

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΔΠΜΣ: ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ



---

ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ  
ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ  
ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

---

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ



της  
Ελευθερίας Πολυζώη

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΜΑΡΙΑ ΚΥΠΡΙΩΤΑΚΗ

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Π.Τ.Π.Ε.

Πανεπιστημίου Κρήτης

ΜΕΛΗ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

ΜΑΡΙΑ ΜΑΡΚΟΔΗΜΗΤΡΑΚΗ

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Π.Τ.Π.Ε. Πανεπιστημίου Κρήτης

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΑΝΩΛΙΤΣΗΣ

Καθηγητής Π.Τ.Π.Ε Πανεπιστημίου Κρήτης

ΡΕΘΥΜΝΟ, 2022

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....σελ. 3</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....σελ.4</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ.6</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.</b>
<b>1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....σελ.9</b>
<b>1.1.1 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....σελ.11</b>
<b>1.1.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....σελ.13</b>
<b>1.1.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....σελ.14</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.</b>
<b>2.1 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ.....σελ.17</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.</b>
<b>3.1 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....σελ.30</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.</b>
<b>4.1 ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ-ΣΤΑΣΕΙΣ-ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΠ-Υ.....σελ.37</b>
<b>4.2 ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΠ-Υ.....σελ.40</b>
<b>4.3 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....σελ.47</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.</b>
<b>5.1 ΣΚΟΠΟΣ-ΣΤΟΙΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ.....σελ.49</b>
<b>5.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....σελ.49</b>
<b>5.3 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ.....σελ.50</b>
<b>5.4 ΜΕΣΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....σελ. 52</b>

<b>5.5 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....σελ. 53</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.</b>
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....σελ. 54</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.</b>
<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....σελ.79</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.85</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'.....σελ.102</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'.....σελ. 106</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ'.....σελ. 107</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ'.....σελ. 108</b>

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Φτάνοντας στο τέλος, με την ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής, ολοκληρώνεται και ο κύκλος σπουδών μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ» του Πανεπιστημίου Κρήτης. Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω όσους συνέβαλλαν και συμπορεύτηκαν μαζί μου σε αυτή τη διαδρομή.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επόπτριά μου κ. Μαρία Κυπριωτάκη, Καθηγήτρια του Τμήματος Προσχολικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Κρήτης, για το χρόνο, τις συμβουλές, το μοίρασμα των γνώσεων της και για τη διάθεση της σε όλη τη διάρκεια της συνεργασίας μας και σε όλα τα στάδια της Μεταπτυχιακής μου Διατριβής, αποτελώντας ένα σύμβολο φυσικής ευγένειας και ήθους.

Ευχαριστώ την κ. Μαρία Μαρκοδημητράκη και τον κ. Γεώργιο Μανωλίτση μέλη της επιστημονικής επιτροπής.

Δε θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω όλους εκείνους, τους άγνωστους συμμετέχοντες που χωρίς αυτούς θα ήταν αδύνατη η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

Ευχαριστώ πολύ το σύζυγο μου Νίκο, τον πάντοτε υποστηρικτικό και ενθαρρυντικό σύντροφο, σε όλο αυτό το διάστημα της προσπάθειας μου.

Ευχαριστώ το γιο μου Γιώργο για την παρουσία και το χρόνο που μου έδωσε προκειμένου να ολοκληρώσω το πόνημα, όπως και στην κόρη μας Ραφαέλα, που περιμένουμε με προσμονή αυτό το διάστημα.

Τέλος, θα ήθελα να αφιερώσω όλη αυτή την προσπάθεια μου, στην αγαπημένη μου γιαγιά Ελευθερία, το πρόσωπο που όλα τα χρόνια της ζωής μου, μου μετέδωσε την αγάπη για τη γνώση και την εξέλιξη.

*Ελευθερία Πολυζώη*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα, αποτελεί μια από τις πιο συχνά αναφερόμενες διαταραχές σε παιδιά και εφήβους. Η είσοδος του παιδιού στο σχολείο, είναι πολλές φορές η αφορμή που οι γονείς ενημερώνονται ή επιβεβαιώνονται για τις δυσκολίες συμπεριφοράς του παιδιού τους. Ως εκ τούτου, είναι ασαφές ότι οι εκπαιδευτικοί, θα πρέπει να είναι κατάλληλα ενημερωμένοι και καταρτισμένοι, έτσι ώστε να μπορούν να διακρίνουν σωστά και να αξιολογούν τις συμπεριφορές εκείνες οι οποίες χρειάζονται μια διαφορετική προσέγγιση και διαχείριση. Συγχρόνως, η κάθε οικογένεια, που αποτελεί τον πυρήνα της ζωής του κάθε παιδιού και τον άμεσο συνεργάτη του σχολείου, χρειάζεται να συμπεριληφθεί και να ενημερωθεί, με το σωστό τρόπο, για τυχόν απορίες και εναλλακτικές που θα βοηθούσαν και τα δυο πλαίσια. Σε γενικές γραμμές, οι μελέτες που έχουν διερευνήσει τις γνώσεις των εκπαιδευτικών, συμφωνούν στην ανάγκη για περισσότερη εκπαίδευση και ενημέρωση για υποστηρικτικές δράσεις, τόσο σε επίπεδο μάθησης όσο και συμπεριφοράς. Μια σημαντική παράμετρος, η οποία αξίζει να αναφερθεί, είναι πως η γνώση συμβάλλει πολυεπίπεδα αλλά ταυτόχρονα μειώνει τις πιθανότητες για τυχόν παρερμηνείες οι οποίες συχνά, δημιουργούν περισσότερα προβλήματα από την ίδια έλλειψη γνώσης. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί το επίπεδο γνώσεων και οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών, για μαθητές με ΔΕΠ-Υ, ως προς τις ψυχοκοινωνικές τους δυσκολίες. Ο εντοπισμός των παραγόντων που επηρεάζουν τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών, είναι απαραίτητος τόσο σε επίπεδο αναγνώρισης, διαχείρισης και επιλογής κατάλληλης παρέμβασης. Η ποιοτική και ποσοτική βελτίωση της εκπαίδευσης των ίδιων των εκπαιδευτικών, έχει θετική επίδραση στην ήδη υπάρχουσα γνώση τους, στο αίσθημα αυτό αποτελεσματικότητας τους, όπως έχει αποδειχτεί από προηγούμενες έρευνες, αλλά και σε επίπεδο αποδοτικής συνεργασίας με τους γονείς ή άλλους φορείς που ίσως χρειαστεί να εμπλακούν για την υποστήριξη του παιδιού.

*Λέξεις κλειδιά: ΔΕΠ-Υ, γνώσεις εκπαιδευτικών, πεποιθήσεις εκπαιδευτικών, αντιλήψεις εκπαιδευτικών, ψυχοκοινωνικές δυσκολίες*

## Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder is one of the most commonly reported disorders in children and adolescents. The child's entry into school is often the reason that parents are informed or confirmed about their child's behavioral difficulties. Therefore, it is unclear that teachers should be properly informed and trained so that they can correctly distinguish and evaluate those behaviors that need a different approach and management. At the same time, every family, which is the core of every child's life and the direct partner of the school, needs to be included and informed, in the right way, for any questions and alternatives that would help both contexts. In general, studies that have explored teachers' knowledge agree on the need for more education and information on supportive actions, both in terms of learning and behavior. An important parameter, which is worth mentioning, is that knowledge contributes at many levels but at the same time reduces the chances of any misinterpretations which often create more problems than the same lack of knowledge. The purpose of this study is to investigate the level of knowledge and perceptions of teachers, for students with ADHD, regarding their psychosocial difficulties. Identifying the factors that influence teachers' perceptions is essential both in terms of identifying, managing and selecting appropriate intervention. The qualitative and quantitative improvement of the education of the teachers themselves, has a positive effect on their already existing knowledge, on this sense of their effectiveness, as has been shown by previous research, but also on a level of efficient cooperation with parents or other bodies that may need engage in child support.

*Keywords: ADHD, Teachers' knowledge, Teachers' beliefs, Teachers' perceptions, psychosocial difficulties*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο/η εκπαιδευτικός αποτελεί μέλος ενός κοινωνικό πολιτισμικού πλαισίου, του σχολείου, έχοντας ένα ρόλο, που περιλαμβάνει υποχρεώσεις, ευθύνες, απαιτήσεις και προσδοκίες από τις επιμέρους ομάδες που το αποτελούν (μαθητές, γονείς, σύλλογος διδασκόντων), αλλά και από τον ίδιο τον εαυτό. Σε μια σύντομη ανασκόπηση, βλέπουμε τον παιδαγωγικό ρόλο να περνάει διάφορα στάδια μέχρι να καταλήξει στη σημερινή του εικόνα. Από το Μεσαίωνα, όπου το ξύλο χρησιμοποιείτο ως μέσο διαπαιδαγώγησης, περνώντας σταδιακά στο 18<sup>ο</sup> αι., συντελέστηκαν αλλαγές, όσον αφορά τις αντιλήψεις για την παιδική ηλικία, επηρεάζοντας τη στάση γονέων και εκπαιδευτικών.

Φτάνοντας στο σήμερα, ο ρόλος του εκπαιδευτικού, καλείται ακόμα μια φορά να προσαρμοστεί σε νέα δεδομένα και αλλαγές, διατηρώντας παράλληλα τον πολυεπίπεδο ρόλο του σε ένα όλο και περισσότερο εξελισσόμενο πλαίσιο.

Χρησιμοποιώντας ως παράδειγμα, τα δεδομένα της παρούσας κατάστασης, με την απρόσμενη έλευση και παραμονή του Covid-19 στη ζωή μας, ο ρόλος του εκπαιδευτικού βάλλεται από ακόμα μια πρόκληση, δεδομένων των πολυεπίπεδων αλλαγών στην εκπαιδευτική διαδικασία. Αναπάντεχες αλλαγές και κρίσεις κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου, προϋποθέτουν συστήματα υποστήριξης, αυτό υποστήριξης και ευελιξίας στον τρόπο σκέψης και δράσης. Η γνώση μας, σε ό,τι αφορά το αντικείμενο του καθενός, είναι τόσο το μέσο όσο και ο στόχος. Σε σχέση με τη ΔΕΠ-Υ, που είναι και το αντικείμενο της παρούσας μελέτης, οι γνώσεις από πλευράς των εκπαιδευτικών, όπως θα δούμε και στη συνέχεια, πιο αναλυτικά, αποτελούν τόσο τη βάση για μια σταθερά θετική εξέλιξη των μαθητών, τόσο σε ενδοπροσωπικό όσο και σε διαπροσωπικό επίπεδο, όντας, ταυτόχρονα, μια πηγή στήριξης σε συνθήκες δύσκολες ή και πρωτόγνωρες.

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού δεν είναι μονοδιάστατος και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Η αλληλεπίδραση πολιτιστικό- κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, επηρεάζουν τις αντιλήψεις για το ρόλο των εκπαιδευτικών, στα διάφορα πολιτισμικοκοινωνικά πλαίσια, συμπεριλαμβανομένου του γεωγραφικού περιβάλλοντος. Οι παράγοντες που τον επηρεάζουν μπορεί να είναι εσωτερικοί και εξωτερικοί (Macovec, 2018). Οι εσωτερικοί, παράγοντες, αφορούν την αντίληψη του/της εκπαιδευτικού για τον ρόλο του / της. Οι εξωτερικοί, παράγοντες, περιλαμβάνουν τις απόψεις και τις προσδοκίες, του ίδιου, όπως προκύπτουν από τη αλληλεπίδραση του με άλλους εμπλεκόμενους, όπως μαθητές, γονείς, εκπαιδευτικοί, σχολικοί σύμβουλοι αλλά και η ίδια η κοινωνία. Και οι δύο τύποι παραγόντων, αποτελούν σημαντικό μέρος της επαγγελματικής ταυτότητας ενός εκπαιδευτικού, με τους εσωτερικούς παράγοντες να ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες: τις πεποιθήσεις του ίδιου του εκπαιδευτικού σχετικά με τον ρόλο του και τις προσδοκίες που απορρέουν από αυτές τις πεποιθήσεις ( Macovec, 2018).

Οι Amiri, Noorazar, Fakhari, Daroukoloae και Gharehgo (2017), αναφέρουν ότι για πολλά παιδιά, το σχολείο θα μπορούσε να θεωρηθεί το δεύτερο σπίτι τους. Ως εκ τούτου, οι σχολικές αρχές μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη ζωή τους. Το σχολείο είναι το πλαίσιο, εκείνο, όπου τα παιδιά έχουν την ευκαιρία να

αλληλοεπιδράσουν με τους συνομηλίκους τους, να συμμορφωθούν με συγκεκριμένους κανόνες και να εκτελέσουν συγκεκριμένες εργασίες. Τα παιδιά περνούν αρκετές ώρες την ημέρα με τους δασκάλους τους, μαθαίνοντας και εκφράζοντας την προσωπικότητά τους. Σύμφωνα με τους ίδιους, οι εκπαιδευτικοί μπορεί να παρατηρήσουν και να αντιμετωπίσουν συγκεκριμένα συμπτώματα στους μαθητές τους. Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο σε πολλές πτυχές του σχεδίου θεραπείας για μαθητές με ΔΕΠ-Υ, καθώς και στα επιτεύγματά τους, αφού η πολυεπίπεδη θεραπεία είναι συνήθως η καλύτερη επιλογή. Η ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση και παρεμβάσεις, αναδεικνύει τον σημαντικό ρόλο των εκπαιδευτικών, από την προσχολική, κίβλας, ηλικία. Ωστόσο, ως μέλη του κοινού, οι απόψεις των δασκάλων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, μπορεί να είναι πολύ διαφορετικές, γεγονός που βάζει τα παιδιά, με διάγνωση ΔΕΠ-Υ, σε μεγαλύτερο κίνδυνο στιγματισμού, οδηγώντας έτσι σε αντιπαραγωγικά αποτελέσματα.

Οι εκπαιδευτικοί, πρέπει να διαχειριστούν αρκετούς μαθητές στις τάξεις τους, με τους περισσότερους από αυτούς, να έχουν διαφορετικές ανάγκες, όπως οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ, γι' αυτό ο εκπαιδευτικός πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος γι' αυτές τις διαφορές (Decaires-Wagner & Picton, 2009).

Στα πλαίσια της συμπεριληπτικής εκπαίδευσης, οι εκπαιδευτικοί καλούνται να διαχειριστούν πολλούς μαθητές, εκ των οποίων αρκετοί έχουν διαφορετικές ανάγκες, όπως συμβαίνει με τους μαθητές ΔΕΠ-Υ. Προκειμένου να μπορέσει, ο εκπαιδευτικός, να αναγνωρίσει ανάμεσα στους μαθητές, εκείνους που φέρουν τα διαφορετικά χαρακτηριστικά, ο ίδιος, θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος για την ίδια τη διαταραχή και τις ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν (Decaires-Wagner & Picton, 2009), όπως η δημιουργία ενός φιλόξενου χώρου διδασκαλίας για όλους τους μαθητές, κατάλληλα οργανωμένου, να ικανοποιεί τις ανάγκες των μαθητών, ενισχύοντας την αλληλεπίδραση τους.

Όσον αφορά τη δομή της παρούσας εργασίας, χωρίζεται σε δυο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό μέρος. Ειδικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο, του θεωρητικού μέρους, θα μιλήσουμε για τον ορισμό και τη διαδικασία της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ. Περιγράφοντας στη συνέχεια, τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των παιδιών, υπενθυμίζουμε τα βασικά σημεία της διαταραχής, ξεκινώντας μέσα από μια σύντομη ιστορική αναδρομή φτάνοντας εξελικτικά, μέχρι την ενηλικίωση του ατόμου.

Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στους αιτιολογικούς παράγοντες, που έχουν συσχετιστεί με τη διαταραχή και στους τρόπους αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ, τη σημασία της φαρμακευτικής αγωγής και των προγραμμάτων διαχείρισης συμπεριφοράς.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναφέρονται οι πιο κοινές συννοσηρές διαταραχές με τη ΔΕΠ-Υ, καθώς υπάρχουν πολλά κοινά σημεία μεταξύ τους, με αποτέλεσμα να υπάρχει αλληλοεπικάλυψη κάποιας από τις διαταραχές. Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται και μια μικρή αναφορά στον επιπολασμό της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ, δηλαδή, στο ποσοστό εμφάνισης της στον πληθυσμό.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα μιλήσουμε για τη σημασία των ψυχοεκπαιδευτικών προγραμμάτων, τόσο για τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς, όσο και για τους μαθητές, των οποίων η υποστήριξη είναι και το κίνητρο,



εμπλέκοντας τόσο την οικογένεια όσο και τη συνεργασία με άλλους φορείς, εντός ή εκτός σχολικού πλαισίου. Γίνεται μια σύντομη αναφορά, σε κάποια ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα, που υλοποιούνται καθώς και στο πάντα σημαντικό και επίκαιρο κομμάτι της πρώιμης υποστηρικτικής παρέμβασης.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται μια ανασκόπηση για τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σε σχέση με τη ΔΕΠ-Υ και μια προσπάθεια αποσαφήνισης των όρων στάσεις, πεποιθήσεις, αντιλήψεις, μέσα από την αναφορά σε μια σειρά ερευνών, στη συντριπτική πλειοψηφία, του εξωτερικού.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, το ερευνητικό, και συγκεκριμένα το πέμπτο κεφάλαιο, αφορά τη μεθοδολογία, στο έκτο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, όπως προέκυψαν μέσα από τη στατιστική ανάλυση. Το έβδομο κεφάλαιο αφορά τη συζήτηση, συμπεράσματα και περιορισμούς της έρευνας. Κλείνοντας, παρατίθεται η βιβλιογραφία και στο τέλος, στα παραρτήματα, οι κλίμακες, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

### ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ –ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

#### 1.1 Ορισμός και διάγνωση

Η Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-συγκέντρωσης με ή χωρίς υπερκινητικότητα, έχει οριστεί από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA), ( American Psychiatric Association, 2013) ως νευροαναπτυξιακή διαταραχή που διαγιγνώσκεται στην παιδική ηλικία και συχνά συνεχίζεται μέχρι την ενηλικίωση. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ένα επίμονο σχήμα απροσεξίας ή / και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που παρεμβαίνει στη λειτουργικότητα και την ανάπτυξη τους. Αυτά τα συμπτώματα είναι χρόνια, εμφανίζονται σε πολλές συνθήκες (π.χ. σπίτι, σχολείο ή εργασία ή άλλες δραστηριότητες) και επηρεάζουν την εύρυθμη λειτουργία της κοινωνικότητας, του σχολείου ή της εργασίας (Hagaman & Casey, 2016· Klimkeit, Graham, Lee, Morling, Russo & Tonge, 2006). Ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ μπορεί να έχει συμπτώματα σε όλες τις κατηγορίες, σε μία μόνο κατηγορία ή ένα συνδυασμό συμπτωμάτων από κάθε κατηγορία. Ένα παιδί με συμπτώματα απροσεξίας, μπορεί να φαίνεται να είναι αφηρημένο, να ονειροπολεί ή και να έχει αποδιοργανωθεί. Κάποιο, με συμπτώματα υπερκινητικότητας, μπορεί να γίνεται κουραστικό, να μιλάει πολύ και να είναι σε συνεχή κίνηση. Κάποιο με συμπτώματα παρορμητικότητας, μπορεί να αντιδρά έντονα κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας, να ενεργεί χωρίς σκέψη και να μην είναι υπομονετικό (American Academy of Pediatrics, 2019). Τα περισσότερα παιδιά έχουν στιγμές που εμφανίζουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, ωστόσο, για ορισμένα παιδιά αυτό είναι κάτι περισσότερο από μια περιστασιακή δυσλειτουργία, αφού τα συμπτώματα είναι συχνά και παρεμβαίνουν στην καθημερινή τους ζωή (American Academy of Pediatrics, 2019).

Ως μια διαταραχή που σχετίζεται με διαφορές στην ανάπτυξη και τη δραστηριότητα του εγκεφάλου, προκαλεί δυσκολίες στην εκτέλεση πολλαπλών εργασιών(multitasking), διατήρηση της προσοχής και οργάνωση εργασίας (American Psychiatric Association, 2013).

Η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει ένα εύρος παιδιών της τάξης του 4% έως 7% και διαγιγνώσκεται επίσημα, συνήθως κατά τη διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας (American Psychiatric Association, 2000), από ψυχολόγο ή παιδοψυχίατρο (Schellack & Meyer, 2012). Δεδομένου του επιπολασμού της ΔΕΠ-Υ, είναι πιθανό, ο δάσκαλος/δασκάλα γενικής εκπαίδευσης να έχει ένα παιδί στη δική του σχολική αίθουσα. Επιπλέον, στο δημοτικό σχολείο οι εκπαιδευτικοί, πιθανό να, είναι τα πρώτα άτομα που θα παρατηρήσουν συμπεριφορές που σχετίζονται με ΔΕΠ-Υ (Tannock & Martinussen, 2001), γι' αυτό η γνώση για τη ΔΕΠ-Υ είναι σημαντική, επηρεάζοντας πολλές φορές τη συμπεριφορά και τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τους μαθητές.

Υπολογίζεται ότι περίπου το 5,2% του γενικού πληθυσμού, παρουσιάζει συμπτώματα υπερκινητικότητας, παρορμητικότητας και απροσεξίας (Moffitt & Melchior, 2007). Η διαχείριση των εκπαιδευτικών απαιτήσεων είναι συχνά πιο δύσκολη, για τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ, όπου η εκδήλωση των συνακόλουθων προβλημάτων

συμπεριφοράς, είναι μια πρόκληση στη σχολική αίθουσα, τόσο για τους ίδιους, όσο για τους συμμαθητές και τους δασκάλους τους. Οι δυσκολίες συμπεριφοράς περιλαμβάνουν την οργάνωση των καθημερινών εργασιών, την ολοκλήρωση τους, την εστίαση της προσοχής στην εργασία, τηρώντας τους κανονισμούς της τάξης, το καθημερινό πρόγραμμα και τη συνεργασία με συμμαθητές χωρίς περισπάσεις (DuPaul & Jimerson, 2014).

Για τη διάγνωση χρειάζονται έξι συμπτώματα από την απροσεξία ή / και έξι συμπτώματα από υπερκινητικότητα /παρορμητικότητα, η διάρκεια να είναι περισσότερο από 6 μήνες και να συναντώνται σε διάφορα περιβάλλοντα, όπως το σπίτι και το σχολείο (Hinshaw, 2014; Sadock, Sadock & Ruiz, 2015). Για την αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ, οι δάσκαλοι, οι γονείς, οι συνομήλικοι και μερικές φορές το παιδί, συμπληρώνουν κλίμακες αξιολόγησης σχετικά με τη συμπεριφορά (Hinshaw, 2014). Ο αριθμός των διαγνώσεων ΔΕΠ-Υ έχει αύξηση κατά την τελευταία δεκαετία, λόγω των αυξανόμενων προσδοκιών που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και εκτός σχολείου (Wienen et al., 2019).

Επειδή η ΔΕΠ-Υ αποτελεί ένα συνδυασμό αιτιολογικών, κοινωνικών, βιολογικών, ψυχολογικών, παραγόντων που αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους, η διαγνωστική διαδικασία, χρειάζεται να γίνεται από διεπιστημονική ομάδα, προκειμένου το παιδί να λάβει τόσο μια ορθή διάγνωση, όσο και την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση (Γιαννοπούλου, 2010).

Η συμπλήρωση κλιμάκων αξιολόγησης της συμπεριφοράς, σε συνδυασμό με την επιβεβαίωση των πληροφοριών κατά τη διάρκεια της κλινικής συνέντευξης, όπου λαμβάνεται ένα πλήρες εξελικτικό και ιατρικό ιστορικό του παιδιού, γίνονται από άτομα που γνωρίζουν πολύ καλά το παιδί (γονείς, φροντιστές, εκπαιδευτικός). Ο εξεταστής αξιολογεί τις πληροφορίες, για τον τρόπο συμπεριφοράς του παιδιού, σε διάφορα και συγκεκριμένα περιβάλλοντα, όπως και πληροφορίες που αφορούν στο οικογενειακό πλαίσιο (Γιαννοπούλου, 2010).

Ακολουθεί η κλινική παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού από τον ίδιο τον αξιολογητή και η συνέντευξη με το ίδιο το παιδί, προσαρμοσμένη στο αναπτυξιακό του επίπεδο. Στη προσχολική ηλικία γίνεται συνήθως μέσω της παρατήρησης κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού και της αλληλεπίδρασης με τους γονείς του (Γιαννοπούλου, 2010).

Η σημασία του σχολείου έχει αναγνωριστεί τόσο για την ακαδημαϊκή πορεία όσο και για το κοινωνικό-συναισθηματική εξέλιξη του παιδιού (Sellstrom & Bremberg, 2006).

Ο στόχος της διάγνωσης δεν είναι μόνο η ίδια η διάγνωση, αλλά ο σχεδιασμός των κατάλληλων παρεμβάσεων (DuPaul & Stoner, 2003). Ο δάσκαλος είναι συνήθως το πρώτο άτομο που κάνει παραπομπή για αξιολόγηση ΔΕΠ-Υ, καθώς στο δομημένο σχολικό πλαίσιο, τα παιδιά με προβλήματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας εμφανίζουν συμπεριφορές, τις οποίες τα άλλα παιδιά και οι καθηγητές τους, αδυνατούν να διαχειριστούν. Σημαντικός είναι, επίσης, ο ρόλος των εκπαιδευτικών στη διαδικασία αξιολόγησης, παρέχοντας πληροφορίες για το ακαδημαϊκό ιστορικό και τις επιδόσεις των μαθητών, τις κοινωνικές σχέσεις και τη γενική καθημερινή λειτουργικότητα τους (Zentall, 2006).

Ως εκ τούτου, οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών, μέσα από την καθημερινή αλληλεπίδραση, με άτομα που έχουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και τους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις ενός αυξανόμενου αριθμού μαθητών, με διαταραχή, στα εκπαιδευτικά πλαίσια, είναι ζωτικής σημασίας για τη διευκόλυνση της πρώιμης παρέμβασης, πριν αυτοί οι μαθητές φτάσουν στην ενηλικίωση (Omuda, 2021).

Ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ μπορεί να αντιμετωπίσει δυσκολίες σε ένα ακαδημαϊκό περιβάλλον, ως αποτέλεσμα πολλών συμπτωμάτων, της ΔΕΠ-Υ, συμπεριλαμβανομένης της απροσεξίας, της διαταρακτικής ή της επιθετικής του συμπεριφοράς, των προβλημάτων με τη μνήμη εργασίας, τον προγραμματισμό και την οργάνωση (Daley & Birchwood, 2010).

Σε μια παλαιότερη έρευνα, ο McGee και συνεργάτες (1991) παρατήρησαν παιδιά προσχολικής ηλικίας που διαγνώστηκαν με υπερκινητικότητα κατά την εφηβεία και διαπίστωσαν ότι σε ηλικία 7-9 ετών, είχαν μικρότερη ικανότητα ανάγνωσης, σε σχέση την ομάδα ελέγχου. Στην ηλικία των δεκαπέντε, ήταν «πίσω» από την ομάδα ελέγχου στην απόδοση ανάγνωσης και είχαν σημαντικά ελλείμματα, σε σύγκριση με αυτήν. Όσον αφορά, επίσης, την ακαδημαϊκή τους πορεία, οι Kaufmann και Nuerk (2008) εξέτασαν διάφορα στοιχεία της μαθηματικής επεξεργασίας και δεν παρατήρησαν διαφορές μεταξύ των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και της ομάδας ελέγχου σχετικά με τις απλές και πολύπλοκες δεξιότητες υπολογισμού. Ωστόσο, η απόδοση ήταν σημαντικά χειρότερη στις βασικές δυνατότητες επεξεργασίας αριθμών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Συνολικά, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στη σχολική τους εκπαίδευση, λόγω δυσκολιών στην προσοχή, οργάνωση ή / και υπερκινητικότητα, με αποτέλεσμα να χρειάζονται περισσότερη υποστήριξη στην τάξη. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, επίσης, είναι πιο πιθανό να παρακολουθούν θεραπευτικά προγράμματα, να τοποθετούνται σε τμήματα ειδικής αγωγής, να παρακολουθούν μαθήματα, να συμμετάσχουν σε προγράμματα μετά το σχολείο και να λαμβάνουν εξειδικευμένες υπηρεσίες (Loe & Feldman, 2007).

Η έγκαιρη διάγνωση είναι συχνά μια δύσκολη διαδικασία, επειδή πολλά προβλήματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ είναι επίσης χαρακτηριστικά άλλων διαταραχών (Sciutto, Terjesen & Bender Frank, 2000). Επιπλέον, τα χαρακτηριστικά ΔΕΠ-Υ, εκδηλώνονται μαζί με άλλα προβλήματα, όπως μαθησιακές δυσκολίες, άγχος και κατάθλιψη, εναντιωματική προκλητική διαταραχή, διαταραχή συμπεριφοράς (Pelham, Fabiano & Massetti, 2005), σύνδρομο Tourette (Spencer et al., 1998) και ούτω καθεξής. Λόγω της πολυπλοκότητας της διαταραχής και των συναφών προβλημάτων, κρίνεται απαραίτητη η αξιολόγηση από μια διεπιστημονική ομάδα (Kypriotaki, 2004 · Sciutto, Terjesen & Bender Frank, 2000).

### 1.1.1 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Σε μια σύντομη ιστορική αναδρομή, αν και η πρώτη περιγραφή μιας διαταραχής που μοιάζει με τη ΔΕΠ-Υ, έγινε από τον Alexander Crichton το 1978 (Palmer&Finger, 2001), ο Still (1902) περιέγραψε 43 παιδιά στην κλινική του πρακτική, με σοβαρά προβλήματα στη διατήρηση της προσοχής, όπου σύμφωνα με την άποψη του William James (1890), αυτό, ήταν ένα σημαντικό στοιχείο για τον έλεγχο της συμπεριφοράς. Τα περισσότερα περιστατικά του Still, αναφέρθηκαν ως υπερδραστήρια (Barkley&Peters, 2012). Πολλοί

χαρακτηρίστηκαν επιθετικοί, προκλητικοί, με αντίσταση σε κάθε προσπάθεια πειθαρχίας, υπερβολικό συναισθηματισμό και χαμηλά επίπεδα αναστολών στη συμπεριφορά τους. Μεταξύ όλων των χαρακτηριστικών που περιέγραψε, το πάθος (ή η αυξημένη συναισθηματικότητα) ήταν το πιο κοινό και αξιοσημείωτο χαρακτηριστικό. Εξακολουθούσε να πιστεύει, ότι αυτά τα παιδιά εμφάνισαν ένα σημαντικό έλλειμμα στον έλεγχο της συμπεριφορά τους, που ήταν σχετικά σταθερό στις περισσότερες περιπτώσεις (Barkley & Peters, 2012).

Ο πρώτος τύπος, ΔΕΠ-Υ, με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο, χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο δραστηριότητας, απόσπασης της προσοχής, παρορμητικότητας και αποδιοργάνωσης. Ο μαθητής αυτός, μπορεί να περιστρέφεται στο κάθισμα του, να μην περιμένει τη σειρά του, να φωνάζει και να διακόπτει τους άλλους, την ώρα του μαθήματος. Ο δεύτερος τύπος, ο κυρίως απρόσεκτος, έχει χαρακτηριστικά απόσπασης της προσοχής, απροσεξίας και αποδιοργάνωσης, ο μαθητής μπορεί να φαίνεται ντροπαλός και να ονειροπολεί. Ο τρίτος και πιο διαδεδομένος τύπος, είναι συνδυασμός του πρώτου και του δεύτερου τύπου, ονομάζεται συνδυασμένος τύπος ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα (Salend & Rohena, 2003). Εκτός όμως από αυτά, αν και πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι τα περισσότερα παιδιά που διαγιγνώσκονται με ΔΕΠ-Υ έχουν δείκτη ευφυΐας μέσου και υψηλού επιπέδου, ωστόσο, αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε καθημερινές καταστάσεις. Είναι, επίσης, πιο πιθανό, να έχουν μαθησιακές δυσκολίες, που μπορεί να οδηγήσουν σε κακές ακαδημαϊκές επιδόσεις, ενώ το 30% έως 60% έχοντας προβλήματα ομιλίας και γλώσσας, μιλούν περισσότερο, αλλάζουν θέμα και διακόπτουν το συνομιλητή τους (Barkley et al., 2008· Spencer et al., 2007· Zentall, 2006· Mash & Wolfe, 2005). Παιδιά που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ συχνά αντιμετωπίζουν επίσης διαπροσωπικά προβλήματα με μέλη της οικογένειας, εκπαιδευτικούς και συνομηλίκους. Η συμπεριφορά τους μπορεί να είναι απρόβλεπτη, εχθρική και συγκρουσιακή και φαίνεται ότι δεν μαθαίνουν από τα προηγούμενα λάθη τους (DuPaul & Stoner, 2003). Υπάρχουν έντονες διακυμάνσεις στα συμπτώματα τους, τη σοβαρότητα και την αντίδραση τους, σε διαφορετικές καταστάσεις και σε διάφορες εργασίες (Barkley, 1998).

Αν και μια διάγνωση, πριν τη ηλικία των 5 ετών, θα ήταν παρακινδυνευμένη και για αυτό δεν ενδείκνυται, υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες που υποστηρίζουν ότι στο ηλικιακό φάσμα 2-5 ετών, μπορεί να εντοπιστούν παιδιά που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ (Γιαννοπούλου, 2010). Κακή συγκέντρωση, υψηλά επίπεδα δραστηριότητας και παρορμητικότητας είναι συχνά χαρακτηριστικά των παιδιών προσχολικής ηλικίας. Ακόμα και σε αυτή τη περίπτωση όμως, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να ξεχωρίζουν, έχοντας ασυνήθιστα χαμηλή ένταση παιχνιδιού και ταυτόχρονα υπερβολική ψυχοκινητική ανησυχία. Ταυτόχρονα, μπορεί να συνυπάρχουν δυσκολίες, όπως καθυστερημένη ανάπτυξη(ψυχοκινητική ή γλωσσική), εναντιωματική συμπεριφορά και ελλειπείς κοινωνικές δεξιότητες. Εάν η ΔΕΠ-Υ είναι ένας πιθανός λόγος για την εκδήλωση κάποιων συμπεριφορών, είναι πολύ σημαντικό να δοθεί το κατάλληλο υποστηρικτικό και συμβουλευτικό πλαίσιο, ακόμα και σε αυτό το πρώιμο στάδιο (Harpin, 2005).

Κατά την είσοδο στο Δημοτικό σχολείο, το παιδί με ΔΕΠ-Υ, συχνά αρχίζει να θεωρείται διαφορετικό από τους συμμαθητές του, οι οποίοι αρχίζουν να αναπτύσσουν τις κατάλληλες δεξιότητες και την ωριμότητα που θα τους επιτρέψει να μάθουν με επιτυχία στο σχολείο. Αν και ο δάσκαλος δεν είναι σε θέση προσαρμόσει την τάξη έτσι ώστε να επιτρέψει σε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, να πετύχει, το παιδί βιώνει ακαδημαϊκή αποτυχία, απόρριψη από συνομηλίκους, και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Προβλήματα, όπως ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, μπορεί να επηρεάζουν το παιδί, περιπλέκοντας περαιτέρω τη διάγνωση και διαχείριση. Η αξιολόγηση από ένα σχολικό ψυχολόγο, μπορεί να βοηθήσει, το μαθητή/τρια, να ξεκαθαρίσει τις μαθησιακές του δυνατότητες και αδυναμίες, με την κατάλληλη υποστήριξη στην σχολική τάξη. Σε αυτή την ηλικία, επίσης, συναντώνται δυσκολίες σε πλαίσια όπως το σπίτι, εκδρομές, με άλλα άτομα του περιβάλλοντος. Οι γονείς μπορεί να αισθάνονται ματαιώση, κούραση, απογοήτευση, αθροιστικά και συνδυαστικά με τον περιορισμένο χρόνο που μπορούν να διαθέσουν για τον εαυτό τους, το σύντροφο και τα άλλα παιδιά, αν υπάρχουν στην οικογένεια, αφού το παιδί με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύεται ακόμα και στον ύπνο, τόσο όσον αφορά στη διάρκεια όσο και την ποιότητα του.

Προχωρώντας προς την εφηβεία, παρατηρείται μια μείωση της υπερκινητικότητας, η απροσεξία όπως και η παρορμητικότητα, όμως, παραμένουν. Όπως θα δούμε και παρακάτω, σε αυτή την ηλικία, συχνά, αναπτύσσονται αντιδραστικοί και επιθετικοί τρόποι συμπεριφοράς, περισσότερες συγκρούσεις με τους γονείς. Στην ενήλικη ζωή σε ένα μεγάλο ποσοστό, εξακολουθούν και υπάρχουν προβλήματα, με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να δυσκολεύονται τόσο στις οικογενειακές τους σχέσεις όσο και τις επαγγελματικές, ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται η πιθανότητα να δοκιμάζονται σε πολλές θέσεις και να απορρίπτονται συχνά, λόγω λαθών, απουσιών, καθυστερήσεων κλπ.

### 1.1.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όσον αφορά στους αιτιολογικούς παράγοντες, ενώ παλαιότερα επικρατούσε η άποψη ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ οφείλονται σε έναν αιτιολογικό παράγοντα, τα ερευνητικά δεδομένα κατέδειξαν την ύπαρξη και άλλων παραγόντων (Thapar, Cooper, Jefferies & Stergiakouli, 2011). Δεν υπάρχει μια μοναδική αιτία για τη ΔΕΠ-Υ και η έκθεση σε έναν παράγοντα κινδύνου δεν οδηγεί απαραίτητα στην εκδήλωση διαταραχής. Αυτό σημαίνει ότι οποιοσδήποτε παράγοντας κινδύνου που θα παρατηρείται, μόνο, σε ένα ποσοστό των περιπτώσεων, θα βρίσκεται και σε εκείνες που δεν επηρεάζονται. Επίσης, οι παράγοντες κινδύνου που συμβάλλουν στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να μην είναι ίδιοι με εκείνους που επηρεάζουν την πορεία και τα αποτελέσματά της (Thapar, Cooper, Jefferies & Stergiakouli, 2011).

Ανάμεσα σε αυτούς, βρίσκονται οι γενετικοί, περιβαλλοντικοί και νευροψυχολογικοί παράγοντες στους οποίους θα κάνουμε μια σύντομη αναφορά.

Μελέτες μελών, οικογενειών, ατόμων που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ, επιβεβαιώνουν το υψηλό επίπεδο επιπολασμού της διαταραχής μεταξύ των μελών των, κατά 2 έως 8 φορές περισσότερο (Biederman, 2005). Μελέτες διδύμων, έχουν δείξει ότι τα μονοζυγωτικά δίδυμα έχουν υψηλότερα ποσοστά αντιστοιχίας για τη

ΔΕΠ-Υ από τα διζυγωτικά δίδυμα και μελέτες υιοθεσίας έχουν επίσης βρει αυξημένα ποσοστά ΔΕΠ-Υ στους βιολογικούς γονείς των υιοθετημένων παιδιών με ΔΕΠ-Υ, σε σύγκριση με τους θετούς γονείς και με τους γονείς της ομάδας ελέγχου χωρίς ΔΕΠ-Υ (Thapar, Cooper, Jefferies & Stergiakouli, 2011).

