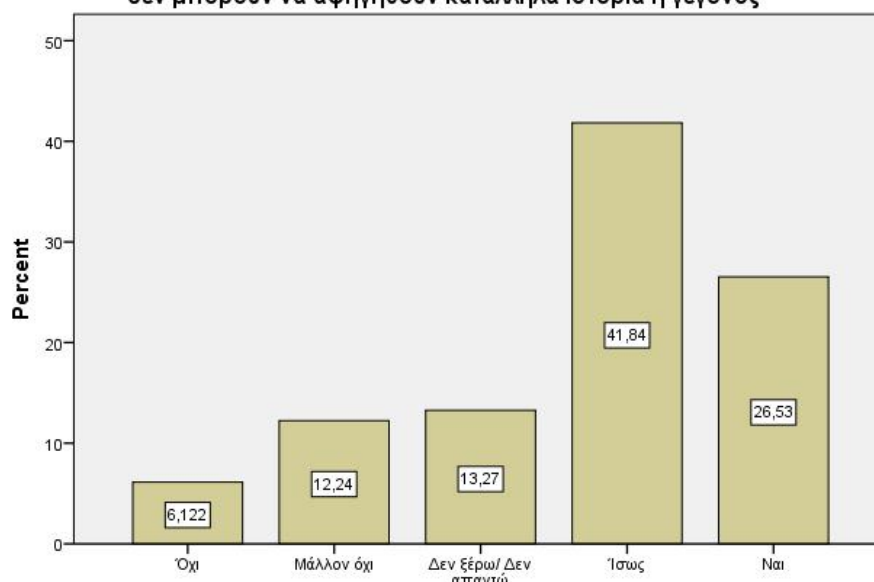
Σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση και δεν έχουν καλή σχέση με τους συνομήλικους, το 2,97% απάντησε όχι, το 3,96% απάντησε μάλλον όχι, το 17,82% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 38,61% απάντησε ίσως και το 36,63% απάντησε ναι. Η αντίληψη των εκπαιδευτικών για τις συμπεριφορικές δυσκολίες και τις σχέσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τους συνομήλικους τους είναι υψηλότερη από την γνώση τους σχετικά με τα χαρακτηριστικά και την αιτιολογία της διαταραχής.

Πίνακας 14. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στην χρήση του λόγου και συχνά δεν μπορούν να αφηγηθούν κατάλληλα ιστορία ή γεγονός

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	6	6,1	6,1
	Μάλλον όχι	12	12,2	18,4
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	13	13,3	31,6
	Ίσως	41	41,8	73,5
	Ναι	26	26,5	100,0
	Σύνολο	98	100,0	

Γράφημα 14. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στην χρήση του λόγου και συχνά δεν μπορούν να αφηγηθούν κατάλληλα ιστορία ή γεγονός

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στην χρήση του λόγου και συχνά δεν μπορούν να αφηγηθούν κατάλληλα ιστορία ή γεγονός



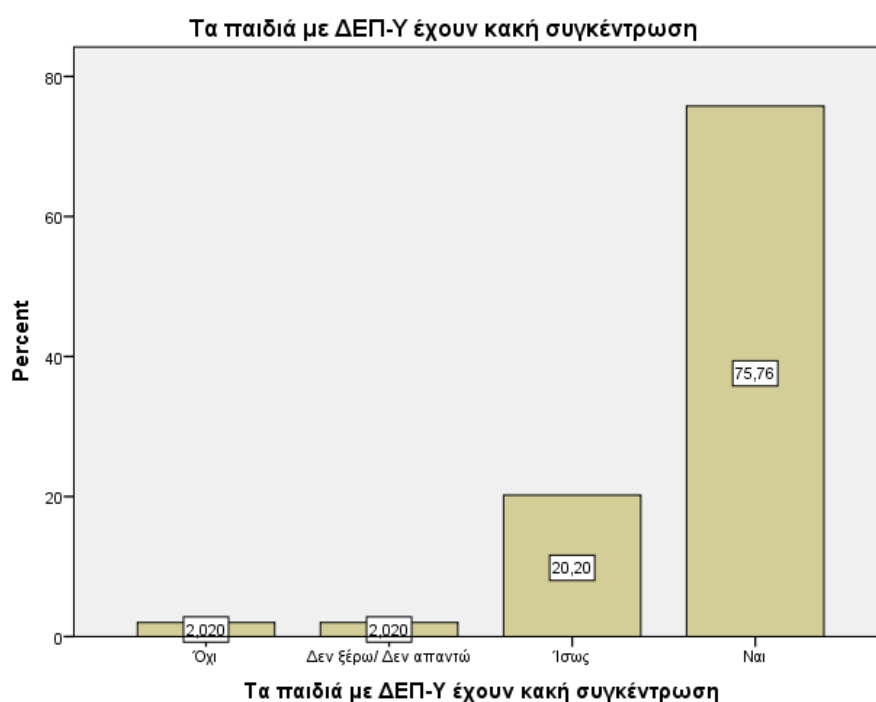
Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στην χρήση του λόγου και συχνά δεν μπορούν να αφηγηθούν κατάλληλα ιστορία ή γεγονός

Σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στην χρήση του λόγου και συχνά δεν μπορούν να αφηγηθούν κατάλληλα ιστορία ή γεγονός, το 6,12% απάντησε όχι, το 12,24% απάντησε μάλλον όχι, το 13,27% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 41,84% απάντησε ίσως και ένα επιπλέον 26,53% απάντησε ναι. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί απάντησαν λανθασμένα σε πολύ υψηλό ποσοστό της τάξης του 31,63% στη συγκεκριμένη ερώτηση, η οποία αφορά τη χρήση του λόγου και την ικανότητα της αφήγησης, καθώς οι δεξιότητες αυτές είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την επίδοση των μαθητών στις σχολικές απαιτήσεις.

Πίνακας 15. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν κακή συγκέντρωση

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	2	2,0	2,0
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	2	2,0	4,0
	Ίσως	20	20,2	24,2
	Ναι	75	75,8	100,0
	Σύνολο	99	100,0	

Γράφημα 15. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν κακή συγκέντρωση

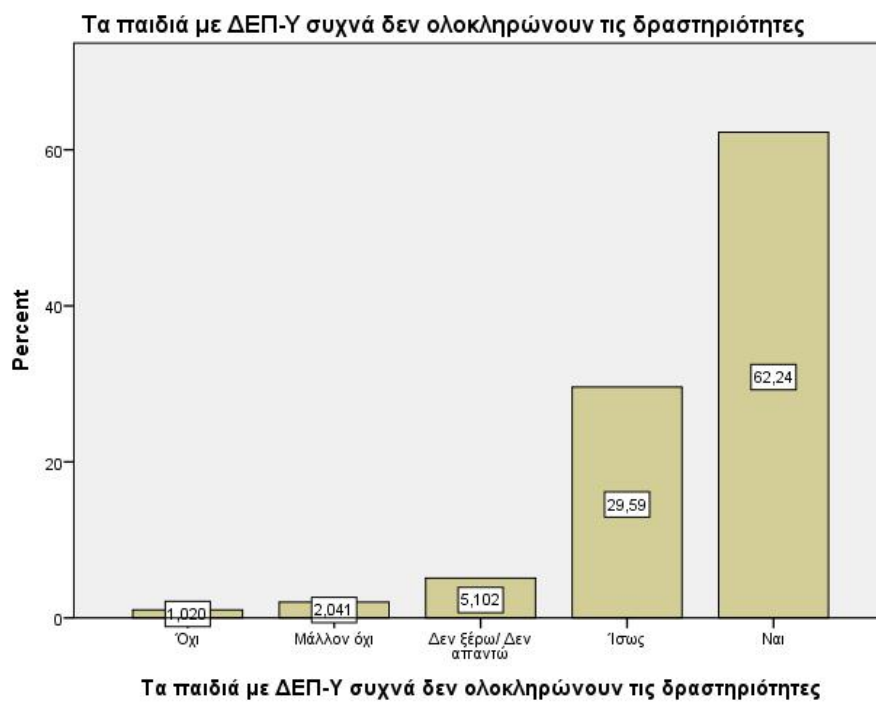


Σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν κακή συγκέντρωση, το 2,02% απάντησε όχι, ένα επιπλέον 2,02% ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 20,2% απάντησε ίσως και το 75,76% απάντησε ναι.

Πίνακας 16. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά δεν ολοκληρώνουν τις δραστηριότητες

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	1	1,0	1,0
	Μάλλον όχι	2	2,0	3,1
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	5	5,1	8,2
	Ίσως	29	29,6	37,8
	Ναι	61	62,2	100,0
	Σύνολο	98	100,0	

Γράφημα 16. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά δεν ολοκληρώνουν τις δραστηριότητες

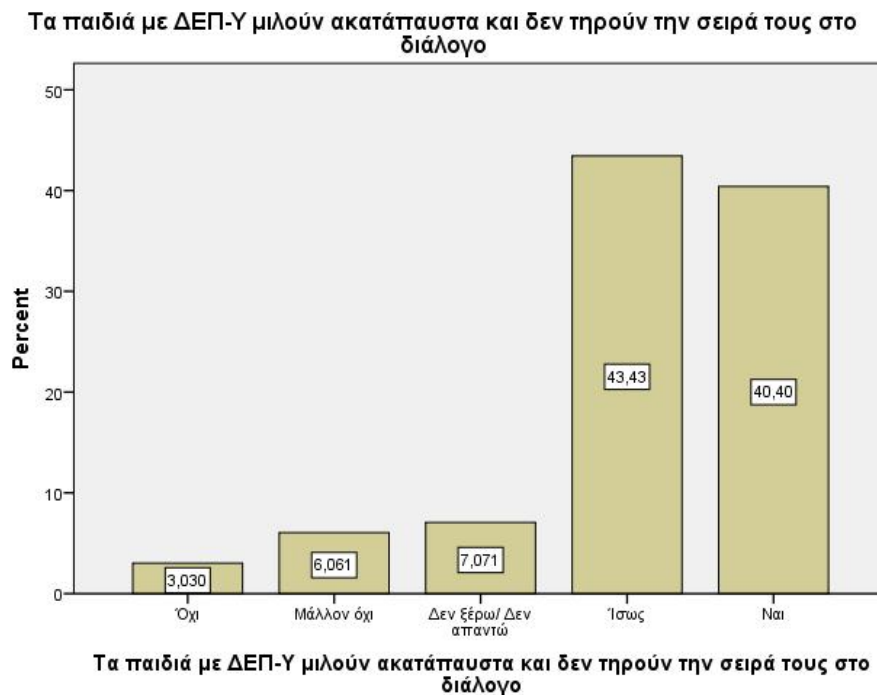


Σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά δεν ολοκληρώνουν τις δραστηριότητες, το 1,02% απάντησε μάλλον όχι, το 2,04% απάντησε μάλλον όχι, το 5,1% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 29,59% απάντησε ίσως και το 62,24% απάντησε ναι.

Πίνακας 17. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μιλούν ακατάπαυστα και δεν τηρούν την σειρά τους στο διάλογο

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	3	3,0	3,0
	Μάλλον όχι	6	6,1	9,1
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	7	7,1	16,2
	Ίσως	43	43,4	59,6
	Ναι	40	40,4	100,0
	Σύνολο	99	100,0	

Γράφημα 17. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μιλούν ακατάπαυστα και δεν τηρούν την σειρά τους στο διάλογο



Σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μιλούν ακατάπαυστα και δεν τηρούν την σειρά τους στο διάλογο, το 3,03% απάντησε όχι, το 6,06% απάντησε μάλλον όχι, το 7,07% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 43,43% απάντησε ίσως και ένα επιπλέον 40,4% απάντησε ναι.

Πίνακας 18. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποδιοργανώνονται όταν δεν ακολουθούν τις καθημερινές τους ρουτίνες

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Μάλλον όχι	6	5,9	5,9
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	20	19,8	25,7
	Ίσως	35	34,7	60,4
	Ναι	40	39,6	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

Γράφημα 18. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποδιοργανώνονται όταν δεν ακολουθούν τις καθημερινές τους ρουτίνες

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποδιοργανώνονται όταν δεν ακολουθούν τις καθημερινές τους ρουτίνες



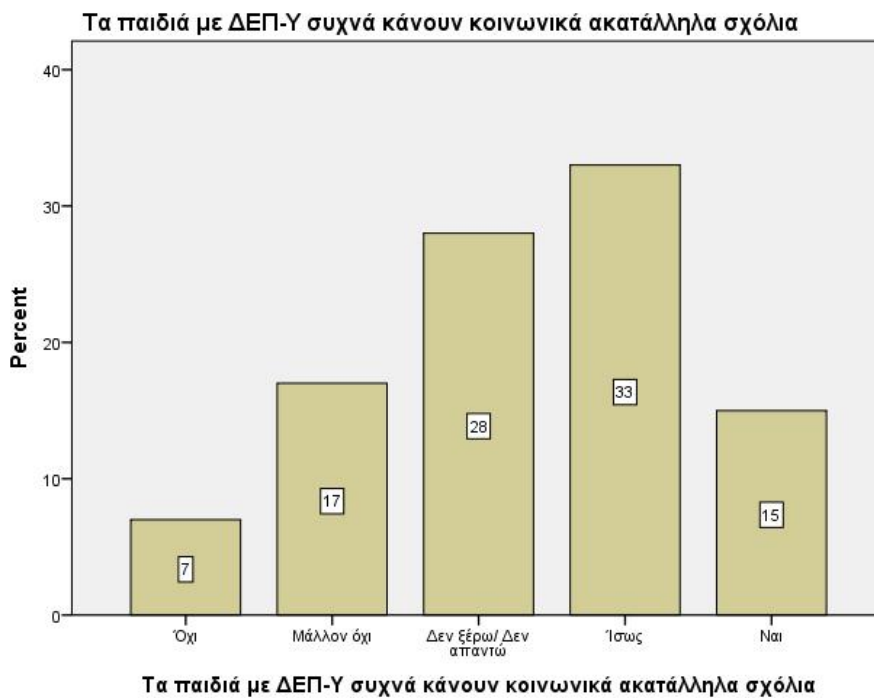
Σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποδιοργανώνονται όταν δεν ακολουθούν τις καθημερινές τους ρουτίνες, το 5,94% απάντησε όχι, το 19,8% απάντησε μάλλον όχι, το 34,65% απάντησε ίσως και ένα επιπλέον 39,6% απάντησε ναι.



