



Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Σχολή Κοινωνικών, Ανθρωπιστικών Επιστημών και Τεχνών

Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής

ΠΜΣ "Επιστήμες της αγωγής: Ειδική Αγωγή, Εκπαίδευση και Αποκατάσταση"

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Στρατηγικές διαχείρισης μαθησιακών και συμπεριφορικών διαστάσεων της Διαταραχής
Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας σε μαθητές Νηπιαγωγείου: Σύγκριση
Εκπαιδευτικών Γενικής και Ειδικής Αγωγής»

Ματζαρίδου Αικατερίνη

Θεσσαλονίκη, 2022



Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΠΜΣ «Επιστήμες της αγωγής: Ειδική Αγωγή, Εκπαίδευση και Αποκατάσταση»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Στρατηγικές διαχείρισης μαθησιακών και συμπεριφορικών διαστάσεων της Διαταραχής
Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας σε μαθητές Νηπιαγωγείου: Σύγκριση
Εκπαιδευτικών Γενικής και Ειδικής Αγωγής»

«Strategies for the management of learning and behavioral aspects of Attention Deficit and
Hyperactivity Disorder in Kindergarten students: Comparison of general and Special
Education Teachers»

Ματζαρίδου Αικατερίνη

Εξεταστική επιτροπή

Αγαλιώτης Ιωάννης, Καθηγητής, Επόπτης

Γιαννούλη Βασιλική, Επίκουρη Καθηγήτρια

Καρτασίδου Λευκοθέα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Θεσσαλονίκη, 2022

Η συγγραφέας βεβαιώνει ότι το περιεχόμενο του παρόντος έργου είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας και ότι έχει γίνει κατάλληλη αναφορά σε εργασία τρίτων, όπου κάτι τέτοιο ήταν απαραίτητο, σύμφωνα με τους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

.....
Ματσαρίδου Κατερίνα

Περιεχόμενα

Κατάλογος Πινάκων.....	6
Κατάλογος Γραφημάτων.....	7
Περίληψη.....	1
Abstract.....	2
Πρόλογος.....	3
Εισαγωγή.....	4
1^ο Κεφάλαιο: Θεωρητική θεμελίωση της έρευνας-Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας.....	7
1.1.1 Ορισμός και Χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ.....	7
1.1.2 Διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.....	8
1.1.3 Διαγνωστικά κριτήρια ΔΕΠ-Υ με βάση το DSM-5.....	12
1.1.4 Επιδημιολογία.....	21
1.1.5 Ποια είναι η κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ.....	23
1.1.6 Η ετερογένεια στην κλινική εικόνα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	24
1.1.7 Λειτουργικές συνέπειες της ΔΕΠ-Υ.....	25
1.2 ΔΕΠ-Υ και προσχολική ηλικία.....	27
1.2.1 Η ανίχνευση της ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία.....	27
1.2.2 Φυσιολογική ζωηρότητα και ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία:κριτήρια διαφοροποίησης.....	31
1.3. Εκπαιδευτικοί.....	35
1.3.1 Γνώσεις νηπιαγωγών.....	35
1.3.2. Εκπαίδευση νηπιαγωγών.....	37
1.3.3. Ρόλος εκπαιδευτικού απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠΥ.....	39
1.4. Στρατηγικές για ΔΕΠ-Υ.....	41
1.4.1. Συμπεριφορικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠΥ.....	41
1.4.2. Μαθησιακές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	48
1.4.3. Χρήση μαθησιακών και συμπεριφορικών στρατηγικών για τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ από τους νηπιαγωγούς γενικής και ειδικής αγωγής.....	51
1.5.1. Σκοπός της έρευνας.....	52
2^ο Κεφάλαιο: Μεθοδολογία της έρευνας.....	54
2.1 Ερευνητική στρατηγική.....	54

2.2 Συμμετέχοντες	54
2.3 Διαδικασίες και εργαλεία της έρευνας	55
2.4 Ανάλυση των δεδομένων.....	58
3^ο Κεφάλαιο:Αποτελέσματα	60
3.1. Έλεγχοι.....	60
3.1.1 Έλεγχος αξιοπιστίας Cronbach's alpha	60
3.1.2.Τεστ κανονικότητας των μεταβλητών.....	61
3.2. Περιγραφικές αναλύσεις.....	65
3.3. Επαγωγική στατιστική	67
3.3.1 Επίπεδο ετοιμότητας και επάρκεια γνώσης των εκπαιδευτικών στη διαχείριση παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	67
3.3.2 Συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ	71
3.3.3 Στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από τους εκπαιδευτικούς στο συμπεριφορικό κομμάτι της ΔΕΠ-Υ	75
3.3.4 Στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από τους εκπαιδευτικούς στο μαθησιακό κομμάτι της ΔΕΠ-Υ	78
3.3.5 Συγκρίσεις της ετοιμότητας και επάρκειας γνώσης με τα δημογραφικά.....	81
3.3.6 Συγκρίσεις της συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ με τα δημογραφικά.....	83
3.3.7 Συγκρίσεις των στρατηγικών με τα δημογραφικά.....	85
3.3.8 Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών	86
3.3.9 Συγκρίσεις μεταξύ των νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής για την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών	88
4^ο Κεφάλαιο: Συζήτηση-Συμπεράσματα-Προτάσεις	90
4.1. Συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας.....	90
4.2. Συμπεράσματα της έρευνας.....	105
4.3. Περιορισμοί της έρευνας	107
4.4. Επιπτώσεις της έρευνας στην Ειδική Αγωγή και την Αποκατάσταση.....	108
4.5. Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες	109
Βιβλιογραφικές παραπομπές	111
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία	111
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	116
Παράρτημα	141

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Τιμές Cronbach's alpha σε κάθε κλίμακα και για όλο το ερωτηματολόγιο	60
Πίνακας 2: Τεστ κανονικότητας για τις υπό εξέταση μεταβλητές (Επίπεδο ετοιμότητας και επάρκεια γνώσης)	61
Πίνακας 3: Τεστ κανονικότητας για τις υπό εξέταση μεταβλητές (Συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ - Απροσεξία)	62
Πίνακας 4: Τεστ κανονικότητας για τις υπό εξέταση μεταβλητές (Συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ - Υπερκινητικότητα/Παρορμητικότητα)	63
Πίνακας 5: Τεστ κανονικότητας για τις υπό εξέταση μεταβλητές (Συμπεριφορικές στρατηγικές)	63
Πίνακας 6: Τεστ κανονικότητας για τις υπό εξέταση μεταβλητές (Μαθησιακές στρατηγικές)	64
Πίνακας 7: Συχνότητες και ποσοστά δημογραφικών στοιχείων των νηπιαγωγών γενικής και ειδικής	65
Πίνακας 8: Σύγκριση των Μ.Ο. των απαντήσεων των δυο ομάδων σχετικά με την ετοιμότητα και επάρκεια γνώσης τους με το μη-παραμετρικό τεστ Mann-Whitney	67
Πίνακας 9: Σύγκριση των δυο ομάδων εκπαιδευτικών ως προς την επιλογή του βαθμού εμφάνισης των συμπτωμάτων της συνιστώσας «Απροσεξία» σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ	71
Πίνακας 10: Σύγκριση των δυο ομάδων εκπαιδευτικών ως προς την επιλογή του βαθμού εμφάνισης των συμπτωμάτων της συνιστώσας «Υπερκινητικότητα/Παρορμητικότητα» σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ	73
Πίνακας 11: Σύγκριση του βαθμού χρήσης των συμπεριφορικών στρατηγικών/τεχνικών ανάμεσα στις δυο ομάδες εκπαιδευτικών	75
Πίνακας 12: Σύγκριση του βαθμού χρήσης των μαθησιακών στρατηγικών/τεχνικών ανάμεσα στις δυο ομάδες εκπαιδευτικών	78
Πίνακας 13: Σύγκριση της μεταβλητής «Ετοιμότητα και επάρκεια γνώσης» με το μη-παραμετρικό τεστ Mann-Whitney με τα δημογραφικά στοιχεία μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών	81
Πίνακας 14: Σύγκριση της μεταβλητής «Υπερκινητικότητα/Παρορμητικότητα» με τα δημογραφικά στοιχεία μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών	83
Πίνακας 15: Σύγκριση της μεταβλητής «Μαθησιακές στρατηγικές» με τα δημογραφικά στοιχεία μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών	85

Πίνακας 16: Συσχετίσεις μεταξύ της συμπτωματολογίας και των στρατηγικών αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ (Νηπιαγωγοί Γενικής αγωγής)	87
Πίνακας 17: Συσχετίσεις μεταξύ της συμπτωματολογίας και των στρατηγικών αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ (Νηπιαγωγοί Ειδικής αγωγής)	87
Πίνακας 18: Συχνότητες και ποσοστά για την ερώτηση «Με βάση την εμπειρία σας, ποιες από τις παραπάνω συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές αντιμετώπισης πιστεύετε ότι είναι πιο αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ» (ανά ειδικότητα)	89

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1: 95% Διαστήματα εμπιστοσύνης για τις μέσες τιμές των απαντήσεων στις ερωτήσεις της ετοιμότητας και επάρκειας γνώσης εκπαιδευτικών (ανά ειδικότητα)	69
Γράφημα 2: 95% Διαστήματα εμπιστοσύνης για τις μέσες τιμές των απαντήσεων στις ερωτήσεις της συνιστώσας «Απροσεξία» για την συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ (ανά ειδικότητα)	72
Γράφημα 3: 95% Διαστήματα εμπιστοσύνης για τις μέσες τιμές των απαντήσεων στις ερωτήσεις της συνιστώσας «υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα» για την συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ (ανά ειδικότητα)	74
Γράφημα 4: 95% Διαστήματα εμπιστοσύνης για τις μέσες τιμές των απαντήσεων σχετικά με τις στρατηγικές/τεχνικές αντιμετώπισης (συμπεριφορά) (ανά ειδικότητα).....	77
Γράφημα 5: 95% Διαστήματα εμπιστοσύνης για τις μέσες τιμές των απαντήσεων σχετικά με τις μαθησιακές στρατηγικές (ανά ειδικότητα).....	80

Περίληψη

Το ερευνητικό αντικείμενο της παρούσας μελέτης ήταν οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για τη συμπεριφορική και μαθησιακή διαχείριση των μαθητών με ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία και η σύγκριση των στρατηγικών μεταξύ των νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής. Η αύξηση των παιδιών που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ ολοένα και αυξάνεται τα τελευταία χρόνια. Αυτό συνεπάγεται και την κατάλληλη διαχείριση από την πλευρά των νηπιαγωγών ώστε με τη χρήση κατάλληλων στρατηγικών να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τυχόν δυσκολίες στο συμπεριφορικό και μαθησιακό κομμάτι. Συνεπώς, η υλοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης κρίνεται αναγκαία ώστε να διερευνηθούν οι γνώσεις για τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και οι στρατηγικές που εφαρμόζουν οι νηπιαγωγοί γενικής και ειδικής αγωγής. Πραγματοποιήθηκε μια πρωτογενής, ποσοτική έρευνα περιγραφική και συσχέτισης μεταξύ των ομάδων και χρησιμοποιήθηκε αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο. Στην έρευνα συμμετείχαν 250 νηπιαγωγοί 125 γενικής και 125 ειδικής αγωγής. Από την υλοποίηση της έρευνας προέκυψε ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής είχαν περισσότερη γνώση συγκριτικά με τους νηπιαγωγούς γενικής σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ. Επίσης, οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής φαίνεται ότι επέλεξαν σε μεγαλύτερο βαθμό την εμφάνιση κάποιων συμπτωμάτων τόσο στην παρουσία της απροσεξίας όσο και στην παρουσία της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας. Αναφορικά, με τις στρατηγικές που επέλεξαν οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής φαίνεται ότι επέλεξαν σε μεγαλύτερο βαθμό τις περισσότερες συμπεριφορικές αλλά και μαθησιακές στρατηγικές για τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με τους νηπιαγωγούς γενικής. Αναδεικνύεται η μόρφωση που έχουν και οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών αλλά οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής φαίνεται ότι υπερτερούν έναντι των γενικής όσον αφορά τις γνώσεις που έχουν αλλά και την επιλογή που κάνουν ως προς το βαθμό εμφάνισης των αυτών συμπτωμάτων και το βαθμό χρήσης των στρατηγικών. Από την έρευνα προκύπτει η ανάγκη συνεχούς επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών και συγκεκριμένα των νηπιαγωγών γενικής εφόσον φαίνεται να υστερούν σε όλα τα επίπεδα συγκριτικά με τους ειδικής.

Λέξεις-κλειδιά: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα, ΔΕΠ-Υ, Στρατηγικές, Νηπιαγωγοί, Νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής

Abstract

The research object of this study was the strategies that used for the behavioral and learning management of pupils with ADHD in preschool and the comparison of strategies between preschool general and special education teachers. The growth of children presenting ADHD has been increasing in recent years. This also implies proper management on the part of the preschool teachers so that by using appropriate strategies they can cope with any difficulties in the behavioral and learning part. Therefore, the implementation of this study is necessary in order to investigate the knowledge about the symptoms of ADHD and the strategies implemented by preschool general and special education teachers. A primary, quantitative descriptive and intergroup comparison study was conducted and an improvised questionnaire was used. The survey included 250 nursery teachers, 125 general and 125 special education. The implementation of the survey showed that special education preschool teachers were more aware than general preschool teachers about ADHD. Also the preschool special education teachers appear to have chosen a higher degree of intensity on some symptoms both in the presence of carelessness and in the presence of hyperactivity/impulsiveness. With regard to the strategies chosen by the two groups of preschool teachers, special education teachers seem to have chosen to a greater extent the most behavioral and learning strategies for the management of ADHD compared to general preschool teachers. The education of both groups of teachers is highlighted, but preschool special education teachers seem to take precedence over the general ones in terms of their knowledge they have, and their choice of the degree of appearance of these symptoms and the degree of use of strategies. The research shows the need for continuous training of preschool teachers and specifically of general education teachers, since they seem to be lagging behind at all levels compared to special education teachers.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD, strategies, preschool teacher, preschool special education teacher

Πρόλογος

Η μέχρι τώρα εργασιακή μου εμπειρία στο χώρο της προσχολικής εκπαίδευσης με έχει φέρει αρκετά συχνά αντιμέτωπη με περιπτώσεις παιδιών που αντιμετωπίζουν διαφόρων ειδών δυσκολίες. Η ανάγκη να είμαι επαρκής απέναντί σε όλους τους μαθητές και τις μαθήτριες μου με οδήγησαν στο να ξεκινήσω το συγκεκριμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών. Οι γνώσεις και οι εμπειρίες που αποκόμισα ήταν πολλές και η επιλογή του θέματος της μεταπτυχιακής μου εργασίας καθόλου τυχαία. Η μοναδικότητα του κάθε παιδιού αποτελεί πρόκληση για εμένα ώστε να μπορώ να εκπαιδεύσω παιδιά με διαφορετικές ικανότητες και δεξιότητες μέσα στη γενική τάξη του νηπιαγωγείου. Πιο συγκεκριμένα, αφορμή για την ενασχόληση μου με το συγκεκριμένο θέμα αποτέλεσε η περίπτωση ενός παιδιού στον παιδικό σταθμό που δούλευα όπου εμφάνιζε στοιχεία της ΔΕΠ-Υ αλλά λόγω της έλλειψης γνώσεων σχετικά με τη διαταραχή ήθελα να εστιάσω στο συγκεκριμένο ζήτημα ώστε να αποκτήσω γνώση επί του θέματος και να ερευνήσω τι γνωρίζουν οι υπόλοιποι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής καθώς και οι νηπιαγωγοί ειδικής και να συγκρίνω τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι δυο κατηγορίες εκπαιδευτικών για τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ ώστε να διαπιστωθούν οι ομοιότητες και οι διαφορές των δυο ομάδων.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Βασιλική Γιαννούλη, για την πολύτιμη συμβολή της, την επιστημονική της καθοδήγηση, την κατανόηση, την υποστήριξη και τις χρήσιμες οδηγίες της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Αγαλιώτη Ι., καθηγητή του τμήματος Εκπαιδευτικής & Κοινωνικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, για την γενικότερη εποπτεία και καθοδήγηση και τη συνολικότερη συμβολή του στην απόκτηση των γνώσεων που αποκόμισα, στο πλαίσιο των μεταπτυχιακών σπουδών μου. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ χρωστώ στους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος, για τις πολύτιμες γνώσεις και τα ερεθίσματα που απέκτησα.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συμμετέχοντες και τις συμμετέχουσες νηπιαγωγούς Γενικής και Ειδικής αγωγής, που απαντώντας στο ερωτηματολόγιό μου συνέπραξαν στην εκπόνηση της εργασίας μου. Τέλος, οφείλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, χωρίς τη βοήθεια της οποίας δεν θα ήταν εφικτή η ολοκλήρωση αυτού του απαιτητικού έργου.

Εισαγωγή

Δεδομένης της αύξησης που υπάρχει τα τελευταία χρόνια των περιπτώσεων παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρατηρείται ότι τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό υπάρχει ερευνητικό ενδιαφέρον σχετικά με τη διαταραχή. Υπάρχει εκτεταμένη βιβλιογραφία που αφορά τα παιδιά σχολικής ηλικίας, τους εφήβους καθώς και τους ενήλικες. Η βιβλιογραφία αφορά τα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι ομάδες αυτές καθώς και στρατηγικές που χρησιμοποιούνται ώστε να αντιμετωπιστούν τα αυτά συμπτώματα είτε από γονείς είτε από εκπαιδευτικούς.

Περιορισμένη παρουσιάζεται η βιβλιογραφία που υπάρχει σχετικά με την προσχολική ηλικία τόσο ως προς τη συμπτωματολογία όσο και ως προς τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι νηπιαγωγοί. Όσον αφορά τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής επίσης υπάρχει έλλειψη ερευνών που να αναφέρεται στις γνώσεις τους αλλά και στις στρατηγικές που εφαρμόζουν στην προσχολική τάξη. Επιπλέον, δεν εντοπίστηκαν μελέτες που να ασχολούνται με τη σύγκριση των δύο ομάδων εκπαιδευτικών ως προς τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν στο συμπεριφορικό και μαθησιακό κομμάτι. Η έρευνα των Roznanski et al. (2021) αναδεικνύει την έλλειψη γνώσεων που έχουν οι νηπιαγωγοί σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ και υπογραμμίζεται η αναγκαιότητα της επιμόρφωσής τους.

Σύμφωνα με τους DuPaul et al. (2020) και Singh and Squires (2014) απαιτείται περισσότερη έρευνα για να φανεί ποιες είναι οι πιο αποτελεσματικές μέθοδοι για τη διαχείριση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Αν και στη βιβλιογραφία έχουν εντοπιστεί αποτελεσματικές στρατηγικές για τη βελτίωση της λειτουργικότητας των παιδιών με ΔΕΠΥ στην τάξη, μικρή έρευνα έχει εξετάσει το βαθμό στον οποίο οι εκπαιδευτικοί χρησιμοποιούν αυτές τις στρατηγικές στην τάξη. Μόνο μια μελέτη εντοπίστηκε των Martinussen et al. (2011) όπου εξέταζε τη συχνότητα με την οποία οι εκπαιδευτικοί γενικής και ειδικής αγωγής χρησιμοποιούσαν συγκεκριμένες, τεκμηριωμένες συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές για τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ. Συνεπώς, από τα παραπάνω κρίνεται αναγκαία η διερεύνηση και σύγκριση τόσο των νηπιαγωγών γενικής όσο και των νηπιαγωγών ειδικής αγωγής ως προς τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, καθώς, είναι οι βασικοί εμπλεκόμενοι στη διδασκαλία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και οι οποίοι μπορούν να συνδράμουν στην πρόωμη ανίχνευση και αντιμετώπιση των συμπεριφορικών και μαθησιακών προβλημάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Επίσης, μια τέτοια σύγκριση αποτελεί

πρωτοτυπία και μπορεί να φέρει στην επιφάνεια καινούρια ερευνητικά αποτελέσματα καθώς και προβλήματα που ενδεχομένως μπορεί να προκύψουν σχετικά με το συγκεκριμένο ζήτημα ώστε να δημιουργηθούν περαιτέρω ερευνητικά ερωτήματα που θα αποτελέσουν την αφορμή για νέες έρευνες στο μέλλον.

Επομένως ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των στρατηγικών διαχείρισης που χρησιμοποιούνται για τη μαθησιακή και συμπεριφορική διάσταση της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά προσχολικής ηλικίας από τους νηπιαγωγούς γενικής και ειδικής αγωγής και η σύγκριση των στρατηγικών αυτών μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών. Επίσης, η διερεύνηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών των δυο ομάδων για τη ΔΕΠ-Υ και η επιλογή του βαθμού εμφάνισης των συμπτωμάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ανάμεσα στις δυο ομάδες εκπαιδευτικών.

Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο που αποτελείται συνολικά από 20 ερωτήσεις και δυο περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ όπου παρατίθενται και αντίστοιχες συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές διαχείρισης των προβλημάτων των παιδιών. Οι ερωτήσεις αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τις γνώσεις που κατέχουν οι νηπιαγωγοί των δυο ειδικοτήτων, τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, και τις στρατηγικές διαχείρισης συμπεριφορικών και μαθησιακών προβλημάτων καθώς και ποιες κρίνουν ως πιο αποτελεσματικές.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας γίνεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση όπου αρχικά γίνεται αναφορά στη ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα ακολουθούν οι παρακάτω υποενότητες όπου δίνεται ο ορισμός της ΔΕΠ-Υ, έπειτα γίνεται αναφορά στη διάγνωση, τα διαγνωστικά κριτήρια με βάση το DSM-5, τα συνοδά χαρακτηριστικά που υποστηρίζουν τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στο DSM-5, τη διαφοροδιάγνωση και τη συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ, την επιδημιολογία, την κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ, την ετερογένεια στην κλινική εικόνα και τις λειτουργικές συνέπειες της ΔΕΠ-Υ. Έπειτα ακολουθεί ένα υποκεφάλαιο όπου αναφέρεται στην ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία, και πιο συγκεκριμένα στην ανίχνευση της ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία και τη φυσιολογική ζωνρότητα συγκριτικά με τη ΔΕΠ-Υ. Στη συνέχεια ακολουθεί το κομμάτι που περιγράφονται οι γνώσεις των εκπαιδευτικών, η εκπαίδευσή τους και ο ρόλος τους στη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ. Έπειτα ακολουθούν οι συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ που χρησιμοποιούνται από τους εκπαιδευτικούς στην προσχολική αγωγή. Και τέλος υπάρχει ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα σχετικά με το υπό διερεύνηση θέμα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο που αφορά τη μεθοδολογία της έρευνας αναφέρεται η ερευνητική στρατηγική και οι συμμετέχοντες που έλαβαν μέρος, οι διαδικασίες που

πραγματοποιήθηκαν για την υλοποίηση της έρευνας και το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε και οι αναλύσεις των δεδομένων που έγιναν.

Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας. Αρχικά, παρουσιάζονται οι έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν δηλαδή ο έλεγχος αξιοπιστίας Cronbach's alpha και ο έλεγχος κανονικότητας των υπο διερεύνηση μεταβλητών. Έπειτα ακολουθούν τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής όπως ποσοστά και συχνότητες των δημογραφικών στοιχείων και στη συνέχεια ακολουθεί η επαγωγική στατιστική όπως οι συγκρίσεις μεταξύ των νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής στις υπό εξέταση ερωτήσεις του ερωτηματολογίου καθώς και στο αν υπάρχει επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία, έτη υπηρεσίας, εργασιακή θέση, επιπλέον σπουδές) στο επίπεδο γνώσης που δηλώνουν οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών ως προς τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ καθώς και στην συμπτωματολογία και στις εκπαιδευτικές στρατηγικές. με το μη παραμετρικό εργαλείο Mann Whitney. Επίσης, παρατίθενται οι συσχετίσεις που έγιναν με το συντελεστή Spearman ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και των στρατηγικών που χρησιμοποιούνται για τις μαθησιακές και συμπεριφορικές δυσκολίες των μαθητών. Έπειτα έγινε χρήση του στατιστικού κριτηρίου χ^2 όπου έγινε η σύγκριση των δεδομένων της ανοικτής ερώτησης σχετικά με το ποιες από τις συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές αντιμετώπισης που αναφέρονταν είναι πιο αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο υπάρχει η συζήτηση των αποτελεσμάτων όπου γίνεται συσχέτιση παλαιότερων ερευνών με τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης και προκύπτουν κάποια συμπεράσματα. Ακολουθούν οι περιορισμοί που υπάρχουν σχετικά με την έρευνα, οι επιπτώσεις που αυτή έχει στην Ειδική Αγωγή και Αποκατάσταση καθώς και προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.

1^ο Κεφάλαιο: Θεωρητική θεμελίωση της έρευνας-Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

1.1.1 Ορισμός και Χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ

Σύμφωνα με την American Psychiatric Association (APA, 2013) η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) ανήκει στην κατηγορία των νευροαναπτυξιακών διαταραχών, όπου αποτελεί την πιο συχνά εμφανιζόμενη νευροαναπτυξιακή διαταραχή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Η ΔΕΠ-Υ είναι διεθνώς γνωστή με τον όρο Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) (Παπαναστασίου, 2019). Χαρακτηρίζεται από ένα επίμονο πρότυπο απροσεξίας και/ή υπερκινητικότητας - παρορμητικότητας το οποίο αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για τη λειτουργικότητα και την ανάπτυξη του ατόμου (American Psychiatric Association [APA] 2013). Τα ελλείμματα αυτά χαρακτηρίζονται ως πρωτογενή καθώς είναι απόρροια της διαταραχής και έχουν οργανική αιτιολογία. Η έκταση και ο βαθμός σοβαρότητας των ελλειμμάτων αυτών ποικίλλουν ανάλογα με το παιδί (Μανιαδάκη, 2012).

Ως απροσεξία στη ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται η δυσκολία διατήρησης της προσοχής, η έλλειψη επιμονής, η περιπλάνηση του ατόμου εκτός εργασίας και η αποδιοργάνωση που το χαρακτηρίζει χωρίς όλα αυτά να οφείλονται σε ανυπακοή ή έλλειψη κατανόησης. Η έννοια της υπερκινητικότητας ορίζεται ως η υπερβολική κινητικότητα που εμφανίζει ένα παιδί σε περιστάσεις όπου δεν ενδείκνυται η συγκεκριμένη συμπεριφορά, όπως επίσης και η υπερβολική ομιλητικότητα που μπορεί να παρουσιάζει ή το να κινείται νευρικά και να χτυπάει τα άλλα παιδιά (APA, 2013). Η παρορμητικότητα αναφέρεται στην ελλειμματική ικανότητα αναστολής αυθόρμητων αντιδράσεων. Επίσης, η εκδήλωση της παρορμητικότητας μπορεί να υποδηλώνει κατά βάθος τη θέληση κάποιου για άμεση ανταμοιβή. Μορφές εκδήλωσης των παρορμητικών συμπεριφορών αποτελούν η κοινωνική παρεμβατικότητα (π.χ. όταν κάποιος διακόπτει κάποιον που μιλά σε υπερβολικό βαθμό), καθώς και η λήψη αποφάσεων χωρίς να προηγηθεί περαιτέρω σκέψη για τις μακροχρόνιες συνέπειες που μπορεί να ακολουθήσουν (APA, 2013).

1.1.2 Διάγνωση της ΔΕΠ-Υ

Ο όρος «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας» (ΔΕΠ-Υ), αποδίδεται συνήθως σε παιδιά και ενήλικες που είναι αντιμέτωποι με σοβαρές γνωστικές και συμπεριφορικές δυσχέρειες. Οι δυσκολίες αυτές διαφαίνονται σε διάφορους σημαντικούς τομείς της καθημερινής ζωής των ατόμων, όπως στις διαπροσωπικές σχέσεις, στο σχολείο, στην οικογένεια και στην εργασία, εξαιτίας της εκδήλωσης υπερβολικής κινητικής δραστηριότητας καθώς και μειωμένης ικανότητας για έλεγχο της προσοχής και των παρορμήσεων (Σταυρόπουλος, 2020· Wilens & Spencer, 2010).

Τα τελευταία χρόνια αυξάνονται τα ερευνητικά δεδομένα τα οποία υποστηρίζουν τη δυνατότητα διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ κατά τη νηπιακή ηλικία, με αποτέλεσμα την αύξηση του ερευνητικού ενδιαφέροντος για τη μελέτη της διαταραχής σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα (Egger et al., 2006 · Pastor et al., 2015). Παρόλο που υπάρχει διαφωνία ως προς το πότε μπορεί να διαγνωστεί με αξιοπιστία η ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με τους Kaplan and Adelman (2011) και Pauli- Pott and Becker (2011), η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ μπορεί να γίνει με αξιοπιστία κατά την προσχολική ηλικία. Οι κατευθυντήριες οδηγίες της American Academy of Pediatrics (AAP, 2011) υποστηρίζουν την έγκαιρη διάγνωση παιδιών προσχολικής ηλικίας που παρουσιάζουν συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, η AAP (2011) υποστήριξε ότι πρέπει σε παιδιά ηλικίας 4 έως 18 ετών να γίνεται αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ από τους παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε περίπτωση που παρουσιάσουν ακαδημαϊκά ή συμπεριφορικά προβλήματα και συμπτώματα απροσεξίας υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας. Επίσης, υποστηρίχθηκε από διάφορους ερευνητές ότι δε μπορεί να πραγματοποιηθεί διάγνωση της ΔΕΠ-Υ πριν την ηλικία των τεσσάρων ετών (Danielson et al., 2017).

Τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν την τάση να παρουσιάζουν κάποια συμπτώματα κατά την προσχολική ηλικία (Galéra et al., 2011· Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012). Σύμφωνα με την APA (2013) η ύπαρξη αρκετών συμπτωμάτων πριν από την ηλικία των 12 ετών υποδεικνύει την ύπαρξη μιας ουσιαστικής κλινικής εικόνας ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία. Παρόλο που για χρόνια επικρατούσε η άποψη ότι αποτελεί μια διαταραχή κατά κύριο λόγο της παιδικής ηλικίας στην πορεία αποδείχθηκε ότι συνοδεύει το άτομο και κατά την ενήλικη ζωή (NIMH, 2021· Παπαναστασίου, 2019).

Η κυρία εκδήλωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ που παρατηρείται στην προσχολική ηλικία είναι η εκδήλωση της υπερκινητικότητας (APA, 2013). Απεναντίας, η απροσεξία συνήθως δεν είναι εμφανής στην προσχολική ηλικία (Egger & Angold,

2006·Lahey et al., 2005). Διαμήκεις μελέτες υποστηρίζουν αυτή την άποψη καθώς δείχνουν σταθερά ότι η υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα παρουσιάζεται πιο έντονα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ εν αντιθέσει με την απροσεξία που δεν γίνεται έντονα αισθητή σε αυτή την ηλικία (Curchack-Lichtin et al., 2014· Lahey et al., 2005). Η απροσεξία αυξάνεται ή τουλάχιστον γίνεται πιο εμφανής όταν τα παιδιά εισέλθουν στο σχολικό περιβάλλον (APA, 2013·Curchack-Lichtin et al., 2014·Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000β). Η απροσεξία εντοπίζεται κατά τη διάρκεια των σχολικών χρόνων πιθανότατα, διότι οι απαιτήσεις στο μαθησιακό τομέα εντείνονται, συνεπώς η ικανότητα για παρατεταμένη προσοχή συνεχώς αυξάνεται και έτσι γίνεται πιο εύκολα αισθητή η παρουσία της απροσεξίας εν αντιθέσει με τη νηπιακή ηλικία όπου δεν μπορούσε να διαγνωστεί λόγω των περιορισμένων απαιτήσεων που υπήρχαν (Curchack-Lichtin et al., 2014·Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000β).

Μόλις τα παιδιά φθάσουν στην εφηβεία παρατηρείται μείωση των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας (APA, 2013·Holbrook et al., 2016·Molina et al., 2009·Σταυρόπουλος, 2020) εν αντιθέσει με την απροσεξία που συνεχίζει να επιμένει (Holbrook et al., 2016·Molina et al., 2009·Σταυρόπουλος, 2020). Επίσης, είναι αξιοσημείωτο ότι πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν επιδείνωση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της εφηβείας και πολλά παιδιά αναπτύσσουν αντικοινωνικές συμπεριφορές (APA, 2013). Σε έρευνα που διεξήχθη σε παιδιά ηλικίας 1,5-8 ετών που παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας και απροσεξίας παρατηρήθηκε μείωση της υπερκινητικότητας με την αύξηση της ηλικίας, απεναντίας παρατηρήθηκε αύξηση της απροσεξίας με κορύφωση την ηλικία των έξι ετών (Galera et al., 2011). Στην έρευνα των Riddle et al. (2013) φάνηκε ότι στις περιπτώσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μέτριας ή μεγάλης βαρύτητας τόσο η ίδια η διάγνωση όσο και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων παρουσίαζαν σταθερότητα από την προσχολική στη σχολική ηλικία. Σε μια έρευνα μεγαλύτερης διάρκειας παρατηρήθηκε μείωση της υπερκινητικότητας από την ηλικία των τεσσάρων μέχρι την ηλικία των 18 ετών (Lahey et al., 2016).

Ολοένα και περισσότερες έρευνες υπογραμμίζουν την πορεία ζωής της διαταραχής, υποστηρίζοντας ότι η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ θα συνεχίσει να έχει επίμονα συμπτώματα στην ενήλικη ζωή όπως διαταραχές στη διάθεση, μαθησιακά προβλήματα και προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις (APA, 2013 ·Biederman et al., 2010·Hinshaw & Scheffler, 2014·Lee et al. 2008·NIMH, 2021). Η ΔΕΠ-Υ λοιπόν αποτελεί, μία διαταραχή η οποία μπορεί να διαγνωστεί ανά πάσα στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου και να το συνοδεύει δια βίου (NIMH, 2021· Παπαναστασίου, 2019).

Όσον αφορά τη διάγνωση και την αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ απαιτείται ιδιαίτερη ακρίβεια και προσοχή ώστε να υπάρχει αξιοπιστία και εγκυρότητα καθώς αποτελεί μια διαταραχή η οποία επιφέρει σημαντικά ελλείμματα σε διάφορους τομείς που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου (Σταυρόπουλος, 2020). Από την άλλη πλευρά, λόγω του αυξημένου ενδιαφέροντος μιας ομάδας παιδιάτρων για τη ΔΕΠ-Υ, προχώρησαν σε υπερδιάγνωση της διαταραχής και σε «ετικετοποίηση» όλο και περισσότερων παιδιών προσχολικής/σχολικής ηλικίας με την ετικέτα του «υπερκινητικού-απρόσεκτου παιδιού» (Williams et al., 2004). Συνεπώς, η συλλογή πληροφοριών για το εκάστοτε παιδί πρέπει να γίνεται από άτομα που έχουν παρατηρήσει το παιδί στα πλαίσια αυτά. Όσον αφορά τις ενδείξεις της διαταραχής, αυτές διαφοροποιούνται ανάλογα με την κατάσταση που βιώνει το άτομο. Σε περιπτώσεις, λοιπόν, που το άτομο βρίσκεται σε ένα νέο περιβάλλον, έχει εμπλοκή σε ενδιαφέρουσες δραστηριότητες, λαμβάνει αμοιβές για την επιθυμητή συμπεριφορά, τότε μπορεί να εμφανίζονται ελάχιστες ή ακόμη και καθόλου ενδείξεις της διαταραχής (APA, 2013).

Σημαντικό ρόλο για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ συνιστά και η ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο εκπαιδευτικός (κούραση, άγχος, αθυμία, κτλ) όπου μπορεί να τον επηρεάσει καθοριστικά. Συνεπώς, ένας εκπαιδευτικός ο οποίος δεν έχει αρκετή υπομονή ως προς την προβληματική συμπεριφορά που μπορεί να παρουσιάζουν οι μαθητές του είναι πολύ πιθανό να παρερμηνεύσει τα συμπτώματα της φυσιολογικής συμπεριφοράς ενός παιδιού ως παθολογικά (Πολυχρονοπούλου, 2012). Επίσης, είναι πολύ πιθανόν ακόμα και κάτω από φυσιολογικές συνθήκες να αποδειχθεί αρκετά δύσκολος ο διαχωρισμός ανάμεσα στην φυσιολογική ζωνρότητα των παιδιών προσχολικής ηλικίας και τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ. Επομένως, η εκτίμηση την οποία μπορεί να κάνουν οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να γίνει με μεγάλη προσοχή, ώστε να μην προσδώσουν κάποιον χαρακτηρισμό που δεν συνάδει στο εκάστοτε παιδί (Πολυχρονοπούλου, 2012).

Σχετικά με τον ορισμό της υπερκινητικότητας υπάρχει μία ασάφεια για πολλούς ανθρώπους ως προς το τι ορίζεται ως υπερκινητικότητα. Η ασάφεια αυτή θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι υπάρχει δυσκολία σχετικά με την μέτρηση της υπερκινητικότητας. Συνεπώς είναι πολύ εύκολο να παρεκκλίνει κανείς από τη σωστή εκτίμηση του προβλήματος καθώς μπορεί να βασιστεί στην υποκειμενικότητα της κρίσης του (Πολυχρονοπούλου, 2012). Είναι αξιοσημείωτο πως η κρίση αυτή μπορεί να διαμορφωθεί λόγω της παρατήρησης συχνής υπερδραστηριότητας του παιδιού. Στην πραγματικότητα όμως πρέπει να δοθεί έμφαση εκτός από την ποσοτική διάσταση που έχει το θέμα και στην ποιοτική διάσταση. Αυτό σημαίνει ότι ένα παιδί που επιδεικνύει υπερκινητικότητα σχετικά μεγάλη,

αυτή η υπερκινητικότητα θα πρέπει να είναι και συμπεριφορικά ακατάλληλη εντός του πλαισίου που εκδηλώνεται (Πολυχρονοπούλου, 2012).

Οι νηπιαγωγοί όταν διακρίνουν παρορμητικότητα, υπερκινητικότητα και διάσπαση προσοχής σε εντονότερο βαθμό σε σχέση με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού αναγνωρίζουν τις συμπεριφορές αυτές ως αποκλίνουσες και εκτιμούν ότι το παιδί πιθανόν να έχει ΔΕΠ-Υ. Υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ως προς την εκδήλωση των συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα των αγοριών τείνουν να είναι πιο έντονα και παρατηρούνται πιο άμεσα συγκριτικά με τα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα κορίτσια. Τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες ως προς το μαθησιακό αλλά και συμπεριφορικό κομμάτι συγκριτικά με τα κορίτσια (Παπαναστασίου, 2019). Δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στο εκπαιδευτικό πλαίσιο. Από την άλλη τα κορίτσια σπάνια θα προβούν σε ανεπιθύμητες συμπεριφορές όπως είναι να σπρώξουν κάποιον συμμαθητή τους ή να πετάξουν αντικείμενα μέσα στην τάξη. Απεναντίας, προσπαθούν με κάθε τρόπο να αντισταθμίσουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν λόγω της ΔΕΠ-Υ. Συνεπώς είναι πιο δύσκολος ο εντοπισμός των δυσκολιών αυτών (Παπαναστασίου, 2019). Επομένως, οι εκπαιδευτικοί αποδίδουν συχνά τις συμπεριφορές που παρατηρούν στα κορίτσια, είτε σε ανωριμότητα, είτε σε ελλειπείς ακαδημαϊκές δεξιότητες και όχι σε ΔΕΠ-Υ. Ακόμη, παρατηρείται ότι έχουν μεγαλύτερη ανοχή απέναντι στα κορίτσια συγκριτικά με τα αγόρια. Η συμπεριφορά των αγοριών με ΔΕΠ-Υ δύσκολα μπορεί να αγνοηθεί από τους εκπαιδευτικούς. Τα αγόρια επιδεικνύουν συνήθως μεγαλύτερη υπερκινητικότητα, η οποία είναι εμφανής και εύκολα παρατηρήσιμη, καθώς προκαλείται αναστάτωση λόγω αυτής και έτσι είναι πιο εύκολο να εντοπιστεί ένα αγόρι με τη διαταραχή (Παπαναστασίου, 2019· Wolraich et al., 2019). Το γεγονός αυτό είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το ότι τα αγόρια έχουν περισσότερες πιθανότητες να διαγνωστούν με ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με τα κορίτσια (Βάρβογλη, 2005· Παπαναστασίου, 2019).

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη το 2014 ο μέσος όρος ηλικίας που πραγματοποιούνταν διάγνωση της ΔΕΠ-Υ ήταν τα 7 έτη. Επίσης το ένα τρίτο των παιδιών που εντοπίζονταν να έχουν τη διαταραχή ήταν κάτω των έξι ετών (Visser et al., 2016). Όσον αφορά τη διάγνωση των αγοριών γίνεται περίπου στα 7 έτη εν αντιθέσει με τα κορίτσια που η διάγνωση γίνεται στα 12 έτη και μάλιστα έχει παρατηρηθεί ότι σε ποσοστό 75% των κοριτσιών που έχουν ΔΕΠ-Υ δεν έχει γίνει ποτέ διάγνωση (Παπαναστασίου, 2019).

Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί την πιο κοινή διαγνωσμένη διαταραχή κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας καθώς τα παιδιά αυτής της ηλικίας παραπέμπονται πιο συχνά τόσο για

αξιολόγηση όσο και για παρέμβαση (Egger & Angold, 2006· Gadow et al., 2004· Lavigne et al., 2009· Wichstrom et al., 2011).

Όσον αφορά τα διαγνωστικά κριτήρια έχει αποδειχθεί ότι είναι αξιόπιστα ως προς τη χρήση τους σε μαθητές προσχολικής ηλικίας (Pobiano and Romero, 2006). Με βάση το DSM μπορεί να γίνει με αξιοπιστία ο εντοπισμός των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά ηλικίας μεταξύ 2 και 6 ετών που συνδέονται με έκπτωση της λειτουργικότητας σε διάφορους τομείς (Egger et al., 2006·Keenan & Wakschlag, 2002).

Η διάγνωση αποτελεί το πιο σημαντικό αλλά και καθοριστικό κομμάτι για τη μετέπειτα πορεία που θα επακολουθήσει (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016). Είναι δύσκολο κατά την διαδικασία διάγνωσης να τραβήξει κανείς την γραμμή μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής συμπεριφοράς, το σημείο δηλαδή που σταματά το «φυσιολογικό» και αρχίζει η ΔΕΠ-Υ, μιας και φυσιολογικά όλα τα παιδιά στην προσχολική ηλικία έχουν την τάση να είναι ιδιαίτερα ενεργά, απρόσεκτα και υπερκινητικά. Παρόλα αυτά, για να διαγνωστεί ένα παιδί με αυτή τη διαταραχή θα πρέπει να πληροί συγκεκριμένα κριτήρια. Παρακάτω, παρατίθενται τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ/Υ σύμφωνα με το πιο έγκυρο διαγνωστικό εγχειρίδιο: το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V, 2013).

1.1.3 Διαγνωστικά κριτήρια ΔΕΠ-Υ με βάση το DSM-5

A. Ένα επίμονο μοτίβο απροσεξίας και/ή υπερκινητικότητας- παρορμητικότητας, το οποίο παρεμβαίνει στη λειτουργία του ατόμου ή την ανάπτυξη του, όπως χαρακτηρίζεται από το (1) και/ή το (2):

1. **Απροσεξία:** Έξι ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες, σε βαθμό που είναι ασύμφωνος με το αναπτυξιακό επίπεδο και που έχει αρνητική επίδραση άμεσα στις κοινωνικές και ακαδημαϊκές/ επαγγελματικές δραστηριότητες.

Σημείωση: Τα συμπτώματα δεν αποτελούν αποκλειστικά εκδήλωση εναντιωτικής συμπεριφοράς, αντιδραστικότητας, εχθρότητας, ή αποτυχίας κατανόησης των εργασιών ή των οδηγιών. Για τους εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας και για τους ενήλικες (17 ετών και άνω), απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον πέντε συμπτωμάτων.

- α) Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες ή κατά τη διάρκεια άλλων δραστηριοτήτων (π.χ. παραβλέπει ή δεν προσέχει λεπτομέρειες, η δουλειά δεν είναι ακριβής)
- β) Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του/ της σε εργασίες ή δραστηριότητες παιχνιδιού (π.χ. δυσκολεύεται να παραμείνει συγκεντρωμένος (-η) κατά τη διάρκεια μαθημάτων, συζητήσεων ή μακροσκελούς ανάγνωσης).
- γ) Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του/της απευθύνεται ο λόγος (π.χ. το μυαλό φαίνεται να είναι αλλού ακόμα και εν απουσία οποιουδήποτε εμφανούς περισπασμού).
- δ) Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει τη σχολική εργασία, δουλειές που του/της ανατίθενται (π.χ. ξεκινάει κάποια εργασία αλλά γρήγορα χάνει το επίκεντρο της προσοχής του/της και εύκολα υπεισέρχονται στην προσοχή του/της παράπλευρα ερεθίσματα).
- ε) 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/της είναι ακατάστατη και ανοργάνωτη, δυσκολεύεται στη διαχείριση του χρόνου, αποτυγχάνει στην τήρηση προθεσμιών).
- στ) Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή δείχνει απροθυμία να εμπλακεί σε εργασίες που απαιτούν παρατεταμένη πνευματική προσπάθεια (π.χ. σχολική εργασία ή προπαρασκευή των μαθημάτων στο σπίτι).
- ζ) Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. σχολικό υλικό, μολύβια, βιβλία).
- η) Συχνά η προσοχή του/ της διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα.
- θ) Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες.

2. **Υπερκινητικότητα και Παρορμητικότητα**: 6 ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα εμφανίζονται επίμονα για τουλάχιστον 6 μήνες, δε συνάδει με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού και έχει αρνητικό αντίκτυπο στις κοινωνικές και ακαδημαϊκές του δραστηριότητες

- α) Συχνά κινεί νευρικά ή χτυπάει τα χέρια και τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του/της.
- β) Συχνά σηκώνεται από τη θέση του/ της σε περιστάσεις όπου αναμένεται να παραμείνει καθιστός (-η) (π.χ. σηκώνεται από τη θέση του/ της στην τάξη, στις οποίες απαιτείται να παραμείνει καθιστός (-ή)).
- γ) Συχνά τρέχει εδώ και εκεί ή σκαρφαλώνει, σε περιστάσεις όπου δεν αρμόζει.

- δ) Συχνά δεν μπορεί να παίζει να συμμετέχει σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ήσυχα.
- ε) Συχνά βρίσκεται σε διαρκή κίνηση και ενεργεί σαν να “κινείται από μηχανή” (π.χ. δεν μπορεί ή νιώθει άβολα να κάθεται ακίνητος (-η) για παρατεταμένο χρονικό διάστημα κτλ. και οι άλλοι μπορεί να τον/ την βλέπουν ως αεικίνητο (-η) και δύσκολο να τον/την ακολουθήσουν).
- στ) Συχνά μιλά πολύ και ακατάπαυστα.
- ζ) Συχνά απαντά απερίσκεπτα προτού ολοκληρωθεί η ερώτηση (π.χ. συμπληρώνει τις προτάσεις των ανθρώπων, δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του/της σε μία συζήτηση).
- η) Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του/της (π.χ. όταν περιμένεις στην ουρά).
- θ) Συχνά διακόπτει η παρεμβαίνει στους άλλους (π.χ. παίρνει τον λόγο απρόσκλητα σε συζητήσεις, παιχνίδια, ή δραστηριότητες, μπορεί να αρχίσει να χρησιμοποιεί τα πράγματα των άλλων χωρίς να ζητήσει ή να πάρει την άδειά τους).

B. Μερικά συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας - παρορμητικότητας είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 12 ετών.

Γ. Μερικά συμπτώματα απροσεξίας υπερκινητικότητας παρορμητικότητας είναι παρόντα σε δύο ή περισσότερα πλαίσια (π.χ. στο σπίτι, στο σχολείο ή στην εργασία, με φίλους ή συγγενείς ή σε άλλες δραστηριότητες).

Δ. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι τα συμπτώματα επηρεάζουν ή μειώνουν την ποιότητα της κοινωνικής, ακαδημαϊκής, ή επαγγελματικής λειτουργικότητας .

Ε. 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 η απόσυρση).

Έχοντας παρουσιάσει τα κριτήρια η ΔΕΠ-Υ πρέπει να προσδιοριστεί με βάση τις παρακάτω παρουσίες:

314.02 (F90.2) Συνδυασμένη παρουσία: Όταν πληρούνται και τα δυο κριτήρια A1 (Απροσεξία) και A2 (Υπερκινητικότητα - Παρορμητικότητα) κατά τους τελευταίους 6 μήνες.

314.00 (F90.0) Προεξάρχουσα απρόσεκτη παρουσία: Όταν πληρούται το Κριτήριο A1 (Απροσεξία) αλλά δεν πληρούται το Κριτήριο A2 (Υπερκινητικότητα - Παρορμητικότητα) κατά τους τελευταίους 6 μήνες

314.01 (F90.1) Προεξάρχουσα υπερκινητική/παρορμητική παρουσία: Όταν πληρούται το Κριτήριο A2 (Υπερκινητικότητα-Παρορμητικότητα) κατά τους τελευταίους 6 μήνες.

Επίσης, πρέπει να προσδιοριστεί αν βρίσκεται σε μερική ύφεση δηλαδή σε περίπτωση που στο παρελθόν πληρούνταν όλα τα κριτήρια εν αντιθέσει με τους τελευταίους 6 μήνες που τα κριτήρια είναι λιγότερα και τα συμπτώματα συνεχίζουν να δημιουργούν προβλήματα στο κομμάτι της ακαδημαϊκής κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας του ατόμου.

Ακόμη πρέπει να προσδιοριστεί ο τρέχοντας βαθμός βαρύτητας της διαταραχής:

Σε περίπτωση ήπιας διαταραχής συνήθως υπάρχουν λίγα ή και καθόλου συμπτώματα τα οποία υπερβαίνουν σε αριθμό εκείνον που απαιτείται προκειμένου να δοθεί η διάγνωση και τα συμπτώματα οδηγούν σε μικρού βαθμού έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα.

Σε περίπτωση μέτριας διαταραχής ο αριθμός των συμπτωμάτων που εμφανίζει το άτομο ή η έκπτωση της λειτουργικότητας κυμαίνεται ανάμεσα στο "ήπια" και στο "σοβαρή".

Σε περίπτωση σοβαρής διαταραχής 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, 2013).

Εκτός από τις τρεις παρουσίες που αναφέρθηκαν παραπάνω για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ υπάρχουν και άλλα χαρακτηριστικά τα οποία είναι βοηθητικά ως προς τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ τα οποία αναφέρονται παρακάτω.

1.1.3.1 Συνοδά χαρακτηριστικά που υποστηρίζουν τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στο DSM-5

Η ΔΕΠ-Υ συχνά συνυπάρχει με μια ήπια καθυστέρηση που εκδηλώνεται στη γλωσσική, την κινητική ή την κοινωνική ανάπτυξη. Επίσης, άλλα χαρακτηριστικά που ακολουθούν τη ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι η συναισθηματική αστάθεια, η χαμηλή ανοχή στη ματαίωση και η ευερεθιστότητα. Ακόμη, η ΔΕΠ-Υ μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στις ακαδημαϊκές αλλά και επαγγελματικές επιδόσεις του ατόμου ακόμη και όταν δεν

εμφανίζεται κάποια Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (APA, 2013). Παρατηρείται κάποια συσχέτιση της απρόσεκτης συμπεριφοράς με διάφορες γνωστικές διαδικασίες. Συνεπώς, παρατηρείται πολλές φορές σε άτομα με διαταραχή της ΔΕΠ-Υ η εμφάνιση δυσκολιών σε δοκιμασίες αξιολόγησης της προσοχής, της μνήμης ή του εκτελεστικού ελέγχου αν και τέτοιου είδους δοκιμασίες δεν είναι εγκεκριμένες, ώστε να διαγιγνώσκουν συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (APA, 2013).

Προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ είναι απαραίτητη η προσεκτική κλινική εκτίμηση και η διάκριση της διαταραχής από άλλες που εμφανίζουν παρόμοια συμπτώματα. Παρακάτω γίνεται αναφορά στις διαταραχές που καθιστούν αναγκαία τη διαφοροδιάγνωση σύμφωνα με το DSM-V (APA, 2013). Στη συνέχεια παρουσιάζονται και εκείνες οι οποίες εμφανίζουν συννοσηρότητα με τη ΔΕΠ-Υ.

