ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία:

Γνώσεις Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με την εκπαίδευση παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)

ΑΛΕΞΙΟΥ ΠΑΝΑΓΙΤΣΑ

Α. Μ. 20503

Τριμελής Επιτροπή:

Επιβλέπουσα: Αντωνοπούλου Αικατερίνη, Λέκτορας

Μέλη: Γκούσια Μαρία, ΕΕΔΙΠ

Κωσταρέλλη Βασιλική, Επικ. Καθηγήτρια

ΑΘΗΝΑ, 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη……...…….....5

Εισαγωγή…….....7

Κεφάλαιο 1: Ιστορική Αναδρομή……..….9

1. 1. Σύνδρομο Εγκεφαλικής Βλάβης ή Ελάχιστης Εγκεφαλικής Λειτουγίας……....9

1. 2. Το Υπερκινητικό Σύνδρομο……...……...11

1. 3. Η Δεκαετία 1970-1979…….……..12

1.4. Η Δεκαετία 1980-1989……..…….….16

1.5. Από το 1990 και έπειτα……...17

Κεφάλαιο 2: Αίτια της ΔΕΠ-Υ……..18

2.1. Νευρολογικοί παράγοντες και ΔΕΠ-Υ…….……..18

2.2. Κληρονομικότητα και ΔΕΠ-Υ……...….19

2.3. Περιβαλλοντικά αίτια…….19

Κεφάλαιο 3: Συμπτώματα- Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV……...21

3.1. Εισαγωγικά…….21

3.2. Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ……...21

3.3. Η κλινική εικόνα ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ…….…….22

3.4.. Συμπτώματα και ηλικία…….23

3.5. Διαγνωστικά Κριτήρια - DSM-IV …….23

Κεφάλαιο 4: Τα προβλήματα που συνοδεύουν τη ΔΕΠ-Υ……28

4. 1. Εισαγωγικά……..…..28

4. 2. Νοητική ανάπτυξη…….28

4. 3. Προσαρμοστικές Ικανότητες…….....28

4.4. Μαθησιακές Δυσκολίες……..29

4.5. Η ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας……...…29

4.6. Η αίσθηση του χρόνου……30

4.7. Συναισθηματικές αντιδράσεις ……30

4.8. Κινητική ανάπτυξη…….……31

4.9. Προβλήματα στον ύπνο……..…31

Κεφάλαιο 5: Συννοσηρότητα και ΔΕΠ-Υ……32

5.1. Εισαγωγικά…….32

5. 2. ΔΕΠ-Υ και Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή ή Διαταραχή της Διαγωγής…....32

5.3. ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές της Διάθεσης……33

5.4. ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Tourette……..34
Κεφάλαιο 6: Διάγνωση ΔΕΠ-Υ…….36
6.1. Εισαγωγικά…….36
6.2. Κλίμακες Αξιολόγησης ΔΕΠ-Υ……..36
6.3. Τα στάδια της διάγνωσης……37
6.3.1. Πρώτο Στάδιο Διάγνωσης (Συλλογή δεδομένων)……37
6.3.2. Δεύτερο Στάδιο Διάγνωσης (Συνέντευξη με γονείς)…….....37
6.3.3. Το Τρίτο Στάδιο Διάγνωσης (Συνέντευξη με το παιδί)……..37
6.3.4. Το Τέταρτο Στάδιο Διάγνωσης (Συνέντευξη με τον δάσκαλο)……..38
6.3.5. Το Πέμπτο Στάδιο Διάγνωσης (Ιατρική εξέταση- Τελική διάγνωση)……...38
Κεφάλαιο 7: Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ……...…….39
7.1. Εισαγωγή……39
7.2. Ψυχολογική Παρέμβαση ……39
7.2.1. Προγράμματα εκπαίδευσης γονέων……..40
7.2.2. Εκπαίδευση εκπαιδευτικών/ Σχολικές τροποποιήσεις……...40
7.2.3. Ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων…….…….…..41
7.2.4. Γνωστική- Συμπεριφορική παρέμβαση……41
7.3. Φαρμακευτική Παρέμβαση…….…41
7.3..1 Διεγερτικά……42
7.3.2. *Μη Διεγερτικά*…….……..43
7.3..3 Αντικαταθλιπτικά……..43
7.3.4. Αντιυπερτασικά……...…..43
7.4 .Συνδυασμός των παραπάνω……....44
7.5. Αναποτελεσματικές Παρεμβάσεις ……44
Κεφάλαιο 8: Γνώσεις Εκπαιδευτικών για ΔΕΠ-Υ…….…46
8.1. Εισαγωγή…….……46
8.2. Αναφορά στην ξένη βιβλιογραφία……..46
8.3. Αναφορά στη ελληνική βιβλιογραφία……49
8.4. Παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για ΔΕΠ-Υ……51
8.5. Η στάση των εκπαιδευτικών απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, συναρτήσει των γνώσεών τους……52
Κεφάλαιο 9: Μέθοδος ……...……...54
9.1. Ερευνητικό εργαλείο…….……..54
9.2. Διαδικασία συλλογής δεδομένων……..54

9.3. Συμμετέχοντες…….……. ……..55
Κεφάλαιο 10: Αποτελέσματα……...…….58
Κεφάλαιο 11 Συζήτηση – Συμπεράσματα….……...……68
Βιβλιογραφία…….……..….…75
Παράρτημα……...83

Περίληψη

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), είναι η πιο συχνή αναπτυξιακή διαταραχή που αναφέρεται σε παιδιά και εφήβους. Χαρακτηρίζεται από έλλειψη προσοχής, παρορμητικότητα και υπερκινητικότητα και εμφανίζεται σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας σε ποσοστό από 3% ως 6% (Cantwell, 1996). Η έγκαιρη διάγνωση και η αντίστοιχη παραπομπή των παιδιών στους ειδικούς, στοχεύει στην κατάλληλη φαρμακευτική ή /και ψυχολογική παρέμβαση. Σύμφωνα με τους Vereb and DiPerna (2004), οι εκπαιδευτικοί είναι συνήθως τα πρώτα άτομα που εντοπίζουν, αναφέρουν και παραπέμπουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ για διάγνωση.

Σκοπός λοιπόν της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει τις γνώσεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για τη ΔΕΠ-Υ.

Στην έρευνα συμμετείχαν 180 εκπαιδευτικοί και συγκεκριμένα 100 καθηγητές Γυμνασίου και Λυκείου, 57 δάσκαλοι γενικής αγωγής και 23 δάσκαλοι ειδικής αγωγής από την περιοχή της Αττικής, της Φθιώτιδας και της νήσου Κω. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των McNicholas & Santosh (1997), το λεγόμενο «ADHD Knowledge Based Questionnaire», το οποίο μεταφράστηκε στα ελληνικά και προσαρμόστηκε ανάλογα στην κοινωνική πραγματικότητα. Οι εκπαιδευτικοί καλούνταν να απαντήσουν σε 26 ερωτήσεις τύπου Σωστού- Λάθους και Δεν Γνωρίζω, οι οποίες ήταν χωρισμένες σε τέσσερις κατηγορίες, Ορισμός, Συμπτωματολογία, Αιτιολογία και Παρέμβαση.

Το ποσοστό των συνολικών σωστών απαντήσεων που συγκέντρωσαν οι εκπαιδευτικοί ήταν 46,83%, το ποσοστό λάθος απαντήσεων ήταν 19,85%, ενώ το ποσοστό των Δεν Γνωρίζω απαντήσεων ήταν 32,88%. Συγκεκριμένα το ποσοστό σωστών απαντήσεων στον Ορισμό ήταν 60,56%, στην Συμπτωματολογία ήταν 62,94%, στην Αιτιολογία ήταν 26,56%, και στην Αντιμετώπιση ήταν13,06%. Τα παραπάνω δείχνουν ότι οι εκπαιδευτικοί έχουν ένα χαμηλό σχετικά επίπεδο γνώσεων για τη ΔΕΠ-Υ, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την Αιτιολογία και την Παρέμβαση.

Περεταίρω στατιστικές αναλύσεις έδειξαν ότι οι δάσκαλοι ειδικής αγωγής έχουν περισσότερες γνώσεις από τους δασκάλους γενικής αγωγής στις κατηγορίες Ορισμός και Παρέμβαση, αλλά και από τους δευτεροβάθμιους και ιδιαίτερα με τους καθηγητές ελληνικής ή ξένης γλώσσας σε όλες τις κατηγορίες ερωτήσεων εκτός από την Αιτιολογία. Επίσης και οι δάσκαλοι γενικής αγωγής έχουν περισσότερες γνώσεις από τους δευτεροβάθμιους στις κατηγορίες Συμπτωματολογία και Αιτιολογία.

Τέλος ανάμεσα στους εκπαιδευτικούς που δήλωσαν ότι είχαν προηγούμενη εμπειρία με παιδί με ΔΕΠ-Υ και σε αυτούς που δήλωσαν πως δεν είχαν δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ενώ ανάμεσα στους εκπαιδευτικούς που είχαν λάβει μετεκπαίδευση στην ειδική αγωγή και σε αυτούς που δεν είχαν βρέθηκε πως οι πρώτοι υπερτερούσαν σε όλες τις κατηγορίες εκτός της Αιτιολογίας. Επίσης στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μεταξύ των χρόνων προϋπηρεσίας των εκπαιδευτικών και των σωστών απαντήσεων και συγκεκριμένα οι εκπαιδευτικοί με τα περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας σημείωσαν μεγαλύτερα ποσοστά σωστών απαντήσεων στις κατηγορίες Ορισμός και Συμπτωματολογία από εκείνους που είχαν λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υποδεικνύουν την ανάγκη της συνεχούς επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών δίνοντας έμφαση στην Αιτιολογία και στην Παρέμβαση ώστε να συμβάλλουν με κάθε τρόπο στην υποστήριξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Εισαγωγή

Με τον όρο ΔΕΠ-Υ ή (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα ή κατά την αγγλική ορολογία MBD/ADHD (Attention Deficit Hyperactive Disorder), περιγράφεται η διαταραχή η οποία αποτελεί μια από τις ευρύτατα διαδεδομένες διαταραχές στην παιδική και εφηβική ηλικία (Λιβανίου, 2004) και εμφανίζεται σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας σε ποσοστό από 3% ως 6% (Cantwell, 1996).

Παράγοντες όπως η ζάχαρη, η λανθασμένη γονεϊκή συμπεριφορά και οι αλλεργίες τροφίμων, έχουν κατηγορηθεί κατά καιρούς για τα αίτια της ΔΕΠ-Υ χωρίς όμως επαρκή αποδεικτικά στοιχεία. Τον εικοστό αιώνα όμως αποδείχτηκε ότι η διαταραχή οφείλεται σε νευρολογικούς κληρονομικούς παράγοντες και όχι σε περιβαλλοντικά αίτια.

Η έλλειψη συγκέντρωσης, η παρορμητικότητα καθώς και η υπερκινητικότητα είναι τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, δημιουργώντας έτσι ποικίλα προβλήματα στο σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον αλλά και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Απαραίτητη προϋπόθεση για να τεθεί η διάγνωση, ορίζεται ότι τα συμπτώματα πρέπει να έχουν κάνει τη πρώτη τους εμφάνιση πριν το $7^{ο}$ έτος της ηλικίας, να επιμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες, να μην αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου και να προκαλούν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητά του σε ένα ή δύο σημεία.

Εκτός από τα παραπάνω βασικά συμπτώματα της διαταραχής, πολλές φορές η ΔΕΠ-Υ συνοδεύεται κι από άλλα προβλήματα όπως χαμηλό δείκτη νοημοσύνης κατά 7-15 μονάδες κάτω του φυσιολογικού, μειωμένες προσαρμοστικές ικανότητες, μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας, δυσκολίες στην αίσθηση του χρόνου, έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις καθυστέρηση στην κινητική ανάπτυξη και προβλήματα στον ύπνο.

Επίσης στη ΔΕΠ-Υ παρατηρούνται υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές και σύνδρομα όπως με την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Ε.Π.Δ.), τη Διαταραχή της Διαγωγής (Δ.Δ.), με Διαταραχές Διάθεσης και με το Σύνδρομο Tourette.

Η διάγνωση της διαταραχής γίνεται με διάφορες κλίμακες αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ και χωρίζεται σε πέντε στάδια: α) τη συλλογή των δεδομένων από τους γονείς, το παιδί και τους εκπαιδευτικούς, β) τη συνέντευξη με τους γονείς, γ) τη συνέντευξη με το παιδί, δ) τη συνέντευξη με τους εκπαιδευτικούς και ε) την ιατρική εξέταση με σκοπό την τελική διάγνωση.

Η αντιμετώπισης της διαταραχή γίνεται με τρία είδη παρεμβάσεων: την ψυχολογική, την φαρμακευτική και το συνδυασμό των δύο παραπάνω. Η ψυχολογική παρέμβαση γίνεται συνήθως με τους παρακάτω τρόπους: α) με Προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, β) με Εκπαίδευση εκπαιδευτικών/ Σχολικές τροποποιήσεις, γ) με Ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και δ) με Γνωστική- Συμπεριφορική παρέμβαση ενώ η φαρμακευτική παρέμβαση γίνεται με διεγερτικά, μη διεγερτικά, αντικαταθλιπτικά και αντιυπερτασικά φάρμακα.

Ωστόσο απαραίτητη προϋπόθεση για να παραπεμφθεί ένα παιδί για διάγνωση είναι να διαθέτουν οι εκπαιδευτικοί τις κατάλληλες γνώσεις ώστε να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της διαταραχής, μιας που στο σχολικό περιβάλλον γίνονται εύκολα αντιληπτά.

Κεφάλαιο 1: Ιστορική Αναδρομή

Από την αρχαιότητα έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις αναφοράς σε άτομα τα οποία παρουσίαζαν χαρακτηριστικά τα οποία σήμερα αποτελούν προάγγελους της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας. Ο Γαληνός προτείνει όπιο για τα αεικίνητα, υπερενεργητικά παιδιά (Goodman & Gilman, 1975) ενώ ο Σαίξπηρ αναφέρει μια αρρώστια της προσοχής σε έναν από τους χαρακτήρες του έργου του Βασιλιάς Ερρίκος ο Όγδοος (Barkley, 1996). Ο William James (1890) στο σύγγραμμά του Αρχές Ψυχολογίας, περιγράφει μια φυσιολογική παραλλαγή του χαρακτήρα, που ονομάζει «εκρηκτική βούληση» (explosive will), η οποία χαρακτηρίζεται από δυσκολίες παρόμοιες με αυτές των ατόμων με ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος –Μανιαδάκη, 2000) και μερικές δεκαετίες μετά , στα μέσα του 19ου αιώνα, ο Γερμανός γιατρός Heinrich Hoffman σε ένα ποίημά του με τίτλο Fidgety Phil, δίνει μια μεταγενέστερη περιγραφή ενός υπερκινητικού παιδιού (Stewart, 1970).

Οι πρώτες επιστημονικές πλέον αναφορές στα συμπτώματα και στη φύση της διαταραχής γίνονται στις αρχές του 20^{ου} αιώνα από το γιατρό George Still (1902).

Το πέρασμα του χρόνου ωστόσο, έφερε αλλαγές τόσο στην ονομασία της διαταραχής όσο και στη διεύρυνση ή συμπύκνωση της ομάδας των συμπτωμάτων, αναλόγως των θεωριών που επικρατούσαν σε κάθε περίοδο για την αιτιολογία της σημερινής ΔΕΠ-Υ.

1.1. Σύνδρομο Εγκεφαλικής Βλάβης ή Ελάχιστης Εγκεφαλικής Λειτουργίας

Όπως ήδη αναφέραμε , το 1902, ο George Still, πρώτος περιγράφει επιστημονικά σε μια σειρά διαλέξεών του, 43 παιδιά τα οποία ήταν παρορμητικά, επιθετικά, υπερκινητικά, αντιμετώπιζαν δυσκολίες στη παρατεταμένη συγκέντρωση προσοχής και γενικά αντιστέκονταν σε κάθε μορφή πειθαρχίας. Επιπλέον παρατήρησε ότι η αναλογία αγοριών και κοριτσιών ήταν 3:1, ότι η διαταραχή στην πλειοψηφία των παιδιών εμφανίζονταν πριν από την ηλικία των 8 ετών και αποτελούσε χρόνιο πρόβλημα, ότι ο δείκτης νοημοσύνης δεν σχετίζονταν με την διαταραχή στις περισσότερες περιπτώσεις, ότι(με λίγες εξαιρέσεις ανάμεσά τους) οι οικογένειες των παιδιών ήταν «φυσιολογικές» και τέλος ότι αλκοολισμός, εγκληματικότητα και συναισθηματικές διαταραχές εμφανίζονταν συχνά στους συγγενείς εξ αίματος αυτών των παιδιών, ενώ και τα ίδια τα

παιδιά παρουσίαζαν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης εγκληματικής συμπεριφοράς κατά την ενηλικίωση.

Ο Still υποστήριζε ότι τα αίτια της παραπάνω διαταραχής ήταν βιολογικά και ότι η ανεπαρκής ή ελαττωματική ανάπτυξη της βούλησης, της ηθικής συνείδησης και της παρατεταμένης προσοχής οφείλονταν σε νευρολογική ανεπάρκεια. Τέλος ο Still υποστήριξε ότι για να διαπιστώσουμε αν οι μηχανισμοί που ελέγχουν τις παραπάνω λειτουργίες είναι πράγματι ανεπαρκείς ή ελαττωματικοί, χρειάζεται να λάβουμε υπ όψιν μας την ηλικία του παιδιού (οι απαραίτητες συγκρίσεις να γίνουν μεταξύ παιδιών ίδιας ηλικίας) καθώς και τον ρυθμό ανάπτυξης αυτών των λειτουργιών. Η τελευταία παρατήρησή του τον κατέστησε πρωτοπόρο στην εξελικτική προσέγγιση της διαταραχής.

Περίπου μια δεκαετία αργότερα, το 1917-1918, οι ειδικοί θα κληθούν να αντιμετωπίσουν περιπτώσεις παιδιών που επέζησαν της επιδημίας εγκεφαλίτιδας που ξέσπασε στην Βόρειο Αμερική, όμως εκδήλωσαν σημαντικές ανεπάρκειες στις γνωστικές λειτουργίες και στην συμπεριφορά τους, χαρακτηριστικά των οποίων σήμερα αποδίδονται στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Η συσχέτιση λοιπόν της εγκεφαλικής βλάβης με μορφές παθολογικής συμπεριφοράς θα οδηγήσει τους ειδικούς στη μελέτη άλλων πιθανών αιτιών πρόκλησης της εγκεφαλικής βλάβης σε παιδιά, όπως τραυματισμοί κατά τη γέννηση (Shirley, 1939), επιληψία (Levin, 1938), έκθεση σε τοξικές ουσίες(Byers & Lord, 1943) κ.α.

Αργότερα, άλλοι ερευνητές θα υποστηρίξουν ότι η υπερκινητικότητα είναι αποτέλεσμα βλάβης που έχει επέλθει στο μετωπιαίο λοβό, παρόλο που δεν μπορούσαν να την αποδείξουν, ενώ οι ελαφριές μορφές υπερκινητικότητας αποδίδονταν κυρίως σε ψυχολογικά αίτια.

Ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος έδωσε την ευκαιρία σε πολλούς ερευνητές να μελετήσουν άτομα με εγκεφαλικά τραύματα και να παρατηρήσουν ότι αυτά οδηγούν πολλές φορές σε υπερκινητικότητα, νευρικότητα και ανυπομονησία ανεξάρτητα από το μέρος του εγκεφάλου στο οποίο έχει επέλθει τραυματισμός. Η θεωρία της «εγκεφαλικής βλάβης» λοιπόν έκανε την εμφάνισή της για να περιγράψει τα παιδιά που εκδήλωναν τη μορφή συμπεριφοράς που περιγράψαμε που στις επόμενες δεκαετίες θα μετονομαστεί σε «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» εξαιτίας της έλλειψης αποδείξεων ύπαρξης εγκεφαλικής βλάβης σε πολλές περιπτώσεις παιδιών που έφεραν τα παραπάνω συμπτώματα.

Την ίδια χρονική περίοδο γίνονται προτάσεις για την τροποποίηση του εκπαιδευτικού περιβάλλοντος, καθώς κάνουν και την εμφάνισή τους οι αμφεταμίνες ως φαρμακευτικό

μέσο αντιμετώπισης της μείωσης της υπερκινητικότητας και παρορμητικής συμπεριφοράς.

Ορόσημο στην ιστορία μελέτης της διαταραχής αποτελεί η έρευνα του Laufer και των συνεργατών του οι οποίοι πρώτοι πρότειναν έναν συγκεκριμένο νευρολογικό μηχανισμό σχετικά με την αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ (αδυναμία φιλτραρίσματος των προσλαμβανόμενων ερεθισμάτων στο εγκεφαλικό στέλεχος και στην αποστολή ενός υπερβολικού αριθμού ερεθισμάτων στον εγκεφαλικό φλοιό), ανεξαρτήτως εάν η έρευνα αυτή δεν επαναλήφτηκε ποτέ.

Συνοπτικά μπορούμε να πούμε ότι μέχρι τα τέλη του 1950 τα αίτια της υπερκινητικότητας οφείλονταν σε εγκεφαλικές βλάβες, και αντιμετωπίζονταν με φαρμακευτική αγωγή και με δομημένο εκπαιδευτικό περιβάλλον των παιδιών.

1.2. Το Υπερκινητικό Σύνδρομο

Τη δεκαετία του 1970 ο όρος της «ελάχιστης εγκεφαλικής βλάβης» άρχισε να εγκαταλείπεται οριστικά αφενός λόγω έλλειψης συνάφειας μεταξύ των συμπτωμάτων της διαταραχής, αφετέρου του γεγονότος ότι εκείνη την εποχή δέσποζαν οι ψυχαναλυτικές θεωρίες που κατηγορούσαν τους γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον για τα συμπτώματα που εκδηλώνονταν στα παιδιά, τη στιγμή που η αιτιολογία της διαταραχής υποστηρίζονταν ότι οφείλονταν κυρίων σε νευρολογικούς μηχανισμούς.

Η «ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη» μετονομάζεται σε «Υπερκινητικό Σύνδρομο» και ο Chess (1960) ορίζει την υπερκινητικότητα ως εξής: «Υπερκινητικό είναι το παιδί το οποίο εκτελεί δραστηριότητες με ρυθμό ταχύτερο από το φυσιολογικό ρυθμό ενός μέσου παιδιού ή ο παιδί που βρίσκεται διαρκώς σε κίνηση ή ένας συνδυασμός των δύο» (σελ.239).

Την ίδια εποχή το σύνδρομο εμφανίζεται με την ονομασία «Υπερκινητική αντίδραση στην παιδική ηλικία» και περιγράφεται ως εξής: «Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από αυξημένη κινητική δραστηριότητα, αεικινησία, εύκολη διάσπαση της προσοχής και μειωμένη διάρκεια προσοχής, ιδιαίτερα στα μικρότερα παιδιά, και τα συμπτώματά της συνήθως εξασθενούν στη εφηβεία»(DSM-II, American Psychiatric Association, 1968, σελ. 50)

Μέχρι το 1969 λοιπόν, τα στοιχεία της διαταραχής δεν διαφοροποιήθηκαν ιδιαίτερα από τα προηγούμενα έτη μιας και τα αίτια εξακολουθούσαν να οφείλονται σε εγκεφαλικές

δυσλειτουργίες, μικρότερης έκτασης όμως από ότι υποστηρίζονταν παλαιότερα. Επίσης η αντιμετώπιση εξακολουθούσε να γίνονταν με διεγερτικά φάρμακα και με μείωση των ερεθισμάτων στις σχολικές αίθουσες. Παρόλα αυτά το κεντρικό σύμπτωμα της διαταραχής ήταν η υπερβολική κινητικότητα και μόνο.

1.3. Η Δεκαετία 1970-1979

Σε αυτήν την περίοδο, σταθμό στην εξέλιξη της ΔΕΠ-Υ αποτελούν οι θεωρίες για τη φύση της διαταραχής που διατυπώθηκαν από τον Wender και την Douglas.

Η θεωρία του Wender(1971)

Ο Wender, χωρίζει τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των παιδιών που φέρουν την διαταραχή σε έξι τομείς:

1) Κινητική συμπεριφορά
2) Αντιληπτική-γνωστική λειτουργία
3) Σχολικές επιδόσεις
4) Αυτορρύθμιση
5) Διαπροσωπικές σχέσεις
6) Συναίσθημα

Διατηρώντας τον όρο «Ελάχιστη εγκεφαλική Λειτουργία», υποστηρίζει ότι τα παιδιά με Ελάχιστη Εγκεφαλική Λειτουργία, αντιμετωπίζουν προβλήματα στους παραπάνω τομείς διότι:

1) Η μειωμένη τους ευαισθησία απέναντι στην τιμωρία και στην αμοιβή, έγκειται στο γεγονός ότι αντιδρούν λιγότερο στις εμπειρίες τόσο του πόνου όσο και της ευχαρίστησης.
2) Έχουν υψηλό επίπεδο δραστηριοποίησης και για αυτό δυσκολεύονται να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους.
3) Είναι υπερκινητικά με αποτέλεσμα να έχουν μειωμένη διάρκεια προσοχής και ουσιαστικά να αποσπώνται πιο εύκολα από τα «φυσιολογικά» παιδιά.
4) Είναι πολύ εξωστρεφή με άμεση συνέπεια τα συχνά ξεσπάσματα θυμού.