Πίνακας 19. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά κάνουν κοινωνικά ακατάλληλα σχόλια

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	7	7,0	7,0
	Μάλλον όχι	17	17,0	24,0
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	28	28,0	52,0
	Ίσως	33	33,0	85,0
	Ναι	15	15,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	

Γράφημα 19. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά κάνουν κοινωνικά ακατάλληλα σχόλια



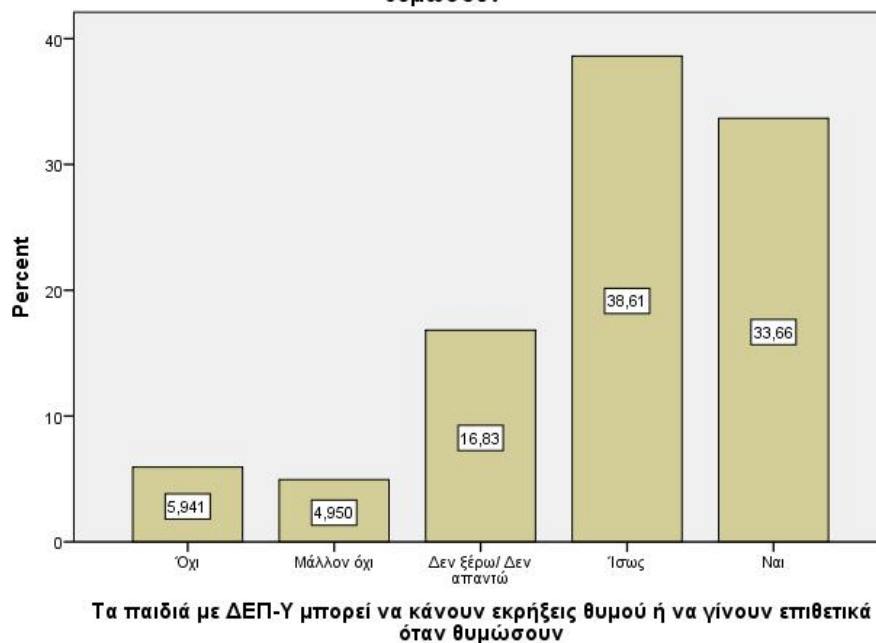
Σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά κάνουν κοινωνικά ακατάλληλα σχόλια, το 7% απάντησε όχι, το 17% απάντησε μάλλον όχι, το 28% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 33% απάντησε ίσως και το 15% απάντησε ναι.

Πίνακας 20. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να κάνουν εκρήξεις θυμού ή να γίνουν επιθετικά όταν θυμώσουν

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	6	5,9	5,9
	Μάλλον όχι	5	5,0	10,9
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	17	16,8	27,7
	Ίσως	39	38,6	66,3
	Ναι	34	33,7	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

Γράφημα 20. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να κάνουν εκρήξεις θυμού ή να γίνουν επιθετικά όταν θυμώσουν

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να κάνουν εκρήξεις θυμού ή να γίνουν επιθετικά όταν θυμώσουν

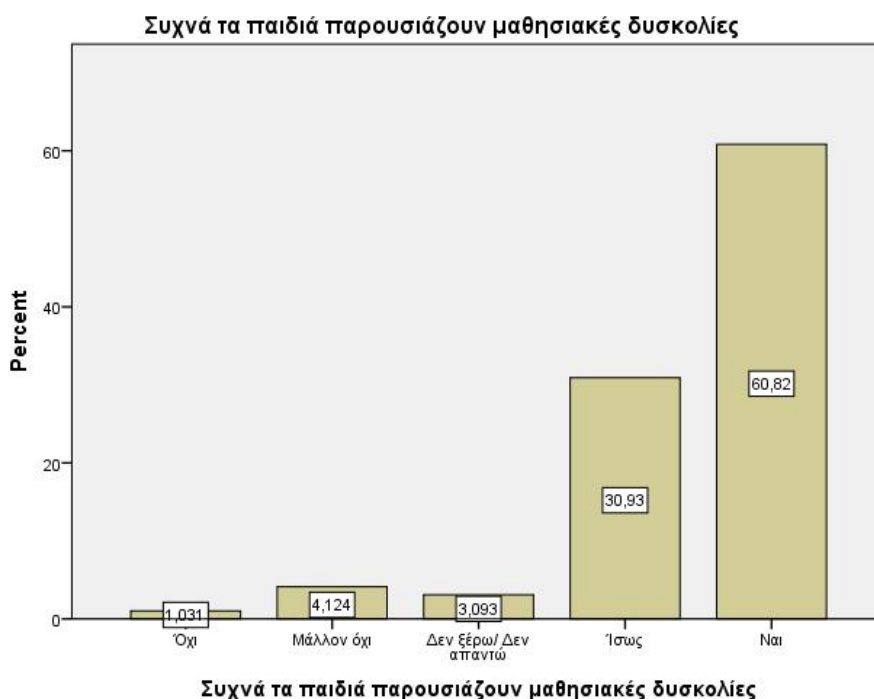


Σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να κάνουν εκρήξεις θυμού ή να γίνουν επιθετικά όταν θυμώσουν, το 5,94% απάντησε όχι, το 4,95% απάντησε μάλλον όχι, το 16,83% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 38,61% απάντησε ίσως και το 33,66% απάντησε ναι.

Πίνακας 21. Συχνά τα παιδιά παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	1	1,0	1,0
	Μάλλον όχι	4	4,1	5,2
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	3	3,1	8,2
	Ίσως	30	30,9	39,2
	Ναι	59	60,8	100,0
	Σύνολο	97	100,0	

Γράφημα 21. Συχνά τα παιδιά παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες

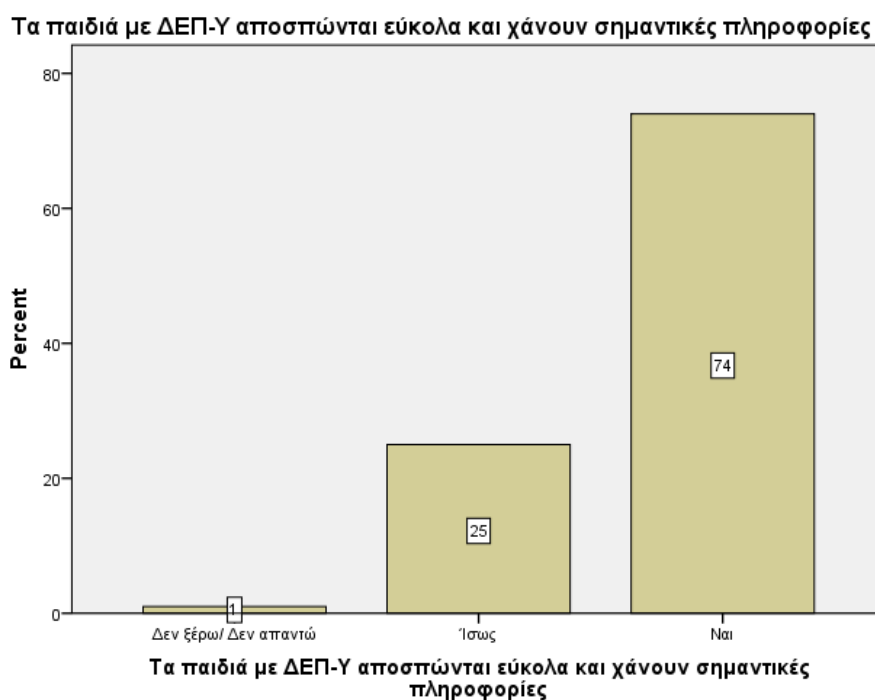


Σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα παιδιά συχνά παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες, το 1,03% απάντησε όχι, το 4,12% απάντησε μάλλον όχι, το 3,09% ότι δεν ξέρουν ή δεν απαντούν, το 30,93% απάντησε ίσως και το 60,82% απάντησε ναι. Είναι εμφανές πως η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών γνωρίζει την συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με τις μαθησιακές δυσκολίες, κάτι το οποίο είναι θετικό διότι μας δείχνει ότι αναμένουν δυσκολίες στη μάθηση τις οποίες θα προσπαθήσουν να μειώσουν μέσα στο σχολικό περιβάλλον και μέσω της μαθησιακής διαδικασίας.

Πίνακας 22. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποσπώνται εύκολα και χάνουν σημαντικές πληροφορίες

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	1	1,0	1,0
	Ίσως	25	25,0	26,0
	Ναι	74	74,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	

Γράφημα 22. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποσπώνται εύκολα και χάνουν σημαντικές πληροφορίες

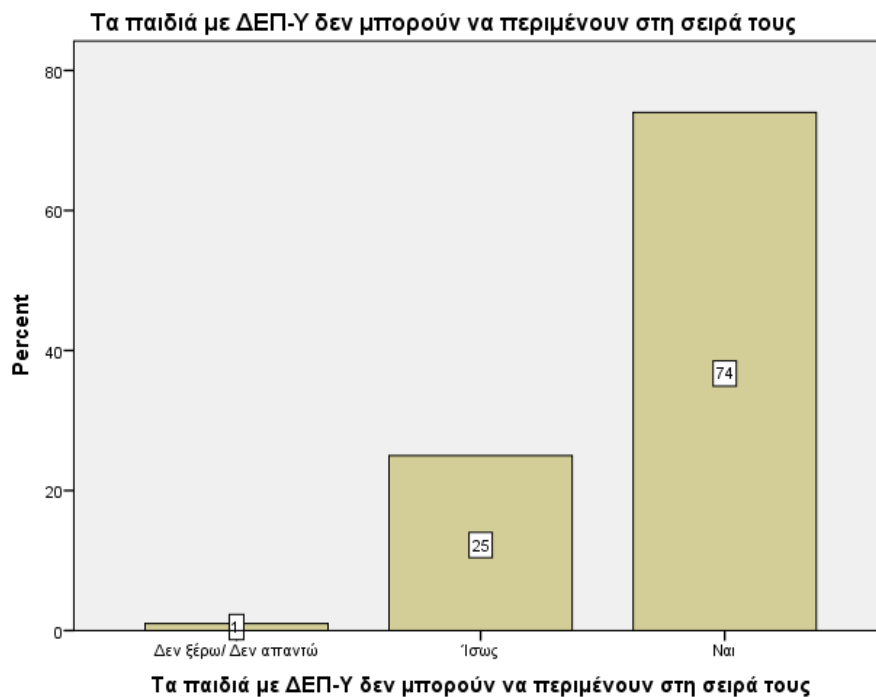


Σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποσπώνται εύκολα και χάνουν σημαντικές πληροφορίες, το 1% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 25% απάντησε ίσως και το 74% απάντησε ναι.

Πίνακας 23. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να περιμένουν στη σειρά τους

		Συχνότη τα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	1	1,0	1,0
	Ίσως	25	25,0	26,0
	Ναι	74	74,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	

Γράφημα 23. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να περιμένουν στη σειρά τους

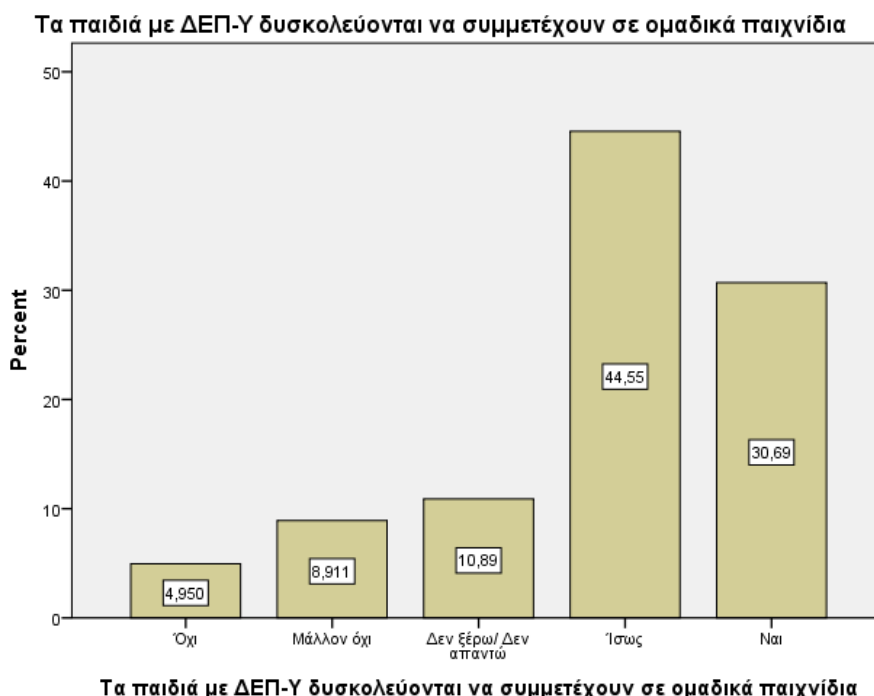


Σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να περιμένουν την σειρά τους, το 1% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 25% απάντησε ίσως και το 74% απάντησε ναι.