1.1.3.2 Διαφοροδιάγνωση και Συννοσηρότητα

Η ΔΕΠ-Υ είναι μία από τις πιο κοινές διαταραχές που συναντάται στα παιδιά (Charach et al., 2013·Jensen et al., 2001). Η ΔΕΠ-Υ είναι μια κλινικά ετερογενής κατάσταση, κατά την οποία η αλληλοεπικάλυψη ή η συνύπαρξη των συμπτωμάτων με άλλες καταστάσεις είναι ο κανόνας παρά η εξαίρεση (Gillberg et al., 2004). Έτσι, η ΔΕΠ-Υ καθίσταται δύσκολη ως προς τη διαχείρισή της εξαιτίας της υψηλής συννοσηρότητας που παρουσιάζει με άλλες διαταραχές (Mohammadi et al., 2021). Κατά τη διαγνωστική διαδικασία ο εκάστοτε ειδικός καλείται να διαφοροδιαγνώσει τη ΔΕΠ-Υ ανάμεσα σε άλλες διαταραχές, όπως είναι η διαταραχή του αυτιστικού φάσματος, οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, η εναντιωματική προκλητική διαταραχή, οι αγχώδεις καταθλιπτικές διαταραχές, η διαταραχή διασπαστικής απορρύθμισης της διάθεσης, οι διαταραχές χρήσης ουσιών και προσωπικότητας από άλλες νευρογνωστικές διαταραχές, καθώς και από την εκδήλωση συμπτωμάτων, που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ αλλά προκαλούνται από τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών (APA, 2013). Επίσης, άλλες διαταραχές είναι οι γλωσσικές διαταραχές και τα γλωσσικά προβλήματα, οι συναισθηματικές διαταραχές, οι διαταραχές ύπνου και οι διαταραχές αισθητηριακής επεξεργασίας (Παπαναστασίου, 2019).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως εμφανίζουν σε ένα μεγάλο ποσοστό περίπου 65% άλλη μία ή περισσότερες διαταραχές. Το φαινόμενο αυτό χαρακτηρίζεται ως συννοσηρότητα και παρατηρείται κατά κόρον σε παιδιά με διαταραχές της ΔΕΠ-Υ (Παπαναστασίου, 2019). Οι μαθητές προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν

συνοσηρότητες τόσο συχνά όσο και μεγαλύτερα παιδιά (Egger et al., 2006). Συχνά οι διαταραχές που συνυπάρχουν μεταξύ τους συνοδεύουν το άτομο και κατά την ενήλικη ζωή του (Παπαναστασίου, 2019). Οι πιο συχνές από αυτές είναι:

Εναντιωματική - Προκλητική Διαταραχή ή/και Διαταραχή Διαγωγής: Θεωρείται μια από τις πιο κοινές διαταραχές που παρουσιάζουν συννοσηρότητα με τη ΔΕΠ-Υ (Egger et al., 2006). Ένα ποσοστό πάνω από το 50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συμπτώματα που τελικά υποδεικνύουν εναντιωματική προκλητική διαταραχή ή/και διαταραχή διαγωγής (Παπαναστασίου, 2019). Η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με την εναντιωματική προκλητική διαταραχή παρατηρείται συνήθως στα μισά παιδιά από αυτά που παρουσιάζουν την συνδυασμένη παρουσία και επίσης παρατηρείται στο ένα τέταρτο των παιδιών που εμφανίζουν την προεξάρχουσα απρόσεκτη παρουσία (APA, 2013). Όσον αφορά το συνδυασμό της ΔΕΠ-Υ και της διαταραχής διαγωγής εμφανίζεται στο ένα τέταρτο περίπου των παιδιών ή των εφήβων που εμφανίζουν τη συνδυασμένη παρουσία, αναλόγως του περιβάλλοντος και της ηλικίας (APA, 2013).

Με παρόμοιο τρόπο εμφανίζεται και η διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή αφενός σε μια μικρή ομάδα ενηλίκων που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ, αφετέρου με μεγαλύτερη συχνότητα από το γενικό πληθυσμό. Όσον αφορά τις διαταραχές χρήσης ουσιών εμφανίζονται σε μικρή ποσότητα ενηλίκων που έχουν ΔΕΠ-Υ εν αντιθέσει με τη συχνότητα που εμφανίζονται μεταξύ ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ στο γενικό πληθυσμό (APA, 2013). Επίσης με τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ μπορεί να συνυπάρχουν στους ενήλικες και διαταραχές είτε αντικοινωνικές είτε διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς (APA, 2013·Egger et al., 2006). Υπάρχουν και άλλες διαταραχές που συνυπάρχουν με τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ όπως είναι οι διαταραχές τικ και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (APA, 2013).

Τα περισσότερα παιδιά καθώς και οι έφηβοι που έχουν διαταραχή απορρύθμισης της διασπαστικής διάθεσης παρατηρείται ότι παρουσιάζουν συμπτώματα τα οποία συνάδουν με τη ΔΕΠ-Υ. Από την άλλη πλευρά, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ φαίνεται ότι πληρούν τα κριτήρια της διαταραχής απορρύθμισης της διασπαστικής διάθεσης σε πολύ μικρότερο ποσοστό (APA, 2013).

Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες: Το φαινόμενο της συνύπαρξης της ΔΕΠ-Υ με τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες είναι αρκετά συχνό, καθώς παρατηρείται μεγάλο ποσοστό παιδιών με ΔΕΠ-Υ το οποίο έρχεται αντιμέτωπο με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (Du Paul & Bower, 2008·Παπαναστασίου, 2019). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και ειδικές μαθησιακές δυσκολίες αντιμετωπίζουν προβλήματα ως προς το μαθησιακό κομμάτι. Ακόμη, λόγω των συμπτωμάτων της απροσεξίας και υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας δεν μπορούν να

επικεντρωθούν στη μαθησιακή διαδικασία και κατ'επέκταση παρουσιάζουν ελλείψεις. Ως απόρροια της συνύπαρξης της ΔΕΠ-Υ με τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση με την οποία έρχονται αντιμέτωπα τα παιδιά καθώς και η σχολική απόσυρση (Παπαναστασίου, 2019). Οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν συννοσηρότητα με τη ΔΕΠ-Υ σε πάνω από 45% των περιπτώσεων (DuPaul et al., 2013).

Γλωσσικές Διαταραχές και Γλωσσικά Προβλήματα: Μαθησιακά και γλωσσικά προβλήματα παρουσιάζουν μεγάλη συννοσηρότητα με τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ (Mueller & Tomblin, 2012). Αρκετά συχνά παρατηρείται στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μία καθυστέρηση ως προς την έναρξη της ομιλίας αλλά και γενικότερη δυσκολία στον προφορικό λόγο, στη ροή του αλλά και στην ποιότητά του. Επίσης, αυτή η δυσκολία υποδεικνύει συχνά ελλείψεις στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες (Gadow & Nolan, 2002·Iwanaga, Ozawa, Kawasaki, & Tsuchida, 2006·Loe et al., 2008·Παπαναστασίου, 2019). Ακόμη, έχει αναφερθεί συσχέτιση μεταξύ των χαμηλών προ-ακαδημαϊκών δεξιοτήτων (Gadow & Nolan, 2002· Iwanaga et al., 2006·Loe et al., 2008).

Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος: Υπάρχει μεγάλη συννοσηρότητα ανάμεσα στις δυο διαταραχές (APA, 2013· Παπαναστασίου, 2019). Είναι σημαντικός ο διαχωρισμός των δυο διαταραχών καθώς τόσο ο τρόπος εμφάνισής τους όσο και η διαχείριση είναι διαφορετικές. Λόγω όμως της αλληλοεπικάλυψης των συμπτωμάτων που υπάρχει, η διαδικασία διαχωρισμού των δυο διαταραχών καθίστανται μία δύσκολη υπόθεση (Παπαναστασίου, 2019).

Συναισθηματικές διαταραχές: Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν πολύ συχνά συναισθηματικές διαταραχές καθώς συναισθήματα όπως το άγχος, η θλίψη, ο θυμός, η απογοήτευση, η κόπωση κ.α. παρουσιάζονται συχνότερα σε αυτά. Επίσης, εμφανίζονται σε μεγαλύτερης έντασης βαθμό συγκριτικά με εκείνα που εμφανίζονται σε συνομήλικα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Η διάρκεια των συναισθημάτων αυτών είναι μεγαλύτερη σε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ και σαφώς έχει πολύ μεγαλύτερο αντίκτυπο στη ζωή των παιδιών αυτών γενικότερα (Παπαναστασίου, 2019).

Διαταραχές άγχους: Μια από τις πιο συνηθισμένες διαταραχές που συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ είναι οι αγχώδεις διαταραχές (Egger et al., 2006). Οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται στο ένα τέταρτο των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Ανάλογα ποσοστά εμφανίζονται και στα παιδιά με αγχώδεις διαταραχές όπου το ένα τέταρτο παρατηρείται ότι εμφανίζει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Μάλιστα, φαίνεται ότι η διαπίστωση αυτή αφορά όλα τα είδη διαταραχών άγχους, όπως είναι η κοινωνική αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή πανικού, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, το άγχος αποχωρισμού κ.λπ. Ωστόσο, ο εντοπισμός τους

είναι δύσκολος σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Αυτό συμβαίνει διότι υπάρχει επικάλυψη των συμπτωμάτων της αγχώδους διαταραχής από τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, καθώς τα συμπτώματα της πρώτης εσωτερικεύονται. Διαπιστώνονται σε περιπτώσεις υπερβολικής εκδήλωσης μέσω διαφόρων συμπεριφορών που μπορεί να επιδείξει το παιδί όπως είναι η άρνηση να πάει στο σχολείο, οι διαταραχές στον ύπνο, η δύσπνοια, η απώλεια βάρους κ.λπ. Συχνά παρατηρείται να μην αναγνωρίζονται τα συμπτώματα της αγχώδους διαταραχής αλλά να συγχέονται με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και έτσι να υπάρχει παρερμηνεία (Παπαναστασίου, 2019).

Υπάρχει διαφορά, όμως, ανάμεσα στα παιδιά που έχουν μόνο ΔΕΠ-Υ και σε αυτά που αντιμετωπίζουν ΔΕΠ-Υ σε συνδυασμό με αγχώδη διαταραχή. Στη δεύτερη περίπτωση συνήθως υπάρχει αναστολή της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας των παιδιών λόγω αυξημένου άγχους που αντιμετωπίζουν. Ακόμη, λόγω έντονου άγχους μπορεί να προκληθεί έντονη διασπαστική συμπεριφορά, καθώς και να ενταθεί περισσότερο η αδυναμία συγκέντρωσης τους. Επιπλέον, συμπτώματα που παρουσιάζουν μπορεί να είναι η δύσπνοια, η ναυτία, οι κρίσεις πανικού και οι διαταραχές ύπνου. Τέλος, φαίνονται κουρασμένα, αγχωμένα και οξύθυμα (Παπαναστασίου, 2019).

Διαταραχές Ύπνου: Πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολία στον ύπνο, είτε δεν μπορούν να ηρεμήσουν μόλις βρεθούν στο κρεβάτι, είτε δεν μπορούν να παραμείνουν κοιμισμένα, είτε να ξυπνήσουν το πρωί. Ακόμη, και όταν καταφέρει να μείνει ξαπλωμένο το παιδί δεν μπορεί να κοιμηθεί εξαιτίας των σκέψεων που κάνει και στην περίπτωση που κοιμηθεί παρουσιάζει έντονη ανησυχία και ξυπνάει αρκετά συχνά (Παπαναστασίου, 2019). Πιθανολογείται ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έρχονται αντιμέτωπα με δυσκολίες αυτορρύθμισης και έτσι δεν μπορούν να διαχειριστούν την υπερκινητικότητά τους και να προετοιμαστούν για τον ύπνο. Άλλες δυσκολίες που έχουν είναι οι εφιάλτες, η ενούρηση και οι διαταραχές ύπνου, όπως το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών. Είναι αξιοσημείωτο, ότι καθώς βιώνουν έντονο άγχος αυτό κορυφώνεται συχνά τις βραδινές ώρες λόγω έλλειψης απασχόλησης ώστε να αποσπαστεί η προσοχή τους. Ως επακόλουθο όλων αυτών που βιώνει το παιδί καθ' όλη τη διάρκεια της νύχτας, την ημέρα παρουσιάζει είτε υπνηλία είτε αδυναμία διεκπεραίωσης διαφόρων δραστηριοτήτων (Παπαναστασίου, 2019).

Διαταραχή Αισθητηριακής Επεξεργασίας: Διαταραχή αισθητηριακής επεξεργασίας είναι η υπερευαισθησία/υποευαισθησία που μπορεί να έχει το άτομο σε αισθητηριακά ερεθίσματα, όπως ήχοι, εικόνες, οσμές, υφές και γεύσεις. Υπάρχει μεγάλη ομοιότητα ανάμεσα στη συγκεκριμένη διαταραχή και τη ΔΕΠ-Υ. Αρκετές φορές παρατηρείται να συγχέουν τη μια με την άλλη, αν και δεν αποκλείεται βέβαια η ύπαρξη συννοσηρότητας

μεταξύ των δυο διαταραχών. Ωστόσο, η συγκεκριμένη διαταραχή διαφοροποιείται αρκετά από τη ΔΕΠ-Υ όσον αφορά τις ενδείξεις και τα συμπτώματα καθώς και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να αντιμετωπιστεί (Παπαναστασίου, 2019).

Διαταραχή Κατάχρησης Ουσιών: Έχει μελετηθεί εκτενώς η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με τη διαταραχή κατάχρησης ουσιών. Συνήθως εμφανίζεται κατά την εφηβεία και κατά την ενήλικη ζωή. Παράγοντας που παίζει καταλυτικό ρόλο για την εμφάνιση αυτής της διαταραχής είναι τα ελλείμματα που έχει το άτομο σχετικά με τη ρύθμιση της συμπεριφοράς. Με τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ δεν αυξάνονται αυτόματα και οι πιθανότητες εκδήλωσης της διαταραχής καθώς υπάρχει έμμεση σύνδεση της μιας διαταραχής με την άλλη. Παρατηρείται αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης της διαταραχής κατάχρησης ουσιών στην περίπτωση που υπάρχει κάποια συνύπαρξη με διαταραχές αγωγής (Παπαναστασίου, 2019).

Το μοτίβο των συννοσηροτήτων που έχει αναφερθεί παραπάνω επηρεάζεται από την ηλικία και το φύλο (Mohammadi et al., 2021·Tung et al., 2016). Οι εξωτερικευμένες διαταραχές παρατηρούνται σε μεγαλύτερο βαθμό σε αγόρια πιο μικρών ηλικιών, ενώ οι εσωτερικευμένες παρατηρούνται σε κορίτσια μεγαλύτερων ηλικιών (Tung et al., 2016). Πιο συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ είναι πιο πιθανό να έχουν μια εσωτερικευμένη κατάσταση συννοσηρότητας, όπως άγχος ή κατάθλιψη συγκριτικά με τα αγόρια (Gershon, 2002·Tung et al., 2016). Επιπλέον, η έρευνα των Mohammadi et al. (2021) κατέληξε σε παρόμοια συμπεράσματα σχετικά με τις διαταραχές διάθεσης και άγχους να παρουσιάζονται περισσότερο στα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τα αγόρια (9.8% vs. 5.3% and 42% vs. 35.7%). Μια ακόμη έρευνα που διεξήχθη κλίνει προς την ίδια κατεύθυνση όπου τα αντίστοιχα ποσοστά για τα κορίτσια έναντι των αγοριών ήταν (42.9% vs. 24.2%) (Ghanizadeh et al., 2008). Απεναντίας, στα αγόρια παρατηρείται η συννοσηρότητα με εξωτερικευμένες συμπεριφορές, όπως είναι η εναντιωματική προκλητική διαταραχή και η διαταραχή της συμπεριφοράς (Tung et al., 2016). Επίσης, ο Mohammadi et al., (2021) διαπίστωσε εξίσου υψηλότερα ποσοστά στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια όσον αφορά τις διαταραχές συμπεριφοράς (7.6% vs. 3.9%). Ακόμη, η έρευνα των Ghanizadeh et al., (2008) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι διασπαστικές διαταραχές εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα στα αγόρια απ'ότι στα κορίτσια (66.7% vs. 35.7%).

Συνεπώς, η ΔΕΠ-Υ αποδεικνύεται από όλα τα παραπάνω ότι συνυπάρχει με πληθώρα διαταραχών και έτσι καθίσταται δύσκολη η διάγνωσή της. Εκτός από τη συνύπαρξη της με άλλες διαταραχές και η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται παρουσιάζει μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον. Επομένως, παρακάτω γίνεται αναφορά στον επιπολασμό της ΔΕΠ-Υ.

1.1.4 Επιδημιολογία

Η συχνότητα της ΔΕΠ-Υ είναι δύσκολα υπολογίσιμη παρά τις έρευνες δεκαετιών. Αυτό συμβαίνει διότι παρατηρείται μεγάλη μεταβλητότητα στους δείκτες συχνότητας της ΔΕΠ-Υ στις διάφορες μελέτες που έχουν γίνει και οφείλεται κυρίως στη μεθοδολογία που χρησιμοποιείται και στα διαγνωστικά κριτήρια που αλλάζουν κατά καιρούς (Holbrook et al., 2017·Maniadaki & Kakouros, 2018).

Μερικές από τις ασυμφωνίες μπορούν να αποδοθούν σε δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού (φύλο, ηλικία, εθνικότητα, κλινικό ή δείγμα κοινότητας) και στην πηγή των πληροφοριών για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων (Skounti et al., 2007). Για παράδειγμα, συχνά παρατηρείται ότι οι περιγραφές των εκπαιδευτικών και των γονιών δε συγκλίνουν μεταξύ τους σχετικά με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Αυτό συμβαίνει επειδή οι γονείς και οι δάσκαλοι μπορεί να αξιολογούν τα συμπτώματα διαφορετικά (Polanczyk et al., 2007). Τα ποσοστά ποικίλλουν μεταξύ διαφορετικών περιοχών και οι διαφορές αποδίδονται στη χρήση διαφορετικών πρακτικών σχετικά με τη μεθοδολογία και τη διάγνωση αλλά και διαφορετικών αντιλήψεων που επικρατούν ως προς την ερμηνεία της συμπεριφοράς του παιδιού (APA, 2013). Οι εκτιμήσεις όσον αφορά τη συχνότητα μπορεί επίσης να διαφέρουν ανάλογα με τον τρόπο συνδυασμού των δεδομένων από διαφορετικές πηγές (Rowland et al., 2015). Συνεπώς, είναι δύσκολο να συγκριθούν τα αποτελέσματα μελετών όταν υπάρχει ποικιλομορφία στη μεθοδολογία ή στα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται σε αυτές (Maniadaki & Kakouros, 2018).

Τα συγκεντρωτικά παγκόσμια ποσοστά συχνότητας της ΔΕΠ-Υ κυμαίνονται από 2% έως 7% με μέσο όρο 5% (Polanczyk et al., 2007·Sayal et al., 2018). Όσον αφορά στην επικράτηση της διαταραχής φαίνεται να πλήττει το 5% των παιδιών και το 2,5% του ενήλικου πληθυσμού (APA, 2013·Polanczyk et al., 2007·Sharifi et al., 2016). Επίσης, εμφανίζεται σε διάφορες εθνικότητες κοινωνικές τάξεις και φυλετικές ομάδες (Παπαναστασίου, 2019). Έχει παρατηρηθεί ότι η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει μεγάλες διαφορές οι οποίες οφείλονται στο φύλο και στην ηλικία (Mohammadi et al., 2021). Όσον αφορά τον επιπολασμό της ΔΕΠ-Υ αναλογικά με το φύλο, πλήθος ερευνών που πραγματοποιήθηκαν την τελευταία εικοσαετία έδειξαν υψηλότερο επιπολασμό στα αγόρια, ο οποίος κυμαίνονταν από 1:1 ή 1:3 κορίτσια αγόρια (Adewuya & Famuyiwa 2007·Alobaidi & Ali 2009·Benjasuwantep et al., 2002· Coskun & Kaya,

2016·Costello et al., 2003·Ersan et al., 2004·Evans et al., 2010·Mohammadi et al., 2021·Morgan et al., 2013·Mugnaini et al., 2006·Sayal et al., 2018·Skounti et al., 2006, 2009, 2010). Όπως υποστηρίζει και ο Παπαναστασίου (2019) βασιζόμενος σε κλινικά δείγματα ο επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ είναι από 3 αγόρια προς 1 κορίτσι έως 6 αγόρια προς 1 κορίτσι. Ο αριθμός των αγοριών που διαγιγνώσκονται με ΔΕΠ-Υ είναι ολοένα και μεγαλύτερος γεγονός που προκαλεί απορία στην επιστημονική κοινότητα αν αυτή η αύξηση οφείλεται στην παρουσία της ΔΕΠ-Υ ή αν γίνεται λάθος διάγνωση στα αγόρια τυπικής ανάπτυξης που παρουσιάζουν έντονη υπερκινητικότητα (Sonnack & Brenneman, 2014).

Ενώ κατά την παιδική ηλικία η διαταραχή πλήττει διπλάσιο ποσοστό αγοριών σε σύγκριση με τα κορίτσια, κατά την ενήλικη ζωή η αναλογία είναι 1.6:1 (APA, 2013·Pastor et al., 2015·Kessler et al., 2006).

Αυτή η διαφορά στη συχνότητα της ΔΕΠ-Υ μεταξύ των δύο φύλων αποδόθηκε α) στην ύπαρξη διαφορετικών προδιαθεσιακών νευροβιολογικών παραγόντων στα δύο φύλα, οι οποίοι καθιστούν τα αγόρια πιο ευάλωτα στην εκδήλωση της διαταραχής, β) στη χρήση διαφορετικών πρακτικών κοινωνικοποίησης στα δύο φύλα, γ) στην ανεπάρκεια των σύγχρονων διαγνωστικών κριτηρίων, τα οποία δεν λαμβάνουν υπόψη το ρόλο του φύλου και ενδέχεται να οδηγούν στην υποδιάγνωση στις περιπτώσεις των κοριτσιών με ΔΕΠ-Υ, και δ) στη συχνότερη παραπομπή των αγοριών με ΔΕΠ-Υ σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, λόγω των δευτερογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, όπως τα προβλήματα συμπεριφοράς (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2008). Ένας ακόμα παράγοντας που μπορεί να συμβάλλει στη διαφορά που υπάρχει στη συχνότητα της ΔΕΠ-Υ στα δυο φύλα είναι οι υποκειμενικές εκτιμήσεις καθώς και οι αντιλήψεις των φορέων παραπομπής (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Επιπλέον, η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα σε παιδιά μικρότερης ηλικίας απ'ότι σε μεγαλύτερα παιδιά (Evans et al., 2010·Mohammadi et al., 2021·Skounti et al., 2007). Πρόσφατα υπολογίστηκε ότι το 2,1% των παιδιών προσχολικής ηλικίας έχει διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ (Danielson et al., 2018). Σε αυτή την ηλικιακή ομάδα η συχνότητα της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ έχει αυξηθεί περισσότερο από το διπλάσιο μεταξύ 2007/2008 και 2016 (Danielson et al., 2017, 2018). Αυτά τα ευρήματα είναι σύμφωνα με δεδομένα από το 2008 έως το 2014 που δείχνουν αυξήσεις στην αναλογία των παιδιών ηλικίας 2 με 5 ετών που έχουν αξιολογηθεί ή/και έχουν δεχθεί θεραπεία για ΔΕΠ-Υ (Visser et al., 2016). Αυτή η αυξανόμενη εστίαση σε μικρά παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να αντανάκλα την ιδέα ότι η έγκαιρη αναγνώριση, η οποία μπορεί να θέσει το στάδιο για την αντιμετώπιση, μπορεί να

αποφέρει διαρκή οφέλη και να αλλάξει τη συχνά-δυσμενή πορεία της διαταραχής (Sonuga-Barke & Halperin, 2010).

Από την άλλη πλευρά, τα τελευταία χρόνια σύμφωνα με ορισμένους ειδικούς οι αυξημένες απαιτήσεις που υπάρχουν για ολοένα και μεγαλύτερες ακαδημαϊκές και επαγγελματικές επιδόσεις έχουν ως απόρροια την αυξημένη καταγραφή της συχνότητας της ΔΕΠ-Υ σε επιδημιολογικές μελέτες (Hinshaw & Scheffler, 2014).

1.1.5 Ποια είναι η κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ

Η κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ διαφοροποιείται ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού και τροποποιείται κατά τη συνδιαλλαγή του ατόμου με το περιβάλλον του (Παπαναστασίου, 2019). Κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας η κλινική εικόνα ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από υπερβολική σωματική κινητικότητα και άσκοπη υπερδραστηριότητα (NIMH, 2021·Παπαναστασίου, 2019). Επίσης, συχνά παρατηρείται έντονη εναλλαγή από τη μία δραστηριότητα στην άλλη και το παιδί βρίσκεται γενικότερα σε μία διαρκή κίνηση όπου τρέχει και σκαρφαλώνει συνέχεια (U.S. Department of Education, 2006). Φαίνεται ότι αντιμετωπίζει δυσκολία όσον αφορά τη συνεργασία του με τους συνομηλικούς του και δυσκολεύεται να συμμορφωθεί στις υποδείξεις που γίνονται από τους ενήλικους. Ως συνέπεια όλων αυτών έχει συνήθως έντονα ξεσπάσματα οργής και θυμού όπως και αρκετά ατυχήματα (Παπαναστασίου, 2019). Πολλές φορές ενεργεί απερίσκεπτα, με αποτέλεσμα να παραβιάζει κανόνες και να δέχεται τις παρατηρήσεις και τις τιμωρίες των ενηλίκων. Δείχνει συχνά οξύθυμο και ευερέθιστο, ενώ ταυτόχρονα έχει έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις τις οποίες δυσκολεύεται να χειριστεί (Μανιαδάκη, 2012).

Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν παρατηρείται αλλαγή στα συμπτώματα τα οποία συσχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ. Κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας κυριαρχούν τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ όπως είναι η απροσεξία, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Επίσης, δεσπόζει η εναντιωματική συμπεριφορά και οι συνεχείς συγκρούσεις με συνομηλικούς. Ακόμη, παρατηρούνται δυσκολίες στην οργάνωση και διεκπεραίωση των σχολικών εργασιών που ανατίθενται στο παιδί και γρήγορες ξαφνικές εναλλαγές ως προς την ψυχική του διάθεση (Παπαναστασίου, 2019·U.S. Department of Education, 2006). Σε επίπεδο τάξης στριφογυρίζουν στη θέση τους ή παίζουν με την καρέκλα τους (U.S. Department of Education, 2006). Με την αύξηση των απαιτήσεων σε

κοινωνικό και σχολικό επίπεδο συνήθως τα συμπτώματα της απροσεξίας έρχονται πιο έντονα στην επιφάνεια και έχουν αρνητικό αντίκτυπο στις σχέσεις με τους συνομηλίκους και στο μαθησιακό κομμάτι (NIMH, 2021). Ακόμη σημαντικές δυσκολίες που φαίνεται να αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι ο έλεγχος της συμπεριφοράς τους, προβλήματα ακαδημαϊκής φύσης και η αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους τους (Du Paul et al., 2004).

Οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν συχνά μια εσωστρέφεια και μια έλλειψη κοινωνικότητας. Επιπλέον, εμφανίζουν έντονη παρορμητικότητα και αυθόρμητες αντιδράσεις, ενώ επιδεικνύουν αδιαφορία σε διάφορες εργασίες που έχουν (U.S. Department of Education, 2006). Κατά τη διάρκεια της εφηβείας παρατηρείται άμβλυνση των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας η οποία συνήθως παρουσιάζεται ως ανησυχία ή και νευρικότητα καθώς και εμφάνιση σοβαρών συμπεριφορικών προβλημάτων (NIMH, 2021·Παπαναστασίου, 2019). Επίσης υπάρχουν αρκετές συγκρούσεις με τους γονείς και συχνά εκδηλώνονται συμπεριφορές οι οποίες παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο, όπως είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ κ.α. (NIMH, 2021·Παπαναστασίου, 2019). Όσον αφορά τα συμπτώματα της παρορμητικότητας και της απροσεξίας φαίνεται ότι συνεχίζουν να παίζουν καθοριστικό ρόλο εφόσον προκαλούν δυσκολίες στο επίπεδο των σχέσεων, καθώς και σε σχολικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο οργάνωσης (NIMH, 2021).

Η έκταση και ο βαθμός σοβαρότητας των παραπάνω ελλειμμάτων ποικίλουν από παιδί σε παιδί. Επίσης, υπάρχει το ενδεχόμενο να υπερισχύουν τα συμπτώματα της μιας ή της άλλης κατηγορίας σε ένα παιδί ενώ σε άλλο να εμφανίζονται τα συμπτώματα όλων των κατηγοριών με την ίδια σοβαρότητα. Ο τρόπος εκδήλωσης των συμπτωμάτων αυτών και η κλινική εικόνα που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες, όπως από το φύλο και την ηλικία του παιδιού, τις συνήθειες αντιδράσεις των γονιών στη συμπεριφορά του, αλλά και τις συνθήκες μέσα στις οποίες αυτά τα συμπτώματα εκδηλώνονται. Είναι λοιπόν δυνατόν, η κλινική εικόνα δύο παιδιών με ΔΕΠ-Υ να είναι πολύ διαφορετική, ανάλογα με την επίδραση των πιο πάνω παραγόντων (Μανιαδάκη, 2012).

1.1.6 Η ετερογένεια στην κλινική εικόνα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Συνήθως κατά τη διάρκεια οργανωμένων δραστηριοτήτων όπου δεν διεγείρουν το ενδιαφέρον των παιδιών και έτσι δεν έχουν ισχυρό κίνητρο συμμετοχής, καθώς οι δραστηριότητες απαιτούν πνευματική εγρήγορση, γίνονται εμφανή τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (Μανιαδάκη, 2012).

Όσον αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο που εκδηλώνονται τα συμπτώματα σε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι ποικίλοι όπως είναι η ηλικία του παιδιού, το φύλο του, οι αντιδράσεις των άλλων στη συμπεριφορά του παιδιού καθώς και οι συνθήκες κατά τις οποίες εκδηλώνονται αυτά τα συμπτώματα. Επίσης, η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει μία ετερογένεια, αφού η κλινική της εικόνα διαμορφώνεται από ένα συνδυασμό παραγόντων που είναι είτε νευροψυχολογικοί, είτε γενετικοί, είτε περιβαλλοντικοί είτε άλλοι (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016 · Μπιτσάκου, 2012). Συνεπώς, μεταξύ δυο παιδιών που εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ πιθανόν να υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση λόγω των διαφόρων παραγόντων που προαναφέρθηκαν. Ακόμη, τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ διαδραματίζουν εξίσου καθοριστικό ρόλο στην κλινική εικόνα του παιδιού ανάλογα με τη βαρύτητα που αυτά εμφανίζουν (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016). Ο βαθμός εμμονής και εύρους των δυσκολιών συμπεριφοράς ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ θα διαφέρει κατ'άτομο και ανάλογα με το περιβάλλον που ζει, καθώς και με την πιθανότητα συνύπαρξης της ΔΕΠ/Υ με κάποια άλλη διαταραχή. Επομένως, τα παιδιά με συμπτωματολογία ΔΕΠ/Υ αποτελούν ένα ετερόκλητο και ετερογενή πληθυσμό (Λιβανίου, 2004).

Εάν η ΔΕΠ-Υ δεν αναγνωριστεί έγκαιρα, δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματά της και πιθανόν να υπάρξουν σοβαρές επιπτώσεις, όπως σχολική αποτυχία, κατάθλιψη, προβλήματα στις σχέσεις, κατάχρηση ουσιών, παραβατικότητα, αυξημένος κίνδυνος για ατυχήματα και εργασιακή αποτυχία (Harpin, 2005). Παρακάτω γίνεται εκτενής αναφορά των συνεπειών που μπορεί να έχει η ΔΕΠ-Υ.

1.1.7 Λειτουργικές συνέπειες της ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ όταν εμφανίζεται σε σοβαρή μορφή έχει αρκετά σοβαρές επιπτώσεις ως προς την ακαδημαϊκή, κοινωνική, επαγγελματική και οικογενειακή προσαρμογή του ατόμου (APA, 2013). Η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει μεγάλη συσχέτιση με την κοινωνική απόρριψη που βιώνουν τα παιδιά καθώς και με την μείωση της σχολικής τους επίδοσης και των ακαδημαϊκών τους επιτευγμάτων (APA, 2013 · Biederman et al., 2010 · Harpin, 2005). Πιο συγκεκριμένα, τα αυξημένα επίπεδα απροσεξίας τείνουν να συσχετίζονται άμεσα με ακαδημαϊκές ελλείψεις, προβλήματα που σχετίζονται με το σχολείο καθώς και με την παραμέληση από τους συνομηλίκους. Τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας συνδέονται με την απόρριψη από τους συνομηλίκους και σε μικρότερο βαθμό με τους περιστασιακούς τραυματισμούς (APA, 2013).

Πιο συγκεκριμένα, τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ συνδέονται πάντα με χαμηλή σχολική ετοιμότητα (McClelland et al., 2007) και ανεπαρκή σχολική απόδοση (Galera et al., 2009), διαρκή συμπεριφορικά προβλήματα και διαγνώσεις σε εξωτερικευμένες συμπεριφορές στο δημοτικό σχολείο (Angold & Egger, 2007) παραπεμπτικά για ειδική αγωγή (Redden et al., 2003), ακαδημαϊκή αποτυχία (Masseti et al., 2008), άσχημες σχέσεις με τους εκπαιδευτικούς (Greene et al., 2002), χαμηλές κοινωνικό-συναισθηματικές δεξιότητες και κοινωνικές σχέσεις (Ros & Graziano, 2017), και υψηλότερα επίπεδα χρήσης ουσιών και συνυπάρχουσες ανησυχίες για την ψυχική υγεία στην εφηβεία και στην ενηλικίωση (Biederman et al., 2006·Molina & Pelham, 2003 ·Shaw & Gilliam, 2017). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν κακή σχέση με τους γονείς τους (DuPaul et al., 2001) άσχημη ποιότητα ζωής (Peasgood et al., 2016).

Ακόμη και όταν τα συμπτώματα υποχωρούν, κατά μέσο όρο, κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης, η ύπαρξη διάγνωσης ΔΕΠ-Υ στην πρώιμη παιδική ηλικία αυξάνει τις πιθανότητες για έναν ενδεχόμενο ακούσιο τραυματισμό, πιθανότητα σύλληψης, καθώς και επικίνδυνες συμπεριφορές με μηχανοκίνητα οχήματα κατά την εφηβική ηλικία (Lahey et al., 2016). Οι πιθανότητες ανάπτυξης διαταραχών διαγωγής κατά τη διάρκεια της εφηβείας καθώς και διαταραχών αντικοινωνικής προσωπικότητας κατά την ενήλικη ζωή αυξάνονται στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους χωρίς ΔΕΠ-Υ (APA, 2013·Biederman et al., 2010). Ως επακόλουθο ανάπτυξης αυτών των διαταραχών είναι και η αυξανόμενη πιθανότητα για διαταραχές χρήσης ουσιών και φυλάκιση (APA, 2013 · Harpin, 2005). Επίσης, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πιο επιρρεπή σε τραυματισμούς, συγκριτικά με άλλα συνομήλικα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, παρατηρούνται συχνότερα παραβιάσεις αλλά και τροχαία ατυχήματα από οδηγούς που εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ. Άλλο επακόλουθο της διαταραχής αποτελεί η εμφάνιση παχυσαρκίας σε πολλά άτομα με ΔΕΠ-Υ (APA, 2013). Οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ δείχνουν περισσότερη σχολική άρνηση (Galera et al., 2009), ξεκινούν πιο νωρίς και κάνουν πιο συχνή χρήση μαριχουάνας, καπνού, και άλλων ναρκωτικών (Harstad, and Levy, 2014·Molina et al., 2018) ξεκινούν νωρίτερα τις σεξουαλικές επαφές (Galera et al., 2010) και κατά συνέπεια τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συχνότερα εφηβική εγκυμοσύνη (Caye et al., 2016·Meinzer et al., 2017).

Η μεταβλητότητα που μπορεί να παρουσιάζει ένα άτομο με ΔΕΠ-Υ στις εργασίες οι οποίες χρήζουν συνεχούς προσπάθειας μπορεί να ερμηνευτεί ως ανευθυνότητα ή τεμπελιά ή ακόμη και ως αδυναμία του ατόμου να συνεργαστεί για να υλοποιηθεί η εκάστοτε εργασία. Όσον αφορά τις οικογενειακές σχέσεις η ΔΕΠ-Υ μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο και στο

οικογενειακό περιβάλλον προκαλώντας διαφωνίες ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας και συγκρούσεις (APA, 2013).

Σχετικά με τις σχέσεις των ατόμων με ΔΕΠ-Υ με τους συνομηλίκους τους φαίνεται ότι είναι διαταραγμένες καθώς αντιμετωπίζουν τα πειράγματα των συνομηλίκων τους και κατ'έκταση βιώνουν την απόρριψη και νιώθουν παραμελημένα. Παρατηρείται ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ δεν λαμβάνουν την εκπαίδευση που λαμβάνουν και οι συνομήλικοί τους όπως επίσης δεν επιδεικνύουν μεγάλα επαγγελματικά επιτεύγματα. Ακόμη παρατηρούνται και χαμηλοί δείκτες ως προς τα επίπεδα ευφυΐας των παιδιών αυτών κάτι που αποδεικνύεται από τα χαμηλά σκορ που παρουσιάζουν στα τεστ που υποβάλλονται (APA, 2013).

Στους ενήλικες η ΔΕΠ-Υ συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα διαπροσωπικής σύγκρουσης, χαμηλότερη επαγγελματική απόδοση και επίτευξη στόχων και κατα συνέπεια μεγαλύτερη πιθανότητα ανεργίας (APA, 2013· Harpin, 2005). Μελέτες ενηλίκων οι οποίοι είχαν ΔΕΠ-Υ από παιδιά δείχνουν ότι στα άτομα τα οποία φαίνεται ότι επιμένει η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά ως προς τα εκπαιδευτικά επιτεύγματα, μειωμένη απόδοση εργασίας και αυξημένα συναισθηματικά προβλήματα (Biederman et al., 2006· Hechtman et al., 2016· Klein et al., 2012) και μελέτες με έναρξη της ΔΕΠ-Υ στην ενήλικη ζωή δείχνουν αυξημένο κίνδυνο για τροχαία ατυχήματα (Chang et al., 2014· Harpin, 2005), εγκληματικότητα (Lichtenstein et al., 2012), ανεργία (Ebejer et al., 2012), κατάχρηση ουσιών (Quinn et al., 2017).

Συνεπώς, η έγκαιρη ανίχνευση των συμπτωμάτων και η άμεση διαχείρισή τους κατά την προσχολική ηλικία είναι καθοριστικής σημασίας για τη μετέπειτα πορεία του κάθε ατόμου με προβλήματα ΔΕΠ-Υ.

1.2 ΔΕΠ-Υ και προσχολική ηλικία

1.2.1 Η ανίχνευση της ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία

Σήμερα υπάρχουν πλέον πολλά ανιχνευτικά εργαλεία για τη ΔΕΠ-Υ στη νηπιακή ηλικία και πολλές συμπεριφορικές ενδείξεις με βάση τις οποίες τα παιδιά αυτά μπορούν να εντοπιστούν πριν από την έναρξη του δημοτικού σχολείου (Carlson, 2005). Σύμφωνα με παλαιότερη έρευνα παρατηρήθηκε ότι είναι πιο πιθανό να πληρούν τα κριτήρια για τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ παιδιά προσχολικής ηλικίας 4 και 5 ετών απ'ότι νήπια μικρότερης ηλικίας ή κορίτσια προσχολικής ηλικίας (Egger et al., 2006). Η διαγνωστική πρόκληση

έγκειται στο να αποφύγει ο ειδικός την παγίδα της “παθολογικοποίησης” ενοχλητικών μεν, φυσιολογικών και παροδικών δε μορφών συμπεριφοράς που εκδηλώνουν ορισμένα παιδιά στην προσχολική ηλικία αλλά και να μην υποτιμήσει την κλινική σημασία μορφών συμπεριφοράς που μπορεί να αποτελούν πρώιμες ενδείξεις για τη μεταγενέστερη πλήρη εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ (Sonuga – Barke et al., 2005).

Σε αυτή την ηλικιακή ομάδα παρατηρείται περισσότερο η συνδυασμένη παρουσία της ΔΕΠ-Υ και η υπερκινητική-παρορμητική παρουσία απ’ότι η απρόσεκτη παρουσία (Egger et al., 2006·Galera et al., 2011). Επίσης, σε μια ακόμη έρευνα που διεξήχθη σε 303 μαθητές προσχολικής ηλικίας διαπιστώθηκε ότι πληρούσαν τα κριτήρια για τη συνδυασμένη παρουσία αλλά και για την παρουσία της υπερκινητικότητας - παρορμητικότητας (Posner et al., 2007).

Σε νευροψυχολογικό επίπεδο, έχει διαπιστωθεί ότι τα νήπια με ΔΕΠ-Υ έχουν παρόμοιες δυσκολίες με τα μεγαλύτερα παιδιά σε σχέση με τις λειτουργίες εκτελεστικού ελέγχου, τη μνήμη εργασίας, τις οργανωτικές δεξιότητες και την αναστολή των αυθόρμητων αντιδράσεων (Sonuga- Barke et al., 2005). Σε μία πρόσφατη μετα-ανάλυση 25 ερευνών διαπιστώθηκαν βασικά ελλείμματα στις λειτουργίες εκτελεστικού ελέγχου, τα οποία διαφοροποιούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ από τους τυπικώς αναπτυσσόμενους συνομηλίκους τους (Pauli -Pott & Becker, 2011).

Η εμφάνιση απροσεξίας γίνεται αντιληπτή από πολλούς γονείς κατά τη νηπιακή ηλικία όμως είναι δύσκολη η αναγνώριση των συμπτωμάτων πριν από την ηλικία των τεσσάρων ετών (APA, 2013). Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ αδυνατούν να διατηρήσουν την προσοχή τους για ικανοποιητικό χρονικό διάστημα σε μια δραστηριότητα η οποία δεν τους ενδιαφέρει ή δεν τους ευχαριστεί. Συνήθως, παρατηρείται η μετάβαση από τη μία δραστηριότητα στην άλλη χωρίς να έχουν ωστόσο κίνητρο να ολοκληρώσουν καμία. Αρκετές φορές παρατηρείται ανυπακοή ως προς τις οδηγίες και τις εντολές που τους δίνονται και δεν αντιδρούν στις προειδοποιήσεις και στις επιπλήξεις, συνεπώς δίνεται η εντύπωση ότι δεν ακούνε. Ακόμη, φαίνεται ότι πολλές φορές ονειροπολούν και είναι αφηρημένα (Γιαννοπούλου, 2012). Εμφανίζουν επίσης, αδυναμίες που αφορούν το γνωστικό κομμάτι και σχετίζονται με την μνήμη εργασίας, τον έλεγχο της προσοχής και την ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών. Αυτό συνεπάγεται την αδυναμία κατανόησης των δοθέντων οδηγιών μέσα στην τάξη και την αδυναμία ανταπόκρισης σε ερωτήσεις που τίθενται από την νηπιαγωγό. Αρκετές φορές γίνεται αναφορά από τους γονείς ότι δεν μπαίνουν στη διαδικασία διαβάσματος κάποιου βιβλίου στο παιδί τους καθώς παρατηρούν ότι δεν μπορεί να προσηλωθεί σε αυτό και να το ακούσει (Γιαννοπούλου, 2012).

Σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ η εμφάνιση των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας πραγματοποιείται σε διάφορες καταστάσεις ή συνθήκες (ελεύθερου χρόνου, ημι-δομημένης και δομημένης δραστηριότητας). Η υπερκινητικότητα των παιδιών προσχολικής ηλικίας εκδηλώνεται συχνά ως κινητική ανησυχία και ταυτοχρόνως δεν μπορούν να παραμείνουν στις θέσεις τους σε περιστάσεις που είναι επιβεβλημένο. Για παράδειγμα μπορεί να μετακινούνται συνεχώς από θέση σε θέση μέσα στον κύκλο της παρεούλας ή να στριφογυρίζουν στο πάτωμα και να σέρνονται κάτω από τα τραπέζια. Μπορεί να είναι σε διαρκή κίνηση, τρέχοντας και σκαρφαλώνοντας πάνω στα τραπέζια και σταματώντας μόνο στην περίπτωση όπου κουραστούν. Έτσι, φαίνεται σαν να είναι συνεχώς ‘‘στην πρίζα’’ (Γιαννοπούλου, 2012). Άλλο χαρακτηριστικό είναι ότι τα νήπια φαίνεται να μιλούν αδιάκοπα και δυνατά, καθώς δεν είναι σε θέση να ρυθμίσουν τον τόνο της φωνής τους. Προκαλούν μεγάλη φασαρία και ένταση κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού τους και σε στιγμές που απαιτείται ησυχία από τον εκπαιδευτικό. Επιπλέον, μπορεί να είναι αδέξια με αποτέλεσμα να παραπατούν και να πέφτουν πάνω σε άλλους. Απόρροια όλης αυτής της κινητικότητας που επιδεικνύουν είναι οι συχνοί τραυματισμοί και τα ατυχήματα που χρειάζονται ιατρική εξέταση και αντιμετώπιση (Γιαννοπούλου, 2012).

Η υπερκινητική συμπεριφορά αποτελεί μια από τις πιο φορτικές μορφές συμπεριφοράς για το κοινωνικό περιβάλλον. Η ώρα του φαγητού των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αποτελεί μια από τις πιο περιπετειώδεις στιγμές καθώς το παιδί συνήθως δεν μπορεί να παραμείνει ακίνητο κατά τη διάρκεια του γεύματος και στριφογυρνάει στην καρέκλα του, σηκώνεται και κάνει βόλτες, πετάει το φαγητό του, μιλάει ασταμάτητα και δημιουργεί αναστάτωση. Συνεπώς, αντιμετωπίζοντας τις παραπάνω δυσκολίες, οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αποφεύγουν συνήθως εξόδους σε εστιατόρια, ώστε να μη βρεθούν στη θέση να εκτεθούν μπροστά σε άλλους λόγω της συμπεριφοράς του παιδιού τους (Γιαννοπούλου, 2012).

Άλλη μια πρόκληση που αντιμετωπίζουν οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι η διαδικασία του ύπνου, καθώς μετά από μια μέρα γεμάτη υπερένταση είναι δύσκολο το παιδί να χαλαρώσει και να κοιμηθεί. Εν τω μεταξύ, αποφεύγει με κάθε τρόπο να πάει για ύπνο και έτσι βρίσκει διάφορες δικαιολογίες για να παραμείνει ξύπνιος, όπως το να πάει τουαλέτα, να πιει νερό, να δει DVD κ.α. (Γιαννοπούλου, 2012).

Όσον αφορά τον τρόπο που εκδηλώνεται η παρορμητικότητα συχνά εμφανίζεται ως αδυναμία του παιδιού να αφήσει τους άλλους να ολοκληρώσουν τη φράση τους, τη σκέψη τους ή την ερώτηση που θέλουν να κάνουν. Για παράδειγμα, μπορεί να διακόπτει το συνομιλητή του, να μιλάει παράλληλα, να θέτει ερωτήματα χωρίς να περιμένει να λάβει

απάντηση, να διακόπτει το παιχνίδι παίρνοντας τα αντικείμενα ή τα παιχνίδια των άλλων χωρίς προηγουμένως να τους ζητήσει την άδειά τους. Εξαιτίας της παρορμητικότητάς του το παιδί δεν μπορεί να περιμένει στη σειρά, καθώς θέλει πάντα να είναι πρώτο συνεπώς είναι συνεχώς ανήσυχος, αναστατωμένο και έχει διασπαστική συμπεριφορά. Η παρορμητική συμπεριφορά σε συνδυασμό με τη μειωμένη αίσθηση του κινδύνου και το γεγονός ότι επαναλαμβάνει συνεχώς τα ίδια λάθη είναι καθοριστικοί παράγοντες ώστε να είναι πιο ευάλωτο το παιδί με ΔΕΠ-Υ σε ατυχήματα (Γιαννοπούλου, 2012).

Σύμφωνα με την έρευνα του Fliers et al. (2008) το ένα τρίτο των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσίασαν προβλήματα αδρής και λεπτής κινητικότητας σύμφωνα με γονείς και εκπαιδευτικούς. Τα συγκεκριμένα προβλήματα είχαν σχέση περισσότερο με την απροσεξία παρά με την υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα (Fliers et al., 2008). Η αδρή κινητικότητα φαίνεται ότι παρουσιάζει πρόβλημα, καθώς οι αντιδράσεις γίνονται πιο αργές, ενώ ορατά είναι και τα προβλήματα στο συντονισμό δραστηριοτήτων που χρειάζονται λεπτή κινητικότητα και αυξημένο έλεγχο κινητικών αντιδράσεων. Τα συμπτώματα ήταν παρόντα μέχρι και την εφηβεία αλλά ο βαθμός στον οποίο εμφανίζονταν μειώθηκε (Fliers et al., 2008). Ο χειρισμός του μολυβιού, το κούμπωμα, το δέσιμο, το σφίξιμο κορδονιών, η ζωγραφική και ο συντονισμός ματιών- χεριών δεν αποτελούν εύκολες υποθέσεις για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Βάρβογλη, 2005).

Επιπλέον, συχνά τα νήπια με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν προβλήματα προσαρμογής στον παιδικό σταθμό ή στο νηπιαγωγείο και δυσκολεύονται να ενταχθούν ομαλά στην ομάδα των συνομηλίκων τους (Campbell, 2002·Handen & Valdes, 2007). Οι δυσκολίες που εκδηλώνουν τα παιδιά στην προσχολική ηλικία στο συμπεριφορικό κομμάτι έχουν αντίκτυπο στο μαθησιακό κομμάτι (Hinshaw & Scheffler, 2014· Morgan et al., 2013·Spira & Fischel, 2005). Πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ που εκδηλώνουν προβληματική συμπεριφορά έχουν την ανάγκη υποστήριξης και στρατηγικών που εστιάζουν τόσο στις συμπεριφορικές όσο και στις μαθησιακές δυσκολίες (Metcalf et al., 2013· Reid et al, 2004). Στην περίπτωση που ένα παιδί εκδηλώσει συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και δεν εφαρμοστούν κατάλληλες στρατηγικές, παρατηρείται ως αντίκτυπο η δυσκολία του παιδιού στο μαθησιακό κομμάτι καθώς και στη δημιουργία σχέσεων με τους συνομηλίκους (U.S. Department of Education, 2006). Υπάρχουν διάφορες μελέτες που έχουν παρουσιάσει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για χαμηλή ακαδημαϊκή επιτυχία (Breslau et al., 2009· Cunningham & Boyle, 2002·Currie & Stabile, 2006· Fletcher & Wolfe, 2008· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000α·Vitaro et al., 2005). Στην έρευνα του Alkahtani (2013) ένα ποσοστό περίπου 25% αναγνωρίζει ότι η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ έχει αρνητικές επιπτώσεις

στον ακαδημαϊκό τομέα καθώς και στην αυτοεκτίμηση που φαίνεται να έχουν οι μαθητές. Παρατηρείται ότι υπάρχει μια αρνητική αντίληψη στα παιδιά τα οποία εκδηλώνουν την προεξάρχουσα παρουσία της απροσεξίας, σχετικά με τις ικανότητες που επιδεικνύουν στο μαθησιακό κομμάτι (West et al., 2005). Σημαντικά μαθησιακά προβλήματα, παρατηρήθηκε ότι αντιμετώπιζαν τα υπερκινητικά παιδιά, τα οποία εντοπίζονταν μέχρι και την ενηλικίωση (Barkley et al., 2006).

Ορισμένες από τις βασικές δυσκολίες των νηπίων με ΔΕΠ-Υ αφορούν στις κοινωνικές τους δεξιότητες, στην προκοινωνική και προσαρμοστική τους συμπεριφορά και στην απόκτηση προμαθηματικών δεξιοτήτων (Du Paul et al., 2001). Ακόμη, έχει παρατηρηθεί ότι επιδεικνύουν πιο χαμηλές επιδόσεις σε τεστ ακαδημαϊκών δεξιοτήτων (Cunningham & Boyle, 2002).

Τέλος, μπορεί να συμβεί να αντιμετωπίζονται τα παιδιά από τους νηπιαγωγούς σαν να έχουν ΔΕΠ-Υ αλλά στην πραγματικότητα να υπάρχει σύγχυση ανάμεσα στην φυσιολογική ζωνρότητα που εμφανίζουν τα παιδιά κατά την προσχολική ηλικία και τη ΔΕΠ-Υ. Παρακάτω γίνεται εκτενής αναφορά στο συγκεκριμένο θέμα.

1.2.2 Φυσιολογική ζωνρότητα και ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία: κριτήρια διαφοροποίησης

Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί μια διαταραχή που εμφανίζεται στην παιδική και εφηβική ηλικία με βασική συμπτωματολογία την υπερκινητικότητα, την παρορμητικότητα και την ελλειμματική προσοχή. Οι πρώτες ενδείξεις μπορούν να εμφανιστούν ήδη από την προσχολική ηλικία, παρότι υπάρχει ο κίνδυνος να παρερμηνευτούν η ενεργητικότητα, ο αυθορμητισμός και η απροσεξία, φυσιολογικές συμπεριφορές για το ηλικιακό επίπεδο των νηπίων, ως πιθανή ΔΕΠ-Υ (Bunte et al., 2014·Μανιαδάκη, 2012).

Σε μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών μπορούν να κάνουν την εμφάνισή τους μεμονωμένα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Εκεί όμως που καθίσταται δύσκολη η διάκριση των μεμονωμένων αυτών συμπτωμάτων καθώς παρουσιάζουν ομοιότητα με μορφές συμπεριφοράς που αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό τους πεδίο είναι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016). Πιο συγκεκριμένα σε έρευνα που διεξήχθη στην Ολλανδία σε δείγμα 652 παιδιών ηλικίας 3 έως 6 ετών παρατηρήθηκε το ένα τρίτο των συμπεριφορών που περιγράφονται στα κριτήρια για

τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ κυρίως αυτών της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας τουλάχιστον στο 40% του δείγματος (Smidts & Oosterlaan, 2007).