Η θεωρία του Wender αφήνει πολλά αναπάντητα ερωτήματα σχετικά με τους όρους που χρησιμοποιεί, όπως η εξωστρέφεια, ενώ το μεγαλύτερο μειονέκτημά της είναι ότι δεν γίνεται σαφή διάκριση μεταξύ των συμπτωμάτων της σημερινής ΔΕΠ-Υ και της Εναντιωτικής Προκλητικής Διαταραχής.

Η θεωρία της Douglas (1972)

Ένα χρόνο μετά, η Virginia Douglas, καταρρίπτει το μύθο της υπερκινητικότητας ως κυρίαρχο αίτιο της διαταραχής και υποστηρίζει ότι τα ελλείμματα στην παρατεταμένη προσοχή και στις διαδικασίες αυτορύθμισης οι οποίες είναι υπεύθυνες για την οργάνωση, καταγραφή και επεξεργασία πληροφοριών , αποτελούν τη ρίζα των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα υπερκινητικά παιδιά.

Την επόμενη δεκαετία, υποστηρίζει (1980a, 1980b, 1983) ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ οφείλονται σε ελλείμματα σε τέσσερις βασικούς τομείς:

1) Οργάνωση και διατήρηση της προσοχής και της προσπάθειας
2) Δυνατότητα αναστολής των παρορμητικών αντιδράσεων
3) Ρύθμιση του επιπέδου εγρήγορσης ανάλογα με τις απαιτήσεις των περιστάσεων, και
4) Ασυνήθιστα ισχυρή τάση για αναζήτηση άμεσης ενίσχυσης

Η προσφορά της θεωρίας της είναι μεγάλη για το λόγο ότι με επιστημονικά στοιχεία προσδιόρισε πολλά από τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, αλλά και απέδειξε ότι τα υπερκινητικά παιδιά μπορούν να έχουν «φυσιολογικές» ή σχεδόν «φυσιολογικές» επιδόσεις στα μετρήσεις αξιολόγησης της ικανότητας για παρατεταμένη προσοχή υπό συνθήκες συνεχούς και άμεσης ενίσχυσης, αλλά και οι επιδόσεις τους μειώνονται δραματικά όταν η ενίσχυση είναι μερική (Freibergs & Douglas,1969, Parry & Douglas, 1976). Επιπλέον η συνεργάτης της, έδειξε ότι κατά τη διάρκεια της πορείας των παιδιών και κατά το πέρασμά τους στην εφηβεία, μπορεί τα επίπεδα υπερκινητικότητας να μειώνονται, όμως τα προβλήματα διατήρηση προσοχής και παρορμητικότητας παραμένουν και θέτουν τα παιδιά σε μεγαλύτερο κίνδυνο για σχολική αποτυχία και κακή κοινωνική προσαρμογή (Weiss & Hechtman, 1986). Τέλος αξίζει να σημειώσουμε ότι η επιρροή της Douglas έπαιξε σημαντικό ρόλο στη μετονομασία της διαταραχής στο DSM-III(American Psychiatric Association, 1980), όπου σε αυτήν την έκδοση τα ελλείμματα στην ικανότητα για παρατεταμένη προσοχή και στον ανασταλτικό έλεγχο της

συμπεριφοράς, αναγνωρίστηκαν επίσημα ως πιο σημαντικά για τη διάγνωση απ' ότι η υπερκινητικότητα.

Διατροφή και ΔΕΠ-Υ

Η συστηματική ενασχόληση με την υγιεινή διατροφή την δεκαετία 1970-1980 στην Αμερική, οδηγεί στη θεωρία που υποστηρίζει ότι η υπερκινητική συμπεριφορά ήταν αποτέλεσμα αλλεργικής ή τοξικής αντίδρασης σε ορισμένα συστατικά της διατροφής, όπως οι τεχνητές χρωστικές ουσίες ή τα συντηρητικά (Feingold, 1975).

Την περίοδο εκείνη, η άποψη αυτή γνωρίζει τέτοια δημοτικότητα που ομάδες γονέων προωθούν την δίαιτα του Feingold για την αντιμετώπιση της διαταραχής και στην Καλιφόρνια προτείνεται νόμος για την απομάκρυνση από τα κυλικεία των σχολείων των τροφών οι οποίες περιέχουν τα επιβλαβή αυτά συστατικά!

Οι απόψεις του Feingold καταρρίφθηκαν από την Εθνική Επιτροπή που συστάθηκε για αυτό το θέμα (National Advisory Committee on Hyper kinesis and Food Additives) διότι δεν υπήρξαν στοιχεία που να τις επιβεβαιώνουν, όμως τα δέκα χρόνια έρευνας που χάθηκαν πριν την κατάρριψή της, θεωρήθηκαν πολύτιμα.

Περιβάλλον και ΔΕΠ-Υ

Την ίδια περίοδο μια άλλη θεωρία που υποστηρίζει ότι η υπερκινητικότητα οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, κάνει την εμφάνισή της. Συγκεκριμένα ο Block (1977), προτείνει ότι οι γρήγοροι ρυθμοί των πολιτισμικών αλλαγών δημιουργούν αυξημένη νευρικότητα και υπερδιέγερση και το γεγονός ότι τα ποσοστά των υπερκινητικών ατόμων αυξάνονται στις δυτικές κοινωνίες ενισχύουν την άποψή του. Παρ' όλα αυτά, οι απόψεις του στερούνταν αποδεικτικών στοιχείων που να τις επιβεβαιώνουν εμπράκτως και επιπλέον δέχτηκαν σκληρή κριτική κι έτσι καταρρίφθηκαν. Αξίζει να σημειώσουμε ότι μπορεί η αιτιολογία της διαταραχής να μην οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, όμως το περιβάλλον παίζει καθοριστικό ρόλο στην τελική πορεία του υπερκινητικού παιδιού και γενικότερα στην ικανότητα κοινωνικοποίησής του.

Λανθασμένη Γονική Συμπεριφορά και ΔΕΠ-Υ

Σε αυτή τη θεωρία υποστηρίζεται από τους ψυχαναλυτές ότι ο αναποτελεσματικός χειρισμός των παιδιών από τους γονείς προκαλεί υπερκινητικότητα. Συγκεκριμένα, Bettelheim και Harticolis, πίστευαν ότι οι γονείς που αντιμετωπίζουν χωρίς ανοχή την αυξημένη δραστηριότητα των βρεφών τους εκδηλώνουν εξαιρετικά αρνητικές

αντιδράσεις και οδηγούν στην υπερκινητικότητα των παιδιών τους σε παθολογικά επίπεδα (Bettelheim, 1973, Harticolis, 1968). Οι συμπεριφοριστές επίσης υποστήριζαν ότι η ανεπαρκής δημιουργία συνεξαρτήσεων ανάμεσα στις εντολές και οδηγίες και στον έλεγχο των ερεθισμάτων από τα παιδιά οδηγεί σε μη συνεργάσιμη και αντικοινωνική συμπεριφορά (Willis & Lovaas, 1977). Αυτές οι θεωρίες πάντως όπως και οι προηγούμενες δεν ήταν επιστημονικά αποδεδειγμένες και έτσι δεν επικράτησαν για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Αξιοσημείωτες εξελίξεις…

Εκείνη την εποχή επίσης ψηφίστηκε νόμος στις Η.Π.Α (Public Law 94-142), έτσι ώστε να παρέχονται ειδικές εκπαιδευτικές υπηρεσίες όχι μόνο στα παιδιά με νοητική υστέρηση, αλλά και στα παιδιά με διαταραχές στη συμπεριφορά. Έρευνες απέδειξαν ότι τα περισσότερα παιδιά επωφελήθηκαν από αυτή την αλλαγή, όμως η σημαντικότερη προσφορά της εντοπίζεται στο ότι επακολούθησε ένα πλήθος ερευνών σχετικά με την χρήση τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς στην τάξη ως παρέμβαση εναλλακτική της φαρμακευτικής αγωγής (Allyon et al., 1975-O' Leary et al., 1976). Φυσικά η φαρμακευτική αγωγή παρέμεινε ως το πιο αποτελεσματικό μέσο αντιμετώπισης της υπερκινητικότητας, όμως σημαντικό είναι ότι εμφανίζεται η άποψη ότι η εκπαίδευση των γονέων και η σωστή σχολική συμπεριφορά σε συνδυασμό με τα διεγερτικά φάρμακα αρχίζει να διαδίδεται ως μέσο αντιμετώπισης της διαταραχής.

Τότε διαδόθηκαν ευρέως και οι κλίμακες αξιολόγησης της υπερκινητικότητας από γονείς και δασκάλους που αναπτύχθηκαν από τον Conners(1969). Αυτές οι κλίμακες, αποτέλεσαν για είκοσι χρόνια το κύριο εργαλείο επιλογής παιδιών για ερευνητικούς σκοπούς ή για την παροχή φαρμακευτικής αγωγής.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1960 και στις αρχές του 1970, δημοσιεύονται έρευνες οι οποίες δείχνουν ότι σε πολλές περιπτώσεις τα συμπτώματα της διαταραχής υπάρχουν και μετά την ενηλικίωση των ατόμων που είχαν λάβει αυτή τη διάγνωση ως παιδιά (Mendelson et al., 1971- Menkes et al., 1967).

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι σε αυτή την περίοδο τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της διαταραχής είναι η διαταραχή προσοχής και οι δυσκολίες στη αυτορύθμισης και όχι η υπερκινητικότητα όπως υποστηρίζονταν παλαιότερα. Η έννοια της εγκεφαλικής βλάβης εγκαταλείφθηκε και τη θέση της κατέλαβαν οι θεωρίες για τν διέγερση του κεντρικού νευρικού συστήματος και πιθανά ελλείμματα στους

εγκεφαλικούς νευροδιαβιβαστές (Wender, 1971) και τη νευρολογική ανωριμότητα (Kinsbourne, 1977).

Αναπτύχθηκαν ακόμα θεωρίες που περιβαλλοντικά αίτια, όπως διατροφή και λανθασμένη γονική συμπεριφορά, τα θεώρησαν κύρια για τη δημιουργία της υπερκινητικότητας , που όμως δεν μπόρεσαν να στηριχθούν με επαρκή επιστημονικά δεδομένα. Τέλος οι πιο αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις εντοπίζονται στην φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με την εκπαίδευση των γονέων και την τροποποίηση της συμπεριφοράς μέσα στην σχολική τάξη.

1.4. Η Δεκαετία 1980-1989

Αυτή η δεκαετία είναι πολύ σημαντική για την εξέλιξη της ΔΕΠ-Υ, διότι δημοσιεύεται η Τρίτη έκδοση του DSM (DSM-III, American Psychiatric Association, 1980). Το σύνδρομο μετονομάζεται σε «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής» με ή χωρίς υπερκινητικότητα. Ως κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου παρουσιάζονται η διαταραχή προσοχής και η παρορμητικότητα, ενώ η υπερκινητικότητα δεν θεωρούνταν απαραίτητη προϋπόθεση. Θα πρέπει να περάσει ακόμη μία δεκαετία ώστε να αποδειχθεί ότι τα άτομα των δύο αυτών κατηγοριών, δηλαδή με ή χωρίς υπερκινητικότητα, παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές.

Επτά χρόνια μετά, στη αναθεωρημένη έκδοση του DSM (DSM-III-R, American Psychiatric Association, 1987), ως ονομασία του συνδρόμου καθιερώνεται η «Διαταραχή Ελλειμματική Προσοχής/Υπερκινητικότητα». Τώρα καθαρά για λόγους εγκυρότητας, υπάρχουν 14 κριτήρια συμπτωμάτων. Η προηγούμενη κατηγορία «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Χωρίς Υπερκινητικότητα» καταργείται και τη θέση της καταλαμβάνει μια ασαφής κατηγορία γνωστή ως «Αδιαφοροποίητη Διαταραχή Προσοχής». Επίσης η ΔΕΠ-Υ ταξινομείται σε μια ευρύτερη κατηγορία με την ονομασία «Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς» λόγω της συχνής συννοσηρότητας των συμπτωμάτων τους.

Εκείνη την περίοδο επίσης αναφέρεται για πρώτη φορά πως ο κοινωνικός περίγυρος και το οικογενειακό περιβάλλον μπορούν να επηρεάσουν και να επηρεαστούν από την ύπαρξη της διαταραχής.

1.5. Από το 1990 και έπειτα…

Ίσως μπορεί να χαρακτηριστεί ως δεκαετία σταθμός, μια που εδώ έχουμε πλέον την τελική έκδοση και ως σήμερα επιστημονικά έγκυρη, έκδοση του DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Σε αυτήν την έκδοση αναφέρονται δύο και όχι μία κατηγορία συμπτωμάτων για τη διαταραχή. Στην πρώτη κατηγορία συμπεριλαμβάνονται τα συμπτώματα της διαταραχής της προσοχής και στην άλλη αυτά που αναφέρονται στην υπερκινητική-παρορμητική συμπεριφορά. Όταν δε πληρούνται τα κριτήρια και των δύο κατηγοριών τότε δίνεται η διάγνωση «ΔΕΠ-Υ, συνδυασμένος τύπος. Επιπλέον σημαντικό αποτελεί το ότι τονίζεται η αναγκαιότητα να υπάρχει σημαντική δυσλειτουργικότητα του ατόμου σε τουλάχιστον δύο τομείς ώστε να δοθεί η ΔΕΠ-Υ ως διάγνωση. Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι ένα άτομο που εμφανίζει διαταραχή προσοχής ή υπερκινητικότητα παραδείγματος χάριν στο σπίτι και όχι στο σχολείο δεν μπορεί να φέρει τη διαταραχή. Εκτενέστερα για το τι συμπεριλαμβάνει το DSM-IV θα αναφέρουμε σε παρακάτω κεφάλαιο.

Κεφάλαιο 2: Αίτια της ΔΕΠ-Υ

Σε προηγούμενο κεφάλαιο αναφέραμε το ιστορικό εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ που συμπεριλάμβανε κυρίως την εξέλιξη των πιθανών αιτιών και συμπτωμάτων της διαταραχής, δια μέσου του χρόνου. Σε αυτό το κεφάλαιο λοιπόν θα αναφερθούμε στα πραγματικά αίτια της ΔΕΠ-Υ όπως καταγράφονται τα τελευταία χρόνια.
Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι πέντε είναι οι αιτίες που συνήθως δεν προκαλούν ΔΕΠ-Υ και αποτελούν μύθους της διαταραχής:

- Η υπερβολική τηλεόραση
- Αλλεργίες των τροφών
- Η ζάχαρη
- Η λανθασμένη γονεϊκή συμπεριφορά
- Η λανθασμένη αντιμετώπιση των παιδιών από τους εκπαιδευτικούς

2.1. Νευρολογικοί παράγοντες και ΔΕΠ-Υ

Ο εικοστός αιώνας «δικαιώνει» τον Still, που ήδη από το 1902 είχε αναφέρει πως τα αίτια της ΔΕΠ-Υ είναι κληρονομικά ή οφείλονται σε βλάβη του εγκεφάλου.
Άτομα που έχουν υποστεί βλάβη ή τραυματισμό στο μετωπιαίο λοβό, παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες με άτομα με ΔΕΠ-Υ. Τα αποτελέσματα και στις δύο περιπτώσεις είναι τα ελλείμματα που παρουσιάζουν στη συντηρούμενη προσοχή, τον ανασταλτικό έλεγχο, τη ρύθμιση του συναισθήματος και την ικανότητα για διαχρονική οργάνωση της συμπεριφοράς. (Stuss & Benson, 1086-Gratan & Eslinger, 1991).
Άλλες ενδείξεις ότι η ΔΕΠ-Υ οφείλεται σε νευρολογικούς παράγοντες είναι η σχέση των συμπτωμάτων της με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές (π.χ. μαθησιακές δυσκολίες) οι οποίες σχετίζονται με νευρολογικές βλάβες.
Επιπλέον η σημαντική βελτίωση που επέρχεται στα άτομα μετά τη χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων, αποδεικνύει για ακόμα μια φορά την εξαρτημένη σχέση των αιτιών της ΔΕΠ-Υ με τον εγκέφαλο. Εδώ αξίζει να αναφερθούμε σε μια έρευνα στην οποία επιστήμονες με τη μέθοδο της τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (PET) μελέτησαν τη μεταβολική δραστηριότητα του εγκεφάλου που ελέγχουν την προσοχή, χρησιμοποιούσαν λιγότερη γλυκόζη που πρακτικά σημαίνει ότι ήταν λιγότερο ενεργά.

Συμπερασματικά ,η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται με ανωμαλίες στον εγκέφαλο και συγκεκριμένα στις μετωπιαίες περιοχές μια που εκεί βρίσκονται τα τμήματα που ελέγχουν την παρορμητικότητα, την εκτίμηση χρόνου αλλά και πολύπλοκες σύνθετες σκέψεις. Έτσι αν αυτή η περιοχή υποστεί βλάβη, εγκέφαλος δεν μπορεί να σταματήσει τις «αυθόρμητες» αντιδράσεις στα προσλαμβανόμενα ερεθίσματα. (Neuhaus, 1996). Παρ' όλα αυτά σε καμία από τις πρόσφατες μελέτες δεν έχει εντοπίσει βλάβη στη δομή του εγκεφάλου ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Το μόνο που διαπιστώθηκε είναι ότι οι περιοχές που σχετίζονται με τη διαταραχή, είναι μικρότερες από το κανονικό.

2.2. Κληρονομικότητα και ΔΕΠ-Υ

Η κληρονομικότητα φαίνεται πως διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ. Έχει παρατηρηθεί ότι οι συγγενείς των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, συχνά εμφανίζουν διαταραχές διαγωγής, κατάθλιψη ή κατάχρηση ουσιών. Επίσης εμφανίζουν και οι ίδιοι τη διαταραχή σε ποσοστά 10-35%. (Pauls, 1991,Biederman et al.,1990). Μελέτες έδειξαν ότι αν ένας γονιός πάσχει από ΔΕΠ-Υ, η πιθανότητα να πάσχει και το παιδί από τη διαταραχή ανέρχεται στο 57%.(Biederman et al.,1995a).

Ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται να ενισχύει τη σχέση των γενετικών παραγόντων και της ΔΕΠ-Υ, είναι οι νευροδιαβιβαστές ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη. Αυτό συμβαίνει γιατί οι συγκεκριμένοι επιδρούν στις περιοχές του εγκεφάλου που έχουν θεωρηθεί προβληματικές.

Τέλος αν και δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις για την ύπαρξη συγκεκριμένων ανωμαλιών στη δομή των χρωμοσωμάτων των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, τα παιδιά που παρουσιάζουν χρωμοσωμικές ανωμαλίες γενικά φαίνεται να φέρουν περισσότερα προβλήματα προσοχής από τα κανονικά. (Zelazo & Stack, 1997).

2.3. Περιβαλλοντικά αίτια

Ένας αρκετά σημαντικός αριθμός περιβαλλοντικών παραγόντων έχει συσχετιστεί με την αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ. Παρ' όλα αυτά τα παρακάτω δεν έχουν αποδειχτεί επιστημονικά ακόμη ως αίτια της διαταραχής.

- Το κάπνισμα κατά της διάρκεια της εγκυμοσύνης
- Το αλκοόλ κατά της διάρκεια της εγκυμοσύνης

- Τα λιποβαρή/ πρόωρα μωρά
- Τοξικά

Αξίζει να γίνει αναφορά σε μια έρευνα που μελέτησε τη σχέση γονέων – παιδιών με ΔΕΠ-Υ και συγκεκριμένα τις μητέρες αυτών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είχαν πιο αντιδραστική συμπεριφορά και ήταν λιγότερο συνεργάσιμα απέναντι στις μητέρες τους από τα «φυσιολογικά» παιδιά και οι μητέρες τους αντίστοιχα, ήταν πιο αυστηρές και πιο αυταρχικές. Η χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων όμως βελτίωσε την κατάσταση.

Δεν πρέπει λοιπόν να αδιαφορούμε για τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορεί να μην έχουν αποδείξει την αιτιώδη σχέση τους με τη ΔΕΠ-Υ, αλλά σίγουρα η κληρονομικότητα θα επηρεάσει τη δομή του οικογενειακού περιβάλλοντος και την τελική έκβαση του ατόμου με ΔΕΠ-Υ, αλλά θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν.

Κεφάλαιο 3: Συμπτώματα- Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV

3.1. Εισαγωγικά

Η έλλειψη συγκέντρωσης, η παρορμητικότητα καθώς και η υπερκινητικότητα είναι, όπως είδαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ. Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να αναλύσουμε την κλινική εικόνα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ καθώς και τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV, έτσι ώστε αν οι εκπαιδευτικοί αν παρατηρήσουν κάτι από τα παρακάτω να προβληματιστούν και να παραπέμψουν το παιδί για περεταίρω διάγνωση. Επίσης θα προσπαθήσουμε να ξεκαθαρίσουμε τη διαφορά από ένα ζωηρό παιδί και από ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ. Αξίζει λοιπόν να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή, γιατί ό,τι φαίνεται για ΔΕΠ-Υ δεν σημαίνει ότι είναι.

3.2. Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ

Τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σχετίζονται με την εμφάνιση περιορισμένων ικανοτήτων στη συγκέντρωση προσοχής, τον έλεγχο, την παρορμητικότητας και της συμμόρφωσης σε συγκεκριμένους κανόνες. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργούνται ποικίλα προβλήματα στο σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον αλλά και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Πολλές φορές παρατηρούνται πιθανότητες εμφάνισης και άλλων ψυχικών διαταραχών (συννοσηρότητα) στο οποίο όμως θα αναφερθούμε σε επόμενο κεφάλαιο.

Τα παραπάνω συμπτώματα διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο και την ηλικία του παιδιού, αλλά και από τις συνθήκες μέσα στις οποίες σε κάθε περίπτωση εκδηλώνονται. Για τον παραπάνω λόγο είναι προφανές ότι τα συμπτώματα ανάμεσα σε δυο παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να διαφέρουν κατά πολύ. Στο παραπάνω συμβάλλει επίσης το επίπεδο βαρύτητας εκδήλωσης των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας, παρορμητικότητας και έλλειψης προσοχής που εκδηλώνουν.

3.3. Η κλινική εικόνα ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ

Πώς εκδηλώνονται πρακτικά τα συμπτώματα;

- *Υπερκινητικότητα*

Ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι υπερδραστήριο, κινείται συνεχώς, σκαρφαλώνει σε έπιπλα, κάνει επικίνδυνα ακροβατικά στο σπίτι χωρίς να φοβάται. Στο σχολείο δεν μπορεί να παραμείνει στη θέση του στο θρανίο, ζωγραφίζει και μουτζουρώνει τα τετράδιά του, κάνει συνεχώς θόρυβο χτυπώντας τα πόδια του ή το μολύβι στο θρανίο και γενικά έχει μια τάση να καταστρέφει αντικείμενα δικά του ή και των άλλων.

- *Παρορμητικότητα*

Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα εκδήλωσης παρορμητικότητας είναι η αδυναμία να περιμένει τη σειρά του στα παιχνίδια. Επίσης απαντάει επιπόλαια, πριν καν ακούσει ολοκληρωμένη την ερώτηση. Μέσα στην τάξη συχνά αποχωρεί από τις ομαδικές δραστηριότητες διότι δεν μπορεί όπως είπαμε να περιμένει τη σειρά του και αυτό το κάνει βαριέται εύκολα.

- *Έλλειψη προσοχής*

Αξιοσημείωτο είναι ότι χρειάζεται να διατυπωθεί παραπάνω από μια φορά η ίδια ερώτηση διότι συχνά παρουσιάζεται αφηρημένο και «χαμένο» σε ένα δικό του κόσμο. Ακόμη δεν μπορεί να συγκεντρωθεί σε μια δραστηριότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα με αποτέλεσμα στο τέλος να την εγκαταλείπει. Παρ' όλα αυτά, δείχνει να συγκεντρώνεται εύκολα στα ηλεκτρονικά παιχνίδια και να σημειώνει άριστες επιδόσεις σε αυτά. Στο σχολείο επαναλαμβάνει συνεχώς τα ίδια λάθη, αν όμως του ζητηθεί ο κανόνας φαίνεται να τον γνωρίζει.

- *Συμπεριφορά*

Είναι σχετικά αντιδραστικό παιδί και πολλές φορές αγενές και απότομο. Οι τιμωρίες δεν το αγγίζουν. Τα ψέματα είναι σύνηθες φαινόμενο. Πολλές φορές γίνεται επιθετικό, φέρεται ανώριμα και κάνει «βλακείες» όπως αναφέρουν οι συμμαθητές και οι γονείς του. Έτσι τα παιδιά αποφεύγουν τη παρέα μαζί του, πράγμα που δεν τα κάνει καθόλου δημοφιλή.

Φυσικά τα παραπάνω συμπτώματα αλλάζουν ανάλογα με την ηλικία και το φύλο του παιδιού όπως προαναφέραμε και δεν είναι απόλυτα.

3.4. Συμπτώματα και ηλικία

Η ΔΕΠ-Υ, επιμένει στη εφηβεία όμως με αλλαγές στις συμπεριφορικές της εκδηλώσεις.

- *Νηπιακή ηλικία*

Ακατάσχετη κινητικότητα, δεν μπουσουλάει, σηκώνεται και τρέχει, παρουσιάζει ευερεθιστότητα, δεν μπορούν να το πάρουν μαζί σε επισκέψεις στα μαγαζιά ή στο αυτοκίνητο.

- *Σχολική ηλικία*

Προβλήματα στη τάξη, άτακτος, διασπαστικός, απρόσεκτος, μιλάει, γελάει, κάνει τον κλόουν, συνεχής αταξία στο σπίτι.

