



Γνώσεις δασκάλων σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)

Αικατερίνη Αντωνοπούλου, *Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο*

Αγλαΐα Σταμπολτζή, *Τμήμα Ένταξης 22ου Δημοτικού Σχολείου Αχαρνών*

Σοφία Κουβαβά, *Τμήμα Ένταξης 4^{ου} Δημοτικού Σχολείου Γλυφάδας*

Περίληψη

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι μια από τις πιο συχνά αναφερόμενες αναπτυξιακές διαταραχές σε παιδιά και εφήβους. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διαπίστωση των γνώσεων των δασκάλων γύρω από θέματα που αφορούν στη ΔΕΠ-Υ. Στην έρευνα συμμετείχαν 139 δάσκαλοι από 20 δημοτικά σχολεία της Αθήνας και της ευρύτερης περιοχής της Αττικής. Το ποσοστό σωστών απαντήσεων ήταν 61,15%. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα δάσκαλοι φαίνεται να είναι περισσότερο ενημέρωτοι σχετικά με τη Συμπτωματολογία και τον Ορισμό της ΔΕΠ-Υ και λιγότερο ενημερωμένοι για τα Αίτια και την Αντιμετώπισή της. Οι γνώσεις των δασκάλων δε βρέθηκαν να επηρεάζονται από την ηλικία, τα χρόνια υπηρεσίας και την προηγούμενη διδακτική τους εμπειρία με μαθητές με ΔΕΠ-Υ. Τα

Η κ. Αικατερίνη Αντωνοπούλου είναι Λέκτορας στο Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου.

Η κ. Αγλαΐα Σταμπολτζή είναι Δασκάλα στο Τμήμα Ένταξης του 22^{ου} Δημοτικού Σχολείου Αχαρνών και Διδάκτωρ Ειδικής Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας.

Η κ. Σοφία Κουβαβά είναι Δασκάλα στο Τμήμα Ένταξης του 4^{ου} Δημοτικού Σχολείου Γλυφάδας και Λογοπεδικός.





Γνώσεις δασκάλων σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)

ευρήματα της έρευνας υποδεικνύουν την ανάγκη επιμόρφωσης των δασκάλων σε γενικά και ειδικά θέματα που αφορούν στη συγκεκριμένη διαταραχή καθώς και τη σπουδαιότητα του ρόλου τους στην υποστήριξη των μαθητών με ΔΕΠ-Υ στη σχολική τάξη.

Εισαγωγή

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) εμφανίζεται σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας σε ποσοστό από 3% ως 6% (Cantwell, 1996). Τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι η *έλλειψη προσοχής*, η *υπερκινητικότητα* και η *παρορμητικότητα*. Ένα παιδί χαρακτηρίζεται από ΔΕΠ-Υ, όταν εμφανίζει ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω χαρακτηριστικά πριν την ηλικία των 7 ετών και για διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών. Τα συμπτώματα παρεμβαίνουν στην καθημερινή λειτουργικότητα του παιδιού, επηρεάζοντας πολλούς τομείς της ζωής του: δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί στο σχολείο, δεν υπακούει σε οδηγίες, κινείται νευρικά, μιλάει αδιάκοπα, διακόπτει τους άλλους, δεν έχει αυτοέλεγχο, δεν μπορεί εύκολα να ξεκινήσει μια εργασία και να την ολοκληρώσει. Πάνω από το 50% των παιδιών που διαγιγνώσκονται με ΔΕΠ-Υ συνεχίζουν να εμφανίζουν συμπτώματα και μετά την εφηβεία (APA, 2000· Cuffe, Moore & McKeown, 2005).

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά προσφέρει τη δυνατότητα έγκαιρης εκπαιδευτικής και ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, ώστε να προληφθούν δευτερογενείς συνέπειες όπως η σχολική αποτυχία, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα προβλήματα συμπεριφοράς και οι δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση (Kellner, Houghton & Douglas, 2003· Παπαγεωργίου, 2005· Barkley, 2006). Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατό να δοκιμαστεί και φαρμακευτική αγωγή (Wicks-Nelson & Israel, 1997· Barkley, 2006). Ωστόσο, η παραπομπή ενός παιδιού για αξιολόγηση προϋποθέτει ότι οι εκπαιδευτικοί διαθέτουν τις βασικές εκείνες γνώσεις που θα τους επιτρέψουν να είναι αποτελεσματικοί τόσο στην υποστήριξη του παιδιού στη σχολική τάξη όσο και στην επικοινωνία τους με γονείς και με διαγνωστικούς φορείς (π.χ. αρμόδιες εκπαιδευτικές ή ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες).

Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Τα τελευταία τριάντα χρόνια η ΔΕΠ-Υ έχει απασχολήσει επιστήμονες από διάφορα γνωστικά πεδία και έχει προκαλέσει πληθώρα ερευνών σχετικά με τη διερεύνηση των αιτιών, την περιγραφή των συμπτωμάτων, την αξιολόγηση μεθόδων παρέμβασης καθώς και τις στάσεις, απόψεις και γνώσεις των εκπαιδευτικών



(Cantwell, 1996· Merrell & Tymms, 2001· Scitutto & Eisenberg, 2007· Χατζηγεωργίου & Δροσινού, 2007· Cormier, 2008· ΥΠΕΠΘ-ΠΙ, 2009β). Οι πρώτες έρευνες που επιχειρήσαν να αποτυπώσουν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ εντοπίζονται στη δεκαετία του '90. Σκοπός των ερευνών αυτών φαίνεται να μην είναι μόνο η διερεύνηση του βαθμού ενημέρωσης των εκπαιδευτικών σε θέματα που αφορούν στη συμπτωματολογία, στην αιτιολογία και κυρίως στους τρόπους εκπαίδευσης μαθητών με ΔΕΠ-Υ (Jerome, Gordon & Hustler, 1994· Jerome, Washington, Laine & Segal, 1999· Scitutto, Terjesen & Bender Frank, 2000· Beckle, 2004· Kos, Richdale & Jackson, 2004· West, Taylor, Houghton & Hudyma, 2005), αλλά και η αποτύπωση των παραγόντων που επηρεάζουν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών (Barbaresi & Olsen, 1998· Bussing, Gary, Leon, Garvan & Reid, 2002· Snider, Busch & Arrowood, 2003· Vereb & DiPerna, 2004) καθώς και η ανάδειξη του ρόλου των γνώσεων των εκπαιδευτικών στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ (Pffiffer & Barkley, 1998· Stormont & Stebbins, 2005· Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain, 2008).