Οι Μανιαδάκη και Κάκουρος (2016) συμπεραίνουν ότι το γεγονός αυτό σχετίζεται πιθανόν με τη δυσκολία ως προς την αξιολόγηση της ελλειμματικής προσοχής σε σχέση με τις μορφές υπερκινητικής καθώς και παρορμητικής συμπεριφοράς που παρουσιάζονται στο συγκεκριμένο αναπτυξιακό στάδιο. Κατά συνέπεια οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με αυτόν τον τύπο της ΔΕΠ-Υ συχνά δε γίνονται αντιληπτές από τους γονείς και τους νηπιαγωγούς μέχρι και το παιδί να ξεκινήσει το δημοτικό. Αυτό συμβαίνει διότι τις δυσκολίες που ενδεχομένως αντιμετωπίζουν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας τις αποδίδουν στην "άνωριμότητα" της ηλικίας και ευελπιστούν πως θα βελτιωθούν και θα ξεπεραστούν κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής τους (Maniadaki et al., 2006b·Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016·Maniadaki & Kakouros, 2018). Έτσι, λοιπόν, η διάγνωση καθυστερεί και μειώνονται οι δυνατότητες για άμεση αντιμετώπιση (Harvey et al., 2009·Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016). Συνεπώς, η ερμηνεία που θα δώσουν οι ενήλικες οι οποίοι ασχολούνται με το παιδί, για τη συμπεριφορά του, συνήθως καθοδηγεί την επιλογή του τρόπου αντιμετώπισης της (Maniadaki et al., 2006a· Maniadaki et al., 2006b).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία τείνουν να είναι πιο παρορμητικά, αντιδραστικά και επιθετικά από τους τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους τους και συχνά απορρίπτονται από αυτούς (Hodgens et al., 2000·Hoza et al., 2005· Moser & Bober, 2002). Μία σημαντική διαφορά η οποία μπορεί να συμβάλει στη διάκριση ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ από ένα ζωηρό παιδί στην προσχολική ηλικία είναι η ικανότητα που έχει και ο βαθμός κατά τον οποίο μπορεί να ελέγξει την κινητικότητά του σύμφωνα με τις περιστάσεις στις οποίες βρίσκεται. Ένα ζωηρό παιδί προσχολικής ηλικίας μπορεί να ελέγξει την κινητικότητά του, όπως επίσης και να την ελαττώσει σε περιστάσεις όπου αν παρουσιάσει έντονη κινητικότητα αυτό θα έχει τις ανάλογες επιπτώσεις. Απεναντίας, ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ προσχολικής ηλικίας δυσκολεύεται σε μεγάλο βαθμό ώστε να παραμείνει ήσυχο ακόμα και όταν κάτι τέτοιο είναι επιβεβλημένο λόγω των συνθηκών (Barkley, 2005·Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016·Maniadaki & Kakouros, 2018). Για παράδειγμα, ένα ζωηρό παιδί μπορεί να περιορίσει την κινητικότητά του μέσα στη σχολική τάξη ή κατά τη διάρκεια επισκέψεων χωρίς να δυσκολεύεται ιδιαίτερα. Ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ όμως, συνήθως δυσκολεύεται εξαιρετικά να παραμείνει ήσυχο ακόμη και όταν ξέρει ότι στην αντίθετη περίπτωση θα αντιμετωπίσει τον κίνδυνο της τιμωρίας. Άλλωστε, ακόμη και όταν τα καταφέρνει, η διάρκεια της περιορισμένης κινητικότητάς του είναι συνήθως μικρή. Επιπλέον, όταν παραμένει καθιστό, το παιδί με ΔΕΠ-Υ μπορεί να κουνάει χέρια και πόδια ή να

στριφογυρίζει στο κάθισμα του, στην προσπάθειά του να ικανοποιήσει την ανάγκη του για κινητικότητα χωρίς να σηκωθεί προκειμένου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της κατάστασης (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2012·Maniadaki & Kakouros, 2018). Ακόμη, κατά τη διάρκεια του ύπνου τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στριφογυρνάνε, κλωτσάνε ή πετάγονται κάτι που δε συμβαίνει με τα παιδιά που είναι ζωηρά (Maniadaki & Kakouros, 2018).

Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά αυτά συχνά κάνουν ζημιές, πέφτουν και δυσκολεύονται σε δραστηριότητες όπως το ποδήλατο, ο χειρισμός ψαλιδιού, το δέσιμο των κορδονιών, η ζωγραφική, το κούμπωμα των κουμπιών, κ.α. Από την άλλη μεριά τα παιδιά που είναι ζωηρά μπορεί να παρουσιάζουν εξαιρετική επιδεξιότητα σε όλα τα παραπάνω (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012·Maniadaki & Kakouros, 2018).

Ένα από τα βασικότερα συνοδά προβλήματα των παιδιών προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ είναι τα προβλήματα λόγου και ομιλίας, τα οποία συχνά αποτελούν τις πρώτες ανησυχητικές ενδείξεις για τους γονείς και είναι σύνηθες αίτιο παραπομπής του παιδιού στον ειδικό. Ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ εμφανίζει καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και αργότερα ενδέχεται να παρουσιάσει προβλήματα στην ανάγνωση (Agaritou & Andreou, 2008·Mathers, 2006). Αντίστοιχες δυσκολίες ως προς τη γλωσσική ανάπτυξη δεν εμφανίζονται σε περιπτώσεις παιδιών που παρουσιάζουν φυσιολογική ζωηράδα κατά την προσχολική ηλικία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ εξ ορισμού αντιμετωπίζουν μεγάλη δυσκολία ως προς την διατήρηση της προσοχής τους κατά τη διάρκεια μιας δραστηριότητας. Δεν είναι ακατόρθωτο να μείνουν προσηλωμένα σε μία δραστηριότητα, αλλά απαιτούνται κάποιες προϋποθέσεις προκειμένου αυτό να επιτευχθεί. Το περιβάλλον διεξαγωγής της δραστηριότητας παίζει καταλυτικό ρόλο για τη διατήρηση της προσοχής σε όλα τα παιδιά, πολύ περισσότερο στην περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, για τα νήπια με ΔΕΠ-Υ δύο παράγοντες έχουν ύψιστη σημασία για την απόδοσή τους σε σχέση με τους συνομηλίκους τους, ο πρώτος είναι το υψηλό κίνητρο και ο δεύτερος η άμεση ανταμοιβή. Οι παράγοντες αυτοί αιτιολογούν σε μεγάλο βαθμό τις διακυμάνσεις που υπάρχουν κατά την προσχολική ηλικία στη συγκέντρωση της προσοχής σχετικά με το είδος της δραστηριότητας που διεκπεραιώνουν, αλλά και τις συνθήκες μέσα στις οποίες εκτυλίσσεται η συγκεκριμένη δραστηριότητα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Συνεπώς, τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ έχοντας υψηλό κίνητρο να επιτυγχάνουν να διατηρήσουν την προσοχή τους και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Luman et al., 2005). Απεναντίας,

δεν απαιτείται ισχυρό κίνητρο από τα νήπια που παρουσιάζουν υπερδραστηριότητα ώστε να διατηρήσουν την προσοχή τους (Maniadaki & Kakouros, 2018).

Τέλος, τα παιδιά προσχολικής αγωγής με ΔΕΠ-Υ είναι συχνά ευερέθιστα και ευέξαπτα και η αδυναμία τους να ανταποκριθούν ικανοποιητικά σε πολλές από τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, σε συνδυασμό με τις αυξημένες παρατηρήσεις τις οποίες συνήθως δέχονται, μπορεί να πυροδοτεί εκ μέρους τους προκλητική και αντιδραστική συμπεριφορά (Barkley, 2006). Οι εκρήξεις θυμού και η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς, εκτός από συχνότερες, είναι επίσης και ποιοτικά διαφορετικές στα παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τα συνομήλικά τους ζωηρά παιδιά (Chacko et al., 2009·Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016·Maniadaki & Kakouros, 2018).

Κατά την προσχολική ηλικία, η αυξημένη κινητική δραστηριότητα, η παρορμητική συμπεριφορά και η περιορισμένη διάρκεια συγκέντρωσης της προσοχής θεωρούνται φυσιολογικά αναπτυξιακά χαρακτηριστικά (Πολεμικός, 2010). Αν όμως αυτά τα επίπεδα υπερδραστηριότητας ή απροσεξίας συνεχιστούν για παρατεταμένο χρονικό διάστημα και σε έντονο βαθμό, θα πρέπει να χρησιμοποιήσει ο εκπαιδευτικός κάποιες στρατηγικές ώστε να αντιμετωπίσει την κατάσταση καθώς οι συνέπειες της συμπεριφοράς του παιδιού θα έχουν αντίκτυπο στη γενικότερη σχολική προσαρμογή του παιδιού (Πολεμικός, 2010). Για αυτό το λόγο, η διάκριση των ορίων μεταξύ φυσιολογικής ζωηρότητας και ΔΕΠ-Υ είναι αρκετά δύσκολη σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο, καθώς, σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, μεμονωμένες μορφές συμπεριφοράς που ταξινομούνται ως συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ παρατηρούνται στο 40% των παιδιών προσχολικής ηλικίας (Smidts & Oosterlaan, 2007).

Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι όλα τα άτομα που δείχνουν σημάδια της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και της υπερκινητικότητας δεν εκδηλώνουν πλήρως τη διαταραχή και δεν αντιμετωπίζουν τα σχετικά ακαδημαϊκά προβλήματα. Η Sonuga-Barke et al. (2005) ισχυρίστηκαν ότι οι μαθητές προσχολικής ηλικίας που παρουσιάζουν σημαντικά πρώιμα σημάδια της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας αλλά εκτίθενται σε προληπτικά σταθερά περιορισμένα περιβάλλοντα στο σπίτι και κατάλληλα διαμορφωμένες τάξεις μπορούν να αποτρέψουν την καθοδική πορεία της μακροπρόθεσμης έκφρασης της διαταραχής και της χαμηλής σχολικής επίδοσης.

1.3. Εκπαιδευτικοί

1.3.1 Γνώσεις νηπιαγωγών

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Weyandt et al. (2009), παρατηρήθηκε ότι οι νηπιαγωγοί και οι δάσκαλοι γενικής και ειδικής αγωγής που συμμετείχαν στη μελέτη δεν διαφοροποιήθηκαν σε σημαντικό βαθμό ως προς το επίπεδο γνώσης που επέδειξαν σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ καθώς φάνηκε ότι ήταν περιορισμένη η γνώση που κατείχαν οι δυο ειδικότητες. Ακόμη μια έρευνα έρχεται να επιβεβαιώσει ότι είναι μικρό το ποσοστό των νηπιαγωγών οι οποίοι έχουν γνώσεις σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ (Alkahtani, 2013). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι νηπιαγωγοί είναι ελάχιστα ενημερωμένοι σχετικά με τα συμπτώματα της διαταραχής καθώς και την αντιμετώπισή της (Alkahtani, 2013). Σε έρευνα που υλοποιήθηκε στην Ελλάδα συναντάται το ίδιο πρόβλημα όσον αφορά τις γνώσεις που κατέχουν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με τις κατάλληλες στρατηγικές που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ενώ γνωρίζουν τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής (Καραγρηγορίου, 2003). Ειδικότερα, το 71,8 % των νηπιαγωγών φαίνεται ότι γνώριζε τα κύρια χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, ενώ το 83,4% δεν γνώριζε κατάλληλες ψυχοπαιδαγωγικές προσεγγίσεις και το 54% δεν γνώριζε διδακτικές μεθόδους που να είναι κατάλληλες για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Καραγρηγορίου, 2003). Στη μελέτη των Stormont and Stebbins (2005) η πεποίθηση που είχαν οι νηπιαγωγοί αναφορικά με τις γνώσεις τους για τη ΔΕΠ-Υ δεν ανταποκρίνονταν στην πραγματικότητα δηλαδή αποδείχθηκε ότι οι νηπιαγωγοί δεν ήξεραν ότι δεν είχαν πραγματική γνώση. Οι περισσότεροι νηπιαγωγοί είχαν δυσκολία στην αναγνώριση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, το 77% των νηπιαγωγών γενικής δυσκολεύονταν στην αναγνώριση μαθητών με ΔΕΠ-Υ και ένα ποσοστό 65% δεν ήταν σε θέση να καταλάβουν την αξιολόγηση που πραγματοποιούνταν για τα παιδιά που φαινόταν να έχουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ (Stormont & Stebbins, 2005).

Στην έρευνα των Poznanski et al. (2021) έγινε σύγκριση μεταξύ νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής και διαπιστώθηκε ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής είχαν έλλειψη στις γενικές πληροφορίες σχετικά με τη γνώση, καθώς και την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Από τις απαντήσεις που έδωσαν οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής φάνηκε ότι είχαν μεγαλύτερη επίγνωση των αδυναμιών τους σχετικά με τη γνώση της ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής (Poznanski et al., 2021). Απεναντίας η έρευνα της Μαυρίδου (2020) έδειξε ότι οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης

συμπεριλαμβανομένων και νηπιαγωγών ειδικής αγωγής επέδειξαν μεγαλύτερη γνώση των συμπτωμάτων της διαταραχής συγκριτικά με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής.

Οι εκπαιδευτικοί θεωρούν την ικανότητα να διαχειριστούν τη διαταραχή ανάλογη της εμπειρίας τους (Κάκουρος κ.α., 2006). Η διδακτική εμπειρία φαίνεται ότι είναι καθοριστικός παράγοντας των γνώσεων που αποκομίζουν οι εκπαιδευτικοί. Φαίνεται λοιπόν, η καλύτερη γνώση για τη διαταραχή να αποκτάται μέσω μιας μεγαλύτερης επαφής των νηπιαγωγών με παιδιά που παρουσιάζουν παρεμφερή συμπτώματα (Alkahtani, 2013). Απεναντίας, στην έρευνα της Καραγρηγορίου (2003) οι νηπιαγωγοί που είχαν πολυετή υπηρεσία εμφάνιζαν ελλείμματα σχετικά με τις γνώσεις που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ εν αντιθέσει με νηπιαγωγούς που είχαν λιγότερα χρόνια υπηρεσίας. Επίσης, διαπιστώθηκε και από την έρευνα των Weyandt et al. (2009) ότι η μεγαλύτερη γνώση όσον αφορά τη ΔΕΠ-Υ δε σχετιζόταν με τα περισσότερα χρόνια υπηρεσίας. Απεναντίας παρατηρήθηκε ότι νηπιαγωγοί οι οποίοι είχαν υψηλότερα επίπεδα γνώσης είχαν λιγότερα χρόνια προπηρεσίας στο ενεργητικό τους. Συνεπώς, η κατάρτιση των εκπαιδευτικών στην ειδική αγωγή καθώς και η προγενέστερη εμπειρία με μαθητές που αντιμετωπίζουν προβλήματα ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών είναι καθοριστικός παράγοντας έτσι ώστε οι μαθητές να έχουν καλύτερη αντιμετώπιση από τους εκπαιδευτικούς (Γκαραγκούνη- Αραίου κ.α., 2003).

Οι γνώσεις που έχουν οι εκπαιδευτικοί για τη ΔΕΠ-Υ συνδέονται άμεσα με την αποτελεσματικότερη χρήση των στρατηγικών για τη διαχείρισή της (U.S. Department of Education, 2008). Σύμφωνα με τη μελέτη της Μαυρίδου (2020) οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής που έχουν γνώση και μπορούν να καταλάβουν ένα παιδί με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ φαίνεται ότι ανταποκρίνονται καλύτερα ως προς την αντιμετώπιση των παιδιών μέσα στην τάξη. Επομένως, η έλλειψη γνώσεων των νηπιαγωγών σχετικά με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε συνδυασμό με την έλλειψη εξειδίκευσής τους στην ειδική αγωγή φαίνεται να ενισχύουν την αδυναμία τους στη δημιουργία εξατομικευμένων προγραμμάτων για τους μαθητές με μαθησιακά και συμπεριφορικά προβλήματα (Μάτζαρη, 2016). Από την άλλη, οι εκπαιδευτικοί γενικής αγωγής κρίνουν ως καταλληλότερους από αυτούς τους ειδικούς παιδαγωγούς καθώς πιστεύουν ότι έχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ και τη διαχείρισή της (Μάτζαρη, 2016). Επιπροσθέτως, οι εκπαιδευτικοί αναγνώρισαν την αξία των ειδικών παιδαγωγών μέσα στο πλαίσιο της τάξης καθώς και οι ίδιοι είχαν συνεργαστεί με εξειδικευμένο προσωπικό ώστε να καταφέρουν να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες που αντιμετώπιζαν οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ (Μπαλασάκη, 2015).

Επίσης, ένα μεγάλο μέρος των εκπαιδευτικών υποστήριξαν τη σημαντικότητα της συνεχούς επιμόρφωσης όσον αφορά την ειδική αγωγή εφόσον εντόπιζαν ανεπάρκεια στις γνώσεις που είχαν λάβει από τις βασικές σπουδές τους έτσι ώστε να ανταποκριθούν στη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ (Μπαλασάκη, 2015· Poznanski et al., 2018· Poznanski et al., 2021). Σύμφωνα με την έρευνα που υλοποιήθηκε από τη Μαυρίδου (2020) αναδείχθηκε για άλλη μια φορά η ανάγκη που υπάρχει για κατάρτιση των εκπαιδευτικών σχετικά με τη διαχείριση των μαθητών με ΔΕΠ-Υ μέσα στην τάξη ως προς τις συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές. Οι νηπιαγωγοί γενικής δήλωναν emphaticά ότι υστερούν σε αυτό το κομμάτι της εκπαίδευσης (Μαυρίδου, 2020).

Φαίνεται επίσης από τα αποτελέσματα της έρευνας της Παπαδοπούλου (2021) ότι οι εκπαιδευτικοί δυσκολεύονται στη διαχείριση των μαθησιακών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι μαθητές, λόγω της έλλειψης επαρκούς επιμόρφωσης που υπάρχει και έτσι αδυνατούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με την έρευνα των Kakouros et al. (2004) οι νηπιαγωγοί θα πρέπει να λάβουν την κατάλληλη εκπαίδευση ώστε να είναι σε θέση να μπορούν να καταλάβουν ποιες συμπεριφορές ανήκουν στα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και να αναγνωρίσουν διάφορα προβλήματα που πιθανόν αντιμετωπίζουν οι μαθητές και είναι παρεμφερή με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (π.χ. μαθησιακά ή συμπεριφορικά). Κατά συνέπεια η έρευνα της Μπαλασάκη (2015) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι όσο πιο καλά είναι επιμορφωμένοι οι εκπαιδευτικοί τόσο καλύτερη θα είναι η διαχείριση τους απέναντι στα προβλήματα των μαθητών με ΔΕΠ-Υ.

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω οι νηπιαγωγοί υστερούν ως προς τις γνώσεις που απαιτούνται σχετικά με τη διαχείριση των δυσκολιών της ΔΕΠ-Υ. Ως επακόλουθο, λοιπόν, αναδεικνύεται η ανάγκη για συνεχή επιμόρφωση των εκπαιδευτικών γενικότερα αλλά και πιο συγκεκριμένα των νηπιαγωγών γενικής αγωγής όπου φαίνεται να υστερούν σε μεγάλο βαθμό τόσο ως προς τη γνώση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ όσο και ως προς τη γνώση των συμπεριφορικών και μαθησιακών στρατηγικών της ΔΕΠ-Υ.

1.3.2. Εκπαίδευση νηπιαγωγών

Καθώς τα ποσοστά της ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ανοδική πορεία στα παιδιά η ΔΕΠ-Υ αποτελεί ένα φλέγον ζήτημα για τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής. Συνεπώς, είναι σημαντικό να έχουν γνώση της συμπτωματολογίας καθώς και της αιτιολογίας της ΔΕΠ-Υ ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν καλύτερα και να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τη

διαταραχή και κατ' επέκταση να χρησιμοποιήσουν τις κατάλληλες τεχνικές ώστε να διαμορφώσουν ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του εκάστοτε μαθητή με ΔΕΠ-Υ (Gehrling, 2006).

Αρκετοί εκπαιδευτικοί νιώθουν απροετοίμαστοι ώστε να αναλάβουν τη διδασκαλία παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Rush & Harrison 2008· Walter et al., 2006· Westling, 2010). Συνεπώς, είναι συνηθισμένο το φαινόμενο των εκπαιδευτικών να εκφράζουν την αδυναμία τους και την απογοήτευση τους κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Είναι αναγκαίο οι νηπιαγωγοί να έχουν γνώση των συμπεριφορικών και μαθησιακών προσεγγίσεων οι οποίες συμβάλλουν στην επίτευξη των μαθητών στην εκπαιδευτική διαδικασία (Poznanski et al., 2021). Σύμφωνα με τους Κάκουρος & Μανιαδάκη (2012), οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει όποτε χρειάζονται βοήθεια να αναζητούν συστηματική ενίσχυση, είτε μέσω υποστηρικτικών είτε μέσω συμβουλευτικών υπηρεσιών, έτσι ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στο έργο τους.

Πρόσφατες πειραματικές μελέτες καταδεικνύουν ότι με την παροχή εκπαίδευσης στους εκπαιδευτικούς γενικής αγωγής σχετικά με την εκπαίδευση μαθητών με ΔΕΠ-Υ αυξάνεται η χρήση αποτελεσματικών πρακτικών για αυτούς τους μαθητές (Miranda et al., 2002· Zentall & Javorsky, 2007). Επομένως, και τα παιδιά θα είναι πιο προετοιμασμένα στην πρώτη τους σχολική εμπειρία εάν οι νηπιαγωγοί κατανοήσουν τις βασικές συμπεριφορικές αρχές (Webster-Stratton et al., 2012). Συγκεκριμένα στην έρευνα των Zentall and Javorsky (2007) αναφέρεται ότι ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια της εργασίας που προωθούσε τη γνώση και την κατανόηση των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ αύξησε τη χρήση τεχνικών και στρατηγικών θετικής διαχείρισης της συμπεριφοράς από τους εκπαιδευτικούς.

Η μελέτη των Stormont and Stebbins (2005) έχει εξετάσει τα είδη των εκπαιδευτικών εμπειριών, τις γνώσεις, και τις απόψεις των νηπιαγωγών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα διαπιστώθηκε ότι η κύρια πηγή πληροφόρησης των νηπιαγωγών ήταν τα περιοδικά, τα άρθρα και οι εφημερίδες. Στην έρευνα της Μάτζαρη (2016) φαίνεται ότι οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος χάριν της υψηλότερης επιμόρφωσης που είχαν λάβει μπορούσαν να ανιχνεύσουν με μεγαλύτερη ευκολία τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, υπογραμμίζεται η σημασία της επιμόρφωσης καθώς φαίνεται ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής που έχουν λάβει την κατάλληλη επιμόρφωση είναι σε θέση να ανταποκριθούν καλύτερα στο εκπαιδευτικό τους έργο. Στην έρευνα της Μαυρίδου (2020) οι νηπιαγωγοί γενικής και οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής δηλώνουν το ενδιαφέρον τους

σχετικά με τη συνεργασία τους με άλλους εκπαιδευτικούς, ώστε να βρουν λύσεις σχετικά με τα προβλήματα που τους απασχολούν με τους μαθητές (Μαυρίδου, 2020).

Η κατάλληλη ενημέρωση των εκπαιδευτικών σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ είναι καίριας σημασίας τόσο για τον επιτυχή εντοπισμό της διαταραχής όσο και για την οργάνωση και διεξαγωγή εξειδικευμένων προγραμμάτων για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος κ.α., 2006). Επίσης, η ενημέρωση για τη συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης της είναι αναγκαία διότι η διαταραχή καλύπτει ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα. Ακόμη, καταλυτικό ρόλο παίζει και η πρόωμη ανίχνευση από τη νηπιακή ηλικία όπου προσφέρει τη δυνατότητα για έγκαιρη αντιμετώπισή της διαταραχής (Αγαπητού-Χαλμπέ, 2010).

Για να επιτευχθεί η αποτελεσματική διαχείριση της τάξης θα πρέπει να υπάρχει γνώση των κατάλληλων στρατηγικών (Slavin, 2003, όπως αναφέρεται σε Πουρσανίδου, 2016). Ένας αποτελεσματικός δάσκαλος έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιεί πλήθος στρατηγικών κατά τη διδασκαλία του εναλλάσσοντάς τες ανάλογα με την περίσταση και τις ανάγκες των μαθητών ώστε να έχει το βέλτιστο αποτέλεσμα τόσο σε ατομικό όσο και σε επίπεδο ομάδας (Doyle, 2006, όπως αναφέρεται στο Σκαλούμπακας, (χ.χ.).

1.3.3. Ρόλος εκπαιδευτικού απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠΥ

Όπως συμβαίνει με όλες τις αναπτυξιακές διαταραχές έτσι και στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ η περιγραφή του βαθμού εμφάνισης και βαρύτητας των συμπτωμάτων στην κάθε μια παρουσία της διαταραχής σε συνδυασμό με την κλινική παρατήρηση των συνοδευτικών συμπεριφορικών προβλημάτων αποτελούν τη βάση για τη διάγνωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Συνεπώς, είναι μια δύσκολη διαδικασία τόσο για τους εμπλεκόμενους ειδικούς και ακόμη περισσότερο για τους εκπαιδευτικούς οι οποίοι συνεισφέρουν στον εντοπισμό της διαταραχής (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Ο εκπαιδευτικός πρέπει να χρησιμοποιήσει τις κατάλληλες στρατηγικές ώστε να περιορίσει ή και να αποτρέψει τα προβλήματα συμπεριφοράς. Άλλωστε έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να παίξει καταλυτικό ρόλο στην πρόοδο που μπορεί να παρουσιάσει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ (Slavin, 2006). Οι πρώτοι που θα παρατηρήσουν τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι οι νηπιαγωγοί (DuPaul & Kern, 2011·Μπελτσώνια, 2020· Σταυρόπουλος, 2020). Το γεγονός ότι αναγνωρίζουν πρώτοι το πρόβλημα οφείλεται στην

επαφή που έχουν με τα παιδιά μέσω της δουλειάς τους και έτσι μπορούν να διαμορφώσουν άποψη σχετικά με το μέσο επίπεδο της συμπεριφοράς των παιδιών ως προς τις μαθησιακές καταστάσεις που χρειάζονται προσοχή και αυτοέλεγχο (Τρίγκα, 2005).

Εφόσον, λοιπόν, το προσχολικό και σχολικό περιβάλλον αποτελεί την κύρια πηγή εντοπισμού μαθητών με ΔΕΠ-Υ, ουσιαστική προϋπόθεση για ορθή διάγνωση και αντιμετώπιση αποτελεί η ικανότητα να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της διαταραχής βάσει πιο εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων που θα πρέπει να κατέχουν. Οι πιο εξειδικευμένες γνώσεις οδηγούν τους εκπαιδευτικούς στην χρήση κατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισης των μαθησιακών και συμπεριφορικών προβλημάτων που απορρέουν από τη διαταραχή (U.S. Department of Education, 2006). Επομένως, το σχολείο αποτελεί ιδανικό περιβάλλον όπου θα μπορούσαν να εφαρμοστούν οι στρατηγικές διαχείρισης των δυσκολιών της ΔΕΠ-Υ οι οποίες θα έχουν θετικά αποτελέσματα (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016·Maniadaki & Kakouros, 2018).

Οι εκπαιδευτικοί που καταφέρνουν να διαχειριστούν αποτελεσματικά και να εκπαιδεύσουν με επιτυχία παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως χρησιμοποιούν ένα στρατηγικό πλάνο που αποτελείται από τρία βήματα. Αρχικά, επικεντρώνονται στο να καθορίσουν τις ανάγκες του εκάστοτε παιδιού. Έπειτα, ο εκπαιδευτικός κάνει προσπάθεια ώστε οι ανάγκες του κάθε παιδιού να καλύπτονται από κατάλληλες μαθησιακές και συμπεριφορικές τεχνικές και πρακτικές. Τελικά, ο εκπαιδευτικός επιλέγοντας διάφορες τεχνικές και στρατηγικές δημιουργεί ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα το οποίο το ενσωματώνει σε ένα ευρύτερο εκπαιδευτικό πλαίσιο δραστηριοτήτων το οποίο έχει διαμορφώσει για το σύνολο της τάξης (U.S. Department of Education, 2006).

Καθοριστικό ρόλο για την αποτελεσματική εφαρμογή των στρατηγικών τροποποίησης συμπεριφοράς διαδραματίζει ο εκπαιδευτικός που τις εφαρμόζει. Εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την εμπειρία που έχει, την ευαισθησία που δείχνει, τη δημιουργικότητα που επιδεικνύει και την ικανότητα και ευστροφία που διαθέτει, ώστε να εφαρμόσει τις στρατηγικές αυτές με τον καταλληλότερο τρόπο, έτσι ώστε να έχουν θετικό αντίκτυπο στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Πολυχρονοπούλου, 2010). Επίσης, οι στρατηγικές που εφαρμόζονται από τους εκπαιδευτικούς είναι αποτελεσματικές ανάλογα με την συχνότητα και την ποιότητα με την οποία εφαρμόζονται από τον εκάστοτε εκπαιδευτικό. Ακόμα και αν οι εκπαιδευτικοί εφαρμόζουν αποτελεσματικές στρατηγικές αν οι στρατηγικές αυτές δεν εφαρμόζονται σε μεγάλη συχνότητα δεν μπορούν να αποβούν αποτελεσματικές. Συνεπώς,

η έλλειψη ποσότητας και ποιότητας από τον εκπαιδευτικό στην εφαρμογή στρατηγικών, τις καθιστά ανεπιτυχείς ακόμα και αν θεωρούνται αποτελεσματικές (Baker et al., 2010).

Οι εκπαιδευτικοί καλούνται να αντιμετωπίσουν ποικίλα προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών με ΔΕΠΥ τα οποία διαφέρουν ως προς τη μορφή αλλά και την ένταση τους. Στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων που έχουν είναι και η πρόληψη, η αντιμετώπιση και η επίλυση αυτών των προβλημάτων. Συνεπώς, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να διαχειριστούν καθημερινά προβλήματα συμπεριφοράς που αντιμετωπίζουν οι μαθητές στα πλαίσια της τάξης που άλλοτε είναι πιο ήπια και άλλοτε πιο σοβαρά (Παπαναστασίου, 2019). Σύμφωνα με την έρευνα που υλοποίησε η Χρυσάφη (2017) για την καλύτερη διαχείριση των μαθητών οι εκπαιδευτικοί χρησιμοποιούν όλες τις στρατηγικές για την αντιμετώπιση της προβληματικής συμπεριφοράς. Βασική τους επιδίωξη είναι η γνωριμία με τους μαθητές ώστε να κατανοήσουν τα προβλήματά τους και να χτίσουν μια σχέση εμπιστοσύνης μαζί τους. Έπειτα, στόχος είναι η σύνδεση των μαθητών με τις δραστηριότητες της τάξης και η γνωστοποίηση από τον εκπαιδευτικό των κανόνων που τη διέπουν και η συνεχής υποστήριξη στα παιδιά (Χρυσάφη, 2017). Επίσης, οι Kaiser and Rasminsky (2009) επισημαίνουν τη σπουδαιότητα της γνώσης πολλαπλών στρατηγικών που θα διευκολύνουν τον εκπαιδευτικό στο έργο του ώστε να διαλέξει την πιο ταιριαστή στην εκάστοτε περίπτωση. Επίσης, μπορεί κάποιες τεχνικές να θέλουν χρόνο και προσπάθεια από την πλευρά του εκπαιδευτικού ωστόσο τα αποτελέσματα στο τέλος θα τον δικαιώσουν καθώς θα έχει στη διάθεσή του περισσότερο χρόνο για όλους τους μαθητές του και για διδασκαλία ακαδημαϊκών δεξιοτήτων (Kaiser & Rasminsky, 2009).

Παρακάτω παρατίθενται μία σειρά στρατηγικών που χρησιμοποιούνται από τους εκπαιδευτικούς και μπορούν να συμβάλλουν στην καλύτερη διαχείριση των προβληματικών συμπεριφορών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στα πλαίσια της τάξης (Παπαναστασίου, 2019).

1.4. Στρατηγικές για ΔΕΠ-Υ

1.4.1. Συμπεριφορικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠΥ

Η επιτυχής αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ απαιτεί τη σωστή εκτίμηση από μέρος του εκπαιδευτικού όχι μόνο των ικανοτήτων αλλά και των δυσκολιών τους σύμφωνα με την Πολυχρονοπούλου (2012) γεγονός που οδηγεί τους εκπαιδευτικούς στη χρήση

διαφόρων αποτελεσματικών στρατηγικών για τη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Fabiano & Pyle, 2019).

Καθώς στη βιβλιογραφία δεν γίνεται ακριβής αναφορά στις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από τους νηπιαγωγούς γενικής και ειδικής αγωγής παρακάτω αναφέρονται στρατηγικές που εντοπίζονται και χρησιμοποιούνται γενικότερα στο εκπαιδευτικό πλαίσιο της προσχολικής αγωγής και προτείνονται ως ενδεδειγμένες καθώς στοχεύουν στη βελτίωση των συμπεριφορικών και μαθησιακών προβλημάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Οι έρευνες του Elliott et al. (2008) και του Higgins et al. (2018) υποστήριξαν ότι με την καθιέρωση μιας καθημερινής ρουτίνας και της δημιουργίας ενός δομημένου περιβάλλοντος, τα παιδιά με ΔΕΠΥ μπορούν να λειτουργήσουν καλύτερα και να περιορίσουν τα συμπτώματα της υπερδιέγερσης, της έλλειψης προσοχής και της διασπαστικής συμπεριφοράς. Όπως υποστηρίζει και ο Farrell (2006) το περιβάλλον που προωθεί τη μάθηση και τη θετική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως δομημένο και ελεγχόμενο. Εκτός από τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ωφελούνται και τα υπόλοιπα παιδιά της τάξης και αισθάνονται χαρούμενα και ασφαλή όντας σε ένα οργανωμένο εκπαιδευτικό περιβάλλον (Higgins et al., 2018).

Σύμφωνα με τον Παπαναστασίου (2019) βασική επιδίωξη του εκπαιδευτικού πρέπει να είναι η δημιουργία θετικού κλίματος στην τάξη καθώς και η δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης με τον κάθε μαθητή με ΔΕΠ-Υ ξεχωριστά. Είναι σημαντικό ο εκπαιδευτικός να κατανοεί τις ανάγκες του μαθητή κάθε φορά και να επιλέγει τις καταλληλότερες στρατηγικές γι' αυτόν (Galey, 2007). Ένας ικανός εκπαιδευτικός θα πρέπει να επιτυγχάνει την ανάπτυξη θετικών συμπεριφορών αφού το πώς αισθάνονται τα παιδιά καθορίζει το επίπεδο παρακίνησής τους στη μάθηση καθώς και τις μακροχρόνιες επιδράσεις της διδασκαλίας (Pangrazi, 1999).

Επίσης, η επιβολή ορίων σε συνδυασμό με τη διατύπωση σαφών κανόνων αποδεκτής συμπεριφοράς ενδείκνυται ώστε να γνωρίζει το παιδί με ΔΕΠΥ τι μπορεί και τι δε μπορεί να κάνει, ώστε να μπορεί να δηλωθεί από πλευράς του αυτοσυγκράτηση και αίσθημα ασφάλειας στο οργανωμένο και δομημένο σχολικό περιβάλλον (Παπαναστασίου, 2019·Λιβανίου, 2004·Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016·Maniadaki & Kakouros, 2018·Πολυχρονοπούλου, 2012). Συνήθως, οι εκπαιδευτικοί χρησιμοποιούν λίγες, απλές και

σύντομες εντολές που είναι πολύ αποτελεσματικές για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Galey 2007·Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016·Maniadaki & Kakouros, 2018). Ακόμη, χρησιμοποιούν κανόνες που είναι διατυπωμένοι με θετικό τρόπο, δηλαδή αναφέρουν τις επιθυμητές συμπεριφορές και όχι μόνο αυτές που πρέπει να αποφεύγουν τα παιδιά. Μια άλλη στρατηγική είναι η χρήση ορατών κανόνων σε όλους τους μαθητές γεγονός που τους βοηθάει να βλέπουν και να προσαρμόζουν ανάλογα τη συμπεριφορά τους (Fabiano & Pyle, 2019·Gehrling, 2006·Παπαναστασίου, 2019·Pfiffner et al., 2006). Επιπροσθέτως, οι κανόνες εξηγούνται ξεκάθαρα στην αρχή και ανά περιόδους καθ' όλη τη διάρκεια του έτους (Pfiffner et al., 2006). Είναι αξιοσημείωτο ότι πρέπει να γίνεται συχνή αναφορά στους κανόνες της τάξης ακόμα και όταν ο μαθητής με ΔΕΠ-Υ δεν εμφανίζει ανεπιθύμητη συμπεριφορά καθώς, η τακτική υπενθύμιση των κανόνων της τάξης μπορεί να συμβάλλει στην επιθυμητή συμπεριφορά και στην πρόληψη της ανεπιθύμητης (Παπαναστασίου, 2019).

Ο εκπαιδευτικός πρέπει να δίνει τις απαραίτητες οδηγίες στο μαθητή με ΔΕΠ-Υ με υποστηρικτικό τρόπο (Galey, 2007·Παπαναστασίου, 2019). Λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ ως προς τη συγκράτηση πληροφοριών οι οδηγίες θα πρέπει να είναι σύντομες και σαφείς με λεξιλόγιο κατάλληλα προσαρμοσμένο στον κάθε μαθητή (Galey, 2007·Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016·Παπαναστασίου, 2019). Επιπλέον, οι εικονογραφημένες οδηγίες αποτελούν ένα σημαντικό οπτικό βοήθημα για τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ (Galey, 2007·Παπαναστασίου, 2019). Πολύ σημαντική είναι και η ενθάρρυνση του παιδιού από τον εκπαιδευτικό ώστε να επαναλάβει τις οδηγίες που δόθηκαν πριν τις εφαρμόσει (Pfiffner & Du Paul, 2015). Σύμφωνα με την έρευνα του Geng (2011) οι εκπαιδευτικοί χρησιμοποιούσαν θετικές λεκτικές στρατηγικές που περιλάμβαναν φωνητικό έλεγχο (χαμηλή έως δυνατή ένταση, σταθερότητα, τόνο και ρυθμό), επαναλαμβανόμενες οδηγίες, σύντομες φράσεις, καθώς και συνδυασμό λεκτικών και μη λεκτικών στρατηγικών όπως βλεμματική επαφή και προφορικές οδηγίες. Παρατηρήθηκε ότι οι μαθητές ηρεμούσαν και συμμορφώνονταν με τις οδηγίες των εκπαιδευτικών όταν γινόταν χρήση ήρεμων λεκτικών στρατηγικών από αυτούς (Geng, 2011). Επίσης, μια ακόμη λεκτική τεχνική εξίσου αποτελεσματική είναι η συχνή χρήση των ονομάτων των μαθητών (Galey, 2007·Geng, 2011).

Ο εκπαιδευτικός σε συνδυασμό με τις οδηγίες, πρέπει να διατηρεί με το μαθητή βλεμματική επαφή (Galey, 2007·Λιβανίου, 2004·Παπαναστασίου, 2019). Σύμφωνα με τους Wang et al. (2004) τα παιδιά ανταποκρίνονται περισσότερο και πιο επιτυχημένα στην

ολοκλήρωση των εργασιών όταν οι εκπαιδευτικοί χρησιμοποιούν μη λεκτική επικοινωνία, είτε συνδυασμό λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας. Μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας όπως είναι η βλεμματική επαφή, ένα απαλό άγγιγμα στον ώμο, γίνεται πιο εύκολη η επαναφορά ενός μαθητή καθώς γίνεται με ηρεμία και χωρίς εντάσεις όταν για παράδειγμα κάποιος μαθητής παρουσιάσει διαταρακτική συμπεριφορά ή είναι αφηρημένος (Αγαπητού-Χαλμπέ, 2010· Geng, 2011· Παπαναστασίου, 2019· Tegtmejer, 2019).

Ο έπαινος και η επιβράβευση είναι μια στρατηγική απαραίτητη που πρέπει να χρησιμοποιείται συστηματικά σε όλα τα παιδιά και ιδιαίτερα στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ που αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες και αποτυχίες (Πολυχρονοπούλου, 2012). Κατ' αρχάς, για να δημιουργηθεί και να δομηθεί ένα υποστηρικτικό περιβάλλον θα πρέπει ο έπαινος να είναι συστηματικός και ο εκπαιδευτικός να τον παρέχει με κάθε ευκαιρία επίδειξης καλής συμπεριφοράς του μαθητή (Αγαπητού-Χαλμπέ, 2010· DuPaul et al., 2011· Πολυχρονοπούλου, 2004). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ που υπόκεινται σε μια συνθήκη είτε μερικής είτε διακεκομμένης επιβράβευσης ίσως αντιμετωπίσουν δυσκολία επίδειξης κατάλληλων συμπεριφορών (DuPaul et al., 2011). Έτσι λοιπόν, οι εκπαιδευτικοί χρησιμοποιούν τη θετική ενίσχυση στην επιθυμητή συμπεριφορά (Fabiano & Pyle, 2019· Λιβανίου, 2004· Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016· Maniadaki & Kakouros, 2018· Pfiffner, Barkley, & DuPaul, 2006· Πολυχρονοπούλου, 2012). Ο έπαινος πρέπει να γίνεται με θετικό τρόπο, διότι αν έχει αρνητική χροιά θα επιφέρει τα αντίθετα αποτελέσματα από αυτά που αναμένονται (Παπαναστασίου, 2019). Δεύτερον, οι ανταμοιβές δεν πρέπει να είναι πανομοιότυπες για όλα τα παιδιά αλλά να εξατομικεύονται ανάλογα με τα ενδιαφέροντα και τις προτιμήσεις του καθενός (DuPaul et al., 2011). Ακόμη, οι ανταμοιβές πρέπει να εναλλάσσονται συχνά ώστε να μην υπάρχει έλλειψη ενδιαφέροντος από την πλευρά του παιδιού που τις λαμβάνει και να μην επαναπαύεται (DuPaul et al., 2011). Τελικά η ενίσχυση πρέπει να παρέχεται όσο το δυνατόν πιο κοντά στο χρόνο που συμβαίνει η συγκεκριμένη συμπεριφορά (π.χ. να παρέχεται αμέσως μετά από μια επιθυμητή συμπεριφορά) (DuPaul et al., 2011).

Όσον αφορά τις στρατηγικές που βασίζονται στις συνέπειες και αφορούν τη συμπεριφορική αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ θεωρούνται ιδιαίτερα αποτελεσματικές οι συνετές επιπλήξεις, η συμβολική ενίσχυση, και το κόστος απόκρισης. Όταν οι εκπαιδευτικοί χρησιμοποιούν τις επιπλήξεις θα πρέπει να φροντίζουν οι επιπλήξεις αυτές να γίνονται με σύντομο και ήρεμο τρόπο ώστε να αυξάνεται η αποτελεσματικότητά τους (DuPaul &

Weyandt, 2006). Επίσης, η συμβολική ενίσχυση είναι μια αποτελεσματική μέθοδος τροποποίησης της συμπεριφοράς όπου το παιδί επιδεικνύοντας κατάλληλη συμπεριφορά αποκτά ένα προνόμιο (Αγαπητού- Χαλμπέ, 2010). Επιπλέον, και το σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών (token economy) όπου προηγείται η συμφωνία μεταξύ εκπαιδευτικού και μαθητή ως προς τις αμοιβές που θα μπορεί να ανταλλάξει ο μαθητής αποτελεί μια εξίσου αποτελεσματική στρατηγική συμπεριφορικής αντιμετώπισης. Συγκεκριμένα με την επίδειξη κατάλληλης συμπεριφοράς ο μαθητής λαμβάνει από τον εκπαιδευτικό τα συμβολικά αντικείμενα που μπορεί να είναι αυτοκόλλητα, μάρκες κ.α. τα οποία ανταλλάσσονται είτε κατά τη διάρκεια της ημέρας είτε μέσα στην εβδομάδα μόλις συγκεντρώσει τον επιθυμητό αριθμό ώστε να έχει πρόσβαση είτε σε καλύτερες ανταμοιβές ή σε δραστηριότητες της προτίμησής του (DuPaul & Weyandt, 2006· DuPaul et al., 2011· Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016· Maniadaki & Kakouros, 2018 · Πολυχρονοπούλου, 2012).

Η διακοπή της θετικής ενίσχυσης είναι μια άλλη στρατηγική που χρησιμοποιείται για να μειώσει τις προβληματικές συμπεριφορές (Pffiffer et al., 2006). Εκτός από τη διακοπή της θετικής ενίσχυσης ακόμη μια στρατηγική που βασίζεται στη συνέπεια είναι το κόστος απόκρισης που αποτελεί μια αποτελεσματική μέθοδο τροποποίησης της συμπεριφοράς όπου το παιδί πρέπει να υποστεί την απώλεια ενός προνομίου που του έχει δοθεί επειδή δεν είχε την επιθυμητή συμπεριφορά (Αγαπητού- Χαλμπέ, 2010· DuPaul et al., 2011· Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016· Maniadaki & Kakouros, 2018). Η συγκεκριμένη στρατηγική συνίσταται σε περιπτώσεις όπου η συμβολική ενίσχυση δεν έχει πετύχει βελτίωση της προβληματικής συμπεριφοράς και έτσι το κόστος απόκρισης χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική στρατηγική. Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει συνδυασμός της ανταπόκρισης κόστους και της συμβολικής ενίσχυσης ώστε οι μαθητές να είναι σε θέση να λάβουν ή να χάσουν μάρκες ανάλογα με τη συμπεριφορά ή την εργασία που θα επιδείξουν (Αγαπητού- Χαλμπέ, 2010· DuPaul et al., 2011). Στην πλειονότητα των περιπτώσεων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, η διαχείριση των συμπτωμάτων τους θα πρέπει να έχει αρκετά συχνή αλλά και άμεση θετική ενίσχυση και κόστος απόκρισης. Επιπλέον, σε μια προκλητική συμπεριφορά χρησιμοποιούνται οι αντίστοιχες ειδικές συνέπειες. Για παράδειγμα, αν ένας μαθητής με ΔΕΠΥ στην προσπάθειά του να κερδίσει την προσοχή του εκπαιδευτικού μιλάει χωρίς να περιμένει τη σειρά του και διαταράσσει τη δραστηριότητα, τότε ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να εστιάσει στην παροχή προσοχής κάθε φορά που το παιδί παρουσιάζει κατάλληλη συμπεριφορά και στην αφαίρεση της προσοχής του κάθε φορά που συμβαίνει το αντίθετο (DuPaul, 2007). Συγκριτικά με τη μέθοδο της συμβολικής ενίσχυσης το κόστος απόκρισης

θεωρείται πιο αποτελεσματική μέθοδος (Αγαπητού- Χαλμπέ, 2010). Επίσης, ένας άλλος τρόπος διαχείρισης της συμπεριφοράς των μαθητών με ΔΕΠ-Υ που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί είναι η συστηματική αδιαφορία (Fabiano & Pyle, 2019·Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016·Μανιαδάκη & Kakouros, 2018·Tegtmejer, 2019).

Τέλος, ο Παπαναστασίου (2019) υποστηρίζει ότι καλό είναι ο μαθητής με ΔΕΠ-Υ να μην αλλάζει θέση όταν πραγματοποιείται μία δραστηριότητα γιατί έτσι θα μπορέσει να μειωθεί η κινητικότητα του και η διάσπασή του. Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες η κινητικότητα αυτή του παιδιού με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να διοχετευτεί κάπου ώστε να μπορέσει το παιδί να εμπλακεί πιο δημιουργικά και αδιάσπαστα στην δραστηριότητα. Επομένως, συχνά οι εκπαιδευτικοί από τη μια πλευρά πασχίζουν να ελαττώσουν την υπερκινητικότητα του μαθητή με ΔΕΠ-Υ αλλά από την άλλη προσπαθούν να διοχετεύσουν την ενέργειά του αυτή σε κάτι δημιουργικό (Παπαναστασίου, 2019). Με τη διευκόλυνση της κίνησης από τον εκπαιδευτικό διατηρείται το επίπεδο εγρήγορσης του μαθητή που απαιτούν οι γνωστικές διεργασίες του (Παπαναστασίου, 2019). Συνεπώς, είναι σημαντική η παροχή ελευθερίας στο χώρο με ξεκάθαρα όρια ώστε να μπορεί ο μαθητής να κινείται και να μην νιώθει περιορισμένος. Επίσης, ο μαθητής θα είναι και πιο συνεργάσιμος αν γνωρίζει πότε έχει τη δυνατότητα να κινηθεί κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ο εκπαιδευτικός θα μπορούσε να αναθέσει στο μαθητή με ΔΕΠ-Υ μια εργασία μέσα στην τάξη, ως βοηθός του εκπαιδευτικού, όπου θα είναι υπεύθυνος μόνο ο ίδιος ώστε να την υλοποιεί καθημερινά (Παπαναστασίου, 2019).

Οι παραπάνω στρατηγικές αντιμετώπισης εκτός από την εφαρμογή που μπορεί να έχουν σε ατομικό επίπεδο μπορούν επίσης να εφαρμοστούν και σε επίπεδο τμήματος-ομάδας. Μια τέτοια ομάδα μπορεί να εμπεριέχει παιδιά με στοιχεία ΔΕΠ-Υ και παιδιά που παρουσιάζουν συμπεριφορικά προβλήματα σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό αλλά και παιδιά τα οποία δεν παρουσιάζουν συμπεριφορικά προβλήματα. Όταν εφαρμόζονται τέτοιου είδους προγράμματα σε επίπεδο ομάδας υπάρχουν διάφορα πλεονεκτήματα (Αγαπητού-Χαλμπέ, 2010).

α) Αποφεύγεται ο στιγματισμός του παιδιού από την εξειδικευμένη βοήθεια που λαμβάνει.

β) Με τη συνύπαρξη των παιδιών επιτυγχάνεται η ευγενής άμιλλα μεταξύ τους και ενθαρρύνονται τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να επιτύχουν τους στόχους τους καθώς βλέπουν τα παιδιά χωρίς προβλήματα να επιτυγχάνουν συνεχώς

γ) Διευκολύνεται η ένταξη του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στην ομάδα εφόσον εκ των πραγμάτων δυσκολεύεται να προσαρμοστεί και να κοινωνικοποιηθεί.

δ) Η δουλειά του εκπαιδευτικού γίνεται πιο εύκολη καθώς εφόσον τα παιδιά μπορούν να βοηθήσουν το ένα το άλλο και έτσι να γίνουν πιο ανεξάρτητα ταυτοχρόνως επιτυγχάνεται η ενσωμάτωση των παιδιών και μια μορφή συνεκπαίδευσης.

Σύμφωνα με την κρίση του εκπαιδευτικού θα καθορισθεί ποιες στρατηγικές μπορούν να χρησιμοποιηθούν εξατομικευμένα και ποιες στο πλαίσιο της ομάδας, ιδιαίτερα αν η ομάδα αποτελείται από πολλά άτομα (Αγαπητού-Χαλμπέ, 2010).

Λόγω της ετερογένειας που παρουσιάζει η ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να εφαρμοστούν οι ίδιες τεχνικές και με τον ίδιο τρόπο σε όλα τα παιδιά (Maniadaki & Kakouros, 2018). Οι Μανιαδάκη και Κάκουρος (2016,2018) υπογραμμίζουν τη σημασία που έχει ο τρόπος εφαρμογής μιας τεχνικής καθώς και από ποιο πρόσωπο εφαρμόζεται η συγκεκριμένη τεχνική, παράγοντες που αποδεικνύονται καθοριστικοί για την αποτελεσματικότητά της.

Υπάρχουν στρατηγικές που είναι κατάλληλες να χρησιμοποιηθούν με κάθε παιδί αν και υπάρχει η πιθανότητα η ανταπόκριση κάθε παιδιού να ποικίλει. Συνεπώς οι εκπαιδευτικοί κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αποτελεσματικότητα που έχουν οι στρατηγικές συμπεριφορικής διαχείρισης εξαρτώνται από το κατά πόσο θα ανταποκριθεί το κάθε παιδί σε αυτές (Geng, 2011). Έτσι, λοιπόν θα πρέπει να γίνεται εξατομικευμένος σχεδιασμός ανάλογα με τις ανάγκες που έχει ο κάθε μαθητής με ΔΕΠ-Υ (Geng, 2011· Salend & Rohena, 2003).

Εξίσου σημαντικές με τις συμπεριφορικές στρατηγικές είναι και οι μαθησιακές στρατηγικές. Παρακάτω γίνεται αναφορά στις στρατηγικές που μπορούν να βοηθήσουν στο μαθησιακό κομμάτι της ΔΕΠ-Υ.

