

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία:

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

Σταύρου Μέλπω

A.M: 20560

Τριμελής Επιτροπή:

Επιβλέπων: κ. Αντωνοπούλου Αικατερίνη

Μέλη: κ. Μαριδάκη – Κασσωτάκη Αικατερίνη

κ. Θεοδοροπούλου Ελένη

ΑΘΗΝΑ, 2009

ΓΝΩΣΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ – ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ
(ΔΕΠ-Υ) ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ.

I. Περίληψη.....	6
II. Εισαγωγή.....	9
III. Βιβλιογραφική ανασκόπηση:	11
Κεφάλαιο 1: ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....	11
A. Ορισμοί.....	11
B. Ιστορική αναδρομή.....	12
Γ. Κατηγοριοποίηση των προβλημάτων συμπεριφοράς.....	14
Δ. Διάκριση και Επιδημιολογία.....	15
Ε. Χαρακτηριστικά.....	16
ΣΤ. Συμπτωματολογία.....	19
Ζ. Αιτιολογία.....	22
Κεφάλαιο 2: ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟ-ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ.....	27
A. Η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στην τάξη:	27
i. Δυσκολίες Προσοχής.....	27
ii. Υπερδραστηριότητα.....	27
iii. Παρορμητικότητα.....	28
B. Τα συναισθήματα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ.....	28
Γ. Πρωτογενείς και Δευτερογενείς επιπτώσεις στις γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στην τάξη και στις ομαδικές δραστηριότητες.....	29
Δ. Επιδράσεις της ΔΕΠ-Υ στις σχέσεις των παιδιών με τον κοινωνικό περίγυρο.....	31
Ε. Ο διαχωρισμός μύθου και πραγματικότητας για τη ΔΕΠ-Υ.....	32

Κεφάλαιο 3: ΓΝΩΣΕΙΣ, ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΓΙΑ	
ΤΗ ΔΕΠ-Υ.....	34
Α. Γνώσεις εκπαιδευτικών για θέματα σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ.....	34
Α.1. Παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών.....	37
Α.2. Ο ρόλος της γνώσης των εκπαιδευτικών στην υποστήριξη παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	39
Β. Στάσεις και απόψεις εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ.....	42
Κεφάλαιο 4: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....	45
Α. Διάγνωση και Αξιολόγηση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	45
Β. Στάδια της Αξιολόγησης.....	48
Γ. Η Προσέγγιση της ΔΕΠ-Υ από τον Εκπαιδευτικό και ο ρόλος του στην	
Αξιολόγηση.....	49
Κεφάλαιο 5: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....	50
Α. Αντιμετώπιση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας.....	50
Β. Εναλλακτικές θεραπείες αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ;	53
Γ. Το Σχέδιο Αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ.....	54
Δ. Βασικές Αρχές χειρισμού των προβλημάτων που επιφέρει η ΔΕΠ-Υ.....	56
Ε. ΔΕΠ-Υ και Γνωστικό Στυλ.....	57
ΣΤ. Στρατηγικές Διδασκαλίας:	58
i. Στρατηγικές που σχετίζονται με δεξιότητες προσοχής.....	58
ii. Στρατηγικές που σχετίζονται με δεξιότητες οργάνωσης και μνήμης.....	59
iii. Στρατηγικές που σχετίζονται με δεξιότητες ανύψωσης της αυτοεκτίμησης.....	59
Ζ. Αποτελεσματικές και Εποικοδομητικές Στρατηγικές που μπορούν να	
εφαρμόσουν οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	60

IV. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	61
A. Μεθοδολογία.....	61
A.1. Ερευνητικό εργαλείο.....	61
A.2. Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	61
A.3. Συμμετέχοντες.....	62
<u>Πίνακας 1:</u> Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	63
B. Αποτελέσματα:	64
<u>Πίνακας 2:</u> Τα ποσοστά Σωστών, Λάθος και ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ απαντήσεων που συγκέντρωσε κάθε ερώτηση.....	64
<u>Πίνακας 3.α:</u> Προτάσεις με το υψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων.....	65
<u>Πίνακας 3.β:</u> Προτάσεις με το υψηλότερο ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων.....	66
<u>Πίνακας 3.γ:</u> Προτάσεις με το υψηλότερο ποσοστό ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ απαντήσεων.....	66
<u>Πίνακας 4:</u> Μέσος όρος και τυπική απόκλιση των σωστών απαντήσεων των εκπαιδευτικών στις 4 κατηγορίες.....	67
<u>Πίνακας 5:</u> Μέσος όρος και τυπική απόκλιση στις 4 κατηγορίες για τους εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.....	68
<u>Πίνακας 6:</u> One-Sample t-Test (για τους Δασκάλους).....	68
<u>Πίνακας 7:</u> Μέσος όρος και τυπική απόκλιση στις 4 κατηγορίες για τους εκπαιδευτικούς Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.....	69
<u>Πίνακας 8:</u> One-Sample t-Test (για τους Καθηγητές).....	69
<u>Πίνακας 9:</u> Ανάλυση Διακύμανσης Μονής Κατεύθυνσης (ANOVA) για τη σύγκριση των απαντήσεων των εκπαιδευτικών.....	70

<u>Πίνακας 10</u> : Ανάλυση Πολλαπλών Συγκρίσεων (Multiple Comparisons) ανάμεσα στις σωστές και λανθασμένες απαντήσεις και στις ειδικότητες των εκπαιδευτικών.....	71
<u>Πίνακας 11</u> : Ανάλυση Διακύμανσης Μονής Κατεύθυνσης (ANOVA) για σύγκριση των απαντήσεων των εκπαιδευτικών στις 4 κατηγορίες του ερωτηματολογίου.....	72
<u>Πίνακας 12</u> : Ανάλυση Πολλαπλών Συγκρίσεων (Multiple Comparisons) ανάμεσα στις βαθμολογίες των 4 κατηγοριών και στις ειδικότητες των εκπαιδευτικών.....	73
Γ. Συζήτηση των αποτελεσμάτων και Προτάσεις.....	74
Δ. Περιορισμοί της έρευνας.....	79
Υ. Συμπεράσματα.....	80
VI. Βιβλιογραφία.....	86
VII. Παραρτήματα.....	92
<u>Παράρτημα 1</u> : ‘Εθνική Ημέρα Ενημέρωσης για την ΔΕΠ-Υ’	92
<u>Παράρτημα 2</u> : Αποτελεσματικά μέτρα υποστήριξης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	94
<u>Παράρτημα 3</u> : Το ερευνητικό εργαλείο με τίτλο «Ερωτηματολόγιο γνώσεων για τη ΔΕΠ-Υ» που δόθηκε στους εκπαιδευτικούς.....	95
<u>Παράρτημα 4</u> : Ανάλυση Πολλαπλών Συγκρίσεων (Multiple Comparisons) ανάμεσα στις σωστές, λανθασμένες και ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ απαντήσεις και στις ειδικότητες των εκπαιδευτικών.....	99
<u>Παράρτημα 5</u> : Διαγραμματική απεικόνιση των αποτελεσμάτων.....	107

I. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην εργασία αυτή με τίτλο «Γνώσεις Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με την εκπαίδευση παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) στην Κύπρο», το κίνητρο για την διερεύνηση του εν λόγω θέματος υπήρξε η διαπίστωση μέσω της διεθνούς βιβλιογραφίας ότι σε πολλές χώρες το επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα. Η εξήγηση βρίσκεται στο γεγονός ότι τα ερευνητικά δεδομένα για τη διαταραχή είναι σχετικά νέα, αφού τα τελευταία 30 περίπου χρόνια άρχισε η συστηματική έρευνα γύρω από την υπό εξέταση διαταραχή. Έτσι, ο στόχος που έχει τεθεί για τη συγκεκριμένη εργασία είναι η διερεύνηση του γνωστικού επιπέδου των εκπαιδευτικών της Κύπρου για τη ΔΕΠ-Υ. Για την υλοποίηση του στόχου, κρίθηκε αναγκαία η διεξαγωγή μιας έρευνας ανάμεσα σε 20 δημόσια σχολεία της Κύπρου.

Συχνά, πολλά παιδιά τείνουν να είναι ζωηρά, αεικίνητα και παρορμητικά. Το γεγονός αυτό, εκτός του ότι δυσχεραίνει τη ζωή των γονιών και των παιδαγωγών του παιδιού, δεν αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα. Όταν όμως η υπερκινητικότητα ξεπερνά τα όρια της ηλικίας του παιδιού και συνοδεύεται με σημαντική έλλειψη προσοχής και παρορμητικότητα, τότε γίνεται λόγος για Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (ή αλλιώς ΔΕΠ-Υ).

Έπειτα από το εισαγωγικό σκέλος της εργασίας, αρχίζει η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Το πρώτο κεφάλαιο αρχίζει με τις παραμέτρους καθορισμού της ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, καταγράφονται οι κυριότεροι ορισμοί που έχουν δοθεί στη διαταραχή και έπειτα διενεργείται μια ιστορική αναδρομή από την πρώτη ιστορική αναφορά στο σύνδρομο αυτό. Στη συνέχεια του πρώτου κεφαλαίου αναφέρεται η κατηγοριοποίηση των προβλημάτων συμπεριφοράς, καθώς η ΔΕΠ-Υ εντάσσεται σ' αυτά, και ακολουθούν ορισμένα διακριτικά και επιδημιολογικά στοιχεία για τη διαταραχή. Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει επίσης τα βασικότερα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, τα συμπτώματα και την αιτιολογία.

Το δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας επιχειρεί να καταγράψει πώς επηρεάζουν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ τη συμπεριφορά και τον ψυχο-συναισθηματικό κόσμο των ατόμων που πάσχουν.

Αρχικά, αναφέρεται η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στην τάξη, καθώς έρχονται αντιμέτωπα με τις δυσκολίες προσοχής, την υπερδραστηριότητα και την παρορμητικότητα που συνεπάγεται η διαταραχή. Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται λόγος για τα συναισθήματα των ατόμων και για τις επιπτώσεις στις γνωστικές και κοινωνικές τους δεξιότητες. Έπειτα, επισημαίνονται οι αναπόφευκτες επιδράσεις της ΔΕΠ-Υ στις σχέσεις των παιδιών με τον κοινωνικό περίγυρο και επιχειρείται ένας διαχωρισμός μεταξύ μύθου και πραγματικότητας για τη ΔΕΠ-Υ.

Στο τρίτο κεφάλαιο αυτής της μελέτης καταγράφονται οι γνώσεις, στάσεις και απόψεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ, και οι παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις τους, ενώ τονίζεται ο ρόλος της γνώσης των εκπαιδευτικών στην έγκαιρη διάγνωση και υποστήριξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Το τέταρτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας καταπιάνεται με την διαδικασία της αξιολόγησης της κατάστασης σε ένα παιδί. Συγκεκριμένα, καταγράφεται η διαδικασία της διάγνωσης και τα στάδια της Αξιολόγησης, και επισημαίνεται πώς πρέπει να γίνεται η προσέγγιση ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ από τον εκπαιδευτικό και ο ρόλος του στην αξιολόγηση της εκάστοτε περίπτωσης.

Το πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η αντιμετώπιση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Στο κεφάλαιο αυτό τίθεται το ερώτημα εάν μπορούν να έχουν αποτελέσματα κάποιες εναλλακτικές θεραπείες αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ. Στη συνέχεια περιγράφεται ένα πρότυπο-σχέδιο αντιμετώπισης και παρέχονται κάποιες βασικές αρχές χειρισμού των προβλημάτων που επιφέρει η ΔΕΠ-Υ. Ακόμη, αναφέρονται μερικοί από τους τρόπους με τους οποίους αφομοιώνουν πληροφορίες τα άτομα αυτά και είναι γνωστοί ως 'γνωστικό στυλ'. Στο τέλος του κεφαλαίου αυτού παρέχονται στρατηγικές διδασκαλίας που σχετίζονται με δεξιότητες προσοχής, οργάνωσης, μνήμης και ανύψωσης της αυτοεκτίμησης των ατόμων με ΔΕΠ-Υ.

Έπειτα από τη θεωρητική προσέγγιση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, αρχίζει η Μεθοδολογία έρευνας, η οποία περιλαμβάνει την έρευνα που διεξήχθη για τη διερεύνηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών της Κύπρου. Τα αποτελέσματα της

διερεύνησης συνέστησαν μια ακολουθία προτάσεων για την επιμόρφωση των εκπαιδευτικών. Στη συνέχεια καταγράφονται τα συμπεράσματα της εν λόγω εργασίας και ακολουθεί η βιβλιογραφία. Τέλος, παρατίθενται τα παραρτήματα της εργασίας με κάποιους πίνακες και τη διαγραμματική απεικόνιση των αποτελεσμάτων.

II. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γενικώς αποδεκτό ότι σήμερα πολύ περισσότερα παιδιά απ' ότι στο παρελθόν λαμβάνουν διάγνωση ΔΕΠ-Υ. Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από μεγάλη διάσπαση της προσοχής, ανεξέλεγκτη κινητικότητα και έντονη παρορμητικότητα. Η παρούσα εργασία διενεργεί καταρχήν μια ανασκόπηση στην βιβλιογραφία για την εύρεση των ορισμών που έχουν διατυπωθεί μέχρι στιγμής για να περιγράψουν τη διαταραχή, και ακολούθως ανατρέχει στα κυριότερα ιστορικά δεδομένα που έχουν καταγραφεί για την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ.

Ακολούθως, καταπιάνεται με την κατηγοριοποίηση των προβλημάτων συμπεριφοράς, καθώς η ΔΕΠ-Υ αποτελεί ένα από αυτά. Στη συνέχεια αναφέρει τις βασικότερες διακρίσεις που έχουν δοθεί στο Σύνδρομο, ανάλογα με τα συμπτώματα που κυριαρχούν και έπειτα αναφέρονται τα επιδημιολογικά στοιχεία της ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με τα οποία η διαταραχή κυμαίνεται στο 5-10% του γενικού πληθυσμού (DuPaul, Junod & Flammer, 2006).

Στη συνέχεια της εργασίας, γίνεται αναφορά στα στοιχεία που χαρακτηρίζουν τη ΔΕΠ-Υ και στα συμπτώματα που εκδηλώνονται με τη διαταραχή. Έπειτα καταγράφονται τα αίτια της ΔΕΠ-Υ. Η συμπεριφορά των παιδιών στην τάξη είναι κάτι που τα ίδια τα παιδιά αδυνατούν να ελέγξουν και πολλές φορές απομονώνονται για να αποφύγουν τα αρνητικά συναισθήματα που προκαλεί στους άλλους η συμπεριφορά τους. Οι επιπτώσεις στις διάφορες εκφάνσεις της ζωής τους είναι αναπόφευκτες.

Οι γνώσεις και οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα, και αυτό γιατί η κουλτούρα, η κατάρτιση που παρέχει κάθε εκπαιδευτικό σύστημα και οι ευρύτερες κοινωνικές συνθήκες είναι διαφορετικές σε κάθε κράτος. Σε γενικές γραμμές, έχει βρεθεί ότι το επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ είναι μέτριο, όπως και στην παρούσα έρευνα.

Όταν υπάρχει υποψία εμφάνισης ΔΕΠ-Υ, το παιδί παραπέμπεται στους ειδικούς για την αξιολόγηση της κατάστασης και την διάγνωση της διαταραχής. Στη συνέχεια σχεδιάζεται το

υποστηρικτικό πρόγραμμα που ταιριάζει στις ανάγκες κάθε παιδιού. Η αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ μπορεί να αποτελεί συνδυασμό ψυχολογικής, φαρμακευτικής και εκπαιδευτικής υποστήριξης, με τη συνεργασία των ειδικών θεραπειών, των δασκάλων του παιδιού, των γονέων και του ίδιου του παιδιού. Ως εκ τούτου, είναι πολύ σημαντικό να πειστεί το παιδί ότι οι προσπάθειες που θα καταβάλει θα έχουν θετικά αποτελέσματα, έτσι ώστε να δημιουργηθούν τα κίνητρα που θα εξασφαλίσουν την επιτυχία του προγράμματος αντιμετώπισης.

Ακολούθως, στα πλαίσια της συγκεκριμένης εργασίας διενεργήθηκε μια έρευνα γνώσεων των εκπαιδευτικών στην Κύπρο για τη ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι εκπαιδευτικοί έχουν μέτριες γνώσεις για την εν λόγω διαταραχή, ενώ οι δάσκαλοι Ειδικής Αγωγής και όσοι έχουν μετεκπαιδευτεί στην Ειδική Αγωγή, έχουν περισσότερες γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ.

Τέλος, μέσα από τα συμπεράσματα της εργασίας, επιχειρείται η παρουσίαση ορισμένων προτάσεων που θα μπορούσαν να συμβάλουν στην βελτίωση των γνώσεων των εκπαιδευτικών. Η διαρκής επιμόρφωση των εκπαιδευτικών, η ενημέρωση των γονέων και η συνεργασία όλων όσων σχετίζονται με την εκπαίδευση των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, δημιουργούν τις πλέον ευνοϊκές συνθήκες για την εκπαίδευση του παιδιού, και το σημαντικότερο, του επιτρέπουν να εστιάσει στις δυνατότητες και ικανότητές του, μαθαίνοντας ταυτόχρονα ότι οι δυσκολίες του δεν αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα στην ανάπτυξή του, αλλά το έναυσμα για περαιτέρω βελτίωση.

III. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Κεφάλαιο 1: ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

A. Ορισμοί

Ο όρος ‘Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητα’ (ΔΕΠ-Υ) ή Υπερκινητικό Σύνδρομο, χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει παιδιά και ενήλικες που αντιμετωπίζουν σοβαρές συμπεριφοριστικές και γνωστικές δυσχέρειες σε σημαντικούς τομείς της καθημερινής ζωής, όπως στις διαπροσωπικές σχέσεις, στο σχολείο, στην εργασία και στην οικογένεια, εξαιτίας υπερβολικής κινητικής δραστηριότητας και μειωμένης ικανότητας για έλεγχο της προσοχής και των παρορμήσεων. Ο Μάρκου (1998) και οι Σκλατινιώτη & Εγγλέζου (2007) αναφέρουν ότι πρόκειται για μεγάλη διάσπαση προσοχής και υπερδραστηριότητας. Συγκεκριμένα, οι πάσχοντες παρουσιάζουν επίμονη διαταραχή της προσοχής ή/και υπερκινητικότητα, σε μεγαλύτερο βαθμό και συχνότητα από τα άτομα του αντίστοιχου αναπτυξιακού επιπέδου.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να φέρουν εις πέρας τις σχολικές εργασίες και να υπακούσουν στις υποδείξεις των γονιών, με αρνητικές συνέπειες στη μάθηση και στην επικοινωνία τους με το περιβάλλον τους. Αρκετά συχνά οι δυσκολίες τους συνοδεύονται με συναισθηματικά σκαμπανεβάσματα, γλωσσικά προβλήματα ή ειδικές μαθησιακές ανάγκες. Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί τη συχνότερη αλλά και πιο αμφιλεγόμενη νευροβιολογική διαταραχή που διαγιγνώσκεται σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Η αγγλική ορολογία αποδίδεται ως ADHD, δηλαδή Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Αρκετές φορές τα υπερκινητικά παιδιά χαρακτηρίζονται ως "παιδιά-σβούρες", γιατί κινούνται συνεχώς και οπουδήποτε, χωρίς να μπορούν να ελέγξουν τον εαυτό τους (Λιβανίου, 2004· Σκλατινιώτη & Εγγλέζου, 2007· Μαριακάκη & Ορφανίδου, 2009).

Η προσοχή είναι η κύρια ικανότητα που συνδέει τον άνθρωπο με το περιβάλλον του, ανθρώπινο ή φυσικό, ενώ παρέχει τη δυνατότητα πρόσβασης και συμμετοχής σε αυτό. Άρα, η διαταραχή

της προσοχής σχετίζεται με την αντιληπτική ανεπάρκεια του περιβάλλοντος και όσων διαδραματίζονται σε αυτό (Μάρκου, 1998).

B. Ιστορική αναδρομή

Οι διαταραχές που περιγράφονται ως Σύνδρομο ¹ Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας, έχουν περιγραφεί από τον Ιπποκράτη εδώ και 2500 χρόνια. Συγκεκριμένα, ανέφερε ότι κάποιοι ασθενείς του αντιδρούσαν γρήγορα στα αισθητηριακά ερεθίσματα και επιπλέον, η προσοχή τους ήταν μειωμένη. Ως μέτρα αντιμετώπισης πρότεινε διατροφή με άφθονο ψάρι και νερό, σε συνδυασμό με πολλές φυσικές δραστηριότητες.

Το 1845, ο γιατρός Χάινριχ Χόφμαν έγραψε -μεταξύ άλλων- ένα παιδικό βιβλίο με εικόνες, γύρω από τα παιδιά και τα χαρακτηριστικά τους. Το βιβλίο αυτό με τίτλο «Η Ιστορία του Άτακτου Φίλιπς» ήταν μια πλήρης περιγραφή ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ (Hoffmann, 1845). Λίγο αργότερα και συγκεκριμένα το 1902, ο γιατρός George Still (1902) δημοσίευσε μια σειρά από διαλέξεις στο Βασιλικό Κολλέγιο Ιατρών της Αγγλίας, όπου περιέγραφε μια ομάδα 43 παρορμητικών παιδιών με σημαντικά προβλήματα συμπεριφοράς, τα οποία σήμερα αναγνωρίζονται ως συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά αυτά τα χαρακτήρισε ως ανυπάκουα, με περιορισμένη ικανότητα συγκέντρωσης προσοχής και έλλειψη ηθικού ελέγχου. Αναφερόμενος στην αιτιολογία, έκλινε προς το ενδεχόμενο μιας νευρολογικής ανωμαλίας, χωρίς ωστόσο να αποκλείσει και τους κληρονομικούς παράγοντες.

Το 1937, οι έρευνες του Bradley (1937) κατέληξαν στον όρο «σύνδρομο ελλειπούς ηρεμίας» , ενώ συνέβαλαν στην διάγνωση της διαταραχής κατά την παιδική ηλικία. Την εικοσαετία 1930-1950, η επιστημονική κοινότητα επικεντρώθηκε στη σύνδεση των συμπτωμάτων με την εγκεφαλική προσβολή από δηλητηριάσεις, τοξικές ουσίες ή τραυματισμούς. Στο συμπέρασμα αυτό κατέληξαν οι παρατηρήσεις σε ζώα που είχαν τραυματιστεί στις πρόσθιες περιοχές του

¹ **Σύνδρομο:** σύνολο συμπτωμάτων που σχετίζονται με την ίδια κλινική εικόνα, της οποίας η αιτιολογία ή η παθογένεια ποικίλει. (Μπαμπινιώτης, 2002)

εγκεφάλου. Έτσι, η ορολογία που επικράτησε την περίοδο αυτή ήταν «ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη». Ακολούθως, τις δεκαετίες 1950 και 1960 ο ορισμός αυτός τροποποιήθηκε σε «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία», αφού υπήρχε η πεποίθηση ότι τα πλείστα άτομα με τη διαταραχή αυτή δεν είχαν μόνο ενδείξεις εγκεφαλικής βλάβης, αλλά εκδήλωναν αρκετά ήπια νευρολογικά συμπτώματα με βάση ποικίλες δυσλειτουργίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Αργότερα, ο όρος «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» καταργήθηκε, θεωρούμενος ως παρωχημένος (Schmidt, 1993). Χρησιμοποιείται σε σπάνιες περιπτώσεις, όπου η υπερκινητική διαταραχή πιθανόν να συνυπάρχει με εγκεφαλική δυσλειτουργία. Επομένως, ο εν λόγω ορισμός δεν καλύπτει όλο τον διαγνωσμένο με το σύνδρομο πληθυσμό.

Στη συνέχεια, τις δεκαετίες 1960 και 1970, η οργανική αιτιολογία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας θεωρήθηκε δεδομένη. Ως εκ τούτου, για την αντιμετώπιση του συνδρόμου χρησιμοποιούσαν διεγερτικά φάρμακα με θετική αντίδραση στην ντοπαμίνη και νοραδρεναλίνη. Το ίδιο διάστημα, αναθεωρήθηκε η άποψη ότι η περιορισμένη προσοχή είχε δευτερεύοντα ρόλο και έτσι εισήχθη ο όρος «Σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής».

Λίγο αργότερα, στις αρχές της δεκαετίας του 1980, οι επιστήμονες εστίασαν στο διαχωρισμό του συνδρόμου σε υποκατηγορίες. Τότε καθιερώθηκε ο όρος «Σύνδρομο Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας». Σε αντίθεση με την προγενέστερη ονομασία της ελάχιστης εγκεφαλικής δυσλειτουργίας, ο όρος αυτός παρέχει μια περιεκτικότερη συμπεριφοριστική εικόνα της διαταραχής (Schmidt, 1993).

Το σύνδρομο εμπεριέχει ένα συνδυασμό συμπτωμάτων υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας και διαταραχών προσοχής, τα οποία, λειτουργώντας συνεργικά, παρεμποδίζουν το άτομο να αποδώσει στον ακαδημαϊκό, κοινωνικό και εργασιακό τομέα. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Ακαδημία (American Psychiatric Association, 1994) αποδίδει στις «Διαταραχές Προσοχής και Δραστηριότητας» χαρακτηριστικά όπως είναι η έλλειψη επιμονής σε ένα έργο που απαιτεί νοητικές λειτουργίες, η τάση μετάπτωσης σε μια δραστηριότητα χωρίς να έχει ολοκληρωθεί η

προηγούμενη και παράλληλα μια αποδιοργανωμένη, υπερβολική και ανεπαρκώς συντονισμένη κινητική δραστηριότητα.

Γ. Κατηγοριοποίηση των προβλημάτων συμπεριφοράς:

Τα προβλήματα συμπεριφοράς χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: Στην πρώτη ανήκουν οι αντιδραστικές ή περιβαλλοντικές διαταραχές της συμπεριφοράς, για τις οποίες ευθύνεται το περιβάλλον. Έτσι, το άτομο εμφανίζει προβλήματα σε ένα συγκεκριμένο χώρο, ενώ σε κάποιο άλλο περιβάλλον προσαρμόζεται καλύτερα και δεν παρουσιάζει προβληματική συμπεριφορά. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα προβλήματα συμπεριφοράς οργανικής αιτιολογίας, όπου περιλαμβάνονται το Υπερκινητικό Σύνδρομο (ΔΕΠ-Υ), η αντιληπτική έκπτωση, η συναισθηματική ρηχότητα, η παρορμητικότητα και οι διαταραχές προσοχής, μνήμης, μάθησης και σκέψης. Στην τρίτη και τελευταία κατηγορία ανήκουν τα προβλήματα συμπεριφοράς αντικοινωνικού τύπου, τα οποία εκδηλώνονται με ψευδολογία, κλοπές, επιθετικότητα και καταστροφές. Το Υπερκινητικό Σύνδρομο θεωρείται διαταραχή της συμπεριφοράς επειδή περιγράφει τα άτομα που εξελικτικά βρίσκονται σε ακατάλληλα επίπεδα απροσεξίας, παρόρμησης ή υπερδραστηριότητας.

Γενικά, τα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς κάποια στιγμή χρειάζονται ειδική εκπαιδευτική αγωγή. Το είδος της βοήθειας και η χρονική της διάρκεια εξαρτώνται από τα πορίσματα της διάγνωσης και της αξιολόγησης του προβλήματος, δεδομένου ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς συνδέονται αρκετά συχνά με μαθησιακές δυσκολίες που επιδεινώνονται με την πάροδο του χρόνου. Ειδικότερα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν μια προβληματική κατάσταση που οφείλεται σε δυσλειτουργία του εγκεφάλου, ενώ -αν και θέλουν- δεν μπορούν να πετύχουν υψηλότερη ακαδημαϊκή επίδοση, σε αντίθεση με παιδιά με άλλα προβλήματα συμπεριφοράς που θα μπορούσαν αλλά δεν επιτυγχάνουν καλύτερη επίδοση στο σχολείο (DuPaul, Junod & Flammer, 2006).

Δ. Διάκριση και Επιδημιολογία

Το εν λόγω σύνδρομο διακρίνεται στη Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας και στη Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, ανάλογα με τα συμπτώματα που κυριαρχούν. Πρόκειται για χρόνια διαταραχή, αφού 30% με 70% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ συνεχίζουν να παρουσιάζουν δυσκολίες στην ενήλικη ζωή τους.

Κατά μια άλλη διάκριση, την ταξινόμηση DSM-IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, υπάρχει μια πρότυπη διάγνωση ψυχιατρικών διαταραχών, σύμφωνα με την οποία η ΔΕΠ-Υ υποδιαιρείται σε τρεις τύπους: Ο απρόσεκτος τύπος, ο υπερκινητικός / παρορμητικός τύπος και ο τύπος που συνδυάζει τόσο απροσεξία όσο και υπερκινητικότητα (American Psychiatric Association, 1994).

Το ποσοστό συχνότητας του συνδρόμου διαφέρει ανά χώρα. Για το λόγο αυτό, δεν υπάρχει μια σαφής εκτίμηση της συχνότητας εμφάνισης. Σε γενικές γραμμές, το ποσοστό ανέρχεται στο 5-10%, δεν ξεπερνάει όμως το 12% του γενικού πληθυσμού. Στις ΗΠΑ, το 3% έως 5% του γενικού πληθυσμού και το 7% του παιδικού πληθυσμού εμφανίζει ΔΕΠ-Υ. Σε μια τάξη 30 παιδιών, 1 τουλάχιστον παιδί πάσχει από ΔΕΠ-Υ. Στην Βρετανία και στη Γαλλία το ποσοστό επί του γενικού πληθυσμού κυμαίνεται στο 1-2%. Οι εκτιμήσεις για τη συχνότητα της νόσου στη Κύπρο φτάνουν περίπου στα 6.000 παιδιά σχολικής ηλικίας.

Οι διαφορές που παρατηρούνται σε κάθε χώρα αποδίδονται στα διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια και μέσα που χρησιμοποιούνται από τους ειδικούς. Επίσης, σε κάθε κράτος γίνεται διαφορετική εκτίμηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων και υπάρχει διαφορετική οργάνωση των υπηρεσιών Υγείας. Η συνύπαρξη με άλλες διαταραχές και η διαγνωστική σύγχυση σε συνδυασμό με τις πολιτισμικές και κοινωνικές διαφορές, επηρεάζουν την εκτίμηση και την στάση τόσο των γονέων όσο και των εκπαιδευτικών. Ο Taylor (1986), παρατήρησε ότι η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ ΗΠΑ και Ευρώπης εντοπίζεται στις περιπτώσεις όπου η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με άλλες διαταραχές.

Η ΔΕΠ-Υ προσβάλλει εκατομμύρια παιδιά και ενήλικες ανά το παγκόσμιο και είναι πιο κοινή στα παιδιά, αφού διαπιστώνεται συνήθως κατά τα πρώτα σχολικά χρόνια. Σήμερα προσβάλλει ποσοστό 3-7% του σχολικού πληθυσμού, περίπου 1 παιδί σε κάθε τάξη. Στα αγόρια εμφανίζεται 3-4 φορές συχνότερα απ'ότι στα κορίτσια. Πιθανή εξήγηση για τις διαφορές ανάμεσα στα 2 φύλα είναι το γεγονός ότι στα κορίτσια η υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα βρίσκεται σε χαμηλότερα επίπεδα κατά την παιδική ηλικία. Όσον αφορά τα αγόρια, υπάρχει η τάση να απορρίπτονται οι μη κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές τους, ενώ οι προσδοκίες για τον κοινωνικό ρόλο των κοριτσιών διαφέρουν, πράγμα που ίσως επηρεάζει τη διάγνωση. Τα υπόλοιπα συμπτώματα όπως είναι η ελλειμματική προσοχή και η συναισθηματική αστάθεια αποδίδονται σε διαφορετική αιτιολογία. Επίσης, η διαφορά ανάμεσα στα φύλα εξηγείται εν μέρει από το γεγονός ότι τα αγόρια ωριμάζουν συνήθως αργότερα από τα συνομήλικά τους κορίτσια. (Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, 2000• DuPaul, Junod & Flammer, 2006).

Ε. Χαρακτηριστικά

Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να αντεπεξέλθουν σε καταστάσεις στις οποίες οι περισσότεροι από τους συνομήλικους τους τα καταφέρνουν πολύ εύκολα. Ως εκ τούτου, το αναπτυξιακό τους επίπεδο διαφέρει από την πλειοψηφία των ομηλίκων ως προς την ικανότητα:

- ελέγχου της κινητικότητας (υπερκινητικότητα)
- εστίασης της προσοχής (ελλειμματική προσοχή)
- ελέγχου των παρορμήσεων (παρορμητικότητα)

(American Psychiatric Association, 2000• DuPaul, Junod & Flammer, 2006).