Οι Kos, Richdale και Hay (2006) σε μια κριτική ανασκόπηση των ερευνών της τελευταίας δεκαετίας επισημαίνουν τρία βασικά σημεία: Πρώτον, το μέσο ποσοστό σωστών απαντήσεων στα ερωτηματολόγια που αξιολογούν τον βαθμό ενημέρωσης σε θέματα σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ στις διάφορες έρευνες (Jerome et al., 1994· Jerome et al., 1999· Scitutto et al., 2000· Beckle, 2004· Kos et al., 2004· West et al., 2005) διαφέρει σημαντικά και κυμαίνεται από 47,8% έως 83%. Οι κατηγορίες στις οποίες οι δάσκαλοι συγκεντρώνουν καλύτερη βαθμολογία είναι η συμπτωματολογία και η διάγνωση (Jerome et al., 1994· Ohan et al., 2008), ενώ για τις κατηγορίες που αναφέρονται στους τρόπους αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ και την αιτιολογία (γενετικοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες), οι δάσκαλοι φαίνεται να διατηρούν αρκετές εσφαλμένες αντιλήψεις (Jerome et al., 1994· Jerome et al., 1999· Scitutto et al., 2000· Beckle, 2004). Δεύτερον, σε ορισμένες έρευνες, η διδακτική εμπειρία και η προηγούμενη επαφή με παιδί με ΔΕΠ-Υ φαίνεται να αποτελούν παράγοντες που συνδέονται θετικά με το επίπεδο γνώσεων σε σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ (Jerome et al., 1994· Scitutto et al., 2000· Beckle, 2004· Kos et al., 2004· ΥΠΕΠΘ-ΠΙ, 2009α & 2009β). Τρίτον, έρευνες δείχνουν ότι οι δάσκαλοι που επιμορφώνονται πάνω σε θέματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ και έχουν διδάξει μαθητές με ΔΕΠ-Υ έχουν περισσότερες γνώσεις απ' ό,τι οι φοιτητές παιδαγωγικών τμημάτων που δε διαθέτουν πρακτική εμπειρία (Jerome et al., 1999· Beckle, 2004).

Σχετικά με τα λάθη των εκπαιδευτικών σε θέματα που αφορούν στην αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ, πολύ συχνά εντοπίζονται παρανοήσεις σχετικά με τον ρόλο της διατροφής στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, αρκετοί εκπαι-



δευτικοί πιστεύουν λανθασμένα ότι η ζάχαρη και τα πρόσθετα τροφίμων μπορεί να προκαλέσουν τη διαταραχή (Jerome et al., 1994· Scitutto et al., 2000· Beckle, 2004).

Μία άλλη λανθασμένη πληροφορία των εκπαιδευτικών σχετικά με την περιγραφή και τον ορισμό της διαταραχής αφορά στη διάρκεια των συμπτωμάτων κατά την πορεία της ανθρώπινης ζωής. Πολύ συχνά οι έρευνες δείχνουν ότι οι δάσκαλοι διατηρούν την εσφαλμένη αντίληψη ότι η ΔΕΠ-Υ ξεπερνιέται με την ενηλικίωση και δεν ακολουθεί τον μαθητή στην ενήλικη ζωή (Jerome et al., 1994· Scitutto et al., 2000).

Πολλές έρευνες αποσκοπώντας να αναδείξουν τον ρόλο της διδακτικής εμπειρίας στην υποστήριξη μαθητών με ΔΕΠ-Υ, συγκρίνουν τις γνώσεις δασκάλων και φοιτητών. Τα αποτελέσματα συμφωνούν μεταξύ τους στο ότι οι δάσκαλοι σε γενικές γραμμές έχουν πιο αντικειμενικές γνώσεις για τη ΔΕΠ-Υ, ακόμα κι εκείνοι οι οποίοι δεν έχουν επιμορφωθεί, σε σύγκριση με τους φοιτητές που συνήθως δηλώνουν ότι έχουν πληροφορηθεί για τη ΔΕΠ-Υ στη διάρκεια των σπουδών τους. Επιπλέον, σύμφωνα με τα ευρήματα των ερευνών αυτών, οι δάσκαλοι που έχουν διδάξει παιδιά με ΔΕΠ-Υ συγκεντρώνουν καλύτερη βαθμολογία στις κλίμακες γνώσεων για τη ΔΕΠ-Υ από εκείνη των φοιτητών των οποίων οι γνώσεις σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ έχουν κυρίως θεωρητικό χαρακτήρα (Scitutto et al., 2000· Beckle, 2004· Kos et al., 2004).

Στην Ελλάδα οι γνώσεις και οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ δεν έχουν διερευνηθεί σε βάθος (Καραγρηγορίου, 2003· Κάκουρος, Παπαηλιού & Μπαδικιάν, 2006). Μεταξύ των πηγών από τις οποίες οι εκπαιδευτικοί μπορούν να αντλήσουν πληροφόρηση είναι και το υλικό του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου (ΥΠΕΠΘ-ΠΙ, 2009α & 2009β).