Δυσλειτουργικά κοινωνικά και οικογενειακά περιβάλλοντα, όπως η χαμηλή γονική εκπαίδευση, η κοινωνική τάξη, η φτώχεια, ο εκφοβισμός / θυματοποίηση, η ελλιπής γονική μέριμνα, η κακομεταχείριση και η οικογενειακή διαφωνία σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ, χωρίς οι μέχρι τώρα έρευνες να μπορούν να τις θεωρήσουν αποκλειστικούς αιτιολογικούς μηχανισμούς για την εμφάνιση της (Thapar, Cooper, Jefferies & Stergiakouli, 2011). Ευρήματα ερευνών, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι αρνητικές σχέσεις μητέρας/γιου, προκύπτουν, ως απάντηση στα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και δεν τα προκαλούν, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα για παιδική αντικοινωνική συμπεριφορά / διαταραχή συμπεριφοράς, στην οποία μια ομάδα ερευνών, έχουν διαπιστώσει ότι τα δυσμενή κοινωνικά και οικογενειακά περιβάλλοντα είναι αιτία (Lifford, Harold & Thapar, 2008). Ωστόσο, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες ενδέχεται να τροποποιήσουν την έκφραση της ΔΕΠ-Υ, επηρεάζοντας συν νοσηρές καταστάσεις, όπως διαταραχή συμπεριφοράς, συμπτώματα κατάθλιψης και συνοδά ελλείμματα.

Οι κληρονομικοί παράγοντες δεν αποτελούν, επίσης, τη μόνη εξήγηση της ΔΕΠ-Υ. Παρόλο που υπάρχουν διάφοροι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ, ο προσδιορισμός των αιτιών παραμένει πρόκληση. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι πολλές παρατηρούμενες συσχετίσεις, ενδέχεται να προκύψουν ως αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων συμπτωμάτων / διαταραχών στο παιδί ή στον γονέα ( απόρριψη συνομηλίκων, οικογενειακές δυσκολίες, χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ή τραυματισμός στο κεφάλι), ή από κληρονομικούς παράγοντες που δε μπορούν να μετρηθούν, όπως κάπνισμα, αλκοόλ, χρήση ναρκωτικών και στρες / άγχος κατά την εγκυμοσύνη, χαμηλό βάρος γέννησης και προωρότητα, επαφή με τοξίνες και κακής ποιότητας διατροφή.

### 1.1.3 ANTIMETΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ αποτελείται από δύο κατηγορίες, τη φαρμακευτική αγωγή και τις στρατηγικές διαχείρισης συμπεριφοράς. Η πολυεπίπεδη προσέγγιση συνδυάζει τόσο τη χορήγηση φαρμάκων όσο και κατάλληλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις όπως η εκπαίδευση γονέων, εκπαιδευτική παρέμβαση και συμπεριφορική θεραπεία σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα. Η κύρια φαρμακευτική θεραπεία για τη ΔΕΠ-Υ, εδώ και δεκαετίες είναι τα διεγερτικά φάρμακα μεθυλφαινιδάτη και αμφεταμίνη, για την ενίσχυση των νευροδιαβιβαστών της ντοπαμίνης και της επινεφρίνης. Η μεθυλφαινιδάτη θεωρείται ότι δρα, κυρίως, αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης, ενώ οι αμφεταμίνες, πιστεύεται ότι, ασκούν την επίδρασή τους, μπλοκάροντας τους νοραδρενεργικούς υποδοχείς, διευκολύνοντας την απελευθέρωση του νευροδιαβιβαστή. Επειδή τα συμπτώματα της απροσεξίας και της υπερδραστηριότητας / παρορμητικότητας, αντανακλούν πιθανή δυσλειτουργία του συστήματος μονοαμινών, τα διεγερτικά, πιστεύεται ότι ομαλοποιούν

τη λειτουργία των σχετικών εγκεφαλικών περιοχών, μέσω της ενίσχυσης της νευροδιαβίβασης της ντοπαμίνης και της νορεπινεφρίνης σε θεραπευτικές δόσεις.

Αναφορικά με την παρέμβαση σε επίπεδο συμπεριφοράς, υπάρχουν θεραπευτικά προγράμματα για την ενίσχυση βασικών δεξιοτήτων, όπως η εκπαίδευση στην εστίαση προσοχής, με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή, αναπτύσσοντας στρατηγικές αυτορρύθμισης βασικών δεξιοτήτων, της προσοχής, που θα χρησιμοποιεί το άτομο στην καθημερινή ζωή (Gevensleben et al., 2010). Η έρευνα διαπίστωσε ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που έλαβαν εκπαίδευση νευροανάδρασης είχαν λιγότερα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και μεγαλύτερη βελτίωση και σταθερότητα συμπεριφοράς 6 μήνες μετά την παρέμβαση (Gevensleben et al., 2010). Όπως αναφέρει ο Gevensleben και συνεργάτες (2010), η συγκεκριμένη παρέμβαση, βασίζεται σε ευρήματα ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, έχουν εγκεφαλική δυσλειτουργία, που παρατηρείται σε διάφορα εγκεφαλικά κύματα, όπως αξιολογήθηκαν με τη διαδικασία του εγκεφαλογραφήματος. Αυτές οι ανισορροπίες σχετίζονται με την υποδιέγερση (απροσεξία, ονειροπόληση, χαμηλά κίνητρα και ενέργεια), καθώς και με υπερβολική διέγερση (υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα, διέγερση και άγχος). Μέσω της εκπαίδευσης του εγκεφάλου, στην αυτορρύθμιση, αυτά τα συμπτώματα έχουν αποδειχθεί ότι βελτιώνονται σημαντικά. Όπως αναφέρεται τόσο από τον ίδιο, όσο και από άλλες έρευνες, αυτού του είδους οι παρεμβάσεις, βρίσκονται σε διαδικασία διερεύνησης, ταυτόχρονα, όμως, φαίνεται να ενισχύουν θετικά, διάφορους τύπους της προσοχής. Αυτό το οποίο είναι σημαντικό, είναι ότι η εκπαίδευση γνωστικών λειτουργιών, είτε με τη βοήθεια ηλεκτρονικών προγραμμάτων, όσο και μη ηλεκτρονικών, μπορεί να μειώσει τα προβλήματα προσοχής και συμπεριφοράς, να βελτιώσει την απόδοση κατά την αξιολόγηση εστίασης προσοχής και να ενισχύσει τη λειτουργία της μνήμης εργασίας, όπως διαπιστώθηκε, μεταξύ εφήβων με ΔΕΠ-Υ, ενώ βοήθησε τη μείωση του γονικού στρες (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012).

Ένα βασικό χαρακτηριστικό της ΔΕΠ-Υ είναι τα ελλείμματα στην εκτελεστική λειτουργία, τα οποία επηρεάζουν συχνά την ποιότητα ζωής, μειώνοντας τη σχολική επίδοση των παιδιών. Δυσκολίες στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη διαχείριση του χρόνου, την επίλυση προβλημάτων και τη μνήμη εργασίας, αποτελούν συχνά μέρος του γνωστικού προφίλ και πρέπει να αποτελούν θεραπευτικούς στόχους, μέσω της κατάρτισης δεξιοτήτων, που βασίζεται περισσότερο στη γνωστική εκπαίδευση. Αν και η έρευνα και σε αυτό τον τύπο θεραπείας είναι καινούρια, υποστηρίζεται ότι είναι μια πολλά υποσχόμενη παρέμβαση τόσο σε μικρά παιδιά όσο και σε εφήβους.

Στα πλαίσια της διαχείρισης της ΔΕΠ-Υ, από τον ίδιο τον εκπαιδευτικό, χρησιμοποιούνται παρεμβάσεις σε επίπεδο συμπεριφοράς, για τις οποίες, υπάρχει μια σειρά βημάτων, που εμπλέκονται στο σχεδιασμό και την εφαρμογή μιας παρέμβασης συμπεριφοράς στην τάξη. Αρχικά, επιλέγονται 3-4 συμπεριφορές μαθητών που θεωρείται ότι χρήζουν βελτίωσης. Στη συνέχεια, ο δάσκαλος της τάξης ή / και ο ψυχολόγος του σχολείου, συλλέγουν δεδομένα για να προσδιορίσουν το επίπεδο των συμπεριφορών-στόχων, πριν την παρέμβαση, για να εντοπίσουν τη συμπεριφορά που προηγείται (π.χ. ανάθεση εργασίας) και τα επακόλουθα της (π.χ. αποφυγή εργασίας). Στη συνέχεια, ορίζονται συγκεκριμένοι στόχοι, ώστε ο μαθητής να γνωρίζει το αναμενόμενο



επίπεδο επίδοσης, για να κερδίσει έναν άμεσο ενισχυτή (δηλ. αυτοκόλλητο ή κουπόνι). Ο δάσκαλος παρακολουθεί την απόδοση των μαθητών για μια καθορισμένη χρονική περίοδο και αν ο μαθητής επιτύχει τον καθορισμένο στόχο για μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, τότε ο δάσκαλος επαινεί τον μαθητή και του παρέχει τον ενισχυτή. Εάν ο στόχος δεν επιτευχθεί, ο δάσκαλος επαινεί την προσπάθεια των μαθητών και ενθαρρύνει τις συνεχείς προσπάθειες για το μέλλον. Οι ενισχυτές ανταλλάσσονται στο τέλος της σχολικής περιόδου ή στο τέλος της σχολικής ημέρας, δίνοντας ανατροφοδότηση ( πρόσβαση σε μια προτιμώμενη δραστηριότητα). Τέλος, καθώς οι μαθητές βελτιώνουν τις επιδόσεις τους, οι στόχοι μπορούν να τροποποιηθούν, έτσι ώστε η απόδοση να βελτιώνεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου.

Οι ίδιοι οι μαθητές, επίσης μπορούν να μάθουν στρατηγικές αυτορρύθμισης, όπως η αυτοπαρακολούθηση και η αυτοαξιολόγηση, παρακολουθώντας και να καταγράφοντας τη συμπεριφορά τους κατά την εργασία ή / και την παραγωγικότητά τους σε ακαδημαϊκά καθήκοντα (Reid, Trout, & Schartz, 2005). Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει την παρατήρηση και την καταγραφή των συμπεριφορών κάποιου και περιλαμβάνει δύο βασικά βήματα. Πρώτον, ο μαθητής πρέπει να καθορίσει εάν η συμπεριφορά -στόχος έχει συμβεί και μετά από αυτόν τον προσδιορισμό ο μαθητής πρέπει να καταγράψει αυτό το περιστατικό ή τη μη εμφάνιση (Mace, Belfiore, & Hutchinson, 2001).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

### 2.1 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

Οι συννοσηρές διαταραχές μπορεί να επηρεάσουν άτομα με ΔΕΠ-Υ καθ' όλη τη ζωή τους. Εκτιμάται ότι τουλάχιστον το 65% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν μία ή περισσότερες συν νοσηρές καταστάσεις (Harpin, 2005). Η ΔΕΠ-Υ συχνά βρίσκεται σε συννοσηρότητα με διαταραχές,, όπως άγχος, κατάθλιψη, διαταραχές συμπεριφοράς, τικ και μαθησιακά προβλήματα, τα οποία εκδηλώνονται σε ένα συνεχές. Ήπιες, σχετικά, δυσκολίες ενδέχεται να μην τύχουν κλινικής προσοχής, ενώ σε άλλες περιπτώσεις αυτές οι δυσκολίες μπορούν να συμβάλουν στην αποσαφήνιση της διάγνωσης από εξειδικευμένο γιατρό, με ταυτόχρονη παρουσία διαταραχών ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένου του άγχους, της κατάθλιψης και της διαταραχής συμπεριφοράς (Bird, Gould & Staghezza, 1993). Έχει αναφερθεί ότι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή εμφανίζεται στο 12-50% των παιδιών με ΔΕΠΥ σε δείγματα κοινότητας (Elia, Ambrosini & Berrettini, 2008) και η αγχώδης διαταραχή, ήταν συν νοσηρή στο ένα τρίτο των ασθενών με ΔΕΠ-Υ. Συν νοσηρές καταστάσεις ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένου του άγχους και της κατάθλιψης, είναι εξαιρετικά τυπικές στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται με μεγαλύτερη λειτουργική βλάβη και χειρότερα εκπαιδευτικά αποτελέσματα.

Ως μια ετερογενής διαταραχή, της οποίας η συμπτωματολογία, επικαλύπτει και άλλες διαταραχές, η ΔΕΠ-Υ, ενέχει τον κίνδυνο της μη διάγνωσης αυτών των διαταραχών. Σε αυτή την ομάδα διαταραχών, συχνά, συναντάμε τα **προβλήματα λόγου και ομιλίας**. Οι διαταραχές του λόγου, τα προβλήματα ανάγνωσης και η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας είναι κοινές αναπτυξιακές διαταραχές, που μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ακαδημαϊκή επιτυχία (Lewis, Short, Iyengar, Taylor & Freeb, 2011). Η πιο κοινή ψυχιατρική διάγνωση μεταξύ των παιδιών με καθυστερημένη γλωσσική ανάπτυξη είναι η ΔΕΠ-Υ, και αντιστρόφως, η καθυστερημένη γλωσσική ανάπτυξη είναι μια συχνή συννοσηρότητα που εντοπίζεται σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ που αντιπροσωπεύει το 48,6% (Sady et.al., 2013). Δεδομένου ότι η γλωσσική ανάπτυξη σχετίζεται με την καλή αίσθηση της ακοής και την ικανότητα ακρόασης, που είναι μια ενεργή διαδικασία, η καθυστέρηση μπορεί να αποδοθεί σε δυσκολία εστιασμένης και διαρκούς προσοχής στη φωνή και στους ήχους στο περιβάλλον (Gurta & Ahmed, 2003). Οι λογοπαθολόγοι συχνά παραπέμπουν παιδιά «ύποπτα» για ΔΕΠ-Υ, επειδή αυτά τα παιδιά, συχνά, παρουσιάζουν προβλήματα σε λειτουργικές περιοχές που σχετίζονται με γλωσσικές δεξιότητες, όπως δυσκολίες αλληλουχίας, κακές δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, συχνή εναλλαγή θεμάτων συζήτησης και δίνουν απαντήσεις που δεν σχετίζονται με ερωτήσεις που τέθηκαν (Sady et.al., 2013). Πολλά από αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν, επίσης, δυσκολία στις πραγματολογικές γλωσσικές δεξιότητες και στο να ακολουθούν οδηγίες. Ως εκ τούτου, συχνά, όπως αναφέρει η Παπαηλιού (2012) προκαλούν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις στην επικοινωνία με τους σημαντικούς άλλους(γονείς, εκπαιδευτικοί, συνομήλικοι). Σε αντίθεση με τα τυπικά παιδιά ίδιας ηλικίας και φύλου, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, κάνουν περισσότερα σφάλματα παράλειψης/ εκτέλεσης έργου και έχουν πιο αργούς χρόνους αντίδρασης.

Αυτά τα ελλείμματα επεξεργασίας πληροφοριών, αντανακλούν διάσπαση προσοχής, παρορμητικότητα, μειωμένη εγρήγορση και χαμηλό επίπεδο αναστολής κινητικού ελέγχου (Barkley, 1997) που δεν αντικατοπτρίζει, όμως, το γενικότερο πνευματικό επίπεδο (Aylward et al., 1997).

Σύμφωνα με την ερμηνεία των Tannock και Schachar (1996), η συννοσηρότητα ΔΕΠ-Υ και προβλημάτων στον πραγματολογικό τομέα της γλώσσας οφείλεται στα ελλείμματα των λειτουργιών εκτελεστικού ελέγχου. Ταυτόχρονα, όπως αναφέρει η Μανιαδάκη (2020) καθώς η μειωμένη ικανότητα αυτοελέγχου, επηρεάζεται από το επίπεδο εκτελεστικού ελέγχου, η ικανότητα προσοχής και αυτοελέγχου, μπορεί να επηρεάσει θετικά την ικανότητα των παιδιών για την ανάπτυξη θετικής συμπεριφοράς στο σχολικό περιβάλλον και τη μαθησιακή ικανότητα, αφού θα μπορούν να αγνοούν τα «άσχετα» ερεθίσματα, να επικεντρώνουν την προσοχή τους στην εκπαιδευτική διαδικασία, να ακολουθούν οδηγίες και κανόνες.

Η ανασκόπηση των Korrel, Mueller, Silk, Vicki Anderson και Sciberras (2017) παρέχει στοιχεία ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν μεγάλα ελλείμματα στη γλωσσική τους λειτουργία, εκφραστικά, προσληπτικά και πραγματολογικά με αποκορύφωμα τα συνολικά γλωσσικά προβλήματα.

Σύμφωνα με τους ίδιους, πολύ λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει τα γλωσσικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ χρησιμοποιώντας νευροαπεικόνιστικά μέσα. Έτσι αν διαπιστωθούν παρεκκλίσεις στα γλωσσικά δίκτυα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αυτό θα υποστήριζε παρεμβάσεις που αναπτύσσουν δεξιότητες ομιλίας ή αντισταθμιστικές γλωσσικές στρατηγικές. Εναλλακτικά, εάν η ρίζα των γλωσσικών προβλημάτων που παρατηρούνται στη ΔΕΠΥ είναι δευτερεύουσα σε σχέση με τα ελλείμματα που βασίζονται στην προσοχή (όπως ελλείμματα εκτελεστικής ή λειτουργικής μνήμης), μια πιο κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να περιλαμβάνει την αντιμετώπιση των δεξιοτήτων προσοχής σε νεαρή ηλικία, καθώς αυτές μεταφράζουν φτωχότερη μάθηση και γλώσσα στη μετέπειτα ζωή. Αναφέροντας στην ανασκόπηση τους, μια παρέμβαση των Neville και συνεργατών (2013), που επικεντρώθηκε στην ανάπτυξη περιοχών προσοχής σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, διαπίστωσαν ότι αυτό σχετίζεται με βελτιωμένες δεξιότητες επιλεκτικής προσοχής και με βελτιωμένη συμπεριφορά όπως αναφέρεται από τους γονείς.

Σε γενικές γραμμές, **οι μαθησιακές δυσκολίες** είναι νευρολογικές διαταραχές, που επηρεάζουν τις γνωστικές διαδικασίες οι οποίες είναι απαραίτητες για τη μάθηση.

Η ΔΕΠ-Υ, από την άλλη πλευρά, είναι μια νευροβιολογική διαταραχή που μπορεί να προκαλέσει συμπεριφορές, όπως υπερδραστικότητα - παρορμητικότητα και / ή απροσεξία, παρεμποδίζοντας την ικανότητα του ατόμου να καθίσει ακίνητο, να συγκεντρωθεί και να σκεφτεί πριν απαντήσει. Συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ, μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε δευτερογενή συναισθηματικά, κοινωνικά και οικογενειακά προβλήματα που δεν επηρεάζουν την ικανότητα του μαθητή να μάθει, αλλά μπορεί να επηρεάσουν τη διαθεσιμότητά του για μάθηση (Hooper & Williams, 2007) .

Ο όρος μαθησιακές δυσκολίες, περιγράφει μια ευρεία κατηγορία αναπτυξιακών διαταραχών και αναφέρεται ως έλλειμμα στη μάθηση, σε έναν ή περισσότερους τομείς, που μπορεί να περιλαμβάνει την ανάγνωση, τα

μαθηματικά και τη γραφή (Lyon, Fletcher & Barnes, 2003). Η διάγνωση βασίζεται σε πληροφορίες για τη συμπεριφορά του μαθητή, προϋποθέτει επαρκή νοημοσύνη, ανέπαφα αισθητηριακά συστήματα και την απουσία μιας κατάστασης ή περιβάλλοντος αναπηρίας που θα οδηγούσε ένα παιδί να έχει σημαντική δυσκολία στην μάθηση (APA, 2000). Αν και η παρέμβαση μπορεί να είναι αποτελεσματική, αυτές οι δυσκολίες στη μάθηση είναι επίμονες καθ' όλη τη διάρκεια ζωής (Shaywitz & Shaywitz, 1999).

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών, όπως και να δυσχεράνει την ανάπτυξη μορφών συμπεριφοράς που απαιτούνται για την αποτελεσματική απόκτηση γνώσεων στο σχολικό πλαίσιο (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, βαθμολογούνται χαμηλότερα, σε σχέση με τους συνομηλίκους τους, έχουν χαμηλότερες ακαδημαϊκές επιδόσεις και παραπέμπονται συχνότερα σε υπηρεσίες Ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης (DuPaul & Stoner, 2013).

Η ταξινόμηση Μαθησιακές δυσκολίες, χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια νευρολογική διαταραχή που επηρεάζει την ικανότητα του εγκεφάλου να λαμβάνει, να επεξεργάζεται, να αποθηκεύει και να ανταποκρίνεται σε πληροφορίες (Wong, 2004). Σύμφωνα με τον ίδιο, ο όρος μαθησιακές δυσκολίες, χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα άτομο φυσιολογικής ή ανώτερης νοημοσύνης, που αντιμετωπίζει δυσκολίες στην απόκτηση βασικών ακαδημαϊκών και λειτουργικών δεξιοτήτων. Οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ ή και Μ.Δ, αναφέρει, ενδέχεται να αντιμετωπίσουν δυσκολίες με κάποια ή όλες τις πτυχές των εκτελεστικών λειτουργιών, επηρεάζοντας τη σχολική και καθημερινή ζωή, ως συστατικά του ελέγχου της συμπεριφοράς και της ακαδημαϊκής επιτυχίας.

Αν και η βιβλιογραφία υποστηρίζει σαφώς μια σχέση μεταξύ ΔΕΠ-Υ και ΜΔ, επιτρέπει διάφορες αιτιολογήσεις αυτής της αλληλοεπικάλυψης. Η συσχέτιση μεταξύ ΔΕΠ-Υ και ΜΔ θεωρείται συχνή ως προς την απροσεξία και οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ απροσεξίας και ακαδημαϊκού επιτεύγματος, είναι συνήθως ισχυρότεροι από το δίπολο υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα και ακαδημαϊκό επίτευγμα (Masseti et al., 2007).

Ενώ μια διάγνωση ΔΕΠ-Υ περιγράφεται από συμπτώματα που σχετίζονται με την προσοχή και την υπερκινητικότητα (όπως υποδηλώνει το όνομα), κατανοείται καλύτερα ως έλλειμμα σε εκτελεστικές λειτουργίες ή αυτορρύθμιση (Barkley, 2006). Αυτές οι καθυστερήσεις προκαλούν σημαντικές προκλήσεις στον μαθητή όσον αφορά τη διακοπή και τη σκέψη πριν ενεργήσει (δηλ. Αναστολή συμπεριφοράς), πρόσβαση και επεξεργασία πληροφοριών (π.χ. λειτουργική μνήμη), έλεγχο συναισθημάτων και προγραμματισμό και επίλυση προβλημάτων. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένας ολοένα και αυξανόμενος αριθμός μελετών που διερευνούν τη σχέση ΔΕΠ-Υ, ΜΔ και εκτελεστικών λειτουργιών. Η εκτελεστική λειτουργία είναι το μέρος του εγκεφάλου που διαχειρίζεται τις σκέψεις και τη συμπεριφορά (Frick & Brocki, 2019) και τα ελλείμματα στην εκτελεστική λειτουργία, δημιουργούν προβλήματα στην αναστολή, τη μετατόπιση και την εργαζόμενη μνήμη - που είναι σημαντικές ιδιότητες για ακαδημαϊκή επιτυχία (Frick & Brocki, 2019).

Στη μελέτη των Turker, Seither-Preisler, Susanne Maria Reiterer και Schneider (2019), παρατηρήθηκε ότι παρά τη συχνή συννοσηρότητα μεταξύ ΔΕΠ-Υ και (Ε)ΜΔ, τα γνωστικά και συμπεριφορικά προφίλ των δύο διαγνωστικών ομάδων είναι αρκετά διακριτά αν όχι και ανόμοια. Ενώ τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν έδειξαν πρακτικά καμία γνωστική εξασθένηση, τα παιδιά με αναγνωστικές δυσκολίες, παρουσίασαν πολλές αδυναμίες στη γνωστική απόδοση που επηρεάζουν την εκμάθηση ξένων γλωσσών, την απόδοση μνήμης εργασίας και το ακαδημαϊκό επίτευγμα. Τα προβλήματα συμπεριφοράς, από την άλλη πλευρά, συσχετίστηκαν έντονα με την κατάσταση της ΔΕΠ-Υ και ήταν επίσης τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά των παιδιών με συννοσηρότητα ΕΜΔ και ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα παιδιά με συννοσηρότητα, δεν παρουσιάζουν μόνο συμπεριφορικές και γνωστικές αδυναμίες που υπάρχουν στις ομάδες μιας διάγνωσης, αλλά επίσης αντιμετωπίζουν πρόσθετες δυσκολίες, όπως η απόκτηση αριθμητικών δεξιοτήτων.

Η συνύπαρξη μεταξύ της δυσκολίας ανάγνωσης και της διαταραχής υπερκινητικότητας με διάσπαση προσοχής (ΔΕΠ-Υ) είναι συχνή στην παιδική ηλικία, όπου το 20 έως 40% των ατόμων με αναγνωστικές δυσκολίες δείχνουν συννοσηρότητα με τη ΔΕΠ-Υ και μάλιστα σε υψηλότερο ποσοστό, σε σχέση με την απροσεξία και τη διάσπαση της υπερκινητικότητας της ΔΕΠ-Υ (Willcutt & Pennington, 2000).

Σύμφωνα με τον ίδιο (Pennington, 2006), οι διαταραχές που σχετίζονται με τη μάθηση, προκύπτουν από ένα συνδυασμό κοινών και μοναδικών γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου ή ελλειμμάτων, αντί να είναι αποτέλεσμα ενός μόνο ελλείμματος (Pennington, 2006). Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου αφορούν δυσκολίες σε γνωστικό και / ή νευρολογικό επίπεδο και οδηγούν σε συννοσηρότητα με διάφορες μαθησιακές δυσκολίες ή αφορούν ένα συγκεκριμένο τομέα, διαφοροποιώντας τις μαθησιακές δυσκολίες μεταξύ τους (Pennington, 2006).

Μια ενδιαφέρουσα αναφορά, κάνουν οι Shero, Logan, Petrill, Willcutt και Hart (2021), στη μετά ανάλυση των Daucourt και συνεργατών (2020), όπου τα ευρήματα των γενετικών και περιβαλλοντικών συσχετίσεων, σε επιλεγμένα δείγματα, παρέχουν στοιχεία ότι ένα παιδί που διαγιγνώσκεται με μία μαθησιακή δυσκολία, είναι πιο πιθανό να πάρει και μια δεύτερη διάγνωση, οδηγώντας σε υψηλά ποσοστά τη συννοσηρότητα μεταξύ ΔΕΠ-Υ και δυσκολιών ανάγνωσης, καταδεικνύοντας ταυτόχρονα, μια χαμηλότερη, από την αναμενόμενη, συσχέτιση, γενετικών και περιβαλλοντικών συσχετίσεων με τη ΔΕΠ-Υ, σε μη επιλεγμένα δείγματα.

**Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)** και η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι δια βίου νευροαναπτυξιακές διαταραχές με ποσοστά επικράτησης τόσο υψηλά όσο 2% και 8,8%, αντίστοιχα (Thomas, Sanders, Doust, Beller, & Glasziou, 2015). Ενώ η ΔΑΦ και η ΔΕΠ-Υ κατηγοριοποιούνται και οι δύο ως «Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές» στο DSM-5 (American Psychiatric Association, 2000), αυτές οι δύο διαταραχές ορίζονται από διαφορετικά βασικά προφίλ συμπτωμάτων.

Όπως αναφέρουν οι Mansour και συνεργάτες (2021), η ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από προβλήματα προσοχής, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, ενώ η ΔΑΦ ορίζεται από μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα, ελλείμματα στην επικοινωνία και στερεοτυπικά πρότυπα συμπεριφοράς (American Psychiatric Association,

2000). Εκτός από αυτά τα βασικά συμπτώματα, υπάρχουν επιπλέον χαρακτηριστικά της ΔΑΦ που δεν είναι τόσο κοινά με τη ΔΕΠ-Υ (π.χ. διανοητική αναπηρία και καθυστέρηση ομιλίας). Συνολικά, όπως αναφέρουν οι ίδιοι, τα ευρήματα της έρευνας σχετικά με πιθανά γνωστικά ελλείμματα σε νέους με ΔΑΦ και συννοσηρότητα ΔΕΠ-Υ δεν είναι απολύτως συνεπή μεταξύ τους.

Τα ελλείμματα κοινωνικής επικοινωνίας στη ΔΑΦ καλύπτουν ελλείμματα στην κοινωνικό-συναισθηματική αλληλεπίδραση και τη μη λεκτική επικοινωνία που είναι απαραίτητα για την κοινωνική αλληλεπίδραση, την ανάπτυξη, διατήρηση και κατανόηση σχέσεων (American Psychiatric Association, 2013). Τέτοια ελλείμματα, γενικά τυπικά της ΔΑΦ, παρατηρούνται επίσης στη ΔΕΠ-Υ, καθώς τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, επηρεάζοντας ταυτόχρονα την κοινωνικότητά τους (Greene et al., 2001).

Στη μελέτη των Dellapiazza και συνεργατών (2021), τα άτομα με νευροαναπτυξιακές διαταραχές, παρουσίασαν υψηλότερο επίπεδο κοινωνικών ελλειμμάτων και συμπεριφορών εξωτερίκευσης/εσωτερίκευσης από τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Συγκεκριμένα, οι συμπεριφορές εσωτερίκευσης συσχετίστηκαν συχνότερα με τη σοβαρότητα της ΔΑΦ και οι συμπεριφορές εξωτερίκευσης με τη σοβαρότητα της ΔΕΠ-Υ.

Το αυξανόμενο ποσοστό ΔΑΦ στην κοινότητα σημαίνει ότι τα σχολεία πρέπει να ανταποκριθούν στην πρόκληση να συναντήσουν τα διαφορετικά εκπαιδευτικές ανάγκες αυτών των παιδιών, κάτι που περιπλέκεται από άλλες συνυπάρχουσες διαταραχές τους (Baio et al., 2018), όπως συμβαίνει στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ. Ανάμεσα στις διάφορες μελέτες που έχουν διεξαχθεί, σε σχέση με τα κοινά χαρακτηριστικά, των δυο αυτών διαταραχών, αξίζει να σημειωθεί ότι σε σχέση με τους υπότυπους της ΔΕΠ-Υ, εκείνος που εμφανίζει το μεγαλύτερο ποσοστό εξαρτάται και από τη ηλικία του παιδιού. Χαρακτηριστικά, αναφέρεται η μελέτη των Sinzig και συνεργατών (2009), όπου διαπίστωσαν ότι ο απρόσεκτος υποτύπος ήταν ο περισσότερος κοινός μεταξύ των νέων με ΔΑΦ, αναφέροντας, επίσης, ότι τα μικρότερα παιδιά (μεταξύ 5 και 7 ετών) ήταν πιο πιθανόν να διαγνωστούν με τον υπερκινητικό υπότυπο από μεγαλύτερα παιδιά. Οι Gadow et al. (2004) διαπίστωσαν ότι σε ένα δείγμα παιδιών προσχολικής ηλικίας (ηλικίας 3-5 ετών), ο υπότυπος της απροσεξίας ήταν επίσης ο πιο συνηθισμένος, ακολουθούμενος από τον συνδυασμένο τύπο και μετά τον υπερκινητικό τύπο.

Ο Sinzig και συνεργάτες (2009) πρόσφερε επίσης μια εννοιολογική εξήγηση για την επικάλυψη μεταξύ της ΔΕΠ-Υ και των αυτιστικών συμπτωμάτων, παρατηρώντας τον επιπολασμό των συμπτωμάτων υπερκινητικότητας μεταξύ των παιδιών με γλωσσική καθυστέρηση, υποστηρίζοντας ότι τα παιδιά που είχαν δυσκολία να επικοινωνήσουν τις ανάγκες τους, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με γλωσσικές καθυστερήσεις που είναι συχνές στη ΔΑΦ, μπορεί να καταφεύγουν σε υπερκινητικές συμπεριφορές για να τραβήξουν την προσοχή των ενηλίκων. Οι ερευνητές υποστήριξαν, επίσης, ότι στερεοτυπικές συμπεριφορές που συναντάμε στα παιδιά ΔΑΦ, εμποδίζουν την προσοχή τους στο περιβάλλον, κάτι το οποίο παρουσιάζεται ως απροσεξία.

Αν και τα προβλήματα συμπεριφοράς αποτελούν τις πιο συχνά αναφερόμενες σε συννοσηρότητα διαταραχές, σε σχέση με τη ΔΕΠ-Υ, εκτιμάται ότι σε ένα ποσοστό, 25% έως 40% των παιδιών σχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ, συνυπάρχει μια **διαταραχή άγχους** (Overgaard et al., 2016), επηρεάζοντας την έκφραση και εξέλιξη της διαταραχής. Το μικρό σύνολο των μελετών που έχουν εξετάσει το άγχος ως προγνωστικό παράγοντα της ΔΕΠ-Υ, έχει μικτά αποτελέσματα όπως αναφέρουν οι Gair , Brown, Kang, Grabell και Harvey (2021).

Η έννοια της ρύθμισης συναισθημάτων, αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να τροποποιεί μια συναισθηματική κατάσταση, προκειμένου να προωθήσει συμπεριφορές προσαρμοσμένες και προσανατολισμένες στο στόχο του. Συμπεριλαμβάνει τις διαδικασίες που επιτρέπουν στο άτομο να επιλέξει, να παρακολουθήσει και να εκτιμήσει με ευελιξία, συναισθηματικά ερεθίσματα, που διαμορφώνονται σύμφωνα με τους στόχους (Shaw et.al., 2014). Η συναισθηματική δυσλειτουργία προκύπτει όταν αυτές οι προσαρμοστικές διεργασίες εξασθενούν και οδηγούν σε συμπεριφορές που υποθάλπουν τα συμφέροντα του ατόμου. Περιλαμβάνει συναισθηματικές εκφράσεις και συμπεριφορές που δε συντονίζονται με τους κοινωνικούς κανόνες και το κατάλληλο περιβάλλον, ασταθές συναίσθημα με γρήγορες και ανεξέλεγκτες εναλλαγές, και δυσκολία εστίασης της προσοχής σε συναισθηματικά ερεθίσματα (Shaw et.al., 2014).

Η έλλειψη συναισθηματικής ισορροπίας, είναι ένα διακριτικό γνώρισμα που δεν είναι το μοναδικό για τη ΔΕΠ-Υ, που εξηγεί, εν μέρει, τον υψηλό συσχετισμό εσωτερικευμένων-εξωτερικευμένων διαταραχών.

Η ευερεθιστότητα είναι συχνή σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, σε ένα ποσοστό, περίπου 25 έως 45% του πληθυσμού (Shaw et al., 2014). Σε άλλους κλινικούς πληθυσμούς που χαρακτηρίζονται από χρόνια ευερεθιστότητα, όπως η σοβαρή έλλειψη ισορροπίας της διάθεσης, η ευερεθιστότητα έχει συσχετιστεί με μειωμένη γνωστική λειτουργία, συμπεριλαμβανομένης της εκτελεστικής λειτουργίας. Μεταξύ παιδιών με ΔΕΠ-Υ ευερεθιστότητα (Shaw et al. 2014) και συμπτώματα άγχους (Sciberras et al., 2014) συνυπάρχουν συχνά. Η ευερεθιστότητα και το άγχος χαρακτηρίζονται και από την έντονα αρνητική συναισθηματική διάθεση και προδιάθεση για ερεθίσματα που ερμηνεύονται ως απειλητικά (Kircanski et al., 2019).

Οι νέοι με διαταραχή έλλειψης προσοχής / υπερκινητικότητας, βιώνουν σημαντικές δυσκολίες στις κοινωνικές τους σχέσεις, συμπεριλαμβανομένων υψηλότερων ποσοστών απόρριψης από τους συνομηλίκους, λιγότερη κοινωνική ικανότητα και λιγότερων στενών φιλιών από τους τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους τους (Hoza, 2007). Η εκτεταμένη έρευνα δείχνει ότι οι κοινωνικές διαταραχές που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, δεν είναι ούτε παροδικές ούτε αθώες, αλλά αντίθετα τείνουν να είναι μακροχρόνιες και να σχετίζονται με αυξημένο έλλειμμα καθώς τα παιδιά μεταβαίνουν στην εφηβεία (Mrug et al., 2012).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποδηλώνουν ότι η ισορροπία μεταξύ εσωτερικευσης των συμπτωμάτων και της κοινωνικής λειτουργικότητας σε εφήβους με ΔΕΠ-Υ, είναι λεπτή και εξαρτάται από το ποιες πτυχές του άγχους και της κατάθλιψης, καθώς και ποιοι τομείς κοινωνικής προσαρμογής, λαμβάνονται υπόψη. Το άγχος αποτελεί μια ευρεία έννοια, που περιλαμβάνει συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με ένα

αίσθημα απειλής (π.χ. κοινωνική φοβία, άγχος αποχωρισμού) και άλλα συμπτώματα που εμφανίζονται ως απόκριση στην απειλή (π.χ. σωματικά συμπτώματα, αποφυγή βλαβών (March et al., 2000). Τόσο το κοινωνικό άγχος όσο και το άγχος του αποχωρισμού, περιλαμβάνουν συμπεριφορές αποφυγής, γεγονός που υποδηλώνει ότι αυτά τα συμπτώματα θα είναι ιδιαίτερα επιζήμια για την κοινωνική προσαρμογή των παιδιών (Albano, Chorrita, & Barlow, 2003). Δηλαδή, επειδή το κοινωνικό άγχος, εξ ορισμού, περιλαμβάνει φόβο για καταστάσεις κοινωνικής / απόδοσης, δεν προκαλεί έκπληξη, το γεγονός, ότι τα συμπτώματα κοινωνικού άγχους συνδέονται σταθερά με την κακή κοινωνική λειτουργικότητα (Ginsburg, La Greca, & Silverman, 1998). Μεταξύ των μελετών που έχουν διεξαχθεί σε αυτόν τον τομέα μέχρι σήμερα, αρκετές μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι τα συμπτώματα άγχους δεν επηρεάζουν, άμεσα, την κοινωνική λειτουργικότητα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Hoza et al., 2005 Lee, Falk, & Aguirre, 2012), ταυτόχρονα όμως ενισχύουν αρνητικά το άγχος, επιδεινώνοντας την κοινωνική λειτουργικότητα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Jensen et al., 2001).

Η μελέτη των Speltz, McClellan, DeKleyn, και Jones (1999) αναφέρει ότι οι επιπτώσεις του άγχους, μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας, μιας αναπτυξιακά κρίσιμης στιγμής για την ανάπτυξη της συμπεριφοράς και την κατάκτηση της αυτορρύθμισης, η οποία μελέτη χρησιμοποίησε δείγμα παιδιών υψηλού κινδύνου για προβλήματα συμπεριφοράς, τα οποία επηρεάζουν τα επίπεδα άγχους του άγχους.

Στη μελέτη τους οι Reimherr, Marchant, Gift και Steans (2017) αναφέρεται, επίσης, ότι η συννοσηρότητα μεταξύ άγχους και ΔΕΠ-Υ είναι υψηλή, σε ένα εύρος 25% έως 30%, όπως έχει αναφερθεί από προηγούμενες μελέτες. Το ενδιαφέρον στην έρευνα τους εστιάστηκε στη σχέση συναισθηματικής απορρύθμισης και άγχους, με το άγχος να συνδέεται στενότερα με τη διάσταση υπερκινητικότητας/ανησυχίας.

Ο ρόλος των εκτελεστικών λειτουργιών, είναι κι εδώ καθοριστικός με τις μελέτες να αναφέρουν ότι τα ελλείμματα που χαρακτηρίζουν τη ΔΕΠ-Υ (ρύθμιση συναισθημάτων, γνωστική αναστολή) μπορεί να μειώσουν την ικανότητα των παιδιών να διαχειριστούν το στρες, συμβάλλοντας στην επιδείνωση των συμπτωμάτων άγχους με την πάροδο του χρόνου (Barkley, 2010), αν και όπως αναφέρουν οι ίδιοι, λίγες μελέτες έχουν εξετάσει το θέμα διαχρονικά, όπως και την επίδραση της γονικής συμπεριφοράς.