Αναλυτικότερα, η υπερκινητικότητα διαθέτει κάποια χαρακτηριστικά: είναι υπερβολική για την ηλικία του παιδιού, είναι άσκοπη –αφού το παιδί σηκώνεται, κάθεται, στριφογυρίζει, τρέχει αντί να περπατάει, ανοίγει το ψυγείο χωρίς λόγο, ανοιγοκλείνει τα ντουλάπια, κτλ.-, εκδηλώνεται σε συνθήκες που απαιτούν ηρεμία, όπως είναι η διάρκεια του μαθήματος στο σχολείο, τα διαγωνίσματα, το διάβασμα στο σπίτι, η ώρα του φαγητού, κ.ά. Επιπρόσθετα, η υπερκινητικότητα στη ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από πολυπραγμοσύνη, ευερεθιστότητα και εκρηκτική συμπεριφορά. Η ελλειμματική προσοχή, η διάσπαση δηλαδή της προσοχής και η αδυναμία συγκέντρωσης, συγκρίνονται με την ηλικία και την αναπτυξιακή φάση του παιδιού. Τα

κυριότερα χαρακτηριστικά της ελλειμματικής προσοχής συνοψίζονται στα εξής: το παιδί είναι συνήθως αφηρημένο και χάνει τα πράγματά του, κάνει λάθη επειδή δεν διαθέτει την υπομονή να ακούσει τις οδηγίες που του παρέχονται, απαντά σε μια ερώτηση πριν αυτή ολοκληρωθεί και όταν προσπαθεί να συγκεντρώσει την προσοχή του σε μια δραστηριότητα, αποσπάται πολύ εύκολα από ασήμαντους ήχους (όπως το κουδούνισμα του τηλεφώνου ή της πόρτας) και τότε χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια να επικεντρωθεί ξανά στη δραστηριότητά του. Όσον αφορά την παρορμητικότητα, το παιδί δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του για να μιλήσει, δεν υπακούει σε κανονισμούς και αδυνατεί να εκτιμήσει τον κίνδυνο (Σκλατινιώτη & Εγγλέζου, 2007• Μαριακάκη & Ορφανίδου, 2009).

Η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία (2000) αναφέρει ότι τα υπερκινητικά παιδιά κινούνται γύρω-γύρω συνεχώς, έχουν δυσκολίες στον ύπνο και αδυνατούν να καθίσουν ήσυχα έστω και για λίγα λεπτά. Η προσοχή τους αποσπάται πολύ εύκολα, συχνά είναι παρορμητικά και δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν και να παρακολουθήσουν τι συμβαίνει γύρω τους. Τονίζει επίσης τις διαφορές ανάμεσα στα παιδιά που είναι απλώς πολύ δραστήρια και στα πραγματικά υπερκινητικά παιδιά:

Τα παιδιά ηλικίας 2-3 ετών περίπου είναι πολύ ενεργητικά και παρορμητικά, και όλα τα παιδιά κατά περιόδους είναι υπερκινητικά και αποσπάται εύκολα η προσοχή τους, όταν για παράδειγμα βρίσκονται σε υπερδιέγερση κάνοντας κάτι 'εξαιρετικό', όταν είναι αρκετά κουρασμένα ή όταν βρίσκονται υπό ψυχολογική πίεση λόγω του ότι είναι σε ξένο περιβάλλον ή ανάμεσα σε ξένα άτομα. Το πραγματικά υπερκινητικό παιδί είναι φανερά πιο κινητικό, η προσοχή του αποσπάται συχνότερα και πιο εύκολα και διεγείρεται γρηγορότερα από ότι οι συνομήλικοί του. Η πιο σημαντική διαφορά είναι ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν ηρεμούν ποτέ και η συμπεριφορά τους δεν βελτιώνεται καθώς μεγαλώνουν.

Αν και η μεγάλη πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν φυσιολογική νοημοσύνη, δίνουν την εντύπωση ότι μαθαίνουν αργά, εξαιτίας του ότι δεν μπορούν να συγκεντρωθούν και να ακολουθήσουν όλες τις οδηγίες που τους δίνονται. Έχουν την τάση να είναι πιο φλύαρα, συναισθηματικά, απαιτητικά και ανυπάκουα από τους συνομηλίκους τους και η συμπεριφορά

τους παραμένει συνήθως ανώριμη καθ' όλη την παιδική και εφηβική ηλικία. Για το λόγο αυτό έχουν προβλήματα στο σχολικό και οικογενειακό τους περιβάλλον ή σε ορισμένες περιπτώσεις έχουν προβλήματα με το νόμο. Εάν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν τύχουν υποστήριξης και θεραπείας, δύσκολα θα αναπτύξουν αυτοεκτίμηση, ικανότητα απαραίτητη για μια φυσιολογική και παραγωγική ζωή.

Η έλλειψη προσοχής, η υπερδραστηριότητα και ο αυθορμητισμός που αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά του Συνδρόμου Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, εμποδίζουν το άτομο να αντεπεξέλθει στα ακαδημαϊκά του καθήκοντα. Δυσκολίες παρουσιάζονται επίσης στο παιχνίδι, στην αντίληψη, στην πληροφόρηση, στην αυτοσυγκέντρωση και στον έλεγχο των κινήσεων. Καθώς η ακαδημαϊκή επιτυχία εξαρτάται από την ικανότητά του ατόμου να ανταποκρίνεται -με ελάχιστες περισπάσεις- στις εργασίες και στις προσδοκίες του εκπαιδευτικού, ο μαθητής με σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής νιώθει χαμένος μέσα στο τυπικό ακαδημαϊκό περιβάλλον. Οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την απόκτηση απαραίτητων πληροφοριών, την ολοκλήρωση των εργασιών και τη συμμετοχή σε συζητήσεις με τους εκπαιδευτικούς, πιθανόν να αποδειχθούν προβληματικές παρά βοηθητικές για ένα μαθητή με σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής (Λιβανίου, 2004).

Οι συμπεριφορές που σχετίζονται με το σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής αλλάζουν καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν. Έτσι, ενώ ένα παιδί διαθέτει τεράστιες ποσότητες ενέργειας και ζωντάνιας, οι ενήλικοι εμφανίζονται λιγότερο κοινωνικοί και περισσότερο απομονωμένοι από το περιβάλλον τους. Επιπλέον, η παρόρμηση και η αυθόρμητη αντίδραση, τα πλέον διαδεδομένα χαρακτηριστικά του συνδρόμου ελλειμματικής προσοχής, τις πλείστες φορές εμπλέκονται σε προγραμματισμένα σχέδια ή αναγκαία καθήκοντα και εργασίες, δυσκολεύοντας την εκτέλεσή τους.

Έχει παρατηρηθεί ότι οι μαθητές με σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής διαπρέπουν σε μαθήματα όπως η Γεωγραφία, καθώς διαθέτουν την ικανότητα να επικεντρώνονται πλήρως σε κάτι, αν αυτό τους ενδιαφέρει πραγματικά. Έχουν την τάση να εστιάζουν απόλυτα σε ένα

πρόβλημα και να μην διακόπτουν, έως ότου μείνουν ικανοποιημένοι από την πρόοδό τους. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας, η προσοχή τους απομονώνεται απ' όσα διαδραματίζονται γύρω τους. Επιπρόσθετα, τα παιδιά αυτά είναι τελειομανείς στον τομέα που τους ενδιαφέρει. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης είναι η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου διδασκαλίας, η οποία προσφέρει στο άτομο την κατάλληλη ευκαιρία να αναπτύξει τις ικανότητές του.

Όπως συμβαίνει και με άλλες χρόνιες διαταραχές, υπάρχουν αρκετές θεραπείες που μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά στον έλεγχο των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό ότι οι περισσότεροι άνθρωποι με ΔΕΠ-Υ έχουν φυσιολογική ή αυξημένη νοημοσύνη και ότι τα συμπτώματα της διαταραχής δεν αποτελούν απαραίτητα εμπόδιο για μια επιτυχημένη ζωή. Οι περισσότεροι άνθρωποι μεγαλώνοντας δεν ξεπερνούν τη ΔΕΠ-Υ, αλλά χάρη στη φαρμακευτική αγωγή ή σε ένα συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και συμπεριφοριστικής θεραπείας, μαθαίνουν να ανταποκρίνονται όσο καλύτερα μπορούν στα ερεθίσματα που δέχονται από το περιβάλλον τους και προσαρμόζονται ώστε να έχουν μια πλήρη, παραγωγική ζωή. Η επαρκής ενημέρωση των ασθενών για τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, η εκπαίδευση των γιατρών στο να κάνουν σωστή διάγνωση και τα νέα επιστημονικά επιτεύγματα διαδραματίζουν αποφασιστικό ρόλο στην αντιμετώπιση της διαταραχής αυτής (Μάρκου, 1998).

ΣΤ. Συμπτωματολογία

Συμπεριφοριστικά, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας ορίζεται ως ανικανότητα ρύθμισης της συμπεριφοράς. Τα συμπτώματα εγκαθίστανται σε πρώιμη ηλικία, επιμένουν στον χρόνο, δεν συμβαδίζουν με τα στάδια ανάπτυξης του ατόμου και δεν αποδίδονται σε άλλη διαταραχή. Τα παιδιά συνήθως δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν στις σχολικές εργασίες και δραστηριότητες και αδυνατούν να ακολουθήσουν κάποιες υποδείξεις στο σπίτι. Το γεγονός αυτό επιδρά αρνητικά στη μάθηση και στην επικοινωνία. Τα συμπτώματα πρέπει να επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες, ώστε να γίνει έγκυρη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Τις πλείστες φορές εμφανίζονται στην προσχολική ηλικία και εντείνονται όταν το παιδί αρχίζει το σχολείο, παρουσιάζοντας γλωσσικές δυσκολίες ή ειδικές μαθησιακές ανάγκες. Παρόλ' αυτά,

κάποιοι ειδικοί υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα υφίστανται από την αρχή της ζωής, αφού πρόκειται για αναπτυξιακή διαταραχή. Για την ασφαλή όμως διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, το παιδί πρέπει να φτάσει μέχρι τη μέση της πρώτης δημοτικού (Σκλατινιώτη & Εγγλέζου, 2007).

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι πρώτες ενδείξεις ΔΕΠ-Υ αχνοφαίνονται από την εμβρυική ζωή: κάποιες φορές, τα παιδιά αυτά ως έμβρυα παρουσιάζουν αυξημένη κινητικότητα. Ως βρέφη είναι πολύ ανήσυχα, ενώ ως νήπια δεν περπατούν αλλά τρέχουν, σκαρφαλώνουν και σε γενικές γραμμές σπάνια ηρεμούν. Η διάθεσή τους παρουσιάζει συχνές και απότομες μεταπτώσεις, έχουν πολλή επιμονή και συχνά ξεσπάσματα οργής (Σκλατινιώτη & Εγγλέζου, 2007).

Όσον αφορά τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς, για να διαπιστώσουν εάν ένα παιδί είναι υπερκινητικό, πρέπει να παρατηρήσουν για αρκετές μέρες ή εβδομάδες τη συμπεριφορά του και έπειτα να την συγκρίνουν με τη συμπεριφορά άλλων παιδιών της ίδιας ηλικίας. Γι' αυτό το λόγο, τα άτομα που φροντίζουν το παιδί στο σχολείο ή στον παιδικό σταθμό αποτελούν την καλύτερη πηγή πληροφοριών, αφού είναι τα πλέον ικανά να παρακολουθήσουν πώς συμπεριφέρεται το παιδί στις ομαδικές δραστηριότητες και στη συναναστροφή του με τα άλλα παιδιά.

Συγκεκριμένα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ είναι τα εξής:

- Δυσκολία εστίασης της προσοχής σε δραστηριότητες που κινούν το ενδιαφέρον άλλων παιδιών της ηλικίας του
- Δυσχέρεια στην εκτέλεση απλών οδηγιών
- Διακοπή του παιχνιδιού άλλων παιδιών
- Παραβίαση της απαγόρευσης πρόσβασης σε μη επιτρεπόμενους χώρους, χωρίς να υπολογίζει το παιδί τις συνέπειες
- Άσκοπη κινητικότητα σε δραστηριότητες όπως το τρέξιμο, το πήδημα, το άγγιγμα, χωρίς μεσοδιαστήματα ανάπαυλας
- Ξαφνικές συναισθηματικές εκρήξεις όπως κλάμα, οργισμένα τσιρίγματα, χτυπήματα σε άτομα και αδικαιολόγητη ταραχή
- Κακή συμπεριφορά που επιμένει, παρά τις επαναλαμβανόμενες συστάσεις

Εάν διαπιστωθεί ότι εκδηλώνονται σε σταθερή βάση τρία ή περισσότερα από τα παραπάνω συμπτώματα, το παιδί πρέπει να εξετασθεί από ειδικό, ώστε να αποκλεισθούν άλλα ιατρικά αίτια που μπορεί να εξηγούν αυτή τη συμπεριφορά και έπειτα να γίνει αξιολόγηση της κατάστασης. Η αξιολόγηση της κατάστασης του παιδιού (δηλαδή της αυξημένης δραστηριότητας) γίνεται σε στάδια, τα οποία αναλύονται στο κεφάλαιο 4.Α. "Διάγνωση και Αξιολόγηση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ" της παρούσας εργασίας (Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, 2000).

Στην Ελλάδα υπάρχει η τάση τα ζωνηρά παιδιά να χαρακτηρίζονται ως υπερκινητικά. Η κατηγοριοποίηση αυτή είναι ως επί το πλείστον λανθασμένη, καθώς το σύμπτωμα της υπερκινητικότητας δεν παραπέμπει κατ' ανάγκη σε ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ. Η διαταραχή αυτή δεν χαρακτηρίζει ζωνηρά παιδιά με έντονη προσωπικότητα, ή παιδιά με μειωμένη σχολική απόδοση λόγω εξωτερικών – για το σχολικό περιβάλλον- παραγόντων. Αντίθετα, η ΔΕΠ-Υ και τα συμπτώματά της εμφανίζονται σε ακραίες μορφές, προκαλώντας σοβαρά προβλήματα στο σπίτι και στο σχολείο, ενώ ταλαιπωρεί το παιδί και την οικογένειά του από την προσχολική συνήθως ηλικία. Όμοια συμπεριφορά με τα άτομα που πάσχουν από ΔΕΠ-Υ μπορούν να εκδηλώσουν σε συγκεκριμένο χρόνο και παιδιά με ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα, λόγω ενός θανάτου ή διαζυγίου στην οικογένεια, ή εξαιτίας αρνητικού σχολικού κλίματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η εναντιωματική ή επιθετική συμπεριφορά και η ανυπακοή αποτελούν τις στρατηγικές που αναπτύσσει το παιδί για να αντεπεξέλθει στην κατάσταση που αντιμετωπίζει, και σε καμία περίπτωση δεν αποτελούν συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Κάθε άτομο είναι μια μοναδική και ιδιαίτερη προσωπικότητα. Ως εκ τούτου, αντιδρά διαφορετικά απ' ότι θα αντιδρούσε κάποιος άλλος στην ίδια κατάσταση (Καραντάνος, 1995).

Στο γενικό σχολείο συναντούνται δυο κατηγορίες προβλημάτων συμπεριφοράς: η υπερβολική ενεργητικότητα και η απόσυρση ή απομόνωση. Οι αιτίες μπορεί να είναι είτε έμφυτες είτε επίκτητες, δηλαδή περιβαλλοντικές. Οι έμφυτες αιτίες προβληματικής συμπεριφοράς μπορεί να περιλαμβάνουν τη ΔΕΠ-Υ, χαμηλή νοημοσύνη ή ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές. Αντίθετα, οι περιβαλλοντικές αιτίες δημιουργούνται από ένα μη σταθερό, αποστερημένο οικογενειακό ή ευρύτερο περιβάλλον ή/και ένα μη ευέλικτο σχολικό περιβάλλον. Εάν το διαγνωσμένο πρόβλημα συμπεριφοράς είναι η ΔΕΠ-Υ, πρέπει να διερευνάται η σοβαρότητα της διαταραχής

και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εμφανίζεται, οι οποίες συνήθως απαιτούν αυξημένο αυτοέλεγχο της συμπεριφοράς, όπως για παράδειγμα ένα διαγώνισμα ή μια σχολική τελετή (Καραντάνος, 1995).

Η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει συνήθως με διαταραχές διαγωγής, καθώς προκαλεί έντονες εκρήξεις θυμού και επιθετική ή καταστροφική συμπεριφορά. Όταν δεν δίνεται η απαραίτητη προσοχή, η κατάσταση μπορεί να επιδεινωθεί οδηγώντας σε μαθησιακές δυσκολίες που καταλήγουν τις πλείστες φορές σε σχολική αποτυχία. Το πρόβλημα εντείνεται με ένα φαύλο κύκλο αιτιών και αποτελεσμάτων, όπου η επιθετική συμπεριφορά αποτελεί τόσο αιτία όσο και αποτέλεσμα που στοχεύει σε προσέλκυση της προσοχής, εκδίκηση, και επίδειξη προσωπικής δύναμης ή ανικανότητας των άλλων. Γι' αυτό, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά απομακρύνονται νοητά από την τάξη, καθυστερούν να ολοκληρώσουν μια σχολική εργασία και διακόπτουν την ομαλή διεξαγωγή του μαθήματος. Τα παραπάνω οφείλονται στο γεγονός ότι η προσοχή τους διασπάται εύκολα από ασήμαντα εξωτερικά ερεθίσματα (Κατσούλη, 1998).

Η βαρύτητα των συμπτωμάτων συχνά μειώνεται στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή. Πολλές φορές επικρατεί η λανθασμένη αντίληψη ότι τα παιδιά ξεπερνούν τη ΔΕΠ-Υ μεγαλώνοντας, γεγονός που δυσχεραίνει την κατανόηση του συνδρόμου και την αντιμετώπισή του. Η σωστή διάγνωση και η αποτελεσματική θεραπεία κατά την παιδική ηλικία είναι αποφασιστικής σημασίας, καθώς μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση της αυτοεκτίμησης, στη βελτίωση των σχολικών και των κοινωνικών δεξιοτήτων, στην επίλυση των προβλημάτων συμπεριφοράς και στη μείωση των μακροπρόθεσμων συνεπειών της ΔΕΠ-Υ κατά την ενήλικη ζωή.

Z. Αιτιολογία

Μέχρι στιγμής οι ειδικοί δεν γνωρίζουν ακριβώς τί προκαλεί τη ΔΕΠ-Υ. Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, η οποία είναι κατά βάση κληρονομική, οφείλεται σε νευρολογική δυσλειτουργία. Οι χαρακτηριστικές δυσχέρειες στην εστίαση της προσοχής και η υπερκινητικότητα οφείλονται σε χαμηλά επίπεδα δραστηριότητας των νευροδιαβιβαστών που βρίσκονται στο μετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου, ο οποίος ελέγχει τις

παρορμήσεις και ρυθμίζει τον τρόπο με τον οποίο κατευθύνουμε την προσοχή μας. Μια αντιφατική άποψη υποστηρίζει ότι μόνο στα άτομα που εμφανίζουν συνεχή υπερκινητικότητα η αιτιολογία είναι νευρολογική (Σκλατινιώτη & Εγγλέζου, 2007).

Οι αιτίες της συγκεκριμένης δυσλειτουργίας κληρονομούνται κατά το 70% των περιπτώσεων, ενώ το υπόλοιπο 20% με 30% οφείλεται σε περιβαλλοντικούς ή επίκτητους παράγοντες, όπως η νόσος του εγκεφάλου (εγκεφαλίτιδα), η εγκεφαλική βλάβη εξαιτίας τραύματος, η μηνιγγίτιδα, η σοβαρή προωρότητα και η έκθεση σε τοξικές ουσίες (αλκοόλ και σύνδρομο του εμβρυϊκού αλκοολισμού, κάπνισμα, μόλυβδος).

Παρόλ' αυτά, τα περισσότερα υπερκινητικά παιδιά δεν πέρασαν καμία από τις παραπάνω αρρώστιες, ενώ αντίθετα, τα περισσότερα από τα παιδιά που προσβλήθηκαν από αυτές, δεν εξελίχθηκαν σε υπερκινητικά (Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, 2000).

Τα αποτελέσματα διαφόρων ερευνών που έχουν γίνει για τον εντοπισμό της εστίας βλάβης που προκαλεί τη ΔΕΠ-Υ καταλήγουν στο γενικό συμπέρασμα ότι, -αν και η αιτιολογία της διαταραχής δεν είναι επακριβώς διευκρινισμένη-, στην εκδήλωση της διαταραχής εμπλέκονται πολλές περιοχές του εγκεφάλου, καθώς επίσης και κάποια συστήματα νευροδιαβιβαστών, όπως η ντοπαμίνη, η σεροτονίνη και η νορεπινεφρίνη. Επιπλέον, διερευνείται το ενδεχόμενο της ανωριμότητας του εγκεφάλου, σε συνδυασμό με τους γενετικούς παράγοντες. Αρκετά συμπτώματα αποδίδονται σε χημικές ή δομικές διαταραχές των πρόσθιων περιοχών του εγκεφάλου, στα βασικά γάγγλια και στο εγκεφαλικό στέλεχος, λόγω κληρονομικότητας, ασθένειας ή τραυματισμού (Mattes, 1980).

Η ΔΕΠ-Υ δεν οφείλεται σε κάποιο μεμονωμένο αίτιο, αλλά σε μια αλληλεπίδραση γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Έτσι, η ποικιλία και ο συνδυασμός των συμπτωμάτων που εμφανίζει ένα άτομο εξαρτώνται από πολλαπλούς αιτιολογικούς παράγοντες. Μπορεί να προκληθεί από κάποια κληρονομική βιοχημική διαταραχή, από ανώμαλη ανάπτυξη κάποιων περιοχών του εγκεφάλου του εμβρύου που ελέγχουν την προσοχή και την κίνηση, από τοξικές ουσίες και από διαταραχές της ανάπτυξης. Επιπλέον, κακώσεις στο κεφάλι μπορεί να

προκαλέσουν εγκεφαλικές βλάβες που πιθανώς συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ΔΕΠ-Υ. Σήμερα, το ερευνητικό ενδιαφέρον προσανατολίζεται περισσότερο προς τη μελέτη των νευροχημικών και νευρο-ψυχο-φαρμακευτικών αιτιών. Άλλα αίτια θεωρούνται το άγχος, η κατάθλιψη και άλλου συναφή συναισθηματικά ή κοινωνικά προβλήματα, όπως επίσης και η ιδιοσυγκρασία του ατόμου (Σκλατινιώτη & Εγγλέζου, 2007).

Όσον αφορά τα οργανικά αίτια της διαταραχής, ο Mattes το 1980 με έναυσμα την ομοιότητα των συμπτωμάτων ενηλίκων που παρουσίαζαν βλάβες στον πρόσθιο εγκέφαλο, έδωσε ιδιαίτερη βαρύτητα στην μελέτη των νευρο-ψυχολογικών παραγόντων, της εγκεφαλικής απεικόνισης (neuroimaging) και των νευροδιαβιβαστών. Γενικότερα, οι νευρο-ψυχολογικές έρευνες έχουν ως αντικείμενο μελέτης την δυσλειτουργία του πρόσθιου εγκεφάλου. Περαιτέρω, ο Lou (1984) ανέφερε την ύπαρξη ελλιπούς αιμάτωσης του πρόσθιου εγκεφάλου και ιδιαίτερα του δεξιού ημισφαιρίου.

Σύμφωνα με την θεωρία των «ελλιπών κινήτρων» λόγω οργανικής αιτιολογίας, ανίσχυρα ή μη ελκυστικά για τη συναισθηματική διέγερση ερεθίσματα δεν αποτελούν κίνητρο για την ενεργοποίηση της προσοχής (Barkley, 1990). Στηριζόμενος στη θεωρία αυτή, ο Barkley το 1997 υποστήριξε ότι η κεντρική έλλειψη είναι νευρο-χημικής φύσεως και οφείλεται σε αδυναμία αναχαίτισης συμπεριφορών με συνέπεια να εμφανίζεται ανικανότητα αντίληψης της καταλληλότητας ή μη ενός ερεθίσματος σε μια συγκεκριμένη περίπτωση. Η εν λόγω δυσλειτουργία επιφέρει διαταραχές στις εξής πέντε νοητικές λειτουργίες:

- Στην εργαζόμενη μνήμη
- Στην εσωτερίκευση του λόγου
- Στον αυτοέλεγχο των συναισθημάτων, των κινήτρων και της ενεργοποίησης
- Στην ανάλυση και σύνθεση της συμπεριφοράς
- Στον κινητικό έλεγχο

Ως αποτέλεσμα, τα παιδιά δυσχεραίνονται να κατανοήσουν πολύπλοκα προβλήματα, να συγκρατήσουν στη βραχυπρόθεσμη μνήμη τρόπους επίλυσης προβλημάτων, να ασκήσουν αυτοέλεγχο, να ενεργήσουν σκόπιμα, να ολοκληρώσουν εργασίες, να διακρίνουν συναισθήματα και να ακολουθήσουν κανόνες (Barkley, 1997).

Το 1990, ο Zametkin και οι συνεργάτες του (1990) κατέδειξαν ότι στην πρόσθια και στην προκινητική περιοχή του εγκεφάλου ενηλίκων με διαταραχές της προσοχής, συναντάται μειωμένος μεταβολισμός της γλυκόζης, με συνέπεια τα προβλήματα εστίασης της προσοχής. Στην προκειμένη όμως περίπτωση, η έρευνα αυτή περικλείει μεθοδολογικές ελλείψεις και αδυναμία να δοθεί σαφής απάντηση εάν οι διαφορές στο μεταβολισμό της γλυκόζης ήταν η αιτία ή το αποτέλεσμα των διαταραχών της προσοχής. Παρόλο που ο Zametkin και οι συνεργάτες του ερμήνευσαν προσεκτικά τα ευρήματά τους σε σχέση με το σύνδρομο, άλλοι ερευνητές παραποίησαν τα αποτελέσματα και εξέλαβαν ως δεδομένη την οργανική αιτιολογία των διαταραχών (Weiss, 1990).

Σημαντικά στοιχεία από μελέτες σε πληθυσμούς διδύμων και οικογενειών δείχνουν ότι οι γενετικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, στις μελέτες αυτές οι μισοί περίπου γονείς που έπασχαν από ΔΕΠ-Υ είχαν ένα παιδί με την εν λόγω ασθένεια, ενώ ένα ποσοστό 10-35% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είχαν ένα συγγενή πρώτου βαθμού με την πάθηση αυτή.

Από τις παραπάνω επισημάνσεις διαπιστώνεται ότι η διαταραχή αυτή δεν αποτελεί πρόβλημα ελλείψεως κινήτρων, αλλά σχετίζεται με ακούσιες αλλαγές της προσοχής, ακούσια εκδήλωση των παρορμήσεων και ακούσια κινητική δραστηριότητα. Ως εκ τούτου, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ‘δεν έχουν κίνητρο να προσέξουν’ επειδή υπολειτουργεί το νευρολογικό σύστημα που διεγείρει και εστιάζει την προσοχή. Εν ολίγοις, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να εστιάσουν την προσοχή τους όταν πρέπει, ενώ εύκολα αυτή αποσπάται με ένα ασήμαντο συμβάν, όταν για παράδειγμα πέσει κάτω το μολύβι του διπλανού τους. Τα

ερεθίσματα του περιβάλλοντος εισβάλλουν στο συνειδητό του παιδιού, και δεν αφήνουν την προσοχή του σε 'ησυχία'. (Μάρκου, 1998).

Έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι ορισμένες τροφές με χημικά πρόσθετα συνδέονται με τη ΔΕΠ-Υ, χωρίς να έχει αποδειχθεί επιστημονικά κάτι τέτοιο. Συγκεκριμένα, οι πρώτες μελέτες για τη ΔΕΠ-Υ στις δεκαετίες 1970-1980, διερεύνησαν την πιθανή σχέση ανάμεσα στη ζάχαρη και τη διαταραχή. Καμία μελέτη δεν βρήκε συσχετίσεις ανάμεσα στην κατανάλωση ζάχαρης και σε αρνητικές αλλαγές στη συμπεριφορά παιδιών με και χωρίς ΔΕΠ-Υ. Τα ευρήματα των παλαιότερων ερευνών επιβεβαιώνονται από μια πρόσφατη μετα-ανάλυση στην οποία αξιολογήθηκαν τα αποτελέσματα των προηγούμενων μελετών (Ισαρη, 2009).

Ανεξαρτήτως των αιτιών που προκαλούν τη ΔΕΠ-Υ, ο τρόπος που μεγαλώνει, διαπαιδαγωγείται και πειθαρχείται ένα παιδί, είναι ο παράγοντας που καθορίζει τη σοβαρότητα της κατάστασης και το πόσο καλά θα την αντιμετωπίσει το παιδί. Παιδιά που υφίστανται κακομεταχείριση ή των οποίων οι γονείς είναι διανοητικά διαταραγμένοι, γενικότερα αντιμετωπίζουν τη διαταραχή σε μεγαλύτερο βαθμό σοβαρότητας από εκείνα που μεγαλώνουν με συναισθηματικά υγιείς γονείς, σε περιβάλλον ηρεμίας, σταθερότητας, πειθαρχίας και αγάπης (Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, 2000).

Κεφάλαιο 2: ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟ-ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

A. Η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στην τάξη

Αν και οι γνωστικές ή νοητικές δεξιότητες συνήθως είναι αντίστοιχες ή μεγαλύτερες από το μέσο όρο, η απόδοση παρουσιάζει αρκετές διακυμάνσεις. Έτσι, κάποιες φορές η απόδοση μπορεί να είναι χαμηλότερη από το αναμενόμενο, σε σύγκριση πάντα με το γνωστικό επίπεδο του παιδιού. Το αποτέλεσμα είναι το παιδί να δείχνει αφηρημένο, τεμπέλικό ή να φαίνεται ότι δεν διακατέχεται από κίνητρα. Παράλληλα δίνει την εντύπωση ότι σπαταλά τις ικανότητές του στο να διακόπτει το μάθημα και να αντιτίθεται στα άλλα παιδιά, σπάνια βρίσκεται στη θέση του, ενοχλεί τους συμμαθητές του και δεν ολοκληρώνει τα καθήκοντά του. Όπως έχει ειπωθεί, τα χαρακτηριστικά αυτά προβλήματα έχουν να κάνουν με τρεις τομείς της συμπεριφοράς:

i. Δυσκολίες Προσοχής:

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ διαφέρουν από τους συμμαθητές τους ως προς την ικανότητα διατήρησης της προσοχής σε καθήκοντα μάθησης και στο παιχνίδι. Η προσοχή τους διασπάται πολύ πιο εύκολα και εξαιτίας του γεγονότος αυτού δυσκολεύονται αρκετά να αρχίσουν και να ολοκληρώσουν μια σχολική εργασία ή άλλες δραστηριότητες. Επιπλέον, είναι πιο απρόσεχτα από τα άλλα παιδιά, αγνοούν βασικές οδηγίες ή δυσκολεύονται να τις ακολουθήσουν. Δείχνουν υπερβολικά ανοργάνωτα και ξεχνούν πολύ εύκολα σε σχέση με το ηλικιακό τους επίπεδο.

ii. Υπερδραστηριότητα:

Τα άτομα που εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζονται από υπερβολική νευρικότητα και κινητικότητα, γι' αυτό δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καταστάσεις που απαιτούν συμμόρφωση, όπως είναι η τάξη. Είναι συνεχώς σε εγρήγορση, προκαλούν θόρυβο και μιλούν πολύ, σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους.

iii. Παρορμητικότητα:

Τα παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα αρκετά συχνά διακόπτουν τους άλλους, πετάγονται στην τάξη για να απαντήσουν ή να κάνουν ερωτήσεις και δυσκολεύονται να περιμένουν τη σειρά τους στο παιχνίδι.

Γενικά, μερικά συμπτώματα εμφανίζονται πριν από την ηλικία των 7 ετών. Το παιδί συνήθως δεν είναι στη θέση του αφού τριγυρίζει άσκοπα στην τάξη ή ενοχλεί, δεν ακολουθεί τις οδηγίες και τους κανόνες, μιλά χωρίς να είναι η σειρά του ή φωνάζει όταν δεν επιτρέπεται. Είναι επιθετικό προς τους συμμαθητές του, δεν μπορεί να συγκεντρώσει εύκολα την προσοχή του και διασπάται συνεχώς, μιλά όταν δεν πρέπει ή παρεμβαίνει στην εργασία των άλλων παιδιών, είναι αφηρημένο, ξεχνά πού βάζει τα πράγματά του και το υλικό της τάξης, παραδίδει αργοπορημένα τις εργασίες του, τις αφήνει ημιτελείς ή δεν τις παραδίδει καθόλου. (American Psychiatric Association, 2000).

B. Τα συναισθήματα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ:

Από την πρώιμη νηπιακή ηλικία, αν και τα πλείστα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι έξυπνα και με πολλές δυνατότητες, μπορεί να κλαίνε υπερβολικά χωρίς προφανή λόγο και να δυσφορούν στη σωματική επαφή μέσω του χαδιού. Θέλουν να είναι υπάκουα αλλά το πρόβλημά τους υπερβαίνει τη θέλησή τους και αδυνατούν να επιβληθούν στον εαυτό τους. Ίσως είναι υπερευαίσθητα σε αισθητηριακά ερεθίσματα όπως ο θόρυβος ή το φως και η κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων δύναται να αναπτύσσεται με βραδύ ρυθμό και εκδηλώνουν βία προς τα ζώα και τους συμμαθητές τους χωρίς την πρόθεση να κάνουν κακό. Για το λόγο αυτό δεν κατανοούν την τιμωρία, την απόρριψη από τους άλλους και την κοινωνική απομόνωση. Από τη μια, η θέληση του παιδιού να υπακούει και από την άλλη η αδυναμία του, δημιουργούν στο μυαλό του σύγχυση και πιστεύει ότι είναι κακό. Οι καταστάσεις αυτές, τις οποίες συνήθως προκαλούν ακούσια, τείνουν να οδηγούν τα παιδιά στη δημιουργία μιας εχθρικής αντίληψης για τον κόσμο. Η κατάσταση δυσκολεύει περισσότερο όταν το παιδί αρχίσει το σχολείο, αφού δεν μπορεί να

έχει ικανοποιητικές επιδόσεις ούτε στα μαθήματα ούτε στις ομαδικές δραστηριότητες ή στο παιχνίδι και τιμωρείται για μη πρόποσα συμπεριφορά (Σκλατινιώτη & Εγγλέζου, 2007).

