



**ΚΟΙΝΟ ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΣΧΟΛΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ»**

**“SCHOOL COUNSELING AND GUIDANCE”**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΣΤΡΑΒΟΔΗΜΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ- ΕΥΦΡΑΙΜΙΑ**

**A.M 218043**

**ΘΕΜΑ: «Διερεύνηση των απόψεων των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με μαθητές με ΔΕΠ-Υ και την εκπαίδευσή τους»**

<b>Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή</b>			
<b>ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ</b>	<b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΙΔΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΤΜΗΜΑ/ΣΧΟΛΗ</b>
	ΘΩΜΑΣ ΜΠΑΜΠΑΛΗΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	Π.Τ.Δ.Ε- Ε.Κ.Π.Α
<b>ΜΕΛΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ</b>	ΜΑΡΙΑ ΚΑΪΛΑ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ
<b>ΜΕΛΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ</b>	ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΤΣΩΛΗ	ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	Π.Τ.Δ.Ε- Ε.Κ.Π.Α

Αθήνα, 2020



**ΚΟΙΝΟ ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΣΧΟΛΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ»**

**“SCHOOL COUNSELING AND GUIDANCE”**

«Διερεύνηση των απόψεων των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής της  
Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με μαθητές με ΔΕΠ-Υ και την εκπαίδευσή  
τους»

**ΣΤΡΑΒΟΔΗΜΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ- ΕΥΦΡΑΙΜΙΑ**

<b>Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή</b>			
<b>ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ</b>	<b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΙΔΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΤΜΗΜΑ/ΣΧΟΛΗ</b>
	ΘΩΜΑΣ ΜΠΑΜΠΑΛΗΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	Π.Τ.Δ.Ε- Ε.Κ.Π.Α
<b>ΜΕΛΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ</b>	ΜΑΡΙΑ ΚΑΪΛΑ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ
<b>ΜΕΛΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ</b>	ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΤΣΩΛΗ	ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	Π.Τ.Δ.Ε- Ε.Κ.Π.Α

Αθήνα, 2020

## Περίληψη

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθούν οι απόψεις των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με τους μαθητές με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) σε σχέση με τα γενικά χαρακτηριστικά, τα συμπτώματα, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της διαταραχής. Στην έρευνα συμμετείχαν 125 εκπαιδευτικοί (84 εκπαιδευτικοί γενικής αγωγής και 41 ειδικής αγωγής). Η αξιολόγηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών έγινε με την κλίμακα μέτρησης γνώσεων σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας (Knowledge of Attention Deficit- Disorders Scale- KADDS), μια κλίμακα 36 ερωτήσεων που μετρά τις γνώσεις και τις παρερμηνείες των εκπαιδευτικών όσον αφορά τη φύση, την αιτιολογία και την πρόγνωση της ΔΕΠ-Υ, τη συμπτωματολογία και την αντιμετώπισή της. Τα ερευνητικά αποτελέσματα φανερώνουν ότι οι εκπαιδευτικοί γνωρίζουν περισσότερο για τα συμπτώματα- διάγνωση, λιγότερα για τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της διαταραχής και ακόμη πιο λίγα για την αντιμετώπισή της. Οι γνώσεις των δασκάλων βρέθηκαν να επηρεάζονται από την ηλικία και την προηγούμενη διδακτική τους εμπειρία με μαθητές με ΔΕΠ-Υ, ενώ δεν βρέθηκαν να επηρεάζονται από το φύλο, το ατομικό επίπεδο εκπαίδευσης, την ειδικότητα και τα χρόνια υπηρεσίας. Τα πορίσματα της έρευνας υποδεικνύουν την αναγκαιότητα διενέργειας επιμορφωτικών δράσεων των εκπαιδευτικών σε θέματα που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ, καθώς και τη σπουδαιότητα του ρόλου τους στην υποστήριξη των μαθητών στη σχολική τάξη.

**Λέξεις-κλειδιά:** γνώσεις, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), εκπαιδευτικοί γενικής και ειδικής αγωγής

## Abstract

The purpose of this study is to investigate the views of Primary Education teachers, general and special education, on students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in relation to their general characteristics, symptoms, diagnosis and treatment. 125 teachers (84 general education and 41 special education teachers) participated in the study. Teachers' knowledge was assessed on the Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS), a 36-item scale measuring teachers' knowledge and misconceptions about nature, the causes and prognosis of ADHD, its symptomatology and its treatment. The results show that teachers know more about the symptoms-diagnosis, less about the general characteristics of the disorder and even less about its intervention. Teachers' knowledge was found to be affected by their age and previous teaching experience with students with ADHD, while they were not found to be affected by gender, individual level of education, specialty and years of service. The findings of the study indicate the need to conduct educational activities on ADHD issues, as well as the importance of their role in supporting students in the classroom.

**Key words:** knowledge, Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD), general-special education teachers

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	iii
Abstract.....	iv
Περιεχόμενα.....	iv
Περιεχόμενα Πινάκων .....	vii
Περιεχόμενα Γραφημάτων .....	viii
Συντομογραφίες .....	ix
Πρόλογος.....	x
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Η ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....</b>	<b>1</b>
1.1 Διατύπωση του προβλήματος .....	1
1.2 Σκοπός- στόχοι της μελέτης.....	2
1.3 Αναγκαιότητα- σημαντικότητα της μελέτης.....	2
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΠ-Υ .....</b>	<b>4</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ- ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ .....</b>	<b>14</b>
3.1 Ορισμός.....	14
3.2 Ιστορική αναδρομή.....	15
3.3 Θεωρητικές προσεγγίσεις της ΔΕΠ-Υ.....	18
3.4 Συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ.....	21
3.5 Η επιδημιολογία της ΔΕΠ-Υ.....	24
3.6 Η αιτιοπαθογένεση της ΔΕΠ-Υ.....	27
3.7 Μέσα και διαδικασία αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ.....	31
3.8 Διαγνωστικά κριτήρια για τη ΔΕΠ-Υ.....	34

3.9 Συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ.....	40
3.10 Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ.....	46
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ</b> .....	54
4.1 Σκοπός- στόχοι της έρευνας.....	54
4.2 Τα ερευνητικά ερωτήματα .....	54
4.3 Αναγκαιότητα- χρησιμότητα της έρευνας.....	55
4.4 Συμμετέχοντες.....	55
4.5 Το ερευνητικό εργαλείο.....	59
4.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	62
4.7 Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων .....	63
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....	65
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	81
6.1 Συζήτηση των ευρημάτων της μελέτης.....	81
6.2 Οριοθετήσεις και περιορισμοί της έρευνας.....	84
6.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	84
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	86
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b> .....	104

## Περιεχόμενα Πινάκων

- Πίνακας 1** Συχνότητα και ποσοστό ανδρών και γυναικών **Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- Πίνακας 2** Κατανομή συμμετεχόντων σε ηλικιακές ομάδες **Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- Πίνακας 3** Έτη υπηρεσίας συμμετεχόντων ανάλογα με την ειδικότητα των εκπαιδευτικών ..... **Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- Πίνακας 4** Επίπεδο σπουδών συμμετεχόντων.....58
- Πίνακας 5** Απάντηση στην ερώτηση περί ύπαρξης ή μη μαθητή με διαγνωσμένη ΔΕΠ-Υ ..... 59
- Πίνακας 6** Συχνότητες και ποσοστά απαντήσεων για κάθε ερώτηση της υποκλίμακας «χαρακτηριστικά γνωρίσματα»..... **Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- Πίνακας 7** Συχνότητες και ποσοστά απαντήσεων για κάθε ερώτηση της υποκλίμακας «συμπτώματα/ διάγνωση» ..... 67
- Πίνακας 8** **Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.** Συχνότητες και ποσοστά απαντήσεων για κάθε ερώτηση της υποκλίμακας «παρέμβαση» ..... 68
- Πίνακας 9** Δείκτης αξιοπιστίας των υποκλιμάκων και του συνόλου του ερωτηματολογίου ..... **Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- Πίνακας 10** Έλεγχος κανονικότητας των υποκλιμάκων και του συνόλου του ερωτηματολογίου ανάλογα με το φύλο ..... **Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- Πίνακας 11** Έλεγχος κανονικότητας των υποκλιμάκων και του συνόλου του ερωτηματολογίου ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα των εκπαιδευτικών **Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- Πίνακας 12** Έλεγχος κανονικότητας των υποκλιμάκων και του συνόλου του ερωτηματολογίου ανάλογα με την ειδικότητα **Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- Πίνακας 13** Έλεγχος κανονικότητας των υποκλιμάκων και του συνόλου του ερωτηματολογίου ανάλογα με τα έτη υπηρεσίας των εκπαιδευτικών **Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**

**Πίνακας 14** Έλεγχος κανονικότητας των υποκλιμάκων και του συνόλου του ερωτηματολογίου ανάλογα με τα επίπεδο σπουδών των εκπαιδευτικών **Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

**Πίνακας 15** Έλεγχος κανονικότητας των υποκλιμάκων και του συνόλου του ερωτηματολογίου ανάλογα με ύπαρξη ή μη διαγνωσμένου με ΔΕΠ-Υ παιδιού στην τάξη.....75

### Περιεχόμενα Γραφημάτων

**Γράφημα 1** Ποσοστό ανδρών και γυναικών **Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

**Γράφημα 2** Κατανομή συμμετεχόντων σε ηλικιακές ομάδες **Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

**Γράφημα 3** Έτη υπηρεσίας συμμετεχόντων ανάλογα με την ειδικότητα των εκπαιδευτικών ..... 58

**Γράφημα 4** Επίπεδο σπουδών συμμετεχόντων..... 59

**Γράφημα 5** Θηκόγραμμα του συνολικού δείκτη του ερωτηματολογίου κατά ηλικιακή ομάδα..... 77



## Συντομογραφίες

ADHD: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

APA: American Psychiatric Association

ΔΕΠ-Υ: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

FMRI: Functional Magnetic Resonance Imaging (λειτουργική τομογραφία μαγνητικού συντονισμού)

ΗΕΓ: Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

MRI: Magnetic Resonance Imaging (Μαγνητική Τομογραφία)

## Πρόλογος

Η παρούσα διπλωματική εργασία εντάσσεται στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Σχολική Συμβουλευτική & Καθοδήγηση» που διεξάγει το Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με το τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου της Κύπρου. Αποτελεί μια πρώτη ερευνητική προσπάθεια και θα ήταν αδύνατο να ολοκληρωθεί, χωρίς τη συμβολή και τη συνεργασία πολλών ανθρώπων, στους οποίους οφείλω τις πιο θερμές ευχαριστίες.

Αρχικά, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τον υπεύθυνο καθηγητή κ. Μπαμπάλη Θωμά για την καθοδήγηση και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε για την πραγματοποίηση της εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τους Διευθυντές και τους συναδέλφους εκπαιδευτικούς γενικής και ειδικής αγωγής που έλαβαν μέρος στην έρευνα για την εξαιρετική συνεργασία και τις συμβουλές που μου έδωσαν.

Δεν θα μπορούσα να μην εκφράσω και την ευγνωμοσύνη μου προς τους γονείς μου, τον αδερφό μου, τις φίλες μου και τους φίλους μου που λειτούργησαν ως συνοδοιπόροι στην ακαδημαϊκή μου πορεία, αλλά και για την πίστη και την αγάπη τους κατά τη διάρκεια της συγγραφής της μελέτης

Η ολοκλήρωση αυτής της εργασίας σηματοδοτεί την ολοκλήρωση των μεταπτυχιακών σπουδών, μια εμπειρία από την οποία αποκόμισα σημαντικές γνώσεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Η ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

### 1.1 Διατύπωση του προβλήματος

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, τα τελευταία σαράντα περίπου χρόνια, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) απασχολεί σε διεθνές επίπεδο τους ειδικούς της ψυχικής υγείας περισσότερο από κάθε άλλη διαταραχή, γεγονός που οφείλεται τόσο στην αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό όσο και στην υψηλή συννοσηρότητα της διαταραχής με μια ποικιλία άλλων δυσκολιών και προβλημάτων (Barkley & Peters, 2012).

Η κινητική, γνωστική και γλωσσική ανάπτυξη, οι μαθησιακές επιδόσεις, οι συναισθηματικές αντιδράσεις, η κοινωνική αλληλεπίδραση, οι διαπροσωπικές σχέσεις και γενικότερα η συμπεριφορά και η λειτουργικότητα του ατόμου επηρεάζονται αρνητικά σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό από την ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ, ενώ οι συνέπειες αυτές επεκτείνονται στο ευρύτερο οικογενειακό, σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού (Walczak & Estrada, 2017).

Για τον λόγο αυτό, οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί και οι ειδικοί της ψυχικής υγείας συντάσσονται όλοι σε έναν κοινό στόχο που δεν είναι άλλος από τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της κατάλληλης παρέμβασης με βασικό σκοπό την αξιοποίηση των δυνατοτήτων του παιδιού και την απόσβεση των ελλειμμάτων της λειτουργικότητας του, λαμβάνοντας υπόψη τα βασικά αίτια αλλά και τις κατάλληλες τεχνικές διαχείρισης της ΔΕΠ-Υ (Powell, Parker & Harpin, 2017).

Συνεπώς, αναδύεται η ανάγκη για εκπαίδευση των εκπαιδευτικών σχετικά με τον εντοπισμό και τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ στη σχολική τάξη, δεδομένου ότι ο

εκπαιδευτικός είναι επικοινωνητικό να αναγνωρίζει, να κατανοεί τις δυσκολίες και να διαχειρίζεται αποτελεσματικά τη συμπεριφορά του παιδιού.

## 1.2 Σκοπός- στόχοι της μελέτης

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθούν οι απόψεις, οι γνώσεις και οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με τους μαθητές με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα σε τρεις σημαντικές περιοχές:

- i. Τα σχετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της διαταραχής (γενικές πληροφορίες για τη φύση, τις αιτίες και την πρόγνωση της),
- ii. Τα συμπτώματα- ενδείξεις της διαταραχής,
- iii. Την παρέμβαση για τη ΔΕΠ-Υ.

Ως επιμέρους στόχοι της εργασίας τίθενται η διερεύνηση ζητημάτων που άπτονται της διερεύνησης του βαθμού ενημέρωσης των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ σε συνάρτηση με το φύλο, την ηλικία, την ειδικότητα, το ατομικό επίπεδο εκπαίδευσης, τα χρόνια υπηρεσίας και την προηγούμενη διδακτική εμπειρία με μαθητή με ΔΕΠ-Υ.

## 1.3 Αναγκαιότητα- σημαντικότητα της μελέτης

Τόσο η έλλειψη επαρκών ερευνητικών δεδομένων στον ελληνικό χώρο που αφορούν στη διερεύνηση των απόψεων και των γνώσεων των εκπαιδευτικών όσο και ο σημαντικός ρόλος των εκπαιδευτικών στην αναγνώριση, ταυτοποίηση, διαχείριση και αποτελεσματική παρέμβαση της ΔΕΠ-Υ, οδήγησε στον σχεδιασμό και την εκπόνηση της παρούσας μελέτης, η οποία επιχειρήσει να διερευνήσει τις γνώσεις και τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής της Πρωτοβάθμιας

Εκπαίδευσης σχετικά με τους μαθητές με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΠ-Υ

Στη διεθνή αλλά και εγχώρια βιβλιογραφία δίνεται όλο και περισσότερη έμφαση στις γνώσεις, στις στάσεις και στις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών απέναντι στη ΔΕΠ-Υ, καθώς αυτές καθορίζουν την επιτυχή αναγνώριση, διαχείριση, παρέμβαση και αντιμετώπιση της διαταραχής (Alkahtani, 2013; Anderson, Watt, Noble & Shanley, 2012; Bradshaw & Kamal, 2013; Canu & Mancil, 2012; Munshi, 2014; Soroa et al., 2013; Stampoltzis & Antonopoulou, 2013).

Οι γνώσεις και οι στάσεις περιλαμβάνουν την έκταση των πληροφοριών και των αξιολογήσεων των ατόμων σχετικά με τις διάφορες όψεις των κοινωνικών φαινομένων. Οι στάσεις διαμορφώνονται σε συνάρτηση με το ευρύτερο περιβάλλον, τις προτιμήσεις και τις πηγές των κοινωνικών επιρροών. Η ισχύς των στάσεων εξαρτάται από το πόσο ριζοσπαστικές ή συντηρητικές είναι, από το πόσο σημαντικές θεωρούνται, από την ατομική βεβαιότητα και την προσωπική εμπειρία των ατόμων που τις φέρουν (Jimoh, 2014).

Οι εκπαιδευτικοί, ανάλογα με την ακαδημαϊκή τους κατάρτιση και τη διδακτική τους εμπειρία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση και τη διαχείριση μαθητών με ΔΕΠ-Υ, καθώς παρακολουθούν και αξιολογούν συνεχώς, μέσα από σταθμισμένες κλίμακες, τις επιδόσεις τους κατά τη μαθησιακή διαδικασία, τις κοινωνικές συμπεριφορές τους στο χώρο του σχολείου, παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για τη φύση, τη συχνότητα, τη βαρύτητα της διαταραχής, την αναγκαιότητα παραπομπής σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τη θεραπευτική παρέμβαση, καθορίζουν ανάλογα τη συμπεριφορά τους και τη διδακτική τους

προσέγγιση και έτσι οι στάσεις τους είναι ισχυρότερες, σε σύγκριση με τις ασθενέστερες, μεταβλητές νοοτροπίες (Jimoh, 2014).

Μελέτες για τις γνώσεις και στάσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ στην Ευρώπη, την Ασία, τη Μέση Ανατολή, την Αυστραλία και την Αμερική παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις, λόγω μεθοδολογικών διακυμάνσεων, εκπαιδευτικού συστήματος, γεωγραφικών και πολιτισμικών παραμέτρων του δείγματος και επισημαίνουν την αναγκαιότητα εξειδίκευσης των εκπαιδευτικών παγκοσμίως στην αναγνώριση, ταυτοποίηση και θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ με έγκαιρη παραπομπή των μαθητών με ΔΕΠ-Υ στους ειδικούς ψυχικής υγείας. Οι εκπαιδευτικοί σημειώνουν υψηλότερα ποσοστά γνώσεων για τη ΔΕΠ-Υ στην Αυστραλία, τη Βόρεια Αμερική και το Ηνωμένο Βασίλειο, συγκριτικά με την Ασία, τη Μέση Ανατολή και την Αφρική. Οι δάσκαλοι έχουν βασικές γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ στο Πουέρτο Ρίκο, το Πακιστάν και τη Νιγηρία (Ibukun, Oluyemi, Abidemi, Suraj & Ola, 2015; Jimoh, 2014; Mirza, Nisar, & Ikram, 2017), ενώ έχουν ουσιαστική έλλειψη γνώσης για τη διαταραχή στην Αίγυπτο, τη Σαουδική Αραβία, τη Νέα Ζηλανδία και τη Νότια Αφρική (Topkin, Roman & Mwaba, 2015).

Από τη δεκαετία του 1990 ως σήμερα, πολλές έρευνες, με βάση κυρίως τις κλίμακες: *Jerome, Gordon & Hulster (1994) "ADHD Knowledge Based Questionnaire K-ADHD"* και *Sciutto, Terjesen & Bender Frank (2000) "Knowledge About Attention Defic Disorder Scale- Questionnaire-KADDS-Q"* διερεύνησαν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τα συμπτώματα και τα αίτια της ΔΕΠ-Υ (Bekle, 2004; Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain, 2008; Sciutto et al., 2000; West, Taylor, Houghton & Hudyma, 2005), τους τρόπους εκπαίδευσης μαθητών με ΔΕΠ-Υ (Anderson et al., 2012; Ghanizadeh, Bahredar & Moeini, 2006; Sciutto et al., 2000), τους παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών (Anderson et al., 2012; Barbaresi & Olsen,



1998; Bussing, Gary, Leon, Garvan & Reid, 2002) και τον καθοριστικό ρόλο της παιδείας και των γνώσεων των εκπαιδευτικών στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ (Anderson et al., 2012; Ohan et al., 2008; Snider et al., 2003).

Οι Jerome, Gordon και Hustler (1994) χρησιμοποιώντας ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο 20 ερωτήσεων της μορφής «Σωστό-Λάθος» διερεύνησαν τις γνώσεις 439 Αμερικανών και 850 Καναδών εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τη ΔΕΠ-Υ. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως το 78% των εκπαιδευτικών είχαν γενικές γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ, με το μεγαλύτερο ποσοστό να γνωρίζει περισσότερα για τη συμπτωματολογία και την αιτιολογία της διαταραχής, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό γνώριζε για μεθόδους παρέμβασης, διατροφικές συνήθειες και θεωρούσε τη ΔΕΠ-Υ ως μια διαταραχή της παιδικής ηλικίας που ξεπερνιέται κατά την ενηλικίωση.

Η έρευνα των Barbaresi & Olsen (1998) διερεύνησε το επίπεδο ακαδημαϊκής κατάρτισης, γνώσεων και στάσεων 44 εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης γύρω από τη ΔΕΠ-Υ, μέσω ερωτηματολογίου που τους δόθηκε ακριβώς το ίδιο, πριν και μετά από σχετική ενημέρωση για τη ΔΕΠ-Υ. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν τις γνώσεις και τις παρανοήσεις των δασκάλων πριν την ενημέρωση για τη ΔΕΠ-Υ με το 41% των εκπαιδευτικών να πιστεύουν ότι η ΔΕΠ-Υ προκαλείται από κακή γονική ανατροφή, 41% των εκπαιδευτικών να πιστεύουν ότι προκαλείται από την κατανάλωση ζάχαρης και συντηρητικών και το 64% των εκπαιδευτικών να θεωρούν τη χρήση του φαρμάκου Ritalin ως την έσχατη λύση αντιμετώπισης της διαταραχής.

Το 2000 οι Sciutto et al. διενήργησαν μελέτη σε 149 εκπαιδευτικούς έξι δημοτικών σχολείων στην πολιτεία της Νέας Υόρκης των Η.Π.Α., χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο KADDS-Q, (που περιλάμβανε 36 ερωτήσεις της μορφής «Σωστό», «Λάθος», «Δεν γνωρίζω») για να εξετάσουν τις γνώσεις και τις λανθασμένες

αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με τα συμπτώματα, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τις γενικότερες πληροφορίες για τη ΔΕΠ-Υ. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπίστωσαν ότι το 68% των εκπαιδευτικών είχαν επαρκείς γνώσεις για τα γενικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, αλλά μόνο το 43%, οι οποίοι ήταν εκπαιδευτικοί με προηγούμενη διδακτική εμπειρία είχε τις απαραίτητες γνώσεις για την αντιμετώπιση της διαταραχής.

Οι Poulou & Norwich (2002) λαμβάνοντας υπόψη τη θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, την κοινωνικο-γνωστική θεωρία και τη θεωρία της απόδοσης των κινήτρων και των συναισθημάτων διατύπωσαν ένα ερμηνευτικό μοντέλο των συμπεριφορικών αντιδράσεων των εκπαιδευτικών απέναντι στη προβληματική συμπεριφορά των μαθητών τους με ελλιπή αυτοέλεγχο, εντός της σχολικής τάξης. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, το πώς πραγματικά ενεργούν οι εκπαιδευτικοί απέναντι στην προβληματική συμπεριφορά των μαθητών με ΔΕΠ-Υ είναι συνάρτηση των προθέσεων, των αντιλήψεων, των προσωπικών ευθυνών και των συναισθημάτων σε συνδυασμό με την παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών και στρατηγικών παρέμβασης.

Το 2003 οι Snider et al. αξιολόγησαν τις γνώσεις, τις απόψεις, τις στάσεις και την εμπειρία των δασκάλων γενικής και ειδικής αγωγής, σχετικά με τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ και τη θεραπεία της διαταραχής με διεγερτικά φάρμακα. Μελετήθηκε τυχαίο δείγμα 200 εκπαιδευτικών γενικής αγωγής και 200 εκπαιδευτικών ειδικής αγωγής από το Wisconsin των Η.Π.Α. Τα αποτελέσματα της μελέτης αποκάλυψαν ότι οι εκπαιδευτικοί είχαν περιορισμένες γνώσεις σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ και τη χρήση ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων. Οι απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την επίδραση των διεγερτικών φαρμάκων στις σχολικές συμπεριφορές ήταν γενικά θετικές, αν και οι απόψεις των εκπαιδευτικών ειδικής αγωγής ήταν πιο θετικές από εκείνες των

εκπαιδευτικών γενικής αγωγής. Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί, τόσο γενικής, όσο και ειδικής αγωγής διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση και τη θεραπεία των παιδιών που διαγιγνώσκονται με ΔΕΠ-Υ και προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες για την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων.

Η Beckle (2004) χρησιμοποιώντας ένα συνδυασμό των ερωτηματολογίων των Jerome et al. (1994) και Jerome et al. (1999) πραγματοποίησε έρευνα σε 30 εν ενεργεία εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και 40 προπτυχιακούς φοιτητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στο Perth της Αυστραλίας, για να συγκρίνει τις γνώσεις τους για τη ΔΕΠ-Υ. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι γενικές γνώσεις των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ, εκτός από κάποιες παρανοήσεις σχετικά με τη θεραπεία για τη ΔΕΠ-Υ, ήταν υψηλές, καθώς το 83% των συμμετεχόντων εκπαιδευτικών είχαν τις απαραίτητες γνώσεις για τη διαταραχή, συγκριτικά με τις γνώσεις των προπτυχιακών φοιτητών που δεν είχαν αποκτήσει ακόμα επαγγελματική εμπειρία και ειδικότερα διδακτική εμπειρία με μαθητές ΔΕΠ-Υ. Αν και αυτή η διαφορά μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων ήταν στατιστικά σημαντική, τα υψηλά επίπεδα γνώσης για τη ΔΕΠ-Υ και των δύο ομάδων συσχετίστηκαν με περισσότερες θετικές στάσεις απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ

Το 2004, επίσης, οι Kos et al. σχεδίασαν ένα ερωτηματολόγιο με βάση τις κλίμακες K-ADHD και KADDS-Q για να εξετάσουν τις γνώσεις 120 εν ενεργεία εκπαιδευτικών και 45 τελειόφοιτων φοιτητών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης από τη Βικτώρια της Αυστραλίας για τη ΔΕΠ-Υ. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως το συνολικό σωστό ποσοστό γνώσεων των εν ενεργεία εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ ήταν υψηλό (60,7%), συγκριτικά με τους συναδέλφους τους τελειόφοιτους φοιτητές που δεν είχαν εργασιακή εμπειρία.

Μέσω του ερωτηματολογίου KADDS-Q οι West et al. (2005) διερεύνησαν τις γνώσεις 256 εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και 92 γονέων για τη ΔΕΠ-Υ. Η στατιστική ανάλυση αποκάλυψε ότι το KADDS-Q είναι ένα εσωτερικό σταθερό μέτρο των γνώσεων των δασκάλων και των γονέων για τη ΔΕΠ-Υ. Τα ευρήματα της έρευνας κατέδειξαν ότι τα επίπεδα γνώσεων των εκπαιδευτικών και των γονέων σχετικά με τα αίτια της ΔΕΠ-Υ ήταν σημαντικά υψηλότερα από τη γνώση των χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ, τα οποία με τη σειρά τους ήταν σημαντικά υψηλότερα από τις γνώσεις τους για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής. Όταν τα συνολικά αποτελέσματα των γνώσεων των δασκάλων και των γονέων συγκρίθηκαν, τα τελευταία βαθμολογήθηκαν σημαντικά υψηλότερα. Αν και δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα γνώσεων των δασκάλων και των γονέων σχετικά με τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, οι γονείς βαθμολόγησαν σημαντικά υψηλότερα από τους δασκάλους τα ερωτήματα του KADDS-Q για τα αίτια και τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ. Τα ευρήματα αποκάλυψαν επίσης, ότι, παρανοήσεις σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ είναι εμφανείς μεταξύ των γονέων και των εκπαιδευτικών, η επαγγελματική εμπειρία όμως συμβάλλει στην αύξηση της γνώσης των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ.

Το 2006 επίσης, οι Curtis et al. χρησιμοποιώντας την κλίμακα K-ADHD διενήργησαν έρευνα σε δείγμα 159 Αμερικανών και 261 Νεοζηλανδών δασκάλων σχετικά με τις παρεμβάσεις διαχείρισης της συμπεριφοράς μέσα στην τάξη. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν πως η πιο δημοφιλής τεχνική παρέμβασης ήταν η συμπλήρωση του φύλλου καθημερινής καταγραφής, από άλλες τεχνικές παρέμβασης, όπως η χρήση αμοιβών και ποινών. Επίσης, έδειξαν πως το φύλο του μαθητή ήταν ένας ακόμη παράγοντας που επηρέαζε το βαθμό αποδοχής της κάθε παρέμβασης.