Πίνακας 24. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να συμμετέχουν σε ομαδικά παιχνίδια

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	5	5,0	5,0
	Μάλλον όχι	9	8,9	13,9
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	11	10,9	24,8
	Ίσως	45	44,6	69,3
	Ναι	31	30,7	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

Γράφημα 24. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να συμμετέχουν σε ομαδικά παιχνίδια

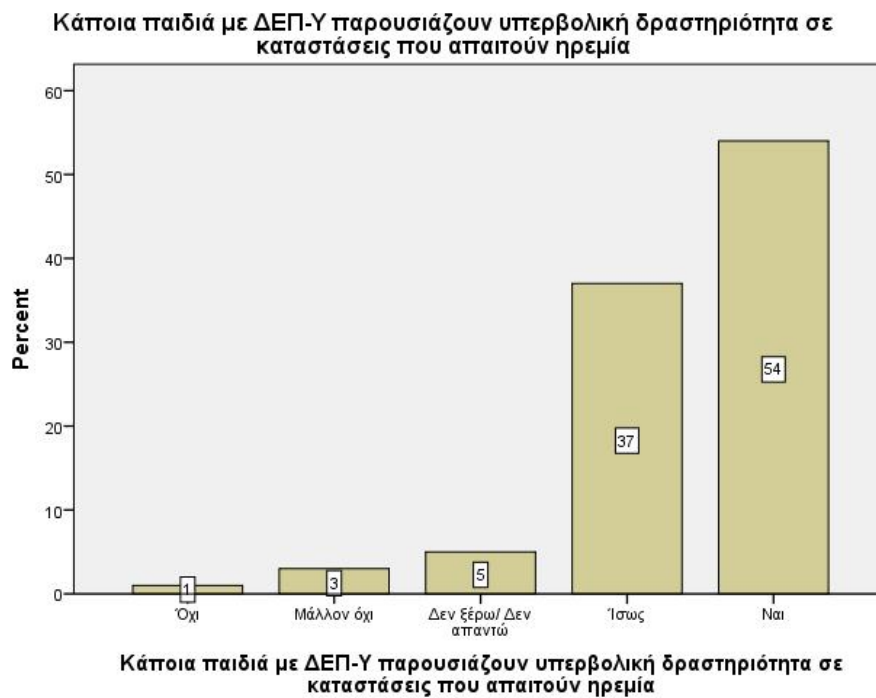


Σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να συμμετέχουν σε ομαδικά παιχνίδια, το 4,95% απάντησε όχι, το 8,91% απάντησε μάλλον όχι, το 10,89% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 44,55% απάντησε ίσως και το 30,69% απάντησε ναι. Οι λανθασμένες απαντήσεις ανέρχονται στο 24,75% υποδεικνύοντας την λανθασμένη άποψη που έχουν οι εκπαιδευτικοί. Η λανθασμένη αντίληψη τους για τις ικανότητες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στα ομαδικά παιχνίδια και δραστηριότητες ενδέχεται να επηρεάζει την αντίληψη τους για τις δραστηριότητες και τα παιχνίδια που οι μαθητές αυτοί πιθανώς να μην μπορούν να ολοκληρώσουν μέσα στο σχολικό πλαίσιο.

Πίνακας 25. Κάποια παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν υπερβολική δραστηριότητα σε καταστάσεις που απαιτούν ηρεμία

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	1	1,0	1,0
	Μάλλον όχι	3	3,0	4,0
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	5	5,0	9,0
	Ίσως	37	37,0	46,0
	Ναι	54	54,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	

Γράφημα 25. Κάποια παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν υπερβολική δραστηριότητα σε καταστάσεις που απαιτούν ηρεμία

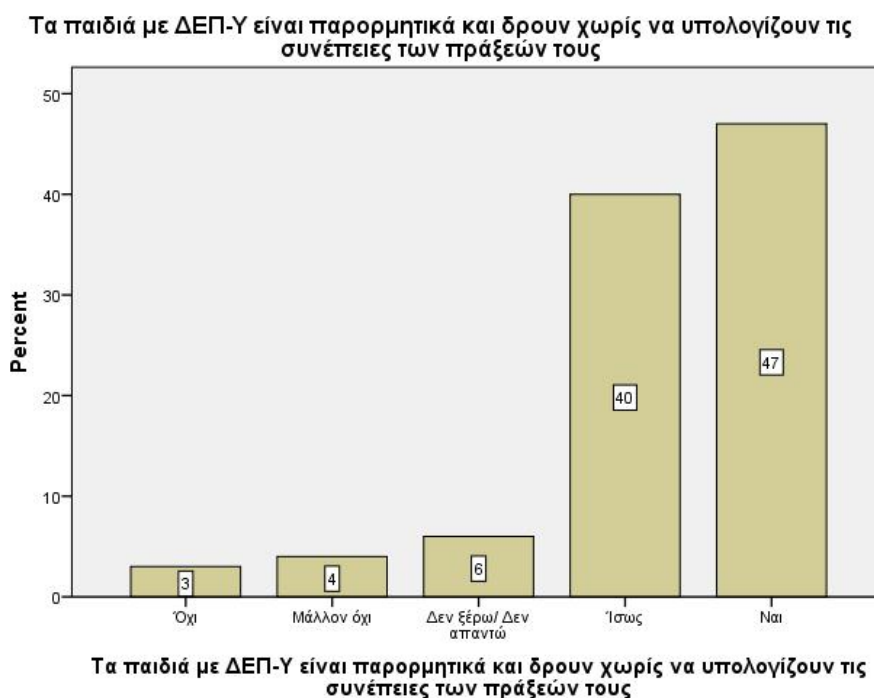


Σχετικά με το αν θεωρούν ότι κάποια παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν υπερβολική δραστηριότητα σε καταστάσεις που απαιτούν ηρεμία, το 1% απάντησε όχι, ένα επιπλέον 3% απάντησε μάλλον όχι, το 5% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 37% απάντησε ίσως και το 54% απάντησε ναι.

Πίνακας 26. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι παρορμητικά και δρουν χωρίς να υπολογίζουν τις συνέπειες των πράξεών τους

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	3	3,0	3,0
	Μάλλον όχι	4	4,0	7,0
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	6	6,0	13,0
	Ίσως	40	40,0	53,0
	Ναι	47	47,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	

Γράφημα 26. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι παρορμητικά και δρουν χωρίς να υπολογίζουν τις συνέπειες των πράξεών τους



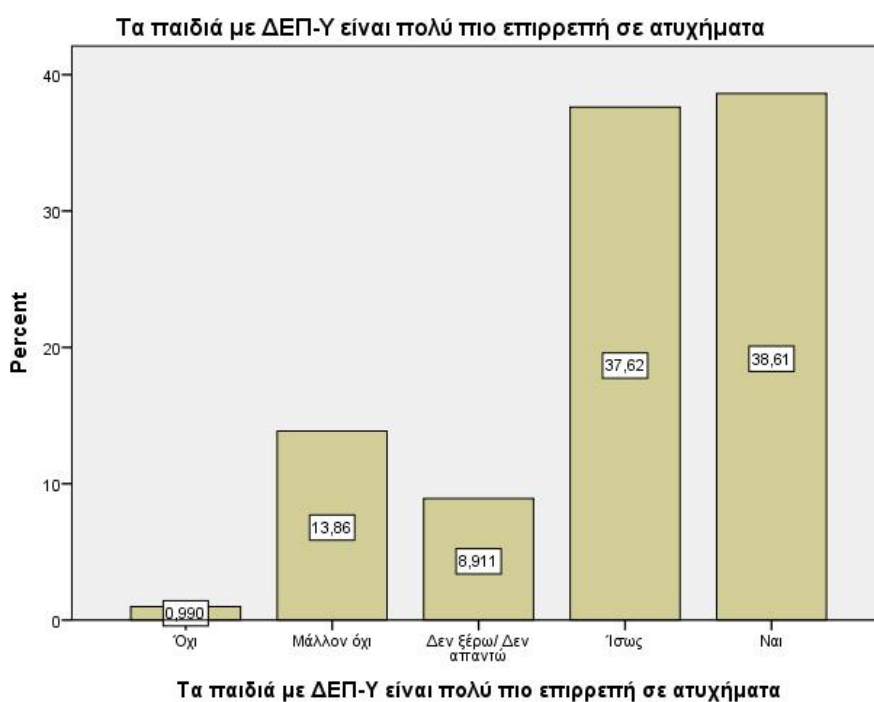
Σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι παρορμητικά και δρουν χωρίς να υπολογίζουν τις συνέπειες των πράξεών τους, το 3% απάντησε όχι, όπως επίσης κατά 4% απάντησαν μάλλον όχι, το 6% απάντησε ότι δεν ξέρουν ή δεν απαντούν, το 40% απάντησε ίσως και το 47% απάντησε ναι.



Πίνακας 27. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πολύ πιο επιρρεπή σε ατυχήματα

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	1	1,0	1,0
	Μάλλον όχι	14	13,9	14,9
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	9	8,9	23,8
	Ίσως	38	37,6	61,4
	Ναι	39	38,6	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

Γράφημα 27. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πολύ πιο επιρρεπή σε ατυχήματα



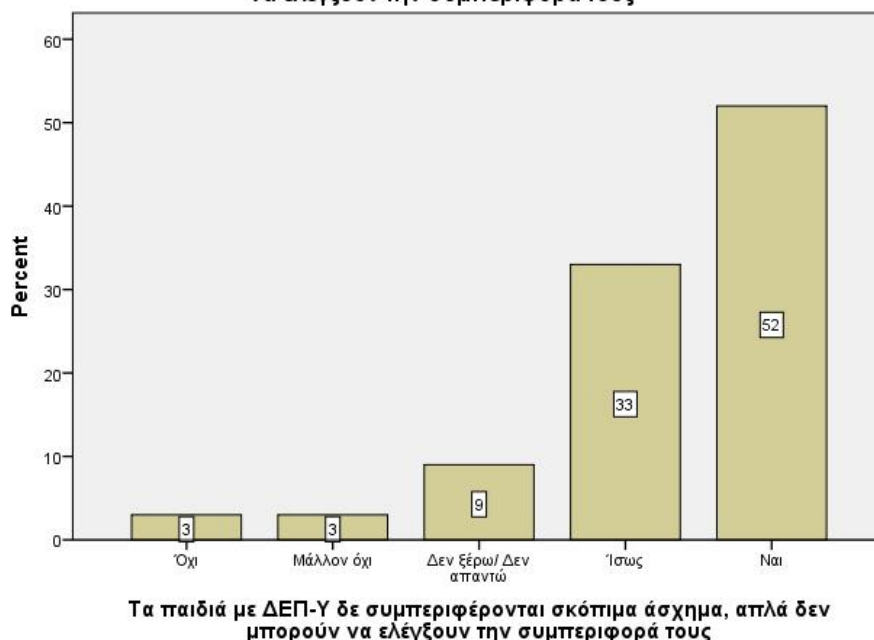
Σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πολύ πιο επιρρεπή σε ατυχήματα, το 0,99 απάντησε όχι, το 13,86% απάντησε μάλλον όχι, το 8,91% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 37,62% απάντησε ίσως και το 38,61% απάντησε ναι.

Πίνακας 28. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δε συμπεριφέρονται σκόπιμα άσχημα, απλά δεν μπορούν να ελέγξουν την συμπεριφορά τους

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	3	3,0	3,0
	Μάλλον όχι	3	3,0	6,0
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	9	9,0	15,0
	Ίσως	33	33,0	48,0
	Ναι	52	52,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	

Γράφημα 28. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δε συμπεριφέρονται σκόπιμα άσχημα, απλά δεν μπορούν να ελέγξουν την συμπεριφορά τους

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δε συμπεριφέρονται σκόπιμα άσχημα, απλά δεν μπορούν να ελέγξουν την συμπεριφορά τους



Σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποσπώνται εύκολα από τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, το 3% απάντησε όχι, το 3% απάντησε μάλλον όχι, το 9% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 33% απάντησε ίσως και το 52% απάντησε ναι. Μεγάλο μέρος των εκπαιδευτικών αναγνωρίζει την απόσπαση των μαθητών με ΔΕΠ-Υ από τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Το αποτέλεσμα αυτό είναι θετικό καθώς ο εκπαιδευτικός θα κάνει τις απαραίτητες τροποποιήσεις στη σχολική αίθουσα και περιβάλλον ώστε να μειωθούν τα ερεθίσματα που παρεμποδίζουν την συγκέντρωση και τη προσοχή των παιδιών αλλά και τρόπους ώστε να διατηρεί το ενδιαφέρον των μαθητών με ΔΕΠ-Υ.

Πίνακας 29. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στο να ακολουθήσουν κανόνες

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	2	2,0	2,0
	Μάλλον όχι	3	3,0	5,0
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	6	5,9	10,9
	Ίσως	45	44,6	55,4
	Ναι	45	44,6	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

Γράφημα 29. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στο να ακολουθήσουν κανόνες

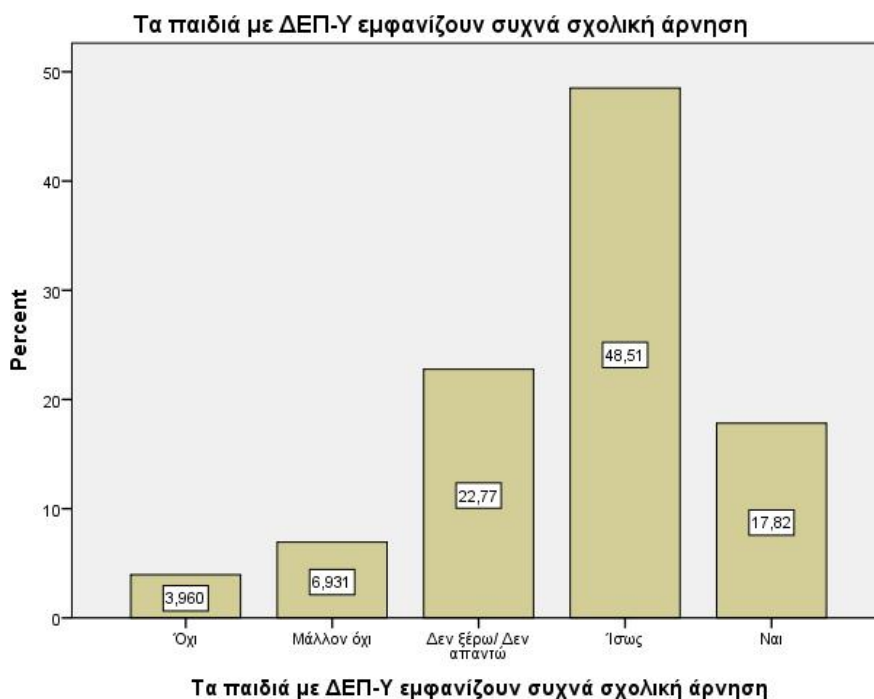


Σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στο να ακολουθήσουν κανόνες, το 1,98% απάντησε όχι, το 2,97% απάντησε μάλλον όχι, το 5,94% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 44,55% απάντησε ίσως και ένα επιπλέον 44,55% απάντησε ναι.