Η Καραγρηγορίου (2003) διερεύνησε τις γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις εκπαιδευτικών προσχολικής αγωγής σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ σε δείγμα 147 γυναικών νηπιαγωγών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νηπιαγωγοί (σε ποσοστό 71,8%) γνώριζαν τα κύρια χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, 83,4% και 54% δήλωσε ότι δε γνώριζε κατάλληλες ψυχοπαιδαγωγικές προσεγγίσεις και αποτελεσματικές διδακτικές μεθόδους στην εκπαίδευση παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντίστοιχα. Χαμηλό ήταν και το ποσοστό γνώσεων ως προς τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (35,3%), ενώ θετική φάνηκε να είναι η επίδραση της προηγούμενης διδακτικής εμπειρίας με παιδί με ΔΕΠ-Υ στις γνώσεις των νηπιαγωγών σχετικά με αποτελεσματικές μεθόδους διδασκαλίας, εύρημα που συμφωνεί με τα αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών στην Ευρώπη και την Αμερική (Jerome et al., 1999· Beckle, 2004). Σε αντίθεση με τα διεθνή εμπειρικά δεδομένα (Stormont & Stebbins, 2005) τα αποτελέσματα της έρευνας της Καραγρηγορίου





έδειξαν ότι οι νηπιαγωγοί με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας υπολείπονταν σε όλους τους τομείς γνώσεων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με τους νηπιαγωγούς με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας.

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

Με δεδομένο τον σημαντικό ρόλο των εκπαιδευτικών και την πολύτιμη συμβολή τους στην έγκαιρη διάγνωση και στην αντιμετώπιση προβλημάτων που συνδέονται με τη ΔΕΠ-Υ (DuPaul, 1992· Arcelus, Munden, McLauchlin, Vickery & Vostanis, 2000· Scitutto et al., 2000· Κάκουρος κ.ά., 2006) και λόγω του εξαιρετικά περιορισμένου αριθμού ερευνητικών προσπαθειών που εξετάζουν το επίπεδο των γνώσεων των Ελλήνων εκπαιδευτικών σε θέματα που αφορούν στη ΔΕΠ-Υ, η παρούσα έρευνα επιχειρεί να καταγράψει τον βαθμό πληροφόρησης και το είδος των γνώσεων των Ελλήνων δασκάλων σε συνάρτηση με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή τους κατάσταση, τα χρόνια υπηρεσίας και την προηγούμενη εμπειρία τους με μαθητή με ΔΕΠ-Υ.

Μέθοδος

Συμμετέχοντες

Στην έρευνα πήραν μέρος 139 εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης από 20 δημόσια σχολεία γενικής εκπαίδευσης της Αθήνας και της ευρύτερης περιοχής της Αττικής (Αχαρνές, Ωρωπός, Καπανδρίτι, Καλύβια). Από τα 20 δημοτικά, στα 12 λειτουργούσαν τμήματα ένταξης για παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, χρόνια υπηρεσίας και προηγούμενη διδακτική εμπειρία με παιδί με ΔΕΠ-Υ) παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Η πλειοψηφία των δασκάλων ήταν ηλικίας 36-45 ετών, γυναίκες, έγγαμοι και με περισσότερα από 16 χρόνια υπηρεσίας. Επίσης, το 53,2% είχαν διδάξει παιδί με ΔΕΠ-Υ.



Γνώσεις δασκάλων σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)

Πίνακας 1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων εκπαιδευτικών

	<i>Αριθμός δασκάλων (n=139)</i>
<i>Ηλικία</i>	
21-25	9
26-35	41
36-45	72 (51,8%)
46-60	17
<i>Φύλο</i>	
Άντρες	28
Γυναίκες	111 (79,9%)
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	
Άγαμοι	53
Έγγαμοι	84 (60,4%)
Χήροι	1
Διαζευγμένοι	1
<i>Χρόνια υπηρεσίας</i>	
0-5	37
6-10	29
11-15	26
16-30	47 (33,8%)
<i>Προηγούμενη εμπειρία με παιδιά με ΔΕΠ-Υ</i>	
Ναι	74 (53,2%)
Όχι	65

Ερευνητικό εργαλείο

Οι γνώσεις των δασκάλων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ αξιολογήθηκαν με το ερωτηματολόγιο των McNicholas & Santosh (1997), ADHD Knowledge Based Questionnaire, που μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα Ελληνικά. Για τη μετάφραση αυτή υιοθετήθηκε η μέθοδος της «διασταυρούμενης μετάφρασης» (Birbili, 2000). Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο ADHD Knowledge Based Questionnaire μεταφράστηκε στα Ελληνικά από τους συγγραφείς της παρούσας μελέτης. Η αντίστροφη μετάφραση (back-translation) του ερωτηματολογίου ανέδειξε μικρές διαφορές από την πρότυπη εκδοχή που οδήγησαν σε ανάλογες γλωσσικές τροπο-



ποιήσεις. Από τις 30 ερωτήσεις του αρχικού ερωτηματολογίου, 4 εξαιρέθηκαν: 1 γιατί θεωρήθηκε ως ξεπερασμένη στο διάστημα που μεσολάβησε από την κατασκευή του ερωτηματολογίου (1997) ως σήμερα, 2 γιατί ήταν ασαφείς νοηματικά και 1 γιατί αφορούσε στην αμερικανική πραγματικότητα.

Το ερωτηματολόγιο στην τελική του μορφή (Παράρτημα) περιλάμβανε 26 προτάσεις με πιθανές απαντήσεις ΣΩΣΤΟ, ΛΑΘΟΣ και ΔΕΝ ΞΕΡΩ. Η επιλογή ΔΕΝ ΞΕΡΩ χρησιμοποιήθηκε για να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα τυχαίας επιλογής της σωστής απάντησης. Οι προτάσεις του ερωτηματολογίου αφορούσαν τέσσερις κατηγορίες: Ορισμό (7 προτάσεις), Συμπτωματολογία (10 προτάσεις), Αιτιολογία (5 προτάσεις) και Αντιμετώπιση (4 προτάσεις). Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha που ήταν ,864 ($Mean=25,12$, $S.D=10,39$). Επίσης, υψηλές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ των τεσσάρων κατηγοριών και της συνολικής βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο ($r=.720$, $r=.767$, $r=.630$, $r=.639$).