Στη μελέτη των Read, Mulraney, McGillivray & Sciberras (2020) τα συμπτώματα άγχους συσχετίστηκαν με δύο βασικές πτυχές της γνωστικής λειτουργίας παιδιών με ΔΕΠ-Υ, την εκτελεστική λειτουργία και την ικανότητα μνήμης εργασίας και τα αποτελέσματά είναι κάπως συνεπή με μια σειρά μικρών μελετών που έχουν συνδέσει το άγχος με την κακή μνήμη εργασίας σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Ενώ αρκετές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι το μεγαλύτερο άγχος σχετίζεται με αυξημένα προβλήματα στους τομείς της ψυχοκινητικής διέγερσης, της ταχύτητας απόκρισης, της αναστολής, της οργάνωσης και της επίλυσης προβλημάτων (Jarrett, 2016) άλλοι αναφέρουν ότι το άγχος σχετίζεται με της εστίαση προσοχής και ανασταλτικό έλεγχο (Maric, Bexkens, & Bögels, 2018).



Η **καταθλιπτική διαταραχή** εμφανίζεται στα παιδιά και τους εφήβους αρκετά χρόνια μετά την έναρξη της ΔΕΠ-Υ και σύμφωνα με μελέτες, είναι πιθανόν να προκύπτει από τη μακροχρόνια επίδραση ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως είναι οι δυσκολίες στις σχέσεις με τους συνομηλίκους, την οικογένεια και την αποτυχία στο σχολείο (Κουμούλα, 2012). Αντίθετα, άλλες μελέτες, υποστηρίζουν ότι η συνυπάρχουσα κατάθλιψη δεν σχετίζεται με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τις επιπτώσεις της ΔΕΠ-Υ αλλά μπορεί να οφείλεται σε κοινούς βιολογικούς μηχανισμούς: διαταραχές στο ντοπαμινεργικό σύστημα, δυσλειτουργία των ίδιων εγκεφαλικών περιοχών (Κουμούλα, 2012). Η κατάθλιψη εμφανίζεται σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ. Οι νέοι με ΔΕΠ-Υ και συνυπάρχουσα κατάθλιψη, έχουν μια πιο σοβαρή πορεία ψυχοπαθολογίας και υψηλότερο κίνδυνο μακροχρόνιας βλάβης και αυτοκτονίας από τους νέους με οποιαδήποτε από τις δύο διαταραχές μόνο. Η ΔΕΠ-Υ και η κατάθλιψη είναι διαταραχές με σοβαρά ελλείμματα, ωστόσο η συννοσηρότητα των δύο καταστάσεων οδηγεί σε ακόμη μεγαλύτερα επίπεδα ψυχοκοινωνικής εξασθένησης (Sadek, 2018) ακόμα και αυτοκτονίας (Stickleby et al. 2016) στα πλαίσια της παρορμητικότητας (Swann et al., 2008).

Το ποσοστό επιπολασμού της ΔΕΠ-Υ σε ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή κυμαίνεται από 5 έως 16% σε διάφορες μελέτες (Bond et al., 2012).

Η κλινική κατάθλιψη περιλαμβάνει συμπτώματα αρνητικής διάθεσης, δυσφορίας, (π.χ. αίσθημα θλίψης), ανηδονίας (δηλαδή, δυσκολία ευχάριστων βιωμάτων), αρνητικής αυτοαξιολόγησης (αίσθημα αναξιότητας), κόπωσης και διαταραχής ύπνου. Από αυτά, η αρνητική αυτοαξιολόγηση, η δυσφορία και η ανηδονία, μπορεί να είναι επιβλαβείς για την κοινωνική λειτουργικότητα των νέων, καθώς συνδέονται με σημαντικές κοινωνικές συμπεριφορές, όπως έλλειψη κοινωνικής δέσμευσης, απόσυρση και μοναξιά (Hammen & Rudolph, 2002). Για παράδειγμα, η ανηδονία είναι ένα κυρίαρχο χαρακτηριστικό που διακρίνει την κατάθλιψη από το άγχος (Clark & Watson, 1991) και χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενδιαφέροντος για ευχάριστες δραστηριότητες, που μπορεί να συμβάλουν στη μειωμένη συμμετοχή σε δραστηριότητες διασκέδασης με συνομηλίκους. Ωστόσο, οι μελέτες δεν έχουν εξετάσει πώς οι διάφορες διαστάσεις της κατάθλιψης σχετίζονται με την κοινωνική λειτουργικότητα των νέων εφήβων, παρόλο που ο προσδιορισμός συγκεκριμένων διαστάσεων καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σχέση με τις κοινωνικές λειτουργικές δυσκολίες, μπορεί να προσφέρει χρήσιμους στόχους για τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης.

Οι κοινωνικές δεξιότητες είναι κεντρικές πτυχές στις οποίες βασίζεται η κοινωνική ικανότητα, η οποία απαιτεί τόσο την απόκτηση όσο και την εκτέλεση αυτών των δεξιοτήτων (Gresham et al., 2001). Τα ελλείμματα κοινωνικών δεξιοτήτων είναι εμφανή νωρίς στην ανάπτυξη: Σε ηλικίες 5 έως 6 ετών, παιδιά με ΔΕΠ-Υ ήταν 5 έως 6 φορές πιο πιθανό να εμφανιστεί μειωμένη ικανότητα για κοινωνικές δεξιότητες από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ (Merrell & Wolfe, 1998). Επιπλέον, τα παιδιά ηλικίας νηπιαγωγείου με κακές κοινωνικές δεξιότητες

διατρέχουν, επίσης, αυξημένο κίνδυνο θυματοποίησης και κατάθλιψης, κίνδυνος, που εξακολουθεί να υφίσταται στην ενηλικίωση (Perren & Alsaker, 2009).

Τα αποτελέσματά των Becker, Langberg, Evans, Girio-Herrera και Vaughn (2015) συμφωνούν με εκείνα του Blackman και συνεργατών (2005) που διαπίστωσαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και κατάθλιψη είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες σε μια συνθήκη αξιολόγησης της κοινωνικής τους ικανότητας (συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών δεξιοτήτων που αναφέρθηκαν από γονείς, όπως η κοινωνικότητα, και από δασκάλους σε σχέση με τη λειτουργικότητα των συμμαθητών τους), σε σχέση με τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, χωρίς κατάθλιψη. Ανάμεσα στους παράγοντες που μελετώνται για σύνδεση μεταξύ ΔΕΠ-Υ και κατάθλιψης, είναι η ευερεθιστότητα, μια τάση αντίδρασης με θυμό, αλαζονεία ή εκνευρισμό, δυσανάλογου βαθμού με την κατάσταση (Stringaris, Cohen, Pine & Leibenluft, 2009) συνηθισμένο σε άτομα με ΔΕΠ-Υ (Shaw, Stringari, Nigg & Leibenluft, 2014) και συνεπώς, έναν πιθανό μηχανισμό που εξηγεί τα υψηλά ποσοστά κατάθλιψης σε αυτήν την ομάδα. Στην έρευνα των Eyre, Riglin, Leibenluft, Stringaris, Collishaw και Thapar (2019) τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η ευερεθιστότητα είναι σημαντικά παρούσα στη σχέση μεταξύ ΔΕΠ-Υ και των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Είναι, επίσης, πιθανό ότι η συσχέτιση τους να εξηγείται από μια συνυπάρχουσα διαταραχή άγχους. Η ευερεθιστότητα σχετίζεται με το άγχος (Vidal-Ribas, Brotman, Valdivieso et al., 2016) και ιδιαίτερα τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή που συνδέεται στενά με την κατάθλιψη.

Τα τικ αφορούν ακούσιους μυοσπασμούς, κυρίως, του ανώτερου μέρους του σώματος. Συνηθισμένες μορφές είναι το ανοιγοκλείσιμο των βλεφάρων, διάφοροι σπασμοί, το τίναγμα του κεφαλιού, στην εκφορά του ήχου, ξερόβηχας, σφύριγμα κ.α. (Κυπριωτάκη, 2000). **Το σύνδρομο Gilles de la Tourette** χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη τόσο κινητικών όσο και φωνητικών τικ. Η συννοσηρότητα μεταξύ Tourette και ΔΕΠ-Υ φαίνεται να έχει μια πολύπλοκη παθογένεση, στην οποία οι νευροβιολογικοί, περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγές της δομής του εγκεφάλου και μεταβολές στα νευρονικά δίκτυα (Malhany, Gulisano, Rizzo, & Curatolo, 2014). Η συννοσηρότητα με ΔΕΠ-Υ είναι ένας από τους σημαντικότερους καθοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής και η παρουσία ΔΕΠ-Υ, επηρεάζει τα ποσοστά άλλων συννοσηρών καταστάσεων (π.χ. οργή, συμπτώματα εποχιακής συναισθηματικής διαταραχής, διαταραχές του ύπνου και καταθλιπτικά συμπτώματα)τα οποία είναι σημαντικά υψηλότερα από ό, τι στους ασθενείς με το σύνδρομο TOURETTE, μόνο, συμβάλλοντας αρνητικά σε φτωχότερα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα και εκπαιδευτικά προβλήματα. Στην έρευνα των Byler και συνεργατών, διαπιστώθηκε ότι στην ενήλικη ζωή, περισσότερο από το 80% των ασθενών με σύνδρομο Tourette, ανέφεραν ότι τα επίμονα κινητικά και φωνητικά τικ ήταν ήπια ή ανύπαρκτα, αλλά περισσότερο από το 40% συνέχισε να αναφέρει κάποιου είδους συννοσηρότητα, με τη ΔΕΠ-Υ (Malhany, Gulisano, Rizzo, & Curatolo, 2014).

Τα περισσότερα παιδιά και έφηβοι με διαταραχή προσοχής / υπερκινητικότητας βιώνουν μια ποικιλία δυσκολιών στο σχολείο και στην τάξη. Είναι συχνά απρόσεκτοι και εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά συμπεριφοράς εκτός πλαισίου σε σύγκριση με τους συμμαθητές τους (Du Paul & Volpe, 2009). Τα ποσοστά συνεργατικής συμπεριφοράς κατά τη διδασκαλία, είναι ιδιαίτερα χαμηλά, κυρίως στις παθητικές δραστηριότητες στην τάξη (π.χ. ακρόαση του μαθήματος κατά τη διδασκαλία-παράδοση, σιωπηλή ανάγνωση). Επιπλέον, σύμφωνα με τους ίδιους, οι υπερκινητικές-παρορμητικές συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν συχνά, τη ΔΕΠ-Υ, οδηγούν σε **διαταραχές συμπεριφοράς** (π.χ. ομιλία χωρίς άδεια, έξοδο από την τάξη, διακοπή διδασκαλίας) στην τάξη και σε άλλα σχολικά περιβάλλοντα. Αναφέρεται ότι το 45% έως 84% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ διαγιγνώσκεται με εναντιωματική-προκλητική διαταραχή, όπου οι μαθητές συχνά παραβιάζουν τους κανόνες του δασκάλου και αψηφούν τους σχολικούς κανόνες. Ο συνδυασμός ΔΕΠ-Υ και διαταραχής συμπεριφοράς, μπορεί να επηρεάσει τη μάθηση και τις δραστηριότητες στην τάξη μεταξύ ΔΕΠ-Υ μαθητών και των συμμαθητών τους.

Η Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητας συνδέεται με ένα φάσμα προβλημάτων συμπεριφοράς, μεταξύ εναντίωσης και παραβατικότητας, με ενδιάμεσες εκφράσεις αντιδραστικότητας και επιθετικότητας (Newcorn, Halperin & Miller, 2009).

Εξελικτικά, η επιθετικότητα ήταν πρωταρχικής σημασίας για την εξασφάλιση τροφής και ζευγαρώματος, βοηθώντας έτσι την επιβίωση. Αυτή τη στιγμή, η επιθετικότητα, ορίζεται οποιαδήποτε συμπεριφορά παραβιάζει κοινωνικούς κανόνες και τείνει να προκαλέσει λεκτική ή σωματική βλάβη, θάνατο ή καταστροφή (Anderson & Bushman, 2002). Η επιθετικότητα μπορεί να είναι προληπτική ή αντιδραστική. Ενώ το πρώτο είναι ελεγχόμενο και κατευθύνεται προς το στόχο, το δεύτερο (γνωστό ως παρορμητικό) είναι απρογραμματίστο και οδηγείται από θυμό ως απόκριση σε μια αντιληπτή πρόκληση (Barratt et al., 1999).

Τα άτομα με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής αστάθειας, συνήθως, εμφανίζουν χαμηλή ανοχή στην απογοήτευση. Το επίπεδο αντιδραστικότητας και η ευερεθιστότητα συσχετίζονται σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους και οι δυο τους ταυτόχρονα με τις κοινωνικές διαταραχές (Van Meter et al., 2016). Μέσα στο DSM-5, η χρόνια και σοβαρή ευερεθιστότητα βρίσκεται ως διαγνωστικό χαρακτηριστικό σε όλες τις διαταραχές διασπαστικότητας, ελέγχου των ορμών και συμπεριφοράς. Είναι, επομένως πιθανό, η ευερεθιστότητα να είναι ένα χαρακτηριστικό, που βιώνεται για παρατεταμένες χρονικές περιόδους, σε πολλές περιπτώσεις σε εξωστρεφείς συμπεριφορές (Brotman et al., 2017), εμποδίζοντας τη συγκράτηση των συναισθημάτων και να προωθώντας επιθετικές εκρήξεις (Coccaro et al., 2006). Για παράδειγμα, οι νέοι με ΔΕΠ-Υ δείχνουν, τουλάχιστον, μερικά από τα ακόλουθα διαδεδομένα συμπτώματα που καθιστούν τη ρύθμιση συναισθημάτων δυσλειτουργική: απόσπαση της προσοχής, υπεραισθησία, αϋπνία, αντιδραστικές σκέψεις ή αδυναμία παρακολούθησης (APA, 2013· Brotman et al., 2017). Δεδομένου ότι αυτά τα συμπτώματα είναι μάλλον χρόνια και όχι περιστασιακά, αρκεί μια μικρή απογοήτευση, μόνο, για να φτάσουμε σε μια κατάσταση που καταλήγει σε παρορμητική επιθετικότητα.

Τα ελλείμματα στην παρορμητική επιθετικότητα και την αναστολή παρορμήσεων είναι ορόσημα της ΔΕΠ-Υ και των Προβλημάτων συμπεριφοράς, συνολικά, σε σχέση με τη συμπεριφορά και τις συννοσηρές διαταραχές (εναντιωματική προκλητική διαταραχή, διαταραχή διαγωγής και αντικοινωνικής συμπεριφοράς, αντίστοιχα). Η εναντιωματική προκλητική διαταραχή χαρακτηρίζεται από μια οργισμένη και ευερέθιστη διάθεση, με τις προηγούμενες έρευνες να δείχνουν ότι, η ευερεθιστότητα είναι μια διακριτή διάσταση της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής (Burke et. al., 2014).

Εκτιμάται ότι το 4–12% του γενικού πληθυσμού πληροί τα κριτήρια για ΔΕΠ-Υ (Wilens & Spencer, 2010) 5–15% πληροί τα κριτήρια για εναντιωματική προκλητική διαταραχή/προβλήματα συμπεριφοράς (Moffitt et al., 2008) και 5–7% πληρούν αυτά της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας (Kessler et al., 2006) κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής.

Τα προβλήματα συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία ταξινομούνται σε δυο ξεχωριστές διαγνωστικές κατηγορίες στο DSM-IV. Η έλλειψη συνεργατικής διάθεσης, η έντονη αντιδραστικότητα, η έλλειψη συμμόρφωσης στους κανόνες και τις απαιτήσεις των ενηλίκων όπως και τα ξεσπάσματα θυμού, αποτελούν συμπεριφορές που κυμαίνονται μεταξύ μικρών αποκλίσεων σε σχέση με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού και μπορεί να αποτελούν ενδείξεις Εναντιωτικής Προκλητικής Διαταραχής (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012). Σύμφωνα με τους ίδιους, συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από βία κι επιθετικότητα (εμπλοκή σε καυγάδες, εκφοβισμός, οπλοκατοχή, καταστροφή ξένης ιδιοκτησίας κλπ.) ή τάση για απάτη(συχνά ψέματα, μικροκλοπές, αδικαιολόγητες απουσίες από το σχολείο και το σπίτι κλπ.), αποτελούν μεγάλες αποκλίσεις σε σχέση με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού και την αναμενόμενη για την ηλικία συμπεριφορά του και συνήθως αποτελούν ενδείξεις Διαταραχής Διαγωγής.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα που προαναφέρθηκαν κι έχουν εμφανιστεί πριν τα 15 έτη και τα οποία παραμένουν και μετά την ηλικία των 18 ετών, θέτοντας σε κίνδυνο την ασφάλεια του ίδιου και του περιβάλλοντος του, αποτελούν ενδείξεις για διάγνωση Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας (APA, 2000). Σε μια μελέτη των DuPaul και Jimerson (2014) οι ερευνητές σημείωσαν ότι οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ, παρουσιάζουν διαφορετικούς τύπους συμπεριφοράς, που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τόσο τη δική τους εκπαιδευτική απόδοση, όσο των συνομηλίκων τους στο εκπαιδευτικό περιβάλλον. Σύμφωνα με τους Barry και συνεργάτες (2016) μαθητές με στοιχεία ΔΕΠ-Υ ή με διαγνωσμένη διαταραχή, έχουν δυσκολίες που περιλαμβάνουν ακαδημαϊκές αποτυχίες και ελλείμματα κοινωνικών δεξιοτήτων με συνομηλίκους, δασκάλους, και τους γονείς, μεταξύ άλλων προκλήσεων. Οι συμπεριφορικές δυσκολίες περιλαμβάνουν την οργάνωση της εργασίας, ολοκλήρωση των ανατεθέντων εργασιών, με ακρίβεια, παραμονή στην εργασία, σύμφωνα με τους κανονισμούς της τάξης, το καθημερινό πρόγραμμα και συνεργασία με συμμαθητές (DuPaul & Jimerson, 2014).

Οι Nosouhian και Javadí (2018) διεξήγαγαν μια συγκριτική μελέτη, ερευνώντας το επίπεδο αυτοπεποίθησης, σε σχέση με τα σημάδια εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς, 60 παιδιών ηλικίας 6 και 12 ετών με ΔΕΠ-Υ, συμπεριλαμβανομένων των συνομηλίκων τους χωρίς αναπηρίες. Οι ερευνητές χορήγησαν στους μαθητές ένα

ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της αυτοπεποίθησης, ενώ οι δάσκαλοι των μαθητών επίσης, συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της επιθετικότητας των μαθητών. Το συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν παρόμοια επίπεδα αυτοπεποίθησης σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους χωρίς αναπηρίες, ωστόσο, η μελέτη διαπίστωσε ότι το επίπεδο της επιθετικής συμπεριφοράς μαθητών με ΔΕΠ-Υ ήταν υψηλότερο των μαθητών χωρίς αναπηρία (Nosouhian & Javadi, 2018). Αυτό το αποτέλεσμα ευθυγραμμίζεται με τα αποτελέσματα μιας διαφορετικής μελέτης, που υποδηλώνουν ότι η σωματική επιθετικότητα συνδέεται έμμεσα με κακή εκτελεστική λειτουργία και αυτό είναι κοινό σε άτομα με ΔΕΠ-Υ (McQuade et al., 2017).

Ως νευροαναπτυξιακή διαταραχή η ΔΕΠ-Υ, επηρεάζει το σύστημα γνωστικού ελέγχου του εγκεφάλου, εννοώντας ότι, διαταράσσει τις **επιτελικές του λειτουργίες**. Σύμφωνα με τον Willcutt και συνεργατών (2005) σε μια απλοποιημένη εξήγηση, οι επιτελικές λειτουργίες αντιπροσωπεύουν γνωστικά (inputs) «από πάνω προς τα κάτω», διευκολύνοντας τη λήψη αποφάσεων, διατηρώντας πληροφορίες σχετικά με πιθανές επιλογές στη μνήμη εργασίας και την ενσωματώνοντας αυτή τη γνώση, στις ήδη υπάρχουσες πληροφορίες για τον προσδιορισμό της καταλληλότερης δράσης στο υπάρχον πλαίσιο. Οι Friedman & Miyake (2017) αναφέρουν τρεις πυρήνες στις εκτελεστικές λειτουργίες: ανασταλτικός έλεγχος, μνήμη εργασίας και γνωστική ευελιξία. Ο ανασταλτικός έλεγχος, όπως αναφέρει ο Berkley (1997 a) που αποτελεί κεντρική δυσκολία στα άτομα με ΔΕΠ-Υ, επηρεάζοντας τη μνήμη εργασίας (λήθη, οργάνωση, πρόβλεψη, κατάλληλη δράση) κάθε δεδομένη χρονική στιγμή, διαταράσσουν την ικανότητα του ατόμου να κατευθυνθεί προς τον κατάλληλο στόχο. Σε γενικές γραμμές, σύμφωνα με τον ίδιο, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ υπόκεινται περισσότερο στον έλεγχο εξωτερικών γεγονότων παρά στις εσωτερικές τους νοητικές αναπαραστάσεις, υπό την επιρροή άλλων, επιδιώκοντας την άμεση ικανοποίηση στο «τώρα», μη μπορώντας να αναβάλλουν την παρόρμηση τους. Όπως, πολύ χαρακτηριστικά, αναφέρει, σε σχέση με τη δυσκολία των ατόμων αυτών, να αντιληφθούν την έννοια του χρόνου και να ρυθμίσουν τη συμπεριφορά τους, με βάση το αναπτυξιακό τους στάδιο, δημιουργείται ένα είδος χρονικής μυωπίας, στην οποία, το άτομο ανταποκρίνεται ή προετοιμάζεται μόνο για γεγονότα που επίκεινται παρά αυτά που αναμένονται μελλοντικά.

Όπως αναφέρθηκε ήδη, οι εκτελεστικές λειτουργίες είναι απαραίτητες για την παρακολούθηση τόσο για τον έλεγχο της σκέψης και της δράσης όσο και για δεξιότητες όπως η αυτορρύθμιση, ο ανασταλτικός έλεγχος, ο προγραμματισμός, η ευελιξία, η προσοχή, η αντίληψη και διόρθωση σφαλμάτων, η αντίσταση σε παρεμβολές και η μνήμη εργασίας (Welsh, Pennington, & Groisser, 1991).

Αυτά τα στοιχεία εκτελεστικής λειτουργίας, σύμφωνα με τους Farrant και συνεργάτες (2014), ακολουθούν διαφορετικές τροχιές κατά την πρώιμη ανάπτυξη, με αποτέλεσμα, η προσχολική περίοδος, να χαρακτηρίζεται από μεγάλες εξελίξεις στον ανασταλτικό έλεγχο, ενώ η ανάπτυξη της γνωστικής ευελιξίας επιταχύνεται κατά τα πρώτα σχολικά χρόνια.

Η **Θεωρία του Νου**, σύμφωνα με τους ίδιους, περιλαμβάνει τη γνωστική ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται την ψυχική κατάσταση, τόσο του εαυτού του όσο και των άλλων, προκειμένου να εξηγήσει και να προβλέψει μια ενδεχόμενη συμπεριφορά. Η ανάπτυξη της δεξιότητας βασίζεται στην ανάπτυξη της γνωστικής ευελιξίας, αφού η ενσωμάτωση ενός συνόλου κρίσεων (ή κανόνων) μέσα σε ένα άλλο επιτρέπει την ικανότητα ευελιξίας, ανάμεσα σε αντικρουόμενες πληροφορίες.

Με άλλα λόγια, η ανάπτυξη της θεωρίας του Νου, μεσολαβεί στη σχέση μεταξύ της γνωστικής ευελιξίας και των δεξιοτήτων ρύθμισης της προσοχής και της συμπεριφοράς.

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Farrant και συνεργατών (2014) δείχνουν ότι τα παιδιά με δεξιότητες γνωστικής ευελιξίας επιδεικνύουν χαμηλότερα επίπεδα υπερκινητικότητας/απροσεξίας. Τα ευρήματα υποστηρίζουν το επιχείρημα ότι η ανάπτυξη της γνωστικής ευελιξίας επιτρέπει καλύτερο αυτοέλεγχο και είναι προτείνονται ότι η ανάπτυξη μπορεί να μεσολαβεί στην αρνητική σχέση μεταξύ γνωστικής ευελιξίας και υπερκινητικότητας/απροσεξίας στην πρώιμη ανάπτυξη.

Στη μελέτη των Maoz και συνεργατών (2017) μελετώντας τα επίπεδα ενσυναίσθησης μεταξύ παιδιών με ΔΕΠ-Υ και της ομάδας ελέγχου, διαπίστωσαν χαμηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης αλλά και ακαδημαϊκών επιτευγμάτων. Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠΥ ανέφεραν ότι είχαν λιγότερους καλούς φίλους σε σύγκριση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου - εύρημα που επιβεβαιώνει το γνωστό εύρημα ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ υποφέρουν από μεγαλύτερη απόρριψη από τους συνομηλίκους και είναι λιγότερο δημοφιλή.

Όσον αφορά στον **επιπολασμό**, παρατηρείται ότι, μεμονωμένα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, όπως αναφέρουν οι Κάκουρος & Μανιαδάκη (2004) μπορεί να εμφανιστούν σε μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού των «φυσιολογικών» παιδιών. Η πλειονότητα των ειδικών, σύμφωνα με τους ίδιους, εκτιμά ότι η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται μεταξύ του 3-5%, ανάλογα με το «πώς» ορίζει τη ΔΕΠ-Υ, ο εκάστοτε ερευνητής, από τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται και το βαθμό συμφωνίας, γονέων, εκπαιδευτικών και ειδικών σε σχέση με τις εκτιμήσεις τους. Στην πλειοψηφία των ερευνών, διαπιστώνεται ότι, το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ αλλά και διαφορές στη φύση, αυτών, των συμπτωμάτων, αφορούν αγόρια. Ένας λόγος μπορεί να είναι ότι τα αγόρια παραπέμπονται, πιο συχνά, σε ψυχολογικές υπηρεσίες, για τα προβλήματα συμπεριφοράς, εν αντιθέσει με τα κορίτσια που εκδηλώνουν, περισσότερο, εσωτερικευμένες δυσκολίες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

### 3.1 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Ως νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η ΔΕΠ-Υ, διακρίνεται από αναπτυξιακώς ακατάλληλα επίπεδα υπερδραστηριότητας, απροσεξίας και παρορμητικότητας (APA, 2013) επηρεάζοντας πολλούς τομείς λειτουργικότητας σε ολόκληρη τη διάρκεια ζωής του ατόμου. Έχει συνδεθεί με ακαδημαϊκά προβλήματα και συννοσηρότητα με διαταραχές συμπεριφοράς, κυρίως, προβλήματα πειθαρχίας στο σχολείο (DuPaul & Langberg, 2015). Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, συχνά, έχουν τεταμένες σχέσεις με τους φροντιστές τους και, αργότερα, στην ενήλικη ζωή, με τους συναδέλφους τους (Kendall et al., 2005).

Επιπλέον, η ΔΕΠ-Υ είναι μια χρόνια πάθηση και που συνεχίζεται από την παιδική ηλικία έως εφηβεία σε ποσοστό 50-80% έως και την ενηλικίωση σε ποσοστό 35%-65% (Owens et al., 2015).

Οι έρευνες συμφωνούν ότι τα παιδιά που διαγιγνώσκονται με ΔΕΠ-Υ, συχνά παρουσιάζουν αρνητικές επιπτώσεις σε όλη τη διάρκεια ζωής τους, συμπεριλαμβανομένου του χαμηλού ακαδημαϊκού επιτεύγματος και της δυσκολίας στις σχέσεις με τους συνομήλικους τους (Loe & Feldman, 2007). Η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται επίσης με χαμηλού επιπέδου επαγγελματική λειτουργικότητα, υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης άλλων ψυχιατρικών προβλημάτων και αυξημένες πιθανότητες εμπλοκής σε ριψοκίνδυνες συμπεριφορές κατά την εφηβεία και την ενηλικίωση (Barkley et al., 2006).

Τα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης για τη ΔΕΠ-Υ, στοχεύουν στην παροχή γενικών πληροφοριών σχετικά με τη διαταραχή, χρησιμοποιώντας οπτικοακουστικό υλικό, όπως παρουσιάσεις, βιντεοταινίες, φυλλάδια και ομαδικές συζητήσεις (Lopez et al., 2005). Αυτές οι πληροφορίες συνήθως περιλαμβάνουν: περιγραφή της ΔΕΠΥ και τα συμπτώματά της, εκπαίδευση σχετικά με την επιδημιολογία και την αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ, στατιστικά στοιχεία για συχνά συνυπάρχουσες διαταραχές (π.χ. διαταραχή συμπεριφοράς, μαθησιακές διαταραχές) πληροφορίες σχετικά με την πρόγνωση της στη διάρκεια ζωής των ατόμων με ΔΕΠ-Υ και εκπαίδευση σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των διαφορετικών διαθέσιμων θεραπευτικών προσεγγίσεων (Ferrin et al., 2016).

Η ψυχοεκπαίδευση στοχεύει να βοηθήσει τα παιδιά και τις οικογένειές τους, να μειώσουν το αίσθημα «βάρους» της ασθένειας, που νιώθει το άτομο, μέσω της αύξησης της αίσθησης ικανότητας (Bäumli et al., 2006), αυξάνοντας συνακόλουθα το επίπεδο αυτοεκτίμησης, αυτοπεποίθησης, αυτοαποτελεσματικότητας, αυτοελέγχου, των ίδιων και των οικογενειών τους.

Πρόσφατες μελέτες διαπίστωσαν ότι η συμμετοχή σε προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης οικογενειών, παιδιών με ΔΕΠ-Υ, μπορεί να είναι χρήσιμα στη μείωση συμπτωματολογίας ΔΕΠ-Υ (Ferrin et al. 2014, 2016 Montoya et al., 2014).

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα κατάρτισης αφορούν και τη συμμετοχή των εκπαιδευτικών, με τις μελέτες να καταδεικνύουν, ότι οι γνώσεις τους σχετίζονται σημαντικά, με το επίπεδο εμπιστοσύνης, στην ικανότητά

τους να διδάσκουν αποτελεσματικά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, δημιουργώντας μια τάξη χωρίς αποκλεισμούς και διαχείριση δύσκολων συμπεριφορών (Ohan et al., 2008· Sciutto et al., 2000).

Επιπλέον, οι διαγνωστικές διαδικασίες βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στις πληροφορίες των εκπαιδευτικών για τα παιδιά (Torpin et al., 2015), επομένως, η ενίσχυση των γνώσεων οδηγεί στην έγκαιρη παραπομπή, προλαμβάνοντας προβληματικές συμπεριφορές προτού εδραιωθούν (Aguilar et al., 2014).

Οι Ward, Bristow, Kovshoff, Cortese και Kerper (2020), σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, παρέχουν μια ολοκληρωμένη μελέτη της βιβλιογραφίας, εξετάζοντας τα αποτελέσματα της εκπαίδευσης εκπαιδευτικών σχετικά με τη γνώση της ΔΕΠ-Υ, τις στρατηγικές συμπεριφοράς που χρησιμοποιούν σε μαθητές που εμφανίζουν συμπεριφορές τύπου ΔΕΠ-Υ και εάν υπάρχει κάποια επίδραση στη συμπεριφορά αυτών των μαθητών, στις τάξεις των συμμετεχόντων εκπαιδευτικών. Αυτή η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση υποστηρίζει, ότι οι παρεμβάσεις κατάρτισης εκπαιδευτικών, βελτιώνουν τη γνώση τους για τη ΔΕΠ-Υ και επιδρούν θετικά, στη συμπεριφορά τους προς μαθητές με προβλήματα συμπεριφοράς, χωρίς ισχυρές ενδείξεις για τη βελτίωση της συμπεριφοράς των μαθητών.

Όσον αφορά, την έρευνα για την εκπαίδευση των κοινωνικών δεξιοτήτων σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, αναφέρονται μικτά αποτελέσματα, με τα παιδιά να επιδεικνύουν πιο θετικές κοινωνικές συμπεριφορές σε μια συνεδρία, αλλά μικρή γενίκευση σε ένα πιο νατουραλιστικό περιβάλλον, μαζί με ζητήματα που αφορούν την αλλαγή των προκαταλήψεων προς το παιδί με ΔΕΠ-Υ (Mikami, Jia, & Na, 2014). Οι εναλλακτικές προσεγγίσεις για την κατάρτιση κοινωνικών δεξιοτήτων που συμπεριλαμβάνουν γονείς και εκπαιδευτικούς, όπως θα δούμε παρακάτω, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα γενίκευσης στο περιβάλλον του πραγματικού κόσμου (Pffiffer & McBurnett, 1997).

Η εκπαίδευση εκπαιδευτικών στη συμπεριφορική προσέγγιση, είναι η πιο αποτελεσματική, μη φαρμακολογική, παρέμβαση, στην τάξη, για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, των συνοδών προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών (Evans, Owens, Wymbs, & Ray, 2018) της μείωσης του αισθήματος επιβάρυνσης και της αύξησης των επιπέδων αυτο-αποτελεσματικότητας των εκπαιδευτικών (Ross, Romer, & Horner, 2012). Κατά τη διάρκεια της συμπεριφορικής εκπαίδευσης, οι εκπαιδευτικοί διδάσκονται να αλλάζουν τη συμπεριφορά ενός παιδιού χρησιμοποιώντας τεχνικές ελέγχου του ερεθίσματος. Αυτές οι τεχνικές στοχεύουν στην αλλαγή συμπεριφοράς, αυξάνοντας την πιθανότητα να προκαλέσουν την επιθυμητή συμπεριφορά, μέσω κατάλληλων ερεθισμάτων και ενίσχυσης της σχέσης μεταξύ ερεθίσματος και της απόκρισης (της συμπεριφοράς των παιδιών). Τέτοιες τεχνικές περιλαμβάνουν τη δημιουργία ενός πλαισίου με ξεκάθαρες οδηγίες για το πώς αναμένεται να συμπεριφέρεται ένα παιδί σε μια συγκεκριμένη κατάσταση. Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί, διδάσκονται τεχνικές διαχείρισης έκτακτης ανάγκης που στοχεύουν στην αλλαγή συμπεριφοράς παρεμβαίνοντας στις συνέπειές της.

Σύμφωνα με τις αρχές της θεωρίας συμπεριφοράς, η συχνότητα εμφάνισης (μιας συμπεριφοράς) αυξάνεται όταν ακολουθούν θετικές συνέπειες (π.χ. εισαγωγή ανταμοιβής ή κατάργηση ποινής) και μειώνεται όταν



ακολουθούν αρνητικές συνέπειες (π.χ. αφαίρεση ανταμοιβής ή εισαγωγή ποινής). Παραδείγματα είναι η χρήση επαίνου, αγνόησης ή ήπιας τιμωρίας (Owens et al., 2018). Οι περισσότερες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν δύο σύνολα τεχνικών, τόσο τα ερεθίσματα που προηγούνται της συμπεριφοράς όσο κι εκείνα που έπονται αυτής, για τη μείωση προβληματικής συμπεριφοράς (DuPaul & Stoner, 2003).

Οι στρατηγικές παρέμβασης στη σχολική τάξη, για μαθητές με ΔΕΠ-Υ, μπορούν να ταξινομηθούν, στις ήδη υπάρχουσες συμπεριφορές, εστιάζοντας στις συνέπειες και το επίπεδο αυτορρύθμισης (DuPaul & Weyandt 2006) στην τροποποίηση των συνθηκών που προηγούνται της συμπεριφοράς στόχου, όπως το περιβάλλον, εργασίες ή οδηγίες (π.χ. κατάλληλη θέση, διδασκαλία, επιλογές και οδηγίες από υπολογιστή). Αντίθετα, παρεμβάσεις που εστιάζουν στις συνέπειες, περιλαμβάνουν την τροποποίηση καταστάσεων μετά από μια συμπεριφορά στόχο και περιλαμβάνουν ενίσχυση και τιμωρία για να αλλάξει η συχνότητα της συμπεριφοράς στόχου (π.χ., έπαινοι, επιπλήξεις, αγνόηση ανεπιθύμητης συμπεριφορά, σύστημα ανταλλαγών). Τέλος, οι παρεμβάσεις αυτορρύθμισης, εφαρμόζονται από το μαθητή για την ανάπτυξη αυτοέλεγχου και δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων (π.χ. αυτο-διδασκαλία, αυτο-παρακολούθηση και αυτο-ενίσχυση). Τα πρόσφατα μετα-αναλυτικά αποτελέσματα δείχνουν ότι και οι τρεις τύποι παρέμβασης, αλλά ιδιαίτερα εκείνες που βασίζονται στις συνέπειες και την αυτορρύθμιση, βελτιώνουν τη συμπεριφορά των μαθητών με ΔΕΠ-Υ στην τάξη στην τάξη (Gaastra et al., 2016) ενώ, παρεμβάσεις που βασίζονται σε προηγούμενες (συμπεριλαμβανομένων των ακαδημαϊκών παρεμβάσεων) φαίνεται να είναι πιο κατάλληλες για αύξηση της ακαδημαϊκής απόδοσης (DuPaul et al., 2012).

Ένα εντυπωσιακό εύρημα, στη μελέτη των Gaastra, Groen, Tucha και Tucha (2020), είναι ότι οι καθηγητές δευτεροβάθμιας, γενικά, δεν προσαρμόζουν τις διάφορες τεχνικές στην τάξη με μαθητές με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, παρά το γεγονός ότι τα εκπαιδευτικά προβλήματα γι' αυτά τα παιδιά συνεχίζουν συχνά στην εφηβεία (Barkley 2015, Loe & Feldman, 2007).

Σε επίπεδο παρέμβασης που αφορά κατά βάση στις ακαδημαϊκές επιδόσεις και την ενίσχυση των ακαδημαϊκών ελλειμμάτων τους, οι εκπαιδευτικοί, μπορούν να χρησιμοποιούν βασικές αρχές της συμπερίληψης τους, παρέχοντας τους σαφείς πληροφορίες σχετικά με το τι πρέπει να μάθουν, καθοδήγηση με μικρά βήματα χρησιμοποιώντας πολλά παραδείγματα, συνεχή αξιολόγηση της κατανόησης συγκεκριμένων δεξιοτήτων και υποστήριξη της ενεργού συμμετοχής των διασφαλίζοντας την επιτυχία τους (Nelson, Benner, & Mooney, 2008). Ταυτόχρονα, τα παιδιά ενισχύουν την αυτοεκτίμηση τους, αισθάνονται μέρος του συνόλου της τάξης, αναπτύσσουν κι εξελίσσουν τις δεξιότητες τους, μειώνοντας το αίσθημα ματαίωσης και απογοήτευσης από το επαναλαμβανόμενο αίσθημα αποτυχίας, που, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, ενισχύει και τα συνακόλουθα προβλήματα συμπεριφοράς.

Η συνεργασία μεταξύ συμμαθητών, χρησιμοποιείται, επίσης, στην ενίσχυση της ακαδημαϊκής απόδοσης, μέσω της συνεργασίας δύο μαθητών όπου παίρνουν αντίστροφα τους ρόλους του εκπαιδευτή και του εκπαιδευόμενου. Το role playing(παιχνίδι ρόλων), δημιουργεί μια δυναμική συνθήκη, όπου το κάθε παιδί, μπαίνει στον αντίστοιχο ρόλο, χωρίς να στοχοποιείται. Αντίθετα, είναι μια δυναμική διαδικασία, όπου και οι

δυο μαθητές «μαθαίνουν» και ταυτόχρονα συνδέονται μεταξύ τους, με όρους ισότητας, θετικής ενίσχυσης και κατάλληλης κοινωνικής συμπεριφοράς, στην οποία υπολείπονται τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, κυρίως ο παρορμητικός της υπότυπος.