Πίνακας 30. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν συχνά σχολική άρνηση

		Συχνότη τα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	4	4,0	4,0
	Μάλλον όχι	7	6,9	10,9
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	23	22,8	33,7
	Ίσως	49	48,5	82,2
	Ναι	18	17,8	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

Γράφημα 30. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν συχνά σχολική άρνηση

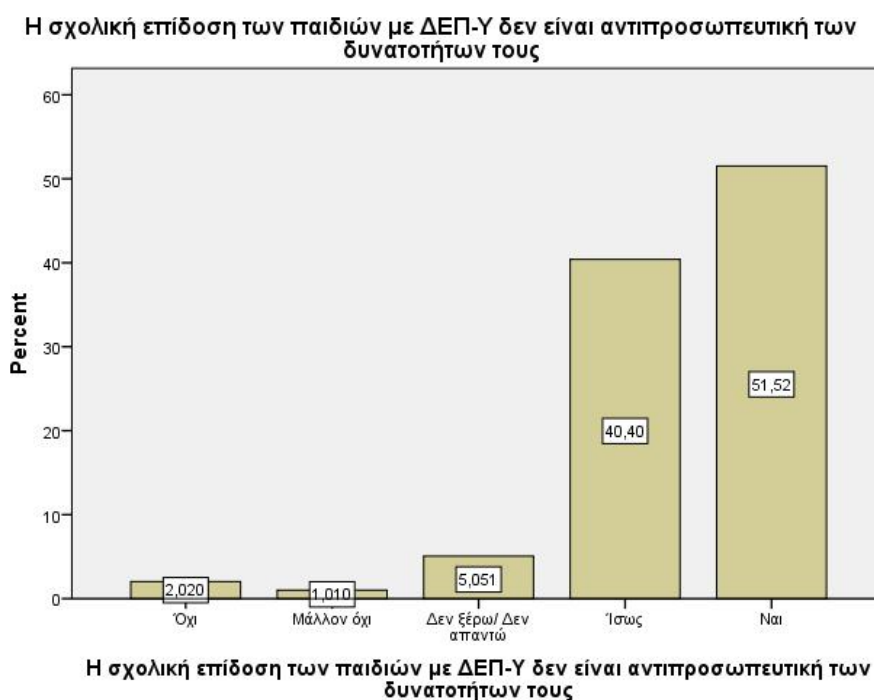


Σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν συχνά σχολική άρνηση, το 3,96% απάντησε όχι, το 6,93% απάντησε μάλλον όχι, το 22,77% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 48,51% απάντησε ίσως και το 17,82% απάντησε ναι. Το ποσοστό των εκπαιδευτικών που γνωρίζει την σχολική άρνηση την οποία παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι χαμηλό. Συνεπώς, οι εκπαιδευτικοί δεν θα εντείνουν τις προσπάθειες τους για την ενίσχυση του ενδιαφέροντος του παιδιού για τη σχολική διαδικασία ούτε θα προσπαθήσουν να εξαλείψουν τις φοβίες του για το σχολείο που προκύπτουν από την επηρεασμένη του επίδοση από τη διαταραχή.

Πίνακας 31. Η σχολική επίδοση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν είναι αντιπροσωπευτική των δυνατοτήτων τους

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	2	2,0	2,0
	Μάλλον όχι	1	1,0	3,0
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	5	5,1	8,1
	Ίσως	40	40,4	48,5
	Ναι	51	51,5	100,0
	Σύνολο	99	100,0	

Γράφημα 31. Η σχολική επίδοση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν είναι αντιπροσωπευτική των δυνατοτήτων τους

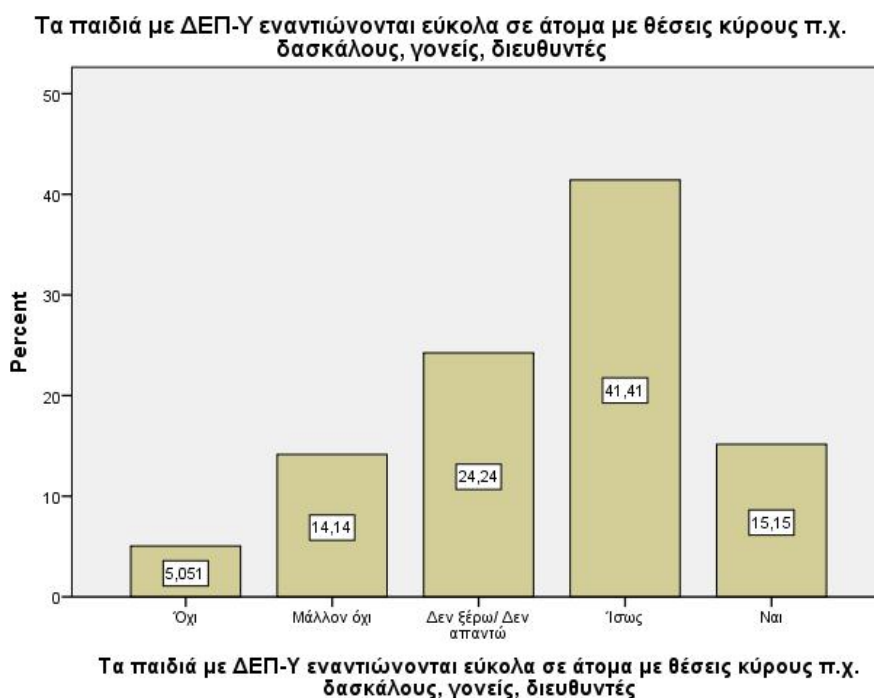


Σχετικά με το αν η σχολική επίδοση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν είναι αντιπροσωπευτική των δυνατοτήτων τους, το 2,02% απάντησε όχι, το 1,01% απάντησε μάλλον όχι, το 5,05% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 40,4% απάντησε ίσως και το 51,52% απάντησε ναι.

Πίνακας 32. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εναντιώνονται εύκολα σε άτομα με θέσεις κύρους π.χ. δασκάλους, γονείς, διευθυντές

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	5	5,1	5,1
	Μάλλον όχι	14	14,1	19,2
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	24	24,2	43,4
	Ίσως	41	41,4	84,8
	Ναι	15	15,2	100,0
	Σύνολο	99	100,0	

Γράφημα 32. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εναντιώνονται εύκολα σε άτομα με θέσεις κύρους π.χ. δασκάλους, γονείς, διευθυντές

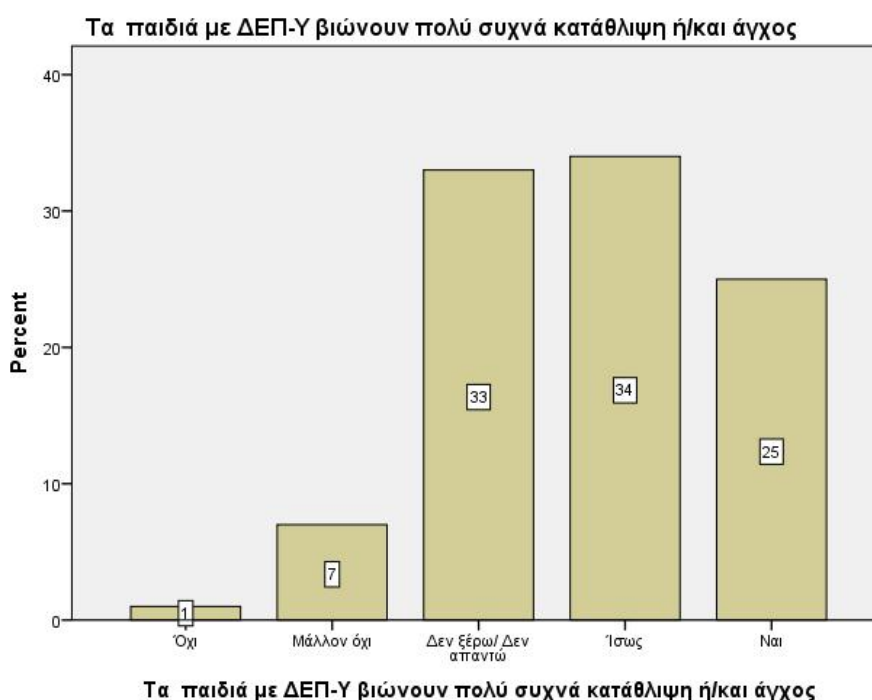


Σχετικά με το αν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εναντιώνονται εύκολα σε άτομα με θέσεις κύρους π.χ. δασκάλους, γονείς, διευθυντές, το 5,05% απάντησε όχι, το 14,14% απάντησε μάλλον όχι, το 24,24% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 41,41% απάντησε ίσως και το 15,15% απάντησε ναι. Είναι αρκετά υψηλό το ποσοστό των εκπαιδευτικών που δεν αναγνωρίζει την εναντίωση που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, σχηματίζοντας με τον τρόπο αυτό λανθασμένη εντύπωση σχετικά με την προσωπικότητα και το χαρακτήρα του παιδιού αλλά και εκλαμβάνοντας προσωπικά την εναντίωση αυτή ως προσβολή για το άτομο τους.

Πίνακας 33. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ βιώνουν πολύ συχνά κατάθλιψη ή/και άγχος

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Όχι	1	1,0	1,0
	Μάλλον όχι	7	7,0	8,0
	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	33	33,0	41,0
	Ίσως	34	34,0	75,0
	Ναι	25	25,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	

Γράφημα 33. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ βιώνουν πολύ συχνά κατάθλιψη ή/και άγχος



Σχετικά με το αν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ βιώνουν πολύ συχνά κατάθλιψη ή/ και άγχος, το 1% απάντησε όχι, το 7% απάντησε μάλλον όχι, το 33% απάντησε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά, το 34% απάντησε ίσως και το 25% απάντησε ναι. Το ποσοστό που γνωρίζει την μεγάλη πιθανότητα συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με κατάθλιψη ή/και άγχος είναι χαμηλό. Η απάντηση αυτή, όπως και οι προηγούμενες, τονίζουν πως οι εκπαιδευτικοί υπολείπονται βασικών γνώσεων σχετικά με τη διαταραχή και συνεπώς δεν θα λάβουν τα σωστά μέτρα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αλλά ούτε και θα συμβουλέψουν ή θα παραπέμψουν τους γονείς κατάλληλα.

### 5.3 Στρατηγικές διαχείρισης ΔΕΠ-Υ

Παρακάτω παρουσιάζονται οι απόψεις των ερωτηθέντων εκπαιδευτικών σχετικά με την διαχείριση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

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

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Ναι	51	50,5	50,5
	Όχι	22	21,8	72,3
	Δεν γνωρίζω	28	27,7	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

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



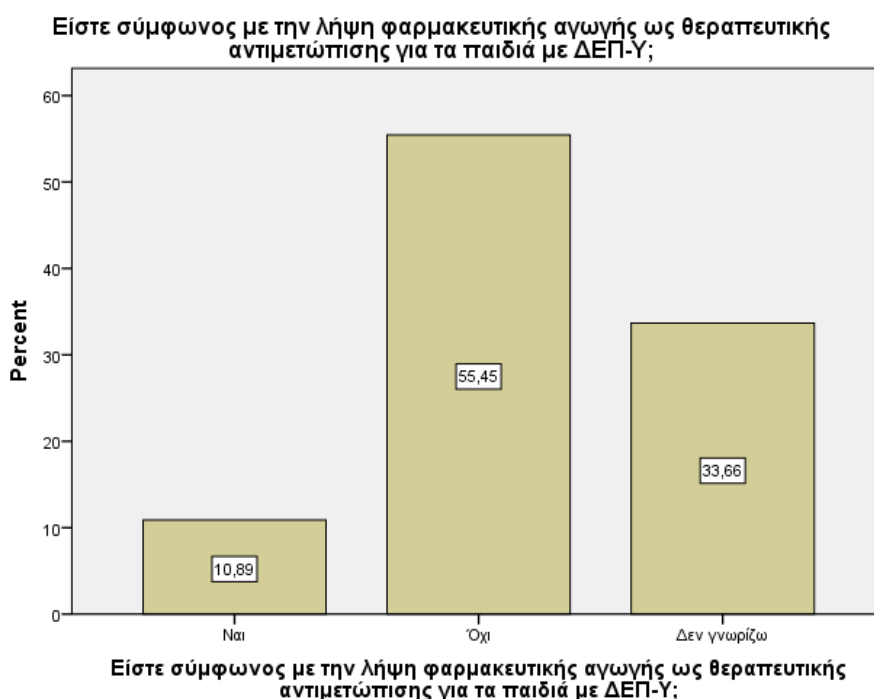
Όσον αφορά το αν θεωρούν οι ερωτηθέντες πως η ΔΕΠ-Υ είναι θεραπεύσιμη διαταραχή, εδώ το 50,5% απαντά θετικά, το 21,78% απαντά αρνητικά, και το 27,72% δηλώνει ότι δεν γνωρίζει. Το ποσοστό που θεωρεί πως η ΔΕΠ-Υ είναι μία διαταραχή που δέχεται θεραπεία και περνά με την πάροδο του χρόνου είναι πολύ υψηλό, ενισχύοντας έτσι την άποψη ότι οι εκπαιδευτικοί στερούνται πολύ βασικών γνώσεων για την συγκεκριμένη διαταραχή.



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

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Ναι	11	10,9	10,9
	Όχι	56	55,4	66,3
	Δεν γνωρίζω	34	33,7	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

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



Σχετικά με το αν οι ερωτηθέντες είναι σύμφωνοι με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής ως θεραπευτικής αντιμετώπισης για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, εδώ το 10,89% απαντά θετικά, το 55,45% απαντά αρνητικά, και το 33,66% απαντά ότι δεν γνωρίζει. Είναι πολύ χαμηλό το ποσοστό των εκπαιδευτικών που συμφωνεί με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Η στάση τους αυτή δικαιολογείται λόγω της έλλειψης γνώσεως τους σχετικά με το νευρολογικό υπόβαθρο της διαταραχής. Οι εκπαιδευτικοί είναι τα άτομα στα οποία οι γονείς έχουν εμπιστοσύνη και απευθύνονται συχνά για συμβουλές. Συνεπώς, η εμμονή των εκπαιδευτικών να εναντιώνονται στην φαρμακευτική αγωγή ενώ αυτή θα μειώσει τα συμπτώματα της διαταραχής και θα βοηθήσει τη λειτουργικότητα των παιδιών αποτελεί εμπόδιο στην ορθή αντιμετώπιση του προβλήματος.