Διαδικασία

Τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν ταχυδρομικώς ή μοιράστηκαν από τους ερευνητές στα 20 δημοτικά σχολεία που πήραν μέρος στην έρευνα στο διάστημα Οκτωβρίου-Δεκεμβρίου 2008. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με την επί τόπου παρουσία ενός εκ των ερευνητών ή με την παρουσία του δασκάλου ειδικής αγωγής στα 12 σχολεία όπου λειτουργούσε τμήμα ένταξης.

Αποτελέσματα

Το πρώτο αποτέλεσμα αφορά στην κατανομή των γνώσεων των εκπαιδευτικών του δείγματος. Κατά μέσο όρο, οι δάσκαλοι απάντησαν σωστά σε 61,15% των προτάσεων, απάντησαν λάθος σε 27,03% των προτάσεων και δεν ήξεραν να απαντήσουν σε 11,81% των προτάσεων.

Η Ανάλυση Διακύμανσης Μονής Κατεύθυνσης (repeated measures ANOVA) έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των σωστών απαντήσεων των τεσσάρων κατηγοριών, $F(3,414) = 149.52$, $p < .001$. Το μέσο ποσοστό σωστών απαντήσεων ανά κατηγορία ήταν: Ορισμός 69,68%, Συμπτωματολογία 74,03%, Αιτιολογία 46,90% και Αντιμετώπιση 31,65%. Περαιτέρω στατιστική ανάλυση με σύγκριση ανά δύο των κατηγοριών (pairwise comparisons) και με διόρθωση βάση του συντελεστή Bonferroni έδειξε ότι η βαθμολογία των δασκάλων στον Ορισμό ήταν σημαντικά υψηλότερη από τη βαθμολογία στην Αιτιολογία και την Αντιμετώπιση ($p < .001$). Επίσης, η βαθμολογία στη Συμπτωματολογία ήταν σημαντικά υψηλό-





Γνώσεις δασκάλων σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)

τερη από τη βαθμολογία στην Αιτιολογία και την Αντιμετώπιση ($p < .001$). Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις σωστές απαντήσεις των δασκάλων μεταξύ των κατηγοριών Ορισμός και Συμπτωματολογία ($p = .060$). Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι προτάσεις που συγκέντρωσαν το υψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων.

Πίνακας 2 Προτάσεις που συγκέντρωσαν το υψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων

Προτάσεις	Κατηγορία	Ποσοστό
12. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι ανήσυχα, κινούνται διαρκώς και δε μπορούν να μείνουν ακίνητα (Σωστό)	Συμπτωματολογία	93,5%
5. Η ΔΕΠ-Υ είναι συχνότερη στα κορίτσια (Λάθος)	Ορισμός	91,4%
21. Η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ περιγράφονται από τους δασκάλους ως παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς (Σωστό)	Ορισμός	91,4 %
6. Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σπανίως αποσπάται η προσοχή τους από τη δουλειά που κάνουν (Λάθος)	Συμπτωματολογία	89,2%
25. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εργάζονται βιαστικά και κάνουν λάθη από απροσεξία (Σωστό)	Συμπτωματολογία	88,5%

Η τριβάθμια μορφή της κλίμακας των απαντήσεων του ερωτηματολογίου, ΣΩΣΤΟ, ΛΑΘΟΣ, ΔΕΝ ΞΕΡΩ, επέτρεψε τη διερεύνηση τόσο των λανθασμένων απαντήσεων των εκπαιδευτικών όσο και των προτάσεων για τις οποίες δε γνώριζαν τις σωστές απαντήσεις. Η Ανάλυση Διακύμανσης Μονής Κατεύθυνσης (repeated measures ANOVA) έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των λανθασμένων απαντήσεων των τεσσάρων κατηγοριών, $F(3,414) = 39.340$, $p < .001$. Το μέσο ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων ανά κατηγορία ήταν: Ορισμός 23,23%, Συμπτωματολογία 20,14%, Αιτιολογία 39,13% και Αντιμετώπιση 39,39%. Σύγκριση ανά δύο των κατηγοριών και με διόρθωση βάση του συντελεστή Bonferroni έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στις λανθασμένες απαντήσεις των δασκάλων στις κατηγορίες: Ορισμός και Αιτιολογία ($p < .001$),



Ορισμός και Αντιμετώπιση ($p < .001$), Συμπτωματολογία και Αιτιολογία ($p < .001$) και Συμπτωματολογία και Αντιμετώπιση ($p < .001$). Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις λανθασμένες απαντήσεις των δασκάλων στις κατηγορίες: Ορισμό και Συμπτωματολογία ($p = .391$) και Αιτιολογία και Αντιμετώπιση ($p = 1.000$). Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι προτάσεις που συγκέντρωσαν το μεγαλύτερο ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων.