Οι Ohan et al. (2008) χρησιμοποιώντας την κλίμακα K-ADHD διενήργησαν έρευνα σε 140 εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στην Αυστραλία, για να

διερευνήσουν τις γνώσεις τους για τη ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τα ευρήματά τους, οι εκπαιδευτικοί της Αυστραλίας διαθέτουν περισσότερες γνώσεις για τα συμπτώματα και των διαγνωστικές μεθόδους για τη ΔΕΠ-Υ από ό, τι για τις αιτίες και τις θεραπείες της διαταραχής. Οι δάσκαλοι των σχολείων διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση των ακαδημαϊκών και συμπεριφορικών προβλημάτων των παιδιών και θεωρούνται μία από τις πιο πολύτιμες πηγές πληροφόρησης σχετικά με τη διάγνωση, διότι έχουν καθημερινή έκθεση σε παιδιά με ποικιλία κλινικά σχετικών καταστάσεων. Κατά συνέπεια, οι δάσκαλοι είναι συχνά οι πρώτοι που κάνουν παραπομπές για αξιολόγηση σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, και αυτές οι παραπομπές έχουν συχνά χρησιμοποιηθεί ως πρόβλεψη για τα συμπτώματα ενός παιδιού.

Στη μελέτη που διεξήχθη από τους Kang, Kim, & Yang (2011) μεταξύ 204 εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, χρησιμοποιώντας την κλίμακα KADDS, στο Busan της Νότιας Κορέας, διαπιστώθηκε πως λιγότερο από το 50% των συμμετεχόντων είχαν προηγούμενη εκπαίδευση για τη ΔΕΠ-Υ, γι' αυτό και υπήρξαν σημαντικές διαφορές στις γνώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη διδασκαλία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τα προβλήματα επικοινωνίας με τους γονείς αυτών των παιδιών θεωρήθηκαν οι πιο ανησυχητικοί παράγοντες. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι θα πρέπει να δημιουργηθούν δίκτυα μεταξύ εκπαιδευτικών, γονέων και επαγγελματιών ιατρικής περίθαλψης και να αναπτυχθούν εκπαιδευτικά προγράμματα για τους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης προκειμένου να ενημερωθούν κατάλληλα για τα παιδιά με ΔΕΠΥ.

Οι Anderson et al. (2012), όπως και οι Scitutto et al. (2000) διαπίστωσαν ότι οι εκπαιδευτικοί με προηγούμενη διδακτική εμπειρία με παιδιά με ΔΕΠ-Υ είχαν σε

μεγάλο βαθμό καλύτερη κατανόηση της κατάστασης, σε αντίθεση με τους δασκάλους με ελάχιστη ή καθόλου εμπειρία.

Μια μελέτη που διενεργήθηκε από τον Alkahtani (2013) με τη χρήση της κλίμακας KADDS για να διερευνήσει τις γνώσεις και τις παρανοήσεις 429 εκπαιδευτικών της Σαουδικής Αραβίας για τη ΔΕΠ-Υ έδειξε ότι η γνώση των διδασκόντων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ ήταν ανεπαρκής. Το επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ σχετίζεται θετικά με την προηγούμενη εκπαίδευσή τους και την εμπειρία τους με τη ΔΕΠ-Υ. Επίσης, το επίπεδο γνώσης της ΔΕΠ-Υ συσχετίστηκε θετικά με το επίπεδο εμπιστοσύνης τους στη διδασκαλία ενός μαθητή με ΔΕΠ-Υ.

Ο Alamri (2014) διενήργησε παρόμοια μελέτη χρησιμοποιώντας το KADDS στη Σαουδική Αραβία, αλλά με μέγεθος δείγματος 202 εκπαιδευτικών και βρήκε υψηλότερο ποσοστό απόκρισης σωστά απαντημένων αντικειμένων (41%). Οι διαφορές μεταξύ αυτών των αποτελεσμάτων μπορεί να οφείλονται σε μεθοδολογικές διαφορές, όπως το μέγεθος του δείγματος, καθώς και οι διαφορές στα επιμέρους χαρακτηριστικά των μελών του δείγματος.

Στην Ελλάδα, οι έρευνες για τις γνώσεις και τις στάσεις των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ είναι συγκριτικά λιγότερες από τις αντίστοιχες διεθνείς μελέτες (Αλεξίου, 2010; Αντωνοπούλου, Σταμπολτζή & Κουβαβά, 2010; Δημάκος, 2007; Κάκουρος, Παπαηλιού & Μπαδικιάν, 2006).

Τις αντιλήψεις 193 εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, με διδακτική εμπειρία 1-37 έτη, για τη φύση και τα αίτια της ΔΕΠ-Υ και το ρόλο που διαδραματίζουν στην αντιμετώπιση της διαταραχής διερεύνησαν οι Κάκουρος και συνεργάτες (2006). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ελλιπή πληροφόρηση των δασκάλων για τη

ΔΕΠ-Υ, αποδίδοντας τα αίτια της διαταραχής σε διαζύγιο, γονικές συγκρούσεις, κακή ανατροφή, παραμέληση, γενετικές ανωμαλίες και νευρολογικές δυσλειτουργίες. Παρά τον ενεργό ρόλο τους στον εντοπισμό, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της διαταραχής, οι ελλειπείς γνώσεις για τα αίτια τους κάνουν να αισθάνονται αναποτελεσματικοί στη θεραπευτική αντιμετώπισή της.

Ο Δημάκος (2007) διερεύνησε το τι γνωρίζουν ή τι νομίζουν ότι γνωρίζουν 247 δάσκαλοι για τη ΔΕΠ-Υ και διαπίστωσε μικρή, αλλά στατιστικά σημαντική θετική συνάφεια μεταξύ των όσων πραγματικά γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί και των όσων νομίζουν ότι γνωρίζουν. Οι γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ δεν αυξάνονται με τα χρόνια υπηρεσίας, αλλά αυξάνονται οι πεποιθήσεις τους για τη ΔΕΠ-Υ, δηλ. πόσο καλά νομίζουν οι εκπαιδευτικοί ότι γνωρίζουν για τη διαταραχή. Τόσο οι πραγματικές γνώσεις, όσο και οι πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με τον αριθμό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που διδάσκουν κάθε ακαδημαϊκό έτος. Μεγαλύτεροι σε ηλικία εκπαιδευτικοί, απόφοιτοι Παιδαγωγικών Ακαδημιών έχουν λιγότερες γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ, συγκριτικά με νεαρούς εκπαιδευτικούς, απόφοιτους Πανεπιστημιακών Παιδαγωγικών Τμημάτων. Οι δάσκαλοι έχουν πιο πολλές γνώσεις για τα χαρακτηριστικά και τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, παρά για την αντιμετώπιση της διαταραχής.

Το 2010 η Αλεξίου διερεύνησε τις γνώσεις 180 εκπαιδευτικών, 57 γενικής αγωγής, 23 ειδικής αγωγής και 100 καθηγητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης από την Αττική, τη Φθιώτιδα και την Κω για τη ΔΕΠ-Υ και διαπίστωσε πως οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής οι μετεκπαιδευόμενοι εκπαιδευτικοί στην Ειδική Αγωγή και οι εκπαιδευτικοί με διδακτική πείρα έχουν πιο πολλές γνώσεις για τον ορισμό, τα συμπτώματα και τη θεραπευτική παρέμβαση της ΔΕΠ-Υ, συγκριτικά με τους

εκπαιδευτικούς γενικής αγωγής, οι οποίοι έχουν περισσότερες γνώσεις συγκριτικά και με τους καθηγητές για τα αίτια και τα συμπτώματα της διαταραχής.

Οι Αντωνοπούλου και συνεργάτες (2010) διερεύνησαν τις γνώσεις 139 εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης από 20 δημοτικά σχολεία της Αττικής για τη ΔΕΠ-Υ, σε συνάρτηση με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή τους κατάσταση, τα χρόνια υπηρεσίας και τη διδακτική εμπειρία τους με μαθητές ΔΕΠ-Υ. Οι ερευνήτριες αποκάλυψαν διάφορα κενά στις αντιλήψεις και τις γνώσεις των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ, ιδιαίτερα στους τομείς της αιτιολογίας και της παρέμβασης. Οι ερευνήτριες υπογράμμισαν επίσης, πως η εξειδικευμένη επιμόρφωση των εκπαιδευτικών γύρω από τη ΔΕΠ-Υ θα συμβάλλει, ώστε οι εκπαιδευτικοί να κατανοήσουν εις βάθος τη διαταραχή και να αναγνωρίσουν τη σπουδαιότητα του πολυδιάστατου ρόλου τους στην υποστήριξη μαθητών με ΔΕΠ-Υ στο σχολικό πλαίσιο.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ- ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

### 3.1 Ορισμός

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD*), σύμφωνα με το DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) ή Υπερκινητική Διαταραχή (*Hyperkinetic Disorder, HD*), σύμφωνα με το ICD-10 (ICD-10, 2011) είναι μια σημαντική νευροαναπτυξιακή διαταραχή που εμφανίζεται στην παιδική ηλικία. Πρόκειται για μια επίμονη διαταραχή της προσοχής ή/και υπερκινητικότητα- παρορμητικότητα που επηρεάζει τη λειτουργία ή την ανάπτυξη του ατόμου, και πιο συγκεκριμένα επιδρά αρνητικά στην ακαδημαϊκή και σχολική επίδοση, την ευημερία και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις του παιδιού (APA, 2015).

Σύμφωνα με το Στατιστικό και Διαγνωστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-5, η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται με την ωρίμανση του νευρικού συστήματος, είναι δυνατόν να διαγνωστεί για πρώτη φορά στην παιδική ηλικία (ως το 12<sup>ο</sup> έτος), ενώ εμφανίζει παράλληλα διαταραγμένη ή αποκλίνουσα ανάπτυξη των γνωστικών, κινητικών ή κοινωνικών λειτουργιών και τα συμπτώματά της επιμένουν στην εφηβεία και την ενηλικίωση του ατόμου. Η αποφυγή, η αποστροφή ή η απροθυμία για την εκτέλεση δραστηριοτήτων, η κινητική ευερεθιστότητα, η νευρικότητα, η εύκολη διάσπαση της προσοχής από εξωτερικά ερεθίσματα και η ανηδονία είναι ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της διαταραχής (APA, 2015).

Σύμφωνα με τον McLennan (2016) η ΔΕΠ-Υ είναι καλό να λαμβάνεται ως μια διαταραχή φάσματος, δεδομένου ότι διέπεται από ετερογένεια ως προς την παθογένεσή

της, καθώς η κλινική εικόνα καθορίζεται από έναν συνδυασμό γενετικών, περιβαλλοντικών, νευροψυχολογικών και άλλων παραγόντων

### 3.2 Ιστορική αναδρομή

Σποραδικές αναφορές σε περιπτώσεις ατόμων που εμφανίζουν τα χαρακτηριστικά, τα οποία σήμερα αποδίδονται στη ΔΕΠ-Υ εμφανίζονται ήδη από την αρχαιότητα. Ο Γαληνός φαίνεται να προτείνει όπιο για τα υπερενεργητικά και αεικίνητα παιδιά (Goodman & Gilman, 1975), ενώ στο τομέα της λογοτεχνίας ο Σαίξπηρ σε έναν από τους χαρακτήρες του έργου «Βασιλιάς Ερρίκος ο Όγδοος», αναφέρεται σε μια αρρώστια της προσοχής (Barkley, 1996).

Σύμφωνα με νεότερες ενδείξεις, η ΔΕΠ-Υ έχει περιγραφεί ως σύνδρομο ήδη από το 1775, από τον Γερμανό Melchior Adam Weikard, ο οποίος σε πολλές περιγραφές απρόσεχτων, παρορμητικών και υπερκινητικών παιδιών και εφήβων αναφέρεται με αξιοσημείωτη ακρίβεια στα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, ενώ το 1798 ο Alexander Crichton έκανε αναφορά για ένα παρόμοιο σύνδρομο το οποίο ονόμασε «Διαταραχές της προσοχής». Ο Σκωτσέζος αυτός ιατρός παρατήρησε ότι οι διαταραχές της προσοχής μπορούν να εκδηλωθούν ως αποτέλεσμα είτε εγγενών παραγόντων είτε έκθεσης του ατόμου σε ασθένειες που επηρεάζουν τα νεύρα και τον εγκέφαλο (Barkley & Peters, 2012; Palmer & Finger, 2001). Το 1809, ο John Haslam περιέγραψε την περίπτωση ενός δεκάχρονου παιδιού που ήταν παρορμητικό και ανεξέλεγκτο και χαρακτηριζόταν ως «ο τρόμος της οικογένειας», ενώ τρία χρόνια αργότερα ο γιατρός Benjamin Rush παρουσίασε άλλες τρεις περιπτώσεις παιδιών με αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής (Barkley & Peters, 2012).

Το 1845 περιεγράφηκαν τα πρώτα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ΔΕΠ-Υ από τον Heinrich Hoffman, ο οποίος ήταν παιδίατρος, και συνέγραψε και εικονογράφησε μια ποιητική συλλογή που βασιζόταν σε παρατηρήσεις από την κλινική του εμπειρία. Σε αυτή τη συλλογή υπάρχει το ποίημα «Fidgety Phil» που περιγράφει ένα υπερκινητικό παιδί, ενώ το ποίημα «Johnny Head-in- Air» αναφέρεται σε ένα ονειροπόλο και απρόσεχτο παιδί (Hoffman, 1995). Το 1867, ο Henry Maudsley δημοσίευσε μια αναφορά σχετικά με ένα παιδί που εκδήλωνε έντονη παρορμητικότητα και καταστροφική συμπεριφορά, ενώ το 1899 ο Thomas Clouston περιέγραψε περιπτώσεις παρορμητικών παιδιών που είχαν μαθησιακές δυσκολίες (Barkley & Peters, 2012).

Η πρώτη κλινική περιγραφή της υπερκινητικότητας έλαβε χώρα το 1902 όταν ο Sir George Still περιέγραψε μια ομάδα 43 παιδιών με σοβαρά προβλήματα στη συντηρούμενη προσοχή. Τα περισσότερα ήταν επιθετικά, προκλητικά, παρορμητικά, αντιστέκονταν στην πειθαρχία και παρουσίαζαν έντονες συναισθηματικές εξάρσεις. Ο Still τα χαρακτήρισε ως «άτομα με αδύναμη βούληση και με μικρή ικανότητα για ηθικό έλεγχο της συμπεριφοράς τους», δεδομένου ότι έμοιαζαν να καθοδηγούνται μονάχα από το συναίσθημα τους. Θεωρούσε ότι τα αίτια της εμφάνισης της διαταραχής ήταν βιολογικό αποτέλεσμα, δηλαδή αποτέλεσμα είτε κληρονομικής προδιάθεσης είτε προ- ή μετα- γεννητικού τραυματισμού (Barkley & Peters, 2012).

Αργότερα, το 1934 οι Kahn και Kohen παρατήρησαν σε ενήλικες και εξέτασαν την «οργανική κινητικότητα», την οποία ονόμασαν «ελλιπή έλεγχο της παρόρμησης με υπερβολική ενεργητικότητα και μειωμένη διάρκεια προσοχής», ενώ το σύνδρομο χαρακτηρίστηκε ως «σύνδρομο ελλιπούς ηρεμίας» (Barkley & Peters, 2012).

Στη συνέχεια, το 1937 για πρώτη φορά έγινε αναφορά για τη λήψη τονωτικών φαρμάκων ως μέθοδος αντιμετώπισης της διαταραχής που πλέον είχε το όνομα «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» (Bradley, 1937), ενώ το 1967 στο Στατιστικό και Διαγνωστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, στη δεύτερη έκδοση, (DSM-II) η διαταραχή έκανε την εμφάνισή της και πήρε το όνομα «Διαταραχή υπερκινητικής αντίδρασης της παιδικής ηλικίας» και περιεγράφηκε με μια πρόταση: «Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από αυξημένη κινητική δραστηριότητα, αεικινήσια, εύκολη διάσπαση της προσοχής και μειωμένη διάρκεια προσοχής, ιδιαίτερα στα μικρότερα παιδιά και τα συμπτώματά της συνήθως εξασθενούν στην εφηβεία (APA, 1967).

Στην τρίτη έκδοση του DSM, το 1980, η διαταραχή απέκτησε το όνομα «Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής» και το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε κυρίως στα ελλείμματα στην ικανότητα για παρατεταμένη προσοχή και στον ανασταλτικό έλεγχο της συμπεριφοράς (APA, 1980), ενώ στην αναθεωρημένη έκδοση του DSM-III, το 1987, το βάρος ήταν ίσο και για την υπερκινητικότητα και για την απροσεξία με την διαταραχή να ονομάζεται «Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητα» (APA, 1987).

Από την άλλη πλευρά, στην τέταρτη έκδοση του Στατιστικού και Διαγνωστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών, το 1994, υπάρχει η διάκριση των τριών τύπων της ΔΕΠ-Υ που είναι οι ακόλουθοι: ο κυρίως απρόσεκτος τύπος, ο κυρίως υπερκινητικός-παρορμητικός τύπος και ο συνδυασμένος τύπος που περιλαμβάνει χαρακτηριστικά των δύο πρώτων τύπων (APA, 1994), ενώ η αναθεωρημένη έκδοση DSM-IV TR αναφέρει δύο βασικούς τύπους με βασικά χαρακτηριστικά είτε την απροσεξία είτε την υπερκινητικότητα- παρορμητικότητα (APA, 2000).

Τέλος, σύμφωνα με τα σημερινά αποδεκτά κριτήρια του διαγνωστικού εγχειριδίου DSM-5 η διαταραχή ταξινομείται πλέον στην ευρύτερη κατηγορία των νευροαναπτυξιακών διαταραχών και εξακολουθεί να έχει την ίδια ονομασία χωρίς ουσιαστικές αλλαγές. Υπάρχουν τρεις διαφορετικές παρουσίες, σύμφωνα με τις οποίες ταξινομείται η τρέχουσα εκδήλωση της διαταραχής κατά την αξιολόγηση, δηλαδή ο προεξάρχων απρόσεκτος τύπος, ο προεξάρχων υπερκινητικός- παρορμητικός τύπος αλλά και ο συνδυασμένος τύπος. Επίσης, προστίθενται τρεις δείκτες σοβαρότητας της διαταραχής και επιτρέπεται η αναγνώριση της συννοσηρότητας με τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (APA, 2015).

### 3.3 Θεωρητικές προσεγγίσεις της ΔΕΠ-Υ

Στις μέρες μας, οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι καμία θεωρητική προσέγγιση δεν μπορεί να ερμηνεύσει το σύνολο των ελλειμμάτων που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ ούτε είναι δυνατόν να εφαρμοστεί στις περιπτώσεις όλων των ατόμων που εκδηλώνουν τη διαταραχή (Nigg et al., 2005). Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ επηρεάζονται από ποικίλα νευροψυχολογικά ελλείμματα, σε διαφορετικό βαθμό και με διαφορετικό τρόπο. Η ΔΕΠ-Υ, επομένως, παρουσιάζεται ως μια «ομπρέλα», κάτω από την οποία στεγάζονται διαφορετικά νευροψυχολογικά προφίλ (Castellanos et al., 2006).

Η Θεωρία της Δυσλειτουργίας του Εκτελεστικού Ελέγχου (*Executive Dysfunction Theory*), από τον Russell Barkley, είναι η πλέον μελετημένη από τις θεωρητικές προσεγγίσεις που διαθέτουμε σήμερα για την κατανόηση της διαταραχής. Σύμφωνα με τη θεωρία, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν ανεπάρκεια στην ικανότητα εκδήλωσης και διατήρησης της κατάλληλης συμπεριφοράς σε ένα μεταβαλλόμενο

περιβάλλον (*αυτορρύθμιση*) και αναστολής της «ακατάλληλης» συμπεριφοράς, παρουσιάζουν γνωστικά ελλείμματα εκτελεστικού ελέγχου στην αναπαραστατική μνήμη, την εσωτερίκευση του λόγου, την αυτορρύθμιση του συναισθήματος, την αναλυτική και συνθετική ικανότητα αλλά και δομικές εγκεφαλικές ανωμαλίες και δυσλειτουργίες στο ντοπαμινεργικό και το νοραδρενεργικό νευροδιαβιβαστικό σύστημα (Barkley, 2012; Johnstone, Barry & Clarke, 2012).

Το Γνωστικό- Ενεργειακό Μοντέλο (*Cognitive- Energetic Model*) που προτάθηκε από τον Joe Sergeant και τους συνεργάτες του, επικεντρώνει το ενδιαφέρον του στα ελλείμματα αναστολής της ακατάλληλης συμπεριφοράς, τα οποία δεν σχετίζονται μονάχα με τη ΔΕΠ-Υ, αλλά είναι παρόντα και σε άλλες αναπτυξιακές διαταραχές. Για αυτό το λόγο, ήταν χρήσιμο να αναζητηθούν και άλλοι παράγοντες που συνδέονται με τα κεντρικά ελλείμματα της διαταραχής. Το μοντέλο αυτό βασίστηκε στο θεωρητικό πλαίσιο της επεξεργασίας των πληροφοριών και υποστήριξε ότι κεντρικό έλλειμμα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έγκειται στην ανεπάρκειά τους να ενεργοποιήσουν τη διέγερση και να καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια, άμεσα συνδεδεμένη με τα κίνητρα και την προσμονή αμοιβής, κατά την εκτέλεση ενός έργου, τροποποιώντας το χρόνο αντίδρασης σε σχέση με το ρυθμό εξέλιξης των γεγονότων (Sergeant, 2005).

Η Υπόθεση της Αποστροφής Αναμονής (*Delay Aversion*) του Edmund Sonuga-Barke και των συνεργατών του εντάσσεται στις θεωρίες που επικεντρώνονται στον ρόλο των κινήτρων στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. Στην αναθεωρημένη έκδοση αναφέρεται πως τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν αποστροφή, με αποδεδειγμένη νευροβιολογική βάση, στην επιβεβλημένη αναμονή και δυσλειτουργία στην αντίληψη της ετεροχρονισμένης αμοιβής. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ προκύπτουν από τις τροποποιήσεις των αντιδράσεων του παιδιού αναφορικά με τα κίνητρα που

ενεργοποιούνται κάθε φορά και της επίδρασης των τροποποιήσεων αυτών στη μάθηση μέσω της ενίσχυσης (Sonuga-Barke, Sergeant, Nigg & Willcutt, 2008).

Τα τελευταία χρόνια το μοντέλο αυτό έχει εξελιχθεί και αναπτυχθεί ως ένα ολοκληρωμένο αναπτυξιακό μοντέλο για τη ΔΕΠ-Υ, το οποίο αναφέρεται ως το Μοντέλο της Διπλής Οδού (*Dual Pathway Model*). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, υπάρχουν δυο πιθανές οδοί ανάμεσα στο νευροβιολογικό υπόβαθρο της διαταραχής και την κλινική της εκδήλωση, η γνωστική οδός που σχετίζεται με δυσλειτουργίες εκτελεστικού ελέγχου, κυρίως στην αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς και του συναισθήματος και η οδός που σχετίζεται με τα κίνητρα, την αντίληψη της αμοιβής και τα ελλείμματα στην επίδοση σε καταστάσεις αναμονής που ρυθμίζονται από την ντοπαμίνη. Τα παιδιά, λοιπόν, με ΔΕΠ-Υ, ανάλογα με τον έλεγχο που μπορούν να ασκήσουν στο περιβάλλον, άλλοτε εκδηλώνουν συμπτώματα απροσεξίας και υπερκινητικότητας και άλλοτε παρορμητικότητας (Karalunas & Huang-Pollock, 2011).

Τέλος, σύμφωνα με τη Δυναμική Αναπτυξιακή Θεωρία του Sagvolden και των συνεργατών του το κεντρικό έλλειμμα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εντοπίζεται στη δυσλειτουργική αντίληψη της ενίσχυσης μιας νέας συμπεριφοράς καθώς και στην ελλειμματική απόσβεση της ακατάλληλης συμπεριφοράς και οφείλεται στα πολύ χαμηλά επίπεδα ντοπαμίνης που εντοπίζονται στο λεγόμενο σύστημα αμοιβής του εγκεφάλου, τον μεσεγκέφαλο και τον προμετωπιαίο φλοιό (Stark et al., 2011). Η υπολειτουργία του συστήματος της ντοπαμίνης μειώνει το διαθέσιμο χρόνο των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, ώστε να συνδέσουν τις συμπεριφορές με τις συνέπειές τους, με αποτέλεσμα τη δυσλειτουργική αντίληψη των αμοιβών αλλά και των ποινών, εμποδίζοντας τη μάθηση σε κοινωνικά πλαίσια (Sagvolden, Johansen, Aase, & Russell, 2005).

### 3.4 Συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν επίμονη διαταραχή της προσοχής ή/και υπερκινητικότητα που επηρεάζει τη λειτουργία ή την ανάπτυξή τους πριν την ηλικία των 12 ετών και τα συμπτώματα αυτά υπάρχουν σε δύο ή περισσότερα πλαίσια (π.χ., στο σπίτι, στο σχολείο, με φίλους ή συγγενείς, σε άλλες δραστηριότητες) (APA, 2015).

Τα πρωτογενή συμπτώματα επιμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου, ενώ δεν αποτελούν εκδήλωση μιας εναντιωτικής συμπεριφοράς, περιφρόνησης, εχθρότητας ή αδυναμίας να κατανοήσει τις εργασίες ή τις οδηγίες (APA, 2015).

Η απροσεξία και η ελλειμματική προσοχή είναι ένα από τα συμπτώματα αυτά. Πιο συγκεκριμένα, το παιδί συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις δραστηριότητες που εκτελεί, δεδομένου ότι η προσοχή του διασπάται από εξωτερικά ερεθίσματα ή εσωτερικές σκέψεις, ενώ φαίνεται να μην ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος και αποτυγχάνει να διεκπεραιώσει με επιτυχία τα καθήκοντα. Δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες, αποφεύγει, αποστρέφεται ή είναι απρόθυμος να εμπλακεί σε δουλειές που απαιτούν πνευματική προσπάθεια και αδυνατεί να τηρεί τις προθεσμίες. Επιπλέον, χάνει συχνά αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες (π.χ., μολύβια, βιβλία, γραφική εργασία) και ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες (APA, 2015; Kewley, 2010).

Η υπερκινητικότητα εκδηλώνεται από το παιδί είτε με τη νευρική κίνηση των χεριών ή των ποδιών είτε με το στριφογύρισμα στη θέση. Το άτομο αρκετές φορές αφήνει τη θέση του σε περιστάσεις στις οποίες αναμένεται ότι θα παραμείνει καθισμένος, τρέχει και σκαρφαλώνει σε περιπτώσεις που δεν προσφέρονται για τέτοιου είδους δραστηριότητες. Δυσκολεύεται να παίζει ή να συμμετέχει με ηρεμία σε



δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και παρουσιάζεται «σαν να κινείται με μηχανή», αφού διαρκώς είναι σε κίνηση και ομιλεί υπερβολικά (APA, 2015; Gonzalez- Carpio & Nieto, 2017; Kofler, et al., 2018)

Τέλος, η παρορμητικότητα χαρακτηρίζει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ που εκδηλώνουν χαμηλό αυτοέλεγχο και εγωκεντρική συμπεριφορά. Το παιδί συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση, συμπληρώνει τις προτάσεις των υπόλοιπων ανθρώπων και δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του για να συζητήσει. Διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του τους άλλους, διότι είναι πιθανόν να χρησιμοποιεί πράγματα άλλων χωρίς να ζητά ή να παίρνει την άδεια ή να παρεμβαίνει σε συζητήσεις, παιχνίδια ή δραστηριότητες. Συνήθως, το παιδί έχει χαμηλής ποιότητας κοινωνικές δεξιότητες και παρουσιάζει δυσκολία στη διατήρηση φιλίας (Patros, Alderson, Kasper, Tarle, Lea & Hudec, 2017; Thorsen, Meza, Hinshaw & Lundervold, 2018).

Όσον αφορά, τα δευτερογενή χαρακτηριστικά γνωρίσματα και συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, είναι πιθανόν να συνυπάρχει γλωσσική, κινητική ή κοινωνική αναπτυξιακή καθυστέρηση, χαμηλή ανοχή στη ματαίωση, μαθησιακές δυσκολίες, ευερεθιστότητα, συναισθηματική αστάθεια, προβλήματα ύπνου και διατροφής (Dupaul & Kern, 2011).