- *Εφηβική ηλικία*

Προεξάρχει η παρορμητικότητα και η ελλειμματική προσοχή

3.5. Διαγνωστικά Κριτήρια - DSM-IV

Το DSM-IV, αποτελεί τη τελευταία έκδοση του αμερικανικού διαγνωστικού εγχειριδίου των ψυχικών διαταραχών και μέσα σε αυτό συμπεριλαμβάνεται και η ΔΕΠ-Υ. Περιλαμβάνει κριτήρια, και αναλόγως με το πόσα από αυτά πληρούνται για κάθε ομάδα, η διάγνωση της διαταραχής μπορεί να γίνει σε τρείς διαφορετικούς τύπους τους οποίους θα αναλύσουμε παρακάτω.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να τεθεί η διάγνωση, ορίζεται ότι τα συμπτώματα πρέπει να έχουν κάνει τη πρώτη τους εμφάνιση πριν το $7^{ο}$ έτος της ηλικίας, να επιμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες, να μην αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου και να προκαλούν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητά του σε ένα ή δύο σημεία.

Α. Είτε το (1) είτε το (2):

1. Έξι (ή και περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα **απροσεξίας** έχουν επιμείνει για τουλάχιστον 6 μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο:

ΑΠΡΟΣΕΞΙΑ

α. Συχνά αποτυγχάνει να συγκεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, τη δουλεία ή άλλες δραστηριότητες.

β. Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή σε έργα ή δραστηριότητες παιχνιδιού.

γ. Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος.

δ. Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να διεκπεραιώσει σχολικές εργασίες ή άλλα καθήκοντα που του ανατίθενται στην τάξη ή στο σπίτι (χωρίς αυτό να οφείλεται σε εναντιωτική συμπεριφορά ή σε αποτυχία κατανόησης των οδηγιών).

ε. Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλείες και δραστηριότητες.

στ. Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή δείχνει απροθυμία να εμπλακεί σε έργα που απαιτούν σταθερή και διαρκή πνευματική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή προπαρασκευή των μαθημάτων στο σπίτι).

ζ. Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, σχολικές εργασίες που έχουν δοθεί για το σπίτι, μολύβια, βιβλία κ.λπ.).

η. Συχνά η προσοχή του διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα.

θ. Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες.

2. Έξι (ή και περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα **υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας** έχουν επιμείνει για τουλάχιστον 6 μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο:

ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

α. Συχνά κινεί νευρικά τα χέρια και τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του.

β. Συχνά σηκώνεται από τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται να παραμείνει το ίδιο σημείο.

γ. Συχνά τρέχει εδώ κι εκεί, σκαρφαλώνει και στριφογυρίζει με τρόπο που δεν ταιριάζει στις περιστάσεις και σε χώρους που δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες (στους εφήβους και στους ενήλικες αυτό μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας).

δ. Συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να συμμετέχει ήσυχα σε δραστηριότητες κατά τον ελεύθερό του χρόνο.

ε. Συχνά βρίσκεται σε διαρκή κίνηση και ενεργεί σαν «κινούμενη μηχανή».

στ. Συχνά μιλά πολύ και ακατάπαυστα.

ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

ζ. Συχνά απαντά απερίσκεπτα προτού ολοκληρωθεί η ερώτηση.

η. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του/της.

θ. Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του/της τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει απρόσκλητα σε συζητήσεις ή παιχνίδια).

Β. Ορισμένα συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας ή απροσεξίας που προκαλούν την έκπτωση της λειτουργικότητας ήταν παρόντα πριν την ηλικία των 7 ετών.

Γ. Η έκπτωση εξαιτίας των συμπτωμάτων είναι παρούσα σε δύο ή περισσότερα πλαίσια, για παράδειγμα, στο σχολείο (ή στην εργασία) και στο σπίτι.

Δ. Πρέπει να υπάρχει σαφής απόδειξη κλινικά σημαντικής έκπτωσης στην κοινωνική, σχολική ή επαγγελματική λειτουργικότητα.

Ε. Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας μιας Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής, Σχιζοφρένειας ή άλλης Ψυχωτικής Διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. Διαταραχή της Διάθεσης, Αγχώδης Διαταραχή. Αποσυνδετική Διαταραχή ή Διαταραχή της Προσωπικότητας).

Η κωδικοποίηση της διαταραχής γίνεται με βάση τους παρακάτω τύπους:

314.01 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ/ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΥΝΔΙΑΣΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ

Όταν πληρούνται αμφότερα τα Κριτήρια Α1. Και Α2 κατά τους τελευταίους 6 μήνες.

314.00 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ/ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΜΕ ΠΡΟΕΞΑΡΧΟΝΤΑ ΤΟΝ ΑΠΡΟΣΕΚΤΟ ΤΥΠΟ

Όταν πληρούται το Κριτήριο Α1, αλλά δεν πληρούται το Κριτήριο Α2 τους τελευταίους 6 μήνες.

314.01 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ/ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΜΕ ΠΡΟΕΞΑΡΧΟΝΤΑ ΤΟΝ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟ-ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟ ΤΥΠΟ

Όταν πληρούται το Κριτήριο Α2, αλλά δεν πληρούται το Κριτήριο Α1 τους τελευταίους 6 μήνες.

314. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ/ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ

Σε αυτήν την κατηγορία συγκαταλέγονται διαταραχές με προεξάρχοντα συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας οι οποίες δεν πληρούν τα κριτήρια της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα.

Σημείωση κωδικοποίησης: Σε άτομα (ιδιαίτερα σε εφήβους και ενήλικες) τα οποία επί του παρόντος παρουσιάζουν συμπτώματα που δεν πληρούν πια τα κριτήρια θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ο προσδιορισμός «Σε Μερική Ύφεση».

Κεφάλαιο 4: Τα Προβλήματα που συνοδεύουν τη ΔΕΠ-Υ

4. 1. Εισαγωγικά

Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ πολλές φορές εκτός από τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας, της παρορμητικότητας και της απροσεξίας, εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς, μαθησιακές δυσκολίες και άλλα τα οποία θα αναλύσουμε παρακάτω. Επισημαίνουμε ωστόσο προκαταβολικά, ότι αυτές οι δυσκολίες δεν εμφανίζονται υποχρεωτικά σε όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, όμως είναι πιο πιθανό να παρουσιαστούν συγκριτικά με τα «φυσιολογικά παιδιά».

4. 2. Νοητική ανάπτυξη

Ο Δείκτης Νοημοσύνης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με τις επιδόσεις τους από σταθμισμένα τεστ νοημοσύνης, υπολείπεται κατά 7-15 μονάδες από το μέσο όρο των «φυσιολογικών» παιδιών της αντίστοιχης ηλικίας (Faraone et al.,1993, Fisher et al., 1990).

Παρόλα αυτά οι παραπάνω χαμηλές επιδόσεις δεν φαίνεται να είναι εντελώς πραγματικές, για το λόγο ότι σχετίζονται τόσο με τη δυσκολία τους να ανταποκριθούν ανάλογα σε κάποιες υποδοκιμασίες των κλιμάκων αυτών, όπου χρειάζονται αυξημένα επίπεδα συγκεντρώσεις προσοχής, όσο και με τις τυχόν μαθησιακές δυσκολίες που συχνά φαίνεται να αντιμετωπίζουν όπως θα δούμε παρακάτω.

4. 3. Προσαρμοστικές Ικανότητες

Με την έννοια της προσαρμοστικής ικανότητας εννοούμε γενικά την επαρκή προσαρμοστική συμπεριφορά στο φυσικοκοινωνικό περιβάλλον όπου συναντά το άτομο μια πληθώρα αναγκών , απαιτήσεων και δυσκολιών.

Σύμφωνα λοιπόν με ερευνητικά δεδομένα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μειωμένες προσαρμοστικές ικανότητες σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά της ηλικίας τους (Greene et al.,1996, Roizen et al.,1994). Σε αυτές τις μελέτες διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ λειτουργούν επί των πλείστων στα κατώτερα επίπεδα του μέσου «φυσιολογικού» όσον αφορά τις προσαρμοστικές δεξιότητές τους.

4.4. Μαθησιακές Δυσκολίες

Οι μαθησιακές δυσκολίες είναι ένας γενικός όρος που αναφέρεται σε μια ανομοιογενή ομάδα διαταραχών οι οποίες εκδηλώνονται με σημαντικές δυσκολίες στην πρόσκτηση και χρήση ικανοτήτων ακρόασης, ομιλίας, ανάγνωσης, γραφής, συλλογισμού ή μαθηματικών ικανοτήτων. Οι διαταραχές αυτές είναι εγγενείς στο άτομο και αποδίδονται σε δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος και μπορεί να υπάρχουν σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Προβλήματα σε συμπεριφορές αυτοελέγχου, κοινωνικής αντίληψης και κοινωνικής αλληλεπίδρασης μπορεί να συνυπάρχουν με τις μαθησιακές δυσκολίες, αλλά δεν συνιστούν από μόνα τους μαθησιακές δυσκολίες (Hammill, 1990).

Αναφέραμε τα παραπάνω διότι, ένας τομέας που τα άτομα με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες είναι αυτός της σχολικής μάθησης. Οι μειωμένες επιδόσεις τους έχουν να κάνουν τόσο με την μειωμένη προσοχή, την παρορμητικότητα και την ανησυχία την οποία παρουσιάζουν όχι μόνο μέσα στην σχολική αίθουσα αλλά και κατά τη διάρκεια εκπόνησης των σχολικών εργασιών στο σπίτι.

Λόγω λοιπόν των μαθησιακών δυσκολιών τις οποίες αντιμετωπίζουν, τουλάχιστον το 56% από αυτά θα χρειαστεί τη βοήθεια ειδικού, το 30% περίπου ίσως επαναλάβει κάποια τάξη και το 30% ίσως φοιτήσει σε κάποια ειδική ή παράλληλη τάξη. Επίσης, ένα ποσοστό 10-35% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να εγκαταλείψει το σχολείο (Κάκουρος, 1998, Barkley, Fischer, Eldelbrock, & Smallish, 1990, Faraone et al.,1993).

Επιπλέον, υιοθετώντας τα πιο αυστηρά κριτήρια για τον καθορισμό των μαθησιακών δυσκολιών έχει βρεθεί ότι το 8-39% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει δυσκολίες στην ανάγνωση, το 12-27% στα μαθηματικά και το 12-27% στην ορθογραφία (Frick et al.,1991).

Μέχρι και σήμερα όμως, η αιτιώδης σχέση της ΔΕΠ-Υ και των μαθησιακών δυσκολιών παραμένει ασαφής και θεωρείται πολύ σημαντικό να διερευνηθεί περεταίρω.

4.5. Η ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν πολλές φορές προβλήματα στο λόγο και στην ομιλία. Πριν αναφέρουμε ορισμένα στατιστικά στοιχεία σχετικών ερευνών αξίζει να επισημάνουμε ότι όταν αναφερόμαστε σε προβλήματα λόγου και ομιλίας στην συγκεκριμένη περίπτωση, τα προβλήματα αυτά δεν σχετίζονται με την ομιλία αυτή

καθεαυτή, αλλά με τα ελλείμματα στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες οι οποίες απαιτούνται για την οργάνωση της σκέψης και της συμπεριφοράς. Έχουμε άλλωστε αναφέρει ότι συνήθως τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μιλούν ακατάπαυστα όταν έχει να κάνει με ελεύθερη ομιλία. Όμως όταν τους ζητηθεί να οργανώσουν το λόγο τους για να ανταποκριθούν σε μια πιθανή δοκιμασία, τότε φαίνεται να μιλούν λιγότερο και ο λόγος τους να μην είναι καθόλου οργανωμένος.

Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι το 10-54% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει δυσκολίες στον προφορικό λόγο. Ενώ το 16-37% των παιδιών με προβλήματα λόγου και ομιλίας, είναι παιδιά με ΔΕΠ-Υ(Barkley & Cantwell, 1987).

Επιπλέον έχει διαπιστωθεί ότι το 6-35% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αργεί να μιλήσει (Hartsough & Lambert, 1985, Szatmari et al.,1989b).

4.6. Η αίσθηση του χρόνου

Η μη λεκτική μνήμη εργασίας περιγράφεται ως αναπόσπαστο μέρος της ανάπτυξης της ψυχολογικής ενημερότητας του χρόνου και της οργάνωσης της συμπεριφοράς σε σχέση με το χρόνο (Fuster, 1989). Ο Barkley και οι συνεργάτες του (1997) εκτιμούν ότι με βάση την περιγραφή αυτή μπορούμε να προβλέψουμε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα έχουν δυσκολίες στην αίσθηση του χρόνου. Αυτές οι δυσκολίες φαίνεται να αποτελούν συνέπεια εκείνων των προβλημάτων τους που σχετίζονται με τη μνήμη εργασίας. Σε έρευνα του Barkley και των συνεργατών του (1997) ζητήθηκε από γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ να εκτιμήσουν την αίσθηση του χρόνου των παιδιών τους, καθώς και την οργάνωση της συμπεριφοράς τους σε σχέση με το χρόνο. Διαπιστώθηκε ότι αυτά μειονεκτούσαν σημαντικά σε σύγκριση με τα «φυσιολογικά» παιδιά. Και οι μελέτες της Dooling-Liftin(1997) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μειονεκτούν σε σχέση με τα «φυσιολογικά» παιδιά ως προς την ικανότητα ακριβούς εκτίμησης του χρόνου (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2000).

4.7. Συναισθηματικές αντιδράσεις

Η ευερεθιστότητα και η εχθρότητα με την οποία εκδηλώνονται τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν περιγραφεί από πολλούς ερευνητές (Still, 1902, Barkley, 1990). Παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά αυτά με την ανάλογη ενίσχυση διεγείρονται και γίνονται πιο ευερέθιστα, ενώ

όταν περιοριστεί η προσφερόμενη ενίσχυση τότε βιώνουν πιο έντονα το συναίσθημα της ματαίωσης (Douglas & Parry, 1994, Wigal et al.,1993).

4.8. Κινητική ανάπτυξη

Παρόλο που τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν φαίνεται να καθυστερούν καθόλου στον τομέα της κινητής ανάπτυξης, στο 52% των παιδιών αυτών διαπιστώνεται φτωχός συντονισμός των κινήσεων όταν το αντίστοιχο ποσοστό των «φυσιολογικών» παιδιών βρίσκεται στο 32% (Barkley, Fischer, Eldelbrock, &Smallish, 1990).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν πιο αργές αντιδράσεις στην αδρή κινητικότητα (Carte et al.,1996, Shaywitz & Shaywitz, 1984), ενώ έχουν περισσότερες δυσκολίες συντονισμού σε δραστηριότητες που απαιτούν λεπτή κινητικότητα και γενικότερα αυξημένο έλεγχο των κινητικών αντιδράσεων (Barkley et al.,1996, Seidman et al.,1997). Για αυτό ίσως τα παιδιά αυτά δυσκολεύονται περισσότερο στο χειρισμό του μολυβιού, με αποτέλεσμα η ποιότητα γραφής τους να μην είναι ιδιαίτερα καλή (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000).

4.9. Προβλήματα στον ύπνο

Ο Ball και οι συνεργάτες του (1997) διαπίστωσαν ότι το 53-64% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει προβλήματα στον ύπνο σύμφωνα με τις αναφορές των γονέων τους. Οι γονείς στις περισσότερες περιπτώσεις παρατηρούν αυτές τις δυσκολίες ήδη από τη βρεφική ηλικία του παιδιού τους. Τα παιδιά αυτά δεν πηγαίνουν εύκολα στο κρεβάτι τους, ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας, κοιμούνται συνήθως λιγότερες ώρες από τα υπόλοιπα και ξυπνούν δύσκολα το πρωί (Wilens et al.,1994, Pelham et al.,1990). Σε ό, τι αφορά όμως την ίδια τη φύση του ύπνου. Δεν έχουν βρεθεί διαφορές ανάμεσα στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και στα «φυσιολογικά» παιδιά(Palm et al., 1992).

Ορισμένοι ειδικοί εκτιμούν ότι τα προβλήματα ύπνου δεν σχετίζονται τόσο με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ όσο με ορισμένα άλλα προβλήματα τα οποία συχνά συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ, όπως είναι, για παράδειγμα, η εναντιωτική προκλητική διαταραχή ή κάποια αγχώδης διαταραχή(Corkum et al.,1997).

Κεφάλαιο 5: Συννοσηρότητα και ΔΕΠ-Υ

5.1. Εισαγωγικά

Η συννοσηρότητα γενικά αναφέρεται στη συνύπαρξη δύο ή περισσοτέρων διαφορετικών διαταραχών. Παρόλα αυτά, είναι έννοια αμφιλεγόμενη για τους ειδικούς, μια που οι ψυχικές διαταραχές θεωρούνται από πολλούς ακραίες μορφές συμπεριφοράς οι οποίες παρεκκλίνουν σε ορισμένο βαθμό από τη συνήθη συμπεριφορά και όχι ποιοτικά διαφορετικές μορφές συμπεριφοράς οι οποίες διαφέρουν ριζικά μεταξύ τους (Angold, 1988). Ορισμένες φορές λοιπόν η συννοσηρότητα αναφέρεται περισσότερο στην επικάλυψη συμπτωμάτων παρά στη συνύπαρξη διαφορετικών διαταραχών, όπως αυστηρώς ορίζεται παραπάνω. Μερικές φορές επίσης η μία διαταραχή ενδέχεται να αποτελεί τη βάση για την εκδήλωση της άλλης, άλλες φορές και οι δυο διαταραχές μπορεί να βασίζονται στον ίδιο αιτιολογικό μηχανισμό και να σχετίζονται με τους ίδιους παράγοντες κινδύνου, και άλλοτε πάλι είναι πιθανό η συννοσηρότητα να αποτελεί ένδειξη για τον καθορισμό υποκατηγοριών στα πλαίσια μιας διαταραχής (Angold et al.,1999).

Στην περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ειδικά, παρατηρούνται υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας. Συγκεκριμένα έχει αποδειχτεί ότι η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με άλλες διαταραχές σε ποσοστό 50-80% (Biederman et al.,1991). Το 44% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει μια πρόσθετη διαταραχή, το 32% παρουσιάζει δύο πρόσθετες διαταραχές και το 11% παρουσιάζει τρεις επιπλέον διαταραχές (Szatmari et al.,1989b).

5. 2. ΔΕΠ-Υ και Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή ή Διαταραχή της Διαγωγής

Η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Ε.Π.Δ.) και η Διαταραχή της Διαγωγής (Δ.Δ.) φαίνεται ότι παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας με τη ΔΕΠ-Υ. Το 35-60% κλινικού δείγματος παιδιών με ΔΕΠ-Υ πληροί επίσης τα κριτήρια για τη διάγνωση της Ε.Π.Δ. μέχρι την ηλικία των 7 ετών και το 30-50% πληροί τα κριτήρια για τη Δ.Δ. (Biederman et al.,1992). Στην εφηβεία μάλιστα η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ και της Δ.Δ. βρίσκεται μεταξύ του 40-60% (Barkley et al.,1990b). Επιπλέον, το 15-25% των

παιδιών αυτών ενδέχεται στην ενηλικίωση να πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της Αντικοινωνικής Διαταραχής της Προσωπικότητας (Biederman et al.,1992, Weiss & Hechtman, 1993). Τα ποσοστά αυτά είναι παρόμοια ή ελαφρώς χαμηλότερα σε επιδημιολογικές έρευνες που γίνονται στο γενικό πληθυσμό. Μάλιστα, η ΔΕΠ-Υ φαίνεται να είναι ένας από τους πλέον αξιόπιστους και πρώιμους παράγοντες πρόβλεψης για την εμφάνιση των εν λόγω διαταραχών (Fisher et al.,1993, Manuzza & Klein, 1992).
Παρόμοια είναι και τα ερευνητικά δεδομένα στη χώρα μας. Σε έρευνα εντοπίστηκαν 41 έφηβοι οι οποίοι πριν από 7-9 χρόνια είχαν παραπεμφθεί σε ιατροπαιδαγωγικό κέντρο επειδή αντιμετώπιζαν ΔΕΠ-Υ και Μαθησιακές Δυσκολίες. Σκοπός της έρευνας ήταν η μελέτη της εξέλιξης αυτών των παιδιών στην εφηβεία. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ υποχώρησαν στους εφήβους σε ποσοστό 80, 5%, εκεί όμως που παρέμειναν εμφανίστηκαν παράλληλα και Διαταραχές Διαγωγής σε ποσοστό 75%. Διαπιστώθηκε επίσης ότι οι έφηβοι οι οποίοι παρουσίασαν αργότερα Δ.Δ. γνώρισαν σε μεγαλύτερο βαθμό τη σχολική αποτυχία. Μία άλλη διαπίστωση της έρευνας ήταν η ύπαρξη υψηλού ποσοστού διαταραγμένων ενδοοικογενειακών σχέσεων και προβλημάτων στις οικογένειες των εφήβων με Διαταραχές Διαγωγής (Κάκουρος, 1998).
Φαίνεται λοιπόν ότι η ΔΕΠ-Υ αποτελεί πολλές φορές τη βάση πάνω στην οποία αναπτύσσονται τα συμπτώματα των Διαταραχών Διασπαστικής Συμπεριφοράς (Angold, 1999). Όμως, δεν θα πρέπει σε καμιά περίπτωση να θεωρήσουμε ότι η ΔΕΠ-Υ καθαυτή οδηγεί σε Ε.Π.Δ./Δ.Δ. είναι η ποιότητα των ενδοοικογενειακών σχέσεων και οι περιβαλλοντικές συνθήκες μέσα στις οποίες μεγαλώνει ένα παιδί που θα καθορίσουν την πορεία την οποία θα ακολουθήσει αυτό το παιδί και την εκδήλωση ή μη αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Taylor et al.,1991, Κάκουρος, 1998).

5.3. ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές της Διάθεσης

Τα ποσοστά συνύπαρξης ΔΕΠ-Υ και Διαταραχών της Διάθεσης ποικίλλουν από 30-50%, ανάλογα με τη διαταραχή που θεωρείται κυρίαρχη, ενώ υπάρχουν και έρευνες οι οποίες δεν βρίσκουν καμία σχέση μεταξύ αυτών των διαταραχών (McClelland et al.,1989, Barkley et al.,1990b).
Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και μαθησιακές δυσκολίες ενδέχεται να παρουσιάζουν αυτό που οι Weiss και Hechtman (1986) ονομάζουν «σύνδρομο πτώσεις του ηθικού»(demoralization sydrome), μπορεί να εκφράσουν δηλαδή συναισθήματα απογοήτευσης και να θεωρούν

ότι δεν αξίζουν τίποτε, κυρίως όσον αφορά τις σχολικές τους επιδόσεις. Είναι λοιπόν πιθανό τα παιδιά αυτά να δίνουν στο χώρο του σχολείου την εικόνα της κατάθλιψης, η οποία όμως δεν εμφανίζεται σε άλλα πλαίσια (Cantwell, 1987).

Η σχέση μεταξύ ΔΕΠ-Υ και Διπολικής Διαταραχής(γνωστή ως Μανιοκατάθλιψη) δείχνει πιο περίπλοκη. Κλινικές έρευνες κατέδειξαν ότι το 57-98% παιδιών και εφήβων με Διπολική Διαταραχή παρουσιάζει επίσης ΔΕΠ-Υ (Borchardt & Berstein, 1995, West et al.,1996), ενώ τα ποσοστά εμφάνισης Διπολικής Διαταραχής σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ κυμαίνονται μεταξύ του 11-22% (Biederman et al.,1996). Ο Faraone και οι συνεργάτες του (1997b) βασιζόμενοι σε αυτά τα αποτελέσματα κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και Διπολικής Διαταραχής δεν αποτελεί σπάνιο γεγονός. Ωστόσο ο Werry (1997), χωρίς να αμφισβητεί συνύπαρξη των δύο αυτών διαταραχών, παρατηρεί ότι τα ποσοστά αυτά στο γενικό πληθυσμό είναι εξαιρετικά χαμηλά και επομένως η ερμηνεία των ευρημάτων τέτοιου είδους ερευνών πρέπει να γίνεται με πολύ μεγάλη προσοχή και να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη το είδος του δείγματος με βάση το οποίο μελετάται η συννοσηρότητα.

Υποστηρίζεται επίσης ότι η κατάσταση συνύπαρξης ΔΕΠ-Υ και Διπολικής Διαταραχής θα πρέπει να περιγράφεται ως ένας ξεχωριστός τύπος ΔΕΠ-Υ, ο οποίος ενδέχεται να αποτελεί τη μοναδική παραλλαγή της Διπολικής Διαταραχής με έναρξη κατά την παιδική ηλικία (Faraone et al.,1997b).

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για τη φύση της συννοσηρότητας μεταξύ της ΔΕΠ-Υ και Διπολικής Διαταραχής. Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ δεν αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης Διπολικής Διαταραχής φαίνεται αν αυξάνει τον κίνδυνο για ταυτόχρονη διάγνωση ΔΕΠ-Υ (Carlson, 1990, Biederman et al.,1995b). Δεν έχει εν τούτοις διευκρινιστεί επακριβώς αν αυτή η συννοσηρότητα είναι πραγματική ή πρόκειται για μεθοδολογικό κατασκεύασμα, δεδομένου ότι πολλά από τα κριτήρια για τη διάγνωση των δύο διαταραχών είναι κοινά (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2000).