Σύμφωνα με τους Bender και Mathes (1995), τρία είδη παρεμβάσεων είναι διαθέσιμα προς χρήση από τους εκπαιδευτικούς: μη δομημένη, μέτρια δομημένη και δομημένη παρέμβαση. Οι μη δομημένες παρεμβάσεις, μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον εκπαιδευτικό χωρίς πολυπλοκότητα και μπορεί να εφαρμοστεί στην τάξη για να διορθωθεί η απροσεξία των μαθητών με και χωρίς ΔΕΠ-Υ (Bender & Mathes, 1995). Μερικά παραδείγματα περιλαμβάνουν τη χρήση του χρόνου για να ξεκινήσουν την προετοιμασία μιας δραστηριότητας, προγραμματισμό με συχνά διαλείμματα ή σωματική δραστηριότητα που βοηθά τους μαθητές να απελευθερώνουν ενέργεια, τοποθέτηση μακριά από το θόρυβο να μείωση της απόσπασης της προσοχής, υπενθύμιση των ημερήσιων εργασιών για να βοηθηθούν οι μαθητές να διατηρήσουν την οργάνωση, και κοινοποίηση των κανόνων τάξης για τους μαθητές (Bender & Mathes, 1995).

Η μέτρια δομημένη παρέμβαση, περιλαμβάνει από τον εκπαιδευτικό, την αξιολόγηση του επιπέδου απόδοσης του μαθητή. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι το σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών, ως ανταμοιβή ή αφαίρεση προνομίων, σε έναν μαθητή/τρια για τη συμπεριφορά του/της (Bender & Mathes, 1995).

Η δομημένη παρέμβαση αφορά στην ξεκάθαρη οριοθέτηση από πλευράς εκπαιδευτικού, προκειμένου το μάθημα να γίνεται απρόσκοπτα, τόσο για το ίδιο τον εκπαιδευτικό όσο και για τους υπόλοιπους μαθητές, ορίζοντας τις συμπεριφορές που βοηθούν το ίδιο το παιδί (Bender & Mathes, 1995).

Η γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία, μπορεί να εφαρμοστεί, άμεσα στα παιδιά, καθώς ο τρόπος που αντιλαμβάνονται κι ερμηνεύουν τα γεγονότα, συχνά είναι διαστρεβλωμένος με αποτέλεσμα να αντιδρούν με επιθετικότητα (Γιαννοπούλου, 2008). Στόχος είναι, το παιδί, να εκπαιδευτεί να αντιμετωπίζει τις δυσλειτουργικές σκέψεις, έτσι ώστε να μπορεί να συνδέει τις σκέψεις, με τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά, αποκτώντας μια αίσθηση αυτοελέγχου και αυτοαποτελεσματικότητας.

Ο διαστρεβλωμένος και μη λειτουργικός τρόπος αντίδρασης σε μια συνθήκη, έχει επιπτώσεις και στην κοινωνική τους αλληλεπίδραση, αφού το επίπεδο των κοινωνικών τους δεξιοτήτων είναι αρκετά χαμηλό. Η γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση βοηθά στον εντοπισμό εναλλακτικών τρόπων συμπεριφοράς στις διάφορες καταστάσεις που προκύπτουν.

Ο ενεργός ρόλος και η ουσιαστική παρουσία των γονέων μέσω των ανάλογων δράσεων, συμπεριλαμβάνει κι εκείνους σε διάφορα προγράμματα για τη διαχείριση των δύσκολων συμπεριφορών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Η εκπαίδευση των γονέων και η συμπεριφορική θεραπεία, στοχεύουν στη διδασκαλία στρατηγικών, των γονέων, για τη διαχείριση και την αλλαγή της συμπεριφοράς των παιδιών τους, όπως υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα, απροσεξία και άλλα σχετικά προβλήματα συμπεριφοράς (Raghibi, Fouladi, & Bakhshani, 2014). Πολλά προγράμματα γονέων, ανοίγονται σε μια πιο αποτελεσματική επικοινωνία με το σχολείο του παιδιού και διαχειρίζονται καλύτερα το επιπλέον άγχος σε σχέση με την ανατροφή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ

(Owens, Storer, & Girio-Herrera, 2011). Οι γονείς εμπλέκονται ενεργά σε όλο το φάσμα της ζωής των παιδιών, με ένα πιο λειτουργικό και αποτελεσματικό τρόπο. Ουσιαστικά, μαθαίνουν και οι ίδιοι να επικοινωνούν στο παιδί, «τί» είναι αυτό που περιμένουν, βάση ηλικίας και αναπτυξιακού σταδίου και το παιδί, αντίστοιχα, γνωρίζει «τι» πρόκειται να επακολουθήσει. Σημαντικό ρόλο σε όλο αυτό, έχει η συνέπεια, με την έννοια της σταθερότητας, τόσο από την πλευρά των δασκάλων όσο και από την πλευρά της οικογένειας, για να υπάρχει το αίσθημα του έλεγχου στους εμπλεκόμενους. Κι εδώ, μπορούμε να αναφέρουμε μια στρατηγική που έχει αναφερθεί να έχει πολύ θετικά αποτελέσματα και αφορά στη επικοινωνία οικογένειας-σχολείου. Ο στόχος είναι πάντα τόσο η ευημερία και η θετική εξέλιξη του παιδιού, τόσο σε επίπεδο παρέμβασης αλλά κυρίως πρόληψης. Όσο περισσότερες πληροφορίες γνωρίζουν και ανταλλάσσουν γονείς κι εκπαιδευτικοί, τόσο πιο ελεγχόμενο και προβλέψιμο γίνεται το πλαίσιο, λειτουργώντας ανακουφιστικά αλλά και ενθαρρυντικά για όλους. Έτσι λοιπόν, η χρήση ενός προγράμματος επικοινωνίας σπιτιού-σχολείου, γνωστό και ως τετράδιο επικοινωνίας ή κάρτα ημερησίας αναφοράς (Evans et al., 2014), έχει αναφερθεί ότι σε ένα ποσοστό άνω του 70% των μαθητών με ΔΕΠ-Υ, εμφανίζουν βελτίωση της συμπεριφοράς εντός του πρώτου μήνα, με προοπτικές περαιτέρω εξέλιξης (Owen et al., 2012). Για τη σωστή οργάνωση της δράσης αυτής, (Hyman, Du Paul & Gormley, 2017), υπάρχουν διάφορα στάδια όπως: (α) προσδιορισμός στόχων, ακαδημαϊκών (π.χ. ολοκλήρωση εργασίας) και συμπεριφορικών (π.χ. υπακοή στους κανόνες της τάξης). Η συμφωνία, ιδανικά, γίνεται παρουσία όλων των εμπλεκόμενων, καθηγητών, μαθητών γονέων για να προσδιοριστούν και να κοινοποιηθούν οι επιμέρους στόχοι. (β) κατασκευή μιας ημερήσιας κάρτας, όπου ο δάσκαλος δηλώνει εάν ο μαθητής πέτυχε κάθε στόχο κατά τη διάρκεια ενός μαθήματος ή σε ορισμένο χρόνο κατά τη διάρκεια της ημέρας · (γ) εφαρμογή σε καθημερινή βάση από τους γονείς, παρέχοντας ενίσχυση (δηλαδή πρόσβαση σε προτιμώμενες δραστηριότητες) τις μέρες που έχουν επιτευχθεί οι στόχοι και (δ) κατά περιόδους συναντήσεις ανατροφοδότησης μεταξύ του όλων των εμπλεκόμενων για να τροποποιήσουν τους στόχους και τις διαδικασίες του προγράμματος ανάλογα με την εξέλιξη. Η βασική της διαφορά συνίσταται στο ότι η επιβράβευση δίνεται στο σπίτι από τους γονείς αντί να παρέχεται από τους δασκάλους.

Όλων των τύπων οι παρεμβάσεις, προϋποθέτουν ένα υψηλό επίπεδο γνώσης και εκπαίδευσης των ίδιων των εκπαιδευτικών, προκειμένου να αναγνωρίζουν, να αξιολογούν τις συμπεριφορές και να επιλέγουν τον κατάλληλο τύπο παρέμβασης. Στην έρευνα των Youssef, Hutchinson και Youssef (2015), αναφέρεται ότι οι γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, ήταν χαμηλές, επιβεβαιώνοντας την ανάγκη επιμόρφωσης, προκειμένου να είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι για τη διαχείριση διάφορων καταστάσεων. Η σχολική εκπαίδευση, φάνηκε να βελτιώνει σημαντικά τη γνώση, τη στάση και τις δεξιότητες διαχείρισης μεταξύ των εκπαιδευτικών, προτείνοντας να ενσωματωθεί η επιμόρφωση και σε άλλου τύπου αναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, αναμένοντας ότι οι εκπαιδευτικοί θα μπορούν να διαχειρίζονται με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη την εύρυθμη λειτουργία όλης της τάξης.

Ενδεικτικά, ανάμεσα στα προγράμματα που έχουν υλοποιηθεί και που αναφέρουν οι Weare & Gray (2003) είναι τα παρακάτω:

- The Child Development Project, μια παρέμβαση στο δημοτικό σχολείο που σχεδιάστηκε για να βελτιώσει τις γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές πτυχές της ανάπτυξης των παιδιών και να προωθήσει το ενδιαφέρον και την κατανόηση των άλλων. Βασικό στοιχείο ήταν η δημιουργία ενός «περιβάλλοντος φροντίδας στην τάξη» μέσω της συμμετοχής σε συνεργατικές και βοηθητικές δραστηριότητες, θετικών τεχνικών πειθαρχίας και θετικών μοντέλων και της χρήσης παιχνιδιών ρόλων, παιχνιδιών και ιστοριών για την ενίσχυση της κατανόησης των άλλων από τους μαθητές.
- School Transition Environmental Project (STEP). Αυτό το πρόγραμμα σχεδιάστηκε για να βοηθήσει τα παιδιά να αντιμετωπίσουν καλύτερα τη μετάβαση στο γυμνάσιο αναδιοργανώνοντας το περιβάλλον στο νέο σχολείο για να αυξήσουν την κοινωνική σταθερότητα.
- Έργο Σχολικής Ανάπτυξης. Αυτό ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του 1960 σε σχολεία που εξυπηρετούν σε μεγάλο βαθμό Αφροαμερικανικά παιδιά από κοινωνικό-οικονομικά μειονεκτικά υπόβαθρα, ενθαρρύνοντας τους γονείς να συμμετέχουν ως ισότιμα στο σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων του σχολείου. Η παρέμβαση περιελάμβανε επίσης έργα με βάση την κοινότητα για παιδιά σχολικής ηλικίας και κοινωνικές δραστηριότητες.
- Δημιουργική επίλυση της σύγκρουσης, διδάσκοντας σε παιδιά δημοτικού σχολείου μη βίαιους τρόπους αντιμετώπισης των συγκρούσεων και αυξάνοντας την κατανόησή τους τόσο για τους ίδιους όσο και για άτομα διαφορετικής κουλτούρας, με τη συμμετοχή τόσο των δασκάλων, μαθητών, διευθυντών σχολείων όσο και γονέων.
- Το Πρόγραμμα εκπαίδευσης Paths, υποστηρίζει την υπόθεση ότι η συμπεριφορά και η ικανότητα αυτορρύθμισης ενός παιδιού είναι συνάρτηση της συναισθηματικής του επίγνωσης, του συναισθηματικού-γνωστικού ελέγχου και της κοινωνικό-γνωστικής του αντίληψης.

Η ΔΕΠ-Υ, όπως έχει ήδη αναφερθεί, είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία ακολουθεί το άτομο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Ακόμη και με «επιτυχημένη» θεραπεία κατά την παιδική ηλικία, η χρόνια πορεία της ΔΕΠ-Υ καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής συνεχίζει να επιβαρύνει σημαντικά τη ζωή των ασθενών, των οικογενειών τους και την κοινωνία (Halperin et.al., 2012). Η ανάπτυξη νέων θεραπειών για τη ΔΕΠ-Υ έχει επικεντρωθεί κυρίως στα χρόνια της σχολικής ηλικίας, μια εποχή κατά την οποία η ΔΕΠ-Υ διαγιγνώσκεται πιο συχνά (Toplak et.al., 2008).

Με τον όρο «πρώιμη υποστηρικτική παρέμβαση εννοείται η παροχή ιατρικής, παιδαγωγικής, ψυχολογικής και κοινωνικής βοήθειας, με στόχο τη δημιουργία ευνοϊκών προϋποθέσεων εξέλιξης κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής (Κυπριωτάκης, 2001).

Η πρώιμη παρέμβαση, στοχεύει, το παιδί σε μια εποχή που ο εγκέφαλος χαρακτηρίζεται από "πλαστικότητα" και είναι ίσως πιο «δεκτικός» σε νευρωνικές «τροποποιήσεις (Halperin et.al., 2012). Κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας και μέσω της αναγνώρισης μικρών παιδιών «σε κίνδυνο», τα οποία μπορεί να μην πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για τη ΔΕΠ-Υ, μπορεί να γίνουν αναπτυξιακά ευαίσθητες προληπτικές

παρεμβάσεις που όχι μόνο θα αλλάξουν τη χρόνια διαταραχή της πορείας της ΔΕΠ-Υ, αλλά θα αποτρέψουν την εμφάνιση πολλών κοινωνικών, συναισθηματικές και ακαδημαϊκές δυσκολίες που εμποδίζουν την επιτυχία θεραπεία σε μεταγενέστερες φάσεις ανάπτυξης.

Έτσι με την πρώιμη υποστηρικτική παρέμβαση κατά τα αρχικά στάδια της ΔΕΠ-Υ και πριν την εμφάνιση συννοσηρών ψυχιατρικών διαταραχών, ακαδημαϊκή αποτυχία, φτωχές κοινωνικές σχέσεις, χαμηλή αυτοεκτίμηση και δυσκολίες στις σχέσεις με τους γονείς.

Σύμφωνα με την Κυπριωτάκη (2009), εννοιολογικά η πρώιμη υποστηρικτική παρέμβαση εμπεριέχει πρόληψη, πρώιμη διάγνωση, πρώιμη στήριξη και ενσωμάτωση παιδιών με εμπόδια και παιδιών υψηλού κινδύνου. Όπως η ίδια αναφέρει, πρόληψη σημαίνει τη λήψη, κατά περίπτωση, αντίστοιχων μέτρων, χάριν προφύλαξης, προς αποσόβηση και εμπόδιση εκδήλωσης διαταραχών. Έτσι, καθώς η εξέλιξη του παιδιού προχωρά ανεμπόδιστα, είναι σημαντικό να αποτρέπεται η εκδήλωση μιας ανεπάρκειας σε παιδιά πρώιμης παιδικής ηλικίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

### 4.1 ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ- ΣΤΑΣΕΙΣ- ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΠ-Υ

Πολύ συχνά, υπάρχει σύγχυση και ταύτιση των όρων «πεποιθήσεις», «στάσεις», «αντιλήψεις» και σε επίπεδο ερευνητικό. Είναι γνωστό ότι οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών, επηρεάζονται από τις γνώσεις τους για τη ΔΕΠ-Υ (Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain, 2008). Όσον αφορά στις έρευνες που μελετούν τις στάσεις και αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ, ο αριθμός είναι αρκετά περιορισμένος, καθώς οι περισσότερες μετρούν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ, ή εξετάζουν αυτές έχοντας απώτερο σκοπό να μελετήσουν τις αντιλήψεις των (Kos et.al., 2006· Mulholland et.al., 2015).

Όσον αφορά τις πεποιθήσεις, σύμφωνα με τον Ajzen (1991), διακρίνονται τρία είδη σημαντικών πεποιθήσεων: πεποιθήσεις που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τον τρόπο δράσης, κανονιστικές πεποιθήσεις που αφορούν υποκειμενικούς κανόνες, το αξιακό σύστημα του ατόμου και πεποιθήσεις ελέγχου που παρέχουν τη βάση για τον έλεγχο μιας συμπεριφοράς.

Η πεποίτηση είναι μια συνειδητή ή ασυνειδητή θέση , που αξιολογείται ως μια μοναδική αλήθεια, από το άτομο που την κατέχει και συχνά συνυπάρχει με συναισθηματική δέσμευση, επηρεάζοντας σκέψη και συμπεριφορά (Borg, 2001). Από αυτό γίνεται κατανοητό ότι πρόκειται για μια υποκειμενική κατάσταση, που δομείται μέσω των βιωμάτων και των εμπειριών του ατόμου, μέσα από τη παρατήρηση και τη λογική σκέψη (Khanter, 2012). Το σύστημα πεποιθήσεων επηρεάζει διάφορες πτυχές της μάθησης και της ζωής κατ' επέκταση, βοηθώντας, το άτομο, να αποκτήσει μια εικόνα για τον κόσμο, επηρεάζοντας τον τρόπο αντίληψης των προσλαμβανόμενων πληροφοριών, αξιολογώντας τις ταυτόχρονα ως αποδεκτές ή απορριπτέες (Li, 2012). Όσον αφορά στις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών, ο όρος αναφέρεται στις πεποιθήσεις τους αναφορικά με τον παιδαγωγικό ρόλο ή τη διαδικασία διδασκαλία των ατόμων. Περισσότερο, εξετάζονται οι πεποιθήσεις τους για τη διδασκαλία, τη μάθηση και τους μαθητές, το αντικείμενο μάθησης, το ρόλο του δασκάλου και την εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους (Borg, 2001). Οι πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών έχουν ισχυρότερη επίδραση από τις γνώσεις τους, στο σχεδιασμό των μαθημάτων τους, στις αποφάσεις που λαμβάνουν και στην τάξη πρακτικά, αφού προσδιορίζουν τη συμπεριφορά τους σε σχέση με τους μαθητές τους κι έτσι μπορούν να καθορίσουν το επίπεδο επίδοσης των μαθητών τους, επιλέγοντας και τροποποιώντας τη συμπεριφορά τους, μέσω της κατάλληλης εκπαιδευτικής επιλογής (Li, 2012· Pajares, 1992). Όπως προκύπτει από την ανασκόπηση βιβλιογραφίας, οι πεποιθήσεις δεν αφορούν μονόπλευρα τους μαθητές, αλλά και τους εκπαιδευτικούς, εννοώντας την άποψη και την εμπιστοσύνη, που έχουν στον εαυτό τους, τόσο σε επίπεδο μετάδοσης της γνώσης αλλά και στη διατήρηση της ισορροπίας μέσα στη σχολική αίθουσα. Σε πολλές έρευνες συναντήσαμε, επίσης, τον όρο αυτό-αποτελεσματικότητα που αναφέρεται τις πεποιθήσεις που αφορούν τις ικανότητές οργάνωσης και εφαρμογής στρατηγικών, προκειμένου να επιφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα στην εμπλοκή του μαθητή στη μάθηση (Bandura, 1977). Αν και όπως αναφέρουν οι Latouche και Gascoigne (2019), καμία μελέτη δεν έχει δείξει ότι οι παρεμβάσεις που αυξάνουν τις γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ, οδηγούν

άμεσα σε υψηλότερα επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας των εκπαιδευτικών, υπάρχουν κάποιες μελέτες που υποστηρίζουν τη σχέση μεταξύ αυτών των δύο καταστάσεων, αφού η γνώση ενισχύει την αναγνώριση και διαχείριση συμπεριφορών παιδιών με διάγνωση, βοηθώντας τους (εκπαιδευτικούς) στη διατήρηση των συναισθημάτων ικανότητας και αποτελεσματικότητας των ενεργειών τους, ακόμα και όταν αντιμετωπίζουν προκλητικές συμπεριφορές των μαθητών. Σε θετική συσχέτιση αυτοαποτελεσματικότητας και γνώσης της διαταραχής κατέληξε και η έρευνα των Perold, Louw και Kleynhans (2010), όπου η εμπιστοσύνη των εκπαιδευτικών στην ικανότητά τους να διδάσκουν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, αποτελεσματικά, βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τη συνολική γνώση της ΔΕΠ-Υ, όπως μετρήθηκε από το KADDS.

Οι Ohan, Visser, Strain και Allen (2011), αναφέρουν ότι η διαφορά στις προσδοκίες ή τις αντιλήψεις που διατηρεί ένα άτομο, έναντι του οποίου, δίνεται ή όχι μια ετικέτα, ονομάζεται προκατάληψη ετικέτας. Τα αποτελέσματα μιας ετικέτας μπορεί να είναι θετικά, βοηθώντας στον καθορισμό της εικόνας των δυνατών και των αδυναμιών των παιδιών, προτείνοντας παρεμβάσεις και διευκολύνοντας το έργο της έρευνας. Από την άλλη οι διαγνωστικές ετικέτες μπορεί επίσης να έχουν αρνητικές επιπτώσεις, όπως η πρόκληση αρνητικών προσδοκιών από τους δασκάλους, τους γονείς και τα ίδια τα παιδιά. Σύμφωνα με τους ίδιους, η σημασία των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για παιδιά με ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η ΔΕΠ-Υ, δεν μπορεί να υποτιμηθεί. Πρώτον, η επιρροή των στάσεων των εκπαιδευτικών απέναντι στις ψυχιατρικές διαγνώσεις μπορεί να επεκταθεί πέρα από το σχολικό σύστημα και στο σπίτι. Δεύτερον, η κατανόηση των στάσεων των εκπαιδευτικών απέναντι στα παιδιά με και χωρίς διάγνωση ΔΕΠ-Υ, είναι πολύτιμη για τους γονείς που πρέπει να αποφασίσουν εάν θα αποκαλύψουν ή όχι τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ ενός παιδιού στο σχολείο. Τρίτον, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που επιθυμούν να παρέχουν στους εκπαιδευτικούς ανατροφοδότηση σχετικά με τη διάγνωση ΔΕΠ-Υ ενός παιδιού και να τους εμπλέκουν στη θεραπεία, πρέπει να γνωρίζουν πώς η αποκάλυψη αυτής της διάγνωσης θα επηρεάσει το περιβάλλον μέσα στο οποίο εκπαιδεύεται το παιδί.

Ο Pilling (2000) εξέτασε τις ικανότητες των εκπαιδευτικών του δημοτικού σχολείου να διακρίνουν μεταξύ συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ και συμπτωμάτων συμπεριφορών άλλων παιδικών καταστάσεων, όπως αναπτυξιακές καθυστερήσεις, μαθησιακές δυσκολίες ή διαταραχές συμπεριφοράς. Οι δάσκαλοι διάβασαν χρονογραφήματα που περιγράφουν υποθετικά προφίλ παιδιών και απάντησαν στα χρονογραφήματα σαν να ήταν κάθε παιδί μαθητής στην τάξη του.

Ο ίδιος ωστόσο, διαπίστωσε, ότι οι εκπαιδευτικοί, ήταν, σε μεγάλο βαθμό, σε θέση να αναγνωρίσουν σωστά τη ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, έτειναν επίσης να υπερ-τονίζουν τα συμπτώματα που δεν είναι ΔΕΠ-Υ ως ενδεικτικά της ΔΕΠ-Υ, με αποτέλεσμα την υπερδιάγνωση. Επιπλέον, εκείνοι οι δάσκαλοι που ήταν πιθανό να κάνουν υπερδιάγνωση ΔΕΠ-Υ ήταν πιο πιθανό να ήθελαν να παραπέμψουν τα παιδιά σε γιατρό για φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ.

Όταν οι ερευνητές εξέτασαν τη σχέση μεταξύ της γνώσης και των πεποιθήσεων των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠΥ, βρήκαν ότι η γνώση της ΔΕΠ-Υ συσχετίζεται θετικά με τις γενικές πεποιθήσεις για τη ΔΕΠ-Υ (Bekle, 2004). Οι δάσκαλοι με υψηλά επίπεδα γνώσης της ΔΕΠ-Υ έχει βρεθεί ότι είναι πιο πιθανό να

πιστεύουν ότι η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει την απόδοση στην τάξη και τις σχέσεις με τους συνομηλίκους και ήταν πιο πιθανό να αναγνωρίσουν τα οφέλη και να αναζητήσουν επαγγελματικές υπηρεσίες για αυτούς τους μαθητές (Ohan et al., 2008). Οι δάσκαλοι με χαμηλές γνώσεις ΔΕΠ-Υ έχουν βρεθεί ότι είναι πολύ πιο πιθανό να αναφέρουν ότι θα μπορούσαν να χειριστούν τα προβλήματα των μαθητών χωρίς βοήθεια (Ohan et al., 2008). Επιπλέον, η εμπιστοσύνη των δασκάλων στην ικανότητά τους να διδάξουν αποτελεσματικά τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζεται σημαντικά με τη γνώση της ΔΕΠΥ (Sciutto et al., 2000).

Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για μαθητές με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητα, θετικές ή αρνητικές, επηρεάζουν την αλληλεπίδρασή τους με αυτή την ομάδα μαθητών. Εάν, οι ίδιοι, έχουν αρνητικές αντιλήψεις για αυτόν τον μαθητικό πληθυσμό, είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν τις απαραίτητες παρεμβάσεις ή τροποποιήσεις, δίνοντας τη δυνατότητα στους μαθητές με ΔΕΠ-Υ να πετύχουν στη γενική τάξη. Αντιθέτως, οι εκπαιδευτικοί με θετικές αντιλήψεις για αυτούς τους μαθητές, είναι πιθανό να είναι δεκτικοί στις τροποποιήσεις και παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη συμπεριφορική βελτίωση των μαθητών και την ακαδημαϊκή τους απόδοση (Omuda, 2021). Επιπλέον, ο δάσκαλος μπορεί να εντοπίσει πρώιμες, μη αναγνωρισμένες ανεπάρκειες και να συμβάλει στην πρόληψη δευτερογενών διαταραχών σε ένα παιδί μέσω των μαθησιακών απαιτήσεων που καθορίζονται στην τάξη (Kipriotaki & Manolitsis, 2010).

Οι Elik, Wiener και Corkum (2010) μελέτησαν τις σχέσεις μεταξύ των διαθέσεων ανοιχτής σκέψης, της ετοιμότητας για μάθηση και των στάσεων σχετικά με τη μάθηση και τις δυσκολίες συμπεριφοράς σε μαθητές μεταξύ των δασκάλων προϋπηρεσίας στο Οντάριο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί προϋπηρεσίας με ανοιχτόμυαλες διαθέσεις σκέψης και ετοιμότητα να μάθουν για μαθητές με μαθησιακές και συμπεριφορικές δυσκολίες ήταν πιο πιθανό να απαντήσουν ότι θα σχεδίαζαν να προσαρμόσουν τις οδηγίες για να αντιμετωπίσουν τις ενοχλητικές συμπεριφορές των μαθητών σε αντίθεση με την τιμωρητική αντίδραση. Ωστόσο, αυτές οι απαντήσεις διαμεσολαβούνταν από συναισθηματικές αντιδράσεις, με εκείνους τους καθηγητές προϋπηρεσίας που ανέφεραν ότι θα ένιωθαν υψηλά επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων, όπως άγχος και αδυναμία, εκφράζοντας μειωμένη πιθανότητα να προσαρμόσουν αποτελεσματικά τη διδασκαλία. Η ασυνεπής συμπεριφορά όπως και η ασυνεπής διάγνωση, μπορεί να επιδεινώσει μια κατάσταση και να συμβάλει στην επαναλαμβανόμενη αποτυχία ενός μαθητή μέσα στην τάξη (Baum & Olenchak 2002).

Η καθιέρωση μη ρεαλιστικών προσδοκιών για μαθητές με αυτόν τον τύπο διαταραχής, συμβάλλει στη χαμηλή αυτοεκτίμηση για τον μαθητή και στην απογοήτευση του εκπαιδευτικού. Το 1994, ο Reid και συνεργάτες, συνέκριναν τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών του δημοτικού σχολείου με και χωρίς κατάρτιση όσον αφορά στη ΔΕΠ-Υ, διαπιστώνοντας ότι οι εκπαιδευτικοί χωρίς εκπαίδευση εξέφρασαν έλλειψη εμπιστοσύνης στην ικανότητά τους να διδάξουν αποτελεσματικά μαθητές με ΔΕΠ-Υ.

Ανοίγοντας λίγο το πεδίο της συζήτησης σχετικά με την ικανότητα των εκπαιδευτικών να διδάξουν τους μαθητές τους, επηρεάζοντας κατά επέκταση την αλληλεπίδραση τους, αναφέρουμε την έρευνα των Hawkins και Catalano (1992) που έδειξε ότι τα νεαρά άτομα ωφελήθηκαν από ένα δομημένο πρόγραμμα σχετικά με



αυτό που αποκαλούσαν «προ κοινωνικές» δεξιότητες που όχι μόνο τους δίδαξε τις δεξιότητες, αλλά έβαλε τους δασκάλους να τις μοντελοποιήσουν, ενώ παράλληλα τους έδιναν σαφή ανατροφοδότηση σχετικά με τις προσπάθειές εξάσκησης τους αλλά και θετική ενίσχυση για την καλή χρήση τους. Αντίθετα, προσεγγίσεις που προσπαθούν να διδάξουν στάσεις και αξίες από μόνες τους έχουν αποδειχθεί σταθερά ότι δεν είναι τόσο αποτελεσματικές (Fertman & Chubb, 1992).

Στη μελέτη των Κυπριωτάκη και Μανωλίτση (2010) τα αποτελέσματα δείχνουν ότι: (1) οι εκπαιδευτικοί αξιολογούν πολύ περισσότερους μαθητές ως παιδιά με ΔΕΠ-Υ από τον αριθμό που βασίζεται στις βαθμολογίες από την τυποποιημένη ελληνική έκδοση της κλίμακας βαθμολογίας ΔΕΠ-Υ- IV. Οι δάσκαλοι αναγνωρίζουν ότι περισσότερα αγόρια από κορίτσια έχουν ΔΕΠ-Υ, αλλά η εκτίμησή τους για τα κορίτσια φαίνεται πιο έγκυρη από εκείνη των αγοριών και αξιολογούν ευκολότερα ως μαθητές με ΔΕΠ-Υ τα παιδιά που προέρχονται από γονείς που έχουν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο. Τα συμπεράσματα των εκπαιδευτικών από τη σχέση ενός μαθητή με τους συνομηλίκους του και τη σχέση του ίδιου μαθητή με τον δικό του δάσκαλο, είναι οι ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες για τη συνολική βαθμολογία που θα πάρει ο μαθητής στην κλίμακα βαθμολογίας ΔΕΠ-Υ και το σχολικό επίτευγμα δεν αποτελεί ισχυρή πρόβλεψη του σκορ που ο μαθητής θα πάρει στην κλίμακα βαθμολογίας ΔΕΠ-Υ.

Η διαδικασία της γνώσης (knowing) είναι μια ιδιαίτερη ανθρώπινη διαδικασία και η γνώση (knowledge), είναι το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας. Από την αρχαιότητα, κίολας, ήταν αντικείμενο διερεύνησης και διχογνωμίας, ο ορισμός και η εξήγηση της φύσης της γνώσης. Ο Πλάτωνας υποστήριζε ότι η γνώση είναι αποτέλεσμα συλλογιστικής, όπου η αισθητηριακή εμπειρία δεν έχει ρόλο, αφού η αντίληψη είναι θέμα λογικής. Ο Αριστοτέλης, που μαθήτευσε κοντά στον Πλάτωνα, θεωρούσε ότι η γνώση δημιουργείται μέσω της αισθητηριακής επαφής με τον πραγματικό κόσμο, όπου η τελική επεξεργασία συμβαίνει στο μυαλό μας. Στο ίδιο πνεύμα συνέχισε και ο Locke, σύμφωνα, με τον οποίο, τα αντικείμενα υπάρχουν ήδη στον εξωτερικό κόσμο και η αισθητηριακή μας αντίληψη αποτελεί την πιο σημαντική πηγή των γνώσεων μας (Bolisani & Bratianu, 2018). Και οι δύο θεωρίες (ορθολογισμός και εμπειρισμός), σύμφωνα με τους ίδιους, δέχονται ότι η γνώση είναι μια δικαιολογημένα αληθινή πεποίθηση, διαφοροποιούνται, όμως, στον τρόπο με τον οποίο μπορεί κανείς να βρει την αλήθεια ή να δικαιολογήσει την αληθινή πεποίθηση.

#### 4.2 ΓΝΩΣΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΠ-Υ

Όσον αφορά τη γνώση των εκπαιδευτικών, ο Tamir (1991), κάνει διάκριση, μεταξύ της επαγγελματικής και της προσωπικής γνώσης, ορίζοντας την επαγγελματική γνώση ως «το σύνολο γνώσεων και δεξιοτήτων που απαιτείται για να εξασκείται με επιτυχία κάθε επάγγελμα». Το επάγγελμα του εκπαιδευτικού, σύμφωνα με τον ίδιο, έχει την ιδιαιτερότητα να συμπεριλαμβάνει τόσο την επαγγελματική γνώση όσο και τη βιωματική, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου στον επαγγελματικό του τομέα, είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεταξύ επαγγελματικών και προσωπικών γνώσεων.

Δεδομένου ότι οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ, παρουσιάζουν δυσκολίες κατά την παραμονή τους στη σχολική τάξη, η συνθήκη, απαιτεί, έμπειρους και καλά ενημερωμένους εκπαιδευτικούς που μπορούν να εντοπίσουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και να χρησιμοποιήσουν επιτυχημένες προσεγγίσεις παρέμβασης, για να χειριστούν τις συμπεριφορές αυτών των μαθητών (Omuda, 2021). Στη βάση αυτού, υπάρχει ένας αριθμός ερευνών που μελετούν το επίπεδο γνώσης για τη ΔΕΠ-Υ, μεταξύ εκπαιδευτικών εν ενεργεία και μη.

Με τη βοήθεια ενός ερωτηματολογίου τύπου «σωστό»- «λάθος», οι Jerome, Gordon και Hustler (1994), διαπίστωσαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό, των εκπαιδευτικών, πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που συμμετείχαν στην έρευνα, είχαν περισσότερες γνώσεις για τη συμπτωματολογία και την αιτιολογία της διαταραχής.

Οι Jerome, Gordon και Hustler (1994) ήταν οι πρώτοι που αξιολόγησαν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ και πραγματοποίησαν μια έρευνα που συγκρίνει τις γνώσεις και τις στάσεις των Αμερικανών και Καναδών για τη διαταραχή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί ανέφεραν ότι είχαν ελάχιστη ευκαιρία να μάθουν για τη ΔΕΠ-Υ, είτε κατά τη διάρκεια των σπουδών τους είτε μετά την αποφοίτησή τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό φάνηκε να γνωρίζει περισσότερα για τη συμπτωματολογία και αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ και πολύ λιγότερα για τις ενδεδειγμένες μεθόδους παρέμβασης.

Αρκετά ενδιαφέροντα είναι τα ευρήματα της πρόσφατης έρευνας των Melegari, Giallonardo, Sacco, Marcucci, Orecchio και Bruni (2021) οι οποίοι βρήκαν διαφοροποιήσεις, αναφορικά με την επίδραση της απομόνωσης, στην επιδείνωση των συμπτωμάτων των ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρουν ότι, τα άτομα με μικρής κλίμακας συμπτωματολογία, σε επίπεδο διάθεσης-συμπεριφοράς, έδειξαν μικρότερη σταθερότητα και σημαντική επιδείνωση στα πλαίσια μιας συνθήκης απομόνωσης. Επειδή παρόμοια αποτελέσματα αναφέρθηκαν από την Lee (2020) στη μελέτη της σε παιδιά και εφήβους, πιθανολογείται, ότι η ξαφνική διακοπή των φιλικών σχέσεων ή των ευκαιριών ευχαρίστησης/ψυχαγωγίας, σε άτομα με μικρής κλίμακας δυσλειτουργία, προκαλούν προβλήματα προσαρμογής, καθώς οι πολλές και σύντομες αλλαγές, στα συναισθήματα και / ή συμπεριφορές, προκαλούν ένα αίσθημα απειλής και κινδύνου, ανεξάρτητα από την ηλικία και την κατάσταση της ψυχικής υγείας του ατόμου.

Αντίθετα, παιδιά υψηλής και μέτριας κλίμακας συμπτωματολογίας, έδειξαν σημαντικού επιπέδου βελτίωση της συναισθηματικής τους διάθεσης και συμπεριφοράς, υποδηλώνοντας ότι ο περιορισμός θα μπορούσε να λειτουργεί, για ορισμένα παιδιά, ως μια προστατευτική κατάσταση σε καταστάσεις κοινωνικού στρες, όπως λιγότερες φιλίες, εκφοβισμό, θυματοποίησης και απόρριψη συνομηλίκων (Hoza, 2007) ή περιορισμένου χρόνου παραμονής στο σχολείο (Bobo et al., 2020). Τα ευρήματα, επιβεβαιώνοντας την ισχυρή σχέση μεταξύ επιπέδου σοβαρότητας των συμπτωμάτων και σταθερότητας της συμπεριφοράς, υπογράμμισαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ λειτουργούν καλύτερα, όταν το πλαίσιο που τους περιβάλλει είναι πιο ευέλικτο και ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους. Τα αποτελέσματά της μελέτης είναι συνεπή με αυτά των Zhang και συνεργατών (2020) που ανέφεραν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ βελτίωσης της διαδικτυακής μελέτης στο σπίτι και μείωσης των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ.

Οι αναπάντεχες αλλαγές που μπορεί να συμβούν στη ζωή ενός ανθρώπου, από μια ατομική-οικογενειακή συνθήκη ως και μια πανδημία, φέρνουν αναστάτωση και άγχος. Ταυτόχρονα με τη αποδοχή της πραγματικότητας, της δεδομένης στιγμής, το άτομο και οι άνθρωποι που αποτελούν το άμεσο περιβάλλον του, χρειάζεται να βρουν τρόπους για διαχειριστούν την κατάσταση που βρίσκονται. Η γνώση της κατάστασης, των δεδομένων, των διαθέσιμων πηγών που μπορούν να χρησιμοποιήσουν, με γνώμονα το στόχο ή τους στόχους που έχουν να πετύχουν είναι το μέσο που θα οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου. Στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ και σε οποιασδήποτε άλλη ειδική συνθήκη, οι εκπαιδευτικοί και το σχολείο γενικότερα, έχουν να επιτελέσουν ένα κομμάτι της μιας πολυεπίπεδης διαδικασίας που αφορά την αναγνώριση, παραπομπή, καθοδήγηση, διαχείριση της κατάστασης στο περιβάλλον της σχολικής τάξης.