Πιο συγκεκριμένα, ένα μεγάλο ποσοστό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανόν να παρουσιάσουν καθυστέρηση στην έναρξη της ομιλίας και δυσκολία στη ροή και οργάνωση του λόγου, ενώ άλλο ποσοστό αντιμετωπίζει δυσκολία συντονισμού των κινήσεων. Οι δυσκολίες μπορεί να εκδηλώνονται ως αδεξιότητα αλλά και ως βραδύτητα και ανακρίβεια των κινητικών δεξιοτήτων. Για αυτό, άλλωστε, αρκετά παιδιά με ΔΕΠ-Υ υστερούν στις αθλητικές δραστηριότητες ή στη γραφή, στη

ζωγραφική και σε άλλες δραστηριότητες που απαιτούν δεξιότητες της λεπτής και αδρής κινητικότητας (Gooch, Maydew, Sears & Norbury, 2017).

Από την άλλη πλευρά, δυσκολίες είναι πιθανόν να παρουσιαστούν και στις κοινωνικές σχέσεις με τους συνομηλίκους. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τείνουν να παίζουν και να συνεργάζονται σε μικρότερα βαθμό με τους συμμαθητές τους, είναι ευάλωτα στις επιθέσεις των ομηλίκων και παρουσιάζουν δυσκολία στην εύρεση λύσεων στα προβλήματα που προκύπτουν. Οι δυσκολίες αυτές παραμένουν ως την εφηβεία και την ενήλικη ζωή (Rief, 2005; Young & Amarasinghe, 2010).

Όσον αφορά την νοητική ανάπτυξη, φαίνεται ότι οι επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σταθμισμένες νοομετρικές κλίμακες υπολείπεται κατά 7-15 μονάδες από το μέσο όρο των τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών αντίστοιχης ηλικίας, συνέπεια της ελλειμματικής προσοχής και των μαθησιακών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν (Banaschewski, et al., 2017; Fenollar-Cortés, Navarro-Soria, González-Gómez & García-Sevilla, 2015; Li et al., 2016; Thorsen et al., 2018). Επιπρόσθετα, νευροαπεικονιστικές μελέτες φανερώνουν δομικές και λειτουργικές διαταραχές του εγκεφάλου, όπως μικρότερο όγκο εγκεφάλου (3-5%), δυσλειτουργίες στις προμετωπιαίες περιοχές, στα βασικά γάγγλια, την παρεγκεφαλίδα και αυξημένα τα βραδέα κύματα στο ΗΕΓ (Banaschewski et al., 2017; Silk et al., 2016).

Έχοντας υπόψη τα παραπάνω, παρατηρούμε ότι μεγάλο μέρος των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με την είσοδό του στο σχολείο εκδηλώνει μαθησιακές δυσκολίες, όπως δυσλεξία, δυσορθογραφία, δυσαριθμισία, δυσγραφία, δυσκολία στην παραγωγή γραπτού λόγου και ακαδημαϊκή αποτυχία, λόγω των ελλειμμάτων στις λειτουργίες εκτελεστικού ελέγχου και ιδιαίτερα λόγω δυσλειτουργίας της προσοχής και της μνήμης εργασίας. Ένα ποσοστό 30-50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να μείνει στην ίδια

τάξη, ενώ το 1/3 περίπου κινδυνεύει να μην τελειώσει το σχολείο (Elosúa, Del Olmo & Contreras, 2017; Kofler et al., 2018; Rodríguez, Areces, García, Cueli, Loew & González-Castro, 2015; Wells, Kofler, Soto, Schaefer & Sarver, 2017).

Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να κοιμηθούν το βράδυ και να ξυπνήσουν το πρωί. Ξυπνούν συχνά κατά τη διάρκεια της νύχτας, εμφανίζουν προβλήματα ενούρησης, υπνοβασίας και υπερβολικής υπνηλίας κατά τη διάρκεια της επόμενης ημέρας (Um, Hong & Jeong, 2017), ενώ αρκετά συχνά τα παιδιά εκδηλώνουν προβλήματα διατροφικών διαταραχών, βουλιμία και παχυσαρκία (Cortese, Moreira-Maia, St. Fleur, Morcillo-Peñalver, Rohde & Faraone, 2016; Govey, Stromberg, Crystal & Janicke, 2017; Kaisari, Dourish & Higgs, 2017).

### 3.5 Η επιδημιολογία της ΔΕΠ-Υ

Η συγκέντρωση των επιδημιολογικών στοιχείων για τη ΔΕΠ-Υ αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα, δεδομένου ότι εκείνα διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με τον τρόπο που επιλέγει ο κάθε ειδικός να ορίσει και να μετρήσει τη συχνότητα εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ, τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού στον οποίο επικεντρώνεται η έρευνά του (δηλαδή το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα, το κλινικό ή κοινοτικό δείγμα), τον βαθμό συμφωνίας ανάμεσα στις εκτιμήσεις γονέων, παιδαγωγών και ειδικών αλλά και άλλους παράγοντες (Skounti, Philalithis, Mpitzaraki, Vamvoukas & Galanakis, 2006).

Οι πρώτες επιδημιολογικές μελέτες για τη ΔΕΠ-Υ αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά εκδήλωσης της διαταραχής στη Βόρεια Αμερική σε σύγκριση με την Ευρώπη, γεγονός που οδήγησε τους ειδικούς σε μια διαμάχη για το εάν η ΔΕΠ-Υ είναι μια

πραγματική διαταραχή ή μια κοινωνική κατασκευή του δυτικού πληθυσμού (Walczak & Estrada, 2017). Σύμφωνα με το DSM-5, η συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής σε παγκόσμιο επίπεδο κυμαίνεται στο 5% του παιδικού πληθυσμού και 2,5% του ενήλικου πληθυσμού (APA, 2015).

Στον ελλαδικό χώρο, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα αναφέρονται ποσοστά μεταξύ 5% έως 11%, (Καλαντζή-Αζίζι, Αγγελή & Ευσταθίου, 2005), ενώ σε μια από τις σημαντικότερες επιδημιολογικές έρευνες που έλαβαν χώρα μέχρι σήμερα στην Ελλάδα από τους Palili και τους συνεργάτες του (2010), διερευνήθηκε η συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ σε μια ομάδα 2.695 παιδιών, όπου διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα της συμπτωματολογίας της υπερκινητικότητας έφτανε το 7% (10% στα αγόρια και 3,5% στα κορίτσια), της απροσεξίας στο 9,5% (12% στα αγόρια και 7% στα κορίτσια), ενώ της παρορμητικότητας στο 7% (10,5% στα αγόρια και 3,5% στα κορίτσια).

Η επικράτηση της ΔΕΠ-Υ στην Ινδία εκτιμάται ότι είναι περίπου 5%, ενώ στη Σαουδική Αραβία, η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ μεταξύ των μαθητών δημοτικών σχολείων ορίζεται σε ποσοστό 11,6% έως 16,3%. Ο επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά και εφήβους στην Κίνα κυμαίνεται από 1,3% έως 13,6%, στην Ιαπωνία αναφέρεται ποσοστό 7,7%, στο Ισραήλ 5%, στη Βραζιλία 5,8%, και στη Γερμανία 10,9% (Dwivedi & Banhatti, 2005; Wang et al., 2017). Στη Νότια Αφρική, τη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό, τη Νιγηρία και την Αιθιοπία η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται από 5,4% έως 8,7% μεταξύ των παιδιών σχολικής ηλικίας. Στη Νότια Αμερική, ο επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά είναι περίπου 6%, στις Η.Π.Α. κυμαίνεται μέχρι 16%, ενώ στις χώρες της Ευρώπης φτάνει περίπου το 5% (Schellack, Meyer & Chigome, 2017; Wamulugwa et al., 2017).

Αξίζει, ωστόσο, να αναφέρουμε ότι η σύγκριση των ποσοστών εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ σε διαφορετικές χώρες και σε διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες, καθίσταται δύσκολη εξαιτίας της έλλειψης ομοιογένειας τόσο των διαγνωστικών κριτηρίων όσο και των δειγμάτων και των διαδικασιών επιλογής αυτών. Το πολιτισμικό περιβάλλον δεν διαμορφώνει μόνο τις συνθήκες μέσα στις οποίες αναπτύσσεται το παιδί, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύεται και αντιμετωπίζεται η συμπεριφορά του (Μανιαδάκη & Κακούρος, 2016).

Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται σε παιδιά σχολικής ηλικίας με αναλογία αγοριών- κοριτσιών περίπου 3:1, με συγκεκριμένες διαφορές ως προς το φύλο, την εμφάνιση και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων (APA, 2015). Η άποψη που επικρατούσε για χρόνια ήταν πως η ΔΕΠ-Υ εκδηλώνεται κυρίως στον πληθυσμό των αγοριών, δεδομένου ότι αυτά εμφανίζουν συχνότερα προβλήματα προκλητικής, διασπαστικής συμπεριφοράς, επιθετικότητα, υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με τη Διαταραχή Διαγωγής, βιολογικές ή ψυχοκοινωνικές διαφορές και παραπέμπονται συχνότερα σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε σχέση με τα κορίτσια (Banaschewski et al., 2017).

Πλήθος ερευνητικών εργασιών για τη ΔΕΠ-Υ μάλιστα έχουν διεξαχθεί σε μεγάλο δείγμα αγοριών και πολύ μικρό στατιστικά αριθμό κοριτσιών (Kok, Groen, Fuermaier & Tucha, 2016; Orban, Rapport, Friedman, Eckrich & Kofler, 2017). Η εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ στα αγόρια ερμηνεύεται ως ποσοτική διαφορά ως προς τις φυσιολογικές εκδηλώσεις απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας στο γενικό πληθυσμό, ενώ η εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ στα κορίτσια ερμηνεύεται ως ποιοτική διαφορά και προϋποθέτει μεγαλύτερης έκτασης γενετική προδιάθεση σε συνδυασμό με συγκεκριμένες παθολογικές καταστάσεις, όπως η ύπαρξη εγκεφαλικής βλάβης (Skogli, Teicher, Andersen, Hovik, & Øie, 2013).

Ωστόσο, και τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν σημαντικά γνωστικά ελλείμματα όπως και τα αγόρια, σε όλα τα στάδια της ανάπτυξης, αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης, άγχους, απόρριψης από τους συνομηλίκους, χαμηλής αυτοεκτίμησης, σχολικής αποτυχίας, παραβατικής και αντικοινωνικής συμπεριφοράς κατά την εφηβεία και δυσκολία να ανταποκριθούν στα κοινωνικά στερεότυπα ως προς την εκδήλωση αποδεκτής, θηλυκής συμπεριφοράς (Banaschewski et al., 2017).

Οι περισσότερες ερευνητικές εργασίες δεν διαπιστώνουν διαφορές στον τρόπο εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ στα δύο φύλα, ούτε ως προς τα πρωτογενή, ούτε ως προς τα δευτερογενή συμπτώματα της διαταραχής, αλλά ούτε και ως προς το είδος και το βαθμό ανταπόκρισης της θεραπευτικής παρέμβασης στα παιδιά αυτά (Oerbeck et al., 2017).

### **3.6 Η αιτιοπαθογένεση της ΔΕΠ-Υ**

Παρόλο που η ΔΕΠ-Υ είναι ίσως η πιο πολυμελετημένη αναπτυξιακή διαταραχή παγκοσμίως και γνωρίζουμε ήδη αρκετές παραμέτρους, οι οποίες σχετίζονται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό με την πιθανότητα εμφάνισής της, οι ακριβείς αιτίες, οι διαδικασίες και οι αιτιολογικοί μηχανισμοί που υποκινούν την εκδήλωσή της, δεν είναι απολύτως κατανοητοί (Cortese, 2012). Πρόκειται, δηλαδή, για μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, με γενετικό υπόβαθρο, η οποία εκδηλώνεται ως αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων της γενετικής προδιάθεσης και μιας σειράς περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν τη δομή και τη λειτουργία πολλών διαφορετικών περιοχών του εγκεφάλου. Επομένως, είναι κοινά αποδεκτό ότι η ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από ετερογένεια ως προς την αιτιολογία της (Cortese, 2012; Μπιτσάκου, 2012; Συρίγου – Παπαβασιλείου, 2001).

Οι περισσότερες ερευνητικές μαρτυρίες υποστηρίζουν ότι η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με κληρονομικούς παράγοντες. Αρκετές μελέτες οικογενειών επιβεβαιώνουν το υψηλό ποσοστό επιπολασμού της διαταραχής μεταξύ των μελών της οικογένειας του παιδιού με ΔΕΠ-Υ., δεδομένου ότι πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι στην περίπτωση που ένας γονέας παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ, η πιθανότητα να εμφανίσει το παιδί του την ίδια διαταραχή είναι 40% έως 60% (Klein et al., 2017). Έρευνες μεταξύ διδύμων έδειξαν ότι μονοωογενείς δίδυμοι εμφάνισαν ομοιότητα στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ σε ποσοστό 91%, ενώ οι διζυγωτικοί δίδυμοι σε ποσοστό 38%. Σε ανάλογα συμπεράσματα κατέληξαν έρευνες υιοθετημένων παιδιών, κληρονομικά επιβαρημένων, όπου συγκρίθηκαν τα χαρακτηριστικά των παιδιών με αυτά των βιολογικών και των θετών γονέων τους (Zayats, Johansson & Haavik, 2015). Έρευνες της μοριακής γενετικής αλλά και πρόσφατες μετα-αναλύσεις αποκαλύπτουν ότι μόνο τα 6 από τα 20 γονίδια που μελετήθηκαν σχετίζονται αξιόπιστα με την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ και είναι: οι υποδοχείς ντοπαμίνης D4 και D5 (DRD4, DRD5), ο μεταφορέας ντοπαμίνης (DAT1), ο μεταφορέας σεροτονίνης (5HTT), ο υποδοχέας σεροτονίνης (HTR1B) το γονίδιο SNAP-25 (Klein et al., 2017; Matthews et al., 2012; O'Donnell et al., 2017).

Από την άλλη πλευρά, η δομή και η λειτουργία του εγκεφάλου των ατόμων με ΔΕΠ-Υ έχει μελετηθεί σε μεγάλο βαθμό, με βασικό στόχο τον εντοπισμό διαφορών μεταξύ του γενικού πληθυσμού και των ατόμων με ΔΕΠ-Υ ως προς τη δομή του εγκεφάλου. Μαγνητικές τομογραφίες υψηλής ανάλυσης (MRI/fMRI) δείχνουν μικρότερο συνολικό όγκο του εγκεφάλου κατά 3% έως 8% ιδιαίτερα στο δεξί εγκεφαλικό ημισφαίριο σε παιδιά και ενήλικες με ΔΕΠ-Υ, ενώ μικρότερος είναι και ο όγκος ορισμένων περιοχών των κροταφικών λοβών. Μορφολογικές αλλοιώσεις παρατηρήθηκαν, επίσης, στις περιοχές των κροταφικών λοβών, των περιοχών της

παρεγκεφαλίδας και των βρεγματικών λοβών, των βασικών γαγγλίων και του μεσολόβιου, της αμυγδαλής και του θαλάμου, γεγονός που συνδέεται με τη χαμηλή νευροφυσιολογική επίδοση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε έργα που απαιτούσαν αναστολή της αντίδρασης και συμπεριφοράς προσανατολισμένης στο στόχο (Gu et al., 2017; Klein et al., 2017). Η πιο πρόσφατη μετα- ανάλυση των σχετικών ερευνών κατέδειξε μια σημαντική συνολική μείωση στη φαιά ουσία του προμετωπιαίου φλοιού των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, περιοχή του εγκεφάλου που ρυθμίζει τις υψηλού επιπέδου γνωστικές διεργασίες και συνδέεται με τη λήψη των αποφάσεων, την κατάκτηση στόχων, τον έλεγχο των παρορμήσεων και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων στο μέλλον (Klein et al., 2017; Wu et al., 2017).

Επιπρόσθετα, στην αιτιοπαθογένεια της ΔΕΠ-Υ έχει εμπλακεί και το κατεχολαμινεργικό σύστημα, το οποίο περιλαμβάνει το νοραδρενεργικό και το ντοπαμινεργικό σύστημα, ενώ το σεροτονινεργικό σύστημα που σχετίζεται με τη ρύθμιση των συναισθημάτων, έχει κεντρίσει πρόσφατα το ενδιαφέρον των ερευνητών (O'Donnell et al., 2017). Η δυσλειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος έχει συνδεθεί με τα ελλείμματα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ στον τομέα των κινήτρων και της επεξεργασίας, της επιβράβευσης και της ενίσχυσης, ενώ η απορρύθμιση του νοραδρενεργικού συστήματος σχετίζεται με τη λειτουργία της προσοχής. Και τα δυο αυτά συστήματα αλληλοεπιδρούν με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες με αποτέλεσμα την επίδραση στη βαρύτητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία (Cortese, 2012).

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η ΔΕΠ-Υ συνδέεται με μια σειρά περιβαλλοντικών παραγόντων που σχετίζονται με την ετερογένεια στην αιτιολογία της. Πιο συγκεκριμένα, ποικίλοι προγεννητικοί παράγοντες, όπως το κάπνισμα της μητέρας, η υγεία της μητέρας, το υπερβολικό άγχος κατά τη διάρκεια της κύησης, η



χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών, η έκθεση σε περιβαλλοντικές τοξίνες όπως τα παρασιτοκτόνα και τα πολυχλωροδιφαινύλια, και ο μόλυβδος έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ (Nigg, 2013). Επιπλέον, από τους περιγεννητικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κυρίως του Απρόσεχτου Τύπου της ΔΕΠ-Υ, οι πλέον μελετημένοι είναι το χαμηλό βάρος γέννησης, η προωρότητα, η διατροφή της μητέρας και το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (Schellack, Meyer & Chigome, 2017; Wamulugwa et al., 2017). Τέλος, νεότερες έρευνες συνδέουν τη συμπτωματολογία της διαταραχής με τα πρόσθετα των τροφίμων και την έλλειψη κάποιων διατροφικών στοιχείων, όπως το μαγνήσιο, ο σίδηρος, το κάλιο, ο ψευδάργυρος και τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα που επιτείνουν την υπερκινητική συμπεριφορά (Banaschewski et al., 2017; Silk et al., 2016).

Αξίζει, επίσης, να αναφέρουμε ότι η ΔΕΠ-Υ έχει συνδεθεί με μια σειρά ενδείξεων ψυχοκοινωνικής αντιξοότητας, συμπεριλαμβανομένων διάφορων οικογενειακών παραγόντων, του χαμηλού βιοτικού επιπέδου και της παιδικής κακοποίησης. Ορισμένοι ερευνητές υποστήριξαν ότι η υπερκινητική συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα κακών χειρισμών των γονέων τους, ενώ άλλοι τονίζουν ότι τα αρνητικά στοιχεία των γονέων απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ φαίνεται να είναι αποτέλεσμα της διαταραχής που παρουσιάζει το παιδί και όχι η αιτία εκδήλωσής της (Ercan et al., 2014). Σε κάθε περίπτωση, πολλοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες ενδέχεται να επηρεάζονται από γενετικούς παράγοντες, οι οποίοι έχουν καθοριστική σημασία για τη διαμόρφωση του ανάλογου οικογενειακού περιβάλλοντος (Banaschewski et al., 2017).

Επομένως, γίνεται κατανοητό ότι οι αιτιολογικοί μηχανισμοί της ΔΕΠ-Υ δεν είναι κατανοητοί. Έχει διαπιστωθεί ότι η αλληλεπίδραση των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων οδηγούν σε αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία του

εγκεφάλου και επηρεάζουν τη βιοχημεία του, με αποτέλεσμα την εκδήλωση της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ (Willis, Dhakras & Cortese, 2017).

### **3.7 Μέσα και διαδικασία αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ**

Η αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ αποτελεί μια πολυδιάστατη διαδικασία που απαιτεί τη χρήση πολλαπλών διαγνωστικών μεθόδων. Οι πληροφορίες που χρειάζεται ο ειδικός της ψυχικής υγείας είναι δυνατόν να συγκεντρωθούν μέσα από συνεντεύξεις με τους γονείς, το παιδί και τους εκπαιδευτικούς με τη χρήση κλιμάκων αξιολόγησης, διάφορες ψυχομετρικές δοκιμασίες, με τεχνικές άμεσης παρατήρησης της συμπεριφοράς του παιδιού αλλά και με τη λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007).

Η βασική οδηγία σε όλους τους επιστημονικούς οδηγούς για την αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ είναι η συλλογή πληροφοριών από διαφορετικά άτομα, δεδομένου ότι βασικό κριτήριο είναι η εκδήλωση της συμπτωματολογίας της διαταραχής σε δύο τουλάχιστον πλαίσια (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007). Βασικός στόχος είναι η προσεχτική συλλογή πληροφοριών στον γνωστικό, συναισθηματικό και κοινωνικό τομέα και ο προσδιορισμός μιας πιθανής συννοσηρότητας για τον εξατομικευμένο σχεδιασμό του θεραπευτικού προγράμματος για κάθε παιδί (Κυπριωτάκη, 2004).

Ο ειδικός ψυχικής υγείας, επομένως, ξεκινά την αξιολόγηση συγκεντρώνοντας τις πρώτες πληροφορίες σχετικά με τις δυσκολίες που παρουσιάζει το παιδί και διατυπώνει υποθέσεις για τα πιθανά αίτια. Στην περίπτωση που μια από τις υποθέσεις αφορά στην πιθανότητα ύπαρξης ΔΕΠ-Υ, ο ειδικός συγκεντρώνει πιο εξειδικευμένες πληροφορίες που αφορούν τη συμπτωματολογία (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Οι εξειδικευμένες αυτές πληροφορίες είναι δυνατόν, αρχικά, να συλλεχθούν μέσω κλιμάκων αξιολόγησης για γονείς και εκπαιδευτικούς. Τα πρόσωπα αυτά καλούνται να επιλέξουν ποιες συμπεριφορές είναι παρούσες ή όχι κατά τη γνώμη τους στο άτομο που αξιολογείται ή να εκτιμήσουν τη συχνότητα εμφάνισης αυτών των μορφών συμπεριφοράς. Τέτοιου είδους κλίμακες για την ανίχνευση της ΔΕΠ-Υ είναι: ADHD Rating Scale IV, ADHD- SC4, ADHDT, Attention Deficit Disorders Evaluation Scale. Οι κλίμακες αυτές στηρίζονται συνήθως στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM ή του ICD. Αξίζει, βέβαια, να αναφέρουμε ότι τα αποτελέσματα των κλιμάκων δεν θα πρέπει να εκλαμβάνονται ως στοιχεία ικανά για τη χορήγηση διάγνωσης, καθώς αποτελούν μόνον ενδείξεις (Rief, 2005).

Επιπλέον, άλλο ένα σημαντικό μέσο για τη συλλογή πολύτιμων πληροφοριών είναι η κλινική συνέντευξη με τους γονείς του παιδιού, η οποία εξυπηρετεί πολλούς στόχους. Συμβάλλει στη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ γονέων και ειδικού, αποτελεί την κύρια πηγή άντλησης πληροφοριών για το παιδί και την οικογένεια και αρκετές φορές λειτουργεί ψυχοθεραπευτικά για τους γονείς. Οι ειδικοί χρησιμοποιούν συνήθως δομημένες ή ημι-δομημένες συνεντεύξεις που στηρίζονται στα κριτήρια διάγνωσης του DSM. Οι πιο γνωστοί οδηγοί συνεντεύξεων είναι: Diagnostic Interview Schedule for Children, Children's Interview for Psychiatric Syndromes, Child and Adolescent Psychiatric Assessment, Interview Schedule for Children and Adolescents, Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised. Απαραίτητη σε αυτή τη φάση είναι η λήψη του αναπτυξιακού ιστορικού του παιδιού για να διαπιστωθεί η ηλικία πρώτης εμφάνισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, η επιμονή τους στον χρόνο και η απόκλιση του παιδιού σε διάφορους τομείς από το αναπτυξιακά προσδοκώμενο σε σχέση με τη χρονολογική ηλικία και το φύλο (Gathje, Lewandowski & Gordon, 2008).

Μια ακόμη σημαντική πηγή πληροφοριών είναι και οι εκπαιδευτικοί, δεδομένου ότι οι περισσότερες δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρατηρούνται στον χώρο του σχολείου. Εκτός από την συμπλήρωση μιας κλίμακας αξιολόγησης, είναι εποικοδομητικό να επισκεφθεί ο ειδικός τον χώρο του σχολείου ή ο εκπαιδευτικός το κλινικό πλαίσιο, ώστε να υπάρξει μια ορθή συνεργασία μέσω της οποίας θα αντληθούν τα κατάλληλα στοιχεία και για την αξιολόγηση και την θεραπευτική παρέμβαση (Gathje, Lewandowski & Gordon, 2008).

Ένα ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο είναι και η Λειτουργική Ανάλυση της Συμπεριφοράς που στοχεύει στην αναλυτική περιγραφή των προβλημάτων συμπεριφοράς αλλά και στην αξιολόγηση των γεγονότων που προηγούνται και έπονται αυτής. Με τη Λειτουργική Ανάλυση της Συμπεριφοράς, ο ειδικός είναι σε θέση να διαπιστώσει αν κάποια γνωρίσματα του ατόμου ή παράγοντες που εμφανίζονται στο περιβάλλον του επηρεάζουν την πιθανότητα εμφάνισης, διατήρησης ή επιδείνωσης μιας δυσλειτουργικής συμπεριφοράς (Gresham, Watson & Skinner, 2001).

Τέλος, υπάρχει και η συνάντηση του ειδικού με το παιδί, για να συζητήσει μαζί του, να παρατηρήσει τη συμπεριφορά του και να χορηγήσει ορισμένες ψυχομετρικές δοκιμασίες, με σκοπό να αξιολογήσει επιμέρους τομείς της ανάπτυξής του. Ο ειδικός επικεντρώνει το ενδιαφέρον του στην αντίληψη που έχει διαμορφώσει το παιδί για τις αδυναμίες του, στην αιτιολογία που αποδίδει για αυτές, στην ικανότητα συγκέντρωσης του παιδιού και στην άποψη του για την παρακολούθηση ενός θεραπευτικού προγράμματος (Sims & Lonigan, 2012). Με άλλα λόγια, στην συνάντηση αυτή, εμπεριέχεται η κλινική παρατήρηση και η χορήγηση ψυχομετρικών δοκιμασιών ώστε να συγκεντρωθούν πληροφορίες και να αξιολογηθούν ορισμένα δευτερεύοντα συμπτώματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις πραγματοποιείται και ιατρική εξέταση από τον παιδίατρο ή ζητούνται πολύπλοκες εργαστηριακές εξετάσεις (Loo & Barkley, 2005).

Αφού, λοιπόν, έχουν λάβει χώρα τα παραπάνω, ο ειδικός θα πρέπει να διαπιστώσει εάν το παιδί πληροί τα κριτήρια του DSM ή του ICD για την διάγνωση της διαταραχής. Έπειτα, θα πρέπει να αποκλείσει το ενδεχόμενο να εξηγούνται τα συμπτώματα που εκδηλώνει το παιδί καλύτερα από κάποια άλλη διαταραχή, δηλαδή να κάνει τη διαφορική διάγνωση, ενώ ταυτόχρονα συγκρίνει τις μορφές συμπεριφοράς με συμπεριφορές παιδιών ίδιας χρονολογικής και νοητικής ηλικίας, με στόχο να διαπιστωθεί ο βαθμός απόκλισης από την αναπτυξιακά προσδοκώμενη συμπεριφορά. Τέλος, ο ειδικός συνεκτιμά την επίδραση των συμπτωμάτων στη λειτουργικότητα του παιδιού, αλλά και τη σταθερότητα εμφάνισής τους σε διαφορετικά πλαίσια (Dupaul & Stoner, 2003).

### 3.8 Διαγνωστικά κριτήρια για τη ΔΕΠ-Υ

Σύμφωνα με την πρόσφατη έκδοση του Στατιστικού και Διαγνωστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών DSM-5, τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ καθορίζονται από ένα επίμονο μοτίβο απροσεξίας και/ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, το οποίο παρεμβαίνει και επιδρά στην ανάπτυξη και λειτουργία του ατόμου, όπως χαρακτηρίζεται από το (Α) ή/και (Β) (APA, 2015).

**A. Απροσεξία:** έξι (ή περισσότερα) από τα συμπτώματα που ακολουθούν πρέπει να επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες, σε βαθμό που δεν είναι σύμφωνος με το αναπτυξιακό επίπεδο και να επιδρούν αρνητικά και άμεσα στις κοινωνικές και ακαδημαϊκές -επαγγελματικές δραστηριότητες του ατόμου.

1. Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες (π.χ. παραβλέπει ή δεν προσέχει λεπτομέρειες, η εργασία δεν είναι ακριβής),

2. Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του σε εργασίες ή δραστηριότητες παιχνιδιού (δυσκολεύεται να παραμείνει συγκεντρωμένο κατά τη διάρκεια των μαθημάτων, συζητήσεων ή ανάγνωσης εκτενούς κειμένου),

3. Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του μιλούν (π.χ. το μυαλό του φαίνεται να είναι αλλού, ακόμα και όταν απουσιάζει οποιαδήποτε προφανής αιτία απόσπασης της προσοχής),

4. Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει σχολικές εργασίες, δουλειές που του ανατίθενται ή καθήκοντα στον χώρο εργασίας (π.χ. χάνει γρήγορα την προσοχή που απαιτείται να επιδείξει σε εργασία που ξεκινά, αποπροσανατολίζεται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα),

5. Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει εργασίες και δραστηριότητες (π.χ. δυσκολεύεται να διαχειριστεί διαδοχικές εργασίες, δυσκολεύεται να διατηρήσει υλικά και προσωπικά αντικείμενα σε τάξη, η δουλειά του είναι ακατάστατη και ανοργάνωτη, αδυνατεί να διαχειριστεί το χρόνο και να τηρήσει προθεσμίες),

6. Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή δείχνει απροθυμία να εμπλακεί σε έργα που απαιτούν διαρκή πνευματική προσπάθεια (π.χ. σχολικές εργασίες, μελέτη μαθημάτων ή αναφορικά με εφήβους και ενήλικες, συμπλήρωση εντύπων, συγγραφή αναφορών, ανασκόπηση μακροσκελών άρθρων),

7. Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για διεκπεραίωση εργασιών ή δραστηριοτήτων (π.χ. σχολικά είδη, μολύβια, βιβλία, εργασίες που έχουν δοθεί για το σπίτι, παιχνίδια, πορτοφόλια, κλειδιά, γυαλιά οράσεως, κινητά τηλέφωνα),

8. Συχνά η προσοχή του διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα, αναφορικά με μεγαλύτερους σε ηλικία εφήβους και ενήλικες, μπορεί να περιλαμβάνονται άσχετες σκέψεις,

9. Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες (π.χ. δουλειές και θελήματα, ή αναφορικά με εφήβους και ενήλικες, ξεχνούν να πληρώσουν λογαριασμούς, να ανταποδώσουν τηλεφωνήματα, να τηρήσουν προγραμματισμένα ραντεβού) (APA, 2015).

### **B. Υπερκινητικότητα και Παρορμητικότητα**

1. Συχνά κινεί νευρικά ή χτυπά τα χέρια και τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του,

2. Συχνά σηκώνεται από τη θέση του στην τάξη, στο γραφείο ή άλλο χώρο εργασίας ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται ότι θα παραμείνει καθιστός,

3. Συχνά τρέχει εδώ κι εκεί και σκαρφαλώνει με τρόπο υπερβολικό σε περιστάσεις, οι οποίες δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες (στους εφήβους και τους ενήλικες μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα κινητικής ανησυχίας),

4. Συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ήσυχα,

5. Συχνά βρίσκεται σε διαρκή κίνηση και ενεργεί σαν «κινούμενη μηχανή». Αδυνατεί ή δυσφορεί να παραμείνει ακίνητο για παρατεταμένο χρονικό διάστημα σε εξόδους (εστιατόρια, κινηματογράφο), κοινωνικές εκδηλώσεις, ώστε οι άλλοι να το χαρακτηρίζουν αεικίνητο και να δυσκολεύονται να συμβαδίσουν μαζί του,

6. Συχνά μιλά πολύ και ακατάπαυστα,

7. Απαντά απερίσκεπτα προτού ολοκληρωθεί η ερώτηση (π.χ. συμπληρώνει τις προτάσεις των ομιλητών, δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του σε μια συζήτηση),

8. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του στην ουρά,

9. Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει απρόσκλητα σε συζητήσεις, δραστηριότητες, παιχνίδια, οικειοποιείται αντικείμενα χωρίς να ζητήσει την άδεια. Οι έφηβοι και οι ενήλικες μπορεί να παρεμβαίνουν απρόσκλητοι ή να παίρνουν πρωτοβουλίες για πράγματα που κάνουν οι άλλοι) (APA, 2015).

Επίσης, αναφέρεται στο DSM-5 ότι μερικά συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας πρέπει να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 12 ετών, ενώ μερικά συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας πρέπει να είναι παρόντα σε δύο ή περισσότερα πλαίσια (π.χ. στο σπίτι, στο σχολείο ή στην εργασία, με φίλους ή συγγενείς ή σε άλλες δραστηριότητες). Να υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι τα συμπτώματα επηρεάζουν ή μειώνουν την ποιότητα της κοινωνικής, ακαδημαϊκής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας και ότι τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα με κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. διαταραχή της διάθεσης, διαταραχή άγχους, αποσυνδεδετική διαταραχή, διαταραχή της προσωπικότητας, δηλητηρίαση από ουσίες ή απόσυρση) (APA, 2015).

Στο DSM-5 αναλύονται οι τρεις διαφορετικές παρουσίες της ΔΕΠ-Υ, οι οποίες ταξινομούν την τρέχουσα εκδήλωση της διαταραχής κατά την αξιολόγηση σε:

1. 314.00 (F90.0) Προεξάρχουσα απρόσεχτη παρουσία, όπου συμπτώματα Απροσεξίας και όχι Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας εκδηλώνονται κατά τους τελευταίους 6 μήνες,
2. 314.01 ( F90.1) Προεξάρχουσα υπερκινητική/παρορμητική παρουσία, όπου συμπτώματα Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας και όχι Απροσεξίας εκδηλώνονται κατά τους τελευταίους 6 μήνες,



3. 314.02 (F90.2) Συνδυασμένη παρουσία, όπου αμφότερα συμπτώματα Απροσεξίας αλλά και Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας εκδηλώνονται κατά τους τελευταίους 6 μήνες (APA, 2015).

Ως προς τον βαθμό βαρύτητας της διαταραχής, η ΔΕΠ-Υ προσδιορίζεται:

1. Ήπια, όταν υπάρχουν λίγα ή και καθόλου συμπτώματα που υπερβαίνουν σε αριθμό εκείνον που απαιτείται προκειμένου να δοθεί η διάγνωση και τα συμπτώματα οδηγούν σε μικρού βαθμού έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα,
2. Μέτρια, όταν ο αριθμός των συμπτωμάτων ή η έκπτωση της λειτουργικότητας κυμαίνονται ανάμεσα στο «ήπια» και στο «σοβαρή»,
3. Σοβαρή, όταν υπάρχουν πολλά συμπτώματα που υπερβαίνουν σε αριθμό εκείνον που απαιτείται για να δοθεί η διάγνωση ή μερικά συμπτώματα είναι ιδιαίτερα σοβαρά ή τα συμπτώματα οδηγούν σε σημαντική έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα (APA, 2015).

Η ΔΕΠ-Υ θεωρείται ότι βρίσκεται σε μερική ύφεση όταν όλα τα κριτήρια πληρούνταν στο παρελθόν, ενώ κατά τους τελευταίους έξι μήνες πληρούνται λιγότερα κριτήρια και τα συμπτώματα εξακολουθούν να οδηγούν σε έκπτωση της κοινωνικής, ακαδημαϊκής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας. Αναγνωρίζοντας ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μία χρόνια, δια βίου διαταραχή που δεν εξαφανίζεται με το πέρας της παιδικής ηλικίας, διαφοροποιείται ο αριθμός των συμπτωμάτων που απαιτούνται για τη διάγνωση της διαταραχής στους εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας και στους ενήλικες και, συγκεκριμένα ελαττώνεται από έξι σε πέντε (APA, 2015).

Στο ICD-10 οι διαταραχές υπερκινητικού τύπου ταξινομούνται στην κατηγορία F90 «Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος, με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία» και διακρίνονται σε τέσσερις τύπους:

1. F90.0 Διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής,
2. F90.1 Διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου,
3. F90.8 Άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου,
4. F90.9 Διαταραχή υπερκινητικού τύπου μη καθοριζόμενη (ICD-10, 2011).

Τα πρωτεύοντα χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι η Ελλειμματική προσοχή και η Υπερκινητικότητα. Για να τεθεί η διάγνωση ορίζεται ότι:

1. Πρέπει να υπάρχουν και τα δύο πρωτεύοντα χαρακτηριστικά του συνδρόμου και να έχουν κάνει την πρώτη εμφάνισή τους πριν από την ηλικία των 6 ετών, να μην αντιστοιχούν στην ηλικία και στο δείκτη νοημοσύνης του παιδιού και να εκδηλώνονται επί μακρόν σε περισσότερα από ένα πλαίσια (π.χ. στο σπίτι, στο σχολείο, στο χώρο του ιατροείου),
2. Επιπλέον, η διάγνωση της διαταραχής, προϋποθέτει τον αποκλεισμό της ύπαρξης διαταραχών άγχους, συναισθηματικών διαταραχών, διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών ή σχιζοφρένειας,
3. Η Ελλειμματική προσοχή εκδηλώνεται συνήθως με δυσκολία των παιδιών να συγκεντρωθούν σε μία συγκεκριμένη δραστηριότητα, πρόωρη εγκατάλειψη της προσπάθειας, ματαιώση, χαμηλό ενδιαφέρον και γρήγορη μετάβαση σε άλλη πιο ελκυστική και ευχάριστη δραστηριότητα,

4. Η Υπερκινητικότητα συνδέεται με υπερβολική δραστηριότητα, απροσεξία, παρορμητικότητα, νευρική, φλυαρία, ατυχήματα, απουσία συστολής και αυτοελέγχου, παραβατική συμπεριφορά,
5. Επίσης, συχνά συνυπάρχουν διαταραχές στις γνωστικές λειτουργίες, δυσανάλογα ειδικές καθυστερήσεις στην κινητική και γλωσσική ανάπτυξη, διαταραχές της μάθησης και αδεξιότητα των κινήσεων. Στις δευτερογενείς επιπλοκές περιλαμβάνονται η αντικοινωνική συμπεριφορά και η μειωμένη αυτοεκτίμηση (ICD-10, 2011).

### 3.9 Συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ

Μέσα από ερευνητικές εργασίες, έχει διαπιστωθεί ότι τα υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας παρατηρούνται στην περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Έχει διαπιστωθεί ότι η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με άλλες διαταραχές σε ποσοστό 60% έως 100%, ανάλογα με το δείγμα στο οποίο αναφέρονται τα εκάστοτε ερευνητικά δεδομένα (Banaschewski et al., 2017; Oerbeck et al., 2017). Σε κλινικό δείγμα, το 67% ως το 80% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, και πάνω από το 80% των ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει τουλάχιστον άλλη μια διαταραχή, ενώ περίπου οι μισοί παρουσιάζουν δύο ακόμη διαταραχές, ενώ αναφέρεται ότι η συχνότητα της συννοσηρότητας είναι υψηλότερη σε περιπτώσεις του Συνδυασμένου Τύπου (Oerbeck et al., 2017; Weissenberger, et al., 2017).

Σε πρόσφατη έρευνα (Sciberras et al., 2014) διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν τουλάχιστον τριπλάσιες πιθανότητες να παρουσιάσουν δυσκολίες στη γλωσσική ανάπτυξη σε σχέση με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά. Οι παραπάνω ερευνητές αναφέρουν ότι το 42% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν Διαταραχές του Λόγου και της Ομιλίας μαζί με τον Τραυλισμό, και μάλιστα το ποσοστό αυξάνεται στο

47% στις περιπτώσεις του Συνδυασμένου Τύπου της ΔΕΠ-Υ και στις περιπτώσεις όπου προεξάρχων είναι ο Απρόσεχτος Τύπος η συννοσηρότητα περιορίζεται στο 33%. Γενικά φαίνεται ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν προβλήματα σε όλους τους τομείς της γλωσσικής ανάπτυξης σε ποσοστό 50% και καθυστερούν στην έναρξη του λόγου σε ποσοστό 20% (Gooch et al., 2017).

Όσον αφορά τη συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με την Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή, μετά από την πρόσφατη μετα- ανάλυση 17 ερευνών, το ποσοστό της συννοσηρότητας υπολογίστηκε στο 45%, το οποίο είναι μεγαλύτερο από τα ποσοστά που υπήρχαν παλαιότερα (Akbaşlı, Şahin, & Gürel, 2017). Η Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή που συνυπάρχει περισσότερο με την ΔΕΠ-Υ είναι η Διαταραχή της Ανάγνωσης- Δυσλεξία σε ποσοστό 18,9% έως 44%, ενώ άλλοι ερευνητές εκτιμούν ότι η πιο συχνή Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή είναι η Διαταραχή Γραπτής Έκφρασης που συνυπάρχει σε ποσοστό 55% έως 64%. Επίσης, έρευνες έχουν δείξει και την ύπαρξη συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με τη Διαταραχή των Μαθηματικών – Δυσαριθμησία σε ποσοστό 11% έως 30%, ενώ το 25% των παιδιών με Δυσαριθμησία παρουσιάζει ταυτόχρονα ΔΕΠ-Υ και Δυσλεξία (Marchand-Krynski, Morin-Moncet, Belanger, Beauchamp & Leonard, 2017). Σε κάθε περίπτωση, όταν η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με κάποια Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή, τότε η πρόγνωση είναι δυσμενέστερη, διότι είναι συχνότερη η εκδήλωση των προβλημάτων της συμπεριφοράς, υπάρχουν σοβαρά γνωστικά ελλείμματα και αυξάνεται η πιθανότητα εγκατάλειψης του σχολείου (Marchand-Krynski et al., 2017).

Από την άλλη πλευρά, η συνεμφάνιση της ΔΕΠ-Υ και των Διαταραχών του Άγχους είναι τόσο μεγάλη που δεν θα μπορούσε να αποδοθεί σε τυχαίους παράγοντες, ενώ τονίζεται ότι όσο σοβαρότερη είναι η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ τόσο πιθανότερη είναι και η συννοσηρότητα της με τις Διαταραχές Άγχους. Οι ειδικοί της

ψυχικής υγείας επισημαίνουν ότι η συνύπαρξη αυτών των δύο διαταραχών αποτελεί μια σοβαρή μορφή ψυχοπαθολογίας που προκαλεί σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα του ατόμου. Έχει υποστηριχτεί ότι τα παιδιά με τις δυο διαταραχές έχουν χαμηλότερες επιδόσεις σε δραστηριότητες που απαιτούν αναστολή των αυθόρμητων αντιδράσεων και τη μνήμη εργασίας, ενώ έχουν καλύτερες επιδόσεις σε δραστηριότητες που αξιολογούν τη συντηρούμενη προσοχή (Van der Meer et al., 2017). Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι η Διαταραχή Άγχους μετριάζει τα εξωτερικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, δηλαδή η παρορμητικότητα και επιθετική συμπεριφορά εμφανίζονται σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με τα παιδιά που εμφανίζουν μόνο ΔΕΠ-Υ. Ταυτόχρονα, υποστηρίζεται ότι η ΔΕΠ-Υ είναι πιθανόν να προκαλεί την εκδήλωση Διαταραχών Άγχους μέσα από τις αρνητικές εμπειρίες των παιδιών αυτών στους τομείς των σχέσεων με τους συνομηλίκους, της ακαδημαϊκής αποτυχία, των αρνητικών γονικών πρακτικών και των αποτυχιών στις αθλητικές δραστηριότητες (Marchand-Kryncki et al., 2017).

Έχει, επίσης διαπιστωθεί ότι η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται πολύ συχνά με τις Διαταραχές Κατάθλιψης και τις Διπολικές Διαταραχές και συγκεκριμένα σε ποσοστό 30% έως 50%. Έρευνες αναφέρουν ότι ο κίνδυνος εκδήλωσης Μείζονος Κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ είναι κατά 5,5 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, απόρροια κοινών γενετικών παραγόντων, της έκπτωσης της λειτουργικότητας και των αρνητικών περιβαλλοντικών καταστάσεων, όπως οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, η απόρριψη από συνομηλίκους, η σχολική αποτυχία και η χαμηλή αυτοεκτίμηση που προκύπτουν από τη ΔΕΠ-Υ (Arnold, Hodgkins, Caci, Kahle, & Young, 2015). Η συννοσηρότητα, από την άλλη πλευρά μεταξύ ΔΕΠ-Υ και Διπολικής Διαταραχής φαίνεται να είναι πιο περίπλοκη, δεδομένου ότι ενδέχεται να αποτελεί έναν ξεχωριστό τύπο ΔΕΠ-Υ με ισχυρή γενετική προδιάθεση, έναρξη κατά

την παιδική ηλικία, μεγάλη έκπτωση στη λειτουργικότητα και υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές. Τα ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ και ιδιαίτερα αγόρια κυμαίνονται από 7-21% (Arnold et al., 2015).

Τα ποσοστά συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ και της Ιδιοψυχαναγκαστικής Διαταραχής στον πληθυσμό των παιδιών και των εφήβων είναι αρκετά υψηλά και κυμαίνονται από 33% έως 59%, συνοδεύονται από σημαντικές δυσκολίες στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, όπως ελλείμματα στην αναστολή των αυθόρμητων αντιδράσεων και αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης της Διπολικής Διαταραχής, της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος, της Διαταραχής Μυοσπασμάτων αλλά και της Διαταραχής Διαγωγής (Chien et al., 2017).

Οι Διαταραχές Μυοσπασμάτων εκδηλώνονται περίπου στο 20% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, το 50% ως το 60% των παιδιών με Διαταραχές Μυοσπασμάτων παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ (Banaschewski et al., 2017). Ειδικότερα, η Διαταραχή Tourette συνεμφανίζεται με την Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή και τη ΔΕΠ-Υ σε ποσοστό 34% και συμβάλλει στην επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Ter-Stepanian et al., 2017). Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με την Αναπτυξιακή Διαταραχή του Συντονισμού των Κινήσεων κυμαίνεται μεταξύ 30% έως 50% και αφορά αισθητηριακά ελλείμματα και δυσκολίες επεξεργασίας κιναισθητικών πληροφοριών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στη βάση μιας εγκεφαλικής νευρολογικής δυσλειτουργίας, πολυγονιδιακής αιτιολογίας και σειράς αναπτυξιακών προβλημάτων, όπως τα ελλείμματα στην ανάγνωση, στον αυτοέλεγχο, στην ακουστική διάκριση, στο συντονισμό των κινήσεων (APA, 2015). Η συννοσηρότητα των δυο διαταραχών αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για δυσμενέστερη έκβαση της ΔΕΠ-Υ (Li et al., 2016).

Ερευνητές υποστηρίζουν, από την άλλη πλευρά, ότι τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας μεταξύ της ΔΕΠ-Υ και της Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος προκύπτουν από το γεγονός ότι οι δυο διαταραχές μοιράζονται κοινές αναπτυξιακές διαδρομές και κοινούς παράγοντες κινδύνου, αν και οι πρώιμες ενδείξεις ανάμεσα στις δύο διαταραχές διαφέρουν σημαντικά. Τα ποσοστά συννοσηρότητας ανάμεσα στη ΔΕΠ-Υ και τη ΔΑΦ κυμαίνονται από 28% έως 78%, ενώ πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η παρουσία των αυτιστικών χαρακτηριστικών είναι πιθανόν να παραπέμπει σε μια υποομάδα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ που έχει τα δικά της χαρακτηριστικά και τη δική της αιτιολογία (Chien et al., 2017; Colombi & Ghaziuddin, 2017; Van Dongen et al., 2015).

Ταυτόχρονα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στην ανάπτυξη προβλημάτων συμπεριφοράς, για αυτό και η ΔΕΠ-Υ εμφανίζει υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με τη Διαταραχή Προκλητικής Εναντίωσης (35% -60%) και τη Διαταραχή Διαγωγής (20%). Τα παιδιά, στα οποία συνυπάρχει η ΔΕΠ-Υ και η Διαταραχή Προκλητικής Εναντίωσης ή η Διαταραχή Διαγωγής και κυρίως τα αγόρια εκδηλώνουν έντονα προβλήματα συμπεριφοράς, όπως αντιδραστική, διασπαστική, εχθρική-προκλητική, επιθετική και αντικοινωνική συμπεριφορά, συναισθηματική απάθεια και έντονη σκληρότητα και αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου με ιδιαίτερα δυσμενή πρόβλεψη, όταν μάλιστα η Διαταραχή Διαγωγής εμφανιστεί πριν από την ηλικία των 10 ετών. Για ορισμένους ερευνητές, η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με τη Διαταραχή Διαγωγής αποτελεί ένα γενετικά ξεχωριστό ή πιο σοβαρό τύπο της ΔΕΠ-Υ (Ter-Stepanian et al., 2017). Στην εφηβεία η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ και της Διαταραχής Διαγωγής αγγίζει το 40-60% και συχνά οδηγεί στην εκδήλωση της Διαταραχής Χρήσης Αλκοόλ ή Ουσιών. Στην ενηλικίωση το 15% -25% των παιδιών

αυτών εκδηλώνει Διαταραχή Αντικοινωνικής Προσωπικότητας (Tehrani-Doost, Noorazar, Shahrivar, Banaraki, Beigi & Noorian, 2017).

Όσον αφορά τις Συνδεδεμένες με Ουσίες Διαταραχές και τις Διαταραχές Εθισμού, στις οποίες ανήκουν η Διαταραχή Χρήσης Ουσιών και η Διαταραχή του Τζόγου, το ποσοστό κυμαίνεται στο 23%, έπειτα από πρόσφατη μετα- ανάλυση 12 ερευνών με δείγμα ενηλίκων. Οι διαταραχές αυτές σχετίζονται με δυσλειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος, γνωστικά ελλείμματα, κοινωνικά και ακαδημαϊκά ελλείμματα και δυσμενή πρόγνωση, ιδιαίτερα κατά την εφηβική ηλικία και την ενηλικίωση, περιλαμβάνοντας και τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Allely, 2014; Aymami et al., 2015).

Αξίζει, ακόμη, να αναφέρουμε ότι οι γνώσεις μας σχετικά με την ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά με Νοητική Αναπηρία είναι αρκετά περιορισμένες, αφού πολλοί λίγοι ερευνητές έχουν ασχοληθεί έως τώρα με το ζήτημα αυτό. Η περιορισμένη ενασχόληση των ειδικών με τη διερεύνηση της συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με τη Νοητική Αναπηρία οφείλεται βασικά στο γεγονός της εξαίρεσης των ατόμων με δείκτη νοημοσύνης μικρότερο από 70 από τις έρευνες που διεξάγονται για τη ΔΕΠ-Υ (Lindsey, 2002).

Τέλος, εκτεταμένες μελέτες αναφέρουν πως το 53% -64% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν προβλήματα ύπνου, αφύπνισης, ημερήσιας υπνηλίας και εγρήγορσης και κατ' επέκταση ακαδημαϊκά προβλήματα, προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς, γεγονός που συνδέεται με τα επίπεδα δραστηριότητας του εγκεφάλου. Εκδηλώνουν, επίσης, πολλές νυχτερινές αφυπνίσεις και υπνοβασία στην ηλικία των πέντε ετών, αλλά και υψηλά ποσοστά Διαταραχής Περιοδικών Κινήσεων των Άκρων,



«Συνδρόμου Ανήσυχων Ποδιών», ακόμα και Αποφρακτική Υπνική Άπνοια (Um et al., 2017).

### 3.10 Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ

Οι σύγχρονες ευρέως αποδεκτές θεραπευτικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνουν τη φαρμακοθεραπεία, τις ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις καθώς και τον συνδυασμό τους, ενώ παρεμβάσεις προτείνονται εναλλακτικά στη διατροφή και στη βιοανάδραση (Martinez-Raga, Ferreros, Knecht, De Alvaro & Carabal, 2017). Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής στα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχει λάβει σημαντική εμπειρική στήριξη ως προς την αποτελεσματικότητά της και συχνά χρησιμοποιείται ως επιλογή «πρώτης γραμμής», λόγω της γρήγορης και θετικής ανταπόκρισης σε αυτή, ενώ στις ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις εντάσσονται η τροποποίηση της συμπεριφοράς, η εκπαίδευση των γονέων, οι παρεμβάσεις στο σχολικό πλαίσιο, οι γνωσιακές- συμπεριφορικές παρεμβάσεις και η εκπαίδευση στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων (Clemow, Bushe, Mancini, Ossipov & Upadhyaya, 2017).

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την φαρμακευτική παρέμβαση, τα ερευνητικά δεδομένα που διαθέτουμε μέχρι σήμερα υποστηρίζουν τη χρησιμότητα τριών ειδών ψυχοτρόπων φαρμάκων που έχουν αποδειχθεί λιγότερο ή περισσότερο αποτελεσματικά στον περιορισμό της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ: τα ψυχοδιεγερτικά (μεθυλφενιδάτη, Ritalin/Concerta, δεξτροαμφεταμίνη Dexedrine/Adderall, πεμολίνη Cylert), τα αντικαταθλιπτικά (ατομοξετίνη, Strattera) και τα αντυπερτασικά (κλονιδίνη, Catapresan) (Clemow et al., 2017; Gray & Climie, 2016; Kortekaas-Rijlaarsdam, Luman, Sonuga-Barke & Oosterlaan, 2018).

Το 70-80% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ανταποκρίνεται θετικά στη φαρμακευτική αγωγή με ψυχοδιεγερτικά, καθώς επιδρούν στις προμετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου και σε σημαντικούς νευροδιαβιβαστές, την ντοπαμίνη, τη νορεπινεφρίνη, την επινεφρίνη και τη σεροτονίνη που σχετίζονται με την αναστολή και την αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς (Shaywitz et al., 2017). Μια νεότερη τάση στη φαρμακευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ αλλά και της υψηλής συννοσηρότητάς της με άλλες διαταραχές (Διαταραχή Διαγωγής, Διπολική Διαταραχή, προβλήματα ύπνου) είναι η συνδυαστική φαρμακοθεραπεία (Arnold et al., 2015).

Η μείωση της όρεξης για φαγητό θεωρείται μια από τις συνήθεις παρενέργειες των ψυχοδιεγερτικών. Άλλες παρενέργειες των ψυχοδιεγερτικών είναι η ταχυκαρδία, η αύξηση της πίεσης του αίματος, η ζάλη, η αϋπνία ή υπνηλία, οι στομαχόπονοι, οι πονοκέφαλοι, τα κινητικά ή φωνητικά μυοσπάσματα (1-2% των παιδιών), η πιθανότητα αυτοκτονικού ιδεασμού (3,7 περιστατικά στα 1.000) και ηπατικής ανεπάρκειας, κυρίως σε παιδιά με γνωστή υπερευαισθησία σε αυτές τις ουσίες (Hennissen et al., 2017).

Ειδικοί επισημαίνουν πως για να αξιολογηθεί η φαρμακευτική αγωγή ως αποτελεσματική πρέπει να λαμβάνεται υπό στενή ιατρική παρακολούθηση από το παιδί και να επιτευχθεί τουλάχιστον κατά 50% μείωση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, συγκριτικά με την αρχική αξιολόγηση, μαζί με σημαντική βελτίωση στην καθημερινή λειτουργικότητα του παιδιού (Ghosh, Fisher, Preen & Holman, D'Arcy, 2016).

Ωστόσο, ένα θέμα που προβλημάτισε τους ειδικούς σχετικά με τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα είναι η πιθανότητα να οδηγούν σε εθισμό και να ενισχύουν την τάση χρήσης και άλλων ανάλογων ουσιών (Hennissen et al., 2017). Επίσης, προβληματισμούς εγείρει η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ

προσχολικής ηλικίας καθώς δεν είναι ακόμα γνωστές οι πιθανές επιδράσεις της αγωγής στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο των μικρών παιδιών. Άλλωστε, έχει διαπιστωθεί ότι η αποτελεσματικότητα των ψυχοδιεγερτικών είναι μικρότερη στα παιδιά προσχολικής ηλικίας και οι παρενέργειες, όπως ευερεθιστότητα, κακοκεφιά, τάση για κλάμα, μεγαλύτερες (Ghosh et al., 2016).