1.4.2. Μαθησιακές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Επιτακτική ανάγκη για την επιλογή και εφαρμογή κατάλληλων και επιτυχημένων μαθησιακών στρατηγικών αποτελεί η κατανόηση από την πλευρά του εκπαιδευτικού των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών και δυσκολιών του κάθε παιδιού (U.S. Department of Education, 2006). Δεδομένης της ετερογένειας που χαρακτηρίζει τη ΔΕΠ-Υ, συνεπώς των διαφορετικών συμπτωμάτων που παρατηρούνται ανάμεσα σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, είναι αξιοσημείωτο ότι δεν μπορούν να υπάρξουν μεμονωμένα προγράμματα και πρακτικές τα οποία να είναι κατάλληλα για την υποστήριξη όλων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (U.S. Department of Education, 2006). Από την άλλη πλευρά οι στρατηγικές που εφαρμόζονται ώστε να βοηθήσουν τους μαθητές που έχουν ΔΕΠ-Υ αποδεικνύονται συχνά πολύ ωφέλιμες και αποδοτικές και για το σύνολο της τάξης (U.S. Department of Education, 2006).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολία ως προς τη συνεχή διατήρηση της προσοχής τους κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων, που απαιτούν ιδιαίτερη πνευματική προσπάθεια (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016). Κατά συνέπεια, συμβαίνει πολύ συχνά να μην επιτυγχάνουν την παρακολούθηση του μαθήματος, να μην ολοκληρώνουν τις εργασίες τους και ως εκ τούτου να μη λαμβάνουν τα ίδια οφέλη από τη διδασκαλία συγκριτικά με τους συμμαθητές τους (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016). Απόρροια των παραπάνω δυσκολιών είναι η παρουσίαση διασπαστικής συμπεριφοράς, καθώς πλήττουν και θέλουν να εγκαταλείψουν τη δραστηριότητα, εφόσον δεν υπάρχει πια ενδιαφέρον δεδομένου ότι έχει χαθεί το κίνητρο. Όλα αυτά μπορούν να αλλάξουν αν ο εκπαιδευτικός προβεί σε τροποποιήσεις των διδακτικών μεθόδων που χρησιμοποιεί έτσι ώστε να είναι πιο προσαρμοσμένες στις ανάγκες των μαθητών με ΔΕΠ-Υ για να μπορούν να ανταπεξέλθουν καλύτερα (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Για να διατηρηθεί αμείωτο το ενδιαφέρον των παιδιών με ΔΕΠ-Υ για σημαντικό χρονικό διάστημα στις εργασίες που τους ανατίθενται πρέπει να υπάρχει υψηλό επίπεδο ενδιαφέροντος από την πλευρά των παιδιών σε σχέση με την εργασία (Μάσχα & Καραδήμας, 2012). Επιπλέον, οι εργασίες που δίνονται στους μαθητές θα πρέπει να χωρίζονται σε μικρότερα τμήματα ώστε να ταιριάζουν στη διάρκεια της προσοχής των μαθητών και έτσι ίσως μειωθεί η συμπεριφορά εκτός δραστηριότητας και η συμπεριφορά που προκαλεί αναστάτωση και κατ'επέκταση να διευκολυνθούν οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ (Brock et al., 2009· DuPaul et al., 2011· Μάσχα & Καραδήμας, 2012· Παπαναστασίου, 2019· Raggi & Chronis, 2006). Αυτή η στρατηγική συχνά συνδυάζεται με τον έπαινο του εκπαιδευτικού μετά από την ολοκλήρωση της εργασίας. Καθώς οι μαθητές επιδεικνύουν

επιτυχία με μικρότερες εργασίες, το μέγεθος των εργασιών μπορεί σταδιακά να αυξάνεται (DuPaul et al., 2011). Επίσης, θα πρέπει να δίνεται μια ποικιλία επιλογών ώστε να μπορέσουν οι μαθητές να επιλέξουν ποιες προτιμούν (π.χ. επιλογές ως προς τη συμπλήρωση των εργασιών, ή επιλογές σε σχέση με την ακολουθία των βημάτων μέσα σε μια εργασία ή επιλογή συνεργατών για την ανατιθέμενη εργασία) (DuPaul et al., 2011·Μάσχα & Καραδήμας, 2012·Μπελτσώνια, 2020). Ακόμη, όταν γίνεται χρήση οπτικοακουστικού υλικού και συχνή εναλλαγή του υλικού αυτού τότε είναι πιο εύκολο να επιτευχθεί η διατήρηση της προσοχής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Μάσχα & Καραδήμας, 2012·Μπελτσώνια, 2020). Η διαφοροποίηση των δραστηριοτήτων είναι μία άλλη τεχνική, η οποία χρησιμοποιείται έτσι ώστε να κρατά σε εγρήγορση τους μαθητές, διότι όταν παρουσιάζεται το ίδιο εκπαιδευτικό υλικό με πολλούς διαφορετικούς τρόπους επιτυγχάνεται η διατήρηση του ενδιαφέροντος και της προσοχής των παιδιών (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016). Κατά συνέπεια, τα παιδιά έχουν τη δυνατότητα με αυτό τον τρόπο να διοχετεύσουν την ενέργεια τους μέσω των μαθησιακών δραστηριοτήτων αποφεύγοντας έτσι την εκδήλωση διασπαστικής συμπεριφοράς (Αγαπητού-Χαλμπέ, 2010·Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016). Επίσης, η εναλλαγή δραστηριοτήτων ανά τακτά χρονικά διαστήματα είναι βοηθητική ώστε μια παθητική δραστηριότητα να διαδέχεται μια πιο διαδραστική (Λιβανίου, 2004·Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016). Συνεπώς η ποικιλία των μέσων και των υλικών μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη πρόσβαση των μαθητών στη γνώση, στην προσέλκυση και τη συγκέντρωση τους στην εκάστοτε εργασία ή δραστηριότητα που υλοποιείται (Μπελτσώνια, 2020). Ακόμη, είναι επιτακτική ανάγκη να περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα συχνά και σύντομα διαλείμματα που θα στοχεύουν στη χαλάρωση των μαθητών με κατάλληλες δραστηριότητες εφόσον κουράζονται αρκετά γρήγορα (Brock et al., 2009·Λιβανίου, 2004·Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Σύμφωνα με την έρευνα του Tegtmejer (2019) οι αποτελεσματικές στρατηγικές που χρησιμοποιούσαν οι εκπαιδευτικοί μέσα στην τάξη για τη διαχείριση των μαθησιακών προβλημάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ήταν η δομή και η σαφήνεια ως προς το περιεχόμενο της διδασκαλίας, η υποστήριξη της ενεργούς συμμετοχής των παιδιών με ΔΕΠΥ, ο επιπλέον χρόνος και η προσοχή που δίνονταν σε αυτά τα παιδιά.

Επομένως λαμβάνοντας υπόψη και τα παραπάνω οι οδηγίες που δίνονται από τον εκπαιδευτικό θα πρέπει να είναι απλές, σύντομες, ξεκάθαρες, σαφείς, επαναλαμβανόμενες (Αγαπητού- Χαλμπέ, 2010·Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016· Παπαναστασίου, 2019). Η επανάληψη των οδηγιών από τον εκπαιδευτικό είναι καθοριστικής σημασίας ώστε ο μαθητής να τις κατανοήσει και να υλοποιήσει την εκάστοτε δραστηριότητα. Προτού

ξεκινήσουν τα παιδιά κάποια άσκηση ή δραστηριότητα ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να βεβαιωθεί ότι έχουν κατανοήσει τι ακριβώς πρέπει να κάνουν είτε θέτοντας ερωτήματα στα παιδιά είτε ζητώντας τους να επαναλάβουν όσα είπε ο εκπαιδευτικός (Λιβανίου, 2004· Μάσχα & Καραδήμας, 2012· Παπαναστασίου, 2019). Βοηθητικό σημείο για την κατανόηση των οδηγιών είναι ο χρωματισμός της φωνής του εκπαιδευτικού όταν παραθέτει τις οδηγίες επισημαίνοντας τα βασικά σημεία (Μάσχα & Καραδήμας, 2012). Οι εικονογραφημένες οδηγίες είναι μια στρατηγική που μπορεί να ενισχύσει τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ (Galey, 2007· Παπαναστασίου, 2019).

Ο μαθητής με ΔΕΠ-Υ είναι καλό να κάθεται όσο γίνεται πιο κοντά στον εκπαιδευτικό έτσι ώστε ο εκπαιδευτικός να μπορεί να τον επαναφέρει εύκολα και να τον υποστηρίζει διακριτικά όταν το έχει ανάγκη (Παπαναστασίου, 2019). Επιπλέον, είναι σημαντικό το περιβάλλον της τάξης να είναι αρκετά ήσυχο και λιτό ώστε ο μαθητής να αποσπάται όσο το δυνατόν λιγότερο. Γι' αυτό θα πρέπει να είναι μακριά από θορύβους όπως παράθυρα, οπτικές ανακοινώσεις και γενικά ερεθίσματα (Μπελτσώνια, 2020· Παπαναστασίου, 2019). Ακόμη, είναι πολύ βοηθητικό ο μαθητής με ΔΕΠΥ να κάθεται δίπλα σε έναν ήσυχο συμμαθητή του όπου θα είναι παράδειγμα προς μίμηση και θα μπορεί να τον βοηθά χωρίς να του αποσπά την προσοχή (Arcia et al., 2000· Μπελτσώνια, 2020· Παπαναστασίου, 2019).

Καταλυτικό ρόλο παίζει η ομαδοσυνεργατική μάθηση καθώς μέσω αυτής επιτυγχάνεται η κοινωνικοποίηση και η εξέλιξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Παπαναστασίου, 2019). Επίσης, η εμπλοκή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε όλες τις δραστηριότητες είναι ύψιστης σημασίας (Αγαπητού- Χαλμπέ, 2010). Καθώς οι μαθητές προοδεύουν, οι στόχοι αυξάνονται ως προς την πολυπλοκότητα τους (Αγαπητού- Χαλμπέ, 2010· Murray et al., 2008).

Οι διδάσκοντες είναι κατάλληλα εξοπλισμένοι όταν γνωρίζουν τις δυνατότητες, τις αδυναμίες και τις ανάγκες των μαθητών τους, ώστε να αναπτύξουν κατάλληλες και αποτελεσματικές μαθησιακές και συμπεριφορικές στρατηγικές. Κάθε περίπτωση μαθητή με ΔΕΠ-Υ είναι διαφορετική επομένως δεν υπάρχουν στρατηγικές που να ταιριάζουν σε όλους τους μαθητές, συνεπώς πρέπει να υπάρχει εξατομίκευση ανάλογα με τις ανάγκες του καθενός (Geng, 2011).

Όσον αφορά τις μαθησιακές στρατηγικές θεωρούνται προληπτικές σε σχέση με τις συμπεριφορικές. Αυτό συμβαίνει διότι όταν εφαρμόζονται μαθησιακές στρατηγικές υπάρχει προσήλωση στην τροποποίηση των προηγούμενων γεγονότων όπως είναι η παρουσίαση εργασιών και η μάθηση που πιθανά προηγούνται των απρόσεκτων, παρορμητικών και γενικότερα προβληματικών συμπεριφορών. Επίσης, οι μαθησιακές στρατηγικές συμβάλλουν στην αλλαγή των προβληματικών συμπεριφορών. Συνεπώς, ο ρόλος των

μαθησιακών στρατηγικών είναι διττός σε κάποιες περιπτώσεις, που σημαίνει πως στοχεύει στη βελτίωση των εκπαιδευτικών δεξιοτήτων καθώς και στην αντανακλαστική προσεκτική συμπεριφορά (DuPaul, 2007).

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται στην τάξη για παιδιά με ΔΕΠ-Υ επικεντρώνονται στη μείωση της προβληματικής συμπεριφοράς και στην αύξηση της εμπλοκής των μαθητών στις εργασίες (Tannock, 2007). Οι αποτελεσματικές στρατηγικές διδασκαλίας αποτελούν τον κύριο στόχο αντιμετώπισης των προβλημάτων της τάξης και συμβάλλουν τόσο στην ακαδημαϊκή όσο και στην κοινωνική πρόοδο των μαθητών (Hudson-Baker, 2005). Συνεπώς, η αποτελεσματική διδασκαλία στην τάξη είναι πολύ σημαντική καθώς διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο για την προετοιμασία των παιδιών προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ για την είσοδό τους στο δημοτικό σχολείο (Darling-Hammond, 2006).

1.4.3. Χρήση μαθησιακών και συμπεριφορικών στρατηγικών για τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ από τους νηπιαγωγούς γενικής και ειδικής αγωγής

Οι εκπαιδευτικοί χρησιμοποιούν κατάλληλες στρατηγικές σχετικά με τη διαχείριση της προβληματικής συμπεριφοράς, ώστε να αντιμετωπίσουν τα συμπεριφορικά και μαθησιακά προβλήματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Ζάχου, 2010· Kaiser & Rasminsky, 2009 · Πολυχρονοπούλου, 2013 · Souza & Jament, 2015).

Σύμφωνα με μελέτες των Baker et al. (2010) και Christiansen et al. (2015) οι γενικές και εύκολα εφαρμόσιμες τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς είναι πιο αποτελεσματικές για την αλλαγή των προβληματικών συμπεριφορών σε ένα προσχολικό περιβάλλον από ότι οι εξατομικευμένες στρατηγικές που στοχεύουν σε συγκεκριμένες προβληματικές περιοχές. Αυτό συμβαίνει διότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας δεν είναι συνηθισμένα σε δομημένα σχολικά περιβάλλοντα που εφαρμόζονται σύνθετα προγράμματα (Baker et al., 2010). Συνεπώς, φαίνεται ότι οι γενικές τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς οι οποίες εφαρμόζουν οι νηπιαγωγοί μπορούν να χρησιμοποιηθούν καθ' όλη τη διάρκεια των καθημερινών αλληλεπιδράσεων τους με τα παιδιά και να έχουν καλύτερη επιρροή, εφόσον είναι εύκολο να ενσωματωθούν στα καθημερινά εκπαιδευτικά προγράμματα (Baker et al., 2010· Christiansen et al., 2015).

Σύμφωνα με την έρευνα της Μάτζαρη (2016) για να μπορέσουν οι εκπαιδευτικοί, συμπεριλαμβανομένων νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής, να ξεπεράσουν τις διάφορες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν χρησιμοποιούν διάφορες στρατηγικές. Οι

στρατηγικές αυτές είναι η συνεργασία με την οικογένεια του μαθητή, η επιβράβευσή του σχετικά με τις κατάλληλες συμπεριφορές που επιδεικνύει, η δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης, επιπλέον, δίνουν μεγάλη σημασία στην συνεργασία με άλλους ειδικούς, στην επιπλέον προσοχή που θα επιδείξουν στο μαθητή, όπως επίσης και στην επιβολή ορίων και κανόνων καθώς και στην ανάθεση αρμοδιοτήτων στο παιδί με προβλήματα ΔΕΠ-Υ.

Στην έρευνα της Χρυσάφη (2017) οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής φαίνονται απόλυτα σύμφωνοι με τη χρήση αμοιβών και θετικών ενισχύσεων όπως επίσης και με τη συμμετοχή του μαθητή σε δραστηριότητες της τάξης συνδυάζοντας και την επιλογή της εξατομικευμένης διδασκαλίας σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς γενικής αγωγής που τείνουν να συμφωνούν με τις συγκεκριμένες στρατηγικές. Στην έρευνα της Μαυρίδου (2020) παρατηρείται αντίστοιχα ότι οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής χρησιμοποιούν τα συστήματα ανταμοιβής περισσότερο από τους εκπαιδευτικούς γενικής αγωγής. Ένα μεγάλο ποσοστό εκπαιδευτικών προβαίνουν στην εφαρμογή κλασικών μεθόδων υποστήριξης των παιδιών όπως είναι η απλοποιημένη παρουσίαση της ύλης, οι συχνές επαναλήψεις καθώς και η χρήση εποπτικών μέσων χωρίς να χρησιμοποιούν πιο σύνθετες στρατηγικές, εφόσον προσδιοριστούν με ακρίβεια οι δυσκολίες που υπάρχουν στο μαθησιακό κομμάτι. Οι εκπαιδευτικοί οι οποίοι έχουν λάβει κάποια κατάρτιση στο πλαίσιο της ειδικής αγωγής, μπορούν με μεγαλύτερη ευχέρεια να αναλάβουν την υλοποίηση εξατομικευμένων προγραμμάτων (Αγαλιώτης, 2008).

Οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής προσπαθούν σε μεγαλύτερο βαθμό, να εξατομικεύσουν τις στρατηγικές, ώστε να προσαρμόζονται στις ανάγκες των μαθητών, συγκριτικά με τους νηπιαγωγούς γενικής (Μαυρίδου, 2020).

1.5.1. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των στρατηγικών διαχείρισης που χρησιμοποιούνται για τη μαθησιακή και συμπεριφορική διάσταση της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά προσχολικής ηλικίας από τους νηπιαγωγούς γενικής και ειδικής αγωγής και η σύγκριση των στρατηγικών αυτών μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών. Επίσης, η διερεύνηση των γνώσεων των δυο ομάδων εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ καθώς και η διερεύνηση της επιλογής των δυο ομάδων εκπαιδευτικών ως προς το βαθμό εμφάνισης των συμπτωμάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ανάμεσα στις δυο ομάδες εκπαιδευτικών.

Σε πρώτη φάση πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και κατόπιν διατυπώθηκαν τα ερωτήματα, που επρόκειτο να διερευνηθούν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Παρακάτω παρατίθενται τα ερευνητικά ερωτήματα για το υπο διερεύνηση θέμα.

Ερευνητικά ερωτήματα

1. Υπάρχει διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών στις γνώσεις που έχουν για τη ΔΕΠ-Υ;
2. Διαφοροποιούνται οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών ως προς την επιλογή του βαθμού εμφάνισης των συμπτωμάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ;
3. Διαφοροποιούνται οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών ως προς το βαθμό χρήσης των συμπεριφορικών και μαθησιακών στρατηγικών για την αντιμετώπιση/διαχείριση της ΔΕΠ-Υ;
4. Σχετίζεται ο βαθμός εμφάνισης των συμπτωμάτων που επιλέγουν οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών με τη χρήση συμπεριφορικών και μαθησιακών στρατηγικών αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ;
5. Διαφοροποιούνται οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών ως προς το ποιες θεωρούν πιο αποτελεσματικές στρατηγικές που χρησιμοποιούν στην αντιμετώπιση/διαχείριση της ΔΕΠ-Υ;

2^ο Κεφάλαιο: Μεθοδολογία της έρευνας

2.1 Ερευνητική στρατηγική

Η συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιεί την περιγραφική-συσχετιστική στρατηγική ώστε να δημιουργηθεί μια εικόνα για τις μαθησιακές και συμπεριφορικές στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι νηπιαγωγοί Γενικής και Ειδικής Αγωγής για την αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Όσον αφορά τις περιγραφικές-συσχετιστικές έρευνες συνίστανται, όταν απαιτείται η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ κάποιων μεταβλητών στις περιπτώσεις που μελετάται ένα φαινόμενο (Robson, 2007). Το κύριο μέλημα είναι η αποτύπωση των προτιμήσεων των εκπαιδευτικών σχετικά με τις στρατηγικές για τη ΔΕΠ-Υ αλλά και τις γνώσεις σχετικά με αυτήν και τη συμπτωματολογία της. Επίσης, επιδιώκεται και ο εντοπισμός διαφαινόμενων τάσεων και πιθανών σχέσεων μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών και άλλων δημογραφικών στοιχείων. Επιπροσθέτως, οι περιγραφικές-συσχετιστικές έρευνες συνδέονται άρρηκτα με τη χρήση ερωτηματολογίων για την καλύτερη περιγραφή ενός φαινομένου (Ζαφειρόπουλος, 2015).

Στη συγκεκριμένη μελέτη υλοποιήθηκε ποσοτική έρευνα και διενεργήθηκαν όλες οι διαδικασίες που προβλέπονται για το είδος της συγκεκριμένης έρευνας. Συνεπώς, με βάση τη βιβλιογραφία δημιουργήθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα, επίσης έγινε χρήση κλίμακας τύπου Likert όπου έχει συγκεκριμένο εύρος απαντήσεων το οποίο είναι καθορισμένο και μετρήσιμο, πράγμα που διευκολύνει τη συλλογή των δεδομένων. Στη συνέχεια μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια και αφού έγινε η συλλογή τους έπειτα πραγματοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση των δεδομένων με επιστημονικές στατιστικές μεθόδους (Cresswell, 2011). Ο τρόπος συλλογής και καταγραφής των δεδομένων στις ποσοτικές έρευνες εξυπηρετεί τη διασφάλιση της ιδιωτικότητας των ατόμων που λαμβάνουν μέρος σε αυτές (Babbie, 2011).

2.2 Συμμετέχοντες

Στην έρευνα η οποία διεξήχθη Φεβρουάριο του 2022 οι συμμετέχοντες που έλαβαν μέρος ήταν 250 εν ενεργεία νηπιαγωγοί εκ των οποίων οι 125 ήταν νηπιαγωγοί γενικής

αγωγής και οι άλλοι 125 ήταν νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής. Όσον αφορά το φύλο των συμμετεχόντων το μεγαλύτερο μέρος αποτελούνταν από γυναίκες όπου και ήταν 225 (90%) ενώ οι άνδρες ήταν 25 (10%). Σχετικά με το φύλο των εκπαιδευτικών που έλαβαν μέρος θεωρείται πως ο αριθμός των συμμετεχόντων είναι αντιπροσωπευτικός του συνολικού πληθυσμού αφού η πλειοψηφία της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης αποτελείται από γυναίκες (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2020). Αναφορικά με την ηλικία των ερωτώμενων η πρώτη ηλικιακή ομάδα αυτή των 22-30 αποτελούνταν από 34 άτομα (13,6%), η δεύτερη ηλικιακή ομάδα όπου είχε ηλικιακό φάσμα από 31-40 απαρτίζονταν από 69 άτομα (27,6%), η τρίτη ομάδα συμμετεχόντων 41-50 είχε 60 άτομα (24%) και η τελευταία με ηλικίες 51-56 είχε 87 άτομα (34,8%). Σχετικά με τα έτη υπηρεσίας οι συμμετέχοντες που είχαν από 1-10 έτη υπηρεσίας ήταν 74 άτομα (29,6%), αυτοί οι οποίοι είχαν 11-20 έτη υπηρεσίας ήταν 83 άτομα (33,2%) και οι συμμετέχοντες με 31-40 έτη υπηρεσίας ήταν 20 άτομα (8%). Η εργασιακή θέση των εκπαιδευτικών χωρίζονταν σε τρεις κατηγορίες, η πρώτη ήταν οι μόνιμοι που αποτελούνταν από 177 άτομα(70,8%), η δεύτερη ήταν οι αναπληρωτές με 73 (29,2%) και η τρίτη κατηγορία οι ωρομίσθιοι όπου δεν υπήρχε κανένα άτομο. Η ειδικότητα των εκπαιδευτικών χωρίζονταν σε δυο κατηγορίες τους νηπιαγωγούς γενικής 125 άτομα (50%) και τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής 125 (50%). Τέλος, όσον αφορά τις επιπλέον σπουδές των συμμετεχόντων 35 άτομα (14%) έχουν παρακολουθήσει διδασκαλείο, μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στη γενική αγωγή έχουν 39 άτομα (15,6%), ενώ μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στην ειδική αγωγή έχουν 59 άτομα (23,6%), διδακτορικό τίτλο σπουδών στη γενική αγωγή έχουν 4 άτομα (1,6%), ενώ διδακτορικό τίτλο στην ειδική αγωγή έχουν 2 άτομα (0,8%), πρόγραμμα επιμόρφωσης στη γενική αγωγή έχουν παρακολουθήσει 61 άτομα (24,4%), ενώ πρόγραμμα επιμόρφωσης στην ειδική 50 άτομα (20%). Αναλυτικότερος πίνακας των δημογραφικών παρατίθεται στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων.

2.3 Διαδικασίες και εργαλεία της έρευνας

Λόγω της πανδημίας Covid-19 και των ειδικών εργασιακών συνθηκών που επικρατούσαν η μέθοδος δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε ήταν δειγματοληψία ευκολίας (Creswell, 2013). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε διαδικτυακά. Το εργαλείο συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο. Για την υλοποίηση της περιγραφικής έρευνας και τη συλλογή των απαραίτητων στοιχείων χορηγούνται ερωτηματολόγια (Παπαναστασίου, Κ. & Παπαναστασίου, Ε., 2005). Το ερωτηματολόγιο είναι ένα εύχρηστο εργαλείο το οποίο βοηθάει στη συλλογή δεδομένων παρέχει στον

ερευνητή τα δεδομένα με δομημένο τρόπο. Το ερωτηματολόγιο είναι ένα εργαλείο που δεν απαιτείται η φυσική παρουσία του ερευνητή, επίσης μπορεί να αναλυθεί εύκολα και είναι ευρέως διαδεδομένο (Cohen et al., 2008). Για την παρούσα εργασία επιλέχθηκε η διεξαγωγή ποσοτικής έρευνας με δομημένο ερωτηματολόγιο προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Για να σχεδιαστεί ένα ερωτηματολόγιο είναι δύσκολη και απαιτητική εργασία καθώς πρέπει να εκπληρωθούν οι ερευνητικοί σκοποί με τα ερωτήματα που θα δημιουργηθούν από τον ερευνητή ώστε να φέρουν τις κατάλληλες απαντήσεις (Robson, 2007). Τα πιο σημαντικά στοιχεία ενός ερευνητικού εργαλείου είναι η αξιοπιστία αλλά και η εγκυρότητα που αυτό φέρει (Robson, 2007).

Για τις ανάγκες της έρευνας κατασκευάστηκε ένα ερωτηματολόγιο μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε γύρω από το θέμα. Το σύνολο των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου ήταν 20 και το ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε σε 4 ενότητες:

Η πρώτη ενότητα αποτελούνταν από έξι ερωτήσεις και αφορούσε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών τα οποία ήταν το φύλο, η ηλικία, τα έτη υπηρεσίας, η εργασιακή θέση, η ειδικότητα και οι επιπλέον σπουδές. Η δόμηση των δημογραφικών στοιχείων βασίστηκε στις ερευνητικές προσεγγίσεις της Μαυρίδου (2020), και της Σίσκου (2020).

Η δεύτερη ενότητα εμπεριείχε 9 ερωτήσεις σχετικά με το επίπεδο ετοιμότητας το οποίο έχουν οι εκπαιδευτικοί και την επάρκεια γνώσης σχετικά με την ανίχνευση και διαχείριση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Η δόμηση των ερωτήσεων της δεύτερης ενότητας βασίστηκε στις μελέτες της Μπαλασάκη (2015), της Δεληγιαννίδου (2013) και της Μάτζαρη (2016). Οι ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου σε 5-βαθμη κλίμακα τύπου Likert με τη διαβάθμιση 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ.

Η τρίτη ενότητα αναφέρονταν στη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ. Υπήρχαν δυο ερωτήσεις η καθεμία από τις οποίες αποτελούνταν από 9 υποερωτήματα τα οποία ήταν κλειστού τύπου. Οι ερωτήσεις και τα υποερωτήματα σχετικά με τη συμπτωματολογία βασίστηκαν αποκλειστικά στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-5 όπου χωρίζουν τη ΔΕΠ-Υ σε δυο παρουσίες, της απροσεξίας και της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας. Δόθηκαν λοιπόν τα κριτήρια αυτούσια όπως αυτά παρατίθενται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εργαλείο Ψυχικών Διαταραχών και καλούνταν ο εκάστοτε εκπαιδευτικός να επιλέξει ποια κρίνει ότι αντιστοιχούν στην κάθε παρουσία και να ορίσει και το επίπεδο της εμφάνισης των συμπτωμάτων. Η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε ήταν 5-βαθμη τύπου Likert με τη διαβάθμιση 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ.

Η τέταρτη και τελευταία ενότητα αποτελούνταν από δυο περιπτώσεις παιδιών με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Η πρώτη περίπτωση παιδιού με ΔΕΠ-Υ αναφέρονταν σε προβλήματα συμπεριφοράς που είχε το παιδί και επιλέχθηκε από το βιβλίο της Τρίγκα (2005) και η δεύτερη περίπτωση παιδιού με ΔΕΠ-Υ αναφέρονταν σε μαθησιακά προβλήματα από το βιβλίο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Στην πρώτη περίπτωση του παιδιού με ΔΕΠ-Υ δίνονταν 16 συμπεριφορικές στρατηγικές όπου καλούνταν οι εκπαιδευτικοί να επιλέξουν το βαθμό χρήσης των στρατηγικών που θεωρούσαν πιο κατάλληλες για τη διαχείριση του εκάστοτε παιδιού. Έπειτα, παρουσιάζονταν 15 προτεινόμενες μαθησιακές στρατηγικές αντιμετώπισης όπου χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί με βάση τη βιβλιογραφία, ώστε να διαχειριστούν τα μαθησιακά προβλήματα των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. Οι συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές που συμπεριλήφθηκαν στο ερωτηματολόγιο προήλθαν από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καθώς και από το εργαλείο Instructional and Behaviour Management Approaches Survey (IBMAS) (Martinussen et al., 2011). Το IBMAS αποτελεί ένα εργαλείο 33 στοιχείων που έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση της χρήσης μαθησιακών και συμπεριφορικών στρατηγικών από τους εκπαιδευτικούς. Το συγκεκριμένο εργαλείο χρησιμοποιήθηκε σε αντίστοιχη έρευνα με δασκάλους γενικής και ειδικής αγωγής ώστε να διαπιστωθεί ποιες στρατηγικές χρησιμοποιούν πιο συχνά και ποιες θεωρούν πιο αποτελεσματικές. Για να οριστεί ο βαθμός χρήσης της κάθε στρατηγικής χρησιμοποιήθηκε 5-βαθμη κλίμακα τύπου Likert με τη διαβάθμιση 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ. Καθοριστικό ρόλο παίζουν οι κλίμακες ιεράρχησης καθώς συμβάλλουν στη διαφοροποίηση των απαντήσεων ενώ παράλληλα παρέχουν ποσοτικά δεδομένα. Αναφορικά με τις ερωτήσεις κλειστού τύπου διευκολύνουν τους συμμετέχοντες ώστε να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, βοηθούν στην κωδικοποίηση και δίνουν την ευκαιρία ώστε να γίνουν συγκρίσεις μεταξύ των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα (Cohen et al., 2008). Τέλος, υπήρχε και μια ερώτηση ανοιχτού τύπου σχετικά με τη γνώμη των νηπιαγωγών γενικής και ειδικής για το ποιές συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές θεωρούν ως αποτελεσματικότερες. Επίσης, για τη ΔΕΠΥ και τις πληροφορίες γενικότερα γύρω από αυτήν βάση αποτέλεσε το βιβλίο του Κάκουρου & Μανιαδάκη για τη διαχείριση της ΔΕΠΥ (2016, 2018). Τέλος, το συγκεκριμένο εργαλείο παρατίθενται και στο Παράρτημα της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε σε ηλεκτρονική μορφή, μέσω του Google Forms. Αφού οριστικοποιήθηκε η τελική μορφή του στάλθηκε σε νηπιαγωγεία Γενικής και Ειδικής αγωγής στο Νομό Θεσσαλονίκης. Η δημιουργία και η διανομή του ερωτηματολογίου έγινε σε ηλεκτρονική μορφή γεγονός που διευκόλυνε τη συλλογή των

αποτελεσμάτων (Cresswell, 2011), καθώς το δείγμα βρισκόταν σε σχολεία όλου του νομού Θεσσαλονίκης. Το ερωτηματολόγιο στάλθηκε μέσω email στα νηπιαγωγεία αφού προηγήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με τον/την διευθύντρια του εκάστοτε νηπιαγωγείου, ώστε να εξασφαλιστεί η απαραίτητη άδεια. Έπειτα, έγινε ενημέρωση σχετικά με το σκοπό της έρευνας και τη διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, έτσι ώστε να ενισχυθεί η πιθανότητα ειλικρινούς και αυθόρμητης απάντησης των ερωτηθέντων, συνθήκη η οποία εξασφαλίζει την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Προκειμένου να διασφαλιστεί ένα ικανοποιητικό ποσοστό απόκρισης στα ερωτηματολόγια, οι οδηγίες για τη συμπλήρωσή τους ήταν σαφείς ως προς τη διατύπωση (Robson, 2007). Αφού στάλθηκε το ερωτηματολόγιο υπήρχε επισήμανση στο μήνυμα που το συνόδευε να συμπληρωθεί από όλους τους νηπιαγωγούς γενικής και ειδικής αγωγής που εργάζονταν σε κάθε νηπιαγωγείο. Η διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 10-15 λεπτά. Η διαδικασία διήρκησε από τον Φεβρουάριο του 2022 έως τον Αύγουστο του 2022. Στα δεδομένα της έρευνας δεν υπήρξαν ελλειπούσες τιμές καθώς όλα τα πεδία του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου ήταν δεσμευμένα με υποχρεωτικές απαντήσεις και οι 250 συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, απαντώντας σε όλες τις ερωτήσεις.

Αφού έγινε η συλλογή τους ξεκίνησε η κωδικοποίηση των δεδομένων στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

2.4 Ανάλυση των δεδομένων

Η καταχώρηση των στοιχείων από τους 250 συμμετέχοντες του δείγματος έγινε σε βάση δεδομένων στο στατιστικό πακέτο SPSS 20.0 for windows, από όπου έγινε και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Η ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών τους έγινε μέσα από πίνακες συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων %. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων καθώς και του ίδιου του ερωτηματολογίου διενεργήθηκε έλεγχος με το συντελεστή Cronbach's alpha. Έπειτα έγινε έλεγχος κανονικότητας με τη χρήση των στατιστικών κριτηρίων Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk όπου διαπιστώθηκε ότι τα δεδομένα δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Για τον λόγο αυτό για την ανάλυση τους χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά τεστ. Επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το $\alpha=0,05$.

Ειδικότερα, ο έλεγχος Mann-Whitney χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να εντοπίσει διαφορές μεταξύ των νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής στις υπό εξέταση ερωτήσεις της εκάστοτε ενότητας του ερωτηματολογίου. Λόγω των έντονων διαφοροποιήσεων που

εντοπίστηκαν μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών κρίθηκε αναγκαίο να γίνει διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία, έτη υπηρεσίας, εργασιακή θέση, επιπλέον σπουδές) στο επίπεδο γνώσης που δηλώνουν οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών ως προς τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ καθώς και στην στην επιλογή του βαθμού εμφάνισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και στο βαθμό χρήσης των στρατηγικών από τις δυο ομάδες εκπαιδευτικών. Επίσης, για να βρεθούν οι βαθμοί συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών της συμπτωματολογίας και των στρατηγικών εκτελέστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Spearman. Τέλος με τη χρήση του στατιστικού κριτηρίου χ^2 έγινε η σύγκριση της ανοικτής ερώτησης σχετικά με το ποιες από τις συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές αντιμετώπισης που αναφέρονταν είναι πιο αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Παρακάτω παρατίθενται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα που διεξήχθη.

3^ο Κεφάλαιο: Αποτελέσματα

3.1. Έλεγχοι

3.1.1 Έλεγχος αξιοπιστίας Cronbach's alpha

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων καθώς και του ίδιου του ερωτηματολογίου διενεργήθηκε έλεγχος Cronbach's alpha. Ο συντελεστής αυτός λαμβάνει τιμές από 0 έως 1, όπου το 0 ερμηνεύεται ως έλλειψη αξιοπιστίας και το 1 ως ισχυρά αξιόπιστη κλίμακα. Ο συντελεστής Cronbach's alpha για τιμές μεγαλύτερες του .70 υποδεικνύει ότι υπάρχει αξιοπιστία και καθώς η τιμή του Cronbach's alpha πλησιάζει στο 1 τόσο πιο αξιόπιστο είναι, τόσο το εργαλείο (ερωτηματολόγιο) όσο και τα αποτελέσματα. Ο πίνακας 1 παρουσιάζει τις τιμές Cronbach's alpha σε κάθε διάσταση του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 1

Τιμές Cronbach's alpha σε κάθε κλίμακα και για όλο το ερωτηματολόγιο

	Cronbach's alpha
Επίπεδο ετοιμότητας και επάρκεια γνώσης νηπιαγωγών στη διαχείριση παιδιών με ΔΕΠ-Υ	.869
Συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ (Απροσεξία)	.841
Συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ (Υπερκινητικότητα/Παρορμητικότητα)	.883
Συμπεριφορικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ	.815
Μαθησιακές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ	.858
Συνολικά στο ερωτηματολόγιο	.928

Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's α ήταν αρκετά υψηλός σε όλες τις περιπτώσεις. Συγκεκριμένα, για όλη την κλίμακα-ερωτηματολόγιο ο συντελεστής α ήταν .928 (Πίνακας 1). Σχετικά με την κάθε κλίμακα ξεχωριστά ο συντελεστής α κυμαινόταν σε αρκετά υψηλά επίπεδα και σίγουρα πάνω από 0.8 (από .815 έως .883) που σημαίνει ότι υπάρχει υψηλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Ελέγχθηκε το ενδεχόμενο απομάκρυνσης κάποιας ερώτησης (if item deleted) όπου φάνηκε ότι καμία από τις ερωτήσεις δεν χρειαζόταν να απομακρυνθεί από την κλίμακα, εφόσον απομακρύνοντας κάποια ερώτηση δεν υπήρχε ιδιαίτερη μεταβολή στις τιμές του α .

3.1.2. Τεστ κανονικότητας των μεταβλητών

Το t-τεστ για ανεξάρτητα δείγματα συνήθως εφαρμόζεται στις περιπτώσεις που πρέπει να συγκριθούν δύο υπο-ομάδες (δείγματα) ως προς μία μεταβλητή. Προϋπόθεση όμως για να χρησιμοποιηθεί το t-test είναι η κανονικότητα των μεταβλητών. Σε περίπτωση που διαπιστώνεται ότι υπάρχουν σοβαρές αποκλίσεις από την κανονικότητα, ο στατιστικός έλεγχος t δεν είναι πλέον κατάλληλος και για το λόγο αυτό χρησιμοποιείται το κριτήριο Mann-Whitney, (το οποίο δεν προϋποθέτει κανονικότητα). Το κριτήριο Mann-Whitney ταξινομεί τα δεδομένα και χρησιμοποιεί τη συγκεκριμένη κατάταξη για την εξαγωγή του τελικού συμπεράσματος. Επομένως, προηγήθηκε έλεγχος κανονικότητας με χρήση του στατιστικού κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους πίνακες 2 έως 6. Το Τεστ κανονικότητας έγινε για το σύνολο των ερωτήσεων που εμπεριέχονται στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου και αφορούν την επάρκεια γνώσης και την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ (απεικονίζεται στον πίνακα 2), επίσης έγινε για το σύνολο των ερωτήσεων που υπάρχουν στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου και αφορούν τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ η οποία απαρτίζεται από την απροσεξία και την υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα (απεικονίζεται στους πίνακες 3 και 4 αντίστοιχα) καθώς και για το σύνολο των ερωτήσεων που αφορούν το τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου και αφορούν τις συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ (όπως απεικονίζονται στον πίνακα 5 και 6 αντίστοιχα).

Πίνακας 2

Τεστ κανονικότητας για τις υπό εξέταση μεταβλητές (Επίπεδο ετοιμότητας και επάρκεια γνώσης)

	Kolmogorov- Smirnov Z	df	Asymp. Sig. (2- tailed)	Shapiro- Wilk	df	Asymp. Sig. (2- tailed)
7. Πόσο καλά γνωρίζετε τι είναι ΔΕΠΥ;	0,285	250	,000	0,854	250	,000
8. Έχετε εμπειρία με παιδιά με ΔΕΠΥ;	0,240	250	,000	0,885	250	,000
9. Θεωρείται ότι η εκπαίδευση σας ήταν ικανοποιητική για την ανίχνευση/εντοπισμό παιδιών με ΔΕΠ-Υ;	0,237	250	,000	0,871	250	,000
10. Πιστεύετε ότι μπορείτε να ξεχωρίσετε τη φυσιολογική ζωηρότητα ενός νηπίου από τη ζωηρότητα που παρουσιάζει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ;	0,342	250	,000	0,809	250	,000
11. Έχει συμβεί να πιστεύετε ότι η συμπεριφορά κάποιου μαθητή υποδηλώνει πως έχει ΔΕΠΥ, παρόλο που ο μαθητής δεν είχε επίσημη διάγνωση;	0,337	250	,000	0,795	250	,000
12. Γνωρίζετε στρατηγικές που μπορείτε να χρησιμοποιήσετε ώστε να διαχειριστείτε ένα παιδί με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ;	0,269	250	,000	0,872	250	,000
13. Μεγαλύτερη γνώση ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ; [Νηπιαγωγοί Γενικής Αγωγής]	0,291	250	,000	0,821	250	,000

13. Μεγαλύτερη γνώση ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ; [Νηπιαγωγοί Ειδικής Αγωγής]	0,290	250	,000	0,756	250	,000
13. Μεγαλύτερη γνώση ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ; [Ψυχολόγοι]	0,259	250	,000	0,833	250	,000
13. Μεγαλύτερη γνώση ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ; [Λογοθεραπευτές]	0,238	250	,000	0,879	250	,000
13. Μεγαλύτερη γνώση ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ; [Εργοθεραπευτές]	0,307	250	,000	0,763	250	,000
14. Θεωρείτε ότι η εκπαίδευση σας ήταν ικανοποιητική για την υποστήριξη παιδιών με ΔΕΠ-Υ;	0,221	250	,000	0,892	250	,000
15. Βαθμός επιρροής στην επάρκεια της γνώσης στις στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. [α] Οι σπουδές σας]	0,173	250	,000	0,899	250	,000
15. Βαθμός επιρροής στην επάρκεια της γνώσης στις στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. [β] Η διδακτική σας εμπειρία]	0,233	250	,000	0,832	250	,000
15. Βαθμός επιρροής στην επάρκεια της γνώσης στις στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. [γ] Η συνεργασία με άλλους εκπαιδευτικούς]	0,220	250	,000	0,893	250	,000
15. Βαθμός επιρροής στην επάρκεια της γνώσης στις στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. [δ] Η συνεργασία με επαγγελματίες ψυχικής υγείας]	0,224	250	,000	0,895	250	,000
15. Βαθμός επιρροής στην επάρκεια της γνώσης στις στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. [ε] Η παρακολούθηση επιμορφωτικών προγραμμάτων]	0,259	250	,000	0,845	250	,000
15. Βαθμός επιρροής στην επάρκεια της γνώσης στις στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. [στ] Η μελέτη επιστημονικού υλικού (βιβλίων, άρθρων)]	0,245	250	,000	0,858	250	,000

Πίνακας 3

Τεστ κανονικότητας για τις υπό εξέταση μεταβλητές (Συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ - Απροσεξία)

	Kolmogorov-Smirnov Z	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Shapiro-Wilk	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
α) Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή του/της σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, ή κατά τη διάρκεια άλλων δραστηριοτήτων (π.χ. παραβλέπει ή δεν προσέχει λεπτομέρειες)	0,256	250	,000	0,795	250	,000
β) Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του/της σε εργασίες ή δραστηριότητες παιχνιδιού (π.χ. δυσκολεύεται να παραμείνει συγκεντρωμένος (-η) κατά τη διάρκεια μαθημάτων, συζητήσεων ή μακροσκελούς ανάγνωσης).	0,345	250	,000	0,692	250	,000
γ) Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του/της απευθύνεται ο λόγος (π.χ. το μυαλό φαίνεται να είναι αλλού ακόμα και εν απουσία οποιουδήποτε εμφανούς περισπασμού).	0,250	250	,000	0,798	250	,000
δ) Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει τη σχολική εργασία, δουλειές που του/της ανατίθενται (π.χ. ξεκινάει κάποια εργασία αλλά γρήγορα χάνει το επίκεντρο της προσοχής του/της και εύκολα υπεισέρχονται στην προσοχή του/της)	0,247	250	,000	0,790	250	,000
ε) 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/της είναι ακατάστατη και ανοργάνωτη, δυσκολεύεται στη	0,267	250	,000	0,804	250	,000
στ) Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή δείχνει απροθυμία να εμπλακεί σε εργασίες που απαιτούν παρατεταμένη	0,285	250	,000	0,835	250	,000

πνευματική προσπάθεια (π.χ. σχολική εργασία ή προπαρασκευή των μαθημάτων στο σπίτι).						
ζ) Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. σχολικό υλικό, μολύβια, βιβλία, εργαλεία).	0,297	250	,000	0,833	250	,000
η) Συχνά η προσοχή του/της διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα	0,339	250	,000	0,701	250	,000
θ) Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες	0,285	250	,000	0,851	250	,000

Πίνακας 4

Τεστ κανονικότητας για τις υπό εξέταση μεταβλητές (Συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ - Υπερκινητικότητα/Παρορμητικότητα)

	Kolmogorov-Smirnov Z	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Shapiro-Wilk	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
α) Συχνά κινεί νευρικά ή χτυπάει τα χέρια και τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του/της.	0,361	250	,000	0,686	250	,000
β) Συχνά σηκώνεται από τη θέση του/ της σε περιστάσεις όπου αναμένεται να παραμείνει καθιστός (-η) (π.χ. σηκώνεται από τη θέση του/της στην τάξη, στις οποίες απαιτείται να παραμείνει καθιστός (-ή)).	0,374	250	,000	0,668	250	,000
γ) Συχνά τρέχει εδώ και εκεί ή σκαρφαλώνει, σε περιστάσεις όπου δεν αρμόζει.	0,336	250	,000	0,700	250	,000
δ) Συχνά δεν μπορεί να παίξει, να συμμετέχει σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ή συχα.	0,266	250	,000	0,801	250	,000
ε) Συχνά βρίσκεται σε διαρκή κίνηση και ενεργεί σαν να “κινείται από μηχανή” (π.χ. δεν μπορεί ή νιώθει άβολα να κάθεται ακίνητος (-η) για παρατεταμένο χρονικό διάστημα και οι άλλοι μπορεί να τον/ την βλέπουν ως αεικίνητο (-η) και δύσκολο να τον/την ακολουθήσουν	0,365	250	,000	0,695	250	,000
στ) Συχνά μιλά 4 και ακατάπαυστα.	0,247	250	,000	0,863	250	,000
ζ) Συχνά απαντά απερίσκεπτα προτού ολοκληρωθεί η ερώτηση (π.χ. συμπληρώνει τις προτάσεις των ανθρώπων, δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του/της σε μία συζήτηση).	0,260	250	,000	0,831	250	,000
η) Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του/της (π.χ. όταν περιμένει στην ουρά).	0,246	250	,000	0,802	250	,000
θ) Συχνά διακόπτει ή παρεμβαίνει στους άλλους (π.χ. παίρνει τον λόγο απρόσκλητα σε συζητήσεις, παιχνίδια, ή δραστηριότητες, μπορεί να αρχίσει να χρησιμοποιεί τα πράγματα των άλλων χωρίς να ζητήσει ή να πάρει την άδειά τους).	0,256	250	,000	0,830	250	,000

Πίνακας 5

Τεστ κανονικότητας για τις υπό εξέταση μεταβλητές (Συμπεριφορικές στρατηγικές)

	Kolmogorov-Smirnov Z	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Shapiro-Wilk	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
α. Δημιουργία θετικού κλίματος στην τάξη και σχέση εμπιστοσύνης με τον μαθητή	0,328	250	,000	0,697	250	,000
β. Επιβολή ορίων (π.χ θέσπιση ξεκάθαρων κανόνων συμπεριφοράς)	0,444	250	,000	0,587	250	,000
γ. Κανόνες διατυπωμένοι με θετικό τρόπο	0,408	250	,000	0,647	250	,000
δ. Αποτελεσματικές εντολές (λίγες, απλές και σύντομες)	0,479	250	,000	0,506	250	,000

ε. Εικονογραφημένες εντολές	0,305	250	,000	0,749	250	,000
στ. Συστηματική αδιαφορία σε ανεπιθύμητη συμπεριφορά (απόσβεση)	0,262	250	,000	0,858	250	,000
ζ. Έπαινος και θετική ενίσχυση	0,423	250	,000	0,629	250	,000
η. Συστήματα ανταμοιβής (υλική ή κοινωνική ανταμοιβή) και συμβολική ενίσχυση	0,253	250	,000	0,818	250	,000
θ. Κόστος δράσεων (αφαίρεση προνομίων) και διακοπή θετικής ενίσχυσης	0,267	250	,000	0,867	250	,000
ι. Λεκτικές τεχνικές όπως έλεγχος της φωνής (χαμηλή ένταση της φωνής και σταθερός τόνος)	0,313	250	,000	0,725	250	,000
κ. Σύντομες επαναλαμβανόμενες οδηγίες και χρήση των ονομάτων των παιδιών	0,287	250	,000	0,735	250	,000
λ. Μη λεκτικές τεχνικές όπως βλεμματική επαφή και σωματική επαφή όπως ένα απαλό άγγιγμα στον ώμο	0,285	250	,000	0,756	250	,000
μ. Καθιέρωση καθημερινής ρουτίνας και δημιουργία δομημένου περιβάλλοντος	0,381	250	,000	0,658	250	,000
ν. Συχνή ενίσχυση εξατομικευμένη, διαφοροποιημένη και όσο το δυνατόν χρονικά κοντά στην επιθυμητή συμπεριφορά	0,376	250	,000	0,673	250	,000
ξ. Επιπλήξεις με σύντομο και ήρεμο τρόπο	0,268	250	,000	0,810	250	,000
ο. Ανάθεση αρμοδιοτήτων σε μαθητή ως βοηθός του εκπαιδευτικού	0,262	250	,000	0,777	250	,000

Πίνακας 6

Τεστ κανονικότητας για τις υπό εξέταση μεταβλητές (Μαθησιακές στρατηγικές)

	Kolmogorov-Smirnov Z	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Shapiro-Wilk	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
α. Δομή και σαφήνεια των περιεχομένων και του στόχου της διδασκαλίας	0,317	250	,000	0,723	250	,000
β. Υποστήριξη της ενεργούς συμμετοχής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ	0,381	250	,000	0,673	250	,000
γ. Επιπλέον χρόνος και προσοχή στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ	0,308	250	,000	0,746	250	,000
δ. Εικονογραφημένες οδηγίες	0,253	250	,000	0,785	250	,000
ε. Παροχή επιλογών στους μαθητές (π.χ. ως προς τις εργασίες που θέλουν να επιλέξουν ή τους συνεργάτες για την εργασία)	0,223	250	,000	0,833	250	,000
στ. Απλές, σύντομες, ξεκάθαρες, σαφείς επαναλαμβανόμενες οδηγίες	0,464	250	,000	0,558	250	,000
ζ. Χωρισμός των εργασιών σε μικρότερα τμήματα	0,349	250	,000	0,693	250	,000
η. Σταδιακή επίτευξη στόχων	0,302	250	,000	0,732	250	,000
θ. Εναλλαγή παθητικών δραστηριοτήτων με διαδραστικές ανά τακτά χρονικά διαστήματα και συχνά διαλείμματα με χαλαρωτικές δραστηριότητες	0,367	250	,000	0,676	250	,000
ι. Ποικιλία εκπαιδευτικού υλικού (χρήση εικόνων και υλικών) και παρουσίαση του με πολλούς διαφορετικούς τρόπους (ζωγραφική, ιστορίες, μουσική)	0,393	250	,000	0,644	250	,000
κ. Ομαδοσυνεργατική μάθηση	0,268	250	,000	0,822	250	,000
λ. Οργάνωση τάξης (ο μαθητής κάθεται κοντά στον εκπαιδευτικό ή σε κάποιον μαθητή πρότυπο και βρίσκεται μακριά από διασπαστικούς παράγοντες)	0,251	250	,000	0,751	250	,000
μ. Εμπλοκή του μαθητή σε όλες τις δραστηριότητες	0,260	250	,000	0,831	250	,000
ν. Συχνή επανάληψη των οδηγιών από τον εκπαιδευτικό	0,292	250	,000	0,731	250	,000
ξ. Ο εκπαιδευτικός θέτει ερωτήματα ώστε να διαπιστώσει το βαθμό κατανόησης των οδηγιών για την επικείμενη δραστηριότητα	0,279	250	,000	0,776	250	,000

Έχοντας ελέγξει την κανονικότητα του δείγματος σε όλες τις μεταβλητές η έλλειψη αυτής οδήγησε στη χρήση του μη παραμετρικού τεστ Mann-Whitney στις περισσότερες επιμέρους συγκρίσεις.

Συγκεκριμένα, με τη χρήση του στατιστικού ελέγχου Mann-Whitney έγινε η σύγκριση της ειδικότητας (Γενικής/Ειδικής αγωγής) με όλες τις υπό εξέταση μεταβλητές του ερωτηματολογίου ώστε να εντοπιστεί αν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων. Παρακάτω αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας και συγκεκριμένα η περιγραφική και επαγωγική στατιστική που πραγματοποιήθηκε.

3.2. Περιγραφικές αναλύσεις

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 250 άτομα από τα οποία τα μισά (125 άτομα) είναι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής και τα άλλα μισά (125 άτομα) νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής. Η πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, φύλο, ηλικία, έτη υπηρεσίας, εργασιακή θέση, επιπλέον σπουδές του υπό μελέτη πληθυσμού όπως αυτά παρουσιάζονται στον πίνακα 7 σε συχνότητες και ποσοστά.