Πίνακας 3 Προτάσεις που συγκέντρωσαν το υψηλότερο ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων

Προτάσεις	Κατηγορία	Ποσοστό
13. Η ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως κληρονομική (Σωστό)	Αιτιολογία	59%
7. Η φαρμακευτική αγωγή είναι συνήθως πολύαποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Σωστό)	Αντιμετώπιση	54%
22. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα καταφέρνουν καλύτερα σε συνθήκες που είναι λιγότερο δομημένες (Λάθος)	Συμπτωματολογία	50,4%
26. Οι οικογενειακοί παράγοντες είναι λιγότερο σημαντικοί από τους βιολογικούς στην αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ (Λάθος)	Αιτιολογία	49,6%
19. Ένα παιδί που είναι υπερδραστήριο στο σπίτι αλλά όχι στο σχολείο, δεν μπορεί να πάσχει από ΔΕΠ-Υ (Σωστό)	Ορισμός	43,2%

Σχετικά με τις προτάσεις που οι εκπαιδευτικοί δεν ήξεραν να απαντήσουν, η Ανάλυση Διακύμανσης Μονής Κατεύθυνσης (repeated measures ANOVA) έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των απαντήσεων «ΔΕΝ ΞΕΡΩ» των τεσσάρων κατηγοριών, $F(3,414) = 53.096$, $p < .001$. Το μέσο ποσοστό «ΔΕΝ ΞΕΡΩ» απαντήσεων ανά κατηγορία ήταν: Ορισμός 7,91%, Συμπτωματολογία 6,62%, Αιτιολογία 14,10% και Αντιμετώπιση 29,13%. Επιμέρους σύγκριση των κατηγοριών ανά δύο έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις «ΔΕΝ ΞΕΡΩ» μεταξύ Αιτιολογίας και όλων των άλλων κατηγοριών ($p < .001$), Αντιμετώπισης και όλων των άλλων κατηγοριών ($p < .001$). Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι προτάσεις που συγκέντρωσαν το μεγαλύτερο ποσοστό «ΔΕΝ ΞΕΡΩ» απαντήσεων.



Γνώσεις δασκάλων σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)

Πίνακας 4 Προτάσεις που συγκέντρωσαν το υψηλότερο ποσοστό «ΔΕΝ ΞΕΡΩ» απαντήσεων

Προτάσεις	Κατηγορία	Ποσοστό
15. Η θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή (π.χ ριταλίνη) συχνά καθυστερεί την ανάπτυξη του παιδιού (Λάθος)	Αντιμετώπιση	45,5%
16. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται μερικές φορές για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Σωστό)	Αντιμετώπιση	27,3%
17. Η φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ δίνεται μόνο σε περιόδους που το παιδί είναι πολύ ζωντανό (Λάθος)	Αντιμετώπιση	25,9%
7. Η φαρμακευτική αγωγή είναι συνήθως πολύ αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Σωστό)	Αντιμετώπιση	15,8%
10. Διατροφικά στοιχεία όπως οι χρωστικές ουσίες και τα συντηρητικά είναι υπεύθυνα για τη ΔΕΠ-Υ στα περισσότερα παιδιά (Λάθος)	Αιτιολογία	15,8%

Τέλος, πραγματοποιήθηκε μια σειρά από αναλύσεις συσχετίσεων με βάση τον συντελεστή Pearson r για να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών των δασκάλων και των γνώσεων για τη ΔΕΠ-Υ. Αρνητική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ των παρακάτω μεταβλητών: ηλικία δασκάλων και γνώσεις στους τρόπους Αντιμετώπισης ($r = -.223, p < .001$), χρόνια υπηρεσίας δασκάλων και γνώσεις σχετικά με τη Συμπτωματολογία ($r = -.172, p < .05$), χρόνια υπηρεσίας δασκάλων και γνώσεις στους τρόπους Αντιμετώπισης ($r = -.275, p < .001$). Καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση δεν αναδείχθηκε για τις μεταβλητές φύλο, προηγούμενη εμπειρία με παιδί με ΔΕΠ-Υ και γνώσεις δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ.

Συζήτηση

Το πρώτο εύρημα της έρευνας αφορά στο γενικό επίπεδο γνώσεων των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο των McNi-





cholas και Santosh (1997). Το γενικό επίπεδο γνώσεων των δασκάλων που συμμετείχαν στην έρευνα βρέθηκε να είναι μέσο (σωστές απαντήσεις 61,15%). Σύμφωνα με τους Kos και συνεργάτες (2006), το ποσοστό σωστών απαντήσεων στα ερωτηματολόγια της ΔΕΠ-Υ στις διάφορες έρευνες διαφέρει σημαντικά και κυμαίνεται από 47,8% στην έρευνα των Sciutto και συνεργατών (2000) έως 83% στην έρευνα της Beckle (2004). Ωστόσο, στις περισσότερες έρευνες από Αμερική και Αυστραλία το ποσοστό σωστών απαντήσεων ξεπερνά το 75%. Εντούτοις, τα ευρήματα των σχετικών ερευνών δεν είναι άμεσα συγκρίσιμα εξαιτίας μιας σειράς παραγόντων, όπως το επίπεδο εκπαίδευσης των δασκάλων, η μορφή και η συχνότητα της ενδοσχολικής επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών, το εκπαιδευτικό σύστημα, η ισχύουσα διαγνωστική μεθοδολογία, ο βαθμός συμμετοχής των εκπαιδευτικών στη διαγνωστική διαδικασία, η κρατική ευαισθητοποίηση σε θέματα πρόωξης και έγκαιρης παρέμβασης κ.τ.λ. Οι παράγοντες αυτοί διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα και επιδρούν στον βαθμό γνώσης των εκπαιδευτικών σε θέματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ.

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

Αναλύοντας τις επιμέρους κατηγορίες γνώσεων για τη ΔΕΠ-Υ, οι Έλληνες δάσκαλοι βρέθηκε να έχουν περισσότερες γνώσεις για τη Συμπτωματολογία και τον Ορισμό της ΔΕΠ-Υ, και λιγότερες για την Αιτιολογία και την Αντιμετώπισή της. Υπογραμμίζεται ότι για τον Έλληνα εκπαιδευτικό η έννοια Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ έχει διδακτική νοηματοδότηση και δεν αναφέρεται σε φαρμακευτική συνταγογράφηση της ΔΕΠ-Υ.