Από την άλλη πλευρά, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, τα προγράμματα τροποποίησης της συμπεριφοράς εντάσσονται στις ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις και θεωρούνται ως οι πλέον κατάλληλες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη ΔΕΠ-Υ. Βασίζονται στις αρχές της συντελεστικής και κοινωνικής μάθησης και έχουν ως βασικούς στόχους: τη μείωση των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς, την αύξηση των επιθυμητών μορφών συμπεριφοράς και την ανάπτυξη νέων λειτουργικών μορφών συμπεριφοράς. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται στα πλαίσια αυτών των παρεμβάσεων είναι ποικίλες και στηρίζονται στην έννοια της διαφορικής ενίσχυσης: αρνητικής για την εκδήλωση αρνητικής συμπεριφοράς και θετικής για την εκδήλωση θετικής συμπεριφοράς. Χρησιμοποιούν διάφορα συστήματα επιβράβευσης, όπως σαφείς και άμεσους ενισχυτές, σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών (tokens), διακοπή θετικού ενισχυτή (time-out), κοινωνικούς ενισχυτές κ.ά. (Banaschewski et al., 2017).

Έρευνες που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, τονίζουν ότι οι παρεμβάσεις αυτές έχουν σημαντική επίδραση στη μείωση των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αλλά όχι των πρωτογενών συμπτωμάτων της διαταραχής. Ωστόσο, τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της παρέμβασης σε ένα πλαίσιο, π.χ. στο σπίτι, δεν γενικεύονται αυτόματα και σε άλλα πλαίσια, π.χ. στο σχολείο, αλλά χρειάζεται εφαρμογή της παρέμβασης και σε αυτά τα πλαίσια. Επίσης, για τη διατήρηση των αποτελεσμάτων σε μακροπρόθεσμο επίπεδο, ενδέχεται να χρειάζεται περιοδική επανάληψη κάποιων στοιχείων του προγράμματος, ενώ η

συμπεριφορά δεν ομαλοποιείται πλήρως παρόλο που τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων είναι πολύ σημαντικά (Banaschewski et al., 2017; Martinez-Raga et al., 2017).

Η εκπαίδευση των γονέων παιδιών με ΔΕΠ-Υ, επίσης, στη χρήση μεθόδων τροποποίησης της συμπεριφοράς αποτελεί βασικό στοιχείο των ψυχοθεραπευτικών προγραμμάτων, καθώς τους βοηθά να αντικαταστήσουν τα στρεσογόνα μοτίβα αλληλεπίδρασης με το παιδί τους με νέους, θετικούς τρόπους αλληλεπίδρασης, να χειρίζονται αποτελεσματικά τη θετική και αρνητική ενίσχυση, στα πλαίσια της καθημερινής λειτουργίας της οικογένειας, να διαχειρίζονται το χαμηλό αίσθημα αυτό-αποτελεσματικότητας, τα αρνητικά συναισθήματα, την κοινωνική απομόνωση και τις διαφωνίες που προκύπτουν, λόγω των αυξημένων απαιτήσεων του ρόλου τους (Dodangi, Vameghi, & Habibi, 2017).

Παράγοντες, όπως η μητρική κατάθλιψη, η μονογονεϊκότητα, η ύπαρξη ΔΕΠ-Υ στους ίδιους τους γονείς, οι διαταραχές άγχους, η χρήση ουσιών, οι κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες, οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις σχετίζονται με την περιορισμένη αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης των γονέων στη βελτίωση της συμπεριφοράς παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Τα βασικά στάδια ενός τέτοιου προγράμματος είναι: η ψυχοεκπαίδευση σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, η καταγραφή των συμπεριφορών- στόχων, η εκπαίδευση στην παροχή προσοχής στην εκδήλωση της επιθυμητής συμπεριφοράς, η εκπαίδευση στον τρόπο διατύπωσης εντολών και παρατηρήσεων, η εκπαίδευση στη δημιουργία και επιβολή κανόνων και συνεπειών, η εκπαίδευση στη διαχείριση της ενίσχυσης, η εκπαίδευση στη χρήση ανταλλάξιμων αμοιβών, η προετοιμασία για τη γενίκευση των τεχνικών αυτών, η εκπαίδευση στη χρήση τεχνικών επίλυσης προβλημάτων και προετοιμασία για την αντιμετώπιση των παλινδρομήσεων (Dodangi et al., 2017).

Από την άλλη πλευρά, οι ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις στο σχολείο απαιτούν τη συνεργασία, τη συμμετοχή και το συντονισμό της οικογένειας, των ειδικών και των εκπαιδευτικών, με σκοπό να αποφέρουν τα μέγιστα αποτελέσματα. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς και γνωστικές- συμπεριφορικές τεχνικές, ενώ στοχεύουν στην αντιμετώπιση δυσκολιών στη λειτουργικότητα των παιδιών στους τομείς της μάθησης, της συμπεριφοράς και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Walczak & Estrada, 2017).

Στα πλαίσια των παρεμβάσεων αυτών, γίνεται αρχικά ψυχοεκπαίδευση για τη ΔΕΠ-Υ, ακολουθεί ο προσδιορισμός των συμπεριφορών που θα αποτελέσουν στόχους της παρέμβασης και ολοκληρώνεται με την ιεράρχηση των στόχων αυτών, ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού και οι εκπαιδευτικοί μαθαίνουν πως να χρησιμοποιούν τις συμπεριφορικές τεχνικές. Η νεότερη επιστημονική τάση στην εφαρμογή των παρεμβάσεων αυτών στο σχολείο είναι η προσπάθεια διασύνδεσης του προγράμματος που εφαρμόζεται στο σχολείο με τις τεχνικές που εφαρμόζονται στο σπίτι, προάγοντας με αυτόν τον τρόπο την καλύτερη συνεργασία των εκπαιδευτικών με την οικογένεια (Powell, Parker & Harpin, 2017).

Οι γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην τροποποίηση των δυσλειτουργικών αντιλήψεων και στην αποκατάσταση των γνωστικών ελλειμμάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Martinez-Raga et al., 2017). Στόχος τους να βοηθηθούν τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ και τις οικογένειές τους να ασκούν αποτελεσματικότερο έλεγχο στις αντιλήψεις, στις στάσεις, στις πεποιθήσεις, στις γνωστικές λειτουργίες και στα συναισθήματά τους και να τροποποιούν κατάλληλα τη συμπεριφορά τους. Οι γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν παιχνίδι ρόλων, τεχνικές επίλυσης προβλημάτων (δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, απόρριψη), τεχνικές αυτοαξιολόγησης, αυτό-ενίσχυσης, εκπαίδευση στην

αυτοκαθοδήγηση και σε τεχνικές βελτίωσης των γνωστικών δεξιοτήτων με απώτερο στόχο τη συνολική βελτίωση της ικανότητας αυτοελέγχου, ως προς τη συγκέντρωση της προσοχής, της παρορμητικής συμπεριφοράς και της μνήμης εργασίας (Torpin et al., 2015).

Η εκπαίδευση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό κομμάτι της θεραπευτικής παρέμβασης, καθώς η απόρριψη από τους συνομηλίκους αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα μιας σειράς προβλημάτων συμπεριφοράς και ψυχικής υγείας τόσο στην εφηβεία, όσο και στην ενήλικη ζωή. Τα προγράμματα εκπαίδευσης στις κοινωνικές δεξιότητες στοχεύουν στην αναπλήρωση των ελλειμμάτων στην κοινωνική γνώση, στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στην ενσυναίσθηση με τη διδασκαλία τρόπων αναγνώρισης και ερμηνείας των συναισθημάτων, των προθέσεων και των κοινωνικών μηνυμάτων των συνομηλίκων και εξεύρεσης λύσεων σε προβληματικές κοινωνικές καταστάσεις (Mikami et al., 2013).

Επισημαίνεται, επίσης, η αναγκαιότητα της εκπαίδευσης των γονέων, ώστε να γίνουν οι ίδιοι οι εκπαιδευτές του παιδιού τους στην εφαρμογή των κοινωνικών δεξιοτήτων σε πραγματικές καταστάσεις κοινωνικής αλληλεπίδρασης στην καθημερινή ζωή αλλά και η σημασία της εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών για να στηρίζουν και να ενισχύουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στην εκδήλωση επιθυμητής κοινωνικής συμπεριφοράς και να διαμορφώνουν κλίμα αποδοχής και στήριξης των παιδιών αυτών ανάμεσα στην ομάδα των συνομηλίκων (Taylor et al., 2015).

Ερευνητές αναφέρουν, επίσης, ότι η ΔΕΠ-Υ σε παιδιά και εφήβους προκαλείται από τον «δυτικό τρόπο διατροφής», που είναι πλούσιος σε λίπος, σάκχαρα και νάτριο και ελλιπής σε φυτικές ίνες, φολικό οξύ και λιπαρά οξέα Ω3 (Sonuga-Barke, 2015). Οι

κυριότερες διατροφικές παρεμβάσεις, οι οποίες μπορούν να τροποποιήσουν τη βιοχημεία του εγκεφάλου και να οδηγήσουν σε μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής και των προβλημάτων στους τομείς της μάθησης και της συμπεριφοράς περιλαμβάνουν: α) παρεμβάσεις, οι οποίες αποκλείουν από τη διατροφή ορισμένα συστατικά (π.χ. σάκχαρα, σαλικυλικά οξέα, γλουτένη, καλαμπόκι, καφεΐνη, τεχνητές χρωστικές ουσίες και συντηρητικά) και β) παρεμβάσεις, που παρέχουν διατροφικά συμπληρώματα, όπως βιταμίνες, μεταλλικά ιχνοστοιχεία και λιπαρά οξέα Ω3 και Ω6 (Sonuga-Barke, 2015).

Η βιοανάδραση, επιπρόσθετα, είναι μια μέθοδος εγκεφαλικής εκγύμνασης και νευροφυσιολογικού αυτοελέγχου με τη χρήση οργάνων μέτρησης, η οποία στοχεύει στη μεταβολή και αυτορρύθμιση της εγκεφαλικής δραστηριότητας. Χρησιμοποιεί το ποσοτικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (qEEG) για να παρακολουθεί τη λειτουργία του εγκεφαλικού φλοιού σε πραγματικό χρόνο και αποσκοπεί στην εκπαίδευση του εγκεφάλου, ώστε να επιτευχθούν τα φυσιολογικά επίπεδα των εγκεφαλικών κυμάτων και των σωματικών και ψυχολογικών λειτουργιών (Herbert & Esparham, 2017; Jiang, Abiri, & Zhao, 2017).

Τα πρωτόκολλα που χρησιμοποιούνται στην βιοανάδραση για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι δύο: Το πρώτο στοχεύει στη μείωση των κυμάτων theta και την αύξηση των κυμάτων beta και αφορά στα τονικά χαρακτηριστικά της εγκεφαλικής εγρήγορης. Το δεύτερο πρωτόκολλο επικεντρώνεται στο χαμηλό δυναμικό διέγερσης του εγκεφαλικού φλοιού και αποσκοπεί στη ρύθμιση της διέγερσης αυτής με την ενεργοποίηση συγκεκριμένων δικτύων που σχετίζονται με την προσοχή (Herbert & Esparham, 2017).

Έρευνες αποκαλύπτουν πως τα αποτελέσματα από την εκπαίδευση παιδιών με ΔΕΠ-Υ μέσω βιοανάδρασης είναι θετικά, καθώς παρατηρείται μείωση των προβλημάτων συμπεριφοράς, βελτιωμένη γνωστική απόδοση αλλά και «ομαλοποίηση» της εγκεφαλικής δραστηριότητας σε ορισμένες από τις εγκεφαλικές περιοχές που δυσλειτουργούσαν, χωρίς παρενέργειες από τη χρήση της μεθόδου (Herbert & Esparham, 2017; Jiang et al., 2017).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 4.1 Σκοπός- στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθούν οι απόψεις, οι γνώσεις και οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με τους μαθητές με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα σε τρεις σημαντικές περιοχές:

- i. Τα σχετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της διαταραχής (γενικές πληροφορίες για τη φύση, τις αιτίες και την πρόγνωσή της),
- ii. Τα συμπτώματα- ενδείξεις της διαταραχής,
- iii. Την παρέμβαση για τη ΔΕΠ-Υ.

Ως επιμέρους στόχοι της εργασίας τίθενται η διερεύνηση ζητημάτων που άπτονται της διερεύνησης του βαθμού ενημέρωσης των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ σε συνάρτηση με το φύλο, την ηλικία, την ειδικότητα, το ατομικό επίπεδο εκπαίδευσης, τα χρόνια υπηρεσίας και την προηγούμενη διδακτική εμπειρία με μαθητή με ΔΕΠ-Υ.

### 4.2 Τα ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης είναι:

- i. Υπάρχουν διαφορές στις γνώσεις και στάσεις των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, γενικής και ειδικής αγωγής για τη ΔΕΠ-Υ;
- ii. Πόσο καλά γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί βασικές πτυχές της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (Ορισμός, Συμπτωματολογία, Αιτιολογία και Αντιμετώπιση);

- iii. Χαρακτηριστικά όπως το φύλο και η ηλικία επηρεάζουν τις στάσεις και αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ;
- iv. Το ατομικό επίπεδο μόρφωσης των εκπαιδευτικών τι ρόλο διαδραματίζει στο επίπεδο ενημέρωσης τους για τη ΔΕΠ-Υ;
- v. Ποιος ο ρόλος των ετών υπηρεσίας στη διαμόρφωση γνώσεων και πεποιθήσεων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ;
- vi. Ποιος ο ρόλος της διδακτικής εμπειρίας από προηγούμενη συνεργασία με μαθητές με ΔΕΠ-Υ στη διαμόρφωση των γνώσεων τους;

### 4.3 Αναγκαιότητα- χρησιμότητα της έρευνας

Τόσο η έλλειψη επαρκών ερευνητικών δεδομένων στον ελληνικό χώρο που αφορούν στη διερεύνηση των απόψεων και των γνώσεων των εκπαιδευτικών όσο και ο σημαντικός ρόλος των εκπαιδευτικών στην αναγνώριση, ταυτοποίηση, διαχείριση και αποτελεσματική παρέμβαση της ΔΕΠ-Υ, οδήγησε στο σχεδιασμό και την εκπόνηση της παρούσας μελέτης, η οποία επιχείρησε να διερευνήσει τις γνώσεις και τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με τους μαθητές με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα.

### 4.4 Συμμετέχοντες

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 125 εκπαιδευτικοί (39 άνδρες), όπως φαίνεται στον Πίνακα 1 και στο Γράφημα 1, εκ των οποίων οι 29 ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 21-25 ετών, οι 36 στην ηλικιακή ομάδα 26-35 ετών, οι 15 στην

ηλικιακή ομάδα 36-45 ετών, 41 στην ηλικιακή ομάδα 46-55 ετών και μόλις 4 είναι άνω των 56 ετών (Πίνακας 2, Γράφημα 2).

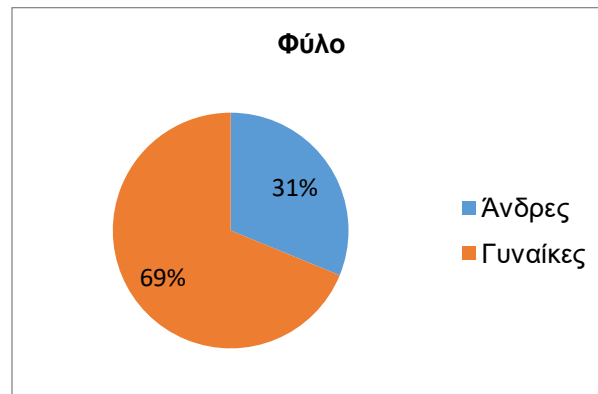
Πίνακας 1

*Συχνότητα και ποσοστό ανδρών και γυναικών*

Φύλο	N	Ποσοστό
Άνδρες	39	31,2
Γυναίκες	86	68,8
Σύνολο	125	100

Γράφημα 1

*Ποσοστό ανδρών και γυναικών*

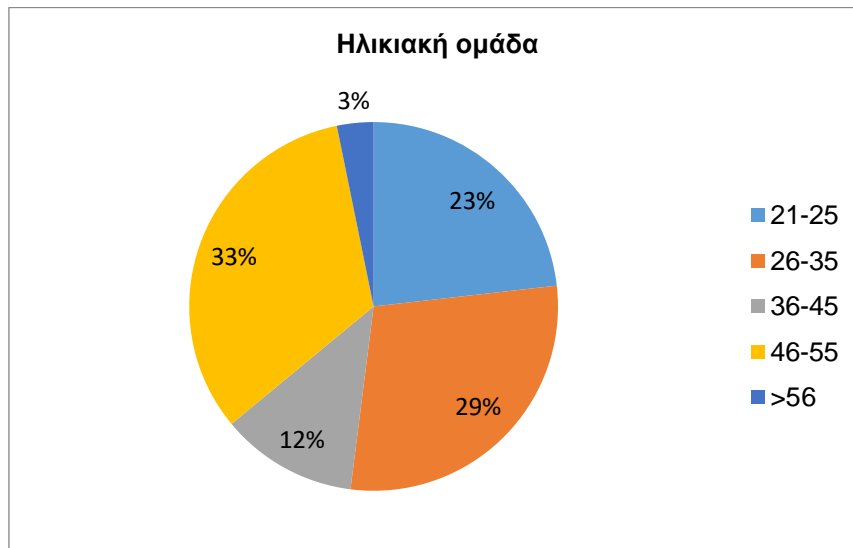


Πίνακας 2

*Κατανομή συμμετεχόντων σε ηλικιακές ομάδες*

Ηλικιακή ομάδα	N	Ποσοστό
21-25	29	23,2
26-35	36	28,8
36-45	15	12
46-55	41	32,8
>56	4	3,2

Γράφημα 2  
Κατανομή συμμετεχόντων σε ηλικιακές ομάδες



Αναφορικά με την ειδικότητα των εκπαιδευτικών οι 84 (67,2%) ήταν γενικής αγωγής και οι υπόλοιποι 41 (32,8%) ειδικής αγωγής. Τα χρόνια υπηρεσίας της κάθε ειδικότητας παρουσιάζονται στον Πίνακα 3 και στο Γράφημα 3.

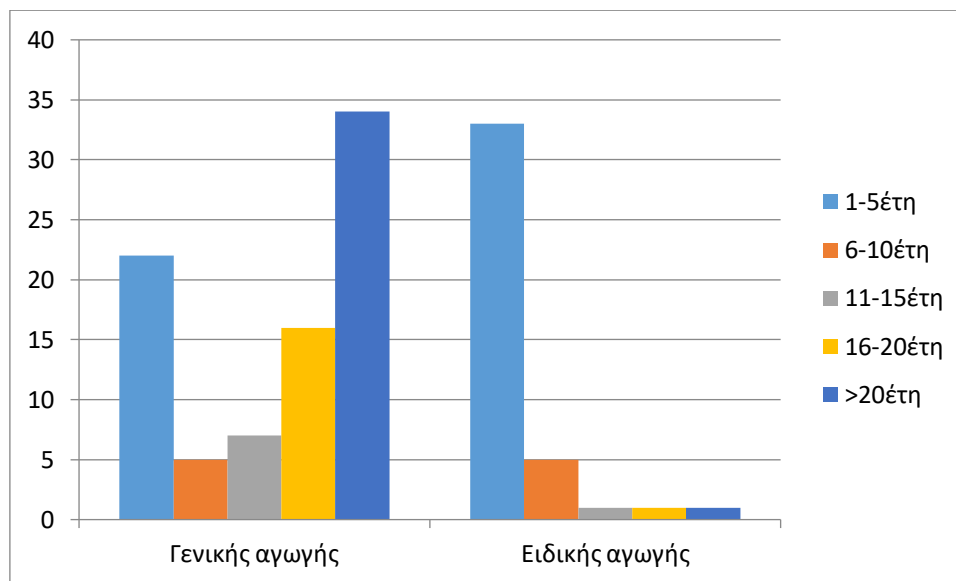
Πίνακας 3

Έτη υπηρεσίας συμμετεχόντων ανάλογα με την ειδικότητα των εκπαιδευτικών

Χρόνια υπηρεσίας	Γενικής αγωγής		Ειδικής αγωγής		Σύνολο	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
1-5έτη	22	26,20%	33	80,50%	55	44,00%
6-10έτη	5	6,00%	5	12,20%	10	8,00%
11-15έτη	7	8,30%	1	2,40%	8	6,40%
16-20έτη	16	19,00%	1	2,40%	17	13,60%
>20έτη	34	40,50%	1	2,40%	35	28,00%
Σύνολο	84	100,00%	41	100,00%	125	100,00%

## Γράφημα 3

*Έτη υπηρεσίας συμμετεχόντων ανάλογα με την ειδικότητα των εκπαιδευτικών*



Αναφορικά με το επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (52%) κατείχε πτυχίο ΑΕΙ, το 40% κατείχε μεταπτυχιακό δίπλωμα, το 7,2% είχε κάνει μετεκπαίδευση σε διδασκαλείο και μόλις το 0,8% κατείχε διδακτορικό δίπλωμα, όπως φαίνεται στον Πίνακα 4 και στο Γράφημα 4.

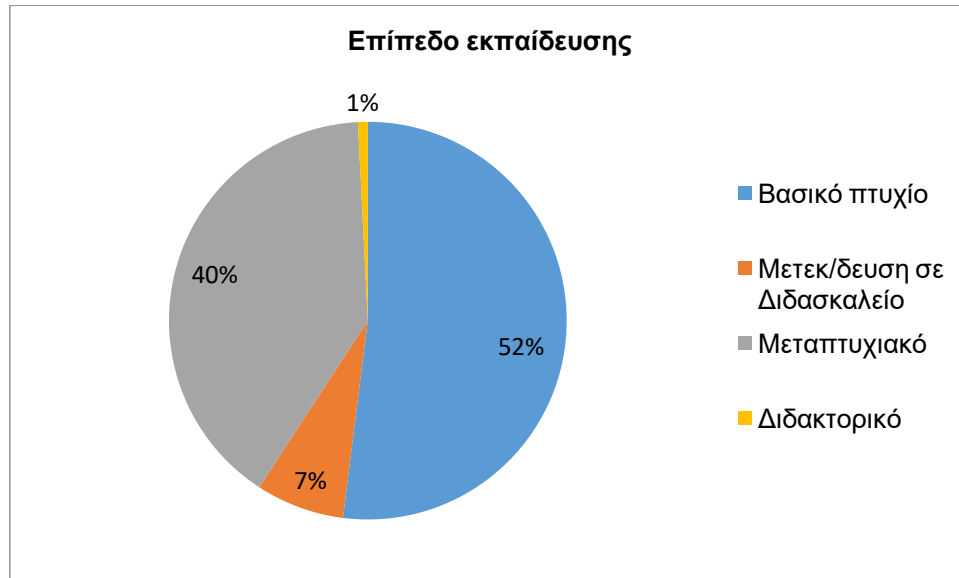
## Πίνακας 4

*Επίπεδο σπουδών συμμετεχόντων*

Επίπεδο εκπαίδευσης	N	Ποσοστό
Βασικό πτυχίο	65	52
Μετεκ/δευση σε Διδασκαλείο	9	7,2
Μεταπτυχιακό	50	40
Διδακτορικό	1	0,8
Σύνολο	125	100

#### Γράφημα 4

Επίπεδο σπουδών συμμετεχόντων



Τέλος, από το σύνολο των συμμετεχόντων το 81,6% δήλωσε ότι έχει συναντήσει στην τάξη του παιδί με διαγνωσμένη ΔΕΠ-Υ και μόλις το 18,4% δεν έχει συναντήσει ποτέ στην τάξη του παιδί με διαγνωσμένη ΔΕΠ-Υ, όπως φαίνεται στον Πίνακα 5.

#### Πίνακας 5

Απάντηση στην ερώτηση περί ύπαρξης ή μη μαθητή με διαγνωσμένη ΔΕΠ-Υ

Ύπαρξη μαθητή ΔΕΠ-Υ	N	Ποσοστό
Ναι	102	81,6
Όχι	23	18,4

### 4.5 Το ερευνητικό εργαλείο

Το εργαλείο της παρούσας έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται κυρίως για τη συλλογή πρωτογενών ποσοτικών δεδομένων, ενώ ταυτόχρονα μας προσφέρει πληροφορίες για ένα μεγάλο αριθμό δείγματος, επιτρέπει τις συγκρίσεις και την κατασκευή ερωτήσεων κλειστού τύπου, οι

οποίες εξασφαλίζουν αντικειμενικές πληροφορίες, περιορίζουν τους συμμετέχοντες στο θέμα και αναλύονται με περισσότερη ευκολία (Παρασκευόπουλος, 1993).

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι το KADDS, (The Knowledge of Attention Deficit Disorder Scale), (Sciutto, Terjesen & Bender- Frank, 2000). Η κλίμακα αναπτύχθηκε αρχικά από τους Sciutto και Feldhammer (1994), για να αξιολογήσει τις γνώσεις των γονέων, των εκπαιδευτικών και των ειδικών ψυχικής υγείας σε τρεις σημαντικές υποκλίμακες (σχετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, συμπτώματα/ διάγνωση, παρέμβαση) της ΔΕΠ-Υ (Sciutto, Terjesen & Bender- Frank, 2000).

Το KADDS αποτελείται από μια κλίμακα 36 προτάσεων, καθεμιά εκ των οποίων αντιστοιχεί σε τεκμηριωμένη βιβλιογραφική παραπομπή, που χρησιμοποιεί το σχήμα Σωστό (Σ), Λάθος (Λ) ή Δεν Ξέρω (ΔΞ) σε κάθε πρόταση, το οποίο μας επιτρέπει να διαφοροποιήσουμε αυτό που δεν γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί από αυτό που θεωρούν ανακριβές. Οι τρεις υποκλίμακες επιλέχθηκαν για να απεικονίσουν κατά πόσο ικανοποιούνται ως προς το περιεχόμενο, περιοχές σχετικές με τις διαγνωστικές αποφάσεις και τις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις. Επιπρόσθετα, το KADDS διακρίνει την έλλειψη πληροφοριών για τη ΔΕΠ-Υ, από τις ανακριβείς πεποιθήσεις για τη διαταραχή, δεδομένου ότι η απάντηση Δεν Ξέρω θεωρείται έλλειψη γνώσης, ενώ μια σωστή απάντηση που θεωρείται λανθασμένη αξιολογείται ως παρερμηνεία. Με τον τρόπο αυτό, μετρείται η γνώση των εκπαιδευτικών όχι μόνο για το ποιο είναι στοιχεί της ΔΕΠ-Υ, αλλά και τι δεν είναι (Guerra & Brown, 2012).

### Οι υποκλίμακες του KADDS

- ❖ Οι ερωτήσεις που αφορούν τα Σχετικά Χαρακτηριστικά Γνωρίσματα είναι οι εξής: 1, 4, 6, 13, 17, 19, 22, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33

- ❖ Οι ερωτήσεις που αφορούν τα Συμπτώματα/ Διάγνωση είναι οι εξής: 3, 5, 7, 9, 11, 14, 16, 21, 26
- ❖ Οι ερωτήσεις που αφορούν την Παρέμβαση είναι οι εξής: 2, 8, 10, 12, 15, 18, 20, 23, 25, 34, 35, 36
- ❖ Οι προτάσεις 37, 38, 39 είναι νέα στοιχεία, τα οποία δεν έχουν ταξινομηθεί στις υποκλίμακες και περιλαμβάνονται για δοκιμαστικούς λόγους (Guerra & Brown, 2012; Soroa, Gorostiaga & Balluerka , 2013).

#### Έλεγχος αξιοπιστίας της έρευνας (Reliability Statistics)

Στην παρούσα έρευνα ο συντελεστής Alpha για τη συνολική κλίμακα παρουσιάζει υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας, ενώ οι συντελεστές για τις υποκλίμακες θεωρούνται αρκετά ικανοποιητικοί για μια έρευνα κοινωνικών επιστημών (Νόβα-Καλτσούνη, 2006; Παρασκευόπουλος, 1993).

#### Εγκυρότητα (Validity)

Το ερωτηματολόγιο KADDS, ως έγκυρο μέτρο της γνώσης των εκπαιδευτικών για τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ΔΕΠ-Υ φαίνεται να είναι ευαίσθητο στη γνώση που αποκτάται:

- ❖ Από την άμεση επαφή και αλληλεπίδραση με τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ,
- ❖ Από τον αριθμό των μαθητών με ΔΕΠ-Υ, τα οποία έχει διδάξει ο εκπαιδευτικός,
- ❖ Τις πληροφορίες που έχει αποκτήσει αλλά και την κατάρτιση που έχει ο εκπαιδευτικός,
- ❖ Και τα αποτελέσματα στη βαθμολόγηση της κλίμακας αλλάζουν , ως αποτέλεσμα εκπαιδευτικών παρεμβάσεων (Gorostiaga & Balluerka , 2013).