Στην έρευνα των Jerome, Washington, Laine και Segal (1999) δεν αναφέρθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις όσον αφορά το επίπεδο εξειδικευμένης γνώσης των δυο ομάδων (εν ενεργεία και χωρίς εμπειρία), ωστόσο σε μια μελέτη των Kos και συνεργατών (2004) βρέθηκε ότι γενικά το επίπεδο γνώσης των εν ενεργεία εκπαιδευτικών, είναι πιο υψηλό. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η έρευνα των Anderson et.al, όπως και ο Bekle (2004) εντοπίζοντας, όμως, σημαντικά κενά γνώσης και στις δύο ομάδες. Στην έρευνα των Weyandt, Fulton, Schepman, Verdi, και Wilson (2009) εξετάζοντας τις απαντήσεις που έδωσαν οι καθηγητές γενικής εκπαίδευσης, διαπίστωσαν πολλές ψευδείς πεποιθήσεις, συμπεριλαμβανομένης της πεποίθησης ότι «μια μέρα θα βρεθεί ιατρική θεραπεία για τη ΔΕΠ-Υ» (42%) και ότι «η θεραπεία με βιταμίνες μπορεί να θεραπεύσει αποτελεσματικά τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ» (28%). Με βάση αυτά τα ευρήματα, φαίνεται ότι οι περισσότεροι καθηγητές γενικής εκπαίδευσης έχουν γενική έλλειψη γνώσης της ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με τους ίδιους, είναι πολύ πιθανό, τα προβλήματα που σχετίζονται με μαθητές με ΔΕΠ-Υ θα επιδεινωθούν όταν τοποθετηθούν σε μια τάξη με δασκάλους που διαθέτουν χαμηλό επίπεδο γνώσεων όσον αφορά αποτελεσματικές θεραπείες ή ανεπαρκή κατανόηση των πιθανών αιτιών της ΔΕΠ-Υ. Αναφέρουν, επίσης, ότι ακόμα και όταν υπάρχουν σχολικοί ψυχολόγοι, στη σχολική μονάδα, συνήθως, βασίζονται σε εκπαιδευτικούς, για παραπομπές μαθητών, με αποτέλεσμα, η επιλογή αποτελεσματικών θεραπειών της ΔΕΠ-Υ να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη γνώση των εκπαιδευτικών για τη διαταραχή αυτή. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, ωστόσο, υποδηλώνουν ότι οι εκπαιδευτικοί γενικής εκπαίδευσης στερούνται τέτοιων γνώσεων. Στη μελέτη των Ghanizadeh, Bahredar και Moeini (2006) το πιο εντυπωσιακό εύρημα αυτής, ήταν οι ελλειπείς γνώσεις και η αδυναμία ανοχής από την πλευρά των εκπαιδευτικών, το οποίο δείχνει, πιθανόν, ότι η καθημερινότητα στη σχολική τάξη είναι αγχωτική για μαθητές με ΔΕΠ-Υ στο Ιράν που διεξήχθη και η εν λόγω έρευνα. Σε μια προηγούμενη μελέτη είχε παρατηρηθεί ότι μόνο το 15% των ερωτηθέντων δεν γνώριζαν τη Ριταλίνη, ενώ στην τρέχουσα μελέτη το ποσοστό αυτό ήταν 69,9%. Αυτό δείχνει ότι οι γνώσεις του δείγματος, σχετικά με τη Ριταλίνη είναι πολύ χαμηλές και ότι η αυξημένη ευαισθητοποίηση θα μπορούσε να ωφελήσει τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ μειώνοντας, ταυτόχρονα, το επίπεδο άγχους των εκπαιδευτικών. Οι Snider, Busch και Arrowood (2003) αξιολόγησαν τις γνώσεις, τις απόψεις και την εμπειρία των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής εκπαίδευσης που σχετίζονται με τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ και τη θεραπεία της με

διεγερτικά φάρμακα. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι οι εκπαιδευτικοί είχαν περιορισμένες γνώσεις σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ και τη χρήση διεγερτικών φαρμάκων. Οι απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την επίδραση της διεγερτικής φαρμακευτικής αγωγής στις συμπεριφορές που σχετίζονται με το σχολείο ήταν γενικά θετικές, αν και οι απόψεις των εκπαιδευτικών ειδικής αγωγής περιγράφονταν ως πιο θετικές από αυτές των γενικών παιδαγωγών.

Στην ίδια έρευνα, μια σαφής έλλειψη γνώσεων σχετικά με την επιδημιολογία της ΔΕΠ-Υ είναι επίσης εμφανής στο σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων (31,2%) που καταδεικνύοντας ότι το 15% όλων των παιδιών σχολείου έχουν ΔΕΠ-Υ, κάτι που θα μπορούσε να οδηγήσει, σαφώς, σε πολλές λανθασμένες παραπομπές.

Χαρακτηριστικά, στη μελέτη των Topkin, Roman και Mwaba (2015) που διεξήχθη στη Νότιο Αφρική, οι εκπαιδευτικοί απάντησαν σωστά σε λιγότερο από το 50% των δηλώσεων του εργαλείου KADDS. Το 22% παρείχε λάθος απαντήσεις, που υποδηλώνουν έλλειψη γνώση της ΔΕΠ-Υ, ενώ το 31% είχε παρερμηνείες σχετικά με αυτή. Σε σύγκριση με ευρήματα προηγούμενης έρευνας, τα αποτελέσματα της τρέχουσας μελέτης, είναι σχεδόν παρόμοια με μια προηγούμενη μελέτη, με τη διαφορά του υψηλότερου ποσοστού απαντήσεων που υποδηλώνουν γνώση και χαμηλότερου ποσοστού απαντήσεων που υποδηλώνουν παρερμηνεία. Το ποσοστό που υποδηλώνει έλλειψη γνώσης, παραμένει σταθερά χαμηλό. Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι ειδικά για «παιδιά με ΔΕΠ-Υ, γενικά, αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα σε νέες καταστάσεις απ'ότι σε οικείες καταστάσεις», «είναι συνηθισμένο για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να έχουν υπερβολικό αίσθημα αυτοεκτίμησης ή μεγαλείου» και ότι «μείωση της προσλαμβανόμενης ποσότητας ζάχαρης ή προσθέτων γλυκαντικών τροφίμων είναι γενικά αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ». Όσον αφορά την παρερμηνεία, οι εκπαιδευτικοί ανέφεραν περισσότερες απαντήσεις τύπου η «Ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι αποτελεσματική θεραπεία για σοβαρές περιπτώσεις ΔΕΠ-Υ» και «Η ΔΕΠ-Υ είναι πιο συχνή στον 1ο βαθμό συγγένειας, βιολογικών συγγενών (δηλαδή μητέρα, πατέρα) παιδιών με ΔΕΠ-Υ, παρά στον γενικό πληθυσμό». Αυτά τα ευρήματα είναι κάπως διαφορετικά από την προηγούμενη έρευνα, αλλά παρόμοια, ειδικότερα, για την παρανόηση ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν υψηλότερο επίπεδο αυτοεκτίμησης, και ότι η διατροφή με υψηλή περιεκτικότητα ζάχαρης έχει αρνητικά αποτελέσματα.

Όσον αφορά τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής (ΔΕΠ-Υ), σε μια έρευνα των Αγνάντη και Βαγιάνου (2019), οι δάσκαλοι και οι νηπιαγωγοί ήταν ενήμεροι για τη ΔΕΠ-Υ και το προφίλ των μαθητών που την εμφανίζουν, αν και χρειάζεται περαιτέρω ενημέρωση σε λεπτομέρειες που τους διαφεύγουν, όπως οι μύθοι που επικρατούν γύρω από τη διαταραχή. Οι Scitutto κ.ά. (2000) ανέφεραν μια μικρή, αλλά στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που έχουν διδάξει και των χρόνων διδακτικής εμπειρίας, των εκπαιδευτικών με γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, μια αντίφαση της έρευνας είναι ότι η εμπιστοσύνη ενός δασκάλου στην ικανότητά του να διδάσκει παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν σχετίζεται θετικά, όπως θεώρησε η Scitutto και οι συνεργάτες της (Ohan et al., 2008). Μελέτες που διερευνούν το επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ και τον αντίκτυπό τους στη διδακτική

συμπεριφορά, εντοπίζουν την ανάγκη για συνεχή επαγγελματική εξέλιξη στην αντιμετώπιση των γνωστικών τους ελλείψεων (Bekle, 2004 · Sciutto et al., 2016), καλύτερης ποιότητας κατάρτιση για τους μαθητές (Bekle, 2004 · Kos et al., 2004), και συνεχής έρευνα σχετικά με τις τεχνικές διαχείρισης τάξεων και τον προγραμματών σπουδών (Bekle, 2004· Shelemy et al., 2019). Μια συστηματική ανασκόπηση των μελετών που μετρούν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών που πραγματοποιήθηκε από τους Mohr-Jensen κ.α. (2019) βρήκε ότι το επίπεδο γνώσεων διέφερε σημαντικά όσον αφορά στη συμπτωματολογία, συμπεριφορά, πρόγνωση και θεραπεία, αναγνωρίζοντας ως βασικό παράγοντα την αύξηση του επιπέδου γνώσης τους και την ειδική κατάρτιση των εκπαιδευτικών (Ward, Bristow, Kovshoff, Cortese & Kreppner, 2020). Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν από διάφορους συγγραφείς έχουν δείξει ότι, γενικά, οι εκπαιδευτικοί έχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με τα συμπτώματα ή το κύρια χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ (Anderson, Watt, Noble, & Shanley, 2012, Sciutto et al., 2000 & Stacey, 2003), απ' ότι για τη θεραπεία, τη φύση, τα αίτια και τον αντίκτυπο της ΔΕΠ-Υ (Jarque et al., 2007 · Perold et al., 2010 · Sciutto et al., 2000 · Stacey, 2003). Ωστόσο, ορισμένες έρευνες διαπιστώνουν μεγαλύτερη γνώση όσον αφορά στα αίτια της ΔΕΠ-Υ, απ' ότι τα κύρια χαρακτηριστικά και τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ (West, Taylor, Houghton & Hudyma, 2005).

Στην έρευνα των Latouche και Gascoigne (2019) οι γνώσεις που αποκόμισαν οι εκπαιδευτικοί, για τη ΔΕΠ-Υ, παρέμειναν υψηλές, ένα μήνα, μετά την ολοκλήρωση της συμμετοχής τους, επιβεβαιώνοντας μια από τις ερευνητικές τους υποθέσεις. Η αύξηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών μπορεί να επηρεάσει θετικά τις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Bradshaw & Kamal, 2013) και το ελλιπές επίπεδο γνώσης, θα μπορούσε να οδηγήσει σε αποτυχία των εκπαιδευτικών να εφαρμόσουν τις κατάλληλες στρατηγικές διδασκαλίας, συμβάλλοντας, αντίστοιχα, σε αύξηση συχνότητας εμφάνισης διαταραχής (Bradshaw & Kamal, 2013). Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί που είναι δεν είναι επαρκώς προετοιμασμένοι για να υποστηρίξουν έναν μαθητή με ΔΕΠ-Υ, βιώνουν περισσότερο άγχος και μπορεί να χρησιμοποιήσουν πιο συχνά τη μέθοδο της τιμωρίας (Craig & Pepler, 2003). Οι Martinussen και συνεργάτες (2011) βρήκαν μια αδύναμη θετική σχέση μεταξύ ετών διδασκαλίας, εμπειρίας και συχνότητας χρήσης τεχνικών διαχείρισης της τάξης, για μαθητές με προβλήματα συμπεριφοράς, με τους εκπαιδευτικούς γενικής εκπαίδευσης να τη χρησιμοποιούν, πιο συχνά από εκείνους που έχουν μέτρια ή καθόλου εκπαίδευση, αναφορικά με τη διαχείριση προβλημάτων της ΔΕΠ-Υ. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι εκπαιδευτικοί με περισσότερες γνώσεις για την ΔΕΠ-Υ, είναι πιο προετοιμασμένοι να αναζητήσουν τις κατάλληλες επαγγελματικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών μέσα στην τάξη (Ohan et al., 2008).

Οι γνώσεις που έχουν οι εκπαιδευτικοί, σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο επικοινωνίας και διδασκαλίας των παιδιών που έχουν λάβει τη συγκεκριμένη διάγνωση. Ένα υψηλό επίπεδο κατανόησης, μπορεί να βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική διαχείριση της τάξης, την κατάλληλη προσαρμογή του προγράμματος σπουδών, ρεαλιστικές προσδοκίες και χρήση στρατηγικών διδασκαλίας, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα θετικό μαθησιακό περιβάλλον, ευνοώντας στην ακαδημαϊκή, κοινωνική και συναισθηματική επιτυχία των μαθητών που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ (DuPaul & Stoner, 2003). Οι

εκπαιδευτικοί, όντας τις περισσότερες φορές, οι πρώτοι που εντοπίζουν τις δυσκολίες των μαθητών τους, αναλαμβάνονται τον εαυτό τους, μέσα από τον σημαντικό ρόλο του «μεσολαβητή», που συνεργάζεται και παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη, προϋποθέτοντας την ανάγκη διευρυμένων γνώσεων και συνεχούς επιμόρφωσης. Οι γνώσεις που έχουν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο επικοινωνίας και διδασκαλίας παιδιών, με διάγνωση ή και χωρίς, γι' αυτό η καλύτερη κατανόηση μπορεί να εμποδίσει την ανάπτυξη αρνητικών απόψεων ή στοχοποίηση αυτών των μαθητών (Holz & Lessing, 2002). Η συνεργασία και η παροχή συμβουλών στους γονείς και άλλους εμπλεκόμενους, απαιτούν επίσης εκτεταμένες γνώσεις από την πλευρά του δασκάλου (DiBattista & Shepherd, Kos, Richdale & Jackson, 2004). Οι γνώσεις και πρακτικές των εκπαιδευτικών, ενδέχεται να διαφέρουν όχι μόνο μεταξύ διαφορετικών χωρών αλλά και μεταξύ εκπαιδευτικών, ακόμα της ίδιας χώρας, γι' αυτό χρειάζεται να δούμε την επίδραση που έχουν στις πεποιθήσεις, τις πρακτικές και στάσεις των εκπαιδευτικών, παράγοντες, όπως το είδος της κατάρτισης, της επαγγελματικής πορείας, του διδακτικού αντικείμενου, του καθεστώτος απασχόλησης (μερική απασχόληση έναντι πλήρους απασχόλησης) και της διάρκειας υπηρεσίας τους (Talis, 2009).

Η διδασκαλία, από μόνη της, είναι μια δραστηριότητα που απαιτεί συνεχή ψυχική προσπάθεια, ιδιαίτερα για νέους εκπαιδευτικούς, με μικρή εμπειρία στη σχολική τάξη. Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί που έχουν μαθητές με προβλήματα συμπεριφοράς στην τάξη τους, μπορεί να χρησιμοποιούν περισσότερους γνωστικούς τους πόρους κατά τη διάρκεια των διδακτικών δραστηριοτήτων, εφαρμόζοντας συμπεριφορικές στρατηγικές διαχείρισης, πιο συχνά, από τους δασκάλους που δεν έχουν τέτοιους μαθητές στην τάξη τους. Οι Ghanizadeh, Bahredar και Moeini (2006) αναφέρουν ότι το 46% των ερωτηθέντων συμφώνησαν ότι η ΔΕΠ-Υ οφείλεται σε βιολογικές και γενετικές αδυναμίες και όχι σε γονική χαλάρωση. Ωστόσο, περισσότεροι από τους μισούς πίστευαν οφείλεται στη χαλάρωση των γονέων. Το ένα τρίτο των ερωτηθέντων νόμιζε ότι η ΔΕΠ-Υ μπορεί να προκαλείται από υπερβολική πρόσληψη ζάχαρης και οι περισσότεροι δεν γνώριζαν το Ritalin. Μόνο 61 ερωτηθέντες (31,1%) γνώριζαν το Ritalin και αυτό το ποσοστό δεν διέφερε μεταξύ ανδρών και γυναικών. Περισσότερο από το 55% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι αυτοί οι μαθητές κινδυνεύουν να εγκαταλείψουν το σχολείο, χωρίς διαφοροποιήσεις μεταξύ αντρών και γυναικών. Επίσης, το 64,8% πίστευε ότι οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ κινδυνεύουν με κατάθλιψη και υψηλή πιθανότητα εμπλοκής σε παραβατικές συμπεριφορές, πιστεύοντας στην πλειοψηφία τους, ότι, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δείχνουν βελτίωση κατά μέσο όρο στην ηλικία 15,8 ετών (εύρος: 12-20 χρόνια). Εν τω μεταξύ, το 8,7% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι οι σχετικές δυσκολίες συνεχίζονται για την υπόλοιπη ζωή τους. Στην έρευνα των Perold, Louw και Kleynhans αναφέρεται ότι υπάρχει σημαντική έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, μεταξύ των εκπαιδευτικών, στα δημοτικά σχολεία στο περιφέρεια του Cape Metropole που διεξήχθη η έρευνα. Συνολικά οι σωστές απαντήσεις που υποδήλωναν γνώση ήταν 42,6%, οι απαντήσεις που υπεδείκνυαν έλλειψη γνώσης ήταν 35,4% και 22% το ποσοστό των απαντήσεων που υποδείκνυαν παρερμηνεία, αποτελέσματα, παρόμοια με αυτά των Scititto και συνεργατών (2000) όπου ανέφεραν κατά μέσο όρο 47,8% σωστές απαντήσεις για το δείγμα τους

σε Αμερικανούς εκπαιδευτικούς, και κάπως χαμηλότερα από τα αποτελέσματα των Kos και συνεργατών (2004), που ανέφεραν ένα ποσοστό 60,4% σε Αυστραλούς εκπαιδευτικούς.

Στη μελέτη των Blotnicky-Gallant, Martin, McGonnell και Corkum (2015) όπως ήταν αναμενόμενο, σύμφωνα με τους ίδιους, οι δάσκαλοι στην παρούσα μελέτη γνώριζαν τα περισσότερα συμπτώματα και διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ, λιγότερα για τη θεραπεία και γενικά στοιχεία για τη ΔΕΠ-Υ. Άλλες μελέτες, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, έχουν βρει παρόμοια αποτελέσματα, υποδεικνύοντας ότι οι δάσκαλοι έχουν συχνά τις περισσότερες γνώσεις για τα συμπτώματα και τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ και λιγότερες γενικές γνώσεις και γνώσεις για τη θεραπεία της ΔΕΠΥ (Ohan et al., 2008· Sciutto et al., 2000· Weyandt et al., 2009). Οι Blotnicky και συνεργάτες, θεωρούν, πιθανό, ότι τα συμπτώματα και η διάγνωση είναι οι πιο σημαντικές πτυχές της ΔΕΠ-Υ για τους δασκάλους, οι οποίοι γενικά βλέπουν τα παιδιά σε δύσκολα περιβάλλοντα στην τάξη και συνεισφέρουν κρίσιμες διαγνωστικές πληροφορίες στους γονείς, τους ψυχολόγους και τους γιατρούς κατά τη διάρκεια των αξιολογήσεων της ΔΕΠ-Υ. Είναι επίσης πιθανό τα προγράμματα κατάρτισης εκπαιδευτικών να έχουν επικεντρωθεί περισσότερο σε αυτές τις πληροφορίες, οι οποίες μπορεί να μην είναι τόσο χρήσιμες για τους εκπαιδευτικούς όσο η εκμάθηση για παρεμβάσεις που βασίζονται σε στοιχεία.

Μια ενδιαφέρουσα αναφορά που γίνεται στη μελέτη των Soroa, Arantxa, Gorostiaga και Balluerka (2016), σημειώνει ότι υπάρχουν λίγα εργαλεία στην επιστημονική βιβλιογραφία για να εκτιμηθεί η γνώση από διαφορετικές διαστάσεις. Συμπερασματικά, προτείνουν, χρήση επαρκών ψυχομετρικών εργαλείων, παρέχοντας πληροφορίες σχετικά με την κατάρτιση των εκπαιδευτικών όσον αφορά στη ΔΕΠ-Υ, όπως και ανάλυση της σχέσης της πραγματικής γνώσης των εκπαιδευτικών και της αυτοαντίληψης. Στη μελέτη τους, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί, οι οποίοι συμμετείχαν στη μελέτη, είχαν επίπεδο γνώσης που κυμαινόταν από χαμηλό ως μέτριο, αποτέλεσμα παρόμοιο ή ελαφρώς υψηλότερο της πλειοψηφίας των μελετών που έχουν χρησιμοποιήσει παρόμοια εργαλεία. Οι ίδιοι αναφέρουν ότι οι εκπαιδευτικοί που έχουν λανθασμένες πεποιθήσεις σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ δεν το γνωρίζουν, ενώ τα κενά στις απαντήσεις τους δείχνουν ότι έχουν επίγνωση της άγνοιας τους. Ένα εύρημα το οποίο δε συμφωνεί με αυτά άλλων μελετών, αφορά τη γνώση που έχουν οι εκπαιδευτικοί για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, αφορώντας περισσότερο ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις και όχι ιατρικές ή φαρμακολογικές. Στην έρευνα των Κυπριωτάκη και Μανωλίτση (2010), τα ευρήματα επιβεβαιώνουν την ανάγκη διεύρυνσης γνώσεων για τη ΔΕΠ-Υ, καθώς παράγοντες όπως το φύλο των παιδιών όσο και το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων, φαίνεται να επηρεάζουν την κρίση των εκπαιδευτικών ως προς τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ. Ταυτόχρονα, σύμφωνα με τους ίδιους, οι σχέσεις των παιδιών με τους συνομηλίκους όσο και τους δασκάλους, είναι παράγοντας που βαθμολογείται υψηλά, από τους εκπαιδευτικούς, λόγω της διασπαστικής συμπεριφοράς των παιδιών, που μπορεί να οδηγήσει σε απόρριψη, άρνηση, δυσκολίες στην επικοινωνία κλπ.

### 4.3 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, παρατηρήθηκε η ένδεια ερευνών που αφορά τόσο την ευρύτερη ομάδα των εκπαιδευτικών, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό, αφορά εκπαιδευτικούς προσχολικής αγωγής και πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ταυτόχρονα, όπως έχει ήδη αναφερθεί, από άλλες έρευνες, υπάρχει έλλειψη πληροφοριών και δεδομένων με το ίδιο το αντικείμενο της παρούσας έρευνας στον ελλαδικό χώρο. Το γεγονός αυτό στάθηκε και η αφορμή που μου έδωσε την ώθηση για την παρούσα μελέτη, ήταν το χαμηλό έως μέτριο ποσοστό του επιπέδου γνώσεων των εκπαιδευτικών. Έγινε, λοιπόν, μια προσπάθεια διερεύνησης της ποιότητας και του βαθμού γνώσης των Ελλήνων εκπαιδευτικών, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, τα χρόνια εμπειρίας, την εξειδίκευση στο αντικείμενο της Ειδικής Αγωγής και τον τόπο υπηρεσίας των συμμετεχόντων. Παρά το πάντα επίκαιρο, αυτό, θέμα και του επιστημονικού ενδιαφέροντος του αντικειμένου, η έλλειψη αντίστοιχων ερευνών αναδεικνύεται ακόμα μια φορά, σε ένα πιο ευρύ επίπεδο.

Η εκπόνηση της παρούσας μελέτης, επιχειρεί σε ένα πολύ πρώιμο επίπεδο να δώσει μια εικόνα των γνώσεων και αντιλήψεων των εκπαιδευτικών, σε σχέση με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, συμπεριλαμβάνοντας τόσο εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας όσο και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Τα αποτελέσματα, θα συνεισφέρουν με αυτό τον τρόπο, τόσο στη μείωση παρερμηνειών και αποκατάσταση λανθασμένων στάσεων σε σχέση με τη διαταραχή, αλλά και μέσα από τις προτάσεις των ίδιων των συμμετεχόντων, μπορούν να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν προγράμματα επιμόρφωσης και εκπαίδευσης που σε επίπεδο συνεργασίας με μαθητές, γονείς, φορείς, μπορεί να αποδώσουν τα μέγιστα και να συμβάλλουν σε θετικές εξελίξεις.

Όπως σωστά παρατήρησε ο Umoh (2006) η εκπαίδευση βοηθά το άτομο να αναπτυχθεί σωματικά, διανοητικά, ηθικά, πνευματικά και συναισθηματικά, παρέχοντας του κατάλληλο περιβάλλον, διδάσκοντάς του νέες γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες που θα του επιτρέψουν να είναι χρήσιμο για τον εαυτό του και την κοινωνία του.

Από το νηπιαγωγείο το οποίο είναι το «πρώτο» σχολείο που εισέρχεται ένα παιδί. Ακόμα και για τα παιδιά που έχουν φοιτήσει νωρίτερα σε ένα παιδικό σταθμό και έχουν εμπλακεί με ένα τρόπο στο ακαδημαϊκό σύστημα, το νηπιαγωγείο αποτελεί τον πρώτο σχολικό σταθμό και το βήμα πριν την είσοδο του στο δημοτικό σχολείο.

Ο ρόλος του/της εκπαιδευτικού είναι καθοριστικός και πάντα επίκαιρος. Οποιαδήποτε συμπεριφορά του κάθε παιδιού ξεχωριστά αλλά και στα πλαίσια της ομάδας των συνομήλικών εντός και εκτός σχολικής αίθουσας είναι σημαντική και θα πρέπει να αξιολογείται αντίστοιχα, ανάλογα πάντα με το ηλικιακό και αναπτυξιακό στάδιο του κάθε παιδιού. Ως εκ τούτου, γίνεται κατανοητό ακόμα μια φορά η σημασία και η σπουδαιότητα των γνώσεων και των πεποιθήσεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας αλλά και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Αν και τα παιδιά προσχολικής ηλικίας παρουσιάζουν μια γκάμα συμπεριφορών και τρόπων επικοινωνίας, που



κινούνται σε ένα συνεχές, από το αναμενόμενο, γι' αυτό το ηλικιακό στάδιο, μέχρι εκείνο που δημιουργεί προβληματισμό, εντούτοις, μπορεί να είναι ενδείξεις για την ανάγκη δημιουργίας ενός στοχευμένου σχεδιασμού κατάλληλης παρέμβασης.

Καθώς, οι εκπαιδευτικοί, είναι συχνά οι πρώτοι που έρχονται αντιμέτωποι με συμπεριφορές παιδιών που θεωρούνται προβληματικές (Tannock & Martinuseen, 2001), είναι κι εκείνοι που έχουν το ρόλο της ενημέρωσης, για την περαιτέρω διερεύνηση ή και καθοδήγηση, πολλές φορές των γονέων. Είναι σαφές, λοιπόν, πως οποιαδήποτε πληροφορία δεν αξιολογείται με έναν ορθά επιστημονικό τρόπο, μπορεί να δημιουργήσει πλείστα προβλήματα και λανθασμένες εκτιμήσεις.

Οι εκπαιδευτικοί, λοιπόν, θα πρέπει να είναι καταρτισμένοι και ενημερωμένοι προκειμένου να μπορούν να παρατηρήσουν συμπεριφορές οι οποίες θα μπορούσαν να αξιολογηθούν με τον κατάλληλο τρόπο. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, συχνά είναι εκείνοι οι οποίοι θα δώσουν τις απαραίτητες πληροφορίες στους ειδικούς και στους γονείς. Ως εκ τούτου θα πρέπει να είναι «ανοιχτοί» στην επαφή και την επικοινωνία με τα παιδιά, δημιουργώντας για κείνα ένα πλαίσιο ασφαλείας και αποδοχής.

Σε μια μετα-ανάλυση, ο Duncan και οι συνεργάτες του (2007) βρήκαν ότι οι ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες της σχολικής ετοιμότητας και των μεταγενέστερων σχολικών επιδόσεων, ήταν πολύ πιο πιθανό να είναι οι δεξιότητες προσοχής στην προσχολική ηλικία παρά οι διαταραχές εξωτερίκευσης ή εσωτερίκευσης. Κατέληξαν, επίσης, στο συμπέρασμα ότι οι αλλαγές στις δεξιότητες προσοχής κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας, ήταν ιδιαίτερα ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες. Σε μια άλλη διαχρονική μελέτη των πραγματικών δυαδικών φιλιών μικρών παιδιών με ΔΕΠ-Υ και σύγκρισης παιδιών με την πάροδο του χρόνου, οι Normand και συνεργάτες (2013), ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα φιλίας, περισσότερες φιλικές συγκρούσεις και λιγότερη φιλική ικανοποίηση για παιδιά με ΔΕΠ-Υ κατά την ίδια περίοδο. Έτσι, οι πρώιμες παρεμβάσεις που στοχεύουν σε παιδιά που διατρέχουν κίνδυνο ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία φαίνεται να είναι μια πιθανή οδός για τη βελτίωση τόσο του εκπαιδευτικού επιπέδου όσο και της κοινωνικής λειτουργίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

#### 5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Προκειμένου να διερευνηθούν περισσότερο οι γνώσεις και αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ και να τα συνοδά προβλήματα συμπεριφοράς που ανακύπτουν διεξήχθη η παρούσα έρευνα, με τη χρήση ερωτηματολογίου.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των γνώσεων και των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, γενικής και ειδικής αγωγής, για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας και τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των μαθητών αυτών στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος.

Η παρούσα έρευνα στοχεύει:

Να μελετήσει τις γνώσεις των εκπαιδευτικών, σχετικά με τα γενικά χαρακτηριστικά της διαταραχής και τις πληροφορίες που αφορούν στην φύση, αιτιολογία, πρόγνωση της ΔΕΠ-Υ.

Γνώσεις, αναφορικά με τη συμπτωματολογία και τον τρόπο εκδήλωσης της διαταραχής, έτσι ώστε να αναγνωρίζονται έγκαιρα τα παιδιά, τα οποία εκφράζουν με αυτό τον τρόπο, τη δυσκολία παρακολούθησης και προσαρμογής στο πρόγραμμα του σχολείου, καθώς, αυτές, επιδρούν, τόσο στην ποιότητα της αλληλεπίδρασης μεταξύ παιδιού και εκπαιδευτικού όσο και μεταξύ των παιδιών.

Αν και σε πολύ μικρές ηλικίες είναι παρακινδυνευμένο να δοθεί μια διάγνωση σε κάποιο παιδί, οι ενδείξεις ,σε συνδυασμό με τη γνώση των εκπαιδευτικών, ενισχύουν τη σημασία της έγκαιρης παρέμβασης και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να λάβει χώρα, εμπλέκοντας ταυτόχρονα την οικογένεια και την κατάλληλη ομάδα ειδικών.

Αρχικά, μέσα από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφία, προέκυψαν οι ερευνητικές υποθέσεις και διατυπώθηκαν τα προς διερεύνηση ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης. Για τη συλλογή των δεδομένων δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάβανε κλίμακες από δυο ερευνητικά εργαλεία, αλλά και ερωτήσεις που προέκυψαν από τη μελέτη της βιβλιογραφίας. Για τη χορήγηση του χρησιμοποιήθηκε η πλατφόρμα Google forms. Πρόκειται για μια ποσοτική έρευνα που επιτρέπει τη χρήση ενός μεγαλύτερου δείγματος, δίνοντας τη δυνατότητα για μελέτης και σύγκρισης των αποτελεσμάτων με προηγούμενες σχετικές μελέτες.

#### 5.2 ΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης είναι:

1. Τί φαίνεται να γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί για τη Διαταραχής της ΔΕΠ-Υ (Χαρακτηριστικά, Αιτιολογικοί Παράγοντες, Θεραπεία-Αντιμετώπιση);
2. Κατά πόσο τα χρόνια προϋπηρεσίας, επηρεάζουν τις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών;
3. Κατά πόσο το ατομικό επίπεδο μόρφωσης των εκπαιδευτικών επηρεάζει τις πεποιθήσεις για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ;
4. Υπάρχει σχέση μεταξύ διδακτικής εμπειρίας με μαθητές με ΔΕΠ-Υ στη διαμόρφωση των αντιλήψεων τους;

### 5.3 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Για την συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα τα οποία προέκυψαν από 99 ερωτηματολόγια απαντημένα, ηλεκτρονικά, από εκπαιδευτικούς ειδικής ή γενικής εκπαίδευσης οι οποίοι εργάζονται σε νηπιαγωγεία, δημοτικά, ή γυμνάσια και λύκεια.

Οι συμμετεχόντες ήταν κατά 84.8% γυναίκες (πίνακας 1.), το 40.4% ειδικής αγωγής, ενώ το 50.5% αυτών καθηγητές, το 34.3% νηπιαγωγοί και το 15.2% δάσκαλοι.

Οι εκπαιδευτικοί που συμμετείχαν στην έρευνα σε ποσοστό 58,6% διδάσκουν σε τυπική τάξη ενώ οι υπόλοιποι σε τάξεις:

- Ειδικής αγωγής.
- Παράλληλης στήριξης.
- Τμήματα ένταξης .
- Ειδικές δομές.

Όπως αυτό αποτυπώνεται στον πίνακα 2.

Επιπλέον, αναφορικά με έτη επαγγελματικής εμπειρίας (πίνακας 3 ) τα μεγαλύτερα ποσοστά συγκεντρώνονται στις κατηγορίες 1-5 έτη (39.4%) και 6-10 (21.2%). Το 52.5% των εκπαιδευτικών εργάζονται σε αστικές περιοχές, το 37,4% σε ημιαστικές και μόλις 10,4% σε αγροτικές. Σχετικά με το επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων (Διάγραμμα 1) το 42.42% κατέχει προπτυχιακό τίτλο σπουδών ενώ οι υπόλοιποι ένα από τα παρακάτω:

- Πιστοποιητικό Επιμόρφωσης μέσω σεμιναρίων "Ειδικής Αγωγής".
- Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ειδικής αγωγής.
- Διδακτορικό τίτλο σπουδών.

**Πίνακας 1.** Κατανομή συμμετεχόντων σύμφωνα με το φύλο:

**Φύλο**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Άνδρας	15	15,2
Γυναίκα	84	84,8
Σύνολο	99	100,0

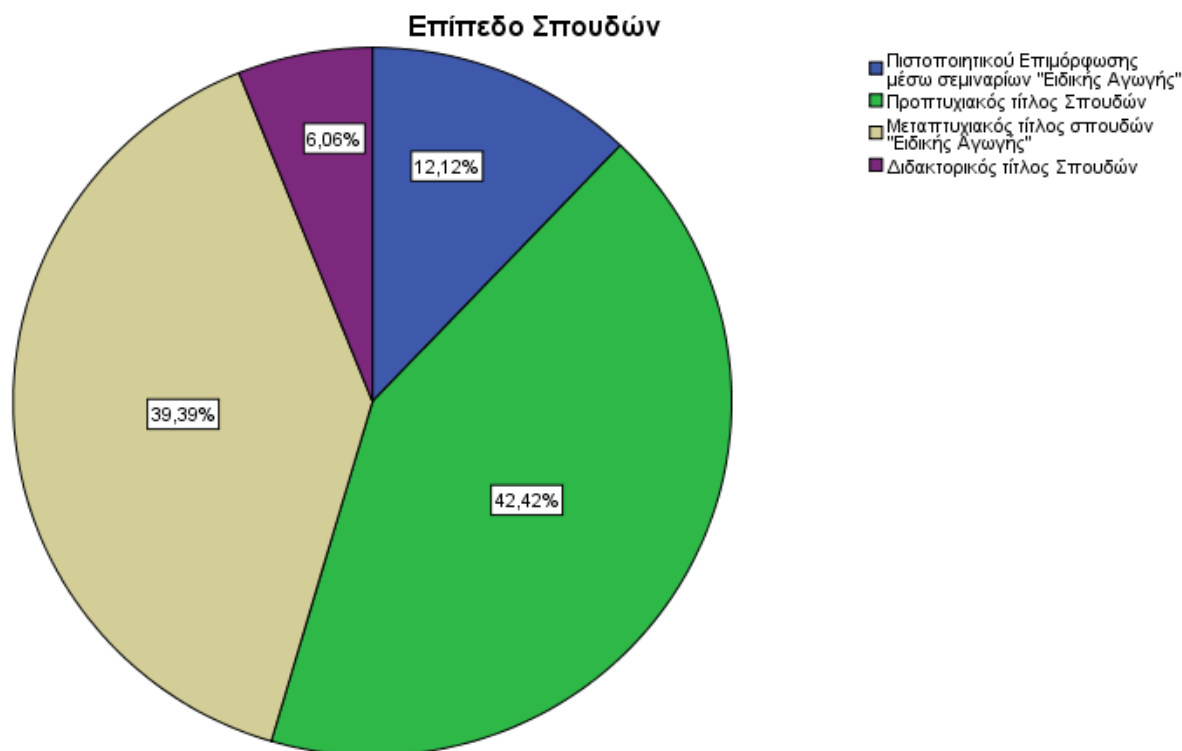
**Πίνακας 2.** Κατανομή συμμετεχόντων με βάση την θέση εργασίας.

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΤΥΠΙΚΗ ΤΑΞΗ	58	58,6
ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	15	15,2
ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΣΤΗΡΙΞΗ	14	14,1
ΤΜΗΜΑ ΕΝΤΑΞΗΣ	7	7,1
ΕΙΔΙΚΗ ΔΟΜΗ	5	5,1
Σύνολο	99	100,0

**Πίνακας 3.** Κατανομή συμμετεχόντων με βάση τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας.

	Συχνότητα	Ποσοστό
1-5	39	39,4
6-10	21	21,2
11-16	18	18,2
17-21	12	12,1
>22	9	9,1
Σύνολο	99	100,0

**Διάγραμμα 1.** Κατανομή συμμετεχόντων με βάση το επίπεδο σπουδών.



#### 5.4 ΜΕΣΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε 4 ερωτηματολόγιο, τα οποία ενοποιήθηκαν, για λόγους προσαρμογής στην πλατφόρμα. Αρχικά, στο πρώτο μέρος, καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, το επίπεδο σπουδών τους, τα έτη προϋπηρεσίας και τυχόν προηγούμενη εμπειρία παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω κλίμακες:

Η κλίμακα Knowledge of Attention Deficit Disorders (KADDS), των Scitutto, Terjesen & Bender-Frank, 2000), μεταφρασμένο στη Μεταπτυχιακή διατριβή του κου. Χατζηαγοράκη(2015), η *Κλίμακα Πεποιθήσεων για τη ΔΕΠ-Υ*, η οποία δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της Μεταπτυχιακής Διατριβής της κα Μουτζούρη(2020) και κάποια ερωτήματα, εστιασμένα στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, τα οποία προέκυψαν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης.

Ενδεικτικά, η κλίμακα KADDS, αφορά προτάσεις όπως, «Προκειμένου να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, πρέπει τα συμπτώματα της διαταραχής να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 7 ετών», «Συνήθως τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση ή μεγάλη ιδέα για τον εαυτό τους», «Η προβληματική συμπεριφορά (π.χ. υπερδραστηριότητα, απροσεξία) των πολύ μικρών παιδιών (κάτω των 4 ετών) με ΔΕΠ-Υ, είναι πολύ διαφορετική από τη συμπεριφορά των συνομηλίκων τους που δεν έχουν ΔΕΠ-Υ».

Η κλίμακα των πεποιθήσεων αφορά προτάσεις όπως «Η ΔΕΠ-Υ είναι μια καλή δικαιολογία για την άτακτη/άσχημη συμπεριφορά των παιδιών», «Η ΔΕΠ-Υ είναι αποτέλεσμα εφαρμογής αναποτελεσματικών στρατηγικών διαπαιδαγώγησης από τους γονείς κατά τη βρεφονηπιακή και προσχολική ηλικία» και «Η διάγνωση ΔΕΠ-Υ προσφέρει δικαιολογία στους γονείς να αποποιούνται κάθε ευθύνη για τη δύσκολη συμπεριφορά του παιδιού».

Όσον αφορά τις αντιλήψεις, ενδεικτικά προτάσεις που προέκυψαν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είναι «Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μελλοντικά εκδηλώνουν παραβατική συμπεριφορά», «Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ απορρίπτονται από τους συμμαθητές τους λόγω των ελλειπών κοινωνικών τους δεξιοτήτων» και «Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν περισσότερες πιθανότητες να δεχτούν εκφοβιστικές συμπεριφορές».

Όσον αφορά το ερευνητικό εργαλείο Knowledge of Attention Deficit Disorders (KADDS), των Scituro, Terjesen & Bender-Frank, 2000) χωρίζεται σε τρεις υποκλίμακες. Οι προτάσεις 1, 4, 6, 13, 17, 19, 22, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32 και 33, αφορούν στην υποκλίμακα των γενικών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της ΔΕΠ-Υ. Επίσης οι προτάσεις 3, 5, 7, 9, 11, 14, 16, 21 και 26, αφορούν στην υποκλίμακα των συμπτωμάτων/διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ και οι προτάσεις 2, 8, 10, 12, 15, 18, 20, 23, 25, 34, 35 και 36, αφορούν στην υποκλίμακα της παρέμβασης/αντιμετώπισης στη ΔΕΠ-Υ. Οι ερωτήσεις 37, 38, 39 είναι νέα στοιχεία, που δεν έχουν ταξινομηθεί στις υποκλίμακες και συμπεριλαμβάνονται για δοκιμαστικούς λόγους).

## 5.5 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Λόγω των δυσκολιών και των μέτρων για τη νόσο Covid-19, το ερωτηματολόγιο διαμοιράστηκε, στην ευρύτερη κοινότητα, μέσω της πλατφόρμας Google Forms. Συμπληρώθηκαν 99 ερωτηματολόγια από εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ειδικής και γενικής αγωγής.