Πίνακας 7

Συχνότητες και ποσοστά δημογραφικών στοιχείων των νηπιαγωγών γενικής και ειδικής

		Γενικής Αγωγής		Ειδικής Αγωγής	
		Συχνότητα	Ποσοστό%	Συχνότητα	Ποσοστό%
Φύλο	Ανδρας	6	4.8	19	15.2
	Γυναίκα	119	95.2	106	84.8
Ηλικία	22-30	5	4.0	29	23.2
	31-40	20	16.0	49	39.2
	41-50	34	27.2	26	20.8
	51-65	66	52.8	21	16.8
Έτη υπηρεσίας	1-10	14	11.2	60	48.0
	11-20	41	32.8	32	25.6
	21-30	56	44.8	27	21.6
	31-40	14	11.2	6	4.8
Εργασιακή θέση	Μόνιμος	113	90.4	64	51.2
	Αναπληρωτής	12	9.6	61	48.8
Επιπλέον σπουδές	Διδασκαλείο	28	22.4	7	5.6
	Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών στη γενική αγωγή	21	16.8	18	14.4
	Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών στην ειδική αγωγή	11	8.8	48	38.4
	Διδακτορικός τίτλος σπουδών στη γενική αγωγή	2	1.6	2	1.6

	Γενικής Αγωγής		Ειδικής Αγωγής	
	Συχνότητα	Ποσοστό%	Συχνότητα	Ποσοστό%
Διδακτορικός τίτλος σπουδών στη ειδική αγωγή	0	0.0	2	1.6
Πρόγραμμα επιμόρφωσης στην γενική αγωγή	52	41.6	9	7.2
Πρόγραμμα επιμόρφωσης στην ειδική αγωγή	11	8.8	39	31.2

Παρακάτω σχολιάζονται όλες οι εκτιμήσεις των συχνοτήτων αυτού του μέρους του ερωτηματολογίου σύμφωνα με τον πίνακα 7.

Φύλο: Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα ανήκει στις γυναίκες. Συγκεκριμένα συμμετείχαν στην έρευνα 119 γυναίκες γενικής αγωγής (95.2%) ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών ειδικής αγωγής ήταν 84.8% (106 γυναίκες).

Ηλικία: Στην έρευνα συμμετείχαν άτομα όλων των ηλικιών. Οι περισσότεροι εκ των νηπιαγωγών γενικής αγωγής (52.8%) ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 51-65 ετών και ακολουθεί η ομάδα 41-50 με ποσοστό 27.2%. Από τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής οι περισσότεροι ερωτώμενοι βρίσκονται στην ηλικιακή κατηγορία 31-40 (39.2%) και 22-30 (23.2%) ενώ μικρότερο είναι το ποσοστό των ερωτώμενων από 41-50 ετών (20.8%) και 51-65 ετών (16.8%).

Έτη υπηρεσίας: Στους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής υπάρχουν, κατ' αντιστοιχία και με τις ηλικιακές κατηγορίες, ερωτώμενοι με 21-30 έτη υπηρεσίας σε ποσοστό 44.8% και με 11-20 έτη με ποσοστό 32.8%. Το ίδιο ποσοστό καταλαμβάνουν οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής με 1-10 και 31-40 έτη υπηρεσίας (11.2%). Μικρότερη εμπειρία φαίνεται να έχουν οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής του δείγματος καθώς το 48% έχουν από 1 έως 10 έτη υπηρεσίας και το 25.6% από 11 έως 20.

Εργασιακή θέση: Το δείγμα της έρευνας περιείχε μόνιμους αλλά και αναπληρωτές. Η συντριπτική πλειοψηφία των νηπιαγωγών γενικής αγωγής, η οποία αντιστοιχούσε σε ποσοστό 90.4%, εργάζονταν σαν μόνιμοι ενώ μοιρασμένοι ήταν οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής καθώς το 51.2% ήταν μόνιμοι και το υπόλοιπο 48.8% αναπληρωτές.

Επιπλέον σπουδές: Σχετικά με τις επιπλέον σπουδές που είχαν πραγματοποιήσει οι συμμετέχοντες, το 41.6% των νηπιαγωγών γενικής αγωγής είχε παρακολουθήσει πρόγραμμα επιμόρφωσης στην γενική αγωγή, το 22.4% διδασκαλείο και το 16.8% κατείχε

μεταπτυχιακό τίτλο στη γενική αγωγή. Στους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής, το μεγαλύτερο ποσοστό κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο στην ειδική αγωγή (38.4%) και είχε παρακολουθήσει πρόγραμμα επιμόρφωσης στην ειδική αγωγή (31.2%) ενώ αρκετά υψηλό ήταν το ποσοστό (14.4%) των ατόμων που είχαν μεταπτυχιακό τίτλο στη γενική αγωγή.

Μετά την παρουσίαση των περιγραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος ακολουθεί η επαγωγική στατιστική όπου για να γίνει η σύγκριση των μεταβλητών μεταξύ των δυο ομάδων των συμμετεχόντων (νηπιαγωγοί γενικής/νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής) και για να διερευνηθούν αν υπάρχουν στατιστικές διαφορές μεταξύ τους διενεργήθηκαν προηγουμένως έλεγχοι αξιοπιστίας και έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών ώστε να αποφασισθεί το κατάλληλο παραμετρικό ή μη παραμετρικό τεστ.

3.3. Επαγωγική στατιστική

3.3.1 Επίπεδο ετοιμότητας και επάρκεια γνώσης των εκπαιδευτικών στη διαχείριση παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Αρχικά στον πίνακα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης των απαντήσεων σχετικά με το επίπεδο ετοιμότητας και επάρκειας γνώσης των δυο ομάδων εκπαιδευτικών στη διαχείριση παιδιών με ΔΕΠΥ με το test Mann-Whitney ενώ στο Γράφημα 1 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και τα αντίστοιχα διαστήματα εμπιστοσύνης σε επίπεδο 95% (95% Confidence Interval) για τις αντίστοιχες ερωτήσεις. Η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε για τις απαντήσεις είναι 5-βαθμη τύπου Likert με τη διαβάθμιση 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ.

Πίνακας 1

Σύγκριση των Μ.Ο. των απαντήσεων των δυο ομάδων σχετικά με την ετοιμότητα και επάρκεια γνώσης τους με το μη-παραμετρικό τεστ Mann-Whitney

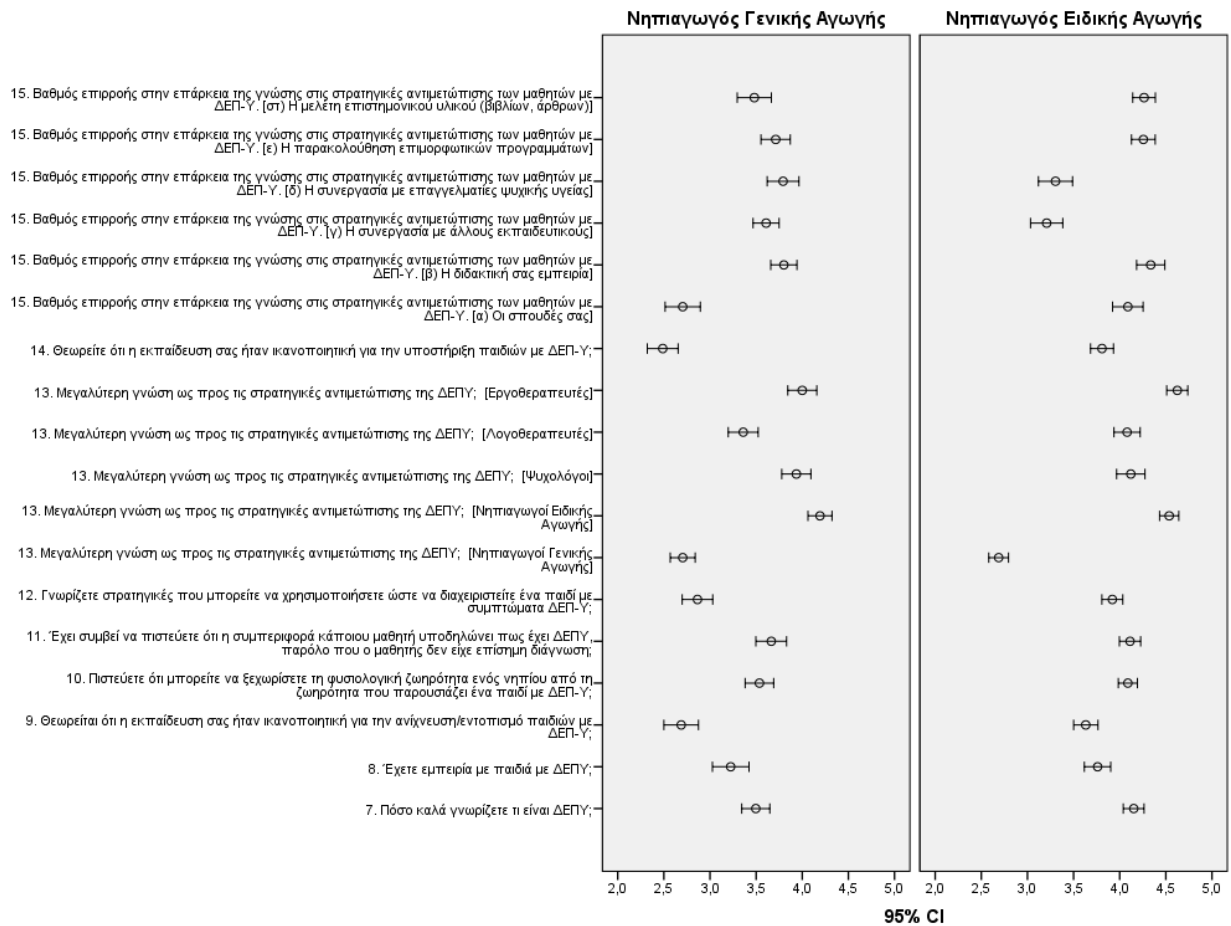
		M.O.	T.A.	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
7. Πόσο καλά γνωρίζετε τι είναι ΔΕΠΥ;	Γεν. Αγωγής	3,50	0,86	125	98,96	4494,50	,000
	Ειδ. Αγωγής	4,15	0,64	125	152,04		
8. Έχετε εμπειρία με παιδιά με ΔΕΠΥ;	Γεν. Αγωγής	3,22	1,12	125	108,37	5671,00	,000
	Ειδ. Αγωγής						

	Ειδ.	3,76	0,81	125	142,63		
	Αγωγής						
	Γεν.	2,69	1,06	125	93,16		
9. Θεωρείται ότι η εκπαίδευση σας ήταν ικανοποιητική για την ανίχνευση/εντοπισμό παιδιών με ΔΕΠ-Υ;	Αγωγής					3769,50	,000
	Ειδ.	3,63	0,75	125	157,84		
	Αγωγής						
	Γεν.	3,54	0,88	125	103,56		
10. Πιστεύετε ότι μπορείτε να ξεχωρίσετε τη φυσιολογική ζωηρότητα ενός νηπίου από τη ζωηρότητα που παρουσιάζει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ;	Αγωγής					5070,00	,000
	Ειδ.	4,09	0,58	125	147,44		
	Αγωγής						
	Γεν.	3,66	0,94	125	108,64		
11. Έχει συμβεί να πιστεύετε ότι η συμπεριφορά κάποιου μαθητή υποδηλώνει πως έχει ΔΕΠΥ, παρόλο που ο μαθητής δεν είχε επίσημη διάγνωση;	Αγωγής					5705,50	,000
	Ειδ.	4,11	0,65	125	142,36		
	Αγωγής						
	Γεν.	2,86	0,94	125	87,21		
12. Γνωρίζετε στρατηγικές που μπορείτε να χρησιμοποιήσετε ώστε να διαχειριστείτε ένα παιδί με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ;	Αγωγής					3026,00	,000
	Ειδ.	3,92	0,64	125	163,79		
	Αγωγής						
	Γεν.	2,70	0,76	125	126,70		
13. Μεγαλύτερη γνώση ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ; [Νηπιαγωγοί Γενικής Αγωγής]	Αγωγής					7663,00	,771
	Ειδ.	2,69	0,60	125	124,30		
	Αγωγής						
	Γεν.	4,19	0,74	125	109,36		
13. Μεγαλύτερη γνώση ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ; [Νηπιαγωγοί Ειδικής Αγωγής]	Αγωγής					5795,00	,000
	Ειδ.	4,54	0,59	125	141,64		
	Αγωγής						
	Γεν.	3,94	0,90	125	117,56		
13. Μεγαλύτερη γνώση ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ; [Ψυχολόγοι]	Αγωγής					6820,50	,063
	Ειδ.	4,12	0,87	125	133,44		
	Αγωγής						
	Γεν.	3,36	0,92	125	98,94		
13. Μεγαλύτερη γνώση ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ; [Λογοθεραπευτές]	Αγωγής					4492,00	,000
	Ειδ.	4,08	0,80	125	152,06		
	Αγωγής						
	Γεν.	4,00	0,89	125	99,88		
13. Μεγαλύτερη γνώση ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ; [Εργοθεραπευτές]	Αγωγής					4609,50	,000
	Ειδ.	4,62	0,64	125	151,12		
	Αγωγής						
	Γεν.	2,49	0,95	125	80,74		
14. Θεωρείτε ότι η εκπαίδευση σας ήταν ικανοποιητική για την υποστήριξη παιδιών με ΔΕΠ-Υ;	Αγωγής					2218,00	,000
	Ειδ.	3,81	0,70	125	170,26		
	Αγωγής						
	Γεν.	2,70	1,08	125	85,37		
15. Βαθμός επιρροής στην επάρκεια της γνώσης στις στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. [α] Οι σπουδές σας]	Αγωγής					2796,00	,000
	Ειδ.	4,09	0,93	125	165,63		
	Αγωγής						
	Γεν.	3,80	0,80	125	102,14		
15. Βαθμός επιρροής στην επάρκεια της γνώσης στις στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. [β] Η διδακτική σας εμπειρία]	Αγωγής					4893,00	,000
	Ειδ.	4,34	0,86	125	148,86		
	Αγωγής						
	Γεν.	3,61	0,80	125	139,74		
15. Βαθμός επιρροής στην επάρκεια της γνώσης στις στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. [γ] Η συνεργασία με άλλους εκπαιδευτικούς]	Αγωγής					6032,50	,001
	Ειδ.	3,21	0,99	125	111,26		
	Αγωγής						
	Γεν.	3,79	0,97	125	142,97		
15. Βαθμός επιρροής στην επάρκεια της γνώσης στις στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. [δ] Η συνεργασία με επαγγελματίες ψυχικής υγείας]	Αγωγής					5629,00	,000
	Ειδ.	3,30	1,05	125	108,03		
	Αγωγής						
	Γεν.	3,71	0,90	125	104,60		
15. Βαθμός επιρροής στην επάρκεια της γνώσης στις στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. [ε] Η συνεργασία με άλλους εκπαιδευτικούς]	Αγωγής					5200,00	,000

ΔΕΠ-Υ. [ε] Η παρακολούθηση επιμορφωτικών προγραμμάτων]	Ειδ. Αγωγής	4,26	0,73	125	146,40		
15. Βαθμός επιρροής στην επάρκεια της γνώσης στις στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. [στ] Η μελέτη επιστημονικού υλικού (βιβλίων, άρθρων)]	Γεν. Αγωγής	3,48	1,04	125	98,36	4420,00	,000
	Ειδ. Αγωγής	4,26	0,70	125	152,64		

Γράφημα 1

95% Διαστήματα εμπιστοσύνης για τις μέσες τιμές των απαντήσεων στις ερωτήσεις της ετοιμότητας και επάρκειας γνώσης εκπαιδευτικών (ανά ειδικότητα)



Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 8 υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής σε όλες σχεδόν τις ερωτήσεις που αναφέρονται στο επίπεδο ετοιμότητας και επάρκειας γνώσης στη διαχείριση παιδιών με ΔΕΠΥ. Εκεί που δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά και οι απόψεις νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής συμπίπτουν, ήταν στην ερώτηση "ποια/ποιες επιστημονικές ειδικότητες πιστεύετε ότι έχουν μεγαλύτερη γνώση ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ" όπου και οι δύο ομάδες συμμετεχόντων συμφωνούν (νηπιαγωγοί γενικής M.O.=2,70±0,76) και (νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής M.O.=2,69±0,60) ότι οι νηπιαγωγοί

γενικής αγωγής είναι αυτοί που έχουν μικρότερη γνώση ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Επίσης, οι δυο ομάδες συμφωνούν ότι η γνώση των ψυχολόγων φαίνεται να είναι μέτρια. Συγκεκριμένα, οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής θεωρούν ότι γνωρίζουν καλύτερα τι είναι η ΔΕΠΥ (Μ.Ο.=4,15±0,64), έχουν περισσότερη εμπειρία με παιδιά με ΔΕΠΥ (Μ.Ο.=3,76±0,81), και θεωρούν ότι η εκπαίδευση τους ήταν περισσότερο ικανοποιητική για την ανίχνευση/εντοπισμό παιδιών με ΔΕΠΥ (Μ.Ο.=3,63±0,75) σε σχέση με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής. Επίσης, πιστεύουν ότι μπορούν να ξεχωρίσουν καλύτερα τη φυσιολογική ζωηρότητα ενός νηπίου από τη ζωηρότητα που παρουσιάζει ένα παιδί με ΔΕΠΥ (Μ.Ο.=4,09±0,58), ενώ τους έχει συμβεί σε μεγαλύτερο βαθμό να πιστεύουν ότι η συμπεριφορά κάποιου μαθητή υποδηλώνει πως έχει ΔΕΠΥ παρόλο που ο μαθητής δεν είχε πρότερη επίσημη διάγνωση (Μ.Ο.=4,11±0,65), και τέλος γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιήσουν ώστε να διαχειριστούν ένα παιδί με συμπτώματα ΔΕΠΥ (Μ.Ο.=3,92±0,64) σε σχέση με τους συναδέλφους τους της γενικής αγωγής. Οι μέσοι όροι των απαντήσεων που έδωσαν οι νηπιαγωγοί ειδικής στις παραπάνω ερωτήσεις κυμαίνονται από το 4 που είναι το "πολύ" μέχρι και το 5 που είναι το "πάρα πολύ".

Σχετικά με το ποια ή ποιες επιστημονικές ειδικότητα/ες πιστεύουν ότι έχουν μεγαλύτερη γνώση ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ, οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι έχουν οι ίδιοι (Μ.Ο.=4,54±0,59), ακολουθούμενοι από τους λογοθεραπευτές (Μ.Ο.=4,08±0,80) και τους εργοθεραπευτές (Μ.Ο.=4,62±0,64) με τις απαντήσεις τους να μοιράζονται στο 4 "πολύ" και 5 "πάρα πολύ" (σε σχέση με το τι πιστεύουν οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής). Επίσης, οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι η εκπαίδευση τους ήταν ικανοποιητική για την υποστήριξη παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Μ.Ο.=3,81±0,70) σε σχέση με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής. Στον αντίποδα του προαναφερόμενου αποτελέσματος οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής θεωρούν ότι η συνεργασία με άλλους εκπαιδευτικούς (Μ.Ο.=3,61±0,80) και με επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Μ.Ο.=3,79±0,97) τους έχει επηρεάσει περισσότερο στην επάρκεια της γνώσης τους γύρω από τις στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθητών με ΔΕΠΥ με τις απαντήσεις τους να κυμαίνονται στο "μέτρια" και το "πολύ" ενώ οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής θεωρούν τις σπουδές (Μ.Ο.=4,09±0,93), την διδακτική εμπειρία (Μ.Ο.=4,34±0,86), την παρακολούθηση επιμορφωτικών προγραμμάτων (Μ.Ο.=4,26±0,73) και την μελέτη επιστημονικού υλικού (Μ.Ο.=4,26±0,70) ότι τους έχει επηρεάσει σε έντονο βαθμό καθώς επέλεξαν το "πολύ" και το "πάρα πολύ".

3.3.2 Συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ

Στη συνέχεια, γίνεται η διερεύνηση διαφορών μεταξύ των δυο ομάδων όσον αφορά τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ. Οι συγκρίσεις έγιναν με την χρήση του μη παραμετρικού test Mann-Whitney για την Απροσεξία και οι Μ.Ο. και οι Τ.Α. των απαντήσεων που έδωσαν οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών (νηπιαγωγοί γενικής/ειδικής) παρατίθενται στον πίνακα 9 παρακάτω. Η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε για τις απαντήσεις ήταν 5-βαθμη τύπου Likert με τη διαβάθμιση 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ.

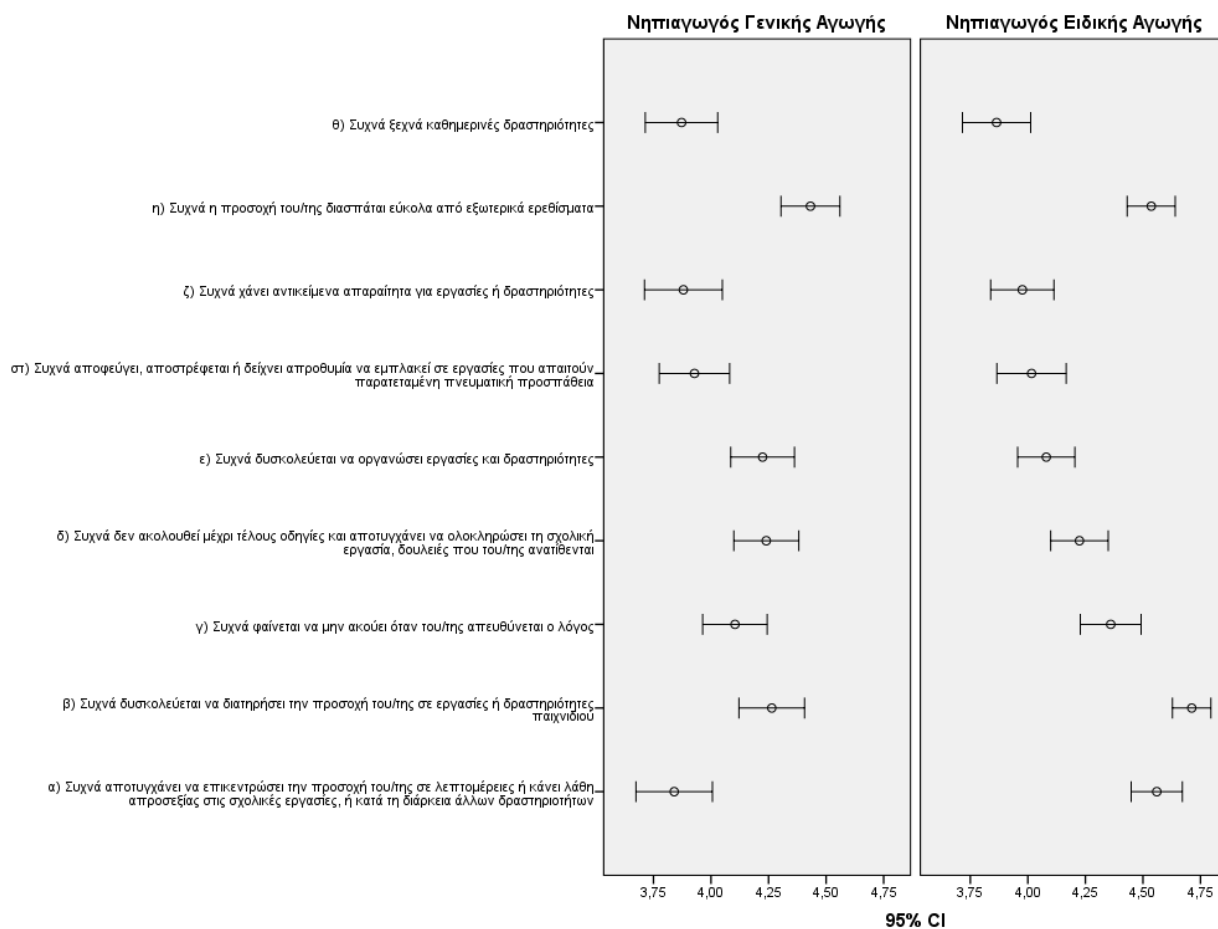
Πίνακας 2

Σύγκριση των δυο ομάδων εκπαιδευτικών ως προς την επιλογή του βαθμού εμφάνισης των συμπτωμάτων της συνιστώσας «Απροσεξία» σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ

		M.O.	T.A.	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
α) Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή του/της σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, ή κατά τη διάρκεια άλλων δραστηριοτήτων	Γεν.	3,84	0,94	125	97,46	4307,00	,000
	Αγωγής Ειδ.	4,56	0,63	125	153,54		
β) Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του/της σε εργασίες ή δραστηριότητες παιχνιδιού	Γεν.	4,26	0,80	125	105,66	5333,00	,000
	Αγωγής Ειδ.	4,71	0,47	125	145,34		
γ) Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του/της απευθύνεται ο λόγος	Γεν.	4,10	0,79	125	113,76	6345,50	,005
	Αγωγής Ειδ.	4,36	0,74	125	137,24		
δ) Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει τη σχολική εργασία, δουλειές που του/της ανατίθενται	Γεν.	4,24	0,80	125	127,67	7541,00	,602
	Αγωγής Ειδ.	4,22	0,71	125	123,33		
ε) Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει εργασίες και δραστηριότητες	Γεν.	4,22	0,78	125	133,34	6832,50	,059
	Αγωγής Ειδ.	4,08	0,70	125	117,66		
στ) Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή δείχνει απροθυμία να εμπλακεί σε εργασίες που απαιτούν παρατεταμένη πνευματική προσπάθεια	Γεν.	3,93	0,86	125	121,63	7329,00	,359
	Αγωγής Ειδ.	4,02	0,85	125	129,37		
ζ) Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες	Γεν.	3,88	0,96	125	123,41	7551,50	,619
	Αγωγής Ειδ.	3,98	0,78	125	127,59		
η) Συχνά η προσοχή του/της διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα	Γεν.	4,43	0,72	125	121,68	7335,00	,341
	Αγωγής Ειδ.	4,54	0,59	125	129,32		
θ) Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες	Γεν.	3,87	0,89	125	126,74	7657,00	,769
	Αγωγής Ειδ.	3,86	0,84	125	124,26		

Γράφημα 2

95% Διαστήματα εμπιστοσύνης για τις μέσες τιμές των απαντήσεων στις ερωτήσεις της συνιστώσας «Απροσεξία» για την συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ (ανά ειδικότητα)



Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των mean ranks (πίνακας 9) και το γράφημα 2 με τα διαστήματα εμπιστοσύνης, σχετικά με τα συμπτώματα που αντιστοιχούν στην απροσεξία, εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων νηπιαγωγών στα συμπτώματα «*Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή του/της σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, ή κατά τη διάρκεια άλλων δραστηριοτήτων*» (M.O.=4,56±0,63), «*Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του/της σε εργασίες ή δραστηριότητες παιχνιδιού*» (M.O.=4,71±0,47), «*Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του/της απευθύνεται ο λόγος*» (M.O.=4,36±0,74) όπου οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής φαίνεται να επιλέγουν τον μεγαλύτερο βαθμό εμφάνισης στα αυτά συμπτώματα σε σχέση με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής. Ο βαθμός στον οποίο επιλέγουν τα συγκεκριμένα συμπτώματα οι νηπιαγωγοί ειδικής είναι είτε "πολύ" είτε "πάρα πολύ". Απεναντίας στις

υπόλοιπες ερωτήσεις δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά καθώς φαίνεται ότι οι δυο ειδικότητες εκπαιδευτικών επιλέγουν τον ίδιο βαθμό εμφάνισης των συμπτωμάτων.

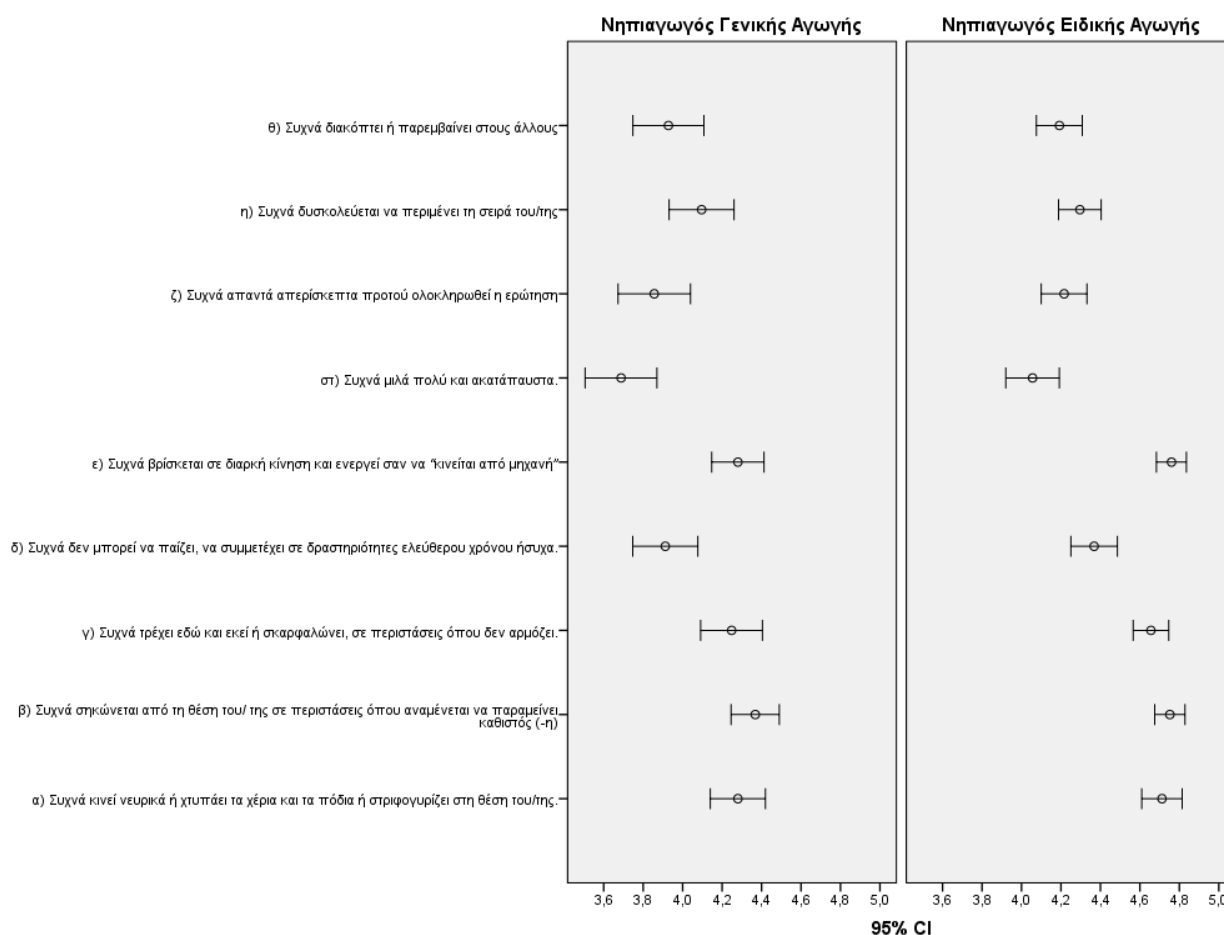
Πίνακας 3

Σύγκριση των δυο ομάδων εκπαιδευτικώνως προς την επιλογή του βαθμού εμφάνισης των συμπτωμάτων της συνιστώσας «Υπερκινητικότητα/Παρορμητικότητα» σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ

		M.O.	T.A.	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
α) Συχνά κινεί νευρικά ή χτυπάει τα χέρια και τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του/της.	Γεν.	4,28	0,79	125	105,23	5279,00	,000
	Αγωγής Ειδ.	4,71	0,58	125	145,77		
β) Συχνά σηκώνεται από τη θέση του/ της σε περιστάσεις όπου αναμένεται να παραμείνει καθιστός (-η)	Γεν.	4,37	0,69	125	106,38	5423,00	,000
	Αγωγής Ειδ.	4,75	0,43	125	144,62		
γ) Συχνά τρέχει εδώ και εκεί ή σκαφαλώνει, σε περιστάσεις όπου δεν αρμόζει.	Γεν.	4,25	0,89	125	109,87	5859,00	,000
	Αγωγής Ειδ.	4,66	0,51	125	141,13		
δ) Συχνά δεν μπορεί να παίξει, να συμμετέχει σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ήσυχα.	Γεν.	3,91	0,93	125	108,41	5676,50	,000
	Αγωγής Ειδ.	4,37	0,67	125	142,59		
ε) Συχνά βρίσκεται σε διαρκή κίνηση και ενεργεί σαν να “κινείται από μηχανή”	Γεν.	4,28	0,75	125	103,08	5010,00	,000
	Αγωγής Ειδ.	4,76	0,43	125	147,92		
στ) Συχνά μιλά πολύ και ακατάπαυστα.	Γεν.	3,69	1,03	125	113,17	6271,50	,004
	Αγωγής Ειδ.	4,06	0,77	125	137,83		
ζ) Συχνά απαντά απερίσκεπτα προτού ολοκληρωθεί η ερώτηση	Γεν.	3,86	1,04	125	114,99	6498,50	,014
	Αγωγής Ειδ.	4,22	0,65	125	136,01		
η) Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του/της	Γεν.	4,10	0,93	125	120,63	7204,00	,247
	Αγωγής Ειδ.	4,30	0,61	125	130,37		
θ) Συχνά διακόπτει ή παρεμβαίνει στους άλλους	Γεν.	3,93	1,02	125	118,76	6970,00	,114
	Αγωγής Ειδ.	4,19	0,66	125	132,24		

Γράφημα 3

95% Διαστήματα εμπιστοσύνης για τις μέσες τιμές των απαντήσεων στις ερωτήσεις της συνιστώσας «υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα» για την συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ (ανά ειδικότητα)



Αναφορικά με τα συμπτώματα που αντιστοιχούν στην υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα, σύμφωνα με τον πίνακα 10 εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής σε όλα τα συμπτώματα εκτός από τα «*Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του/της*» και «*Συχνά διακόπτει ή παρεμβαίνει στους άλλους*» όπου εδώ οι απόψεις των εκπαιδευτικών δεν έχουν διαφορά. Στα υπόλοιπα συμπτώματα όπου εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά, οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής φαίνεται να επιλέγουν σε μεγαλύτερο βαθμό την εμφάνιση των αυτών συμπτωμάτων που αντιστοιχούν στην υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα σε σχέση με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής.

3.3.3 Στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από τους εκπαιδευτικούς στο συμπεριφορικό κομμάτι της ΔΕΠ-Υ

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης ανά ειδικότητα των ερωτήσεων σχετικά με τις συμπεριφορικές στρατηγικές με το test Mann-Whitney παρουσιάζονται στον πίνακα 11 και στο γράφημα 4. Η κλίμακα που χρησιμοποιείται για τις απαντήσεις είναι 5-βαθμη τύπου Likert με τη διαβάθμιση 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ. Και από αυτό βλέπουμε το βαθμό χρήσης των συμπεριφορικών στρατηγικών ανάμεσα στις δυο ομάδες εκπαιδευτικών.

Πίνακας 4

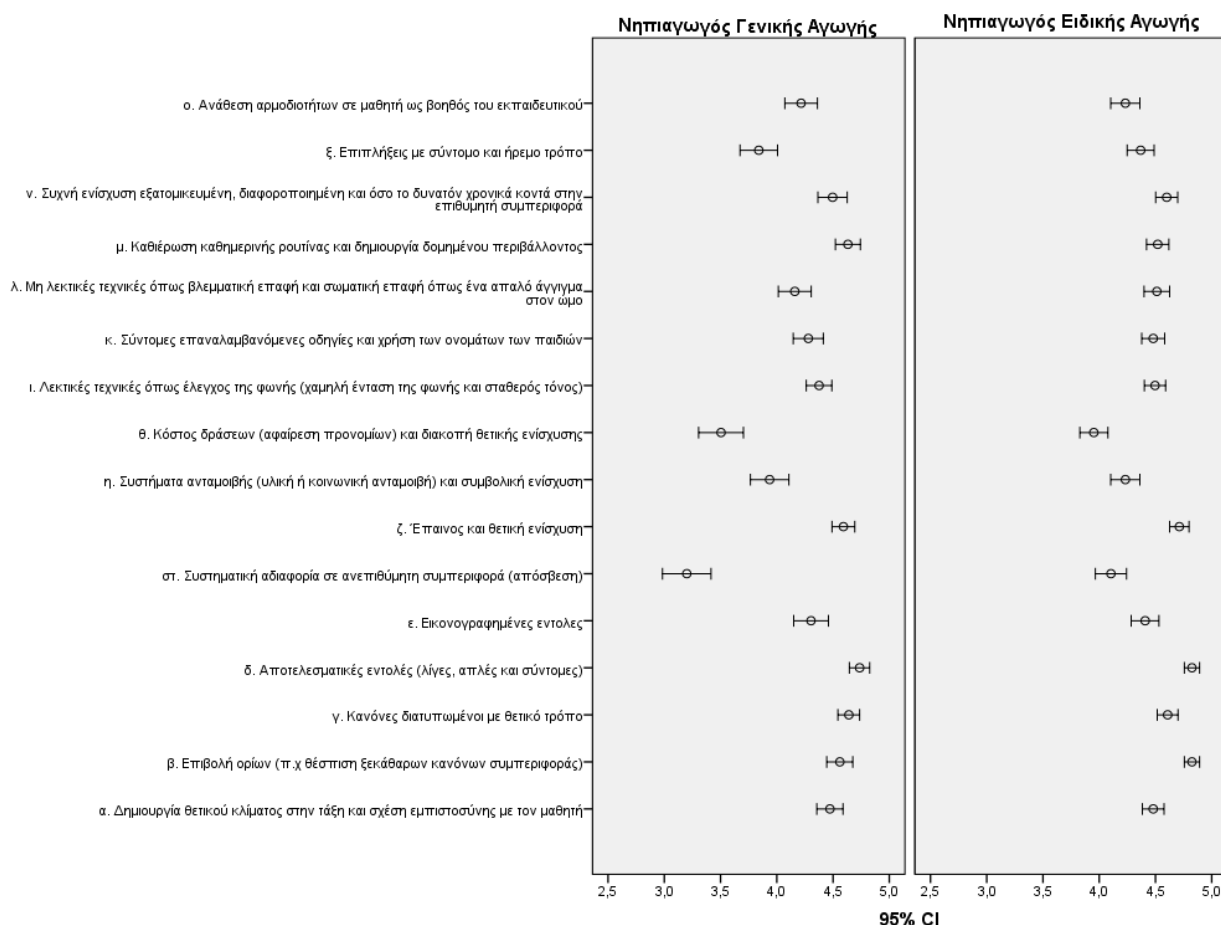
Σύγκριση του βαθμού χρήσης των συμπεριφορικών στρατηγικών ανάμεσα στις δυο ομάδες εκπαιδευτικών

		M.O.	T.A.	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
α. Δημιουργία θετικού κλίματος στην τάξη και σχέση εμπιστοσύνης με τον μαθητή	Γεν.	4,47	0,65	125	126,70	7663,00	,766
	Αγωγής Ειδ.	4,48	0,55	125	124,30		
β. Επιβολή ορίων (π.χ θέσπιση ξεκάθαρων κανόνων συμπεριφοράς)	Γεν.	4,56	0,65	125	113,21	6276,00	,000
	Αγωγής Ειδ.	4,82	0,38	125	137,79		
γ. Κανόνες διατυπωμένοι με θετικό τρόπο	Γεν.	4,64	0,54	125	128,08	7490,50	,499
	Αγωγής Ειδ.	4,61	0,52	125	122,92		
δ. Αποτελεσματικές εντολές (λίγες, απλές και σύντομες)	Γεν.	4,74	0,51	125	121,32	7290,50	,194
	Αγωγής Ειδ.	4,82	0,38	125	129,68		
ε. Εικονογραφημένες εντολές	Γεν.	4,30	0,87	125	123,66	7582,00	,655
	Αγωγής Ειδ.	4,41	0,70	125	127,34		
στ. Συστηματική αδιαφορία σε ανεπιθύμητη συμπεριφορά (απόσβεση)	Γεν.	3,20	1,22	125	97,84	4355,50	,000
	Αγωγής Ειδ.	4,10	0,78	125	153,16		
ζ. Έπαινος και θετική ενίσχυση	Γεν.	4,59	0,57	125	119,19	7023,50	,090
	Αγωγής Ειδ.	4,71	0,49	125	131,81		
η. Συστήματα ανταμοιβής (υλική ή κοινωνική ανταμοιβή) και συμβολική ενίσχυση	Γεν.	3,94	0,97	125	115,38	6547,50	,017
	Αγωγής Ειδ.	4,23	0,73	125	135,62		
θ. Κόστος δράσεων (αφαίρεση προνομίων) και διακοπή θετικής ενίσχυσης	Γεν.	3,50	1,13	125	112,34	6167,00	,002
	Αγωγής Ειδ.						

	Ειδ.	3,95	0,71	125	138,66		
	Αγωγής						
	Γεν.	4,38	0,64	125	120,34		
ι. Λεκτικές τεχνικές όπως έλεγχος της φωνής (χαμηλή ένταση της φωνής και σταθερός τόνος)	Αγωγής					7167,50	,202
	Ειδ.	4,50	0,53	125	130,66		
	Αγωγής						
	Γεν.	4,28	0,76	125	117,50		
κ. Σύντομες επαναλαμβανόμενες οδηγίες και χρήση των ονομάτων των παιδιών	Αγωγής					6812,50	,050
	Ειδ.	4,48	0,58	125	133,50		
	Αγωγής						
	Γεν.	4,16	0,83	125	110,60		
λ. Μη λεκτικές τεχνικές όπως βλεμματική επαφή και σωματική επαφή όπως ένα απαλό άγγιγμα στον ώμο	Αγωγής					5949,50	,000
	Ειδ.	4,51	0,64	125	140,40		
	Αγωγής						
	Γεν.	4,63	0,63	125	133,94		
μ. Καθιέρωση καθημερινής ρουτίνας και δημιουργία δομημένου περιβάλλοντος	Αγωγής					6757,00	,030
	Ειδ.	4,52	0,56	125	117,06		
	Αγωγής						
	Γεν.	4,50	0,74	125	122,73		
ν. Συχνή ενίσχυση εξατομικευμένη, διαφοροποιημένη και όσο το δυνατόν χρονικά κοντά στην επιθυμητή συμπεριφορά	Αγωγής					7466,00	,478
	Ειδ.	4,60	0,55	125	128,27		
	Αγωγής						
	Γεν.	3,84	0,95	125	105,48		
ξ. Επιπλήξεις με σύντομο και ήρεμο τρόπο	Αγωγής					5309,50	,000
	Ειδ.	4,37	0,68	125	145,52		
	Αγωγής						
	Γεν.	4,22	0,82	125	126,17		
ο. Ανάθεση αρμοδιοτήτων σε μαθητή ως βοηθός του εκπαιδευτικού	Αγωγής					7729,00	,872
	Ειδ.	4,23	0,73	125	124,83		
	Αγωγής						

Γράφημα 4

95% Διαστήματα εμπιστοσύνης για τις μέσες τιμές των απαντήσεων σχετικά με τις στρατηγικές/τεχνικές αντιμετώπισης (συμπεριφορά) (ανά ειδικότητα)



Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 11, εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών στις στρατηγικές «Επιβολή ορίων» (M.O.=4,82±0,38), «Συστηματική αδιαφορία σε ανεπιθύμητη συμπεριφορά (απόσβεση)» (M.O.=4,10±0,78), «Συστήματα ανταμοιβής (υλική ή κοινωνική ανταμοιβή) και συμβολική ενίσχυση» (M.O.=4,23±0,73), «Κόστος δράσεων (αφαίρεση προνομίων) και διακοπή θετικής ενίσχυσης» (M.O.=3,95±0,71), «Μη λεκτικές τεχνικές όπως βλεμματική επαφή και σωματική επαφή όπως ένα απαλό άγγιγμα στον ώμο» (M.O.=4,51±0,64), «Επιπλήξεις με σύντομο και ήρεμο τρόπο» (M.O.=4,37±0,68) όπου ο βαθμός χρήσης των στρατηγικών που δηλώνουν οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής είναι το "πολύ" και το "πέρα πολύ". Αντιθέτως, στη στρατηγική «Καθιέρωση καθημερινής ρουτίνας και δημιουργία δομημένου περιβάλλοντος» (M.O.=4,63±0,63) ισχύει το αντίθετο καθώς οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής φαίνεται να δηλώνουν πιο έντονα τον βαθμό χρήσης της συγκεκριμένης στρατηγικής σε σχέση με τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής.

3.3.4 Στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από τους εκπαιδευτικούς στο μαθησιακό κομμάτι της ΔΕΠ-Υ

Αφού προηγήθηκαν οι συμπεριφορικές στρατηγικές που χρησιμοποιούνται και σε τι βαθμό από τις δυο ειδικότητες ακολουθούν οι διαφορές στο βαθμό χρήσης στρατηγικών ανάμεσα στις δυο ειδικότητες στο μαθησιακό κομμάτι.

Πίνακας 5

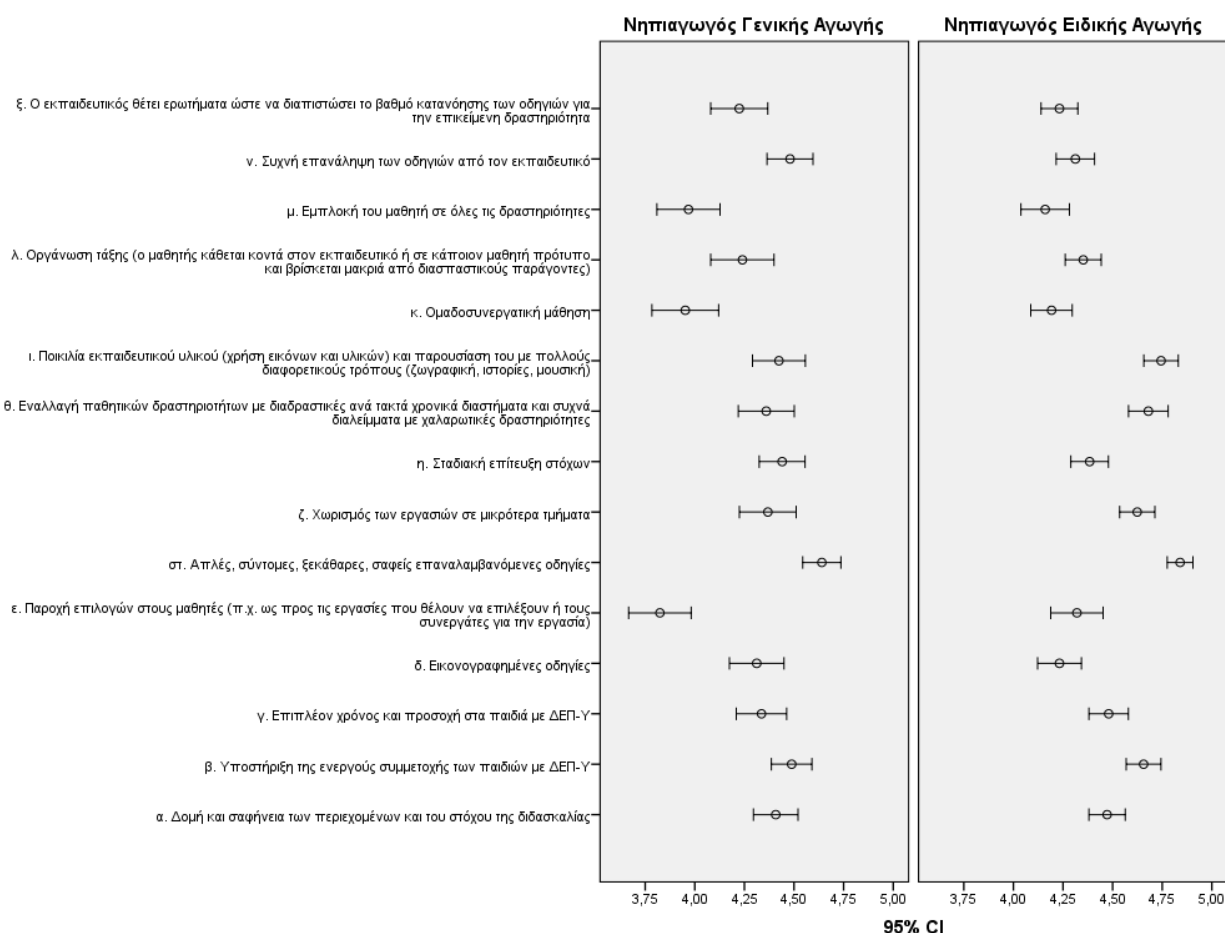
Σύγκριση του βαθμού χρήσης των μαθησιακών στρατηγικών/τεχνικών ανάμεσα στις δυο ομάδες εκπαιδευτικών

		M.O.	T.A.	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
α. Δομή και σαφήνεια των περιεχομένων και του στόχου της διδασκαλίας	Γεν.	4,41	0,64	125	123,66	7582,00	,648
	Αγωγής						
	Ειδ.	4,47	0,52	125	127,34		
β. Υποστήριξη της ενεργούς συμμετοχής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ	Γεν.	4,49	0,58	125	116,40	6674,50	,020
	Αγωγής						
	Ειδ.	4,66	0,49	125	134,60		
γ. Επιπλέον χρόνος και προσοχή στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ	Γεν.	4,34	0,72	125	120,12	7140,50	,188
	Αγωγής						
	Ειδ.	4,48	0,56	125	130,88		
δ. Εικονογραφημένες οδηγίες	Γεν.	4,31	0,78	125	131,75	7031,00	,132
	Αγωγής						
	Ειδ.	4,23	0,62	125	119,25		
ε. Παροχή επιλογών στους μαθητές (π.χ. ως προς τις εργασίες που θέλουν να επιλέξουν ή τους συνεργάτες για την εργασία)	Γεν.	3,82	0,89	125	105,77	5346,50	,000
	Αγωγής						
	Ειδ.	4,32	0,75	125	145,23		
στ. Απλές, σύντομες, ξεκάθαρες, σαφείς επαναλαμβανόμενες οδηγίες	Γεν.	4,64	0,54	125	114,68	6460,00	,002
	Αγωγής						
	Ειδ.	4,84	0,37	125	136,32		
ζ. Χωρισμός των εργασιών σε μικρότερα τμήματα	Γεν.	4,37	0,81	125	116,46	6682,50	,023
	Αγωγής						
	Ειδ.	4,62	0,50	125	134,54		
η. Σταδιακή επίτευξη στόχων	Γεν.	4,44	0,65	125	130,54	7182,00	,213
	Αγωγής						
	Ειδ.	4,38	0,54	125	120,46		
θ. Εναλλαγή παθητικών δραστηριοτήτων με διαδραστικές ανά τακτά χρονικά διαστήματα και συχνά διαλείμματα με χαλαρωτικές δραστηριότητες	Γεν.	4,36	0,80	125	112,29	6161,00	,001
	Αγωγής						
	Ειδ.	4,68	0,56	125	138,71		
	Αγωγής						

ι. Ποικιλία εκπαιδευτικού υλικού (χρήση εικόνων και υλικών) και παρουσίαση του με πολλούς διαφορετικούς τρόπους (ζωγραφική, ιστορίες, μουσική)	Γεν.	4,42	0,75	125	111,20	6025,50	,000
	Αγωγής Ειδ.	4,74	0,49	125	139,80		
κ. Ομαδοσυνεργατική μάθηση	Αγωγής Γεν.	3,95	0,95	125	118,15	6893,50	,080
	Αγωγής Ειδ.	4,19	0,59	125	132,85		
λ. Οργάνωση τάξης (ο μαθητής κάθεται κοντά στον εκπαιδευτικό ή σε κάποιον μαθητή πρότυπο και βρίσκεται μακριά από διασπαστικούς παράγοντες)	Αγωγής Γεν.	4,24	0,90	125	125,84	7769,50	,933
	Αγωγής Ειδ.	4,35	0,51	125	125,16		
μ. Εμπλοκή του μαθητή σε όλες τις δραστηριότητες	Αγωγής Γεν.	3,97	0,90	125	119,10	7013,00	,130
	Αγωγής Ειδ.	4,16	0,69	125	131,90		
ν. Συχνή επανάληψη των οδηγιών από τον εκπαιδευτικό	Αγωγής Γεν.	4,48	0,66	125	136,81	6398,50	,005
	Αγωγής Ειδ.	4,31	0,55	125	114,19		
ξ. Ο εκπαιδευτικός θέτει ερωτήματα ώστε να διαπιστώσει το βαθμό κατανόησης των οδηγιών για την επικείμενη δραστηριότητα	Αγωγής Γεν.	4,22	0,81	125	128,60	7425,50	,449
	Αγωγής Ειδ.	4,23	0,53	125	122,40		

Γράφημα 5

95% Διαστήματα εμπιστοσύνης για τις μέσες τιμές των απαντήσεων σχετικά με τις μαθησιακές στρατηγικές (ανά ειδικότητα)



Συγκεντρωτικά από τον πίνακα 12 όπου εμπεριέχονται οι απαντήσεις των δύο ομάδων των συμμετεχόντων για την χρήση μαθησιακών στρατηγικών/τεχνικών για την αντιμετώπιση των δυσκολιών των μαθητών με ΔΕΠΥ εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δυο ομάδες εκπαιδευτικών στις στρατηγικές «Υποστήριξη της ενεργούς συμμετοχής των παιδιών με ΔΕΠΥ» (M.O.=4,66±0,49), «Παροχή επιλογών στους μαθητές» (M.O.=4,32±0,75), «Απλές, σύντομες, ξεκάθαρες, σαφείς επαναλαμβανόμενες οδηγίες» (M.O.=4,84±0,37), «Χωρισμός των εργασιών σε μικρότερα τμήματα» (M.O.=4,62±0,50), «Εναλλαγή παθητικών δραστηριοτήτων με διαδραστικές ανά τακτά χρονικά διαστήματα και συχνά διαλείμματα με χαλαρωτικές δραστηριότητες» (M.O.=4,68±0,56), «Ποικιλία εκπαιδευτικού υλικού και παρουσίαση του με πολλούς διαφορετικούς τρόπους» (M.O.=4,74±0,49). Παρατηρείται δηλαδή ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής επιλέγουν τον μεγαλύτερο βαθμό, το "πολύ" και το "πέρα

πολύ'', για τη χρήση των στρατηγικών στους μαθητές, σε σχέση με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής ενώ στη στρατηγική «*Συχνή επανάληψη των οδηγιών από τον εκπαιδευτικό*» (M.O.=4,48±0,66) ισχύει το αντίθετο καθώς οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής την επιλέγουν σε μεγαλύτερο βαθμό.