### Διαδικασία Βαθμολόγησης του KADDS

Οι απαντήσεις, αρχικά, εισάγονται στο SPSS ως εξής: 1= Σωστό, 2= Λάθος, 3= Δεν Ξέρω. Ως παρερμηνεία ορίζουμε την ανακριβή απάντηση (δηλαδή απάντηση Λάθος σε μια ερώτηση για την οποία Σωστό είναι η σωστή απάντηση. Οι απαντήσεις Δεν Ξέρω δεν θεωρούνται παρερμηνείες (Sciutto, Terjesen & Bender- Frank, 2000; Gorostiaga & Balluerka , 2013).

Προκειμένου να έχουμε τα ορθά αποτελέσματα των υποκλιμάκων και ολόκληρης της κλίμακας, οι σωστές απαντήσεις πρέπει να επανακωδικοποιηθούν ως σωστές ή ανακριβείς, με στόχο οι σωστές απαντήσεις να πάρουν έναν (1) βαθμό, ενώ οι ανακριβείς απαντήσεις και οι απαντήσεις Δεν Ξέρω να πάρουν μηδέν (0) βαθμούς (Sciutto, Terjesen & Bender- Frank, 2000).

### Επανακωδικοποιήσεις

Η σωστή απάντηση είναι η απάντηση Λάθος: Ερωτήσεις 1, 2, 7, 11, 12, 14, 18, 19, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 39

Η σωστή απάντηση είναι η απάντηση Σωστό: Ερωτήσεις 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20, 21, 25, 26, 31, 32, 33

(Sciutto, Terjesen & Bender- Frank, 2000).

## **4.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων**

Η χορήγηση του ερωτηματολογίου έλαβε χώρα με τυχαιοποιημένη σειρά από την ίδια την ερευνήτρια. Πριν την χορήγηση και την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες- εκπαιδευτικοί έλαβαν τις απαραίτητες οδηγίες και πληροφορίες για τον σκοπό, τη συμμετοχή τους στην έρευνα, η οποία θα ήταν

αυστηρώς ανώνυμη και απόλυτα εθελοντική, δεδομένου ότι είχαν τη δυνατότητα είτε να μην συμμετάσχουν είτε να διακόψουν τη διαδικασία της συμπλήρωσης. Επίσης, έγινε σαφές ότι οι απαντήσεις και τα αποτελέσματα είναι εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιούνταν αποκλειστικά για τους ερευνητικούς σκοπούς, ενώ θα παρέμεναν ανώνυμα.

Τα 125 ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν και συμπληρώθηκαν από τους εκπαιδευτικούς παρουσία της ερευνήτριας στο περιβάλλον του σχολείου τους (σχολική αίθουσα, γραφείο διδασκόντων, βιβλιοθήκη), όπου είχαν και την δυνατότητα να θέσουν ερωτήσεις και σχόλια για το περιεχόμενο των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου εντός ή εκτός του ωρολογίου προγράμματος. Αξίζει, ακόμη, να αναφέρουμε ότι ο χρόνος απασχόλησης για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν κατά περίπτωση από δέκα μέχρι τριάντα λεπτά.

#### **4.7 Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων**

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αναλύθηκαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS v.25 (Statistical Package for the Social Sciences). Αρχικά, έγινε έλεγχος της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιώντας τον δείκτη Cronbach  $\alpha$ . Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov για την κανονικότητα των δεδομένων. Λαμβάνοντας υπόψιν τα αποτελέσματα του ελέγχου κανονικότητας, για τη διερεύνηση των διαφορών ανάμεσα στα δύο φύλα και ανάμεσα στις δύο ειδικότητες, αναφορικά με τις υποκλίμακες, αλλά και για το σύνολο των υποκλιμάκων και τον συνολικό δείκτη του ερωτηματολογίου ανάλογα με την ύπαρξη ή μη διαγνωσμένου με ΔΕΠ-Υ παιδιού στην τάξη, χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney. Η διερεύνηση των διαφορών ανάμεσα στα δύο φύλα και

ανάμεσα στις δύο ειδικότητες για τον συνολικό δείκτη του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με τον παραμετρικό έλεγχο t-test.

Ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis και τα ανάλογα θηκογράμματα χρησιμοποιήθηκαν για να ελέγξουν τις διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων για τις υποκλίμακες «Χαρακτηριστικά γνωρίσματα», «Συμπτώματα/Διάγνωση» και για τον συνολικό δείκτη του ερωτηματολογίου, τις διαφορές μεταξύ των εκπαιδευτικών ανάλογα με τα χρόνια υπηρεσίας για όλες τις υποκλίμακες και τις διαφορές μεταξύ των εκπαιδευτικών ανάλογα με το επίπεδο σπουδών για όλες τις υποκλίμακες και τον συνολικό δείκτη του ερωτηματολογίου.

Οι διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων για την υποκλίμακα «Αντιμετώπιση», αλλά και οι διαφορές μεταξύ των εκπαιδευτικών ανάλογα με τα χρόνια υπηρεσίας για τον συνολικό δείκτη του ερωτηματολογίου ελέγχθηκαν με μονο-παραγοντική ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA) και το κριτήριο Tukey για την Post Hoc ανάλυση όπου χρειάστηκε. Ο έλεγχος ήταν δίπλευρος και το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο  $\alpha = 0,05$ .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Αποτελέσματα περιγραφικών αναλύσεων

Στην ενότητα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα ποσοστά των σωστών και λανθασμένων ερωτήσεων που δόθηκαν από τους εκπαιδευτικούς καθώς και το ποσοστό που έδωσε την απάντηση «Δεν ξέρω» σε κάθε υποκλίμακα αλλά και σε κάθε ερώτηση ξεχωριστά. Συγκεκριμένα, αναφορικά με την υποκλίμακα που μετράει τις γνώσεις των συμμετεχόντων για τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα, το 47,2% απάντησε σωστά, το 28% έδωσε λάθος απάντηση και το 23,58 δήλωσε ότι δεν γνωρίζει. Τα ποσοστά για κάθε απάντηση της υποκλίμακα περιγράφονται στον Πίνακα 6, στον οποίο με έντονα γράμματα παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά που αντιστοιχούν στους εκπαιδευτικούς που έδωσαν ορθή απάντηση.

#### Πίνακας 6

*Συχνότητες και ποσοστά απαντήσεων για κάθε ερώτηση της υποκλίμακας «χαρακτηριστικά γνωρίσματα»*

Ερώτηση	Χαρακτηριστικά γνωρίσματα					
	Σωστό		Λάθος		Δεν ξέρω	
	N	%	N	%	N	%
1. Οι περισσότερες επιδημιολογικές εκτιμήσεις δείχνουν ότι η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται περίπου στο 15% των παιδιών σχολικής ηλικίας.	39	31,2	26	<b>20,8</b>	60	48
4. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ «ακούνε» περισσότερο τους πατέρες τους από τις μητέρες τους.	6	<b>4,8</b>	86	68,8	33	26,4
6. Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται συχνότερα στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού, (δηλ. γονείς, αδέρφια) των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, παρά στον γενικό πληθυσμό.	44	<b>35,2</b>	32	25,6	49	39,2
13. Μπορεί και ένας ενήλικας να διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ.	101	<b>80,8</b>	4	3,2	1	0,8
17. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συχνότερα συμπτώματα κατάθλιψης απ' ό,τι τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ.	37	<b>29,6</b>	11	8,8	77	61,6

19. Τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ «ξεπερνούν» τα συμπτώματα της διαταραχής στην αρχή της εφηβείας και λειτουργούν «φυσιολογικά» ως ενήλικες.	26	20,8	61	48,8	38	30,4
22. Εάν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ μπορεί να παραμείνει συγκεντρωμένο σε ένα βιντεοπαιχνίδι ή στην τηλεόραση για μια ώρα, τότε θα μπορεί να παραμείνει συγκεντρωμένο, για τουλάχιστον μια ώρα, στα μαθήματά του στο σχολείο και στο σπίτι.	3	2,4	106	84,8	16	12,8
24. Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ από μόνη της, αρκεί για να έχει ένα παιδί δυνατότητα πρόσβασης σε ειδική αγωγή και εκπαίδευση.	65	52	42	33,6	18	14,4
27. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν γενικά περισσότερα προβλήματα στις νέες καταστάσεις απ' ό,τι στις γνωστές.	96	76,8	8	6,4	21	16,8
28. Υπάρχουν συγκεκριμένα φυσικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, στα οποία «στηρίζονται» οι γιατροί (π.χ. παιδίατροι), προκειμένου να καταλήξουν σε μια οριστική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.	53	42,4	34	27,2	38	30,4
29. Στα παιδιά σχολικής ηλικίας η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται το ίδιο συχνά στα αγόρια και στα κορίτσια.	18	14,4	86	68,8	21	16,8
30. Η προβληματική συμπεριφορά (π.χ. υπερδραστηριότητα, απροσεξία) των πολύ μικρών παιδιών (κάτω των 4 ετών) με ΔΕΠ-Υ, είναι πολύ διαφορετική από τη συμπεριφορά των συνομηλίκων τους, που δεν έχουν ΔΕΠ-Υ.	57	45,6	38	30,4	30	24
31. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ διακρίνονται ευκολότερα από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ μέσα στο πλαίσιο μιας σχολικής τάξης, παρά σε ελεύθερη κατάσταση παιχνιδιού.	96	76,8	20	16	9	7,2
32. Η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να παρουσιάσει χαμηλή σχολική επίδοση, στα πρώτα σχολικά έτη.	102	81,6	12	9,6	11	8,8
33. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ παρουσιάζονται συχνά και σε παιδιά, που δεν έχουν ΔΕΠ-Υ, αλλά που προέρχονται από ανεπαρκή και χαοτικά οικογενειακά περιβάλλοντα.	102	81,6	3	2,4	20	16

Αναφορικά με την υποκλίμακα που μετράει τις γνώσεις των συμμετεχόντων για τα συμπτώματα/διάγνωση, το 73,5% απάντησε σωστά, το 11,4% έδωσε λάθος απάντηση και το 15,1 δήλωσε ότι δεν γνωρίζει. Τα ποσοστά για κάθε απάντηση της υποκλίμακας περιγράφονται στον Πίνακα 7, στον οποίο με έντονα γράμματα παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά που αντιστοιχούν στους εκπαιδευτικούς που έδωσαν ορθή απάντηση.

Πίνακας 7

*Συχνότητες και ποσοστά απαντήσεων για κάθε ερώτηση της υποκλίμακας «συμπτώματα/ διάγνωση»*

Ερώτηση	Συμπτώματα/Διάγνωση					
	Σωστό		Λάθος		Δεν ξέρω	
	N	%	N	%	N	%
3. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποσπώνται συχνά από άσχετα ερεθίσματα	<b>122</b>	<b>97,6</b>	1	0,8	2	1,6
5. Προκειμένου να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, πρέπει τα συμπτώματα της διαταραχής να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 7 ετών.	<b>53</b>	<b>42,4</b>	38	30,4	34	27,2
7. Ένα σύμπτωμα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι ότι συμπεριφέρονται με σκληρότητα απέναντι στους άλλους ανθρώπους.	20	16	<b>85</b>	<b>68</b>	20	16
9. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ κινούνται συνεχώς νευρικά ή στριφογυρίζουν στο κάθισμά τους.	<b>107</b>	<b>85,7</b>	16	12,8	2	1,6
11. Συνήθως τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση ή μεγάλη ιδέα για τον εαυτό τους.	13	10,4	<b>93</b>	<b>74,4</b>	19	15,2
14. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν συχνά στο ιστορικό τους ένα περιστατικό κλοπής ή καταστροφής ξένης περιουσίας.	17	13,6	<b>45</b>	<b>36</b>	63	50,4
16. Η πρόσφατη γνώση για τη ΔΕΠ-Υ προτείνει δύο υποτύπους των συμπτωμάτων της διαταραχής: ο ένας έχει ως κύριο χαρακτηριστικό την απροσεξία και ο άλλος την υπερδραστηριότητα/παρορμητικότητα.	<b>92</b>	<b>73,6</b>	13	10,4	20	16

21. Προκρινόμενου να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, θα πρέπει να παρουσιάζει τα σχετικά συμπτώματα σε δύο ή περισσότερα πλαίσια (π.χ. σπίτι, σχολείο).	<b>105</b>	<b>84</b>	10	8	10	8
26. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά δυσκολεύονται να οργανώσουν τις εργασίες και τις δραστηριότητές τους.	<b>125</b>	<b>100</b>	0	0	0	0

Ομοίως, αναφορικά με την υποκλίμακα που μετράει τις γνώσεις των συμμετεχόντων για την παρέμβαση, το 45,13% απάντησε σωστά, το 16,13% έδωσε λάθος απάντηση και το 38,74% δήλωσε ότι δεν γνωρίζει. Τα ποσοστά για κάθε απάντηση της υποκλίμακα περιγράφονται στον Πίνακα 8, στον οποίο με έντονα γράμματα παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά που αντιστοιχούν στους εκπαιδευτικούς που έδωσαν ορθή απάντηση.

#### Πίνακας 8

*Συχνότητες και ποσοστά απαντήσεων για κάθε ερώτηση της υποκλίμακας «παρέμβαση»*

Ερώτηση	Παρέμβαση					
	Σωστό		Λάθος		Δεν ξέρω	
	N	%	N	%	N	%
2. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η ΔΕΠ-Υ συχνά εμφανίζεται στα παιδιά εκείνα, που οι γονείς τους τα διαπαιδαγωγούν με ακατάλληλους τρόπους.	<b>21</b>	<b>16,8</b>	<b>83</b>	<b>66,4</b>	21	16,8
8. Έχει βρεθεί ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μειώνουν αποτελεσματικά τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε πολλά παιδιά.	<b>20</b>	<b>16</b>	33	26,4	72	57,6
10. Η κατάρτιση των γονέων και των εκπαιδευτικών σχετικά με την αντιμετώπιση ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι γενικά αποτελεσματική, όταν συνδυάζεται με φαρμακοθεραπεία.	<b>60</b>	<b>48</b>	26	20,8	39	31,2

12. Όταν ολοκληρωθεί η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ, σπάνια επανεμφανίζονται τα συμπτώματα της διαταραχής.	1	0,8	<b>93</b>	<b>74,4</b>	31	24,8
15. Παρενέργειες των διεγερτικών φαρμάκων, που χρησιμοποιούνται για τη ΔΕΠ-Υ, μπορεί να είναι η αϋπνία και η έλλειψη όρεξης για φαγητό.	<b>54</b>	<b>43,2</b>	2	1,6	69	55,2
18. Η ατομική ψυχοθεραπεία είναι συνήθως επαρκής αντιμετώπιση για τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.	23	18,4	<b>76</b>	<b>60,8</b>	26	20,8
20. Σε βαριές περιπτώσεις ΔΕΠ-Υ, συχνά τα φάρμακα χρησιμοποιούνται, πριν την εφαρμογή άλλων τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς.	<b>58</b>	<b>46,4</b>	21	16,8	46	36,8
23. Μειώνοντας στη διατροφή τη ζάχαρη και τα συντηρητικά, που υπάρχουν στα τρόφιμα, περιορίζονται αποτελεσματικά και τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.	51	40,8	<b>25</b>	<b>20</b>	49	39,2
25. Τα διεγερτικά φάρμακα είναι ο πιο κοινός τύπος φαρμάκου, που χρησιμοποιείται, για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ.	<b>24</b>	<b>19,2</b>	23	18,4	78	62,4
34. Οι συμπεριφοριστικές/ ψυχολογικές παρεμβάσεις για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εστιάζουν κυρίως στο πρόβλημα της απροσεξίας.	35	28	<b>49</b>	<b>39,2</b>	41	32,8
35. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (δηλ. θεραπεία με ηλεκτροσόκ) έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματική αντιμετώπιση για τις βαριές περιπτώσεις ΔΕΠ-Υ.	3	2,4	<b>33</b>	<b>26,4</b>	89	71,2
36. Έχει βρεθεί ότι οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, που εστιάζουν κυρίως στην τιμωρία, είναι οι πιο αποτελεσματικές στον περιορισμό των συμπτωμάτων της διαταραχής.	3	2,4	<b>102</b>	<b>81,6</b>	20	16



Τα ποσοστά και οι συχνότητες των τριών τελευταίων ερωτήσεων οι οποίες δεν περιλαμβάνονται σε κάποια υποκλίμακα πάρα μόνο στο σύνολο του ερωτηματολογίου ανέρχονται στο 100% για τις σωστές απαντήσεις και στις τρεις περιπτώσεις. Για το σύνολο του ερωτηματολογίου, το ποσοστό των σωστών απαντήσεων ανέρχεται στο 56,89%, των λάθος απαντήσεων στο 18,48% και των απαντήσεων "Δεν ξέρω" στο 24,63%.

### Έλεγχος αξιοπιστίας

Σε επόμενο στάδιο έγινε έλεγχος της αξιοπιστίας των δεδομένων χρησιμοποιώντας τον δείκτη Cronbach  $\alpha$ , σύμφωνα με τον οποίο η αξιοπιστία των υποκλιμάκων «Χαρακτηριστικά γνωρίσματα» και «Παρέμβαση» κρίνεται λίγο ικανοποιητική, ενώ αναφορικά με την υποκλίμακα «Συμπτώματα/Διάγνωση» το επίπεδο αξιοπιστίας βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Η αξιοπιστία του συνολικού δείκτη κρίνεται ικανοποιητική. Πιο συγκεκριμένα ο δείκτης αξιοπιστίας κάθε υποκλιμάκας και του συνόλου των δεδομένων παρουσιάζεται στον Πίνακα 9.

#### Πίνακας 9

*Δείκτης αξιοπιστίας των υποκλιμάκων και του συνόλου του ερωτηματολογίου*

Υποκλίμακες	Αριθμός ερωτημάτων	Cronbach $\alpha$
Χαρακτηριστικά γνωρίσματα	15	0,509
Συμπτώματα/Διάγνωση	9	0,261
Παρέμβαση	12	0,54
Σύνολο	39	0,698

## Έλεγχος κανονικότητας

Για την εξέταση της κανονικότητας των δεδομένων πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov αναφορικά με το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, την ειδικότητα, τα έτη υπηρεσίας, το επίπεδο εκπαίδευσης, και την ύπαρξη ή μη διαγνωσμένου με ΔΕΠ-Υ παιδιού στην τάξη.

### Φύλο

Αναφορικά με το φύλο, τα αποτελέσματα του ελέγχου Kolmogorov-Smirnov έδειξαν ότι για τους άνδρες μόνο η κατανομή του συνολικού δείκτη και της υποκλίμακας «Αντιμετώπισης» είναι κανονικές. Για τις γυναίκες τα δεδομένα ακολουθούν μη κανονική κατανομή σε όλες τις περιπτώσεις, με τα ακριβή αποτελέσματα να παρουσιάζονται στον Πίνακα 10.

Πίνακας 10

*Έλεγχος κανονικότητας των υποκλιμάκων και του συνόλου του ερωτηματολογίου ανάλογα με το φύλο*

Υποκλίμακες	Φύλο	z	n	p
Χαρακτηριστικά γνωρίσματα	άνδρας	0,142	39	0,046
	γυναίκα	0,114	86	0,008
Συμπτώματα/ Διάγνωση	άνδρας	0,151	39	0,025
	γυναίκα	0,193	86	<0,001
Αντιμετώπιση	άνδρας	0,131	39	0,089
	γυναίκα	0,134	86	0,001
Σύνολο	άνδρας	0,084	39	0,2
	γυναίκα	0,102	86	0,028

### Ηλικιακή ομάδα

Όσον αφορά στην κατανομή των δεδομένων ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα των εκπαιδευτικών, όπως φαίνεται στον Πίνακα 11, αυτή είναι κανονική για όλες τις ηλικιακές ομάδες όταν πρόκειται για την «Αντιμετώπιση», για τις ηλικιακές ομάδες

21-25 και 46-55 όταν πρόκειται για τα «Χαρακτηριστικά γνωρίσματα» και για τις ηλικιακές ομάδες 21-25, 36-45 και 46-55 όταν πρόκειται για το σύνολο του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 11

*Έλεγχος κανονικότητας των υποκλίμακων και του συνόλου του ερωτηματολογίου ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα των εκπαιδευτικών*

Υποκλίμακες	Ηλικία	z	n	p
Χαρακτηριστικά γνωρίσματα	21-25	0,157	29	0,065
	26-35	0,179	36	0,005
	36-45	0,253	15	0,011
	46-55	0,111	41	0,2
Συμπτώματα/ Διάγνωση	21-25	0,172	29	0,028
	26-35	0,216	36	<0,00
	36-45	0,258	15	0,008
	46-55	0,213	41	<0,001
Αντιμετώπιση	21-25	0,161	29	0,052
	26-35	0,141	36	0,068
	36-45	0,132	15	0,2
	46-55	0,112	41	0,2
Σύνολο	21-25	0,097	29	0,2
	26-35	0,163	36	0,016
	36-45	0,192	15	0,141
	46-55	0,131	41	0,075

### *Ειδικότητα*

Αναφορικά με την ειδικότητα τα αποτελέσματα του ελέγχου Kolmogorov-Smirnov έδειξαν ότι για όλες τις υποκλίμακες τα δεδομένα ακολουθούν και για τις δύο ειδικότητες μη κανονική κατανομή και μόνο για το σύνολο του ερωτηματολογίου τα δεδομένα, των εκπαιδευτικών γενικής αλλά και ειδικής αγωγής, ακολουθούν κανονική κατανομή (Πίνακας 12).

Πίνακας 12

*Έλεγχος κανονικότητας των υποκλιμάκων και του συνόλου του ερωτηματολογίου ανάλογα με την ειδικότητα*

Υποκλίμακες	Ειδικότητα	z	n	p
Χαρακτηριστικά γνωρίσματα	Γενικής αγωγής	0,113	84	0,009
	Ειδικής αγωγής	0,185	41	0,001
Συμπτώματα/ Διάγνωση	Γενικής αγωγής	0,189	84	<0,001
	Ειδικής αγωγής	0,156	41	0,014
Αντιμετώπιση	Γενικής αγωγής	0,117	84	0,006
	Ειδικής αγωγής	0,175	41	0,003
Σύνολο	Γενικής αγωγής	0,096	84	0,054
	Ειδικής αγωγής	0,11	41	0,2

### *Έτη υπηρεσίας*

Όσον αφορά στην κατανομή των δεδομένων ανάλογα με τα έτη υπηρεσίας των εκπαιδευτικών, αυτή είναι κανονική για όλες τις ομάδες μόνο όταν πρόκειται για τον συνολικό δείκτη του ερωτηματολογίου. Οι συγκεκριμένες τιμές που βρέθηκαν από τον έλεγχο κανονικότητας περιγράφονται στον Πίνακα 13.

Πίνακας 13

*Έλεγχος κανονικότητας των υποκλιμάκων και του συνόλου του ερωτηματολογίου ανάλογα με τα έτη υπηρεσίας των εκπαιδευτικών*

Υποκλίμακες	Χρόνια υπηρεσίας	z	n	p
Χαρακτηριστικά γνωρίσματα	1-5έτη	0,129	55	0,023
	6-10έτη	0,208	10	0,2
	11-15έτη	0,277	8	0,07
	16-20έτη	0,152	17	0,2
	>20έτη	0,165	35	0,017
Συμπτώματα/ Διάγνωση	1-5έτη	0,167	55	0,001
	6-10έτη	0,184	10	0,2
	11-15έτη	0,159	8	0,2
	16-20έτη	0,224	17	0,024
	>20έτη	0,208	35	0,001
Αντιμετώπιση	1-5έτη	0,162	55	0,001

	6-10έτη	0,18	10	0,2
	11-15έτη	0,247	8	0,163
	16-20έτη	0,202	17	0,062
	>20έτη	0,114	35	0,2
Σύνολο	1-5έτη	0,092	55	0,2
	6-10έτη	0,182	10	0,2
	11-15έτη	0,126	8	0,2
	16-20έτη	0,119	17	0,2
	>20έτη	0,1	35	0,2

### Επίπεδο εκπαίδευσης

Ο έλεγχος κανονικότητας των δεδομένων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών έχει σημασία μόνο για τις περιπτώσεις κατόχων πτυχίου και μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών και στην περίπτωση Μετεκπαίδευσης σε Διδασκαλείο, καθώς κάτοχος διδακτορικού διπλώματος είναι μόνο ένας. Ο παρακάτω Πίνακας 14, περιγράφει τις περιπτώσεις που έχουμε κανονική κατανομή.

Πίνακας 14

*Έλεγχος κανονικότητας των υποκλιμάκων και του συνόλου του ερωτηματολογίου ανάλογα με τα επίπεδο σπουδών των εκπαιδευτικών*

Υποκλίμακες	Επίπεδο εκπ/σης	z	n	p
Χαρακτηριστικά γνωρίσματα	Βασικό πτυχίο	0,118	65	0,026
	Μετεκ/δευση σε Διδασκαλείο	0,186	9	0,2
	Μεταπτυχιακό	0,134	50	0,025
Συμπτώματα/ Διάγνωση	Βασικό πτυχίο	0,197	65	<0,001
	Μετεκ/δευση σε Διδασκαλείο	0,28	9	0,04
	Μεταπτυχιακό	0,168	50	0,001
Αντιμετώπιση	Βασικό πτυχίο	0,102	65	0,091
	Μετεκ/δευση σε Διδασκαλείο	0,185	9	0,2
	Μεταπτυχιακό	0,183	50	0,001
Σύνολο	Βασικό πτυχίο	0,113	65	0,04
	Μετεκ/δευση σε Διδασκαλείο	0,174	9	0,2
	Μεταπτυχιακό	0,121	50	0,067

### Ύπαρξη διαγνωσμένου με ΔΕΠ-Υ παιδιού στην τάξη

Αναφορικά με την κανονικότητα των δεδομένων ανάλογα με την ύπαρξη ή μη διαγνωσμένου με ΔΕΠ-Υ παιδιού στην τάξη, στον Πίνακα 15 φαίνεται ότι κανονική κατανομή έχουμε μόνο στις περιπτώσεις μη ύπαρξης διαγνωσμένου με ΔΕΠ-Υ παιδιού στην τάξη τις υποκλίμακες «Χαρακτηριστικά γνωρίσματα», «Αντιμετώπιση» και για το σύνολο του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 15

*Έλεγχος κανονικότητας των υποκλιμάκων και του συνόλου του ερωτηματολογίου ανάλογα με ύπαρξη ή μη διαγνωσμένου με ΔΕΠ-Υ παιδιού στην τάξη*

Υποκλίμακες	Ύπαρξη διαγνωσμένου με ΔΕΠ-Υ παιδιού στην τάξη	z	n	p
Χαρακτηριστικά γνωρίσματα	Ναι	0,103	102	0,009
	Όχι	0,089	23	0,2
Συμπτώματα/ Διάγνωση	Ναι	0,161	102	<0,001
	Όχι	0,217	23	0,006
Αντιμετώπιση	Ναι	0,131	102	<0,001
	Όχι	0,18	23	0,052
Σύνολο	Ναι	0,095	102	0,023
	Όχι	0,127	23	0,2

### Έλεγχος ερευνητικών ερωτημάτων

Για τον έλεγχο των ερευνητικών ερωτημάτων λήφθηκαν υπόψη τα αποτελέσματα του ελέγχου κανονικότητας προκειμένου να εξεταστεί αν θα προβούμε σε παραμετρικούς ή μη παραμετρικούς ελέγχους. Τα αποτελέσματα των ελέγχων κάθε ερωτήματος παρουσιάζονται παρακάτω.

#### Φύλο

Για την εξέταση πιθανών διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου επιλέχθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-

Whitney, ενώ για τον συνολικό δείκτη επιλέχθηκε το t- test. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Mann-Whitney, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων για καμία από τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα, αναφορικά με την υποκλίμακα «Χαρακτηριστικά γνωρίσματα» έχουμε  $U = 1648,5$  για  $p = 0,878$ , για την υποκλίμακα «Συμπτώματα/Διάγνωση» έχουμε  $U = 1571,5$  για  $p = 0,563$  και για την υποκλίμακα «Αντιμετώπιση» έχουμε  $U = 1388$  για  $p = 0,12$ . Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα του t- test, όπου και πάλι δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων για τον συνολικό δείκτη του ερωτηματολογίου για  $t = 1,021$ ,  $p = 0,309$ .