Ακολουθεί μια συνηθισμένη κατάσταση στην οποία εμπλέκονται τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στην τάξη: Το παιδί ακούει για ένα λεπτό τις οδηγίες του δασκάλου, στη συνέχεια αποσπάται από κάτι που συνήθως οι άλλοι μαθητές αγνοούν και αν είναι υπερκινητικό, ταλαντεύεται νευρικά στη θέση του και σηκώνεται. Ο δάσκαλος τελειώνει τις οδηγίες, το παιδί αποσπάται ξανά από τις κινήσεις των άλλων παιδιών στην τάξη, ενώ τα περισσότερα συμμορφώνονται στις οδηγίες του δασκάλου. Το παιδί, επειδή αντιλήφθηκε ένα μόνο μέρος των οδηγιών, βρίσκεται σε σύγχυση για το τί πρέπει να κάνει. Το συνεπακόλουθο είναι να διεκπεραιώσει ατελώς τη δραστηριότητα ή να μην την κάνει καθόλου, και έτσι τιμωρείται από το δάσκαλο.

Καθώς μεγαλώνουν και αναμένεται η ανταπόκρισή τους σε όλο και πιο πολύπλοκες οδηγίες, η αποτυχία επέρχεται επειδή αδυνατούν να αντιληφθούν ακόμα και σύντομες ακολουθίες οδηγιών. Παρουσιάζουν δυσκολίες στην επεξεργασία και κατανόηση των ακουστικών ερεθισμάτων, συνεπώς είναι σαν να βρίσκονται συνέχεια σε μια ομιχλώδη κατάσταση: αντιλαμβάνονται μεν ότι συμβαίνει γύρω τους, αδυνατώντας δε να διακρίνουν καταστάσεις, να τις κατανοήσουν πλήρως και να εφεύρουν λύσεις. Στην ενήλικη ζωή το σύνδρομο διαφοροποιείται αφού υποχωρεί η υπερκινητικότητα, αλλά εξακολουθούν να υφίστανται η παρορμητικότητα και η διάσπαση προσοχής. Οι επιπτώσεις ποικίλουν: το άτομο δυσκολεύεται να συνάψει φιλίες και προτιμά να συναναστρέφεται μόνο άτομα με προβληματική συμπεριφορά, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση και συνήθως ελλιπή μόρφωση (Κάκουρος, 2001• Σκλατινιώτη & Εγγλέζου, 2007).

Γ. Πρωτογενείς και Δευτερογενείς επιπτώσεις στις γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στην τάξη και στις ομαδικές δραστηριότητες:

- Πρωτογενείς επιπτώσεις: Όπως έχει επισημανθεί σε προηγούμενη παράγραφο, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αδυνατούν να συμμορφωθούν σε κανονισμούς και να ανταποκριθούν σε οδηγίες, τις οποίες τα άλλα παιδιά ακολουθούν εύκολα. Δυσκολεύονται να εμπλακούν σε καταστάσεις

που απαιτούν συνεργασία και συχνά απογοητεύουν δασκάλους, γονείς και συμμαθητές, προκαλώντας μεγάλη πίεση σ' αυτούς με τους οποίους αλληλεπιδρούν. Το αποτέλεσμα είναι να αγνοούνται από το κοινωνικό τους περιβάλλον, αφού προβάλλονται ως άτομα που επιζητούν συνεχώς την προσοχή με οποιοδήποτε τρόπο.

- Δευτερογενείς επιπτώσεις: Έχουν να κάνουν με τον τρόπο με τον οποίο οι άλλοι συμπεριφέρονται στο παιδί, εξαιτίας της ακούσιας συμπεριφοράς του. Οι συνηθέστερες καταστάσεις τις οποίες βιώνει ένα άτομο με ΔΕΠ-Υ είναι η απόρριψη, η συναισθηματική αστάθεια, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η απομόνωση, προβλήματα που μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχές διαγωγής. Αν και τα άτομα με ΔΕΠ-Υ μπορούν να πετύχουν στη ζωή τους, με τη λανθασμένη ή καθόλου διάγνωση και θεραπεία ελλοχεύουν σοβαρές επιπτώσεις, όπως η σχολική αποτυχία, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, χρήση ουσιών και επαγγελματική αποτυχία (Παπαγεωργίου, 2005• Σκλατινιώτη & Εγγλέζου, 2007).

Ακολουθώς παρατίθενται ορισμένα ποσοστά που αποδεικνύουν τη συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές:

- 60% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν εναντιωματική ή/και προκλητική συμπεριφορά
 - 45% των παιδιών παρουσιάζουν σοβαρή διαταραχή διαγωγής
 - 25% εκδηλώνουν αντικοινωνική και παραπτωματική συμπεριφορά
 - 30% των πασχόντων εμφανίζουν χρόνιες αγχώδεις διαταραχές
 - 33% παρουσιάζουν μείζονα κατάθλιψη
 - Πάνω από 50% αντιμετωπίζουν συναισθηματικά προβλήματα
 - Πάνω από 50% παρουσιάζουν προβλήματα στις κοινωνικές δεξιότητες
 - 90% δεν αποδίδουν στη σχολική εργασία
 - 20% έχουν προβλήματα στην ανάγνωση
 - 60% έχουν σοβαρά προβλήματα γραφής
 - 30% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στις ΗΠΑ εγκαταλείπουν το σχολείο
- (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Δ. Επιδράσεις της ΔΕΠ-Υ στις σχέσεις των παιδιών με τον κοινωνικό περίγυρο

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας δύναται να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του παιδιού, επηρεάζοντας αρχικά τη συναναστροφή με τους συνομηλίκους και τη δημιουργία φιλικών σχέσεων. Σε μερικές περιπτώσεις τα παιδιά αυτά μπορεί να συγκαταλέγονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου για αγχώδη ή προβληματική συμπεριφορά, παθολογική χρήση φαρμάκων και κρούσματα εφηβικής εγκληματικότητας. Έχει παρατηρηθεί ότι οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ αναφέρουν λιγότερο από τους υπόλοιπους γονείς ότι τα παιδιά τους παίζουν με ομάδες φίλων ή εμπλέκονται σε δραστηριότητες μετά το σχολείο. Οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανό κατά το διπλάσιο από ότι οι άλλοι γονείς να αναφέρουν ότι το παιδί τους πιέζεται ή αντιμετωπίζει πρόβλημα στο να παραμείνει ήρεμο για αρκετή ώρα με τα άλλα παιδιά (Παπαγεωργίου, 2005).

Μέσα από διάφορες μελέτες για τη ΔΕΠ-Υ έχει εξαχθεί το συμπέρασμα ότι τα παιδιά αυτά, με κύριο χαρακτηριστικό τη μειωμένη προσοχή, χαρακτηρίζονται από τους ομηλίκους τους ως ντροπαλά ή ακοινωνήτα. Επιπλέον, η επιθετική συμπεριφορά των υπερκινητικών παιδιών συμβάλλει σημαντικά στην απόρριψή τους από τους συνομηλίκους, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι κάθε παιδί με ΔΕΠ-Υ έχει πάντοτε κακές σχέσεις με το κοινωνικό του περιβάλλον. Όσο νωρίτερα καθοριστούν οι δυσκολίες του παιδιού, τόσο πιο επιτυχής θα είναι η παρέμβαση αντιμετώπισης. Οι γονείς, βοηθώντας τα παιδιά να ενδυναμώσουν τις σχέσεις με τους γύρω τους, καλό θα ήταν:

- Να αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα των υγιών σχέσεων για τα παιδιά, μέσα και έξω από το σπίτι.
- Να διατηρούν επικοινωνία με τα άτομα τα οποία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή του παιδιού, όπως οι δάσκαλοι και οι σχολικοί σύμβουλοι, και να ενημερώνονται για την κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού στο σχολείο και το βαθμό προσαρμογής στους κανονισμούς.

- Να ενθαρρύνουν την εμπλοκή του παιδιού τους σε δραστηριότητες με άλλα παιδιά, επικοινωνώντας με τους υπόλοιπους γονείς, τους προπονητές, και τους ψυχολόγους (Παπαγεωργίου, 2005).

Ε. Ο διαχωρισμός μύθου και πραγματικότητας για τη ΔΕΠ-Υ:

Η αντίληψη της κοινής γνώμης για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας παρεξηγεί κάποια βασικά στοιχεία σχετικά με τη φύση, την πορεία και τη θεραπεία της διαταραχής. Πιστεύεται ότι η ΔΕΠ-Υ δεν είναι διαταραχή ή ότι αποτελεί μία ήπια διαταραχή που διαγιγνώσκεται πολύ πιο συχνά απ' ό τι θα έπρεπε. Οι επικριτές ισχυρίζονται ότι τα παιδιά συχνά λαμβάνουν χωρίς λόγο φαρμακευτική αγωγή από τους γονείς, οι οποίοι δεν αντιμετωπίζουν κατάλληλα τα απείθαρχα, χωρίς κίνητρα ή χωρίς ιδιαίτερα επιτεύγματα παιδιά τους. Έτσι, επιζητούν κάποιο ακαδημαϊκό πλεονέκτημα σχετικά με τις εξετάσεις και την τάξη στο σχολείο σε ένα ανταγωνιστικό, υψηλών απαιτήσεων μορφωτικό περιβάλλον. Ακόμη, ορισμένοι υποστηρίζουν ότι μια αυξανόμενη δυσανεξία στην ανέμελη διάθεση της παιδικής ηλικίας δύναται να έχει ως αποτέλεσμα όλο και περισσότερα παιδιά να αποκτούν την 'ετικέτα' της ΔΕΠ-Υ. Ισχυρίζονται επίσης ότι οι επαγγελματίες βλάπτουν τα υπόλοιπα παιδιά με τη διάγνωσή τους και τη θεραπεία που προτείνουν για τη ΔΕΠ-Υ.

Ενώ υφίσταται το παραπάνω κλίμα κατηγοριών και στιγματισμού, υπάρχουν συντριπτικές ενδείξεις ότι ένας μεγάλος αριθμός νέων με διανοητικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης και της ΔΕΠ-Υ, απολαμβάνουν ανεπαρκείς ή ακατάλληλες κοινωνικές υπηρεσίες. Η παραπληροφόρηση αποθαρρύνει όσους έχουν ανάγκη θεραπείας για την ΔΕΠ-Υ και τους αποτρέπει από το να αναζητήσουν την κατάλληλη ιατρική φροντίδα. Εξαιτίας του γεγονότος αυτού, οι γονείς αποφεύγουν να ζητήσουν τη βοήθεια των κατάλληλων επαγγελματιών, φοβούμενοι τις κατηγορίες ότι είναι κακοί γονείς ή ότι αναίτια χορηγούν φάρμακα στα παιδιά τους. Το πιθανότερο είναι ότι οι γονείς πασχίζουν να βοηθήσουν τα παιδιά τους να αντιμετωπίσουν μία σοβαρή δέσμη προβλημάτων, των οποίων οι προηγούμενες προσπάθειες μείωσης ή εξάλειψης απέτυχαν. Είναι γεγονός ότι χρόνιες, μη αντιμετωπισθείσες διαταραχές όπως η ΔΕΠ-Υ έχουν μεγάλο κόστος για το άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία,

και οι γονείς αναζητούν τη βοήθεια των ειδικών μετά από μεγάλο προβληματισμό και επαναλαμβανόμενες αποτυχίες (Leibson et all, 1994).

Κεφάλαιο 3: ΓΝΩΣΕΙΣ, ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΠ-Υ

Α. Γνώσεις των εκπαιδευτικών για θέματα σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ

Σύμφωνα με τις Αντωνοπούλου, Σταμπολτζή και Κουβαβά (υπό κρίση) οι πρώτες έρευνες στη Δύση σχετικά με τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ άρχισαν τη δεκαετία του '90. Συγκεκριμένα, το 1994 οι Jerome, Gordon και Hustler διεξήγαγαν έρευνα ανάμεσα σε 439 Αμερικανούς και 850 Καναδούς δασκάλους. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν μέσο ποσοστό γνώσεων 77% και 78% αντίστοιχα. Το σύνολο των δασκάλων γνώριζε περισσότερα για τη συμπτωματολογία και τις βιολογικές καταβολές της ΔΕΠ-Υ και λιγότερα σχετικά με τις μεθόδους αντιμετώπισής της. Η πλειοψηφία λανθασμένα πίστευε ότι τα πρόσθετα τροφίμων ευθύνονται για τη ΔΕΠ-Υ. Στον αντίποδα, η έρευνα των Snider, Busch και Arrowood (2003) σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ, κατέδειξε μειωμένες γνώσεις των δασκάλων όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, αν και είναι πολύ σημαντική στην αναγνώριση και θεραπεία της ΔΕΠ-Υ. Η έρευνα αυτή αντιτίθεται στην έρευνα του Jerome η οποία έδειξε ένα ικανοποιητικό ποσοστό γνώσεων. Ο Snider, Busch και Arrowood (2003) έρχονται οι ίδιοι να εξηγήσουν τις διαφορές στα ευρήματα των δύο ερευνών που οφείλονται στη διαφορετικότητα των ερωτήσεων που περιείχαν. Ο Jerome και οι συνεργάτες του είχαν στο ερωτηματολόγιό τους ερωτήσεις σχετικά με τις βασικές έννοιες της ΔΕΠ-Υ, ενώ ο Snider και οι άλλοι καταπιάστηκαν με τις επιδράσεις των τονωτικών φαρμάκων.

Αρκετοί ερευνητές έχουν συμφωνήσει ότι η φαρμακευτική αγωγή από μόνη της δεν είναι αποτελεσματική για τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ γιατί επιφέρει μόνο βραχυχρόνια αποτελέσματα (Barkley, 1998• Pelham, Wheeler, & Chronis, 1998). Όμως, ο κατάλληλος συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής, εκπαίδευσης και παρέμβασης στο σπίτι είναι απαραίτητος. Ειδικότερα, στην έρευνα του Kasten και άλλων (1992), το 98% των δασκάλων γενικής και ειδικής αγωγής ανέφεραν ότι κατά τη γνώμη τους μόνο η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι αποτελεσματική.

Περαιτέρω, οι Sciutto, Terjesen και Frank (2000) στις ΗΠΑ, ερεύνησαν τις γνώσεις 149 δασκάλων που αφορούσαν στα συμπτώματα/διάγνωση, τη θεραπεία και την γενικότερη

πληροφόρηση για τη ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τα ευρήματα, οι δάσκαλοι είχαν περισσότερες γνώσεις για τα συμπτώματα/διάγνωση της ΔΕΠ-Υ – με 68% σωστές απαντήσεις - και λιγότερες γνώσεις για την αντιμετώπιση και γενικότερη πληροφόρηση (43% σωστές απαντήσεις). Επιπλέον, βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στις γνώσεις των δασκάλων, τα χρόνια υπηρεσίας και την εμπειρία τους με μαθητή ΔΕΠ-Υ. Ένα μεγάλο ποσοστό δασκάλων είχε την εσφαλμένη εντύπωση ότι η ζάχαρη και τα συντηρητικά επιφέρουν συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Ακόμη, αρκετοί δάσκαλοι δεν γνώριζαν εάν η ΔΕΠ-Υ ακολουθεί το άτομο και στην ενήλικη ζωή του.

Λίγο αργότερα, η Beckle (2004) χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο των Jerome, Gordon και Hustler (1994) για να συγκρίνει τις γνώσεις και τις στάσεις 30 δασκάλων και 40 φοιτητών στην Αυστραλία. Στα αποτελέσματα της έρευνάς της, οι δάσκαλοι είχαν ποσοστό 83% στις σωστές απαντήσεις, λίγο περισσότερο από αυτό των φοιτητών. Παρόλ' αυτά, τόσο οι δάσκαλοι όσο και οι φοιτητές είχαν το χαμηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων στις ερωτήσεις συσχέτισης των διατροφικών συνηθειών με τη ΔΕΠ-Υ. Οι δάσκαλοι είχαν πιο αντικειμενικές γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ, αν και ελάχιστοι είχαν επιμορφωθεί σε σύγκριση με τους φοιτητές που είχαν πληροφορηθεί για τη ΔΕΠ-Υ στη διάρκεια των σπουδών τους.

Την ίδια χρονιά, οι Kos, Richdale και Jackson (2004) έρευναν τις γνώσεις και τις αντιλήψεις 120 δασκάλων και 45 τελειόφοιτων πανεπιστημίου. Αν και η έρευνα έδειξε ποσοστό σωστών απαντήσεων 60,7% για τους δασκάλους και 52,6% για τους τελειόφοιτους, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα χρόνια προϋπηρεσίας και στις γνώσεις των δασκάλων. Μέσα από τη σύγκριση αυτή, η έρευνα επιβεβαίωσε τα ευρήματα προγενέστερων μελετών (Sciutto et al., 2000• Beckle, 2004), σύμφωνα με τις οποίες οι δάσκαλοι που έχουν δουλέψει με τα παιδιά αυτά πετυχαίνουν καλύτερη βαθμολογία στις κλίμακες γνώσεων για τη ΔΕΠ-Υ.

Η έρευνα των West, Taylor, Houghton και Hudyma (2005) θέλησε να συγκρίνει τις αντιλήψεις και τις γνώσεις δασκάλων και γονιών για τη ΔΕΠ-Υ. Το δείγμα αποτελείτο από 256 δασκάλους και 92 γονείς. Η έρευνα έδειξε ότι οι δάσκαλοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν υψηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο σε σύγκριση με τους καθηγητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης,

όπως επίσης και οι δάσκαλοι ειδικής αγωγής σε σύγκριση με τους δασκάλους γενικής αγωγής. Παρ' ότι οι δάσκαλοι γνώριζαν αρκετά για τη διαταραχή, δεν ήξεραν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μιλούν στην τάξη, είναι λεκτικώς επιθετικά, αδέξια και δεν έχουν καλό συντονισμό στις κινήσεις τους.

Οι Stormont και Stebbins (2005) τονίζουν ότι οι δάσκαλοι δεν εκπαιδεύονται επαρκώς για τη ΔΕΠ-Υ κατά την πανεπιστημιακή τους κατάρτιση. Συγκεκριμένα, 89% των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ανέφεραν ότι δεν είχαν έρθει σε επαφή με τη ΔΕΠ-Υ όταν σπούδαζαν, ενώ το 92% αναφέρει ότι είχαν μια πολύ σύντομη μετεκπαίδευση στη ΔΕΠ-Υ μετά την αποφοίτησή τους. Επιπλέον, πολλοί δάσκαλοι είναι μπερδεμένοι όσον αφορά την αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ. Η σύγχυση αυτή διαφαίνεται στις θεραπευτικές μεθόδους που προτείνουν ή υιοθετούν. Για παράδειγμα, στην έρευνα του Jerome το 1994, τα δυο τρίτα των δασκάλων πίστευε ότι υπάρχουν διατροφικά αίτια για τη ΔΕΠ-Υ• ως εκ τούτου, πίστευαν ότι ορισμένες ειδικές δίαιτες ήταν πολύ βοηθητικές στην αντιμετώπισή της.

Μια επιπλέον μελέτη που διερεύννησε τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει μια αυξημένη πεποίθηση των δασκάλων ότι η έλλειψη προσοχής συνεχίζει να ταλαιπωρεί τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και στην εφηβεία τους (Hawkins, Martin, Blanchard, & Brady, 1991).

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 πλείστοι είχαν δουλέψει με παιδιά προερχόμενα 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. Μια δασκάλα επεσήμανε ότι οι γονείς των παιδιών που εμφάνιζαν προβλήματα συμπεριφοράς στην τάξη της ήταν πολύ νεαροί. Εκτός αυτού, αρκετοί δάσκαλοι ανέφεραν ότι η

μετάβαση από το νηπιαγωγείο στο δημοτικό μπορεί να γίνει πολύ προβληματική γι' αυτά τα παιδιά.

Συνοπτικά, σε μια γενική ανασκόπηση των ερευνών της τελευταίας δεκαετίας σχετικά με τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ, οι Kos, Richdale και Hay (2006) κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα:

- Το μέσο ποσοστό των σωστών απαντήσεων στα ερωτηματολόγια των διαφόρων ερευνών διαφέρει σημαντικά, αφού κυμαίνεται από 47,8% στην έρευνα των Sciutto, Terjesen και Frank (2000) έως 83% στην έρευνα της Beckle (2004).
- Οι κατηγορίες στις οποίες οι δάσκαλοι συγκεντρώνουν καλύτερη βαθμολογία είναι η συμπτωματολογία και η διάγνωση, ενώ καταγράφονται λανθασμένες αντιλήψεις ως προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ και τη συσχέτιση με τη διατροφή.
- Επιπλέον, σε κάποιες έρευνες η διδακτική εμπειρία με παιδί ΔΕΠ-Υ έχει θετική επίδραση στις γνώσεις των δασκάλων.
- Τέλος, οι δάσκαλοι έχουν περισσότερες γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ απ' ό τι οι φοιτητές που δεν έχουν πρακτική εμπειρία. Ως εκ τούτου, οι θεωρητικές γνώσεις δεν είναι επαρκείς για τον ορθολογικό χειρισμό παιδιών με ΔΕΠ-Υ μέσα στην τάξη.

A.1. Παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ:

Καταρχήν, η εμπειρία των δασκάλων που έχουν εργαστεί με παιδιά ΔΕΠ-Υ φαίνεται να διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο στις γνώσεις τους σχετικά με τη διαταραχή. Έτσι εξηγείται το γεγονός γιατί οι δάσκαλοι που δεν είχαν επιμορφωθεί στη ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με τους φοιτητές που είχαν πληροφορηθεί στη διάρκεια των σπουδών τους, έχουν περισσότερες γνώσεις για τη διαταραχή (Beckle, 2004). Η διαπίστωση αυτή επιβεβαιώνεται και από τους Kos, Richdale και Jackson (2004), αφού στην έρευνά τους βρήκαν επίσης θετική συσχέτιση ανάμεσα στην εμπειρία με παιδί ΔΕΠ-Υ και το επίπεδο γνώσεων των δασκάλων.

Επιπλέον, η Καραγρηγορίου (2003) στην έρευνά της διαπίστωσε ότι οι νηπιαγωγοί με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας υστερούν σε γνώσεις συγκριτικά με τους νηπιαγωγούς με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας. Εν ολίγοις, εκτός από την εμπειρία, οι γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετίζονται με την πανεπιστημιακή τους κατάρτιση, δηλαδή οι νεαρότεροι νηπιαγωγοί που έχουν παρακολουθήσει ένα πιο σύγχρονο πρόγραμμα σπουδών με νέες παιδαγωγικές μεθόδους, έχουν περισσότερες γνώσεις. Στην παραδοχή αυτή συντελεί το γεγονός ότι μόλις πριν τρεις δεκαετίες άρχισε η συστηματική μελέτη θεμάτων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ. Επομένως, η συνεχής κατάρτιση και επιμόρφωση των εκπαιδευτικών διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο απ' ότι τα χρόνια υπηρεσίας.

Στην έρευνα της Einarsdottir (2007) στην Ισλανδία, όλοι οι δάσκαλοι συμφώνησαν ότι ο σύγχρονος τρόπος ζωής και οι αλλαγές που επήλθαν στην κουλτούρα, έχουν μεταβάλει τη συμπεριφορά των παιδιών. Αναλυτικότερα, εξέφρασαν την άποψη ότι οι ζωές των παιδιών σήμερα είναι πιο δομημένες και ελέγχονται περισσότερο από τους ενήλικους, ενώ τα παιδιά περνούν τις περισσότερες ώρες της ημέρας στα σχολεία παρά στα σπίτια τους. Οι συνθήκες αυτές, σύμφωνα με τους δασκάλους, είναι η αιτία για περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς. Η οπτική των δασκάλων για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ επηρεάζεται, σύμφωνα πάντα με την Einarsdottir, από τις κοινωνικές συνθήκες, την κουλτούρα και τα ιστορικά δεδομένα για την διαταραχή.

Περαιτέρω, ο Weiner (1995) εξέφρασε την άποψη ότι ο τρόπος αντιμετώπισης ενός προβλήματος είναι συνυφασμένος με την ερμηνεία που δίνεται στα αίτια που το προκαλούν. Ως εκ τούτου, οι εκπαιδευτικοί τις πλείστες 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 (Κάκουρος, Παπαηλιού & Μπαδικιάν, 2006).

Τέλος, οι Poulou και Norwich (2002), με βάση την κοινωνικο-γνωστική θεωρία (Bandura, 1986), τη θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (Aizen & Fishbein, 1980) και τη θεωρία της απόδοσης των κινήτρων και των συναισθημάτων (Weiner, 1986), δημιούργησαν ένα

ερμηνευτικό μοντέλο της συμπεριφοράς και των αντιδράσεων των εκπαιδευτικών απέναντι στη προβληματική συμπεριφορά των μαθητών τους. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η αιτιολογία που δίνεται σε μια προβληματική συμπεριφορά δύναται να επηρεάσει τις γνώσεις και τους τρόπους που αντιδρούν συναισθηματικά οι εκπαιδευτικοί προς τους μαθητές και τον ίδιο τον εαυτό τους. Παράλληλα, οι πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών για την προσωπική ευθύνη, την αυτό-αποτελεσματικότητά τους και τις δυνατότητες αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ, σε συνδυασμό με τα συναισθήματά τους για το παιδί, διαμορφώνουν τις προθέσεις τους να ενεργήσουν με συγκεκριμένους τρόπους. Από την άλλη, το πώς πραγματικά ενεργούν οι εκπαιδευτικοί είναι συνάρτηση των προθέσεων και των αντιλήψεών τους για τις υποστηρικτικές υπηρεσίες και την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών παρέμβασης.

A.2. Ο ρόλος της γνώσης των εκπαιδευτικών στην υποστήριξη παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Οι εκτιμήσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη φύση, την αιτιολογία και τις επιπτώσεις της ΔΕΠ-Υ μπορούν να καθορίσουν τον τρόπο αντιμετώπισης της διαταραχής και την ενδεχόμενη απόφαση παραπομπής του παιδιού στους ειδικούς (Κάκκουρος, Παπαηλιού & Μπαδικιάν, 2006).

Σχετικά με την παραπάνω διαπίστωση, αν και η αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ έχει νευρολογικό υπόβαθρο, η εξέλιξη της διαταραχής και η ανταπόκριση του ατόμου στη θεραπεία επηρεάζονται σημαντικά από τις στάσεις, τις γνώσεις και τις αντιλήψεις του οικογενειακού και εκπαιδευτικού του περιβάλλοντος σχετικά με τη φύση, την αιτιολογία και τις δυνατότητες αντιμετώπισης της διαταραχής. Οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τις ικανότητες των μαθητών τους επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους προς αυτούς και τις εκπαιδευτικές τους τεχνικές. Επιπλέον, οι μαθητές αντιλαμβάνονται τα λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα των καθηγητών τους και αντιδρούν ανάλογα. Για το λόγο αυτό, οι στάσεις και η συμπεριφορά των εκπαιδευτικών μπορούν να παίξουν ρόλο στη διαμόρφωση της αυτοαντίληψης, στα κίνητρα, στις σχολικές επιδόσεις και στο χαρακτήρα των μαθητών με διαταραχές και άλλα προβλήματα. Άρα, η εκπαιδευτική διαδικασία αποτελεί ένα φαύλο κύκλο αλληλεπιδράσεων αιτίου και αποτελέσματος (Pintrich, 1990).

Οι Έλληνες εκπαιδευτικοί έχουν ελλιπή πληροφόρηση όσον αφορά πτυχές της ΔΕΠ-Υ. Γι' αυτό, γίνεται αντιληπτό ότι ο ενεργός και ιδιαίτερα σημαντικός ρόλος που καλούνται να διαδραματίσουν στον εντοπισμό, διάγνωση και αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, απαιτεί τη συστηματική και ουσιαστική επιμόρφωσή τους σε θέματα παιδο-ψυχοπαθολογίας (Κάκκουρος κ.ά., 2006).

Στη συνέχεια, ο Κάκκουρος και οι συνεργάτες του (2006) υποστηρίζουν ότι ο πολυδιάστατος ρόλος των εκπαιδευτικών εντάσσεται στο πλαίσιο της πολυεπίπεδης προσέγγισης, μέθοδος που θεωρείται ως η αποτελεσματικότερη για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, η μέθοδος αυτή περικλείει αρχές της συμπεριφοριστικής, της γνωσιακής και της συστημικής θεωρίας, και χαρακτηρίζεται από την ολιστική θεώρηση του παιδιού και του περιβάλλοντος στο οποίο αναπτύσσεται (Κάκκουρος & Μανιαδάκη, 2000 • Jensen et al., 2001). Λαμβάνοντας υπόψη την πολυεπίπεδη προσέγγιση, η θεραπευτική αγωγή προσαρμόζεται έτσι ώστε να λαμβάνουν ενεργά μέρος όχι μόνο το παιδί, αλλά και οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί. Εάν ο εκπαιδευτικός είναι ευαισθητοποιημένος και επαρκώς ενημερωμένος, συνήθως εντοπίζει πρώτος την ύπαρξη δυσχερειών και καθοδηγεί τους γονείς να παραπέμψουν το παιδί τους σε ειδικό για περαιτέρω διερεύνηση. Έτσι, γίνεται το πρώτο και σημαντικότερο βήμα –αυτό της διάγνωσης– για να μπορέσει το παιδί να αντιμετωπίσει επιτυχώς τις δυσκολίες που συνεπάγεται η διαταραχή.

Επιπλέον, αναμφισβήτητη θεωρείται και η συμβολή του εκπαιδευτικού στην αξιολόγηση των δυσκολιών του παιδιού σε συνέργεια με τους γονείς και τους ειδικούς. Εφόσον το παιδί περνάει αρκετές ώρες της ημέρας με το δάσκαλό του, ο δεύτερος είναι σε θέση να παρέχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις κοινωνικές και ακαδημαϊκές δεξιότητες του παιδιού, οι οποίες είναι κρίσιμες για την ορθολογική διάγνωση και τον προσδιορισμό του κατάλληλου θεραπευτικού προγράμματος για την εκάστοτε περίπτωση παιδιού με ΔΕΠ-Υ (DuPaul & Stoner, 1994 • Goldstein & Goldstein, 1998 • Overmeyer & Taylor, 1999).

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού επεκτείνεται στη συνεργασία του με τους γονείς για την υλοποίηση του προγράμματος αντιμετώπισης. Η πολυεπίπεδη προσέγγιση στοχεύει καταρχήν στην βελτίωση των κινήτρων των παιδιών για αποδεκτή κοινωνική συμπεριφορά, διαπροσωπική

επικοινωνία και άνοδο της αυτοεκτίμησής τους. Η καλυτέρευση της αυτο-εικόνας του παιδιού και των δυνατοτήτων του αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ενεργό συμμετοχή του στο θεραπευτικό πρόγραμμα και την επιτυχία του προγράμματος αντιμετώπισης. Το θεραπευτικό πρόγραμμα θα καταστεί επιτυχές μόνο εάν το παιδί πειστεί ότι οι προσπάθειές του μπορούν να ευοδωθούν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 • Κάκουρος κ.ά., 2003). Η ενθάρρυνση και υποστήριξη από τον εκπαιδευτικό με την ταυτόχρονη προσαρμογή των παιδαγωγικών δραστηριοτήτων στο επίπεδο ικανοτήτων του παιδιού, πλαισιώνουν μια ορθολογική στάση και αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, δίνοντας στο παιδί την ευκαιρία να βιώσει επιτυχίες που θα καλλιεργήσουν μια ευνοϊκή στάση απέναντι στην εκπαιδευτική διαδικασία, παρέχοντας επιπλέον κίνητρα στο άτομο για προσπάθεια (DuPaul & Stoner, 1994 • Goldstein & Goldstein, 1998 • Overmeyer & Taylor, 1999).

Ο Κάκουρος και οι συνεργάτες του (2006) ανακεφαλαιώνοντας τα κυριότερα ευρήματα της έρευνάς τους, αναφέρουν ότι χρειάζεται περαιτέρω ενημέρωση και επιμόρφωση των εκπαιδευτικών σε θέματα σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ αλλά και τα ευρύτερα προβλήματα συμπεριφοράς, με στόχο να τροποποιηθούν τυχόν λανθασμένες αντιλήψεις και στάσεις και να αντικατασταθούν με ρεαλιστικές απόψεις για την αιτιολογία των δυσχερειών που συνεπάγεται η ΔΕΠ-Υ. Είναι γενικώς αποδεκτό ότι η ενημέρωση των εκπαιδευτικών είναι ουσιαστική για τον εντοπισμό της διαταραχής, τον καταρτισμό και την πραγματοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε συνεργασία με τους ειδικούς. Όσο νωρίτερα γίνεται η διάγνωση και η παρέμβαση για τη ΔΕΠ-Υ, τόσο πληρέστερη θα είναι η αποκατάσταση των δυσκολιών του ατόμου σε όλους τους τομείς.