Η στατιστικά σημαντικώς καλύτερη βαθμολογία των δασκάλων στη Συμπτωματολογία και τον Ορισμό επιβεβαιώνει την υπόθεση ότι οι δάσκαλοι είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα και τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, έχουν όμως μη εξειδικευμένες γνώσεις σε θέματα που άπτονται της βιολογικής αιτιολογίας και της αντιμετώπισης της διαταραχής. Παρόμοια αποτελέσματα ως προς τις επιμέρους γνώσεις των δασκάλων αναφέρονται σε πολλές έρευνες (Jerome et al., 1994· Sciutto et al., 2000· Beckle, 2004· Ohan et al., 2008) αλλά και στην αντίστοιχη ελληνική έρευνα της Καραγρηγορίου (2003). Το αποτέλεσμα αυτό σημαίνει ότι η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ δεν πρέπει





Γνώσεις δασκάλων σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)

να περιορίζεται στην απαρίθμηση των χαρακτηριστικών και των συμπτωμάτων της διαταραχής, τα οποία άλλωστε αναφέρονται και στα βιβλία, αλλά να εμβαθύνει σε θέματα αιτιολογίας, κληρονομικότητας, μακρόχρονης πρόγνωσης και αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ.

Ο διαχωρισμός των λανθασμένων απαντήσεων από την απουσία γνώσεων για τη ΔΕΠ-Υ (σύμφωνα με τις «ΔΕΝ ΞΕΡΩ» απαντήσεις του ερωτηματολογίου) δείχνει τους τομείς που οι δάσκαλοι στερούνται γνώσεων. Οι δάσκαλοι της παρούσας έρευνας βρέθηκε να έχουν τη μεγαλύτερη άγνοια (απουσία γνώσεων) σε θέματα Αντιμετώπισης και Αιτιολογίας της ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τους Scitutto και συνεργάτες (2000) είναι πιο δύσκολο να αλλάξεις τις λανθασμένες αντιλήψεις των δασκάλων που συχνά έχουν παγιωθεί από το να τους ενημερώσεις σε θέματα που δηλώνουν άγνοια. Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας, υπογραμμίζεται η ανάγκη ενημέρωσης των δασκάλων σε θέματα φαρμακευτικής αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ, ώστε να γνωρίζουν τα οφέλη που μπορεί να προσφέρει για κάποιο διάστημα η φαρμακευτική αγωγή σε σοβαρές περιπτώσεις. Επισημαίνεται ότι οι πανεπιστημιακές σπουδές στα ελληνικά Παιδαγωγικά Τμήματα Δημοτικής Εκπαίδευσης δε προσφέρουν τέτοιου είδους γνώσεις σχετικά με την ιατρική πλευρά της ΔΕΠ-Υ. Επίσης, είναι απαραίτητη η πληροφόρηση των δασκάλων για τη σχέση της ΔΕΠ-Υ με τη διατροφή, γιατί υπάρχουν σχετικοί «μύθοι» ότι η ζάχαρη, οι χρωστικές ουσίες ή τα συντηρητικά μπορεί να προκαλέσουν ΔΕΠ-Υ στα παιδιά.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας ενισχύουν τη διαπίστωση των Κακούρου, Παπαηλιού & Μπαδικιάν (2006) ως προς την ελλιπή πληροφόρηση των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ παρά τον ενεργό ρόλο που καλούνται να διαδραματίσουν στον εντοπισμό, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης διαταραχής.

Ένα ακόμη ενδιαφέρον εύρημα είναι η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των δασκάλων στις γνώσεις τους για τη ΔΕΠ-Υ. Στην παρούσα έρευνα δε βρέθηκε να έχουν θετική επίδραση τα χρόνια υπηρεσίας και η επαφή με παιδί με ΔΕΠ-Υ στο επίπεδο γνώσεων των δασκάλων. Οι δάσκαλοι με μεγαλύτερη ηλικία και περισσότερα χρόνια διδακτικής εμπειρίας είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στην κατηγορία Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Οι δάσκαλοι με περισσότερα χρόνια υπηρεσίας είχαν χαμηλότερη βαθμολογία και στην κατηγορία Συμπτωματολογία. Η διαπίστωση ότι η προϋπηρεσία και η προηγούμενη επαφή με παιδί με ΔΕΠ-Υ δε βελτιώνουν από μόνες τους τις γνώσεις των δασκάλων για τη διαταραχή αναφέρεται σε λίγες έρευνες του εξωτερικού (Kos et al., 2004· Ohan et al., 2008).

Είναι, επομένως, σημαντική η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επιμόρφωση των δασκάλων σε γενικά και ειδικά θέματα που σχετίζονται με τη διαταραχή αλλά και





γενικότερα σε ζητήματα παιδικής ψυχοπαθολογίας. Ο West και οι συνεργάτες του (2005) επισημαίνουν την ανάγκη συνεχούς επιμόρφωσης των δασκάλων, αφού τα επιστημονικά και ερευνητικά δεδομένα για τη ΔΕΠ-Υ αλλάζουν συνεχώς. Με δεδομένη την τάση ενσωμάτωσης παιδιών με ΔΕΠ-Υ και άλλες ειδικές ανάγκες στο κανονικό σχολείο, η ενημέρωση των δασκάλων για τη φύση των πρωτογενών και δευτερογενών δυσκολιών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ καθώς και τη σχέση της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές συμπεριφοράς των παιδιών είναι επιβεβλημένη.

Συμπεράσματα και περιορισμοί

Η παρούσα έρευνα επιχειρεί να καταγράψει τις γνώσεις, τις παρανοήσεις αλλά και τις ελλείψεις γνώσεων των δασκάλων σε θέματα που αφορούν στη ΔΕΠ-Υ. Οι δάσκαλοι του δείγματος δε φαίνεται να γνωρίζουν σε βάθος τις διάφορες πτυχές του συνδρόμου και ιδιαίτερα θέματα που αφορούν στην Αιτιολογία και στην Αντιμετώπισή του. Ωστόσο, οι δάσκαλοι είναι συχνά οι πρώτοι που παρατηρούν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε ένα παιδί, αφού οι συμπεριφορές της ΔΕΠ-Υ εκδηλώνονται εντονότερα στον χώρο του σχολείου (Schwean, Parkinson, Francis & Lee, 1993). Είναι, επίσης, καθοριστικός ο ρόλος των δασκάλων στη συνεργασία με τους γονείς και τους ειδικούς για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ.