### *Ηλικία*

Για την εξέταση πιθανών διαφορών μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των εκπαιδευτικών στην υποκλίμακα «Αντιμετώπιση» έγινε μονο-παραγοντική ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA), σύμφωνα με την οποία υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων για  $F = 4,003$  και  $p = 0,004$ . Συγκεκριμένα, η Post Hoc ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στη συνέχεια έδειξε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές υπάρχουν μεταξύ της ηλικιακής ομάδας «άνω των 56 ετών» ( $M = 2$ ,  $SD = 1,825$ ) με τις ηλικιακές ομάδες «21-25 ετών» ( $M = 6,034$ ,  $SD = 2,291$ ) για  $J = -4,034$  και  $p = 0,005$ , «26-35 ετών» ( $M = 5,916$ ,  $SD = 1,903$ ) για  $J = -3,916$  και  $p = 0,006$  και «46-55 ετών» ( $M = 5,146$ ,  $SD = 2,297$ ) για  $J = -3,146$  και  $p = 0,043$ .

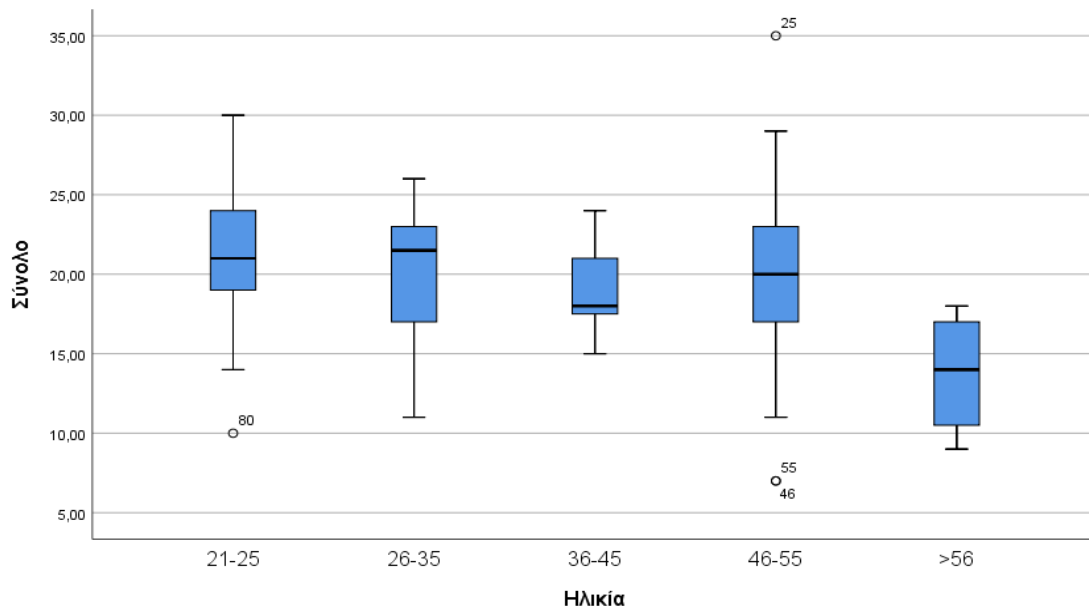
Για την εξέταση πιθανών διαφορών μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των εκπαιδευτικών στις υποκλίμακες «Χαρακτηριστικά γνωρίσματα», «Συμπτώματα/Διάγνωση» και στον συνολικό δείκτη του ερωτηματολογίου επιλέχθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά του για την

υποκλίμακα «Χαρακτηριστικά γνωρίσματα», δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων για  $H = 8,627$ ,  $p = 0,071$ . Παρομοίως, για την υποκλίμακα «Συμπτώματα/ Διάγνωση», δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων για  $H = 6,481$ ,  $p = 0,166$ . Αναφορικά με τον συνολικό δείκτη του ερωτηματολογίου βρέθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων για  $H = 11,199$ ,  $p = 0,024$ .

Για τον περαιτέρω προσδιορισμό των διαφορών ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες παρατίθεται το θηκόγραμμα (Γράφημα 4), στο οποίο φαίνεται ότι η διαφορά βρίσκεται κυρίως μεταξύ της ομάδα «άνω των 56 ετών» ( $m = 14$ ) και των υπολοίπων. Συγκεκριμένα, η διάμεσος της ομάδας «21-25 ετών» είναι  $m = 21$ , της ομάδας «26-35 ετών» είναι  $m = 21,5$ , της ομάδας «36-45 ετών» είναι  $m = 18$  και της ομάδας «46-55 ετών» είναι  $m = 20$ .

## Γράφημα 5

*Θηκόγραμμα του συνολικού δείκτη του ερωτηματολογίου κατά ηλικιακή ομάδα*





### *Ειδικότητα*

Για την εξέταση πιθανών διαφορών μεταξύ εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου επιλέχθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney, ενώ για τον συνολικό δείκτη επιλέχθηκε το t- test. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Mann-Whitney, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ειδικοτήτων για καμία από τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα, αναφορικά με την υποκλίμακα «Χαρακτηριστικά γνωρίσματα» έχουμε  $U = 1608,5$  για  $p = 0,547$ , για την υποκλίμακα «Συμπτώματα/Διάγνωση» έχουμε  $U = 1466$  για  $p = 0,166$  και για την υποκλίμακα «Αντιμετώπιση» έχουμε  $U = 1377$  για  $p = 0,067$ . Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα του t- test, όπου και πάλι δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ειδικοτήτων για τον συνολικό δείκτη του ερωτηματολογίου για  $t = -1,489$ ,  $p = 0,139$ .

### *Χρόνια υπηρεσίας*

Για την εξέταση πιθανών διαφορών μεταξύ των ομάδων των εκπαιδευτικών ανάλογα με τα χρόνια υπηρεσίας σε όλες τις υποκλίμακες επιλέχθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis. Αναφορικά με τα αποτελέσματά του για την υποκλίμακα «Χαρακτηριστικά γνωρίσματα», φάνηκε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των εκπαιδευτικών ανάλογα με τα χρόνια υπηρεσίας για  $H = 5,652$ ,  $p = 0,227$ . Παρομοίως, για τις υποκλίμακες «Συμπτώματα/Διάγνωση» και «Αντιμετώπιση» δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των εκπαιδευτικών ανάλογα με τα χρόνια υπηρεσίας για  $H = 2,738$ ,  $p = 0,603$  και  $H = 7,94$ ,  $p = 0,094$  αντίστοιχα.

Για την εξέταση πιθανών διαφορών μεταξύ των ομάδων των εκπαιδευτικών ανάλογα με τα χρόνια υπηρεσίας για τον συνολικό δείκτη του ερωτηματολογίου έγινε μονο-παραγοντική ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA), σύμφωνα με την οποία δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων για  $F = 1,453$  και  $p = 0,221$ .

### *Ατομικό επίπεδο εκπαίδευσης*

Οι πιθανές διαφορές στις διάφορες υποκλίμακες και στον συνολικό δείκτη του ερωτηματολογίου, ανάλογα με το επίπεδο σπουδών, εξετάστηκαν και πάλι με τον μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal-Wallis. Αναφορικά με τα αποτελέσματά του για την υποκλίμακα «Χαρακτηριστικά γνωρίσματα», φάνηκε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των εκπαιδευτικών ανάλογα με το ατομικό επίπεδο εκπαίδευσης για  $H = 1,739$ ,  $p = 0,419$ . Παρομοίως, για τις υποκλίμακες «Συμπτώματα/Διάγνωση» και «Αντιμετώπιση» δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των εκπαιδευτικών ανάλογα με τα χρόνια υπηρεσίας για  $H = 0,575$ ,  $p = 0,75$  και  $H = 3,811$ ,  $p = 0,149$  αντίστοιχα. Τέλος, αναφορικά με τα αποτελέσματα του ελέγχου για τον συνολικό δείκτη του ερωτηματολογίου και πάλι δεν βρέθηκαν διαφορές για  $H = 3,874$ ,  $p = 0,144$ .

### *Ύπαρξη ή μη διαγνωσμένου με ΔΕΠ-Υ παιδιού στην τάξη*

Για την εξέταση πιθανών διαφορών ανάλογα με την ύπαρξη ή μη διαγνωσμένου με ΔΕΠ-Υ παιδιού στην τάξη για τις υποκλίμακες και τον συνολικό δείκτη του ερωτηματολογίου, επιλέχθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney. Τα αποτελέσματά του για την υποκλίμακα «Χαρακτηριστικά γνωρίσματα», έδειξαν ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των εκπαιδευτικών

ανάλογα με την ύπαρξη ή μη διαγνωσμένου με ΔΕΠ-Υ παιδιού στην τάξη για  $U = 943,5, p = 0,14$ .

Αναφορικά με την υποκλίμακα «Συμπτώματα/ Διάγνωση», οι εκπαιδευτικοί οι οποίοι δήλωσαν ότι υπάρχει στην τάξη τους διαγνωσμένο με ΔΕΠ-Υ παιδί, είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο ( $M = 6,705, SD = 1,263$ ) από εκείνους που δήλωσαν ότι δεν υπάρχει ( $M = 5,913, SD = 1,621$ ), για  $U = 809, p = 0,017$ . Αναφορικά με τα αποτελέσματα για την υποκλίμακα «Αντιμετώπιση», οι εκπαιδευτικοί οι οποίοι δήλωσαν ότι υπάρχει στην τάξη τους διαγνωσμένο με ΔΕΠ-Υ παιδί, είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο ( $M = 5,666, SD = 1,996$ ) από εκείνους που δήλωσαν ότι δεν υπάρχει ( $M = 4,521, SD = 2,905$ ), για  $U = 813, p = 0,02$ . Τέλος, τα αποτελέσματα για τον συνολικό δείκτη του ερωτηματολογίου, έδειξαν και πάλι οι εκπαιδευτικοί οι οποίοι δήλωσαν ότι υπάρχει στην τάξη τους διαγνωσμένο με ΔΕΠ-Υ παιδί, είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο ( $M = 20,607, SD = 4,141$ ) από εκείνους που δήλωσαν ότι δεν υπάρχει ( $M = 17,695, SD = 6,476$ ), για  $U = 842, p = 0,034$ .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### 6.1 Συζήτηση των ευρημάτων της μελέτης

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στο να διερευνήσει τις γνώσεις, τις αντιλήψεις και τις απόψεις των εκπαιδευτικών σε τρεις περιοχές σε σχέση με τη ΔΕΠ-Υ:

- i. Τα σχετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της διαταραχής (φύση, αιτίες, πρόγνωση),
- ii. Τα συμπτώματα και τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ,
- iii. Την παρέμβαση για τη διαταραχή.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί κατέχουν το μέσο επίπεδο γνώσεων (56,89%) για τη ΔΕΠ-Υ, γεγονός που φανερώνει την έλλειψη γνώσεων για τη συγκεκριμένη διαταραχή. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και από τον Δημάκο (2007), ο οποίος βρήκε 49,86% ποσοστό των ορθών απαντήσεων χορηγώντας την αρχική μορφή του ερωτηματολογίου KADDS. Από την άλλη οι Αντωνοπούλου, Σταμπολτζή και Κουβαβά (2010) βρήκαν καλύτερο επίπεδο γνώσης των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ.

Από τα ευρήματα, επίσης, φαίνεται ότι οι εκπαιδευτικοί γνωρίζουν περισσότερο για τα συμπτώματα-διάγνωση (73,5%), λιγότερα για τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της διαταραχής (47,2%) και ακόμη πιο λίγα για την παρέμβασή της (45,13%). Παρόμοια ευρήματα είχαν βρεθεί και στην έρευνα των Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain (2008), ενώ αντίθετα η έρευνα των Sciutto et al. (2010) που χρησιμοποίησαν το ίδιο ερωτηματολόγιο έδειξε ότι οι εκπαιδευτικοί γνωρίζουν περισσότερο για τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ΔΕΠ-Υ και λιγότερα για την

παρέμβαση και τη διάγνωσή της, κάτι που φαίνεται και στην έρευνα των Αντωνοπούλου, Σταμπολτζή και Κουβαβά (2010).

Βρέθηκε, επιπλέον, θετική συσχέτιση ανάμεσα στα ποσοστά των ορθών απαντήσεων των εκπαιδευτικών και τη διδακτική τους εμπειρία με μαθητή με ΔΕΠ-Υ. Οι εκπαιδευτικοί, δηλαδή, που είχαν συνεργαστεί με μαθητές με ΔΕΠ-Υ σημείωσαν μεγαλύτερο ποσοστό σωστών απαντήσεων στις υποκλίμακες συμπτώματα- διάγνωση και παρέμβαση της διαταραχής. Στην ελληνική βιβλιογραφία σε παρόμοια αποτελέσματα είχε καταλήξει και η έρευνα του Δημάκου (2007), των Jerome, Gordon & Hustler (1994) και Sciutto et al. (2010) που επισήμαιναν τη θετική συσχέτιση διδακτικής εμπειρίας παιδιού με ΔΕΠ-Υ και γνώσης για τη διαταραχή.

Ένα σημαντικό στοιχείο που εξέταζε η παρούσα έρευνα αφορούσε την επιρροή που ασκούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των δασκάλων στις γνώσεις και τις απόψεις τους για τη ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα μεταξύ φύλου και γνώσης για τη ΔΕΠ-Υ (ορισμός, συμπτωματολογία, αιτιολογία, αντιμετώπιση) δεν βρέθηκε σημαντικά στατιστική σχέση, ενώ η ηλικία βρέθηκε να επηρεάζει κατηγορίες, όπως η αντιμετώπιση της διαταραχής. Ειδικότερα, η ηλικιακή ομάδα άνω των 56 παρουσιάζει χαμηλό σκορ γνώσεων, ενώ η ηλικιακή ομάδα 21-25 εμφανίζει υψηλότερο μέσο σκορ τόσο στην υποκλίμακα αντιμετώπιση όσο και στο σύνολο του ερωτηματολογίου. Όσον αφορά τη σχέση ατομικού επίπεδου εκπαίδευσης του εκπαιδευτικού και των γνώσεων για τη ΔΕΠ-Υ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Σχετικά με την ειδικότητα των εκπαιδευτικών και τις πεποιθήσεις τους για θέματα που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ, αυτή φαίνεται να μην σχετίζεται θετικά δεδομένου ότι δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των πεποιθήσεων και των γνώσεων εκπαιδευτικών γενικής αγωγής και ειδικής αγωγής. Αντίθετα, η Αλεξίου

(2001) υποστήριξε ότι οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής έχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με θέματα που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ. Τέλος, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ετών υπηρεσίας και των απόψεων των εκπαιδευτικών, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από την έρευνα του Δημάκου (2007), ο οποίος υποστηρίζει ότι δεν αυξάνονται με τα χρόνια προϋπηρεσίας οι γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ, αλλά οι πεποιθήσεις που έχουν για αυτή.

Επισημαίνεται, επομένως, η ανάγκη παροχής συνεχούς επιμόρφωσης και υποστήριξης στους εκπαιδευτικούς, ώστε να είναι πλήρως ενημερωμένοι και καταρτισμένοι για την κάλυψη των αναγκών των μαθητών ΔΕΠ-Υ στο σχολικό περιβάλλον. Σχολικοί ψυχολόγοι, αναπτυξιολόγοι, παιδίατροι και άλλοι ειδικοί πρέπει να συνεργαστούν με τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς προκειμένου να παράσχουν κατάρτιση και εξειδικευμένες γνώσεις σχετικά με την ενίσχυση των σχέσεων τους με τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ και την προώθηση ενός θετικού τρόπου επικοινωνίας.

Ως εκ τούτου, τα πανεπιστήμια και οι φορείς συνεχούς εκπαίδευσης θα πρέπει να προσθέσουν διαγνωστικές διαδικασίες για τη ΔΕΠ-Υ και τεχνικές αποκατάστασης στα εκπαιδευτικά και επιμορφωτικά προγράμματα σπουδών για ουσιαστική κατάρτιση και εξειδίκευση των προπτυχιακών φοιτητών αλλά και των εν ενεργεία εκπαιδευτικών στην αποτελεσματική διαχείριση της ΔΕΠ-Υ.

Οι εκπαιδευτικοί γενικής αγωγής πρέπει να διατηρούν καλές σχέσεις με τους συναδέλφους εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής και τους γονείς των μαθητών τους και να συμμετέχουν ενεργά στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων που σχετίζονται με την εκπαιδευτική πολιτική του σχολείου στο σχεδιασμό και στην οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων σπουδών.

## 6.2 Οριοθετήσεις και περιορισμοί της έρευνας

Με βάση τις στατιστικές αναλύσεις και τα αποτελέσματα, ο σχεδιασμός της εν λόγω έρευνας χαρακτηρίζεται από μια σειρά μεθοδολογικών περιορισμών.

Βασικός περιορισμός της παρούσας έρευνας αποτελεί η μέθοδος δειγματοληψίας, η οποία αφορά στη δειγματοληψία ευκολίας που καταλήγει σε μη αντιπροσωπευτικό δείγμα και ως εκ τούτου τα αποτελέσματα της έρευνας δεν μπορούν να γενικευθούν στο σύνολο του πληθυσμού. Το δείγμα έχει συλλεχθεί αποκλειστικά από σχολεία της Αττικής με σχετικά μικρό αριθμό συμμετεχόντων, ενώ περιλάμβανε περισσότερες γυναίκες απ' ότι άνδρες, κάτι το οποίο ίσως και να επηρεάζει τις απόψεις των συμμετεχόντων.

Το ερευνητικό δείγμα, επιπλέον, ήταν ανεπαρκές ως προς την ποικιλία των ηλικιών. Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί γενικής αγωγής ήταν άνω των 45 ετών και οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής ήταν κάτω από 30 ετών.

Περιορισμός της έρευνας, τέλος, είναι ότι χρησιμοποιήθηκε ένα μόνο εργαλείο για την αξιολόγηση των γνώσεων, των απόψεων και των πεποιθήσεων των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής σε θέματα που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ, χωρίς να υπάρξει η χρήση ποιοτικών προσεγγίσεων, όπως η συνέντευξη και η παρατήρηση.

## 6.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας εγείρει ποικίλα ερωτήματα, τα οποία δύνανται να μελετηθούν από μελλοντικές έρευνες.

Προτείνεται, λοιπόν, η διεξαγωγή της ίδιας έρευνας σε δείγμα ερωτώμενων που θα συλλεχθεί με άλλη μέθοδο, ποιοτική, προκειμένου να διερευνηθούν εις βάθος οι

απόψεις των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής και εν συνεχεία να γίνουν οι απαραίτητες συγκρίσεις. Παρομοίως, συνιστάται η ομοιόμορφη κατανομή των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής, όσον αφορά στη σχέση εργασίας τους (μόνιμοι ή αναπληρωτές).

Επίσης, αξιόλογη θα ήταν η πραγματοποίηση της ίδιας έρευνας σε σχολεία της περιφέρειας, προκειμένου να διερευνηθεί τι ισχύει στην περιφέρεια, ως προς τις απόψεις των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής σχετικά με θέματα που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ.

Τέλος, προτείνεται να χρησιμοποιηθούν εργαλεία που περιλαμβάνουν όσο το δυνατόν λιγότερες αυτοαναφορές και να είναι όσο το δυνατόν σύντομα και απλά, ώστε η κατανόηση των ερωτήσεων να είναι απλή για τους συμμετέχοντες.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Akbaşlı, S., Şahin, M., & Gürel, M. (2017). A model to manage EFL learners with ADHD and Dyslexia?. *Journal of Education and Practice*, 8(28), 201-214.
- Αλεξίου, Π. (2010). Γνώσεις εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με την εκπαίδευση παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ). *Πτυχιακή Εργασία. Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.*
- Alharbi, R. S. (2017). ADHD in 140 Characters or Less: An analysis of twitter Commentary on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Saudi Arabia. *Universal Journal of Educational Research*, 5(12), 2186-2195.
- Alkahtani, K. D. F. (2013). Teachers' Knowledge and Misconceptions of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology*, 4(12), 963-969.
- Allely, S. C. (2014). The association of ADHD symptoms to self-harm behaviours: A systematic PRISMA review. *BMC Psychiatry*, 14(133), 1-13.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2007). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with Attention- Deficit / Hyperactivity Disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 894-921.
- American Psychiatric Association. (1967). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (2<sup>nd</sup> edition). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (3<sup>rd</sup> edition). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (3<sup>rd</sup> edition Rev.). Washington, DC: Author.

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (4<sup>th</sup> edition). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (4<sup>th</sup> edition, Text Revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2015). *Διαγνωστικά κριτήρια από DSM-5* (Μτφρ., Κ. Γκοτζαμάνης). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Anderson, D. L., Watt, S. E., Noble, W., & Shanley, D. C. (2012). Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Attitudes toward Teaching Children with ADHD: The role of teaching experience. *Psychology in the Schools, 49*(6), 511-525.
- Αντωνοπούλου, Α., Σταμπολτζή, Α., & Κουβαβά, Σ. (2010). Γνώσεις δασκάλων σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων, 16*, 162-180.
- Arnold, L. E., Hodgkins, P., Caci, H., Kahle, J., & Young, S. (2015). Effect of Treatment Modality on Long-Term Outcomes in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *PLoS ONE, 10*(2), 1-19.
- Aymamí, N., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Ramos-Quiroga, J. A., FernándezAranda, F., Claes, L., Sauvaget, A., Grall-Bronnec, M., Gómez-Peña, M., Savvidou, L. G., Fagundo, A. B., del Pino-Gutierrez, A., Moragas, L., Casas, M., Penelo, E., & Menchón, J. M. (2015). Clinical, Psychopathological, and Personality Characteristics Associated with ADHD among Individuals Seeking Treatment for Gambling Disorder. *BioMed Research International*. Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/965303>.

- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., & Romanos, M. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder A Current Overview. *Deutsches Ärzteblatt International, 114*, 149-159.
- Barbarese, W. J., & Olsen, R. D. (1998). An ADHD educational intervention for elementary school teachers: A pilot study. *Developmental and Behavioural Pediatrics, 19*, 94-100.
- Βάρβογλη, Λ., & Γαλάνη, Μ. Μ. (2007). *Η διάγνωση της διάσπασης της προσοχής*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Barkley, R. A. (1996). Attention- Deficit / Hyperactivity Disorder. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp. 63- 112), New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2012). *Executive functions. What they are, how they work, and why they evolved*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Peters, H. (2012). The earliest reference to ADHD in the medical literature. *Journal of attention disorder, 16*(8), 623- 630.
- Bekle, B. (2004). Knowledge and attitudes about Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of Attention Disorders, 7*(3), 151-161.
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving Benzedrine. *American journal of Psychiatry, 94*, 577-588.
- Bradshaw, L., & Kamal, M. (2013). Teacher knowledge, training and acceptance of students with ADHD in their classrooms: Qatar case study. *Near and Middle Eastern Journal of Research in Education*.
- Breggin, P. (2007). *Talking back to Ritalin: What doctors aren't telling you about stimulants and ADHD*. Da Capo Press.

- Bussing, R., Gary, F. A., Leon, C. E., & Garvan, C. W. (2002). General classroom teachers' information and perceptions of attention deficit hyperactivity disorder. *Behavioral Disorders, 27*(4), 327-339.
- Canu, W. H., & Mancil, E. B. (2012). An Examination of Teacher Trainees' Knowledge of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *School Mental Health, 4*, 105-114.
- Castellanos, F. X., Sonuga-Barke, E. J., Milham, M. P., & Tannock, R. (2006). Characterizing cognition in ADHD: Beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences, 10*, 117- 123.
- Chien, Y. L., Chou, M. C., Chiu, Y. N., Chou, W. J., Wu, Y. Y., Tsai, W. C., & Gau, S. S. F. (2017). ADHD-related symptoms and attention profiles in the unaffected siblings of probands with autism spectrum disorder: focus on the subtypes of autism and Asperger's disorder. *Molecular Autism, 8*(37), 2-12.
- Clemow, D. B., Bushe, C., Mancini, M., Ossipov, M. H., & Upadhyaya, H. (2017). A review of the efficacy of atomoxetine in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adult patients with common comorbidities. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 13*, 357-371.
- Colombi, C., & Ghaziuddin, M. (2017). Neuropsychological Characteristics of Children with Mixed Autism and ADHD. *Autism Research and Treatment*. Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <https://doi.org/10.1155/2017/5781781>.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cortese, S. (2012). The neurobiology and genetics of attention- deficit/ hyperactivity disorder (ADHD): What every clinician should know. *European journal of Pediatric Neurology, 16*, 422- 433.

- Cortese, S., Moreira-Maia, C. R., St. Fleur, D., Morcillo-Peñalver, C., Rohde, L. A., & Faraone, S. V. (2016). Association between ADHD and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *173*(1), 34-43.
- Cosgrove, L., & Krinsky, S. (2012). A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: a pernicious problem persists. *PLoS Med*, *9*, e1001190.
- Curtis, D. F., Pisecco, S., Hamilton, R. J., & Moore, D. W. (2006). Teacher perceptions of classroom interventions for children with ADHD: A cross-cultural comparison of teachers in the United States and New Zealand. *School Psychology Quarterly*, *21*(2), 171-196.
- Δημάκος, Ι. (2007). Τι γνωρίζουν και τι νομίζουν ότι γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). *Επιστημονική Επετηρίδα «Αρέθας»*, *4*, 151-161.
- Dodangi, N., Vameghi, R., & Habibi, N. (2017). Evaluation of Knowledge and Attitude of Parents of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Children towards Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Clinical Samples. *Iranian Journal of Psychiatry*, *12*(1), 42-48.
- Dupaul, G., & Kern, L. (2011). *Young children with ADHD: Early identification and intervention*. Washington: American Psychiatric Association.
- Dupaul, G., & Stoner, R. (2003). *ADHD in the school: Assessment and intervention strategies* (2<sup>nd</sup> edition). New York: Guilford Press.
- Dwivedi, K. N., & Banhatti, R. G. (2005). Attention deficit /hyperactivity disorder and ethnicity. *Archives of Disease in Childhood*, *90*, 10-12.

- Elosúa, M. R., Del Olmo, S., & Contreras, M. J. (2017). Differences in Executive Functioning in Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD). *Frontiers in Psychology*, 8(976), 1-11.
- Ercan, E., Ercan, E. S., Atılgan, H., Başay, B. K., Uysal, T., İnci, S. B., & Ardıç Ü. A. (2014). Predicting aggression in children with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(15), 1-10.
- Fenollar-Cortés, J., Navarro-Soria, I., González-Gómez, C., & García-Sevilla, J. (2015). Cognitive Profile for Children with ADHD by Using WISC-IV: Subtype Differences? *Revista de Psicodidáctica*, 20(1), 157-176.
- Furman, L.M. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Does new research support old concepts? *Journal of Child Neurology*, 23, 775- 784.
- Gathje, A. R., & Lewandowski, J. L., & Gordon, M. (2008). The role of impairment in the diagnosis of ADHD. *Journal of attention disorders*, 11, 529- 537.
- Ghosh, M., Fisher, C., Preen, D. B., & Holman, C. D'Arcy. J. (2016). "It has to be fixed": a qualitative inquiry into perceived ADHD behavior among affected individuals and parents in Western Australia. *BMC Health Services Research*, 16(141), 1-12.
- Gonzalez-Carpio, G., Serrano, J. P., & Nieto, M. (2017). Creativity in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Psychology*, 8, 319-334.
- Gooch, D., Maydew, H., Sears, C., & Norbury, C. F. (2017). Does a child's language ability affect the correspondence between parent and teacher ratings of ADHD symptoms? *BMC Psychiatry*, 17(129), 1-10.
- Goodman, L. S., & Gilman, A. (1975). *The pharmacological basis of therapeutics*. New York: Macmillan.

- Gowey, M. A., Stromberg, S., Lim, C. S., & Janicke, D. M. (2017). The Moderating Role of Body Dissatisfaction in the Relationship between ADHD Symptoms and Disordered Eating in Pediatric Overweight and Obesity. *Child Health Care, 46*(1), 15- 33.
- Gray, C., & Climie, E. A. (2016). Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Reading Disability: A Review of the Efficacy of Medication Treatments. *Frontiers in Psychology, 7*(988), 1-6.
- Gresham, F. M., Watson, T. S., & Skinner, C. H. (2001). Functional behavioral assessment: Principles, procedures, and future directions. *School Psychology Review, 30*, 156-172.
- Gu, Y., Miao, S., Han, J., Zeng, K., Ouyangm, G., Yang, J., & Li, X. (2017). Complexity analysis of fNIRS signals in ADHD children during working memory task. *Scientific Reports, 7*(829), 1-10.
- Guerra, J. F. R., & Brown, M. S. (2012). Teacher knowledge of ADHD among middle school students in South Texas. *Research in middle level education online, 36*(3), 1-7.
- Hartmann, T. (1995). *ADD success stories: a guide to fulfillment for families with attention deficit disorder*. Grass Valley, California: Underwood Books.
- Hoffman, H. (1995). *Struwwelpeter*. New York: Dover Publication.
- Hennissen, L., Bakker, M. J., Banaschewski, T., Carucci, S., Coghill, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Hollis, C., Kovshoff, H., McCarthy, S., Nagy, P., Sonuga-Barke, E., Wong, I. C. K., Zuddas, A., Rosenthal, E., & Buitelaar, J. K. (2017). Cardiovascular Effects of Stimulant and Non-Stimulant Medication for Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Trials of Methylphenidate, Amphetamines and Atomoxetine. *The Congress of Neurological Surgeons: CNS Drugs, 31*, 199-215.
- Herbert, A., & Esparham, A. (2017). Mind–Body Therapy for Children with AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder. *Children, 4*(31), 1-13.