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

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Ναι	81	81,0	81,0
	Όχι	4	4,0	85,0
	Δεν γνωρίζω	15	15,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	

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



Όσον αφορά το αν οι ερωτηθέντες πιστεύουν πως είναι ωφέλιμο να χρησιμοποιείται τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, εδώ το 81% απαντά θετικά, το 4% απαντά αρνητικά, και το 15% απαντά ότι δεν γνωρίζει. Είναι ενθαρρυντικό το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος του συνόλου των εκπαιδευτικών γνωρίζει μία μέθοδο που δύναται να ακολουθήσουν μέσα στο σχολικό πλαίσιο και θα βοηθήσει σημαντικά στην συμπεριφορά και εκπαίδευση των μαθητών με ΔΕΠ-Υ.

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

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Ναι	85	84,2	84,2
	Όχι	3	3,0	87,1
	Δεν γνωρίζω	13	12,9	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

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

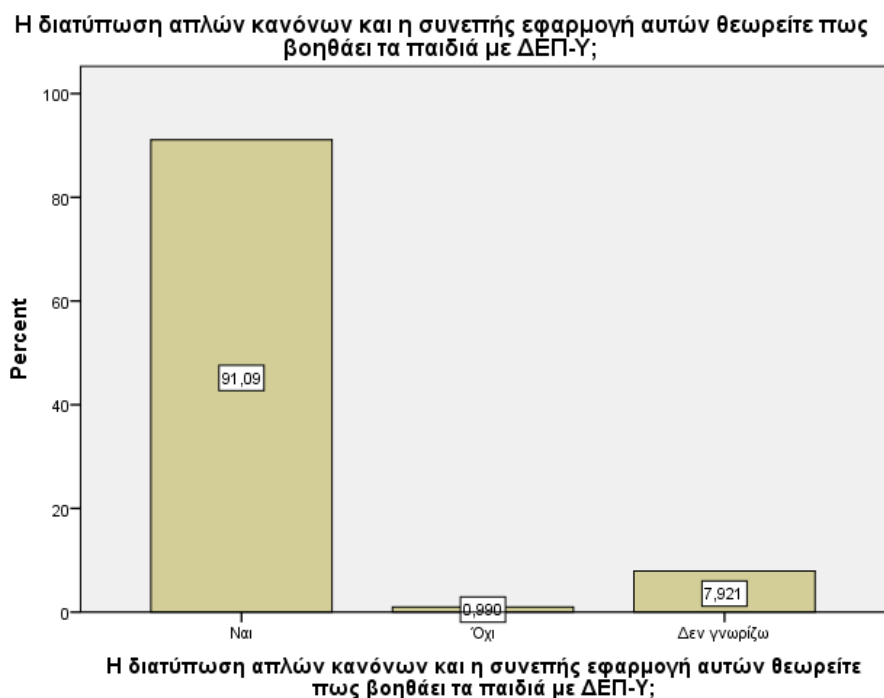


Σχετικά με το αν κρίνουν ότι είναι αποτελεσματικότερο να χρησιμοποιείται την τεχνική της άμεσης ενίσχυσης ή των φυσικών συνεπειών από ότι την τιμωρία στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, το 84,16% απαντά θετικά, το 2,97% απαντά αρνητικά, και το 12,87% απαντά ότι δεν γνωρίζει.

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

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Ναι	92	91,1	91,1
	Όχι	1	1,0	92,1
	Δεν γνωρίζω	8	7,9	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

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

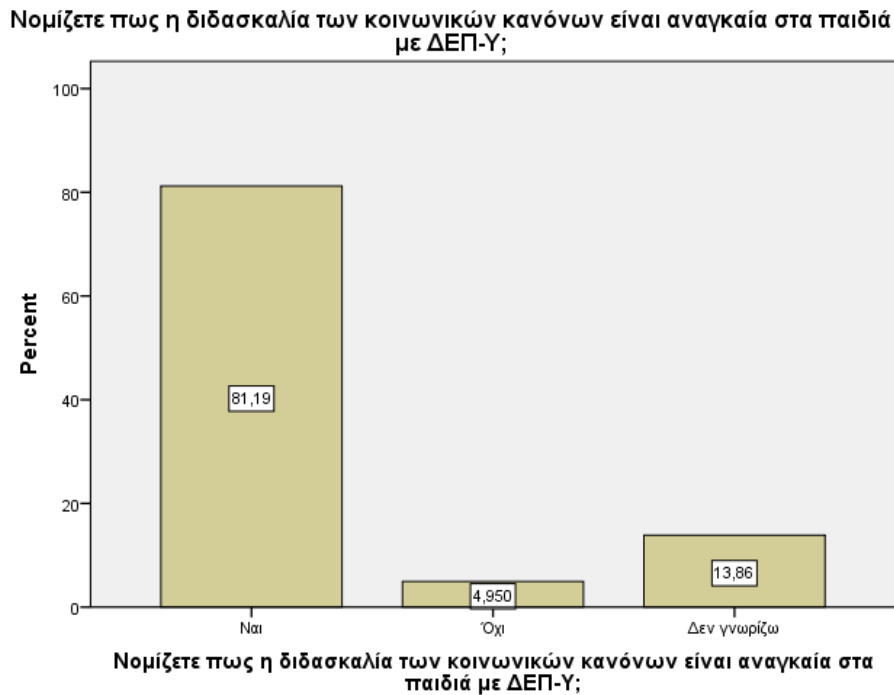


Όσον αφορά το αν θεωρούν πως η διατύπωση απλών κανόνων και η συνεπής εφαρμογή αυτών θεωρείτε πως βοηθάει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, το 91,09% θετικά, το 0,99% απαντά αρνητικά και το 7,92% απαντά ότι δεν γνωρίζει.

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

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Ναι	82	81,2	81,2
	Όχι	5	5,0	86,1
	Δεν γνωρίζω	14	13,9	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

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

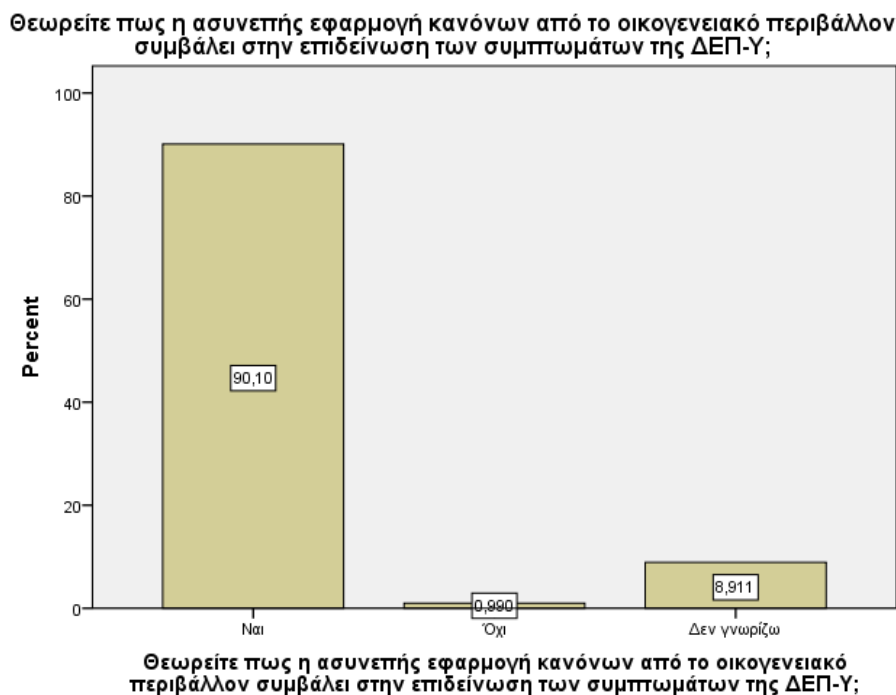


Σχετικά με το αν νομίζουν πως η διδασκαλία των κοινωνικών κανόνων είναι αναγκαία στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, εδώ το 81,19 απαντά θετικά, το 4,95% απαντά αρνητικά, και το 13,86% απαντά ότι δεν γνωρίζει.

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

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Ναι	91	90,1	90,1
	Όχι	1	1,0	91,1
	Δεν γνωρίζω	9	8,9	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

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



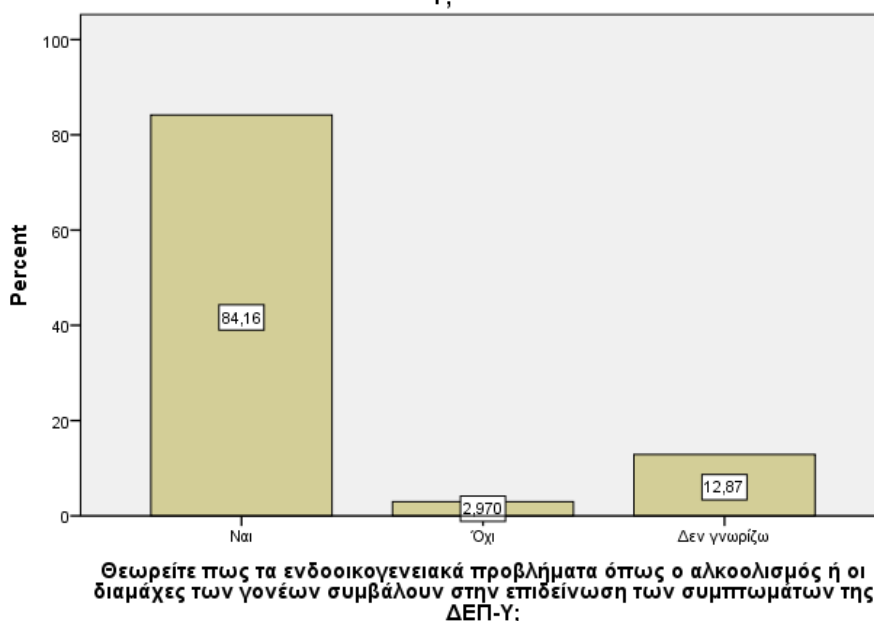
Όσον αφορά το αν οι ερωτηθέντες θεωρούν πως η ασυνεπής εφαρμογή κανόνων από το οικογενειακό περιβάλλον συμβάλει στην επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, εδώ το 90,1% απαντά θετικά, το 0,99% απαντά αρνητικά και το 8,91% απαντά ότι δεν γνωρίζει. Ένα πολύ υψηλό ποσοστό του συνόλου των εκπαιδευτικών αναγνωρίζει πως η ασυνεπής εφαρμογή των κανόνων στο οικογενειακό περιβάλλον εντείνει τα συμπτώματα της διαταραχής. Η δυσκολία αυτή μπορεί να αντιμετωπιστεί με την βοήθεια που μπορεί να παράσχει ο σχολικός ψυχολόγος ή πιο εξειδικευμένα η συστημική θεραπεία της οικογένειας.

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

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Ναι	85	84,2	84,2
	Όχι	3	3,0	87,1
	Δεν γνωρίζω	13	12,9	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

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

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



Σχετικά με το αν οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι τα ενδοοικογενειακά προβλήματα όπως ο αλκοολισμός ή οι διαμάχες των γονέων συμβάλουν στην επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, εδώ το 84,16% απαντά θετικά, το 2,97% απαντά αρνητικά και το 12,87% απαντά ότι δεν γνωρίζει.

#### 5.4 Κλίμακες Αυτογνωσίας και αυτοαντίληψης

Οι εκπαιδευτικοί οι οποίοι δεν έχουν εξειδικευμένες γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ, είναι αδύνατο να γνωρίζουν σε ικανοποιητικό βαθμό σημαντικές πληροφορίες όπως τα συμπτώματα, τα χαρακτηριστικά αλλά και την αντιμετώπιση της διαταραχής, με αποτέλεσμα να μη μπορούν να βοηθήσουν με την κατάλληλη εκπαιδευτική διαδικασία αυτού τους μαθητές. Επομένως οι

προσδοκίες των δασκάλων για τις δυνατότητες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι υψηλές με αποτέλεσμα τα παιδιά να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν.

Για τον παραπάνω λόγο, κρίθηκε αναγκαίο στη παρούσα μελέτη να υπάρξει αυτοαξιολόγηση από τους εκπαιδευτικούς όσον αφορά τις γνώσεις τους για την εν λόγω διαταραχή. Στο ερωτηματολόγιο υπήρχαν δύο κλίμακες αυτοαξιολόγησης που εξέταζαν την αυτογνωσία του κάθε εκπαιδευτικού, δηλαδή την άποψη που οι ίδιοι έχουν όσον αφορά το επίπεδο των γνώσεων τους για τη ΔΕΠ-Υ, και την αυτοαντίληψη, δηλαδή πως αντιλαμβάνονται τις ικανότητες τους να διαχειριστούν ένα μαθητή με ΔΕΠ-Υ. Η συγκεκριμένη κλίμακα αυτογνωσίας έχει ως στόχο να διαμορφώσουμε μία γνώμη σχετικά με το τι άποψη έχουν οι ίδιοι για το επίπεδο των γνώσεων τους όσον αφορά τη ΔΕΠ-Υ στο σύνολο της. Η κλίμακα αυτοαντίληψης στοχεύει στο να υποδείξει εάν οι εκπαιδευτικοί υπερεκτιμούν ή έχουν τη σωστή γνώμη σχετικά με τις ικανότητες τους να διαχειριστούν ένα μαθητή με ΔΕΠ-Υ μέσα στη σχολική αίθουσα όπου διδάσκουν.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η αξιολόγηση της αυτοαντίληψης και της αυτοεκτίμησης είναι πολύ σημαντικές στη διαδικασία της επαγγελματικής συμβουλευτικής και του επαγγελματικού προσανατολισμού. Η μέτρησή της παρουσιάζει κάποιες δυσκολίες βέβαια, γιατί δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθούν ποσοτικά όλες οι διαστάσεις της ανθρώπινης προσωπικότητας.