3.3.5 Συγκρίσεις της ετοιμότητας και επάρκειας γνώσης με τα δημογραφικά

Επειδή υπήρξαν έντονες διαφοροποιήσεις μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών τόσο σε επίπεδο γνώσης όσο και σε επίπεδο επιλογής βαθμού εμφάνισης συμπτωμάτων αλλά και χρήσης στρατηγικών κρίθηκε αναγκαίο να γίνουν επιπλέον αναλύσεις προκειμένου να εντοπιστεί αν υπάρχει επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία, έτη υπηρεσίας, εργασιακή θέση, επιπλέον σπουδές) στο επίπεδο γνώσης που δηλώνουν οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών ως προς τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ, στην επιλογή του βαθμού εμφάνισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και στο βαθμό χρήσης των στρατηγικών που επιλέγουν οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών.

Δημιουργήθηκαν πέντε νέες μεταβλητές ως μέσος όρος των επιμέρους ερωτήσεων. Οι μεταβλητές αυτές είναι η «Ετοιμότητα και επάρκεια γνώσης», «Απροσεξία», «Υπερκινητικότητα/Παρορμητικότητα», «Συμπεριφορικές στρατηγικές» και «Μαθησιακές στρατηγικές» και εφαρμόστηκε ο στατιστικός έλεγχος Mann-Whitney.

Πίνακας 6

Σύγκριση της μεταβλητής «Ετοιμότητα και επάρκεια γνώσης» με το μη-παραμετρικό τεστ Mann-Whitney με τα δημογραφικά στοιχεία μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών

		M.O.	T.A.	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
22-30 ετών	Γεν. Αγωγής	3,20	0,84	5	9,60	33,00	,010
	Ειδ. Αγωγής	3,97	0,42	29	18,86		
31-40 ετών	Γεν. Αγωγής	3,45	0,76	20	25,70	304,00	,004
	Ειδ. Αγωγής	3,96	0,58	49	38,80		
41-50 ετών	Γεν. Αγωγής	3,21	0,73	34	22,75	178,50	,000
	Ειδ. Αγωγής	4,08	0,56	26	40,63		
51-65 ετών	Γεν. Αγωγής	3,23	0,82	66	38,71	344,00	,000
	Ειδ. Αγωγής	3,95	0,59	21	60,62		
1-10 έτη υπηρεσίας	Γεν. Αγωγής	3,36	0,74	14	22,82	214,50	,000
	Ειδ. Αγωγής	4,05	0,50	60	40,93		
11-20 έτη υπηρεσίας	Γεν. Αγωγής	3,34	0,76	41	30,57	392,50	,001
	Ειδ. Αγωγής	3,88	0,61	32	45,23		
21-30 έτη υπηρεσίας	Γεν. Αγωγής	3,09	0,79	56	33,92	303,50	,000

31-40 έτη υπηρεσίας	Ειδ. Αγωγής	3,96	0,52	27	58,76		
	Γεν. Αγωγής	3,57	0,76	14	9,43	27,00	,178
	Ειδ. Αγωγής	4,00	0,63	6	13,00		
Μόνιμος	Γεν. Αγωγής	3,25	0,79	113	73,50	1864,50	,000
Αναπληρωτής	Ειδ. Αγωγής	3,92	0,57	64	116,37		
	Γεν. Αγωγής	3,33	0,78	12	22,00	186,00	,001
Διδασκαλείο	Ειδ. Αγωγής	4,05	0,50	61	39,95		
	Γεν. Αγωγής	3,32	0,90	28	17,21	76,00	,331
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών στη γενική αγωγή	Ειδ. Αγωγής	3,71	0,76	7	21,14		
	Γεν. Αγωγής	3,38	0,74	21	17,67	140,00	,104
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών στην ειδική αγωγή	Ειδ. Αγωγής	3,72	0,57	18	22,72		
	Γεν. Αγωγής	3,73	0,79	11	23,05	187,50	,080
Πρόγραμμα επιμόρφωσης στην γενική αγωγή	Ειδ. Αγωγής	4,08	0,54	48	31,59		
	Γεν. Αγωγής	3,04	0,66	52	28,23	90,00	,001
Πρόγραμμα επιμόρφωσης στην ειδική αγωγή	Ειδ. Αγωγής	3,89	0,60	9	47,00		
	Γεν. Αγωγής	3,55	0,82	11	19,09	144,00	,022
	Ειδ. Αγωγής	3,97	0,36	39	27,31		

Σχετικά με την ετοιμότητα και επάρκεια γνώσης των εκπαιδευτικών, όπως φαίνεται και στον πίνακα 13, η ηλικία φαίνεται να επηρεάζει τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών καθώς σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής. Οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες φαίνεται να θεωρούν ότι έχουν υψηλότερο βαθμό ετοιμότητας και επάρκειας γνώσης ως προς τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής. Επίσης, φαίνεται ότι μεταξύ των νηπιαγωγών ειδικής αγωγής παρατηρείται ότι η ηλικιακή ομάδα 41-50 υπερέχει έναντι των άλλων ηλικιακών ομάδων. Όσον αφορά τους γενικής αγωγής φαίνεται ότι η ηλικιακή κατηγορία 31-40 υπερέχει έναντι των υπολοίπων. Αντίστοιχα συμπεράσματα προκύπτουν για τα έτη υπηρεσίας, όπου παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά σε όλες τις επιμέρους κατηγορίες ετών, εκτός από αυτούς που έχουν πολλά έτη υπηρεσίας (31-40 έτη υπηρεσίας). Οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής με 1-10 ή 11-20 ή 21-30 έτη υπηρεσίας θεωρούν ότι έχουν υψηλότερο βαθμό ετοιμότητας και επάρκειας γνώσης ως προς τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τους συναδέλφους γενικής αγωγής. Η εργασιακή θέση φαίνεται να επηρεάζει το επίπεδο γνώσης που δηλώνουν οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών ως προς τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ, καθώς τόσο οι μόνιμοι όσο και οι αναπληρωτές νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής θεωρούν ότι έχουν υψηλότερο επίπεδο και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική. Σχετικά με τις επιπλέον σπουδές που έχουν κάνει οι εκπαιδευτικοί, στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απόψεις των δύο ομάδων υπάρχουν μόνο σε όσους έχουν ολοκληρώσει πρόγραμμα επιμόρφωσης τόσο σε γενική όσο και ειδική αγωγή με τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής να έχουν και πάλι υψηλότερο βαθμό ετοιμότητας και επάρκειας γνώσης ως προς τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ.

3.3.6 Συγκρίσεις της συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ με τα δημογραφικά

Προκειμένου να εντοπιστεί αν υπάρχει επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία, έτη υπηρεσίας, εργασιακή θέση, επιπλέον σπουδές) στη συμπτωματολογία που δηλώνουν οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών ως προς τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ, εφαρμόστηκε ο στατιστικός έλεγχος Mann-Whitney.

Κατά την ανάλυση της μεταβλητής «Απροσεξία», ως έναν άξονα της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ, δεν φαίνεται κάποιο από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά να επηρεάζει τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών σε σχέση με την απροσεξία, καθώς δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής. Ακολουθεί η διερεύνηση της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας όπου είναι η δεύτερη παρουσία της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ και παρουσιάζεται η σύγκριση της αυτής μεταβλητής με τα δημογραφικά στοιχεία μεταξύ των δυο ομάδων.

Πίνακας 14

Σύγκριση της μεταβλητής «Υπερκινητικότητα/Παρορμητικότητα» με τα δημογραφικά στοιχεία μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών

		M.O.	T.A.	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
22-30 ετών	Γεν. Αγωγής	3,60	1,52	5	13,90	54,50	,322
	Ειδ. Αγωγής	4,41	0,50	29	18,12		
31-40 ετών	Γεν. Αγωγής	4,15	0,75	20	29,55	381,00	,098
	Ειδ. Αγωγής	4,47	0,50	49	37,22		
41-50 ετών	Γεν. Αγωγής	4,21	0,64	34	25,68	278,00	,006
	Ειδ. Αγωγής	4,65	0,49	26	36,81		
51-65 ετών	Γεν. Αγωγής	4,17	0,71	66	40,84	484,50	,024
	Ειδ. Αγωγής	4,57	0,51	21	53,93		
1-10 έτη υπηρεσίας	Γεν. Αγωγής	3,86	0,95	14	25,71	255,00	,010
	Ειδ. Αγωγής	4,50	0,50	60	40,25		
11-20 έτη υπηρεσίας	Γεν. Αγωγής	4,17	0,70	41	33,98	532,00	,117
	Ειδ. Αγωγής	4,44	0,50	32	40,88		
21-30 έτη υπηρεσίας	Γεν. Αγωγής	4,14	0,75	56	37,64	512,00	,010
	Ειδ. Αγωγής	4,59	0,50	27	51,04		
31-40 έτη υπηρεσίας	Γεν. Αγωγής	4,43	0,51	14	9,79	32,00	,342
	Ειδ. Αγωγής	4,67	0,52	6	12,17		
Μόνιμος	Γεν. Αγωγής	4,18	0,71	113	80,23	2625,50	,001
	Ειδ. Αγωγής	4,55	0,50	64	104,48		
Αναπληρωτής	Γεν. Αγωγής	3,92	1,00	12	27,46	251,50	,051
	Ειδ. Αγωγής	4,48	0,50	61	38,88		

Διδασκαλείο	Γεν. Αγωγής	4,18	0,67	28	16,91	67,50	,163
	Ειδ. Αγωγής	4,57	0,53	7	22,36		
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών στη γενική αγωγή	Γεν. Αγωγής	4,52	0,60	21	21,38	160,00	,352
	Ειδ. Αγωγής	4,39	0,50	18	18,39		
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών στην ειδική αγωγή	Γεν. Αγωγής	4,09	1,14	11	26,73	228,00	,426
	Ειδ. Αγωγής	4,50	0,51	48	30,75		
Πρόγραμμα επιμόρφωσης στην γενική αγωγή	Γεν. Αγωγής	4,02	0,70	52	29,15	138,00	,029
	Ειδ. Αγωγής	4,56	0,53	9	41,67		
Πρόγραμμα επιμόρφωσης στην ειδική αγωγή	Γεν. Αγωγής	4,18	0,75	11	20,45	159,00	,141
	Ειδ. Αγωγής	4,54	0,51	39	26,92		

Σχετικά με την «Υπερκινητικότητα/Παρορμητικότητα», όπως παρατηρείται στον πίνακα 14, στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται σε όλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά μεταξύ των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής. Συγκεκριμένα, ως προς τις ηλικιακές κατηγορίες σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Mann-Whitney, στατιστικά σημαντικές διαφορές υπάρχουν στις μεγαλύτερες ηλικίες (41-50 και 51-65 ετών) και όχι στις μικρότερες με τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής να έχουν υψηλότερο μέσο όρο στον άξονα της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας σε σχέση με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής. Πράγμα που σημαίνει ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής που ανήκουν ηλικιακά στο μεγαλύτερο φάσμα φαίνεται ότι επιλέγουν τον μεγαλύτερο βαθμό εμφάνισης των συμπτωμάτων της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας. Επίσης σχετικά με τα έτη υπηρεσίας, στατιστικά σημαντικές διαφορές υπάρχουν σε όσους έχουν 1-10 και 21-30 έτη υπηρεσίας, όπου φαίνεται πάλι ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής επιλέγουν τον μεγαλύτερο βαθμό εμφάνισης των συμπτωμάτων της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας συγκριτικά με τους νηπιαγωγούς γενικής. Διαφορά εντοπίζεται και στους μόνιμους εκπαιδευτικούς και όχι στους αναπληρωτές, σε σχέση με την μεταβλητή της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας, με τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής και πάλι να επιλέγουν το μεγαλύτερο βαθμό εμφάνισης των συμπτωμάτων της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας. Σχετικά με τις επιπλέον σπουδές που μπορεί να έχουν κάνει οι δυο ομάδες νηπιαγωγών φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους εκτός από τα «προγράμματα επιμόρφωσης στη γενική αγωγή». Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών όσον αφορά τα προγράμματα επιμόρφωσης στη γενική αγωγή με τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής να έχουν υψηλότερο μέσο όρο πράγμα που σημαίνει ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής που έχουν αποκτήσει πρόγραμμα επιμόρφωσης στη γενική αγωγή επιλέγουν το μεγαλύτερο βαθμό εμφάνισης των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας.

3.3.7 Συγκρίσεις των στρατηγικών με τα δημογραφικά

Προκειμένου να εντοπιστεί αν υπάρχει επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία, έτη υπηρεσίας, εργασιακή θέση, επιπλέον σπουδές) στις στρατηγικές που δηλώνουν οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών ως προς τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ εφαρμόστηκε ο στατιστικός έλεγχος Mann-Whitney.

Κατά την ανάλυση της μεταβλητής «Συμπεριφορικές στρατηγικές» για την αντιμετώπιση προβλημάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, δεν φάνηκε κάποιο από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά να επηρεάζει τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών καθώς δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής. Οριακά, οι μόνιμοι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής φάνηκε να έχουν στατιστικά σημαντικό υψηλότερο μέσο όρο σε σχέση με τους μόνιμους γενικής αγωγής σε σχέση με τις συμπεριφορικές στρατηγικές που σημαίνει ότι οι μόνιμοι νηπιαγωγοί ειδικής επιλέγουν τις συμπεριφορικές στρατηγικές σε εντονότερο βαθμό σε σχέση με τους γενικής αγωγής.

Πίνακας 15

Σύγκριση της μεταβλητής «Μαθησιακές στρατηγικές» με τα δημογραφικά στοιχεία μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών

		M.O.	T.A.	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
22-30 ετών	Γεν. Αγωγής	5,00	0,00	5	24,50	37,50	,046
	Ειδ. Αγωγής	4,52	0,51	29	16,29		
31-40 ετών	Γεν. Αγωγής	4,35	0,49	20	35,08	488,50	,981
	Ειδ. Αγωγής	4,35	0,48	49	34,97		
41-50 ετών	Γεν. Αγωγής	4,29	0,52	34	28,99	390,50	,364
	Ειδ. Αγωγής	4,42	0,50	26	32,48		
51-65 ετών	Γεν. Αγωγής	4,24	0,61	66	43,89	685,50	,929
	Ειδ. Αγωγής	4,29	0,46	21	44,36		
1-10 έτη υπηρεσίας	Γεν. Αγωγής	4,50	0,52	14	39,00	399,00	,737
	Ειδ. Αγωγής	4,45	0,50	60	37,15		
11-20 έτη υπηρεσίας	Γεν. Αγωγής	4,32	0,47	41	36,07	618,00	,607
	Ειδ. Αγωγής	4,38	0,49	32	38,19		
21-30 έτη υπηρεσίας	Γεν. Αγωγής	4,25	0,67	56	42,43	732,00	,785
	Ειδ. Αγωγής	4,26	0,45	27	41,11		
31-40 έτη υπηρεσίας	Γεν. Αγωγής	4,29	0,47	14	9,86	33,00	,370
	Ειδ. Αγωγής	4,50	0,55	6	12,00		
Μόνιμος	Γεν. Αγωγής	4,27	0,57	113	88,50	3560,00	,837
	Ειδ. Αγωγής	4,31	0,47	64	89,88		
Αναπληρωτής	Γεν. Αγωγής	4,58	0,51	12	40,29	326,50	,497
	Ειδ. Αγωγής	4,48	0,50	61	36,35		

Διδασκαλείο	Γεν. Αγωγής	4,18	0,55	28	16,30	50,50	,023
	Ειδ. Αγωγής	4,71	0,49	7	24,79		
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών στη γενική αγωγή	Γεν. Αγωγής	4,57	0,51	21	23,64	112,50	,011
	Ειδ. Αγωγής	4,17	0,38	18	15,75		
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών στην ειδική αγωγή	Γεν. Αγωγής	4,55	0,52	11	31,59	246,50	,694
	Ειδ. Αγωγής	4,48	0,50	48	29,64		
Πρόγραμμα επιμόρφωσης στην γενική αγωγή	Γεν. Αγωγής	4,15	0,57	52	31,31	218,00	,672
	Ειδ. Αγωγής	4,11	0,33	9	29,22		
Πρόγραμμα επιμόρφωσης στην ειδική αγωγή	Γεν. Αγωγής	4,55	0,52	11	28,14	185,50	,430
	Ειδ. Αγωγής	4,41	0,50	39	24,76		

Έπειτα ακολούθησε σύγκριση της μεταβλητής ‘‘Μαθησιακές στρατηγικές’’ για την αντιμετώπιση προβλημάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τα δημογραφικά στοιχεία μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών όπου παρατηρήθηκε ότι μόνο στην ηλικία και στις επιπλέον σπουδές εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής (πίνακας 15). Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής όπου οι μικρότεροι σε ηλικία (22-30 ετών) νηπιαγωγοί γενικής έχουν υψηλότερο μέσο όρο σε σχέση με τους ειδικής αγωγής σχετικά με τον βαθμό επιλογής τους των μαθησιακών στρατηγικών. Επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίζεται σε όσους έχουν παρακολουθήσει διδασκαλείο, με τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής να έχουν υψηλότερο μέσο όρο έναντι των νηπιαγωγών γενικής που σημαίνει ότι οι πρώτοι επιλέγουν τις μαθησιακές στρατηγικές σε μεγαλύτερο βαθμό από τους δεύτερους. Τέλος, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των νηπιαγωγών γενικής και ειδικής που έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στη γενική αγωγή όπου οι γενικής επιλέγουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις μαθησιακές στρατηγικές.

3.3.8 Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών

Στη συνέχεια διερευνήθηκε η σχέση που μπορεί να υπάρχει ανάμεσα σε κάθε έναν από τους δύο άξονες της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ (Απροσεξία και Υπερκινητικότητα-Παρορμητικότητα) και το βαθμό χρήσης των συμπεριφορικών και μαθησιακών στρατηγικών μεταξύ των δυο ομάδων των εκπαιδευτικών. Για τη διερεύνηση της σχέσης αυτής έγιναν συσχετίσεις με το συντελεστή Spearman για να φανεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις (θετικές ή αρνητικές) μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών.

Πίνακας 16

Συσχετίσεις μεταξύ της συμπτωματολογίας και των στρατηγικών αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ (Νηπιαγωγοί Γενικής αγωγής)

	Απροσεξία	Υπερκινητικότητα/ Παρορμητικότητα	Συμπεριφορικές στρατηγικές	Μαθησιακές στρατηγικές
Απροσεξία	1,000	,456**	,260**	,297**
	125	,000	,003	,001
Υπερκινητικότητα Παρορμητικότητα		1,000	,250**	,213*
		125	,005	,017
Συμπεριφορικές στρατηγικές			1,000	,472**
			125	,000
Μαθησιακές στρατηγικές				1,000
				125

**p<0,01

*p<0,05

Στον παραπάνω πίνακα 16 φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων της απροσεξίας και των συμπεριφορικών ($r_{ho}=260$, $p<0,01$) και μαθησιακών στρατηγικών ($r_{ho}=297$, $p<0,01$) που επέλεξαν οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής όπου φαίνεται ότι και οι δυο συσχετίσεις είναι χαμηλής έντασης. Όσον αφορά τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας και των συμπεριφορικών στρατηγικών που επέλεξαν οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής ($r_{ho}=250$, $p<0,01$) παρατηρείται επίσης στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση χαμηλής έντασης, όπως επίσης και μεταξύ των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας και των μαθησιακών στρατηγικών που είναι και εδώ χαμηλής έντασης ($r_{ho}=213$, $p<0,05$). Φαίνεται ότι η επιλογή των συμπτωμάτων είτε της απροσεξίας είτε της υπερκινητικότητας σε εντονότερο βαθμό από τους νηπιαγωγούς γενικής τους οδηγεί σε εντονότερη χρήση στρατηγικών για την αντιμετώπιση των συμπεριφορικών και μαθησιακών προβλημάτων, όσο δηλαδή αυξάνονται τα συμπτώματα τόσο αυξάνονται και οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται.

Πίνακας 17

Συσχετίσεις μεταξύ της συμπτωματολογίας και των στρατηγικών αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ (Νηπιαγωγοί Ειδικής αγωγής)

	Απροσεξία	Υπερκινητικότητα/ Παρορμητικότητα	Συμπεριφορικές στρατηγικές	Μαθησιακές στρατηγικές
Απροσεξία	1,000	,332**	,188*	,147
	125	,000	,036	,102
		125	125	125

Υπερκινητικότητα	1,000	,154	,095
Παρορμητικότητα		,087	,290
	125	125	125
Συμπεριφορικές στρατηγικές		1,000	,324**
			,000
			125
Μαθησιακές στρατηγικές			1,000
			125

**p<0,01

*p<0,05

Στον πίνακα 17 φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση χαμηλής έντασης μεταξύ των συμπτωμάτων της απροσεξίας και των συμπεριφορικών στρατηγικών ($\rho=0,188$, $p<0,05$) που χρησιμοποιούν οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής. Σχετικά με την απροσεξία και τις μαθησιακές στρατηγικές ($\rho=147$) φαίνεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο. Όπως επίσης, δεν υπάρχει συσχέτιση και μεταξύ των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας που επιλέγουν οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής και των συμπεριφορικών ($\rho=154$) και μαθησιακών στρατηγικών ($\rho=0,095$). Οπότε φαίνεται ότι οι συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι νηπιαγωγοί ειδικής δεν αυξάνονται όσο αυξάνεται και η ένταση των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας. Αυτό πιθανόν συμβαίνει διότι μπορεί τα συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας να μην προβληματίζουν τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής ώστε να κάνουν χρήση συμπεριφορικών και μαθησιακών στρατηγικών, είτε γιατί χρησιμοποιούν στρατηγικές εκτόνωσης αυτής είτε γιατί στο νηπιαγωγείο δεν υπάρχει αυστηρά δομημένο μαθησιακό περιβάλλον. Φαίνεται όμως ότι η επιλογή της μεγαλύτερης εμφάνισης των συμπτωμάτων απροσεξίας τους οδηγεί σε μεγαλύτερη χρήση συμπεριφορικών στρατηγικών.

3.3.9 Συγκρίσεις μεταξύ των νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής για την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών

Μετά την παράθεση των προαναφερόμενων συσχέτισεων μεταξύ των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και των συμπεριφορικών και μαθησιακών στρατηγικών ακολουθεί η σύγκριση των απαντήσεων των δυο ομάδων, στην ερώτηση ανοιχτού τύπου, για το ποιες από τις συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές αντιμετώπισης πιστεύουν ότι είναι πιο αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Το αποτέλεσμα δεν ήταν το αναμενόμενο καθώς δεν ανέφεραν όλοι οι νηπιαγωγοί κάποιες στρατηγικές αλλά

έδωσαν και άλλες απαντήσεις. Επομένως, αφού παρατηρήθηκε πως οι απαντήσεις που δόθηκαν δημιουργούσαν αυτόματα τρεις ομάδες, οι οποίες ήταν "όλες οι στρατηγικές", "κάποιες στρατηγικές είναι αποτελεσματικές", όπου σε αυτή την κατηγορία ανήκουν ορισμένες τις οποίες οι εκπαιδευτικοί επέλεξαν να γράψουν και "Όλες οι στρατηγικές είναι αποτελεσματικές αλλά πρέπει να χρησιμοποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες κάθε μαθητή (εξατομίκευση)", επιλέχθηκε να γίνει ποσοτική ανάλυση της ερώτησης. Αφού λοιπόν έγινε η ομαδοποίηση των απαντήσεων σε τρεις κατηγορίες έγινε χρήση του στατιστικού κριτηρίου χ^2 όπου έγινε η σύγκριση της ανοικτής ερώτησης σχετικά με το ποιες από τις συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές αντιμετώπισης που αναφέρονταν είναι πιο αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου χ^2 γίνεται για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας μεταξύ δύο μεταβλητών. Δηλαδή, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη σύγκριση δύο ή περισσότερων δειγμάτων, για να εξεταστεί αν οι συχνότητες των διαφόρων κατηγοριών μπορούν να προκύψουν τυχαία ή είναι συστηματικές.

Πίνακας 18

Συχνότητες και ποσοστά για την ερώτηση «Με βάση την εμπειρία σας, ποιες από τις παραπάνω συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές αντιμετώπισης πιστεύετε ότι είναι πιο αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ;» (ανά ειδικότητα)

	Γενικής Αγωγής		Ειδικής Αγωγής	
	Συχνότητα	Ποσοστό%	Συχνότητα	Ποσοστό%
Όλες οι στρατηγικές είναι αποτελεσματικές	20	16.1	15	12.4
Κάποιες στρατηγικές είναι αποτελεσματικές	95	76.6	100	82.6
Όλες οι στρατηγικές είναι αποτελεσματικές αλλά πρέπει να χρησιμοποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες κάθε μαθητή (εξατομίκευση)	9	7.3	6	5.0

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα [$\chi^2(2, N = 245) = 1.406, p = 0.495$] η ειδικότητα των ερωτώμενων (γενικής/ειδικής αγωγής) δεν φαίνεται να επηρεάζει τις απαντήσεις τους σχετικά με τις συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές αντιμετώπισης που είναι πιο αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Όπως αναφέρεται στον πίνακα 13, το 76,6% των νηπιαγωγών γενικής αγωγής και το 82,6% της ειδικής αγωγής απάντησαν ότι "κάποιες συγκεκριμένες στρατηγικές είναι αποτελεσματικές" ενώ "όλες" απάντησαν το 16,1% και το 12,4% αντίστοιχα. Υπήρχε και το 7,3% των νηπιαγωγών γενικής

αγωγής και το 5% της ειδικής που θεωρούν ότι όλες οι στρατηγικές είναι αποτελεσματικές αλλά πρέπει να χρησιμοποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες κάθε μαθητή (εξατομίκευση).

4^ο Κεφάλαιο: Συζήτηση-Συμπεράσματα-Προτάσεις

4.1. Συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των στρατηγικών διαχείρισης που χρησιμοποιούνται για τη μαθησιακή και συμπεριφορική διάσταση της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά προσχολικής ηλικίας από τους νηπιαγωγούς γενικής και ειδικής αγωγής και η σύγκριση των στρατηγικών αυτών μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών. Επίσης, η διερεύνηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών των δυο ομάδων για τη ΔΕΠ-Υ και η ανίχνευση του βαθμού εμφάνισης των συμπτωμάτων που επιλέγεται από τις δυο ομάδες εκπαιδευτικών.

Η υλοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης κρίθηκε σημαντική, εφόσον παρατηρείται ότι δεν έχουν διεξαχθεί έρευνες που να αφορούν τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι νηπιαγωγοί γενικής και ειδικής αγωγής για τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ στην Ελλάδα. Ενώ υπάρχουν κάποιες έρευνες που έχουν διεξαχθεί στο εξωτερικό και αφορούν τους δασκάλους δημοτικού γενικής και ειδικής αγωγής και τη γνώση που κατέχουν για τη ΔΕΠ-Υ και τη χρήση στρατηγικών για τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ (Curtis et al., 2006·Martinussen et al., 2011) δεν παρατηρείται κάτι αντίστοιχο και για τους νηπιαγωγούς που βρίσκονται στην προσχολική αγωγή. Ακόμη, η παρούσα έρευνα προσπαθεί να προσδιορίσει το εύρος της γνώσης των νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής τόσο για την ΔΕΠΥ γενικά ως διαταραχή όσο και τον επιλεγόμενο βαθμό εμφάνισης των συμπτωμάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ από τις δυο ομάδες εκπαιδευτικών. Συνεπώς, επιδιώκεται μια ολοκληρωμένη διερεύνηση της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ και πως οι νηπιαγωγοί γενικής και ειδικής αγωγής αντιμετωπίζουν τη συγκεκριμένη διαταραχή.

Η συγκεκριμένη μελέτη λοιπόν, έρχεται να καλύψει το ερευνητικό κενό που υπάρχει στη βιβλιογραφία σχετικά με τον συνδυασμό όλων των παραπάνω ζητημάτων. Η έρευνα επικεντρώθηκε σε νηπιαγωγούς διότι λόγω των σπουδών που έχουν πραγματοποιήσει αλλά και της εμπειρίας που έχουν αποκτήσει από το διδακτικό τους έργο κρίνονται ως οι πλέον

κατάλληλοι για τον εντοπισμό και διαχείριση της ΔΕΠ-Υ. Από όλα τα παραπάνω επιβεβαιώνεται η πρωτοτυπία και η σπουδαιότητα που διακρίνει τη συγκεκριμένη έρευνα. Στη συνέχεια παρατίθενται η συζήτηση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν.

Αρχικά, σχετικά με τις γνώσεις που θεώρησαν ότι κατέχουν οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών φάνηκε ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής γνώριζαν περισσότερα σε σχέση με τη ΔΕΠ-Υ, είχαν περισσότερη εμπειρία με παιδιά με ΔΕΠ-Υ ενώ διατύπωσαν ότι η εκπαίδευσή τους ήταν περισσότερο ικανοποιητική για την ανίχνευση/εντοπισμό παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε η έρευνα της Μαυρίδου (2020) όπου οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας συμπεριλαμβανομένων και νηπιαγωγών ειδικής αγωγής επέδειξαν μεγαλύτερη γνώση των συμπτωμάτων της διαταραχής και επίσης φάνηκε να έχουν μεγαλύτερη ευχέρεια εντοπισμού των παιδιών με ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής. Από την άλλη μεριά η έρευνα των Weyandt et al. (2009) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι νηπιαγωγοί και οι δάσκαλοι γενικής και ειδικής αγωγής που έλαβαν μέρος δεν διαφοροποιήθηκαν σε σημαντικό βαθμό ως προς το επίπεδο γνώσης που επέδειξαν σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ και φάνηκε ότι οι γνώσεις τους ήταν περιορισμένες. Απεναντίας, στην έρευνα των Stormont and Stebbins (2005) παρατηρήθηκε ότι παρόλο που οι νηπιαγωγοί δήλωναν πως έχουν γνώσεις σχετικά με τη διαταραχή αυτό τελικά δεν υφίσταντο διότι σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν αποδείχθηκε ότι οι γνώσεις τους ήταν ελάχιστες και η πεποίθηση που είχαν φάνηκε ότι δεν ανταποκρίνονταν στην πραγματικότητα. Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι νηπιαγωγοί γενικής είχαν δυσκολία στην αναγνώριση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Stormont & Stebbins, 2005). Σύμφωνα με την έρευνα των Poznanski et al. (2021) συγκρίνοντας τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής διαπίστωσαν ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής δεν είχαν αρκετή γνώση σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ και την αντιμετώπιση της, συμπέρασμα που έρχεται σε αντιδιαστολή με το εύρημα της παρούσας έρευνας ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής φαίνεται να γνωρίζουν περισσότερα συγκριτικά με τους συναδέλφους τους της γενικής αγωγής. Πιθανόν, οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής είχαν μεγαλύτερη επίγνωση των αδυναμιών τους σχετικά με τη γνώση και την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής (Poznanski et al., 2021). Η έρευνα του Alkahtani (2013) τώρα υπογραμμίζει την έλλειψη γνώσεων των νηπιαγωγών γενικής αγωγής που εντοπίζεται στο κομμάτι της συμπτωματολογίας.

Οι Γκαραγκούνη-Αραίου κ.α. (2003) διαπίστωσαν ότι η κατάρτιση των εκπαιδευτικών στην ειδική αγωγή καθώς και η προγενέστερη εμπειρία με μαθητές, τους παρείχε τα απαραίτητα εφόδια ώστε να αντιμετωπίζουν προβλήματα των μαθητών με τον

καλύτερο δυνατό τρόπο. Κατα συνέπεια, η γνώση αποκτάται και εδραιώνεται με την επαφή των νηπιαγωγών με παιδιά που παρουσιάζουν παρεμφερή συμπτώματα (Alkahtani, 2013). Συνεπώς, φαίνεται ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής υπερτερούν τόσο όσον αφορά τις γνώσεις τους για τη ΔΕΠΥ όσο και στο μέγεθος της εμπειρίας που έχουν με παιδιά με ΔΕΠΥ έναντι των νηπιαγωγών γενικής (Καραγρηγορίου, 2003). Πιθανόν η διαφορά αυτή να οφείλεται εκ προοιμίου στο πανεπιστημιακό επίπεδο σπουδών τους που εστιάζει στην Ειδική αγωγή και σε όλα τα προβλήματα - διαταραχές που αυτή συμπεριλαμβάνει με έμφαση στην αντιμετώπιση τους επομένως είναι αναμενόμενο αυτό το συμπέρασμα. Κατά συνέπεια, η δια βίου επιμόρφωση και εξειδίκευση των νηπιαγωγών γενικής φαίνεται να είναι επιβεβλημένη, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις των μαθητών τόσο στο συμπεριφορικό όσο και στο μαθησιακό κομμάτι της ΔΕΠ-Υ σε βαθμό που να προσεγγίζει τις γνώσεις των νηπιαγωγών ειδικής.

Στη συνέχεια διαπιστώθηκε ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής πιστεύουν ότι μπορούν να ξεχωρίσουν καλύτερα τη φυσιολογική ζωηρότητα ενός νηπίου από τη ζωηρότητα που παρουσιάζει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, ενώ τους έχει συμβεί σε μεγαλύτερο βαθμό να πιστεύουν ότι η συμπεριφορά κάποιου μαθητή υποδηλώνει πως έχει ΔΕΠ-Υ, παρόλο που ο μαθητής δεν είχε επίσημη διάγνωση συγκριτικά με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής. Η έρευνα των Stormont and Stebbins (2005) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι νηπιαγωγοί γενικής αντιμετώπιζαν δυσκολία ως προς την αναγνώριση παιδιών με ΔΕΠ-Υ πράγμα που φαίνεται πως ισχύει και στην παρούσα έρευνα όπου οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής αναγνωρίζουν σε μικρότερο βαθμό τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Οπότε μάλλον η έλλειψη εξειδικευμένης κατάρτισης των νηπιαγωγών γενικής φαίνεται να μπορεί να αιτιολογήσει το γεγονός ότι δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν με επιτυχία τα συμπτώματα ενός παιδιού που έχει τη διαταραχή εν αντιθέσει με τους νηπιαγωγούς ειδικής.

Όσον αφορά τις στρατηγικές γενικά οι νηπιαγωγοί ειδικής παρατηρείται ότι γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιήσουν, ώστε να διαχειριστούν ένα παιδί με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής. Στην έρευνα του Alkahtani (2013) τονίζεται η έλλειψη γνώσεων των νηπιαγωγών γενικής αγωγής όσον αφορά τη χρήση κατάλληλων στρατηγικών για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ πράγμα που προκύπτει και στην παρούσα μελέτη. Σε έρευνες που υλοποιήθηκαν στην Ελλάδα συναντάται το ίδιο πρόβλημα όσον αφορά τις γνώσεις που κατέχουν οι νηπιαγωγοί σχετικά με τις κατάλληλες στρατηγικές που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ενώ γνωρίζουν τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής (Καραγρηγορίου, 2003·Μαυρίδου, 2020). Επίσης, σε άλλη έρευνα παρατηρήθηκε ότι ενώ

οι νηπιαγωγοί ήταν υπέρ της εφαρμογής συμπεριφορικών στρατηγικών, παρόλα αυτά δεν είχαν λάβει την κατάλληλη επιμόρφωση ώστε να ανταποκριθούν επαρκώς στην υποστήριξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Poznanski et al., 2021). Αυτό ίσως συμβαίνει, διότι δεν παρέχεται επιμόρφωση όσον αφορά τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ και τις στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν γι' αυτήν στις βασικές σπουδές των παιδαγωγικών τμημάτων. Έτσι, λοιπόν αναδεικνύεται η ανάγκη για συνεχή επιμόρφωση των εκπαιδευτικών γενικότερα αλλά και πιο συγκεκριμένα των νηπιαγωγών γενικής αγωγής όπου παρατηρείται να υστερούν σε μεγαλύτερο βαθμό ως προς τη γνώση των συμπεριφορικών και μαθησιακών στρατηγικών για τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ.

Σχετικά με το ποια ή ποιες επιστημονικές ειδικότητα/ες πιστεύουν ότι έχουν μεγαλύτερη γνώση ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ, οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι έχουν οι ίδιοι, οι λογοθεραπευτές και οι εργοθεραπευτές σε σχέση με το τι πιστεύουν οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής. Συγκεκριμένα οι απόψεις και των δύο ομάδων των συμμετεχόντων νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής συγκλίνουν ως προς την παραδοχή ότι οι συναδέλφοι της γενικής αγωγής έχουν χαμηλότερο επίπεδο γνώσης και εφαρμογής των στρατηγικών αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με τους συναδέλφους της ειδικής. Ειδικότερα, οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής επιλέγουν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό τους νηπιαγωγούς ειδικής ως καταλληλότερους για την εφαρμογή των στρατηγικών αντιμετώπισης και διαχείρισης της ΔΕΠΥ. Με το παραπάνω εύρημα λοιπόν, συμφωνεί η έρευνα της Μάτζαρη (2016) όπου υποστηρίζει ότι οι εκπαιδευτικοί γενικής αγωγής κρίνουν ως καταλληλότερους από αυτούς τους ειδικούς παιδαγωγούς καθώς πιστεύουν ότι έχουν περισσότερες γνώσεις. Επομένως, βασικό στοιχείο διαφοροποίησης των δυο ομάδων εκπαιδευτικών είναι το μορφωτικό επίπεδο που έχουν οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής το οποίο τους δίνει τη δυνατότητα περαιτέρω γνώσης τόσο στο κομμάτι της συμπτωματολογίας όσο και στο κομμάτι της διαχείρισης της ΔΕΠ-Υ.

Στην παραπάνω διαφοροποίηση ίσως θα πρέπει να προστεθεί η αποδοχή και των ιδίων νηπιαγωγών της ειδικής αγωγής, ότι θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι η εκπαίδευσή τους ήταν ικανοποιητική και επαρκής για την υποστήριξη παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής. Η έρευνα της Μπαλασάκη (2015) που αφορούσε γενικά εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης συμπεριλαμβανομένων νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής υποστήριξε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν ελάχιστα ικανοποιημένοι σχετικά με την εκπαίδευσή που είχαν λάβει, και δεν μπορούσαν να ανιχνεύσουν και να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες των παιδιών καθώς λίγοι ήταν αυτοί οι οποίοι δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν. Απεναντίας,

δεν ήταν λίγοι αυτοί που υποστήριξαν τη σημαντικότητα της συνεχούς επιμόρφωσης όσον αφορά την ειδική αγωγή εφόσον διαπίστωσαν ανεπάρκεια στις γνώσεις που είχαν λάβει από τις βασικές σπουδές τους για την διαχείριση της ΔΕΠ-Υ (Μπαλασάκη, 2015).

Ενδιαφέρον επίσης είναι ότι οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής θεωρούν ότι η συνεργασία με άλλους εκπαιδευτικούς και με επαγγελματίες ψυχικής υγείας τους έχει επηρεάσει περισσότερο στην επάρκεια της γνώσης τους γύρω από τις στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. Σε αντιδιαστολή με το συγκεκριμένο εύρημα φαίνεται ότι έρχεται η έρευνα των Stormont and Stebbins (2005) όπου καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η κύρια πηγή πληροφόρησης για τους νηπιαγωγούς γενικής σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ ήταν τα περιοδικά και οι εφημερίδες. Από την άλλη μεριά, πλήθος ελληνικών ερευνών έρχονται σε συμφωνία με το παραπάνω εύρημα σχετικά με το ότι οι νηπιαγωγοί γενικής πιστεύουν ότι η συνεργασία τους με άλλους εκπαιδευτικούς και επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχει συμβάλλει στις γνώσεις τους σχετικά με τις στρατηγικές διαχείρισης της ΔΕΠ-Υ (Μάτζαρη, 2016· Μπαλασάκη, 2015· Μαυρίδου, 2020).

Περνώντας τώρα στις δηλώσεις των νηπιαγωγών ειδικής αγωγής φαίνεται ότι έχουν επηρεαστεί περισσότερο στην επάρκεια της γνώσης τους αναφορικά με τη ΔΕΠ-Υ από τις σπουδές, τη διδακτική εμπειρία, την παρακολούθηση επιμορφωτικών προγραμμάτων και τη μελέτη επιστημονικού υλικού. Σε αντίθεση με τα παραπάνω ευρήματα έρχεται η έρευνα της Μαυρίδου (2020) από την οποία προκύπτει ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής φαίνεται να επηρεάζονται από τους συναδέλφους τους καθώς συνεργάζονται αρκετά μαζί τους ώστε να βρουν αποτελεσματικότερες και πιο λειτουργικές λύσεις σχετικά με τα προβλήματα που τους απασχολούν με τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ. Αναφορικά με τους παράγοντες που επηρέασαν τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής, είναι η διδακτική εμπειρία η οποία διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο ως προς την επάρκεια γνώσης ώστε οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής να διαχειριστούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Ακόμη, οι σπουδές, η παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων και η μελέτη επιστημονικού υλικού δίνουν την ευκαιρία και στους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής για εις βάθος γνώση στο συγκεκριμένο επιστημονικό πεδίο.

Σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα την ηλικία, τα έτη υπηρεσίας, την εργασιακή θέση και τις επιπλέον σπουδές προκύπτει ότι η επίδραση που αυτά ασκούν στο επίπεδο γνώσης των δυο ομάδων εκπαιδευτικών είναι μεγάλη καθώς φαίνεται ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής έχουν μεγαλύτερη γνώση στο κομμάτι της ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με τους συναδέλφους της γενικής αγωγής.

Πιο συγκεκριμένα φαίνεται ότι η ηλικία επιδρά στην ετοιμότητα και επάρκεια γνώσης των εκπαιδευτικών, εφόσον παρατηρείται ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής και των τεσσάρων ηλικιακών κατηγοριών θεωρούν ότι έχουν υψηλότερο βαθμό ετοιμότητας και επάρκειας γνώσης ως προς τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τα αντίστοιχα ηλικιακά διαστήματα των συναδέλφων τους της γενικής. Επίσης, το ίδιο συμβαίνει και για τα έτη υπηρεσίας καθώς, και για την εργασιακή θέση αν δηλαδή κάποιος είναι μόνιμος ή αναπληρωτής. Παρομοίως και για τα προγράμματα επιμόρφωσης τόσο σε γενική όσο και ειδική αγωγή όπου επιδρούν στην επάρκεια γνώσης και ετοιμότητας των νηπιαγωγών ειδικής αγωγής καθώς επιδεικνύουν υψηλότερο βαθμό ετοιμότητας και επάρκειας γνώσης ως προς τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με τους συναδέλφους τους της γενικής αγωγής. Προς επίρρωση των παραπάνω είναι η έρευνα της Μαυρίδου (2020) όπου υπογραμμίζεται η σημασία της επιμόρφωσης καθώς φαίνεται ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής που έχουν λάβει την κατάλληλη επιμόρφωση είναι σε θέση να ανταποκριθούν καλύτερα στο εκπαιδευτικό τους έργο.

Αναφορικά τώρα με τα συμπτώματα που αντιστοιχούν στην παρουσία της απροσεξίας, «*Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή του/της σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, ή κατά τη διάρκεια άλλων δραστηριοτήτων*», «*Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του/της σε εργασίες ή δραστηριότητες παιχνιδιού*», «*Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του/της απευθύνεται ο λόγος*» παρατηρείται ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής επιλέγουν τον μεγαλύτερο βαθμό εμφάνισης στα αυτά συμπτώματα σε σχέση με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής. Ο βαθμός εμφάνισης στον οποίο επιλέγουν τα συγκεκριμένα συμπτώματα οι νηπιαγωγοί ειδικής είναι είτε το "πολύ" είτε το "πάρα πολύ". Μπορεί οι συνάδελφοι της γενικής να διαφοροποιήθηκαν λίγο από τους ειδικής αγωγής αλλά δεν σημαίνει ότι οι απαντήσεις τους απείχαν τόσο πολύ καθώς επέλεξαν και αυτοί σε μεγάλο βαθμό το "πολύ" και το "πάρα πολύ" για τον βαθμό εμφάνισης των συμπτωμάτων αλλά επιπλέον και το "λίγο" και το "μέτρια". Από αυτό φαίνεται ότι οι νηπιαγωγοί γενικής μπορεί να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα αλλά όχι στο βαθμό που τα αναγνωρίζουν οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής οπότε την ίδια στιγμή μπορεί να τα συγχέουν με τη φυσιολογική ζωηρότητα που εκδηλώνουν τα παιδιά στην προσχολική ηλικία και να θεωρούν ότι με το πέρασμα του χρόνου θα αλλάξουν. Συνεπώς, δεν δίνουν τόσο μεγάλη σημασία στα συγκεκριμένα ως συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.

Απεναντίας, σχετικά με τα υπόλοιπα συμπτώματα της Απροσεξίας δε διαφοροποιούνται οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών καθώς φαίνεται ότι οι δυο ειδικότητες

επιλέγουν τον ίδιο βαθμό εμφάνισης των συμπτωμάτων οπότε υπάρχει ομοιογένεια στις απαντήσεις τους. Επιπλέον, φαίνεται και οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών να τα επιλέγουν σε έντονο βαθμό, πράγμα που υποδηλώνει ότι αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της αυτής παρουσίας της διαταραχής. Τέλος, αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν φαίνεται κάποιο στοιχείο να επηρεάζει τις απαντήσεις των δυο ειδικοτήτων.

Σχετικά τώρα με τα συμπτώματα που αντιστοιχούν στην παρουσία της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας οι νηπιαγωγοί των δυο ειδικοτήτων φάνηκε ότι διαφοροποιούνται στην επιλογή όλων των συμπτωμάτων εκτός από τα «*Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του/της*» και «*Συχνά διακόπτει ή παρεμβαίνει στους άλλους*» όπου εδώ υπάρχει ταύτιση στον βαθμό επιλογής της εμφάνισης των αυτών συμπτωμάτων. Σε όλα τα υπόλοιπα συμπτώματα της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας παρατηρείται ότι ο βαθμός εμφάνισης που επιλέγεται από τους νηπιαγωγούς γενικής και ειδικής αγωγής είναι το "μέτρια", "το πολύ" και το "πάρα πολύ" γεγονός που δείχνει κοινή αποδοχή του βαθμού εμφάνισης στα περισσότερα συμπτώματα της παρουσίας της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας. Παρόμοια ευρήματα εντοπίστηκαν στην έρευνα της Μαυρίδου (2020) όπου φάνηκε ότι οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας συμπεριλαμβανομένων και νηπιαγωγών ειδικής αγωγής επέδειξαν μεγαλύτερη γνώση των συμπτωμάτων της αυτής παρουσίας της διαταραχής συγκριτικά με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής καθώς φάνηκε ότι επέλεξαν τον μεγαλύτερο βαθμό εμφάνισης των συμπτωμάτων της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας. Σύμφωνα με παλαιότερη έρευνα φαίνεται ότι οι νηπιαγωγοί είναι ελάχιστα ενημερωμένοι σχετικά με τα συμπτώματα της διαταραχής καθώς και την αντιμετώπισή της (Alkahtani, 2013). Προκύπτει από την έρευνα της Μάτζαρη (2016) ότι η έλλειψη επαρκούς γνώσης σχετικά με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ επιδεικνύει την ανεπάρκεια των εκπαιδευτικών στο κομμάτι της ειδικής αγωγής και κατά συνέπεια φαίνεται η αδυναμία τους στη δημιουργία εξατομικευμένων προγραμμάτων ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των μαθητών με μαθησιακά και συμπεριφορικά προβλήματα. Πιθανόν, η υπεροχή των νηπιαγωγών ειδικής για άλλη μια φορά έναντι των νηπιαγωγών γενικής αγωγής να οφείλεται στο γεγονός ότι λόγω του αντικειμένου των σπουδών τους να έχουν λάβει περισσότερες γνώσεις σχετικά με τη διαταραχή και τη συμπτωματολογία της. Ακόμη, η μεγαλύτερη εμπλοκή τους με παιδιά με ΔΕΠ-Υ τους βοηθάει στο να αναγνωρίσουν ευκολότερα τα συμπτώματα που αντιστοιχούν στη διαταραχή.

Επιπλέον, παρατηρείται ότι και οι τέσσερις κατηγορίες δημογραφικών στοιχείων επηρεάζουν το βαθμό εμφάνισης των συμπτωμάτων που επιλέγουν οι δυο ειδικότητες. Συγκεκριμένα, ως προς τις ηλικιακές κατηγορίες φαίνεται ότι στις μεγαλύτερες ηλικίες (41-

50 και 51-65 ετών) οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής επιλέγουν σε μεγαλύτερο βαθμό την εμφάνιση των συμπτωμάτων της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας. Επίσης, σχετικά με τα έτη υπηρεσίας, παρατηρείται ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής επιλέγουν σε μεγαλύτερο βαθμό εμφάνισης τα συμπτώματα της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας συγκριτικά με τους νηπιαγωγούς γενικής. Αναφορικά με την εργασιακή σχέση οι μόνιμοι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής επιλέγουν σε μεγαλύτερο βαθμό εμφάνισης τα συμπτώματα της Υπερκινητικότητας/ Παρορμητικότητας. Πιθανότατα αυτό να προκύπτει από το γεγονός ότι παραμένουν μεγαλύτερο διάστημα στο ίδιο μέρος και έτσι έχουν τη δυνατότητα να περάσουν περισσότερο χρόνο με τους μαθητές λόγω της θέσης τους. Συνεπώς, έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν καλύτερες σχέσεις με τους μαθητές και κατ' επέκταση να μπορούν να διαπιστώσουν πιο εύκολα τις δυσκολίες τους. Όσον αφορά τις επιπλέον σπουδές τα "προγράμματα επιμόρφωσης στη γενική αγωγή" επηρεάζουν την επιλογή του βαθμού εμφάνισης των συμπτωμάτων της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας που επιλέγουν οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής. Σε παρεμφερή έρευνα που υλοποιήθηκε από τη Μάτζαρη (2016) φαίνεται ότι οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος χάριν της υψηλότερης επιμόρφωσης που έχουν λάβει μπορούν να εντοπίσουν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ εν αντιθέσει με την παρούσα όπου τα επιμορφωτικά προγράμματα στη γενική αγωγή επιδρούν καταλυτικά στην αναγνώριση των αυτών συμπτωμάτων.