Στους περιορισμούς της έρευνας πρέπει να αναφέρουμε τη χρήση ενός μόνο ερωτηματολογίου των McNicholas και Santosh (1997), που είναι μικρότερο σε έκταση από τα άλλα χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια (Jerome et al., 1994· Sciutto et al., 2000· Kos et al., 2004) και δεν περιλαμβάνει ίσο αριθμό ερωτήσεων για κάθε μια από τις κατηγορίες: Ορισμό, Συμπτωματολογία, Αιτιολογία, Αντιμετώπιση. Επίσης, στην κατηγορία Αντιμετώπιση οι ερωτήσεις αφορούν μόνο σε θέματα φαρμακευτικής αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ.

Η παρούσα έρευνα προτείνει την παροχή συστηματικής πληροφόρησης στους δασκάλους γενικής εκπαίδευσης γύρω από θέματα που αφορούν στη ΔΕΠ-Υ μέσα από προγράμματα συνεχούς ενδοσχολικής επιμόρφωσης και με βάση τους τέσσερις βασικούς άξονες (Ορισμό, Συμπτωματολογία, Αιτιολογία και Αντιμετώπιση). Η σωστή πληροφόρηση και η εξάλειψη των λανθασμένων πεποιθήσεων για τη ΔΕΠ-Υ μπορεί να αυξήσει τον αριθμό των παιδιών που παραπέμπονται έγκαιρα για διάγνωση κάθε χρόνο. Επίσης, θα βοηθήσει τους δασκάλους να βελτιώσουν τις γνώσεις τους γύρω από τη φαρμακευτική αγωγή, όπου αυτή απαιτείται, παράλληλα με την εκπαιδευτική αντιμετώπιση και τη διδακτική μεθοδολογία των παρεμβάσεων στην καθημερινή διδακτική πράξη.





Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- Arcelus, J., Munden, C. A., McLaughlin, A., Vickery, L., & Vostanis, P. (2000). Attention Deficit Hyperactivity Disorder, behavioural and emotional problems in children excluded from mainstream education: a preliminary study of teachers' ratings. *European Journal of Special Needs Education*, 15 (1), 79-87.
- Barbaresi, W. J., & Olsen, R. D (1998). An ADHD educational intervention for elementary schoolteachers: A pilot study. *Developmental and Behavioural Pediatrics*, 19, 94-100.
- Barkley, R. A. (2006³). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Beckle, B. (2004). Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of Attention Disorders*, 7 (3), 151-161.
- Birbili, M. (2000). Translating from one language to another. *Social Research Update*, 31. Available on line: <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU31.html>
- Bussing, R., Gary, F. A., Leon, C. E., Garvan, C. W., & Reid, R. (2002). General classroom teachers' information and perceptions of attention deficit hyperactivity disorder. *Behavioral Disorders*, 27, 327-339.
- Cantwell, D. P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 978-987.
- Cormier, E. (2008). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review and Update. *Journal of Pediatric Nursing*, 23 (5), 345-357.
- Cuffe, S., Moore, C., & Mc Keown, R. (2005). Prevalence and correlates of ADHD symptoms in the National Health Interview Survey. *Journal of Attention Disorders*, 9, 392-401.
- DuPaul, G. J. (1992). How to assess Attention-Deficit Hyperactivity Disorder within school settings. *School Psychology Quarterly*, 7 (1), 60-74.
- Jerome, L., Gordon, M., & Hustler, P. (1994). A comparison of American and Canadian teachers' knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 563-567.
- Jerome, L., Washington, P., Laine, C. J., & Segal, A. (1999). Graduating teachers' knowledge and attitudes about attention-deficit hyperactivity disorder: A comparison with practicing teachers. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 192.





- 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.
- 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.
- Kellner, R., Houghton, S., & Douglas, G. (2003). Peer-related personal experiences of children with attention-deficit/hyperactivity disorder with and without comorbid learning disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*, 50, 119-136.
- Kos, J. M., Richdale, A. L., & Jackson, M. S. (2004). Knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder: A comparison of in-service and preservice teachers. *Psychology in the Schools*, 41 (5), 517-526.
- Kos, J. M., Richdale, A. L., & Hay, D. A. (2006). Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and their Teachers: A review of the literature. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53 (2), 147-160.
- McNicholas, F., & Santosh, P. (1997). Development of the AD/HD Knowledge Based Questionnaire. In *Papers and materials arising from the First European Conference for Health and Education Professionals on ADHD, University of Oxford, 7-9th April*. West Sussex: *International Psychology Services*, 79-82.
- Merrell, C., & Tymms, P. (2001). Inattention, hyperactivity and impulsiveness: Their impact on academic achievement and progress. *British Journal of Educational Psychology*, 71, 43-56.
- Ohan, J. L., Cormier, N., Hepp, S. L., Visser, T. A., & Strain, M.C. (2008). Does knowledge about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder impact teachers' reported behaviors and perceptions? *School Psychology Quarterly*, 23 (3), 436-449.
- Παπαγεωργίου, Β. (2005). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας. Στο Β. Παπαγεωργίου (Επιμ.), *Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων* (142-148). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Pfiffner, L. J., & Barkley, R. A. (1998). Treatment of ADHD in school settings. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (2d ed)* (pp. 458-490). New York: Guilford.
- Schwean, V. L., Parkinson, M., Francis, G., & Lee, F. (1993). Educating the ADHD child: Debunking the myths. *Canadian Journal of Psychology*, 9, 37-52.