5.4. ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Tourette

Το σύνδρομο Tourette είναι μια κληρονομική οργανική διαταραχή νευρολογικής φύσεως, που εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πολλαπλών φυσικών (κινητικών) και τουλάχιστον ενός φωνητικού τικ.

Η συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και συνδρόμου Tourette φαίνεται να μοιάζει ως προς τη φύση της με τη συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και Διπολικής Διαταραχής. Η ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ δεν φαίνεται να αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου Tourette, ωστόσο κατά μέσο από το 48% των ατόμων που παρουσιάζουν το σύνδρομο είναι πιθανό να εμφανίσουν επίσης ΔΕΠ-Υ(Comings & Comings, 1998). Όπως όμως επισημαίνουν ορισμένοι ερευνητές, αυτό το υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας ενδέχεται να είναι το αποτέλεσμα της συχνότερης προσέλευσης στα ιατρικά κέντρα ατόμων στα οποία συνυπάρχουν οι δυο διαταραχές (Pauls et al.,1986, Shapiro & Shapiro. 1989).

Κεφάλαιο 6: Διάγνωση της ΔΕΠ-Υ

6.1. Εισαγωγικά

Το παρόν μέρος, αυτό της διάγνωσης, ίσως και να αποτελεί το πιο σημαντικό κομμάτι στο πάζλ της ΔΕΠ-Υ, ώστε να ολοκληρωθεί με επιτυχία η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση της διαταραχής. Επιπλέον αφορά άμεσα τους εκπαιδευτικούς μια που συμβάλλουν και αυτοί στη διεκπεραίωσή της. Όπως λοιπόν θα δείξουμε παρακάτω, οι γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ, που είναι και το αντικείμενο της έρευνάς μας, μπορούν να αποδειχτούν πολύ χρήσιμες στους ειδικούς.

Τέλος για το λόγο ότι η διάγνωση μπορεί να βοηθήσει τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς ενός παιδιού με δυσκολίες να δουν τον κόσμο με τον τρόπο που τον βλέπει αυτό το παιδί, μπορούμε να πούμε ότι αποτελεί το πρώτο στάδιο της θεραπευτικής παρέμβασης (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2000).

6.2. Κλίμακες Αξιολόγησης ΔΕΠ-Υ

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθούμε στις κλίμακες αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ που συμπληρώνονται από γονείς, εκπαιδευτικούς, από το ίδιο το άτομο και γενικά από τα άτομα που σχετίζονται άμεσα με το παιδί και έχουν παρατηρήσει τη συμπεριφορά του.

Οι κλίμακες αξιολόγησης περιλαμβάνουν ερωτήσεις που αφορούν μορφές συμπεριφοράς τις οποίες το άτομο που τις συμπληρώνει καλείται να απαντήσει με ναι, όχι, σπάνια, ποτέ κ.τ.λ. αναλόγως με το αν η αντίστοιχη συμπεριφορά είναι παρούσα ή όχι.

Οι κλίμακες αυτές παρουσιάζουν πολλά πλεονεκτήματα μεταξύ των οποίων το χαμηλό κόστος, η μικρή διάρκεια συμπλήρωσης, τα χρήσιμα στοιχεία που προσφέρουν για τη διάγνωση, οι πληροφορίες που συλλέγονται από διαφορετικά άτομα σε διαφορετικές συνθήκες κ.τ.λ.

6.3. Τα στάδια της διάγνωσης

6.3.1. Πρώτο Στάδιο Διάγνωσης (Συλλογή δεδομένων)

Το πρώτο στάδιο της διάγνωσης είναι η συλλογή (από τους γονείς, εκπαιδευτικούς κ.α.) και αξιολόγηση των συμπτωμάτων από τους ειδικούς. Πιο συγκεκριμένα ο ειδικός διερευνά αν τα συμπτώματα του παιδιού σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ και αν απαιτείται πρόσθετη διερεύνησης της διαταραχής.

6.3.2. Δεύτερο Στάδιο Διάγνωσης (Συνέντευξη με γονείς)

Στο δεύτερο στάδιο της διάγνωσης, οι γονείς καλούνται για συνέντευξη από το ειδικό με σκοπό τη συλλογή πληροφοριών τόσο για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν , το οικογενειακό ιστορικό, την άποψή τους για τη θεραπευτική παρέμβαση, όσο και για τις ανησυχίες των ίδιων. Η συλλογή πληροφοριών σε αυτό το στάδιο είναι πολύ σημαντική, γιατί οι γονείς είναι εκείνοι οι οποίοι ζουν τη συμπεριφορά του παιδιού και ταυτόχρονα την επηρεάζουν άμεσα.

Αν και πολλές φορές οι απαντήσεις των γονιών διέπονται από υποκειμενικότητα, οι ικανότητες του ειδικού μπορούν να την αποβάλλουν σε μεγάλο βαθμό αν οι ερωτήσεις είναι πολύ συγκεκριμένες ή χρησιμοποιηθούν δομημένες συνεντεύξεις.

Τέλος η συνέντευξη των γονέων δεν βοηθά μόνο το παιδί αλλά και τους ίδιους, μια που μπορούν να δουν τα λάθη τους και αν βελτιώσουν τη συμπεριφορά τους απέναντί του.

6.3.3. Το Τρίτο Στάδιο Διάγνωσης (Συνέντευξη με το παιδί)

Το τρίτο στάδιο είναι αυτό που το παιδί παραπέμπεται στον ειδικό.

Η συνάντηση αυτή είναι πολύ σημαντική γιατί ο ειδικός μπορεί να παρατηρήσει τις αντιδράσεις και τη συμπεριφορά του παιδιού. Η διάρκεια και το περιεχόμενο της συνέντευξης εξαρτώνται από την ηλικία και το νοητικό επίπεδο του παιδιού.

Αναλυτικά ο ειδικός προσπαθεί να αξιολογήσει την αντίληψη του παιδιού, την ανταπόκρισή του στο διάλογο μέσω των ερωτήσεων (τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τείνουν στο να απαντούν βιαστικά και απερίσκεπτα στις ερωτήσεις), την ικανότητα συγκέντρωσης και την άποψη του παιδιού για τη θεραπευτική παρέμβαση.

Αρχικά γίνεται αναφορά σε γενικά θέματα ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη του παιδιού και έπειτα προχωρεί σε πιο συγκεκριμένα, όπως τις σχέσεις του με τους συνομήλικούς του και τους γονείς του, ώστε να κατανοήσει τόσο το πώς αντιλαμβάνεται το ίδιο το παιδί το περιβάλλον του, αλλά και τον εαυτό του, όσο και πως οι συνομήλικοί του και οι γονείς του αντιλαμβάνονται το ίδιο.

Φυσικά ο ειδικός πρέπει να είναι επιφυλακτικός με τις απαντήσεις του παιδιού και μπορεί η συνέντευξή του με αυτόν να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της διάγνωσης, όμως δεν είναι το μοναδικό και θα πρέπει πάντα να συνδέεται με τις υπόλοιπες πληροφορίες π.χ. των γονιών, του σχολείου κ.τ.λ.

6.3.4. Το Τέταρτο Στάδιο Διάγνωσης (Συνέντευξη με τον δάσκαλο)

Το τέταρτο στάδιο είναι η συνέντευξη του ειδικού με το δάσκαλο σε συνδυασμό με τη συμπλήρωση από το δεύτερο των ειδικών κλιμάκων αξιολόγησης.

Ο δάσκαλος προσφέρει στον ειδικό πλήθος πληροφοριών για τον τρόπο συμπεριφοράς του παιδιού τόσο μέσα στην τάξη όσος και στο διάλειμμα, επίσης μπορεί να πληροφορήσει για τις σχέσεις του παιδιού με τους συνομηλίκους του, τη θέση του στην ομάδα και γενικά την αντίδραση του στα ομαδικά παιχνίδια, για το αν εκδηλώνει επιθετικότητα, για το αν ολοκληρώνει δραστηριότητες και από τις πιο βασικές πληροφορίες είναι ο προσδιορισμός συγκέντρωσής του.

Όπως φυσικά συμβαίνει και με τους γονείς, η συνέντευξη αυτή δεν ωφελεί μόνο τον ειδικό αλλά άμεσα ωφελεί τους εκπαιδευτικούς που καταρτίζονται στο θέμα και έμμεσα και τα ίδια τα παιδιά που θα έχουν έπειτα καλύτερη αντιμετώπιση από τους δασκάλους τους.

6.3.5. Το Πέμπτο Στάδιο Διάγνωσης (Ιατρική εξέταση- Τελική διάγνωση)

Στο τελευταίο στάδιο πιθανόν να ζητηθεί από τον ειδικό ιατρική εξέταση του παιδιού π.χ. από έναν παιδίατρο, αναλόγως πάντα από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων.

Τέλος θα γίνει η τελική διάγνωση από τον ειδικό και θα ανακοινωθούν τα αποτελέσματα στους γονείς.

Έπειτα ακολουθεί το στάδιο της αντιμετώπισης της διαταραχής με το οποίο θα ασχοληθούμε αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο.

Κεφάλαιο 7: Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ

7.1. Εισαγωγή

Ένα από τα βασικά ερωτήματα των γονέων από τη στιγμή που θα διαγνωστεί η διαταραχή, είναι το πώς θα την αντιμετωπίσουν. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι όχι μόνο οι γονείς, αλλά και οι εκπαιδευτικοί, όπως θα δούμε στο ερευνητικό μέρος της παρούσας μελέτης, δεν είναι αρκετά ενημερωμένοι για τους τρόπους αντιμετώπισής της.
Οι γονείς διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο σε αυτό το στάδιο, διότι είναι εκείνοι που θα επιλέξουν το είδος της αντιμετώπισης βασιζόμενοι σε υποκειμενικούς παράγοντες συνήθως, όπως προσωπικοί φόβοι και ανασφάλειες, θρησκευτικοί λόγοι κ.α. Παρόλα αυτά, η παρέμβαση ειδικών όπως παιδοψυχίατροι, παιδίατροι και ψυχολόγοι θεωρούνται απαραίτητοι ειδικά εάν το παιδί έχει να αντιμετωπίσει και άλλα προβλήματα, όπως Διαταραχή Διαγωγής ή κατάθλιψη, πέραν της ΔΕΠ-Υ.
Την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ μπορούμε να την κατατάξουμε σε τρεις κατηγορίες:
1) Την ψυχολογική παρέμβαση
2) Τη φαρμακευτική παρέμβαση και
3) Το συνδυασμό των δύο παραπάνω

7.2. Ψυχολογική Παρέμβαση

Στα άτομα τα οποία εμφανίζουν ήπια συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, αλλά και στα παιδιά ηλικίας μικρότερης των 6 ετών, οι συμπεριφοριστικές τεχνικές θα πρέπει να αποτελούν την πρώτη επιλογή του ειδικού, βάσει των όσων εκτιμούν οι κλινικοί ψυχολόγοι.
Οι τεχνικές που θα αναλύσουμε παρακάτω έχουν ως στόχο την μείωση των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς, την αύξηση των επιθυμητών και την ανάπτυξη νέων που δεν υπήρχαν πριν. Η πλειονότητα αυτών των τεχνικών στηρίζεται στην έννοια της διαφορικής ενίσχυσης, η οποία είναι αρνητική όταν εκδηλώνονται αρνητικές συμπεριφορές και θετική όταν εκδηλώνονται θετικές συμπεριφορές.
Η ψυχολογική παρέμβαση γίνεται συνήθως με τους παρακάτω τρόπους:
1) Προγράμματα εκπαίδευσης γονέων
2) Εκπαίδευση εκπαιδευτικών/ Σχολικές τροποποιήσεις

3) Ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων

4)Γνωστική- Συμπεριφορική παρέμβαση

7.2.1. Προγράμματα εκπαίδευσης γονέων

Για το λόγο ότι τα παιδιά αυτά χρειάζονται βοήθεια για την αντιμετώπιση των διασπαστικών μορφών συμπεριφοράς που εκδηλώνουν κατά διαστήματα, η εκπαίδευση των γονέων (αλλά και των εκπαιδευτικών, όπως θα δούμε παρακάτω) είναι απαραίτητη.

Τα προγράμματα που αφορούν την εκπαίδευση των γονέων, αλλά και των ατόμων που έχουν άμεση και πολύωρη επαφή με τα παιδιά, όπως π.χ. συγγενείς, περιλαμβάνουν συνεδρίες των 8 με 12 εβδομάδων με κάποιον ειδικό. Σκοπός είναι να κατανοήσουν οι γονείς τη συμπεριφορά του παιδιού και να αποκτήσουν δεξιότητες, ώστε να αντιμετωπίζουν επιτυχώς τις τυχόν δυσκολίες που προκύπτουν λόγω της ΔΕΠ-Υ.

7.2.2. Εκπαίδευση εκπαιδευτικών/ Σχολικές τροποποιήσεις

Εκτός από την εκπαίδευση των γονέων, η σωστή διαχείριση της ΔΕΠ-Υ, απαιτεί και την εκπαίδευση των δασκάλων και καθηγητών. Οι εκπαιδευτικοί δε πρέπει να είναι μόνο ενημερωμένοι για τα συμπτώματα της διαταραχής, αλλά και για το πώς μπορούν να οργανώσουν το μάθημα και το χώρο της σχολικής αίθουσας, έτσι ώστε οι συνθήκες να γίνουν πιο ευνοϊκές για το παιδί με ΔΕΠ-Υ, αλλά και για τους ίδιους μέσα από αυτό.

Ένας δομημένος χώρος χωρίς αντικείμενα που μπορούν να διασπάσουν την προσοχή του παιδιού, η θέσπιση κανόνων συμπεριφοράς οι οποίοι πρέπει να ακολουθούνται και από τους υπόλοιπους μαθητές μέσα στη σχολική αίθουσα, αλλά και κατά τη διάρκεια του διαλείμματος και το να θέτουν μικρούς, εύκολα επιτεύξιμους στόχους στο μαθητή, μπορούν εκτός από το να βελτιώσουν την απόδοσή του, να τον εντάξουν στο σύνολο αλλά και να τονώσουν την αυτοπεποίθησή του, πράγμα πολύ σημαντικό.

Η συνεργασία εκπαιδευτικών και γονέων με καθημερινές αναφορές τύπου ημερολογίου, μπορεί επίσης να αποβεί πολύ αποδοτική. Οι γονείς στο σπίτι αναλόγως με τη σωστή ή λανθασμένη συμπεριφορά του παιδιού το σχολείο, μπορούν να προβούν σε επιβραβεύσεις ή αρνητικές συνέπειες για τις πράξεις του αντίστοιχα.

Τέλος σε ό,τι αφορά το σχολικό χώρο, ένας σχολικός ψυχολόγος με παρεμβατικό ή/και συμβουλευτικό ρόλο όπου κρίνεται απαραίτητο, μπορεί να αποδειχθεί πολύ χρήσιμος στην αντιμετώπιση διαφόρων καταστάσεων που σχετίζονται με τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

7.2.3. Ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων

Η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων μπορούν να βοηθήσουν το παιδί να αναπτύξει κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές, αλλά και να βελτιώσει τις σχέσεις με τους γύρω του.

Το πρόγραμμα ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων περιλαμβάνει μαθήματα διαχείρισης θυμού και στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων.

Το γεγονός ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν συχνά ξεσπάσματα θυμού και εκδηλώνουν αρκετές φορές παραβατική συμπεριφορά, ιδιαίτερα κατά την εφηβεία, καθιστά απαραίτητη την εκπαίδευσή τους σε ό,τι αφορά τις κοινωνικές τους δεξιότητες, ανά και δεν υπάρχουν προς το παρόν επαρκή στοιχεία ότι η παρέμβαση αυτή είναι αποτελεσματική ως προς τη μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής.

7.2.4. Γνωστική- Συμπεριφορική παρέμβαση

Τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας καθώς και τους ενήλικες, μπορεί να βοηθήσει η γνωστική- Συμπεριφορική παρέμβαση ώστε να κατανοήσουν καλύτερα τα συναισθήματά τους, τις σκέψεις , τις πράξεις τους και θεωρητικά μπορεί να συμβάλλει στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ.

Παρ' όλα αυτά και αυτός ο τρόπος παρέμβασης δεν είναι εξακριβωμένα αποτελεσματικός.

7.3. Φαρμακευτική Παρέμβαση

Η φαρμακευτική παρέμβαση αποτελεί τη δεύτερη επιλογή των ειδικών για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, στις περιπτώσεις όπου οι ψυχολογικές παρεμβάσεις έχουν αποδειχτεί αναποτελεσματικές και η κατάσταση του παιδιού έχει πάρει σχεδόν ανεξέλεγκτες διαστάσεις.

Παρ' όλα αυτά διατηρούνται ακόμη κάποιες επιφυλάξεις λόγω των παρενεργειών των φαρμάκων.

Ιδιαίτερα αξίζει να σημειώσουμε ότι στα παιδιά κάτω των 5 ετών αντενδείκνυται η χρήση φαρμάκων τόσο για τις παρενέργειες που όπως προείπαμε εκδηλώνονται, .Όσο και για το ότι δεν έχουν επιβεβαιωθεί σε αυτή την ηλικία αν τα συμπτώματα οφείλονται σε ΔΕΠ-Υ ή αν είναι απλά ένα είδος συμπεριφοράς που θα επαλειφθεί αργότερα.

Τα φάρμακα που συνταγογραφούνται για την αντιμετώπιση της διαταραχής, χωρίζονται σε 4 κατηγορίες (διεγερτικά, μη διεγερτικά, αντικαταθλιπτικά και υπερτασικά) που θα αναλυθούν παρακάτω μαζί με τις παρενέργειές τους.

Σημειώνουμε επίσης ότι τα παρακάτω φάρμακα χορηγούνται σε τρεις τύπους: βραχείας δράσης, μέσης δράσης και μακράς δράσης (αν και περισσότερο χρησιμοποιούνται τα βραχείας δράσης) και ότι παρουσιάζονται στην παρούσα μελέτη με σειρά αποτελεσματικότητας.

7.3.1. Διεγερτικά

Τα διεγερτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι:

α) Μεθυλφαινιδάτη (Methylphenidate) η οποία είναι 70% αποτελεσματική

Εμπορικές μορφές τα:

i) Ritalin

ii) Methylin

β) Αμφεταμίνη (Amphetamine)

Εμπορική μορφή το:

i) Dexedrine

γ) Πεμολίνη Μαγνησίου

Εμπορική μορφή το:

i) Cylert (Σπάνια χρησιμοποιούμενο διότι φέρει θανατηφόρες ηπαροτοξικές επιπλοκές)

Παρενέργειες:

i) Ανορεξία

ii) Διαταραχές ύπνου

iii) Πόνους στομάχου

iv) Υπνηλία

v) Ερεθιστικότητα

vi) Αυξημένη αρτηριακή πίεση και σφίξεις

vii) Πονοκεφάλους

viii) Παροδική αναστολή της ανάπτυξης

7.3.2. Μη Διεγερτικά

Το μη διεγερτικό φάρμακο που χρησιμοποιείται είναι:

α) Ατομοξετίνη (Atomoxetine)

Εμπορική μορφή το :

i) Strattera

Παρενέργειες:

i) Ζαλάδες

ii) Μείωση όρεξης με αποτέλεσμα απώλεια βάρους

iii) Κοιλιακοί πόνοι

iv) Ναυτία και εμετός

v) Αυτοκτονικός ιδεασμός

vi) Αυξημένη αρτηριακή πίεση

7.3.3 Αντικαταθλιπτικά

Τα αντικαταθλιπτικά είναι μη εγκεκριμένα από το FDA (Food and Drug Administration), όμως χρησιμοποιούνται συχνά.

Παρενέργειες:

i) Δυσκοιλιότητα

ii) Διαταραχές ύπνου

iii) Επιληπτικές κρίσεις

iv) Ταχυκαρδία

v) Ορθοστατική υπόταση

vi) Ξηροστομία

vii) Πονοκεφάλους

7.3.4 Αντιυπερτασικά

α) Κλονιδίνη

β) Γουανφασίνη

Τα αντιυπερτασικά χρησιμοποιούνται σπάνια διότι δεν είναι επίσης εγκεκριμένα από το FDA.

Παρενέργειες:

i) Δυσκοιλιότητα

ii) Ζαλάδα

iii) Ξηροστομία

iv) Υπνηλία

v) Εύκολη κόπωση

vi) Αιφνίδιος θάνατος

7.4. Συνδυασμός των παραπάνω

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειώσουμε ότι έρευνα 5 ετών πραγματοποιήθηκε, το MTA (Multimodal Treatment study of ADHD), με σκοπό να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα των παραπάνω μεθόδων συνδυαστικά αλλά και ξεχωριστά. Όπως αναφέρθηκε λοιπόν από την ομάδα του MTA, ο συνδυασμός της ψυχολογικής και φαρμακευτικής παρέμβασης φαίνεται να έχει καλύτερα αποτελέσματα από ότι η κάθε παρέμβαση ξεχωριστά. Επίσης όταν συνδυάζονταν οι δύο παρεμβάσεις, χρειάζονταν μικρότερη ποσότητα φαρμάκων για να μειωθούν τα συμπτώματα της διαταραχής από ότι όταν χρησιμοποιούνταν μόνο η φαρμακευτική παρέμβαση.

7.5. Αναποτελεσματικές Παρεμβάσεις

Τον 20^{ο} αιώνα παρατηρήθηκε η εφαρμογή διαφόρων μεθόδων παρέμβασης στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, που όμως κάποιες από αυτές , όπως οι παρακάτω, αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές λόγω ελλιπών ερευνητικών δεδομένων ή σοβαρών μεθοδολογικών σφαλμάτων.

- ***Παρεμβάσεις στη διατροφή***

Η δίαιτα του Feingold(1995) ήταν μία από της πιο διαδεδομένες μεθόδους παρέμβασης. Πρότεινε την αποφυγή των τεχνιτών χρωστικών ουσιών και των συντηρητικών στη διατροφή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, γιατί θεωρούσε ότι τα συμπτώματα της συγκεκριμένης διαταραχής αποτελούσαν αλλεργική ή τοξική αντίδραση ορισμένων παιδιών σε αυτά τα συστατικά και στη αρχή υποστήριζε ότι τα συστατικά αυτά επηρεάζουν τη συμπεριφορά, στη συνέχεια επέκτεινε τη θεωρία του με το ότι αυτά είναι υπεύθυνα για ένα ευρύ φάσμα

μαθησιακών δυσκολιών και διαταραχών της προσοχής. Η συγκεκριμένη άποψη στηρίζονταν κυρίως σ ε θεωρητικές εκτιμήσεις και όχι στη επιστημονική έρευνα (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000)

Η ζάχαρη θεωρήθηκε επίσης ως υπεύθυνη για την υπερκινητική συμπεριφορά ορισμένων παιδιών, με αποτέλεσμα να προταθεί μία δίαιτα απαλλαγμένη από σάκχαρο (Smith, 1975). Ούτε όμως αυτή η υπόθεση δεν αποδείχθηκε ποτέ ερευνητικά.

Μία άλλη μέθοδος παρέμβασης ήταν αυτή που συνιστούσε τη χορήγηση υψηλών δόσεων μεγαβιταμινών στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, επειδή υπήρχε η άποψη ότι αυτή η διαταραχή είναι το αποτέλεσμα μια γενετικής ανωμαλίας που ευθύνεται για τις αυξημένες ανάγκες του οργανισμού για βιταμίνες (Pauling, 1968). Ωστόσο η έλλειψη επιστημονικής στήριξης αυτής της υπόθεσης, σε συνδυασμό με τους πιθανούς κινδύνους που εγκυμονεί η υπερβολική χρήση βιταμινών στα παιδιά, απέτρεψε την υιοθέτηση της εν λόγω μεθόδου από τους ειδικούς (Colgan & Colgan, 1984).

- ***Βιοανάδραση με εγκεφαλογράφημα και διέγερση του προθαλάμου***

Κατά την τελευταία δεκαετία του 20^{ου} αιώνα, διαδόθηκε η μέθοδος της βιοανάδρασης μέσω εγκεφαλογραφήματος. Υποστηρίχτηκε ότι η βελτίωση της συμπεριφοράς και της σχολικής επίδοσης των παιδιών στα οποία δοκιμάστηκε η μέθοδος αυτή ήταν ανάλογη με τη βελτίωση που επιφέρουν τα διεγερτικά φάρμακα και μάλιστα ότι έχει μακροχρόνια αποτελέσματα (Adduci,1991).

Η θεωρητική προσέγγιση που πλαισιώνει αυτή τη μέθοδο ενδέχεται να περιλαμβάνει σωστά στοιχεία, αφού τα σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα στηρίζουν την υπόθεση των χαμηλών επιπέδων εγρήγορσης στις προμετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου των ατόμων με ΔΕΠ-Υ (Zametkin et al.,1090). Επιπλέον, υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παράγουν λιγότερα κύματα βήτα σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά. Παρ όλα αυτά η αποτελεσματικότητα της μεθόδου αμφισβητείται έντονα.