Επομένως, παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων εκπαιδευτικών σχετικά με τις κλίμακες αυτογνωσίας και αυτοαντίληψης.

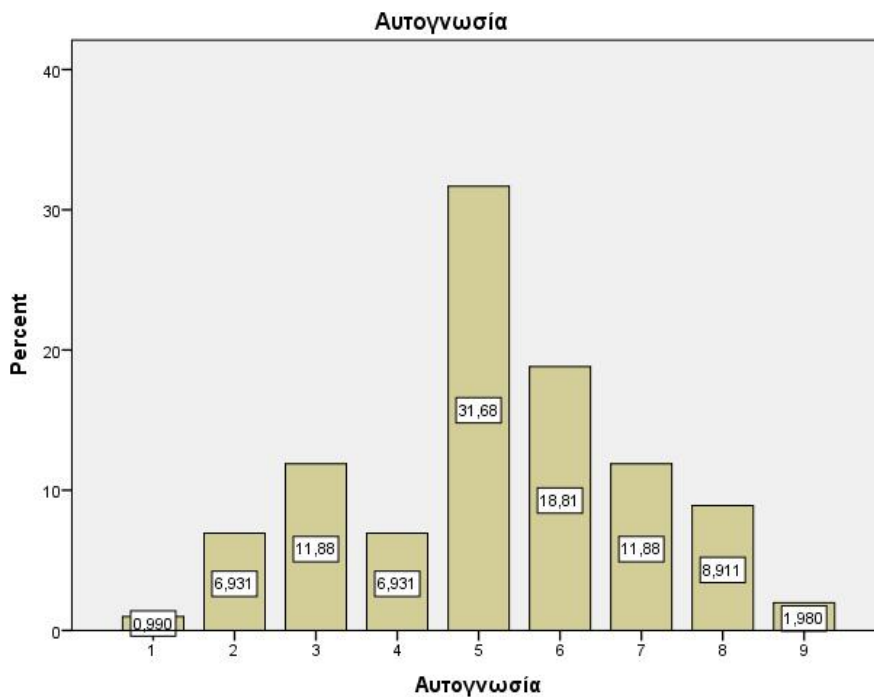
Από τα αποτελέσματα συμπεραίνουμε ότι στην κλίμακα της αυτογνωσίας οι εκπαιδευτικοί φαίνεται να έχουν αντιπροσωπευτική γνώμη για το επίπεδο των γνώσεων τους με τα υψηλότερα ποσοστά να είναι ενδεικτικά των μέτριων γνώσεων προς το χαμηλό. Μεγάλο ποσοστό συγκέντρωσε και η βαθμίδα 7 και 8 στη δεκαβάθμια αυτή κλίμακα κάτι που δεν είναι αρκετά αντιπροσωπευτικό των πραγματικών γνώσεων τους. Όσον αφορά τη κλίμακα αυτοαντίληψης οι εκπαιδευτικοί ορίζουν σχετικά αντιπροσωπευτικά τις δυνατότητες τους, αν και τα ποσοστά για τη συγκεκριμένη ερώτηση στη βαθμίδα 7 και 8 μας ωθούν να διαμορφώσουμε τη άποψη πως υπερεκτιμούν σε κάποιο βαθμό τις δυνατότητες τους.



Πίνακας 42. Κλίμακα Αυτογνωσίας

		Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	1	1	1,0	1,0
	2	7	6,9	7,9
	3	12	11,9	19,8
	4	7	6,9	26,7
	5	32	31,7	58,4
	6	19	18,8	77,2
	7	12	11,9	89,1
	8	9	8,9	98,0
	9	2	2,0	100,0
	Σύνολο	101	100,0	

Γράφημα 42. Κλίμακα αυτογνωσίας.

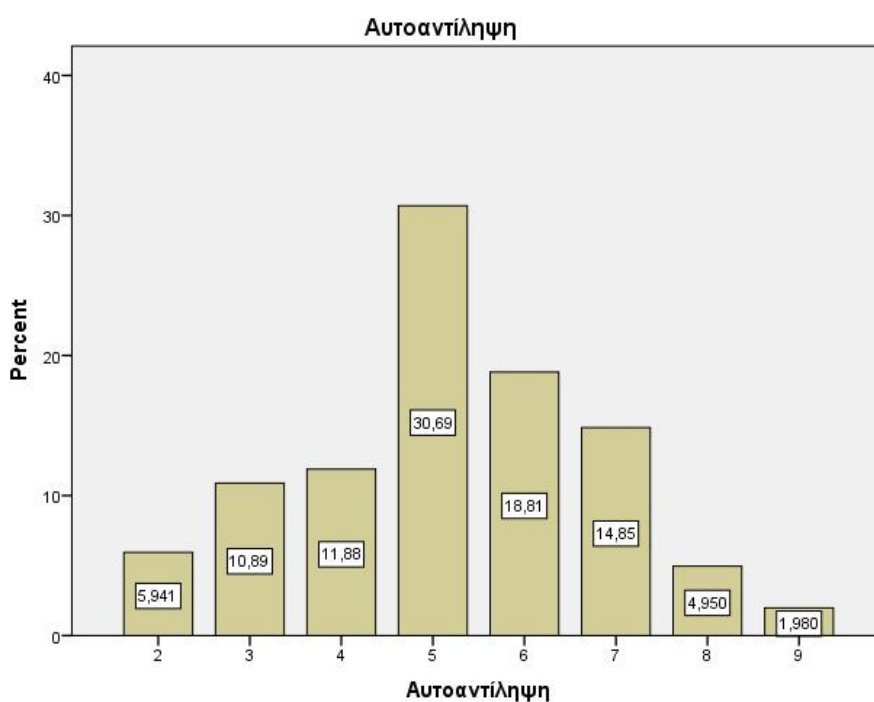


Όσον αφορά την κλίμακα της αυτογνωσίας, στην βαθμίδα 1 έχουμε ποσοστό 0,99%, στις βαθμίδες 2 και 4 έχουμε ποσοστό 6,31%, στις βαθμίδες 3 και 7 έχουμε ποσοστά 11,88%, στην βαθμίδα 5 έχουμε ποσοστό 31,68%, στην βαθμίδα 6 έχουμε ποσοστό 18,81%, στην βαθμίδα 8 έχουμε ποσοστό 8,91% και στην βαθμίδα 9 έχουμε ποσοστό 1,98%. Η συγκεκριμένη κλίμακα αυτογνωσίας έχει ως στόχο να διαμορφώσουμε μία γνώμη σχετικά με το τι άποψη έχουν οι ίδιοι για το επίπεδο των γνώσεων τους όσον αφορά τη ΔΕΠ-Υ στο σύνολο της.

Πίνακας 43. Κλίμακα Αυτοαντίληψης

	Συχνότητα	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	2	6	5,9
	3	11	10,9
	4	12	11,9
	5	31	30,7
	6	19	18,8
	7	15	14,9
	8	5	5,0
	9	2	2,0
	Σύνολο	101	100,0

Γράφημα 43. Κλίμακα αυτοαντίληψης.



Όσον αφορά την κλίμακα της αυτογνωσίας, στην βαθμίδα 2 έχουμε ποσοστό 5,94%, στην βαθμίδα 3 έχουμε ποσοστό 10,89%, στην βαθμίδα 4 έχουμε ποσοστά 11,88%, στην βαθμίδα 5 έχουμε ποσοστό 30,69%, στις βαθμίδες 6 και 7 έχουμε ποσοστά 18,81% και 14,85% αντίστοιχα, στην βαθμίδα 8 έχουμε ποσοστό 4,95% και στην βαθμίδα 9 έχουμε ποσοστό 1,98%. Η κλίμακα αυτοαντίληψης στοχεύει στο να υποδείξει εάν οι εκπαιδευτικοί υπερεκτιμούν ή έχουν τη σωστή γνώμη σχετικά με τις ικανότητες τους να διαχειριστούν ένα μαθητή με ΔΕΠ-Υ μέσα στη σχολική αίθουσα όπου διδάσκουν.

### 5.5 Αποτελέσματα συσχετίσεων

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι λήφθηκε η απόφαση συσχέτισης ορισμένων μεταβλητών για να εξετάσουμε αν υπάρχει αλληλεξάρτηση μεταξύ σχετικών μεταβλητών.

Αρχικά, η εμπειρία των δασκάλων που έχουν εργαστεί με παιδιά ΔΕΠ-Υ φαίνεται να διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο στις γνώσεις τους όσον αφορά τη διαταραχή. Έτσι εξηγείται το γεγονός γιατί οι δάσκαλοι που δεν είχαν επιμορφωθεί στη ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με τους φοιτητές που είχαν πληροφορηθεί στη διάρκεια των σπουδών τους, έχουν περισσότερες γνώσεις για τη διαταραχή (Beckle, 2004). Η διαπίστωση αυτή επιβεβαιώνεται και από τους Κος και συνεργάτες (2004), αφού στην έρευνά τους βρήκαν επίσης θετική συσχέτιση ανάμεσα στην εμπειρία με παιδί ΔΕΠ-Υ και το επίπεδο γνώσεων των δασκάλων. Επιπλέον, η Καραγρηγορίου (2003) στην έρευνά της διαπίστωσε ότι οι νηπιαγωγοί με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας υστερούν σε γνώσεις συγκριτικά με εκείνους με λιγότερα έτη υπηρεσίας. Επομένως, εκτός από την εμπειρία, οι γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετίζονται κυρίως και με την εκπαιδευτική τους κατάρτιση, δηλαδή οι νεαρότεροι νηπιαγωγοί και εκπαιδευτικοί που έχουν παρακολουθήσει ένα πιο σύγχρονο πρόγραμμα σπουδών το οποίο συμπεριλαμβάνει νέες παιδαγωγικές μεθόδους, έχουν περισσότερες γνώσεις. Εν τέλει, συμπεραίνουμε ότι η συνεχής κατάρτιση και επιμόρφωση των εκπαιδευτικών διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο απ' ό τι τα χρόνια υπηρεσίας.

Ο Κάκουρος και οι συνεργάτες του (2006) υποστηρίζουν ότι ο ρόλος των εκπαιδευτικών εντάσσεται στο πλαίσιο προσέγγισης πολλαπλών ερεθισμάτων, μέθοδος που θεωρείται ως η αποτελεσματικότερη για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, η μέθοδος αυτή περιλαμβάνει αρχές της συμπεριφοριστικής, της γνωσιακής και της συστημικής θεωρίας, και χαρακτηρίζεται από την ολιστική θεώρηση του παιδιού και του περιβάλλοντος στο οποίο αναπτύσσεται (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Λαμβάνοντας υπόψη την παραπάνω προσέγγιση, η θεραπευτική διαδικασία προσαρμόζεται με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να λαμβάνουν ενεργά μέρος το παιδί, οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί. Εάν ο εκπαιδευτικός είναι επαρκώς ενημερωμένος, συνήθως εντοπίζει πρώτος την ύπαρξη των δυσχερειών και καθοδηγεί/παραπέμπει τους γονείς και το παιδί τους σε ειδικό για περαιτέρω διερεύνηση. Έτσι, γίνεται το πρώτο αλλά και σημαντικότερο βήμα, το οποίο είναι η διάγνωση, για να μπορέσει το παιδί με την κατάλληλη βοήθεια να αντιμετωπίσει επιτυχώς τις δυσκολίες που επιφέρει η διαταραχή.

Στην συνέχεια παρουσιάζεται ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ στατιστικά σημαντικών μεταβλητών.

<b>Περιγραφική Στατιστική</b>					
	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος	Τυπική απόκλιση
Ποιό είναι το φύλο σας;	101	1	3	1,16	,505
Πόσα χρόνια εργάζεστε ως εκπαιδευτικός πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης;	101	1	5	3,43	1,204
Έχετε διδάξει ποτέ σε παιδί με ΔΕΠ-Υ;	101	2	9	5,29	1,527
Ισχύον N	21				

Όπως φαίνεται παρακάτω, συσχετίζεται η μεταβλητή του φύλου και του αν έχουν λάβει εκπαίδευση για τη ΔΕΠ-Υ. Το αποτέλεσμα της συσχέτισης είναι μη στατιστικά σημαντικά καθώς η τιμή είναι 0,352 που τείνει περισσότερο στο 0 παρά στο 1.

Συσχετίσεις			
		Ποιό είναι το φύλο σας;	Έχετε λάβει εκπαίδευση για την ΔΕΠ-Υ;
Ποιό είναι το φύλο σας;	PearsonCorrelation	1	-,304*
	Sig. (2-tailed)		,030
	N	101	101
Έχετε λάβει εκπαίδευση για την ΔΕΠ-Υ;	PearsonCorrelation	-,304*	1
	Sig. (2-tailed)	,030	
	N	101	101
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).			

Ακολουθεί η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της εκπαίδευσης σχετικά με την ΔΕΠ-Υ και του τι νομίζουν ότι είναι η ΔΕΠ-Υ. Ούτε στην συγκεκριμένη ερώτηση παρατηρείται υψηλή συσχέτιση καθώς το αποτέλεσμα (0,143), τείνει προς το 0.

Συσχετίσεις			
		Έχετε λάβει εκπαίδευση για την ΔΕΠ-Υ;	Τι νομίζετε πως είναι η ΔΕΠ-Υ;
Έχετε λάβει εκπαίδευση για την ΔΕΠ-Υ;	PearsonCorrelation	1	,143
	Sig. (2-tailed)		,317
	N	101	101
Τι νομίζετε πως είναι η ΔΕΠ-Υ;	PearsonCorrelation	,143	1
	Sig. (2-tailed)	,317	
	N	101	101

Επίσης και στην παρακάτω ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών της εκπαίδευσης και της άποψης περί λήψης φαρμακευτικής αγωγής, παρουσιάζεται μικρή συσχέτιση, όπως δείχνει και το αποτέλεσμα της (0,344).