B. Στάσεις και απόψεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ

Στην έρευνα της Beckle (2004) για τη διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των δασκάλων και φοιτητών στην Αυστραλία, ένα σημαντικό εύρημα είναι ότι όσο υψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων είχαν στο ερωτηματολόγιο των Jerome, Gordon και Hustler (1994), τόσο θετικότερη στάση κρατούσαν απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

Στην Κορέα, ο όρος Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα εισήχθη το 1987. Το Υπουργείο Υγείας της χώρας δεν αναγνωρίζει τις αναπτυξιακές ή τις μαθησιακές δυσκολίες ως διαταραχές. Παρόλ' αυτά, όλο και περισσότεροι εκπαιδευτικοί τα τελευταία χρόνια άρχισαν να αναφέρουν ότι παιδιά με ΔΕΠ-Υ συμπεριφέρονται αφηρημένα στην τάξη, είναι δεσποτικοί όταν παίζουν με τους συμμαθητές τους και δυσκολεύονται να ακολουθήσουν οδηγίες. Σημειώνουν επίσης ότι τα παιδιά που εμφανίζουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλότερη νοημοσύνη και παίρνουν χαμηλότερους βαθμούς σε σύγκριση με τους συμμαθητές τους (Lim, 2004 • Hong, 2007). Οι δάσκαλοι συμφωνούν επίσης ότι οι εκρήξεις θυμού, απογοήτευσης ή θλίψης από παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πιο έντονες και συχνές από τα παιδιά που αναπτύσσονται κανονικά. Εντούτοις, οι δάσκαλοι στην Κορέα διακρίνουν τις συμπεριφορές αυτές από συναισθηματικές ταραχές.

Η Lee (2000) επεσήμανε ότι αν και η έκφραση «υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα» που περιγράφει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ δεν είναι εύκολα αποδεκτή από τους Κορεάτες γονείς και εκπαιδευτικούς, καθώς το παιδί μεγαλώνει συνεχίζει να χαρακτηρίζεται προβληματικό. Τονίζει επίσης ότι οι ενήλικες πιθανόν να ξεχάσουν τη σοβαρότητα της διαταραχής, εάν δεν επισημανθεί νωρίς. Οι εν λόγω δάσκαλοι πιστεύουν ότι η πιο αξιοπρόσεκτη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι η ανικανότητά τους να ελέγξουν τους εαυτούς τους. Ένα επιπλέον αξιοσημείωτο εύρημα είναι το γεγονός ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μεγαλύτερη και ισχυρότερη συναισθηματική ανταπόκριση από τα υπόλοιπα παιδιά. Οι δάσκαλοι σχολιάζουν επίσης ότι τα παιδιά αυτά μπερδεύουν τις οδηγίες των δασκάλων τους και αγνοούν τους κανονισμούς. Οι εκπαιδευτικοί αισθάνονται αποθαρρυνμένοι όταν αποτυγχάνουν να βοηθήσουν ένα παιδί, εφόσον η ακούσια συμπεριφορά του παιδιού το καθιστά ανίκανο για αυτοέλεγχο, και επομένως

επηρεάζει την ικανότητα του ίδιου του δασκάλου να συντονίσει και να συγκρατήσει την τάξη του.

Ακολούθως, στην έρευνα του Hong το 2007 στην Κορέα, οι δάσκαλοι ερωτήθηκαν για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν διδάσκοντας ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ. Η απάντηση των δασκάλων ήταν ότι αισθάνονται γεμάτοι ντροπή όταν δεν μπορούν να ανταποκριθούν στα διδασκαλικά τους καθήκοντα. Επίσης, έχουν δυσκολίες στο να δουλέψουν με ένα παιδί ΔΕΠ-Υ, όταν το παιδί συχνά κρύβεται για να ξεφύγει από την τάξη όπου δεν μπορεί να προσαρμοστεί με την παρουσία του δασκάλου και νιώθει ότι περιορίζεται η ελευθερία του. Μια επιπλέον δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευτικοί είναι οι τεταμένες σχέσεις μεταξύ των παιδιών • τα υπερκινητικά παιδιά συχνά κτυπούν τόσο τα παιδιά με άλλες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, όσο και τα υπόλοιπα παιδιά, με συνέπεια τα πρώτα να γίνονται υπερευαίσθητα και τα δεύτερα να είναι αρνητικά απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

Ο Κάκκουρος και οι συνεργάτες του το 2006 διεξήγαγαν έρευνα σε 193 εκπαιδευτικούς για να διερευνήσουν τις αντιλήψεις τους για τη ΔΕΠ-Υ, κατά πόσο αισθάνονται ικανοί να αντιμετωπίσουν τη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και το ρόλο τους στη θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί θεωρούν ως κυριότερα αίτια εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ την παραμέληση και κακή ανατροφή των παιδιών, την ιδιοσυγκρασία του και τυχόν διαζύγιο των γονέων. Οι απόψεις αυτές των Ελλήνων εκπαιδευτικών ταυτίζονται με τις απόψεις των εκπαιδευτικών στην έρευνα της Einarsdottir (2007). Αντιθέτως, οι Έλληνες εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι οι νευρολογικές ανωμαλίες του εγκεφάλου και το εκπαιδευτικό περιβάλλον δεν διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, οι αντιλήψεις τους για την αιτιολογία της διαταραχής δεν συσχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με το αίσθημα των ίδιων των εκπαιδευτικών ότι είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα στα παιδιά. Το αίσθημα αυτο-ικανότητας των εκπαιδευτικών συσχετίστηκε σημαντικά με τις αντιλήψεις τους για τη συχνότητα εμφάνισης και τις επιδράσεις της ΔΕΠ-Υ στη ζωή των παιδιών.

Στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί πίστευαν ότι ήταν λιγότερο ικανοί να αντιμετωπίσουν κάποια παιδιά με ΔΕΠ-Υ όταν ήξεραν ότι η διαταραχή θα είχε πολλαπλές και σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή των παιδιών. Με άλλα λόγια, εάν πίστευαν ότι η ΔΕΠ-Υ είναι ένα συνηθισμένο φαινόμενο χωρίς σοβαρές ή μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στη διαβίωση του παιδιού, αισθάνονταν ικανότεροι να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Ακόμη, οι άνδρες εκπαιδευτικοί θεωρούν τους εαυτούς τους πιο ικανούς, σε σχέση με τις γυναίκες, να αντιμετωπίσουν τις συμπεριφορές που επιφέρει η διαταραχή. Στον αντίποδα, οι γυναίκες θεωρούν μεγαλύτερη την πιθανότητα, απ' ότι οι άνδρες, η ΔΕΠ-Υ να επηρεάσει ποικίλους τομείς της ζωής του παιδιού, για παράδειγμα το εργασιακό του μέλλον. Εκτός αυτού, το αίσθημα αυτό-ικανότητας των εκπαιδευτικών είναι ευθέως ανάλογο της εμπειρίας τους με άτομα ΔΕΠ-Υ. Παρ' όλο που οι εκπαιδευτικοί διαθέτουν υψηλό αίσθημα αυτό-ικανότητας και είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, δεν είναι επαρκώς πληροφορημένοι για τη διαταραχή.

Οι Μαριακάκη και Ορφανίδου (2009) παραθέτουν ορισμένες απόψεις και χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ από την πλευρά των εκπαιδευτικών. Οι δάσκαλοι αναφέρουν ότι η ζωντανότητα και η ευερεθιστότητα των παιδιών τα καθιστούν ανίκανα να καθίσουν ακίνητα στα θρανία τους και να παρακολουθήσουν συγκεντρωμένα το μάθημα. Καθ' όλη τη διάρκεια του Δημοτικού σχολείου, τα παιδιά δεν επιδεικνύουν ιδιαίτερα σπουδαίες ικανότητες αυτοσυγκέντρωσης, με συνέπεια να αποσπώνται από τα πάντα και να είναι άτακτα. Επιπρόσθετα, οι δάσκαλοι τα περιγράφουν ως «διαρκώς αφηρημένα». Υποστηρίζουν ότι οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ ποτέ δεν αντιλαμβάνονται τι συμβαίνει στην τάξη, δεν κατανοούν εύκολα το νόημα της παράδοσης, πάντα έχουν απορίες ως προς το τι πρέπει να κάνουν στις εργασίες τους, και γενικά «είναι στο δικό τους κόσμο», σύμφωνα πάντα με τους δασκάλους. Μια ακόμη ακαδημαϊκή δυσκολία που παρατηρούν οι δάσκαλοι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι η μειωμένη οπτική αντίληψη. Επεξηγηματικά, αν και μπορεί να έχουν τέλεια όραση, δεν μπορούν να επεξεργαστούν με ακρίβεια σύμβολα και άλλα ερεθίσματα, εξαιτίας της αντίστοιχης αδυναμίας του εγκεφάλου τους. Συνεπώς, δυσκολεύονται περισσότερο απ' ότι οι συμμαθητές τους να μάθουν να διαβάζουν και να γράφουν (Μαριακάκη & Ορφανίδου, 2009).

Κεφάλαιο 4: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Α. Διάγνωση και Αξιολόγηση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ:

Αν και δεν υπάρχει επιστημονική τεκμηρίωση, θεωρείται ότι σήμερα πολύ περισσότερα άτομα απ' ότι στο παρελθόν λαμβάνουν διάγνωση του Συνδρόμου Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας.

Η αξιολόγηση των παιδιών που πάσχουν από ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνει τη συνεκτίμηση ποικίλων παραγόντων που αλληλεπιδρούν προκαλώντας προβλήματα στα παιδιά. Οι παράγοντες αυτοί συνίστανται σε βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς. Σκοποί της αξιολόγησης είναι η εκτίμηση των 'βιοψυχοκοινωνικών' δυνατοτήτων και ικανοτήτων του παιδιού, η αναγνώριση και αντιμετώπιση των δυσκολιών που δεν ανήκουν στη ΔΕΠ-Υ και ο καθορισμός των ειδικών αναγκών, δυνατοτήτων και ατομικών δυσχερειών κάθε παιδιού (Βοστάνης, 2006).

Ο ειδικός ο οποίος είναι αρμόδιος να διενεργήσει την αξιολόγηση και διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με/χωρίς Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), μπορεί να είναι Κλινικός ή Εκπαιδευτικός Ψυχολόγος ή Παιδοψυχίατρος. Η διάγνωση γίνεται με βάση τα κριτήρια τα οποία έχουν καθοριστεί από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (1994). Η διάγνωση ΔΕΠ-Υ σε παιδιά κάτω των 5 ετών είναι δύσκολη: πολλά παιδιά προσχολικής ηλικίας παρουσιάζουν χαρακτηριστικές συμπεριφορές της διαταραχής αυτής, αλλά για την ηλικία αυτή θεωρούνται φυσιολογικές, βάσει του αναπτυξιακού τους επιπέδου. Επιπρόσθετα, τα παιδιά εμφανίζουν πολύ γρήγορες αλλαγές κατά τη διάρκεια της προσχολικής ζωής. Είναι επίσης δύσκολο να γίνει διάγνωση ΔΕΠ-Υ όταν το παιδί έχει ήδη εισέλθει στην εφηβεία.

Ανά τον κόσμο επικρατούν διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με την διάγνωση και αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Σε μερικές χώρες και ιδιαίτερα στις ΗΠΑ, η διάγνωση περιλαμβάνει ένα περιορισμένο εύρος συμπεριφορών. Για το λόγο αυτό, η

διαταραχή διαγιγνώσκεται εύκολα και αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή. Στον υπόλοιπο κόσμο, η ΔΕΠ-Υ δεν αναγνωριζόταν εύκολα μέχρι πριν από λίγα χρόνια (Βοστάνης, 2006).

Σύμφωνα με τον Tannock (1998), ένα ποσοστό αγοριών εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ σε αναλογία 3:1 σε σχέση με τα κορίτσια. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 3-6% παγκοσμίως, ανεξαρτήτως του τόπου καταγωγής και του πολιτισμού. Λόγω της διαφορετικής αντιμετώπισης παιδιών με τέτοια σύνδρομα ανά τον κόσμο, σε ορισμένα κράτη το ποσοστό αυτό φαίνεται να είναι υψηλότερο και σε άλλα χαμηλότερο. Ως εκ τούτου, τα διαγνωστικά κριτήρια διαφέρουν ανά κράτος. Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι στις ΗΠΑ το 9% των παιδιών έχουν διαγνωσθεί με ΔΕΠ-Υ, ενώ στη Μεγάλη Βρετανία το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται μόλις στο 0,03% (Kewley, 1998). Πολύ συχνά συγχέεται με επιθετική συμπεριφορά ή μεμονωμένες δυσχέρειες, οι οποίες αποτελούν στοιχεία της φυσιολογικής ανάπτυξης του ατόμου, άρα δεν απαιτούν ειδική αντιμετώπιση.

Σήμερα επικρατεί η άποψη ότι στην εκδήλωση της διαταραχής εμπλέκεται ένας συνδυασμός γενετικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν ότι η ΔΕΠ-Υ εμπεριέχει νοητικές και νευροπαθολογικές δυσλειτουργίες. Για να γίνει η διάγνωση δεν απαιτείται ένα άτομο να εμφανίζει όλα τα συμπτώματα, αφού σε κάθε παιδί η ΔΕΠ-Υ εκδηλώνεται διαφορετικά. Σε κάποια υπερέχει η διάσπαση και σε άλλα η υπερκινητικότητα. Πολλές φορές, όταν τα παιδιά εμφανίζουν μόνο διάσπαση της προσοχής αλλά όχι και υπερκινητικότητα, η διαταραχή δεν γίνεται εύκολα αντιληπτή, επειδή δεν δημιουργούν μεγάλο πρόβλημα στο σχολείο και στην οικογένειά τους.

Η διαδικασία της αξιολόγησης αποτελεί μια αλληλουχία διαδικασιών που στηρίζονται στη συλλογή επαρκών πληροφοριών από ποικίλες πηγές. Στην αξιολόγηση λαμβάνουν μέρος οι γονείς, το παιδί, οι εκπαιδευτικοί του παιδιού και άλλα άτομα του στενού του περιβάλλοντος. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν σημάδια ελλειμματικής προσοχής, υπερκινητικότητας ή και παρορμητικότητας με έναν ιδιαίτερο τρόπο. Ο ειδικός που διενεργεί την αξιολόγηση παρατηρεί

κατά πόσο η συμπεριφορά του παιδιού εντάσσεται στα φυσιολογικά πλαίσια σύμφωνα πάντα με την ηλικία του, και με γνώμονα τις πληροφορίες τις οποίες συλλέγει (Βοστάνης, 2006).

Για να επιβεβαιωθεί μια διάγνωση ΔΕΠ-Υ, οι συμπεριφορές του παιδιού πρέπει να:

- Παρουσιάζονται σε περισσότερα από ένα πλαίσια, όπως το σπίτι, το σχολείο και άλλες κοινωνικές καταστάσεις.
- Να παρουσιάζονται σοβαρότερες σε σχέση με τα παιδιά της ηλικίας του.
- Να εμφανίζονται για πρώτη φορά πριν από την συμπλήρωση των 7 χρόνων του παιδιού. Παρόλ' αυτά, μπορεί να μην έχει εμφανιστεί μέχρι την ηλικία αυτή κανένα από τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.
- Να παραμένουν περισσότερο από έξι μήνες.
- Να παρεμποδίζουν τη λειτουργικότητα του παιδιού στο σχολείο, το σπίτι, ή και σε άλλες κοινωνικές οργανώσεις.

Συνδυαστικά με την παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού, ο ειδικός ζητάει επιπλέον την αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης του παιδιού. Ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό είναι απαραίτητο για να διερευνηθούν όλες οι συνθήκες κάτω από τις οποίες παρουσιάζονται οι εν λόγω συμπεριφορές. Ακόμη, ο ειδικός μπορεί να μιλήσει με το παιδί για το πώς το ίδιο ενεργεί και αισθάνεται (Παπαγεωργίου, 2005).

Το σχολείο και η τάξη αποτελούν καθοριστικής σημασίας περιβάλλοντα που συμβάλλουν τόσο στην εκδήλωση και εντοπισμό των συμπτωμάτων, όσο και στην παροχή εξατομικευμένης βοήθειας μέσω της μετατροπής των αρνητικών εμπειριών του παιδιού σε θετικές. Η αναγνώριση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας σε ένα άτομο στηρίζεται στην αντικειμενική και συστηματική συλλογή ποιοτικών και ποσοτικών πληροφοριών από διαφορετικές πηγές που τυγχάνουν άμεσης γνώσης της κατάστασης και συμπεριφοράς του ατόμου αυτού.

Η ΔΕΠ-Υ δεν αναγνωρίζεται εύκολα στα κορίτσια επειδή δεν εμφανίζουν υπερκινητικότητα και επιθετικότητα όπως τα περισσότερα αγόρια. Οι διαφορετικές επιπτώσεις της διαταραχής στα δυο φύλα αποδίδονται στους εξής λόγους: α) Τα συμπτώματα των αγοριών προκαλούν μεγαλύτερη διάσπαση και δυσφορία από τα συμπτώματα συναισθηματικής εσωτερίκευσης των κοριτσιών. β) Κοινωνιολογικά, οι ρόλοι των δυο φύλων στην οικογένεια, στο σχολείο και στις εμπειρίες της ζωής καθορίζονται εντελώς διαφορετικά· έτσι, οι ακαδημαϊκές, συναισθηματικές και συμπεριφοριστικές δυσκολίες των κοριτσιών θεωρούνται ατομικό παρά κοινωνικό πρόβλημα. γ) Ενδέχεται στα κορίτσια να απαιτείται μεγαλύτερη βιολογική βλάβη για να θεωρηθεί ως πρόβλημα από τους παρατηρητές (Παπαγεωργίου, 2005).

B. Στάδια της Αξιολόγησης:

1. Συνέντευξη / ερωτήσεις με το παιδί, τους γονείς, τους δασκάλους και αν είναι δυνατόν με τα αδέρφια και τους συμμαθητές.
2. Συμπλήρωση ερωτηματολογίων αξιολόγησης της συμπεριφοράς του παιδιού από γονείς και δασκάλους, ή και από τα άτομα που φροντίζουν το παιδί, ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχει κάποιο διαχρονικό πρότυπο συμπεριφοράς σε διαφορετικές συνθήκες ή περιβάλλοντα.
3. Ψυχομετρικές δοκιμασίες και αναπτυξιακά τεστ, τα οποία θα υποδείξουν αν το παιδί ωριμάζει φυσιολογικά, τόσο πνευματικά όσο και σωματικά.
4. Αξιολόγηση του λόγου και των μαθησιακών δεξιοτήτων του παιδιού
5. Νευρολογική και ψυχολογική εξέταση
6. Πλήρης παιδιατρική εξέταση
7. Περαιτέρω ιατρικές εξετάσεις για τη ευρύτερη αξιολόγηση της υγείας του παιδιού
8. Συνάντηση για παιχνίδι, ώστε να διαπιστωθεί εάν το παιδί είναι συναισθηματικά ώριμο για την ηλικία του.

Η αποτελεσματική αξιολόγηση συνίσταται στη δημιουργία και διατήρηση στενής συνεργασίας μεταξύ γονέων και δασκάλων. Η ψυχοσυναισθηματική εξέλιξη του παιδιού περιορίζεται όταν οι γονείς δεν συνεργάζονται με τους δασκάλους και τους ειδικούς, δεδομένου ότι οι πρώτοι

γνωρίζουν το παιδί τους καλύτερα από τον καθένα. (Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, 2000 • Παπαγεωργίου, 2005).

Γ. Η Προσέγγιση της ΔΕΠ-Υ από τον Εκπαιδευτικό και ο ρόλος του στην Αξιολόγηση:

Η καθημερινή αλληλεπίδραση του δασκάλου με το παιδί παρέχει τη δυνατότητα παρατήρησης των σχέσεων με τους συνομηλίκους, της ιδιοσυγκρασίας και της γενικότερης υγείας του παιδιού, καθώς επίσης και των δυνατοτήτων και περιορισμών του στον ακαδημαϊκό και κοινωνικό τομέα. Συγκεκριμένα, ο εκπαιδευτικός είναι ικανός να εντοπίσει τις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες του παιδιού και να ενημερώσει τους γονείς για τις ανησυχίες του. Αφού εργάζεται στενά και εξατομικευμένα με το παιδί στην τάξη, είναι ο αρμόδιος να ελέγξει και να κατευθύνει την πρόοδό του. Επιπλέον, έχει δικαίωμα αλλά και υποχρέωση να ενημερώσει το σχολικό σύμβουλο και συνεργαζόμενοι να συγκεντρώσουν τις απαραίτητες πληροφορίες για την κατάσταση του παιδιού, ώστε να κρίνουν εάν χρειάζεται εξειδικευμένη ατομική βοήθεια. Με γνώμονα τα παραπάνω, ο εκπαιδευτικός επιβάλλεται να λάβει μέρος στην επιστημονική ομάδα που θα αναλάβει την αξιολόγηση των δυσκολιών του παιδιού και την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ (Κάκκουρος, 2001).

Ο εκπαιδευτικός δεν πρέπει να χρησιμοποιεί τη διάγνωση ως εξήγηση για τα πράγματα που δεν μπορεί να κάνει το παιδί, αλλά ως πηγή πληροφοριών για να ξεπεραστούν οι δυσκολίες του. Σκοπός είναι η συσχέτιση της κατανόησης των δυσκολιών του με το σχέδιο αντιμετώπισης, καθώς επίσης και ο σαφής καθορισμός των προσδοκιών από την προτεινόμενη παρέμβαση. (Καλαντζή-Αζίζι, Αγγελή, Ευσταθίου, 2005 • Παπαγεωργίου, 2005).

Κεφάλαιο 5: ANTIMETΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

A. Αντιμετώπιση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας:

Εάν από την αξιολόγηση διαπιστωθεί ότι το παιδί είναι υπερκινητικό, οι θεραπευτές θα υποδείξουν στους γονείς στρατηγικές πειθαρχίας που στοχεύουν στον έλεγχο της συμπεριφοράς του. Συνήθως δεν χρειάζεται φαρμακευτική αγωγή -παρά μόνο στις περιπτώσεις που η συμπεριφορά του παιδιού είναι εντελώς ανεξέλεγκτη-, γιατί τα φάρμακα πιθανόν να προκαλέσουν παρενέργειες σε ένα παιδί προσχολικής ή/και σχολικής ηλικίας. Η φαρμακευτική αγωγή αποφεύγεται σε παιδιά κάτω των 5 ετών και για έναν επιπλέον λόγο: αρκετές φορές η διάγνωση για υπερκινητικότητα δεν είναι απόλυτα εξακριβωμένη στην ηλικία αυτή. Στην νηπιακή και προσχολική ηλικία, οι αλλαγές είναι ραγδαίες και μεγάλες, ώστε ένα πρόβλημα που θεωρείται ως πρόβλημα συμπεριφοράς, μπορεί να εξαφανιστεί μετά από λίγο καιρό. Έτσι, οι πλείστοι γιατροί παρακολουθούν την υγεία του παιδιού για μια συνεχή περίοδο λίγων μηνών ή και ετών, πριν προχωρήσουν στη χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας. Το μόνο εγκεκριμένο φάρμακο για χορήγηση σε παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι η δεξτροαμφεταμίνη (ή δεξεδρίνη), ενώ δεν πρέπει να χορηγούνται φάρμακα για αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά κάτω των τριών ετών (Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, 2000).

Η σύγχρονη ιατρική δύναται να βοηθήσει τα άτομα με ΔΕΠ-Υ να βελτιώσουν τις δυνατότητές τους για εστίαση και διατήρηση της προσοχής, μείωση του αυθορμητισμού τους και της ενδεχόμενης υπερκινητικότητάς τους. Τα άτομα με σοβαρότερες μορφές ΔΕΠ-Υ τις πλείστες φορές λαμβάνουν φάρμακα αρκετές φορές την ημέρα, αλλά οι νέες επιστημονικές θεραπείες προσφέρουν τη δυνατότητα μιας μόνο ημερήσιας λήψης, συνήθως πρωινής. Καθώς τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μεγαλώνουν, οι γιατροί που τα παρακολουθούν ρυθμίζουν την θεραπευτική αγωγή ανάλογα με τις επερχόμενες αλλαγές στα συμπτώματα.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ που αντιμετωπίζουν τη διαταραχή σε σοβαρότερη μορφή και τα οποία δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, τείνουν να αντιμετωπίζουν διαταραχές και στον ύπνο, σύμφωνα με Καναδούς ερευνητές. Συνεχίζοντας, υποστηρίζουν πως αν αυτά τα παιδιά

ακολουθήσουν φαρμακευτική θεραπεία για τα προβλήματα ύπνου, μπορεί να έχουν θετικά αποτελέσματα και στα υπόλοιπα προβλήματα συμπεριφοράς, μειώνοντας έτσι τη χρήση των υπόλοιπων φαρμάκων (Φιλιππίδης κ.ά., 2009).

Οι ειδικοί, ισχυριζόμενοι ότι δεν υπάρχει ίαση για την διαταραχή της Ελλειμματικής Προσοχής, προσπαθούν να βοηθήσουν τους πάσχοντες στην αποτελεσματικότερη διαχείριση των συμπτωμάτων. Βασισμένοι στην παραδοχή ότι ένα ποσοστό των πασχόντων αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο πρόβλημα με την προσοχή, ενώ άλλοι έχουν μεγαλύτερο πρόβλημα με την υπερκινητικότητα, οι ειδικοί προσφέρουν θεραπείες προσαρμοσμένες ανάλογα με τα συμπτώματα του καθενός. Συνήθως οι θεραπευτές ακολουθούν ένα σύνθετο μοντέλο αντιμετώπισης της διαταραχής μέσω κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, οικογενειακής και ατομικής συμβουλευτικής υποστήριξης και μέσω ορισμένων τροποποιήσεων στο σχολικό πρόγραμμα των παιδιών, οι οποίες προωθούν εξατομικευμένες μεθόδους μάθησης.

Η γυμναστική θεωρείται από τις καλύτερες και αποτελεσματικότερες θεραπείες, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για έντονη γυμναστική, καθώς συμβάλλει στην εκτόνωση της υπερβολικής ενέργειας και της επιθετικότητας. Ακόμη, βοηθά στην εστίαση της προσοχής και διεγείρει συγκεκριμένες ορμόνες, ενώ συντελεί στην έκκριση νευρο-χημικών ουσιών που δρουν ευεργετικά στον οργανισμό. Εάν η γυμναστική είναι διασκεδαστική και όχι κουραστική, τότε το άτομο έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να συνεχίσει να ασκείται και στην υπόλοιπη ζωή του (Σκλατινιώτη & Εγγλέζου, 2007).

Η οικογενειακή συμβουλευτική στήριξη για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ ενημερώνει διαρκώς τους γονείς για τα νέα δεδομένα και τους υποδεικνύει τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να δουλέψουν με τα παιδιά τους για να τα βοηθήσουν. Εκτός αυτού, η συμβουλευτική υποστήριξη συντελεί στη βελτίωση της ενδοοικογενειακής επικοινωνίας και στην επίλυση τυχόν προβλημάτων που προκύπτουν ανάμεσα στους εφήβους και στους γονείς τους. Η ατομική συμβουλευτική υποστήριξη που προσφέρεται βοηθά τους εφήβους με ΔΕΠ-Υ να κατανοήσουν καλύτερα την συμπεριφορά τους, έτσι ώστε να αποκτήσουν τις απαιτούμενες δεξιότητες διαχείρισης της διαταραχής τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις, αρκετά νεαρά άτομα με ΔΕΠ-Υ

δουλεύουν μαζί σε ένα group, έτσι ώστε να αντισταθμίσουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν μέσω της ανάπτυξης όσο το δυνατόν καλύτερων σχέσεων με τους συνανθρώπους τους. Στην προσπάθεια αυτή πρωτεύοντα ρόλο διαδραματίζει και το σχολικό περιβάλλον, το οποίο όπως έχει προαναφερθεί, πρέπει να παρέχει ένα ευέλικτο μαθησιακό πρόγραμμα στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στηριζόμενο στις ατομικές τους ανάγκες, ώστε να τα καταστήσει ικανά να ενταχθούν ομαλά στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο μετά τη λήξη της σχολικής τους ζωής (Barkley, 1990).

Οι μεγαλύτερες δυσκολίες που συναντούν οι μαθητές με σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής σχετίζονται με την προσαρμογή στο δομημένο περιβάλλον ενός μαθήματος ή με την επικέντρωση σε μια εργασία που τους έχει ανατεθεί. Άρα, για να καταστεί εφικτή η ανταπόκρισή τους στις καταστάσεις αυτές, πρέπει να γίνουν ορισμένες τροποποιήσεις στο περιβάλλον μάθησης, οι οποίες θα τους επιτρέπουν να παραμένουν συγκεντρωμένοι στην εργασία που έχουν αναλάβει. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί εάν οι μαθητές ερωτηθούν για το ρόλο που επιθυμούν να έχουν μέσα στο περιβάλλον διδασκαλίας, γεγονός που θα τους βοηθήσει να εστιάζουν περισσότερο στα λεγόμενα του εκπαιδευτικού. Εναλλακτικά σενάρια διδασκαλίας συνάδουν καλύτερα με τις ανάγκες των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. Ακόμη, οι μαθητές μπορεί να ωφεληθούν όταν έχουν για διπλανό τους ένα μαθητή ο οποίος τους ωθεί να αναπτύξουν συνεργατικές ικανότητες.

Τη διαταραχή σε ορισμένα άτομα ενδέχεται να συνοδεύουν κάποια επιπλέον προβλήματα που απαιτούν ειδική αντιμετώπιση, όπως κατάθλιψη, άγχος, μαθησιακές δυσκολίες ή δυσλεξία. Σε μεγαλύτερο κίνδυνο μπορεί να βρίσκονται οι καπνιστές όταν λαμβάνουν φάρμακα. Για το λόγο αυτό, η έγκαιρη και σωστή διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας αποτελεί ένα κρίσιμο παράγοντα που οδηγεί σε αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση και μεγαλύτερη ικανότητα διαχείρισης των συμπτωμάτων στην ενήλικη ζωή (Cooper & Bilton, 2002 • Kewley, 2001).

Συνοπτικά, η αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ αποτελεί ένα πολυδιάστατο ζήτημα. Συνίσταται στην ενημέρωση των γονιών, των εκπαιδευτικών και των ίδιων των παιδιών και στην εκπαίδευση των γονέων σχετικά με το χειρισμό της συμπεριφοράς του παιδιού, την παρέμβαση στην τάξη και την εξάσκηση του παιδιού σε κοινωνικές δεξιότητες με την ταυτόχρονη ψυχοθεραπεία του για την καταπολέμηση αλληλοσχετιζόμενων προβλημάτων όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Εάν οι παραπάνω παρεμβάσεις δεν επιφέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα ή όταν η περίπτωση ΔΕΠ-Υ είναι σοβαρότερης μορφής, τότε χορηγείται η φαρμακευτική αγωγή. Στο εξωτερικό η πλειοψηφία των ατόμων με ΔΕΠ-Υ λαμβάνει φαρμακοθεραπεία, ενώ στην Ελλάδα και στην Κύπρο σχεδόν κανένα άτομο δεν έχει λάβει φαρμακευτική αγωγή. Τα διεγερτικά φάρμακα βοηθούν στην εστίαση της προσοχής και βελτιώνουν την απόδοση στο σχολείο. Παρά το γεγονός αυτό, τα φαρμακευτικά σκευάσματα θεραπεύουν μόνο τα συμπτώματα και όχι τα αίτια, άρα από μόνα τους δεν έχουν μακροχρόνια θεραπευτικά αποτελέσματα. Κρίνεται έτσι επιτακτική η ανάγκη του κατάλληλου συνδυασμού φαρμακευτικής αγωγής και θεραπείας της συμπεριφοράς για την εξάλειψη των κοινωνικών, μαθησιακών και διαπροσωπικών δυσχερειών του ατόμου (Σκλατινιώτη & Εγγλέζου, 2007).

B. Εναλλακτικές θεραπείες αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ;

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι αρκετοί γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ δοκιμάζουν κάποιες ‘εναλλακτικές’ θεραπείες, οι οποίες άλλοτε κρίνονται ως αμφιλεγόμενες, και άλλες έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικές. Αν και αμφιλεγόμενες, οι εξής θεραπείες μπορούν να φανούν ωφέλιμες σε κάποιες περιπτώσεις, σύμφωνα με την Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία (2000):

- *Παιγνιοθεραπεία:* Με βάση την προσέγγιση αυτή, το παιδί υποβοηθείται να ξεπεράσει αναστολές και άγχη, όμως αυτά δεν αποτελούν τα κυριότερα προβλήματα των περισσότερων παιδιών με ΔΕΠ-Υ.
- *Ειδικές σωματικές ασκήσεις:* Στοχεύουν να καλυτερεύσουν το συντονισμό της κίνησης και να αυξήσουν την αντίσταση του παιδιού στα διάφορα ερεθίσματα. Είναι γεγονός ότι η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στους προαναφερόμενους

τομείς, όμως αυτό δεν αποτελεί αίτιο εμφάνισης της διαταραχής. Ως εκ τούτου, η εξήγηση γιατί οι ασκήσεις αυτές φαίνονται ωφέλιμες για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, είναι ότι αναγκάζουν τους γονείς να δώσουν περισσότερη προσοχή στο παιδί, κάτι που αυξάνει την αυτοεκτίμησή του, και επίσης το βοηθούν στην εκτόνωση της υπερδραστηριότητάς του.