Κεφάλαιο 8: Γνώσεις Εκπαιδευτικών για ΔΕΠ-Υ

8.1. Εισαγωγή

Οι εκπαιδευτικοί είναι συνήθως τα πρώτα άτομα που εντοπίζουν, αναφέρουν και παραπέμπουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ για διάγνωση (Vereb and DiPerna, 2004).
Αυτό συμβαίνει διότι στη σχολική αίθουσα γίνονται εύκολα εμφανή τα συμπτώματα της διαταραχής. Έτσι αντίστοιχα οι ελλιπείς γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ από τους εκπαιδευτικούς οδηγούν στο να μην παρατηρήσουν τα συμπτώματα και το παιδί να στερηθεί τη βοήθεια που χρειάζεται. Ένας επιπλέον λόγος που εξετάζουμε τις γνώσεις των εκπαιδευτικών επί του θέματος, είναι ότι εκείνοι μπορούν να παρέχουν πλήθος πληροφοριών για το μαθητή με ΔΕΠ-Υ που θα φανούν χρήσιμες τόσο στη διάγνωση, όσο και στην παρέμβαση.
Τέλος έχει παρατηρηθεί ότι οι γνώσεις των εκπαιδευτικών επηρεάζουν και τη στάση τους απέναντι στους μαθητές.
Πριν περάσουμε στο ερευνητικό κομμάτι της παρούσας μελέτης θεωρούμε σκόπιμο να κάνουμε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας παραπλήσιων ερευνών που έχουν διεξαχθεί ανά τον κόσμο και πραγματεύονται τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ.

8.2. Αναφορά στην ξένη βιβλιογραφία

- *Jerome, Gordon and Hustler (1994)*

Οι Jerome, Gordon και Hustler το 1994, ερεύνησαν τις γνώσεις των πρωτοβάθμιων εκπαιδευτικών στη Βόρεια Αμερική και συγκεκριμένα το δείγμα τους ήταν από τη Νέα Υόρκη, τη Φλόριντα και από το Οντάριο του Καναδά. Το ερευνητικό τους εργαλείο ήταν ένα ερωτηματολόγιο 19 ερωτήσεων τύπου σωστού- λάθους.
Οι εκπαιδευτικοί συγκέντρωσαν υψηλά ποσοστά επιτυχίας (Αμερικάνοι 77%, Καναδοί 78%) αν και η πιθανότητα σωστής απάντησης ήταν 50% λόγω του τύπου των ερωτήσεων. Παρ' όλα αυτά οι εκπαιδευτικοί φάνηκαν ικανοί να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, υστερούσαν όμως σε ό,τι αφορά την παρέμβαση. Παραδείγματος χάρη τα 2/3 του δείγματος πίστευαν ότι η μειωμένη ποσότητα πρόσληψης ζάχαρης είναι αποτελεσματική ως μέθοδος παρέμβασης.

- *Sciutto, Tejesen and Bender Frank (2000)*

Έξι χρόνια αργότερα οι Sciutto, Tejesen και Bender Frank (2000), με μια νέα έρευνα που διεξήχθη στη Νέα Υόρκη και χρησιμοποιώντας ως ερευνητικό εργαλείο το KADDS

(Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale), έδειξαν ότι οι δάσκαλοι φαίνονται να γνωρίζουν, όπως και στην προηγούμενη έρευνα των Jerome, Gordon και Hustler, τις σωστές απαντήσεις σε ό,τι αφορά τη συμπτωματολογία και τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, αλλά υστερούσαν στο κομμάτι της παρέμβασης, παρ' όλο που σε αυτή την έρευνα είχε χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγιο τύπου σωστό, λάθος και δεν γνωρίζω που ελαχιστοποιούσε τις κατά τύχη σωστές απαντήσεις στο 33% έναντι του 50% της προηγούμενης έρευνας.

- Herbert, Crittenden and Dalrymple (2004)

Το 2004 η έρευνα των Herbert, Crittenden και Dalrymple αντικατοπτρίζει τα ευρήματα της προηγούμενης έρευνας, με το ίδιο ερευνητικό εργαλείο, στην περιοχή της Φιλαδέλφειας.

- Vereb and DiPerna (2004)

Το ίδιο έτος οι Vereb και DiPerna, χρησιμοποίησαν ως ερευνητικό εργαλείο το KARE (Knowledge of ADHD Rating Evaluation) διαρθρωμένο επίσης με ερωτήσεις τύπου σωστό, λάθος και δεν γνωρίζω στους δασκάλους της Πενσυλβανία και του Νιού Τζέρσεϋ. Τα ποσοστά των γνώσεών τους για την συμπτωματολογία και διάγνωση ανέρχονταν στο 70%, ενώ τα χαμηλά ποσοστά που συγκέντρωσαν κι αυτοί σε ό,τι αφορά την παρέμβαση (54%) επιβεβαιώνουν τις προαναφερθείσες έρευνες.

- Beckle, B. (2004)

Την ίδια περίοδο η Beckle (2004) χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο των Jerome, Gordon και Hustler (1994) σύγκρινε τις γνώσεις και τις στάσεις 30 δασκάλων και 40 φοιτητών στην Αυστραλία. Το ποσοστό των δασκάλων ήταν 83% στις σωστές απαντήσεις, ενώ των φοιτητών λίγο λιγότερο. Τέλος, τόσο οι δάσκαλοι όσο και οι φοιτητές είχαν το χαμηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων στις ερωτήσεις που σχετίζονται με τις διατροφικές συνήθειες και τη ΔΕΠ-Υ.

- West, J., Taylor, M., Houghton, S. & Hudyma, S. (2005)

Ένα χρόνο μετά, οι West, Taylor, Houghton και Hudyma, θέλησαν να συγκρίνουν τις αντιλήψεις και τις γνώσεις δασκάλων και γονέων πάνω στη ΔΕΠ-Υ.

Η έρευνα έδειξε ότι οι δάσκαλοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν υψηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο σε σύγκριση με τους καθηγητές δευτεροβάθμιας

εκπαίδευσης, καθώς επίσης και οι δάσκαλοι ειδικής αγωγής σε σύγκριση με τους δασκάλους γενικής αγωγής. Παρ' όλο που οι δάσκαλοι γνώριζαν αρκετά για τη διαταραχή, δεν ήξεραν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μιλούν μέσα στην τάξη, είναι λεκτικώς επιθετικά, αδέξια και οι κινήσεις τους δεν είναι συντονισμένες.

- Ahmadd Ghanizadeh, Mohammad Jafar Bahredar and Seyed Reza Moeini (2005)

Οι Ahmadd Ghanizadeh, Mohammad Jafar Bahredar and Seyed Reza Moeini το ίδιο έτος, διεξήγαγαν μια έρευνα στο Σιράζ του Ιράν, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο τύπου σωστό λάθος και δεν γνωρίζω. Το ενδιαφέρον σε αυτή την έρευνα ήταν να παρατηρηθούν οι γνώσεις των εκπαιδευτικών στη ΔΕΠ-Υ και στις ανατολικές χώρες. Από τα ευρήματα προκύπτει ότι οι δάσκαλοι του Σιράζ δεν έχουν αρκετές γνώσεις του αντικειμένου μια που το μεγαλύτερο μέρος της πληροφόρησής τους γίνεται από το ραδιόφωνο και τη τηλεόραση. Μόνο το 5,7% είχε παρακολουθήσει κάποια μαθήματα ειδικής αγωγής.

Οι πιο χαρακτηριστικές ελλείψεις τους εντοπίζονται στο ότι πίστευαν πως η ΔΕΠ-Υ οφείλεται σε λανθασμένες γονικές συμπεριφορές, ότι δεν γνώριζαν τη χρήση του Ritalin (69.9%), ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλότερο IQ από τα υπόλοιπα και χαμηλότερες κατ επέκταση σχολικές επιδόσεις, ότι έπρεπε να λαμβάνουν λιγότερες εργασίες για το σπίτι και να εξετάζονται προφορικά.

- Einarsdottir, J. (2007)

Σε μια πρόσφατη μελέτη της Einarsdottir (2007) στην Ισλανδία, όλοι οι συμμετέχοντες δάσκαλοι είχαν εμπειρία με παιδιά που είχαν πάρει διάγνωση ΔΕΠ-Υ. Οι δάσκαλοι συμφωνούσαν ότι τα περισσότερα παιδιά ήταν αγόρια και συνέδεσαν τη διάγνωση με μια ποικιλία περιβαλλοντικών παραμέτρων. Παρόλο που οι περισσότεροι είχαν δουλέψει με παιδιά που προέρχονταν από όλους τους τύπους οικογενειών, ορισμένοι δάσκαλοι εξέφρασαν την πεποίθηση ότι παιδιά που έζησαν δύσκολες εμπειρίες, όπως το διαζύγιο των γονιών τους ή ο χαμός κάποιου οικείου ατόμου, είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν προβλήματα συμπεριφοράς και να διαγνωσθούν με ΔΕΠ-Υ. Επίσης αρκετοί δάσκαλοι ανέφεραν ότι η μετάβαση από το νηπιαγωγείο στο δημοτικό μπορεί να γίνει πολύ προβληματική γι' αυτά τα παιδιά.

- Ohan, Cormier, Hepp, Visser and Strain (2008)

Ένα χρόνο αργότερα οι Ohan, Cormier, Hepp, Visser and Strain, χρησιμοποίησαν στους δασκάλους της Μελβούρνης (Αυστραλία) ένα ερωτηματολόγιο 20 ερωτήσεων τύπου σωστού, λάθους για να εξετάσουν επίσης τις γνώσεις εκπαιδευτικών στην ΔΕΠ-Υ.

Οι δάσκαλοι όπως δείχνει η έρευνα φαίνεται να είναι πιο ενημερωμένοι σε σχέση με τους δασκάλους των προηγουμένων ερευνών. Τα ποσοστά τους είναι υψηλότερα αν κι αυτοί υστερούν σε κάποιους τομείς όπως αυτός της παρέμβασης. Παρ' όλα αυτά οι περισσότεροι ήταν γνώστες τόσο των συμπτωμάτων όσο και των αιτιών της ΔΕΠ-Υ.

Λυπηρό για λογούς που θα συζητήσουμε παρακάτω είναι το γεγονός ότι παρακάτω είναι το γεγονός ότι τόσο οι δάσκαλοι της Αυστραλίας όσο και της Αμερικής, Καναδά και Ιράκ δεν γνωρίζουν ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αλλάζουν κατά την εφηβεία.

8.3. Αναφορά στη ελληνική βιβλιογραφία

Στην Ελλάδα οι γνώσεις και οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ δεν έχουν διερευνηθεί σε βάθος (Κάκουρος, Παπαηλιού & Μπαδικιάν, 2006, Καραγρηγορίου, 2003).

- Καραγρηγορίου (2003)

Η έρευνα της Καραγρηγορίου (2003) διερεύνησε τις γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις εκπαιδευτικών προσχολικής αγωγής σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ σε δείγμα 147 γυναικών νηπιαγωγών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νηπιαγωγοί (σε ποσοστό 71,8%) γνώριζαν τα κύρια χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, 83,4% και 54% δήλωσε ότι δε γνώριζε κατάλληλες ψυχοπαιδαγωγικές προσεγγίσεις και αποτελεσματικές διδακτικές μεθόδους στην εκπαίδευση παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντίστοιχα. Χαμηλό ήταν και το ποσοστό γνώσεων ως προς τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (35,3%) ενώ θετική φάνηκε να είναι η επίδραση της προηγούμενης διδακτικής εμπειρίας με παιδί με ΔΕΠ-Υ στις γνώσεις των νηπιαγωγών σχετικά με αποτελεσματικές μεθόδους διδασκαλίας. Σε αντίθεση με τα διεθνή εμπειρικά δεδομένα (Stormont & Stebbins, 2005) τα αποτελέσματα της έρευνας της Καραγρηγορίου έδειξαν ότι οι νηπιαγωγοί με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας υπολείπονταν σε όλους τους τομείς γνώσεων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με τους νηπιαγωγούς με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας.

- Κάκουρος, Παπαηλιού και Μπαδικιάν (2006)

Η έρευνα των Κάκουρου, Παπαηλιού και Μπαδικιάν (2006) αποσκοπούσε στη διερεύνηση των αντιλήψεων δασκάλων σχετικά με τη φύση και τα αίτια της ΔΕΠ-Υ καθώς και στην αποτύπωση των απόψεων τους σχετικά με το ρόλο του δασκάλου στην αντιμετώπιση της διαταραχής. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 193 δάσκαλοι οι οποίοι σε ποσοστό 70% εσφαλμένα αποδίδουν τα προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε οικογενειακούς παράγοντες όπως η παραμέληση, οι κακοί τρόποι διαπαιδαγώγησης ή το διαζύγιο. Οι δάσκαλοι, στη συγκεκριμένη έρευνα, παρουσιάζουν σοβαρά ελλείμματα στις γενικές γνώσεις τους σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, εντούτοις πιστεύουν ότι είναι ικανοί να ανταπεξέλθουν στις προκλήσεις της ΔΕΠ-Υ με συνεχή επιμόρφωση και απόκτηση διδακτικής εμπειρίας.

- Αντωνοπούλου, Σταμπολτζή και Κουβαβά (υπό δημοσίευση)

Οι Αντωνοπούλου, Σταμπολτζή και Κουβαβά, εξετάζοντας τις γνώσεις πρωτοβάθμιων εκπαιδευτικών πάνω στη ΔΕΠ-Υ, χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο 26 ερωτήσεων τύπου σωστού, λάθους και δεν γνωρίζω, παρατήρησαν ότι το μέσο ποσοστό σωστών απαντήσεων των δασκάλων ήταν ανά κατηγορία: ορισμός 69.7%, συμπτωματολογία 74%, αιτιολογία 46,9% και αντιμετώπιση 31,65%.

Σύμφωνα με τις Αντωνοπούλου, Σταμπολτζή και Κουβαβά, οι δάσκαλοι της παρούσας έρευνας έχουν λανθασμένες αντιλήψεις σε βασικές γνώσεις, όπως για παράδειγμα, ότι η ΔΕΠ-Υ είναι κληρονομική, ότι η φαρμακευτική αγωγή είναι αποτελεσματική για τη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα καταφέρνουν καλύτερα σε δομημένες συνθήκες, ότι οι βιολογικοί παράγοντες είναι πιο σημαντικοί από τους οικογενειακούς στην αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ και ότι το παιδί πρέπει να είναι υπερδραστήριο σε περισσότερους από έναν χώρους (σπίτι, σχολείο) για να πάσχει από ΔΕΠ-Υ.

Ακόμη οι Έλληνες δάσκαλοι βρέθηκε να έχουν περισσότερες γνώσεις για τη Συμπτωματολογία και τον Ορισμό της ΔΕΠ-Υ, και λιγότερες γνώσεις για την Αιτιολογία και την Αντιμετώπισή της.

Τέλος, ο διαχωρισμός των λανθασμένων απαντήσεων από την απουσία γνώσεων για τη ΔΕΠ-Υ (σύμφωνα με τις 'ΔΕΝ ΞΕΡΩ' απαντήσεις του ερωτηματολογίου) δείχνει τους τομείς που οι δάσκαλοι στερούνται γνώσεων. Οι δάσκαλοι της παρούσας έρευνας βρέθηκε να έχουν τη μεγαλύτερη άγνοια (απουσία γνώσεων) σε θέματα Αντιμετώπισης και Αιτιολογίας της ΔΕΠ-Υ.

8.4. Παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για ΔΕΠ-Υ

- Προηγούμενη εμπειρία με παιδί με ΔΕΠ-Υ

Ο βασικότερος παράγοντας που επηρεάζει τις γνώσεις εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ είναι από ότι φαίνεται η προηγούμενή τους επαφή με τη διαταραχή. Όπως επιβεβαιώνει και η έρευνα των Sciutto, Tejesen και Bender Frank (2000), οι εκπαιδευτικοί ο οποίοι είχαν προηγούμενη εμπειρία με παιδί με ΔΕΠ-Υ, σημείωσαν υψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων από εκείνους που δεν είχαν. Επιπλέον όσα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είχαν διδάξει, τόσο υψηλότερα ήταν και τα ποσοστά τους. Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται επίσης και από τους Kos, Richdale και Jackson (2004), οι οποίοι στη ερευνά τους βρήκαν θετική συσχέτιση ανάμεσα στην προηγούμενη εμπειρία με παιδί με ΔΕΠ-Υ και στις γνώσεις των δασκάλων.

- Πανεπιστημιακή κατάρτιση

Η Καραγρηγορίου (2003) στην έρευνά της διαπίστωσε ότι οι νηπιαγωγοί με περισσότερα χρόνια υπηρεσίας υστερούν σε σχέση με εκείνους που έχουν λιγότερα. Αυτό συμβαίνει διότι οι νεότεροι έχουν παρακολουθήσει ένα πιο βελτιωμένο πρόγραμμα σπουδών το οποίο συμπεριλαμβάνει και νέες παιδαγωγικές μεθόδους.

- Προσωπικές απόψεις εκπαιδευτικών

Σύμφωνα με τους Κάκουρος, Παπαηλιού και Μπαδικιάν, οι εκπαιδευτικοί τις περισσότερες φορές ερμηνεύουν τα συμπτώματα μιας διαταραχής στηριζόμενοι στο τι πιστεύουν για τη συμπεριφορά των παιδιών, την παιδαγωγική τους φιλοσοφία και τις γνώσεις τους για τις αναπτυξιακές διαταραχές.

- Κουλτούρα

Σύμφωνα με την έρευνα της Einarsdottir (2007) στην Ισλανδία, η οπτική των δασκάλων για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ επηρεάζεται από τις κοινωνικές συνθήκες, την κουλτούρα και τα ιστορικά δεδομένα για την διαταραχή. Συγκεκριμένα, όλοι οι δάσκαλοι συμφώνησαν ότι ο σύγχρονος τρόπος ζωής και οι αλλαγές που επήλθαν στην κουλτούρα, έχουν μεταβάλει τη συμπεριφορά των παιδιών. Ακόμη, εξέφρασαν την άποψη ότι οι ζωές των παιδιών σήμερα είναι πιο δομημένες και ελέγχονται περισσότερο από τους ενηλίκους,

ενώ τα παιδιά περνούν τις περισσότερες ώρες της ημέρας στα σχολεία και όχι στα σπίτια τους. Οι συνθήκες αυτές, σύμφωνα με τους δασκάλους, είναι η αιτία για περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς.

8.5. Η στάση των εκπαιδευτικών απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, συναρτήσει των γνώσεών τους

- Βοήθεια στην αναζήτηση κατάλληλης υποστήριξης για το παιδί με ΔΕΠ-Υ

Οι Ohan, Cormier, Hepp, Visser and Strain (2008), βρήκαν ότι οι δάσκαλοι που υπερτερούσαν στις γνώσεις της ΔΕΠ-Υ, ήταν περισσότερο πιθανό να αναφέρουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα επωφελούνταν από τους ειδικούς από εκείνους που υστερούσαν σε γνώσεις. Επίσης ήταν πρόθυμοι να βοηθήσουν τους γονείς ή και να ψάξουν οι ίδιοι τους κατάλληλους ειδικούς και τις κατάλληλες υπηρεσίες ώστε να υποστηριχτεί το παιδί. Έτσι ενώ οι εκπαιδευτικοί αυτοί θα πρόσφεραν ουσιαστική βοήθεια στα παιδιά, οι εκπαιδευτικοί που δεν είχαν αρκετές γνώσεις στερούσαν αυτή την πολύτιμη βοήθεια από αυτά.

- Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος για το παιδί με ΔΕΠ-Υ

Οι προαναφερθέντες, στην ίδια έρευνα, βρήκαν επίσης ότι οι εκπαιδευτικοί που συγκέντρωσαν μεγάλα ή μέσα ποσοστά γνώσεων για τη διαταραχή, φαίνεται να είναι πιο ικανοί στις εκπαιδευτικές και συμπεριφορικές τεχνικές από εκείνους που συγκέντρωσαν χαμηλά ποσοστά. Συγκεκριμένα οι πρώτοι παρουσίασαν μεγαλύτερα πλεονεκτήματα στην εκπαιδευτική στήριξη και στις αλλαγές στο οικογενειακό περιβάλλον από τους δεύτερους. Επιπλέον η δημιουργία ενός κατάλληλα δομημένου εκπαιδευτικού περιβάλλοντος και η προώθηση αλλαγών σε αυτό ώστε να διευκολυνθεί το παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι επίσης χαρακτηριστικό των εκπαιδευτικών που οι γνώσεις τους ήταν υψηλότερες ή τουλάχιστον στο μέσο όρο των σωστών απαντήσεων.

- Πρόβλεψη της συμπεριφοράς ενός μαθητή με ΔΕΠ-Υ

Στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί με υψηλή ή μέση γνώση για τη διαταραχή είχαν επίγνωση του πώς θα ήταν να έχουν ένα μαθητή στην τάξη με ΔΕΠ-Υ σε σχέση με αυτούς που ήταν λιγότερο ενημερωμένοι. Γνωρίζοντας λοιπόν τις πιθανές συμπεριφορές που μπορεί να έχει μέσα στην τάξη ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, μπορούν να βρίσκονται σε

εγρήγορση και να παρατηρούν το παραμικρό σύμπτωμα και να το αντιμετωπίσουν κάνοντας κάποιες αλλαγές, όπως παραδείγματος χάρη στη διάρθρωση της σχολικής αίθουσας.

Κεφάλαιο 9: Μέθοδος

9.1. Ερευνητικό εργαλείο

Για να συλλεχθούν τα δεδομένα της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των McNicholas & Santosh (1997), το λεγόμενο «ADHD Knowledge Based Questionnaire», το οποίο μεταφράστηκε στα ελληνικά και προσαρμόστηκε ανάλογα στην κοινωνική πραγματικότητα. Το αρχικό ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα με τη μέθοδο της 'διασταυρούμενης μετάφρασης' (Birbili, 2000). Εφαρμόζοντας τη μέθοδο αυτή, το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά και αντίστροφα και συζητήθηκαν οι διαφορές. Από τις 30 ερωτήσεις του αρχικού ερωτηματολογίου, εξαιρέθηκαν οι τέσσερις (η $1^{η}$, η $5^{η}$, η $8^{η}$ και η $24^{η}$ πρόταση): η μία θεωρήθηκε ότι έχει ξεπεραστεί στα χρόνια που μεσολάβησαν από την κατασκευή του ερωτηματολογίου (1997) έως σήμερα (2009), δύο γιατί ήταν ασαφείς νοηματικά και άλλη μία γιατί σχετιζόταν με την αμερικανική πραγματικότητα.

Έτσι, η τελική μορφή του ερωτηματολογίου περιελάμβανε 26 προτάσεις με πιθανές απαντήσεις τα ΣΩΣΤΟ, ΛΑΘΟΣ και ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ. Η τελευταία επιλογή ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ εντάχθηκε έτσι ώστε να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα της τυχαίας επιλογής της σωστής απάντησης (33.3%). Αναλυτικότερα, οι προτάσεις του ερωτηματολογίου εντάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες: 7 στον Ορισμό (προτάσεις 2, 7, 11, 14, 17, 22, 25), 10 στη Συμπτωματολογία (προτάσεις 3, 4, 6, 9, 12, 15, 23, 26, 27, 29), 5 στην Αιτιολογία (προτάσεις 13, 16, 21, 28, 30) και 4 στην Παρέμβαση (προτάσεις 10, 18, 19, 20).). Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha που ήταν ,864 (Mean=25,12, S.D=10,39). Η μορφή του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται στο Παράρτημα 3 (σελ.96).

9.2. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Μοιράστηκαν 180 ερωτηματολόγια σε 15 σχολεία της Αττικής, σε 3 σχολεία Φθιώτιδας και σε 3 σχολεία της Κω κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2008-2009. Εξασφαλίζοντας τη ανωνυμία όλων των συμμετεχόντων , τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν επιτόπου από τους εκπαιδευτικούς, παρουσία του ερευνητή.

9.3. Συμμετέχοντες

Στη παρούσα έρευνα πήραν μέρος 180 εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης εκ των οποίων οι 100 ανήκουν στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και οι 80 στην πρωτοβάθμια (50 δάσκαλοι σε δημόσια σχολεία γενικής εκπαίδευσης και 30 δάσκαλοι σε δημόσια ειδικά σχολεία ή σε τμήματα ένταξης εντός δημοτικών σχολείων γενικής εκπαίδευσης). Τα 6 Γυμνάσια και τα 2 Δημοτικά σχολεία ανήκουν στην Αττική και συγκεκριμένα στις περιοχές Πετρούπολη, Ίλιον, Περιστέρι, Αγίους Αναργύρους και Αιγάλεω, 1 Γυμνάσιο, 3 Δημοτικά ανήκουν στη Φθιώτιδα και συγκεκριμένα στις περιοχές Αταλάντη και Λιβανάτες Φθιώτιδος, ενώ 1 Γυμνάσιο και 1 Δημοτικό σχολείο ανήκουν στη νήσο Κω και συγκεκριμένα στις περιοχές Καρδάμαινα και Αντιμάχεια. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος – φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, χρόνια υπηρεσίας, τύπος σχολείου, περιοχή σχολείου εργασίας, ειδικότητα, προηγούμενη εμπειρία με παιδί ΔΕΠ-Υ, τυχόν μετεκπαίδευση στην Ειδική Αγωγή και είδος μετεκπαίδευσης- παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία των 46-60 ετών, είναι γυναίκες, έγγαμοι και με έτη υπηρεσίας από 16-30. Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί του δείγματος εργάζονται σε Γυμνάσια και Δημοτικά, με ποσοστά 55,6 % και 27,2 % αντίστοιχα. Συγκεκριμένα, η πλειονότητα των εκπαιδευτικών έχουν ειδικότητα ως δάσκαλοι Γενικής Αγωγής με ποσοστό 34,70%.Ακόμη οι συμμετέχοντες ήταν σχεδόν ισάξια μοιρασμένοι στις περιοχές τη Αττικής και της υπόλοιπης Ελλάδας. Το 52,8 % των εκπαιδευτικών είχαν διδάξει σε τάξη με παιδί ΔΕΠ-Υ, ενώ μόνο το 16,1 % των εκπαιδευτικών έχει μετεκπαιδευτεί στην Ειδική Αγωγή. Τέλος, αν και το 83,9 % δεν είχαν λάβει κάποια μετεκπαίδευση στη ΔΕΠ-Υ, το 11,1 % από εκείνους που δήλωσαν πως είχαν , ήταν από το Μαράσλειο Διδασκαλείο.