Οι συμμετέχοντες, συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, αφού ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας, επισημάνθηκε ότι οι απαντήσεις τους είναι ανώνυμες και σε καμία περίπτωση δεν αναγνωρίζεται κάποιο στοιχείο της ταυτότητάς τους. Ακόμη ενημερώθηκαν για τους ερευνητές, για τα στοιχεία επικοινωνίας μαζί τους για τυχόν απορίες, για την αποχώρησή τους σε οποιαδήποτε στιγμή εφόσον το επιθυμήσουν, ότι γνωρίζουν σε ποιον πρέπει να απευθυνθούν για παράπονα ή καταγγελίες, ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική, ότι δεν χρηματοδοτείται η έρευνα από κάποιον φορέα, και τέλος ότι συναινούν να συμμετέχουν εθελοντικά δηλώνοντας ότι είναι άνω των 18 ετών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ερωτήσεις στις οποίες απάντησαν οι συμμετέχοντες χωρίζονται σε τρεις βασικές ομάδες:

- Ερωτήσεις Γνώσεων.
- Ερωτήσεις Αντιλήψεων.
- Ερωτήσεις Πεποιθήσεων.

Οι ερωτήσεις γνώσεων με τη σειρά τους χωρίζονται σε ακόμη τρεις υποομάδες :

- Ερωτήσεις Γενικών χαρακτηριστικών.
- Ερωτήσεις Αντιμετώπισης-Παρέμβασης στη ΔΕΠ-Υ.
- Ερωτήσεις Συμπτωμάτων-Διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ.

Στους πίνακες που ακολουθούν αποτυπώνονται οι ερωτήσεις με τα αντίστοιχα ποσοστά απαντήσεων που δόθηκαν σύμφωνα με την κατηγορία στην οποία ανήκουν. Στη συνέχεια της έρευνας και για κάθε ομάδα προχωρήσαμε σε μία ανάλυση σχετικά με το αν απαντήσεις των συμμετεχόντων διαφοροποιούνται σύμφωνα με το επίπεδο σπουδών, την θέση την οποία διδάσκουν και τη βαθμίδα εκπαίδευσης στην οποία απασχολούνται.

<i>Ερωτήσεις Γνώσεων/Γενικά Χαρακτηριστικά</i>		<i>Διαφωνώ Απόλυτα</i>	<i>Διαφωνώ Λίγο</i>	<i>Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ</i>	<i>Συμφωνώ Λίγο</i>	<i>Συμφωνώ Απόλυτα</i>
<i>Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται περίπου στο 15% των παιδιών σχολικής ηλικίας.</i>	<i>πλήθος</i>					
	<i>%</i>	1%	10%	30%	39%	19%
<i>Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ "ακούν" περισσότερο τους πατέρες τους από ό,τι τις μητέρες τους.</i>	<i>πλήθος</i>	45	18	24	10	2
	<i>%</i>	46%	18%	24%	10%	2%
<i>Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται πιο συχνά στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, αδέρφια) των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, παρά στο γενικό πληθυσμό.</i>	<i>πλήθος</i>	11	17	38	22	11
	<i>%</i>	11%	17%	38%	22%	11%
<i>Μπορεί Ένας Ενήλικας να Διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ</i>	<i>πλήθος</i>	1	4	23	34	37
	<i>%</i>	1%	4%	23%	34%	37%
<i>Συχνότερα συμπτώματα κατάθλιψης στα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ</i>	<i>πλήθος</i>	3	12	36	39	9
	<i>%</i>	3%	12%	36%	39%	9%
<i>Τα συμπτώματα ξεπερνιούνται στην Εφηβεία</i>	<i>πλήθος</i>	15	21	35	28	0
	<i>%</i>	15%	21%	35%	28%	0%
<i>Μπορούν Να Συγκεντρωθούν Τουλάχιστον 1 ώρα Σε μαθήματα όπως και Στην Τηλεόραση</i>	<i>πλήθος</i>	44	31	20	3	1
	<i>%</i>	44%	31%	20%	3%	1%
<i>Η Διάγνωση ΔΕΠ-Υ από μόνη της Αρκεί για την εισαγωγή στην Ειδική Εκπαίδευση</i>	<i>πλήθος</i>	23	17	22	22	15
	<i>%</i>	23%	17%	22%	22%	15%

<i>Περισσότερα Προβλήματα Σε νέες καταστάσεις</i>	<i>πλήθος</i>	0	6	19	43	31
	<i>%</i>	0%	6%	19%	43%	31%
<i>Οι Γιατροί Παρατηρούν Συγκεκριμένα Φυσικά Χαρακτηριστικά Για ΔΕΠΥ</i>	<i>πλήθος</i>	10	8	29	31	21
	<i>%</i>	10%	8%	29%	31%	21%
<i>Ίδιο Ποσοστό Σε αγόρια και Κορίτσια</i>	<i>πλήθος</i>	29	40	24	6	0
	<i>%</i>	29%	40%	24%	6%	0%
<i>Η Συμπεριφορά των Παιδιών Κάτω των 4 ετών χωρίς ΔΕΠ-Υ είναι πολύ διαφορετική από τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ</i>	<i>πλήθος</i>	4	23	36	26	10
	<i>%</i>	4%	23%	36%	26%	10%
<i>Τα Παιδιά Με ΔΕΠ-Υ Αναγνωρίζονται πιο Εύκολα στο οργανωμένο Πλαίσιο μιας Τάξης</i>	<i>πλήθος</i>	3	11	12	36	37
	<i>%</i>	3%	11%	12%	36%	37%
<i>Η Πλειοψηφία Παρουσιάζει Χαμηλή Σχολική Επίδοση</i>	<i>πλήθος</i>	2	7	14	45	31
	<i>%</i>	2%	7%	14%	46%	31%
<i>Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Προέρχονται από Ανεπαρκή Οικογενειακά Περιβάλλοντα</i>	<i>πλήθος</i>	4	8	18	41	28
	<i>%</i>	4%	8%	18%	41%	28%

Στον πίνακα ο οποίος αναφέρεται στις γνώσεις των εκπαιδευτικών, όσον αφορά στα γενικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων, φαίνεται να διαφωνεί με τη δήλωση «*Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ "ακούν" περισσότερο τους πατέρες τους από ό,τι τις μητέρες τους*» σε ποσοστό 64%, ενώ σε ποσοστό 75%, η πλειοψηφία διαφωνεί με τη δήλωση «*Μπορούν Να Συγκεντρωθούν Τουλάχιστον 1 ώρα σε μαθήματα όπως και στην τηλεόραση*». Όσον αφορά στη δήλωση ότι η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται στο «*Ίδιο Ποσοστό Σε αγόρια και Κορίτσια*», η πλειοψηφία, σε ποσοστό 69% διαφωνεί με τη δήλωση. Το 58% των συμμετεχόντων συμφωνεί με τη δήλωση «*Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται περίπου στο 15% των παιδιών σχολικής ηλικίας*», το 71% συμφωνεί με τη δήλωση «*Μπορεί Ένας Ενήλικας να Διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ*»

το 48% συμφωνεί με τη δήλωση ότι παρατηρούνται «*Συχνότερα συμπτώματα κατάθλιψης στα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ*». Συμφωνούν, σε ποσοστό 74%, στην τοποθέτηση ότι εμφανίζουν «*Περισσότερα Προβλήματα Σε νέες καταστάσεις*». Ένα ποσοστό της τάξης του 73% εμφανίζει συμφωνία όσον αφορά ότι «*Τα Παιδιά Με ΔΕΠ-Υ Αναγνωρίζονται πιο Εύκολα στο οργανωμένο Πλαίσιο μιας Τάξης*». Η δήλωση ότι «*Η Πλειοψηφία Παρουσιάζει Χαμηλή Σχολική Επίδοση*» βρίσκει σύμφωνο το 77% των συμμετεχόντων και το 69% συμφωνεί ότι «*Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Προέρχονται από Ανεπαρκή Οικογενειακά Περιβάλλοντα*». Αρκετές δηλώσεις εμφανίζουν και υψηλά ποσοστά ουδετερότητας, ανάμεσα σε αυτά, το 38% δηλώνει ουδετερότητα στη δήλωση «*Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται πιο συχνά στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, αδέρφια) των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, παρά στο γενικό πληθυσμό*». Το 36% δε μπορεί να τοποθετηθεί ξεκάθαρα στο ότι «*Η Συμπεριφορά των Παιδιών Κάτω των 4 ετών χωρίς ΔΕΠ-Υ είναι πολύ διαφορετική από τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ*».



Ερωτήσεις Γνώσεων/Συμπτώματα-Διάγνωση της ΔΕΠ-Υ	Διαφωνώ Απόλυτα		Διαφωνώ Λίγο	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Απόλυτα
	πλήθος	%				
Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποσπώνται συχνά από άσχετα ερεθίσματα.	πλήθος	1	0	6	41	51
	%	1%	0%	6%	41%	52%
Προκειμένου να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, πρέπει τα συμπτώματα της διαταραχής να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 7 ετών.	πλήθος	13	19	32	22	13
	%	13%	19%	32%	22%	13%
Ένα σύμπτωμα παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι ότι συμπεριφέρεται με σκληρότητα απέναντι στους άλλους ανθρώπους.	πλήθος	33	37	17	10	2
	%	33%	37%	17%	10%	2%
Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ κινούνται συνεχώς νευρικά ή στριφογυρίζουν στο κάθισμα τους.	πλήθος	4	2	18	45	30
	%	4%	2%	18%	46%	30%
Έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση ή μεγάλη ιδέα για τον εαυτό τους.	πλήθος	33	29	31	5	1
	%	33%	29%	31%	5%	1%
Έχουν τουλάχιστον ένα περιστατικό κλοπής	πλήθος	30	24	27	14	4
	%	30%	24%	27%	14%	4%
Υπάρχουν 2 υπό τύποι ΔΕΠ-Υ	πλήθος	0	4	18	44	33
	%	0%	4%	18%	44%	33%
Τουλάχιστον 2 Πλαίσια Εμφάνισης Των Συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ	πλήθος	3	4	16	32	44
	%	3%	4%	16%	32%	44%
Δυσκολίες Οργάνωσης Εργασιών	πλήθος	1	1	5	21	71
	%	1%	1%	5%	21%	72%

Στον πίνακα που αφορά τα συμπτώματα- διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, παρατηρούμε ότι το 93% συμφωνεί στο ότι «Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποσπώνται συχνά από άσχετα ερεθίσματα», σε ποσοστό 76% συμφωνούν ότι «Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ κινούνται συνεχώς νευρικά ή στριφογυρίζουν στο κάθισμα τους». Η πλειοψηφία του 77% συμφωνεί στο ότι υπάρχουν 2 υπότυποι της ΔΕΠ-Υ, το 76% συμφωνεί ότι χρειάζονται «Τουλάχιστον 2 Πλαίσια Εμφάνισης Των Συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ» και η συντριπτική πλειοψηφία του 93% συμφωνεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν «Δυσκολίες Οργάνωσης Εργασιών». Το 62% διαφων με τη δήλωση ότι «Έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση ή μεγάλη ιδέα για τον εαυτό τους». Σε αυτή την ομάδα δηλώσεων το μεγαλύτερο ποσοστό της τάξης του 32% δηλώνει άγνοια στη δήλωση «Προκειμένου να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, πρέπει τα συμπτώματα της διαταραχής να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 7 ετών».

<i>Ερωτήσεις Γνώσεων/ Αντιμετώπιση-Παρέμβαση ΔΕΠ-Υ</i>		<i>Διαφωνώ Απόλυτα</i>	<i>Διαφωνώ Λίγο</i>	<i>Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ</i>	<i>Συμφωνώ Λίγο</i>	<i>Συμφωνώ Απόλυτα</i>
<i>Η ΔΕΠ-Υ συχνά εμφανίζεται στα παιδιά εκείνα που οι γονείς τους τα διαπαιδαγωγούν με ακατάλληλους τρόπους.</i>	πλήθος	42	35	15	6	1
	%	42%	35%	15%	6%	1%
<i>Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μειώνουν αποτελεσματικά τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε πολλά παιδιά.</i>	πλήθος	34	31	26	5	3
	%	34%	31%	26%	5%	3%
<i>Κατάρτιση Γονέων και Εκπαιδευτικών επιδρά Θετικά σε Συνδυασμό με τη Φαρμακοθεραπεία</i>	πλήθος	16	25	32	16	10
	%	16%	25%	32%	16%	10%
<i>Τα Συμπτώματα σπάνια Επανεμφανίζονται μετά την Αντιμετώπιση</i>	πλήθος	25	35	31	5	3
	%	25%	35%	31%	5%	3%
<i>Παρενέργειες διεγερτικών φαρμάκων, μπορεί να είναι η αυπνία και έλλειψη όρεξης για φαγητό.</i>	πλήθος	2	7	48	26	16
	%	2%	7%	49%	26%	16%
<i>Επαρκής Η ατομική Θεραπεία για τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.</i>	πλήθος	13	22	38	19	7
	%	13%	22%	38%	19%	7%
<i>Φαρμακευτική Αγωγή Πριν Την τροποποίηση συμπεριφοράς</i>	πλήθος	17	21	39	14	8
	%	17%	21%	39%	14%	8%
<i>Ο Περιορισμός της Ζάχαρης Περιορίζει τα Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ</i>	πλήθος	7	20	46	19	7
	%	7%	20%	47%	19%	7%
<i>Τα διεγερτικά Φάρμακα Είναι ο πιο κοινός τύπος Φαρμάκου</i>	πλήθος	21	19	47	9	3
	%	21%	19%	48%	9%	3%
<i>Οι Ψυχολογικές/Συμπεριφορικές Παρεμβάσεις Εστιάζουν Στην Απροσεξία</i>	πλήθος	7	23	39	24	6
	%	7%	23%	39%	24%	6%
<i>Αποτελεσματική Ηλεκτροσπασμοθεραπεία Σε Βαριές Περιπτώσεις ΔΕΠ-Υ</i>	πλήθος	46	20	25	7	1
	%	47%	20%	25%	7%	1%
<i>Η Τιμωρία Είναι Αποτελεσματική Στη μείωση των Συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ</i>	πλήθος	65	22	9	3	0
	%	66%	22%	9%	3%	0%

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση- παρέμβαση της ΔΕΠ-Υ, το 77% διαφωνεί με τη δήλωση « Η ΔΕΠ-Υ συχνά εμφανίζεται στα παιδιά εκείνα που οι γονείς τους τα διαπαιδαγωγούν με ακατάλληλους τρόπους», το 65% διαφωνεί στο ότι «Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μειώνουν αποτελεσματικά τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε πολλά παιδιά». Το 67% εκφράζει διαφωνία στο ότι είναι «Αποτελεσματική Ηλεκτροσπασμοθεραπεία Σε

Βαριές Περιπτώσεις ΔΕΠ-Υ» και το συντριπτικό ποσοστό του 88% διαφωνεί στο ότι «Η Τιμωρία Είναι Αποτελεσματική Στη μείωση των Συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ». Σε σχέση με τη φαρμακευτική αγωγή, σε αυτή την ομάδα δηλώσεων, παρατηρούνται μεγάλα ποσοστά που δηλώνουν ουδετερότητα όσον αφορά τις δηλώσεις της κλίμακας. Χαρακτηριστικά, σε ποσοστό 42%, δεν απαντούν ξεκάθαρα στο ότι «η Κατάρτιση Γονέων και Εκπαιδευτικών επιδρά Θετικά σε Συνδυασμό με τη Φαρμακοθεραπεία το 49% των συμμετεχόντων δηλώνει ουδετερότητα στο ότι «Παρενέργειες διεγερτικών φαρμάκων, μπορεί να είναι η αυπνία και έλλειψη όρεξης για φαγητό. Σε ποσοστό 38% αγνοούν αν είναι «Επαρκής Η ατομική Θεραπεία για τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ». Επίσης, σε ποσοστό 39% φαίνεται να υπάρχει άγνοια στο κατά πόσο « η Φαρμακευτική Αγωγή, χρησιμοποιείται, Πριν Την εφαρμογή άλλων τεχνικών τροποποίηση συμπεριφοράς και σε ποσοστό 47% αγνοούν αν «Ο Περιορισμός της Ζάχαρης Περιορίζει τα Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ». Το 48% δεν τοποθετούνται αν « Τα διεγερτικά Φάρμακα Είναι ο πιο κοινός τύπος Φαρμάκου».

Ερωτήσεις Πεποιθήσεων		Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ Λίγο	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Απόλυτα
Η ΔΕΠ-Υ είναι μια δικαιολογία για την κακή συμπεριφορά	Πλήθος	33	19	22	16	9
	%	33,3%	19,2%	22,2%	16,2%	9,1%
Η ΔΕΠ-Υ είναι μόδα της Εποχής	Πλήθος	50	23	11	14	1
	%	50,5%	23,2%	11,1%	14,1%	1,0%
Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Μπορούν αν θέλουν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους	Πλήθος	48	28	17	6	0
	%	48,5%	28,3%	17,2%	6,1%	0,0%
Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Μπορούν να τα καταφέρουν στα μαθήματα να θέλουν	Πλήθος	47	29	14	9	0
	%	47,5%	29,3%	14,1%	9,1%	0,0%
Η ΔΕΠ-Υ Είναι αποτέλεσμα μη συνεπούς εφαρμογής κανόνων από τους γονείς	Πλήθος	27	27	21	19	5
	%	27,3%	27,3%	21,2%	19,2%	5,1%
Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή	Πλήθος	53	25	12	9	0
	%	53,5%	25,3%	12,1%	9,1%	0,0%

Η ΔΕΠ-Υ είναι απόρροια προβλημάτων στην οικογένεια	Πλήθος	36	26	27	10	0
	%	36,4%	26,3%	27,3%	10,1%	0,0%
Η ΔΕΠ-Υ είναι αποτέλεσμα αναποτελεσματικών στρατηγικών διαπαιδαγώγησης κατά την βρεφική ηλικία	Πλήθος	42	29	24	4	0
	%	42,4%	29,3%	24,2%	4,0%	0,0%
Προέρχονται από χαοτικά περιβάλλοντα	Πλήθος	35	29	24	9	2
	%	35,4%	29,3%	24,2%	9,1%	2,0%
Οι γονείς αποποιούνται την ευθύνη με μία διάγνωση ΔΕΠ-Υ	Πλήθος	25	16	32	19	7
	%	25,3%	16,2%	32,3%	19,2%	7,1%

Όσον αφορά τον πίνακα με τις δηλώσεις πεποιθήσεων, παρατηρούμε ότι στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες, διαφωνούν με τις περισσότερες αρνητικές δηλώσεις. Χαρακτηριστικά, το 73% διαφωνεί ότι η « Η ΔΕΠ-Υ είναι μόδα της Εποχής» όπως και το 76% διαφωνεί, επίσης, στο ότι «Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Μπορούν αν θέλουν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους». Το 76,8% διαφωνεί ότι «Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Μπορούν να τα καταφέρουν στα μαθήματα να θέλουν» και στο μεγαλύτερο ποσοστό το 78,8% διαφωνούν ότι «Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή». Τα υψηλά ποσοστά διαφωνίας με τις αρνητικές πεποιθήσεις, δικαιολογούν ταυτόχρονα μια πιο θετικά προσκείμενη στάση ως προς τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Ενδιαφέρουσα, αν και μεμονωμένη, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί η δήλωση ουδετερότητας , με ποσοστό 32,3%, ότι «Οι γονείς αποποιούνται την ευθύνη με μία διάγνωση ΔΕΠ-Υ», όπως και η δήλωση «Η ΔΕΠ-Υ είναι αποτέλεσμα μη συνεπούς εφαρμογής κανόνων από τους γονείς» με ποσοστό 21,2%.

Ερωτήσεις Αντιλήψεων		Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ Λίγο	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Απόλυτα
Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Μπορούν να τα καταφέρουν στα μαθήματα αν θέλουν	Πλήθος	47	29	14	9	0
	%	47,5%	29,3%	14,1%	9,1%	0,0%

Εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο	Πλήθος	20	19	39	16	5
	%	20,2%	19,2%	39,4%	16,2%	5,1%
Θετική Επίδραση η υποστηρικτική στάση του εκπαιδευτικού	Πλήθος	1	2	3	19	74
	%	1,0%	2,0%	3,0%	19,2%	74,7%
Οι αρνητικές εμπειρίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ προκαλούν επιθετικότητα	Πλήθος	2	4	26	43	24
	%	2,0%	4,0%	26,3%	43,4%	24,2%
Η Διασπαστική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ επηρεάζει τα συναισθήματα του/της Εκπαιδευτικού	πλήθος	10	18	27	32	12
	%	10,1%	18,2%	27,3%	32,3%	12,1%
Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μελλοντικά εκδηλώνουν παραβατική συμπεριφορά.	πλήθος	23	24	32	19	1
	%	23,2%	24,2%	32,3%	19,2%	1,0%
Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ απορρίπτονται από τους συμμαθητές τους λόγω των ελλειπών κοινωνικών τους δεξιοτήτων.	πλήθος	8	17	25	37	12
	%	8,1%	17,2%	25,3%	37,4%	12,1%
Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν περισσότερες πιθανότητες να δεχτούν εκφοβιστικές συμπεριφορές.	πλήθος	2	13	32	37	15
	%	2,0%	13,1%	32,3%	37,4%	15,2%
Οι προσδοκίες "των άλλων"(οικογένεια, σχολείο κ.λπ.) αγχώνουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.	πλήθος	0	3	9	41	46
	%	0,0%	3,0%	9,1%	41,4%	46,5%
Το παιδί με ΔΕΠ-Υ διατηρεί τις φιλικές του σχέσεις στην πάροδο του χρόνου.	πλήθος	1	8	53	29	8
	%	1,0%	8,1%	53,5%	29,3%	8,1%
Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκφράζουν τα συναισθήματα τους σωματικά και όχι λεκτικά.	πλήθος	1	6	39	40	13
	%	1,0%	6,1%	39,4%	40,4%	13,1%

Όσον αφορά τον πίνακα των αντιλήψεων, το 76,8% διαφωνεί ότι «Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Μπορούν να τα καταφέρουν στα μαθήματα αν θέλουν», ενώ το 39,4% αγνοεί για την πιθανότητα σχολικής διαρροής. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία σε ποσοστό 93,9% συμφωνούν στη δήλωση «Θετική Επίδραση η υποστηρικτική στάση του εκπαιδευτικού». Σε ποσοστό 52,6% συμφωνούν ότι «Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν περισσότερες πιθανότητες να δεχτούν εκφοβιστικές συμπεριφορές» και ότι «Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ απορρίπτονται από τους συμμαθητές τους λόγω των ελλিপών κοινωνικών τους δεξιοτήτων». Το 44,4% συμφωνεί ότι «Η Διασπαστική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ επηρεάζει τα συναισθήματα του/της Εκπαιδευτικού», σε μεγάλο ποσοστό 87,9% συμφωνούν ότι «Οι προσδοκίες "των άλλων"(οικογένεια, σχολείο κ.λπ.) αγχώνουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ» και σε σημαντικό ποσοστό, 40,4% αγνοούν τον τρόπο που εκφράζουν τα συναισθήματα τους με τη δήλωση «Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκφράζουν τα συναισθήματα τους σωματικά και όχι λεκτικά».

#### **ΜΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:**

Τι γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με τις μη κατηγοριοποιημένες ερωτήσεις, που υπάρχουν στην κλίμακα για δοκιμαστικούς λόγους κι αυτές είναι παρακάτω.

«Η παρατεταμένη χρήση διεγερτικών φαρμάκων οδηγεί σε αυξανόμενο εθισμό στην ενηλικίωση», σε αυτή τη δήλωση η πλειοψηφία του 36% δηλώνει ουδετερότητα και το 53% των συμμετεχόντων που συμφωνεί με τη δήλωση αυτή.

«Εάν ένα παιδί ανταποκρίνεται στα διεγερτικά φάρμακα, τότε πιθανώς έχει ΔΕΠ-Υ»

Το 67% των συμμετεχόντων διαφωνεί με τη δήλωση ότι η ανταπόκριση στη Ριταλίνη είναι απόδειξη ότι ένα παιδί έχει ΔΕΠ-Υ.

«Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ επιδεικνύουν γενικά μια άκαμπτη προσκόλληση σε συγκεκριμένες ρουτίνες» το 32% δηλώνει ουδετερότητα στην πρόταση αυτή.

#### **Γενικά χαρακτηριστικά:**

Αναφορικά με τα γενικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ οι εκπαιδευτικοί σημείωσαν υψηλές βαθμολογίες σε 11 από τις 15 ερωτήσεις (68.7%). Σε ορισμένες από αυτές μάλιστα, φάνηκε ότι όσοι διαθέτουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ειδικής αγωγής είχαν ακόμη πιο υψηλές βαθμολογίες σε σχέση με όσους διέθεταν μόνο προπτυχιακό τίτλο σπουδών. Στους πίνακες που ακολουθούν, ενδεικτικά, εμφανίζονται οι ερωτήσεις με τα υψηλότερα σκορ για το σύνολο των εκπαιδευτικών και ορισμένες όπου υπήρξε μεγάλη διαφορά μεταξύ προπτυχιακών και μεταπτυχιακών εκπαιδευτικών.

#### **Πίνακας 4.**

**Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται πιο συχνά στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, αδέρφια) των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, παρά στο γενικό πληθυσμό.**

Επίπεδο Σπουδών		Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Προπτυχιακός τίτλος Σπουδών	Διαφωνώ Απόλυτα	11,1	11,1
	Διαφωνώ Λίγο	14,8	25,9
	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	46,3	72,2
	Συμφωνώ Λίγο	16,7	88,9
	Συμφωνώ Απόλυτα	11,1	100,0
	Σύνολο	100,0	
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών "Ειδικής Αγωγής"	Διαφωνώ Απόλυτα	11,1	11,1
	Διαφωνώ Λίγο	20,0	31,1
	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	28,9	60,0
	Συμφωνώ Λίγο	28,9	88,9
	Συμφωνώ Απόλυτα	11,1	100,0
	Σύνολο	100,0	

Το 33,3% όλων των εκπαιδευτικών απάντησε σωστά το 28,3% λανθασμένα ενώ το υπόλοιπο 38,4% κράτησε ουδέτερη στάση. Αν εξετάσουμε όμως το ίδιο ποσοστό με βάση το επίπεδο σπουδών το 40% των μεταπτυχιακών εκπαιδευτικών συμφώνησε με τη σωστή απάντηση ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των προπτυχιακών ανέρχεται μόλις στο 27.8%

**Πίνακας 5.**

**Μπορεί Ένας Ενήλικας να Διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ**

Επίπεδο Σπουδών	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
-----------------	---------	--------------------

Προπτυχιακός τίτλος Σπουδών	Διαφωνώ Λίγο	3,7	3,7
	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	29,6	33,3
	Συμφωνώ Λίγο	25,9	59,3
	Συμφωνώ Απόλυτα	40,7	100,0
	Σύνολο	100,0	
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών "Ειδικής Αγωγής"	Διαφωνώ Απόλυτα	2,2	2,2
	Διαφωνώ Λίγο	4,4	6,7
	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	15,6	22,2
	Συμφωνώ Λίγο	44,4	66,7
	Συμφωνώ Απόλυτα	33,3	100,0
	Σύνολο	100,0	

Το 71.7% όλων των εκπαιδευτικών απάντησε σωστά το 5% λανθασμένα ενώ το υπόλοιπο 23.2% κράτησε ουδέτερη στάση. Αν εξετάσουμε όμως το ίδιο ποσοστό με βάση το επίπεδο σπουδών το 77.7% των μεταπτυχιακών εκπαιδευτικών συμφώνησε με τη σωστή απάντηση ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των προπτυχιακών ανέρχεται στο 66.6% .

Στην ερώτηση για το αν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αναγνωρίζονται πιο εύκολα στο οργανωμένο πλαίσιο μια τάξης απάντησε σωστά, συμφωνώντας, το 76.8% των εκπαιδευτικών, λανθασμένα το 9.1% και ουδέτερα το 14.1%. Τα παραπάνω ποσοστά αν τα εξετάσουμε με βάση το επίπεδο σπουδών διαμορφώνονται ως έξης : Για τους προπτυχιακούς το 72.2% απάντησε σωστά, το 13% λανθασμένα και το 14.8% ουδέτερα ενώ για τους μεταπτυχιακούς το 75.6% απάντησε σωστά το 15,5% λανθασμένα και το 8.8% ουδέτερα.

#### Πίνακας 6.

##### Τα Παιδιά Με ΔΕΠ-Υ Αναγνωρίζονται πιο Εύκολα στο οργανωμένο Πλαίσιο μιας Τάξης

Επίπεδο Σπουδών	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
-----------------	---------	--------------------



Προπτυχιακός τίτλος Σπουδών	Διαφωνώ Απόλυτα	1,9	1,9
	Διαφωνώ Λίγο	11,1	13,0
	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	14,8	27,8
	Συμφωνώ Λίγο	33,3	61,1
	Συμφωνώ Απόλυτα	38,9	100,0
	Σύνολο	100,0	
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών "Ειδικής Αγωγής"	Διαφωνώ Απόλυτα	4,4	4,4
	Διαφωνώ Λίγο	11,1	15,6
	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	8,9	24,4
	Συμφωνώ Λίγο	40,0	64,4
	Συμφωνώ Απόλυτα	35,6	100,0
	Σύνολο	100,0	

### Συμπτώματα - Διάγνωση:

Στις ερωτήσεις που αφορούσαν την διάγνωση και τα συμπτώματα οι εκπαιδευτικοί στο σύνολο τους σημείωσαν υψηλά σκορ σε 8 από τις 9 ερωτήσεις (88.8%) ποσοστό υψηλότερο από αυτό των γενικών χαρακτηριστικών. Οι πιο χαρακτηριστικές από τις ερωτήσεις με ποσοστά επιτυχίας πάνω από 75% ήταν: Η ερώτηση που αφορούσε την απόσπαση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ από άσχετα ερεθίσματα όπου συνολικά οι εκπαιδευτικοί απάντησαν σωστά στο 92.9% ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τους προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς ήταν 90% και 95.5% και η ερώτηση περί ύπαρξης δύο υπό τύπων ΔΕΠ-Υ όπου το συνολικό ποσοστό επιτυχίας ήταν 77.7% ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τους προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς ήταν 74.1% και 82.2.

### Πίνακας 7.

#### Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποσπώνται συχνά από άσχετα ερεθίσματα.

Επίπεδο Σπουδών	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
-----------------	---------	--------------------

Προπτυχιακός τίτλος Σπουδών	Διαφωνώ Απόλυτα	1,9	1,9
	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	7,4	9,3
	Συμφωνώ Λίγο	40,7	50,0
	Συμφωνώ Απόλυτα	50,0	100,0
	Σύνολο	100,0	
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών "Ειδικής Αγωγής"	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	4,4	4,4
	Συμφωνώ Λίγο	42,2	46,7
	Συμφωνώ Απόλυτα	53,3	100,0
	Σύνολο	100,0	

**Πίνακας 8.**

**Υπάρχουν 2 υπό-τύποι ΔΕΠ-Υ**

Επίπεδο Σπουδών		Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Προπτυχιακός τίτλος Σπουδών	Διαφωνώ Λίγο	5,6	5,6
	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	20,4	25,9
	Συμφωνώ Λίγο	38,9	64,8
	Συμφωνώ Απόλυτα	35,2	100,0
	Σύνολο	100,0	
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών "Ειδικής Αγωγής"	Διαφωνώ Λίγο	2,2	2,2
	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	15,6	17,8
	Συμφωνώ Λίγο	51,1	68,9
	Συμφωνώ Απόλυτα	31,1	100,0
	Σύνολο	100,0	

**Αντιμετώπιση-Παρέμβαση ΔΕΠ-Υ**

Στην υποκατηγορία των ερωτήσεων γνώσεων των εκπαιδευτικών που σχετίζεται με την αντιμετώπιση-Παρέμβαση ΔΕΠ-Υ οι εκπαιδευτικοί σημείωσαν υψηλά ποσοστά μόνο στις 4 από τις 12 ερωτήσεις (33.3%)

που αποτελεί και το χαμηλότερο ποσοστό στο κομμάτι των γνώσεων. Ακολουθούν 2 πίνακες με οι ερωτήσεις στις οποίες σημειώθηκαν τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας της εν λόγω υποκατηγορίας:

**Πίνακας 9.**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ Απόλυτα	65	65,7
Διαφωνώ λίγο	22	22,2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	9	9,1
Συμφωνώ Απόλυτα	3	3,0
Σύνολο	99	100,0

Στην παραπάνω ερώτηση το 87,9% των εκπαιδευτικών ορθά διαφώνησε με την εν λόγω δήλωση ενώ η αντίστοιχη ποσοστίαση μεταξύ προπτυχιακών και μεταπτυχιακών είναι 87% και 88.9%.

Στην ερώτηση περί εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά εκείνα που οι γονείς τους τα διαπαιδαγωγούν με ακατάλληλους τρόπους το σύνολο των εκπαιδευτικών που απάντησε σωστά, διαφωνώντας, ανέρχεται στο 77.8%

	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ Απόλυτα	42	42,4
Διαφωνώ λίγο	35	35,4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	15	15,2
Συμφωνώ Απόλυτα	6	6,1
Συμφωνώ λίγο	1	1,0
Σύνολο	99	100,0

**Συμπερασματικά φαίνεται πως οι εκπαιδευτικοί σημείωσαν τα υψηλότερα σκορ στην υποκατηγορία Συμπτώματα – Διάγνωση**

**2. Κατά πόσο τα χρόνια προϋπηρεσίας, επηρεάζουν τις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών;**

Αναφορικά με τα χρόνια προϋπηρεσίας και τις πεποιθήσεις σε όλες τις κατηγορίες των ετών προϋπηρεσίας οι συμμετέχοντες τείνουν να διαφωνούν με όλες τις ερωτήσεις πεποιθήσεων με μέσο όρο κάτω από 3.

**Πίνακας 11.**

**Περιγραφική Στατιστική**

Προϋπηρεσία	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
1-10 έτη Η ΔΕΠ-Υ είναι μια δικαιολογία για την κακή συμπεριφορά	60	1	5	2,52	1,359
Η ΔΕΠ-Υ είναι μόδα της Εποχής	60	1	4	1,93	1,133
Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Μπορούν αν θέλουν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους	60	1	4	1,88	,993
Η ΔΕΠ-Υ Είναι αποτέλεσμα μη συνεπούς εφαρμογής κανόνων από τους γονείς	60	1	5	2,55	1,213
Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή	60	1	4	1,83	,994
Η ΔΕΠ-Υ είναι απόρροια προβλημάτων στην οικογένεια	60	1	4	2,20	1,005
Η ΔΕΠ-Υ είναι αποτέλεσμα αναποτελεσματικών στρατηγικών διαπαιδαγώγησης κατά την βρεφική ηλικία	60	1	4	2,03	,882
Προέρχονται από χαοτικά περιβάλλοντα	60	1	4	2,17	1,011
ΟΙ γονείς αποποιούνται την ευθύνη με μία διάγνωση ΔΕΠ-Υ	60	1	5	2,68	1,186
Valid N (listwise)	60				

11-21 έτη	Η ΔΕΠ-Υ είναι μια δικαιολογία για την κακή συμπεριφορά	30	1	5	2,70	1,343
	Η ΔΕΠ-Υ είναι μόδα της Εποχής	30	1	5	2,03	1,217
	Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Μπορούν αν θέλουν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους	30	1	4	1,83	,874
	Η ΔΕΠ-Υ Είναι αποτέλεσμα μη συνεπούς εφαρμογής κανόνων από τους γονείς	30	1	5	2,60	1,248
	Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή	30	1	4	1,80	1,031
	Η ΔΕΠ-Υ είναι απόρροια προβλημάτων στην οικογένεια	30	1	4	1,97	,999
	Η ΔΕΠ-Υ είναι αποτέλεσμα αναποτελεσματικών στρατηγικών διαπαιδαγώγησης κατά την βρεφική ηλικία	30	1	4	1,77	,971
	Προέρχονται από χαοτικά περιβάλλοντα	30	1	5	2,00	1,145
	ΟΙ γονείς αποποιούνται την ευθύνη με μία διάγνωση ΔΕΠ-Υ	30	1	5	2,67	1,348
	Valid N (listwise)	30				
>22 έτη	Η ΔΕΠ-Υ είναι μια δικαιολογία για την κακή συμπεριφορά	9	1	3	1,56	,882
	Η ΔΕΠ-Υ είναι μόδα της Εποχής	9	1	3	1,44	,726
	Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Μπορούν αν θέλουν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους	9	1	2	1,22	,441

Η ΔΕΠ-Υ Είναι αποτέλεσμα μη συνεπούς εφαρμογής κανόνων από τους γονείς	9	1	3	1,56	,882
Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή	9	1	3	1,22	,667
Η ΔΕΠ-Υ είναι απόρροια προβλημάτων στην οικογένεια	9	1	4	2,00	1,225
Η ΔΕΠ-Υ είναι αποτέλεσμα αναποτελεσματικών στρατηγικών διαπαιδαγώγησης κατά την βρεφική ηλικία	9	1	3	1,44	,726
Προέρχονται από χαστικά περιβάλλοντα	9	1	5	2,33	1,225
ΟΙ γονείς αποποιούνται την ευθύνη με μία διάγνωση ΔΕΠ-Υ	9	1	5	2,56	1,424
Valid N (listwise)	9				

Στο συνολικό μέσο όρο των πεποιθήσεων φάνηκε ότι όσο αυξάνονται τα έτη προϋπηρεσίας τόσο πιο κοντά στο να διαφωνούν ήταν οι εκπαιδευτικοί όπως αυτό αποτυπώνεται στον παρακάτω πίνακα:

Ερωτήσεις Πεποιθήσεων	Έτη προϋπηρεσίας			
	1-10	11-21	>22	Σύνολο
Η ΔΕΠ-Υ είναι μόδα της Εποχής	1,93	2,03	1,44	1,80
Η ΔΕΠ-Υ είναι απόρροια προβλημάτων στην οικογένεια	2,20	1,97	2,00	2,06
Η ΔΕΠ-Υ είναι αποτέλεσμα αναποτελεσματικών στρατηγικών διαπαιδαγώγησης κατά την βρεφική ηλικία	2,03	1,77	1,44	1,75
Η ΔΕΠ-Υ Είναι αποτέλεσμα μη συνεπούς εφαρμογής κανόνων από τους γονείς	2,55	2,60	1,56	2,24
Η ΔΕΠ-Υ είναι μια δικαιολογία για την κακή συμπεριφορά	2,52	2,70	1,56	2,26

ΟΙ γονείς αποποιούνται την ευθύνη με μία διάγνωση ΔΕΠ-Υ	2,68	2,67	2,56	2,64
Προέρχονται από χαοτικά περιβάλλοντα	2,17	2,00	2,33	2,17
Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Μπορούν αν θέλουν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους	1,88	1,83	1,22	1,65
Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή	1,83	1,80	1,22	1,62
<b>Σύνολο</b>	<b>2,20</b>	<b>2,15</b>	<b>1,70</b>	<b>2,02</b>

3. Κατά πόσο το ατομικό επίπεδο μόρφωσης των εκπαιδευτικών επηρεάζει τις πεποιθήσεις για τα παιδιά με ΔΕΠΥ’;

Πίνακας 11.