- *Ειδικές δίαιτες:* Η τελευταία προσέγγιση των εναλλακτικών θεραπειών στηρίζεται στην υπόθεση ότι ορισμένες τροφές προκαλούν ανεπιθύμητη συμπεριφορά. Κάθε δίαιτα στοχεύει σε μια διαφορετική ομάδα τροφών ή ουσιών, όπως οι τεχνητές πρόσθετες ουσίες, η ζάχαρη ή οι κοινές αλλεργιογόνες τροφές (ξηροί καρποί, καλαμπόκι, σοκολάτα, οστρακοειδή, σιτάρι). Αν και η άποψη αυτή δεν είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη, αρκετοί γονείς υποστηρίζουν ότι οι δίαιτες αυτές βοηθούν. Τα πλείστα από αυτά τα διαιτητικά προγράμματα δεν βλάπτουν το παιδί γιατί αποτελούν υγιεινά διαιτολόγια, αλλά σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να εφαρμόζονται σε αντικατάσταση άλλων θεραπευτικών μεθόδων της ΔΕΠ-Υ. Δεν υπάρχει καμία ειδική δίαιτα η οποία επιλύει από μόνη της τα προβλήματα της ΔΕΠ-Υ. Επίσης, υπάρχουν εντελώς απορριπτέες θεραπείες γιατί δύνανται να αποβούν επικίνδυνες για τα άτομα ΔΕΠ-Υ, όπως είναι η χορήγηση μεγάλων δόσεων βιταμινών και η χορήγηση συμπληρωμάτων με βιταμίνες και άλατα.

Γ. Το Σχέδιο Αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ:

Περιλαμβάνει σαφή αναφορά των δυσκολιών του παιδιού και προτείνει συγκεκριμένες, έγκυρες και αναγκαίες παρεμβάσεις και παροχές για το χειρισμό των δυσκολιών αυτών. Ξεκαθαρίζει τους ρόλους των ειδικών που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση και περιγράφει με ακρίβεια τα κριτήρια για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων. Τέλος, παρέχει συγκεκριμένη πρόβλεψη για το χρόνο που απαιτείται ώστε να αποδόσει το σχέδιο παρέμβασης, καταγράφοντας επακριβείς λεπτομέρειες για τον έλεγχο της πορείας και τις διαδικασίες αναθεώρησης και ανατροφοδότησης.

Ένα εξατομικευμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνει δυο στάδια:

Στο στάδιο Α διενεργούνται οι απαραίτητες για την περιγραφή της παρέμβασης ενέργειες:

1. Καταγραφή των μαθησιακών δυσκολιών του παιδιού
2. Καταγραφή των απαιτούμενων ενεργειών, δηλαδή της παρεχόμενης υποστήριξης, των ειδικών παρεμβάσεων, των προγραμμάτων, του υλικού, κ.λ.π.
3. Ενημέρωση των γονέων για τους χειρισμούς της παρέμβασης
4. Καταγραφή των συγκεκριμένων στόχων που θα επιτευχθούν και του χρονικού περιθωρίου επίτευξής τους
5. Έλεγχος της πορείας και αξιολόγηση
6. Αναθεώρηση εάν κριθεί απαραίτητο.

Στο στάδιο Β απαιτείται η στήριξη του εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος μέσω της αξιολόγησης και της παρέμβασης:

1. Η Αξιολόγηση διενεργείται όπως έχει επισημανθεί μέσα από μαρτυρίες των δασκάλων, ερωτηματολόγια προς τους γονείς, ιατρικές και άλλες εξετάσεις. Διαμέσου της αξιολόγησης γίνεται η περιγραφή των υποκειμενικών δυσκολιών που μπορούν να επιδεινώσουν το πρόβλημα, όπως ο τρόπος μάθησης και οι μέθοδοι διδασκαλίας, η οργάνωση του σχολείου, ο χειρισμός του παιδιού στην τάξη, οι κοινωνικές του δεξιότητες και η επίδραση των συνομηλίκων και των ενδοοικογενειακών παραγόντων.
2. Η εξατομικευμένη παρέμβαση βασίζεται στην εκπόνηση πολύ συγκεκριμένων στόχων και στρατηγικών (Power, Karustis & Habboushe, 2001).

Η επιτυχής εκπαίδευση παιδιών με ΔΕΠ-Υ αποτελεί τη συνισταμένη ποικίλων παραγόντων. Καταρχήν, ο δάσκαλος λειτουργεί ως μεσολαβητής μεταξύ του παιδιού και του περιβάλλοντος μάθησης - καθυκόντων του. Για την εξαγωγή θετικών αποτελεσμάτων απαιτείται η δημιουργία κατάλληλων συνθηκών διευκόλυνσης του μαθητή, έτσι ώστε να αξιοποιήσει στο μέγιστο τις δυνατότητές του στις δραστηριότητες μάθησης. Παράλληλα, μια επιτυχημένη εκπαιδευτική παρέμβαση ελαχιστοποιεί τις δυσκολίες του, ενώ όταν υπάρχουν σοβαρές δυσκολίες μάθησης, η κατάρκτηση βασικών δεξιοτήτων αποτελεί μέρος του εκπαιδευτικού προγράμματος για τον περιορισμό τους.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μαθαίνουν συνήθως ευκολότερα όταν εμπλέκονται σε παιχνίδι ρόλων ή σε δραστηριότητες που στηρίζονται στην αφή και στην κιναισθητική. Στόχοι μιας επιτυχημένης εκπαίδευσης είναι η ενίσχυση των δυνατοτήτων του παιδιού, η κατάκτηση βασικών δεξιοτήτων, η διατήρηση της αυτοεκτίμησης, η ενίσχυση της κοινωνικότητας και η προφύλαξη των άλλων παιδιών από το να νιώσουν παραμελημένα (Power, Karustis & Habboushe, 2001).

Δ. Βασικές Αρχές χειρισμού των προβλημάτων που επιφέρει η ΔΕΠ-Υ:

- Εντοπισμός των αιτιών που επηρεάζουν την επιθυμία του παιδιού να εμπλακεί θετικά στα μαθήματα
- Δημιουργία ευκαιριών για εστίαση της προσοχής μέσω της αξιοποίησης των ενδιαφερόντων του παιδιού
- Εντοπισμός των περιπτώσεων στις οποίες το παιδί αποδίδει καλύτερα
- Ο εκπαιδευτικός να είναι σαφής σ' αυτό που περιμένει από το παιδί να κάνει, ώστε να το βοηθήσει να εστιάσει την προσοχή του
- Οργάνωση και δόμηση των δραστηριοτήτων, των κανόνων και της ρουτίνας της τάξης
- Ελάττωση των διασπάσεων αυξάνοντας τα επιθυμητά ερεθίσματα, ελαττώνοντας τα ανεπιθύμητα, και λαμβάνοντας υπόψη τον τρόπο με τον οποίο μαθαίνει το συγκεκριμένο παιδί
- Προστασία και ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του παιδιού, με τη δημιουργία ευκαιριών για επιτυχία και επικοινωνώντας μαζί του με ζεστασιά και αποδοχή
- Χρησιμοποίηση μικρών και άμεσων επιβραβεύσεων, οι οποίες είναι πιο αποτελεσματικές
- Αποφυγή της επανάληψης δραστηριοτήτων
- Διάσπαση των δραστηριοτήτων σε στάδια, ώστε να γίνουν πιο σύντομες: Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ χρειάζονται συχνότερη και πιο άμεση ανατροφοδότηση
- Οι ήπιες τιμωρίες μπορεί να είναι αποτελεσματικές όταν χρησιμοποιούνται αραιά και όταν είναι πολύ συγκεκριμένες και άμεσες
- Η ενημέρωση για τις δραστηριότητες βοηθά το παιδί να κατανοήσει τι αναμένεται από το ίδιο να κάνει
- Τα παιδιά αποδίδουν καλύτερα εργαζόμενα σε ομάδες των δύο, παρά σε μεγαλύτερες ομάδες.

(Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ε. ΔΕΠ-Υ και Γνωστικό Στυλ:

Ο όρος αυτός αναφέρεται στους τρόπους με τους οποίους το άτομο αφομοιώνει νέες πληροφορίες και δεξιότητες. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποδίδουν συνήθως καλύτερα με τον ενεργό πειραματισμό και τη μάθηση μέσω συγκεκριμένων εμπειριών, δηλαδή τη βιωματική μάθηση². Το σχολείο πρέπει να πληρεί ορισμένες προϋποθέσεις ώστε να κριθεί αποτελεσματική η μάθηση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Έτσι, καλό θα ήταν να δίνεται προσοχή στα εξής χαρακτηριστικά:

1. Αποφυγή πολλών αλλαγών στους διδάσκοντες και στο πρόγραμμα των μαθημάτων
2. Ισορροπία μεταξύ σωματικών και γνωστικών αναγκών
3. Διεξαγωγή των μαθημάτων που απαιτούν μεγάλη συγκέντρωση νωρίς το πρωί
4. Συμβουλευτική υποστήριξη προς το δάσκαλο από ειδικούς σε θέματα ΔΕΠ-Υ
5. Συμβουλευτική υποστήριξη του παιδιού
6. Θετική εμπλοκή των γονέων στην αντιμετώπιση της κατάστασης του παιδιού τους
7. Συνεργασία μεταξύ των μελών του εκπαιδευτικού προσωπικού
8. Έμφαση στο γεγονός ότι όλα τα παιδιά επωφελούνται από τη στάση του σχολείου, το οποίο:
 - αποδέχεται αντί να στιγματίζει τη διαφορετικότητα
 - επιτρέπει στους μαθητές να αποκτήσουν υψηλή αυτοεκτίμηση μέσα από ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων
 - παρέχει αποτελεσματική μάθηση και συναισθηματική ή/και συμπεριφοριστική υποστήριξη, όταν οι μαθητές την έχουν ανάγκη (Παπαγεωργίου, 2005).

² **Βιωματική μάθηση:** «Δίνει έμφαση στο σημαντικό ρόλο που παίζει η εμπειρία στη διαδικασία της μάθησης. Αντί της απομνημόνευσης πληροφοριών προτείνει την αναζήτηση νοήματος. Επιδιώκει τη διανοητική και συναισθηματική κινητοποίηση του μαθητή, στοχεύοντας στην απαρτίωση της νοητικής και συγκινησιακής διεργασίας».

(www.pi-schools.gr/download/publications/epitheorisi/teyxos6/deloudi.PDF)

ΣΤ. Στρατηγικές Διδασκαλίας:

Η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών διδασκαλίας που μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να μάθουν εξαρτάται από το μαθησιακό περιβάλλον και τη συμπεριφορά του εκπαιδευτικού προσωπικού. Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ συχνά κατέχουν τις απαραίτητες δεξιότητες μάθησης, χρειάζονται όμως βοήθεια για να μπορέσουν να τις αξιοποιήσουν. Επίσης, συχνά αναγνωρίζουν τι θα έπρεπε να κάνουν ή όχι, αλλά δεν μπορούν να ελέγξουν την συμπεριφορά τους.

ι. Στρατηγικές που σχετίζονται με δεξιότητες προσοχής:

Οι εκπαιδευτικοί των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορούν να διευθετήσουν το μαθησιακό περιβάλλον με τρόπο που να ελαχιστοποιεί τις πιθανές περισπάσεις. Έτσι, μπορούν να τοποθετήσουν τους μαθητές σε θέσεις μακριά από τα παράθυρα. Στη συνέχεια, μπορούν να διατηρούν συχνή οπτική επαφή μαζί τους για να αντιληφθούν ευκολότερα οτιδήποτε μπορεί να αποσπάσει την προσοχή τους. Είναι σημαντικό να μπορεί ο εκπαιδευτικός να προσδιορίσει τον χρόνο και τον χώρο όπου τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παραμένουν πιο συγκεντρωμένα. Μια καλή στρατηγική είναι οι τακτές υπενθυμίσεις για το πόσος χρόνος απομένει για την ολοκλήρωση τόσο των βραχυπρόθεσμων δραστηριοτήτων όπως είναι οι εξετάσεις, όσο και των μακροπρόθεσμων, όπως είναι οι εργασίες.

Η ένταξη ερωτήσεων, συζητήσεων και πρακτικών ασκήσεων στο σχολικό πρόγραμμα κρατάει σε εγρήγορση τα παιδιά και δεν τους αφήνει πολλά περιθώρια να πλήξουν και να διασπαστεί η προσοχή τους. Θα ήταν καλύτερα οι εκπαιδευτικοί να χρησιμοποιούν μεγάλους χαρακτήρες στις σημειώσεις που διανέμουν και να αποφεύγουν τη χρήση παραδειγμάτων που δεν σχετίζονται άμεσα με την εργασία. Μια άλλη καλή πρακτική είναι η χρησιμοποίηση λιστών ελέγχου οι οποίες τονίζουν τους στόχους που πρέπει να επιτευχθούν. Είναι επίσης σημαντική η εξασφάλιση της προσοχής των παιδιών πριν τους δοθεί οποιαδήποτε οδηγία και η ενθάρρυνσή τους να εκφραστούν λεκτικά για τα καθήκοντα που τους ανατέθηκαν, αφού ο εκπαιδευτικός έχει δώσει προηγουμένως έμφαση στις κρίσιμες πληροφορίες.

ii. Στρατηγικές που σχετίζονται με δεξιότητες οργάνωσης και μνήμης:

Η ενίσχυση της οργανωτικής και μνημονικής δεξιότητας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ τα βοηθά να διατηρήσουν περισσότερο την προσοχή τους στο μάθημα. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί εάν ο εκπαιδευτικός δίνει έμφαση σε εφικτούς, βραχυπρόθεσμους στόχους. Μπορούν να συμφωνήσουν από κοινού σε ένα ξεκάθαρο σημείο έναρξης της μαθησιακής διαδικασίας που θα τα βοηθήσει να θέσουν προτεραιότητες χωρίς να τις αναβάλλουν συνέχεια. Τα παιδιά αυτά αποδίδουν καλύτερα σε ένα δομημένο περιβάλλον ή σε μια κατάσταση ρουτίνας και ευνοούνται όταν στο μάθημα διανέμονται φωτοτυπίες των διαφανειών που χρησιμοποιούνται. Η οργανωτική τους ικανότητα ενισχύεται ακόμη όταν ο δάσκαλος τα ενθαρρύνει να χρησιμοποιούν ντοσιέ με διαφορετικούς χρωματισμούς ανά θεματική ενότητα.

iii. Στρατηγικές που σχετίζονται με δεξιότητες ανύψωσης της αυτοεκτίμησης:

Οποιοδήποτε παιδί αισθάνεται υπερήφανο και αναπτύσσει κίνητρα όταν ο δάσκαλός του έχει θετική γνώμη γι' αυτό. Το να υιοθετεί ο εκπαιδευτικός θετικές περιγραφές για τους μαθητές του, τους βοηθά να εκτιμήσουν περισσότερο τον εαυτό τους και να ανακαλύψουν τα όρια των δυνατοτήτων τους. Πρέπει να ξέρουν τί απαιτείται κι όχι τι δεν απαιτείται από αυτούς. Δύναται να ωφεληθούν αν έχουν κάποιο 'μέντορα' ο οποίος τους βοηθάει να αναπτύξουν τις ακαδημαϊκές και κοινωνικές τους δεξιότητες (Quinn & McCormick, 1998 • Barkley, 1990 • Kewley, 2001).

Ζ. Αποτελεσματικές και Εποικοδομητικές Στρατηγικές που μπορούν να εφαρμόσουν οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Εάν ένα παιδί εκδηλώνει σημάδια υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, αυτό σημαίνει ότι αδυνατεί να ελέγξει από μόνο του τη συμπεριφορά του. Με τη βιασύνη και την υπερδιέγερση που το διακατέχει, μπλέκει σε ατυχήματα και μπορεί να προκαλέσει άθελά του ζημιές και καταστροφές σε πρόσωπα και πράγματα. Οι γονείς καλούνται να βοηθήσουν το παιδί μαθαίνοντάς του πώς να ελέγχει τον εαυτό του και τις πράξεις του. Για να υποστηριχθεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, οι ενέργειες των γονέων πρέπει να είναι τόσο ‘αποτελεσματικές’ όσο και ‘εποικοδομητικές’. Οι ‘αποτελεσματικές’ ενέργειες έχουν ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της συμπεριφοράς του παιδιού, ενώ οι ‘εποικοδομητικές’ στοχεύουν στην ανάπτυξη της αυτοεκτίμησής του και το καθιστούν πιο αποδεκτό κοινωνικά. Στο παράρτημα 2 της παρούσας εργασίας (σελ.95) παρουσιάζονται μερικά παραδείγματα αποτελεσματικών και εποικοδομητικών αντιδράσεων απέναντι στα συνηθέστερα προβλήματα που εμφανίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

Είναι σημαντικό οι γονείς και το υπόλοιπο οικογενειακό περιβάλλον να αντιδρούν αμέσως μόλις το παιδί παρεκτρέπεται, έτσι ώστε το παιδί να κατανοήσει τις συνέπειες που έχουν στους άλλους οι πράξεις του. Μια τιμωρία όπως το ξύλο και τα χαστούκια μπορεί να το σταματήσουν προσωρινά, δεν θα το ενθαρρύνουν όμως να ελέγξει τον εαυτό του. Κάθε άλλο, γιατί οι βίαιες στο παιδί πράξεις επιβεβαιώνουν την πεποίθησή του ότι δεν είναι κακό να προκαλεί πόνο στους άλλους. Πειθαρχικά μέτρα που δεν είναι βίαια και επιβάλλονται με αγάπη, είναι μακροπρόθεσμα πολύ πιο αποτελεσματικά (Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, 2000).

IV. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

A. Μεθοδολογία

A.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. 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).

A.2. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Περίπου 200 ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στα 20 δημόσια σχολεία της Κύπρου που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Υπήρξε μια απώλεια 50 ερωτηματολογίων λόγω του ότι ορισμένοι

εκπαιδευτικοί δεν τα επέστρεψαν. Έτσι, το τελικό δείγμα ανέρχεται στα 150 άτομα. Η συλλογή των δεδομένων διήρκεσε από τον Οκτώβριο του 2008 μέχρι τον Ιούνιο του 2009. Προτού αρχίσει η συλλογή των δεδομένων, διασφαλίστηκε η ανωνυμία όλων των συμμετεχόντων εκπαιδευτικών. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στους εκπαιδευτικούς αλλά η συμπλήρωσή τους δεν έγινε επιτόπου. Μετά από λίγες μέρες ο ερευνητής επέστρεψε σε κάθε σχολείο ώστε να συλλέξει τα ερωτηματολόγια από όλους τους εκπαιδευτικούς ενός σχολείου.

A.3. Συμμετέχοντες

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 150 εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, οι οποίοι διδάσκουν σε 20 δημόσια σχολεία της Κύπρου. Οι δάσκαλοι που συμμετείχαν ανέρχονται στους 58, ενώ ο αριθμός των καθηγητών είναι 92. Τα 18 από τα 20 σχολεία ανήκουν στην επαρχία Λευκωσίας, ενώ τα υπόλοιπα 2 σχολεία βρίσκονται σε άλλες περιοχές της Κύπρου και συγκεκριμένα στη Λεμεσό και στη Λάρνακα. Από τα 20 σχολεία του δείγματος, τα 4 ήταν Λύκεια, τα 4 ήταν Γυμνάσια και τα υπόλοιπα 12 ήταν Δημοτικά σχολεία. 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 26-35 ετών, είναι γυναίκες, έγγαμοι και με έτη υπηρεσίας από 6-10 και από 16-30. Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί του δείγματος εργάζονται σε Λύκεια (συμπεριλαμβανομένων των Τεχνικών Σχολών) και Δημοτικά, με ποσοστά 38,70% και 38% αντίστοιχα. Συγκεκριμένα, η πλειονότητα των εκπαιδευτικών έχουν ειδικότητα ως δάσκαλοι Γενικής Αγωγής με ποσοστό 34,70%. Επιπλέον, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος πάρθηκε από την πρωτεύουσα Λευκωσία (98,70%). Το 66,7% των εκπαιδευτικών είχαν διδάξει σε τάξη με παιδί ΔΕΠ-Υ, ενώ μόλις το 15,30% των εκπαιδευτικών έχει μετεκπαιδευτεί στην Ειδική Αγωγή. Από όσους είχαν λάβει κάποιο είδος μετεκπαίδευσης, το 9,30% διευκρίνισε ότι ήταν Σεμινάρια Επιμόρφωσης και το 6% Μεταπτυχιακό.

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Δημογραφικά στοιχεία	Αριθμός εκπαιδευτικών	
	n=150	Ποσοστά
Φύλο		
Άνδρες	40	26,70%
Γυναίκες	110	73,30%
Ηλικία		
21-25	3	2%
26-35	55	36,70%
36-45	52	34,70%
46-60	40	26,70%
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	25	16,70%
Έγγαμος	119	79,30%
Χήρος	0	0,00%
Διαζευγμένος	6	4%
Χρόνια υπηρεσίας		
0-5 έτη	26	17,30%
6-10 έτη	44	29,30%
11-15 έτη	36	24%
16-30 έτη	44	29,30%
Τύπος σχολείου		
Νηπιαγωγείο	0	0%
Δημοτικό	57	38%
Γυμνάσιο	33	22%
Λύκειο	58	38,70%
Ειδικό σχολείο	1	0,70%
Τμήμα ένταξης	1	0,70%
Περιοχή Σχολείου		
Λευκωσία	148	98,70%
Άλλες περιοχές	2	1,30%
Ειδικότητα		
Δάσκαλοι Γενικής Αγωγής	52	34,70%
Δάσκαλοι Ειδικής Αγωγής	6	4%
Καθηγητές Φιλολογίας/Γλωσσών	36	24%
Καθηγητές Θετικών Επιστημών/Τεχνολογίας	41	27,30%
Καθηγητές Τεχνών, Μουσικής, Θεολογίας	7	4,70%

Καθηγητές Οικιακής Οικονομίας/Οικονομικών	3	2%
Καθηγητές Φυσικής Αγωγής/Συμβουλευτικής	5	3,30%
Προηγούμενη εμπειρία με παιδιά ΔΕΠ-Υ		
Ναι	100	66,70%
Όχι	50	33,30%
Μετεκπαίδευση στην Ειδική Αγωγή		
Ναι	23	15,30%
Όχι	127	84,70%
Εάν ΝΑΙ, είδος μετεκπαίδευσης		
Μαράσλειο Διδασκαλείο	0	0%
Μεταπτυχιακό	9	6%
Διδακτορικό	0	0%
Όχι	127	84,70%
Σεμινάρια Επιμόρφωσης	14	9,30%

B. Αποτελέσματα

Το πρώτο εύρημα της έρευνας σχετίζεται με τις γνώσεις των εκπαιδευτικών. Ο μέσος όρος των σωστών απαντήσεων των εκπαιδευτικών είναι 68,54%, των λανθασμένων απαντήσεων 29,36% και των ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ είναι 2,10%. Ο πίνακας 2 παρουσιάζει όλες τις ερωτήσεις του ερευνητικού εργαλείου με τα ποσοστά Σωστών, Λάθους και ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ απαντήσεων σε κάθε ερώτηση.

Πίνακας 2: Τα ποσοστά Σωστών, Λάθους και ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ απαντήσεων που συγκέντρωσε κάθε ερώτηση:

Ερωτήσεις	Ποσοστά απαντήσεων		
	Σωστό	Λάθος	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
2	73,30%	24%	2,70%
3	80%	20%	-
4	86%	12,70%	1,30%
6	47,30%	52%	0,70%

7	98,70%	1,30%	-
9	90,70%	9,30%	-
10	58%	40%	2%
11	83,30%	16%	0,70%
12	73,30%	26%	0,70%
13	72,70%	25,30%	2%
14	88%	11,30%	0,70%
15	88,70%	11,30%	-
16	28,70%	70%	1,30%
17	64,70%	35,30%	-
18	55,30%	32%	12,70%
19	45,30%	44%	10,70%
20	52%	44,70%	3,30%
21	72,70%	26%	1,30%
22	53,30%	44,70%	2%
23	65,30%	34,70%	-
25	90%	10%	-
26	34,70%	64%	1,30%
27	73,30%	26,70%	-
28	71,30%	22%	6,70%
29	81,30%	18,70%	-
30	53,30%	43,30%	3,30%

Όπως φαίνεται στον πίνακα 3.α, οι ερωτήσεις που συγκέντρωσαν τα υψηλότερα ποσοστά σωστών απαντήσεων είναι οι 7, 9, 25, 15 και 14:

Πίνακας 3.α: Προτάσεις με το υψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων:

Προτάσεις	Κατηγορία	Ποσοστό
7. Η ΔΕΠ-Υ είναι συχνότερη στα κορίτσια (Λάθος)	Ορισμός	98,70%
9. Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σπανίως αποσπάται η προσοχή τους από τη δουλειά που κάνουν (Λάθος)	Συμπτωματολογία	90,70%
25. Η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ περιγράφονται από τους δασκάλους ως παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς (Σωστό)	Ορισμός	90%
15. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι ανήσυχα, κινούνται διαρκώς και δε μπορούν να μείνουν ακίνητα (Σωστό)	Συμπτωματολογία	88,70%

14. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αλλάζουν καθώς το παιδί μεγαλώνει (Σωστό)	Ορισμός	88%
---	---------	-----

Οι προτάσεις του ερωτηματολογίου που είχαν τα υψηλότερα ποσοστά λανθασμένων απαντήσεων είναι οι 16, 26, 6, 20 και 22:

Πίνακας 3.β: Προτάσεις με το υψηλότερο ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων:

Προτάσεις	Κατηγορία	Ποσοστό
16. Η ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως κληρονομική (Σωστό)	Αιτιολογία	70%
26. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα καταφέρνουν καλύτερα σε συνθήκες που είναι λιγότερο δομημένες (Λάθος)	Συμπτωματολογία	64%
6. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι δημοφιλή μέσα στην τάξη τους (Λάθος)	Συμπτωματολογία	52%
20. Η φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ δίνεται μόνο σε περιόδους που το παιδί είναι πολύ ζωντανό (Λάθος)	Παρέμβαση	44,70%
22. Ένα παιδί που είναι υπερδραστήριο στο σπίτι αλλά όχι στο σχολείο, δεν μπορεί να πάσχει από ΔΕΠ-Υ (Σωστό)	Ορισμός	44,70%

Τέλος, οι προτάσεις με τα υψηλότερα ποσοστά ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ απαντήσεων είναι οι 18, 19, 28, 20 και 30:

Πίνακας 3.γ: Προτάσεις με το υψηλότερο ποσοστό ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ απαντήσεων:

Προτάσεις	Κατηγορία	Ποσοστό
18. Η θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή (π.χ. ριταλίνη) συχνά καθυστερεί την ανάπτυξη του παιδιού (Λάθος)	Παρέμβαση	12,70%
19. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται μερικές φορές για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Σωστό)	Παρέμβαση	10,70%
28. Η ΔΕΠ-Υ θεωρείται ότι προκαλείται από		

νευροχημικές ανωμαλίες στον εγκέφαλο (Σωστό)	Αιτιολογία	6,70%
20. Η φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ δίνεται μόνο σε περιόδους που το παιδί είναι πολύ ζωντανό (Λάθος)	Παρέμβαση	3,30%
30. Οι οικογενειακοί παράγοντες είναι λιγότερο σημαντικοί από τους βιολογικούς στην αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ (Σωστό)	Αιτιολογία	3,30%

Το μέσο ποσοστό σωστών απαντήσεων ανά κατηγορία, όπως φαίνεται στον πίνακα 4, ήταν: Ορισμός 78,71%, Συμπτωματολογία 72,20%, Αιτιολογία 59,60% και Παρέμβαση 52,75%.

Πίνακας 4: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση των σωστών απαντήσεων των εκπαιδευτικών στις 4 κατηγορίες:

Κατηγορίες	Μέσος όρος	Μέσο ποσοστό	Τυπική απόκλιση
Ορισμός	5,41	78,71%	1,104
Συμπτωματολογία	7,24	72,20%	1,456
Αιτιολογία	3,07	59,60%	1,12
Παρέμβαση	2,31	52,75%	1,082

Περαιτέρω, ο αριθμός των δασκάλων, η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των απαντήσεών τους στις 4 κατηγορίες συνοψίζονται στον πίνακα 5. Οι απαντήσεις των δασκάλων στις 4 κατηγορίες που εξετάζει το ερωτηματολόγιο γνώσεων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ φάνηκε να διαφέρουν σημαντικά. Συγκεκριμένα, διενεργήθηκε ανάλυση σύγκρισης μέσων όρων (t-Test) και τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικές σημαντικές διαφορές ($p < 0.01$), όπως φαίνεται στον πίνακα 6. Οι δάσκαλοι είχαν την υψηλότερη μέση επίδοση στη Συμπτωματολογία (7,24), στη συνέχεια στον Ορισμό (5,41), στην Αιτιολογία (3,07) και τέλος στην Παρέμβαση (2,31). Ο δείκτης t ουσιαστικά πιστοποιεί το μέγεθος της διαφοράς στους μέσους όρους.

Πίνακας 5: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση στις 4 κατηγορίες για τους εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total score definition	58	5,41	1,161	,151
Total score symptomatology	58	7,24	1,633	,213
Total score aetiology	58	3,07	1,158	,151
Total score intervention ADHD knowledge	58	2,31	1,221	,159

Πίνακας 6: One-Sample t-Test (για τους Δασκάλους)

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Total score definition	35,758	58	,000	5,407	5,10	5,71
Total score symptomatology	34,041	58	,000	7,237	6,81	7,66
Total score aetiology	20,355	58	,000	3,068	2,77	3,37
Total score intervention ADHD knowledge	14,498	58	,000	2,305	1,99	2,62

Ο αριθμός των καθηγητών, η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των απαντήσεών τους στις 4 κατηγορίες παρουσιάζονται στον πίνακα 7. Η ανάλυση σύγκρισης μέσω όρων με βάση το One-Sample t-Test έδειξε επίσης στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ανάμεσα στις 4 κατηγορίες ($p < 0.01$). Οι καθηγητές είχαν την υψηλότερη μέση επίδοση στη Συμπτωματολογία (6,60), έπειτα στον

Ορισμό (5,60), και ακολουθούν η Αιτιολογία (2,53) και η Παρέμβαση (1,87). Ο δείκτης t βεβαιώνει το μέγεθος της διαφοράς στους μέσους όρους (πίνακας 8).

Πίνακας 7: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση στις 4 κατηγορίες για τους εκπαιδευτικούς Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total score definition	92	5,60	1,121	,289
Total score symptomatology ADHD knowledge	92	6,60	,910	,235
Total score aetiology ADHD knowledge	92	2,53	,915	,236
Total score intervention ADHD knowledge	92	1,87	1,125	,291

Πίνακας 8: One-Sample t-Test (για τους Καθηγητές)

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Total score definition	19,344	14	,000	5,600	4,98	6,22
Total score symptomatology ADHD knowledge	28,082	14	,000	6,600	6,10	7,10
Total score aetiology ADHD knowledge	10,717	14	,000	2,533	2,03	3,04
Total score intervention ADHD knowledge	6,424	14	,000	1,867	1,24	2,49

Σύγκριση των απαντήσεων των εκπαιδευτικών:

Με τη βοήθεια της ανάλυσης Διακύμανσης Μονής Κατεύθυνσης (repeated measures ANOVA), διενεργήθηκε σύγκριση ανάμεσα στις σωστές, στις λανθασμένες και στις ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ απαντήσεις των εκπαιδευτικών. Όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης F, τόσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο σημαντικότητας. Σύμφωνα με τον πίνακα 9, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις σωστές απαντήσεις με $F(6,143)=2,497$, $p<0.05$ και στις λανθασμένες απαντήσεις $F(6,143)=2,391$, $p<0.05$. Στις ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ απαντήσεις δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 9: Ανάλυση Διακύμανσης Μονής Κατεύθυνσης (ANOVA) για τη σύγκριση των απαντήσεων των εκπαιδευτικών

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Total number of correct answers	Between	108,129	6	18,021	2,497	,025
	Within Groups	1032,011	143	7,217		
	Total	1140,140	149			
Total number of false answers	Between	95,795	6	15,966	2,391	,031
	Within Groups	955,039	143	6,679		
	Total	1050,833	149			
Total number of 'don't know' answers	Between	22,625	6	3,771	1,682	,129
	Within Groups	320,548	143	2,242		
	Total	343,173	149			

Ανάλυση Πολλαπλών Συγκρίσεων των σωστών και λανθασμένων απαντήσεων και των κατηγοριών (ειδικοτήτων) των εκπαιδευτικών

Εκτός από τις προαναφερόμενες, διενεργήθηκαν πολλαπλές συγκρίσεις ανάμεσα στις σωστές, λανθασμένες και ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ απαντήσεις και στις διάφορες κατηγορίες των εκπαιδευτικών.