Συσχετίσεις			
		Έχετε λάβει εκπαίδευση για την ΔΕΠ-Υ;	Είστε σύμφωνος με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής ως θεραπευτικής αντιμετώπισης για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ;
Έχετε λάβει εκπαίδευση για την ΔΕΠ-Υ;	PearsonCorrelation	1	,344*
	Sig. (2-tailed)		,014
	N	101	101
Είστε σύμφωνος με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής ως θεραπευτικής αντιμετώπισης για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ;	PearsonCorrelation	,344*	1
	Sig. (2-tailed)	,014	
	N	101	101

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

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### 6.1 Συμπεράσματα της έρευνας-Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που δόθηκε σε εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης με στόχο την ανίχνευση των γνώσεων και των πεποιθήσεων τους σχετικά με την ΔΕΠ-Υ, μια διαταραχή που εμφανίζεται σε σημαντικό αριθμό μαθητών.

Τα ευρήματα της έρευνας αυτής ενισχύουν τη διαπίστωση των Κάκουρου και συνεργατών (2006) σχετικά με την ελλιπή πληροφόρηση των εκπαιδευτικών όσον αφορά τη ΔΕΠ-Υ παρά τη σημαντικότητα τους στον έγκαιρο εντοπισμό των ανησυχητικών συμπτωμάτων και χαρακτηριστικών, την διάγνωση και την αντιμετώπιση της διαταραχής.

Συγκεκριμένα, οι εκπαιδευτικοί είχαν καλύτερη γνώση σχετικά με τα χαρακτηριστικά και τα συμπτώματα της διαταραχής. Γνωρίζουν πως αρκετές από τις δυσκολίες που παρουσιάζουν οι μαθητές μέσα στη σχολική τάξη οφείλονται στη διαταραχή και δεν είναι αποτέλεσμα ελλιπούς ή μειωμένης προσπάθειας. Αντιθέτως, παρουσίασαν ελλιπή γνώση σχετικά με τη θεραπευτική πορεία της διαταραχής, όπως το αν η ΔΕΠ-Υ είναι μία θεραπεύσιμη διαταραχή όπου ένα πολύ υψηλό ποσοστό της τάξεως του 50,5% απάντησε θετικά. Ευρήματα όπως αυτό, μας δίνουν μία ξεκάθαρη εικόνα για τις λανθασμένες εντυπώσεις που έχουν οι εκπαιδευτικοί για πολύ σημαντικά στοιχεία της διαταραχής. Τα επακόλουθα των λανθασμένων απόψεων είναι καίριας σημασίας για την εξέλιξη της διαταραχής και της θεραπευτικής παρέμβασης που θα λάβουν οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ. Ένα πολύ υψηλό ποσοστό της τάξης του 55,45% είναι αντίθετο με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής, παρότι είναι ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση υποστηριζόμενη από την βιβλιογραφία, κάτι που ενισχύει την παραπάνω άποψη πως οι μειωμένες και κάποιες φορές λανθασμένες γνώσεις των εκπαιδευτικών αποτελούν τροχοπέδη για την ορθή αντιμετώπιση και τον κατάλληλο χειρισμό με σκοπό την βέλτιστη απόδοση των παιδιών αυτών τόσο στο σχολικό περιβάλλον αλλά και στις διαπροσωπικές σχέσεις τους με την οικογένεια και τους φίλους. Αντιθέτως, στο εξωτερικό σύμφωνα με έρευνα των Youssef και συνεργατών, (2015) το 53% των εκπαιδευτικών θεωρούν την φαρμακευτική αγωγή ως θεραπεία για τη ΔΕΠ-Υ. Αυτό πιθανώς να οφείλεται στην καλύτερη ενημέρωση των εκπαιδευτικών του εξωτερικού κατά τη διάρκεια των σπουδών τους με πιο σύγχρονα προγράμματα σπουδών τα οποία βασίζονται στα τελευταία ερευνητικά δεδομένα αντίθετα με το καθεστώς που υπάρχει στην Ελλάδα.

Παρά την εμφανώς λανθασμένη αντίληψη σχετικά με την θεραπεία με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, οι εκπαιδευτικοί γνωρίζουν πως η χρήση τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς ωφελούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (61%) αλλά και πως η τεχνική άμεσης ενίσχυσης ή των φυσικών συνεπειών είναι προτιμότερη και αποτελεσματικότερη από την τιμωρία (64,16%), η διατύπωση απλών και κοινωνικών κανόνων και η συνεπής εφαρμογή τους είναι αναγκαία για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σε ποσοτό 91,09% και 81,19% αντίστοιχα. Είναι θετικό το γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί γνωρίζουν κάποιες τεχνικές αντιμετώπισης που δύνανται να χρησιμοποιούν μέσα στο εκπαιδευτικό πλαίσιο με σκοπό να βοηθήσουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

Στο ερωτηματολόγιο υπήρχαν δύο κλίμακες αυτοαξιολόγησης που εξέταζαν την αυτογνωσία του κάθε εκπαιδευτικού, δηλαδή την άποψη που οι ίδιοι έχουν σχετικά με το επίπεδο των γνώσεων τους για τη ΔΕΠ-Υ, και την αυτοαντίληψη, δηλαδή πως αντιλαμβάνονται τις ικανότητες τους να διαχειριστούν ένα μαθητή με ΔΕΠ-Υ. Στην κλίμακα της αυτογνωσίας οι εκπαιδευτικοί φαίνεται να έχουν μία σχετικά αντιπροσωπευτική γνώμη για το επίπεδο των γνώσεων τους με τα υψηλότερα ποσοστά να είναι ενδεικτικά των μέτριων γνώσεων προς το χαμηλό. Μεγάλο ποσοστό συγκέντρωσε και η βαθμίδα 7 και 8 στη δεκαβάθμια αυτής της κλίμακας κάτι που δεν είναι αρκετά αντιπροσωπευτικό των πραγματικών γνώσεων τους. Όσον αφορά την κλίμακα αυτοαντίληψης οι εκπαιδευτικοί ορίζουν σχετικά αντιπροσωπευτικά τις δυνατότητες τους, αν και τα ποσοστά για τη συγκεκριμένη ερώτηση στη βαθμίδα 7 και 8 μας ωθούν να διαμορφώσουμε τη άποψη πως υπερεκτιμούν σε κάποιο βαθμό τις δυνατότητες τους.

Αξίζει να σημειωθεί πως το ποσοστό των απαντήσεων Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ ήταν αρκετά υψηλό σε πολλά τεμάχια του ερωτηματολογίου που κυμαίνονταν από 17,82% (ερώτηση 12) έως και 33% (Ερώτηση 33). Τα υψηλά αυτά ποσοστά δείχνουν την αβεβαιότητα των εκπαιδευτικών για τις γνώσεις τους αλλά και την έλλειψη αυτών. Η παρατήρηση αυτή συνάδει με τα ευρήματα στις ερωτήσεις των δημογραφικών στοιχείων όπου η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών είναι κάτοχοι βασικού πτυχίου σε ποσοστό 59,41% και δεν έχουν λάβει κάποια εκπαίδευση σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ σε ποσοστό 53,47%. Επιπροσθέτως, το 46,53% των εκπαιδευτικών που δήλωσε πως έχει λάβει εκπαίδευση για τη ΔΕΠ-Υ απάντησε πως το είδος της εκπαίδευσης αυτής ήταν σε ποσοστό 53,42% μη τυπική δηλαδή περιελάμβανε συνέδρια και σεμινάρια, σε ποσοστό 41,10% άτυπη δηλαδή περιελάμβανε βιβλία, έντυπο τύπο και πληροφορίες από γνωστούς, ενώ τυπική εκπαίδευση όπως μετεκπαίδευση ή μεταπτυχιακές σπουδές έλαβε μόνο το 5,48% των εκπαιδευτικών. Παρόλαυτα, το 67,33% των εκπαιδευτικών έχει διδάξει κάποιο παιδί με ΔΕΠ-Υ κατά τη διάρκεια της εργασίας του.

Οι εκπαιδευτικοί που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα οι οποίοι ήταν άνω των 31 ετών αντιστοιχούν σε ποσοστό της τάξεως του 78,18% ενώ οι εκπαιδευτικοί έως 30 ετών αντιστοιχούν σε ποσοστό 18,81%. Συμπεραίνουμε πως οι εκπαιδευτικοί που είναι μικρότεροι σε ηλικία τόσο κατά τη διάρκεια της φοίτησης τους αλλά και κατά τα πρώτα έτη τους ως εργαζόμενοι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ενδεχομένως να είχαν περισσότερες ευκαιρίες να αποκτήσουν γνώσεις σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ καθώς η έρευνα για τη διαταραχή αυτή αναπτύχθηκε περισσότερο τα τελευταία χρόνια και παρουσιάστηκαν περαιτέρω στοιχεία τόσο σχετικά με την αιτιολογία όσο και τη συμπτωματολογία, τη διάγνωση αλλά και τη θεραπεία.

Είναι επομένως σημαντική η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επιμόρφωση των δασκάλων σε γενικά και ειδικά θέματα που σχετίζονται με την διαταραχή. Σύμφωνα με τους West και συνεργάτες, (2005) υπάρχει επιτακτική ανάγκη για δια βίου εκπαίδευση και επιμόρφωση των εκπαιδευτικών, δεδομένου ότι τα ερευνητικά και επιστημονικά δεδομένα για την ΔΕΠ-Υ αυξάνονται και μεταβάλλονται αδιάκοπα. Η ενσωμάτωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και άλλες ειδικές ανάγκες στο κανονικό σχολείο καταστά επιτακτική την ενημέρωση των εκπαιδευτικών σχετικά με τα πρωτογενή και δευτερογενή συμπτώματα και χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αλλά και την συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με άλλες

διαταραχές συμπεριφοράς (Αντωνοπούλου και συνεργάτες, 2010), διευκολύνοντας με τον τρόπο αυτό την ορθή αντιμετώπιση των μαθητών με ΔΕΠ-Υ μέσα στο σχολικό περιβάλλον.

Η έρευνα αυτή παροτρύνει τους εκπαιδευτικούς γενικής εκπαίδευσης να επιδιώκουν την συστηματική τους πληροφόρηση σχετικά με την ΔΕΠ-Υ με κάθε είδους εκπαίδευση τυπική ή ακόμα και άτυπη σχετικά με τους τέσσερις πυρήνες της διαταραχής (ορισμό, συμπτωματολογία, αιτιολογία και αντιμετώπιση), εστιάζοντας όμως περισσότερο στους τομείς που οι εκπαιδευτικοί έχουν έλλειψη γνώσεων, δηλαδή στην αιτιολογία και την παρέμβαση. Η ορθή πληροφόρηση και η απαλοιφή των λανθασμένων γνώσεων και πεποιθήσεων για την ΔΕΠ-Υ μπορεί να γίνει με διάφορα επιμορφωτικά, υποχρεωτικά προγράμματα για τους εκπαιδευτικούς αλλά και με επιπλέον μαθήματα ειδικής αγωγής και ψυχοπαθολογίας στα παιδαγωγικά τμήματα. Με αυτόν τον τρόπο θεωρείται ότι οι εκπαιδευτικοί θα είναι περισσότερο προετοιμασμένοι να διδάξουν και να βοηθήσουν μαθητές με ΔΕΠ-Υ. Θα είναι κατάλληλα καταρτισμένοι ώστε να διευκολύνουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στη προσαρμογή στην σχολική τάξη και θα τα υποβοηθούν κάθε μέρα στο σχολείο ώστε να λαμβάνουν την εκπαίδευση που τους αξίζει.

## **6.2 Περιορισμοί της έρευνας - τι αλλαγές θα γίνονταν σε επόμενη έρευνα**

Για να αναλυθεί ερευνητικά η γνώση των εκπαιδευτικών της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, πραγματοποιήθηκε μια σύντομη έρευνα με την χρήση ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη συγκεκριμένη μελέτη, κατασκευάστηκε και διανεμήθηκε από τις υπεύθυνες φοιτήτριες της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Δόθηκε σε έντυπη μορφή, αποκλειστικά σε εκπαιδευτικούς στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση σε Ιδιωτικά και Δημόσια σχολεία.

Το δείγμα είναι μικρό, επομένως δεν είναι αντιπροσωπευτικό διότι δόθηκε σε δύο μόνο νομούς της Ελλάδας, συγκεκριμένα στο νομό Βοιωτίας και Αχαΐας και όχι σε όλα τα σχολεία των νομών. Επίσης τα ερωτηματολόγια δε δόθηκαν με διαστρωματική δειγματοληψία. Στην παρούσα μελέτη, συμμετείχαν μόνο δάσκαλοι ενώ αποκλείστηκαν οι ειδικοί παιδαγωγοί αλλά και οι εκπαιδευτικοί ειδικοτήτων όπως οι μουσικοί, οι γυμναστές και οι δάσκαλοι ξένων γλωσσών.

Τέλος, δεν έγινε πιλοτική χορήγηση του ερωτηματολογίου ή διορθώσεις πάνω σε αυτό. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε δεν αποτελεί μετάφραση ξενόγλωσσου προϋπάρχοντος ερωτηματολογίου αλλά είναι βασισμένο σε πρόσφατες έρευνες.

## **6.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποίησε η παρούσα έρευνα διαμορφώθηκε κατά την κρίση των φοιτητριών και της υπεύθυνης καθηγήτριας χρησιμοποιώντας στοιχεία από παλαιότερες έρευνες, δημιουργώντας ένα νέο εργαλείο το οποίο, όμως, λόγω χρονικών περιορισμών και περιορισμένης πρόσβασης σε πληθυσμούς εκπαιδευτικών σε όλη την Ελλάδα δεν ήταν δυνατό να σταθμιστεί. Είναι σημαντικό παράλαυτα να υπάρχει ένα εργαλείο σταθμισμένο στην ελληνική γλώσσα που να αξιολογεί τη γνώση των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ. Το



εργαλείο αυτό θα συμβάλλει σημαντικά στην κατανόηση των δυνατών αλλά και αδύνατων σημείων στις γνώσεις των εκπαιδευτικών που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ.