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Δημογραφικά στοιχεία	**Αριθμός εκπαιδευτικών**	
Φύλο	**n=180**	**Ποσοστά**
Άνδρες	59	32,8 %
Γυναίκες	121	67,2 %
Ηλικία		
21-25	15	8,3 %
26-35	26	14,4 %
36-45	61	33,9 %
46-60	78	43,3 %
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	43	24,7 %
Έγγαμος	124	71,3 %
Διαζευγμένος	7	4 %
Χρόνια υπηρεσίας		
0-5 έτη	41	22,8 %
6-10 έτη	18	10,0 %
11-15 έτη	21	11,7 %
16-30 έτη	100	55,6 %
Τύπος σχολείου		
Νηπιαγωγείο	2	1,1 %
Δημοτικό	49	27,2 %
Γυμνάσιο	100	55,6 %
Ειδικό σχολείο	23	12,8 %
Τμήμα ένταξης	6	3,3 %
Περιοχή Σχολείου		
Αττική	82	45,6 %
Άλλες περιοχές	98	54,4 %
Ειδικότητα		
Δάσκαλοι Γενικής Αγωγής	57	31,7 %
Δάσκαλοι Ειδικής Αγωγής	23	12,8 %
Καθηγητές Φιλολογίας/Γλωσσών	43	23,9 %
Καθηγητές Θετικών Επιστημών/Τεχνολογίας	34	18,9 %
Καθηγητές Τεχνών, Μουσικής, Θεολογίας	7	3,9 %
Καθηγητές Οικιακής Οικονομίας/Οικονομικών	12	6,7 %

Καθηγητές Φυσικής Αγωγής/Συμβουλευτικής	4	2,2 %
Προηγούμενη εμπειρία με παιδί ΔΕΠ-Υ		
Ναι	95	52,8 %
Όχι	85	47,2 %
Μετεκπαίδευση στην Ειδική Αγωγή		
Ναι	29	16,1 %
Όχι	151	83,9 %
Εάν ΝΑΙ, είδος μετεκπαίδευσης		
Μαράσλειο Διδασκαλείο	20	11,1 %
Μεταπτυχιακό	2	1,1 %
Διδακτορικό	0	0%
Όχι	151	83,9 %
Σεμινάρια Επιμόρφωσης	0	0 %
Βασικό Πτυχίο Ειδικής Αγωγής	6	3,3 %
Άλλο	1	0,6 %

Κεφάλαιο 10: Αποτελέσματα

Το πρώτο αποτέλεσμα της μελέτης σχετίζεται με τις γνώσεις των εκπαιδευτικών. Ο μέσος όρος των σωστών απαντήσεων των εκπαιδευτικών είναι 46,84%, των λανθασμένων απαντήσεων 19,85% και των Δεν Γνωρίζω είναι 32,88%. Στον πίνακα 2 παρατίθενται αναλυτικά ανά ερώτηση τα ποσοστά των σωστών λανθασμένων και των απαντήσεων Δεν γνωρίζω που συγκεντρώθηκαν από το δείγμα.

Πίνακας 2: Τα ποσοστά Σωστών, Λάθος και Δεν Γνωρίζω απαντήσεων που συγκέντρωσε κάθε ερώτηση

	Σωστό	**Λάθος**	**Δε γνωρίζω**
2. Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται περίπου στο 5% των παιδιών σχολικής ηλικίας. (Σωστό)	46,7%	8,9%	44,4%
3. Συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορούν να εμφανιστούν ακόμα και σε παιδιά 2 χρονών. (Σωστό)	56,1%	5,0%	38,4%
4. Τα παιδιά συνήθως ξεπερνούν τη ΔΕΠ-Υ στην ηλικία των 10 ετών. (Λάθος)	51,7%	9,4%	38,9%
6. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι δημοφιλή μέσα στην τάξη τους. (Λάθος)	42,8%	**44,4%**	12,8%
7. Η ΔΕΠ-Υ είναι συχνότερη στα κορίτσια. (Λάθος)	**68,9%**	2,8%	28,3%
9. Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σπανίως αποσπάται η προσοχή τους από τη δουλειά που κάνουν. (Λάθος)	**81,1%**	8,9%	10,0%
10. Η φαρμακευτική αγωγή είναι συνήθως πολύ αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. (Σωστό)	15,0%	36,1%	48,9%
11. Η ΔΕΠ-Υ αναγνωρίζεται αυτόματα ως κατηγορία ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών. (Σωστό)	61,1%	19,4%	19,4%
12. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σπανίως παρουσιάζουν επιθετικότητα ή προβλήματα συμπεριφοράς. (Λάθος)	65,6%	21,7%	12,8%
13. Διατροφικά στοιχεία όπως οι χρωστικές ουσίες και τα συντηρητικά είναι υπεύθυνα για τη ΔΕΠ-Υ στα περισσότερα παιδιά. (Λάθος)	23,3%	13,9%	**62,8%**
14. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αλλάζουν καθώς το παιδί μεγαλώνει. (Σωστό)	62,8%	8,3%	28,9%
15. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι ανήσυχα, κινούνται διαρκώς και δε μπορούν να μείνουν ακίνητα. (Σωστό)	**91,1%**	4,4%	4,4%
16. Η ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως κληρονομική. (Σωστό)	16,1%	**39,4%**	44,4%
17. Η ΔΕΠ-Υ είναι μια 'ταμπέλα' η οποία χρησιμοποιείται ως δικαιολογία για τα παιδιά	39,4%	**50,6%**	10,0%

με ανάρμοστη συμπεριφορά. (Λάθος)			
18. Η θεραπεία με 'ριταλίνη' συχνά καθυστερεί την ανάπτυξη του παιδιού. (Λάθος)	4,4%	3,3%	**92,2%**
19. Αντικαταθληπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται μερικές φορές για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. (Σωστό)	16,1%	10,6%	**73,3%**
20. Η φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ δίνεται μόνο σε περιόδους που το παιδί είναι πολύ ζωηρό. (Λάθος)	13,9%	15,6%	**70,6%**
21. Η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση από τους γονείς μπορεί να προκαλέσει ΔΕΠ-Υ στο παιδί. (Λάθος)	30,0%	**46,1%**	23,9%
22. Ένα παιδί που είναι υπερδραστήριο στο σπίτι αλλά όχι στο σχολείο, δεν μπορεί να πάσχει από ΔΕΠ-Υ. (Σωστό)	56,7%	22,2%	21,1%
23. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά ανακατεύονται σε συζητήσεις και μιλούν συνεχώς. (Σωστό)	63,3%	22,2%	14,4%
25. Η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ περιγράφονται από τους δασκάλους ως παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς. (Λάθος)	**89,4%**	4,4%	6,1%
26. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα καταφέρνουν καλύτερα σε συνθήκες που είναι λιγότερο δομημένες. (Λάθος)	29,4%	**43,9%**	26,7%
27. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν συνήθως χαμηλή αυτοεκτίμηση. (Σωστό)	65,0%	20,6%	14,4%
28. Η ΔΕΠ-Υ θεωρείται ότι προκαλείται από νευροχημικές ανωμαλίες στον εγκέφαλο. (Σωστό)	36,7%	4,4%	**58,9%**
29. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εργάζονται βιαστικά και κάνουν λάθη από απροσεξία. (Σωστό)	**83,9%**	3,3%	12,8%
30. Οι οικογενειακοί παράγοντες είναι λιγότερο σημαντικοί από τους βιολογικούς στην αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ. (Σωστό)	27,8%	38,9%	33,3%

Στον παρακάτω πίνακα 3 παρουσιάζονται οι ερωτήσεις που συγκέντρωσαν τα υψηλότερα ποσοστά σωστών απαντήσεων.

Πίνακας 3: Ερωτήσεις με το υψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων

Ερωτήσεις	**Κατηγορία**	**Ποσοστό**
15. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι ανήσυχα, κινούνται διαρκώς και δε μπορούν να μείνουν ακίνητα. (Σωστό)	Συμπτωματολογία	91,1%
25. Η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ περιγράφονται από τους δασκάλους ως παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς. (Σωστό)	Ορισμός	89,4%

29. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εργάζονται βιαστικά και κάνουν λάθη από απροσεξία. (Σωστό)	Συμπτωματολογία	83,9%
9. Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σπανίως αποσπάται η προσοχή τους από τη δουλειά που κάνουν. (Λάθος)	Συμπτωματολογία	81,1%
7. Η ΔΕΠ-Υ είναι συχνότερη στα κορίτσια. (Λάθος)	Ορισμός	68,9%

Στον επόμενο πίνακα 4 παρουσιάζονται οι ερωτήσεις που συγκέντρωσαν τα υψηλότερα ποσοστά λανθασμένων απαντήσεων.

Πίνακας 4: Ερωτήσεις με το υψηλότερο ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων

Ερωτήσεις	**Κατηγορία**	**Ποσοστό**
17. Η ΔΕΠ-Υ είναι μια 'ταμπέλα' η οποία χρησιμοποιείται ως δικαιολογία για τα παιδιά με ανάρμοστη συμπεριφορά. (Λάθος)	Ορισμός	50,6%
21. Η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση από τους γονείς μπορεί να προκαλέσει ΔΕΠ-Υ στο παιδί. (Λάθος)	Αιτιολογία	46,1%
6. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι δημοφιλή μέσα στην τάξη τους. (Λάθος)	Συμπτωματολογία	44,4%
26. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα καταφέρνουν καλύτερα σε συνθήκες που είναι λιγότερο δομημένες. (Λάθος)	Συμπτωματολογία	43,9%
16. Η ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως κληρονομική. (Σωστό)	Αιτιολογία	39,4%

Τέλος, στον επόμενο πίνακα 5 παρουσιάζονται οι ερωτήσεις που συγκέντρωσαν τα υψηλότερα ποσοστά των απαντήσεων Δεν Γνωρίζω.

Πίνακας 5: Ερωτήσεις με το υψηλότερο ποσοστό Δεν Γνωρίζω

Ερωτήσεις	**Κατηγορία**	**Ποσοστό**
18. Η θεραπεία με 'ριταλίνη' συχνά καθυστερεί την ανάπτυξη του παιδιού. (Λάθος)	Παρέμβαση	92,2%
19. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται μερικές φορές για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. (Σωστό)	Παρέμβαση	73,3%
20. Η φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ δίνεται μόνο σε περιόδους που το παιδί είναι	Παρέμβαση	70,6%

πολύ ζωηρό. (Λάθος)		
13. Διατροφικά στοιχεία όπως οι χρωστικές ουσίες και τα συντηρητικά είναι υπεύθυνα για τη ΔΕΠ-Υ στα περισσότερα παιδιά. (Λάθος)	Αιτιολογία	62,8%
28. Η ΔΕΠ-Υ θεωρείται ότι προκαλείται από νευροχημικές ανωμαλίες στον εγκέφαλο. (Σωστό)	Αιτιολογία	58,9%

Παρακάτω, στον πίνακα 6, παρουσιάζονται τα μέσα ποσοστά επί του συνόλου του δείγματος σωστών απαντήσεων ανά κατηγορία.

Πίνακας 6: Μέσο ποσοστό και τυπική απόκλιση των σωστών απαντήσεων όλων των εκπαιδευτικών στις τέσσερις κατηγορίες

Κατηγορία	**Μέσο Ποσοστό**	**Τυπική Απόκλιση**
Ορισμός	60,55	22,72
Συμπτωματολογία	62,94	23,34
Αιτιολογία	26,55	25,62
Παρέμβαση	13,05	20,88

Παρακάτω, στον πίνακα 7, παρουσιάζονται τα μέσα ποσοστά και οι τυπικές αποκλίσεις των σωστών απαντήσεων που έδωσαν οι δάσκαλοι γενικής αγωγής στις τέσσερις κατηγορίες ερωτήσεων.

Πίνακας 7: Μέσα ποσοστά και τυπικές αποκλίσεις των ορθών απαντήσεων των δασκάλων γενικής αγωγής (n=57)

Κατηγορία	**Μέσο Ποσοστό**	**Τυπική Απόκλιση**
Ορισμός	62,66	21,39
Συμπτωματολογία	71,93	17,57
Αιτιολογία	33,33	27,08
Παρέμβαση	11,84	18,36

Στη συνέχεια, στον πίνακα 8, παραθέτουμε τα μέσα ποσοστά και τις τυπικές αποκλίσεις των σωστών απαντήσεων ανά κατηγορία που έδωσαν οι δάσκαλοι ειδικής αγωγής.

Πίνακας 8: Μέσα ποσοστά και τυπικές αποκλίσεις των ορθών απαντήσεων των δασκάλων ειδικής αγωγής (n=23)

Κατηγορία	**Μέσο Ποσοστό**	**Τυπική Απόκλιση**
Ορισμός	76,40	13,35
Συμπτωματολογία	83,91	11,57
Αιτιολογία	34,78	23,52
Παρέμβαση	33,69	29,78

Τέλος, στον πίνακα 9, παραθέτουμε τα μέσα ποσοστά και τις τυπικές αποκλίσεις των σωστών απαντήσεων ανά κατηγορία των καθηγητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Πίνακας 9: Μέσα ποσοστά και τυπικές αποκλίσεις των ορθών απαντήσεων των καθηγητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (n=100)

Κατηγορία	**Μέσο Ποσοστό**	**Τυπική Απόκλιση**
Ορισμός	55,71	23,46
Συμπτωματολογία	53,00	23,07
Αιτιολογία	20,80	23,94
Παρέμβαση	9,00	16,86

Το δεύτερο αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας σχετίζεται με την ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των σωστών απαντήσεων που σημείωσαν οι δάσκαλοι γενικής αγωγής, οι δάσκαλοι ειδικής αγωγής και οι καθηγητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στις τέσσερις κατηγορίες ερωτήσεων.

Αναλυτικότερα, μέσω της ανάλυσης Διακύμανσης Μονής Κατεύθυνσης (one way ANOVA), έγινε σύγκριση ανάμεσα στις σωστές απαντήσεις των ομάδων των συμμετεχόντων εκπαιδευτικών στις τέσσερις κατηγορίες του ερωτηματολογίου (Ορισμός, Συμπτωματολογία, Αιτιολογία και Παρέμβαση). Ο δείκτης F δείχνει τον διαφορετικό τρόπο που απαντούν οι εκπαιδευτικοί στις τέσσερις κατηγορίες με $p<0.05$. Όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης F, τόσο μεγαλύτερες είναι οι διαφορές των απαντήσεων στις κατηγορίες.

Βρέθηκαν στατιστικά σηματικές διαφορές στις απαντήσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τον ορισμό της ΔΕΠ-Υ (F_{179}=8,813, p<0,001), την Συμπτωματολογία (F_{179}=29,854,

p<0,001), την Αιτιολογία (F_{179}=6,026, p=0,003) και την Παρέμβαση (F_{179}=15,331, p<0,001).

Μια επιπλέον ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων (Multiple Comparisons) έγινε ανάμεσα στις σωστές απαντήσεις των διαφορετικών ομάδων των συμμετεχόντων εκπαιδευτικών. Η διόρθωση έγινε μέσω του συντελεστή Bonferroni και το p-value μικρότερο από το 0.05.

Ως προς τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τον ορισμό της ΔΕΠ-Υ, στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ανάμεσα στους δασκάλους ειδικής αγωγής και τους δασκάλους γενικής αγωγής (p=0,035) με καλύτερη γνώση αυτή των δασκάλων ειδικής αγωγής. Επίσης στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ανάμεσα στους δασκάλους ειδικής αγωγής και στους καθηγητές (p<0.001) με καλύτερη γνώση επίσης αυτή των δασκάλων ειδικής αγωγής.

Ως προς τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την Συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ανάμεσα στους δασκάλους ειδικής αγωγής και τους καθηγητές (p<0.001) με καλύτερη γνώση αυτή των δασκάλων ειδικής αγωγής, καθώς και ανάμεσα στους δασκάλους γενικής αγωγής και στους καθηγητές (p<0.001) με καλύτερη γνώση αυτή των δασκάλων γενικής αγωγής.

Ως προς τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την Αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ, στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ανάμεσα στους δασκάλους ειδικής αγωγής και τους καθηγητές (p=0,049) με καλύτερη γνώση αυτή των δασκάλων ειδικής αγωγής, καθώς και ανάμεσα στους δασκάλους γενικής αγωγής και στους καθηγητές (p=008) με καλύτερη γνώση αυτή των δασκάλων γενικής αγωγής.

Τέλος, ως προς τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την Παρέμβαση της ΔΕΠ-Υ, στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ανάμεσα στους δασκάλους ειδικής αγωγής και τους δασκάλους γενικής αγωγής (p<0.001) με καλύτερη γνώση αυτή των δασκάλων ειδικής αγωγής, καθώς και ανάμεσα στους δασκάλους ειδικής αγωγής και στους καθηγητές (p<0.001) με καλύτερη γνώση επίσης αυτή των δασκάλων ειδικής αγωγής.

Επίσης, μέσω της ανάλυσης Διακύμανσης Μονής Κατεύθυνσης (one way ANOVA), έγινε σύγκριση ανάμεσα στις σωστές απαντήσεις των δασκάλων γενικής και ειδικής αγωγής και των δευτεροβάθμιων βάσει των ειδικοτήτων τους στις τέσσερις κατηγορίες του ερωτηματολογίου (Ορισμός, Συμπτωματολογία, Αιτιολογία και Παρέμβαση). Ο δείκτης F δείχνει τον διαφορετικό τρόπο που απαντούν οι εκπαιδευτικοί στις τέσσερις κατηγορίες με $p<0.05$. Όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης F, τόσο μεγαλύτερες είναι οι διαφορές των απαντήσεων στις κατηγορίες.

Βρέθηκαν στατιστικά σηματικές διαφορές στις απαντήσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τον Ορισμό της ΔΕΠ-Υ (F_{179}=3,429, p=0,003), την Συμπτωματολογία (F_{179}=11,543, p<0,001) και την Παρέμβαση (F_{179}=5,336, p<0,001) ενώ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην Αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ.

Ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων (Multiple Comparisons) έγινε επίσης ανάμεσα στις σωστές απαντήσεις των δασκάλων γενικής και ειδικής αγωγής και των δευτεροβάθμιων βάσει των ειδικοτήτων τους στις τέσσερις κατηγορίες του ερωτηματολογίου (Ορισμός, Συμπτωματολογία, Αιτιολογία και Παρέμβαση). Η διόρθωση έγινε μέσω του συντελεστή Bonferroni και το p-value ήταν μικρότερο από το 0.05.

Συγκεκριμένα στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ως προς τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τον Ορισμό της ΔΕΠ-Υ ανάμεσα στους δασκάλους ειδικής αγωγής και στους καθηγητές ελληνικής ή ξένης γλώσσας (p=0,014) καθώς και στους καθηγητές οικιακής οικονομίας ή οικονομολόγους (p=0,011), με καλύτερη γνώση αυτή των δασκάλων ειδικής αγωγής.

Ως προς τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την Συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ανάμεσα στους δασκάλους ειδικής αγωγής και στους καθηγητές ελληνικής ή ξένης γλώσσας (p<0,001), στους καθηγητές θετικών επιστημών (p<0,001), στους καθηγητές καλλιτεχνικών ή μουσικής (p=0,009), στους καθηγητές οικιακής οικονομίας ή οικονομολόγους (p=0,001)και στους καθηγητές φυσικής αγωγής (p<0,001) με καλύτερη γνώση αυτή των δασκάλων ειδικής αγωγής. Στην ίδια κατηγορία ερωτήσεων , στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν επίσης ανάμεσα στους δασκάλους γενικής αγωγής και στους καθηγητές ελληνικής ή ξένης γλώσσας (p<0,001), στους καθηγητές θετικών επιστημών (p=0,002) και στους καθηγητές φυσικής αγωγής (p<0,001) με καλύτερη γνώση αυτή των δασκάλων γενικής αγωγής.

Ως προς τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την Παρέμβαση της ΔΕΠ-Υ, στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ανάμεσα στους δασκάλους ειδικής αγωγής και στους καθηγητές ελληνικής ή ξένης γλώσσας ($p<0,001$) και στους καθηγητές θετικών επιστημών ($p<0,001$) με καλύτερη γνώση αυτή των δασκάλων ειδικής αγωγής.

Τέλος, όπως αναφέραμε δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατηγορία Αιτιολογία των ερωτήσεων.

Το τρίτο αποτέλεσμα της έρευνάς μας αφορά τις συσχετίσεις μεταξύ των σωστών απαντήσεων που δόθηκαν από τους εκπαιδευτικούς στις τέσσερις κατηγορίες ερωτήσεων και την προηγούμενή τους εμπειρία με παιδί με ΔΕΠ-Υ, το αν έχουν μετεκπαιδευτεί στην ειδική αγωγή και με τα χρόνια προϋπηρεσίας που έχουν. Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με T-test και στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτών.

Αρχικά έγινε σύγκριση μεταξύ των σωστών απαντήσεων του συνόλου των εκπαιδευτικών και την προηγούμενη τους εμπειρία με παιδί με ΔΕΠ-Υ, όπως εκείνοι είχαν δηλώσει αν έχουν ή όχι στο ερωτηματολόγιο που τους μοιράστηκε.

Το One-Sample T-test δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις σωστές απαντήσεις των εκπαιδευτικών στις τέσσερις κατηγορίες των ερωτήσεων και στην προηγούμενη εμπειρία τους με παιδί με ΔΕΠ-Υ.

Πίνακας 10: One-Sample T-test των σωστών απαντήσεων σε σχέση με την προηγούμενη εμπειρία τους με παιδί με ΔΕΠ-Υ

	Εκπαιδευτικοί με προηγούμενη εμπειρία με παιδί με ΔΕΠ-Υ (n=95)		Εκπαιδευτικοί χωρίς προηγούμενη εμπειρία με παιδί με ΔΕΠ-Υ (n=85)			
Κατηγορία	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	t_{178}	**p**
Ορισμός	61,80	59,16	22,10	23,45	0,779	0,437
Συμπτωματολογία	65,37	60,23	21,72	24,88	1,478	0,141
Αιτιολογία	24,00	29,41	25,36	25,74	1,419	0,158
Παρέμβαση	15,26	10,59	22,27	19,04	1,505	1,134

Έπειτα έγινε σύγκριση ανάμεσα επίσης με T-test ανάμεσα στις σωστές απαντήσεις των εκαπιδευτικών στις τέσσερις κατηγορίες ερωτήσεων και στο αν είχαν ή δεν είχαν μετεκπαιδευτεί στην ειδική αγωγή. Όπως φαίνεται και παρακάτω υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές και στις τέσσερις κατηγορίες ερωτήσεων.

Πίνακας 11: One-Sample T-test των σωστών απαντήσεων σε σχέση με την μετεκπαίδευσή τους στην ειδική αγωγή

	Εκπαιδευτικοί που έχουν μετεκπαιδευτεί στην ειδική αγωγή (n=23)		Εκπαιδευτικοί που δεν έχουν μετεκπαιδευτεί στην ειδική αγωγή (n=157)			
Κατηγορία	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	t_{178}	**p**
Ορισμός	78,26	15,45	57,96	22,48	4,182	0,000
Συμπτωματολογία	86,52	12,65	59,50	22,55	5,611	0,000
Αιτιολογία	40,87	22,94	24,46	25,38	2,929	0,004
Παρέμβαση	32,61	29,61	10,19	17,67	5,138	0,000

Τέλος μέσω της ανάλυσης Διακύμανσης Μονής Κατεύθυνσης (one way ANOVA), έγινε σύγκριση ανάμεσα στις σωστές απαντήσεις και στα χρόνια προϋπηρεσίας των εκπαιδευτικών. Ο δείκτης F δείχνει τον διαφορετικό τρόπο που απαντούν οι εκπαιδευτικοί στις τέσσερις κατηγορίες με $p<0.05$. Όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης F, τόσο μεγαλύτερες είναι οι διαφορές των απαντήσεων στις κατηγορίες.

Βρέθηκαν στατιστικά σηματικές διαφορές στις απαντήσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τον 0ρισμό της ΔΕΠ-Υ (F_{179}=8,081, p<0,001) και την Συμπτωματολογία (F_{179}=2,946, p<0,034), ενώ στις κατηγορίες Αιτιολογία και Παρέμβαση δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων (Multiple Comparisons) έγινε επίσης ανάμεσα στις σωστές απαντήσεις στις τέσσερις κατηγορίες του ερωτηματολογίου (Ορισμός, Συμπτωματολογία, Αιτιολογία και Παρέμβαση) των εκπαιδευτικών και στα χρόνια

προϋπηρεσίας τους. Η διόρθωση έγινε μέσω του συντελεστή Bonferroni και το p-value ήταν μικρότερο από το 0.05.

Συγκεκριμένα στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ως προς τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τον Ορισμό της ΔΕΠ-Υ ανάμεσα στους εκπαιδευτικούς που είχαν 16-30 χρόνια προϋπηρεσίας και στους εκπαιδευτικούς που είχαν 11-15 χρόνια προϋπηρεσίας ($p<0,001$) με καλύτερη γνώση των εκπαιδευτικών που είχαν 16-30 χρόνια προϋπηρεσίας.