Η διόρθωση έγινε μέσω του συντελεστή Bonferroni και το p-value είναι 0.05. Όταν $p < 0.05$, η διαφορά στους μέσους όρους όσον αφορά τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ είναι στατιστικά σημαντική. Σύμφωνα με τον πίνακα 10, οι δάσκαλοι Ειδικής Αγωγής γνωρίζουν περισσότερα από τους δασκάλους Γενικής Αγωγής και από τους Φιλολόγους στη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, η βαθμολογία των δασκάλων Ειδικής Αγωγής στις σωστές απαντήσεις είναι στατιστικά υψηλότερη από τη βαθμολογία των δασκάλων Γενικής Αγωγής ($p = 0.045 < 0.05$), καθώς επίσης και από τη βαθμολογία των Φιλολόγων ($p = 0.032 < 0.05$). Ως εκ τούτου, οι Φιλολόγοι έχουν περισσότερες λανθασμένες απαντήσεις από τους δασκάλους Ειδικής Αγωγής ($p = 0.039 < 0.05$). Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ απαντήσεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ο ολοκληρωμένος πίνακας πολλαπλών συγκρίσεων όλων των ειδικοτήτων παρατίθεται στο παράρτημα 4 στη σελίδα 98.

Πίνακας 10: Ανάλυση Πολλαπλών Συγκρίσεων (Multiple Comparisons) ανάμεσα στις σωστές και λανθασμένες απαντήσεις και στις ειδικότητες των εκπαιδευτικών

Dependent Variable	(I) teacher field/subject	(J) teacher field/subject	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Total number of correct answers	primary mainstream school teacher	primary special needs teacher	-3,622(*)	1,158	,045
		secondary school-language teachers (greek or foreign language)	3,833(*)	1,185	,032
Total number of false answers	primary special needs teacher	secondary school-language teachers (greek or foreign language)	-3,611(*)	1,140	,039

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

Σύγκριση των απαντήσεων των εκπαιδευτικών στις 4 κατηγορίες:

Μέσω της ανάλυσης Διακύμανσης Μονής Κατεύθυνσης (repeated measures ANOVA), έγινε σύγκριση ανάμεσα στις απαντήσεις των εκπαιδευτικών στις 4 κατηγορίες που εξετάζει το ερωτηματολόγιο (Ορισμός, Συμπτωματολογία, Αιτιολογία και Παρέμβαση). Ο δείκτης F δείχνει τον διαφορετικό τρόπο που απαντούν οι εκπαιδευτικοί στις 4 κατηγορίες με $p < 0.05$. Όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης F, τόσο μεγαλύτερες είναι οι διαφορές των απαντήσεων στις κατηγορίες. Σύμφωνα με τον πίνακα 11, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον τρόπο που απάντησαν οι εκπαιδευτικοί στον Ορισμό, στη Συμπτωματολογία και στην Αιτιολογία. Βρέθηκε όμως στατιστικά σημαντική διαφορά στην Παρέμβαση, με $F(6,143)=2,995$ και $p=0.009 < 0.05$.

Πίνακας 11: Ανάλυση Διακύμανσης Μονής Κατεύθυνσης (ANOVA) για σύγκριση ανάμεσα στις 4 κατηγορίες του ερωτηματολογίου

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Total score definition	Between Groups	4,885	6	,814	,659	,683
	Within Groups	176,588	143	1,235		
	Total	181,473	149			
Total score symptomatology ADHD knowledge	Between Groups	14,126	6	2,354	1,116	,356
	Within Groups	301,614	143	2,109		
	Total	315,740	149			
Total score aetiology ADHD knowledge	Between Groups	11,250	6	1,875	1,526	,174
	Within Groups	175,690	143	1,229		
	Total	186,940	149			
Total score intervention ADHD knowledge	Between Groups	19,457	6	3,243	2,995	,009
	Within Groups	154,836	143	1,083		
	Total	174,293	149			

Ανάλυση Πολλαπλών Συγκρίσεων ανάμεσα στις βαθμολογίες στις 4 κατηγορίες και στις ειδικότητες των εκπαιδευτικών

Στην παρούσα εργασία διενεργήθηκε μια επιπλέον ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων (Multiple Comparisons) ανάμεσα στις βαθμολογίες στις 4 κατηγορίες και στις κατηγορίες των εκπαιδευτικών. Η διόρθωση έγινε μέσω του συντελεστή Bonferroni και το p-value είναι 0.05. Όταν $p < 0.05$, η συνολική βαθμολογία των εκπαιδευτικών στις 4 κατηγορίες σχετίζεται με την ειδικότητά τους και είναι στατιστικά σημαντική. Τα αποτελέσματα της σύγκρισης φαίνονται στον πίνακα 12. Στις κατηγορίες Ορισμό, Συμπτωματολογία και Αιτιολογία οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών δεν φάνηκε να συσχετίζονται με την ειδικότητά τους. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στην Παρέμβαση, όπου οι δάσκαλοι Ειδικής Αγωγής έδωσαν περισσότερες σωστές απαντήσεις απ' ότι οι Φιλολόγοι ($p = 0.035 < 0.05$), οι καθηγητές Φυσικής Αγωγής και Συμβουλευτικής ($p = 0.054$ οριακό), Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας και οι Οικονομολόγοι ($p = 0.039 < 0.05$).

Πίνακας 12: Ανάλυση Πολλαπλών Συγκρίσεων (Multiple Comparisons) ανάμεσα στις βαθμολογίες των 4 κατηγοριών και στις ειδικότητες των εκπαιδευτικών

Dependent Variable	(I) teacher field/subject	(J) teacher field/subject	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Total score intervention ADHD knowledge	primary special needs teacher	secondary school-language teachers (greek or foreign language)	1,472(*)	,459	,035
		secondary school-physical education and school counselling	1,933(*)	,630	,054
	secondary school-home economics, economics	primary special needs teacher	-2,333(*)	,736	,039

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

Γ. Συζήτηση των αποτελεσμάτων και Προτάσεις

Ως πρώτο εύρημα της παρούσας έρευνας αναφέρεται το γενικό επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών της Κύπρου για τη ΔΕΠ-Υ, το οποίο, σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν στο ερωτηματολόγιο των McNicholas και Santosh (1997), είναι μέτριο (σωστές απαντήσεις 68,54%). Το μέσο ποσοστό των σωστών απαντήσεων στα ερωτηματολόγια των διαφόρων ερευνών διαφέρει σημαντικά, αφού κυμαίνεται από 47,8% στην έρευνα των Sciutto, Terjesen και Frank (2000) έως 83% στην έρευνα της Beckle (2004).

Αξίζει να ειπωθεί ότι, αν και το 66,70% των εκπαιδευτικών δήλωσε ότι έχει προηγούμενη εμπειρία με παιδί ΔΕΠ-Υ, εντούτοις μόνο το 15,30% έχει λάβει κάποιου είδους μετεκπαίδευση στην Ειδική Αγωγή. Ένα επιπλέον σχετικό εύρημα που συμφωνεί με τα αποτελέσματα της έρευνας των West, Taylor, Houghton και Hudyma (2005), είναι ότι οι δάσκαλοι Ειδικής Αγωγής γνωρίζουν περισσότερα από τους δασκάλους Γενικής Αγωγής και από τους καθηγητές στη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Σύμφωνα με τους Beckle (2004) και Kos, Richdale και Jackson (2004), ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ είναι η προγενέστερη εμπειρία των εκπαιδευτικών με παιδιά που πάσχουν από τη διαταραχή. Επιπλέον, το επίπεδο των ακαδημαϊκών γνώσεων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ που λαμβάνουν οι εκπαιδευτικοί, καθώς επίσης οι κοινωνικές συνθήκες και η κουλτούρα κάθε λαού, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τις γνώσεις και την οπτική των εκπαιδευτικών και γενικότερα του εκπαιδευτικού συστήματος σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ. Κατά συνέπεια, στις διάφορες χώρες το ποσοστό των γνώσεων των εκπαιδευτικών διαφέρει σημαντικά. Αν και σε ορισμένες μελέτες στην Αμερική και στην Αυστραλία το ποσοστό των σωστών απαντήσεων ξεπερνάει το 75%, τα ευρήματα των εν λόγω ερευνών δεν είναι άμεσα συγκρίσιμα εξαιτίας ορισμένων παραγόντων που έχουν προαναφερθεί και επηρεάζουν διαφορετικά τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σε κάθε χώρα, όπως το επίπεδο εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών, η μορφή και η συχνότητα της ενδοσχολικής επιμόρφωσής τους, το εκπαιδευτικό σύστημα, οι διαγνωστικές μέθοδοι και ο βαθμός συμμετοχής των εκπαιδευτικών σε αυτές και η κρατική ευαισθητοποίηση σχετικά με την

έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση στη ΔΕΠ-Υ (Αντωνοπούλου, Σταμπολτζή και Κουβαβά, υπό κρίση) .

Η έρευνα αυτή εντόπισε λανθασμένες απόψεις και βασικές γνωστικές ελλείψεις σε θέματα που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ. Αναλυτικότερα, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών στην Κύπρο έχει την εσφαλμένη αντίληψη ότι η ΔΕΠ-Υ δεν κληρονομείται, ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα καταφέρνουν καλύτερα σε συνθήκες που είναι λιγότερο δομημένες και ότι είναι δημοφιλή μέσα στην τάξη τους, ότι η φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ δίνεται μόνο σε περιόδους που το παιδί είναι πολύ ζωηρό και ότι ένα παιδί που είναι υπερδραστήριο στο σπίτι αλλά όχι στο σχολείο, είναι δυνατόν να πάσχει από ΔΕ-ΠΥ.

Αναφορικά με τις 4 ευρύτερες κατηγορίες όπου εντάσσονται οι ερωτήσεις του ερευνητικού εργαλείου γνώσεων για τη ΔΕΠ-Υ, οι εκπαιδευτικοί του δείγματος φάνηκε να έχουν περισσότερες γνώσεις για τον Ορισμό και τη Συμπτωματολογία της διαταραχής, ενώ γνωρίζουν λιγότερα για την Αιτιολογία και την Παρέμβαση στη ΔΕΠ-Υ. Η υπόθεση του Francis (1993) ότι οι εκπαιδευτικοί δύνανται να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα και τα κυριότερα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, αλλά υστερούν σε γνώσεις που αφορούν τη γενετική αιτιολογία και την αντιμετώπιση της διαταραχής, επιβεβαιώνεται από την στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαθμολογία των εκπαιδευτικών στον Ορισμό και στη Συμπτωματολογία, όπου είχαν περισσότερες σωστές απαντήσεις από τις άλλες δυο κατηγορίες. Τα παραπάνω ευρήματα συνάδουν 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. Μέσω των διαπιστώσεων αυτών μπορεί να ειπωθεί ότι η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ πρέπει να εστιάζει περισσότερο στην αιτιολογία, στις διαδικασίες παρέμβασης και στο ρόλο του εκπαιδευτικού σ' αυτές, και λιγότερο στη συμπτωματολογία και τα χαρακτηριστικά της διαταραχής, στοιχεία για τα οποία οι εκπαιδευτικοί μπορούν εύκολα να πληροφορηθούν μέσω της υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

Ακόμη, στις κατηγορίες Ορισμό, Συμπτωματολογία και Αιτιολογία δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση ανάμεσα στις απαντήσεις των εκπαιδευτικών και στην ειδικότητά τους. Θετική συσχέτιση βρέθηκε στην Παρέμβαση και στην ειδικότητα των εκπαιδευτικών, όπου οι δάσκαλοι Ειδικής Αγωγής έδωσαν περισσότερες σωστές απαντήσεις απ' ότι οι Φιλολόγοι, οι καθηγητές Φυσικής Αγωγής, οι Σύμβουλοι, οι καθηγητές Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας και οι Οικονομολόγοι.

Μέσω του διαχωρισμού των λανθασμένων απαντήσεων από τις ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ, έγινε κατανοητό σε ποιες κατηγορίες οι εκπαιδευτικοί έχουν γνωστικές ελλείψεις (σύμφωνα με τις ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ απαντήσεις). Στην μελέτη αυτή οι εκπαιδευτικοί βρέθηκε να έχουν τη μεγαλύτερη απουσία γνώσεων σε τομείς που σχετίζονται με την Αιτιολογία και την Αντιμετώπιση (Παρέμβαση) της ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις που συγκέντρωσαν τα μεγαλύτερα ποσοστά ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ σχετίζονται με την φαρμακευτική αγωγή και τη βιολογική και νευροχημική αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ. Με γνώμονα τα παραπάνω ευρήματα της έρευνας, προτείνεται όπως η ενημέρωση των εκπαιδευτικών για τους τρόπους παρέμβασης στη διαταραχή, να παρέχει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, η οποία είναι επιβεβλημένη σε σοβαρές μορφές της διαταραχής. Εκτός αυτού, στην επιμόρφωση των εκπαιδευτικών κρίνεται αδήριτη η ανάγκη μιας πλήρους ενημέρωσης για τη σχέση της ΔΕΠ-Υ με τη διατροφή, ώστε να καταρριφθούν ορισμένοι 'μύθοι' που θέλουν τη ζάχαρη, τις χρωστικές ουσίες και τα συντηρητικά να ευθύνονται για τη ΔΕΠ-Υ στα παιδιά.

Οι Κάκουρος κ.ά. (2006) υποστηρίζουν ότι, παρά το βαρυσήμαντο ρόλο που καλούνται να αναλάβουν οι εκπαιδευτικοί στον έγκαιρο εντοπισμό, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, δεν έχουν επαρκή πληροφόρηση για τα αίτια που προκαλούν τη διαταραχή και τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι μπορούν να υποστηρίξουν τα παιδιά. Σύμφωνα με τον Weiner (1995), ο ρόλος του εκπαιδευτικού στον τρόπο αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ εξαρτάται από την ερμηνεία που δίνει στα αίτια που την προκαλούν.

Επιπρόσθετα, τα ευρήματα της ανά χείρας έρευνας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η συστηματική επιμόρφωση και κατάρτιση των εκπαιδευτικών τόσο σε γενικές όσο και σε ειδικότερες πτυχές της ΔΕΠ-Υ είναι απαραίτητες, σε συνδυασμό με την παροχή γενικών γνώσεων παιδικής ψυχοπαθολογίας στους εκπαιδευτικούς. Περαιτέρω, ο West και οι συνεργάτες του (2005) διευκρινίζουν γιατί η επιμόρφωση αυτή επιβάλλεται να είναι συνεχής: τα επιστημονικά ευρήματα και τα ερευνητικά δεδομένα για τη ΔΕΠ-Υ μεταβάλλονται διαρκώς. Λαμβάνοντας υπόψη την τάση ενσωμάτωσης παιδιών με ΔΕΠ-Υ και άλλες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στο γενικό σχολείο, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να είναι άρτια ενημερωμένοι και επαρκώς καταρτισμένοι σε θέματα που σχετίζονται με τη φύση των πρωτογενών και δευτερογενών δυσχερειών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, καθώς επίσης και για τη σχέση του συνδρόμου με άλλες διαταραχές συμπεριφοράς των παιδιών.

Στη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ιδιαίτερα οι Φιλολόγοι και οι καθηγητές Οικιακής Οικονομίας χρήζουν περαιτέρω επιμόρφωσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας* οι Φιλολόγοι γιατί διδάσκουν περισσότερα από ένα μαθήματα στα παιδιά, άρα έρχονται σε επαφή με τους μαθητές περισσότερες φορές την εβδομάδα απ' ότι οι υπόλοιποι εκπαιδευτικοί, και οι καθηγητές Οικιακής Οικονομίας γιατί η θεματολογία του αντικειμένου τους περιλαμβάνει την υποστήριξη παιδιών με εκπαιδευτικές δυσκολίες.

Στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση, οι δάσκαλοι Ειδικής Αγωγής έχουν περισσότερες γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ απ' ότι οι δάσκαλοι Γενικής Αγωγής. Εφόσον στα σχολεία υπάρχουν τόσο οι δάσκαλοι Γενικής όσο και οι δάσκαλοι Ειδικής Αγωγής, ένας τρόπος εξάλειψης των γνωστικών ελλείψεων για το Σύνδρομο είναι η ενδοσχολική συνεργασία των δυο κατηγοριών δασκάλων, ούτως ώστε οι δάσκαλοι Ειδικής Αγωγής να παρέχουν στους συναδέλφους τους βασικές γνώσεις για την αναγνώριση της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά και την εφαρμογή υποστηρικτικών μεθόδων διδασκαλίας μέσα στην γενική τάξη. Οι υποστηρικτικές διαδικασίες μάθησης πρέπει να υπάγονται στο ευρύτερο σχέδιο αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ από παιδοψυχολόγους και ειδικούς θεραπευτές, με ταυτόχρονη παροχή εξατομικευμένων μεθόδων διδασκαλίας, αφού κάθε παιδί έχει τους δικούς του ρυθμούς μάθησης.

Εκτός από την ενδοσχολική συνεργασία των εκπαιδευτικών, και στις δυο βαθμίδες εκπαίδευσης τα σεμινάρια επιμόρφωσης και εκπαίδευσης από ειδικούς για τη ΔΕΠ-Υ θα ήταν ιδανικό να παρέχουν στους εκπαιδευτικούς πρακτικές μεθόδους αντίδρασης σε κάθε πιθανή συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, ούτως ώστε τα παιδιά να μην τιμωρούνται για την ανικανότητά τους να καθίσουν για λίγο ήσυχα στην τάξη ή να προσέχουν ανελλιπώς τον εκπαιδευτικό, αλλά να μάθουν να διαχειρίζονται τα συμπτώματα της διαταραχής τους. Επιπλέον, οι ίδιοι οι εκπαιδευτικοί δεν πρέπει να έχουν υπερβολικές απαιτήσεις από τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ, αλλά να παρέχουν τη γνώση με αργά και σταθερά βήματα κάθε φορά.

Εν τέλει, λαμβάνοντας υπόψη την παραδοχή ότι οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί είναι αυτοί που αντιλαμβάνονται τα πρώτα συμπτώματα εμφάνισης ΔΕΠ-Υ στα παιδιά, οι ίδιοι καλούνται να εξασφαλίσουν το ιδανικό περιβάλλον μέσα στο οποίο ένα παιδί θα αναπτύξει τις ικανότητές του και θα βελτιώσει τις αδυναμίες του. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, κάποια σεμινάρια επιμόρφωσης θα μπορούσαν να γίνονται επιτόπου στα σχολεία και να λαμβάνουν μέρος γονείς και εκπαιδευτικοί. Στα πλαίσια αυτής της συνεργασίας μπορούν να εξασφαλιστούν οι βέλτιστες συνθήκες για την ομαλή αντιμετώπιση του συνδρόμου στα παιδιά, έτσι ώστε η εκπαίδευση των παιδιών που πάσχουν από ΔΕΠ-Υ να μην περιορίζεται στα πλαίσια του σχολείου, αλλά να συνεχίζεται στον πιο οικείο χώρο των παιδιών, στο σπίτι τους.

Δ. Περιορισμοί της έρευνας

Ο στόχος της έρευνας αυτής είναι η διερεύνηση των γνώσεων και των λανθασμένων αντιλήψεων των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για τη ΔΕΠ-Υ στην Κύπρο. Αν και οι εκπαιδευτικοί φάνηκε να γνωρίζουν τα γενικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, υστερούν σε ειδικότερες γνώσεις γύρω από τη διαταραχή που σχετίζονται με την Αιτιολογία και την Αντιμετώπιση. Λόγω του ότι τις πλείστες φορές οι εκπαιδευτικοί και ιδιαίτερα οι δάσκαλοι είναι αυτοί που παρατηρούν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε ένα παιδί μέσω της καθημερινής συμπεριφοράς του, ο ρόλος των εκπαιδευτικών έγκειται μεταξύ άλλων στη συνεργασία τους με τους γονείς και τους ειδικούς για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ.

Στους περιορισμούς της έρευνας υπάγεται η χρήση μόνο ενός ερωτηματολογίου (των McNicholas & Santosh, 1997), το οποίο είναι μικρότερο σε έκταση από άλλα ερωτηματολόγια για τη ΔΕΠ-Υ, όπως αυτά των Jerome, Gordon & Hustler (1994), Sciutto, Terjesen & Frank (2000) και των Kos, Richdale & Jackson, (2004). Επίσης, ο αριθμός των ερωτήσεων σε κάθε κατηγορία (Ορισμό, Συμπτωματολογία, Αιτιολογία, Παρέμβαση) δεν είναι ισόποσος.

Έπειτα από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, με κυριότερο εύρημα το μέτριο επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, κρίνεται επιβεβλημένη η παροχή συστηματικής πληροφόρησης στους εκπαιδευτικούς για τη ΔΕΠ-Υ μέσω προγραμμάτων διαρκούς επιμόρφωσης, στηριζόμενα στα 4 ευρύτερα πλαίσια όπου υπάγονται τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ: Ορισμό, Συμπτωματολογία, Αιτιολογία και Παρέμβαση. Είναι γενικώς αποδεκτό ότι η έγκυρη πληροφόρηση και η εξάλειψη των λανθασμένων πεποιθήσεων και απόψεων για τη ΔΕΠ-Υ και οποιαδήποτε άλλη διαταραχή, δύναται να αυξήσει τον αριθμό των παιδιών που παραπέμπονται έγκαιρα για διάγνωση, βελτιώνοντας το επίπεδο παρέμβασης, με αντίκτυπο την ενσωμάτωση των κατάλληλων μεθόδων διδασκαλίας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στο γενικό εκπαιδευτικό σύστημα.

V. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με την εκπαίδευση παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα στην Κύπρο. Η μεγάλη διάσπαση της προσοχής και η υπερδραστηριότητα που προκαλεί η ΔΕΠ-Υ επηρεάζουν τους πάσχοντες σε ποικίλους τομείς της ζωής τους, όπως είναι η ακαδημαϊκή πρόοδος, η κοινωνική ζωή και το εργασιακό τους μέλλον. Συνήθως η ΔΕΠ-Υ εντοπίζεται στα πρώτα χρόνια της σχολικής ζωής, γι' αυτό είναι πολύ σημαντική η επαρκής εκπαίδευση και κατάρτιση των εκπαιδευτικών στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση της διαταραχής.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία (2000) και τους DuPaul, Junod & Flammer (2006), η ΔΕΠ-Υ σήμερα προσβάλλει το 5-10% του γενικού πληθυσμού και το 3-7% του σχολικού πληθυσμού, δηλαδή ένα περίπου παιδί σε κάθε τάξη. Εάν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ δεν τυχουν της αναγκαίας υποστήριξης, πολύ δύσκολα θα αναπτύξουν αυτοεκτίμηση για να μπορέσουν να έχουν μια φυσιολογική και παραγωγική ζωή. Έχουν την ακούσια τάση να είναι απαιτητικά, ανυπάκουα και συναισθηματικά, ενώ η συμπεριφορά τους σε όλη τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας παραμένει συνήθως ανώριμη, με άμεσο αντίκτυπο να μην γίνονται κοινωνικά αποδεκτά.

Οι εργασίες που απαιτούν αποστήθιση πληροφοριών και συμμετοχή σε συζητήσεις με τους εκπαιδευτικούς, αποδεικνύονται περισσότερο προβληματικές παρά βοηθητικές για τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με τη Λιβανίου (2004). Για το λόγο αυτό η επιτυχημένη εκπαίδευση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ απαιτεί ένα πλήρως ελαστικό αναλυτικό πρόγραμμα, το οποίο προσαρμόζεται στους ιδιαίτερους τρόπους και ρυθμούς μάθησής τους. Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό της διαταραχής είναι το γεγονός ότι τα συμπτώματα διαφοροποιούνται καθώς το άτομο μεγαλώνει, με αποτέλεσμα οι ενήλικοι να απομονώνονται περισσότερο από το περιβάλλον τους.

Όσον αφορά τη συσχέτιση της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές, συνήθως συνυπάρχει με διαταραχές διαγωγής, καθώς προκαλεί έντονες εκρήξεις θυμού και επιθετική συμπεριφορά. Όταν η κατάσταση δεν είναι ελεγχόμενη, μπορεί να επιδεινωθεί οδηγώντας σε μαθησιακές δυσκολίες και γενικότερη ακαδημαϊκή αποτυχία (Κατσούλη, 1998).

Αιτιολογικά, η ΔΕΠ-Υ οφείλεται σε μια αλληλεπίδραση βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, ο συνδυασμός των οποίων καθορίζει το βαθμό σοβαρότητας της κατάστασης. Τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα βρήκαν αρνητικές συσχετίσεις ανάμεσα στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ και στον τρόπο διατροφής. Γενικά, ανεξαρτήτως των αιτιολογικών παραγόντων, ο τρόπος που μεγαλώνει και πειθαρχείται ένα παιδί καθορίζει τη σοβαρότητα της κατάστασης και την ανάπτυξη θετικής στάσης για την αντιμετώπιση από τον ίδιο τον πάσχοντα.

Περαιτέρω, η αξιολόγηση των παιδιών πριν την τελική διάγνωση ΔΕΠ-Υ στηρίζεται στην εκτίμηση όλων των βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν και ευθύνονται για την εμφάνιση της διαταραχής. Απώτερος στόχος της αξιολόγησης είναι ο καθορισμός των ατομικών ικανοτήτων και δυσκολιών του παιδιού, βάσει των οποίων θα σχεδιαστεί το ανάλογο πρόγραμμα αντιμετώπισης (Βοστάνης, 2006). Η διαδικασία της αξιολόγησης στηρίζεται στη συλλογή πληροφοριών από τους γονείς, το ίδιο το παιδί εάν είναι εφικτό, από τους εκπαιδευτικούς του παιδιού και άλλα άτομα που έχουν στενή επαφή μαζί του.

Από όσα έχουν ειπωθεί μέχρι στιγμής, γίνεται αντιληπτό ότι οι επαρκείς γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην αναγνώριση των συμπτωμάτων και στην παρέμβαση στη διαταραχή. Αρκετές έρευνες που έχουν διεξαχθεί για τη διερεύνηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών συμφωνούν ότι οι περισσότερες γνώσεις αφορούν τη Συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ και οι λιγότερες σχετίζονται με την Αντιμετώπιση (Jerome, Gordon & Hustler, 1994• Sciutto, Terjesen & Frank, 2000• Καραγρηγορίου, 2003). Οι Stormont και Stebbins (2005) συμφωνούν με τα παραπάνω ευρήματα και συνεχίζουν τονίζοντας ότι οι δάσκαλοι και κατ' επέκταση οι υπόλοιποι εκπαιδευτικοί δεν εκπαιδεύονται επαρκώς για τη ΔΕΠ-Υ κατά την πανεπιστημιακή τους κατάρτιση. Οι Kos, Richdale και Hay (2006),

στηριζόμενοι στις προγενέστερες μελέτες για τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ, κατέληξαν σε κάποια γενικά συμπεράσματα: από έρευνα σε έρευνα, το μέσο ποσοστό των σωστών απαντήσεων στα ερωτηματολόγια διαφέρει σημαντικά και κυμαίνεται από 47,8% (Sciutto, Terjesen και Frank, 2000) έως 83% (Beckle, 2004), και ότι η προηγούμενη εμπειρία με παιδί ΔΕΠ-Υ αυξάνει τις γνώσεις των εκπαιδευτικών.

Ένα επιπρόσθετο εύρημα αναφορικά με τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ, προέρχεται από δυο έρευνες, αυτή του Κάκουρου και των συνεργατών του (2006) και μια προγενέστερη του Weiner (1995): αρκετά συχνά ο τρόπος ερμηνείας των συμπτωμάτων και η αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ από τους εκπαιδευτικούς σχετίζονται άμεσα με τις πεποιθήσεις τους για τη συμπεριφορά των παιδιών, τον παιδαγωγικό τους προσανατολισμό και τις γενικότερες γνώσεις τους για τις αναπτυξιακές διαταραχές.

Η συνεργασία ενός παιδιού με τους ειδικούς για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι στενά συνυφασμένη με τις στάσεις, τις γνώσεις και τις αντιλήψεις του οικογενειακού περίγυρου και των παιδαγωγών του σχετικά με τις δυνατότητες αντιμετώπισης της διαταραχής. Ως εκ τούτου, οι προσδοκίες των εκπαιδευτικών για τους μαθητές τους, οι στάσεις και η συμπεριφορά τους απέναντί τους συντελούν στη διαμόρφωση της αυτοαντίληψης και των κινήτρων τους, καθώς επίσης και στην προσπάθεια διαχείρισης των επιπτώσεων και των συναισθημάτων που επιφέρει η ΔΕΠ-Υ (Pintrich, 1990).

Μια ακόμη έκφανση του ρόλου του εκπαιδευτικού στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι η συνεχής συνεργασία του με τους γονείς για την πραγματοποίηση του θεραπευτικού προγράμματος. Ιδανικά, η ενθαρρυντική στάση του εκπαιδευτικού με την παράλληλη προσαρμογή των διδακτικών μεθόδων στο επίπεδο των ικανοτήτων του παιδιού, μπορούν να εξασφαλίσουν τις κατάλληλες συνθήκες για ένα επιτυχημένο πρόγραμμα αντιμετώπισης (DuPaul & Stoner, 1994 • Goldstein & Goldstein, 1998 • Overmeyer & Taylor, 1999).

Η εργασία αυτή παραθέτει ορισμένες απλές στρατηγικές υποστήριξης των παιδιών από τους γονείς για την αποτελεσματική διαχείριση των καθημερινών επιπτώσεων της ΔΕΠ-Υ στη συμπεριφορά του παιδιού.

Όταν γίνεται λόγος για θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, ουσιαστικά παρέχονται πληροφορίες για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και την αποτελεσματική διαχείριση των συναισθημάτων και επιπτώσεων από τον ίδιο τον πάσχοντα. Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων γίνεται και με φαρμακευτική αγωγή, όμως τα αποτελέσματα είναι βραχυπρόθεσμα και δεν βοηθούν το άτομο να μάθει να αντιμετωπίζει τις ακαδημαϊκές και κοινωνικές αδυναμίες του. Οι πιο πάνω διαπιστώσεις χρήζουν άμεσων και λειτουργικών λύσεων, έτσι ώστε να καταστεί εφικτή η μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση της διαταραχής.

Για την υλοποίηση του στόχου της ανά χείρας εργασίας, διεξήχθη μια έρευνα ανάμεσα σε 150 εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στην Κύπρο για την εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με τις γνώσεις τους σε θέματα που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι το ερωτηματολόγιο των McNicholas & Santosh (1997), ενώ οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου εντάχθηκαν σε τέσσερις ευρύτερες κατηγορίες (Ορισμό, Συμπτωματολογία, Αιτιολογία και Παρέμβαση) για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων.

Η παρούσα έρευνα υπόκειται σε κάποιους περιορισμούς: καταρχήν, χρησιμοποιήθηκε μόνο ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο είναι μικρότερο σε έκταση από άλλα ερευνητικά εργαλεία γνώσεων για τη ΔΕΠ-Υ, όπως αυτά των Jerome, Gordon & Hustler (1994) και των Kos, Richdale & Jackson, (2004). Επιπλέον, κάθε μία εκ των κατηγοριών (Ορισμός, Συμπτωματολογία, Αιτιολογία, Παρέμβαση) δεν περιείχε ίσο αριθμό ερωτήσεων.

Το γενικό επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ αναφέρεται ως το πρώτο εύρημα της έρευνας, και σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι εκπαιδευτικοί, βρέθηκε να είναι μέτριο (68,54%). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι αν και το 66,7% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως έχουν διδάξει σε τάξη με παιδί ΔΕΠ-Υ, μόλις το 15,30% των εκπαιδευτικών έχει

μετεκπαιδευτεί στην Ειδική Αγωγή. Ένα επιπλέον εύρημα είναι ότι οι δάσκαλοι Ειδικής Αγωγής έχουν περισσότερες γνώσεις από τους δασκάλους Γενικής Αγωγής (παρόμοιο αποτέλεσμα βρέθηκε και στη έρευνα του West κ.ά., 2005), και από τους Φιλολόγους στη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, τους καθηγητές Φυσικής Αγωγής, τους καθηγητές Συμβουλευτικής, Οικιακής Οικονομίας και τους Οικονομολόγους.

Η έρευνα εντόπισε επίσης λανθασμένες αντιλήψεις και βασική απουσία γνώσεων σε θέματα που αφορούν τα αίτια και τις μεθόδους αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες γνωρίζουν περισσότερα για τον Ορισμό και τη Συμπτωματολογία της διαταραχής και λιγότερα για την Αιτιολογία και την Παρέμβαση στη ΔΕΠ-Υ. Τα προαναφερόμενα αποτελέσματα συμπίπτουν με ευρήματα προηγούμενων μελετών (Jerome, Gordon & Hustler, 1994• Sciutto, Terjesen & Frank, 2000• Καραγρηγορίου, 2003). Η ούτως ή άλλως επιτακτική επιμόρφωση των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ πρέπει να εστιάζει περισσότερο στην αιτιολογία και στις μεθόδους αντιμετώπισης, ενσωματώνοντας το ρόλο του εκπαιδευτικού στη θεραπευτική διαδικασία.