Σε μελλοντική παρόμοια έρευνα, καλό θα ήταν να ληφθούν υπόψη τα παρακάτω ώστε τα αποτελέσματα να είναι πιο έγκυρα και αξιόπιστα. Αρχικά, το εργαλείο, θα πρέπει να χορηγηθεί πιλοτικά σε ένα μικρό δείγμα εκπαιδευτικών με σκοπό να ελεγχθεί αν κατανοούν πλήρως όλες τις ερωτήσεις που περιλαμβάνει, να ερωτηθούν αν δυσκολεύτηκαν να απαντήσουν σε κάποια ερώτηση και ποια ήταν αυτή. Οι παραπάνω διευκρινήσεις, μπορούν να βοηθήσουν ώστε οι ερωτήσεις να προσαρμοστούν για να δημιουργηθεί σωστά το τελικό εργαλείο. Θα πρέπει επίσης σε επόμενη έρευνα, το εργαλείο να χορηγηθεί σε μεγαλύτερο και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα.

Εάν υπάρχουν στοιχεία έγκυρα και αξιόπιστα σχετικά με τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ και που αυτές είναι ελλιπείς, θα βοηθήσει ώστε τα πρόγραμμα πληροφόρησης σχετικά με τη διαταραχή και εκπαίδευσης σχετικά με την αντιμετώπιση της να είναι περισσότερο στοχευμένα και συνεπώς πιο αποτελεσματικά.

Τα προγράμματα πληροφόρησης και εκπαίδευσης θα πρέπει να παρέχονται σε όλους τους εκπαιδευτικούς, να αποτελούνται τόσο από θεωρητικό κομμάτι αλλά και πρακτικής άσκησης πάνω σε περιστατικά (workshops) ώστε να δοθεί στον εκπαιδευτικό η δυνατότητα να δει στη πράξη τους τρόπους αντιμετώπισης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ μέσα στο σχολικό πλαίσιο και να εξασκηθεί σε αυτό.

Επίσης, θα πρέπει να διερευνηθεί μελλοντικά με ποιον τρόπο η εμπειρία διδασκαλίας του εκπαιδευτικού σχετίζεται με τη γνώση του σχετικά με τη διαταραχή και πως η εμπειρία του με μαθητές που έχουν ΔΕΠ-Υ μέσα στη σχολική αίθουσα σχετίζεται με επαρκή ή μη γνώση των σωστών και απαραίτητων στρατηγικών για τη βέλτιστη απόδοση των μαθητών με ΔΕΠ-Υ.

Τέλος, θα πρέπει να εξετασθεί το πρόγραμμα σπουδών των Παιδαγωγικών Τμημάτων με σκοπό να ελεγχθεί εάν παρέχονται επαρκείς γνώσεις στους φοιτητές ώστε όταν κληθούν να διδάξουν να είναι προετοιμασμένοι και κατάλληλα εφοδιασμένοι για να αντιμετωπίσουν σωστά και να βοηθήσουν ένα μαθητή με ΔΕΠ-Υ να χρησιμοποιήσει το μέγιστο των δυνατοτήτων του και να έχει τη καλύτερη δυνατή απόδοση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Psychiatric Association, (2005). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition. Washington, DC, The American Psychiatric Association.
- Antshel, K.M., Hier, B.O. & Barkley, R. (2014). Executive Functioning Theory and ADHD. Handbook of Executive Functioning. New York: Springer Science and Business Media DOI: 10.1007/978-1-4614-8106-5\_7
- Αντωνοπούλου, Α., Σταμπολτζή, Α. & Κουβαβά, Σ. (2010). Παιδαγωγικό Ινστιτούτο: Γνώσεις δασκάλων σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) Ανακτήθηκε από: <http://www.pi-schools.gr/download/publications/epitheorisi/teyxos16/162-180.pdf>
- Barkley, R. A. (1994). ADHD in adults [A manual and videotape]. New York: Guilford Press
- Barkley, R. A. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.) New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3<sup>rd</sup>ed.) New York: Guilford Press.
- Beckle, B. (2004). Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of Attention Disorders*, 7 (3), 151-161.
- Belsky, J. (1999). Interactional and contextual determinants of attachment security. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 249-264). New York: Guilford Press.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Kiely, K., Guite, J., Ablon, J. S., Reed, E., & Warburton, R. (1995). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*: 152, 431-435.
- Bloemsmā, J. M., Boer, F., Arnold, R., Banaschewski, T., Faraone, S.V., Buitelaar, J. K., Sergeant, J. A., Rommelse, N., & Oosterlaan, J. (2013). Comorbid anxiety and neurocognitive dysfunctions in children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*: 22, 225-234.
- Cardy J., (1999). Assessing the Language of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Speech-Language Pathology* : 8, 72-80 doi:10.1044/1058-0360.0801.72 .
- Castro P., Rodríguez C., Cueli M., García T., & García D. (2014). State, trait anxiety and selective attention differences in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *International Journal of Clinical and Health Psychology*: 15, 105-112.

Δημάκος, Ι. (2007). Τι γνωρίζουν και τι νομίζουν ότι γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ). *Αρέθας*, 4, 151-162.

Dilaimi, A. (2013). *New Zealand Primary School Teachers' Knowledge and Perceptions of ADHD*. Published master theses, Massey University, Albany, New Zealand.

Douglas, V. I., & Parry, P. A. (1994). Effects of reward and non-reward on attention and frustration in attention deficit disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*: 22, 281–302.

Elia, J., Arcos-Burgos, M., Bolton, K.L., Ambrosini, P.J., Berrettini, W. & Muenke, M. (2009). ADHD latent class clusters: DSM-IV subtypes and comorbidity. *Psychiatry Research*: 170, 192–198 doi:10.1016/j.psychres.2008.10.008 .

Ζαφειροπούλου, Καλαντζή-Αζίζι., (2011). Προσαρμογή στο σχολείο – Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.

Finzi-Dottan, R., Cohen, O., Iwaniec, D. Sapir, Y., & Weizman, A. (2006). The child in the family of a drug-user father: Attachment styles and family characteristics. S.L. Ashenberg Strassner & C. Huff Fewell (Eds.). *Impact of substance abuse in children and families* (pp. 89-111). Binghamton, NY: Haworth.

Fonagy, P. & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self regulation. *Psychoanalytic Inquiry*: 22, 307–335.

Ghanizadeh, A., Bahredar, M. J., & Moeini, S. R. (2006). Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Education and Counselling*: 63, 84-88. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2005.09.002>

González-Castro, P., Rodríguez, C., Cueli, M., García, T. & Alvarez-García, D. (2014). State, trait anxiety and selective attention differences in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) subtypes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*: 15 , 105-112

Gudmundsdottir B., (2014). *The Psychometric Properties Of The ADHD Beliefs Scale-Revised*. Open Access Master's Theses.

Hechtman, L. (1996). Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: a review. *The Canadian Journal of Psychiatry*: 41, 350–360.

Jerome, L., Gordon, M., & Hustler, P. (1994). A comparison of American and Canadian teachers' knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 563-567.

Johnson, B.D., Franklin, L.C., Hall K. & Prieto, L.R. (2000). Parent training through play: parent–child interaction therapy with a hyperactive child. *The Family Journal*: 8, 180–186.

- Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2002). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση. Αθήνα: Τυπωθήτω
- Κάκουρος, Ε., Παπαηλιού, Χ., & Μπαδικιάν, Μ. (2006). Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τη φύση και την αντιμετώπιση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 41, 117-130.
- Καραγρηγορίου, Ε. (2003). Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις των νηπιαγωγών για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ). Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης: Παιδαγωγικό Τμήμα Προσχολικής Εκπαίδευσης.
- Kendall, P. C. & Braswell, L. (1993). *Cognitive-Behavioral Therapy for Impulsive Children*. New York: The Guilford Press.
- Kormaz B. (2011). Theory of Mind and Neurodevelopmental Disorders of Childhood. *Pediatric Research*: 69, 101-108.
- Kos, J. M., Richdale, A. L., & Hay, D. A. (2006). Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and their Teachers: A review of the literature. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53 (2), 147-160.
- Kos, J.M., Richdale, A. L. & Jackson, M. S. (2004). Knowledge about Attention deficit/hyperactivity disorder: A comparison of in-service and preservice teachers. *Psychology in the Schools*, 41 (5), 517-526.
- Kouhbanani, S.S., Kazemi, F., Maleki, N. & Soltani, Z. (2013). Deficits in theory of mind and Executive function in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Novel Applied Sciences*: 2(10), 449-455
- Levitis, D.A., Lidicker, Jr, W.Z. & Freund, G. (2009). Behavioural biologists do not agree on what constitutes behaviour. *Animal Behaviour*: 78, 103-110.
- Lindahl, KM (1998). Family process variables and children's disruptive behavior problems. *Journal of Family Psychology*: 12, 420-436.
- Loe, I. M. & Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 82-90.
- Mayes S.D., Calhoun S.L. & Crowell E.W. (2000). Learning Disabilities and ADHD. Overlapping Spectrum Disorders. *Journal of Learning Disabilities*: Volume 33, No 5, pp 417-424.
- Munden, A. (2009) *The ADHD Handbook: A Guide for Parents and Professionals on Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2009) *ADHD: The NICE guidance on Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults*. London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists.

National Institutes of Health. Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 16-18. Bethesda Maryland. 1998.

Neuhaus, C., (1999). Το υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματά του. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. (2008). Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10). Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Reif, S. (2005) How to Reach and Teach ADD/ADHD Students: Practical Techniques, Strategies, and Interventions for Helping Children with Attention Problems and Hyperactivity Revised. San Francisco: Jossey-Bass.

Saeedi, M.T., Noorazar, S.G., Bafandeh, H., Taheri, M. & Farhang, S. (2014). Theory of Mind in children with attention deficit hyperactivity disorder compared to controls. Journal of Analytical Research in Clinical Medicine: 2(3), 99-104.

Sandberg, S., Day, R. & Trott, G. E. (1996). Clinical Aspects. In S. SANDBERG (ed.). Hyperactivity disorders of childhood, pp. 69-110. Cambridge: Cambridge University Press.

Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., & Bender Frank, A. S (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Psychology in the Schools, 37 (2), 115-122.

Sheffield, M.A., Silk, J.S., Steinberg, L. & Sessa, F.M. (2002). Temperamental vulnerability and negative parenting as interacting predictors of child adjustment. Journal of Marriage and Family: 64, 461-471.

Skirbekk, B., Hansen, B. J., Oerbeck, B., & Kristensen, H. (2011). The relationship between sluggish cognitive tempo, subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder, and anxiety disorders. Journal of Abnormal Child Psychology: 39(4), 513-525. doi: 10.1007/s10802-011-9488-4.

Slama, H. & Mary, A. (2011). Theory of Mind and ADHD. ADHD in Practice: 3(4), 4-7.

Soroa, M., Balluerka, N., & Gorostiaga, A. (2012). Evaluation of the level of knowledge of infant and primary school teachers with respect to the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Content validity of a newly created questionnaire. In J. M. Norvilitis (Ed.), Contemporary trends in ADHD research (pp. 127-152). Available from: <http://www.intechopen.com/articles/show/title/evaluation-of-the-level-of-knowledge-of-infant-and-primary-school-teachers-with-respect-to-the-atten>)

Soroa, M., Balluerka, N. & Gorostiaga, A. (2014). Development and Validation of a Questionnaire (the IRA-AGHN) to Assess Teachers' Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Anales de Psicología: 30 (3) : 1035-1043  
doi.org/10.6018/analesps.30.3.168271

Tannock, R. & Castellanos, F.X. (2002): Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: The search for endophenotypes. *Nature Reviews Neuroscience*, 3: 617– 628.

Thomas, J.M. & Guskin K.A. (2001). Disruptive behavior in young children: what does it mean. *The Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*: 40, 44–51.

Vaughn, B. E., & Bost, K. K. (1999). Attachment and temperament: Redundant, independent, or interacting influences on interpersonal adaptation and personality development. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory and research* (pp. 198 – 225). New York: Guilford Press

Volk, H.E., Todorov, A.A., Hay, D.A. & Todd, R.D. (2009). Simple identification of complex ADHD subtypes using current symptom counts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*: 48(4):441-50. doi: 10.1097/CHI.0b013e31819996ba.

Wehmeier P., Schacht A., & Barkley R. (2010). Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. *Journal of Adolescent Health*: 46, 209–217.

Weiss G & Hechtman L. (1993). *Hyperactive Children Grown Up*. New York: Guilford Press.

West, J., Taylor, M., Houghton, S., & Hudyma, S. (2005). A comparison of teachers' and parents' knowledge and beliefs about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *School International Psychology*, 26 (2), 192-208.

White, J. D. (1999). Personality, temperament and ADHD: a review of the literature. *Personality and Individual Differences*, 27, 589–598.

Willcutt E. G., Doyle A. E., Nigg J. T., Faraone S. V. & Pennington B. F. (2005). Validity of the Executive Function Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Biological Psychiatry A Journal of Psychiatric Neuroscience and Therapeutics*, 57, 1336-1346. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.02.006

Willcutt, E.G. & Pennington, B.F. (2000). Comorbidity of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: differences by gender and subtype. *Journal of Learning Disabilities*: 33, p.179-191.

Youssef, M.K., Hutchinson, G. & Youssef, F.F. (2015). Knowledge of and Attitudes Toward ADHD Among Teachers: Insights From a Caribbean Nation. *SAGE Open*, 5(1), doi:10.1177/2158244014566761

Σκαλούμπακας, Χ. Ανακτήθηκε στις 12/01/2017. Οδηγός εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος (ΕΕΠ) για μαθητές με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ). Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής. Ανακτήθηκε από: [http://www.prosvasimo.gr/EDEAY/%CE%95%CE%94%CE%95%CE%91%CE%A5\\_%](http://www.prosvasimo.gr/EDEAY/%CE%95%CE%94%CE%95%CE%91%CE%A5_%)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### Δημογραφικά Στοιχεία

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

Άντρας  Γυναίκα

2. Ποια είναι η ηλικία σας;

Κάτω των 30 χρόνων	
31 – 40 χρονών	
41 – 50 χρονών	
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 παιδί 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

E. 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

A. Πώς θα αξιολογούσατε τις γνώσεις σας σχετικά με την ΔΕΠ-Υ;

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(καμία)

(άριστη)

B. Πώς θα αξιολογούσατε την ικανότητά σας να διδάξετε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ;

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(καμία)

(άριστη)

**Ευχαριστούμε Πολύ!**