- Sciutto, M. J., & Eisenberg, M. (2007). Evaluating the evidence for and against the overdiagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11, 106-113.
- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., & Bender Frank, A. S. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, 37 (2), 115-122.
- Snider, V. E., Busch, T., & Arrowood, L. (2003). Teacher Knowledge of Stimulant Medication and ADHD. *Remedial and Special Education*, 24, 46-56.
- Stormont, M., & Stebbins, M. S. (2005). Preschool teachers' knowledge, opinions and educational experiences with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Teacher Education and Special Education*, 28 (1), 52-61.
- Vereb, R. L., & DiPerna, J. C. (2004). Teachers' Knowledge of ADHD, Treatments for ADHD and Treatment Acceptability: An Initial Investigation. *School Psychology Review*, 33 (3), 421-428.
- West, J., Taylor, M., Houghton, S., & Hudyma, S. (2005). A comparison of teachers' and parents' knowledge and beliefs about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *School International Psychology*, 26 (2), 192-208.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, C. A. (1997³). *Behaviour disorders of childhood*. New Jersey: Prentice Hall.
- Χατζηγεωργίου, Α., & Δροσινού, Μ. (2007) (Επιμ.) Αδυναμία συγκέντρωσης προσοχής, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα σε μαθητές των δύο πρώτων τάξεων. Η επίδραση στην ακαδημαϊκή επίδοση και πρόοδο. *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 150, 105-120.
- ΥΠΕΠΘ-Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, (2009^{4α}). *Δραστηριότητες Μαθησιακής Ετοιμότητας*. Α) Προφορικός λόγος, β) Ψυχοκινητικότητα, γ) Νοητικές ικανότητες, δ) Συναισθηματική Οργάνωση. Βιβλίο για τον Δάσκαλο. Αθήνα: Ο.Ε.Δ.Β.
- ΥΠΕΠΘ-Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, (2009^{3β}). *Νοητικές ικανότητες*. Βιβλιοτετράδιο για τον μαθητή. *Δραστηριότητες Μαθησιακής Ετοιμότητας*. Οπτική μνήμη-Ακουστική μνήμη - Λειτουργική μνήμη - Συγκέντρωση προσοχής -Λογικομαθηματική σκέψη - Συλλογισμοί. Αθήνα: Ο.Ε.Δ.Β.





Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων

Παράρτημα

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

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ
1. Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται περίπου στο 5% των παιδιών σχολικής ηλικίας. (Ορισμός)			
2. Συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορούν να εμφανιστούν ακόμα και σε παιδιά 2 χρονών. (Συμπτωματολογία)			
3. Τα παιδιά συνήθως ξεπερνούν τη ΔΕΠ-Υ στην ηλικία των 10 ετών. (Συμπτωματολογία)			
4. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι δημοφιλή μέσα στην τάξη τους. (Συμπτωματολογία)			
5. Η ΔΕΠ-Υ είναι συχνότερη στα κορίτσια. (Ορισμός)			
6. Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σπανίως αποσπάται η προσοχή τους από τη δουλειά που κάνουν. (Συμπτωματολογία)			
7. Η φαρμακευτική αγωγή είναι συνήθως πολύ αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. (Αντιμετώπιση)			
8. Η ΔΕΠ-Υ αναγνωρίζεται αυτόματα ως κατηγορία ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών. (Ορισμός)			
9. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σπανίως παρουσιάζουν επιθετικότητα ή προβλήματα συμπεριφοράς. (Συμπτωματολογία)			
10. Διατροφικά στοιχεία όπως οι χρωστικές ουσίες και τα συντηρητικά είναι υπεύθυνα για τη ΔΕΠ-Υ στα περισσότερα παιδιά. (Αιτιολογία)			





Γνώσεις δασκάλων σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ
11. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αλλάζουν καθώς το παιδί μεγαλώνει. (Ορισμός)			
12. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι ανήσυχα, κινούνται διαρκώς και δε μπορούν να μείνουν ακίνητα. (Συμπτωματολογία)			
13. Η ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως κληρονομική. (Αιτιολογία)			
14. Η ΔΕΠ-Υ είναι μια «ταμπέλα» η οποία χρησιμοποιείται ως δικαιολογία για τα παιδιά με ανάρμοστη συμπεριφορά. (Ορισμός)			
15. Η θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή (π.χ. ριταλίνη) συχνά καθυστερεί την ανάπτυξη του παιδιού. (Αντιμετώπιση)			
16. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται μερικές φορές για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. (Αντιμετώπιση)			
17. Η φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ δίνεται μόνο σε περιόδους που το παιδί είναι πολύ ζωντανό. (Αντιμετώπιση)			
18. Η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση από τους γονείς μπορεί να προκαλέσει ΔΕΠ-Υ στο παιδί. (Αιτιολογία)			
19. Ένα παιδί που είναι υπερδραστήριο στο σπίτι αλλά όχι στο σχολείο, δεν μπορεί να πάσχει από ΔΕΠ-Υ. (Ορισμός)			
20. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά ανακατεύονται σε συζητήσεις και μιλούν συνεχώς. (Συμπτωματολογία)			
21. Η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ περιγράφονται από τους δασκάλους ως παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς. (Ορισμός)			





Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ
22. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα καταφέρνουν καλύτερα σε συνθήκες που είναι λιγότερο δομημένες. (Συμπτωματολογία)			
23. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν συνήθως χαμηλή αυτοεκτίμηση. (Συμπτωματολογία)			
24. Η ΔΕΠ-Υ θεωρείται ότι προκαλείται από νευροχημικές ανωμαλίες στον εγκέφαλο. (Αιτιολογία)			
25. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εργάζονται βιαστικά και κάνουν λάθη από απροσεξία. (Συμπτωματολογία)			
26. Οι οικογενειακοί παράγοντες είναι λιγότερο σημαντικοί από τους βιολογικούς στην αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ. (Αιτιολογία)			