Ως προς τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την Συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ανάμεσα στους εκπαιδευτικούς που είχαν 16-30 χρόνια προϋπηρεσίας και στους εκπαιδευτικούς που είχαν 11-15 χρόνια προϋπηρεσίας ($p=0,031$) με καλύτερη γνώση επίσης των εκπαιδευτικών που είχαν 16-30 χρόνια προϋπηρεσίας.

Κεφάλαιο 11: Συζήτηση - Συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταγράψει τις γνώσεις, τις λανθασμένες αντιλήψεις, αλλά και τις ελλείψεις των εκπαιδευτικών σε θέματα που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ. Οι εκπαιδευτικοί όντας οι πρώτοι που εντοπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στην τάξη και τα παραπέμπουν στους αντίστοιχους φορείς ή ενημερώνουν τους γονείς τους, οφείλουν να είναι κατάλληλα ενημερωμένοι για τη διαταραχή ώστε να είναι ικανοί και να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα και να βοηθήσουν στην παρέμβαση, παρέχοντας τις κατάλληλες πληροφορίες στους ειδικούς. Παρ όλα αυτά, από ό, τι φαίνεται οι εκπαιδευτικοί υστερούν σε γνώσεις ιδιαίτερα σε ό, τι αφορά την Αιτιολογία και την Παρέμβαση, καθώς επίσης και στο σύνολο των κατηγοριών, αφού δεν σημείωσαν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά σωστών απαντήσεων (46,84%).

Το πρώτο εύρημα της παρούσας μελέτης αφορά τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ. Όπως έδειξαν οι στατιστικές αναλύσεις, το επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών για το αντίστοιχο θέμα είναι χαμηλό (46,84% σωστές απαντήσεις) και συγκεκριμένα χαμηλότερο ακόμη και από τα αντίστοιχα ποσοστά άλλων ερευνών που κυμαίνονται από 47,8% (στην έρευνα των Sciutto, Terjesen και Frank (2000))έως και 83% (στην έρευνα της Beckle (2004)).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε Αυστραλία και Αμερική, τα ποσοστά σωστών απαντήσεων των εκπαιδευτικών ήταν αρκετά υψηλά και συγκεκριμένα πολλές φορές ξεπερνούσε το 75%. Παρ όλα αυτά , τα ευρήματα των σχετικών ερευνών δεν είναι άμεσα συγκρίσιμα εξαιτίας μιας σειράς παραγόντων, όπως το επίπεδο εκπαίδευσης των δασκάλων, η μορφή και η συχνότητα της ενδοσχολικής επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών, το εκπαιδευτικό σύστημα, η ισχύουσα διαγνωστική μεθοδολογία, ο βαθμός συμμετοχής των εκπαιδευτικών στη διαγνωστική διαδικασία, η κρατική ευαισθητοποίηση σε θέματα πρώιμης και έγκαιρης παρέμβασης κλπ. Οι παράγοντες αυτοί διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα και επιδρούν στο βαθμό γνώσης των εκπαιδευτικών σε θέματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ (Αντωνοπούλου, Σταμπολτζή και Κουβαβά, υπό δημοσίευση).

Επιπλέον, αν συγκρίνουμε το ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων (19,85%) και το ποσοστό των Δεν Γνωρίζω απαντήσεων (32,88%) μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι αν και υπήρχαν κάποιες λανθασμένες αντιλήψεις για τη ΔΕΠ-Υ, οι εκπαιδευτικοί φαίνεται περισσότερο ότι δεν γνωρίζουν καθόλου κάποια βασικά στοιχεία της διαταραχής.

Συγκεκριμένα, κρίνοντας από τις ερωτήσεις που συγκέντρωσαν τα υψηλότερα ποσοστά λανθασμένων απαντήσεων, μπορούμε να πούμε ότι οι εκπαιδευτικοί υστερούν στις κατηγορίες Συμπτωματολογία και Αιτιολογία. Αναλυτικότερα, θεωρούν ότι οι ΔΕΠ-Υ δεν είναι κληρονομική και μπορεί να προκληθεί από τυχόν λανθασμένη διαπαιδαγώγηση των γονέων. Κοινώς πιστεύουν πως η διαταραχή οφείλεται σε περιβαλλοντικούς και όχι σε κληρονομικούς παράγοντες. Επιπλέον και σε ερωτήσεις όπως ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι δημοφιλή στην τάξη τους και ότι λειτουργούν καλύτερα σε συνθήκες που είναι λιγότερο δομημένες, οι οποίες ανήκουν στην κατηγορία της Συμπτωματολογίας, σημείωσαν υψηλά ποσοστά λάθους. Ιδιαίτερα στην λανθασμένη αντίληψη ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι δημοφιλή μέσα στην τάξη τους αξίζει να σημειώσουμε ότι μεγάλο ποσοστό των εκπαιδευτικών ανέφερε προφορικά κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ότι είναι τα πιο αγαπητά από τους συμμαθητές τους παιδιά στην τάξη, γιατί κάνουν φασαρία συμπεριφέρονται σαν «κλόουν» και προκαλούν γέλιο. Το παραπάνω είναι σημαντικό όχι μόνο γιατί δείχνει την άγνοια των εκπαιδευτικών στο ότι τα παιδιά αυτά κάθε άλλο παρά δημοφιλή είναι διότι δεν μπορούν να προσαρμοστούν στους κανόνες των παιχνιδιών, μιλούν ακατάπαυστα και είναι ανυπόμονα πράγμα που ενοχλεί τους φίλους τους με αποτέλεσμα να τα περιθωριοποιούν, αλλά και γιατί δείχνει ότι δεν μπορούν να ξεχωρίσουν ένα απλώς ζωηρό παιδί από ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, βάζοντας έτσι οι ίδιοι τη ΔΕΠ-Υ ως ταμπέλα για τα παιδιά με ανάρμοστη συμπεριφορά, γεγονός που δικαιολογεί και το υψηλό ποσοστό λάθους που συγκέντρωσε η αντίστοιχη ερώτηση του ερωτηματολογίου.

Σε ό,τι αφορά τις ερωτήσεις που συγκέντρωσαν τα υψηλότερα ποσοστά απαντήσεων Δεν Γνωρίζω, αξίζει να σημειωθεί ότι οι περισσότερες από αυτές άνηκαν στην κατηγορία Παρέμβαση. Συγκεκριμένα ένα τεράστιο ποσοστό των εκπαιδευτικών (92,2%) δεν γνώριζε για το αν η ριταλίνη καθυστερεί την ανάπτυξη του παιδιού και ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό (73,3%) δεν γνώριζε αν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση της διαταραχής. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις ανήκαν στην κατηγορία Αιτιολογία και αναφέρονταν στα αίτια που προκαλούν τη διαταραχή. Οι εκπαιδευτικοί δεν γνώριζαν ότι αντιλήψεις, όπως ότι η ΔΕΠ-Υ προκαλείται από χρωστικές ουσίες τροφών, έχουν καταρριφτεί και άλλες, όπως το ότι η ΔΕΠ-Υ προκαλείται από νευροχημικές ανωμαλίες στον εγκέφαλο, έχουν επιβεβαιωθεί.

Τέλος, σχετικά με τα ποσοστά των εκπαιδευτικών στις τέσσερις κατηγορίες ερωτήσεων αξίζει να σημειωθεί ότι στη Συμπτωματολογία και στον Ορισμό συγκέντρωσαν τα υψηλότερα, 62,94% και 60,55% αντίστοιχα, ενώ απ ότι φάνηκε υστερούσαν στις

κατηγορίες Αιτιολογία και Παρέμβαση, 26,55% και 13,05% αντίστοιχα. Τα παραπάνω συμφωνούν με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών (Jerome, Gordon & Hustler, 1994· Sciutto, Terjesen & Frank, 2000· Καραγρηγορίου, 2003), σύμφωνα με τις οποίες οι εκπαιδευτικοί γνώριζαν περισσότερα για τη συμπτωματολογία και λιγότερα για τις μεθόδους αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ. Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών για τη διαταραχή κρίνεται απαραίτητη και ιδιαίτερα προτείνεται να εστιάσει στους τρόπους Παρέμβασης της ΔΕΠ-Υ και στην Αιτιολογία της και όχι στη Συμπτωματολογία και στον Ορισμό για τα οποία μπορεί κανείς εύκολα να πληροφορηθεί από τη βιβλιογραφία.

Το δεύτερο εύρημα της παρούσας μελέτης αφορά τη σύγκριση του επιπέδου των γνώσεων των δασκάλων γενικής αγωγής με αυτό των δασκάλων ειδικής αγωγής και των καθηγητών στις τέσσερις κατηγορίες ερωτήσεων, βάσει του ποσοστού των σωστών απαντήσεων που συγκέντρωσε η κάθε κατηγορία των εκπαιδευτικών ξεχωριστά.

Οι εκπαιδευτικοί φάνηκε να έχουν μεταξύ τους στατιστικά σημαντικές διαφορές και στις τέσσερις κατηγορίες ερωτήσεων.

Συγκεκριμένα οι δάσκαλοι ειδικής αγωγής υπερτερούσαν από τους δευτεροβάθμιους σε όλες τις κατηγορίες ερωτήσεων (στα Ορισμός, Συμπτωματολογία και Παρέμβαση με και στην Αιτιολογία με) και από τους δασκάλους γενικής αγωγής στον Ορισμό και στην Παρέμβαση

Ακόμη οι δάσκαλοι γενικής αγωγής φαίνεται να έχουν περισσότερες γνώσεις στις κατηγορίες Συμπτωματολογία και Αιτιολογία από τους δευτεροβάθμιους.

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι οι δάσκαλοι ειδικής αγωγής φαίνεται να γνωρίζουν περισσότερα για τη διαταραχή τόσο από τους δασκάλους γενικής αγωγής όσο και από τους δευτεροβάθμιους. Τα παραπάνω επιβεβαιώνουν και την έρευνα των West, Taylor, Houghton και Hudyma (2005) η οποία έδειξε επίσης ότι οι δάσκαλοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν υψηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο σε σύγκριση με τους καθηγητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, καθώς επίσης και οι δάσκαλοι ειδικής αγωγής σε σύγκριση με τους δασκάλους γενικής αγωγής

Θεωρώντας λοιπόν ως δεδομένο ότι ένα μεγάλο ποσοστό των γενικών δημοτικών σχολείων διαθέτει τμήματα ένταξης τα οποία στελεχώνονται από δασκάλους ειδικής αγωγής, προτείνεται η συνεργασία των παραπάνω ώστε οι δάσκαλοι γενικής αγωγής να

ενημερωθούν κατάλληλα για τη διαταραχή, ιδιαίτερα σε ό, τι αφορά την Επιδημιολογία και την Παρέμβαση της ΔΕΠ-Υ, στα οποία και υστερούν.

Αναφερόμενοι στους δευτεροβάθμιους, περεταίρω στατιστικές αναλύσεις έδειξαν ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων τους και των δασκάλων γενικής και ειδικής αγωγής σε όλες τις κατηγορίες ερωτήσεων εκτός της Αιτιολογίας.

Συγκεκριμένα οι δάσκαλοι ειδικής αγωγής φαίνεται να γνωρίζουν περισσότερα στον Ορισμό από τους καθηγητές ελληνικής ή ξένης γλώσσας και τους καθηγητές οικιακής οικονομίας ή οικονομολόγους, στην Συμπτωματολογία από όλες τις ειδικότητες των δευτεροβάθμιων και στην Παρέμβαση από τους καθηγητές ελληνικής ή ξένης γλώσσας και από τους καθηγητές θετικών επιστημών. Επιπλέον οι δάσκαλοι γενικής αγωγής φαίνεται να υπερτερούν στη Συμπτωματολογία έναντι των καθηγητών ελληνικής ή ξένης γλώσσας, των καθηγητών θετικών επιστημών και των καθηγητών φυσικής αγωγής με.

Από όλα τα παραπάνω μπορούμε να πούμε ότι οι δευτεροβάθμιοι είναι οι λιγότερο ενημερωμένοι για τη διαταραχή σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες εκπαιδευτικών και θεωρείται επιτακτική η ανάγκη επιμόρφωσής τους, ιδιαίτερα των καθηγητών ελληνικής ή ξένης γλώσσας που φαίνεται να υστερούν σημαντικά στις παραπάνω τρεις κατηγορίες ερωτήσεων και μάλιστα είναι και εκείνοι οι οποίοι περνούν τις περισσότερες ώρες με τους μαθητές λόγω της φύσης των μαθημάτων τους, δίνοντας έμφαση στην Συμπτωματολογία που οι περισσότεροι από αυτούς παρουσιάζουν τις πιο πολλές αδυναμίες.

Συμπερασματικά μπορούμε να σημειώσουμε ότι όπως προαναφέρθηκε η συνεργασία μεταξύ δασκάλων ειδικής αγωγής και δασκάλων γενικής αγωγής μπορεί να αποβεί πολύ αποδοτική στην ενημέρωση των δεύτερων. Επιπλέον ενημερωτικά σεμινάρια για τη διαταραχή, αλλά και για άλλες μαθησιακές δυσκολίες κρίνονται αναγκαία τόσο στην περίπτωση των δευτεροβάθμιων που φάνηκαν να έχουν και τις λιγότερες γνώσεις επί του θέματος, τόσο και στην περίπτωση των πρωτοβάθμιων οι οποίοι μπορεί μεν να υπερτερούσαν σε σχέση με τους δευτεροβάθμιους όμως έχουν σημειώσει στο σύνολό τους σχετικά χαμηλά ποσοστά σωστών απαντήσεων και ιδιαίτερα στην Αιτιολογία και στην Παρέμβαση.

Οι παραπάνω παρεμβάσεις θα βοηθήσουν στην καλύτερη συνεργασία μεταξύ μαθητών και εκπαιδευτικών και στην αντιμετώπιση των τυχών προβλημάτων που προκύπτουν στην τάξη λόγω της διαταραχής, στην ευκολότερη αναγνώριση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ από τους εκπαιδευτικούς μιας που, όπως έχουμε προαναφέρει, οι εκπαιδευτικοί

είναι συνήθως τα πρώτα άτομα που εντοπίζουν, αναφέρουν και παραπέμπουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ για διάγνωση (Vereb and DiPerna, 2004) και στην καλύτερη συνεργασία των εκπαιδευτικών με τους ειδικούς της ΔΕΠ-Υ, ώστε οι πρώτοι να είναι ικανοί να παρέχουν στους δεύτερους πλήθος χρήσιμων πληροφοριών με αποτέλεσμα μια σωστή παρεμβατική δράση.

Το τρίτο και τελευταίο εύρημα της παρούσας μελέτης αφορά την προσπάθειά μας να συσχετίσουμε τις σωστές απαντήσεις του συνόλου των εκπαιδευτικών στις τέσσερις κατηγορίες ερωτήσεων με την προηγούμενή τους εμπειρία με παιδί με ΔΕΠ-Υ, την μετεκπαίδευσή τους στην ειδική αγωγή και τα χρόνια υπηρεσίας τους.
Σχετικά με την προηγούμενη εμπειρία τους με παιδί με ΔΕΠ-Υ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές που σημαίνει ότι η προηγούμενη εμπειρία δεν βελτιώνει σημαντικά τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη διαταραχή, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από έρευνες του εξωτερικού (Kos, Richdale & Jackson, 2004, Ohan et al., 2008).
Οι συσχετίσεις μεταξύ εκείνων που είχαν μετεκπαιδευτεί στην ειδική αγωγή και εκείνων που δεν είχαν, έδειξαν ότι οι πρώτοι σημείωσαν μεγαλύτερα ποσοστά σε όλες τις κατηγορίες. Μπορούμε λοιπόν να παρατηρήσουμε ότι τα παραπάνω ευρήματα που ήθελαν τους δασκάλους ειδικής αγωγής να είναι πιο ενημερωμένοι σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες εκπαιδευτικών επιβεβαιώνονται, αλλά και οι εκπαιδευτικοί που είχαν λάβει κάποιο είδος επιμόρφωσης πάνω στην ειδική αγωγή είτε με κάποιο επιπλέον πτυχίο είτε με κάποιου είδους επιμορφωτικό σεμινάριο, φάνηκαν επίσης να κατέχουν ένα υψηλότερο ποσοστό γνώσεων σε σχέση με τους υπόλοιπους εκπαιδευτικούς.
Τέλος, αναφερόμενοι στα χρόνια προϋπηρεσίας των εκπαιδευτικών, παρατηρήσαμε ότι οι εκπαιδευτικοί με πολλά χρόνια προϋπηρεσίας (16-30) παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τους εκπαιδευτικούς που είχαν από 11-15 χρόνια προϋπηρεσίας στις κατηγορίες Ορισμός και Συμπτωματολογία. Το παραπάνω εύρημα δείχνει ότι η πολύχρονη εμπειρία των εκπαιδευτικών τους καθιστά περισσότερο ικανούς από εκείνους τους εκπαιδευτικούς που δεν διαθέτουν την αντίστοιχη εμπειρία στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της διαταραχής καθώς επίσης και στην σωστότερη απάντηση των ερωτήσεων που αφορούν την επιδημιολογία. Η διαπίστωση αυτή έρχεται σε αντιπαράθεση με έρευνες του εξωτερικού που αναφέρουν ότι η προϋπηρεσία μαζί με την προηγούμενη επαφή με παιδί με ΔΕΠ-Υ, όπως επισημάναμε κι εμείς παραπάνω, δε βελτιώνουν από μόνες τους τις γνώσεις των δασκάλων για τη διαταραχή (Kos, Richdale & Jackson, 2004, Ohan et al., 2008). Για το λόγο όμως ότι δεν βρέθηκαν στατιστικά

σημαντικές διαφορές σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που είχαν 0-11 χρόνια προϋπηρεσίας, μπορούμε να πούμε ότι οι εκπαιδευτικοί με λίγα χρόνια προϋπηρεσίας πιθανόν να είναι ενημερωμένοι για τη ΔΕΠ-Υ από τυχόν εκπαιδευτικά σεμινάρια ή από βελτιωμένα προγράμματα σπουδών στα πανεπιστήμιά τους τα οποία θα περιείχαν και μαθήματα ειδικής αγωγής, ενώ οι εκπαιδευτικοί με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας έχουν περισσότερο εμπειρικές γνώσεις στον Ορισμό και στην Συμπτωματολογία της διαταραχής.

Στους περιορισμούς της έρευνας πρέπει να αναφέρουμε τη χρήση ενός μόνο ερωτηματολογίου των McNicholas και Santosh (1997), το οποίο είναι μικρότερο σε έκταση από τα άλλα χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια (Jerome, Gordon & Hustler, 1994, Kos, Richdale & Jackson, 2004, Sciutto, Terjesen & Bender Frank, 2000) και δεν περιλαμβάνει ίσο αριθμό ερωτήσεων για κάθε μια από τις κατηγορίες: Ορισμό, Συμπτωματολογία, Αιτιολογία, Αντιμετώπιση.

Εν κατακλείδι, η παρούσα έρευνα προτείνει τη συστηματική επιμόρφωση των εκπαιδευτικών για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, τόσο στις κατηγορίες Αιτιολογία και Αντιμετώπιση, όσο και σε ένα ευρύτερο πλαίσιο λαμβάνοντας υπ όψιν ότι τα δεδομένα της διαταραχής αλλάζουν συνεχώς. Η επιμόρφωση αυτή μπορεί να γίνει τόσο με την μεταξύ συνεργασία των εκπαιδευτικών, ιδιαίτερα των δασκάλων ειδικής και γενικής αγωγής, όσο και με την παρακολούθηση ενδοσχολικών επιμορφωτικών προγραμμάτων. Σημαντικό θεωρείται να δοθεί έμφαση στους καθηγητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, αφού εκείνοι συγκέντρωσαν τα χαμηλότερα ποσοστά σωστών απαντήσεων στις τέσσερις κατηγορίες και φαίνεται να παρουσιάζουν περισσότερες αδυναμίες σε σχέση με τους δασκάλους ειδικής και γενικής αγωγής. Ακόμη ο εμπλουτισμός των πανεπιστημιακών προγραμμάτων σπουδών με μαθήματα που αφορούν την ειδική αγωγή θα μπορούσε να φανεί πολύ χρήσιμος και στους δασκάλους γενικής αγωγής, αλλά και στους καθηγητές οι οποίοι υστερούν περισσότερο σε γνώσεις επί του θέματος.

Τα παραπάνω μπορούν να βοηθήσουν τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς καθιστώντας τους ικανούς να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της διαταραχής και να ελέγχουν καλύτερα το περιβάλλον της σχολικής τάξης. Επιπλέον ο έγκαιρος εντοπισμός των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ακολουθείται και από την έγκαιρη παραπομπή των παιδιών στους ειδικούς, ώστε να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για μια αποτελεσματική παρέμβαση βοηθώντας έτσι και το ίδιο το παιδί , αλλά και τους γονείς. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι η ψυχολογική βοήθεια του παιδιού με ΔΕΠ-Υ από τους εκπαιδευτικούς αλλά και από τους ψυχολόγους που

μπορεί να βρίσκονται στα σχολεία, ένα κατάλληλα διαμορφωμένο σχολικό περιβάλλον που θα είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες του παιδιού, έμπειροι εκπαιδευτικοί με γνώσεις στην ειδική αγωγή και στην παιδαγωγική ψυχολογία που θα αναγνωρίζουν τις δυνατότητες του κάθε παιδιού ξεχωριστά εφαρμόζοντας τις αρχές της εξατομικευμένης διδασκαλίας και εκπαιδευτικοί που σέβονται τη διαφορετικότητα του εκάστοτε μαθητή, μπορούν να ενισχύσουν την πεσμένη αυτοπεποίθηση αυτών των παιδιών και να τα αποτρέψουν από το να βιώσουν την σχολική αποτυχία και την περιθωριοποίηση από τους συνομήλικούς τους.

Θα πρέπει λοιπόν οι εκπαιδευτικοί να μην ξεχνάνε ότι όλα τα παιδιά, με ή χωρίς μαθησιακές δυσκολίες, είναι διαφορετικά και έχουν δυνατότητες, άλλα περισσότερες και άλλα λιγότερες, και να μην τα υποτιμούν. Οι επαρκής γνώσεις των εκπαιδευτικών συγκεκριμένα για το εκάστοτε πρόβλημα που αντιμετωπίζει ένα παιδί, είτε αυτό λέγεται ΔΕΠ-Υ, είτε δυσλεξία κλπ, μπορούν να συμβάλλουν άμεσα στην σωστή αντιμετώπισή του, αλλά και στην ψυχολογία του παιδιού.

Βιβλιογραφία

Adduci, L. (1991, September 2). My child couldn't pay attention. *Woman's Day*, 102-106.

Allyon, T., Layman, D., & Kandel, H. (1975). A behavioral-educational alternative to drug control of hyperactive children. *Journal of Applied Behavioral Analysis,* 8, 137-146.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders* (3rd ed.rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Angold, A. (1988). Childhood and adolescent depression I: Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry,* 152, 601-617.

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

Angold, A., Erkanli, A., Egger, H. L., & Costello, E. J. (2000). Stimulant treatment for children: Acommunity perspective. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 975-994.

Ball, J. D., Tiernan, M., Janusz, J., & Furr, A. (1997). Sleep patterns among children with attention-deficit hyperactivity disorder: A re-examination of parent perceptions. *Journal of Pediatric Psychology,* 22, 389-398.

Barkley, R.A., (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.

Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 29, 546-557.

Barkley, R. A., DuPaul, G., & McMurray, M. B. (1990). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 575-789.

Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Kwasnik, D. (1996). Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with ADHD. *Pediatrics*, 98, 1089-1095.

Barkley, R. A., Koplowicz, S., Anderson, T., & McMurray, M. B. (1997). Sense of time in children with ADHD: Effects of duration, distraction, and stimulant medication. *Journal of the International Neuropsychological Society,* 3, 4, 359-369.

Beckle, B. (2004). *Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students*. Journal of Attention Disorders, 7(3), 151-161.

Bettelheim, B. (1973). Bringing up children. *Ladies Home Journal,* p.23.

Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Knee, D., & Tsuang, M. T. (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry,* 29, 526-533.

Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Steingard, R., & Tsuang, M. T. (1991). Family association between attention deficit disorder (ADD) and anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 48, 633-642.

Biederman, J., Faraone, S. V., & Lapey, K. (1992). Co morbidity of diagnosis in attention-deficit hyperactivity disorder. In G. Weiss (Ed.), *Child and adolescent psychiatric clinics of North America: Attention-deficit hyperactivity disorder* (pp. 335-360). Philadelphia: Saunders.

Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Kiley, K., Guite, J., Ablon, J. S., Reed, E., & Warburton, R. (1995a). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: A pilot study. *American Journal of Psychiatry,* 152, 431-435.

Biederman, J., Wozniak, J., Kiely, K., Ablon, S., Faraone, S., Mick, E., Mundy, E., & Kraus, I. (1995b). CBCL clinical scales discriminate pre-pubertal children with structured-interview-derived diagnosis of mania from those with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 34, 464-471.

Biederman, J., Faraone, S. V., & Mick, E. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: An overlooked comorbidity? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 35, 997-1008.

Borchardt, C.M., & Bernstein, G. A. (1995). Comorbid disorders in hospitalized bipolar adolescents compared with unipolar depressed adolescents. *Child Psychiatry and Human Development,* 26, 11-18.

Byers, R. K., & Lord, E. E. (1943). Late effects of lead poisoning on mental development. *American Journal of Diseases of Children,* 66, 471-494.