Με γνώμονα τα αποτελέσματα της έρευνας, η εν λόγω εργασία παραθέτει ορισμένες προτάσεις για την βελτίωση του γνωστικού επιπέδου των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, προτείνεται η πληροφόρηση των παιδαγωγών για τη αρνητική συσχέτιση της ΔΕΠ-Υ με τη διατροφή, ούτως ώστε να εξαλειφθούν κάποιες παρανοήσεις και ασάφειες. Επιπλέον, με έναυσμα το γεγονός ότι βρέθηκε σημαντική απουσία γνώσεων για το ρόλο της φαρμακευτικής αγωγής και τη βιολογική και νευροχημική αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ, προτείνεται ένα μέρος της ενημέρωσης των εκπαιδευτικών να εστιάζει στους παραπάνω τομείς. Ακόμη, προτείνεται η ουσιαστική επιμόρφωση των εκπαιδευτικών για τις μεθόδους παρέμβασης στη διαταραχή και για τους τρόπους με τους οποίους οι ίδιοι μπορούν να βοηθήσουν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ να μάθει να ζει και να διαχειρίζεται τις δυσκολίες που συνεπάγεται η διαταραχή.

Στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση, οι δάσκαλοι Ειδικής Αγωγής έχουν περισσότερες γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ απ' ότι οι δάσκαλοι Γενικής Αγωγής. Έτσι, ένας τρόπος εξάλειψης των γνωστικών

ελλείψεων για τη ΔΕΠ-Υ είναι η ενδοσχολική συνεργασία των δασκάλων Γενικής και Ειδικής Αγωγής, με στόχο την ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών και τη δημιουργία ενός ευνοϊκού κλίματος αντιμετώπισης τόσο της ΔΕΠ-Υ όσο και άλλων διαταραχών στο γενικό σχολείο.

Επιπρόσθετα, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί είναι οι πρώτοι που παρατηρούν τα συμπτώματα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, η συνεργασία τους είναι απαραίτητη για να βοηθήσουν ένα παιδί να ξεδιπλώσει τις ικανότητές του και να μειώσει προοδευτικά τις αδυναμίες του. Για την ανάλογη ενημέρωση γονέων και εκπαιδευτικών, κάποια σεμινάρια επιμόρφωσης θα μπορούσαν να γίνονται επιτόπου στα σχολεία και να λαμβάνουν μέρος γονείς και εκπαιδευτικοί.

Εν τέλει, μπορεί να λεχθεί ότι η παροχή γενικών γνώσεων παιδικής ψυχοπαθολογίας συνδυαστικά με τη συστηματική επιμόρφωση και κατάρτιση των εκπαιδευτικών σε γενικά και ειδικά θέματα που άπτονται της ΔΕΠ-Υ, κρίνονται απαραίτητα για τη διαμόρφωση ενός ικανοποιητικού επιπέδου γνώσεων, απαλλαγμένο από στερεότυπα και λανθασμένες αντιλήψεις. Εάν αυτό επιτευχθεί, μακροπρόθεσμα το εκπαιδευτικό σύστημα θα είναι ικανό να προσφέρει επιτυχημένα διδακτικά ερεθίσματα για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, προσαρμόζοντας την εκπαιδευτική πράξη στα μέτρα τους. Αυτός είναι και ο στόχος της συγκεκριμένης εργασίας: μέσα από τη διερεύνηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών, να παρέχει τις κατάλληλες πληροφορίες γύρω από τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, που θα βοηθήσουν τους εκπαιδευτικούς να αναζητήσουν τις κατάλληλες μεθόδους μάθησης για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ: άλλωστε, κάθε άτομο μαθαίνει με τον δικό του ιδιαίτερο τρόπο, πόσο μάλλον ένα παιδί που χρειάζεται λίγο περισσότερο την προσοχή μας για να καταφέρει να εστιάσει τη δική του στη μάθηση.

VI. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία. (2000). *Η φροντίδα του μωρού και του μικρού σας παιδιού - Από τη γέννηση έως τα 5 του χρόνια*. Αθήνα: Ποταμός.
- Αντωνοπούλου Α., Σταμπολτζή Α. & Κουβαβά Σ. (υπό κρίση). *Γνώσεις δασκάλων σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)*. Περιοδικό "Παιδαγωγική Επιθεώρηση", (υπό κρίση). Παιδαγωγική Επιθεώρηση.
- Βοστάνης Π. (2006). *Εκπαίδευση για παιδιά με ADHD: Οδηγός για γονείς και εκπαιδευτικούς*. Κέντρο πληροφόρησης για την ψυχική υγεία του Παιδιού και του Εφήβου, Ηλεκτρονική Δημοσίευση: 12/03/2006.
(<http://www.noesi.gr/book/export/html/378>)
- Ίσαρη, Γ. *Ζάχαρη και υπερκινητικότητα στα παιδιά*, Περιοδικό Mommy, Τεύχος 171, σ. 57, Σεπτέμβριος 2009.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Β' έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε. (2001). *Το Υπερκινητικό Παιδί - Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος Ε., Ζουρνατζής, Ε., Παπαηλιού, Χ., & Καραμπά, Ρ. (2003). Ο ρόλος των δασκάλων στην αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ). *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού*, 64-65, 42-50.
- Κάκουρος Ε., Παπαηλιού Χ., Μπαδικιάν Μ., (2006). *Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τη φύση και την αντιμετώπιση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)*. Παιδαγωγική Επιθεώρηση, Τεύχος 41.
- Καλαντζή-Αζίζι, Αγγελή, Κ., Ευσταθίου, Γ. (2005). *Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ-IV. Κλίμακα για Γονείς – Κλίμακα για Εκπαιδευτικούς*. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα.
- 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.

- Καραντάνος Γ. (1995). *Σύντομη αναφορά στο συμπόσιο της ΠΨ.Ε.Ε. με θέμα "Παιδιά με Υπερκινητικό Σύνδρομο και Διαταραχές Διαγωγής: Πρόκληση για τους Ειδικούς και το Σχολείο"*, Σημειώσεις για το Μ.Δ.Δ.Ε.
- Κατσούλη - Συμεώνογλου Α. (1998). *Αδιαφορία για μάθηση-ενοχλητική συμπεριφορά*. 'Το Σχολείο και το Σπίτι', τεύχος 403.
- Λιβανίου, Ε. (2004). *Μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς στην κανονική τάξη*. Κέδρος, Αθήνα.
- Μαριακάκη Α. & Ορφανίδου Μ. *Πως μαθαίνουν τα παιδιά-σβούρες!*, Παιδί και Νέοι Γονείς, Τεύχος 126, σ.174-176, Ιούνιος 2009.
- Μάρκου, Σ. Ν. (1998). *Δυσλεξία, Αριστεροχειρία, Κινητική Αδεξιότητα, Υπερκινητικότητα: Θεωρία, Διάγνωση και Αντιμετώπιση με Ειδικές Ασκήσεις*. Στ' Έκδοση, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπαμπινιώτης, Γ. Δ. (2002). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. (Δεύτερη Έκδοση), ΚΕΝΤΡΟ ΛΕΞΙΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Π.Ε. ΑΘΗΝΑ. (Β' ΑΝΑΤΥΠΩΣΗ, 2005).
- Παπαγεωργίου, Β. (2005). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Εκδ.: Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Σκλατινιώτη Ε. & Εγγλέζου Σ. *Διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα: Πότε αποτελούν διαταραχή;*. Περιοδικό 'Ευεξία', Τεύχος 41, σ.86-89, Ιούνιος 2007.
- Φιλιππίδης Ο., Γεμελιάρη Ε. & Ευθυμίου Φ. (2009). *ΔΕΠ-Υ, Περιοδικό Παιδί & Νέοι Γονείς*, 126, σ.16, Ιούνιος 2009.

B. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Aizen I. & Fishbein M., (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice – Hall.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders (DSM- IV)*. 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, pp.78-85.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice – Hall.
- Barkley, R.A., (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A., (1997). *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Beckle, B. (2004). *Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students*. Journal of Attention Disorders, 7(3), 151-161.
- Birbili, M. (2000). *Translating from one language to another*. Social Research Update, 31. Available on line: <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU31.html>
- Bradley, C. (1937). *The behavior of children receiving benzedrine*. Am J Psychiatry, 94:577–585.
- Cooper, P. & Bilton, K. (2002). *Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: A Practical Guide for Teachers*. London: David Fulton Publishers.
- DuPaul G.J. & Stoner G. (1994). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford Press.
- DuPaul G.J., Junod R.E.V, & Flammer L.M. (2006). *Cognitive – Behavioral Interventions in Educational Settings – A handbook for practice*. Edited by: Mennuti R.B., Freeman A., Christner R.W., Edt: Routledge, Taylor & Francis Group, New York and London.
- Einarsdottir, J. (2007). *Teaching children with ADHD: Icelandic early childhood teachers' perspectives*, Early Child Development and Care, 178:4, p. 375 — 397.
- Francis, G. (1993). *A prevalence study: ADHD in elementary school children*. Canadian Journal of School Psychology, 9(1), 1-27.
- Goldstein, S. & Goldstein, M. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practitioners* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Hawkins, J., Martin, S., Blanchard, K. M., & Brady, M. P. (1991). *Teacher perceptions, beliefs, and interventions regarding children with attention deficit disorders*. Action in Teacher Education, 13(2), 52-59.
- Hoffmann, H., (1845). *Der Struwwelpeter*. Literarische Anstalt, Frankfurt.

- Hong, Y., (2007). *Teachers' perceptions of young children with ADHD in Korea*, *Early Child Development and Care*, 178:4, p. 399 — 414.
- Jensen P.S., Hinshaw S.P. & Swanson J.M. (2001). *Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers*, *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 22(1), 60-73.
- 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.
- Kasten, E., Coury, D.L., & Heron, T E. (1992). *Educators' knowledge and attitudes regarding stimulants in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder*. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13(3), 215-219.
- Kewley, G.D. (1998). *Personal paper: attention deficit hyperactivity disorder is underdiagnosed and undertreated in Britain*. *British Medical Journal* 316, 1594-6.
- Kewley, G.D. (2001). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. London: David Fulton Publishers.
- 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.
- Lee, H., (2000). *Investigation on characteristics and intervention for children with ADHD*, *Journal of Emotional Disturbances & Learning Disabilities*, 16(1), 159–180 [in Korean].
- Leibson, C.L., Naessens, J.M., Brown R.D. & Whisnant J.P. (1994). *Accuracy of hospital discharge abstracts for identifying stroke*, *Stroke*. 1994; Vol 25, 2348-2355. American Heart Association, USA.
- Lim, J., (2004). *Study on thoughts and roles of elementary school teachers for ADHD children*. Unpublished Master's Dissertation. Graduate School of Education at the University of Soowon [in Korean].
- Lou, H.C. (1984). *Focal cerebral dysfunction in developmental learning disabilities*. *Archives of Neurology*, 41, 825-829.

- Mattes, J.A. (1980). *The role of frontal lobe dysfunction in childhood hyperkinesis*. Comparative Psychiatry, 21, 358-369.
- McNicholas, F. & Santosh, P. (1997). Development of the ADHD Knowledge Based Questionnaire. In *Papers and materials arising from the First European Conference for Health and Education Professionals on ADHD, University of Oxford, 7th-9th April*. West Sussex: International Psychology Services, 79-82.
- Overmeyer, S. & Taylor, E. (1999). *Annotation: Principles of treatment for hyperkinetic disorder: practice approaches in the U.K*, Journal of Child Psychology and Psychiatry 40, 1147-1157.
- Pelham, W E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). *Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder*. Journal of Clinical Child Psychology, 27(2), 190-205.
- Pintrich, P. (1990). *Implications of psychological research on student learning and college teaching for teacher education*, in W. Houston, handbook of research on teacher education. New York, Mc Millan.
- Poulou M., Norwich B. (2002). *Cognitive, emotional and behavioral responses to students with Emotional and Behavioral Difficulties; A model of decision-making*, British Educational Research Journal, 28(1), 111-138.
- Power, T.J., Karustis. J.L. & Habboushe, D.F. (2001). *Homework Success for Children with ADHD. A Family-School Intervention Program*. The Guilford Press: New York – London.
- Quinn, P. & McCormick, M. (eds). (1998). *Re-Thinking ADHD: A Guide to Fostering Success in Students with AD/HD at the College Level*. Maryland: Advantage Books.
- Schmidt, M.H. (1993). *Das MCD Konzept ist uberholt*. Deutsches Arzteblatt, 79. Heft, 6, 40-46.
- 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.
- Snider, V.E., Busch, T. & Arrowood, L., *Teacher Knowledge of Stimulant Medication and ADHD*, Remedial and Special Education, Vol. 24, Number 1, January - February 2003, Pages 46-56.
- Still, G.F., (1902). *Some abnormal psychical conditions in children*. Lancet 1: 1008-12, 1077-82, 1163-68.

- Stormont M. & Stebbins M.S. (2005). *Preschool Teachers' Knowledge, Opinions, and Educational Experiences with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*, Teacher Education and Special Education, Vol. 28, No. 1, p. 52-61.
- Tannock, R. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: advances in cognitive, neurobiological, and genetic research*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 29, 289-300.
- Taylor, E. (1986). *The overactive child*. Clinics in Development Medicine, No 97. London: MacKeith Press with Blackwell Scientific. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Weiner, B. (1986). *An attribution theory of motivation and emotion*. New York: Springer Series.
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. New York: Guilford Press.
- Weiss, G. (1990). *Hyperactivity in childhood*. New England Journal of Medicine, 323, 1413-1415.
- 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.
- Zametkin, A.J., Nordahl, T.E., Gross, M., King, A.C., Semple, W.E., Rumsley, J., Hamburger, S., Cohen, R.M. (1990). *Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset*. New England Journal of Medicine, 323, 1361-1366.

Γ. ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- www.pi-schools.gr/download/publications/epitheorisi/teyxos6/deloudi.PDF
- <http://www.add-adhd.org.cy/resources/National%20ADHD%20Awareness%20Day%20Greek.doc>

VII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1: 'Εθνική Ημέρα Ενημέρωσης για την ΔΕΠ-Υ'

Στις ΗΠΑ έχει γίνει η Διακήρυξη της 7^{ης} Σεπτεμβρίου 2004, ως 'Εθνική Ημέρα Ενημέρωσης για την ΔΕΠΥ', η οποία εξαγγέλλει ότι:

- Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι μια χρόνια νευροβιολογική πάθηση που επηρεάζει τόσο τα παιδιά όσο και τους ενήλικες, και δύναται να επέμβει σημαντικά στην ικανότητα ενός προσώπου να ελέγξει το επίπεδο της δραστηριότητας, την συμπεριφορά και την ικανότητα εκτέλεσης καθηκόντων με τους κατάλληλους τρόπους.
- Η ΔΕΠ-Υ μπορεί να επιφέρει καταστρεπτικές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένης της αποτυχίας στο σχολείο και στον εργασιακό χώρο, αντικοινωνική συμπεριφορά, εμπλοκές με το σύστημα δικαιοσύνης, διαπροσωπικές δυσκολίες και κατάχρηση ουσιών.
- Η ΔΕΠ-Υ, η πιο ευρέως διερευνημένη διανοητική διαταραχή στα παιδιά, επηρεάζει περίπου το 3% με 7% των νεαρών παιδιών σχολικής ηλικίας και περίπου το 4% των ενηλίκων από όλες τις φυλετικές, εθνικές και κοινωνικοοικονομικές ομάδες.
- Επιστημονικές μελέτες αποδεικνύουν ξεκάθαρα ότι η κληρονομικότητα είναι ένας παράγοντας κινδύνου, με ποσοστό 10-35% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ να έχουν κάποιο συγγενή πρώτου βαθμού που πάσχει από ΔΕΠ-Υ, και με περίπου 50% των γονέων που πάσχουν από ΔΕΠ-Υ να έχουν ένα παιδί με αυτή την διαταραχή.
- Παρά τις σοβαρές επιπτώσεις για τις οικογένειες των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, μελέτες αποδεικνύουν ότι λιγότερο από 85% με την διαταραχή τυγχάνουν διάγνωσης και λιγότερα από τα μισά παιδιά και ενήλικες με την διαταραχή λαμβάνουν κάποια θεραπεία.

- Επειδή φτωχές κοινότητες και ομάδες μειονοτήτων τυγχάνουν ιδιαίτερα χαμηλής παροχής υπηρεσιών σχετικά με την ΔΕΠ-Υ, αναγνωρίζεται η ανάγκη για σωστή διάγνωση, εκπαίδευση και θεραπεία της ΔΕΠ-Υ.
- Αναγνωρίζεται ότι η έλλειψη ενημέρωσης και κατανόησης της διαταραχής από το ευρύ κοινό, σε συνδυασμό με την επίδραση του κοινωνικού στιγματισμού, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στους αυξημένους αριθμούς μη διαγνωσμένων και αθεράπευτων περιπτώσεων ατόμων και στη διάδοση παραπλανητικών πληροφοριών, προκαλώντας δυσχέρειες στη διάγνωση και θεραπεία της διαταραχής.
- Κρίνεται αδήριτη η ανάγκη για την εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και επαρκώς εκπαιδευμένων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ικανών να διεξάγουν ορθή διάγνωση και να προσφέρουν αποτελεσματική θεραπεία.
- Μελέτες του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας αποκαλύπτουν ότι μέσα από σωστή και εμπεριστατωμένη διάγνωση και θεραπεία, τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ δύνανται να μειωθούν σημαντικά, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής του ατόμου (<http://www.add-adhd.org.cy/resources/National%20ADHD%20Awareness%20Day%20Greek.doc>).

Παράρτημα 2: Αποτελεσματικά μέτρα υποστήριξης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Συμπεριφορά του παιδιού	Αντιδράσεις των γονέων	
	Αποτελεσματικές	Εποικοδομητικές
Κρίση οργής	Απομάκρυνση από το παιδί	Συζήτηση του επεισοδίου μόλις το παιδί ηρεμήσει.
Υπερδιέγερση	Απόσπαση της προσοχής του με άλλη δραστηριότητα	Μόλις ηρεμήσει, οι γονείς του μιλούν για τη συμπεριφορά του.
Χτυπάει ή δαγκώνει	Άμεση απομάκρυνση του παιδιού από το επεισόδιο ή λίγο πριν ξεσπάσει	Συζήτηση με το παιδί των συνεπειών που προκαλούν οι πράξεις του στον εαυτό του και στους άλλους (πόνος, ζημιές, αρνητικά συναισθήματα).
Δεν προσέχει	Αποκατάσταση της οπτικής επαφής για έλξη της προσοχής του	Οι γονείς να μειώσουν τις προσδοκίες τους (να του ζητήσουν να ακούσει μια ιστορία για 3 αντί για 10 λεπτά).
Αρνείται να μαζέψει τα παιχνίδια του	Οι γονείς να μην το αφήσουν να παίξει μέχρι να τα μαζέψει	Οι γονείς να του δείξουν πώς να τα μαζέψει και να το βοηθήσουν. Μόλις τελειώσει, να το επαινέσουν.

(Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, 2000).

Παράρτημα 3: Το ερευνητικό εργαλείο με τίτλο «Ερωτηματολόγιο γνώσεων για τη ΔΕΠ-Υ» που δόθηκε στους εκπαιδευτικούς (McNicholas & Santosh, 1997):

Α' μέρος: Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο:

Ανδρας ☐

Γυναίκα ☐

2. Ηλικία:

21 – 25 ετών ☐ 36 – 45 ετών ☐ άνω των 56 ☐

26 – 35 ετών ☐ 46 – 55 ετών ☐

3. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος – η ☐ Διαζευγμένος- η ☐

Έγγαμος – η ☐ Αριθμός παιδιών, αν έχετε ☐

Χήρος – α ☐

4. Χρόνια υπηρεσίας:

0 - 5 έτη ☐ 11 – 15 έτη ☐ άνω των 20 ετών ☐

6 – 10 έτη ☐ 16 – 20 έτη ☐

5. Τύπος σχολείου που εργάζεστε:

Νηπιαγωγείο ☐

Δημοτικό ☐

Γυμνάσιο ☐

Λύκειο ☐

Ειδικό σχολείο ☐

Τμήμα Ένταξης ☐

6. Εάν εργάζεστε στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, αναφέρετε την ειδικότητά σας:

.....

7. Είχατε ποτέ στην τάξη σας παιδιά με διαγνωσμένη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ); ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

8. Έχετε μετεκπαιδευτεί στην Ειδική Αγωγή; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

9. Αν, ΝΑΙ, προσδιορίστε:

Μαράσλειο Διδασκαλείο ☐

Μεταπτυχιακό ☐

Διδακτορικό ☐

Σεμινάρια Επιμόρφωσης ☐

B' μέρος: **Ερωτηματολόγιο**

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

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

Παράρτημα 4 (από σελ.71): Ανάλυση Πολλαπλών Συγκρίσεων (Multiple Comparisons) ανάμεσα στις σωστές, λανθασμένες και ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ απαντήσεις και στις ειδικότητες των εκπαιδευτικών

Dependent Variable	(I) teacher field/subject	(J) teacher field/subject	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Total number of correct answers	primary mainstream school teacher	primary special needs teacher	-3,622(*)	1,158	,045
		secondary school-language teachers (greek or foreign language)	,212	,582	1,000
		secondary school-science and technology	-,459	,561	1,000
		secondary school arts-music-religion	,712	1,082	1,000
		secondary school home economics, economics	1,712	1,595	1,000
		secondary school physical education and school counselling	1,312	1,258	1,000
	primary special needs teacher	primary mainstream school teacher	3,622(*)	1,158	,045
		secondary school-language teachers (greek or foreign language)	3,833(*)	1,185	,032
		secondary school-science and technology	3,163	1,174	,166
		secondary school arts-music-religion	4,333	1,495	,091
		secondary school home economics, economics	5,333	1,900	,119
		secondary school physical education and school counselling	4,933	1,627	,060

secondary school- language teachers (greek or foreign language)	primary mainstream school teacher	-212	,582	1,000
	primary special needs teacher	-3,833(*)	1,185	,032
secondary school- science and technology	secondary school- science and technology	-,671	,614	1,000
	secondary school arts- music-religion	,500	1,110	1,000
	secondary school home economics, economics	1,500	1,614	1,000
	secondary school physical education and school counselling	1,100	1,282	1,000
	primary mainstream school teacher	,459	,561	1,000
	primary special needs teacher	-3,163	1,174	,166
	secondary school- language teachers (greek or foreign language)	,671	,614	1,000
	secondary school arts- music-religion	1,171	1,099	1,000
	secondary school home economics, economics	2,171	1,607	1,000
	secondary school physical education and school counselling	1,771	1,273	1,000
secondary school arts- music-religion	primary mainstream school teacher	-,712	1,082	1,000
	primary special needs teacher	-4,333	1,495	,091
	secondary school- language teachers (greek or foreign language)	-,500	1,110	1,000
	secondary school- science and technology	-1,171	1,099	1,000
	secondary school home economics, economics	1,000	1,854	1,000
	secondary school physical education and school counselling	,600	1,573	1,000

	secondary school home economics, economics	primary mainstream school teacher	-1,712	1,595	1,000
		primary special needs teacher	-5,333	1,900	,119
		secondary school-language teachers (greek or foreign language)	-1,500	1,614	1,000
		secondary school-science and technology	-2,171	1,607	1,000
		secondary school arts-music-religion	-1,000	1,854	1,000
		secondary school physical education and school counselling	-,400	1,962	1,000
	secondary school physical education and school counselling	primary mainstream school teacher	-1,312	1,258	1,000
		primary special needs teacher	-4,933	1,627	,060
		secondary school-language teachers (greek or foreign language)	-1,100	1,282	1,000
		secondary school-science and technology	-1,771	1,273	1,000
		secondary school arts-music-religion	-,600	1,573	1,000
		secondary school home economics, economics	,400	1,962	1,000
Total number of false answers	primary mainstream school teacher	primary special needs teacher	2,603	1,114	,439
		secondary school-language teachers (greek or foreign language)	-1,009	,560	1,000
		secondary school-science and technology	-,267	,540	1,000
		secondary school arts-music-religion	-1,588	1,040	1,000
		secondary school home economics, economics	-1,731	1,534	1,000

primary special needs teacher	secondary school physical education and school counselling	-1,331	1,210	1,000
	primary mainstream school teacher	-2,603	1,114	,439
	secondary school-language teachers (greek or foreign language)	-3,611(*)	1,140	,039
	secondary school-science and technology	-2,870	1,130	,255
	secondary school arts-music-religion	-4,190	1,438	,087
	secondary school home economics, economics	-4,333	1,827	,400
	secondary school physical education and school counselling	-3,933	1,565	,274
	primary mainstream school teacher	1,009	,560	1,000
	primary special needs teacher	3,611(*)	1,140	,039
	secondary school-science and technology	,741	,590	1,000
secondary school-language teachers (greek or foreign language)	secondary school arts-music-religion	-,579	1,068	1,000
	secondary school home economics, economics	-,722	1,553	1,000
	secondary school physical education and school counselling	-,322	1,233	1,000
	primary mainstream school teacher	,267	,540	1,000
	primary special needs teacher	2,870	1,130	,255
secondary school-science and technology	secondary school-language teachers (greek or foreign language)	-,741	,590	1,000
	secondary school arts-music-religion	-1,321	1,057	1,000
	secondary school home economics, economics	-1,463	1,546	1,000

	secondary school physical education and school counselling	-1,063	1,224	1,000
secondary school arts- music-religion	primary mainstream school teacher	1,588	1,040	1,000
	primary special needs teacher	4,190	1,438	,087
	secondary school- language teachers (greek or foreign language)	,579	1,068	1,000
	secondary school- science and technology	1,321	1,057	1,000
	secondary school home economics, economics	-,143	1,783	1,000
secondary school home economics, economics	secondary school physical education and school counselling	,257	1,513	1,000
	primary mainstream school teacher	1,731	1,534	1,000
	primary special needs teacher	4,333	1,827	,400
	secondary school- language teachers (greek or foreign language)	,722	1,553	1,000
	secondary school- science and technology	1,463	1,546	1,000
	secondary school arts- music-religion	,143	1,783	1,000
	secondary school physical education and school counselling	,400	1,887	1,000
secondary school physical education and school counselling	primary mainstream school teacher	1,331	1,210	1,000
	primary special needs teacher	3,933	1,565	,274
	secondary school- language teachers (greek or foreign language)	,322	1,233	1,000
	secondary school- science and technology	1,063	1,224	1,000

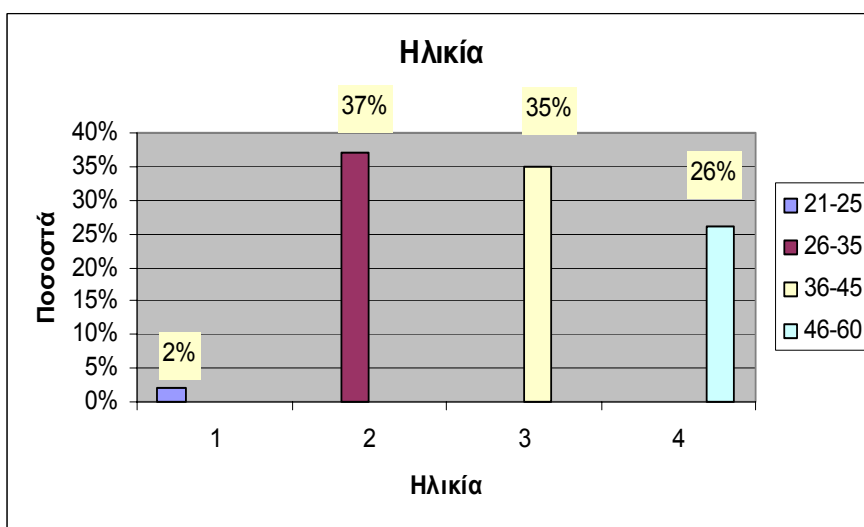
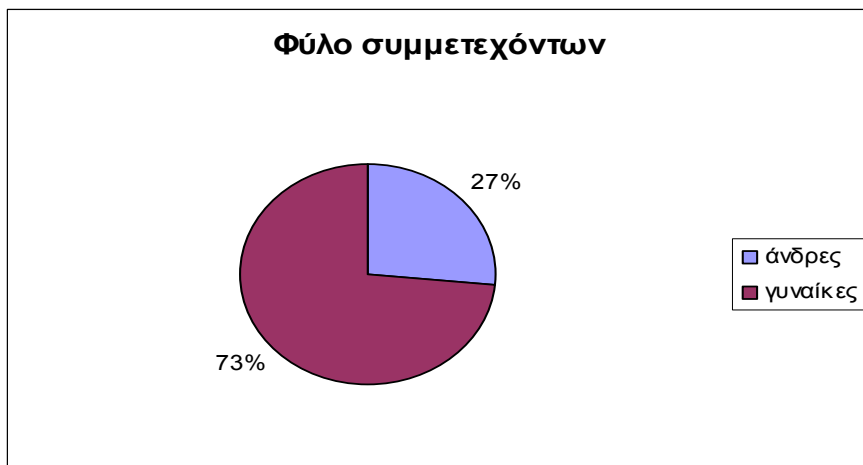
Total number of "don't know" choices	primary mainstream school teacher	secondary school arts- music-religion	-,257	1,513	1,000
		secondary school home economics, economics	-,400	1,887	1,000
		primary special needs teacher	1,019	,646	1,000
		secondary school- language teachers (greek or foreign language)	,797	,325	,321
		secondary school- science and technology	,727	,313	,453
	primary special needs teacher	secondary school arts- music-religion	,876	,603	1,000
		secondary school home economics, economics	,019	,889	1,000
		secondary school physical education and school counselling	,019	,701	1,000
		primary mainstream school teacher	-1,019	,646	1,000
		secondary school- language teachers (greek or foreign language)	-,222	,660	1,000
	secondary school- language teachers (greek or foreign language)	secondary school- science and technology	-,293	,654	1,000
		secondary school arts- music-religion	-,143	,833	1,000
		secondary school home economics, economics	-1,000	1,059	1,000
		secondary school physical education and school counselling	-1,000	,907	1,000
		primary mainstream school teacher	-,797	,325	,321
		primary special needs teacher	,222	,660	1,000
		secondary school- science and technology	-,070	,342	1,000

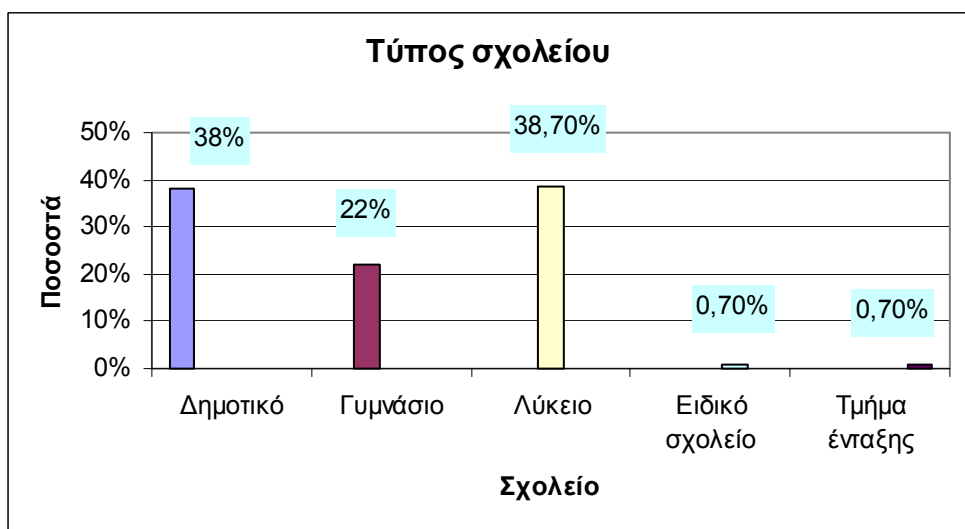
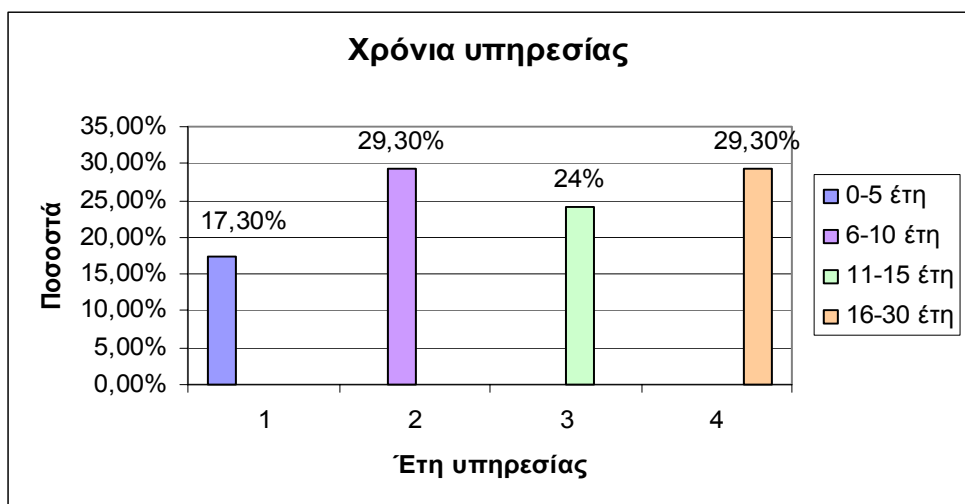
	secondary school arts- music-religion	,079	,618	1,000
	secondary school home economics, economics	-,778	,900	1,000
	secondary school physical education and school counselling	-,778	,715	1,000
secondary school- science and technology	primary mainstream school teacher	-,727	,313	,453
	primary special needs teacher	,293	,654	1,000
	secondary school- language teachers (greek or foreign language)	,070	,342	1,000
	secondary school arts- music-religion	,150	,612	1,000
	secondary school home economics, economics	-,707	,895	1,000
	secondary school physical education and school counselling	-,707	,709	1,000
secondary school arts- music-religion	primary mainstream school teacher	-,876	,603	1,000
	primary special needs teacher	,143	,833	1,000
	secondary school- language teachers (greek or foreign language)	-,079	,618	1,000
	secondary school- science and technology	-,150	,612	1,000
	secondary school home economics, economics	-,857	1,033	1,000
	secondary school physical education and school counselling	-,857	,877	1,000
secondary school home economics, economics	primary mainstream school teacher	-,019	,889	1,000
	primary special needs teacher	1,000	1,059	1,000
	secondary school- language teachers (greek or foreign language)	,778	,900	1,000