- Ibukun, A. I., Oluyemi, O., Abidemi, B., Suraj, A., & Ola, F. (2015). Literacy about Attention-deficit/Hyperactivity Disorder among Primary School Teachers in Lagos, Nigeria. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 8(8), 684-691.
- International Classification of Diseases, (2011). *The icd-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Μτφρ., Κ. Στεφανής). Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- 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.
- Jerome, L., Washington, P., Laine, C. J., & Segal, A. (1999). Graduating teachers' knowledge and attitudes about attention-deficit hyperactivity disorder: A comparison with practicing teachers. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(2), 192.
- Jiang, Y., Abiri, R., & Zhao, X. (2017). Turning up the Old Brain with New Tricks: Attention Training via Neurofeedback. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 9(52), 1-9.
- Jimoh, M. (2014). Knowledge and Attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Primary School Teachers in Lagos State, Nigeria. *Advances in Life Science and Technology*, 23, 2224-7181.
- Johnstone, S. J., Barry, R. J., & Clarke, A. R. (2012). Ten years on: A follow-up review of ERP research in attention/deficit hyperactivity disorder. *Clinical Neurophysiology*, 124, 644-657.
- Kaisari, P., Dourish, C. T., & Higgs, S. (2017). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and disordered eating behaviour: A systematic review and a framework for future research. *Clinical Psychology Review*, 53, 109-121.



- Κάκουρος, Ε., Παπαηλιού, Χ., & Μπαδικιάν, Μ. (2006). Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για το ρόλο τους στη θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητα. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 41, 117-130.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α., Αγγελή, Κ., & Ευσταθίου, Γ. (2005). *Ελληνική κλίμακα αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ- IV*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kang, K. R., Kim, Y. H., & Yang, Y. O. (2011). Teaching Status and Knowledge of Elementary School Teachers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Korean Academy of Child Health Nursing*, 17(2), 136-144.
- Karalunas, S. L., & Huang-Pollock, C. L. (2011). Examining relationships between executive functioning and delay aversion in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(6), 837-847.
- Kewley, G. (2010). *Attention deficit hyperactivity disorder- what can teachers do?* Routledge Publications.
- Klein, M., Onnink, M., van Donkelaar, M., Wolfers, T., Harich, B., Shi, Y., Dammers, J., Arias-Vaisquez, A., Hoogman, M., & Franke, B. (2017). Brain imaging genetics in ADHD and beyond-Mapping pathways from gene to disorder at different levels of complexity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 80, 115-155.
- Kofler, M. J., Sarver, D. E., Harmon, S. L., Moltisanti, A., Aduen, P. A., Soto, E. F., & Ferretti, N. (2018). Working memory and organizational skills problems in ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(1), 57-67.
- Kok, F. M., Groen, Y., Fuermaier, A. B. M., & Tucha, O. (2016). Problematic Peer Functioning in Girls with ADHD: A Systematic Literature Review. *PLoS ONE*, 11(11), 1-20.
- Kortekaas-Rijlaarsdam, A. F., Luman, M., Sonuga-Barke, E., & Oosterlaan, J. (2018). Does methylphenidate improve academic performance? A systematic review and

meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Διαθέσιμο στον ιστότοπο:  
<https://doi.org/10.1007/s00787-018-1106-3>.

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.

Κυπριωτάκη, Μ. (2004). *Διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής*. Ηράκλειο.

Li, F., Zheng, Y., Smith, S. D., Shic, F., Moore, C. C., Zheng, X., Qi, Y., Liu, Z., & Leckman, J. F. (2016). A preliminary study of movement intensity during a Go/No-Go task and its association with ADHD outcomes and symptom severity. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 10*(47), 1-10.

Lindsey, M. (2002). Comprehensive health care services for people with learning disabilities. *Journal of Advances in Psychiatric Disabilities, 33*, 138- 147.

Loo, S. K., & Barkley, R. A. (2005). Clinical utility of EEG in attention deficit hyperactivity disorder. *Applied Neuropsychology, 12*, 64-76.

Μανιαδάκη, Ε., & Κακούρος, Ε. (2016). *Η διαχείριση της ΔΕΠ-Υ: Από τη θεωρία στη πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Marchand-Krynski, M. E., Morin-Moncet, O., Belanger, A. M., Beauchamp, M. H., & Leonard, G. (2017). Shared and differentiated motor skill impairments in children with dyslexia and/or attention deficit disorder: From simple to complex sequential coordination. *PLOS ONE, 12*(5), 1-24.

Martinez-Badía, J., & Martinez-Raga, J. (2015). Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World Journal of Psychiatry, 5*(4), 379-386.

- Martinez-Raga, J., Ferreros, A., Knecht, C., De Alvaro, R., & Carabal, E. (2017). Attention-deficit hyperactivity disorder medication use: factors involved in prescribing, safety aspects and outcomes. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 8(3), 87-99.
- Matthews, N., Vance, A., Cummins, T. D. R., Wagner, J., Connolly, A., Yamada, J., Lockhart, P. J., Panwar, A., Wallace, R. H., & Bellgrove, M. A. (2012). The COMT Val158 allele is associated with impaired delayed-match-to-sample performance in ADHD. *Behavioral and Brain Functions*, 8(25), 1-9.
- McLennan, J. D. (2016). Understanding attention deficit hyperactivity disorder as a continuum. *Canadian family physician*, 62, 979- 982.
- Mikami, A. Y., Griggs, M. S., Lerner, M. D., Emeh, C. C., Reuland, M. M., Jack, A., & Anthony, M. R. (2013). A Randomized Trial of a Classroom Intervention to Increase Peers' Social Inclusion of Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 100-112.
- Mirza, N., Nisar, N., & Ikram, Z. (2017). Knowledge, Attitude & Practices Towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Private Elementary School Teachers of Karachi, Pakistan. *Journal of the Dow University of Health Sciences*, 11(1), 11-17.
- Μπιτσάκου, Ε. (2012). Η ετερογένεια στη διαδικασία παθογένεσης και εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ. Στο Ε. Κακούρος & Κ. Μανιαδάκη (επιμ.), *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση* (σσ. 223-241). Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Munshi, A. M. A. (2014). Knowledge and Misperceptions towards diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among Primary School and kindergarten female teachers in Al-Rusaiyah district, Makkah city, Saudi Arabia. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 3(3), 434-441.

- Nigg, J. T. (2013). Attention deficits and hyperactivity- impulsivity: What have we learned, what next?. *Development and Psychopathology*, 25, 1489- 1503.
- Nigg, J. T., Willcutt, E. G., Doyle, A., & Sonuga- Barke, E. J. S (2005). Casual heterogeneity in attention- deficit/ hyperactivity disorder: do we need neuropsychologically impaired subtypes. *Biological Psychiatry*, 57, 1224- 1230.
- Νόβα- Καλτσούνη, Χ. (2006). *Μεθοδολογία εμπειρικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- O'Donnell, K. J., Glover, V., Lahti, J., Lahti, M., Edgar, R. D., Raikkonen, K., & O'Connor, T. G. (2017). Maternal prenatal anxiety and child COMT genotype predict working memory and symptoms of ADHD. *PLoS ONE*, 12(6), 1-16.
- Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Aspenes, S. T., Pripp, A. H., Mordre, M., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., & Zeiner, P. (2017). ADHD, comorbid disorders and psychosocial functioning: How representative is a child cohort study? Findings from a national patient registry. *BMC Psychiatry*, 17(23), 1-9.
- Ohan, J. L., Cormier, N., Hepp, S. L., Visser, T. A. W., & Strain, M. C. (2008). Does knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder impact teachers' reported behaviors and perceptions? *School Psychology Quarterly*, 23(3), 436- 449.
- Orban, S. A., Rapport, M. D., Friedman, L. M., Eckrich, S. J., & Kofler, M. J. (2017). Inattentive Behavior in Boys with ADHD during Classroom Instruction: the Mediating Role of Working Memory Processes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(4), 713-727.
- Palmer, E. D., & Finger, S. (2001). An early description of ADHD. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 164, 942-948.
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας – Τόμος 1*. Αθήνα.

- Palili, A., Koliatis, G., Vassi, I., Veltsista, A., Bakoula, C., & Gika, A. (2010). Inattention, hyperactivity, impulsivity- epidemiology and correlations: A nation- wide Greek study from birth to 18 years. *Journal of Child Neurology*, *26*, 199- 204.
- Patros, C. H. G., Alderson, R. M., Kasper, L. J., Tarle, S. J., Lea, S. E., & Hudec, K. L. (2017). Choice-Impulsivity in Children and Adolescents with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD): A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, *43*, 162-174.
- 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.
- Powell, L., Parker, J., Robertson, N., & Harpin, V. (2017). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Is There an App for That? Suitability Assessment of Apps for Children and Young People with ADHD. *JMIR-Journal of Medical Internet Research Mhealth Uhealth*, *5*(10), 1-14.
- Rief, S. (2005). *How to reach and teach children with ADD/ ADHD* (2<sup>nd</sup> edition). Guilford Press.
- Rodríguez, C., Areces, D., García, T., Cueli, M., Loew, S. J., & González-Castro, P. (2015). ADHD and Writing Learning Disabilities: Overlapping Disorders and Educational Implications. *Insights into Learning Disabilities*, *12*(2), 121-146.
- Sagvolden, T., Johansen, E. B., Aase, H., & Russell, V. A. (2005). A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behavioral and Brain Sciences*, *28*, 397-468.
- Schellack, N., Meyer, J. C., & Chigome, A. K. (2017). The management of attention deficit hyperactivity disorder in children. *South Africa Pharmaceutical Journal*, *83*(4), 21-29.

- Sciberras, E., Mueller, K., Efron, D., Bisset, M., Anderson, V., Schilpand, E., & Nicholson, J. (2014). Language problems in children with ADHD: A community- based study. *Pediatrics, 133*, 793-800.
- Sciutto, M. J., & Feldhamer, E. (1994). *Test manual for the Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS)*.
- 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.
- Sergeant, J. (2005). Modelling attention-deficit/hyperactivity disorder: A critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biological Psychiatry, 57*, 1248-1255.
- Shaywitz, S., Shaywitz, B., Wietecha, L., Wigal, S., McBurnett, K., Williams, D., Kronenberger, W. G., & Hooper, S. R. (2017). Effect of Atomoxetine Treatment on Reading and Phonological Skills in Children with Dyslexia or Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbid Dyslexia in a Randomized, PlaceboControlled Trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 27*(1), 19-28.
- Silk, T. J., Genc, S., Anderson, V., Efron, D., Hazell, P., Nicholson, J. M., Kean, M., Malpas, C. B., & Sciberras, E. (2016). Developmental brain trajectories in children with ADHD and controls: a longitudinal neuroimaging study. *BMC Psychiatry, 16*(59), 1-9.
- Sims, D., & Lonigan, J. (2012). Multi- method assessment of ADHD characteristics in preschool children: Relations between measures. *Early childhood Research Quarterly, 27*, 329- 337.
- Skogli, E. W., Teicher, M. H., Andersen, P. N., Hovik, K. T., & Øie, M. (2013). ADHD in girls and boys – gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC Psychiatry, 13*(298), 1-12.

- Skounti, M., Philalithis, A., Mpitzaraki, K., Vamvoukas, M., & Galanakis E. (2006). Attention-deficit/ hyperactivity disorder in schoolchildren in Crete. *Acta Paediatrica*, *95*, 658-663.
- Snider, V. E., Busch, T., & Arrowood, L. (2003). Teacher Knowledge of Stimulant Medication and ADHD. *Remedial and Special Education*, *24*(1), 46-56.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Sergeant, J. A., Nigg, J., & Willcutt, E. (2008). Executive dysfunction and delay aversion in attention deficit hyperactivity disorder: Nosologic and diagnostic implications. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *17*, 367-384.
- Soroa, M., Gorostiaga, A., & Balluerka, N. (2013). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Review of Tools Used for Assessing Teachers' Level of Knowledge with Regards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <http://dx.doi.org/10.5772/54277>.
- Stark, R., Bauer, E., Merz, C. J., Zimmermann, M., Reuter, M., Plichta, M. M., Kirsch, P., Lesch, K. P., Fallgatter, A. J., Vaitl, D., & Herrmann, M. J. (2011). ADHD related behaviors are associated with brain activation in the reward system. *Neuropsychologia*, *49*, 426-434.
- Stampoltzis, A., & Antonopoulou, K. (2013). Knowledge and Misconceptions about Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Comparison of Greek General and Special Education Teachers. *International Journal of School & Educational Psychology*, *1*, 122-130.
- Συρίγου- Παπαβασιλείου, Α. (2001). Νευρολογικά ευρήματα και φαρμακευτική αγωγή στη ΔΕΠ-Υ. Στο Ε. Κακούρος (επιμ.), *Το υπερκινητικό παιδί. Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά* (σσ. 75-96). Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Szasz, T.S. (2001). *Pharmacracy: Medicine and politics in America*. Westport, Connecticut: Praeger.

- Taylor, J. A., Valentine, A. Z., Sellman, E., Bransby-Adams, K., Daley, D., & Sayal, K. (2015). A qualitative process evaluation of a randomised controlled trial of a parenting intervention in community (school) settings for children at risk of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *BMC Psychiatry, 15*(290), 1-11.
- Tehrani-Doost, M., Noorazar, G., Shahrivar, Z., Banaraki, A. K., Beigi, P. F., & Noorian, N. (2017). Is Emotion Recognition Related to Core Symptoms of Childhood ADHD? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*(1), 31-38.
- Ter-Stepanian, M., Grizenko, N., Cornish, K., Talwar, V., Mbekou, V., Schmitz, N., & Joobar, R. (2017). Attention and Executive Function in Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*(1), 21-30.
- Thorsen, A. L., Meza, J., Hinshaw, S., & Lundervold, A. J. (2018). Processing Speed Mediates the Longitudinal Association between ADHD Symptoms and Preadolescent Peer Problems. *Frontiers in Psychology, 8*(2154), 1-9.
- Topkin, B., Roman, N. V., & Mwaba, K. (2015). Attention Deficit Disorder (ADHD): Primary school teachers' knowledge of symptoms, treatment and managing classroom behavior. *South African Journal of Education, 35*(2), 1-8.
- Young, S., & Amarasinghe, M. (2010). Practitioner Review: Non- pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. *The journal of Psychology and Psychiatry, 51*(2), 116-133.
- Um, Y. H., Hong, S. C., & Jeong, J. H. (2017). Sleep Problems as Predictors in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Causal Mechanisms, Consequences and Treatment. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 15*(1), 9-18.
- Van der Meer, D., Hoekstra, P. J., van Rooij, D., Winkler, A. M., van Ewijk, H., Heslenfeld, D. J., Oosterlaan, J., Faraone, S. V., Franke, B., Buitelaar, J. K., & Hartman, C. A.



- (2017). Anxiety modulates the relation between attention deficit/hyperactivity disorder severity and working memory-related brain activity. *The World Journal of Biological Psychiatry, 19*(6), 450-460.
- Van Dongen, E. V., von Rhein, D., O' Dwyer, L., Franke, B., Hartman, C. A., Heslenfeld, D. J., Hoekstra, P. J., Oosterlaan, J., Rommelse, N., & Buitelaar, J. (2015). Distinct effects of ASD and ADHD symptoms on reward anticipation in participants with ADHD, their unaffected siblings and healthy controls: a cross-sectional study. *Molecular Autism, 6*(48), 1-12.
- Walczak, S., & Estrada, R. D. (2017). Ameliorating Negative Perceptions of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Students. *SM Pediatrics & Neonatal Biology, 1*(1), 1001, 1-6.
- Wamulugwa, J., Kakooza, A., Kitaka, S., Nalugya, J., Kaddumukasa, M., Moore, S., Sajatovic, M., & Katabira, E. (2017). Prevalence and associated factors of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among Ugandan children; a cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 11*(18), 1-7.
- Wang, T., Liu, K., Li, Z., Xu, Y., Liu, Y., Shi, W., & Chen, L. (2017). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: a systematic review and metaanalysis. *BMC Psychiatry, 17*(32), 1-11.
- Weissenberger, S., Ptacek, R., Klicperova-Baker, M., Erman, A., Schonova, K., Raboch, J., & Goetz, M. (2017). ADHD, Lifestyles and Comorbidities: A Call for an Holistic Perspective - from Medical to Societal Intervening Factors. *Frontiers in Psychology, 8*(454), 1-13.
- Wells, E. L., Kofler, M. J., Soto, E. F., Schaefer, H. S., & Sarver, D. E. (2017). Assessing Working Memory in Children with ADHD: Minor Administration and Scoring

Changes May Improve Digit Span Backward's Construct Validity. *Research in Developmental Disabilities*, 72, 166-178.

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 Psychology International*, 26(2), 192-208.

Willis, R., Dhakras, S., & Cortese, S. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Looked-After Children: a Systematic Review of the Literature. *Current Developmental Disorders Reports*, 4(3), 78-84.

Wu, Z. M., Bralten, J., Cao, Q. J., Hoogman, M., Zwiers, M. P., An, L., Sun, L., Yang, L., Zang, Y. F., Franke, B., & Wang, Y. F. (2017). White Matter Microstructural Alterations in Children with ADHD: Categorical and Dimensional Perspectives. *Neuropsychopharmacology*, 42, 572-580.

Zayats, T., Johansson, S., & Haavik, J. (2015). Expanding the toolbox of ADHD genetics. How can we make sense of parent of origin effects in ADHD and related behavioral phenotypes?. *Behavioral and Brain Functions*, 11(33), 1-8.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Στο παράρτημα παρατίθεται το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλώ, απαντήστε βάζοντας X στο πεδίο της επιλογής σας ή συμπληρώνοντας όπου χρειάζεται.

#### Φύλο

Ανδρας .....Γυναίκα .....

#### Ηλικία

21- 25 ετών .....      36- 45 ετών .....      άνω των 56 ετών .....  
 26- 35 ετών .....      46- 55 ετών .....

#### Ειδικότητα

Εκπαιδευτικός .....

#### Χρόνια υπηρεσίας

0- 5 έτη .....      11- 15 έτη .....      άνω των 20 ετών .....  
 6- 10 έτη .....      16-20 έτη .....

Εκπαιδευτικός Ειδικής Αγωγής & Εκπαίδευσης .....

#### Χρόνια υπηρεσίας

1- 5 έτη .....      11- 15 έτη .....      άνω των 20 ετών .....

6- 10 έτη .....

16-20 έτη .....

**Ατομικό επίπεδο εκπαίδευσης**

Βασικό (πρώτο πτυχίο) .....

Μετακ/δευση σε Διδασκαλείο .....

Μεταπτυχιακό .....

Διδακτορικό .....

**Είχατε ποτέ στην τάξη σας παιδιά με διαγνωσμένη ΔΕΠ-Υ;**

Ναι .....

Όχι .....

Ημερομηνία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου

Πόλη

*Σας ευχαριστώ θερμά για τον χρόνο σας.*

*Στραβοδήμου Γεωργία- Ευφραιμία*

*Τηλ. Επικοινωνίας: 6979730456*

*E- mail: georgia.stra@gmail.com*



**ΔΠΜΣ «ΣΧΟΛΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ»**

**Ερωτηματολόγιο ανίχνευσης των γνώσεων των εκπαιδευτικών  
σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ**

Παρακαλώ, απαντήστε στις ακόλουθες προτάσεις σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής ή/και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), βάζοντας **X** στο πεδίο της επιλογής σας. Εάν δεν είστε βέβαιοι για μια απάντηση, απαντήστε: ΔΕΝ ΞΕΡΩ (ΔΞ). Μην κάνετε υποθέσεις.

**Σωστό (Σ), Λάθος (Λ), ή Δεν Ξέρω (ΔΞ)**

<b>1</b>	<b>Σ</b>	<b>Λ</b>	<b>ΔΞ</b>	Οι περισσότερες επιδημιολογικές εκτιμήσεις δείχνουν ότι η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται περίπου στο 15% των παιδιών σχολικής ηλικίας.
<b>2</b>	<b>Σ</b>	<b>Λ</b>	<b>ΔΞ</b>	Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η ΔΕΠ-Υ συχνά εμφανίζεται στα παιδιά εκείνα, που οι γονείς τους τα διαπαιδαγωγούν με ακατάλληλους τρόπους.
<b>3</b>	<b>Σ</b>	<b>Λ</b>	<b>ΔΞ</b>	Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποσπώνται συχνά από άσχετα ερεθίσματα.
<b>4</b>	<b>Σ</b>	<b>Λ</b>	<b>ΔΞ</b>	Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ «ακούνε» περισσότερο τους πατέρες τους από τις μητέρες τους.
<b>5</b>	<b>Σ</b>	<b>Λ</b>	<b>ΔΞ</b>	Προκειμένου να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, πρέπει τα συμπτώματα της διαταραχής να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 7 ετών.

6	Σ	Λ	ΔΞ	Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται συχνότερα στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού, (δηλ. γονείς, αδέρφια) των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, παρά στον γενικό πληθυσμό.
7	Σ	Λ	ΔΞ	Ένα σύμπτωμα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι ότι συμπεριφέρονται με σκληρότητα απέναντι στους άλλους ανθρώπους.
8	Σ	Λ	ΔΞ	Έχει βρεθεί ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μειώνουν αποτελεσματικά τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε πολλά παιδιά.
9	Σ	Λ	ΔΞ	Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ κινούνται συνεχώς νευρικά ή στριφογυρίζουν στο κάθισμά τους.
10	Σ	Λ	ΔΞ	Η κατάρτιση των γονέων και των εκπαιδευτικών σχετικά με την αντιμετώπιση ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι γενικά αποτελεσματική, όταν συνδυάζεται με φαρμακοθεραπεία.
11	Σ	Λ	ΔΞ	Συνήθως τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση ή μεγάλη ιδέα για τον εαυτό τους.
12	Σ	Λ	ΔΞ	Όταν ολοκληρωθεί η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ, σπάνια επανεμφανίζονται τα συμπτώματα της διαταραχής.
13	Σ	Λ	ΔΞ	Μπορεί και ένας ενήλικας να διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ.
14	Σ	Λ	ΔΞ	Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν συχνά στο ιστορικό τους ένα περιστατικό κλοπής ή καταστροφής ξένης περιουσίας.
15	Σ	Λ	ΔΞ	Παρενέργειες των διεγερτικών φαρμάκων, που χρησιμοποιούνται για τη ΔΕΠ-Υ, μπορεί να είναι ηαϋπνίακαι η έλλειψη όρεξης για φαγητό.
16	Σ	Λ	ΔΞ	Η πρόσφατη γνώση για τη ΔΕΠ-Υ προτείνει δύο υποτύπους των συμπτωμάτων της διαταραχής: ο ένας έχει ως κύριο χαρακτηριστικό την απροσεξία και ο άλλος την υπερδραστηριότητα/παρορμητικότητα.

17	Σ	Λ	ΔΞ	Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συχνότερα συμπτώματα κατάθλιψης απ' ό,τι τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ.
18	Σ	Λ	ΔΞ	Η ατομική ψυχοθεραπεία είναι συνήθως επαρκής αντιμετώπιση για τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.
19	Σ	Λ	ΔΞ	Τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ «ξεπερνούν» τα συμπτώματα της διαταραχής στην αρχή της εφηβείας και λειτουργούν «φυσιολογικά» ως ενήλικες.
20	Σ	Λ	ΔΞ	Σε βαριές περιπτώσεις ΔΕΠ-Υ, συχνά τα φάρμακα χρησιμοποιούνται, πριν την εφαρμογή άλλων τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς.
21	Σ	Λ	ΔΞ	Προκρινόμενου να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, θα πρέπει να παρουσιάζει τα σχετικά συμπτώματα σε δύο ή περισσότερα πλαίσια (π.χ. σπίτι, σχολείο).
22	Σ	Λ	ΔΞ	Εάν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ μπορεί να παραμείνει συγκεντρωμένο σε ένα βιντεοπαιχνίδι ή στην τηλεόραση για μια ώρα, τότε θα μπορεί να παραμείνει συγκεντρωμένο, για τουλάχιστον μια ώρα, στα μαθήματά του στο σχολείο και στο σπίτι.
23	Σ	Λ	ΔΞ	Μειώνοντας στη διατροφή τη ζάχαρη και τα συντηρητικά, που υπάρχουν στα τρόφιμα, περιορίζονται αποτελεσματικά και τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.
24	Σ	Λ	ΔΞ	Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ από μόνη της, αρκεί για να έχει ένα παιδί δυνατότητα πρόσβασης σε ειδική αγωγή και εκπαίδευση.
25	Σ	Λ	ΔΞ	Τα διεγερτικά φάρμακα είναι ο πιο κοινός τύπος φαρμάκου, που χρησιμοποιείται, για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ.
26	Σ	Λ	ΔΞ	Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά δυσκολεύονται να οργανώσουν τις εργασίες και τις δραστηριότητές τους.

27	Σ	Λ	ΔΞ	Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν γενικά περισσότερα προβλήματα στις νέες καταστάσεις απ' ό,τι στις γνωστές.
28	Σ	Λ	ΔΞ	Υπάρχουν συγκεκριμένα φυσικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, στα οποία «στηρίζονται» οι γιατροί (π.χ. παιδίατροι), προκειμένου να καταλήξουν σε μια οριστική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.
29	Σ	Λ	ΔΞ	Στα παιδιά σχολικής ηλικίας η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται το ίδιο συχνά στα αγόρια και στα κορίτσια.
30	Σ	Λ	ΔΞ	Η προβληματική συμπεριφορά (π.χ. υπερδραστηριότητα, απροσεξία) των πολύ μικρών παιδιών (κάτω των 4 ετών) με ΔΕΠ-Υ, είναι πολύ διαφορετική από τη συμπεριφορά των συνομηλίκων τους, που δεν έχουν ΔΕΠ-Υ.
31	Σ	Λ	ΔΞ	Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ διακρίνονται ευκολότερα από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ μέσα στο πλαίσιο μιας σχολικής τάξης, παρά σε ελεύθερη κατάσταση παιχνιδιού.
32	Σ	Λ	ΔΞ	Η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να παρουσιάσει χαμηλή σχολική επίδοση, στα πρώτα σχολικά έτη.
33	Σ	Λ	ΔΞ	Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ παρουσιάζονται συχνά και σε παιδιά, που δεν έχουν ΔΕΠ-Υ, αλλά που προέρχονται από ανεπαρκή και χαοτικά οικογενειακά περιβάλλοντα.
34	Σ	Λ	ΔΞ	Οι συμπεριφοριστικές/ ψυχολογικές παρεμβάσεις για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εστιάζουν κυρίως στο πρόβλημα της απροσεξίας.
35	Σ	Λ	ΔΞ	Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (δηλ. θεραπεία με ηλεκτροσόκ) έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματική αντιμετώπιση για τις βαριές περιπτώσεις ΔΕΠ-Υ.
36	Σ	Λ	ΔΞ	Έχει βρεθεί ότι οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, που εστιάζουν κυρίως στην τιμωρία, είναι οι πιο αποτελεσματικές στον περιορισμό των συμπτωμάτων της διαταραχής.



37	Σ	Λ	ΔΞ	Η έρευνα έχει δείξει ότι η παρατεταμένη χρήση διεγερτικών φαρμάκων οδηγεί σε αυξανόμενο εθισμό (π.χ. ουσίες, οινόπνευμα) στην ενηλικίωση.
38	Σ	Λ	ΔΞ	Εάν ένα παιδί ανταποκρίνεται στα διεγερτικά φάρμακα (π.χ. Ritalin), τότε πιθανώς να έχει ΔΕΠ-Υ.
39	Σ	Λ	ΔΞ	Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ επιδεικνύουν γενικά μια άκαμπτη προσκόλληση σε συγκεκριμένες ρουτίνες ή τελετουργικά.