Cantwell, D. (1987). *The clinical description of AD-HD individuals.* Workshop presented at the Conference of Attention-Deficit Hyperactivity Disorders in Children and Adolescents: Assessment and intervention Techniques, Minneapolis, MN.

Cantwell, D. P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 35, 978-987.

Carlson, G. A. (1990). Child and adolescent mania – diagnostic considerations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 31, 331-342.

Carte, E. T., Nigg, J. T., & Hinshaw, S. P. (1996). Neuropsychological functioning, motor speed, and language processing in boys with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology,* 24, 481-498.

Chess, S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactivity child. *New York State journal of Medicine,* 60, 2379-2385.

Colgan, M., & Colgan, L. (1984). Do nutrient supplements and dietary changes affect learning and emotional reactions of children with learning and emotional reactions of children with learning difficulties? A controlled series of 16 cases. *Nutrition and Health,* 3, 69-77.

Comings, D. E., & Comings, B. G. (1988). Tourette's syndrome and attention deficit disorder. In D. J. Cohen, R. D. brunn, & J. F. leckman (Eds.), *Tourette's syndrome and tic disorders: Clinical understanding and treatment* (pp.119-136). New York: Wiley.

Conners, C. K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry,* 126, 884-888.

Corkum, P. V., Beig, S., Tannock, R., & Moldofsky, H. (1997, October). *Comorbidity: The potential link between attention-deficit/ hyperactivity disorder and sleep problems.* Paper presented at the annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Toronto, Canada.

Cormier, E. (2008). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review and Update. *Journal of Pediatric Nursing,* 23(5), 345-357.

Curatolo, P. Et al., The neurobiology og attention deficit/hyperactivity disorder, European Journal of Paedriatric Neurology (2008), Rome, Italy.

Dooling-Liftin, J. (1997). Time perception in children with ADHD. *ADHD Report*, 5 (5), 13-16.

Douglas, V. I. (1972). Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. Canadian Journal of Behavioral Science, 4, 259-282.

Douglas, V. I. (1980a). Higher mental processes in hyperactive children Implication for training. In R. Knights & D. Bakker (Eds.), Treatment of hyperactive and learning disordered children (pp. 65-92). Baltimore: University Park Press.

Douglas, V. I. (1980b). Treatment and training approaches to hyperactivity: Establishing internal or external control: In C. Whalen 7 B. Henker (Eds), Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment (pp.283-318). New York: Academic Press.

Douglas, V. I. (1983). Attention and cognitive problems. In M. Rutter (Ed.), Developmental neuropsychiatry (pp. 280-329). New York: Guilford Press.

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

Einarsdottir, J. (2007). *Teaching children with ADHD: Icelandic early childhood teachers' perspectives*, Early Child Development and Care, 178:4, p. 375 — 397.

Faraone, S. V. , Biederman, J., Lehman, B.,Keenan, K., Norman, D., Seidman, L. J., Kolodny, R.,Kraus, I., Perrin,L., & Chen, W. (1993). Evidence for the independent familiar transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: Results from a family genetic study. American Journal of Psychiatry, 150, 891-895.

Faraone, S. V., Biederman, J., Mennin, D., Wozniak, J., & Spencer, T. (1997b). Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: A familiar subtype? Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1378-1387.

Feingold, B. (1975). Why your child is hyperactive. New York: Random House.\

Fischer, M., Barkley, R. A. Edelbrock, C. S., &Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria, II: Academic, attentional and neuropsychological status. Journal of Consulting and Clinecal Psychology, 58, 550-588.

Fisher, M., Barkley, R. A., Edeelbrock, C. S., & Smallish, L. (1993). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria, V: Predictors of outcome. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 324-332.

Freibergs, V., & Douglas, V. (1969). Concept learning in hyperactive and normal children. Journal of Abnormal Psychology, 74, 388-395.

Frick, P. J., Kamphaus, R. W., Lahey, B. B., Loeber, R., Christ, M. A. G., Hart, E. L., & Tannenbaum, L. E. (1991). Academic Underachievement and the disruptive behavior disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 289-294.

Fuster, L. M (1989). The prefrontal cortex. New York: Raven.

Hawkins, J., Martin, S., Blanchard, K. M., & Brady, M. P., (1991). Teachers perceptions, beliefs, and interventions regarding children with attention deficit disorders. Action in teacher Education,13,52-59.

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

Ghanizadeh, A, Bahredar, M. J., & Moeini, S. R. (2005). Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. Patient Education and Counseling ,63, 84-88.

Goldstein, K. (1942). After-effects of brain injuries in war. New York: Grune and Stratton.

Goodman, L. S., & Gilman, A. (Eds) (1975). The pharmacological basis of therapeutics (5th ed), New York: Macmillan.

Grattan, M., & Eslinger, J. (1991). Frontal lobe damage in children and adults: A comparative review. Developmental neuropsychology, 7, 283-326.

Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V., Ouellette, C. A., Penn, C., & Griffin, S, M. (1996). Toward a new psychometric definition of social disability in children with attention-deficit hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 571-578.

Harticollis, P. (1968). The syndrome of minimal brain dysfunction in young adult patients. Bulletin of the Menniger Clinic, 32, 102-114.

Hartsough, C. S, & Lambert, N. M. (1985). Medical factors in hyperactive and normal children. American Journal of Orthopsychiatry, 55, 190-201.

Κάκουρος, Ε. (1998). Η έκβαση των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών στην Εφηβεία. Αρχεία Νευροψυχολογικής Ιατρικής, Ε. Ψ. Ψ. Ε. Π., Τομ.5 Νο 3(19), 89-91.

Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Β΄ έκδοση. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Καραγρηγορίου, Ε. (2003). *Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις των νηπιαγωγών για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητα (*ΔΕΠ/Υ*).* Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης: Παιδαγωγικό Τμήμα Προσχολικής Εκπαίδευσης.

Kinsbourne, M. (1977). The mechanism of hyperactivity. In M. Blau, I. Rapin, & M. Kinsbourne (Eds.), Topics in child neurology (pp. 289-306). New York: Spectrum.

Kos, J.M. & Richdale, A.L. & Jackson, M.S. (2004). *Knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder: A comparison of in-service and preservice teachers*. Psychology in the Schools, 41 (5), 517-526.

Kos, J.M., Richdale, A.L., Hay, D.A. (2006). *Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and their Teachers: A review of the literature*. International Journal of Disability, Development and Education, *53(2), 147-160.*

ΛιβανίουΕ.,2004,Μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς στην κανονική τάξη,Κέδρος

Levin, P. M. (1938). Restlessness in children. Archives of Neurology and Psychiatry, 39, 764-770.

Mannuza, S., Klein, R. (1992). Predictors of outcome of children with attention-deficit hyperactivity disorder. In G. Weiss (Ed.), Child and Adolescent psychiatric clinics of North America: Attention-deficit hyperactivity disorder (pp. 567-578). Philadelphia: Saunders

McClelland, J. M., Rubert, M. P., Reichler, R. J., & Sylvester, C. E. (1989). Attention deficit disoeder in children at risk for anxiety and depression. Lournal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 534-539.

McNicholas, F. & Santosh, P. (1997). Development of the AD/HD Knowledge Based Questionnaire. In *Papers and materials arising from the First European Conference for Health and Education Professionals on ADHD, University of Oxford, 7ht-9th April.* West Sussex: International Psychology Services, 79-82.

Mendelson, W., Johnson, N., & Stewart, M. A. (1971). Hyperactive children as teenagers: A follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease,* 153, 273-279.

Menkes, M., Rowe, J., & Menkes, J. (1967). A five-year follow-up study on the hyperactive child with minimal brain dysfunction. *Pediatrics,* 39, 393-399.

Neuhaus, C. (1996). *Το υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματά του*. (μτφρ. Γ. Μωραίτου, επιμ. Μ. Ζαφειροπούλου). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1998.

Ohan, J.L., Cormier, N., Hepp, S.L., Visser, T.A & Strain, M.C. (2008). Does knowledge about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder impact teachers' reported behaviors and perceptions? School Psychology Quarterly, 23 (3), 436-449.

O'Leary, K. D., Pelham, W. E., Rosenbaum, A., & Price, G. H. (1976). Behavioral treatment of hyperkinetic children: An experimental evaluation of its usefulness. *Clinical Pediatrics,* 15, 510-515.

Περιοδικό "Παιδαγωγική Επιθεώρηση", (υπό κρίση). *Γνώσεις δασκάλων σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).* Αντωνοπούλου Α., Σταμπολτζή Α. & Κουβαβά Σ. (υπό κρίση), Παιδαγωγική Επιθεώρηση.

Palm, L., Persson, E., Elmqvist, D., & Blennow, G. (1992). Sleep and wakefulness in preadolescent children with deficits in attention, motor control and perception. *Acta Paediatrica,* 81, 618-624.

Pauling, L. (1968). Orthomolecular Psychiatry. *Science,* 160, 265-271.

Pauls, D. L. (1991). Genetic factors in the expression of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology,* 1, 353-360.

Pauls, D. L., Hurst, C. R., Kruger, S. D., Leckman, J. F., Kidd, K. K., & Cohen, D. J. (1986). Gilles de la Tourette's syndrome and attention deficit disorder with hyperactivity: Evidence against a genetic relationship. *Archives of General Psychiatry,* 43, 1177-1179.

Parry, P. A., & Douglas, V (1976). Effects of reinforcement on concept identification in hyperactive children. Journal of Abnormal Child Psychology, 11, 327-340.

Pelham, W. E., Greenslade, K., & Cunningham, S.L. (1990). Sleep disturbances in children with attention deficit disorder [Abstract]. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 11, 218.

Roizen, N. J., Blobdis, T. A., Irwin, M., & Stein, M. (1994). Adaptive functioning in children with attention-deficit hyperactivity disorder. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 148, 1137-1142.

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

Seidman, L. J., Biederman, J., Faraone, S. V., Weber, W., & Ouellette, C. (1997), Toward defining a neuropsychology of attention- deficit hyperactivity disorder: Performance of children and adolescence from a large clinically referred sample. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 150-160.

Shapiro, E., & Shapro, A.K. (1989). Gilles de la Tourette's syndrome and tic disorders. Harvard Medical School Mental Health Letter, 5, 4-6.

Shirley, M. (1939). A behavior syndrome characterizing prematurely born children. Child Development, 10, 115-128.

Stuss, T., * Benson, F. (1986). The frontal lobes. New York: Raven.

Szatmari, P., Offord, R., & Boyle, H. (1989b). correlates, associated impairments, and patterns of service utilization of children with attention deficit disorders: Findings from the Ontario Child Health Study, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30, 205-217.

Taylor, E. A., Sandberg, S., Thorley, G., & Giles, S. (1991). The epidemiology of childhood hyperactivity, New York: Oxford University Press.

Thapar, A & Munoz-Solomando, A. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder, Cardiff University, UK.

Vereb, R. L. & DiPema, J. C. (2004).Teachers' Knowledge of ADHD, Treatments for ADHD, and Treatment Acceptability: An Initial Investigation. *School Psychology Review,* 33(3), 421-428.

Weiss, G., & Hechtman, L (1986,1993). Hyperactive children grown up. New York: Guilford Press.

Wender, P (1971). Minimal brain dysfunction, New York: Wiley.

Werry, J. S. (1997). Discussion of : "Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorders; A familiar subtype?". Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1388-1390.

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

West, S. A., Strakowski, S. M., Sax, K. W., McELroy, S. L., Keck, P. E., &McConville, B. J. (1996). Phenomenology and co morbidity of adolescents hospitalized for the treatment of acute mania. Biological Psychiatry, 39, 458-460.

Wigal. T., Swanson, J. M., Douglas, V. I., Wigal, S. B., Stoiber, C. M., & Fulbright, K. K. (1993). Reinforcement effects on frustration and persistence in children with attention-deficit hyperactivity disorder. Manuscript submitted for publication.

Wilens. T., Biederman, J., & Spencer, T. (1994). Clonidine for sleep disturbances associated with attention-deficit hyperactivity disorder.

Wills, T. J., & Lovaas. I. (1977). A behavioral approach to treating hyperactive children: The parent's role. In J. B. Millichap (Ed.). Learning disabilities and related disorders (pp. 119-140). Chicago: Yearbook Medical Publications.

Zelazo,P., Stack, D. (1997). Attention and information processing in infants with Down syndrome. In J. Enns & Burack (Eds.), Attention, Development and Psychopathology, New YorkQGuilford Press.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο γνώσεων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ (ADHD Knowledge Based Questionnaire, McNicholas & Santosh, 1997)

	ΣΩΣΤΟ	**ΛΑΘΟΣ**	**ΔΕΝ ΞΕΡΩ**
1. Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται περίπου στο 5% των παιδιών σχολικής ηλικίας. (Ορισμός)			
2. Συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορούν να εμφανιστούν ακόμα και σε παιδιά 2 χρονών. (Συμπτωματολογία)			
3. Τα παιδιά συνήθως ξεπερνούν τη ΔΕΠ-Υ στην ηλικία των 10 ετών. (Συμπτωματολογία)			
4. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι δημοφιλή μέσα στην τάξη τους. (Συμπτωματολογία)			
5. Η ΔΕΠ-Υ είναι συχνότερη στα κορίτσια (Ορισμός)			
6. Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σπανίως αποσπάται η προσοχή τους από τη δουλειά που κάνουν. (Συμπτωματολογία)			
7. Η φαρμακευτική αγωγή είναι συνήθως πολύ αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. (Αντιμετώπιση)			
8. Η ΔΕΠ-Υ αναγνωρίζεται αυτόματα ως κατηγορία ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών. (Ορισμός)			
9. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σπανίως παρουσιάζουν επιθετικότητα ή προβλήματα συμπεριφοράς. (Συμπτωματολογία)			
10. Διατροφικά στοιχεία όπως οι χρωστικές ουσίες και τα συντηρητικά είναι υπεύθυνα για τη ΔΕΠ-Υ στα περισσότερα παιδιά. (Αιτιολογία)			
11. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αλλάζουν καθώς το παιδί μεγαλώνει. (Ορισμός)			
12. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι ανήσυχα, κινούνται διαρκώς και δε μπορούν να μείνουν ακίνητα. (Συμπτωματολογία)			
13. Η ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως κληρονομική. (Αιτιολογία)			
14. Η ΔΕΠ-Υ είναι μια 'ταμπέλα' η οποία χρησιμοποιείται ως δικαιολογία για τα παιδιά με ανάρμοστη συμπεριφορά.(Ορισμός)			

15. Η θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή (π.χ. ριταλίνη) συχνά καθυστερεί την ανάπτυξη του παιδιού. (Αντιμετώπιση)			
16. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται μερικές φορές για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. (Αντιμετώπιση)			
17. Η φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ δίνεται μόνο σε περιόδους που το παιδί είναι πολύ ζωηρό. (Αντιμετώπιση)			
18. Η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση από τους γονείς μπορεί να προκαλέσει ΔΕΠ-Υ στο παιδί. (Αιτιολογία)			
19. Ένα παιδί που είναι υπερδραστήριο στο σπίτι αλλά όχι στο σχολείο, δεν μπορεί να πάσχει από ΔΕΠ-Υ. (Ορισμός)			
20. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά ανακατεύονται σε συζητήσεις και μιλούν συνεχώς. (Συμπτωματολογία)			
21. Η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ περιγράφονται από τους δασκάλους ως παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς.(Ορισμός)			
22. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα καταφέρνουν καλύτερα σε συνθήκες που είναι λιγότερο δομημένες. (Συμπτωματολογία)			
23. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν συνήθως χαμηλή αυτοεκτίμηση. (Συμπτωματολογία)			
24. Η ΔΕΠ-Υ θεωρείται ότι προκαλείται από νευροχημικές ανωμαλίες στον εγκέφαλο. (Αιτιολογία)			
25. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εργάζονται βιαστικά και κάνουν λάθη από απροσεξία. (Συμπτωματολογία)			
26. Οι οικογενειακοί παράγοντες είναι λιγότερο σημαντικοί από τους βιολογικούς στην αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ. (Αιτιολογία)			

Πίνακας 1: Ανάλυση Πολλαπλών Συγκρίσεων (Multiple Comparisons) ανάμεσα στις βαθμολογίες των τεσσάρων κατηγοριών των ερωτήσεων και των εκπαιδευτικών

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) TEACHER SPECIALTY	(J) TEACHER SPECIALTY	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval Lower Bound	95% Confidence Interval Upper Bound
percentage correct epidimiology	PRIMARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	PRIMARY EDUCATION SPECIAL NEEDS TEACHERS	-13,74087*	5,38224	,035	-26,7495	-,7323
		SECONDARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	6,94236	3,61603	,169	-1,7974	15,6821
	PRIMARY EDUCATION SPECIAL NEEDS TEACHERS	PRIMARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	13,74087*	5,38224	,035	,7323	26,7495
		SECONDARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	20,68323*	5,03858	,000	8,5052	32,8612
	SECONDARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	PRIMARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	-6,94236	3,61603	,169	-15,6821	1,7974
		PRIMARY EDUCATION SPECIAL NEEDS TEACHERS	-20,68323*	5,03858	,000	-32,8612	-8,5052
percentage correct symptomatology	PRIMARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	PRIMARY EDUCATION SPECIAL NEEDS TEACHERS	-11,98322	5,01449	,054	-24,1030	,1365
		SECONDARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	18,92982*	3,36896	,000	10,7872	27,0724
	PRIMARY EDUCATION SPECIAL NEEDS TEACHERS	PRIMARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	11,98322	5,01449	,054	-,1365	24,1030
		SECONDARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	30,91304*	4,69431	,000	19,5671	42,2589
	SECONDARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	PRIMARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	-18,92982*	3,36896	,000	-27,0724	-10,7872
		PRIMARY EDUCATION SPECIAL NEEDS TEACHERS	-30,91304*	4,69431	,000	-42,2589	-19,5671
percenatge correct aetiology	PRIMARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	PRIMARY EDUCATION SPECIAL NEEDS TEACHERS	-1,44928	6,15754	1,000	-16,3317	13,4332
		SECONDARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	12,53333*	4,13691	,008	2,5346	22,5320
	PRIMARY EDUCATION SPECIAL NEEDS TEACHERS	PRIMARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	1,44928	6,15754	1,000	-13,4332	16,3317
		SECONDARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	13,98261*	5,76437	,049	,0504	27,9148
	SECONDARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	PRIMARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	-12,53333*	4,13691	,008	-22,5320	-2,5346
		PRIMARY EDUCATION SPECIAL NEEDS TEACHERS	-13,98261*	5,76437	,049	-27,9148	-,0504
percenatge correct treatment	PRIMARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	PRIMARY EDUCATION SPECIAL NEEDS TEACHERS	-21,85355*	4,78968	,000	-33,4299	-10,2771
		SECONDARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	2,84211	3,21792	1,000	-4,9354	10,6196
	PRIMARY EDUCATION SPECIAL NEEDS TEACHERS	PRIMARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	21,85355*	4,78968	,000	10,2771	33,4299
		SECONDARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	24,69565*	4,48385	,000	13,8584	35,5329
	SECONDARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	PRIMARY MAINSTREAM EDUCATION TEACHERS	-2,84211	3,21792	1,000	-10,6196	4,9354
		PRIMARY EDUCATION SPECIAL NEEDS TEACHERS	-24,69565*	4,48385	,000	-35,5329	-13,8584

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Πίνακας 2: One-Sample t-Test των σωστών απαντήσεων σε σχέση με την προηγούμενη εμπειρία τους με παιδί με ΔΕΠ-Υ

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
percentage correct epidimiology	Equal variances assumed	,000	,987	,779	178	,437	2,64485	3,39576	-4,05628	9,34597
	Equal variances not assumed			,776	172,946	,439	2,64485	3,40703	-4,07987	9,36956
percentage correct symptomatology	Equal variances assumed	2,026	,156	1,478	178	,141	5,13313	3,47374	-1,72189	11,98814
	Equal variances not assumed			1,467	167,881	,144	5,13313	3,50000	-1,77656	12,04281
percenatge correct aetiology	Equal variances assumed	,905	,343	-1,419	178	,158	-5,41176	3,81387	-12,93798	2,11445
	Equal variances not assumed			-1,418	175,188	,158	-5,41176	3,81702	-12,94504	2,12151
percenatge correct treatment	Equal variances assumed	3,453	,065	1,505	178	,134	4,67492	3,10707	-1,45651	10,80636
	Equal variances not assumed			1,518	177,651	,131	4,67492	3,08026	-1,40369	10,75354

Πίνακας 3: One-Sample t-Test των σωστών απαντήσεων σε σχέση με την μετεκπαίδευσή τους στην ειδική αγωγή

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
percentage correct epidimiology	Equal variances assumed	2,970	,087	4,182	178	,000	20,29909	4,85379	10,72072	29,87746
	Equal variances not assumed			5,504	37,261	,000	20,29909	3,68804	12,82818	27,76999
percentage correct symptomatology	Equal variances assumed	7,744	,006	5,611	178	,000	27,03129	4,81770	17,52413	36,53845
	Equal variances not assumed			8,464	45,851	,000	27,03129	3,19377	20,60200	33,46058
percenatge correct aetiology	Equal variances assumed	1,414	,236	2,929	178	,004	16,41097	5,60197	5,35614	27,46579
	Equal variances not assumed			3,159	30,455	,004	16,41097	5,19548	5,80701	27,01492
percenatge correct treatment	Equal variances assumed	16,744	,000	5,138	178	,000	22,41761	4,36343	13,80691	31,02832
	Equal variances not assumed			3,539	24,345	,002	22,41761	6,33384	9,35499	35,48023

Πίνακας 4: Ανάλυση Πολλαπλών Συγκρίσεων (Multiple Comparisons) ανάμεσα στις σωστές απαντήσεις των εκπαιδευτικών και στα χρόνια προϋπηρεσίας τους

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Years of teaching	(J) Years of teaching	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
percentage correct epidimiology	0-5	6-10	2,72938	6,07350	1,000	-13,4772	18,9360
		11-15	14,63415	5,76415	,072	-,7470	30,0153
		16-30	-9,08014	3,98344	,143	-19,7096	1,5493
	6-10	0-5	-2,72938	6,07350	1,000	-18,9360	13,4772
		11-15	11,90476	6,89966	,517	-6,5063	30,3159
		16-30	-11,80952	5,49979	,199	-26,4852	2,8662
	11-15	0-5	-14,63415	5,76415	,072	-30,0153	,7470
		6-10	-11,90476	6,89966	,517	-30,3159	6,5063
		16-30	-23,71429*	5,15613	,000	-37,4730	-9,9556
	16-30	0-5	9,08014	3,98344	,143	-1,5493	19,7096
		6-10	11,80952	5,49979	,199	-2,8662	26,4852
		11-15	23,71429*	5,15613	,000	9,9556	37,4730
percentage correct symptomatology	0-5	6-10	5,32520	6,49519	1,000	-12,0066	22,6570
		11-15	13,18235	6,16437	,203	-3,2667	29,6314
		16-30	-2,44146	4,26002	1,000	-13,8089	8,9260
	6-10	0-5	-5,32520	6,49519	1,000	-22,6570	12,0066
		11-15	7,85714	7,37871	1,000	-11,8323	27,5466
		16-30	-7,76667	5,88165	1,000	-23,4613	7,9280
	11-15	0-5	-13,18235	6,16437	,203	-29,6314	3,2667
		6-10	-7,85714	7,37871	1,000	-27,5466	11,8323
		16-30	-15,62381*	5,51413	,031	-30,3378	-,9099
	16-30	0-5	2,44146	4,26002	1,000	-8,9260	13,8089
		6-10	7,76667	5,88165	1,000	-7,9280	23,4613
		11-15	15,62381*	5,51413	,031	,9099	30,3378
percenatge correct aetiology	0-5	6-10	,43360	7,25166	1,000	-18,9168	19,7840
		11-15	4,87805	6,88230	1,000	-13,4867	23,2428
		16-30	-4,12195	4,75617	1,000	-16,8133	8,5694
	6-10	0-5	-,43360	7,25166	1,000	-19,7840	18,9168
		11-15	4,44444	8,23808	1,000	-17,5381	26,4270
		16-30	-4,55556	6,56666	1,000	-22,0781	12,9670
	11-15	0-5	-4,87805	6,88230	1,000	-23,2428	13,4867
		6-10	-4,44444	8,23808	1,000	-26,4270	17,5381
		16-30	-9,00000	6,15634	,873	-25,4276	7,4276
	16-30	0-5	4,12195	4,75617	1,000	-8,5694	16,8133
		6-10	4,55556	6,56666	1,000	-12,9670	22,0781
		11-15	9,00000	6,15634	,873	-7,4276	25,4276
percenatge correct treatment	0-5	6-10	-,03388	5,90335	1,000	-15,7864	15,7187
		11-15	9,29152	5,60267	,594	-5,6587	24,2417
		16-30	1,99390	3,87185	1,000	-8,3378	12,3256
	6-10	0-5	,03388	5,90335	1,000	-15,7187	15,7864
		11-15	9,32540	6,70636	,997	-8,5699	27,2207
		16-30	2,02778	5,34571	1,000	-12,2368	16,2923
	11-15	0-5	-9,29152	5,60267	,594	-24,2417	5,6587
		6-10	-9,32540	6,70636	,997	-27,2207	8,5699
		16-30	-7,29762	5,01168	,883	-20,6708	6,0756
	16-30	0-5	-1,99390	3,87185	1,000	-12,3256	8,3378
		6-10	-2,02778	5,34571	1,000	-16,2923	12,2368
		11-15	7,29762	5,01168	,883	-6,0756	20,6708

*. The mean difference is significant at the .05 level.