Περνώντας τώρα στις συμπεριφορικές στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι νηπιαγωγοί των δυο ειδικοτήτων φαίνεται ότι δεν παρουσιάζουν έντονη διαφοροποίηση στο μεγαλύτερο μέρος των στρατηγικών εκτός από ορισμένες τις οποίες οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής τις επιλέγουν σε εντονότερο βαθμό. Οι στρατηγικές αυτές είναι οι εξής: «*Επιβολή ορίων*», «*Συστηματική αδιαφορία σε ανεπιθύμητη συμπεριφορά (απόσβεση)*», «*Συστήματα ανταμοιβής (υλική ή κοινωνική ανταμοιβή) και συμβολική ενίσχυση*», «*Κόστος δράσεων (αφαίρεση προνομίων) και διακοπή θετικής ενίσχυσης*» «*Μη λεκτικές τεχνικές όπως βλεμματική επαφή και σωματική επαφή ή όπως ένα απαλό άγγιγμα στον ώμο*», «*Επιπλήξεις με σύντομο και ήρεμο τρόπο*». Ο βαθμός χρήσης των προαναφερόμενων στρατηγικών που επιλέγουν οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής κυμαινόταν στο "πολύ" και το "πάρα πολύ". Αντίστοιχα ευρήματα φαίνεται ότι βρέθηκαν σε διάφορες έρευνες όπως στην έρευνα της Μάτζαρη (2016) όπου η «επιβράβευση» και η «επιβολή ορίων και κανόνων» φαίνεται να χρησιμοποιείται επίσης σε έντονο βαθμό. Στην έρευνα της Μαυρίδου (2020) και της Χρυσάφη (2017) παρατηρείται αντίστοιχα ότι οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής χρησιμοποιούν τα «συστήματα ανταμοιβής» περισσότερο από τους εκπαιδευτικούς γενικής αγωγής. Σχετικά με τη «συστηματική αδιαφορία σε ανεπιθύμητη συμπεριφορά (απόσβεση)»

όπου επιλέγεται ο μεγαλύτερος βαθμός εμφάνισης της συγκεκριμένης στρατηγικής από τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής σε αντίστοιχη έρευνα που υλοποιήθηκε φάνηκε ότι δεν υπήρχε διαφοροποίηση μεταξύ των δυο ειδικοτήτων ως προς την επιλογή του βαθμού εμφάνισης (Μαυρίδου, 2020). Όσον αφορά το «κόστος δράσεων» που χρησιμοποιείται σε μικρότερο βαθμό από τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής το συγκεκριμένο εύρημα πιθανόν προκύπτει διότι οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής μπορεί να μην γνωρίζουν τη συγκεκριμένη στρατηγική ή ακόμη και να μην τη θεωρούν αποτελεσματική ώστε να λειτουργήσει για τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ. Αναφορικά με το βαθμό χρήσης των «μη λεκτικών τεχνικών όπως βλεμματική επαφή και σωματική επαφή ή όπως ένα απαλό άγγιγμα στον ώμο», οι οποίες και φάνηκαν να χρησιμοποιούνται σε μεγαλύτερο βαθμό από τους νηπιαγωγούς ειδικής, παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στην έρευνα του Tegtmejer (2019) όπου η συγκεκριμένη στρατηγική προτιμήθηκε περισσότερο από τους εκπαιδευτικούς γενικά γιατί έτσι γινόταν πιο εύκολα και με ηρεμία η επαναφορά ενός μαθητή με διαταρακτική συμπεριφορά. Σύμφωνα με τον DuPaul and Weyandt (2006) η προηγούμενη στρατηγική της «μη λεκτικής επικοινωνίας» πρέπει να συνδυάζεται με τη στρατηγική των «επιπλήξεων με σύντομο και ήρεμο τρόπο» ώστε να υπάρξουν καλύτερα αποτελέσματα πράγμα που προκύπτει από την παρούσα έρευνα καθώς οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής φαίνεται ότι επιλέγουν και τη στρατηγική των «επιπλήξεων με σύντομο και ήρεμο τρόπο» σε μεγαλύτερο βαθμό γεγονός που αποδεικνύει την έντονη προτίμηση που δείχνουν. Το γεγονός ότι οι παραπάνω στρατηγικές χρησιμοποιούνται σε μεγαλύτερο βαθμό από τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής, πιθανόν συμβαίνει διότι λόγω των σπουδών που έχουν κάνει και της εμπειρίας που έχουν αποκτήσει εργαζόμενοι είτε στην παράλληλη στήριξη είτε σε τμήματα ένταξης ή σε ειδικά σχολεία αυτό τους καθιστά πιο εξειδικευμένους στη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ και συνεπώς χρησιμοποιούν με μεγαλύτερη ευχέρεια και συχνότητα τις συμπεριφορικές στρατηγικές.

Οι διαφορές στον βαθμό επιλογής των συμπεριφορικών στρατηγικών μεταξύ των δυο ομάδων στην παρούσα έρευνα υποδηλώνουν μικρότερο βαθμό χρήσης από την πλευρά των νηπιαγωγών γενικής ως προς ορισμένες συμπεριφορικές στρατηγικές, συγκριτικά με τους συναδέλφους τους της ειδικής αγωγής. Βέβαια οι απαντήσεις και των δυο ομάδων εκπαιδευτικών κάλυπταν το εύρος του «μέτρια» έως «πάρα πολύ» γεγονός που δείχνει μια μέτρια προς ικανοποιητική συχνότητα χρήσης των επιλογών τους ως προς τις συμπεριφορικές στρατηγικές.

Για να επιτευχθεί η αποτελεσματική διαχείριση της τάξης θα πρέπει να υπάρχει γνώση των κατάλληλων στρατηγικών (Slavin, 2003, όπως αναφέρεται σε Πουρσανίδου,

2016). Ένας αποτελεσματικός εκπαιδευτικός έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιεί πλήθος στρατηγικών κατά τη διδασκαλία του εναλλάσσοντάς τες ανάλογα με την κατάσταση και τις ανάγκες των μαθητών ώστε να έχει το βέλτιστο αποτέλεσμα τόσο σε ατομικό όσο και σε επίπεδο ομάδας (Doyle, 2006, όπως αναφέρεται στο Σκαλούμπακας, (χ.χ.). Συνεπώς, η επιπλέον επιμόρφωση των νηπιαγωγών γενικής, ώστε να γνωρίζουν περισσότερες στρατηγικές οπότε να επιλέγουν με μεγαλύτερη ευχέρεια τις καταλληλότερες για την περίπτωση του εκάστοτε μαθητή όπως οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής, είναι απαραίτητη.

Από την άλλη μεριά η στρατηγική *«Καθιέρωση καθημερινής ρουτίνας και δημιουργία δομημένου περιβάλλοντος»* φαίνεται ότι επιλέγεται σε εντονότερο βαθμό από τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής. Σε συμφωνία με το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται η έρευνα της Μαυρίδου (2020) όπου επισημαίνεται η αξία της συγκεκριμένης στρατηγικής ως μια από τις σπουδαιότερες που είναι σημαντικό να χρησιμοποιούνται. Πιθανόν να υπερισχύει η συγκεκριμένη στρατηγική συγκριτικά με τις άλλες για τους νηπιαγωγούς γενικής καθώς χρησιμοποιείται ούτως ή άλλως στις τάξεις της γενικής οπότε έχουν γνώση της αποτελεσματικότητάς της και έτσι τη θεωρούν μια σίγουρη επιλογή και για τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ, οπότε τη χρησιμοποιούν σε εντονότερο βαθμό. Παρόλα αυτά δεν παύει να είναι επιτακτική η ανάγκη περαιτέρω επιμόρφωσης των νηπιαγωγών γενικής σχετικά με τις συμπεριφορικές στρατηγικές για τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δε φαίνεται να ασκούν κάποια επίδραση στη συχνότητα χρήσης των συμπεριφορικών στρατηγικών που επιλέγουν οι εκπαιδευτικοί. Οριακά, οι μόνιμοι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής επιλέγουν τις συμπεριφορικές στρατηγικές σε μεγαλύτερο βαθμό χρήσης σε σχέση με τους γενικής αγωγής.

Σχετικά τώρα με τις μαθησιακές στρατηγικές παρατηρείται ότι οι απαντήσεις των δυο ομάδων εκπαιδευτικών διαφοροποιούνται στις στρατηγικές *«Υποστήριξη της ενεργούς συμμετοχής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ»*, *«Παροχή επιλογών στους μαθητές»*, *«Απλές, σύντομες, ξεκάθαρες, σαφείς επαναλαμβανόμενες οδηγίες»*, *«Χωρισμός των εργασιών σε μικρότερα τμήματα»*, *«Εναλλαγή παθητικών δραστηριοτήτων με διαδραστικές ανά τακτά χρονικά διαστήματα και συχνά διαλείμματα με χαλαρωτικές δραστηριότητες»*, *«Ποικιλία εκπαιδευτικού υλικού και παρουσίαση του με πολλούς διαφορετικούς τρόπους»*. Παρατηρείται δηλαδή ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής επιλέγουν τις συγκεκριμένες στρατηγικές σε μεγαλύτερο βαθμό *“πολύ”* και *“πάρα πολύ”*, για την αντιμετώπιση των δυσκολιών των μαθητών, σε σχέση με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής ενώ στη στρατηγική *«Συχνή επανάληψη των οδηγιών από τον εκπαιδευτικό»* ισχύει το αντίθετο καθώς οι νηπιαγωγοί

γενικής αγωγής είναι αυτοί που την επιλέγουν σε μεγαλύτερο βαθμό. Σε συμφωνία με το παραπάνω εύρημα σχετικά με τη στρατηγική της *«υποστήριξης της ενεργούς συμμετοχής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ»* έρχεται η έρευνα της Χρυσάφη (2017) η οποία συμφωνεί ότι η συγκεκριμένη στρατηγική χρησιμοποιείται σε μεγαλύτερο βαθμό από τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής.

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν ελάχιστες έρευνες που να ασχολούνται με τη σύγκριση μεταξύ νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής αναφορικά με τη ΔΕΠ-Υ και τις στρατηγικές διαχείρισης της. Οι περισσότερες έρευνες αναφέρονται σε μια ειδικότητα οπότε υπάρχει δυσκολία σχετικά με την σύγκριση των αποτελεσμάτων. Σχετικά με τη στρατηγική της *«υποστήριξης της ενεργούς συμμετοχής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ»* η έρευνα του Tegtmejer (2019) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η συγκεκριμένη είναι μια από αυτές που χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο από τους εκπαιδευτικούς εν γένει.

Σχετικά με τη στρατηγική της *«παροχής επιλογών στους μαθητές»*, από την έρευνα του DuPaul et al. (2011) προκύπτει ότι είναι στις προτιμήσεις των εκπαιδευτικών γενικά για τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ να δίνεται μια ποικιλία επιλογών στους μαθητές, ώστε να μπορέσουν να επιλέξουν ποιες προτιμούν (π.χ. για τις εργασίες προς ολοκλήρωση, για την ακολουθία των βημάτων μέσα σε μια εργασία ή τους συνεργάτες για την ανατιθέμενη εργασία).

Αναφορικά με την στρατηγική *«απλές, σύντομες, ξεκάθαρες, σαφείς επαναλαμβανόμενες οδηγίες»*, ο Galey (2007) υποστηρίζει ότι αποτελεί μια στρατηγική μέγιστης σημασίας, καθώς λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ ως προς τη συγκράτηση πληροφοριών οι οδηγίες θα πρέπει να είναι σύντομες και σαφείς με λεξιλόγιο κατάλληλα προσαρμοσμένο στον κάθε μαθητή.

Επιπλέον, *«Χωρισμός των εργασιών σε μικρότερα τμήματα»*, είναι μια στρατηγική καταλυτικής σημασίας για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και φαίνεται να επιλέγεται σύμφωνα με τις έρευνες των Brock et al. (2009) και DuPaul et al. (2011) από τους εκπαιδευτικούς. Είναι πολύ σημαντική στρατηγική καθώς με το διαχωρισμό αυτό των εργασιών σε μικρότερα τμήματα ώστε να ταιριάζουν στη διάρκεια της προσοχής των μαθητών ίσως έτσι μπορεί να επιτευχθεί η μείωση της συμπεριφοράς εκτός δραστηριότητας και η συμπεριφορά που προκαλεί αναστάτωση και κατ'επέκταση να διευκολυνθούν οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ.

Σχετικά με τη στρατηγική *«Εναλλαγή παθητικών δραστηριοτήτων με διαδραστικές ανά τακτά χρονικά διαστήματα και συχνά διαλείμματα με χαλαρωτικές δραστηριότητες»*, οι Λιβανίου (2004) και Μανιαδάκη και Κάκουρος (2016) υπογραμμίζουν τη σπουδαιότητα της συγκεκριμένης στρατηγικής για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ως αρκετά βοηθητική ώστε να

διατηρηθεί αμείωτο το ενδιαφέρον τους. Ακόμη, είναι επιτακτική ανάγκη να περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα συχνά και σύντομα διαλείμματα που θα στοχεύουν στη χαλάρωση των μαθητών με κατάλληλες δραστηριότητες εφόσον κουράζονται αρκετά γρήγορα (Brock et al., 2009·Λιβανίου, 2004·Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Αναφορικά με τη στρατηγική «*ποικιλία εκπαιδευτικού υλικού και παρουσίαση του με πολλούς διαφορετικούς τρόπους*» φαίνεται ότι η χρήση της είναι καίριας σημασίας καθώς μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη πρόσβαση των μαθητών στη γνώση, στην προσέλκυση και τη συγκέντρωση τους στην εκάστοτε εργασία ή δραστηριότητα που υλοποιείται (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016·Μάσχα & Καραδήμας, 2012·Μπελτσώνια, 2020). Στην παρούσα εργασία αυτή η διαφοροποίηση μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών στο βαθμό χρήσης των στρατηγικών, με τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής να επιλέγουν σε μεγαλύτερο βαθμό κάποιες στρατηγικές συγκριτικά με τους νηπιαγωγούς γενικής μπορεί να αποδοθεί πιθανόν στην κατάρτιση που έχουν λάβει από τις σπουδές τους αλλά και χάριν της εμπειρικής εξοικείωσης που έχουν αποκτήσει λόγω της συνάφειας του εκπαιδευτικού τους αντικειμένου. Επιπλέον, η διαφορά που παρατηρείται μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών ίσως σχετίζεται με την εξατομίκευση των στρατηγικών που χρησιμοποιούνται κυρίως από τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής.

Όσον αφορά τη στρατηγική «*Συχνή επανάληψη των οδηγιών από τον εκπαιδευτικό*» που επιλέγουν οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής πιθανολογείται ότι γίνεται λόγω της συχνότητας με την οποία χρησιμοποιείται από τους νηπιαγωγούς η συγκεκριμένη στρατηγική για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, συνεπώς φαίνεται να τους είναι οικεία και έτσι την επιλέγουν σε μεγαλύτερο βαθμό για τη διαχείριση παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Οι διαφορές στον τρόπο επιλογής των στρατηγικών μεταξύ των δυο ομάδων στην παρούσα έρευνα υποδηλώνουν μικρότερο βαθμό χρήσης από την πλευρά των νηπιαγωγών γενικής ως προς ορισμένες μαθησιακές στρατηγικές, συγκριτικά με τους συναδέλφους τους της ειδικής αγωγής. Βέβαια οι απαντήσεις και των δυο ομάδων εκπαιδευτικών καλύπτουν το εύρος του «μέτρια» έως «πάρα πολύ» γεγονός που δείχνει ένα μέτριο έως ικανοποιητικό βαθμό χρήσης των επιλεγόμενων μαθησιακών στρατηγικών και κατ'επέκταση τη γνώση που έχουν ως προς αυτές. Προκύπτει, λοιπόν, ότι και οι δυο ομάδες τις γνωρίζουν σε ικανοποιητικό βαθμό. Από τα αποτελέσματα των ερευνών της Παπαδοπούλου (2021) και του Alkahtani (2013) προκύπτει ότι οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης συμπεριλαμβανομένων νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής δυσκολεύονται στη διαχείριση των προβλημάτων των μαθητών που προκύπτουν από τη ΔΕΠ-Υ στο μαθησιακό

κομμάτι. Συνεπώς, κρίνεται αναγκαίο οι νηπιαγωγοί είτε γενικής είτε ειδικής αλλά στην προκειμένη περίπτωση ιδιαίτερα οι γενικής εφόσον εντοπίζεται έλλειμμα σε αυτή την ειδικότητα να λάβουν περαιτέρω επιμόρφωση στο κομμάτι της ειδικής αγωγής και συγκεκριμένα στη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ ώστε γνωρίζοντας κατάλληλες στρατηγικές στο μαθησιακό κομμάτι να μπορούν να τις αξιοποιήσουν μέσα στην τάξη και να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες των παιδιών.

Τέλος, από τη σύγκριση των δημογραφικών με τις μαθησιακές στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι δυο ειδικότητες για την αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ προκύπτει ότι η ηλικία και οι επιπλέον σπουδές έχουν επίδραση στις επιλογές των εκπαιδευτικών όσον αφορά τις μαθησιακές στρατηγικές. Πιο συγκεκριμένα, οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής, ηλικίας (22-30 ετών) επιλέγουν τις μαθησιακές στρατηγικές σε εντονότερο βαθμό συγκριτικά με τους συναδέλφους ειδικής αγωγής. Αναφορικά με τις σπουδές, παρατηρείται ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής που έχουν παρακολουθήσει διδασκαλείο φαίνεται να επιλέγουν τις μαθησιακές στρατηγικές σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με τους γενικής. Αυτό μπορεί να συμβαίνει διότι οι νηπιαγωγοί ειδικής που έχουν παρακολουθήσει διδασκαλείο είναι πιθανόν μεγαλύτεροι σε ηλικία και μάλλον με μεγαλύτερη εμπειρία. Συνεπώς, η επιμόρφωση που έχουν αποκτήσει από το διδασκαλείο σε συνδυασμό με τα έτη υπηρεσίας που έχουν και την εμπειρική εξοικείωση πιθανόν να δικαιολογούν το συγκεκριμένο συμπέρασμα, δηλαδή τη μεγαλύτερη ευχέρεια των εκπαιδευτικών με τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ και την εντονότερη χρήση των μαθησιακών στρατηγικών αντιμετώπισής της. Επίσης, μια άλλη υπόθεση για τη χρήση μαθησιακών στρατηγικών από τους νηπιαγωγούς ειδικής αγωγής είναι το γεγονός ότι μπορεί να επικεντρώνονται περισσότερο στις στρατηγικές που εστιάζουν στα μαθησιακά προβλήματα θεωρώντας τες πιο σημαντικές συγκριτικά με τις στρατηγικές που αφορούν τη συμπεριφορά. Τέλος, παρατηρείται ότι οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής που έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στη γενική αγωγή επιλέγουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις μαθησιακές στρατηγικές.

Στη συνέχεια διερευνήθηκε η σχέση που μπορεί να υπάρχει ανάμεσα σε κάθε έναν από τους δύο άξονες της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ (Απροσεξία και Υπερκινητικότητα-Παρορμητικότητα) και το βαθμό χρήσης των συμπεριφορικών και μαθησιακών στρατηγικών μεταξύ των δυο ομάδων των εκπαιδευτικών. Αρχικά, διαπιστώθηκε για τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής ότι η επιλογή των συμπτωμάτων είτε της απροσεξίας είτε της Υπερκινητικότητας - Παρορμητικότητας σε μεγαλύτερο βαθμό εμφάνισης, τους οδηγεί σε εντονότερη χρήση στρατηγικών για την αντιμετώπιση των συμπεριφορικών και

μαθησιακών προβλημάτων. Οι γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ συνδέονται άμεσα με την αποτελεσματικότερη χρήση των στρατηγικών για τη διαχείρισή της (U.S. Department of Education, 2008). Η μελέτη της Μαυρίδου (2020) έρχεται σε συμφωνία με το παραπάνω εύρημα ότι οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής που έχουν γνώση και μπορούν να καταλάβουν ένα παιδί με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ φαίνεται ότι ανταποκρίνονται καλύτερα ως προς την αντιμετώπιση των παιδιών μέσα στην τάξη. Κατά συνέπεια, προκύπτει το συμπέρασμα ότι όσο πιο καλά είναι επιμορφωμένοι οι εκπαιδευτικοί τόσο καλύτερη διαχείριση θα κάνουν ως προς τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ καθώς θα κατανοούν καλύτερα τις ανάγκες τους και θα εφαρμόζουν κατάλληλες στρατηγικές. (Αγαλιώτης, 2008· Μπαλασάκη, 2015· Singh, & Squires, 2014).

Έπειτα διαπιστώθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην απροσεξία και στις συμπεριφορικές στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής. Σχετικά με την απροσεξία και τις μαθησιακές στρατηγικές φαίνεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο. Οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής φαίνεται να χρησιμοποιούν στο κομμάτι της απροσεξίας συμπεριφορικές στρατηγικές χωρίς να συνδέουν το βαθμό εμφάνισης των συμπτωμάτων της απροσεξίας με στρατηγικές αντιμετώπισης μαθησιακών δυσκολιών. Η προτίμηση αυτή στη χρήση των συμπεριφορικών στρατηγικών στα συμπτώματα της απροσεξίας μπορεί να συμβαίνει διότι μάλλον συνδέουν την απροσεξία με το συμπεριφορικό κομμάτι εν αντιθέσει με το μαθησιακό κομμάτι που μάλλον δε θεωρούν ότι έχει μεγάλη συνάφεια συνεπώς δε συσχετίζουν τόσο έντονα και τις μαθησιακές στρατηγικές. Οπότε μάλλον συμβαίνει να πιστεύουν ότι θα μπορέσουν να διαχειριστούν με τις συμπεριφορικές στρατηγικές τα συμπτώματα της απροσεξίας καλύτερα από το να χρησιμοποιήσουν μαθησιακές στρατηγικές.

Αναφορικά με τα συμπτώματα της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας που επιλέγουν οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής και των συμπεριφορικών και μαθησιακών στρατηγικών δεν παρατηρείται κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δυο.

Τέλος, ζητήθηκε από τους εκπαιδευτικούς να απαντήσουν με μορφή ανοικτής ερώτησης ποιες μαθησιακές και συμπεριφορικές στρατηγικές θεωρούν ως πιο αποτελεσματικές. Οι απαντήσεις τους σε επίπεδο συχνότητας κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες η πρώτη ομάδα φάνηκε να δηλώνει ότι θεωρεί και τις συμπεριφορικές και τις μαθησιακές στρατηγικές ως αποτελεσματικές η δεύτερη ομάδα δήλωσε ότι "κάποιες συγκεκριμένες στρατηγικές είναι πιο αποτελεσματικές" ενώ η τρίτη ομάδα θεώρησε ότι

“όλες οι στρατηγικές είναι αποτελεσματικές αλλά πρέπει να χρησιμοποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε παιδιού (εξατομίκευση)”. Οι δύο κατηγορίες των εκπαιδευτικών δε διαφοροποιήθηκαν πολύ σχετικά με τις απαντήσεις καθώς παρόμοια ποσοστά παρουσίασαν σε καθεμία από τις τρεις κατηγορίες. Συνεπώς, φαίνεται ότι οι συχνότητες των απαντήσεων ήταν παρόμοιες μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών. Πιο συγκεκριμένα, η πρώτη κατηγορία απαντήσεων που δόθηκε από τους νηπιαγωγούς των δυο ομάδων ήταν ότι θεωρούν ότι όλες οι συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές είναι αποτελεσματικές. Με αυτό το εύρημα φαίνεται να συμφωνεί και η έρευνα της Χρυσάφη (2017) όπου οι εκπαιδευτικοί χρησιμοποιούν όλες τις στρατηγικές σχετικά με τη διαχείριση της προβληματικής συμπεριφοράς, ώστε να αντιμετωπίσουν τους μαθητές τους. Η δεύτερη κατηγορία που δημιουργήθηκε ήταν αυτή η οποία επιλέχθηκαν ορισμένες στρατηγικές από τους νηπιαγωγούς που θεωρήθηκαν ως πιο αποτελεσματικές. Η τρίτη κατηγορία των απαντήσεων που δόθηκαν δήλωναν ότι όλες οι στρατηγικές είναι αποτελεσματικές ανάλογα με τις ανάγκες των μαθητών. Σε συμφωνία με άλλες έρευνες φαίνεται ότι οι εκπαιδευτικοί χρησιμοποιούν κατάλληλες στρατηγικές ανάλογα με τις ανάγκες των παιδιών (Kaiser & Rasminsky, 2009· Souza & Jament, 2015). Ακόμη, σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε η έρευνα της Χρυσάφη (2017) όπου οι εκπαιδευτικοί υποστήριζαν ότι χρησιμοποιούν όλες τις στρατηγικές αλλά επεσήμαναν ότι κύριο μέλημά τους είναι να κερδίσουν πρώτα από όλα την εμπιστοσύνη των μαθητών τους και να γνωρίσουν καλύτερα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και έπειτα θα έκαναν εξατομικευμένη διδασκαλία (Χρυσάφη, 2017). Επίσης, σύμφωνα με τον Αγαλιώτη (2008) ένα μεγάλο ποσοστό εκπαιδευτικών επιλέγει κάποιες συγκεκριμένες στρατηγικές τις οποίες και εφαρμόζει αφού προηγουμένως γίνει ακριβής προσδιορισμός των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι μαθητές στο μαθησιακό κομμάτι. Ακόμη, επισημαίνει ότι οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής οι οποίοι λόγω των σπουδών τους έχουν λάβει μεγαλύτερη εκπαίδευση μπορούν να χρησιμοποιήσουν πιο εξατομικευμένα τις κατάλληλες συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές. Οι Kaiser and Rasminsky (2009) αναφέρονται στη σπουδαιότητα της γνώσης πολλαπλών στρατηγικών διαχείρισης όπου ο εκπαιδευτικός θα είναι σε θέση να διαλέξει την καταλληλότερη ή ένα συνδυασμό στρατηγικών αναλόγως την περίπτωση. Κάπως έτσι μπορεί να ερμηνευτεί και η επιλογή της χρήσης όλων των στρατηγικών από τους εκπαιδευτικούς των δυο ειδικοτήτων. Πιθανότατα γνωρίζουν τις αποτελεσματικές στρατηγικές και μάλλον επιλέγουν ανάλογα με την περίπτωση ποιά ή ποιες θα χρησιμοποιήσουν. Η χρήση πολλών στρατηγικών μπορεί να οφείλεται και στην ευχέρεια που μπορεί να υπάρχει πιθανόν λόγω των αυξημένων γνώσεων

πάνω στις στρατηγικές ή στον πειραματισμό αυτών των στρατηγικών ώστε να εντοπιστούν οι καταλληλότερες για την περίπτωση του εκάστοτε παιδιού.

4.2. Συμπεράσματα της έρευνας

Συμπερασματικά, η παρούσα έρευνα ολοκληρώνεται με τη συνοπτική παρουσίαση των σημαντικότερων ευρημάτων απαντώντας στα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί. Σε σχέση με το 1^ο ερευνητικό ερώτημα της εργασίας *''Υπάρχει διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων εκπαιδευτικών στις γνώσεις που έχουν για τη ΔΕΠ-Υ;''* παρατηρήθηκε πως οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής είχαν περισσότερη γνώση σχετικά με τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εν αντιθέσει με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής. Πιο συγκεκριμένα, οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής θεωρούσαν ότι γνωρίζουν καλύτερα τι είναι η ΔΕΠ-Υ, είχαν περισσότερη εμπειρία με παιδιά με ΔΕΠ-Υ, και πίστευαν ότι η εκπαίδευση τους ήταν περισσότερο ικανοποιητική για τον εντοπισμό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής. Επίσης, πίστευαν ότι μπορούν να ξεχωρίσουν πιο εύκολα τη φυσιολογική ζωηρότητα ενός νηπίου από τη ζωηρότητα που παρουσιάζει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, ενώ τους είχε συμβεί σε μεγαλύτερο βαθμό να πιστεύουν ότι η συμπεριφορά κάποιου μαθητή υποδήλωνε πως έχει ΔΕΠ-Υ παρόλο που ο μαθητής δεν είχε πρότερη επίσημη διάγνωση. Τέλος γνωρίζουν περισσότερες στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιήσουν, ώστε να διαχειριστούν ένα παιδί με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τους συναδέλφους τους της γενικής αγωγής. Επίσης, και οι δυο ειδικότητες νηπιαγωγών θεωρούσαν ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής είχαν μεγαλύτερη γνώση ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής θεωρούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι η εκπαίδευση τους ήταν ικανοποιητική για την υποστήριξη παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής.

Προχωρώντας στο 2^ο ερευνητικό ερώτημα *''Διαφοροποιούνται οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών ως προς την επιλογή του βαθμού εμφάνισης των συμπτωμάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ;''* φάνηκε ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής επέλεξαν το μεγαλύτερο βαθμό εμφάνισης τόσο των συμπτωμάτων της απροσεξίας όσο και των συμπτωμάτων της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας συγκριτικά με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής.

Αναφορικά με το 3^ο ερευνητικό ερώτημα *''Διαφοροποιούνται οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών ως προς το βαθμό χρήσης των συμπεριφορικών και μαθησιακών στρατηγικών για την αντιμετώπιση/διαχείριση της ΔΕΠ-Υ;''* τα αποτελέσματα ανέδειξαν διαφοροποίηση. Στο κομμάτι των συμπεριφορικών στρατηγικών φάνηκε ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής

χρησιμοποιούσαν τις παρακάτω στρατηγικές «*Επιβολή ορίων*», «*Εικονογραφημένες εντολές*», «*Συστήματα ανταμοιβής*», «*Κόστος δράσεων*», «*Μη λεκτικές τεχνικές όπως βλεμματική επαφή και σωματική επαφή όπως ένα απαλό άγγιγμα στον ώμο*», «*Επιπλήξεις με σύντομο και ήρεμο τρόπο*» σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής ενώ στη στρατηγική «*Καθιέρωση καθημερινής ρουτίνας και δημιουργία δομημένου περιβάλλοντος*» ίσχυε το αντίθετο. Όσον αφορά τις μαθησιακές στρατηγικές φάνηκε αντίστοιχα ότι οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών διαφοροποιούνται ως προς το βαθμό χρήσης τους. Έντονη διαφοροποίηση παρουσιάστηκε στις στρατηγικές «*Υποστήριξη της ενεργούς συμμετοχής των παιδιών με ΔΕΠΥ*», «*Παροχή επιλογών στους μαθητές*», «*Απλές, σύντομες, ξεκάθαρες, σαφείς επαναλαμβανόμενες οδηγίες*», «*Χωρισμός των εργασιών σε μικρότερα τμήματα*», «*Εναλλαγή παθητικών δραστηριοτήτων με διαδραστικές ανά τακτά χρονικά διαστήματα και συχνά διαλείμματα με χαλαρωτικές δραστηριότητες*», «*Ποικιλία εκπαιδευτικού υλικού και παρουσίαση του με πολλούς διαφορετικούς τρόπους*» όπου φάνηκε ότι οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής επέλεξαν τις συγκεκριμένες σε μεγαλύτερο βαθμό για την αντιμετώπιση των δυσκολιών των μαθητών, σε σχέση με τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής ενώ στη στρατηγική «*Συχνή επανάληψη των οδηγιών από τον εκπαιδευτικό*» ισχύει το αντίθετο καθώς οι νηπιαγωγοί γενικής αγωγής την επέλεξαν σε μεγαλύτερο βαθμό.

Στο 4^ο ερευνητικό ερώτημα «*Σχετίζεται ο βαθμός εμφάνισης των συμπτωμάτων που επιλέγουν οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών με τη χρήση συμπεριφορικών και μαθησιακών στρατηγικών αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ;*» διαπιστώθηκε για τους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής ότι η επιλογή των συμπτωμάτων είτε της απροσεξίας είτε της Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας σε εντονότερο βαθμό τους οδηγούσε σε εντονότερη χρήση στρατηγικών για την αντιμετώπιση των συμπεριφορικών και μαθησιακών προβλημάτων. Οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής δε φάνηκε να συνδέουν την ένταση των συμπτωμάτων της απροσεξίας με τη μεγαλύτερη χρήση στρατηγικών για την αντιμετώπιση μαθησιακών προβλημάτων όπως επίσης, και την ένταση των συμπτωμάτων της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας με τη μεγαλύτερη χρήση συμπεριφορικών και μαθησιακών στρατηγικών. Όμως, η μεγαλύτερη ένταση των συμπτωμάτων απροσεξίας που επέλεξαν έδειξε να τους οδηγεί σε μεγαλύτερη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων συμπεριφοράς.

Ολοκληρώνοντας, στο 5^ο ερευνητικό ερώτημα το οποίο αναφερόταν στο αν «*Διαφοροποιούνται οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών ως προς το ποιες θεωρούν πιο αποτελεσματικές στρατηγικές που χρησιμοποιούν στην αντιμετώπιση/διαχείριση της ΔΕΠ-Υ;*» βρέθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί των δυο ειδικοτήτων δεν διαφοροποιήθηκαν μεταξύ τους σε

σχέση με τις απαντήσεις που έδωσαν ως προς τις συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές που θεωρούν πιο αποτελεσματικές. Ένα μέρος των νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής δήλωσαν ότι όλες οι στρατηγικές είναι αποτελεσματικές, ένα άλλο μέρος ότι κάποιες συγκεκριμένες στρατηγικές είναι αποτελεσματικές και ένα τρίτο μέρος ότι όλες είναι αποτελεσματικές ανάλογα με την περίπτωση του κάθε παιδιού. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι και οι δυο ομάδες εκπαιδευτικών επέλεξαν με την ίδια συχνότητα περίπου τις παραπάνω απαντήσεις.

4.3. Περιορισμοί της έρευνας

Πέρα από τα δεδομένα που προκύπτουν από την έρευνα και συνεισφέρουν στη δημιουργία μιας εικόνας σχετικά με τις γνώσεις των νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής για τη συμπτωματολογία και τις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για τη ΔΕΠ-Υ υπάρχουν και ορισμένοι περιορισμοί.

Ένας περιορισμός της έρευνας ήταν ότι ακολουθήθηκε βολική δειγματοληψία, καθώς τα ερωτηματολόγια διαμοιράστηκαν σε συγκεκριμένα σχολεία, κατά συνέπεια δεν μπορούν να εξαχθούν γενικεύσιμα συμπεράσματα. Ένας ακόμη περιορισμός ενδεχομένως να είναι η χρήση αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου, το οποίο όμως δημιουργήθηκε έχοντας βάση παλαιότερα ερωτηματολόγια αντίστοιχων ερευνών. Επίσης, ελέγχθηκε η αξιοπιστία του και μπορεί να βοηθήσει σε μελλοντικές έρευνες. Ένας άλλος περιορισμός είναι ο μικρός αριθμός ανδρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα αν και είναι μικρός ο αριθμός των ανδρών που κατευθύνονται προς την προσχολική εκπαίδευση. Επιπλέον, η πραγματοποίηση του ελέγχου κανονικότητας των μεταβλητών οδήγησε στην εφαρμογή μη παραμετρικών ελέγχων, οι οποίοι μειώνουν την αξιοπιστία και την ισχύ των στοιχείων της έρευνας.

Τέλος, με γνώμονα ότι η παρούσα έρευνα αφορούσε απόψεις εκπαιδευτικών υπάρχει επιφυλακτικότητα ως προς την αντιστοιχία των απαντήσεων τους με τα πραγματικά δεδομένα της καθημερινής προσχολικής τάξης. Συνεπώς, είναι απαραίτητη η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών σχετικά με τη γνώση της ΔΕΠ-Υ και τις κατάλληλες στρατηγικές που πρέπει να χρησιμοποιούνται στις συμπεριφορικές και μαθησιακές δυσκολίες που αυτή επιφέρει, καθώς και η καταγραφή και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των στρατηγικών που χρησιμοποιούνται.

4.4. Επιπτώσεις της έρευνας στην Ειδική Αγωγή και την Αποκατάσταση

Η παρούσα έρευνα συγκεντρώνει τις στρατηγικές διαχείρισης από την υπάρχουσα βιβλιογραφία που αφορούν το μαθησιακό και συμπεριφορικό κομμάτι της ΔΕΠ-Υ. Κατ' επέκταση η δημιουργία αυτοσχέδιου εργαλείου βασισμένου στις υπάρχουσες στρατηγικές αλλά και σε ερωτήσεις διερεύνησης των γνώσεων των νηπιαγωγών αναφορικά με τη ΔΕΠ-Υ και των συμπτωμάτων αυτής, αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για τη διεξαγωγή συμπερασμάτων που μπορούν να αποτελέσουν την καμπή για αλλαγές στο χώρο της ειδικής αγωγής.

Σύμφωνα λοιπόν με τα συμπεράσματα που εξάχθηκαν από την έρευνα φαίνεται πως μέσα από τη σύγκριση των δυο ομάδων εκπαιδευτικών των νηπιαγωγών γενικής και ειδικής αγωγής αναδείχθηκαν κάποιες διαφορές μεταξύ τους. Έγινε εμφανής η υπεροχή που έχουν οι νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής έναντι των γενικής ως προς το κομμάτι των γνώσεων της συμπτωματολογίας αλλά και των στρατηγικών διαχείρισης της ΔΕΠ-Υ. Ενώ σε γενικές γραμμές φαίνεται να γνωρίζουν κάποια βασικά πράγματα οι νηπιαγωγοί γενικής εν τέλει υστερούν αρκετά συγκρινόμενοι με τους συναδέλφους τους της ειδικής καθώς οι συγκεκριμένοι έχουν λάβει περαιτέρω επιμόρφωση στο αντικείμενο της ΔΕΠ-Υ λόγω των σπουδών τους όπως επίσης έχουν μεγαλύτερη εμπειρία λόγω του διδακτικού τους αντικειμένου. Έτσι αναδεικνύεται η έλλειψη κατάλληλης κατάρτισης που υπάρχει στους νηπιαγωγούς γενικής αγωγής γεγονός που συνεπάγεται ότι στις γενικές τάξεις που υπάρχουν παιδιά με προβλήματα ΔΕΠ-Υ οι νηπιαγωγοί θα αντιμετωπίζουν δυσκολίες ώστε να ανταποκριθούν στα καθήκοντά τους γιατί εκτός από την ελλιπή κατάρτιση, ο μεγάλος αριθμός παιδιών που υπάρχει σε κάθε τάξη νηπιαγωγείου καθιστά το έργο των νηπιαγωγών ακόμη δυσκολότερο. Επομένως, άμεση επίπτωση των παραπάνω αποτελεί η ύπαρξη νηπιαγωγών ειδικής αγωγής είτε ως παράλληλη στήριξη είτε σε τμήμα ένταξης καθίσταται πολύ βοηθητική τόσο για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ όσο και για τους νηπιαγωγούς γενικής όπου θα διευκολυνθούν στο έργο τους.

Ακόμη μια επίπτωση των αποτελεσμάτων της έρευνας είναι η ανάγκη για επιπλέον επιμόρφωση των νηπιαγωγών. Συνεπώς, για την ενίσχυση των γνώσεων της συμπτωματολογίας και των στρατηγικών των νηπιαγωγών γενικής θα μπορούσε να θεσμοθετηθεί ένα πρόγραμμα επιμόρφωσης από το Υπουργείο Παιδείας όπου θα έχει εξάμηνη διάρκεια και θα υλοποιείται σε 60 ώρες. Επίσης, θα περιλαμβάνει θεωρητικό και πρακτικό μέρος όπου θα ελεγχθούν οι γνώσεις των εκπαιδευτικών πριν την έναρξη του

προγράμματος, καθώς και μετά τη λήξη του. Οι βασικοί άξονες του συγκεκριμένου προγράμματος θα εστιάζουν στα συμπτώματα που υποδηλώνουν ότι ένα παιδί έχει ΔΕΠ-Υ καθώς και στις στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους νηπιαγωγούς για τη διαχείριση των συγκεκριμένων δυσκολιών. Το παρόν ερωτηματολόγιο αναφέρεται σε αυτή τη θεματολογία καθώς παραθέτει τα διαγνωστικά κριτήρια για τον εντοπισμό της ΔΕΠ-Υ που υπάρχουν στο Διαγνωστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) και τις στρατηγικές από τη βιβλιογραφία. Συνεπώς, θα μπορούσε να αποτελεί το εργαλείο του συγκεκριμένου επιμορφωτικού προγράμματος.

Η αγνόηση των επιπτώσεων των παραπάνω ευρημάτων και η συνέχιση του ίδιου μοτίβου εκπαίδευσης των νηπιαγωγών γενικής αγωγής και η δημιουργία υπεράριθμων τάξεων στο σχολικό πλαίσιο καθώς και η χρήση στρατηγικών που δεν ενδείκνυται για τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ ή η αγνόηση των μαθητών αυτών λόγω ελλείψεων που μπορεί να έχουν οι εκπαιδευτικοί υπονομεύουν την ποιότητα της προσχολικής εκπαίδευσης και ενέχουν τον κίνδυνο της παγίωσης της συγκεκριμένης κατάστασης.

Τέλος, η συγκεκριμένη μελέτη επιδιώκει να λειτουργήσει ως οδηγός για τους εκπαιδευτικούς που ασχολούνται με παιδιά με ΔΕΠ-Υ και αναζητούν αποτελεσματικές συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές ώστε να διαχειριστούν την εκάστοτε περίπτωση. Είναι αναγκαίο να γίνεται χρήση κατάλληλων στρατηγικών από τους εκπαιδευτικούς τόσο της ειδικής αγωγής όσο και της γενικής αγωγής ώστε να γίνεται σωστή αντιμετώπιση των δυσκολιών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ προκειμένου αυτά να βοηθηθούν και να βελτιωθούν στον μέγιστο βαθμό.

Είναι αξιοσημείωτο ότι η χρήση κατάλληλων στρατηγικών για τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο και στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που υπάρχουν στο σύνολο της γενικής τάξης (U.S. Department of Education, 2006).

4.5. Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Παρά τους περιορισμούς που αναφέρθηκαν προηγουμένως τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης μπορούν κάλλιστα να ληφθούν υπόψη στο μέλλον και να αποτελέσουν την αφορμή για επόμενες έρευνες με το ίδιο ή παραπλήσιο θέμα. Για παράδειγμα θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί η ίδια μελέτη και σε άλλες περιοχές της

Ελλάδας προκειμένου να διερευνηθεί ενδελεχώς το συγκεκριμένο ζήτημα λαμβάνοντας υπόψη και τις απόψεις άλλων εκπαιδευτικών.

Θα ήταν αναγκαίο να υλοποιηθεί και μια ποιοτική έρευνα με νηπιαγωγούς, προκειμένου να εξεταστεί ποιες στρατηγικές εφαρμόζουν καθημερινά στην προσχολική τάξη ώστε να διαχειριστούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Επίσης, θα ήταν σημαντικό να γίνει παράλληλα διερεύνηση και των στρατηγικών που χρησιμοποιούν οι νηπιαγωγοί ειδικής που εργάζονται στην παράλληλη στήριξη και σε τμήματα ένταξης στα νηπιαγωγεία, ώστε μέσα από τη σύγκριση να εντοπιστούν διαφορές και να αναδειχθούν οι δυσκολίες που υπάρχουν στη χρήση των στρατηγικών από τις δυο ειδικότητες των νηπιαγωγών σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Θα ήταν καλό να υλοποιηθεί και μια έρευνα που θα συνδύαζε την ποσοτική και την ποιοτική ανάλυση όπου θα μπορούσε να δοθεί ένα ερωτηματολόγιο και κατόπιν να πραγματοποιηθούν συνεντεύξεις με τους συμμετέχοντες. Ακόμη, θα μπορούσε να διεξαχθεί μία συγκριτική έρευνα μεταξύ των νηπιαγωγών και των γονέων όσον αφορά τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν για τα παιδιά με προβλήματα ΔΕΠ-Υ.

Ακόμη θα ήταν ενδιαφέρον να διερευνηθούν οι απόψεις των ίδιων των παιδιών ως προς τα συμπεριφορικά και μαθησιακά προβλήματα που αντιμετωπίζουν λόγω της ΔΕΠ-Υ και τις επιπτώσεις που αυτή έχει στην τάξη και στις σχέσεις τους με τους συμμαθητές τους, τη σχέση και συνεργασία τους με τους εκπαιδευτικούς, καθώς και τις απόψεις τους ως προς την επιθυμητή διαχείρισή τους από τους εκπαιδευτικούς.

Συνοψίζοντας, οι στρατηγικές διαχείρισης των δυσκολιών της ΔΕΠ-Υ στην προσχολική αγωγή είναι ένα φλέγον ζήτημα και χρήζει αδιάλειπτης μελέτης καθώς υπάρχει έλλειψη τόσο στον ελληνικό χώρο, καθώς δεν υπάρχουν έρευνες με τη συγκεκριμένη θεματολογία στην ελληνική βιβλιογραφία όπως επίσης και στο διεθνή. Η παρούσα εργασία λοιπόν, μπορεί να αποτελέσει αφετηρία για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

Ελληνόγλωσσα Βιβλιογραφία

Αγαλιώτης, Ι. (2008). *Υποστήριξη μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή προβλήματα συμπεριφοράς. Οργανισμός Επιμόρφωσης Εκπαιδευτικών*. Ανακτήθηκε από http://blogs.sch.gr/kkiourtsis/files/2011/09/oepek_meleth_15.pdf

Αγαπητού-Χαλμπέ, Β. (2010). *Το υπερκινητικό παιδί στην προσχολική και την πρώτη σχολική ηλικία, Θεωρητική και Πρακτική Προσέγγιση*. Πεδίο.

Βάρβογλη, Λ. (2005). *Τι συμβαίνει στο παιδί*. Καστανιώτη.

Γκαραγκούνη-Αραίου, Φ., Σολομωνίδου, Χ., & Ζαφειροπούλου, Μ. (2003). Απόψεις και στάσεις εκπαιδευτικών για την αντιμετώπιση παιδιών με στοιχεία διάσπασης προσοχής ή/και με υπερκινητικότητα. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 35, 77-96.

Δεληγιαννίδου, Α. (2013). Σύγκριση γνώσης γονέων και εκπαιδευτικών στα συμπτώματα της Διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) στην προσχολική ηλικία (Μεταπτυχιακή εργασία). Ανακτήθηκε από <https://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/16207>

Ελληνική Δημοκρατία. Ελληνική Στατιστική Αρχή (2020). Δελτίο Τύπου. Έρευνες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (νηπιαγωγεία, δημοτικά, γυμνάσια, λύκεια) λήξης σχολικού έτους 2018/19. Διαθέσιμο στο www.statistics.gr

Ζαφειρόπουλος, Κ. (2015). Πώς γίνεται μια επιστημονική εργασία; Επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών. Κριτική ΑΕ.

Ζάχου, Β. (2010). Αξιολόγηση της συμπεριφοράς: Τα διαγνωστικά εργαλεία και ο ρόλος του εκπαιδευτικού στην αξιολόγηση. Στο Ε.Α. Κολιάδης (Επιμ.), *Συμπεριφορά στο σχολείο Αξιοποιούμε δυνατότητες αντιμετωπίζουμε προβλήματα*. (σελ 75-122). Γρηγόρης.

Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000α). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα. 2^η έκδ. Ελληνικά Γράμματα.

Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000β). Δυνατότητες ανίχνευσης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας στο νηπιαγωγείο και η αναγκαιότητα της συμβουλευτικής. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού*, 52-53, 103-117.

Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2012). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα: Θεωρητικές προσεγγίσεις & θεραπευτική αντιμετώπιση*. Gutenberg.

Κάκουρος, Ε., Παπαηλιού, Χ. & Μπαδικιάν, Μ. (2006). Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τη φύση και την αντιμετώπιση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 41, 117-130. Ανακτήθηκε 20 Νοεμβρίου, 2013, από <http://openarchives.gr/>

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

Λιβανίου, Ε. (2004). Μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς στην κανονική τάξη. Κέδρος.

Μανιαδάκη, Κ. (2012). Τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ στην πορεία της ανάπτυξης. Στο Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη (Επιμ.), *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-*

Υπερκινητικότητα: Θεωρητικές προσεγγίσεις & θεραπευτική αντιμετώπιση (σελ. 19-47). Gutenberg.

Μανιαδάκη, Κ. (2012). Τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ στην πορεία της ανάπτυξης. Στο: Ε. Κάκουρος και Κ. Μανιαδάκη (Επιμ.) *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση* (σελ. 19-56). Gutenberg.

Μανιαδάκη, Κ., & Κάκουρος, Ε. (2008). Οι διαφορές φύλου στην αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία: η περίπτωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας. Στο Η. Κουρκούτας, & J. P. Chartier (Επιμ.), *Δυναμική της ανάπτυξης του παιδιού: ψυχοκοινωνικές ορίζουσες και παρεκκλίσεις* (σσ. 267-286). Τόπος.

Μανιαδάκη, Κ., & Κάκουρος, Ε. (2016). *Η διαχείριση της ΔΕΠ-Υ. Από τη θεωρία στην πράξη*. Gutenberg.

Μάσχα, Κ., & Καραδήμας, Ε. (2012). Τεχνικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ στα πλαίσια της προσχολικής και σχολικής αγωγής. Στο Ε.Κάκουρος, & Κ. Μανιαδάκη (Επιμ.) *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα*. Gutenberg.

Μάτζαρη, Α. (2016). Στάσεις και αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με τα συμπεριφορικά προβλήματα μαθητών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης (Μεταπτυχιακή εργασία). Ανακτήθηκε από <https://dspace.uowm.gr/xmlui/handle/123456789/238?show=full>

Μαυρίδου, Ε. (2020). Διερεύνηση των γνώσεων και απόψεων των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής σχετικά με την συμπτωματολογία των διαταραχών συμπεριφοράς και

των μεθόδων αντιμετώπισης τους εντός και εκτός της τάξης (Μεταπτυχιακή εργασία). Ανακτήθηκε από <https://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/23964>

Μπαλασάκη, Γ.Φ. (2015). Διερεύνηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τη δυσλεξία & τη διάσπαση ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας σε μαθητές τυπικής ανάπτυξης (Μεταπτυχιακή εργασία). Ανακτήθηκε από <https://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/18645>

Μπελτσώνια, Κ. (2020). *Ο Χάρης και η ΔΕΠΥ*. Οσελότος.

Μπιτσάκου, Ε. (2012). Η ετερογένεια στη διαδικασία παθογένεσης και εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ. Στο: Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη (επιμ.), *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση* (σ.σ. 57-73). Gutenberg.

Παπαδοπούλου, Π. (2021). Μελέτη εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης: Ετοιμότητα αναγνώρισης και αντιμετώπισης προβλημάτων ψυχικής υγείας των μαθητών τους (Μεταπτυχιακή εργασία). Ανακτήθηκε από <https://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/25733>

Παπαηλιού, Χ. (2012). Η γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Στο: Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη (επιμ.), *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση* (σσ . 101-134). Gutenberg.

Παπαναστασίου, Φ. (2019). *ΔΕΠΥράζει: Πρακτικός Οδηγός για γονείς και εκπαιδευτικούς*. Πεδίο.

Παπαναστασίου, Κ., & Παπαναστασίου, Ε. Κ. (2005). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Αυτοέκδοση.

- Πολεμικός, Ν., Καϊλα, Μ., Θεοδωροπούλου, Ε., & Στρογγυλός, Β. (2010). *Εκπαίδευση παιδιών με ειδικές ανάγκες: Μια πολυπαραγοντική προσέγγιση*. Πεδίο.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2004). (3η εκδ.). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες*. Λυχνία.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2010). (3η εκδ.). *Νοητική υστέρηση: Ψυχολογική κοινωνιολογική και παιδαγωγική προσέγγιση*. Λυχνία.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2012). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες*. Ιδιωτική.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2013). *Παιδιά και Έφηβοι με Ειδικές Ανάγκες και Δυνατότητες*. Ιδιωτική.
- Πουλπούλογλου, Ν. (2019). Τα οφέλη της συμπερίληψης παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στις τάξεις του «γενικού σχολείου». *Νέος Παιδαγωγός*, 11, 323-330.
- Πουρσανίδου, Ε. (2016). Προβλήματα συμπεριφοράς στην τάξη και παρέμβαση του δασκάλου. *Έρευνα στην Εκπαίδευση*, 1(5), 62-75.
- Σκαλούμπακας, Χ. (χ.χ). *Οδηγός εξατομικευμένου Εκπαιδευτικού Προγράμματος (ΕΕΠ) για μαθητές με προβλήματα συμπεριφοράς*. ΥΠΕΠΘ.
- Σίσκου, Π. (2020). Απόψεις και Πρακτικές Εκπαιδευτικών Γενικής και Ειδικής Αγωγής για τη Διδασκαλία Κοινωνικών Δεξιοτήτων σε Μαθητές με Ήπιες Εκπαιδευτικές Ανάγκες (Μεταπτυχιακή εργασία). Ανακτήθηκε από <https://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/24820>
- Σταυρόπουλος, Σ. (2020). ΔΕΠ-Υ Παρατήρηση, αξιολόγηση και τεχνικές υποστήριξης. *Νέος Παιδαγωγός*, 21, 150-157 Ανακτήθηκε από: <http://neospaidagogos.online/archives.html>
- Τρίγκα, Ε.Δ. (2005). *Διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα παιδιών και εφήβων: Διάγνωση - Αξιολόγηση - Αντιμετώπιση*. Πλοηγός.

Χρυσάφη, Ν. (2017). Αιτιολογική απόδοση προβλημάτων συμπεριφοράς μαθητών με ήπιες εκπαιδευτικές ανάγκες από εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης γενικής και ειδικής αγωγής (Μεταπτυχιακή εργασία). Ανακτήθηκε από <https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/20500/4/ChrysaphiNikoletaMsc2017.pdf>

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Adewuya, A.O., & Famuyiwa, O.O. (2007). Attention deficit hyperactivity disorder among Nigerian primary school children: prevalence and co-morbid conditions. *European Child and Adolescent Psychiatry, 16*, 10–15. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0569-9>

Agapitou, P., & Andreou, G. (2008). Language deficits in ADHD preschoolers. *Australian Journal of Learning Difficulties, 13*, 39-49. <https://doi.org/10.1080/19404150802093711>

Alkahtani, K. D. F. (2013). Teachers' knowledge and misconceptions of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology, 4*(12), 963-969. <https://doi.org/10.4236/psych.2013.412139>

AlObaidi, A. S., & Ali, N. S. (2009). Attention deficit/hyperactivity disorder among schoolchildren in Baghdad. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 18*(1), 4-5.