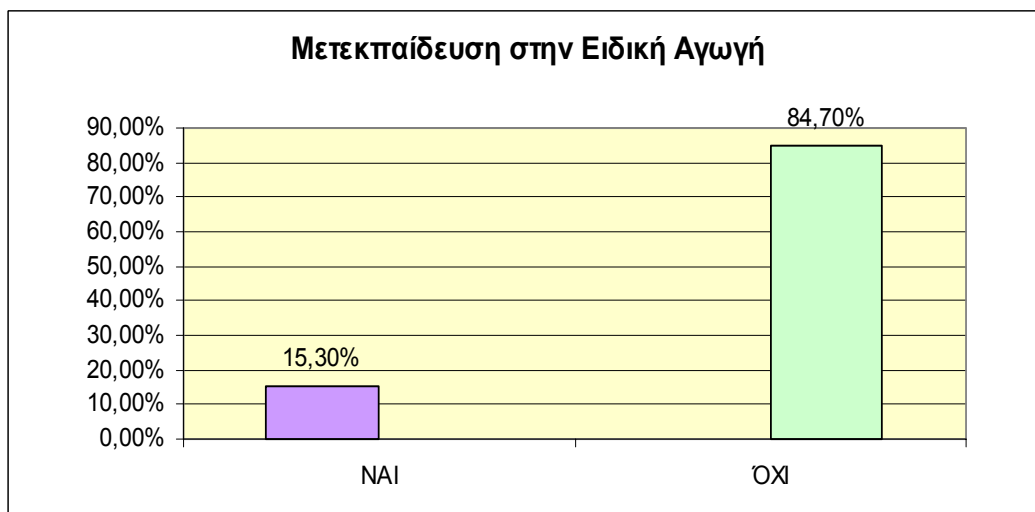
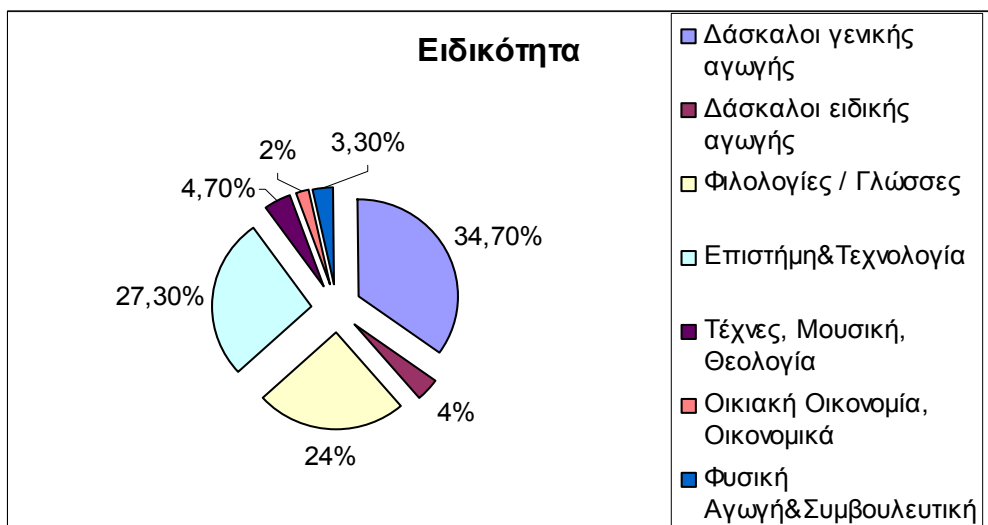
secondary school physical education and school counselling	secondary school- science and technology	,707	,895	1,000
	secondary school arts- music-religion	,857	1,033	1,000
	secondary school physical education and school counselling	,000	1,093	1,000
	primary mainstream school teacher	-,019	,701	1,000
	primary special needs teacher	1,000	,907	1,000
	secondary school- language teachers (greek or foreign language)	,778	,715	1,000
	secondary school- science and technology	,707	,709	1,000
	secondary school arts- music-religion	,857	,877	1,000
	secondary school home economics, economics	,000	1,093	1,000

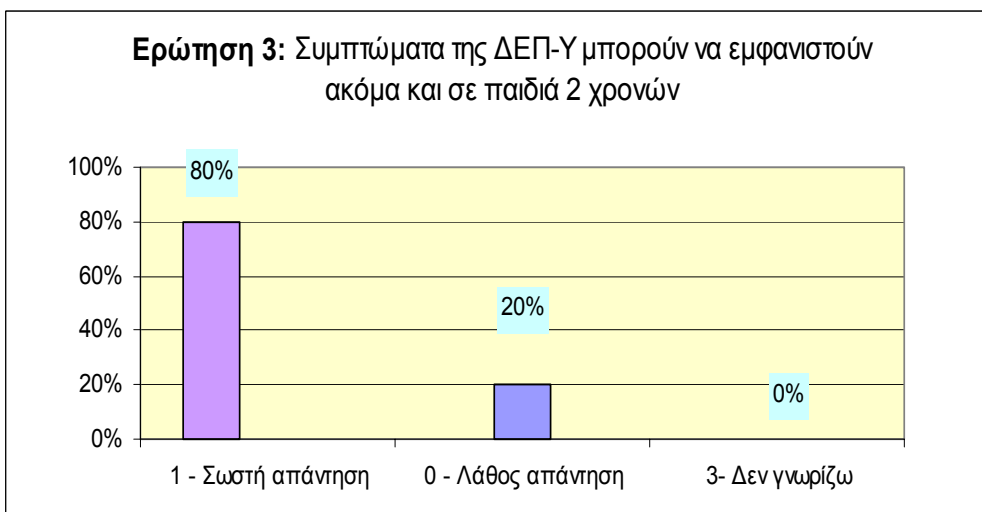
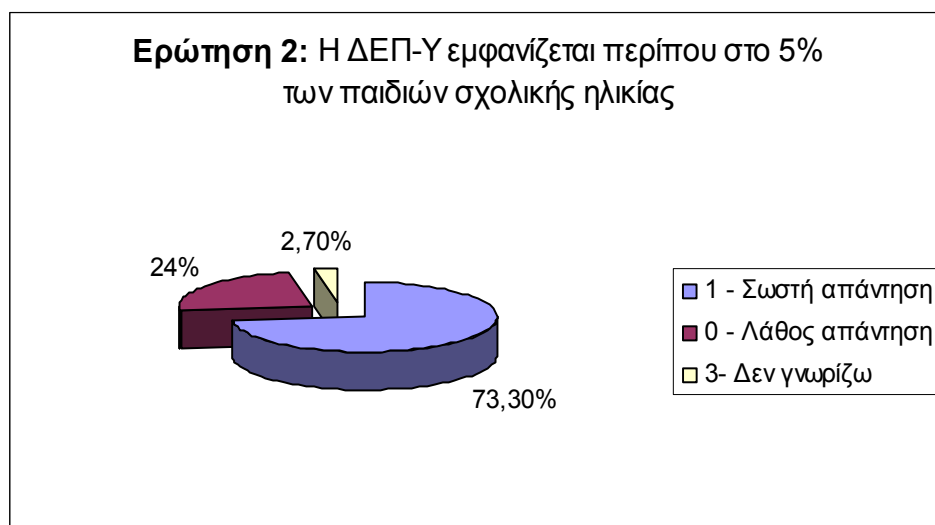
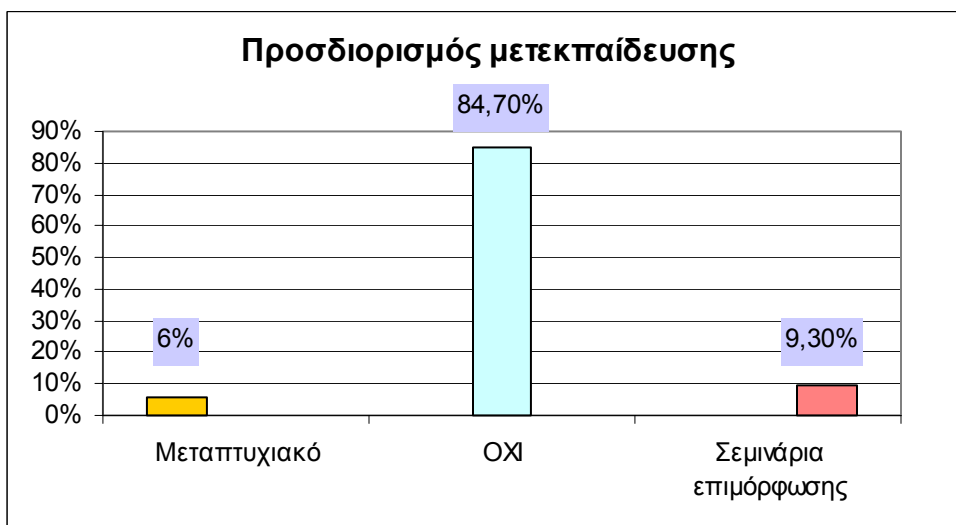
* The mean difference is significant at the .05 level.

Παράρτημα 5: Διαγραμματική απεικόνιση των αποτελεσμάτων

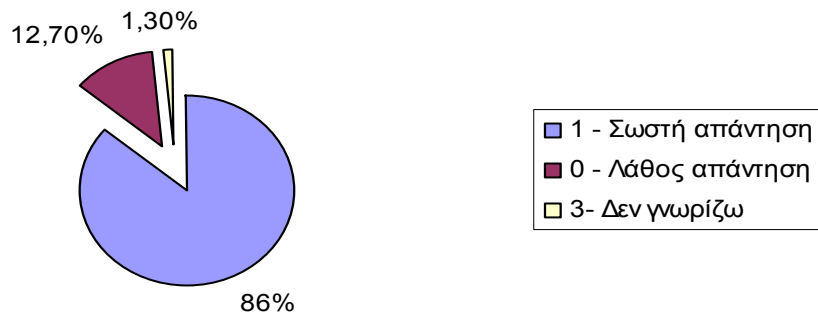




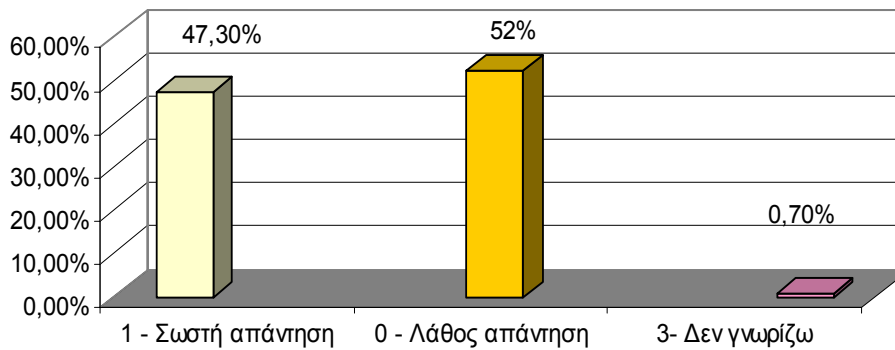




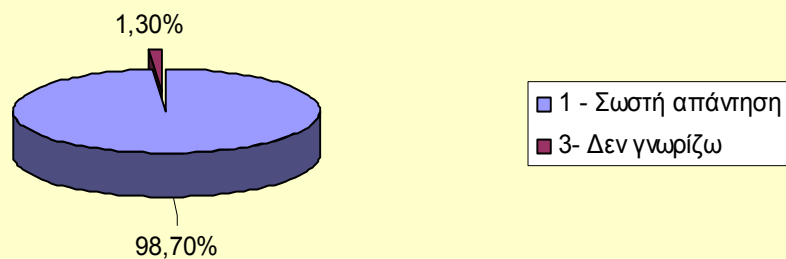
Ερώτηση 4: Τα παιδιά συνήθως ξεπερνούν τη ΔΕΠ-Υ στην ηλικία των 10 ετών



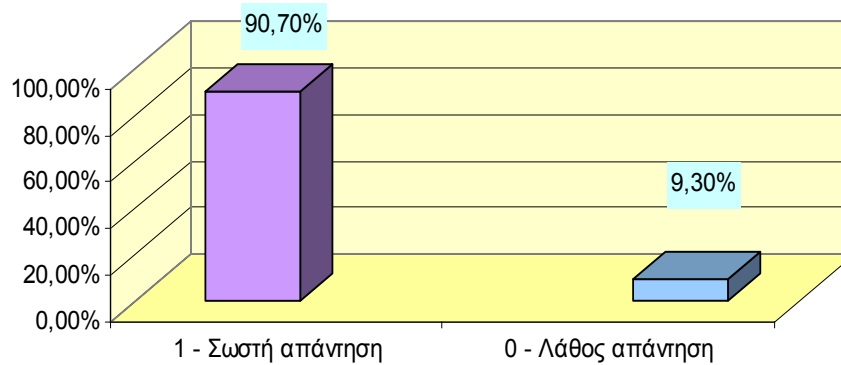
Ερώτηση 6: Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι δημοφιλή μέσα στην τάξη τους



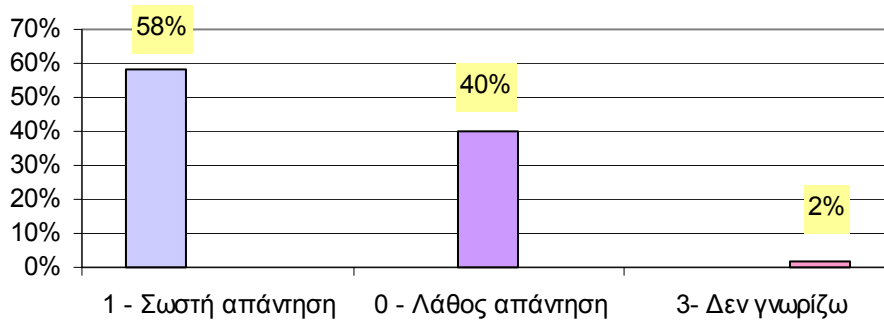
Ερώτηση 7: Η ΔΕΠ-Υ είναι συχνότερη στα κορίτσια



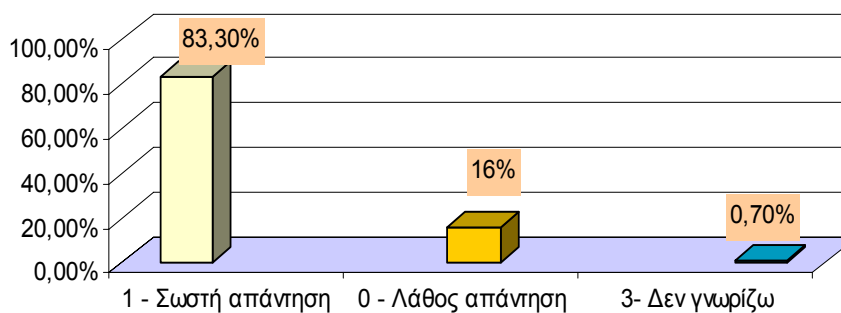
Ερώτηση 9: Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σπανίως αποσπάται η προσοχή τους από τη δουλειά που κάνουν



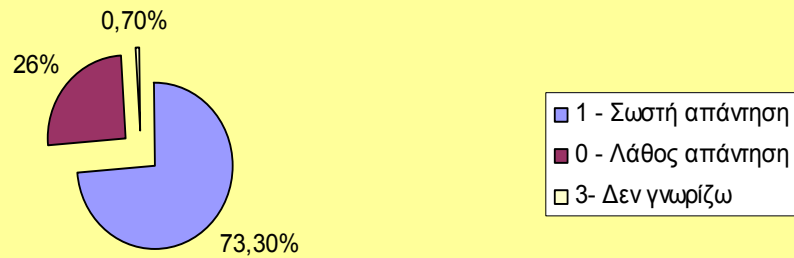
Ερώτηση 10: Η φαρμακευτική αγωγή είναι συνήθως πολύ αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ



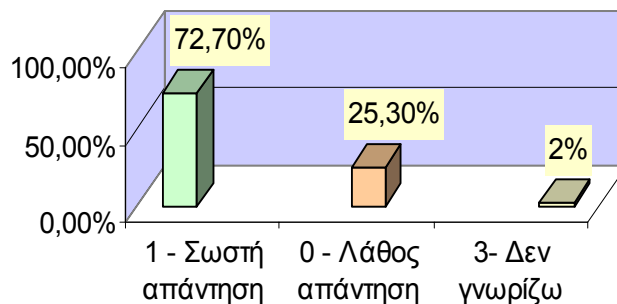
Ερώτηση 11: Η ΔΕΠ-Υ αναγνωρίζεται αυτόματα ως κατηγορία ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών



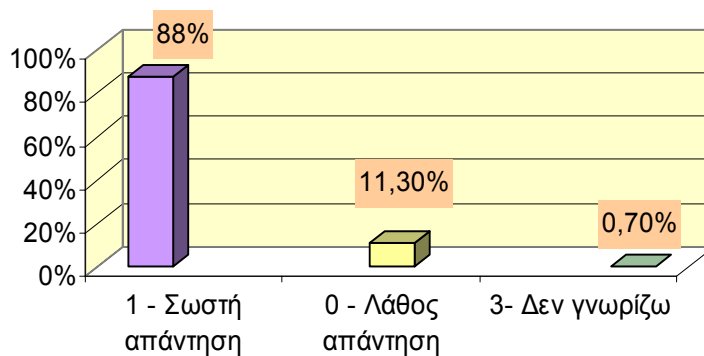
Ερώτηση 12: Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σπανίως παρουσιάζουν επιθετικότητα ή προβλήματα συμπεριφοράς



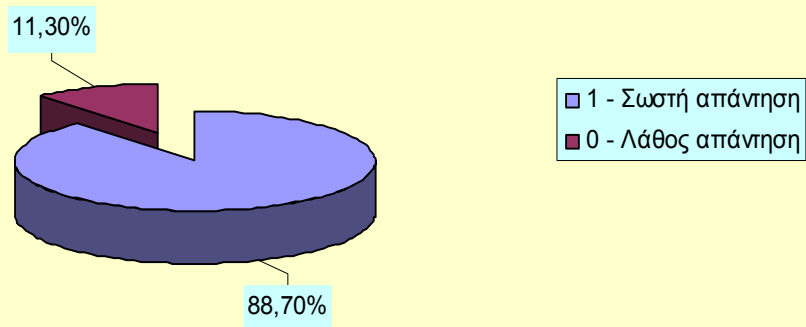
Ερώτηση 13: Διατροφικά στοιχεία όπως οι χρωστικές ουσίες και τα συντηρητικά είναι υπεύθυνα για τη ΔΕΠ-Υ στα περισσότερα παιδιά



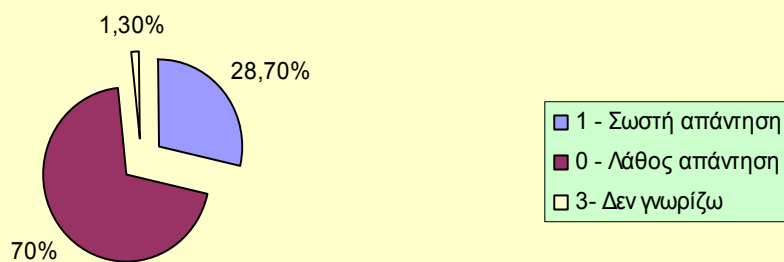
Ερώτηση 14: Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αλλάζουν καθώς το παιδί μεγαλώνει



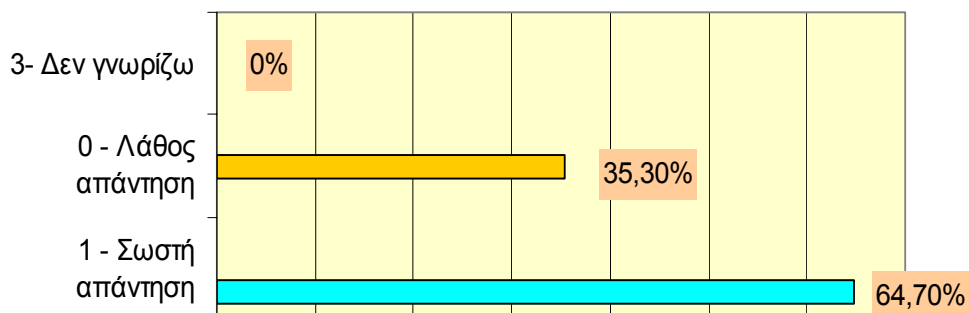
Ερώτηση 15: Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι ανήσυχα, κινούνται
διαρκώς και δεν μπορούν να μείνουν ακίνητα



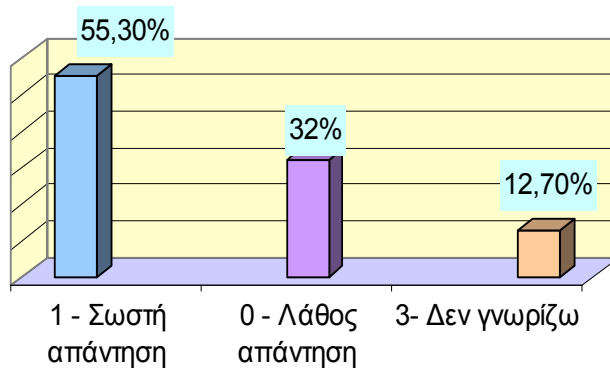
Ερώτηση 16: Η ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως κληρονομική



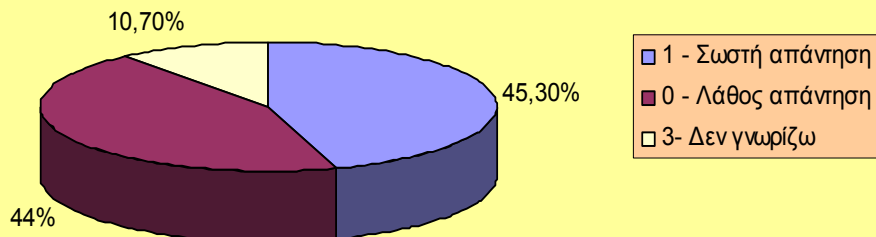
Ερώτηση 17: Η ΔΕΠ-Υ είναι μια 'ταμπέλα' η οποία
χρησιμοποιείται ως δικαιολογία για τα παιδιά με ανάρμοστη
συμπεριφορά



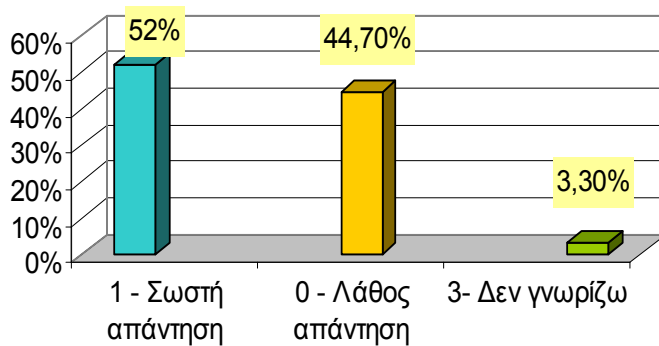
Ερώτηση 18: Η θεραπεία με 'ριταλίνη' συχνά καθυστερεί την ανάπτυξη του παιδιού



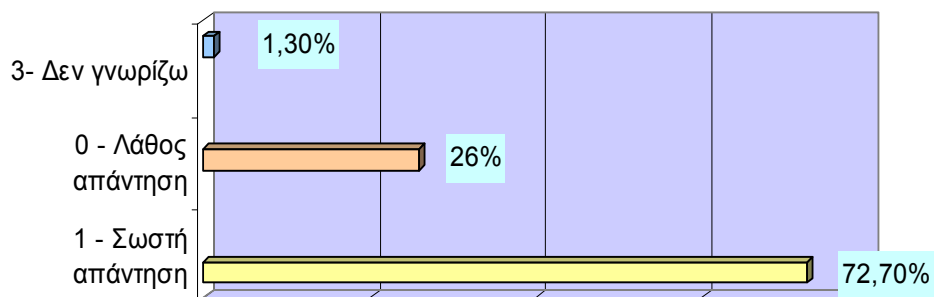
Ερώτηση 19: Αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται μερικές φορές για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ



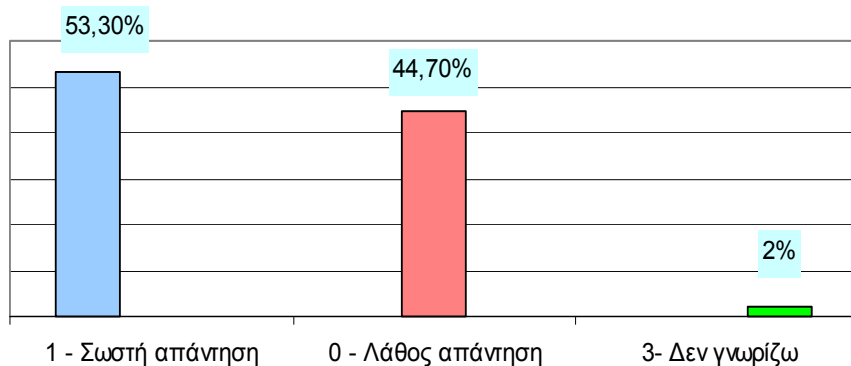
Ερώτηση 20: Η φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ δίνεται μόνο σε περιόδους που το παιδί είναι πολύ ζωηρό



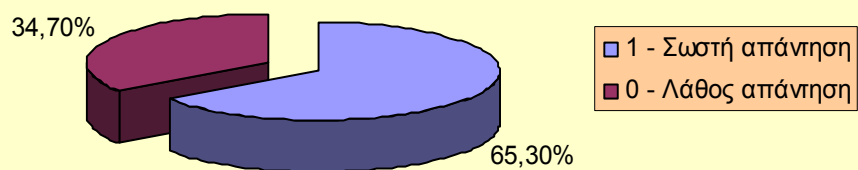
Ερώτηση 21: Η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση από τους γονείς μπορεί να προκαλέσει ΔΕΠ-Υ στο παιδί



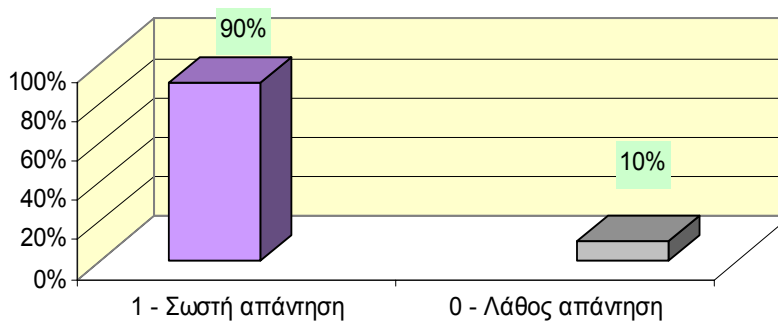
Ερώτηση 22: Ένα παιδί που είναι υπερδραστήριο στο σπίτι αλλά όχι στο σχολείο, δεν μπορεί να πάσχει από ΔΕΠ-Υ



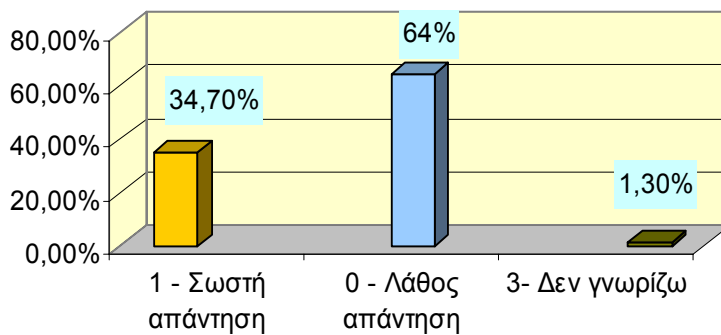
Ερώτηση 23: Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά ανακατεύονται σε συζητήσεις και μιλούν συνεχώς



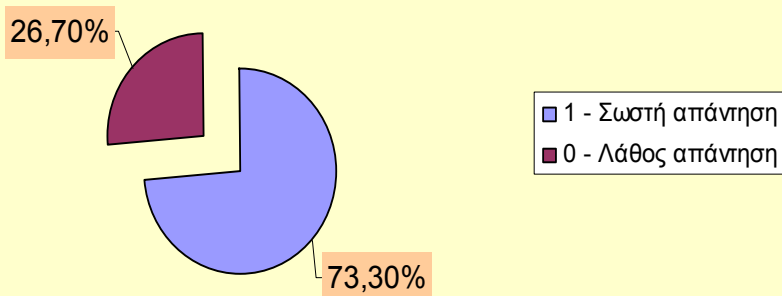
Ερώτηση 25: Η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ περιγράφονται από τους δασκάλους ως παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς



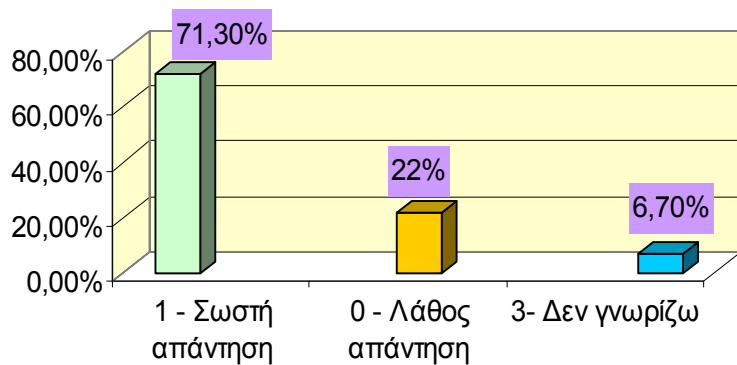
Ερώτηση 26: Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα καταφέρνουν καλύτερα σε συνθήκες που είναι λιγότερο δομημένες



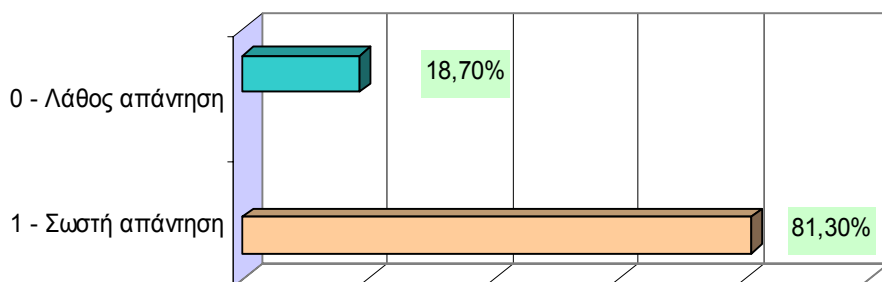
Ερώτηση 27: Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν συνήθως χαμηλή αυτοεκτίμηση



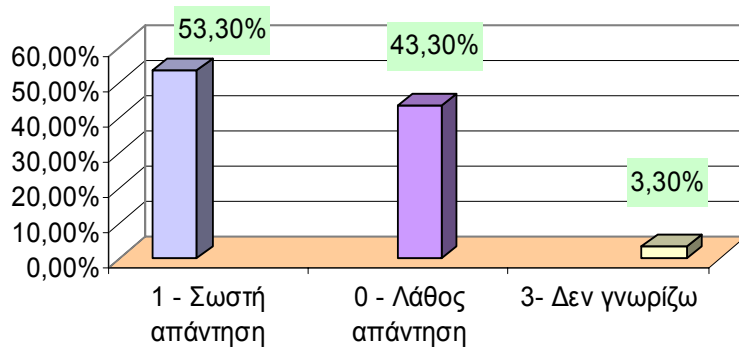
Ερώτηση 28: Η ΔΕΠ-Υ θεωρείται ότι προκαλείται από νευροχημικές ανωμαλίες στον εγκέφαλο



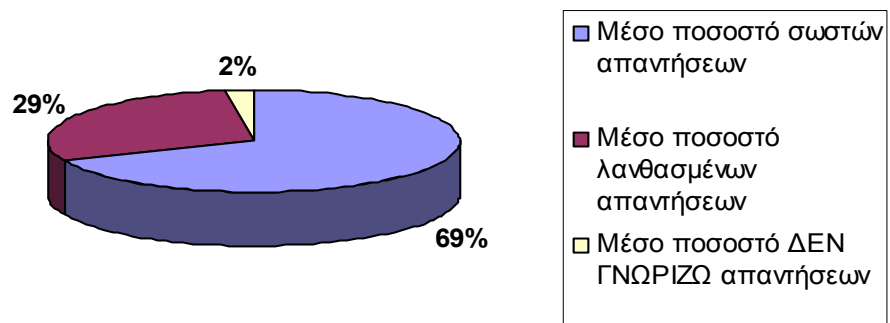
Ερώτηση 29: Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εργάζονται βιαστικά και κάνουν λάθη από απροσεξία



Ερώτηση 30: Οι οικογενειακοί παράγοντες είναι λιγότερο σημαντικοί από τους βιολογικούς στην αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ



Μέσα ποσοστά απαντήσεων



Μέσος όρος σωστών απαντήσεων στις 4 κατηγορίες