Περιγραφική Στατιστική

Επίπεδο Σπουδών	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
Προπτυχιακός τίτλος Σπουδών	54	1	5	2,61	1,338
Η ΔΕΠ-Υ είναι μια δικαιολογία για την κακή συμπεριφορά					
Η ΔΕΠ-Υ είναι μόδα της Εποχής	54	1	4	1,87	1,150
Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Μπορούν αν θέλουν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους	54	1	4	1,83	1,005
Η ΔΕΠ-Υ Είναι αποτέλεσμα μη συνεπούς εφαρμογής κανόνων από τους γονείς	54	1	5	2,70	1,283
Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή	54	1	4	1,81	1,047

	Η ΔΕΠ-Υ είναι απόρροια προβλημάτων στην οικογένεια	54	1	4	2,04	1,045
	Η ΔΕΠ-Υ είναι αποτέλεσμα αναποτελεσματικών στρατηγικών διαπαιδαγώγησης κατά την βρεφική ηλικία	54	1	4	1,89	,965
	Πρόερχονται από χαοτικά περιβάλλοντα	54	1	5	2,22	1,160
	ΟΙ γονείς αποποιούνται την ευθύνη με μία διάγνωση ΔΕΠ-Υ	54	1	5	2,76	1,317
	Valid N (listwise)	54				
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών "Ειδικής Αγωγής"	Η ΔΕΠ-Υ είναι μια δικαιολογία για την κακή συμπεριφορά	45	1	5	2,33	1,348
	Η ΔΕΠ-Υ είναι μόδα της Εποχής	45	1	5	1,98	1,118
	Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Μπορούν αν θέλουν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους	45	1	4	1,78	,850
	Η ΔΕΠ-Υ Είναι αποτέλεσμα μη συνεπούς εφαρμογής κανόνων από τους γονείς	45	1	5	2,20	1,100
	Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή	45	1	4	1,71	,920
	Η ΔΕΠ-Υ είναι απόρροια προβλημάτων στην οικογένεια	45	1	4	2,20	,991



Η ΔΕΠ-Υ είναι αποτέλεσμα αναποτελεσματικών στρατηγικών διαπαιδαγώγησης κατά την βρεφική ηλικία	45	1	4	1,91	,848
Προέρχονται από χαστικά περιβάλλοντα	45	1	4	2,02	,941
ΟΙ γονείς αποποιούνται την ευθύνη με μία διάγνωση ΔΕΠ-Υ	45	1	5	2,56	1,159
Valid N (listwise)	45				

Πίνακας 12.

Ερωτήσεις Πεποιθήσεων	Ατομικό Επίπεδο Σπουδών		
	Προπτυχιακός τίτλος Σπουδών	Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών "Ειδικής Αγωγής"	Σύνολο
Η ΔΕΠ-Υ είναι μόδα της Εποχής	1,87	1,98	1,92
Η ΔΕΠ-Υ είναι απόρροια προβλημάτων στην οικογένεια	2,04	2,20	2,12
Η ΔΕΠ-Υ είναι αποτέλεσμα αναποτελεσματικών στρατηγικών διαπαιδαγώγησης κατά την βρεφική ηλικία	1,89	1,91	1,90
Η ΔΕΠ-Υ Είναι αποτέλεσμα μη συνεπούς εφαρμογής κανόνων από τους γονείς	2,70	2,20	2,45
Η ΔΕΠ-Υ είναι μια δικαιολογία για την κακή συμπεριφορά	2,61	2,33	2,47
ΟΙ γονείς αποποιούνται την ευθύνη με μία διάγνωση ΔΕΠ-Υ	2,76	2,56	2,66
Προέρχονται από χαστικά περιβάλλοντα	2,22	2,02	2,12

Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Μπορούν αν θέλουν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους	1,83	1,78	1,81
Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή	1,81	1,71	1,76
Σύνολο	2,19	2,08	2,13

Μελετώντας τις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών παρατηρήσαμε, ότι στο σύνολο τους οι εκπαιδευτικοί με μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών τείνουν να διαφωνούν περισσότερο από τους προπτυχιακούς με συνολικό μέσο 2.08 έναντι του 2.19. Αν βέβαια, κοιτάξουμε μεμονωμένα τις ερωτήσεις δεν συμβαίνει το ίδιο σε όλες, υπάρχουν δηλαδή και ερωτήσεις όπου οι προπτυχιακοί εκπαιδευτικοί τείνουν να διαφωνούν περισσότερο από τους μεταπτυχιακούς .

Πίνακας 13.

Ερωτήσεις Πεποιθήσεων	Βαθμίδα Εκπαίδευσης		
	Καθηγητής	Όχι Καθηγητής	Σύνολο
Η ΔΕΠ-Υ είναι μόδα της Εποχής	1,76	2,08	1,92
Η ΔΕΠ-Υ είναι απόρροια προβλημάτων στην οικογένεια	2,12	2,10	2,11
Η ΔΕΠ-Υ είναι αποτέλεσμα αναποτελεσματικών στρατηγικών διαπαιδαγώγησης κατά την βρεφική ηλικία	1,80	2,00	1,90
Η ΔΕΠ-Υ Είναι αποτέλεσμα μη συνεπούς εφαρμογής κανόνων από τους γονείς	2,45	2,50	2,47
Η ΔΕΠ-Υ είναι μια δικαιολογία για την κακή συμπεριφορά	2,20	2,76	2,48
ΟΙ γονείς αποποιούνται την ευθύνη με μία διάγνωση ΔΕΠ-Υ	2,53	2,80	2,67
Προέρχονται από χαοτικά περιβάλλοντα	2,08	2,18	2,13
Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Μπορούν αν θέλουν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους	1,59	2,02	1,81
Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή	1,61	1,92	1,77
Σύνολο	2,02	2,26	2,14

Επιπλέον, αναφορικά με τις πεποιθήσεις εντοπίστηκε ότι οι καθηγητές στο σύνολο τους διαφωνούν περισσότερο σε σχέση με τους δάσκαλους και τους νηπιαγωγούς με μέσο όρο 2.02 έναντι 2.26.

4. Υπάρχει σχέση μεταξύ διδακτικής εμπειρίας με μαθητές με ΔΕΠ-Υ στη διαμόρφωση των αντιλήψεων τους;

Πίνακας 14.

Περιγραφική Στατιστική

Είδος Τάξης	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
Τυπική Τάξη					
Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Μπορούν να τα καταφέρουν στα μαθήματα να θέλουν	58	1	4	1,86	,963
Εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο	58	1	5	2,60	1,154
Θετική Επίδραση η υποστηρικτική στάση του εκπαιδευτικού	58	1	5	4,57	,861
Οι αρνητικές εμπειρίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ προκαλούν επιθετικότητα	58	2	5	3,88	,860
Η Διασπαστική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ επηρεάζει τα συναισθήματα του/της Εκπαιδευτικού	58	1	5	3,14	1,249
Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μελλοντικά εκδηλώνουν παραβατική συμπεριφορά.	58	1	4	2,38	1,105
Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ απορρίπτονται από τους συμμαθητές τους λόγω των ελλειπών κοινωνικών τους δεξιοτήτων.	58	1	5	3,14	1,067

	Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν περισσότερες πιθανότητες να δεχτούν εκφοβιστικές συμπεριφορές.	58	1	5	3,47	,941
	Οι προσδοκίες "των άλλων"(οικογένεια, σχολείο κ.λπ.) αγχώνουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.	58	2	5	4,28	,812
	Το παιδί με ΔΕΠ-Υ διατηρεί τις φιλικές του σχέσεις στην πάροδο του χρόνου.	58	2	5	3,45	,730
	Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκφράζουν τα συναισθήματα τους σωματικά και όχι λεκτικά.	58	1	5	3,59	,899
	Valid N (listwise)	58				
Τάξη Ειδικής Αγωγής	Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Μπορούν να τα καταφέρουν στα μαθήματα να θέλουν	41	1	4	1,83	1,022
	Εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο	41	1	5	2,76	1,090
	Θετική Επίδραση η υποστηρικτική στάση του εκπαιδευτικού	41	3	5	4,76	,489
	Οι αρνητικές εμπειρίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ προκαλούν επιθετικότητα	41	1	5	3,78	,988
	Η Διασπαστική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ επηρεάζει τα συναισθήματα του/της Εκπαιδευτικού	41	1	5	3,24	1,067
	Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μελλοντικά εκδηλώνουν παραβατική συμπεριφορά.	41	1	5	2,68	1,035

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ απορρίπτονται από τους συμμαθητές τους λόγω των ελλিপών κοινωνικών τους δεξιοτήτων.	41	1	5	3,49	1,207
Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν περισσότερες πιθανότητες να δεχτούν εκφοβιστικές συμπεριφορές.	41	1	5	3,56	1,026
Οι προσδοκίες "των άλλων"(οικογένεια, σχολείο κ.λπ.) αγχώνουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.	41	3	5	4,37	,698
Το παιδί με ΔΕΠ-Υ διατηρεί τις φιλικές του σχέσεις στην πάροδο του χρόνου.	41	1	5	3,22	,852
Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκφράζουν τα συναισθήματα τους σωματικά και όχι λεκτικά.	41	2	5	3,59	,741
Valid N (listwise)	41				

Πίνακας 15.

Ερωτήσεις Αντίληψεων	Είδος Τάξης		
	Τυπική Τάξη	Τάξη Ειδικής Αγωγής	Σύνολο
Εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο	2,60	2,76	2,68
Η Διασπαστική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ επηρεάζει τα συναισθήματα του/της Εκπαιδευτικού	3,14	3,24	3,19
Θετική Επίδραση η υποστηρικτική στάση του εκπαιδευτικού	4,57	4,76	4,66
Οι αρνητικές εμπειρίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ προκαλούν επιθετικότητα	3,88	3,78	3,83
Οι προσδοκίες "των άλλων"(οικογένεια, σχολείο κ.λπ.) αγχώνουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.	4,28	4,37	4,32
Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ απορρίπτονται από τους συμμαθητές τους λόγω των ελλিপών κοινωνικών τους δεξιοτήτων.	3,14	3,49	3,31

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκφράζουν τα συναισθήματα τους σωματικά και όχι λεκτικά.	3,59	3,59	3,59
Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν περισσότερες πιθανότητες να δεχτούν εκφοβιστικές συμπεριφορές.	3,47	3,56	3,51
Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μελλοντικά εκδηλώνουν παραβατική συμπεριφορά.	2,38	2,68	2,53
Τα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ Μπορούν να τα καταφέρουν στα μαθήματα να θέλουν	1,86	1,83	1,85
Το παιδί με ΔΕΠ-Υ διατηρεί τις φιλικές του σχέσεις στην πάροδο του χρόνου.	3,45	3,22	3,33
Σύνολο	3,30	3,39	3,35

Αναφορικά με τις αντιλήψεις σε συνολικό επίπεδο, οι εκπαιδευτικοί που απασχολούνται σε τάξεις ειδικής αγωγής τείνουν να συμφωνούν περισσότερο με μέσο όρο 3.39 έναντι 3.3 που είναι ο μέσος όρος των εκπαιδευτικών που απασχολούνται σε τυπικές τάξεις.

Παρόλα αυτά, υπάρχουν και μεμονωμένες ερωτήσεις στις οποίες οι εκπαιδευτικοί των τυπικών τάξεων συμφωνούν περισσότερο σε σχέση με αυτούς των τάξεων ειδικής αγωγής, όπως για παράδειγμα στην ερώτηση περί πρόκλησης επιθετικότητας λόγω αρνητικών εμπειριών με μέσο όρο 3.88 έναντι 3.78.

Αξίζει να σημειωθεί, πως στην ερώτηση περί έκφρασης των συναισθημάτων σωματικά και όχι λεκτικά και οι δύο κατηγορίες έχουν ακριβώς τον ίδιο μέσο όρο 3.59.

Στο τέλος της έρευνας τέθηκαν στους εκπαιδευτικούς και δύο ερωτήσεις που αφορούσαν πιθανές στρατηγικές που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από τους εκπαιδευτικούς για την διαχείριση δυσκολιών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εντός της τάξης αλλά και το κατά πόσο η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών κρίνεται αναγκαία ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στα καθήκοντά τους.

Εκείνοι οι οποίοι συμφώνησαν μάλιστα, προτείνουν ως πιο αποτελεσματικές μεθόδους:

1. Σεμινάρια 86.9%

Πιστεύετε ότι η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών όσον αφορά στη ΔΕΠ-Υ είναι αναγκαία;

Επίπεδο Σπουδών		Συχνότητα	Ποσοστό
Προπτυχιακός τίτλος Σπουδών	Διαφωνώ Απόλυτα	1	1,9
	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	1	1,9
	Συμφωνώ Λίγο	6	11,1
	Συμφωνώ Απόλυτα	46	85,2
	Σύνολο	54	100,0
	Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών "Ειδικής Αγωγής"	Διαφωνώ Λίγο	1
Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ		1	2,2
Συμφωνώ Λίγο		8	17,8
Συμφωνώ Απόλυτα		35	77,8
Σύνολο		45	100,0

Αναφορικά με την επιμόρφωσή τους τόσο οι προπτυχιακοί όσο και οι μεταπτυχιακοί συμφώνησαν ως προς την αναγκαιότητα της σε ποσοστό 96.3% και 95.6% αντίστοιχα.

#### Σεμινάρια

	Συχνότητα	Ποσοστό
OXI	13	13,1
NAI	86	86,9
Σύνολο	99	100,0

Εκείνοι οι οποίοι συμφώνησαν μάλιστα, προτείνουν ως πιο αποτελεσματικές μεθόδους:

Σεμινάρια σε ποσοστό 86.9%, εκφράζοντας τη συνεχώς αναδυόμενη ανάγκη για γνώση και ουσιαστική επιμόρφωση για τη διαχείριση καταστάσεων που παρεμβαίνουν στην ομαλή λειτουργία της σχολικής τάξης.

#### Συνεργασία με ειδικό (ψυχολόγο-ψυχίατρο)

	Συχνότητα	Ποσοστό
OXI	21	21,2
NAI	78	78,8
Σύνολο	99	100,0

Συνεργασία με ειδικό Ψυχολόγο Ψυχίατρο 78.8%

Ενώ μόλις ένα 50.5% πρότεινε ημερίδες και ένα 37.4% εποπτεία.

Σχετικά με τις στρατηγικές που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την διαχείριση των δυσκολιών εντός της τάξης οι εκπαιδευτικοί στο σύνολο τους επέλεξαν κατά αύξουσα σειρά τις κάτωθι:

1. Απομόνωση του/της μαθητή/τριας 2%
2. Τιμωρία 3%
3. Ομαδική εργασία 79.8%
4. Οργάνωση τάξης 83.8%
5. Ανάθεση ρόλου (π.χ. βοηθός) 83.8%
6. Σχέση εμπιστοσύνης με το/τη συγκεκριμένο/η μαθητή/τρια 89.9%
7. Επιβράβευση 90.9%
8. Συνεργασία με ειδικούς( ψυχολόγο, ψυχίατρο) 91.9%
9. Συνεργασία με οικογένεια 92.9%

### Συνεργασία με οικογένεια

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΟΧΙ	7	7,1
ΝΑΙ	92	92,9
Σύνολο	99	100,0

Στο μεγαλύτερο ποσοστό για τις στρατηγικές παρέμβασης, η πλειοψηφία, προτείνει συνεργασία με την οικογένεια σε ποσοστό 92,9%, καταδεικνύοντας με αυτό τον τρόπο τη σημασία μιας πολυεπίπεδης προσέγγισης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.

### 7.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι εκπαιδευτικοί αποτελούν μια σημαντική ομάδα τόσο για την ακαδημαϊκή πορεία των μαθητών, όσο και για την συναισθηματική και ψυχο-κοινωνική τους εξέλιξη. Είναι πηγή πολύτιμων πληροφοριών που θα μπορούσαν να είναι επηρεάσουν την εξέλιξη μιας κατάστασης, τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και θεραπευτικής αντιμετώπισης, σε συνεργασία, με τα ίδια τα παιδιά, όσο και με τους γονείς και τους ειδικούς. Παρόλα αυτά, σύμφωνα, με τα ευρήματα της παραπάνω μελέτης, αναδεικνύεται το έλλειμα σε επίπεδο γνώσεων ειδικά σε θέματα αντιμετώπισης και διαχείρισης περιπτώσεων παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Σκοπός της παρούσας μελέτης, ήταν τόσο η διερεύνηση του γενικού επιπέδου γνώσεων των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ, όσον αφορά τα γενικά χαρακτηριστικά, τα συμπτώματα και τη αντιμετώπιση της αλλά και οι πεποιθήσεις τους για τις ψυχοκοινωνικές δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Το 84,8 των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, ωστόσο το φύλο δε φάνηκε να συσχετίζεται ιδιαίτερα με τις γνώσεις και τις στάσεις των εκπαιδευτικών απέναντι στα θέματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Ακόμα και σε εκείνες τις μεταβλητές που φάνηκε να υπερτερεί το φύλο, λόγω της μεγάλης αριθμητική τους διαφορά, των δυο ομάδων που συμμετείχαν στην έρευνα, ενδεχομένως δεν αξιολογείται. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έχουν διδακτική εμπειρίας 1-5 έτη(39,4%) και είναι καθηγητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης(50,5%). Το 58,6% είναι εκπαιδευτικοί γενικής αγωγής και το 58,6% διδάσκουν σε τυπική τάξη.

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα της έρευνας αφορούσε τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη Διαταραχής της ΔΕΠ-Υ(Χαρακτηριστικά, Αιτιολογικοί Παράγοντες, Θεραπεία-Αντιμετώπιση). Αναφορικά με τα γενικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ οι εκπαιδευτικοί σημείωσαν υψηλές βαθμολογίες σε 11 από τις 15 ερωτήσεις της τάξης του 68.7%. Στις ερωτήσεις που αφορούσαν την διάγνωση και τα συμπτώματα οι εκπαιδευτικοί στο σύνολο τους σημείωσαν υψηλά σκορ σε 8 από τις 9 ερωτήσεις (88.8%) ποσοστό υψηλότερο από αυτό των γενικών χαρακτηριστικών. Στην υποκατηγορία των ερωτήσεων γνώσεων των εκπαιδευτικών που σχετίζεται



με την αντιμετώπιση-Παρέμβαση ΔΕΠ-Υ οι εκπαιδευτικοί σημείωσαν υψηλά ποσοστά μόνο στις 4 από τις 12 ερωτήσεις (33.3%) που αποτελεί και το χαμηλότερο ποσοστό στο κομμάτι των γνώσεων. Αθροιστικά, το ποσοστό γνώσεων στο σύνολο αντιστοιχεί σε ένα ποσοστό 63,6%. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με τη μελέτη της Martin (2012), με την πλειοψηφία να γνωρίζει περισσότερα για τα συμπτώματα και τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, όπως συμβαίνει και στη μελέτη των Jerome, Gordon και Hustler (1994). Όπως και στη μελέτη των West, Taylor, Houghton & Hudyma (2005) μεγαλύτερο ποσοστό γνώσης, παρατηρείται όσον αφορά στα αίτια της ΔΕΠ-Υ, απ' ότι τα κύρια χαρακτηριστικά και τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ.

Σε αντίθεση με την παρούσα μελέτη έρχονται τα ευρήματα της έρευνας των Scitutto, Terjensen & Frank (2000), έδειξαν χαμηλά ποσοστά, της τάξης του 47.8% όπως και των Shroff et.al (2017) έδειξαν ένα επίπεδο γνώσεων της τάξης του 49%. Χαμηλά ποσοστά γενικών γνώσεων (46,8%) έχουν καταγραφεί επίσης σε έρευνα των Ghanizadeh , Bahredar & Moeini(2005), καθώς και σε αντίστοιχη έρευνα των White et. al., (2010) στα αποτελέσματα της οποίας το ποσοστό γενικών γνώσεων των εκπαιδευτικών ήταν 38%. Στην έρευνα των Shroff et.al. (2017), επίσης, η πολυετής εμπειρία των εκπαιδευτικών δε φαίνεται να συσχετίζεται με τις βαθμολογίες γνώσεων. Αντίθετα, στη μελέτη της Martin (2012) που αναφέρθηκε ήδη, οι εκπαιδευτικοί, απάντησαν στο 68% των ερωτήσεων σωστά. Οι γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ ήταν παρόμοιες με προηγούμενα αποτελέσματα στη βιβλιογραφία, τα οποία κυμαίνονται σε ένα εύρος της τάξης του 76% (Ohan, et al., 2008) έως 50% το λιγότερο (Weyandt et al., 2009), ανάλογα με τη μελέτη και το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιείται. Οι εκπαιδευτικοί, στην μελέτη της Martin, γνώριζαν περισσότερα για τα συμπτώματα και τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ, λιγότερα για τη θεραπεία και λιγότερο για γενικά στοιχεία ΔΕΠ-Υ.

Υπήρχαν ορισμένοι τομείς στους οποίους οι δάσκαλοι είχαν, γενικά, περισσότερες γνώσεις, όπως η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, εντοπίζοντας σωστά τα κύρια συμπτώματα της διαταραχής. Στην υποκλίμακα που αφορά στη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, οι συμμετέχοντες συμφώνησαν σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό με τις σωστές απαντήσεις. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εκπαιδευτικών γνώριζαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ «*συχνά αποσπώνται από άσχετα ερεθίσματα*», «*συχνά στριφογυρίζουν στις θέσεις τους*» και «*συχνά δυσκολεύονται να οργανώσουν καθήκοντα και δραστηριότητες*». Οι εκπαιδευτικοί είχαν επίσης καλές επιδόσεις σε άλλα θέματα που μπορούσαν να παρατηρήσουν στην τάξη. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι γνωρίζουν ότι επειδή ένας μαθητής με ΔΕΠ-Υ είναι σε θέση να διατηρήσει την προσοχή κατά τη διάρκεια μιας δραστηριότητας, όπως η παρακολούθηση τηλεόρασης ή η αναπαραγωγή βιντεοπαιχνιδιών, αυτό δεν σημαίνει ότι θα ήταν σε θέση να διατηρήσει την προσοχή για το ίδιο χρονικό διάστημα κατά την ολοκλήρωση μιας εργασίας για το σπίτι ή το σχολείο. Επιπλέον, η συντριπτική πλειοψηφία των δασκάλων γνώριζε τις παρενέργειες του διεγερτικού φάρμακα, και γνώριζαν το γεγονός ότι οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ συνήθως έχουν κάποιο βαθμό κακής σχολικής επίδοσης κατά τη διάρκεια του δημοτικού. Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί ήταν γνώστες πληροφοριών που θα μπορούσαν να ωφελήσουν τους μαθητές και τις

οικογένειες των μαθητών τους. Για παράδειγμα, η πλειοψηφία των δασκάλων γνώριζε ότι η ΔΕΠ-Υ δεν ήταν αποτέλεσμα αναποτελεσματικής ανατροφής των παιδιών.

Από την ανάλυση των δεδομένων, φάνηκε ότι οι εκπαιδευτικοί γνωρίζουν περισσότερο για τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και πολύ λιγότερα για τους τρόπους αντιμετώπισης της. Στην παρούσα μελέτη, η γνώση για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, αντιστοιχεί σε ένα ποσοστό συμφωνίας, με τις λιγότερες σωστές απαντήσεις. Το γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί είναι σε θέση να αναγνωρίζουν την συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι αναγνωρίζουν τα βασικά συμπτώματα της διαταραχής, καθώς δημιουργούνται δυσκολίες και σε επίπεδο σχολικής τάξης, δε γνωρίζουν όμως τρόπους διαχείρισης, κάτι που αποδεικνύει την ανάγκη υποστήριξης κι επιμόρφωσης του έργου τους.

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα αφορά την επίδραση των χρόνων προϋπηρεσίας στις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών. Στη μελέτη της Beckle(2004) όταν οι ερευνητές εξέτασαν τη σχέση μεταξύ της γνώσης και των πεποιθήσεων των εκπαιδευτικών, σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, βρήκαν ότι η γνώση της ΔΕΠ-Υ συσχετίζεται θετικά με τις γενικές πεποιθήσεις για τη ΔΕΠ-Υ. Στην παρούσα έρευνα, στο συνολικό μέσο όρο των πεποιθήσεων φάνηκε ότι όσο αυξάνονται τα έτη προϋπηρεσίας τόσο πιο κοντά στο να διαφωνούν ήταν οι εκπαιδευτικοί. Στη μελέτη της Μουντζούρη (2020) δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στο σύνολο των πεποιθήσεων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων της μελέτης της, συμπεριλαμβανομένων και των ετών προϋπηρεσίας τους. παρομοίως στη μελέτη της McHarad(2015) δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική σε σχέση με τα έτη προϋπηρεσίας και τις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών. Ευρήματα που συμφωνούν με τη έρευνα του Δημάκου (2007) σύμφωνα με την οποία τα χρόνια προϋπηρεσίας δεν αυξάνουν τις γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ, αλλά επηρεάζουν θετικά τις πεποιθήσεις που έχουν γι' αυτή.

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα αφορά τη σχέση του ατομικού επιπέδου μόρφωσης των εκπαιδευτικών και τις πεποιθήσεις για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, όπου μελετώντας τις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών, παρατηρήσαμε, ότι στο σύνολο τους οι εκπαιδευτικοί, με μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών τείνουν να διαφωνούν περισσότερο από τους προπτυχιακούς με συνολικό μέσο 2.08 έναντι του 2.19.

Όπως αναφέρεται και στην έρευνα της Μουτζούρη (2020) ελλείπει άλλων αντίστοιχων ερευνών, το επίπεδο σπουδών και η κατοχή μεταπτυχιακού διπλώματος δε φαίνεται να σχετίζονται με τις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών.

Επιπλέον, αναφορικά με τις πεποιθήσεις, στην παρούσα έρευνα, εντοπίστηκε ότι οι καθηγητές στο σύνολο τους διαφωνούν περισσότερο σε σχέση με τους δάσκαλους και τους νηπιαγωγούς με μέσο όρο 2.02 έναντι 2.26.

Στο τέταρτο ερευνητικό ερώτημα που αφορά τη σχέση της διδακτικής εμπειρίας των εκπαιδευτικών και της διαμόρφωσης των αντιλήψεων τους σε σχέση με τα παιδιά που έχουν διάγνωση ΔΕΠ-Υ, φαίνεται ότι οι εκπαιδευτικοί που απασχολούνται σε τάξεις ειδικής αγωγής τείνουν να συμφωνούν περισσότερο με μέσο όρο 3.39 έναντι 3.3 που είναι ο μέσος όρος των εκπαιδευτικών που απασχολούνται σε τυπικές τάξεις.

Παρόλα αυτά, υπάρχουν και μεμονωμένες ερωτήσεις στις οποίες οι εκπαιδευτικοί των τυπικών τάξεων συμφωνούν περισσότερο σε σχέση με αυτούς των τάξεων ειδικής αγωγής, όπως για παράδειγμα στην ερώτηση περί πρόκλησης επιθετικότητας λόγω αρνητικών εμπειριών με μέσο όρο 3.88 έναντι 3.78.

Όπως αναφέρει κ η Μουτζούρη (2020), στη σχετική της έρευνα, τα αποτελέσματα της μελέτης της δείχνουν ότι στρατηγικές όπως, εκπαιδευτικά σεμινάρια των εκπαιδευτικών με στόχο την αύξηση του επιπέδου των γνώσεων, επηρεάζει θετικά και τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τη διαταραχή, εμβαθύνοντας σε θέματα γνωστικών ελλειμμάτων, προσαρμοστικότητας των παιδιών και απόδοσης.

Σε γενικές γραμμές αυτό που προκύπτει από την παρούσα μελέτη είναι ότι οι εκπαιδευτικοί έχουν βασικές γνώσεις όσον αφορά στη ΔΕΠ-Υ, συμβαδίζοντας με τα αποτελέσματα της διεθνούς και της ελληνικής βιβλιογραφίας. Οι πεποιθήσεις και οι αντιλήψεις, εναρμονίζονται με το επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στην παρούσα μελέτη, εκτός από τους εκπαιδευτικούς προσχολικής και σχολικής εκπαίδευσης, στο δείγμα συμμετείχαν καθηγητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, οι οποίοι στο ερωτηματολόγιο των πεποιθήσεων βρέθηκαν να διαφωνούν περισσότερο, από τους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στις προτάσεις της κλίμακας. Αυτό ενδεχομένως να σημαίνει ότι η επαφή τους με μεγαλύτερα παιδιά, στην εφηβεία, να επιδρά θετικά στην αναγνώριση και αποδοχή συμπεριφορών που σχετίζονται με τη διαταραχή, διαχωρίζοντας την πραγματικότητα από τους μύθους.

Το γεγονός ότι σε σχέση με τις πεποιθήσεις και τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών, υπήρξε μια σημαντική δυσκολία όσον αφορά τη σύγκριση μελετών και την εξαγωγή συμπερασμάτων, η παρούσα μελέτη κρίνεται σημαντική και αναγκαία εγείροντας νέους προβληματισμούς στο αντικείμενο της έρευνας.

Η έρευνα των Κυπριωτάκη και Μανωλίτση(2010) που αφορούσε στην αξιολόγηση των δασκάλων όσον αφορά τα συμπτώματα της διαταραχής όπως και εκείνη των Λαζαράτου και συνεργατών (2010), έδωσαν έμφαση προς αυτή την κατεύθυνση.

Η ορθή ενημέρωση των εκπαιδευτικών τόσο για τα γενικά χαρακτηριστικά της διαταραχής, όσο για την αιτιοπαθογένεια και τους τρόπους διαχείρισης της, στοχευμένο στις ανάγκες τους και όχι ακόμα μια ποσότητα πληροφοριών, κρίνεται επιτακτική ανάγκη, τόσο για την εύρυθμη λειτουργία του σχολικού πλαισίου όσο και σε επίπεδο πρόληψης. Άλλωστε η σημασία της πρώιμης υποστηρικτικής παρέμβασης έχει αποδειχτεί κομβικής σημασίας, σε όποιο στάδιο κι αν συμβεί. Οι εκπαιδευτικοί είναι από τα πρώτα πρόσωπα που έρχονται σε επαφή με τα παιδιά, πέραν του οικογενειακού συστήματος, με αποτέλεσμα, να έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν θετικά αλλά και αρνητικά, μέσω της άγνοιας, την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση πληθώρας περιστατικών, συμπεριλαμβανομένης της ΔΕΠ-Υ.

Συνολικά, από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων φαίνεται να υπάρχουν αρκετά κενά και ελλείμματα στο επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών και συγκεκριμένα στο κομμάτι της διαχείρισης, που και οι ίδιοι διαπιστώνουν κι αναφέρουν. Χαρακτηριστικά, ουδέτερες τοποθετήσεις όπως, κατά πόσο είναι πιθανό τα παιδιά να εκδηλώσουν παραβατική συμπεριφορά κατά την εφηβεία, επιδεικνύοντας επιφυλακτικότητα, χρειάζονται περισσότερη διερεύνηση και αξιολόγηση. Είναι σημαντικό ότι οι συμμετέχοντες της έρευνας

συμφωνούν ότι τα παιδιά χρειάζονται περισσότερη πειθαρχία και οριοθέτηση, διαφοροποιώντας τη από την τιμωρία, για να υπάρχει αποτελεσματικότητα και συντονισμός, καθώς αυτά τα παιδιά εκφράζουν δυσφορία στη μονοτονία και θέλουν να καταπιάνονται κάθε φορά με κάτι διαφορετικό, Ο West και οι συνεργάτες του (2005), αναφέρουν την ανάγκη συνεχούς επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών, καθώς τα ερευνητικά δεδομένα βρίσκονται σε συνεχή εξέλιξη.

Η αρμονική συνεργασία που βασίζεται σε μια σχέση εμπιστοσύνης και αμοιβαίου σεβασμού, προϋποθέτει ενσυναίσθηση και αποδοχή. Αποδοχή της διαφορετικότητας των παιδιών αλλά και των ίδιων των εκπαιδευτικών όσον αφορά τις δεξιότητες και την ευελιξία τους. Η σχέση γνώσης και ευελιξίας είναι ανάλογη, δηλ. όσο αυξάνεται η γνώση, τόσο το πεδίο των επιλογών διευρύνεται. Είναι κανόνας της προσαρμογής κατά κάποιο τρόπο, αφού όταν κάτι δεν αλλάζει, είναι σημαντικό να συμπεριλαμβάνεται και να βρίσκει τη θέση του στο ενιαίο σύνολο. Ταυτόχρονα, τόσο σε επίπεδο συνεργασίας με τα πρόσωπα της οικογένειας των παιδιών αλλά και με άλλους ειδικούς, η κατανόηση και η γνώση, ενισχύουν τόσο το κομμάτι της αποτελεσματικότητας αλλά και της ουσιαστικής συνεργασίας, μέσω των σωστών πληροφοριών αλλά και της παραπομπών που χρειάζονται, προκειμένου να λάβουν την κατάλληλη υποστήριξη.

Ταυτόχρονα, οι εκπαιδευτικοί, λειτουργώντας ως «μοντέλα» στο σχολικό πλαίσιο, ενθαρρύνουν ή αποθαρρύνουν, συμπεριφορές που δέχονται τα ίδια τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Το γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί αντιλαμβάνονται ότι η εικόνα του παιδιού με ΔΕΠ-Υ, δεν αντανακλά ένα αληθινά ψηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης, δεν είναι αρκετό. Χρειάζονται ενσωμάτωση και συμπερίληψη στα πλαίσια της δικής τους διαφορετικότητας, από τους ίδιους τους συμμαθητές τους, μειώνοντας τόσο τις πιθανότητες για απόρριψη, που προκύπτει από έλλειψη κατανόησης αλλά και απομόνωσης από την πλευρά των ίδιων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, που προκύπτει από την έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων.

Από τα ερωτηματολόγια τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα, το KADDS είναι εκείνο το οποίο είναι σταθμισμένο και χρησιμοποιείται επίσημα σε ανάλογες έρευνες. Τόσο το ερωτηματολόγιο των Πεποιθήσεων το οποίο είχε κατασκευαστεί για τους σκοπούς μιας ανάλογης μελέτης, όπως και το ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων, κατασκευάστηκε από την ερευνήτρια για αντίστοιχο σκοπό, βασισμένο στη βιβλιογραφία. Το ερωτηματολόγιο το οποίο δόθηκε στους συμμετέχοντες μέσω της διαδικτυακής πλατφόρμας Google Forms επομένως δόθηκε σε ηλεκτρονική μορφή, σε διάφορες ιστοσελίδες. Ως εκ τούτου υπήρξε δυσκολία στον καθορισμό του δείγματος και στην αντιπροσωπευτικότητα αυτού.

Μελετώντας το δείγμα παρατηρήσαμε ότι οι πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι γυναίκες όπως αναφέρεται και στην ποιοτική ανάλυση που κάναμε στην αρχή, γι' αυτό το λόγο δεν εξετάστηκε η διάσταση στο αν διαφέρουν οι αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών και αν επηρεάζονται οι γνώσεις σε σχέση με το φύλο.

Θα μπορούσε σε μελλοντική έρευνα, να γίνει προσθήκη μιας ή και περισσότερων ποσοτικών μεταβλητών π.χ. ηλικία, έτη προϋπηρεσίας σε απόλυτους αριθμούς και όχι σε εύρος ,ώρες απασχόλησης των εκπαιδευτικών σε τάξεις ειδικής αγωγής, ώρες παρακολούθησης σεμιναρίων ή ημερίδων επιμόρφωσης ώστε να μπορέσουν να αναπτυχθούν και συντελεστές συσχέτισης ή να χρησιμοποιηθούν τεχνικές όπως ANOVA για την εύρεση ύπαρξης στατιστικά σημαντικών διαφορών ή ακόμη και χρήση μοντέλων γραμμικής παλινδρόμησης όπως για παράδειγμα ώρες παρακολούθησης σεμιναρίων επιμόρφωσης ως ανεξάρτητη μεταβλητή και σκορ εκπαιδευτικού στις ερωτήσεις των γνώσεων ως εξαρτημένη.

Λόγω των περιορισμένων ερευνών, σε σχέση με το ίδιο το αντικείμενο της παρούσας έρευνας, προτείνεται περαιτέρω διερεύνηση και διεξαγωγή μελέτης, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα, εκπαιδευτικών, τόσο Αθμιας όσο και Βθμιας εκπαίδευσης, εξετάζοντας παράλληλα και τον παράγοντα της συνεργασίας με άλλες ειδικότητες ή φορείς.

Ταυτόχρονα, η αναδυόμενη ανάγκη για ενημέρωση και επιμόρφωση των εκπαιδευτικών για θέματα ΔΕΠ-Υ, με ό,τι συμπεριλαμβάνει αυτή, ακόμα και σε επίπεδο συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές, κρίνει απαραίτητη την παροχή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική βιβλιογραφία

Γιαννοπούλου, Γ.Ι. (2008). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας: χαρακτηριστικά και παρεμβάσεις σε φαρμακευτικό, ψυχοκοινωνικό και σχολικό επίπεδο. Στο Η.Ε., Κουρκούτας & J.P., Chartier (2008). *Παιδιά και έφηβοι με ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές διαταραχές: στρατηγικές παρέμβασης* (σελ. 287-302). Αθήνα: Τόπος.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2004). *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων: Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2012). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και Θεραπευτική Αντιμετώπιση*. Αθήνα: Gutenberg.

Κουμούλα, Α. (2012). Η εξέλιξη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) στο χρόνο. *Ψυχιατρική*, 23, 49-59.

Κυπριωτάκης, Α. (2001). *Μια Παιδαγωγική : Ένα Σχολείο για Όλα τα Παιδιά. Σύγχρονες αντιλήψεις αγωγής και εκπαίδευσης των παιδιών με εμπόδια στη ζωή και στη μάθηση*. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.

Κυπριωτάκη, Μ. (2004). *Διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής–Τρόποι στήριξης και αντιμετώπισης, Σύγχρονες Αντιλήψεις*. Ηράκλειο: Συγγραφέας.

Κυπριωτάκη, Μ. (2009). Πρώιμη Υποστηρικτική Παρέμβαση: Για μια αισιόδοξη έκβαση σε κάθε μορφή ανεπάρκειας. *Επιστήμες Αγωγής*, 2(2), 21-32.