American Academy of Pediatrics (2011). ADHD: Clinical practice guidelines for the diagnosis, evaluation and treatment of attention/deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics, 128*(5), 1007–1022.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.CautiionaryStatement>

Angold, A., & Egger, H. L. (2007). Preschool psychopathology: Lessons for the lifespan. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(10), 961–966. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01832.x>

Arcia, E., Frank, R., Sánchez-LaCay, A., & Fernández, M. C. (2000). Teacher understanding of ADHD as reflected in attributions and classroom strategies. *Journal of Attention Disorders*, 4(2), 91–101. <https://doi.org/10.1177/108705470000400203>

Babbie, E. (2011). *The Basics of Social Research*. (5th Ed.) Chapman University: Wadsworth Cengage Learning.

Baker, P. H. (2005). Managing Student Behavior: How Ready are Teachers to Meet the Challenge? *American Secondary Education*, 33(3), 51–64. <http://www.jstor.org/stable/41064554>

Baker, C. N., Kupersmidt, J. B., Voegler-Lee, M. E., Arnold, D. H., & Willoughby, M. T. (2010). Predicting teacher participation in a classroom-based, integrated preventive intervention for preschoolers. *Early Childhood Research Quarterly*, 25(3), 270–283. doi:10.1016/j.ecresq.2009.09.005

Barkley, R.A. (2005). *ADHD and the nature of self-control* (Paperbacked). Guilford Press.

Barkley, R. A. (Ed.). (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). Guilford Press.

Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities (2006). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 45(2),192-202.<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000189134.97436.e2>

Benjasuwantep, B. Ruangdaraganon, N. Visudhiphan, P. (2002). Prevalence

and clinical characteristics of attention deficit hyperactivity disorder among primary school students in Bangkok. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 18(3), 120-126.

Biederman, J. Monuteaux, M.C. Mick, E. Spencer, T. Wilens, T.E, Silva, J.M, et al... (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 36, 167–79. doi:10.1017/S0033291705006410

Biederman, J., Petty, C.R., Evans, M., Small, J., & Faraone, S.V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Research*, 177, 299–304. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.12.010>

Breslau, J., Miller, E., Breslau, N., Bohnert, K., Lucia, V., & Schweitzer, J. (2009). The impact of early behavior disturbances on academic achievement in high school. *Pediatrics*, 123(6), 1472-1476. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1406>

Brock, S. E., Jimerson, S. R., & Hansen, R. L. (2009). *Identifying, assessing, and treating ADHD at school*. Springer.

Bunte, T. L., Schoemaker, K., Hessen, D. J., van der Heijden, P. G., & Matthys, W. (2014). Stability and change of ODD, CD and ADHD diagnosis in referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 1213–1224. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9869-6>

Campbell, S.B. (2002). *Behavior problems in preschool children: clinical and developmental issues* (2nd ed). Guilford Press.

Carlson, S.M. (2005). Developmentally sensitive measures of executive function in preschool children. *Developmental Neuropsychology*, 28, 595-616. https://doi.org/10.1207/s15326942dn2802_3

Caye, A., Rocha, T.B., Anselmi, L., Murray, J., Menezes, A.M., Barros, F.C., et al... (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder trajectories from childhood to young adulthood: evidence from a birth cohort supporting a late-onset syndrome. *JAMA Psychiatry*, *73*, 705–12. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0383

Chacko, A., Wakschlag, L., Hill, C., Danis, B., & Epsy, K. (2009). Viewing preschool disruptive behaviour disorders and attention- deficit/hyperactivity disorder through a developmental lens: what we know and what we need to know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *18*, 627-643. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2009.02.003>

Chang, Z., Lichtenstein, P., D’Onofrio, B.M., Sjolander, A., Larsson, H. (2014). Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: a population based study. *JAMA Psychiatry*, *71*, 319–25. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.4174

Charach, A., Carson, P., Fox, S., Ali, M. U., Beckett, J., & Lim, C. G. (2013). Interventions for preschool children at high risk for ADHD: A comparative effectiveness review. *Pediatrics*, *131*(5), e1584–e1604. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0974>

Christiansen, H., Hirsch, O., König, A., Steinmayr, R., & Roehrl, B. (2015). Prevention of ADHD related problems: A universal preschool program. *Health Education*, *115*(3/4), 285–300. <https://doi.org/10.1108/HE-03-2014-0040>

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2008). Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας. Κυρανάκης, Σ., Μαυράκη, Μ., Μητσοπούλου, Χ., Μπιθάρ, Π., & Φιλοπούλου, Μ. (Επιμ.) Μεταίχμιο.

Coskun, M., Kaya, I. (2016). Prevalence and patterns of psychiatric disorders in preschool children referred to an outpatient psychiatry clinic. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* *21*, 42–47. <https://doi.org/10.21673/anadoluklin.180676>

Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837–844. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837

Creswell, J. W. (2011). *Η Έρευνα στην Εκπαίδευση. Σχεδιασμός, Διεξαγωγή και Αξιολόγηση της Ποσοτικής και Ποιοτικής Έρευνας* (1η εκδ.). Τζορμπατζούδης, Χ. (Επιμ.). Αθήνα: ΙΩΝ.

Creswell, J.W. (2013) *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th Edition, SAGE Publications, Inc., London.

Cunningham, C.E., & Boyle, H.M. (2002). Preschoolers at risk for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 555-569. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1020855429085>

Curchack-Lichtin, J.T., Chacko, A., & Halperin, J.M. (2014). Changes in ADHD symptom endorsement: Preschool to school age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 993–1004. Doi:10.1007/s10802-013-9834-9

Currie, J., & Stabile, M. (2006). Child mental health and human capital accumulation: the case of ADHD. *Journal of health economics*, 25(6), 1094-1118. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2006.03.001>

Curtis, D., Pisecco, S., Hamilton, R., & Moore, D. (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, 171–196. <https://doi.org/10.1521/scpq.2006.21.2.171>

Dalsgaard, S., Leckman, J.F., Mortensen, P.B., Nielsen, H.S., & Simonsen, M. (2015). Effect of drugs on the risk of injuries in children with attention deficit hyperactivity disorder: a

prospective cohort study. *Lancet Psychiatry*, 2, 702–9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00271-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00271-0)

Danielson, M.L., Visser, S.N., Gleason, M.M., Peacock, G., Claussen, A.H., & Blumberg, S.J. (2017). A national profile of attention-deficit hyperactivity disorder diagnosis and treatment among US children aged 2 to 5 years. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 38, 455–464. doi: [10.1097/DBP.0000000000000477](https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000477)

Danielson, M.L., Bitsko, R.H., Ghandour, R.M., Holbrook, J.R., Kogan, M.D., & Blumberg, S.J. (2018). Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47, 199–212. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1417860>

Darling-Hammond, L. (2006). Securing the right to learn: Policy and practice for powerful teaching and learning. *Educational Researcher*, 35(7), 13-24. <https://doi.org/10.3102%2F0013189X035007013>

DuPaul, G. J. (2007). School-based interventions for students with attention-deficit/hyperactivity disorder: Current status and future directions. *School Psychology Review*, 36(2), 183–194. <https://doi.org/10.1080/02796015.2007.12087939>

Du Paul, G.I. & Bower, T. J. (2008). Improving school outcomes for students with ADHD: Using the right strategies in the context of the right relationships. *Journal of Attention Disorders*, 11(5), 519-521. doi:10.1177/1087054708314241

DuPaul, G. J., Evans, S. W., Mautone, J. A., Owens, J. S., & Power, T. J. (2020). Future directions for psychosocial interventions for children and adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(1), 134–145. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1689825>

DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD (2013). Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of Learning Disabilities*, 46(1), 43–51. DOI: 10.1177/0022219412464351

DuPaul, G. J., & Kern, L. (2011). *Young children with ADHD: Early identification and intervention* (1st ed). American Psychological Association.

DuPaul, G.J., McGoey, K.E., Eckert, T.L., & Van Brakle, J. (2001). Preschool children with attention deficit/ hyperactivity disorder: Impairment in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 508-515. <https://doi.org/10.1097/00004583-200105000-00009>

Du Paul, G.J., Volpe, R.J., Jitendra, A.K., Lutz, J.G., Lorah, K.S., & Gruber, R. (2004). Elementary school students with ADHD: Predictors of academic achievement. *Journal of School Psychology*, 42, 285-301. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2004.05.001>

Du Paul, G.J., & Weyandt, L.L. (2006). School based intervention for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effects on academic, social, and behavioural functioning. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53, 161-176. doi:10.1080/10349120600716141

DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., & Janusis, G. M. (2011). Adhd in the classroom: Effective intervention strategies. *Theory Into Practice*, 50(1), 35–42. <https://doi.org/10.1080/00405841.2011.534935>

Ebejer, J.L., Medland, S.E., van der Werf, J., Gondro, C., Henders, A.K., Lynskey, M., ... Duffy, D.L. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder in Australian adults: Prevalence, persistence, conduct problems and disadvantage. *PLoS ONE*, 7, 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0047404>

Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3), 313–337. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x>

Egger, H., Kondo, D., & Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention- deficit/ hyperactivity disorder: A review. *Infants and Young Children*, 19, 109-122.

Elliott, S., Kratochwill T., Littlefield-Cook J. & Travers J. (2008). *Εκπαιδευτική Ψυχολογία: αποτελεσματική διδασκαλία αποτελεσματική μάθηση*. Επιμελητές: Λεονταρή Αγγελική, Συγκολλίτου Έφη. Μετάφραση: Σόλμαν Μαρία, Καλύβα Φρόσω. Εκδόσεις: Gutenberg.

Erşan, E. E., Doğan, O., Doğan, S., & Sümer, H. (2004). The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(6), 354–361. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-0410-2>

Evans, W.N., Morrill, M.S. and Parente, S.T. (2010). Measuring inappropriate medical diagnosis and treatment in survey data: the case of ADHD among school-age children. *Journal of Health Economics*, 29, 657-673. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.07.005>

Fabiano, G.A, & Pyle, K. (2019). Best practices in school mental health for attention-deficit/hyperactivity disorder: a framework for intervention. *School Mental Health* 11,72–91. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9267-2>

Farrell, M. (2006). *Behavioural, emotional and social difficulties*. London: Routledge.

Fletcher, J., & Wolfe, B. (2008). Child mental health and human capital accumulation: the case of ADHD revisited. *Journal of Health Economics*, 27(3), 794-800. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2007.10.010>

Fliers, E., Rommelse, N., Vermeulen, S.H., Altink, M., Buschgens, C.J., Faraone, S.V., Sergeant, J.A., Franke, B., & Buitelaar, J.K. (2008). Motor coordination problems in children and adolescents with ADHD rated by parents and teachers: effects of age and gender. *Journal of Neural Transmission*, 115, 211-220. DOI:<https://doi.org/10.1007/s00702-007-0827-0>

Gadow, K. D., DeVincent, C. J., Pomeroy, J., & Azizian, A. (2004). Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic and comparison samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(4), 379–393. <https://doi.org/10.1023/B:JADD.0000037415.21458.93>

Gadow, K.D., & Nolan, E.E. (2002). Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD plus ADHD symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 191–201. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00012>

Galéra C, Côté SM, Bouvard MP, Pingault JB, Melchior M, Michel G, ... Tremblay RE. (2011). Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Archives of General Psychiatry*, 68, 1267–1275. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.138

Galera, C., Melchior, M., Chastang, J.F., Bouvard, M.P., Fombonne, E. (2009). Childhood and adolescent hyperactivity-inattention symptoms and academic achievement 8 years later: the GAZEL Youth study. *Psychological Medicine*, 39,1895–906. doi:10.1017/S0033291709005510

Galéra, C., Messiah, A., Melchior, M., Chastang, J. F., Encrenaz, G., Lagarde, E., et al. (2010). Disruptive behaviors and early sexual intercourse: The GAZEL youth study. *Psychiatry Research*, 177(3), 361–363. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.03.009>

Galey, P. (2007). *The ADHD support book*. Mascot, New South Wales: User Friendly Resources.

Gehrling, A. (2006). Classroom management and teaching strategies for students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Law & Disorder*, 1, 43-48. Retrieved from <https://scholarworks.iu.edu/journals/index.php/lad/article/view/20457>

Geng, G. (2011). Investigation of teachers' verbal and non-verbal strategies for managing attention deficit hyperactivity disorder (Adhd) students' behaviours within a classroom environment. *Australian Journal of Teacher Education*, 36(7). <https://doi.org/10.14221/ajte.2011v36n7.5>

Gershon J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5(3):143–154.[doi:10.1177/108705470200500302](https://doi.org/10.1177/108705470200500302)

Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R., & Moini, R. (2008). Comorbidity of psychiatric disorders and parental psychiatric disorders in a sample of Iranian children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12(2), 149-155. <https://doi.org/10.1177/1087054708314601>

Gilberg, C., Gillberg, I.C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Soöderström, H., Ra°stam, M., Johnson, M., Rothenberger, A., & Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD – implications for diagnosis and intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 80–92. DOI:<https://doi.org/10.1007/s00787-004-1008-4>

Handen, B.L., & Valdes, L. (2007). Preschoolers with developmental disabilities: A comparison of an ADHD and a NonADHD group. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 19*, 579-592. DOI:<https://doi.org/10.1007/s10882-007-9071-7>

Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood, 90*(Suppl 1), 2–7. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2004.059006>

Harstad, E., Levy, S., Committee on Substance Abuse. (2014). Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Pediatrics, 134*, e293–301. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0992>

Harvey, E. A., Youngwirth, S. D., Thakar, D. A., & Errazuriz, P. A. (2009). Predicting attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder from preschool diagnostic assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 349–354. <https://doi.org/10.1037/a0014638>

Hechtman, L., Swanson, J. M., Sibley, M. H., Stehli, A., Owens, E. B., Mitchell, J. T., Arnold, L. E., Molina, B. S. G., Hinshaw, S. P., Jensen, P. S., Abikoff, H. B., Perez Algorta, G., Howard, A. L., Hoza, B., Etcovitch, J., Houssais, S., Lakes, K. D., Nichols, J. Q., Vitiello, B., ... Stern, K. (2016). Functional adult outcomes 16 years after childhood diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder: Mta results. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55*(11), 945-952.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.07.774>

Higgins, A. K., Sluder, B. J., Richards, J. M., & Buchanan, A. M. (2018). A New and Improved Physical Education Setting for Children with ADHD. *Strategies, 31*(4), 26-32. <https://doi.org/10.1080/08924562.2018.1465869>

Hinshaw, S.P., & Scheffler, R.M. (2014). *The ADHD explosion. Myths, medication, money, and today's push for performance*. London: Oxford University Press.

Hodgens, J. B., Cole, J., & Boldizar, J. (2000). Peer-based differences among children with ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 443–452. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP2903_15

Holbrook, J.R. Bitsko, R.H. Danielson, M.L. Visser, S.N. (2017). Interpreting the prevalence of mental disorders in children: tribulation and triangulation. *Health Promotion Practice*, 18(1), 5–7. <https://doi.org/10.1177%2F1524839916677730>

Holbrook, J. R., Cuffe, S. P., Cai, B., Visser, S. N., Forthofer, M. S., Bottai, M., Ortaglia, A., & McKeown, R. E. (2016). Persistence of Parent-Reported ADHD Symptoms From Childhood Through Adolescence in a Community Sample. *Journal of Attention Disorders*, 20(1), 11–20. <https://doi.org/10.1177/1087054714539997>

Hoza, B., Gerdes, A. C., Mrug, S., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., et al. (2005). Peer-assessed outcomes in the Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34, 74–86. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_7

Iwanaga, R., Ozawa, H., Kawasaki, C., & Tsuchida, R. (2006). Characteristics of the sensory-motor, verbal and cognitive abilities of preschool boys with attention deficit/hyperactivity disorder combined type. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 37–45. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01458.x>

Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Greenhill, L. L., Conners, C. K., Arnold, L. E., et al... (2001). Findings from the NIMH Multimodal Treatment study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 60–73. DOI:0196-206X/00/2201-0060

Kaiser, B., & Rasminsky, J.S. (2009). *Challenging behavior in elementary and middle school*. New Jersey:Pearson.

Kakouros, E., Maniadaki, K., & Karaba, R. (2005). The relationship between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and aggressive behaviour in preschool boys and girls. *Early Child Development and Care*, 175, 203 - 214. <https://doi.org/10.1080/0300443042000244037>

Kakouros, E., Maniadaki, K., Papaeliou, C. (2004). How Greek teachers perceive school functioning of pupils with ADHD. *Emotional Behavioral Difficulties*, 9(1), 41–53. <https://doi.org/10.1177/1363275204041962>

Kaplan, A., Adesman, A. (2011). Clinical diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Current Opinion in Pediatrics*, 23, 684–692. <http://dx.doi.org/10.1097/MOP.0b013e32834cbbba>

Keenan, K., & Wakschlag, L. (2002). Can a valid diagnosis of disruptive behavior disorder be made in preschool children?. *American Journal of Psychiatry*, 159, 351–358. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.351>

Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al.(2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163,716–723. doi: 10.1176/appi.ajp.163.4.716.

Klein, R. G., Mannuzza, S., Ramos Olazagasti, M. A., Belsky Roizen, E., Hutchison, J. A., Lashua-Shriftman, E., & Castellanos, F. X. (2012). Clinical and functional outcome of childhood ADHD 33 years later. *Archives of General Psychiatry*, 69, 1295-1303. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.271

Lahey, B. B., Lee, S. S., Sibley, M. H., Applegate, B., Molina, B. S. G., & Pelham, W. E. (2016). Predictors of adolescent outcomes among 4-6-year-old children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 125, 168-181. doi:10.1037/abn0000086

Lahey, B.B., Pelham, W.E., Loney, J., Lee, S.S., & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM–IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Archives of General Psychiatry*, 62, 896–902. doi:10.1001/archpsyc.62.8.896

Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Hopkins, J., Gouze, K. R., & Binns, H. J. (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(3), 315–328. <https://doi.org/10.1080/15374410902851382>

Lee, S.S., Lahey, B.B., Owens, E.B., & Hinshaw, S. (2008). Few preschool boys and girls are well-adjusted during adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology Review*, 36, 373-383. DOI:<https://doi.org/10.1007/s10802-007-9184-6>

Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, Sjolander A, Serlachius E, Fazel S, Langstrom N, Larsson H (2012). Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *New England Journal of Medicine* 367, 2006–2014. DOI: 10.1056/NEJMoa1203241

Loe, I.M., Balestrino, M.D., Phelps, R.A., Kurs-Lasky, M., Chaves-Gnecco, D., Paradise, J.L., & Feldman, H. (2008). Early histories of school-aged children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Development*, 79, 1853–1868. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01230.x>

Luman, M., Oosterlaan, J., & Sergeant, J. (2005). The impact of reinforcement contingencies on AD/HD: A review and theoretical appraisal. *Clinical Psychology Review*, 25, 183–213. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.11.001>

Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E., & Kakouros, E. (2006a). Adults' self-efficacy beliefs and referral attitudes for boys and girls with AD/HD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(3), 132-140. doi:10.1007/s00787-005-0514-3

Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E., Kakouros, E., & Karaba, R. (2006b). Parental beliefs about the nature of AD/HD behaviors and their relationship to referral intentions in preschool children. *Child: Care, Health and Development*, 33, 188-195.

Martinussen, R., Tannock, R., & Chaban, P. (2011). Teachers' reported use of instructional and behavior management practices for students with behavior problems: Relationship to role and level of training in ADHD. *Child & Youth Care Forum*, 40, 193-210. doi:10.1007/s10566-010-9130-6

Masseti, G. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Ehrhardt, A., Lee, S. S., et al. (2008). Academic achievement over 8 years among children who met modified criteria for attention deficit/hyperactivity disorder at 4–6 years of age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 399–410. DOI:<https://doi.org/10.1007/s10802-007-9186-4>

Mathers, M.E. (2006). Aspects of language in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9(3), 523-533. <https://doi.org/10.1177%2F1087054705282437>

Maniadaki, K., & Kakouros, E. (2018). *The complete guide to ADHD. Nature, Diagnosis, and Treatment*. New York: Routledge, Taylor and Francis.

McClelland, M. M., Cameron, C. E., Connor, C. M., Farris, C. L., Jewkes, A. M., & Morrison, F. J. (2007). Links between behavioral regulation and preschoolers' literacy, vocabulary, and math skills. *Developmental Psychology*, 43(4), 947–959. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.4.947>

Meinzer, M. C., LeMoine, K. A., Howard, A. L., Stehli, A., Arnold, L. E., Hechtman, L., Hinshaw, S. P., Molina, B. S. G., Murray, D. W., Sibley, M. H., Swanson, J. M., Tamm, L., & Chronis-Tuscano, A. (2020). Childhood ADHD and Involvement in Early Pregnancy: Mechanisms of Risk. *Journal of Attention Disorders*, 24(14), 1955–1965. <https://doi.org/10.1177/1087054717730610>

Metcalfe, L. A., Harvey, E. A., & Laws, H. B. (2013). The longitudinal relation between academic/cognitive skills and externalizing behavior problems in preschool children. *Journal of Educational Psychology, 105*(3), 881–894. <https://doi.org/10.1037/a0032624>

Miranda, A., Presentación, J., & Soriano, M. (2002). Effectiveness of a school-based multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities, 35*, 546–562. <https://doi.org/10.1177/00222194020350060601>

Mohammadi, M. R., Zarafshan, H., Khaleghi, A., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Mostafavi, S. A., Ahmadi, A., Alavi, S. S., Shakiba, A., & Salmanian, M. (2021). Prevalence of ADHD and Its Comorbidities in a Population-Based Sample. *Journal of Attention Disorders, 25*(8), 1058–1067. <https://doi.org/10.1177/1087054719886372>

Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Jensen, P. S., Epstein, J. N., et al. (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48*(5), 484–500. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819c23d0>

Molina, B.S.G., Howard, A.L., Swanson, J.M., Stehli, A., Mitchell, J.T., Kennedy, T.M., Epstein, J.N., Arnold, L.E., Hechtman, L., Vitiello, B., Hoza, B. (2018). Substance use through adolescence into early adulthood after childhood-diagnosed ADHD: findings from the MTA longitudinal study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*, 692–702. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12855>

Molina, B. S. G., & Pelham, W. E. (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 497–507. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.112.3.497>

Morgan, P. L., Staff, J., Hillemeier, M. M., Farkas, G., & Maczuga, S. (2013). Racial and ethnic disparities in ADHD diagnosis from kindergarten to eighth grade. *Pediatrics, 132*(1), 85–93. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2390>

Moser, S. E., & Bober, J. F. (2002). Behavioral problems in children and adolescents. In R. E. Rakel (Ed.), *Textbook of family practice* (6th ed., pp. 641–644). Philadelphia: W. B. Saunders.

MTA Cooperative Group. (2004). National Institute of Mental Health multimodal treatment study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, *113*(4), 754–761. <https://doi.org/10.1542/peds.113.4.754>

Mueller K. L., & Tomblin J. B. (2012). Examining the comorbidity of language impairment and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Topics in Language Disorder*, *32*, 228–246. doi: [10.1097/TLD.0b013e318262010d](https://doi.org/10.1097/TLD.0b013e318262010d)

Mugnaini, D. Masi, G., Brovedani, P., Chelazzi, C., Marzenka, M., Romagnoli, C., Zuddas, A. (2006). Teacher reports of ADHD symptoms in Italian children at the end of first grade. *European Psychiatry*, *21*, 419–426. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.011>

Murray, D. W., Rabiner, D., Schulte, A., & Newitt, K. (2008). Feasibility and integrity of a parent–teacher consultation intervention for ADHD students. *Child Youth Care Forum*, *37*, 111–126. <https://doi.org/10.1080/00405841.2011.534935>

National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management*. National Clinical Practice Guideline Number 72. London: National Institute for Clinical Excellence.

NIMH, revised (2021). National Institute of Mental Health. U.S Department of Health and Human Services.

Pangrazi, R. P. (1999). *Διδασκαλία της Φυσικής Αγωγής στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Pastor, P., Reuben, C., Duran, C., & Hawkins, L. (2015). Association between diagnosed ADHD and selected characteristics among children aged 4-17 years: United States, 2011-2013. *NCHS Data Brief, 201*, 1–8.

Pauli-Pott, U., & Becker, K. (2011). Neuropsychological basic deficits in preschoolers at risk for ADHD: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*, 626–637. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12014>

Peasgood, T., Bhardwaj, A., Biggs, K., Brazier, J. E., Coghill, D., Cooper, C. L., . . . Sonuga-Barke, E. J. (2016). The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*, 1217-1231. doi:10.1007/s00787-016-0841-6

Pelham, W. E., Erhardt, D., Gnagy, E., Greiner, A., Arnold, L., and Abikoff, H. (2007). Parent and teacher evaluation of treatment in the MTA: consumer satisfaction and perceived effectiveness.

Pelham, W. E., Fabiano, G. A., & Massetti, G. M. (2005). Evidence based assessment of attention-deficit-hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*, 449–476. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_5

Pfiffner, L. J., Barkley, R. A., & DuPaul, G. J. (2006) Treatment of ADHD in school settings. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford

Pfiffner, L. J., & DuPaul, G. J. (2015). Treatment of ADHD in school settings. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyper- activity disorder: (4rd ed., pp. 596-629)*. New York: Guilford Press.

Poblano, A., Romero, E., (2006). ECI-4 screening of attention deficit-hyperactivity disorder and co-morbidity in Mexican preschool children. Preliminary results. *Archivos de Neuropsiquiatria*, *64*, 932–936. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20140147>

Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, L., Biederman, J., & Rohde L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 942–948. Retrieved from:<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2007.164.6.942>

Posner, K., Melvin, G.A., Murray, D.W., Gugga, S.S., Fischer,P., Skrobala, A,... Greenhill, L.L. (2007). Clinical presentation of attention - deficit/hyperactivity disorder in preschool children: The Preschoolers with Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATs). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *17*, 547-562. <https://doi.org/10.1089/cap.2007.0075>

Poznanski, B., Hart, K. C., & Cramer, E. (2018). Are teachers ready? Preservice teacher knowledge of classroom management and ADHD. *School Mental Health*, *10*(3), 301-313. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9259-2>

Poznanski, B., Hart, K. C., & Graziano, P. A. (2021). What do preschool teachers know about attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and does it impact ratings of child impairment?. *School Mental Health*, *13*(1), 114–128. <https://doi.org/10.1007/s12310-020-09395-6>

Quinn, P.D., Chang, Z., Hur, K., Gibbons, R.D., Lahey, B.B., Rickert, M.E., Sjölander, A., Lichtenstein, P., Larsson, H., D’Onofrio, B.M. (2017). ADHD medication and substance-related problems. *The American Journal of Psychiatry*, 174(9), 877–85. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16060686>

Raggi, V. L., & Chronis, A. M. (2006). Interventions to address the academic impairment of children and adolescents with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 85-111. doi:10.1007/s10567-006-0006-0

Redden, S. C., Forness, S. R., Ramey, C. T., Ramey, S. L., Brezaussek, C. M., & Kavale, K. A. (2003). Head Start Children With A Putative Diagnosis of ADHD: A Four-Year Follow-Up of Special Education Placement. *Education and Treatment of Children*, 26(3), 208–223. <http://www.jstor.org/stable/42899750>

Riddle, M.A., Yershova, K., Lazzaretto, D., Paykina, N., Yenokyan, G., Greenhill, L., ... Posner, K. (2013). The Preschool Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATs) 6-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(3), 264-278. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.12.007>

Robson, C. (2007). *Η Έρευνα του Πραγματικού Κόσμου: Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές* (2η εκδ.). Εκδόσεις Gutenberg.

Ros R, Graziano PA, & Hart KC (2017). Parental homework completion and treatment knowledge during group Parent-Child Interaction Therapy. *Journal of Early Intervention*, 39, 299–320. <https://doi.org/10.1177%2F1053815117718491>

Rowland, A. S., Skipper, B. J., Umbach, D. M., Rabiner, D. L., Campbell, R. A., Naftel, A. J., & Sandler, D. P. (2015). The prevalence of ADHD in a population-based sample. *Journal of Attention Disorders*, 19, 741–754. <https://doi.org/10.1177%2F1087054713513799>

Salend, S.J. & Rohena, E. (2003). Students with attention deficit disorders: an

overview. *Intervention in school and clinic*, 38(5), 259-266.
<https://doi.org/10.1177%2F10534512030380050101>

Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: Prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5, 175- 186. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)

Sharifi, V., Shahrivar, Z., & Alaghband-Rad, J. (2016). Child and adolescent mental health care in Iran: Current status and future directions. *Archives of Iranian Medicine*, 19, 797-804.

Shaw, D.S., & Gilliam, M. (2017). Early childhood predictors of low-income boys' pathways to antisocial behavior in childhood, adolescence, and early adulthood. *Infant Mental Health Journal*, 38(1), 68– 82. <https://doi.org/10.1002/imhj.21614>

Singh, A., & Squires, J. (2014). ADHD in Preschool: Approaches and Teacher Training. *Journal of the American Academy of Special Education. Spring-Summer*, 3, 122-149.
Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/258052592_ADHD_in_Preschool_Approaches_and_Teacher_Training

Skounti, M., Giannoukas, S., Dimitriou, E. Nikolopoulou, S., Linardakis, E., & Philalithis, A. (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in schoolchildren in Athens, Greece. Association of ADHD subtypes with social and academic impairment. *ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 2, 127–132. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0029-8>

Skounti, M., Mpitzaraki, K., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2009). Clinical evaluation of children testing positive in screening tests for attention deficit/hyperactivity disorder: A preliminary report. *European Journal of Psychiatry*, 23,115–120.

Skounti, M., Philalithis, A., Mpitzaraki, K., Vamvoukas, M., & Galanakis, E. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder in schoolchildren in Crete. *Acta Paediatrica*, 95, 658–663. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2006.tb02312.x>

Skounti, M., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*, 166, 117–123. DOI:<https://doi.org/10.1007/s00431-006-0299-5>

Slavin, E. R. (2006). *Εκπαιδευτική Ψυχολογία- Θεωρία και πράξη* (Κ.Κόκκινος, Επιμ.). Μεταίχμιο

Smidts, D.P., & Oosterlaan, J. (2007). How common are symptoms of ADHD in typically developing preschoolers? A study on prevalence rates and prenatal/ demographic risk factors. *Cortex*, 43(6), 710-717. [https://doi.org/10.1016/S0010-9452\(08\)70500-8](https://doi.org/10.1016/S0010-9452(08)70500-8).

Sonnack, M., & Brennehan, A. (2014). Treatment strategies for ADHD in preschool and school-age children. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 27(10), 22–26. <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000453859.08958.31>

Sonuga - Barke, E.J.S., Auerbach, J., Campbell, S.B., Daley, D., & Thompson, M. (2005). Varieties of preschool hyperactivity: Multiple pathways from risk to disorder. *Developmental Science*, 8, 141-150. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2005.00401.x>

Sonuga-Barke, E.J.S., & Halperin, J.M. (2010). Developmental phenotypes and causal pathways in attention-deficit/hyperactivity disorder: Potential targets for early intervention? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 368–389. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02195.x>

Souza, M. D., & Jament, J. (2015). Providing effective support to teachers in addressing social, emotional and behavioural difficulties in mainstream classrooms in a Bangalore pre-primary school. *Support for Learning*, 30(3), 239-251. <https://doi.org/10.1111/1467-9604.12093>

Spira, E. G. & Fischel, J. E. (2005) The impact of preschool inattention, hyperactivity, and impulsivity on social and academic development: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 46, 755–773. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01466.x>

Stormont, M., & Stebbins, M. S. (2005). Preschool teachers' knowledge, opinions, and educational experiences related to attention deficit/hyperactivity disorder: An exploratory study. *Teacher Education and Special Education*, 28(1), 52–61. doi: 10.1177/088840640502800106

Tannock, R. (2007). The Educational Implications of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Retrieved from <http://www.edu.gov.on.ca/eng/literacynumeracy/inspire/research/Tannock.pdf>.

Tegtmejer, T. (2019). ADHD as a classroom diagnosis. An exploratory study of teachers' strategies for addressing 'ADHD classroom behaviour'. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 24(3), 239–253. <https://doi.org/10.1080/13632752.2019.1609271>

Tung, I., Li, J.J., Meza, J.I., Jezior, K.L., Kianmahd, J.S.V., Henschel, P.G., O'Neil, P.M., & Lee, S.S. (2016). Patterns of comorbidity among girls with ADHD: A meta-analysis. *Pediatrics*, 138(4), e20160430. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0430>

U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs (2006). Teaching children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Instructional Strategies and Practices. Washington, D. C.: Education Publications Center.

U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs (2008). Teaching children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Instructional Strategies and Practises. Washington, D.C.: Education Publications Center.

Visser, S.N., Danielson, M.L., Wolraich, M.L., Fox, M.H., Grosse, S.D., Valle, L.A., . . . & Peacock, G. (2016). Vital signs: National and state specific patterns of attention deficit/hyperactivity disorder treatment among insured children aged 2-5 Years - United States, 2008-2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65, 443–450. 3–50. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6517e1>

Visser, S.N., Zablotzky, B., Danielson, M.L., & Bitsko, R.H. (n.d.). *National Health Statistics Reports*. Retrieved from <http://psychcentral.com/blog/wp-content/uploads/2015/11/nhsr081.pdf>

Vitaro, F., Brendgen, M., Larose, S., & Trembaly, R. E. (2005). Kindergarten Disruptive Behaviors, Protective Factors, and Educational Achievement by Early Adulthood. *Journal of Educational Psychology*, 97(4), 617. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.97.4.617>

Walter, H. J., Gouze, K., & Lim, K. G. (2006). Teachers' beliefs about mental health needs in inner city elementary schools. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 61–68. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000187243.17824.6c>

Wang, Q., Bernas, R. & Eberhard, P. (2004). Engaging ADHD students in tasks with hand gestures: *A pedagogical possibility for teachers. Educational Studies, 30*, 217-229. <https://doi.org/10.1080/0305569042000224189>

Washburn, E. K., Binks-Cantrell, E. S., & Joshi, R. (2013). What do preservice teachers from the USA and the UK know about dyslexia?. *Dyslexia, 20*(1), 1-18. <https://doi.org/10.1002/dys.1459>

Webster-Stratton, C., Gaspar, M. F., & Seabra-Santos, M. J. (2012). Incredible Years® parent, teachers and children's series: Transportability to Portugal of early intervention programs for preventing conduct problems and promoting social and emotional competence. *Psychosocial Intervention, 21*(2), 157-169. doi: 10.5093/in2012a15

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. <https://doi.org/10.1177/0143034305052913>

Westling, D. L. (2010). Teachers and challenging behavior: Knowledge, views, and practices. *Remedial and Special Education, 31*, 48-63. <https://doi.org/10.1177/0741932508327466>

Weyandt, L. L., Fulton, K. M., Schepman, S. B., Verdi, G. R., & Wilson, K. G. (2009). Assessment of teacher and school psychologist knowledge of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools, 46*, 951-961. doi:10.1002/pits.20436

Wichstrom, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2011). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(6), 695-705. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02>

Wilens, T.E. Spencer, T.J. (2010). Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. *Postgrad Med.* 122(5), 97–109. doi:10.3810/pgm.2010.09.2206.

Williams, J., Klinepeter, K., Palmes, G., Pulley, A., & Foy, J. M. (2004). Diagnosis and treatment of behavioral health disorders in pediatric practice. *Pediatrics*, 114, 601–606. doi:10.1542/peds.2004-0090

Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., Lehmann, C. U., Lessin, H. R., Okechukwu, K., Pierce, K. L., Winner, J. D., Zurhellen, W., & SUBCOMMITTEE ON CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVE DISORDER. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 144(4), e20192528. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>

Zentall, S. S., & Javorsky, J. (2007). Professional development for teachers of students with ADHD and characteristics of ADHD. *Behavioral Disorders*, 32, 78–93. <https://doi.org/10.1177%2F019874290703200202>

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο της έρευνας

Ερωτηματολόγιο

Αγαπητή/Αγαπητέ συνάδελφε,

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο εντάσσεται στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας του ΠΜΣ "Επιστήμες της αγωγής: Ειδική Αγωγή, Εκπαίδευση και Αποκατάσταση" του τμήματος Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Μακεδονίας και διερευνά τις "Στρατηγικές διαχείρισης μαθησιακών και

συμπεριφορικών διαστάσεων της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας σε μαθητές Νηπιαγωγείου: Σύγκριση Εκπαιδευτικών Γενικής και Ειδικής Αγωγής'. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι ερωτήσεις εξυπηρετούν αποκλειστικά ερευνητικούς σκοπούς. Παρακαλώ πολύ να απαντήσετε με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ειλικρίνεια στις ερωτήσεις. Η συμβολή σας είναι εξαιρετικά σημαντική για την εκπόνηση της ερευνητικής αυτής εργασίας. Σας ευχαριστώ θερμά για το ενδιαφέρον σας, το χρόνο σας και την πολύτιμη συνεργασία σας.

Με εκτίμηση,
Ματζαρίδου Κατερίνα ΠΕ 60
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
email:mea20043@uom.edu.gr

A. Δημογραφικά Στοιχεία

1. Φύλο α) Γυναίκα β) Άνδρας
2. Ηλικία α) 22-30 β) 31-40 γ) 41-50 δ) 51-65
3. Έτη υπηρεσίας α) 1-10 β) 11-20 γ) 21-30 δ) 31-40
4. Εργασιακή θέση α) Μόνιμος β) Αναπληρωτής γ) Ωρομίσθιος
5. Ειδικότητα α) Νηπιαγωγός Γενικής Αγωγής β) Νηπιαγωγός Ειδικής Αγωγής
6. Επιπλέον Σπουδές
- α) Διδασκαλείο
- β) Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών στην γενική αγωγή ειδική αγωγή
- γ) Διδακτορικός τίτλος σπουδών στην γενική αγωγή ειδική αγωγή
- δ) Πρόγραμμα επιμόρφωσης στην γενική αγωγή ειδική αγωγή

B. Επίπεδο ετοιμότητας και επάρκεια γνώσης εκπαιδευτικών στη διαχείριση παιδιών με ΔΕΠ-Υ

7. Πόσο καλά γνωρίζετε τι είναι ΔΕΠΥ;

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

8. Έχετε εμπειρία με παιδιά με ΔΕΠΥ;

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

9. Θεωρείται ότι η εκπαίδευση σας ήταν ικανοποιητική για την ανίχνευση/εντοπισμό παιδιών με ΔΕΠ-Υ;

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

10. Πιστεύετε ότι μπορείτε να ξεχωρίσετε τη φυσιολογική ζωηρότητα ενός νηπίου από τη ζωηρότητα που παρουσιάζει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ;

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

11. Έχει συμβεί να πιστεύετε ότι η συμπεριφορά κάποιου μαθητή υποδηλώνει πως έχει ΔΕΠΥ, παρόλο που ο μαθητής δεν είχε επίσημη διάγνωση;

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

12. Γνωρίζετε στρατηγικές που μπορείτε να χρησιμοποιήσετε ώστε να διαχειριστείτε ένα παιδί με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ;

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

13. Ποια ή ποιες επιστημονικές ειδικότητα/ες πιστεύετε ότι έχουν μεγαλύτερη γνώση ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ;

Νηπιαγωγοί γενικής αγωγής	καθόλου	<input type="checkbox"/>	λίγο	<input type="checkbox"/>	μέτρια	<input type="checkbox"/>	πολύ	<input type="checkbox"/>	πάρα πολύ	<input type="checkbox"/>
Νηπιαγωγοί ειδικής αγωγής	καθόλου	<input type="checkbox"/>	λίγο	<input type="checkbox"/>	μέτρια	<input type="checkbox"/>	πολύ	<input type="checkbox"/>	πάρα πολύ	<input type="checkbox"/>
Ψυχολόγοι	καθόλου	<input type="checkbox"/>	λίγο	<input type="checkbox"/>	μέτρια	<input type="checkbox"/>	πολύ	<input type="checkbox"/>	πάρα πολύ	<input type="checkbox"/>
Λογοθεραπευτές	καθόλου	<input type="checkbox"/>	λίγο	<input type="checkbox"/>	μέτρια	<input type="checkbox"/>	πολύ	<input type="checkbox"/>	πάρα πολύ	<input type="checkbox"/>
Εργοθεραπευτές	καθόλου	<input type="checkbox"/>	λίγο	<input type="checkbox"/>	μέτρια	<input type="checkbox"/>	πολύ	<input type="checkbox"/>	πάρα πολύ	<input type="checkbox"/>

14. Θεωρείτε ότι η εκπαίδευση σας ήταν ικανοποιητική για την υποστήριξη παιδιών με ΔΕΠ-Υ;

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

15. Σημειώστε τον βαθμό επιρροής που έχει ασκήσει/ ή ασκεί καθένας από τους παρακάτω παράγοντες στην επάρκεια της γνώσης σας γύρω από τις στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ.

α) Οι σπουδές σας

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

β) Η διδακτική σας εμπειρία

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

γ) Η συνεργασία με άλλους εκπαιδευτικούς

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

δ) Η συνεργασία με επαγγελματίες ψυχικής υγείας

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

ε) Η παρακολούθηση επιμορφωτικών προγραμμάτων

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

στ) Η μελέτη επιστημονικού υλικού (βιβλίων, άρθρων)

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

Γ. Συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ

16. **Απροσεξία:** Επιλέξτε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα αντιστοιχούν στην απροσεξία που είναι ένα από τα τρία πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ορίζοντας και το βαθμό των συμπτωμάτων αυτών.

α) Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή του/της σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, ή κατά τη διάρκεια άλλων δραστηριοτήτων (π.χ. παραβλέπει ή δεν προσέχει λεπτομέρειες)

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

β) Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του/της σε εργασίες ή δραστηριότητες παιχνιδιού (π.χ. δυσκολεύεται να παραμείνει συγκεντρωμένος (-η) κατά τη διάρκεια μαθημάτων, συζητήσεων ή μακροσκελούς ανάγνωσης).

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

γ) Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του/της απευθύνεται ο λόγος (π.χ. το μυαλό φαίνεται να είναι αλλού ακόμα και εν απουσία οποιουδήποτε εμφανούς περισπασμού).

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

δ) Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει τη σχολική εργασία, δουλειές που του/της ανατίθενται (π.χ. ξεκινάει κάποια εργασία αλλά γρήγορα χάνει το επίκεντρο της προσοχής του/της και εύκολα υπεισέρχονται στην προσοχή του/της παράπλευρα ερεθίσματα).

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

ε) 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/της είναι ακατάστατη και ανοργάνωτη, δυσκολεύεται στη διαχείριση του χρόνου, αποτυγχάνει στην τήρηση προθεσμιών).

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

στ) Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή δείχνει απροθυμία να εμπλακεί σε εργασίες που απαιτούν παρατεταμένη πνευματική προσπάθεια (π.χ. σχολική εργασία ή προπαρασκευή των μαθημάτων στο σπίτι).

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

ζ) Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. σχολικό υλικό, μολύβια, βιβλία, εργαλεία).

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

η) Συχνά η προσοχή του/της διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

θ) Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

17. Υπερκινητικότητα/Παρορμητικότητα: Επιλέξτε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα αντιστοιχούν στην υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα που αποτελούν δυο από τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ορίζοντας και το βαθμό των συμπτωμάτων αυτών.

α) Συχνά κινεί νευρικά ή χτυπάει τα χέρια και τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του/της.

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

β) Συχνά σηκώνεται από τη θέση του/ της σε περιστάσεις όπου αναμένεται να παραμείνει καθιστός (-η) (π.χ. σηκώνεται από τη θέση του/της στην τάξη, στις οποίες απαιτείται να παραμείνει καθιστός (-η)).

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

γ) Συχνά τρέχει εδώ και εκεί ή σκαρφαλώνει, σε περιστάσεις όπου δεν αρμόζει.

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

δ) Συχνά δεν μπορεί να παίζει, να συμμετέχει σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ή συχα.

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

ε) Συχνά βρίσκεται σε διαρκή κίνηση και ενεργεί σαν να “κινείται από μηχανή” (π.χ. δεν μπορεί ή νιώθει άβολα να κάθεται ακίνητος (-η) για παρατεταμένο χρονικό διάστημα και οι άλλοι μπορεί να τον/την βλέπουν ως αεικίνητο (-η) και δύσκολο να τον/την ακολουθήσουν).

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

στ) Συχνά μιλά πολύ και ακατάπαυστα.

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

ζ) Συχνά απαντά απερίσκεπτα προτού ολοκληρωθεί η ερώτηση (π.χ. συμπληρώνει τις προτάσεις των ανθρώπων, δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του/της σε μία συζήτηση).

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

η) Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του/της (π.χ. όταν περιμένει στην ουρά).

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

θ) Συχνά διακόπτει ή παρεμβαίνει στους άλλους (π.χ. παίρνει τον λόγο απρόσκλητα σε συζητήσεις, παιχνίδια, ή δραστηριότητες, μπορεί να αρχίσει να χρησιμοποιεί τα πράγματα των άλλων χωρίς να ζητήσει ή να πάρει την άδειά τους).

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

Δ. Εκπαιδευτικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση μαθησιακών και συμπεριφορικών προβλημάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ

18. Αφού διαβάσετε το παρακάτω σενάριο (παράδειγμα παιδιού με ΔΕΠ-Υ) επιλέξτε ποιες από τις παρακάτω στρατηγικές/τεχνικές αντιμετώπισης θα χρησιμοποιούσατε για να διαχειριστείτε τη συμπεριφορά του μαθητή:

Ο Γιώργος είναι ένα παιδί τεσσάρων ετών και παρουσιάζει συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από μεγάλη και άσκοπη κινητικότητα. Οι κινήσεις του χαρακτηρίζονται από

αδεξιότητα και αμηχανία. Όταν κάποιος ενήλικας τον παρακινεί σε κάποια δραστηριότητα ή προσφέρεται να τον βοηθήσει άλλοτε δέχεται τη βοήθεια, ενώ άλλοτε θυμώνει ή φωνάζει και άλλοτε τον χτυπάει. Όταν πηγαίνει στο μέρος που είναι τα παιχνίδια του είναι ικανός να τα πετάξει όλα κάτω μέχρι να βρει αυτό που ζητάει. Εάν κάποιο παιδί έχει το παιχνίδι που θέλει, του το παίρνει βίαια και όταν κάποιος ενήλικας επεμβαίνει τότε έχει ξεσπάσματα οργής. Ο Γιώργος έχει δυσκολίες στην προσήλωση της προσοχής του και του είναι αδύνατον να μείνει σε μία ομάδα και να ακούσει μία μικρή ιστορία. Τρέχει και σκαρφαλώνει σε ψηλά αντικείμενα, μιλάει πολύ και δεν τα καταφέρνει σε ομαδικές δραστηριότητες. Δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του και έχει εύκολες εκρήξεις.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ

α. Δημιουργία θετικού κλίματος στην τάξη και σχέση εμπιστοσύνης με τον μαθητή
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

β. Επιβολή ορίων (π.χ θέσπιση ξεκάθαρων κανόνων συμπεριφοράς)
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

γ. Κανόνες διατυπωμένοι με θετικό τρόπο
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

δ. Αποτελεσματικές εντολές (λίγες, απλές και σύντομες)
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

ε. Εικονογραφημένες εντολές
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

στ. Συστηματική αδιαφορία σε ανεπιθύμητη συμπεριφορά (απόσβεση)
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

ζ. Έπαινος και θετική ενίσχυση
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

η. Συστήματα ανταμοιβής (υλική ή κοινωνική ανταμοιβή) και συμβολική ενίσχυση
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

θ. Κόστος δράσεων (αφαίρεση προνομίων) και διακοπή θετικής ενίσχυσης
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

ι. Δεκτικές τεχνικές όπως έλεγχος της φωνής (χαμηλή ένταση της φωνής και σταθερός τόνος)

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

κ. Σύντομες επαναλαμβανόμενες οδηγίες και χρήση των ονομάτων των παιδιών

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

λ. Μη λεκτικές τεχνικές όπως βλεμματική επαφή και σωματική επαφή όπως ένα απαλό άγγιγμα στον ώμο

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

μ. Καθιέρωση καθημερινής ρουτίνας και δημιουργία δομημένου περιβάλλοντος

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

ν. Συχνή ενίσχυση εξατομικευμένη, διαφοροποιημένη και όσο το δυνατόν χρονικά κοντά στην επιθυμητή συμπεριφορά

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

ξ. Επιπλήξεις με σύντομο και ήρεμο τρόπο

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

ο. Ανάθεση αρμοδιοτήτων σε μαθητή ως βοηθός του εκπαιδευτικού

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

19. Αφού διαβάσετε το παρακάτω σενάριο (περίπτωση παιδιού με ΔΕΠ-Υ) επιλέξτε ποιες από τις παρακάτω στρατηγικές/τεχνικές αντιμετώπισης θα χρησιμοποιούσατε για να διαχειριστείτε τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει η μαθήτριά:

Η Ελένη είναι πέντε ετών και η ομιλία της δεν είναι εντελώς καθαρή, έτσι αποφεύγει να μιλάει πολύ στο σχολείο καθώς και σε ανθρώπους με τους οποίους δεν είναι πολύ εξοικειωμένη. Μέσα στην τάξη δεν συμμετέχει σε λεκτικές δραστηριότητες και όταν το κάνει οι απαντήσεις της είναι μονολεκτικές και ο λόγος της δεν είναι πολύπλοκος. Στο σπίτι με τους γονείς της μιλάει ακατάπαυστα σε σημείο να γίνεται ενοχλητική γιατί παρεμβαίνει διαρκώς στις συζητήσεις τους και θέλει να είναι το επίκεντρο της προσοχής. Η Ελένη αντιμετωπίζει δυσκολίες στη λεπτή της κινητικότητα καθώς δεν κρατάει σωστά το μολύβι με τριποδική λαβή, ούτε μπορεί να χειριστεί με ακρίβεια το ψαλίδι ώστε να κόψει μία απλή εικόνα και επίσης δυσκολεύεται στις προγραφικές ασκήσεις. Είναι συχνά αφηρημένη και δεν ανταποκρίνεται στις ερωτήσεις που τις κάνουν καθώς φαίνεται να έχει αλλού το μυαλό της. Αρκετές φορές δίνει την εντύπωση ότι ονειροπολεί. Επιπλέον, φαίνεται να δυσκολεύεται να ακολουθήσει τους κανόνες ενός διαλόγου καθώς μεταβαίνει συνεχώς από το ένα θέμα στο άλλο διακόπτει το συνομιλητή της και δεν μπορεί να διατηρήσει με αποτελεσματικό τρόπο τον ειρμό της συζήτησης. Ακόμη αρκετά συχνά όταν αρχίζει να ασχολείται με κάτι μετά από λίγο το παρατάει γιατί σκέφτηκε να ασχοληθεί με κάτι άλλο, ενώ στη συνέχεια θυμάται κάτι που της ζήτησαν να κάνει οπότε ξεκινάει άλλη

δραστηριότητα, αλλά στην πορεία βαριέται και επιστρέφει για να ολοκληρώσει την αρχική της δραστηριότητα με αποτέλεσμα να τα αφήνει όλα ημιτελή και ακατάστατα. Επίσης, φαίνεται ότι δυσκολεύεται ιδιαίτερα, ώστε να διαχειριστεί αποτελεσματικά το χρόνο της αφού συχνά χαζεύει την ώρα που πρέπει να ετοιμαστεί γρήγορα για να πάει κάπου και η προσοχή της διασπάται από αλλά ερεθίσματα κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων καθημερινής ρουτίνας όπως το ντύσιμο το μπάνιο ή το φαγητό με αποτέλεσμα οι διαδικασίες αυτές να γίνονται χρονοβόρες και συχνά ψυχοφθόρες για την ίδια και τους γύρω της.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ

α. Δομή και σαφήνεια των περιεχομένων και του στόχου της διδασκαλίας
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

β. Υποστήριξη της ενεργούς συμμετοχής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

γ. Επιπλέον χρόνος και προσοχή στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

δ. Εικονογραφημένες οδηγίες
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

ε. Παροχή επιλογών στους μαθητές (π.χ. ως προς τις εργασίες που θέλουν να επιλέξουν ή τους συνεργάτες για την εργασία)
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

στ. Απλές, σύντομες, ξεκάθαρες, σαφείς επαναλαμβανόμενες οδηγίες
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

ζ. Χωρισμός των εργασιών σε μικρότερα τμήματα
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

η. Σταδιακή επίτευξη στόχων
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

θ. Εναλλαγή παθητικών δραστηριοτήτων με διαδραστικές ανά τακτά χρονικά διαστήματα και συχνά διαλείμματα με χαλαρωτικές δραστηριότητες
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

ι. Ποικιλία εκπαιδευτικού υλικού (χρήση εικόνων και υλικών) και παρουσίαση του με πολλούς διαφορετικούς τρόπους (ζωγραφική, ιστορίες, μουσική)
καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

κ. Ομαδοσυνεργατική μάθηση

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

λ. Οργάνωση τάξης (ο μαθητής κάθεται κοντά στον εκπαιδευτικό ή σε κάποιον μαθητή πρότυπο και βρίσκεται μακριά από διασπαστικούς παράγοντες)

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

μ. Εμπλοκή του μαθητή σε όλες τις δραστηριότητες

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

ν. Συχνή επανάληψη των οδηγιών από τον εκπαιδευτικό

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

ξ. Ο εκπαιδευτικός θέτει ερωτήματα ώστε να διαπιστώσει το βαθμό κατανόησης των οδηγιών για την επικείμενη δραστηριότητα

καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

20. Με βάση την εμπειρία σας, ποιες από τις παραπάνω συμπεριφορικές και μαθησιακές στρατηγικές αντιμετώπισης πιστεύετε ότι είναι πιο αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ;

Συμπεριφορικές:.....

.....
.....
.....

Μαθησιακές:.....

.....
.....
.....

Σας ευχαριστώ θερμά για τη συμμετοχή σας στην έρευνα και το χρόνο που διαθέσατε!