Μανιαδάκη, Κ.(2020). Πρώιμη παρέμβαση στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ στο πλαίσιο του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου. *Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society*. 25. 51. DOI:10.12681/psy\_hps.25583

### Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Aguiar, A. P., Kieling, R. R., Costa, A. C., Chardosim, N., Dorneles, B. V., Almeida, M. R., Mazzuca, A. C., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). Increasing teachers' knowledge about ADHD and learning disorders. *Journal of Attention Disorders*, 18(8), 691–698. <https://doi.org/10.1177/1087054712453171>

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50 (2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology*. 279–329. Guilford Press.
- Alexander, P. A., Schallert, D. L., & Hare, V. C. (1991). Coming to terms: How researchers in learning and literacy talk about knowledge. *Review of Educational Research*, 61(3), 315–343. <https://doi.org/10.2307/1170635>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 27–51. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135231>
- Anderson, D. L., Watt, S. E., Noble, W., & Shanley, D. C. (2012). Knowledge of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and attitudes toward teaching children with ADHD: The role of teaching experience. *Psychology in the Schools*, 49(6), 511- 525. <https://doi.org/10.1002/pits.21617>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192–202. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000189134.97436.e2>
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A, Murphy, K.R. & Fischer, M. (2008). *ADHD in Adults: What the Science says*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). New York: Guilford Press.
- Barratt, E. S., Stanford, M. S., Dowdy, L., Liebman, M. J., & Kent, T. A. (1999). Impulsive and premeditated aggression: a factor analysis of self-reported acts. *Psychiatry research*, 86(2), 163–173. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(99\)00024-4](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(99)00024-4)

- Barry, T. D., Sturner, R., Seymour, K., Howard, B., McGoron, I., Bergmann, P., Kent, R., Sullivan, C., Tomeny, T. S., Pierce, J. S., Coln, K. L., Goodlad, J. K., & Werle, N. (2016). School-based screening to identify children at risk for attentiondeficit/ hyperactivity disorder: Barriers and implications. *Children's Health Care, 45*(3), 241–265. <https://doi.org/10.1080/02739615.2014.948160>
- Bäumli, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia bulletin, 32 Suppl 1*(Suppl 1), S1–S9. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl017>
- Becker, S. P., Langberg, J. M., Evans, S. W., Girio-Herrera, E., & Vaughn, A. J. (2015). Differentiating anxiety and depression in relation to the social functioning of young adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 44*, 1015–1029. Doi:10.1080/15374416.2014.930689.
- Bekle 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. <https://doi.org/10.1177/108705470400700303>
- Bender, W. N., & Mathes, M. Y. (1995). Students with ADHD in the Inclusive Classroom: A Hierarchical Approach to Strategy Selection. *Intervention in School and Clinic, 30*(4), 226–234. <https://doi.org/10.1177/105345129503000406>
- Biederman J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological psychiatry, 57*(11), 1215–1220. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.020>
- Bird, H. R., Gould, M. S., & Staghezza, B. M. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*(2), 361–368. <https://doi.org/10.1097/00004583-199303000-00018>
- Bobo, E., Lin, L., Acquaviva, E., Caci, H., Franc, N., Gamon, L., Picot, M. C., Pupier, F., Speranza, M., Falissard, B., & Purper-Ouakil, D. (2020). How do children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) experience lockdown during the COVID-19 outbreak. *L'Encephale, 46*(3S), S85–S92. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.011>
- Bradshaw, L., & Kamal, M. (2013). Teacher knowledge, training and acceptance of students with ADHD in their classrooms: Qatar case study. *Near and Middle Eastern Journal of Research in Education*. doi:10.5339/nmejre.2013.5



- Brook, U., Watemberg, N., & Geva, D. (2000). Attitude and knowledge of attention deficit hyperactivity disorder and learning disability among high school teachers. *Patient education and counseling*, 40(3), 247–252. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(99\)00080-4](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(99)00080-4)
- Brotman, M. A., Kircanski, K., & Leibenluft, E. (2017). Irritability in Children and Adolescents. *Annual review of clinical psychology*, 13, 317–341. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-044941>
- Burke, J. D., Boylan, K., Rowe, R., Duku, E., Stepp, S. D., Hipwell, A. E., & Waldman, I. D. (2014). Identifying the irritability dimension of ODD: Application of a modified bifactor model across five large community samples of children. *Journal of abnormal psychology*, 123(4), 841–851. <https://doi.org/10.1037/a0037898>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*, 100(3), 316–336. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.3.316>
- Coccaro, E. F., Beresford, B., Minar, P., Kaskow, J., & Geraciotti, T. (2007). CSF testosterone: Relationship to aggression, impulsivity, and venturesomeness in adult males with personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 41(6), 488–492. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.04.009>
- Connelly, F. M., Clandinin, D. J., & He, M. F. (1997). Teachers' personal practical knowledge on the professional landscape. *Teaching and Teacher Education*, 13, 665-674. doi:10.1016/S0742-051X(97)00014-0
- Craig, W. M., & Pepler, D. J. (2003). Identifying and targeting risk for involvement in bullying and victimization. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 577-582. doi:10.1177/070674370304800903
- Decaires-Wagner, A., & Picton, H. (2009). *Teaching and ADHD in southern African. Classroom*. Northlands: Macmillan South Africa (pty) Ltd.
- Dan, A. (2016). The results of an early intervention program for children with ADHD. *International Journal of Early Childhood Learning*, 23(3), 11–20. <https://doi.org/10.18848/2327-7939/CGP/v23i03/11-20>
- DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of learning disabilities*, 46(1), 43–51. <https://doi.org/10.1177/0022219412464351>
- DuPaul, G. J., & Jimerson, S. R. (2014). Assessing, understanding, and supporting students with ADHD at school: contemporary science, practice, and policy. *School psychology quarterly: the official journal of the*

*Division of School Psychology, American Psychological Association, 29(4), 379–384.*  
<https://doi.org/10.1037/spq0000104>

DuPaul, G.J., & Stoner, G. (2003). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (2nd ed.). New York: Guilford.

DuPaul, G., & Valpe, R. (2009). ADHD and Learning Disabilities: Research Findings and Clinical Implications. *Current Attention Disorders Reports*, 1, 152–155.

DuPaul, G. J., & Weyandt, L. L. (2006). School-based intervention for children with attention deficit hyperactivity disorder: Effects on academic, social, and behavioural functioning. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(2), 161–176. <https://doi.org/10.1080/10349120600716141>.

Elia, J., Ambrosini, P., & Berrettini, W. (2008). ADHD characteristics: I. Concurrent co-morbidity patterns in children & adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health, 2(1), 15.*  
<https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-15>

Evans, S. W., Owens, J. S., & Bunford, N. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43, 527–551.*

Evans, S., Owens L., Wymbs, B., & Ray, A. R. (2018). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 00(00), 1–42.* <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1390757>

Eyre, O., Riglin, L., Leibenluft, E., Stringaris, A., Collishaw, S., & Thapar, A. (2019). Irritability in ADHD: association with later depression symptoms. *European child & adolescent psychiatry, 28(10), 1375–1384.*  
<https://doi.org/10.1007/s00787-019-01303-x>

Farrant, B., Fletcher, J., & Maybery, M. (2014). Cognitive Flexibility, Theory of Mind, and Hyperactivity/Inattention. *Child Development Research, 2014, 1-10.* <https://doi.org/10.1155/2014/741543>

Ferrin, M., Moreno-Granados, J. M., Salcedo-Marin, M. D., Ruiz-Veguilla, M., Perez-Ayala, V., & Taylor, E. (2014). Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD: immediate and long-term effects using a blind randomized controlled trial. *European child & adolescent psychiatry, 23(8), 637–647.* <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0494-7>

Ferrin, M., Perez-Ayala, V., El-Abd, S., Lax-Pericall, T., Jacobs, B., Bilbow, A., & Taylor, E. (2020). A Randomized Controlled Trial Evaluating the Efficacy of a Psychoeducation Program for Families of Children

and Adolescents With ADHD in the United Kingdom: Results After a 6-Month Follow-Up. *Journal of Attention Disorders*, 24(5), 768–779. <https://doi.org/10.1177/1087054715626509>

Fertman, C. I., & Chubb, N. H. (1992). The effects of a psychoeducational program on adolescents' activity involvement, self-esteem, and locus of control. *Adolescence*, 27(107), 517–526.

Frick, M. A., & Brocki, K. C. (2019). A multi-factorial perspective on ADHD and ODD in school-aged children: What is the role of cognitive regulation, temperament, and parental support. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 41(9), 933–945. <https://doi.org/10.1080/13803395.2019.1641185>

Friedman, N. P., & Miyake, A. (2017). Unity and diversity of executive functions: Individual differences as a window on cognitive structure. *Cortex*, 86, 186-204.

Gaastra, G. F., Groen, Y., Tucha, L., & Tucha, O. (2016). The Effects of Classroom Interventions on Off-Task and Disruptive Classroom Behavior in Children with Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *PloS one*, 11(2), e0148841. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148841>

Gaastra, G.F., Groen, Y., Tucha, L., & Tucha, O. (2019). Unknown, Unloved? Teachers' Reported Use and Effectiveness of Classroom Management Strategies for Students with Symptoms of ADHD. *Child & Youth Care Forum*, 49, 1-22.

Gevensleben, H., Holl, B., Albrecht, B., Schlamp, D., Kratz, O., Studer, P., Rothenberger, A., Moll, G. H., & Heinrich, H. (2010). Neurofeedback training in children with ADHD: 6-month follow-up of a randomised controlled trial. *European child & adolescent psychiatry*, 19(9), 715–724. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0109-5>

Ghanizadeh, A., Bahredar, M. J., & Moeini, S. R. (2006). Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient education and counseling*, 63(1-2), 84–88. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.09.002>

Ginsburg, G. S., La Greca, A. M., & Silverman, W. K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(3), 175–185. <https://doi.org/10.1023/A:1022668101048>

Gresham, F., Watchon, T.S., & Skinner, Ch. (2001). Functional Behavioral Assessment: Principles, Procedures, and Future Directions. *School Psychology Review*, 30(2), 156-172. DOI: 10.1080/02796015.2001.12086106

Hagaman, J., & Casey, K. (2016). Understanding and supporting the academic needs of students with adhd. *Special Education*, 1(34). Doi: 10.21277/se.v1i34.24

- Halperin, J. M., & Healey, D. M. (2011). The influences of environmental enrichment, cognitive enhancement, and physical exercise on brain development: can we alter the developmental trajectory of ADHD. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 35(3), 621–634.
- Hammen, C., & Rudolph, K. D. (2002). Childhood mood disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed.). New York, NY: Guilford. 233-278.
- Harpin V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of disease in childhood*, 90 Suppl 1(Suppl 1), i2–i7. <https://doi.org/10.1136/adc.2004.059006>
- Hawkins, J., & Catalano, R. (1992). *Communities That Care: Action for Drug Abuse Prevention*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Hinshaw, S. P. (2014). *The ADHD explosion: Myths, medication, money, and today's push for performance*. Oxford University Press.
- Holz, T., & Lessing, A. (2002). Reflections of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in an inclusive education system. *Perspectives in Education*, 20(3), 103–110.
- Hooper, S., & Williams, E. (2007). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Learning Disabilities*. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 215-254. DOI: 10.1385/1-59259-891-9:21
- Hoza B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Ambulatory pediatrics: the official journal of the Ambulatory Pediatric Association*, 7(1 Suppl), 101–106. <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2006.04.011>
- Hyman, S., Du Paul G., Gormley, M. (2017). *Evidence-Based Assessment and Intervention for ADHD in School Psychology*. Handbook of Australian School Psychology. 311-329. Springer Publishing Company.
- Jarrett, M. A., Wolff, J. C., Davis, T. E., 3rd, Cowart, M. J., & Ollendick, T. H. (2016). Characteristics of Children with ADHD and Comorbid Anxiety. *Journal of attention disorders*, 20(7), 636–644. <https://doi.org/10.1177/1087054712452914>
- 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*, 563–567. <https://doi.org/10.1177/070674379403900909>
- Jerome, L., Washington, P., Laine, S. J., & Segal, A. (1999). Graduating teacher's knowledge and attitudes about attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(2), 192.

- Kaufmann, L., & Nuerk, H. C. (2008). Basic number processing deficits in ADHD: a broad examination of elementary and complex number processing skills in 9- to 12-year-old children with ADHD-C. *Developmental science*, 11(5), 692–699. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2008.00718.x>
- Kendall, J., Leo, M. C., Perrin, N., & Hatton, D. (2005). Modeling ADHD child and family relationships. *Western Journal of Nursing Research*, 27(4), 500–51.
- Kessler, R. C., Coccaro, E. F., Fava, M., Jaeger, S., Jin, R., & Walters, E. (2006). The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 669–678. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.669>
- Khader, F. R. (2012). Teachers' Pedagogical Beliefs and Actual Classroom Practices in Social Studies Instruction. *American International Journal of Contemporary Research*, 2(1), 73-92
- Kypriotaki, M., & Manolitsis, G. (2010) Teachers' evaluations for the detection of primary-school children with attention deficit hyperactivity disorder, *European Journal of Special Needs Education*, 25(3), 269-281. DOI: [10.1080/08856257.2010.492940](https://doi.org/10.1080/08856257.2010.492940)
- Kircanski, K., Craske, M. G., Averbeck, B. B., Pine, D. S., Leibenluft, E., & Brotman, M. A. (2019). Exposure therapy for pediatric irritability: Theory and potential mechanisms. *Behaviour research and therapy*, 118, 141–149. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.04.007>
- Klimkeit, E., Graham, C., Lee, P., Morling, M., Russo, D., & Tonge, B. (2006). Children should be seen and heard: self-report of feelings and behaviors in primary-school-age children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 10(2), 181–191. <https://doi.org/10.1177/1087054706289926>
- Korrel, H., Mueller, K. L., Silk, T., Anderson, V., & Sciberras, E. (2017). Research Review: Language problems in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - a systematic meta-analytic review. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 58(6), 640–654. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12688>
- Kos, J. M., Richdale, A. M., & 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. <https://doi.org/10.1002/pits.10178>
- Latouche, A. P., & Gascoigne, M. (2019). In-Service Training for Increasing Teachers' ADHD Knowledge and Self-Efficacy. *Journal of attention disorders*, 23(3), 270–281. <https://doi.org/10.1177/1087054717707045>
- Lee J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet. Child & adolescent health*, 4(6), 421. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7)

- Li, X. (2012). The Role of Teachers' Beliefs in the Language Teaching-Learning Process. *Theory and Practice in Language Studies*, 2(7), 1397-1402.
- Lifford, K. J., Harold, G. T., & Thapar, A. (2008). Parent-child relationships and ADHD symptoms: a longitudinal analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 36(2), 285–296. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9177-5>
- Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of pediatric psychology*, 32(6), 643–654. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl054>
- Lopez, M. A., Toprac, M. G., Crismon, M. L., Boemer, C., & Baumgartner, J. (2005). A psychoeducational program for children with ADHD or depression and their families: results from the CMAP feasibility study. *Community mental health journal*, 41(1), 51–66. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-2599-z>
- Lucas, S.B. & Wright, V.H. (2009). Who Am I? The Influence of Teacher Beliefs on Instructional Technology Incorporation. *Journal on Excellence in College Teaching*, 20(3), 77-95.
- Lyon, G.R., Fletcher, J.M., Barnes, M.C. (2003). Learning disabilities. In: Mash EJ, Barkley RA (Eds.), *Child psychopathology*, (2nd ed, pp. 520–588). New York: Guilford Press.
- McCaslin, M., Bozack, A. R., Napoleon, L., Thomas, A., Vasquez, V., Wayman, V., & Zhang, J. (2006). Self-Regulated Learning and Classroom Management: Theory, Research, and Considerations for Classroom Practice. In C. M. Evertson & C. S. Weinstein (Eds.), *Handbook of classroom management: Research, practice, and contemporary issues* (pp. 223–252). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- El Malhany, N., Gulisano, M., Rizzo, R., & Curatolo, P. (2015). Tourette syndrome and comorbid ADHD: causes and consequences. *European journal of pediatrics*, 174(3), 279–288. <https://doi.org/10.1007/s00431-014-2417-0>
- Maoz, H., Gvirts, H. Z., Sheffer, M., & Bloch, Y. (2019). Theory of Mind and Empathy in Children With ADHD. *Journal of attention disorders*, 23(11), 1331–1338. <https://doi.org/10.1177/1087054717710766>
- March, J. S., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Hoza, B., Conners, C. K., Hinshaw, S. P., Hechtman, L., Kraemer, H. C., Greenhill, L. L., Abikoff, H. B., Elliott, L. G., Jensen, P. S., Newcorn, J. H., Vitiello, B., Severe, J., Wells, K. C., & Pelham, W. E. (2000). Anxiety as a predictor and outcome variable in the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 527–541. <https://doi.org/10.1023/A:1005179014321>

- Maric, M., Bexkens, A., & Bögels, S. M. (2018). Is Clinical Anxiety a Risk or a Protective Factor for Executive Functioning in Youth with ADHD? A Meta-regression Analysis. *Clinical child and family psychology review*, 21(3), 340–353. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0255-8>
- Martinussen, R., Hayden, J., Hogg-Johnson, S., & Tannock, R. (2005). A metaanalysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(4), 377–384. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000153228.72591.73>
- Martinussen, R., Tannock, R., & Chaban, P. (2011). Teachers' Reported Use of Instructional and Behavior Management Practices for Students with Behavior Problems: Relationship to Role and Level of Training in ADHD. *Child & Youth Care Forum*, 40(3), 193-210. DOI:10.1007/s10566-010-9130-6
- Masseti, G., Lahey, B., Pelham, W., & Loney, J. (2007). Academic Achievement Over 8 Years Among Children Who Met Modified Criteria for Attention-deficit/Hyperactivity Disorder at 4–6 Years of Age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3), 399-410. DOI: 10.1007/s10802-007-9186-4
- Melegari, M. G., Giallonardo, M., Sacco, R., Marcucci, L., Orecchio, S., & Bruni, O. (2021). Identifying the impact of the confinement of Covid-19 on emotional-mood and behavioural dimensions in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry research*, 296, 113692. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113692>
- Merrell, K. W., & Wolfe, T. M. (1998). The relationship of teacher-rated social skills deficits and ADHD characteristics among kindergarten-age children. *Psychology in the Schools*, 35(2), 101–110. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6807\(199804\)35:2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6807(199804)35:2)
- Montoya, A., Hervás, A., Fuentes, J., Cardo, E., Polavieja, P., Quintero, J., & Tannock, R. (2014). Clusterrandomized, controlled 12-month trial to evaluate the effect of a parental psychoeducation program on medication persistence in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1081.
- McQuade, J. D., Breaux, R. P., Miller, R., & Mathias, L. (2017). Executive functioning and engagement in physical and relational aggression among children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 899–910.
- Mikami, A. Y., Jia, M., & Na, J. J. (2014). Social skills training. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 775–788. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.05.007>
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Jaffee, S. R., Kim-Cohen, J., Koenen, K. C., Odgers, C. L., Slutske, W. S., & Viding, E. (2008). Research review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *Journal*

*of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(1), 3–33. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01823.x>

Mohr-Jensen, C., Müller Bisgaard, C., Boldsen, S. K., & Steinhausen, H. C. (2019). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood and Adolescence and the Risk of Crime in Young Adulthood in a Danish Nationwide Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(4), 443–452. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.11.016>

Mrug, S., Molina, B. S., Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Hechtman, L., & Arnold, L. E. (2012). Peer rejection and friendships in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: contributions to long-term outcomes. *Journal of abnormal child psychology*, 40(6), 1013–1026. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9610-2>

Nelson, J. R., Benner, G. J., & Mooney, P. (2008). *Instructional practices for students with behavioral disorders: Strategies for reading, writing, and math*. New York, NY: Guilford.

Newcorn, J. H., Halperin, J. M., & Miller, C. J. (2009). ADHD with oppositionality and aggression. In T.E. Brown (Ed), *ADHD comorbidities. Handbook for ADHD complications in children and adults* (pp. 157-176). USA: American Psychiatric Publishing.

Nosouhian, H., & Javadi, F. (2018). The comparison between self-confidence and symptoms of aggression and hyperactivity (ADHD) in children. *Early Child Development and Care*, 188(6), 723–730. <https://doi.org/10.1080/03004430.2016.1230608>

Ohan, J. L., Cormier, N., Hepp, S. L., Visser, T. W., & Strain, M. C. (2008). Does knowledge about attention deficit/ hyperactivity disorder impact teachers' reported behaviors and perceptions. *School Psychology Quarterly*, 23, 436-449.

Ohan, J., Visser, T., Strain, M. C., & Allen, L. (2011). Teachers' and education students' perceptions of and reactions to children with and without the diagnostic label "ADHD". *Journal of School Psychology*, 49, 81-105. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2010.10.001>

Overgaard, K. R., Aase, H., Torgersen, S., & Zeiner, P. (2016). Co-Occurrence of ADHD and Anxiety in Preschool Children. *Journal of Attention Disorders*, 20(7), 573–580. <https://doi.org/10.1177/1087054712463063>

Owens, E. B., Cardoos, S. L., & Hinshaw, S. P. (2015). Developmental progression and gender differences among individuals with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 223–255). New York: Guilford.



- Owens, J.S., Holdaway, A.S., Zoromski, A.K., Evans, S.W., Himawan, L.K., Girio-Herrera, E., & Murphy, C.E. (2012). Incremental benefits of a daily report card intervention over time for youth with disruptive behavior. *Behavior Therapy*, 43(4), 848–861.
- Owens, J. S., Holdaway, A. S., Smith, J., Evans, S. W., Himawan, L. K., Coles, E. K., & Dawson, A. E. (2018). Rates of common classroom behavior management strategies and their associations with challenging student behavior in elementary school. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 26(3), 156-169.
- Pajares, M.F., (1992). Teachers' beliefs and educational research: clearing up a messy construct. *Review of Educational Research*, 62(4), 307- 331.
- Pelham, W. E., Jr., Fabiano, G. A., & Massetti, G. M. (2005). Evidence-Based Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 449–476. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403\\_5](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_5)
- Pennington, B. F. (2006). From single to multiple deficit models of developmental disorders. *Cognition*, 101(2), 385–413.
- Perren, S., & Alsaker, F. (2006). Social behavior and peer relationships of victims, bully-victims, and bullies in kindergarten. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 47, 45-57. 10.1111/j.1469-7610.2005.01445.x.
- Pfiffner, L. J., & McBurnett, K. (1997). Social skills training with parent generalization: Treatment effects for children with attention deficit disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 749–757. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.5.749>
- Raghibi, M., Fouladi, S., & Bakhshani, N. M. (2014). Parent training and behavior therapy on behaviors of children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Health Scope*, 3(2), 1–4. DOI:[10.17795/JHEALTHSCOPE-15418](https://doi.org/10.17795/JHEALTHSCOPE-15418)
- Read, N., Mulraney, M., McGillivray, J., & Sciberras, E. (2020). Comorbid anxiety and irritability symptoms and their association with cognitive functioning in children with ADHD. *Journal of abnormal child psychology*, 48(8), 1035–1046. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00658-z>
- Reid, R., Vasa, S. F., Maag, J. W., & Wright, G. (1994). An analysis of teachers' perceptions of attention deficit-hyperactivity disorder. *The Journal of Research and Development in Education*, 27, 195– 202
- Reid, R., Trout, A. L., & Schartz, M. (2005). Self-Regulation Interventions for Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Exceptional Children*, 71(4), 361–377.

- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Gift, T. E., & Steans, T. A. (2017). ADHD and Anxiety: Clinical Significance and Treatment Implications. *Current psychiatry reports*, 19(12), 109. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0859-6>
- Ross, S. W., Romer, N., & Horner, R. H. (2012). Teacher Well-Being and the Implementation of School-Wide Positive Behavior Interventions and Supports. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 14(2), 118–128. <https://doi.org/10.1177/1098300711413820>
- Sadek, D.J. (2019). *Clinician's Guide to ADHD Comorbidities in Children and Adolescents*. Springer International Publishing.
- Sadock, B. J., Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2015). *Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (11th ed). New York: Wolters Kluwer.
- Salend, S. J., & Rohena, E. (2003). Students with Attention Deficit Disorders: An Overview. *Intervention in School and Clinic*, 38(5), 259–266. <https://doi.org/10.1177/10534512030380050101>
- Schellack, N. & Meyer, H. (2012). The management of attention deficit-hyperactivity disorder in children. *South African Pharmaceutical Journal*, 79(10), 12- 20.
- Sciberras, E., Lycett, K., Efron, D., Mensah, F., Gerner, B., Hiscock, H. (2014). Anxiety in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 133(5), 801-8. doi:10.1542/peds.2013-3686.
- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., & Bender Frank, A. S. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit/ hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, 37, 115-122.
- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., Kučerová, A., Michalová, Z., Schmiedeler, S., Antonopoulou, K., Shaker, N. Z., Lee, J., Alkahtani, K., Drake, B., & Rossouw, J. (2016). Crossnational comparisons of teachers' knowledge and misconceptions of ADHD. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 5(1), 34–50. <https://doi.org/10.1037/ipp0000045>
- Sellstrom, E., and S. Bremberg. 2006. "Is There A "School Effect" on Pupil Outcomes? A Review of Multilevel Studies.". *Journal Epidemiology Community Health*, 60, 149–155. doi:10.1136/ jech.2005.036707
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 171(3), 276–293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>

- Shaywitz, S.E., & Shaywitz, B.A.(1999). Cognitive and neurobiologic influences in reading and in dyslexia. *Developmental Neuropsychology*, 16(3), 383-384, DOI: [10.1207/S15326942DN1603\\_21](https://doi.org/10.1207/S15326942DN1603_21)[https://doi.org/10.1207/S15326942DN1603\\_21](https://doi.org/10.1207/S15326942DN1603_21)
- Shelemy, L., Harvey, K., & Waite, P. (2019). Supporting students' mental health in schools: What do teachers want and need? *Emotional and Behavioral Difficulties*, 24(1), 100–116. <https://doi.org/10.1080/13632752.2019.1582742>
- Shero, J. A., Logan, J., Petrill, S. A., Willcutt, E., & Hart, S. A. (2021). The Differential Relations Between ADHD and Reading Comprehension: A Quantile Regression and Quantile Genetic Approach. *Behavior genetics*, 51(6), 631–653. <https://doi.org/10.1007/s10519-021-10077-5>
- Shroff, H., Hardikar-Sawant, S., & Prabhudesai, A. D. (2017). Knowledge and Misperceptions about Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Among School Teachers in Mumbai, India. *International Journal of Disability, Development and Education*, 64(5), 514-525. DOI: 10.1080/1034912X.2017.1296937
- Snider, V. E., Busch, T., & Arrowood, L. (2003). Teacher Knowledge of Stimulant Medication and ADHD. *Remedial and Special Education*, 24(1), 46–56. <https://doi.org/10.1177/074193250302400105>
- Soroa, M., Gorostiaga, A., & Balluerka, N. (2016). Teachers' Knowledge of ADHD: Relevance of Training and Individual Perceptions. *Revista de Psicodidáctica*, 21(2), 205-226. DOI: 10.1387/RevPsicodidact.14023
- Speltz, M. L., McClellan, J., DeKlyen, M., & Jones, K. (1999). Preschool boys with oppositional defiant disorder: clinical presentation and diagnostic change. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(7), 838–845. <https://doi.org/10.1097/00004583-199907000-00013>
- Spencer, T., Biederman, J., Harding, M., O'Donnell, D., Wilens, T., Faraone, S., Coffey, B., & Geller, D. (1998). Disentangling the overlap between Tourette's disorder and ADHD. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 39(7), 1037–1044.
- Spencer T. J. (2009). Issues in the management of patients with complex attention-deficit hyperactivity disorder symptoms. *CNS drugs*, 23 Suppl 1, 9–20. <https://doi.org/10.2165/00023210-200923000-00003>
- Small, Stacey M.A. (2003). "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: General Education Elementary School Teachers' Knowledge, Training, and Ratings of Acceptability of Interventions". (Graduate Theses and Dissertations, University of South Florida). <https://digitalcommons.usf.edu/etd/1479>
- Stickley, A., Koyanagi, A., Ruchkin, V., & Kamio, Y. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and suicide ideation and attempts: Findings from the Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007. *Journal of affective disorders*, 189, 321–328. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.061>

- Stringaris, A., Cohen, P., Pine, D. S., & Leibenluft, E. (2009). Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *The American journal of psychiatry*, *166*(9), 1048–1054. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121849>
- Swann, A. C., Steinberg, J. L., Lijffijt, M., & Moeller, F. G. (2008). Impulsivity: differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, *106*(3), 241–248. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.011>
- Tamir, P. (1991). Professional and Personal Knowledge of Teachers and Teacher Educators. *Teaching and Teacher Education*, *7*(3), 263-268. [https://doi.org/10.1016/0742-051X\(91\)90033-L](https://doi.org/10.1016/0742-051X(91)90033-L)
- Tannock, R., & Martinussen, R. (2001). Reconceptualizing ADHD. *Educational Leadership*, *59*, 1-6.
- Thapar, A., Holmes, J., Poulton, K., & Harrington, R. (1999). Genetic basis of attention deficit and hyperactivity. *The British journal of psychiatry: The journal of mental science*, *174*, 105–111. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.2.105>
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R., & Stergiakouli, E. (2012). What causes attention deficit hyperactivity disorder ? *Archives of disease in childhood*, *97*(3), 260–265. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2011-300482>
- Topkin, B., Roman, N. V., & Mwaba, K. (2015). Attention Deficit Disorder (ADHD): Primary school teachers' knowledge of symptoms, treatment and managing classroom behavior. *South African Journal of Education*, *35*(2), 1–8. <https://doi.org/10.15700/saje.v35n2a988>
- Turker, S., Seither-Preisler, A., Reiterer, S.A., & Schneider, P. (2019). Cognitive and Behavioural Weaknesses in Children with Reading Disorder and AD(H)D. *Scientific Reports*, *9*(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-019-51372-w>
- Umoh, G. G. (2006). *Path to Quantitative Education: A Standard Book for Students, Teachers and Educational Administrators*. Uyo: Inela Ventures and Publishers.
- van de Weijer-Bergsma, E., Formsma, A. R., de Bruin, E. I., & Bögels, S. M. (2012). The Effectiveness of Mindfulness Training on Behavioral Problems and Attentional Functioning in Adolescents with ADHD. *Journal of child and family studies*, *21*(5), 775–787. <https://doi.org/10.1007/s10826-011-9531-7>
- Van Meter, A., Youngstrom, E., Freeman, A., Feeny, N., Youngstrom, J. K., & Findling, R. L. (2016). Impact of Irritability and Impulsive Aggressive Behavior on Impairment and Social Functioning in Youth with

- Cyclothymic Disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 26(1), 26–37. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0111>
- Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., Valdivieso, I., Leibenluft, E., & Stringaris, A. (2016). The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(7), 556–570. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.014>
- Ward, R. J., Bristow, S. J., Kovshoff, H., Cortese, S., & Kreppner, J. (2022). The Effects of ADHD Teacher Training Programs on Teachers and Pupils: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of attention disorders*, 26(2), 225–244. <https://doi.org/10.1177/1087054720972801>
- Welsh, M. C., Pennington, B. F., & Groisser, D. B. (1991). A normative-developmental study of executive function: A window on prefrontal function in children. *Developmental Neuropsychology*, 7(2), 131–149. <https://doi.org/10.1080/87565649109540483>
- Weyandt, L. L., Fulton, K.M., Schepman, S.B., Verdi, G. R., & Wilson, K. G.(2009). Assessment of teacher and school psychologist knowledge of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, 46(10), 51–961. <https://doi.org/10.1002/pits.20436>
- Wienen, A. W., Sluiter, M. N., Thoutenhoofd, E., de Jonge, P., & Batstra, L. (2019). The advantages of an ADHD classification from the perspective of teachers. *European Journal of Special Needs Education*, 34(5), 649-662. <https://doi.org/10.1080/08856257.2019.1580838>
- Wilens, T. E., & Spencer, T. J. (2010). Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. *Postgraduate medicine*, 122(5), 97–109. <https://doi.org/10.3810/pgm.2010.09.2206>
- Willcutt, E. G., & Pennington, B. F. (2000). Psychiatric comorbidity in children and adolescents with reading disability. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(8), 1039–1048.
- Wong, B. (2004). *Learning about learning disabilities* (3rd ed.), Elsevier, Amsterdam.
- Youssef, M. K., Hutchinson, G., & Youssef, F. F. (2015). Knowledge of and Attitudes Toward ADHD Among Teachers: Insights from a Caribbean Nation. *SAGE Open*. <https://doi.org/10.1177/2158244014566761>
- Zanting, A., Verloop, N., & Vermunt, J. D. (2001). Student teachers eliciting mentors' practical knowledge and comparing it to their own beliefs. *Teaching and Teacher Education*, 17(6), 725-740. [https://doi.org/10.1016/S0742-051X\(01\)00026-9](https://doi.org/10.1016/S0742-051X(01)00026-9)

Zeigler Dendy, C. A. (2011). The link between ADD/ADHD, executive function deficits, and academic performance. *Teaching teens with ADD, ADHD & executive functioning deficits:A quick reference guide for teachers and parents*. 35-46. Woodbine House.

Zental, S.S.( 2006). *ADHD and Education: Foundations, Characteristics, Methods and Collaboration*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Merrill Prentice Hall.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

Προκειμένου να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, πρέπει τα συμπτώματα της διαταραχής να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 7 ετών.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται πιο συχνά στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, αδέρφια) των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, παρά στο γενικό πληθυσμό. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Ένα σύμπτωμα παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι ότι συμπεριφέρεται με σκληρότητα απέναντι στους άλλους ανθρώπους. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μειώνουν αποτελεσματικά τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε πολλά παιδιά.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ κινούνται συνεχώς νευρικά ή στριφογυρίζουν στο κάθισμα τους.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Η κατάρτιση των γονέων και των εκπαιδευτικών σχετικά με την αντιμετώπιση ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι γενικά αποτελεσματική, όταν συνδυάζεται με φαρμακοθεραπεία.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Συνήθως τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση ή μεγάλη ιδέα για τον εαυτό τους.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Όταν ολοκληρωθεί η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ, σπάνια επανεμφανίζονται τα συμπτώματα της διαταραχής.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Ένας ενήλικας μπορεί να διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Συμφωνώ Απόλυτα

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν συχνά στο ιστορικό τους ένα περιστατικό κλοπής ή καταστροφής ξένης περιουσίας.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Παρενέργειες των διεγερτικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη ΔΕΠ-Υ, μπορεί να είναι η αϋπνία και η έλλειψη όρεξης για φαγητό.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Η πρόσφατη γνώση για τη ΔΕΠ-Υ προτείνει δυο υπότυπους των συμπτωμάτων της διαταραχής: ο ένας έχει ως χαρακτηριστικό την απροσεξία και ο άλλος την υπερδραστηριότητα/παρορμητικότητα.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συχνότερα συμπτώματα κατάθλιψης από ό,τι τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Η ατομική ψυχοθεραπεία είναι συνήθως επαρκής αντιμετώπιση για τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ξεπερνούν τα συμπτώματα της διαταραχής στην αρχή της εφηβείας και λειτουργούν "φυσιολογικά" ως ενήλικες.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Σε σοβαρές περιπτώσεις ΔΕΠ-Υ, η φαρμακευτική αγωγή χρησιμοποιείται, συχνά, πριν την εφαρμογή άλλων τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Προκειμένου να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, θα πρέπει να παρουσιάζει τα σχετικά συμπτώματα σε δυο ή περισσότερα πλαίσια (π.χ. σπίτι, σχολείο).

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

**Συμφωνώ Απόλυτα**

Εάν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ μπορεί να παραμείνει συγκεντρωμένο σε ένα βιντεοπαιχνίδι ή στην τηλεόραση για μια ώρα, τότε θα μπορεί να παραμείνει συγκεντρωμένο, για τουλάχιστον μια ώρα, στα μαθήματά του στο σχολείο και στο σπίτι .

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5



Μειώνοντας στη διατροφή τη ζάχαρη και τα συντηρητικά που υπάρχουν στα τρόφιμα, περιορίζονται αποτελεσματικά και τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ από μόνη της αρκεί για να έχει ένα παιδί δυνατότητα πρόσβασης σε Ειδική αγωγή και Εκπαίδευση.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Τα διεγερτικά φάρμακα είναι ο πιο κοινός τύπος φαρμάκου που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά δυσκολεύονται να οργανώσουν τις εργασίες και τις δραστηριότητές τους.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν γενικά περισσότερα προβλήματα στις νέες καταστάσεις από ό,τι στις γνωστές.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Υπάρχουν συγκεκριμένα φυσικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα στα οποία στηρίζονται οι γιατροί (π.χ. παιδίατροι) προκειμένου να καταλήξουν σε μια οριστική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Στα παιδιά σχολικής ηλικίας η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται το ίδιο συχνά στα αγόρια και τα κορίτσια.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Η προβληματική συμπεριφορά (π.χ. υπερδραστηριότητα, απροσεξία) των πολύ μικρών παιδιών (κάτω των 4 ετών) με ΔΕΠ-Υ, είναι πολύ διαφορετική από τη συμπεριφορά των συνομηλίκων τους που δεν έχουν ΔΕΠ-Υ.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ διακρίνονται ευκολότερα από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ μέσα στο πλαίσιο μιας σχολικής τάξης παρά σε ελεύθερη κατάσταση παιχνιδιού.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να παρουσιάσει χαμηλή σχολική επίδοση στα πρώτα σχολικά έτη.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ παρουσιάζονται συχνά και σε παιδιά που δεν έχουν ΔΕΠ-Υ, αλλά προέρχονται από ανεπαρκή και χαοτικά οικογενειακά περιβάλλοντα.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Οι συμπεριφοριστικές/ψυχολογικές παρεμβάσεις για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εστιάζουν κυρίως στο πρόβλημα της απροσεξίας.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία δηλ. η θεραπεία με ηλεκτροσόκ έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματική αντιμετώπιση για τις βαριές περιπτώσεις ΔΕΠ-Υ.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Οι θεραπείες για τη ΔΕΠ-Υ που εστιάζουν κυρίως στην τιμωρία είναι πιο αποτελεσματικές στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Έρευνες έχουν δείξει ότι η παρατεταμένη χρήση διεγερτικών φαρμάκων αυξάνει τις πιθανότητες εθισμού (δηλαδή, ναρκωτικά, αλκοόλ) στην ενήλικη ζωή.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Εάν ένα παιδί ανταποκρίνεται σε διεγερτικά φάρμακα (π.χ. Ριταλίνη), τότε πιθανότατα έχει ΔΕΠ-Υ.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ επιδεικνύουν, γενικά, μια άκαμπτη προσκόλληση σε συγκεκριμένες ρουτίνες ή τελετουργίες.

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια καλή δικαιολογία για την άτακτη/άσχημη συμπεριφορά των παιδιών. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια μόδα/ένα φαινόμενο της εποχής. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα μπορούσαν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους αν πραγματικά το θέλουν. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ θα μπορούσαν να τα καταφέρουν καλύτερα στα μαθήματα , εάν μόνο προσπαθούσαν περισσότερο. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Η ΔΕΠ-Υ σε παιδιά σχολικής ηλικίας σχετίζεται με τη μη συνεπή εφαρμογή κανόνων από τους γονείς και συνεπειών για την παράβαση τους. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Μερικά παιδιά αναπτύσσουν ΔΕΠ-Υ γιατί θέλουν να προσελκύσουν την προσοχή των άλλων. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Η ΔΕΠ-Υ είναι απόρροια προβλημάτων στην οικογένεια, συζυγικών συγκρούσεων ή διαζυγίου. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Η ΔΕΠ-Υ είναι αποτέλεσμα εφαρμογής αναποτελεσματικών στρατηγικών διαπαιδαγώγησης από τους γονείς κατά τη βρεφονηπιακή και προσχολική ηλικία. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ προέρχονται από ανεπαρκή και χαοτικά περιβάλλοντα. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Η διάγνωση ΔΕΠ-Υ προσφέρει δικαιολογία στους γονείς να αποποιούνται κάθε ευθύνη για τη δύσκολη συμπεριφορά του παιδιού. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ'

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Η υποστηρικτική στάση του/της εκπαιδευτικού βοηθά στην ένταξη του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στην τάξη. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Οι αρνητικές εμπειρίες και βιώματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ προκαλούν επιθετικές συμπεριφορές. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Η διασπαστική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ επηρεάζει τα συναισθήματα του/της εκπαιδευτικού απέναντι του. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μελλοντικά εκδηλώνουν παραβατική συμπεριφορά. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ απορρίπτονται από τους συμμαθητές τους λόγω των ελλειπών κοινωνικών τους δεξιοτήτων. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν περισσότερες πιθανότητες να δεχτούν εκφοβιστικές συμπεριφορές. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Οι προσδοκίες "των άλλων"(οικογένεια, σχολείο κ.λπ.) αγχώνουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Το παιδί με ΔΕΠ-Υ διατηρεί τις φιλικές του σχέσεις στην πάροδο του χρόνου. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκφράζουν τα συναισθήματα τους σωματικά και όχι λεκτικά. \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο  
1 2 3 4 5

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ'

Ποια/ες από τις παρακάτω στρατηγικές πιστεύετε ότι θα βοηθούσαν στη διαχείριση δυσκολιών, μαθητών με ΔΕΠ-Υ, εντός της τάξης:

Οργάνωση τάξης

Ανάθεση ρόλου (π.χ. βοηθός)

Επιβράβευση

Συνεργασία με οικογένεια

Συνεργασία με ειδικούς( ψυχολόγο, ψυχίατρο)

Τιμωρία

Σχέση εμπιστοσύνης με το/τη συγκεκριμένο/η μαθητή/τρια

Ομαδική εργασία

Απομόνωση του/της μαθητή/τριας

Άλλο

Αν μια από τις προηγούμενες απαντήσεις σας ήταν "άλλο", παρακαλώ προσδιορίστε.

Πιστεύεται ότι η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών όσον αφορά στη ΔΕΠ-Υ είναι αναγκαία; \*

Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ λίγο Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ Συμφωνώ Απόλυτα Συμφωνώ λίγο

1

2

3

4

5

Αν ναι, με ποιο τρόπο μπορεί να γίνει;

Ημερίδες

Σεμινάρια

Εποπτεία

Συνεργασία με ειδικό (ψυχολόγο-ψυχίατρο)

Άλλο

Αν μια από τις προηγούμενες απαντήσεις σας ήταν "άλλο", παρακαλώ προσδιορίστε.